



## IL TRATTAMENTO DELLE LESIONI DA DECUBITO

PT02  
REV.00  
Del  
15/11/2009  
Pagina 1 di 22.

<b>Stato delle revisioni</b> .....	1
<b>Introduzione</b> .....	2
<b>Obbiettivi</b> .....	2
<b>Definizione</b> .....	2
<b>Destinatari</b> .....	2
<b>Valutazione</b> .....	3
<b>Valutazione e trattamento del dolore</b> .....	4
<b>Cura della lesione</b> .....	6
Sbrigliamento chirurgico .....	6
Pulizia della lesione .....	6
Applicazione di medicazioni .....	7
Terapie complementari .....	7
<b>GESTIONE DELLA COLONIZZAZIONE BATTERICA E DELLE INFEZIONI</b> .....	8
<b>TRATTAMENTO CHIRURGICO E NON DELLE LESIONI DA DECUBITO</b> .....	9
<b>EDUCAZIONE E MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' DELLE CURE</b> .....	14
<b>Glossario</b> .....	15
<b>Livello delle prove</b> .....	20
<b>Archiviazione</b> .....	22
<b>Elenco degli allegati</b> .....	22

<b>Redazione GDL</b> <b>LDP</b>	Dr. Cesare Fioretti, Infermiere esperto e specializzato in Wound-Care Dr. Alessandro Scalise    Dirigente Medico    Clinica di Chirurgia Plastica Dr. Leonardo Incicchitti    Dirigente Medico DMO Dr.ssa Marina Pierangeli    Dirigente Medico Dr.ssa Sonia Campofiloni    Coordinatrice Accreditamento e Risk Management
<b>Verifica RAQ</b> ..... .....	<b>Approvazione DS</b> .....

### Stato delle revisioni

Rev. 00	Data	Motivo	Pagina
00	15/11/2009	Emissione	Tutte

## **Introduzione**

Le lesioni da decubito, essendo una conseguenza diretta di una prolungata compressione, sono causate da una ischemia da vasocostrizione dei vasi sanguigni dei tessuti sottoposti a tale pressione; si riscontrano tipicamente al di sopra delle salienze ossee che decubitano e vengono classificate in gradi a seconda della profondità dei tessuti interessati dal danneggiamento. La lesione da decubito si verifica in pazienti che per una patologia, sono costretti ad una limitata mobilità. Non si tratta quindi di una malattia, bensì della conseguenza di fattori sfavorevoli intrinseci ed estrinseci al paziente. Le lesioni inoltre allungano il periodo di degenza, la mortalità per complicanze infettive soprattutto in soggetti anziani.

## **Obbiettivi**

- a. fornire una guida per il personale sanitario al fine di assisterlo nella diagnosi, terapia e gestione delle diverse situazioni cliniche e nel processo di guarigione
- b. un miglioramento della qualità di vita diminuire il rischio di mortalità e di complicanze (infezioni locali, osteomielite, sepsi);
- c. Diminuzione dei tempi di degenza e relativi costi

## **Definizione**

la lesione da pressione è una lesione della cute o dei tessuti sottostanti dovuta a compressione o sfregamento, con conseguente alterazione della circolazione e/o apporto di ossigeno e sostanze nutritive nell'area interessata.

## **Destinatari**

Portatori di ulcere cutanee, pazienti con patologie croniche degenerative, traumatizzati gravi, patologie cardiovascolari, mielolesi, bambini con età < 5 anni

## Valutazione

La valutazione è il punto di partenza per prepararsi a trattare o gestire un soggetto portatore di lesioni da decubito. La valutazione coinvolge il soggetto nella sua totalità, ed è la base per la pianificazione del trattamento e la stima dei suoi effetti.

Obiettivi : Monitoraggio dinamico delle misurazioni e della pressione della lesione		
Interventi	Liv. Delle prove	Operatori
1. La valutazione locale dovrà prevedere la localizzazione, stadio di gravità, grandezza (lunghezza, larghezza e profondità), tratti cavi, tessuto sottominato, tunnelizzazione, essudazione, tessuto necrotico e presenza o assenza di tessuto di granulazione e di epitelizzazione <sup>3,14</sup> .	C	Infermiere e Medico
2. La valutazione del soggetto deve interessare la salute fisica, le complicanze comuni, lo stato nutrizionale, il livello del dolore e la sua salute psicosociale <sup>3</sup>	C	
3. Valutare un adeguato apporto nutritivo al fine di prevenire la malnutrizione in base alle esigenze ed alle condizioni del paziente <sup>3</sup> .	C	
4. Il monitoraggio delle lesioni deve essere effettuato con frequenza settimanale <sup>3</sup> . Vedi IO01PT02 il sistema <b>Push Tool</b>	C	



## IL TRATTAMENTO DELLE LESIONI DA DECUBITO

PT02  
REV.00  
Del  
15/11/2009  
Pagina 4 di 22.

### Valutazione e trattamento del dolore

Obiettivi : intervenire precocemente nell'analgesia e nella prevenzione delle infezioni		
Interventi	Livello delle prove	Operatori
Verificare la presenza di dolore ( attraverso la scala del dolore NRS e/o VAS ) <sup>3</sup> .	C	Medici e Infermieri
Segnalare al medico il dolore per verificare la presenza di un'infezione, un danneggiamento del tessuto sottostante non visibile, oppure un'insufficienza vascolare <sup>3</sup> .	C	
Non sottovalutare l'assenza del dolore che potrebbe significare la presenza di un danno del sistema nervoso <sup>3</sup> .	C	
In pazienti con problemi nella comunicazione, osservare se durante il trattamento manifestano i segni tipici del dolore, quali smorfie facciali, rigidità diffusa <sup>3</sup> .	Prova III A	
Se è necessario valutare la somministrazione di antidolorifici <sup>3</sup> .	C	



## IL TRATTAMENTO DELLE LESIONI DA DECUBITO

PT02  
REV.00  
Del  
15/11/2009  
Pagina 5 di 22.

