

Stesura	n.1	<p align="center"><b>Regione Piemonte</b>  <b>Azienda Sanitaria Locale CN2</b>  <b>Cure Primarie e Domiciliari</b>  <b>ALBA-BRA</b></p> 
Revisione	n.2	
Data	Settembre 2007	
File Protocollo L.d.P.		
Pagina	n. 1	

# PROTOCOLLO OPERATIVO PER LA PREVENZIONE E IL TRATTAMENTO DELLE LESIONI DA PRESSIONE A DOMICILIO

**rivolto a tutto il personale dell'assistenza territoriale e ai familiari che si occupano dell'assistito.**

Redazione			Verifica			Approvazione		
Funzione	Data	Visto	Funzione	Data	Visto	Funzione	Data	Visto
	11/04/01	Coord. Inf. F.Ferrari F.TO FERRARI		2007	Dott.ssa Corradini F.TO CORRADINI		U.C.A.D. 31/01/2008	Direttori di Distretto: Dott. Laudani F.TO LAUDANI Dott. Monchiero F.TO MONCHIERO

Stesura	n.1	<p align="center"><b>Regione Piemonte</b>  <b>Azienda Sanitaria Locale CN2</b>  <b>Cure Primarie e Domiciliari</b>  <b>ALBA-BRA</b></p> 
Revisione	n.2	
Data	Settembre 2007	
File Protocollo L.d.P.		
Pagina	n. 2	

## GRUPPO DI LAVORO

Responsabile del Progetto: Dott.ssa Patrizia CORRADINI  
Rapp.te Medico S.O.C. A.S.T.: Dott.ssa Claudia MUSSO.  
Rapp.te Coordinamento Infermieristico: Flora FERRARI

Rapp.ti Infermieri: Debora ALFERO  
Paola BORLENGO  
Claudia CRAVERO  
Mariagrazia TORCHIA

Rapp.ti Oss: Corrada LI NOCE  
Franca PEZZUTO

Rapp.ti Medici Specialisti P.O. S.O.C. Chirurgia Alba  
S.O.C. Chirurgia Bra

Stesura: Aprile 2001  
I° Revisione: Maggio 2002  
II° revisione: entro Dicembre 2007

Redazione			Verifica			Approvazione		
Funzione	Data	Visto	Funzione	Data	Visto	Funzione	Data	Visto
	11/04/01	Coord. Inf. F.Ferrari F.TO FERRARI		2007	Dott.ssa Corradini F.TO CORRADINI		U.C.A.D. 31/01/2008	Direttori di Distretto: Dott. Laudani F.TO LAUDANI Dott. Monchiero F.TO MONCHIERO

Stesura	n.1	<p align="center"><b>Regione Piemonte</b>  <b>Azienda Sanitaria Locale CN2</b>  <b>Cure Primarie e Domiciliari</b>  <b>ALBA-BRA</b></p> 
Revisione	n.2	
Data	Settembre 2007	
File Protocollo L.d.P.		
Pagina	n. 3	

**DISTRIBUITO A:**

- **DIRETTORE GENERALE**
- **DIRETTORE SANITARIO**
- **DIRETTORE AMMINISTRATIVO**
- **MEDICI DI MEDICINA GENERALE, MEDICI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE E PEDIATRI DI LIBERA SCELTA**
- **DIRETTORE SANITARIO PRESIDIO OSPEDALIERO**
- **DIRETTORE SOC ASSISTENZA FARMACEUTICA OSPEDALIERA**
- **DIRETTORE SOC ASSISTENZA FARMACEUTICA TERRITORIALE**
- **OPERATORI S.O.C AST**
- **OPERATORI S.O.C Chirurgia Alba**
- **OPERATORI S.O.C Chirurgia Bra**

Redazione			Verifica			Approvazione		
Funzione	Data	Visto	Funzione	Data	Visto	Funzione	Data	Visto
	11/04/01	Coord. Inf. F.Ferrari F.TO FERRARI		2007	Dott.ssa Corradini F.TO CORRADINI		U.C.A.D. 31/01/2008	Direttori di Distretto: Dott. Laudani F.TO LAUDANI Dott. Monchiero F.TO MONCHIERO

Stesura	n.1	<b>Regione Piemonte</b> <b>Azienda Sanitaria Locale CN2</b> <b>Cure Primarie e Domiciliari</b> <b>ALBA-BRA</b>	
Revisione	n.2		
Data	Settembre 2007		
File Protocollo L.d.P.			
Pagina	n. 4		

## INDICE

Introduzione	pag. 5
Obiettivi	pag. 5
Competenze e responsabilità	pag. 5
Prevenzione	pag. 6
Valutazione del rischio	pag. 7
Mobilizzazione	pag. 8
Presidi di supporto	pag. 11
Igiene personale	pag. 11
Scelta de prodotti	pag. 12
Cura della cute	pag. 12
Gestione dell'incontinenza	pag. 13
Il letto e la biancheria	pag. 13
Nutrizione nelle lesioni da decubito	pag. 14
Educazione ed addestramento	pag. 18
Osservazione della lesione	pag. 19
Gestione del dolore	pag. 21
Infezione dell'ulcera	pag. 22
Preparazione del letto di ferita	pag. 24
Sostituzione medicazione	pag. 25
Procedura per cambi medicazione	pag. 26
Stadiazione	pag. 30
Bibliografia	pag. 34

### Allegati:

elenco prodotti di medicazione	pag. 35
scheda di monitoraggio delle lesioni	pag. 43
	pag. 44

Redazione			Verifica			Approvazione		
Funzione	Data	Visto	Funzione	Data	Visto	Funzione	Data	Visto
	11/04/01	Coord. Inf. F.Ferrari F.TO FERRARI		2007	Dott.ssa Corradini F.TO CORRADINI		U.C.A.D. 31/01/2008	Direttori di Distretto: Dott. Laudani F.TO LAUDANI Dott. Monchiero F.TO MONCHIERO

Stesura	n.1	<p align="center"><b>Regione Piemonte</b>  <b>Azienda Sanitaria Locale CN2</b>  <b>Cure Primarie e Domiciliari</b>  <b>ALBA-BRA</b></p> 
Revisione	n.2	
Data	Settembre 2007	
File Protocollo L.d.P.		
Pagina	n. 5	

## INTRODUZIONE

Per lesione da pressione si intende una lesione tissutale con evoluzione necrotica che può interessare la cute, il derma e gli strati sottocutanei fino a raggiungere, nei casi più gravi, la muscolatura e le ossa

Le ulcere da pressione insorgono più comunemente nelle aree contraddistinte da una scarsa perfusione.

La maggior parte delle ulcere da pressione ha origine dalla compressione del tessuto molle tra una prominenza ossea ( per esempio l'anca) e un piano di appoggio (per esempio il materasso) per un periodo superiore a 120 minuti.

A seconda della pressione esercitata (superiore ai 32 mmHg, pressione presente all'interno dei vasi capillari) e del periodo di esposizione, si determina una diminuzione dell'apporto sia di ossigeno sia di sostanze nutritive ai tessuti, provocando ipossia tissutale che si aggrava fino a determinare la morte cellulare

Le forze di taglio, che agiscono sulla cute separandola dai tessuti sottostanti e quelle di frizione, che logorano lo strato superiore della cute, contribuiscono anch'esse alla formazione delle ulcere da pressione.

Il rischio d'insorgenza di lesioni aumenta nel caso in cui siano implicati fattori sistemici quali l'infezione, la malnutrizione, l'edema, l'obesità, i traumi ed alcuni disturbi circolatori o endocrini.

## OBIETTIVI

Uniformare le procedure e favorire il processo di guarigione delle lesioni da pressione  
Migliorare la qualità del servizio erogato.

## COMPETENZE E RESPONSABILITA'

L'Infermiere è il diretto responsabile del piano assistenziale del paziente.

E' colui che valuta attraverso l'osservazione e le conoscenze acquisite le lesioni del paziente e ne stabilisce la medicazione di trattamento locale.

L'Oss, i familiari e i care-giver, sono semplici "esecutori" e pertanto dovranno attenersi alle indicazioni infermieristiche.

L'operatore socio sanitario osserva l'evoluzione della lesione, in caso di necessità richiede l'intervento delle I.P., ma non può modificare la medicazione.

Le competenze del medico di medicina generale sono la gestione della terapia causale e della terapia delle complicanze.

Ogni figura professionale è responsabile del proprio operato.

L'infermiere non può garantire la non insorgenza delle L.D.D., ma deve garantire l'assistenza generale e ottimale attraverso l'applicazione delle cognizioni professionali(ad es. educazione sanitaria alle famiglie, schemi di mobilitazione etc.).

La provabile coincidenza fra la mancata o errata o carente assistenza infermieristica alla persona e l'insorgenza della L.D.D., può portare l'I.P. a rispondere di lesioni personali nella forma colposa (art. 590 c.p.)

Redazione			Verifica			Approvazione		
Funzione	Data	Visto	Funzione	Data	Visto	Funzione	Data	Visto
	11/04/01	Coord. Inf. F.Ferrari F.TO FERRARI		2007	Dott.ssa Corradini F.TO CORRADINI		U.C.A.D. 31/01/2008	Direttori di Distretto: Dott. Laudani F.TO LAUDANI Dott. Monchiero F.TO MONCHIERO

Stesura	n.1	<b>Regione Piemonte</b> <b>Azienda Sanitaria Locale CN2</b> <b>Cure Primarie e Domiciliari</b> <b>ALBA-BRA</b>	
Revisione	n.2		
Data	Settembre 2007		
File Protocollo L.d.P.			
Pagina	n. 6		

## PREVENZIONE

### Definizione

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

### Obiettivi

Permettere un intervento preventivo mirato e precoce per:

- evitare l'insorgenza di lesioni
- ridurre il numero delle lesioni da pressione
- migliorare la qualità vita
- razionalizzare il carico di lavoro, migliorando le prestazioni degli operatori coinvolti nel processo di prevenzione, attraverso l'adozione di un linguaggio comune e di una pratica standard basata sull'evidenza scientifica

## STEP DEL PERCORSO DI PREVENZIONE

1. valutazione del rischio
2. mobilitazione
3. igiene
4. nutrizione
5. educazione ed addestramento

Redazione			Verifica			Approvazione		
Funzione	Data	Visto	Funzione	Data	Visto	Funzione	Data	Visto
	11/04/01	Coord. Inf. F.Ferrari F.TO FERRARI		2007	Dott.ssa Corradini F.TO CORRADINI		U.C.A.D. 31/01/2008	Direttori di Distretto: Dott. Laudani F.TO LAUDANI Dott. Monchiero F.TO MONCHIERO

Stesura	n.1	<b>Regione Piemonte</b> <b>Azienda Sanitaria Locale CN2</b> <b>Cure Primarie e Domiciliari</b> <b>ALBA-BRA</b>	
Revisione	n.2		
Data	Settembre 2007		
File Protocollo L.d.P.			
Pagina	n. 7		

## VALUTAZIONE DEL RISCHIO

**OBIETTIVO:** identificare i soggetti a rischio che necessitano di prevenzione ed i fattori specifici che li espongono al rischio.

La valutazione del rischio deve essere un complemento alla valutazione clinica e non uno strumento isolato rispetto ad altri aspetti clinici e deve essere effettuata al momento della presa in carico del paziente con previsione di periodiche rivalutazioni.

La valutazione del paziente considera lo stato di salute globale, lo stato nutrizionale, l'intensità del dolore, la presenza di complicanze, la situazione psicosociale.

Il rischio di insorgenza di lesioni da decubito è maggiore nei soggetti più anziani e in quelli che si trovano nelle seguenti condizioni:

- Malattie croniche che richiedono l'allettamento
- Disidratazione
- Diabete mellito
- Ridotta sensibilità dolorifica
- Fratture
- Uso di terapie a base di corticosteroidi
- Immunosoppressione
- Incontinenza
- Malnutrizione
- Alterazione livelli di coscienza
- Trauma multisistemico
- Paralisi
- Circolazione precaria
- Precedenti lesioni decubito
- Obesità o magrezze eccessive.

**VALUTAZIONE DEL RISCHIO:** scala di braden, scala di valutazione e monitoraggio dell'alimentazione, scheda monitoraggio esami ematochimici, scheda valutazione dolore.

## CLASSIFICAZIONE DEL RISCHIO

Nessun rischio:        punteggio 24  
 Basso rischio:        punteggio da 18 a 24  
 Medio rischio:        punteggio da 12 a 18  
 Alto rischio:         punteggio da 6 a 12

Redazione			Verifica			Approvazione		
Funzione	Data	Visto	Funzione	Data	Visto	Funzione	Data	Visto
	11/04/01	Coord. Inf. F.Ferrari F.TO FERRARI		2007	Dott.ssa Corradini F.TO CORRADINI		U.C.A.D. 31/01/2008	Direttori di Distretto: Dott. Laudani F.TO LAUDANI Dott. Monchiero F.TO MONCHIERO

Stesura	n.1	<b>Regione Piemonte</b> <b>Azienda Sanitaria Locale CN2</b> <b>Cure Primarie e Domiciliari</b> <b>ALBA-BRA</b>	
Revisione	n.2		
Data	Settembre 2007		
File Protocollo L.d.P.			
Pagina	n. 8		

## MOBILIZZAZIONE

### OBIETTIVI:

Al fine di evitare il formarsi di lesioni da pressione è fondamentale ridurre il carico sulle zone sottoposte a compressione attraverso l'attuazione di un piano di mobilizzazione con adeguati cambi di postura.

Il movimento è considerato la prima difesa dell'organismo contro i danni da compressione: al paziente valutato a rischio (secondo scala di Braden allegata), deve essere applicato un piano personalizzato di cambio posturale per alternare le zone sottoposte a pressione e per evitare l'ostruzione del microcircolo e quindi l'ischemia.

Lo spostamento o i cambi di posizione del malato devono essere attuati utilizzando appositi sistemi per evitare che la parte a contatto con il letto venga strofinata e quindi lesionata.

