

Lesioni Da Pressione

dott.ssa Inf. Arianna Furlan

Casa di Cura San Giorgio - Pordenone



Le

Dieci

Prassi

Lesioni da Pressione

Report SC Medicina Casa di Cura San Giorgio – Pordenone

Ottobre 2022 – Settembre 2023



Tot ricoveri 560		
Tot pazienti con LdP	62	11 %
Tot pazienti con LdP già presenti al ricovero	45	72 %
Tot pazienti che hanno sviluppato LdP durante il ricovero	17	28 %
1° stadio	15	88 %
2° stadio	2	12 %

LESIONI DA PRESSIONE

- 1 - Valutazione
- 2 - Pianificazione Assistenziale Infermieristica
- 3 - Immagini fotografiche
- 4 - Medicazione
- 5 - Superfici di appoggio e presidi
- 6 - Mobilizzazione
- 7 - Alimentazione
- 8 - Informazione ed educazione (brochure)
- 9 - Continuità assistenziale (ADI)
- 10 - Evidence Based Nursing / Linee guida / aggiornamento continuo



Le
Dieci
Prassi



1 – VALUTAZIONE



Per ogni paziente il Medico, la Coordinatrice Inf., gli Infermieri e gli O.S.S. sono coinvolti nella valutazione strutturata del rischio di insorgenza di Lesioni da Pressione

Compilazione della Scala di Norton

Per tutti i pazienti a rischio viene effettuata una ispezione sistematica di cute, tessuti e mucose

Esecuzione del tampone per esame batteriologico (se richiesto dal Medico)

