



USLUmbria**1**

Prevenzione e trattamento delle lesioni da pressione

Indicazioni operative

da procedura "prevenzione e trattamento delle lesioni da pressione"



INDICE

1

Valutazione del paziente a rischio

- 1.1 Valutazione informale
- 1.2 Valutazione formale

2

Prevenzione delle lesioni da decubito

- 2.1 Ispezione
- 2.2 Igiene e cura
- 2.3 Mobilizzazione
- 2.4 Dispositivi di redistribuzione della pressione

3

Trattamento delle lesioni

- 3.1 Detersione delle lesioni
- 3.2 Lesione in stadio iniziale - I stadio EPUAP
- 3.3 Lesione a spessore parziale - II stadio EPUAP
- 3.4 Ulcera granuleggiante (detersa basso essudato) - II - III stadio EPUAP
- 3.5 Ulcera granuleggiante (detersa medio - alto essudato) - III stadio EPUAP
- 3.6 Lesione necrotica fibrinosa (a medio - alto essudato) - III - IV stadio EPUAP
- 3.7 Lesione sanguinante (post - escarectomia o traumatica)
- 3.8 Ulcera in fase di riepitalizzazione
- 3.9 Lesione riepitelizzata

4

Le lesioni infette

- 4.1 Fasi e gravità delle lesioni infette
- 4.2 Criteri clinici di infezione
- 4.3 Diagnosi strumentale
- 4.4 Trattamento delle lesioni infette

VALUTAZIONE INFORMALE

Definizione: Analisi di elementi generali e specifici per comprendere e valutare il rischio di sviluppare lesioni

Obiettivo: Lettura precoce delle condizioni generali della persona per capire se necessaria una valutazione più approfondita (formale)

Trattamento: VALUTAZIONE INFORMALE

Deve essere effettuata entro le prime 24 ore dall'operatore che prende in carico il paziente.

Si devono considerare i seguenti fattori:

- incapacità di variare e controllare la posizione del corpo
- presenza di danni sensoriali
- presenza di malattia acuta
- compromissione del livello di coscienza
- età >65 o <5 anni
- presenza di tutori ortopedici

Note: Se sono presenti uno o più fattori procedere alla valutazione formale.

Procedere ad una nuova valutazione ogni volta che si verifica un cambiamento delle condizioni cliniche.

4

VALUTAZIONE FORMALE

Definizione: Valutazione con strumenti specifici (con punteggio) per stadiare il rischio

Obiettivo: Mettere in atto le misure di prevenzione/correzione necessarie

Trattamento: Si raccomanda l'utilizzo della scala di Braden al fine di uniformare le procedure aziendali e renderne comparabili le valutazioni.

In base al punteggio ottenuto con la scala di Braden:

>18 nessun rischio 18-15 rischio basso 14-13 rischio moderato 10-12 rischio alto ≤9 rischio altissimo

- Basso rischio 15-18: mobilizzazione, protezione dei talloni, la gestione dell'umidità, della nutrizione, delle forze di frizione e di taglio, l'uso di superfici di supporto atte a ridurre la pressione qualora il paziente sia costretto a letto o sulla sedia.
- Rischio moderato: 13/14: programma di rotazione laterale di 30°, prendere in considerazione l'utilizzo di un presidio antidecubito
- Rischio elevato 10-12: integrare con piccoli trasferimenti del peso le rotazioni laterali di 30°. Per facilitare le rotazioni si possono impiegare dei cuscini in schiuma di poliuretano.
- Rischio molto elevato <9: Continuare i precedenti interventi. Considerare l'uso di un materasso a bassa cessione d'aria se vi sono associati altri fattori di rischio parzialmente risolvibili con tale presidio quali dolore intenso o incontrollabile esacerbato dalla mobilizzazione. Esso non sostituirebbe il programma di mobilizzazione.

Note: Ogni valutazione formale va registrata e resa disponibile in cartella clinica.

