



AZIENDA AUSL PESCARA

U.O.S. ASSISTENZA INTERMEDIA
DIRIGENTE RESPONSABILE DOTT.SSA MIRELLA SCIMIA

**PERCORSO CLINICO ASSISTENZIALE
P.C.A.
PREVENZIONE E TRATTAMENTO
DELLE LESIONI DA PRESSIONE**


Nuova frontiera verso la multidisciplinarietà



INDICE

INTRODUZIONE: Presentazione del lavoro	Pag. 1
Gruppo di lavoro	Pag. 2
Razionale	Pag. 2
Obiettivi	Pag. 3
Destinatari	Pag. 3
Ambiti di applicazione	Pag. 3
Livelli di evidenza e forza delle raccomandazioni	Pag. 3
Glossario/acronimi	Pag. 4
SEZIONE I: Prevenzione e trattamento delle LdP	Pag. 8
Definizione	Pag. 8
Cause	Pag. 8
Fattori di rischio sistemici	Pag. 9
Fattori di rischio ambientali	Pag. 10
SEZIONE II: Stadiazione	Pag. 11
Altre classificazioni	Pag. 13
Valutazione dell'evoluzione della lesione da pressione	Pag. 15
Strumento di monitoraggio del trattamento delle LdP: Push Tools 3.0	Pag. 16
SEZIONE III: Sommario delle Raccomandazioni per la prevenzione delle LdP	Pag. 17
Prevenzione delle lesioni	Pag. 21
Scala di Braden	Pag. 22
Educazione/addestramento	Pag. 23
Continuità assistenziale	Pag. 23
Cure igieniche e protezione della cute	Pag. 24
Valutazione e sostegno nutrizionale	Pag. 24
Gestione delle pressioni sui tessuti	Pag. 26
Movimentazione manuale dei pazienti	Pag. 26
Superfici antidecubito	Pag. 30
Caratteristiche delle superfici antidecubito	Pag. 31
SEZIONE IV: Sommario delle Raccomandazioni per il trattamento di cura delle LdP	Pag. 33
Trattamento delle lesioni da pressione	Pag. 39
Medicazione	Pag. 41
Caratteristiche di una medicazione ideale	Pag. 42
Medicazioni avanzate disponibili presso la AUSL per il trattamento delle LdP	Pag. 42
Utilizzo delle medicazioni avanzate	Pag. 42
Cute a rischio di LdP	Pag. 42
Lesione granuleggiante (rossa)	Pag. 43
Lesione necrotica (nera)	Pag. 44
Lesione necrotica (fibrinosa)	Pag. 45
Lesione infetta	Pag. 46
Lesione in fase di riepitelizzazione	Pag. 46
Diagrammi di flusso del trattamento delle LdP	Pag. 47
SEZIONE V: Sommario delle Raccomandazioni per le terapie complementari delle LdP	Pag. 50
La terapia a pressione negativa (TPN) o negative pressure wound therapy (NPTW)	Pag. 50
Trattamento con elettroterapia	Pag. 51
Fattori di crescita	Pag. 51
SEZIONE VI: Complicanze delle lesioni da pressione	Pag. 52
SEZIONE VII: Il dolore nella persona con lesione da pressione	Pag. 54
Valutazione dell'intensità del dolore	Pag. 55
Scala VAS per la valutazione del dolore	Pag. 55
Scala dell'OMS per l'impiego di analgesici per alleviare il dolore	Pag. 55
Dolore in sede di cambio della medicazione	Pag. 56
Il contenimento del dolore	Pag. 56
Uso di farmaci - analgesia	Pag. 56
Metodi non farmacologici per la riduzione del dolore	Pag. 56
Scelta e rimozione della medicazione	Pag. 57
Bibliografia	Pag. 58



	Regione Abruzzo Azienda USL PESCARA	P.C.A. PREVENZIONE E TRATTAMENTO DELLE LESIONI CUTANEE DA PRESSIONE	Pagina 1 di 59
			Rev. 00 del 01/06/2016

INTRODUZIONE

PRESENTAZIONE DEL LAVORO

Questa procedura operativa sulla prevenzione e trattamento delle Lesioni da Pressione (LdP) si propone di fornire agli Operatori Sanitari che operano nell'AUSL di Pescara, uno strumento di lavoro basato su raccomandazioni ed evidenze scientifiche accreditate dalle recenti revisioni della letteratura internazionale di settore e di costruire una base di confronto fra le diverse professioni che si interfacciano in ambito vulnologico (cura delle ferite) per ottenere delle forme di linguaggio e punti di valutazione comuni.

L'approccio multidisciplinare, come in altri settori della medicina, risulta a maggior ragione, necessario in queste situazioni cliniche, in quanto attraverso l'integrazione della varie competenze e un'attività di collaborazione sarà possibile offrire gli esiti definiti dalla letteratura, che evidenzia e rimarca l'indispensabilità di un approccio integrato alla presa in carico del paziente con lesione cutanea.

I lavori iniziati nel 2015 hanno rappresentato un momento importante di crescita professionale; il confronto culturale ha rimarcato che la sopravvivenza del paziente portatore di lesioni cutanee, la sua possibilità di recupero e la sua qualità di vita dipendono in misura determinante dalla diagnosi, dal trattamento causale, dal trattamento locale, dalle eventuali terapie sistemiche ed esami strumentali per il trattamento generale dell'utente. I diversi trattamenti sono strettamente interconnessi a livello di efficacia; le evidenze scientifiche dimostrano che, utilizzati singolarmente non sono risolutivi, ma che inseriti all'interno di un programma multidisciplinare producono i risultati attesi. Le figure del MMG, del vulnologo, dell'infermiere esperto in wound care, del fisioterapista, del nutrizionista, del farmacista, delle figure socio-assistenziali, dei caregivers, consentono una presa in carico olistica del paziente portatore di lesione.

Nell'AUSL di Pescara, per la patologia in argomento, nel 2015 sono stati arruolati in cure domiciliari n. 662 pazienti con una prevalenza di periodo, pari a 11,95% del totale assistiti 2015. La degenza media registrata è di 122 giorni. Gli accessi domiciliari effettuati dalla varie figure professionali sono stati n. 42.452 di cui:

- n. 32.308 da personale infermieristico;
- n. 8.219 da personale fisioterapista;
- n. 1.529 da MMG;
- n. 396 da medici specialisti.

Il totale delle ore lavorate è 37.410.

Ad ogni assistito, per il periodo di assistenza, sono stati garantiti mediamente 64 accessi domiciliari, di cui 48,8 da personale infermieristico con una frequenza di circa 3 accessi settimanali.


La rilevanza numerica dei pazienti arruolati sopra descritta, delle prestazioni e dei costi correlati, nonché le diverse modalità di approccio adottate dagli Operatori, hanno motivato l'U.O.S. di Assistenza Intermedia ad intraprendere la stesura del presente percorso clinico assistenziale con l'obiettivo di *"Assicurare il miglioramento della qualità dell'assistenza e fornire un riferimento a tutti coloro che si occupano delle Lesioni da pressione (LdP)."*

Alla luce del lavoro svolto e nella piena consapevolezza della necessità di ulteriori sforzi, ci apprestiamo a proiettare il lavoro in ambito istituzionale per raggiungere in modo tangibile gli obiettivi dichiarati.

Ringrazio i professionisti che hanno partecipato ai lavori e che si sono impegnati in questa opera con dedizione.

Dott.ssa Mirella Scimia
 Dir. Resp. U.O.S. Assistenza Intermedia



	Regione Abruzzo Azienda USL PESCARA	P.C.A. PREVENZIONE E TRATTAMENTO DELLE LESIONI CUTANEE DA PRESSIONE	Pagina 2 di 59
			Rev. 00 del 01/06/2016

GRUPPO DI LAVORO		
Mirella	Scimia	Dirigente Medico Geriatra, Epidemiologo
Luisa	Andreacola	Dirigente Medico Nutrizionista
Federica	Catano	Infermiera
Tiziana	Lombardi	Coordinatrice Infermieristica
Paolo	Mascioli	Dirigente Medico RSA
Sabrina	Membrino	Infermiera
Antonio	Pandolfi	Dirigente Medico
Leda	Salvatorelli	Coordinatrice Infermieristica
Mariangela	Scutti	Dirigente Medico Internista
Federica	Sozio	Dirigente Medico Infettivologo

Con la partecipazione amichevole:

Marialetizia	Quinto	Coordinatrice Infermieristica
Maria de los Angeles	Gonzalez	Infermiera specialista in wound care

RAZIONALE

Le lesioni da pressione (LdP) rappresentano uno dei problemi assistenziali più frequenti in ambito territoriale, domiciliare e residenziale, così come in ambito ospedaliero; il fenomeno, tenuto conto del progressivo invecchiamento della popolazione, dell'elevata prevalenza di malattie cronico-degenerative e delle condizioni invalidanti correlate, rappresenta un problema sanitario emergente.

Nei percorsi terapeutici ed assistenziali molte sono le figure professionali coinvolte, e molti sono gli ausili e i presidi disponibili per le cure, compresi quelli tecnologicamente più avanzati. Tale situazione genera una forte disomogeneità nei comportamenti degli Operatori sulla quale è opportuno intervenire, attesa la necessità di adottare procedure e materiali di sicuro significato clinico e di governare la spesa.

Si vuole inoltre ribadire il ruolo determinante che una adeguata prevenzione svolge nel prevenire la comparsa o la progressione delle lesioni.





OBIETTIVI

1. UNIFORMARE gli interventi assistenziali di prevenzione e trattamento delle LdP sulla base delle evidenze scientifiche e della compliance della persona assistita;
2. Assicurare la CONTINUITA' ASSISTENZIALE intraospedaliera e territoriale;
3. OTTIMIZZARE l'uso degli ausili e dei dispositivi di medicazione forniti dall'Azienda;
4. Creare attraverso la procedura uno STRUMENTO di lavoro PRATICO, EFFICACE e PRONTAMENTE FRUIBILE al personale infermieristico e di supporto.

DESTINATARI

Il presente elaborato, con relative procedure ed allegati, è destinato:

- al Personale Medico e Infermieristico che opera nelle Cure Domiciliari;
- al Personale della Società appaltatrice le prestazioni clinico-assistenziali domiciliari;
- al Personale delle Strutture Residenziali;
- ai Medici di Assistenza Primaria e loro Collaboratori.

AMBITI DI APPLICAZIONE

Setting di assistenza intermedia:

- cure domiciliari,
- cure residenziali.

LIVELLI DI EVIDENZA E FORZA DELLE RACCOMANDAZIONI

Livello di evidenza desunto dalla Letteratura Scientifica

I	Prove ottenute da più studi controllati randomizzati e/o da revisioni sistematiche di studi randomizzati.
II	Prove ottenute da un solo studio randomizzato di disegno adeguato.
III	Prove ottenute da studi di coorte non randomizzati con controlli concorrenti o storici o loro metanalisi
IV	Prove ottenute da studi retrospettivi tipo caso controllo o loro metanalisi.
V	Prove ottenute da studi di casistica senza gruppo di controllo.
VI	Prove basate sull'opinione di esperti autorevoli o di comitati di esperti o basate su opinioni dei membri del gruppo di lavoro responsabile delle linee guida.

Forza delle raccomandazioni

A	L'esecuzione di quella particolare procedura e test diagnostico è fortemente raccomandata. Indica una particolare raccomandazione sostenuta da prove scientifiche di buona qualità, anche se non necessariamente di tipo I o II.
B	Si nutrono dubbi sul fatto che la procedura o l'intervento debba sempre essere raccomandato, ma si ritiene che la sua esecuzione debba essere attentamente considerata
C	Esiste una sostanziale incertezza a favore o contro la raccomandazione di eseguire la procedura o l'intervento.
D	L'esecuzione della procedura o intervento non è raccomandata.
E	Si sconsiglia fortemente l'esecuzione della procedura o intervento





Scopo delle raccomandazioni per la prevenzione e la cura è fornire indicazioni evidence-based per prevenire l'insorgenza delle LdP, tali raccomandazioni dovrebbero essere applicate a tutti gli individui vulnerabili di qualunque gruppo di età sia che siano in ambito ospedaliero, cure a lungo termine, domiciliare o in qualsiasi altro contesto sanitario, e a prescindere dalla loro diagnosi o dai bisogni assistenziali.

GLOSSARIO/ACRONIMI

ABRASIONE: trauma superficiale della cute a spessore parziale.

AEROBI: organismi che necessitano di ossigeno per sopravvivere.

ALGINATI: Derivano da alghe brune, sono assorbenti e si adattano perfettamente alla forma della lesione. L'alginato, che può essere a base di calcio o sodio, interagisce con l'essudato della lesione e mantiene umido l'ambiente di cicatrizzazione.

AMBIENTE UMIDO: microcosmo che si realizza nell'interfaccia tra una medicazione avanzata ed il fondo di una lesione. Promuove la riparazione tissutale, facilita la rimozione del materiale devitalizzato tramite autolisi.

ANAEROBI: microrganismi che non necessitano di ossigeno per sopravvivere. Gli anaerobi facoltativi possono essere attivi anche in presenza di ossigeno. Nell'uomo gli anaerobi rappresentano la flora saprofita più comune. Le ferite infette con anaerobi producono un odore acre e putrescente caratteristico.

ANGIOGENESI: la formazione di nuovi vasi sanguigni.

ANTIBIOGRAMMA: il risultato delle analisi di resistenza dei batteri agli antibiotici.

ANOSSIA: stato in cui il tessuto non riceve un adeguato apporto di ossigeno.

ANTISETTICI: sostanze in grado di ridurre la carica microbica.

ASCESSO: raccolta localizzata di pus confinata all'interno di una cavità delimitata da tessuto.

ASEPSI: assenza di microrganismi. E' finalizzata a prevenire la colonizzazione di una ferita mediante l'uso di materiali, strumenti, fluidi, medicazioni sterili.

AUSILI A BASSA CESSIONE DI ARIA: prodotti costituiti da una serie di cuscini interconnessi fabbricati in tessuto poroso che consente il passaggio di aria verso l'esterno. Questo movimento di aria aiuta a controllare l'umidità, ed impedisce alla pressione di esercitare la propria forza costantemente sugli stessi punti.

AUSILI A PRESSIONE ALTERNATA: prodotti costituiti da una serie di cuscini interconnessi, che gonfiandosi e sgonfiandosi alternativamente, impediscono alla pressione di esercitare la propria forza costantemente sulla cute.

BATTERIOSTATICO: agente chimico che inibisce la moltiplicazione dei batteri.

BIOFILM: comunità batteriche immerse in una matrice polisaccaridica da esse prodotta. Il biofilm ha una comparsa, subdola e di difficile diagnosi ed è refrattaria ad ogni terapia topica e sistemica: il tampone colturale da esito negativo.

BMI: indice di massa corporea.

BOTTOMING OUT (TOCCARE IL FONDO): si verifica quando una superficie antidecubito non è sufficientemente gonfia in relazione alla pressione cui è sottoposta, per cui si determina il collassamento dei margini superiore ed inferiore del presidio e l'eccessivo affondamento del paziente che "tocca il fondo".

CITOTOSSICO: potenzialmente mortale per le cellule dei tessuti.

COLLAGENE: proteina prodotta dai fibroblasti, che fornisce il supporto al tessuto connettivale e rappresenta la proteina strutturale prevalente per la cute e per i tessuti. Il collagene viene prodotto durante la fase proliferativa e di granulazione della riparazione tissutale.

COLONIZZAZIONE: moltiplicazione di microrganismi senza evidenti segni clinici di infezione.

CONTAMINAZIONE: presenza di microrganismi senza moltiplicazione degli stessi.

CUTE: organo principale di protezione del nostro corpo costituita da diversi strati, che sono: epidermide, derma, membrana basale, ipoderma.

DEBRIDEMENT: rimozione di tessuto devitalizzato e di materiale estraneo da una lesione.

DERMA: strato di tessuto connettivo sottostante all'epidermide.

EDEMA: gonfiore causato da un aumento di liquido intracellulare.



EPIDERMIDE: è la porzione della cute a diretto contatto con l'ambiente esterno. E' costituito da diversi tipi di cellule che si distinguono per localizzazione e grado di differenziazione.

EPITELIO: tessuto costituito da cellule sovrapposte, disposte in modo continuo in uno o più strati che caratterizza le superfici cutanee e le mucose.

EPITELIZZAZIONE: è lo stadio finale della fase proliferativa della riparazione tissutale. Le cellule epiteliali migrano sulla superficie di lesione, completando la guarigione.

EPUAP (European Pressure Ulcer Advisory Panel): Il Panel Europeo per lo studio della Ulcere da pressione è stato costituito nel 1996 ed ha la finalità di condurre e sostenere tutti i paesi europei nella prevenzione e trattamento delle lesioni da pressione.

ERITEMA: arrossamento della cute dovuto alla dilatazione dei capillari superficiali.

- **Iperemia reattiva:** caratteristico arrossamento di colore rosso vivo conseguente alla vasodilatazione provocata da sostanze tossiche che si liberano in corrispondenza di aree tissutali ipovascolarizzate.

- **Iperemia reversibile:** è l'eritema che scompare alla digitopressione, si può osservare nelle fasi iniziali dell'iperemia reattiva e testimonia l'integrità del microcircolo.

- **Iperemia irreversibile:** è l'eritema che non scompare alla digitopressione, indica la presenza di distruzione del microcircolo; è spesso associato ad altri segni clinici quali indurimento tissutale, bolle, edema.

EROSIONE: escoriazione, abrasione: perdita di sostanza che interessa solo l'epidermide o gli strati superficiali del derma.

ESCARA: gangrena superficiale chiusa e secca, espressione di necrosi dell'epidermide e degli strati superficiali del derma, adesa agli strati profondi.

ESSUDATO: fluido prodotto dalla lesione, costituito da siero, leucociti e materiale devitalizzato. Il volume diminuisce con la progressione della riparazione tissutale e dell'infiammazione. L'essudato può avere proprietà battericida e contenere fattori nutritivi. Se eccessivo danneggia e/o ritarda i processi riparativi.

FAGOCITI: cellule della serie bianca in grado di fagocitare batteri, tessuto devitalizzato e corpi estranei.

FAGOCITOSI: processo attraverso il quale i fagociti distruggono i tessuti e i microrganismi estranei.

FATTORI DI CRESCITA: elementi essenziali per la proliferazione cellulare, sono costituiti da citochine e peptidi. Vengono definiti con il nome della cellula da cui prendono origine. Hanno funzione di stimolare la replicazione e la migrazione cellulare, la sintesi del collagene e della matrice extracellulare.

FIBROBLASTI: cellule della matrice connettivale fondamentale nella riparazione cellulare.

FISSURAZIONE: presenza, obiettivamente rilevabile, di soluzione di continuo del piano della cute, avente forma lineare, imputabile in molti casi ad eccessiva secchezza.

FISTOLA CUTANEA: un tratto anomalo di comunicazione tra un organo interno e la cute,

FLITTENE: è un rilievo della cute a contenuto liquido, di grandezza superiore alla vescicola (asse maggiore superiore a 0,5 cm). Il contenuto può essere sieroso limpido, siero-ematico, siero-purulento. La sede può essere intraepidermica o dermoepidermica.

GANGRENA: necrosi tissutale conseguente ad anossia.

GRANULAZIONE: il tessuto neofornato che appare durante la fase proliferativa della riparazione tissutale.

IDROCOLLOIDI: medicazioni avanzate occlusive che realizzano un ambiente umido e assorbono piccole/medie quantità di essudato. Disponibili in placche e paste.


IDROFIBRE: medicazioni avanzate a base di carbossimetil cellulosa o cellulosa etil solfonata. Promuovono un ambiente umido e non determinano traumatismo sulla sede di lesione durante la loro rimozione. Assorbono consistenti quantità di essudato gelificandosi.

IDROFILICA: sostanza in grado di attrarre acqua.

IDROFOBICA: sostanza in grado di respingere acqua.

IDROGELI O IDROGEL: medicazioni avanzate idrofile che promuovono l'ambiente umido. Contengono alte percentuali di acqua (fino all' 80%) e possono idratare lesioni necrotiche stimolando il debridement autolitico. Ne esistono anche di ipertoniche.



	Regione Abruzzo Azienda USL PESCARA	P.C.A. PREVENZIONE E TRATTAMENTO DELLE LESIONI CUTANEE DA PRESSIONE	Pagina 6 di 59
			Rev. 00 del 01/06/2016

INFEZIONE: presenza e replicazione di germi all' interno di un tessuto con evocazione di una risposta specifica da parte dell' ospite.

INFIAMMAZIONE: risposta fisiologica dell'organismo a un trauma o infezione. E' caratterizzata da segni clinici come: eritema, edema, ipertermia, dolore.

IPERGRANULAZIONE: eccessiva formazione di tessuto di granulazione conseguente ad edema dei capillari neoformati.

ISCHEMIA: riduzione di apporto sanguigno in un distretto corporeo con progressivo danno tessutale.

Ldp: lesione da pressione.

LEUCOCITA: cellula della serie bianca che ha un ruolo importante nelle difese dell'organismo.

MACERAZIONE: alterazione del tessuto per esposizione ad eccessiva umidità. Può riguardare i margini di una lesione qualora essa sia eccessivamente secernente.

MEDICAZIONI AVANZATE: medicazioni caratterizzate da materiale di copertura con caratteristiche di biocompatibilità. sono definite anche medicazioni occlusive o semioclusive.

MEDICAZIONE PRIMARIA: medicazione che entra direttamente in contatto con il letto della lesione.

MEDICAZIONE SECONDARIA: medicazione che interagisce con la medicazione primaria e/o che serve da fissaggio della stessa.

MEDICAZIONI TRADIZIONALI: presentano la caratteristica di occultare la ferita, assorbendone i fluidi fino all'essiccazione; tale caratteristica può causare un rallentamento del processo di guarigione.

NECROSI: morte cellulare all' interno di un tessuto. Si manifesta con aree di colore nero/marrone in base al livello di disidratazione che si viene a determinare.

OSTEOLISI: degradazione del tessuto osseo.

OSTEOMIELETTITE: processo infiammatorio che colpisce le ossa e il loro midollo.

PATOGENI: microrganismi in grado di causare una malattia.

POC – Pressione Occlusione Capillare: pressione necessaria a bloccare il circolo capillare.

POLIURETANO: polimero presente in numerose medicazioni avanzate.

PRIMA INTENZIONE: guarigione delle lesioni mediante avvicinamento dei bordi con tecnica chirurgica o con materiale adesivo o metallico.

PRESSIONE DI INTERFACCIA: pressione esercitata dal peso sulla superficie di supporto; è il rapporto fra il peso del paziente e l'area della superficie cutanea supportata e si misura in mm di mercurio.

PURULENTO: che produce pus.

