



PROTOCOLLO PER L'APPROCCIO ED IL TRATTAMENTO DELLE LESIONI CUTANEE

1. SCOPO

Scopo del presente protocollo è di garantire uniformità e continuità all'attività sanitaria-assistenziale; la personalizzazione degli interventi e di monitorare e verificare periodicamente la qualità del servizio.

2. CAMPO DI APPLICAZIONE

Il protocollo si applica a tutte le attività del servizio di Residenza Sanitaria Assistenziale, Centro Diurno Integrato e dei servizi domiciliari (ADI, UCP-Dom, etc)

I destinatari sono il personale assistenziale, gli infermieri, medici e fisioterapisti.

3. MODALITÀ OPERATIVE

PREMESSA

Affrontare un paziente già decubitato o a rischio di decubito significa chiedersi se sono stati preventivamente attuati tutti gli interventi atti ad evitare il peggioramento della situazione o a facilitarne l'evoluzione positiva.

Abbiamo deciso di conseguenza di definire, con estrema sinteticità, alcuni punti essenziali che vanno valutati in fase di prevenzione e poi, se necessario, prima di iniziare il trattamento vero e proprio, o comunque associati ad esso, lasciando alla professionalità di ogni operatore la valutazione specifica del problema e l'opportunità di attivare procedure diverse e/o altre figure specialistiche, a seconda del caso:

- LA MOBILIZZAZIONE Il pz va mobilizzato idoneamente almeno ogni due/tre ore.
NON VA MAI TRASCINATO.

VANNO EVITATI LA TRAZIONE E LO SFREGAMENTO. Se tende a scivolare in fondo al letto, è utile porre un cuscino che sostenga le piante dei piedi, specie se lo si vuol tenere semi seduto.

- IL CONTROLLO DEL LETTO Occorre controllare spesso se ci sono lenzuola piegate o residui di cibo o oggetti; evitare lenzuola ruvide, togliere al pz anelli, orecchini, orologi. Evitare che le coperte ricadano pesantemente sui piedi: nel caso, porre un archetto.

- L'IGIENE PERSONALE

Se il pz fa uso di pannoloni, cambiarli con regolarità, almeno ogni tre-quattro ore, o comunque appena ci si accorge che risultano saturi di liquido e bagnino la cute; stessa cosa per lenzuola ed indumenti. La cute va lavata con prodotti neutri, meglio se a pH leggermente acido 5,5 ed asciugata tamponando in modo accurato (evitare macerazione), senza sfregamenti.

Se la cute dovesse risultare secca, è utile l'applicazione di sostanze emollienti.

- GLI AUSILI

Archetto, staffa per aiutarsi nel movimento a letto, cuscini per posturare, materassi antidecubito ad aria, cuscino antidecubito su carrozzina, ecc.

Vanno utilizzati a scopo preventivo, ovvero se la scala di Braden identifica un ospite a rischio. Vanno identificati i più idonei a secondo del rischio e/o adottati immediatamente in caso di lesione conclamata.

- L'ALIMENTAZIONE

Un pz che non si alimenta regolarmente non guarisce.

Rev.	Data	Redazione	Verifica	Approvazione	Motivazione
		RQI	DS	DS	
04	01/08/2022				Cambio DS



Ulcere di medio-grandi dimensioni provocano la perdita di proteine fino a 50 gr/die, elemento che altera l'equilibrio ematico (anemia con ritardo di granulazione), proteico (ipoalbuminemia) e idro-elettrolitico (disidratazione). La dieta di conseguenza deve essere ipercalorica, ricca di carboidrati e iperproteica

TIPI DI LESIONE



ULCERE VASCOLARI Sono correlate a malattie che provocano problemi circolatori e possono essere **VENOSE**, **ARTERIOSE** o **MISTE**. Fondamentalmente distinguibili tramite esame doppler.

Le ulcere *Venose* sono dovute ad insufficienza venosa da stasi e reflusso del sangue, hanno uno sviluppo lento e si presentano all'esame obiettivo con lesione a carta geografica, forma irregolare con cicatrici e pigmentazione perilesionale, edema e scarso dolore. Sede tipica all'arto inferiore sono la zona paramalleolare interna e/o esterna e la zona della ghetta (parte interna sopra malleolare).



