

La gestione delle piaghe da decubito

Vademecum per il paziente a domicilio



Cosa sono?

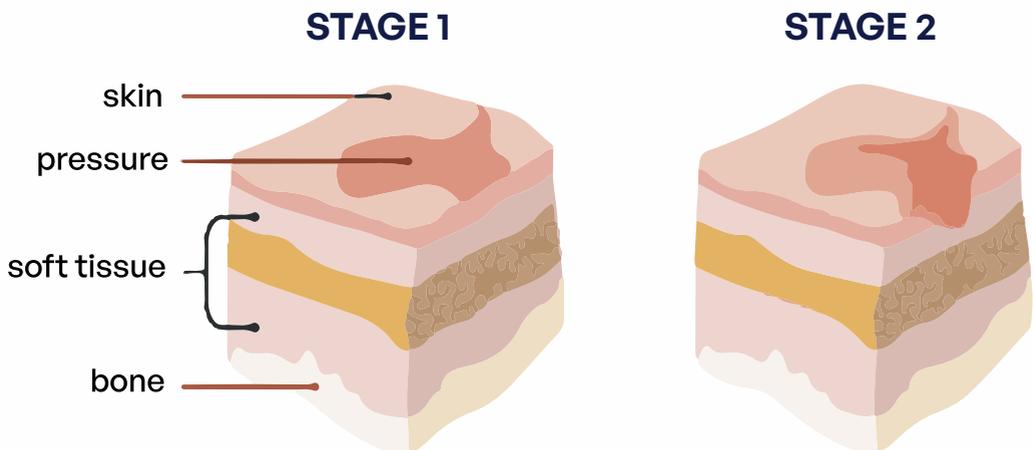
Le **piaghe da decubito, chiamate anche lesioni da pressione o ulcere**, sono lesioni della pelle e dei tessuti sottostanti causate dalla compressione prolungata di un tessuto molle (pelle, sottocute, muscolo).

Si possono presentare anche solo con un arrossamento cutaneo **fino ad arrivare per gradi (4 stadi) all'osso**.

Perché si formano?

Sono causate dallo **schacciamento prolungato dei tessuti tra una sporgenza ossea**, su cui grava il peso del corpo, e **un piano di appoggio** come materasso, poltrona o carrozzina.

Lo schacciamento prolungato impedisce al sangue, ricco di ossigeno, di arrivare ai tessuti con conseguente danno e degenerazione.



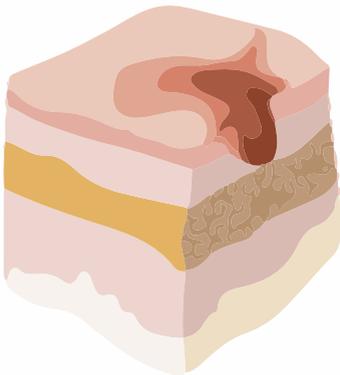
Quali sono le persone a rischio?

Nella maggior parte dei casi colpiscono soprattutto **le persone anziane o le persone immobilizzate a letto o sulla carrozzina**, incapaci di muoversi, incontinenti per feci e urine, con difficoltà di alimentazione o con ridotta lucidità mentale.

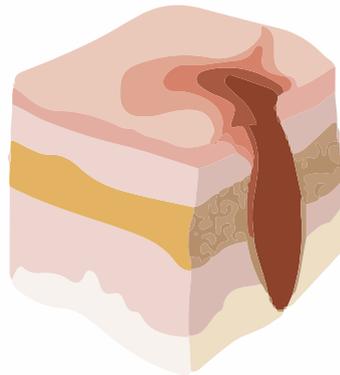
Il rischio aumenta quando sono presenti più fattori tra quelli sopraelencati.

Nei pazienti sottopeso, che non assumono quantità adeguate di nutrienti, le piaghe da decubito possono formarsi più facilmente; alle cellule dell'organismo non arrivano infatti le sostanze necessarie per funzionare correttamente. Anche la **disidratazione può aggravare le complicazioni delle piaghe.**

STAGE 3



STAGE 4



Quali sono le zone interessate?

