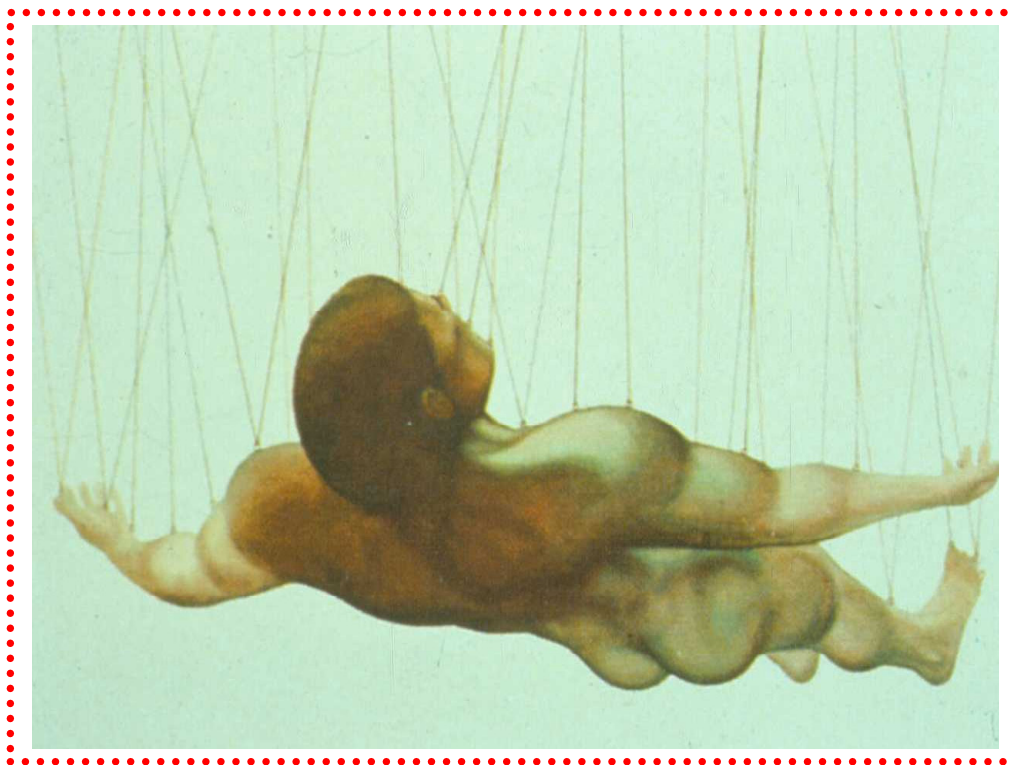


DIREZIONE MEDICA

STRUTTURA INTERAZIENDALE SERVIZIO DELL'ASSISTENZA

SERVIZIO DI EPIDEMIOLOGIA E PREVENZIONE DELLE INFEZIONI OSPEDALIERE

Linee guida per la Prevenzione e Trattamento delle Lesioni da Pressione



Padova Febbraio 2005

PRESENTAZIONE

La qualità dell'assistenza, intesa come appropriatezza del profilo di cura, che implica efficacia degli interventi sanitari in rapporto all'ottimizzazione delle risorse disponibili, è un concetto che si sta sempre più diffondendo tra gli operatori del Servizio Sanitario Nazionale e che ha trovato chiaro riscontro già nelle indicazioni del Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 (PSN). Dal PSN discende il Programma nazionale Linee Guida (LG), che vede le LG come uno strumento per migliorare la qualità dell'assistenza attraverso una pratica clinica ispirata a comportamenti conformi alle migliori prove di efficacia disponibili. Anche i cittadini, nel duplice ruolo di utenti e finanziatori del SSN, chiedono sempre più spesso conto sia della qualità delle cure e dei servizi erogati, sia dell'organizzazione e della gestione delle risorse utilizzate. L'utilizzo delle LG, prodotte per ridurre l'uso di interventi non necessari, inefficaci o dannosi e per facilitare il trattamento dei pazienti con la migliore probabilità di beneficio, il minimo rischio di danni e ad un costo accettabile, si sta diffondendo sempre di più. In quest'ottica, le LG possono essere viste come strumento importante, anche se non sicuramente l'unico, per migliorare la qualità dell'assistenza.

L'acquisizione della consapevolezza teorica di favorire, mediante lo strumento delle LG, stili di pratica assistenziale basati su criteri di documentata efficacia è un'esigenza professionale e sociale non più rinviabile, ed è la dimostrazione, da parte di una comunità professionale, della propria capacità di autogoverno.

Le LG, quindi, dovrebbero migliorare il giudizio clinico, non certo sostituirlo, e diventare un supporto alla presa di decisioni in un contesto complesso e in continua evoluzione. L'invito non è pertanto quello di tendere a una cieca applicazione di raccomandazioni, ma a sviluppare una chiarificazione, una ricerca di trasparenza nelle conoscenze affinché vi siano più possibilità di comprensione e di scelta.

Le LG e le procedure sulla prevenzione e trattamento delle lesioni da pressione, contenute in questo documento, si propongono di fornire agli operatori sanitari che operano nell'Azienda Ospedaliera e nell'Azienda ULSS 16 di Padova le più aggiornate raccomandazioni, basate sulle evidenze scientifiche tratte dalla letteratura internazionale e sul consenso dei gruppi di lavoro, per individuare i pazienti a rischio di sviluppare lesioni da pressione, gestirli con adeguato piano di prevenzione e sottoporli ai necessari trattamenti qualora sviluppino lesioni da pressione.

Le LG e le procedure forniscono anche specifiche indicazioni tecnico scientifiche in relazione ai presidi, materiali ed attrezzature messe a disposizione dalle due aziende sanitarie padovane per applicare sia i protocolli preventivi che curativi.

IL DIRETTORE GENERALE
AZIENDA OSPEDALIERA
(Dott. Adriano Cestroni)

IL DIRETTORE GENERALE
AZIENDA ULSS 16
(Dott. Fortunato Rao)

IL DIRETTORE SANITARIO
AZIENDA OSPEDALIERA
(Dott. Pietro Grasso)

IL DIRETTORE STRUTTURA
INTERAZIENDALE SERVIZIO
DELL'ASSISTENZA
(DDSI Daniele Salmaso)

IL DIRETTORE SANITARIO
AZIENDA ULSS 16
(Dott. Daniele Donato)

INDICE

Introduzione	pag. 5
Scopo	pag. 5
Gruppi di lavoro	pag. 5
Metodologia seguita	pag. 6
Grado delle evidenze	pag. 6
Epidemiologia	pag. 7
LINEE GUIDA PER LA PREVENZIONE DELLE LESIONI DA PRESSIONE	pag. 9
Definizione	pag. 9
La cute	pag. 9
Struttura della cute	pag. 9
Vascolarizzazione della cute	pag. 10
Classificazione	pag. 11
Fasi di formazione della lesione da pressione	pag. 12
Processo di guarigione delle lesioni da pressione	pag. 12
Valutazione dell'evoluzione della lesione da pressione	pag. 13
Fattori di rischio	pag. 14
Fattori di rischio generali o sistemici	pag. 14
Fattori di rischio locali	pag. 15
Pressione	pag. 15
Forze di stiramento e di taglio	pag. 17
Attrito e frizione	pag. 17
Aumento della temperatura locale	pag. 18
Umidità	pag. 18
Sedi delle lesioni	pag. 18
Complicanze	pag. 18
RACCOMANDAZIONI PER LA PREVENZIONE DELLE LESIONI DA PRESSIONE	pag. 19
Identificazione dei pazienti a rischio di lesione da pressione e dei fattori specifici che li pongono a rischio	pag. 19
Scale di valutazione del rischio	pag. 19
<i>Schede di valutazione del rischio di insorgenza di lesioni da pressione (indice di Norton modificato Stotts)</i>	pag. 20
<i>Schede di valutazione del rischio di insorgenza di lesioni da pressione (indice di Braden)</i>	pag. 22
<i>Indice di Braden: indicazioni in base al livello del rischio</i>	pag. 24
Algoritmo: valutazione del rischio di lesione da pressione	pag. 25
Algoritmo: prevenzione delle lesioni da pressione	pag. 25
Ispezione della cute	pag. 26
Igiene della cute	pag. 26
Riduzione delle forze di attrito e di stiramento	pag. 26
Mobilizzazione e cambio di postura	pag. 26
<i>Scheda di registrazione posizionamento/ispezione cutanea</i>	pag. 26
Riduzione degli effetti negativi della pressione	pag. 30
Stato nutrizionale	pag. 30
<i>Scala per la valutazione del rischio nutrizionale</i>	pag. 31
<i>Schema di intervento per i pazienti a rischio</i>	pag. 32
Prevenzione delle lesioni da pressione in sala operatoria e nell'immediato periodo post operatorio	pag. 34

LINEE GUIDA PER IL TRATTAMENTO LOCALE DELLE LESIONI DA PRESSIONE	pag. 35
Valutazione	pag. 35
Valutazione della lesione	pag. 35
Valutazione del soggetto portatore di lesione da pressione	pag. 35
Valutazione dello stato nutrizionale	pag. 35
<i>Scheda monitoraggio delle lesioni da pressione (Azienda Ospedaliera)</i>	pag. 36
<i>Scheda monitoraggio delle lesioni da pressione (Azienda ULSS 16)</i>	pag. 38
Valutazione e gestione del dolore	pag. 40
Valutazione e gestione psicosociale	pag. 40
Gestione del carico sui tessuti	pag. 40
Cura della lesione	pag. 41
Sbrigliamento	pag. 41
Pulizia della lesione	pag. 41
Gestione della lesione-medicazione	pag. 41
Gestione della colonizzazione batterica e delle infezioni	pag. 41
Riparazione chirurgica delle lesioni da pressione	pag. 42
Educazione e miglioramento della qualità delle cure	pag. 42

INTRODUZIONE

SCOPPO

Scopo di queste linee guida è il miglioramento della qualità dell'assistenza nei pazienti a rischio di lesione da pressione (LdP) o con lesioni da pressione già sviluppate.

Esse si propongono di fornire agli operatori sanitari che operano presso l'Azienda Ospedaliera di Padova e l'AULSS 16 le più aggiornate raccomandazioni basate sulle evidenze scientifiche riportate dalla letteratura nazionale ed internazionale e sul consenso del gruppo di lavoro, con l'obiettivo di individuare i pazienti a rischio di sviluppo delle lesioni da pressione e di gestire le suddette lesioni con un adeguato piano di prevenzione e, in caso di insorgenza, con un efficace trattamento.

Le linee guida forniscono inoltre specifiche indicazioni tecnico-scientifiche riguardanti gli ausili messi a disposizione dalle suddette aziende per applicare i protocolli preventivi, assieme ad apposite schede per rilevare l'applicazione dei protocolli di prevenzione e trattamento delle lesioni da pressione. Tali schede serviranno per il monitoraggio continuo dell'efficacia dei trattamenti attuati.

GRUPPI DI LAVORO

AULSS 16

Cognome Nome	Unità Operativa
Infermiera Breda Antonella	Divisione Lungodegenza 2^
Infermiera Cappelletto Giuseppina	Divisione Lungodegenza 2^
Infermiera Masiero Liana	Divisione Lungodegenza 2^
Infermiera Raise Cristina	Divisione Lungodegenza 2^
Infermiera Sorrentino Daniela	Divisione Lungodegenza 2^
Infermiere Coord. De Luca Monica	Div. Lung. 1 Sezione speciale
Infermiera Mazzocco Rosalia	Div. Lung. 1 Sezione speciale
Coord. Ruzzarin Giancarlo	Struttura complessa di medicina O.S.A.
Infermiera Bassan Cristina	Struttura complessa di medicina O.S.A.
Infermiera Zennaro Monica	Struttura complessa di medicina O.S.A.
DDSI Frison Tiziana	Struttura Interaziendale Servizio dell'Assistenza
Condivisione e supervisione dei documenti a cura di :	
Dott.ssa Bovo Antonietta	Divisione Lungodegenza 2^
DDSI Brogio Gianluca	Struttura Interaziendale Servizio dell'Assistenza
Dott. Fusaro Paolo	Lungodegenza I Ospedale Geriatrico
Dott.ssa Michieli Mariangela	Dirigente Medico Farmacista Farmacia AULSS 16
Dott. Toniolo Antonio	Struttura complessa di medicina O.S.A.
Infermiera Zampieri Chiara	Struttura Interaziendale Servizio dell'Assistenza

AZIENDA OSPEDALIERA

Cognome Nome	Unità Operativa
DDSI Boschetto Margherita	Serv. Epid. Prev. Inf. Ospd. Dip. Int. Dir. Med. Osp.
DDSI Rossato Bianca	Struttura Formazione
Caposala Scapin Giacomo	Rianimazione Centrale
Infermiera Cecchetto M.Grazia	Rianimazione Centrale
Infermiera Barbierato Maria Antonia	Cardiochirurgia T.I.P.O.
Infermiere Boscaro Gianni	UCIC
Infermiera Marzio Elisabetta	Medicina Generale
Dietista Crecca Rosa	Dietetica e Nutrizione Clinica

METODOLOGIA SEGUITA

La metodologia che ha consentito di stendere le presenti linee guida è stata la seguente:

- 1.
2. recupero delle linee guida sulla prevenzione e/o trattamento delle lesioni da decubito presenti nella letteratura internazionale e nazionale;
3. recupero e confronto con la documentazione presente nelle due Aziende Sanitarie Padovane;
4. redazione di una prima bozza di elenco di raccomandazioni sulla base delle evidenze individuate;
5. individuazione di domande e di problemi che si possono porre all'applicazione pratica;
6. integrazione delle osservazioni dei professionisti su specifici temi con elementi ricavati dall'esame di articoli di approfondimento;
7. definizione dei protocolli di prevenzione e trattamento per le realtà aziendali sulla base delle raccomandazioni e del consenso degli esperti;
8. definizione di schede per il monitoraggio dell'applicazione dei protocolli;
9. sperimentazione delle schede in alcune unità operative;
10. stesura della bozza finale per l'approvazione da parte del gruppo di studio;
11. validazione della bozza finale da parte di Laura Raserio, Professore a contratto nei corsi di: Infermieristica in area medica specialistica, scienze infermieristiche generali e cliniche, metodologia della ricerca infermieristica, infermieristica in area critica presso l'Università degli studi di Firenze, facoltà di Medicina e Chirurgia, corso di Laurea in infermiere. Componente della Commissione Regionale Toscana sulla stesura e applicazione delle linee guida cliniche.
12. pubblicazione delle linee guida sulla prevenzione e trattamento delle lesioni da decubito attraverso un manuale aziendale e divulgazione tramite intranet ed internet.

GRADO DELLE EVIDENZE

Interpretazione della forza delle evidenze (AHCPR, Agency for Health Care Policy and Research, 1994)

(A) C'è una buona evidenza fondata su basi sperimentali per supportare questo tipo di raccomandazione. Il livello (A) richiede risultati provenienti da due o più trial clinici controllati e randomizzati sulle ulcere da pressione nell'uomo.

(B) C'è una ragionevole evidenza sperimentale che supporta questo tipo di raccomandazione. Il livello (B) richiede risultati ottenuti da due o più o più trial clinici controllati sulle ulcere da pressione nell'uomo o di due o più trial controllati su modello animale.

(C) Questo tipo di raccomandazione è basata sull'opinione degli esperti e sul consenso di un gruppo di consulenti. Il livello (C) richiede una o più delle seguenti condizioni: risultati di uno studio controllato, risultati di almeno due serie di casi/studi descrittivi, l'opinione di un esperto.

EPIDEMIOLOGIA

Le lesioni da pressione (LdP) sono uno degli indicatori accettati per la valutazione della qualità dell'assistenza; esse sono infatti un evento relativamente frequente, potenzialmente prevenibile, grave per il paziente fino a poterne condizionare la sopravvivenza e direttamente legato all'assistenza infermieristica erogata.

Esistono numerosi studi di prevalenza delle lesioni da pressione condotti su soggetti ospedalizzati o ricoverati in strutture protette o in case di riposo. Le indagini condotte in ospedali generali in Italia e negli USA mostrano valori di prevalenza abbastanza omogenei (8-12%). Secondo i dati presenti in letteratura le sedi a più elevato rischio di insorgenza di lesioni da pressione sono: il sacro, i glutei e i talloni. Quasi la metà delle lesioni che insorgono durante il ricovero si sviluppano entro i primi 7 giorni di degenza.