Le ulcere *Arteriose* sono dovute ad ischemia, carenza o mancanza del flusso sanguigno. Hanno uno sviluppo rapido e doloroso. All'esame obiettivo si presentano con margini netti, necrosi e dolore. Molto spesso vi è una lesione ed altre definite satelliti (piccole dimensioni) che nel tempo tendono a confluire. Molto spesso è necessario intervento chirurgico. Sede tipica all'arto inferiore sono la faccia antero-laterale, avampiede a partenza dalle dita (spesso necrosi). In taluni casi associato all'azione da sfregamento si presentano a sedi anomale quali tallone, margini e dorso del piede.





Le ulcere di origine *Mista* sono dovute alla compresenza di più patologie (vedi sopra). Tipicamente si presentano con una localizzazione della forma arteriosa con cute perilesionale ma con alterazioni associate alla venosa. La sede dipende da quale componente prevale



ULCERE DIABETICHE Sono causate da traumi o pressioni legati a neuropatie o ischemie conseguenti al diabete mellito. Secondo l'origine le ulcere hanno manifestazioni diverse:



SEGNI E SINTOMI	ORIGINE NEUROPATICA	ORIGINE ISCHEMICA
Deformità del piede	Presente	Non presente
Temperatura	Caldo	Freddo
Colore	Normale	Pallido se sollevato o cianotico
Pulsazioni	Presenti	Diminuite o assenti
Dolore	Non presente	Presente

L'ulcera ischemica diabetica presenta un aspetto simile all'ulcera arteriosa.

L'ulcera nel piede neuropatico spesso ha origine dalle zone di ipercheratosi che evolve in lesione cavitaria profonda, il piede è ipotrofico (diminuzione del volume di un organo o di un tessuto determinata dalla riduzione di volume delle cellule che lo costituiscono) e presenta parestesie (alterazione della sensibilità).



LESIONI DA PRESSIONE

Sono causate da ischemia dovuta a:

- *cause locali* come la pressione prolungata, forze di stiramento, attrito, macerazione cutanea e/o
- *cause generali* come iperemia, ipoalbuminemia, insufficienza multiorgano, incontinenza, condizioni cardiocircolatorio alterato.



Possono comparire in ogni parte del corpo, in particolar modo in prossimità delle protuberanze ossee. Una lesione tissutale si manifesta clinicamente anche dopo 72 ore dalla creazione di un danno profondo.

Le lesioni possono essere superficiali o cavitare, presentare sottominature, fistole, ascessi.



LESIONI TRAUMATICHE Per trauma si intende l'azione di un agente fisico capace di determinare un danno all'integrità del soma e della persona.

La ferita è una lesione traumatica della pelle, prodotta da un agente meccanico in qualunque parte del corpo. È definita ferita *superficiale* se interessa solo i primi strati della cute, *profonda* se interessa muscoli, ossa o organi interni, *penetrante* se l'azione traumatica raggiunge cavità anatomiche come l'addome o il torace.

Le lesioni traumatiche sono prodotte da meccanismi elementari che sono la trazione, la compressione, la flessione e la torsione; a carico degli organi interni agiscono azioni tangenziali, torsioni, rimbalzi, decompressioni o scoppi a quali si sommano contrazioni muscolari, aumento di pressione delle cavità interne e vibrazioni molecolari di tessuti.

Gli effetti primari del trauma sono il risultato diretto e immediato dell'azione traumatica e comprendono le contusioni, le discontinuazioni, le dislocazioni e le necrosi primarie.

Gli effetti secondari sono una conseguenza del trauma e sono locali quali l'emorragia, la necrosi secondaria, l'infiammazione asettica, la trombosi o generali quali le sindromi commotive, lo shock traumatico, ecc.

Definiamo pertanto, di nostro interesse:



ABRASIONE: è una leggera lesione della parte più esterna della pelle o delle mucose, provocata da un trauma consequenziale ad un urto o ad uno sfregamento con un oggetto contundente che colpisce di striscio la superficie interessata.



