

PIAGHE DA DECUBITO: LESIONI DA PRESSIONE-PREVENZIONE E RIABILITAZIONE

Il **decùbito** (dal lat. *Decubitus - us*, der. da *decumbere*, coricarsi) è l'atteggiamento spontaneo del corpo che giace su un piano orizzontale. Nell'individuo sano varia secondo l'età (il bambino di solito assume un atteggiamento ventrale, l'adulto dorsale) e le abitudini: in tal caso non è significativo e si dice indifferente.

Si distingue anche un d. preferito e un d. obbligato: quest'ultimo è sempre legato a condizioni patologiche e imposto dalle evenienze della malattia. Malattie respiratorie con fame d'aria obbligano a un d. *ortopnoico*, ossia seduto o semiseduto; la pleurite a un d. *laterale*; la meningite a un d. (o meglio posizione) a *cane di fucile*, con le ginocchia ripiegate verso il mento; può essere prono nel caso di coliche addominali o di violenti dolori da ulcere gastriche o duodenali in cui il paziente comprimendo l'addome cerca di lenire il dolore. Infine si ha un d. passivo nei pazienti in stato soporoso o comatoso che giacciono in totale abbandono fisico e psichico.

TERMINOLOGIA

Lesioni da pressione, lesioni da decubito, ulcera da decubito, piaga da decubito e ulcera da compressione sono termini usati indifferentemente per indicare lo stesso problema.

L'ulcera da pressione è un'alterazione della cute o dei tessuti circostanti dovuta a compressione o sfregamento con conseguente alterazione della circolazione e/o apporto di ossigeno e di sostanze nutritive nell'area interessata; può anche essere definita un'area di pressione non attenuata, su una zona definita, in genere di corrispondenza di una prominenza ossea, che comporta progressivamente ischemia, morte cellulare e necrosi del tessuto.

EZIOLOGIA

Le lesioni da decubito sono la prova visibile dell'azione di fattori multipli che interagiscono e che possono essere suddivisi in estrinseci (o primari) ed intrinseci (o secondari). I fattori estrinseci sono quelli che esercitano un'azione meccanica sui tessuti molli quali la pressione, la frizione, la trazione e la macerazione. I fattori intrinseci sono invece la malnutrizione proteica, l'anemia, la perdita sensitiva, la riduzione della motilità, l'età avanzata, l'alterazione dello stato mentale, l'incontinenza e le infezioni. E' però comunemente accettato che la causa principale delle lesioni da decubito sia, tra tutti i fattori eziologici, la pressione costante mantenuta per periodi prolungati. Già nel 1930 era stata misurata la pressione capillare media all'ingresso arterioso; Landis la valutò in 32 mmHg: tale valore è comunemente accettato quale soglia limite oltre la quale si verifica trauma tissutale da compressione prolungata. E' ovvio che la compressione non è uniforme su tutta la superficie corporea a contatto col materasso, ma risulta maggiore in prossimità delle prominenze ossee: le persone con sistema nervoso integro compensano spontaneamente la pressione cambiando posizione (circa ogni 15 minuti). Quando avviene lo spostamento del peso il sangue fluisce nuovamente nel tessuto e la zona diventa iperemica. Questo fenomeno viene definito iperemia reattiva ed è un meccanismo protettivo di vasodilatazione locale, quale risposta compensatoria naturale ad una ischemia temporanea. Se, al contrario, venisse applicata una pressione tissutale superiore ai 32 mmHg per un periodo sufficientemente lungo i vasi collassano e trombizzano. Può accadere che i capillari a causa di questa pressione si occludano completamente causando una mancanza totale di flusso sanguigno e quindi la necrosi dei tessuti. In questo caso le lesioni si presentano di forma circolare, con bordi esterni regolari. La cute è meno sensibile dei muscoli all'ischemia e per questo motivo all'ispezione gli strati superficiali della pelle presentano solo arrossamenti o piccole formazioni bollose o abrasioni di modesta entità: i danni devastanti sono infatti a carico dei tessuti molli sottostanti schiacciati tra la superficie d'appoggio e le prominenze ossee. La trazione, con attrito dei tessuti profondi provoca danni nascosti che si evidenziano una

