 <p> <small>AZIENDA COMPLESSO OSPEDALIERO</small>  <b>San Filippo Neri</b>  <small>OSPEDALE DI MALATTIA INFANTILE E DI ALTA SPECIALIZZAZIONE</small> </p>	<b>Procedura Ospedaliera</b>	<b>PrOsp9/10</b>	Rev. n. 1 Data 07/08/2010	Pag. 1 di 14
<b>Prevenzione e Trattamento delle Lesioni da Decubito</b>				


## PREVENZIONE E TRATTAMENTO DELLE LESIONI DA DECUBITO

Rev. N.	Data	Causale modifica	Redatto	Approvato	Validato
<b>1</b>	<b>07/08/2010</b>	<b>Aggiornamento</b>	<i>Da: CPSE C.De Rosa ;            B.Morcinelli ; P. Muso ;            M. Sanna            CPS Coord. S. Luzzara Michelis            Il 24/05/2010</i>	<i>Da: C.I.O.            Il 28/05/2010</i>	<i>Da: DSA            Il 07/08/2010</i>
<b>0</b>	<b>25/06/2001</b>	<b>Prima stesura</b>	<i>Da: C.I.O.            Il 25 /06 /2001</i>		

**Distribuito il 17/08/2010**

**da archiviare nel capitolo: 8.2.1**


<b>Destinatari</b>	
<b>Unità Operative di degenza</b>	<b>C.d.C. Valle Fiorita</b>
<b>Terapie intensive</b>	<b>C.d.C. Salus Infirmorum</b>
<b>S.G.A.A. (Ambulatorio Medicazioni)</b>	<b>UOC Microbiologia e Virologia</b>
<b>SAIO</b>	<b>UOSD Nutrizione Artificiale</b>
<b>UOC Farmacia</b>	<b>Servizio Biancheria/Guardaroba-Servizi Italia</b>
<b>Direzione Sanitaria di Presidio</b>	

 <p>AZIENDA COMPLESSO OSPEDALIERO <b>San Filippo Neri</b> <small>SPEDIZIONE DI MEDICINA INTERNALE E DI ALTA SPECIALIZZAZIONE</small></p>	<p><b>Procedura Ospedaliera</b></p>	<p><b>PrOsp9/10</b></p>	<p>Rev. n. 1 Data 07/08/2010</p>	<p>Pag. 2 di 14</p>
<p>Prevenzione e Trattamento delle Lesioni da Decubito</p>				

## INDICE

**Pag.**

PREMESSA.....	3
1. OBIETTIVO .....	3
2. SETTORI E PERSONALE COINVOLTI.....	4
3. TERMINOLOGIA E ABBREVIAZIONI.....	4
4. RESPONSABILITA' E AUTORITA' .....	7
5. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA' .....	8
5.1. Accoglienza del paziente e valutazione del rischio di LdD (Allegati 1, 2).....	8
5.2. Scelta del presidio appropriato in base all'indice di Norton e Waterloo.....	9
5.3. Valutazione dello stato nutrizionale del paziente (Allegato 4) .....	10
5.4. Osservazione e trattamento della cute (Allegati 5, 6, 7).....	10
5.5. Rilevazione periodica dell' Indice di Rischio .....	12
5.6. Mobilizzazione ed allineamento posturale .....	13
6. ALLEGATI.....	13
7. MATERIALI/DISPOSITIVI/ATTREZZATURE .....	13
8. MODALITA' E FASI DI APPLICAZIONE.....	13
9. VERIFICA DI APPLICAZIONE: INDICATORI, TEMPISTICA DI VALUTAZIONE E REGISTRAZIONE .....	14
10. RINTRACCIABILITA' E CUSTODIA .....	14
11. RIFERIMENTI LEGISLATIVI E BIBLIOGRAFICI.....	14
12. - CRITERI E TEMPISTICA DELLE REVISIONI .....	14

 <p>AZIENDA COMPLESSO OSPEDALIERO <b>San Filippo Neri</b> <small>OSPEDALE DI MALATTIE INFANTILI E DI ALTA SPECIALIZZAZIONE</small></p>	<p><b>Procedura Ospedaliera</b></p>	<p><b>PrOsp9/10</b></p>	<p>Rev. n. 1 Data 07/08/2010</p>	<p>Pag. 3 di 14</p>
<p align="center"><b>Prevenzione e Trattamento delle Lesioni da Decubito</b></p>				

## PREMESSA

La lesione da decubito (LdD) è un'area localizzata di danno della cute e dei tessuti sottocutanei causata da forze di pressione, trazione, frizione, o da una combinazione di questi fattori. Di norma, si forma in corrispondenza di prominenze ossee. La gravità è classificata in stadi.

Le LdD colpiscono sia la popolazione ospite di strutture sanitarie che persone sottoposte a cure domiciliari, interessano individui di tutte le età comportando costi elevati, sia in termini di sofferenza umana che di impiego di risorse. Tale problema assistenziale ha un impatto sanitario e sociale notevole ed è destinato a crescere (invecchiamento della popolazione, cambiamento nei modelli di malattia). E' necessario adottare contromisure adeguate commisurate alle più recenti evidenze scientifiche i cui criteri stanno alla base della revisione della presente procedura.

L'indagine di prevalenza effettuata nella nostra azienda nell' Aprile 2010 ha mostrato che il 2,65% dei pazienti esaminati presentava LdD.


## 1. OBIETTIVO

La procedura è volta a:

1. realizzare il miglioramento della qualità dell'assistenza nei pazienti a rischio di lesioni da decubito o con lesioni da decubito in atto.
2. Assicurare il massimo grado di appropriatezza degli interventi riducendo al minimo ogni possibile variabilità nelle strategie assistenziali.
3. Adottare documentazione infermieristica per il monitoraggio continuo dell' efficacia dei trattamenti attuati (utilizzo discale e schede).
4. Fornire specifiche indicazioni tecnico-scientifiche riguardanti gli ausili per la prevenzione, disponibili in Azienda.
5. Garantire il miglior rapporto costi/benefici nell'impiego delle risorse umane e strumentali.

Nello specifico, con la presente procedura si intendono raggiungere i seguenti obiettivi:

- diminuire l'incidenza delle LdD privilegiando l'aspetto della prevenzione;
- indicare un approccio razionale alla prevenzione e trattamento della LdD che valuti il soggetto nella sua globalità;
- adottare strumenti di identificazione dei soggetti a rischio;
- definire i cardini del comportamento preventivo e curativo;
- correggere comportamenti terapeutici ed assistenziali inappropriati;
- favorire un approccio multidisciplinare alla LdD;
- responsabilizzare l'operatore nell'applicazione della procedura;
- predisporre strumenti per la verifica dell'applicazione e dell'efficacia della procedura.

	<b>Procedura Ospedaliera</b>	<b>PrOsp9/10</b>	Rev. n. 1 Data 07/08/2010	Pag. 4 di 14
<b>Prevenzione e Trattamento delle Lesioni da Decubito</b>				


## 2. SETTORI E PERSONALE COINVOLTI

Sono interessate alla procedura tutte le Unità Operative dell'Azienda ad eccezione della Ostetricia e Neonatologia.


Il presupposto per una efficace prevenzione e trattamento delle LdD è l'approccio multidisciplinare alle stesse che vede impegnate più figure professionali quali l'Infermiere, l'Operatore Socio Sanitario, il Medico, il Nutrizionista, il Dietista, il Fisioterapista, il Farmacista, il Microbiologo, l'Infettivologo ed il Chirurgo.

## 3. TERMINOLOGIA E ABBREVIAZIONI


<b>ABBREVIAZIONI</b>	
<b>C.I.O.</b>	Controllo Infezioni Ospedaliere
<b>L.d.D.</b>	Lesioni da decubito
<b>O.S.S.</b>	Operatore Socio Sanitario
<b>S.A.I.O.</b>	Servizio Assistenza Infermieristica
<b>U.O.C.</b>	Unità Operativa Complessa
<b>DEFINIZIONI E TERMINOLOGIA</b>	
<b>LESIONI DA DECUBITO</b> <i>Secondo NPUAP (National Pressure Ulcer Advisory Panel)</i>	<b>Lesione della cute o dei tessuti circostanti dovuta a compressione o sfregamento, con conseguente alterazione della circolazione e/o apporto di ossigeno e sostanze nutritive nell'area interessata.</b>
<b>Abrasione</b>	Trauma superficiale della cute a spessore parziale, spesso causato da frizioni.
<b>Alginati</b>	Medicazioni primarie costituite da Sali di Calcio e/o Sodio di due acidi: l'acido glucuronico e l'acido mannuronico.
<b>Alleviamento della pressione</b>	Riduzione della pressione dell'interfaccia al di sotto del livello necessario alla chiusura dei capillari
<b>Ambiente umido</b>	Microcosmo che si realizza nell'interfaccia tra una medicazione avanzata e il fondo di una lesione. Promuove la respirazione tissutale, facilita la rimozione del materiale devitalizzato tramite autolisi e protegge la lesione dalle contaminazioni esterne.
<b>Arrossamento</b>	Iperemia che può essere sia localizzata sia generalizzata e che può essere associata a cellulite, infezione, prolungata pressione.
<b>Autolisi</b>	Rimozione naturale dei tessuti attraverso l'azione di enzimi prodotti dalle lesione stessa.
<b>Carico meccanico</b>	Forze meccaniche che potrebbero contribuire allo sviluppo di lesioni da decubito (pressione, sfregamento e stiramento).
<b>Colonizzazione</b>	Moltiplicazione di microrganismi senza evidenti segni clinici. E' presente normalmente su lesioni in fase di granulazione.
<b>Cute</b>	Organo principale di protezione del nostro corpo costituita da diversi strati: epidermide, membrana basale, derma, tessuto sottocutaneo.
<b>Derma</b>	Tessuto situato al di sotto dell'epidermide, suddiviso in una zona superficiale (derma papillare), e in una zona profonda (derma reticolare), provvisto di grossolane bande di collagene. I vasi sanguigni della cute sono esclusivamente localizzati a livello del derma.
<b>Detersione</b>	Rimozione di tutto il materiale inerte e necrotico presente sul fondo di una ferita.
<b>Enzimatico/proteolitico</b>	Prodotto a base di enzimi capace di distruggere le proteine.
<b>Epidermide</b>	Porzione della cute a diretto contatto con l'ambiente esterno. E' costituita da diversi tipi di cellule che si distinguono per localizzazione e grado di differenziazione.
<b>Epitelio</b>	Tessuto costituito da cellule sovrapposte, disposte in modo continuo in uno o più strati che caratterizza le superfici cutanee e mucose.
<b>Erosione</b>	Escoriazione, abrasione, perdita di sostanza che interessa solo l'epidermide o gli strati superficiali del derma.

