	ASL PESCARA	Doc. <i>Procedura LdC</i>
	U.O.C. NEONATOLOGIA E TERAPIA INTENSIVA NEONATALE Direttore f.f. Dott.ssa Susanna Di Valerio	<i>Data emissione Anno 2020</i>
Sito web www.ausl.pe.it	PROCEDURA AZIENDALE “PER LA PREVENZIONE E LA GESTIONE DELLE LESIONI DA COMPRESSIONE IN AMBITO NEONATALE”	<i>Pagina 1 di 39</i>

GRUPPO DI LAVORO

<i>Nominativo</i>	<i>Qualifica</i>	<i>Struttura di appartenenza</i>	<i>Firma</i>
<i>Susanna Di Valerio</i>	<i>Direttore f.f.</i>	<i>Neonatologia</i>	
<i>Lorella Di Pietro</i>	<i>Coordinatrice Infermieristica</i>	<i>Neonatologia</i>	
<i>Buoncuore Grazia</i>	<i>CPS Infermiere Pediatrico</i>	<i>Neonatologia</i>	
<i>Buccella Annamaria</i>	<i>CPS Infermiere Pediatrico</i>	<i>Neonatologia</i>	
<i>Capriotti Lorella</i>	<i>CPS Infermiere</i>	<i>Amb. Chirurgia Vascolare</i>	
<i>Ceccatelli Alessandra</i>	<i>CPS Infermiere</i>	<i>Neonatologia</i>	
<i>Cocca Carolina</i>	<i>CPS Infermiere</i>	<i>Neonatologia</i>	
<i>Latorre Monia</i>	<i>CPS Infermiere Pediatrico</i>	<i>Neonatologia</i>	
<i>Patrizi Antonietta</i>	<i>CPS Infermiere Pediatrico</i>	<i>Neonatologia</i>	

VERIFICA

<i>Nominativo</i>	<i>Qualifica</i>	<i>Struttura di appartenenza</i>	<i>Firma</i>
<i>Maria Assunta Ceccagnoli</i>	<i>Dirigente Medico Responsabile U.O.S. Qualità, URP, CUP, Comunicazione Istituzionale Aziendale</i>	<i>Staff Direzione Generale</i>	

APPROVAZIONE

<i>Nominativo</i>	<i>Qualifica</i>	<i>Struttura di appartenenza</i>	<i>Firma</i>
<i>Antonio Caponetti</i>	<i>Direttore Generale f.f.</i>	<i>Direzione Generale ASL Pescara</i>	

PERIODO DI VALIDITÀ E REVISIONE

Il presente documento sarà oggetto di revisione e monitoraggio periodici e sarà aggiornato in base alle eventuali evidenze emerse, ai risultati della sua applicazione nella pratica clinica e ad eventuali nuovi riferimenti legislativi.

<i>Data di emissione</i>	<i>Revisione</i>	<i>Modifiche</i>
Anno 2020	0	

ELENCO ALLEGATI

Allegato 1 Scala di Glamorgan

Allegato 2 Wound Bed Scale

Allegato 3 Scheda di registrazione dell'andamento delle lesioni secondo la WBS

Allegato 4 Dispositivi per la detersione delle Lesioni da Pressione (LdP)

Allegato 5 Dispositivi per la medicazione delle LdP

INDICE

1	<i>Titolo</i>	<i>Pag 4</i>
2	<i>Introduzione</i>	<i>Pag 4</i>
3	<i>Obiettivi</i>	<i>Pag 5</i>
4	<i>Ambiti di applicazione</i>	<i>Pag 5</i>
5	<i>Abbreviazioni/Terminologia</i>	<i>Pag 5</i>
6	<i>Responsabilità</i>	<i>Pag 6</i>
7	<i>Matrice di responsabilità</i>	<i>Pag 6</i>
8	<i>Personale sanitario coinvolto nella gestione delle lesioni cutanee</i>	<i>Pag 7</i>
9	<i>Valutazione del rischio di lesioni secondo la scala Glamorgan</i>	<i>Pag 7</i>
10	<i>La prevenzione della cute a rischio di lesioni cutanee</i>	<i>Pag 10</i>
10.1	<i>Obiettivi</i>	
11	<i>Interventi di prevenzione delle lesioni da pressione causate da device</i>	<i>Pag 10</i>
12	<i>Valutazione del neonato e delle lesioni cutanee</i>	<i>Pag 13</i>
12.1	<i>Obiettivi</i>	
13	<i>Trattamento della cute perilesionale</i>	<i>Pag 13</i>
13.1	<i>Obiettivi</i>	
13.2	<i>Detersione</i>	
13.3	<i>Trattamento</i>	
14	<i>Stadiazione npuap lesioni da pressione</i>	<i>Pag 14</i>
	<i>Categoria I: Eritema Non Sbiancante</i>	<i>Pag 14</i>
	<i>Categoria II: Perdita Cutanea a Spessore Parziale</i>	<i>Pag 15</i>
	<i>Categoria III: Perdita Cutanea a Tutto Spessore</i>	<i>Pag 16</i>
	<i>Categoria IV: Perdita Tessutale a Tutto Spessore</i>	<i>Pag 18</i>
	<i>LdP con presenza di escara, differenziata tra gialla o nera</i>	<i>Pag 21</i>
	<i>Non Stadiabile: Profondità Ignota</i>	<i>Pag 22</i>
15	<i>Scheda di valutazione delle lesioni wound bed score (wbs)</i>	<i>Pag 23</i>
16	<i>Formazione</i>	<i>Pag 24</i>
17	<i>Modalità di diffusione del documento</i>	<i>Pag 24</i>
	<i>Bibliografia</i>	<i>Pag 25</i>
	<i>Allegati 1 Scala Glamorgan</i>	<i>Pag 26</i>
	<i>Allegati 2 Wound bed score</i>	<i>Pag 28</i>
	<i>Allegato 3 Scheda di registrazione dell'andamento delle lesioni secondo la wound bed score</i>	<i>Pag 29</i>
	<i>Allegato 4 Presidi disponibili per la detersione delle ferite</i>	<i>Pag 30</i>
	<i>Allegato 5 Dispositivi per la medicazione delle ferite</i>	<i>Pag 32</i>
	<i>Flow chart del trattamento</i>	<i>Pag 38</i>
	<i>Flow chart di applicazione ad ogni paziente</i>	<i>Pag 39</i>

1. TITOLO

PROCEDURA AZIENDALE "PER LA PREVENZIONE E LA GESTIONE DELLE LESIONI DA COMPRESSIONE IN AMBITO NEONATALE"

2. INTRODUZIONE

Per comprendere l'argomento trattato nella presente procedura *"Per la prevenzione e la gestione delle lesioni da compressione in ambito neonatale"*, è indispensabile conoscere le peculiarità del neonato e le particolari caratteristiche della sua cute; essa infatti è particolarmente fragile, la ragione deriva dal fatto che il processo di maturazione della pelle non è ancora completato e il tessuto non ha ancora acquisito tutte le proprietà che caratterizzano quella dell'adulto. La cute nel neonato è molto sottile, rappresentata da uno strato corneo sottosviluppato o addirittura assente (Età Gestazionale < 24 settimane) particolarmente suscettibili alle infezioni e soggetta ad una maggiore disidratazione rispetto a quella dell'adulto, il tessuto adiposo non è completamente maturato, per tali caratteristiche i neonati hanno un alto rischio di sviluppare Lesioni da Pressione. La lesione da decubito provoca la distruzione del tessuto, causata da una eccessiva e prolungata compressione, a provocare con maggiore frequenza le lesioni, sono le pressioni esercitate sui tessuti molli posti tra una prominenza ossea e una superficie esterna, o la pressione provocata tra parti del corpo stesso. Oltre alle specificità della cute dei bambini, esistono altri fattori che favoriscono lo sviluppo delle LdP, esse sono riconducibili alla presenza di malattie, disabilità o ad attività cliniche terapeutiche e assistenziali, quali, procedure invasive, interventi chirurgici e posizionamento di dispositivi medici multipli. La parte del corpo maggiormente colpita in età pediatrica è l'occipite, che rappresenta la prominenza ossea più grande e la più comune area soggetta a sviluppo di LdP. Il problema e la rilevanza delle LdP e delle altre lesioni cutanee iatrogene tra i pazienti in età evolutiva sono spesso misconosciute; pochi sono gli studi disponibili sull'argomento, di essi, un numero limitato si è occupato di valutazione e prevenzione delle LdP mentre la maggioranza è rappresentata da indagini epidemiologiche.