Uno studio effettuato in Italia nel 1984 su 20 ospedali¹, per un totale di 12.048 pazienti dei reparti di medicina, chirurgia, ortopedia, neurologia, geriatria, neurochirurgia, rianimazione e urologia mostrava una prevalenza globale dell'8,6%; i reparti con la prevalenza più elevata risultavano le rianimazioni (26,6%), le neurochirurgie (13%) e le geriatriche (11,2%). Un'altro studio italiano del 1994², condotto su una popolazione di 2144 pazienti ospedalizzati in reparti di medicina e chirurgia generale, terapia intensiva, traumatologia e riabilitazione mostrava una prevalenza globale del 13,2%.

Da un'indagine svolta nel 1996 che ha interessato 349 pazienti ricoverati in tutte le unità operative dell'Ospedale Geriatrico dell'ULSS 16 di Padova³ è risultata una prevalenza del 24%.

Nel novembre 2002, presso l'Azienda Ospedaliera di Padova, è stato eseguito uno studio di prevalenza che ha coinvolto 50 unità operative: 21 unità di chirurgia, 19 unità di medicina e 10 unità di rianimazione e terapia intensiva post-operatoria.

I pazienti con lesioni da pressione sono stati complessivamente 87, di cui 42 maschi (48,3 %) e 45 femmine (51,7 %), su un totale di 1138 pazienti presenti e valutati al momento dell'indagine.

La prevalenza di lesioni da pressione è risultata essere globalmente del 7,64% così attribuita alle singole unità operative dello studio: 6,12% nelle unità di chirurgia, 6,51% nelle unità di medicina e 25 % nelle rianimazioni/terapie intensive post-operatorie.

Nella tabella sottostante vengono riportati i dati raggruppati per tipologia di UU.OO.

<i>UNITA' OPERATIVE</i>	<i>N° pazienti</i>	<i>M</i>	<i>F</i>	<i>N° pazienti con lesioni</i>	<i>M</i>	<i>F</i>	<i>Prevalenza %</i>
Totale chirurgie	490	272	219	30	14	16	6,12
Totale medicine	568	296	272	37	17	20	6,51
Totale rianimazioni	80	49	31	20	11	9	25,00
TOTALE	1138	617	522	87	42	45	7,64

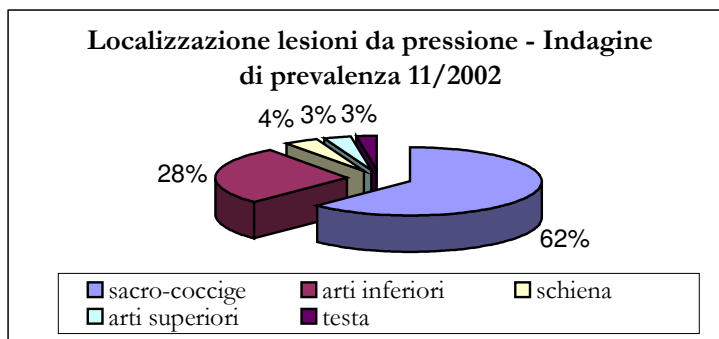
Il numero complessivo di lesioni osservato è stato di 120 e la prevalenza per numero di lesioni è di 10,54 %.

¹ a cura di E. Zanetti e A. Calosso Prevenzione e trattamento delle lesioni da decubito, ed. Lauri Milano 2000

² a cura di AISLEC (Associazione infermieristica per lo studio delle lesioni cutanee) Appunti di viaggio, ed. MA.RO srl 1996

³ A. Mariotto, T. Frison, L. Salvan, E. Castegnaro, and the pressure sores working group of the Geriatric Hospital for Padova. The prevention of pressure sores in a geriatric hospital. An health Promoting Hospital Project. A progress report. Abstract . In Annual Meeting of the International Society of Technology Assessment in Health Care, Edinburgh, UK, 20-23 June 1999.

La sede della lesione è principalmente quella del sacro e coccige con n° 75 pazienti (62,5%) seguita da quella degli arti inferiori (tallone, malleolo, ecc.) n° 33 pazienti (27,5%).



La valutazione della gravità delle lesioni da pressione è stata effettuata utilizzando i parametri inclusi nella stadiazione secondo la **National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP)** statunitense e risulta che 48 (40,0%) lesioni erano di I° stadio, 41 (34,2%) di II° stadio, 18 (15,0%) di III° stadio e 13 (10,8%) di IV° stadio.



Riguardo all'insorgenza della lesione da pressione, in 43 (49,43%) pazienti la lesione era già presente al momento del ricovero presso l'Unità Operativa, in 30 (34,48%) pazienti è insorta nell'Unità Operativa e in 14 pazienti (16,09%) non è stato possibile stabilire se era già presente o meno la lesione al momento dell'ingresso in reparto. In 64 (73,6%) pazienti con lesioni era installato un ausilio per la prevenzione/cura delle lesioni. E' importante affrontare il problema delle LdP nell'ottica di un miglioramento della qualità dell'assistenza in quanto la loro insorgenza ha risvolti negativi per la qualità di vita della persona malata, per la famiglia che viene messa a dura prova dalla lentezza del processo di guarigione della lesione, per il personale medico e infermieristico che vede aumentare i tempi di degenza e di assistenza, per la comunità perché si verifica un aumento dei costi dovuti al materiale di medicazione, al prolungarsi della degenza e all'aumento dei tempi assistenziali. Spesso l'approccio assistenziale al paziente a rischio o portatore di lesioni da decubito è inadeguato a causa della scarsa applicazione di strategie preventive e utilizzo di trattamenti inefficaci o addirittura dannosi.

Per affrontare il problema sono quindi basilari:

la sensibilizzazione al problema,

- la disponibilità del personale (più che la disponibilità di personale),
- il possedere conoscenze teoriche aggiornate,
- l'uniformità nelle conoscenze teoriche,
- l'uniformità del trattamento.

LINEE GUIDA PER LA PREVENZIONE DELLE LESIONI DA PRESSIONE

DEFINIZIONE

E' definita lesione da pressione (L.d.P.) una lesione tessutale, con evoluzione necrotica, che interessa la cute, 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, causanti uno stress meccanico ai tessuti e la strozzatura dei vasi sanguigni.

LA CUTE

La cute o pelle è uno strato-limite morfologicamente e fisiologicamente specializzato che svolge molte differenti funzioni, rappresentando la più estesa barriera tra corpo e ambiente circostante. Costituisce una superficie dotata di sensibilità, dove risiedono i campi recettivi di numerose terminazioni nervose sensitive somatiche; è dotata di una limitata capacità di assorbimento ed escrezione, e offre un'ampia superficie per la trasformazione in vitamina D di composti precursori, tramite l'azione della luce ultravioletta; per la sua struttura e i suoi caratteri fisici, presenta in superficie un buon coefficiente di attrito che agevola la locomozione e le attività manuali....

STRUTTURA DELLA CUTE

La cute risulta di due strati, diversi per struttura e derivazione embrionale: *il derma o corion*, strato connettivale che origina dal mesoderma, rivestito dall'*epidermide*, strato epiteliale di derivazione ectodermica. Sotto il derma si trova uno strato di connettivo fibrillare lasso, *l'ipoderma o sottocutaneo (fascia superficiale)*, connesso ai tessuti sottostanti da uno strato di connettivo denso, la *fascia profonda*, rappresentata dalle *aponevrosi* che coprono le masse muscolari, oppure dal *periostio* o dal *pericondrio* al confine con superfici ossee o, rispettivamente, cartilaginee.

L'epidermide, in particolare con i suoi strati cheratinizzati superficiali, fortemente impermeabili all'acqua e chimicamente piuttosto inerti, rappresenta la principale barriera contro disidratazione, penetrazione di germi e lesioni di natura meccanica. Inoltre, rigenera con grande facilità dopo lesioni, e le sue cellule superficiali, morte, vengono continuamente sostituite man mano che si staccano dalla superficie.

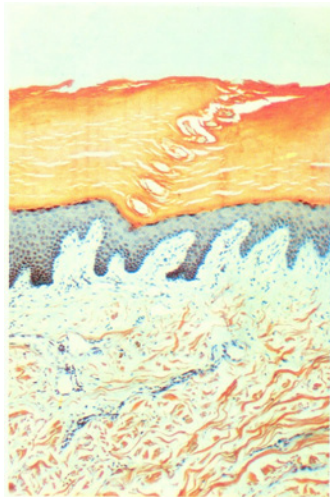
Il derma, invece, conferisce alla cute considerevole consistenza meccanica grazie alla sua alta percentuale di fibre collagene frammiste a quelle elastiche, e con i suoi vari componenti cellulari costituisce una riserva di cellule con funzioni di difesa e generative, in grado, rispettivamente, di opporsi ai processi infettivi e di riparare le ferite profonde. Nella cute solo il derma è vascolarizzato e pertanto gli scambi metabolici dell'epidermide avvengono per diffusione da e verso i capillari degli strati più superficiali del derma. L'innervazione della cute, invece, interessa sia il derma, sia l'epidermide.

Sotto il derma si trova il tessuto sottocutaneo, costituito in molte regioni del corpo da un traliccio irregolare di connettivo fibrillare lasso, nelle cui maglie hanno sede gruppi di cellule adipose, risultandone il *pannicolo adiposo*. Oltre a possedere la capacità di ammortizzare gli urti e di immagazzinare risorse energetiche, il sottocutaneo rappresenta un valido isolante termico, che limita in larga misura ai vasi sanguigni il flusso di calore e rende così possibile una termoregolazione basata su modificazioni circolatorie.

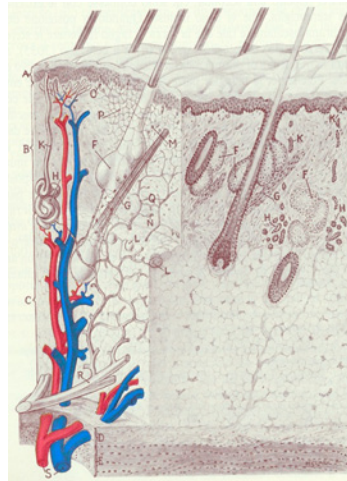
VASCOLARIZZAZIONE DELLA CUTE

Vasi arteriosi e venosi presentano nella cute una disposizione ben precisa, correlata con le esigenze metaboliche dei suoi vari componenti tissutali. Tra le parti metabolicamente più attive della cute vanno annoverate l'epidermide, gli annessi cutanei – follicoli piliferi, ghiandole sebacee e sudoripare – ed inoltre le papille dermiche che contengono fibroblasti attivi e le terminazioni sensitive di nervi cutanei; tutte queste formazioni sono in intimo rapporto con fitte reti capillari del derma.

Il sangue giunge alla cute per mezzo di piccole arterie che penetrano dalla profondità nel sottocutaneo e vi si ramificano, al confine con derma, formando un plesso laminare detto *rete cutanea*.



A.



B.



C.

Figura A. - la cute.

Figura B. - microfilmatura a piccolo ingrandimento di sezione di cute.

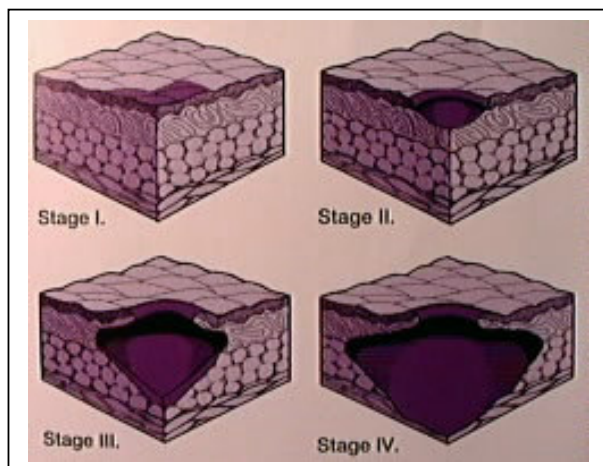
Figura C. - disegno schematico della struttura della cute e dei vasi sanguigni.

Immagini liberamente tratte dall'Anatomia del Gray – Ed. Zanichelli

CLASSIFICAZIONE

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 (**fig. D**. Classificazione delle lesioni da pressione) in 4 stadi (**tab. 1** Classificazione delle lesioni da pressione)

Fig. D: Classificazione delle lesioni da pressione.



Tab.1: Classificazione delle lesioni da pressione.

Stadio I°	Eritema su area di cute intatta, che non scompare alla digitopressione; esso rappresenta la lesione che preannuncia l'ulcerazione cutanea. In soggetti di carnagione più scura, la lesione può presentarsi come un'area persistentemente arrossata, bluastra o violacea.
Stadio II°	Parziale perdita di spessore della cute che coinvolge l'epidermide, il derma o entrambi. La lesione è superficiale e si presenta clinicamente sotto forma di abrasione, vescica o cratere di scarsa profondità.
Stadio III°	Perdita completa dello spessore della cute dovuta a danno o necrosi del sottocute che si può estendere anche in profondità, ma senza coinvolgere la fascia muscolare. La lesione si presenta clinicamente sotto forma di cratere profondo associato o meno a tessuto adiacente sottominato.
Stadio IV°	Perdita totale di spessore cutaneo con distruzione estesa, necrosi del tessuto o danneggiamento del muscolo, osso o strutture di supporto (tendine, capsula articolare). Anche la presenza di tessuto sottominato e di tratti cavi può essere associata a lesioni da pressione di stadio IV°.

Nella valutazione delle lesioni da decubito, si dovrebbero tenere presenti le seguenti limitazioni relative alle precedenti definizioni, occorre quindi sviluppare un sistema affidabile per l'identificazione accurata delle lesioni da pressione in questi pazienti

PROBLEMA	INTERVENTO
Difficoltà di individuazione delle lesioni di stadio I° soprattutto nei soggetti con carnagione scura.	Valutare la presenza di scolorimento della cute, il calore, l'edema, l'indurimento o la durezza quali indizi di eritema persistente.
Difficoltà di valutazione delle lesioni da pressione in pazienti con ingessatura, altri apparecchi ortopedici o calze elastiche.	Valutare la cute sotto i bordi dell'ingessatura Porre attenzione al dolore indotto dalla pressione riferito dal paziente. Determinare se l'ingessatura deve essere modificata o rifatta per alleviare la pressione Togliere le calze elastiche per eseguire la valutazione
In presenza di escara o tessuto necrotico non è possibile valutare accuratamente lo stadio della lesione	Rimozione dell'escara Sbrigliamento con metodo chirurgico, meccanico, enzimatico, autolitico
Iperemia reattiva	La cute ritorna normale entro 24 ore dalla rimozione della pressione

FASI DI FORMAZIONE DELLE LESIONI DA PRESSIONE

1. Iperemia reattiva (o eritema non persistente). E' il primo stadio di formazione della lesione, dovuto a dilatazione di compenso dei capillari e delle venule e formazione di un lieve edema. Con l'alterazione dei vasi inizia la necrosi delle ghiandole sudoripare e del tessuto sottocutaneo. L'area è lievemente edematosa e calda. Il paziente già in questo stadio può provare senso di tensione e dolore. Se si rimuove la pressione la cute ritorna normale entro ventiquattro ore senza alterazioni visibili. Se invece la pressione permane l'eritema diventa persistente.

2. Eritema persistente Nei vasi compaiono aggregati di piastrine e si verifica ingorgo di eritrociti nel derma papillare, seguito da estesa fuoriuscita di eritrociti dai vasi. Contemporaneamente inizia la degenerazione delle ghiandole sebacee con perdita della membrana cellulare e comparsa di essudato infiammatorio. Il colore varia dal rosso intenso al cianotico. Alla compressione con un dito non si verificano modificazioni dell'intensità dell'arrossamento. Se l'innervazione è intatta la compressione provoca dolore e senso di tensione, l'area può essere calda (o fredda) al tatto, edematosa e lievemente indurita. Se si rimuove la pressione e si consente la perfusione e la conseguente rimozione dei prodotti tossici che si sono accumulati, le alterazioni iniziali sono completamente reversibili.

3. Evoluzione della lesione da pressione Si è verificata una progressiva degenerazione dei tessuti con necrosi dell'epidermide, formazione di bolle subepidermiche, atrofia diffusa dell'epidermide e aggravamento delle alterazioni descritte nelle due fasi precedenti. Le bolle che si osservano in questo stadio sono subepidermiche mentre le vescicole da frizione si formano a livello dell'epidermide. La frizione, rimuovendo lo strato corneo, aumenta la perdita di acqua transepidermica con accumulo di liquidi in superficie e conseguente diminuzione della resistenza della cute ai traumi. Compaiono vescicole e croste emorragiche e sierose. Per la guarigione (che può ancora avvenire senza alterazioni permanenti) occorrono dalle due alle quattro settimane.

