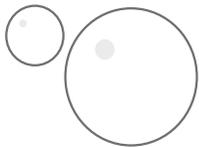
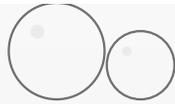


Gestire l'assistenza 2

Lesioni da pressione: prevenzione, trattamento e gestione del dolore

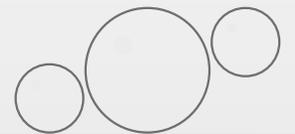
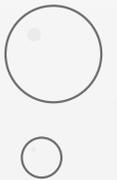
Carlotta Zoffoli

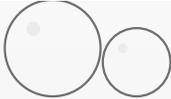




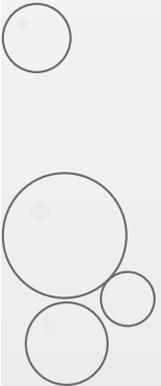
Obiettivi del Corso

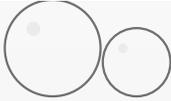
- Prevenzione delle Lesioni da pressione
- Gestione e trattamento delle Lesioni da pressione
- Gestione del dolore





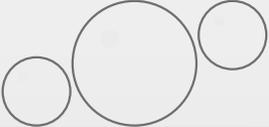
Strumenti operativi

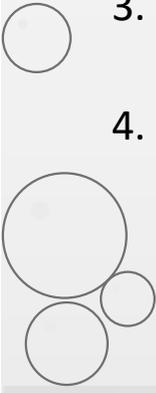
- P 03 Prevenzione delle LdP: recentemente aggiornata ***“Emergenza COVID 19 – Integrazione delle linee di indirizzo RER sulla prevenzione delle lesioni da pressione nell’assistenza ospedaliera e territoriale”***
 - PA 60 Gestione e trattamento delle LdP
 - PA 13 Monitoraggio e terapia del dolore
- 
- 
- 



Lesione da pressione

è un danno localizzato della cute e del tessuto molle sottostante, generalmente in corrispondenza delle prominenze ossee o in relazione a dispositivi medici o di altro tipo. Il danno può presentarsi come cute intatta o come un'ulcera aperta e potrebbe essere dolorosa. Il danno è il risultato di una intensa e/o prolungata pressione in combinazione con forze di stiramento e/o taglio. La tolleranza del tessuto molle alla pressione e alle forze di stiramento e taglio, potrebbe essere anche influenzato da: microclima, nutrizione, perfusione, comorbilità e condizioni del tessuto molle.



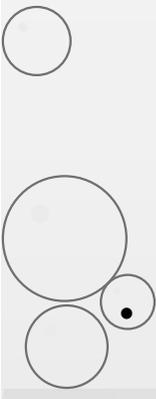
- 
1. La **valutazione del rischio** (si compone della *valutazione della cute*, dell'*identificazione dei fattori di rischio*, dell'*utilizzo della Scala di Braden* e del *Giudizio clinico*)
 2. La **mobilizzazione del paziente**
 3. La **valutazione dello stato nutrizionale**
 4. La **valutazione del dolore**
- 



**La pianificazione
assistenziale**

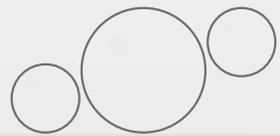
Cosa dobbiamo fare?



- 
- della **valutazione della cute**: è un elemento fondamentale nella prevenzione delle LDP e rappresenta un'opportunità per l'identificare precocemente le condizioni predisponenti allo sviluppo di una LdP
 - della **rilevazione delle caratteristiche clinico-assistenziali (fattori di rischio)** della persona, che possono aumentare le probabilità di sviluppare LdP
 - di una **scala di valutazione del rischio** di insorgenza delle lesioni da pressione (in Ausl della Romagna, è stato condiviso l'utilizzo della Scala di Braden; vedi scheda collegata S P 03_ 02)
 - del **giudizio clinico** del professionista.
- 
- 



1. La valutazione del rischio



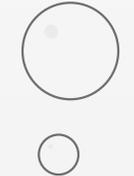
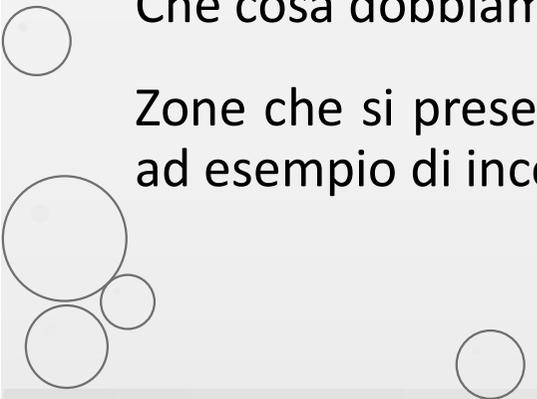


Permette individuare precocemente le condizioni che predispongono all'insorgenza delle LdP:

È importante ispezionare regolarmente la cute, con l'**esame testa piedi**, facendo soprattutto attenzione alle aree sottoposte a pressione e zone cutanee in cui sono presenti dispositivi medici

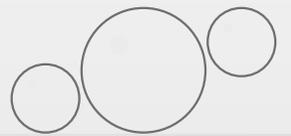
Che cosa dobbiamo ricercare?

Zone che si presentino come molli o umide, a seguito ad esempio di incontinenza, edema.....



1. La valutazione del rischio

VALUTAZIONE DELLA CUTE



SE È A LETTO

OCCORRE FARE ATTENZIONE
SOPRATTUTTO:

- al bacino
- alla colonna vertebrale
- alla zona sacrale
- alle scapole
- ai gomiti
- ai talloni



SE È SULLA SEDIA A ROTELLE

OCCORRE TENERE
SOTTO CONTROLLO:

- la zona sacrale
- la parte bassa della schiena
- le gambe
- i talloni
- i piedi
- la zona ischiatica



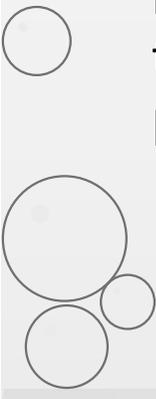
- 
- Intrinseci
 - Estrinseci
 - Esacerbanti
- 

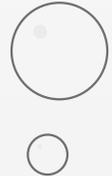
1.La valutazione del rischio



FATTORI DI RISCHIO



- 
- Prende in considerazione sei indicatori: percezione sensoriale, umidità, attività motoria, mobilità, nutrizione, frizione e scivolamento. Il cut off definito per identificare il paziente a rischio di insorgenza di Lesione da pressione con scala di Braden è ≤ 16 .
 - Non deve però sostituire il Giudizio Clinico, che l'infermiere utilizza per interpretare il rischio tenendo in considerazione l'intero profilo del paziente, compresi gli obiettivi dello stesso.
- 
- 