Epidemiologia

Le ricerche sull'argomento indicano una maggiore prevalenza del fenomeno nei ricoveri ospedalieri, principalmente in determinati contesti nei quali i pazienti sono in condizioni critiche e/o costretti all'immobilità. I dati provenienti dalle analisi epidemiologiche, pubblicati negli ultimi anni, evidenziano la rilevanza del fenomeno delle LdP tra i bambini; si stima una preponderanza di LdP tra i bambini ospedalizzati tra lo 0.47% e il 13.1% nei reparti di degenza, fino ad arrivare al 27% nelle terapie intensive pediatriche e neonatali; la sede maggiormente interessata è il capo con un valore del 41%, mentre sacro e coccige si collocano insieme al secondo posto con il 23.1%. La prevalenza numerica di LdP in bambini ricoverati, documentata dai vari studi, varia dal 13.1% al 27.7%, anche se per la maggior parte (76-85%) si tratta di LdP di categoria I. L'incidenza annua di nuove LdP, evidenziano valori oscillanti dal 4% fino al 18% tra i bambini ricoverati in terapia intensiva.

Uno studio del 2009 condotto su bambini ospedalizzati di età compresa tra 0 e 11 anni ha rivelato che il 65% della popolazione in esame era a rischio di sviluppare LdP. Fino al 66% delle LdP nei bambini, riportate negli studi, si sono sviluppate durante la permanenza in un setting clinico. Il personale sanitario, consapevole delle caratteristiche peculiari del neonato, deve adottare tutte le precauzioni necessarie per proteggere e garantire l'integrità della cute dei piccoli pazienti durante le procedure assistenziali, è fondamentale, pertanto, approfondire le cause che provocano le LdP per poterle prevenire. In considerazione dell'alto rischio evidenziato, il personale sanitario coinvolto nel processo di cura, deve adottare tutte le precauzioni necessarie per proteggere l'integrità della cute dei piccoli pazienti, durante le procedure assistenziali.

3. OBIETTIVI

La procedura realizzata ha lo scopo finale di fornire all'U.O. di Terapia Intensiva Neonatale (TIN) uno strumento adeguato e validato.

L'obiettivo, prevenire, attraverso un percorso clinico terapeutico e assistenziale, le Lesioni da Pressione, facendo acquisire una maggiore consapevolezza del problema, attraverso l'applicazione di strumenti, conoscenze e competenze specifiche.

4. AMBITO DI APPLICAZIONE

Il protocollo verrà applicato presso l'Unità Operativa di Neonatologia dell'Ospedale Santo Spirito di Pescara e in ogni altro setting assistenziale dove i piccoli pazienti potrebbero avere necessità di essere curati (interventi chirurgici, procedure invasive, altro).

5. ABBREVIAZIONI/TERMINOLOGIA

Abbreviazioni/Terminologia	Descrizioni
LdP	Lesione da Pressione
NPUAP	National Pressure Ulcer Advisory Panel
WBS	Wound Bed Scale
NIPS	Neonatal Infant Pain Scale
PIPP	Premature Infant Pain Profile
EG < 24w	Età Gestazionale
IOT	Intubazione Oro Tracheale
ECG	Elettrocardiogramma
NPT	Nutrizione Parenterale Totale
NE	Nutrizione Enterale
WBS	Wound Bed Scale
TC	Temperatura Corporea
CPAP	Continuous Positive Airway Pressure
SKIN TEAR	Ferita a lembo

6. RESPONSABILITÀ

La procedura, per essere applicata efficacemente, richiede la condivisione da parte di tutte le figure sanitarie, operanti presso la Terapia Intensiva Neonatale, responsabili delle attività afferenti alle specifiche competenze:

- Direttore Medico;
- Dirigente Medico;
- Coordinatore Infermieristico;
- Infermiere Referente Lesioni;
- Infermiere / Infermiere Pediatrico.

7. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

<i>Funzione</i> <i>Attività</i>	<i>Direttore</i> <i>U.O.</i>	<i>Medico</i>	<i>Coordinatore</i> <i>Infermieristico</i>	<i>Infermiere</i> <i>Referente</i>	<i>Infermiere</i>	<i>Farmacista</i>
<i>Conoscenza della procedura</i>	<i>R</i>	<i>R</i>	<i>R</i>	<i>R</i>	<i>R</i>	<i>R</i>
<i>Applicazione della procedura</i>	<i>I</i>	<i>I</i>	<i>R</i>	<i>R</i>	<i>R</i>	
<i>Prescrizione presidi e dispositivi</i>	<i>I</i>	<i>R</i>	<i>I</i>	<i>R</i>	<i>R</i>	
<i>Approvvigionamento presidi e dispositivi medici</i>	<i>I</i>	<i>I</i>	<i>R</i>	<i>R</i>	<i>I</i>	<i>R</i>
<i>Gestione dei presidi e dispositivi</i>	<i>I</i>	<i>I</i>	<i>R</i>	<i>R</i>	<i>R</i>	
<i>Compilazione scheda di rischio</i>	<i>I</i>	<i>I</i>	<i>I</i>	<i>R</i>	<i>R</i>	

Legenda:

R: Responsabile

C: Coinvolto/Collabora

I: Informato

R: Il farmacista è responsabile della fornitura di adeguati presidi e dispositivi

8. PERSONALE SANITARIO COINVOLTO NELLA GESTIONE DELLE LESIONI CUTANEE

- INFERMIERE

La responsabilità assegnata all'infermiere, riguarda nello specifico: la valutazione, la pianificazione e il monitoraggio dell'assistenza.

In dettaglio, l'infermiere esegue la valutazione della lesione, pianifica il trattamento locale sulla base della valutazione complessiva dell'individuo e definisce gli obiettivi di trattamento.

- OSS

Nella U.O.C. TIN non è prevista l'attività assistenziale diretta al neonato, quindi anche il trattamento locale delle lesioni cutanee è interamente svolta dal professionista infermiere.

- MEDICO

Il medico è coinvolto nei casi complessi, in cui si ravvisa la necessità di interventi diagnostici e terapeutici.

9. VALUTAZIONE DEL RISCHIO DI LESIONI SECONDO LA SCALA GLAMORGAN

La Glamorgan Scale è l'unica scala di valutazione del rischio di lesioni da pressione in ambito pediatrico, sviluppata attraverso un'analisi statistica basata su bambini ospedalizzati.

Si differenzia dalle altre, in quanto presenta item riferiti non solo ai fattori di rischio intrinseci al paziente, ma anche a quelli estrinseci, in particolar modo all'influenza dei device, che sono in effetti presenti spesso e in gran numero in un contesto di terapia intensiva.

I fattori di rischio principali sono:

1. età gestazionale < 32 settimane;
2. compromissione vascolare o scarsa perfusione tissutale (raffreddamento, inotropi);
3. danneggiata percezione neurologica o sensoriale;
4. immobilità dovuta a malattia e/o a sedazione, rilassamento muscolare;
5. sepsi, disidratazione, edema;
6. ventilazione IOT e CPAP nasale;
7. chirurgia.

