

 ASL Cagliari	SSD Funzioni connesse alle Autorizzazioni e Accreditamento Erogatori Sanitari e Socio-Sanitari Gruppo di lavoro Area Degenza	ASL CAGLIARI
PR-DG-015 pag 1 di 33	Gestione delle Lesioni da Decubito: dalla prevenzione al trattamento	Data: 25/07/2016 Revisione 0

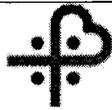
ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE

N. 1077 DEL 11 AGO. 2016IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO *Dott.ssa Antonella Carreras* IL DIRETTORE SANITARIO *Dott. Pier Paolo Pani*IL COMMISSARIO STRAORDINARIO
*Dott.ssa Sabina Ortu*Il presente allegato è composto di n° 17 fogli
di n° 33 pagine.ASL Cagliari
Dipartimento Acquisti Servizi Sanitari
SSD Accreditamento Strutture
Sanitarie e Socio-Sanitarie
Il Responsabile *Dott. Aldo M...*

Gestione delle Lesioni da Decubito: dalla prevenzione al trattamento

1

ATTIVITA'	RESPONSABILE	FIRMA
Redazione e Verifica	Gruppo di lavoro aziendale	
Approvazione	Direzione Generale	
Emissione e distribuzione	SSD Funzioni connesse alle Autorizzazioni e Accreditamento	

 ASLCagliari	SSD Funzioni connesse alle Autorizzazioni e Accreditamento Erogatori Sanitari e Socio-Sanitari Gruppo di lavoro Area Degenza	ASL CAGLIARI
PR-DG-015 pag 2 di 33	Gestione delle Lesioni da Decubito: dalla prevenzione al trattamento	Data: 25/07/2016 Revisione 0

GRUPPO DI LAVORO AZIENDALE

<i>Aldo Monni</i>	<i>Dirigente Medico</i>	<i>SSD Autorizzazione e Accreditamento</i>	<i>Coord. e verifica</i>
<i>Ferdinando Corrias</i>	<i>Dirigente Medico</i>	<i>SSD Autorizzazione e Accreditamento</i>	<i>Coord. e verifica</i>
<i>Luigi Furbas</i>	<i>Infermiere</i>	<i>SSD Autorizzazione e Accreditamento</i>	<i>Coord. e verifica</i>
<i>M. Vincenza Monni</i>	<i>Infermiera</i>	<i>SSD Autorizzazione e Accreditamento</i>	<i>Coord. e verifica</i>
<i>Anna Secci</i>	<i>Coordinatrice Inf.</i>	<i>Geriatria P.O. SS. Trinità</i>	<i>Redazione e verifica</i>
<i>Olga Catte</i>	<i>Dirigente Medico</i>	<i>Geriatria SSTT</i>	<i>Redazione e verifica</i>
<i>Albertina Garau</i>	<i>Coordinatrice Inf.</i>	<i>Servizio delle professioni sanitarie</i>	<i>verifica</i>
<i>Angela Orrù</i>	<i>Infermiere</i>	<i>Centro Sclerosi Multipla Binaghi</i>	<i>verifica</i>
<i>Annalisa Lai</i>	<i>Infermiere</i>	<i>Cure domiciliari</i>	<i>verifica</i>
<i>Antonella Meloni</i>	<i>Dirigente Medico</i>	<i>Pediatria P.O. Microcitemico</i>	<i>verifica</i>
<i>Carlo Dessi</i>	<i>Dirigente Medico</i>	<i>Pediatria P.O. Microcitemico</i>	<i>verifica</i>
<i>Cesare Severino</i>	<i>Dirigente Medico</i>	<i>Pneumologia P.O. SS.TT</i>	<i>verifica</i>
<i>Gabriella Spinicci</i>	<i>Dirigente Medico</i>	<i>Centro Sclerosi Multipla Binaghi</i>	<i>verifica</i>
<i>Giovanna Albeltino</i>	<i>Dirigente Medico</i>	<i>Malattie infettive P.O. SS.TT.</i>	<i>verifica</i>
<i>Giovanna Rossi</i>	<i>Dirigente Medico</i>	<i>SC Qualità e Risk Management</i>	<i>verifica</i>
<i>Liana Meloni</i>	<i>Infermiere</i>	<i>Medicina San Marcellino-Muravera</i>	<i>verifica</i>
<i>Maria Gabriella Licheri</i>	<i>Infermiera</i>	<i>Pediatria P.O. Microcitemico</i>	<i>verifica</i>
<i>Maria Luisa Soddu</i>	<i>Dirigente Medico</i>	<i>Medicina P.O. S. Marcellino</i>	<i>verifica</i>
<i>Milvia Massidda</i>	<i>Cord. Inf</i>	<i>Clinica Pediatrica II P.O. Microcitemico</i>	<i>verifica</i>
<i>Rosa Anna Podda</i>	<i>Dirigente Medico</i>	<i>Pediatria P.O. Microcitemico</i>	<i>verifica</i>

 ASL Cagliari	SSD Funzioni connesse alle Autorizzazioni e Accreditamento Erogatori Sanitari e Socio-Sanitari Gruppo di lavoro Area Degenza	ASL CAGLIARI
PR-DG-015 pag 3 di 33	Gestione delle Lesioni da Decubito: dalla prevenzione al trattamento	Data: 25/07/2016 Revisione 0

INDICE	pag
Premessa	4
1.Scopo	5
2.Campo di applicazione	5
3. Abbreviazioni e terminologia	5
4.Responsabilità	7
5. Descrizione delle attività	7
5.1 Detersione	8
5.2 Sbrigliamento	8
5.3 Medicazione	9
5.4 Controllo infezioni	10
5.5 Controllo del dolore	10
5.6 Trattamento della cute circostante	11
5.7 Diagramma di flusso Gestione LdD	12
5.8 EPUAP	13
5.9 Trattamento delle lesioni	14
5.10 Valutazione	19
5.11 Prevenzione	20
5.12 cure domiciliari e continuità assistenziale	23
6. Validazione	23
7. Materiali e Strumenti Utilizzati	23
8. Riferimenti Normativi e Documentali	24
9. Allegati	26
Allegato n°1: Scheda infermieristica per controllo, sorveglianza delle lesioni decubito	27
Allegato n°2: rilevazione della presenza di LdD ed eventuale trattamento attuato	28
Allegato n°3: indice di Braden	29
Allegato n°4: scala di valutazione del dolore	30
Allegato n°5: scheda per il monitoraggio del dolore	31
Allegato n°6: Mini Nutritional Assessment	32
Allegato n° 7: scheda per il trattamento delle lesioni	33

 ASL Cagliari	SSD Funzioni connesse alle Autorizzazioni e Accreditamento Erogatori Sanitari e Socio-Sanitari Gruppo di lavoro Area Degenza	ASL CAGLIARI
PR-DG-015 pag 4 di 33	Gestione delle Lesioni da Decubito: dalla prevenzione al trattamento	Data: 25/07/2016 Revisione 0

PREMESSA

Le Lesioni da Decubito (LdD) rappresentano l'evento più vistoso e temuto della sindrome da immobilizzazione. Possono verificarsi in malati di diversa tipologia ed in tutte le età, tuttavia è in età geriatrica che si osservano la maggior parte di queste lesioni. E' stato calcolato che oltre il 70% delle LdD osservate si riscontrano in soggetti ultra 70enni

La prevalenza delle LdD nella popolazione degli ospedali per acuti varia dal 3 al 15% a seconda della casistica. Particolarmente elevata risulta la prevalenza nei reparti di cure intensive con percentuali che variano dal 20 al 66% . Nei reparti di lungodegenza la prevalenza arriva al 27%

Per LdD si intende una lesione tissutale, ad evoluzione necrotica, che si produce in aree cutanee compresse tra un piano d'appoggio e la superficie ossea.

Il principale meccanismo patogenetico è la compressione dei tessuti molli su una superficie rigida (osso) che si prolunga per un tempo sufficiente a determinare ischemia e quindi necrosi. Altri fattori determinanti sono determinati dalla trazione e dallo sfregamento.

Numerosi altri elementi sono in grado di influenzare l'insorgenza e l'evoluzione delle LdD, alcuni intrinseci all'individuo (malnutrizione, anemia, ipotensione arteriosa, stato mentale compromesso, mobilità assente o marcatamente ridotta, incontinenza sfinterica, malattie acute e croniche, età avanzata) altri estrinseci (terapie farmacologiche, costrizione a letto, etc.).

Le LdD, oltre a provocare una maggiore sofferenza per il paziente in rapporto alle gravi complicanze (infezioni locali, sepsi, osteomielite etc.) ed essere causa di morte, comportano maggiori costi in rapporto al prolungarsi dell'ospedalizzazione e alla necessità di un intervento terapeutico più complesso.

 ASL Cagliari	SSD Funzioni connesse alle Autorizzazioni e Accreditamento Erogatori Sanitari e Socio-Sanitari Gruppo di lavoro Area Degenza	ASL CAGLIARI
PR-DG-015 pag 5 di 33	Gestione delle Lesioni da Decubito: dalla prevenzione al trattamento	Data: 25/07/2016 Revisione 0

1 SCOPO

- Adozione di un linguaggio comune e di una pratica standard
- Ridurre l'incidenza delle LdD e la durata dell'ospedalizzazione e/o delle cure domiciliari
- Appropriatezza nell'utilizzo delle risorse materiali ed umane

2. CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura si applica in tutti i setting assistenziali della ASL 8 di Cagliari:

- ✓ Degenza ospedaliera
- ✓ Cure domiciliari
- ✓ RSA

3. ABBREVIAZIONI DEFINIZIONI E TERMINOLOGIA

- **ANTISETTICO:** *sostanza in grado di ridurre la carica microbica sulla superficie del tessuto cutaneo o mucoso.*
- **BIOFILM:** *elemento costituito da microrganismi che si legano al letto della ferita. Causa delle lesioni croniche.*
- **CELLULITE:** *infezione non suppurativa dei tessuti molli-si manifesta sulla cute perilesionale della ferita.*
- **DEBRIDEMENT:** *rimozione di tessuto devitalizzato e di materiale estraneo da una lesione.*
- **EPUAP:** *European Pressure Ulcer Advisory Panel*
- **ERITEMA:** *arrossamento*
- **FILM:** *medicazione avanzata costituita da una pellicola trasparente di polietilene e poliuretano con adesività selettiva.*
- **FISTOLA CUTANEA:** *tratto anomalo di comunicazione tra un organo interno e la cute.*
- **FLITTENE:** *è un rilievo della cute a contenuto liquido di grandezza superiore alla vescicola.*
- **GRANULAZIONE:** *tessuto neoformato che appare durante la fase proliferativa della riparazione tissutale.*
- **IDROCOLLOIDI:** *medicazioni avanzate che realizzano un ambiente umido e assorbono piccole/medie quantità di essudato.*
- **IDROFIBRE:** *medicazioni avanzate a base di carbosimetilcellulosa*
- **IDROGELI:** *medicazioni avanzate, contengono alte percentuali di acqua e possono idratare lesioni necrotiche secche stimolando il debridement autolitico.*

 ASLCagliari	SSD Funzioni connesse alle Autorizzazioni e Accreditamento Erogatori Sanitari e Socio-Sanitari Gruppo di lavoro Area Degenza	ASL CAGLIARI
PR-DG-015 pag 6 di 33	Gestione delle Lesioni da Decubito: dalla prevenzione al trattamento	Data: 25/07/2016 Revisione 0

