



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA

Università degli Studi di Padova
Facoltà di Medicina e Chirurgia

Corso di Laurea Triennale in Scienze Infermieristiche

Tesi di Laurea

**ASSISTENZA, PREVENZIONE E
TRATTAMENTO DELLE LESIONI DA
PRESSIONE NEI PAZIENTI
ONCOLOGICO/PALLIATIVI**

Relatore
Ch.mo Prof. Silvano Secco

Laureando
Marco Brisolin
n° matr. 1030761 / LTLT

Anno Accademico 2014 / 2015

INDICE

ABSTRACT.....	1
CAPITOLO 1	3
1.1. Introduzione	3
1.1.1. Il problema	3
1.1.2. Definizione	4
1.2. Quesiti di ricerca	6
CAPITOLO 2	7
2.1. Materiali e metodi	7
CAPITOLO 3	9
3.1. Risultati di ricerca	9
3.2. Come è possibile valutare il rischio di lesioni da pressione nei pazienti oncologici?	10
3.2.1. Fattori di rischio	11
3.3. È diversa la gestione delle lesioni da pressione nei pazienti palliativi?	12
3.3.1. Qualità della vita	14
3.4. Gli aspetti da valutare maggiormente nell'assistenza	16
3.4.1. Raccomandazioni	16
3.4.2. Raccomandazioni generali EPUAP	17
3.4.3. La prevenzione della salute	18
3.4.4. Terapia nutrizionale.....	19
3.4.5. Movimentazione, mobilizzazione e riposizionamento della persona.....	21
3.4.6. Il dolore nella persona con lesione da pressione.....	22
3.4.6.1. Introduzione	22
3.4.6.2. Come aiutare il paziente a comunicare e gestire il dolore anche con strategie non farmacologiche? Anche al fine di avere una visione globale del paziente	23
3.4.6.3. Perché dovremmo alleviare il dolore?	25
3.5. Come trattarli per prevenire infezioni nella lesione da pressione?	27

3.5.1. Rischio infezioni.....	27
3.5.2. Valutazione paziente.....	29
3.5.3. La comunicazione.....	32
CAPITOLO 4	33
4.1. Discussione.....	33
ALLEGATI.....	37
A. Report	37
B. Scala di valutazione di Norton	40
C. Scala di valutazione di Waterloo	41
D. Scala di valutazione di Braden	42
BIBLIOGRAFIA	43

ABSTRACT

PROBLEMA: La lesione da pressione è una Lesione localizzata alla cute e/o agli strati sottostanti, generalmente in corrispondenza di una prominenza ossea, quale risultato di pressione, o pressione in combinazione con forze di taglio.

Con essa s'intende, quindi, una lesione tissutale ad evoluzione necrotica che interessa l'epidermide, il derma e gli strati sottocutanei, fino a raggiungere, nei casi più gravi, il muscolo, la cartilagine e l'osso.

La Lesione da Pressione è la conseguenza diretta di un'elevata e/o prolungata compressione e/o di forze di taglio (o stiramento), causanti uno stress meccanico ai tessuti e l'occlusione dei vasi sanguigni.

La presenza delle lesioni da pressione (LdP) rappresenta nella popolazione un problema sanitario di notevole rilevanza: la sua diffusione è provata da un'incidenza e una prevalenza in costante crescita dovute all'invecchiamento della popolazione stessa, all'elevato numero di persone affette da malattie croniche - degenerative e all'aumento della sopravvivenza ad eventi acuti che esitano in situazioni cliniche invalidanti.

SCOPO: Ricercare, attraverso l'uso delle Banche Dati, le migliori e più aggiornate evidenze scientifiche riguardanti l'assistenza, la prevenzione e il trattamento delle lesioni da pressione nel paziente oncologico/palliativo.

DISEGNO DELLO STUDIO: Revisione bibliografica.

MATERIALI E METODI: Per la selezione della letteratura si è utilizzato il metodo PICO e quesiti di ricerca riferiti a beneficiari e indicazioni per la prevenzione, il trattamento e l'assistenza generale delle lesioni da pressione soluzione vicine alla pratica vantaggi per il paziente, benessere per il paziente. La ricerca è stata effettuata con il limite temporale 10 anni e sono state individuate 12 pubblicazioni rilevanti per rispondere ai quesiti clinici posti: 5 revisioni sistematiche, 3 studi randomizzati, 2 studi osservazionali, 2 studi di coorte.

RISULTATI: L'obiettivo della cura dei pazienti palliativi con lesioni, che si stanno avvicinando alla fine della vita può essere la guarigione e spesso si compone di assistenza e comfort. Qualunque sia l'obiettivo, gli operatori sanitari hanno l'obbligo di fornire benessere, alleviare sintomi dolorosi, e promuovere la cura.

La sfida è di bilanciare le migliori pratiche di prevenzione e gestione delle ferite, promuovendo al contempo la dignità del paziente, l'autostima e la qualità della vita. Sono necessari programmi di cura delle lesioni palliative complete, con un team interdisciplinare nelle strutture di assistenza che si occupano di questi individui.

CONCLUSIONE: la letteratura selezionata si è dimostrata utile nel rispondere ai quesiti clinici posti, evidenziando come le raccomandazioni e la loro osservanza siano fondamentali per un'ottima pratica clinica e una buona gestione globale di questo tipo di pazienti.

1.1. Introduzione

1.1.1. Il problema

I pazienti con malattia avanzata rappresentano, nell'ambito dell'assistenza sanitaria sperimentale, la categoria con più alta prevalenza e incidenza di lesioni di tutte le classificazioni di pazienti. Un recente studio prospettico ha riferito che quasi i due terzi dei pazienti con almeno una lesione e una media di 1,8 lesioni per paziente facevano parte di un programma di cura palliativo regionale.

Il tipo di lesione più diffuso è la lesione da pressione, che colpisce circa un quinto dei pazienti con cancro avanzato e circa due terzi dei pazienti in stato avanzato di malattia (non tumorale). La gestione della ferita sposa molteplici obiettivi, tra cui la guarigione della ferita, la palliazione delle ferite (cure palliative delle lesioni, del dolore e dei sintomi), e lesione (prevenzione primaria e secondaria delle lesioni così come la prevenzione di complicanze correlate alle lesioni come l'infezione).

Nonostante il primo e fondamentale obiettivo sia la completa guarigione delle lesioni, questo non è sempre possibile, considerata l'aspettativa di vita limitata dei pazienti con malattia avanzata.

Di seguito sono riportate le tempistiche entro cui le lesioni da pressione tendono a svilupparsi negli specifici setting clinici:

- Cure per acuti: entro le prime due settimane di ricovero ospedaliero.
- Unità di terapia intensiva: 72 ore dall'ammissione.
- Assistenza domiciliare: entro le prime quattro settimane dalla presa in carico del servizio.
- Cure a lungo termine: entro le prime quattro settimane dall'ammissione.
- Cure palliative: entro le due settimane che precedono la morte.
- Geriatria: prima settimana di ricovero in ospedale.
- Pazienti pediatriche in condizioni di criticità: primo giorno di ricovero in

ospedale.

1.1.2. Definizione

La definizione Internazionale NPUAP-EPUAP di Lesione da Pressione è la seguente: “Lesione localizzata alla cute e/o agli strati sottostanti, generalmente in corrispondenza di una prominenza ossea, quale risultato di pressione, o pressione in combinazione con forze di taglio”.¹

Con essa si intende, quindi, una lesione tissutale ad evoluzione necrotica che interessa l’epidermide, il derma e gli strati sottocutanei, fino a raggiungere, nei casi più gravi, il muscolo, la cartilagine e l’osso.

