

Prevenzione e Gestione delle PIAGHE DA DECUBITO

Trattamento e riabilitazione nutrizionale
nelle patologie neurologiche

www.fisiokinesiterapia.biz

M. Parkinson

emiplegia

paraplegia

mielolesione

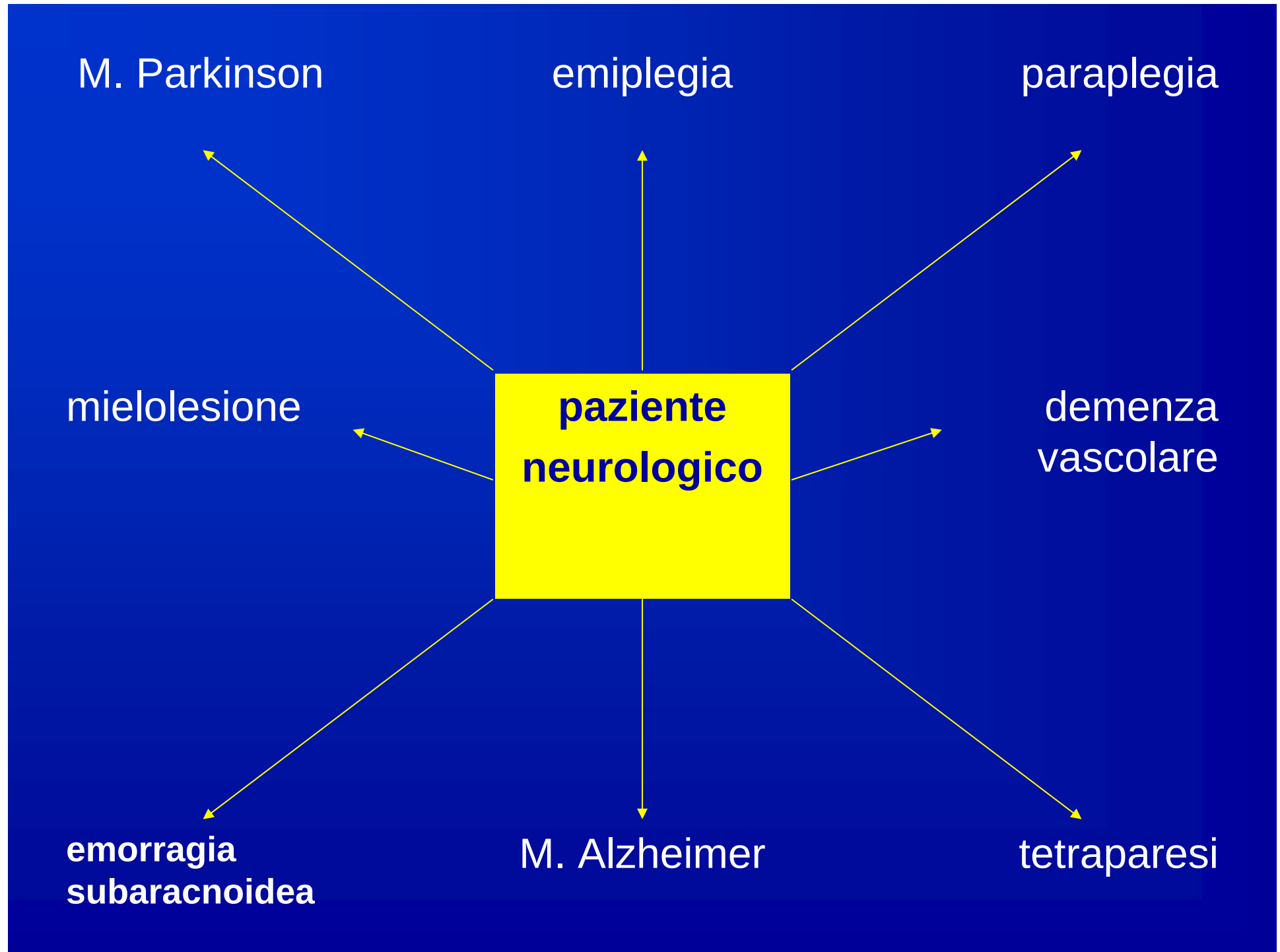
**paziente
neurologico**

demenza
vascolare

emorragia
subaracnoidea

M. Alzheimer

tetraparesi





**patologia
neurologica**

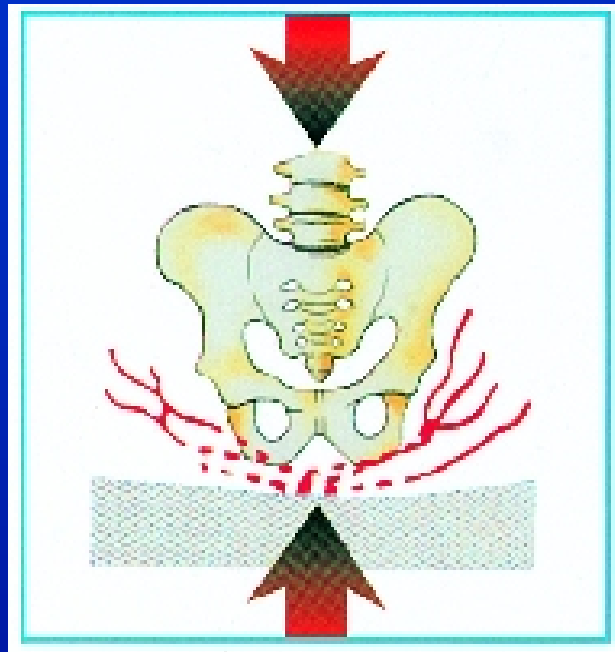
```
graph TD; A([patologia neurologica]) --> B[• diminuzione sensibilità protettiva<br/>• immobilità ipomobilità<br/>• incontinenza uro-fecale]; B --> C([Piaghe da Decubito]);
```

The diagram is a flowchart on a dark blue background. It starts with an oval labeled 'patologia neurologica' in the top left. A red arrow points from this oval to a central rectangular box. This box contains a bulleted list of three items: 'diminuzione sensibilità protettiva', 'immobilità ipomobilità', and 'incontinenza uro-fecale'. Another red arrow points from the bottom of this box to an oval in the bottom right labeled 'Piaghe da Decubito'.

