

Indice

1	Scopo e campo di applicazione	3
2	Responsabilità	4
3	Siglaro	4
	Classificazione in stadi delle lesioni da decubito	9
4	Descrizione delle <u>Attività</u> :	10
	4.1 Prevenzione delle lesioni da decubito	10
	4.1.1 Identificazione e valutazione del soggetto a rischio di LdD	10
	4.1.2 Mantenimento e miglioramento del grado di tolleranza di cute e tessuti alla pressione	12
	4.1.3. Piano di mobilizzazione	12
	4.1.4. Sistemi antidecubito di supporto (materassi)	17
	4.1.5 Assicurare una nutrizione adeguata alla persona assistita	23
	4.1.6 Gestire l'incontinenza	25
	4.2 Gestione assistenziale dei diversi stadi di LdD: procedure di medicazione e controllo del dolore	27
	4.2.1 Lesione stadio I - procedura	27
	4.2.2 Lesione stadio II - procedure	27
	4.2.3 Lesione stadio III - procedure	28
	4.2.4 Lesione stadio IV - procedure	31
	4.2.5 Lesione infetta - procedure	31
	4.2.6 Controllo del dolore nei pazienti con LdD - procedura	36
	4.3 Pianificazione assistenziale infermieristica - Diagnosi Infermieristiche	37
	4.4 Verifica applicazione protocollo	46
5	Riferimenti	47
6	Appendici/Allegati del protocollo	48

Il presente documento non è firmato perché trasmesso per via informatica.
L'originale firmato è archiviato presso la Direzione di Presidio.

Descrizione: emissione a seguito della revisione complessiva del sistema di accreditamento della struttura		
Preparato e verificato	Approvato	Emesso
CPSE Gabriella BOARINO Dir.Med. S.O.C.Direz.di Presidio Valentina VENTURINO	Resp. Uff. Inf.co Alba Dott.ssa M.G. BROCIERO Resp. Uff. Inf.co Bra Dott.ssa Antonietta TIBALDI Direttore S.O.C. Direz. di Presidio Dott.ssa Maria Cristina FRIGERI	RSA per Direttore S.O.C. Direz. di Presidio Dott.ssa Maria Cristina FRIGERI

Protocollo revisionato nel 2008 da:

Infermieri: Gabriella BOARINO, Elena GARRONE, Elisa NIZZA, Carla PORRO, Elisa ROSSO, Manuela RABINO, Francesca SEGHESIO, Andrea TIBALDI, Michela TOPPINO

Dirigenti medici: Dott. Giuseppe MOLINARI

Farmacisti: Dott. Felice RIELLA, Dott. Giancarlo SCARZELLO

Un grazie particolare alle Infermiere *espertise in Wound Care*: Francesca MARCELLO e Barbara ZAINAGHI

Appendici/Allegati al Protocollo

Appendice 1: Scala di Braden

Appendice 2: Scala di Braden pediatrica

Appendice 3: Scheda infermieristica pazienti a rischio/portatori di LdD

Appendice 4: Scheda aziendale di rilevazione del dolore

Allegato 1: Dispositivi medici e presidi medico-chirurgici in uso - ASL CN2

Allegato 2: VAC Therapy

Allegato 3: Diagramma di flusso procedure di medicazione LdD - ASL CN2

Allegato 4: Audit check list - rapporto ASL CN2

Definizione di lesione da decubito

E' definita *Lesione da decubito* (L.d.D.) oppure *Ulcera da Pressione o Compressione*, una lesione tessutale, 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. E' la conseguenza diretta di una elevata e/o prolungata compressione dei tessuti o di forze di taglio (o stiramento) causanti uno stress meccanico ai tessuti e la strozzatura dei vasi sanguigni¹ Alla formazione delle lesioni concorrono anche fattori sistemici o intrinseci come patologie debilitanti, croniche, malnutrizione, disidratazione.

Epidemiologia²

Sia l'incidenza sia la prevalenza delle ulcere da pressione sono difficili da determinare a causa delle barriere metodologiche che impediscono di formulare generalizzazioni dai dati disponibili.

In Italia i dati disponibili sono quelli preliminari di uno studio nazionale di prevalenza. Sono state studiate 13.081 persone ricoverate in 24 strutture ospedaliere, delle quali 1.435 hanno manifestato 2.533 ulcere da pressione con un tasso di prevalenza pari al 10,97%. Nel 90,6% dei casi non è stata adottata alcuna misura preventiva e solo nello 0,04% dei casi è stata effettuata una prevenzione completa, questo a testimonianza della gravità del problema e della scarsa applicazione di misure preventive. Un altro studio effettuato su 20 ospedali (nei reparti di neurologia, geriatria, chirurgia, ortopedia, medicina, neurochirurgia, rianimazione e urologia) per un totale di 12.048 utenti mostrava una prevalenza dell'8,6% e le prevalenze maggiori si sono registrate nelle rianimazioni (26,6%), neurochirurgie (13%) e geriatrie (11%).⁶ Altri studi condotti dall'associazione AISLeC riportano su 2.584 utenti osservati una prevalenza del 13,2% e un secondo studio effettuato su 5.554 utenti una prevalenza del 12,9%. I contributi maggiori in ambito epidemiologico sulle ulcere da pressione ci vengono forniti da studi americani ed europei. Le indagini condotte negli ospedali mostrano valori di prevalenza abbastanza omogenei (8%-22% circa). 8-13 Vi sono, tuttavia, studi nei quali la variazione dell'incidenza è sostanziale (17%-29%). Sottopopolazioni particolari (soggetti tetraplegici, anziani allettati, ricoverati nelle terapie intensive), possono correre un rischio maggiore di formazione di ulcere da pressione con prevalenze molto alte (33%-66%).

Tra i ricoverati in residenze per lungodegenti o residenze sanitarie assistite, la prevalenza varia dal 2,4% al 23%, mentre la prevalenza delle ulcere da pressione tra i soggetti curati a domicilio varia dall'8,7% al 20%. In pediatria, infine, per le ulcere da pressione sono riportate un'incidenza e una prevalenza del 4%, con un'incidenza che aumenta al 17-25% quando venga considerata la popolazione ricoverata nelle terapie intensive.

1. Scopo e campo di applicazione del protocollo

- Uniformare gli interventi assistenziali di prevenzione e trattamento delle lesioni da decubito sulla base delle evidenze scientifiche e della *compliance* della persona assistita.
- Assicurare la continuità assistenziale intraospedaliera

¹ Clossio A. Zanetti E. Linee guida integrali dell'AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality) per la prevenzione e il trattamento delle lesioni da decubito. III Edizione della versione italiana A.I.S.L.e.C. (Associazione Infermieristica per lo Studio delle Lesioni Cutanee) – Pavia 2003

² Linee guida su ulcere da pressione, prevenzione e trattamento a cura del Consiglio Sanitario Regionale della Toscana, ottobre 2005

- Ottimizzare l'uso degli ausili e dei dispositivi di medicazione forniti dall'Azienda, indirizzandone gli acquisti sulla base dei requisiti di efficacia ed efficienza.
- Creare, attraverso il protocollo, uno strumento di lavoro pratico, accessibile ed efficace ad uso del personale infermieristico e di supporto.

2. Responsabilità - Destinatari

Infermieri, Infermieri coordinatori, Dirigenti medici, Farmacisti, O.S.S./O.T.A. Le responsabilità saranno definite nelle diverse attività e procedure descritte nel dettaglio all'interno del protocollo assistenziale

3. Siglario

LdD= Lesioni da decubito

Fisiopatologia delle lesioni da decubito³

CAUSE : fattori locali

- **Pressione**

Si intende per pressione una forza applicata perpendicolarmente ad una unità di superficie.

Il punto critico dello sviluppo di una ulcera da pressione si raggiunge quando la forza comprimente fra superficie corporea e piano di appoggio è più intensa della pressione del sangue nel distretto arteriolo-capillare, per cui viene a crearsi una condizione di ischemia persistente. Ciò si verifica quando in un area di cute si applica una forza pressoria superiore a 32mmHg per un periodo di tempo sufficientemente prolungato. Normalmente l'ipoperfusione tissutale è tollerata per un breve periodo di tempo, ma se prolungata può sviluppare, a cascata: ipossia, acidosi, occlusione dello sbocco arteriolare nel capillare e la zona diventa ischemica, compare emorragia interstiziale con eritema fisso), accumulo di cataboliti tossici e necrosi cellulare.

Quando si verifica tale situazione si determinano chiusura dei vasi sanguigni, danno endoteliale, edema interstiziale, autolisi e necrosi cellulare; l'occlusione dei vasi linfatici aggrava l'accumulo dei cataboliti tossici, l'anaerobiosi e l'acidosi tessutale.

Le alterazioni infiammatorie che si verificano sono mediate da neutrofili ed eosinofili; l'aggregazione piastrinica nei vasi compressi, il cui endotelio è danneggiato, determina la formazione di microtrombi e la diminuzione dell'attività fibrinolitica favorisce la deposizione di fibrina. Come già affermato una variabile importante per la formazione dell'ulcera da pressione è il fattore tempo: l'applicazione di una bassa pressione per un periodo prolungato di tempo è maggiormente dannoso rispetto all'applicazione di una pressione elevata per un periodo breve. Il danno tessutale compare quando viene superata una soglia data dal prodotto della *pressione* per il *tempo*. Nella realtà l'entità del danno tissutale ad una data forza di compressione moltiplicata per il tempo di applicazione dipende anche dallo *spessore locale della cute*, dal *luogo preciso dove la pressione viene applicata* e da diversi *fattori di tipo emodinamico* come la pressione a livello arteriolare, la presenza di eventuali shunt artero-venosi, la viscosità ematica la deformità delle

³ PNLG Piano nazionale linee guida <http://www.pnlg.it/db/010/> ultimo aggiornamento settembre 2003

emazie, il valore dell'ematocrito. Tutti questi fattori possono far diminuire il livello critico di pressione-tempo capace di determinare la formazione della piaga da decubito.

La pressione media a livello delle zone di appoggio è soprattutto in corrispondenza delle prominenze ossee in una persona sdraiata su un comune materasso varia tra 20 e 70 mmHg. In realtà in condizioni normali la soglia pressione - tempo non viene mai superata poiché il sistema nervoso sensitivo è in grado di percepire gli aumenti localizzati di pressione persistenti per tempi prolungati prima che si determini ischemia locale. In via riflessa tali stimoli nervosi inducono un immediato cambio di posizione.

L'elevata dignità fisiologica di questo meccanismo è dimostrata dal fatto che esso è presente anche durante il sonno e la sua alterazione (es. pazienti parkinsoniani) aumenta significativamente il rischio di una lesione da decubito.

→ Risulta dunque rilevante utilizzare materassi che consentano la dispersione della pressione, con un suo valore sempre inferiore a 32 mmHg.

- **Forze di stiramento o di taglio**

I vari segmenti corporei tendono a scivolare da una posizione ad un'altra se non vengono sorretti da una idonea postura determinando a livello della cute interessata una pressione tangenziale con effetto stiramento, possibile angolazione, microtrombosi locali con conseguente necrosi tessutale profonda.

Le forze di stiramento agiscono parallelamente al piano interessato, e sono più intense a livello sacrale nella posizione semiseduta e nella posizione di Fowler nella sua variante alta (è la postura del paziente che si realizza quando la testata del letto è sollevata di 45-50cm. e le ginocchia sono sollevate; è quella che realizza la maggiore compressione nelle seguenti zone: sacrale, tuberosità ischiatiche, scapole, occipite. E' indicata nei pazienti con insufficienza respiratoria, cardiopatia, aumento della pressione intracranica).

Tali forze intervengono in genere unitamente alla compressione e riducono in maniera significativa i valori pressori necessari per determinare il danno tessutale. Vari autori hanno rilevato come le "forze di scivolamento" che si producono in soggetti anziani allettati o costretti su sedia a rotelle, siano almeno tre volte superiori a quelle che si possono riscontrare in soggetti più giovani.

- **Attrito o frizione**

E' la forza esercitata da due superfici che si muovono una contro l'altra, non è un fattore determinante, ma può giocare un ruolo importante asportando gli strati superficiali dell'epidermide e rendendo più suscettibile la cute agli eventi lesivi. Gli effetti dell'attrito o frizione sono potenziati dall'esposizione prolungata della cute all'umidità determinata dall'incontinenza urinaria, dalla diarrea e dalla sudorazione.

Il fenomeno attrito, considerato anche causa iatrogena, diventa particolarmente evidente quando si deve spostare un paziente nel letto, questa operazione deve essere eseguita sollevando il paziente o eventualmente facendolo rotolare, ma mai trascinandolo.

- **Macerazione**

Si verifica a seguito di incontinenza urinaria/fecale e della sudorazione. L'ambiente umido e la modificazione del Ph favoriscono la penetrazione dei batteri nell'epidermide creando fenomeni irritativi che la rendono più sensibile all'ischemia.

CAUSE: fattori sistemici

- **Eta', malattie arteriose, ipotensione o altre patologie**

I pazienti anziani dimostrano un' aumentata suscettibilità alle lesioni da decubito a causa delle modificazioni della cute legate all' invecchiamento quali la diminuzione del tessuto adiposo sottocutaneo, la diminuita percezione del dolore, la ridotta risposta immunitaria cellulo-mediata, il rallentamento nella guarigione delle ferite. Accanto alle modificazioni della cute spesso nel paziente anziano si associano più fattori di rischio, in particolare la riduzione della mobilità, che facilitano la comparsa di lesioni.

I pazienti con malattie arteriose o comunque circolatorie e i pazienti con ipotensione, in particolare con pressione diastolica inferiore a 60 mmHg presentano alta probabilità di sviluppare una lesione da decubito anche a seguito di una ridotta perfusione tissutale. Anche le malattie croniche, quali il diabete e l' insufficienza renale, o malattie neurologiche e neuromuscolari, condizioni di ipossia tissutale e di incontinenza urinaria sono associate ad incremento dell' incidenza di sviluppo di lesioni da decubito.

▪ **Riduzione della mobilità**


Ogni malattia o condizione che riduca nel paziente l' abilità a muoversi liberamente aggrava il rischio di insorgenza di lesione da decubito.

La compromissione dello stato mentale, le malattie neurologiche, la sedazione farmacologica, il dolore, le fratture ossee, in particolare quella del femore, diminuendo la mobilità del soggetto costituiscono fattori di rischio per la comparsa di lesione.

I pazienti anziani immobilizzati a seguito di ictus, i pazienti anziani terminali allettati sono particolarmente a rischio.

▪ **Malnutrizione**

La *malnutrizione calorico-proteica* è stata ripetutamente identificata come *uno dei maggiori fattori di rischio intrinseci*. Lo stato nutrizionale può essere severamente compromesso nei pazienti anziani, negli stati ipermetabolici, nelle iperpiressie prolungate e nelle cachessie neoplastiche. L' ipoalbuminemia conseguente, risulta essere elemento comune nell' 80% dei pazienti con lesione da decubito.

Leucociti	< a 1000 mm ³	 Con questi valori ematici la comparsa della lesione è quasi certa!
Proteinemia	< a 6 g / dl	
Albuminemia	< a 3 g / dl	

Uno stato di malnutrizione condiziona dunque lo sviluppo di una lesione da decubito.