	<b>Procedura Ospedaliera</b>	<b>PrOsp9/10</b>	Rev. n. 1 Data 07/08/2010	Pag. 5 di 14
<b>Prevenzione e Trattamento delle Lesioni da Decubito</b>				

<b>Escara</b>	Gangrena superficiale chiusa e secca, espressione di necrosi dell'epidermide e degli strati superficiali, adesa agli strati profondi.
<b>Essudato</b>	Fluido prodotto dalle lesioni, costituito da siero, leucociti e materiale devitalizzato. Il volume diminuisce con la progressione della riparazione tissutale. L'essudato può avere proprietà battericida e contenere fattori nutritivi, ma può anche risultare infetto.
<b>Flittene</b>	Rilievo della cute a contenuto liquido, di grandezza superiore alla vescicola (asse maggiore superiore a 0,5 cm). Il contenuto può essere sieroso limpido, siero-ematico, siero-purulento. La sede può essere intraepidermica o dermoepidermica
<b>Frizione</b>	Forza meccanica esercitata quando la cute viene trascinata su di una superficie ruvida come può essere la biancheria del letto.
<b>Granulazione</b>	Tessuto neoformato che appare durante la fase proliferativa della riparazione tissutale. E costituito principalmente da un numero di capillari neoformati.
<b>Idrocolloidi</b>	Utilizzati come medicazioni primarie e secondarie, sono miscele di polimeri naturali o sintetici, sospesi in forma microgranulare in una matrice adesiva. Interagiscono con la lesione in modo lento, subendo una trasformazione fisica nel cedere i propri componenti alla lesione. Questa caratteristica permette la non aderenza al letto della ferita e l'aderenza alla cute sana. Sono relativamente permeabili ai gas come l'ossigeno, l'anidride carbonica e il vapore acqueo; l'ultimo strato degli idrocolloidi è costituito da un film di copertura di poliuretano, che garantisce un equilibrio con la tensione del vapore. Vengono utilizzate nelle ferite a moderata produzione di essudato.
<b>I.M.C</b>	Indice di massa corporea (BMI: body mass index). Rapporto tra peso e altezza al quadrato, Kg/m <sup>2</sup> .
<b>Indice di Buzby</b>	(NRI Nutrition Risk Index, indice di rischio nutrizionale) = $1,519 \times (\text{albumina in g/L}) + [0,417 \times (\text{peso attuale Kg/peso abituale Kg})] \times 100$
<b>Ischemia</b>	Riduzione di apporto sanguigno in un distretto corporeo, caratterizzata da dolore e progressivo danno tissutale.
<b>Lesione</b>	Termine aspecifico per descrivere un danno tissutale.
<b>Macerazione</b>	Alterazione del tessuto per esposizione a eccessiva umidità. Può riguardare i margini di una lesione qualora essa sia eccessivamente secernente.
<b>Medicazioni avanzate</b>	Medicazioni caratterizzate da materiale di copertura con caratteristiche di biocompatibilità.
<b>Medicazioni secondarie</b>	Medicazioni di copertura alla medicazione primaria.
<b>Mobilizzazione</b>	Qualsiasi cambiamento di posizione del corpo che decomprima la pressione del tessuto sovrastante le prominenze ossee.
<b>Necrosi</b>	Morte cellulare all'interno del tessuto. Si manifesta con aree di colore nero/marrone in base al livello di disidratazione.
<b>Poliuretano</b>	(Schiuma di poliuretano): medicazioni ad alto potere idrofilo, in grado di assorbire l'essudato. Sono permeabili all'ossigeno e al vapore acqueo. Sono indicate per le lesioni mediante o fortemente secernenti.
<b>Presidi a pressione alternata</b>	Prodotti costituiti da una serie di cuscini interconnessi che, gonfiandosi e sgonfiandosi alternativamente, impediscono alla pressione di esercitare la propria forza costantemente sulla cute.
<b>Pressione</b>	Grandezza fisica ottenuta dal rapporto tra la forza agente ortogonalmente su una superficie e la superficie stessa.
<b>Prima intenzione</b>	Guarigione della lesione mediante avvicinamento dei bordi con tecnica chirurgica o con materiale adesivo o metallico.
<b>Riparazione tissutale</b>	Guarigione del tessuto che può avvenire per prima intenzione o per seconda intenzione.
<b>Sbrigliamento</b>	Rimozione di tessuto devitalizzato e di materiale estraneo da una lesione. Può essere ottenuto in alcuni giorni con varie modalità: chirurgica, enzimatica, autolitica e meccanica. Può essere selettivo e non selettivo.

	<b>Procedura Ospedaliera</b>	<b>PrOsp9/10</b>	Rev. n. 1 Data 07/08/2010	Pag. 6 di 14
<b>Prevenzione e Trattamento delle Lesioni da Decubito</b>				

<b>Scala di valutazione del rischio di insorgenza di LdD</b>	Strumento di valutazione che prende in esame elementi della condizione umana e li analizzano in livelli di efficienza a cui viene attribuito un punteggio parziale, il punteggio che risulta dalla somma dei valori parziali inserisce il paziente in diverse categorie di rischio di insorgenza LdD.
<b>Seconda intenzione</b>	Guarigione della lesione che prevede la formazione del tessuto di granulazione con contrazione della ferita, senza avvicinamento dei margini della lesione.
<b>Sistema di supporto antidecubito dinamico</b>	Ausilio progettato per modificare le sue caratteristiche in maniera ciclica. Generalmente il meccanismo di dinamicità è garantito da un motore.
<b>Stadiazione</b>	Classificazione delle LdD per un corretto monitoraggio durante la loro evoluzione.
<b>Stadio I</b> <i>Secondo NPUAP (National Pressure Ulcer Advisory Panel)</i>	Eritema di pelle intatta, che non scompare alla digitopressione; esso rappresenta la lesione che preannuncia l'ulcerazione cutanea. In soggetti di carnagione più scura, anche lo scolorimento della cute, il calore, l'edema, l'indurimento o la durezza possono essere indizi.
<b>Stadio II</b> <i>Secondo NPUAP (National Pressure Ulcer Advisory Panel)</i>	Perdita parziale di spessore cutaneo che coinvolge l'epidermide, il derma o entrambi. La lesione è superficiale e si presenta clinicamente sotto forma di abrasione, vescica o cratere di scarsa profondità
<b>Stadio III</b> <i>Secondo NPUAP (National Pressure Ulcer Advisory Panel)</i>	Perdita totale di spessore cutaneo che comporta il danneggiamento o la necrosi del tessuto sottocutaneo, in grado di estendersi in profondità fino alla fascia sottostante, senza però attraversarla. La lesione si presenta clinicamente sotto forma di cratere profondo associato o no a tessuto adiacente sottominato.
<b>Stadio IV</b> <i>Secondo NPUAP (National Pressure Ulcer Advisory Panel)</i>	Perdita totale di spessore cutaneo con distruzione estesa, necrosi del tessuto o danneggiamento del muscolo, osso o strutture di supporto (tendine, capsula articolare). Anche la presenza di tessuto sottominato e di tratti cavi può essere associata a lesioni da decubito di Stadio IV.
<b>Stiramento</b>	Forza per estensione di unità dell'area che agisce in maniera parallela alla superficie del corpo. Questo parametro è influenzato dalla pressione, dal coefficiente di frizione esistente tra i materiali a contatto e dal grado di adesione del corpo con il piano di appoggio.
<b>Trazione</b>	Sollecitazione a cui è sottoposto un corpo che è soggetto a un sistema di forze divergenti.
<b>Ulcera</b>	Soluzione di continuo della cute che può avere varie origini, cronicizzate e , nel tempo, avere differente stadiazione.
<b>Vescicola</b>	Piccolo rilievo cutaneo formato da una cavità a contenuto sieroso limpido. Può essere il risultato di un trauma chimico o termico o di una reazione allergica.

	<b>Procedura Ospedaliera</b>	<b>PrOsp9/10</b>	Rev. n. 1 Data 07/08/2010	Pag. 7 di 14
<b>Prevenzione e Trattamento delle Lesioni da Decubito</b>				

#### 4. RESPONSABILITA' E AUTORITA'



I riferimenti legislativi che delineano la responsabilità della professione infermieristica nella gestione delle LdD sono:

- D.M. n.739/94 Definizione del nuovo profilo professionale e dell'assistenza infermieristica;
- D.L. n 42/99 Abrogazione del Mansionario;
- Codice Deontologico dell' Infermiere.

#### MATRICE DI RESPONSABILITA'

<b>FIGURE PROFESSIONALI</b> <b>ATTIVITA'</b>	<b>COORD. INF. CO</b>	<b>INFERMIERE</b>	<b>OSS</b>	<b>ALTRE FIGURE</b>
Approvvigionamento del materiale necessario	<b>R</b>	<b>C</b>	<b>C</b>	
Verifica applicazione procedura	<b>R</b>			
Formazione e implementazione	<b>R</b>	<b>C</b>		
Rintracciabilità e custodia	<b>R</b>	<b>C</b>		
Indicazione sulla necessità di applicare la procedura	<b>R</b>	<b>R</b>		<b>Medico C</b>
Informazione all'utente se cosciente e/o ai familiari		<b>R</b>		
Preparazione dell'ambiente/materiale occorrente		<b>R</b>	<b>C</b>	
Esecuzione della procedura		<b>R</b>	<b>C</b>	
Valutazione dell' applicazione della procedura	<b>R</b>	<b>R</b>		
Monitoraggio delle condizioni generali del paziente attraverso valutazione del rischio (compilazione documentazione infermieristica)		<b>R</b>		<b>Medico C</b>
Monitoraggio delle caratteristiche della lesione		<b>R</b>		
Riordino del materiale		<b>R</b>	<b>R</b>	
Verifica congruenza e disponibilità materiali richiesti				<b>Farmacista R</b>
Archiviazione schede nella documentazione clinica del paziente	<b>R</b>	<b>R</b>		
Trattamento farmacologico e/o chirurgico		<b>C</b>		<b>Medico R</b>
Valutazione stato nutrizionale				<b>Nutrizionista R</b>
Verifica utilizzo schede di valutazione del rischio di LdD secondo Norton e/o Waterlow				<b>SAIO R</b>
Verifica congruenza e disponibilità materassi antidecubito richiesti				<b>Servizio guardaroba R Servizi Italia R</b>

**R** = Responsabile      **C** = Collaboratore

  <p>ASCIENDA COMPLESSO OSPEDALIERO <b>San Filippo Neri</b> CENTRO DI MEDICINA INTERNALE E DI ALTA SPECIALIZZAZIONE</p>	<p><b>Procedura Ospedaliera</b></p>	<p><b>PrOsp9/10</b></p>	<p>Rev. n. 1 Data 07/08/2010</p>	<p>Pag. 8 di 14</p>
<p>Prevenzione e Trattamento delle Lesioni da Decubito</p>				

## 5. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA'

I punti principali per la gestione dei pazienti a rischio sono i seguenti:

1. Accoglienza del paziente e valutazione del rischio di LdD;
2. Scelta del presidio adeguato in base all'indice di Norton per le degenze ordinarie e di Waterlow per le aree critiche;
3. Valutazione dello stato nutrizionale del paziente;
4. Osservazione e trattamento della cute;
5. Rilevazione periodica dell'Indice di Rischio;
6. Mobilizzazione e allineamento posturale.

