

PROTOCOLLO

PER LA PREVENZIONE ED IL TRATTAMENTO DELLE

LESIONI DA PRESSIONE

PROCEDURE

OGGETTO: la presente procedura viene redatta per uniformare le modalità di trattamento delle LdP.

SCOPO: fornire modalità di trattamento omogenee per promuovere il benessere psico-fisico dei pazienti affetti da LdP, nel minor tempo possibile con conseguente risparmio economico.

APPLICABILITA': la presente procedura è applicabile ai casi assistenziali che prevedono il trattamento delle LdP.

DEFINIZIONI e SIGLE

A.D.I.: Assistenza Domiciliare Integrata

R.O.A.D.: Responsabile Operativo Assistenza Domiciliare

C.S.: Capo Sala

I.P.: Infermiere Professionale

M.M.G.: Medico di Medicina Generale

E.I.D.: Equipe Infermieristica Domiciliare

P.A.I.: Piano di Assistenza Individuale

DESCRIZIONE ATTIVITA' e GENERALITA'

- L'I.P. esegue medicazioni domiciliari ai pazienti deambulanti come previsto dalle linee guida regionali (LR 124 del 08/02/1999).
- La richiesta di attivazione degli interventi di medicazione, redatta dal M.M.G., deve pervenire all'E.I.D. distrettuale.
- L' E.I.D. contatta il M.M.G. per la valutazione del trattamento da effettuare, per la definizione del P.A.I., la programmazione degli accessi al domicilio del cliente e la compilazione della cartella modulare in dotazione al servizio.

PROCEDURA

Il servizio di Medicina di Base fornisce agli operatori I.P. un borsone a comparti per contenere il materiale necessario al trattamento delle LdP.

Il materiale viene distribuito a seconda delle esigenze dell'operatore (dei consumi previsti sulla base dei PAI) e rifornito quotidianamente.

Dopo la definizione del P.A.I., l'I.P. si reca a domicilio dell'utente in base ad un programma settimanale.

L'I.P. avrà cura di segnalare al MMG le modificazioni significative delle condizioni del paziente e delle LdP al fine di consentire una costante verifica e gli opportuni aggiornamenti del P.A.I.

Al fine di monitorare in modo oggettivo l'evoluzione delle lesioni, ogni E.I.D. verrà dotata di una fotocamera digitale. La lesione dovrà essere fotografata alla presa in carico, dopo ogni modificazione ritenuta significativa e, comunque, mai ad intervalli superiori ai tre mesi.

MATERIALE

- GUANTI MONOUSO non sterili e sterili,
- GARZE STERILI o TAMPONI ASSORBENTI,
- DETERGENTI ed ANTISETTICI,
- CEROTTI (vari per tipo e misura)
- FERRI CHIRURGICI in CONFEZIONE SINGOLA,
- COTONE in FALDE,
- TELINI STERILI,
- BENDE (varie per tipo e misura),
- SIRINGHE MONOUSO,
- fiale/flaconi di SOLUZIONE FISIOLOGICA o di RINGER,
- TAMPONE per ESAME BATTERIOLOGICO,
- RETE ELASTICA (misure varie),
- FARMACI (secondo prescrizione MMG)
- SACCO di RACCOLTA per materiale di rifiuto (fornito dai familiari)
- BOX di RACCOLTA per RIFIUTI PERICOLOSI (aghi, lame).

