

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena</p> <p>Presidio Ospedaliero</p>	<p>LA GESTIONE INFERMIERISTICA DELLE LESIONI DA DECUBITO (LdD): PREVENZIONE E TRATTAMENTO</p>	<p>PROCEDURA INTERNA UNITA' OPERATIVA TIPO</p>
--	--	---

INDICE

MODIFICHE:.....	2
SCOPO:.....	2
CAMPO DI APPLICAZIONE:	2
DOCUMENTI DI RIFERIMENTO:	3
DEFINIZIONI:	3
MODALITA' OPERATIVE.....	3

Verifica:	Approvazione:	Emissione:	Data di emissione 06/10/2011
Referente qualità U.O.	Direttore	Referente qualità U.O.	

GRUPPO DI LAVORO:
Barbara Meloni
Beatriz Palacios Alvaro

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena</p> <p>Presidio Ospedaliero</p>	<p>LA GESTIONE INFERMIERISTICA DELLE LESIONI DA DECUBITO (LdD): PREVENZIONE E TRATTAMENTO</p>	<p>PROCEDURA INTERNA UNITA' OPERATIVA TIPO</p>
--	--	---

Modifiche:

Rev			Pagine Modificate	Tipo- natura della modifica

SCOPO:

Scopo della presente procedura è quello di:


1. Ridurre il rischio d'insorgenza di LdD (prevenzione LdD)
2. Garantire una corretta e continua gestione delle LdD in atto (trattamento LdD)

Mediante implementazione in T.I.P.O. della Procedura per la prevenzione ed la gestione delle LdD, si intende delineare ed uniformare l'attività infermieristica, in particolare:

- Definire il campo di conoscenze, di responsabilità e d'autonomia che la figura infermieristica ricopre;
- Valutare tempestivamente il rischio di sviluppare LdD, mediante valutazione specifica secondo Braden Score (allegato A);
- Attuare un idoneo piano di mobilitazione;
- Gestire adeguatamente le LdD in atto, registrando l'attività erogata nelle apposite schede della cartella infermieristica (vedi allegati);
- Migliorare l'utilizzo di risorse umane ed economiche, eliminando gli sprechi.

CAMPO DI APPLICAZIONE:

1) **Riduzione del rischio di insorgenza di LdD:** in tutti i pazienti, dal momento del ricovero e per tutta la durata della degenza, seguendo l'algoritmo operativo per la "prevenzione e gestione delle LdD" (allegato B), applicando un eventuale programma individuale di mobilitazione.

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena</p> <p>Presidio Ospedaliero</p>	<p>LA GESTIONE INFERMIERISTICA DELLE LESIONI DA DECUBITO (LdD): PREVENZIONE E TRATTAMENTO</p>	<p>PROCEDURA INTERNA UNITA' OPERATIVA TIPO</p>
--	--	---

2) **Gestione terapeutica delle LdD:** nei pazienti con lesione/i in atto, mediante valutazione, descrizione e trattamento della lesione/i, seguendo l’algoritmo operativo per la “prevenzione e gestione delle LdD” (allegato B) e l’algoritmo operativo per la “medicazione delle LdD” (allegato C), e riportando in cartella infermieristica le attività erogate utilizzando la Scheda di Monitoraggio (allegato D) e la Scheda di Medicazione (allegato E).

DOCUMENTI DI RIFERIMENTO:

- European Pressure Ulcer Advisory Panel. *Ulcer Treatment guidelines*.
www.EPUAP.org/gltreatment.html
- *Protocollo per la prevenzione e il trattamento delle lesioni da compressione*. Azienda U.S.L. di Modena. Servizio Infermieristico-Tecnico Aziendale, dicembre 2003.
- RNAO (Registered Nurses Association of Ontario). Nursing Best Practice Guideline. Risk Assessment & Prevention of Pressure Ulcers. *Accertamento del rischio & Prevenzione delle lesioni da pressione*. Marzo 2005.
http://www.rnao.org/Storage/78/7284_prevenzione_lesioni_decubito.pdf
- *Trattamento delle lesioni da decubito*. Dossier Infad n.8, 2006.
- *Ballando sotto la pioggia. Per una buona prevenzione, mobilitazione e idratazione*. Azienda U.S.L. Di Modena, Osservatorio Epidemiologico Lesioni da Compressione. Servizio Infermieristico e Tecnico Aziendale, gennaio 2007.
- *Linee Guida Prevenzione e Trattamento delle lesioni da pressione*. Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna. Policlinico S. Orsola-Malpighi. Azienda U.S.L. di Bologna, febbraio 2010.
http://www.evidencebasednursing.it/progetti/LG_LDP_2010/LG_LDP_2010.pdf
- Mongardi Maria (a cura di) *Buone pratiche infermieristiche per il controllo delle infezioni nelle Unità di Terapia Intensiva. Le lesioni da pressione* (pag. 201-232) Dossier n.203 Agenzia Sanitaria Regionale dell'Emilia-Romagna, Bologna 2011.
http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/collana_dossier/doss203.htm
- *Risorse sulle lesioni cutanee. Wound Management*. Smith&Nephew Italia.
<http://wound.smith-nephew.com/it/Standard.asp?NodeId=3800>

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena</p> <p>Presidio Ospedaliero</p>	<p>LA GESTIONE INFERMIERISTICA DELLE LESIONI DA DECUBITO (LdD): PREVENZIONE E TRATTAMENTO</p>	<p>PROCEDURA INTERNA UNITA' OPERATIVA TIPO</p>
--	--	---

DEFINIZIONI:

LdD (Lesioni da Decubito): è definita lesione da compressione, o da decubito, una lesione tissutale ad evoluzione necrotica, che interessa la cute, il derma e gli strati sottocutanei, fino a raggiungere, nei casi più gravi, la muscolatura e le ossa.

MODALITA' OPERATIVE:

1) Procedure per la riduzione del rischio d'insorgenza di LdD

a) INDIVIDUAZIONE DEL PAZIENTE A RISCHIO:

Per valutare il rischio da parte del paziente di sviluppare LdD, si utilizza la scala di Braden (allegato A). Nel Braden ci sono 6 parametri, ognuno con un punteggio che va da 1 a 4 (da 1 a 3 per il parametro "frizione e scivolamento"). Il sistema di Braden attribuisce un punteggio tanto più basso quanto maggiore è il rischio di sviluppare LdD. Dopo aver assegnato i punteggi ad ogni parametro, se ne esegue la somma.

Si evidenzia una situazione di rischio se il punteggio è minore o uguale a 20 (alto rischio < 13; rischio intermedio 13-16; basso rischio >16).

L'infermiere sottopone la scala di Braden ai pazienti che entrano in T.I.P.O. (max entro 24 ore), valutando ciascun parametro ed assegnando un punteggio relativo alle condizioni riscontrate. La somma totale è il punteggio della scala di Braden, da riportare in cartella. La valutazione viene ripetuta:

- ogni 7 giorni,
- ogni qualvolta le condizioni del paziente si modificano,
- alla dimissione.

Tutte le valutazioni devono essere registrate nelle apposite schede in cartella infermieristica.


A seconda del punteggio totale assegnato, sono richiesti tipi differenti di intervento. Se il punteggio della scala di Braden è tra compreso tra:

➔ **> 16 (rischio basso)**: Occorre attuare un piano di monitoraggio per l'individuazione precoce di lesione.

INTERVENTI:

- Adeguate cure igieniche e di protezione della cute
- Sostegno nutrizionale
- Somministrazione del Braden score ogni 7 giorni, e ogniqualvolta le condizioni del paziente si modificano, e alla dimissione.

Tutte le valutazioni devono essere registrate in cartella infermieristica.

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena</p> <p>Presidio Ospedaliero</p>	<p>LA GESTIONE INFERMIERISTICA DELLE LESIONI DA DECUBITO (LdD): PREVENZIONE E TRATTAMENTO</p>	<p>PROCEDURA INTERNA UNITA' OPERATIVA TIPO</p>
--	--	---

➔ **16 – 13 (rischio medio):** Occorre attuare un piano di monitoraggio ed un piano preventivo con l'utilizzo di eventuali presidi antidecubito, anche sulla base della valutazione complessiva del paziente.