Alcuni di questi punti sono corredati di schede tecniche e/o procedure standardizzate.





### 5.1. Accoglienza del paziente e valutazione del rischio di LdD (Allegati 1, 2)

- *Tutti i pazienti accolti in reparto al momento del ricovero devono essere valutati per il rischio di sviluppare LdD, mediante la compilazione delle Schede di valutazione del rischio secondo Norton e Waterlow .*
- *Per tutti i pazienti che rientrano nelle categorie di rischio è necessaria una valutazione sistematica dello stesso, servendosi della Scala di Norton per le degenze ordinarie e della Scala di Waterlow per le aree critiche.*
- *L' Operatore Sanitario deve svolgere Educazione Sanitaria per la prevenzione delle LdD ai pazienti in grado di comprendere ed ai loro familiari.*






I dati, saranno utili al fine di una valutazione delle condizioni generali e, per la rilevazione, di una possibile categoria di paziente a rischio di insorgenza LdD.


### STRUMENTI VALIDI PER LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO

#### SCHEDA DI NORTON

-  Assenza di rischio (15-20)
-  Rischio medio (13-14)
-  Rischio elevato (7-12)
-  Rischio molto elevato <7

#### SCHEDA DI WATERLOW

-  Assenza di rischio <10
-  Rischio lieve (10-14)
-  Rischio medio (15-19)
-  Rischio elevato (20-26)
-  Rischio molto elevato >26


 <p>ASCIENDA COMPLESSO OSPEDALIERO San Filippo Neri SERVIZIO DI MEDICINA INTERNALE E DI ALTA SPECIALIZZAZIONE</p>	<p><b>Procedura Ospedaliera</b></p>	<p><b>PrOsp9/10</b></p>	<p>Rev. n. 1 Data 07/08/2010</p>	<p>Pag. 9 di 14</p>
<p>Prevenzione e Trattamento delle Lesioni da Decubito</p>				

## 5.2. Scelta del presidio appropriato in base all'indice di Norton e Waterloo

### 5.2.1. Gli ausili antidecubito di uso comune sono indispensabili nella pratica, essi contribuiscono alla prevenzione e/o al trattamento delle LdD e devono essere richiesti presso la UOC Farmacia/Dispensario

Archetto alzacoperte	Evita che il peso delle lenzuola e delle coperte possa provocare ulcere alle dita del piede ed equinismo, favorisce l'aerazione.
Spondine di contenimento	Aiutano il paziente nei cambi di postura.
Nodi a manovella	Consentono l'articolazione del letto.
Staffa con trapezio	Va utilizzata con cautela perché durante la manovra di autosollevamento, può provocare sfregamenti della cute.
Cuscini cuneo	Evitano lo scivolamento del paziente e mantenendo una corretta posizione del piede, prevengono l'equinismo.
Talloniera a doppio sostegno	Assicura un alleggerimento del tallone, permette un buon allineamento del ginocchio grazie alla sua sagoma interna, previene l'equinismo . Indicato nei pazienti in decubito supino. <i>Controindicata nei casi di equinismo spastico o fisso.</i>
Talloniera a doppio sostegno con accessorio antiequinismo	Posiziona perfettamente la gamba, alleggerisce il tallone, evita le LdD (az. preventiva) e aiuta il trattamento delle LdD. Utilizzata nel decubito supino. <i>Controindicata nei casi di equinismo spastico o fisso.</i>
Talloniera avvolgente	Indicata nei pazienti che soffrono di LdD ai talloni congiunte ad un atteggiamento vizioso del ginocchio o in stato di agitazione. Dotato di stringhe auto-attaccanti. <i>Non ha controindicazioni particolari.</i>
Cuscino per arti superiori	Permette un corretto assetto del braccio e della spalla in posizione supina. Evita gli edemi grazie al sollevamento del braccio. Indicato nei pazienti emiplegici, con edemi degli arti superiori e in trazione. <i>Non ha controindicazioni particolari.</i>
Cuscino di abduzione	Indicato per chi ha bisogno di mantenere gli arti inferiori divaricati a letto ed in poltrona. <i>Non ha controindicazioni particolari.</i>
Cuscino occipitale	Per diminuire il rischio di LdD dell'occipite o dei lobi dell'orecchio. Indicato per i pazienti in decubito dorsale obbligato, può essere protetto con una fodera impermeabile facilmente lavabile. <i>Non ha controindicazioni particolari.</i>

La corretta igiene di questi ausili va mantenuta in base al materiale che li costituiscono, seguendo le istruzioni/raccomandazioni delle schede tecniche, fornite dalla ditta costruttrice.

	<b>Procedura Ospedaliera</b>	<b>PrOsp9/10</b>	Rev. n. 1 Data 07/08/2010	Pag. 10 di 14
<b>Prevenzione e Trattamento delle Lesioni da Decubito</b>				

**5.2.2. I presidi complessi, per i quali è stata dimostrata l'evidenza dell'efficacia nella prevenzione e nel trattamento delle LdD devono essere richiesti presso il Servizio Biancheria-Guardaroba (Allegato 3):**

Materasso a pressione alternata o con sensore Indice di Norton 13-14 (Rischio Medio) Indice di Waterlow 15-19(Rischio Medio)	È costituito da diversi segmenti che gonfiandosi e sgonfiandosi alternativamente impedisce alla pressione di esercitare la propria forza sulle stesse zone della cute. I cuscini più profondi (almeno 10 cm) e larghi sono più efficaci di quelli bassi ed a cellule piccole, tipo alfa X cell.	<b>PROFICARE</b> Consente lo scarico alternato delle pressioni d'appoggio se utilizzato in modalità dinamica e la bassa pressione continua se utilizzato in modalità statica. Regola automaticamente le pressioni d'appoggio in funzione del peso del paziente e dei cambi posturali.
Materasso a fluttuazione Indice di Norton < 12 (Rischio Elevato/Molto elevato) Indice di Waterlow > 20(Rischio Elevato/Molto elevato)	Tipi di superfici di supporto che utilizzano un elevato flusso d'aria per mantenere una situazione fluida. Questo è possibile grazie a delle microsferiche calciosodiche rivestite di silicone. Il paziente poggia su un grande cuscino di fluido caldo e asciutto.	<b>THERAKAIR</b> Consente lo scarico in continuo delle pressioni di appoggio. Contribuisce alla correzione degli stati di modica ipotermia . Agisce sul microcircolo periferico, contribuendo alla risoluzioni di edemi e stasi venosa. E' un presidio ad altissima efficacia preventiva (pazienti ad alto rischio) e curativa (pazienti con lesioni da decubito sino al 4°stadio = classificazione NPUAP)

**5.3. Valutazione dello stato nutrizionale del paziente (Allegato 4)**

*Le condizioni nutrizionali del paziente, che sia in eccesso ponderale o che sia malnutrito o denutrito, incidono sul rischio di comparsa di LdD e sulla fase di riparazione tissutale.*


- *Individuare tempestivamente il paziente malnutrito o a rischio nutrizionale, candidato ad un intervento nutrizionale di supporto.*
- *Valutare lo stato nutrizionale del paziente tramite il calcolo dell' Indice di Buzby e/o dell' IMC (vedere retro scheda di Waterlow, Allegato 2).*

*La scheda di valutazione nutrizionale deve essere compilata dal medico in collaborazione con l' infermiere; richiedere il supporto del nutrizionista in base al risultato ottenuto.*

**5.4. Osservazione e trattamento della cute (Allegati 5, 6, 7)**

- *L' Infermiere esegue un'ispezione completa di tutto il corpo, dedicando particolare attenzione alle sedi corrispondenti alle prominenze ossee.*
- *Il trattamento va avviato secondo le seguenti aree d'intervento:*

- |   |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Valutazione iniziale della lesione;</li> <li>2. Gestione del dolore e dei carichi dei tessuti cutanei;</li> <li>3. Trattamento della lesione;</li> <li>4. Gestione della colonizzazione batterica e dell'infezione;</li> <li>5. Trattamento chirurgico;</li> <li>6. Valutazione del piano di trattamento e dei comportamenti adottati.</li> </ol> |
|---|

	<b>Procedura Ospedaliera</b>	<b>PrOsp9/10</b>	Rev. n. 1 Data 07/08/2010	Pag. 11 di 14
<b>Prevenzione e Trattamento delle Lesioni da Decubito</b>				

#### 5.4.1. Valutazione iniziale della lesione

Prevede la definizione dello **stadio** secondo la National Pressure Ulcer Advisor Panel (NPUAP) statunitense e delle **caratteristiche** delle lesioni. Lo stadio e le caratteristiche riscontrate devono essere documentati sull'apposita scheda

<b>CARATTERISTICHE</b>	<b>STADIAZIONE</b> NPUAP (National Pressure Ulcer Advisor Panel)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cute arrossata e irritata;</li> <li>• Lesione riepitelizzante</li> <li>• Lesione granuleggiante;</li> <li>• Lesione sanguinante;</li> <li>• Lesione essudativa;</li> <li>• Lesione infetta;</li> <li>• Lesione fibrinosa o necrotica.</li> </ul>	STADIO I STADIO II STADIO III STADIO IV

#### 5.4.2. Gestione del dolore e dei carichi dei tessuti cutanei

Il dolore nel paziente affetto da LdD deve essere valutato e alleviato usando protezioni adeguate della lesione, cambi di postura e attraverso la somministrazione di analgesici su prescrizione medica.