2 - PIANIFICAZIONE ASSISTENZIALE INFERMIERISTICA



PIANIFICAZIONE ASSISTENZIALE

Cognome _____

Nome _____

Data di Nascita _____

N° CPI/Nosologico _____

MOBILITA' COMPROMESSA, INTEGRITA' CUTANEA

Note/Osservazioni	Data			Data			Data			Data			Data								
	M	P	N	M	P	N	M	P	N	M	P	N	M	P	N						
	F/S	F/S	F/S	F/S	F/S	F/S	F/S	F/S	F/S	F/S	F/S	F/S	F/S	F/S	F/S						
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Fattori Correlati</th> <th>Obiettivi</th> <th>Interventi</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <input type="checkbox"/> Correlata a sindrome ansioso depressiva <input type="checkbox"/> Correlata a compromissione cognitiva <input type="checkbox"/> Correlata a compromissione muscolo-scheletrica o neuro-muscolare <input type="checkbox"/> Correlata a compromissione sensoriale percettiva <input type="checkbox"/> Correlata al dolore <input type="checkbox"/> Correlata alla terapia farmacologica <input type="checkbox"/> Correlata all'intolleranza all'attività fisica <input type="checkbox"/> Correlata a malessere <input type="checkbox"/> Correlata a malnutrizione <input type="checkbox"/> Correlata ad obesità </td> <td> L'assistito sarà capace di muoversi intenzionalmente nel proprio ambiente con o senza uno strumento od operatore 1. L'assistito deambulerà per una distanza desiderata 2. L'assistito non presenterà complicanze legate all'immobilità: <input type="checkbox"/> Cute integra; <input type="checkbox"/> Funzionalità polmonare massimale; <input type="checkbox"/> Flusso ematico periferico massimale; <input type="checkbox"/> Escursione articolare completa; <input type="checkbox"/> Funzionalità intestinale e vescicale nella norma; <input type="checkbox"/> Mantenimento delle capacità motorie residue 3. L'assistito utilizzerà correttamente gli ausili per la deambulazione 4. L'assistito non svilupperà lesioni da pressione 5. L'assistito mostrerà una progressiva cicatrizzazione del tessuto 6. </td> <td> Valutare le condizioni, promuovere la mobilità ottimale, ed insegnare all'assistito la mobilizzazione con o senza ausili Eseguire una mobilizzazione progressiva Insegnare le tecniche di trasferimento dal letto alla sedia, alla comoda o alla posizione eretta Eseguire il riposizionamento dell'assistito col fine di ridurre la pressione nelle aree a rischio (variare i decubiti o mobilizzazione seduta anche mediante l'uso del sollevatore) Insegnare l'assistito o il caregiver a variare il decubito ad intervalli regolari (ogni 30-120 minuti) Usare cuscini o rotoli di gommapiuma per sostenere il corpo nelle aree a rischio o lesionate Ridurre la pressione sulla superficie cutanea mediante superfici antidecubito, archetti alza-coerte Rilevare segni e sintomi di compromissione dell'integrità cutanea Eseguire la fotografia delle lesioni Trattamento delle lesioni secondo il protocollo/procedura aziendale Assicurare una adeguata alimentazione e nutrizione </td> </tr> </tbody> </table>	Fattori Correlati	Obiettivi	Interventi	<input type="checkbox"/> Correlata a sindrome ansioso depressiva <input type="checkbox"/> Correlata a compromissione cognitiva <input type="checkbox"/> Correlata a compromissione muscolo-scheletrica o neuro-muscolare <input type="checkbox"/> Correlata a compromissione sensoriale percettiva <input type="checkbox"/> Correlata al dolore <input type="checkbox"/> Correlata alla terapia farmacologica <input type="checkbox"/> Correlata all'intolleranza all'attività fisica <input type="checkbox"/> Correlata a malessere <input type="checkbox"/> Correlata a malnutrizione <input type="checkbox"/> Correlata ad obesità	L'assistito sarà capace di muoversi intenzionalmente nel proprio ambiente con o senza uno strumento od operatore 1. L'assistito deambulerà per una distanza desiderata 2. L'assistito non presenterà complicanze legate all'immobilità: <input type="checkbox"/> Cute integra; <input type="checkbox"/> Funzionalità polmonare massimale; <input type="checkbox"/> Flusso ematico periferico massimale; <input type="checkbox"/> Escursione articolare completa; <input type="checkbox"/> Funzionalità intestinale e vescicale nella norma; <input type="checkbox"/> Mantenimento delle capacità motorie residue 3. L'assistito utilizzerà correttamente gli ausili per la deambulazione 4. L'assistito non svilupperà lesioni da pressione 5. L'assistito mostrerà una progressiva cicatrizzazione del tessuto 6.	Valutare le condizioni, promuovere la mobilità ottimale, ed insegnare all'assistito la mobilizzazione con o senza ausili Eseguire una mobilizzazione progressiva Insegnare le tecniche di trasferimento dal letto alla sedia, alla comoda o alla posizione eretta Eseguire il riposizionamento dell'assistito col fine di ridurre la pressione nelle aree a rischio (variare i decubiti o mobilizzazione seduta anche mediante l'uso del sollevatore) Insegnare l'assistito o il caregiver a variare il decubito ad intervalli regolari (ogni 30-120 minuti) Usare cuscini o rotoli di gommapiuma per sostenere il corpo nelle aree a rischio o lesionate Ridurre la pressione sulla superficie cutanea mediante superfici antidecubito, archetti alza-coerte Rilevare segni e sintomi di compromissione dell'integrità cutanea Eseguire la fotografia delle lesioni Trattamento delle lesioni secondo il protocollo/procedura aziendale Assicurare una adeguata alimentazione e nutrizione															
Fattori Correlati	Obiettivi	Interventi																			
<input type="checkbox"/> Correlata a sindrome ansioso depressiva <input type="checkbox"/> Correlata a compromissione cognitiva <input type="checkbox"/> Correlata a compromissione muscolo-scheletrica o neuro-muscolare <input type="checkbox"/> Correlata a compromissione sensoriale percettiva <input type="checkbox"/> Correlata al dolore <input type="checkbox"/> Correlata alla terapia farmacologica <input type="checkbox"/> Correlata all'intolleranza all'attività fisica <input type="checkbox"/> Correlata a malessere <input type="checkbox"/> Correlata a malnutrizione <input type="checkbox"/> Correlata ad obesità	L'assistito sarà capace di muoversi intenzionalmente nel proprio ambiente con o senza uno strumento od operatore 1. L'assistito deambulerà per una distanza desiderata 2. L'assistito non presenterà complicanze legate all'immobilità: <input type="checkbox"/> Cute integra; <input type="checkbox"/> Funzionalità polmonare massimale; <input type="checkbox"/> Flusso ematico periferico massimale; <input type="checkbox"/> Escursione articolare completa; <input type="checkbox"/> Funzionalità intestinale e vescicale nella norma; <input type="checkbox"/> Mantenimento delle capacità motorie residue 3. L'assistito utilizzerà correttamente gli ausili per la deambulazione 4. L'assistito non svilupperà lesioni da pressione 5. L'assistito mostrerà una progressiva cicatrizzazione del tessuto 6.	Valutare le condizioni, promuovere la mobilità ottimale, ed insegnare all'assistito la mobilizzazione con o senza ausili Eseguire una mobilizzazione progressiva Insegnare le tecniche di trasferimento dal letto alla sedia, alla comoda o alla posizione eretta Eseguire il riposizionamento dell'assistito col fine di ridurre la pressione nelle aree a rischio (variare i decubiti o mobilizzazione seduta anche mediante l'uso del sollevatore) Insegnare l'assistito o il caregiver a variare il decubito ad intervalli regolari (ogni 30-120 minuti) Usare cuscini o rotoli di gommapiuma per sostenere il corpo nelle aree a rischio o lesionate Ridurre la pressione sulla superficie cutanea mediante superfici antidecubito, archetti alza-coerte Rilevare segni e sintomi di compromissione dell'integrità cutanea Eseguire la fotografia delle lesioni Trattamento delle lesioni secondo il protocollo/procedura aziendale Assicurare una adeguata alimentazione e nutrizione																			