settimana dopo il trauma. Generalmente la trazione viene esercitata accidentalmente durante lo spostamento del paziente dal letto alla barella o alla carrozzella o alla poltrona. Infatti in tali situazioni si genera uno scivolamento del paziente su una superficie. Similmente la testiera del letto alzata fa sì che si eserciti sulle zone sacrali una pressione maggiore che con la testiera abbassata: infatti la struttura scheletrica tende a scivolare verso i piedi del letto, mentre la cute sacrale aderisce per frizione al lenzuolo: quindi la fascia profonda scivola verso il basso con l'osso, mentre la fascia sacrale rimane adesa al derma. In questo caso la lesione si presenterà di forma ellittica, con un lato di profondità maggiore rispetto all'altro. La lesione provocata da frizione assomiglia ad una abrasione: la frizione non svolge un ruolo principale nell'eziologia delle lesioni da decubito, ma, contribuendo allo stiramento dello strato epidermico della cute, favorisce la rimozione dello strato corneo esterno riducendo l'attività fibrinolitica. Ciò rende la cute più suscettibile alla necrosi da pressione. Una aumentata perdita di liquidi trans-epidermici permette all'umidità di accumularsi sulla superficie del corpo, aumentando nettamente il coefficiente di frizione che, se diventa abbastanza grande, provoca in realtà aderenza. In questo modo la frizione si combina alle forze di trazione. La macerazione, che può essere conseguente a sudorazione, drenaggio delle ferite, incontinenza fecale o urinaria, può provocare danni cutanei in tempi molto brevi nei pazienti ad alto rischio. La distruzione tissutale è favorita da fattori di rischio intrinseci. È fondamentale che l'equipe sanitaria susciti l'attenzione dei parenti del paziente allettato su tali rischi. La malnutrizione indebolisce la resistenza dell'organismo alla distruzione tissutale. Si è riscontrato come bassi livelli sierici di albumina siano associati alle lesioni da decubito, così come la cicatrizzazione del tessuto è compatibile solo con un equilibrio azotato positivo. È importante invitare il medico e il personale infermieristico a valutare attentamente l'apporto di proteine nella dieta, in quanto l'elemento biochimico principale nel mantenimento dell'integrità dei tessuti è la sintesi proteica. Da notare che può esserci deficit nutrizionale anche in pazienti di peso adeguato o sovrappeso. La perdita sensitiva è un altro fattore predisponente, così come la ridotta capacità di movimento. Molte malattie contribuiscono all'instaurarsi di una ridotta mobilità, che invece deve essere mantenuta al livello più elevato possibile, perché, non solo modifica le aree che sopportano il peso, ma integra la salute e il benessere. Questo è ancora più vero nelle persone anziane, in cui il contenuto di elastina dei tessuti molli si riduce, trasferendo il carico meccanico del corpo al liquido interstiziale e alle cellule. Il liquido interstiziale funge da "cuscinetto" per le cellule e se un volume di liquido venisse perso le cellule verrebbero a contatto tra di loro. L'incontinenza è la causa più comune di lesione da decubito. È utile osservare che l'incontinenza fecale risulta un fattore di rischio più importante di quella urinaria, esponendo la cute ai batteri e alle sostanze tossiche presenti nelle feci. Infine la temperatura corporea che, se elevata, rende ancora più suscettibile a necrosi un'area già a rischio di ischemia indotta dalla compressione.

VALUTAZIONE DEL RISCHIO

La valutazione del rischio di lesioni da decubito è pertinenza dell'assistenza infermieristica.

SEDI

Le lesioni causate da pressione prolungata si presentano su diversi distretti corporei a seconda del tipo di posizione nella quale il corpo è forzatamente immobilizzato.

