

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE BASILICATA
AZIENDA SANITARIA MATERA

PROCEDURA GENERALE SANITARIA

Cod. PGS-GRC-05-05

**Procedura di indirizzo per la gestione delle lesioni da decubito:
dalla prevenzione al trattamento**

Elenco emissioni/approvazioni/revisioni

Rev.	Autorizzazioni				
	Redazione		Verifica	Approvazione	
0.0	<p>Data 08/03/2018</p> <p>Nomi dei componenti del gruppo di redazione: Inf. A. Basile <i>Basile</i> Inf. C. Frangione <i>Frangione</i> Inf. P.O. D. Calciano <i>Calciano</i> Dr. N. Pizzi <i>Pizzi</i> Dr.ssa M. Frangione <i>Frangione</i> Inf. Coord. E. Radogna <i>Radogna</i> A.S. Coord. G. Grieco <i>Grieco</i> Inf. M. Donvito <i>Donvito</i> Inf. N. Pantone <i>Pantone</i> Inf. P.O. G. Venezia <i>Venezia</i> Inf. R. Ostuni <i>Ostuni</i></p>	<p>Data 15/03/2018</p>	Staff SGO Dott. V. Petrarca Dott.ssa C. Gentile Resp. Gestione del Rischio Clinico Dr. A. Di Fazio <i>Petrarca</i> <i>Gentile</i> <i>Di Fazio</i>	<p>Data 22/03/2018</p>	Direttore Sanitario Aziendale Dr. Domenico Adduci <i>Adduci</i>

Ratifica	DATA 22/03/2018	COMMISSARIO CON I POTERI DEL DIRETTORE GENERALE
		Dott. P. Quinto: <i>Quinto</i>

Distribuzione:

copia originale

copia in distribuzione controllata copia in distribuzione non controllata

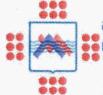
Note:

La responsabilità dell'eliminazione delle copie obsolete della Procedura è dei destinatari di questa documentazione. Le copie aggiornate sono presenti nella rete intranet aziendale

 azienda sanitaria locale matera	PROCEDURA GENERALE SANITARIA	COD: PGS-GRC-05-05	
	Procedura di indirizzo per la gestione delle lesioni da pressione: dalla prevenzione al trattamento	REV. 0.0	Pagina 2/23

INDICE

1. PREMESSA	3
2. SCOPO/OBIETTIVO	3
3. CAMPO DI APPLICAZIONE	3
4. RIFERIMENTI NORMATIVI E DOCUMENTALI	3
5. ABBREVIAZIONI,DEFINIZIONI, TERMINOLOGIA	4
6. PROCESSO/MODALITA' OPERATIVE.....	7
La PREVENZIONE	7
TRATTAMENTO.....	11
Categoria/Stadio I: Eritema non sbiancabile.....	12
Categoria/Stadio II: Perdita Cutanea a Spessore Parziale	12
Categoria/Stadio III: Perdita Cutanea a Spessore Totale.....	13
Categoria / Stadio IV: Perdita di Tessuto a Spessore Totale.....	13
CURA DELLA LESIONE (1° STADIO)	14
CURA DELLA LESIONE (2° STADIO)	14
CURA DELLA LESIONE (3°/4° STADIO).....	14
CURA DEI TALLONI.....	15
CARATTERISTICHE DELLE MEDICAZIONI AVANZATE	15
DETERSIONE DELLA LESIONE	15
COME VALUTARE E GESTIRE LE COMPLICANZE	16
7. MATRICE DELLE RESPONSABILITA'	17
8. DIAGRAMMA DI FLUSSO	18
9. ALLEGATI	18
9.1 SCHEDA DI VALUTAZIONE LESIONI DA PRESSIONE	
9.2 DESCRIZIONE INDICATORI SCALA DI BRADEN	

 azienda sanitaria locale matera	PROCEDURA GENERALE SANITARIA	COD: PGS-GRC-05-05	
	Procedura di indirizzo per la gestione delle lesioni da pressione: dalla prevenzione al trattamento	REV. 0.0	Pagina 3/23

1. PREMESSA

L'OMS considera le ulcere da pressione un indicatore della qualità dell'assistenza, e ancora della qualità delle cure prestate sia ai pazienti che ne sono già portatori, sia ai soggetti potenzialmente a rischio come anziani e allettati. La prevalenza delle lesioni da pressione varia in relazione al contesto di vita del soggetto e alla concomitanza di patologie o morbilità.

Un processo di assistenza individualizzato consente la raccolta di informazioni fondamentali per lo sviluppo di un piano di interventi che migliora lo stato di salute della persona. Risulta quindi evidente come l'utilizzo di strumenti validati, oggettivabili, riproponibili nel tempo, quali scale di valutazione, rappresentino un punto nodale nella valutazione del rischio del paziente, permettendo l'identificazione dei bisogni/ problemi.

Prima di intervenire sulla lesione da pressione occorre valutare la condizione clinica del soggetto e lo stato della lesione. Solo dopo una attenta valutazione è possibile definire il trattamento tenendo presente che in alcuni casi l'obiettivo del trattamento potrà limitarsi a un miglioramento della qualità della vita e non necessariamente alla guarigione.

2. SCOPO/OBIETTIVO

La procedura ha lo scopo di:

- ⇒ identificare precocemente i pazienti a rischio di sviluppare lesioni da pressione e di gestire al meglio coloro che hanno già sviluppato LDP;
- ⇒ uniformare i comportamenti tra i vari operatori e garantire la continuità assistenziale sia intra-ospedaliera che a domicilio;
- ⇒ ottimizzare l'uso degli ausili e i dispositivi di medicazione.

3. CAMPO DI APPLICAZIONE

La procedura verrà applicata in tutte le strutture sanitarie ASM Matera e ADI.

Dal momento della individuazione del soggetto a rischio o portatore di lesioni da pressione fino alla dimissione.

4. RIFERIMENTI NORMATIVI E DOCUMENTALI

- a. National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide. Emily Haesler (Ed.). Cambridge Media: Osborne Park, Australia; 2014.
- b. Pancorbo-Hidalgo P, GARCIA-FERNANDEZ FP, LOPEZ MEDINA I.M., ALVAREZ-NIETO C. *RISK assesment scales for pressure ulcer prevention: a systematic review* J Adv Nurs 2006;54(1):94-110.
- c. CUNLIFFEP.J.,FAWCETT.N.(2002), Wound cleansing: *the evidence for the tecniques and solution used.* Prof Nurse,18(2):95-99.
- d. JOANNA BRIGGS INSTITUTE (JBI) (2006), Solution, techiques and pressure in Wound Cleaning. Best practise Evidence Based Information Sheets for Health Professionals, 10(2);1-4.

 azienda sanitaria locale matera	PROCEDURA GENERALE SANITARIA	COD: PGS-GRC-05-05	
	Procedura di indirizzo per la gestione delle lesioni da pressione: dalla prevenzione al trattamento	REV. 0.0	Pagina 4/23

