



Sommario

1. PREMESSA.....
2. PREVENZIONE
3. CLASSIFICAZIONE.....
4. TRATTAMENTO.....

REV	DATA	MOTIVO	PAG.
0	14/02/2022	Modifiche formali	Tutte

Redatto da:

Coord. Sanitario	Segreteria
Dott. S. Saccuti	De Cristofaro F.

Approvato da:

Coord. di Struttura	Infermiere
Dott.ssa De Cristofaro Lucia	Claudio Rano



1. PREMESSA:

Le ulcere da decubito rappresentano un problema importante dell'assistenza, soprattutto in termini di sofferenza umana, oltre che per l'impiego di molteplici risorse.

L'incidenza delle LDD costituisce uno dei parametri per la valutazione del livello di qualità del servizio prestato nelle strutture. E' indispensabile quindi un approccio multidisciplinare che deve vedere l'azione coordinata e integrata delle varie figure professionali atte alla prevenzione e al trattamento di queste lesioni.

La presa in cura del paziente con deficit della mobilità e/o con LDD implica:

1. Adozione o potenziamento delle misure di prevenzione;
2. Trattamento locale.

2. PREVENZIONE:

La prevenzione delle LDD si basa fundamentalmente su:

- a) Individuazione precoce dei pazienti a rischio
- b) Riduzione dei fattori di rischio
- c) Misure per correggere o prevenire le cause di LDD
- d) Presa in cura del paziente con particolare riguardo alle condizioni generali, patologia di base, stato nutrizionale, eventuali complicanze e aspetto psicologico.

Individuazione precoce dei pazienti a rischio

Quando un anziano entra in struttura deve essere sempre eseguita un'attenta valutazione globale, in particolare un'attenta ispezione della cute e deve essere segnalata in cartella "cute indenne da LLDD" oppure segnalata con precisione la presenza di lesioni già all'ingresso. Si deve prevedere anche la compilazione della SCALA DI BRADEN. Tale scala indicativa del rischio da decubito, dovrà essere ripetuta ogni 6 mesi o ad ogni modificazione significativa dello stato dell'anziano per la rivalutazione periodica del rischio. (**Allegato 1**)

Riduzione dei fattori di rischio

I fattori di rischio vengono distinti in INTRINSECHI ed ESTRINSECI.



FATTORI INTRINSECI	FATTORI ESTRINSECI
• Ridotta mobilità • Malnutrizione • Malattie croniche • Età • Patologie neurologiche • Gravi stati terminali • Disidratazione • Ipotensione • Febbre • Ridotta resistenza cutanea • Bassa ossigenazione tissutale	• Pressione • Umidità (conseguenza di incontinenza, macerazione, o altro) • Frizioni (attriti) • Frizioni di taglio

Misure per correggere o prevenire le cause di LDD

E' necessario, una volta identificato il paziente a rischio di lesioni, che l'OSS o l'Infermiere ispezionino la cute almeno una volta al giorno facendo particolare attenzione alle zone a rischio.

Le misure di prevenzione riguardano:

1. Igiene della persona, eseguire la pulizia della cute quotidianamente con acqua tiepida e molta accuratezza nell'asciugatura. Mantenere una buona idratazione della cute utilizzando creme idratanti. Gestire adeguatamente le condizioni che possono causare una macerazione della cute. Utilizzare per ogni ospite le misure più appropriate per evitare macerazioni: assistenza all'evacuazione, uso di pannoloni, di cateteri vescicali. Pianificare interventi personalizzati.
2. Mobilizzazione, nei pazienti costretti all'immobilità (letto, carrozzina) il cambio posturale deve avvenire al massimo ogni 2/3 ore, anche in presenza di presidi antidecubito. Eseguire il cambio posturale evitando i danni da frizione o stiramento .
3. Presidi antidecubito, tali presidi sono di supporto nella prevenzione ma da soli sono inefficaci se non vengono messe in atto tutte le altre misure. E' comunque indispensabile controllarne sempre la loro funzionalità. Prioritario ricordare che l'utilizzo di qualsiasi presidio antidecubito non esclude il previsto cambio posturale che costituisce sempre una delle fondamentali misure di prevenzione.
4. Nutrizione, l'aspetto nutrizionale assume una grande rilevanza nella prevenzione delle lesioni. E' pertanto necessario una valutazione del rischio nutrizionale con SCALA DI PLYMOUTH (**Allegato 2**) da compilarsi all'ingresso con rivalutazione dopo 6 mesi e al modificarsi della situazione. E' indispensabile pesare l'anziano all'ingresso e pianificare gli interventi legati al rischio nutrizionale.