Le aree corporee a maggior rischio per la formazione di lesioni da decubito sono:

- posizione supina: tallone, polpaccio, zona del sacro, gomiti, processi spinosi, scapole e nuca;
- posizione laterale: malleolo, condili mediali e laterali, grande trocantere coste, processo acromiale, scapola;
- posizione seduta: cavo popliteo, pianta del piede, talloni, tuberosità ischiatiche, sacro e coccige, scapola;

- posizione prona: dorso del piede, caviglia, ginocchia, coscia, cresta iliaca, torace anteriore, processo acromiale, orecchio e guance.

CLASSIFICAZIONE DELLE LESIONI DA DECUBITO (CONSENSUS CONFERENCE ON PRESSURE ULCERS 1989)

Stadio 1

Eritema della pelle (non lacerata) non reversibile alla digitopressione; il segnale preannuncia ulcerazione della pelle.

Stadio 2

Ferita a spessore parziale che coinvolge l'epidermide e/o il derma. L'ulcera è superficiale e si preannuncia clinicamente come un'abrasione, una vescica, o una leggera cavità.

Stadio 3

Ferita 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 profonda cavità che può o non può essere sottominata.

Stadio 4

Ferita a tutto spessore con estesa distruzione dei tessuti, necrosi o danno ai muscoli, ossa o strutture di supporto (tendini, capsula articolare ...).

Le **ulcere da pressione (u.d.p.)** hanno rappresentato e rappresentano tutt'ora un grave problema sanitario ed economico nei confronti del quale, nei paesi più evoluti, le istituzioni sanitarie e governative pongono particolare attenzione sia per la morbilità attribuibile alle **u.d.p.** che per gli alti costi necessari per la cura di questa patologia.

PREVENZIONE, CURA E RIABILITAZIONE DELLE U.D.P.

Le **u.d.p.** sono, nella popolazione sana, un avvenimento raro, associabile ad eventi anomali ed occasionali; per contro, nel caso in cui un soggetto si trovi in condizioni di decubito obbligato, rappresentano un evento prevedibile e soprattutto prevenibile con buone possibilità di successo.

I tre momenti di **prevenzione, cura e riabilitazione** intesi nell'ambito di un intervento globale sulle **u.d.p.**, prevedono la presenza di una equipe multidisciplinare in grado di gestire il problema in tutti i suoi aspetti; in questo, gli operatori della riabilitazione svolgono un ruolo importante.

LA PREVENZIONE

La **prevenzione (p.)** delle **u.d.p.** necessita di un intervento personalizzato e globale sul soggetto che presenti **fattori di rischio (f.d.r.)** per questa patologia; tale intervento coinvolge tutte le persone, professionisti e non, che lo assistono. L'individuazione dei **f.d.r.**, l'eliminazione e/o la loro massima riduzione, rappresentano un momento fondamentale nella **p.** delle **u.d.p.** I fattori **eziopatologici** si possono distinguere in fattori **patomeccanici** e fattori **patofisiologici** la loro individuazione permette l'elaborazione di una strategia di **p.** che rende necessaria una condivisione di competenze da parte di tutti i soggetti che interagiscono fattivamente con la persona che presenti fattori di rischio. La *pressione prolungata* rappresenta la maggiore causa di formazione di **u.d.p.**, ne consegue che lo strumento di **p.** principale è l'annullamento o la riduzione della pressione stessa attuabile attraverso un programma globale di ergonomia teso alla riduzione dei fattori di rischio associata all'adozione, ove necessario, di ausili ed adattamenti personalizzati in grado di ridurre gli effetti della *pressione prolungata*. In presenza di **f.d.r.** legati alla presenza di un decubito obbligato e non

modificabile autonomamente dal soggetto, la strategia di **p.** più efficace è rappresentata dalla variazione programmata delle posture associata ai corretti posizionamenti da mantenere. La varietà delle condizioni patologiche, le necessità terapeutiche, lo stato di coscienza, la morfologia del soggetto portatore di **f.d.r.** ed altre variabili, creano una varietà di situazioni specifiche tale da non permettere l'elaborazione di un protocollo di **p.** universalmente valido. Un pz operato di artroprotesi d'anca, in fase acuta non potrà giacere sul decubito del lato interessato dall'intervento; un soggetto con emorragia cerebrale non potrà subito essere messo seduto etc.; esistono comunque principi e strategie in grado di essere adattati a tutte le situazioni.

