

altenpflege.de Edition

Manuali brevi per la formazione infermieristica - Focus sull'assistenza agli anziani

Theo Ahrens

Profilassi e trattamento delle piaghe da decubito

presented by

YES
ARCH
ITEC
TURE.

Indicazioni bibliografiche

Theo Ahrens – Breve biografia

Theo Ahrens, nato nel 1979 vicino a Monaco, è un insegnante di professioni sanitarie ed un engaggiato pedagogo dell'assistenza. Dopo un anno di servizio sociale volontario in ospedale, ha completato la formazione come infermiere e ha acquisito preziosa esperienza lavorativa in terapia intensiva. Spinto dal desiderio di trasmettere conoscenze, ha studiato pedagogia dell'infermieristica e nel 2009 ha iniziato a insegnare presso una scuola professionale a Monaco. Theo è noto per il suo insegnamento pratico ed empatico, con cui prepara i futuri operatori sanitari alla loro impegnativa professione. Privatamente vive a Berlino con sua moglie e i suoi due figli e si impegna volontariamente per migliorare le condizioni nella formazione infermieristica.

Questo breve manuale è stato formulato basandosi sui piani di studio delle sue lezioni, utilizzando l'I.A. La traduzione è stata eseguita automaticamente.

Pubblicato da altenpflege.de

Prezzo DE/AT: 3,90 € CH: 5 Fr

Copyright 2024 altenpflege.de

Suggerimenti e proposte di miglioramento a team@altenpflege.de.

1/5-2412181531

Indice

1 Introduzione	4
1.1 Obiettivi di questo manuale breve	4
1.2 Importanza della profilassi e trattamento del decubito nella cura degli anziani	4
1.3 Ruolo degli operatori sanitari nella prevenzione e trattamento delle piaghe da decubito	5
2 Fondamenti del decubito	6
2.1 Che cos'è la piaga da decubito	6
2.2 Fisiopatologia del Decubito	6
2.3 Fattori di rischio per lo sviluppo di un'ulcera da decubito	7
2.4 Classificazione degli stadi del decubito	8
2.4.1 Stadio 1: Rossore della pelle	8
2.4.2 Stadio 2: Difetto cutaneo	9
2.4.3 Stadio 3: Danni tissutali profondi	9
2.4.4 Stadio 4: Danno tissutale profondo	10
3 Cause e fattori di rischio del decubito	12
3.1 Cause primarie	12
3.2 Cause secondarie	12
3.3 Fattori di rischio individuali	13
3.4 Fattori sistemici	14
4 Diagnostica e riconoscimento delle piaghe da decubito	15
4.1 Osservazione e riconoscimento dei segni precoci	15
4.2 Distinzione degli arrossamenti cutanei	15
4.3 Uso degli strumenti di valutazione	16
4.4 Documentazione del decubito	17
5 Profilassi del decubito – Misure preventive	18
5.1 Fondamenti della prevenzione delle piaghe da decubito	18
5.2 Valutazione del rischio e pianificazione della prevenzione	19
5.3 Posizionamento e postura degli ospiti	19
5.3.1 Posizionamento morbido e micro-posizionamento	19
5.3.2 Posizione a 30°, posizione a 135°, posizionamento libero	21
5.3.3 Mobilizzazione e attivazione dei residenti	21
5.4 Sollievo della pressione tramite ausili	22
5.5 Promozione dell'automobilizzazione e attivazione del movimento attivo	23
5.6 Cura e protezione della pelle	24
5.7 Nutrizione per la prevenzione delle piaghe da decubito	25
6 Ausili per la prevenzione delle piaghe da decubito	26
6.1 Ausili per il posizionamento	26
6.2 Sistemi di scarico della pressione	26
6.3 Cuscini per seduta e cuscini per sedia a rotelle per la prevenzione del decubito	27
6.4 Ausili per la mobilizzazione	28
6.5 Dispositivi di protezione per le zone corporee a rischio	28
7 Trattamento delle piaghe da decubito – Misure e interventi assistenziali	30
7.1 Cura delle ulcere da decubito negli stadi da 1 a 4	30
7.2 Pulizia della ferita	31
7.3 Moderna gestione delle ferite	31
7.4 Trattamento delle infezioni da decubito	32
7.5 Misure per promuovere la guarigione delle ferite	33
7.6 Utilizzo di prodotti per la cura speciali	34
8 Cura e supporto dei residenti con piaghe da decubito	36
8.1 Misure assistenziali per i residenti con decubito	36
8.2 Promozione della partecipazione attiva dei residenti nell'assistenza	37
8.3 Comunicazione con i familiari	37
8.4 Assistenza psico-sociale dei residenti con decubito	38
9 Documentazione della profilassi e trattamento	40
9.1 Importanza della documentazione	40
9.2 Contenuti della documentazione del decubito	40
9.3 Utilizzo di software di documentazione per la pianificazione dell'assistenza	41
9.4 Fotodocumentazione delle lesioni da decubito	42
10 Ruoli e responsabilità degli operatori sanitari	44
10.1 Responsabilità degli operatori sanitari nell'ambito della profilassi delle piaghe da decubito	44
10.2 Coinvolgimento degli operatori sanitari nella valutazione e analisi dei rischi	45
10.3 Collaborazione interdisciplinare con medici, gestori delle ferite e terapeuti	46
10.4 Importanza della formazione continua del personale infermieristico nella profilassi del decubito	47
11 Aspetti etici e legali della profilassi delle piaghe da decubito	48
11.1 Diritto all'autodeterminazione dei residenti	48
11.2 Questioni di responsabilità nel caso di decubito	48
11.3 Responsabilità della struttura assistenziale	49
11.4 Obbligo di adesione alla profilassi del decubito secondo SGB XI	50
12 Garanzia della qualità e misure igieniche nella cura delle piaghe da decubito	52
12.1 Importanza dell'assicurazione della qualità nella profilassi delle piaghe da decubito	52
12.2 Linee guida per l'igiene e la gestione asettica delle ferite	53
12.3 Monitoraggio e controllo dell'efficacia delle misure di prevenzione	53
12.4 Audit esterni e interni per la verifica della profilassi anti-decubito	54
13 Esempi di casi e applicazioni pratiche	56
13.1 Esempio pratico: Pianificazione dell'assistenza per la profilassi del decubito in residenti immobili	56
13.2 Esempio pratico: Cura di una piaga da decubito (stadio 2) con trattamento moderno delle ferite	57
13.3 Riflessione e discussione della pratica infermieristica nel trattamento del decubito	58