- *INFIAMMAZIONE: risposta fisiologica dell'organismo a trauma o infezione. E' caratterizzata da segni clinici quali eritema, edema, ipertermia, dolore.*
- *LdD/LDP: Lesioni da decubito-Lesione da pressione*
- *MACERAZIONE: alterazione del tessuto per esposizione ad eccessiva umidità.*
- *NECROSI: morte cellulare all'interno di un tessuto. Si manifesta con aree di colore nero/marrone in base al livello di disidratazione.*
- *PRIMA INTENZIONE: guarigione delle lesioni mediante avvicinamento dei bordi con tecnica chirurgica o con materiale adesivo o metallico.*
- *PURULENTO: che produce pus.*
- *PUS: fluido prodotto in corso di infezione, costituito da essudato, germi e cellule della serie bianca in fase di degradazione.*
- *RSA: Residenza Sanitaria Assistenziale*
- *RIPARAZIONE TESSUTALE: guarigione del tessuto che può avvenire per prima intenzione o per seconda intenzione.*
- *SECONDA INTENZIONE: guarigione delle lesioni che prevede la formazione del tessuto di granulazione con contrazione della ferita senza avvicinamento dei margini di lesione.*
- *SLOUGH: tessuto devitalizzato di colore giallastro/grigio che appare sul fondo della lesione.*
- *STADIAZIONE: classificazione delle lesioni necessaria per un corretto monitoraggio della loro evoluzione.*

 ASL Cagliari	SSD Funzioni connesse alle Autorizzazioni e Accredimento Erogatori Sanitari e Socio-Sanitari Gruppo di lavoro Area Degenza	ASL CAGLIARI
PR-DG-015 pag 7 di 33	Gestione delle Lesioni da Decubito: dalla prevenzione al trattamento	Data: 25/07/2016 Revisione 0

4. RESPONSABILITÀ

ATTIVITA'	M	CDT	I	OSS	TRB
Prevenzione: osservazione, valutazione e compilazione della scheda di valutazione			R		
Prevenzione delle lesioni e cura della cute sana			R	C	R
Gestione dell'incontinenza e controllo della macerazione cutanea			R	C	
Protezione dai fattori di rischio estrinseci: pressione, attrito, forze di taglio			R	C	R
Cambio posturale			R	C	R
Valutazione stato nutrizionale	R		C		
Educazione sanitaria	R	R	R	C	R
Terapia delle LdD 1° Stadio			R		
Terapia delle LdD 2° Stadio			R		
Terapia delle LdD 3° Stadio se detersa			R		
Terapia delle LdD 3° Stadio se complicata	R		R		
Terapia delle LdD 4° Stadio se detersa			R		
Terapia delle LdD 4° Stadio se complicata	R		R		
Valutazione e monitoraggio		C	R		
Valutazione e gestione delle complicanze: dolore, iperessudazione, infezione	R		R		
Gestione della necrosi	R		R		

R= responsabile

C= collabora

M: Medico; CDT: Coordinatore; I: Infermiere; OSS: Operatore Socio Sanitario.; TRB: Terapista della riabilitazione.

5. DESCRIZIONE DELL'ATTIVITÀ

- Detersione
- Sbrigliamento
- Medicazione
- Controllo dell'infezione
- Controllo del dolore

 ASL Cagliari	SSD Funzioni connesse alle Autorizzazioni e Accreditamento Erogatori Sanitari e Socio-Sanitari Gruppo di lavoro Area Degenza	ASL CAGLIARI
PR-DG-015 pag 8 di 33	Gestione delle Lesioni da Decubito: dalla prevenzione al trattamento	Data: 25/07/2016 Revisione 0

5.1 Detersione

La detersione della lesione è il presupposto del trattamento delle lesioni da decubito in quanto l'asportazione del materiale infiammatorio e/o dei residui di precedenti medicazioni riduce la colonizzazione batterica, abbassa il rischio di infezione e velocizza i processi di rigenerazione tissutale e quindi la guarigione. E' inoltre una pratica indispensabile per la valutazione del fondo della lesione e quindi per l'applicazione del protocollo di intervento più appropriato.

La lesione deve essere detersa ad ogni cambio di medicazione irrigandola con soluzione fisiologica o Ringer lattato o acqua sterile, alla temperatura di circa 30 gradi.

L'irrigazione deve avere una pressione sufficiente per pulire la lesione senza traumatizzarla. Si consiglia pertanto di utilizzare una siringa da 50 ml e ago da 19G, irrigando con la quantità di soluzione idonea a pulire la lesione.

5.2 Sbrigliamento

- Con metodo autolitico
- Con metodo enzimatico
- Con metodo chirurgico

Il tessuto necrotico va sempre rimosso mediante sbrigliamento, scegliendo il metodo più adeguato alle condizioni del paziente e della LdD.

- **Metodo autolitico**

E' un metodo selettivo che consiste nell'applicazione di una medicazione sintetica sulla lesione, allo scopo di favorire l'autodigestione del tessuto necrotico ad opera degli enzimi presenti nei liquidi della lesione.

Si utilizzano in modo particolare idrogel, da applicare direttamente sulla ferita, o idrocolloidi (in tal caso può essere utile riscaldarli preventivamente fra le mani).

Tali dispositivi devono avere un diametro di circa un cm. superiore al diametro della lesione. Il metodo è indicato nelle ulcere con essudato lieve-moderato.

- **Metodo enzimatico**

E' un metodo selettivo che consiste nell'applicazione di preparati topici contenenti enzimi proteolitici che hanno il compito di digerire la fibrina e rimuovere il tessuto necrotico preservando i tessuti sani.

Il metodo trova indicazione nelle lesioni con abbondanti detriti necrotici o dopo la toilette chirurgica, come proseguimento della terapia.

 ASL Cagliari	SSD Funzioni connesse alle Autorizzazioni e Accreditamento Erogatori Sanitari e Socio-Sanitari Gruppo di lavoro Area Degenza	ASL CAGLIARI
PR-DG-015 pag 9 di 33	Gestione delle Lesioni da Decubito: dalla prevenzione al trattamento	Data: 25/07/2016 Revisione 0

L'enzima va applicato, in strato sottile, direttamente sul tessuto necrotico che deve essere umido al momento dell'applicazione. Per lo scopo può essere impiegata Soluzione fisiologica.

Sulla lesione va quindi applicata una medicazione secondaria di copertura. E' importante che l'enzima non venga a contatto con la cute sana circostante la lesione, che va quindi adeguatamente protetta con pomate barriera quali ad esempio la pasta all'ossido di zinco e film barriera.

- **Metodo chirurgico**

La toilette chirurgica è un metodo selettivo ed è il più efficace e veloce per rimuovere grandi quantità di tessuto necrotico o escare secche. E' il metodo di scelta quando è presente un'infezione. Fanno eccezione le escare dei talloni che vanno tenute controllate e possono rimanere in sede qualora rimangano ben secche e non compaia edema, eritema o segni d'infezione. In tale caso si deve comunque procedere a toilette chirurgica.

La rimozione chirurgica deve essere eseguita con delicatezza per non traumatizzare il fondo dell'ulcera in modo particolare nel caso di soggetti con problemi circolatori.

La metodica da eseguirsi con l'utilizzo di pinze, forbici, bisturi o curette, può essere molto dolorosa e va quindi preceduta da un'idonea terapia antalgica o anestesia locale.

In caso di sanguinamento può essere utilizzata una medicazione asciutta per le prime 8-10 ore ed in seguito la consueta medicazione umida.

Entrambi i metodi, quello **enzimatico** e quello **autolitico**, sono meno veloci del metodo chirurgico, ma non sono dolorosi. L'eventuale asportazione del tessuto necrotico residuo può essere completata con una pinza anatomica ed una forbice a punte smusse.

5.3 Medicazione

La medicazione ideale deve:

- Mantenere un microambiente umido e la cute circostante asciutta
- Consentire lo scambio gassoso
- Fornire l'isolamento termico e mantenere stabile la temperatura della lesione
- Proteggere la lesione dalla contaminazione batterica
- Mantenersi integra senza rilasciare fibre o corpi estranei all'interno della lesione
- Non causare traumi alla lesione al momento della sua rimozione
- Essere biocompatibile
- Essere maneggevole

 ASL Cagliari	SSD Funzioni connesse alle Autorizzazioni e Accreditamento Erogatori Sanitari e Socio-Sanitari Gruppo di lavoro Area Degenza	ASL CAGLIARI
PR-DG-015 pag 10 di 33	Gestione delle Lesioni da Decubito: dalla prevenzione al trattamento	Data: 25/07/2016 Revisione 0

- Avere un costo contenuto

La frequenza della medicazione varia in funzione dello stadio in cui si trova la lesione, della sua evoluzione e della tipologia dei prodotti usati.

Infatti, mentre alcuni tipi di medicazioni devono essere rimossi prima che siano completamente saturi e quindi difficili e dolorosi da asportare, altri invece non devono essere sostituiti con troppa frequenza, per non distruggere il tessuto di granulazione neoformato (ad esempio idrocolloidi).

5.4 Controllo dell'infezione

Sulla cute integra è normalmente presente la flora batterica denominata "flora residente" che comprende aerobi ed anaerobi ed è quasi esclusivamente costituita da Gram positivi (cocchi e bacilli).

L'insorgenza di una lesione da decubito modifica radicalmente le condizioni locali, compresa la stessa flora batterica che è rappresentata in maggioranza da batteri Gram negativi.

La colonizzazione batterica della lesione da decubito è quindi un evento estremamente frequente, che non compromette tuttavia la riparazione tissutale.

La diagnosi di infezione, generalmente, può essere formulata su base clinica (odore, caratteristica dell'essudato; ad esempio una lesione maleodorante è molto probabilmente infettata da anaerobi).

Data la colonizzazione batterica, il tampone non è utile a fini diagnostici. Se necessario risulta più opportuno eseguire una coltura del prelievo biotico del fondo della lesione, o dell'essudato ottenuto tramite aspirazione.

Non è raccomandato l'uso routinario di antisettici per la riduzione della carica batterica della lesione perché hanno un effetto lesivo sulle cellule sane, compromettendo la riparazione. Tuttavia, in presenza di colonizzazione critica o infezione, può essere considerata l'applicazione topica di antisettici a base di ipoclorito di sodio 0,05%.

Non è invece raccomandato l'utilizzo topico di garza iodoformica e di antibiotici in quanto inefficaci per via topica. Il loro uso aumenta inoltre il rischio di sviluppare resistenze ed è potenzialmente allergizzante.

La medicazione delle LdD infette deve avvenire con tecnica e materiale sterile, evitando l'utilizzo di medicazioni occlusive. In presenza di più LdD la medicazione di quella infetta va fatta per ultima.