LA PREVENZIONE DELLE U.D.P. NEI DECUBITI OBBLIGATI SUL PIANO ORIZZONTALE

La migliore strategia di prevenzione per pz portatori di **f.d.r.** rappresentati dal *decubito obbligato* sul piano orizzontale, è rappresentata da un corretto programma di igiene posturale basato sulla variazione e mantenimento programmato delle posture al letto di degenza.

Il programma per essere efficace necessita di:

- Elaborazione del programma individualizzato e degli eventuali ausili necessari effettuato da una equipe multidisciplinare oppure, qualora non fosse possibile, da personale specializzato
- Ripetibilità del programma anche da parte di personale non specializzato comunque dedito alla cura del pz
- Condivisione del programma da parte di tutti gli operatori addetti alla cura ed assistenza del pz
- Istruzione sul corretto utilizzo degli eventuali ausili necessari
- Corretta esecuzione dei trasferimenti posturali assistiti
- Verifica costante dell'efficacia del programma

MOVIMENTAZIONE DEL PAZIENTE

Spesso il pz portatore di **f.d.r.** per *decubito obbligato* sul piano orizzontale non è in grado di effettuare i trasferimenti posturali al letto di degenza in forma autonoma e necessita, per la loro esecuzione, dell'assistenza completa o parziale di uno o più soggetti terzi. Gli operatori impegnati nella gestione di persone portatrici di disabilità, possono, con manovre non corrette, creare **attrito** tra il corpo del pz e le superfici di contatto creando così un pericoloso **surriscaldamento** della cute. La prima forma di prevenzione delle **u.d.p.** è rappresentata dalle precauzioni tese ad evitare i possibili attriti tra corpo del pz e superfici di contatto; inoltre, molti operatori addetti alla gestione di persone portatrici di disabilità, soffrono di dolori muscolo-scheletrici dovuti alla scorretta movimentazione di pz pesanti. Il principio è che tutti i trasferimenti devono essere effettuati con il minor sforzo possibile e con l'utilizzo di materiali che facilitano gli scivolamenti in modo da ridurre gli attriti e gli sfregamenti facilitando lo spostamento del pz riducendo al minimo il rischio di infortuni per il pz e gli operatori. Anche in assenza di specifici materiali è comunque possibile effettuare trasferimenti a letto senza attriti.

Nelle *fig. 1 a/b* viene mostrato un trasferimento al letto di degenza eseguito da 2 operatori.



fig. 1 a/b

La modalità di trasferimento illustrata nelle *fig. 1 a/b* permette di evitare attriti tra il corpo del pz e la superficie del letto diminuendo inoltre il rischio di infortunio per gli operatori.

Esistono molti tipi di ausili per il trasferimento, di seguito ne verranno descritti alcuni tra i più recenti.



- Trasferimenti da/a carrozzina e letto
- Cambiamento di posizione a letto

fig. 2

Nella *fig. 2* viene mostrato un ausilio realizzato con materiali trattati, nylon a basso attrito, per consentire eccellenti caratteristiche di scivolamento; questo ausilio consente un trasferimento più facile e senza strattamenti del paziente (*figg. 3-4*).



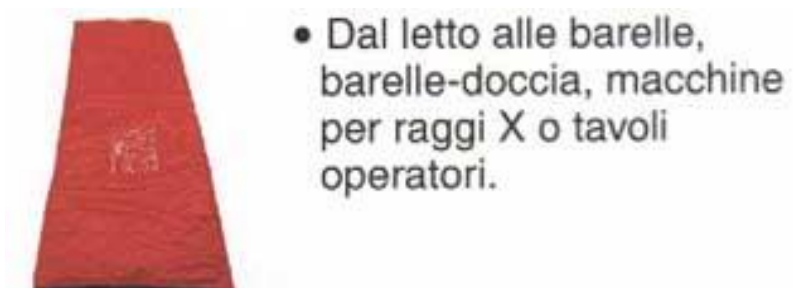
Il Minitrans riduce l'attrito al di sotto delle spalle.

fig. 3



fig. 4

Esistono inoltre dispositivi composti dallo stesso materiale e più grandi (*fig. 5*) in grado di facilitare e mettere in sicurezza (*figg. 6-7-8*) altre necessità di trasferimento.