Le zone interessate dalle piaghe da decubito in base alla posizione prolungata del corpo nel letto sono:

- **posizione supina:** occipite, scapola, sacro, talloni;
- **posizione laterale:** orecchio, processo dell'acromion (spalla), gomito, trocantere (fianco), condilo medio-laterale (gambe), malleolo medio-laterale, talloni;
- **posizione prona:** gomito, orecchio, guancia, naso, seno (donne), genitali (uomini), cresta iliaca, patella (ginocchio), dita (piedi);
- **posizione seduta:** scapole/rachide, ischio (fondoschiena), cavo popliteo (gambe), metatarsi (piedi).



COSA SI PUÒ FARE PER PREVENIRLE O FACILITARNE LA GUARIGIONE?

- **Mobilizzazione del paziente**
- **Igiene** e cura della cute
- **Idratazione e alimentazione adeguata**
- **Gestione dell'incontinenza**
- **Gestione del dolore**

Mobilizzazione del paziente

Al fine di evitare il formarsi di lesioni da pressione **è fondamentale ridurre il carico sulle zone sottoposte a compressione** attraverso l'attuazione di un piano di mobilizzazione con adeguati cambi di posizione e l'utilizzo di appositi ausili.

Il movimento è considerato la prima difesa dell'organismo contro i danni da compressione. Lo spostamento o i cambi di posizione del malato devono essere attuati utilizzando appositi sistemi per **evitare che la parte a contatto con il letto venga strofinata e quindi lesionata.**

SE IL PAZIENTE È COSTRETTO A LETTO:

- cambiare posizione preferibilmente ogni 2 ore stando attenti a non tirare o sfregare la cute;
- la testiera del letto dovrebbe essere non troppo rialzata per evitare slittamenti del paziente verso la pediera del letto;
- è fortemente consigliato l'uso di sovrामaterassi o materassi antidecubito a tutti i pazienti a rischio ma è comunque indispensabile cambiare la posizione;
- il solo utilizzo di ausili non è sufficiente per una prevenzione efficace.

SE IL PAZIENTE È IN CARROZZINA O SEDUTO:

- cambiare posizione ogni ora (è sufficiente staccare la schiena e far appoggiare i gomiti su un tavolino).

SE IL PAZIENTE È IN GRADO DI MUOVERSI DA SOLO:

- stimolarlo a spostare il peso del corpo almeno ogni 15-20 minuti.

Utili possono essere i **cuscini antidecubito**; sono invece da evitare le “ciambelle”, che creano zone di pressione sbagliata.

Per la **scelta del presidio più idoneo**, in accordo con il medico di famiglia **è possibile richiedere la consulenza dello specialista fisiatra o del fisioterapista.**

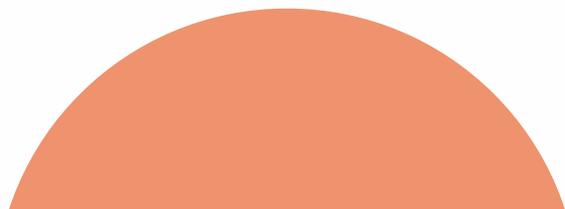




Igiene e cura della cute

Giornalmente la cute va ispezionata soprattutto nei punti delle prominenze ossee e nelle pliche cutanee; se integra, ben idratata e pulita, resiste maggiormente alla colonizzazione batterica e agli stiramenti.

Nell'anziano la cute risulta fragile per la riduzione del film idrolipidico.



È QUINDI IMPORTANTE:

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

È BENE USARE E/O CONSIGLIARE:

- acqua tiepida;
- saponi e shampoo idonei (oli da bagno, olio di oliva, olio di borragine, neutri, acidi o la linea dei non saponi, crema base, preparati all'avena, mandorle dolci);
- asciugamani, teli da bagno di spugna o di cotone morbidi e puliti;
- prodotti idratanti per la cute.

SAREBBE OPPORTUNO CHE I PRODOTTI FOSSERO:

- poco schiumogeni;
- facili da risciacquare;
- con un PH intorno a 6;
- poco o (meglio) non profumati.

È IMPORTANTE:

- **asciugare la cute** tamponando e non sfregando;
- applicare i prodotti solo **su cute pulita**;
- **nutrire la pelle** con prodotti idratanti non alcolici, attraverso massaggi lievi, senza mai eccedere nella quantità;
- i prodotti che si possono utilizzare **sono creme emollienti/protettive** che possono essere **a base di lanolina, di ossido di zinco, di vaselina, derivati dall'avena, oppure olio di mandorle**;
- l'assorbimento dei prodotti è favorito da una **leggera frizione circolare** e con la cute ancora umida, soprattutto dopo l'igiene.

