

Condizione clinica: Cute a rischio di Lesione da Pressione (LdP)	
Classificazione colore	ROSA

Obiettivi:

- Garantire la sicurezza dell'individuo.
- Salvaguardare l'integrità della cute.
- Prevenire la formazione di LdP.
- Prevenzione/gestione del dolore procedurale.

Interventi:

- Proteggere la cute in corrispondenza delle prominenze ossee, utilizzando, nei soggetti a rischio di frizione e scivolamento, film in poliuretano non sterile o idrocolloidi extrasottili, da lasciare in sede 7/8 giorni e comunque fino al suo deterioramento in quanto svolge esclusivamente una funzione protettiva.
- a saturazione della medicazione.
- Nei pazienti esposti ad umidità da incontinenza e a rischio di macerazione utilizzare prodotti barriera in quantità modica.
- Utilizzare con costanza prodotti emollienti/idratanti per trattare la secchezza cutanea e mantenere una buona elasticità della cute stessa.
- Utilizzare adeguate tecniche di mobilizzazione per evitare il più possibile frizione, forze di taglio e skin tear.

➤

NON FARE:

- ***Non utilizzare prodotti a base di argento, antibiotici e antimicotici topici, prodotti coloranti come eosina, fuxina, merbromina , creme a base di cortisone o acido ialuronico.***
- ***Non massaggiare vigorosamente la cute durante l'applicazione dei prodotti emollienti/idratanti o barriera***

Condizione clinica: LdP di categoria/stadio2 ulcera /abrasione

Classificazione colore -

ROSSO

Obiettivi:

- ripristinare la vascolarizzazione della zona interessata.
- Favorire la ricostruzione tissutale.
- Proteggere la cute neoformata, fragile e sottile.
- Promuovere un buon trofismo cutaneo.
- Assicurare un'adeguata umidità sul fondo della LdP.
- Prevenzione/gestione del dolore procedurale.

Interventi:

In caso di essudato basso e medio dopo accurata detersione della LdP, applicare:

- idrocolloidi, da sostituire ogni 2/3 giorni o fino alla saturazione della medicazione
- schiume di poliuretano sottili, da sostituire ogni 3/4 giorni o fino alla saturazione della medicazione.

In caso di pazienti incontinenti che richiedono ripetuti cambi di medicazione, applicare

- garza a bassa aderenza, coperta con garze in cotone e fissare con cerotto.

NON FARE:

- ***Non utilizzare prodotti a base di argento, antibiotici e antimicotici topici, prodotti coloranti come eosina, fuxina, merbromina , creme a base di cortisone o acido ialuronico.***
- ***Non massaggiare vigorosamente la cute durante l'applicazione dei prodotti emollienti/idratanti o barriera***

Condizione clinica: LdP di categoria /stadio2 flittene

Obiettivi:

- ripristinare la vascolarizzazione della zona interessata.
- Favorire la ricostruzione tissutale.
- Proteggere la cute neoformata, fragile e sottile.
- Promuovere un buon trofismo cutaneo.
- Evitare la progressione della LdP.
- Evitare la rottura non controllata della flittene.
- Prevenzione/gestione del dolore procedurale.

Interventi:

Se la flittene non è a rischio di rottura, applicare a seconda delle dimensioni e del materiale disponibile:

- schiuma di poliuretano sottile con interfaccia in silicone da lasciare in sede 6/7 giorni
oppure
- idrocolloide da lasciare in sede 6/7 giorni
oppure
- garza a bassa aderenza, coperta di garza e fissata con cerotto, da lasciare in sede 2/3 giorni.

Se la flittene è a rischio di rottura:

- eseguire antisepsi cutanea, aspirare il liquido con tecnica asettica avendo cura di non rimuovere il letto della flittene.
- Medicare come sopra.

NON FARE:

- ***Non forare le flittene che non sono a rischio di rottura.***
- ***Non asportare il tetto della flittene.***

Condizione clinica: LdP di categoria/stadio 3

Classificazione colore -	ROSSO	GIALLO se presente FIBRINA
---------------------------------	--------------	---------------------------------------

Obiettivi:

- Favorire e/o mantenere la detersione.
- Gestire l'essudato mantenendo un ambiente umido per favorire la guarigione ed evitare la macerazione.
- Prevenire le infezioni.
- Promuovere la guarigione.
- Prevenzione/gestione del dolore.

