

P.D.T.A.

PERCORSO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO-ASSISTENZIALE

PERCORSO PREVENZIONE E CURA

DELLE LESIONI DA DECUBITO

Dott.ssa Corradini Mariacristina
Coord. Inf. Martinelli Annalisa



REDATTO DA:

S.I.T.R.A. GRUPPO DI FORMAZIONE SUL CAMPO il 19 giugno 2007

U.O. Farmacia

Responsabile Medico "Vulnologia"

APPROVATO DA:

Dirigente S.I.T.R.A., dr.ssa Mariacristina Corradini

Direttore U.O.C. Medicina. dr Angelo Luigi Beretta

Direttore Dip. Medicina, dr. Mario Guidotti

Direzione Sanitaria, dr. Ezio Goggi

**Dott.ssa Corradini Mariacristina
Coord. Inf. Martinelli Annalisa**

L'esperienza di formazione sul campo SITRA

Componenti del gruppo FSC

ANDREANI SUSY
BARRERA CONCETTA
BERENATO ELENA
BERTONCIN ELEONORA
CHESSORTI PATRIZIA
RADICI MARIKA
VEZZALI STEFANIA
PANZERI MADDALENA
BUSNELLI ALESSIA
MOLTRASIO FABRIZIO
LUVIE' SIMONA
TOSCANO ANTONELLA
MARINONI MORENA
Valsecchi Sonia
GIUSSANI GUGLIELMO

10 incontri di 2 ore:

- Verbali
- Relazioni responsabile scientifico
- Monitoraggio delle ricadute organizzative

L'esperienza di formazione sul campo SITRA

Metodologia di lavoro:

Revisione e approfondimento della letteratura esistente

Indagini conoscitive relative all'Ospedale Valduce

Stesura del P.D.T.A. in collaborazione con Responsabile Medico
Vulnologia e Direttore Farmacia

Condivisione e integrazione del documento con DUOC Medicina,
DUOC Neurologia e DS

Pianificazione della formazione interna e del monitoraggio

L'esperienza di formazione sul campo SITRA

Formazione interna:

TITOLO Prevenzione e cura delle lesioni da decubito:
introduzione del protocollo operativo dell'Ospedale Valduce.

Periodo: maggio-giugno 2007

Destinatari: Infermieri area medica, medicina riabilitativa, critica,
Fisioterapisti

INDICE

1. Scopo
2. Le scale di valutazione del rischio
3. Le superfici di prevenzione
4. Consigli e Suggestimenti
5. Bibliografia
6. Percorso “di Prevenzione”
 - 6.1 Valutazione del rischio e identificazione del presidio di prevenzione
 - 6.2 Presidi di prevenzione
7. Percorso “di Cura”
 - 7.1 Classificazione per “STADIO di LESIONE” (sec. il National Pressure Ulcer Advisory Panel -NPUAP)
 - 7.2 Stadiazione per “*FASI* della LESIONE” (T.i.m.e.)
8. Elenco medicazioni avanzate in dotazione
9. Consulenza Infermieristica
10. Consulenza specialistica Vulnologica
11. Diagrammi di flusso
12. Allegati

1. SCOPO

La prevenzione delle lesioni da decubito si pone come obiettivi di:

Identificare i pazienti a rischio di piaghe da decubito, a favore dei quali occorre attuare interventi mirati, valutando la specificità e l'unicità della persona. A tale scopo si possono utilizzare strumenti come le **scale di valutazione**, mettendo in atto in questo modo un intervento di documentata efficacia per la prevenzione delle lesioni.

Implementare gli interventi infermieristici atti a **ridurre i fattori di rischio locali e generali**:

- ridurre la pressione
- ridurre la macerazione
- controllare le forze di taglio
- ispezionare sistematicamente
- controllare gli apporti nutritivi
- potenziare la mobilità

2. LE SCALE DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO

L'identificazione dei pazienti a rischio e la loro valutazione periodica è oggi considerato uno degli interventi di documentata efficacia per la prevenzione delle lesioni, analizzando il rischio attraverso uno strumento di Valutazione ben definito, precostituito, con caratteristiche ben determinate che derivi da una attenta e sistematica osservazione del paziente.