La riduzione della pressione nelle zone di appoggio si attua mediante un piano di mobilizzazione personalizzato, in base alle problematiche assistenziali del paziente e con l'adozione di ausili che riducono la compressione aumentando il piano d'appoggio. (Allegato 8)

#### 5.4.3. Trattamento della Lesione (Allegato 11)

##### Stadio I

⇒ **Obiettivo:** proteggere la zona interessata e prevenire l'ulcerazione.

⇒ **Trattamento:** Ridurre la pressione locale attraverso il piano di mobilizzazione, l' utilizzo di supporti morbidi nelle zone interessate, e l' applicazione di prodotti ad alta protezione cutanea e/o medicazioni a base di poliuretano extrasottili trasparenti e permeabili all'ossigeno.

Eeguire le cure igieniche con saponi che rispettino il pH acido della cute e acqua tiepida.

##### Stadio II

⇒ **Obiettivo:** favorire la ricostruzione cutanea.

⇒ **Trattamento:** Ridurre la pressione locale attraverso il piano di mobilizzazione, l' utilizzo di supporti morbidi nelle zone interessate e l' applicazione di medicazioni in poliuretano extrasottili trasparenti o in schiuma di poliuretano.

**In caso di flittene:** aspirazione sterile dell'essudato, medicazione con membrana trasparente di poliuretano o con idrocolloidi in placca extrasottile o con schiuma di poliuretano.

**Detersione** a getto della lesione con soluzione di Ringer Lattato.

##### Stadio III

⇒ **Obiettivo:** rimuovere il tessuto necrotico, favorire la preparazione del letto della ferita in ambiente umido.

⇒ **Trattamento:** Ridurre la pressione locale attraverso il piano di mobilizzazione, l' utilizzo di supporti morbidi nelle zone interessate e l' applicazione di medicazioni avanzate in base alle caratteristiche della lesione.

**Rimozione** dell'escara con tecnica chirurgica e/o chimica.


**Detersione** a getto della lesione con Ringer Lattato.

**LdD essudativa:** applicare medicazioni a base di Alginato di Calcio. Nei casi in cui la lesione presenti una cavità profonda zaffarla con arginato di Calcio in tamponi e ricoprirla con idrocolloidi in placca o in schiuma di poliuretano o Alginato di Ca+carbone attivo+Ag.

**LdD necrotica:** Associare all'asportazione chirurgica, l'applicazione di sostanze proteolitiche (idrogel), in grado di sciogliere o ammorbidire strati di fibrina o di tessuto necrotico non asportabili chirurgicamente evitando il contatto con tessuto sano. Applicare medicazioni secondarie in Alginato di Ca+carbone attivo+Ag o schiuma di poliuretano.

**LdD infetta:** utilizzare le medicazioni secondo le indicazioni descritte per la lesione essudativa e/o necrotica

**Il disinfettante** deve essere utilizzato dopo la detersione. Utilizzare Iodopovidone al 7,5% in soluzione acquosa se la superficie cutanea non è estesa, in alternativa utilizzare il clorossidante elettrolitico allo 0,05%; successivamente alla disinfezione ripetere la detersione; in fine, applicare una medicazione in Alginato di Ca+carbone attivo+Ag. L'uso dei disinfettanti deve cessare qualora inizi il processo di riparazione dal fondo e dai bordi della lesione.

	<b>Procedura Ospedaliera</b>	<b>PrOsp9/10</b>	Rev. n. 1 Data 07/08/2010	Pag. 12 di 14
<b>Prevenzione e Trattamento delle Lesioni da Decubito</b>				

#### **Stadio IV**

⇒ **Obiettivo:** controllo delle infezioni.

⇒ **Trattamento:** Ridurre la pressione locale attraverso il piano di mobilizzazione, l' utilizzo di supporti morbidi nelle zone interessate, e l' applicazione di medicazioni avanzate in base alle caratteristiche della lesione.

**Detersione** a getto della lesione con Ringer lattato.

Rimozione dell'escara da effettuare in modo graduale con l'applicazione di idrogel o pomate proteolitiche, fino alla toilette chirurgica da effettuarsi esclusivamente in presenza lesioni necrotiche profonde circa 3 cm e di diametro >ai 5 cm. Il trattamento delle lesioni al IV stadio è sovrapponibile a quello del III stadio, la differenza consiste nel rischio maggiore di infezioni legato all'interessamento delle strutture profonde.

#### **5.4.4. Gestione della colonizzazione batterica e dell'infezione**

Le LdD di III e IV stadio sono tutte "contaminate", ma solo alcune presentano tutti i segni clinici dell'infezione: dolore, calore e rossore diffusi nella zona perilesionale e soprattutto febbre. Nella maggior parte dei casi, una corretta **detersione**, l'uso di medicazioni in Alginato di Ca+carbone attivo+Ag e un adeguato **sbrigliamento in caso di necrosi**, impediscono alla colonizzazione batterica di procedere verso l'infezione sistemica.

Per la diagnosi microbiologica non usare colture con tampone per diagnosticare le infezioni delle lesioni, poichè il prelievo superficiale può evidenziare solo batteri colonizzatori. Eseguire, invece, il prelievo mediante siringa di secrezioni purulente profonde previa abbondante detersione della lesione, o prelevare campioni bioptici dal fondo della lesione successivamente allo sbrigliamento della stessa. Per l' invio in laboratorio di Microbiologia, utilizzare provetta Port-Germ per campione liquido o contenitore sterile per campione bioptico.

Se presenti segni clinici di infezione:

1. eseguire prelievo colturale;
2. impostare terapia antibiotica empirica come da Linee Guida Aziendali.

Richiedere la consulenza del Medico Infettivologo per l' impostazione di una terapia antibiotica sistemica.

Nei casi dubbi effettuare **l'esame colturale su campione di tessuto + l' antibiogramma**, come previsto dal trattamento delle lesioni di III e IV stadio, utile anche per intraprendere la terapia antibiotica sistemica mirata.

Oltre l' antibioticoterapia le medicazioni vanno effettuate secondo il trattamento previsto dalla procedura: sarà solo necessario sostituire la medicazione ogni 24h se pulite.

#### **5.4.5. Trattamento chirurgico**

Il trattamento chirurgico ha come obiettivo quello di **pulire radicalmente** la lesione asportando il tessuto necrotico (escara necrotica), strati adiposi in ipossia, margini retratti e fibrosi, eliminazione delle sacche infette, riduzione delle fistole e dei tratti fistolosi.

**Identificare lo stadio** in cui è necessario intervenire chirurgicamente, secondo il NPUAP al III e IV stadio; altro indice da considerare è l'estensione della lesione, diametro > a 5 cm con una profondità di circa 3 cm.



Al trattamento chirurgico va sempre associata una **pulizia enzimatica** con idrogel.

#### **5.4.6. Valutazione del piano di trattamento e dei comportamenti adottati**

Al fine di verificare l'efficacia del trattamento e di garantire continuità di adesione alla procedura usare la scheda di monitoraggio LdD (**Allegato 6**).

### **5.5. Rilevazione periodica dell' Indice di Rischio**

I tempi di rilevazione variano in base all' Indice di Rischio calcolato (**Allegati 1, 2**)

  <p>ASCIENDA COMPLESSO OSPEDALIERO San Filippo Neri SERVIZIO DI MEDICINA INTERNALE E DI AGIA SPECIALIZZAZIONE</p>	<p><b>Procedura Ospedaliera</b></p>	<p><b>PrOsp9/10</b></p>	<p>Rev. n. 1 Data 07/08/2010</p>	<p>Pag. 13 di 14</p>
<p>Prevenzione e Trattamento delle Lesioni da Decubito</p>				

## 5.6. Mobilizzazione ed allineamento posturale

- *Lo spostamento o i cambi di posizione nel letto del paziente devono essere attuati utilizzando appositi sistemi, per evitare il danneggiamento della cute causato da frizioni o attrito.*
- *Il solo posizionamento di un presidio antidecubito non dà la garanzia assoluta nel prevenire le LdD.*
- *Utilizzare un programma scritto di mobilizzazione e cambio posturale che dovrà essere regolare e continuo nel paziente allettato e/o seduto in carrozzina nelle 24 ore. (Allegato 8).*

### Se il paziente è allettato:

- A. Il cambio posturale deve avvenire ogni due ore compatibilmente con le condizioni cliniche dello stesso;
- B. L'alternarsi del decubito supino con quello laterale dx o sx dovrà avvenire mantenendo la testa sollevata di 30°. Mantenere la posizione corretta con dei cuscini posti dietro la schiena, il bacino e tra le caviglie;
- C. Utilizzare il trapezio, i sollevatori e le traverse per il cambio posturale per evitare gli effetti negativi provocati da frizione e stiramento;
- D. Non utilizzare ausili circolari.

### Se il paziente è sulla sedia a rotelle:

- E. Alternare i punti di appoggio ogni ora, educare laddove è possibile a farlo ogni 15';
- F. Collocare un presidio in schiuma di poliuretano sul sedile della sedia;
- G. Al termine del posizionamento, controllare la distribuzione del peso ed il bilanciamento.

## 6. ALLEGATI

- ALL. 1 - Scheda valutazione del rischio di LdD con Scala di Norton\*;
- ALL. 2 - Scheda valutazione del rischio di LdD con Scala di Waterlow\*;
- ALL. 3 - Modulo per fornitura materassi antidecubito;
- ALL. 4 - Scheda valutazione dello Stato nutrizionale;
- ALL. 5 - Scheda valutazione integrità cutanea\*;
- ALL. 6 - Scheda monitoraggio trattamento LdD\*;
- ALL. 7 - Medicazioni avanzate per il trattamento delle LdD;
- ALL. 8 - Scheda mobilizzazione\*;
- ALL. 9 - Check list per valutazione utilizzo "Scheda valutazione integrità cutanea";
- ALL. 10 - Check list per valutazione utilizzo "Scheda valutazione del rischio di LdD con Scala di Norton e Scheda valutazione del rischio di LdD con Scala di Waterlow";
- ALL. 11 - Trattamento Lesioni da Decubito (POSTER RIASSUNTIVO da affiggere in Medicheria).