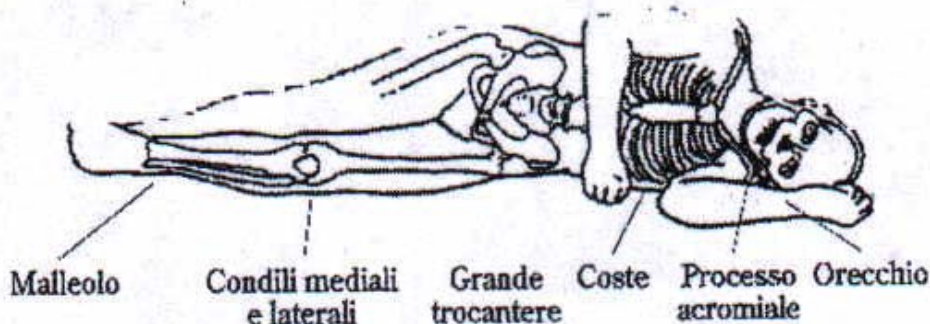
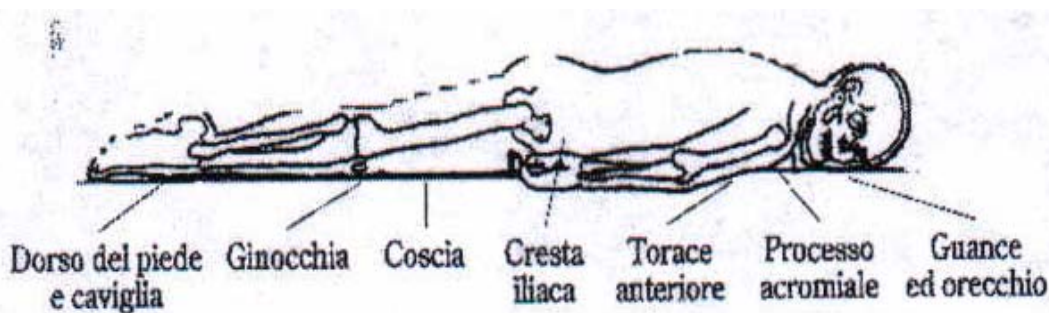
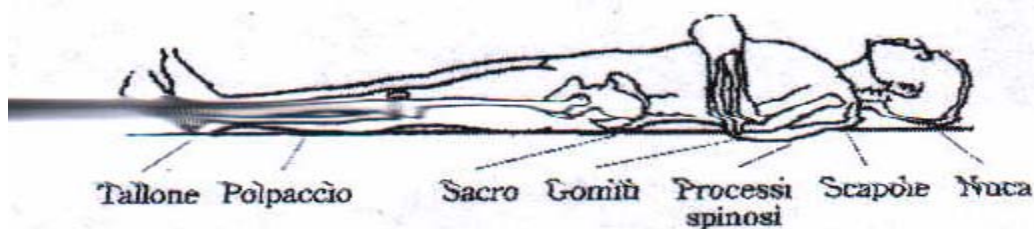
▪ **Ipertermia**

Ogni aumento di temperatura di un grado centigrado comporta un incremento del 100% delle richieste metaboliche.

Sedi delle lesioni

Le lesioni da decubito compaiono potenzialmente in tutti i punti di contatto del corpo con i piani di appoggio anche se più del 95% si localizzano sulle prominenze ossee.





Tipo di decubito	Area lesioni
Supino	area occipitale, olecranica, scapolare, sacrale, regioni ischiatiche, angoli di sporgenza costale nei cifoscoliotici, calcaneare, apofisi spinose
Prono	Padiglione auricolare, area temporale-zigomatico-mandibolare, claveare, sternale, patellare, dorsale del piede, spine iliache anteriori superiori
Laterale	trocanteri, malleoli, cresta iliaca, ginocchia, bordo esterno del piede, spalla, regione scapolare, gomiti, padiglioni auricolari, zigomi
Seduto	area ischiatica, cresta iliaca, area sacrale, apofisi spinose, spine della scapola e nuca, calcagni e ginocchia



Classificazione delle lesioni da decubito e misurazione

Al fine di conoscere e trattare le lesioni da decubito è necessario saperle riconoscere e distinguere utilizzando una classificazione a valenza internazionale, pertanto la classificazione adottata in questo protocollo aziendale è conforme alle indicazioni fornite dal E.P.U.A.P. (European Pressure Ulcer Advisory Panel), tratte a loro volta dal N.P.U.A.P. National Pressure Ulcer Advisory Panel (Consensus Conference 1989).

La lesione viene suddivisa in 4 stadi sotto elencati:

<p>STADIO I</p>  <p>A</p>	<p>Ipertermia della cute sana che non scompare dopo scarico della pressione. La discromia cutanea, il colore, l'edema, l'indurimento possono anche essere utilizzati come parametri di valutazione, in particolare nei soggetti di razza scura</p>
<p>STADIO II</p>  <p>B</p>	<p>Lesione cutanea a spessore parziale che interessa l'epidermide, il derma od entrambi. L'ulcera è superficiale e si manifesta clinicamente come un'abrasione o bolla</p>
<p>STADIO III</p>  <p>C</p>	<p>Lesione cutanea a spessore totale con degenerazione o necrosi del tessuto sottocutaneo con possibile estensione fino alla fascia muscolare ma non oltre</p>
<p>STADIO IV</p>  <p>D</p>	<p>Degenerazione massiva, necrosi tessutale o danno muscolare, osseo o delle strutture di supporto con o senza lesione cutanea a tutto spessore</p>

MISURAZIONE DELLA LESIONE

Anche la misurazione della lesione da pressione è fondamentale per preparare un piano d'intervento.

Si devono quindi rilevare i seguenti dati:

Lunghezza e ampiezza: si misurano tracciando una linea da un capo all'altro della lesione. Per rendere la misurazione più accurata è possibile paragonare la lesione al quadrante di un orologio dove le ore 12 corrispondono alla testa del paziente e le 6 corrispondono ai suoi piedi.

L'ampiezza, invece, si può misurare prendendo in considerazione i lati opposti del paziente facendo riferimento al quadrante dell'orologio le ore 3 e le ore 9.

La misurazione è da ripetersi periodicamente per la valutazione della progressione in positivo o in negativo.

Profondità: la profondità si può misurare inserendo all'interno della ferita un tampone di cotone (15 cm circa), sterile e flessibile. Si inserisce il tampone all'interno della lesione e si portano l'indice e il pollice a livello della superficie cutanea. Estrahendo il tampone e misurando dalle dita alla punta del tampone si ha la profondità della lesione.

La misurazione è da ripetersi periodicamente per valutare l'evoluzione della piaga.

Una documentazione completa può prevedere una fotografica della/e LdD da allegare alla scheda infermieristica da effettuarsi al momento del ricovero ospedaliero - periodicamente e alla dimissione.



4. Descrizione delle attività

4.1 Prevenzione delle lesioni da decubito

Secondo il profilo professionale degli Infermieri (D.M. 739/94) l'Infermiere è "*responsabile dell'assistenza generale infermieristica*" pertanto ha un ruolo importante nell'individuazione delle azioni di prevenzione e cura, per le quali è però indispensabile un lavoro di équipe.

La prevenzione e la cura prevedono tutte le misure destinate a ridurre l'insorgere di una malattia e/o le eventuali complicanze nella popolazione. Uno degli indici della qualità del lavoro infermieristico è dato dalla capacità di ridurre l'insorgenza di lesioni da pressione. Ricordiamo che nell'ambito dell'Accreditamento delle strutture Sanitarie, il D.P.R. 14/01/1997, tra gli indicatori per misurare l'efficacia delle strutture il rispetto dei diritti dell'utente - la qualità dell'organizzazione troviamo quello riferito al numero di utenti con lesioni da pressione!

Se è vero che l'adozione di alcuni comportamenti, di alcuni aiuti tecnici previene in maniera quantitativamente significativa l'insorgere del fenomeno, un comportamento razionale impone di non attendere il manifestarsi della lesione per intervenire.

Ogni strategia preventiva deve avere origine da una corretta informazione e conoscenza delle modalità di insorgenza della lesione. La persona assistita, la sua famiglia, il personale di assistenza, sia medico che infermieristico che tecnico, deve essere istruito sui meccanismi che portano all'instaurarsi della lesione da pressione e sulle conseguenze che questo ha sui processi di guarigione e di recupero della patologia di base.

Per *Prevenzione* s'intende un insieme di programmi e strategie utili ad evitare l'insorgenza e lo sviluppo di lesioni da decubito.

Gli scopi della prevenzione comprendono:

- la riduzione del numero delle lesioni da decubito
- il miglioramento della qualità di vita
- la riduzione del carico di lavoro
- la riduzione dei costi umani ed economici

Le misure preventive sono sia *locali* che *generali*.

Per misure preventive *locali* s'intende: mobilitazione attiva e passiva, igiene del letto, controllo pieghe e corpi estranei, igiene e pulizia delle zone a rischio, controllo dell'incontinenza, protezione della cute.

Per misure preventive *generali* s'intende: compenso della patologia di base, corretto apporto nutrizionale (dieta, alimentazione enterale e parenterale), corretto utilizzo di sistemi antidecubito di supporto e dispositivi medici, educazione sanitaria.

Affinché sia possibile effettuare la prevenzione occorrono due tipi di *risorse: umane e strumentali*.

Tra le risorse umane troviamo famigliari, sanitari (medici, infermieri, fisioterapisti, OSS), volontari; tra le risorse strumentali: sistemi antidecubito di supporto, dispositivi medici, cuscini, materassi, letti.

4.1.1 Identificazione e valutazione del soggetto a rischio di lesioni da decubito

Il primo obiettivo assistenziale da porsi nella presa in carico della persona a rischio e/o portatrice di ulcere da pressione è *un'accurata valutazione clinica*. L'attenzione deve essere rivolta a identificare e trattare le patologie che potrebbero favorire l'insorgenza di ulcere e/o ostacolarne la guarigione (malattia vascolare periferica, diabete, immunodeficienze, malnutrizione, tumori, malattie vascolari del collagene, psicosi e depressione). L'anamnesi clinica deve comprendere anche la valutazione

del rischio nutrizionale: è stato infatti riscontrato che l'insorgenza e il grado di un'ulcera da pressione sono correlati alla gravità dei deficit nutrizionali, specialmente in relazione al basso apporto proteico e all'ipoalbuminemia.

Si raccomanda, inoltre, una valutazione dello stato psicosociale dei pazienti per determinare la loro capacità di comprensione e adesione al trattamento. *Frequentemente nella realtà clinica la tipologia di pazienti interessata dal problema ulcere da pressione è prevalentemente non collaborante e in questo caso il patto terapeutico viene stabilito coinvolgendo i prestatori di cure (caregiver).* Esiste, tuttavia, una casistica in aumento di pazienti capaci di interazione nella stesura del piano di trattamento, quali per esempio quelli affetti da lesioni midollari, malattie neurologiche degenerative (SLA), malati oncologici terminali, pazienti con distrofia muscolare o patologie traumatiche acute che hanno richiesto degenze in reparti di cure intensive.

Gli individui a rischio devono essere esaminati al momento della loro presa in carico assistenziale. È consigliabile eseguire una valutazione sistematica del rischio servendosi di uno strumento validato per la misurazione. Il rischio di ulcera va rivalutato periodicamente o a intervalli regolari.

♦ Dalla letteratura risulta che vi siano diverse scale di valutazione del rischio, tra quelle analizzate la più completa e riproducibile è la scala di **Braden** (Appendice 1). Prevede l'esame di:

- percezione sensoriale
- umidità
- attività fisica, mobilità
- nutrizione
- frizione e scivolamento.

Fu ideata nel 1985 per correggere alcuni dei problemi legati all'uso della scala di Gosnell.

La presenza della valutazione frizione-trazione differenzia questa scala da tutte le altre; questo parametro è un fattore di rischio importante, in particolare per i pazienti spastici, agitati o con contratture. Viene data importanza al tipo di alimentazione (enterale e parenterale), al rischio di macerazione da traspirazione o da incontinenza. I criteri di definizione di ogni singola categoria ed i punteggi sono molto dettagliati e questo permette una maggior riproducibilità tra esaminatori diversi. Una delle critiche fatte a questa scala è che occorre conoscere molto bene come si alimenta il paziente per cui non è somministrabile nelle prime 24-48 ore di ricovero. Il punteggio per ciascuna categoria varia da 1 a 4 in maniera inversamente proporzionale al rischio; un punteggio di 16 o inferiore viene considerato a rischio di lesione.

L'indice Braden identifica come *cut off* del rischio il punteggio 16, non suddividendo i diversi livelli di rischio. L'esperienza clinica suggerisce di identificare un livello di basso/medio rischio intorno al punteggio 12/13, al di sotto del quale si entra in livelli di alto rischio.

Per l'utenza pediatrica deve essere adottata la scala di Braden modificata (Appendice 2).

Tale scala viene inserita nella scheda infermieristica.

La valutazione del rischio deve inoltre avvalersi del giudizio clinico e non affidarsi esclusivamente allo strumento di identificazione dei fattori di rischio; dovrà essere ripetuta a intervalli regolari e a ogni variazione delle condizioni generali del paziente.

Oltre all'uso sistematico della scala di Braden gli interventi infermieristici da implementare per una corretta prevenzione riguardano:

- ♦ il mantenimento e miglioramento del grado di tolleranza di cute e tessuti organici alla pressione
- ♦ il piano di mobilitazione ♦ l'utilizzo di sistemi antidecubito
- ♦ l'assicurare una nutrizione adeguata alla persona assistita
- ♦ la gestione dell'incontinenza

4.1.2 Mantenimento e miglioramento del grado di tolleranza di cute e tessuti alla pressione

Ciascun individuo riconosciuto come a rischio dovrà essere sottoposto ad una **ispezione della cute** accurata almeno una volta al giorno, avendo cura di valutare con attenzione le prominenze ossee. al fine di rilevare l'eventuale presenza di: secchezza, lacerazione, eritema, fragilità di macerazione, ipertermia, indurimento.

N.B. La rilevazione di lesioni di primo grado negli individui con pelle scura presenta particolari difficoltà, pertanto i parametri da tenere in considerazione sono principalmente: *ipertermia e indurimento*.

Quest'analisi deve essere inserita all'interno della documentazione riguardante il paziente.

E' intuitivo che la prevenzione delle lesioni da pressione non può prescindere dalle norme igienico-sanitarie elementari, quali il mantenere pulita la cute, l'accuratezza nella scelta del tipo e dei metodi di lavaggio delle lenzuola e l'eliminazione dei corpi estranei.

L'igiene della cute deve essere fatta ogni qualvolta questa si presenti sporca o umida, avendo cura di non esporla a sollecitazioni termiche inappropriate ed ancora non utilizzare prodotti in grado di provocare irritazione o secchezza alla cute stessa; è preferibile quindi l'uso di acqua e soluzioni detergenti a pH fisiologico evitando sostanze eccessivamente sgrassanti. Durante la pulizia, occorre prestare estrema attenzione per ridurre al minimo la forza e la frizione applicate; così come è da evitarsi il massaggio in corrispondenza delle prominenze ossee. L'asciugatura della cute va dunque effettuata per tamponamento e non per sfregamento.

Per mantenere lo strato lipidico di protezione cutanea, da sperimentazioni recenti (anni 1999-2000), con prove di evidenza scientifica, effettuate negli Ospedali della Regione Piemonte e nel presidio ospedaliero dell'ASL CN2, risulta valida l'applicazione topica (NO MASSAGGIO - NO FRIZIONE!) di olii quali ad es. *l'olio di mandorle dolci*; è in studio presso l'AST dell'ASL CN2 l'efficacia dell'utilizzo di un prodotto francese chiamato *Sanyrene*. Anche le *creme/paste all'ossido di zinco* sono emulsioni ad elevato potere filmogeno e protettivo e svolgono un'azione addolcente, protettiva, rinfrescante ed idratante della pelle. La loro applicazione va effettuata più volte al giorno (almeno 3) normalmente rifacendo o riordinando il letto, straordinariamente ogni volta che il malato si bagna o si sporca e deve essere effettuato nei punti di compressione

Fondamentale risulta anche l'applicazione di **tecniche corrette di mobilizzazione** al fine di cambiare la postura del paziente. Si ricorda inoltre che:

- la *mobilizzazione attiva* è un movimento che si realizza con partecipazione attiva del paziente dal punto di vista motorio e psicologico. Lo scopo dell'esercizio attivo è il rinforzo muscolare.
- la *mobilizzazione passiva* è un movimento di parti del corpo del paziente senza che quest'ultimo contragga volontariamente i muscoli. Anche se non esegue in prima persona l'esercizio deve comunque partecipare attivamente alla mobilizzazione prendendo coscienza dei movimenti. Per i pazienti a rischio di LdD a scopo preventivo è necessario un piano di mobilizzazione.