5

ISPEZIONE

Definizione: Azione quotidiana di valutazione della cute e degli annessi cutanei

Obiettivo: Rilevare precocemente le alterazioni cutanee agli stadi iniziali:

Azioni:

- L'ispezione della cute va fatta in tutti i pazienti con punteggio Braden uguale o < a 16.
- Valutare aree di rischio quali: calcagni, sacro, tuberosità ischiatiche, gomiti, regioni temporali del cranio, spalle, nuca e dita dei piedi e inoltre tutte le parti del corpo dove vengono esercitate forze di pressione, stiramento e frizione o dove sono applicate forze da parte di indumenti o apparecchiature.
- Individuare i segni a rischio di sviluppo LdP: arrossamento persistente, eritema che non scompare con la digito-pressione, vescicole, pallore, aumento localizzato della temperatura cutanea, edema o indurimento localizzati.

6

IGIENE E CURA

Definizione: Azione quotidiana preventiva di igiene e cura della persona

Obiettivo: Mantenere o ripristinare la funzione naturale (protettiva) della cute

Azioni:

- La detersione della cute va effettuata ogni volta che il paziente si sporca e comunque almeno una volta al giorno.
- La frequenza della detersione deve essere personalizzata in base ai bisogni ed alle preferenze del paziente.
- Ridurre al minimo l'esposizione della cute all'umidità, causata da incontinenza, sudorazione o secrezioni da ferite quando queste fonti d'umidità non possono essere controllate.
- È utile l'applicazione di pannoloni o mutandine per assorbire l'umidità, purché cambiati frequentemente;
- I detergenti: vanno utilizzati detergenti delicati che minimizzino la secchezza e l'irritazione della cute, esercitando una frizione non troppo energica; non utilizzare acqua troppo calda.
- L'umidità: ridurre al minimo l'esposizione della cute all'umidità, causata da incontinenza, sudorazione o secrezioni da ferite; quando queste fonti d'umidità non possono essere controllate, è utile l'applicazione di pannoloni o mutandine per assorbire l'umidità, purché cambiati frequentemente.

Note: Evitare i massaggi sulle prominenze ossee

7

MOBILIZZAZIONE

Definizione: Cambi posturali che devono essere assicurati al paziente ipomobile

Obiettivo: Ridurre al minimo la pressione sulle prominenze ossee

Azioni:

- Mobilizzare i pazienti per assicurare che la pressione sulle prominenze ossee sia ridotta al minimo, che le prominenze ossee non siano a contatto tra di loro e che la frizione e/o lo stiramento della cute siano minimizzati.
- Mobilizzare i pazienti anche se sono in uso dispositivi in grado di ridistribuire la pressione.
- Utilizzare e applicare uno schema di posizionamento e mobilizzazione (griglia).
- Mobilizzare i pazienti a rischio almeno ogni due ore in base alle condizioni cliniche, alle risorse materiali utilizzate (presidi anti-decubito) e la risposta della cute del soggetto all'insulto della pressione (arrossamento che non scompare alla digitopressione).
- Mantenere la testata del letto al minimo grado di elevazione consentito dalle condizioni cliniche del soggetto.
- Durante il decubito supino utilizzare una posizione semi-Flower (schienale a 30°, anche e ginocchia in semiflessione). Limitare al minimo il tempo durante il quale la testiera del letto viene elevata oltre i 30°.
- Si deve evitare la posizione seduta nei pazienti che presentano LdP in zona ischiatica.
- Controllare nei soggetti allettati e completamente immobili che i talloni siano sempre sollevati dal piano del letto mediante un cuscino posizionato sotto la gamba (dalla coscia alla caviglia) evitando che sul supporto appoggi esclusivamente il tendine di Achille.
- Per i pazienti che trascorrono lunghi periodi su una sedia o su una sedia a rotelle alleviare ad intervalli regolari la pressione.
- Addestrare i pazienti autonomi a cambiare i punti di appoggio della pressione almeno ogni 15 minuti e il cambio posturale almeno ogni ora.

Note: Nessun materasso antidecubito riesce a ridurre efficacemente la pressione sui talloni.