5. ABBREVIAZIONI, DEFINIZIONI, TERMINOLOGIA

ABBREVIAZIONI	
LDP	Lesioni da pressione
FS	fisioterapista
D	dietista
DEFINIZIONI E TERMINOLOGIA	
Lesione da Pressione secondo NPUAP (National Pressure Ulcer Advisory Panel)	Lesione della cute o dei tessuti circostanti dovuta a compressione o sfregamento, con conseguente alterazione della circolazione e/o apporto di ossigeno e sostanze nutritive nell'area interessata.
Abrasione:	trauma superficiale della cute a spessore parziale, spesso causato da frizione.
Agenti topici:	rappresentano una vasta categoria di creme, lozioni e prodotti cutanei per uso esterno.
Lesione da Pressione	Un'ulcera da pressione è una lesione localizzata alla cute e/o al tessuto sottostante solitamente localizzata su una prominenza ossea, come risultato della pressione o della pressione in combinazione con le forze di taglio. Un certo numero di fattori contribuenti o confondenti sono anche associati alle ulcere da pressione; l'importanza di questi fattori rimane ancora da chiarire.
Alginati:	sono medicazioni primarie costituite da sali di calcio e/o sodio di due acidi: l'acido glucuronico e l'acido mannuronico.
Alleviamento della pressione:	riduzione della pressione dell'interfaccia al di sotto del livello necessario alla chiusura dei capillari.
Ambiente umido:	microcosmo che si realizza nell'interfaccia tra una medicazione avanzata e il fondo di una lesione. Promuove la respirazione tessutale, facilita la rimozione del materiale devitalizzato tramite autolisi e protegge la lesione dalle contaminazioni esterne.
Anossia:	stato in cui il tessuto non riceve un adeguato apporto di ossigeno.
Arrossamento:	iperemia che può essere sia localizzata sia generalizzata, e che può essere associata a cellulite, infezione, prolungata pressione.
Autolisi:	rimozione naturale dei tessuti attraverso l'azione di enzimi prodotti dalla lesione stessa.
Caregiver	"colui che si prende cura" e si riferisce naturalmente a tutti i familiari che assistono un loro congiunto ammalato e/o disabile
Carico meccanico:	forze meccaniche che potrebbero contribuire allo sviluppo di ulcere da pressione (pressione, frizione e stiramento).
Colonizzazione:	moltiplicazione di microrganismi senza evidenti segni clinici. È presente normalmente su lesioni in fase di granulazione.
Contaminazione:	presenza di microrganismi senza moltiplicazione.
Coltura tramite aspirazione con ago:	prelievo di fluido da una ferita o cavità tramite suzione attraverso una siringa con cannula al fine di ottenere un campione per l'analisi batteriologica.
Coltura tramite tampone:	tecnica che si avvale dell'uso di un tampone per prelevare batteri da una ferita e deporli in un mezzo di crescita al fine di determinare la propagazione e permettere l'identificazione.
Cute:	organo principale di protezione del nostro corpo costruita da diversi strati, che sono: epidermide, membrana basale, derma, tessuto sottocutaneo.
Debridement:	rimozione di tessuto devitalizzato e di materiale estraneo da una lesione. Può essere ottenuto in alcuni giorni con varie modalità: chirurgica, enzimatica, autolitica, meccanica, biochirurgica. Può essere selettivo e non selettivo.
Derma:	tessuto situato al di sotto dell'epidermide, suddiviso in una zona superficiale (derma papillare), e in una zona profonda (derma reticolare), provvisto di grossolane dande di collagene. I vasi sanguigni della cute sono esclusivamente localizzati a livello del derma.
Deterso:	che dopo accurato lavaggio non presenta materiale estraneo o residui metabolici.
Devitalizzato / Necrosi:	morte cellulare all'interno di un tessuto. Si manifesta con aree di colore nero / marrone in base al livello di disidratazione.
Disinfezione:	processo che elimina molti o tutti i microrganismi patogeni su oggetti inanimati, a eccezione delle spore batteriche.
Edema:	gonfiore causato da un aumento di liquido intracellulare.
Epidermide:	è la porzione della cute a diretto contatto con l'ambiente esterno. È costituita da diversi tipi di cellule che si distinguono per localizzazione e grado di differenziazione.

 azienda sanitaria locale matera	PROCEDURA GENERALE SANITARIA	COD: PGS-GRC-05-05	
	Procedura di indirizzo per la gestione delle lesioni da pressione: dalla prevenzione al trattamento	REV. 0.0	Pagina 5/23

Epitelio:	tessuto costituito da cellule sovrapposte, disposte in modo continuo i uno o più strati, che caratterizza le superfici cutanee e mucose.
Epitelizzazione:	è lo stato finale della fase proliferativa della riparazione tessutale. Le cellule epiteliali migrano sulla superficie di lesione, completando la guarigione.
Erosione:	escoriazione, abrasione, perdita di sostanza che interessa solo l' epidermide o gli strati superficiali del derma.
Escara:	gangrena superficiale chiusa e secca, espressione di necrosi dell' epidermide e degli strati superficiali del derma adesa agli strati profondi.
Essudato:	fluido prodotto dalle lesioni, costituito da siero, leucociti e materiale devitalizzato. Il volume diminuisce con la progressione della riparazione tessutale. L' essudato può avere proprietà battericida e contenere fattori nutritivi, ma può anche risultare infetto.
Fissurazione:	presenza obiettivamente rilevabile, di soluzione di continuo del piano della cute, avente forma lineare, imputabile a eccessiva secchezza.
Fistola:	un tratto anomalo di comunicazione tra un organo interno e la cute.
Flittene:	è un rilievo della cute a contenuto liquido, di grandezza superiore alla vesicola (asse maggiore superiore a 0,5 cm). Il contenuto può essere limpido, siero ematico, siero purulento. La sede può essere intraepidermica o dermoepidermica.
Frizione:	forza meccanica esercitata quando la cute viene trascinata su di una superficie ruvida come può essere la biancheria del letto.
Gangrena:	necrosi tessutale conseguente ad anossia.
Granulazione:	il tessuto neoformato che appare durante la fase proliferativa della riparazione tessutale. È costituito principalmente da un numero di capillari neoformati.
Idrocolloidi:	utilizzate come medicazioni primarie e secondarie, sono miscele di polimeri naturali o sintetici, sospesi in forma microgranulare in una matrice adesiva. Interagiscono con la lesione in modo lento, subendo una trasformazione fisica nel cedere i propri componenti alla lesione. Questa caratteristica permette la non aderenza al letto della ferita e l' aderenza alla cute sana. Sono relativamente permeabili ai gas come l' ossigeno, l' anidride carbonica e il vapore acqueo; l'ultimo strato degli idrocolloidi è costituito da un film di copertura di poliuretano, che garantisce un equilibrio con la tensione del vapore. Vengono utilizzate nelle ferite a moderata produzione di essudato.
Infezione:	presenza a replicazione di germi all'interno di un tessuto con invocazione di una risposta specifica da parte dell'ospite. L' esperienza clinica ha mostrato che una ferita si può definire infetta quando il tessuto della stessa contiene 105 o più microrganismi per grammo di tessuto.
Infiammazione:	risposta fisiologica dell'organismo a un trauma o infezione. È caratterizzata da segni clinici come eritema, edema, ipertermia, dolore.
Ischemia:	riduzione di apporto sanguigno in un distretto corporeo, caratterizzata da dolore e progressivo danno tessutale.
Lesione:	termine aspecifico per descrivere un danno tessutale.
Linea guida:	insieme di indicazioni suggerite, finalizzate ad assistere gli operatori in specifiche circostanze; sintesi di un'analisi sistematica dei metodi diagnostici e terapeutici disponibili; parametro di riferimento per le migliori modalità di trattamento diagnostico-terapeutico in base alle più aggiornate evidenze scientifiche.
Macerazione:	alterazione del tessuto per esposizione a eccessiva umidità. Può riguardare i margini di una lesione qualora essa sia eccessivamente secerente.
Medicazione avanzate:	medicazioni caratterizzate da materiale di copertura con caratteristiche di biocompatibilità, definite anche medicazioni occlusive.
Mobilizzazione:	qualsiasi cambiamento di posizione del corpo che decomprime la pressione dal tessuto sovrastante le prominenze ossee.
Poluiretano:	(schiume di poliuretano), sono medicazioni di alto potere idrofilo, in grado di assorbire l'essudato. Sono permeabili all'ossigeno e al vapore acqueo. Sono indicate per lesioni mediamente o fortemente secerne.
Presidi a pressione alternata:	prodotti costituiti da una serie di cuscini interconnessi che, gonfiandosi e sgonfiandosi alternativamente, impediscono alla pressione di esercitare la propria forza costantemente sulla cute.
Prima intenzione:	guarigione delle lesioni mediante avvicinamento dei bordi con tecnica chirurgica o con materiale adesivo o metallico.
Purulento:	che produce pus.
Riparazione tessutale:	guarigione del tessuto che può avvenire per prima intenzione o per seconda intenzione.
Sbrigliare:	rimozione di tessuto morto o danneggiato.
Seconda intenzione:	guarigione delle lesioni che prevede la formazione del tessuto di granulazione con

