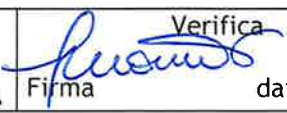


**SOMMARIO**

1. Scopo
2. Destinatari
3. Definizione
4. Cause
5. Prevenzione
6. Stadiazione
7. Trattamento
8. La scala di Braden_allegato n ° 1
9. Indicazioni per avviare il noleggio di materasso antidecubito “proficare” ad elevato controllo dinamico_allegato n ° 2
10. Prodotti per la prevenzione e la cura delle LDD a disposizione presso la farmacia della casa di cura_allegato n ° 3
11. Bibliografia

Redazione	Verifica	Approvazione
Firma 	Firma 	Firma 
data 14/10/24	data 16/10/24	data 18/10/24

ATTENZIONE: la mancanza delle firme indica che questo documento è una stampa della versione aggiornata disponibile in rete e utilizzabile per sola lettura.

**1. SCOPO**

Lo scopo della seguente istruzione è quello di:

- uniformare il linguaggio corrente relativo alle LDD;
- fornire indicazioni circa la prevenzione e la cura delle LDD
- uniformare gli interventi infermieristici riguardanti le LDD
- diffondere a tutti gli infermieri l'elenco dei presidi disponibili per la prevenzione e la cura delle LDD

2. DESTINATARI

Personale infermieristico della Casa di Cura

3. DEFINIZIONE

Per ulcera si intende una soluzione di continuo a livello cutaneo con possibilità di coinvolgimento di strutture più profonde rispetto a quelle del piano cutaneo; può avere varie origini, cronicizzate e, nel tempo, avere differente stadiazione.

Nello specifico per ulcera o lesione da decubito (LDD) si intende un danno localizzato della cute e del tessuto sottostante che si realizza per effetto della pressione in combinazione con altri fattori.

4. CAUSE

Nel caso di lesione da pressione, l'insorgenza deriva dal decubito prolungato in posizione obbligata, ha insorgenza in sedi particolarmente esposte ed è favorita da fattori intrinseci ed estrinseci.

Per fattori estrinseci intendiamo:

- la pressione
- lo sfregamento cutaneo
- l'umidità
- il piano d'appoggio
- le condizioni igieniche del paziente



Per fattori intrinseci intendiamo:

- la malnutrizione (incapacità di alimentarsi, eccessiva magrezza od obesità)
- livello di attività (incapacità o impossibilità di movimento, posizioni obbligate, problemi neurologici, sedazione, stato mentale alterato)
- incontinenza urinaria e/o fecale (infezioni urinarie, vescica neurologica, malassorbimento)

Nel caso di ulcere vascolari le cause sono riconducibili ad uno stato di ipossia tissutale dovuto a ridotto afflusso ematico per ostruzione arteriosa, venosa profonda e linfatica con conseguente edema.

5. PREVENZIONE

Per prevenzione si intende l'insieme di tutte quelle misure destinate a ridurre l'insorgenza di una malattia e per quanto riguarda le lesioni da decubito risulta essere la migliore terapia.

Prevenzione locale

- **Identificare i soggetti a rischi di LDD**, a favore dei quali occorre attuare interventi preventivi specifici. A tale scopo si possono utilizzare strumenti di valutazione come la SCALA DI BRADEN quest'ultima riportata in allegato N° 1 ed in uso presso la Casa di Cura
- **Ispezione delle zone a rischio e valutazione attenta di ogni arrossamento cutaneo.** Occorre fare particolarmente attenzione alle prominenze ossee in relazione alle posture assunte dal paziente:
 - paziente in decubito supino:* sacro, talloni, prominenze vertebrali, scapole, occipite, gomiti.
 - paziente in decubito laterale:* trocanteri, creste iliache, malleoli, prominenze ossee laterali del ginocchio, costato, gomiti, spalla, orecchio.
 - paziente seduto:* talloni, prominenze ischiatiche, sacro, prominenze vertebrali, gomiti e scapole;
 - paziente in decubito prono:* dorso del piede, ginocchia, pube, creste iliache, sterno, clavicole, zigomi, e orecchio.



