



REGIONE AUTONOMA  
FRIULI VENEZIA GIULIA

**Gestione del  
rischio clinico**



G O V E R N O C L I N I C O

**guida pratica alla  
prevenzione e  
trattamento delle  
“lesioni da pressione”  
[LDP]**

REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA

*Direzione centrale salute, integrazione socio sanitaria, politiche sociali e famiglia*

*Direttore centrale: Adriano Marcolongo*

*Area dei servizi sanitari territoriali e ospedalieri*

*Direttore: Giuseppe Tonutti*

*Autori:*

*Rosolino Trabona, Anna Paola Agnoletto, Daniela Bertola,*

*Francesca Fregonese, Giovanni Papa, Marisa Prezza,*

*Mauro Vallan, Lorena Venier.*

*La presente edizione è stata chiusa in redazione nel dicembre 2013*

*Progetto grafico:*

*Ufficio stampa e comunicazione Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia*

*Stampa:*

*Centro stampa regionale - Servizio provveditorato e servizi generali*



REGIONE AUTONOMA  
FRIULI VENEZIA GIULIA

**Gestione del  
rischio clinico**



G O V E R N O C L I N I C O

**guida pratica alla  
prevenzione e  
trattamento delle  
“lesioni da pressione”  
*[LDP]***



# INDICE

SETTING ASSISTENZIALI DI APPLICAZIONE	6
STANDARD REGIONALE	6
SINTESI DELLE INDICAZIONI CONTENUTE NEL DOCUMENTO DI RIFERIMENTO	6
PREVENZIONE	7
PRESA IN CARICO DELLE PERSONE CON LDP	7
TRATTAMENTO DELLE LDP	8
TERAPIA A PRESSIONE NEGATIVA (TPN)	8
LESIONI NON INFETTE	9
LESIONI INFETTE	10
CUTE PERILESIONALE	11
PROTEZIONE SUPERFICI	11
ESCARA SECCA DEL TALLONE	11

## SETTING ASSISTENZIALI DI APPLICAZIONE

Reparti ospedalieri (tranne ostetricia, ginecologia, pediatria), servizi distrettuali di assistenza domiciliare, residenze sanitarie distrettuali, hospice, case di cura convenzionate con il servizio sanitario regionale.

## STANDARD REGIONALE

<b>1] Documento di riferimento</b>	Evidenza della presenza, formale adozione e diffusione delle linee guida regionali "Lesioni da pressione: prevenzione e trattamento.
<b>2] Sorveglianza con studi di prevalenza</b>	Effettuazione di almeno 1 indagine/anno in data da concordare con i referenti aziendali delle LdP.
<b>3] Verifica dei presidi di prevenzione</b>	Utilizzo sistematico dei presidi nei soggetti con rischio valutato. Verifica concomitante all'indagine di prevalenza (n. soggetti a rischio con presidio/n. soggetti a rischio=1).
<b>4] Valutazione del rischio di insorgenza con strumenti validati</b>	Utilizzo sistematico della scala di Norton (modificata secondo Nancy Stotts) al momento della presa in carico della persona e ad ogni variazione delle condizioni clinico/assistenziali.
<b>5] Monitoraggio delle LdP</b>	Setting extraospedalieri: utilizzo sistematico della scala "Pressure Ulcer Scale for Healing" (PUSH©). Progressivo inserimento al fine di garantire la continuità assistenziale anche nei setting ospedalieri.

## SINTESI DELLE INDICAZIONI CONTENUTE NEL DOCUMENTO DI RIFERIMENTO

Gli interventi necessari per la prevenzione ed il trattamento delle LdP presuppongono un approccio multidisciplinare improntato sull'uniformità delle conoscenze al fine di produrre sistematici miglioramenti nell'assistenza.

Sorvegliare il problema con studi di prevalenza nei setting più a rischio e attuare programmi di miglioramento mirati, coinvolgendo professionisti con formazione e competenze specifiche.

Alcune delle indicazioni operative e raccomandazioni riportate nel documento sono ritenute prioritarie e fondamentali ai fini della prevenzione e del trattamento delle LdP e pertanto sono di seguito raggruppate.