1.La valutazione del rischio

SCALA DI BRADEN E GIUDIZIO CLINICO



	4	3	2	1
PERCEZIONE SENSORIALE Capacità di rispondere in maniera consapevole ai disturbi connessi all' aumento della pressione	NON LIMITATA Risponde ai comandi verbali. Non ha deficit sensoriali che limitano la capacità di percepire e riferire il dolore o il disagio	LEGGERMENTE LIMITATA Risponde ai comandi verbali, ma non riesce a comunicare sempre il suo disagio oppure necessita di essere ruotato <i>Oppure</i> Ha qualche limitazione sensoriale che limita la capacità di percepire il dolore o il disagio in una o due estremità	MOLTO LIMITATA Risponde solamente agli stimoli dolorosi. Non è in grado di comunicare il suo disagio se non gemendo e agitandosi <i>Oppure</i> Ha un danno sensoriale che limita la capacità di percepire il dolore e il disagio sul 50% della superficie corporea	COMPLETAMENTE LIMITATA Assenza di risposta (non geme, non si contrae o afferra) agli stimoli dolorosi dovuta alla riduzione del lo stato di coscienza o a sedazione <i>Oppure</i> Limitata capacità di avvertire gli stimoli dolorosi su gran parte della superficie corporea
UMIDITA' Grado di esposizione della cute alla macerazione	RARAMENTE UMIDA La cute è normalmente asciutta, la biancheria viene cambiata secondo gli intervalli abituali in uso.	OCCASIONALMENTE UMIDA La cute è occasionalmente umida, è richiesto un cambio della biancheria circa una volta al giorno	MOLTO UMIDA La cute è spesso, ma non sempre umida. Il pannolone o la biancheria viene cambiata almeno una volta per turno.	COSTANTEMENTE UMIDA La cute è costantemente umida a causa della sudorazione, delle urine, ecc. L'umidità viene riscontrata ogni volta che il soggetto viene mosso o ruotato
ATTIVITA' Grado dell'attività fisica	CAMMINA DI FREQUENTE Cammina al di fuori della sua stanza almeno due volte al giorno e nella stanza almeno Ogni due ore durante le ore diurne	CAMMINA OCCASIONALMENTE Cammina occasionalmente durante la giornata, ma per distanze molto brevi, con o senza aiuto. Passa la maggior parte del tempo a letto o in poltrona	IN POLTRONA Capacità di camminare molto limitata o assente. Non riesce a spostare il suo peso e/o deve essere assistito in poltrona o sulla carrozzina.	ALLETTATO Confinato al letto
MOBILITA' Capacità di variare e controllare la posizione corporea	LIMITAZIONI ASSENTI Si sposta frequentemente e senza assistenza.	PARZIALMENTE LIMITATA Cambi a frequentemente la posizione con minimi spostamenti del corpo.	MOLTO LIMITATA Riesce occasionalmente a fare piccoli movimenti corporei o delle estremità, ma non riesce a realizzare frequenti o significativi movimenti in modo indipendente	COMPLETAMENTE IMMOBILE Non riesce a produrre neppure piccoli movimenti del corpo e delle estremità senza assistenza
NUTRIZIONE Assunzione abituale del cibo	ECCELLENTI Mangia la maggior parte del cibo. Non rifiuta ai un pasto. Talvolta mangia tra i pasti. Non ha necessità di integratori.	ADEGUATA Mangia più della metà dei pasti. 4 o più porzioni di proteine al giorno. Assume normalmente integratori <i>Oppure</i> Si alimenta artificialmente (via SNG/PEG), 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. <i>Oppure</i> Riceve una quantità scarsa rispetto a quanto prevista come dieta liquida enterale / via SNG o PEG	MOLTO POVERA Non mangia mai un pasto completo. Raramente mangia più di 1/3 di qualsiasi cibo offerto. Due o meno porzioni di proteine al giorno. Assume pochi liquidi e nessun integratore. <i>Oppure</i> E a digiuno o sostenuto solamente con fleboclisi o a dieta esclusivamente idrica per più di 5 giorni

FRIZIONE E SCIVOLAMENTO	SENZA PROBLEMI APPARENTI	PROBLEMA POTENZIALE	PROBLEMA
	Si sposta nel letto e sulla sedia in modo autonomo ed ha sufficiente forza muscolare per sollevarsi completamente durante i movimenti	Si muove poco e necessita di una minima assistenza. Durante lo spostamento, la cute fa attrito con le lenzuola o con il piano della poltrona, occasionalmente può slittare	Richiede da una modesta ad una massima assistenza nei frequenti movimenti nel letto o nella poltrona. Spesso richiede riposizionamento con assistenza. Sono presenti spasticità, contratture, agitazione, che causano costante attrito contro il piano del letto o della poltrona.

Scala di Braden

MOBILIZZAZIONE PRECOCE

Standard di cura che favorisce il recupero precoce ed evitare la sindrome da allettamento.

attraverso il raggiungimento della posizione seduta, la ripresa della stazione eretta e della locomozione. La movimentazione del paziente richiede la *collaborazione interprofessionale* (fra infermiere, fisioterapista e OSS) sia nella valutazione che nella pianificazione che nello svolgimento delle attività di mobilità attiva, movimentazione e posizionamento.

SCOPO: diminuire/ ridistribuire la pressione sulle differenti superfici corporee in relazione alle superfici di supporto.

L' IMMOBILITA' è uno dei più importanti fattori di rischio di LDP in tutti i setting clinico assistenziali.

Per la prevenzione delle LDP sono ritenuti efficaci diversi interventi assistenziali, tra questi la variazione regolare della postura.

**La mobilizzazione
del paziente**

2.2 Indicazioni operative per le posture del paziente supino, in decubito laterale e in posizione seduta al letto

POSIZIONE SUPINA E SEMISEDUTA



Con paziente supino posizionare ausili o cuscini per sostenere la gamba e staccare il tallone dalla superficie di supporto. Le ginocchia sono flesse di pochi gradi (5-10).



Di norma limitare a 30 gradi l'elevazione della testata del letto, salvo controindicazioni clinico assistenziali

POSIZIONE SEDUTA IN CARROZZINA CON SCHIENALE RECLINABILE



Con paziente seduto in carrozzina con schienale reclinabile è bene tenere lo schienale il più possibile in posizione eretta, compatibilmente con le condizioni cliniche del paziente. Non reclinare posteriormente lo schienale se si vuole evitare lo scivolamento in avanti dell'individuo sulla carrozzina e l'aumento della pressione al sacro e coccige.

POSIZIONE SEDUTA IN CARROZZINA BASCULANTE





Tra gli obiettivi delle strategie di prevenzione delle LdP vi è quello di ridurre l'intensità o la durata della pressione che si viene a creare tra il paziente e la superficie di supporto ("pressione di interfaccia"). Oltre al riposizionamento manuale del paziente, è possibile intervenire mediante l'utilizzo di specifiche superfici di supporto. Per superfici di supporto antidecubito si intendono "dispositivi specializzati per la redistribuzione della pressione, progettati per la gestione dei carichi sul tessuto cutaneo, del microclima, e/o altre funzioni terapeutiche

- Le modalità di approvvigionamento delle superfici antidecubito ad aria sono chiarite all'interno della **P 01 della DIT (Direzione infermieristica e tecnica)**.
- 
- 
- 



Superfici di supporto



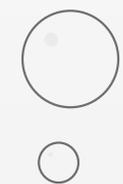
- 
- **Pazienti costretti a letto e/o su carrozzina**
 - **Pazienti che presentano alterazioni dell'integrità cutanea**
 - **Pazienti con i seguenti fattori di rischio:**

Indicatori nutrizionali (alterazione valori nutrizionali), quali anemia, livelli sierici di emoglobina, livelli sierici di albumina, quantificazione dell'apporto nutrizionale e peso.

Fattori che influenzano la perfusione e l'ossigenazione, quali il diabete, instabilità cardiovascolare/ uso di noradrenalina, ipotensione arteriosa, indice braccio- caviglia, l'uso di ossigeno.