TECNICA

- approccio con i familiari e il paziente,

- identificare un piano di appoggio per il materiale,
- indossare i guanti monouso,
- posizionare comodamente l'utente in base alla sede di lesione della LdP,
- accertarsi che la zona da medicare sia ben illuminata,
- scoprire la zona da medicare,
- se necessario inumidire i cerotti prima della rimozione,
- togliere la medicazione,
- osservare le caratteristiche della lesione, della cute perilesionale e della medicazione,
- gettare la medicazione nel sacco dei rifiuti,
- sfilare i guanti,
- detergere le mani,
- preparare un campo sterile con telino monouso, materiale di medicazione e ferri chirurgici,
- imbibire le garze con detergenti o antisettici,
- indossare i guanti sterili,
- procedere alla detersione della LdP, cambiando garza ad ogni passaggio con tecnica sterile,
- tamponare la zona sterilmente,
- procedere al trattamento farmacologico della LdP, se concordato con il MMG,
- coprire con garze sterili la LdP. Il numero delle garze e l'utilizzo di tamponi assorbenti sterili è in rapporto alle dimensioni ed alle caratteristiche della lesione,
- fissare la medicazione con cerotti medicati o aerati a nastro,
- rivestire l'utente e posturarlo,
- togliersi i guanti,
- riordinare il materiale,
- detergersi le mani,
- registrare l'avvenuta medicazione ed eventuali annotazioni in cartella,
- concordare il successivo appuntamento per il trattamento.

NOTE INTRODUTTIVE

Questo protocollo nasce dall'esigenza di razionalizzare ed uniformare i piani di cura in ambito domiciliare, al fine di garantire la miglior soluzione del problema nei

pazienti a rischio, che costituiscono la quota più consistente delle persone assistite a domicilio.

Obiettivo comune è quello di prevenire l'insorgenza delle lesioni, di curarle e di portarle a guarigione nel minor tempo possibile utilizzando il metodo migliore per ciascun utente.

E' definita LdP una lesione tissutale, che interessa la cute, gli strati sottocutanei, fino a raggiungere nei casi più gravi, la muscolatura e le ossa.

Essa è la conseguenza diretta di un'elevata e/o prolungata compressione o di forze di taglio (o stiramento) causanti uno stress meccanico ai tessuti e la strozzatura dei vasi sanguigni, con conseguente necrosi tissutale.

I fattori che favoriscono l'insorgenza delle LdP possono essere suddivisi in fattori **SISTEMICI** e **LOCALI**.

FATTORI SISTEMICI:

- età avanzata,
- malnutrizione,
- incontinenza urinaria e fecale,
- sindrome da immobilizzazione,
- alterazioni neurologiche.

FATTORI LOCALI:

- macerazione,
- frizione,
- compressione,
- slittamento o stiramento (forze di taglio).

Questi elementi costituiscono fattori di rischio potenziali per l'insorgenza delle LdP e costituiscono la base delle diverse scale di classificazione del rischio.

Le più note ed utilizzate sono la scala di Norton (nota anche con il nome di Exton-Smith) e la scala di Braden, che proponiamo per l'impiego domiciliare.

LA SCALA DI BRADEN

Braden Scale for predicting pressure sores risk (Braden BJ, 1989)

PUNTEGGIO

1

2

3

4

PERCEZIONE SENSORIALE	assente	molto limitata	leggermente limitata	normale
UMIDITA' CUTANEA (grado di esposizione)	costante	molto	a volte	raramente
ATTIVITA'	a letto	poltrona	cammina occasional.	cammina frequentem.
MOBILITA'	immobile	molto limitata	leggermente limitata	limitazioni assenti
NUTRIZIONE	molto scarsa	inadeguata	adeguata	ottima
SCIVOLAMENTO FRIZIONE	richiede assistenza	problema potenziale	problema non evidente	--

Punteggio da 6 a 24, se **minore di 16** = paziente a **rischio**

L'identificazione dei pazienti a rischio costituisce la base di definizione dei programmi di prevenzione. A tal proposito si rammenta che deve essere valutato il livello di rischio sia per i pazienti con cute integra sia per quelli che hanno già una lesione ai fini di ridurre la progressione ed evitare l'insorgenza di altre LdP.

Va sottolineato, infine, che anche il paziente in posizione seduta è potenzialmente a rischio per l'insorgenza di LdP.

Proponiamo, pertanto, come schema orientativo quello raccomandato dalla Agency for Health Care Policy and Research (A.H.C.P.R.).