4.1.3 Piano di mobilizzazione

Il soggetto a rischio di LdD deve poter ruotare a distanza di breve tempo (comunque non superiore alle 2 ore) in diverse posizioni per impedire una prolungata pressione su una specifica parte del corpo che potrebbe portare ad ulcerazione. Alla pagina n. 16 viene presentata la **scheda di posizionamento del paziente** ad uso degli infermieri del presidio ospedaliero dell'ASL CN2 Alba-Bra. Le diverse posizioni in cui si può mobilizzare il paziente sono le seguenti:

Postura supina: posizione di mantenimento del riposo che trova indicazioni in diverse condizioni cliniche. È una postura obbligata per i pazienti con traumi alla colonna vertebrale e al bacino e per le altre condizioni nelle quali vi sia una stretta indicazione medica. Se si proviene da una postura ortopnoica sarà necessario ispezionare i talloni, le tuberosità ischiatiche, le scapole e l'occipite. Se invece si proviene dalla postura prona il controllo riguarderà l'orecchio, lo zigomo dell'emifaccia su cui ha stazionato il paziente, le spalle, il gomito, le *creste* iliache e le ginocchia. Saranno poi da ispezionare: talloni, tuberosità ischiatiche, scapole e occipite se si proviene da una posizione seduta; orecchio, zigomo, gomito, anca, parte esterna del ginocchio e malleolo dell'emisoma su cui il paziente è stato posizionato, se in postura laterale. Durante il decubito *supino*, se non controindicato, è preferibile utilizzare una posizione *semi-Fowler* a 30°.

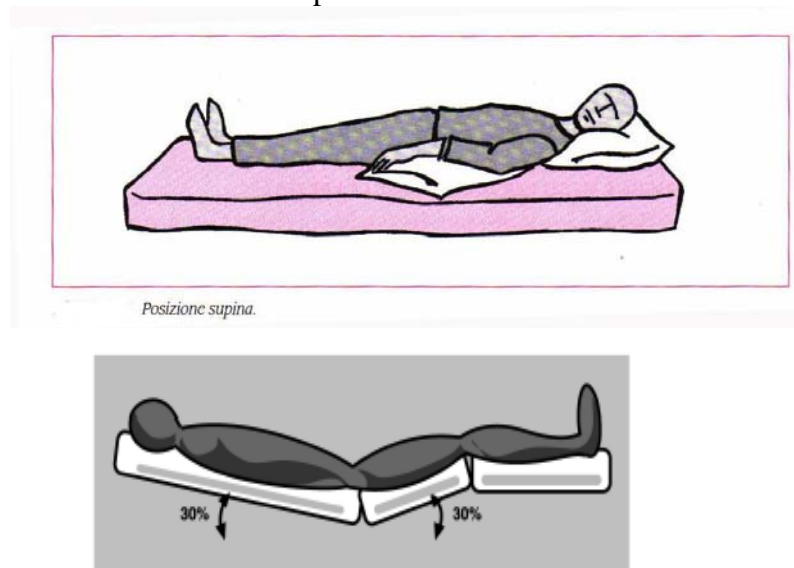


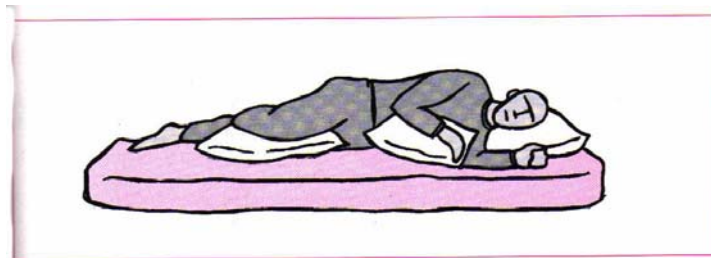
Figura 2. Semi-Fowler 30°-30°

Postura sul fianco sinistro o destro: postura di solito utilizzata per garantire un periodo di riposo alle zone cutanee sottoposte a pressione mantenendo il decubito supino. È indicata anche in caso di dolori addominali perché la flessione delle gambe contribuisce a decomprimere questa zona. Durante il decubito *laterale* (sul fianco) è consigliata una posizione a 30°, così da evitare pressioni dirette sul trocantere



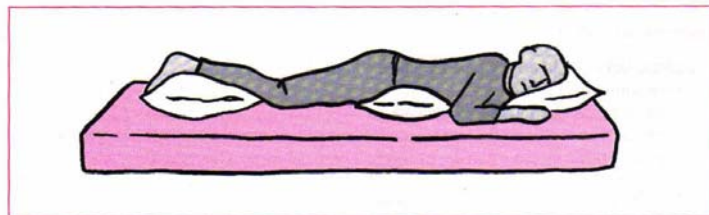
Figura 1. Decubito laterale a 30°

Se si proviene dalla posizione supina saranno da ispezionare: talloni, sacro, gomiti, scapole e occipite. Sarà invece la volta del malleolo, dei condili mediali e laterali, del grande trocantere, delle costole, dell'acromion e dell'orecchio se la precedente postura era quella sul fianco controlaterale.



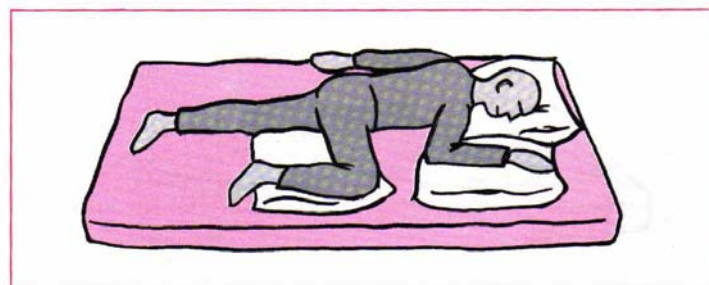
Paziente in posizione laterale.

Postura prona: posizione importante nella prevenzione delle contratture delle anche e dell'equinismo del piede. È invece controindicata nei pazienti affetti da malattie respiratorie, cardiache, tracheotomia, chirurgia addominale recente, gravi contratture dell'anca, traumi cervicali.



Posizione prona.

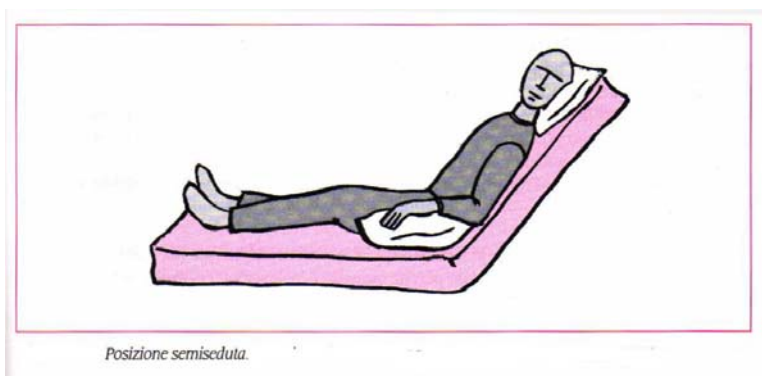
Postura semiprona: Questa posizione è indicata nella prevenzione delle contratture delle anche e dell'equinismo del piede ma non si può utilizzare in pazienti affetti da malattie respiratorie, cardiache, tracheotomia, chirurgia addominale recente, gravi contratture dell'anca, traumi cervicali.



Paziente in posizione semiprona.

Postura di Fowler o decubito ortopnoico: postura del paziente che si crea quando la testata del letto è sollevata di 45-50° e le ginocchia sono sollevate. Rispetto al problema della pressione esercitata dal peso corporeo, va considerato che questa posizione provoca una maggiore compressione in zona sacrale e ischiatica. Questo perchè la massa corporea sovrastante questi punti si distribuisce su una ristretta porzione anatomica.

Postura semiseduta: postura che richiede un'elevazione della testata del letto di 45-50° e con le ginocchia devono essere leggermente sollevate. Questa posizione pone un problema importante cioè la maggiore pressione che si va a creare a livello sacrale e ischiatico, quindi questa posizione si può utilizzare solo se è inevitabilmente necessario e non oltre un tempo di 30-60 minuti (Linee-Guida A.H.C.P.R. 2002).



Posizione seduta: il rischio di sviluppare ulcere da pressione è più elevato in posizione seduta piuttosto che in posizione supina. Devono essere usate sedie o carrozzine delle misure appropriate all'utente. Evitare di mantenere la persona assistita nella posizione seduta (su sedia o poltrona, carrozzina, eccetera) senza interruzioni. Il soggetto dovrebbe essere mobilizzato ogni ora circa o eventualmente trasferito a letto. Ai soggetti che ne sono capaci si deve insegnare a ridistribuire il peso ogni 15 minuti (tramite inclinazioni del tronco in avanti, laterali o comunque facendo variare l'appoggio sulle cosce). È importante mantenere l'allineamento posturale (correggendo le deviazioni laterali del rachide o del bacino), mediante l'utilizzo di ausili. La lunghezza (profondità) della «seduta» deve permettere un buon alloggiamento della coscia (meglio se lunga quanto la parte posteriore della coscia lasciando 3-4 cm liberi prima del cavo popliteo); questo migliora la stabilità e distribuisce il peso su una maggiore superficie. È consigliabile posizionare la persona in poltrona con alcuni gradi di inclinazione posteriore della seduta (basculato indietro, l'angolo della coxo-femorale deve essere compreso tra 90° e 120°), le gambe posizionate in scarico su un supporto e i talloni liberi da appoggio.



Figura 4. Posizione seduta

Scheda di posizionamento

Persona assistita _____ letto n° _____

Data	Ora	Tipo di mobilizzazione		Firma operatore
		<input type="checkbox"/> DL sx 30° ⁴ <input type="checkbox"/> Supino	<input type="checkbox"/> DL dx 30° ⁵ <input type="checkbox"/> Altro.....	
		<input type="checkbox"/> DL sx 30° <input type="checkbox"/> Supino	<input type="checkbox"/> DL dx 30° <input type="checkbox"/> Altro.....	
		<input type="checkbox"/> DL sx 30° <input type="checkbox"/> Supino	<input type="checkbox"/> DL dx 30° <input type="checkbox"/> Altro.....	
		<input type="checkbox"/> DL sx 30° <input type="checkbox"/> Supino	<input type="checkbox"/> DL dx 30° <input type="checkbox"/> Altro.....	
		<input type="checkbox"/> DL sx 30° <input type="checkbox"/> Supino	<input type="checkbox"/> DL dx 30° <input type="checkbox"/> Altro.....	
		<input type="checkbox"/> DL sx 30° <input type="checkbox"/> Supino	<input type="checkbox"/> DL dx 30° <input type="checkbox"/> Altro.....	
		<input type="checkbox"/> DL sx 30° <input type="checkbox"/> Supino	<input type="checkbox"/> DL dx 30° <input type="checkbox"/> Altro.....	
		<input type="checkbox"/> DL sx 30° <input type="checkbox"/> Supino	<input type="checkbox"/> DL dx 30° <input type="checkbox"/> Altro.....	
		<input type="checkbox"/> DL sx 30° <input type="checkbox"/> Supino	<input type="checkbox"/> DL dx 30° <input type="checkbox"/> Altro.....	
		<input type="checkbox"/> DL sx 30° <input type="checkbox"/> Supino	<input type="checkbox"/> DL dx 30° <input type="checkbox"/> Altro.....	
		<input type="checkbox"/> DL sx 30° <input type="checkbox"/> Supino	<input type="checkbox"/> DL dx 30° <input type="checkbox"/> Altro.....	
		<input type="checkbox"/> DL sx 30° <input type="checkbox"/> Supino	<input type="checkbox"/> DL dx 30° <input type="checkbox"/> Altro.....	
		<input type="checkbox"/> DL sx 30° <input type="checkbox"/> Supino	<input type="checkbox"/> DL dx 30° <input type="checkbox"/> Altro.....	
		<input type="checkbox"/> DL sx 30° <input type="checkbox"/> Supino	<input type="checkbox"/> DL dx 30° <input type="checkbox"/> Altro.....	

⁴ DL sx è l'abbreviazione di "Decubito laterale sinistro"

⁵ DL dx è l'abbreviazione di "Decubito laterale destro"

4.1.4 Sistemi antidecubito di supporto

La prevenzione e la cura delle lesioni da decubito hanno indirizzato le ditte del settore ad impiegare mezzi e studi massicci per la progettazione di ausili contribuendo a ridurre i tempi di degenza del paziente, i costi gestionali e i problemi di organizzazione del personale.

Prima di passare alla descrizione di ogni singolo dispositivo esaminiamo le caratteristiche che un qualsiasi letto di degenza deve possedere, per evitare eventuali patologie terziarie:

- piano rigido che permette l'allineamento della colonna vertebrale e la distribuzione uniforme del peso corporeo
- archetto alza coperte utile per evitare il peso della coperta (l'ausilio permette di posizionare il piede in posizione neutra e per favorire l'aerazione sotto le coperte)
- spondine di contenimento che aiutano il paziente nei cambi di posizione
- snodi a manovella o elettrici
- staffa con trapezio
- spazio per posizione talloni nel vuoto.

CLASSIFICAZIONE DEI DISPOSITIVI ANTIDECUBITO

I sistemi di supporto esercitano la loro efficacia quando consentono l'affondamento della superficie corporea a rischio. Questo affondamento non deve essere tale da determinare l'appoggio diretto della superficie a rischio sulla base d'appoggio del presidio⁶ (fenomeno del toccare il fondo).

Analizziamo:

- a. **letti antidecubito**
- b. **materassi a riduzione di pressione**
- c. cuscini antidecubito
- d. ausili per posture (talloniere, gomitiere, ecc...)

Tipologie di letti antidecubito:

- 1) letti antidecubito ad acqua;
- 2) letti antidecubito ad aria;
- 3) letti antidecubito basculanti, rotatori e articolati;
- 4) letti antidecubito fluicidizzati

- 1) Letti ad acqua

Il letto è costituito da un contenitore in fiber-glass che accoglie un materasso ad acqua in materiale polivinilico termoresistente, antiacido, anallergico, inoltre il presidio possiede un termostato elettrico regolabile per il controllo della temperatura dell'acqua. Il letto sfrutta i principi di galleggiamento, riducendo la pressione esercitata dal corpo del paziente sul materasso.

Limiti: i materassi ad acqua non possono essere raccomandati nella prevenzione LdD⁷ (Prova IVD); scarsa tolleranza del paziente; difficoltà di gestione da parte del personale; ridotta traspirazione della cute; ingombro notevole.

⁶ Cullum N, Deeks JJ, Sheldon TA et al. Beds, mattresses and cushions for pressure sore prevention and treatment. In: The Cochrane Library, Issue 4, 1999. Oxford Update Software.

⁷ Groen HW, Groenier KH, Schuling J. Comparative study of a foam mattress and a water mattress. J Wound Care 1999; 8: 333-335.

2) Letti ad aria

Letto a flusso laminare d'aria.

E' un apparecchio di degenza ad alta tecnologia, progettato per offrire la massima protezione a pazienti con gravi patologie.

N.B. I sistemi ad aria composti da celle con un diametro non superiore a 10 cm sono probabilmente più efficaci dei sistemi composti da celle più piccole perché permettono che il corpo dell'assistito sia sufficientemente sollevato (Prova Categoria IIIA CDC Atlanta)

- Letti ad aria con dispositivi di base
- Letti ad aria con dispositivi ad aria non a cessione, statici
- Letti ad aria con dispositivi ad aria non a cessione, a pressione alternata
- Letti ad aria con dispositivi ad aria, a reale cessione d'aria

3) Letti basculanti, rotatori, articolati

Sono letti antidecubito che per le loro caratteristiche tecniche, permettono il cambio di posture del paziente, scaricando le parti in appoggio tramite movimenti alternati rotatori e basculanti. Funzionano normalmente, tramite leve e manovelle, oppure elettricamente tramite centraline e schede computerizzate che possono essere programmate per 24 ore. Alcuni di questi letti possiedono oltre alla caratteristica del movimento l'aggiunta di un materasso antidecubito.

4) Letti fluidizzati:



appartenenti ai dispositivi più avanzati, forniscono tutti i vantaggi della fluttuazione, riducendone i limiti (macerazione, difficoltà di posizionamento o immobilizzazione del paziente).

Il sistema è composto da un letto contenitore di ampie dimensioni e di notevole peso nel quale opera una massa di microsferi di ceramica intrise di silicone attraversata da una corrente di fluido (sistema fluidizzato gas-solido), il tutto ricoperto da un telo filtrante di poliestere monofilamentoso. Tramite un compressore viene immessa nel sistema aria tiepida che passa attraverso le microsferi,

muovendosi tra loro queste producono le stesse caratteristiche dei fluidi, favorendo l'affondamento totale e costante della persona assistita senza diretto appoggio ai sottostanti piani rigidi.