### Gestione dei carichi sul tessuto

Il termine "carichi sul tessuto" fa riferimento alla distribuzione della pressione, della frizione e delle forze di stiramento sul tessuto. Gli interventi sono studiati per diminuire l'estensione dei carichi sul tessuto e per produrre gradi di umidità e temperatura che favoriscano la salute e la riproduzione del tessuto stesso<sup>3</sup>.

<b>Obiettivi : creare un ambiente che incrementi la vitalità del tessuto molle e favorisca la guarigione della/delle lesioni da decubito</b>		
<b>Interventi</b>	<b>Livello delle Prove</b>	<b>Operatori</b>
1. Evitare di posizionare il paziente sulla lesione <sup>3</sup> .	evidenza C	Medici , Infermieri e OSS
2. Fare uso di un sistema di supporto dinamico se il paziente non è in grado di assumere posizioni diverse senza caricare il suo peso sulla lesione, se il paziente comprime completamente il sistema di supporto statico o se la lesione da decubito non mostra segni di guarigione <sup>3</sup> .	evidenza B	
3. Quando l'eccessiva umidità in corrispondenza di cute intatta è fonte potenziale di macerazione e di cedimento cutaneo, può essere importante adottare un sistema di supporto che favorisca la circolazione dell'aria al fine di asciugare la cute e prevenire la formazione di nuove lesioni da decubito <sup>3</sup> .	evidenza C	
4. Scegliere un cuscino antidecubito conforme alle necessità specifiche del soggetto per il quale si richiede la diminuzione della pressione in posizione seduta. Si eviti di usare presidi a ciambella con i quali è più probabile causare, invece che evitare, la formazione di lesioni da decubito <sup>3</sup> .	evidenza C	Medici , Infermieri e OSS
5. Se il paziente presenta lesioni da decubito estese di Stadio III o di Stadio IV su numerose superfici d'appoggio del corpo, può essere indicato l'uso di un letto a bassa fuga d'aria o ad aria fluidificata <sup>3</sup> .	evidenza C.	Medici e Infermieri



## IL TRATTAMENTO DELLE LESIONI DA DECUBITO

PT02  
REV.00  
Del  
15/11/2009  
Pagina 6 di 22.

### Cura della lesione

#### Sbrigliamento chirurgico

<b>Obiettivi:</b> rimozione di tessuto non vitale per favorire l'ambiente di guarigione della ferita .		
<b>Interventi</b>	<b>Liv. prove</b>	<b>Operatori</b>
1. rimuovere i tessuti non vitali della lesione, tenendo conto delle condizioni della persona e degli obiettivi assistenziali <sup>3</sup> .	evidenza C	Medico, Infermiere
2. Selezionare il metodo di sbrigliamento più appropriato alle condizioni del paziente e agli obiettivi. Le tecniche possibili quando non vi sono urgenze cliniche, sono: sbrigliamento chirurgico, meccanico, enzimatico e/o autolitico <sup>3</sup> .	evidenza C	
3. In seguito allo sbrigliamento chirurgico associato allo sanguinamento utilizzare una medicazione pulita e asciutta per 8/24 ore <sup>3</sup> .	evidenza C	
4. In presenza di un'escara secca nel calcagno non può essere rimossa se non vi sono segni presenti di edema, eritema, fluttuazione o secrezioni <sup>3</sup> . Osservare giornalmente la lesione per notare la comparsa di uno di questi segni che richiedono lo sbrigliamento: edema, eritema, secrezioni ecc..	evidenza C	

#### Pulizia della lesione

<b>Obiettivi:</b> diminuire il rischio di infezione rimuovendo dalla ferita tutto il tessuto necrotico, l'essudato e i rifiuti metabolici		
<b>Interventi</b>	<b>Liv. prove</b>	<b>Operatori</b>
pulire la lesione all'inizio del trattamento e ad ogni cambio di medicazione ; utilizzare un minimo di forza meccanica durante la pulizia ( garze, telini ecc..) <sup>3</sup> .	evidenza C	Medico, Infermiere
Non pulire la lesione con detergenti cutanei o agenti antisettici (Es. iodio povidone, iodofori, soluzioni di ipoclorito di Sodio [sol. Dakin], acqua ossigenata, acido acetico) <sup>3</sup> .	evidenza B	
utilizzare una <u>soluzione salina</u> per la pulizia e siringhe da 35 ml con ago da 19. Fare molta attenzione a non causare traumi al letto della lesione <sup>3</sup> .	evidenza B	



## IL TRATTAMENTO DELLE LESIONI DA DECUBITO

PT02  
REV.00  
Del  
15/11/2009  
Pagina 7 di 22.

### Applicazione di medicazioni

<b>Obiettivi:</b> favorire la riepitelizzazione delle lesioni mantenendo umido il tessuto della lesione e asciutta la cute circostante		
Interventi	Liv. prove	Operatori
<ul style="list-style-type: none"><li>utilizzare medicazioni che mantenga continuamente umido il fondo della lesione. Le medicazioni asciutte - umide devono essere utilizzate nella fase di sbrigliamento<sup>3</sup>.</li></ul>	evidenza B	Medico, Infermiere
<ul style="list-style-type: none"><li>utilizzare una medicazione che mantiene un ambiente umido nell'interfaccia tra ulcera e medicazione<sup>3, 24</sup></li></ul>	evidenza A.	
<ul style="list-style-type: none"><li>riempire lo spazio morto della lesione con materiale da medicazione. Riempire lo spazio morto della lesione con materiale da medicazione. Evitare il riempimento eccessivo<sup>3</sup></li></ul>	evidenza C	