8

DISPOSITIVI DI RIDISTRIBUZIONE DELLA PRESSIONE

Definizione: Tutte le superfici di supporto atte a ridistribuire la pressione del carico

Obiettivo: Supportare il posizionamento instaurando un'azione sinergica per prevenire i danni da pressione

Indicazioni:

- L'utilizzo di dispositivi di ridistribuzione della pressione è necessario nel paziente con punteggio uguale o inferiore a 13 della scala di Braden.
- Utilizzare un sistema di supporto antidecubito dinamico per i soggetti con una lesione da pressione che non possono modificare la posizione autonomamente.
- Utilizzare invece un sistema di supporto antidecubito statico per i soggetti con una lesione da pressione che possono modificare autonomamente la postura.
- Una superficie di materiale viscoelastica che riduca la pressione, deve essere utilizzata sul tavolo operatorio nei soggetti a rischio per lesioni da pressione.
- Utilizzare dispositivi come cuscini o schiume per prevenire il contatto diretto tra prominenze ossee (come ginocchia o caviglie).

Note: È sconsigliato l'utilizzo di ausili a ciambella, guanti pieni d'acqua, vello sintetico, vello di pecora naturale

9

la detersione delle lesioni

La detersione delle lesioni ha come scopo di abbassare la carica batterica con l'asportazione del "materiale di scarto" presente nella lesione.

Indicazioni generali:

- Detergere le ferite all'inizio del trattamento e ad ogni cambio di medicazione utilizzando soluzione fisiologica o ringer lattato.
- Applicare la minor quantità di forza meccanica possibile quando si deterge la lesione con garze o tamponi.
- Irrigare tramite l'uso di una siringa. Utilizzare una pressione di irrigazione sufficiente ad asportare i tessuti morti, senza causare trauma al fondo della lesione stessa; questa si può ottenere con una siringa da 35cc con ago 19 G.
- La soluzione utilizzata per la detersione dell'ulcera deve essere a temperatura corporea: una soluzione fredda provoca dolore e rallenta i processi riparativi.

Note: È sconsigliata la pulizia **ABITUALE** della lesioni con detergenti per la pelle o con agenti antisettici (per esempio: iodopvidone, iodoforo, soluzione di ipoclorito di sodio, perossido di idrogeno, acido acetico, alcool).

LESIONE IN STADIO INIZIALE - I STADIO EPUAP

Definizione: Cute integra, eritema fisso

Obiettivo: Ripristinare la vascolarizzazione nella zona interessata attraverso il corretto posizionamento del paziente (fase reversibile) per prevenire l'insorgenza di lesioni

Azioni:

1. Detersione: detergere la cute delicatamente; asciugare tamponando

2. Medicazione:

- Creme ad azione idratante (se la cute è secca) creme ad azione protettiva (se la cute è macerata)
- Pellicole di poliuretano
- Idrocolloidi sottili come protezione alle lesioni da stramento/atrito.

3. Cambio medicazione: Ogni 5 -7 gg. in caso di utilizzo di idrocolloidi sottili o pellicole di Poliuretano.

Note: La scelta della medicazione deve essere effettuata sulla base della valutazione globale del paziente e della lesione e in relazione agli obiettivi assistenziali definiti conseguentemente: la guarigione non sempre è l'obiettivo prefissato (es. nei pazienti terminali è molto più importante applicare un trattamento sintomatologico per la gestione di eventuale dolore, male odore ecc.). I tempi di sostituzione della medicazione indicati nel protocollo sono solo esemplificativi in quanto correlati alla tipologia di ferita ed ai tempi di saturazione della medicazione stessa.

(si raccomanda di leggere attentamente le indicazioni delle ditte produttrici nella scelta della medicazione più appropriata, relativamente ai tempi di permanenza in situ, al rischio di macerazione, al rischio di adesione al tessuto di granulazione, al rischio di infezione ecc.).

LESIONE A SPESSORE PARZIALE - II STADIO EPUAP

Descrizione: Vescicola, abrasione con presenza di essudato variabile tra scarso-assente e moderato.