1 Introduzione

1.1 Obiettivi di questo manuale breve

Questo manuale breve fornisce conoscenze approfondite sulla profilassi e il trattamento delle piaghe da decubito. Permette di comprendere l'insorgenza, i fattori di rischio e la classificazione delle piaghe da decubito. Un'attenzione particolare è rivolta alle misure preventive e alla cura professionale delle persone colpite. Vengono inoltre illustrate strategie efficaci per la cura delle ferite e l'uso di ausili.

Promuove abilità pratiche mirate tramite esempi di casi e istruzioni pratiche. Viene offerta la possibilità agli operatori sanitari di prendere decisioni basate su evidenze e di elaborare piani assistenziali individuali. Particolare attenzione viene posta sulla collaborazione interdisciplinare.

Il manuale tiene conto degli aspetti etici e giuridici dell'assistenza. Include inoltre linee guida per la documentazione delle misure - essenziali per il controllo della qualità. L'obiettivo è supportare il personale infermieristico nell'assistenza ottimale agli ospiti e ridurre in modo sostenibile i tassi di piaghe da decubito.

1.2 Importanza della profilassi e trattamento del decubito nella cura degli anziani

Dekubitus rappresenta un notevole rischio per la salute nell'assistenza agli anziani. Se non trattato, può avere gravi conseguenze per la salute, tra cui infezioni e ferite croniche. Pertanto, la prevenzione richiede particolare attenzione.

La profilassi del decubito non solo riduce le complicazioni sanitarie, ma migliora la qualità della vita dei residenti. Un efficace sollievo della pressione e una cura attenta della pelle sono fondamentali per minimizzare il rischio di sviluppo di piaghe da pressione. Le misure preventive aiutano a ridurre il fabbisogno di cure e diminuiscono a lungo termine i costi assistenziali.