Gli item considerati sono di seguito elencati, corredati di relativo punteggio tra parentesi quadre:

1. può essere cambiato di posizione solo con grande difficoltà o causando un peggioramento delle condizioni - anestesia generale [20]
2. non è in grado di cambiare posizione senza assistenza – non controlla i movimenti del corpo [15]
3. presenza di mobilità ma ridotta per l'età [10]

4. mobilità normale per l'età [0]
5. presenza di presidi/oggetti/superfici rigide che esercitano pressione o sfregamento sulla cute [15]
6. anemia significativa (Hb < 9 g/dl) [1]
7. febbre persistente (TC > 38°C per più di 4 ore) [1]
8. ridotta perfusione periferica (estremità fredde/tempo di riempimento capillare > 2"/cute fredda a chiazze) [1]
9. nutrizione inadeguata [1]
10. ipoalbuminemia (< 3,5 g/dl) [1]
11. peso inferiore al 10° percentile [1]
12. incontinenza inappropriata per l'età [1]

In base al punteggio totale ottenuto, il neonato può rientrare così in una delle categorie di rischio indicate:

- **NON A RISCHIO**, in caso il punteggio sia inferiore a 10
- **A RISCHIO**, in caso il punteggio sia compreso tra 10 e 15
- **AD ALTO RISCHIO**, in caso il punteggio sia compreso tra 15 e 20
- **AD ALTISSIMO RISCHIO**, in caso il punteggio sia maggiore di 20

Se un ITEM non è calcolabile basterà apporre il valore di 0.

La sensibilità, la specificità e la validità predittiva della Glamorgan Scale risulta essere maggiore rispetto a quelle della Braden Q Scale, che è ampiamente usata per valutare il rischio di lesioni da pressione dei bambini negli USA.

La problematica relativa alla gestione delle LdP nel neonato scaturisce dalla mancanza di una sistematica ed univoca modalità di valutazione del rischio di sviluppare le lesioni stesse durante la permanenza in TIN (Terapia Intensiva Neonatale).

L'uniformità della valutazione può derivare unicamente dall'utilizzo di uno strumento valido e condiviso, quale può essere una scala di valutazione appropriata.

Mentre nel caso del paziente adulto la letteratura offre moltissimi studi in merito alla valutazione del rischio di LdP, questa problematica risulta meno approfondita relativamente al paziente neonatale; da ciò deriva l'assenza di una valutazione del rischio che sia metodica e che rientri tra le valutazioni di routine al momento dell'accesso all'U.O.

È molto importante, dunque, identificare uno strumento adeguato al target prestabilito (rappresentato, ovvero, dai pazienti che accedono alla sezione di Terapia Intensiva della Patologia Neonatale), che possa aiutare i professionisti nel riconoscimento di pazienti a rischio e nella formulazione di decisioni terapeutiche condivise, tramite una sistematizzazione della valutazione, come già accade per il paziente adulto.

	Età	Range punteggio	Cut off rischio	Sensibilità	Specificità	AUC della curva ROC
Braden Q	Da 21 giorni a 8 anni	7-28	<=16 rischio elevato	0.88 (TI)	0.58 (TI)	0.83 (TI) 0.697 (non TI)
			<=21 rischio medio	0.279 (non TI)	0.867 (non TI)	
			<=25 rischio basso	1.00 (TI)	0.08 (TI)	
				0.672 (non TI)	0.648 (non TI)	
				0.918 (non TI)	0.226 (non TI)	
Braden Q Modificata (solo terapie intensive)	Da 21 giorni a 8 anni	3-12	<=7 rischio	0.92	0.59	0.84
Glamorgan	Tutte le età	0-57	>=10: rischio	1.0	0.502	0.912
			>=15 rischio alto	0.984	0.674	
			>=20 rischio molto alto	0.934	0.715	
NSRAS	Fino ad 1 mese	3-12	<=5 rischio	0.83	0.81	-

Quindi la scala di valutazione selezionata in base a efficacia, validità predittiva, completezza (in termini di item) e specificità è rappresentata dalla Glamorgan Scale.

La scelta di questo strumento viene giustificata dalle caratteristiche degli item presenti, riferiti non soltanto a fattori di immobilità ma anche all'influenza o meno di device e dispositivi medici; inoltre, la Glamorgan Scale risulta essere l'unico strumento redatto in base a neonati ospedalizzati e si caratterizza quindi per la sua specificità, messa in luce anche dalle linee guida NPUAP (*National Pressure Ulcer Advisory Panel*).

La scala di valutazione, se approvata, potrebbe rappresentare un primo passo verso l'integrazione del protocollo di gestione delle LdP nell'adulto con uno redatto *ad hoc* per il paziente neonatale.

Affinchè la prevenzione delle LdP nei bambini sia efficace, è necessaria un'adeguata preparazione specifica degli infermieri e di tutto il personale di cura inclusi i genitori, specialmente nel caso di bambini affetti da patologia cronica e normalmente curati a casa.

La presenza negli ospedali e nei reparti pediatrici di Infermieri referenti/specialisti nella gestione delle LdP può essere una misura utile a potenziare l'azione preventiva e di sorveglianza.

Gli item numero 6-7-8-9-10 indicano valori numerici facilmente rilevabili, il cui punteggio relativo è facilmente attribuibile.

Il rischio a loro imputato può essere subito individuato e con l'aiuto di terapie mediche e infermieristiche specifiche e mirate, anche azzerato.

Nello specifico:

Item 6: con trasfusioni

Item 7: antipiretici, manovre atte a favorire la dispersione termica

Item 8: stabilità termica, supporto ventilatorio adeguato

Item 9: per la prevenzione è fondamentale un corretto apporto volemico dato da NPT ed NE bilanciando correttamente tutti i macro e i micronutrienti specifici per peso, età gestazionale e patologia. Le principali raccomandazioni internazionali consigliano un apporto enterale energetico compreso tra 105-135 Kcal/Kg/die. Fondamentale è comunque garantire un adeguato apporto proteico integrato nella NPT per sostenere un normale sviluppo del bambino compreso tra 3-3.5 g/Kg/die.

Item 10: infusione di albumina

Si può notare come una grande rilevanza venga attribuita all'item relativo ai device (item n°5), che detiene un punteggio di 15, e che quindi rappresenta uno dei più determinanti fattori di rischio, inferiore soltanto all'impossibilità di variare autonomamente la posizione o alla presenza di anestesia o sedazione (item n°1), che riveste un punteggio di 20.

10. LA PREVENZIONE DELLA CUTE A RISCHIO DI LESIONI CUTANEE

10.1 Obiettivi

- Salvaguardare l'integrità della cute
- Prevenire la formazione di LdP, skin tear
- Proteggere la cute in corrispondenza delle prominenze ossee, utilizzando, nei soggetti a rischio di frizione e scivolamento, film in poliuretano o idrocolloidi extrasottili (la trasparenza di queste medicazioni permette un assessment della cute sottostante), da lasciare in sede almeno 7/8 giorni

NON UTILIZZARE: prodotti a base di argento; antibiotici e antimicotici topici; prodotti coloranti come eosina, fuxina ecc; creme a base di cortisone o acido ialuronico per la prevenzione delle LdP.