PUS: fluido prodotto in corso di infezione, costituito da essudato, germi e cellule della serie bianca in fase di degradazione.

RIPARAZIONE TESSUTALE: guarigione del tessuto che può avvenire per prima intenzione o per seconda intenzione.

SAPROFITA: aggettivo utilizzato per descrivere gli organismi che solitamente, e per quello specifico organo o tessuto non sono patogeni per l'ospite, ma normali commensali; costituiscono infatti la normale flora batterica, come ad esempio l'Escherichia coli per l'intestino.

SBRIGLIAMENTO: vedi debridement.

SECONDA INTENZIONE: guarigione delle lesioni che prevede la formazione del tessuto di granulazione con contrazione della ferita, senza avvicinamento dei margini di lesione.

SLOUGH: tessuto devitalizzato di colore giallastro/grigio che appare sul fondo della lesione. Può facilitare l'infezione e deve essere rimosso per attivare la guarigione della lesione.


STADIAZIONE: classificazione delle lesioni per un corretto monitoraggio durante la loro evoluzione.

SUPPORTO STATICO: ausilio progettato per offrire caratteristiche antidecubito ma costituito da materiale che mantiene la sua forma costante nel tempo.

SUPPORTO DINAMICO: ausilio progettato per modificare ciclicamente le sue caratteristiche, generalmente il meccanismo di dinamicità viene garantito da un motore.

SUPPURAZIONE: processo di formazione del pus.



	Regione Abruzzo Azienda USL PESCARA	P.C.A. PREVENZIONE E TRATTAMENTO DELLE LESIONI CUTANEE DA PRESSIONE	Pagina 7 di 59
			Rev. 00 del 01/06/2016

NPWT O TPN – Terapia Pressione topica negativa: è una tecnologia in grado di creare una pressione negativa controllata sulla sede della ferita con l’ausilio di uno strumento che drena i fluidi dalla ferita in un contenitore (canister); la medicazione di contatto è costituita da un filler di varia tipologia (schiuma di poliuretano a base di alcool polivinilico o filler di garza), e da un materiale di superficie occlusivo.

ULCERA: soluzione di continuo cronica della cute che può avere varie origini

VESCICOLA: piccolo rilievo cutaneo formato da una cavità a contenuto sieroso limpido. Può essere il risultato di un trauma chimico o termico o essere il risultato di una reazione allergica.

VAS: (Visual Analogue Scale) è una scala che permette la valutazione **soggettiva** del sintomo dolore, semplicemente chiedendo alla persona di quantificare il dolore secondo un valore che va da 0 a 10.



SEZIONE I

PREVENZIONE E TRATTAMENTO DELLE LESIONI CUTANEE DA PRESSIONE

DEFINIZIONE

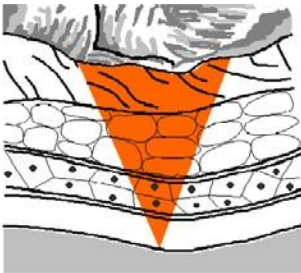
La lesione da pressione è un'area di danno tissutale ad evoluzione necrotica che interessa la cute, epidermide, derma e gli strati sottocutanei fino a raggiungere, nei casi più gravi, la muscolatura e le ossa. Essa è la conseguenza diretta di una elevata e/o prolungata compressione dei tessuti tra una superficie rigida e le prominenze ossee o di forze di taglio o stiramento, che causano uno stress meccanico ai tessuti e la strozzatura dei vasi sanguigni.

CAUSE

La lesione da decubito è la conseguenza di fattori locali e fattori sistemici:

I FATTORI DI RISCHIO LOCALI derivano da meccanismi prevalentemente di tipo meccanico e fisico:

- **Pressione:** Una pressione maggiore di 32mmHg applicata per un tempo sufficientemente prolungato (>2 ore) alla cute provoca un'occlusione del flusso capillare con conseguente



ipoperfusione tissutale. Si sviluppano a cascata: ipossia, acidosi, accumulo di cataboliti tossici, emorragia interstiziale (eritema fisso), e infine necrosi cellulare. La lesione visibile rappresenta spesso soltanto la "punta dell'iceberg" di un danno molto più vasto perché la necrosi non inizia dalla cute ma dai piani sottocutanei profondi per compressione dei vasi principali che riforniscono il reticolo dei vasi del derma, più esposti alla pressione delle prominenze ossee, e prende la forma di un cono la cui base è posta

a livello del piano osseo e l'apice a livello cutaneo. Per questo motivo le lesioni da pressione si presentano spesso con bordi sottominati.

- **Stiramento:** Quando il paziente viene posto in posizione seduta o semiseduta la cute (in particolare in zona sacrale) tende a scivolare verso il basso mentre i tessuti di contatto sulla superficie d'appoggio rimangono fermi. Si provocano così zone di stiramento dei tessuti superficiali su quelli profondi con strozzatura dei vasi e la conseguente ischemia e necrosi dei tessuti più profondi.
- **Attrito/Frizione:** Lo sfregamento della cute contro la superficie del piano d'appoggio causa piccole abrasioni che rendono la cute più vulnerabile alla pressione.
- **Macerazione:** Il contatto prolungato della cute con urine, feci o sudore determina un danno diretto alle cellule epiteliali alterandone il Ph e l'effetto barriera e rendendole più suscettibili agli altri eventi lesivi.



FATTORI DI RISCHIO SISTEMICI

• **Età avanzata**

L'invecchiamento determina modificazioni della struttura dei tessuti, quali:

- riduzione dello spessore cutaneo;
- diminuzione della produzione di sebo e sudore con facilità alla secchezza;
- diminuzione dell'elasticità cutanea;
- diminuzione del pannicolo sottocutaneo;
- diminuzione della massa muscolare;
- diminuzione della percezione sensoriale e dei riflessi nocicettivi;
- alterazioni cardiovascolari che causano una riduzione della perfusione tissutale e la diminuzione della risposta immunitaria.

• **Riduzione della mobilità**

La riduzione e/o l'assenza di mobilità può essere determinata da:

- **cause neurologiche sensoriali e motorie:** assenza della sensibilità al dolore, alla pressione, paresi con associata atrofia muscolare e riduzione del pannicolo sottocutaneo;
- **cause non neurologiche:** sedazione, presenza di apparecchi gessati, interventi chirurgici;
- **sindromi ipocinetiche:** di varia etiologia.

• **Alterazioni distrettuali del circolo**

Qualsiasi situazione che riduca la circolazione ed il nutrimento della cute e del tessuto sottocutaneo (es. arteriopatie, alterazione della perfusione tissutale), fa aumentare il rischio di LdP.

• **Disturbi della nutrizione**

Tra i disturbi della nutrizione si citano: malnutrizione (iponutrizione e obesità), squilibri del bilancio proteico, disidratazione, squilibri vitaminici e di sali minerali. L'ipoalbuminemia e la conseguente riduzione della pressione oncotica, favorisce l'edema interstiziale che aumenta la distanza delle cellule dai capillari; ciò riduce pertanto il livello di diffusione di O₂ a livello cellulare. Questo fattore associato alla pressione che genera ischemia, è in grado di favorire la comparsa di necrosi.


• **Stati infettivi**

Le turbe del sistema immunitario si ripercuotono sulla funzionalità cutanea, alterandone le caratteristiche e riducendone la capacità riparativa. L'ipertermia spesso associata, determina un incremento delle richieste metaboliche pari al 10% per ogni grado °C di aumento della temperatura corporea.

• **Cause iatrogene**

L'utilizzo di sedativi, ipnotici, miorilassanti, citotossici, l'uso non corretto di materiali sanitari (soluzioni sgrassanti o irritanti), le frizioni ed i massaggi in zone compromesse, favoriscono l'insorgenza di LdP.



	Regione Abruzzo Azienda USL PESCARA	P.C.A. PREVENZIONE E TRATTAMENTO DELLE LESIONI CUTANEE DA PRESSIONE	Pagina 10 di 59
			Rev. 00 del 01/06/2016

- **Patologie aggravanti**

Diabete, anemia, obesità, insufficienza cardio-respiratoria e insufficienza renale, etc.

FATTORI DI RISCHIO AMBIENTALI

Tra i fattori di rischio ambientali si individuano:

- tasso di umidità inferiore al 40%;
- temperatura inferiore ai 18°C che provoca ipotermia circolatoria tissutale;
- surriscaldamento ambientale che può portare a sudorazione profusa e conseguente disidratazione;
- irradiazione, che avviene per emissione di radiazioni dannose per la cute da fonte luminosa.

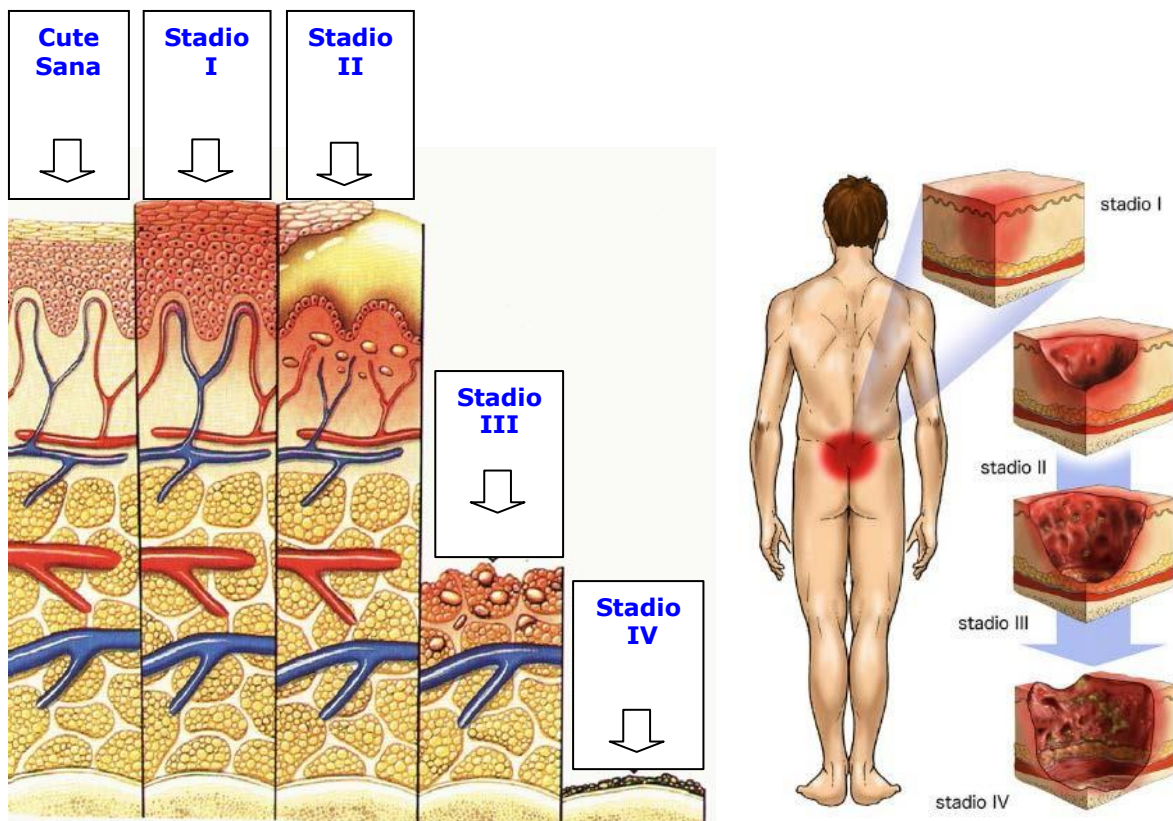
Tutti questi fattori possono esporre la cute a disidratazione e conseguente riduzione di elasticità ed integrità, predisponendola al rischio di insorgenza di LdP.



SEZIONE II

STADIAZIONE

Per una valutazione omogenea delle lesioni da pressione la classificazione più frequentemente utilizzata è quella proposta nel 1989 dal National Pressure Advisory Panel (NPUAP) statunitense che prevede di classificare il grado di danno osservato nel tessuto.



STADIO I: Arrossamento della cute intatta che non scompare alla digitopressione (eritema irreversibile). Preannuncia l'ulcerazione cutanea.



STADIO II: **Lesione superficiale** che coinvolge l'epidermide ed il derma. Si presenta clinicamente come **un'abrasione, una vescica od una lieve cavità**.



STADIO III: **Lesione a tutto spessore** con **danneggiamento o necrosi del tessuto sottocutaneo** fino alla fascia sottostante senza però attraversarla. L'ulcera si presenta clinicamente come una **profonda cavità** che può sottominare o meno il tessuto adiacente.



STADIO IV: Lesione a tutto spessore con **distruzione estesa, necrosi tissutale o danni ai muscoli, alle ossa o alle strutture di supporto (tendini, capsula articolare)**, tessuto sottominato.



N.B. In caso di escara non è possibile determinare lo stadio della lesione.

Importante sarà osservare:

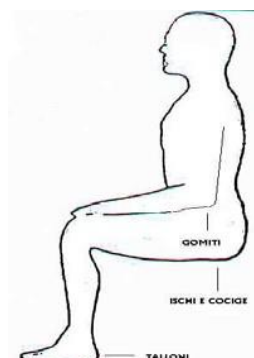
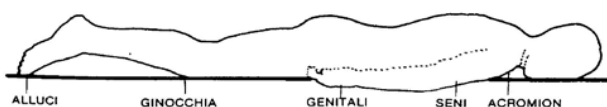
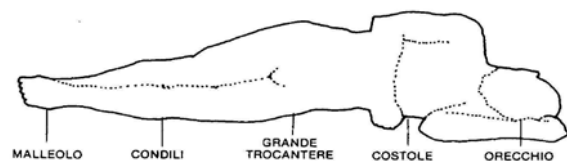
- Dimensione: (superficie, diametro e profondità) mediante un righello e moltiplicando i due valori (lunghezza x larghezza) per ottenere una stima dell'area di estensione in cm²;
- Presenza di tratti sottominati;
- Essudato;
- Odore;
- Presenza di tessuto necrotico;
- Presenza o assenza di tessuto di granulazione;
- Riduzione dei bordi e/o presenza di zone di riepitelizzazione;
- Stato della cute perilesionale.

ALTRE CLASSIFICAZIONI

Classificazione in base alla sede:

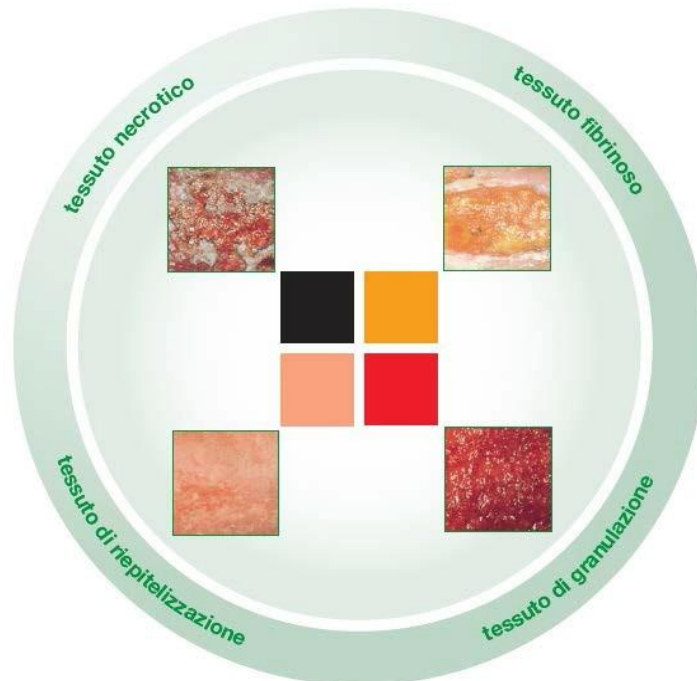
La classificazione più semplice riguarda la sede della lesione a seconda della posizione del paziente:

- **Decubito supino:** lesioni in area occipitale, scapolare, olecranica, sacrale, calcaneare e apofisi spinose;
- **Decubito prono:** lesioni in area zigomatico-mandibolare, claveare, sternale, patellare, spine iliache anteriori superiori, dorso dei piedi;
- **Decubito laterale:** lesioni a gomiti, trocanteri, malleoli e spalle;
- **Paziente seduto:** lesioni ai gomiti, in regione sacrale, ischiatica, al cavo del poplite, ai calcagni.



Classificazione **in base al colore:**

lesione nera	identifica la necrosi secca
lesione gialla	presenza di tessuto devitalizzato con suppurazione ed essudazione
lesione rossa	identifica la granulazione
lesione rosa	identifica la riepitelizzazione



Classificazione **in base all'essudato:**

La descrizione dell'essudato si basa su tre parametri: **quantità, caratteristiche e odore**. Dalla valutazione di questi parametri possiamo effettuare una classificazione in tre gruppi e scegliere il tipo di medicazione più adatta da utilizzare.



FERITA A BASSA ESSUDAZIONE: il fondo della lesione è pallido, arancione; le garze tendono ad aderire alla ferita e la rimozione provoca piccole emorragie; i tessuti circostanti sono secchi e l'orletto di riepitelizzazione è generalmente bloccato.



FERITA MEDIA ESSUDAZIONE: il fondo della lesione è lucente, di colore rosso vivo; le garze si presentano inumidite nell'arco delle 24 ore e tendono a non aderire; i tessuti circostanti sono integri, fatte salve le lesioni iatrogene e l'orletto di riepitelizzazione è attivo; è la situazione ottimale della ferita.



FERITA AD ELEVATA ESSUDAZIONE: il fondo è iper-riflettente alla luce diretta, di colore rosso vivo, sempre velato da uno strato di liquido; sono richiesti ripetuti cambi delle garze nell'arco della giornata; i tessuti circostanti sono macerati e l'orletto di riepitelizzazione è generalmente lesionato a causa della macerazione.



Di seguito si riporta stralcio della scheda di valutazione delle lesioni cutanee, inserita nella Cartella Domiciliare Integrata della Ausl di Pescara e che sarà adottata, con il presente PCA anche sulla cartella clinica dei pazienti residenziali (**Allegato "1"**).



Data / /

SCHEDA DI VALUTAZIONE DELLE LESIONI CUTANEE

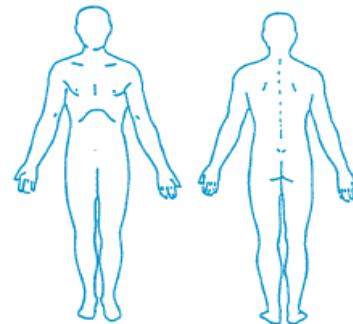
Cognome

Nome

TIPO LESIONE:

- Lesione da decubito
 Ulcera venosa Ulcera arteriosa mista (.....) ABI _____
 Ulcera diabetica: - arteriopatica - neuropatica
 altro _____

sede			
Solco intergluteo			
Gluteo dx	Gluteo sin	Cresta tibiale dx	Cresta tibiale sin
Trocantere dx	Trocantere sin	Gamba dx	Gamba sin
Ischio dx	Ischio sin	Malleolo interno dx	Malleolo interno sin
Cresta iliaca dx	Cresta iliaca sin	Malleolo esterno dx	Malleolo esterno sin
Ginocchio dx	Ginocchio sin	Tallone dx	Tallone sin
altro		altro	



STADIAZIONE

- II stadio
 III stadio
 IV stadio
- I stadio
 Escara

VALUTAZIONE DELL'EVOLUZIONE DELLA LESIONE DA PRESSIONE

Oltre alla classificazione della lesione da pressione è importante poterne valutare l'evoluzione nel tempo per pianificare il trattamento e monitorare il miglioramento o l'aggravarsi della stessa. Un sistema di monitoraggio dinamico consigliato dal NPUAP (National Pressure Advisory Panel) è il "Push Tool 3,0". I parametri di valutazione della lesione sono l'estensione, la quantità di essudato e la tipologia dei tessuti presenti. Per ogni parametro si possono attribuire punteggi diversi secondo la scala presentata nella tabella successiva. La somma di questi tre punteggi parziali rappresenta la valutazione complessiva della lesione. Effettuando queste misurazioni nel tempo si ottengono una serie di dati in grado di fornire indicazioni sul decorso della lesione visualizzandoli in grafico. Infatti, ogni punteggio totale è trasferito in un grafico che permette di evidenziare l'andamento dei cambiamenti dello "status" della lesione nel tempo.

Se il punteggio decresce, significa che la lesione sta guarendo, al contrario se cresce significa che la lesione sta peggiorando.



**Strumento di monitoraggio del trattamento delle LdP: PushTool 3.0
 (Push: Pressure Ulcer Scale for Healing)**



PUSH TOOL SCALE

"Push Tool Scale" è uno strumento di valutazione e monitoraggio dello stato delle lesioni da pressione. Ciascuno dei parametri vengono convertiti in un sub-score, i 3 punteggi vengono sommati per produrre un punteggio totale che sarà sempre compreso tra "0" (ferita chiusa) e "17" (punteggio massimo).

Lunghezza x larghezza

- misurare la lunghezza e la larghezza massima, moltiplicare queste due misure per determinare l'area (utilizzare sempre lo stesso metodo)

Essudato

- Stimare la quantità di essudato

Tipo di tessuto

Tipo di tessuto presente sul letto della ferita

- Score "4" tessuto necrotico presente (tessuto nero, marrone che aderisce sul letto della ferita)
- Score "3" se c'è qualsiasi quantità di slough (tessuto giallo o bianco che aderisce sul letto della ferita)
- Score "2" ferita pulita con tessuto di granulazione (tessuto rosa o rosso umido con aspetto granuloso)
- Score "1" ferita ricoperta (superficie nuova, tessuto rosa)
- Score "0" ferita chiusa, completamente ricoperta di epitelio (nuova pelle)

LUNGHEZZA x LARGHEZZA cm²	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	SUBTOTALE
	0 cm ²	> 0.3 cm ²	0.3 - 0.6 cm ²	0.7 - 1.0 cm ²	1.2 - 2.0 cm ²	2.1 - 3.0 cm ²	3.0 - 4.0 cm ²	4.1 - 8.0 cm ²	8.1 - 12.0 cm ²	12.1 - 24.0 cm ²	> 24.0 cm ²	
ESSUDATO	0	1	2	3								
	ASSENTE	LIEVE	MODESTO	ELEVATO								
TIPOLOGIA DI TESSUTO	0	1	2	3	4							
	CLUTE INTEGRA	TESSUTO EPITELIALE	TESSUTO DI GRANULA- ZIONE	SLOUGH	TESSUTO NECROTICO							
Punteggio TOTALE												

(Stralcio della scheda di Push Tool Scale, inserita nella Cartella Domiciliare Integrata della Ausl di Pescara e che sarà adottata, con il presente PCA anche sulla cartella clinica dei pazienti residenziali) **(Allegato "2")**.