Al fine di prevenire lesioni da decubito bisogna, quindi, creare un piano di mobilizzazione in modo tale che il soggetto a rischio di lesione possa ruotare a distanza di breve tempo in diverse posizioni, cut-off linee guida pari ad un massimo 120 minuti, così da impedire una prolungata pressione su una specifica parte del corpo che potrebbe portare ad ulcerazione.

Le diverse posizioni in cui si può mobilizzare il paziente sono le seguenti:

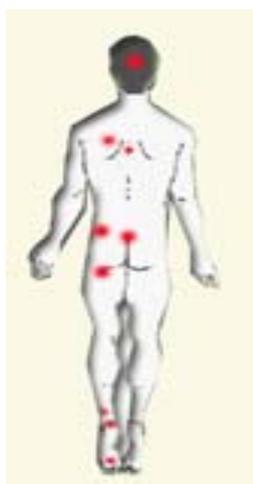
### Postura supina

E' una posizione di mantenimento del riposo che trova indicazioni in diverse condizioni cliniche, anche in alternanza con posture di decubito laterale o di fowler .

E' una postura obbligata per i pazienti con traumi alla colonna vertebrale e al bacino e per le altre condizioni nelle quali vi sia una stretta indicazione medica.

Zone a rischio: occipite, scapole, processi spinosi, gomito, sacro, talloni e dita dei piedi (lenzuola);

## supino



Redazione			Verifica			Approvazione		
Funzione	Data	Visto	Funzione	Data	Visto	Funzione	Data	Visto
	11/04/01	Coord. Inf. F.Ferrari F.TO FERRARI		2007	Dott.ssa Corradini F.TO CORRADINI		U.C.A.D. 31/01/2008	Direttori di Distretto: Dott. Laudani F.TO LAUDANI Dott. Monchiero F.TO MONCHIERO

Stesura	n.1	<b>Regione Piemonte</b> <b>Azienda Sanitaria Locale CN2</b> <b>Cure Primarie e Domiciliari</b> <b>ALBA-BRA</b>	
Revisione	n.2		
Data	Settembre 2007		
File Protocollo L.d.P.			
Pagina	n. 9		

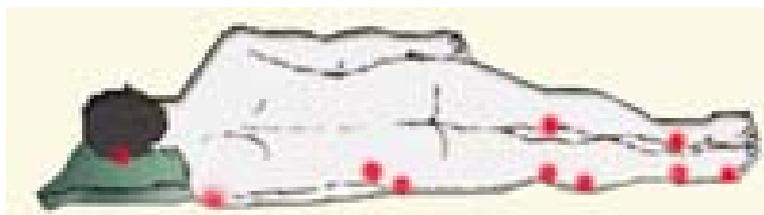
### Postura sul fianco sinistro-destro

Questa postura viene di solito utilizzata per garantire un periodo di riposo alle zone cutanee sottoposte a pressione mantenendo il decubito supino.

E' indicata anche in caso di dolori addominali perché la flessione delle gambe contribuisce a decomprimere questa zona.

Zone a rischio sono: orecchio, zigomo, acromion, costole, trocanteri, malleoli, epicondilo mediale e laterale

fianco



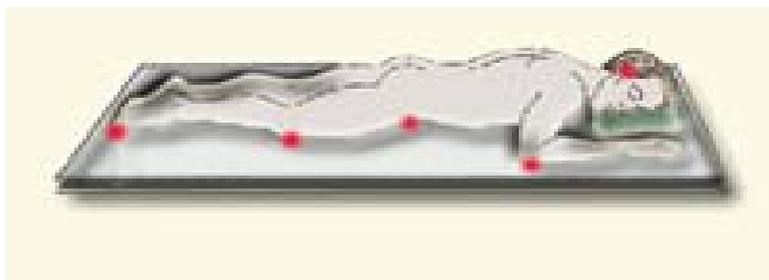
### Postura prona

Questa posizione è importante nella prevenzione delle contratture delle anche e dell'equinismo del piede.

E' invece controindicata nei pazienti affetti da malattie respiratorie, cardiache, tracheotomia, chirurgia addominale recente, gravi contratture dell'anca, traumi cervicali.

Zone a rischio: orecchio, zigomo, gomito, cresta iliaca, ginocchio, dorso e dita dei piedi.

prono



### Posizione seduta

Zone a rischio: scapole, colonna vertebrale, gomiti, sacro, ischio, cavo popliteo e calcagni.

seduto



Redazione			Verifica			Approvazione		
Funzione	Data	Visto	Funzione	Data	Visto	Funzione	Data	Visto
	11/04/01	Coord. Inf. F.Ferrari F.TO FERRARI		2007	Dott.ssa Corradini F.TO CORRADINI		U.C.A.D. 31/01/2008	Direttori di Distretto: Dott. Laudani F.TO LAUDANI Dott. Monchiero F.TO MONCHIERO

Stesura	n.1	<b>Regione Piemonte</b> <b>Azienda Sanitaria Locale CN2</b> <b>Cure Primarie e Domiciliari</b> <b>ALBA-BRA</b>	
Revisione	n.2		
Data	Settembre 2007		
File Protocollo L.d.P.			
Pagina	n. 10		

### Postura di fowler o decubito ortopnoico

E' la postura del paziente che si crea quando la testata del letto è sollevata di 45-50 cm e le ginocchia sono sollevate.

Rispetto al problema della pressione esercitata dal peso corporeo, va considerato che questa posizione provoca una maggiore compressione in zona sacrale e ischiatica.

Questo perché la massa corporea sovrastante questi punti si distribuisce su una ristretta porzione anatomica.



I soggetti allettati , ritenuti a rischio di piaga, dovrebbero essere mobilizzati almeno ogni due ore; (vedi scheda di mobilizzazione oraria e modi di posizionamento).

I soggetti che vengono posizionati in carrozzina vanno mobilizzati ogni ora e per quelli collaboranti parzialmente autonomi, vanno date indicazioni su come spostare il loro peso ogni 15 min .

Redazione			Verifica			Approvazione		
Funzione	Data	Visto	Funzione	Data	Visto	Funzione	Data	Visto
	11/04/01	Coord. Inf. F.Ferrari F.TO FERRARI		2007	Dott.ssa Corradini F.TO CORRADINI		U.C.A.D. 31/01/2008	Direttori di Distretto: Dott. Laudani F.TO LAUDANI Dott. Monchiero F.TO MONCHIERO

Stesura	n.1	<b>Regione Piemonte</b> <b>Azienda Sanitaria Locale CN2</b> <b>Cure Primarie e Domiciliari</b> <b>ALBA-BRA</b>	
Revisione	n.2		
Data	Settembre 2007		
File Protocollo L.d.P.			
Pagina	n. 11		

## PRESIDI DI SUPPORTO

Classificazione degli ausili antidecubito:

1. letti antidecubito
2. materassi antidecubito
3. sovrामaterassi antidecubito
4. cuscini antidecubito
5. ausili per posture (talloniere, Gomitiere)(protocollo Alba)

La richiesta dei presidi più idonei viene effettuata dal medico curante o specialista, in base all'attuale nomenclatore (D.M. 332 del 27.08.1999 "Regolamento recante norme per le prestazioni di assistenza protesica erogabili nell'ambito del S.S.N.: modalità di erogazione e tariffe.", D.G.R.87-29576 del 01.03.2000"D.M.332 del 27.08.1999-Linee Guida" e s.m.i.).

La classificazione dei supporti avviene tenendo conto:

1. del funzionamento (statici, dinamici);
2. della composizione ( aria, acqua, gel , fibra...);
3. della complessità ( cuscini, materassi, letti...);
4. della classe di rischio ( basso ,medio,alto).

Nessun rischio: **>20**

Basso rischio: **16 a 20** (materasso ventilato in espanso composito, cuscino fibra cava siliconata o gel)

medio rischio: **12 a 15** (materasso ad aria a pressione alternata, cuscino a bolle d'aria)

alto rischio: **6 a 12** (materasso ad aria a pressione alternata, cuscino a bolle d'aria)

La scelta dell'uno o dell'altro supporto, oltre che alla disponibilità degli stessi, è affidata agli operatori i quali, in rapporto al paziente, al rischio rilevato al fattore di rischio o ai fattori di rischio presenti, sceglieranno il supporto che meglio possa rispondere alle esigenze del caso.

L'osservazione continua permetterà di rilevare l'esatto beneficio della scelta attuata.

Sebbene esistano prove per cui gli ausili antidecubito possano diminuire l'incidenza di lesioni non ne esistono, al contrario, altre che suggeriscano che un tipo di ausilio antidecubito sia più efficace di un altro nel prevenirle

## IGIENE PERSONALE

Le condizioni igieniche possono influire sulla prevenzione delle lesioni.

La cute se integra, ben idratata e pulita, resiste maggiormente alla colonizzazione batterica e alla forza esercitata dalla pressione sul microcircolo.

E' importante considerare che le persone anziane presentano spesso limitazioni funzionali che riducono le possibilità di svolgimento degli atti normali della vita quotidiana quali l'igiene personale; nell'anziano inoltre la cute è fragile per la riduzione del film idrolipidico che rappresenta la principale barriera contro gli agenti fisici e chimici.

Gli obiettivi generali per l'infermiere ed i famigliari saranno:

- mantenere la pulizia e l'integrità della cute;
- mantenere l'elasticità della cute;
- prevenire e/o ridurre le macerazioni.

Redazione			Verifica			Approvazione		
Funzione	Data	Visto	Funzione	Data	Visto	Funzione	Data	Visto
	11/04/01	Coord. Inf. F.Ferrari F.TO FERRARI		2007	Dott.ssa Corradini F.TO CORRADINI		U.C.A.D. 31/01/2008	Direttori di Distretto: Dott. Laudani F.TO LAUDANI Dott. Monchiero F.TO MONCHIERO

Stesura	n.1	<b>Regione Piemonte</b> <b>Azienda Sanitaria Locale CN2</b> <b>Cure Primarie e Domiciliari</b> <b>ALBA-BRA</b>	
Revisione	n.2		
Data	Settembre 2007		
File Protocollo L.d.P.			
Pagina	n. 12		

## SCELTA DEI PRODOTTI.

La scelta dei prodotti ad uso igienico sanitario è determinante per la riuscita delle cure personali in quanto evita irritazioni ed eventuali eruzioni cutanee nei soggetti allergici.

E' bene usare e/o consigliare:

Acqua tiepida;

saponi e shampoo idonei (oli da bagno, olio di oliva, Olio di borragine, neutri, acidi o la linea dei non saponi, Crema base, Preparati all'avena, Mandorle dolci)

asciugamani, teli da bagno di spugna o di cotone morbidi e puliti;

prodotti idratanti per la cute.

### Il prodotto deve essere:

- Poco schiumogeno
- Facile da risciacquare
- Con un pH intorno a 6
- Poco o (meglio) non profumato
- Tale da consentire il ritorno alla norma della cute in un massimo di due ore

E' importante asciugare la cute tamponando leggermente ed eseguire eventuali massaggi in forma lieve e con prodotti idratanti (per mantenere il più possibile elastica l'epidermide).

## CURA DELLA CUTE

E' fondamentale mantenere la cute integra e pulita. Giornalmente la cute va ispezionata soprattutto nei punti delle prominenze ossee e nelle pliche cutanee. Se la cute risulta intatta, le cure igieniche potranno essere condotte normalmente. In presenza di malato allettato, che spesso presenta la cute secca, irritata dai piccoli traumi dovuti a trazione e sfregamento per il contatto prolungato con le lenzuola, vengono consigliati i detergenti sintetici (chiamati anche sapone non sapone a pH variabile da 3.5 a 7 ).

Per la cute dell'anziano sono indicati, in particolare, quelli con pH tra 6 e 7.

L'igiene personale deve essere effettuata giornalmente ed ogni volta che il malato evacua o cambia il pannolone.

La scelta del detergente può essere fatta in base al tipo di paziente.

Nel malato incontinente è necessario ridurre al minimo il contatto cutaneo con feci o urina, per cui è opportuno pulire la cute e asciugarla ogni volta che il malato si bagna.

Possono essere di aiuto dispositivi monouso o materiali che assorbono l'umidità e lasciano traspirare la cute.

La cute deve essere idratata e mantenuta morbida ed elastica.

Soprattutto nei punti dove si osserva una particolare secchezza, è opportuno applicare sulla cute pulita ed asciutta, senza mai eccedere nella quantità, un leggero strato di crema emolliente/protettiva che potrà essere a base di lanolina, di ossido di zinco, di vaselina, derivati dall'avena oppure olio di mandorle.

La pasta all'ossido di zinco è da rimuovere ad ogni medicazione con olii detergenti.

L'assorbimento è favorito da una leggera frizione circolare e con la cute ancora umida dopo l'igiene.

Redazione			Verifica			Approvazione		
Funzione	Data	Visto	Funzione	Data	Visto	Funzione	Data	Visto
	11/04/01	Coord. Inf. F.Ferrari F.TO FERRARI		2007	Dott.ssa Corradini F.TO CORRADINI		U.C.A.D. 31/01/2008	Direttori di Distretto: Dott. Laudani F.TO LAUDANI Dott. Monchiero F.TO MONCHIERO

Stesura	n.1	<b>Regione Piemonte</b> <b>Azienda Sanitaria Locale CN2</b> <b>Cure Primarie e Domiciliari</b> <b>ALBA-BRA</b>	
Revisione	n.2		
Data	Settembre 2007		
File Protocollo L.d.P.			
Pagina	n. 13		

Da evitare qualsiasi forma di massaggio con sostanze chimiche di natura alcolica.

## GESTIONE DELL'INCONTINENZA

Per l'azione macerante ed irritante di urina e feci, l'incontinenza richiede moltissima attenzione da parte del personale sanitario e della famiglia:

1. controllare frequentemente il soggetto incontinente (al fine di evitare il prolungato contatto con feci e urina);
2. eseguire accurate cure igieniche con acqua tiepida e saponi idonei, evitare l'uso di strumenti e manovre abrasive;
3. asciugare bene la sede,
4. controllare l'integrità della cute,
5. idratare la cute;
6. evitare i prodotti alcolici perché irritanti;
7. applicare prodotti barriera : spray al silicone e similari;
8. avvalersi di presidi per l'incontinenza:
  - scegliere i pannoloni in base a: peso, taglia, grado di incontinenza, forma.
  - utilizzare nell' uomo il catetere di drenaggio esterno dell' urina (condom)
  - valutare l'opportunità di posizionare catetere vescicale a permanenza.