 <p>azienda sanitaria locale matera</p>	PROCEDURA GENERALE SANITARIA	COD: PGS-GRC-05-05	
	Procedura di indirizzo per la gestione delle lesioni da pressione: dalla prevenzione al trattamento	REV. 0.0	Pagina 6/23

	contrazione della ferita, senza avvicinamento dei margini della lesione.
Sistema di supporto antidecubito dinamico:	ausilio progettato per modificare ciclicamente le sue caratteristiche in maniera ciclica. Generalmente il meccanismo di dinamicità è garantito da un motore.
Sistema di supporto antidecubito statico:	ausilio progettato per offrire caratteristiche di supporto che rimangono costanti, cioè che non sono cicliche nel tempo.
Slough o necrosi gialla flaccida:	tessuto devitalizzato di colore giallastro -grigio che appare sul fondo della lesione. Può facilitare l'infezione e deve essere rimosso per attuare la guarigione della lesione.
Sovramaterasso:	termine generico usato per descrivere sistemi di supporto antidecubito che vengono posti tra il soggetto e il comune materasso.
Stadiazione:	classificazione delle lesioni ulcerative per un corretto monitoraggio durante la loro evoluzione.
Stiramento:	forza per estensione di unità dell'area che agisce in maniera parallela alla superficie del corpo. Questo parametro è influenzato dalla pressione, dal coefficiente di frizione esistente tra i materiali a contatto e dal grado di adesione del corpo con il piano di appoggio.
Strato corneo:	grado più superficiale dell'epidermide.
Ulcera:	soluzione di continuo della cute che può avere varie origini, cronicizzate e, nel tempo, avere differente stadiazione.
Ulcera da pressione:	qualsiasi lesione cutanea causata da pressione prolungata che provoca il danneggiamento del tessuto sottostante.
Vescicola:	piccolo rilievo cutaneo formato da una cavità a contenuto sieroso limpido. Può essere il risultato di un trauma chimico o termico o essere il risultato di una reazione allergica.

 azienda sanitaria locale matera	PROCEDURA GENERALE SANITARIA	COD: PGS-GRC-05-05	
	Procedura di indirizzo per la gestione delle lesioni da pressione: dalla prevenzione al trattamento	REV. 0.0	Pagina 7/23

6. PROCESSO/MODALITA' OPERATIVE

Le modalità operative descritte nel presente documento descrivono le fasi di:

- ⇒ **PREVENZIONE**
- ⇒ **TRATTAMENTO**
- ⇒ **GESTIONE DELLE COMPLICANZE.**

La PREVENZIONE

La classificazione della gravità delle ulcere da pressione adottata in queste linee guida è conforme alle indicazioni fornite dall'EPUAP (European Pressure Ulcer Advisory Panel)

Valutazione del soggetto a rischio di ulcere da pressione:

- Effettuare una valutazione completa della cute: appena possibile, e entro otto ore dal ricovero, al fine di identificare i pazienti a rischio di sviluppare ulcere da pressione.
- Adottare la scala di Braden come strumento di valutazione del rischio. 2 (vedi scheda allegata)
- Documentare tutte le valutazioni del rischio e della cute sulla scheda/documentazione assistenziale (vedi allegato).
- Ripetere la valutazione del rischio ogni qualvolta insorge un cambiamento significativo delle condizioni cliniche dell'individuo.
- Includere la valutazione della cute come parte integrante della valutazione del rischio al fine di individuare eventuali alterazioni della stessa.
- Implementare un piano di prevenzione basato sul rischio per tutti i soggetti considerati fragili e a rischio di sviluppare ulcere da pressione (scadenze predefinite: almeno una volta a settimana)
- Includere i seguenti fattori ogni volta che si valuta la cute:
 - ⇒ temperatura cutanea;
 - ⇒ edema;
 - ⇒ variazione della consistenza del tessuto rispetto al tessuto circostante.
- Valutare l'adeguatezza dell'assunzione totale di nutrienti (ad esempio cibo, liquidi, integratori orali ed enterali/parenterali). Se necessario richiedere supporto specialistico.

CURA PREVENTIVA DELLA CUTE SANA:

- Mantenere la cute pulita e asciutta. Utilizzare un detergente cutaneo a pH bilanciato.
- Non massaggiare o strofinare energicamente la cute che è a rischio di ulcere da pressione.
- Oltre ad essere doloroso, la frizione del massaggio può causare la distruzione del tessuto molle o provocare reazioni infiammatorie, soprattutto negli anziani fragili.
- Sviluppare e implementare un piano individualizzato di gestione della continenza.
- Detergere la cute dopo ogni episodio di incontinenza. (Non usare acqua troppo calda)
- Se possibile, proteggere la cute dall'eccessiva esposizione all'umidità con un prodotto barriera, al fine di ridurre il rischio di danno causato dalla pressione.
- Utilizzare una crema idratante per la cute secca, al fine di ridurre il rischio di danni cutanei;
- Applicare una medicazione in schiuma in poliuretano sulle prominenze ossee per la prevenzione delle ulcere da pressione in zone anatomiche frequentemente sottoposte a frizione e forze di taglio. La medicazione preventiva va sostituita ogni qualvolta si presenta danneggiata, spostata, allentata o eccessivamente umida, inoltre non devono precludere le regolari valutazioni della cute.

 azienda sanitaria locale matera	PROCEDURA GENERALE SANITARIA	COD: PGS-GRC-05-05	
	Procedura di indirizzo per la gestione delle lesioni da pressione: dalla prevenzione al trattamento	REV. 0.0	Pagina 8/23

Quando si seleziona una medicazione preventiva considerare:

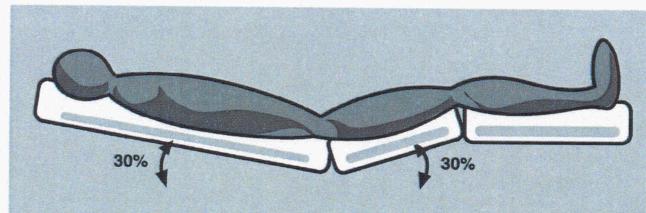
- la capacità della medicazione di gestire il microclima;
- la facilità d'applicazione e di rimozione;
- la capacità di valutare regolarmente la cute;
- la sede anatomica in cui verrà applicata la medicazione;
- la corretta dimensione della medicazione.

RIPOSIZIONAMENTO E MOBILIZZAZIONE

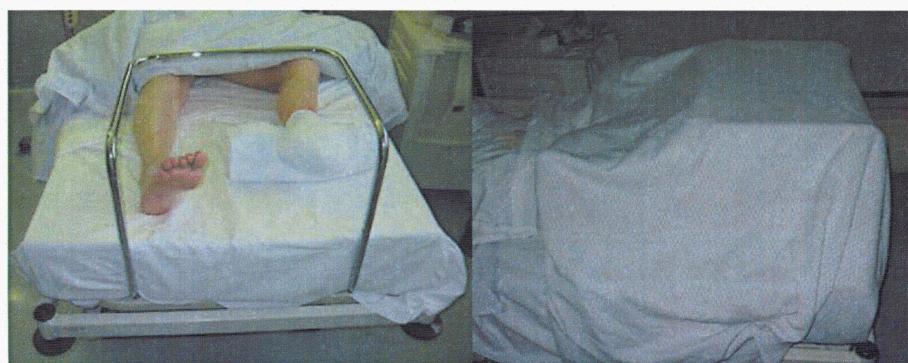
- Riposizionare (posturare) tutti i soggetti considerati a rischio o con ulcere da pressione già esistenti a meno che non sia controindicato. Questo consente di ridurre la durata e la portata della pressione sopra le aree vulnerabili del corpo, di migliorare il confort, l'igiene, la dignità e la capacità funzionale.
- Determinare la frequenza delle posture considerando i seguenti fattori del soggetto:
 - ⇒ tolleranza dei tessuti;
 - ⇒ livello di attività e mobilità;
 - ⇒ condizione clinica generale;
 - ⇒ obiettivi complessivi del trattamento;
 - ⇒ condizione della cute;
 - ⇒ comfort.
- Riposizionare il soggetto in modo tale che la pressione sia ridotta o ridistribuita.
- Evitare di posizionare il soggetto su prominenze ossee che presentano eritema non sbiancabile.
- Evitare di sottoporre la cute alla pressione e alle forze di taglio.
- Evitare di posizionare l'individuo direttamente su dispositivi medici, come tubi, sistemi di drenaggio o altri corpi estranei.
- Non lasciare il paziente sulla padella più del necessario.