Valutazione Risultato 1. Data / FS	<input type="checkbox"/> Obiettivo Raggiunto	<input type="checkbox"/> Obiettivo parzialmente raggiunto	<input type="checkbox"/> Obiettivo non raggiunto	Valutazione Risultato 2. Data / FS	<input type="checkbox"/> Obiettivo Raggiunto	<input type="checkbox"/> Obiettivo parzialmente raggiunto	<input type="checkbox"/> Obiettivo non raggiunto
Valutazione Risultato 3. Data / FS	<input type="checkbox"/> Obiettivo Raggiunto	<input type="checkbox"/> Obiettivo parzialmente raggiunto	<input type="checkbox"/> Obiettivo non raggiunto	Valutazione Risultato 4. Data / FS	<input type="checkbox"/> Obiettivo Raggiunto	<input type="checkbox"/> Obiettivo parzialmente raggiunto	<input type="checkbox"/> Obiettivo non raggiunto
Valutazione Risultato 5. Data / FS	<input type="checkbox"/> Obiettivo Raggiunto	<input type="checkbox"/> Obiettivo parzialmente raggiunto	<input type="checkbox"/> Obiettivo non raggiunto	Valutazione Risultato 5. Data / FS	<input type="checkbox"/> Obiettivo Raggiunto	<input type="checkbox"/> Obiettivo parzialmente raggiunto	<input type="checkbox"/> Obiettivo non raggiunto



MIO 200 JPAI_MQC_Chev 04/10/08_01_2023



2 - PIANIFICAZIONE ASSISTENZIALE INFERMIERISTICA

Particolare attenzione viene posta alla gestione del dolore acuto e cronico



DOLORE

COGNITIVO NON COMPROMESSO

Localizzazione → vedi figura

Barrare con una "X" il valore riferito dall'utente

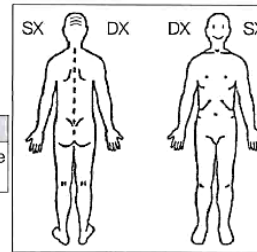
SCALA NSR_Numerical Rating Scale												
Nessun dolore	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Il peggior dolore immaginabile

Durata:

- costante
- continuo
- intermittente

Tipologia:

- formicolio
- trafittivo
- a crampo
- altro



COGNITIVO COMPROMESSO - Pain Assessment in Advanced Dementia Scale_PAINAD


	Descrizione	Punteggio
Respiro (indipendente dalla vocalizzazione)	Normale	0
	Respiro a tratti alterato - Brevi periodi di iperventilazione	1
	Respiro alterato - Lunghi periodi di iperventilazione - Respiro di CheyneStokes	2
Vocalizzazione	Nessuna	0
	Occasionali lamenti - Saltuarie espressioni negative	1
	Ripetuti richiami - Lamenti - Pianto	2
Espressioni facciali	Sorridente o inespressiva	0
	Triste, ansiosa, contratta	1
	Smorfie	2
Linguaggio del corpo	Rilassato	0
	Teso - Movimenti nervosi - Irrequietezza	1
	Rigidità - Agitazione - Ginocchia piegate - Movimento afinalistico, a scatti	2
Consolabilità	Non necessità di consolazione	0
	Distratto o rassicurato dalla voce o dal tocco	1
	Inconsolabile, non si distrae, non si rassicura	2
TOTALE		
Punteggio	0 - Nessun dolore	10 - Dolore massimo

NB: Riportare il punteggio in Grafica

FOGLIO GRAFICA		DIPARTIMENTO MEDICO	FOGLIO N°	STANZA N°	DATA
MD 179/FG Rev 4 del 05.09.2022		S.C. MEDICINA GENERALE			
		S.S.D. DAY HOSPITAL MEDICO			
		RIABILITAZIONE			
(ETICHETTA PAZIENTE)		NUMERO DI TELEFONO			°C
		ALTEZZA (cm)			40
		PESO (kg)			39
		BMI			38
ZZATE (in ordine alfabetico)		TEMPERATURA CORPOREA			C°
CENTRALE		PRESSIONE ARTERIOSA (PA)			mm/Hg
PERIFERICO		FREQUENZA CARDIACA (FC)			bpm
LE		FREQUENZA RESPIRATORIA (FR)			atti/min
ITERALE TOTALE		SATURAZIONE PULSATA OSSIGENO SpO2			%
SCUTANEA ENDOSCOPICA		MEDICO			OSSIGENO
CENTRALE A INSERZIONE PERIFERICA		ALTR0			
CENTRALE		SCALA NUMERICA VERBALE (NRS)			
STRICO		SEDE			
		SCALA PAINAD			
		CV			
		CVC - CVP - PICC - PORT			
		SNG - PEG			
		TORACENTESI			ml
		PARACENTESI			ml
		ALTR0 DRENAGGIO			ml
		ENTRATE PER VIA ORALE			ml
		ENTRATE PER VIA PARENTERALE			ml
		DIURESI			ml
		BILANCIO IDRICO			ml
		ALVO			
		PESO			KG
		NOTE			

