

Protocollo operativo per il trattamento delle lesioni da decubito

I.P. Almasi Patrizia
I.P. Franzoni Paola
U.O. Rianimazione, ASL Sondrio

La finalità di questo protocollo operativo è quella di uniformare il metodo di trattamento e le scelte dei prodotti da utilizzare per la medicazione.

L'ordine metodologico adottato per la stesura del protocollo trova il suo presupposto nel concetto di stadiazione e muove dai principi di cicatrizzazione delle lesioni. La scala utilizzata per la stadiazione delle lesioni è quella della N.P.U.A.P. (National Pressure Ulcer Advisory Panel).

E' stato individuato un obiettivo generale ed uno per ogni stadio delle lesioni. E' stato quindi definito il tipo trattamento e di medicazione più idoneo per ogni lesione in funzione del suo stadio particolare.

Obiettivo Generale:

facilitare il processo di guarigione a qualsiasi stadio della lesione impedendone il peggioramento

I Stadio

Eritema stabile della pelle (non lacerata) non reversibile alla digitopressione; il segnale preannuncia l'ulcerazione della pelle

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

Eliminazione della compressione locale: mobilizzazione con cambi di postura personalizzati alle esigenze del paziente.

Evitare la postura che poggia sulla zona interessata dalla lesione al fine di promuovere la rivascolarizzazione.

Adottare un ausilio che assicuri uno scarico della pressione sulla cute rispetto al piano d'appoggio.

Per sollevare il paziente dal piano d'appoggio utilizzare sempre il lenzuolo sottostante per evitare frizioni o sfregamenti.

Il paziente ruotato sul fianco non deve superare l'inclinazione di 45°.

In posizione supina porre sempre un cuscino sotto il cavo popliteo del paziente abbastanza alto da assicurare che i talloni siano sollevati dal piano d'appoggio.

Utilizzare archetti alzacoperte .

Cura della cute: detergere la cute con detergenti a PH acido diluiti in acqua tiepida evitando sfregamenti eccessivi. Effettuare la detersione più volte al giorno solo se necessario, al fine di proteggere il film idrolipidico

Protezione cutanea: applicare sulla cute creme per il corpo ad azione idratante e nutriente in grado di ripristinare le difese e l'idratazione cutanee. La crema va applicata ogni volta che si procede alla detersione.

La scelta della crema è condizionata dal tipo di cute del paziente:

- cute normale: creme idratanti per il corpo
- cute secca: creme nutrienti per pelli secche od olio per il corpo (olio d'oliva, di mandorle).

In caso di incontinenza urinaria o fecale proteggere la cute dall'aggressione dei liquidi organici mediante l'applicazione di prodotti barriera quali:

- creme all'ossido di zinco
- medicazioni idrocolloidali a spessore sottile .

Da evitare frizioni con colonie alcoliche o alcool saponoso in quanto seccano lo strato corneo rendendo la cute maggiormente vulnerabile alle aggressioni chimiche e meccaniche.

Presidi preventivi: Sulle zone particolarmente soggette a frizioni o sfregamenti (sacro, talloni, gomiti) è utile applicare presidi atti a proteggere la cute come:

- IDROCOLLOIDI A SPESSORE SOTTILE
- SCHIUME IN POLIURETANO
- FILM-MEMBRANA

Il Stadio

Ferita a spessore parziale che coinvolge l'epidermide e/o il derma. L'ulcera è superficiale e si preannuncia clinicamente come un'abrasione, una vescica o una leggera cavità.

Obiettivo: favorire la ricostruzione cutanea.

Eliminazione della compressione locale: le raccomandazioni da osservare sono le medesime delle lesioni al primo stadio.

Monitoraggio della lesione: dopo aver coperto la lesione con un film-membrana procedere alla rilevazione del perimetro della stessa utilizzando una carta millimetrata. Per la profondità utilizzare un tampone sterile. Effettuare rilevazioni fotografiche ogni 5/7 giorni al fine di poter osservare nel tempo l'evoluzione della lesione.

Detersione: detergere la lesione utilizzando soluzione fisiologica o Ringer lattato tiepidi al fine di non raffreddare l'ulcera. Utilizzare il getto meccanico ottenibile con una siringa da 20 ml collegata ad un agocannula n° 18 G che assicura la rimozione dei detriti dal letto dell'ulcera. Tamponare solo il contorno della lesione con garze sterili o pulite.

Debridement: sulle zone con presenza di fibrina procedere con l'applicazione di IDROGEL. L'utilizzo dell'idrogel non interferisce negativamente con la progressione del processo riparativo ma, al contrario, idratando la lesione ne facilita il debridement autolitico e allo stesso tempo favorisce la granulazione. La sostituzione delle medicazioni può essere effettuata ogni 2/3 giorni .