Nei soggetti allettati:

- Utilizzare la posizione inclinata di 30° sul lato (alternativamente, a destra, supina, a sinistra) o la posizione prona se il soggetto riesce a tollerarla e le sue condizioni cliniche lo consentono.
- Incoraggiare le persone in grado di muoversi autonomamente, a dormire in una posizione laterale tra i 30° e 40° o completamente piatta se non è controindicato.
- Evitare posture da sdraiati che aumentino la pressione, come la posizione laterale a 90° o la posizione semi-seduta.
- Limitare l'elevazione della testiera del letto ad un massimo di 30° per il soggetto allettato a meno che non sia controindicato dalle condizioni mediche o da eventuali considerazioni nutrizionali e digestive.
- Se necessario adottare la posizione seduta, evitare di elevare la testiera del letto o di assumere una posizione a penzoloni poiché crea forze di taglio e pressione sul sacro e sul coccige.
- Controllare la cute cercando eventuali danni tissutali ogni volta che il soggetto è girato o riposizionato. Il paziente non va riposizionato su una superficie corporea lesionata o ancora arrossata dal precedente episodio di sovraccarico, soprattutto se l'area arrossata non è sbiancabile.
- Il paziente va posturato indipendentemente dal presidio antidecubito in uso. Stabilire il ritmo del riposizionamento in base alle caratteristiche della superficie di supporto e alla risposta dell'individuo.



- Per una buona efficacia del materasso antidecubito ridurre al minimo il numero di strati interposti tra il corpo della persona e lo stesso (sarebbe buona abitudine utilizzare solo un lenzuolo o traversa di cotone).
- Non utilizzare anelli o dispositivi a forma di ciambella, poiché i bordi di questi dispositivi creano zone di alta pressione che possono danneggiare il tessuto.
- Non utilizzare per la prevenzione delle lesioni da decubito:
 - ⇒ velli di pecora sintetici (I velli di pecora naturali possono aiutare a prevenire le ulcere da pressione);
 - ⇒ dispositivi ritagliati a forma di anello o di ciambella;
 - ⇒ sacche per la terapia endovenosa;
 - ⇒ guanti pieni d'acqua.
- Nei soggetti allettati per evitare lesioni da pressione sugli alluci e/o deformazioni articolari (piede equino) utilizzare un archetto solleva coperte
- Assicurarsi che i talloni siano liberi dalla superficie del letto, indipendentemente dalla postura assunta.
- Utilizzare dispositivi per la sospensione tallone che elevino e scarichino completamente il tallone in modo tale da distribuire il peso della gamba lungo il polpaccio senza esercitare pressione sul tendine di Achille. (Preferire cuscini in schiuma)
- Il ginocchio dovrebbe essere lievemente flesso (5° a 10°).



 <p>azienda sanitaria locale matera</p>	PROCEDURA GENERALE SANITARIA	COD: PGS-GRC-05-05	
	Procedura di indirizzo per la gestione delle lesioni da pressione: dalla prevenzione al trattamento	REV. 0.0	Pagina 10/23

Riposizionamento dei soggetti seduti

- Selezionare una posizione seduta che sia accettabile per l'individuo e che minimizzi le pressioni e le forze di taglio esercitate sulla pelle e sui tessuti molli.
- Fornire un'adeguata inclinazione del sedile per evitare di scivolare in avanti sulla sedia a rotelle o sulla sedia, regolare i poggiapiedi e i braccioli per mantenere la corretta postura e la ridistribuzione della pressione.
- Non posizionare un soggetto direttamente su una delle ulcere da pressione.
- Se la posizione seduta è necessaria per i soggetti con ulcere da pressione sul sacro/coccige o sull'ischio, limitare la seduta a periodi di 60 minuti o meno. Consultare uno specialista per la prescrizione di una appropriata superficie per la seduta e/o per l'uso di corrette tecniche di posizionamento per evitare o minimizzare la pressione sull'ulcera.
- Assicurarsi che i piedi abbiano un adeguato supporto, sia sul pavimento, che su un poggiapiedi, per conservare le proprietà propriocettive.

EDUCAZIONE SANITARIA

Gli Infermieri che hanno in carico un paziente con lesioni da decubito forniranno programmi strutturati ed organizzati di educazione alla prevenzione delle ulcere da pressione agli assistiti ed al caregiver.

 azienda sanitaria locale matera	PROCEDURA GENERALE SANITARIA	COD: PGS-GRC-05-05	
	Procedura di indirizzo per la gestione delle lesioni da pressione: dalla prevenzione al trattamento		REV. 0.0

TRATTAMENTO

Il processo di guarigione di una lesione da decubito, come abbiamo già detto prima, dipende principalmente da tre fattori: la riduzione della pressione, la cura della ferita e da una buona alimentazione e dalle varie comorbilità, oltre 100 i fattori di rischio presenti in letteratura.

Una lesione si forma quando vi è una pressione costante sui tessuti di determinati distretti del corpo. Lunghi periodi di immobilità o di stasi in una posizione, oltre a determinare una lesione una volta che questa si è formata, ne rallentano la guarigione. Cercare quindi di annullare la pressione sulla lesione è il primo passo per facilitare la sua guarigione.

Come valutare l'ulcera da pressione

Valutare e documentare le caratteristiche fisiche includendo:

- ⇒ localizzazione;
 - ⇒ Categoria/Stadio;
 - ⇒ Dimensione;
 - ⇒ Tipo/tipi di tessuto;
 - ⇒ Colore;
 - ⇒ Condizione dell'area perilesionale;
 - ⇒ Margini della ferita;
 - ⇒ Tragitti sinuosi;
 - ⇒ Sottominatura;
 - ⇒ Tunnelizzazione;
 - ⇒ Essudato;
 - ⇒ Odore
- Posturare il paziente con una posizione neutra conforme alla sede e dimensioni della ferita
 - Scegliere un metodo uniforme, coerente per misurare la lunghezza e la larghezza dell'area della lesione al fine di produrre confronti significativi fra le misurazioni della lesione nel tempo. (NB: per evitare traumatismi, si dovrebbe usare cautela nel sondare la profondità di un letto di ferita o nella determinazione dell'estensione di una sottominatura o di una tunnelizzazione).
 - A ogni cambio di medicazione, osservare l'ulcera da pressione alla ricerca di segni identificativi che richiedono cambiamenti di trattamento (es. segni di miglioramento della ferita, segni di deterioramento della ferita, più o meno essudato, segni di infezione e altre complicanze).

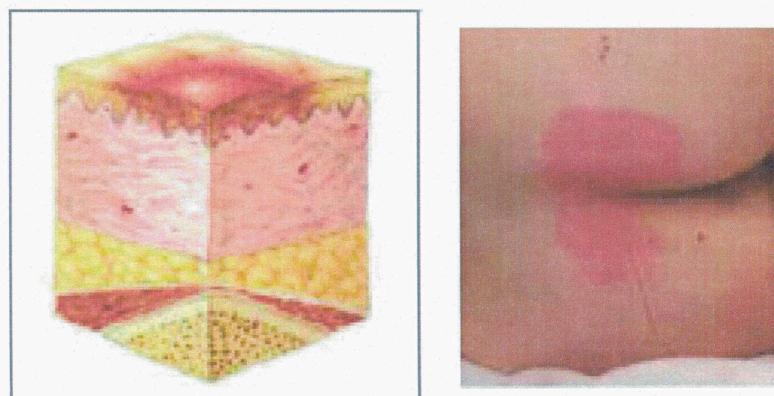
Una lesione da decubito è una ferita dei tessuti, che può arrivare ad interessare sottocute, muscolo, tendini e ossa. Solitamente il fattore che ne determina l'insorgenza, come già detto, è la pressione che, esercitata su un distretto del corpo, determina su quella parte una riduzione dell'afflusso di sangue e quindi di nutrimento e di ossigeno ai tessuti, provocando una loro sofferenza. La sua gravità dipende dalla quantità di tessuto danneggiato e dalla profondità di questo.

 azienda sanitaria locale matera	PROCEDURA GENERALE SANITARIA	COD: PGS-GRC-05-05	
	Procedura di indirizzo per la gestione delle lesioni da pressione: dalla prevenzione al trattamento	REV. 0.0	Pagina 12/23

SISTEMA INTERNAZIONALE DI CLASSIFICAZIONE DELLE ULCERE DA PRESSIONE SECONDO NPUAP/EPUAP

Categoria/Stadio I: Eritema non sbiancabile

Cute intatta con rosore non sbiancabile di una zona localizzata solitamente su una prominenza ossea. La cute pigmentata di scuro può non avere uno sbiancamento visibile; il suo colore può differire dalla zona circostante. L'area può essere dolorosa, solida, morbida, più calda o più fredda rispetto al tessuto adiacente. La Categoria/Stadio I può essere difficile da rilevare nei soggetti con tonalità di pelle scura. Può indicare persone "a rischio" (un segno foriero di rischio).