2 - PIANIFICAZIONE ASSISTENZIALE INFERMIERISTICA





PIANIFICAZIONE ASSISTENZIALE

ETICHETTA DI PAZIENTE

Cognome _____ Nome _____

Data di Nascita _____ N° CPI/Nosologico _____

DOLORE

Note/Osservazioni

			Data			Data			Data			Data			Data		
			M	P	N	M	P	N	M	P	N	M	P	N	M	P	N
			F/S	F/S	F/S	F/S	F/S	F/S	F/S	F/S	F/S	F/S	F/S	F/S	F/S	F/S	F/S
Fattori correlati Trauma tissutale e contrazioni muscolari riflesse secondario a: <input type="checkbox"/> disturbi muscoloscheletrici <input type="checkbox"/> disturbi viscerali <input type="checkbox"/> disturbi vascolari <input type="checkbox"/> Infiammazione o lesione di: <input type="checkbox"/> Effetti di un tumore <input type="checkbox"/> Dolori addominali, diarrea e vomito secondari a patologia gastroenterica <input type="checkbox"/> Trauma tissutale e contrazioni muscolari riflesse secondarie a intervento chirurgico <input type="checkbox"/> Immobilità o punti di pressione <input type="checkbox"/>	Obiettivi <input type="checkbox"/> La persona riferirà una progressiva riduzione dell'intensità del dolore durante la degenza * <input type="checkbox"/> La persona riferirà una riduzione del dolore secondo la scala NSR entro 2 ore dalla somministrazione della terapia antalgica * <input type="checkbox"/>	Interventi Effettuare un accertamento completo del dolore (inizio, durata, frequenza, tipo, intensità, fattori scatenanti e altre caratteristiche) Assicurarsi che la persona riceva un sollecito trattamento analgesico. Insegnare i principi della gestione del dolore (es.: dare tempestiva comunicazione prima che il dolore aumenti di intensità). Avvisare il medico se le misure adottate non ottengono risultati. Adottare tecniche non farmacologiche (tecniche di distrazione, assumere posizioni antalgiche, ecc...). Determinare la frequenza di valutazione del benessere della persona e attuare un adeguato piano di monitoraggio <input type="checkbox"/>															

Valutazione Risultati*
Data/FS

Obiettivo raggiunto Obiettivo parzialmente raggiunto Obiettivo non raggiunto

Valutazione Risultati**
Data/FS

Obiettivo raggiunto Obiettivo parzialmente Obiettivo non raggiunto

MD_2019/PA - Rev. 1 del 08.08.2022

3 – IMMAGINI FOTOGRAFICHE



In presenza di lesione cutanea, viene eseguita una fotografia all'ingresso e alla dimissione. In alcuni casi anche in itinere.

Tali immagini attualmente non sono inserite in Cartella Clinica, ma sono archiviate su supporto informatico di Dipartimento.

Aspetti in attenzione:

1. migliorare la definizione dell'immagine
2. definire la specifica archiviazione
3. revisione della Procedura Generale





4 - MEDICAZIONE



La lesione viene trattata con i prodotti disponibili in Casa di Cura e come da indicazioni Linee Guida:

- prodotti per la detersione della cute
- prodotti per la disinfezione della lesione
- idrocolloidi
- film in poliuretano semipermeabili
- idrogeli
- enzimi proteolitici
- schiume in poliuretano
- alginati
- carbossimetilcellulosa e affini
- collagene
- acido ialuronico
- medicazioni non aderenti e garze impregnate
- medicazioni idrofobiche
- medicazioni antimicrobiche
- medicazioni con carbone
- poliacrilati
- prodotti per la cura della cute perilesionale

È attiva la consulenza con il Medico Chirurgo che collabora con il Reparto (es. procedure di courettage, toilette...).



4 - MEDICAZIONE



GESTIONE DELLA LESIONE INFETTA DA MICRORGANISMI MULTI FARMACO RESISTENTI (MDRO)

In caso di esito colturale positivo a MDRO, nel referto di Laboratorio viene indicata a piè pagina la nota esplicativa per l'adozione delle precauzioni da contatto.

In tale situazione viene:

- ✓ applicato l'isolamento in stanza singola o funzionale
- ✓ predisposto e dedicato tutto il materiale occorrente e i DPI specifici (camici, guanti, occhiali protettivi, mascherina) da utilizzare durante l'igiene e la medicazione del paziente.

4 - MEDICAZIONE



Il personale rivaluta e mantiene un monitoraggio costante della medicazione ad ogni turno, registrando e firmando le attività svolte.