Per essere utile la scala deve essere: di facile applicabilità, pertinente rispetto alla popolazione che si sta valutando, validata in letteratura.

Altre caratteristiche sono:

Validità: capacità dello strumento di distinguere le persone a rischio di lesioni da quelle che non lo sono;

Sensibilità: capacità dello strumento di identificare tutte le persone che sono effettivamente a rischio e che richiedono l'adozione di misure preventive

Specificità: capacità dello strumento di identificare correttamente tutte le persone a rischio, e alle quali, probabilmente, rimanendo stabili le condizioni di non rischio non insorgeranno lesioni.

3. LE SUPERFICI DI PREVENZIONE

Le superfici di prevenzione rappresentano lo strumento terapeutico più importante per il controllo della pressione (vedi All A -Elenco superfici di prevenzione in uso: caratteristiche tecniche). Oltre a ridurre la pressione, esse riducono anche le forze di frizione e di taglio, controllano l'umidità e inibiscono la crescita batterica.

Le superfici di supporto possono avere due modalità di funzionamento:

Statico, ovvero la pressione rimane costante ed è distribuita su una vasta area.

Dinamico, ovvero possono gonfiarsi e sgonfiarsi alternativamente;

4. CONSIGLI e SUGGERIMENTI

Se il paziente è molto pesante oppure se un materasso ad aria non si gonfia in maniera adeguata c'è il pericolo che il paziente “tocchi il fondo”, cioè comprime molto il materasso tanto da toccare la superficie sottostante, annullando così l'azione del presidio antidecubito.

Un metodo semplice per valutare se una zona corporea sta “toccando il fondo”, è quella di porre una mano distesa (col palmo in su) sotto il materasso al di sotto della zona a rischio. Se si riesce a sentire le sporgenze ossee del paziente, significa che la superficie antidecubito è inefficace. Di conseguenza bisogna o cambiare tipo di materasso oppure aumentare il gonfiaggio del materasso ad aria.

Se la biancheria del letto è troppo tirata perché rimboccata sotto il materasso si crea “l'effetto amaca”, cioè la copertura non è più sufficientemente elastica per permettere al paziente di affondare nella superficie. Questo annulla in parte l'azione antidecubito della superficie perché il peso del paziente non viene ridistribuito su una zona più ampia.

Quando si utilizzano materassi a cessione d'aria, per contrastare l'umidità eccessiva, si dovrebbe evitare l'utilizzo di tele cerate, pannoloni e più di un lenzuolo al di sotto del paziente perché ostruiscono il flusso d'aria alla cute. Anche quando si utilizzano materassi con una copertura impermeabile ai liquidi organici si dovrebbe cercare di limitare l'uso di cerate e pannoloni, poiché il materiale plastico contribuisce all'aumento della temperatura cutanea.

5. BIBLIOGRAFIA

Di Giulio Paola “La prevalenza delle Lesioni da Decubito nei pazienti ospedalizzati”
Rivista dell’Infermiere 2/85

AILSLeC “Profilassi delle Lesioni da Decubito e cambio posturale: ricerca multicentrica,
linee guida”, ANIN-NEU 1995.

“Le piaghe da decubito” Atti della giornata di studio, Acqui Terme 8/10/1992

Trabucchi M. Levorato A. Rozzini R., i costi della vecchiaia, Il Mulino, Bologna 1994

AHCPR “Pressur ulcers in adults: prediction and prevention”, AHCPR publication n° 92-
0047 May 1992

Le scale di valutazione in vulnologia Dr. Massimiliano Nosedà

W:B.P. approccio sistematico al trattamento delle lesioni cutanee a cura di Marco
Romanetti Clinica Dermatologica Università di Pisa

Lesioni Cutanee “ i presidi per la prevenzione e la terapia” Fumagalli divisione Hospital

Le ulcere cutanee, problematiche, prevenzione trattamento. Umberto Fox, Giuliano
Lucani, Milano

Immobilità, allettamento e possibili complicanze: dalla sorveglianza epidemiologica
all’impiego di ausili. Atti convegno nazionale Chianciano Terme anno 1999

Piaghe da decubito Elia Ricci –Roberto Cassino Ed. Minerva medica anno 2007

7. PERCORSO “DI CURA” (vedi I.O. 01-02-03 PDTA1SITRA)

Per applicare il corretto schema di medicazioni (MOD 01PDTA1SITRA), necessita di classificare la LDD in **STADI** e **FASI**.