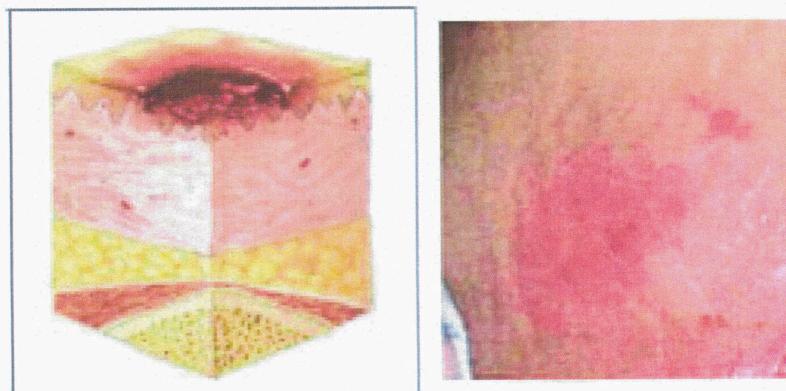


Categoria/Stadio II: Perdita Cutanea a Spessore Parziale

Perdita di spessore parziale del derma che si presenta come un'ulcera aperta superficiale con un letto della ferita rosso rosa, senza tessuto devitalizzato (slough). Può anche presentarsi come una vescica intatta o aperta/rotta piena di siero.

Si presenta come un'ulcera superficiale lucida o secca senza tessuto devitalizzato (slough) o ecchimosi.* Questo Categoria/Stadio non deve essere usata per descrivere lacerazioni cutanee, ustioni, dermatiti perineali, macerazione o escoriazioni.

*L'ecchimosi indica una sospetta lesione dei tessuti profondi.

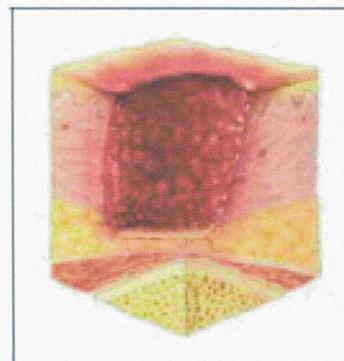


 azienda sanitaria locale matera	PROCEDURA GENERALE SANITARIA	COD: PGS-GRC-05-05	
	Procedura di indirizzo per la gestione delle lesioni da pressione: dalla prevenzione al trattamento	REV. 0.0	Pagina 13/23

Categoria/Stadio III: Perdita Cutanea a Spessore Totale

Perdita di tessuto a spessore totale. Il grasso sottocutaneo può essere visibile ma le ossa, i tendini o i muscoli non sono esposti. Il tessuto devitalizzato (slough) può essere presente, ma non oscura la profondità della perdita di tessuto. Può includere sottominature e tunnelizzazioni.

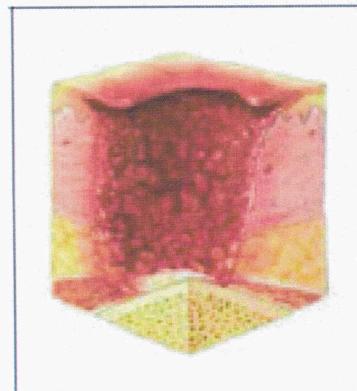
La profondità della Categoria/Stadio III delle ulcere da pressione varia in base alla posizione anatomica. Il ponte del naso, l'orecchio, l'occipite e i malleoli non hanno tessuto sottocutaneo e le ulcere di Categoria/Stadio III possono essere poco profonde. In contrasto, nelle aree di significativa adiposità si possono sviluppare ulcere da pressione estremamente profonde di Categoria/Stadio III. Le ossa/tendini non sono visibili o direttamente palpabili.



Categoria / Stadio IV: Perdita di Tessuto a Spessore Totale

Perdita di tessuto a spessore totale con esposizione ossea, tendinea o muscolare. Il tessuto devitalizzato (slough) o l'escara possono essere presenti in alcune parti del letto della ferita. Spesso include lo scollamento e la tunnelizzazione dei tessuti.

La profondità delle ulcere da pressione di Categoria/Stadio IV varia dalla posizione anatomica. Il ponte del naso, l'orecchio, l'occipite e i malleoli non hanno tessuto sottocutaneo e queste ulcere possono essere poco profonde. Le ulcere di Categoria/Stadio IV possono estendersi nel muscolo e/o nelle strutture di supporto (ad esempio, la fascia, i tendini o la capsula articolare) favorendo l'osteomielite. Le ossa/tendini sono visibili o direttamente palpabili.



 azienda sanitaria locale matera	PROCEDURA GENERALE SANITARIA	COD: PGS-GRC-05-05	
	Procedura di indirizzo per la gestione delle lesioni da pressione: dalla prevenzione al trattamento	REV. 0.0	Pagina 14/23

CURA DELLA LESIONE (1° STADIO)

- Rimuovere la causa, effettuare il cambio di postura, e posizionare del presidio antidecubito se l'indice di Braden <16;
- Detersione della cute con acqua tiepida 3, 4
- Asciugare la cute con delicatezza, senza fare attrito (tamponare)
- Applicare pomate o creme emollienti, film in poliuretano semipermeabile o idrocollide sottile (NB controllare che l'idrocolliode non si pieghi durante le manovre assistenziali onde evitare ulteriori danni alla cute)

CURA DELLA LESIONE (2° STADIO)

- Detersione (Tramite irrigazione con siringa da 35 ml e un ago cannula da 19G)3, 4
- Flittene:
 - ⇒ se chiusa lasciarla in sede per 24/48 ore utilizzando garze paraffinate (non aderenti) poi forarle e vuotare il contenuto lasciando la cute in sede.
 - ⇒ Se aperta con derma esposto applicare idrocolloide con frequenza delle medicazioni varia dai 2 ai 7 giorni a seconda dell'essudato;

CURA DELLA LESIONE (3°/4° STADIO)

Lesione necrotica:

- arrossamento perilesionale;
 - edema;
 - dolore;
 - cattivo odore;
 - febbre;
- ⇒ Tampone cutaneo/biopsia, se necessario (**prescritto dal Medico**);
 ⇒ Escara adesa fluttuante rimozione chirurgica (**eseguita dal chirurgo**);

NB: Se sospetto di infezione non utilizzare prodotti a base di acqua (rischio colonizzazioni).

Lesione granuleggianti con essudato medio/abbondante (a gestione dell'infermiere) ulcera cavitaria:

- deterzione;
- se sospetta infezione utilizzare antisettici blandi (es. ipoclorito di sodio 0,05% o clorexisdina 0,05%) a impacco;
- risciacquare con soluzione fisiologica;
- riempire la cavità con alginato in nastro, alginato in pasta, idrogel, idrocollide in pasta, idrofibra, schiuma (a contatto diretto con la lesione), e se necessario riempire la cavità residua con garze sterili o poliacrilati.

NB.: La frequenza dei cambi di medicazione varia a seconda della saturazione del prodotto utilizzato.

 azienda sanitaria locale matera	PROCEDURA GENERALE SANITARIA	COD: PGS-GRC-05-05	
	Procedura di indirizzo per la gestione delle lesioni da pressione: dalla prevenzione al trattamento	REV. 0.0	Pagina 15/23

CURA DEI TALLONI

Le lesioni ai talloni con escara asciutta non devono essere sbrigliate in assenza di edema, eritema, fluttuazione o secrezione. Monitorare periodicamente l'escara avendo l'accortezza di valutare che l'area perilesionale non presenti arrossamenti edema e non vi siano fluttuazioni.

CARATTERISTICHE DELLE MEDICAZIONI AVANZATE

- Mantenere un microambiente umido
- Rimozione essudati e materiale necrotico
- Mantenere una temperatura costante
- E' permeabile all'ossigeno
- Protegge da infezioni esogene
- Sono maneggevoli
- Sono atraumatiche alla rimozione
- Permette il monitoraggio

DEBRIDEMENT

Il debridement è la rimozione di tessuto devitalizzato e di materiale estraneo da una lesione. Può essere ottenuto in alcuni giorni con varie modalità: chirurgica, enzimatica, autolitica, meccanica, biochirurgica. Può essere selettivo e non selettivo. Le tecniche di sbrigliamento meccanico, enzimatico e/o autolitico possono essere usate quando non è necessario drenare o rimuovere urgentemente il tessuto devitalizzato.