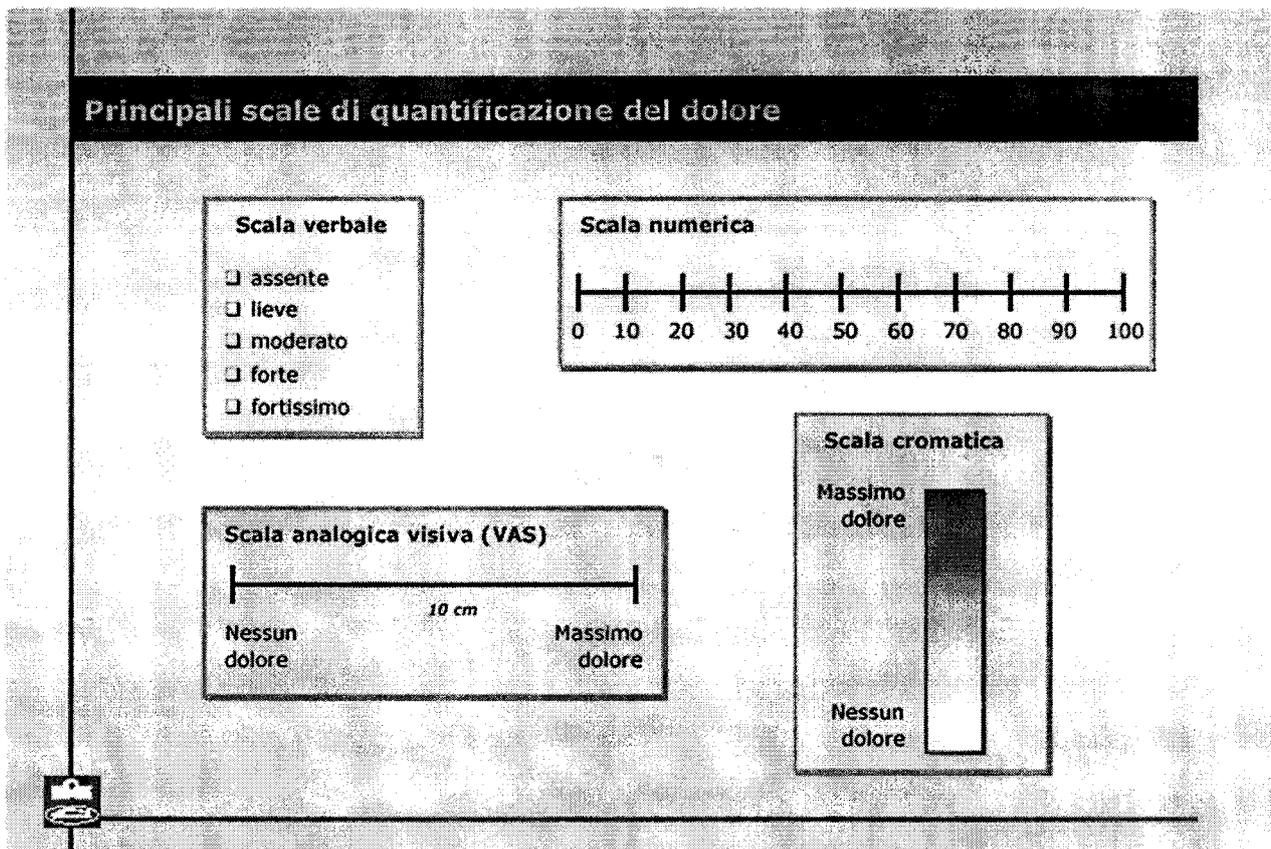
La somministrazione di antibiotici per via generale è indicata in presenza di segni di progressione locale dell'infezione o di segni clinici di infezione sistemica (cellulite, osteomielite, sepsi etc.)

 ASL Cagliari	SSD Funzioni connesse alle Autorizzazioni e Accreditemento Erogatori Sanitari e Socio-Sanitari Gruppo di lavoro Area Degenza	ASL CAGLIARI
PR-DG-015 pag 11 di 33	Gestione delle Lesioni da Decubito: dalla prevenzione al trattamento	Data: 25/07/2016 Revisione 0

5.5 Controllo del dolore

Il dolore deve essere valutato su base routinaria e costante, utilizzando strumenti di valutazione validati, appropriati alle capacità cognitive del paziente, al fine di pianificare il trattamento.

Il dolore può conseguire al cambio di medicazione, allo sbrigliamento, all'applicazione di antisettici, alle



11

procedure di detersione.

5.6 Trattamento della cute circostante

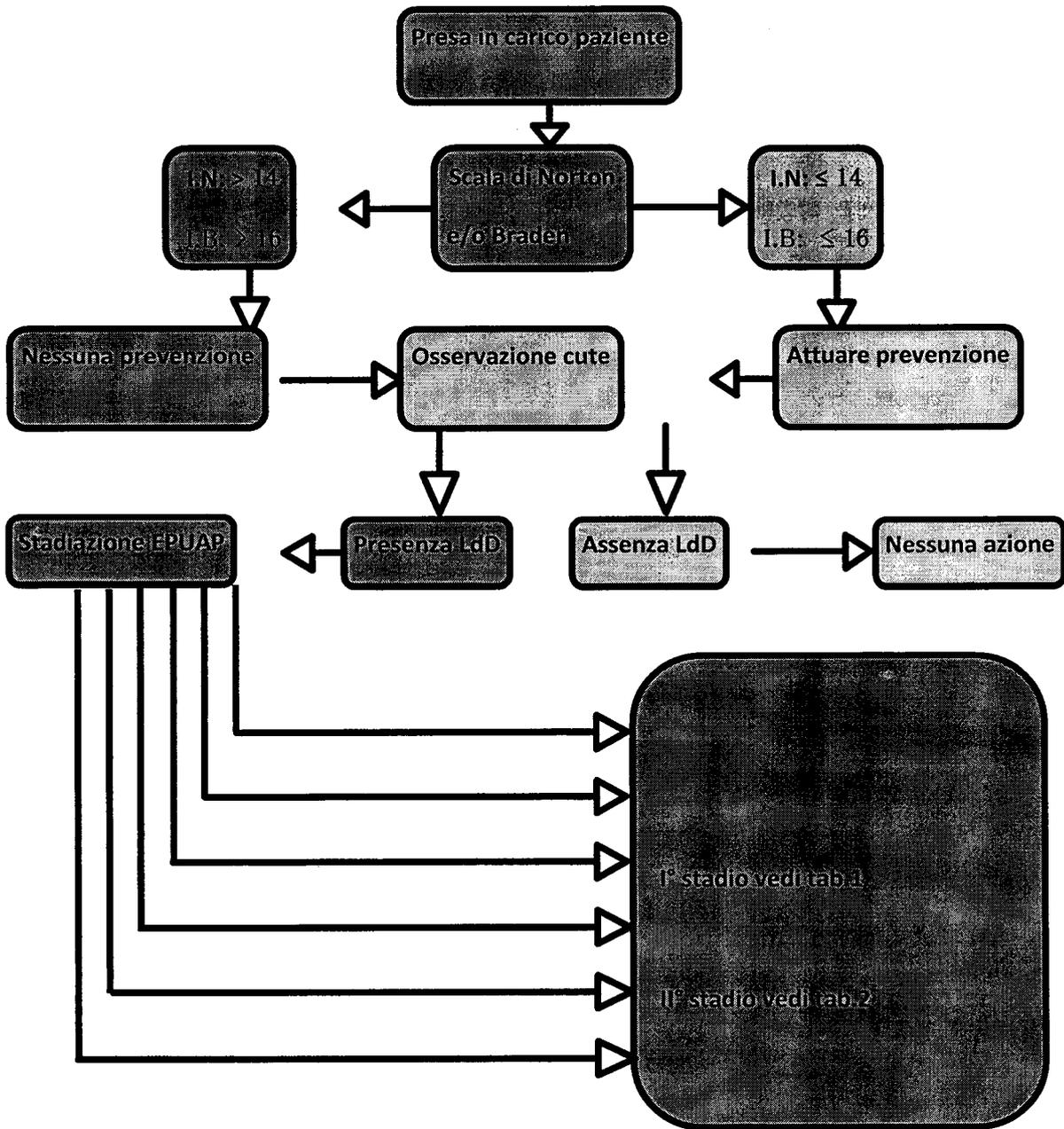
E' importante ricordare che la detersione va effettuata anche sulla zona circostante la lesione, utilizzando saponi a pH fisiologico o debolmente acidi (circa pH 5) ed acqua, seguiti da un attenta asciugatura a tamponamento. Può essere utile l'applicazione di creme grasse o di un olio dermoprotettivo.

In particolare la cute integra circostante la lesione va protetta dall'azione di eventuali preparati ad azione proteolitica utilizzati per lo sbrigliamento.

Come protettivo può essere applicata, al cambio della medicazione, la pasta all'ossido di zinco.

 ASL Cagliari	SSD Funzioni connesse alle Autorizzazioni e Accreditemento Erogatori Sanitari e Socio-Sanitari Gruppo di lavoro Area Degenza	ASL CAGLIARI
PR-DG-015 pag 12 di 33	Gestione delle Lesioni da Decubito: dalla prevenzione al trattamento	Data: 25/07/2016 Revisione 0

5.7 Diagramma gestione LdD



 ASL Cagliari	SSD Funzioni connesse alle Autorizzazioni e Accreditamento Erogatori Sanitari e Socio-Sanitari Gruppo di lavoro Area Degenza	ASL CAGLIARI
PR-DG-015 pag 13 di 33	Gestione delle Lesioni da Decubito: dalla prevenzione al trattamento	Data: 25/07/2016 Revisione 0

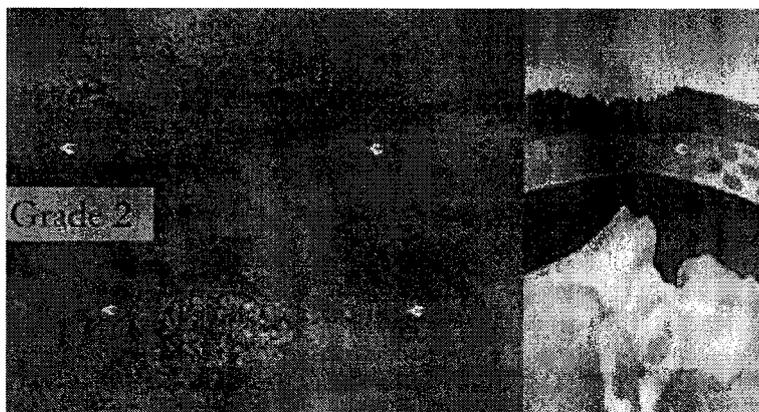
5.8 EPUAP

1° Grado



Iperemia della cute che non scompare con la digitopressione

2° Grado



Lesione cutanea a spessore parziale che interessa l'epidermide, il derma o entrambi. La lesione è superficiale e si manifesta clinicamente come una abrasione o una vescica

13

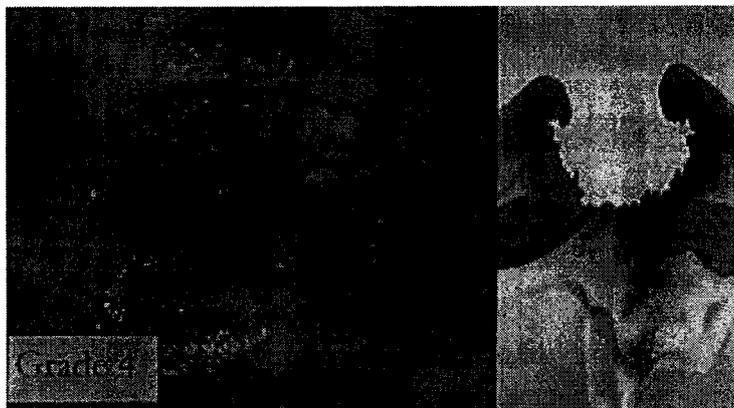
3° Grado



Lesione cutanea a spessore totale con degenerazione o necrosi del tessuto sottocutaneo, con possibile estensione fino alle aree sottostanti ma non oltre la fascia