Questi letti sono indicati solo per alcune particolari indicazioni cliniche.

Caratteristiche:

- estrema riduzione della pressione da contatto;
- eliminazione delle forze d'attrito;
- riduzione della necessità di frequenti cambiamenti di postura;
- possibilità di istantanea defluidizzazione (facilita le manovre rianimatorie);
- i liquidi vari lentamente si depositano sul fondo del letto conservando il pH fisiologico;
- regolazione termostatica della temperatura.

Limiti:

- costo elevato e manutenzione complicata; se usato per troppo tempo può provocare atteggiamenti viziati.

Tipologie di materassi/cuscini a riduzione di pressione

- a) ad acqua (oggi quasi in disuso perché non raccomandati dalle evidenze scientifiche)
- b) ad aria
- c) con supporto in gel
- d) in gommapiuma
- e) in fibra

a) Materassi e cuscini ad acqua

sono costituiti da una doppi fodera, utilizzata come contenitore per il riempimento d'acqua. E' importante che il paziente sia posizionato correttamente al centro del materasso e che questo sia sempre riempito a sufficienza. Si raccomanda inoltre una costante verifica dello stato di sudorazione del paziente in quanto tale tipo di presidio non permette una naturale traspirazione tra cute e lenzuolo. Limiti:

- i materassi ad acqua non possono essere raccomandati nella prevenzione LdD⁸ (Prova Categoria IV D CDC Atlanta);
- mancanza di regolazione termostatica; difficoltà di gestione da parte del personale; riduzione della traspirazione.

b) Materassi e cuscini ad aria

→ a semplice riempimento d'aria:

per un uso corretto occorre regolare la pressione dell'aria in relazione al peso del paziente ed alla temperatura ambientale. Sono indicati per pazienti con rischio di LdD molto basso.

→ a pressione d'aria alternata:



⁸ Groen HW, Groenier KH, Schuling J. Comparative study of a foam mattress and a water mattress. J Wound Care 1999; 8: 333-335.

sono costituiti da una fodera interna suddivisa in più settori che, in condizioni d'uso vengono riempiti e svuotati ciclicamente tramite un compressore elettrico, possono essere a pressione alternata a liste o a bolle. L'alta tecnologia consente di scaricare le pressioni d'appoggio in alternanza. Per oltre il 60% del ciclo di funzionamento la pressione è mantenuta al di sotto della Pressione di Occlusione dei Capillari (POC).

Un limite di tale materasso può essere il rumore della pompa di gonfiaggio.

I materassi a pressione alternata automatica (nel presidio ospedaliero dell'ASL CN2: *materasso Air Works Sure - Ditta KCI*) sono indicati per i pazienti con **indice di Braden < 13** e/o con presenza di **LdD al I stadio**.

I materassi a pressione alternata calibrata (nel presidio ospedaliero dell'ASL CN2: *materasso Air Works II - Ditta KCI*) sono indicati per pazienti con **indice di Braden ≤ 16**.

→ a fluttuazione dinamica d'aria tra elementi comunicanti:



l'ausilio è formato da una fodera interna in gomma composta da un elevato numero di camere d'aria comunicanti e da una fodera esterna con funzioni sia di contenimento che di traspirazione (nel presidio ospedaliero dell'ASL CN2: *materasso Proficare - Ditta KCI*). Esiste la possibilità di utilizzarlo anche in modalità statica. E' il movimento del paziente a sfruttare l'effetto antidecubito che provoca uno scambio d'aria tra le camere contigue del materasso. Sono indicati per i pazienti con **indice di Braden < 13** e/o con presenza di **LdD fino al II stadio esteso**.

→ a cessione d'aria per pazienti ad alto rischio:



Questi materassi (anche sovramaterassi), ad alta tecnologia e cessione d'aria, consentono di scaricare costantemente le pressioni d'appoggio senza alternare le zone di carico e scarico come avviene nella pressione d'aria alternata. Offrono la possibilità di riscaldare l'aria ceduta (nel

presidio ospedaliero dell'ASL CN2: *sovramaterasso First Step Select e materasso TheraKair - Ditta KCI*), sono dotati anche di pulsoterapia.

Sono indicati per i pazienti con **indice di Braden < 9** e/o in presenza di **LdD al III o IV stadio** e per pazienti con edemi importanti a livello declive.

NOTA:

I teli di rivestimento dei materassi ad aria succitati sono di *GoreTex*, il tessuto che in bio-ingegneria viene definito "tessuto poroso" per eccellenza permette all'aria prodotta continuamente nella turbina esterna al materasso di immettersi all'interno della superficie del materasso. L'aria raggiunge poi la superficie corporea del paziente: il fluire costante dell'aria consente di prevenire l'aumento dell'umidità corporea e contemporaneamente "asciuga" i liquidi in eccesso evitando la macerazione. Da ciò risulta che la cute della persona assistita dovrà essere il più possibile a contatto con tale tessuto pertanto sarà importante ridurre l'utilizzo di lenzuola e traverse.

I sistemi ad aria composti da celle con un diametro non superiore a 10 cm sono probabilmente più efficaci dei sistemi composti da celle più piccole perché permettono che il corpo dell'assistito sia sufficientemente sollevato (Prova Categoria IIIA CDC Atlanta)

c) Materassi e cuscini in gel



presentano una fodera interna contenente gel di silicone o di poliuretano ed una fodera esterna di contenimento che permette la traspirazione del paziente (nel presidio ospedaliero dell'ASL CN2: *materasso TheraRest - Ditta KCI*).

Offrono la sensazione di stabilità e presentano una bassa variazione di temperatura rispetto a quella ambientale, sono di forma anatomica e impediscono lo scivolamento del paziente in avanti. I cuscini sono invece indicati per pazienti che in posizione seduta possiedono una scarsa stabilità. Indicati per la prevenzione primaria.

Nota: Materassi e cuscini in gel o fluidi automodellanti associati a basi anatomiche in schiuma sono consigliati (Prova VI B).

d) Materassi e cuscini in schiuma biologica:

costituiti da strutture a cellule aperte che garantiscono la circolazione locale dell'aria, quindi la traspirazione naturale, limitando i fenomeni di macerazione tissutale e di sovraccarico pressorio.

Nota: Materassi in schiuma viscoelastica possono essere raccomandati per la prevenzione delle lesioni da decubito (**Prova Categoria I A CDC Atlanta** supportata da studi sperimentali o epidemiologici)

e) Materassi e cuscini in fibra:

presentano un'imbottitura composta da fibre sintetiche cave rivestite da silicone che hanno un comportamento elastico.

MANUTENZIONE DEI DISPOSITIVI ANTIDECUBITO

Al personale infermieristico e di supporto compete di garantire:

- la manutenzione periodica
- la manutenzione straordinaria
- la sanificazione e sanitizzazione

di tutti i dispositivi antidecubito in base alle indicazioni delle ditte produttrici.

CAMBIO DELLA BIANCHERIA E IGIENE DEL RIVESTIMENTO DEI MATERASSI

Non appena la biancheria del letto si bagna o si sporca di deiezioni, va cambiata prontamente con altri capi morbidi, senza toppe o cuciture, perfettamente asciutta e ben distesa sul materasso.

Anche la biancheria personale del paziente deve essere asciutta e morbida; per i pazienti allettati sono preferibili capi di biancheria aperti dietro, onde evitare fastidiosi raggrinzimenti nelle posizioni supina e semi seduta.

Nota: il numero di strati (lenzuola, traverse, ecc...) presenti tra la persona e il materasso o il cuscino a riduzione di pressione, ne riduce l'efficacia - effetto amaca (Prova Categoria VI A CDC Atlanta) pertanto essi andranno ridotti al minimo indispensabile.

Per l'igiene

- della fodera esterna di contenimento (che permette la traspirazione del paziente) → rivestimento *Vita Trend* dei materassi antidecubito *TheraRest* - Ditta *KCI* in uso presso tutte le SS.OO.CC. di degenza del presidio ospedaliero dell'ASL CN2
- del rivestimento in GoreTex dei materassi specifici per pazienti con lesioni da decubito della ditta *KCI*

si precisa che tali fodere/rivestimenti andranno

- a) sanificati con acqua e soluzione detergente a pH fisiologico e sanitizzati con una soluzione disinfettante di Fenplus allo 0.5% che si ottiene diluendo 5 ml di Fenplus per ogni litro d'acqua in apposito erogatore dedicato; si tratterà il rivestimento con panno monouso imbevuto di tale soluzione e si lascerà agire per 15 minuti. In caso ci sia il paziente allettato si sanitizzerà senza lasciare agire i 15 minuti previsti. Se dopo i 15 minuti il tessuto non è asciutto si potrà passare un panno monouso pulito.
- b) Al cambio del paziente se il rivestimento non è stato contaminato si procede come al punto a). Se risulta contaminato, macchiato dopo la dimissione del paziente il telo di rivestimento viene inviato presso la lavanderia ospedaliera e si procede a rivestire il materasso con una fodera di ricambio *Vita Trend*. Anche in caso di paziente infetto si procede all'invio del rivestimento in lavanderia in apposito sacchetto per materiale infetto con specificazione all'esterno del contenuto interno.
- c) In caso di intolleranze al prodotto Fenplus viene indicato l'uso di soluzione di Antisapril al 5% (50 ml. di prodotto in un litro d'acqua). Si lascia poi agire per 5 minuti.

Assolutamente controindicato dalla ditta produttrice l'uso di solventi, alcoli, iodofori.

4.1.5 Assicurare una nutrizione adeguata alla persona assistita

La valutazione del rischio nutrizionale può essere eseguita anche attraverso l'Indice di Massa corporea (B.M.I.) che mette in rapporto il peso corporeo con l'altezza:

Peso corporeo espresso in kilogrammi diviso Altezza in metri al quadrato.

Esempio: Se il peso è 80 kg e l'altezza è 160 cm. **il B.M.I.** sarà: $80 : (1,6 \times 1,6) = 31,25$

Questi valori valgono sia per l'uomo che per la donna

Una volta definito l'indice si confronta con la tabella qui sotto:

> 40	Sovrappeso di 3° grado	Grave obeso
30-40	Sovrappeso di 2° grado	Obeso
25-30	Sovrappeso di 1° grado	Sovrappeso
18,5-25	Normopeso	Normale
< 18,5	Sottopeso	Magro

Nei soggetti che risultano sottopeso, con inadeguato apporto di nutrienti, devono essere identificati i fattori causali e deve essere fornito un supporto adeguato mediante l'alimentazione e deve essere soddisfatto l'apporto idrico.

La quota calorica somministrata con qualsiasi tipo di dieta deve tener conto delle necessità del paziente, che sono influenzate da diversi fattori: età, sesso, la costituzione, la patologia, la presenza di febbre, ecc. E' necessario adattare i vari tipi di diete al singolo paziente, interrogandolo sulle abitudini alimentari e valutando alcune variabili molto importanti quali: disturbi della masticazione, scarso appetito, scarsa collaborazione, malattie concomitanti.

Notevole importanza è pure attribuita alla preparazione e presentazione del pasto, l'appetito è una sensazione complessa, che viene scatenata dal bisogno fisiologico della nutrizione, dall'abitudine ad assumere i pasti a determinate ore e da fattori che influenzano la psiche quali l'ambiente, ed il modo di disporre le vivande, è noto che l'appetito può essere repentinamente spento da sensazioni sgradevoli. E' importante quindi che gli alimenti vengano disposti nel piatto in modo gradevole, che il cibo sia caldo ed appetibile, ad es. sostituire carne frullata a omogeneizzati confezionati, ecc.

Qualora i valori calorici e proteici non possano essere raggiunti come da prescrizione dietetica, ci si può avvalere di supporti o additivi da somministrare con il pasto o negli intervalli come bevande.

Si presenta la tabella indicante le necessità di apporti calorico-proteici in pazienti con LdD

Stadio della lesione	Fabbisogno calorico (kcal/kg/die)	Fabbisogno calorico (g/kg/die)
I	25-30	1
II	30-35	1,2-1,5
III-IV	35-40	1,5-2

Vengono qui di seguito fornite semplici indicazioni relative a cibi e loro principi nutritivi e consigli pratici di integrazione dietetica.

<i>CIBI</i>	<i>PRINCIPI NUTRITIVI</i>
Tutti i tipi di carne Pollame Selvaggina - Frattaglie Prodotti ittici Carni lavorate - Uova	Proteine a elevato valore biologico Ferro Vitamine del gruppo B, B ₁ , B ₁₂ Vitamina A, D, K Zinco
Tutti i tipi di latte Latticini, Yogurt Tutti i tipi di formaggi	Proteine ad alto valore biologico Vitamine del gruppo B, B ₁ , B ₁₂ Vitamina A e B
Legumi	Ferro - Vitamine del gruppo B, B ₁
Ortaggi e frutta di colore giallo, arancione e verde scuro	Vitamina A e C Vitamine del gruppo B - Ferro
Frutta acidula e verdure a gemma	Vitamina A e C

CONSIGLI PRATICI DI INTEGRAZIONE DIETETICA

→ Aumentare la quota proteico-calorica della dieta:

- ✗ Assumere pasti di piccolo volume, ma frequenti (ogni 2-3 ore)
- ✗ Se non si riesce a mangiare la carne, sostituirla con altri alimenti ricchi di proteine (formaggi, uova, pesce)
- ✗ Utilizzare alimenti frullati ad alto contenuto energetico (succhi di frutta arricchiti con zucchero, panna, latte; passati di verdura arricchiti con condimenti, uova, ecc...)

→ Aumentare la quota calorica nelle preparazioni alimentari:

Aggiungere:

- ✗ Olio extravergine di oliva, burro, margarina alle minestre, ai passati di verdura, alla purea, alla pasta e al riso
- ✗ Panna alle salse, ai passati di verdura, al latte, ai frappè
- ✗ Panna montata ai dessert, all'orzo, ecc...
- ✗ Zucchero e miele alle bevande
- ✗ Latte al posto dell'acqua per cuocere semolini, cereali, minestre in polvere da diluire

→ Aumentare la quota proteica nelle preparazioni alimentari:

Aggiungere:

- ✗ Carne o prosciutto frullati o formaggio grattugiato o tuorlo d'uovo alla pasta, al riso, ai passati di verdura, alle salse, alla verdura
- ✗ Latte in polvere al latte, alla cioccolata, al cappuccino, ai budini, alle creme, alla purea di patate, agli yogurt (diluire uno o due cucchiaini in poca acqua o latte e miscelare)



Se l'alimentazione anche modificata (per esempio in consistenza) e/o supplementata rimane inadeguata si dovranno prendere in considerazione altri interventi nutrizionali come:

- eventuale rieducazione della funzione di deglutizione con l'assistenza del logopedista
- la nutrizione enterale (per la quale possono essere utilizzate sacche/flaconi pronti presenti in farmacia)
- la nutrizione parenterale

sempre che ciò sia compatibile con le condizioni cliniche del soggetto.

4.1.6 *Gestire l'incontinenza*

Nella gestione dell'incontinenza urinaria e fecale l'infermiere, dopo aver consultato il medico, può istruire paziente e caregiver per ottenere il rinforzo dei muscoli del pavimento pelvico della persona assistita attraverso gli **esercizi di Kegel**:

- per la muscolatura del pavimento pelvico posteriore istruire la persona nella seguente modalità: "immagini di provare a interrompere l'emissione delle feci e contragga i muscoli anali senza contrarre quelli degli arti inferiori e gli addominali"
- per la muscolatura del pavimento pelvico anteriore "immagini di provare a interrompere l'emissione delle urine, contragga i muscoli (anteriori e posteriori) per 4 secondi e poi li rilasci; ripeta 10 volte di seguito, da 6 a 10 volte al giorno" Si può aumentare a 4 volte l'ora, se indicato dal medico
- insegnare alla persona a interrompere e riprendere l'emissione di urine diverse volte nel corso della minzione.