ESCORIAZIONE: è una lesione della pelle che interessa gli strati più profondi e si accompagna a modeste lesioni vascolari; è causata da sfregamenti o graffi contro pareti od oggetti ruvidi. Anche il trascinarsi di corpi contundenti può creare



FERITA LACERA: è provocata da trazione o stiramento che supera i limiti dell'elasticità dei tessuti (ruote di mezzi meccanici, cinghie, morsi di animali). Si presenta a margini cutanei irregolari e frastagliati. In genere è una ferita superficiale, interessa cioè la cute e il sottocute, ma presenta facile tendenza ad infettarsi.



FERITA LACERO-CONTUSA: è dovuta ad un'azione contemporanea di pestamento (contusione) e di lacerazione che supera i limiti dell'elasticità dei tessuti. Più sviluppata in ampiezza che in profondità, ha forma irregolare, margini sottili e sfrangiati, fondo ricoperto di coaguli sanguigni e di materiali estranei inquinanti quali terriccio, frammenti di abiti ecc. Se non trattata in tempo e correttamente, presenta un alto rischio di infezione.

APPROCCIO CLINICO ALLA LESIONE

Un buon approccio clinico prevede l'indagine di più aspetti, quali:

- La raccolta accurata dell'*Anamnesi*, per individuare patologie, fattori di rischio, se è dolente, stato nutrizionale ed immunitario, farmaci, ecc
- Un attento *Esame clinico-morfologico* con cui si identificano la sede della lesione, il numero (confluenti o meno), la forma, le dimensioni, i bordi, l'aspetto del fondo della ferita, se vi è essudato e come si presenta (purulento, maleodorante, scarso, abbondante, ecc), la cute perilesionale e annessi, la presenza o meno delle flittene, segni di infezione, ecc L'inferm dovrà compilare il tracciamento di tutte le ldd che avviene attraverso cartella informatizzata con apertura scheda lesione e rivalutazioni programmate
- Se necessario, indagini con esami strumentali (doppler, ecografia, Rx, ecc)

In conclusione, per portare a guarigione una lesione/ulcera è essenziale che vi sia un inquadramento del paziente (valutazione generale), una diagnosi eziologica (causa) e identificazione della profondità, stadio, ecc a livello locale.

I quadri clinici delle lesioni sono identificati in base al tipo di tessuto ed alla quantità di essudato presente, perciò si parlerà di;

a)secondo l'essudato si dividono in :

- ferita asciutta o secca. Il fondo della piaga è pallido o arancione, i tessuti circostanti sono secchi e la riepitelizzazione è generalmente bloccata.
- ferita umida Il fondo della lesione è lucente, le medicazioni si presentano inumidite nell'arco delle 24 h
- ferita essudante Il fondo della lesione è sempre velato da uno strato di liquido, le medicazioni si imbibiscono nel giro di poche ore ed i tessuti circostanti sono macerati.

b)secondo il tessuto si dividono in:



quando il fondo è di colore rosso, con prevalenza di tessuto di granulazione, i margini non sono infiammati e l'essudato è di colore chiaro



Nella fase più avanzata vi è tessuto di riepitelizzazione, in genere di colore rosa chiaro, traslucido con orlo attivo tra cute perilesionale e fondo della ferita. Obiettivo da porsi: mantenere l'ambiente umido.
La ferita è avviata alla guarigione.

Ferita Necrotica



escara



slough



fibrina



Tessuto non più vitale, risultato di un danno circolatorio di tipo ischemico. Il tessuto necrotico si può presentare con differente consistenza da duro a molle, e con diversa colorazione dal nero al giallastro: sotto forma di escara, fibrina o slough. Obiettivo da porsi: rimozione della necrosi.

La rimozione può avvenire con processo:

- enzimatico; collagenasi
- autolitico; idrogel, ecc
- meccanico; Debridement
- chirurgico; toilette chirurgica (medico o personale infermieristico addestrato)

Ferita Infetta

Quando vi è un intenso cattivo odore, aumento del dolore, essudato purulento e incrementato ed un elevata carica batterica. Vi è un peggioramento della lesione e compaiono i segni sistemici di sepsi come ipertermia, disidratazione, tachicardia, confusione ed infine shock.

Un paziente può andare incontro a morte per sepsi nei casi più gravi.