 ASL Cagliari	SSD Funzioni connesse alle Autorizzazioni e Accreditemento Erogatori Sanitari e Socio-Sanitari Gruppo di lavoro Area Degenza	ASL CAGLIARI
PR-DG-015 pag 14 di 33	Gestione delle Lesioni da Decubito: dalla prevenzione al trattamento	Data: 25/07/2016 Revisione 0

4° Grado



Degenerazione massiva, necrosi tessutale o danno muscolare, osseo, tendini e capsula articolare

La lesione con escara

non è stadiabile

- ✓ Molle
- ✓ nera

5.9 Trattamento della LdD

1° STADIO	Eritema della cute integra non reversibile alla digitoppressione
OBIETTIVO	Ridurre la compressione tissutale e contemporaneamente Proteggere la cute da eventuali insulti esterni
Detersione	Soluzione fisiologica Ringer Lattato
Trattamento	Pellicola semipermeabile trasparente di poliuretano Medicazioni idrocolloidali extrasottili
Frequenza	Mantenimento in situ fino a sette giorni Cambio al bisogno
Area perilesionale	Crema base per idratare; Crema emolliente e oli per cute secca; Crema all'acqua o allo zinco per prevenire e/o trattare la macerazione cutanea (margini e/o bordi)
2° STADIO	Ferita a spessore parziale che coinvolge l'epidermide e/o il derma; La lesione è superficiale e clinicamente si presenta come una abrasione,

 ASL Cagliari	SSD Funzioni connesse alle Autorizzazioni e Accreditamento Erogatori Sanitari e Socio-Sanitari Gruppo di lavoro Area Degenza	ASL CAGLIARI
PR-DG-015 pag 15 di 33	Gestione delle Lesioni da Decubito: dalla prevenzione al trattamento	Data: 25/07/2016 Revisione 0

vescicola o cratere poco profondo.

OBIETTIVO	Favorire la riparazione tissutale ed evitare il peggioramento della Lesione
Detersione	Soluzione fisiologica Ringer Lattato
Trattamento	Medicazione primaria: estere dell'acido ialuronico (Hyaff) in piastra o medicazioni non aderenti (garze impregnate di sostanza lipoidale); Medicazione secondaria: schiume di poliuretano; In presenza di flittene: forare la flittena con manovra asettica senza rimuovere la cupola e coprire con schiuma di poliuretano.
Frequenza	Mantenimento in situ fino a sette giorni Cambio al bisogno
Area perilesionale	Crema base per idratare; Crema emolliente e oli per cute secca; Crema all'acqua o allo zinco per prevenire e/o trattare la macerazione cutanea (margini e/o bordi).

3° STADIO Ferita a tutto spessore che implica danno o necrosi del tessuto sottocutaneo che può estendersi fino alla fascia muscolare senza attraversarla; la lesione si presenta clinicamente come una profonda cavità che può presentare dei tratti sottominati.

OBIETTIVO Ripristinare la continuità del sottocute e della cute, controllando il processo necrotico e/o infettivo che spesso si associa.

4° STADIO Ferita a tutto spessore con estesa distruzione dei tessuti, necrosi o danno ai muscoli, ossa o strutture di supporto (es. tendini, capsule articolari, piani ossei, ecc.).

Il trattamento delle lesioni del 3° e 4° stadio varia in relazione al tipo di lesione presente come indicato dalle specifiche seguenti:

LESIONE 3°/4° stadio Fondo GRANULEGGIANTE

Detersione Soluzione fisiologica
Ringer Lattato

 ASL Cagliari	SSD Funzioni connesse alle Autorizzazioni e Accreditamento Erogatori Sanitari e Socio-Sanitari Gruppo di lavoro Area Degenza	ASL CAGLIARI
PR-DG-015 pag 16 di 33	Gestione delle Lesioni da Decubito: dalla prevenzione al trattamento	Data: 25/07/2016 Revisione 0

Trattamento	Medicazione primaria con acido ialuronico e/o idrofibra
	Medicazione secondaria con schiume di poliuretano
Frequenza	Mantenimento in situ 48 ore
	Cambio tre volte alla settimana
Area perilesionale	Crema base per idratare
	Crema emolliente e oli per cute secca
	Crema all'acqua o allo zinco per prevenire e/o trattare la macerazione cutanea (margini e/o bordi).

LESIONE 3°/4° Stadio Fondo GRANULEGGIANTE CON ABBONDANTE ESSUDATO

Detersione	Soluzione Fisiologica
	Ringer Lattato
Trattamento	Medicazione Primaria: Idrofibra e/o idroalginato, e/o esteri dell'acido ialuronico + alginato di sodio in granuli.
	Medicazione Secondaria: schiume in poliuretano o poliacrilati;
Frequenza	Ogni 24 – 48 ore
Area perilesionale	Crema base per ;idratare
	Crema emolliente e oli per cute secca;
	Crema all'acqua o allo zinco per prevenire e/o trattare la macerazione cutanea, (margini e/o bordi).

LESIONE 3°/4° ESSUDATIVA NECROTICA O RICCA DI FIBRINA

Detersione	Soluzione fisiologica o Ringer Lattato + impacco con Amukine Med 0,05% rispettando il tempo di azione del preparato.
Trattamento	Medicazione Primaria: enzimi proteolitici oppure alginato;
	Medicazione Secondaria: riempimento della cavità con garze tradizionali, chiusura con film di poliuretano (in rotolo).
Frequenza	Ogni 24 .Cambio al bisogno
Area perilesionale	Crema base per idratazione;
	Crema emolliente e oli per cute secca;
	Crema all'acqua o allo zinco per prevenire e/o trattare la macerazione cutanea. (margini e/o bordi).

 ASL Cagliari	SSD Funzioni connesse alle Autorizzazioni e Accreditamento Erogatori Sanitari e Socio-Sanitari Gruppo di lavoro Area Degenza	ASL CAGLIARI
PR-DG-015 pag 17 di 33	Gestione delle Lesioni da Decubito: dalla prevenzione al trattamento	Data: 25/07/2016 Revisione 0

LESIONE 3°/4° Stadio EMORRAGICA

Detersione	Soluzione fisiologica Ringer Lattato
Trattamento	Medicazione Primaria: alginato o OCR (cellulosa ossidata rigenerata) Medicazione Secondaria: coprire con garze sterili.
Frequenza	Valutazione clinica; Cambio al bisogno, a seconda dell'entità del sanguinamento.
Area perilesionale	Crema base per idratazione; Crema emolliente e oli per cute secca; Crema all'acqua o allo zinco per prevenire e/o trattare la macerazione cutanea.

ESCARA

Detersione	Soluzione Fisiologica Ringer Lattato
Trattamento	Medicazione Primaria: pomate enzimatiche (da rinnovare ogni 8 ore) e/o idrogeli, coprire con garze grasse; Medicazione Secondaria: idrocolloide.. Rimozione chirurgica graduale o totale; Attenzione: evitare la rimozione dell'escara secca del tallone se priva di segni di infiammazione/infezione.
Frequenza	Ogni 24 ore Cambio al bisogno
Area perilesionale	Crema base per idratazione; Crema emolliente e oli per cute secca; Crema all'acqua o allo zinco per prevenire e/o trattare la macerazione cutanea.

LESIONE 3°/4° Stadio - INFETTA

Detersione	Soluzione fisiologica Ringer Lattato + utilizzo antisettici : Amukine Med 0,05%.
Trattamento	Medicazione Primaria: medicazioni antisettiche con argento o medicazione a captazione batterica -DACC (dialchicarbamoilcloruro). Medicazione Secondaria: Schiuma in poliuretano non aderente + pellicola in poliuretano, e/o medicazione tradizionale.

 ASL Cagliari	SSD Funzioni connesse alle Autorizzazioni e Accreditamento Erogatori Sanitari e Socio-Sanitari Gruppo di lavoro Area Degenza	ASL CAGLIARI
PR-DG-015 pag 18 di 33	Gestione delle Lesioni da Decubito: dalla prevenzione al trattamento	Data: 25/07/2016 Revisione 0

Note: Le medicazioni non devono essere occlusive tranne in caso di infezione da *Pseudomonas*, microrganismo non resistente in ambiente anaerobio.

L'utilizzo di medicazioni contenenti carbone favorisce la gestione di lesioni maleodoranti.

Frequenza	Ogni 24 ore nelle fasi iniziali Successivamente cambio al bisogno su valutazione clinica ed in relazione alla tipologia di sistema utilizzato.
Area perilesionale	Crema base per idratazione; Crema emolliente e oli per cute secca; Crema all'acqua o allo zinco per prevenire e/o trattare la macerazione cutanea.

LESIONE 3°/4° Stadio DETERSE CON RITARDO DI CICATRIZZAZIONE

Detersione	Soluzione fisiologica Ringer Lattato
Trattamento	Rivalutazione clinica Eventuale terapia a pressione negativa (VAC)
Frequenza	Cambio al bisogno in base alla situazione clinica ed in relazione alla medicazione avanzata utilizzata.
Area perilesionale	Crema base per idratazione; Crema emolliente e oli per cute secca; Crema all'acqua o allo zinco per prevenire e/o trattare la macerazione cutanea.

Dopo escarectomia chirurgica può rendersi necessaria l'applicazione di tamponi di garze per assorbire l'eventuale sanguinamento; in seguito possono essere utilizzati enzimi proteolitici o idrogel a completamento della detersione del fondo della lesione.

Quando l'escara è secca e ben adesa al fondo della lesione, senza raccolte sottostanti o segni di colliquazione, può non essere consigliata la toilette chirurgica radicale in unica soluzione, poiché dolorosa per il paziente e causa di sanguinamento anche abbondante.

E' invece opportuno recentare quotidianamente i tessuti necrotici, limitando così il dolore ed il sanguinamento.

Le escare secche dei talloni non vanno rimosse chirurgicamente, ma lasciate in sede fino a distacco spontaneo. Fanno eccezione i casi in cui sia presente una raccolta sottostante.

 ASL Cagliari	SSD Funzioni connesse alle Autorizzazioni e Accreditemento Erogatori Sanitari e Socio-Sanitari Gruppo di lavoro Area Degenza	ASL CAGLIARI
PR-DG-015 pag 19 di 33	Gestione delle Lesioni da Decubito: dalla prevenzione al trattamento	Data: 25/07/2016 Revisione 0

Nei primi giorni di trattamento la medicazione va rimossa ogni 24 ore per verificare l'evoluzione della lesione.

In presenza di infezione dei tessuti perilesionali, febbre o complicanze settiche, utilizzare antibiotici per via sistemica sulla scorta dell'Antibiogramma eseguito sulla coltura di materiale ottenuto con biopsia del fondo dell'ulcera o con aspirazione di essudato.

5.10 Valutazione

Le LdD devono essere sottoposte ad una prima valutazione al momento della presa in carico del paziente o al momento della loro comparsa.

La valutazione va ripetuta almeno 1 volta alla settimana, o più frequentemente se si registrano modificazioni sostanziali.

