

LA PREVENZIONE DELLE PIAGHE DA DECUBITO OBBLIGO ETICO, LEGALE.

A cura di Paolo Pacitto (Infermiere)

INTRODUZIONE

La prevenzione ed il trattamento delle lesioni cutanee, costituiscono un'area importante dell'assistenza infermieristica sia in ambito ospedaliero che domiciliare. La nuova normativa introduce indicatori per misurare l'efficacia delle strutture, il rispetto dei diritti dell'utente e la qualità dell'organizzazione. Uno degli indicatori presenti fra i 79 del D.P.R. 14/1/97 si riferisce al numero di utenti con lesioni da pressione per valutare le qualità delle strutture e la qualità dell'assistenza erogata. L'utilizzo e la condivisione, da parte di tutti gli operatori sanitari, di linee guida per la prevenzione ed il trattamento delle lesioni da pressione conduce ad una riduzione dell'insorgenza di tale fenomeno, nonché ad un miglioramento delle prestazioni assistenziali.

Gli obiettivi generali che hanno portato alla definizione delle presenti linee guida, comuni per tutta l'Azienda Ospedaliera sono:

- migliorare le prestazioni infermieristiche, attraverso l'adozione di un linguaggio comune e di una pratica standard
- ridurre l'incidenza delle lesioni da pressione e la durata dell'ospedalizzazione e/o delle cure domiciliari
- limitare i costi mediante l'utilizzo appropriato delle risorse materiali ed umane
- utilizzare tale indicatore per valutare la qualità dell'assistenza infermieristica

Nella prima parte dell'elaborato vengono affrontati gli aspetti relativi alla prevenzione alla valutazione del rischio, alla classificazione/stadiazione delle lesioni.

CONSIDERAZIONI PROFESSIONALI

Penso che sia obbligo etico, giuridico, di noi operatori sanitari adottare qualsiasi tecnica supportata da nutrite evidenze scientifiche per poter alleviare le sofferenze della persona malata, attualmente moltissime persone soffrono causa gravissime lesioni da decubito, ciò è inaccettabile visto il progredire della scienza, l'esistenza sul mercato di ausili atti alla prevenzione dei decubiti.

Anche giuridicamente visto la recente sentenza del Tribunale di Roma , sentenza num. 316/2004 ha condannato un'azienda ospedaliera di Roma e il primario del reparto ospedaliero, in solido tra loro a risarcire la somma di € 89.777,92. Per aver dimesso una Paziente con gravissima lesione senza aver adottato moderne tecniche di prevenzione per prevenire il decubito. La prevenzione ed il trattamento delle lesioni cutanee, costituiscono un'area importante dell'assistenza infermieristica sia in ambito ospedaliero che domiciliare.

CAUSE DELLE LESIONI DA PRESSIONE

La principale causa locale che dà origine alla lesione è la prolungata pressione. La sofferenza dei tessuti si manifesta quando le forze che agiscono su un punto della cute, superano la pressione del sangue presente nei capillari arteriolari e venosi . Se la compressione persiste nel tempo questa produce nelle cellule anossia e acidosi con conseguente morte cellulare. Alcune ricerche scientifiche (Munro 1940) si sono occupate di valutare la correlazione tra durata della pressione esercitata dal peso del corpo e l'insorgenza della lesione cutanea; pur non raggiungendo l'assoluta certezza, hanno dimostrato che la superficie cutanea, il sottocute e lo strato muscolare vanno incontro a modificazioni patologiche se viene esercitata sulla parte la pressione costante del corpo per oltre due ore a questo studio si aggiunge la ricerca di Kosiak e di Maklebust hanno portato ad un