SEZIONE III

Sommario delle Raccomandazioni per la prevenzione delle LdP

Raccomandazione 1
<p>1. Tutti i soggetti costretti a letto/sulla sedia e non in grado di muoversi in modo completamente autonomo devono essere valutati per il rischio di sviluppare LdP entro 24 ore dalla presa in carico. [B]</p>
<p>Il Gruppo di lavoro di lavoro, ritiene:</p> <ul style="list-style-type: none">• La valutazione va estesa a tutti i soggetti che a giudizio dell'infermiere presentano fattori di rischio locali e/o generali.• Dovrebbe essere effettuata una valutazione dello stato nutrizionale utilizzando una scala validata.(vedere P.C.A. Nutrizione Artificiale a Domicilio - Delibera 393 del 30.03.2015)
Raccomandazione 2
<p>2. Per la valutazione del rischio di LdP è consigliabile l'utilizzo di una scala validata.[A]</p> <p>2.1. Nei soggetti giudicati a rischio la rivalutazione dello stesso deve essere effettuata ogni 7 giorni o in caso di forte cambiamento delle condizioni cliniche.[A]</p>
<p>Il Gruppo di lavoro di lavoro, ritiene:</p> <ul style="list-style-type: none">• L'infermiere integra la valutazione effettuata con la scala, con il proprio giudizio clinico, tenendo in considerazione l'intero profilo dell'assistito, compresi gli obiettivi dello stesso.• Fra le scale validate il panel raccomanda l'utilizzo della scala di Braden. <p>Gradazione dei livelli di rischio secondo i punteggi della Scala di Braden:</p> <p>>18: nessun rischio 18 – 15: rischio basso 14 – 13: rischio moderato 12 – 10: rischio alto ≤9: rischio altissimo</p> <ul style="list-style-type: none">• Il giudizio clinico può modificare l'assegnazione del livello di rischio stabilito dal punteggio della scala di Braden; il Panel ritiene che la presenza di elementi clinici documentati e non considerati dalla scala di Braden, può aumentare il rischio di un livello.• Tutte le valutazioni del rischio dovrebbero essere documentate in forma cartacea e/o elettronica.• La valutazione dei deficit di coscienza e di sensibilità deve far parte del giudizio clinico.• Quando la valutazione dell'Operatore ritiene che un soggetto sia a rischio, nonostante la scala valuti il contrario, il soggetto va considerato a rischio.
Raccomandazione 3
<p>3. Un esame della cute dalla testa ai piedi dovrebbe essere effettuato in tutti gli assistiti al momento della presa in carico; nei soggetti individuati a rischio di LdP l'ispezione cutanea deve essere ripetuta ogni giorno. Particolare attenzione dovrebbe essere riservata alle aree più vulnerabili, specialmente in corrispondenza delle prominente ossee. [C]</p>
<p>Il Gruppo di lavoro di lavoro, ritiene:</p> <ul style="list-style-type: none">• Si raccomanda di documentare le lesioni individuate possibilmente anche con immagini.



Raccomandazione 4

- 4.** La cute dovrebbe essere pulita ed asciugata ad intervalli regolari e quando si sporca. La frequenza della pulizia cutanea dovrebbe essere personalizzata secondo le necessità e/o le preferenze dei soggetti. [C]
- 4.1** Evitare acqua molto calda e usare detergenti a pH bilanciato, non sensibilizzanti la cute. [C]
- 4.2** Ridurre al minimo la forza e la frizione sulla cute durante la detersione. [C]
- 4.3** Mantenere l'idratazione cutanea applicando soluzioni e creme idratanti a pH bilanciato, non sensibilizzanti, non alcoliche. [C]
- 4.4** Ridurre al minimo i fattori ambientali sfavorevoli (esposizione al freddo, microclima secco ecc.) che possono causare la disidratazione della pelle. [C]

Il Gruppo di lavoro di lavoro, ritiene:

- Individualizzare il programma per il bagno dell'assistito.

Raccomandazione 5

- 5.** Evitare massaggi in corrispondenza delle prominenze ossee. [E]

Raccomandazione 6

- 6.** Nei soggetti a rischio moderato o elevato si raccomanda l'uso di barriere protettive della cute (per esempio pellicole liquide o trasparenti, idrocolloidi extrasottili).

Il Gruppo di lavoro di lavoro, ritiene:

- Nei soggetti a basso rischio occorre una valutazione caso per caso.
- Nella fase di prevenzione per la protezione della cute non è necessario l'utilizzo di prodotti sterili.

Raccomandazione 7

- 7.** Ridurre al minimo l'esposizione della cute all'umidità causata da incontinenza, sudorazione o secrezioni delle ferite. [C]

Il Gruppo di lavoro di lavoro, ritiene:

- Quando l'umidità non può essere controllata, usare cuscinetti assorbenti, indumenti o slip che assorbono l'umidità. Sostituire cuscini e lenzuola quando sono umidi.
- Stabilire un programma di svuotamento della vescica e dell'intestino ove necessario.
- Se all'interno di un'area cutanea umida coesiste una irritazione non risolta, consultare il medico per valutare la lesione e intraprendere un eventuale trattamento.

Raccomandazione 8

- 8.** Per gli assistiti a rischio moderato o elevato, ridurre al minimo la pressione mediante un programma immediato di mobilizzazione. Nei soggetti a basso rischio occorre una valutazione caso per caso. [C]
- 8.1** Per documentare l'attuazione del piano di mobilizzazione e dell'impiego degli ausili si raccomanda l'utilizzo di un documento scritto. [C]

Il Gruppo di lavoro di lavoro, ritiene:

- Utilizzare un approccio interdisciplinare nella formulazione del piano di mobilizzazione.

Raccomandazione 9

- 9.** Se l'assistito è costretto a letto e le condizioni cliniche lo consentono la postura andrebbe modificata ogni 2-4 ore evitando l'appoggio sulle zone a maggior rischio o eventualmente già arrossate. [B]
- 9.1** Si raccomanda una rotazione di 30° quando il soggetto viene posto in decubito laterale, per evitare un appoggio prolungato sul trocantere. [C]
- 9.2** Ridurre le forze di frizione e di taglio mantenendo la testata del letto il meno sollevata possibile, compatibilmente con le condizioni cliniche, le indicazioni mediche e il comfort dell'assistito. Si raccomanda un sollevamento non superiore a 30°. [C]
- 9.3** Usare dispositivi per alleviare completamente la pressione sui talloni e le prominenze ossee del piede; detti dispositivi non devono concentrare l'appoggio sul solo tendine d'Achille. [B]

Raccomandazione 10

- 10.** Lo spostamento o i cambi di posizione nel letto devono essere attuati utilizzando appositi sistemi per evitare che la parte a contatto con la superficie di appoggio venga strofinata. [C]

Il Gruppo di lavoro di lavoro, ritiene:

- Quando possibile rendere il soggetto autonomo fornendo dispositivi per azioni di posizionamento, sollevamento e spostamento (per es. trapezio, ausili per lo spostamento etc.).

Raccomandazione 11

- 11.** Nel ricordare l'importanza della postura seduta nel recupero e/o nel mantenimento dell'autonomia della persona, non va trascurato il rischio di incorrere in LdP, perciò si raccomanda:
- I soggetti immobili/non collaboranti dovrebbero essere riposizionati nella postura seduta preferibilmente ogni ora. Nel caso ciò sia impossibile rimettere a letto la persona. [C]
 - Gli individui che ne sono in grado, dovrebbero essere educati o stimolati a cambiare spontaneamente i punti d'appoggio in posizione seduta ogni 15 minuti o ad alternare la postura seduta con altre posture. [C]
- 11.1** Quando si mette la persona seduta favorire l'allineamento posturale, la distribuzione del peso, il bilanciamento, la stabilità al fine di ridurre la pressione. [C]

Il Gruppo di lavoro di lavoro, ritiene:

- Usare carrozzine e/o sedie delle misure appropriate alla persona che le utilizza e munite di dispositivi atti a ridurre la pressione. Istituire un programma di riabilitazione, se coerente con gli obiettivi complessivi del piano di trattamento e se sussiste la possibilità di migliorare la mobilità del soggetto ed il suo stato di attività.

Raccomandazione 12

- 12.** I soggetti a rischio alto e altissimo di sviluppare una LdP non devono restare allettati su un materasso standard. [E]

Raccomandazione 13

13. I soggetti allettati, che per motivi clinici od assistenziali non sono in grado di cambiare la postura, devono essere posizionati su un sistema di supporto dinamico. [B]

Il Gruppo di lavoro di lavoro, ritiene:

- cuscini o cunei per evitare contatti tra le prominenze ossee.

Raccomandazione 14

14. Non utilizzare mai allo scopo di prevenire le LdP: [E]

- ausili circolari (es. la ciambella);
- sacchetti riempiti di liquido;
- velli.

Raccomandazione 15

15. Il dolore può ridurre la mobilità e l'attività motoria. Considerare l'impatto del dolore e misurarne l'intensità, usando un strumento di valutazione validato. [A]

15.1 Devono essere intraprese misure farmacologiche e non farmacologiche per il controllo del dolore. [A]

Il Gruppo di lavoro di lavoro, ritiene:

- La frequenza delle misurazioni deve essere decisa in relazione alle caratteristiche della persona ed alla tipologia del dolore riferito.
- La perdita della sensibilità e della capacità di percepire dolore e di rispondere ad esso in maniera efficace devono essere valutate in quanto possono aumentare il rischio di lesione della cute.

Raccomandazione 16

16. Per i soggetti che presentano uno stato nutrizionale compromesso, si dovrebbe attuare un piano di sostegno e/o integrazione nutrizionale che soddisfi le necessità dell'individuo e sia conforme agli scopi generali del piano di trattamento. [B]

Il Gruppo di lavoro di lavoro, ritiene:

- Per i soggetti malnutriti o a rischio di malnutrizione contattare un servizio di dietologia clinica.
- Assicurare l'idratazione cutanea attraverso un'adeguata assunzione di liquidi.

PREVENZIONE DELLE LESIONI

La misurazione del rischio di sviluppare lesioni da pressione è il primo passo da compiere per una corretta pianificazione degli interventi di prevenzione. Tale misurazione deve essere effettuata, impiegando strumenti di verifica validati quali "scale di valutazione".

Le più diffuse sono: la **Scala di Norton** e la **Scala di Braden** (quest'ultima adottata dalla AUSL di Pescara).

La **Scala di Braden** elaborata nel 1985 da Braden e Bergstorm, ad oggi risulta essere la scala maggiormente raccomandata dalle linee guida internazionali. Dispone di ventitre variabili e il punteggio va da 1 a 4 e da 1 a 3 per la variabile "frizione e scivolamento". Recentemente, una edizione di questa scala, modificata con l'aggiunta di un ulteriore parametro per l'incontinenza, è stata adottata su scala europea come strumento ufficiale di valutazione dalla European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP). In questa scala il paziente è considerato a rischio di lesioni da pressione qualora il punteggio totalizzato risulti essere inferiore a 16.

I fattori presi in considerazione sono:

1. percezioni sensoriali;
2. umidità;
3. attività;
4. mobilità;
5. nutrizione;
6. frizione e scivolamento.

La valutazione dovrebbe essere ripetuta a intervalli regolari e a ogni variazione delle condizioni generali del paziente (**prova VI A**).

A seconda del punteggio individuato si rendono necessari diversi tipi di interventi.

Se il punteggio della scala di Braden è tra:

20 - 17	Occorre attuare un piano di monitoraggio per l'individuazione precoce di lesione.
16 - 13	Occorre attuare un piano di monitoraggio ed un piano preventivo con l'utilizzo di eventuali presidi antidecubito anche sulla base della valutazione complessiva del paziente.
< 13	Occorre attuare un piano di monitoraggio ed un piano preventivo con il ricorso a presidi antidecubito (letto a pressione alternata o a cessione d'aria) fatto salvo di una diversa valutazione clinica.



SCALA DI BRADEN

Allegato "3"

Indicatori e Variabili	4	3	2	1
Percezione sensoriale. Abilità a rispondere in modo corretto alla sensazione di disagio correlata alla pressione.	Non limitata. Risponde agli ordini verbali. Non ha deficit sensoriale che limiti la capacità di sentire ed esprimere il dolore o il disagio.	Leggermente limitata. Risponde agli ordini verbali ma non può comunicare sempre il suo disagio o il bisogno di cambiare posizione. O Ha impedimenti al sensorio che limita la capacità di avvertire il dolore o il disagio in 1 o 2 estremità.	Molto limitata. Risponde solo a stimoli dolorosi. Non può comunicare il proprio disagio se non gemendo o agitandosi. O Ha impedimento al sensorio che limita la percezione del dolore almeno per la metà del corpo.	Completamente limitata. Non vi è risposta (non geme, non si contrae o afferra) allo stimolo doloroso, a causa del diminuito livello di coscienza od alla sedazione. O Limitata capacità di percepire dolore in molte zone del corpo.
Umidità. Grado di esposizione della pelle all'umidità.	Raramente bagnato. La pelle è abitualmente asciutta. Le lenzuola sono cambiate ad intervalli di routine.	Occasionalmente bagnato. La pelle è occasionalmente umida, richiede un cambio di lenzuola extra 1 volta al giorno.	Spesso bagnato. Pelle sovente ma non sempre umida. Le lenzuola devono essere cambiate almeno 1 volta per turno.	Costantemente bagnato. La pelle è mantenuta costantemente umida dalla traspirazione, dall'urina, ecc. Ogni volta che il paziente si muove o si gira lo si trova sempre bagnato.
Attività. Grado di attività fisica.	Cammina frequentemente. Cammina al di fuori della camera almeno 2 volte al giorno e dentro la camera 1 volta ogni due ore (al di fuori delle ore di riposo).	Cammina occasionalmente. Cammina occasionalmente durante il giorno ma per brevi distanze cono senza aiuto, trascorre la maggior parte di ogni turno a letto o sulla sedia.	In poltrona. Capacità di camminare severamente limitata o inesistente. Non mantiene la posizione eretta e/o deve essere assistito nello spostamento sulla sedia a rotelle.	Allettato. Costretto a letto.
Mobilità. Capacità di cambiare e di controllare le posizioni del corpo.	Limitazioni assenti. Si sposta frequentemente e senza assistenza.	Parzialmente limitata. Cambia frequentemente la posizione con minimi spostamenti del corpo.	Molto limitata. Cambia occasionalmente posizione del corpo o delle estremità, ma è incapace di fare frequenti o significativi cambiamenti di posizione senza aiuto.	Completamente immobile. Non può fare alcun cambiamento di posizione senza assistenza.
Nutrizione. Assunzione usuale di cibo.	Eccellente. Mangia la maggior parte del cibo, Non rifiuta mai il pasto, talvolta mangia tra i pasti. Non necessita di integratori.	Adeguate. Mangia più della metà dei pasti, 4 porzioni o più di proteine al giorno. Usualmente assume integratori. O Si alimenta artificialmente con TPN, assumendo il Quantitativo nutrizionale necessario.	Probabilmente inadeguata. Raramente mangia un pasto completo, generalmente mangia metà dei cibi offerti. Le proteine assunte includono 3 porzioni di carne o latticini al giorno, occasionalmente integratori alimentari. O Riceve meno quantità ottimale di dieta liquida o enterale (con SNG)	Molto povera. Non mangia mai un pasto completo. Raramente mangia più di 1/3 di qualsiasi cibo offerto. 2 o meno porzioni di proteine al giorno. Assume pochi liquidi e nessun integratore. O E' a digiuno o mantenuto con fleboclisi o beve bevande per più di 5 giorni.
Frizionamento e scivolamento		Senza problemi apparenti. Si sposta nel letto e sulla sedia in modo autonomo ed ha sufficiente forza muscolare per sollevarsi completamente e durante i movimenti.	Problema potenziale. Si muove poco e necessita di assistenza minima. Durante lo spostamento la cute fa attrito con le lenzuola o con il piano della poltrona, occasionalmente può slittare.	Problema. Richiede da una moderata a una massima assistenza nei movimenti. Frequentemente scivola nel letto o nella poltrona. Frequentemente richiede riposizionamenti con la massima assistenza. Sono presenti spasticità, contratture, agitazione, che causano costantemente attrito contro il piano del letto o della poltrona.

N.B. Nel caso di paziente cateterizzato, ovvero di fatto continente, si attribuisce un punteggio di 4 all'indicatore umidità.



Il piano di prevenzione prevede l'intervento sui fattori di rischio maggiori ma modificabili e ha come obiettivo il mantenimento dell'integrità cutanea.

Si articola in quattro tipologie di intervento:

1. Educazione sanitaria del paziente e/o dei familiari;
2. Cure igieniche e protezione della cute;
3. Valutazione e sostegno nutrizionale;
4. Gestione della pressione sui tessuti.

EDUCAZIONE/ADDESTRAMENTO

I programmi di educazione alla prevenzione delle lesioni da pressione devono essere strutturati, organizzati, completi e messi a disposizione degli assistiti, dei loro familiari e dei responsabili delle cure sanitarie (AHCPR 1992, www.epuap.org, RNAO 2002) (**prova III A**).

I programmi educativi di promozione della salute dovrebbero comprendere informazioni riguardanti i seguenti punti:

- eziologia e fattori di rischio per le LdP;
- strumenti di valutazione del rischio e loro applicazione;
- valutazione della cute;
- scelta e/o uso di ausili per la distribuzione della pressione e di altri sistemi di supporto;
- sviluppo e attuazione di un programma personalizzato di cura della cute;
- sviluppo e attuazione di un programma personalizzato di nutrizione;
- dimostrazione delle tecniche di posizionamento per ridurre il rischio di insorgenza di lesioni;
- documentazione dei processi e dei risultati ottenuti dai dati della persona assistita;
- definizione delle responsabilità di tutti coloro che sono coinvolti nel trattamento;
- promozione della salute.

Il programma di istruzione deve essere aggiornato a intervalli di tempo regolari sulla base della migliore prova clinica disponibile. Il contenuto del programma deve essere modificato conformemente alle esigenze dei destinatari (AHCPR 1992, www.epuap.org, RNAO 2002) (**prova III A**).

CONTINUITA' ASSISTENZIALE

Al trasferimento di un paziente dal proprio domicilio verso strutture sanitarie e viceversa, devono essere parimenti trasferite, tutte le informazioni necessarie ed utili per la continuità terapeutica assistenziale, quali:

- i fattori di rischio identificati;
- le zone del corpo maggiormente sottoposte a pressione e le condizioni della cute al momento del trasferimento;
- la necessità di un presidio preventivo per ridurre le pressioni sui punti di appoggio;
- le condizioni delle lesioni da pressione (se presenti) rispetto al grado, alla sede, alle dimensioni e alla profondità;
- la storia della lesione e i trattamenti precedenti;
- il tipo di medicazione in uso e la frequenza del cambio;
- le eventuali allergie sviluppate alle medicazioni;
- la necessità di un eventuale supporto nutrizionale.

Allo scopo è stata realizzata una scheda ad hoc. **Allegato "4"**



CURE IGIENICHE E PROTEZIONE DELLA CUTE

Osservare quotidianamente le condizioni della cute del paziente (caregiver e infermiere), in particolare le zone a rischio:

- mantenere la cute pulita con l'utilizzo di detergenti debolmente acidi non irritanti, in particolare dopo ogni evacuazione;
- asciugare per tamponamento;
- in presenza di cute secca l'applicazione di olii protettivi o creme idratanti ed emollienti può contribuire a ripristinare il mantello idrolipidico e a mantenere elastica la cute (**prova III B**);
- l'utilizzo di paste a base di ossido di zinco può rivelarsi utile esclusivamente se vi è rischio di macerazione come nei casi di incontinenza;
- è opportuno minimizzare l'esposizione della cute all'umidità dovuta a incontinenza, traspirazione cutanea oppure a drenaggio di ferite chirurgiche. Occorre quindi mettere in atto tecniche e ausili di continenza (per esempio condom) e passare alla cateterizzazione se altri metodi risultano inefficaci (**prova VI A**);
- la detersione giornaliera dei piedi, delle ascelle e della sede perineale è indicata nella maggior parte degli assistiti costretti a letto, mentre il bagno completo o la doccia quotidiani possono danneggiare l'integrità della cute nei pazienti geriatrici (**prova VI B**);
- per non sottoporre la cute a frizioni o attriti durante il posizionamento, vanno adottate tecniche corrette di spostamento e di sollevamento, utilizzando dispositivi come il trapezio o una traversa per sollevare e muovere, invece di trascinare, gli individui che non sono in grado di aiutarsi durante i cambi di postura (**prova III A**);
- si possono ridurre i danni da frizione applicando alla cute prodotti emollienti e idratanti, pellicole e film barriera e medicazioni protettive (**prova VI A**).


DA EVITARE:

- uso di detergenti sgrassanti o soluzioni alcoliche
- applicazioni di talco o di polveri protettive
- strofinamento nell'asciugatura (rischio di frizione)
- massaggi profondi (scollamento dei tessuti)
- scorretto impiego dei pannoloni rispetto alle indicazioni di utilizzo
- contatto della pelle con materiali impermeabili, come tele cerate
- impiego di biancheria intima sintetica
- impiego di indumenti con elastici o bottoni
- lenzuola o indumenti umidi o bagnati
- pieghe delle lenzuola o della biancheria o presenza di corpi estranei (briciole, etc.)

VALUTAZIONE E SOSTEGNO NUTRIZIONALE

Verificare che non sia in atto uno stato di malnutrizione (per eccesso o per difetto) tramite lo strumento di valutazione dello stato nutrizionale MNA – Modificato (**Allegato A1** – incluso nella procedura su "Percorso Clinico Assistenziale – Nutrizione artificiale a domicilio – Deliberazione AUSL Pescara N. 393 del 30.03.2015).



	Regione Abruzzo Azienda USL PESCARA	P.C.A. PREVENZIONE E TRATTAMENTO DELLE LESIONI CUTANEE DA PRESSIONE	Pagina 25 di 59
			Rev. 00 del 01/06/2016

I parametri da monitorare sono:

– **il peso ed il suo andamento negli ultimi 6 mesi:**

- calcolo del BMI = Indice di massa corporea
 $BMI = \text{Peso corporeo (Kg)} / \text{altezza}^2 \text{ (m)}$
- Normopeso = BMI 18.5-25
- Sottopeso = BMI < 18.5
- Sovrappeso = BMI 25-29.9
- Obesità = BMI > 30
- calcolo del peso desiderabile = $(\text{altezza (cm)} - 100) - \frac{\text{altezza (cm)} - 150}{2}$ (donna);
 4 (uomo).

– **esami di laboratorio:** particolare attenzione va rivolta al bilancio azotato, ai valori di albuminemia, emocromo, transferrina, etc. (vedere "Percorso Clinico Assistenziale – Nutrizione artificiale a domicilio – Deliberazione AUSL Pescara N. 393 del 30.03.2015).