L'infermiere definisce un piano di gestione dell'incontinenza e istruisce l'OSS per eventuali attività da intraprendere, valuta il dispositivo migliore da utilizzare a seconda delle esigenze della p.a. In collaborazione con l'O.S.S. ed il Caregiver riduce le barriere ambientali in caso di persona cosciente e collaborante: valutando se sono presenti ostacoli (mobili, sedie, ecc. di ingombro per arrivare al bagno), valutando se l'illuminazione della stanza è adeguata (luci troppo soffuse non permettono una buona visibilità), valutando la distanza dalla camera dove maggiormente soggiorna al bagno, se l'altezza del bagno è adeguata alla persona e se necessita di maniglie o altri sostegni. In caso non sia possibile trasferire la p.a. ai servizi, fa provvedere alla sistemazione di una sedia tra la stanza del bagno e la camera da letto. Ricorda alla persona di andare in bagno ogni due ore, dopo i pasti e prima di andare a dormire. Sottolinea alla p.a. che l'incontinenza non è un evento inevitabile correlato all'età, spiega alla p.a. di non limitare l'assunzione di liquidi per il timore dell'incontinenza al fine di evitare il rischio di disidratarsi. Durante la notte fa provvedere alla sistemazione di una sedia comoda vicino alla p.a. in modo che possa avere accesso rapidamente. Promuove l'integrità cutanea.

DISPOSITIVI ASSORBENTI D'URINA SUL MERCATO

Mutandina assorbente monouso che si indossa come normale biancheria intima. Grazie alla forma anatomica e alle barriere anti-fuga offre un'elevata assorbenza per un'ottima sicurezza contro le perdite. Il materiale esterno simile a tessuto e gli elastici garantiscono una perfetta indossabilità e assicurano la massima indipendenza e dignità. E' disponibile in tre taglie, small, medium e large



Assorbente a cintura per incontinenza pesante sia urinaria che fecale. La cintura di fissaggio permette di allacciare il pannolino in vita attraverso tre fascette riposizionabili in modo molto semplice e veloce. Il pannolone è totalmente traspirante. E' disponibile in due livelli di assorbenza e in due taglie, medium e large.



Pannolino sagomato indicato per incontinenza da moderata a grave e per la notte. Ha un elevato grado di sicurezza. E' disponibile in quattro livelli di assorbenza,. Viene indossato in abbinamento alle mutandine a rete, disponibile in sei taglie.



Slip a rete che completa il "sistema due pezzi". Disponibile in sei taglie. Rilavabile e riutilizzabile fino a 30 volte (lavaggio ideale: 70° per 10 minuti).



Pannolino mutandina ad elevata capacità assorbente per incontinenza anche fecale. In versione per incontinenza moderata/grave e per incontinenza molto grave, entrambi disponibili in tre taglie, small, medium e large.



Traverse assorbenti per il letto disponibili in varie misure per soddisfare ogni esigenza.



CATETERISMO VESCICALE

La gestione dell'incontinenza può anche essere fatta tramite il → cateterismo vescicale ad intermittenza. In alcune strutture si tenta di riportare persone assistite a normali funzioni di eliminazione urinaria proprio con questa tecnica.

La cateterizzazione ad intermittenza prevede l'introduzione e la rimozione di un catetere (es. tipo Nelaton) in vescica per permettere il drenaggio delle urine ad intervalli regolari ogni 4-6 ore.

Comunemente viene utilizzata nei pazienti con danni al midollo spinale o con alterazioni neurologiche che impediscono la minzione.

Questo tipo di cateterizzazione permette alla persona assistita un maggior controllo e indipendenza nella cura di sé.

La tecnica per l'inserzione del catetere può essere sia sterile, come previsto dal protocollo dell'ASL CN2, che pulita (viene eseguita pulita soprattutto a domicilio).⁹

→ Il cateterismo vescicale a permanenza viene usato come ultima risorsa, sempre su prescrizione medica, in alcuni casi di pazienti ad alto rischio di lesioni da pressione e sempre con sistema a circuito chiuso. Si rimanda allo specifico protocollo aziendale ASL CN2 sul cateterismo vescicale per ulteriori informazioni.

⁹ Alcuni sanitari raccomandano l'uso di cateteri sterili; altri permettono il riutilizzo una volta puliti. Moore e colleghi non hanno rilevato differenze significative di infezioni quando si utilizzavano cateteri sterili rispetto ai cateteri puliti per la cateterizzazione intermittente. Un metodo *no-touch* di cateterizzazione intermittente ha dimostrato di diminuire la frequenza di infezioni urinarie (R.F. Craven e C.J. Hirnce, Principi fondamentali dell'assistenza infermieristica II edizione, Casa Editrice Ambrosiana anno 2004).

4.2 Gestione assistenziale dei diversi stadi di Ldd: procedure di medicazione e controllo del dolore

4.2.1 LESIONE STADIO I

Obiettivo: protezione della cute per evitare l'ulcerazione

Procedura n°1

Interventi da attuare

- eseguire il lavaggio sociale delle mani all'inizio e al termine della procedura
- detergere la cute con soluzione detergente debolmente acida per non alterare il pH cutaneo fisiologico
- risciacquare con acqua potabile
- asciugare tamponando delicatamente per evitare microlesioni da sfregamento tra il piano osseo e la rete microcapillare
- idratare con pasta all'ossido di zinco (o olio di mandorla) al fine di mantenere lo stato di integrità della cute nelle zone soggette a macerazione o a disidratazione
- non coprire con medicazioni secondarie per consentire la traspirazione dei tessuti
- rinnovare ogni 12 ore per mantenere costante lo stato di protezione e idratazione
- rivalutare la lesione

PREMESSA IMPORTANTE PER LE MEDICAZIONI DELLE LESIONI DAL II STADIO:

- Le medicazioni richiedono un ambiente a carica microbica controllata ogni volta sia possibile. Lasciare trascorrere 30 minuti dal rifacimento letto e dalle operazioni di pulizia
- E' necessario utilizzare medicazioni che mantengano il fondo della lesione costantemente umido (**PROVA IA**)
- Le medicazioni avanzate devono essere sterili.
- Gli operatori devono:
 - a) portare il carrello delle medicazioni vicino al letto del paziente
 - b) eseguire il lavaggio sociale delle mani
 - c) prendere il set di medicazione e aprirlo con tecnica "no touch" sul carrello
 - c) eseguire il lavaggio antisettico delle mani prima e dopo la medicazione
 - d) adottare una tecnica "no touch" per medicare

In caso di rinnovo della medicazione devono:

- . portare il carrello delle medicazioni vicino al letto del paziente
- . eseguire il lavaggio sociale delle mani
- . indossare guanti monouso e rimuovere la vecchia medicazione
- . rieseguire il lavaggio sociale delle mani
- . prendere il set di medicazione e aprirlo con tecnica "no touch" sul carrello
- . eseguire il lavaggio antisettico delle mani prima e dopo la medicazione
- . adottare una tecnica "no touch" per medicare



4.2.2 LESIONE STADIO II

Obiettivo: riparazione tessutale

Procedura n°2 a (presenza di flittena integra)

Interventi da attuare

- detergere con soluzione detergente debolmente acida per non alterare il pH cutaneo fisiologico
- risciacquare con acqua potabile
- asciugare tamponando delicatamente per evitare microlesioni da sfregamento tra il piano osseo e la rete microcapillare

- non bucare la flittena per non creare soluzioni di continuo sulla cute, favorendo l'aggressione da parte di microrganismi patogeni
- idratare con pasta all'ossido di zinco (o olio di mandorla) al fine di mantenere lo stato di integrità della cute nelle zone soggette a macerazione o a disidratazione
- coprire con schiuma in poliuretano per ridurre la compressione e lo sfregamento tra piano osseo e superficie d'appoggio. In caso di lesione al tallone è possibile utilizzare la talloniera in schiuma di poliuretano
- rinnovare ogni 12 ore
- rivalutare la lesione

Procedura n°2 b (presenza di flittena aperta)

Interventi da attuare

- detergere con soluzione fisiologica a temperatura corporea (35-37° C) utilizzando una siringa con l'ago per: irrigare la lesione: il getto deve essere in grado di rimuovere i residui dell'eventuale medicazione precedente, la colonizzazione batterica superficiale, ma allo stesso tempo delicato per non rischiare di danneggiare i tessuti neoformati
- asciugare tamponando delicatamente con garza sterile per evitare microlesioni da sfregamento tra il piano osseo e la rete microcapillare
- rimuovere i lembi di cute della flittena con forbice sterile o bisturi per evitare il formarsi di tasche che potrebbero costituire un favorevole terreno di coltura per i microrganismi patogeni
- se presente essudato:
 - applicare idrogel: idrata la ferita e i residui di tessuto vengono assorbiti dal gel e rimossi dalla lesione con il cambio della medicazione
 - ricoprire con schiuma in poliuretano: assorbe gli essudati mantenendo un ambiente umido e minimizzando il rischio di macerazione; ricoprire almeno 3 cm di cute sana attorno al perimetro della lesione per evitare dispersioni di umidità
 - sostituire ogni 48 ore
 - rivalutare la lesione
- se la lesione è asciutta:
 - applicare idrocolloide: a contatto con la ferita la medicazione forma una sostanza gelatinosa formando condizioni favorevoli per una guarigione ottimale senza che i nuovi tessuti vengano danneggiati durante il cambio della medicazione; ricoprire almeno 3 cm di cute sana attorno al perimetro della lesione per trattenere il più possibile la sostanza gelatinosa
 - sostituire ogni 48-72 ore
 - rivalutare la lesione

Procedura n°2 c (presenza di abrasione)

Interventi da attuare

- detergere con soluzione fisiologica a temperatura corporea (35-37° C) utilizzando una siringa con l'ago per: irrigare la lesione il getto deve essere in grado di rimuovere i residui dell'eventuale medicazione precedente, la colonizzazione batterica superficiale, ma allo stesso tempo delicato per non rischiare di danneggiare i tessuti neoformati
- asciugare tamponando delicatamente con garza sterile per evitare microlesioni da sfregamento tra il piano osseo e la rete microcapillare
- seguire quanto indicato per la flittena aperta
- rivalutare la lesione

4.2.6 LESIONE STADIO III

Obiettivo: ripristinare la continuità dei tessuti e controllare il processo necrotico evitando o trattando eventuali infezioni

Procedura n°3 generale per tutte le lesioni di questo stadio

Interventi da attuare in ogni tipo di lesione di questo stadio:

- detergere con soluzione fisiologica a temperatura corporea (35-37° C) utilizzando una siringa con l'ago per irrigare la lesione: il getto deve essere in grado di rimuovere i residui dell'eventuale medicazione precedente, la colonizzazione batterica superficiale, ma allo stesso tempo delicato per non rischiare di danneggiare i tessuti neoformati
- asciugare tamponando delicatamente con garza sterile per evitare microlesioni da sfregamento tra il piano osseo e la rete microcapillare
- valutare la lesione prima di effettuare la medicazione e ad ogni rinnovo

Procedura n°3 a (presenza di lesione senza necrosi, asciutta→priva di essudato)

Interventi da attuare:

- attuare inizialmente i primi due punti della procedura n° 3 generale
- applicare idrogel: idrata la ferita e i residui di tessuto vengono assorbiti dal gel e rimossi dalla lesione con il cambio della medicazione
- coprire con idrocolloide: a contatto con la ferita la medicazione forma una sostanza gelatinosa formando condizioni favorevoli per una guarigione ottimale senza che i nuovi tessuti vengano danneggiati durante il cambio della medicazione; ricoprire almeno 3 cm di cute sana attorno al perimetro della lesione per trattenere il più possibile la sostanza gelatinosa
- sostituire ogni 48 ore
- valutare l'indicazione all'utilizzo della VAC Therapy previa valutazione e indicazione dello specialista clinico (vedi Allegato N°2)

Procedura n°3 b (presenza di lesione senza necrosi, regimentati^{10[1]})

Interventi da attuare

- attuare inizialmente i primi due punti della procedura n° 3 generale
- valutare la quantità di essudato:

4. . quantità scarsa/moderata di essudato:

- applicare idrogel: idrata la ferita e i residui di tessuto vengono assorbiti dal gel e rimossi dalla lesione con il cambio della medicazione
- coprire con schiuma in poliuretano: assorbe gli essudati mantenendo un ambiente umido e minimizzando il rischio di macerazione; ricoprire almeno 3 cm di cute sana attorno al perimetro della lesione per evitare dispersioni di umidità
- fissare con pellicola trasparente per evitare la dislocazione della medicazione
- sostituire ogni 48 ore
- valutare l'indicazione all'utilizzo della VAC Therapy previa valutazione e indicazione dello specialista clinico (vedi Allegato N°2)

→ quantità abbondante di essudato:

- applicare regimentati di calcio: questa medicazione crea condizioni umide ideali adatte al trattamento di ferite fortemente essudanti, anche in caso di infezioni; le fibre di regimentati di calcio reagiscono con l'essudato della ferita o con il sangue e generano una sostanza gelatinosa creando così un ambiente umido
- coprire con schiuma in poliuretano: assorbe gli essudati mantenendo un ambiente umido e minimizzando il rischio di macerazione; ricoprire almeno 3 cm di cute sana attorno al perimetro della lesione per evitare dispersioni di umidità
- fissare con pellicola trasparente per evitare la dislocazione della medicazione
- sostituire ogni 24 ore
- valutare l'indicazione all'utilizzo della VAC Therapy previa valutazione e indicazione dello specialista clinico (vedi Allegato N°2)

^{10[1]} Parametri per la valutazione della quantità di essudato:

- essudato scarso: una garza posta sopra la lesione tende ad aderire;
- essudato moderato: una garza posta sopra la lesione tende ad inumidirsi nell'arco delle 24 ore;
- essudato abbondante: una garza posta sopra la lesione deve essere sostituita più volte nell'arco delle 24 ore poiché si imbibisce di liquido sieroso.

Procedura n°3 c (presenza di lesione necrotica gialla)

Interventi da attuare

- attuare inizialmente I primi due punti della procedura n° 3 generale
- eseguire il debridement autolitico applicando idrogel: idrata la ferita e facilita la rimozione di tessuti necrotici; I residui di tessuto vengono assorbiti dal gel e rimossi dalla lesione con il cambio della medicazione
- coprire con schiuma in poliuretano: assorbe gli essudati mantenendo un ambiente umido e minimizzando il rischio di macerazione; ricoprire almeno 3 cm di cute sana attorno al perimetro della lesione per evitare dispersioni di umidità
- fissare con pellicola trasparente per evitare la dislocazione della medicazione
- rinnovare ogni 24 ore
- valutare l'indicazione all'utilizzo della VAC Therapy previa valutazione e indicazione dello specialista clinico (vedi Allegato N°2)

Procedura n°3 d (presenza di lesione necrotica con escara nera)

Interventi da attuare

- attuare inizialmente I primi due punti della procedura n° 3 generale
- eseguire il debridement enzimatico applicando collagenasi: la preparazione contiene enzimi che digeriscono il tessuto necrotico, non deve essere utilizzata in concomitanza di iodopovidone o acqua ossigenata poiché ne inibiscono l'attività; applicare esclusivamente su tessuto necrotico per uno spessore di circa 2 mm
- applicare garza vaselinata poiché impedisce l'adesione della medicazione secondaria alla lesione
- coprire con garza sterile
- effettuare medicazione a piatto
- rinnovare ogni 12 ore
- quando segni di ammorbidimento dell'escara far eseguire il debridement chirurgico
- dopo il debridement effettuare medicazione a piatto con garza vaselinata (oppure con reginati poiché reagiscono con il sangue generando una sostanza gelatinosa che favorisce il mantenimento dell'ambiente umido), garza sterile e medicazione adesiva
- dopo 24 ore valutare la lesione

Procedura n°3 e (presenza di lesione granuleggiante rossa)

Interventi da attuare

- attuare inizialmente I primi due punti della procedura n° 3 generale
- applicare idrocolloide: a contatto con la ferita la medicazione forma una sostanza gelatinosa formando condizioni favorevoli per una guarigione ottimale senza che I nuovi tessuti vengano danneggiati durante il cambio della medicazione; ricoprire almeno 3 cm di cute sana attorno al perimetro della lesione per trattenere il più possibile la sostanza gelatinosa
- sostituire ogni 48-72 ore

N.B. può essere utilizzato anche il collagene equino con controllo della lesione dopo 24-48 ore senza mai staccare la tavoletta (vedi maggiori indicazioni sull'allegato 1 del protocollo).