Lo sbrigliamento meccanico (con tagliente) è indicato nei casi di presenza di cellulite o sepsi (**è di competenza medica**). Confezionare una medicazione pulita e asciutta per 8/24 ore dopo uno sbrigliamento con tagliente associata a sanguinamento; successivamente trattarla come indicato nel trattamento di III/IV stadio.

DETERSIONE DELLA LESIONE

- Detergere la lesione all'inizio e a ogni cambio di medicazione.
- Usare una minima forza meccanica quando si deterge la lesione con garze.
- Usare soluzione fisiologica, acqua potabile, ringer.
- Per ridurre la carica batterica superficiale e minimizzare il trauma tessutale, l'ulcera di medie dimensioni dovrebbe essere detersa con almeno 100/150ml di soluzione.
- La soluzione utilizzata per la deterzione dell'ulcera dovrebbe essere a temperatura ambiente
- La soluzione fredda provoca dolore e rallenta i processi riparativi; sarebbe ideale utilizzare una soluzione a temperatura corporea (37 °C).
- Utilizzare una pressione di irrigazione sufficiente a migliorare la deterzione della lesione senza causare trauma al fondo della lesione stessa. Tale pressione si ottiene utilizzando una siringa da 35 ml con ago di 19 G di calibro.
- Considerare l'uso di soluzioni detergenti con surfactanti e/o antimicrobici per detergere le ulcere da pressione che presentano scorie, infezione confermata, infezione sospetta o sospetto di alti livelli di colonizzazione batterica.
- Detergere con attenzione le ulcere da pressione con tragitti sinuosi.
- Detergere la cute perilesionale.

Valutazione e controllo dell'iperessudazione

L'eliminazione dell'essudato è una tappa importante nel trattamento e nella preparazione del letto della ferita.

Il trattamento varia in base alla quantità di essudato, sono indicati prodotti come: Alginati, Idrofibre, schiume o poliacrilati.

 azienda sanitaria locale matera	PROCEDURA GENERALE SANITARIA	COD: PGS-GRC-05-05	
	Procedura di indirizzo per la gestione delle lesioni da pressione: dalla prevenzione al trattamento	REV. 0.0	Pagina 16/23

Come gestire la colonizzazione batterica e l'infezione.

Considerare una diagnosi di infezione acuta diffusa se l'ulcera da pressione presenta segni localizzati e/o sistemici:

- eritema che si estende dai margini della ferita;
- indurimento;
- esordio o aumento di dolore o calore;
- drenaggio purulento;
- aumento di dimensioni;
- crepitio, fluttuanza o discromia della cute perilesionale;
- febbre, malessere, e ingrossamento dei linfonodi;
- confusione/delirio e anoressia (particolarmente negli anziani)

Se la lesione si presenta purulenta e maleodorante, è necessaria una pulizia più frequente e un possibile sbrigliamento.

- Gli agenti antisettici possono essere utilizzati per brevi periodi in presenza di elevata carica batterica.
- Dopo l'eventuale disinfezione è necessario detergere la ferita.
- Determinare la carica batterica dell'ulcera da pressione con una biopsia tessutale o con la tecnica del tampone quantitativo .
- Considerare una diagnosi di infezione dell'ulcera da pressione se la coltura evidenzia una carica batterica >105 di tessuto e/o la presenza di streptococchi beta-emolitici.

COME VALUTARE E GESTIRE LE COMPLICANZE

Valutazione e gestione del dolore

Nonostante l'ulcera da pressione non figuri tra lesioni cutanee più dolorose, il cambio della medicazione (specie in presenza di tessuto di granulazione) può essere fonte di sofferenza per l'assistito. È evidente che la valutazione del dolore (che non può essere soggettiva), la ricerca di appropriate modalità di intervento e la scelta di medicazioni non traumatizzanti rivestono un'importanza fondamentale.

Modalità di intervento e scelta delle medicazioni

- Invitare l'assistito, se in grado, a stabilire i tempi dell'operazione, offrirgli alcune pause; se si preoccupa di non riuscire a comunicare con l'operatore, stabilire segnali non verbali (per esempio un movimento della mano)
- Al momento di intervenire, toccare la lesione delicatamente tenendo presente che anche il più lieve contatto può provocare dolore
- Evitare di traumatizzare i bordi della lesione
- Le medicazioni asciutte, come le garze e i prodotti aderenti, sono quelli che con più facilità causano traumi e dolore al momento della sostituzione
- Nuovi prodotti quali medicazioni composte da idrogel, idrofibre, alginati e silicone morbido causano dolore con minor frequenza.

Valutare il dolore correlato all'ulcera da pressione o al suo trattamento usando un indice validato e affidabile. (scala VAS)

Nella scelta di uno strumento di valutazione del dolore tenere conto delle capacità cognitive del soggetto.

Valutare il dolore nei neonati e nei bambini usando un indice validato

 azienda sanitaria locale matera	PROCEDURA GENERALE SANITARIA	COD: PGS-GRC-05-05	
	Procedura di indirizzo per la gestione delle lesioni da pressione: dalla prevenzione al trattamento	REV. 0.0	Pagina 17/23

Valutare il deterioramento dell'ulcera o una possibile infezione quando il soggetto riferisce un aumento dell'intensità del dolore nel tempo.

Valutare l'impatto del dolore da ulcera da pressione sulla qualità di vita del soggetto.

NB: La gestione del dolore include che per migliorare il confort e la compliance del paziente si eseguano prestazioni assistenziali dopo la somministrazione di farmaci antidolorifici.

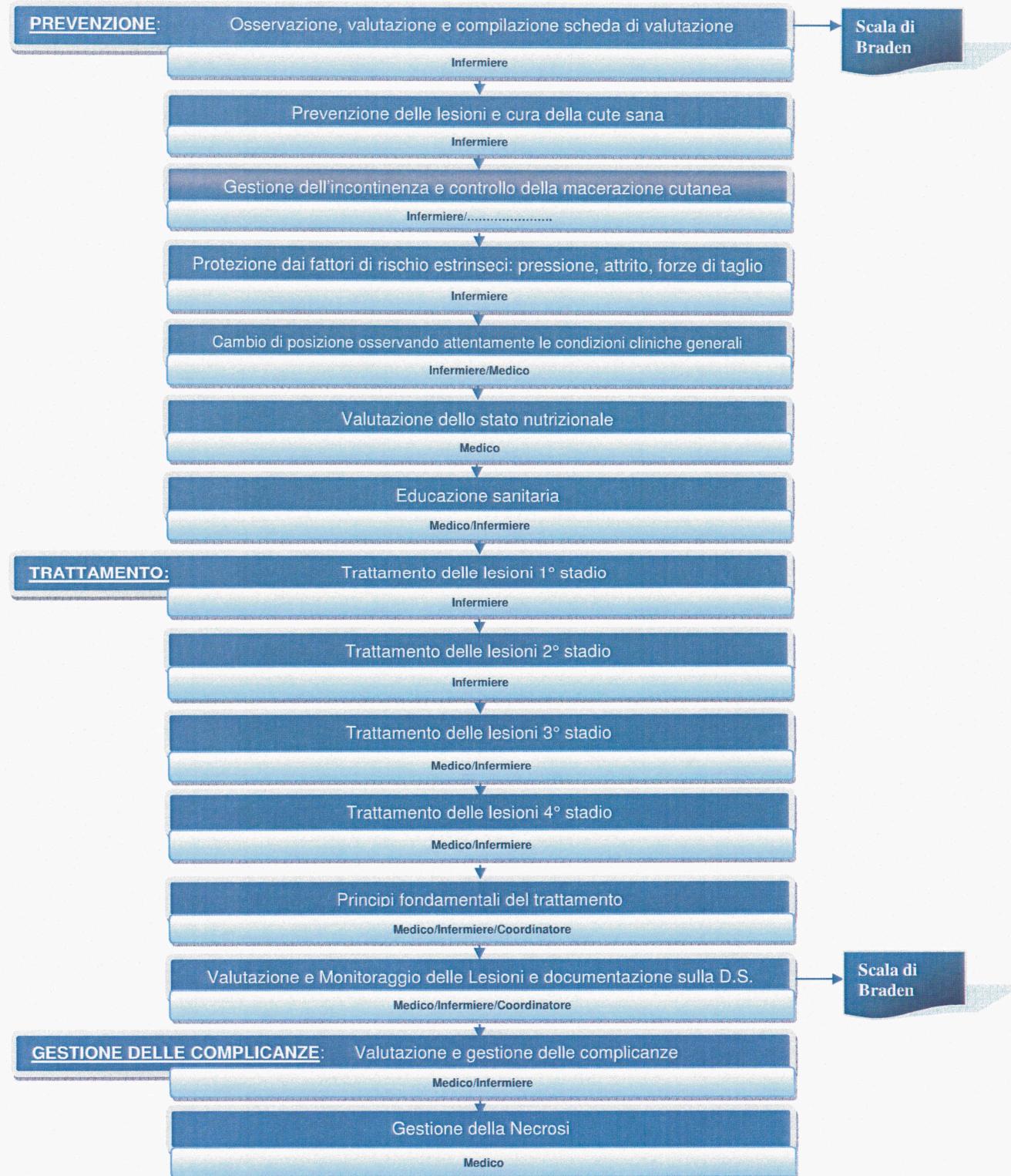
7. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ'