PROCESSO DI GUARIGIONE DELLE LESIONI DA PRESSIONE

Per definire gli stadi del processo di guarigione non è possibile utilizzare la stessa classificazione in quanto non si riformano gli stessi tessuti lesionati; infatti lo spessore dell'ulcera viene riempito con tessuto di granulazione composto da cellule endoteliali, fibroblasti, collagene e matrice extracellulare. Pertanto il processo di riparazione della lesione può essere descritto con le progressive modificazioni morfologiche della lesione stessa. Le lesioni di stadio II guariscono grazie alla migrazione di cellule epiteliali dai bordi dell'ulcera, mentre in quelle più profonde (stadio III e IV) si ha la formazione di un tessuto di granulazione a partire dalla base del cratere ulceroso.

VALUTAZIONE DELL'EVOLUZIONE DELLA LESIONE DA PRESSIONE

Oltre alla classificazione della lesione da pressione è importante poter valutare l'evoluzione della lesione nel tempo per poter pianificare il trattamento e monitorare il miglioramento o l'aggravarsi della lesione. Un sistema di monitoraggio dinamico consigliato dal NPUAP (National Pressure Ulcer Advisory Panel) è il "Push Tool 3,0". I parametri di valutazione della lesione sono l'estensione, la quantità di essudato e come si presentano i tessuti colpiti. Per ogni parametro si possono attribuire punteggi diversi secondo la scala presentata nella tabella sottostante. La somma di questi tre punteggi parziali rappresenta la valutazione complessiva della lesione. Effettuando questa misurazione nel tempo si ottiene 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: Push Tool 3.0 (Push: Pressure Ulcer Scale for Healing)

Lun x lar	0 0 cm2	1 < 0,3 cm2 6 3,1 – 4 cm2	2 0,3-0,6 cm2 7 4,1-8,0 cm2	3 0,7-1,0 cm2 8 8,1-12,0 cm2	4 1,1-2,0 cm2 9 12,1-24,0 cm2	5 2,1-3,0 cm2 10 > 24 cm2	Punteggio
						
Quantità di essudato	0 nullo	1 leggero	2 moderato	3 forte			..... ..... .....
Tipo di tessuto	0 chiuso	1 tessuto epiteliale	2 tessuto di granulazione	3 slough●	4 escara■		..... ..... .....
						Totale	...............

● **Slough:** tessuto devitalizzato di colore giallastro-grigio che appare sul fondo della lesione

■ **Escara:** tessuto devitalizzato di colore nero-marrone che aderisce saldamente al fondo della lesione e/o ai bordi della lesione

DATA									
17	.	.	.	.	.	.	.	.	.
16	.	.	.	.	.	.	.	.	.
15	.	.	.	.	.	.	.	.	.
14	.	.	.	.	.	.	.	.	.
13	.	.	.	.	.	.	.	.	.
12	.	.	.	.	.	.	.	.	.
11	.	.	.	.	.	.	.	.	.
10	.	.	.	.	.	.	.	.	.
9	.	.	.	.	.	.	.	.	.
8	.	.	.	.	.	.	.	.	.
7	.	.	.	.	.	.	.	.	.
6	.	.	.	.	.	.	.	.	.
5	.	.	.	.	.	.	.	.	.
4	.	.	.	.	.	.	.	.	.
3	.	.	.	.	.	.	.	.	.
2	.	.	.	.	.	.	.	.	.
1	.	.	.	.	.	.	.	.	.
0	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Guarita	.	.	.	.	.	.	.	.	.

FATTORI DI RISCHIO

Primo obiettivo dell'intervento preventivo è l'identificazione dei pazienti a rischio di contrarre lesioni da pressione. Si definisce a rischio quel soggetto che, a causa di fattori generali o locali legati ad una patologia o ad una complicanza di questa, ha maggiori probabilità di contrarre lesioni da pressione e che quindi necessita di un piano assistenziale mirato.

FATTORI DI RISCHIO GENERALI O SISTEMICI

I fattori di rischio generali o sistemici riguardano:

Età: le persone anziane (età > 65 a.) presentano una aumentata suscettibilità alle lesioni da pressione a causa delle modificazioni della cute legate all'invecchiamento come la riduzione del pannicolo adiposo e del microcircolo, riduzione della elasticità e sensibilità cutanea e alterazione delle risposte immunitarie. Altra categoria a rischio da prendere in considerazione sono i neonati poiché la loro cute è ancora in fase di maturazione e per la sproporzione tra le dimensioni del corpo e della testa. I neonati e i bambini sono suscettibili di lesione e presentano gli stessi fattori di rischio degli adulti anche se cambia la sede e la natura della lesione (lesioni da pressione si possono avere, per esempio, più spesso a carico del capo, dei padiglioni auricolari e dei talloni a causa dei ripetuti prelievi ematici che si eseguono in questa zona).

Ridotta mobilità o immobilità legate:

- all'età, ad alterazioni del livello di coscienza (sia indotto da farmaci che da patologie neurologiche) che rendono la persona incapace di modificare la postura in risposta allo stimolo doloroso che arriva dalla zona compressa o di avvertire lo stimolo stesso (pazienti in stato comatoso, neurolesi, mielolesi, miastenici, affetti da sclerosi multipla);
- alle fratture ossee che costringono la persona spesso alla immobilità e alla presenza di apparecchi gessati che possono a loro volta determinare compressione sulle prominente ossee;
- alla presenza di dolore;
- ad interventi chirurgici;
- alla presenza di supporti meccanici per pazienti con insufficienza ventricolare.

Malnutrizione definita generalmente come “mancanza delle sostanze nutritive necessarie o appropriate oppure il loro improprio assorbimento e distribuzione; comprende qualsiasi disturbo della nutrizione dovuto ad una dieta carente o a digestione, assorbimento o utilizzazione inadeguati delle sostanze nutritive” (Taber Dizionario enciclopedico di scienze mediche 17^a edizione Milano McGraw-Hill.)

Quando si parla di fattore di rischio per lesioni da pressione si fa riferimento in modo particolare alla malnutrizione calorico-proteica che compromette la tolleranza della cute e dei tessuti sottostanti allo stress provocato dai fattori locali di rischio. La malnutrizione interessa soprattutto le persone anziane, le persone colpite da stati ipermetabolici come ipertensione prolungata e cachessia neoplastica.

I segni clinici sono:

- albuminemia < 3,5 g/dl
- linfopenia
- calo ponderale > 15%
- bilancio azotato negativo
- anemia
- segni cutanei e orali di deficit vitaminico o di sali minerali (dermatite, porpora, ipercheratosi, ulcerazioni all'angolo della bocca, cheilosi)

In particolare l'ipoalbuminemia è strettamente correlata con la formazione di lesioni poiché favorisce la formazione di edema interstiziale, ipoperfusione dei tessuti, ipossia, diminuzione dei fattori trofici e sofferenza cellulare. Anche l'obesità può essere un fattore di rischio perché aumenta la compressione dei tessuti in corrispondenza delle prominente ossee.

Malattie acute quali insufficienza cardiaca, insufficienza vaso-motoria e shock che riducono la perfusione tissutale ed è sufficiente una compressione inferiore a quella normale per occludere i capillari.

Malattie croniche il diabete mellito (la neuropatia riduce la sensibilità allo stimolo doloroso, l'arteriopatia riduce la tolleranza dei tessuti alla compressione), l'insufficienza renale, le neoplasie invalidanti, il linfoedema (patologie che riducono l'apporto di ossigeno e nutrienti ai tessuti).

Presidi medico-chirurgici che possono limitare la mobilità della persona o provocare compressione.

FATTORI DI RISCHIO LOCALI

I fattori di rischio locali comprendono la pressione, le forze di stiramento o di taglio, l'attrito o frizione, l'aumento della temperatura e l'umidità. Il primo è il fattore principale responsabile del danno tissutale, gli altri fattori riducono la tolleranza dei tessuti alla compressione e quindi agiscono in sinergia con la pressione.

PRESSIONE

Si intende una forza applicata perpendicolarmente ad una unità di superficie.

Il punto critico dello sviluppo di una lesione da pressione (L.d.P.) si raggiunge quando la forza comprimente, fra superficie corporea e piano di appoggio, è più intensa della pressione del sangue nel distretto arteriolo-capillare, per cui viene a crearsi una condizione di ischemia persistente. Ciò si verifica quando in un'area di cute si applica una forza pressoria superiore a 32 mmHg, per un periodo di tempo sufficientemente prolungato.

Quando si verifica tale situazione, si determina una chiusura dei vasi sanguigni con danno endoteliale, edema interstiziale, autolisi e necrosi cellulare.

L'ipoperfusione tissutale è tollerata per un breve periodo di tempo, ma se prolungata, può sviluppare, a cascata: ipossia, acidosi, emorragia interstiziale, ecc.

Una variabile importante è il fattore tempo: l'applicazione di una bassa pressione per un periodo prolungato di tempo è maggiormente dannosa rispetto all'applicazione di una pressione elevata per un periodo breve.

Norton, nel 1962, identificava in 2 h, l'intervallo ottimale per modificare la posizione del paziente sul piano di appoggio.

Nella realtà l'entità del danno tissutale determinato da una data forza di compressione per il tempo di applicazione, dipende anche dallo spessore locale della cute. Sarà quindi necessaria una valutazione oggettiva dello stato trofico della cute es. normotrofico, obeso o cachettico.

La compressione dei tessuti fra il piano di appoggio e la prominenza ossea, genera un cono di pressione, la cui base corrisponde alla superficie ossea.

Perciò si possono riscontrare fenomeni di necrosi più estesi in profondità che non in superficie. La rottura della cute non fa altro che rendere manifesto il danno preesistente del tessuto sottostante.

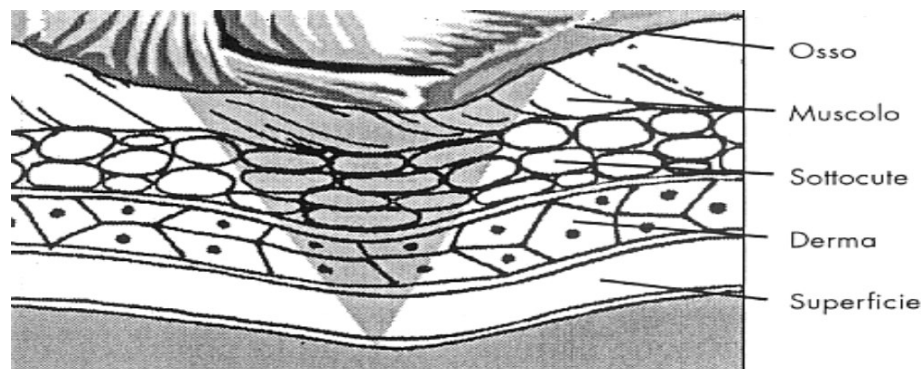


Figura E: cono di pressione

Pressione d'interfaccia – (P.I.)

E' la pressione applicata all'epidermide dalla superficie di supporto.

Si può definire come la forza che, per unità di area, agisce perpendicolarmente fra il corpo e la superficie di supporto.

$P.I. = \text{peso paziente} / \text{area della superficie di supporto}$.

Maggiore è l'area del corpo a contatto con la superficie di supporto, minore sarà la pressione di interfaccia (P.I.)

Pressione d'occlusione capillare – (P.O.C.)

E' la pressione applicata al letto capillare che è sufficiente per colassarlo.

Viene comunemente accettato un valore tra 25 – 32 mmHg nell'adulto sano, tale valore corrisponde alla pressione necessaria ad occludere totalmente il lume capillare .

Il valore di 32 mmHg è puramente di riferimento, perché ricerche hanno dimostrato che la POC in pazienti compromessi o a rischio può essere molto più bassa, specialmente nelle zone di prominenzza ossea come: calcagno, trocanteri, etc. (vedi figura F).

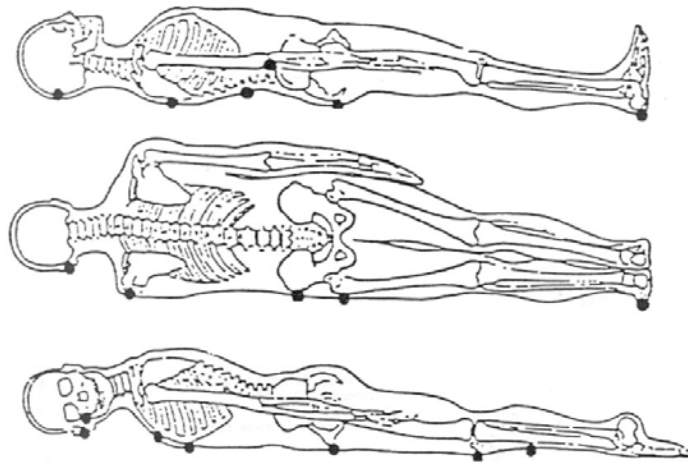


FIGURA F: zone di prominenzza ossea

FORZE DI STIRAMENTO E DI TAGLIO

I vari segmenti corporei tendono a scivolare da una posizione ad un'altra, se non vengono sorretti da una idonea postura, determinando, a livello della cute interessata, una pressione tangenziale. Si verifica una trazione dei tessuti molli ancorati alle fasce muscolari profonde con effetto di stiramento, possibile angolazione, microtrombosi locali, ostruzione dei piccoli vasi con conseguente necrosi tessutale profonda. Le forze di stiramento agiscono parallelamente al piano interessato e sono più intense a livello sacrale nella posizione semiseduta, in cui il corpo tende a scivolare in avanti e in basso. In tal modo la pelle tende ad aderire alla superficie del letto mentre lo scheletro continua a scivolare in avanti, provocando zone di stiramento dei tessuti superficiali su quelli profondi.

ATTRITO O FRIZIONE

E' la forza esercitata da due superfici che si muovono l'una contro l'altra, quando tra di loro esiste un contatto che genera calore per sfregamento delle due parti.

Non è un fattore determinante per le LdP, ma può giocare un ruolo importante asportando gli strati superficiali dell'epidermide e rendendo più suscettibile la cute agli eventi lesivi.

Il fenomeno attrito diventa particolarmente evidente quando si deve spostare un paziente nel letto. Quest'operazione deve essere eseguita sollevando il paziente, o eventualmente facendolo ruotare, ma mai trascinandolo (es. posizionare sotto il sacro un telo mediante il quale aiutarsi a sollevare il paziente).

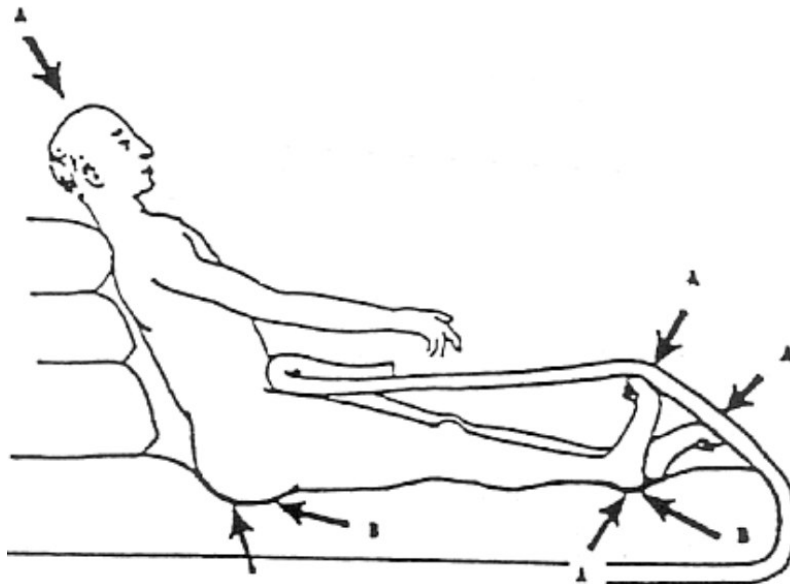


Figura G: la forza di stiramento dipende dall'attrito che è maggiore se le lenzuola sono bagnate

AUMENTO DELLA TEMPERATURA LOCALE

Cuscini e materassi mantengono il calore e riscaldano la cute aumentandone il metabolismo con conseguente esacerbazione degli effetti dell'ischemia. Questo effetto può perdurare per più di un'ora dopo che si è intervenuti a decomprimere la zona. L'aumento della temperatura, inoltre, induce sudorazione con conseguente possibile macerazione cutanea.