## IL LETTO E LA BIANCHERIA .

Per l'igiene del letto e degli indumenti si consiglia l'adozione di:

1. lenzuola e traverse di tessuto morbido (meglio se non sintetico), pulite e ben tese;
2. traverse monouso;
3. biancheria intima semplice e di tessuto naturale per evitare sfregamenti.
4. controllare la presenza di eventuali corpi estranei (es. briciole) e rimuoverli.

Redazione			Verifica			Approvazione		
Funzione	Data	Visto	Funzione	Data	Visto	Funzione	Data	Visto
	11/04/01	Coord. Inf. F.Ferrari F.TO FERRARI		2007	Dott.ssa Corradini F.TO CORRADINI		U.C.A.D. 31/01/2008	Direttori di Distretto: Dott. Laudani F.TO LAUDANI Dott. Monchiero F.TO MONCHIERO

Stesura	n.1	<b>Regione Piemonte</b> <b>Azienda Sanitaria Locale CN2</b> <b>Cure Primarie e Domiciliari</b> <b>ALBA-BRA</b>	
Revisione	n.2		
Data	Settembre 2007		
File Protocollo L.d.P.			
Pagina	n. 14		

## NUTRIZIONE NELLE LESIONI DA DECUBITO

La nutrizione proteico calorica è stata identificata come uno dei maggiori fattori intrinseci nello sviluppo delle lesioni da decubito.

Lo stato di stato malnutrizione può dipendere da:

- esami ematochimici ( ad es. anemia, ipoalbuminemia; conta linfocitaria; ipoproteinemia;
- età del paziente
- iperpiressie prolungate
- ipermetabolismo
- carenza di apporto energetico
- ipotensione arteriosa
- pazienti neurologici con riduzione di movimenti spontanei
- disidratazione
- perdita di peso

Si è evidenziato che la gravità delle lesioni da decubito è strettamente correlata all'entità del deficit nutrizionale. Pazienti particolarmente esposti alla formazione di lesioni da decubito sono gli anziani perché sono soggetti maggiormente a rischio di malnutrizione per problemi concomitanti come ad es. la ridotta funzionalità dell'apparato digerente, malattie croniche che richiedono un aumento del fabbisogno calorico-proteico, modificazioni metaboliche dovute all'età non supportate da una adeguata nutrizione, perdita dell'autosufficienza, assunzione di farmaci. Quindi si può sostenere che la nutrizione è uno dei componenti fondamentali per mantenere l'integrità tissutale e per promuovere i processi di cicatrizzazione.

Redazione			Verifica			Approvazione		
Funzione	Data	Visto	Funzione	Data	Visto	Funzione	Data	Visto
	11/04/01	Coord. Inf. F.Ferrari F.TO FERRARI		2007	Dott.ssa Corradini F.TO CORRADINI		U.C.A.D. 31/01/2008	Direttori di Distretto: Dott. Laudani F.TO LAUDANI Dott. Monchiero F.TO MONCHIERO

Stesura	n.1	<b>Regione Piemonte</b> <b>Azienda Sanitaria Locale CN2</b> <b>Cure Primarie e Domiciliari</b> <b>ALBA-BRA</b>	
Revisione	n.2		
Data	Settembre 2007		
File Protocollo L.d.P.			
Pagina	n. 15		

## COMPONENTI NUTRITIVI PER LA CICATRIZZAZIONE DELLE PIAGHE DA DECUBITO

Sostanze nutritive	Funzioni	Sintomi da carenza
Proteine	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ riparazione della lesione</li> <li>➤ produzione dei fattori di coagulazione</li> <li>➤ produzione e migrazione dei leucociti</li> <li>➤ fagocitosi mediata dalle cellule</li> <li>➤ proliferazione dei fibroblasti</li> <li>➤ neoangiogenesi</li> <li>➤ sintesi del collagene</li> <li>➤ proliferazione delle cellule epiteliali</li> <li>➤ rimodellamento della lesione</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ scarsa cicatrizzazione</li> <li>➤ edema, linfopenia</li> <li>➤ immunità cellulare ridotta</li> </ul>
Albumina	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ controllo dell'equilibrio osmotico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ ipoalbuminemia, con conseguente edema generalizzato e rallentamento dei meccanismi di diffusione di ossigeno e di trasporto metabolico dai capillari e dalle membrane cellulari</li> </ul>
Carboidrati	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ forniscono l'energia cellulare</li> <li>➤ risparmiano le proteine</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ l'organismo utilizza le proteine muscolari e viscerali per l'energia</li> </ul>
Grassi	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ forniscono l'energia cellulare</li> <li>➤ forniscono gli acidi grassi essenziali</li> <li>➤ producono la membrana cellulare</li> <li>➤ producono le prostaglandine</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ inibizione della riparazione del tessuto</li> </ul>
Vitamina A	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ sintesi del collagene</li> <li>➤ processo di epitelizzazione</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ scarsa cicatrizzazione</li> </ul>
Vitamina C	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ integrità della membrana</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ scorbuto</li> <li>➤ scarsa cicatrizzazione</li> <li>➤ fragilità capillare</li> </ul>
Vitamina K	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ coagulazione</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ propensione all'emorragia e alla formazione di ematomi</li> </ul>
Piridossina Riboflavina Tiamina	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ formazione di leucociti e anticorpi</li> <li>➤ fattori nello sviluppo cellulare</li> <li>➤ promuovono l'attività enzimatica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ maggiore rischio di infezione</li> </ul>
Rame	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ legame crociato del collagene</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ diminuzione della sintesi di collagene</li> </ul>
Ferro	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ sintesi del collagene</li> <li>➤ amplifica l'attività batterica leucocitaria</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ anemia, con conseguente rischio di ischemia tissutale</li> <li>➤ ridotta estensibilità</li> <li>➤ ridotto legame crociato del collagene</li> </ul>
Zinco	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ proliferazione cellulare</li> <li>➤ cofattore per gli enzimi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ lenta cicatrizzazione</li> <li>➤ alterazione del gusto</li> <li>➤ anoressia</li> </ul>

Redazione			Verifica			Approvazione		
Funzione	Data	Visto	Funzione	Data	Visto	Funzione	Data	Visto
	11/04/01	Coord. Inf. F.Ferrari F.TO FERRARI		2007	Dott.ssa Corradini F.TO CORRADINI		U.C.A.D. 31/01/2008	Direttori di Distretto: Dott. Laudani F.TO LAUDANI Dott. Monchiero F.TO MONCHIERO

Stesura	n.1	<b>Regione Piemonte</b> <b>Azienda Sanitaria Locale CN2</b> <b>Cure Primarie e Domiciliari</b> <b>ALBA-BRA</b>	
Revisione	n.2		
Data	Settembre 2007		
File Protocollo L.d.P.			
Pagina	n. 16		

Sia i pazienti a rischio che quelli con lesione pre-esistenti richiedono un intervento di tipo nutrizionale che può essere distinto in : preventivo e di trattamento.

I pazienti a rischio vengono identificati eseguendo uno screening sistematico servendosi della scala di Braden.

Per quanto riguarda la prevenzione della malnutrizione si procede con la valutazione del rischio nutrizionale e poi con interventi correttivi mirati.

Durante la valutazione è necessario prendere in considerazione i dati antropometrici e di laboratorio, i dati dell'esame obiettivo e dell'anamnesi.

Un calo ponderale del 5% in tre mesi o del 10% in sei mesi si può considerare significativo per una diagnosi di malnutrizione; questo può essere determinato da problemi contingenti come difficoltà nella masticazione e deglutizione, anoressia secondaria a patologie, depressione etc.

Altri fattori da tenere presenti sono le patologie che aumentano il fabbisogno di nutrienti o la perdita di nutrienti (traumi, neoplasie, sindromi da mal assorbimento, patologie gastrointestinali, sepsi, etc.). I pazienti a rischio di malnutrizione devono essere monitorizzati. Bisogna pertanto che vengano assistiti nel pasto, che ci sia un'adeguata consistenza dell'alimentazione (diete semiliquide o liquide), eventuale fornitura di supporti nutrizionali, valutazione dalla patogenesi e correzione dei sintomi avversi (vomito, diarrea).

In caso di mancata correzione dei fattori di rischio si devono effettuare interventi più mirati ad es. monitoraggio più frequente (valutazione del peso corporeo due volte la settimana, esami ematici più frequenti) ed è bene rivolgersi al Servizio di Nutrizione Clinica.

Nei pazienti affetti da lesione da decubito in cui si effettua terapia nutrizionale si deve tenere in considerazione che:

- l'incremento del fabbisogno calorico-proteico associato a un'azione catabolizzante delle lesioni da decubito ed il dispendio di energia usato per il processo di guarigione sono difficilmente quantificabili
- la maggior parte dei pazienti con lesioni da decubito è anziana, con problemi legati all'età.

La dietoterapia è efficace nel prevenire la comparsa di lesioni e nell'accelerarne la guarigione. Si è visto infatti che con un apporto calorico-proteico adeguato si determina un bilancio azotato positivo con conseguente miglioramento delle condizioni cliniche del paziente e con cicatrizzazione delle lesioni più veloce. Il calcolo del fabbisogno energetico si effettua mediante la formula di Harris Benedict, il valore ottenuto si moltiplica per un fattore di correzione che per il paziente affetto da piaghe da decubito può essere di 1,3 -1,5 , il fattore di correzione si può aumentare fino a 1,5-1,7 per i pazienti gravemente malnutriti.

Redazione			Verifica			Approvazione		
Funzione	Data	Visto	Funzione	Data	Visto	Funzione	Data	Visto
	11/04/01	Coord. Inf. F.Ferrari F.TO FERRARI		2007	Dott.ssa Corradini F.TO CORRADINI		U.C.A.D. 31/01/2008	Direttori di Distretto: Dott. Laudani F.TO LAUDANI Dott. Monchiero F.TO MONCHIERO

Stesura	n.1	<b>Regione Piemonte</b> <b>Azienda Sanitaria Locale CN2</b> <b>Cure Primarie e Domiciliari</b> <b>ALBA-BRA</b>	
Revisione	n.2		
Data	Settembre 2007		
File Protocollo L.d.P.			
Pagina	n. 17		

L'obiettivo finale è quello di stimolare i processi anabolici che possono anche portare a un incremento ponderale. Si possono variare gli apporti energetici in riferimento allo stadio della lesione:

STADIO DELLA PIAGA	FABBISOGNO CALORICO (kcal/kg/die)	FABBISOGNO PROTEICO (g/kg/die)
1	25-30	1
2	30-35	1,2-1,5
3/4	35-40	1,5-2

Se l'apporto calorico-proteico non viene raggiunto con diete per os e se c'è una compromissione dello stato nutrizionale si può ricorrere alla nutrizione artificiale sia enterale sia parenterale, chiedendo l'intervento del Servizio di Nutrizione. In caso di pazienti gravemente malnutriti, calcolati i fabbisogni nutrizionali, nelle fasi iniziali della nutrizione bisogna iniziare in modo graduale con un incremento progressivo della miscela nutritiva usata monitorando i parametri metabolici al fine di evitare complicanze metaboliche e cliniche come la refeeding-syndrome.

Se il tipo di nutrizione scelta è l'enterale ci si avvale di prodotti commerciali che possono ricoprire una vasta gamma di esigenze ad es. possono essere iperproteici, ipercalorici, prodotti per diabetici, con fibre etc.

Prima di iniziare la nutrizione artificiale è importante valutare la funzionalità renale, polmonare e cardiaca dei pazienti; ad es. i pazienti anziani bisogna evitare il sovraccarico di liquidi che potrebbe provocare edema polmonare.

Redazione			Verifica			Approvazione		
Funzione	Data	Visto	Funzione	Data	Visto	Funzione	Data	Visto
	11/04/01	Coord. Inf. F.Ferrari F.TO FERRARI		2007	Dott.ssa Corradini F.TO CORRADINI		U.C.A.D. 31/01/2008	Direttori di Distretto: Dott. Laudani F.TO LAUDANI Dott. Monchiero F.TO MONCHIERO

Stesura	n.1	<b>Regione Piemonte</b> <b>Azienda Sanitaria Locale CN2</b> <b>Cure Primarie e Domiciliari</b> <b>ALBA-BRA</b>	
Revisione	n.2		
Data	Settembre 2007		
File Protocollo L.d.P.			
Pagina	n. 18		

## EDUCAZIONE ED ADDESTRAMENTO

La prevenzione e la cura delle lesioni da pressione saranno tanto più efficaci quanto più il malato e la famiglia saranno attivamente e consapevolmente coinvolti in tale processo. E' un coinvolgimento fondamentale ed insostituibile soprattutto nella fase della prevenzione. L'addestramento dei familiari rispetto al trattamento delle lesioni, sempre con la supervisione del personale sanitario, in applicazione di un piano personalizzato predefinito, ha la finalità di aumentare, ove possibile, la capacità di autonomia della famiglia con conseguente garanzia di continuità e globalità del trattamento.

Risulta fondamentale per la qualità di vita futura dell'utente, illustrare i fattori che favoriscono l'insorgenza di lesioni e le misure ed i comportamenti che ne favoriscono il miglioramento e la guarigione.

L'educazione ha lo scopo di rendere autonomo il paziente o il familiare/ care-giver nel trattamento delle ulcere da pressione:

L'intervento educativo deve seguire alcuni principi fondamentali:

- essere chiari e concisi per essere comprensibili;
- spiegare lo scopo degli interventi preventivi e curativi ( igiene, mobilitazione e uso dei presidi);
- spiegare e dimostrare il materiale da utilizzare;
- suddividere la spiegazione delle procedure in semplici e piccoli passaggi
- spiegare e dimostrare come prevenire le complicanze, come riconoscere i segni ed i sintomi (presenza di dolore, cattivo odore, gonfiore, arrossamento, ipertermia);
- insegnare a praticare i trattamenti necessari attraverso un addestramento graduale e personalizzato;
- rispettare il tempo di apprendimento;
- far esprimere dubbi e incertezza;
- valutare e dimensionare le aspettative per l'utente;
- verificare che siano stati compresi i concetti principali e che siano state apprese le "tecniche" insegnate

Per identificare i primi segnali di insorgenza di ulcere da pressione tutti gli individui dovrebbero essere sottoposti a una ispezione cutanea almeno una volta al giorno, prestando particolare attenzione alle prominenze ossee (sacro, talloni, creste iliache, malleoli, gomiti, occipite), al fine di rilevare l'eventuale presenza di: secchezza, lacerazione, eritema, fragilità di macerazione, ipertermia, indurimento.