### Terapie complementari.

<b>Obiettivi: Ridurre l'incidenza delle lesioni da decubito attraverso programmi educativi</b>		
Interventi	Liv. prove	Operatori
1. Prendere in considerazione una serie di trattamenti con elettroterapia nel caso in cui lesioni di Stadio III e IV non abbiano risposto positivamente alla terapia convenzionale. La stimolazione elettrica potrebbe essere utile nel caso di lesioni ostinate di Stadio II) <sup>3</sup> .	evidenza B	Medico, Infermiere
2. L'efficacia terapeutica dell'ossigenoterapia iperbarica, della terapia a raggi infrarossi, ultravioletti e laserterapia a bassa energia, e dell'ultrasuonoterapia non è stata sufficientemente stabilita da permettere la raccomandazione di queste terapie nel trattamento delle lesioni da decubito <sup>3</sup> .	evidenza C	

## **GESTIONE DELLA COLONIZZAZIONE BATTERICA E DELLE INFEZIONI**

Le lesioni da decubito di Stadio II, III, e IV vengono immancabilmente colonizzate da batteri. Nella maggior parte dei casi, pulizia e sbrigliamento adeguati impediscono alla colonizzazione batterica di procedere fino al punto di infezione clinica. In ordine di gravità l'infezione può essere localizzata all'ulcera, estesa ai tessuti circostanti (cellulite), all'osso (osteomielite) o sistemica (batteriemia e sepsi). Un ampio spettro di batteri, gram positivi e gram negativi, aerobi e anaerobi può essere causa di infezione delle ulcere da pressione. Si definisce colonizzazione batterica dell'ulcera da pressione la presenza di batteri in replicazione senza segni o sintomi di malattia. Si definisce infezione la presenza di sintomi o segni di reazione dell'organismo alla presenza dei batteri.

<b>Obiettivi: Proteggere le ulcere da pressione da fonti esogene di contaminazione</b>		
<b>Interventi</b>	<b>Liv. prove</b>	<b>Operatori</b>
1. Minimizzare la colonizzazione della lesione e promuoverne la guarigione con un efficace pulizia e sbrigliamento <sup>3</sup> .	A	Medico, Infermiere
2. Non effettuare tamponi per fare diagnosi di infezione della lesione, poiché tutte le lesioni sono colonizzate <sup>3</sup> .	C	
3. Non usare antisettici topici ( es. iodio povidone, iodofori, soluzioni di ipoclorito di Sodio [sol. Dakin], acqua ossigenata, acido acetico) per ridurre la carica batterica <sup>3</sup> .	B	
4. le lesioni che non iniziano a guarire o che continuano a produrre essudato entro 2/4 settimane possono essere trattate con antibiotico per uso topico per due settimane. L'antibiotico dovrebbe essere efficace contro gram +, gram - e anaerobi <sup>3</sup> .	A	Medico, Infermiere
5. Una terapia antibiotica sistemica, orale o parenterale, guidata dall'antibiogramma può essere considerata per il trattamento dell'infezione <sup>3</sup> .	C	Medico
6. Instaurare un'adeguata terapia antibiotica sistemica nel caso sia presente batteriemia, sepsi, cellulite in progressione o osteomielite <sup>3</sup> .	A	Medico
7. La durata della terapia antibiotica è abitualmente di 10-14 giorni, più prolungata in caso di osteomielite. 103	(Prova I B)	Medico
8. Seguire le precauzioni relative all'isolamento delle sostanze corporee (BSI), o un sistema equivalente, adeguato all'ambiente sanitario e alla condizione della persona.	(Prova III A)	Medico, Infermiere
9. Usare medicazioni pulite, piuttosto che medicazioni sterili, nel trattamento di ulcere da pressione.	(Prova VI A)	Medico, Infermiere



## TRATTAMENTO CHIRURGICO E NON DELLE LESIONI DA DECUBITO

Le procedure chirurgiche per la riparazione delle lesioni da decubito comprendono uno o più dei seguenti interventi e i criteri di inclusione in un protocollo chirurgico sono:

- ferite deterse di grado III o IV
- buone condizioni cardiocircolatorie e respiratorie
- buon livello di emoglobina, elettroliti, proteine in particolare di albumina
- età non superiore ai 65 anni
- assenza di malattie metaboliche, quali diabete o dislipidemie importanti
- buona motivazione personale
- spasticità.

Obiettivi: riparazione delle lesioni da decubito		
Interventi		Operatori
Chiusura diretta	entrata in disuso per l'alta percentuale di insuccessi <sup>3</sup> .	Chirurgo
Innesti cutanei	solo per lesioni molto superficiali con un buon fondo staffato <sup>3</sup> .	Chirurgo
Lembi cutanei	un tempo trattamento elettivo, ora si preferiscono i fasciocutanei di scorrimento <sup>3</sup> .	Chirurgo
Lembi miocutanei	trattamento di elezione perchè permettono risultati duraturi; sono preferiti nelle lesioni ischiatiche e trocanteriche <sup>3</sup> .	Chirurgo
Lembi liberi	praticati in casi estremi ove le soluzioni prima viste non siano applicabili, richiedono tempi di apprendimento lunghi e una consolidata esperienza da parte dell'operatore <sup>3</sup> .	Chirurgo
Lembi fasciocutanei di scorrimento a V o Y	Nelle lesioni sacrali <sup>3</sup> .	Chirurgo



## IL TRATTAMENTO DELLE LESIONI DA DECUBITO

PT02  
REV.00  
Del  
15/11/2009  
Pagina 10 di  
22.



### **TRATTAMENTO NON CHIRURGICO DELLE LESIONI DA DECUBITO**

Per medicazione si intende un materiale posto a diretto contatto con la lesione (medicazione primaria), che può aver bisogno di un fissaggio e/o di copertura (medicazione secondaria).

