

LESIONI DA PRESSIONE

Prevenzione e trattamento

1. Premessa
2. Scopo
3. Responsabilità
4. Destinatari e campo di applicazione
5. Prevenzione e gestione assistenziale
6. Pianificazione interventi assistenziali generali
7. Stadiazione e trattamento della lesione
8. Terminologie e definizioni

1- PREMESSA

Le Lesioni da Pressione (LdP) rappresentano, in tutti i setting di cura, un problema rilevante che richiede un notevole impegno gestionale in termini di risorse umane, materiali e tecnologiche. L'analisi della letteratura evidenzia che a tutt'oggi gli approcci di prevenzione sono disomogenei e molte volte si osserva un'assoluta mancanza di uniformità nei comportamenti assistenziali, malgrado i numerosi studi condotti sull'argomento. Le varie figure professionali coinvolte e l'ampia disponibilità di ausili e presidi reperibili sul mercato incrementano la difformità di approccio con gravi conseguenze per il soggetto a rischio. Un dato inequivocabile conferma però che un'adeguata valutazione dell'ospite e un corretto approccio preventivo svolgono un ruolo determinante nella salvaguardia dell'integrità cutanea degli assistiti.

È ormai consolidata la consapevolezza che le LdP tendono a formarsi prevalentemente nelle persone affette da patologie che ne compromettono la funzionalità neuromotoria e nelle persone anziane allettate; alla luce di ciò è facile dedurre che tale problema è destinato a crescere in ragione dell'invecchiamento della popolazione.

2- SCOPO

La seguente procedura ha lo scopo di, uniformare i comportamenti assistenziali riguardanti la prevenzione delle LdP alle più recenti e autorevoli raccomandazioni internazionali, anche attraverso l'utilizzo di appropriati presidi, materiali e attrezzature, al fine di migliorare la qualità delle cure ai pazienti, attraverso la promozione del loro benessere e della loro sicurezza.

3- RESPONSABILITA'

La responsabilità dell'attuazione della presente procedura è di tutto il personale della struttura coinvolto nel processo di cura e assistenza della persona assistita a rischio/portatrice di LdP. Il personale è tenuto a conoscere i contenuti esplicitati nella procedura e ad applicare i comportamenti cui la stessa rimanda.

4- DESTINATARI E CAMPO DI APPLICAZIONE

La seguente procedura si applica a tutti gli ospiti residenti e agli operatori sanitari e di supporto all'assistenza operanti nella struttura residenziale di Castions di Zoppola.

5- PREVENZIONE E GESTIONE ASSISTENZIALE

La prevenzione è di importanza primaria in quanto agisce sui fattori correlati alla comparsa e sviluppo delle LdP.

Una valutazione complessiva e multidisciplinare è il primo passo per identificare tutti i fattori di rischio ed eventuali LdP già presenti.

I fattori di rischio possono essere:

- a) locali (ad esempio la pressione esercitata sui tessuti, le forze da taglio/stiramento, l'attrito o frizione, l'umidità cutanea, l'aumento o la riduzione della temperatura locale, la presenza di corpi estranei)

- a) sistemici (ad esempio la malnutrizione, la ridotta mobilità, il deficit della sensibilità, le patologie acute o croniche, lo stato di salute in generale).

Tutti gli ospiti della struttura residenziale sono valutati per il rischio di LdP:

- all'accoglimento;
- periodicamente secondo quanto indicato dalle procedure interne, definite in base al target di rischio dell'assistito;
- ogni qualvolta che le condizioni cliniche si modificano;
- alla dimissione.

La valutazione è realizzata dai professionisti che individueranno – in base ad essa - anche il piano di cura, assistenza, riabilitazione o palliazione (es. anamnesi medica, valutazione infermieristica, valutazione fisioterapica).

Per la valutazione dei fattori specifici di rischio di LdP ci si avvale di strumenti validati anche in relazione al target dell'assistito (**es. scala di Norton modificata secondo Nancy A. Stotts** allegato 1). Indipendentemente dallo strumento di valutazione e dal modello di integrazione interprofessionale in uso, la valutazione è sempre documentata in cartella clinica/sanitaria. Tuttavia, gli strumenti di valutazione del rischio di LdP utilizzati e strutturati nelle diverse documentazioni sanitarie, non bastano per poter inquadrare la situazione complessiva dell'assistito: va aggiunta sia una valutazione globale delle condizioni generali, sia il giudizio clinico che integra le valutazioni oggettive.

La valutazione del rischio deve essere effettuata al momento della presa in carico assistenziale della persona e ripetuta periodicamente, in rapporto al cambiamento delle condizioni cliniche (che permangono oltre le 24 ore) e del setting assistenziale (anche alla dimissione/trasferimento dell'assistito ad altre strutture/domicilio). Nel caso in cui la valutazione metta in evidenza la presenza di LdP già presenti, fermo restando la necessità di pianificare gli interventi prevenzione anche per altre lesioni, è necessario che le lesioni presenti siano stadiate e documentate il prima possibile e comunque entro 24 ore dalla presa in carico del paziente.

6- PIANIFICAZIONE INTERVENTI ASSISTENZIALI GENERALI

Per tutti i pazienti valutati a rischio di sviluppare LdP, si dovranno adottare/pianificare interventi di prevenzione e/o di trattamento.

Gli interventi clinico-assistenziali devono essere pianificati ed attuati – ove possibile - coinvolgendo la persona e/o i familiari/caregivers.

La procedura descrive interventi e modalità di attuazione degli stessi in relazione ad alcune principali aree funzionali:

a) AREA COGNITIVA, COMPORTAMENTALE, PERCETTIVA E RELAZIONALE

1. Coinvolgere l'ospite ed il caregivers nella prevenzione e gestione delle LdP, nel piano di cura con interventi educativi mirati, riducendo la contenzione.
2. Rivalutare frequentemente la possibilità di rimuovere i devices.
3. Valutare sistematicamente e gestire il dolore.

b) AREA DELLA NUTRIZIONE, IDRATAZIONE E METABOLISMO

La valutazione e la gestione del rischio nutrizionale deve essere condivisa fra tutti gli operatori coinvolti nel processo assistenziale della nutrizione. All'interno della casa di riposo devono essere presenti gli strumenti utili alla valutazione del rischio nutrizionale: bilancia, scheda monitoraggio introito alimentare (registrato su

specifico programma Insoft), scheda di valutazione infermieristica Mini Nutritional Assessment (allegato 2. MNA), rilevazione peso (allegato 3). La valutazione e la gestione del rischio nutrizionale si effettua attraverso:

- rilevazione del peso e registrazione informatizzata; in caso di paziente non pesabile l'IMC viene stimato attraverso la misurazione della circonferenza del braccio o lunghezza dell'ulna.
- valutazione della perdita involontaria di peso negli ultimi 3-6 mesi
- valutazione della riduzione/mancata alimentazione orale per/da più di 5 giorni.

È necessario valutare periodicamente i segni e sintomi della disidratazione in quanto la cute disidratata è soggetta a problemi di fissurazione.