- **diminuzione sensibilità protettiva**
- **immobilità ipomobilità**
- **incontinenza uro-fecale**

**Piaghe da
Decubito**

Piaghe o Lesioni da decubito



Si definiscono “piaghe da decubito o da posizione” le lesioni distrofiche della cute, causate dalla compressione meccanica e prolungata tra un piano di appoggio ed una superficie ossea sottostante.

Epidemiologia delle lesioni da decubito

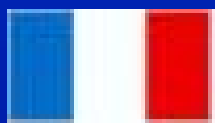
La situazione in Europa



13,2% dei pazienti ospedalizz.; mortalità 23-37%



13,2% dei ricoverati in Osp.Univ.; 23,3% in Osp.; 21,3% dei pz.domiciliari



8,6% dei pazienti ospedalizzati

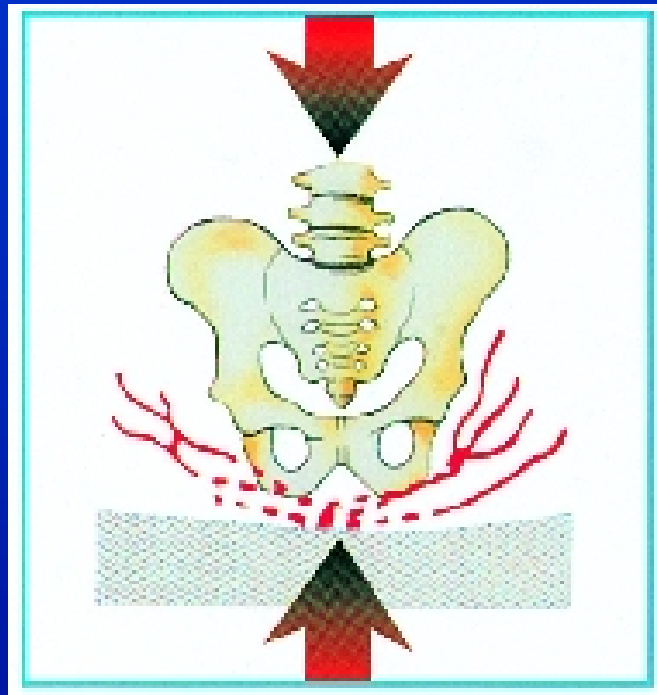


18,6% dei pazienti ospedalizzati



in base ai reparti: 7,2% in Chirurgia; 9,7% in Medicina; 19% in Rianimazione; 20% in Geriatria

Piaghe da decubito: meccanismi d'azione



- pressione
- taglio
- frizione

Piaghe da decubito: fattori che ne condizionano la comparsa

- immobilità
- età
- malattie muscolo-scheletriche (fratture, artrosi, etc.)
- malattie neurologiche (esiti di paralisi, etc.)
- malattie cardiovascolari (grave scomp. cardiaco, arteriopatie oblit.perif.)
- malattie psichiatriche
- farmaci (sonniferi, tranquillanti)
- condiz. nutritive
- scarsa assistenza (menefreghismo del personale, numero insuff. di infermieri, etc.)
- incontinenza
- sudorazione
- uso non corretto di cateteri, padelle, incerate etc.

Piaghe da decubito: stadiazione

(N.P.U.A.P. National Pressure Ulcer Advisory Panel, 1989)