\* Documento da archiviare nella Cartella Clinica del paziente


## 7. MATERIALI/DISPOSITIVI/ATTREZZATURE

Vedi paragrafo 5.2

Vedi allegati n° 3, 7

## 8. MODALITA' E FASI DI APPLICAZIONE

La procedura deve essere applicata dal momento della ricezione in reparto a seguito della formazione, secondo le modalità previste al punto 5 (Descrizione delle attività)

	<b>Procedura Ospedaliera</b>	<b>PrOsp9/10</b>	Rev. n. 1 Data 07/08/2010	Pag. 14 di 14
<b>Prevenzione e Trattamento delle Lesioni da Decubito</b>				

## 9. VERIFICA DI APPLICAZIONE: INDICATORI, TEMPISTICA DI VALUTAZIONE E REGISTRAZIONE

Indagine di prevalenza con cadenza annuale (**Allegati 9, 10**).

Presenza nella documentazione clinica del paziente delle apposite schede e scale per la prevenzione ed il trattamento delle LdD debitamente compilate e firmate secondo le tempistiche precedentemente esposte.

## 10. RINTRACCIABILITA' E CUSTODIA

La procedura deve essere posta a conoscenza di tutto il personale infermieristico delle UUOO e, oltre ad essere archiviata in formato digitale al capitolo 8.1.1, deve essere disponibile in reparto in forma cartacea, e conservata a cura del Coordinatore Infermieristico.

La modulistica può essere richiesta su apposito modulo alla Xerox Global Service.

Le schede indicate con “\*” a pagina 12 devono essere debitamente compilate e archiviate nella documentazione clinica del paziente.

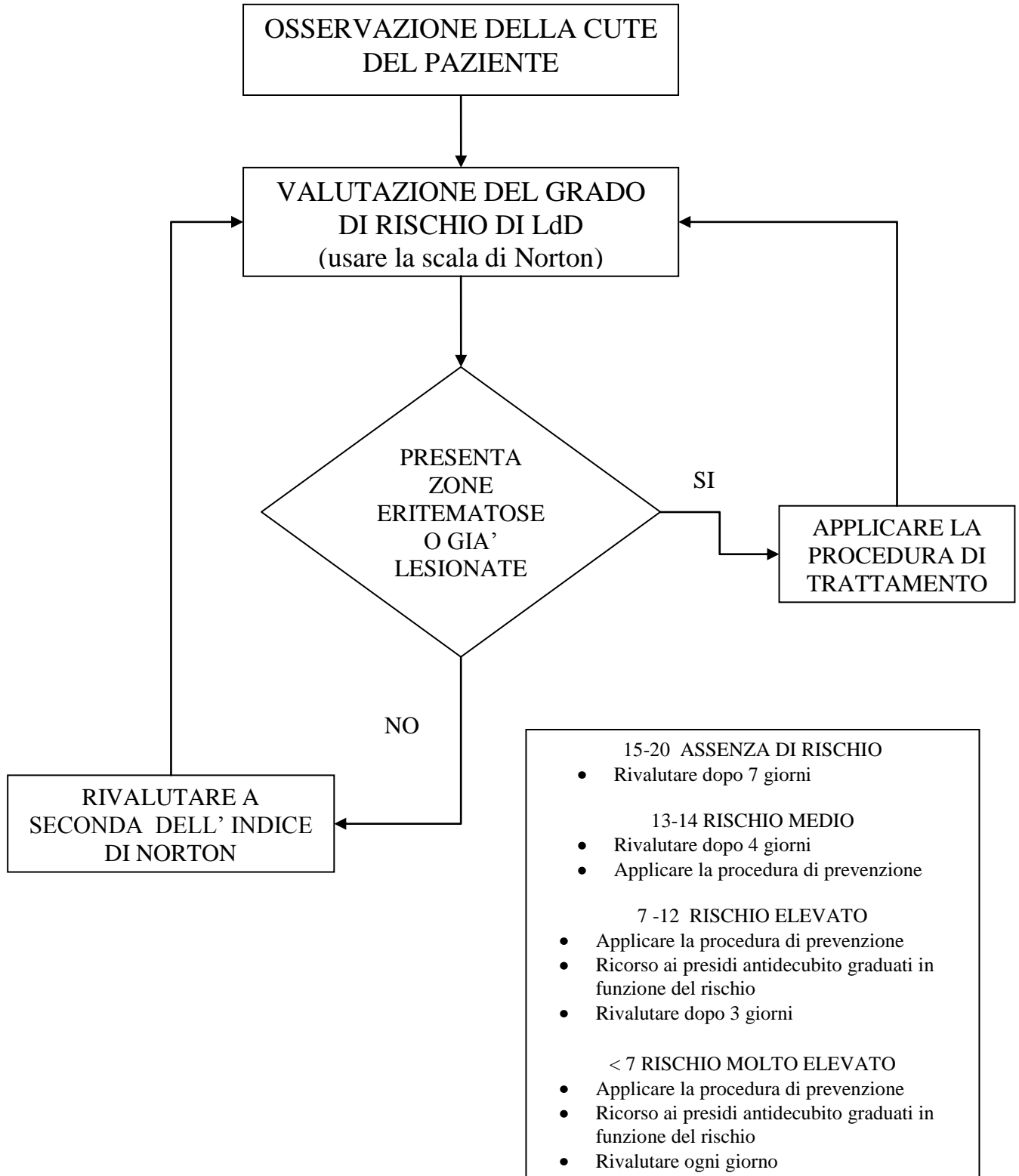
## 11. RIFERIMENTI LEGISLATIVI E BIBLIOGRAFICI

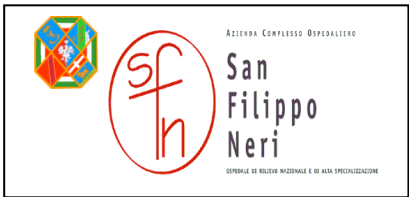
- A.I.S.L. e.c: A. Colosso, E. Zanetti, (a cura di) “Prevenzione e trattamento delle da decubito” A.I.S.L. e.c.;
- PNLG Regione toscana: LINEE GUIDA “Ulcere da pressione: prevenzione e trattamento”, Ottobre 2005;
- D. Cucinotta, P. Di Giulio “Lesioni da decubito”, I Quaderni di Helios, supplemento al n 374/98;
- ANIN: C. Spairani, T. Lavallo (a cura di) “Procedure, protocolli, linee guida di assistenza infermieristica” Masson, Milano 2003;
- D. Cucinotta, P. Di Giulio: “Le piaghe da decubito nel paziente anziano” Maggio 1996;
- IPASVI, “I presidi sanitari per l’assistenza infermieristica”, I quaderni de l’infermiere, n 18, Gennaio-Febbraio 2007;
- Siti internet: [www.aislec.it](http://www.aislec.it), [www.piagadadecubito.it](http://www.piagadadecubito.it);
- Huntleigh-Helthcare: “Manuale d’uso dei sistemi NIMBUS E ALPHAXCELL”;
- Hillroom “Letti speciali” Manuale d’uso.

## 12. CRITERI E TEMPISTICA DELLE REVISIONI

La procedura verrà rivista annualmente e alla luce della revisione della letteratura nazionale e internazionale esistente e alla loro evidenza scientifica







**VALUTAZIONE DEL RISCHIO DI LdD  
CON SCALA DI WATERLOW**

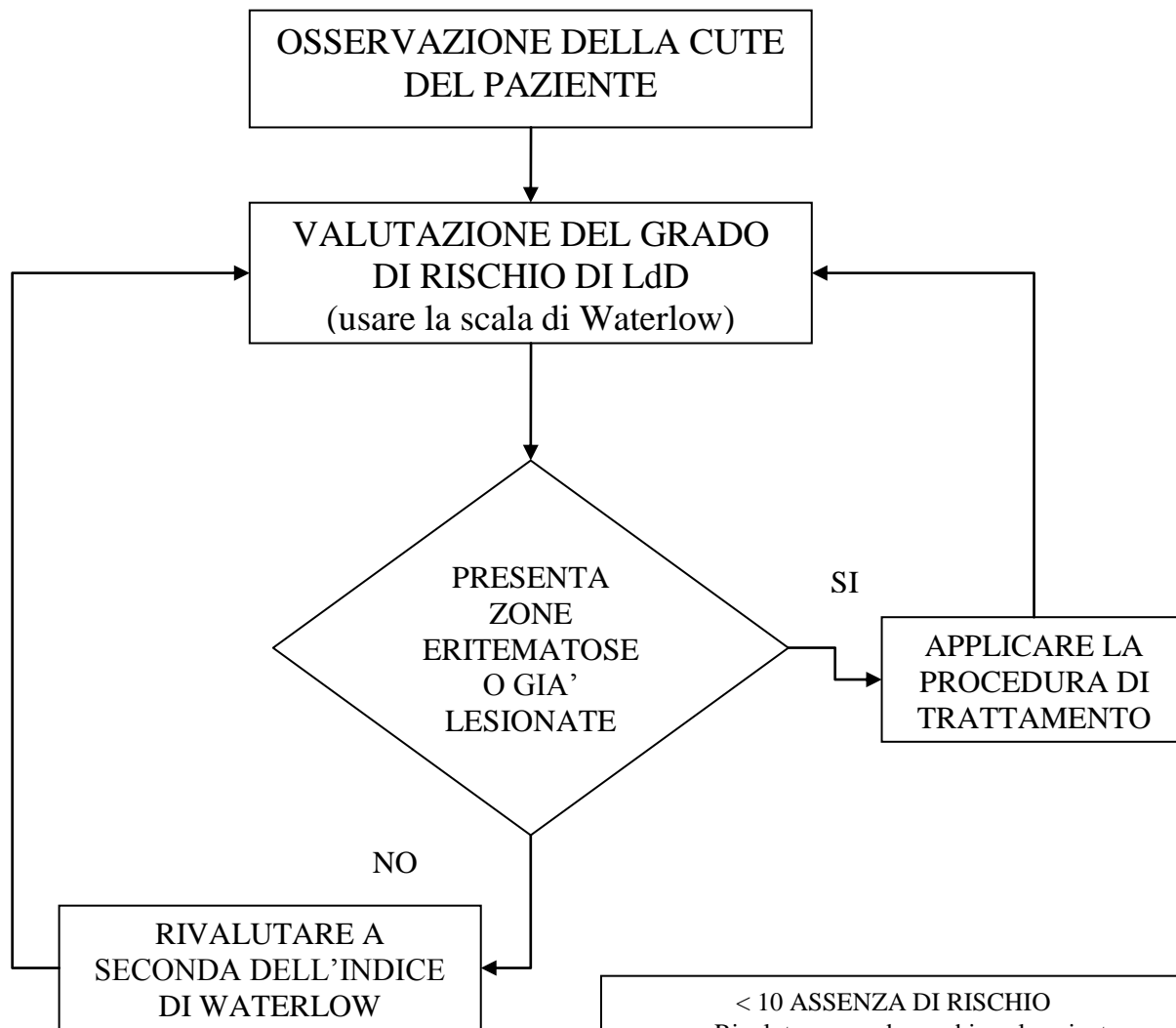
U. O.:.....