UMIDITÀ

La costante esposizione della cute all'umidità può macerare la cute esponendola maggiormente ai danni della compressione e della frizione. L'eccessiva umidità può essere determinata da incontinenza urinaria non adeguatamente gestita, diarrea, sudorazione, essudati, secrezioni da ferite o fistole. Il contatto prolungato della cute con urine e feci determina inoltre un danno diretto alle cellule epiteliali per effetto sia degli agenti irritanti presenti in tali escrezioni, sia per la conseguente modificazione del pH cutaneo determinata dalla trasformazione dell'urea in ammoniaca; l'incontinenza non adeguatamente gestita è pertanto un importante fattore di rischio per lo sviluppo di una lesione.

SEDI DELLE LESIONI

Le lesioni da decubito compaiono più frequentemente sul sacro, sul grande trocantere, sul tallone, sulle tuberosità ischiatiche e sui malleoli laterali.

COMPLICANZE

Le complicanze più frequenti nei soggetti con lesioni da decubito sono: infezioni, disidratazione, anemia, squilibri idroelettrolitici e deplezione proteica.

Le principali complicanze di una lesione da decubito sono la sepsi e l'osteomielite.

Sebbene le cause di morte nei pazienti anziani più che alle complicanze della lesione da decubito siano da ricondurre a malattie cardiovascolari, respiratorie o tumorali, è stato stimato che la mortalità dovuta ad infezioni originate da lesioni da decubito può raggiungere anche il 38% in tali pazienti ed è particolarmente elevata negli ultrasessantenni e nei portatori di lesioni multiple.

Raccomandazioni per la prevenzione delle lesioni da pressione

IDENTIFICAZIONE DEI SOGGETTI A RISCHIO DI LESIONE E DEI FATTORI SPECIFICI CHE LI PONGONO A RISCHIO

Valutare le persone costrette a letto o su una sedia o con gravi difficoltà di mobilitazione considerando anche, oltre all'immobilità, altri fattori che aumentano il rischio di sviluppare lesioni da decubito come l'incontinenza, i fattori nutrizionali e il livello di coscienza.

La valutazione va fatta al momento del ricovero utilizzando l'indice di Norton modificata Stotts o l'indice di Braden. (B)(**Vedi Schede di valutazione del rischio di insorgenza di lesione da pressione**)

Il rischio di lesioni dovrebbe essere rivalutato periodicamente e a intervalli regolari. (A)

La valutazione clinica di un paziente a rischio può essere completata dall'utilizzo di una scala di valutazione del rischio che utilizza un sistema di punteggio numerico per pesare la severità del rischio. L'uso di schede di valutazione non deve sostituire il giudizio clinico ma aiutare il professionista nel processo decisionale. (A)

La valutazione del rischio deve essere fatta da personale preparato a riconoscere i fattori di rischio e a mettere in atto le misure preventive adeguate. (C)

Tutte le valutazioni devono essere registrate in modo da essere disponibili per gli altri operatori sanitari. (C)

Nei soggetti considerati a rischio è opportuno valutare qual è il principale fattore di rischio/causale, al fine di intervenire in modo mirato. (C)

Se il paziente ha subito un intervento chirurgico potrà essere valutato al risveglio se non sono comparse complicanze. (C)

SCALE DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO

L'uso di scale di valutazione del rischio di lesione da pressione ha il vantaggio di essere facilmente utilizzate anche da personale non esperto, riduce le incertezze, permette di standardizzare l'approccio al paziente evitando incomprensioni tra il personale addetto all'assistenza, permette una rapida valutazione e può essere utile per impiegare al meglio le risorse disponibili per la prevenzione.

L'indice di NORTON modificata secondo Stotts prende in considerazione **5 indicatori**:

- lo stato fisico generale
- lo stato mentale
- la deambulazione
- la mobilità
- l'incontinenza.

L'indice di BRADEN prende in considerazione **6 indicatori**:

- percezioni sensoriali
- umidità
- attività
- mobilità
- nutrizione
- frizione e scivolamento

SCHEDA DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO DI INSORGENZA DI LdP

Cognome/Nome _____ Unità operativa _____

Data di nascita _____ M F

Data di ricovero _____ Data di 1^ valutazione _____

Indice di Norton modificato secondo Stotts

INDICATORI	VARIABILI				PUNTEGGIO		
	4	3	2	1	data data 1 ^a V	data 2 ^a V	data 3 ^a V
CONDIZIONI GENERALI (livelli di assistenza richiesti per ADL, Activities of daily living, cioè relativi a: cure igieniche, alimentazione, movimenti)	Buone Abile ad eseguire le proprie ADL	Discrete Necessita assistenza per alcune ADL	Scadenti Richiede assistenza per più ADL	Pessime Totalmente dipendente su tutte le ADL			
STATO MENTALE (risponde alle domande verbali relative al tempo, spazio e persone in modo soddisfacente e veloce)	Lucido Orientamento nel tempo, spazio e persone. Risposta rapida	Apatico Orientato nel tempo, spazio e nelle persone, con una ripetizione della domanda	Confuso Parzialmente orientato nel tempo, spazio, persone. La risposta può essere rapida	Stuporoso Totalmente disorientato. La risposta può essere lenta o rapida. Il paziente potrebbe essere in stato comatoso			
DEAMBULAZIONE (distanza e indipendenza nella deambulazione)	Normale Deambula fino a quando è affaticato. Cammina da solo o con l'assistenza di presidi es. bastone	Cammina con aiuto Deambula fino a quando è affaticato. Richiede l'assistenza di una persona per la deambulazione. Può usare anche un presidio	Costretto su sedia Cammina o si muove soltanto su sedia	Costretto a letto Confinato a letto per tutte le 24 ore			
MOBILITA' (quantità e controllo del movimento di una parte del corpo)	Piena Può muovere e controllare le estremità come vuole. Può o non può usare un presidio	Moderatamente limitata Può usare e controllare le estremità con la minima assistenza di una altra persona. Può o non può usare un presidio.	Molto limitata Limitata indipendenza ai movimenti e al controllo delle estremità. Richiede una maggior assistenza di una altra persona. Può o non può usare un presidio.	Immobile Non ha indipendenza nel movimento o controllo delle estremità. Richiede assistenza per il movimento di ogni estremità.			
INCONTINENZA (valutazione dell'insufficienza del controllo di urine e feci)	Assente Non incontinente di urine e feci. Può avere un catetere.	Occasionale Incontinenza di urine 1-2 volte/die e/o feci 1 volta/die	Abituale urine Incontinenza di urine più di 2 volte/die ma non sempre, e/o feci 2-3 volte/die ma non sempre.	Doppia Totale incontinenza di urine e feci			
Punteggio totale							

Presenza di lesioni da decubito al momento del ricovero Sì No

Legenda

Punteggio minimo = 5
Punteggio massimo = 20
Rischio ≤ 14
Massimo rischio ≤ 12

N.B. La prima valutazione del paziente deve essere fatta il **giorno del ricovero**. La rivalutazione **ogni 7 gg.** e in caso di cambiamento della situazione clinica del paziente.

Indice di Norton modificato secondo Stotts

INDICATORI	VARIABILI				PUNTEGGIO		
	4	3	2	1	data 4 ^a V	data 5 ^a V	data 6 ^a V
CONDIZIONI GENERALI (livelli di assistenza richiesti per ADL, Activities of daily living, cioè relativi a: cure igieniche, alimentazione, movimenti)	Buone Abile ad eseguire le proprie ADL	Discrete Necessita assistenza per alcune ADL	Scadenti Richiede assistenza per più ADL	Pessime Totalmente dipendente su tutte le ADL			
STATO MENTALE (risponde alle domande verbali relative al tempo, spazio e persone in modo soddisfacente e veloce)	Lucido Orientamento nel tempo, spazio e persone. Risposta rapida	Apatico Orientato nel tempo, spazio e nelle persone, con una ripetizione della domanda	Confuso Parzialmente orientato nel tempo, spazio, persone. La risposta può essere rapida	Stuporoso Totalmente disorientato. La risposta può essere lenta o rapida. Il paziente potrebbe essere in stato comatoso			
DEAMBULAZIONE (distanza e indipendenza nella deambulazione)	Normale Deambula fino a quando è affaticato. Cammina da solo o con l'assistenza di presidi es. bastone	Cammina con aiuto Deambula fino a quando è affaticato. Richiede l'assistenza di una persona per la deambulazione. Può usare anche un presidio	Costretto su sedia Cammina o si muove soltanto su sedia	Costretto a letto Confinato a letto per tutte le 24 ore			
MOBILITA' (quantità e controllo del movimento di una parte del corpo)	Piena Può muovere e controllare le estremità come vuole. Può o non può usare un presidio	Moderatamente limitata Può usare e controllare le estremità con la minima assistenza di una altra persona. Può o non può usare un presidio.	Molto limitata Limitata indipendenza ai movimenti e al controllo delle estremità. Richiede una maggior assistenza di una altra persona. Può o non può usare un presidio.	Immobile Non ha indipendenza nel movimento o controllo delle estremità. Richiede assistenza per il movimento di ogni estremità.			
INCONTINENZA (valutazione dell'insufficienza del controllo di urine e feci)	Assente Non incontinente di urine e feci. Può avere un catetere.	Occasionale Incontinenza di urine 1-2 volte/die e/o feci 1 volta/die	Abituale urine Incontinenza di urine più di 2 volte/die ma non sempre, e/o feci 2-3 volte/die ma non sempre.	Doppia Totale incontinenza di urine e feci			
				Punteggio totale			

Legenda

Punteggio minimo = 5
 Punteggio massimo = 20
 Rischio ≤ 14
 Massimo rischio ≤ 12

N.B. La prima valutazione del paziente deve essere fatta il **giorno del ricovero**. La rivalutazione **ogni 7 gg.** e in caso di cambiamento della situazione clinica del paziente.

SCHEDA DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO DI INSORGENZA DI LdP

Cognome/Nome _____ Unità operativa _____
 Data di nascita ____/____/____ M F
 Data di ricovero ____/____/____ Data di 1^ valutazione ____/____/____

Indice di Braden

INDICATORI	PUNTEGGIO (Riportare il punteggio di una sola variabile)				
	4	3	2	1	P
PERCEZIONI SENSORIALI 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. Oppure Ha impedimento 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. Oppure 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. Oppure 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 regolari.	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 umida dalla traspirazione, dall'urina ecc. Ogni volta che il paziente si muove o si gira lo si trova 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 con o 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 o sulla sedia a rotelle.	Completamente 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 un pasto. Di solito assume un totale di 4 o più porzioni di carne e latticini. Talvolta mangia tra i pasti. Non necessita di integratori.	Adeguata Mangia più della metà della maggior parte dei pasti. Mangia un totale di 4 porzioni di proteine (carne, latticini) al giorno. Occasionalmente può rifiutare un pasto, ma di solito assume integratori. Oppure Si alimenta artificialmente con NPT o nutrizione enterale, assumendo il quantitativo nutrizionale necessario.	Probabilmente Inadeguata Raramente mangia un pasto completo, generalmente mangia la metà dei cibi offerti. Le proteine assunte includono 3 porzioni di carne o latticini al giorno, occasionalmente assume integratori alimentari. Oppure Riceve meno della quantità ottimale di dieta liquida o enterale (con sondino).	Molto Povera Non mangia mai un pasto completo. Raramente mangia più di 1/3 di qualsiasi cibo offerto. Assume: al massimo 2 porzioni di proteine al giorno, pochi liquidi e nessun integratore dietetico liquido Oppure È a digiuno o mantenuto con fleboclisi o assume bevande per più di 5 giorni.	
FRIZIONE E SCIVOLAMENTO		Senza problemi Apparenti Si sposta sul letto e sulla sedia in modo autonomo ed ha sufficiente forza muscolare per sollevarsi completamente durante i movimenti. Mantiene sempre una corretta posizione a letto e sulla sedia.	Problema Potenziale Si muove poco, necessita di assistenza minima. Durante lo spostamento la cute fa attrito con le lenzuola o con il piano della poltrona o con i dispositivi di contenzione. Mantiene di solito una posizione abbastanza corretta a letto e sulla sedia, ma occasionalmente può slittare.	Problema Richiede da una moderata ad una massima assistenza nei movimenti. Frequentemente scivola nel letto o nella poltrona. Richiede riposizionamenti con la massima assistenza. Sono presenti spasticità, contratture, agitazione, che causano costante attrito contro il piano del letto o della poltrona.	
N.B. Nel caso di paziente cateterizzato (ovvero di fatto continente) e in assenza di altre fonti di umidità si attribuisce un punteggio di 4 all'indicatore umidità					
Punteggio totale					

Presenza di lesioni da decubito al momento del ricovero Sì No

Legenda
 Basso rischio 15-18
 Medio rischio da 13 a 14
 Alto rischio da 10 a 12
 Altissimo rischio 9 o meno di 9

N.B. La prima valutazione del paziente deve essere fatta il giorno del ricovero. La rivalutazione ogni 7 gg. e in caso di cambiamento della situazione clinica del paziente.

SCHEDA DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO DI INSORGENZA DI LdP

Indice di Braden

INDICATORI	PUNTEGGIO				PUNTEGGIO		
	4	3	2	1	data 2° V	data 3° V	data 4°V
PERCEZIONI SENSORIALI 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. Oppure Ha impedimento 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. Oppure 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. Oppure 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 regolari.	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 umida dalla traspirazione, dall'urina ecc. Ogni volta che il paziente si muove o si gira lo si trova 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 con o 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 o sulla sedia a rotelle.	Completamente 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 un pasto. Di solito assume un totale di 4 o più porzioni di carne e latticini. Talvolta mangia tra i pasti. Non necessita di integratori.	Adeguata Mangia più della metà della maggior parte dei pasti. Mangia un totale di 4 porzioni di proteine (carne, latticini) al giorno. Occasionalmente può rifiutare un pasto, ma di solito assume integratori. Oppure Si alimenta artificialmente con NPT o nutrizione enterale, assumendo il quantitativo nutrizionale necessario.	Probabilmente Inadeguata Raramente mangia un pasto completo, generalmente mangia la metà dei cibi offerti. Le proteine assunte includono 3 porzioni di carne o latticini al giorno, occasionalmente assume integratori alimentari. Oppure Riceve meno della quantità ottimale di dieta liquida o enterale (con sondino).	Molto Povera Non mangia mai un pasto completo. Raramente mangia più di 1/3 di qualsiasi cibo offerto. Assume: al massimo 2 porzioni di proteine al giorno, pochi liquidi e nessun integratore dietetico liquido Oppure È a digiuno o mantenuto con fleboclisi o assume bevande per più di 5 giorni.			
FRIZIONE E SCIVOLAMENTO		Senza problemi Apparenti Si sposta sul letto e sulla sedia in modo autonomo ed ha sufficiente forza muscolare per sollevarsi completamente durante i movimenti. Mantiene sempre una corretta posizione a letto e sulla sedia.	Problema Potenziale Si muove poco, necessita di assistenza minima. Durante lo spostamento la cute fa attrito con le lenzuola o con il piano della poltrona o con i dispositivi di contenzione. Mantiene di solito una posizione abbastanza corretta a letto e sulla sedia, ma occasionalmente può slittare.	Problema Richiede da una moderata ad una massima assistenza nei movimenti. Frequentemente scivola nel letto o nella poltrona. Richiede riposizionamenti con la massima assistenza. Sono presenti spasticità, contratture, agitazione, che causano costante attrito contro il piano del letto o della poltrona.			
N.B. Nel caso di paziente cateterizzato (ovvero di fatto continente) e in assenza di altre fonti di umidità si attribuisce un punteggio di 4 all'indicatore umidità					Punteggio totale		

Presenza di lesioni da decubito al momento del ricovero Sì No

Legenda
Basso rischio 15-18
Medio rischio da 13 a 14
Alto rischio da 10 a 12
Altissimo rischio 9 o meno di 9

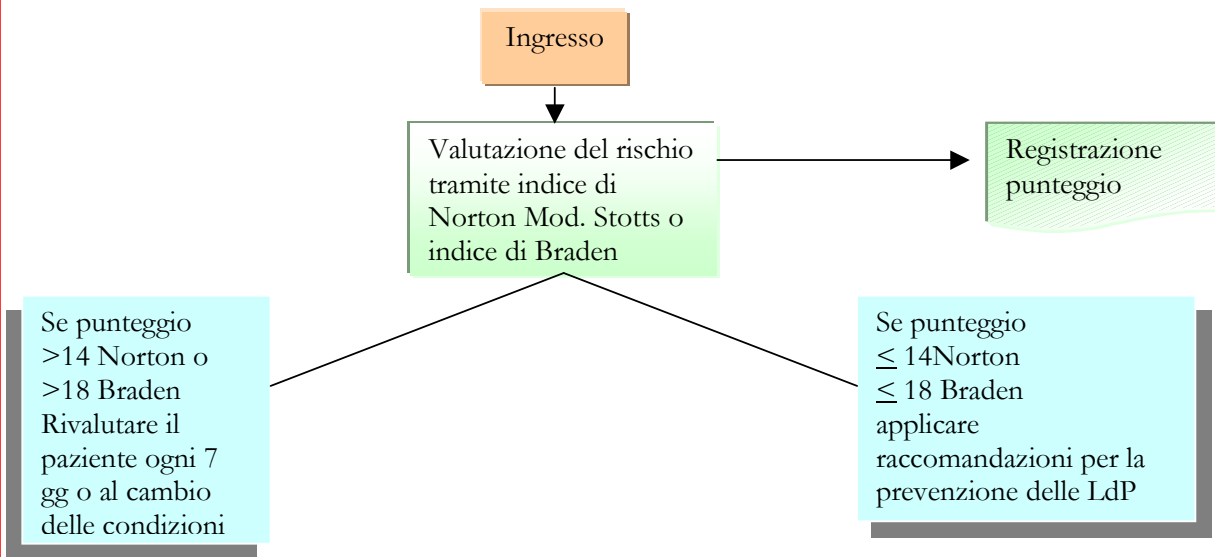
N.B. La prima valutazione del paziente deve essere fatta il giorno del ricovero. La rivalutazione ogni 7 gg. e in caso di cambiamento della situazione clinica del paziente.