Obiettivo da porsi: gestire la carica batterica e rimuovere i materiali che determinano infezione (tessuto, biofilm, ecc)

I batteri sono **sempre presenti** in una piaga da decubito ma si possono distinguere in 3 livelli di allerta:

CONTAMINAZIONE presenza di batteri ma senza replicazione.

COLONIZZAZIONE batteri in replicazione ma che non danneggiano l'ospite

INFEZIONE batteri in replicazione con host reaction

NB: host reaction reazione dell'organismo ospitante che determina un effetto peggiorativo sulle lesione e rallentamento della guarigione

I segni clinici dell'infezione:

- Peggioramento della ferita
- Aumento dell'essudazione
- Secrezione purulenta
- Intenso e non usuale cattivo odore
- Aumento del dolore
- Cambiamento del tessuto di granulazione
- rubor, calor, tumor, dolor

In caso di infezione è bene utilizzare antibiotici per via sistemica e non topica.

Talvolta invece i segni e i sintomi di infezione sono subclinici, come avviene quando siamo in presenza di un biofilm.

Per **biofilm** si intende quel sottile strato di materiale glicoproteico (glicocalice) che viene elaborato dai batteri

in attiva replicazione e che appare aderente al letto della lesione.

La presenza di biofilm può confondere la diagnosi, dal momento che la superficie lucida può essere scambiata per tessuto epiteliale sano neoformato. L'esistenza di biofilm nel contesto di una ferita infetta contribuisce a ritardarne la guarigione. In presenza di biofilm, infatti, si creano le condizioni affinché i singoli microrganismi interagiscano scambiandosi reciprocamente nutrienti e metaboliti e costituendo vere e proprie comunità batteriche organizzate. I biofilm rappresentano





perciò focolai protetti di infezione e di resistenza batterica all'interno della ferita, offrendo protezione ai batteri dall'azione degli agenti antimicrobici (antibiotici eantisettici).

Vi sono inoltre indicazioni da ricordare in presenza di:

FLITTENE in cui bisogna proteggere l'area interessata:

- con impacchi di garza semplice con betadine soluz o al bisogno betadine pomata, in modo da essiccare la flittena ed evitare sovrainfezioni.
- Nel caso la flittena sia di notevoli dimensioni bisogna drenare (con siringa sterile) l'essudato. NON togliere l'epidermide sovrastante

LESIONE SANGUINANTE (ferita aperta, profonda, sanguinante)

- In estemporanea compresse o tamponi di garze sterili compressive imbevute di ugurol fl.,
- Poi applicare med secondo protocollo

NECROSI TALLONE

- Non rimuovere chirurgicamente ma fare impacchi di garza semplice con betadine soluz o al bisogno betadine pomata, in modo da essiccare totalmente la necrosi in modo che si stacchi in modo non traumatico. Molto spesso sotto si presenta tessuto sano cicatrizzato. In alternativa usare collagenasi. Seguire indicazioni cliniche caso x caso.

Ogni lesione deve essere identificata e classificata, la più usata a livello internazionale è la seguente:

CLASSIFICAZIONE DELLE LESIONI
(DEFINIZIONI SECONDO EPUAP) *no x traumatiche*

1° STADIO	Iperemia della cute sana che non scompare dopo scarico della pressione.
2° STADIO	Lesione cutanea a spessore parziale che interessa l'epidermide, il derma o entrambi. L'ulcera è superficiale e si presenta come un'abrasione.
3° STADIO	Lesione cutanea a spessore totale con degenerazione o necrosi del tessuto sottocutaneo, con possibile estensione fino alla fascia, ma non oltre.
4° STADIO	Degenerazione massiva, necrosi tessutale o danno muscolare, osseo o delle strutture di supporto.

Per quelle traumatiche potremmo verrà adottata la seguente classificazione sviluppata da noi:

CLASSIFICAZIONE DELLE LESIONI TRAUMATICHE (LT)

1° STADIO	Lesione cutanea superficiale Abrasione
2° STADIO	Lesione cutanea profonda che interessa la cute e sottocute. Escoriazione e ferita lacera
3° STADIO	Lesione cutanea a spessore totale con danno del tessuto o danno muscolare, profonda o complicata. Ferita lacera, lacera contusa, ecc

PROCEDURA TERAPEUTICA

Si vuol preliminarmente sottolineare che i protocolli terapeutici presentati in questo lavoro NON VOGLIONO E NON POSSONO ESSERE PROCEDURE RIGIDE E IMMODIFICABILI, ma rappresentano specchi di verifiche ed esperienze pratiche, elementi di avvio di un processo di perfezionamento, in un settore tuttora privo di uno strumento operativo, comune per ospedale e territorio.