Di fondamentale importanza la valutazione di :

- ✓ Disfagia
- ✓ Malassorbimento
- ✓ Anoressia
- ✓ Problemi di masticazione

Da tale valutazione nutrizionale deve essere impostato un PROGRAMMA NUTRIZIONALE , coinvolgendo eventualmente la dietista e pianificando interventi, modalità e tempi di valutazione.

Presa in cura del paziente

La presa in carico di un ospite con LDD o a rischio di LDD deve contemplare l'approccio multidimensionale. Infatti la LDD si presenta in situazioni di polipatologia che riguardano l'anziano che è già un soggetto fragile. La presa in cura deve tener conto, oltre alle problematiche sopraelencate, anche dello stato di coscienza, la presenza del dolore, della terapia farmacologica, dell'indice glicemico, delle turbe della coagulazione, di infezioni ricorrenti, dello stato mentale, ecc. La presa in cura si attua attraverso la pianificazione ed attivazione degli interventi di prevenzione e trattamento definite nel PAI e condivise con l'intera equipe.

La rivalutazione del paziente deve essere effettuata, in particolare, ad ogni cambiamento delle condizioni esistenti e nei casi in cui intervengano modifiche dei parametri oggetto di valutazione, anche se relative ad un singolo dato (es.: incontinenza).

3. CLASSIFICAZIONE

Ad una insorgenza di LDD l'Infermiere, nella sua valutazione, deve annotare sull'apposito modulo (**Allegato 3**) la sede, le dimensioni, le caratteristiche, e la classificazione in base alle tabelle di seguito riportate - **in assenza di informatizzazione – se presente sftw tale compilazione è esclusivamente informatica.**

E' necessaria una documentazione fotografica dell'ulcera che andrà allegata a tale modulo per valutarne l'evoluzione.



CLASSIFICAZIONE PER STADI DELLE LDD

STADIO 1 :

Eritema della cute intatta non reversibile alla digito-compressione:

questo è un segno premonitore dell'ulcerazione della pelle. Altri segni indicativi dell'imminente insorgenza dell'LDD possono essere lo scolorimento cutaneo, il calore o l'indurimento.

STADIO 2 :

Lesione a spessore parziale che coinvolge l'epidermide o il derma.

L'ulcera è superficiale e si presenta clinicamente come un'abrasione, una vescica, una bolla o una lieve cavità.

STADIO 3 :

Lesione a tutto spessore che implica danno o necrosi del tessuto sottocutaneo che si può estendere fino alla fascia sottostante, ma senza attraversarla.

L'ulcera si presenta clinicamente come una cavità che può sotto minare o meno il tessuto adiacente.

STADIO 4 :

lesione a tutto spessore con distruzione estesa, necrosi tessutale o danni ai muscoli, alle ossa o alle strutture di supporto (es.: tendini, capsula articolare, ecc.)

Presenza di tessuto sotto minato e di tratti cavi, può essere associata allo Stadio 3.

Sistema di classificazione delle lesioni basato sul concetto del colore, utile come criterio di valutazione che come mezzo per il trattamento.

ROSSO:

Indica la presenza di tessuto di granulazione pulito e sano.

Quando una lesione inizia a cicatrizzare si forma uno strato di tessuto di granulazione di colore rosa pallido che in seguito assume il colore rosso carne.

GIALLO:

Indica la presenza di essudato o slough che vanno eliminati.

L'essudato può avere un colore giallo biancastro, giallo cremoso, verde giallastro o beige.

NERO:

Indica la presenza di escara.

Il tessuto necrotico rallenta la cicatrizzazione e favorisce la proliferazione di microrganismi.