Stadio 1



eritema stabile della cute (non lacerata)
non reversibile alla digitopressione

Stadio 2



lesione a spessore parziale che coinvolge
l'epidermide e/o il derma

Stadio 3

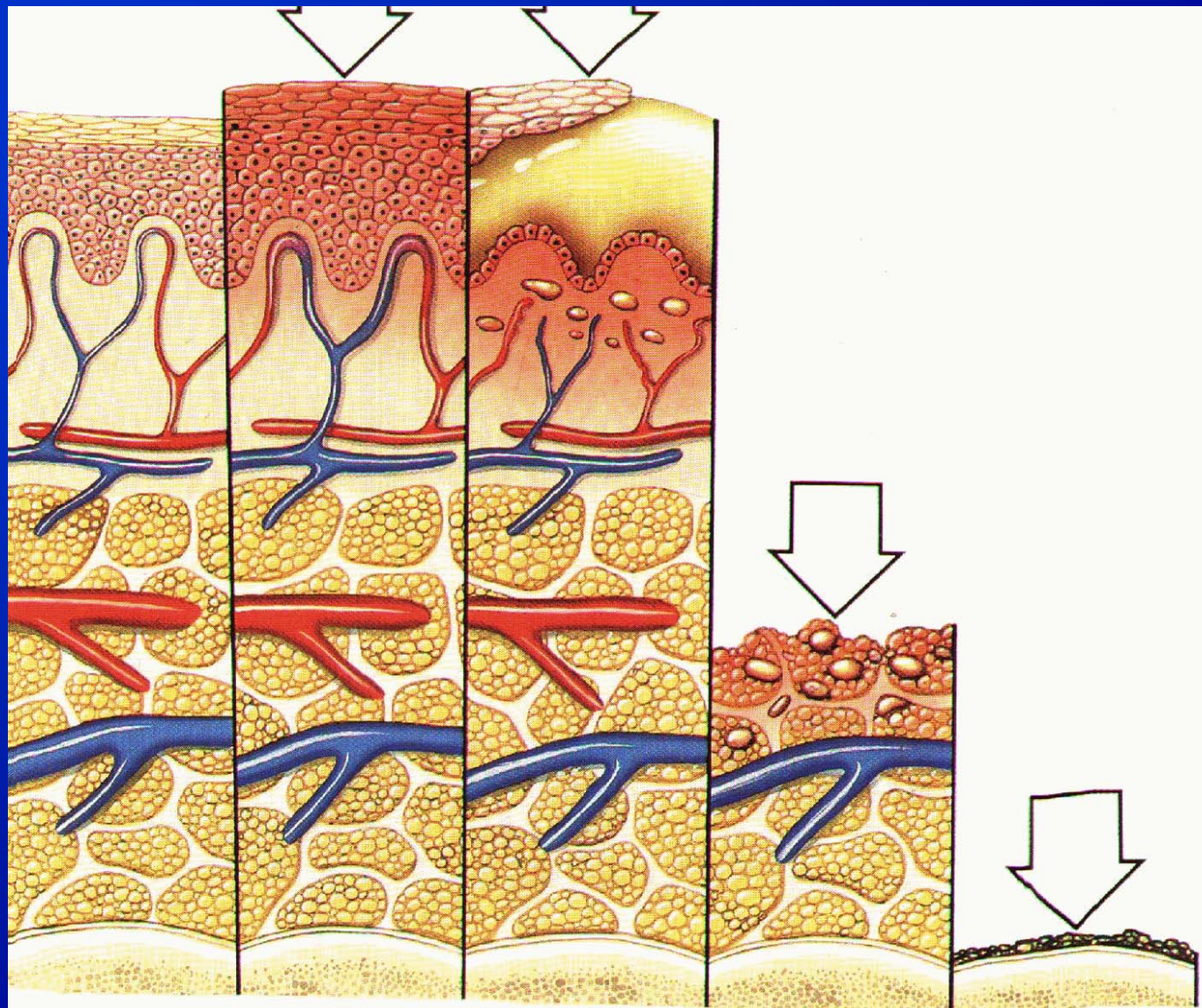


lesione a tutto spessore, con necrosi del
tessuto sottocutaneo, con estensione al
piano fasciale

Stadio 4



lesione a tutto spessore con estesa distru-
zione dei tessuti, necrosi o danno ai musco-
li, ossa o strutture di supporto (tendini,
capsula articolare, etc.)



I stadio

II

III

IV

Piaghe da decubito: caratteristiche morfologiche delle lesioni

- **dimensioni**
- **fondo** (piatto, irregolare, secernente, purulento, asciutto, etc.)
- **margini** (sottominati, ispessiti)
- **tessuti perilesionali** (rossore, calore, edema, functio laesa)
- **lesioni a bottone di camicia**: apparentemente poco estese in superficie, ma in realtà collegate da tragitti fistolosi ad ampi crateri in profondità



Piaghe da decubito

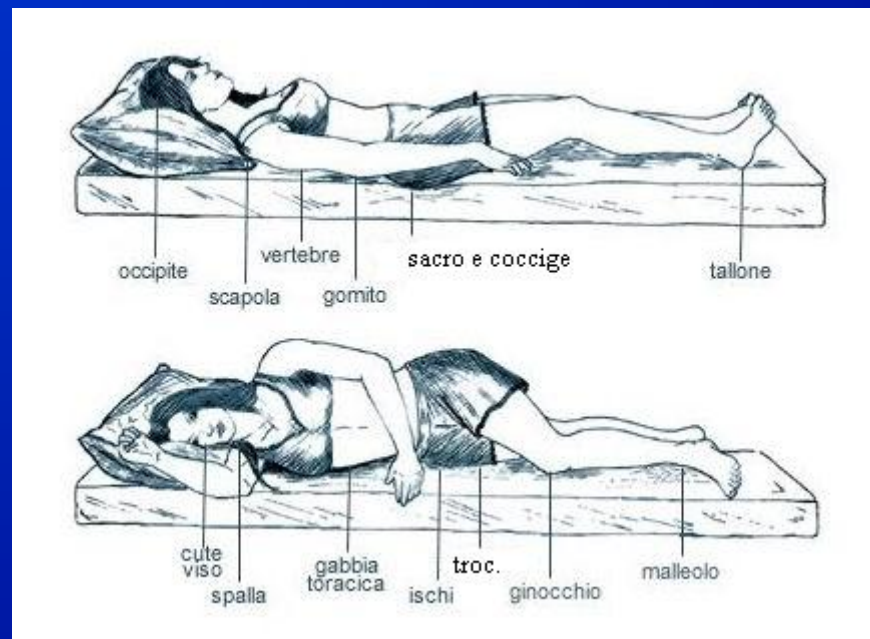
Sintomi sistemici soggettivi

- malessere
- febbre
- tachicardia

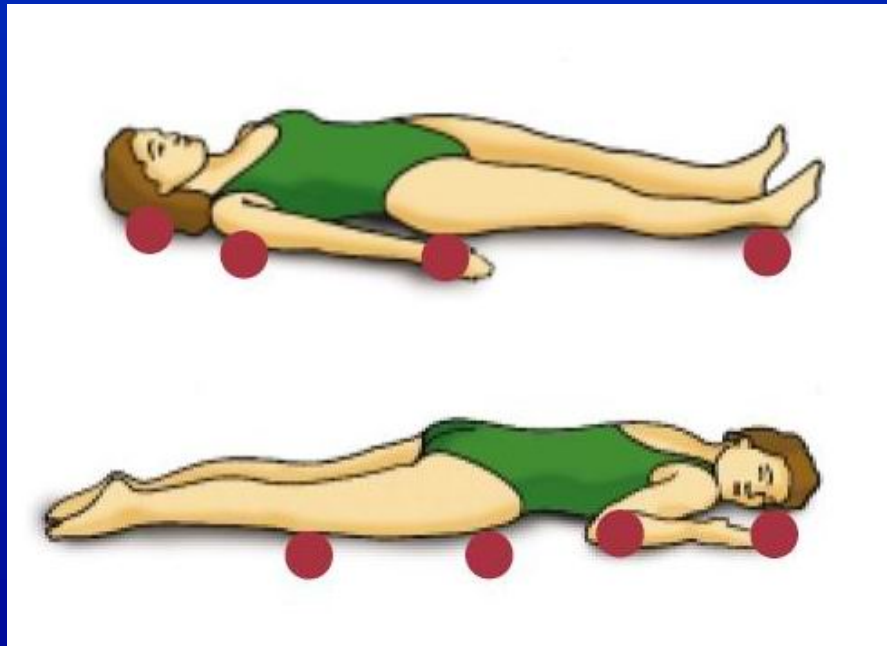
Sintomi locali

- dolore
- bruciore
- prurito





Le regioni anatomiche a rischio



Sono spesso localizzate in corrispondenza delle prominenze ossee:

28 %	regione ischiatica
17 - 20 %	regione sacrale
12 -19 %	regione trocanterica
9 -18 %	talloni

Si evolvono in tre fasi progressive:

**compressione
ischemia
lesione**

Si manifestano nel 13% dei pazienti ospedalizzati e nel 30% dei pazienti domiciliari

(Fonte: AISLEC)

Identificazione dei soggetti a rischio

Scale di:

- Norton
- Norton Plus
- Braden
- Sessing
- Barthel
- ... etc. ...