INDICE DI BRADEN

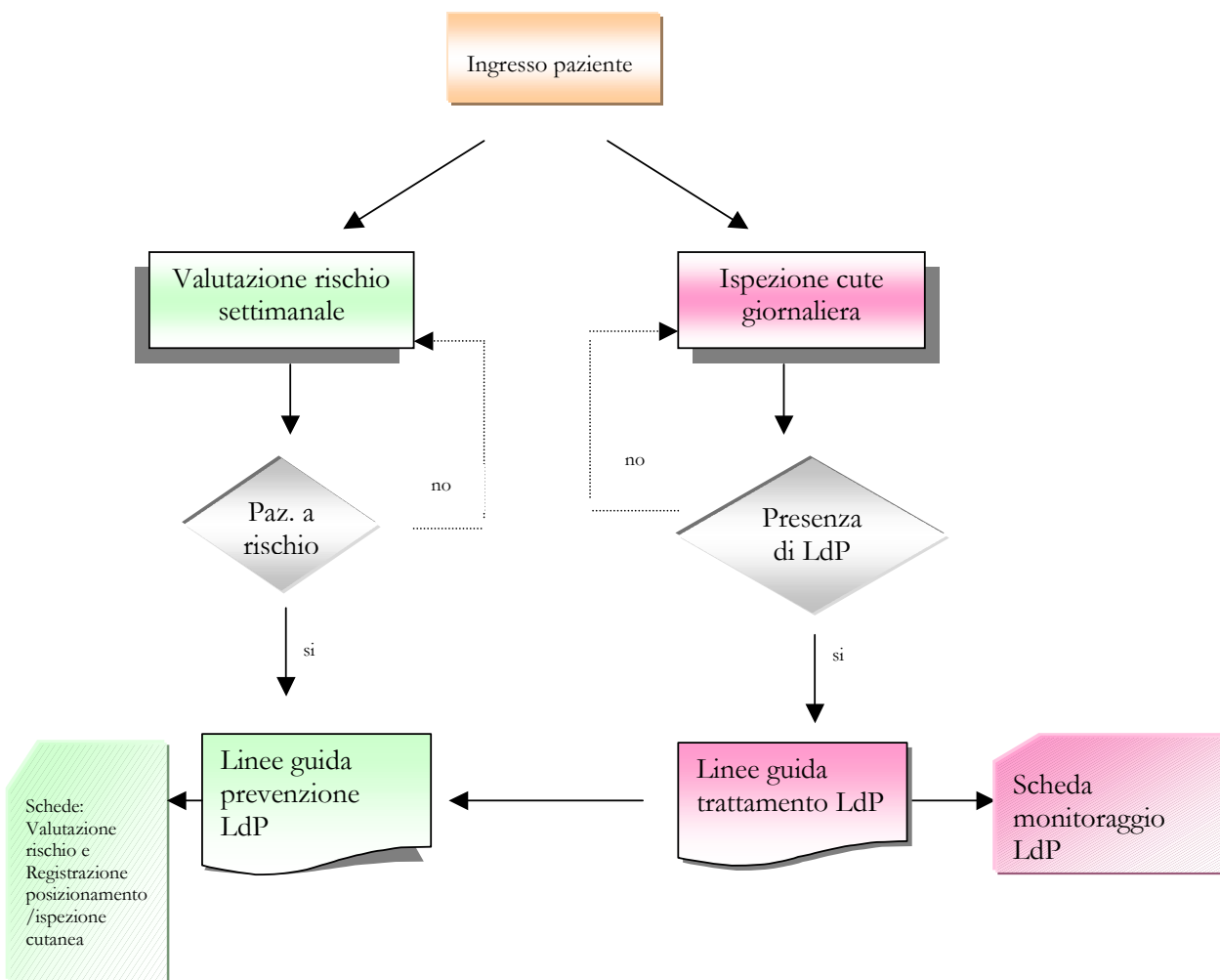
INDICAZIONI IN BASE AL LIVELLO DEL RISCHIO

<p><u>BASSO RISCHIO (15-18)*</u></p> <p>FREQUENTE ROTAZIONE MASSIMA RIMOBILIZZAZIONE PROTEGGERE I TALLONI CONTROLLARE UMIDITÀ, NUTRIZIONE, FRIZIONE E FORZE DI TAGLIO UTULIZZARE UN DISPOSITIVI ANTIDECUBITO SE COSTRETTO A LETTO O SU SEDIA</p> <p>* Se sono presenti fattori di rischio importanti (età avanzata, febbre, scarsa assunzione di proteine, pressione diastolica inferiore a 60 mmHg, instabilità emodinamica) avanzare al successivo livello di rischio</p>	<p><u>CONTROLLO DELL'UMIDITÀ</u></p> <p>USA PRODOTTI BARRIERA CONTRO L'UMIDITÀ USA TELI ASSORBENTI E PANNOLONI CHE ASSORBONO E TRATTENGONO L'UMIDITÀ INDIVIDUARE LE CAUSE SE POSSIBILE DURANTE LE ROTAZIONI PROGRAMMATE INVITARE IL PAZIENTE A SVUOTARE LA VESCICA</p>
<p><u>MEDIO RISCHIO (13-14)*</u></p> <p>ROTAZIONE PROGRAMMATA USO DI CUNEI ANTIDECUBITO PER POSIZIONARE LATERALMENTE A 30° UTULIZZARE UN DISPOSITIVI ANTIDECUBITO SE COSTRETTO A LETTO O SU SEDIA MASSIMA RIMOBILIZZAZIONE PROTEGGERE I TALLONI CONTROLLARE UMIDITÀ, NUTRIZIONE, FRIZIONE E FORZE DI TAGLIO</p> <p>* Se sono presenti altri fattori di rischio importanti, avanzare al successivo livello di rischio</p>	<p><u>GESTIONE NUTRIZIONALE</u></p> <p>AUMENTARE L'ASSUNZIONE DI PROTEINE AUMENTARE L'ASSUNZIONE DI CALORIE PER RISPARMIARE LE PROTEINE SUPPLEMENTI MULTI-VITAMINICI (DEVONO CONTENERE A, C ed E) AGIRE SUBITO PER RIDURRE IL DEFICIT CONSULTARE IL DIETISTA</p>
<p><u>ALTO RISCHIO (10-12)</u></p> <p>AUMENTARE LA FREQUENZA DELLE ROTAZIONI ESEGUENDO ANCHE PICCOLI SPOSTAMENTI UTULIZZARE UN DISPOSITIVI ANTIDECUBITO USO DI CUNEI ANTIDECUBITO PER POSIZIONARE LATERALMENTE A 30° MASSIMA RIMOBILIZZAZIONE PROTEGGERE I TALLONI CONTROLLARE UMIDITÀ, NUTRIZIONE, FRIZIONE E FORZE DI TAGLIO</p>	<p><u>CONTROLLO FRIZIONE E FORZE DI TAGLIO</u></p> <p>NON ELEVARE LA TESTATA DEL LETTO A PIÙ DI 30° USA IL TRAPEZIO SE INDICATO USA IL TELO PER SOLLEVARE IL PAZIENTE PROTEGGI I GOMITI E I TALLONI SE SONO ESPOSTI ALLA FRIZIONE</p>
<p><u>ALTISSIMO RISCHIO (9 o meno di 9) *</u></p> <p>TUTTO COME SOPRA + UTULIZZARE DISPOSITIVI ANTIDECUBITO AVANZATI SE IL PAZIENTE HA DOLORE INTRATTABILE O DOLORE SEVERO AGGRAVATO DALLA ROTAZIONE O FATTORI DI RISCHIO ADDIZIONALI</p> <p>*I letti a bassa cessione d'aria non sostituiscono la rotazione programmata</p>	<p><u>ALTRI INTERVENTI ASSISTENZIALI</u></p> <p>NON MASSAGGIARE LE PROMINENZE OSSEE ARROSSATE NON USARE CIAMBELLE MANTIENI UNA BUONA IDRATAZIONE ED EVITA CHE LA PELLE SI SECCHI</p>

ALGORITMO: VALUTAZIONE DEL RISCHIO DI LESIONE DA PRESSIONE



ALGORITMO: PREVENZIONE DELLE LESIONI DA PRESSIONE



ISPEZIONE DELLA CUTE

Tutti gli individui a rischio dovrebbero essere sottoposti a ispezione cutanea sistematica almeno una volta al giorno, prestando attenzione alle prominenze ossee. I risultati dell'ispezione cutanea dovrebbero essere documentati. (C) **(Vedi: scheda di registazione posizionamento/ispezione cutanea)**

Incoraggiare le persone in grado di farlo o i familiari a controllare loro stessi le zone sottoposte a maggior pressione dopo una accurata educazione. (C)

IGIENE DELLA CUTE

La cute dovrebbe essere pulita non appena si sporca e ad intervalli regolari. La frequenza della pulizia cutanea dovrebbe essere personalizzata secondo le necessità e/o i desideri del paziente. Evitare di utilizzare acqua troppo calda ed usare un detergente delicato che riduca al minimo l'irritazione e la secchezza della pelle. Durante la pulizia, prestare estrema attenzione per ridurre al minimo la forza e la frizione applicate alla cute. (C)

Ridurre al minimo i fattori ambientali che possono causare la disidratazione della pelle, ossia scarsa umidità (meno del 40%) ed esposizione al freddo. La pelle secca dovrebbe essere trattata con prodotti idratanti. (C)

Evitare il massaggio in corrispondenza di prominenze ossee. (B)

Ridurre al minimo l'esposizione della cute ad umidità causata da incontinenza, sudorazione o secrezione della ferita. Quando è impossibile controllare queste fonti di umidità, si possono usare superfici assorbenti composte da materiale che assorba l'umidità e che presenti una superficie asciutta a contatto con la pelle. Si possono anche utilizzare agenti topici che agiscano da barriera contro l'umidità. (C)

RIDUZIONE DELLE FORZE DI ATTRITO E DI STIRAMENTO

Si dovrebbe ridurre al minimo il danneggiamento della cute causato da frizione e forze di stiramento attraverso corrette tecniche di posizionamento, spostamento e rotazione. Inoltre, si possono ridurre i danni da frizione attraverso l'utilizzo di prodotti lubrificanti (come amido di mais e creme), pellicole protettive (come medicazioni di pellicola semi- permeabile trasparente e sigillanti cutanei), medicazioni protettive (come gli idrocolloidi) e imbottiture protettive. (C)

Mantenere la testata del letto al minimo grado di elevazione, in conformità alle condizioni mediche e alle altre restrizioni. Limitare la durata di tempo durante la quale la testiera del letto viene elevata. (C)

Utilizzare dispositivi di sollevamento come trapezio o una traversa per muovere (invece che trascinare) gli individui che non sono in grado di aiutarsi durante lo spostamento e i cambi di posizione. (C)

MOBILIZZAZIONE E CAMBIO DI POSTURA

Ogni individuo allettato che viene considerato a rischio di sviluppare una Lesione da pressione dovrebbe essere mobilizzato e posizionato almeno ogni due ore, se ciò è compatibile con le condizioni cliniche del soggetto. Si consiglia l'utilizzo di un piano scritto per la mobilizzazione dell'individuo. (B) **(Vedi: scheda di registazione posizionamento/ispezione cutanea)**

Ogni individuo a rischio di sviluppare una lesione da decubito dovrebbe evitare di sedere senza interruzione su sedie o carrozzelle di ogni tipo. Si dovrebbe mobilizzare il soggetto, alternando i punti sotto pressione, almeno ogni ora oppure riportarlo a letto, se ciò è compatibile con gli obiettivi della terapia. Gli individui che ne sono capaci dovrebbero essere educati a cambiare posizione ogni 15 minuti. (C)

Per individui costretti su sedia o carrozzella, l'uso di dispositivi per ridurre la pressione è consigliato. Evitare supporti circolari. (C)

Il posizionamento di soggetti in carrozzella deve tenere in considerazione l'allineamento posturale, la distribuzione del peso, l'equilibrio e la stabilità e l'alleviamento della pressione. (C)

Per i soggetti costretti in carrozzella, può rivelarsi utile disporre di un piano scritto sull'utilizzo dei presidi di posizionamento e sui dettagli temporali della mobilizzazione. (C)

Se esiste la possibilità di aumentare la mobilità del soggetto e il suo stato di attività, si dovrebbero attuare degli sforzi di riabilitazione, sempre che questi si mostrino conformi agli scopi generali della terapia. Conservare il livello di attività del momento, la mobilità e la gamma dei movimenti si rivela essere uno scopo idoneo per la maggior parte dei soggetti. (C)

Gli interventi e i risultati dovrebbero essere monitorati e documentati. (C) **(Vedi: Scheda di registrazione posizionamento/ispezione cutanea)**



SCHEDA DI REGISTRAZIONE POSIZIONAMENTO/ISPEZIONE CUTANEA



UNITÀ OPERATIVA _____

COGNOME/NOME _____ DATA _____

Indice di Norton _____ Tipo di materasso posizionato _____ data _____
 Variazione _____ data _____

ore data																									Ispezione cutanea giornaliera*				
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	00	M	P	Firma		
	1/																												
2/																													
3/																													
4/																													
5/																													
6/																													
7/																													
8/																													
9/																													
10/																													
11/																													
12/																													
13/																													
14/																													
15/																													

*Indicare “I” cute integra e non arrossata, “A” cute arrossata, “L” presenza di lesione

Codifiche delle posizioni S = supina DX = fianco dx SX = fianco sx SL = seduto sul letto C = carrozzina/sedia

N.B. La scheda si usa nei pazienti con punteggio 1-2 nella deambulazione e mobilità della scheda di Norton

SCHEDA DI REGISTRAZIONE POSIZIONAMENTO/ISPEZIONE CUTANEA

COGNOME/NOME _____ DATA _____

ore data																									Ispezione cutanea giornaliera*			
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	00	M	P	Firma	
	16/																											
17/																												
18/																												
19/																												
20/																												
21/																												
22/																												
23/																												
24/																												
25/																												
26/																												
27/																												
28/																												
29/																												
30/																												
31/																												

*Indicare "I" cute integra e non arrossata, "A" arrossata, "L" presenza di lesione

Codifiche delle posizioni

S = supina

DX = fianco dx

SX = fianco sx

SL = seduto sul letto

C = carrozzina/sedia

RIDUZIONE DEGLI EFFETTI NEGATIVI DELLA PRESSIONE

Ogni individuo considerato a rischio di sviluppare una lesione da decubito dovrebbe essere posizionato, quando è a letto, su un dispositivo che riduce la pressione. (B)

Per individui allettati ed identificati a rischio si dovrebbero utilizzare alcuni supporti (es.: cuscini o prodotti schiumosi) per la protezione delle prominenze ossee al fine di evitare il contatto diretto (per es. ginocchia o caviglie). Questo trattamento deve essere incluso in un piano di cure scritto. (C)

Gli individui allettati, completamente immobili, dovrebbero avere un piano di trattamento che comprenda l'utilizzo di presidi in grado di alleviare completamente la pressione sui calcagni ad esempio sollevando questi ultimi dal letto. Si sconsiglia vivamente l'uso di ciambelle. (C)

STATO NUTRIZIONALE

Queste raccomandazioni non sono valide per alcuni gruppi specifici di pazienti come i neonati, i bambini, gli ustionati, e traumatizzati che hanno esigenze nutrizionali specifiche.