– **l'appetito:**

controllare la corretta assunzione quantitativa e qualitativa degli alimenti tenendo conto che nell'anziano vi è una diminuzione sia del senso del gusto che dell'olfatto, sia della capacità di masticare e digerire; assicurare quindi l'assistenza ed il comfort necessario alla consumazione del pasto;

– **lo stato di idratazione:**

stimolare e aiutare la persona a bere; eccezionalmente, se il medico lo ritiene opportuno, ricorrere alla reidratazione per via parenterale;

– **la situazione proteico-vitaminica:**

controllare lo stato delle mucose, della pelle, dei capelli, delle unghie;

– **eventuale patologia di base:**

verificare la presenza di patologie di base che impediscono o rallentano la guarigione.

• **Adeguare il fabbisogno proteico**

Le proteine sono nutrienti di estrema importanza nel processo di cicatrizzazione, rivascolarizzazione e rigenerazione dei tessuti.

Il fabbisogno fisiologico di proteine nell'anziano è di 0,8- 1 gr/Kg di peso corporeo ideale.

In caso di lesioni da pressione l'apporto di proteine deve aumentare fino a **1,5 gr/Kg** di peso corporeo ideale.

È quindi fondamentale che la persona introduca ogni giorno la corretta porzione di alimenti ricchi in proteine sia di tipo animale (carne, pesce, uova, latte e latticini) che vegetale (pasta/riso, pane, ed altri cereali, legumi).

Ovviamente, a seconda dei problemi presentati dal paziente, si tratterà di garantire questo apporto proteico adottando le più opportune forme di somministrazione degli alimenti (omogenizzati, frullati, macinati, etc.).

• **Adeguare il fabbisogno di specifici nutrienti**

In particolare il fabbisogno di vitamine (A, C, E) che stimolano la sintesi del collagene. È importante anche il corretto apporto di alcuni sali minerali (Selenio, Zinco, Manganese, Rame) per la loro azione nel processo di riepitelizzazione.

Questi nutrienti sono contenuti nella gran parte dei prodotti vegetali: frutta, verdura ed ortaggi.





Anche in questo caso è di primaria importanza garantire un apporto costante di questi nutrienti, nella considerazione e nel rispetto delle eventuali sottostanti/copresenti patologie. Si presterà quindi attenzione affinché la persona consumi ogni giorno 2-3 frutti (freschi, cotti, in forma di succo, frullato o centrifuga) ed accompagni ogni pasto con un' adeguata porzione di verdura (anche questa cruda o cotta o in forma di frullato o centrifuga).

- **Adeguare il fabbisogno energetico**

Il fabbisogno energetico dell'anziano si aggira fra le 25-30 Kcal/Kg di peso corporeo ideale. Per l'uomo il fabbisogno è di circa 1800 Kcal/die. Per la donna il fabbisogno è di circa 1500 Kcal/die. In caso di lesioni da pressione tale fabbisogno aumenta di circa 200-600 kcal/die per la grande richiesta di energia di cui ha bisogno il processo di cicatrizzazione e maturazione del nuovo tessuto.

- **Ricorrere all'integrazione nutrizionale**

Esistono in commercio diversi tipi di integratori ad uso orale: particolarmente adatti sono quelli iperproteici che garantiscono la copertura dell'aumentato fabbisogno di proteine. Ove necessario, alla nutrizione artificiale (enterale o parenterale) (**prova IV A**).

GESTIONE DELLE PRESSIONI SUI TESSUTI

Una pressione maggiore di 32 mmHg applicata alla cute per un tempo sufficientemente prolungato, provoca un'occlusione del flusso capillare con conseguente ipoperfusione tissutale. Se prolungata per più di 2 ore può causare danni più o meno reversibili ai tessuti.

La riduzione della pressione sulla cute può essere ottenuta con un regolare cambiamento manuale della posizione del paziente e/o usando superfici antidecubito.

Cardine fondamentale in ogni piano di prevenzione deve essere perciò la distribuzione del peso su una superficie più ampia possibile (riduzione della pressione) e il riposizionando il paziente almeno ogni due ore o quando il paziente stesso lo chiede.

Allo scopo viene utilizzata la movimentazione manuale dei pazienti - **Allegato "5"**.

MOVIMENTAZIONE MANUALE DEI PAZIENTI

Il riposizionamento manuale, come sopra detto, è finalizzato alla riduzione della compressione locale, alternando le zone di appoggio al piano del letto, e alla riduzione delle forze di stiramento dovute a posture scorrette.

Per ridurre il traumatismo da trazione (stiramento e attrito) provocato dal riposizionamento manuale è opportuno usare i **presidi di mobilitazione** come i sollevatori, i teli ad alto scorrimento o impiegare le traverse per spostare il paziente e se possibile invitare all'uso del trapezio ma evitare sempre di trascinare il paziente.

Nel paziente allettato immobile è possibile alternare la postura in decubito laterale destro, sinistro, supino, seduto e più raramente in posizione prona.

Occorre evitare comunque l'appoggio su cute già lesa in quanto la pressione può impedire o ritardare sensibilmente la guarigione.

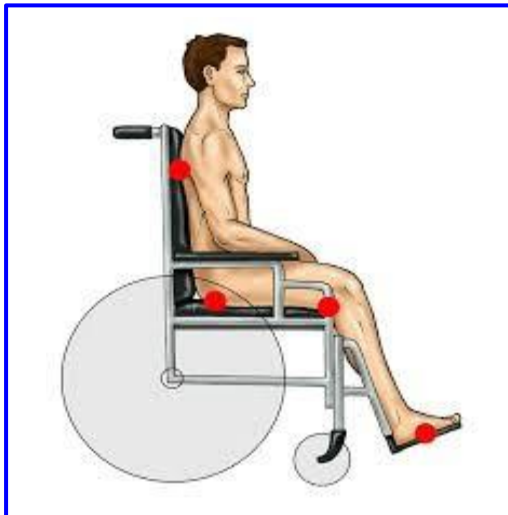


Posizione seduta

La permanenza di pazienti a rischio di LdP in carrozzina/sedia/poltrona non dovrebbe superare le 2 ore, come raccomandato nelle linee guida AHCPR (Agency for Health Care Policy and Research, 1994). Il rischio di sviluppare lesioni da pressione è più elevato in posizione seduta piuttosto che in posizione supina. La particolare predisposizione della persona con disabilità

alla formazione di lesione da pressione impone la messa in atto di misure preventive. Tra queste, tre sono fondamentali:

- il cambiamento frequente di posizione;
- il posizionamento corretto della persona;
- l'utilizzo di cuscini antidecubito.



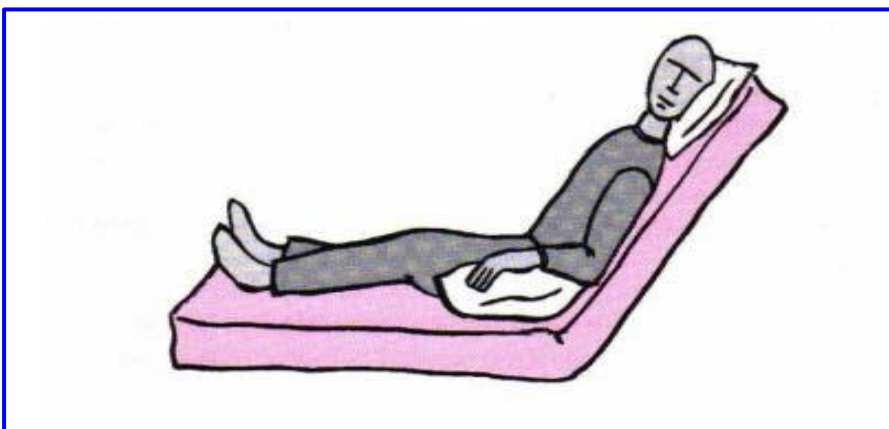
Evitare di mantenere la persona assistita nella posizione seduta (su sedia o poltrona, carrozzina, etc.) senza interruzioni. Il soggetto dovrebbe essere mobilizzato ogni ora circa o eventualmente trasferito a letto. Ai soggetti che ne sono capaci si deve insegnare a ridistribuire il peso ogni 15 minuti (tramite inclinazioni del tronco in avanti, laterali o comunque facendo variare l'appoggio sulle cosce). E' importante mantenere l'allineamento posturale (correggendo le

deviazioni laterali del rachide e del bacino), mediante l'utilizzo di ausili. La lunghezza (profondità) della seduta deve permettere un buon alloggiamento della coscia (meglio se lunga quanto la parte posteriore della coscia lasciando 3-4 cm liberi prima del cavo popliteo); questo migliora la stabilità e distribuisce il peso su una maggiore superficie.

La posizione seduta sul letto a 90° è da evitare poiché il peso del paziente grava prevalentemente sulla regione sacrale e sui talloni (**prova VI A**).

Posizione semi-fowler

È preferibile utilizzare una posizione semi-fowler a 30° (v. figura) e limitare al minimo il tempo durante il quale la testiera del letto viene elevata oltre i 30° (**prova IV B**). La posizione seduta sul bordo letto invece è consentita per breve tempo (durante i pasti) con i piedi



appoggiati a terra o su un presidio di supporto. In tal caso i talloni non sono esposti a compressione e il peso del paziente è distribuito sulla regione sacrale e metà gamba.

Se il paziente è in grado di controllare la posizione del tronco e le condizioni generali lo consentono e, nel contesto di un

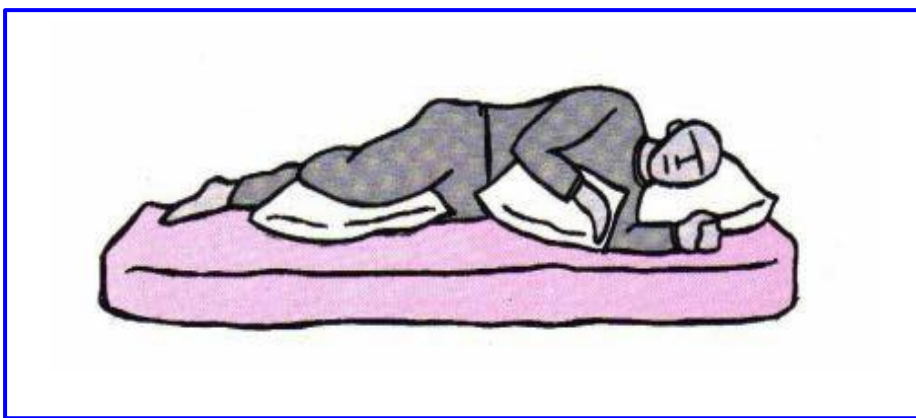
programma di mobilizzazione al fine di un recupero funzionale, è possibile il posizionamento su carrozzina, istruendolo, però, a ridistribuire il peso ogni 15 minuti (tramite inclinazioni del tronco in avanti, laterali o comunque facendo variare l'appoggio sulle cosce) (**prova III A**). Se il paziente non è in grado di collaborare efficacemente al cambio di postura in carrozzina è necessario l'impiego del solleva-persone.

La permanenza di pazienti a rischio in sedia a rotelle non dovrebbe superare le 2 ore. Per distribuire il peso del paziente bisogna tenere in considerazione l'allineamento posturale e si consiglia di valutare l'utilizzo di presidi che riducono la pressione (per esempio imbottiture per carrozzina in fibra cava).

Posizione laterale

In questo tipo di postura occorre **evitare l'appoggio** sul trocantere che costituisce la prominenza ossea più a rischio. Per questo tipo di postura si consiglia di ruotare il paziente di 30°. **(prova VI A)**

Per prevenire il contatto diretto di ginocchia e malleoli, particolarmente esposti in questa



posizione, occorre

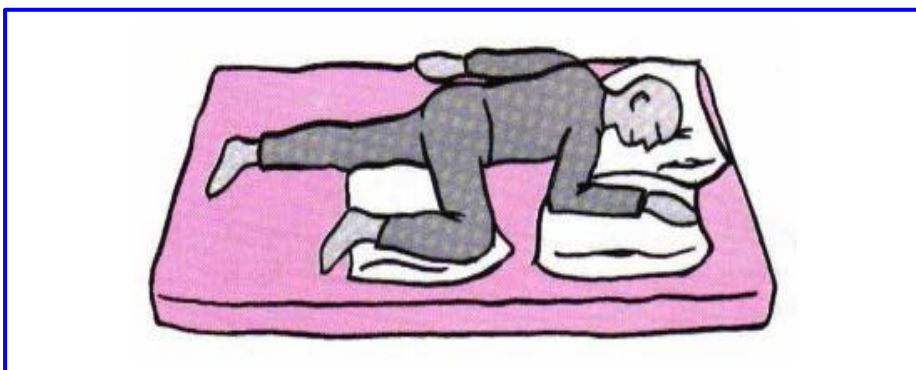
posizionare dei cuscini tra gli arti inferiori.

Un archetto solleva coperte può diminuire la pressione delle coperte.

L'uso di lenzuola piegate è sconsigliata perché non sufficientemente morbide.

Posizione obliqua

La posizione sul fianco a 90° andrebbe evitata, per l'alto rischio di lesione nella zona trocanterica e della cresta iliaca omolaterale. Sono da preferire le posizioni obliqua a 30° anteriore e posteriore. Allineamento: la spalla e la scapola sottostante vanno appoggiate al letto, per poter meglio posizionare il braccio sul piano del letto, sia esteso che a gomito flesso.



Il braccio che rimane sopra deve essere appoggiato su un cuscino, in modo che la spalla sia leggermente aperta.

La schiena va appoggiata su un cuscino ripiegato. La gamba che rimane sul piano del letto va posta

lievemente in estensione indietro, per migliorare la stabilità del paziente, il ginocchio lievemente flesso, il piede ad angolo retto.

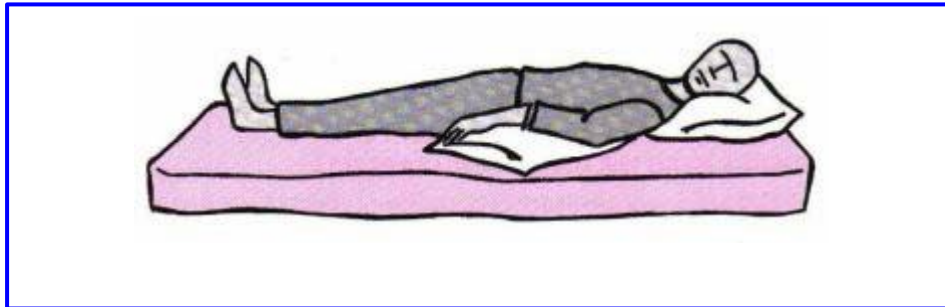
L'altra gamba, che rimane sopra, va appoggiata su un cuscino, flessa all'anca e al ginocchio, piede ad angolo retto.

Quando il paziente viene spostato da questa posizione si devono ispezionare la zona del trocantere e quella del malleolo; nei pazienti ad alto rischio anche la zona dell'orecchio.

Posizione supina

Compatibilmente con le condizioni cliniche **occorre mantenere la testata del letto al più basso grado di elevazione (non oltre i 30°)** al fine di favorire la distribuzione del peso sulla superficie corporea più vasta possibile.

La regione sacrale in decubito supino è tra le più esposte alla lesione. E' opportuno controllare frequentemente le condizioni della cute per pianificare gli interventi di mobilizzazione passiva



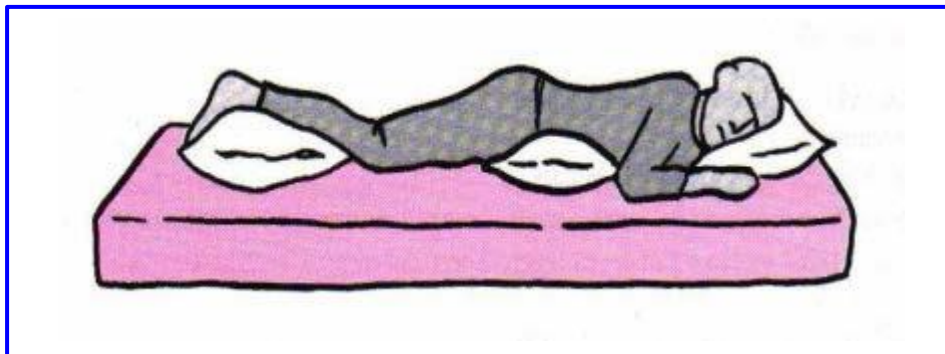
riducendo i tempi di pressione sulle zone che mostrano segni precoci di sofferenza tissutale.

Anche la zona calcaneare è frequentemente esposta alla lesione da decubito: è

fondamentale **impedire l'appoggio dei talloni sul piano del letto collocando semplicemente un cuscino morbido sotto i polpacci o di un tutore di scarico (prova II A).**

Le talloniere comunemente usate sono invece controindicate: riducono la frizione della cute ma, sollevando il piede dal piano del letto, diminuiscono la superficie d'appoggio della gamba concentrando il peso sul tallone.

Anche in questo contesto l'archetto solleva coperte è raccomandato per ridurre la pressione sul piede.



Posizione prona

Questo tipo di posizione è difficile da mantenere soprattutto nel paziente anziano perché poco tollerata. In assenza di controindicazioni cliniche tuttavia

questa posizione può essere alternata al decubito supino e laterale.

Le aree più esposte a lesione soprattutto nel paziente molto magro sono la cresta iliaca, il costato, le ginocchia e il dorso del piede. Porre attenzione che la rotula del ginocchio non sia sottoposta ad attrito (**prova VI A**). Il capo va ruotato dolcemente su un lato.

Gli arti superiori possono essere allineati entrambi lungo i fianchi, oppure uno dei due può essere flesso verso l'alto. Sotto il paziente devono essere posizionati cuscini che permettano di ottenere uno spazio per i genitali maschili, o per le mammelle: i cuscini saranno lievemente distanziati, anche alle ginocchia, per permettere lo scarico delle rotule.

SUPERFICI ANTIDECUBITO

La scelta dell'ausilio si basa su una valutazione complessiva della persona (giudizio clinico) e non solo sulla valutazione del livello di rischio misurato con scale specifiche.

L'obiettivo principale di una superficie antidecubito è, rendere inversamente proporzionale il rapporto tempo-pressione e tendere alla **massima riduzione della pressione**, che si ottiene prevalentemente attraverso la redistribuzione delle pressioni stesse.

L'effetto è ottenuto tramite l'adattamento della superficie alla sagoma del corpo che determina in modo costante e continuo la distribuzione del peso su un'area maggiore.

Variabili importanti da considerare sono, oltre allo stato clinico (acuzie, scompenso, cronicità), la mobilità residua della persona, il contesto organizzativo e i seguenti aspetti:

- valutazione della cute;
- comfort della persona;
- stato generale di salute;
- necessità cure intensive;
- accettazione da parte del paziente e dei familiari del tipo di ausilio proposto.

I pazienti ad alto rischio e in condizioni cliniche di acuzie o di instabilità dovrebbero essere posizionati su un materasso a pressione alternata o su altri sistemi di redistribuzione della pressione ad elevata tecnologia a meno che non sia stato verificato che la superficie morbida risulti efficace.

E' necessario monitorare attentamente la zona dei talloni nei soggetti allettati completamente immobili poiché anche con l'utilizzo di superfici antidecubito è possibile che la pressione di appoggio sia elevata.

Al momento della scelta valutare il peso del paziente e la portata massima del presidio.

Possono essere utilizzate superfici antidecubito a cessione d'aria in situazioni che comportino un'eccessiva umidità (ustioni, iperidrosi, iperpiressia, presenza di lesioni estese ed essudanti), per prevenire la macerazione cutanea, la formazione di nuove lesioni e per favorire il miglioramento di quelle presenti.

I soggetti a rischio che vengono mobilizzati dal letto alla sedia, dovranno essere provvisti di un cuscino in grado di redistribuire e/o ridurre la pressione: ne esistono in schiuma, in gel o ad aria o una combinazioni di questi.

Il paziente, portatore di lesione da decubito sulla zona ischiatica, non può mantenere la posizione seduta.

Il paziente, portatore di lesione da decubito sulla zona sacrale, può mantenere la posizione seduta purché utilizzi adeguati dispositivi antidecubito.

Valutare i tempi di permanenza in carrozzina di soggetti a rischio con situazione generale compromessa, evitando la continua permanenza fuori dal letto.

Ulteriori presidi da utilizzare per la prevenzione delle lesioni da pressione sono:

- archetto solleva coperte;
- staffa o trapezio;
- cunei.

Si sconsiglia vivamente l'uso di ausili a ciambella o guanti riempiti con acqua sia al sacro che ai talloni con i quali è più probabile causare, invece che evitare, la formazione di LdP.



CARATTERISTICHE DELLE SUPERFICI ANTIDECUBITO

Un presidio per essere definito efficace deve intervenire attivamente sulle cause estrinseche determinanti una lesione cutanea e quindi garantire:

- la riduzione della pressione del corpo sul piano di appoggio;
- la riduzione delle forze di attrito e di stiramento;
- la dispersione di calore e di umidità;
- il mantenimento di una postura corretta.

Pertanto, nella scelta della superficie antidecubito vanno valutate principalmente le seguenti caratteristiche:

- caratteristiche tecniche della superficie;
- caratteristiche di comfort del paziente;
- caratteristiche di comfort per l'operatore;
- caratteristiche delle coperture (cover).

Altezza: "le superfici di supporto dovrebbero essere abbastanza alte e dense a sufficienza per far sì che le prominenze ossee non tocchino il fondo alla base del materasso". Per un'efficacia preventiva le indicazioni, tratte dalle revisioni bibliografiche sull'altezza, prevedono per i sovra materassi un riferimento minimo di 10 cm. e per i materassi di almeno 14 cm.

Per le superfici ad aria, il diametro delle celle, deve essere superiore a 10 cm.

L'altezza del presidio va comunque correlata al peso del paziente e alla posizione prevalentemente assunta dallo stesso.

Affondamento (bottom out): indica il grado di "schiacciamento" della superficie determinata dal peso della persona, è in rapporto anche all'altezza ed ad altre caratteristiche intrinseche del presidio. La compressione non deve essere tale da far "toccare il fondo", cioè i margini superiore ed inferiore della superficie non devono collabire.

La verifica può essere effettuata facendo "scivolare una mano (con il palmo rivolto all'insù e le dita distese) sotto la superficie di supporto in corrispondenza della zona anatomica interessata nelle diverse posture (seduto, supino, semiseduto) e dovrebbero essere apprezzati circa 2,5 cm. di superficie interposta tra la mano dell'operatore e il paziente", maggiore è la resistenza incontrata dalla mano durante l'inserimento, maggiore è l'affondamento.