In ogni caso l'allettamento deve essere mantenuto solo se effettivamente necessario e per il minore tempo possibile.

- **Mobilizzazione attiva e passiva:** ogni 2 ore circa a seconda dell'esigenza del paziente
- **Igiene del paziente:** mantenere asciutta e pulita la cute dei pazienti. Per l'igiene della cute è preferibile l'uso di acqua e sapone con asciugatura effettuata mediante tamponamento. I pazienti portatori di pannolone devono essere cambiati almeno ogni 4 ore e comunque ogniqualvolta sia necessario e le cure igieniche devono essere particolarmente accurate. Un valido metodo preventivo è l'applicazione cutanea, nei punti di compressione, di olio di mandorle dolci al fine di idratare la cute.
- **Cambio della biancheria:** la biancheria va cambiata prontamente quando si sporca o si bagna, va posta perfettamente asciutta e ben distesa sul materasso. Per i pazienti allettati sono preferibili capi di biancheria aperti posteriormente.
- **Utilizzare i presidi antidecubito necessari:** letti, materassi idonei (in allegato le indicazioni per avviare il noleggio del materasso dinamico "PROFICARE"), cuscini, protezioni per gomiti e talloni in materiale soffice, archetti solleva coperte.

Prevenzione generale

- **Favorire un buon compenso della patologia di base**
- **Favorire un corretto apporto nutrizionale:** lo stato nutrizionale incide sul rischio di comparsa di piaghe; il 70% di pazienti con LDD presenta una condizione di malnutrizione ed i deficit nutrizionali si riflettono sulla possibilità di guarigione. Particolare importanza riveste l'apporto calorico e proteico al fine di stimolare la formazione del tessuto di granulazione e del collagene. Nel caso i valori calorici e proteici non potessero essere raggiunti con la normale alimentazione ci si può avvalere di integratori alimentari a disposizione presso la Farmacia della Casa di Cura.

Se si individua un paziente a rischio di manifestare LDD, ma senza presenza di nessun tipo di lesione è consigliabile completare le misure preventive prima



esposte con l'applicazione sulle zone più sollecitate dalla pressione di membrana trasparente autoadesiva di poliuretano.

6. STADIAZIONE

E' la classificazione delle lesioni ulcerative per un corretto monitoraggio durante la loro evoluzione.

- **1° stadio:** iperemia attiva o eritema della pelle non reversibile. Alla digitopressione si verifica un impallidimento segno che il microcircolo è ancora intatto, ma il rossore ricompare quando si allevia la pressione. Il paziente in questo caso può provare un senso di tensione e/o dolore.
- **2° stadio:** soluzione di continuo superficiale che coinvolge l'epidermide ed il derma superficiale. La lesione si può presentare clinicamente con un'abrasione, una vescica od una iniziale ulcerazione.
- **3° stadio:** ulcera a tutto spessore che implica interessamento con necrosi del tessuto sottocutaneo fino alla sottostante fascia. Clinicamente si presenta come una profonda cavità che può o non può essere sotto minata.
- **4° stadio:** ulcera a tutto spessore con estesa distruzione dei tessuti, necrosi e danno dei muscoli, possibile esposizione di ossa e strutture nervose o cartilaginee. La dimensioni dell'ulcera possono ingannare, infatti spesso la piccola ulcera si apre in una grossa cavità necrotica con possibili fistolizzazioni. In caso di infezione si ha la presenza di essudato purulento e maleodorante.
- In caso di escara non è possibile determinare lo stadio della lesione

7. TRATTAMENTO

Se si formano lesioni da decubito continuare ad adottare tutte le misure di prevenzione ed individuare lo stadio della piaga.