11. INTERVENTI DI PREVENZIONE DELLE LESIONI DA PRESSIONE CAUSATE DA DEVICE

DEVICE	INTERVENTO
Nasal CPAP	<ul style="list-style-type: none">✓ Alternare ogni 3h nasal prongs e mascherina per alleviare e cambiare i punti di pressione✓ Effettuare la CARE NASALE ad ogni cambio dispositivo, esercitare un lieve massaggio lungo tutta la lunghezza del naso dall'apice alla columella e aspirare le prime vie aeree per mantenerle pervie✓ Applicare attorno al naso strisce di idrocolloide (tipo Duoderm CGF): a triangolo o a T rovesciata✓ Posizionare il cappellino e fissare i device al volto del paziente in maniera adeguata✓ Applicare un piccolo spessore lungo la stringa grigia di idrocolloide (tipo duoderm) per alleviare la pressione lungo tutta la guancia
	✓ Assicurarsi che i baffi di idrocolloide siano

Occhialini alti flussi	<p>posizionati in maniera idonea e ben adesi alla cute del paziente e che il supporto e il cavo stesso non stringano troppo o siano compresse con la testa</p>
Drenaggi toracici	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Applicare uno spessore antidecubito tra il device e la cute del paziente se l'ancoraggio include la medicazione a piatto (sia con cerotto in tnt che con pellicola) ✓ Apporre sotto la testa del paziente una placca di schiuma in poliuretano
Cool cap / Materasso cooling therapy	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Apporre materassino sotto il corpo del paziente con solo 1 lenzuolo a copertura per non inficiare l'effetto antidecubito ✓ Apporre sotto la testa del paziente una placca di schiuma in poliuretano se col materasso ✓ Controllare l'integrità della cute del capo seguendo la cadenza del device
Catetere epicutaneo	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Applicare spessore antidecubito tra il device e la cute del paziente in quanto l'ancoraggio include la medicazione a piatto con pellicola ✓ Effettuare il cambio della medicazione con relativo spostamento del catetere ogni 7 gg
Agocanulla periferica	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Applicare spessore antidecubito tra il device e la cute del paziente in quanto l'ancoraggio include la medicazione a piatto con pellicola

Catetere per la Pressione Arteriosa Cruenta	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Applicare spessore antidecubito tra il device e la cute del paziente in quanto l'ancoraggio include la medicazione a piatto con pellicola
Tracheostomia	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Si rimanda a protocollo specifico
PEG	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Si rimanda a protocollo specifico
Ventilatore HFVO	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Apporre sotto la testa del paziente una placca di schiuma in poliuretano, tenendo conto anche dell'orecchio ✓ Ruotare il paziente almeno ogni 8 h ✓ Applicare sotto al paziente un materassino antidecubito
Sensore saturimetro	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ruotare la sede del sensore 1 volta per turno ✓ Ispezionare l'integrità cutanea
Cavi ECG e Saturimetro Sensori TC	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Accertarsi che il decorso del filo non vada a fine sotto il paziente
Sondino Naso / Oro Gastrico	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sondino in Poliuretano a permanenza 30 gg ✓ Sondino in PVC per 24h (più rigido) ✓ Variare decubito di rima buccale ogni mattina

12. VALUTAZIONE DEL NEONATO E DELLE LESIONI CUTANEE

12.1 Obiettivi

- Stabilire un corretto piano di trattamento considerando i fattori sistemici e locali del rischio di sviluppare ulteriori LdP
- Garantire una corretta compilazione della documentazione sanitaria
- Valutare le LdP utilizzando il sistema delle “scale di classificazione/valutazione”
- Determinare la stadiazione EPUAP/NPUAP
- Wound bed scale Falanga 2007. (allegato 2)

13. TRATTAMENTO DELLA CUTE PERILESIONALE

13.1 Obiettivi

- Conservare l'integrità della cutanea
- Individuare precocemente l'insorgenza di problemi quali dermatite, macerazione, allergie
- Ripristinare il trofismo cutaneo
- Pulizia della LdP_{SEP}
- Riduzione della carica batterica
- Corretta valutazione del letto di ferita
- Lavaggio delle LdP

13.2 Detersione

Il lavaggio deve essere effettuato ad ogni cambio di medicazione, utilizzando soluzione fisiologica o soluzioni iperossidanti (Prontosan), in caso di segni di colonizzazione utilizzare sodio ipoclorito (Amukine Med 0,05%) per l'irrigazione delle ferite o cloruro di sodio 0,9% a temperatura corporea (36.5 - 37?), utilizzando un ago cannula di grosso calibro montato su siringa.

Se la LdP presenta tratti fistolosi, sottominati o fissurati, questi devono essere comunque detersi con siringhe e ago cannula avendo cura di non creare false vie o di peggiorare la situazione utilizzando materiali pungenti e/o inadeguati o pressioni di esercizio troppo elevate.

13.3 Trattamento

- Cute normale, applicare crema base
- Cute secca applicare crema/lozione emolliente
- Cute molto secca (xerotica) applicare olio/unguento

- Cute macerata applicare ossido di zinco al 10% (rivalutare la medicazione utilizzata) o in alternativa altri prodotti barriera più specifici per neonati
- Cute con dermatite (irritativa, allergica), micosi, alterazioni patologiche, è necessario consultare il medico (rivalutare la medicazione e il fissaggio)

Non applicare creme, unguenti, prodotti barriera ecc in quantità eccessiva.

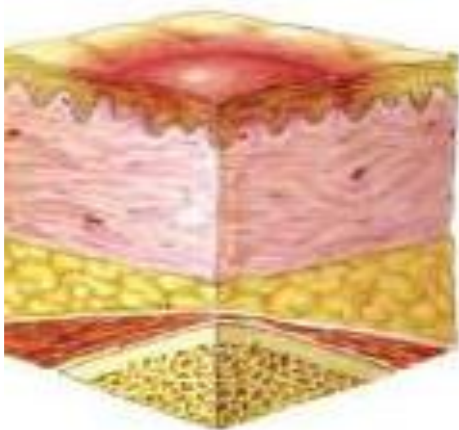
Non utilizzare prodotti a base di argento; antibiotici e antimicotici topici; prodotti coloranti come eosina, fuxina ecc; creme a base di cortisone o acido ialuronico per la prevenzione delle LdP.

14. STADIAZIONE NPUAP LESIONI DA PRESSIONE

Un'ulcera da pressione è una lesione della cute o del tessuto sottostante solitamente localizzata su una prominenza ossea, come risultato della pressione o della pressione in combinazione con le forze di taglio. Un certo numero di fattori contribuenti o confondenti sono anche associati alle ulcere da pressione; l'importanza di questi fattori rimane ancora da chiarire.

Categoria I: Eritema Non Sbiancante

Cute intatta con eritema non sbiancante di un'area localizzata solitamente in corrispondenza di una prominenza ossea. Nella cute a pigmentazione scura lo sbiancamento potrebbe non essere visibile; il suo colore può differire da quello dall'area circostante. L'area può essere dolente, dura, molle, più calda o più fredda in confronto al tessuto adiacente. È possibile che nelle persone di pelle scura l'ulcera da pressione di Categoria/Stadio I sia difficile da individuare. Può segnalare una persona "a rischio".

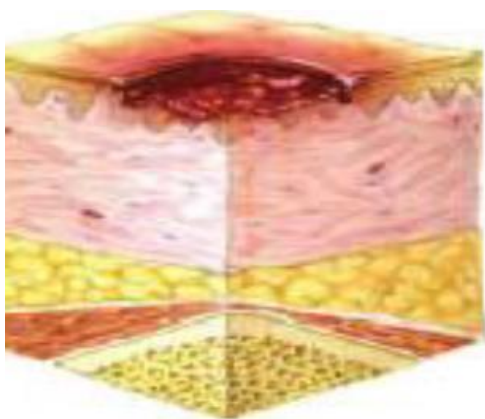


OBIETTIVI**INTERVENTI**

<ul style="list-style-type: none"> • Ripristinare la vascolarizzazione della zona interessata • Prevenire l'insorgenza di lesioni di continuo della cute • Prevenzione/gestione del dolore procedurale. 	<ul style="list-style-type: none"> • Accurata idratazione della cute e film in poliuretano o idrocolloidi extrasottili. • Possono essere usate schiume di poliuretano valutando l'appropriatezza del trattamento da parte dell'infermiere specialista/esperto in lesioni cutanee.
--	---

Categoria II: Perdita Cutanea a Spessore Parziale

Perdita a spessore parziale del derma che si presenta come un'ulcera aperta, superficiale, con un letto color rosa/rosso, senza tessuto devitalizzato. Può anche presentarsi come una vescicola a contenuto sieroso intatta oppure aperta/rotta. Si presenta come un'ulcera lucida (umida, N.d.T.) o asciutta, superficiale, priva di tessuto devitalizzato o ematoma. Questa Categoria/Stadio non dovrebbe essere usata per descrivere lacerazioni cutanee, ustioni da cerotto, dermatiti perineali, macerazione o escoriazione.