Negli anziani i segni clinici di disidratazione sono spesso aspecifici e devono essere attentamente valutati:

- secchezza della cute anche se è un segno meno rilevante nell'anziano perché la sua pelle ha perso parte dell'elasticità.
- Lentezza di riempimento delle vene di mani e piedi.
- Occhi incavati.
- Secchezza della lingua, delle mucose nasali e delle labbra, con presenza di solchi longitudinali sulla lingua e diminuzione della salivazione.
- Stipsi e urine scure e concentrate.
- Riduzione di una percentuale del peso corporeo del 3-5% nelle forme lievi, del 6-9% nelle forme moderate e superiore al 9% nelle forme gravi.
- L'obnubilamento del sensorio fino al delirium, con alterazioni dello stato di coscienza, delle capacità cognitive e possibile disartria.
- Tachicardia e ipotensione ortostatica.
- Astenia e affaticamento

È importante discutere in equipe, o con il medico che ha in cura l'assistito, come garantire un'adeguata nutrizione e idratazione ove lo screening nutrizionale e la valutazione dell'idratazione risultino inadeguate e correggere eventuali alterazioni biochimiche (es. Hb bassa, proteine basse, diabete scompensato, deficit di ossigenazione).

c) AREA DELL'IGIENE DELLA CUTE E DELLE MUCOSE

- Valutare giornalmente la cute, le mucose e i punti di inserzione dei devices. 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.
- Detergere e asciugare la cute e le mucose con tecniche non traumatiche.
- Ridurre al minimo i fattori ambientali che possono causare la disidratazione della pelle, ossia scarsa umidità (meno del 40%) ed esposizione al freddo.
- Evitare di essiccare la cute (no sostanze alcoliche, valutare l'utilizzo di creme barriera)
- Gestione dell'incontinenza (evitare il contatto diretto della cute con tessuti impermeabili e non traspiranti, no saponi alcalini).
- Evitare il massaggio in corrispondenza di prominenze ossee. Non praticare massaggi per prevenire le LdP.
- Non frizionare energicamente la cute che è a rischio di LdP.
- In caso di incontinenza controllare ed assicurare l'igiene della cute ad intervalli regolari.
- Detergere la cute con prodotti a pH neutro/leggermente acido e le mucose con prodotti idonei.



- Trattare la cute secca con prodotti topici idonei (ad esempio creme idratanti o olii emollienti) evitando massaggi e frizioni, in particolare nelle zone con prominenze ossee.
- Considerare l'applicazione di medicazione in poliuretano a scopo preventivo su prominenze ossee, sostituendola se danneggiata, spostata o umida.
- Valutare sedi e punti di inserzione dei devices, con rimozione precoce dei dispositivi non in uso.
- In caso di LdP già presenti trattare e gestire la lesione dopo una valutazione e stadiazione attenta (necessità di sbrigliamento, posizione della lesione, quantità di essudato, ecc.).

d) AREA DELLA MOBILIZZAZIONE E UTILIZZO DEI PRESIDII

Nei soggetti costretti a letto è importante avviare una precoce riabilitazione motoria, al fine di potenziare con gli esercizi terapeutici l'efficacia e la coordinazione dei movimenti del tronco e degli arti.

Riposizionare con sistematicità, orientativamente ogni 2/4 ore gli assistiti con mobilità ridotta e mobilitare precocemente se allettati, considerando i rischi legati ad una posizione seduta prolungata e i fattori della persona stessa come il livello di mobilità, le condizioni mediche generali, il comfort. Considerare l'utilizzo di superfici di supporto per la redistribuzione della pressione. Utilizzare presidi che aiutino una mobilitazione precoce atraumatica (sollevatore meccanico, tellini ad alto scorrimento). Spostare il prima possibile l'assistito da sedute obbligate (ad esempio wc, padella).

Le superfici antidecubito sono utilizzate quale coadiuvante nella prevenzione e trattamento delle DI e sono progettate per agire sulla quantità di pressione conformandosi al corpo, distribuendo uniformemente la pressione su una più grande superficie di pelle, o spostando la pressione in modo alternato tra varie zone, per brevi periodi di tempo. Un presidio antidecubito è efficace se interviene attivamente sulle cause estrinseche determinanti una lesione da pressione, garantendo la riduzione della pressione del corpo sul piano d'appoggio, la riduzione delle forze di taglio e frizione, la dispersione di calore e umidità ed il mantenimento di una postura corretta.

Esse comprendono varie tipologie di presidi:

- Sovra materasso: posizionato sopra il materasso standard;
- Materasso: in sostituzione al materasso standard;
- Sistema letto: in sostituzione al letto ospedaliero;
- Cuscini: da utilizzare per la seduta;
- Tallonere e gomitiere: sistemi antidecubito appositamente studiati e sagomati per la protezione di talloni e gomiti.
- Accessori: spessori/imbottiture per evitare il contatto di prominenze ossee.

I presidi antidecubito sono valutati in base ad alcune caratteristiche tecniche:

- Densità (superfici in schiuma): la quantità di materia in un metro cubo di prodotto. L'alta densità permette di mantenere più a lungo le proprietà di prestazione nel tempo. In commercio sono disponibili diverse densità diversificate per strati o segmenti corporei;
- Altezza del presidio può variare in base alla tipologia: ai fini dell'efficacia terapeutica per i sovra materassi sono consigliati 10 cm di altezza minima, mentre per i materassi l'altezza minima è di 14 cm;
- Resilienza: è la capacità meccanica del polimero di essere elastico e supportando il peso;
- Memoria: è la capacità di "ricordare" la forma dell'oggetto/corpo che ha compresso il presidio dopo che è stato rimosso il carico. La memoria lenta è la minore velocità di ritorno alla forma originale e significa minore pressione sulle zone corporee;
- Affondamento o grado di immersione: è la caratteristica meccanica del materiale/presidio di "far sprofondare" il peso nella struttura, permettendo alla pressione di ridistribuirsi a livello circostante



piuttosto che concentrarsi in un punto. L'obiettivo è di evitare il "toccare il fondo" del letto/poltrona: almeno 2,5 cm di superficie deve interporre tra il fondo e il paziente.

Le superfici posizionabili sul letto sono suddivise tra SUPERFICI REATTIVE e SUPERFICI ATTIVE.

Le SUPERFICI REATTIVE sono:

- superfici in schiuma: il materasso standard è costituito da schiuma in poliuretano espanso mentre il materasso ad alta specificità ha come componente principale il poliuretano viscoelastico, caratterizzato da capacità di memoria, elevata capacità di avvolgimento attorno al corpo immerso, evitando l'effetto bottom down (toccare il fondo)
- superfici a bassa pressione: sono le superfici ad aria statica

Le SUPERFICI ATTIVE comprendono:

- superfici ad aria alternata: costituite da una serie di elementi cilindrici interconnessi si alternano nel gonfiaggio e sgonfiaggio;
- cessione d'aria: costituite da una serie di elementi cilindrici interconnessi in tessuto poroso che consente la fuoriuscita dell'aria.

e) AREA GESTIONE DELLA SALUTE, DELLA SICUREZZA E DELL'EFFICACIA DEL COPING

Educare la persona e/o il caregiver nel percorso di prevenzione e gestione di eventuali lesioni, alle tecniche/manovre di scarico della pressione e garantire la continuità informativa e di trattamento in caso di cambio del setting.