- Dal letto alle barelle, barelle-doccia, macchine per raggi X o tavoli operatori.

fig.5



fig.6



fig.7



fig. 8

La movimentazione del pz può essere facilitata, inoltre, dall'adozione di ausili simili a quelli indicati nella *fig. 9* dove viene mostrato un sollevatore manuale tipo "lift" ed il suo possibile utilizzo *fig. 10*.

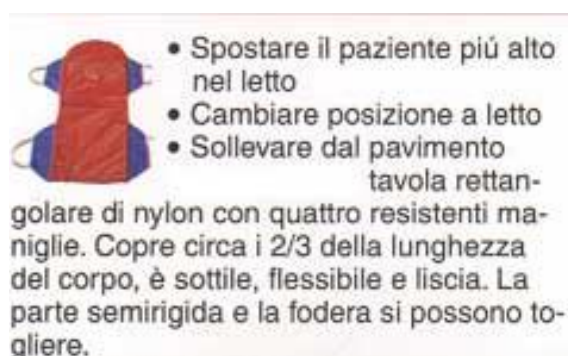


fig. 9



fig. 10

Il sollevatore manuale è in grado di prevenire anche lesioni muscolo-scheletriche dei pazienti ed operatori di fronte a necessità impreviste o anomale (*figg. 11-12*).



fig. 11



fig. 12

I trasferimenti letto-carrozzina e carrozzina-letto sono attività che comportano un alto rischio di attrito, per queste finalità sono stati creati ausili come quelli mostrati nella *fig. 13* che, in presenza di specifici adattamenti dell'ambiente (giusta altezza da terra del letto etc.), sono in grado di diminuire i possibili traumatismi. Nella *fig. 14* viene mostrato il corretto utilizzo della tavola per trasferimenti.



tavola per trasferimenti in materiale plastico semirigido di forma rettangolare con una superficie liscia e scorrevole. Il bordo facilmente pieghevole lungo uno dei due lati consente una buona protezione dalla ruota della carrozzina quando l'utente effettua il passaggio dal letto alla carrozzina o dalla carrozzina alla macchina.

fig. 13



fig. 14

LA PREVENZIONE ATTRAVERSO IL CORRETTO POSIZIONAMENTO SUL PIANO ORIZZONTALE

La corretta movimentazione del pz ha un ruolo fondamentale nella prevenzione delle **u.d.p.** sul piano orizzontale; il corretto posizionamento al letto di degenza è altrettanto importante.

Il programma di posizionamenti deve essere personalizzato e rispettoso delle seguenti indicazioni:

- evitare la postura che poggi sulla zona interessata dalla lesione al fine di promuovere la rivascolarizzazione;
- adottare uno o più ausili che assicurino uno scarico della pressione sulla cute rispetto al piano d'appoggio;
- per sollevare il paziente dal piano d'appoggio utilizzare sempre accorgimenti per evitare frizioni o sfregamenti;
- il paziente in decubito laterale non deve superare l'inclinazione di 45°;
- in posizione supina adottare ausili in grado di assicurare che i talloni siano sollevati dal piano d'appoggio;
- utilizzare archetti alzacoperte;
- Impostare un adeguato programma di fisioterapia.

Di seguito nelle *figg. 15-16-17* vengono illustrati tre posizionamenti sul piano orizzontale che rispettano tali indicazioni.