Identificazione e valutazione del soggetto a rischio: Scala di Norton

<u>Indicatori</u>	<u>Variabili</u>			
Condizioni generali	buone	discrete	scadenti	gravi
Stato mentale	lucido	apatico	coma apallico	coma
Mobilità	autonoma	poco limitata	molto limitata	immobilità
Incontinenza fecale	assente	occasionale	controllata da farmaci	continua
Punteggio indicatore	4	3	2	1
Punteggio finale: rischio assente: da 16 a 15				
rischio lieve: da 14 a 12				
rischio elevato: uguale o inferiore a 11				

CONDIZIONI GENERALI	STATO MENTALE	CAPACITA' DI CAMMINARE	CAPACITA' DI ALZARSI DAL LETTO	INCONTINENZA	TOTALE PUNTEGGIO A
1 2 3 4 4 Buone	1 2 3 4 4 Lucido ed orientato	1 2 3 4 4 Normale	1 2 3 4 4 Normale	1 2 3 4 4 Assente	
3 Discrete	3 Disorientato perdita della nozione dello spazio e del tempo e a volte anche dello schema corporeo	3 Cammina solo con appoggio	3 Leggermente limitata	3 Occasionale	
2 Scadenti	2 Confuso ridotto stato di coscienza, ideazione rallentata, obnubilamento mentale, spunti deliranti	2 Costretto su sedia	2 Molto limitata	2 Abituale (urine)	
1 Pessime	1 Stuporoso o comatoso stato di coscienza pochissimo vigile fino al coma, perdita della memoria	1 Costretto a letto	1 Immobile	1 Doppia (urine e feci)	

Norton Plus

Per determinare l'elemento "rischio" di lesioni da decubito verificare anche l'esistenza di: (attribuire 1 punto per ciascuna risposta SI)		TOTALE PUNTEGGIO B
Diagnosi clinica di diabete	SI	
Diagnosi clinica di ipertensione arteriosa	SI	
Ematocrito basso (M:<41%) (F:<36)	SI	
Albuminemia <3.3 g/dl	SI	
Temperatura corporea >37.6 °C	SI	
Modificazione dello stato mentale nelle ultime 24 ore con comparsa di confusione mentale o letargia	SI	
PUNTEGGIO DELLA SCALA DI NORTON PLUS (Punteggio A - Punteggio B) =		
Valori <10 indicano un rischio elevato, valori tra 10 e 14 = rischio medio, valori >14 rischio nullo.		

SCALA DI BRADEN

Indicatori e Variabili	4	3	2	1
Percezione sensoriale. Abilità a rispondere in modo corretto alla sensazione di disagio correlata alla pressione.	Non limitata. Risponde agli ordini verbali. Non ha deficit sensoriale che limiti la capacità di sentire ed esprimere il dolore o il disagio.	Leggermente limitata. Risponde agli ordini verbali ma non può comunicare sempre il suo disagio o il bisogno di cambiare posizione. O 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. O Ha impedimento al sensorio che limita la percezione del dolore almeno per la metà del corpo.	Completamente limitata. Non vi è risposta (non geme, non si contrae o afferra) allo stimolo doloroso, a causa del diminuito livello di coscienza od alla sedazione. O Limitata capacità di percepire dolore in molte zone del corpo.
Umidità. Grado di esposizione della pelle all'umidità.	Raramente bagnato. La pelle è abitualmente asciutta. Le lenzuola sono cambiate ad intervalli di routine.	Occasionalmente bagnato. La pelle è occasionalmente umida, richiede un cambio di lenzuola extra 1 volta al giorno.	Spesso bagnato. Pelle sovente ma non sempre umida. Le lenzuola devono essere cambiate almeno 1 volta per turno.	Costantemente bagnato. La pelle è mantenuta costantemente umida dalla traspirazione, dall'urina, ecc. Ogni volta che il paziente si muove o si gira lo si trova sempre bagnato.

Braden

Attività. Grado di attività fisica	Cammina frequentemente. Cammina al di fuori della camera almeno 2 volte al giorno e dentro la camera 1 volta ogni due ore (al di fuori delle ore di riposo).	Cammina occasionalmente. Cammina occasionalmente durante il giorno ma per brevi distanze con o senza aiuto, Trascorre la maggior parte di ogni turno a letto o sulla sedia.	In poltrona. Capacità di camminare severamente limitata o inesistente. Non mantiene la posizione eretta e/o deve essere assistito nello spostamento sulla sedia a rotelle.	Allettato. Costretto a letto.
Mobilità. Capacità di cambiare e di controllare le posizioni del corpo.	Limitazioni assenti. Si sposta frequentemente e senza assistenza.	Parzialmente limitata. Cambia frequentemente la posizione con minimi spostamenti del corpo	Molto limitata. Cambia occasionalmente posizione del corpo o delle estremità, ma è incapace di fare frequenti o significativi cambiamenti di posizione senza aiuto.	Completamente immobile. Non può fare alcun cambiamento di posizione senza assistenza.
Nutrizione. Assunzione usuale di cibo.	Eccellente. Mangia la maggior parte del cibo, Non rifiuta mai il pasto, talvolta mangia tra i pasti. Non necessita di integratori.	Adeguate. Mangia più della metà dei pasti, 4 porzioni o più di proteine al giorno. Usualmente assume integratori. O Si alimenta artificialmente con NPT o NE, assumendo il quantitativo nutrizionale necessario.	Probabilmente inadeguata. Raramente mangia un pasto completo, generalmente mangia la metà dei cibi offerti. Le proteine assunte includono 3 porzioni di carne o latticini al giorno, occasionalmente integratori alimentari. O Riceve meno quantità ottimale di dieta liquida o enterale (con SNG)	Molto povera. Non mangia mai un pasto completo. Raramente mangia più di 1/3 di qualsiasi cibo offerto. 2 o meno porzioni di proteine al giorno. Assume pochi liquidi e nessun integratore. O E' a digiuno o mantenuto con fleboclisi o beve bevande per 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 o nella poltrona. Frequentemente richiede riposizionamenti con la massima assistenza. Sono presenti spasticità, contratture, agitazione, che causano costantemente attrito contro il piano del letto o della poltrona.
------------------------------	--	--	---	--