7- STADIAZIONE E TRATTAMENTO DELLA LESIONE

A livello locale si deve:

- considerare la storia della lesione e l'assessment;
- documentare periodicamente e sistematicamente la sede della DL, utilizzando le scheda in uso (vedi **allegato 4**)
- pianificare il tipo di trattamento in base alla stadiazione della lesione e alla tipologia della medicazione;
- nelle due settimane iniziali di trattamento monitorare i segni di miglioramento: solo se la condizione della LdP non si modifica, prendere in considerazione un cambio nel metodo di cura.

LA SCALA PUSH TOOL 3.0 (vedi scheda medicazioni all.4) è un sistema di monitoraggio dinamico in cui si osserva e si misura la pressione della lesione. Classifica la lesione tenendo conto dell'area di superficie, dell'essudato e del tipo di tessuto colpito. Registra un sub punteggio per ognuna di queste caratteristiche; poi si sommano i punteggi per ottenere il punteggio totale. Quindi il punteggio totale misurato in un arco di tempo indica un miglioramento o meno della lesione. Il dato lunghezza per larghezza si ottiene dalla stima dell'area di superficie in cm quadrati; bisogna sempre utilizzare il righello in cm ed applicare, ogni volta, lo stesso metodo per misurare la lesione.

La valutazione dell'essudato viene eseguita dopo aver fatto la medicazione e prima di applicare qualsiasi agente topico sulla lesione. La stima dell'essudato (drenaggio) viene classificata come nullo, leggero, moderato o forte. Il tipo di tessuto si riferisce ai tipi di tessuto che sono presenti nel letto della ferita; necrotico con il punteggio 4, slough con il punteggio 3, se la ferita è pulita con tessuto di granulazione con il punteggio 2, tessuto epiteliale con il punteggio 1, mentre con il punteggio 0 se la lesione è chiusa.

Le lesioni si distinguono in guaribili e non guaribili:

- la lesione guaribile ha una causa trattabile, adeguata perfusione ematica e patologie coesistenti e/o terapie che possono essere corrette per ottimizzare la guarigione;
- la lesione non guaribile non ha una causa trattabile, oppure risulta difficile agire sulle comorbidità/condizioni che inibiscono la guarigione.

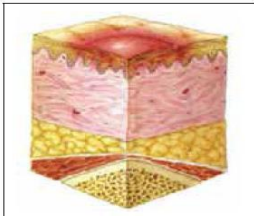
Obiettivi di trattamento locale si individuano in base alle caratteristiche della lesione:

- Scarico delle pressioni e – ove possibile - ripristino della vascolarizzazione.
- Prevenzione delle infezioni e igiene della zona.
- Rimozione eventuale tessuto non vitale: scegliere il metodo più appropriato di agire sulle tra enzimatico, autolitico, chirurgico - utilizzare metodi meccanici/autolitici/enzimatici quando non vi è necessità di drenaggio /rimozione urgente dei tessuti devitalizzati.
- Gestione dell'eventuale essudato e della macerazione dei tessuti.
- Se presenti tunnel o sottolineature, non lasciare spazi vuoti (riempire le cavità).
- Protezione cute peri lesionale, dei tessuti sani e prevenzione insorgenza di altre lesioni.

Prima di ogni medicazione e importante:

1. detergere le lesioni con soluzione fisiologica o altra soluzione neutra (prontosan, ringer lattato)
2. proteggere l'area perilesionale con crema barriera
3. il cambio medicazione va valutato in base alla performance della medicazione
4. se lesioni molto algiche: applicare pomata anestetica prima di medicare.

STADIO 1 – ERITEMA NON SBIANCABILE



Descrizione: cute intatta con rossore non sbiancabile localizzato solitamente su una prominenza ossea. Può essere difficile da rilevare nei soggetti con pelle scura.

TIPOLOGIA DI MEDICAZIONI:

- Medicazione spray
- Crema barriera
- Soluzione di esteri di acidi grassi
- Schiuma di poliuretano sagomata
- Idrocolloide
- Medicazioni in silicone

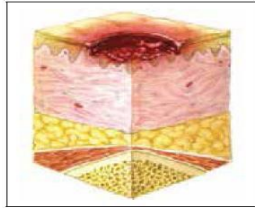
FREQUENZA MEDICAZIONE: dipende del tipo di medicazione (può essere cambiata 1 volta al giorno, 1-2 volte al giorno, 1 volta alla settimana o al bisogno).



COSA NON FARE

- Non utilizzare:
 - antibiotici e antimicotici topici;
 - prodotti coloranti come eosina, fuxina, ecc.;
 - creme a base di cortisone.
- Non frizionare la cute IN MODO VIGOROSO durante l'applicazione di creme emollienti e idratanti, soprattutto in corrispondenza delle prominenze ossee.

STADIO 2 – PERDITA CUTANEA A SPESSORE PARZIALE



Descrizione: Perdita di spessore parziale del derma che si presenta come un'ulcera aperta superficiale con un letto della ferita rosso, senza tessuto devitalizzato necrotico. Può anche presentarsi come una vescica intatta o aperta/rotta piena di siero, o anche come un'ulcera superficiale lucida o secca senza tessuto devitalizzato o ecchimosi

TIPOLOGIA DI MEDICAZIONI:

Detergere lesione con fisiologica o altra soluzione neutra.

- POCO ESSUDATO:
 - medicazione spray
 - medicazione non adesiva
 - emollienti e
 - medicazione in silicone
 - a base di miele
- MEDIO ESSUDATO:
 - Schiuma in poliuretano
- ALTO ESSUDATO:
 - Idrofibra
 - Medicazioni superassorbenti

SOLO DOPO CONSULENZA E INDICAZIONE DELL'ESPERTO RICONOSCIUTO:

- modulante la proteasi
- a base di collagene
- a base di matrice oleica



FREQUENZA MEDICAZIONE dipende del tipo di medicazione (può essere cambiata a gg alterni, 1 volta alla settimana o al bisogno).

In caso di pazienti, che per motivi ad esempio di incontinenza, diarrea, abbondante essudato, richiedano cambi giornalieri ripetuti di medicazione, non utilizzare medicazioni avanzate ma prediligere medicazioni semplici (criterio di appropriatezza).

NB: preferire medicazioni che coprano e proteggano anche la cute perilesionale. È un'area molto sensibile perché sottoposta a stress causato da essudato, sollecitazione di trazione (medicazioni) e persistenza di residui collosi delle medicazioni.

Bisogna valutare:

- cambiamenti di colore
- temperatura
- stato di idratazione
- presenza di edema
- alterazioni cutanee

COSA NON FARE

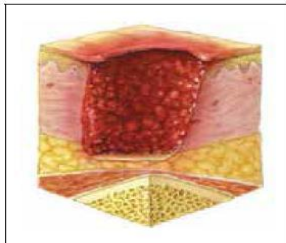
Non utilizzare:

- antibiotici e antimicotici topici
- prodotti coloranti come eosina, fuxina ecc
- creme a base di cortisone
- disinfettanti che danneggiano i tessuti neoformati come acqua ossigenata, iodopovidone, soluzioni base alcolica

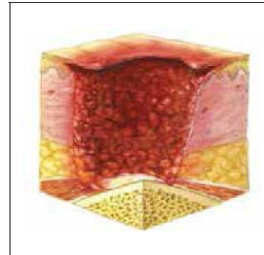
Non frizionare la cute perilesionale IN MODO VIGOROSO durante l'applicazione di creme emollienti e idratanti, soprattutto in corrispondenza delle prominenze ossee.