- **1° stadio** (eritema persistente con cute integra)



- Detergere la cute con soluzione fisiologica; applicare sulla zona arrossata pellicola semipermeabile trasparente di poliuretano; idratare la cute circostante con olio o crema emolliente.
- 2° *stadio* (lesione cutanea superficiale, abrasione, vescicole o flittene)
- Detergere la cute con soluzione fisiologica; applicare placca auto aderente in schiuma di poliuretano e silicone; coprire con medicazione secondaria.
- 3° e 4° *stadio* (lesione che implica danno o necrosi del tessuto sottocutaneo)
- Detergere la cute con soluzione fisiologica o Ringer lattato;
- se escara: applicare gel ipertonico e proteggere la cute circostante con placche di schiuma di poliuretano, coprire con medicazione secondaria;
- se lesione cavitaria. detergere la lesione con soluzione fisiologica o Ringer lattato ed eventualmente soluzione antisettica; applicare medicazione assorbente in fibra di alginato che mantiene l'ambiente umido e che sono disponibili anche in formato "cavity" adatte a conformarsi meglio all'interno della lesione; coprire con medicazione secondaria.

8. LA SCALA DI BRADEN _ ALLEGATO N° 1

È un indicatore di rischio che prende in considerazione sei indicatori:

- percezione sensoriale
- umidità
- attività motoria
- nutrizione
- frizione e scivolamento

Ci sono 23 variabili, con un punteggio che va da 1 a 4 e da 1 a 3 per la variabile "frizione e scivolamento".

Questa scala si basa sul principio secondo il quale minore è il valore, maggiore è il rischio.

Si evidenzia una situazione di rischio se il punteggio è minore o uguale a 16 (alto rischio = 6, basso rischio = 23)

L'infermiere applica la scala di Braden durante le prime 24 di degenza in reparto. Questo lasso di tempo è necessario perché il paziente possa essere valutato nelle



diverse attività di vita e durante i diversi momenti della giornata. Trascorso questo periodo, l'infermiere prende in esame ciascun indicatore ed assegna un punteggio relativo alle condizioni riscontrate. Assegnati i punteggi se ne fa la somma. Questo è il punteggio della scala che deve essere riportato in cartella infermieristica.

La valutazione viene ripetuta ogni 7 giorni e ogni qualvolta le condizioni del paziente si modificano e alla dimissione. Tutte le rivalutazioni devono essere documentate nella cartella infermieristica.

A seconda del punteggio individuato si rendono necessari diversi tipi di interventi.

Se il punteggio della scala di Braden è tra:

20 - 17	Occorre attuare un piano di monitoraggio per l'individuazione precoce di LDD
16 - 13	Occorre attuare un piano di monitoraggio ed un piano preventivo con l'utilizzo di eventuali presidi antidecubito anche sulla base della valutazione complessiva del paziente
< 13	Occorre attuare un piano di monitoraggio ed un piano preventivo con il ricorso a presidi antidecubito (materasso dinamico) fatto salvo di una diversa valutazione clinica

Scala di Braden (vedere pagine successive)

**ALLEGATO 1
SCALA DI BRADEN**

COGNOME _____ NOME _____

Indicatori e variabili	4	3	2	1
Percezione sensoriale. Abilità a rispondere in modo corretto alla sensazione di disagio correlata alla pressione	NON LIMITATA Risponde agli ordini verbali. Non ha deficit sensoriale che limiti la capacità di sentire ed esprimere il dolore o il disagio	LEGGERMENTE LIMITATA Risponde agli ordini verbali ma non può comunicare sempre il suo disagio o il bisogno di cambiare posizione. Ha impedimenti al sensorio che limitano la capacità di avvertire il dolore o il disagio in 1 o 2 estremità	MOLTO LIMITATA Risponde solo a stimoli dolorosi. Non può comunicare il proprio disagio se non gemendo o agitandosi. Ha impedimento al sensorio che limita la percezione del dolore almeno per la metà del corpo.	COMPLETAMENTE LIMITATA Non vi è risposta (non geme, non contrae o afferra) allo stimolo doloroso, a causa del diminuito livello di coscienza od alla sedazione. Limitata capacità di percepire il dolore in molte zone del corpo.
Umidità Grado di esposizione della pelle all'umidità	RARAMENTE BAGNATO La pelle è abitualmente asciutta. Le lenzuola sono cambiate ad intervalli di routine.	OCCASIONALMENTE BAGNATO La pelle è occasionalmente umida, richiede un cambio di lenzuola extra 1 volta al giorno	SPESSO BAGNATO Pelle sovente, ma non sempre umida. Le lenzuola devono essere cambiate almeno 1 volta per turno	COSTANTEMENTE BAGNATO La pelle è mantenuta costantemente umida dalla traspirazione, dall'urina, ecc. Ogni volta che il paziente si muove o si gira lo ritrova sempre bagnato.