La valutazione va documentata in forma scritta e, se possibile, in forma iconografica, descrivendo:

Causa della lesione

Sede/localizzazione

Dimensioni

- ✓ Lunghezza
- ✓ Larghezza
- ✓ Profondità

Stadio o grado

Scala di valutazione EPUAP

Quantità e tipo di essudato

Aspetto della lesione

- ✓ Necrosi
- ✓ Necrosi molle gialla (Slough)
- ✓ Tessuto di granulazione
- ✓ Zone di riepitelizzazione
- ✓ Colore
- ✓ odore

Segni locali di infezione

Presenza di dolore

Stato della cute perilesionale

Aree sottominate/fistole

 ASL Cagliari	SSD Funzioni connesse alle Autorizzazioni e Accreditamento Erogatori Sanitari e Socio-Sanitari Gruppo di lavoro Area Degenza	ASL CAGLIARI
PR-DG-015 pag 20 di 33	Gestione delle Lesioni da Decubito: dalla prevenzione al trattamento	Data: 25/07/2016 Revisione 0

CLASSIFICAZIONE PUSH TOOL (NPUAP)

Punteggio		[*] 0	1	2	3	4	5
Su pe r fi cie	Lunghezza x larghezza	0 cm ²	< 0,3cm ²	da 0,3 a 0,6 cm ²	da 0,7 a 1,0 cm ²	da 1,1 a 2,0 cm ²	da 2,1 a 3,0 cm ²
	Superficie	[*]	6	7	8	9	10
			da 3,1 a 4 cm ²	da 4,1 a 8,0 cm ²	da 8,1 a 12,0cm ²	da 12,1 a 24,0cm ²	>24,0 cm ²
Quantità di essudato		[*] 0	1	2	3		
		Niente	Leggero	Moderato	Forte		
Tipo di tessuto		[*] 0	1	2	3	4	
		Chiuso	Tessuto epiteliale	Tessuto di granulazione	Slough	Tessuto necrotico	TOTALE: _____

5.11 Prevenzione

E' fondamentale un'accurata valutazione clinica obiettiva che deve comprendere anche una valutazione dello stato psico-sociale.

Per una valutazione sistematica del rischio è necessario utilizzare uno strumento validato per la misurazione come la SCALA DI NORTON e/o BRADEN .

Il rischio di LdD deve essere rivalutato periodicamente ad intervalli regolari almeno una volta la settimana e comunque ogni qualvolta si registri una modificazione dello stato di salute del paziente.

L'infermiere, in tutti gli individui a rischio, deve eseguire un'ispezione sistematica della cute, con particolare attenzione per le zone a rischio, allo scopo di individuare i primi segni di sofferenza cutanea: secchezza, eritema, lacerazione, ipertermia, indurimento.

In tutti gli individui a rischio deve essere fatto uno screening del rischio di malnutrizione (rilevazione di altezza, peso corporeo, variazioni ponderali, introito alimentare, comorbidità). Nei soggetti con inadeguato

 ASL Cagliari	SSD Funzioni connesse alle Autorizzazioni e Accreditamento Erogatori Sanitari e Socio-Sanitari Gruppo di lavoro Area Degenza	ASL CAGLIARI
PR-DG-015 pag 21 di 33	Gestione delle Lesioni da Decubito: dalla prevenzione al trattamento	Data: 25/07/2016 Revisione 0

introito di nutrienti devono essere identificati i fattori causali e deve essere fornito un supporto adeguato mediante l'alimentazione o la nutrizione artificiale.

I risultati della valutazione del rischio, dello stato della cute, e del rischio di malnutrizione devono essere documentati (vedi allegati).

- **Prevenzione delle LdD e cura della cute sana**

Ridurre al minimo il riposo a letto durante le ore diurne

Sono necessari programmi di riabilitazione e riattivazione per migliorare la mobilità e l'attività del paziente

La cute deve essere sempre mantenuta pulita ed asciutta

- Utilizzare acqua non troppo calda e detergenti neutri
- Non strofinare e frizionare la cute
- Asciugare accuratamente tamponando
- Dopo la pulizia possono essere utili creme emollienti e idratanti
- **Ridurre al minimo i fattori ambientali sfavorevoli (esposizione al freddo, microclima secco ecc.) che possono causare la disidratazione della pelle.**

Non trascinare mai il paziente sul piano del letto per spostarlo o sollevarlo, è necessario adottare sempre una tecnica corretta con l'ausilio del trapezio o di una traversa

- **Gestione dell'incontinenza e controllo della macerazione cutanea**

L'incontinenza favorisce l'insorgenza e influenza la guarigione delle LdD

La cute deve essere ispezionata, in particolare nella sede perineale, per evidenziare segni di macerazione e dermatite

Ridurre al minimo l'esposizione della cute all'umidità, dovuta a incontinenza, traspirazione cutanea, drenaggio di ferite chirurgiche. Allo scopo sono utili:

- Presidi che assorbono l'umidità, mantenendo asciutta la pelle
- Creme con effetto barriera
- Tecniche ed ausili di continenza (condom)

Il cateterismo è da utilizzare, dietro indicazione medica, solo in casi eccezionali, quando gli altri metodi risultano inefficaci.

La cute va deterisa subito dopo ogni evacuazione e minzione.

Le LdD vanno protette con medicazioni impermeabili all'acqua.

 ASL Cagliari	SSD Funzioni connesse alle Autorizzazioni e Accreditemento Erogatori Sanitari e Socio-Sanitari Gruppo di lavoro Area Degenza	ASL CAGLIARI
PR-DG-015 pag 22 di 33	Gestione delle Lesioni da Decubito: dalla prevenzione al trattamento	Data: 25/07/2016 Revisione 0

- **Protezione dai fattori estrinseci: pressione, attrito e forze di taglio**

Il posizionamento del paziente deve migliorare la stabilità, favorire l'equilibrio e garantire la distribuzione del peso corporeo sulla maggiore superficie d'appoggio possibile.

Il cambio di postura deve essere effettuata almeno ogni due ore, evitando la postura su LdD presenti e assicurando comfort al paziente in considerazione delle condizioni cliniche generali.

Nei pazienti con rischio elevato può essere necessario un cambio posturale più ravvicinato, anche ogni mezz'ora.

La rotazione delle posture deve essere documentata in modo completo sia per le posizioni a letto che in poltrona.

L'utilizzo di materassi antidecubito, cuscini, materiali in gel per proteggere le prominenze ossee non è sostitutivo del cambio posturale.

Nei soggetti allettati e completamente immobili, i talloni devono essere sempre sollevati dal piano del letto mediante un cuscino posizionato sotto la gamba (dalla coscia alla caviglia).

Durante il decubito laterale deve essere mantenuta una posizione a 30°, per evitare pressioni dirette sul trocantere.

Durante il decubito supino, se le condizioni cliniche del paziente lo consentono, la testata del letto deve essere elevata al massimo di 30°.

Nella posizione seduta il paziente deve essere mobilizzato ogni ora o trasferito a letto.

I pazienti collaboranti devono essere istruiti a ridistribuire il peso corporeo ogni 15 minuti

- **Educazione sanitaria**

E' rivolta agli assistiti, ai loro familiari ed ai badanti. Deve comprendere informazioni su:

- Fattori di rischio per LdD
- Valutazione della cute
- Cure igieniche della cute sana
- Utilizzo di ausili per la distribuzione della pressione
- Cambi posturali e Tecniche di posizionamento

 ASLCagliari	SSD Funzioni connesse alle Autorizzazioni e Accreditamento Erogatori Sanitari e Socio-Sanitari Gruppo di lavoro Area Degenza	ASL CAGLIARI
PR-DG-015 pag 23 di 33	Gestione delle Lesioni da Decubito: dalla prevenzione al trattamento	Data: 25/07/2016 Revisione 0

5.12 CURE DOMICILIARI E CONTINUITA' ASSISTENZIALE

Ai pazienti a rischio o portatori di LdD deve essere garantita la continuità assistenziale nel passaggio da un setting di cura ad un altro trasferendo le seguenti informazioni :

Ai pazienti a rischio o portatori di LdD deve essere garantita la continuità assistenziale nel passaggio da un setting di cura ad un altro trasferendo le seguenti informazioni :

1. Stadiazione della lesione secondo scala di valutazione EPUAP;
2. Dimensione (misurare la parte più lunga e più larga della lesione in cm.)
3. Profondità
4. Tunnellizzazioni o aree sotto minate (documentare secondo schema orologio);
5. Tessuto necrotico (descrivere se presente, quantità e colore);
6. Tipo di essudato (sanguinolento- sierosanguinolento-sieroso-purulento-purulento con odore);
7. Quantità di essudato (nessuna-scarso-piccola-moderata- abbondante);
8. Colore della cute circostante (valutare i tessuti entro i 4-5 cm dal margine della ferita);
9. Edema della cute circostante (valutare i tessuti entro i 4-5 cm dal margine della ferita);
10. Tessuto di granulazione;
11. Epitelizzazione
12. Descrizione del tipo di trattamento (detersione, medicazione primaria, medicazione secondaria);
13. Frequenza delle medicazioni

6. VALIDAZIONE

N.A

7. MATERIALI E STRUMENTI UTILIZZATI

- Carrello per medicazioni
- Guanti sterili
- Telino sterile
- Traversine monouso
- Alginati
- Biomateriali
- Carbossimetilcellulosa
- Collagene
- Enzimi
- Film di poliuretano

 ASL Cagliari	SSD Funzioni connesse alle Autorizzazioni e Accreditamento Erogatori Sanitari e Socio-Sanitari Gruppo di lavoro Area Degenza	ASL CAGLIARI
PR-DG-015 pag 24 di 33	Gestione delle Lesioni da Decubito: dalla prevenzione al trattamento	Data: 25/07/2016 Revisione 0

- Idrocolloidi
- Idrogel
- Inibitori/modulatori delle metalloproteasi
- Medicazioni non aderenti
- Schiume di poliuretano
- Dispositivi per la terapia a pressione negativa (vacuum terapia)
- Dispositivi per il debridement
- Detergenti per cute lesa
- Protettivi cutanei
- Bende inestensibili all'ossido di zinco
- Bende orlate varie misure.
- Compresse di garze sterili
- Pinza chirurgica
- Pinza anatomica
- Bisturi
- Siringhe 20 – 30 ml cono luer
- Aghi catetere 19G
- Flessometro
- Contenitore di rifiuti sanitari per taglienti e pungenti

8. RIFERIMENTI NORMATIVI E DOCUMENTALI

- Legge 26 Febbraio 1999, n. 42: "Disposizioni in materia di professioni sanitarie".
- Decreto Ministeriale 14 Settembre 1994, n. 739. "Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere".
- Decreto del Ministero dell'Università e Ricerca Scientifica e Tecnologica del 24 Luglio 1996 "Approvazione Tab. XVIII/ter recante gli ordinamenti didattici universitari" area sanitaria.
- Codice Deontologico dell'Infermiere (approvato dal comitato centrale della Federazione Nazionale Collegio IPASVI nel febbraio 1999).
- D.M 27 Agosto 1999, N.332 Regolamento recante norme per le prestazioni di erogazione e tariffe.
- D.M 31 Maggio 2001, N. 31 Modifica del regolamento recante norme per le prestazioni di assistenza protesica erogabili nell'ambito del SSN.
- DPCM 28 Aprile 2008 allegato 2 A- Principi generali per l'erogazione dei dispositivi medici monouso.