Altro prodotto che si può utilizzare in presenza di strati spessi di fibrina sono le POMATE AD AZIONE PROTEOLITICA ma, a differenza dell'idrogel, intaccano anche il tessuto in via di riparazione. L'uso degli enzimi proteolitici è quindi da riservare in zone con escara in quanto la loro azione si esplica "principalmente sui tessuti devitalizzati" ma non ne esclude possibili effetti anche sul delicato tessuto di granulazione.

L'utilizzo delle pomate proteolitiche deve essere sospeso quando e' presente il tessuto di granulazione. La loro attività proteolitica "diminuisce progressivamente dopo l'applicazione, e probabilmente risulta totalmente scomparsa dopo 24 ore": è quindi necessario procedere con sostituzioni quotidiane della medicazione.

Non traumatizzare in alcun modo il letto dell'ulcera per evitare la rottura dei nuovi capillari in formazione.

Tattamento specifico di una **Abrasione:**

- detergere la cute con soluzione fisiologica, asciugare il contorno della lesione.
- applicare una placca idrocolloidale di misura adeguata (deve oltrepassare di almeno 2 cm il bordo della lesione).
- sostituire in caso di saturazione della placca di idrocolloide o comunque entro 7 giorni dalla data d'applicazione che andrà segnata sulla medicazione.

Tattamento specifico di una **Bolla :**

- disinfettare la superficie bollosa con Iodopovidone soluzione acquosa o Clorexidina Gluconato.
- con una siringa a cui va collegato un ago n°18 G praticare dei fori ed aspirare il liquido sieroso contenuto all'interno della bolla, lasciare la cute collabita a contatto della lesione.
- applicare una schiuma di poliuretano e fissarla con cerotto anallergico o con una benda.
- controllare dopo 2/3 giorni: se la bolla si fosse riformata, cosa abbastanza probabile dopo la prima medicazione, procedere in maniera analoga.
- nel caso in cui il liquido sieroso si presentasse purulento asportare lo strato di cute con forcicine a punta sottile e procedere con abbondante detersione della lesione con soluzione fisiologica, applicare una placca di idrocolloide o una schiuma di poliuretano (in

caso si ricorra alla schiuma è consigliabile associare un idrogel per impedire che la superficie della lesione si secchi).

Medicazione: La medicazione da porre sulla lesione dovrà possedere caratteristiche che stimolano e migliorano il processo riparativo e quindi possedere le seguenti caratteristiche:

- Mantenere sulla superficie della lesione un giusto grado di umidità per favorire i processi di mitosi cellulare.
- Favorire l'isolamento termico
- Permettere gli scambi gassosi
- Proteggere dalle contaminazioni esterne
- Proteggere le terminazioni nervose con riduzione della sintomatologia dolorosa.
- Garantire tempi di sostituzione più lunghi per favorire la riparazione tissutale con notevole contenimento dei costi e minor carico di lavoro per il personale infermieristico.

Le medicazioni che rispondono ai requisiti sopra citati sono definite **avanzate** e fra queste utilizzeremo **idrocolloidi, schiume in poliuretano e medicazioni in fibra idroattiva.**

IDROCOLLOIDI: sono indicati per lesioni mediamente essudanti.

Il tipo sottile va utilizzato su lesioni superficiali (abrasioni) poco essudanti.

La saturazione della medicazione idrocolloidale e quindi la necessità di una sostituzione, si evidenzia con la modificazione della colorazione della stessa che da opaca diventa bianca e traslucida; è necessario cambiare la placca anche quando l'essudato fuoriesce dai bordi. Inizialmente rinnovare la medicazione ogni tre giorni.

L'intervallo di sostituzione tra una medicazione e l'altra potrà essere al massimo di sette giorni.

SCHIUME IN POLIURETANO: indicate per lesioni particolarmente essudanti.

Sostituire ogni 2/3 giorni o prima se fuoriesce materiale dalla medicazione

Lasciare in sede al massimo sette giorni.

FIBRE IDROATTIVE: sono medicazioni in tessuto non tessuto composte da fibre idrocolloidali sottoforma di tampone o fettuccia altamente assorbenti indicate per ulcere essudanti. Possono essere utilizzate per ferite con tragitti fistolosi. La falda di fibra idroattiva va coperta con garze sterili e fissata con benda o cerotto.

La medicazione va sostituita ogni due giorni o quando si trasforma in gel, indice di completa saturazione.