## PREVENZIONE

- L'individuazione del rischio di insorgenza di LdD rappresenta il primo intervento assistenziale da attuare al momento della presa in carico della persona. Tale valutazione deve essere effettuata utilizzando strumenti validati (Norton modificata secondo Nancy Stotts) che integrano ma non sostituiscono il giudizio clinico dei professionisti. La frequenza della valutazione è sensibile alla tipologia di setting assistenziale.
- I soggetti a rischio devono essere sottoposti ad un'ispezione cutanea sistematica almeno una volta al giorno, prestando particolare attenzione alle zone a rischio.
- E' indispensabile individuare tempestivamente i soggetti malnutriti o a rischio nutrizionale.
- I soggetti allettati, ritenuti a rischio di lesione, devono essere mobilizzati almeno ogni 2/4 ore.
- Gli interventi assistenziali rivolti ai soggetti a rischio devono prevedere la disponibilità tempestiva di ausili antidecubito (lesioni da pressione: prevenzione e trattamento linee guida di riferimento regionale, capitolo 3).
- Al fine di garantire l'uniformità, la continuità e l'efficacia degli interventi, il soggetto a rischio, gli operatori sanitari e i care givers, devono essere precocemente formati attraverso interventi di educazione sanitaria e terapeutica.
- Particolare attenzione deve essere posta nei soggetti sottoposti a intervento chirurgico di durata superiore ai 90 minuti. Utilizzare sul tavolo operatorio un materasso antidecubito.

## PRESA IN CARICO DELLE PERSONE CON LDP

- Per garantire la continuità e l'appropriatezza delle cure si sottolinea l'importanza dell'utilizzo di strumenti specifici e condivisi a garanzia di una corretta, puntuale ed uniforme documentazione delle rilevazioni e degli interventi assistenziali.
- Nella pianificazione dell'assistenza ad una persona con LdP è fondamentale effettuare una valutazione globale e non limitata esclusivamente alle lesioni presenti.
- La valutazione dello stato nutrizionale deve essere sistematica e mirata a garantire l'assunzione di una dieta adeguata a favorire i processi di guarigione.
- Ai fini di una corretta ed uniforme gestione delle LdP è fondamentale la rilevazione e descrizione sistematica delle caratteristiche principali sia della lesione che della cute perilesionale. Utilizzare il sistema di Classificazione NPUAP/EPUAP 2009.
- Utilizzare per il monitoraggio della lesione una scala specifica (PUSH©).
- Vanno rilevati gli aspetti inerenti alla presenza ed intensità del dolore.

## TRATTAMENTO DELLE LDP

- In presenza di lesioni, devono essere favorite le condizioni locali che permettono lo sviluppo dei processi di riparazione tissutale (granulazione e riepitelizzazione) ed evitate le condizioni che le rallentano (variazioni di umidità, pH e temperatura).
- La gestione e/o medicazione della lesione può essere causa di dolore: è opportuno valutarne tempestivamente la presenza e l'intensità al fine di controllarlo.
- La detersione rappresenta uno dei capisaldi nel trattamento delle LdP. È realizzata mediante l'impiego di soluzioni non citotossiche allo scopo di ridurre la carica batterica e allontanare tessuti devitalizzati, scorie metaboliche e agenti topici che possono rallentare la guarigione della lesione. Deve essere compiuta minimizzando il trauma alla lesione.
- La rilevazione e l'interpretazione dei segni clinici di infezione è fondamentale al fine di riconoscere tempestivamente l'insorgenza di eventuali complicanze delle lesioni. L'uso di antisettici deve essere limitato alle lesioni chiaramente infette e per un periodo limitato, utilizzando l'antisettico meno citotossico.
- Il gold standard per esaminare la carica microbica è la coltura quantitativa del tessuto vitale della ferita. È consigliata solo se associata a segni clinici di infezione. L'esame più indicativo è la biopsia tissutale; nei casi in cui viene invece effettuato un tampone è raccomandata la tecnica di Levine (lesioni da pressione: prevenzione e trattamento linee guida di riferimento regionale, capitolo 5).
- Per rimuovere il tessuto devitalizzato utilizzare le diverse tecniche di sbrigliamento conformi all'obiettivo assistenziale generale. Se necessaria escarectomia richiedere una consulenza medico/chirurgica.
- Le lesioni ai talloni con escara asciutta non devono essere sbrigliate. Si esegua la valutazione giornaliera di queste ferite per monitorare eventuali complicanze che richiedono lo sbrigliamento (edema, eritema, fluttuazione, secrezioni).
- Utilizzare prodotti per la protezione della cute perilesionale.
- In presenza di segni clinici locali e sistemici di infezione, nelle lesioni che non tendono a guarire secondo lo standard care conservativo o che richiedono una chiusura più rapida, è consigliata una consulenza chirurgica.
- Per la conferma diagnostica di osteomielite nelle lesioni di IV stadio, è indicata la biopsia ossea istologica e microbiologica.