La Lesione da Pressione è la conseguenza diretta di una elevata e/o prolungata compressione e/o di forze di taglio (o stiramento), causanti uno stress meccanico ai tessuti e l’occlusione dei vasi sanguigni.

La presenza delle lesioni da pressione (LdP) rappresenta nella popolazione un problema sanitario di notevole rilevanza: la sua diffusione è provata da un’incidenza e una prevalenza in costante crescita dovute all’invecchiamento della popolazione stessa, all’elevato numero di persone affette da malattie croniche - degenerative e all’aumento della sopravvivenza ad eventi acuti che esitano in situazioni cliniche invalidanti.²

Nel mondo anglosassone, il fenomeno delle LdP è stato studiato attraverso varie indagini condotte in ambito ospedaliero e territoriale: i dati riguardanti le strutture ospedaliere mostrano valori di prevalenza compresi tra l’ 8% e il 22% circa.³ In soggetti tetraplegici, anziani allettati e pazienti ricoverati nelle Terapie Intensive il rischio è maggiore e la prevalenza può raggiungere il 33 - 66%.⁴

In Italia, uno studio nazionale di prevalenza, condotto nell’ambito di uno studio pilota europeo, ha rilevato un tasso di prevalenza di LdP pari al 10,8%, mentre nel 90,6% dei casi non erano state prese misure preventive. Un altro studio, effettuato nel 1985 in 20 ospedali, mostrava una prevalenza di LdP pari all’ 8,6%⁵; altri due studi condotti hanno riportato, rispettivamente, una prevalenza del 13,2% e del 12,9%.⁶

Un’indagine condotta in Friuli Venezia Giulia nel 1999 ha evidenziato una prevalenza

¹ EPUAP, 2009

² Ricavato da articolo 5 nella bibliografia

³ National Institute for Clinical Excellence, 2001

⁴ National Institute for Clinical Excellence, 2001

⁵ AISLeC, 1995

⁶ AISLeC, 1995

del 17,6%⁷, mentre un'altra effettuata in Emilia- Romagna in Strutture Sanitarie per anziani ha evidenziato una prevalenza di LdP del 15,7%.^{8 9}

L'identificazione precoce delle persone a rischio di sviluppare LdP e la tempestiva messa in atto d'interventi restano i cardini fondamentali per la prevenzione.

In letteratura sono stati identificati fattori di rischio specifici per i diversi setting sanitari, popolazioni di pazienti e settori, nonché le tempistiche per lo sviluppo di LdP.

Negli Stati Uniti, si stima che il costo totale annuo del trattamento delle ulcere da pressione è di 11 miliardi di \$ con costo del trattamento per ogni singolo caso compreso tra i \$ 37.800 e i \$ 70.000.

“articoli sono stati pubblicati tra il 2001 e il 2013. Il costo della prevenzione delle lesioni da pressione per paziente al giorno oscillano tra 2,65 € a 87.57 € in tutte le impostazioni. Il costo del trattamento delle ulcere da pressione per paziente al giorno varia da 1,71 € a 470,49 € ”.¹⁰

Da un'attenta revisione della letteratura e, in particolare del protocollo per la Prevenzione e il Trattamento delle Lesioni da Pressione dell'ULSS 9 di Treviso, è emersa una carenza di dati e conoscenze per quanto riguarda il trattamento dei pazienti oncologici e quelli a fine vita.

I pazienti oncologici e a fine vita sono in continuo aumento negli ospedali e nelle strutture di assistenza, perciò il carico di lavoro del personale infermieristico subisce una forte implicazione per quanto riguarda tipo e qualità del lavoro.

L'obiettivo di questo lavoro è valutare se è differente l'assistenza infermieristica nella prevenzione e trattamento delle lesioni da pressione nei pazienti oncologici e a fine vita e, in particolare, in cosa si differenziano e se questi cambiamenti influiscono nella qualità della vita di questi pazienti.

⁷ Agenzia Regionale della Sanità, Friuli Venezia Giulia, 1999

⁸ USL di Forlì, Imola, e Ravenna, 2003- 2004

⁹ Ricavato da articolo 5 nella bibliografia

¹⁰ Ricavato da articolo 4 nella bibliografia

1.2. Quesiti di ricerca

Per permettere la realizzazione del presente elaborato sono stati individualizzati dei quesiti di ricerca relativi alle aree di interesse:

- Come è possibile valutare il rischio di lesioni da pressione nei pazienti oncologici?
- È diversa la gestione delle lesioni da pressione nei pazienti palliativi?
- Gli aspetti da valutare maggiormente nell'assistenza e un'analisi del dolore nelle persone con lesioni da pressione
- Come trattarli per prevenire infezioni nella lesione da pressione?

Questi quesiti sono stati sviluppati nei capitoli successivi.

2.1. Materiali e Metodi

Per realizzare l'elaborato di tesi, è stata svolta una revisione bibliografica.

Nella formulazione del quesito di ricerca si è scelto di utilizzare il sistema **PI(C)O** acronimo di **P**roblema, **I**ntervento, (**C**omparazione in questo caso non impiegato), **O**biiettivo.

Nello specifico di seguito si esplicita il sistema PIO di ricerca adottato:

P: paziente oncologico/palliativo con lesione da pressione

I: assistenza trattamento e gestione delle lesioni da pressione

C: differenza con pazienti non palliativi

O: gestione efficace dell'assistenza e della salute del paziente.

A tale scopo è stata effettuata una ricerca online, utilizzando database come PubMed, National Guidelines Clearinghouse, Regione autonoma Friuli Venezia Giulia.

I termini chiave usati per la ricerca sono stati:

- a) pressure ulcer oncology;
- b) pressure ulcer palliative care;
- c) psychological aspects of pain perception;
- d) linee guida regionali.

Inizialmente, la ricerca è stata fatta digitando in PubMed la parola chiave *pressure ulcer oncology*, la quale ha prodotto un totale di 14 articoli dai quali ne sono stati selezionati 2 poiché ritenuti importanti per la stesura dell'elaborato.

I criteri di inclusione sono stati:

- data di pubblicazione: 5 anni.

Successivamente, sempre su PubMed, digitando la parola chiave *pressure ulcer palliative care* reperendo un totale di 56 articoli, tra cui sono stati selezionati 20 articoli di cui solo 6 presi in considerazione perché ritenuti importanti per la stesura dell'elaborato.

I criteri di inclusione sono stati:

- data di pubblicazione: 10 anni.

Successivamente, sempre su PubMed, digitando la parola chiave *psychological aspects of pain perception* reperendo un totale di 151 articoli, sono stati selezionati 15 articoli di cui 2 selezionati perché ritenuti importanti per la stesura dell'elaborato.

Nel motore di ricerca Google sono state ricercate linee guida con questi risultati (risultati ottenuti 17100) di questi solamente uno ha suscitato interesse: linee guida Friuli Venezia Giulia.