INTERVENTI:

- Adeguate cure igieniche e di protezione della cute
- Sostegno nutrizionale
- Ispezione quotidiana della cute
- Gestire le zone di cute a rischio
- Presidi antidecubito “minori”
- Attuare un programma di mobilitazione attiva/passiva del paziente
- Somministrazione del Braden score ogni 7 giorni e ogniqualvolta le condizioni del paziente si modificano e alla dimissione.

Tutte le valutazioni devono essere registrate in cartella infermieristica.

➔ **< 13 (rischio elevato):** Occorre attuare un piano di monitoraggio ed un piano preventivo con il ricorso a presidi antidecubito (letto a pressione alternata o a cessione d'aria), fatto salvo di una diversa valutazione clinica.

INTERVENTI:

- Adeguate cure igieniche e di protezione della cute
- Sostegno nutrizionale
- Ispezione quotidiana della cute
- Gestire le zone di cute a rischio ed eventualmente quelle già lesionate
- Presidi antidecubito come le superfici a pressione alternata o a cessione d'aria
- Attuare un programma di mobilitazione passiva del paziente
- Somministrazione del Braden score ogni 7 giorni e ogniqualvolta le condizioni del paziente si modificano e alla dimissione.

Tutte le valutazioni devono essere documentate in cartella infermieristica.

b) **GESTIONE DELLA CUTE DEL PAZIENTE A RISCHIO:**

Utilizzo di detergenti del tipo sapone-non-sapone, o a ph cutaneo e non alcoolici. Evitare energici frizionamenti sulle prominenze ossee. Asciugare bene la cute tamponando e applicare della crema emolliente se appare secca. Ottimo risulta essere l'utilizzo di Ossido di Zinco nelle zone intime arrossate da canalizzazione ripetuta o arrossata per il continuo contatto con il pannolone e/o superfici che lasciano traspirare poco la cute.

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena</p> <p>Presidio Ospedaliero</p>	<p>LA GESTIONE INFERMIERISTICA DELLE LESIONI DA DECUBITO (LdD): PREVENZIONE E TRATTAMENTO</p>	<p>PROCEDURA INTERNA UNITA' OPERATIVA TIPO</p>
--	--	---

c) ***MOBILIZZAZIONE PROGRAMMATA DEL PAZIENTE A RISCHIO:***

Il cambio di postura deve essere eseguito almeno ogni 2-3 ore nei pazienti a rischio di sviluppare LdD, garantendo una decompressione delle zone di contatto con la superficie del letto. Il piano di mobilizzazione deve essere programmato e personalizzato in base alle condizioni cliniche del paziente. L'attività di mobilizzazione deve sempre essere registrata nell'apposito modulo all'interno della grafica del paziente.

2) Procedure per la gestione terapeutica delle LdD

I processi di valutazione, descrizione e trattamento delle LdD sono descritti in dettaglio nei seguenti allegati:

- algoritmo operativo per la “prevenzione e gestione delle LdD” (allegato B);
- algoritmo operativo per la “medicazione delle LdD” (allegato C);
- Scheda di Monitoraggio delle LdD, presente in cartella infermieristica (allegato D);
- Scheda di Medicazione delle LdD, presente in cartella infermieristica (allegato E).