consenso dopo il quale è ammesso che una pressione da 60 a 80 mmHg mantenuta durante un lasso di tempo che va dalle 2 alle 3 ore rischia di provocare una piaga da decubito. Oltre alla pressione del corpo, possono contribuire alla formazione di lesioni cutanee anche le forze di taglio e di frizione. Le prime, per esempio, sono quelle che agiscono sulla persona allettata in posizione seduta e che progressivamente scivola verso il fondo del letto determinando lo scorrimento degli strati profondi (muscoli, tendini ecc..), sul tessuto cutaneo e sottocutaneo. Tale movimento di uno strato sull'altro provoca l'ingincchiamento del sistema vascolare arteriolare e capillare con l'aggravamento dell'ischemia. Le forze di frizione sono quelle che agiscono direttamente sullo strato più esterno della cute asportandone una parte e rendendo la cute più sottile e vulnerabile all'effetto negativo della pressione. L'esempio di forza di frizione è quella esercitata dalla superficie delle lenzuola sullo strato esterno dell'epidermide quando l'ammalato viene "trascinato" per gli spostamenti nel letto. Il rischio di sviluppare la lesione da decubito aumenta se alle forze di pressione, taglio e frizione si associano fattori generali quali le cattive condizioni di salute, l'immobilità e/o l'incontinenza, le malattie croniche in particolare la malattia diabetica, le vasculopatie e la malnutrizione. La malnutrizione è un fattore di rischio estremamente importante nello sviluppo di lesioni da pressione. La compromissione dello stato nutrizionale, soprattutto se comporta calo ponderale, con conseguente riduzione del pannicolo adiposo e diminuzione delle proteine circolanti, aumenta la suscettibilità dei tessuti al danno da pressione. Un altro importante fattore di rischio è rappresentato dall'invecchiamento. I soggetti anziani sono particolarmente esposti allo sviluppo di lesioni. L'invecchiamento infatti è caratterizzato da riduzione dell'elasticità della cute e della sua vitalità con riduzione del tessuto sottocutaneo, atrofia muscolare e maggiore fragilità capillare.

PROTOCOLLO DI PREVENZIONE

1. EDUCAZIONE E ADDESTRAMENTO
2. LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO
3. LA MOBILIZZAZIONE
4. L'ALIMENTAZIONE
5. L'IGIENE PERSONALE
6. IL LETTO E LA BIANCHERIA
7. L'INCONTINENZA

1. EDUCAZIONE E ADDESTRAMENTO

La prevenzione e la cura delle lesioni da pressione saranno tanto più efficaci quanto più il malato e la famiglia saranno attivamente e consapevolmente coinvolti in tale processo. E' un coinvolgimento fondamentale ed insostituibile soprattutto nella fase della prevenzione. In presenza di lesioni è altrettanto fondamentale un approccio corretto ed adeguato all'alimentazione, alle cure igieniche, alla mobilizzazione. Inoltre, l'addestramento dei familiari rispetto al trattamento delle lesioni, sempre con la supervisione dell'Infermiere, in applicazione di un piano personalizzato predefinito, ha la finalità di aumentare, ove possibile, la capacità di autonomia della famiglia con conseguente garanzia di continuità e globalità del trattamento. Risulterà fondamentale per la qualità di vita futura dell'utente, illustrare i fattori che favoriscono l'insorgenza di lesioni e le misure ed i comportamenti che ne favoriscono il miglioramento e la guarigione.

L'intervento educativo dovrebbe seguire alcuni principi fondamentali:

- chiarezza e concisione per essere comprensibili
- dimostrare sincerità
- rispettare il tempo altrui
- far esprimere le opinioni
- dire le cose più importanti

- suddividere la spiegazione delle procedure in semplici e piccoli passaggi.

E' pertanto indicato che l'Infermiere segua le seguenti fasi:

- spiegare lo scopo degli interventi preventivi e curativi
- dare spiegazioni in merito al materiale da utilizzare
- spiegare come prevenire le complicanze, come riconoscere i segni ed i sintomi
- insegnare a praticare i trattamenti necessari attraverso un addestramento graduale e personalizzato
- verificare che siano stati compresi i concetti principali e che siano state apprese le "tecniche" insegnate

2. LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO

La valutazione del rischio di poter sviluppare lesioni da pressione è l'elemento di base per la pianificazione dell'assistenza infermieristica orientata principalmente alla prevenzione. La misurazione del rischio fornisce inoltre informazioni che aiutano l'infermiere e in senso più allargato l'équipe curante e la famiglia a dimensionare correttamente i tempi assistenziali da garantire al malato, necessari per prevenire l'insorgenza delle lesioni da decubito. La valutazione iniziale del rischio permette di procedere successivamente al monitoraggio e alla rivalutazione periodica; in tal modo, risulta possibile verificare l'efficacia degli interventi posti in essere dal piano assistenziale. Le associazioni infermieristiche scientifiche che si occupano di questo settore, sia in ambito nazionale che internazionale, raccomandano di valutare il rischio di sviluppare lesioni in tutti i malati che non sono in grado di muoversi autonomamente, allettati o costretti in carrozzina. Viene anche consigliato di considerare nella valutazione altri fattori che, se presenti, aumentano il rischio quali: l'incontinenza, l'immobilità, la malnutrizione, la situazione dello stato mentale. Tutti i malati che presentano uno o più fattori di rischio devono quindi essere valutati al momento della presa in carico e nel corso delle verifiche periodiche. In tale sede vengono prese in considerazione le seguenti scale, universalmente accettate e raccomandate:

- **Indice di Norton**

SCALA A PUNTEGGIO DI NORTON				
INDICATORI	VARIABILI			
CONDIZIONI GENERALI	BUONE	DISCRETE	SCADENTI	GRAVI
STATO MENTALE	LUCIDO	APATICO	COMA APALLICO	COMA
MOBILITA'	AUTONOMA	POCO LIMITATA	MOLTO LIMITATA	IMMOBILITA'
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			

INTERVENIRE SUI FATTORI DI RISCHIO

Lo scopo primario dell'assistenza infermieristica nell'approccio all'assistito valutato a rischio di sviluppare la lesione da pressione sarà, con l'aiuto della famiglia, di eliminare e/o ridurre il più possibile i fattori di rischio. La massima attenzione verrà posta a tutti gli assistiti che per l'evoluzione della malattia, o per il livello di disabilità sono costretti ad assumere posture obbligate a letto o in carrozzina, e particolare cura verrà posta nella salvaguardia della cute integra che riveste le prominenze ossee, che è la più esposta alle lesioni da pressione. Il primo ambito dell'intervento preventivo è quindi di agire sul principale fattore di rischio costituito dalla pressione esercitata dal corpo sulla cute, dalle forze di taglio e frizione. La pianificazione assistenziale, condivisa con i familiari ed altri operatori sarà mirata al raggiungimento dei seguenti obiettivi:

1. Ridurre le forze di taglio e di frizione:

Per quanto concerne l'eliminazione o riduzione delle forze di taglio bisogna principalmente evitare che il corpo scivoli nel letto dall'alto verso il basso; mentre per le forze di frizione va evitato che nel corso degli spostamenti attivi e passivi la cute sfregi contro le lenzuola o altre superfici, con la possibilità di microlesioni dello strato di cute più superficiale.

2. Ridurre la durata e l'intensità della pressione cutanea in particolare sulle prominenze ossee e nelle sedi elettive di lesione:

La diminuzione della durata e dell'intensità della pressione si ottiene tramite i cambi di posizione che favoriscono la vascolarizzazione e l'ossigenazione dei tessuti. La letteratura infermieristica indica che la frequenza per il cambio posturale dei soggetti a rischio non deve mai superare le due ore, e che in caso di arrossamento cutaneo, l'infermiere decide tempi più brevi per i cambi di posizione

3. LA MOBILIZZAZIONE

Per mobilizzazione si intende l'azione articolata che può essere compiuta attivamente o passivamente dal soggetto, avente lo scopo di mantenere o rieducare funzionalmente un segmento corporeo. Per evitare il formarsi di lesioni è fondamentale l'attuazione di un piano di mobilizzazione con adeguati cambi di postura. Il cambio di postura è l'insieme degli atti sostitutivi della mobilizzazione mirati al mantenimento dello schema posturale fisiologico. Il movimento è considerato la prima difesa dell'organismo contro i danni da compressione: al paziente valutato a rischio (secondo la scala adottata) deve essere applicato un piano personalizzato di cambio posturale per alternare le zone sottoposte a pressione e per evitare l'ostruzione del microcircolo e quindi l'ischemia e la necrosi. E' consigliata la rotazione periodica delle posture ogni due ore: viene indicato questo intervallo perché studi effettuati hanno dimostrato che è il periodo di tempo medio necessario perché si instauri sofferenza cutanea con danni maggiori al microcircolo; in realtà ciò può avvenire ad intervalli di tempo maggiori o minori, per le diverse caratteristiche generali e locali del singolo soggetto. Si potrà pertanto verificare la necessità di programmare cambi posturali più frequenti.