Un primo segnale della possibile insorgenza di un'ulcera in una zona è la comparsa di un eritema che scompare con la digitopressione. In questo caso è ancora possibile evitare la perdita tissutale e quindi la formazione di una lesione riducendo o eliminando completamente la pressione.

**Osservando un paziente, si devono quindi rilevare:**

- eventuale incontinenza (vedi pag. 13)
- situazione nutrizionale (vedi pag. 14)
- valori ematochimici

Redazione			Verifica			Approvazione		
Funzione	Data	Visto	Funzione	Data	Visto	Funzione	Data	Visto
	11/04/01	Coord. Inf. F.Ferrari F.TO FERRARI		2007	Dott.ssa Corradini F.TO CORRADINI		U.C.A.D. 31/01/2008	Direttori di Distretto: Dott. Laudani F.TO LAUDANI Dott. Monchiero F.TO MONCHIERO

Stesura	n.1	<b>Regione Piemonte</b> <b>Azienda Sanitaria Locale CN2</b> <b>Cure Primarie e Domiciliari</b> <b>ALBA-BRA</b>	
Revisione	n.2		
Data	Settembre 2007		
File Protocollo L.d.P.			
Pagina	n. 19		

## OSSERVAZIONE DELLA LESIONE

La Stadiazione va effettuata secondo schema E.P.U.A.P..

In presenza di necrosi non è possibile effettuare la stadiazione correttamente.

Vanno valutati:

1. Posizione;
2. Dimensione;
3. Fondo dell'ulcera ed eventuale sottominatura
4. Presenza di essudato
5. Cute perilesionale;
6. Dolore
7. Documentazione fotografica.

### FONDO DELL'ULCERA

#### NECROTICO

- Necrosi secca: demarcata di colore grigio scuro, adesa ai tessuti circostanti senza soluzione di continuità I tessuti periulcerosi appaiono integri o lievemente edematosi
- Necrosi fagedenica: manca la demarcazione e sfuma nel tessuto sano che **appare** sede di fenomeni flogistici, talvolta colliquata nella parte centrale.
- Necrosi settica: tessuti necrotici sono rigonfi, mollicci, con gemizio purulento ed odore fetido, i tessuti periulcerosi presentano i classici segni della flogosi
- Necrosi gialla (slough): i fenomeni colliquativi e/o le medicazioni hanno portato all'eliminazione di gran parte della necrosi: permangono frammenti adesi al fondo della ferita, di consistenza flaccida, spesso accompagnati da accumuli di fibrina si presenta con aspetto filamentoso spessore sottile e la sua aderenza al fondo di lesione varia in base al contenuto di acqua. Da non confondere con il pus, indice di infezione grave e profonda a consistenza pastosa e maleodorante, è accompagnato da chiari sintomi settici locali e/o sistemici.

#### INFETTO

E' un tessuto in preda ad importanti fatti flogistici, generalmente di colorito scuro, con segni di congestione ed essudato solitamente purulento, di norma maleodorante , spesso fetido.

#### BIOFILM

Per biofilm si intende quel sottile strato di una matrice di natura polisaccaridica ricca di proteine ed altri prodotti metabolici che viene elaborato dai batteri in attiva replicazione e che appare aderente al letto della lesione. La presenza di biofilm può confondere la diagnosi, dal momento che la superficie lucida può essere scambiata per tessuto epiteliale sano neoformato. L'esistenza di biofilm nel contesto di una ferita infetta contribuisce a ritardarne la guarigione

Redazione			Verifica			Approvazione		
Funzione	Data	Visto	Funzione	Data	Visto	Funzione	Data	Visto
	11/04/01	Coord. Inf. F.Ferrari F.TO FERRARI		2007	Dott.ssa Corradini F.TO CORRADINI		U.C.A.D. 31/01/2008	Direttori di Distretto: Dott. Laudani F.TO LAUDANI Dott. Monchiero F.TO MONCHIERO

Stesura	n.1	<b>Regione Piemonte</b> <b>Azienda Sanitaria Locale CN2</b> <b>Cure Primarie e Domiciliari</b> <b>ALBA-BRA</b>	
Revisione	n.2		
Data	Settembre 2007		
File Protocollo L.d.P.			
Pagina	n. 20		

### DETERSO

Il fondo della ferita si presenta rosso vivo, spesso rutilante (rosseggiante), con prevalenza di tessuto di granulazione; i bordi della lesione non sono infiammati e l'essudato è di colore chiaro, sieroso; è tipico della ferita avviata alla guarigione,

### PRESENZA DI ESSUDATO

Si intende il liquido che esce dalla ferita di provenienza organica che può contenere o meno proteine, cellule, elettroliti etc; da non confondere con il trasudato che è un liquido organico proveniente dal plasma e filtrato attraverso la parete dei capillari, determinato da fenomeni di stasi.

In base alla quantità di essudato distinguiamo:

#### FERITE ASCIUTTE:

- il fondo è pallido, arancione
- le garze tendono ad aderire alla ferita e la rimozione provoca piccole emorragie
- i tessuti circostanti sono secchi
- l'orletto di riepitelizzazione è generalmente bloccato

#### FERITE UMIDE

- il fondo è lucente di colore rosso vivo
- le garze si presentano inumidite nell'arco delle 24 ore
- i tessuti circostanti sono integri fatto salvo lesioni iatrogene
- l'orletto di riepitelizzazione e' attivo
- e' la situazione ottimale di ferita

#### FERITE IPERESSUDANTI

- il fondo e' lucente e di colore rosso vivo
- sono richiesti ripetuti cambi delle medicazioni adsorbenti nelle 24 ore
- i tessuti circostanti sono macerati
- l'orletto di riepitelizzazione e' spesso lesionato da macerazione

Redazione			Verifica			Approvazione		
Funzione	Data	Visto	Funzione	Data	Visto	Funzione	Data	Visto
	11/04/01	Coord. Inf. F.Ferrari F.TO FERRARI		2007	Dott.ssa Corradini F.TO CORRADINI		U.C.A.D. 31/01/2008	Direttori di Distretto: Dott. Laudani F.TO LAUDANI Dott. Monchiero F.TO MONCHIERO

Stesura	n.1	<b>Regione Piemonte</b> <b>Azienda Sanitaria Locale CN2</b> <b>Cure Primarie e Domiciliari</b> <b>ALBA-BRA</b>	
Revisione	n.2		
Data	Settembre 2007		
File Protocollo L.d.P.			
Pagina	n. 21		

## GESTIONE DEL DOLORE

Il sintomo dolore, ha origini diverse se consideriamo tre diversi punti di vista:

- la lesione e quindi la sua etiologia
- la complicità della lesione, (la colonizzazione batterica clinica critica)
- la tecnica di medicazione, quindi la mano dell'operatore e la scelta del prodotto di medicazione

La rimozione della medicazione può essere la fase più lunga e dolorosa.

Le medicazioni asciutte e i prodotti aderenti sono quelli che causano più dolore e traumi al momento della sostituzione della medicazione.

La garza molto spesso causa dolore.

La conoscenza della gamma dei prodotti disponibili e la capacità di scegliere le medicazioni opportune può limitare dolore e trauma.

L'impiego di strumenti validi di valutazione del dolore è essenziale. (scala analogica visiva, vas, in cartella assistenziale).

Anche una cute perilesionale alterata può essere causa di dolore.

In caso di idrocolloidi o medicazioni con adesivi e collanti, la rimozione deve avvenire delicatamente e in modo tangenziale alla cute poiché una azione veloce potrebbe provocare danni alla cute perilesionale oltre che dolore al paziente.

In una lesione con scarso essudato e medicazione molto adesa, inumidire con fisiologica o acqua è indispensabile.

Un' azione cruenta provocherebbe dei grossi danni all'orletto di riepitelizzazione ed al tessuto di granulazione neoformato.

Provocare un sanguinamento del fondo di ferita altro non provoca che la rottura dei microvasi in formazione che sono deputati a portare nutrimento ed ossigeno ai tessuti.

In lesioni molto dolorose, la rimozione può essere svolta associando lidocaina alla soluzione fisiologica o essere preceduta, su parere medico, da antidolorifici somministrati prima della medicazione stessa.

Le medicazioni avanzate riducono la sintomatologia dolorosa in quanto hanno funzione di "cuscinetto" sulle terminazioni nervose

## Prevenzione delle infezioni

Si attua realizzando una corretta asepsi prima di posizionare una medicazione antibatterica al fine di proteggere la lesione da agenti esterni quali feci e urine.

Gestire l'incontinenza è fondamentale, a seconda dei casi si può prendere in considerazione il cateterismo vescicale oppure con catetere esterno.

E' indicato utilizzare medicazioni adsorbenti a base di antisettico quando la lesione sia a rischio o, soprattutto, si presenti biofilmata o criticamente colonizzata.

In prevenzione non è indicato l'utilizzo di antibiotico terapia generale.

Redazione			Verifica			Approvazione		
Funzione	Data	Visto	Funzione	Data	Visto	Funzione	Data	Visto
	11/04/01	Coord. Inf. F.Ferrari F.TO FERRARI		2007	Dott.ssa Corradini F.TO CORRADINI		U.C.A.D. 31/01/2008	Direttori di Distretto: Dott. Laudani F.TO LAUDANI Dott. Monchiero F.TO MONCHIERO

Stesura	n.1	<b>Regione Piemonte</b> <b>Azienda Sanitaria Locale CN2</b> <b>Cure Primarie e Domiciliari</b> <b>ALBA-BRA</b>	
Revisione	n.2		
Data	Settembre 2007		
File Protocollo L.d.P.			
Pagina	n. 22		

## INFEZIONE DELL'UCERA

Tutte le ulcere sono contaminate, ma non per questo colonizzate od infette.

Una lesione da pressione si definisce infetta quando un microrganismo patogeno la aggredisce e ne provoca l'infezione.

La diagnosi è essenzialmente clinica e si basa sulla presenza di materiale purulento o sulla presenza di segni oggettivabili di flogosi.

I criteri di valutazione clinica di infezione sono:

- Peggioramento della lesione
- Aumento dell'essudato e macerazione
- Comparsa di non usuale cattivo odore
- Comparso o aumento del dolore
- Secrezione purulenta
- Mutamento peggiorativo del tessuto di granulazione
- Cellulite perilesionale (rubor, calor, tumor e dolor)

Due o più criteri di quelli elencati definiscono la sicurezza di lesione infetta fatto salvo l'item cellulite che, racchiudendo in sé più criteri è sufficiente per definire la presenza di un'infezione.

L'interessamento batterico può essere classificato in quattro gradi:

1. contaminazione cioè presenza di batteri senza moltiplicazione
2. colonizzazione cioè moltiplicazione batterica senza la reazione dell'ospite (host-reaction)
3. colonizzazione critica cioè presenza di batteri che si moltiplicano nei tessuti con host-reaction associata e limitata alla lesione;
4. infezione cioè presenza di batteri in fase di moltiplicazione con host-reaction associata, estesa ai tessuti perilesionali.

Si ricorda che la diagnosi di infezione è essenzialmente clinica ed il tampone culturale è solamente un supporto utile nell'identificazione del patogeno implicato ma non significativo per la carica batterica.

Altri esami di laboratorio:

per quanto riguarda gli esami ematochimici, nella maggior parte dei casi la VES è già alterata dalla presenza di una lesione cutanea cronica e quindi non è dato attendibile per la definizione di infezione;

l'aumento di leucociti sta a significare che l'infezione non è limitata ad uno stato locale, ma è già a livello di diffusione generale

Quando una lesione è maleodorante o appaiono segni di infiammazione (zona perilesionale arrossata, dolore, edema), si procederà come segue:

- inizialmente si aumenterà la frequenza della detersione/disinfezione giornaliera con uso di prodotti antibatterici, per la durata di 2/4 settimane. Se al termine del suddetto periodo non ci sono miglioramenti si contatterà il medico di medicina generale per l'approvazione e la prescrizione di:
  1. eventuale terapia per os o intramuscolare o endovenosa

Redazione			Verifica			Approvazione		
Funzione	Data	Visto	Funzione	Data	Visto	Funzione	Data	Visto
	11/04/01	Coord. Inf. F.Ferrari F.TO FERRARI		2007	Dott.ssa Corradini F.TO CORRADINI		U.C.A.D. 31/01/2008	Direttori di Distretto: Dott. Laudani F.TO LAUDANI Dott. Monchiero F.TO MONCHIERO

Stesura	n.1	<b>Regione Piemonte</b> <b>Azienda Sanitaria Locale CN2</b> <b>Cure Primarie e Domiciliari</b> <b>ALBA-BRA</b>	
Revisione	n.2		
Data	Settembre 2007		
File Protocollo L.d.P.			
Pagina	n. 23		

oppure:

2. eventuale trattamento con antibiotico per uso topico per due settimane ( sulfadiazina argentica );
  - l'antibiotico dovrebbe essere efficace contro gram- , gram+ e anaerobi.
  - Quando l'ulcera non risponde alla terapia sopra citata, si deve contattare nuovamente il medico di famiglia, il quale valuterà se richiedere cultura dei tessuti molli dell'ulcera o esami radiologici, allo scopo di escludere un'osteomielite o infezioni articolari.