Questa verifica manuale è un indicatore di adeguatezza della superficie al peso della persona.

Effetto amaca: è provocato dalla presenza di una copertura anelastica che annulla in parte l'azione di redistribuzione del peso determinando una concentrazione della pressione sulle prominenze ossee; per evitarlo la copertura deve essere sufficientemente elastica e di dimensioni adeguate al materasso. A creare l'effetto amaca contribuisce anche l'uso di lenzuola con angoli confezionati e l'azione di rimboccamento.

Altre caratteristiche tecniche:

- portata massima;
- modalità di sanificazione/sterilizzazione;
- compatibilità con attrezzature esistenti (ingombro, peso, dimensioni);
- presenza di allarmi (acustici/visivi) per segnalazioni di irregolarità;
- presenza di sensori (a regolazione manuale o automatica);
- modalità di fissaggio/ancoraggio del sovra materasso al letto;
- modalità di stoccaggio;



	Regione Abruzzo Azienda USL PESCARA	P.C.A. PREVENZIONE TRATTAMENTO DELLE LESIONI CUTANEE DA PRESSIONE	Pagina 32 di 59
			Rev. 00 del 01/06/2016

- tipo di manutenzione;
- modalità di sgonfiaggio e gonfiaggio (es. rapidità per manovre d'emergenza);
- silenziosità;
- conformità alle norme di sicurezza;
- autonomia di alimentazione in caso di disconnessione elettrica;
- costo/efficacia;
- livello di tecnologia costruttiva.

I presidi che ridistribuiscono la pressione possono essere divisi in dispositivi a bassa tecnologia (lowtech) e ad alta tecnologia (high tech).

Superfici a bassa tecnologia: distribuiscono il peso del corpo su una superficie più ampia e includono i sovra materassi.

Caratteristiche di comfort per l'utente:

- mantenimento della postura a letto e da seduto (non scivolamento o perdita di equilibrio);
- facilità di spostamento ad esempio letto-sedia, letto-lettiga, sedia-wc, etc.;
- stabilità nella posizione; assenza effetto di galleggiamento/affondamento e assenza di sensazioni di instabilità/incertezza;
- mantenimento autonomia residua di movimento: il presidio deve permettere la mobilità del paziente;
- comfort termico: il paziente non riferisce sensazioni di caldo o di freddo, di umidità;
- silenziosità e assenza di vibrazioni delle pompe.

Caratteristiche di comfort per l'operatore:

- facilità di eseguire le attività assistenziali di base (igiene della persona, rifacimento letto movimentazione/cambio postura);
- praticità di transfert-spostamento del paziente;
- semplicità d'uso (maneggevolezza, sanificazione, ancoraggio);
- ridotto peso e ingombro (D.Lgs 81/2008).

Caratteristiche delle coperture degli ausili (cover):

- basso coefficiente di attrito e di frizione;
- elasticità bidirezionale (per evitare l'effetto amaca);
- permeabile al vapore acqueo;
- impermeabilità ai liquidi (la presenza di macchie sulla protezione potrebbe indicare che questa non è più impermeabile e la superficie sottostante potrebbe diventare ricettacolo di microrganismi potenzialmente patogeni);
- repellente agli odori e alle macchie;
- lavabile in lavatrice, disinfettabile;
- trattamento antibatterico/antimicotico certificato;
- resistente ai danni da abrasione ed ai lavaggi;
- resistente al fuoco.



SEZIONE IV

Sommario delle Raccomandazioni per il trattamento di cura delle LdP

Raccomandazione 1

1. I soggetti portatori di lesioni da pressione dovrebbero essere sottoposti ad una valutazione globale iniziale che andrebbe ripetuta nel tempo. [C]

1.1 Per costruire una check list di valutazione nei singoli setting, dovrebbero essere considerati almeno i seguenti punti: [C]

- stato di salute (es. anamnesi recente e remota e pregressi danni da pressione)
- segni/sintomi sistemici di infezione
- mobilità
- continenza (urinaria e fecale)
- presenza di dolore
- perfusione sanguigna
- terapia farmacologica (compreso l'abuso)
- livello di coscienza
- stato cognitivo
- fattori sociali
- monitoraggio della cute al fine di prevenire ulteriori LdP
- fattori psicologici.

La valutazione psicologica dovrebbe comprendere:

- accordo
- capacità dell'individuo in merito al self care
- umore
- motivazione
- predisposizione.

Raccomandazione 2

2. Le regole nutrizionali debbono essere applicate anche nel soggetto con LdP. [C]

2.1 La presenza di LdP richiede un controllo della quota proteica della dieta per favorire un bilancio azotato positivo e un adeguato introito in micronutrienti (vitamine, in particolare vitamina C, minerali e Zinco). [B]

2.2 Il soggetto va incoraggiato ad arricchire la sua alimentazione con supplementi calorici e proteici e controllato nei comportamenti alimentari. [C]

Raccomandazione 3

3. La valutazione dei fattori sociali dovrebbe comprendere l'idoneità dell'ambiente domestico, il livello di disponibilità e/o di supporto e il coinvolgimento dei servizi socio/sanitari locali. [C]

Raccomandazione 4

4. Le regole di prevenzione di nuove lesioni debbono essere applicate anche nei soggetti con lesioni in atto. [C]

Raccomandazione 5

5. Quando possibile, evitare di posizionare il soggetto sulla lesione. [C]



Raccomandazione 6

6. Il programma di intervento, deciso per la cura di una lesione, di norma deve essere mantenuto per almeno 2/4 settimane. [C]

6.1 Quando le condizioni del soggetto o della lesione peggiorano o migliorano, il programma di trattamento deve essere rivalutato. [C]

Il Gruppo di lavoro di lavoro, ritiene:

- Un piano di cura individualizzato è basato sulla valutazione della lesione, sui fattori di rischio identificati e sugli obiettivi individuati per l'assistito.
- Il piano di cura è sviluppato in collaborazione con l'assistito, con i familiari/caregiver e col Personale sanitario.
- Il piano di cura deve descrivere il tipo di medicazione applicata ed i tempi di cambio della medicazione stessa.
- Richiedere la consulenza di un infermiere esperto in wound care (od un altro professionista esperto in wound care) per suggerire/impostare un appropriato piano di trattamento e per la gestione/management del paziente portatore di lesioni da pressione.

Raccomandazione 7

7. Le lesioni da pressione dovrebbero essere sottoposte ad una prima valutazione al momento della loro comparsa o al momento della presa in carico del soggetto. La valutazione deve essere ripetuta nel tempo (rivalutazione). [C]

7.1 La rivalutazione della lesione dovrebbe essere eseguita almeno una volta alla settimana, ma potrebbe essere necessario eseguirla più frequentemente a seconda delle condizioni della lesione e/o del risultato della valutazione olistica del soggetto. [C]
Una check list, per la valutazione e descrizione della lesione dovrebbe comprendere e documentare: [C]

- causa della lesione;
- sede/localizzazione (includere ove possibile l'immagine fotografica);
- dimensioni della lesione (le dimensioni della LdP dovrebbero essere misurate registrando la massima estensione in lunghezza/larghezza/profondità);
- stadio o grado;
- quantità e tipo di essudato;
- segni locali di infezione;
- presenza di dolore;
- aspetto della lesione (presenza di necrosi, slough, tessuto di granulazione, zone di riepitelizzazione, colore, odore, etc.);
- stato della cute perilesionale;
- tratti sottominati/cavi.

Raccomandazione 8

8. Lo stadio e grado della lesione deve essere valutato e registrato utilizzando una scala validata. [B]

Il Gruppo di lavoro di lavoro, ritiene:

- l'utilizzo della scala di valutazione NPUAP (National Pressure Ulcer Advisory Panel)
- La valutazione della LdP non dovrebbe mai essere fatta invertendone lo stadio (retroceSSIONE).
- Ad integrazione della valutazione della perdita di tessuto e per ottenere una migliore pianificazione del piano di trattamento, il panel suggerisce l'utilizzo di una scala colore.

Raccomandazione 9

9. I soggetti portatori di LdP debbono avere accesso a superfici di supporto che riducano la pressione. [C]

Attualmente la ricerca non fornisce prove di efficacia conclusive per affermare che una superficie/ sistema di supporto sia superiore ad un'altra, il panel suggerisce quindi di applicare le seguenti regole generali:

- Utilizzare preferibilmente un sistema di supporto statico quando il soggetto può modificare la sua posizione (senza gravare sulla lesione e senza "toccare il fondo della superficie di appoggio". [B]
- Utilizzare preferibilmente un sistema di supporto dinamico se il soggetto: [B]
 - è portatore di lesioni multiple di stadio III o IV in zone diverse del corpo;
 - non è in grado di cambiare la sua posizione;
 - "tocca" il fondo di un ausilio statico;
 - la lesione peggiora o non dimostra segni di miglioramento.

Il Gruppo di lavoro di lavoro, ritiene:

- Assicurarsi che il peso dell'individuo rientri nel range raccomandato per il sistema di supporto utilizzato: questo deve sostenere il peso corporeo del soggetto in tutte le posizioni senza che si verifichi il "bottoming up".
- Assicurarsi che il sistema di supporto non innalzi l'individuo ad un'altezza pericolosa quando rapportata alle spondine del letto, se utilizzate.

Raccomandazione 10

10. Quando si posiziona la persona seduta sul letto o sulla sedia favorire l'allineamento posturale, la distribuzione del peso, il bilanciamento, la stabilità e la riduzione della pressione sulla lesione utilizzando idonee superfici antidecubito. [C]

Il Gruppo di lavoro di lavoro, ritiene:

- La lesione generalmente deve essere detersa ad ogni cambio della medicazione.

Raccomandazione 11

11. Detergere la lesione irrigandola con soluzione fisiologica sterile, acqua sterile o altro detergente non citotossico. [B]

11.1 Per la detersione deve essere utilizzata una pressione sufficiente per pulire la lesione senza traumatizzarla (siringa da 20 ml e ago 19 gauge). [C]

11.2 Un'efficace pulizia e lo sbrigliamento minimizzano la colonizzazione batterica della lesione. [A]

11.3 Una lesione pulita dovrebbe mostrare l'inizio del processo di guarigione entro 2 settimane. Se ciò non avviene è opportuno rivalutare complessivamente il piano di trattamento ed anche il grado di adesione ad esso. [C]

Il Gruppo di lavoro di lavoro, ritiene:

- In condizioni particolari (ad esempio durante le cure igieniche del soggetto), può essere utilizzata l'acqua del rubinetto potabile. La soluzione detergente deve essere riscaldata ad una temperatura intorno ai 30°.

Raccomandazione 12

12. Per la detersione NON è raccomandato l'uso routinario di agenti quali ad es. iodopovidone, ipoclorito di sodio, clorexidina, o di soluzioni a base di perossido di idrogeno, acido acetico. [E]



Raccomandazione 13

13. Sulle lesioni da pressione NON utilizzare mai agenti colorati come mercurocromo, eosina, fuxina fenica (tintura rubra di Castellani), violetto di genziana (cristal violetto). [E]

Raccomandazione 14

14. La scelta della tecnica di sbrigliamento dovrebbe basarsi su: [C]

- valutazione della lesione (condizioni della lesione);
- valutazione generale della cute perilesionale;
- precedente effetto positivo di tecniche di sbrigliamento;
- caratteristiche della medicazione/tecnica, indicazioni e controindicazioni per l'uso fornite dal produttore;
- rischio di effetti collaterali;
- preferenze del soggetto (stile di vita, capacità e comfort);
- obiettivi del trattamento.

14.1 Lo sbrigliamento chirurgico deve avvenire con tecnica sterile. [C]

Il Gruppo di lavoro di lavoro, ritiene:

- Il tessuto necrotico va sempre rimosso mediante sbrigliamento, in conformità agli obiettivi individuati per il soggetto.
- Selezionare il metodo di sbrigliamento più adeguato rispetto alle condizioni del soggetto e agli obiettivi del trattamento (tipo, quantità e localizzazione dei tessuti necrotici, profondità della lesione e quantità di essudato).
- Le tecniche di sbrigliamento che il panel ritiene applicabili nella nostra realtà sono:
 - Sbrigliamento autolitico.
 - Sbrigliamento enzimatico.
 - Sbrigliamento chirurgico.
 - Sbrigliamento meccanico.
- Lo sbrigliamento chirurgico è indicato:
 - quando vi è urgenza di rimuovere il tessuto necrotico;
 - in presenza di lesioni profonde;
 - in presenza di cellulite nell'area circostante la necrosi o sepsi.
- In occasione dello sbrigliamento chirurgico controllare il dolore associato a questa tecnica.

Raccomandazione 15

15. In caso di lesione secca del calcagno, la necrosi non va rimossa in assenza di: edema, eritema, fluttuazione o secrezione. Programmare una osservazione quotidiana dell'area e qualora questi segni comparissero si deve procedere allo sbrigliamento. Scaricare sempre la lesione. [E]

Raccomandazione 16

16. Utilizzare una medicazione che mantenga umido il fondo della lesione. [A]

Il Gruppo di lavoro di lavoro, ritiene:

- La medicazione deve avere le seguenti caratteristiche:
 - mantenere un ambiente umido;
 - controllare l'essudato mantenendo il letto della lesione umido e la cute circostante asciutta e integra;
 - fornire l'isolamento termico e mantenere stabile la temperatura della lesione;
 - proteggere la lesione dalla contaminazione di microrganismi esogeni.
- La medicazione di routine delle lesioni da LdP non infetta può essere effettuata con tecnica pulita e non richiede l'uso di materiale sterile.

Raccomandazione 17

17. Attualmente la ricerca non fornisce prove di efficacia conclusive in merito a quale medicazione sia la più efficace nella gestione delle LdP. [B]

17.1 In presenza di perdita di sostanza è consigliabile riempire lo spazio vuoto con uno zaffo morbido che presenti le stesse caratteristiche indicate in precedenza [C]

17.2 Le medicazioni dovrebbero essere lasciate in sede per il maggior tempo possibile in rapporto all'andamento clinico, allo stato della lesione e alle specifiche del prodotto. La rimozione frequente può ritardare la guarigione. [B]

Il Gruppo di lavoro di lavoro, ritiene:

- Creare un ambiente di guarigione ottimale avvalendosi come medicazione primaria di:
 - Idrocolloidi o idrogel o film o silicone morbido per le lesioni asciutte o con escara.
 - Schiuma di poliuretano semplice o con strato di contatto al silicone, idrofibre o alginato per le lesioni mediamente o molto essudanti.
- Le modalità di fissaggio della medicazione primaria devono tener conto dello stato della cute perilesionale e della sede anatomica della lesione.
- Proteggere le lesioni da pressione da fonti di contaminazione.
- La diagnosi di infezione di una lesione da pressione è clinica.
- La diagnosi di infezione locale si effettua rilevando/valutando la presenza di almeno 2 dei seguenti parametri:
 - Dolore;
 - Arrossamento della cute perilesionale;
 - Edema dei tessuti perilesionali;
 - Aumento dell'essudato;
 - Secrezione purulenta;
 - Tessuto di granulazione friabile;
 - Ipergranulazione;
 - Odore;
 - Calore;
 - Nuove aree di slough;
 - Aumento delle dimensioni della lesione.
- La positività del tampone della lesione **NON** rappresenta un criterio per sospettare o diagnosticare un'infezione.
A conferma del sospetto diagnostico le tecniche colturali raccomandate sono:
 - Esame colturale del materiale biotico;
 - Esame colturale dell'essudato.

Raccomandazione 18

18. Il trattamento dell'infezione deve avvenire attraverso la detersione e lo sbrigliamento della lesione. [A]

18.1 La somministrazione di antibiotici per via generale deve avvenire quando sono presenti segni di progressione locale dell'infezione o segni clinici di infezione sistemica (ad esempio, cellulite, osteomielite o sepsi ecc.). [A]

18.2 Quando è presente una colonizzazione critica o infezione andrebbe considerato l'utilizzo topico di: [C]

- medicazioni avanzate a base di argento;
- medicazioni non aderenti a base di argento.


18.3 Quando si medicano più lesioni di uno stesso soggetto lasciare per ultima la più contaminata. [C]

18.4 In presenza di secrezione purulenta e/o maleodorante, effettuare la detersione/medicazione con maggiore frequenza e valutare l'opportunità di effettuare con urgenza lo sbrigliamento o la toilette chirurgica. [C]

Il Gruppo di lavoro di lavoro, ritiene:

- La medicazione della lesione infetta deve avvenire con tecnica e materiale sterile evitando l'utilizzo di medicazioni occlusive o semioclusive.



	Regione Abruzzo Azienda USL PESCARA	P.C.A. PREVENZIONE E TRATTAMENTO DELLE LESIONI CUTANEE DA PRESSIONE	Pagina 38 di 59
			Rev. 00 del 01/06/2016

Raccomandazione 19

19. Non è raccomandato l'uso routinario di antisettici per ridurre la carica batterica della lesione detersa. [E]

19.1 Tuttavia in presenza di colonizzazione critica o infezione e/o biofilm, l'applicazione topica di antisettici a base di iodopovidone, clorexidina, ipoclorito di sodio, detergenti commerciali, andrebbe considerato. [C]

Raccomandazione 20

20. NON è raccomandato l'utilizzo topico di: [E]

- garza iodoformica in quanto la sua efficacia clinica non è stata stabilita da evidenze certe;
- antibiotici in quanto, spesso inefficaci per via topica con aumento del rischio di sviluppare resistenze.

Il Gruppo di lavoro di lavoro, ritiene:

- Le regole di prevenzione/trattamento del dolore debbono essere applicate anche nei soggetti con lesioni in atto.



TRATTAMENTO LOCALE DELLE LESIONI DA PRESSIONE

L'obiettivo primario nel trattamento delle LdP è quello di ripristinare l'integrità cutanea dell'assistito e ridurre i tempi di guarigione. Talvolta l'intervento dovrà limitarsi ad un miglioramento della qualità di vita e non necessariamente alla guarigione. Oltre alla valutazione clinica del soggetto e dello stato della lesione, è necessario porre l'attenzione alla identificazione delle complicanze (batteriemie/sepsi, osteomielite, fistole).

Per aiutare il personale medico ed infermieristico ad inquadrare meglio i principi della preparazione del letto della ferita o Wound Bed Preparation (WBP) è stato ideato il TIME (dall'inglese Tissue, Infezione or Inflammation, Moisture Imbalance, Epidermal margin).

Facendo ricorso al TIME, l'Operatore che si occupa della gestione di una lesione cronica riuscirà a effettuare una revisione sistematica di tutte le caratteristiche obiettivabili della lesione stessa, individuando agevolmente gli elementi da correggere e gli interventi più appropriati per una efficace preparazione del letto della ferita che porti a rimuovere le barriere che impediscono la guarigione.


 Tessuto necrotico o devitalizzato	La presenza di tessuto necrotico e/o devitalizzato ostacola la guarigione: impedisce la valutazione delle dimensioni, della profondità della lesione e delle strutture interessate al processo ulcerativo; è focolaio di infezione, prolunga la fase infiammatoria, ostacola meccanicamente la contrazione e disturba il processo di riepitelizzazione.
 Infezione o infiammazione	L'infezione ostacola la guarigione della ferita contribuendo alla sua cronicizzazione; la continua presenza di microrganismi virulenti porta a una risposta infiammatoria massiccia e persistente e l'aumento di citochine e di attività proteasica, unito alla ridotta attività dei fattori di crescita, contribuisce a danneggiare l'organismo ospite.
 Macerazione o secchezza: squilibrio dei fluidi	La disidratazione cutanea rallenta la migrazione delle cellule epiteliali, mentre l'eccesso di essudato causa la macerazione dei margini della ferita e promuove un ambiente biochimico ostile che blocca l'azione dei fattori di crescita.
 Epidermide: margini che non progrediscono sul letto della ferita	La mancata risposta agli stimoli dei fattori di crescita condiziona un arresto della proliferazione e della migrazione dei cheratinociti perilesionali, con conseguente mancata chiusura della lesione.

Preparazione del letto della ferita

Per preparazione del letto della ferita si intende la gestione globale della lesione volta ad accelerare i processi endogeni di guarigione ma anche a promuovere l'adozione di misure terapeutiche efficaci.

Secondo i principi della Wound bed preparation le fasi sono:

- Detersione;
- Debridment (chirurgico, enzimatico, autolitico, meccanico);
- Medicazione;
- Controllo dell'infezione.

	Regione Abruzzo Azienda USL PESCARA	P.C.A. PREVENZIONE E TRATTAMENTO DELLE LESIONI CUTANEE DA PRESSIONE	Pagina 40 di 59
			Rev. 00 del 01/06/2016

Detersione

1. Detergere la LdP e la cute perilesionale con soluzione fisiologica all'inizio e ad ogni cambio di medicazione (**prova V A**).

La lesione può essere detersa con soluzione fisiologica, acqua di rubinetto bollita aggiungendo un cucchiaino da tavola di sale per ogni litro o acqua di rubinetto dichiarata potabile (**prova III C**).

Usare una minima forza meccanica quando si deterge la lesione con garze (**prova V A**).

- La soluzione utilizzata per la detersione della lesione dovrebbe essere a temperatura corporea. Una soluzione fredda provoca dolore e rallenta i processi riparativi: ideale sarebbe utilizzare una soluzione a temperatura corporea (**prova III C**).
- Prendere in considerazione l'utilizzo di soluzioni con surfattante e/o antimicrobici per detergere la LdP con tessuto necrotico, infezioni confermate, infezioni sospette o sospetti livelli elevati di colonizzazione batterica.
- Detergere la cute perilesionale.

2. Detergere la LdP attraverso irrigazione applicando una pressione sufficiente senza danneggiare il tessuto o veicolare batteri nella lesione. Generalmente la pressione di irrigazione adeguata deve consentire la detersione senza causare traumi al letto della lesione. "Una modalità per ottenere l'irrigazione con pressione adeguata è quella di utilizzare una siringa con ago o catetere. Per esempio una siringa da 20 ml con un ago calibro 19 gauge" (**prova III A**).

3. Smaltire in maniera appropriata la soluzione utilizzata per ridurre il rischio di contaminazioni crociate.

- **Debridement**

Per debridement si intende la rimozione di tessuto devitalizzato che rappresenta un passo essenziale e obbligatorio nell'ambito di un efficace trattamento della lesione (**prova II A**). L'intervento ha l'obiettivo di ristabilire l'ambiente ideale che stimoli la ricostruzione.

Poiché il tessuto necrotico è ricettacolo di infezione, prolunga la risposta infiammatoria, impedisce meccanicamente la contrazione dell'ulcera e ostacola il processo di riepitelizzazione, è necessario effettuare un'efficace eliminazione del tessuto non vitale per favorire l'inizio del processo di cicatrizzazione (**prova I A**).