Infatti, la classificazione per stadi e la descrizione della lesione da decubito, costituiscono il prerequisito di base per lo sviluppo e l'attuazione di protocolli di trattamento adeguati ed efficaci per il controllo efficace e costante del risanamento del tessuto.

In fase d'accoglienza o di presa in carico del paziente, ad ogni rivalutazione del PAI ed al bisogno l'infermiere, ASA-OSS, dovranno somministrare la scala di Braden così da identificare il più velocemente possibile i pazienti a rischio ed intervenire tempestivamente.

	SISTEMA GESTIONE ASSC	PT 24
	PROTOCOLLO PER L'APPROCCIO ED IL TRATTAMENTO DELLE LESIONI CUTANEE	Data 01/08/2022 Pagina 8 di 10

Per RSA/CDI:

L'attività di rivalutazione è pianificata 1 volta al mese per ldd stazionarie; mentre a frequenza ravvicinata per ldd di stadi avanzati. Se le condizioni del paziente o della ferita si aggravano, si rivaluti il piano di trattamento non appena si notino segni di peggioramento. Piano di trattamento riportato su cartella informatizzata.

Per i servizi domiciliari vanno considerate tutte le informazioni contenute nel presente documento ma per quanto riguarda la modulistica di monitoraggio o di trascrizione del trattamento, vanno utilizzate quelle previste dalla procedura di gestione Fasas di riferimento.

Eseguire su tutti i pazienti la valutazione del dolore provocato dalle lesioni o dal loro trattamento somministrando la scala NRS in fase di rilevazione della lesione e nelle fasi successive secondo indicazioni cliniche. (infermiere). Per gli ospiti con decadimento cognitivo che non riescono a comunicare correttamente somministrare la scala osservazionale PAINAD.

RACCOMANDAZIONI:

Aspetti generali:

- ❑ Utilizzare fisiologica, per lavare la ferita. Non vanno utilizzate le soluzioni disinfettanti.
- ❑ È preferibile, qualora il caso lo richieda, ricorrere ad antibiotici per via sistemica e non topici.
- ❑ Dopo una toilette chirurgica pulire con acqua ossigenata e lavare subito dopo con fisiologica. Solo in questo caso l'acqua ossigenata è indicata al solo scopo di rimuovere meccanicamente con la schiuma i detriti sul fondo della ferita.
- ❑ Nella ferita in riepitelizzazione rinnovare la medicazione fino a completa chiusura. Successivamente applicare un bendaggio per proteggere la cute, ancora fragile.
- ❑ La risposta del paziente al trattamento varia da caso a caso. Se si opta per un abbandono del protocollo, in una specifica situazione, accertarsi di averlo testato per almeno 15 gg, salvo casi di ipersensibilità del paziente ad un dato prodotto o d'indicazione clinica.

TRATTAMENTO

LESIONE 1° STADIO

Lavare l'area interessata, asciugando senza frizionare. In presenza di eritemi persistenti o in caso di rischio di contatti ripetuti con urine e feci, applicare ossido di zinco o Bioderm total gen

LESIONE DETERSA

- **Lesione superficiale asciutta**

Prodotti grassi o riparatori nel caso di medicazioni semplici o a traumatiche se di tipo avanzato.

Come ad esempio GARZA GRASSA, CONNETTIVINA POMATA da sostituire ogni gg o AQUACEL EXTRA inumidendo la medicazione con fisiologica sopra la ferita con copertura di un Idrocolloide sottile per evitare che la medicazione si secchi (es confil plus transparent, duoderm extra sottile, nuderm etc)

La frequenza dei rinnovi delle medicazioni dipende dal prodotto utilizzato e dalla lesione stessa.

- **Lesione superficiale umida**

Prodotti in Schiuma di poliuretano o idrocolloidi sottili.