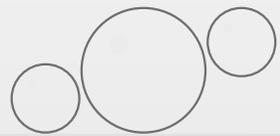
Umidità della cute. Sia l'eccessiva secchezza sia l'eccessiva umidità della cute rappresentano un fattore di rischio.

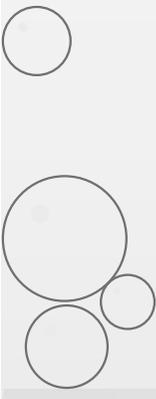
- **Età avanzata.**
 - **Dolore.**
- 

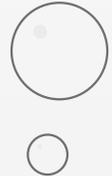


1.La valutazione del rischio

Su quali pazienti.....

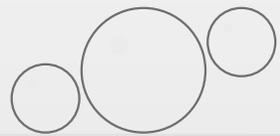


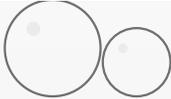
- 
- All'ingresso di un paziente in U.O. (entro un massimo di 8 ore dal ricovero)
 - Ad ogni variazione delle condizioni generali dello stesso
 - Ad intervalli regolari, almeno una volta alla settimana*
 - Alla dimissione/trasferimento
- 
- 



1. La valutazione del rischio

Quando





Il dolore

.....“un’esperienza sensoriale ed emozionale spiacevole associata a danno tissutale, in atto o potenziale, o descritta in termini di danno. E’ un’esperienza individuale e soggettiva, a cui convergono componenti puramente sensoriali (nocicezione) relative al trasferimento dello stimolo doloroso dalla periferia alle strutture centrali, e componenti esperienziali e affettive, che modulano in maniera importante quanto percepito”. IASP
(International Association for the Study of Pain - 1986)





Il dolore

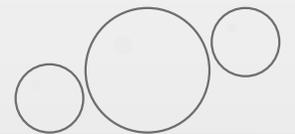
Chi deve fare la valutazione?

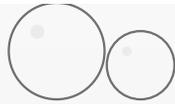
Quando? Alla prima visita e poi viene impostato il piano di monitoraggio indicando la modalità e la frequenza con cui verrà rilevato il parametro dolore, in relazione ad alcune condizioni.....

Come? Registrando la rilevazione del dolore nella documentazione clinica preposta indicando il valore rilevato e la scheda utilizzata per il rilevamento del parametro.

Scale di valutazione:

- Paziente collaborante (NRS) sia ospedale che territorio
- Paziente non collaborante con difficoltà di comunicazione e/o deficit cognitivi (PAINAD)
- Pazienti in TI, BPS Behavioural Pain scale (pz intubato) e BPS-NI (pz non intubato)
- Bambini (PIPP, NPASS, NIPS, FLACC, Wong Baker)

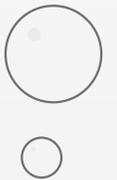




Il dolore

RESPONSABILITÀ INFERMIERISTICA

- Della prima valutazione (in collaborazione con il medico)
- Del piano di monitoraggio (in collaborazione con il medico)
- Nell'educazione al paziente/famigliari /care giver
- Misurazione e registrazione del parametro
- Attuazione del programma antalgico
- Rilevazione e valutazione degli eventuali effetti collaterali
- Rivalutazione del programma terapeutico e del piano di monitoraggio
- **Documentazione dell'intero processo**



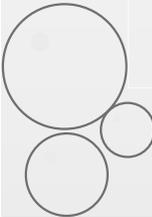


Nella prevenzione delle lesioni e nel trattamento è di fondamentale importanza , la rilevazione del parametro dolore.

Nella prevenzione ci permette di evidenziare quali siano le zone , maggiormente dolenti e di ridurre per tanto il tempo di posizionamento o di evitarlo se possibile.



Nel trattamento, il sintomo dolore può essere indicativo della presenza di un processo infettivo....può chiarire l'eziologia di lesione.....



Il dolore nelle LdP



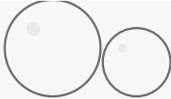


Valutazione del paziente con LdP

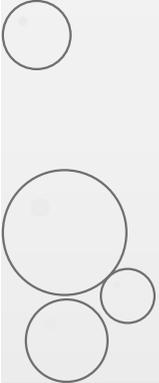
- *Valutazione generale del paziente e definizione dell'obiettivo e del trattamento generale*
- *Valutazione della lesione e definizione del trattamento locale*

Il trattamento delle Lesioni da pressione





Il trattamento delle Lesioni da pressione

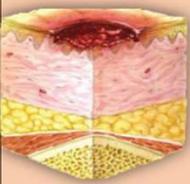
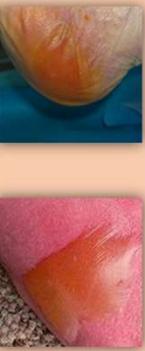
- Linee guida EPUAP/NPUAP: stadi
 - Valutazione delle lesioni mediante scale validate: BWAT/PUSH Tool
Quali aspetti valutare di una lesione?
TIME ieri, oggi TIMERS.....
 - Tecnica di medicazione: sterile/pulita
 - Detersione e antisepsi
 - Sbrigliamento
 - Medicazioni avanzate
- 
- 
- 

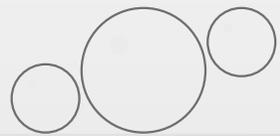
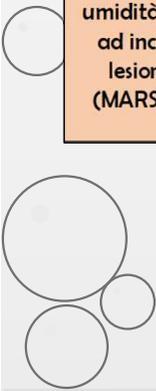


SCHEDA TRATTAMENTO LDP

VALUTAZIONE					TRATTAMENTO				
STADIO I									
TESSUTO	ESSUDATO/ CUTE PERILESIONALE/ BORDO	OBIETTIVO GENERALE	IMMAGINE	OBIETTIVO TRATTAMENTO LOCALE	DETERSIONE	MEDICAZIONE PRIMARIA	MEDICAZIONE SECONDARIA	DA NON FARE	SPECIFICHE
<p>Cute intatta con un'area localizzata di eritema non sbiancante, che può apparire diversamente nei soggetti di pelle scura. I cambiamenti osservabili dovuti a eritema non sbiancante, possono essere preceduti dalla presenza di eritema sbiancante, alterazioni sensoriali, di temperatura o compattezza. I cambiamenti di colore non includono lo scolorimento violaceo o marrone. Questo potrebbe indicare un danno ai tessuti profondi.</p> <p>ERITEMA SBIANCANTE - ERITEMA NON SBIANCANTE</p>	<p>Cute integra</p> <p>SOGGETTI DI PELLE CHIARA</p> <p>SOGGETTI DI PELLE SCURA</p>	<p>Ripristinare la vascolarizzazione e nella zona interessata attraverso il corretto posizionamento del paziente (fase reversibile) per prevenire l'insorgenza di lesioni.</p> <p>Prevenire e gestire il dolore procedurale</p>	 	<p>Proteggere e idratare la cute con prodotti adeguati al suo stato.</p>	<p>Deterzione con acqua potabile.</p> <p>ANTISEPSI NO</p>	<p>Crema idratante o protettiva, in alternativa Film poliuretano* oppure idrocolloide sottile</p> <p>SE POSSIBILE LASCIARE LA MEDICAZIONE IN SEDE ALMENO 7-8 GIORNI</p>	<p>NO</p>	<p>Non utilizzare prodotti a base di Ag, antibiotici e antimicotici topici, prodotti coloranti come eosina, fucsina ecc.; creme a base di cortisone o acido ialuronico per la prevenzione/trattamento delle LdP</p>	<p><i>* Se si usa il film deve essere rimosso stressandolo in senso parallelo al piano cutaneo. Solo in casi selezionati (es. pz ipomobili) possono essere utilizzate le schiume di poliuretano</i></p>