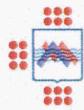
Funzione Attività	Medico	Coordinatore	Infermiere	Personale di supporto
Prevenzione: osservazione, valutazione e compilazione scheda di valutazione (Braden)		C	R	C
Prevenzione delle lesioni e cura della cute sana		C	R	C
Gestione dell'incontinenza e controllo della macerazione cutanea	C	C	R	C
Protezione dai fattori di rischio estrinseci: pressione, attrito, forze di taglio	I	C	R	C
Cambio di posizione	I	C	R	C
Osservazione delle condizioni cliniche generali	R	C	C	I
Valutazione dello stato nutrizionale	R	C	C	C
Educazione sanitaria	R	C	R	I
Trattamento delle lesioni 1° stadio	C	C	R	C
Trattamento delle lesioni 2° stadio	C	C	R	C
Trattamento delle lesioni 3° stadio	R	C	R	C
Trattamento delle lesioni 4° stadio	R	C	R	C
Principi fondamentali del trattamento	R	R	R	C
Valutazione e monitoraggio delle lesioni e compilazione della Documentazione Sanitaria	R	C	R	I
Valutazione e gestione delle complicanze (dolore, iperessudazione, infezioni)	R	C	R	I
Gestione della necrosi	R	C	C	I

R = Responsabile **C** = Coinvolto **I** = Informato

 azienda sanitaria locale matera	PROCEDURA GENERALE SANITARIA	COD: PGS-GRC-05-05	
	Procedura di indirizzo per la gestione delle lesioni da pressione: dalla prevenzione al trattamento	REV. 0.0	Pagina 18/23

8. DIAGRAMMA DI FLUSSO



 azienda sanitaria locale matera	PROCEDURA GENERALE SANITARIA	COD: PGS-GRC-05-05	
	Procedura di indirizzo per la gestione delle lesioni da pressione: dalla prevenzione al trattamento	REV. 0.0	Pagina 19/23



SCHEDA DI VALUTAZIONE LESIONI DA PRESSIONE

INSEIRE ETICHETTA
IDENTIFICATIVA
PAZIENTE

SCALA BRADEN

INDICATORI				
PERCEZIONE SENSORIALE Data / / Data / / Data / / Data / /	NON LIMITATA Punteggio 4	LEGGERMENTE LIMITATA Punteggio 3	MOLTO LIMITATA Punteggio 2	COMPLETAMENTE LIMITATA Punteggio 1
	1° Valutazione: 4 []	1° Valutazione: 3 []	1° Valutazione: 2 []	1° Valutazione: 1 []
	2° Valutazione: 4 []	2° Valutazione: 3 []	2° Valutazione: 2 []	2° Valutazione: 1 []
	3° Valutazione: 4 []	3° Valutazione: 3 []	3° Valutazione: 2 []	3° Valutazione: 1 []
	4° Valutazione: 4 []	4° Valutazione: 3 []	4° Valutazione: 2 []	4° Valutazione: 1 []
UMIDITA' Data / / Data / / Data / / Data / /	RARAMENTE BAGNATO 4	OCCASIONALMENTE BAGNATO 3	SPESO BAGNATO 2	COSTANTEMENTE BAGNATO 1
	1° Valutazione: 4 []	1° Valutazione: 3 []	1° Valutazione: 2 []	1° Valutazione: 1 []
	2° Valutazione: 4 []	2° Valutazione: 3 []	2° Valutazione: 2 []	2° Valutazione: 1 []
	3° Valutazione: 4 []	3° Valutazione: 3 []	3° Valutazione: 2 []	3° Valutazione: 1 []
	4° Valutazione: 4 []	4° Valutazione: 3 []	4° Valutazione: 2 []	4° Valutazione: 1 []
ATTIVITA' Data / / Data / / Data / / Data / /	CAMMINA FRAQUENTEMENTE 4	CAMMINA OCCASIONALMENTE 3	IN POLTRONA 2	COMPLETAMENTE ALLETTATO 1
	1° Valutazione: 4 []	1° Valutazione: 3 []	1° Valutazione: 2 []	1° Valutazione: 1 []
	2° Valutazione: 4 []	2° Valutazione: 3 []	2° Valutazione: 2 []	2° Valutazione: 1 []
	3° Valutazione: 4 []	3° Valutazione: 3 []	3° Valutazione: 2 []	3° Valutazione: 1 []
	4° Valutazione: 4 []	4° Valutazione: 3 []	4° Valutazione: 2 []	4° Valutazione: 1 []
MOBILITA' Data / / Data / / Data / / Data / /	LIMITAZIONE ASSENTE 4	PARZIALMENTE LIMITATA 3	MOLTO LIMITATA 2	IMMOBILE 1
	1° Valutazione: 4 []	1° Valutazione: 3 []	1° Valutazione: 2 []	1° Valutazione: 1 []
	2° Valutazione: 4 []	2° Valutazione: 3 []	2° Valutazione: 2 []	2° Valutazione: 1 []
	3° Valutazione: 4 []	3° Valutazione: 3 []	3° Valutazione: 2 []	3° Valutazione: 1 []
	4° Valutazione: 4 []	4° Valutazione: 3 []	4° Valutazione: 2 []	4° Valutazione: 1 []
NUTRIZIONE Data / / Data / / Data / / Data / /	ECCELLENTE 4	ADEGUATA 3	PROBABILMENTE POVERA 2	MOLTO POVERA 1
	1° Valutazione: 4 []	1° Valutazione: 3 []	1° Valutazione: 2 []	1° Valutazione: 1 []
	2° Valutazione: 4 []	2° Valutazione: 3 []	2° Valutazione: 2 []	2° Valutazione: 1 []
	3° Valutazione: 4 []	3° Valutazione: 3 []	3° Valutazione: 2 []	3° Valutazione: 1 []
	4° Valutazione: 4 []	4° Valutazione: 3 []	4° Valutazione: 2 []	4° Valutazione: 1 []
FRIZIONE SCIVOLAMENTO Data / / Data / / Data / / Data / /		ASSENZA DI PROBLEMI 3	PROBLEMA POTENZIALE 2	PROBLEMA 1
	1° Valutazione: 3 []	1° Valutazione: 2 []	1° Valutazione: 1 []	
	2° Valutazione: 3 []	2° Valutazione: 2 []	2° Valutazione: 1 []	
	3° Valutazione: 3 []	3° Valutazione: 2 []	3° Valutazione: 1 []	
	4° Valutazione: 3 []	4° Valutazione: 2 []	4° Valutazione: 1 []	
Totale 1° Valutazione	Tot.	Firma:		
Totale 2° Valutazione	Tot.	Firma:		
Totale 3° Valutazione	Tot.	Firma:		
Totale 4° Valutazione	Tot.	Firma:		

 azienda sanitaria locale matera	PROCEDURA GENERALE SANITARIA				COD: PGS-GRC-05-05	
	Procedura di indirizzo per la gestione delle lesioni da pressione: dalla prevenzione al trattamento				REV. 0.0	Pagina 20/23

DATE		1° VALUTAZIONE <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>				2° VALUTAZIONE <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>				3° VALUTAZIONE <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>				4° VALUTAZIONE <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>			
CUTE INTEGRA																	
SEDE LESIONE		STADIO															
		I	II	III	IV												
	NS																
	NS																
	NS																
	NS																
	NS																
	NS																
		FIRMA:				FIRMA:				FIRMA:				FIRMA:			

LEGENDA: NS: lesione non stadiabile per presenza di escara.