SCALA DI BRADEN

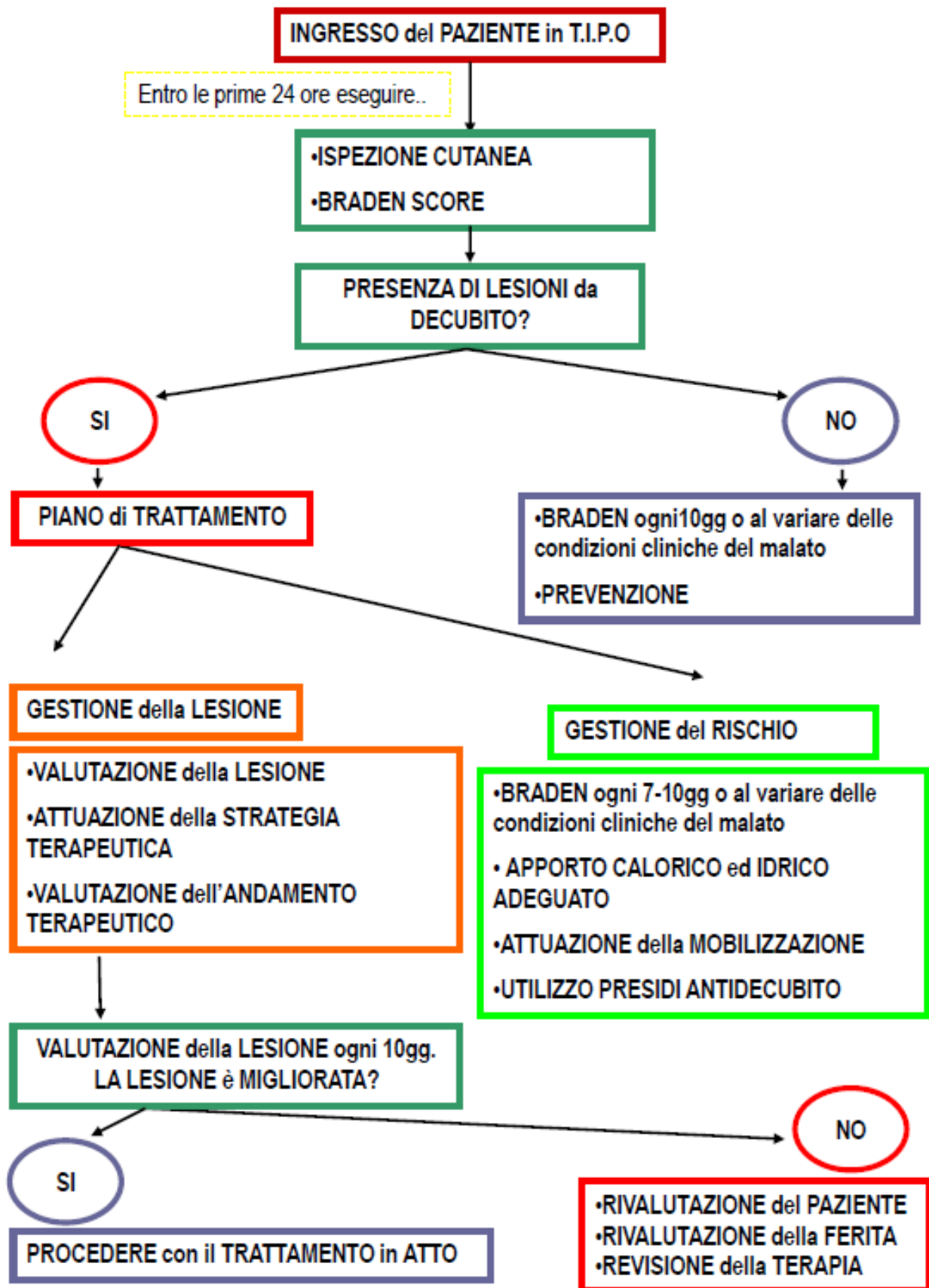
Indicatori e Variabili	<u>4</u>	<u>3</u>	<u>2</u>	<u>1</u>
Percezione sensoriale. <u>Abilità a rispondere in modo corretto alla sensazione di disagio correlata alla pressione.</u>	Non limitata. Risponde agli ordini verbali. Non ha deficit sensoriale che limiti la capacità di sentire ed esprimere il dolore o il disagio.	Leggermente limitata. Risponde agli ordini verbali, non può comunicare sempre il suo disagio o il bisogno di cambiare posizione. Ha impedimenti al sensorio che limita la capacità di avvertire il dolore o il disagio in 1 o 2 estremità.	Molto limitata. Risponde solo a stimoli dolorosi. Non può comunicare il proprio disagio se non gemendo o agitandosi. Ha impedimento al sensorio che limita la percezione del dolore almeno per la metà del corpo.	Completamente limitata. Non vi è risposta allo stimolo doloroso, a causa del diminuito livello di coscienza od alla sedazione. Limitata capacità di percepire dolore in molte zone del corpo.
Umidità. <u>Grado di esposizione della pelle all'umidità.</u>	Raramente bagnato. La pelle è abitualmente asciutta.	Occasionalmente bagnato. La pelle è occasionalmente umida.	Spesso bagnato. Pelle sovente ma non sempre umida.	Costantemente bagnato. La pelle è mantenuta costantemente umida dalla traspirazione e/o da liquidi biologici.
Attività. <u>Grado di attività fisica.</u>	Cammina frequentemente.	Cammina occasionalmente. Trascorre la maggior parte di ogni turno a letto o sulla sedia.	In poltrona. Capacità di camminare severamente limitata o inesistente. Non mantiene la posizione eretta.	Allettato. Costretto a letto.