**Si ribadisce il concetto che l'utilizzo dell'antibiotico/antibatterico è da considerarsi a tempo determinato!!!**

Redazione			Verifica			Approvazione		
Funzione	Data	Visto	Funzione	Data	Visto	Funzione	Data	Visto
	11/04/01	Coord. Inf. F.Ferrari F.TO FERRARI		2007	Dott.ssa Corradini F.TO CORRADINI		U.C.A.D. 31/01/2008	Direttori di Distretto: Dott. Laudani F.TO LAUDANI Dott. Monchiero F.TO MONCHIERO

Stesura	n.1	<b>Regione Piemonte</b> <b>Azienda Sanitaria Locale CN2</b> <b>Cure Primarie e Domiciliari</b> <b>ALBA-BRA</b>	
Revisione	n.2		
Data	Settembre 2007		
File Protocollo L.d.P.			
Pagina	n. 24		

## PREPARAZIONE DEL LETTO DI FERITA ( WOUND BED PREPARATION)

La preparazione del letto di ferita è fondamentale per la gestione di una lesione, volta ad accelerare i processi endogeni di guarigione o a promuovere l'efficacia di altre misure terapeutiche, tenendo in considerazione che:

- Il processo di guarigione atteso nella ferita acuta viene interrotto nelle lesioni croniche

- Queste ultime non arriveranno a guarigione fino a quando non si determini una modifica dell'ambiente tale da favorire la riepitelizzazione
- Wound bed preparation si basa sulla integrazione dei principi del TIME

- La detersione è un processo 'continuo'

- La riduzione della carica batterica e il trattamento dell'infezione sono cruciali

- L'essudato va adeguatamente controllato

- La migrazione epidermica e un sano tessuto di granulazione sono eventi fondamentali per un esito favorevole

- Il trattamento clinico e le terapie avanzate possono correggere le anomalie cellulari.

### TIME: I PRINCIPI DELLA WBP

Osservazioni Cliniche	Presunta Patofisiologia	WBP- Interventi clinici	WBP – Effetti degli Interventi	Risultati clinici
Tessuto – Non vitale o carente	Difetto della matrice e residui cellulari sono di ostacolo alla guarigione	Debridement (occasionale o di mantenimento) autolitico, chirurgico, enzimatico, meccanico o biologico	Fondo della lesione deterso e ripristinata funzionalità delle proteine della matrice extra cellulare	Fondo della lesione vitale
Infezione od infiammazione	Elevata carica batterica o infiammazione prolungata ↑ citochine pro-infiammatorie ↑ attività proteasica ↓ attività dei fattori di crescita	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Rimozione foci infetti</li> <li>Terapia Locale / Sistemica</li> <li>▪ antimicrobici</li> <li>▪ anti-infiammatori</li> <li>▪ inibitori delle proteasi</li> </ul>	<u>Riduzione della carica batterica o controllo dell'infiammazione</u> ↓ citochine pro-infiammatorie ↓ attività proteasica ↑ attività dei fattori di crescita	Controllo infezione e infiammazione
Macerazione e secchezza – squilibrio dei fluidi	Secchezza : lenta migrazione delle cellule epiteliali Essudato in eccesso : macerazione dei margini della ferita	Ripristinare la secchezza che è causa di lenta migrazione delle cellule epiteliali  Ridurre l'essudato in eccesso che provoca macerazione dei margini della ferita	Applicazione di medicazioni avanzate per favorire il giusto grado di umidità	Bilancio dei fluidi (essudato)
Epidermide margini non proliferativi o sottominati	Cheratinociti non migranti Cellule non responsive ed anomalità nell'attività delle proteasi	Ri-accertare le cause o considerare terapie correttive \$Debridement \$Innesti cutanei \$Agenti biologici \$Terapie di supporto	Migrazione dei cheratinociti e presenza di cellule responsive. Ripristino di un appropriato profilo delle proteasi	Margini epiteliali in attiva proliferazione

Redazione			Verifica			Approvazione		
Funzione	Data	Visto	Funzione	Data	Visto	Funzione	Data	Visto
	11/04/01	Coord. Inf. F.Ferrari F.TO FERRARI		2007	Dott.ssa Corradini F.TO CORRADINI		U.C.A.D. 31/01/2008	Direttori di Distretto: Dott. Laudani F.TO LAUDANI Dott. Monchiero F.TO MONCHIERO

Stesura	n.1	<b>Regione Piemonte</b> <b>Azienda Sanitaria Locale CN2</b> <b>Cure Primarie e Domiciliari</b> <b>ALBA-BRA</b>	
Revisione	n.2		
Data	Settembre 2007		
File Protocollo L.d.P.			
Pagina	n. 25		

## SOSTITUZIONI CAMBI MEDICAZIONE

I tempi di sostituzione cambiano in base al materiale utilizzato, se è di tipo tradizionale, avanzato oppure la sostituzione può essere determinata dalla presenza di infezione con iperessudato:

Se la lesione è infetta da 1 a 3 volte al giorno, sostituendo solamente la medicazione secondaria di assorbimento.

TRADIZIONALE : sostituzione giornaliera

AVANZATA : sostituzione. da 1/die a 1/sett

MEDICAZIONE TRADIZIONALI		MEDICAZIONE AVANZATA
Garze Antisettici Proteolitici Adsorbenti	Favorevoli la granulazione	Occlusive Semipermeabili Idrogel

## SEQUENZA CORRETTA PER IL CAMBIO DELLE MEDICAZIONI

Quando devono essere trattate più ulcere nello stesso paziente la lesione più contaminata va trattata per ultima.

Se per qualunque motivo ciò non fosse possibile ricordarsi di sostituire i guanti.

Lavarsi le mani e sostituire i guanti tra un paziente e l'altro.

## LE CARATTERISTICHE DI UNA MEDICAZIONE

OBIETTIVO SPECIFICO: Stimolare il processo di riparazione tissutale.

CARATTERISTICHE:

- Semipermeabilità per favorire gli scambi gassosi;
- Proteggere le terminazioni nervose (scarico minimo di pressione);
- Proteggere da eventuali contaminazioni esterne;
- Mantenere il giusto grado di umidità e temperatura della lesione (la T.° costante aumenta il tasso di mitosi cellulare)

Redazione			Verifica			Approvazione		
Funzione	Data	Visto	Funzione	Data	Visto	Funzione	Data	Visto
	11/04/01	Coord. Inf. F.Ferrari F.TO FERRARI		2007	Dott.ssa Corradini F.TO CORRADINI		U.C.A.D. 31/01/2008	Direttori di Distretto: Dott. Laudani F.TO LAUDANI Dott. Monchiero F.TO MONCHIERO

Stesura	n.1	<b>Regione Piemonte</b> <b>Azienda Sanitaria Locale CN2</b> <b>Cure Primarie e Domiciliari</b> <b>ALBA-BRA</b>	
Revisione	n.2		
Data	Settembre 2007		
File Protocollo L.d.P.			
Pagina	n. 26		

## PROCEDURE PER CAMBI MEDICAZIONE

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).

### **CONDIZIONE OBBLIGATORIA: LAVARSI LE MANI**

prima di effettuare qualunque operazione e al termine!!!

Le linee guida stabiliscono che per la prevenzione delle infezioni, è più consigliato il lavaggio delle mani rispetto all'uso dei guanti sterili.

E' consigliato l'uso del dispenser con sapone neutro.

### **CHE COSA DEVE INDOSSARE L'OPERATORE:**

**GUANTI MONOUSO:** sterili solo se si effettua la toelette chirurgica, non sterili in tutti gli altri casi.

Cambiare i guanti ad ogni paziente.

Se si procede con la sequenza corretta per il cambio delle medicazioni si può utilizzare lo stesso paio di guanti altrimenti andranno sostituiti.

I guanti, inoltre andranno sostituiti tutte le volte che verranno a contatto con materiale contaminante( feci, urine etc.).

**MASCHERINA CON O SENZA VISIERA:** solo in caso vi sia pericolo di schizzarsi oppure in caso di lesioni maleodoranti.

**CAMICI MONOUSO:** per la protezione dell'abbigliamento dell'operatore ed evitare contaminazioni per l'utente.

### **PREPARAZIONE DEL CAMPO OPERATIVO**

Deve essere un campo PULITO, sterile solo in caso di toeletta chirurgica.

Posizionare un telino in prossimità della lesione. In caso di più lesioni è possibile riutilizzare lo stesso tranne se si dovesse sporcare.

Utilizzare un secondo telino per appoggiare il materiale di medicazione pulito.

### **RIMOZIONE DELLA MEDICAZIONE**

Indossare un paio di guanti puliti, scollare un lembo della medicazione già esistente (cerotto, medicamento) e procedere a staccare il tutto aiutandosi con entrambe le mani e tirando piano; utilizzare se necessario soluzione acquosa per facilitare la rimozione senza traumi.

### **DETERSIONE**

Deve essere effettuata utilizzando soluzione salina tramite l'apertura diretta del flacone, a temperatura ambiente in quanto una soluzione fredda provoca dolore e rallenta i processi riparativi.

Utilizzare garze sterili in supporto alla soluzione salina.

Pulire delicatamente con minima forza meccanica per evitare di danneggiare il tessuto in ricostruzione.

Redazione			Verifica			Approvazione		
Funzione	Data	Visto	Funzione	Data	Visto	Funzione	Data	Visto
	11/04/01	Coord. Inf. F.Ferrari F.TO FERRARI		2007	Dott.ssa Corradini F.TO CORRADINI		U.C.A.D. 31/01/2008	Direttori di Distretto: Dott. Laudani F.TO LAUDANI Dott. Monchiero F.TO MONCHIERO

Stesura	n.1	<b>Regione Piemonte</b> <b>Azienda Sanitaria Locale CN2</b> <b>Cure Primarie e Domiciliari</b> <b>ALBA-BRA</b>	
Revisione	n.2		
Data	Settembre 2007		
File Protocollo L.d.P.			
Pagina	n. 27		

## DISINFEZIONE

La disinfezione deve essere effettuata:

- su lesioni che presentano segni di infezione (dolore, edema, zona perilesionale arrossata);
- in presenza di tessuto necrotico;
- prima di effettuare una toeletta chirurgica.

I prodotti da utilizzare sono iodopovidone oppure clorexidina in soluzione acquosa.

E' sconsigliato l'utilizzo di questi prodotti in caso di presenza di tessuto granuleggiante in quanto sono prodotti che rallentano il processo di guarigione.

E' necessaria la detersione dopo il loro utilizzo in quanto possono inibire l'azione medicamentosa dei prodotti che verranno utilizzati successivamente.

## RILEVAZIONE DIMENSIONE E FORMA DELLA LESIONE

Misurare la lesione con il centimetro e riportare i dati sull'apposita scheda allegata al protocollo. Per calcolare la profondità utilizzare un tampone.

La rilevazione dei dati va effettuata ogni qualvolta ci sia un visibile cambiamento e comunque ogni tre settimane.

Il metodo ideale di rilevazione è la fotografia, in questo caso è necessario applicare ai bordi della lesione cerotti millimetrati.

## DEBRIDEMENT o SBRIGLIAMENTO

Consiste nella rimozione di tutto il materiale inerte o necrotico presente sul fondo di ferita e conseguente riduzione di carica batterica e di tossine.

Lo sbrigliamento è sempre necessario, unica eccezione viene fatta per la necrosi secca del calcagno e in assenza di segni di flogosi.

Il tessuto si distingue in:

- duro e nerastro: escara
- morbido e giallastro: slough

Il debridement può essere eseguito con:

1. tecnica selettiva (rimozione del materiale devitalizzato preservando quello vitale)
  - autolitica,
  - enzimatica,
  - osmotica,
  - larve,
  - chirurgica parziale;
2. tecnica non selettiva (parziale rimozione anche del tessuto sano)
  - chirurgica totale
  - meccanica (wet to dry, idroterapia e dermoabrasione)

La scelta del metodo più idoneo dipende da molteplici fattori:

- condizioni generali del paziente
- tipo di lesione
- materiale disponibile

Redazione			Verifica			Approvazione		
Funzione	Data	Visto	Funzione	Data	Visto	Funzione	Data	Visto
	11/04/01	Coord. Inf. F.Ferrari F.TO FERRARI		2007	Dott.ssa Corradini F.TO CORRADINI		U.C.A.D. 31/01/2008	Direttori di Distretto: Dott. Laudani F.TO LAUDANI Dott. Monchiero F.TO MONCHIERO

Stesura	n.1	<b>Regione Piemonte</b> <b>Azienda Sanitaria Locale CN2</b> <b>Cure Primarie e Domiciliari</b> <b>ALBA-BRA</b>	
Revisione	n.2		
Data	Settembre 2007		
File Protocollo L.d.P.			
Pagina	n. 28		

AUTOLITICA: avviene attraverso l'utilizzo di idrogel o idrocolloidi e films

ENZIMATICA: avviene attraverso l'utilizzo di pomate proteolitiche o collagenasi; prestare la massima attenzione alle possibili interazione con altri prodotti che possono inattivarli. ( es betadine/ossido di zinco e collagenasi )

OSMOTICA: avviene attraverso il processo di osmosi, che determinati principi attivi sono in grado di realizzare sulla superficie di lesione:

- alginato di calcio
- zucchero (preparato di knutson o pappa di betadine e zucchero)

LARVE: tecnica da effettuarsi in struttura.

WET TO DRY: **tecnica non consigliata**, consiste nell'applicazione di una garza inumidita sulla lesione. Il progressivo essiccamento della garza tende a far si che il tessuto devitalizzato si imbrigli nelle sue maglie e venga strappato via alla rimozione della medicazione.

CHIRURGICA : di competenza medica, è indicata in caso di cellulite o sepsi ingravescente.

Un'ulcera secca non necessita debridement chirurgico se non sono presenta segni clinici di infezione.

Gestire sempre il dolore associato al debridement chirurgico.

IDROTERAPIA: avviene per irrigazione, tamponamento e immersione; è una tecnica da effettuarsi in sede ambulatoriale.

SCRUBBING (dermoabrasione): termine inglese che indica sfregamento, lavaggio energico, da utilizzare come ultima risorsa.