 ASL Cagliari	SSD Funzioni connesse alle Autorizzazioni e Accreditamento Erogatori Sanitari e Socio-Sanitari Gruppo di lavoro Area Degenza	ASL CAGLIARI
PR-DG-015 pag 25 di 33	Gestione delle Lesioni da Decubito: dalla prevenzione al trattamento	Data: 25/07/2016 Revisione 0

1. Royal College of Nursing and National Institute for Health and Clinical Excellence The management of pressure ulcers in primary and secondary care: A Clinical Practice Guideline. www.rcn.org.uk/ Final Version June 2005
2. Linee Guida Prevenzione e trattamento delle lesioni da pressione. Servizio sanitario Regionale Emilia Romagna, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, Policlinico S. Orsola- Malpighi, Febbraio 2010
3. R. Bernabei, E. Manes-Gravina, F. Mammarella Epidemiologia delle piaghe da decubito, G. Gerontologia 2011,59:237-243
4. Cavazza, M.L. Marcaccio, M. Rubinetti La continuità dell'assistenza prima e dopo il ricovero in Ospedale: Le Centrali di Continuità Distrettuali di Bologna da Atti 7° Congresso Nazionale CARD Calabrone (Pisa) 19/21 marzo 2009
5. Linee Guida Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia Programma di prevenzione e trattamento delle lesioni da decubito, Febbraio 2006
6. Registered Nurses' Association of Ontario (2005). Risk assessment and prevention of pressure ulcers. (Revised). Toronto, Canada: Registered Nurses' Association of Ontario.
7. U. Senun, A. Cherubini, D. Maggio, P. Mecocci, Paziente anziano Paziente geriatric. Edises 2010
8. Smith RG. "Enzymatic debridement agents: an evaluation of the medical literature" Ostomy Wound Manage 2008 Aug;54(8):16-43
9. Romanelli M.: "La riparazione tessutale in ambiente umido" (in) M. Monti: "L'ulcera cutanea" Spinger, Milano, 2000:427-432.
10. Mertz PM, Marshall DA, Eaglestein WH. Occlusive dressings to prevent bacterial invasion and wound infection. J Am Acad Dermatol 1985;12:662-668
11. Heyneman A, Beele H, Vanderwee K, Defloor T. "A systematic review of the use of hydrocolloids in the treatment of pressure ulcers" J Clin Nurs 2008 May ; 17 (9) : 1164- 73
12. Pieper B, Langemo D, Cuddigan J. Pressure ulcer pain: a systematic literature review and national pressure ulcer advisory panel white paper. Ostomy Wound Manage. 2009 Feb;55(2):16-31. Review. PMID: 19246782 [PubMed - indexed for MEDLINE]
13. Cucinotta D, Di Giulio Paola, "Le piaghe da decubito nel paziente anziano
14. Bellingeri A, Il Prontuario per la gestione delle lesioni cutanee., 2011-2012.
15. Calosso A, Manuale clinico "Le Lesioni Cutanee" 2004.

 ASL Cagliari	SSD Funzioni connesse alle Autorizzazioni e Accreditamento Erogatori Sanitari e Socio-Sanitari Gruppo di lavoro Area Degenza	ASL CAGLIARI
PR-DG-015 pag 26 di 33	Gestione delle Lesioni da Decubito: dalla prevenzione al trattamento	Data: 25/07/2016 Revisione 0

9. ALLEGATI

Allegato n° 1: Scheda infermieristica per il controllo e la sorveglianza delle lesioni da decubito

Allegato n°2: rilevazione della presenza di LdD ed eventuale trattamento attuato

Allegato n°3: indice di Braden

Allegato n°4: scala di valutazione del dolore

Allegato n°5: scheda per il monitoraggio del dolore

Allegato n°6: Mini Nutritional Assessment

Allegato n° 7: scheda per il trattamento delle lesioni

 ASLCagliari	SSD Funzioni connesse alle Autorizzazioni e Accreditamento Erogatori Sanitari e Socio-Sanitari Gruppo di lavoro Area Degenza	ASL CAGLIARI
PR-DG-015 pag 27 di 33	Gestione delle Lesioni da Decubito: dalla prevenzione al trattamento	Data: 25/07/2016 Revisione 0

Allegato n° 1: Scheda infermieristica per il controllo e la sorveglianza delle lesioni da decubito



ASLCagliari

Cognome e Nome _____
 Data di nascita: _____ Sesso: M F
 U.O.: GERIATRIA Domicilio: _____

SCHEDA INFERMIERISTICA PER IL CONTROLLO E LA SORVEGLIANZA DELLE LESIONI DA DECUBITO (L.d.D.)

SEZIONE 1: Valutazione del grado di rischio di insorgenza di L.d.D. tramite utilizzo della Scala di Norton modificata secondo Nancy A. Stotts

INDICATORI	VARIABILI			
	PUNT. = 1	PUNT. = 2	PUNT. = 3	PUNT. = 4
A. CONDIZIONI GENERALI Liveli di assistenza per ADL, doti relativi a cura igieniche, alimentazione, (Dedicazioni, movimenti).	Pessime Totalmente dipendenti su tutte le ADL.	Scadenti Richiede assistenza per più ADL.	Discrete Necessita di assistenza per alcune ADL.	Buone Abile ad eseguire le proprie ADL.
B. STATO MENTALE Risponde alle domande verbali relative al tempo, spazio e persone in modo soddisfacente e veloce.	Stuporoso. Totalmente disorientato. La risposta può essere lenta o rapida. Il paz. potrebbe essere in stato comatoso.	Confuso Parzialmente orientato nel tempo, spazio, persone. La risposta può essere rapida.	Apatico Orientato nel tempo, spazio e nelle persone; con una ripetizione della domanda.	Lucido Orientato nel tempo, spazio e persone. Risposta rapida.
C. DEAMBULAZIONE Distanza e indipendenza nella deambulazione.	Costretto a letto Confinato a letto per tutte le 24 ore.	Costretto su sedia Cammina o si muove soltanto su sedia.	Cammina con aiuto Deambula fino a quando è affaticato. Richiede l'assistenza di una persona per la deambulazione. Può usare anche un presidio.	Normale Deambula fino a quando è affaticato. Cammina da solo o con l'aiuto di presidio.
D. MOBILITA' Quantità e controllo del movimento di una parte del corpo.	Immobile Non ha indipendenza nel movimento o controllo delle estremità. Richiede assistenza per il movimento di ogni estremità.	Molto limitata Limitata indipendenza ai movimenti e al controllo delle estremità. Richiede una maggior assistenza di un'altra persona. Può o non può usare un presidio.	Moderata, limitata Può usare e controllare le estremità con la minima assistenza di un'altra persona. Può o non può usare un presidio.	Piena Può muovere e controllare le estremità come vuole. Può o non può usare un presidio.
E. INCONTINENZA Valutazione dell'insufficienza del controllo di urine e feci.	Doppia Totale incontinenza di urine e feci.	Abituale urine Incontinenza di urine più di 2 volte/die ma non sempre, e/o feci 2-3 volte/die ma non sempre.	Occasionale Incontinenza di urine 1-2 volte/die e/o feci 1 volta/die.	Assente. Non incontinente di urine e/o feci. Può avere un catetere.

27

Legenda: *alto rischio* = punteggio compreso tra 5 e 9; *rischio* = punteggio compreso tra 10 e 14.

La valutazione del rischio di insorgenza di lesioni da decubito va effettuata sempre all'accoglimento del paziente e ripetuta ogni qualvolta vi siano delle variazioni delle condizioni cliniche del paziente.

Data prima valutazione (accoglimento) ____/____/____ Punt. Tot. ____ Firma _____

Provvedimenti assistenziali adottati:

DATA	FIRMA

Data e punteggio relativo a valutazioni successive:

DATA	PUNT.	FIRMA

 ASL Cagliari	SSD Funzioni connesse alle Autorizzazioni e Accreditamento Erogatori Sanitari e Socio-Sanitari Gruppo di lavoro Area Degenza	ASL CAGLIARI
PR-DG-015 pag 28 di 33	Gestione delle Lesioni da Decubito: dalla prevenzione al trattamento	Data: 25/07/2016 Revisione 0

Allegato n°2: rilevazione della presenza di LdD ed eventuale trattamento attuato

SEZIONE 2: rilevazione della presenza di LdD ed eventuale trattamento attuato

• Al momento dell'accoglimento il paziente presenta una o più LdD? SI NO
In caso di risposta affermativa segnalare nello schema sottostante sede e stadio della lesione.

• Durante la degenza ospedaliera sono insorte delle LdD? SI NO
In caso di risposta affermativa segnalare nello schema sottostante sede, stadio e data di insorgenza della/e lesione/i.

Stadiazione	1° Stadio: eritema feso con cute integra, non reversibile alla digitopressione.									
	2° Stadio: lesione cutanea limitata all'epidermide e/o al derma. La lesione è superficiale (abrasione, vescicola o bolla)									
Sede della lesione	3° Stadio: ferita a tutto spessore con danno o necrosi del tessuto sottocutaneo ma senza attraversarlo. L'ulcera si presenta clinicamente come una profonda cavità che può o non può essere sottominata					4° Stadio: ferita a tutto spessore con estesa distruzione della cute, necrosi tissutale, o danno al muscolo, all'osso o alle strutture di sostegno (tendini, capsule articolari).				
						Escara		Data insorg. LdD		
Nuca										
Scapola										
Trocantere										
Sacro										
Talloni										
Malleolo										
Int.coscia										

Miglioramento: _____

Guarite: _____

Spazio per segnalare la presenza di più di due LdD nella stessa sede: _____

Data	LdD tot								

 ASLCagliari	SSD Funzioni connesse alle Autorizzazioni e Accreditamento Erogatori Sanitari e Socio-Sanitari Gruppo di lavoro Area Degenza	ASL CAGLIARI
PR-DG-015 pag 29 di 33	Gestione delle Lesioni da Decubito: dalla prevenzione al trattamento	Data: 25/07/2016 Revisione 0