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

Braden

Scala di Sessing

0 = cute normale ma a rischio

1 = cute integra, ma iperpigmentata ed arrossata

2 = fondo e bordo dell'ulcera integri e non arrossati

3 = fondo e bordi dell'ulcera granuleggianti, modesto essudato ed odore

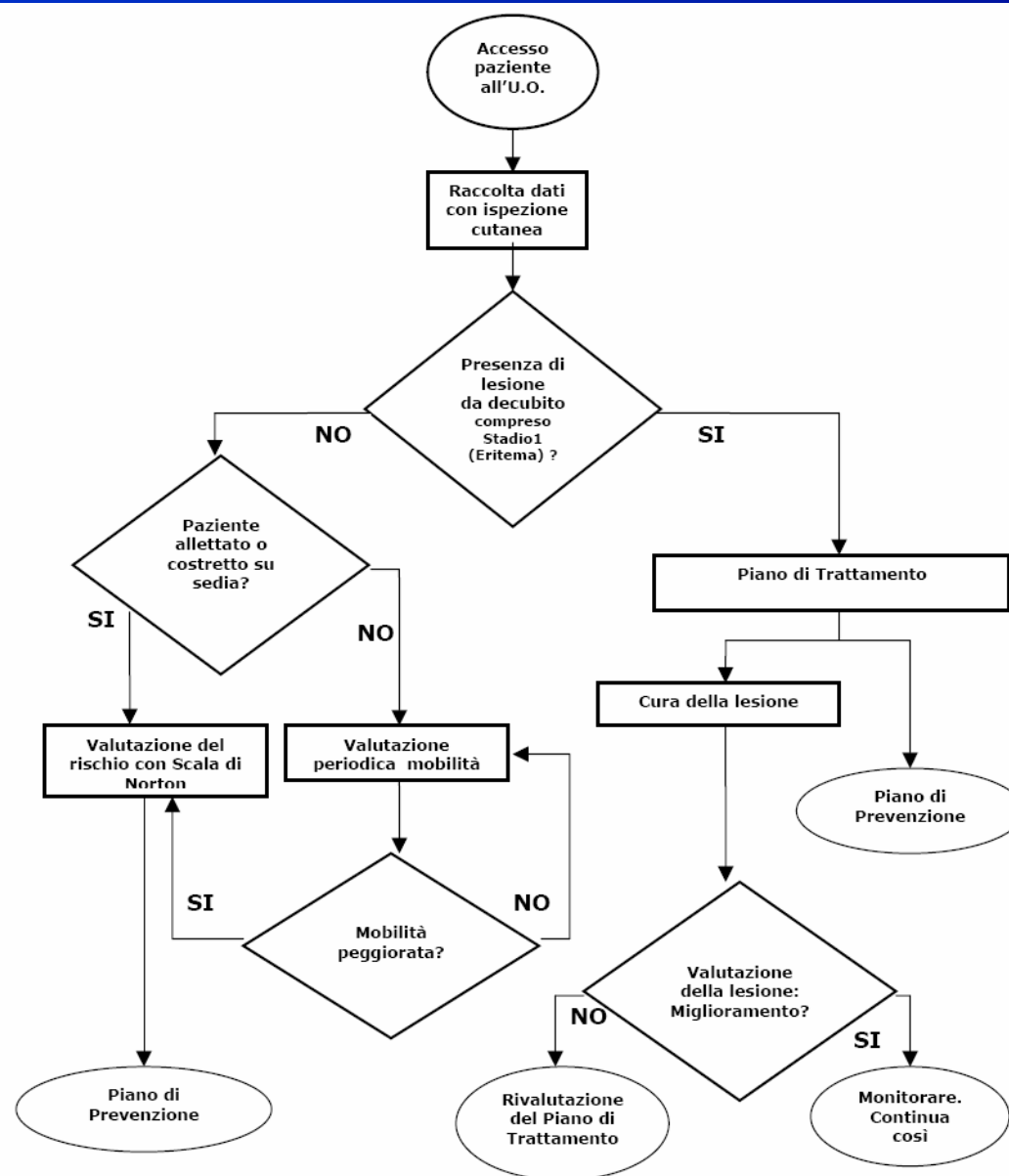
4 = modesto tessuto di granulazione, iniziale e modesto tessuto necrotico, essudato ed odore moderato

5 = presenza di abbondante essudato, maleodorante, escara; bordo arrossato ed ischemica

6 = ulteriore ulcerazione attorno all'ulcera primaria, essudato purulento, intenso odore, tessuto necrotico, sepsi

Stato funzionale: Indice di Barthel

abbigliamento 10 indipendente 05 bisogno di aiuto 00 totalmente dipendente	alimentazione 10 indipendente 05 bisogno di aiuto 00 totalmente dipendente	bagno 05 indipendente 00 dipendente	igiene personale 05 si lava la faccia e denti e/o si rade 00 dipendente
controllo intestinale 10 continente 05 occasionale incontinenza 00 incontinenza	controllo vescicale 10 continenza 05 occasionale incontinenza 00 incontinente	uso servizi 10 indipendente 05 con aiuto 00 totalmente dipendente	passaggi posturali 10 indipendente 05 minimo aiuto 00 totalmente dipendente
deambulazione 15 indipendente 10 con aiuto per 50 mt 00 incapace	scale 10 indipendente 05 con aiuto 00 incapace	Totale: (punteggio da 0 a 100) / 100	



Interventi di prevenzione

A) norme igieniche

B) nutrizione

C) mobilizzazione e posizionamento

D) riduzione della compressione

A) Norme igieniche

- Osservare quotidianamente le condizioni della cute del paziente, in particolare le zone a rischio
- Mantenere la cute pulita (detergenti debolmente acidi, non irritanti), in particolare dopo ogni evacuazione
- Asciugare per tamponamento



A) Norme igieniche

- In presenza di cute secca applicare olii protettivi o creme idratanti ed emollienti (contribuisce a ripristinare il mantello idrolipidico e a mantenere elastica la cute)
- Utilizzare paste a base di ossido di zinco se vi è rischio di macerazione come nei casi di incontinenza
- Usare ausili ad assorbenza, per le persone incontinenti



A) Norme igieniche

DA EVITARE

- uso di detergenti sgrassanti o soluzioni alcoliche
- applicazioni di talco o di polveri protettive
- strofinamento nell'asciugatura (rischio di frizione)
- massaggi profondi (scollamento dei tessuti)
- scorretto impiego dei pannoloni
- contatto della pelle con materiali impermeabili
- impiego di biancheria intima sintetica
- impiego di indumenti con elastici o bottoni
- lenzuola o indumenti umidi o bagnati
- pieghe delle lenzuola o della biancheria
- presenza di corpi estranei (briciole, ecc.)