RICORDA: se una lesione assume due o anche tre colori contemporaneamente, la strategia di intervento si deve basare sul colore meno auspicabile (es.: se una lesione è sia gialla che nera classificarla come nera)



MORFOLOGIA DELLE LESIONI NEI DIVERSI STADI

Nello stadio 2, la lesione può presentarsi sottoforma di abrasione o bolla.

Negli stadi 3 e 4 la necrosi può essere ben visibile o sottoforma di necrosi nerastra (la cui presenza rende difficile classificare con sicurezza il decubito nello stadio 3 o in quello 4), o sottoforma di tessuto tendente al giallo (tessuto fibrinoso o SLOUGH), più o meno colliquato.

4. TRATTAMENTO

Il trattamento delle LDD deve attenersi alle suddette linee guida.

L'infermiere attua tale trattamento segnalando sull'apposito modulo (Allegato 4) la prescrizione e l'attuazione pianificando la rivalutazione.

Il trattamento locale delle LDD:

- a) Detersione della lesione (WOUND CLEASING)
- b) Eventuale rimozione (Sbrigliamento) di tessuto necrotico (DEBRIDEMENT)
- c) Medicazione vera e propria (DRESSING)
- d) Prevenzione/trattamento delle infezioni locali
- e) Criteri di scelta del tipo di medicazione
- f) Frequenza della medicazione
- g) Monitoraggio della lesione

Detersione della lesione (WOUND CLEASING)

Deve essere abbondante e fatta con la giusta pressione, quindi va eseguita con la siringa senza ago, perché questa esercita una buona forza meccanica, utilizzando solo soluzione fisiologica.

Eventuale rimozione (Sbrigliamento) di tessuto necrotico (DEBRIDEMENT)

E' necessaria (se non controindicazioni) per evitare infezioni e favorire la crescita di tessuto ripartivo di granulazione con guarigione della lesione.

Lo sbrigliamento può essere chirurgico, meccanico, enzimatico e autolitico e precisamente:

SBRIGLIAMENTO CHIRURGICO (toilette): è obbligatorio in condizioni in cui la zona necrotica della lesione presenti gemizio sieroso o purulento, o altri segni di infezione. Nelle prime 24 ore dopo la toilette chirurgica del decubito, va applicata medicazione asciutta (specialmente se la lesione è sanguinante).

SBRIGLIAMENTO ENZIMATICO: si effettua utilizzando preparati ad attività proteolitica (come le collagenasi) che "digeriscono" il tessuto necrotico portando alla sua graduale eliminazione. Va però tenuto presente che questi prodotti anche i tessuti sani, per cui vanno applicati con cautela e precisione.



SBRIGLIAMENTO AUTOLITICO: si basa sul principio che è possibile un'autodigestione del tessuto necrotico da parte degli enzimi e dei secreti biologici presenti nella lesione stessa. Per favorire questo tipo di processo, si ricorre alla copertura con pellicole semi-impermeabili dopo aver applicato idrogeli.

SBRIGLIAMENTO MECCANICO: comprende rimozione del tessuto non vitale, attraverso l'utilizzo di garze imbevute di fisiologica da applicare sulla lesione e da togliere quando la gaza stessa si sia asciugata (medicazione da umido a asciutto) tale procedura fa sì che la garza (una volta seccata), aderisca strettamente al tessuto necrotico permettendo l'asportazione durante le manovre di medicazione.

Tale metodica, benché efficace, è poco usata perché può danneggiare anche il tessuto sano e perché richiede più sedute di medicazione nell'arco delle 24 ore.

Per le escare secche e non complicate del **tallone** è consigliabile un attento controllo senza ricorrere allo sbrigliamento, infatti spesso tendono a seccarsi asciugandosi gradatamente, è necessario il monitoraggio.

MEDICAZIONE

Non esiste una metodica ottimale per il trattamento delle LDD, che può quindi variare in base alle condizioni del paziente, al tipo di lesione e alla sua condizione. Il principio basilare è quello di favorire la guarigione rispettando l'ambiente naturale nel quale avvengono i processi di riparazione ed evitare le condizioni che la rallentano, come le variazioni di umidità, PH, temperatura e sovra infezioni.

La riparazione è un fenomeno vitale ed è condizionato. Oltre che dai fenomeni locali, da fattori sistemici che andranno corretti.