Non forare o asportare le flittene che non siano a rischio di rottura.

STADIO 3 – PERDITA CUTANEA A SPESSORE TOTALE



STADIO 4 – PERDITA DI TESSUTO A SPESSORE TOTALE



Descrizione: Perdita Di Cute A Tutto Spessore. Il Tessuto Adiposo Sottocutaneo Può Essere Visibile, Ma L'osso, Il Tendine O Il Muscolo Non Sono Esposti. Il Tessuto Devitalizzato (Slough) Può Essere Presente, Ma Non Oscura La Profondità Della Perdita Di Tessuto. Le Ossa/Tendini Non Sono Visibili. Può Includere Tratti Sottominati E Tunnellizzazione Direttamente Palpabili.

Descrizione: Perdita Di Tessuto A Spessore Totale Con Esposizione Ossea, Tendinea O Muscolare.

Il Tessuto Devitalizzato O L'escara Possono Essere Presenti In Alcune Parti Della Ferita. Spesso Include Lo Scollamento E Della Ferita. La Profondità Varia In Base Alla Posizione Anatomica.

TIPOLOGIA DI MEDICAZIONI

Detergere lesione con fisiologica o altra soluzione neutra.

LESIONE DETERSA CON ABBONDANTE ESSUDATO:

- schiuma in poliuretano
- idrofoba
- medicazione superassorbente

LESIONE NON DETERSA:

- debridement (vedi definizioni)
- presidi per riempire le cavità
- soluzione acido ossidante
- medicazione a rilascio di argento
- medicazione al carbone
- medicazione idrofobica

LESIONE NON DETERSA CON ABBONDATE ESSUDATO:

- Gestire l'essudato e poi procedere alla detersione

FREQUENZA MEDICAZIONE: *dipende del tipo di medicazione usata (può essere cambiata 1-2 volte al di, ogni 3-4 gg, 1 volta a settimana o al bisogno).*

In caso di pazienti, che per motivi ad esempio di incontinenza, diarrea, abbondante essudato, richiedano cambi giornalieri ripetuti di medicazione, non utilizzare medicazioni avanzate ma prediligere medicazioni semplici (criterio di appropriatezza).

NB: preferire medicazioni che coprano e proteggano anche la cute perilesionale. È un'area molto sensibile perché sottoposta a stress causato da essudato, sollecitazione di trazione (medicazioni) e persistenza di residui collosi delle medicazioni.

Bisogna valutare:

- cambiamenti di colore
- temperatura
- stato di idratazione
- presenza di edema
- alterazioni cutanee

COSA NON FARE

Non utilizzare:

- antibiotici e antimicotici topici
- prodotti coloranti come eosina, fuxina ecc.
- creme a base di cortisone
- disinfettanti che danneggiano i tessuti neoformati come acqua ossigenata, iodio povidone,

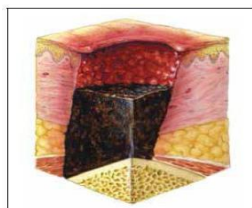
soluzioni base alcolica

Non frizionare la cute perilesionale pesantemente durante l'applicazione di creme emollienti e idratanti, soprattutto in corrispondenza delle prominenze ossee.

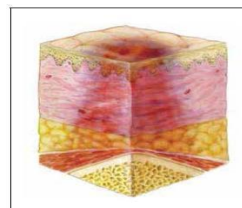
Non riempire in modo eccessivo la lesione, esercitando forte pressione sui tessuti.

NON STADIABILI

PROFONDITÀ SCONOSCIUTA



SOSPETTO DANNO PROFONDO DEL TESSUTO



<p>Descrizione:</p> <p>Perdita di tessuto a spessore totale in cui la base dell'ulcera è coperta da tessuto devitalizzato e/o escara. Fino al momento in cui lo slough e/o l'escara non vengono rimosse per rendere visibile la base dell'ulcera, la vera profondità, pertanto lo stadio, non può essere determinato. NOTA PARTICOLARE SU TALLONE: un'escara secca e stabile del tallone potrebbe proteggere il calcagno. Tuttavia alcuni clinici ritengono che il tessuto necrotico debba sempre essere rimosso per facilitare il processo di guarigione, in particolare nei pazienti diabetici. Un quesito clinico specifico su questo topic è stato approfonditamente discusso ma non è stato raggiunto un accordo sufficiente.</p>	<p>Descrizione:</p> <p>Profondità sconosciuta, area localizzata di colore viola o marrone di cute intatta scolorita o flittene pieno di sangue, dovuta al danno sottostante dei tessuti molli causato dalla pressione e/o dalle forze di taglio, possono essere difficili da rilevare negli individui con pelle scura</p>
<p>TIPOLOGIA DI MEDICAZIONI</p> <p>Per detersione e i trattamenti usare gli stessi prodotti come per lo stadio 3 e 4.</p> <p>NECROSI NERA / ESCARA SECCA</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Utilizzare idrogel, applicando uno strato di almeno 5 mm di spessore al centro della LdP. In caso di escara spessa e molto adesa, praticare delle microincisioni sulla superficie della necrosi per favorire la penetrazione del prodotto. ○ Coprire con film di poliuretano o idrocolloide sottile. Da sostituire ogni 2/3 giorni. <p>Continuare il trattamento dei diversi tipi di tessuto necrotico fino alla loro completa rimozione. In caso di lento miglioramento, prendere in considerazione lo sbrigliamento con taglienti/chirurgico.</p>	
<p>FREQUENZA MEDICAZIONE dipende del tipo di medicazione (può essere cambiata 1-2 volte al di, ogni 3 gg, 1 volta alla settimana o al bisogno).</p> <p>In caso di pazienti, che per motivi ad esempio di incontinenza, diarrea, abbondante essudato, richiedano cambi giornalieri ripetuti di medicazione, non utilizzare medicazioni avanzate ma prediligere medicazioni semplici (criterio di appropriatezza).</p>	
<p>COSA NON FARE</p> <p>Non utilizzare:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ antibiotici e antimicotici topici ○ prodotti coloranti come eosina, fuxina ecc. ○ creme a base di cortisone ○ disinfettanti che danneggiano i tessuti neoformati come acqua ossigenata, iodopovidone, soluzioni base alcoolica <p>Non asportare il tetto della flittena. Se flittene ematico aspirare il contenuto ma senza rimuovere il tetto di copertura.</p> <p>Non frizionare la cute perilesionale IN MODO VIGOROSO durante l'applicazione di creme emollienti e idratanti, soprattutto in corrispondenza delle prominenze ossee.</p> <p>Non riempire in modo eccessivo la lesione, esercitando forte pressione sui tessuti.</p>	

TIPOLOGIA DI MEDICAZIONI



IDROCOLLOIDI	medicazioni avanzate che realizzano un ambiente umido e assorbono basse quantità di essudato. Disponibili in placche e paste, promuovono la crescita del tessuto di granulazione.
IDROGEL	medicazioni avanzate idrofiliche che promuovono l'ambiente umido. Contengono alte percentuali di (fino all' 80%) e possono idratare lesioni necrotiche stimolando il debridement autolitico
POLIURETANO	sostanza presente in numerose medicazioni avanzate.
MEDICAZIONI AVANZATE	medicazioni caratterizzate da materiale di copertura con caratteristiche di biocompatibilità. Definite anche medicazioni occlusive.
SCHIUMA DI POLIURETANO	medicazione idrocellulare non adesiva in schiuma di poliuretano che presenta una struttura tri- stratificata per la gestione di ferite essudanti in fase di granulazione. Le talloniere possono essere usate per scaricare la pressione esercitata dalla superficie d'appoggio sulla pelle.