(Si veda il report A negli allegati per il numero di articoli trovati)

3.1. Risultati ricerca

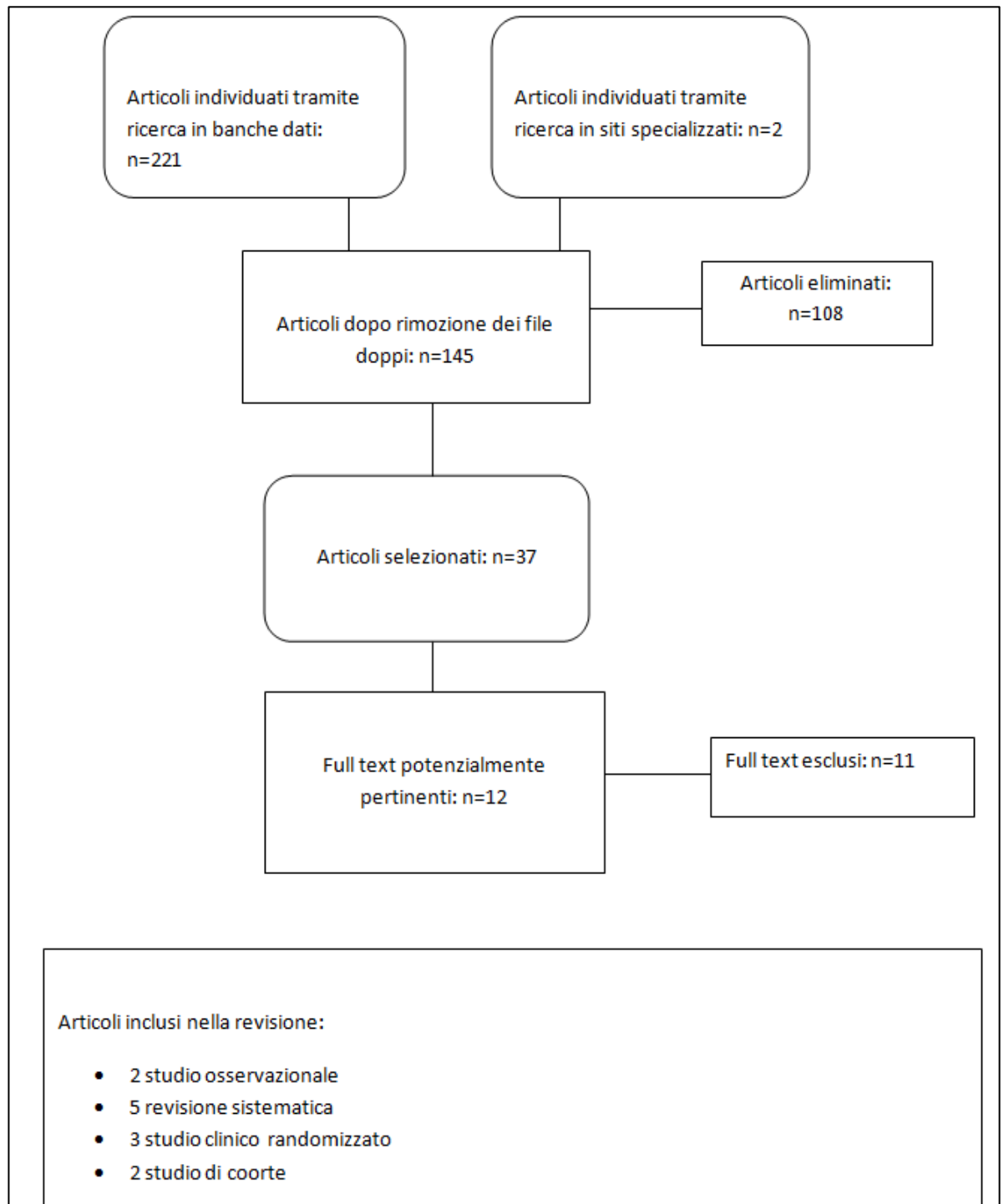


Figura 1: Esito della ricerca dei risultati

3.2. Come è possibile valutare il rischio di lesioni da pressione nei pazienti oncologici?

Durante la valutazione del paziente è necessario valutare i fattori di rischio intrinseci ed estrinseci che sono associati allo sviluppo delle lesioni da pressione. Essi possono essere instabili o con comorbidità significative che impediscono la guarigione o contribuiscono ad alterare la tolleranza del tessuto o la sua integrità, ad esempio:

- malattia terminale maligna, grave o cronica;
- malnutrizione, disidratazione, ritardo di crescita, malattia cronica o terminale grave;
- riesaminare i farmaci, ad esempio, i sedativi, steroidi, immunosoppressori, chemioterapici o l'uso di trombo embolici.

Inoltre è fondamentale valutare la mobilità limitata dovuta a cure, trattamenti, procedure o cadute, il tempo trascorso immobile, a temperatura ambiente, riducendo la pressione delle superfici utilizzate e riposizionamento, assistenza a lungo termine, procedure di laboratorio, ad esempio, per le procedure di oncologia(chemioterapie), radiologia o catetere-correlate, come la dialisi.

Riduzione della mobilità

La riduzione e/o l'assenza di mobilità può essere determinata da:

- cause non neurologiche: sedazione, presenza di apparecchi gessati, interventi chirurgici, malattie neoplastiche.

Il documento RNAO pone particolare attenzione alla valutazione e rivalutazione del rischio di lesioni da pressione e delle condizioni generali della cute in specifiche popolazioni vulnerabili di pazienti.

Per i pazienti palliativi e per i pazienti morenti sono state riportate specifiche raccomandazioni che, per la loro importanza e peculiarità, vengono riproposte.

- *I cambiamenti fisiologici che si verificano come conseguenza del processo di morte (da giorni a settimane) possono avere delle ripercussioni sulla cute e sui tessuti molli, e possono manifestarsi sotto forma di cambiamenti osservabili (oggettivi) del colore della cute, del suo turgore (integrità), o sotto forma di sintomi soggettivi come dolore localizzato. È possibile che questi cambiamenti siano inevitabili e che si verifichino*

nonostante l'applicazione di interventi appropriati che soddisfano o superano gli standard assistenziali. (Sibbald et al., 2009).

- *Le alterazioni cutanee in fase di fine vita sono un riflesso della compromissione della cute (ridotta perfusione dei tessuti molli, diminuita tolleranza agli insulti esterni, e rimozione deficitaria delle scorie metaboliche) (Sibbald et al., 2009).*
- *I fattori di rischio, i sintomi e i segni associati a SCALE non sono stati ancora completamente chiariti, ma potrebbero includere: astenia e progressiva limitazione della mobilità;
nutrizione subottimale, compresa la perdita di appetito, perdita di peso, cachessia e deperimento organico, bassi livelli sierici di albumina/ prealbumina e di emoglobina, disidratazione; diminuita perfusione dei tessuti, ossigenazione deficitaria della cute, riduzione della temperatura locale della cute, discromia (colorazione a chiazze), e necrosi cutanea; perdita dell'integrità cutanea provocata da diversi fattori, tra cui attrezzature o dispositivi medici, incontinenza, irritanti chimici, esposizione cronica ai fluidi del corpo, forze meccaniche come pressione, forze di taglio, attrito, e infezioni; e risposta immunitaria deficitaria (Sibbald et al., 2009).*
- *Una completa valutazione della cute dovrebbe essere compiuta in modo regolare, e tutte le aree problematiche dovrebbero essere documentate in linea con i desideri e le condizioni del paziente. Prestare particolare attenzione alle prominenze ossee e alle aree sovrastanti le cartilagini. Le aree particolarmente a rischio includono il sacro, il coccige, le tuberosità ischiatiche, i trocanteri, le scapole, l'occipite, i talloni, le dita, naso e orecchie. Descrivere le anomalie cutanee o le ulcere cutanee esattamente come osservate. (Sibbald et al., 2009).*

3.2.1. Fattori di rischio

I fattori di rischio che concorrono nella formazione di una LdP vengono comunemente suddivisi in tre tipologie:

- 1. fattori locali;**
- 2. fattori generali;**
- 3. fattori ambientali.**

1. FATTORI LOCALI	<ul style="list-style-type: none"> • Pressione • Forza di stiramento • Attrito/frizione/sfregamento • Macerazione cutanea
2. FATTORI GENERALI	<ul style="list-style-type: none"> • Tolleranza tissutale • Età avanzata • Patologie che comportano l'accentuazione delle condizioni ischemiche e/o dell'ipossia locale, quali: arteriopatie, broncopatie, cardiopatie, anemia, ipotensione, diabete, iperpiressia • Patologie che implicano un rallentamento dei processi rigenerativi tissutali, quali: malnutrizione, ipoalbuminemia, neoplasie, infezioni; • Patologie che riducono la percezione del dolore, quali: neuropatia diabetica, emiparaplegie, ictus, sedazione, demenze, stato comatoso; • Ulcere del sistema nervoso centrale e periferico
3. FATTORI AMBIENTALI	<ul style="list-style-type: none"> • Umidità • Temperatura • Irradiazione

