

<p>AORN V. Monaldi</p> 	<p>Prevenzione delle Lesioni da Pressione</p>	<p>Data di emissione 23/07/2007</p> <p>Revisione n. 0 del</p>
--	---	---

<p>Tipo di Documento</p>	<p>Procedura assistenziale</p>
--------------------------	--------------------------------

<p>Elaborazione</p>	<p>GOIO</p>	<p>Gruppo di Lavoro: S. Salvati, E. Fenicia, A. Rispo, V. Crivaro</p>
---------------------	-------------	---

Contenuti:

Compiti e Responsabilità  
 Definizione e Fattori di Rischio  
 Aree di Intervento  
     Identificazione del paziente a rischio  
     Gestione del paziente a rischio  
 Riferimenti Bibliografici  
 Allegato

<p>Approvazione</p>	<p>CIO</p>	<p>Data 25/07/2007</p>
---------------------	------------	------------------------

<p>Diffusione</p>	<p>Tutti i reparti</p>	<p>Data 26/07/2007</p>
-------------------	------------------------	------------------------

<p>Verifica Applicazione</p>	<p>Responsabilità: Direttore U.O. e Caposala U.O.</p>
------------------------------	---

<p>AORN V. Monaldi</p> 	<p>Prevenzione delle Lesioni da Pressione</p>	<p>Data di emissione 23/07/2007</p> <p>Revisione n. 0 del</p>
--	---	---

## Compiti e Responsabilità

L'applicazione della seguente procedura deve avvenire in maniera sistematica da parte di tutto il personale sanitario che presta assistenza ai pazienti a rischio di sviluppo di lesioni da pressione.

Il Direttore dell'U.O. e il Coordinatore Infermieristico (Caposala) devono assicurare che il personale dell'U.O. si attenga alle disposizioni contenute nel documento.

	Medico	Caposala	Infermiere	OSS
Approvvigionamento materiale		R		
Controllo della procedura		R		
Valutazione del rischio	R		R/C	
Educazione del Paziente			R	C
Igiene Personale:				
Paziente con assenza di lesioni				R
Paziente con lesioni presenti			R	C
Nutrizione:				
Valutazione stato nutrizionale	R		R/C	
Definizione dieta	R			
Somministrazione pasto				R
Somministrazione alimentazione entrale/parenterale			R	C
Mobilizzazione			R	C
Riduzione della compressione	R		R	

## Definizione e Fattori di Rischio

Per ulcera o lesione da pressione si intende una lesione tissutale ad evoluzione necrotica che interessa la cute, il derma e gli strati sottocutanei, fino a raggiungere, nei casi più gravi, il muscolo, la cartilagine e l'osso.

Il fenomeno è causato da una prolungata e/o eccessiva pressione esercitata tra piano d'appoggio e superficie ossea, tale da provocare uno stress meccanico sui tessuti ed un'alterazione della circolazione ematica locale. Clinicamente le lesioni si osservano in sedi particolarmente predisposte, come le prominenze ossee, ed insorgono in seguito al decubito prolungato in posizione obbligata. Sono favorite da fattori sistemici (età, malnutrizione, obesità, patologie cardiovascolari e respiratorie, immunodepressione, riduzione della mobilità) e locali (stress meccanici: compressione, stiramento, frizione).

## Aree di Intervento

L'attuazione delle principali strategie finalizzate alla prevenzione dell'insorgenza delle lesioni da pressione e/o del loro aggravamento si realizza attraverso:

- Identificazione del paziente a rischio
- Gestione del paziente a rischio:
  - A) igiene personale
  - B) nutrizione
  - C) mobilizzazione e posizionamento
  - D) riduzione della compressione

<p>AORN V. Monaldi</p> 	<p>Prevenzione delle Lesioni da Pressione</p>	<p>Data di emissione 23/07/2007</p> <p>Revisione n. 0 del</p>
--	---	---

### Identificazione del paziente a rischio

La misurazione del rischio dei pazienti di sviluppare lesioni da decubito è il primo passo da compiere per una corretta pianificazione degli interventi di prevenzione. Tale misurazione va effettuata al momento del ricovero e successivamente, durante il periodo di degenza, con frequenza settimanale. Si raccomanda di effettuare la valutazione del rischio utilizzando una metodologia validata, quale la scala di valutazione riportata nell'Allegato 1.