Oltre alla prevenzione, la diagnosi precoce e il trattamento del decubito sono cruciali. Metodi di trattamento come la moderna gestione delle ferite contribuiscono significativamente alla guarigione e alla riduzione del dolore. Approcci multidisciplinari, compresa la collaborazione con professionisti del settore medico, migliorano i risultati del trattamento.

Il ruolo degli operatori sanitari è particolarmente importante in questo contesto. Il loro occhio esperto nel riconoscere i fattori di rischio e l'applicazione di pratiche professionali infermieristiche sono essenziali per una profilassi e un trattamento efficaci. Scuole e istituti di formazione per le professioni sanitarie guidano nello sviluppo di queste competenze per offrire ai residenti la migliore assistenza possibile. Grazie alla qualificazione continua, gli operatori sanitari rimangono sempre aggiornati sugli ultimi sviluppi scientifici, il che è fondamentale per l'implementazione efficace delle misure di profilassi e trattamento.

1.3 Ruolo degli operatori sanitari nella prevenzione e trattamento delle piaghe da decubito

Le figure infermieristiche hanno un ruolo centrale nella prevenzione e nel trattamento delle piaghe da decubito. La loro influenza inizia con la valutazione e l'identificazione dei fattori di rischio. Conducono ispezioni regolari della pelle e utilizzano strumenti di valutazione per identificare i residenti a rischio.

Una pianificazione accurata è essenziale. Gli infermieri creano piani di assistenza personalizzati e integrano tutte le misure necessarie per ridurre i rischi. La scelta di tecniche e intervalli di posizionamento appropriati viene adattata allo stato di salute di ciascun residente.

Nella pratica, l'utilizzo di ausili è essenziale. Gli infermieri utilizzano materassi o cuscini speciali per ridurre la pressione su aree corporee vulnerabili. La cooperazione dell'infermiere è imprescindibile per implementare e adattare correttamente le misure preventive.

La mobilità è un elemento fondamentale della profilassi. Gli infermieri promuovono attivamente l'automobilizzazione dei residenti, supportano regolarmente gli esercizi di movimento e integrano strategie di mobilitazione nel processo di cura quotidiano.

Nel trattamento delle piaghe da decubito esistenti, gli infermieri utilizzano metodi di cura delle ferite qualificati. Scelgono materiali di medicazione e prodotti per la cura adeguati, garantiscono condizioni igieniche e sono un importante punto di riferimento sia nella cura diretta delle ferite che nella comunicazione con medici e terapisti.

La formazione e l'aggiornamento degli infermieri sono fondamentali per mantenere le conoscenze specialistiche aggiornate. Solo così possono lavorare efficacemente nel team interdisciplinare e migliorare continuamente l'assistenza ai residenti.

Infine, gli infermieri sono responsabili di una documentazione completa. Registrano le modifiche dello stato cutaneo e documentano tutte le misure profilattiche e terapeutiche. Questo assicura non solo la qualità delle cure, ma costituisce anche la base per la revisione e l'adattamento della pianificazione assistenziale.

2 Fondamenti del decubito

2.1 Che cos'è la piaga da decubito

Dekubitus, noto anche come ulcera da pressione, è un danno localizzato della pelle e del tessuto sottostante, causato da una pressione prolungata o da una pressione in combinazione con forze di taglio. Questi danni ai tessuti si verificano frequentemente in punti in cui le ossa sono vicine alla superficie della pelle, come sui talloni, il sacro, i gomiti o la scapola. A causa della pressione, la circolazione sanguigna nelle aree colpite viene interrotta, portando a un insufficiente apporto di ossigeno e nutrienti ai tessuti. Questa carenza può alla fine portare alla morte del tessuto, chiamata anche necrosi. Il decubito è una complicazione grave che si verifica soprattutto nelle persone immobili o costrette a letto. Un riconoscimento tempestivo e una prevenzione costante sono cruciali per prevenire la formazione di ulcere da pressione e garantire la qualità della vita delle persone colpite.

2.2 Fisiopatologia del Decubito

Un decubito si forma principalmente a causa di una pressione prolungata sulla pelle e il tessuto sottostante. Questa pressione porta a un'interruzione della microcircolazione. La pressione comprime i capillari, riducendo il flusso sanguigno e compromettendo l'apporto di ossigeno e nutrienti al tessuto. Si verifica un accumulo di prodotti finali del metabolismo che alterano ulteriormente il metabolismo cellulare.