Procedura n°3 f (presenza di lesione riepitelizzata rosa)

Interventi da attuare

- attuare inizialmente I primi due punti della procedura n° 3 generale
- applicare idrocolloide sottile
- sostituire ogni 48-72 ore.

4.2.6 LESIONE STADIO IV

Obiettivo: ripristinare la continuità dei tessuti e controllare il processo necrotico evitando o trattando eventuali infezioni

Procedura n°4

Interventi da attuare in ogni tipo di lesione di questo stadio

- detergere con soluzione fisiologica a temperatura corporea (35-37°C) utilizzando una siringa con l'ago per irrigare la lesione: il getto deve essere in grado di rimuovere i residui dell'eventuale medicazione precedente, la colonizzazione batterica superficiale, ma allo stesso tempo delicato per non rischiare di danneggiare i tessuti neoformati
- asciugare tamponando delicatamente con garza sterile per evitare microlesioni da sfregamento tra il piano osseo e la rete microcapillare
- valutare la lesione prima di effettuare la medicazione e ad ogni rinnovo
- in base al tipo di lesione identificato procedere secondo procedure III STADIO N°3 a-b-c-d-e-f
- se presenza di lesione ben detersa (senza escara o segni di infezione) con essudato molto abbondante valutare l'indicazione all'utilizzo della VAC Therapy (Allegato N°2)

N.B. IN CASO LA LESIONE RAGGIUNGA IL TESSUTO OSSEO OLTRE ALL'USO DI GARZE STERILI E' RACCOMANDATO L'UTILIZZO DI GUANTI STERILI

ESCARA DEL TALLONE

L'escara del tallone deve essere considerata una lesione sempre ascrivibile al IV STADIO.

→ Per escara del tallone aperta fare riferimento alle procedure 3 c (lesione necrotica gialla) o 3 d (lesione necrotica nera)

Procedura n°4 a

→ Per escara del tallone chiusa: considerare come lesione senza soluzione di continuo:

Interventi da attuare

- detergere con soluzione fisiologica a temperatura corporea
- non rimuovere l'escara per evitare di incorrere nel rischio di mettere a nudo il periostio (rischio di osteomielite)
- idratare l'area con crema o pasta all'ossido di zinco: l'idratazione permette un ammorbidimento del tessuto necrotico e ne favorisce il distacco
- rinnovare ogni 12 ore
- in collaborazione con il medico valutare i tempi necessari per la caduta dell'escara e verificare il proseguo del trattamento in base ad eventuali diverse prescrizioni mediche

4.2.6 LESIONE INFETTA

La colonizzazione dell'ulcera da parte di germi, anche potenzialmente patogeni, è un evento estremamente frequente. In assenza di segni clinici di infezione non vi sono prove che la loro presenza ritardi la riparazione dell'ulcera. L'impiego di antibiotici topici è sconsigliabile poiché questi causano facilmente allergie da contatto o l'emergere di ceppi resistenti; anzi, possono anche ritardare la guarigione modificando i gradi di idratazione, umidità e pH necessari per la riepitelizzazione. Gli antibiotici in polvere inoltre tendono a formare croste sulle ferite e vanno perciò evitati.

La presenza di infezione (concetto clinico, pericolo per il paziente), dipende dalla semeiotica locale che evidenzia segni di flogosi quali gonfiore, calore, arrossamento della cute perilesionale, strie linfangitiche, dolorabilità oltre a presenza di essudati purulenti e/o necrotici e/o maleodoranti e non va confusa con l'infezione come concetto batteriologico, cioè la presenza di germi nel *pabulum* della lesione, eventualmente accertata da un tampone inviato al laboratorio, che non apporta alcun dato nuovo se non inquadrata nel contesto clinico di quella lesione in quella data persona.

In casi più gravi si possono apprezzare tragitti fistolosi beanti pus, crepitazione sottocutanea (gas, attenzione ad anaerobi o germi responsabili di fasciti necrotizzanti). Segni sistemici come febbre, brividi e leucocitosi neutrofila possono essere presenti nei casi più gravi, ma sono comunque assenti nei due terzi dei soggetti.

Schematicamente tendiamo a suddividere le infezioni in:

- **lievi**

Ulcere a limitata estensione e profondità, cellulite < 2 cm, assenza di segni ischemia, osteomielite/artrite, paziente collaborante e in buone condizioni generali.

Antisepsi e trattamento antibiotico orale o parenterale.

- **progressive** (*limb threatening* degli *rginati*)

Ulcere estese o profonde, cellulite > 2 cm, linfangite, ischemia, interessamento osseo, tossicità sistemica, paziente non capace di cooperare, necessità di trattamento in ambito specialistico.

Detersione, antisepsi e trattamento antibiotico orale o parenterale.

- **pericolose per la vita** (*life threatening* degli *rginati*)

Come sopra con paziente in condizioni tali da richiedere il ricovero per trattamenti chirurgici specialistici. Oltre alle varie misure è indispensabile il trattamento antibiotico orale o parenterale.

Nelle forme lievi e superficiali predominano I cocchi Gram +, come lo *Staphylococcus aureus*, gli streptococchi di gruppo B e D, gli enterococchi, ma le infezioni più profonde sono quasi sempre polimicrobiche, coinvolgendo spesso bacilli Gram – ed anaerobi.

I lieviti possono essere presenti sia in superficie che a maggiore profondità: il CNS (stafilococchi coagulasi negativi), I corineformi e il *Bacillus species* sono isolabili con una certa frequenza, ma il loro ruolo etiopatogenetico resta dubbio, se non come aventi un possibile effetto sinergico.

Per la DIAGNOSI CLINICA DI INFEZIONE il metodo ideale, ma cruento è la biopsia chirurgica dei tessuti necrotici, attraverso zone cutanee integre, soprattutto in caso di osteomielite oppure, meno traumatica, l'agobiopsia.

Raccolte di pus sottocutaneo possono essere raccolte tramite agoaspirazione in siringa.

Meno ideali, ma pur sempre attendibili le raccolte tramite curettage del fondo dell'ulcera dopo accurata rimozione degli strati superficiali.

Del tutto incongruo è l'uso del tampone, magari doppio e di grosso calibro, sulla superficie della lesione: il tampone infatti può essere utilizzato solo dopo accurata detersione e dopo aver cercato di

Il campione raccolto con tampone superficiale strisciato direttamente sulla lesione non è idoneo per l'accertamento etiologico.

TRASPORTO E CONSERVAZIONE

inviare immediatamente:

- dalle 8 alle 10 alla segreteria interna
- dalle 10 alle 16 al settore microbiologia
- il sabato dalle 8 alle 12 al settore urgenze

I campioni raccolti dopo le ore sopraindicate possono essere conservati in reparto, a temperatura ambiente, per un massimo di 12 ore;

GIORNI DI ESECUZIONE

tutti I giorni, festivi inclusi;

TEMPI DI RISPOSTA

si possono ottenere:

- *risultati preliminari*: dopo 24 ore dall'invio del campione possono essere forniti telefonicamente dal microbiologo al medico richiedente;
- *risultati definitivi*: dopo 48 ore, se negativi oppure 48-72 ore se positivi; casi particolari possono richiedere tempi più lunghi.

INTERPRETAZIONE DELL'ESAME

L'eziologia delle infezioni delle ulcere da decubito e delle ulcere trofiche è sovente polimicrobica e non è sempre facile distinguere tra germi patogeni e contaminanti.

Di conseguenza la diagnosi deve basarsi principalmente su segni clinici quali calore, dolore, eritema, edema, suppurazione, febbre.

Il semplice reperto microbiologico può essere fuorviante specie nelle forme polimicrobiche contenenti batteri che possono essere sia patogeni che contaminanti. Generalmente le ulcere trofiche e da decubito se croniche e stabilizzate non richiedono né accertamenti microbiologici né terapia antibiotica generale.

Questa dovrebbe essere riservata ai casi con evidente interessamento dei tessuti adiacenti con osteomielite o con infezione sistemica (PROVA I A).

I batteri più frequentemente isolati sono:

- • Staphylococcus aureus
- • Stafilococchi coagulasi negativi (CNS)
- • Streptococchi beta emolitici (gruppo A, C, G)
- • Streptococchi fecali
- • Escherichia coli
- • Klebsiella species
- • Enterobacter species
- • Pseudomonas species
- • Bacteroides species
- • Peptostreptococcus
- • Prevotella species

AGGIORNAMENTO SULLE MEDICAZIONI ALL'ARGENTO IN FORMA IONICA:

Le medicazioni all'argento sfruttano le potenti proprietà antimicrobiche dell'argento stesso che blocca il sistema respiratorio enzimatico (cioè la produzione di energia) e altera il DNA microbico e la parete cellulare. Vanno applicate per prevenire o abbattere la carica batterica, promuovono le condizioni per la guarigione delle lesioni e presentano una lunga durata d'azione (possono essere sostituite ogni 3-7 giorni), permettendo così di diradare i cambi delle medicazioni lasciando la lesione indisturbata. In precedenza venivano applicate per un periodo di tempo limitato perché potevano creare fenomeni di ipersensibilizzazione in quanto presentate in forma di crema o unguento come la sulfodiazina ma oggi la ricerca ha consentito di ottenere medicazioni con particolari tecniche di introduzione dell'argento all'interno di esse nella forma ionica: ciò consente l'assorbimento di microrganismi all'interno della medicazione, evitando danni tissutali alla lesione¹¹.

Procedura n°5 a (trattamento ferita infetta o con sospetto di infezione consigliato dalle prove di efficacia e da seguire dopo prescrizione medica)

- detergere con soluzione fisiologica a temperatura corporea (35-37° C) utilizzando una siringa con l'ago per irrigare la lesione: il getto deve essere in grado di rimuovere i residui dell'eventuale medicazione precedente, la colonizzazione batterica superficiale, ma allo stesso tempo delicato per non rischiare di danneggiare i tessuti neoformati
- asciugare tamponando delicatamente con garza sterile per evitare microlesioni da sfregamento tra il piano osseo e la rete microcapillare
- disinfettare con soluzione disinfettante di iodopovidone (sol. Acquosa pronta) o in caso di pazienti con problemi tiroidei e allergici previa prescrizione medica, utilizzare soluzione disinfettante a base di clorexidina gluconato 0.05% (sol. Acquosa pronta). Lasciare agire per un minuto
- eliminare la soluzione disinfettante residua con soluzione fisiologica sterile e tamponare delicatamente
- coprire con medicazione a base di carbone attivo e argento o di carbosimetilcellulosa sodica con ioni argento. Tali medicazioni che andranno controllate nelle prime 24-48 ore ed eventualmente cambiate, se efficaci possono poi rimanere in sito fino a 7 giorni (carbone attivo+argento) o fino a 14 giorni (arbossimetilcellulosa sodica + ioni argento).

¹¹ Romanelli M. La gestione delle ferite infette. In Gestione delle ferite infette. European Wound Management Association (EWNA). Position document: Management of wound infectio. London: MEP Ltd, 2006

4.2.6 CONTROLLO DEL DOLORE NEI PAZIENTI CON LESIONI DA DECUBITO

Un'indagine su pazienti nel Regno Unito e in Svezia ha rilevato che il 64% dei pazienti portatori di lesione accusa dolore, in aggiunta il 32% di questi pazienti non sono stati somministrati analgesici efficaci. Il dolore è stato definito dall'Associazione Internazionale per lo studio del dolore (IASP) come un'esperienza spiacevole, sensoriale ed emotiva, associata alla presenza di un danno tissutale in atto, potenzialmente in atto o descritto in tali termini dal paziente. Dunque, il dolore ha due componenti che devono essere valutate per ciascun paziente: una componente fisica ed una componente emotiva. Queste due componenti sono sempre presenti in ciascun paziente ma mentre la componente fisica necessita abitualmente di un trattamento, la componente emotiva può non necessitarne. Il **dolore** può essere “**operativo**” come il dolore associato ad *debridement* e cambio della medicazione; oppure può essere dolore **acuto** come il dolore associato a stimoli dannosi. Il dolore nocicettivo è stato definito come il dolore indotto nei nocicettori e nelle vie nocicettive da uno stimolo dannoso, ma la risposta è sempre una reazione psicologica. Il dolore **cronico**, come il dolore costante del quale questi pazienti si lamentano spesso, non è associato ad alcun stimolo dannoso. Il dolore cronico può essere ulteriormente suddiviso in dolore nocicettivo e in dolore neuropatico. Il dolore neuropatico è stato definito come il dolore iniziato o causato da una lesione primaria, disfunzione del sistema nervoso. Questa differenza diagnostica tra queste due tipologie di dolore è importante perché definisce l'algoritmo di trattamento.

Per valutare l'intensità del dolore esistono numerose scale di valutazione che partono dal presupposto che sia il paziente a dare la sua valutazione legata alle esperienze avute nella sua vita di questa spiacevole sensazione. Una delle più conosciute è la VAS-Visual Analogue Scale attualmente in uso presso l'ASL CN2 Alba-Bra (Appendice 4), che è rappresentata da una linea orizzontale graduata da zero a dieci con indicatori che vanno da assenza di dolore a dolore insopportabile.

→ La componente fisica del dolore “operativo” deve sempre essere trattata con adeguati anestetici a breve termine.

→ La componente fisica del dolore acuto e cronico deve sempre essere trattata con adeguati analgesici a lungo termine.

Il piano di gestione sintomatica deve essere personalizzato per ciascun paziente, facendo riferimento ai protocolli in via di definizione presso l'ASL CN2 Alba-Bra.

Procedura n°6 Accorgimenti per medicazione a pazienti con o a rischio di dolore a livello di lesione da decubito

Interventi da attuare

- In caso il paziente lamenti dolore prima ancora del cambio della medicazione, valutare tale dolore, consultare il medico, se necessario rivolgersi ad uno specialista del dolore, per una prescrizione che controlli efficacemente il dolore di tipo neuropatico. Un anestetico locale applicato alla zona interessata può ad esempio essere in grado di eliminare tutta la sintomatologia. Somministrare l'analgesico se prescritto
- In caso il paziente non lamenti dolore prima della medicazione comunicare al paziente tutte le procedure di cambio della medicazione, spiegare quale dolore potrà provare e illustrargli i metodi possibili per alleviarlo
- Identificare ciò che il paziente considera causa del dolore ed intervenire per attenuarlo, invitare il paziente a partecipare, se lo desidera, ad esempio togliendosi da solo la medicazione, incoraggiare il paziente a respirare lentamente durante l'intervento, stabilire con lui i tempi dell'intervento, offrirgli delle pause (l'ansia è influenzata da fattori fisiologici e psicologici e genera una reazione automatica; quelli descritti sono alcuni semplici accorgimenti per ridurla)
- Ricordare che la scelta della medicazione è fondamentale per ridurre al minimo il dolore. Le medicazioni che aderiscono al letto della ferita sono in assoluto le più dolorose, quelle che utilizzano idrogel, idrofibre, ringati e

siliconi morbidi riducono al minimo il dolore

- Evitare di esporre la ferita a correnti d'aria, provenienti da finestre aperte e a qualsiasi altro tipo di sollecitazione non necessaria.
- Non toccare la ferita se non strettamente necessario.
- Al momento di intervenire toccare la lesione delicatamente tenendo presente che anche il più lieve contatto può provocare dolore
- Scegliere una medicazione adatta al tipo di lesione, che mantenga l'umidità naturale della lesione in modo da ridurre l'attrito, sulla superficie della stessa, che provochi il minimo dolore e meno traumi possibili al momento della rimozione, che duri il più possibile in modo da ridurre il numero di cambi necessari.
- Scegliere un altro tipo di medicazione se al momento della rimozione il paziente ha sofferto dolore, sanguinamento o traumi alla lesione o alla cute circostante, per togliere la medicazione è stato necessario bagnarla preventivamente
- Leggere le istruzioni del produttore sui metodi di rimozione
- Documentare sulla scheda di rilevazione numerica del dolore in uso presso l'ASL CN2 Alba-Bra (Appendice N°4 protocollo LdD aziendale) il valore che il paziente attribuisce al suo dolore e rivalutare tale dolore dopo gli interventi eseguiti in autonomia e/o in cooperazione con il medico, per alleviarlo.

4.3 Pianificazione assistenziale infermieristica

Obiettivi della pianificazione assistenziale: valutare i problemi della persona a rischio di lesione da decubito o con LdD e fornire assistenza infermieristica attraverso una metodologia sistematica e trasversale documentata al fine di orientare la cura verso interventi preventivi o favorire il processo di guarigione.