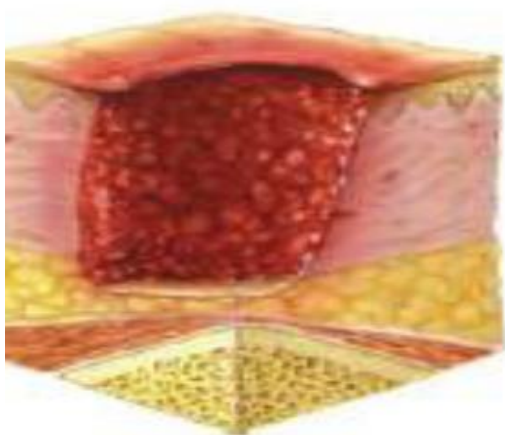
**OBIETTIVI****INTERVENTI**

<ul style="list-style-type: none"> • Ripristinare la vascolarizzazione della zona interessata. • Evitare la rottura non controllata della flittene in caso 	<p>✓ In caso di essudato BASSO e MEDIO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dopo accurata detersione della LdP, applicare: idrocolloidi, da sostituire ogni 2/3 giorni o fino alla saturazione della medicazione oppure schiume di poliuretano sottili, da sostituire
--	---

<p>siano presenti</p> <ul style="list-style-type: none"> • Favorire la ricostruzione tissutale. • Proteggere la cute neoformata, fragile e sottile. • Promuovere un buon trofismo cutaneo. • Assicurare un'adeguata umidità sul fondo della LdP. • Prevenzione/gestione del dolore procedurale. 	<p>ogni 3/4 giorni o fino alla saturazione della medicazione.</p> <p>✓ Se la flittene NON È A RISCHIO DI ROTTURA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Non forare le flittene che non sono a rischio di rottura. • Applicare a seconda delle dimensioni e del materiale disponibile: schiuma di poliuretano, da lasciare in sede 5/7 giorni; OPPURE alginati o idrofibre. <p>✓ Se la flittene È A RISCHIO DI ROTTURA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • eseguire antisepsi cutanea; aspirare il liquido con tecnica asettica (ad es. ago 25 g e siringa) avendo cura di non rimuovere il tetto della flittene medicare con schiuma di poliuretano, da lasciare in sede 5/7 giorni; OPPURE alginati o idrofibre.
--	---

Categoria III: Perdita Cutanea a Tutto Spessore

Perdita tissutale a tutto spessore. Il tessuto adiposo sottocutaneo può essere visibile, ma osso, tendini o muscoli non sono esposti. Può essere presente tessuto devitalizzato, ma senza nascondere la profondità della perdita tissutale. Può includere tratti sottominati e tunnelizzazione. La profondità di un'ulcera da pressione di Categoria/Stadio III varia a seconda della regione anatomica. Le narici del naso, l'orecchio, l'occipite e il malleolo non hanno tessuto (adiposo) sottocutaneo e le ulcere di Categoria/Stadio III possono essere poco profonde. Al contrario, nelle aree con significativa adiposità si possono sviluppare ulcere da pressione di Categoria/Stadio III molto profonde. Osso/tendine non sono visibili o direttamente palpabili



OBIETTIVI

INTERVENTI

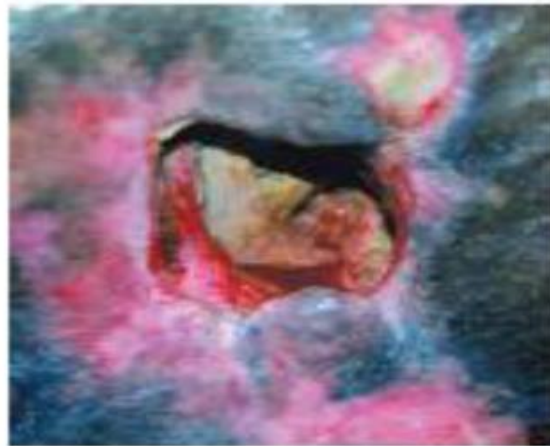
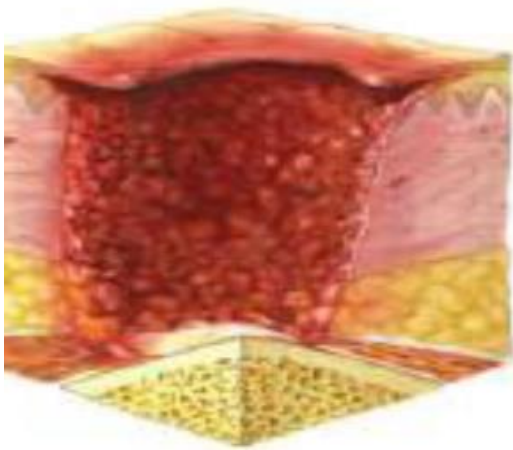
- Favorire e/o mantenere la detersione.
Gestire l'essudato mantenendo un ambiente umido per favorire la guarigione ed evitare la macerazione.
- Prevenire le infezioni.
- Promuovere la guarigione.
- Prevenzione/gestione del dolore procedurale.

- Gestire la LdP considerando: il tipo e la quantità di essudato; il tipo di tessuto; e l'eventuale presenza di tratti fistolosi o sottominati.
- Considerare la prossimità in zone altamente contaminanti.
- Accertarsi di rimuovere tutte le medicazioni introdotte.
- ✓ In caso di LdP detersa o con fibrina e BASSO essudato, applicare:
 - **Medicazione PRIMARIA:** idrogel + medicazione secondaria: idrocolloide (se la LdP è molto secca), da sostituire ogni 2/3 giorni; **OPPURE-**
 - **Medicazione PRIMARIA:** idrocolloidi o schiume di poliuretano, da sostituire ogni 4 giorni, anticipando o posticipando sulla base della saturazione della medicazione o del suo distacco.
- ✓ In caso di LdP detersa o con fibrina e MEDIO essudato, applicare:
 - **Medicazione primaria:** idrocolloidi o schiume di poliuretano, da sostituire ogni 3 giorni, anticipando o posticipando sulla base della saturazione della medicazione o del suo distacco.
- ✓ In caso di LdP detersa o con fibrina e ALTO essudato, applicare:
 - **Medicazione primaria:** schiume di poliuretano o alginati, da sostituire ogni 2/3 giorni, anticipando o posticipando sulla base della saturazione della medicazione o del suo distacco.
 - Se è necessaria la gestione dell'iperessudazione con idrofibra, il suo utilizzo deve essere indicato dall'infermiere specialista/esperto in lesioni cutanee.

- | | |
|--|--|
| | <p>✓ Nei casi dove è necessaria una medicazione SECONDARIA</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Alginati o idrofibre e coprire con schiuma di poliuretano o con pad superassorbente. ● In caso di cavità non lasciare spazi vuoti e non stipare in modo eccessivo con materiale da medicazione le LdP, esercitando forte pressione sui tessuti. |
|--|--|

Categoria IV: Perdita Tessutale a Tutto Spessore

Perdita di tessuto a tutto spessore con esposizione di osso, tendini o muscoli. Potrebbero essere presenti tessuto devitalizzato o escara in alcune aree del letto dell'ulcera. Spesso include tratti sottominati e tunnellizzazione. La profondità di un'ulcera da pressione di Categoria/Stadio IV varia a seconda della regione anatomica. Le narici del naso, l'orecchio, l'occipite e i malleoli non hanno tessuto (adiposo) sottocutaneo, e queste ulcere possono essere poco profonde. Le ulcere da pressione di Categoria/Stadio IV possono estendersi a muscoli e/o strutture di supporto (es., fascia, tendine o capsula articolare) rendendo probabile l'insorgenza di osteomielite. Osso/tendine sono visibili o direttamente palpabili.