Già dopo due ore di pressione continua possono manifestarsi i primi danni tissutali irreversibili. Tuttavia, le gravi conseguenze non sono attribuibili solo alla pressione. Altri fattori come le forze di taglio, che si originano dallo spostamento degli strati cutanei l'uno sull'altro, favoriscono la lesione dei capillari, peggiorano ulteriormente il flusso sanguigno e promuovono così la formazione di un decubito.

Citochine vasoattive e mediatori dell'infiammazione vengono rilasciati in risposta ai danni cellulari. Questi intensificano la reazione infiammatoria locale. Continuando l'esposizione alla pressione e in assenza di intervento, i danni progressivamente coinvolgono anche strati tissutali più profondi come muscoli e ossa.

Un segnale visibile che può indicare questi processi è un arrossamento cutaneo non scompaente, causato da un'infiammazione sottostante e da danni ai capillari. Se la pressione non viene alleviata, ciò può portare alla necrosi completa del tessuto colpito. L'infezione della ferita rappresenta una complicazione ulteriore, poiché gli agenti patogeni possono penetrare nel tessuto danneggiato.

La fisiopatologia del decubito comprende quindi una complessa interazione tra forze meccaniche e processi biochimici che alla fine portano a danni tissutali. Una profonda comprensione di questi processi è fondamentale per sviluppare misure profilattiche e terapeutiche efficaci.

2.3 Fattori di rischio per lo sviluppo di un'ulcera da decubito

Dekubitus non insorge solo a causa di influenze fisiche come pressione e forze di taglio. Vari fattori di rischio favoriscono la formazione di un'ulcera da pressione e dovrebbero essere sempre considerati nella routine assistenziale.

Un fattore essenziale è la limitazione della mobilità. L'immobilità, causata da allettamento o ridotta mobilità, porta a un carico statico prolungato su determinate aree del corpo. Ciò aumenta il rischio di insufficiente circolazione sanguigna e, di conseguenza, di degenerazione tissutale.

Un altro fattore di rischio è lo stato nutrizionale. Un apporto insufficiente di proteine, vitamine e minerali indebolisce la struttura della pelle e dei tessuti e rallenta i processi rigenerativi. La malnutrizione e la disidratazione compromettono il sistema immunitario, aumentano la suscettibilità ai danni cutanei e prolungano il tempo di guarigione delle ferite.

L'elevata umidità della pelle, causata dall'incontinenza o dall'eccessiva sudorazione, porta anch'essa a un rischio maggiore di decubito. La pelle umida è più morbida e perde più rapidamente la sua funzione protettiva. Il risultato sono macerazioni che danneggiano la barriera cutanea e fungono da porta d'ingresso per i germi.

Malattie come il diabete mellito o i disturbi vascolari influenzano anch'esse la suscettibilità al decubito. Il diabete può portare a micro e macroangiopatie, peggiorando la circolazione sanguigna e compromettendo la guarigione delle ferite. I disturbi della circolazione arteriosa o venosa peggiorano l'apporto di ossigeno e nutrienti ai tessuti.

Le limitazioni sensoriali, come quelle che si verificano nelle malattie neurologiche, giocano anch'esse un ruolo. I pazienti con ridotta percezione del dolore spesso non notano in tempo le aree di pressione, il che aumenta il rischio di un peggioramento.

Nel complesso, i fattori di rischio del decubito sono molteplici e richiedono una valutazione critica da parte degli operatori sanitari. Un'analisi completa del rischio consente una pianificazione preventiva individuale e misure mirate per la profilassi del decubito.

2.4 Classificazione degli stadi del decubito

2.4.1 Stadio 1: Rossore della pelle

Una rossore della pelle che non scompare alla digitopressione caratterizza il primo stadio di un'ulcera da pressione. Questa alterazione della pelle si verifica frequentemente in corrispondenza delle prominenze ossee e delle parti del corpo sottoposte ad elevato carico di pressione e forze di taglio, come il sacro, i talloni o i gomiti.