B) Nutrizione

- **Valutare lo stato nutrizionale**
- **Adeguare il fabbisogno proteico**
- **Adeguare il fabbisogno di specifici nutrienti**
- **Adeguare il fabbisogno energetico**
- **Ricorrere all'integrazione nutrizionale – ove necessario alla nutrizione artificiale (enterale o parenterale)**

C) Mobilizzazione e posizionamento

Mobilizzare in modo regolare e costante il paziente

La mobilizzazione rappresenta la prima forma di difesa dell'organismo contro la compressione

- Nei **pazienti che hanno conservato la capacità di deambulare** occorre stimolare il più possibile il movimento, accompagnando la persona o fornendole gli ausili necessari (bastone, tripode, girello, corrimano) per dare sicurezza e autonomia.
- A **coloro che hanno perso la capacità di deambulare** garantire, ove possibile, la mobilizzazione, sistemandoli in poltrona o in carrozzina.
- Nei **pazienti totalmente allettati** privi di movimenti volontari o automatici assicurare una mobilizzazione passiva seguendo, a seconda del livello di rischio di insorgenza di lesioni, schemi di posizionamento personalizzati.

C) Mobilizzazione e posizionamento

PAZIENTE IN POLTRONA E IN CARROZZINA

- **Individuare la seduta corretta: schiena ben appoggiata ed adesa allo schienale**
- **Sollevare il paziente o incentivare il cambio di posizione autonomo (autosollevamento) per alcuni secondi, ogni 15 – 20 minuti**
- **La carrozzina deve essere possibilmente personalizzata alle esigenze del paziente**



C) Mobilizzazione e posizionamento

PAZIENTE IN POLTRONA E IN CARROZZINA

DA EVITARE

- **Lo scivolamento, assicurandosi dell'appoggio dei piedi; è possibile l'utilizzo di telini antiscivolo**

C) Mobilizzazione e posizionamento

PAZIENTE TOTALMENTE ALLETTATO

La postura indicata per il paziente allettato, oltre a ridurre i punti di pressione, deve essere confortevole e garantire un corretto allineamento delle articolazioni, per evitare contratture, anchilosi e, quindi, dolore.

- Nei cambi di postura ricercare la collaborazione del paziente; oltre ad agevolare l'operatore, ciò rappresenta un forte stimolo al mantenimento delle capacità di movimento per il paziente stesso**
- Cambiare la postura ogni 2 ore alternando le posizioni**
- Ad ogni cambio di postura sorvegliare la cute delle zone a rischio, sopra le sporgenze ossee, per riconoscere precocemente le zone di arrossamento**

C) Mobilizzazione e posizionamento

PAZIENTE TOTALMENTE ALLETTATO

POSIZIONE SUPINA

Allineamento:

Gli arti superiori possono essere allineati lungo i fianchi o leggermente abdotti e flessi in avanti, appoggiati su un cuscino, mano aperta. Gli arti inferiori divaricati, anche e ginocchia estese, piedi ad angolo retto. Per aumentare il comfort può essere utilizzato l'archetto solleva coperte.

Se il paziente è ad alto rischio possono essere posizionati cuscini sotto gli arti inferiori, per sollevare i talloni.



C) Mobilizzazione e posizionamento

PAZIENTE TOTALMENTE ALLETTATO

POSIZIONE SUPINA

Allineamento:

Gli arti inferiori possono essere messi in leggera flessione solo per brevi periodi, in quanto tale posizione, peraltro comoda, causa retrazioni tendinee e blocchi articolari. Se si vuole mantenere il paziente in posizione semiseduta, il sollevamento della testiera del letto non deve superare i 30°, al fine di evitare forze aggiuntive di taglio nei tessuti profondi causate dallo scivolamento verso il basso; se la testiera viene sollevata oltre i 30° dovranno essere sollevati anche gli arti inferiori, per contrastare lo scivolamento.



C) Mobilizzazione e posizionamento

PAZIENTE TOTALMENTE ALLETTATO

POSIZIONE SUPINA

Quando si mobilizza un paziente dalla posizione supina, si devono ispezionare i talloni e la zona sacro/glutea.

Nei soggetti totalmente immobili si dovranno ispezionare anche le altre zone di appoggio, cioè le scapole, i gomiti e l'occipite.



C) Mobilizzazione e posizionamento

PAZIENTE TOTALMENTE ALLETTATO

POSIZIONE OBLIQUA (destra e sinistra)

La posizione sul fianco a 90° deve essere evitata, per l'alto rischio di lesione nella zona trocanterica. Sono da preferire le posizioni obliqua a 30° anteriore e posteriore.



C) Mobilizzazione e posizionamento

PAZIENTE TOTALMENTE ALLETTATO

POSIZIONE OBLIQUA

Allineamento:

La spalla e la scapola sottostante vanno appoggiate al letto, per poter meglio posizionare il braccio sul piano del letto, sia esteso che a gomito flesso. Il braccio che rimane sopra deve essere appoggiato su un cuscino, in modo che la spalla sia leggermente aperta. La schiena va appoggiata su un cuscino ripiegato. La gamba che rimane sul piano del letto va posta lievemente in estensione indietro, per migliorare la stabilità del paziente, il ginocchio

lievemente flesso, il piede ad angolo retto.

L'altra gamba, che rimane sopra, va appoggiata su un cuscino, flessa all'anca e al ginocchio, piede ad angolo retto.



C) Mobilizzazione e posizionamento

PAZIENTE TOTALMENTE ALLETTATO

POSIZIONE OBLIQUA

Quando il paziente viene spostato da questa posizione si devono ispezionare la zona del trocantere e quella del malleolo; nei pazienti ad alto rischio anche la zona dell'orecchio.