7.1 Classificazione per “STADIO di LESIONE” (sec. il National Pressure Ulcer Advisory Panel -NPUAP)

Stadio 1: eritema fisso con cute integra che scompare alla digitopressione anticipatore dell’ulcera da compressione.

Stadio 2: perdita parziale della struttura cutanea con lesioni di continuo interessanti l’epidermide e il derma

Stadio 3: interessamento a tutto spessore della cute con coinvolgimento del sottocutaneo. La lesione si estende alla fascia muscolare sottostante senza superarla.

Stadio 4: lesione a tutto spessore della cute, profonda, frastagliata, che si estende fino ai muscoli e all’osso sottostante.

7.2 Stadiazione per “ FASI della LESIONE” (T.i.m.e.)

FASE NERA: in questa fase è necessario un debridement che, a seconda delle circostanze, può essere autolitico, enzimatico o chirurgico.

FASE GIALLA: fase successiva alla prima . E’ importante valutare se il fondo dell’ulcera è costituito da fibrina e detriti cellulari, da materiale necrotico o da strutture fasciali e/o tendinee.

FASE ROSSA: fase in cui si assiste alla formazione di tessuto di granulazione.

FASE ROSA: fase finale di guarigione tramite riepitelizzazione.

Dott.ssa Corradini Mariacristina
Coord. Inf. Martinelli Annalisa

8. ELENCO MEDICAZIONI AVANZATE IN DOTAZIONE

Idrogel: gel su base acquosa, idrosolubile con capacità di debridement autolitico. Mantiene un ambiente umido. Effetti indesiderati: possono provocare macerazione.

Creme enzimatiche: hanno capacità di debridement enzimatico ma con un'attività che, a seconda del prodotto, varia da 8 a 12 ore circa. Per tale motivo vanno rinnovate almeno una volta al giorno. Effetti indesiderati: azione lesiva sul bordo dell'ulcera.

Alginati di calcio e di sodio: derivati dell'acido alginico con elevata capacità assorbente. Si presentano in piastra o nastro. Possono contenere argento. Effetti collaterali: cattivo odore.

Schiume in poliuretano: medicazioni con o senza argento ad elevato potere assorbente. Effetti indesiderati: più frequentemente di altre medicazioni possono dare allergia o sensibilizzazione.

Idrocolloidi: in placca, granuli o pasta favoriscono la riepitelizzazioni. Utili per ulcere molto superficiali, escoriazioni, ulcera da pressione 1° stadio.

Medicazioni all'argento: antisettiche. Possono essere a rilascio di nanocristalli di argento direttamente sulla lesione oppure possono svolgere la loro funzione antisettica sui batteri che vengono "assorbiti" dalla medicazione stessa. Effetti indesiderati: bruciore generalmente momentaneo di durata variabile al momento dell'applicazione.

Idrofibra: medicazione ad alto potere assorbente con o senza argento. Effetti collaterali: spesso si attacca sulla lesione.

Medicazioni con carbone: con o senza argento hanno la capacità di eliminare i cattivi odori oltre ad un discreto potere assorbente.

Preparati a base di acido ialuronico: in granuli o piastre sono delle medicazioni attive in quanto sono in grado di determinare un debridement, stimolare la neoangiogenesi e la riepitelizzazione.

Regolatori delle metalloproteasi: in piastra e crema con o senza argento sono in grado di bloccare le metalloproteasi che si liberano sul fondo dell'ulcera. Effetti indesiderati: possono provocare un aumento della carica batterica.