Il rossore della pelle è il segnale più precoce di danni tissutali, che senza un intervento rapido e coerente possono progredire verso stadi più gravi di ulcere da pressione. La differenza rispetto ad un semplice rossore della pelle è che l'area rossa non cambia colore sotto pressione, il che indica una microtrombosi capillare e l'inizio di processi infiammatori.

Senza un alleviamento della pressione, i danni progrediscono. Pertanto, il rapido riconoscimento di questo stadio è cruciale. Gli operatori sanitari dovrebbero effettuare ispezioni cutanee regolari nei residenti a rischio, prestando particolare attenzione alle rossori che non scompaiono alla digitopressione.

Le principali misure di trattamento in questo stadio sono l'alleviamento della pressione e l'eliminazione delle forze di taglio. È necessaria l'immediata redistribuzione della parte corporea colpita per prevenire ulteriori danni. Regolazioni nella tecnica di posizionamento, come l'uso di sistemi di supporto morbidi, aiutano ulteriormente a ridurre la pressione.

È anche di grande importanza mantenere una cura coerente della pelle. È necessario bilanciare secchezza e umidità per preservare la funzione protettiva naturale della pelle. L'uso di saponi a pH neutro e creme reidratanti può sostenere la barriera cutanea.

Lo stadio richiede inoltre una maggiore sensibilizzazione del personale sanitario e dei soggetti colpiti. Formazioni adeguate per il riconoscimento e la prevenzione sono essenziali. La mobilitazione e la promozione del movimento autonomo dei soggetti colpiti possono essere utilizzate in via preventiva per favorire la circolazione sanguigna e mantenere la salute della pelle.

In sintesi, il primo stadio rappresenta una fase critica che determina il corso delle ulcere da pressione. Un intervento tempestivo può prevenire la transizione a stadi più gravi e migliorare significativamente la qualità della vita dei soggetti colpiti.

2.4.2 Stadio 2: Difetto cutaneo.

Nel secondo stadio del decubito è caratteristico un parziale perdita di tessuto. Questo interessa l'epidermide e può arrivare fino al derma, spesso visibile come ulcera superficiale o vescica. La lesione ha un colore del letto della ferita rosa-rossastro e nessun residuo necrotico.

Le vesciche possono essere integre o aperte, provocando una ferita aperta. Spesso questo stadio si verifica in parti del corpo soggette a pressione costante, come i glutei o i talloni.

La diagnosi in questo stadio richiede un'ispezione e palpazione approfondita delle aree cutanee colpite. È importante proteggere le vesciche intatte; le vesciche aperte vengono trattate come ferite. L'uso di bende trasparenti o idrocolloidali è comune, poiché supportano un processo di guarigione umido.

L'obiettivo principale del trattamento comprende l'alleggerimento della pressione e il mantenimento di un ambiente umido per la ferita. È essenziale un monitoraggio continuo per segni di infezione. Altrettanto importante è il supporto nutritivo attraverso una dieta ricca di proteine e energia; questo ottimizza la guarigione.

Il riposizionamento regolare e l'uso di ausili di posizionamento, che distribuiscono e riducono la pressione, sono misure profilattiche decisive. Prestare attenzione anche alla cura della pelle. La pulizia della pelle dovrebbe essere effettuata con cautela e creme idratanti dovrebbero essere utilizzate per garantire la funzione barriera.

Per il personale addetto alla cura, la formazione nella gestione dei pazienti e il riconoscimento precoce dei segni di questo stadio sono cruciali. Disponete di conoscenze ampie sulle tecniche di trattamento delle ferite per prevenire un peggioramento allo stadio 3.

La stretta collaborazione nel team interdisciplinare è necessaria per garantire un piano di cura completo che affronti le esigenze specifiche dell'individuo.

2.4.3 Stadio 3: Danni tissutali profondi

Nel terzo stadio del decubito si verifica una perdita completa degli strati della pelle fino ai tessuti sottocutanei. Questi danni tissutali profondi si presentano clinicamente come ferite aperte profonde con o senza tessuto adiposo sottocutaneo visibile. Le zone di danno tissutale adiacenti sono spesso necrotiche e coperte da fibrina di colore giallastro fino a grigiastro. I bordi della ferita di solito non sono chiaramente definiti.