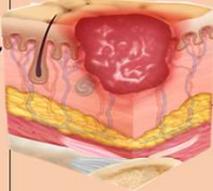
VALUTAZIONE					TRATTAMENTO				
STADIO II									
TESSUTO	ESSUDATO/ CUTE PERILESIONALE/ BORDO	OBIETTIVO GENERALE	IMMAGINE	OBIETTIVO TRATTAMENTO LOCALE	DETERSIONE	MEDICAZIONE PRIMARIA	MEDICAZIONE SECONDARIA	DA NON FARE	SPECIFICHE
<p>Perdita di spessore parziale con esposizione del derma. Il letto di lesione è vitale, rosa o rosso, umido e può anche presentarsi come una flittene intatta o fissurata, dal contenuto sieroso. Il tessuto adiposo ed i tessuti profondi non sono visibili. Non è presente tessuto di granulazione, slough ed escara. Queste lesioni, comunemente derivano da un microclima sfavorevole in combinazione con forze di taglio e/o frizione sulla cute del bacino o dei talloni. Questo stadio non dovrebbe essere usato per descrivere lesioni associate ad umidità (MASD), incluse dermatiti associate ad incontinenza (IAD), intertrigine (ITD), lesioni associate a medicazioni adesive (MARS) o lesioni traumatiche (Skin tears, ustioni, abrasioni).</p>	<p>Cute perilesionale integra contenuto sieroso(chiaro) Flittene integra</p> 	<p>Ripristinare la vascolarizzazione e nella zona interessata attraverso il corretto posizionamento del paziente (fase reversibile) per prevenire l'insorgenza di lesioni. Prevenire e gestire il dolore procedurale</p>		<p>Se possibile mantenere la flittene integra.</p> 	<p>Deterzione con soluzione fisiologica ANTISEPSI NO*</p>	<p>Medicazione non aderente o schiuma di poliuretano sottile. Se non è possibile mantenere la flittene integra, aspirarne il contenuto con manovra asettica senza rimuoverne il tetto</p>	<p>In caso di medicazione non aderente garza a piatto FREQUENZA CAMBI IN BASE ALLA TIPOLOGIA DI LESIONI</p>	<p>Non forare le flittene che non sono a rischio di rottura. Non asportare il tetto della flittene</p>	<p><i>* In caso di aspirazione eseguire l'antisepsi cutanea.</i></p>



VALUTAZIONE

TRATTAMENTO

STADIO II

TESSUTO	ESSUDATO/ CUTE PERILESIONALE/ BORDO	OBIETTIVO GENERALE	IMMAGINE	OBIETTIVO TRATTAMENTO LOCALE	DETERSIONE	MEDICAZIONE PRIMARIA	MEDICAZIONE SECONDARIA	DA NON FARE	SPECIFICHE
<p>Perdita di spessore parziale con esposizione del derma. Il letto di lesione è vitale, rosa o rosso, umido e può anche presentarsi come una flittene intatta o fissurata, dal contenuto sieroso. Il tessuto adiposo ed i tessuti profondi non sono visibili. Non è presente tessuto di granulazione, slough ed escara. Queste lesioni, comunemente derivano da un microclima sfavorevole in combinazione con forze di taglio e/o frizione sulla cute del bacino a dei talloni. Questo stadio non dovrebbe essere usato per descrivere lesioni associate ad umidità (MASD), incluse dermatiti associate ad incontinenza (IAD), intertrigine (ITD), lesioni associate a medicazioni adesive (MARSI) o lesioni traumatiche (Skin tears, ustioni, abrasioni).</p>	<p>Flittene aperta, essudato lieve-siero/ematico Cute perilesionale integra</p> 	<p>→</p> <p>Favorire la vascolarizzazione e nella zona interessata attraverso il corretto posizionamento del paziente. Prevenire e gestire il dolore procedurale</p>		<p>Gestire l'essudato; prevenire l'eccessivo essiccamento della lesione; favorire la ricostruzione tissutale</p> 	<p>Deterzione con soluzione fisiologica ANTISEPSI NO</p>	<p>Garza grassa a bassa aderenza* o schiuma di poliuretano sottile o idrocolloide FREQUENZA CAMBIO IN BASE ALLA TIPOLOGIA DI MEDICAZIONI</p>	<p>In caso di medicazione con garza grassa o a bassa aderenza usare garza a piatto</p>	<p>Non utilizzare prodotti a base di Ag, antibiotici e antimicotici topici, prodotti coloranti come eosina, fucsina ecc.; creme a base di cortisone o acido ialuronico per la prevenzione/trattamento delle LdP; Non effettuare tamponi culturali di routine</p>	<p>* la schiuma non deve essere coperta, fissare solo i margini.</p>
	<p>Ulcera aperta, essudato moderato/abbondante Cute perilesionale infiammata/macerata</p>	<p>→</p>		<p>Gestire l'essudato; prevenire la macerazione della cute perilesionale, favorire la ricostruzione tissutale</p> 	<p>Deterzione con soluzione fisiologica ANTISEPSI NO</p>	<p>Schiuma di poliuretano FREQUENZA CAMBIO IN BASE ALLA TIPOLOGIA DI MEDICAZIONI</p>	<p>In caso di schiuma senza bordo adesivo si può usare del cerotto o film per il fissaggio*</p>		

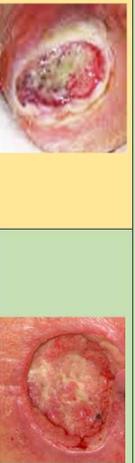


SCHEDA TRATTAMENTO LDP

VALUTAZIONE		TRATTAMENTO								
STADIO III										
	TESSUTO	ESSUDATO/ CUTE PERILESIONALE/ BORDO	OBIETTIVO GENERALE	IMMAGINE	OBIETTIVO TRATTAMENTO LOCALE	DETERSIONE	MEDICAZIONE PRIMARIA	MEDICAZIONE SECONDARIA	DA NON FARE	SPECIFICHE
STADIO III 5	Perdita di cute a tutto spessore, in cui il tessuto adiposo e di granulazione sono spesso visibili. Slough e/o escara possono essere presenti. La profondità del danno tissutale varia a seconda della sede anatomica interessata. Possono essere presenti tratti sottominati e tunnelizzati. Fascia, muscoli, tendini, legamenti, cartilagine e/o osso non sono esposti. Se la presenza di slough o escara non permettono di rilevare la perdita di tessuto, la lesione è identificabile con lo stadio non stadiabile.	Fondo rosso granuleggiante, essudato lieve in aree con scarso tessuto sottocutaneo(orecchio, occipite, naso, nuca, ecc) 	→ Favorire la vascolarizzazione nella zona interessata attraverso il corretto posizionamento del paziente.Prevenzione/gestione del dolore procedurale		Gestire l'essudato, prevenire l'eccessivo essiccamento della lesione; favorire la ricostruzione tissutale	Deterisione con soluzione fisiologica ANTISEPSI NO	Idrogel + medicazione secondaria*; o idrocolloide o schiuma di poliuretano(in base alle caratteristiche e alla sede della lesione).	*Film di poliuretano, idrocolloide schiuma poliuretano sottile FREQUENZA DEI CAMBI IN BASE ALLA TIPOLOGIA DI MEDICAZIONE	Non lasciare spazi vuoti. Non stipare eccessivamente le lesioni, con il materiale di medicazione Non utilizzare prodotti a base di Ag, antibiotici e antimicotici topici, prodotti coloranti come eosina, fucsina ecc.; creme a base di cortisone o acido ialuronico per la prevenzione/trattamento delle LdP	**Valutare l'uso di idrofibra se dopo due settimane di trattamento con alginato l'essudato non risulta adeguatamente controllato. Riempire la cavità senza stipare.
STADIO III 6	Fondo rosso granuleggiante, essudato moderato / abbondante Cute perilesionale arrossata	→		Ridurre la quantità di essudato, prevenire la macerazione della cute perilesionale, favorire la ricostruzione tissutale	Deterisione con soluzione fisiologica ANTISEPSI NO	Alginato o schiuma cavitaria come prima scelta **	Garza o Schiuma poliuretano*** (**se frequenza di cambio > 48 h) FREQUENZA DEI CAMBI IN BASE ALLA TIPOLOGIA DI MEDICAZIONE			