Interventi

- Gestire la LdP considerando il tipo e la quantità di essudato. Il tipo di tessuto e l'eventuale presenza di tratti fistolosi o sottominati.
- Considerare la prossimità in zone altamente contaminanti.
- Accertarsi di rimuovere tutte le medicazioni introdotte.

In caso di LdP detersa o con fibrina e basso essudato, applicare:

- Medicazione primaria: Idrogel+ medicazione secondaria come idrocolloide (se la LdP è molto secca) da sostituire ogni 2/3 giorni.

Oppure

- Medicazione primaria: idrocolloidi o schiume di poliuretano, da sostituire ogni 4 giorni, anticipando o posticipando sulla base della saturazione della medicazione o del suo distacco.

In caso di LdP detersa o con fibrina e medio essudato, applicare:

- Medicazione primaria: idrocolloidi o schiume di poliuretano, da sostituire ogni 3 giorni, anticipando o posticipando sulla base della saturazione della medicazione o del suo distacco.

In caso di LdP detersa o con fibrina e alto essudato, applicare:

- Medicazione primaria: schiume di poliuretano o alginati, da sostituire ogni 2/3 giorni, anticipando o posticipando sulla base della saturazione della medicazione o del suo distacco.
- Se è necessaria la gestione dell'iperessudazione con idrofibra, il suo utilizzo deve essere indicato dall'infermiere specialista/esperto in lesioni cutanee.

NON FARE:

- ***Non lasciare spazi vuoti.***
- ***Non stipare in modo eccessivo con materiale da medicazione le LdP, esercitando forte pressione sui tessuti***

ALLEGATO I/6

Condizione clinica: dP di categoria/stadio 4

Classificazione colore -	ROSSO	GIALLO se presente FIBRINA
---------------------------------	--------------	---------------------------------------

Obiettivi:

- Favorire e/o mantenere la detersione.
- Gestire l'essudato mantenendo un ambiente umido per favorire la guarigione ed evitare la macerazione.
- Prevenire le infezioni.
- Promuovere la guarigione.
- Prevenzione/gestione del dolore.

Interventi:

- Gestire la LdP considerando il tipo e la quantità di essudato. Il tipo di tessuto e l'eventuale presenza di tratti fistolosi o sottominati.
- Considerare la prossimità in zone altamente contaminanti.
- Accertarsi di rimuovere tutte le medicazioni introdotte.

In caso di LdP detersa o con fibrina e basso essudato, applicare:

- Medicazione primaria: Idrogel+ medicazione secondaria come idrocolloide (se la LdP è molto secca) da sostituire ogni 2/3 giorni

oppure

- Medicazione primaria: idrocolloidi o schiume di poliuretano, da sostituire ogni 4 giorni, anticipando o posticipando sulla base della saturazione della medicazione o del suo distacco.

In caso di LdP detersa o con fibrina e medio essudato, applicare:

- Medicazione primaria: idrocolloidi o schiume di poliuretano, da sostituire ogni 3 giorni, anticipando o posticipando sulla base della saturazione della medicazione o del suo distacco.

In caso di LdP detersa o con fibrina e alto essudato, applicare:

- Medicazione primaria: schiume di poliuretano o alginati, da sostituire ogni 2/3 giorni, anticipando o posticipando sulla base della saturazione della medicazione o del suo distacco.
- Se è necessaria la gestione dell'iperessudazione con idrofibra, il suo utilizzo deve essere indicato dall'infermiere specialista/esperto in lesioni cutanee.

NON FARE :

- ***Non lasciare spazi vuoti.***
- ***Non stipare in modo eccessivo con materiale da medicazione le LdP, esercitando forte pressione sui tessuti.***

Condizione clinica: LdP con fistole o tratti sotto minati

Obiettivi:

- Favorire e/o mantenere la detersione.
- Gestire l'essudato mantenendo un ambiente umido per favorire la guarigione ed evitare la macerazione.
- Prevenire le infezioni.
- Promuovere la guarigione.
- Prevenzione/gestione del dolore procedurale.

Interventi:

In caso di LdP con fistole o sottominature :

- Zaffare con medicazione a captazione batterica a nastro, da sostituire ogni 24 ore, se le condizioni della fistola lo consentono.
- In alternativa utilizzare alginato a nastro o medicazioni cavitare, da sostituire sulla base della saturazione della ferita.
- Riempire il resto della cavità, come indicato in "LdP di categoria 3/4" in base alla quantità di essudato presente.
- Se necessaria la gestione dell'iperessudazione con idrofibra a nastro, il suo utilizzo deve essere indicato dall'infermiere specialista/esperto in lesioni cutanee.
- Se necessaria la gestione della fistola con garza ipertonica o collagene, il suo utilizzo deve essere indicato dall'infermiere specialista/esperto in lesioni cutanee.