CLASSIFICAZIONE LdP SECONDO IL COLORE

Una modalità alternativa di classificare le lesioni è rappresentata dal "codice colore".

Ad ogni colore corrisponde uno specifico obiettivo terapeutico.

Il colore verde rappresenta la condizione più impegnativa e compromessa, seguita dal colore nero e giallo. Il colore rosso e rosa rappresentano invece condizioni meno rilevanti. Con il termine lesione "mista" si fa riferimento ad una ferita in cui sono presenti due o più tipi di colori e altrettanti tipi di tessuti. In questo caso, scegliere il trattamento sulla base del colore che prevede il maggior impegno nel trattamento della lesione.

LESIONE "VERDE"		La lesione "verde" indica la presenza di colonizzazione critica/infezione. Obiettivo: ridurre la carica batterica; trattare l'infezione.
LESIONE "NERA"		La lesione "nera" è ricoperta di tessuto di color nero, marrone o marroncino. Il colore indica la presenza di tessuto non vitale a vari livelli di

		disidratazione. Questo tessuto viene anche indicato con il termine "escara". Obiettivo: rimuovere i tessuti non vitali.
LESIONE "GIALLA"		La lesione "gialla" è ricoperta di tessuto il cui colore può andare dal biancastro al giallo o verdognolo. Il color biancastro/giallo/verdognolo indica la presenza di slough. Le diverse colorazioni corrispondono anche a diversi 'contenuti' di carica batterica. Un colore giallo più pallido e chiaro può indicare la presenza di fibrina. Obiettivo: rimuovere i tessuti non vitali; ridurre la carica batterica; controllare l'essudato.
LESIONE "ROSSA"		La lesione "rossa" è ricoperta di tessuto di color rosa intenso/rosso. Il colore indica la presenza di tessuto di granulazione. Obiettivo: mantenere la ferita detersa e protetta; fornire un ambiente umido di guarigione.
LESIONE "ROSA"		La lesione "rosa" è ricoperta di tessuto di color rosa chiaro traslucido. Il colore indica la presenza di nuovo epitelio. Obiettivo: mantenere la ferita detersa e protetta; fornire un ambiente umido di riepitelizzazione.

RACCOMANDAZIONI TRATTAMENTO LESIONI INFETTE:

1. pulizia della lesione e detersione con soluzione fisiologica o altre soluzioni neutre
2. disinfezione con prodotti antisettici iodopovidone, clorexidina, acqua ossigenata, clorossidante elettrolitico, soluzioni tensioattive a base di poliesanide e/o biguanide/phmb, ecc.)
3. detersione con soluzione fisiologica
4. medicare a seconda della sede, tessuto ed essudato, con diverse tipologie di medicazioni che contengono antisettici, prodotti contenenti AG in varie forme o con AG nano cristallino a lento rilascio o sulfodiazina, iodopovidone o clorexidina ecc.)
5. cambi frequenti
6. non utilizzare medicazioni occlusive
7. rivalutare frequentemente la lesione e non utilizzare per lunghi periodi la stessa medicazione con AG (per evitare sensibilizzazioni)

TRATTAMENTO ARROSSAMENTI, ABRASIONI ED ESCORIAZIONI:

DETERSIONE	– Sol. Fisiologica, Prontosan, Ringer lattato - non necessita risciacquo
DEBRIDMENT	– meccanico: Debriclean – autolitico: Nugel 48/72 ore, Sofargel Gel

TRATTAMENTO	<p>Medicazioni non aderenti tipo:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Biatain contact, – Urgotul (può rimanere in sede 2-4 fino a 7 gg) – Mepitel (può rimanere in sede fino a 14 gg cambiando al bisogno la medicazione secondaria) <p>Non usare garze con betadine, connettivina</p>
ARROSSAMENTI	<ul style="list-style-type: none"> – Linovera, – Sofargen spray – Opsite – Spray barriera convatec – Idrocoloidi extra sottili

8-TERMINOLOGIE E DEFINIZIONI:

DETERSIONE: Lavaggio/pulizia della cute perilesionale e del letto della lesione con soluzioni NON antisettiche (es. fisiologica, ringer lattato) per rimuovere materiali metabolici, necrosi e biofilm o residui di medicazioni precedenti. Può essere effettuata mediante tamponamento meccanico, immersione o irrigazione.

BIOFILM (o biofilm batterico): Microrganismi che aderiscono al fondo della lesione immersi in una matrice polimerica extracellulare. Sono agglomerati difficili da rimuovere ed ostacolano la riparazione tissutale. Sono batteri resistenti alle terapie antibiotiche e difficilmente penetrabili da sostanze antisettiche. Responsabile della cronicizzazione delle lesioni e causa di riacutizzazioni del processo infettivo.

LESIONE DETERSA: Non presenti aree necrotiche o biofilm.

LESIONE EMORRAGICA: Lesione con presenza di stravasamento ematico importante.

LESIONE INFETTA: Lesione che si presenta essudante, dolorosa, maleodorante e/o arrossata; segni questi che presuppongono la presenza di una flora microbica in grado di causare reazioni locali e sistemiche.

LESIONE NON DETERSA: Presenza di necrosi o biofilm o slough.

LESIONI CAVITARIE, SOTTOMINATE O TUNNELIZZATE: Lesioni caratterizzate da estensione della lesione anche a livello sottocutaneo, tendineo, muscolare e/o osseo. In questi casi le dimensioni visibili della lesione sono notevolmente inferiori rispetto al danno complessivo.

SBRIGLIAMENTO (DEBRIDEMENT): Attività finalizzata alla rimozione di tessuto generalmente devitalizzato e/o di materiale estraneo da una lesione. Si può ottenere con diverse modalità:

- sharp/chirurgico eseguito mediante taglienti;
- enzimatico tramite l'applicazione di enzimi proteolitici;
- autolitico in cui si utilizzano medicazioni che mantenendo/aumentando l'umidità stimolano gli enzimi proteolitici endogeni;

- meccanico in cui si utilizza l'azione fisica di rimozione mediante dispositivi e medicazioni con/senza soluzioni detergenti e/o con l'utilizzo di altre tecniche (es. lavaggio a getto/idrochirurgia e ultrasuoni).

La finalità è quella di eliminare un fattore di ritardo della guarigione e di possibili complicanze (es. sepsi), favorendo la formazione di tessuto di granulazione sano.