LINEE GUIDA per LA PREVENZIONE: PAZIENTI SEDUTI

* I pazienti a RISCHIO dovrebbero evitare di rimanere seduti **ININTERROTTAMENTE** su poltrone o sedie e dovrebbero essere posturati **OGNI ORA**,

- * i pazienti con abilità residua dovrebbero essere stimolati a MODIFICARE l'AREA di carico OGNI 15 minuti,
- * il posizionamento di un paziente in SEDIA deve INCLUDERE il corretto allineamento posturale, la distribuzione dei pesi, l'equilibrio, la stabilità e il "sollevamento posturale",
- * devono essere utilizzati gli AUSILI per RIDURRE la pressione sulla cute (a base di schiume, gel, aria etc.),
- * è opportuno l'utilizzo di SCHEDE SCRITTE e di un piano di utilizzo dei sistemi posturali e anti-decubito.

LINEE GUIDA per LA PREVENZIONE: PAZIENTI ALLETTATI

- * I pazienti a RISCHIO devono essere posturati OGNI DUE ORE (se consentito dalle condizioni generali),
- * dovrebbe essere utilizzata una SCHEDA SCRITTA, con l'indicazione sistematica del programma posturale,
- * devono essere utilizzati AUSILI posturali per evitare il contatto delle zone con PROMINENZE ossee,
- * EVITARE il decubito diretto sui TROCANTERI in posizione laterale,
- * NON TRASCINARE NE' FAR SCIVOLARE il paziente durante il cambio di posizione,
- * utilizzare la BIANCHIERIA del letto per mobilizzare persone molto passive,
- * STIMOLARE i pazienti con abilità parziale residua a compiere i movimenti ATTIVI utilizzando ausili di sollevamento (trapezio),
- * mantenere la TESTA del letto nella posizione PIU' BASSA compatibile con le sue condizioni cliniche ovvero LIMITARE il tempo in cui la testa del letto rimane sollevata,
- * posizionare i pazienti a rischio su AUSILI in grado di ridurre la PRESSIONE sulla cute,
- * il piano di cura dei pazienti completamente immobili deve prevedere lo scarico TOTALE dei talloni.

VALUTAZIONE DELLA GRAVITA' DELLE LESIONI DA PRESSIONE

Esistono varie proposte di classificazione della gravità delle LdP, ma quel che è importante è conoscere la progressione del danno tissutale.

La classificazione di riferimento a livello internazionale è quella proposta nel 1989 dal National Pressure Ulcer Advisory Panel (N.P.U.A.P.) nel corso di una Consensus Conference a Washington.

Questo schema è stato adottato anche dall' Agency for Health Care Policy and Research (A.H.C.P.R.) Pressure Ulcer GUIDELINE Panels e verrà utilizzato anche nell'attività infermieristica domiciliare dell'Azienda USL di Ferrara..

I STADIO: ERITEMA fisso su cute integra.

Anche la decolorazione, il calore, l'edema, l'indurimento o l'ispessimento cutaneo possono essere segni di lesione (soprattutto se la cute è più pigmentata).

II STADIO: lesione SUPERFICIALE che si presenta CLINICAMENTE come un'abrasione, una bolla o un cratere poco profondo.

Interessa l'epidermide e/o il derma.

III STADIO: perdita della CUTE a tutto SPESSORE, con danno o necrosi del tessuto SOTTOCUTANEO.

Può estendersi FINO alla FASCIA muscolare profonda, senza superarla.

Si presenta come CRATERE PROFONDO. Può essere SOTTOMINATA.

IV STADIO: NECROSI PROFONDA, con danno esteso al muscolo, all'osso ed alle strutture di supporto (tendini e capsule articolari).

Possono essere presenti FISTOLE e AREE SOTTOMINATE.

Indipendentemente dalla scelta classificativa si deve sempre tenere bene a mente che:

- * le lesioni NON PROGREDISCONO ordinatamente da uno stadio a quello successivo, nè REGREDISCONO in maniera inversa;
- * lesioni allo stesso stadio possono avere CAUSE diverse;
- * il TRATTAMENTO della lesione NON deve essere deciso SOLO in base allo STADIO del decubito;
- * una lesione non potrebbe essere ri-stadiata finchè non viene ESPOSTO il suo livello più PROFONDO;
- * lo "STAGING" di un decubito, anche se necessario, NON esaurisce la VALUTAZIONE (assessment) di una lesione;
- * la valutazione della gravità della lesione è completa SOLO se affiancata dalla VALUTAZIONE della CUTE PERI-LESIONALE;
- * una corretta stadiazione HA SCARSO VALORE PROGNOSTICO, se non viene riferita all'intera persona.