Obiettivo: Aggiungere umidità se l'ambiente è secco o controllare l'umidità se presente essudato

Azioni:

1. Detersione: Irrigazione con soluzione fisiologica/ringer a temperatura ambiente; asciugare tamponando

2. Medicazione:

- Idrogel + idrocolloide o pellicola di poliuretano per correggere l'ambiente asciutto.
- Idrocolloide o schiuma di poliuretano se è presente essudato.

3. Cambio medicazione: da 3 a 5/7 gg verificando il corretto posizionamento della medicazione stessa.

12

ULCERA GRANULEGGIANTE (DETERSA, BASSO ESSUDATO) - II - III STADIO EPUAP

Descrizione: Lesione rossa indica il tessuto di granulazione.

Il letto della lesione appare di colore rosso grazie alla presenza di tessuto di granulazione. Il tessuto di granulazione "sano" ha un aspetto umido a bottoncini; essendo molto vascolarizzato assume un colore rosso vivo o rosa intenso, stante ad indicare che la cicatrizzazione sta progredendo normalmente.

Obiettivo: Controllare la quantità di essudato presente sul letto della ferita; prevenire l'eccessivo essiccamento della lesione; prevenire la macerazione della cute perilesionale, favorire la ricostruzione tissutale

Azioni:

1. Detersione: Detersione con soluzione fisiologica/ringer; asciugare tamponando.

2. Medicazione:

- Idrogel, idrofibra, + medicazione secondaria film di poliuretano o idrocolloidi.

Se cavitare:

- Idrofibra o schiume di poliuretano cavitare.
- Pellicola di poliuretano o idrocolloidi come medicazione secondaria.

3. Cambio medicazione: 3-5 gg.

13

ULCERA GRANULEGGIANTE (DETERSA MEDIO-ALTO ESSUDATO) - III STADIO EPUAP

Descrizione: Lesione rossa: indica il tessuto di granulazione.

Il letto della lesione appare di colore rosso grazie alla presenza di tessuto di granulazione. Il tessuto di granulazione "sano" ha un aspetto umido a bottoncini; essendo molto vascolarizzato assume un colore rosso vivo o rosa intenso, stante ad indicare che la cicatrizzazione sta progredendo normalmente.

Obiettivo: Ridurre la quantità di essudato presente sul letto della ferita; prevenire l'eccessivo essiccamento della lesione; prevenire la macerazione della cute perilesionale, favorire la ricostruzione tissutale.

Azioni:

1. Detersione: Detersione con soluzione fisiologica/ringer; asciugare tamponando

2. Medicazione:

- Schiume, idrofibra, + medicazione secondaria film di poliuretano o idrocolloidi.

Se cavitare:

- Schiume di poliuretano cavitare, idrofibra, alginati, prodotti *a base di acido ialuronico*.

- Pellicola di poliuretano o idrocolloidi come medicazione secondaria.

3. Cambio medicazione: Max 3 gg.

LESIONE NECROTICA FIBRINOSA (A MEDIO - ALTO ESSUDATO) - III - IV STADIO EPUAP

Descrizione: Presenza di slough.

Il tessuto devitalizzato può presentarsi anche sotto forma di slough, un materiale che aderisce al letto della lesione in filamenti o in ammassi ispessiti o mucilluginosi. Il letto dell'ulcera appare di colore giallo, beige o biancastro a seconda della variabilità nella combinazione dei componenti dello slough, un mix di tessuti devitalizzati, materiale cellulare di sfaldamento, essudato, leucociti, e batteri. Se è presente una gran quantità di globuli bianchi, lo slough tende ad assumere un aspetto cremoso, di colore giallo. Il viraggio del colore può essere un'indicazione sulla natura dei ceppi batterici che popolano questo tipo di tessuto.

Obiettivo: Rimozione del tessuto necrotico, controllo della carica batterica. Ripristino dell'attività di riparazione tissutale.