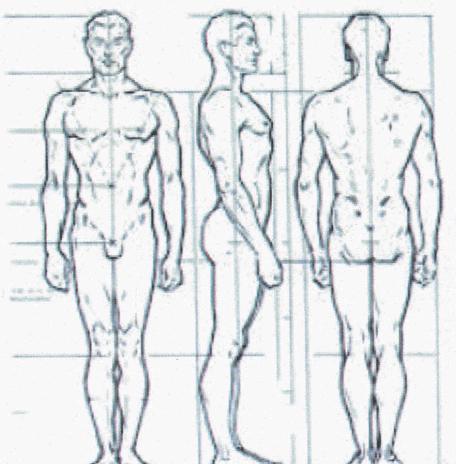
I STADIO: Eritema non sbiancante;

II STADIO: Perdita di spessore parziale, senza sloghi.

III STADIO: Lesione a tutto spessore

IV STADIO: Lesione a tutto spessore con esposizione di muscolo osso o tendine.

N.B.: Contrassegnare il punto della lesione con una crocetta.



SEDE	LARGHEZZA	LUNGHEZZA	PROFONDITA'

DATA	OSSERVAZIONI	FIRMA

 azienda sanitaria locale matera	PROCEDURA GENERALE SANITARIA	COD: PGS-GRC-05-05	
	Procedura di indirizzo per la gestione delle lesioni da pressione: dalla prevenzione al trattamento	REV. 0.0	Pagina 21/23

INDICAZIONI ASSISTENZIALI

DATA	DETERSIONE	ANTISEPSI	MED.PRIMARIA	MED.SECONDARIA	VAS	CAMBIO POATURA	FIRMA
	Fisiologica <input type="checkbox"/>	Amuchina Med <input type="checkbox"/>				MATTINA <input type="checkbox"/>	
	Ringer Lat. <input type="checkbox"/>	Altro antisettico: 				POMERIGGIO <input type="checkbox"/>	
	Acqua per prep. Iniettabili <input type="checkbox"/>					NOTTE <input type="checkbox"/>	
DATA	DETERSIONE	ANTISEPSI	MED.PRIMARIA	MED.SECONDARIA	VAS	CAMBIO POATURA	FIRMA
	Fisiologica <input type="checkbox"/>	Amuchina Med <input type="checkbox"/>				MATTINA <input type="checkbox"/>	
	Ringer Lat. <input type="checkbox"/>	Altro antisettico: 				POMERIGGIO <input type="checkbox"/>	
	Acqua per prep. Iniettabili <input type="checkbox"/>					NOTTE <input type="checkbox"/>	
DATA	DETERSIONE	ANTISEPSI	MED.PRIMARIA	MED.SECONDARIA	VAS	CAMBIO POATURA	FIRMA
	Fisiologica <input type="checkbox"/>	Amuchina Med <input type="checkbox"/>				MATTINA <input type="checkbox"/>	
	Ringer Lat. <input type="checkbox"/>	Altro antisettico: 				POMERIGGIO <input type="checkbox"/>	
	Acqua per prep. Iniettabili <input type="checkbox"/>					NOTTE <input type="checkbox"/>	
DATA	DETERSIONE	ANTISEPSI	MED.PRIMARIA	MED.SECONDARIA	VAS	CAMBIO POATURA	FIRMA
	Fisiologica <input type="checkbox"/>	Amuchina Med <input type="checkbox"/>				MATTINA <input type="checkbox"/>	
	Ringer Lat. <input type="checkbox"/>	Altro antisettico: 				POMERIGGIO <input type="checkbox"/>	
	Acqua per prep. Iniettabili <input type="checkbox"/>					NOTTE <input type="checkbox"/>	
DATA	DETERSIONE	ANTISEPSI	MED.PRIMARIA	MED.SECONDARIA	VAS	CAMBIO POATURA	FIRMA
	Fisiologica <input type="checkbox"/>	Amuchina Med <input type="checkbox"/>				MATTINA <input type="checkbox"/>	
	Ringer Lat. <input type="checkbox"/>	Altro antisettico: 				POMERIGGIO <input type="checkbox"/>	
	Acqua per prep. Iniettabili <input type="checkbox"/>					NOTTE <input type="checkbox"/>	

 Azienda Sanitaria Locale Reggio Calabria	PROCEDURA GENERALE SANITARIA Procedura di indirizzo per la gestione delle lesioni da pressione: dalla prevenzione al trattamento	COD: PGS-GRC-05-05 REV. 0.0 Pagina 22/23
--	--	---

9.2 DESCRIZIONE INDICATORI SCALA DI BRADEN

INDICATORI	VARIABILI		
	1	2	3
Percezione sensoriale. Abilità a rispondere in modo corretto alla sensazione di disagio correlata alla pressione	NON LIMITATA Risponde agli ordini verbali. Non ha deficit sensoriale che limiti la capacità di sentire ed esprimere il dolore o il disagio	LEGGERMENTE LIMITATA Risponde agli ordini verbali ma non può comunicare sempre il suo disagio o il bisogno di cambiare posizione. 0	MOLTO LIMITATA Ha impedimento al sensorio che limita la capacità di avvertire il dolore o in 1 o 2 estremità.
Umidità Grado di esposizione della pelle all'umidità	RARAMENTE BAGNATO La pelle è abitualmente asciutta. Le lenzuola sono cambiate ad intervalli di routine	OCCASIONALMENTE BAGNATO La pelle è occasionalmente umida, richiede un cambio di lenzuola extra 1 volta a giorno.	SPESO BAGNATO Pelle sovraffumata ma non sempre umida. Le lenzuola devono essere cambiate almeno una volta per turno.
Attività e grado di attività fisica	CAMMINA FRAQUENTEMENTE Cammina al di fuori della camera almeno due 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 breve distanza con i senza aiuto. Trascorre la maggior parte di ogni turno a letto o sulla sedia.	IN POTRONA Capacità di camminare severamente limitata o inesistente. Non mantiene la posizione eretta e/o deve essere assistito nello spostamento sulla sedia a rotelle.
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 e 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.

 azienda sanitaria locale matera	PROCEDURA GENERALE SANITARIA Procedura di indirizzo per la gestione delle lesioni da pressione: dalla prevenzione al trattamento	COD: PGS-GRC-05-05 REV. 0.0	Pagina 23/23
---	--	---	--------------

Nutrizione Assunzione usuale di cibo	ECCELLENTE Mangia la maggior parte del cibo. Non rifiuta mai un pasto. Talvolta mangia tra i pasti. Non necessita di integratori.	AGEGUATA Mangia più della metà dei pasti, 4 porzioni o più di proteine al giorno. Usualmente assume integratori. O Si alimenta artificialmente con TNP 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 integratori alimentari. O Riceve meno quantità ottimale di dieta liquida o enteral (con SNG).	MOLTO POVERA Non mangia mai un pasto completo. Raramente mangia più di 1/3 so qualiasi cibo offerto. 2 o meno porzioni di proteine al giorno. Assume pochi liquidi i nessun integratore. O E' a digiuno o mantenuto con fleboclisi o beve bevande per più di 5 giorni.
Frizione e scivolamento	SENZA PROBLEMI APPARENTI Si sposta nel letto e sulla sedia in modo autonomo ed ha sufficiente forza muscolare per sollevarsi completamente durante i movimenti.	PROBLEMA POTENZIALE Si muove poco e necessita di assistenza minima. Durante lo spostamento la cute fa attrito co le lenzuola o con il piano della poltrona, occasionalmente può slittare.	PROBLEMA Richiede da una moderata ad una massima assistenza nei movimenti. Frequentemente scivola nel letto o nella poltrona. Frequentemente richiede riposizionamenti con la massima assistenza. Sono presenti spasticità, contratture, agitazione, che causano costantemente attrito contro il piano del letto o della poltrona.	

Legenda:

- Rischio basso: da 18 a 15;**
Rischio moderato: da 13 a 14;
Rischio alto: da 12 a 10;
Rischio molto alto: da 9 a 6.

Sono da considerare a rischio tutti quei pazienti che hanno un punteggio uguale o inferiore a 16, nei contesti per acuti.¹
 Nei contesti per anziani viene considerato a rischio quel pz. che ha totalizzato un valore uguale o inferiore a 18.²

1- How and why to do pressure risk Assessment Ayello, Elizabeth A., PhD, RN, CS, CWCN; Braden, Barbara PhD, RN, FAAN Advanced in Skin & Wound Care : May-June 2002-volume 15 , Issue 3 - p.125-131

2- The Nursing Clinics of North America Bergstrom N , Demuth P , Braden BJ [01 Jun 1987, 22(2):417-428]