La medicazione ideale è quella in grado di creare l'ambiente favorevole al fisiologico processo di guarigione della lesione. A garanzia di ciò deve essere in grado di creare nell'interfaccia fra il letto della lesione e la medicazione le condizioni ideali di umidità, temperatura, pH e ossigenazione che sono gli elementi fondamentali per favorirne la guarigione. Utilizzare una medicazione che mantenga il fondo della lesione costantemente umido. ( *Prova I A* )

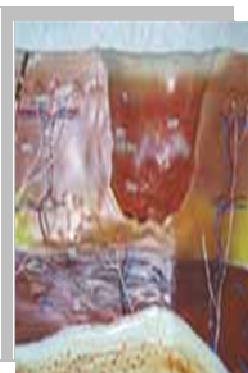
Quando si sceglie una medicazione si consideri:

- l'eziologia dell'ulcera
- lo stato generale del paziente, gli obiettivi della cura e le condizioni socioambientali
- la localizzazione dell'ulcera
- la dimensione dell'ulcera, la profondità e la sottominazione
- il gestore della medicazione (infermiere, caregiver, familiare)
- il rischio di infezione
- la produzione dell'essudato
- la fase del processo di guarigione
- il tipo di tessuto presente (necrosi, granulazione, riepitelizzazione)
- la gamma delle medicazioni disponibili

<p style="text-align: center;"><b>STADIO I</b></p>	<p>- Eritema della pelle (non lacerata ) non reversibile alla <i>digitopressione</i></p>		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Il primo approccio terapeutico ad una lesione da decubito consiste essenzialmente nella eliminazione della compressione locale, premessa indispensabile per ristabilire una buona perfusione ed ossigenazione tissutale, attraverso cambi di postura personalizzati ( applicare uno schema di mobilizzazione ).</li> <li>2. evitare il massaggio in quanto può ulteriormente aggravare il danno tissutale; inoltre il massaggio provoca lo scollamento dei piani cutanei, ostacola la rigenerazione dei tessuti e i processi di angiogenesi.</li> <li>3. utilizzare, per l'igiene della cute, un detergente che non alteri il ph fisiologicamente acido e che non rimuovano lo strato idrolipidico della superficie cutanea.</li> <li>4. applicare creme emollienti che promuovono lo strato idrolipidico che rendono la cute più elastica. Le sostanze "barriera" utili per questo obiettivo sono: pomate a base di <b>ossido di zinco</b> e <b>spray al silicone</b>.</li> <li>5. non utilizzare sostanze alcoliche che causano la disidratazione della cute.</li> <li>6. applicare in sito pellicole trasparenti al poliuretano e permeabili all'ossigeno che, ricreando l'effetto barriera dell'epidermide, svolgono funzioni di protezione, (es:frizione, stiramento e scivolamento) dell'integrità cutanea.</li> <li>7. monitorare la lesione da decubito.</li> </ol>
<p style="text-align: center;"><b>STADIO II</b></p>	<p>Ferita a spessore parziale che coinvolge l'epidermide e/o il derma. L'ulcera è superficiale e si preannuncia come un'abrasione, una vescica o una leggera cavità</p>		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Eliminare la compressione sulla lesione.</li> <li>2. La detersione deve essere effettuata con soluzioni saline. Trova indicazione la soluzione di Ringer Lattato, che grazie alla sua composizione ricca di sali di potassio ne aumenta il trofismo cutaneo. Non utilizzare agenti antisettici come lo Iodio Povidone ( tossico per i fibroblasti ), acqua ossigenata, derivati del cloro ( irritanti per i fibroblasti).</li> <li>3. Consigliabile è anche l'uso dell'Argento Metallico Catadinico spray ( non ancora utilizzato nel pediatrico ), su indicazione dell'ALSLeC, in associazione alla medicazione avanzata ( ha un azione assorbente, battericida e batteriostatica nel tempo ) .</li> <li>4. Localmente è necessario continuare a proteggere la cute con prodotti ad effetto "barriera"( pellicole al poliuretano, idrocolloidi ). Gli idrocolloidi sono medicazioni che vengono utilizzati maggiormente dopo la fase essudativa e necrotica; la loro composizione di gelatina, pectina e carbossimetilcellulosa (assorbente ), a contatto con l'essudato, ne crea una massa soffice come un gel. Quindi in questo ambiente umido ne facilita la guarigione. Questa medicazione può essere lasciata dai 2 ai 7 giorni. vantaggi : sono impermeabili a batteri, favoriscono il debridment autolitico, sono autoadesivi e si modellano bene, minimizzano il trauma cutaneo, se trasparenti permettono di osservare il processo di guarigione; possono essere usati anche in caso di compressione ( calze da compressione ) .</li> <li>5. Svantaggi : non devono essere utilizzati nel caso di lesioni con molto essudato, in presenza di infezioni, quando la cute perilesionale è fragile, in quanto hanno proprietà occludenti che limitano lo scambio gas tra la lesione e l'ambiente. Monitorare la lesione</li> </ol>

### STADIO III

Ferita che si può estendere fino alla sottostante fascia, ma senza attraversarla, che implica danno o necrosi del tessuto sottocutaneo. Si presenta come una profonda cavità che può sottominare o meno il tessuto adiacente