Ogni tipo di medicazione deve essere preceduta da un'accurata igiene dell'anziano e delle mani degli operatori. Si procede ad una corretta ispezione della lesione e successiva detersione con irrigazione della lesione, mantenendone il letto della ferita leggermente umido, lasciando la cute circostante asciutta.

La miglior prevenzione dell'infezione della LDD consiste in una corretta e frequente pulizia della lesione accompagnata da opportuno sbrigliamento (DEBRITMENT). Particolare cura e frequenza per i decubiti più facilmente soggetti a contaminazione per urine e feci.

COSA NON DEVE ESSERE FATTO :

- non è indicato ricorrere al tampone colturale della lesione, dal momento che tutti i decubiti, anche non infetti, presentano contaminazione batterica e il germe isolato con il tampone spesso non è in relazione con quello che ha determinato la complicità infettiva
- per il trattamento delle infezioni delle LDD **non** devono essere usati antisettici (acqua ossigenata compresa)
- per il trattamento di infezioni, solo locali, delle LDD **non** è indicata la terapia antibiotica sistemica

Nella pratica clinica la scelta del tipo di medicazione, oltre a tener conto delle condizioni generali di salute del paziente e delle complicanze, deve avvenire in base a vari criteri:

colore/stadiazione, capacità di controllare/assorbire l'esudato, presenza o meno di infezione, sede, presenza di dolore, facilità di esecuzione e frequenza ovvero maneggevolezza del prodotto con riferimento



alla durata, alle caratteristiche di adesività, alla facilità nella rimozione, al tempo richiesto all'operatore, tollerabilità e benessere del paziente, valutazione del costo beneficio individuando, nell'ordine, prodotti di prima e seconda scelta (vedi tabella), ecc.

Per questi motivi spesso vengono preferiti i prodotti, come paste o pellicole idrocolloidi, o schiume in poliuretano, che possono restare in situ per molto tempo. In ogni caso attenersi sempre alle indicazioni specifiche dei prodotti.

La valutazione del costo del tipo di medicazione va fatta tenendo conto del tempo infermieristico risparmiato (se la frequenza di cambio è ogni 3 o 4 giorni) e se realmente non necessita di cambi giornalieri, altrimenti optare per un diverso prodotto.

Si ricorda che le medicazioni in sedi perianale vanno controllate più volte al giorno per l'alto rischio di contaminazione e quindi la scelta del prodotto deve essere mirata.

VERIFICHE – INDICATORI:

- **MONITORAGGIO DELLA LESIONE**

Il monitoraggio costante della lesione è parte integrante del Piano di Cura, è infatti necessario all'inizio del trattamento e successivi controlli, stadiare la lesione per monitorarne l'evoluzione nel tempo e quindi valutare l'efficacia della medicazione adottata.

Inoltre è indispensabile programmare i tempi di valutazione in modo adeguato (tempo di risposta al trattamento).

E' indispensabile mantenere comportamenti e capacità di valutazione omogenei da parte degli infermieri e tali valutazioni devono essere effettuate con metodi descrittivi e di misurazione oggettivi (cm). in associazione alla documentazione fotografica.

Se dopo un cambio di prodotto, passato 2 o 4 settimane, non si evidenzia nessun progresso, rivalutare l'adeguatezza in mini equipe del Piano globale di trattamento, come pure le sue modalità di applicazione.



RACCOMANDAZIONI IN SINTESI:

LESIONI AL I° STADIO (arrossamento, cute integra)

Obiettivo: evitare il peggioramento al II° stadio

Trattamento:

- ✓ decompressione della zona, alternanza del decubito
- ✓ accurata igiene
- ✓ crema effetto barriera **OSSIDO DI ZINCO** (senza massaggio) oppure
- ✓ applicazione di pellicola trasparente **OPSITE** (funge da barriera, può essere lasciata in sito fino a 7 giorni) oppure
- ✓ idrocolloide sottile **DUODERM** (da rimuovere max 6 giorni)

Ricorda: le pellicole adesive possono, sulla cute fragile, al momento della rimozione, provocare un trascinamento della cute, quindi questa manovra deve essere effettuata con particolare delicatezza.

LESIONI AL II° STADIO (coinvolge epidermide e derma-abrasione-vescica o bolla)

Obiettivo: evitare il peggioramento al III° stadio – favorire la guarigione-evitare il peggioramento.