Allegato n°3: indice di Braden

INDICATORI	VARIABILI			
	4	3	2	1
PERCEZIONE SENSORIALE Abilità a rispondere in modo corretto alla sensazione di disagio correlata alla pressione.	Non Limitata. Risponde agli ordini verbali. Non ha deficit sensoriale che limiti la capacità di sentire ed esprimere il dolore o il disagio.	Leggermente Limitata. Risponde agli ordini verbali ma non può comunicare sempre il suo disagio o il bisogno di cambiare posizione. O Ha impedimento al sensorio che limita la capacità di avvertire il dolore o il disagio in 1 o 2 estremità.	Molto Limitata. Risponde solo agli stimoli dolorosi. Non può comunicare il proprio disagio se non gemendo o agitandosi. O Ha impedimento al sensorio che limita la percezione del dolore o disagio almeno per la metà del corpo.	Completamente Limitata. Non vi è risposta (non geme, non si contrae o afferra)allo stimolo doloroso, a causa del diminuito livello di coscienza od alla sedazione. O Limitata capacità di percepire dolore in molte zone del corpo.
UMIDITA' Grado di esposizione della pelle all'umidità	Raramente Bagnato. La pelle è abitualmente asciutta. Le lenzuola sono cambiate ad intervalli di routine.	Occasionalmente Bagnato. La pelle è occasionalmente umida, richiede un cambio di lenzuola extra 1 volta al giorno.	Spesso Bagnato. Pelle sovente ma non sempre umida. Le lenzuola devono essere cambiate almeno 1 volta per turno.	Costantemente Bagnato. La pelle è mantenuta costantemente umida dalla traspirazione, dall'urina, ecc. Ogni volta che il paziente si muove o si gira lo si trova sempre bagnato.
ATTIVITA' Grado di attività fisica.	Cammina Frequentemente. Cammina al di fuori della camera almeno due volte al giorno e dentro la camera 1 volta ogni due ore (al di fuori delle ore del riposo).	Cammina Occasionalmente. Cammina occasionalmente durante il giorno ma per brevi distanze con o senza aiuto. Trascorre la maggior parte di ogni turno a letto o sulla sedia.	In Poltrona. Capacità di camminare severamente limitata o inesistente. Non mantiene la posizione eretta e/o deve essere assistito nello spostamento sulla sedia o sulla sedia a rotelle.	Completamente Allettato. Costretto a letto.
MOBILITA' Capacità di cambiare e di controllare le posizioni del corpo.	Limitazioni assenti. Si sposta frequentemente e senza assistenza.	Parzialmente Limitata. Cambia frequentemente la posizione con minimi spostamenti del corpo.	Molto Limitata. Cambia occasionalmente posizione del corpo o delle estremità, ma è incapace di fare frequenti o significativi cambiamenti di posizione senza aiuto.	Completamente Inmobile. Non può fare alcun cambiamento di posizione senza assistenza.
NUTRIZIONE Assunzione usuale di cibo.	Eccellente. Mangia la maggior parte del cibo. Non rifiuta mai un pasto. Talvolta mangia tra i pasti. Non necessita di integratori.	Adeguata. Mangia più della metà dei pasti, 4 porzioni o più di proteine al giorno. Usualmente assume integratori. O Si alimenta artificialmente con TPN, assumendo il quantitativo nutrizionale necessario.	Probabilmente Inadeguata. Raramente mangia un pasto completo, generalmente mangia la metà dei cibi offerti. Le proteine assunte includono 3 porzioni di carne o latticini al giorno, occasionalmente integratori alimentari. O Riceve meno quantità ottimale di dieta liquida o enterale (con sondino).	Molto Povera. Non mangia mai un pasto completo. Raramente mangia più di 1/3 di qualsiasi cibo offerto. 2 o meno porzioni di proteine al giorno. Assume pochi liquidi e nessun integratore. O E' a digiuno o mantenuto con fleboclisi o beve bevande per più di 5 giorni.
FRIZIONE E SCIVOLAMENTO		Senza Problemi Apparenti. Si sposta nel letto e sulla sedia in modo autonomo ed ha sufficiente forza muscolare per sollevarsi completamente durante i movimenti.	Problema Potenziale. Si muove poco e necessita di assistenza minima. Durante lo spostamento la cute fa attrito con le lenzuola o con il piano della poltrona, occasionalmente può scivolare.	Problema. Richiede da una moderata ad una massima assistenza nei movimenti. Frequentemente scivola nel letto o nella poltrona. Frequentemente richiede riposizionamenti con la massima assistenza. Sono presenti spasticità, contratture, agitazione, che causano costante attrito contro il piano del letto o della poltrona.

Tab. 3 - Indice di Braden

 ASL Cagliari	SSD Funzioni connesse alle Autorizzazioni e Accreditamento Erogatori Sanitari e Socio-Sanitari Gruppo di lavoro Area Degenza	ASL CAGLIARI
PR-DG-015 pag 30 di 33	Gestione delle Lesioni da Decubito: dalla prevenzione al trattamento	Data: 25/07/2016 Revisione 0

Allegato n°4: scala di valutazione del dolore

Cognome _____ Nome _____

SCHEDA PER LA VALUTAZIONE DEL DOLORE

ALL'INGRESSO IL PAZIENTE RIFERISCE DOLORE no si
 Scala soggettiva di valutazione del dolore: (assenza dolore) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (dolore insopportabile)
 Localizzazione _____
 Durata _____ Tipo acuto cronico altro _____
 Frequenza continuo ricorrente intermittente
 Interferenza con movimento sonno attività lavorativa altro _____
 Farmaci già assunti per il dolore _____

Pain Assessment IN Advanced Dementia – PAINAD - Warden, Hurley, Voliccr - 2001

	0	1	2	Punteggio
Respirazione Indipendentemente dalla vocalizzazione	Normale	Occasionale respiro affannoso. Brevi periodi iperventilazione	Respiro affannoso e rumoroso. Lunghi periodi di iperventilazione. R. di Cheyne-Stokes	
Vocalizzazione negativa	Nessuno	Gemiti o lamenti occasionalmente	Chiama o urla ripetutamente in modo agitato, profondi gemiti o lamenti, grida Smorfie facciali	
Espressione facciale	Sorridente, o inespressiva	Triste, spaventata, accigliata	Rigido, pugni serrati, ginocchia accovacciate. Si allontana o respinge violentemente	
Linguaggio del corpo	Rilassato	Teso, andatura sofferente. Irrequieto	Impossibile da consolare, distrarre o rassicurare	
Consolabilità	Non necessita di essere consolato	Distratto o rassicurato dalla voce o dal tatto		
				TOTALE

30

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nessun dolore	Dolore lieve	Dolore moderato	Dolore moderatamente severo	Dolore severo	Dolore massimo
					
Serio, non scherza	Aggrotta la fronte, serra le labbra, trattiene il respiro	Naso corrugato, labbro superiore sollevato, respira accelerato	Sbatte lentamente le palpebre, apre la bocca	Tiene gli occhi chiusi, si lamenta, piange	
Dolore trascurabile	Dolore che interferisce con le attività	Dolore che interferisce con la concentrazione	Dolore che interferisce con la necessità primarie	Dolore che costringe all'allettamento	

Data _____ Firma _____

 ASLCagliari	SSD Funzioni connesse alle Autorizzazioni e Accreditamento Erogatori Sanitari e Socio-Sanitari Gruppo di lavoro Area Degenza	ASL CAGLIARI
PR-DG-015 pag 32 di 33	Gestione delle Lesioni da Decubito: dalla prevenzione al trattamento	Data: 25/07/2016 Revisione 0

Allegato n°6: Mini Nutritional Assessment

MINI NUTRITIONAL ASSESSMENT – (MNA)*

A) Valutazione Antropometrica

1) Indice di massa corporea (BMI = $\frac{\text{peso}}{\text{altezza}^2}$ [Kg / m ²])	0 BMI < 19	1 BMI = 19-20	2 BMI = 21-22	3 BMI ≥ 23
2) Circonferenza metà braccio (MAC) in cm	0 MAC < 21	0.5 MAC ≤ 22	1 MAC > 22	
3) Circonferenza polpaccio (CC) in cm	0 CC < 31	1 CC ≥ 31		
4) Perdita recente di peso (ultimi 3 mesi)	0 > 3 Kg	1 non nota	2 fra 1-3 Kg	3 No perdita

B) Valutazione Generale

5) Vive indipendentemente?	0 = no	1 = si		
6) Assume più di 3 farmaci/die?	0 = si	1 = no		
7) Ha sofferto di stress psicologici o malattie acute? (ultimi 3 mesi)	0 = si	2 = no		
8) Piaghe da decubito	0 = si	1 = no		
9) Mobilità	0 a letto o carrozzina	1 si può alzare	2 non ha problemi	
10) Problemi neuropsicologici (Demenza o depressione)?	0 grave	1 lieve	2 Nessuno	

C) Valutazione Alimentare

11) Quanti pasti completi consuma al giorno?	0 1 pasto	1 2 pasti	2 3 pasti
12) Consuma: Legenda: si contano i numeri di SI 1 SI = 0 2 SI = 0.5 3 SI = 1	A almeno 1 pasto al giorno con latticini? SI NO	1 o 2 volte a settimana uova o legumi? SI NO	Mangia tutti i giorni carne o pesce? SI NO
13) Consuma almeno 2 volte al giorno frutta o verdura?	0 = no	1 = si	
14) L'appetito si è ridotto negli ultimi 3 mesi per vari motivi?	0 notevole riduzione	1 moderata riduzione	2 nessuna variazione
15) Quanti liquidi assume al giorno?	0 < 5 bicchieri	0.5 5-9 bicchieri	1 > 9 bicchieri
16) Come mangia?	0 con assistenza	1 con difficoltà ma da solo	2 da solo

D) Autovalutazione

17) Il paziente ritiene di avere problemi nutrizionali?	0 si	1 non lo sa, forse	2 no
18) In confronto ai suoi coetanei come considera il suo stato di salute?	0 meno buono	0.5 non lo sa	1 abbastanza buono
			2 migliore
Punteggio: ≥ 24 = ben nutrito, 17-23.5 = a rischio, < 17 = malnutrito			
			TOTALE (max 30 punti)

* Vellas B et al. The Mini Nutritional Assessment (MNA) and its use in grading the nutritional state of elderly patients. Nutrition 1999; 15: 116-23.