Numerosi studi hanno associato le lesioni da pressione a stati di malnutrizione pertanto l'individuazione di carenze nutrizionali costituisce una fase importante.

La valutazione dello stato nutrizionale deve essere fatta all'ingresso del paziente nell'unità operativa e a intervalli regolari. La frequenza deve essere basata sulle condizioni generali dell'individuo e su eventi che possono modificare il suo fabbisogno proteico-energetico (intervento chirurgico, infezioni, altre situazioni ipercataboliche). (C)

La valutazione comprende:

- **La registrazione del peso e dell'altezza** (quando è possibile) per il calcolo del Body Mass Index (indice di Massa Corporea o Body Mass Index =BMI). Il peso in rapporto all'altezza è un valido indicatore della percentuale di grasso corporeo e viene determinato con il rapporto tra peso reale e altezza al quadrato (peso in Kg/[altezza in m]²). Questo indice risulta meno valido per alcuni gruppi di individui come i bambini e i grandi vecchi per il diverso rapporto tra massa grassa e secca. Un BMI <19 indica la necessità di supporto nutrizionale. I valori di riferimento sono riportati nella seguente tabella.

Maschi	Femmine	Significato
19-24	20-24	Normalità
25-30	25-30	Sovrappeso
>30	>30	Obesità
15-19	15-19	Malnutrizione
<15	<15	Malnutrizione grave

- L'individuazione di un eventuale calo ponderale e delle sue cause. Una riduzione dell'usuale peso corporeo >10% nei 6 mesi precedenti o > 5% nell'ultimo mese è indice di un deficit nutritivo.
- La registrazione della quantità di cibo e di liquidi assunti giornalmente. La quantificazione dell'assunzione orale di alimenti può essere valutato con uno strumento apposito. L'assunzione di alimenti è ritenuta non adeguata se per due-tre giorni il paziente assume meno della metà dei pasti.

Per una valutazione più approfondita si possono prendere in considerazione:

- i livelli ematici di albumina, di emoglobina e di potassio che possono indicare una condizione di malnutrizione cronica.
- uso di scale validate e utilizzate da personale esperto nell'interpretazione dei risultati.

Nella tabella successiva è riprodotta una scala per la valutazione del rischio nutrizionale (servizio di nutrizione clinica e dietetica di Plymouth), che permette di identificare le persone a rischio. Il punteggio assegnato iscrive ciascun paziente in uno dei tre livelli di rischio (minimo, moderato, elevato) per i quali è previsto uno specifico programma di intervento (v. schema di intervento)

SCALA PER LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO NUTRIZIONALE

Reparto				Cognome Nome	
Età				Sesso	
Giorno ingresso				Diagnosi ingresso	
Accertamento iniziale	Data	Peso	Punti	Provvedimenti	
Controllo					
Controllo					

ETA'	31-44 anni 1	45-60 anni 2	61-70 anni 3	>70 anni <30 anni 4	Punteggio totale
PESO	Peso abituale e stabile 1	Perdita di peso >10% negli ultimi 3 mesi 2	Perdita di peso >10% nelle ultime 4 - 6 settimane 3	Estremamente magro emaciato o cachettico 4	
APPETITO	Appetito abituale capacità di mangiare tutto il cibo e le bevande offerte ai pasti e tra i pasti 1	Appetito ridotto; lascia la metà della quantità di cibo offerto ai pasti 2	Appetito scarso; lascia la maggior parte del cibo offerto ai pasti. Riluttante al bere 3	Appetito poco o nullo; rifiuta i pasti e le bevande; incapacità di mangiare (es. incoscienza) 4	
ABILITA' A MANGIARE	Capace di mangiare e bere normalmente 1	Richiede aiuto per tagliare gli alimenti e portare il cibo alla bocca 2	Ha difficoltà a masticare ed ha bisogno di una dieta liquida 3	Incapace di mangiare e bere 4	
CONDIZIONE MEDICA E TRATTAMENTO	Condizione medica non complicata per esempio: infarto miocardico, aritmie, asma. Non interruzione dell'alimentazione 1	Post-intervento di chirurgia minore. Malattie gastrointestinali. Infezioni di gravità moderata. Fratture delle ossa lunghe. Talora interruzione dell'alimentazione per eseguire esami 2	Post-operatorio di chirurgia massiva. Fratture multiple. Numerosi periodi di interruzione dell'alimentazione per eseguire esami 3	Ustioni, cancro, fratture multiple, radioterapia, chemioterapia, interruzione dell'alimentazione per più di 24 ore 4	
FUNZIONE INTESTINALE	Funzione intestinale normale 1	Nausea 2	Diarrea e/o vomito 3	Profusa diarrea e vomito o non funzionalità intestinale 4	

PUNTEGGIO DELL'ACCERTAMENTO NUTRIZIONALE

0-10 Rischio minimo
11-18 Rischio moderato
19-24 Rischio elevato

SCHEMA DI INTERVENTO PER I PAZIENTI A RISCHIO DI MALNUTRIZIONE

Rischio minimo	Rischio moderato	Rischio elevato
Punteggio (0-10)	Punteggio (11-18)	Punteggio (19-24)
<p>Pesare all'accettazione e una volta la settimana</p> <p>Rivedere settimanalmente e se opportuno prendere provvedimenti come per i pazienti a rischio moderato</p>	<p>Pesare all'accettazione e due volte alla settimana</p> <p>Aiutare a completare in modo appropriato il pasto imboccando se necessario</p> <p>Registrare l'apporto nutrizionale</p> <p>Dare giornalmente dei ricostituenti tra i pasti a meno che non sia già a dieta speciale per altre patologie</p> <p>Rivedere settimanalmente e nel caso di <u>mancato miglioramento</u>, informare lo staff medico e chiedere l'intervento del dietista</p> <p>Documentare sulla cartella infermieristica i progressi del paziente</p>	<p>Informare lo staff medico per chiedere l'intervento del dietista e per avere consigli in merito alla situazione</p> <p>Pesare all'accettazione e due volte alla settimana</p> <p>Formulare un menù completo e personalizzato; imboccare il paziente se necessario</p> <p>Registrare l'apporto nutrizionale</p> <p>Verificare che tutti i supplementi vengano assunti come prescritto dal dietista</p> <p>Rivedere giornalmente e consultare, se necessario, il dietista per ulteriori consigli</p> <p>Documentare sulla cartella infermieristica i progressi del paziente</p>

Quando individui apparentemente ben nutriti sviluppano un'assunzione inadeguata di proteine o calorie, i curanti dovrebbero tentare, prima di tutto, di scoprire e correggere i fattori che compromettono tale assunzione e quindi offrire sostegno tramite l'alimentazione. E' possibile che siano necessari altri integratori o supporti nutrizionali. Se l'alimentazione rimane inadeguata, si dovrebbero prendere in considerazione interventi nutritivi più aggressivi come la nutrizione per via enterale o parenterale, sempre che ciò sia compatibile con gli scopi generali della terapia. (C)

Per i soggetti che presentano uno stato nutrizionale compromesso, si dovrebbe attuare un piano di sostegno con integrazione nutrizionale che soddisfi le necessità dell'individuo e sia conforme agli scopi generali della terapia. (C)

Qualora si individui una situazione di malnutrizione si deve correggere prima di tutto quella proteico-energetica, possibilmente per via orale eliminando ostacoli funzionali e sociali per favorire l'assunzione del cibo. (C)

Qualora non fosse possibile una nutrizione normale, si dovrebbe considerare la possibilità di un supplemento orale ricco di energia e proteine (B)
L'impiego di integratori alimentari deve tener conto delle scelte e gusti del paziente e degli obiettivi terapeutici.

Quando l'alimentazione normale e il supplemento non sono sufficienti a risolvere la malnutrizione, si devono prendere in considerazione altre strade (per es. la nutrizione enterale) dopo che siano stati valutati i rischi legati a queste metodiche (B).

Il successo degli interventi nutrizionali può essere segnalato da un aumento del peso, da una migliore funzionalità motoria e/o migliore qualità di vita legata alle condizioni di salute, da una ridotta incidenza di nuove LdP e dalla guarigione di LdP precedenti. La valutazione degli effetti degli interventi nutrizionali deve essere fatta regolarmente ma si deve tenere presente che i risultati possono non comparire immediatamente, perché vi è dapprima la necessità di reintegrare le riserve perdute. Nel caso in cui i pazienti abbiano già una LdP si esegue la stessa strategia (alimentazione normale, supplementi orali, nutrizione enterale) sebbene la richiesta nutrizionale sia maggiore.

Nella tabella sottostante vengono elencati gli elementi fondamentali di una valutazione dello stato nutrizionale.

Elementi fondamentali della valutazione dello stato nutrizionale

<p>Stato mentale Funzioni cognitive Affettività</p>
<p>Anamnesi Dati anagrafici Situazione socio economica ed abitativa Sintomi (anoressia, vomito, diarrea, disfagia) Quantità e qualità dell'apporto alimentare Idiosincrasia verso i cibi Restrizioni dietetiche in atto Diagnosi di malattie croniche o neoplasie maligne Recenti modificazioni del peso corporeo Stato funzionale Consumo di alcool Uso di supplementi vitaminici e/o minerali Recenti interventi chirurgici, radioterapia o chemioterapia Uso di farmaci che possono influenzare lo stato nutrizionale</p>
<p>Esame fisico Tegumenti, annessi cutanei Orofaringe (stomatiti, glossiti, atrofia papillare, fissurazioni linguali, edentulia) Apparato cardiovascolare (cardiomegalia o segni di scompenso) Addome (epatomegalia, ascite, masse addominali, cicatrici chirurgiche) Arti (edemi) Sistema nervoso (irritabilità, astenia, dolori muscolari, perdita di riflessi tendinei profondi)</p>
<p>Dati antropometrici Peso corporeo, altezza, peso relativo Indice di massa corporea (BMI) Circonferenza braccio Spessore pliche cutanee (tricipite, sottoscapolare)</p>
<p>Dati di laboratorio Albumina e transferrina plasmatica Indice di creatinina urinaria/altezza Conta linfocitaria, test di sensibilizzazione cutanea Bilancio azotato Retinal binding protein Dosaggio vitamina B12</p>

Da: Bianchetti A., Trabucchi M. L'alimentazione dell'anziano. Masson Editore, Milano 1993

PREVENZIONE DELLE LESIONI DA PRESSIONE IN SALA OPERATORIA E NELL'IMMEDIATO PERIODO POST-OPERATORIO

Si dovrebbero usare delle superfici che ridistribuiscono uniformemente la pressione sul tavolo operatorio per gli individui ritenuti a rischio di sviluppare delle lesioni da pressione. Gli individui ritenuti ad alto rischio sono coloro che si sottopongono a interventi di chirurgia maggiore (cardio-vascolare, ortopedica...) e che presentano uno o più fattori di rischio di sviluppare lesioni da pressione. (A)

I principali fattori di rischio sono la durata dell'intervento chirurgico, l'età del paziente, la presenza di vasculopatie e l'impiego della circolazione extra corporea. (C)

Evitare le superfici di materiale plastico poiché interferiscono con lo scambio di calore e possono aumentare il tempo di contatto della cute con i liquidi. (C)

Non impiegare materassini riscaldatori durante l'intervento poiché l'aumento della temperatura corrisponde ad un aumento delle richieste di ossigeno da parte dei tessuti aggravando così gli effetti dell'ischemia.(C)

Riscaldare lentamente il paziente nel periodo post-operatorio per lo stesso motivo. (C)

Proteggere le aree maggiormente a rischio di lesioni come l'occipite e i talloni (piccole aree sulle quali viene esercitata una forte pressione e che presentano poca tolleranza alla compressione a causa del sottile tessuto sottocutaneo presente) con ausili che riducano la pressione o la eliminino. Gli ausili in gel di silicone riducono di poco la pressione esercitata sulle zone sopraindicate, aiutano tuttavia ad eliminare forze quali l'attrito e lo stiramento. Porre attenzione alla loro corretta applicazione: se indossati troppo stretti si può ridurre il passaggio di aria e aumentare la pressione di interfaccia. L'impiego di un cuscino da porre sotto l'intero arto inferiore elimina la pressione a livello del tallone. (C)

Assicurare la continuità degli interventi di prevenzione delle lesioni anche nel periodo post-operatorio per i pazienti ritenuti a rischio incluso l'uso di materassi antidecubito. (C)

L'impiego di superfici antidecubito non deve esimere il personale d'assistenza dal provvedere al cambio di postura. La frequenza sarà determinata dai risultati dell'ispezione della cute, dal comfort del paziente e dalle sue condizioni generali. (C)

LINEE GUIDA PER IL TRATTAMENTO DELLE LESIONI DA PRESSIONE

Premessa indispensabile al trattamento di una lesione da pressione sono l'esame locale della lesione ed il rilievo di fattori generali per la definizione delle condizioni generali del paziente.

Un efficace trattamento delle lesioni da pressione, può essere ottenuto soltanto grazie ad un lavoro d'équipe che coinvolga il paziente e tutti coloro che prestano assistenza, prevedendo i seguenti interventi:

- valutazione
- gestione dei carichi sul tessuto
- cura della lesione
- gestione della colonizzazione batterica e dell'infezione
- trattamento chirurgico
- educazione e miglioramento della qualità delle cure

VALUTAZIONE

VALUTAZIONE DELLA LESIONE

- 1 Osservare inizialmente la lesione descrivendo: la sede, lo stadio, la dimensione, la presenza di tratti sottominati, fistole, la presenza di essudato, di tessuto necrotico, la presenza o assenza di tessuto di granulazione e di zona di riepitelizzazione. (Validità C) **(Vedi schede monitoraggio delle lesioni da pressione)**
- 2 Rivalutare la lesione con frequenza settimanale. Se le condizioni del paziente o della lesione peggiorano, rivalutare rapidamente il programma di trattamento. (Validità C)
- 3 Una lesione pulita dovrebbe mostrare l'inizio del processo di guarigione entro 2/4 settimane. Se ciò non avviene, rivalutare complessivamente il piano di trattamento ed anche il grado di adesione ad esso, per stimare se sono necessari dei cambiamenti. (Validità C)

VALUTAZIONE DEL SOGGETTO PORTATORE DI LDP

1. Ottenere una anamnesi completa del paziente, che tenga conto sia degli aspetti fisici che psicosociali, poiché una LdP dovrebbe essere valutata nel contesto della salute generale dell'utente. (Validità C)

VALUTAZIONE DELLO STATO NUTRIZIONALE

- 1 Assicurare un adeguato apporto dietetico per prevenire la malnutrizione tenendo conto dei desideri dell'utente. (Validità B)
- 2 Per i soggetti a rischio effettuare una valutazione sistematica eseguita dallo specialista dello stato nutrizionale almeno ogni tre mesi. Questo vale in particolare per soggetti incapaci di portarsi il cibo alla bocca o che hanno avuto un involontario calo ponderale. (Validità C)
- 3 Se un soggetto portatore di LdP è malnutrito incoraggiare un aumento dell'apporto dietetico o l'uso di supplementi. Se l'apporto continua ad essere inadeguato, utilizzare supporti nutrizionali via SNG/PEG. (Validità C)

SCHEDA DI MONITORAGGIO DELLE LESIONI DA PRESSIONE (LdP)

Unità Operativa _____
 Cognome Nome _____
 Data di ingresso ____/____/____

N° Scheda ____

Data di nascita ____/____/____
 Data di dimissione ____/____/____

LESIONE A B C D Data valutazione ____/____/____ Indice di Braden.....

Sede lesione: (Numero/figura):

Lesione insorta in reparto Lesione già presente all'ingresso in reparto

Data insorgenza lesione: ____/____/____ Non nota

Stadio lesione I° II° III° IV° (vedi legenda stadiazione sul retro)

Lunghezza x larghezza cm..... Profondità cm.....