SCHEDA TRATTAMENTO LDP



VALUTAZIONE		TRATTAMENTO								
STADIO III										
	TESSUTO	ESSUDATO/ CUTE PERILESIONALE/ BORDO	OBIETTIVO GENERALE	IMMAGINE	OBIETTIVO TRATTAMENTO LOCALE	DETERSIONE	MEDICAZIONE PRIMARIA	MEDICAZIONE SECONDARIA	DA NON FARE	SPECIFICHE
STADIO III	<p>Perdita di cute a tutto spessore, in cui il tessuto adiposo e di granulazione sono spesso visibili. Slough e/o escara possono essere presenti. La profondità del danno tissutale varia a seconda della sede anatomica interessata. Possono essere presenti tratti sottominati e tunnelizzati. Fascia, muscoli, tendini, legamenti, cartilagine e/o osso non sono esposti. Se la presenza di slough o escara non permettono di rilevare la perdita di tessuto, la lesione è identificabile con lo stadio non stadiabile.</p>	<p>Fondo con presenza di slough, essudato moderato/abbondante, corpuscolato/denso, purulento e/o verde. Cute perilesionale infiammata</p> 	<p>Favorire la vascolarizzazione nella zona interessata attraverso il corretto posizionamento del paziente. Prevenzione/gestione del dolore procedurale</p>		<p>Rimuovere tessuto non vitale, ridurre la carica batterica, gestire l'essudato; protezione della cute perilesionale.</p>	<p>Detersione con soluzione fisiologica ANTISEPSI S1'</p>	<p>1° STEP Sbrigliamento meccanico/con taglienti/chirurgico 2° STEP Sbrigliamento con collagenasi* oppure con medicazioni saline ipertoniche**. Se si sospetta infezione, valutare l'uso di medicazioni ad azione antimicrobica.</p>	<p>Garze* o schiuma di poliuretano**. (** se frequenza cambio > 48 h) FREQUENZA DEI CAMBI IN RELAZIONE ALLA TIPOLOGIA DI MEDICAZIONE</p>	<p>Non lasciare spazi vuoti. Non stipare eccessivamente le lesioni, con il materiale di medicazione Non utilizzare antibiotici e antimicotici topici, prodotti coloranti come eosina, fucsina ecc.; creme a base di cortisone o acido ialuronico per la prevenzione/trattamento delle LdP</p>	<p>Monitorare la comparsa dei segni caratteristici dell'infezione. Non utilizzare medicazioni occlusive. Valutare la variazione della sintomatologia dolorosa. Se si utilizza la collagenasi, sostituire ogni 24 ore.</p>

SCHEDA TRATTAMENTO LDP



VALUTAZIONE					TRATTAMENTO					
STADIO IV										
	TESSUTO	ESSUDATO/ CUTE PERILESIONALE/ BORDO	OBIETTIVO GENERALE	IMMAGINE	OBIETTIVO TRATTAMENTO LOCALE	DETERSIONE	MEDICAZIONE PRIMARIA	MEDICAZIONE SECONDARIA	DA NON FARE	SPECIFICHE
STADIO IV	<p>Perdita di tessuto a tutto spessore con esposizione (a vista o direttamente palpabile) di fascia, muscoli, tendini, legamenti, cartilagini e osso. Potrebbero essere presenti slough o escara. Spesso sono presenti tratti sottominati e/o tunnelizzati. La profondità varia a seconda della sede anatomica interessata.</p> <p>Se la presenza di slough o escara non permettono di rilevare la perdita di tessuto, la lesione è identificabile con lo stadio non stadiabile.</p>	<p>essudato abbondante purulento e/o verde</p> <p>Presenza parziale di tessuto non vitale. Cute perilesionale infiammata e/o macerata</p>	<p>Favorire la vascolarizzazione nella zona interessata attraverso il corretto posizionamento del paziente.</p> <p>Prevenzione/gestione del dolore procedurale. Monitorare la comparsa di segni e sintomi di infezione sistemica.</p>		<p>Rimuovere il tessuto non vitale, ridurre la carica batterica, gestire l'essudato; protezione della cute perilesionale</p>	<p>Detersione con soluzione fisiologica</p> <p>ANTISEPSI SÌ</p>	<p>1° STEP</p> <p>Sbrigliamento meccanico/con taglienti/chirurgico o sbrigliamento con collagenasi* oppure con medicazioni ipertoniche, o alginato</p> <p>2° STEP</p> <p>Se si sospetta infezione, valutare l'uso di medicazioni ad azione antimicrobica</p>	<p>Garza a piatto per non creare medicazione occlusiva.</p> <p>FREQUENZA DEI CAMBI IN RELAZIONE ALLA TIPOLOGIA DI MEDICAZIONE.</p>	<p>Non lasciare spazi vuoti. Non stipare eccessivamente le lesioni, con il materiale di medicazione.</p> <p>Non utilizzare antibiotici topici e antimicotici topici, prodotti coloranti come eosina, fucsina ecc.; creme a base di cortisone o acido ialuronico per la prevenzione/trattamento delle LdP.</p> <p>Non effettuare tamponi colturali di routine</p>	<p>Monitorare la comparsa dei segni caratteristici dell'infezione. Valutare la variazione della sintomatologia dolorosa. Non utilizzare medicazioni occlusive. Se si utilizza la collagenasi, associare sempre garza a piatto</p>



TRATTAMENTO ESCARA ADESA TALLONI

# TALLONE, OCCIPITE, DITA DEI PIEDI, ARTI INFERIORI	TESSUTO	ESSUDATO/ CUTE PERILESIONALE/ BORDO	OBIETTIVO GENERALE	IMMAGINE	OBIETTIVO TRATTAMENTO LOCALE	DETERSIONE	MEDICAZIONE PRIMARIA	MEDICAZIONE SECONDARIA	DA NON FARE!	SPECIFICHE
		Escara secca* margini adesi senza segni di infezione	 Essudato nullo Cute perilesionale integra 	Favorire la vascolarizzazione nella zona interessata attraverso il corretto posizionamento del paziente. Prevenzione/gestione del dolore procedurale. Prevenzione delle complicanze (fistole, sottominature ed infezioni)		Un'escara stabile (secca, adesa, integra, senza eritema o fluttuazione) localizzata sui talloni ha la funzione di "naturale (biologica) copertura del corpo" e non deve essere rimossa.	Detersione con soluzione fisiologica	Antisepsi della cute con soluzione iodata, lasciandola asciugare senza rimuoverla	Si può lasciare scoperto o coprire con garza a piatto e rete elastica.	NON RIMUOVERE L'ESCARA Non bendare o fissare la medicazione creando l'effetto "laccio". Non utilizzare prodotti a base di Ag, antibiotici e antimicotici topici, prodotti coloranti come eosina, fucsina ecc.; creme a base di cortisone o acido ialuronico per la prevenzione e trattamento delle LdP