Azioni:

1. Detersione: Detersione con soluzione fisiologica/ringer; asciugare tamponando

2. Medicazione:

Essudato moderato

- *Medicazioni a contenuto salino/alginato di calcio + medicazione secondaria in schiuma di poliuretano o idrocolloide o garza a piatto.*
- *Prodotti a base di collagenasi + medicazione secondaria con garze.*
- *Idrogel + medicazione secondaria in schiuma di poliuretano o idrocolloide.*

Essudato abbondante

- *Medicazioni a contenuto salino + medicazione secondaria in schiuma di poliuretano o garza a piatto.*
- *Idrofibra + medicazione secondaria in schiuma di poliuretano.*
- *Prodotti a base di acido ialuronico + medicazione secondaria.*

3. Cambio medicazione:

NB. Tenere conto della presenza massiccia di essudato

Max 2 gg, in caso di utilizzo degli idrocolloidi.

Max 3 gg, in caso di utilizzo delle schiume di poliuretano.

Giornalmente per tutte le altre tipologie di medicazione.

16

LESIONE SANGUINANTE (POST - ESCARECTOMIA O TRAUMATICA)

Obiettivo: Arrestare il sanguinamento

Azioni:

1. Detersione: Giornaliera con soluzione fisiologica/ringer, asciugare tamponando

2. Medicazione:

- Sanguinamento modesto > Alginati
- Sanguinamento Abbondante > Consultare il medico per la terapia del caso
- Sanguinamento post-chirurgico > Secondo le indicazioni del chirurgo

Dopo aver ottenuto l'emostasi, procedere secondo quanto precedentemente descritto.

3. Cambio medicazione:

Gli alginati vanno rimossi quando termina l'azione emostatica.

Seguire le indicazioni del chirurgo nel decorso post escarectomia. Di solito nel post chirurgico si usano medicazioni tradizionali per 48 ore, dopodichè si procede con medicazioni avanzate da scegliere in base alla situazione (tipo di tessuto, quantità di essudato...).

17

ULCERA IN FASE DI RIEPITELIZZAZIONE

Descrizione: Lesione rosa, indica la riepitelizzazione. In questa fase è possibile osservare aree di riepitelizzazione di colore rosa traslucido al di sopra del tessuto di granulazione, costituite da cellule epiteliali migranti dai bordi dell'ulcera che avanzano in modo concentrico fino ad unirsi. Il neoepitelio, nelle lesioni a spessore parziale, si sviluppa anche sotto forma di isole all'interno della superficie della lesione.

Obiettivo: Favorire la ricostruzione tessutale, proteggere la cute neo formata, fragile e sottile. Promuovere un buon trofismo cutaneo.

Azioni:

1. Detersione: Detersione con soluzione fisiologica/ringer

2. Medicazione:

- Schiuma di poliuretano per medio/basso essudato.
- Idrogel per lesione secca più medicazione secondaria con film di poliuretano o idrocolloidi.

3. Cambio medicazione: Ogni 3/5 gg in base all'essudato della lesione (è anche possibile allungare i tempi)

18

LESIONE RIEPITELIZZATA

Obiettivo: Proteggere la cute neoformata, fragile e sottile. Promuovere un buon trofismo cutaneo

Azioni:

1. Detersione: non necessaria

Ispezione quotidiana della cute, attenzione alle recidive

Cura della cute: creme ad azione barriera in caso di macerazione, creme idratanti in caso di secchezza, utilizzo di idrocolloidi sottili e/o film di poliuretano come protezione della cute neo formata e prevenzione delle recidive.

2. Cambio medicazione:

- Giornaliera in caso di utilizzo di creme;
- Ogni 5/7 gg in caso di utilizzo di idrocolloidi o pellicole di poliuretano.

19

4.1 FASI E GRAVITÀ DELLE LESIONI INFETTE

Tutte le ferite contengono microrganismi, eppure la maggior parte di esse non è infetta.

Una lesione da pressione viene considerata infetta se sono presenti segni locali di flogosi.

Fattori predisponenti:

Locali: le dimensioni della lesione, la localizzazione, la presenza di tessuto necrotico, il grado di cronicità oltre alla ridotta perfusione e all'edema locali.