Modalità di sostituzione di una medicazione: nel caso si tratti di una placca idrocolloidale autoadesiva procedere all'asportazione staccando un angolo e procedendo sfibrando i lembi con entrambe le mani per non traumatizzare il tessuto neoformato. Nel caso di una schiuma, se fosse adesa all'ulcera, prima di asportarla procedere con un abbondante lavaggio con soluzione fisiologica. Segnalare sempre sulla medicazione la data in cui è stata effettuata.

III Stadio

Ferita a tutto spessore che implica danno o necrosi del tessuto sottocutaneo e che si può estendere fino alla fascia sottostante, ma senza attraversarla. L'ulcera si presenta clinicamente come una profonda cavità che può o non può essere sottominata.

Obiettivo: rimuovere il tessuto necrotico.

Eliminazione della compressione locale: le raccomandazioni da osservare sono le medesime delle lesioni al primo stadio.

Detersione: procedere con le modalità descritte nelle lesioni al II stadio.

Rimozione del tessuto necrotico: se e' presente un'escara occorre preparare la zona alla rimozione chirurgica applicando un idrogel o un prodotto proteolitico che, ammorbidendo gli strati superficiali, ne facilitino l'asportazione. Per creare maggior umidità e ammorbidire l'escara coprire la lesione con un film-membrana.

L'asportazione chirurgica deve essere effettuata in tempi successivi e da personale medico-chirurgo previa somministrazione di anestetici per via locale.

In caso di sanguinamento dopo debridement chirurgico la medicazione deve essere di tipo asciutto (garze sterili) per le prime 24 ore.

Disinfezione: a questo stadio successivamente ad un'abbondante detersione con soluzione fisiologica o Ringer lattato, procedere con l'utilizzo di disinfettanti a base di Iodopovidone soluzione acquosa o Clorexidina Gluconato finchè è presente in sede tessuto necrotico.

In caso di lesioni con evidenti segni di infezione (presenza di secrezioni purulente, cattivo odore, tumefazione e arrossamento, comparsa di febbre) o in presenza di lesioni che stentano a guarire può essere utile effettuare un tampone colturale. Un esame colturale che evidenzi un'infezione della lesione renderà necessaria l'adozione di antibiotici terapia sistemica che il medico prescriverà previo antibiogramma.

Controllo del dolore: un trattamento dell'ulcera con medicazioni avanzate determina una riduzione della sintomatologia dolorosa nel paziente in quanto proteggono le terminazioni nervose, ma se ciò non fosse sufficiente occorre che il medico prescriva una terapia antalgica idonea.

Medicazione: applicare idrogel o prodotti proteolitici (ma solo finchè non inizia il processo di granulazione) e ricoprire con medicazione avanzata a seconda dell'ulcera:

- Idrocolloidi in caso di lesioni non particolarmente essudanti
- Schiume in poliuretano sulle lesioni molto essudanti.

In presenza di lesioni altamente essudanti utilizzare ALGINATO DI SODIO O DI CALCIO, prodotti in grado di assorbire e trattenere notevoli quantità di essudato.

In caso di lesioni con profonde cavità riempire lo spazio morto con materiale da medicazione: schiume di poliuretano (di tipo cavitario) - alginati. Tali prodotti vanno posti all'interno della cavità senza essere compressi in quanto possedendo un'elevata capacità di assorbire e trattenere l'essudato aumentano il loro volume con il rischio, se stipati, di comprimere il tessuto sottostante; possono essere utilizzati anche in presenza di tramiti fistolosi.

Inizialmente potrebbe essere necessario un cambio quotidiano della medicazione fino alla completa scomparsa del tessuto necrotico; lasciare poi la medicazione per tre giorni.

IV Stadio

Ferita a tutto spessore con estesa distruzione dei tessuti, necrosi o danno ai muscoli, ossa o strutture di supporto (es. tendini, capsula articolare, ecc..)

Obiettivo: controllo delle infezioni

Eliminazione della compressione locale: le raccomandazioni da osservare sono le medesime delle lesioni al primo stadio.

Detersione: procedere con le modalità descritte nelle lesioni al II stadio.

Rimozione del tessuto necrotico: procedere con le modalità descritte nelle lesioni al III stadio.

Disinfezione: procedere con le modalità descritte nelle lesioni al III stadio.

Medicazione: una lesione al IV è iperessudante; necessita di una sostituzione frequente della medicazione e l'utilizzo di prodotti ad alta assorbenza quali alginati di calcio o di sodio .

Ricoprire con schiume in poliuretano o con garze sterili. Nelle lesioni al IV stadio è meglio evitare le medicazioni occlusive per il maggior rischio di infezioni. Sostituire la medicazione una o più volte al giorno nel caso di maggior presenza di essudato.