CONSIGLI PER LA MOBILIZZAZIONE DELLA PERSONA A RISCHIO DI LESIONI DA PRESSIONE

- Ad ogni individuo considerato a rischio, quando allettato, deve essere posizionato un dispositivo che riduca la pressione (materassi ad aria statica, ad aria circolante, gel, ad acqua).
- La persona allettata a rischio di lesioni quando viene spostata deve essere sollevata mediante dispositivi e non trascinata per evitare che si crei attrito.

- Durante lo spostamento o la rotazione della persona a rischio per evitare di muovere in modo brusco gli arti ed il collo per evitare contratture e traumi.
- Ridurre al minimo il tempo di contatto o meglio evitare completamente il contatto con questa zona.
- Mantenere la testata del letto al più basso grado di elevazione compatibile con le condizioni cliniche, e ridurre al minimo il numero di cuscini per sollevare la testa; è consigliabile non usarne più di due per evitare che si verifichi scivolamento del corpo verso il basso.
- Nel caso fosse presente una plegia degli arti, sostenere l'arto superiore posizionando un cuscino sotto la spalla ed il braccio interessati; per l'arto inferiore posizionare un cuscino sotto anca e gamba.
- Occorre posizionare un cuscino o un supporto in fondo al letto unitamente ad un archetto per evitare posture viziate dei piedi (equinismo) ed atteggiamenti scorretti degli arti inferiori, nonché lesioni alle dita e al dorso del piede dovuto al peso di coperte e di lenzuola.
- Quando viene utilizzato il decubito laterale si dovrà:
 - sistemare il letto in posizione piana;
 - evitare il decubito laterale ad angolo retto sul trocantere;
 - far assumere una postura obliqua di 30°/40° al malato;
 - mettere un cuscino sotto al capo;
 - distendere la gamba che appoggia direttamente sul materasso;
 - il braccio corrispondente alla gamba, sarà flesso con il palmo della mano rivolto verso l'alto;
 - flettere leggermente la gamba controlaterale e farla appoggiare su un piccolo cuscino;
 - flettere il braccio corrispondente e far appoggiare il palmo della mano su un piccolo cuscino;
 - alcuni supporti (es. cuscini o prodotti schiumosi) possono essere impiegati per la protezione delle prominenze ossee.
- Le persone allettate completamente immobili, dovrebbero essere dotate di dispositivi che alleviano interamente la pressione sui calcagni, semplicemente sollevando questi dal letto senza usare dispositivi circolari (ciambelle).
- Ogni persona a rischio di sviluppare lesioni da pressione, dovrebbe evitare di sedere ininterrottamente su una sedia a rotelle; l'individuo andrebbe posizionato cambiando le zone soggette a pressione ogni ora, o rimesso a letto, compatibilmente con gli obiettivi terapeutici. Gli individui che ne sono capaci dovrebbero essere educati a cambiare posizione ogni 15 minuti.
- Per individui costretti su una sedia a rotelle, l'uso di cuscini antidecubito è indicato; non utilizzare supporti circolari.

Le posture che si possono far assumere ad un paziente sono:

1. postura supina;
2. postura laterale sinistra o destra;
3. postura prona (raramente utilizzabile);
4. postura di Fowler o decubito ortopedico.

Nella rotazione delle posture si raccomanda di evitare, ove possibile, le posizioni ad angolo retto, privilegiando quelle con angolo pari a 30° tra piano del paziente e piano del letto (ciò vale anche

per la posizione supina). Vengono di seguito descritte le posture individuate nonché le osservazioni da effettuare ad ogni cambio posturale (in base alla postura precedente che potrebbe avere rappresentato un rischio).