Direzione Sanitaria Aziendale  
Servizio Assistenza Infermieristica e Ostetrica  
Dirigente Dott.ssa V. Centomini  
00135 Roma, Via G. Martinotti 20  
tel. 06 33062411, fax 06 33062662  
v.centomini@sanfilipponei.roma.it  
[www.sanfilipponei.roma.it](http://www.sanfilipponei.roma.it)

Cognome..... Nome ..... Data di nascita.....

(Compilare la scala evidenziando, per ogni fattore di rischio, una unica condizione prevalente sommando i punteggi ottenuti)

<b>Data</b>									
<b>Firma compilatore</b>									
<b>Struttura corporea * (valutazione peso/altezza)</b>	Media	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>		
	Sopra la media	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>		
	Obeso	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>		
	Sotto la media	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>		
<b>Tipo di cute e aree a rischio</b>	Indenne / Sana	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>		
	Disidratata	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>		
	Edematosa	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>		
	Fredda/Umida/Cianotica	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>		
	Pallida	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>		
	Lesioni di continuo	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>		
<b>Sesso</b>	Maschio	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>		
	Femmina	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>		
<b>Fasce d'età</b>	14-49	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>		
	50-64	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>		
	65-74	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>		
	75-80	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>		
	>80	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>		
<b>Continenza</b>	Completa o paziente cateterizzato	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>		
	Occasionalmente incontinente	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>		
	Incontinente alle feci o alle urine	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>		
	Doppia incontinenza	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>		
<b>Deficit neurologici</b>	Diabete - Ictus	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>		
	Patologie dei nervi motori	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>		
	Paraplegia	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>		
<b>Alimentazione (stato nutrizionale)</b>	Normale	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>		
	Scarsa	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>		
	Nutrizione enterale o parenterale	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>		
	Anoressia o digiuno	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>		
<b>Rischi speciali</b>	Cachessia terminale	8 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>		
	Scompenso cardiaco	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>		
	Patol. vascolari periferiche	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>		
	Anemia	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>		
	Pazienti fumatori	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>		
<b>Terapie farmacologiche</b>	Steroidi - Antiinfiam.- Citotossici	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>		
<b>Stress metabolico</b>	Chirurgia maggiore	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>		
	Pz. politraumatizzato	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>		
	Pz. settico	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>		
<b>Mobilità</b>	Completa	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>		
	Paziente agitato	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>		
	Paziente apatico	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>		
	Limitata	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>		
	Immobile/In trazione	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>		
	Costretto sulla sedia	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>		
<b>TOTALE</b>									
<b>&gt; 26</b>		<b>20 - 26</b>		<b>15 - 19</b>		<b>10 - 14</b>		<b>&lt; 10</b>	
Rischio molto elevato		Rischio elevato		Rischio medio		Rischio lieve		Nessun rischio	



*I.M.C. (B.M.I.)= massa corporea (Kg) / statura (m 2)	
• I.M.C < 19	→ sotto la media
• I.M.C compreso tra 19 e 24	→ media
• I.M.C compreso tra 25 e 30	→ sopra la media
• I.M.C > 30	→ obeso

- |   |
|---|
| <p>&lt; 10 ASSENZA DI RISCHIO</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rivalutare quando cambia nel paziente un parametro di riferimento</li> </ul> <p>10-14 RISCHIO LIEVE</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rivalutare dopo una settimana</li> <li>• Applicare la procedura di prevenzione</li> </ul> <p>#15-19 RISCHIO MEDIO</p> <p>#20-26 RISCHIO ELEVATO</p> <p>#26 RISCHIO MOLTO ELEVATO</p> <p>#</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Applicare il protocollo di prevenzione</li> <li>• Ricorso ai presidi antidecubito graduati in funzione del rischio</li> <li>• Rivalutare dopo una settimana</li> </ul> |
|---|



## Modulo per fornitura materassi antidecubito

RICHIESTA FORNITURA INVIATA IL \_\_\_\_\_ ORE \_\_\_\_\_ Firma Servizi Italia per ricevuta \_\_\_\_\_

### FORNITURA

Quantità richiesta	Tipologia <input type="checkbox"/> Proficare <input type="checkbox"/> Thera Kair	Cognome e Nome Paziente	Grado di Rischio (valutazione iniziale)	Firma del richiedente
--------------------	--	-------------------------	--	-----------------------

**PRESA IN CARICO temporanea data.....**

Quantità fornita	Tipologia <input type="checkbox"/> Proficare <input type="checkbox"/> Thera Kair	N° di Serie	COD. Inventario	FIRMA Caposala per presa in carico	Firma Servizi Italia per consegna
------------------	--	-------------	-----------------	---------------------------------------	--------------------------------------

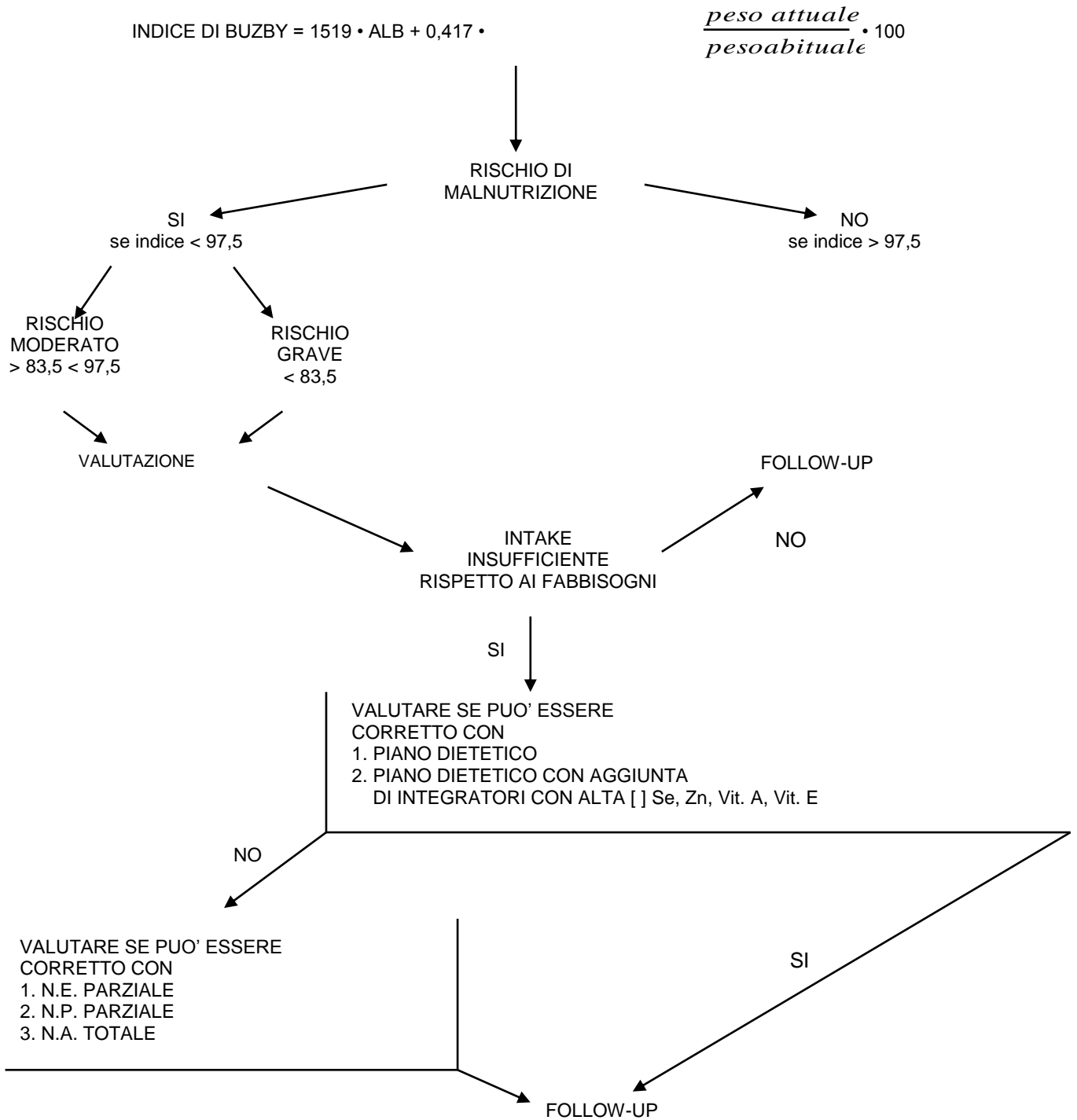
**RESTITUZIONE data.....**

Quantità resa	Tipologia <input type="checkbox"/> Proficare <input type="checkbox"/> Thera Kair	N° di Serie	COD. Inventario	GG. d'utilizzo	Firma per riconsegna	Firma S.I. per presa in carico
---------------	--	-------------	-----------------	----------------	----------------------	--------------------------------

TIMBRO CdC UU.OO. richiedente



### SCHEDA VALUTAZIONE STATO NUTRIZIONALE





AZIENDA COMPLESSO OSPEDALIERO

**San  
Filippo  
Neri**

OSPEDALE DI MEDICINA INTERNALE E DI ALTE SPECIALIZZAZIONI

**Direzione Sanitaria Aziendale**  
 Servizio Assistenza Infermieristica e Ostetrica  
 Dirigente Dott.ssa V. Centomini  
 00135 Roma, Via G. Martinotti 20  
 tel. 06 33062411, fax 06 33062662  
 v.centomini@sanfilippone.roma.it  
[www.sanfilippone.roma.it](http://www.sanfilippone.roma.it)

**SCHEDA VALUTAZIONE INTEGRITA' CUTANEA**

(DA COMPILARSI ALL' INGRESSO DEL PAZIENTE NELLA U.O. SOLO SE PRESENTI LdD)

**U.O.**..... **DATA**.....

**COGNOME**..... **NOME**..... **DATA DI NASCITA**.....

**PROVENIENTE DA:**

- DOMICILIO  ALTRA STRUTT. OSPEDALIERA.....  
 ALTRA U.O. ACO SFN.....  CASA DI CURA CONVENZIONATA.....  
 ALTRO.....