Antisettici: generalmente tutti gli antisettici hanno capacità lesive anche sulle cellule umane. Oltre ai noti antisettici a base di jodio povidone esistono antisettici che creano una iperosmolarità locale ed antisettici che rilasciano radicali liberi. Vanno utilizzati limitatamente alla fase di infezione.

Film gas permeabili: svolgono la funzione di "seconda pelle", sono gaspermeabili ma svolgono una funzione di barriera per i batteri. Permettono la visione della cute sottostante. Effetti indesiderati: allergia alla colla.

6. PERCORSO “DI PREVENZIONE”

L'infermiere, al momento del ricovero, documenta sulla cartella infermieristica, la raccolta dati finalizzata all'identificazione dei bisogni di assistenza infermieristica (B.A.I.) del paziente per poi procedere alla pianificazione dell'assistenza infermieristica.

Quando:

Qualora il paziente presenti all'ingresso e/o durante il percorso di degenza un bisogno di assistenza infermieristica di:

COMUNICAZIONE (B.A.I. 1)

MOVIMENTO (B.A.I. 2)

CARDIOCIRCOLATORIO (B.A.I. 7)

Come:

Una volta identificato il paziente, si applica necessariamente la prima parte del protocollo per definire una classificazione più specifica inerente il rischio LDD e applicare il percorso idoneo di prevenzione.

Qualora il paziente presenti già delle LDD il protocollo si integra con la parte riguardante la cura specifica