In apposita modulistica viene prevista la descrizione della lesione :

- Stadiazione
- Lunghezza e larghezza
- Quantità di essudato
- Tipo di tessuto





4 - MEDICAZIONE

 DIREZIONE SANITARIA	PREVENZIONE E GESTIONE DELLE LESIONI DA PRESSIONE (L.d.P.)	PG. 060/LD REV.: 4 DATA: 25.02.2022 PAG 1 di 15

**PREVENZIONE E GESTIONE DELLE LESIONI DA PRESSIONE
(L.d.P.)**

- **LUNGHEZZA x LARGHEZZA.**

Si misura la massima lunghezza e la massima larghezza della lesione, usando sempre lo stesso righello/metro (di carta e monouso).

Il punteggio va da 0 a 10:

0	0 cm ²
1	< 0.3 cm ²
2	0.3 - 0.6 cm ²
3	0.7 - 1.0 cm ²
4	1.1 - 2.0 cm ²
5	2.1 - 3.0 cm ²
6	3.1 - 4.0 cm ²
7	4.1 - 8.0 cm ²
8	8.1 - 12.0 cm ²
9	12.1 - 24.0 cm ²
10	> 24 cm ²



4 - MEDICAZIONE



 S. GIORGIO CASA DI CURA PRIVATA Accreditata con il S.S.N. DIREZIONE SANITARIA	PREVENZIONE E GESTIONE DELLE LESIONI DA PRESSIONE (L.d.P.)	PG. 060/LD
		REV.: 4 DATA: 25.02.2022 PAG 1 di 15

PREVENZIONE E GESTIONE DELLE LESIONI DA PRESSIONE (L.d.P.)

- **QUANTITÀ DI ESSUDATO.**

Si valuta il drenaggio di essudato dopo aver rimosso la medicazione e prima di applicare qualsiasi agente topico.

Il punteggio va da 0 a 3:

0	Assente	Il tessuto della ferita è asciutto
1	Scarso	Il tessuto della ferita è umido ma non si può misurare la quantità di essudato
2	Moderato	Il tessuto della ferita è bagnato, la quantità di essudato comprende più del 25-75% della medicazione
3	Abbondante	Il tessuto della ferita è pieno di fluidi che coinvolgono più del 75% della medicazione





4 - MEDICAZIONE

 DIREZIONE SANITARIA	PREVENZIONE E GESTIONE DELLE LESIONI DA PRESSIONE (L.d.P.)	PG. 060/LD
		REV.: 4 DATA: 25.02.2022 PAG 1 di 15

PREVENZIONE E GESTIONE DELLE LESIONI DA PRESSIONE
(L.d.P.)



- TIPO DI TESSUTO.

Si riferisce ai tipi di tessuto che sono presenti nel letto della lesione.

Il punteggio va da 0 a 4:

0	CHIUSA	Lesione che è completamente interessata dal processo di riparazione tissutale (riepitelizzazione / cicatrice)
1	TESSUTO EPITELIALE	Nelle lesioni superficiali, è il neo-tessuto di color rosa o smaltato che si sviluppa dai margini della lesione o sotto forma di isole all'interno della superficie della lesione
2	TESSUTO DI GRANULAZIONE	Tessuto di colore rosso intenso o rosa, dall'aspetto lucido, umido e a 'bottoncini'
3	SLOUGH	Tessuto di colore giallo o biancastro che aderisce al letto della lesione in filamenti o in ammassi ispessiti o che è mucillaginoso.
4	TESSUTO NECROTICO (ESCARA)	Tessuto di colore nero, marrone o marrone chiaro che aderisce saldamente al letto o ai margini dell'ulcera e potrebbe essere di consistenza più dura o più molle della cute perilesionale.

4 - MEDICAZIONE



SCALA PUSH TOOL

 DIREZIONE SANITARIA	PREVENZIONE E GESTIONE DELLE LESIONI DA PRESSIONE (L.d.P.)	PG. 060/LD
		REV.: 4 DATA: 25.02.2022 PAG 1 di 15

**PREVENZIONE E GESTIONE DELLE LESIONI DA PRESSIONE
(L.d.P.)**

La valutazione *PUSH TOOL* si esegue

1. Annotando il punteggio parziale per ciascuna delle caratteristiche
2. Sommando i punteggi parziali per ottenere il totale
3. Comparando nel tempo i punteggi totali per indicare il miglioramento o il peggioramento della lesione.