Mobilità. <u>Capacità di cambiare e di controllare le posizioni del corpo.</u>	Limitazioni assenti. Si sposta frequentemente e senza assistenza.	Parzialmente limitata. Cambia frequentemente la posizione con minimi spostamenti del corpo	Molto limitata. È incapace di fare frequenti o significativi cambiamenti di posizione senza aiuto.	Completamente immobile. Non può fare alcun cambiamento di posizione senza assistenza.
Nutrizione. <u>Assunzione usuale di cibo.</u>	Eccellente. Mangia la maggior parte del cibo, Non rifiuta mai il pasto, talvolta mangia tra i pasti. Non necessita di integratori.	Adeguate. Mangia più della metà dei pasti, 4 porzioni o più di proteine al giorno. Usualmente assume integratori. Si alimenta artificialmente con NPT o NE, assumendo il quantitativo nutrizionale necessario.	Probabilmente inadeguata. Raramente mangia un pasto completo, occasionalmente integratori alimentari. Riceve meno della quantità ottimale di dieta liquida o enterale (con SNG)	Molto povera. Non mangia mai un pasto completo. Assume pochi liquidi e nessun integratore. E' a digiuno o mantenuto con fleboclisi o beve bevande da più di 5 giorni.
Frizionamento e scivolamento		Senza problemi apparenti. Si sposta nel letto e sulla sedia in modo autonomo ed ha sufficiente forza muscolare per sollevarsi completamente durante i movimenti.	Problema potenziale. Si muove poco e necessita di assistenza minima. Durante lo spostamento la cute fa attrito con le lenzuola o con il piano della poltrona, occasionalmente può slittare.	Problema. Richiede da una moderata a una massima assistenza nei movimenti. Frequentemente scivola nel letto. Frequentemente richiede riposizionamenti con la massima assistenza. Sono presenti spasticità, fratture, agitazione, che causano costantemente attrito contro il piano del letto.