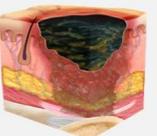
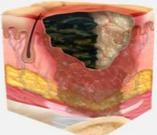
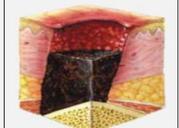


SCHEDA TRATTAMENTO LDP

VALUTAZIONE

TRATTAMENTO

STADIO NON STADIABILE

	TESSUTO	ESSUDATO/ CUTE PERILESIONALE/ BORDO	OBIETTIVO GENERALE	IMMAGINE	OBIETTIVO TRATTAMENTO LOCALE	DETERSIONE	MEDICAZIONE PRIMARIA	MEDICAZIONE SECONDARIA	DA NON FARE	SPECIFICHE
NON STADIABILE	<p>Perdita di tessuto a tutto spessore in cui l'effettiva profondità dell'ulcera è completamente nascosta da slough (di color giallo, beige, grigiastro, verde o marrone) e/o escara (di color beige, marrone o nero) presenti sul letto della lesione.</p> <p>Fino a quando lo slough e/o l'escara non vengono rimossi in modo tale da esporre la base dell'ulcera, non è possibile determinare la reale profondità.</p>	<p>ESCARA SECCA tessuto nero devitalizzato, essudato nullo Cute perilesionale integra</p> 	<p>Favorire la vascolarizzazione nella zona interessata attraverso il corretteposizione mento del paziente. Prevenire e gestire il dolore procedurale</p>			<p>Sbrigliamento con soluzione fisiologica ANTISEPSI NO</p>	<p>Sbrigliamento con idrogel* ; in caso di escara molle, se medicazione giornaliera, si consiglia collagenasi** garza grassa non aderente</p>	<p>*Idrocolloide o schiuma di poliuretano sottile ** garza a piatto FREQUENZA DEI CAMBI IN RELAZIONE ALLA TIPOLOGIA DI MEDICAZIONE.</p>	<p>Non utilizzare prodotti a base di Ag, antibiotici e antimicotici topici, prodotti coloranti come eosina, fucsina ecc.; creme a base di cortisone o acido ialuronico per la prevenzione/trattamento delle LdP</p>	<p>La frequenza della medicazione dipende dalla sede e dalle condizioni del pz. Se si usa la collagenasi associare sempre garze a piatto</p>
NON STADIABILE		<p>ESCARA MOLLE tessuto nero e/o giallo devitalizzato, essudato medio, cute perilesionale arrossata</p> 								

IMMAGINI STADIO NON STADIABILE





SCHEDA TRATTAMENTO LDP

Direzione Infermieristica e Tecnica

VALUTAZIONE

TRATTAMENTO

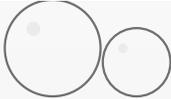
DANNO DEI TESSUTI PROFONDI

	TESSUTO	ESSUDATO/ CUTE PERILESIONALE/ BORDO	OBIETTIVO GENERALE	IMMAGINE	OBIETTIVO TRATTAMENTO LOCALE	DETERSIONE	MEDICAZIONE PRIMARIA	MEDICAZIONE SECONDARIA	DA NON FARE	SPECIFICHE
DANNO DEI TESSUTI PROFONDI	Cute intatta o non intatta che si presenta come un'area localizzata di color rosso scuro, persistente non sbiancante, o alterazione della cromia cutanea che si può presentare marrone, viola o con il distacco dell'epidermide, rivelando un letto di lesione scuro o una flittena piena di sangue. Il dolore e il cambiamento della temperatura spesso precedono i cambiamenti di colore della cute. Le variazioni del colore cutaneo possono essere visti in maniera diversa nei soggetti di pelle scura. Questa lesione è il risultato di intense e/o prolungate pressioni e forze di taglio/stiramento fra un piano osseo e un piano muscolare. La lesione può evolvere rapidamente e rivelare la reale entità dei danni ai tessuti o risolversi senza perdita di tessuto. Se sono visibili il tessuto necrotico, sottocutaneo, di granulazione, tessuto connettivo, muscolo o altre strutture sottostanti, indica una perdita a tutto spessore dei tessuti (non stadiabile, stadio 3° o 4°). Non usare questo stadio per descrivere lesioni vascolari, traumatiche, neuropatiche o dermatologiche.		Favorire la vascolarizzazione nella zona interessata attraverso il corretto posizionamento del paziente. Prevenire e gestire il dolore procedurale	 	Monitorare l'evoluzione	<p>Deterisione con soluzione fisiologica ANTISEPSI NO**</p>	<p>Medicazione non aderente* o schiuma di poliuretano con interfaccia in silicone*. Se non è possibile mantenere la flittena integra, aspirarne il contenuto con manovra asettica** senza rimuoverne il tetto</p>	*garza a piatto	<p>Non utilizzare prodotti a base di Ag, antibiotici e antimicotici topici, prodotti coloranti come eosina, fucsina ecc.; creme a base di cortisone o acido ialuronico per la prevenzione/trattamento delle LdP</p>	<p><i>*La schiuma di poliuretano con interfaccia in silicone si può sollevare e riposizionare permettendo di visionare la zona da monitorare</i> <i>** In caso di aspirazione eseguire l'antisepsi cutanea</i></p>

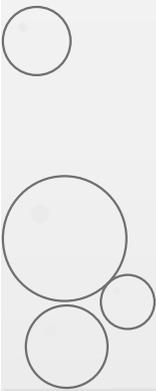
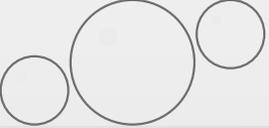
Possibile evoluzione →

IMMAGINI DANNO DEI TESSUTI PROFONDI





Il trattamento delle Lesioni da pressione

- Linee guida EPUAP/NPUAP: stadi
 - Valutazione delle lesioni mediante scale validate: BWAT/PUSH Tool
Quali aspetti valutare di una lesione? Cute perilesionale, margini/bordi, fondo di lesione.....
TIME ieri, oggi TIMERS.....
 - Tecnica di medicazione: sterile/pulita
 - Detersione e antisepsi
 - Sbrigliamento
 - Medicazioni avanzate
- 
- 
- 