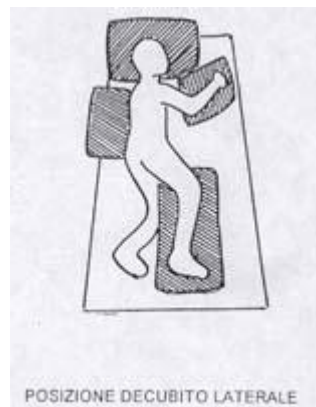


fig. 15

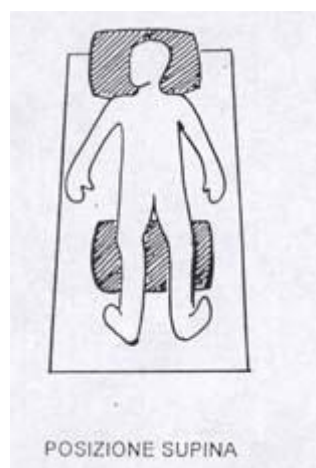


fig. 16



fig.17

L'efficacia del programma di prevenzione delle **u.d.p.** sul piano orizzontale dipende anche dall'adozione di letti e materassi adeguati; i vari modelli garantiscono gradi di prevenzione diversi e vanno utilizzati in base ai fattori di rischio.

Il ruolo degli ausili nella posizione seduta

I soggetti portatori di rischio per **u.d.p.** per decubiti prolungati in posizione seduta, necessitano di un programma di igiene posturale che è basato sostanzialmente sull'adozione di un corretto programma di fisioterapia e su un sistema di postura personalizzato.

Gli ausili necessari sono:

- La carrozzina;
- i sistemi di postura (cuscini, schienali etc.)

Per la corretta prevenzione e cura delle **u.d.p.**, la carrozzina deve essere costruita in base alla morfologia ed alle condizioni del paziente; il modello e le caratteristiche della stessa (fig. 18) vanno decisi dalla equipe multidisciplinare in quanto questo ausilio rappresenta per molti pazienti un compagno inseparabile per molte ore della giornata e, spesso, rimane la stessa per anni.



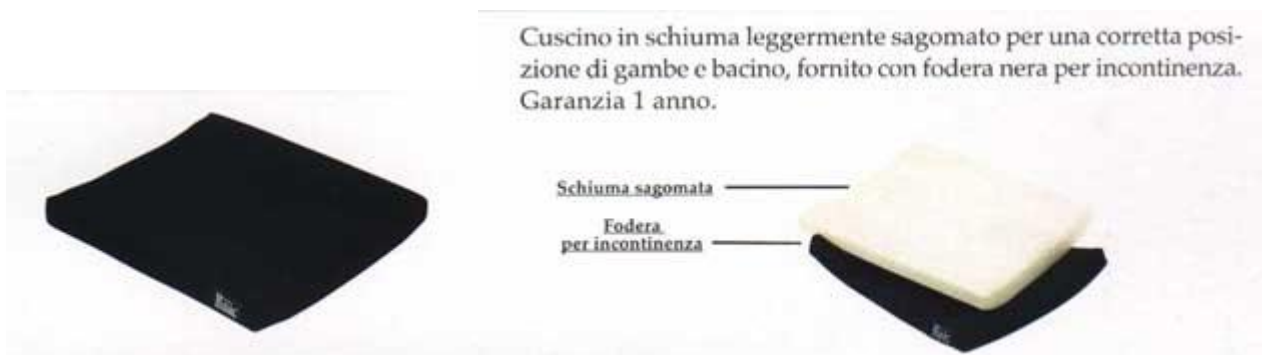
I sistemi di postura disponibili per la prevenzione e cura delle **u.d.p.** nella posizione seduta sono rappresentati da:

- cuscini;
- schienali;
- appoggiatesta;
- spinte o appoggi personalizzati.

I vari sistemi sono classificabili a seconda del loro grado di prevenzione:

- bassa;
- media;
- alta.

In assoluto i sistemi di postura più utilizzati e necessari nella posizione seduta sono i cuscini; nelle figure seguenti sono rappresentati alcuni modelli rispettivamente a bassa, media ed alta prevenzione.





Comunque, anche quando i fattori di rischio sono bassi è consigliabile l'utilizzo di un cuscino standard (*fig. 19*) che oltre alle funzioni preventive sia in grado di assicurare un adeguato comfort al paziente costretto all'utilizzo continuativo della carrozzina.



fig. 19

Il ruolo della riabilitazione nelle **u.d.p.** non si limita alla prescrizione e corretto utilizzo degli ausili; un corretto programma di mobilizzazione e riabilitazione motoria rappresenta, all'interno di ogni protocollo di trattamento delle **u.d.p.** un momento fondamentale che deve integrarsi nella gestione globale del problema.