SEDE DELLA LESIONE	STADIAZIONE			
	1° GRADO	2° GRADO	3° GRADO	4° GRADO
OCCIPITE				
NARICI				
ORECCHIO DESTRO				
ORECCHIO SINISTRO				
SCAPOLA DESTRA				
SCAPOLA SINISTRA				
GOMITO DESTRO				
GOMITO SINISTRO				
VERTEBRE				
TROCANTERE DESTRO				
TROCANTERE SINISTRO				
SACRO				
ISCHIO DESTRO				
ISCHIO SINISTRO				
GINOCCHIO DESTRO				
GINOCCHIO SINISTRO				
CRESTA TIBIALE DESTRA				
CRESTA TIBIALE SINISTRA				
MALLEOLO INT. DESTRO				
MALLEOLO INT. SINISTRO				
MALLEOLO EST. DESTRO				
MALLEOLO EST. SINISTRO				
TALLONE DESTRO				
TALLONE SINISTRO				
BORDO ESTERNO PIEDE DX				
BORDO ESTERNO PIEDE SN				
ALLUCE DESTRO				
ALLUCE SINISTRO				
ALTRE LOCALIZZAZIONI				

**FIRMA DELL' INFERMIERE COMPILATORE**

.....



## SCHEDA MONITORAGGIO TRATTAMENTO LdD

U.O.....

COGNOME..... NOME..... DATA DI NASCITA.....

DATA					DATA					DATA					DATA				
STADIO/SEDE	1	2	3	4	STADIO/SEDE	1	2	3	4	STADIO/SEDE	1	2	3	4	STADIO/SEDE	1	2	3	4
NARICE DX					NARICE DX					NARICE DX					NARICE DX				
NARICE SIN					NARICE SIN					NARICE SIN					NARICE SIN				
ORECCHIO DX					ORECCHIO DX					ORECCHIO DX					ORECCHIO DX				
ORECCHIO SIN					ORECCHIO SIN					ORECCHIO SIN					ORECCHIO SIN				
NUCA					NUCA					NUCA					NUCA				
SACRO-COCCIGE					SACRO-COCCIGE					SACRO-COCCIGE					SACRO-COCCIGE				
SCAPOLA DX					SCAPOLA DX					SCAPOLA DX					SCAPOLA DX				
SCAPOLA SIN					SCAPOLA SIN					SCAPOLA SIN					SCAPOLA SIN				
GOMITO DX					GOMITO DX					GOMITO DX					GOMITO DX				
GOMITO SIN					GOMITO SIN					GOMITO SIN					GOMITO SIN				
ILIACA DX					ILIACA DX					ILIACA DX					ILIACA DX				
ILIACA SIN					ILIACA SIN					ILIACA SIN					ILIACA SIN				
TALLONE DX					TALLONE DX					TALLONE DX					TALLONE DX				
TALLONE SIN					TALLONE SIN					TALLONE SIN					TALLONE SIN				
MALLEOLO DX					MALLEOLO DX					MALLEOLO DX					MALLEOLO DX				
MALLEOLO SIN					MALLEOLO SIN					MALLEOLO SIN					MALLEOLO SIN				
ALTRO DX					ALTRO DX					ALTRO DX					ALTRO DX				
ALTRO SIN					ALTRO SIN					ALTRO SIN					ALTRO SIN				
Firma Infermiere					Firma Infermiere					Firma Infermiere					Firma Infermiere				

## MEDICAZIONI AVANZATE PER IL TRATTAMENTO DELLE LdD

<b>FORMULAZIONE-PRINCIPIO ATTIVO</b>	<b>NOME COMMERCIALE</b>	<b>CODICE</b>
SCHIUME DI POLIURETANO ADESIVE	TIELLE 7 X 9 CM	COD. MTL100
	TIELLE PLUS 11X11 CM	COD. MTP501
	TIELLE PLUS 15X15 CM	COD. MTP505
	TIELLE PLUS 15X20 CM	COD. MTP502
SCHIUME DI POLIURETANO NON ADESIVE	CUTIMED SILTEC 5 X 5 CM	COD. 72632-00000-00
	SUPRASORB P 7,5 X 7,5 CM	COD. 20406
	TIELLEXTRA 11X11 CM	COD. MTP301
	TIELLEXTRA 15X15 CM	COD. MTP305
	TIELLEXTRA 15X20 CM	COD. MTP302
SCHIUME DI POLIURETANO NON ADESIVE TRACHEOSTOMICHE	ALLEVYN TRACHEOSTOMY (TAGLIO A T) 9 X 9 CM	COD. 66007640
MEDICAZIONI ASSORBENTI IN TNT E ALLUMINIO	METALLINE 8X10 CM	COD. 23081
	METALLINE 10X12 CM	COD. 23082
	METALLINE 10X20 CM	COD. 23087
	METALLINE TRACHEO 8X9 CM CON FORO	COD. 23094
	GEL IDROFILO SIRINGA STERILE	SUPRASORB G Gr 6
	SUPRASORB G Gr 25	COD. 20479
GEL IDROFILO COMPRESSA STERILE	SUPRASORB G 10X 10 CM	COD. 20471
	SUPRASORB G 20X20 CM	COD. 20472
COLLAGENE NATIVO	SUPRASORB C 6X8 CM	COD. 20482
	SUPRASORB C 8X12 CM	COD. 20483
IDROCOLLOIDI	SURESKIN BORDER CM10X10	
	SURESKIN BORDER CM20X20	
	SURESKIN GOMITO/TALLONE	
	SURESKIN SACRALE	
	SURESKIN STANDARD CM10X10	
	SURESKIN THIN CM10X10	
ALGINATO DI CALCIO	KALTOSTAT 5X5 CM	COD. 9250
	KALTOSTAT 10X10 CM	COD. 9252
	ALGOSTERIL 10X20	COD 3493
	KALTOSTAT TAMPONE G2	COD. 9256
FILM DI POLIURETANO	SUPRASORB F 10X10 CM	COD. 20463
	BIOCLUSIVE 12,5X20	COD. 2465
MEDICAZIONE ANTIADERENTE	CUTICELL CLASSIC 10 X10 CM	COD. 72538-00002-00
	CUTICELL GARZA A ZIG ZAG	COD. 72538-00006-00
MEDICAZIONI IN TNT E CARBONE	CARBOFLEX 10X10 CM	COD. 9237
MEDICAZIONI IN TNT, CARBONE E ARGENTO	ACTISORB SILVER 10,5X19 CM	COD. MAS190

### PRODOTTI PER LA PROTEZIONE CUTANEA

PREPARAZIONE A BASE DI ARGENTO	SOFARGEN POMATA TUBO DA 50 Gr
	KATOXYN SPRAY DA 100 Gr
PREPARAZIONE A BASE DI OSSIDO DI ZINCO	BABYGELLA POMATA TUBO DA 100 Gr
OLIO DI VASELINA	FLACONI DA 1 LITRO
	FL STERILI DA 10 ML





UOC Servizio Assistenza Infermieristica ed Ostetrica  
Area Ricerca e Qualità

## Check list per valutazione utilizzo "Scheda Valutazione integrità cutanea – Monitoraggio Trattamento LdD "

↓  
da compilarsi **solo** in presenza di LdD al momento del ricovero

↓  
da compilarsi per tutti i pazienti con LdD

**METODOLOGIA UTILIZZATA:** osservazione diretta delle schede da parte del Responsabile Infermieristico di Area e del Coordinatore Infermieristico dell'U.O.

Unità Operativa	Data Verifica	Totale degenti	N° pazienti con LdD	Totale schede prese in visione
-----------------	---------------	----------------	---------------------	--------------------------------

Scheda pz n°																
<b>Indicatori - Scheda Valutazione integrità cutanea</b>	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Nella cartella clinica del paziente <b>con LdD al momento del ricovero</b> è presente la Scheda																
Sulla scheda il paziente è identificato con nome, cognome e data di nascita																
Sulla scheda è riportata la sede della LdD																
Sulla scheda è riportata la stadiazione della LdD																
Sulla scheda è riportata la firma dell'operatore che ha compilato la scheda																
<b>Indicatori - Scheda Monitoraggio Trattamento LdD</b>																
Nella cartella clinica del paziente con LdD è presente la Scheda per il Monitoraggio trattamento LdD																
Sulla scheda il paziente è identificato con nome, cognome e data di nascita																
Sulla scheda è riportata lo stadio della lesione																
Sulla scheda è riportata la sede della lesione																
Sulla scheda sono riportate le date delle medicazioni																
Sulla scheda sono riportate le tipologie di trattamento (medicazione avanzata utilizzata)																
Sulla scheda è riportata la firma dell'operatore che ha eseguito o ha collaborato all'effettuazione della medicazione																

Considerazioni generali/Note	Suggerimenti forniti al Coordinatore Infermieristico	Criticità risolte (specificare tipologia e data)
------------------------------	--	--

**Firma del Responsabile Infermieristico di Area**

.....

**Firma del Coordinatore infermieristico U.O.**

.....

**Trasmesso all'Area Ricerca e Qualità-SAIO in Data.....**

**Firma del Ricevente.....**

## Check list per valutazione utilizzo "Scheda di Norton" – Scheda di Waterlow

**METODOLOGIA UTILIZZATA:** osservazione diretta delle schede di tutti i pazienti da parte del Responsabile Infermieristico di Area e del Coordinatore Infermieristico dell'U.O.

Unità Operativa	Data Verifica	Totale degenti	N° pazienti con LdD	Totale schede prese in visione	Presente procedura SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Presenti presidi di prevenzione e cura come da procedura SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
-----------------	---------------	----------------	---------------------	--------------------------------	---	---

Scheda pz n°		SI		NO		SI		NO		SI		NO		SI		NO	
<b>Indicatori - Scheda di Norton</b>		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Nella cartella clinica del paziente è presente la Scheda di Norton																	
Sulla scheda il paziente è identificato con nome, cognome e data di nascita																	
Sulla scheda è riportato il punteggio parziale e totale																	
Sulla scheda è riportata la rivalutazione a <b>1, 3, 4</b> o <b>7</b> giorni																	
Sulla scheda è riportata la firma dell'operatore che ha compilato la scheda di Norton																	
<b>Indicatori – Scheda di Waterlow</b>																	
Nella cartella clinica del paziente è presente la Scheda di Waterlow																	
Sulla scheda il paziente è identificato con nome, cognome e data di nascita																	
Sulla scheda è riportato il peso e l'altezza del paziente e BMI																	
Sulla scheda è riportato il punteggio parziale e totale																	
Il paziente è stato rivalutato secondo procedura																	
Sulla scheda è riportata la firma dell'operatore che ha compilato la scheda di Waterlow																	
<b>Considerazioni generali/Note</b>				<b>Suggerimenti forniti al Coordinatore Infermieristico</b>						<b>Criticità risolte</b> (specificare tipologia e data)							

*Firma del Responsabile Infermieristico di Area*

*Firma del Coordinatore infermieristico U.O.*

*Trasmesso all'Area Ricerca e Qualità-SAIO*

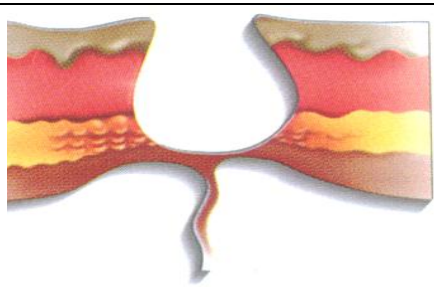
.....