La rimozione del tessuto devitalizzato rappresenta un passo essenziale e obbligatorio nell'ambito di un efficace trattamento della lesione (**prova II A**).

- **Debridement chirurgico**

La detersione chirurgica rappresenta il metodo più veloce ed efficace di rimuovere il tessuto devitalizzato e necrotico. In pratica, l'azione del bisturi determina anche un effetto antimicrobico, riducendo la carica batterica e rimuovendo "la carica cellulare".

La detersione chirurgica viene utilizzata abitualmente quando:

- la necrosi è particolarmente estesa;
- il grado di sottominazione e di tunnelizzazione non può essere determinato;
- è presente un'infezione diffusa;
- devono essere rimossi tessuto osseo e infetto e/o il paziente presenta una sepsi.

Le tecniche di debridement si dividono in selettive e non-selettive. Il debridement selettivo rimuove solamente il tessuto non vitale, mentre nel debridement non selettivo si ottiene anche una parziale rimozione di tessuto vitale.

Nonostante questa metodica presenti numerosi vantaggi il metodo può comportare notevole dolore, sanguinamento (anche se questo permette il rilascio di fattori di crescita dalle piastrine), una batteriemia transitoria e il possibile danno di strutture tendinee e nervose. La



detersione chirurgica non può essere adottata in tutti i pazienti e in tutte le situazioni. Per questi motivi si tratta di una **metodica che deve essere attuata da un chirurgo esperto**.

Escare di piccole dimensioni possono essere rimosse da personale sanitario esperto mediante asportazione sull'escara di un tassello centrale che permetta la prosecuzione del debridement con metodo autolitico o enzimatico. La rimozione di necrosi molle può essere effettuata sempre da personale sanitario esperto mediante pinza e/o bisturi anche in più fasi successive.

- **Debridement enzimatico**

La detersione enzimatica viene attuata tramite l'applicazione locale, sulla superficie della lesione, di enzimi di origine esogena. Questi prodotti agiscono in modo sinergico con gli enzimi endogeni, prodotti dall'organismo. L'enzima di origine esogena più studiato e utilizzato è la collagenasi batterica estratta dal *Clostridium histolyticum*, che presenta un'elevata specificità per i tipi di collagene maggiormente rappresentati a livello cutaneo (collagene tipo I e tipo III). La collagenasi viene utilizzata con successo per la detersione enzimatica da oltre venticinque anni e presenta molti vantaggi. Altri prodotti ad attività enzimatica, quali la fibrinolisin/desossiribonucleasi e la papaina/urea, hanno incontrato un successo limitato rispetto alla collagenasi batterica. Inoltre, in aggiunta alla sua peculiare attività detergente, la collagenasi batterica ha mostrato di favorire la chemiotassi e l'attivazione dei macrofagi all'interno dell'ulcera stessa.

- **Debridement autolitico**

Avviene fisiologicamente, per un certo grado, in tutte le lesioni in cui si verifica un processo altamente selettivo nel quale i macrofagi e gli enzimi proteolitici endogeni colliquano separando spontaneamente il tessuto necrotico e l'escara dal tessuto sano. Le medicazioni umide interattive, quali, per esempio, gli idrogel, possono creare un ambiente ideale per la detersione spontanea ad opera delle cellule fagocitarie e stimolare le condizioni ottimali perchè avvengano la colliquazione del tessuto non vitale e la promozione del tessuto di granulazione.

- **Debridement meccanico**

Implica l'uso di medicazioni a base di garze asciutte, garze bagnato-asciutte, garza impregnata-paraffinate o una medicazione in fibra monofilamento per rimuovere il tessuto non vitale dal letto della ferita.

L'uso delle garze bagnato-asciutte, di semplice garze paraffinate come agenti sbriglianti ha uno scarso supporto. Le limitazioni dovrebbero precludere il loro uso nella pratica clinica; tuttavia, la medicazione in fibra monofilamento mostra il potenziale per fare avanzare lo sbrigliamento meccanico come una tecnica valida, offrendo un metodo rapido, sicuro e facile da usare con dolore limitato per il paziente.

MEDICAZIONE

Per medicazione si intende un materiale posto a diretto contatto con la lesione (medicazione primaria), che può aver bisogno di un fissaggio e/o di copertura (medicazione secondaria). La medicazione ideale è quella in grado di creare l'ambiente favorevole al fisiologico processo di guarigione della lesione. A garanzia di ciò deve essere in grado di creare nell'interfaccia fra il letto della lesione e la medicazione le condizioni ideali di umidità, temperatura, pH e ossigenazione che sono gli elementi fondamentali per favorirne la guarigione.

Le medicazioni sono una componente centrale della cura delle LdP. La scelta della medicazione deve essere basata sul tipo di tessuto presente nel letto della lesione, sulle condizioni della cute perilesionale e sugli obiettivi di cura del paziente. In linea generale quando il letto della lesione è pulito e granuleggiante, il mantenimento di un ambiente umido rappresenta la condizione ideale per favorire la guarigione o la chiusura della lesione. Sono disponibili



numerose medicazioni che garantiscono un ambiente umido. Tuttavia il tipo di medicazione può essere modificato nel tempo in base alla risposta della lesione: miglioramento o peggioramento.

CARATTERISTICHE DI UNA MEDICAZIONE IDEALE

- mantenere un microambiente umido e la cute circostante asciutta (**prova VI A**);
- consentire lo scambio gassoso;
- proteggere dalla contaminazione batterica;
- proteggere dai danni meccanici;
- evitare traumatismi alla rimozione;
- garantire le condizioni ottimali di temperatura;
- permettere e favorire la rimozione di essudati e tessuti necrotici;
- essere biocompatibile;
- essere maneggevole;
- avere un costo di gestione contenuto.

MEDICAZIONI AVANZATE DISPONIBILI PRESSO LA AUSL PER IL TRATTAMENTO DELLE LdP

Vedere Allegato "6".

UTILIZZO DELLE MEDICAZIONI AVANZATE

La scelta della medicazione deve essere effettuata sulla base della valutazione globale del paziente e della lesione ed in relazione agli obiettivi assistenziali definiti conseguentemente: la guarigione non sempre è l'obiettivo prefissato (es. nei pazienti terminali è molto più importante applicare un trattamento sintomatologico per la gestione di eventuale dolore, male odore, etc.).

Cute a rischio di lesione da pressione

Obiettivo: ripristinare la vascolarizzazione nella zona interessata attraverso il corretto posizionamento del paziente (fase reversibile), per prevenire l'insorgenza di lesioni.

Proteggere la cute con prodotti adeguati allo stato della cute

- 1. Detersione:** detergere la cute delicatamente, asciugare tamponando.
- 2. Medicazione:**
 - creme ad azione idratante (se la cute è secca) creme ad azione protettiva (se la cute è macerata);
 - pellicole di poliuretano;
 - idrocolloidi sottili come protezione alle lesioni da stiramento/attrito (**prova VI A**);
- 3. Cambio medicazione:** Ogni 5 -7 g in caso di utilizzo di idrocolloidi sottili o pellicole in poliuretano.




Lesione granuleggiante (rossa)

Obiettivo: favorire la ricostruzione tissutale con il supporto di un ambiente umido.

Lesione rossa: indica il tessuto di granulazione.

Il letto della lesione appare di colore rosso grazie alla presenza di tessuto di granulazione. Il tessuto di granulazione "sano" ha un aspetto umido a bottoncini; essendo molto vascolarizzato assume un colore rosso vivo o rosa intenso, stante ad indicare che la cicatrizzazione sta progredendo normalmente.

Lesione granuleggiante detersa, BASSO ESSUDATO	Lesione granuleggiante detersa, MEDIO ESSUDATO	Lesione granuleggiante detersa, ALTO ESSUDATO
		
<p>1. Detersione: detersione con soluzione fisiologica/acqua sterile, soluzioni detergenti contenenti tensioattivi; asciugare tamponando;</p> <p>2. Medicazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Idrocolloidi, schiume di poliuretano, collagene. <p>Se cavitare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Idrocolloidi in pasta o schiume di poliuretano cavitare, collagene. • Pellicola di poliuretano come medicazione secondaria (prova VI A) <p>3. Cambio medicazione: 3-4 gg.</p>	<p>1. Detersione: detersione con soluzione fisiologica/acqua sterile, soluzioni detergenti contenenti tensioattivi; asciugare tamponando;</p> <p>2. Medicazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Idrocolloidi, schiume di poliuretano, collagene. <p>Se cavitare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Idrocolloidi in pasta, o schiume di poliuretano cavitare, collagene. • Pellicola di poliuretano come medicazione secondaria (prova VI A) <p>3. Cambio medicazione: 2- max 3 gg.</p>	<p>1. Detersione: detersione con soluzione fisiologica/acqua sterile, soluzioni detergenti contenenti tensioattivi; asciugare tamponando;</p> <p>2. Medicazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alginati, idrofibre, collagene. <p>Se cavitare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Idrocolloidi in pasta, collagene. • Pellicola di poliuretano come medicazione secondaria (prova VI A) <p>3. Cambio medicazione: 2 gg.</p>

	Regione Abruzzo Azienda USL PESCARA	P.C.A. PREVENZIONE E TRATTAMENTO DELLE LESIONI CUTANEE DA PRESSIONE	Pagina 44 di 59
			Rev. 00 del 01/06/2016

Lesione necrotica (nera)

Obiettivo: rimozione del tessuto necrotico, non vitale (debridment)

Lesione nera: indica la necrosi secca. Quando un'area di tessuto è deprivata di un adeguato apporto di ossigeno o nutrienti diviene non vitale. Il tessuto devitalizzato ha la tendenza a disidratarsi, e via via che perde umidità forma uno strato ispessito, per lo più duro, coriaceo, di color marrone o nero, che aderisce saldamente al letto della lesione o ai margini dell'ulcera. Il tessuto disidratandosi si contrae, mettendo in tensione i tessuti circostanti e causando dolore. Inoltre i tessuti vengono schiacciati tra la superficie dura dell'escara e il tessuto osseo sottostante.

Lesione necrotica a BASSO ESSUDATO



- 1. Detersione:** soluzione fisiologica/acqua sterile, soluzioni detergenti contenenti tensioattivi; asciugare tamponando;
- 2. Medicazione:**
 - Idrogel coperto con film di poliuretano o idrocolloide, da cambiare ogni 2 giorni.
 - Rimozione chirurgica parziale o totale.

Lesione necrotica a MEDIO ESSUDATO (in caso di raccolta sottostante)



- 1. Detersione:** soluzione fisiologica/acqua sterile, soluzioni detergenti contenenti tensioattivi; asciugare tamponando;
- 2. Medicazione:**
 - Idrogel coperto con film di poliuretano o idrocolloide, da cambiare ogni 24-48 ore.
 - Prodotti a base di collagenasi + medicazione secondaria con garze, da cambiare ogni giorno.
 - Eventuale rimozione chirurgica parziale o totale.

Si ricorda che **la necrosi del tallone è l'unica che non deve essere rimossa** né chirurgicamente né con utilizzo di medicazioni, a meno che non ci sia infezione, edema o fuoriuscita di liquido dalla stessa.

Il razionale a supporto di questa affermazione si trova insito nella struttura anatomica che risulta essere quasi priva di strato sottocutaneo e di muscoli. L'asportazione dell'escara metterebbe a nudo il tessuto osseo che, essendo facilmente aggredibile dai batteri per la sua caratteristica abbondante vascolarizzazione, andrebbe incontro a osteomielite con compromissione del quadro clinico locale e generale.



Lesione necrotica (fibrinosa)

Obiettivo: Rimozione del tessuto necrotico e conseguente ripristino del tessuto cutaneo e sottocutaneo con controllo del processo infettivo.

Indica la presenza di slough.

Il tessuto devitalizzato può presentarsi anche sotto forma di slough, un materiale che aderisce al letto della lesione in filamenti o in ammassi ispessiti o mucillaginoso. Nella lesione gialla il letto dell'ulcera appare di colore giallo, beige o biancastro a seconda della variabilità nella combinazione dei componenti dello slough, un mix di tessuti devitalizzati, materiale cellulare di sfaldamento, essudato, leucociti, e batteri. Se è presente una gran quantità di globuli bianchi, lo slough tende ad assumere un aspetto cremoso, di colore giallo.

Lesione necrotica fibrinosa a **MEDIO ESSUDATO**



- 1. Detersione:** detersione con soluzione fisiologica/acqua sterile, soluzioni detergenti contenenti tensioattivi; asciugare tamponando;
- 2. Medicazione:**
 - Prodotti a base di collagenasi + medicazione secondaria con garze, da cambiare ogni giorno.
 - Idrogel + medicazione secondaria, da cambiare secondo necessità;
 - Idrogel + medicazione secondaria con idrocolloidi, da cambiare ogni 2/3 giorni.

Lesione necrotica fibrinosa ad **ALTO ESSUDATO**



- 1. Detersione:** detersione con soluzione fisiologica/acqua sterile, soluzioni detergenti contenenti tensioattivi; asciugare tamponando;
- 2. Medicazione:**
 - Alginato di Calcio (o Calcio/Sodio) + medicazione secondaria in schiuma di poliuretano o meglio all'argento o idorfibra all'argento, da cambiare secondo necessità.

Lesione infetta

Obiettivo: abbattere la carica batterica.

Le lesioni possono complicarsi con infezioni che diffondendosi ai tessuti profondi possono causare celluliti, fasciti necrotizzanti, osteomieliti e batteriemie associate a rischio di mortalità. Le manifestazioni cliniche delle infezioni delle lesioni da pressione possono essere estremamente variabili e vanno dal ritardo nella cicatrizzazione alla presenza di intenso eritema, calore, tensione locale con crepitio dei tessuti sottostanti, secrezione purulenta, cattivo odore, ai segni sistemici della sepsi e dello shock settico.

Lesione infetta ad **ALTO ESSUDATO**



- 1. Detersione:** detersione giornaliera con soluzione fisiologica/acqua sterile, soluzioni detergenti contenenti tensioattivi; asciugare tamponando.
- 2. Sbrigliamento** chirurgico
- 3. Medicazione:**
 - Medicazioni a base di alginato con argento (**prova II A**);
 - Antisettici/antibatterici topici e TRATTAMENTO ANTIBIOTICO SISTEMICO.
- 4. Cambio medicazione:** ogni 24 ore. In caso di medicazioni all'argento secondo le indicazioni del produttore e/o secondo indicazione del produttore.

NON VANNO APPLICATE MEDICAZIONI OCCLUSIVE NELLE ULCERE CON INFEZIONI CLINICAMENTE PROVATE (poliuretani, idrocolloidi, idrogeli su supporto poliuretano).

SCONSIGLIATO L'UTILIZZO DELLA GARZA IODOFORMICA, specie se in presenza di grandi lesioni, perché provoca una cessione continua di iodio, citotossica.

Lesione in fase di riepitelizzazione

Obiettivo: Favorire la ricostruzione tissutale proteggere la cute neoformata, fragile e sottile. Promuovere un buon trofismo cutaneo.

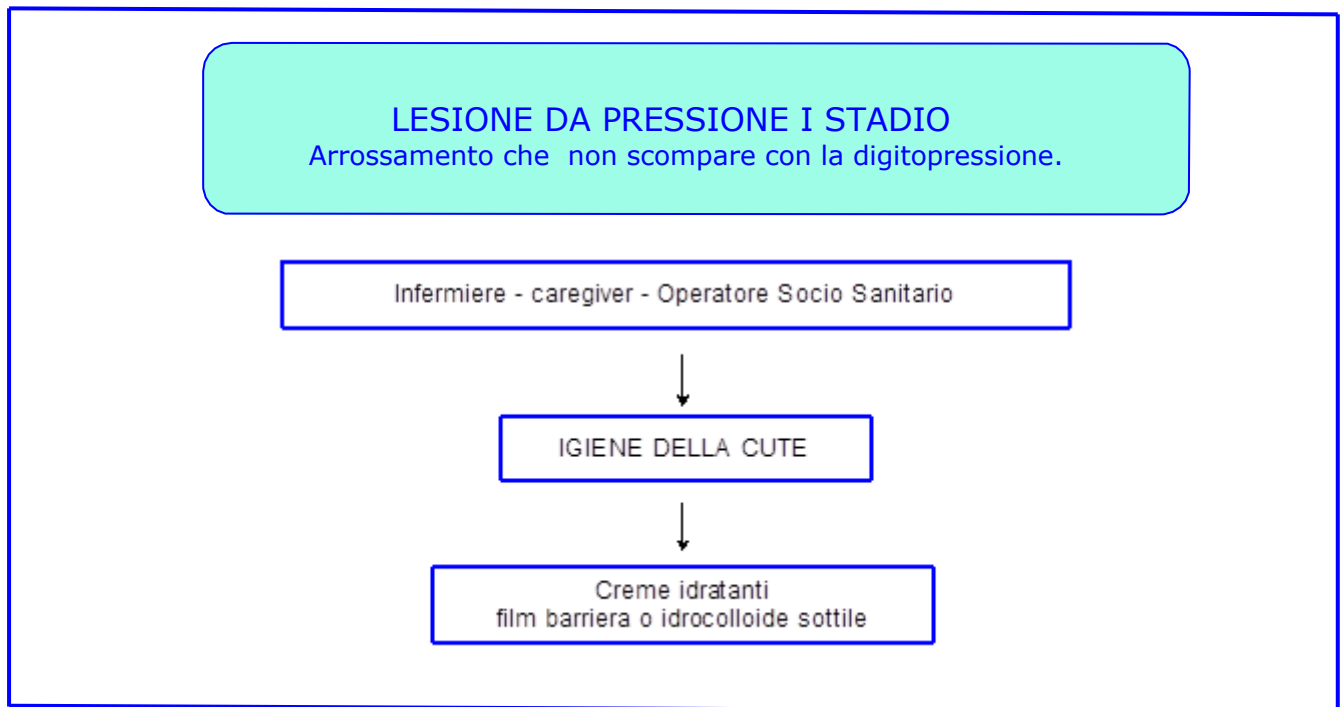
Lesione rosa: indica la riepitelizzazione.

In questa fase, è possibile osservare aree di riepitelizzazione di colore rosa traslucido del tessuto di granulazione, costituite da cellule epiteliali migranti dai bordi dell'ulcera che avanzano in modo concentrico fino a unirsi

- 1. Detersione:** detersione con soluzione fisiologica/ringer/acqua sterile; soluzioni detergenti contenenti tensioattivi;.
- 2. Medicazione:**
 - Schiuma di Poliuretano;
 - Idrocolloide;
 - Collagene.
- 3. Cambio medicazione:** ogni 2 -3 gg in caso di utilizzo di schiuma di poliuretano o idrocolloidi.



Diagrammi di flusso del trattamento delle LdP



LESIONE DA PRESSIONE II STADIO

Ferita a spessore parziale che interessa l'epidermide, il derma o entrambi.

Infermiere - caregiver - Operatore Socio Sanitario

DETERSIONE

Flittene

Abrasione o cratere
di scarsa profondità

film barriera - garza non aderente

idrocolloide o film di poliuretano
garze non aderenti
altro

GESTIONE DELLA LESIONE INFETTA

edema,
arrossamento perilesionale,
dolore, cattivo odore, febbre,
non segni di guarigione
da 2/4 settimane,
esame colturale da
agoaspirato pos.

detersione,
disinfez. con antisettico,
risciacquo con soluzione
fisiologica, medicazione
con alginato con argento,
medicazione secondaria
secondo essudazione,
medicazione giornaliera

infermiere

antibioticoterapia per via sistemica
valutazione e prescrizione medica

rivalutazione dopo
una settimana / 10 giorni

GESTIONE DELLA LESIONE CON SLOUGH

detersione meccanica
e/o collagenasi + idrogeli
tamponamento culturale in caso
di evidenti segni di infezione

GESTIONE DELLA LESIONE NECROTICA

necrosi secca



impacchi con idrogel
proteggendo la cute c
ircostante
o placca di idrocolloide



toilette chirurgica

necrosi secca con
raccolta sottostante




toilette chirurgica
secondo necessità

necrosi umida



toilette chirurgica,
in caso di impossibilità
impacchi
di idrogeli

	Regione Abruzzo Azienda USL PESCARA	P.C.A. PREVENZIONE E TRATTAMENTO DELLE LESIONI CUTANEE DA PRESSIONE	Pagina 51 di 59
			Rev. 00 del 01/06/2016

SEZIONE V

TERAPIE AGGIUNTIVE

Sommario delle Raccomandazioni per le terapie complementari delle LdP

Raccomandazione 1

- 1.** L'utilizzo dei raggi infrarossi/ultravioletti, della laserterapia, della terapia iperbarica, degli ultrasuoni, della terapia elettromagnetica va considerato caso per caso. [C]

Raccomandazione 2

- 2.** L'uso di agenti topici di varia natura come ad esempio zucchero, miele, vitamine, aminoacidi, ormoni non è stata stabilita con evidenze certe, pertanto se ne sconsiglia l'uso. [E]

Raccomandazione 3

- 3.** Il ricorso alla pressione topica negativa - TNP - va riservato ai casi in cui sono presenti lesioni profonde, molto essudanti e/o con slough valutando caso per caso. Questa tecnica va evitata se non è stato effettuato lo sbrigliamento del tessuto necrotico secco. [C]

LA TERAPIA A PRESSIONE NEGATIVA (TPN) O NEGATIVE PRESSURE WOUND THERAPY (NPWT)

La terapia a pressione negativa topica ha lo scopo di favorire la cicatrizzazione delle lesioni cutanee croniche e di trattare le lesioni acute.

Il razionale su cui si basa è che la pressione negativa rimuove i fluidi extra cellulari e l'essudato, riduce l'edema e migliora il flusso sanguigno, fornendo così l'ossigenazione e il nutrimento ai tessuti nel sito della lesione e accelerando la cicatrizzazione, inoltre riduce la carica batterica. La pressione negativa è applicata in un range di 50-175 mmHg e può essere applicata in modo intermittente o continuo.

Un riempimento in schiuma o garza è applicato nello spazio della lesione, un tubicino è inserito nella ferita, il tutto è sigillato con una pellicola adesiva.

La pellicola gas-permeabile permette lo scambio gassoso e allo stesso tempo protegge la ferita. Il tubicino applica la pressione negativa e si genera un effetto ventosa attorno all'applicazione della schiuma o della garza. Il cambio della schiuma è raccomandato ogni 48 ore per gli adulti e giornalmente per adolescenti e bambini, della garza ogni 72 ore.