1. *eliminare la compressione sulla lesione.*
2. la presenza dell'escara, frequente in questa fase, deve essere preventivamente rimossa, per permettere ai trattamenti successivi di raggiungere gli strati più profondi. La rimozione chirurgica dell'escara può essere coadiuvata dall'utilizzo di enzimi proteolitici. Queste sostanze hanno un effetto destrutturante e irritante sui tessuti vitali, per cui devono essere applicate solo sui tessuti necrotici. Gli idrogel aiutano a mantenere umida la zona della lesione, favoriscono la granulazione e l'epitelizzazione, facilitando anche il debridement autolitico.
3. detersione con soluzioni saline ( impacchi per 5-10 minuti ). Nella detersione, come già detto, non utilizzare agenti antisettici per la loro azione tossica e irritante nei fibroblasti, ma soprattutto non utilizzarli ( vedi ipocloriti , l'acqua ossigenata, iodio povidone, clorexidina ecc.. ) in associazione di medicazioni al poliuretano, in quanto alterano la loro struttura.
4. in presenza di una infezione, oltre la detersione, utilizzare l'argento colloidale.
5. non utilizzare antibiotici per uso topico.
6. se è presente una cavità, con essudato, utilizzare medicazioni in schiuma poliuretanica altamente assorbente. La medicazione è stata studiata per garantire la massima capacità di assorbimento e conformabilità, con un'estrema facilità d'uso e poco traumatica durante la sostituzione. La superficie di contatto della medicazione, per la sua struttura tridimensionale a nido d'ape, mantiene ambiente umido promuovendo il processo di granulazione.
7. in presenza di una lesione sottominata con essudato utilizzare gli alginati di calcio. Gli alginati derivano dalle alghe brune. I prodotti sono costituiti da fibre morbide, a forma di corde o tamponi. Gli alginati sono assorbenti e si adattano perfettamente alla forma della lesione. L'alginato interagisce con l'essudato della lesione e forma un gel morbido che mantiene umido l'ambiente di cicatrizzazione della lesione. I vantaggi: assorbono fino a venti volte il loro peso. Formano un gel all'interno della lesione per mantenere l'ambiente umido. favorisce il debridement autolitico. Riempono le zone sottominate. Gli svantaggi: sono sconsigliati per lesioni con poco essudato. Oppure, sempre nella fase con molto essudato, sono indicati l'utilizzo di medicazioni assorbenti in granuli; queste sostanze sono in grado di assorbire per gr. di prodotto fino a 4 ml di liquido essudato, riducendo la possibilità di macerazione della lesione e fungono da sostituti collagenici.
8. in presenza di segni clinici di infezione effettuare un tampone con antibiogramma; se necessari utilizzare la terapia antibiotica sistemica. valutare per l'eventuale intervento dell'ingegneria tissutale ( innesti di derma e cheratinociti ).
9. per il cambio della medicazione bisogna osservare, giornalmente, l'ipesecrezione della lesione.
10. monitorare la lesione, soprattutto in presenza di lesioni sottominate ( frequenti in questo stadio ).

<b>STADIO IV</b>	<p>Ferita a tutto spessore con una necrosi tissutale o danni ai muscoli, alle ossa o alle strutture di supporto. La presenza di tessuto sottominato e di tratti cavi può essere associata a lesioni da decubito di stadio</p>		<ol style="list-style-type: none"> <li>1 Eliminare la compressione sulla lesione.</li> <li>2 Necrectomia.</li> <li>3 La detersione deve avvenire mediante soluzioni saline ( anche impacchi per 5/10 minuti ).</li> <li>4 Utilizzare l'argento metallico catadionico e/o colloidale , quando vi sono segni clinici di infezione, in associazione alla medicazione avanzata.</li> <li>5 Schiuma al poliuretano.</li> <li>6 Alginati.</li> <li>7 Granuli.</li> <li>8 Tampone con antibiogramma.</li> <li>9 Corretto "timing" del trattamento chirurgico.</li> <li>10 Il cambio della medicazione è in rapporto all'ipersecrezione della lesione.</li> <li>11 Monitorare la lesione ( una volta alla settimana ).</li> </ol>
------------------	---	--	---

## **EDUCAZIONE E MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' DELLE CURE<sup>3</sup>**

- progettare programmi educativi rivolti ai pazienti, al personale sanitario, familiari, volontari ecc.. . Il programma dovrebbe cominciare con la prevenzione e concludersi con le procedure di trattamento ( evidenza C ). Si devono sviluppare dei programmi educativi sul trattamento delle lesioni da decubito con i seguenti argomenti :**eziologia e patologia**
- fattori di rischio – glossario per la stadiazione
- principi della guarigione delle lesioni
- principi di supporto nutrizionale
- programmi individualizzati di cura della cute
- principi di pulizia e del controllo delle infezioni
- principi del controllo postoperatorio e di prevenzione delle recidive
- selezione dei prodotti (es: categorie ed usi dei sistemi di supporto, medicazioni, antibiotici topici o altri agenti ).
- Effetti o influenza dell'ambiente fisico e meccanico sulle lesioni e strategie per la gestione.
- Meccanismi per la documentazione e il controllo dei dati pertinenti, con inclusione degli interventi del trattamento e dei progressi nella guarigione ( evidenza C )



## IL TRATTAMENTO DELLE LESIONI DA DECUBITO

PT02  
REV.00  
Del  
15/11/2009  
Pagina 15 di  
22.