**PREVENZIONE E CURA DELLE
LESIONI DA PRESSIONE (LDD)**

Indicatori e variabili	4	3	2	1
Attività Grado di attività fisica	CAMMINA FREQUENTE MENTE Cammina al di fuori della camera almeno 2 volte al giorno e dentro la camera 1 volta ogni 2 ore (al di fuori delle ore di riposo)	CAMMINA OCCASIONAL MENTE Cammina occasionalmente durante il giorno per brevi distanze con o senza aiuto. Trascorre la maggior parte di ogni turno a letto o sulla sedia.	IN POLTRONA Capacità di camminare severamente limitata o inesistente. Non mantiene la posizione eretta e/o deve essere assistito nello spostamento sulla sedia a rotelle.	ALLETTATO Costretto a letto
Mobilità Capacità di cambiare e di controllare le posizioni del corpo	LIMITAZIONI ASSENTI Si sposta frequentemente e senza assistenza	PARZIALMENTE LIMITATA Cambia frequentemente la posizione con minimi spostamenti del corpo	MOLTO LIMITATA Cambia occasionalmente posizione del corpo o delle estremità, ma è incapace di fare frequenti e significativi cambiamenti di posizione senza aiuto.	COMPLETA MENTE IMMOBILE Non può fare alcun cambiamento di posizione senza assistenza.
Nutrizione Assunzione usuale di cibo	ECCELLENTE Mangia la maggior parte del cibo. Non rifiuta mai il pasto, talvolta mangia tra i pasti. Non necessita di integratori.	ADEGUATA Mangia più della metà dei pasti, 4 porzioni o più di proteine al giorno. Usualmente assume integratori. Si alimenta artificialmente con TPN, assumendo il quantitativo nutrizionale necessario.	PROBABILMENTE INADEGUATA Raramente mangia un pasto completo, generalmente mangia la metà dei cibi offerti. Le proteine assunte includono 3 porzioni di carne o latticini al giorno, occasionalmente integratori alimentari. Riceve meno quantità ottimale di dieta liquida o entrale (con SNG)	MOLTO POVERA Non mangia mai un pasto completo. Raramente mangia più di 1/3 di qualsiasi cibo offerto. 2 o meno porzioni di proteine al giorno. Assume pochi liquidi e nessun integratore. E' a digiuno o mantenuto con infusioni o beve bevande per più di 5 giorni



Indicatori e variabili	4	3	2	1
Frazionamento e scivolamento		SENZA PROBLEMI APPARENTI Si sposta nel letto e sulla sedia in modo autonomo ed ha sufficiente forza muscolare per sollevarsi completamente durante i movimenti.	PROBLEMA POTENZIALE Si muove poco e necessita di assistenza minima. Durante lo spostamento la cute fa attrito con le lenzuola o con il piano della poltrona, occasionalmente può slittare.	PROBLEMA Richiede da una moderata a una massima assistenza nei movimenti. Frequentemente scivola nel letto o nella poltrona. Frequentemente richiede riposizionamenti con la massima assistenza. Sono presenti spasticità, contratture, agitazione, che causano costantemente attrito contro il piano del letto o della poltrona.
Totale punteggi				

N.B. nel caso di paziente cateterizzato, ovvero di fatto continente, si attribuisce un punteggio di 4 all'indicatore umidità

TOTALE COMPLESSIVO:

Data della rilevazione

**9. INDICAZIONI PER AVVIARE IL NOLEGGIO DI MATERASSO ANTIDECUBITO
“PROFICARE” AD ELEVATO CONTROLLO DINAMICO****ALLEGATO 2**