OBIETTIVI DEL TRATTAMENTO

Una volta identificata l'eziologia della lesione, è necessario tener presenti gli obiettivi principali del trattamento:

- creare e mantenere un ambiente umido sul fondo della lesione,
- garantire l'adeguato assorbimento degli essudati,

- preservare i margini della lesione e la cute perilesionale,
- prevenire o trattare l'infezione,
- rimuovere il tessuto necrotico,
- coprire il 100% della lesione,
- controllare il dolore,
- educare il paziente ed i familiari.

MATERIALE PER MEDICAZIONE

Le principali categorie di medicazione sono:

- ALGINATI,
- IDROCOLLOIDI,
- IDROGEL,
- MEDICAZIONI NON ADERENTI,
- POLIURETANI,
- PROTEOLITICI,
- ANTISETTICI,
- ANTIBIOTICI,
- SOLUZIONI DETERGENTI.

In base alla lesione si deciderà il prodotto da utilizzare, valutando le seguenti caratteristiche:

- CAPACITA' ASSORBENTE,
- CAPACITA' IDRATANTE,
- ADESIVITA',
- CONFORMABILITA'.

ALGINATI

Sono prodotti di derivazione alginica, si presentano come fogli di fibre soffici di colore biancastro. Devono essere conformati alla lesione, prima della loro applicazione e devono essere coperti con una medicazione secondaria.

Sono indicati per ferite superficiali o cavitari deterse, con essudato medio o abbondante, non infette o con modesti segni di infezione.

La frequenza di sostituzione è variabile in relazione all'abbondanza dell'essudato, che ne determina la velocità di consumo, ed alle caratteristiche della medicazione secondaria (da 1 a 7 giorni).

La rimozione è atraumatica nel caso che le condizioni di umidità della lesione e di utilizzo del prodotto siano state correttamente valutate. In caso di eccessiva essiccazione si raccomanda di rimuovere l'alginato solo dopo adeguata umidificazione con le consuete soluzioni detergenti.

IDROCOLLOIDE

E' una medicazione adesiva con media capacità assorbente, in grado di realizzare un ambiente umido, è impermeabile verso i contaminanti esterni.

Indicazioni:

- lesioni a spessore parziale e totale,
- essudazione media,
- ulcere con tessuto necrotico da rimuovere,
- medicazione secondaria.

E' controindicata su ulcere con forte essudazione, su ustioni a tutto spessore, in presenza di cute perilesionale fragile. Può favorire la formazione di tessuto di ipergranulazione, macerazione perilesionale ed emanare un odore sgradevole.

La medicazione deve essere applicata con un bordo perilesionale di 2-3 cm.

La frequenza della sostituzione viene stabilita in base alla quantità di essudato della LdP (da 3 a 7 gg).

IDROGEL

Sono composti principalmente da acqua e glicerina.

Possiedono un'alta capacità idratante e promuovono un'ambiente umido. Indicazioni:

- lesioni a spessore parziale o totale,
- essudazione lieve,
- detersione idrolitica delle aree necrotiche,
- lesione infetta.

E' controindicato su lesioni con intensa essudazione e/o con macerazione perilesionale. Il gel viene applicato su lesioni cavitari e mantenuto in sede da una medicazione secondaria.

MEDICAZIONI NON ADERENTI.

Sono medicazioni in poliamide che a contatto con la lesione si comporta come materiale a bassa aderenza. Consentono il passaggio dell'essudato verso una medicazione secondaria sovrastante, mantenendo un ambiente umido, proteggendo anche la lesione da eventuali traumi durante il cambio della medicazione.

Indicazioni:

- lesioni a spessore parziale o totale,

- essudato da minimo a intenso,
- lesioni granuleggianti.

Controindicata su lesioni secche, coperte da escare o in presenza di essudato denso. Vengono applicate direttamente sulla lesione con una medicazione secondaria assorbente. La frequenza del cambio può avvenire anche dopo 7 gg.