POSTURA SUPINA

E' una posizione di mantenimento del riposo che trova indicazione in diverse condizioni cliniche. Se il paziente è collaborante occorrerà sollecitarlo a muoversi il più possibile, poiché il movimento consente una migliore funzionalità articolare ed un buon trofismo muscolare. I metodi per porre un utente in postura supina sono molti e dipendenti dalla posizione di provenienza. Evitare le frizioni dovute all'attrito fra la cute del paziente ed il letto. Il letto deve essere in posizione orizzontale. predisporre tutto il materiale (cuscini, rotoli, alzacoperte, supporti antiequinismo.....)

POSTURA LATERALE DESTRA O SINISTRA

Questa postura viene utilizzata per garantire un periodo di riposo alle zone cutanee sottoposte a pressione mantenendo il decubito supino. Se il paziente è collaborante occorrerà informarlo della necessità del cambio di postura, che serve a decomprimere la zona sacrale alternando il decubito sui due fianchi. Tale postura permette inoltre una migliore espansione della parte superiore dell'emitorace. Per posizionare un paziente sul fianco sinistro o destro utilizzare un lenzuolo di trazione posto sotto il paziente per evitare lesioni da frizione. E' importante prestare attenzione all'allineamento delle spalle, del bacino e della gamba sottostante. Il cuscino posto sotto la testa del paziente non deve ostacolare gli atti respiratori. Il letto deve essere in posizione orizzontale. predisporre tutto il materiale (cuscini, rotoli, alzacoperte, supporti antiequinismo.....)

- Evitare il decubito laterale ad angolo retto sul trocantere;
- Fare assumere una postura obliqua di 30°;
- Distendere la gamba che appoggia direttamente sul materasso;
- Il braccio corrispondente alla gamba sarà flesso con il palmo della mano rivolto verso l'alto;
- Flettere leggermente la gamba controlaterale e farla appoggiare su un piccolo cuscino;
- Flettere il braccio corrispondente e fare appoggiare il palmo della mano su un piccolo cuscino.

Il paziente emiplegico non dovrebbe mai essere posto sul lato plegico in quanto tale posizione diminuisce la già scarsa ventilazione dell'emitorace e soprattutto perché tale lato è più suscettibile a sviluppare lesioni.

POSTURA PRONA (raramente utilizzabile)

Questa posizione trova indicazioni nella prevenzione delle contratture e dell'equinismo del piede. Informare il paziente delle necessità del cambio della postura. Evitare le frizioni fra la cute del paziente e il letto. Voltare il capo da un lato e porlo su di un cuscino sottile per evitare il soffocamento, la flessione e l'iperestensione delle vertebre cervicali. Il letto deve essere in posizione orizzontale. predisporre tutto il materiale (cuscini, rotoli per le mani, alzacoperte.....)

POSTURA DI FOWLER O DECUBITO ORTOPNOICO

Questa postura viene realizzata quando la testata del letto è sollevata di 45°-50° e le ginocchia flette. E' la postura che determina la maggiore compressione a livello sacrale ischiatico; è quindi opportuno che durante gli spostamenti queste zone non subiscano frizioni (utilizzare traversa o telo). Con la testata del letto sollevata di 45°-50° si ha un miglioramento della ventilazione, possono essere usati cuscini per sostenere braccia e mani se il paziente non li controlla volontariamente. Dovrà essere utilizzata un'adeguata protezione del piede e del tallone. Posizionare un cuscino sotto

le cosce per avere la flessione delle ginocchia, ciò previene gli effetti della prolungata iperestensione, quindi una ridotta mobilità articolare.

PREDISPORRE TUTTO IL MATERIALE (cuscini, rotoli trocanterici, alzacoperte, tavola antiequinismo.....)

ACCORGIMENTI IN SITUAZIONI PARTICOLARI

Nelle patologie di natura traumatologica - ortopedica, il soggetto, a volte deve mantenere una postura obbligata per periodi lunghi (per più di un mese, anche dopo la dimissione ospedaliera). La mobilizzazione, pertanto, è fondamentale per la guarigione e per la prevenzione delle lesioni da pressione. Ricordarsi di seguire il piano di riabilitazione prescritto medico – fisioterapico. Nelle fratture amieliche della colonna dorsale o lombare, per la risoluzione del problema è consigliato l'assoluto riposo a letto per un mese. Non significa, comunque mantenere sempre il decubito supino ed evitare ogni minimo movimento. Istruire in merito a quale tipo di movimento e posizioni sono consentiti:

- far assumere la posizione laterale destro e sinistra, con l'ausilio di un cuscino in mezzo alle gambe e la posizione prona, se tollerata;
- se il paziente assume la posizione supina può tenere un cuscino sotto la testa, le ginocchia flesse con due cuscini sotto le gambe (accorgimenti che rilassano la muscolatura paravertebrale), oppure si può posizionare un cuscino dietro la schiena in posizione lombare o dorsale, a seconda della lesione (per favorire l'estensione della colonna);
- il paziente non deve alzarsi e camminare (anche per recarsi ai servizi igienici) o assumere una posizione seduta o semiseduta, in quanto aumenterebbe lo stress a carico della vertebra fratturata.

Nelle fratture del bacino è necessario tenere in considerazione alcuni fattori:

- prevedere il riposo a letto per circa un mese;
- far assumere il decubito supino, con un cuscino sotto le ginocchia;
- far assumere la posizione laterale destra e sinistra e quella semiseduta.
- Nei portatori di apparecchi gessati (sia bende di gesso che di resina) è importante accertarsi che:
 - l'apparecchio gessato non sia stretto;
 - non vi sia la presenza di edemi;
 - l'apparecchio gessato non venga bagnato;
 - l'imbottitura sia sufficiente.

4. L'ALIMENTAZIONE

Fra i fattori generali favorevoli all'insorgenza delle lesioni da pressione, si ricordano:

- cachessia;
- dispepsia;
- sindrome da malassorbimento;
- disidratazione;
- malnutrizione (iponutrizione, ipovitaminosi, ipoprotidemia);
- anemia;
- depressione;

EQUILIBRIO IDRO-ALIMENTARE

L'apporto equilibrato di calorie, proteine e oligoelementi è di notevole importanza sia per la prevenzione che per la cura delle lesioni da pressione. Infatti nella maggior parte dei casi l'adeguato

apporto alimentare favorisce ed accelera la guarigione della lesione e rende possibile un miglioramento delle condizioni generali. L'equilibrio idro-alimentare deve garantire il raggiungimento e mantenimento del peso "ideale" del malato, con un quadro positivo del bilancio azotato e valori normali dell'albuminemia. Dal punto di vista clinico, l'apporto proteico in presenza di lesioni da pressione, deve tener conto dello stadio della lesione. Alcune linee guida nutrizionali indicano che l'apporto di proteine deve essere nelle lesioni al II° stadio di 1,2-1,5 g / Kg di peso corporeo al giorno; per le lesioni al III° e IV° stadio l'apporto proteico deve essere di 1,5 - 2 g / Kg di peso corporeo al giorno. Anche gli stati di anemia devono essere corretti, in modo da assicurare il necessario apporto di ossigeno ai tessuti lesionati. Molti studi clinici poi dimostrano che i portatori di lesioni da decubito traggono beneficio da un'integrazione vitaminica e di oligoelementi in special modo di Vitamina C e di Zinco.

Fondamentale è pertanto la correzione tempestiva delle carenze alimentari, fornendo:

- una sufficiente quantità di liquidi;
- un adeguato apporto proteico e in particolare di aminoacidi essenziali;
- un adeguato apporto di carboidrati;
- un adeguato apporto di grassi (soprattutto di acidi grassi essenziali);
- un adeguato apporto di Vitamine C, A, K e complesso B;
- un adeguato apporto di sali minerali e oligoelementi (Zinco).

Verificare sempre che l'utente assuma pasti variati e porzioni adeguate, in caso contrario è necessario il coinvolgimento del Medico e/o del Dietista oppure il ricorso ai servizi di dietologia e nutrizione clinica presenti sul territorio. L'obiettivo di una dieta adeguata, si può raggiungere anche con l'alimentazione enterale e parenterale (sempre sotto prescrizione medica). Non dimenticare di fornire ai pazienti che si alimentano in tale modo informazioni in merito all'utilizzo delle pompe ad infusione, al sondino nasogastrico e alla somministrazione di alimenti in caso di gastrostomia. Importante per il monitoraggio degli interventi è la rilevazione del peso corporeo al momento del ricovero o alla "presa in carico" domiciliare e almeno settimanalmente. Incoraggiare l'utente ad aumentare l'apporto calorico, tenendo conto delle sue preferenze alimentari e se necessario somministrare integratori (sempre su prescrizione medica).