Occorre precisare che il trattamento di questo stadio di lesione varia in base alla presenza o meno di escara ed eventualmente al tipo di escara presente (nera o slough). Ecco perché è bene tenere da conto anche la tabella di interventi relativi a LdP con escara (non necessariamente avremo a prescindere un'escara al IV stadio).

OBIETTIVI

INTERVENTI

- Favorire e/o mantenere la detersione.
- Gestire l'essudato mantenendo un ambiente umido per favorire la guarigione ed evitare la macerazione.
- Prevenire le infezioni.
- Promuovere la guarigione.
- Prevenzione/gestione del dolore procedurale.

- Gestire la LdP considerando: il tipo e la quantità di essudato; il tipo di tessuto e l'eventuale presenza di tratti fistolosi o sottominati.
- Considerare la prossimità in zone altamente contaminanti.
- Accertarsi di rimuovere tutte le medicazioni introdotte.
- TRATTAMENTO

✓ In caso di LdP detersa o con fibrina e BASSO essudato, applicare:

- Medicazione primaria: idrogel + medicazione secondaria: idrocolloide (se la LdP è molto secca), da sostituire ogni 2/3 giorni;
- OPPURE
- Medicazione primaria: idrocolloidi o schiume di poliuretano, da sostituire ogni 4 giorni, anticipando o posticipando sulla base della saturazione della medicazione o del suo distacco.

✓ In caso di LdP detersa o con fibrina e MEDIO essudato, applicare:

- Medicazione primaria: idrocolloidi o schiume di poliuretano, da sostituire ogni 3 giorni, anticipando o posticipando sulla base della saturazione della medicazione o del suo distacco.

✓ In caso di LdP detersa o con fibrina e ALTO

essudato, applicare:

- **Medicazione PRIMARIA: schiume di poliuretano o alginati, da sostituire ogni 2/3 giorni, anticipando o posticipando sulla base della saturazione della medicazione o del suo distacco.**
- **Se è necessaria la gestione dell'iperessudazione con altri prodotti richiedere la consulenza dell'infermiere specialista/esperto in lesioni cutanee.**

✓ **Nei casi dove è necessaria una medicazione SECONDARIA:**

- **Utilizzare alginati o idrofibre e coprire con schiuma di poliuretano o con pad superassorbente.**

✓ **In caso di presenza di cavità:**

- **Non lasciare spazi vuoti utilizzare alginato a nastro o medicazioni cavitare, da sostituire sulla base della saturazione della medicazione.**
- **Se necessario utilizzare medicazione secondaria schiume di poliuretano.**
- **Non stipare in modo eccessivo con materiale da medicazione le LdP, esercitando forte pressione sui tessuti.**

OBIETTIVI

INTERVENTI

<ul style="list-style-type: none">● Rimozione del tessuto non vitale.● Ripristino del tessuto vitale.● Prevenzione delle infezioni.● Prevenzione delle complicanze (fistole, sottominature).● Evitare danni in caso di scarsa/ mancata perfusione della LdP.● Prevenzione/gestione del dolore procedurale.	<ul style="list-style-type: none">● NECROSI GIALLA / SLOUGH (codice colore “giallo”)✓ In caso di essudato MEDIO:<ul style="list-style-type: none">● Utilizzare idrogel per debridement autolitico, applicandoli in uno strato di circa 2-3mm di spessore sulle aree di tessuto non vitale al centro della LdP; coprire con schiuma di poliuretano o idrocolloide. Da sostituire ogni 2/3 giorni.✓ In caso di essudato ALTO:<ul style="list-style-type: none">● Medicazione primaria: utilizzare alginati o idrofibre.● Medicazione secondaria: schiuma di poliuretano (quando la cute perilesionale è macerata) o pad superassorbente.● Da sostituire ogni 48/72 ore, anticipando o posticipando sulla base della saturazione della medicazione o del suo distacco.✓ NECROSI NERA / ESCARA SECCA<ul style="list-style-type: none">● Utilizzare idrogel, applicando uno strato di almeno 5 mm di spessore al centro della LdP (in caso di LdP spessa e molto adesa, praticare delle microincisioni sulla superficie della necrosi per favorire la
---	---

	<p>penetrazione del prodotto).</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Coprire con film di poliuretano o idrocolloide sottile. Da sostituire ogni 2/3 giorni. ● Continuare il trattamento dei diversi tipi di tessuto necrotico fino alla loro completa rimozione. ● Il debridement chirurgico deve essere effettuato da personale medico. ● In presenza di parti colliquate, scollate e non adese, chiaramente devitalizzate, lo sbrigliamento conservativo con taglianti può essere effettuato dall'infermiere specialista/esperto in lesioni cutanee.
--	---

Non Stadiabile: Profondità Ignota

Perdita di tessuto a tutto spessore in cui la base dell'ulcera è ricoperta da tessuto devitalizzato (di color giallo, beige, grigiastro, verde o marrone) e/o escara (di color beige, marrone o nero) presenti nel letto dell'ulcera. Fino a quando il tessuto devitalizzato e/o l'escara non vengono rimossi in misura sufficiente da esporre la base dell'ulcera, non è possibile determinare la reale profondità e conseguentemente la Categoria/Stadio. Un'escara stabile (secca, adesa, integra, senza eritema o fluttuazione) localizzata sui talloni ha la funzione di "naturale (biologica) copertura del corpo" e non dovrebbe essere rimossa.



<ul style="list-style-type: none"> ● Perdita di tessuto a tutto spessore in cui la base dell'ulcera è ricoperta da slough (di color giallo, beige, grigiastro, verde o marrone) e/o escara (di color beige, marrone o nero) presenti nel letto dell'ulcera. ● Fino a quando lo slough e/o l'escara non vengono rimossi in misura sufficiente da esporre la base dell'ulcera, non è possibile determinare la reale profondità e conseguentemente lo Stadio. ● Un'escara stabile (secca, adesa, integra, senza eritema o fluttuazione) localizzata sui talloni ha la funzione di "naturale (biologica) copertura del corpo" e non dovrebbe essere rimossa. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Trattare come una LdP con presenza di escara da sbrigliare ● Una volta avvenuto il debridement, stadiare la lesione e trattarla come da procedura
---	--

15. SCHEDA DI VALUTAZIONE DELLE LESIONI WOUND BED SCORE (WBS) (Allegato 2)

La WBS (Wound Bed Score) è una scheda di valutazione dell'andamento della guarigione della lesione. Consta di 8 item, ognuno dei quali prende in considerazione un aspetto fisiologico o eziopatologico della lesione

- Black Eschar: presenza di escara nera
- Eczema/Dermatiti
- Depth: profondità
- Scarring: se sui bordi della ferita c'è un inspessimento fibroso tipo cordone
- Colore del letto della ferita
- Oedema/Swelling: se la zona è edematosa e gonfia
- Resurfacing epithelium: se è presente una zona quanto più riepitelizzata
- Exudate ammount: quantità di essudato prodotto dalla ferita

Tanto più è alto il punteggio tanto più il trattamento è appropriato; di conseguenza la guarigione della ferita avrà un decorso rapido e risolutivo. La valutazione di questo score può essere fatto periodicamente ogni 2-3 giorni proprio per avere un lasso di tempo tale da poter interpretare i diversi item e confrontarli con i precedenti, registrando i dati su una tabella allegata alla scheda di valutazione (Allegato 3)

16. LA FORMAZIONE

La formazione specifica sulle LdP, intende promuovere attraverso la formazione teorica frontale e sul campo, l'acquisizione di una maggiore consapevolezza del problema e la conoscenza di metodi assistenziali e di cura idonei.

Il personale sanitario attraverso la formazione apprenderà il corretto utilizzo dei presidi e dei dispositivi necessari al trattamento delle Lesioni da Pressione; sono previste lezioni frontali in plenaria con scenari dedicati ad hoc per la formazione sul campo

17. MODALITA' DI DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO

La Procedura sarà pubblicata sul sito aziendale:

- ✓ Area interna - link - U.O.C. di Neonatologia, ove sarà visibile e scaricabile l'intero documento;
- ✓ nell'Albo Pretorio sarà evidente la delibera di approvazione;
- ✓ invio alla Mailing list dipartimentale del documento (area Materno Infantile).