La terapia è principalmente utilizzata per la gestione dei pazienti con lesioni cutanee croniche e acute, incluse lesioni da pressione, ulcere diabetiche, traumi, ustioni, tagli chirurgici che dovranno riparare per II intenzione. La Terapia a pressione negativa (TPN) è generalmente proposta come seconda linea di trattamento, cioè in lesioni che non hanno ridotto del 50% la loro estensione a un mese dall'inizio del trattamento standard. Essendo la terapia considerata non invasiva, è stata considerata una buona candidata nei pazienti che non possono essere sottoposti a chirurgia.

I principi generali per il trattamento TPN, sono:

- adottarlo come trattamento precoce nelle ferite di grado III e IV (**raccomandazione C**);



- rimuovere la necrosi prima di applicare la TPN (**raccomandazione A**);
- seguire le indicazioni consigliate nell'applicare e nel rimuovere la medicazione a contatto con la ferita (**raccomandazione C**);
- valutare le condizioni della lesioni ad ogni cambio della medicazione (**raccomandazione C**);
- nel caso in cui il paziente avverta dolore o nel dubbio che questo possa essere indotto, considerare l'applicazione di una garza non aderente alle ferite, l'utilizzo di pressioni inferiori e/o la modifica delle modalità di applicazione della pressione (continua o intermittente) (**raccomandazione C**);
- educare il paziente e i suoi familiari sulle caratteristiche del trattamento quando questo viene eseguito a domicilio (**raccomandazione C**).

TRATTAMENTO CON ELETTROTHERAPIA

Va preso in considerazione un ciclo per le lesioni da pressione di grado III e IV che non abbiano risposto positivamente alla terapia convenzionale.

La stimolazione elettrica può essere usata nel caso di lesioni ostinate di grado II (**raccomandazione A**).

FATTORI DI CRESCITA

I fattori di crescita derivati dalla piastrine si sono dimostrati utili nel promuovere la guarigione delle ulcere da pressione, ma le prove accumulate non sono ancora sufficienti a raccomandarne un uso routinario (**raccomandazione B**).

SEZIONE VI

COMPLICANZE DELLE LESIONI DA PRESSIONE

Quando non viene attuato un trattamento adeguato alla lesione possono insorgere delle complicanze più o meno gravi che compromettono il processo di guarigione e mettono a rischio la vita stessa del paziente.

Tra le complicazioni che si possono manifestare, annoveriamo:

- Contaminazione e infezione della lesione;
- Osteiti ed osteomieliti;
- Ascessi saccati e fistole;
- Sepsi;
- Batteriemie.




“L’infezione localizzata può essere accompagnata o meno dai classici segni e sintomi di infiammazione. Quando non lo è, si usano vari termini per definirla, per es. colonizzazione critica.”

- **contaminazione:** presenza di microrganismi e loro aderenza ai tessuti (aderenza microbica) in assenza di proliferazione (*Dissemond et al, Skin Pharmacol Physiol 2011;24:245-255*);
- **colonizzazione:** presenza di microrganismi proliferanti; assenza (iniziale) di una reazione immunologica clinicamente significativa dell’ospite (*Dissemond, op. cit.*);
- **colonizzazione critica:** proliferazione microbica significativa in assenza di segni classici di infezione, ma con ritardo della guarigione della ferita (*Dissemond, op. cit.*);
- **infezione locale:** reazione immunologica dell’ospite clinicamente visibile con tipici segni di infezione... e aumento della quantità e della viscosità dell’essudato (*Dissemond, op. cit.*);
- **infezione sistemica:** presenza di segni di reazione sistemica dell’ospite, come leucocitosi, aumento della PCR e febbre, in aggiunta alle reazioni infiammatorie locali (*Dissemond, op. cit.*).

Nella maggior parte dei casi, pulizia e sbrigliamento adeguati impediscono alla colonizzazione batterica di procedere fino al punto di infezione clinica.

La diagnosi clinica di infezione non è sempre facile ed immediata vanno quindi tenuti in considerazione una serie di segni e sintomi locali quali: essudazione purulenta; essudazione non purulenta; allargamento delle dimensioni della lesione; arresto della riparazione; fragilità e facile sanguinamento del fondo; aumento dell’induito sanioso (frammenti cellulari necrotici, batteri proliferanti); aumento del dolore; odore nauseante; linfangite satellite; cellulite satellite.

	Regione Abruzzo Azienda USL PESCARA	P.C.A. PREVENZIONEE TRATTAMENTO DELLE LESIONI CUTANEE DA PRESSIONE	Pagina 54 di 59
			Rev. 00 del 01/06/2016

Il gold standard, secondo le raccomandazioni dell'EPUAP-NPUAP, per esaminare la carica microbica è la coltura quantitativa del tessuto vitale della ferita. I tamponi superficiali riveleranno solamente l'organismo che colonizza la ferita senza mai riflettere l'infezione del tessuto profondo. Un'alternativa accettabile alla coltura quantitativa del tessuto è la tecnica di Levine:

- pulire la ferita con normale soluzione salina;
- asciugare con garza sterile;
- effettuare la coltura del tessuto sano che si vede nel letto della ferita;
- non effettuare la coltura sull'essudato, pus, escara o tessuto molto fibroso;
- ruotare la porzione terminale di un applicatore fornito di punta sterile con alginato sull'area di 1 cm x 1 cm per 5 secondi;
- applicare una pressione sufficiente al tampone per provocare la fuoriuscita del fluido dal tessuto;
- usare una tecnica sterile per rompere la punta del tampone in un dispositivo di raccolta designato alla coltura quantitativa.

Secondo il Centers for Disease Control and Prevention (CDC, Atlanta) l'esame colturale deve essere realizzato tramite una coltura di fluido ottenuto attraverso aspirazione con ago o biopsia del tessuto della lesione.

N.B.: Nel caso di ferita infetta, con infezione in progressione va presa in considerazione la terapia antibiotica che deve essere somministrata per via sistemica in associazione a trattamento locale con antisettici. Non è raccomandata la terapia antibiotica locale, per minimizzare il rischio di allergie e lo sviluppo di resistenze batteriche.

Osteiti ed osteomieliti

Rappresentano il 10% di tutte le complicanze e hanno come conseguenza l'artrite settica e il piodartro. La cute che sovrasta l'osso colpito è arrossata, edematosa, tesa e dolente. La radiografia può evidenziare aree di rarefazione ossea. In caso di artrite purulenta si possono avere gravi compromissioni dell'articolazione che può andare incontro ad apertura con conseguente disarticolazione e nei casi più gravi estensione dell'infezione agli organi contigui.

La diagnosi clinica dell'osteomielite nella maggior parte dei casi è una diagnosi di sospetto, basata su segni e sintomi di un processo flogistico localizzato ai tessuti molli. La diagnosi va confermata con esame istologico e microbiologico dopo biopsia ossea.

Ascessi saccati


Originano dalla proliferazione batterica sotto i bordi della lesione, con conseguente colliquazione tissutale: il materiale di colliquazione può progredire soprattutto lungo gli interstizi muscolari provocando scollamenti che saranno sede di raccolte purulente a distanza; la fistolizzazione può farsi strada anche verso gli organi interni, originando fistole uretro-cutanee e retto-cutanee.

Batteriemie e sepsi

Sono complicanze rare ma estremamente gravi che coinvolgono l'intero organismo e che si manifestano l'una con la presenza di batteri vitali nel circolo ematico, l'altra con la presenza di organismi patogeni o presenza di loro tossine nel sangue o nel tessuto.

Tra i segni clinici di sepsi vi sono febbre; tachicardia; ipotensione; leucocitosi; compromissione dello stato mentale.



	Regione Abruzzo Azienda USL PESCARA	P.C.A. PREVENZIONEE TRATTAMENTO DELLE LESIONI CUTANEE DA PRESSIONE	Pagina 55 di 59
			Rev. 00 del 01/06/2016

SEZIONE VII

IL DOLORE NELLA PERSONA CON LESIONE DA PRESSIONE

Il dolore è una spiacevole esperienza sensoriale ed emotiva di carattere soggettivo, associata ad un effettivo o potenziale danno tissutale. È qualsiasi sofferenza fisica che un soggetto afferma di provare e che esiste quando egli dice che esiste.

In base alla durata e alla causa specifica il dolore viene classificato in due importanti categorie:

- **dolore acuto:** dura meno di sei mesi ed è spesso associato ad una lesione specifica;
- **dolore cronico:** dura più di sei mesi e può o non può essere associato ad una causa specifica.

La percezione del dolore secondo Melzack e Casey (1968) ha tre componenti distinte:

1. sensoriale (legata a sede, tipo e caratteristiche dello stimolo doloroso);
2. cognitiva (vissuto soggettivo, esperienza del dolore modificata dai significati attribuiti, strategie di risposte);
3. affettiva (stimolo doloroso accomunato a vissuti emotivi).

La dimensione sensoriale riguarda l'intensità ed il tipo di dolore che la risposta infiammatoria scatena in conseguenza al danno tissutale iniziale. Questo tipo di dolore diminuisce nelle lesioni acute, mentre nelle lesioni croniche aumenta al protrarsi della risposta infiammatoria incrementando la sensibilità della area interessata dal danno.

E' disponibile poca documentazione sul dolore associato a LdP. Il dolore potrebbe esistere e si dovrebbe verificarne la presenza e l'intensità, quale parte integrante della diagnosi e del trattamento delle lesioni stesse. Il dolore svolge una funzione protettiva in quanto segnala la presenza di un danno inducendo il soggetto ad assumere comportamenti finalizzati alla protezione dell'area interessata e la conseguente riparazione del danno stesso.

Il dolore potrebbe essere stimolato o rivelarsi particolarmente acuto durante i cambi di medicazione o lo sbrigliamento della lesione. Il prestatore di cure dovrebbe cercare di evitare tale disagio o fare in modo di alleviarlo; in uno studio condotto da Krasner nel 1995 vi è un tentativo di differenziazione tra dolore eziologico della lesione e quello iatrogeno causato dal cambio della medicazione.

Le manipolazioni ripetute delle lesioni dovute al cambio di medicazione possono essere la causa di ulteriori stimoli dolorosi. Durante il cambio di medicazione, il soggetto può avvertire qualsiasi stimolo come doloroso (allodinia). L'alterazione dei nervi determinata dal danno tissutale può portare il soggetto ad avvertire sensazioni dolorose indipendentemente dall'intensità degli stimoli (dolore neuropatico); stimoli leggeri come ad esempio modificazione della temperatura o spostamento dell'aria possono generare sensazioni dolorose intense. In presenza di danno tissutale profondo con distruzione dei recettori nervosi l'intensità del dolore generalmente diminuisce.

La gestione del dolore può richiedere diversi interventi simultanei come riportati di seguito e dovrebbe valutare l'efficacia dell'intervento apportando aggiustamenti basati sulle risposte verbali, relazionali e fisiche del soggetto.



VALUTAZIONE DELL'INTENSITÀ DEL DOLORE

Per valutare il dolore bisognerebbe parlare con il soggetto ed osservare il modo in cui risponde. Sono inoltre disponibili una serie di scale di valutazione dell'intensità del dolore collaudate che andrebbero impiegate.

Esistono vari strumenti per la misurazione del dolore, la scelta dello strumento più appropriato, viene fatta in base alle capacità cognitive e collaborative del paziente.

Per esempio nelle persone con deficit cognitivi/comunicativi, possono essere utilizzate la *ABBEY PAIN SCALE* o la scala *DOLOPLUS* o altre ancora, dove l'operatore fa una valutazione oggettiva del sintomo dolore osservando specifici comportamenti assunti durante le procedure di medicazione come i movimenti di evitamento, le smorfie, le grida o altri segni non verbali di dolore (**prova III A**). Quando invece la persona è in grado di collaborare, lo strumento più immediato ed efficace è costituito dalla scala **VAS** (Visual Analogue Scale), che permette la valutazione **soggettiva** del sintomo dolore, semplicemente chiedendo alla persona di quantificare il dolore secondo un valore che va da 0 a 10.

Di seguito si riporta la scala numerica VAS a 10 livelli.

SCALA VAS PER LA VALUTAZIONE DEL DOLORE

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
nessun dolore	Lieve (I grado)				Moderato (II grado)		Severo (III grado)			

SCALA DELL'OMS PER L'IMPIEGO DI ANALGESICI PER ALLEVIARE IL DOLORE

	I° grado	II° grado	III grado
	Paracetamolo o FANS ± adiuvanti	Tramadolo Codeina+Paracetamolo Ossicodone+Paracetamolo Oppiacei deboli ±Paracetamolo o FANS ± Adiuvanti	Buprenorfina Morfina Ossicodone Fentanil Oppioidi forti ±Paracetamolo FANS ± Adiuvanti



DOLORE IN SEDE DI CAMBIO DELLA MEDICAZIONE

E' stato riscontrato in vari studi che le medicazioni nei soggetti affetti da lesioni croniche vengono cambiate spesso, esacerbando il dolore sofferto. Secondo quanto riferiscono gli infermieri il cambio della medicazione è l'operazione più dolorosa nella cura delle lesioni; il dolore viene inoltre ulteriormente aggravato quando la medicazione rimane attaccata alla lesione e quando la rimozione della medicazione provoca lacerazione della cute. Altre cause del dolore sono lo sbrigliamento della crosta e del tessuto necrotico, l'applicazione di disinfettanti e le procedure di detersione delle lesioni.

Quindi sarebbe opportuno eseguire una valutazione del dolore prima e durante le fasi di medicazione, oltre che negli intervalli tra le medicazioni (**prova III A**).

Nonostante il problema dolore sia riconosciuto viene spesso ignorato o non affrontato adeguatamente al momento del cambio di medicazione.

IL CONTENIMENTO DEL DOLORE

Gli analgesici possono ridurre l'intensità o la durata del dolore, ma solo un anestetico locale totale applicato alla zona interessata è in grado di eliminare tutte le sensazioni.

Occorre quindi affrontare il problema ricorrendo all'uso di farmaci e di tecniche specifiche durante la procedura di applicazione e cambio della medicazione.

USO DI FARMACI – ANALGESIA

Misurare il dolore, valutando il suo andamento nel tempo in relazione ai trattamenti ricevuti è indispensabile per progettare un trattamento analgesico adeguato (**prova III A**).

Ogni soggetto portatore di LdP dovrebbe essere valutato prima della rimozione della medicazione. In presenza di dolore o in mancanza di controllo efficace del dolore causato da altre patologie, il regime di analgesia del soggetto va rivisto e se necessario va consultato uno specialista. Non è comunque sempre possibile attendere l'intervento di uno specialista prima di intervenire sul soggetto, per cui occorre applicare nel frattempo i principi basilari di contenimento del dolore. A tale proposito l'OMS ha stilato una scala analgesica di riferimento per la titolazione della potenza e dose di analgesici in base all'intensità del dolore. (V. figure pagina precedente).

METODI NON FARMACOLOGICI PER LA RIDUZIONE DEL DOLORE

Il coinvolgimento del soggetto, risulta essere un presupposto fondamentale per una buona gestione del dolore; qualora le condizioni cliniche lo consentano è pertanto necessario che lo stesso venga sempre informato sulle procedure che saranno messe in atto.

Alcuni metodi utilizzabili per ridurre la percezione del dolore al momento del cambio di medicazione sono:

1. insegnare alle persone collaboranti le tecniche cognitivo-comportamentali specifiche (distrazione e tecnica dell'interruttore) e delle tecniche psicofisiologiche (respirazione profonda, tecnica immaginativa, musicoterapica);
2. informare sempre il soggetto delle procedure che verranno attuate;




3. valutare e se richiesto in modo esplicito, favorire la partecipazione/collaborazione del paziente alla medicazione;
4. invitare il paziente a concordare i tempi della medicazione offrendogli delle pause;
5. arrestare l'intervento se il paziente si preoccupa di non riuscire a comunicare stabilendo un segnale.

SCelta E RIMOZIONE DELLA MEDICAZIONE

E' essenziale scegliere medicazioni che al momento della rimozione provochino il minimo dolore possibile. L'utilizzo di medicazioni che rimangono adese alla ferita (es. garze) provocano la trasmissione di una quantità maggiore di informazioni sensoriali dolorose ai nervi recettori della cute, al contrario delle medicazioni umide (es. idrogeli, idrofibre, arginati, etc.) che non aderendo alla lesione vengono rimosse delicatamente minimizzando il dolore al momento della rimozione.

Nella tabella seguente si riportano le cause più frequenti di dolore durante il trattamento di una LdP e le eventuali misure preventive.

Cause di dolore	Misure preventive per la contenzione del dolore
Essiccazione della medicazione	<ul style="list-style-type: none"> • Effettuare il bagno della medicazione prima della sua rimozione.
Aderenza della medicazione alla lesione e utilizzo di prodotti traumatizzanti	<ul style="list-style-type: none"> • Utilizzare medicazioni non traumatizzanti che provochino minimo dolore al momento della rimozione quali: schiume, idrocolloidi, idrogeli, idrofibre, alginati e siliconi morbidi ed in grado di permanere in situ il più a lungo possibile e ridurre il numero dei cambi necessari.
Uso di medicazione non idonea al tipo di lesione	<ul style="list-style-type: none"> • Cambiare tipo di medicazione se al momento della rimozione il paziente riferisce dolore e sono manifesti segni di sanguinamento o traumi alla lesione o alla cute circostante e se al momento della sostituzione è stato necessario bagnarla preventivamente.
Detersione e cura della lesione	<ul style="list-style-type: none"> • Riscaldare i prodotti per la detersione prima del loro utilizzo (temperatura ideale 37 °C); • irrigare la lesione con bassa pressione (modalità ideale a caduta) • toccare la lesione delicatamente e il minor numero di volte possibile; • evitare di esporre la lesione a correnti d'aria e/o all'esposizione prolungata.
Eliminazione del tessuto necrotico	<ul style="list-style-type: none"> • Privilegiare l'uso di prodotti enzimatici o idrogeli per favorire la detersione della lesione; • effettuare un'analgesia di copertura, in caso di toilette chirurgica
Fattori psicologici ed emotivi	<ul style="list-style-type: none"> • Parlare alla persona della possibilità di provare dolore ed individuare ciò che la persona considera come causa di dolore. Stabilire un segnale che indichi la sospensione momentanea della pratica.

	Regione Abruzzo Azienda USL PESCARA	P.C.A. PREVENZIONE E TRATTAMENTO DELLE LESIONI CUTANEE DA PRESSIONE	Pagina 59 di 59
			Rev. 00 del 01/06/2016

Bibliografia:

- Prevenzione e Trattamento delle Lesioni da Decubito, procedura ospedaliera "San Filippo Neri". Rev. n. 1 Data 07/08/2010.
- Lesioni da pressione: *prevenzione e trattamento*, linee guida di riferimento regionale (Regione autonoma Friuli Venezia Giulia).
- Progetto formativo 2008 per infermieri dipendenti asl cn2.
- Linee guida Consiglio sanitario Regionale, Regione Toscana. Pubblicazione 2005; primo aggiornamento 2012.
- Le medicazioni avanzate per il trattamento delle ferite acute e croniche. Dalle evidenze della letteratura alla pratica quotidiana (Febbraio 2012) Regione Emilia Romagna.
- Gestione delle lesioni da decubito. Azienda O. - U. "Ospedali Riuniti Umberto I - Lancisi - Salesi" - Ancona Corso di Laurea in Infermieristica S.O.D.: Chirurgia Toracica - Otorinolaringoiatria.
- Prevenzione e trattamento delle lesioni da pressione. Revisione N°0 del 11/01/2013 Azienda ULSS N. 13 - Mirano, Presidio Ospedaliero di: Dolo/Mirano/Noale.
- Linee guida per la prevenzione e il trattamento delle lesioni da pressione. Azienda ULSS16 Padova. (febbraio 2005).
- "PREVENZIONE E TRATTAMENTO DELLE LESIONI DA PRESSIONE" Update della Linea Guida dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria S.Orsola-Malpighi e condivisa da un gruppo di lavoro provinciale comprendente rappresentanti dell'AZOSP e dell'AUSL di Bologna. Febbraio 2010. Prossima revisione prevista per il 2012.
- LE ULCERE DA PRESSIONE: PREVENZIONE E TRATTAMENTO. Data di emissione Dicembre 2011 Rev. 00. ASL Brescia.
- PROFILO DI CURA: PREVENZIONE E TRATTAMENTO DELLE LESIONI DA PRESSIONE. ASUR Marche, data emissione ottobre 2015.
- PRINCIPI DI BEST PRACTICE: LE FERITE INFETTE NELLA PRATICA CLINICA - MEP Ltd 2008.
- EWMA Document: Debridement 2013.
- Walker CM, Bunch FT, Cavros NG; Dippel EJ. Multidisciplinary approach to the diagnosis and management of patients with peripheral arterial disease. Clin Interv Aging. 2015 Jul 10;10;1147. Doi:10.2147/CIA.S79355 e Collection 2015.

Sitografia:

SNLG: Sono le linee guida del Sistema Nazionale Linee Guida dell'Istituto Superiore di Sanità sulla prevenzione e il trattamento delle lesioni da pressione. Il documento, pubblicato nel 2005, è stato aggiornato nel 2012.

Evidence based Nursing: Nel 2010 il gruppo di lavoro di evidence based nursing dell'Azienda Ospedaliera Sant'Orsola Malpighi ha pubblicato le linee guida sulla prevenzione e trattamento delle lesioni da pressione. Il documento è stato riaggiornato nel 2012.

NICE: Sono le linee guida più recenti per quanto riguarda la prevenzione e il trattamento delle lesioni da pressione: sono state infatti pubblicate ad aprile 2014. Sono disponibili in vari formati (esteso, in sintesi, per il paziente). Sono solo in lingua inglese.

NPUAP e EUPAP: Guida, nata dal lavoro di collaborazione del *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP) e dell'*European Pressure Ulcer Advisory Panel* (EPUAP), vuole essere uno strumento di consultazione rapida per gli operatori sanitari. Il documento è aggiornato al 2009 ed è in lingua inglese.