Aspetti in attenzione:

snellire e ottimizzare la modulistica al fine di

- ✓ raggiungere una completa compilazione
- ✓ ottenere dati oggettivi sull'evoluzione delle LdP



5 - SUPERFICI DI APPOGGIO E PRESIDII

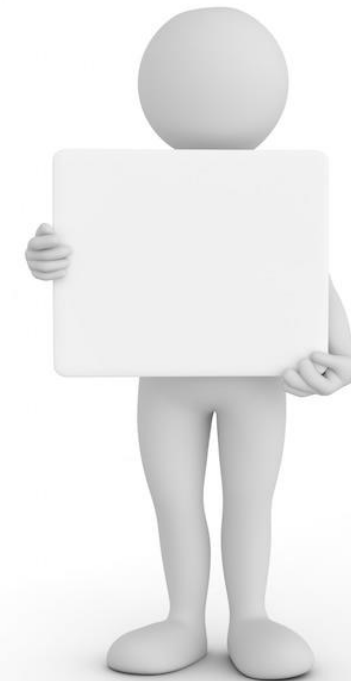


Tutti i materassi presenti sono in poliuretano espanso a prevenzione delle lesioni da decubito.

Nei pazienti a maggior rischio di sviluppare LdP, viene applicato anche il materasso antidecubito ad aria.

In dotazione anche ulteriori altri presidi

- ✓ cuscini antidecubito
- ✓ talloniere e gomitiere antidecubito



6 - MOBILIZZAZIONE



Viene posta particolare attenzione a mantenere e/o aumentare la mobilità e lo stato di attività dei pazienti.

I soggetti non autonomi/parzialmente autosufficienti, a rischio di sviluppare una lesione o che già ne abbiano, vengono mobilizzati con l'assistenza del personale.

Tutte le stanze di degenza della SC Medicina sono dotate di sollevatori a soffitto.


In alternativa negli altri setting sono disponibili i sollevatori portatili.





6 - MOBILIZZAZIONE

Tutte le attività vengono registrate nell'apposita modulistica.

- Etichetta -	 DIREZIONE SANITARIA	Scheda Mobilizzazione in paziente a rischio L.d.P.	MD. 222/SMPR REV.: 1 DATA: 15.02.2019 PAG 1 di 2
---------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------

Materassino ad aria: SI NO

DATA	ORE	04	INF	OSS	08	12	INF	OSS	16	20	INF	OSS	24	ISPEZIONE CUTANEA	
														SI	NO
														SI	NO
														SI	NO
														SI	NO
														SI	NO
														SI	NO
														SI	NO
														SI	NO
														SI	NO
														SI	NO
														SI	NO
														SI	NO
														SI	NO
														SI	NO
														SI	NO
														SI	NO
														SI	NO
														SI	NO
														SI	NO
														SI	NO

LEGENDA:

FIANCO SIN	SN	SEDUTO A LETTO	SL
FIANCO DX	DX	SEDUTO IN CARROZZINA	SC
DEAMB. CON AIUTO	DA	SUPINO	S
AUTONOMO	A	AUTONOMO A LETTO	AL





7 - ALIMENTAZIONE



Vengono esaminati e valutati:

- lo stato nutrizionale dei pazienti a rischio di insorgenza LdP
- l'introito di calorie e principi nutritivi

al fine di sopperire alle eventuali carenze e favorire la guarigione delle lesioni.

Se la situazione clinica lo permette, viene prescritta una dieta iperproteica, con la possibilità di frazionare i pasti nelle 24 ore.

Sono inoltre disponibili integratori alimentari di vario tipo e gusto.

Aspetti in attenzione:

attualmente da individuare un nuovo clinico di riferimento



8 - INFORMAZIONE ED EDUCAZIONE (BROCHURE)



Nella lettera di dimissione vengono esplicitati i rischi di sviluppare o la presenza di lesioni da pressione.

Viene inoltre illustrato ai caregivers l'opuscolo «Informazioni alla dimissione per il paziente e per chi lo assiste» sui corretti comportamenti per prevenire l'insorgenza di lesioni a domicilio.

Negli espositori dedicati e collocati nelle sale di attesa, è disponibile l'hanbook «Prevenire le lesioni da pressione/piaghe da decubito»





8 - INFORMAZIONE ED EDUCAZIONE (BROCHURE)



INFORMAZIONI ALLA DIMISSIONE
per il paziente e per chi lo assiste

- Prevenire il rischio trombo-embolico venoso
- Prevenire le lesioni da pressione /piaghe da decubito
- Prevenire la caduta a domicilio
- Colonizzazione da microrganismo resistente agli antibiotici

Casa di Cura accreditata
Policlinico San Giorgio spa
Pordenone

CALL CENTER 0434 519230/231



PREVENIRE LE LESIONI DA PRESSIONE/PIAGHE DA DECUBITO

COS'È LA LESIONE DA PRESSIONE?

La lesione da pressione (piaga da decubito) è un danno della pelle; all'inizio si presenta come un arrossamento poi può formarsi una bolla e una forata.

In alcuni casi la lesione può arrivare fino al muscolo e all'osso.

PERCHÉ SI FORMA LA LESIONE DA PRESSIONE?