Figura 2: Fattori di rischio suddivisi per tipologie

Pressione:

Ogni forza di compressione esercitata localmente che risulti superiore a quella di quel distretto arteriolare, determina una condizione di ischemia relativa che, se protratta per almeno due ore, provoca danni tissutali locali irreversibili (Munro). Qualora la pressione esterna esercitata sui tessuti superi i 32 mm Hg (pressione media di occlusione dei capillari arteriolarari nella persona sana) si producono fenomeni di ischemia che generano ipossia tissutale, acidosi, emorragia interstiziale, accumulo di cataboliti tossici e necrosi cellulare (tale parametro può ulteriormente abbassarsi nei soggetti ipotensi – in particolare se la pressione arteriolare è inferiore a 60 mm Hg- ed a livello trocanterico, in posizione laterale, scende addirittura a 7 mm Hg).¹¹

Una ricerca ha dimostrato che il 9,4% delle lesioni da pressione al secondo stadio ha raggiunto la guarigione completa tra una categoria di pazienti malati terminali, con aspettativa di vita di meno di sei mesi, con terapie di supporto e palliative.

Sebbene questo livello di guarigione completa possa sembrare banale, è comunque un risultato notevole poiché è avvenuta in pazienti con progressivo peggioramento dello stato.

3.3. È diversa la gestione delle lesioni da pressione nei pazienti palliativi?

La maggior parte, se non addirittura tutti, gli individui alla fine della vita sono a rischio di sviluppare ulcere dei tessuti molli.

La stragrande maggioranza dei professionisti sulla cura delle lesioni concorda sul fatto che le ulcere da pressione che si verificano a fine vita sono spesso inevitabili e in gran parte attribuibili a fragilità e condizioni compromesse dell'individuo.

Nel 2010, un gruppo del National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) ha dato un'opinione generale sulle lesioni da pressione evitabili e inevitabili e, all'interno di esso, hanno convenuto all'unanimità che non tutte le ulcere da pressione sono evitabili, una dichiarazione supportata anche nella letteratura. Questo significa che è quasi impossibile eliminare le ulcere da pressione nei pazienti a fine vita, a causa di molte

¹¹ Ricavato da articolo 5 nella bibliografia

condizioni di comorbidità e fattori di rischio. I partecipanti alla conferenza NPUAP hanno riconosciuto che i pazienti a fine vita sperimentano un deterioramento degli organi del corpo e del meccanismo omeostatico. Come tali, essi sono resi incapaci di contrastare insulti come la pressione, l'attrito, e il taglio, sviluppando alcune ulcere da pressione inevitabili.

Gli individui che alla fine della loro vita hanno una lesione si trovano di fronte a un enigma di considerazioni, tra cui se accettare il trattamento aggressivo delle lesioni o un approccio palliativo. I pazienti devono essere informati sulle possibilità di cure disponibili ed educati, talvolta con l'aiuto di psicologi, sul fatto che molte ferite alla fine della vita non si possono rimarginare o non guariscono. Spesso si sottovaluta, e non è incluso nell'educazione del paziente/famiglia, che la pelle è il più grande organo del corpo umano.

Alcuni studi riportano che fino al 50% delle ferite guariscono alla fine della vita; altri riferiscono percentuali molto inferiori quando la cura passa da uno scopo curativo a palliativo. Inoltre, non è inaspettato vedere qualche deterioramento delle condizioni della ferita, nonostante la cura della ferita non si fermi.

Per gli individui alla fine della vita con una lesione da curare, interventi che migliorano il comfort possono essere la strategia più appropriata.

In generale, esistono scarse informazioni sulle lesioni a fine vita, tuttavia, almeno un terzo dei quasi 1 milione di pazienti hospice, negli Stati Uniti, sono noti per avere una lesione, e questo non tiene conto di persone che non sono in hospice. Pochi studi sulla prevalenza e l'incidenza delle ferite a fine vita esistono: tassi di prevalenza riportati variano tra il 13% e il 47% e tassi di incidenza variano dall'8% e il 17%.

Tippett ha condotto uno studio trasversale su 383 pazienti ricoverati ed ha trovato che il 35% di essi aveva ferite della pelle. Di queste ferite, il 50% erano ulcere da pressione. Lo stesso autore ha fatto un'analisi caso-serie di 192 pazienti che conseguentemente dovevano essere sottoposti a un consulto per le lesioni. La maggior parte erano donne, età media di 82 anni, con più comorbidità. Il 40% delle ferite erano ulcere da pressione, che si trovano principalmente sul sacro e ulcere da pressione quasi esclusivamente di stadio III e IV, con necrosi concomitante e gangrene. L'autore conclude che "le ferite alla fine della vita sono un problema di proporzioni tragiche per quasi 1 milione di pazienti in hospice e milioni di altri fragili come persone anziane che vivono con

malattie croniche.

3.3.1. Qualità della vita

Le lesioni sono stimate a verificarsi in almeno un terzo dei pazienti hospice. Alla fine della vita, gli operatori sanitari devono aiutare il paziente e / o familiari a decidere se gli obiettivi di prevenzione e di cura delle lesioni dovrebbero concentrarsi sulla guarigione o una gestione palliativa. In ogni momento, è importante considerare che un approccio palliativo non neghi il potenziale miglioramento della lesione o anche la chiusura/completa guarigione prima della morte.

Si raccomanda il mantenimento di un ambiente umido per facilitare la guarigione nei protocolli generali di cura.

Nei pazienti di fine vita, le medicazioni devono essere utilizzate per il comfort generale e la prevenzione dell'esposizione della pelle all'essudato della lesione e per ridurre il numero di cambi di medicazione potenzialmente dolorosi. I fattori di rischio per rottura dei tessuti e lo sviluppo di ulcere da pressione sono simili.

I pazienti di cure palliative con mobilità e l'attività fisica limitata sono a più alto rischio di sviluppare ulcere da pressione, ma le misure per aiutare a prevenire queste ferite possono essere adeguati per raggiungere gli obiettivi globali di cure palliative per un determinato paziente.

Le ulcere da decubito e lesioni da radiazioni a fine vita sono da gestire palliativamente con l'obiettivo generale di ridurre al minimo il dolore e l'odore, migliorare il comfort, e potenzialmente migliorare la condizione dell'ulcera. Anche se la ricerca resta limitata, è chiaro che il medico e il paziente devono bilanciare prevenzione e gestione delle pratiche migliori delle lesioni, promuovendo al contempo la dignità del paziente, l'autostima e la qualità della vita.

“Secondo il KAPP (Weissman) i conflitti di base sarebbero determinati da delle contrapposizioni:

1. intimità e reciprocità
2. dipendenza e separazione

3. tratti di personalità controllati
4. tratti alessitimici
5. **importanza dell'aspetto fisico ed autostima**
6. soddisfazione sessuale
7. **senso di appartenenza**
8. sensazione di essere necessario.¹²

Secondo gli autori che hanno elaborato il KAPP, esistono tre modalità di gestire questo conflitto di base:

1. La prima è legata alla capacità di stabilire relazioni mature di dipendenza e alla capacità di sperimentare il lutto e di elaborare la perdita di persone importanti, di ideali, di parti e funzioni del corpo, come di beni materiali.
2. La seconda, che implica già un grado di patologia, indica la capacità di stabilire relazioni di dipendenza accompagnate da forte angoscia di separazione che può condurre al lutto patologico, alla preoccupazione depressiva per una perdita reale o immaginaria, o con una modalità reattiva che si manifesta con un abbandono attivo che tende a prevenire l'abbandono da parte dell'altro.
3. La terza è quella di stabilire relazioni di dipendenza infantili e spesso il significato di queste relazioni può anche essere negato. L'atteggiamento può condurre alla negazione della perdita fino ad alterare o perdere il senso della realtà.