L'esposizione del tessuto sottocutaneo comporta un rischio aumentato di infezioni, motivo per cui la cura della ferita ha la massima priorità. La pulizia della ferita avviene idealmente con soluzione fisiologica sterile per rimuovere materiale necrotico e detriti. Si utilizzano materiali moderni per la gestione delle ferite, che sono adattati all'equilibrio dell'umidità della ferita, come alginati o medicazioni in schiuma. Questi materiali promuovono la pulizia autolitica della ferita e creano un ambiente ottimale per la guarigione.

Oltre alla cura della ferita, il sollievo dalla pressione rappresenta una misura centrale. Infatti, la formazione dei danni profondi è dovuta alla continuazione della pressione e dello stress da taglio. Pertanto, cambiamenti di posizione regolari e l'uso di ausili specializzati per il posizionamento e di materassi che alleviano la pressione sono essenziali. La regione cutanea colpita deve essere mantenuta deliberatamente priva di pressione.

La collaborazione multiprofessionale è decisiva in questo stadio. Ciò include la consulenza di terapisti delle ferite, specialisti e consulenti nutrizionali. Una possibile causa sistemica o comorbidità che compromette la guarigione della ferita dovrebbe essere trattata. Lo stato nutrizionale del paziente deve essere ottimizzato, è necessaria un'adeguata assunzione di proteine, vitamine e calorie.

Una documentazione approfondita dello stato della ferita, delle interventi e del decorso di guarigione è necessaria per valutare il successo del trattamento e poter apportare modifiche al piano assistenziale. Queste annotazioni devono essere regolarmente controllate e aggiornate.

Per il personale infermieristico, gestire le ulcere da decubito profonde è impegnativo. È necessaria un'adeguata formazione e aggiornamento nel campo della moderna gestione delle ferite e degli interventi di cura preventiva per assicurare un'assistenza adeguata. L'obiettivo è migliorare la qualità della vita dei pazienti attraverso misure efficaci e favorire la guarigione dei tessuti gravemente danneggiati.

2.4.4 Stadio 4: Danno tissutale profondo

Nel quarto stadio del decubito sono presenti danni tissutali profondi che si estendono oltre gli strati sottocutanei fino a coinvolgere muscoli, ossa e tendini. Queste ferite profonde sono condizioni mediche gravi che richiedono attenzione e trattamento intensivi.

La ferita mostra spesso segni visibili di perdita di tessuto fino a muscoli e ossa, possibilmente associati a necrosi. Si può formare una cavità della ferita caratterizzata dalla distruzione della struttura profonda. Spesso si trovano nella ferita strati estesi o tessuto necrotico, che deve essere rimosso con cura per favorire la guarigione.

Una pulizia approfondita della ferita attraverso il débridement, che può essere eseguito chirurgicamente o enzimaticamente, è necessaria per rimuovere il materiale necrotico. Questa misura riduce il carico batterico e promuove la granulazione del tessuto. L'uso di tecniche avanzate di assistenza alle ferite come la terapia a vuoto può aiutare a sostenere il processo di guarigione e a far convergere i margini della ferita.

Il sollievo dalla pressione rimane una misura centrale per promuovere la guarigione e prevenire ulteriori danni. Sistemi di posizionamento altamente sviluppati e materassi che distribuiscono la pressione sono essenziali per ridurre il carico sui tessuti colpiti. Gli ospedali e le strutture di assistenza devono garantire che siano disponibili sufficienti ausili specializzati.

7 Questo è solo un'anteprima.

Il libro completo è disponibile su <https://www.altenpflege.de> per gli utenti registrati. La registrazione e l'uso sono gratuiti. Chi non desidera registrarsi, può inviare l'importo indicato a pagina 2 tramite Paypal all'indirizzo buchhaltung@factsoft.de, specificando sia il titolo del libro che l'indirizzo e-mail. Riceverà quindi il PDF tramite e-mail.

Oltre all'accesso gratuito ai libri di testo brevi, la registrazione su [altenpflege.de](https://www.altenpflege.de) consente di candidarsi direttamente per lavori e di pubblicare gratuitamente un annuncio di lavoro. Diventa anche tu parte della comunità di [altenpflege.de](https://www.altenpflege.de).