Occorre dunque:

1. INDIVIDUARE LE DIAGNOSI INFERMIERISTICHE (secondo la metodologia N.A.N.D.A.)
2. PIANIFICARE GLI INTERVENTI ASSISTENZIALI E DOCUMENTARNE L'ATTUAZIONE
3. VALUTARE I RISULTATI DI SALUTE

Le pagine seguenti presentano la pianificazione assistenziale relativa alle diagnosi infermieristiche significative per la persona assistita a rischio o affetta da lesioni da decubito:

- Diagnosi Infermieristica N° 1: Rischio di compromissione dell'integrità cutanea
- Diagnosi Infermieristica N° 2: Compromissione della mobilità
- Diagnosi Infermieristica N° 3: Incontinenza fecale, urinaria funzionale o totale
- Diagnosi Infermieristica N° 4: Nutrizione alterata inferiore al fabbisogno
- Diagnosi Infermieristica N° 5: Compromissione dell'integrità cutanea – tissutale
- Diagnosi Infermieristica N°6: Compromissione del comfort correlato a dolore acuto o cronico secondario a LdD
- Diagnosi Infermieristica N° 7: Rischio di infezione o infezione correlato a sede di possibile invasione di microrganismi secondaria a presenza di soluzioni di continuo cutanee/tissutali

DIAGNOSI INFERMIERISTICA N° 1 → RISCHIO DI COMPROMISSIONE DELL'INTEGRITA' CUTANEA

Definizione. Stato in cui la persona rischia di esser soggetta a danni dei tessuti: tegumentario o corneale o delle mucose.

Accertamento/Caratteristiche definenti

- alterazione del tessuto epidermico e dermico
- abrasione ■ eritema ■ lesioni (primarie o secondarie) ■ prurito

Fattori correlati

- diminuito apporto ai tessuti di sangue e nutrienti
- immobilità imposta secondaria a sedazione, trauma, coma, patologie cardiovascolari, neurologiche ecc.
- trauma meccanico (strumenti di fissazione terapeutica, blocco mandibolare, trazione, apparecchio gessato, tutori strumenti ortopedici)
- effetti dell'irritazione meccanica o della pressione
- trauma chimico secondario a: escrezioni, secrezioni o sostanze agenti nocivi
- effetti della compressione o della mobilità secondaria a dolore, affaticamento, problemi di motivazione, deficit cognitivi, sensitivi o motori

Obiettivo assistenziale. La persona assistita/caregiver:

- manterrà l'integrità cutanea

e in caso sia cosciente e collaborante:

- parteciperà alla valutazione del rischio ■ esprimerà la volontà di partecipare alla prevenzione LdD ■ descriverà l'eziologia e le misure preventive

Pianificazione degli interventi:

L'Infermiere in collaborazione con l'O.S.S. ed il Caregiver :

- ✓ Ispeziona la cute tutti i giorni valutando l'eventuale presenza di eritema o edema e controlla che le prominenze ossee non siano arrossate.

L'Infermiere:

- ✓ Palpa la cute per verificare la presenza di aumento di calore
- ✓ Valuta se la circolazione è presente cercando i polsi periferici od utilizzando la digitopressione

L'Infermiere in collaborazione con l'O.S.S. ed il Caregiver:

- ✓ Mantiene la cute pulita lavando con soluzione detergente a pH fisiologico e asciugando tamponando delicatamente
- ✓ Effettua l'igiene del paziente appena la cute si presenta sporca

L'Infermiere:

- ✓ Per prevenire danni da frizione utilizza pellicole protettive adesive, creme/paste all'ossido di zinco, olio mandorla, pellicole protettive di poliuretano (vedi allegato di codesto protocollo LdD aziendale relativo a presidi medico-chirurgici e dispositivi medici disponibili presso il servizio farmaceutico dell'ASL 18 Alba - Bra)
- ✓ Valuta a tutti gli accessi lo stato generale del paziente, della cute e gli interventi effettuati
- ✓ Documenta 1 volta al dì su Scheda infermier.ca in uso presso l'ASL CN2 Alba-Bra (Appendice N°3 di codesto protocollo aziendale) valutazioni/interventi/risultati.

DIAGNOSI INFERMIERISTICA N° 2 → COMPROMISSIONE DELLA MOBILITA'

Definizione: Stato in cui la persona rischia di avere una limitazione del movimento fisico, senza tuttavia essere immobile.

Obiettivo assistenziale:

La persona assistita (p.a. di qui in poi) non presenterà le complicanze dell'immobilità e non proverà dolore legato all'immobilità

La persona presenterà integrità cutanea/tessutale; massima/miglioramento funzionalità polmonare; massimo/miglioramento flusso ematico periferico; completa/miglioramento escursione articolare; funzionalità intestinale, vescicale e renale nella norma

e in caso sia cosciente e collaborante:

- ✓ dimostrerà misure atte ad aumentare la mobilità
- ✓ prenderà decisioni relative all'assistenza ogni volta che sia possibile
- ✓ dimostrerà l'utilizzo di ausili atti ad aumentare la mobilità
- ✓ condividerà i propri sentimenti riguardo allo stato di immobilità

Pianificazione degli interventi:

L'Infermiere: Valuta il livello di rischio di lesione secondo la scala Braden (vedi Appendice N°1 di codesto protocollo LdD aziendale ASL CN2 Alba - Bra)

L'Infermiere in collaborazione con l'O.S.S. ed il Caregiver:

- ✓ Effettua la mobilizzazione attiva e passiva del paziente
- ✓ Documenta come, quando e da chi è stato mobilizzato il paziente sulla scheda di posizionamento
- ✓ Incoraggia la p.a. al maggior livello possibile di mobilità
- ✓ Utilizza il trapezio o le spondine laterali per facilitare i movimenti indipendenti della p.a.
- ✓ Ad ogni cambio di posizione ispeziona le zone a rischio di sviluppo di lesione

PER PERSONA NON AUTISUFFICIENTE

- ✓ Crea un piano di trattamento per ridurre la pressione, quindi utilizza sistemi antidecubito quali materasso antidecubito (vedi pagg. 17-24 di codesto protocollo LdD aziendale ASL CN2 Alba - Bra)

L'Infermiere in collaborazione con l'O.S.S. ed il Caregiver:

- ✓ Mobilizza la p.a. ogni due ore in sequenza su tutti i quattro lati ed in senso orario, documentandolo sulla scheda di posizionamento (vedi pag. 16 di codesto protocollo LdD aziendale ASL CN2 Alba - Bra)
- ✓ Solleva dal letto i calcagni, i talloni ed i gomiti con cuscini in schiume o in silicone
- ✓ Non posiziona la p.a. ad angolo retto sul trocantere
- ✓ Mantiene la testata del letto a 60° di elevazione e per un lasso di tempo limitato che non superi un'ora

PER PERSONA SEMI-AUTOSUFFICIENTE:

- ✓ Mobilizza la p.a. alternando i punti pressione ogni ora documentandolo su scheda posizionamento (vedi pag. 16 di questo protocollo LdD aziendale ASL CN2 Alba-Bra)
- ✓ Gli individui che ne sono capaci devono cambiare posizione autonomamente ogni 15 minuti
- ✓ Utilizza sistemi antidecubito per ridurre la pressione come cuscini in schiume o silicone come da protocollo aziendale, non utilizza le ciambelle

L'Infermiere (per tutte le persone assistite): documenta 1 volta al dì su Scheda infermier.ca in uso presso l'ASL CN2 Alba-Bra

DIAGNOSI INFERMIERISTICA N° 3 → INCONTINENZA FECALE, URINARIA FUNZIONALE O TOTALE

Definizione:

Incontinenza urinaria funzionale: Stato in cui la persona sperimenta un passaggio di urine involontario, imprevedibile.

Incontinenza totale: Stato in cui un individuo sperimenta una perdita continua e imprevedibile di urine.

Obiettivo assistenziale:

La persona assistita (p.a. di qui in poi) presenterà una riduzione degli episodi di incontinenza con il loro controllo

Pianificazione degli interventi:

L'infermiere:

- ✓ Determina se c'è un'altra causa che contribuisce all'incontinenza
- ✓ Accerta la presenza di deficit sensoriali/cognitivi
- ✓ Istruisce la p.a. (se cosciente) e caregiver per ottenere il rinforzo dei muscoli del pavimento pelvico (esercizi di Kegel - vedi pagina 25 di codesto protocollo LdD aziendale ASL CN2 Alba - Bra)
- ✓ Crea un piano di gestione dell'incontinenza e istruisce l'OSS per eventuali attività da intraprendere
- ✓ Valuta il dispositivo migliore da utilizzare a seconda delle esigenze della p.a. (vedi pagine 25-26 di codesto protocollo LdD aziendale ASL CN2 Alba - Bra)

L'infermiere in collaborazione con l'O.S.S. ed il Caregiver:

- ✓ Riduce le barriere ambientali in caso di persona cosciente e collaborante:
 - Valuta se sono presenti ostacoli (mobili, sedie, etc... di ingombro per arrivare al bagno)
 - Valuta se l'illuminazione della stanza è adeguata (luci troppo soffuse non permettono una buona visibilità)
 - Valuta la distanza dalla camera dove maggiormente soggiorna al bagno
 - Valuta se l'altezza del bagno è adeguata alla persona e se necessita di maniglie o altri sostegni
- ✓ Se non è possibile trasferire la p.a. ai servizi, sistema una sedia tra la stanza del bagno e la camera da letto
- ✓ Ricorda alla persona di andare in bagno ogni due ore, dopo i pasti e prima di andare a dormire
- ✓ Sottolinea alla p.a. che l'incontinenza non è un evento inevitabile correlato all'età
- ✓ Spiega alla p.a. di non limitare l'assunzione di liquidi per il timore dell'incontinenza al fine di evitare il rischio di disidratarsi
- ✓ Durante la notte sistema una sedia comoda vicino alla p.a. in modo che possa avere accesso rapidamente
- ✓ Promuove l'integrità cutanea

L'infermiere:

- ✓ Documenta 1 volta al dì su Scheda infermier.ca in uso presso l'ASL CN2 Alba-Bra (Appendice N°3 di codesto protocollo aziendale) valutazioni/interventi/risultati.

DIAGNOSI INFERMIERISTICA N° 4 → NUTRIZIONE ALTERATA INFERIORE AL FABBISOGNO

Accertamento/ Caratteristiche definenti:

La persona assistita a rischio di lesione presenta una nutrizione inferiore al fabbisogno se ha il B.M.I. (indice di massa corporea) che indica lo stato di sottopeso e solitamente una diminuzione dell'albumina sierica, della transferrina sierica o della capacità di legare il ferro

Definizione:

Stato nel quale una persona è soggetta a (o è a rischio di) assunzione di (o metabolismo di) nutrienti inadeguata/o in rapporto al fabbisogno metabolico

Obiettivo assistenziale:

La persona assistita (p.a. di qui in poi) assumerà giornalmente i nutrienti corrispondenti al suo livello di attività e al suo fabbisogno metabolico

La persona assistita (se cosciente) /caregiver:

- ✓ saprà spiegare l'importanza di una buona nutrizione - identificherà le carenze di assunzione giornaliera di cibi - indicherà metodi idonei per aumentare l'appetito

Pianificazione degli interventi: L'Infermiere:

- ✓ Inserisce dopo consultazione medica 1 dieta ad alto contenuto di proteine ed aggiunge integratori proteici (vedi pagina 24 di questo protocollo LdD aziendale)
- ✓ Consiglia alla p.a. alimenti ricchi di vitamina A, B, Zinco, Zolfo, Ferro, salvo controindicazioni (vedi pag. 24 di questo protocollo LdD aziendale ASL CN2 Alba-Bra)
- ✓ Monitorizza l'emoglobina, l'albumina ed il peso corporeo settimanalmente
- ✓ Consulta il dietista per stabilire il fabbisogno calorico quotidiano adeguato della p.a.
- ✓ Spiega l'importanza di una nutrizione adeguata. Negozia con il cliente gli obiettivi in termini di assunzione di alimenti per ogni pasto e spuntino
- ✓ Insegna alla persona ad usare le spezie per migliorare l'aroma dei cibi (succo di limone, menta, chiodi di garofano, basilico, timo, cannella, rosmarino ecc..)
- ✓ Incoraggia la p.a., se possibile, a mangiare insieme ad altri (servire i pasti in sala da pranzo o in altre aree comuni, in luoghi d'incontro).
- ✓ Non esegue le procedure sgradevoli o dolorose subito prima dei pasti
- ✓ Assicura un'atmosfera piacevole/rilassata nel momento del pasto (es. no padelle alla vista; non mettere fretta)
- ✓ Diminuisce o elimina odori o procedure nauseanti vicino all'ora dei pasti
- ✓ Insegna o aiuta la persona a riposarsi prima dei pasti.
- ✓ Insegna alla p.a. ad evitare gli odori di cucina (alimenti che stanno friggendo, caffè)

L'infermiere in collaborazione con l'O.S.S. ed il Caregiver:

- ✓ Garantisce alla persona il mantenimento di una buona igiene orale e delle mani prima e dopo l'ingestione di alimenti - Offre pasti piccoli e frequenti (sei al giorno più gli spuntini) per ridurre il senso di distensione gastrica - Serve i nutrienti a più alto contenuto calorico/proteico nel momento in cui il paziente avverte maggiormente il desiderio di mangiare
- ✓ Istruisce la persona che ha un appetito ridotto/caregiver a: consumare alimenti asciutti (toast, cracker) quando si alza, evitare alimenti troppo dolci, grassi, unti o fritti, provare bevande semplici e fredde, succhiare lentamente attraverso la cannucchia, ingerire tutto ciò che sente di poter tollerare, mangiare più volte al giorno piccole porzioni povere di lipidi, provare integratori preconfezionati disponibili in molte forme (bevande, budini, polveri).
- ✓ Documenta 1 volta al dì su Scheda infermier.ca in uso presso l'ASL CN2 Alba-Bra (Appendice N°3 di codesto protocollo aziendale) valutazioni/interventi/risultati.

DIAGNOSI INFERMIERISTICA N° 5 → COMPROMISSIONE INTEGRITA' CUTANEA - TISSUTALE

Definizione

Stato in cui la persona è soggetta a danni del tessuti tegumentario o corneale o delle mucose o a danni a livello muscolare, osseo o alle strutture di supporto.

Accertamento/Caratteristiche definenti

- alterazione del tessuto corneale o tegumentario o mucoso, o invasione di strutture organiche (incisione, ulcera dermica, lesione della mucosa, lesione comprensiva della fascia muscolare o degenerazione massiva a danno muscolare, osseo o delle strutture di supporto, necrosi tissutale) vedi stadi LdD: I - II - III - IV
- edemi ■ eritemi

Fattori correlati

- diminuito apporto ai tessuti di sangue e nutrienti
- immobilità imposta secondaria a sedazione, trauma, coma, patologie cardiovascolari, neurologiche ecc.
- trauma meccanico (strumenti di fissazione terapeutica, blocco mandibolare, trazione, apparecchio gessato, tutori strumenti ortopedici)
- effetti dell'irritazione meccanica o della pressione
- trauma chimico secondario a: escrezioni, secrezioni o sostanze agenti nocivi
- effetti della compressione o della mobilità secondaria a dolore, affaticamento, problemi di motivazione, deficit cognitivi, sensitivi o motori

Obiettivo assistenziale

La persona dimostrerà una progressiva cicatrizzazione tissutale

Pianificazione degli interventi :

L'Infermiere:

- ✓ Valuta la lesione, la misura e identifica lo stadio di sviluppo della/delle lesione/i in base alla classificazione E.P.U.A.P. : stadio: I - II - III - IV (vedi pagina 8 di codesto protocollo LdD aziendale + pagine 32-35 per sospetto di lesione infetta)
- ✓ Predisporre un piano per la gestione e medicazione della/e lesione/i consultando il medico per le lesioni al IV stadio (vedi procedure di medicazione pagine 28-35 di codesto protocollo LdD aziendale + suo allegato relativo ai presidi medico-chirurgici-dispositivi medici disponibili presso il serv. farmaceutico ASL 18 Alba - Bra)
- ✓ Assicura l'igiene (vedi Diagnosi Inf.ca n°1 di codesto protocollo aziendale ASL CN2 Alba-Bra) e la mobilitazione della persona (vedi Diagnosi Inf.ca n°2 di codesto protocollo aziendale ASL CN2 Alba-Bra) con un piano di mobilitazione e posizionamento, l'uso di sistemi antidecubito adeguati (es. materassi ad aria, in base alle indicazioni del protocollo aziendale (vedi pagine 17-24 di codesto protocollo LdD aziendale)
- ✓ Assicura un adeguato apporto nutritivo e idrico (vedi Diagnosi Inf.ca n°4 di codesto protocollo aziendale ASL CN2 Alba-Bra)
- ✓ Gestisce eventuali problemi legati alla continenza urinaria/fecale (vedi Diagnosi Inf.ca n°4 di codesto protocollo aziendale ASL CN2 Alba-Bra)
- ✓ Istruisce paziente e caregiver nelle attività relative alla cura della lesione che sono in grado di eseguire
- ✓ Predisporre un piano di dimissione infermieristica e si confronta con i colleghi dell'A.D.I. (Assistenza Domiciliare Integrata) per favorire la continuità assistenziale
Documenta 1 volta al dì su Scheda infermier.ca in uso presso l'ASL CN2 Alba-Bra (Appendice N°3 di codesto protocollo aziendale) valutazioni/interventi/risultati.