### CUTE PERILESIONALE

La cute perilesionale può essere protetta con sigillanti, barriere, creme, unguenti ed altri agenti topici. È importante evitare reazioni allergiche ai componenti dei prodotti. La selezione dei prodotti deve essere fatta con cura: i prodotti non dovrebbero contenere alcool in quanto può causare dolore quando viene utilizzato su cute aperta od irritata; le strategie di prevenzione comprendono l'utilizzo di creme barriera ed unguenti che possono proteggere la cute da essudati o dal contatto con feci e urina in caso di incontinenza e prevenire, quindi, l'erosione della cute o la disepitelizzazione, che può causare dolore.

Per soffermare l'attenzione sulla cute perilesionale si segue il procedimento della lente d'ingrandimento: scoprendo il paziente l'operatore si pone a circa un 1,5 metri di distanza dal paziente per ricavarne una visione d'insieme; si possono così valutare massa corporea generale, colorito generale della cute, contrattura dei segmenti corporei, posizioni obbligate.

Avvicinandosi a circa 50 cm dal paziente si possono osservare le alterazioni cutanee ( eczema, reazione allergiche, micosi, escoriazioni, macerazione e decubiti satelliti) che aiutano nella scelta del prodotto da utilizzare.

- ECZEMA

Caratterizzato da eruzioni eritematose e/o vescicolose con o meno presenza di piccole croste, lesioni da grattamento e desquamazione. La cute è secca e irritata.

La terapia è medica e generalmente si comincia il trattamento con topico di associazione(cortisonico+antibiotico sull'eczema) e topici emollienti ( vaselina bianca filante sulla cute secca) in attesa del parere medico.

Redazione			Verifica			Approvazione		
Funzione	Data	Visto	Funzione	Data	Visto	Funzione	Data	Visto
	11/04/01	Coord. Inf. F.Ferrari F.TO FERRARI		2007	Dott.ssa Corradini F.TO CORRADINI		U.C.A.D. 31/01/2008	Direttori di Distretto: Dott. Laudani F.TO LAUDANI Dott. Monchiero F.TO MONCHIERO

Stesura	n.1	<b>Regione Piemonte</b> <b>Azienda Sanitaria Locale CN2</b> <b>Cure Primarie e Domiciliari</b> <b>ALBA-BRA</b>	
Revisione	n.2		
Data	Settembre 2007		
File Protocollo L.d.P.			
Pagina	n. 29		

- **REAZIONI ALLERGICHE**

sono spesso legate ai medicinali locali es. collanti (presenti in idrocolloide o schiume), prodotti topici e cerotti

- **MICOSI**

Quadro caratterizzato dalla comparsa di piccole pustole su base eritematosa, circondata da cute indenne.

Pus grigiastro: probabilmente candida

E' necessario consulto Medico.

Redazione			Verifica			Approvazione		
Funzione	Data	Visto	Funzione	Data	Visto	Funzione	Data	Visto
	11/04/01	Coord. Inf. F.Ferrari F.TO FERRARI		2007	Dott.ssa Corradini F.TO CORRADINI		U.C.A.D. 31/01/2008	Direttori di Distretto: Dott. Laudani F.TO LAUDANI Dott. Monchiero F.TO MONCHIERO

Stesura	n.1	<b>Regione Piemonte</b> <b>Azienda Sanitaria Locale CN2</b> <b>Cure Primarie e Domiciliari</b> <b>ALBA-BRA</b>	
Revisione	n.2		
Data	Settembre 2007		
File Protocollo L.d.P.			
Pagina	n. 30		

## STADIAZIONE

**LESIONE I STADIO:** eritema della pelle non reversibile alla digito- pressione, il segnale preannuncia l'ulcerazione cutanea. In soggetti di pelle scura, anche lo scolorimento della cute, il l'edema, l'indurimento o la durezza possono essere indizi.

**OBIETTIVO:** scarico della pressione con conseguente reintegro della cute interessata.

**INTERVENTO:** mobilizzare il paziente, cambiando la postura ,ogni 2h, (vedi schema allegato), personalizzando gli interventi in base alla patologia di base.  
 Posizionare il paziente sulla zona lesionata in tempi ridotti rispetto al tempo massimo previsto dalle linee guida.

**MEDICAZIONE:** film membrana, schiume in poliuretano.



Redazione			Verifica			Approvazione		
Funzione	Data	Visto	Funzione	Data	Visto	Funzione	Data	Visto
	11/04/01	Coord. Inf. F.Ferrari F.TO FERRARI		2007	Dott.ssa Corradini F.TO CORRADINI		U.C.A.D. 31/01/2008	Direttori di Distretto: Dott. Laudani F.TO LAUDANI Dott. Monchiero F.TO MONCHIERO

Stesura	n.1	<b>Regione Piemonte</b> <b>Azienda Sanitaria Locale CN2</b> <b>Cure Primarie e Domiciliari</b> <b>ALBA-BRA</b>	
Revisione	n.2		
Data	Settembre 2007		
File Protocollo L.d.P.			
Pagina	n. 31		

**LESIONE II STADIO:** perdita parziale di spessore cutaneo che coinvolge l'epidermide, il derma o entrambi. La lesione è superficiale e si presenta clinicamente sotto forma di abrasione, vescica.

**OBIETTIVO:** ricostruzione cutanea.

**INTERVENTO:**

- 1° eliminazione della compressione cutanea;
- 2° rilevazione della dimensione e forma della lesione cutanea, c.d.p. (come descritto precedentemente).
- 3° detersione c.d.p.
- 4° medicazione:
  - in caso di ABRASIONE posizionare idrocolloide oppure schiuma in poliuretano.
  - Entrambe le placche devono oltrepassare di 2 cm il bordo della ferita.
  - Sostituire la medicazione in caso di saturazione della placca e comunque non lasciare in sede più di sette gg.
  - In caso di BOLLA detergere con soluzione antisettico, bucare la bolla con ago 19G ed aspirarne il contenuto ma non togliere la membrana.
  - Se il liquido si presenta purulento allora tagliare con forbici piccole la membrana.
  - Detergere nuovamente con abbondante soluzione salina.
  - Medicare con schiuma in poliuretano o idrocolloide.
  - La prima medicazione va effettuata dopo 3gg.dagli operatori e le successive dai familiari.
  - In caso di LESIONE CON FIBRINA sarà l'infermiere a decidere il tipo prodotto da utilizzare fino allo sbrigliamento della rete di fibrina e alla comparsa del tessuto di granulazione per poi procedere con schiume di poliuretano, idrocolloide, garza grassa.



Redazione			Verifica			Approvazione		
Funzione	Data	Visto	Funzione	Data	Visto	Funzione	Data	Visto
	11/04/01	Coord. Inf. F.Ferrari F.TO FERRARI		2007	Dott.ssa Corradini F.TO CORRADINI		U.C.A.D. 31/01/2008	Direttori di Distretto: Dott. Laudani F.TO LAUDANI Dott. Monchiero F.TO MONCHIERO

Stesura	n.1	<b>Regione Piemonte</b> <b>Azienda Sanitaria Locale CN2</b> <b>Cure Primarie e Domiciliari</b> <b>ALBA-BRA</b>	
Revisione	n.2		
Data	Settembre 2007		
File Protocollo L.d.P.			
Pagina	n. 32		

**LESIONE III STADIO:** perdita totale di spessore cutaneo che comporta il danneggiamento o la necrosi del tessuto sottocutaneo, in grado di estendersi in profondità fino alla fascia sottostante, senza però attraversarla. La lesione si presenta clinicamente sotto forma di cratere profondo associato o no al tessuto adiacente sottominato.

**OBIETTIVO:** ripristinare l'integrità tissutale ed evitare eventuali infezioni

**INTERVENTO:**

1. rimozione del tessuto necrotico
2. eliminare la compressione della zona interessata
3. valutazione di dimensione, forma e profondità della lesione
4. medicazione, in caso di escara secca, con idrogel o collagenasi, al fine di ammorbidire l'escara e facilitarne l'asportazione; copertura della medicazione con film-membrana
5. effettuazione di toeletta chirurgica;
6. disinfezione
7. detersione

Dopo il debridement rilevare nuovamente la dimensione della lesione ed eseguire una medicazione con iodopovidone per le prime 24 h

Le medicazioni successive andranno eseguite come segue:

- disinfezione (in presenza di segni evidenti di infiammazione)
- detersione con soluzione salina
- debridement : con collagenasi o idrogel fino a quando persiste fibrina tessuto necrotico o solo con idrogel quando compare il tessuto di granulazione.

T trattare la lesione con:

- idrocolloide se è poco essudante;
- schiuma in poliuretano se è mediamente essudante;
- alginato in cavità se è molto essudante.

Finchè vi è necrosi la medicazione andrà rinnovata tutti i gg. (dagli operatori inizialmente e poi dai familiari).

A tessuto granuleggiante la frequenza dei cambi verrà stabilita dall'operatore professionale, a seconda del prodotto utilizzato si andrà da una permanenza in sede di 2gg. ad un massimo di 7gg.

**AVVERTENZA:** la sostituzione troppo frequente della medicazione puo' danneggiare il tessuto in ricostruzione.



Redazione			Verifica			Approvazione		
Funzione	Data	Visto	Funzione	Data	Visto	Funzione	Data	Visto
	11/04/01	Coord. Inf. F.Ferrari F.TO FERRARI		2007	Dott.ssa Corradini F.TO CORRADINI		U.C.A.D. 31/01/2008	Direttori di Distretto: Dott. Laudani F.TO LAUDANI Dott. Monchiero F.TO MONCHIERO

Stesura	n.1	<b>Regione Piemonte</b> <b>Azienda Sanitaria Locale CN2</b> <b>Cure Primarie e Domiciliari</b> <b>ALBA-BRA</b>	
Revisione	n.2		
Data	Settembre 2007		
File Protocollo L.d.P.			
Pagina	n. 33		

**LESIONE DI IV STADIO:** perdita totale di spessore cutaneo con distruzione estesa, necrosi del tessuto o danneggiamento del muscolo, osso o strutture di supporto (tendini o capsula articolare). Anche la presenza di tessuto sottominato e di tratti cavi può essere associata a lesioni di IV stadio.

**OBIETTIVO:**

- rimozione del tessuto necrotico
- favorire il processo di guarigione;
- controllo delle infezioni mediante:
- prevenzione di contaminazione batterica
- prevenzione di possibili complicanze a carattere sistemico

**INTERVENTI:**

- mobilizzare;
- disinfettare;
- detersione;
- eseguire il debridement;
- riempire la cavità con alginato
- ricoprire la lesione con schiuma in poliuretano o con garze (sterile solo la garza a contatto con la lesione), ma non con medicazione occlusiva tipo idrocolloide perchè si creerebbe l'ambiente idoneo ad un maggior di rischio di infezioni.

Vedi procedure elencate alla lesione di III stadio.

**AVVERTENZA:** una lesione di IV grado può essere iperessudante e quindi necessita di una sostituzione più frequente della medicazione anche più volte al giorno, fino alla detersione, per cui risulta essenziale il training ai familiari.



Redazione			Verifica			Approvazione		
Funzione	Data	Visto	Funzione	Data	Visto	Funzione	Data	Visto
	11/04/01	Coord. Inf. F.Ferrari F.TO FERRARI		2007	Dott.ssa Corradini F.TO CORRADINI		U.C.A.D. 31/01/2008	Direttori di Distretto: Dott. Laudani F.TO LAUDANI Dott. Monchiero F.TO MONCHIERO

Stesura	n.1	<b>Regione Piemonte</b> <b>Azienda Sanitaria Locale CN2</b> <b>Cure Primarie e Domiciliari</b> <b>ALBA-BRA</b>	
Revisione	n.2		
Data	Settembre 2007		
File Protocollo L.d.P.			
Pagina	n. 34		

## BIBLIOGRAFIA

- Linee guida americane AHQR (ex AH CPR), Agency for Healthcare Quality and Research
- Linee guida toscana: Ulcere da pressione: prevenzione e trattamento *ottobre 2005*
- E.Ricci, R.Cassino, *Piaghe da decubito, II edizione*, edizioni Minerva medica 2004
- M.Romanelli, R.Cassino, D.Mastronicola, A.Piaggese, R.Polignano, *Le ulcere cutanee infette nella pratica clinica*; Felici Editore, 2005
- M.Lotti Torello, *ulcerazione e cicatrizzazione cutanea*, UTET Scienze Mediche, 2005
- La gestione del dolore nelle lesioni (Wound Pain Management (WPM) Model©)
- Protocollo Ospedaliero: *prevenzione e trattamento delle lesioni da pressione*, ASL 18 Alba-Bra, 2000
- Protocollo aziendale: *prevenzione e terapia delle lesioni da decubito* ASL 8 Carmagnola settembre 2004
- S. Furlini, K.Somà, *Validazione di un protocollo; gestione della cute; detersione e disinfezione*; Servizio di Cure Domiciliari ASL 7 Chivasso.
- Atti del simposio: Wound Bed Preparation, un nuovo approccio clinico? 14 novembre 2001, Università degli Studi di Milano
- BENCI L., *Manuale Giuridico Professionale per L'esercizio Del Nursing*, edizione. Mc-Graw-Hill 2006.
- Profilo dell'Infermiere settembre 1994
- Codice Deontologico dell'infermiere 1999
- Nuovo Codice di Deontologia Medica 2006
- Profilo dell'Operatore Socio Sanitario, febbraio 2001
- D.G.R. n. 135/721 del 31 luglio 2001, revisione dell'elenco regionale per l'erogazione del materiale di medicazione a carico del fondo sanitario nazionale e s.m.i.