Scale di valutazione

ITEM	Scala di valutazione BWAT (punteggi)					Date	Date	Date	Date	Date	Date
	1	2	3	4	5						
	Ripetere in questa casella la lettera di riferimento della lesione →										
Dimensioni	< 4 cm ²	4-16cm ²	16,1-36 cm ²	36,1-80 cm ²	>80cm ²						
Profondità	Epidermica	Epidermica/dermica	Danno sottocutaneo fino a fascia muscolare senza attraversarla	Necrosi da tessuto non vitale	Essa/muscolo/osso/midollo di supporto						
Margini/borde	Indefiniti	Arresi alla lesione	No arresi	Espositi/macerati necrotici	Fittosi/callus/epiderrattasi						
Sottominatura	No	<2cm	2-4cm- 50%	2-4cm- 50%	>4cm / tunnelizzazione						
Tipo di tessuto non vitale	No	Single non adeso	Single adeso	Necrosi molle	Essa						
Quantità di tessuto non vitale	No										
		< 25%	Dal 25% al 50%	Dal 50% al 75%	Dal 75% al 100%						
Tipo di crostato	Neutro	Saturato	Siero/areole	Siero/filato acqua diurna	Plus filato o denso hege/grafelato, opaco, torbido con o senza odore						
Quantità di crostato	Absente (<5mm)	Scarsa (4mm)	Lieve (3mm)	Moderata (2mm)	Abbondante (<1cm)						
Cute periferica (4 cm dai bordi)	Rossa	Rosso sbiancato	Iperpigmentazione	Rosso non sbiancato	Iperpigmentazione						
Edema tessuti periferici (4 cm dai bordi)	No edema	Edema no fovea<4cm dal margine	Edema no fovea<4cm dal margine	Edema e fovea<4cm	Edema e fovea<4cm						
Indurimento tessuto	No	< 2mm	2-4cm esteso >50%	2-4cm esteso >50%	>4cm ovunque						
Tessute granulatione	Cute ulcera o lesione a lesione parziale										
		Brillante, rosso vivo, occupa dal 75% al 100% della lesione	Brillante, rosso vivo, occupa <75% >25% della lesione	Rosso e/o rosso-rossiccio, scuro e/o necrotico < 25% della lesione	Nessun tessuto di granulatione presente						
Epitelizzazione	Superficie completamente epitelizzata										
		dai 75% al 100% per 0,5 cm dal margine	dai 50% al 75% per 0,5 cm dal margine	dai 25% a < 50%	Meno del 25%						
Totale punteggi BWAT →											

Pressure Ulcer Healing Chart

To monitor trends in PUSH Scores over time
(Use a separate page for each pressure ulcer)

Patient Name: _____ Patient ID: _____

Ulcer Location: _____ Date: _____

Directions:
Observe and measure pressure ulcers at regular intervals using the PUSH Tool. Date and record PUSH Sub-scores and Total Scores on the Pressure Ulcer Healing Record below.

Pressure Ulcer Healing Record	
Date	
Length x Width	
Exudate Amount	
Tissue Type	
PUSH Total Score	

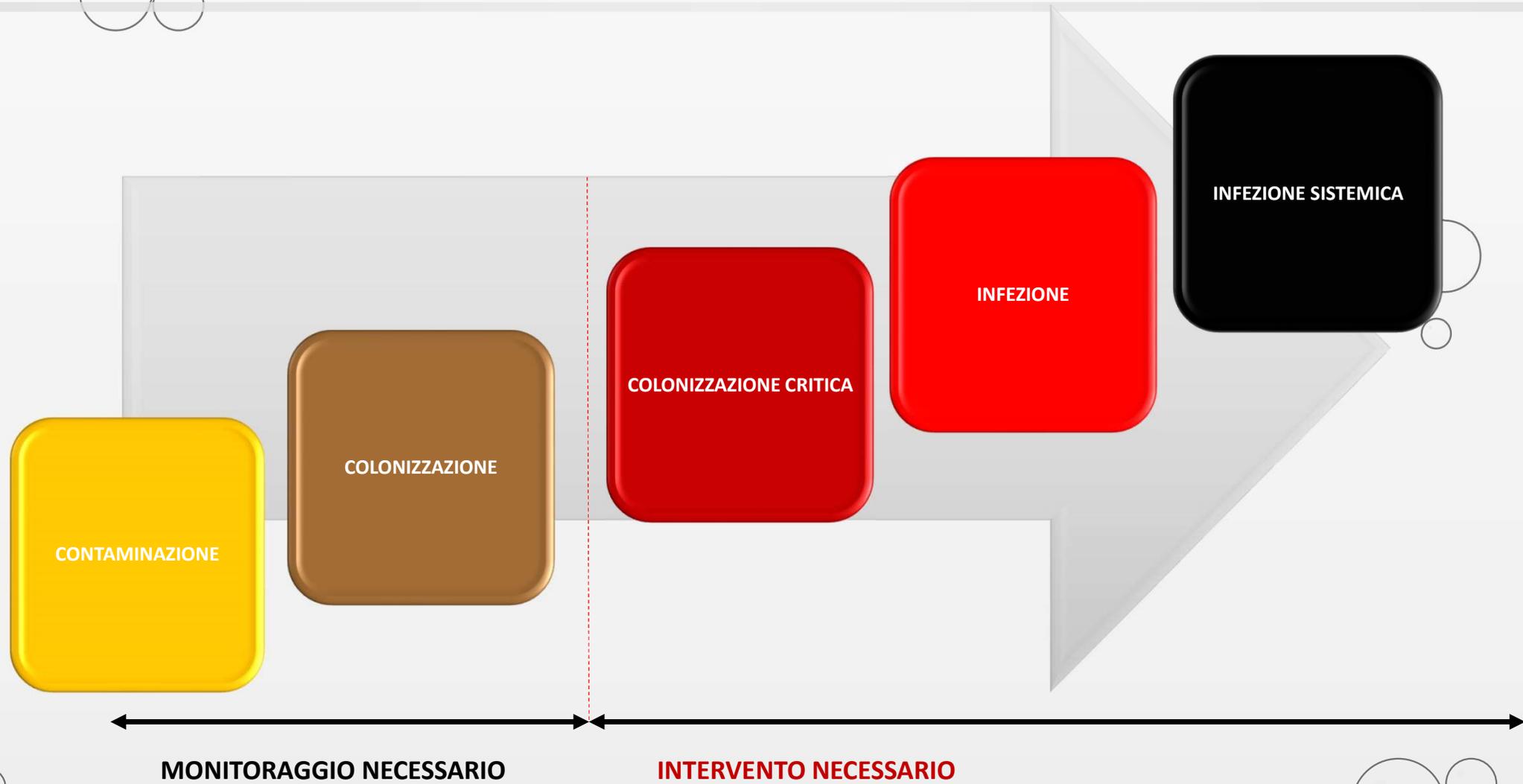
Graph the PUSH Total Scores on the Pressure Ulcer Healing Graph below.

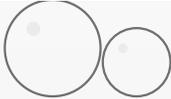
PUSH Total Score	Pressure Ulcer Healing Graph									
17										
16										
15										
14										
13										
12										
11										
10										
9										
8										
7										
6										
5										
4										
3										
2										
1										
Healed = 0										
Date										

www.npuap.org 117 PUSH Tool Version 3.0 © 2009 National Pressure Ulcer Advisory Panel

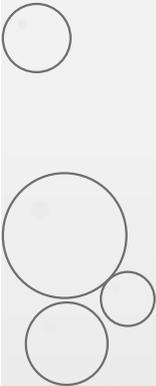
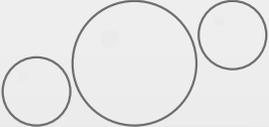
TIMERS e Wound Bed Preparation