Valutare la necessità di sbrigliamento nelle LdP degli adulti tenendo in considerazione:

- la quantità di tessuto necrotico
- la categoria, le dimensioni e l'estensione dell'ulcera da pressione
- il setting di cura (es. accesso alle attrezzature e medicazioni) e le abilità del professionista
- la tolleranza del paziente
- le eventuali comorbidità

TESSUTO DEVITALIZZATO GIALLO E MORBIDO (SLOUGH): Tessuto devitalizzato di colore giallastro-grigio che appare sul fondo della lesione. Può facilitare l'infezione e deve essere rimosso per ottenere la guarigione della lesione. Anche se lo slough è solitamente descritto come un tipo di tessuto necrotico, in realtà non è un tessuto fisico ma un sottoprodotto infiammatorio. Nello specifico, si tratta di un mix di proteine sieriche (fibrina albumina, immunoglobuline) e proteine della matrice (collagene) denaturate. Lo slough può avere l'aspetto di una massa filamentosa, mollemente o saldamente adesa alla ferita. Con l'invecchiamento, tende ad ispessirsi in una patina compatta. Frequentemente ospita batteri e biofilm. A seconda dei batteri che contiene, lo slough può assumere diverse colorazioni: lo slough di colore biancastro indica che la colonizzazione batterica è scarsa, mentre quello di color giallo/verdognolo indica una carica batterica più alta. Lo slough è osservabile nelle LdP di categoria/stadio 3 o 4 e si associa ad una ferita a tutto spessore. Se esso oscura il letto dell'ulcera quest'ultima non può essere stadiata. Le LdP di categoria/stadio 2 non generano una risposta infiammatoria sufficiente a produrre slough. Lo slough può essere confuso con normali tessuti anatomici come legamenti, fascia muscolare, tendini e capsule articolari.

ESCARA NERA: Tessuto molto aderente, duro, nero, compatto solidamente o debolmente adeso al fondo della LdP.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI E NORMATIVI

1. Alipoor E, Mehrdadi P, Yaseri M, Hosseinzadeh-Attar MJ. Association of overweight and obesity with the prevalence and incidence of pressure ulcers: A systematic review and meta-analysis. Clin Nutr. 2021 Sep;40(9):5089-5098.
2. Beeckman D, Fourie A, Raepsaet C, Van Damme N, Manderlier B, De Meyer D, Beele H, Smet S, Demarré L, Vossaert R, de Graaf A, Verhaeghe L, Vanderghyest N, Hendrickx B, Hanssens V, Keymeulen H, Vanderwee K, Van De Woestijne J, Verhaeghe S, Van Hecke A, Savoye I, Harrison J, Vrijens F, Hulstaert F. "Silicone adhesive multilayer foam dressings as adjuvant prophylactic therapy to prevent hospital-acquired pressure ulcers: a pragmatic noncommercial multicentre randomized open-label parallel-group medical device trial". Br J Dermatol. 2021 Jul;185(1):52-61. doi: 10.1111/bjd.19689. Epub 2020 Dec 28.

3. Boyar V. Outcomes of a Quality Improvement Program to Reduce Hospital-acquired Pressure Ulcers in Pediatric Patients. *Ostomy Wound Manage.* 2018 Nov;64(11):22-28.
4. Brophy S, Moore Z, Patton D, O'Connor T, Avsar P. What is the incidence of medical device-related pressure injuries in adults within the acute hospital setting? A systematic review. *J Tissue Viability.* 2021 Nov;30(4):489-498.
5. Cai JY, Zha ML, Chen HL. Use of a Hydrocolloid Dressing in the Prevention of Device-related Pressure Ulcers During Noninvasive Ventilation: A Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *Wound Manag Prev.* 2019 Feb;65(2):30-38.
6. Chen J, Chen J, Yang J, Chen Y, Liang Y, Lin Y. Investigating the Efficacy of Hydrocolloid Dressing for Preventing Nasotracheal Tube-Related Pressure Injury in the PICU. *Pediatr Crit Care Med.* 2020 Sep;21(9):e752-e758.
7. Han D, Kang B, Kim J, Jo YH, Lee JH, Hwang JE, Park I, Jang DH. Prolonged stay in the emergency department is an independent risk factor for hospital-acquired pressure ulcer. *Int Wound J.* 2020 Apr;17(2):259-267.
8. https://www.healthcareimprovementscotland.org/our_work/standards_and_guidelines/stnds/pressure_ulcer_standards.aspx.
9. Liu P, Shen WQ, Chen HL. The Incidence of Pressure Ulcers in the Emergency Department: A Metaanalysis. *Wounds.* 2017 Jan;29(1):14-19.
10. Moore ZE, Patton D. Risk assessment tools for the prevention of pressure ulcers. *Cochrane Database Syst Rev.* 2019 Jan 31;1(1):CD006471.
11. 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. Aggiornamento GUIDELINES 2019 EPUAP.
12. Shi C, Dumville JC, Cullum N, Rhodes S, Jammali-Blasi A, McInnes E. Alternating pressure (active) air surfaces for preventing pressure ulcers. *Cochrane Database Syst Rev.* 2021 May 10;5(5):CD013620.
13. Shiferaw WS, Akalu TY, Mulugeta H, Aynalem YA. The global burden of pressure ulcers among patients with spinal cord injury: a systematic review and meta-analysis. *BMC Musculoskelet Disord.* 2020 May 29;21(1):334.

Allegato 1

"Fondazione Micoli Toscano" FONDAZIONE MICOLI- TOSCANO	Scheda Norton	"Fondazione Micoli Toscano" Via Favetti 7 33080 Zoppola PN 043497187 fondazione@micolitoscano.it
---	----------------------	---

Ospite: _____ Sesso: _____
 Data e luogo di nascita: _____
 Comune di residenza: _____
 Struttura: **"Fondazione Micoli Toscano"**
 Data di ingresso in struttura: _____ Letto: -
 Provenienza: _____
 Lesioni da decubito presenti all'ingresso: _____
 Compilatore: _____
 Indirizzo: _____
 Data compilazione: _____ Firma: _____

<i>Parametri</i>	<i>Osservazioni</i>	<i>P</i>
Condizioni Generali	<input type="radio"/> Pessime <input type="radio"/> Scadenti <input type="radio"/> Discrete <input type="radio"/> Buone	
Stato Mentale	<input type="radio"/> Stuporoso <input type="radio"/> Confuso <input type="radio"/> Apatico <input type="radio"/> Lucido	
Deambulazione	<input type="radio"/> Costretto a letto <input type="radio"/> Costretto su sedia <input type="radio"/> Cammina con aiuto <input type="radio"/> Normale	
Mobilità	<input type="radio"/> Immobile <input type="radio"/> Molto limitata <input type="radio"/> Poco Limitata <input type="radio"/> Piena	
Incontinenza	<input type="radio"/> Doppia <input type="radio"/> Abituale urine <input type="radio"/> Occasionale <input type="radio"/> Assente	



"Fondazione Micoli Toscano" FONDAZIONE MICOLI- TOSCANO	Mini Nutritional Assessment (MNA)	"Fondazione Micoli Toscano" Via Favetti 7 33080 Zoppola PN 043497187 fondazione@micolitoscano.it
---	--	---

No

Quanti pasti completi al giorno? 1 pasto _____
 2 pasti _____
 3 pasti _____

Consuma? Almeno una volta al giorno prodotti lattiero-caseari si _____
 no _____

Una o due volte la settimana uova o legumi si _____
 no _____

Ogni giorno della carne, del pesce o del pollame si _____
 no _____

Consuma almeno 2 volte al giorno frutta o verdura? Si _____
 No _____

Quanti bicchieri beve al giorno? (acqua, succhi, caffè, tè, latte ...) Meno di 3 bicchieri _____
 Da 3 a 5 bicchieri _____
 più di 5 bicchieri _____