Trattamento:

- ✓ mantenere ambiente umido e protetto
- ✓ detergere con fisiologica
- ✓ applicare pellicola trasparente sterile (**TEGADERM**) oppure se poco secernente applicare **DUODERM** fino ad un massimo di 4 giorni, oppure in seconda battuta **ALLEVIN ADESIVE** o **MEPILEX**

LESIONI AL III° STADIO (coinvolge epidermide e derma-tessuto adiposo)

1. FASE NECROTICA (gialla o nera)

Obiettivo: rimuovere la necrosi nel più breve tempo possibile in modo da ridurre le complicanze infettive, garantire un ambiente umido.

Trattamento:

- ✓ Detergere con fisiologica
- ✓ Applicare uno strato di **NORUXOL**, avendo cura di riempire tutte le zone cavitare



Procedura Prevenzione e Trattamento Lesioni da Decubito (LDD)

I
Rev. 0 – 14/02/2022
Pag.10 Odi 20

- ✓ Proteggere la cute circostante con crema barriera
- ✓ Medicazione secondaria a piatto da sostituire tutti i giorni

Se la lesione è mista (secca e umida):

- applicare NUGEL fluido,
- coprire con pellicola trasparente,
- applicare ALLEVIL O CONFEL O CONFEL BIATAIN.

Se l'escara è secca:

- intervenire chirurgicamente e chiudere con medicazione secondaria
- oppure applicare NORUXOL adottando la tecnica della fessurazione (produrre una fessura sull'escara con bisturi al fine di far penetrare il prodotto)
- coprire con medicazione secondaria

2. FASE SIEROSA (gialla o rossa)

Obiettivo: rimuovere la necrosi nel più breve tempo possibile e ridurre le complicanze infettive, e favorire l'assorbimento dell'esudato.

Trattamento:

- ✓ Detergere con fisiologica
- ✓ Applicare uno strato sottile di NUGEL fluido sulle zone necrotiche e/o fibrinolitiche
- ✓ Coprire con KALTOSTAT o ALLEVIN o CONFEL BIATAIN se molto secernenti o con DUODERM GCF se poco secernenti (attenzione: la scelta del prodotto viene determinata anche dalle caratteristiche dei margini della lesione: se macerati sono preferibili ALLEVIN o CONFEL)
- ✓ Se la lesione è cavitaria e/o sotto minata applicare: KALTOSTAT in zaffo o ALLEVYN CAVITY se molto secernenti, o PASTA DUODERM se poco secernenti
- ✓ In base all'esudato coprire con medicazioni secondarie

3. FASE DI GRANULAZIONE (rossa)

Obiettivo: mantenere l'ambiente umido, gestire l'esudato e favorire la riepitelizzazione.

Trattamento:

- ✓ Detergere con fisiologica
- ✓ Applicare pellicola trasparente o MEPILEX o ALLEVYN



- ✓ Se la lesione cavitaria secernente ALLEVYN CAVITY se la lesione è cavitaria poco secernente PASTA DUODERM o ALGINATO
- ✓ Coprire con medicazione secondaria

4. FASE DI RIEPITELIZZAZIONE (rossa)

Obiettivo: mantenere l'ambiente umido e protetto e favorire la guarigione.

Trattamento:

(vedi II stadio)

LESIONI AL IV° STADIO (coinvolge epidermide e derma-tessuto adiposo e fascia muscolare)

- **FASE NECROTICA (nera)**

Obiettivo: rimuovere la necrosi nel più breve tempo possibile in modo da ridurre le complicanze infettive e garantire un ambiente umido.

PRINCIPI GENERALI:

Osservare segni locali e generali di infezione. Richiedere valutazione chirurgica per eventuale toilette chirurgica. E' necessario eseguire una valutazione clinico-assistenziale del paziente e intervenire sui fattori che hanno provocato la gravità della lesione. E' necessario intervenire correggendo e supportando gli stati carenziali tenendo conto del controllo del dolore e di evitare il più possibile disagio per l'anziano, come per esempio in caso di LDD in paziente agonico l'attenzione deve essere rivolta non alla guarigione dell'ulcera ma al controllo del dolore e confort.