L'igiene personale deve essere eseguita giornalmente ed ogni volta **che il malato evacua o cambia il pannolone.**

Da evitare qualsiasi forma di massaggio con sostanze di natura alcolica.



Alimentazione e idratazione

La corretta alimentazione è uno dei componenti fondamentali per mantenere l'integrità tissutale e per promuovere i processi di cicatrizzazione. È stato evidenziato **che la gravità delle lesioni da decubito è strettamente correlata all'entità del deficit nutrizionale.**

Un paziente lesionato potrebbe aver bisogno di integrazione alimentare in quanto l'apporto calorico introdotto giornalmente potrebbe non essere sufficiente a stimolare correttamente la guarigione delle lesioni.



È importante, quindi, seguire le indicazioni del medico di famiglia e del personale sanitario e **registrare il cibo introdotto con l'obiettivo di intervenire con eventuali integrazioni**, nel caso ce ne fosse la necessità. Uno strumento che può facilitare il caregiver nel monitoraggio dell'alimentazione è la compilazione del diario alimentare, scrivere cioè cosa mangia la persona assistita ad ogni pasto, precisando le quantità.

È consigliata, se possibile, **una dieta equilibrata e variegata ricca di frutta e verdura, pane e cereali, carne, pesce, uova, latte e derivati** perché facilita la prevenzione della degenerazione e la promozione della guarigione di lesioni in atto.

È importante **bere molto per facilitare l'idratazione cutanea** ed evitare la disidratazione, specie nel periodo estivo.



Gestione dell'incontinenza

L'incontinenza richiede molta attenzione da parte dei caregiver.

Le urine e le feci, per l'azione macerante ed irritante, **possono aumentare il rischio di lesione o peggiorare la situazione, se sono già presenti.**

Si consiglia di:

- **controllare frequentemente la persona assistita** al fine di evitare il prolungato contatto con feci e urina;
- **eseguire accurate cure igieniche** con acqua e saponi idonei ed evitare l'uso di strumenti e manovre abrasive;
- **asciugare bene** la sede tamponando;
- **controllare** sempre **l'integrità della cute**;
- **idratare** la cute;
- **evitare i prodotti alcolici** perché irritanti;
- **applicare prodotti barriera:** spray al silicone e similari;
- **segnalare** al medico o agli infermieri **eventuali arrossamenti persistenti**;
- se l'incontinenza diventa ingestibile, **consultare il medico per scegliere l'ausilio più corretto** (presidi per assorbenza, catetere esterno o interno).

Gestione del dolore

La persona con lesioni **può talvolta accusare dolore.**

Il momento più critico è durante il cambio della medicazione oppure durante i posizionamenti.

Se possibile si consiglia sempre di non posizionare il paziente sulla lesione, scelta non fattibile se la persona assistita ha più lesioni.

Se la persona assistita **avverte dolore** è necessario **prendere contatto con il medico di famiglia** per eventuale terapia antidolorifica. In questo caso si raccomanda di seguire le prescrizioni correttamente e di riferire agli operatori se il dosaggio non è sufficiente a sedare il dolore.

CURA DELLE LESIONI

Fra le attività richieste ai caregiver è compresa **a gestione di abrasioni o arrossamenti che deve essere insegnata dal personale infermieristico.** Si raccomanda **di seguire scrupolosamente le indicazioni prescritte (vedi diario), sia mediche che infermieristiche.**

È importante che il caregiver **segnali sempre agli operatori eventuali cambiamenti**, in positivo o in negativo, della lesione.

Fra i segni che si possono osservare e che fanno capire che la lesione sta procedendo bene troviamo: **colore rosso vivo e lucido, rimpicciolimento della lesione sia dal basso verso l'alto che dai bordi che si stringono, la lesione si presenta umida ma non colante, la pelle intorno alla lesione (cute perilesionale) si presenta rosa ed elastica.**

Fra i segni che devono insospettire possiamo trovare: **aumento dell'umidità (essudato), cattivo odore, dolore, cute perilesionale arrossata e gonfia, colore della lesione giallastra o nera, aumento delle dimensioni.**



Centro S. Maria delle Grazie

Fondazione Don Gnocchi

Via Montecassino, 8 - MONZA

Tel: 039/235991 - www.dongnocchi.it



Fondazione
Don Carlo Gnocchi
Onlus