## TERAPIA A PRESSIONE NEGATIVA (TPN)

- La TPN trova indicazione come adiuvante nella preparazione del letto della ferita nelle lesioni di III e IV categoria/stadio dopo aver eseguito lo sbrigliamento del tessuto necrotico.
- L'indicazione al trattamento con la TPN deve essere autorizzata da personale infermieristico e medico con formazione e competenze specifiche e deve indicare l'obiettivo terapeutico, la tipologia di TPN e il tempo previsto per ottenere i risultati attesi.
- Se presente escara questa va rimossa, se asportata chirurgicamente attendere 24 ore prima di attivare la TPN.
- Pressione raccomandata da -75 a -125 mmHg in modo intermittente o continuo (a seconda delle situazioni cliniche).
- Controllare il dolore in fase di distacco e cambio di medicazione.
- La terapia è assolutamente controindicata in persone con lesioni inferiori a 2 cm, ulcere di natura maligna, fistole inesplorate o organi esposti, presenza di escara, malnutrizione, emorragie in corso o ridotta emostasi o terapie anticoagulanti in atto.
- La TPN non è raccomandata nelle lesioni infette tranne nel caso in cui è possibile utilizzarla con instillazione.
- È necessario prevedere l'interruzione della terapia se non si evidenziano risultati entro i primi 14 giorni di trattamento; dopo la terza/quarta settimana di trattamento il beneficio della TPN risulta inferiore alle prime settimane e più costoso di metodiche alternative.

LESIONI NON INFETTE			
DETERSIONE			
SAPONE, SOLUZIONE SALINA O RINGER LATTATO			
FONDO	PROFONDITA'	ESSUDATO	TRATTAMENTO
FIBRINOSO NECROTICO	CUTE	LIEVE	<ul style="list-style-type: none"> <li>●collagenasi*, collagenasi con ac. ialuronico*</li> <li>●idrogel* + film o poliuretano sottile</li> <li>●idrocolloide sottile o spesso</li> <li>●medicazione a base di biocellulosa*</li> <li>●idrogel in placca*</li> <li>●medicazione idrofobica*</li> </ul>
		MEDIO	<ul style="list-style-type: none"> <li>● collagenasi*, collagenasi con ac. ialuronico*</li> <li>●idrogel*+ poliuretano aderente</li> <li>●alginato* o idrofibra*</li> <li>●medicazioni in schiuma di poliuretano</li> <li>●medicazione a base di biocellulosa*</li> </ul>
		ABBONDANTE	<ul style="list-style-type: none"> <li>●poliuretano con o senza bordo adesivo (con o senza gestione del dolore)</li> <li>●idrofibra* o alginato*</li> </ul>
	SOTTOCUTE	LIEVE	<ul style="list-style-type: none"> <li>● collagenasi*, collagenasi con ac. ialuronico*</li> <li>●idrogel* + idrocolloide spesso</li> <li>●medicazione in schiuma di poliuretano e schiuma gelificante</li> <li>●idrogel in placca</li> <li>●medicazione idrofobica*</li> </ul>
		MEDIO	<ul style="list-style-type: none"> <li>●collagenasi* o idrogel* + poliuretano non aderente</li> <li>●schiuma di poliuretano per lesioni cavitarie*</li> <li>●idrofibra* o alginato*</li> <li>●med in granuli *</li> </ul>
		ABBONDANTE	<ul style="list-style-type: none"> <li>●schiuma di poliuretano</li> <li>●schiuma di poliuretano lesioni cavitarie*</li> <li>●idrofibra* o alginato*</li> <li>●med idrofobica *</li> </ul>
GRANULAZIONE MEDICAZIONI BIO ATTIVE (SE LA LESIONE NON GUARISCE)	CUTE	LIEVE	<ul style="list-style-type: none"> <li>● film</li> <li>● idrocolloide sottile</li> <li>● ac. ialuronico* e/o collagene*</li> <li>● sostituto cutaneo*</li> <li>● med a base di cellulosa*</li> <li>● modulatore proteasi*</li> </ul>
		MEDIO	<ul style="list-style-type: none"> <li>●idrofibra*</li> <li>●alginato* (di calcio per emostasi)</li> <li>●poliuretani sottili</li> <li>●med in schiuma di poliuretano e schiuma gelificante</li> <li>●cellulosa*</li> <li>●ac. ialuronico* e/o collagene*</li> </ul>
		ABBONDANTE	<ul style="list-style-type: none"> <li>●schiuma di poliuretano</li> <li>● idrofibra *o alginato*</li> <li>●ac. ialuronico e/o collagene in granuli o similari*</li> </ul>
	SOTTOCUTE	LIEVE	<ul style="list-style-type: none"> <li>●med a base di collagene* e/o ac. ialuronico*</li> <li>●med modulante le proteasi*</li> <li>●idrocolloide spesso</li> <li>●sostituto dermico*</li> </ul>
		MEDIO	<ul style="list-style-type: none"> <li>●med a base di ac. ialuronico* e/o collagene*</li> <li>●poliuretano</li> <li>●idrofibra*,*</li> <li>●alginato*,</li> <li>●med idrofobica*</li> </ul>
		ABBONDANTE	<ul style="list-style-type: none"> <li>●med a base di ac. ialuronico* e/o collagene*</li> <li>●med idrofobica*</li> </ul>