In altri termini i disturbi allo stato di equilibrio della salute dipendono dalla presenza di questi conflitti non risolti, ovvero del permanere dei conflitti di base. Il soggetto al fine di affrontare, gestire lo stato conflittuale può ad esempio

¹² Ricavato da articolo 8 nella bibliografia

assumere un atteggiamento non corretto come l'uso del fumo.¹³

3.4. Gli aspetti da valutare maggiormente nell'assistenza

3.4.1. Raccomandazioni

Nell'eseguire la medicazione:

Vi sono controindicazioni per il debridement della lesione che comprendono la presenza di compromissioni nella circolazione vascolare presso il sito dell'ulcera, il fatto che l'escara sia stabile o in pazienti gravemente palliativi o criticamente instabili.

Gestire colonizzazione batterica e l'infezione:

- implementare l'appropriata tecnica pulita o sterile, con le norme e le precauzioni universali per lesione
- gestione: lavaggio delle mani, i dispositivi di protezione, smaltimento appropriato della medicazione del paziente.

Valutare la pelle per segni di "ulcere terminali" in individui gravemente malati

Stabilire obiettivi individualizzati di cura come determinato dalla volontà del paziente e dallo stato di salute

Stabilizzare e gestire tutte lesioni da pressione e la pelle circostante, per quanto possibile, ottimizzando il comfort del paziente

Valutare le condizioni di comorbilità individuali e indirizzare la lesione da pressione per evitarne di nuove e lesioni cutanee circostanti, utilizzando metodi e materiali coerenti con il paziente e i desideri della famiglia per proteggere la pelle, o per esempio, la protezione del tallone, mantenere l'idratazione del paziente, l'alimentazione, ecc

Ridurre al minimo o eliminare l'odore compreso l'odore della ferita a causa di infezione o incontinenza.

Valutare ogni lesione da pressione utilizzando regole affidabili, scale valide comprendenti una valutazione del dolore in ogni turno o al cambio medicazione.

Gestire il dolore con un analgesico efficace e mantenendo il letto della ferita umido nel rispetto dei principi di prevenzione.

Assorbire l'essudato, per esempio, con una schiuma o medicazione idrocolloidale che allunga il tempo di usura della medicazione. Questo minimizza la frequenza di cambio

¹³ Ricavato da articolo 8 nella bibliografia

della medicazione, mantenendo il letto della lesione umido per ridurre il dolore di rimozione della medicazione.

Le linee guida NPUAP-EPUAP raccomandano una varietà di approcci per il controllo degli odori. Metronidazolo topico può essere utilizzato così come medicazioni a carboni attivi, bendaggio occlusivo (anche se non quando l'infezione è presente), e frequenti cambi di medicazione. Cadexomero iodico e iodopovidone sono antisettici efficaci. Medicazioni all'argento sono efficaci per le infezioni e il controllo degli odori. Garza saturato con soluzione 0,25% (ipoclorito di sodio) di Dakin può essere posizionato nella ferita per un tempo limitato, anche se può causare disagio l'uso di larve è utilizzato efficacemente in ferite con vasto tessuto necrotico. Un ambiente iperosmotico inibisce la crescita batterica e aiuta il debridement, si può ottenere con pasta di zucchero e miele. Segnalazioni aneddotiche di altri prodotti utili per l'uso nell'ambiente che circonda il paziente suggeriscono deodoranti per locali, carbone attivo, lettiera, aceto, vaniglia, chicchi di caffè, candele accese.

Mantenere la dignità individuale e fornire sostegno psicosociale atto a ridurre l'isolamento.¹⁴

3.4.2. Raccomandazioni generali EPUAP

Esaminare e valutare lo stato nutrizionale di ogni individuo a rischio di LdP in ogni contesto sanitario;

Poiché la malnutrizione è un fattore di rischio per lo sviluppo di LdP, è importante identificare e gestire precocemente la malnutrizione.

Gli individui a rischio di sviluppare LdP possono essere a rischio anche di malnutrizione, e pertanto il loro stato nutrizionale dovrebbero essere esaminato.

Ogni singolo individuo sottoposto al trattamento di LdP dovrebbe essere oggetto di una valutazione psicosociale al fine di determinare la sua capacità di comprensione del programma di trattamento delle LdP e la sua motivazione ad osservarlo.

La valutazione dovrebbe prendere in considerazione, senza però limitarsi, i seguenti oggetti:

- stato mentale, capacità di apprendimento, depressione;
- sostegno sociale;
- plurifarmacologia o abuso di farmaci;

¹⁴ Ricavato da articolo 5 nella bibliografia

- abuso di alcool e/o di stupefacenti;
- scopi, valori e stile di vita;
- cultura ed appartenenza etnica;
- agenti di stress.

Si raccomanda una ripetizione periodica di tale valutazione.¹⁵

3.4.3. La prevenzione della salute

La Salute acquista un significato nella direzione della vita che ha un senso, un significato; la vita può essere vissuta. Sappiamo però, per esperienza, che il senso della vita, i significati passano inevitabilmente attraverso la sofferenza. In un certo qual senso allora prevenire forse significa saper vivere-con, e rovesciando, saper con-vivere con la vita e la sofferenza.

L'Infermiere lavorando frequentemente con persone che sono in stato di malattia, di fatto, sviluppa le sue azioni di cura/aiuto nella prevenzione secondaria o terziaria. L'Assistente Sanitaria o l'Infermiere intervenendo anche con persone-non-malate può sviluppare azioni di cura/aiuto, con maggiore libertà, nell'area della prevenzione primaria. La maggiore libertà avviene quando si è svincolati dallo stato di malattia che, se presente, vincola l'individuo e il sistema comunitario ad un altro livello di riferimento.¹⁶

Prevenire significa precedere qualcuno o qualcosa, giungendo prima, oppure anticipare qualcuno o qualcosa prima di altri, o ancora impedire che qualcuno/qualcosa si manifesti, provvedendo ad eventuale danno, adeguatamente in anticipo.

La Prevenzione è quindi un concetto e categoria psicologica che si confronta con il tempo, cercando di far sì che ogni soggetto preceda gli eventi, qualsiasi essi siano, come ad esempio la malattia, ecc.

La Prevenzione, in questo suo precedere aiuta il soggetto a mantenere uno status nel percorso della vita, ovvero quello della Salute. Di fatto, ogni individuo, costantemente

¹⁵ Ricavato da articolo 5 nella bibliografia

¹⁶ Ricavato da articolo 8 nella bibliografia

si confronta, quotidianamente con stati di perturbazione, cioè dei possibili eventi destabilizzatori con i quali deve imparare a convivere.