Tipo di tessuto: chiuso tessuto epiteliale tessuto di granulazione
 necrosi-slough necrosi-escara sottominato

Quantità essudato: nulla lieve moderata forte

Tipo essudato: sieroso ematico sieroematico purulento

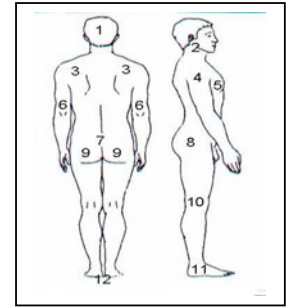
Bordi lesione: lineari necrotici frastagliati o irregolari

Cute perilesionale: integra secca arrossata macerata

Infezione: sì no Se sì: accertata sospetta

Valutazione del dolore nelle 24 h precedenti: Assenza di dolore 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Massimo dolore Non valutabile

Dolore durante la medicazione: Assenza di dolore 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Massimo dolore Non valutabile Espressione non verbale



MEDICAZIONE

CODICE (STADIO/FASE)	MEDICAZIONE	MEDICAZIONE AGGIUNTIVA O SOSTITUTIVA
<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> Tegaderm o <input type="checkbox"/> Duoderm CGF	
FIBRINOSA/NECROTICA <input type="checkbox"/> II A - <input type="checkbox"/> III A - <input type="checkbox"/> IV A	<input type="checkbox"/> Nu-Gel dosatore+ Medicazione Secondaria	
ESSUDATIVA <input type="checkbox"/> II B - <input type="checkbox"/> III B - <input type="checkbox"/> IV B	<input type="checkbox"/> Allevyn o <input type="checkbox"/> Allevyn Adesive o <input type="checkbox"/> Allevyn Sacrum	
RIEPITELIZZAZIONE <input type="checkbox"/> II C - <input type="checkbox"/> III C - <input type="checkbox"/> IV C	<input type="checkbox"/> Mepitel o <input type="checkbox"/> Mepilex o <input type="checkbox"/> Duoderm CGF	
INFETTA <input type="checkbox"/> III D - <input type="checkbox"/> IV D	<input type="checkbox"/> Actisorb Plus+ Medicazione Secondaria	
EMORRAGICA <input type="checkbox"/> III E - <input type="checkbox"/> IV E	<input type="checkbox"/> Kaltostat medicazione o Kaltostat tampone + medicazione secondaria	

Frequenza medicazione: 12 ore, 1 giorno, 2 giorni, 3 giorni, 4 giorni, 5 giorni, 6 giorni, 7giorni

Medicazioni extra: data..... data..... data..... data..... data..... data.....

Dispositivo in uso: Beta bed Alpha Active Nimbus 2 Duo Clinitron Altro.....

Firma infermiere.....

LESIONE A B C D Data valutazione ____/____/____ Indice di Braden.....

Sede lesione (Numero/figura):

Lesione insorta in reparto Lesione già presente all'ingresso in reparto

Data insorgenza lesione: ____/____/____ Non nota

Stadio lesione I° II° III° IV° (vedi legenda stadiazione sul retro)

Lunghezza x larghezza cm..... Profondità cm.....

Tipo di tessuto: chiuso tessuto epiteliale tessuto di granulazione
 necrosi-slough necrosi-escara sottominato

Quantità essudato: nulla lieve moderata forte

Tipo essudato: sieroso ematico sieroematico purulento

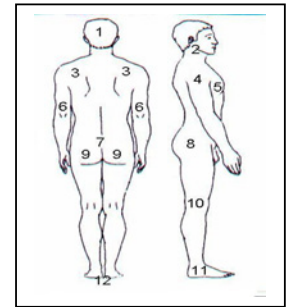
Bordi lesione: lineari necrotici frastagliati o irregolari

Cute perilesionale: integra secca arrossata macerata

Infezione: sì no Se sì: accertata sospetta

Valutazione del dolore nelle 24 h precedenti: Assenza di dolore 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Massimo dolore Non valutabile

Dolore durante la medicazione: Assenza di dolore 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Massimo dolore Non valutabile Espressione non verbale



MEDICAZIONE

CODICE (STADIO/FASE)	MEDICAZIONE	MEDICAZIONE AGGIUNTIVA O SOSTITUTIVA
<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> Tegaderm o <input type="checkbox"/> Duoderm CGF	
FIBRINOSA/NECROTICA <input type="checkbox"/> II A - <input type="checkbox"/> III A - <input type="checkbox"/> IV A	<input type="checkbox"/> Nu-Gel dosatore+ Medicazione Secondaria	
ESSUDATIVA <input type="checkbox"/> II B - <input type="checkbox"/> III B - <input type="checkbox"/> IV B	<input type="checkbox"/> Allevyn o <input type="checkbox"/> Allevyn Adesive o <input type="checkbox"/> Allevyn Sacrum	
RIEPITELIZZAZIONE <input type="checkbox"/> II C - <input type="checkbox"/> III C - <input type="checkbox"/> IV C	<input type="checkbox"/> Mepitel o <input type="checkbox"/> Mepilex o <input type="checkbox"/> Duoderm CGf	
INFETTA <input type="checkbox"/> III D - <input type="checkbox"/> IV D	<input type="checkbox"/> Actisorb Plus+ Medicazione Secondaria	
EMORRAGICA <input type="checkbox"/> III E - <input type="checkbox"/> IV E	<input type="checkbox"/> Kaltostat medicazione o Kaltostat tampone + medicazione secondaria	

Frequenza medicazioni: 12 ore, 1 giorno, 2 giorni, 3 giorni, 4 giorni, 5 giorni, 6 giorni, 7giorni

Medicazioni extra: data..... data..... data..... data..... data..... data.....

Dispositivo in uso: Beta bed Alpha Active Nimbus 2 Duo Clinitron Altro.....

Firma infermiere.....

SCHEDA DI MONITORAGGIO DELLE LESIONI DA PRESSIONE (LdP)

LESIONE A B C D Data valutazione ____/____/____ **Indice di Braden**.....

Sede lesione: (Numero/figura):

Lesione insorta in reparto Lesione già presente all'ingresso in reparto

Data insorgenza lesione: Non nota

Stadio lesione I° II° III° IV° (vedi legenda stadiazione sotto)

Lunghezza x larghezza cm..... **Profondità cm**.....

Tipo di tessuto: chiuso tessuto epiteliale tessuto di granulazione
 necrosi-slough necrosi-escara sottominato

Quantità essudato: nulla lieve moderata forte

Tipo essudato: sieroso ematico sieroematico purulento

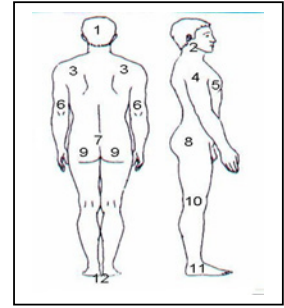
Bordi lesione: lineari necrotici frastagliati o irregolari

Cute perilesionale: integra secca arrossata macerata

Infezione: sì no **Se sì:** accertata sospetta

Valutazione del dolore nelle 24 h precedenti: Assenza di dolore 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Massimo dolore Non valutabile

Dolore durante la medicazione: Assenza di dolore 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Massimo dolore Non valutabile Espressione non verbale



MEDICAZIONE

CODICE (STADIO/FASE)	MEDICAZIONE	MEDICAZIONE AGGIUNTIVA O SOSTITUTIVA
<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> Tegaderm o <input type="checkbox"/> Duoderm CGF	
FIBRINOSA/NECROTICA <input type="checkbox"/> II A - <input type="checkbox"/> III A - <input type="checkbox"/> IV A	<input type="checkbox"/> Nu-Gel dosatore+ Medicazione Secondaria	
ESSUDATIVA <input type="checkbox"/> II B - <input type="checkbox"/> III B - <input type="checkbox"/> IV B	<input type="checkbox"/> Allevyn o <input type="checkbox"/> Allevyn Adesive o <input type="checkbox"/> Allevyn Sacrum	
RIEPITELIZZAZIONE <input type="checkbox"/> II C - <input type="checkbox"/> III C - <input type="checkbox"/> IV C	<input type="checkbox"/> Mepitel o <input type="checkbox"/> Mepilex o <input type="checkbox"/> Duoderm CGF	
INFETTA <input type="checkbox"/> III D - <input type="checkbox"/> IV D	<input type="checkbox"/> Actisorb Plus+ Medicazione Secondaria	
EMORRAGICA <input type="checkbox"/> III E - <input type="checkbox"/> IV E	<input type="checkbox"/> Kaltostat medicazione o Kaltostat tampone + medicazione secondaria	

Frequenza medicazione : 12 ore, 1 giorno, 2 giorni, 3 giorni, 4 giorni, 5 giorni, 6 giorni, 7giorni

Medicazioni extra: data..... data..... data..... data..... data..... data.....

Dispositivo in uso: Beta bed Alpha Active Nimbus 2 Duo Clinitron Altro.....

Firma infermiere.....

LESIONE A B C D Data valutazione ____/____/____ **Indice di Braden**.....

Sede lesione (Numero/figura):

Lesione insorta in reparto Lesione già presente all'ingresso in reparto

Data insorgenza lesione: Non nota

Stadio lesione I° II° III° IV° (vedi legenda stadiazione sotto)

Lunghezza x larghezza cm..... **Profondità cm**.....

Tipo di tessuto: chiuso tessuto epiteliale tessuto di granulazione
 necrosi-slough necrosi-escara sottominato

Quantità essudato: nulla lieve moderata forte

Tipo essudato: sieroso ematico sieroematico purulento

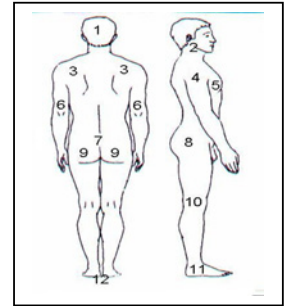
Bordi lesione: lineari necrotici frastagliati o irregolari

Cute perilesionale: integra secca arrossata macerata

Infezione: sì no **Se sì:** **accertata** **sospetta**

Valutazione del dolore nelle 24 h precedenti: Assenza di dolore 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Massimo dolore Non valutabile

Dolore durante la medicazione: Assenza di dolore 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Massimo dolore Non valutabile Espressione non verbale



MEDICAZIONE

CODICE (STADIO/FASE)	MEDICAZIONE	MEDICAZIONE AGGIUNTIVA O SOSTITUTIVA
<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> Tegaderm o <input type="checkbox"/> Duoderm CGF	
FIBRINOSA/NECROTICA <input type="checkbox"/> II A - <input type="checkbox"/> III A - <input type="checkbox"/> IV A	<input type="checkbox"/> Nu-Gel dosatore+ Medicazione Secondaria	
ESSUDATIVA <input type="checkbox"/> II B - <input type="checkbox"/> III B - <input type="checkbox"/> IV B	<input type="checkbox"/> Allevyn o <input type="checkbox"/> Allevyn Adesive o <input type="checkbox"/> Allevyn Sacrum	
RIEPITELIZZAZIONE <input type="checkbox"/> II C - <input type="checkbox"/> III C - <input type="checkbox"/> IV C	<input type="checkbox"/> Mepitel o <input type="checkbox"/> Mepilex o <input type="checkbox"/> Duoderm CGF	
INFETTA <input type="checkbox"/> III D - <input type="checkbox"/> IV D	<input type="checkbox"/> Actisorb Plus+ Medicazione Secondaria	
EMORRAGICA <input type="checkbox"/> III E - <input type="checkbox"/> IV E	<input type="checkbox"/> Kaltostat medicazione o Kaltostat tampone + medicazione secondaria	

Frequenza medicazioni : 12 ore, 1 giorno, 2 giorni, 3 giorni, 4 giorni, 5 giorni, 6 giorni, 7giorni

Medicazioni extra: data..... data..... data..... data..... data..... data.....

Dispositivo in uso: Beta bed Alpha Active Nimbus 2 Duo Clinitron Altro.....

Firma infermiere.....

Legenda stadiazione:	I° eritema cutaneo stabile	II° perdita parziale della cute	III° perdita completa della cute e sottocute	IV° estesa distruzione dei tessuti (muscolo e osso)
-----------------------------	-------------------------------	------------------------------------	---	--

Unità Operativa _____ N° Scheda _____
 Cognome Nome _____ Data di nascita ____/____/____
 Data di ingresso ____/____/____ Data di dimissione ____/____/____

LESIONE A B C D Data valutazione ____/____/____ Indice di Braden.....

Sede lesione: (Numero/figura):

Lesione insorta in reparto Lesione già presente all'ingresso in reparto

Data insorgenza lesione:/...../..... Non nota

Stadio lesione I° II° III° IV° (vedi legenda stadiazione sul retro)

Lunghezza x larghezza cm..... Profondità cm.....

Tipo di tessuto: chiuso tessuto epiteliale tessuto di granulazione
 necrosi-slough necrosi-escara sottominato

Quantità essudato: nulla lieve moderata forte

Tipo essudato: sieroso ematico sieroematico purulento

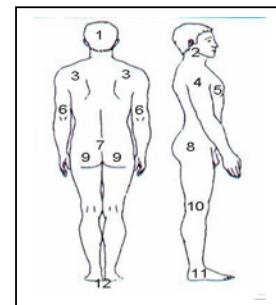
Bordi lesione: lineari necrotici frastagliati o irregolari

Cute perilesionale: integra secca arrossata macerata

Infezione: si no Se si: accertata sospetta

Valutazione del dolore nelle 24 h precedenti: Assenza di dolore 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Massimo dolore Non valutabile

Dolore durante la medicazione: Assenza di dolore 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Massimo dolore Non valutabile Espressione non verbale



MEDICAZIONE

CODICE (STADIO/FASE)	MEDICAZIONE	MEDICAZIONE AGGIUNTIVA O SOSTITUTIVA
<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> Opsite o <input type="checkbox"/> Tegaderm <input type="checkbox"/> Duoderm extra sottile	
FIBRINOSA/NECROTICA <input type="checkbox"/> II A - <input type="checkbox"/> III A - <input type="checkbox"/> IV A	<input type="checkbox"/> Intrasite-gel+ Medicazione Secondaria	
ESSUDATIVA <input type="checkbox"/> II B - <input type="checkbox"/> III B - <input type="checkbox"/> IV B	<input type="checkbox"/> Allevyn o <input type="checkbox"/> Tielle o <input type="checkbox"/> Comfeel seasorb + med. secondaria	
RIEPITELIZZAZIONE <input type="checkbox"/> II C - <input type="checkbox"/> III C - <input type="checkbox"/> IV C	<input type="checkbox"/> Tielle o <input type="checkbox"/> Duoderm CGF	
INFETTA <input type="checkbox"/> III D - <input type="checkbox"/> IV D	<input type="checkbox"/> Actisorb Plus+ Medicazione Secondaria	
EMORRAGICA <input type="checkbox"/> III E - <input type="checkbox"/> IV E	<input type="checkbox"/> Comfeel seasorb+ medicazione secondaria	

Frequenza medicazione: 12 ore, 1 giorno, 2 giorni, 3 giorni, 4 giorni, 5 giorni, 6 giorni, 7giorni

Medicazioni extra: data..... data..... data..... data..... data..... data.....

Dispositivo in uso: Beta bed Alpha Active Nimbus 2 Duo Clinitron Altro.....

Firma infermiere.....

LESIONE A B C D Data valutazione ____/____/____ Indice di Braden.....

Sede lesione (Numero/figura):

Lesione insorta in reparto Lesione già presente all'ingresso in reparto

Data insorgenza lesione:/...../..... Non nota

Stadio lesione I° II° III° IV° (vedi legenda stadiazione sul retro)

Lunghezza x larghezza cm..... Profondità cm.....

Tipo di tessuto: chiuso tessuto epiteliale tessuto di granulazione
 necrosi-slough necrosi-escara sottominato

Quantità essudato: nulla lieve moderata forte

Tipo essudato: sieroso ematico sieroematico purulento

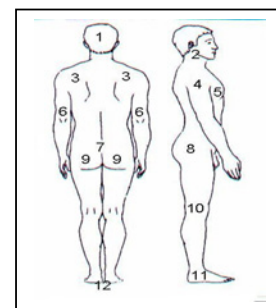
Bordi lesione: lineari necrotici frastagliati o irregolari

Cute perilesionale: integra secca arrossata macerata

Infezione: si no Se si: accertata sospetta

Valutazione del dolore nelle 24 h precedenti: Assenza di dolore 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Massimo dolore Non valutabile

Dolore durante la medicazione: Assenza di dolore 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Massimo dolore Non valutabile Espressione non verbale



MEDICAZIONE

CODICE (STADIO/FASE)	MEDICAZIONE	MEDICAZIONE AGGIUNTIVA O SOSTITUTIVA
<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> Opsite o <input type="checkbox"/> Tegaderm <input type="checkbox"/> Duoderm extra sottile	
FIBRINOSA/NECROTICA <input type="checkbox"/> II A - <input type="checkbox"/> III A - <input type="checkbox"/> IV A	<input type="checkbox"/> Intrasite-gel+ Medicazione Secondaria	
ESSUDATIVA <input type="checkbox"/> II B - <input type="checkbox"/> III B - <input type="checkbox"/> IV B	<input type="checkbox"/> Allevyn o <input type="checkbox"/> Tielle o <input type="checkbox"/> Comfeel seasorb + med. secondaria	
RIEPITELIZZAZIONE <input type="checkbox"/> II C - <input type="checkbox"/> III C - <input type="checkbox"/> IV C	<input type="checkbox"/> Tielle o <input type="checkbox"/> Duoderm CGF	
INFETTA <input type="checkbox"/> III D - <input type="checkbox"/> IV D	<input type="checkbox"/> Actisorb Plus+ Medicazione Secondaria	
EMORRAGICA <input type="checkbox"/> III E - <input type="checkbox"/> IV E	<input type="checkbox"/> Comfeel seasorb+ medicazione secondaria	

Frequenza medicazioni : 12 ore, 1 giorno, 2 giorni, 3 giorni, 4 giorni, 5 giorni, 6 giorni, 7giorni

Medicazioni extra: data..... data..... data..... data..... data..... data.....