Di seguito viene descritto un **protocollo operativo per il trattamento delle lesioni da decubito** elaborato con finalità di uniformare il metodo di trattamento e le scelte dei prodotti da utilizzare per la medicazione.

L'ordine metodologico adottato per la stesura del protocollo trova il suo presupposto nel concetto di stadiazione e muove dai principi di cicatrizzazione delle lesioni.

La scala utilizzata per la stadiazione delle lesioni è quella della N.P.U.A.P. (National Pressure Ulcer Advisory Panel).

E' stato individuato un obiettivo generale ed uno per ogni stadio delle lesioni. E' stato quindi definito il tipo di trattamento e di medicazione più idoneo per ogni lesione in funzione del suo stadio particolare.

Obiettivo Generale:

- facilitare il processo di guarigione a qualsiasi stadio della lesione impedendone il peggioramento.

I Stadio

Eritema stabile della pelle (non lacerata) non reversibile alla digitopressione; il segnale preannuncia l'ulcerazione della pelle.

Obiettivo: ripristinare la vascolarizzazione e prevenire l'ulcerazione cutanea.

Eliminazione della compressione locale:

mobilizzazione con cambi di postura personalizzati alle esigenze del paziente.

Evitare la postura che poggia sulla zona interessata dalla lesione al fine di promuovere la rivascularizzazione.

Adottare un ausilio che assicuri uno scarico della pressione sulla cute rispetto al piano d'appoggio.

Per sollevare il paziente dal piano d'appoggio utilizzare sempre il lenzuolo sottostante per evitare frizioni o sfregamenti. Il paziente ruotato sul fianco non deve superare l'inclinazione di 45°. In posizione supina porre sempre un cuscino sotto il cavo popliteo del paziente abbastanza alto da assicurare che i talloni siano sollevati sul piano d'appoggio. Utilizzare archetti alzacoperte.

Cura della cute:

detergere la cute con detergenti a PH acido diluiti in acqua tiepida evitando sfregamenti eccessivi. Effettuare la detersione più volte al giorno solo se necessario, al fine di proteggere il film idrolipidico.

Protezione cutanea:

Applicare sulla cute creme per il corpo ad azione idratante e nutriente in grado di ripristinare le difese e l'idratazione cutanee. La crema va applicata ogni volta che si procede alla detersione.

La scelta della crema è condizionata dal tipo di cute del paziente:

- cute normale: creme idratanti per il corpo;
- cute secca: creme nutrienti per pelli secche od olio per il corpo (olio d'oliva, di mandorle).

In caso di incontinenza urinaria o fecale proteggere la cute dall'aggressione dei liquidi organici mediante l'applicazione di prodotti barriera quali:

- creme all'ossido di zinco;
- medicazioni idrocolloidali a spessore sottile.

Da evitare frizioni con colonie alcoliche o alcool saponoso in quanto seccano lo strato corneo rendendo la cute maggiormente vulnerabile alle aggressioni chimiche e meccaniche.

Presidi preventivi:

Sulle zone particolarmente soggette a frizioni o sfregamenti (sacro, talloni, gomiti) è utile applicare presidi atti a proteggere la cute come:

- IDROCOLLOIDI A SPESSORE SOTTILE
- SCHIUME DI POLIURETANO
- FILM-MEMBRANA

II STADIO

Ferita a spessore parziale che coinvolge l'epidermide e/o il derma. L'ulcera è superficiale e si preannuncia clinicamente come un'abrasione, una vescica o una leggera cavità.

Obiettivo: favorire la ricostruzione cutanea.

Eliminazione della compressione locale:

le raccomandazioni da osservare sono le medesime delle lesioni al primo stadio.

Monitoraggio della lesione:

dopo aver coperto la lesione con un film-membrana procedere alla rilevazione del perimetro della stessa utilizzando una carta millimetrata. Per la profondità utilizzare un tampone sterile.