Normogramma per il calcolo dell'altezza al ginocchio	Uomo 18-24 anni 1.64 1.65 1.66 1.67 1.68 1.69 1.70 1.71 1.72 1.73 1.74 1.75 1.76 1.77 1.78 1.79 1.80 1.81 1.82 1.83 1.84 1.85 1.86 1.87 1.88 1.89 1.90 1.91 1.92 1.93 1.94 1.95 1.96 1.97 1.98 1.99 2.00 2.01 2.02 2.03 2.04 2.05 2.06 2.07 2.08 2.09 2.10 2.11 2.12 2.13 2.14 2.15 2.16 2.17 2.18 2.19 2.20 2.21 2.22 2.23 2.24 2.25 2.26 2.27 2.28 2.29 2.30 2.31 2.32 2.33 2.34 2.35 2.36 2.37 2.38 2.39 2.40 2.41 2.42 2.43 2.44 2.45 2.46 2.47 2.48 2.49 2.50 2.51 2.52 2.53 2.54 2.55 2.56 2.57 2.58 2.59 2.60 2.61 2.62 2.63 2.64 2.65 2.66 2.67 2.68 2.69 2.70 2.71 2.72 2.73 2.74 2.75 2.76 2.77 2.78 2.79 2.80 2.81 2.82 2.83 2.84 2.85 2.86 2.87 2.88 2.89 2.90 2.91 2.92 2.93 2.94 2.95 2.96 2.97 2.98 2.99 3.00 3.01 3.02 3.03 3.04 3.05 3.06 3.07 3.08 3.09 3.10 3.11 3.12 3.13 3.14 3.15 3.16 3.17 3.18 3.19 3.20 3.21 3.22 3.23 3.24 3.25 3.26 3.27 3.28 3.29 3.30 3.31 3.32 3.33 3.34 3.35 3.36 3.37 3.38 3.39 3.40 3.41 3.42 3.43 3.44 3.45 3.46 3.47 3.48 3.49 3.50 3.51 3.52 3.53 3.54 3.55 3.56 3.57 3.58 3.59 3.60 3.61 3.62 3.63 3.64 3.65 3.66 3.67 3.68 3.69 3.70 3.71 3.72 3.73 3.74 3.75 3.76 3.77 3.78 3.79 3.80 3.81 3.82 3.83 3.84 3.85 3.86 3.87 3.88 3.89 3.90 3.91 3.92 3.93 3.94 3.95 3.96 3.97 3.98 3.99 4.00 4.01 4.02 4.03 4.04 4.05 4.06 4.07 4.08 4.09 4.10 4.11 4.12 4.13 4.14 4.15 4.16 4.17 4.18 4.19 4.20 4.21 4.22 4.23 4.24 4.25 4.26 4.27 4.28 4.29 4.30 4.31 4.32 4.33 4.34 4.35 4.36 4.37 4.38 4.39 4.40 4.41 4.42 4.43 4.44 4.45 4.46 4.47 4.48 4.49 4.50 4.51 4.52 4.53 4.54 4.55 4.56 4.57 4.58 4.59 4.60 4.61 4.62 4.63 4.64 4.65 4.66 4.67 4.68 4.69 4.70 4.71 4.72 4.73 4.74 4.75 4.76 4.77 4.78 4.79 4.80 4.81 4.82 4.83 4.84 4.85 4.86 4.87 4.88 4.89 4.90 4.91 4.92 4.93 4.94 4.95 4.96 4.97 4.98 4.99 5.00 5.01 5.02 5.03 5.04 5.05 5.06 5.07 5.08 5.09 5.10 5.11 5.12 5.13 5.14 5.15 5.16 5.17 5.18 5.19 5.20 5.21 5.22 5.23 5.24 5.25 5.26 5.27 5.28 5.29 5.30 5.31 5.32 5.33 5.34 5.35 5.36 5.37 5.38 5.39 5.40 5.41 5.42 5.43 5.44 5.45 5.46 5.47 5.48 5.49 5.50 5.51 5.52 5.53 5.54 5.55 5.56 5.57 5.58 5.59 5.60 5.61 5.62 5.63 5.64 5.65 5.66 5.67 5.68 5.69 5.70 5.71 5.72 5.73 5.74 5.75 5.76 5.77 5.78 5.79 5.80 5.81 5.82 5.83 5.84 5.85 5.86 5.87 5.88 5.89 5.90 5.91 5.92 5.93 5.94 5.95 5.96 5.97 5.98 5.99 6.00 6.01 6.02 6.03 6.04 6.05 6.06 6.07 6.08 6.09 6.10 6.11 6.12 6.13 6.14 6.15 6.16 6.17 6.18 6.19 6.20 6.21 6.22 6.23 6.24 6.25 6.26 6.27 6.28 6.29 6.30 6.31 6.32 6.33 6.34 6.35 6.36 6.37 6.38 6.39 6.40 6.41 6.42 6.43 6.44 6.45 6.46 6.47 6.48 6.49 6.50 6.51 6.52 6.53 6.54 6.55 6.56 6.57 6.58 6.59 6.60 6.61 6.62 6.63 6.64 6.65 6.66 6.67 6.68 6.69 6.70 6.71 6.72 6.73 6.74 6.75 6.76 6.77 6.78 6.79 6.80 6.81 6.82 6.83 6.84 6.85 6.86 6.87 6.88 6.89 6.90 6.91 6.92 6.93 6.94 6.95 6.96 6.97 6.98 6.99 7.00 7.01 7.02 7.03 7.04 7.05 7.06 7.07 7.08 7.09 7.10 7.11 7.12 7.13 7.14 7.15 7.16 7.17 7.18 7.19 7.20 7.21 7.22 7.23 7.24 7.25 7.26 7.27 7.28 7.29 7.30 7.31 7.32 7.33 7.34 7.35 7.36 7.37 7.38 7.39 7.40 7.41 7.42 7.43 7.44 7.45 7.46 7.47 7.48 7.49 7.50 7.51 7.52 7.53 7.54 7.55 7.56 7.57 7.58 7.59 7.60 7.61 7.62 7.63 7.64 7.65 7.66 7.67 7.68 7.69 7.70 7.71 7.72 7.73 7.74 7.75 7.76 7.77 7.78 7.79 7.80 7.81 7.82 7.83 7.84 7.85 7.86 7.87 7.88 7.89 7.90 7.91 7.92 7.93 7.94 7.95 7.96 7.97 7.98 7.99 8.00 8.01 8.02 8.03 8.04 8.05 8.06 8.07 8.08 8.09 8.10 8.11 8.12 8.13 8.14 8.15 8.16 8.17 8.18 8.19 8.20 8.21 8.22 8.23 8.24 8.25 8.26 8.27 8.28 8.29 8.30 8.31 8.32 8.33 8.34 8.35 8.36 8.37 8.38 8.39 8.40 8.41 8.42 8.43 8.44 8.45 8.46 8.47 8.48 8.49 8.50 8.51 8.52 8.53 8.54 8.55 8.56 8.57 8.58 8.59 8.60 8.61 8.62 8.63 8.64 8.65 8.66 8.67 8.68 8.69 8.70 8.71 8.72 8.73 8.74 8.75 8.76 8.77 8.78 8.79 8.80 8.81 8.82 8.83 8.84 8.85 8.86 8.87 8.88 8.89 8.90 8.91 8.92 8.93 8.94 8.95 8.96 8.97 8.98 8.99 9.00 9.01 9.02 9.03 9.04 9.05 9.06 9.07 9.08 9.09 9.10 9.11 9.12 9.13 9.14 9.15 9.16 9.17 9.18 9.19 9.20 9.21 9.22 9.23 9.24 9.25 9.26 9.27 9.28 9.29 9.30 9.31 9.32 9.33 9.34 9.35 9.36 9.37 9.38 9.39 9.40 9.41 9.42 9.43 9.44 9.45 9.46 9.47 9.48 9.49 9.50 9.51 9.52 9.53 9.54 9.55 9.56 9.57 9.58 9.59 9.60 9.61 9.62 9.63 9.64 9.65 9.66 9.67 9.68 9.69 9.70 9.71 9.72 9.73 9.74 9.75 9.76 9.77 9.78 9.79 9.80 9.81 9.82 9.83 9.84 9.85 9.86 9.87 9.88 9.89 9.90 9.91 9.92 9.93 9.94 9.95 9.96 9.97 9.98 9.99 10.00 10.01 10.02 10.03 10.04 10.05 10.06 10.07 10.08 10.09 10.10 10.11 10.12 10.13 10.14 10.15 10.16 10.17 10.18 10.19 10.20 10.21 10.22 10.23 10.24 10.25 10.26 10.27 10.28 10.29 10.30 10.31 10.32 10.33 10.34 10.35 10.36 10.37 10.38 10.39 10.40 10.41 10.42 10.43 10.44 10.45 10.46 10.47 10.48 10.49 10.50 10.51 10.52 10.53 10.54 10.55 10.56 10.57 10.58 10.59 10.60 10.61 10.62 10.63 10.64 10.65 10.66 10.67 10.68 10.69 10.70 10.71 10.72 10.73 10.74 10.75 10.76 10.77 10.78 10.79 10.80 10.81 10.82 10.83 10.84 10.85 10.86 10.87 10.88 10.89 10.90 10.91 10.92 10.93 10.94 10.95 10.96 10.97 10.98 10.99 11.00 11.01 11.02 11.03 11.04 11.05 11.06 11.07 11.08 11.09 11.10 11.11 11.12 11.13 11.14 11.15 11.16 11.17 11.18 11.19 11.20 11.21 11.22 11.23 11.24 11.25 11.26 11.27 11.28 11.29 11.30 11.31 11.32 11.33 11.34 11.35 11.36 11.37 11.38 11.39 11.40 11.41 11.42 11.43 11.44 11.45 11.46 11.47 11.48 11.49 11.50 11.51 11.52 11.53 11.54 11.55 11.56 11.57 11.58 11.59 11.60 11.61 11.62 11.63 11.64 11.65 11.66 11.67 11.68 11.69 11.70 11.71 11.72 11.73 11.74 11.75 11.76 11.77 11.78 11.79 11.80 11.81 11.82 11.83 11.84 11.85 11.86 11.87 11.88 11.89 11.90 11.91 11.92 11.93 11.94 11.95 11.96 11.97 11.98 11.99 12.00 12.01 12.02 12.03 12.04 12.05 12.06 12.07 12.08 12.09 12.10 12.11 12.12 12.13 12.14 12.15 12.16 12.17 12.18 12.19 12.20 12.21 12.22 12.23 12.24 12.25 12.26 12.27 12.28 12.29 12.30 12.31 12.32 12.33 12.34 12.35 12.36 12.37 12.38 12.39 12.40 12.41 12.42 12.43 12.44 12.45 12.46 12.47 12.48 12.49 12.50 12.51 12.52 12.53 12.54 12.55 12.56 12.57 12.58 12.59 12.60 12.61 12.62 12.63 12.64 12.65 12.66 12.67 12.68 12.69 12.70 12.71 12.72 12.73 12.74 12.75 12.76 12.77 12.78 12.79 12.80 12.81 12.82 12.83 12.84 12.85 12.86 12.87 12.88 12.89 12.90 12.91 12.92 12.93 12.94 12.95 12.96 12.97 12.98 12.99 13.00 13.01 13.02 13.03 13.04 13.05 13.06 13.07 13.08 13.09 13.10 13.11 13.12 13.13 13.14 13.15 13.16 13.17 13.18 13.19 13.20 13.21 13.22 13.23 13.24 13.25 13.26 13.27 13.28 13.29 13.30 13.31 13.32 13.33 13.34 13.35 13.36 13.37 13.38 13.39 13.40 13.41 13.42 13.43 13.44 13.45 13.46 13.47 13.48 13.49 13.50 13.51 13.52 13.53 13.54 13.55 13.56 13.57 13.58 13.59 13.60 13.61 13.62 13.63 13.64 13.65 13.66 13.67 13.68 13.69 13.70 13.71 13.72 13.73 13.74 13.75 13.76 13.77 13.78 13.79 13.80 13.81 13.82 13.83 13.84 13.85 13.86 13.87 13.88 13.89 13.90 13.91 13.92 13.93 13.94 13.95 13.96 13.97 13.98 13.99 14.00 14.01 14.02 14.03 14.04 14.05 14.06 14.07 14.08 14.09 14.10 14.11 14.12 14.13 14.14 14.15 14.16 14.17 14.18 14.19 14.20 14.21 14.22 14.23 14.24 14.25 14.26 14.27 14.28 14.29 14.30 14.31 14.32 14.33 14.34 14.35 14.36 14.37 14.38 14.39 14.40 14.41 14.42 14.43 14.44 14.45 14.46 14.47 14.48 14.49 14.50 14.51 14.52 14.53 14.54 14.55 14.56 14.57 14.58 14.59 14.60 14.61 14.62 14.63 14.64 14.65 14.66 14.67 14.68 14.69 14.70 14.71 14.72 14.73 14.74 14.75 14.76 14.77 14.78 14.79 14.80 14.81 14.82 14.83 14.84 14.85 14.86 14.87 14.88 14.89 14.90 14.91 14.92 14.93 14.94 14.95 14.96 14.97 14.98 14.99 15.00 15.01 15.02 15.03 15.04 15.05 15.06 15.07 15.08 15.09 15.10 15.11 15.12 15.13 15.14 15.15 1
---	--

 ASLCagliari	SSD Funzioni connesse alle Autorizzazioni e Accreditamento Erogatori Sanitari e Socio-Sanitari Gruppo di lavoro Area Degenza	ASL CAGLIARI
PR-DG-015 pag 33 di 33	Gestione delle Lesioni da Decubito: dalla prevenzione al trattamento	Data: 25/07/2016 Revisione 0

Allegato n° 7: scheda per il trattamento delle lesioni



Data	Tipo di miscela	m/l/n	Durata	Ora inizio	Ora fine	Firma (medico / IP)
Lavaggi programmati _____ ml ogni _____ ore						
Altri lavaggi						
Ristagno	ore _____ : ml _____					
Data	Tipo di miscela	ml/h	Durata	Ora inizio	Ora fine	Firma (medico / I)
Lavaggi programmati _____ ml ogni _____ ore						
Altri lavaggi						
Ristagno	ore _____ : ml _____					
Data	Tipo di miscela	ml/h	Durata	Ora inizio	Ora fine	Firma (medico / I)
Lavaggi programmati _____ ml ogni _____ ore						
Altri lavaggi						
Ristagno	ore _____ : ml _____					