NON FARE:

- **Non lasciare spazi vuoti.**
- **Non utilizzare più pezzi di medicazione per zaffare ma preferire medicazioni a nastro o cavitare.**
- **Non stipare in modo eccessivo con materiale da medicazione le LdP, esercitando forte pressione sui tessuti.**

Condizione clinica LdP con necrosi

Obiettivi:

- Rimozione del tessuto non vitale.
- Ripristino del tessuto vitale.
- Prevenzione delle infezioni.
- Prevenzione delle complicanze (fistole sottominature).
- Evitare danni in caso di scarsa/mancata perfusione delle LdP.
- Prevenzione/gestione del dolore procedurale.

Interventi:

presenza di Escara GIALLA/SLOUGH **classificazione colore GIALLO**

con essudato MEDIO:

➤ Utilizzare unguenti o gel a base di enzimi proteolitici, applicandoli in uno strato di circa 2-3mm di spessore sulle aree di tessuto non vitale al centro delle LdP. Coprire con garze a bassa aderenza e quindi ricoprire con garze. Fissare con cerotto. Da sostituire ogni 1/2 giorni.

con essudato ALTO:

➤ Medicazione primaria: utilizzare alginato o medicazioni a contenuto salino, da sostituire ogni 48/72 ore, anticipando o posticipando sulla base della saturazione della medicazione o del suo distacco.

➤ Medicazione secondaria: schiuma di poliuretano (quando la cute perilesione è macerata) o pad superassorbente (da non usare come medicazione primaria) o garza fissata con cerotto.

presenza di Escara NERA/SECCA **classificazione colore NERO**

➤ Utilizzare idrogel, applicando uno strato di almeno 5mm di spessore al centro della LdP (in caso di escara molto adesa, praticare delle microincisioni sulla superficie della necrosi per favorire la penetrazione del prodotto). Coprire con film di poliuretano o idrocolloide sottile. Da sostituire ogni 2/3 giorni.

➤ Continuare il trattamento dei diversi tipi di tessuto necrotico fino alla completa rimozione.

➤ In caso di urgenza clinica prendere in considerazione il debridement con taglienti/chirurgico. Il debridement con taglienti/chirurgico è raccomandato in presenza di

➤ Estese aree necrotiche.

➤ Cellulite in fase avanzamento.

➤ Crepitio.

➤ Fluttuazione dei tessuti e/o

➤ Sepsì secondaria all'infezione associata alla LdP

Condizione clinica LdP con necrosi

Intraprendere con cautela il debridement con taglienti/chirurgico dopo accurata valutazione in caso di: compromissione del sistema immunitario, del sistema vascolare, in mancanza di copertura antibatterica nella sepsi sistemica e in caso di trattamento con terapia anticoagulante.

Il debridement chirurgico deve essere effettuato da personale medico.

In presenza di parti colliquate, scollate e non adese, chiaramente devitalizzate, lo sbrigliamento conservativo con taglienti può essere effettuato dall'infermiere specialista/esperto in lesioni cutanee.

NON FARE:

➤ ***Non utilizzare enzimi proteolitici per sbrigliare LdP con essudato assente/basso o iperessudanti.***

➤ ***Non utilizzare idrogeli per sbrigliare LdP iperessudanti.***

Condizione clinica: LdP mista

Obiettivi:

- Rimozione dell'eventuale tessuto non vitale.
- Ripristino del tessuto vitale.
- Prevenzione/controllo delle infezioni.
- Prevenzione/gestione del dolore procedurale.

Interventi:

- Con il termine lesione mista si fa riferimento ad una lesione in cui sono presenti in contemporanea due o più colori indicanti diversi tipi di tessuti.
- Trattare la LdP come se fosse del colore meno auspicabile tra quelli presenti ovvero la condizione più grave che è l'infezione, poi la necrosi, e quindi i tessuti vitali.

1) LdP MISTA: qualsiasi tessuto + infezione classificazione colore

VERDE

- Vedere le indicazioni per " LdP con colonizzazione critica/infezione ".

2) LdP MISTA:tessuto non vitale + tessuto vitale classificazione colore

GIALLO o **NERO**

- Utilizzare metodiche autolitiche per preservare i tessuti vitali. Selezionare la medicazione in base alla quantità di essudato.