Sistemici: età, (deficit generali e in particolare del sistema immunitario), lo stato nutrizionale (obesità, ipovitaminosi B e C), "stili di vita", patologie concomitanti, uso di taluni farmaci.

Soprattutto negli anziani e nei pazienti defedati i segni di flogosi possono essere scarsamente evidenti.

Una lesione pulita dovrebbe mostrare l'inizio del processo di guarigione entro 2 settimane. Se ciò non avviene va considerata la possibilità di un'infezione (Livello evidenza C).

20

È importante imparare ad interpretare i segni clinici e distinguere i livelli di contaminazione che nella loro evoluzione determinano l'infezione vera e propria:

A. CONTAMINAZIONE: semplice presenza di batteri sulla superficie della ferita, poco numerosi e non si replicano.

B. COLONIZZAZIONE: batteri in fase di replicazione attiva e più numerosi (in TUTTE le lesioni croniche, lesioni da pressione comprese).

Non invasione batterica dei tessuti e aspetto clinico non diverso dalla fase di contaminazione: in entrambi i casi non c'è compromissione della guarigione.

C. COLONIZZAZIONE CRITICA: batteri in fase di replicazione attiva, invadono la superficie della ferita. Possibile aumento delle varietà di specie di batteri e presenza di biofilm.

Segni clinici non sempre evidenti a causa delle condizioni della persona (se debilitata sono poco evidenti).

21

NOTA

Un biofilm o biopellicola è aggregazione complessa di microrganismi contraddistinta dalla secrezione di una matrice adesiva e protettiva, e spesso anche da:

- adesione a una superficie, sia di tipo biologico sia inerte (es. protesi),
- eterogeneità strutturale,
- interazioni biologiche complesse,
- una matrice extracellulare di sostanze polimeriche, spesso di carattere polisaccaridico

La formazione di un biofilm inizia con l'ancoraggio di microrganismi liberamente fluttuanti a una superficie. Se i batteri colonizzatori non sono immediatamente separati dalla superficie, possono ancorarsi più stabilmente utilizzando molecole di adesione cellulare.

I primi colonizzatori facilitano l'arrivo di altre cellule mettendo a disposizione diversi siti di adesione cellulare e iniziano a costruire la matrice che permette l'integrità del biofilm. Una volta che la colonizzazione ha avuto inizio il biofilm cresce tramite divisioni cellulari e integrazione di batteri esterni, anche di altre specie

D. FASE INFETTIVA

D.1 Infezione localizzata sono interessati i tessuti locali (lesione e tessuto perilesionale) che si mostrano infiltrati e con segni clinici di infezione

D.2 Cellulite/infezione in fase di avanzamento: i batteri e i loro prodotti iniziano ad invadere i compartimenti profondi, con segni clinici locali di infezione e possibili segni sistemici.

D.3 Osteomielite: se la lesione raggiunge il piano osseo, l'osteomielite deve essere considerata presente fino a prova contraria. Quando vi sono segni clinici di infezione che non recedono alla terapia è indicato eseguire indagini

22

radiologiche per escludere la presenza di osteomielite (evidenza A)

D.4 Sepsì: diffusione di batteri e loro prodotti tramite il circolo ematico ad altre sedi ed organi, con segni sistemici e possibili danni agli organi; può portare al decesso.

4.2 CRITERI CLINICI DI INFEZIONE

1 Segni classici: rossore, edema, aumento della temperatura locale, alterazione qualitativa e quantitativa dell'esudato, dolore o lesa funzione.

2 Segni secondari: includono dolore, ritardo nella guarigione, friabilità del tessuto di granulazione con facilità al sanguinamento. Eventualmente anche: Discolorazione, eritema ed edema.

LdP croniche: NO! segni affidabili (infezione subdola o silente perché pazienti con sistema immunitario deficitario).

Obiettivi della valutazione: Osservare, rilevare, decidere !!

4.3 DIAGNOSI STRUMENTALE

DEFINIZIONE: Biopsia cutanea: "Gold Standard"(controindicazioni: invasiva, costosa, alti livelli di competenza dell'operatore e del laboratorio; potrebbe non rappresentare la diversità della popolazione batterica).