La Prevenzione quindi fissa il soggetto ad un chiodo o punto fermo, che diventa il suo punto di riferimento.¹⁷

3.4.4. Terapia nutrizionale

Uno studio condotto su 200 soggetti (*Bergstrom e Bennet, 1994*) con età superiore a 65 anni, ospedalizzati e con una degenza media di 28 giorni ha messo in evidenza che i soggetti che hanno sviluppato le LdP avevano un apporto calorico giornaliero che copriva solo il 52,8% del fabbisogno.¹⁸

È ben documentato che un calo ponderale significativo (variazione maggiore o uguale al 5% in 30 giorni o variazione maggiore o uguale al 10% in 180 giorni), un basso BMI (inferiore a 22 kg/m²), disidratazione, riduzione dell'appetito, malnutrizione calorico proteica e la compromissione della capacità di mangiare in modo autonomo sono associati ad una maggiore incidenza di LdP e ritardo nella guarigione delle ferite (Dorner et al, 2009; Fraser, 2007; Fraser, 2009; Harris & Fraser, 2004; Stechmiller, 2010).¹⁹

Nutritional Risk Screening (NRS 2002)

Modificata da ESPEN Guidelines for Nutrition Screening 2002, Clinical Nutrition 2003

Pre –screening

1. Il BMI è < 20.5 kg/m ² ?	SI	NO
2. Il paziente ha perso peso negli ultimi tre mesi?	SI	NO
3. Il paziente ha ridotto gli introiti alimentari nell'ultima settimana?	SI	NO
4. Il paziente ha una patologia grave (per es. terapia intensiva)	SI	NO
• Se la risposta è SI ad almeno una domanda, effettuare lo screening in tabella 2		
• Se la risposta è NO a tutte le domande, il paziente va rivalutato ogni settimana. Se il paziente è candidato ad un intervento di chirurgia maggiore, bisogna considerare un piano nutrizionale preventivo per evitare i rischi associati.		

Figura 3: Screening del rischio nutrizionale (NRS 2002)

¹⁷ Ricavato da articolo 8 nella bibliografia

¹⁸ Ricavato da articolo 5 nella bibliografia

¹⁹ Ricavato da articolo 5 nella bibliografia

PARTE A

1° INDICI ANTROPOMETRICI		12) Quante volte assume:	
<input type="checkbox"/>	1) Indice di massa corporea IMC = peso/(statura)²	latte e latticini?	
<input type="checkbox"/>	0 = IMC < 19	Almeno 1 volta al giorno l'uovo? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
<input type="checkbox"/>	1 = 19 < IMC < 21	1 o 2 volte la settimana <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
<input type="checkbox"/>	2 = IMC > 23	ogni giorno carne o pesce? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
<input type="checkbox"/>	2) Circonferenza del braccio (CB in cm)	<input type="checkbox"/>	0 si o 1 si = 0
<input type="checkbox"/>	0.0 = CB < 21	<input type="checkbox"/>	2 si = 0,5
<input type="checkbox"/>	0.5 = 21 < CB < 22	<input type="checkbox"/>	3 si = 1
<input type="checkbox"/>	1.0 = CB > 22	<input type="checkbox"/>	13) Assume frutta o verdura almeno 2 volte al giorno?
<input type="checkbox"/>	3) Circonferenza del polpaccio (CP in cm)	<input type="checkbox"/>	0 = meno di 2 volte al giorno
<input type="checkbox"/>	0 = CP < 31	<input type="checkbox"/>	1 = almeno 2 volte al giorno
<input type="checkbox"/>	1 = CP > 31	<input type="checkbox"/>	14) Presenta perdita dell'appetito? Ha mangiato di meno negli ultimi 3 mesi per anoressia, problemi digestivi, difficoltà di masticazione o?
<input type="checkbox"/>	4) Perdita di peso recente (< 3 mesi)	<input type="checkbox"/>	Deglutizione
<input type="checkbox"/>	0 = perdita di peso > 3 Kg	<input type="checkbox"/>	0 = anoressia nervosa
<input type="checkbox"/>	1 = non lo so	<input type="checkbox"/>	1 = anoressia moderata
<input type="checkbox"/>	2 = perdita di peso tra 1 Kg e 3 Kg	<input type="checkbox"/>	2 = nessuna anoressia
<input type="checkbox"/>	3 = nessuna perdita di pe	<input type="checkbox"/>	15) Quanti bicchieri beve al giorno?
2° VALUTAZIONE GLOBALE		(acqua, succhi, vino, birra, latte, caffè, tè...)	
<input type="checkbox"/>	5) Vive in casa, in modo indipendente?	<input type="checkbox"/>	0 = meno di 3 bicchieri
<input type="checkbox"/>	0 = NO	<input type="checkbox"/>	0,5 = da 3 a 5 bicchieri
<input type="checkbox"/>	1 = SI	<input type="checkbox"/>	1 = più di 3 bicchieri
<input type="checkbox"/>	6) Prende più farmaci	<input type="checkbox"/>	16) In che modo si alimenta?
<input type="checkbox"/>	0 = NO	<input type="checkbox"/>	0 = ha bisogno di assistenza
<input type="checkbox"/>	1 = SI	<input type="checkbox"/>	1 = si alimenta con difficoltà
<input type="checkbox"/>	7) Malattie o stress psicologico negli ultimi 3 mesi?	<input type="checkbox"/>	2 = si alimenta da solo senza difficoltà
<input type="checkbox"/>	0 = NO	<input type="checkbox"/>	4° VALUTAZIONE SOGGETTIVA
<input type="checkbox"/>	1 = SI	<input type="checkbox"/>	17) Si considera ben alimentato?
<input type="checkbox"/>	8) Motricità	<input type="checkbox"/>	0 = malnutrizione severa
<input type="checkbox"/>	0 = dal letto alla poltrona	<input type="checkbox"/>	1 = malnutrizione moderata
<input type="checkbox"/>	1 = autonomo in casa	<input type="checkbox"/>	2 = nessun problema di malnutrizione
<input type="checkbox"/>	2 = esce da casa	<input type="checkbox"/>	18) Si ritiene in condizioni di salute migliore o?
<input type="checkbox"/>	9) Problemi neuropsichici	<input type="checkbox"/>	Peggior rispetto alla maggior parte delle persone
<input type="checkbox"/>	0 = demenza o depressione severa	<input type="checkbox"/>	Della sua età
<input type="checkbox"/>	1 = demenza o depressione moderata	<input type="checkbox"/>	0.0 = meno buona
<input type="checkbox"/>	2 = nessun problema psicologico	<input type="checkbox"/>	0,5 = non sa
<input type="checkbox"/>	10) Presenza di decubito o ulcere cutanee	<input type="checkbox"/>	1 = nella media
<input type="checkbox"/>	0 = SI	<input type="checkbox"/>	2 = migliore
<input type="checkbox"/>	0 = NO	<input type="checkbox"/>	TOTALE (massimo 30 punti) <input type="text"/>
3° INDICI DIETETICI		<input type="checkbox"/>	Stato nutrizionale soddisfacente: > 24 punti
<input type="checkbox"/>	11) Quanti pasti completi assume al giorno	<input type="checkbox"/>	Rischio di malnutrizione: da 17 a 23,5 punti
<input type="checkbox"/>	0 = 1 pasto	<input type="checkbox"/>	Insufficiente stato nutrizionale: < 17 punti
<input type="checkbox"/>	1 = 2 pasti	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	2 = 3 pasti	<input type="checkbox"/>	

Figura 4: Test di screening del rischio nutrizionale

L'anemia sembrerebbe responsabile di un ridotto rifornimento di ossigeno ai tessuti e, in particolare, ai fibroblasti: di conseguenza si assiste a una diminuita sintesi di collagene con conseguente alterazione dei processi di guarigione da parte dell'organismo. L'ipoalbuminemia e l'ipoproteinemia, invece, determinano comparsa di edema con perdita dell'elasticità tessutale e cutanea; l'edema, inoltre, può di per sé indurre modificazioni a carico del microcircolo.

3.4.5. Movimentazione, mobilizzazione e riposizionamento della persona

Di seguito si riporta la rappresentazione delle posture consigliate.