In caso di ESSUDATO BASSO: utilizzare idrogel, applicando uno strato di almeno 5 mm di spessore al centro della LdP. Coprire con idrocolloide. Da sostituire ogni 48/72 ore.

In caso di ESSUDATO MEDIO: Utilizzare idrocolloidi, da sostituire ogni 3 giorni, anticipando o posticipando sulla base della saturazione della medicazione o del suo distacco.

In caso di ESSUDATO ALTO: Utilizzare alginati, coprire con schiuma di poliuretano (quando la cute perilesione è macerata) o con pad superassorbente (da utilizzare come medicazione primaria) o garza fissata con cerotto. Sostituire ogni 48/72 ore, anticipando o posticipando sulla base della saturazione della medicazione o del suo distacco.

Se necessaria la gestione dell'iperessudazione con idrofibra, il suo utilizzo deve essere indicato dall'infermiere specialista/esperto di lesioni cutanee

Condizione clinica: LdP con necrosi occipitale, al tallone, alle dita dei piedi o agli arti inferiori in presenza di insufficiente vascolarizzazione.

Classificazione colore -	NERO
---------------------------------	-------------

Obiettivi:

- Mantenere stabile l'escara e favorire il suo distacco naturale.
- Ripristino del tessuto vitale.
- Prevenzione delle infezioni.
- Prevenzione delle complicanze (fistole -sottominature).
- Evitare danni in caso di scarsa/mancata perfusione della LdP.
- Prevenzione/gestione del dolore procedurale.

Interventi:

- L'escara secca conseguente all'uso di dispositivi medici, e quelle localizzata all'occipite, al tallone, alle dita dei piedi, o agli arti inferiori, quando non è presente una vascolarizzazione sufficiente, **NON** deve essere rimossa se non in caso di eritema, dolore della cute perilesione, fluttuazione, fissurazione, crepito, secrezioni purulente.
- Se sono presenti questi segni (indicano infezione), effettuare un debridement urgente secondo le indicazioni riportate in " LdP con necrosi" .

In caso di necrosi SECCA:

- Rimuovere la causa (pressione).
- Per facilitare il distacco naturale della necrosi, applicare tocature con soluzione a base di iodopovidone al 10%, coprire con garze pulite, fissare con cerotto. Sostituire ogni 24 ore, controllando che non ci siano segni di infezione.

NON FARE:

- ✓ ***Non bendare o fissare la medicazione creando l'effetto laccio.***

Condizione clinica: LdP con colonizzazione critica/infezione	
Classificazione colore	VERDE

Obiettivi:

- Promuovere detersione e sbrigliamento.
- Controllare e ridurre l'infezione.
- Ripristinare il regolare processo di riparazione tissutale.
- Prevenire l'ulteriore progressione dell'infezione.
- Controllare, ridurre e gestire il dolore.

Criteri per il riconoscimento dell'infezione

L'obiettivo è individuare precocemente la progressione della LdP verso l'infezione. Il riconoscimento precoce dei segni clinici da parte di tutti i professionisti permette un approccio tempestivo.

Segni di infezione locale:

- Assenza di segni di guarigione.
- Tessuto di granulazione friabile.
- Cattivo odore.
- Aumento del dolore associato alla LdP.
- Aumento della temperatura della cute perilesione.
- Aumento della quantità di essudato.
- Cambiamento anomalo della natura dell'essudato (es. comparsa ex novo di essudato ematico o di essudato purulento).
- Aumento del tessuto necrotico nel letto della LdP e/o
- Formazione di tasche o di ponti sul letto della LdP.

Segni di infezione in fase di diffusione/sistemica:

- Eritema che si espande dai margini della LdP.
- Indurimento.
- Esordio ex novo o aumento di dolore o di calore.
- Essudato purulento.
- Aumento delle dimensioni.
- Crepitio, fluttuazioni dei tessuti.
- Discromia a carico della cute perilesionale.
- Iperpiressia, malessere e ingrossamento dei linfonodi.
- Confusione/delirio e anoressia (soprattutto negli anziani).

Condizione clinica: LdP con colonizzazione critica/infezione

Classificazione colore	VERDE

Le indagini colturali indicate per identificazione dei patogeni sono:

- Tampone quantitativo in alginato, effettuato secondo la tecnica di Levine.
- Biopsia di tessuto profondo.

Interventi:

La gestione delle LdP infette è frutto della collaborazione del team multidisciplinare, composto da medici e infermieri.