Nel primo caso la sostituzione potrebbe avvenire anche ogni 5/7 giorni.

Nel secondo caso è necessario che la medicazione superi le dimensioni della lesione di almeno tre centimetri, evitando che la medicazione formi grinze, canalizzazioni e bolle rinnovandolo ogni due/tre gg. Nelle posizioni critiche (aree sacrali, talloni ...) può risultare vantaggioso utilizzare i formati con bordo adesivo. Sostituzione possibile ogni 3/5giorni

- **Lesione superficiale essudante**

Prodotti in Schiuma di poliuretano come ad esempio Liofoam, Allevyn, etc

- **Lesione cavitaria asciutta**

Prodotti in Schiuma di poliuretano con un idrogel.





- **Lesione cavitaria umida/essudante**

Prodotti in Schiuma di poliuretano come ad esempio Liofoam, Allevyn, Aquacel Ag etc

Prodotti alginati

Medicazione in Tecnologia Hydrofiber® con fibra gelificante e rinforzante, come ad esempio l'Aquacel Extra (coprendo la ferita per almeno 1 cm oltre i bordi, cambio ogni 3/4 giorni o fino a quando schiuma satura)

- **Lesione mista con fibrina essudante**

Prodotti in Schiuma di poliuretano con un idrogel

Medicazione in Tecnologia Hydrofiber® con fibra gelificante e rinforzante come ad esempio l'Aquacel Extra

LESIONE INFETTA

- **Lesione superficiale colonizzata/infetta**

Prodotti che riducono la carica batterica presente come l'INADINE (cambio ogni 3/4 giorni) o garze di betadine ogni giorno solo su indicaz. Medica

- **Lesione infetta cavitaria essudato medio**

Prodotti avanzati come schiume di poliuretano o medicazione in Tecnologia Hydrofiber® con argento come ad es. l'Aquacel Ag Extra

Prodotti alginati con argento come per es. ALGISITE AG

Prodotti alginati abbinati ad un idrogel

La frequenza del cambio dipenderà dalla quantità dell'essudato e dalla compliance del paziente.

- **Lesione infetta cavitaria iperseccante**

Prodotti avanzati come schiume di poliuretano o medicazione in Tecnologia Hydrofiber® con argento come ad es. l'Aquacel Extra AQUAGEL Ag+ EXTRA.

Prodotti alginati con argento come per es. ALGISITE AG



LESIONE NECROTICA

- **Lesione necrotica con poco essudato**

Medicazioni semplici a base di collagenasi (noruxol, bionect) con sostituzioni giornaliere

Sistemi misti come idrogel + garza grassa

- **Lesione necrotica con essudato medio o abbondante**

Prodotti in Schiuma di poliuretano con un idrogel

Medicazione in Tecnologia Hydrofiber® ad es. l'Aquacel Extra

- **Lesione necrotica-infetta con essudato scarso/medio/abbondante**

Prodotti che riducono la carica batterica presente come l'INADINE + con idrogel

Prodotti avanzati come schiume di poliuretano o medicazione in Tecnologia Hydrofiber® con argento

Prodotti alginati con argento come per es. ALGISITE AG

Prodotti alginati abbinati ad un idrogel

In questo caso valutare la situazione ed identificare il prodotto più idoneo. La frequenza del cambio dipenderà dalla quantità dell'essudato e dalla compliance del paziente.

- **Lesione con biofilm** può avere qualunque aspetto e grado.

Medicazione in Tecnologia Hydrofiber® con argento



Scegliere la medicazione secondaria di copertura tra i seguenti prodotti, così da identificare il più idoneo alla lesione :

- Garza sterile

	SISTEMA GESTIONE ASSC	PT 24
	PROTOCOLLO PER L'APPROCCIO ED IL TRATTAMENTO DELLE LESIONI CUTANEE	Data 01/08/2022 Pagina 10 di 10

- Bendaggio con benda orlata
- Benda autoadesiva
- Cotone di germania
- Cerotto TNT 10x10
- Cerotto Transparent
- Benda ossido di zinco

4. DOCUMENTI RICHIAMATI / BIBLIOGRAFIA

Linee guida AHRQ

Linee guida NPUAP

Lavoro autonomo esperienziale