5. L'IGIENE PERSONALE

Le condizioni igieniche possono influire sulla prevenzione delle lesioni. La cute se integra, ben idratata e pulita, resiste maggiormente alla colonizzazione batterica e alla forza esercitata dalla pressione sul microcircolo. E' importante considerare che le persone anziane presentano spesso limitazioni funzionali che riducono le possibilità di svolgimento degli atti normali della vita quotidiana quali l'igiene personale; nell'anziano inoltre la cute è fragile per la riduzione del film idrolipidico che rappresenta la principale barriera contro gli agenti fisici e chimici. Gli obiettivi generali per l'infermiere ed i famigliari saranno:

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

SCELTA DEI PRODOTTI

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

E' bene usare e/o consigliare:

- acqua tiepida (prova del gomito);
- saponi e shampoo idonei (di Marsiglia, neutri, acidi, o la linea dei non saponi);

- asciugamani, teli da bagno di spugna o di cotone morbidi e puliti;
- prodotti idratanti per la cute.

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

CURA DELLA CUTE

Mantenere la cute integra e pulita. Giornalmente la cute va ispezionata soprattutto nei punti delle prominenze ossee e nelle pliche cutanee. Se la cute risulta intatta le cure igieniche potranno essere condotte normalmente consigliando la scelta del detergente adatto. In presenza di malato allettato, che spesso presenta la cute secca, irritata dai piccoli traumi dovuti a trazione e sfregamento per il contatto prolungato con le lenzuola, vengono consigliati i detergenti sintetici (syndet) chiamati anche sapone non sapone, ottenuti dalla saponificazione. Hanno un pH che varia dal 3.5 al 7 e si trovano in commercio solidi o liquidi. Per la cute dell'anziano sono indicati, in particolare, quelli con pH oscillante tra 6 -7. L'igiene personale deve essere effettuata giornalmente ed ogni volta che il malato evacua o cambia il pannolone. Dopo il lavaggio con acqua tiepida e detergente (non eccedere nella concentrazione del detergente) asciugare con un panno morbido, evitando traumi da sfregamento.

Evitare/ridurre la macerazione della cute da umidità. Nel malato incontinente è necessario ridurre al minimo il contatto cutaneo con feci o urine, per cui è opportuno pulire la cute e asciugarla ogni volta che il malato si bagna. Possono essere di aiuto dispositivi monouso o materiali che assorbono l'umidità e lasciano traspirare la cute.

Mantenere la cute elastica.

La cute, soprattutto del malato anziano, necessita di essere idratata e mantenuta morbida ed elastica. Soprattutto nei punti dove si osserva una particolare secchezza (arti inferiori e superiori) è opportuno applicare sulla cute pulita ed asciutta, senza mai eccedere nella quantità, un leggero strato di crema emolliente/protettiva che potrà essere a base di lanolina o derivati dall'avena oppure olio di borragine o di mandorle, acidi grassi essenziali.

L'assorbimento è favorito da una leggera frizione circolare. Da evitare qualsiasi forma di massaggio con sostanze chimiche di natura alcolica.

6. IL LETTO E LA BIANCHERIA

Per l'IGIENE del LETTO e degli INDUMENTI si consiglia l'adozione di:

- lenzuola e traverse di tessuto morbido (meglio se non sintetico), pulite e ben tese;
- lenzuolini e traverse monouso;
- laddove è possibile, tardare l'uso di cerate ed usare affini traspiranti;
- biancheria intima priva di pizzi e merletti in quanto possono causare sfregamenti;
- biancheria pulita di tessuto naturale;
- mutandine di cotone e della giusta misura.

Nel caso di soggetti costretti ad alimentarsi a letto fare attenzione alle briciole ed eventualmente rimuoverle. Il lavaggio della biancheria in genere, specie per l'attività domiciliare, va considerato facente parte delle indicazioni del piano di cura preventiva e va dunque sconsigliato l'uso di detersivi aggressivi, ossigenati e disinfettanti (esempio: candeggina, Napisan, perborato di sodio, detersivi biodegradabili).