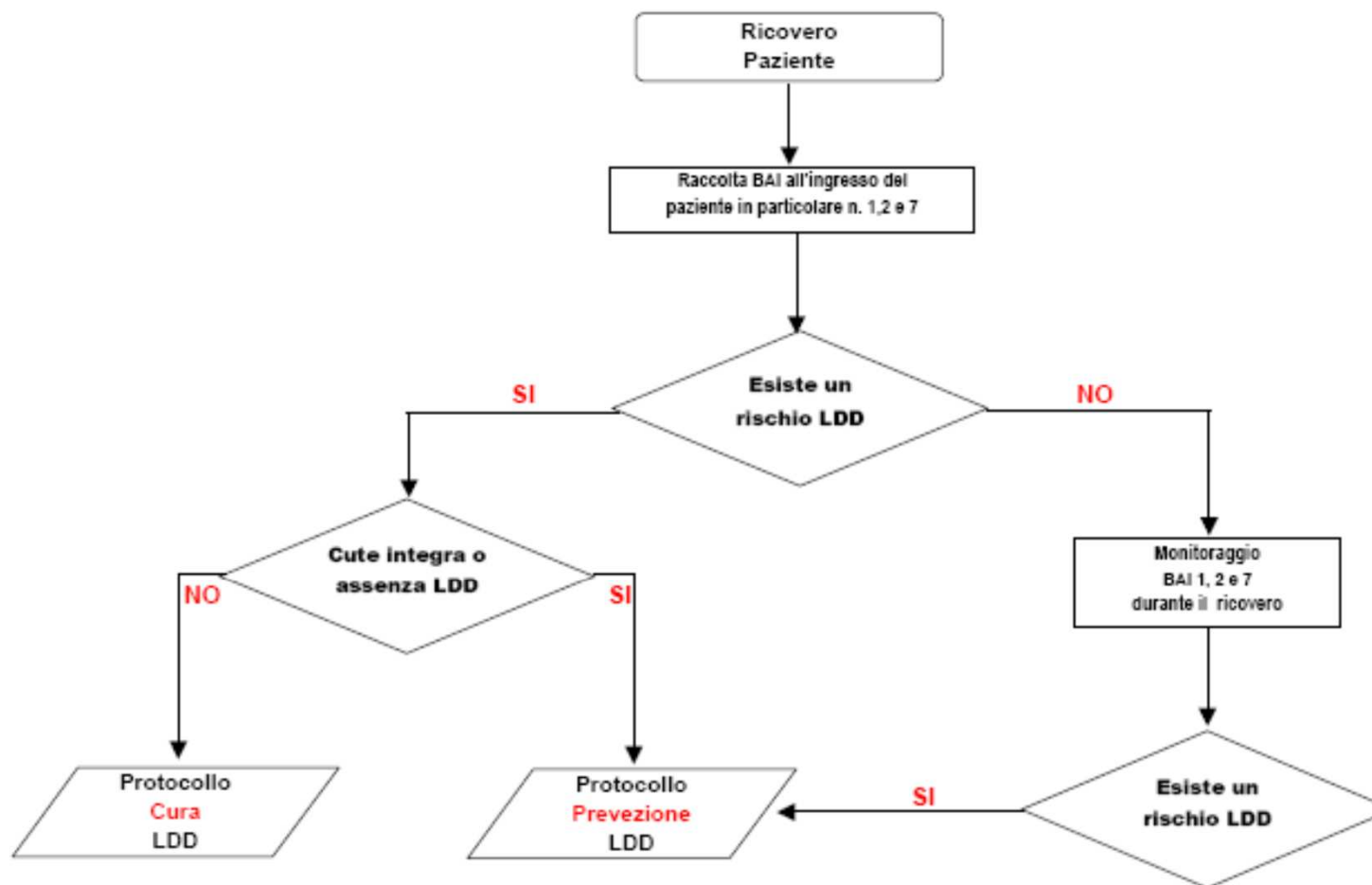
9. CONSULENZA INFERMIERISTICA

Qualora l'infermiere rilevi, durante l'applicazione del "percorso di cura", una situazione anomala potrà attivare la consulenza infermieristica del servizio ambulatoriale di vulnologia, che dovrà essere registrata sul diario infermieristico da parte dell'infermiere consulente.

10. CONSULENZA SPECIALISTICA VULNOLOGICA:

Il medico referente del paziente, durante il "percorso di cura" potrà attivare la consulenza specialistica del vulnologo qualora si evidenzino situazioni cliniche anomale rispetto a quanto definito nel PDTA.

Percorso Prevenzione e Cura LDD



Dott.ssa Corradini Mariacristina
Coord. Inf. Martinelli Annalisa

MONITORAGGIO PDTA SITRA PREVENZIONE E TRATTAMENTO DELLE LDC

VERIFICA PROCEDURALE E DOCUMENTALE

INDICATORI

- **Completezza della compilazione delle scale di valutazione e della griglia di osservazione cute**
- **% di insorgenza di lesioni da compressioni durante il ricovero**
- **% di miglioramento (passaggio allo stadio inferiore) delle lesioni da decubito presenti al momento del ricovero**

Percorso avviato e sperimentato negli anni 2007/2008 in alcune U.O.

Esteso a tutte le U.O. di degenza

MONITORAGGIO PDTA SITRA PREVENZIONE E TRATTAMENTO DELLE LDC

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.

Sistema di autovalutazione regionale JC a cadenza trimestrale **Report**

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.

MONITORAGGIO PDTA SITRA

PREVENZIONE E TRATTAMENTO DELLE LDC

MODULO SORVEGLIANZA PERCORSO PREVENZIONE TRATTAMENTO LdD

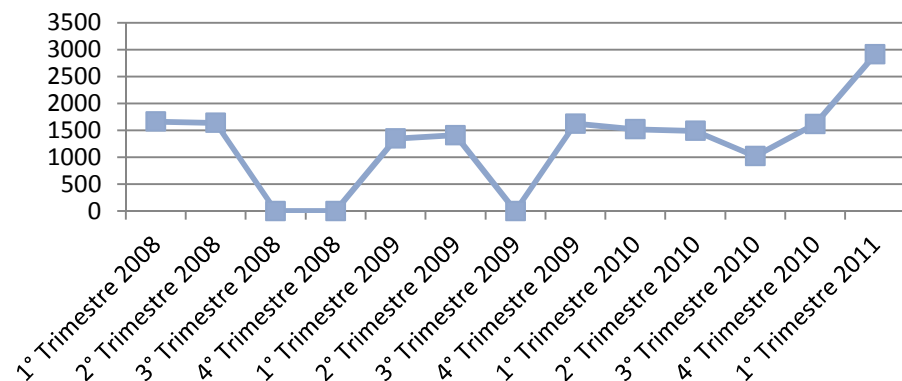
REPARTO			MESE /ANNO			FOGLIO N°						
1 Codice paziente	2 Cognome Nome	3 Data ricovero	4 Data attivazione precorso	5 Data Insorgenza LdD	6 Punteggio Scala Norton /S (Entrata)	7 Sede Lesione (Entrata)	8 Stadio iniziale LdD	9 segnalare con X		10 Data chiusura percorso	11 Punteggio Scala Norton /S (Uscita)	12 Stadio finale LdD
								Preven- zione	tratta- mento			