.....

*in Data.....*

*Firma del Ricevente.....*

<p><b>stadi e definizioni</b></p> <p><b>caratteristica e obiettivi</b></p>	 <p><b>Fase I</b></p> <p><b>STADIO I</b> Eritema di pelle intatta, che non scompare alla digitopressione; esso rappresenta la lesione che preannuncia l'ulcerazione cutanea. In soggetti di carnagione più scura, anche lo scolorimento della cute, il calore, l'edema, l'indurimento o la durezza possono essere indizi.</p>	 <p><b>Fase II</b></p> <p><b>STADIO II</b> Perdita parziale di spessore cutaneo che coinvolge epidermide, il derma o entrambi. La lesione è superficiale e si presenta clinicamente sotto forma di abrasione, flittene o cratere di scarsa profondità.</p>	 <p><b>Fase III</b></p> <p><b>STADIO III</b> Perdita totale di spessore cutaneo che comporta il danneggiamento o la necrosi del tessuto cutaneo, in grado di estendersi in profondità fino alla fascia sottostante, senza però attraversarla. La lesione si presenta clinicamente sotto forma di cratere profondo associato o no a tessuto adiacente sottominato.</p>
<p><b>Cute arrossata e irritata</b> Proteggere la zona e prevenire l'ulcerazione</p>	<p>(A) Pulizia della cute utilizzando detergenti a PH acido diluiti in acqua tiepida. Applicazione sulla cute di creme idratanti ed emollienti o Olio di Vaselina o (B) pellicola extrasottile trasparente in poliuretano.</p>		
<p><b>Lesione riepitelizzante</b> proteggere la zona</p>		<p>(C) Detersione a getto della lesione con ringer lattato, asciugatura della zona circostante mediante tamponamento con garze sterili. (D) Medicazione con pellicola extrasottile idrocolloidale o (F) Schiuma di Poliuretano.</p>	
<p><b>Lesione granuleggiante</b> mantenere umidità</p>		<p>(C) Detersione a getto della lesione con ringer lattato, asciugatura della zona circostante mediante tamponamento con garze sterili. (E) Applicazione di idrocolloidi in placca o (F) Schiuma di Poliuretano.</p>	<p>(C) Detersione a getto della lesione con ringer lattato, asciugatura della zona circostante mediante tamponamento con garze sterili. (E) Applicazione di idrocolloidi in placca o (F) Schiuma di Poliuretano</p>
<p><b>Lesione sanguinante</b> controllare emostasi ferita</p>		<p>(C) Detersione a getto della lesione con ringer lattato, asciugatura della zona circostante mediante tamponamento con garze sterili. (G) Applicazione di alginato di calcio e copertura con (F) Schiuma di Poliuretano o (B) Pellicola extrasottile trasparente in poliuretano</p>	<p>(C) Detersione a getto della lesione con ringer lattato, asciugatura della zona circostante mediante tamponamento con garze sterili. (G) Applicazione di alginato di calcio e copertura con (F) Schiuma di Poliuretano o (B) Pellicola extrasottile trasparente in poliuretano</p>
<p><b>Lesione essudativa</b> controllare secrezioni senza essiccare la ferita</p>		<p>(C) Detersione a getto della lesione con ringer lattato, asciugatura della zona circostante mediante tamponamento con garze sterili. (L) In presenza di flittene aspirazione sterile dell'essudato. (G) Applicazione di alginato di calcio e copertura con (F) Schiuma di Poliuretano o (B) Pellicola extrasottile trasparente in poliuretano</p>	<p>(C) Detersione a getto della lesione con ringer lattato, asciugatura della zona circostante mediante tamponamento con garze sterili. (G) Applicazione di alginato di calcio e copertura con (F) Schiuma di Poliuretano o (B) Pellicola extrasottile trasparente in poliuretano</p>
<p><b>Lesione infetta</b> controllare l'infezione e le secrezioni</p>			<p>(C) Detersione a getto della lesione con ringer lattato, asciugatura della zona circostante mediante tamponamento con garze sterili. (M) Disinfezione con PVD in soluzione acquosa (H) Applicazione di alginato di Calcio con Carbonio + Ag e copertura con (F) Schiuma di Poliuretano. <b>Utilizzare antibiotico specifico solo per via sistemica</b></p>
<p><b>Lesione fibrinosa o necrotica</b> rimuovere fibrina e/o tessuto necrotico</p>		<p>(C) Detersione a getto della lesione con ringer lattato, asciugatura della zona circostante mediante tamponamento con garze sterili. (I) Applicazione di idrogel e copertura con (E) idrocolloidi in placca o (F) Schiuma di Poliuretano</p>	<p>(C) Detersione a getto della lesione con ringer lattato, asciugatura della zona circostante mediante tamponamento con garze sterili. (I) Applicazione di idrogel e copertura con (E) idrocolloidi in placca o (F) Schiuma di Poliuretano Se lo stato necrotico è avanzato, procedere per via chirurgica.</p>



## Fase IV

### STADIO IV

Perdita totale di spessore cutaneo con distruzione estesa, necrosi del tessuto o danneggiamento del muscolo, osso o strutture di supporto (tendine, capsula articolare). Anche la presenza di tessuto sottominato e di tratti cavi può essere associata a lesioni da decubito di Stadio IV.

(C) Detersione a getto della lesione con ringer lattato, asciugatura della zona circostante mediante tamponamento con garze sterili.

(E) Applicazione di idrocolloidi in placca o

(F) Schiuma di Poliuretano

(C) Detersione a getto della lesione con ringer lattato, asciugatura della zona circostante mediante tamponamento con garze sterili.

(G) Applicazione di alginato di calcio e copertura con

(F) Schiuma di Poliuretano o

(B) Pellicola extrasottile trasparente in poliuretano

(C) Detersione a getto della lesione con ringer lattato, asciugatura della zona circostante mediante tamponamento con garze sterili.

(F) Applicare Schiuma di Poliuretano

(C) Detersione a getto della lesione con ringer lattato, asciugatura della zona circostante mediante tamponamento con garze sterili.

(M) Disinfezione con PVD in soluzione acquosa

(H) Applicazione di alginato di Calcio con Carbone + Ag e copertura con

(F) Schiuma di Poliuretano.

**Utilizzare antibiotico specifico solo per via sistemica**

(C) Detersione a getto della lesione con ringer lattato, asciugatura della zona circostante mediante tamponamento con garze sterili.

(I) Applicazione di idrogel e copertura con

(E) idrocolloidi in placca o

(F) Schiuma di Poliuretano

Se lo stato necrotico è avanzato, procedere per via chirurgica.

# VANTAGGI E INDICAZIONI

❖ **RINGER LATTATO:** da preferire alle altre soluzioni per la maggiore concentrazione di ioni potassio, utili alla rigenerazione cellulare e alla sopravvivenza dei fibroblasti, non ha attività istolesiva.

❖ **IDROCOLLOIDI:** concorrono ad evitare la macerazione della cute mantenendola elastica, isolata ed idratata. La presenza della membrana semipermeabile permette il passaggio di ossigeno, anidride carbonica e di vapore acqueo come nell'epidermide non danneggiata. Sono inoltre, impermeabili alle sostanze liquide esterne e ai microrganismi.

❖ **ALGINATI DI CALCIO:** hanno elevato potere adsorbente dando origine ad un gel che impedisce adesione alla ferita e mantiene un microambiente umido.

❖ **SCHIUME di POLIURETANO:** sono dei sostituti dell'epidermide, permeabili sia all'ossigeno che all'anidride carbonica. Fungono da barriera per i microrganismi, permettono l'isolamento termico ed hanno la capacità di assorbire l'eccesso di essudato ed i componenti tossici dei detriti presenti sulla lesione.

❖ **IDROGEL:** idrocolloidi in gel sono indicati nelle lesioni anche profonde con necrosi ed escara, in quanto provocano una idratazione massiva del tessuto necrotico, favorendo una rapida emolisi con contemporanea attivazione dei processi di riparazione, senza ledere il tessuto sano.

❖ **ALGINATI DI CALCIO CON CARBONE ATTIVO + Ag:** medicazioni assorbenti a base di carbone attivo con aggiunta di ioni Ag. Hanno la capacità di assorbire l'essudato e neutralizzare gli odori. Trovano impiego nelle lesioni maleodoranti e/o infette.

# RACCOMANDAZIONI

↳ **LA DECOMPRESSIONE** della zona lesionata è il presupposto fondamentale per la cura di qualsiasi tipo di lesione.

↳ **LA DETERSIONE:** prima della medicazione le lesioni hanno bisogno di essere deterse per eliminare i batteri e i residui di medicazioni precedenti. L'azione meccanica del getto della soluzione impiegata, riduce la carica batterica.

↳ **LA MEDICAZIONE** va eseguita in asepsi e con materiale sterile.

↳ **DA NON USARE MAI:** mercurio cromo, soluzione di Dakin, spennellature di fucine, disinfettanti. L'utilizzo dei disinfettanti è controindicato in quanto citotossici ed alcuni determinano l'essiccamento del tessuto lesionato che impedisce la migrazione cellulare ritardandone così il processo riparativo. Si fa eccezione per le lesioni al IV stadio, nelle quali è indicato l'uso del PVD in Soluzione acquosa.

↳ **ESAME COLTURALE** va eseguito sistematicamente, completo di antibiogramma, nelle lesioni di III e IV Stadio. Avviare eventuale trattamento come da procedura.

↳ **LA MEDICAZIONE** va rinnovata ogni 2/3 giorni e ogni qualvolta non in ordine. Nelle lesioni infette, va rinnovata giornalmente e ogni qualvolta non in ordine.