POSIZIONE LATERALE A 30°

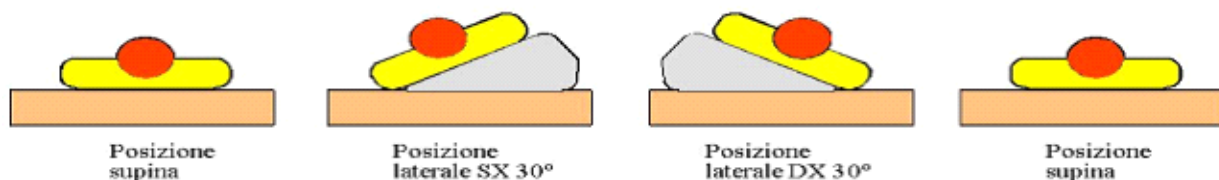


Figura 5: Esempi di posture consigliate

Esperti promuovono l'utilizzo di ausili che aiutino i soggetti a sollevarsi o ad essere sollevati dalla superficie di appoggio durante il cambio di posizione o lo spostamento.

Va posta una particolare attenzione nei cambi posturali alle modalità di effettuazione delle prese, ovvero evitare la presa ad artiglio utilizzando le articolazioni interfalangee a favore della presa palmare. Inoltre vanno evitate le trazioni che causano stiramenti articolari e frizioni sul tessuto.

Studi effettuati indicano che il carico meccanico prolungato e ininterrotto sul tessuto provoca il cedimento del tessuto stesso. Quando il soggetto a rischio è in posizione seduta è necessario alleviare la pressione a livello dell'interfaccia almeno ogni ora e preferibilmente ad intervalli più brevi.²⁰

²⁰ Ricavato da articolo 5 nella bibliografia

3.4.6. Il dolore nella persona con lesione da pressione

Il dolore è una spiacevole esperienza sensoriale ed emotiva di carattere soggettivo, associata ad un effettivo o potenziale danno tissutale. È qualsiasi sofferenza fisica che un soggetto afferma di provare e che esiste quando egli dice che esiste. Una corretta gestione del dolore si ottiene attraverso un'accurata valutazione e diagnosi del tipo di dolore, della sua intensità e del suo impatto sul paziente al fine di pianificare interventi e trattamenti.

3.4.6.1. Introduzione

Il dolore viene definito "un'esperienza sensoriale ed emozionale spiacevole associata a danno reale o potenziale dei tessuti, o descritta in termini di tale danno". Il dolore è una sensazione del corpo, ed è sempre emozionale spiacevole esperienza. Il ruolo della psicologia è ausiliario e supplementare alla medicina. Questo è un aiuto rivolto al paziente, medico e gli operatori sanitari del paziente: caregiver professionali, familiari e altre persone significative. In ogni fase del processo diagnostico e terapeutico, la psicologia offre aiuto, sia dagli aspetti cognitivi e pratici.

La frequenza delle misurazioni deve essere decisa in relazione alle caratteristiche della persona ed alla tipologia del dolore riferito.

Devono essere intraprese misure farmacologiche e non farmacologiche per il controllo del dolore. Il dolore può ridurre la mobilità e l'attività motoria, bisogna sempre considerare l'impatto del dolore e misurarne la presenza e l'intensità quale parte integrante della diagnosi e del trattamento delle ulcere stesse.

“Un'altra determinante che ha preso un posto importante nelle determinanti la Salute e anche la malattia è lo stress, che è diventato patrimonio esperienziale comune.”²¹

E' stato riscontrato in vari studi che le medicazioni nei soggetti affetti da ulcere croniche, sono cambiate spesso, esacerbando il dolore sofferto. É stato rilevato che il cambio della medicazione è considerato dagli infermieri l'operazione più dolorosa nella cura delle lesioni; il dolore viene inoltre ulteriormente aggravato quando la medicazione rimane attaccata alla lesione e quando la rimozione della medicazione provoca

²¹ Ricavato da articolo 8 nella bibliografia

lacerazione della cute.

3.4.6.2. Come aiutare il paziente a comunicare e gestire il dolore anche con strategie non farmacologiche? Anche al fine di avere una visione globale del paziente.

- Metodi e tecniche di trattamento del dolore.

Metodi e tecniche di trattamento del dolore cognitivo e cognitivo-comportamentali hanno lo scopo di aiutare un paziente non solo a limitare il livello di dolore provato, ma anche per sostenere la sua attività, l'ottimismo, l'autostima, senso di controllo e auto-efficacia. In una rassegna completa di queste tecniche svolte da Siang-Yang Tan nel 1988, l'autore ha presentato studi sperimentali, nonché clinici con l'uso di queste tecniche per valutare, alla luce dei risultati presentati, loro efficacia nel controllo del dolore.²²

- Metodi cognitivo-comportamentali.

1) Fornitura di informazioni preparatorie più competenze, istruzioni o formazione.

Diversi studi hanno indagato l'efficacia di un intervento cognitivo-comportamentale combinato consistente nella fornitura di informazioni di preparazione comportamentale oltre a istruzioni comportamentali o cognitive per abilità di coping o di preparazione per il controllo del dolore clinico, in particolare durante o dopo le procedure mediche dolorose. Interventi combinati costituiti da informazioni di preparazione, più istruzioni di abilità al coping o preparazione per la riduzione delle reazioni di stress o reazioni di ansia durante o dopo le procedure mediche dolorose, sono efficaci. Tuttavia, i dati per l'attenuazione del dolore di per sé non sono così convincenti.

2) Capacità cognitiva di coping.

L'utilizzo di capacità cognitiva di coping o strategie (ad esempio, la distrazione o l'attenzione deviazione) per il controllo del dolore esiste probabilmente da quando le persone hanno sperimentato il dolore, ma solo di recente tali tecniche sono state sottoposte a controllo, indagini sperimentali per quanto riguarda la loro efficacia di attenuazione in laboratorio così come il dolore clinico.

²² Ricavato da articolo 6 nella bibliografia

- **Turk ha classificato queste diverse strategie cognitive in 6 categorie principali.**

a) Distrazione fantasiosa

- ignorando il dolore, impegnandosi in immagini, che è incompatibile con l'esperienza di dolore per esempio, immaginare se stessi godendo di una piacevole giornata in spiaggia, a una festa o in campagna.

b) la trasformazione fantasiosa del dolore

- riconoscere le sensazioni dannose, ma interpretandoli come qualcosa di diverso da dolore, o ridurre al minimo come banale o irreali.

c) la trasformazione fantasiosa del contesto

- riconoscere le sensazioni dannose ma trasformare o cambiare la loro impostazione o contesto.

d) Deviazione dell'attenzione (esterna)

- focalizzando l'attenzione sulle caratteristiche fisiche dell'ambiente per esempio, contando pannelli, o studiando articoli di abbigliamento.

e) Deviazione dell'attenzione (interna)

- concentrando l'attenzione su di sé generato (non immagini prodotte) pensieri, per esempio effettuare calcoli aritmetici mentali o compilando una lista di parole di canzoni popolari.

f) Somatizzazione

- Concentrandosi sulla parte del corpo che riceve la stimolazione intensa ma in maniera distaccata; per esempio, analizzando la stimolazione intensa e le sensazioni come se si stesse preparando a scrivere un rapporto di biologia.²³

²³ Ricavato da articolo 6 nella bibliografia

3.4.6.3. Perché dovremmo alleviare il dolore?

In tutti i pazienti affetti da dolore cronico non ci sono variazioni relative ai disturbi fisiologici e sociali, che incidono sulla qualità della vita. Esse dipendono principalmente dalla durata e l'intensità del dolore, non la causa del dolore. Nei pazienti con dolore cronico sono comuni disturbi legati sonno e l'appetito, diminuzione della libido e l'attività sessuale, psicomotoria pesantezza e abbassato la soglia del dolore. I disturbi del sonno sono caratterizzati da difficoltà con addormentarsi a causa dell'incapacità pazienti di trovare una posizione comoda, e il dolore è quindi percepito come più fastidioso. Il sonno è inquieto e interrotto da attacchi di dolore. Molti pazienti dopo il risveglio sentono stanchezza fisica e mentale.