Report semestrale 2011

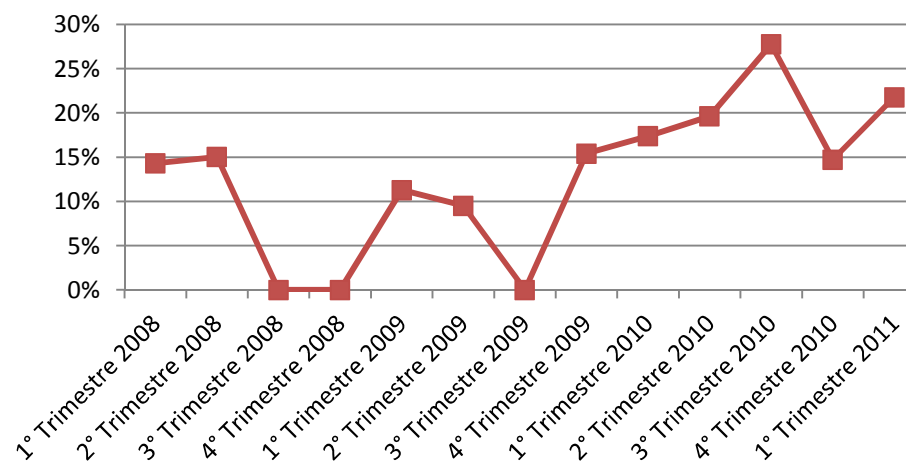
Dott.ssa Corradini Mariacristina
Coord. Inf. Martinelli Annalisa