Trattamento:

- ✓ Toilette chirurgica
- ✓ NORUXOL con protezione alla cute circostante
- ✓ Medicazione secondaria



GUIDA AI PRODOTTI DI MEDICAZIONE:

(quelli sottolineati sono forniti dal Servizio Farmaceutico)



ALGINATI:

KALTOSTAT, ALGIDRESS, ALGOSTERIL, COMFEEL, SEASORB, LUXOR GEL, ALGISITE,
SORBSAN, URGOSORB, KENDALL .

AZIONE: derivati dalla alghe brune, costituiti da fibre morbide non tessute a forma di corde o tamponi. Sono assorbenti e si adattano perfettamente alla forma della lesione. L'alginato interagisce con l'esudato e forma un gel morbido che mantiene umido l'ambiente di cicatrizzazione. Un alginato è in grado di assorbire fino a 20 volte il suo peso. Può essere piatto o a zaffo; deve essere posizionato sulla lesione e non sulla cute integra. Ha una grande capacità emostatica, necessita di una medicazione secondaria.

INDICAZIONI:

Possono essere impiegati come medicazioni primarie nel caso di lesioni, con esudato moderato e/o abbondante, di lesioni infette e/o non infette di lesioni umide rosse e gialle, utile anche (vista la capacità emostatica) dopo toilette chirurgica anche parziale. E' importante mantenere dentro i bordi della ferita la medicazione lasciare in situ max 3 giorni, rimuovere con abbondante fisiologica per eliminarne gli eventuali residui.

VANTAGGI	SVANTAGGI
• ASSORBONO FINO 20 VOLTE IL LORO PESO • CAPACITA' EMOSTATICA • FORMANO UN GEL ALL'INTERNO DELLA LESIONE PER MANTENERE L'AMBIENTE UMIDO • FAVORISCONO IL DEBRIDEMENT AUTOLITICO • RIEMPIONO LE ZONE MORTE • SONO FACILI DA APPLICARE E RIMUOVERE	• SONO SCONSIGLIATI PER LE LESIONI CON ESSUDATO LIEVE O CON ESCARA SECCA • POSSONO DISIDRATARE IL LETTO DELLA LESIONE • RICHIEDONO UNA MEDICAZIONE SECONDARIA



COLLAGENASI:

NORUXOL, IRUXOL (collagenasi + antibiotico).

AZIONE: detersione enzimatica di piaghe necrotiche.

INDICAZIONI:

Possono essere utilizzate su lesioni necrotiche, possono essere lasciati in situ max 24 ore.

E' necessario applicare Noruxol sull'area leggermente inumidita e protezione ai bordi con crea barriera.

VANTAGGI	SVANTAGGI
• FAVORISCONO IL DEBIDEMENT AUTOLITICO	• SONO SCONSIGLIATI PER LE LESIONI CON ESUDATO LIEVE O CON ESCARA SECCA

MEDICAZIONI ANTIMICROBICHE A LENTO RILASCIO

IODOSORB, MEPILEX AG, ACTISORB AG

AZIONE: da utilizzare nelle ferite cutanee infette ed essudanti, dopo detersione con fisiologica in modo uniforme. Non usare il prodotto in eccesso.

INDICAZIONI:

medicazione granulare ed in pasta/crema. Medicazione quotidiana per Iodosorb, mentre per Actisorb ogni 3/4 giorni.

VANTAGGI	SVANTAGGI
• DIMINUIZIONE DEL DOLORE LOCALE E ACCELERAZIONE DEL PROCESSO DI CICATRIZZAZIONE • RIDUCE LA CARICA MICROBICA	• RICHIEDE MEDICAZIONE SECONDARIA • ACTICOAT PUO' DARE BRUCIORE



IDROCOLLOIDI:

DUODERM CGF, DUODERM EXTRA SOTTILE, DUODERM HYDROACTIVE PASTA,
ALGOPLAQUE PASTA, ALGOPLAQUE BORDER, ALGOPLAQUE FILM, ASKINABIO,
COMFEEL PASTA, DUODERM PASTA, CUTINOVA IDRO, COLOPLAST.