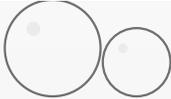
Osservazioni cliniche	Presunta patofisiologia	WBP - Interventi clinici	WBP - Effetti degli interventi clinici	Risultati clinici
Tessuto necrotico o devitalizzato	Difetto della matrice e residui cellulari sono di ostacolo alla guarigione	Debridement (occasionale o di mantenimento) • chirurgico, enzimatico, autolitico, meccanico o biologico	Fondo della lesione deterso e ripristinata funzionalità delle proteine della matrice extracellulare	Fondo della lesione vitale
Infezione o infiammazione	<i>Elevata carica batterica o infiammazione prolungata</i> ↑ citochine proinfiammatorie ↑ attività proteasica ↓ attività dei fattori di crescita	<i>Rimozione dei foci infetti: terapia locale/sistemica</i> • antimicrobici • antinfiammatori • inibitori della proteasi	<i>Riduzione della carica batterica o controllo dell'infiammazione</i> ↓ citochine proinfiammatorie ↓ attività proteasica ↑ attività dei fattori di crescita	Controllo dell'infezione e dell'infiammazione
Macerazione o secchezza - squilibrio dei fluidi	Secchezza: lenta migrazione delle cellule epiteliali Essudato in eccesso: macerazione dei margini della ferita	Applicazione di medicazioni avanzate per favorire il giusto grado di umidità Bendaggio compressivo, pressione negativa o altri metodi per rimuovere l'eccesso di essudato	Ripristinata migrazione delle cellule epiteliali; secchezza evitata Riduzione dell'edema, controllo dell'eccesso di essudato; macerazione evitata	Bilancio dei fluidi (essudato)
Epidermide - margini non proliferativi o sottominati	Cheratinociti non migranti Cellule non responsive e anomalie nell'attività delle proteasi	Riaccertare le cause o considerare terapie correttive • debridement • innesti cutanei • terapie di supporto	Migrazione dei cheratinociti e presenza di cellule responsive Ripristino di un appropriato profilo delle proteasi	Margini epiteliali in attiva proliferazione



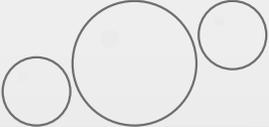


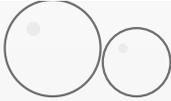
Criteri per il riconoscimento di un'infezione localizzata:

- Assenza di segni di miglioramento della lesione da due settimane
 - Tessuto di granulazione friabile
 - Cattivo odore
 - Aumento del dolore associato alla lesione
 - Aumento della temperatura del tessuto perilesionale
 - Aumento della quantità di essudato
 - Cambiamento anomalo nella natura dell'essudato
 - Aumento del tessuto necrotico nel letto della LdP
- 
- 
- 



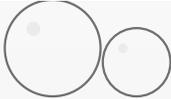
Criteri per il riconoscimento di un'infezione diffusa/sistemica:

- Eritema che si espande dai margini della LdP
 - Indurimento
 - Esordio ex novo o aumento di dolore o di calore
 - Essudato purulento
 - Aumento delle dimensioni della lesione
 - Crepitio, fluttuazione dei tessuti, o discromia a carico della cute perilesionale
 - Iperpiressia, malessere e ingrossamento dei linfonodi
 - Confusione/delirio e anoressia
- 
- 
- 



Il trattamento delle Lesioni da pressione

- Linee guida EPUAP/NPUAP: stadi
 - Valutazione delle lesioni mediante scale validate: BWAT/PUSH Tool
Quali aspetti valutare di una lesione?
TIME ieri, oggi TIMERS.....
 - Tecnica di medicazione: sterile/pulita
 - Detersione e antisepsi: quando e come
 - Sbrigliamento
 - Medicazioni avanzate
- 
- 
- 

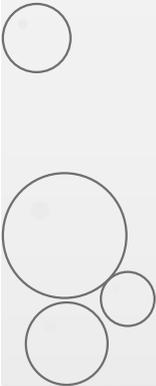
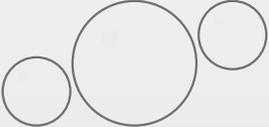


Detersione

è «l'applicazione di un liquido sulla ferita, solitamente prima di applicare una medicazione, allo scopo di facilitare la rimozione di essudato, detriti solubili e contaminanti, ma non comprende l'uso di medicazioni o lo sbrigliamento» (Moore e Cowman, 2009)



Nel Wound Care, con il termine detersione si intende:

- Semplice pulizia del letto della lesione senza l'utilizzo di antisettici
 - Rimozione dei tessuti non vitali presenti in superficie
 - Esporre la lesione per una corretta valutazione
- 
- 

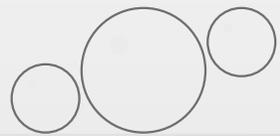
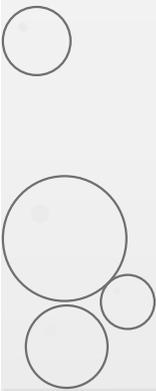


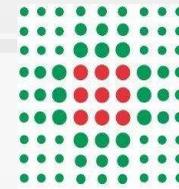
Gli antisettici

Si definisce **antisettico** un composto chimico capace di prevenire o arrestare la crescita –biostatico- o l'azione dei microrganismi attraverso l'inibizione o distruzione degli stessi – biocida.



Gli antisettici sono preparazioni idonee all'applicazione su tessuti viventi. L'antisepsi è quindi un procedimento volto ad abbattere la carica microbica attraverso l'uso di antisettici, prodotti chimici che interferiscono con l'attività metabolica dei microrganismi.



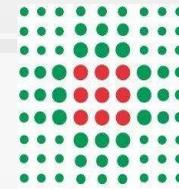


Gli antisettici non dovrebbero essere usati di routine per detergere le lesioni, ma presi in considerazione quando la carica batterica deve essere controllata, e dopo valutazione clinica, ovvero in presenza di almeno due dei segni/sintomi elencati nei "criteri per il riconoscimento dell'infezione".

Gli antisettici hanno una istiolesività e citotossicità intrinseca, non avendo alcuna selettività d'azione.

Va riservato l'uso di tali sostanze alla fase di sterilizzazione, mentre il loro utilizzo in fase di riparazione tissutale è controindicato.





Nella maggior parte degli studi in vitro è stata dimostrata la citotossicità verso cellule essenziali nei processi riparativi: Fibroblasti, Cheratinociti, Leucociti. Solo a bassissime concentrazioni alcuni antisettici perdono la loro citotossicità.

Pertanto

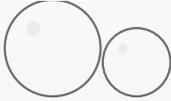
È possibile utilizzarli quando è necessario controllare la carica microbica

L'uso deve essere limitato nel tempo

Non generano resistenza batterica

Possono determinare fenomeni di allergizzazione, legati ad un uso improprio





Il **debridement** consiste nella rimozione dei tessuti devitalizzati, che al loro interno contengono: essudato, detriti cellulari, batteri e le tossine batteriche (*Enoch e Harding 2003*)

Tecniche di debridement:

- Chirurgico
- Con taglienti
- Medicazioni: enzimatico e autolitico

Deve essere sempre effettuato quando ci troviamo di fronte ad un tessuto non vitale?



NO





“Medicazione: trattamento terapeutico locale su una parte del corpo inteso a proteggere i tessuti lesionati e quelli immediatamente circostanti e a favorirne i processi riparativi”.

Scegliere il presidio di medicazione più appropriato per «quel» paziente con lesione, per «quella» fase della lesione, in base all’obbiettivo che ci proponiamo di raggiungere, tenendo in considerazione le preferenze del paziente e il materiale a disposizione

Utilizzare il presidio di medicazione nella maniera più appropriata, in termini di indicazioni, controindicazioni, associazione dei prodotti, dimensioni della medicazione, permanenza in sede

Medicazione **primaria, secondaria e fissaggio della medicazione**

Medicazioni tecnologicamente avanzate e medicazioni semplici



***Appropriatezza
di utilizzo***





Grazie per l'attenzione

carlotta.zoffoli@auslromagna.it