- ww.aiuc.it
- www.aislec.it
- www.npsa.nhs.uk
- www.ipasvi.it
- www.patientsafety.ucl.ac.uk
- www.Giustizia.it
- www.jcaho.org
- www.npsf.org
- www.patientsafety.gov
- www.regione.emilia-romagna.it/agenzia/aree/accred/g
- est-_rischio
- www.etr.org
- www.ulcesur.com
- www.decubitus.org
- www.npuap.org
- www.wound.sa.edu.au
- www.woundcare.org
- www.woundcaresociety.org
- www.woundcareinternational.com
- www.woundhealer.com
- www.woundhealsoc.org
- www.wocn.org
- www.wcs-nederland.nl
- www.tuttosanità.it
- www.sant'orsola.it
- www.nurseasarea.it
- www.regionelazio.it
- www.larivistadellepolitichesociali.it
- www.eukra.com



Data / /

SCHEDA DI VALUTAZIONE DELLE LESIONI CUTANEE

Cognome

Nome

TIPO LESIONE:

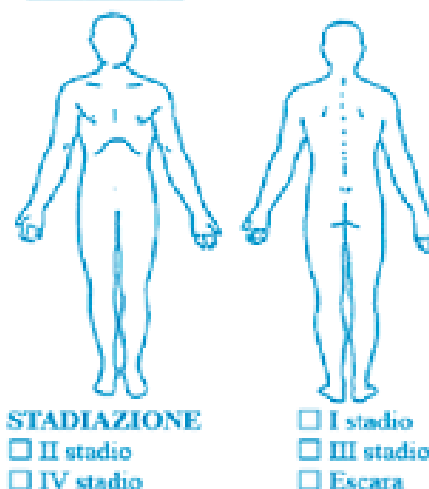
Lesione da decubito

Ulcera venosa Ulcera arteriosa mista (.....) ABI _____

Ulcera diabetica: - arteriopatica - neuropatica

altro _____

sede			
Seleo intergluteo			
Gluteo dx	Gluteo sin	Cresta tibiale dx	Cresta tibiale sin
Trocantere dx	Trocantere sin	Gamba dx	Gamba sin
Ischio dx	Ischio sin	Malleolo interno dx	Malleolo interno sin
Cresta iliaca dx	Cresta iliaca sin	Malleolo esterno dx	Malleolo esterno sin
Ginocchio dx	Ginocchio sin	Tallone dx	Tallone sin
altro		altro	



Wound bed score

Caratteristiche del letto	0	1	2
Bordi in via di guarigione	No	25-75%	> 75%
Escara nera	> 25% dell'area della lesione	0-25%	Assente
Profondità/granulazione	Severamente depresso o rialzato se comparato con la cute circostante	Moderato	Pareggiato o quasi
Quantità di esudato	Severo	Moderato	Lieve o assente
Edema	Severo	Moderato	Lieve o assente
Dermatite perilesionale	Severo	Moderato	Minima o assente
Bordi callosi/fibrosi	Severo	Moderato	Minima o assente
Letto della ferita rosa	Necrosi/fibrina	50-75%	> 75%
Punteggio 0 - 16	Valore rilevato =		

Cute perilesionale

X	MANIFESTAZIONE	Definizione
	normale	La cute non presenta nessun segno di sofferenza, si presenta ben detera ed idratata
	macerazione	Contatto prolungato nel tempo con liquidi che determinano alterazione del pH e della struttura della cute
	Eritema	Arrossamento della pelle determinato dall'aumentata vasodilatazione del derma superficiale
	Edema	Accumulo di liquido in un punto/i ben circoscritto/i
	Inflamazione o flogosi	Complesso dei processi locali con i quali l'organismo risponde all'azione di agenti nocivi per i tessuti
	Secca	Desquamazione furfuracea che in alcuni casi estremi evolve verso la xerosi con ragadi. La cute secca è molto facilmente aggredibile, può essere responsabile di sensibilizzazione e dermatite da contatto allergica
	Papule	Lesione rilevata, circoscritta di dimensioni inferiori al cm non contenente liquido
	Fimene	Accumulo di liquido in un punto ben circoscritto. Si formano per un'inflamazione della pelle. Possono avere dimensioni che vanno da una gocciolina perlacea fino a bolle di parecchi centimetri
	Prurito	Tipica situazione di fastidio dermico, per cui viene spontaneo grattarsi la pelle, in certi casi eccessivamente, arrivando addirittura a creare delle vere e proprie ferite, possibili cause di infezioni

DIMENSIONI:

LARGHEZZA cm _____ ALTEZZA cm _____ VOLUME cc _____

Parametri infezione	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
<input type="checkbox"/> essudato purulento		
<input type="checkbox"/> aumento essudazione		
<input type="checkbox"/> aumento dimensioni ulcera		
<input type="checkbox"/> arresto guarigione		
<input type="checkbox"/> comparsa/aumento dolore		
<input type="checkbox"/> odore nauseabondo		
<input type="checkbox"/> fragilità/facile sanguinamento del fondo		
<input type="checkbox"/> colore verdastro		
<input type="checkbox"/> linfangite		
<input type="checkbox"/> cellulite		

Valutazione del dolore

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Valutazione dolore da cambio di medicazione

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Valutazione dolore da medicazione

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

MEDICAZIONE	
Presidio	
Frequenza	

BENDAGGIO	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
<input type="checkbox"/> Terapia compressiva		
<input type="checkbox"/> Bendaggio multistrato		
<input type="checkbox"/> Calza elastica		
<input type="checkbox"/> Altro		

ESSUDATO	
0	Assenza di essudato, lesione secca, presenza di crosta
1	Totalmente controllato, quantità nulla-poca, non richiede medicazioni assorbenti oppure la medicazione può rimanere in sede fino ad 1 settimana
2	Parzialmente controllato, quantità moderata, la medicazione può essere cambiata ogni 2-3 giorni
3	Non controllato, ferita iperessudante, è richiesto un cambio di medicazione assorbente 1 o più volte al giorno





"Push Tool Scale" è uno strumento di valutazione e monitoraggio dello stato delle lesioni da pressione. Ciascuno dei parametri vengono convertiti in un sub-score, i 3 punteggi vengono sommati per produrre un punteggio totale che sarà sempre compreso tra "0" (ferita chiusa) e "17" (punteggio massimo).

Lunghezza x larghezza

- misurare la lunghezza e la larghezza massima, moltiplicare queste due misure per determinare l'area (utilizzare sempre lo stesso metodo).

Essudato

- Stima della quantità di essudato.

Tipo di tessuto

Tipo di tessuto presente sul letto della ferita:

- Score "4" tessuto necrotico presente (tessuto nero, marrone che aderisce sul letto della ferita);
- Score "3" se c'è qualsiasi quantità di slough (tessuto giallo o bianco che aderisce sul letto della ferita);
- Score "2" ferita pulita con tessuto di granulazione (tessuto rosa o rosso umido con aspetto granulare);
- Score "1" ferita riepitelizzata (superficie nuovo, tessuto rosa);
- Score "0" ferita chiusa, completamente ricoperta di epitelio (nuova pelle).

LUNGHEZZA X LARGHEZZA cm ²	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	0 cm ²	>0.3 cm ²	0.3 – 0.6 cm ²	0.7-1.0 cm ²	1.2 -2.0 cm ²	2.1 -3.0 cm ²	3.0-4.0 cm ²	4.1-8-0 cm ²	8.1-12.0 cm ²	12.1-24.0 cm ²	>24.0 cm ²
ESSUDATO	0	1	2	3							
	ASSENTE	LIEVE	MODESTO	ELEVATO							
TIPOLOGIA DI TESSUTO	0	1	2	3	4						
	CUTE INTEGRA	TESSUTO EPITELIALE	TESSUTO DI GRANULAZIONE	SLOUGH	TESSUTO NECROTICO						

I parametri in considerazione sono le caratteristiche più indicative della guarigione:

- *area*
- *quantità di essudato*
- *tessuti presenti nel letto della lesione*

Ad ogni parametro si attribuisce dei punteggi parziali. Il punteggio totale rappresenta la valutazione complessiva della lesione.

Il monitoraggio della LdP deve essere effettuato con frequenza settimanale.

DATA/...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../.....
Area Sub- totale	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Essudato Sub- totale	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Tessuto Sub- totale	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
PUNTEGGIO TOTALE	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....

DATA/...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../.....
Area Sub- totale	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Essudato Sub- totale	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Tessuto Sub- totale	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
PUNTEGGIO TOTALE	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....

DATA/...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../.....
Area Sub- totale	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Essudato Sub- totale	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Tessuto Sub- totale	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
PUNTEGGIO TOTALE	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....



SCALA DI BRADEN

Indicatori e Variabili	4	3	2	1
Percezione sensoriale. Abilità a rispondere in modo corretto alla sensazione di disagio correlata alla pressione.	Non limitata. <input type="checkbox"/> Risponde agli ordini verbali. Non ha deficit sensoriale che limiti la capacità di sentire ed esprimere il dolore o il disagio.	Leggermente limitata. <input type="checkbox"/> Risponde agli ordini verbali ma non può comunicare sempre il suo disagio o il bisogno di cambiare posizione. O Ha impedimenti al sensorio che limita la capacità di avvertire il dolore o il disagio in 1o 2 estremità.	Molto limitata. <input type="checkbox"/> Risponde solo a stimoli dolorosi. Non può comunicare il proprio disagio se non gemendo o agitandosi. O Ha impedimento al sensorio che limita la percezione del dolore almeno per la metà del corpo.	Completamente limitata. <input type="checkbox"/> Non vi è risposta (non geme, non si contrae o afferra)allo stimolo doloroso, a causa del diminuito livello di coscienza od alla sedazione. O Limitata capacità di percepire dolore in molte zone del corpo.
Umidità. Grado di esposizione della pelle all'umidità.	Raramente bagnato. <input type="checkbox"/> La pelle è abitualmente asciutta. Le lenzuola sono cambiate ad intervalli di routine.	Occasionalmente bagnato. <input type="checkbox"/> La pelle è occasionalmente umida, richiede un cambio di lenzuola extra 1 volta al giorno.	Spesso bagnato. <input type="checkbox"/> Pelle sovente ma Non sempre umida. Le lenzuola devono essere cambiate almeno 1 volta per turno.	Costantemente bagnato. <input type="checkbox"/> La pelle è mantenuta costantemente umida dalla traspirazione, dall'urina, ecc. Ogni volta che il paziente si muove o si gira lo si trova sempre bagnato.
Attività. Grado di attività fisica.	Cammina Frequente-mente. <input type="checkbox"/> Cammina al di fuori della camera almeno 2 volte al giorno e dentro la camera 1 volta ogni due ore (al di fuori delle ore di riposo).	Cammina occasionalmente. <input type="checkbox"/> Cammina occasionalmente durante il giorno ma per brevi distanze cono senza aiuto, trascorre la maggior parte di ogni turno aletto o sulla sedia.	In poltrona. <input type="checkbox"/> Capacità di camminare severamente limitata o inesistente. Non mantiene la posizione eretta e/o deve essere assistito nello spostamento sulla sedia a rotelle.	Allettato. <input type="checkbox"/> Costretto a letto.
Mobilità. Capacità di cambiare e di controllare le posizioni del corpo.	Limitazioni assenti. <input type="checkbox"/> Si sposta frequentemente e senza assistenza.	Parzialmente limitata. <input type="checkbox"/> Cambia frequentemente la posizione con minimi spostamenti del corpo.	Molto limitata. <input type="checkbox"/> Cambia occasionalmente posizione del corpo o delle estremità, ma è incapace di fare frequenti o significativi cambiamenti di posizione senza aiuto.	Completamente immobile. <input type="checkbox"/> Non può fare alcun cambiamento di posizione senza assistenza.
Nutrizione. Assunzione usuale di cibo.	Eccellente. <input type="checkbox"/> Mangia la maggior parte del cibo, Non rifiuta mai il pasto, talvolta mangia tra i pasti. Non necessita di integratori.	Adeguata. <input type="checkbox"/> Mangia più della metà dei pasti, 4 porzioni o più di proteine al giorno. Usualmente assume integratori. O Si alimenta artificialmente con TPN, assumendo il Quantitativo nutrizionale necessario.	Probabilmente inadeguata. <input type="checkbox"/> Raramente mangia un pasto completo, generalmente mangiala metà dei cibi offerti. Le proteine assunte includono 3 porzioni di carne o latticini al giorno, occasionalmente integratori alimentari. O Riceve meno quantità ottimale di dieta liquida o enterale (con SNG)	Molto povera. <input type="checkbox"/> Non mangia mai un pasto completo. Raramente mangia più di 1/3 di qualsiasi cibo offerto. 2 o meno porzioni di proteine al giorno. Assume pochi liquidi e nessun integratore. O E' a digiuno o mantenuto con fleboclisi o beve bevande per più di 5 giorni.
Frizionamento e scivolamento		Senza problemi apparenti. <input type="checkbox"/> Si sposta nel letto e sulla sedia in modo autonomo ed ha sufficiente forza muscolare per sollevarsi completamente e durante i movimenti.	Problema potenziale. <input type="checkbox"/> Si muove poco e necessita di assistenza minima. Durante lo spostamento la cute fa attrito con le lenzuola o con il piano della poltrona, occasionalmente può slittare.	Problema. <input type="checkbox"/> Richiede da una moderata a una massima assistenza nei movimenti. Frequentemente scivola nel letto o nella poltrona. Frequentemente richiede riposizionamenti con la massima assistenza. Sono presenti spasticità, contratture, agitazione, che causano costantemente attrito contro il piano del letto o della poltrona.

N.B. Nel caso di paziente cateterizzato, ovvero di fatto continente, si attribuisce un punteggio di 4 all'indicatore

Punteggio totale

Se il punteggio della scala di Braden è tra:

20 -17	Occorre attuare un piano di monitoraggio per l'individuazione precoce di lesione.
16 - 13	Occorre attuare un piano di monitoraggio ed un piano preventivo con l'utilizzo di eventuali presidi antidecubito anche sulla base della valutazione complessiva del paziente.
< 13	Occorre attuare un piano di monitoraggio ed un piano preventivo con il ricorso a presidi antidecubito (letto a pressione alternata o a cessione d'aria) fatto salvo di una diversa valutazione clinica.



SCHEDA DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE LdP
(da compilare al trasferimento del paziente dal proprio domicilio
verso strutture sanitarie e viceversa)

Cognome _____

Nome _____

SEDE DELLA LESIONE

Solco intergluteo			Cresta tibiale dx		Cresta tibiale sin.
Gluteo dx		Gluteo sin.	Gamba dx		Gamba sin.
Trocantere dx		Trocantere sin.	Malleolo interno dx		Malleolo interno sin.
Ischio dx		Ischio sin.	Malleolo esterno dx		Malleolo esterno sin.
Cresta iliaca dx		Cresta iliaca sin.	Tallone dx		Tallone sin.
Ginocchio dx		Ginocchio sin.			
Altro			Altro		

STADIAZIONE

I stadio		II stadio		III stadio		IV stadio		Escara
----------	--	-----------	--	------------	--	-----------	--	--------

PROGRAMMA TERAPEUTICO/ASSISTENZIALE IN CORSO

TIPOLOGIA MEDICAZIONI _____

FREQUENZA CAMBIO MEDICAZIONI _____

EVENTUALI ALLERGIE SVILUPPATE ALLE MEDICAZIONI _____

PRESIDI ANTIDECUBITO IN USO _____

PIANO MOBILIZZAZIONE _____

SUPPORTO NUTRIZIONALE _____

TERAPIA FARMACOLOGIA _____

Firma del compilatore

Data _____



Valutazione dello stato nutrizionale - MNA modificato

Cognome:		Nome:	
----------	--	-------	--

Sesso:		Età:		Peso, kg:		Altezza, cm:	
--------	--	------	--	-----------	--	--------------	--

Completa lo schema riempiendo le caselle con gli appropriati numeri. Somma i punti per ottenere l'esito finale della valutazione

A- Presenta una perdita dell' appetito? Ha mangiato meno negli ultimi 3 mesi? (perdita d'appetito, problemi digestivi, difficoltà di masticazione o deglutizione)

- 0 = Grave riduzione dell'assunzione di cibo
1 = Moderata riduzione dell'assunzione di cibo
2 = Nessuna riduzione dell'assunzione di cibo

B- Perdita di peso recente (<3 mesi)

- 0 = perdita di peso > 3 kg
1 = non sa
2 = perdita di peso tra 1 e 3 kg
3 = nessuna perdita di

C- Motricità

- 0 = dal letto alla poltrona
1 = autonomo a domicilio
2 = esce di casa

D- Nell' arco degli ultimi 3 mesi: malattie acute o stress psicologici?

- 0 = sì 2 = no

E- Problemi neuropsicologici

- 0 = demenza o depressione grave
1 = demenza moderata
2 = nessun problema psicologico

F1- Indice di massa corporea (IMC = peso / (altezza)² in kg/m²)

- 0 = IMC < 19
1 = 19 ≤ IMC < 21
2 = 21 ≤ IMC < 23
3 = IMC ≥ 23

Se l' imc non è disponibile, sostituire la domanda f1 con la domanda f2.

Non rispondere alla domanda f2 se la domanda f1 è già stata completata.

F2- Circonferenza del polpaccio (CP in cm)

- 0 = CP inferiore a 31
3 = CP 31 o superiore

Valutazione di screening (max.14 punti)

12-14 punti: stato nutrizionale normale

8-11 punti: a rischio di malnutrizione

0-7 punti: malnutrito

data _____

firma operatore _____



SCHEDA DI MOBILIZZAZIONE

Cognome

Nome

giorno	ore 8	ore 10	ore 12	ore 14	ore 16	ore 18	ore 20	ore 22
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								
29								
30								
31								

N.B.: Ad ogni cambiamento di postura registrare nella casella l'acronimo corrispondente con la sigla dell'Operatore

Tipologie di posture

decubito laterale destro	LD	decubito prono	PR	Evitare l'appoggio su cute già lesa. Le posizioni: seduta, laterale destra e sinistra sono da evitare o da mantenere per tempi molto ristretti, la posizione prona è poco tollerata soprattutto nell'anziano.
decubito laterale sinistro	LS	posizione semiseduta	SS	
decubito obliquo destro	OD	posizione seduta	SED	
decubito obliquo sinistro	OS	carrozzina	C	
decubito supino	SUP	deambulazione	D	



MEDICAZIONI AVANZATE DISPONIBILI C/O LA AUSL PER IL TRATTAMENTO DELLE LdP

DESCRIZIONE	COD ASL	NOME COMMERCIALE
LOTTO 1		
medicazione in gel idrofilo fluido tubo gr 15 circa	149549	PURILON GEL
LOTTO 2		
medicazione in gel idrofilo placca cm 10x10	149620	PHARMAGEL
medicazione in gel idrofilo placca cm 15x15	149621	PHARMAGEL
LOTTO 3		
medicazione a base di idrocolloidi con bordo adesivo cm 10x10	149558	DUODERM CGF BORDATO
medicazione a base di idrocolloidi con bordo adesivo cm 14x14	149559	DUODERM CGF BORDATO
LOTTO 4		
medicazione a base di idrocolloidi sagomata per sacro con bordo adesivo cm 6x8	149550	COMFEEL PLUS CONTOUR
LOTTO 5		
medicazione a base di idrocolloidi in pasta tubo gr 30 circa	149560	DUODERM PASTA
LOTTO 6		
medicazione a base di idrocolloidi sottile placca cm 10x10	149530	TEGADERM HYDROCOLLOID THIN
LOTTO 7		
medicazione a base di alginato cm 10x10	149562	KALTOSTAT
medicazione a base di alginato cm 10x20	149561	KALTOSTAT
medicazione a base di alginato nastro lunghezza cm 2x43	149563	KALTOSTAT
LOTTO 8		
medicazione in idrofibra cm 5x5	149565	AQUACEL EXTRA
medicazione in idrofibra cm 10x10	149566	AQUACEL EXTRA
medicazione in idrofibra cm 15x15	149567	AQUACEL EXTRA
medicazione in idrofibra nastro lunghezza cm 2x45	149564	AQUACEL EXTRA
LOTTO 9		
medicazione assorbente in schiuma di poliuretano assorbente senza bordi adesivi cm 10x10	149542	CUTIMED SILTEC
medicazione assorbente in schiuma di poliuretano assorbente senza bordi adesivi cm 15x15	149543	CUTIMED SILTEC
LOTTO 10		
medicazione in schiuma di poliuretano assorbente con bordi adesivi cm 10X10	149536	ASKINA DRESSIL BORDER
medicazione in schiuma di poliuretano assorbente con bordi adesivi cm 15X15	149537	ASKINA DRESSIL BORDER
LOTTO 11		
medicazione in schiuma di poliuretano sagomata per tallone senza bordi adesivi cm 13x20	149591	MEPILEX HEEL
LOTTO 12		
medicazione in schiuma di poliuretano conformata per sacro con bordo adesivo misura cm 18x18	149592	MEPILEX SACRUM
LOTTO 13		



medicazione in schiuma di poliuretano conformata per sacro con bordo adesivo misura cm 23x23	149551	BIATAIN
LOTTO 14		
medicazione in poliuretano espanso cm 15x10x1	149602	LIGASANO
medicazione in poliuretano espanso cm 15x10x2	149603	LIGASANO
LOTTO 15		
medicazione a base di alginato con argento cm 10x10	149582	SUPRASORB A +AG
medicazione a base di alginato con argento cm 10x20	149583	SUPRASORB A + AG
LOTTO 16		
medicazione a base di alginato con argento nastro lunghezza cm 30	149584	SUPRASORB A +AG
LOTTO 17		
medicazione in schiuma di poliuretano sagomata tallone senza bordi adesivi contenente argento cm 10,5x13,5	149608	ALLEVYN AG HEEL
LOTTO 18		
medicazione in schiuma di poliuretano conformata per sacro con bordo adesivo con argento	149552	BIATAIN ADESIVA SACRO
LOTTO 19		
medicazione in idrofibra con argento cm 5x5	149568	AQUACEL AG+EXTRA
medicazione in idrofibra con argento cm 10x10	149569	AQUACEL AG+EXTRA
medicazione in idrofibra con argento cm 15x15	149570	AQUACEL AG+EXTRA
medicazione in idrofibra con argento nastro lunghezza cm 2x45	149571	AQUACEL AG+EXTRA
LOTTO 20		
medicazione a base di carbone attivo ed argento cm 10,5x10,5	149576	ACTISORB SILVER
medicazione a base di carbone attivo ed argento cm 10,5x19	149577	ACTISORB SILVER
LOTTO 22		
medicazione di contatto non aderente senza paraffina per superficie da 7 5 a 100 cmq	149614	SILICARE
medicazione di contatto non aderente senza paraffina per superficie da 180 a 200 cmq	149615	SILICARE
LOTTO 23		
medicazione di contatto impregnata di sostanza antiaderente per superficie da 50 a 150 cmq	149622	ATTIVA GRAS
medicazione di contatto impregnata di sostanza antiaderente per superficie da 200 a 400 cmq	149623	ATTIVA GRAS
LOTTO 24		
medicazione a base di collagene animale per superficie di circa 25 cmq	149585	SUPRASORB C
medicazione a base di collagene animale per superficie da 80 a 100 cmq	149586	SUPRASORB C
LOTTO 25		
medicazione a base di modulatori dell'attività delle metalloproteasi tubo grammi 20 o placca 120 cmq circa	149586	SUPRASORB C
LOTTO 26		
cerotto con adesivo al silicone per cuti delicate cm 2.5x5 metri	149531	KIND REMOVAL SILICON TAPE
LOTTO 27		
benda da taping adesiva cm 5x4,5 metri	25673	KINSIOTAPE