AZIONE: Sono medicazioni occludenti o semi occludenti, costituite da sostanze come gelatina, peptina o carbossimetilcellulosa. Alcuni idrocolloidi possono lasciare un residuo nella lesione e altri possono aderire intorno alla lesione. Gli idrocolloidi sono presenti in una serie di forme e dimensioni e formati comprendenti: adesivi, paste e polveri.

INDICAZIONI:

gli idrocolloidi possono essere usati nelle medicazioni primarie o secondarie da LLDD a spessore parziale e a tutto spessore, lesioni con presenza di necrosi o escara e lesioni con lieve o scarso esudato.

Nel caso di:

DUODERM CGF mantenere il situ da 1 a 4 giorni sostituire la medicazione quando la placca diventa translucida e/o si scioglie.

DUODERM EXTRA SOTTILE mantenere in situ da 4 a 6 giorni.

DUODERM IDROACTIVE PAST sostituzione quotidiana (può essere usato solo in caso di Pseudomonax altrimenti non usarlo in caso di infezione)

VANTAGGI	SVANTAGGI
• SONO IMPERMEABILI AI BATTERI ED A ALTRE CONTAMINAZIONI • FAVORISCONO IL DEBRIDEMENT AUTOLITICO • SONO AUTOADESIVI E SI MODELLANO BENE • PERMETTONO UN ASSORBIMENTO DA LIEVE A MODERATO • MINIMIZZANO IL TRAUMA E POSSONO RIMANERE IN SEDE FINO A MAX 5 GIORNI • USATO ANCHE SOTTO BENDAGGIO ELASTO/COMPRESSIVO	• NON USARE IN CASO DI LESIONI CON MOLTO ESUDATO O IN CASO DI LESIONI CIRCONDATI DA CUTE FRAGILE E NEL CASO DI LESIONI COMPREDENTI TENDINI E OSSA ESPOSTE • CON QUELLI OPACHI E' DIFFICILE VALUTARE LE LESIONI • HANNO PROPRIETA' OCCLUDENTI CHE LIMITANO LO SCAMBIO GAS TRA LESIONE E AMBIENTE • DURANTE LA RIMOZIONE POSSONO DANNEGGIARE LA CUTE FRAGILE • LA FERITA Può GENERARE ODORE SGRADIVOLE • POSSONO FAVORIRE L'ESCESSIVA GRANULAZIONE



IDROGELI:

NU-GEL FLUIDO, INTRASITE GEL, KATO GEL, CONFEEEL DEOGEL

AZIONE: sono gel amorfi a base di acqua. A causa dell'elevata presenza di acqua alcuni di essi non riescono ad assorbire grandi quantità di esudato. Aiutano a mantenere umida la zona, favoriscono la granulazione e riepitelizzazione. Facilitano anche il debridement autolitico, non si attacca alla ferita e non danneggia il tessuto vitale e la cute circostante.

INDICAZIONI:

E' indicato nella rimozione di tessuto necrotico. E' indicato inoltre per il trattamento di ferite cavitare in fase di granulazione. Può essere utilizzato su escoriazioni e ustioni anche da terapia radiante e/o su ferite infette.

Applicare in piccola quantità per non debordare poiché macera la cute integra. Su ferite necrotiche e con fibrina lasciare max 3 giorni.

Su ferite pulite e granuleggianti i cambi dipendono dalle condizioni cliniche della ferita e dalla quantità di esudato prodotto.

VANTAGGI	SVANTAGGI
• LENITIVI E ALLEVIANO IL DOLORE • REIDRATANO IL LETTO DELLA LESIONE • FAVORISCONO IL DEBRIDEMENT AUTOLITICO • SONO FACILMENTE APPLICABILI E REMOVIBILI DALLA LESIONE • POSSONO ESSERE UTILIZZATI ANCHE IN CASO DI INFEZIONI	• SE NE SCONSIGLI L'USO IN CASO DI LESIONI CON MOLTO ESUDATO • RICHIEDONO UNA MEDICAZIONE SECONDARIA • SE NON VENGONO COPERTI DISIDRATANO FACILMENTE • ALCUNI POSSONO CAUSARE MACERAZIONE • SCONSIGLIATO NELLE FERITE PROFONDE ES. FISTOLE DALLE QUALI PUÒ ESSERE DIFFICILE RIMUOVERLI



MEDICAZIONI CAVITARIE

ALLEVIN CAVITY, CONFEEEL POLVERE, ASKNA CAVITY

AZIONE: i prodotti di riempimento delle lesioni sono agenti confezionati in un'ampia varietà di forme comprendenti: paste, compresse, granuli e gel.