Per una maggiore diffusione, sarà inviata, per il tramite della Dott.ssa Maria Assunta Ceccagnoli Responsabile della "U.O.S. Qualità, URP, CUP, Comunicazione Istituzionale Aziendale", una e-mail a tutti i Responsabili delle UU.OO., ai Coordinatori Infermieristici, al Dirigente Medico Responsabile della U.O.S.D. Risk Management e a tutto il Personale Sanitario operante nella ASL di Pescara.

BIBLIOGRAFIA

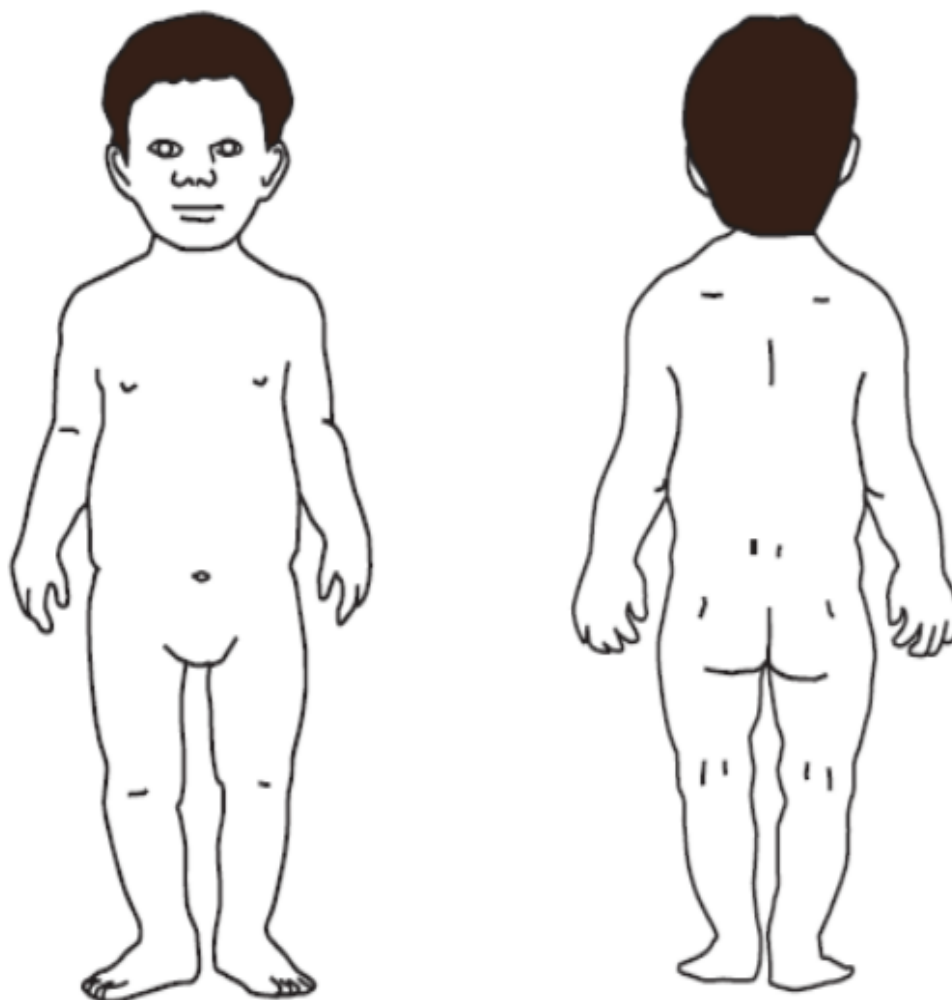
- Baharestani MM, Ratliff CR. Pressure Ulcers in Neonates and Children: An NPUAP White Paper, *Advances in Skin and Wound Care*, 2007 Vol. 20 n. 4.
- Visscher M, Taylor T. Pressure ulcers in the hospitalized neonate: rates and risk factors. *Sci Rep* 2014 Dec 11;4:7429.
- Dolack M, Huffines B, Stikes R, Hayes P, Logsdon MC. Updated neonatal skin risk assessment scale (NSRAS). *Ky Nurse* 2013 Oct-Dec;61(4):6.
- Razmus I, Lewis L, Wilson D. Pressure ulcer development in infants: state of the science. *J Healthc Qual* 2008 Sep-Oct;30(5):36-42.
- Kottner J, Hauss A, Schluer AB, Dassen T. Validation and clinical impact of paediatric pressure ulcer risk assessment scales: A systematic review. *Int J Nurs Stud* 2013 Jun;50(6):807-818.
- Willock J, Baharestani MM, Anthony D. The development of the Glamorgan paediatric pressure ulcer risk assessment scale. *J Wound Care* 2009 Jan;18(1):17-21.
- Kottner J, Schroer F, Tannen A. Evaluation of the Glamorgan Scale in a paediatric intensive care unit: agreement and reliability. *Pflege* 2012 Dec;25(6):459-467.
- Chiari P, Poli M, Magli C, Bascelli E, Rocchi R, Bolognini S, et al. Multicentre, prospective cohort study, to validate the Italian version of the Braden Q scale for the risk of the pressure sores in newborns and up to 8 years old children. *Assist Inferm Ric* 2012 AprJun;31(2):83-90.
- NCCU Clinical Guidelines – Neonatal Skin Care Guidelines di Women and Newborn Health Service del 2014.
- Willock J, Anthony D, Richardson J. Inter-rater reliability of Glamorgan Paediatric Pressure Ulcer Risk Assessment Scale. *Paediatr Nurs* 2008 Sep;20(7):14-19.
- Visentin S. Guida ai Servizi Patologia Neonatale. Azienda Ulss 9 2015 Mag :1-16.
- Società Italiana di Scienze Infermieristiche Pediatriche (2009). La scala Glamorgan per la valutazione del rischio di lesioni da decubito nel bambino [on line]. Disponibile da: http://www.sisip.it/index.php?option=com_jotloader&view=categories&cid=1_385b31b590ff41ddf55082274c377819&Itemid=.

▪ Allegato n. 1

Figura 1a - la scala Glamorgan

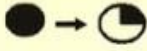
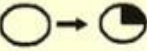











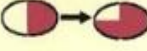
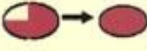


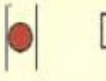
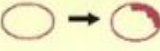
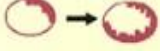
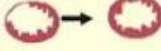



FATTORI DI RISCHIO <i>Se i dati numerici come albuminemia o l'emoglobina non sono disponibili scrivere il punteggio 0</i>		PUNTI	DATA E ORA DELLA VALUTAZIONE					
			<i>Valutare almeno una volta al giorno ed ogni volta che le condizioni cliniche del paziente cambiano</i>					
Può essere cambiato di posizione solo con grande difficoltà o causando un peggioramento delle condizioni - anestesia generale		20						
Non è in grado di cambiare posizione senza assistenza - non controlla i movimenti del corpo		15						
Presenza di mobilità, ma ridotta per l'età		10						
Mobilità normale per l'età		0						
Presenza di presidi/oggetti/ superfici rigide che esercitano pressione o sfregamento sulla cute		15						
Anemia significativa (Hb < 9 g/dl)		1						
Febbre persistente (temperatura > 38,0°C per più di 4 ore)		1						
Ridotta perfusione periferica (estremità fredde/ tempo di riempimento capillare > 2 sec./cute fredda e chiazze)		1						
Nutrizione inadeguata (consultare il dietista)		1						
Ipoalbuminemia (< 35g/l)		1						
Peso inferiore al 10° percentile		1						
Incontinenza inappropriata per l'età		1						
Punteggio totale								
Intrapresi interventi di prevenzione (indicare se sì o no e documentare in cartella)								
Punteggio di rischio	Categoria di rischio	Interventi da attuare						
≥10	NORMALE	Ispezionare la cute almeno due volte al giorno. Alleviare la pressione aiutando il bambino a muoversi almeno ogni due ore. Utilizzare per la posizione seduta o sdraiata presidi che redistribuiscano la pressione adatti per il peso e l'età.						
≥15	ALTO	Ispezionare la cute ad ogni posizionamento. Riposizionare il bambino, i presidi, i dispositivi almeno ogni due ore. Alleviare la pressione prima che si sviluppi qualsiasi arrossamento. Utilizzare per la posizione seduta o sdraiata presidi che redistribuiscano la pressione adatti per il peso e l'età.						
≥20	MOLTO ALTO	Ispezionare la cute almeno ogni ora. Muovere il bambino o girarlo, se possibile, prima che la cute si arrossi. Assicurarsi che i presidi/dispositivi non esercitino pressione sulla cute. Valutare la possibilità di usare presidi specifici per alleggerire la pressione.						