### Glossario

<b>ABRASIONE:</b> trauma superficiale della cute asportazione parziale, spesso causato da frizione.
<b>ALGINATI:</b> fibre in tessuto non tessuto derivate da alghe marine. Prima dell'uso appaiono soffici e lanose, ma a contatto con l'essudato, si trasformano in gel. Producono un ambiente umido e sono utili su lesioni piane e cavitare. Hanno proprietà emostatiche.
<b>AMBIENTE UMIDO:</b> microcosmo che si realizza nell'interfaccia tra una medicazione avanzata ed il fondo di una lesione. Promuove la riparazione tissutale, facilita la rimozione del materiale devitalizzato tramite autolisi, protegge la lesione dalle contaminazioni esterne.
<b>ANAEROBI:</b> organismi che non necessitano di ossigeno per sopravvivere. Gli anaerobi facoltativi possono essere attivi anche in presenza di ossigeno. Nell'uomo gli anaerobi rappresentano la flora saprofitica più comune. Le ferite infette con anaerobi producono un odore acre e putrescente caratteristico.
<b>ANGIOGENESI:</b> la formazione di nuovi vasi sanguigni. Nel tessuto danneggiato è presente inizialmente sul fondo della lesione.
<b>ANOSSIA:</b> uno stato in cui il tessuto non riceve un adeguato apporto di ossigeno.
<b>ANTISETTICI:</b> sostanze in grado di ridurre la carica microbica sulla superficie del tessuto cutaneo o mucoso.
<b>ARROSSAMENTO:</b> vedi eritema.
<b>ASCESSO:</b> raccolta localizzata di pus confinata all'interno di una cavità delimitata da tessuto o da un organo. Se l'ascesso si rompe e comunica con l'esterno del corpo, o con un'altra cavità si può determinare una fistola.
<b>ASEPSI:</b> assenza di microrganismi. E' finalizzata a prevenire la colonizzazione di una ferita mediante sterilità dei materiali che vengono in contatto con essa come strumenti, fluidi, medicazioni.
<b>ATROFIA:</b> diminuzione dello spessore e della resistenza della cute.
<b>AUTOLISI:</b> rimozione naturale dei tessuti attraverso l'azione di enzimi prodotti dalla lesione stessa.
<b>BATTERIOSTATICO:</b> agente chimico che inibisce la moltiplicazione dei batteri.
<b>CELLULITE:</b> infezione non suppurativa dei tessuti molli, normalmente causata dallo Streptococco emolitico. Sono presenti sintomi e segni dell'infiammazione. La cellulite si manifesta sulla cute perilesionale della ferita, con netta demarcazione rispetto alla cute sana. L'infezione può diffondersi attraverso le reti linfatiche.
<b>CICATRICE:</b> esito della perdita di sostanza che ha interessato il derma; si caratterizza per la assenza di fibre elastiche.
<b>CITOTOSSICO:</b> potenzialmente mortale per le cellule.



## IL TRATTAMENTO DELLE LESIONI DA DECUBITO

PT02  
REV.00  
Del  
15/11/2009  
Pagina 16 di  
22.

<p><b>COLLAGENE:</b> proteina prodotta dai fibroblasti, che fornisce il supporto al tessuto connettivale e rappresenta la maggior proteina strutturale per la cute. Il collagene viene prodotto durante la fase proliferativa e di granulazione della riparazione tissutale, ma viene ristrutturato durante la fase di rimodellamento.</p>
<p><b>COLONIZZAZIONE:</b> moltiplicazione di microrganismi senza evidenti segni clinici. E' presente normalmente su lesioni in fase di granulazione.</p>
<p><b>CONNETTIVO:</b> tipo di tessuto. Prende il nome da una delle sue funzioni: connettere fra loro i vari organi. Il tessuto connettivo è tipicamente formato da cellule immerse in una sostanza amorfa e piena di fibre.</p>
<p><b>CONTAMINAZIONE:</b> presenza di microrganismi senza moltiplicazione.</p>
<p><b>CORPI ESTANEI:</b> materiali presenti in tessuti del corpo dove non dovrebbero essere presenti. Possono rappresentare uno stimolo di infezione.</p>
<p><b>CUTE:</b> organo principale di protezione del nostro corpo costituita da diversi strati, che sono: epidermide, membrana basale, derma, tessuto sottocutaneo.</p>
<p><b>DEBRIDEMENT:</b> rimozione di tessuto devitalizzato e di materiale estraneo da una lesione. Può essere ottenuto in alcuni giorni. Esistono varie modalità: chirurgica, enzimatica, autolitica, meccanica, biochirurgica. Può essere selettivo e non selettivo</p>
<p><b>DERMA:</b> tessuto situato al di sotto dell'epidermide, suddiviso in una zona superficiale (derma papillare), ed in una zona profonda (derma reticolare), provvisto di grossolane bande di collagene. I vasi sanguigni della cute sono esclusivamente localizzati a livello del derma.</p>
<p><b>EDEMA:</b> gonfiore causato da un aumento di liquido intracellulare.</p>
<p><b>ELASTINA:</b> proteina fibrosa e flessibile presente nel tessuto connettivo e sulla cute. E' molto simile al collagene.</p>
<p><b>EMOSTASI:</b> arresto di un' emorragia.</p>
<p><b>EPIDERMIDE:</b> è la porzione della cute a diretto contatto con l'ambiente esterno. E' costituito da diversi tipi di cellule che si distinguono per localizzazione e grado di differenziazione.</p>
<p><b>EPITELIO:</b> tessuto costituito da cellule sovrapposte, disposte in modo continuo in uno o più strati che caratterizza le superfici cutanee e mucose.</p>
<p><b>ERITEMA:</b> arrossamento aspecifico che può essere sia localizzato che generalizzato e che può essere associato a cellulite, infezione, prolungata pressione, o iperemia reattiva.</p>
<p><b>EROSIONE:</b> escoriazione, abrasione: perdita di sostanza che interessa solo l'epidermide o gli strati superficiali del derma.</p>





## IL TRATTAMENTO DELLE LESIONI DA DECUBITO

PT02  
REV.00  
Del  
15/11/2009  
Pagina 17 di  
22.