### Siti consultati

[www.ahrq.gov/](http://www.ahrq.gov/)  
[www.pnlg.it](http://www.pnlg.it)  
[www.lesionicutaneecroniche.it](http://www.lesionicutaneecroniche.it)  
[www.wikipedia.it](http://www.wikipedia.it)

Redazione			Verifica			Approvazione		
Funzione	Data	Visto	Funzione	Data	Visto	Funzione	Data	Visto
	11/04/01	Coord. Inf. F.Ferrari F.TO FERRARI		2007	Dott.ssa Corradini F.TO CORRADINI		U.C.A.D. 31/01/2008	Direttori di Distretto: Dott. Laudani F.TO LAUDANI Dott. Monchiero F.TO MONCHIERO

Stesura	n.1	<b>Regione Piemonte</b> <b>Azienda Sanitaria Locale CN2</b> <b>Cure Primarie e Domiciliari</b> <b>ALBA-BRA</b>	
Revisione	n.2		
Data	Settembre 2007		
File Protocollo L.d.P.			
Pagina	n. 35		

## ELENCO ALFABETICO DEI PRODOTTI DI MEDICAZIONE PRESENTI NEL PRONTUARIO AZIENDALE

PRODOTTO	CATEGORIA	VANTAGGI ED INDICAZIONI	SVANTAGGI E CONTROINDICAZIONI	MODALITA' DI IMPIEGO
<b>Acido jaluronico</b>	Garza a bassa aderenza, favorente la granulazione	Impiego su ferite deterse o con accumulo di fibrina; può essere utilizzato come medicazione non aderente	Su ferite asciutte può essiccare ed aderire al tessuto di granulazione provocando dolore e sanguinamento alla rimozione	Previa detersione, cambio ogni 12 - 24 ore, richiede il fissaggio con una medicazione secondaria
<b>Acqua ossigenata</b>	Detergente, antisettico blando	Come detergente in ferite con segni di infezione; la sua effervescenza ha una potente azione di rimozione di materiali liberi nella ferita; può essere impiegato dopo toeletta chirurgica per favorire l'emostasi	Ha azione citotossica, è scarsamente efficace come antisettico e, una volta impiegata, deve essere rimossa da un secondo lavaggio con soluzione fisiologica; inattiva i proteolitici	Si utilizza per caduta, oppure, in ampi sfondati, può essere introdotta con una siringa senza ago
<b>Alcool</b>	Antisettico	A parte la Gangrena secca arti inferiori, non ha rationale di utilizzo	Aumenta l'incidenza di piaghe da decubito di circa 6 volte	Associato ad atmosfera di cotone
<b>Alginati ( di calcio o di calcio e sodio)</b>  <b>Suprasorb A</b>	Favorente la granulazione, adsorbente.	Su ferite deterse con essudato medio abbondante, adsorbe l'essudato dando origine ad un gel che impedisce adesione alla ferita e mantiene un microambiente umido; ha un valido effetto emostatico; spesso associato a medicazioni secondarie occlusive o semipermeabili.	In caso di scarse secrezioni può asciugarsi dando origine ad una spessa crosta molto aderente la cui rimozione risulta complessa; se utilizzato in occlusione e mantenuto in sede troppo a lungo può aumentare l'essudato (leakage) e dare quindi macerazione.	La medicazione va sostituita a consumo (generalment e 24 - 72 ore), previa detersione; richiede il fissaggio con una medicazione secondaria

Redazione			Verifica			Approvazione		
Funzione	Data	Visto	Funzione	Data	Visto	Funzione	Data	Visto
	11/04/01	Coord. Inf. F.Ferrari F.TO FERRARI		2007	Dott.ssa Corradini F.TO CORRADINI		U.C.A.D. 31/01/2008	Direttori di Distretto: Dott. Laudani F.TO LAUDANI Dott. Monchiero F.TO MONCHIERO

Stesura	n.1	<b>Regione Piemonte</b> <b>Azienda Sanitaria Locale CN2</b> <b>Cure Primarie e Domiciliari</b> <b>ALBA-BRA</b>	
Revisione	n.2		
Data	Settembre 2007		
File Protocollo L.d.P.			
Pagina	n. 36		

PRODOTTO	CATEGORIA	VANTAGGI ED INDICAZIONI	SVANTAGGI E CONTROINDICAZIONI	MODALITA' DI IMPIEGO
<b>Amuchina</b>	Antisettico, derivato del cloro	Impiegata ad alte diluizioni (1% - 4%) come detergente;	diluita diventa instabile; istolesiva; induce dolore urente.	Va utilizzata per caduta; deve essere rimossa; ne sconsigliano l'uso.
<b>Argento catadinico</b>  (Katoxyn spray)	Antisettico antimicotico	Riduce la carica batterica; indicato su ferite superficiali, in particolare su lesioni da macerazione indicato nelle micosi	Ha attività adsorbente; non va impiegato su cute disidratata; controindicato in caso allergia ai metalli	Stendere uno strato uniforme sull'area lesa; applicare 2-3 volte die
<b>Argento sulfadiazina</b>  (Sofargen pom)	Antisettico	Riduce la carica batterica; indicato su ferite superficiali	Possibile indurimento con formazione di croste per essiccamento; la rimozione è dolorosa	Stendere un velo sul fondo della lesione, previa detersione
<b>Carbone attivo + Argento metallico</b>  (Actisorb Plus J&J)	Antisettico	Indicato su ferite infette, essudanti e/o maleodoranti; rimuove l'essudato in eccesso; ha azione antisettica	Talvolta eccessivamente aderente, può causare sanguinamenti facilmente controllabili	Previa detersione, la medicazione deve essere sostituita non prima di 48 ore
<b>Clorexidina In soluzione acquosa al 5%</b>  Preparazione galenica	Antisettico	Impiegata in detersione di ferite infette; di prima scelta in presenza di infezione da pseudomonas	Talvolta causa dolore; citotossica per i fibroblasti; in caso di riassorbimento sono state segnalate nevriti	Viene impiegata durante la medicazione versandola sulla ferita; è consigliabile la rimozione prima di procedere alla medicazione

Redazione			Verifica			Approvazione		
Funzione	Data	Visto	Funzione	Data	Visto	Funzione	Data	Visto
	11/04/01	Coord. Inf. F.Ferrari F.TO FERRARI		2007	Dott.ssa Corradini F.TO CORRADINI		U.C.A.D. 31/01/2008	Direttori di Distretto: Dott. Laudani F.TO LAUDANI Dott. Monchiero F.TO MONCHIERO

Stesura	n.1	<b>Regione Piemonte</b> <b>Azienda Sanitaria Locale CN2</b> <b>Cure Primarie e Domiciliari</b> <b>ALBA-BRA</b>	
Revisione	n.2		
Data	Settembre 2007		
File Protocollo L.d.P.			
Pagina	n. 37		

PRODOTTO	CATEGORIA	VANTAGGI ED INDICAZIONI	SVANTAGGI E CONTROINDICAZIONI	MODALITA' DI IMPIEGO
<b>Collagenasi</b> (Noruxol)	Proteasi	Lisa i ponti di collagene nativo, favorendo la rimozione della necrosi; indicata in ferite con presenza di aree necrotiche od accumulo di fibrina sul fondo della lesione	L'alta concentrazione di collagenasi può causare eritema dei bordi della ferita	Previa detersione, la medicazione va rinnovata ogni 12-24 ore; richiede una medicazione secondaria; è inattivata da acqua ossigenata, cotone idrofilo, essiccamento, composti dello iodio e ossido di zinco
<b>Collagene liofilizzato</b> (Condress)	Collagene estrattivo equino	Fornisce una trama favorevole allo sviluppo dei fibroblasti; indicato su lesioni profonde e superficiali umide e deterse	Su lesioni asciutte risulta di scarsa efficacia; su lesioni iperessudanti si ha un consumo eccessivamente rapido, con imitazione dell'attività	La medicazione va rinnovata senza detergere la lesione e senza rimuovere eventuali residui, a consumo della spugnetta; è consigliabile un tempo massimo di 4-5 giorni; necessita di medicazione secondaria

Redazione			Verifica			Approvazione		
Funzione	Data	Visto	Funzione	Data	Visto	Funzione	Data	Visto
	11/04/01	Coord. Inf. F.Ferrari F.TO FERRARI		2007	Dott.ssa Corradini F.TO CORRADINI		U.C.A.D. 31/01/2008	Direttori di Distretto: Dott. Laudani F.TO LAUDANI Dott. Monchiero F.TO MONCHIERO

Stesura	n.1	<b>Regione Piemonte</b> <b>Azienda Sanitaria Locale CN2</b> <b>Cure Primarie e Domiciliari</b> <b>ALBA-BRA</b>	
Revisione	n.2		
Data	Settembre 2007		
File Protocollo L.d.P.			
Pagina	n. 38		

PRODOTTO	CATEGORIA	VANTAGGI ED INDICAZIONI	SVANTAGGI E CONTROINDICAZIONI	MODALITA' DI IMPIEGO
<b>Garze antisettiche,</b>	Antisettico	Indicate su ferite superficiali con segni di colonizzazione batterica o comunque a rischio di contaminazione; non aderiscono al fondo della ferita	Possibili manifestazioni allergiche; azione citotossica con possibile rallentamento della riepitelizzazione	A seconda della quantità di essudato, sostituzione ogni 12-48 ore se sono a base di iodio; sostituzione ogni 24-48 ore se a base di argento; è richiesta una medicazione secondaria di copertura
<b>Garze assorbenti in t.n.t.</b>	Medicazione assorbente non aderente	Indicate su ferite molto essudanti, anche in presenza di grandi quantità di fibrina	Ferite asciutte	Vanno sostituita una volta saturate; possono essere sovrapposti più strati
<b>Garze medicate</b>	Garze a bassa aderenza	Non aderenti; indicate su ferite superficiali umide, non infette, con fondo ricoperto di fibrina di cui favoriscono la rimozione	Su ferite asciutte possono andare incontro a fenomeni di essiccamento con adesione al fondo della ferita, il che rende dolorosa e traumatica la rimozione	Previa detersione, vanno sostituite ogni 24 ore; richiedono una medicazione secondaria di copertura e fissaggio
<b>Garze paraffinate</b>	Garze imbevute di paraffina	Ferite superficiali; come medicazione secondaria per ridurre il traumatismo alla medicazione	Casi di allergia, peraltro rari	In caso di medicazione secondaria, il loro impiego varia a seconda della primaria; come primaria, sostituzione una volta die

Redazione			Verifica			Approvazione		
Funzione	Data	Visto	Funzione	Data	Visto	Funzione	Data	Visto
	11/04/01	Coord. Inf. F.Ferrari F.TO FERRARI		2007	Dott.ssa Corradini F.TO CORRADINI		U.C.A.D. 31/01/2008	Direttori di Distretto: Dott. Laudani F.TO LAUDANI Dott. Monchiero F.TO MONCHIERO

Stesura	n.1	<b>Regione Piemonte</b> <b>Azienda Sanitaria Locale CN2</b> <b>Cure Primarie e Domiciliari</b> <b>ALBA-BRA</b>	
Revisione	n.2		
Data	Settembre 2007		
File Protocollo L.d.P.			
Pagina	n. 39		

PRODOTTO	CATEGORIA	VANTAGGI ED INDICAZIONI	SVANTAGGI E CONTROINDICAZIONI	MODALITA' DI IMPIEGO
<b>Garze semplici</b>	Medicazione aggiuntiva per eccellenza	Come fissaggio per altre medicazioni	Aderiscono al fondo della lesione provocando traumatismo e dolore all'atto del cambio; favoriscono l'essiccamento della ferita rallentando la riepitelizzazione	Vanno sostituite più volte al giorno se impiegate come medicazione primaria
<b>Garza ipertonica</b>	Adsorbenti, assorbono l'essudato in eccesso	Indicate su ferite infette e iperessudanti	Su cute integra provoca dolore ; su ferite scarsamente essudanti è utile l'attivazione con soluzione fisiologica	Previa detersione , può rimanere in situ fino a 7 giorni
<b>Idrocolloidi in placca</b>	Medicazione occlusiva	Mantiene un microambiente umido favorevole alla granulazione ed alla riepitelizzazione; protegge da infezioni esogene; in letteratura è segnalata una bassa incidenza di infezioni con l'uso di questi prodotti; adsorbendo l'essudato si sviluppa un gel che impedisce lesioni del tessuto di granulazione alla rimozione; riduzione del dolore locale; indicati su lesioni superficiali o poco profonde, oppure in prevenzione	Possibili distacchi della medicazione in caso di lesioni essudanti; in tale caso possono verificarsi fenomeni macerativi; richiede un margine di adesione su cute sana di 2-3 cm; non offre garanzie di tenuta su aree di macerazione, con possibile aumento delle lesioni; da segnalare la possibilità di un caratteristico odore sgradevole che compare quando l'idrocolloide comincia a gelificare, da non confondere con l'odore della lesione infetta.	La medicazione va sostituita in caso di scollamento o raccolta in eccesso di essudato; tempo massimo di permanenza 5-7 giorni; possono essere richieste medicazioni secondarie per il fissaggio

Redazione			Verifica			Approvazione		
Funzione	Data	Visto	Funzione	Data	Visto	Funzione	Data	Visto
	11/04/01	Coord. Inf. F.Ferrari F.TO FERRARI		2007	Dott.ssa Corradini F.TO CORRADINI		U.C.A.D. 31/01/2008	Direttori di Distretto: Dott. Laudani F.TO LAUDANI Dott. Monchiero F.TO MONCHIERO

Stesura	n.1	<b>Regione Piemonte</b> <b>Azienda Sanitaria Locale CN2</b> <b>Cure Primarie e Domiciliari</b> <b>ALBA-BRA</b>	
Revisione	n.2		
Data	Settembre 2007		
File Protocollo L.d.P.			
Pagina	n. 40		

PRODOTTO	CATEGORIA	VANTAGGI ED INDICAZIONI	SVANTAGGI E CONTROINDICAZIONI	MODALITA' DI IMPIEGO
<b><i>Idrogel fluidi</i></b>	Polimero poliglucosidico ad altissima saturazione d'acqua	Indicati nella detersione di necrosi ed escare, provocano un'idratazione massiva del tessuto necrotico, favorendo una rapida autolisi con contemporanea attivazione dei processi di granulazione; possono essere utilizzati in tramite fistolosi, anche infetti, come una sorta di drenaggio; su ulcere asciutte, possono favorire la ripresa dei processi riparativi	Controindicato l'impiego su ferite iperessudanti; hanno un alto costo	Previa detersione (non impiegare prodotti iodati in quanto precipitano), si stende uno strato di gel a riempire il cavo e si Copre la medicazione con una pellicola semipermeabile o schiuma in poliuretano; la sostituzione ogni 1 - 3 giorni, oppure a distacco della pellicola di copertura
<b><i>Iodopovidone</i></b>  Liquido e pomata	Antisettico, attivo nei confronti di batteri gram positivi e negativi e di miceti	Indicato in tutte le forme di infezione clinicamente manifesta o di colonizzazione	E' citotossico; rallenta i processi di guarigione; il suo impiego deve essere limitato alla risoluzione dei fenomeni infettivi; possono evidenziarsi fenomeni allergici nei confronti dello iodio; non va impiegato su superfici sanguinanti; il suo uso deve essere limitato in caso di insufficienza renale	Può essere impiegato in antisepsi (soluzione) diluito, oppure utilizzarlo attraverso l'impregnazione di garze; come medicazione viene anche associato allo zucchero (vedi Preparazione di Betadine o pappa di betadine o Knutson )