Dispositivo in uso: Beta bed Alpha Active Nimbus 2 Duo Clinitron Altro.....

Firma infermiere.....

SCHEDA DI MONITORAGGIO DELLE LESIONI DA PRESSIONE (LdP)

LESIONE A B C D Data valutazione ____/____/____ **Indice di Braden**.....

Sede lesione: (Numero/figura):

Lesione insorta in reparto Lesione già presente all'ingresso in reparto

Data insorgenza lesione:/...../..... Non nota

Stadio lesione I° II° III° IV° (vedi legenda stadiazione sotto)

Lunghezza x larghezza cm..... Profondità cm.....

Tipo di tessuto: chiuso tessuto epiteliale tessuto di granulazione
 necrosi-slough necrosi-escara sottominato

Quantità essudato: nulla lieve moderata forte

Tipo essudato: sieroso ematico sieroematico purulento

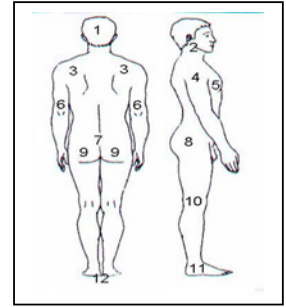
Bordi lesione: lineari necrotici frastagliati o irregolari

Cute perilesionale: integra secca arrossata macerata

Infezione: sì no **Se si:** accertata sospetta

Valutazione del dolore nelle 24 h precedenti: Assenza di dolore 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Massimo dolore Non valutabile

Dolore durante la medicazione: Assenza di dolore 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Massimo dolore Non valutabile Espressione non verbale



MEDICAZIONE

CODICE (STADIO/FASE)	MEDICAZIONE	MEDICAZIONE AGGIUNTIVA O SOSTITUTIVA
<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> Opsite o <input type="checkbox"/> Tegaderm <input type="checkbox"/> Duoderm extra sottile	
FIBRINOSA/NECROTICA <input type="checkbox"/> II A - <input type="checkbox"/> III A - <input type="checkbox"/> IV A	<input type="checkbox"/> Intrasite-gel+ Medicazione Secondaria	
ESSUDATIVA <input type="checkbox"/> II B - <input type="checkbox"/> III B - <input type="checkbox"/> IV B	<input type="checkbox"/> Allevyn o <input type="checkbox"/> Tielle o <input type="checkbox"/> Comfeel seasorb + med. secondaria	
RIEPITELIZZAZIONE <input type="checkbox"/> II C - <input type="checkbox"/> III C - <input type="checkbox"/> IV C	<input type="checkbox"/> Tielle o <input type="checkbox"/> Duoderm CGF	
INFETTA <input type="checkbox"/> III D - <input type="checkbox"/> IV D	<input type="checkbox"/> Actisorb Plus+ Medicazione Secondaria	
EMORRAGICA <input type="checkbox"/> III E - <input type="checkbox"/> IV E	<input type="checkbox"/> Comfeel seasorb+ medicazione secondaria	

Frequenza medicazione : 12 ore, 1 giorno, 2 giorni, 3 giorni, 4 giorni, 5 giorni, 6 giorni, 7giorni

Medicazioni extra: data..... data..... data..... data..... data..... data.....

Dispositivo in uso: Beta bed Alpha Active Nimbus 2 Duo Clinitron Altro.....

Firma infermiere.....

LESIONE A B C D Data valutazione ____/____/____ **Indice di Braden**.....

Sede lesione (Numero/figura):

Lesione insorta in reparto Lesione già presente all'ingresso in reparto

Data insorgenza lesione:/...../..... Non nota

Stadio lesione I° II° III° IV° (vedi legenda stadiazione sotto)

Lunghezza x larghezza cm..... Profondità cm.....

Tipo di tessuto: chiuso tessuto epiteliale tessuto di granulazione
 necrosi-slough necrosi-escara sottominato

Quantità essudato: nulla lieve moderata forte

Tipo essudato: sieroso ematico sieroematico purulento

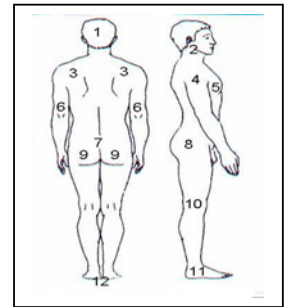
Bordi lesione: lineari necrotici frastagliati o irregolari

Cute perilesionale: integra secca arrossata macerata

Infezione: sì no **Se si:** accertata sospetta

Valutazione del dolore nelle 24 h precedenti: Assenza di dolore 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Massimo dolore Non valutabile

Dolore durante la medicazione: Assenza di dolore 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Massimo dolore Non valutabile Espressione non verbale



MEDICAZIONE

CODICE (STADIO/FASE)	MEDICAZIONE	MEDICAZIONE AGGIUNTIVA O SOSTITUTIVA
<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> Opsite o <input type="checkbox"/> Tegaderm <input type="checkbox"/> Duoderm extra sottile	
FIBRINOSA/NECROTICA <input type="checkbox"/> II A - <input type="checkbox"/> III A - <input type="checkbox"/> IV A	<input type="checkbox"/> Intrasite-gel+ Medicazione Secondaria	
ESSUDATIVA <input type="checkbox"/> II B - <input type="checkbox"/> III B - <input type="checkbox"/> IV B	<input type="checkbox"/> Allevyn o <input type="checkbox"/> Tielle o <input type="checkbox"/> Comfeel seasorb + med. secondaria	
RIEPITELIZZAZIONE <input type="checkbox"/> II C - <input type="checkbox"/> III C - <input type="checkbox"/> IV C	<input type="checkbox"/> Tielle o <input type="checkbox"/> Duoderm CGF	
INFETTA <input type="checkbox"/> III D - <input type="checkbox"/> IV D	<input type="checkbox"/> Actisorb Plus+ Medicazione Secondaria	
EMORRAGICA <input type="checkbox"/> III E - <input type="checkbox"/> IV E	<input type="checkbox"/> Comfeel seasorb+ medicazione secondaria	

Frequenza medicazioni : 12 ore, 1 giorno, 2 giorni, 3 giorni, 4 giorni, 5 giorni, 6 giorni, 7giorni

Medicazioni extra: data..... data..... data..... data..... data..... data.....

Dispositivo in uso: Beta bed Alpha Active Nimbus 2 Duo Clinitron Altro.....

Firma infermiere.....

Legenda stadiazione:	I° eritema cutaneo stabile	II° perdita parziale della cute	III° perdita completa della cute e sottocute	IV° estesa distruzione dei tessuti (muscolo e osso)
----------------------	-------------------------------	------------------------------------	---	--

VALUTAZIONE E GESTIONE DEL DOLORE

- 1 Eseguire su tutti i pazienti la valutazione del dolore provocato dalle LdP o dal loro trattamento. (C)
- 2 Alleviare il dolore eliminando o controllandone la fonte (per es: usando protezioni adeguate della lesione, utilizzando superfici adeguate, cambiando postura). L'uso di analgesici può essere indicato in alcuni casi. (C)

VALUTAZIONE E GESTIONE PSICOSOCIALE

- 1 Ogni utente sottoposto a trattamento delle LdP dovrebbe essere oggetto di una valutazione psicosociale al fine di determinare la sua capacità di comprensione del programma di trattamento e la sua motivazione ad osservarlo. La valutazione dovrebbe prendere in considerazione i seguenti punti:

- stato mentale, capacità di apprendimento, depressione
- sostegno sociale
- pluriterapia o abuso di farmaci
- abuso di alcool e/o stupefacenti
- scopi, valori e stile di vita
- cultura ed appartenenza etnica
- agenti di stress

Si raccomanda una ripetizione periodica di tale valutazione. (C)

- 2 Valutare le risorse a disposizione degli utenti assistiti a domicilio (disponibilità e abilità dei familiari, possibilità economiche, attrezzatura disponibile). (C)
- 3 Stabilire gli scopi del trattamento e organizzare gli interventi in rispetto allo stile di vita e alle attività dell'utente, collaborando con i familiari nella pianificazione del trattamento. (C)

GESTIONE DEL CARICO SUI TESSUTI

Lo scopo della gestione dei carichi sui tessuti (distribuzione della pressione, della frizione, delle forze di stiramento) è quello di creare una situazione che incrementi la vitalità del tessuto molle e favorisca la guarigione della/delle LdP.

Quando il soggetto è allettato:

- 1 Evitare di posizionare il paziente sulla lesione. (C)
- 2 Usare ausili di posizionamento per sollevare la lesione dal piano d'appoggio (non utilizzare ausili a ciambella). (C)
- 3 Stabilire un programma di cambio posturale scritto. (C)
- 4 Evitare posizionamento ad angolo retto sul trocantere. Utilizzare ausili come cuscini o schiume per alleviare la pressione sui calcagni, oppure tenerli sollevati dal letto.
- 5 Utilizzare dispositivi come cuscini o schiume per prevenire il contatto diretto fra prominenze ossee (ginocchia o caviglie). (C)
- 6 Mantenere la testata del letto al più basso grado di elevazione e per il tempo necessario, naturalmente in linea con le indicazioni mediche e le altre restrizioni. (C)
- 7 Valutare tutti gli utenti portatori di LdP per il rischio di sviluppare altre lesioni. Se il rischio persiste utilizzare un sistema di supporto antidecubito. (C)
- 8 Utilizzare un sistema di supporto statico se il paziente può modificare la sua posizione senza gravare col peso sulla lesione e senza toccare il fondo. (B)
- 9 Utilizzare un sistema di supporto dinamico, se il paziente non può modificare la sua posizione senza gravare sulla lesione, se il paziente tocca il fondo di un ausilio statico o se la lesione non mostra segni di miglioramento. (B)

Quando il soggetto è seduto:

- 1 Se la lesione è presente su una zona interessata dalla posizione seduta, si dovrebbe evitarla o utilizzarla per un tempo limitato. (C)
- 2 Considerare l'allineamento posturale, la distribuzione del peso, il bilanciamento, la stabilità. (C)
- 3 Riposizionare su punti di pressione diversi almeno ogni ora; selezionare un cuscino adatto per ridurre la compressione (evitare ausili circolari). (C)

CURA DELLA LESIONE

La cura della LdP comprende lo sbrigliamento, la pulizia della ferita, l'applicazione di medicazioni, il trattamento chirurgico.

SBRIGLIAMENTO

- 1 Rimuovere i tessuti non vitali della lesione tenendo conto delle condizioni della persona. (C)
- 2 Le tecniche si distinguono in: sbrigliamento chirurgico, meccanico, enzimatico e/o autolitico. Quando vi è urgenza di rimuovere tessuto necrotico (sepsi) è indicato lo sbrigliamento chirurgico. (C)
- 3 Utilizzare una medicazione pulita e asciutta per 8/24 ore dopo lo sbrigliamento chirurgico associato a sanguinamento; in seguito riutilizzare medicazioni umide. (C)
- 4 Un'escara secca del calcagno può non essere rimossa se non sono presenti edema, eritema, secrezioni (segni che richiedono lo sbrigliamento). (C)
- 5 Prevenire o trattare il dolore, associato alle pratiche di sbrigliamento, se necessario. (C)

PULIZIA DELLA LESIONE

- 1 Pulire la lesione all'inizio del trattamento e ad ogni cambio di medicazione, utilizzando una minima forza meccanica. (C)
- 2 Non pulire con detergenti cutanei o agenti antisettici (es. iodopovidone, ipoclorito di sodio [soluzione di Dakin®], acqua ossigenata). (B)
- 3 Utilizzare una soluzione salina normale. (C)

GESTIONE DELLA LESIONE-MEDICAZIONI

- 1 Utilizzare una medicazione adatta al tipo di lesione, che mantenga un ambiente umido. (B)
- 2 Scegliere una medicazione che mantenga asciutta la cute perilesionale e che controlli la produzione di essudato. (C)

GESTIONE DELLA COLONIZZAZIONE BATTERICA E DELLE INFEZIONI

Le lesioni da decubito di stadio II, III, IV, vengono immancabilmente colonizzate da batteri.

- 1 Attuare una efficace pulizia e sbrigliamento (A); se è presente una secrezione purulenta o di cattivo odore, pulire con maggior frequenza. (C)
- 2 Non usare colture con tampone per diagnosticare l'infezione delle ferite poiché tutte le ulcere da pressione sono colonizzate (C)
- 3 Le lesioni che non iniziano a guarire o che continuano a produrre essudato dopo 2/4 settimane di cure adeguate possono essere trattate con antibiotico per uso topico per due settimane. L'antibiotico dovrebbe essere efficace contro gram+, gram- e anaerobi. (per es. sulfadiazina argento). Istituire una appropriata antibiotico terapia sistemica in pazienti con batteriemia, sepsi, osteomielite. (A)
- 4 Utilizzare tutte le precauzioni possibili per evitare le infezioni crociate. (C)
- 5 Usare guanti puliti per ogni paziente. Quando vengono medicate più lesioni dello stesso paziente, lasciare la più contaminata per ultima. Togliere i guanti e lavarsi le mani, fra un paziente e l'altro. (C)

RIPARAZIONE CHIRURGICA DELLE LDP

Le procedure chirurgiche per la riparazione delle LdP debbono essere concordate anticipatamente con il paziente. Egli deve essere adeguatamente informato circa i trattamenti disponibili, i benefici ed i rischi potenziali.

- 1 Sono arruolabili alla terapia chirurgica i pazienti con lesioni pulite al III e IV stadio che non rispondono al trattamento topico, in condizioni cliniche stabili. (C)
- 2 Controllare i fattori di rischio (incontinenza, fumo, infezioni del tratto urinario). (C)
- 3 Minimizzare per almeno due settimane la pressione sulla zona operata, utilizzando un letto fluidizzato, o a bassa cessione d'aria. Per stabilire il grado di tolleranza del lembo al peso, osservare se il pallore o l'arrossamento (o entrambi), non si risolvono nel giro di dieci minuti. E' fondamentale educare il paziente per evitare recidive. (C)
- 4 Fare attenzione al problema delle recidive. Una adeguata formazione dovrebbe essere fornita ai professionisti che curano il paziente riguardo alle misure per ridurre la pressione, alla osservazione cutanea quotidiana e alle tecniche di cambio posturale (A)

EDUCAZIONE E MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ' DELLE CURE

Lo scopo del miglioramento della qualità è quello di sviluppare e attuare programmi educativi appositamente studiati per tramutare la conoscenza acquisita sulle LdP in efficaci strategie di trattamento. Tutto ciò è possibile attraverso un programma di aggiornamento continuo e interdisciplinare, che permetta di acquisire la capacità di monitorare, valutare e modificare la terapia, in base alle conoscenze più aggiornate.

Educazione

- 1 Progettare, sviluppare e realizzare programmi educativi, rivolti al paziente, alle persone che lo assistono e al personale sanitario. (C)
- 2 Sviluppare programmi educativi adeguati per il livello di comprensione dei diversi uditori. (C)
- 3 Coinvolgere i pazienti, i familiari, rendendoli partecipi al programma di cure attraverso la conoscenza sulla prevenzione, cura e trattamento delle LdP (può essere utili fornire documentazione scritta e/o visiva). (C)

Miglioramento della qualità

- 1 Ottenere che il programma sulle lesioni da decubito sia inserito fra quelli di qualità dell'azienda. (C)
- 2 Istituire un sistema di sorveglianza del fenomeno, per poter conoscere la situazione di partenza e poter valutare i protocolli di trattamento. (C)
- 3 Monitorare l'incidenza e la prevalenza delle lesioni regolarmente. (C)
- 4 Sviluppare e valutare i programmi educativi sulla base dei dati ottenuti dal sistema di Valutazione e Revisione della Qualità. (C)