Paziente a rischio alto <13

Paziente a rischio medio 13-16 Paziente a rischio basso >16

TOTALE:

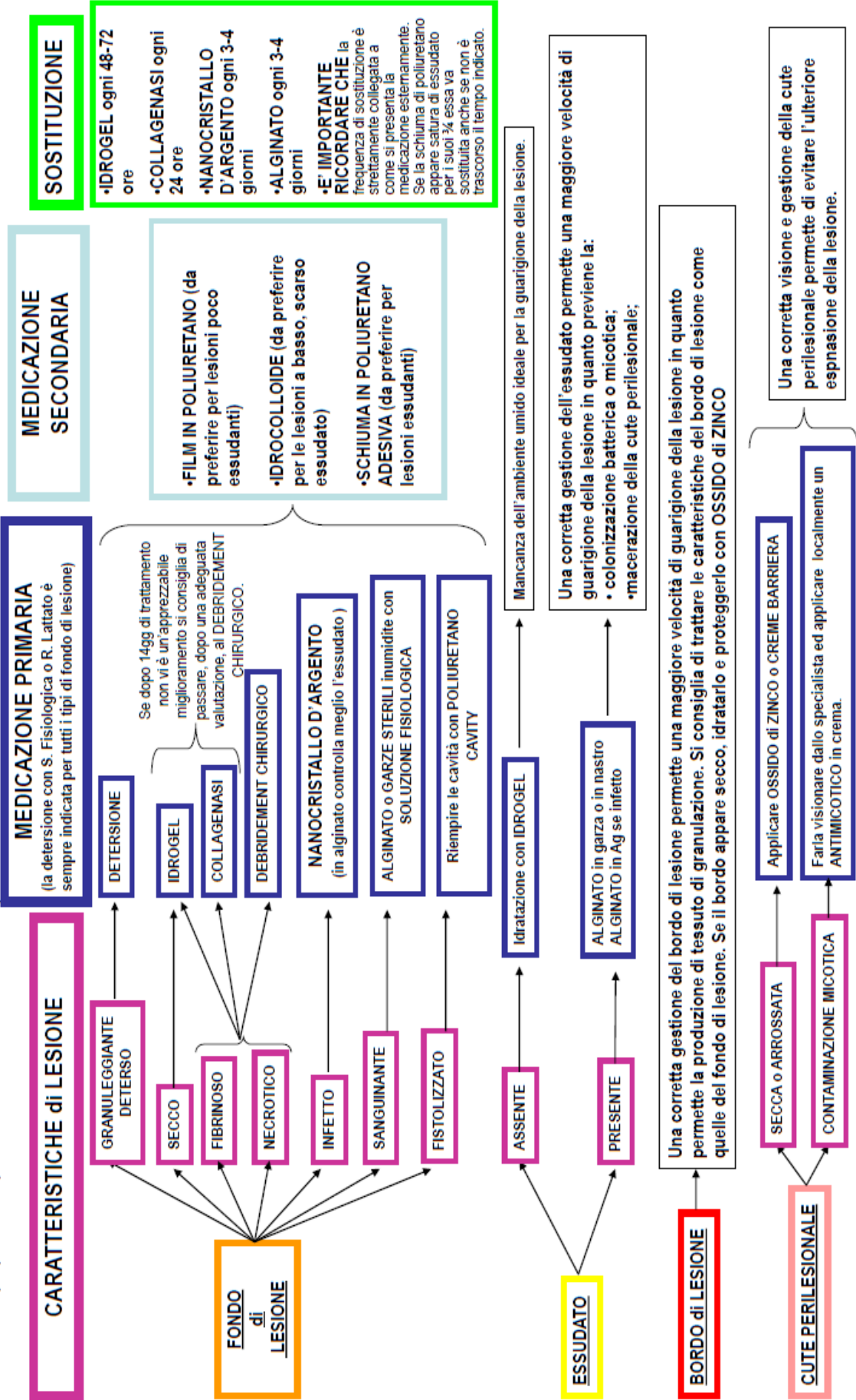
PREVENZIONE e GESTIONE delle LESIONI da DECUBITO



MEDICAZIONE LESIONI da DECUBITO

RICORDA BENE:

1. Osservare attentamente la lesione prima di procedere alla medicazione;
2. Se la lesione non migliora dopo 10-14 gg di trattamento, probabilmente la strategia terapeutica è da rivalutare;
3. Alleviare il più possibile la pressione sulla zona lesa con i cambi posturali.



SCHEDA di MONITORAGGIO e di MEDICAZIONE delle LESIONI da DECUBITO

Da compilare all'ingresso del paziente in T.I.P.O., una volta alla settimana o alla variazione delle caratteristiche della LdD

DATA: SEDE LdD:

STADIO LdD: I° II° III° IV°

LUNGHEZZA x LARGHEZZA cm:

FONDO DI LESIONE: granuleggiante secco fibrinoso necrotico
 sanguinante infetto fistolizzato