<p>ESCARA: gangrena superficiale chiusa e secca, espressione di necrosi dell'epidermide e degli strati superficiali del derma, adesa agli strati profondi.</p>
<p>ESSUDATO: fluido prodotto dalla lesione, costituito da siero, leucociti e materiale devitalizzato. Il volume diminuisce con la progressione della riparazione tissutale. L' essudato può avere proprietà battericida e contenere fattori nutritivi. Può anche risultare infetto.</p>
<p>FASCIA: una lamina di tessuto connettivale che avvolge le strutture muscolari e gli altri organi.</p>
<p>FATTORI DI CRESCITA: elementi essenziali per la proliferazione cellulare, sono costituiti da citochine e peptidi. Vengono definiti con il nome della cellula da cui prendono origine. Hanno funzione di replicazione e migrazione cellulare, sintesi del collagene e della matrice extracellulare.</p>
<p>FIBROBLASTI: cellule della matrice connettivale. Contribuiscono alla formazione di collagene.</p>
<p>FILM: medicazione avanzata costituita da una pellicola trasparente di polietilene e poliuretano con adesività selettiva.</p>
<p>FISTOLA: un tratto anomalo di comunicazione tra un organo interno e la cute.</p>
<p>FLITTENE: è un rilievo della cute a contenuto liquido, di grandezza superiore alla vescicola (asse maggiore superiore a 0,5 cm). Il contenuto può essere sieroso limpido, siero-ematico, siero-purulento. La sede può essere intraepidermica o dermoepidermica.</p>
<p>GANGRENA: necrosi tissutale conseguente ad anossia.</p>
<p>GRANULAZIONE: il tessuto neoformato che appare durante la fase proliferativa della riparazione tissutale. E' costituito principalmente da un numero di capillari neoformati.</p>
<p>IDROCOLLOIDI: medicazioni avanzate che realizzano un ambiente umido e assorbono medie quantità di essudato. Disponibili in placche e paste, promuovono la crescita del tessuto di granulazione.</p>
<p>IDROFIBRE: medicazioni avanzate a base di carbosimetilcellulosa che promuovono un ambiente umido e non determinano traumatismo sulla sede di lesione durante la loro rimozione. Assorbono consistenti quantità di essudato gelificandosi in modo selettivo.</p>
<p>IDROFILICA: sostanza in grado di attrarre acqua.</p>
<p>IDROFOBICA: sostanza in grado di respingere acqua.</p>
<p>IDROGELI: medicazioni avanzate idrofiliche che promuovono l' ambiente umido. Contengono alte percentuali di acqua (fino all' 80%) e possono idratare lesioni necrotiche stimolando il debridement autolitico.</p>
<p>INFEZIONE: presenza e replicazione di germi all' interno di un tessuto con evocazione di una risposta specifica da parte dell' ospite.</p>
<p>INFIAMMAZIONE: risposta fisiologica dell' organismo a un trauma o infezione. E' caratterizzata da segni clinici come: eritema, edema, ipertermia, dolore.</p>



## IL TRATTAMENTO DELLE LESIONI DA DECUBITO

PT02  
REV.00  
Del  
15/11/2009  
Pagina 18 di  
22.

INNESTO: applicazione di una lamina libera di cute da una sede all' altra. Può essere realizzato in laboratorio con varie dimensioni a partire da una piccola biopsia.
IPERGRANULAZIONE: eccessiva formazione di tessuto di granulazione conseguente ad edema dei capillari neoformati.
ISCHEMIA: riduzione di apporto sanguigno in un distretto corporeo, caratterizzata da dolore e progressivo danno tessutale.
LESIONE: termine aspecifico per descrivere un danno tessutale.
LESIONE DA DECUBITO (LDD): danno localizzato della cute e del tessuto sottostante che si realizza per effetto della pressione in combinazioni con altri fattori.
MACERAZIONE: alterazione del tessuto per esposizione ad eccessiva umidità. Può riguardare i margini di una lesione qualora essa sia eccessivamente secerne.
MEDICAZIONI AVANZATE: medicazioni caratterizzate da materiale di copertura con caratteristiche di biocompatibilità. Definite anche medicazioni occlusive.
NECROSI: morte cellulare all' interno di un tessuto. Si manifesta con aree di colore nero/marrone in base al livello di disidratazione.
PATOGENI: microrganismi in grado di causare una malattia.
POLIURETANO: sostanza presente in numerose medicazioni avanzate.
PRESIDI A PRESSIONE ALTERNATA: prodotti costituiti da una serie di cuscini interconnessi, che gonfiandosi e sgonfiandosi alternativamente, impediscono alla pressione di esercitare la propria forza costantemente sulla cute.
PRESIDI A BASSA CESSIONE DI ARIA: prodotti costituiti da una serie di cuscini interconnessi fabbricati in tessuto poroso che consente il passaggio di aria dall'interno verso il paziente. Questo movimento di aria aiuta a controllare l'umidità, prevenendo i danni da macerazione cutanea.
PRIMA INTENZIONE: guarigione delle lesioni mediante avvicinamento dei bordi con tecnica chirurgica o con materiale adesivo o metallico.
PURULENTO: che produce pus.
PUS: fluido prodotto in corso di infezione, costituito da essudato, germi e cellule della serie bianca in fase di degradazione.
RIPARAZIONE TESSUTALE: guarigione del tessuto che può avvenire per prima intenzione o per seconda intenzione.
SAPROFITA: aggettivo utilizzato per descrivere gli organismi che non sono patogeni per l'ospite, ma rappresentano la normale flora, come ad esempio l'Escherichia coli per l'intestino.



## IL TRATTAMENTO DELLE LESIONI DA DECUBITO

PT02  
REV.00  
Del  
15/11/2009  
Pagina 19 di  
22.