C) Mobilizzazione e posizionamento

PAZIENTE TOTALMENTE ALLETTATO

POSIZIONE PRONA

Ove possibile insistere affinché le persone mantengano questa posizione, anche se per breve tempo, in quanto assicura un completo scarico della zona sacrale e dei calcagni e contrasta la rigidità in flessione delle anche e delle ginocchia.



C) Mobilizzazione e posizionamento

PAZIENTE TOTALMENTE ALLETTATO

POSIZIONE PRONA

Allineamento:

Il capo va ruotato dolcemente su un lato.

Gli arti superiori possono essere allineati entrambi lungo i fianchi, oppure uno dei due può essere flesso verso l'alto.

Sotto il paziente devono essere posizionati cuscini che permettano di ottenere uno spazio per i genitali maschili, o per le mammelle: i cuscini saranno lievemente distanziati, anche alle ginocchia, per permettere lo scarico delle rotule. I piedi devono essere posizionati oltre il bordo del materasso a 90°.



Schema di rotazione di Reuler

orario	postura
ore 8 e ore 20	laterale destra
ore 10 e ore 22	laterale sinistra
ore 12 e ore 24	supina
ore 2 e ore 14	laterale destra
ore 4 e ore 16	laterale sinistra
ore 6 e ore 18	supina

La compressione esercitata dai diversi presidi (Redfern 1973)

	Massima pressione in mmHg
letto ad aria	26-30
cuscinio di piume	36
materasso ad acqua	58
materasso in schiuma poliestere	68
letto ruotante	84
materasso ad aria	122
materasso di schiuma	140
materasso a molle standard	164
letto operatorio	260

D) Riduzione della compressione

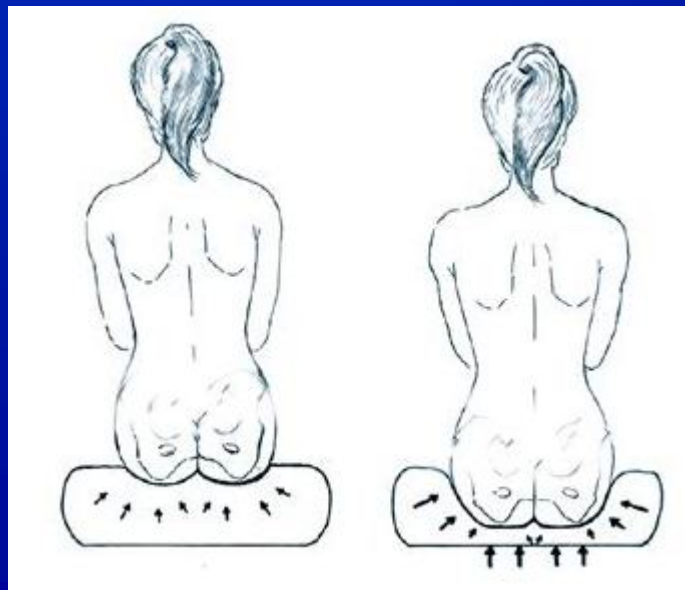
DISPOSITIVI E AUSILI ANTIDECUBITO

Permettono di tollerare meglio l'immobilità tra un cambio di postura e l'altro, ma non possono ridurre la frequenza, o essere sostitutivi, degli interventi di mobilizzazione.

Devono essere considerati all'interno di un piano complessivo di assistenza al paziente.

Gli ausili antidecubito sono composti da un supporto interno, costituito da uno o più strati di materiale solido o fluido, e da un rivestimento contentivo (fodera esterna) facile da sfilare e da lavare.

La caratteristica principale dei materiali antidecubito è la loro capacità di non adattarsi, di non lasciarsi schiacciare dal peso della persona (materiali cosiddetti “a bassa memoria”), in modo tale che la pressione fra la cute e il piano del letto (o della carrozzina) non superi mai il valore della pressione di chiusura dei capillari.



D) Riduzione della compressione

DISPOSITIVI E AUSILI ANTIDECUBITO

Tipologia	Vantaggi	Svantaggi
CUSCINI (acqua, aria, gel, gommapiuma, fibra)	• Mantengono un corretto allineamento del paziente a letto	• Riducono di poco la pressione di contatto
SOVRAMATERASSI E MATERASSI AD ARIA (a pressione alternata o continua)	• Riducono la pressione di contatto • Facile gestione • Economici	• Non consentono un aumento dell'intervallo tra una mobilizzazione e l'altra, nei pazienti ad alto rischio
MATERASSI AD ACQUA	• Riducono la pressione di contatto	• Peso elevato • Marcato ingombro • Possono causare mal di mare
MATERASSI A CUBI	• Riducono la pressione di contatto	• Per essere efficaci devono essere utilizzati senza lenzuola

D) Riduzione della compressione

DISPOSITIVI E AUSILI ANTIDECUBITO

Tipologia	Vantaggi	Svantaggi
LETTI A CESSIONE D'ARIA	• Mantengono la pressione al di sotto della pressione di occlusione capillare (escluso i talloni)	• Marcato ingombro • Costo elevato
LETTI FLUIDIZZATI	• Favoriscono il galleggiamento del paziente	• Peso elevato • Marcato ingombro • Costo elevato
VELLI NATURALI O SINTETICI	• Riducono l'incidenza delle sole lesioni superficiali causate dalla frizione	• Necessitano di una scrupolosa igiene • Possono aumentare la temperatura della cute nella zona di contatto

D) Riduzione della compressione

DISPOSITIVI E AUSILI ANTIDECUBITO

Tipologia	Vantaggi	Svantaggi
ARCHETTO ALZA COPERTE	• evita il peso delle coperte sul piede • favorisce l'aerazione riducendo calore ed umidità	• necessità di mantenere il corretto posizionamento del paziente con cuscini
ASTA CON TRAPEZIO	• facilita i cambi posturali	• nell'autosollevamento rischio di frizione o stiramento della cute
TALLONIERE GOMITIERE	• alleviano la compressione delle zone maggiormente esposte a pressione o sfregamento	• riduzione solo parziale della compressione • aumento T° locale
CAVIGLIERE AD ANELLO	• mantengono il piede sollevato dal piano del letto in qualsiasi posizione	• necessità di mantenere il corretto posizionamento del paziente con cuscini • causano iperestensione del ginocchio