Come si nutre? Necessita di assistenza _____
 Autonomamente con difficoltà _____
 Autonomamente senza difficoltà _____

Il paziente si considera ben nutrito? (ha dei problemi nutrizionali) Malnutrizione grave _____
 Malnutrizione moderata o non sa _____
 Nessun problema malnutrizione _____

Il paziente considera il suo stato di salute migliore o peggiore di altre persone della sua età? Meno buono _____
 Non sa _____
 Uguale _____
 Migliore _____

Circonferenza brachiale (CB, cm) CB < 21 _____
 21 <= CB <= 22 _____
 CB > 22 _____

Circonferenza del polpaccio (CP in cm) CP < 31 _____
 CP >= 31 _____

Allegato 3

Attività pianificate
Attività infermieristica e assistenziale >

dalla data alla data
Cerca 04.01.2023 11.01.2024

St.	Data	Ora	Descrizione	Esito	Operatore	Note	Motivo
■	05.12.2023	17:00	Peso	65,5			
■	27.11.2023	15:00	Peso	65,4			
■	20.10.2023	16:00	Peso	65,5			
■	09.09.2023	11:00	Peso	64,7			
■	21.08.2023	13:00	Peso	63			
■	09.07.2023	18:00	Peso	63,4			

Peso



Esito

Giorno

Aug-2023 Sep-2023 Oct-2023 Nov-2023 Dec-2023

Conferma Conferma e Torna Torna



Allegato 4

UTENTE CON LESIONI CUTANEE

A

N° _____ / _____ / _____ Data _____ / _____ / _____
 DISTRETTO/UO: _____
 Cognome / Nome _____ OSPEDALE/UO: _____
 Data Nascita _____ / _____ / _____ CASA DI RIPOSO: _____

B

Tipo di lesione

da Pressione Sede _____ Stadio _____
 Vascolare
 Arteriosa Sede _____ Stadio _____
 Venosa Sede _____ Stadio _____
 Mista Sede _____ Stadio _____
 Diabetica Sede _____ Stadio _____
 Traumatica Sede _____ Stadio _____
 Chirurgica Sede _____ Stadio _____
 Abrasione/Skin Tear Sede _____ Stadio _____
 Ustione Sede _____ Stadio _____
 Altro Sede _____ Stadio _____

C

Storia della lesione / Allergie

Ausili per la riduzione della pressione in uso: _____

D

VALUTAZIONE INIZIALE

CUTE PERILESIONALE	SOTTOMINATURA	MARGINI	PUSH Tool 3.0			
			L x H cm ²	ESSUDATO	TESSUTO	TOTALE
OBIETTIVI DI TRATTAMENTO	GESTIONE CUTE PL.	DETERSIONE	TRATTAMENTO			FISSAGGIO
Frequenza di medicazione: _____ Note: _____ Dolore: no <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> NRS _____ tipo _____ quando _____						

E

Conferma valutazione e trattamento	Data	Firma	Data	Firma	Data	Firma
	Data	Firma	Data	Firma	Data	Firma

F

VALUTAZIONE FINALE

DATA	ESITO	PUSH Tool 3.0	NOTE	FIRMA



GUIDA ALLA COMPILAZIONE

Ogni parte della scheda deve essere compilata con grafia chiara e leggibile utilizzando la guida e gli acronimi di seguito descritti.

Sezione A

- **Dati anagrafici:** compilare tutti i campi o apporre etichetta identificativa paziente
- **Sede operativa:** scrivere la struttura e l'unità operativa (per es. Ospedale San Vito al T/Chirurgia, Distretto Urbano/ADI, Distretto Sud/RSA, CdR Casa Serena...)

Sezione B

- **TIPO LESIONE:** Indicare con una X la tipologia della lesione,
- **SEDE:** specificare la sede
- **STADIO:** classificare la lesione utilizzando le scale di valutazione dedicate (esempio per lesioni da pressione NPUAP/EPUAP 2009, lesioni vascolari LUMT, lesioni piede diabetico TEXAS/WAGNER, Skin Tears scala di Payne-Martin).
- **IMMAGINI:** indicare graficamente la sede della lesione sulle iconografie

Sezione C

STORIA DELLA LESIONE/ALLERGIE

(Dove, Come, Quando)

Riportare tutte le informazioni che si ritengono utili alla comprensione e trattamento del caso.

Per esempio se conosciuta o rintracciabile informazione: di quando e come è insorta la lesione, se ferita acuta cronica o recidivante, se precedenti trattamenti efficaci o inefficaci (medicazioni, interventi chirurgici e dispositivi utilizzati in precedenza).

ALLERGIE

Riportare eventuali allergie o sensibilità a farmaci o dispositivi di trattamento e specificare se diagnosticate o riferite.

AUSILI PER LA RIDUZIONE DELLA PRESSIONE IN USO

Indicare il tipo in uso:

- Sovramaterasso/materasso a pressione alternata Materasso a bassa cessione d'aria
- Materasso in poliuretano modellante
- Cuscino in poliuretano modellante/aria/gel
- Ausilio per il sollievo della pressione per talloni

Sezione D

VALUTAZIONE INIZIALE (prima pagina)

Corrisponde alla prima valutazione della lesione (presa in carico/ricovero)

DATA

Scrivere la data di valutazione

FIRMA

Apporre firma leggibile

La guida che segue è la medesima che si deve utilizzare anche per il riquadro **VALUTAZIONE SETTIMANA DAL...AL...** presente nelle pagine successive.

La valutazione della lesione deve essere effettuata e registrata una volta alla settimana.

Qualsiasi cambiamento della lesione o della scelta del trattamento impone la compilazione di un nuovo riquadro valutazione con motivazione scritta

Giustificare nel campo *note* tale scelta

CUTE PERILESIONALE

tratto di cute che dai margini della lesione si estende per 5 cm.

Riportare la sigla corrispondente allo stato della cute osservata:

- **M** - macerata
- **I** - Integra
- **S** - secca
- **F** - fragile
- **C** - calda
- **D** - discromica
- **E** - eritematosa
- **X** - edematosa

SOTTOMINATURA

Perdita di continuità al di sotto della superficie cutanea che si traduce con scollamento dei margini dai tessuti sottostanti.

Si individua ricercando le sinuosità sotto tutti i bordi della lesione. NB la guarigione non avviene fino a quando i margini della lesione non sono ben adesi al letto della lesione.

Per descrivere la sottominatura utilizzare il sistema a orologio (tenendo conto che le ore 12 corrispondono alla testa del paziente e le 6 ai piedi del paziente):

- con tampone sterile sondare i margini della lesione,
- delimitare con pennarello sulla cute sovrastante per contrassegnare l'estensione della sottominatura,
- misurare la sottominatura in cm
- indicare la sottominatura e riportare sul grafico
- descrivere per esempio "2 cm alle ore 9"



MARGINI

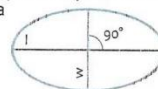
Riportare la sigla corrispondente allo stato dei margini osservati e specificare se necessario

- **A** -adesi, chiaramente visibili, attaccati, allo stesso livello del fondo della lesione.
- **N/A** -non adesi: non attaccati al fondo della lesione.
- **I** -ispessiti: fibrotici, cicatriziali, ipercheratosici.