\* Necessita di medicazione secondaria: es. pellicola, idrocolloide, schiuma fissata ai bordi, schiuma con bordo adesivo, garza fissata ai bordi con pellicola

LESIONI INFETTE			
DETERSIONE E/O ANTISEPSI			
ANTISETTICI E/O DETERGENTI (es. BETAINA + POLIESANIDE, H <sub>2</sub> O 2cl, IODIO E SUCCESSIVO LAVAGGIO CON S.F.)			
CARICA BATTERICA	ESSUDATO	TRATTAMENTO	
MODERATA	NECROTICO	LIEVE	<ul style="list-style-type: none"> <li>●argento in crema* o su med non ad*</li> <li>●antiseptico su med non ad*</li> <li>●medicazione idrofobica</li> </ul>
		ABBONDANTE	<ul style="list-style-type: none"> <li>●●schiume di poliuretano con ag</li> <li>●schiume di poliuretano con antiseptico</li> <li>●medicazione idrofobica*</li> <li>●idrofibra ag*</li> <li>●alginato ag*</li> <li>●med a base di biocellulosa con antiseptico*</li> <li>●antiseptico in granuli</li> </ul>
	GRANULAZIONE	LIEVE	<ul style="list-style-type: none"> <li>●ag su med non ad*</li> <li>●ag in crema*</li> <li>●idrofibra ag*</li> <li>●antiseptico su non ad*</li> <li>●med a captazione batterica*</li> </ul>
		ABBONDANTE	<ul style="list-style-type: none"> <li>●idrofibra ag*</li> <li>●alginato ag*</li> <li>●med a captazione batterica*</li> <li>●antiseptico in granuli*</li> </ul>
SEVERA	NECROTICO	LIEVE	<ul style="list-style-type: none"> <li>●ag nanocristallo a rilascio*</li> <li>●idrofibra ag*</li> </ul>
		ABBONDANTE	<ul style="list-style-type: none"> <li>●ag carbone*(gestione odore)</li> <li>●poluretano ag*</li> <li>●idrofibra ag*</li> <li>●alginato ag*</li> <li>●antiseptico in granuli*</li> </ul>
	GRANULAZIONE	LIEVE	<ul style="list-style-type: none"> <li>●ag carbone*</li> <li>●ag idrofibra*</li> <li>●ag nanocristallo a rilascio</li> </ul>
		ABBONDANTE	<ul style="list-style-type: none"> <li>●antiseptico med non ad*</li> <li>●ag carbone*(gestione odore)</li> <li>●poluretano ag</li> <li>●idrofibra ag*</li> <li>●alginato ag*</li> <li>●antiseptico in granuli*</li> </ul>

**CUTE PERILESIONALE** Obiettivi: Cute integra, idratata. Evitare macerazione

PRODOTTI IDRATANTI	Creme emollienti e olii
PRODOTTI BARRIERA	Siliconi (Spray, Crema, etc.), Creme/Unguenti (es. Zinco)
BASSA ADERENZA O NON ADERENTI	Garze impregnate, Siliconi

**PROTEZIONE SUPERFICI**

IDROCOLLOIDI SOTTILI O SAGOMATI PER SACRO O TALLONE, PELLICOLA

**ESCARA SECCA DEL TALLONE**

L'escara secca del tallone costituisce un evento abbastanza frequente. Spesso si tratta di una lesione da pressione in soggetti allettati per lungo periodo o non deambulanti. L'escara stabile (secca, adesa, integra, senza eritema o fluttuazione) va lasciata in sede a meno che non compaiano edema, eritema, fluttuazione o drenaggio. In tal caso l'escara va sbrigliata.