Figura 1b - la scala Glamorgan



Utilizzando dei numeri, indicare nello schema ogni zona arrossata o lesione (un numero per ogni lesione). Poi, usando la tabella qui sotto, descrivere la lesione, la data in cui è stata osservata la prima volta, e l'esito (risolta o non risolta).

Lesione n.	Data prima osservazione	Breve descrizione della lesione (da riportare anche in cartella)	Esito (risolta/non risolta)	Data prossima valutazione

Wound Bed Score			
	Scores of 0	Scores of 1	Scores of 2
Black Eschar	 0	 1	 2
Eczema/Dermatitis	 0	 1	 2
Depth	 0	 1	 2
Scarring (fibrosis/callus)	 0	 1	 2
Color of wound bed	 0	 1	 2
Oedema/Swelling	 0	 1	 2
Resurfacing epithelium	 0	 1	 2
Exudate Amount	 0	 1	 2
Add scores for each column →			
TOTAL SCORE			

Allegato n. 3

SCHEDA DI REGISTRAZIONE DELL'ANDAMENTO DELLE LESIONI SECONDO LA WOUND BED SCORE

TRATTAMENTO LOCALE

DATA	PUNTEGGIO	TRATTAMENTO

PRESIDI DISPONIBILI PER LA DETERSIONE DELLE FERITE

PRONTOSAN

Il tensioattivo cationico contenuto in “Prontosan”, provvede a disaggregare il biofilm batterico ed a detergere la lesione (valutare l’ipersensibilità al prodotto).

Modalità d’uso:

- esercitare una leggera pressione sul flacone (il getto è in grado di rimuovere fisicamente i residui dalla lesione);
- lasciare in situ per 2/3 min. per ottenere una detersione più profonda.



AMUKINE MED 0,05 %

- Prodotto a base di sodio ipoclorito, la soluzione cutanea si usa per la disinfezione e la pulizia della cute lesa.
- La presenza di materiale organico (proteine, siero, sangue, ecc.) riduce l’attività dell’antisettico.
- Evitate l’uso contemporaneo di altri antisettici e detergenti





FISIOLOGICA - SOLUZIONE SODIO CLORURO 0,9%

Modalità d'uso:

- detergere delicatamente la ferita con un getto di fisiologica utilizzando una siringa di 20 cc e agocannula di grosso calibro;
- durante il lavaggio non traumatizzare i tessuti sani.

Allegato n. 5

DISPOSITIVI PER LA MEDICAZIONE DELLE FERITE



BIOCLUSIVE FILM IN POLIURETANO

Caratteristiche:

- mantiene l'ambiente umido;
- è impermeabile alle cariche batteriche;
- favorisce l'isolamento termico;
- ha una maggiore traspirabilità;
- favorisce l'evaporazione dell'umidità;
- permette lo scambio gassoso;
- è stabile e sicuro;
- permette il monitoraggio del sito;
- è privo di lattice;
- è permeabile al vapore acqueo.



IDROGEL

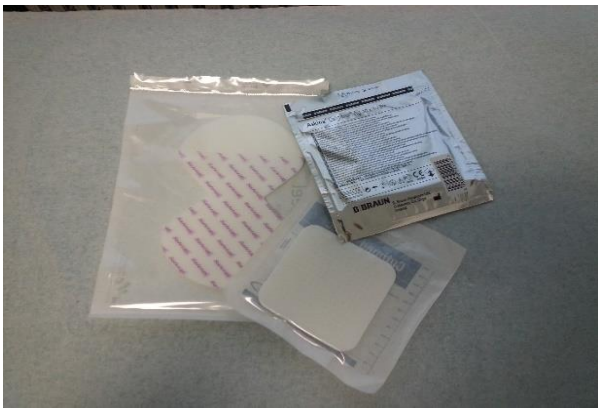
- Gel costituito da acqua purificata, sodio carbossimetilcellulosa e alginato di calcio senza nessun additivo.
- Provoca un'idratazione massiva del tessuto necrotico favorendo autolisi.
- L'autolisi avviene senza nessuna azione nociva verso il tessuto sano, è indicato anche per lesioni asciutte, come soluzione idratante e necrotiche fibrinose, nonché per le lesioni miste con tessuto necrotico e di granulazione.



PLACCHE IDROCOLLOIDALI

- Sono composti di molecole polisaccaridiche, indicate in ferite nella fase di riepitelizzazione o granulazione con una produzione di essudato da lieve a moderato.
- Caratteristiche:
 - Mantiene l'ambiente umido;
 - Permette lo scambio gassoso;
 - Impermeabile alle cariche batteriche;
 - Favorisce l'isolamento termico;
 - Può essere utilizzata come medicazione

secondaria.



SCHIUME POLIURETANICHE

- Schiuma di poliuretano e silicone
- Sono indicate su ferite da moderatamente ad altamente essudanti.
- Caratteristiche:
 - mantiene il giusto grado di umidità;
 - impedisce raccolte ascessuali;
 - evita la macerazione;
 - permette lo scambio gassoso.



ALGINATI

- Medicazione composta da fibre di alginato di calcio arricchite di ioni calcio e sodio
- Capacità di assorbimento medio/alta di essudato
- A contatto con gli essudati forma un morbido ed umido gel evitando fuoriuscita di liquido e facilitando il debridement autolitico
- Si riduce al minimo la macerazione della pelle in prossimità dei bordi della ferita
- Ammorbidisce e rimuove detriti di tessuto

necrotico durante la fase detergente.

- Applicabile su ferite sanguinanti per la capacità emostatica



ALGINATI A NASTRO PER LESIONI ESSUDANTI

- Potere altamente assorbente
- Riduce al minimo la macerazione della pelle in prossimità dei bordi della ferita
- Ammorbidisce e rimuove detriti di tessuto necrotico durante la fase detergente
- Particolarmente adatto per lesioni cavitare o tunnelizzate

- Sono disponibili anche in forma antisettica con Ioni Argento





IDROFIBRE

- Medicazione arricchita di fibre rinforzanti in Lyocell medicale - Carbossimetilcellulosa sodica (NaCMC) pura, per essudati da medio/abbondanti.
- Disponibili anche in forma antisettica con Ioni Argento.
- Caratteristiche:
 - -assorbe verticalmente l'essudato della lesione;
 - -crea un soffice gel che trattiene i fluidi assorbiti;
 - -mantiene l'ambiente umido ottimale;
 - -riduce il rischio di macerazione della cute perilesionale.



BENDE COESIVE

- Benda in poliuretano molto sottile da utilizzare sotto bende adesive e nastri.
- Caratteristiche:
 - permeabile all'aria e al vapore acqueo.
 - Benda coesiva in viscosa e poliammide stabile in larghezza.
- Caratteristiche:
 - permeabile all'aria e al vapore acqueo.

Flow-Chart 2: Flow chart di applicazione ad ogni paziente