QUANTITÀ di ESSUDATO: assente moderato abbondante

TIPOLOGIA di ESSUDATO: sieroso ematico infetto

CUTE PERILESIONALE: integra secca arrossata macerata

MEDICAZIONE PRATICATA (A+B+C)	Data 1°CAMBIO medicazione	FIRMA

Data dei successivi cambi di medicazione (g+1 → g+7)

--	--	--	--	--	--	--

DATA RIVALUTAZIONE PROGRAMMATA DELLA LdD:

DATA: SEDE LdD:

STADIO LdD: I° II° III° IV°

LUNGHEZZA x LARGHEZZA cm:

FONDO DI LESIONE: granuleggiante secco fibrinoso necrotico
 sanguinante infetto fistolizzato

QUANTITÀ di ESSUDATO: assente moderato abbondante

TIPOLOGIA di ESSUDATO: sieroso ematico infetto

CUTE PERILESIONALE: integra secca arrossata macerata

MEDICAZIONE PRATICATA (A+B+C)	Data 1°CAMBIO medicazione	FIRMA

Data dei successivi cambi di medicazione (g+1 → g+7)

--	--	--	--	--	--	--

DATA RIVALUTAZIONE PROGRAMMATA DELLA LdD:

DATA: SEDE LdD:

STADIO LdD: I° II° III° IV°

LUNGHEZZA x LARGHEZZA cm:

FONDO DI LESIONE: granuleggiante secco fibrinoso necrotico
 sanguinante infetto fistolizzato

QUANTITÀ di ESSUDATO: assente moderato abbondante

TIPOLOGIA di ESSUDATO: sieroso ematico infetto

CUTE PERILESIONALE: integra secca arrossata macerata

MEDICAZIONE PRATICATA (A+B+C)	Data 1°CAMBIO medicazione	FIRMA

Data dei successivi cambi di medicazione (g+1 → g+7)

--	--	--	--	--	--	--

DATA RIVALUTAZIONE PROGRAMMATA DELLA LdD:

TABELLA MEDICAZIONI LESIONI DA DECUBITO

- Nelle lesione di **I° e II° stadio**, in assenza di fondo di lesione: **(B + C)**
- LdD di **III° e IV° stadio**: **(A + B + C)**

In tutti i tipi di lesioni è SEMPRE indicata una detersione iniziale con Fisiologica o R. Lattato

CARATTERISTICHE FONDO DI LESIONE	MEDICAZIONE PRIMARIA (A)	MEDICAZIONE SECONDARIA (B)	CUTE PERILESIONALE (C)	
Granuleggiante		* <i>Film in poliuretano</i> (per lesioni poco essudanti)	▪ <i>Crema barriera / Ossido di zinco</i> (per cute secca o arrossata)	
Secco / Scarso essudato	- Idrogel (48-72 ore)			
Sanguinante / Essudato abbondante	- Alginato (3-4 giorni) - Garze sterili + S.F.			* <i>Idrocolloide</i> (per lesioni a basso, scarso essudato)
Fibrinoso / Necrotico	- Idrogel (48-72 ore) - Collagenasi (24 ore)			* <i>Schiuma in poliuretano adesiva</i> (per lesioni essudanti)
Infetto / Infetto + essudato	- Nanocristalli d'argento (3-4 giorni) - Alginato in Ag			
Fistolizzato	- Poliuretano cavity			

MATERIALE + NOME COMMERCIALE:

- IDROGEL: Nu-gel
- ALGINATO: Kaltostat, Aquacel, Curasorb, Algosteril
- COLLAGENASI: Noruxol
- NANOCRISTALLI D'ARGENTO: Acticoat
- ARGENTO+SCHIUMA DI POLIURETANO: Mepilex Ag
- ALGINATO IN ARGENTO: Aquacel Ag
- POLIURETANO CAVITY: Allevyn Cavity, Allevyn Plus Cavity

- FILM IN POLIURETANO: Tegaderm, Leukomed
- IDROCOLLOIDE: Duoderm, Comfeel plus
- SCHIMUA IN POLIURETANO adesiva: Allevyn, Permafoam, Bitain
- SCHIUMA SILICONATA adesiva: Mepilex