DEFINIZIONE: Tampone colturale: meno costoso, più semplice, campionature da più punti (possibile considerare la patogenicità della sinergia tra diversi batteri)

23

PER ESEGUIRE UN TAMPONE CULTURALE

AZIONI

1. Detergere con soluzione fisiologica la ferita rimuovendo pus, essudato e tessuto necrotico.
2. Usare un contenitore sterile.
3. Raccogliere il campione su tessuti vitali (FONDO DI LESIONE) per aiutare a determinare la presenza di batteri nei tessuti, non nell'essudato.
4. Ruotare il tampone su un'area di 1cm² nella parte più profonda dell'ulcera e/o su tessuto di granulazione imprimendo una pressione sufficiente a far rilasciare l'essudato dall'interno del tessuto, e mantenerla per almeno 5 secondi.
5. Evitare il campionamento su aree necrotiche, sacche di pus ecc. e cercare di ottenere un campionamento della carica batterica contenuta nel fondo della lesione.
6. Richiedere esame microscopico diretto e coltura quantitativa per grammo di tessuto.
7. Inviare i campioni al laboratorio nel più breve tempo possibile.

IMPORTANTE:

- A.** Garantire il comfort del paziente e l'adeguata gestione del dolore

24

4.4 TRATTAMENTO

GESTIONE DELLA LESIONE DA PRESSIONE INFETTA

Obiettivo: creare o ricreare una situazione che conduca verso la guarigione, attraverso l'abbassamento della carica batterica.

Se **colonizzazione critica:** uso di antimicrobici topici.

Se **infezione** vera e propria uso di antibiotici per via sistemica, orale o parenterale.

25

TRATTAMENTO DELLA LESIONE INFETTA

AZIONI

- Lavare e praticare "curettage" se è presente materiale purulento (Livello di evidenza A)
- Ridurre il rischio di replica microbica dovuta a presenza di tessuto devitalizzato attuando il debridement (livello evidenza C)
- Procedere rapidamente alla rimozione del tessuto necrotico con sbrigliamento chirurgico (NO solo se controindicato a causa delle caratteristiche del paziente). Se è presente infezione il debridementt autolitico non è indicato (Livello di evidenza D)
- Pulire la lesione con sola salina a temperatura ambiente (Livello di evidenza C)
- Considerare l'opportunità di iniziare terapia con medicazioni a base di argento per ulcere dove il debridement è stato completato, ma che non guariscono o che continuano a produrre essudato (Livello di evidenza C)
- Conservare correttamente le medicazioni
- Osservare una corretta igiene delle mani e adottare l'uso di indumenti protettivi
- Intensificare la detersione ad ogni cambio di medicazione -proteggere la ferita da fonti esogene di contaminazione con l'uso di medicazioni isolanti
- Evitare in generale medicazioni occlusive
- Medicare le ferite più contaminate per ultime
- Trattare i sintomi associati all'infezione come l'iperpiressia, il cattivo odore, l'iperessudazione o il dolore.

ATTENZIONE Il lavaggio con soluzioni antibiotiche o la loro applicazione **è sempre inutile e dannosa** in quanto l'azione antibatterica locale si esplica per un tempo insufficiente, favorisce l'insorgenza di antibiotico resistenza e può dare irritazione locale. (Livello di evidenza C). Non vanno usati **abitualmente** antisettici locali per ridurre la contami-

26

nazione batterica. (Livello di evidenza B).