- **Richiesta** della Capo Sala del reparto di degenza controfirmata dal responsabile medico del reparto con i dati del paziente e la valutazione del rischio di LDD effettuata mediante scala di Braden o analogo strumento; se il paziente è già portatore di LDD descrizione delle condizioni cliniche. Indicare anche, nei limiti del possibile il presunto periodo di utilizzo e la necessità di avere a corredo del materasso anche il cuscino antidecubito per sedia a rotelle.
- **Invio** della richiesta in farmacia
- La **consegna** del materasso al reparto avviene generalmente nelle 24 ore lavorative successive alla richiesta. Il prodotto viene consegnato al reparto direttamente da un tecnico che provvede anche a fornire la documentazione di riferimento e i recapiti telefonici necessari per l'assistenza tecnica.
- Al **termine dell'utilizzo** del materasso avvisare tempestivamente la farmacia che provvederà ad interrompere il contratto in essere (poiché la quota di affitto è giornaliera) con successivo ritiro del prodotto da parte dei tecnici presso il reparto stesso.
- Il materasso deve essere riconsegnato ai tecnici pulito e disinfettato.

**10. PRODOTTI PER LA PREVENZIONE E LA CURA DELLE LDD A DISPOSIZIONE
PRESSO LA FARMACIA DELLA CASA DI CURA****ALLEGATO 3****OPSITE FLEXIFIX**

Membrana autoadesiva in poliuretano, trasparente, impermeabile a liquidi e batteri, gas permeabile, da usare su cute integra per la profilassi delle LDD

Il prodotto non è sterile

Il prodotto non contiene lattice

Disponibile nelle seguenti dimensioni. 15cm x 10m e 5cm x 10m

MEPILEX

Medicazione assorbente in schiuma di poliuretano e silicone

Disponibile in confezione da 5 pezzi 10 x 10

MEPILEX LITE

Medicazione sottile assorbente in schiuma di poliuretano e silicone

Disponibile in confezione da 5 pezzi 10 x 10

MEPILEX TRANSFER

Medicazione per il drenaggio degli essudati in silicone

Favorisce il drenaggio degli essudati evitando la macerazione

Disponibile in confezione da 5 pezzi 15 x 20

MEPITEL

Medicazione trasparente a micro-aderenza selettiva, minimizza il dolore e il trauma associato al cambio della medicazione senza alterare il processo di guarigione

Disponibile in confezione da 10 pezzi 7,5 x 10

**MESALT**

Medicazione assorbente e detergente per lesioni infette e cavitare a rilascio di cloruro di sodio

Disponibile in confezione da 30 pezzi 7,5 x 7,5

NORMIGEL

Gel isotonic, per ulcere pulite in fase di granulazione. Da non usare sulla cute perilesionale sana.

Disponibile in confezioni da 10 pezzi da 15 gr cad. Ogni pezzo è monopaziente.

IPERGEL

Gel ipertonico a base di cloruro di sodio. Favorisce l'idratazione e lo sbrigliamento dei tessuti necrotici. Da applicarsi solo sulle escare e mai sulla cute perilesionale sana

Disponibile in confezione da 10 pezzi da 5 gr cad. Ogni pezzo è monopaziente

MEGILSORB

Medicazione altamente assorbenti in tessuto non tessuto in fibra di alginato.

Disponibile in confezione da 10 pezzi 10 x 10

MEGILSORB CAVITY

Medicazione altamente assorbenti in tessuto non tessuto in fibra di alginato.

Per medicazione di lesioni cavitare secernenti pulite.

Disponibile in confezione da 5 pezzi 3,2 x 12,5

CUBITAN TETRAPACK 200ml

Supplemento nutrizionale specifico per il trattamento delle lesioni da decubito a base di arginina, vit C, antiossidanti, zinco, selenio.

**11. BIBLIOGRAFIA**

- ANIN-NEU; A.I.S.L.E.C. Profilassi delle lesioni da decubito e cambio posturale
- Azienda Ospedaliera di Bologna Policlinico S. Orsola Malpighi
- “Linee guida sulla prevenzione e trattamento delle lesioni da decubito”
- Bologna 1° Ottobre 2001
- Laura Morbidoni
- “LINEA GUIDA: Prevenzione delle ulcere da decubito”
- L’Infermieristica basata sulle evidenze, Anno 1, Numeri 1, Novembre 2000