POLIURETANI (PELLICOLE)

Sono medicazioni trasparenti, adesive, non assorbenti, permeabili ai gas, ma impermeabili ai microorganismi. Indicazioni:

- prevenzione di sedi ad alto rischio,
- ulcere con essudazione minima,
- ulcere in fase finale di guarigione, con tessuto di granulazione.

La pellicola deve essere applicata con un bordo perilesionale di 4-5 cm, ispezionando con frequenza la LdP. La medicazione può esser lasciata in sede fino a 7 gg.

POLIURETANI (SCHIUME)

Sono medicazioni assorbenti, isolanti, semipermeabili.

Indicazioni:

- essudazione minima-intensa,
- lesioni cavitare.

Controindicate su lesioni non essudanti o in presenza di tragitti fistolosi.

La medicazione va applicata con un bordo perilesionale di 2-3 cm. Può essere necessaria una medicazione secondaria di ancoraggio. La frequenza di sostituzione varia in base alla quantità di essudato presente.

PROTEOLITICI (sono possibili reazioni allergiche)

ACIDO IALURONICO: impiegato su ferite deterse o con accumulo di fibrina; può essere utilizzato come medicazione non aderente. Su ferite asciutte può essiccare provocando dolore e sanguinamento alla rimozione. Va applicato ogni 12-24 ore, previa detersione. Il fissaggio viene effettuato con una medicazione secondaria.

COLLAGENASI: lisa i ponti di collagene nativo, favorendo la rimozione della necrosi. Da utilizzarsi su LdP con presenza di aree necrotiche o con accumulo di fibrina sul fondo della lesione. La medicazione va rinnovata dopo 8-12 ore, previa detersione, richiede una medicazione secondaria. E' inattivata da acqua ossigenata, cotone idrofilo, essiccamento.

DESOSSIRIBONUCLEASI: indicata su ferite necrotiche con accumuli di fibrina. E' inattivata da acqua ossigenata, cotone idrofilo, essiccamento. La medicazione va rinnovata previa detersione ogni 8-12 ore. Richiede una medicazione secondaria.

GARZE MEDICATE: sono medicazioni poco aderenti, favoriscono la rimozione della fibrina. Sono indicate su lesioni superficiali umide, non infette. Sono

controindicate su lesioni asciutte perchè l'essiccamento rende dolorosa e traumatica la rimozione.

ANTISETTICI

MEBROMINA SODICA: antisettico, essiccante, disinfettante blando.

AMUCHINA: antisettico derivato dal cloro, impiegato alle diluizioni 1-4 %, come detergente. Deve essere rimossa dopo l'applicazione perchè citotossica.

IPOCLORITI: antisettici ad ampio spettro antibatterico. Indicati nella detersione di LdP infette. Si consiglia l'alternanza con altri antisettici.

DERIVATI DELL'AMMONIO QUATERNARIO: detergenti antisettici, battericidi nei confronti dei G + e -, con bassa tossicità sistemica, attivi in presenza di essudati e materiali necrotici.

ACIDO BORICO: blando antisettico detergente.

ACQUA OSSIGENATA: batteriostatica con potere antimicrobico debole, irritante, può ostacolare la riepitelizzazione. Si può utilizzare dopo la toilette chirurgica come emostatico. L'azione effervescente è utile per la rimozione dei detriti nelle ulcere sporche. Da non utilizzarsi in presenza di tragitti fistolosi.

JODATI (iodopovidone): sono attivi su G+, G-, miceti, spore, micobatteri, nocardia etc.. Sono indicati in tutte le forme di infezione manifesta e rilevante, se ne consiglia l'impiego (in soluzione o in crema) fino alla completa risoluzione del processo infettivo. Sono sostanze ad azione rapida e persistente ed interferiscono poco con i saponi.

ANTIBIOTICI

Devono essere utilizzati per via generale solo su prescrizione medica. Può essere opportuna l'esecuzione di un tampone per esame colturale ed antibiogramma.

I principi attivi presenti nei prodotti ad uso topico sono:

- GENTAMICINA,
- NEOMICINA,
- CLORAMFENICOLO (caf),
- RIFAMPICINA,
- BACITARCINA.