RISCHIO BASSO	RISCHIO MEDIO	RISCHIO ELEVATO
1. Educazione sanitaria	1. Educazione sanitaria	1. Educazione sanitaria
2. Cura dell'igiene personale	2. Cura dell'igiene personale	2. Cura dell'igiene personale
3. Adeguato supporto nutrizionale	3. Adeguato supporto nutrizionale	3. Adeguato supporto nutrizionale
	4. Mobilizzazione e dispositivi antidecubito a bassa tecnologia.	4. Mobilizzazione e dispositivi antidecubito ad alta tecnologia.

### Gestione del paziente a rischio

- Educare il paziente circa le misure preventive da adottare, affinché egli stesso, ove possibile, collabori con gli operatori sanitari.
- All'atto della dimissione, per i pazienti ad alto rischio, predisporre una nota di istruzione per la gestione al domicilio.

#### *Igiene Personale*

- osservare quotidianamente le condizioni della cute del paziente, in particolare in corrispondenza delle zone a rischio;
- effettuare quotidianamente l'igiene personale del paziente con detergenti debolmente acidi non irritanti, in particolare dopo ogni evacuazione;
- asciugare per tamponamento;
- in presenza di cute secca applicare olii protettivi o creme idratanti ed emollienti; l'utilizzo di paste a base di ossido di zinco (disponibili su richiesta del reparto presso il laboratorio di galenica della UOC Farmacia) può rivelarsi utile esclusivamente se vi è rischio di macerazione come nei casi di incontinenza;
- in caso di pazienti incontinenti, scegliere l'idoneo presidio ad assorbenza in base al peso ed alla circonferenza vita del paziente;
- tenere le lenzuola ed eventuali traverse in TNT pulite e ben tese.

#### *Nutrizione*

- valutare lo stato nutrizionale del paziente (BMI, stato di idratazione, bilancio azotato, albuminemia, eventuali patologie correlate ad un alterato stato nutrizionale) all'ingresso ed instaurare l'idonea terapia dietetica;
- valutare lo stato nutrizionale del paziente durante il ricovero con frequenza settimanale;
- effettuare la valutazione dei nutrienti realmente introdotti: monitorare l'assunzione dei pasti, registrare gli apporti calorici dell'alimentazione entrale e parenterale;
- fornire assistenza al pasto ove necessario.

<p>AORN V. Monaldi</p> 	<p>Prevenzione delle Lesioni da Pressione</p>	<p>Data di emissione 23/07/2007</p> <p>Revisione n. 0 del</p>
--	---	---

### *Mobilizzazione e Posizionamento*

La postura indicata per il paziente allettato, oltre a ridurre i punti di pressione, deve essere confortevole e garantire un corretto allineamento delle articolazioni, per evitare contratture, anchilosi e, quindi, dolore.

- nei cambi di postura ricercare la collaborazione del paziente;
- ad ogni cambio di postura sorvegliare la cute delle zone a rischio, sopra le sporgenze ossee, per riconoscere precocemente le zone di arrossamento;
- cambiare la postura ogni 2 ore alternando le posizioni:

#### 1. *POSIZIONE SUPINA:*

- arti superiori: allineati lungo i fianchi o leggermente abdotti e flessi in avanti, appoggiati su un cuscino, mano aperta;
- arti inferiori: divaricati, anche e ginocchia estese, piedi ad angolo retto. Se il paziente è ad alto rischio possono essere posizionati cuscini sotto gli arti inferiori, per sollevare i talloni.

Se si vuole mantenere il paziente in posizione semiseduta, il sollevamento della testiera del letto non deve superare i 30°, al fine di evitare forze aggiuntive di taglio nei tessuti profondi causate dallo scivolamento verso il basso; se la testiera viene sollevata oltre i 30° dovranno essere sollevati anche gli arti inferiori, per contrastare lo scivolamento.

Quando si mobilizza un paziente dalla posizione supina, si devono ispezionare i talloni e la zona sacro/glutea. Nei soggetti totalmente immobili si dovranno ispezionare anche le altre zone di appoggio, cioè le scapole, i gomiti e l'occipite.