NON FARE:

- ***Non effettuare tamponi colturali di routine.***
- ***Non effettuare tamponi qualitativi in quanto non sono indicativi per infezione.***

L' ANTISEPSI

L'antisepsi deve essere effettuata solo in presenza di almeno 2 segni/sintomi elencati in "criteri per il riconoscimento dell'infezione"

- Prima di applicare l'antisettico, effettuare una abbondante e accurata detersione con soluzione fisiologica e/o agenti detergenti che contengono elementi surfactanti (in questo caso far seguire un abbondante risciacquo).
- Gli antisettici indicati sono su base acquosa e comprendono:
 - ❖ Iodopovidone al 10%.
 - ❖ Clorexidina allo 0,05%.
 - ❖ Clorossidante elettrolitico.
 - ❖ PHMB (qualora disponibili).
 - ❖ Soluzioni superossidanti (qualora disponibili).
- Lasciare agire per il tempo indicato dalla scheda tecnica di ogni prodotto, e risciacquare con soluzione fisiologica al termine dell'applicazione ed esclusione dei prodotti a base di PHMB e delle soluzioni superossidanti.

NON FARE:

- ***Non utilizzare acqua ossigenata. Prodotti coloranti come mercuriocromo, eosina, fucsina, violetto di genziana, tintura rubra di castellani.***
- ***Non utilizzare iodopovidone nelle LdP di grandi dimensioni e per periodi prolungati per il rischio di assorbimento sistemico dello iodio.***
- ***Evitare la miscelazione e l'utilizzo in contemporanea di diversi antisettici.***

Condizione clinica:	LdP con colonizzazione critica/infezione
Classificazione colore	VERDE

LA MEDICAZIONE

- Se è presente tessuto necrotico, rimuovere lo stesso attraverso il debridement urgente (vedi LdP con necrosi).
- La scelta della medicazione deve tener conto dell'ingravescenza dei segni/sintomi e della possibilità di lasciare in situ la medicazione per più giorni.
- Se necessario un cambio della medicazione quotidiano, applicare come medicazione primaria una delle seguenti opzioni:
 - ❖ Alginati
 - ❖ Medicazione a base di antisettici topici
 - ❖ Medicazioni a captazione batterica
 - ❖ Sulfadiazina d'argento (su prescrizione medica) applicando una garza a bassa aderenza.
- Come medicazione secondaria, utilizzare garze o pad superassorbente. Fissare con cerotto.
- Se possibile un cambio della medicazione ogni 48/72 ore o più, applicare come medicazione primaria una delle seguenti opzioni:
 - ❖ Medicazioni a base di argento
 - ❖ Per le LdP maleodoranti, si può considerare l'utilizzo di medicazioni a base di carbone e argento.
 - ❖ antimicrobiche con rilascio di antisettici.
- Come medicazione secondaria, utilizzare garze, pad superassorbente o schiume di poliuretano prive di bordi adesivi (in caso di macerazione perilesionale). Fissare con cerotto.

NON FARE:

- ***Non utilizzare medicazioni occlusive e semioclusive (es. film-idrogel-idrocolloidi-schiume in poliuretano con bordo adesivo) nelle LdP infette.***
- ***Non utilizzare antibiotici topici, in quanto il gold standard è l'antibiotico-terapia sistemica.***
- ***Non utilizzare garza iodoformica.***
- ***Non utilizzare medicazioni antisettiche per un tempo indefinito.***

Condizione clinica: LdP post-escarectomia chirurgica e/o sanguinante

Obiettivi:

- Prevenzione/gestione di emorragie.
- Prevenzione di contaminazione e/o infezioni.
- Favorire i processi riparativi.
- Prevenzione/gestione del dolore procedurale.

Interventi:

Nelle prime 8/24 ore (in base all'estensione dell'escara e della zona trattata chirurgicamente) effettuare un attento monitoraggio al fine di individuare precocemente eventuali fenomeni di sanguinamento.

In caso di sanguinamento MODERATO o ABBONDANTE:

- Seguire le prescrizioni indicate dal chirurgo.

In caso di sanguinamento LIEVE:

- Seguire le indicazioni date dal chirurgo.
- Può essere utile l'applicazione locale di medicazioni a base di alginati di calcio o di collagene emostatico.

In assenza di sanguinamento:

- Seguire le indicazioni fornite in base a profondità, categoria/stadio e tessuto della LdP utilizzando per le prime 48 ore la tecnica sterile durante la medicazione.

NON FARE:

- ***Non rimuovere in modo traumatico la medicazione.***