Redazione			Verifica			Approvazione		
Funzione	Data	Visto	Funzione	Data	Visto	Funzione	Data	Visto
	11/04/01	Coord. Inf. F.Ferrari F.TO FERRARI		2007	Dott.ssa Corradini F.TO CORRADINI		U.C.A.D. 31/01/2008	Direttori di Distretto: Dott. Laudani F.TO LAUDANI Dott. Monchiero F.TO MONCHIERO

Stesura	n.1	<b>Regione Piemonte</b> <b>Azienda Sanitaria Locale CN2</b> <b>Cure Primarie e Domiciliari</b> <b>ALBA-BRA</b>	
Revisione	n.2		
Data	Settembre 2007		
File Protocollo L.d.P.			
Pagina	n. 41		

PRODOTTO	CATEGORIA	VANTAGGI ED INDICAZIONI	SVANTAGGI E CONTROINDICAZIONI	MODALITA' DI IMPIEGO
<b>Eosina</b>	Antisettico	Blando disinfettante, può essere impiegato su aree di disepitelizzazione Macerazione sottomammaria, inguinale	Lesioni della cute perilesionale da essiccamento	Viene applicato sulla lesione ogni 12-24 ore
<b>Olio di mandorle</b>	idratante	Protezione della cute integra, buon assorbimento, odore gradevole	Ridotta aderenza dei cerotti	Su cute integra con leggero massaggio meglio se applicato dopo il bagno.
<b>Ossido di zinco</b>	Metallo	Lo zinco entra nei processi di cicatrizzazione come catalizzatore, mentre appare ormai provata la sua funzione per via generale; la sua azione topica è tutta da definire; le creme possono favorire il trofismo cutaneo, soprattutto per azione protettiva, in parte legata agli eccipienti	Non sono di infrequente osservazione i fenomeni allergici. la pasta si rimuove con difficoltà	La pasta: viene stesa in strato sottile sul fondo della ferita e sui margini della lesione, ha funzione protettiva ed è idrorepellente  La crema: è ad uso idratante

Redazione			Verifica			Approvazione		
Funzione	Data	Visto	Funzione	Data	Visto	Funzione	Data	Visto
	11/04/01	Coord. Inf. F.Ferrari F.TO FERRARI		2007	Dott.ssa Corradini F.TO CORRADINI		U.C.A.D. 31/01/2008	Direttori di Distretto: Dott. Laudani F.TO LAUDANI Dott. Monchiero F.TO MONCHIERO

Stesura	n.1	<b>Regione Piemonte</b> <b>Azienda Sanitaria Locale CN2</b> <b>Cure Primarie e Domiciliari</b> <b>ALBA-BRA</b>	
Revisione	n.2		
Data	Settembre 2007		
File Protocollo L.d.P.			
Pagina	n. 42		

PRODOTTO	CATEGORIA	VANTAGGI ED INDICAZIONI	SVANTAGGI E CONTROINDICAZIONI	MODALITA' DI IMPIEGO
<b><i>Pellicole semipermeabili poliuretatiche</i></b>	Pellicola semitrasparente, permeabile a gas e vapori e impermeabile ai liquidi.	Mantengono un microambiente umido a temperatura costante; indicate in lesioni di primo grado come unica medicazione, possono essere impiegate come medicazione secondaria nel fissaggio di altri prodotti per aumentarne l'efficacia; impiegate anche in prevenzione come protezione di aree a rischio.	Controindicate in ferite infette o iperessudanti.	Previa detersione della ferita e della cute circostante, che deve essere asciugata accuratamente, si applica la pellicola che deve aderire per alcuni cm. su cute sana; la medicazione va sostituita in caso di distacco, formazione di bolle di essudato o ogni 7 giorni
<b><i>Preparazione di betadine e zucchero o pappa di betadine o Knutson</i></b>	Antisettico; formulazione originaria di Knutson: 20 parti di zucchero 5 parti betadine pomata 2 parti betadine sol.chirurgica ossia 4 etti di zucchero 1 tubo di betadine pomata iodopovidone liquido q.b.	Indicata in caso di infezione clinicamente evidente; ferite superficiali o cavitarie; favorisce la detersione; attiva anche in presenza di essudato e necrosi,	Va usata con cautela in caso di diabete, insufficienza renale, lesioni sanguinanti, ipertiroidismi; aumenta la quantità di secrezioni; da non usare in caso di contaminazione da psedomonas.	Previa detersione accurata la medicazione va rinnovata ogni 24 ore ; richiede una medicazione secondaria per il fissaggio.
<b><i>Schiuma di poliuretano</i></b>	Medicazione semipermeabile Adsorbente	Lesioni con essudato medio/abbondante; come medicazione primaria nelle lesioni di I-II stadio; come medicazione secondaria nelle lesioni di III-IV stadio a copertura di medicazione cavitaria primaria	Raramente può aderire al fondo della piaga (in lesioni asciutte) causando traumatismo e dolore alla rimozione; non indicata in caso di infezione conclamata con la sola eccezione della forma cavità.	Sostituzione a saturazione ogni 1- 7 giorni, previa detersione.

Redazione			Verifica			Approvazione		
Funzione	Data	Visto	Funzione	Data	Visto	Funzione	Data	Visto
	11/04/01	Coord. Inf. F.Ferrari F.TO FERRARI		2007	Dott.ssa Corradini F.TO CORRADINI		U.C.A.D. 31/01/2008	Direttori di Distretto: Dott. Laudani F.TO LAUDANI Dott. Monchiero F.TO MONCHIERO

Stesura	n.1	<b>Regione Piemonte</b> <b>Azienda Sanitaria Locale CN2</b> <b>Cure Primarie e Domiciliari</b> <b>ALBA-BRA</b>	
Revisione	n.2		
Data	Settembre 2007		
File Protocollo L.d.P.			
Pagina	n. 43		

PRODOTTO	CATEGORIA	VANTAGGI ED INDICAZIONI	SVANTAGGI E CONTROINDICAZIONI	MODALITA' DI IMPIEGO
<b><i>Soluzione fisiologica</i></b>	Detergente	Si utilizza per la detersione della ferita durante la medicazione.	Non utilizzabile con medicazioni a base di nanocristallini di argento.	Viene versata direttamente nella ferita; asciugare per tamponamento
<b><i>Vaselina bianca filante</i></b>	Protettivo, idratante	Azione di barriera sui liquidi organici	Se utilizzata per lunghi periodi può stratificarsi	Su cute integra con lieve massaggio
<b><i>Zinco (pasta)</i></b>	Protettivo	Si utilizza per la protezione della cute perilesionale o delle zone a rischio	Sono possibili reazioni allergiche	Dopo il lavaggio della pelle si stende un sottile strato sulla cute

Redazione			Verifica			Approvazione		
Funzione	Data	Visto	Funzione	Data	Visto	Funzione	Data	Visto
	11/04/01	Coord. Inf. F.Ferrari F.TO FERRARI		2007	Dott.ssa Corradini F.TO CORRADINI		U.C.A.D. 31/01/2008	Direttori di Distretto: Dott. Laudani F.TO LAUDANI Dott. Monchiero F.TO MONCHIERO

Stesura	n.1	<b>Regione Piemonte</b> <b>Azienda Sanitaria Locale CN2</b> <b>Cure Primarie e Domiciliari</b> <b>ALBA-BRA</b>	
Revisione	n.2		
Data	Settembre 2007		
File Protocollo L.d.P.			
Pagina	n. 44		

## SCHEMA DI MOBILIZZAZIONE

### AVVERTENZE

La mobilizzazione dei pazienti deve avvenire **ogni due ore**.

Le posizioni da far assumere ad intervalli regolari a pazienti allettati sono:

- Decubito supino;
- Decubito laterale destro o sinistro a 30°;
- Postura ortopnoica o semiortopnoica;
- Decubito prono;

Quando il letto è in piano, allineare il corpo del paziente; utilizzare un archetto per rialzare le coperte ai piedi. In decubito supino spostare il paziente verso il fondo del letto, in modo tale che i piedi vengano a trovarsi fuori dal letto, è possibile aiutarsi negli spostamenti con la traversa del letto come da dimostrazione degli operatori.

Le posizioni da far assumere ad intervalli regolari a pazienti seduti in sedia sono:

- Piccoli spostamenti del corpo in modo tale da permettere l'allentamento della pressione ripristinando la circolazione nelle zone di appoggio, questo all'incirca **ogni 40 minuti**.

TABELLA ZONE A RISCHIO PER LESIONI CUTANEE

POSIZIONE	ZONE A RISCHIO ( DA CONTROLLARE)
SUPINO	Nuca, scapole, apofisi vertebrali, gomiti, sacro, coccige e talloni.
<b>LATERALE</b>	Orecchio, acromion, costole, grande trocantere, condili mediali laterali, testa del perone, malleoli e bordo esterno dei piedi.
<b>ORTOPNOICA O SEMIORTOPNOICA</b>	Occipite, scapole, tuberosità ischiatiche e talloni.
<b>PRONO</b>	Orecchio, mammelle, spine iliache anteriori e ginocchia.
<b>IN SEDIA</b>	Occipite, scapole, tuberosità ischiatiche e talloni.

Altre zone a rischio sono le superfici cutanee o mucose compresse da cateteri vescicali (uretra, interno coscia), dal sondino nasogastrico; da protesi, da gessi, da cinti erniari, da calzature inadatte e talvolta anche dall'imbragatura utilizzata con il sollevapersona.

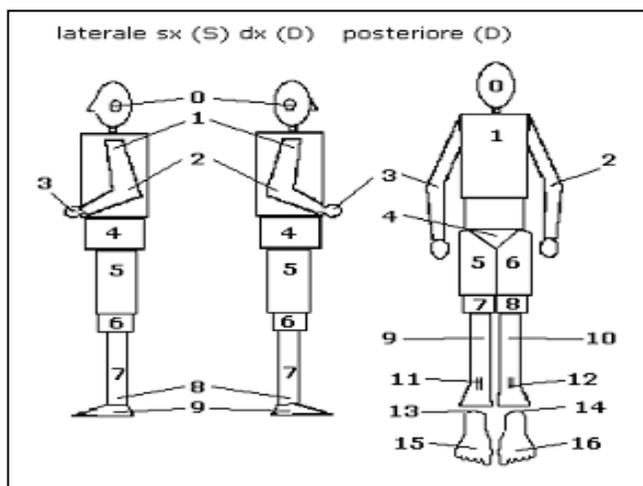
Attenzione infine, ad osservare le pliche cutanee negli obesi, dove il microambiente favorisce la macerazione della cute.

Redazione			Verifica			Approvazione		
Funzione	Data	Visto	Funzione	Data	Visto	Funzione	Data	Visto
	11/04/01	Coord. Inf. F.Ferrari F.TO FERRARI		2007	Dott.ssa Corradini F.TO CORRADINI		U.C.A.D. 31/01/2008	Direttori di Distretto: Dott. Laudani F.TO LAUDANI Dott. Monchiero F.TO MONCHIERO

# SCHEDA MONITORAGGIO LESIONI DA PRESSIONE

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

## Criteri di compilazione



- SEDE:** precisare il lato e il numero corrispondente allo schema di riferimento (ad esempio ginocchio anteriore destro 11);
- DIMENSIONI:** approssimare la superficie complessiva; (cm lineari)
- STADIO** (escluse le lesioni diabetiche) secondo EPUAP:
  - 1° eritema della pelle che non regredisce alla digitopressione,
  - 2° ferite a spessore parziale che coinvolge l'epidermide e/o il derma,
  - 3° ferita a tutto spessore che implica danno o necrosi del tessuto sottocutaneo che si può estendere sino alla fascia senza attraversarla,
  - 4° ferita a tutto spessore con estesa necrosi dei tessuti (muscoli, ossa, legamenti, tendini, capsula articolare);
- FONDO:** riportare se presenti infezioni, necrosi o detersione per meno o più del 50% della superficie totale;
- ESSUDATO:** riportare se presente essudato in quantità lieve, media o abbondante.

DATA	SEDE																DIMENSIONI					STADIO				FONDO				ESSUDATO		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	≤5	≤15	≤25	≤35	≥35	1°	2°	3°	4°	INFEZIONE * BIOFILM	NECROSI	DETERSIONE	GRANULAZION	SCARSO	MEDIO	ABBOND.
_____																																
LATO DX																																
LATO SIN																																
POSTERIORE																																

MEDICAZIONE CONSIGLIATA:

---



---



---

\* INFEZIONE/BIOFILM CANCELLARE IL PARAMETRO NON UTILIZZATO

DATA	SEDE																DIMENSIONI					STADIO				FONDO				ESSUDATO		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	<5	<15	<25	<35	>35	1°	2°	3°	4°	INFEZIONE * BIOFILM	NECROSI	DETERSIONE	GRANULAZION	SCARSO	MEDIO	ABBOND.
LATO DX																																
LATO SIN																																
POSTERIORE																																

MEDICAZIONE CONSIGLIATA:

---



---



---



---

DATA	SEDE																DIMENSIONI					STADIO				FONDO				ESSUDATO		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	<5	<15	<25	<35	>35	1°	2°	3°	4°	INFEZIONE * BIOFILM	NECROSI	DETERSIONE	GRANULAZION	SCARSO	MEDIO	ABBOND.
LATO DX																																
LATO SIN																																
POSTERIORE																																

MEDICAZIONE CONSIGLIATA:

---



---



---



---

\* INFEZIONE/BIOFILM CANCELLARE IL PARAMETRO NON UTILIZZATO