MONITORAGGIO PDTA SITRA

N° complessivo di ricoveri ordinari



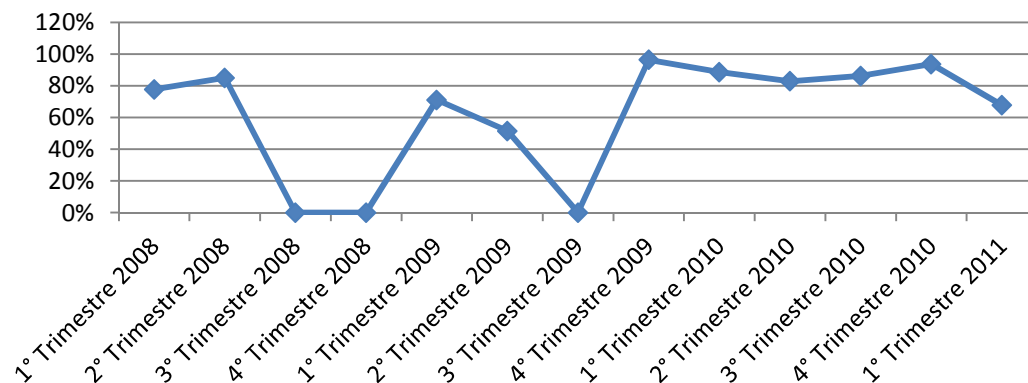
% protocolli sorveglianza attivati



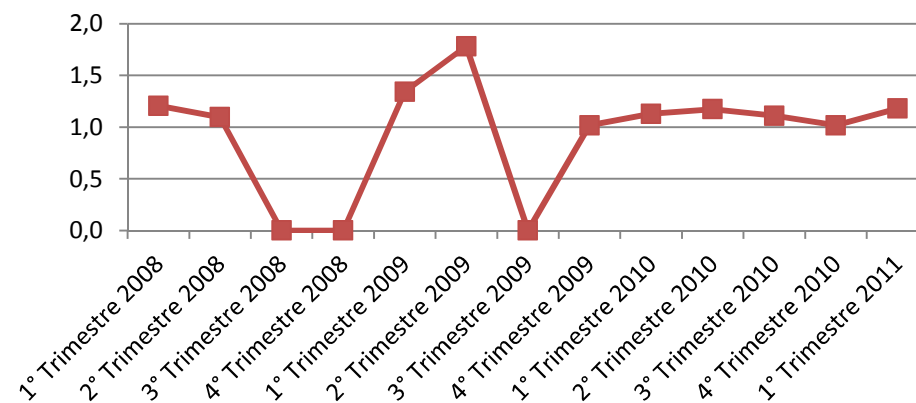
Dott.ssa Corradini Mariacristina
 Coord. Inf. Martinelli Annalisa

MONITORAGGIO PDTA SITRA

**% corretta compilazione scale Norton +
griglie/protocolli attivati**



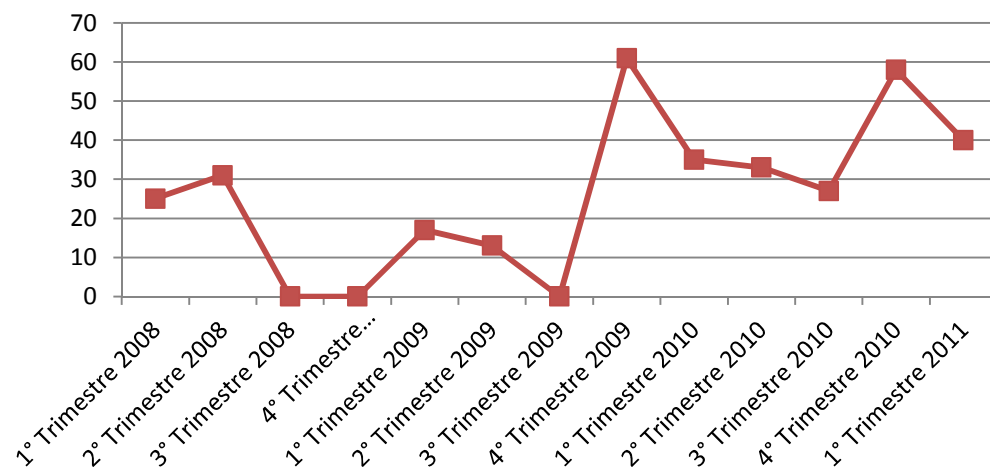
**Rapporto griglie osservazione cute
compilate E/U**



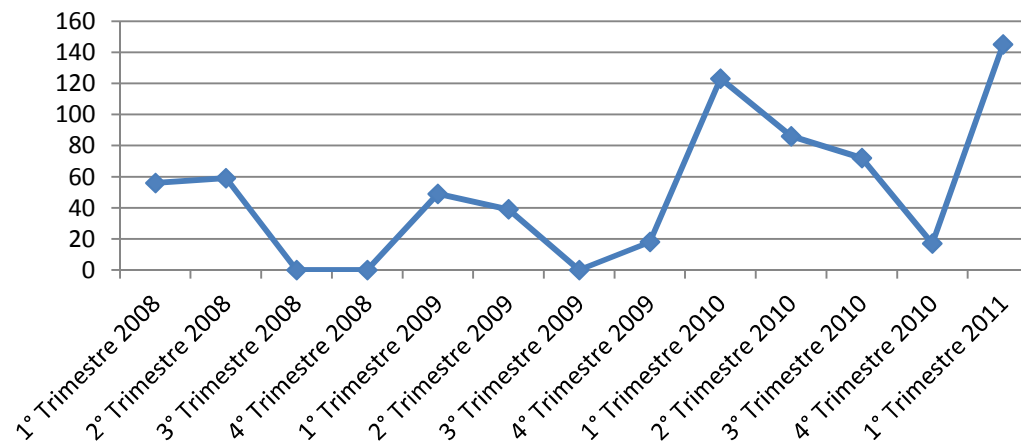
Dott.ssa Corradini Mariacristina
Coord. Inf. Martinelli Annalisa