La lesione si può formare nelle zone del corpo che restano schiacciate a lungo, per esempio quando una persona deve restare distesa o seduta per tanto tempo nella stessa posizione. In questi punti del corpo i vasi sanguigni rimangono schiacciati a lungo e quindi il sangue non circola. È importante prevenire la comparsa della lesione, perché è molto dolorosa ed è difficile guarire.

CHI SONO LE PERSONE A RISCHIO DI LESIONI DA PRESSIONE?

Le persone ferme a letto, o sedute per lungo tempo, rischiano di sviluppare lesioni da pressione. Il rischio aumenta se la persona:

- fa fatica a mangiare e a bere;
- ha la pelle umida o rovinata a causa del contatto prolungato con urine, feci o sudore;
- ha la pelle insensibile al caldo o al freddo e non sente il bisogno di cambiare posizione;
- ha febbre, diabete, malattie neurologiche, polmonari, cardiache;
- è obesa o è dimagrita molto negli ultimi 3 mesi;
- ha già una lesione da pressione o l'ha avuta in passato.

IN QUALI PUNTI DEL CORPO SI PUÒ SVILUPPARE UNA LESIONE DA PRESSIONE?

I principali punti sono: l'osso sacro, i talloni, la caviglia del bacino ed altre come indicato dai puntini nei disegni.

Fig. 1: principali zone a rischio di sviluppare lesioni da pressione



COSA FARE PER EVITARE LA COMPARSA DELLE LESIONI?

Segui questi semplici indicatori:

- a) Igiene personale
- Controlli se nei punti a rischio la pelle è arrossata.
 - Mantenga la pelle sempre pulita utilizzando acqua tiepida e sapone neutro.

- Asciughi delicatamente la pelle tamponando con un panno morbido.
- Non usi il talco perché secca la pelle.
- Proteggi la pelle dal contatto con urine e feci; controlla lo stato della pelle ogni 3 o 4 ore e sostituisci i pannolini sporchi e bagnati quando l'indicatore di assorbimento cambia colore (questo significa che il pannolino non assorbe più).

b) Movimento : A letto

- Gli spostamenti devono essere fatti utilizzando un lena o un lenzuolo piegato a metà e poi tolto, evitando così il trascinamento sul letto.
- Metti un cuscino sotto la gamba per tenere sollevati i talloni (come in figura 2).
- Mantenga la posizione seduta per breve tempo, è preferibile la posizione semi seduta (parare la lesione dal letto di 30 gradi come in figura 3).



Fig.2: posizione distesa



Fig.3: posizione semi distesa

In poltrona/carozzina

- Appoggi bene i piedi su una superficie, esempio sul pavimento, poggiatesta della carrozzina, sgabello.
- Faccia piccoli movimenti ogni 15/30 minuti.

c) Alimentazione

- La dieta deve essere varia con proteine (uova, carne, pesce, legumi, formaggi), vitamine (frutta e verdure), e carboidrati (pasta, pane, riso).
- In caso di scarso appetito, mangi pasti in piccole quantità più volte al giorno.
- Beva almeno 1 litro al giorno di liquidi (acqua, tè, caffè, succhi di frutta) soprattutto in caso di febbre, diarrea o importante sudorazione.
- Se necessario consulti il medico per organizzare la dieta migliore.

PRESIDI ANTIDECUBITO

I presidi antidecubito sono strumenti che aiutano a prevenire le lesioni come ad esempio i materassi e i cuscini. In caso di bisogno, il Servizio Infermieristico del Distretto le fornirà i presidi da usare a casa e gli infermieri le insegneranno come utilizzarli.

Se si sviluppano lesioni da pressione e ha bisogno di aiuto, si rivolga al suo medico di famiglia o al servizio infermieristico distrettuale.

NOTE:

8 - INFORMAZIONE ED EDUCAZIONE (BROCHURE)



INFORMAZIONI per il PAZIENTE
e per chi lo ASSISTE

INFORMAZIONI UTILI

PREVENIRE LE 'LESIONI DA PRESSIONE / PIAGHE DA DECUBITO'

Informazioni rivolte alle persone che fanno fatica a muoversi, ai loro familiari e assistenti.

COS'E' LA LESIONE DA PRESSIONE?

La lesione da pressione (piaga da decubito) è un danno della pelle; all'inizio si presenta come un arrossamento poi può formarsi una bolla e una ferita.

In alcuni casi la lesione può arrivare fino al muscolo e all'osso.

PERCHE' SI FORMA LA LESIONE DA PRESSIONE?

La lesione si può formare nelle zone del corpo che restano schiacciate a lungo, per esempio quando una persona deve restare distesa o seduta per tanto tempo nella stessa posizione.

In questi punti del corpo i vasi sanguigni rimangono schiacciati a lungo e quindi il sangue non circola.

È importante prevenire la comparsa della lesione, perché è molto dolorosa ed è difficile guarire.