D) Riduzione della compressione

DISPOSITIVI E AUSILI ANTIDECUBITO

Tipologia	Vantaggi	Svantaggi
POSIZIONATORE DEL PIEDE	• mantiene il piede sollevato dal piano del letto	• utilizzabile solo per posizioni supine • insufficiente in presenza di spasticità

Da evitare tutte le ciambelle

**La Gestione
delle
Piaghe da Decubito**

Trattamento delle piaghe da decubito al 1° stadio

Obiettivo: ripristinare la vascolarizzazione e prevenire l'ulcerazione cutanea



- **Eliminare la compressione locale** (piano di mobilizzazione personalizzato al paziente; uso di idonei dispositivi)
- **Evitare il massaggio** (aggrava il danno tissutale; scolla i piani cutanei; ostacola la rigenerazione dei tessuti ed i processi di angiogenesi; inibisce la riepitelizzazione)
- **Detergere** (creme emollienti, a salvaguardia dello strato idrolipidico; sostanze barriera, a protezione della cute dalle sostanze irritanti e dalla macerazione: creme a base di ossido di zinco, spray al silicone)(no soluz. alcoliche)
- **Medicare** (medicazioni idrocolloidali di tipo sottile o film membrana)

Trattamento delle piaghe da decubito al 2° stadio

Obiettivo: favorire la ricostruzione cutanea



- **Eliminare la compressione locale**
- **Detergere** (Ringer Lattato, Soluzione fisiologica)
- **Medicare** (idrocolloidi, schiume in poliuretano, medicazioni occlusive, medicazioni semioclusive)

Trattamento delle piaghe da decubito al 3° stadio

Obiettivo: rimuovere il tessuto necrotico



- **Asportare chirurgicamente il tessuto necrotico** (bisturi e forbici) - l'asportazione del tessuto necrotico può essere favorita dall'applicazione di sostanze proteolitiche (collagenasi, proteasi aspecifiche, papaina), che devono però risparmiare il tessuto sano
- Impiegare da questo stadio in poi gli **antibiotici locali** (preferibilmente aminoglicosidi e metranidazolo)
- **Medicare** (medicazione di tipo occlusivo, idrocolloidi, collagene)
- Non usare acqua ossigenata (distrugge il 50% delle cellule in via di riepitelizzazione)

Trattamento delle piaghe da decubito al 4° stadio

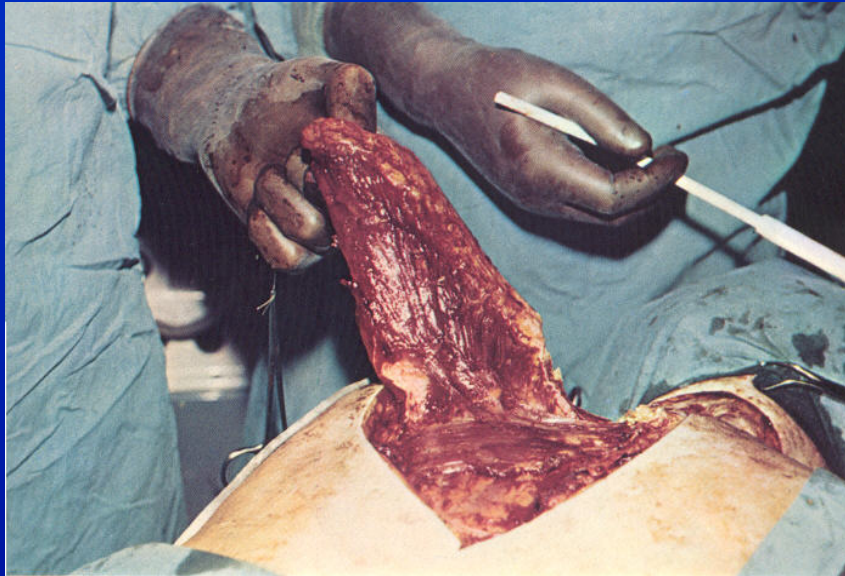
Obiettivo: controllo delle infezioni



- Favorire l'**approccio multidisciplinare** (chirurgo, geriatra, nutrizionista, infermiere, fisioterapista)
- **Rimuovere il tessuto necrotico**
- **Detergere e disinfettare** (in questo stadio si possono usare i disinfettanti)
- **Medicare** (alginato di calcio, schiume di poliuretano, idrocolloidi semipermeabili)

Trattamento delle piaghe da decubito al 4° stadio

Lesioni con scarsa o nulla tendenza alla guarigione



- **Chirurgia** (chirurgia diretta; innesti di cute autologa; lembi cutanei e/o miocutanei, possibilmente neurosensitivi; rimodellamento delle salienze ossee)
- **Laserterapia**
- **Mesoterapia** (studi con defibrotide)
- **Applicazioni di vuoto** (VAC, Vacuum Assisted Closure)



Impatto e conseguenze delle piaghe da decubito

- Aumento dei tempi di degenza con ripercussioni sulla produttività di reparto (DRGs)
- Aumento dei costi dell'assistenza
- Aumento del tempo dedicato alla cura delle lesioni
- Aumento del rischio di infezioni in reparto
- Qualità della vita del paziente: dolori, disturbi, disagi, isolamento

LA GUARIGIONE DELLE PIAGHE

- Circa il 75% delle Ulcere di Stadio II guarisce in media in 8 settimane
- Solo il 17% delle Ulcere di Stadio III e IV guarisce in 8 settimane



In media il 20% delle Ulcere di Stadio III e IV guariscono in tempi > 1 anno

Fonte: Lazarus et al, Arch Dermatol 1994

- La difficoltà di guarigione dipende da fattori trofici e circolatori ma anche dallo stato nutrizionale del paziente
- **Il 70% dei pazienti con piaghe presenta uno stato di malnutrizione; i due terzi di questi sono anziani**

Fonte: Thomas , J gerontol.review 2001

**Le Piaghe da Decubito
rappresentano la spia delle
cattive condizioni cliniche del
paziente**





**spesso le Piaghe da Decubito
rappresentano il fallimento
del programma riabilitativo**