Effettuare rilevazioni fotografiche ogni 5/7 giorni al fine di poter osservare nel tempo l'evoluzione della lesione.

Detersione:

detergere la lesione utilizzando soluzione fisiologica o Ringer lattato tiepidi al fine di non raffreddare l'ulcera.

Utilizzare il getto meccanico ottenibile con una siringa da 20 ml collegata ad un'agocannula n° 18 G che assicura la rimozione dei detriti dal letto dell'ulcera.

Tamponare solo il contorno della lesione con garze sterili o pulite.

Debridement:

sulle zone con presenza di fibrina procedere all'applicazione di IDROGEL. L'utilizzo dell'idrogel non interferisce negativamente con la progressione del processo riparativo, ma, al contrario, idratando la lesione ne facilita il debridement autolitico e allo stesso tempo favorisce la granulazione. La sostituzione delle medicazioni può essere effettuata ogni 2/3 giorni.

Altro prodotto che si può utilizzare in presenza di strati spessi di fibrina sono le POMATE AD AZIONE PROTEOLITICA, ma, a differenza dell'idrogel, intaccano anche il tessuto in via di riparazione. L'uso degli enzimi proteolitici è quindi da riservare in zone con escara, in quanto, la loro azione si esplica "principalmente sui tessuti devitalizzati" ma non ne esclude possibili effetti anche sul tessuto di granulazione.

L'utilizzo delle pomate proteolitiche deve essere sospeso quando è presente il tessuto di granulazione. La loro attività proteolitica "diminuisce progressivamente dopo l'applicazione e probabilmente risulta totalmente scomparsa dopo le 24 ore": è quindi necessario procedere con sostituzioni quotidiane della medicazione.

Non traumatizzare in alcun modo il letto dell'ulcera per evitare la rottura dei nuovi capillari in formazione.

Trattamento specifico di una Abrasione:

- Detergere la cute con soluzione fisiologica, asciugare il contorno della lesione.
- Applicare una placca idrocolloidale di misura adeguata (deve oltrepassare di almeno 2 cm il bordo della lesione).
- Sostituire in caso di saturazione della placca di idrocolloide o comunque entro 7 giorni dalla data d'applicazione che andrà segnata sulla medicazione.

Trattamento specifico di una bolla:

- Disinfettare la superficie bollosa con Iodopovidone soluzione acquosa o Clorexidina Gluconato.
- Con una siringa a cui va collegato un ago n° 18 G praticare dei fori ed aspirare il liquido sieroso contenuto all'interno della bolla, lasciare la cute collabita a contatto della lesione.
- Applicare una schiuma di poliuretano e fissarla con cerotto anallergico o con una benda.
- Controllare dopo 2/3 giorni: se la bolla

BIBLIOGRAFIA:

A.I.S.LE.C. Profilassi delle lesioni da decubito e cambio posturale, Ricerca multicentrica linee guida 1995.

ANDRICH R. e al. Ausili per l'autonomia S.I.V.A. 1,1988.

ARDITO S. e al. Rieducazione funzionale del paraplegico, suggerimenti per immagini, Macerata, Istituto di Riabilitazione Santo Stefano 1989.

AA.VV. Sì, tu puoi! Guida per l'autosufficienza di persone con lesioni del midollo spinale, Milano, Associazione paraplegici 1989.

AA.VV. Ulcere da decubito, L'assistenza infermieristica del Nord America 9,4,1988 pp 913-1034.

CAVICCHIOLI A., TURRINI P., Come prevedere e prevenire le lesioni da decubito, NEU Infermieristica Neurochirurgia 4, 1994; pp 43-49.

CUCCINOTTA D., DI GIULIO P., Le piaghe da decubito nel paziente anziano, Bologna 1992.

HAMILTON M., Valutazione del rischio nel trattamento delle ferite, NEU Appunti di infermieristica 14 Pavia Dicembre 1992 pp 1-13.

REDAZIONE, a cure della. La valutazione del rischio di contrarre lesioni da decubito nei pazienti ospedalizzati, Rivista dell'infermiere 4,1995; pp 187-192.