DIAGNOSI INFERMIERISTICA N°6 → COMPROMISSIONE DEL COMFORT, CORRELATO A DOLORE ACUTO O CRONICO SECONDARIO A LdD
Accertamento/Caratteristiche definenti

- Dolore acuto:**
- La persona riferisce o mostra qualche forma di disagio per la lesione da decubito (per esempio dolore, fastidio)
 - Risposta autonoma al dolore acuto (aumento della pressione arteriosa, aumento del polso, aumento del respiro, sudorazione, midriasi)
 - Posizione di difesa ■ maschera facciale di dolore ■ pianto, lamento
- Dolore cronico:**
- ✓ La persona riferisce che il dolore è presente da più di sei mesi (può darsi che questo sia l'unico dato rilevabile)
 - ✓ Caratteristiche dermatologiche quali: colorito alterato (rossore), gonfiore, calore.
 - ✓ Manifestazioni di malessere, collera, frustrazione e depressione a causa della situazione

Definizione: a) dolore acuto: stato in cui la persona prova una sensazione di disagio in risposta a uno stimolo nocivo

b) dolore cronico: stato in cui la persona prova un dolore continuo o intermittente di durata superiore a sei mesi

Fattori correlati: ■ trauma tessutale e spasmi muscolari riflessi secondari a disordini vascolari
■ infiammazione di nervi, tendini, capsule articolari, muscoli ■ immobilità/posizionamento improprio ■ punti di pressione

Obiettivo assistenziale: la persona riferirà un miglioramento del proprio comfort con riduzione della sensazione di disagio e/o del dolore in sede di LdD

Pianificazione degli interventi: L'infermiere:

- In caso il paziente lamenti dolore prima ancora del cambio della medicazione, valutare tale dolore, consultare il medico, se necessario rivolgersi ad uno specialista del dolore, per una prescrizione che controlli efficacemente il dolore di tipo neuropatico. Un anestetico locale applicato alla zona interessata può ad esempio essere in grado di eliminare tutta la sintomatologia. Somministrare l'analgescico se prescritto
- In caso il paziente non lamenti dolore prima della medicazione spiegarli le procedure di medicazione, quale dolore potrà provare e illustrargli metodi per alleviarlo
- Identificare ciò che il paziente considera causa del dolore ed intervenire per attenuarlo, invitare il paziente a partecipare, se lo desidera, ad esempio togliendosi da solo la medicazione, incoraggiare il paziente a respirare lentamente durante l'intervento, stabilire con lui i tempi dell'intervento, offrirgli delle pause (l'ansia è influenzata da fattori fisiologici e psicologici e genera una reazione automatica; quelli descritti sono alcuni semplici accorgimenti per ridurla)
- Ricordare che la scelta della medicazione è fondamentale per ridurre al minimo il dolore. Le medicazioni che aderiscono al letto della ferita sono in assoluto le più dolorose, quelle che utilizzano idrogel, idrofibre, alginati e siliconi morbidi riducono al minimo il dolore
 - Evitare di esporre la ferita a correnti d'aria, provenienti da finestre aperte e a qualsiasi altro tipo di sollecitazione non necessaria.
 - Non toccare la ferita se non strettamente necessario.
 - Al momento di intervenire toccare la lesione delicatamente tenendo presente che anche il più lieve contatto può provocare dolore
 - Scegliere una medicazione adatta al tipo di lesione, che mantenga l'umidità naturale della lesione in modo da ridurre l'attrito, sulla superficie della stessa, che provochi il minimo dolore e meno traumi possibili al momento della rimozione, che duri il più possibile in modo da ridurre il numero di cambi necessari.
 - Scegliere un altro tipo di medicazione se al momento della rimozione il paziente ha sofferto dolore, sanguinamento o traumi alla lesione o alla cute circostante, per togliere la medicazione è stato necessario bagnarla preventivamente. Conoscere bene le istruzioni del produttore sui metodi di rimozione
 - Documentare su scheda rilev. numerica dolore in uso presso l'ASL CN2 Alba-Bra il valore attribuisce al dolore dal pz.-rivalutarlo in base a protoc. aziendale se=>4

DIAGNOSI INFERMIERISTICA N°7 →

RISCHIO DI INFEZIONE / O INFEZIONE CORRELATO A SEDE DI POSSIBILE INVASIONE DI MICROORGANISMI SECONDARIA A PRESENZA DI SOLUZIONI DI CONTINUO CUTANEE/ TISSUTALI

Definizione

Stato in cui l'organismo è a rischio di essere invaso da germi opportunisti o patogeni (virus, miceti, batteri, protozoi o altri parassiti), da fonti endogene o esogene.

Fattori correlati

- compromissione delle difese dell'ospite secondaria a malattie croniche, cardiovascolari, neurologiche
- compromissione della circolazione secondaria a linfedema obesità malattia vascolare periferica
- sede di possibili invasioni di microorganismi secondaria a intervento chirurgico, dialisi, nutrizione parenterale totale, nutrizione enterale, presenza di linee invasive, intubazione.
- compromissione delle difese dell'ospite secondaria a terapia radiante, trapianto d'organo, terapia farmacologica (chemioterapici, immunosoppressori.....)
- compromissione delle difese dell'ospite secondaria a immobilità prolungata, lunga durata della degenza in ospedale, malnutrizione e anamnesi di malattie infettive)
- sede di possibile invasione di microorganismi secondaria a trauma (accidentale, intenzionale) ambiente caldo, umido, buio (pieghe cutanee, apparecchio gessato)

Obiettivo assistenziale

La persona non sviluppa infezioni o, se presenti, presenta un costante miglioramento fino ad una completa risoluzione

Pianificazione degli interventi:

L'infermiere:

- Applica le norme sul lavaggio delle mani come da specifico protocollo aziendale ASL CN2 Alba - Bra a cui si rimanda
- Applica le norme sull'uso dei farmaci e dei dispositivi medici come da Prontuario farmaceutico e Protocollo sulla gestione dei farmaci come da specifico protocollo aziendale ASL CN2 Alba - Bra
- Applica le norme sulla gestione dei cateteri venosi centrali e periferici, sulla gestione dell'eventuale cateterismo vescicale come da specifici protocolli aziendale ASL CN2 Alba - Bra a cui si rimanda
- Rafforza la resistenza alle infezioni della persona attraverso il miglioramento dello stato nutrizionale (vedi Diagnosi Infermieristica N° 4 di codesto protocollo LdD ASL CN2 Alba - Bra)
- Gestisce le medicazioni delle LdD, comprese quelle per eventuali lesioni infette (vedi procedure di medicazione pagine 28-35 di codesto protocollo LdD aziendale + suo allegato relativo ai presidi medico-chirurgici e ai dispositivi medici disponibili presso il servizio farmaceutico dell'ASL CN2 Alba - Bra)
- Controlla l'applicazione del protocollo aziendale di sanificazione/sanitizzazione relativo all'ambiente e ai dispositivi medici/strumenti riutilizzabili
- Documenta 1 volta al dì su Scheda infermier.ca in uso presso l'ASL CN2 Alba-Bra (Appendice N°3 di codesto protocollo aziendale) valutazioni/interventi/risultati.

→ I risultati ottenuti dalla valutazione del rischio di lesioni da pressione o di presenza di LdD, le diagnosi infermieristiche, gli obiettivi, gli interventi assistenziali effettuati per la prevenzione e la cura delle LdD, i risultati di salute, devono essere monitorati e **documentati almeno una volta al giorno sulla apposita scheda infermieristica** predisposta dal Servizio Infermieristico del presidio ospedaliero dell'ASL CN2 (Appendice 3) che prevede:

- dati anagrafici della persona assistita
- diagnosi medica
- data di ingresso in reparto e provenienza
- una valutazione iniziale a cura dell'infermiere responsabile dell'attività che comprende la stadiazione, la misurazione della LdD, le sue varianti, il grado di mobilità della persona, le diagnosi infermieristiche, il punteggio della scala di Braden con criterio di intervento:
punti \leq 16
- una compilazione diaria della scheda con eventuali grosse modifiche avvenute sulla/sulle lesione/i con la registrazione codificata degli interventi assistenziali effettuati relativi alle diverse diagnosi infermieristiche e della procedura attuata per la medicazione in base alle diverse procedura numerate descritte in codesto Protocollo aziendale
- una registrazione sintetica del *Follow up* da espletarsi ogni sei giorni per l'aggiornamento del punteggio della scala di Braden e delle diagnosi infermieristiche.

Affinché sia efficace la prevenzione delle lesioni da decubito è fondamentale stabilire un patto terapeutico coinvolgendo oltre al paziente (se orientato), il prestatore di cure (CAREGIVER) attraverso una buona educazione sanitaria.

IMPORTANTE: LA SPECIFICA SCHEDA INFERMIERISTICA (appendice 3) RIPORTANTE LE ATTIVITA' DI ASSISTENZA INFERMIERISTICA ESPLETATE SARA' UTILIZZATA ANCHE PER LA CONTINUITA' ASSISTENZIALE DELLA PERSONA ASSISTITA E VERRA' CONSEGNATA, INSIEME ALLE PROCEDURE DI MEDICAZIONE AL PAZIENTE/CAREGIVER E AI COLLEGHI INFERMIERI DELL'A.D.I. IN CASO IL MEDICO DEL REPARTO CHE DIMETTE O IL MEDICO DI MEDICINA GENERALE PREVEDA LA NECESSITA' DI TALE PRESA IN CARICO.

4.4 Verifica applicazione protocollo

La valutazione degli effetti legati all'applicazione del protocollo seguirà il metodo dell'*audit organizzativo e clinico*

Il Servizio Infermieristico, Tecnico, della Riabilitazione, della Prevenzione e della Professione Ostetrica (S.I.T.P.R.O.) di Presidio, dopo aver effettuato uno specifico corso di formazione su questo protocollo assistenziale, indirizzato a tutto il personale infermieristico dell'ASL CN2 (aprile-novembre 2008), designerà gli operatori *auditor* e procederà a controllare annualmente quanto messo in pratica presso le SS.OO.CC. del presidio ospedaliero attraverso l'utilizzo delle **check list di audit interno** (vedi allegato n.4).

La *check list* di *audit* interno avrà come oggetto di verifica:

- la presenza e accessibilità del protocollo
- la reale compilazione della scala di Braden e della scheda infermieristica relativa all'attività assistenziale prevista per le LdD
- la reale compilazione della scheda di posizionamento del paziente e della scheda di rilevazione del dolore
- la disponibilità e l'accessibilità dei dispositivi medici e dei presidi medico-chirurgici in uso presso l'ASL CN2 per la prevenzione e il trattamento delle LdD
- il corretto espletamento delle procedure di medicazione delle LdD
- l'indicatore: n° materassi antidecubito / n° posti letto per S.O.C.
- l'indicatore (solo per la S.O.C. Rianimazione): n° pazienti con LdD III o IV stadio / n° materassi specifici per pazienti portatori di LdD III o IV stadio.

Al termine dell'*audit* verrà redatto un *rapporto di audit* (vedi allegato n.4) dove saranno indicati:

- il Responsabile del team di *audit* e gli altri *auditor*
- la data
- i criteri/processi di *audit*
- la descrizione sommaria dello svolgimento della verifica
- l'esito di evidenze o rilievi con la descrizione di eventuali non conformità/osservazioni
- eventuali azioni correttive e relativi tempi, concordati tra Responsabile del team di *audit* e il responsabile della funzione che richiede correttivi
- l'indicazione che la chiusura delle non conformità avverrà nel corso del successivo *audit*
- la firma e la data di accettazione del responsabile dell'area verificata
- eventuali fogli aggiuntivi o allegati .

5. Riferimenti - Bibliografia/Sitografia

- *Qualità, accreditamento, indicatori*. Copyright Federazione Nazionale Collegi I.P.A.S.V.I. Roma, 1998
- Cinotti R., Cartabellotta A. *Progettare, realizzare, verificare un audit clinico. Sussidi per l'autovalutazione e l'accreditamento*°6. Agenzia Sanitaria Regione Emilia Romagna, Settore Qualità e Accreditamento, settembre 2000
- Calosso A., Zanetti E. *Linee guida integrali dell' AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality) per la prevenzione e il trattamento delle lesioni da decubito*. III Edizione della versione italiana A.I S.L.e C. (Associazione Infermieristica per lo Studio delle Lesioni Cutanee) – Pavia 2003
- Calosso A. *Le lesioni cutanee manuale clinico*. Roma: Carocci Faber, 2004
- Carpenito L.J. *Diagnosi infermieristiche applicazione alla pratica clinica*. Milano: Ed. Ambrosiana, 2004
- Revisione sistematica letteratura scientifica sulle *wound care*. A.I.S.L.e.C. “Questo matrimonio s’ha da fare o no?...” 10 dicembre 2004
- Linee guida su ulcere da pressione, prevenzione e trattamento a cura del Consiglio Sanitario Regionale della Toscana, ottobre 2005 tratte da PNLG – Istituto Superiore di Sanità
- Toppino M. Tesi di Laurea: “*L’applicabilità del modello concettuale bifocale dell’attività clinica nella pianificazione assistenziale rivolta ai pazienti portatori di lesioni da decubito all’interno del servizio di A.D.I. dell’ASL 18 Alba – Bra*”, novembre 2005
- Moore Z. Cowman S. *Wound cleansing for pressure ulcers*. Cochrane Database Syst Rev 2005; 4: CD004983
- AHRQ - Agency for Healthcare Research and Quality [USA] (già AHCPR)
<http://www.ahrq.gov/clinic/cpgsix.htm>
- ANAES - Agence Nationale d’Accréditation et d’Evaluation en Santé [Francia] (già ANDEM)
<http://www.anaes.fr>
- RMO - Les Références Médicales Opposables [Francia]
<http://www.chez.com/mach02/menus/rmo.htm>
- Canadian Medical Association - Clinical Practice Guidelines [Canada]
<http://www.cma.ca/cpgs>
- CTFPHC, Canadian Task Force on Preventive Health Care [Canada]
<http://www.ctfphc.org>
- MJA, The Medical Journal of Australia - Clinical Guidelines [Australia]
<http://www.mja.com.au/public/guides/guides.html>
- Piano nazionale linee guida
<http://www.pnlg.it/db/010/>
- Cooper R. A review of the evidence for the use topical antimicrobial agents in wound care.
www.worldwidewounds.com/2004/february

APPENDICI – ALLEGATI DEL PROTOCOLLO

Appendice 1: Scala di Braden

Appendice 2: Scala di Braden pediatrica

Appendice 3: Scheda infermieristica pazienti a rischio/portatori di LdD

Appendice 4: Scheda aziendale di rilevazione del dolore

Allegato 1: Dispositivi medici e presidi medico-chirurgici in uso - ASL CN2

Allegato 2: VAC Therapy

Allegato 3: Diagramma di flusso procedure di medicazione LdD - ASL CN2

Allegato 4: Audit check list - rapporto ASL CN2