Se si sceglie il trattamento con **antimicrobici** fare attenzione a:

- Definire le ragioni per l'uso, gli obiettivi e la durata del trattamento rivalutando regolarmente la situazione
- Non prostrarre i trattamenti per un tempo indefinito
- Impiegarli in un contesto integrato, che preveda l'ottimizzazione della resistenza dell'organismo ospite e altri metodi per ridurre la carica batterica (non deve essere in singolo intervento)
- Selezionare il tipo di prodotto antimicrobico tra antisettici in soluzione, medicazione antimicrobiche e antibiotici a seconda delle caratteristiche del paziente, dell'ulcera e del livello di coinvolgimento batterico (superficiale/profondo)

Antisettici in soluzione: applicati localmente per inibire la crescita dei batteri o distruggerli
IDOPOVIDONE, PEROSSIDO DI IDROGENO, CLOREXIDINA: UTILIZZO SELETTIVO DOPO VALUTAZIONE

SI	NO
ampio spettro di attività, target multipli buoni su cute integra	possono sviluppare resistenze su cute lesa possibile tossicità vs cellule in riparazione

Problemi: tempo di applicazione, presenza di biofilm

ATTENZIONE

MONITORARE costantemente e VALUTARE periodicamente

SOSTENERE la risposta immunitaria, (nutrizione ed idratazione, stili di vita, gestione delle co - morbidità, riconoscimento e gestione di altre infezioni in atto).

27

Indicazioni: Vantaggi vs effetto tossico per ulcere senza aspettative di guarigione o con gestione prioritaria della carica vs rispetto della stimolazione della guarigione

Medicazioni avanzate antimicrobiche: antisettici incorporati nelle medicazioni
FORMULAZIONI CONTENENTI ARGENTO.

SI	NO
<ul style="list-style-type: none">• restano in contatto con il letto di ferita per un tempo più lungo• effetto antimicrobico più costante nel controllo della carica batterica <p>Caratteristiche:</p> <ul style="list-style-type: none">• ampio spettro antimicrobico• sviluppo di resistenze raro• effetti collaterali rari e non gravi• disponibile su diversi supporti (alginati, schiume, idrofibra)	Associazione con altri antisettici

28

Indicazioni:

All'interno di un piano di cura generale nelle ferite con colonizzazione critica o infette.

È ragionevole considerare un ciclo di due settimane di trattamento seguito da rivalutazione.

Considerare caratteristiche legate al supporto della medicazione es. capacità di gestione essudato, del cattivo odore, conformabilità.

È necessario seguire le indicazioni del produttore.

NOTE

È SCONSIGLIATO in letteratura, l'uso di violetto di genziana, fuxina basica, mercurocromo e tinture in genere. oltre ad aver dimostrato un effetto cancerogeno su animali, sono citotossiche e colorano la cute perilesionale rendendo difficile la valutazione della stessa.

È SCONSIGLIATO l'uso di antibiotici topici

È SCONSIGLIATO l'uso topico di antibiotici destinati ad un uso sistemico, perché l'esposizione a dosaggi inferiori a quelli terapeutici favorisce lo sviluppo di resistenze batteriche sono documentate frequenti reazioni di sensibilizzazione

È SCORRETTA l'associazione, nella stessa medicazione, di più agenti antimicrobici, poiché l'effetto finale non è prevedibile si potrebbero annullare l'un l'altra e nessuno può garantirne l'innocuità

29

Classificazione di gravità delle ulcere da pressione

Grado I: eritema non regredibile su cute intatta. Scolorimento della cute, calore, edema, indurimento possono essere usati come indicatori in particolari individui di pelle scura.

Grado II: parziale perdita dello spessore cutaneo che coinvolge l'epidermide, derma o entrambi. Nella fase iniziale la lesione si presenta come bolla o flittena che in seguito evolve in abrasione.

Grado III: perdita completa dello spessore della cute che comprende danno o necrosi cutanea che può estendersi sotto, ma non attraverso la fascia sottostante.

Grado IV: distruzione estesa, necrosi cutanea a tutto spessore fino a realizzare danno a livello muscolare e osseo.
EPUAP (2003) classification system

REALIZZATO DA:

Gruppo di lavoro multi professionale sulle lesioni da pressione

SITRO

Staff Sviluppo Qualità e Comunicazione

SUPERVISIONE:

Lidia Maculan *Coordinatore Infermieristico - Distretto del Perugino*

Carlo Ottaviani *Coordinatore Infermieristico - Ospedale Città della Pieve*



USLUmbria**1**

www.uslumbria1.gov.it