PUSH Tool 3.0 - VALUTAZIONE LESIONE

LUNG. x LARGH. (in cm ²)	0	1	2	3	4	5	Punteggio parziale
	0	<0.3	0.3-0.6	0.7-1.0	1.1-2.0	2.1-3.0	
		3	4	5	6	7	10
QUANTITÀ DI ESSUDATO	0	1	2	3			Punteggio parziale
	nessuno	minimo	moderato	abbondante			
TIPO DI TESSUTO	0	1	2	3	4		Punteggio parziale
	chiuso	tessuto epiteliale	tessuto di granulazione	slough	tessuto necrotico		

Dimensioni: Misurare la lunghezza come il diametro più lungo; la larghezza è perpendicolare alla lunghezza. Evitare le diagonali. Calcolare l'area della lesione moltiplicando la lunghezza (l) per la larghezza (w). Scrivere il risultato nell'apposito riquadro e selezionare la categoria di risposta più adatta



lunghezza x larghezza (l x w)

Quantità Essudato:

Stimare la quantità di essudato presente dopo aver rimosso la medicazione e prima di applicare qualsiasi agente topico sulla lesione

- 0 - **Nessuno:** i tessuti dell'ulcera sono asciutti.
- 1 - **Minimo:** i tessuti dell'ulcera sono bagnati; l'umidità è distribuita in modo uniforme nell'ulcera; l'essudato interessa < 25% della medicazione.
- 2 - **Moderato:** i tessuti dell'ulcera sono saturati; l'essudato può essere o meno distribuito in modo uniforme nell'ulcera; interessa dal 25% al < 75% della medicazione
- 3 - **Abbondante:** i tessuti dell'ulcera sono immersi nel liquido; l'essudato può essere o meno distribuito in modo uniforme nell'ulcera; interessa > 75% della medicazione.



Tipo di Tessuto:

Si riferisce ai tipi di tessuto che sono presenti nel letto della lesione (ulcera).

- 0 -**Chiuso**: una lesione che è completamente coperta di neopitelio.
- 1 -**Tessuto epiteliale**: nelle lesioni superficiali il neotessuto colore rosa livido che si sviluppa dai margini della lesione o sottoforma di isole all'interno della superficie della lesione.
- 2 -**Tessuto di granulazione**: tessuto di color rosso ciliegia o rosa dall'aspetto lucido, umido e a "bottoncini"
- 3 -**Slough**: tessuto di color giallo o biancastro che aderisce al letto della lesione in filamenti o in ammassi ispessiti o che è mucillaginoso.
- 4 -**Tessuto necrotico** (escara): Tessuto nero, marrone o beige che aderisce saldamente al letto della lesione o ai margini dell'ulcera e potrebbe essere di consistenza più dura o più molle della cute perilesionale.

Totale: Sommare i punteggi parziali (da 0 a 17)

OBIETTIVI

Scrivere i numeri corrispondenti agli obiettivi di trattamento

- 1 → detersione
- 2 → debridement
- 3 → gestione carica batterica
- 4 → gestione essudato
- 5 → riepitelizzazione
- 6 → controllo odore
- 7 → comfort

obiettivo	codifica	trattamento / dispositivi medici
deterzione	1	-Sol fisiologica -Ringer lattato -Altro detergente
debridement	2	-Autolitico -Enzimatico -Meccanico -Chirurgico -Combinato
gestione carica batterica	3	-Idrofibra Ag -Alginato Ag -Poliuretano Ag -Carbone Ag -Medicazione capta batterica -Altro specificare
gestione essudato	4	-Alginato -Idrofibra -Poliuretano -TPN -Med assorbente -Bendaggio compressivo -Altro specificare
riepitelizzazione	5	-Collagene -Acido ialuronico -TPN -Mediatori della metallo -Proteasi -Altro specificare
controllo odore	6	-Silicone -Medicazioni non aderenti -Altro specificare
comfort	7	-Medicazioni palliative specificare

GESTIONE CUTE PERILESIONALE

Scrivere la sigla corrispondente del trattamento scelto

- NN -Non necessario
- V -Vaselina
- O -Ossido di zinco
- C -Crema barriera/Unguento

DETERSIONE

Scrivere la sigla corrispondente del trattamento scelto

- SF -Soluzione fisiologica
- RL -Ringerlattato
- AD -Altro detergente: specificare

TRATTAMENTO

Descrivere i dispositivi medici utilizzati per raggiungere gli obiettivi stabiliti nel trattamento
Vedi schema precedente (obiettivo, codifica trattamento)

FISSAGGIO

Scrivere la sigla corrispondente al dispositivo utilizzato per fissare la medicazione

- F -Fascia elastica
- B -Benda di garza
- R -Benda tipo Roma
- G -Cotone di Germania
- C -Cerotto
- P -Pellicola di Poliuretano
- A -Altro Specificare

FREQUENZA DI MEDICAZIONE

riportare la frequenza del cambio medicazione

- a giorni alterni
- tutti i giorni
- 1 v/settimana
- 2 v/settimana
- 3 v/settimana

NOTE

- Descrivere tutto ciò che si ritiene utile per garantire la completezza e continuità delle informazioni sulla lesione e sul trattamento stabilito
- Motivare se il cambio medicazioni non è conforme alla pianificazione o si decide di cambiare trattamento

Inoltre specificare se presente:

- prescrizione specialista e allegare fotocopia
- trattamenti non conformi alle linee guida motivandoli
- allegare immagine/foto/ricordo della lesione specificando la data
- presente odore e descriverlo

DOLORE

No-Sì Barrare la casella corrispondente

NRS: Se il dolore è presente scrivere il valore corrispondente dichiarato dal paziente come da Numeric Rate Score

Tipo: descrivere il tipo di dolore riferito e percepito dal paziente (per es.: improvviso, continuo, sensazione di bruciore, pulsante,...)

Quando: scrivere quando è presente il dolore (durante la medicazione, durante la notte, sempre, ecc..)

Nota: valutare se compilare come da indicazioni di buone pratiche il monitoraggio del dolore più di una volta settimana

Sezione E

CONFERMA VALUTAZIONE E TRATTAMENTO

Data e firma confermano valutazione, descrizione della lesione, trattamento e data pianificata.

Qualsiasi cambiamento della lesione o della scelta del trattamento impone la compilazione di un nuovo riquadro valutazione con motivazione scritta
Giustificare nel campo note tale scelta

Sezione F

VALUTAZIONE FINALE

Tale sezione va compilata alla guarigione della lesione o alla dimissione del paziente dal servizio.

DATA/FIRMA: compilare

ESITO

scrivere sigla corrispondente, oppure se preferito scrivere per esteso

- M - In miglioramento (riduzione del 30% dell'area alla quarta settimana, guarigione alla 12 settimana)
- S - Stabile Assenza di guarigione
- SP - Stabile A rischio di peggioramento
- PL - Palliatività
- P - In peggioramento
- I - Infetta
- G - Guarigione

PUSH TOOL 3.0

Scrivere punteggio totale corrispondente all'ultima valutazione effettuata

NOTE

Scrivere quel che si ritiene utile per la completezza, continuità di informazioni e continuità di cure.