Essi aiutano a mantenere umida la zona della lesione, assorbono l'esudato e favoriscono il debridement della lesione ammorbidendo il tessuto necrotico.

INDICAZIONI:

I prodotti di riempimento delle lesioni possono essere impiegati nel caso di lesioni a spessore parziale o a tutto spessore con l'esudato da minimo a moderato di lesioni infette o non infette che hanno come caratteristica una cavità. Riempire lo spazio cavitario non completamente con il prodotto in quanto gonfiandosi potrebbe inibire il processo di guarigione.

Tale medicazioni devono essere sostituite ogni 48/72 ore.

VANTAGGI	SVANTAGGI
• IN QUANTO ASSORBENTI NON NECESSITANO DI RIMOZIONE QUOTIDIANA • FAVORISCONO IL DEBRIDEMENT AUTOLITICO • DI FACILE APPLICAZIONE/RIMOZIONE • NON PROVOCANO DOLORE • RIEMPIONO LO SPAZIO MORTO	• LA MAGGIOR PARTE DI QUESTI PRODOTTI ASCIUTTI NON E' RACCOMANDATA NEL CASO DI LESIONI ASCIUTTE



MEDICAZIONI NON ADERENTI

ADAPTIC, GARZA GRASSA, JELONET

INADINE (POVIDONE IODIO)

AZIONE: consistono in uno strato di rete tessuta che quando viene messa a contatto con la lesione agisce come material a bassa aderenza.

Tali materiali non hanno un'azione specifica (tranne Inadine come battericida) ma permettono di facilitare la rimozione della medicazione.

VANTAGGI	SVANTAGGI
• POSSONO PROTEGGERE LA BASE DELLE LESIONI DA TRAUMI DURANTI I CAMBI DI MEDICAZIONE • POSSONO ESSERE APPLICATI INSIEME A PRODOTTI TOPICI DI RIEMPIMENTO	• SCONSIGLIATI NEL CASO DI ULCERE COME PRIMA SCELTA MA COMPLEMENTARI



SCHIUME

ALLEVYN ADESIVE, ALLEVYN COMPRESSIONE, COMFEEL BIATAIN, MEPILEX, LIOFAM

AZIONE: sono assorbenti, possono essere di vario spessore ed essendo antiaderenti non comportano nessun trauma durante la rimozione. Possono avere un bordo adesivo e possono avere anche una pellicola di rivestimento. Creano un ambiente umido e favoriscono l'isolamento termico.

INDICAZIONI:

utilizzate come medicazioni primarie e secondarie per lesioni con esudato lieve, moderato e abbondante. Tempo massimo 7giorni o se intrisa di esudato sostituirla anche prima.

VANTAGGI	SVANTAGGI
• SONO ANTIADERENTI • DI FACILE APPLICAZIONE E RIMOZIONE • ASSORBONO ANCHE NOTEVOLI QUANTITA' DI ESUDATO • IMPERMEABILI ALL'ACQUA E AI BATTERI • PERMETTONO MAGGIOR CONFORT ALL'ANZIANO IN QUANTO POSSONO RIMANERE ANCHE 7 GIORNI	• NON SONO EFFICACI IN CASO DI ESTERA SECCA • SE SI IMPREGNANO POSSONO MACERARE LA CUTE INTORNO ALLA LESIONE • NON INDICATE PER LESIONI INFETTE



Procedura Prevenzione e Trattamento Lesioni da Decubito (LDD)

I
Rev. 0 – 14/02/2022
Pag.20' di 20

Bibliografia:

- ✓ **Procedura a cura del Servizio Sanitario Regionale Emilia-Romagna – AUSL di Reggio Emilia – 08(11/2005.**
- ✓ **“Linee Guida per la Prevenzione e il trattamento delle lesioni da decubito ad uso delle residenze sanitarie assistenziali” sito internet ufficiale IPASVI**