#### 2. *POSIZIONE OBLIQUA* destra e sinistra:

- evitare la posizione sul fianco a 90° per l'alto rischio di lesione nella zona trocanterica e preferire le posizioni obliqua a 30° anteriore e posteriore;
- spalla e scapola sottostante vanno appoggiate al letto;
- posizionare il braccio sottostante sul piano del letto, sia esteso che a gomito flesso; il braccio che rimane sopra deve essere appoggiato su un cuscino, in modo che la spalla sia leggermente aperta;
- appoggiare la schiena su un cuscino ripiegato;
- posizionare la gamba che rimane sul piano del letto in lieve estensione all'indietro, per migliorare la stabilità del paziente, il ginocchio lievemente flesso, il piede ad angolo retto. L'altra gamba, che rimane sopra, va appoggiata su un cuscino, flessa all'anca e al ginocchio, piede ad angolo retto.

Quando il paziente viene spostato da questa posizione si devono ispezionare la zona del trocantere e quella del malleolo; nei pazienti ad alto rischio anche la zona dell'orecchio.

<p>AORN V. Monaldi</p> 	<p>Prevenzione delle Lesioni da Pressione</p>	<p>Data di emissione 23/07/2007</p> <p>Revisione n. 0 del</p>
--	---	---



### 3. *POSIZIONE PRONA:*

ove possibile insistere affinché le persone mantengano questa posizione, anche se per breve tempo, in quanto assicura un completo scarico della zona sacrale e dei calcagni e contrasta la rigidità in flessione delle anche e delle ginocchia;

- ruotare il capo dolcemente su un lato;
- arti superiori: possono essere allineati entrambi lungo i fianchi, oppure uno dei due può essere flesso verso l'alto.

Sotto il paziente devono essere posizionati cuscini che permettano di ottenere uno spazio per i genitali maschili, o per le mammelle: i cuscini saranno lievemente distanziati, anche alle ginocchia, per permettere lo scarico delle rotule. I piedi devono essere posizionati oltre il bordo del materasso a 90°.



### *Riduzione della Compressione*

- utilizzare dispositivi antidecubito nei pazienti a rischio moderato/alto secondo le indicazioni fornite dalla Ditta fornitrice (dispositivi idrocellulari non adesivi in schiuma di poliuretano, tipo Allevyn Heel/ BIATAIN Medicazione in schiuma adesiva e non adesiva; materassi e cuscini ad aria/in gommapiuma/in fibra/con supporto in gel).

### **Riferimenti Bibliografici**

- R. Pasqualini, C. Mussi, G. Salvioi Linee guida per la prevenzione e la terapia delle lesioni da decubito (articolo tratto da "Giornale di Gerontologia – SIGG")
- Linee guida di prevenzione delle ulcere da pressione - European Pressure Ulcer Advisory Panel, edizione italiana, 2000
- Paola di Giulio "Quali le novità per la prevenzione ed il trattamento delle lesioni da decubito?" Giornale italiano di farmacia clinica 14.04.2000;

<p>AORN V. Monaldi</p> 	<p>Prevenzione delle Lesioni da Pressione</p>	<p>Data di emissione 23/07/2007</p> <p>Revisione n. 0 del</p>
--	---	---

## ALLEGATO 1

### Scala di Exton-Smith

Stato fisico		Stato mentale		Deambulazione		Motilità		Incontinenza	
Pessimo	1	Stuporoso	1	Allettato	1	Immobilità	1	Doppia	1
Scadente	2	Confuso	2	In carrozzina	2	Molto limitata	2	Abituale	2
Discreto	3	Apatico	3	Con aiuto	3	Leggermente limitata	3	Occasionale	3
Buono	4	Lucido	4	Normale	4	Normale	4	Assente	4
<b>PUNTEGGIO MASSIMO RIPORTATO</b>				<b>Ingresso</b>		<b>Periodo di Degenza</b>		<b>Risultato finale</b>	

#### Interpretazione dei Risultati

Punteggio compreso tra 16 e 20: Rischio Basso

Punteggio compreso tra 12 e 15: Rischio Medio

Punteggio inferiore a 12: Rischio Elevato