CHI SONO LE PERSONE DA PRESSIONE?

Le persone ferme a letto, o sedute per lungo tempo, rischiano di sviluppare lesioni da pressione. Il rischio aumenta se la persona:

- fa fatica a mangiare e a bere;
- ha la pelle umida o rovinata a causa del contatto prolungato con urine, feci o sudore;
- ha la pelle insensibile al caldo o al freddo e non sente il bisogno di cambiare posizione;

- ha febbre, diabete, malattie neurologiche, polmonari, cardiache;
- è obesa o è dimagrita molto negli ultimi 3 mesi;
- ha già una lesione da pressione o l'ha avuta in passato.

IN QUALI PUNTI DEL CORPO SI PUO' SVILUPPARE UNA LESIONE DA PRESSIONE?

I principali punti sono: l'osso sacro, i talloni, le ossa del bacino ed altre come indicato dai puntini nei disegni (vedi figura 1).



Fig. 1: principali zone a rischio di sviluppare lesioni da pressione

COSA FARE PER EVITARE LA COMPARSA DELLE LESIONI?

Segua queste semplici indicazioni:

a) Igiene personale

- Controlli se nei punti a rischio la pelle è arrossata.
- Mantenga la pelle sempre pulita utilizzando acqua tiepida e sapone neutro.
- Asciughi delicatamente la pelle tamponando con un panno morbido.
- Non usi il talco perché secca la pelle.
- Protegga la pelle dal contatto con urine e feci; controlli lo stato della pelle ogni 3 o 4 ore e sostituisca i pannoloni sporchi e bagnati quando l'indicatore di assorbimento cambia colore (questo significa che il pannolone non assorbe più).

b) Movimento : -A letto

- Gli spostamenti devono essere fatti utilizzando un telino o un lenzuolo piegato a metà e poi tolto, evitando così il trascinarsi sul letto.

- Metta un cuscino sotto le gambe per tenere sollevati i talloni (come in figura 2).
- Mantenga la posizione seduta per breve tempo, è preferibile la posizione semi seduta (alzare la testata del letto di 30 gradi come in figura 3).

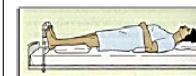


Fig.2: posizione distesa

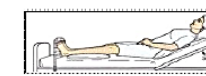


Fig.3: posizione semi distesa

-In poltrona/carrozzina

- Appoggi bene i piedi su una superficie, ad esempio sul pavimento, poggiatesta della carrozzina, sgabello.
- Faccia piccoli movimenti ogni 15/30 minuti.

c) Alimentazione

- La dieta deve essere varia con proteine (uova, carne, pesce, legumi, formaggi), vitamine (frutta e verdure), e carboidrati (pasta, pane, riso).
- In caso di scarso appetito, mangi pasti in piccole quantità più volte al giorno.
- Beva almeno 1 litro al giorno di liquidi (acqua, tè, caffè, succhi di frutta) soprattutto in caso di febbre, diarrea o importante sudorazione.
- Se necessario consulti il medico per organizzare la dieta migliore.

PRESIDI ANTIDECUBITO

I presidi antidecubito sono strumenti che aiutano a prevenire le lesioni come ad esempio i materassi e i cuscini. In caso di bisogno, il Servizio Infermieristico del Distretto le fornirà i presidi da usare a casa e gli infermieri le insegneranno come utilizzarli.

9 - CONTINUITA' ASSISTENZIALE



Il mantenimento della continuità assistenziale e dell'appropriatezza delle cure viene garantito dal Reparto che dimette il paziente attraverso l'interazione e la comunicazione con il territorio e/o la Struttura che prenderà in carico.


Se il paziente viene segnalato per ricevere Assistenza Domiciliare, nella modulistica per formulare tale richiesta vengono descritte le lesioni e i loro trattamenti.

Vengono inoltre richiesti gli ausili necessari per il domicilio.



10 – EVIDENCE BASED NURSING / LINEE GUIDA / AGGIORNAMENTO CONTINUO



 CASA DI CURA PREVENZIONE Accreditata con il S.S.N. DIREZIONE SANITARIA	PREVENZIONE E GESTIONE DELLE LESIONI DA PRESSIONE (L.d.P.)	PG. 060/LD REV.: 4 DATA: 25.02.2022 PAG 1 di 15
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------

PREVENZIONE E GESTIONE DELLE LESIONI DA PRESSIONE (L.d.P.)

**SEMPRE IN CORSA PER TENERCI AGGIORNATI PERCHE'
IL NOSTRO IMPEGNO E' SEMPRE ORIENTATO ALLA RICERCA CONTINUA DELLA QUALITA' ASSISTENZIALE**

**«LE LESIONI CI SONO E CI SARANNO»
Cit. S.B.**

...IL NOSTRO IMPEGNO E' SEMPRE PRESENTE



GRAZIE PER L'ATTENZIONE