MONITORAGGIO PDTA SITRA

N° LdD insorte durante il ricovero



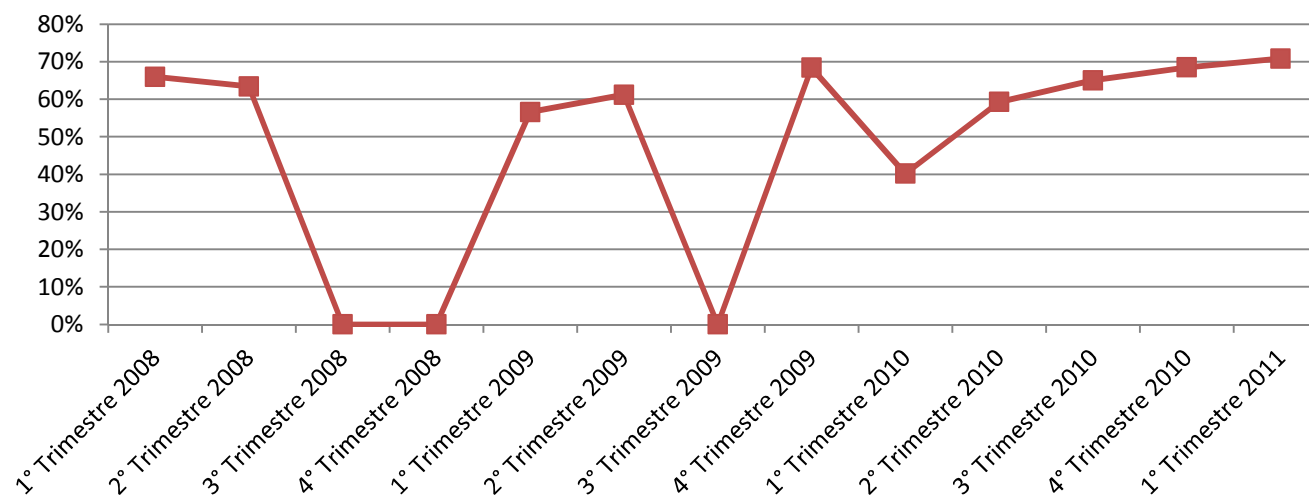
N° lesioni presenti all'ingresso



Dott.ssa Corradini Mariacristina
Coord. Inf. Martinelli Annalisa

MONITORAGGIO PDTA SITRA

% protocolli attivati solo per prevenzione



Dott.ssa Corradini Mariacristina
Coord. Inf. Martinelli Annalisa

MONITORAGGIO PDTA SITRA

Interpretazione dei dati:

PUNTI DI FORZA

- L'implementazione del PDTA ha favorito l'uniformità e l'appropriatezza della valutazione del rischio d'insorgenza LDC e delle cure per le persone degenti in Ospedale Valduce e nel Presidio di Medicina Riabilitativa di Villa Beretta
- Nel tempo si è mantenuta significativamente stabile la percentuale di protocolli attivati in fase preventiva
- l'infermiere ha sviluppato le competenze per rispondere in autonomia al bisogno di assicurare prestazioni terapeutiche

CRITICITA'

- La rilevazione dei dati avviene con modalità ancora in parte “artigianale” la proposta è quella di creare un programma (DATA WERE HOUSE) che funga da collettore unico aziendale
- E' fondamentale promuovere in ogni U.O. la discussione dei dati per sviluppare un percorso di miglioramento continuo
- E' sempre critica la fase di rivalutazione finale del percorso vedi rapporto scale Norton E /U o Griglia osservazione della cute.