SECONDA INTENZIONE: guarigione delle lesioni che prevede la formazione del tessuto di granulazione con contrazione della ferita, senza avvicinamento dei margini di lesione.
SLOUGH: tessuto devitalizzato di colore giallastro grigio che appare sul fondo della lesione. Può facilitare l'infezione e deve essere rimosso per attuare la guarigione della lesione.
SOLUZIONE SALINA: soluzione fisiologica composta dallo 0,9% di cloruro di sodio. Rappresenta il miglior detergente per le ulcere croniche, assieme al ringer lattato e all'acqua.
STADIAZIONE: classificazione delle lesioni ulcerative per un corretto monitoraggio durante la loro evoluzione.
SUPPURAZIONE: processo di formazione del pus.
TOPICO: attributo che viene associato a prodotti che vengono utilizzati per uso locale sulle lesioni cutanee.
ULCERA: soluzione di continuo della cute che può avere varie origini, cronicizzare e, nel tempo, avere differente stadiazione.
USTIONE: una ferita traumatica ad origine chimica, elettrica, radioattiva o più comunemente termica. Il grado di intensità dipende dalla temperatura interessata, dalla durata del contatto con la fonte di calore. Viene classificata attraverso la profondità della lesione in ustione a spessore parziale, quando è interessata l'epidermide e parte del derma, ustione a spessore totale quando è interessato tutto il derma ed, a volte, strutture più profonde.
VESCICOLA: piccolo rilievo cutaneo formato da una cavità a contenuto sieroso limpido. Può essere il risultato di un trauma chimico o termico o essere il risultato di una reazione allergica.



## IL TRATTAMENTO DELLE LESIONI DA DECUBITO

PT02  
REV.00  
Del  
15/11/2009  
Pagina 20 di  
22.

### Livello delle prove

Guida ai livelli di prova e al grado delle raccomandazioni  
(Secondo il Piano Nazionale Linee Guida-PNLG)

#### Livello delle prove

- I :** prove ottenute da più studi controllati randomizzati e/o da revisioni sistematiche di studi randomizzati
- II :** prove ottenute da un solo studio randomizzato di disegno adeguato
- III :** prove ottenute da studi di coorte non randomizzati con controlli concorrenti o storici o loro metanalisi
- IV:** prove ottenute da studi retrospettivi tipo caso controllo o loro metanalisi
- V :** prove ottenute da studi di casistica senza gruppo di controllo
- VI :** prove basate sull'opinione di esperti autorevoli o di comitati di esperti o basata su opinioni dei membri del gruppo di lavoro responsabile delle linee guida

#### Forza delle raccomandazioni

**A :** l'esecuzione della procedura diagnostica o terapeutica è fortemente raccomandata (indica una particolare raccomandazione sostenuta da prove scientifiche di buona qualità, anche se non necessariamente di tipo I o II)

**B :** si nutrono dubbi sul fatto che la procedura o l'intervento debba sempre essere raccomandato, ma si ritiene che la sua esecuzione debba essere attentamente considerata

**C:** esiste una sostanziale incertezza a favore o contro la raccomandazione di eseguire la procedura o l'intervento

**D** l'esecuzione della procedura o intervento non è raccomandata

**E:** si sconsiglia fortemente l'esecuzione della procedura o intervento



## IL TRATTAMENTO DELLE LESIONI DA DECUBITO

PT02  
REV.00  
Del  
15/11/2009  
Pagina 21 di  
22.

### Livelli di prova e grado di raccomandazione secondo l'AH CPR, EPUAP

<b>Forza delle Raccomandazioni</b>
<b>AH CPR, 1992-1994 ( revisionate nel 2000 ) EPUAP 2000</b>
<b>Grado di evidenza A :</b> richiede almeno un uno studio randomizzato controllato (RCT) come parte dell'insieme di letteratura di complessiva buona qualità e consistenza che suggerisce specifiche raccomandazioni;
<b>Grado di evidenza B:</b> richiede disponibilità di studi clinici ben condotti ma non RCT sui temi della raccomandazione;
<b>Grado di evidenza C:</b> richiede evidenza ottenuta da rapporti di commissioni di esperti o opinioni e/o esperienze cliniche di persone autorevoli. Indica assenza di studi clinici direttamente applicabili di buona qualità.

<b>FORZA DI EVIDENZE ROYAL COLLEGE OF NURSING - 2001</b>
<b>Grado I:</b> basato su risultati dello stesso segno nella maggioranza di diversi studi di buona qualità
<b>Grado II:</b> basato sui risultati di un singolo studio di buona qualità (accettabile) o su risultati deboli o contraddittori in diversi studi di buona qualità.
<b>Grado III:</b> evidenza scientifica limitata che non incontra tutti i criteri di studi accettabili, o assenza di studi di buoni qualità applicabili direttamente. Questo include l'opinione degli esperti.  <i>(Accettabile per queste linee guida significa che sono stati valutati e approvati con un approccio critico).</i>



## IL TRATTAMENTO DELLE LESIONI DA DECUBITO

PT02  
REV.00  
Del  
15/11/2009  
Pagina 22 di  
22.

### Archiviazione

Documento	Luogo archiviazione	Resp.	Durata	Catalogazione	Accesso	Supporto
M01PT01	Cartella Clinica	Cs Medico		Scala di Norton Modificata sec. Scotts	Infe. Medici	cartaceo
M02PT01	Cartella Clinica	Cs Medico		Scala di Braden Q	Infe. Medici	cartaceo
M03PT01	Cartella Clinica	Cs Medico		Scheda di registrazione delle postazioni	Infe. Medici	cartaceo
M04PT01	Cartella Clinica	Cs Medico	---	Scala di Plymout	Infe. Medici	cartaceo
M05PT01	DMO/ CC/ Lavanderia			Richiesta materassi da decubito		cartaceo

### Elenco degli allegati

1. M01PT01 Scala di Norton Modificata sec. Scotts
2. M02PT01 Scala di Braden Q
3. M03PT01 Scheda di registrazione delle postazioni
4. M04PT01 Scala di Plymout
5. M05PT01 Richiesta materassi antidecubito