BIBLIOGRAFIA

- AAVV "Confronto-valutazione sulle metodiche di prevenzione e trattamento delle lesioni da decubito", Atti congresso ANIN, Pavia, 1992.
- AAVV "Piaga da decubito: studio condotto sotto la direttiva di un protocollo di prevenzione e di cura", estratto dalla rivista AUSILI E ORTENSIVI IN MEDICINA, maggio -agosto 1993.
- AAVV "Confronto-valutazione sulle metodiche di prevenzione e trattamento delle lesioni da decubito", Atti congresso ANIN, Pavia, 1994.
- Amici G. "Assistenza infermieristica e piaghe da decubito" Scenario, 2/94.
- Cooper D. M. "Ottimizzazione della cicatrizzazione delle ferite. Una pratica nel dominio dell'infermieristica"
- Cucinotta D., Di Giulio P "Le piaghe da decubito nel paziente anziano", Bologna 1994.
- Gilchrist B., Hutchinson J. "L'occlusione può provocare infezione" Nursing Times, 11 aprile 1990.
- Gilchrist B., Reed C. " La batteriologia delle ulcere venose croniche trattate con medicazioni idrocolloidali occlusive", British Journal of Dermatology, 2 marzo 1989.
- Lombardi A., Muzio P., Bellingeri A., Doveri P. "Ruolo infermieristico nel trattamento delle lesioni da decubito in rianimazione", Atti congresso SMART, Milano 1991.
- AA.VV "Profilassi delle lesioni da decubito e cambio posturale. Ricerca Multicentrica Linee Guida" AISLEC, 1995.
- Seiler W. O., Stahelin H. B. "Ulcere da decubito: cinque obiettivi per una terapia ottimale" , Geriatrics, 7 settembre 1986.
- Sieggreen, M. "Guarigione delle ferite" L'Assistenza Infermieristica in Nord America Piccin Editore Padova, Vol. 9, Numero 4, 1988.
- "Trattamento delle lesioni da decubito", The Medical Letter XIX (9): 812, 1 maggio 1990.
- Zuccarelli G.C. "Un fenomeno di proporzioni drammatiche" e "Medicazioni a confronto" Nursing 90, n. 126, gennaio 1994.
- AA.VV "Le lesioni da decubito", Helios, Aggiornamenti in Wound Care, supplemento al n. 3- 4/ 98 di Helios.
- Winter G.D. "Healing of skin wounds and the influence of dressing on the repair process" Bradford University Press, 1971

- Cassidy, Sharon "Pressure ulcers: prevention and treatment" in Derma Science 99 Supplement of the Journal of Care Management, vol. 2, n.3/99.
- Kanj F.L., Wilking, Van B., Spencer, Phillips, Tania. "Pressure ulcers", Journal of The American Academy of Dermatology vol.38, n.4, aprile 1998.
- Kikkala I., Munnuka T. "Nursing research: on what basis?" in Journal of Advanced Nursing, n.19, 1994.
- Ricci E., Cassino R., Nano M. "Trattamento locale delle piaghe da decubito", 1998.
- Smith David M. "Pressure Ulcer in Nursing Home" in Helios, anno 3, n.1/97.
- National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) "Pressure Ulcers: prevalence, cost and risk assessment: consensus development conference statement" Decubitus, May 1989
- National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) "Prevention Monograph, Pressure ulcer research: etiology, assessment and early intervention"
- Didona D., G.Guarnera, M.Papi (a cura di) "L'ulcera cutanea degli arti inferiori", Editrice Monti, Saronno (Va),1998
- AHCPR "Pressure Ulcer Treatment Quick Reference Guide for Clinicians" Rockville Maryland Pubblicazione n.95-0653, dicembre 1994
- AHCPR "Panel for the Prediction and Prevention of Pressure Ulcers in Adults" Treatment of Pressure Sores Clinical Practise Guideline n.15 Rockville Maryland Pubblicazione n.92-0047, may 1992
- Lindholm C. Beigsten A. Berglund E.: "Cronic wounds and nursing care" in Journal wound care, gennaio 1999; pag. 5-10
- Storjk Bourguignon C.: "Description of pressur e ulcerpain at rest and dressing change" in Journal wound ostomy continence nursing, maggio 1999; pag.115-120
- C.T. Hess: "Guida clinica alla cura delle lesioni cutanee" Edizioni Masson, marzo 1999
- Almasi P., Bonanno A., Franzoni P., Masa A.: "Processo di guarigione, trattamento non chirurgico e medicazione delle lesioni da decubito"; http://web.tiscalinet.it/home_charlie 14/03/2000