Inoltre, occorre far seguire al lavaggio un accurato ripetuto risciacquo.

7. L'INCONTINENZA

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

- controllare frequentemente il soggetto incontinente (al fine di evitare il prolungato contatto con feci e urine);
- eseguire accurate cure igieniche con acqua tiepida e saponi idonei, evitare l'uso di strumenti e manovre abrasive;
- asciugare bene la sede;
- controllare l'integrità della cute:
- idratare (meglio se con prodotti riassorbibili);
- evitare i prodotti alcolici, poiché irritanti;
- applicare prodotti barriera, esempio: spray al silicone (vedi indicazioni successive);
- avvalersi di presidi per l'incontinenza:
- pannoloni scelti in base a:
 - peso;
 - circonferenza vita;
 - grado di incontinenza (leggera - media - grave);
 - forma (a mutandina - anatomici);
 - grado di dipendenza (utenti allettati - deambulanti o parzialmente deambulanti).
- mutandine a rete, o normali sagomati o rettangolari, facendo attenzione che non siano compressive e non determinino sfregamenti o stati irritativi.
- proteggere il letto con traverse salvamaterasso, se l'incontinenza è grave o doppia, (possibilmente non cerate);
- utilizzare nell'uomo il condom (drenaggio urinario esterno);
- in presenza di lesioni valutare l'opportunità di posizionare un catetere vescicale a permanenza

BIBLIOGRAFIA

- AGENCY FOR HEALTH CARE POLICY AND RESEARCH CLINICAL PRACTICE GUIDELINE, "Linee guida per il trattamento delle Lesioni da Decubito" - 1995
- AISLeC, "Nuove acquisizioni in tema di lesioni cutanee" - Modena, 1995
- AISLeC " Profilassi delle lesioni da decubito e cambio posturale : ricerca multicentrica linee guida " - Ed. ANIN - Pavia,1995
- AISLeC, " Appunti di viaggio" - Editrice MA.RO - Copiano (Pv), 1998
- ANIN, "Linee guida di definizione ed attivazione di un protocollo"
- Appunti corso aggiornamento di 1° e 2° livello 1996/97, "Profilassi e cambio posturale delle lesioni da decubito: aspetti preventivi e curativi" - Azienda U.S.S.L. 43 Vigevano
- A.A.V.V., "Tecniche infermieristiche" - 2° edizione - CEA.- Milano, 1991
- A.A.V.V., "Educazione Sanitaria" - Ed. Sorbona
- CAVAZZUTI F. , "Gerontologia e Geriatria, obiettivi e metodi assistenziali" - CEA - Milano, 1992
- CUCINOTTA D. e DI GIULIO P., a cura di, "Le lesioni da decubito" - Supplemento al n° III - IV di Helios - Ed. Casma - Bologna, 1998
- HESS C.T. (Edizione Italiana a cura di A. Bellingeri), "Guida clinica alla cura delle lesioni cutanee" - Ed. Masson - Milano,1999
- JUCHLY L. e VOGEL A., "L'assistenza infermieristica di base, teoria e pratica" - Rosini Editrice - Firenze, 1990
- LUI P., " La detersione. Valutazioni dermatologiche nella gestione della cute dell'anziano " - Helios - anno II - n° 1, 2 - Ed. Casma - Bologna, 1998
- MUZZIO A., "Protocollo per la prevenzione ed il trattamento delle lesioni da compressione"- Pavia, 1998 (documento predisposto per Servizio Infermieristico di Pavia)
- MUZZIO A., " Il trattamento locale delle lesioni cutanee. Alcuni prodotti di uso comune " - Pavia, 1998 (documento predisposto per Servizio Infermieristico di Pavia)
- NANO M. e RICCI E., "Le piaghe da decubito nel paziente anziano " - Ed. Minerva Medica - Torino, 1994
- SORENSEN K.C. e LUCKMANN J., "Nursing di base" - Vol. 1° e 2°- CEA - Milano, 1992
- USL 14 OMEGNA, "Linee guida di prevenzione e trattamento lesioni da decubito" -
- ZANETTI E., "Gli strumenti di valutazione in geriatria " - Ed. Lauri - Milano, 1998