Sono efficaci solo su infezioni superficiali di modesta entità, possono dare fenomeni di sensibilizzazione.

SOLUZIONI DETERGENTI

SOLUZIONE DI RINGER: detergente con modesta azione batteriostatica per l'alto contenuto di potassio, non ha attività istolesiva. Si utilizza per la detersione delle LdP e per la rimozione degli antisettici.

SOLUZIONE FISIOLÓGICA: utilizzata per la detersione delle LdP e per la rimozione degli antisettici. Ha blanda azione citotossica.

TRATTAMENTO

LESIONE DI PRIMO STADIO

Pianificare gli interventi di mobilizzazione
Evitare decubiti prolungati (2 ore).
Detergere l'area con soluzione fisiologica o di Ringer.

Applicare una membrana semipermeabile sulla zona a rischio previa valutazione del tono cutaneo.

Se la cute è molto sensibile e facilmente lesionabile applicare paste o pomate emollienti-idratanti anzichè pellicole.

LESIONE DI SECONDO STADIO

Pianificare gli interventi di mobilizzazione.

Evitare decubiti prolungati.

Detergere la zona ulcerata con soluzione fisiologica o di Ringer.

Applicare idrocolloidi o poliuretani.

Programmare i tempi di sostituzione della medicazione in base alla sua saturazione.

TRATTAMENTO

LESIONI DI TERZO E QUARTO STADIO

LESIONE CON NECROSI SUPERFICIALE

Detersione abbondante della lesione con soluzione fisiologica o Ringer.

Procedere all'applicazione di pomate o gel con principi fibrinolitici o ipertonici aventi funzioni di autolisi e idratazione del tessuto necrotico.

Cambiare la medicazione ogni 2- 3 giorni o secondo il grado di essudazione; quando il tessuto necrotico viene eliminato, procedere nel seguente modo:

a) se la ferita sottostante si presenta sanguinante utilizzare compresse o fibre di alginato di calcio; il prodotto gelificato esplica una funzione emostatica e assorbente, coprire la zona con membrane semipermeabili in poliuretano, cambiare la medicazione secondo necessità.

b) se la ferita è infetta, segnalarlo al MMG e praticare antisepsi locale con amuchina, composti dell'ammonio quaternario o iodati secondo le caratteristiche della lesione. In caso di infezioni maggiori, su prescrizione del MMG, praticare tampone cutaneo con antibiogramma e instaurare adeguata terapia antibiotica sistemica. Eseguire la copertura della lesione con materiale traspirante per permetterne una buona aerazione; cambiare la medicazione **quotidianamente**.

LESIONE CON NECROSI CONSISTENTE e PROFONDA

Detersione della ferita con soluzione fisiologica o Ringer.

Provvedere affinché il medico pratichi la toilette chirurgica quando l'escara è "matura" o in presenza di segni di infezione sottostante.

Utilizzare creme o gel con principi fibrinolitici o ipertonici aventi funzioni di autolisi e reidratazione nelle zone dove sono rimasti residui di tessuto necrotico.

Sostituire la medicazione secondo necessità.

Se la ferita è infetta, procedere come al punto precedente.

NOTE INTEGRATIVE

a) Se la ferita è MOLTO SECERNENTE praticare antisepsi e detersione con soluzione fisiologica o Ringer; conseguentemente utilizzare materiali assorbenti come alginati o poliuretano. Cambiare la medicazione secondo il grado di saturazione e di macerazione della cute perilesionale.

b) Se la ferita è SUPERFICIALE e GRANULEGGIANTE praticare detersione con soluzione fisiologica o Ringer; medicare con idrocolloidi o poliuretani. In caso di lesioni dolorose o di tessuto molto fragile, utilizzare medicazioni non aderenti al silicone. Cambiare la medicazione secondo necessità.

c) Se la medicazione è GRANULEGGIANTE ma PROFONDA, praticare detersione con soluzione fisiologica o Ringer; medicare con materiali idrocolloidi, alginati o poliuretani ad uso endo-cavitario. Coprire la lesione con materiale compatibile e sostituire la medicazione secondo necessità.