Il dolore cronico provoca anche cambiamenti nel comportamento associato con il cibo. Il paziente soffre spesso di perdita dell'appetito e del peso corporeo. Alcuni pazienti si sentono ansiosi e un'avidità eccessiva per mangiare, che con insufficiente attività (limitato a causa del dolore) possono essere causa di obesità, alterando in questo modo anche l'attività fisica.²⁴

➤ **Medicazione a bassa aderenza**

Sono prodotte sotto forma di garze in fibre di cotone o viscosa, con trama a maglia larga impregnate con diversi prodotti tra cui: gel, vaselina, paraffina, acido ialuronico, sulfadiazina, iodio-povidone, grassi neutri, silicone, petrolato, lipido colloidale, emulsione di acqua e petrolatum ed altro. Le funzioni della garza impregnata sono diverse in relazione al tipo di impregnante presente e/o all'associazione di più impregnanti. Sono usate come strato d'interfaccia, da applicare direttamente sul letto della ferita con l'intento di ridurre l'aderenza. La loro principale funzione è quella di consentire il passaggio dell'essudato in una medicazione secondaria posizionata sopra e sostituibile.

➤ **Medicazioni non aderenti**

Sono medicazioni con strato di contatto al silicone morbido, sono disponibili in forma di lamine o su supporti di materiale assorbente (es. schiume, ecc.). Sono dotate di microaderenza selettiva, cioè aderiscono sulla cute asciutta e non sul letto di ferita. Riducono al minimo il trauma alla ferita ed alla cute perilesionale al momento del

²⁴ Ricavato da articolo 7 nella bibliografia

cambio della medicazione contribuendo a diminuire il dolore.

Altre sono costituite da una trama in poliestere impregnata di particelle idrocolloidali disperse in una matrice lipidica. A contatto con l'essudato della ferita le particelle idrocolloidali formano un gel e interagiscono con le particelle lipidiche in modo da costruire un'interfaccia di contatto che non aderisce alla lesione e quindi non causa una rimozione dolorosa della medicazione.²⁵

➤ **Terapie psicologiche**

Fattori psicologici hanno una grande influenza sulla percezione del dolore, e l'efficacia del trattamento. Pertanto, tutti i pazienti con dolore cronico dovrebbero essere in grado di approfittare di aiuto psicologico professionale, che può influenzare l'aspetto emozionale del dolore. Tra i metodi psicologici che possono essere efficaci come tecnica di sostenere il trattamento del dolore cronico, il più comunemente usati sono: la terapia cognitiva, la terapia comportamentale, tecniche di rilassamento e ipnosi.²⁶

➤ **Raccomandazioni valutazione e gestione dolore AHRQ NPUAP**

L'EPUAP e l'NPUAP a seguito di un impegno congiunto della durata di 4 anni hanno sviluppato due documenti di riferimento sulla prevenzione e trattamento delle LdP che riassumono le linee guida basate sulle prove di efficacia relative alla prevenzione e al trattamento delle LdP. Obiettivo generale della collaborazione internazionale era quello di sviluppare raccomandazioni basate sulle prove di efficacia per la prevenzione ed il trattamento delle LdP che potessero essere usate dai professionisti della salute in tutto il mondo.

Il Gruppo di lavoro insieme ai rappresentanti di NPUAP e di EPUAP ha pianificato il processo di sviluppo della linea guida e sottoposto a revisione tutta la documentazione. In particolare l'EPUAP si è occupata in modo predominante delle raccomandazioni per la prevenzione delle LdP e NPUAP delle raccomandazioni per il trattamento.

Valutare tutti i pazienti per dolore correlato alla lesione o al trattamento della stessa.

Gestire il dolore eliminandone o controllandone la fonte (per es.: coprendo le ferite, sistemando i sistemi di supporto, mobilizzando il paziente).

Procurare analgesia in misura necessaria ed appropriata.

²⁵ Ricavato da articolo 5 nella bibliografia

²⁶ Ricavato da articolo 7 nella bibliografia

Valutare il dolore correlato alla LdP negli adulti utilizzando una scala validata.

Organizzare l'assistenza in modo da garantire il coordinamento tra le prestazioni da effettuare e la somministrazione di farmaci antidolorifici e che vi siano minimi scostamenti. Stabilire le priorità per il trattamento.

Incoraggiare le persone a chiedere una pausa di sospensione nel corso di qualsiasi procedura che provoca dolore.

Ridurre il dolore della LdP mantenendo il letto della ferita coperto e umido, e usando una medicazione non aderente.²⁷

3.5. Come trattarli per prevenire infezioni nella lesione da pressione?

Nelle LdP di 3° e 4° stadio (e meno frequentemente in quelle di 1° e 2° stadio) vi sono immancabilmente batteri che possono contaminare, colonizzare o infettare la lesione stessa. L'infezione localizzata può dare luogo successivamente a infezioni sistemiche quali: cellulite, fascite, osteomielite, sindrome da risposta infiammatoria sistemica, o sepsi. Per evitare tali conseguenze è necessario individuare i pazienti ad alto rischio, concentrarsi sulla prevenzione e trattare precocemente l'infezione dell'ulcera.²⁸

3.5.1. Rischio infezioni

Nella pianificazione dell'assistenza ad un soggetto con LdP è fondamentale effettuare una valutazione che coinvolga il soggetto nella sua totalità non limitandosi a valutare esclusivamente le lesioni presenti. La valutazione del soggetto deve considerare la salute fisica, le complicanze comuni, lo stato nutrizionale, la presenza di dolore e la salute psicosociale. Nel caso di LdP la capacità del soggetto di guarire può essere ostacolata da patologie concomitanti come ad esempio il diabete mellito, malattie vascolari del collagene, psicosi e depressione.

Tra le potenziali complicanze infettive e non, che possono essere associate a lesioni da pressione e che ne ritardano la guarigione si citano: amiloidosi, endocarditi, meningite, osteomielite, fistola perineo-uretrale; artrite settica.

²⁷ Ricavato da articolo 5 nella bibliografia

²⁸ Ricavato da articolo 5 nella bibliografia

Per escludere infezioni in atto si eseguono analisi del sangue come indicato per stabilire valori di riferimento, aiutare nella diagnosi di guarigione dalle infezioni e/o di riflettere lo stato delle condizioni di co-morbilità che colpisce la lesione: emocromo completo con differenziale, profilo metabolico, studi della coagulazione (tempo di protrombina [PT] e tempo di tromboplastina parziale [PTT]), profilo lipidico, HbA1c, profilo della funzionalità epatica, pre-albumina, la funzione tiroidea (TSH), proteina C-reattiva, (CRP), velocità di sedimentazione eritrocitaria (VES), colture di sangue (se si sospetta batteriemia o osteomielite)

Analizzare il tampone o cultura ossea in sospetta infezione, evidente cellulite o sulla lesione infetta.

Eseguire una biopsia sulle lesioni croniche per sospetto di malignità, se non si osserva guarigione in risposta alla cura ottimale, durante 12 settimane.

In sospetta osteomielite ottenere immagini ossee utilizzando un metodo compatibile al paziente, (ad esempio, la risonanza magnetica [RM] / tomografia assiale computerizzata [TAC] /scansione nucleare / tomografia ad emissione di positroni [PET]).

Nella maggior parte dei casi, pulizia e sbrigliamento adeguati impediscono alla colonizzazione batterica di procedere fino al punto di infezione clinica (Bellingeri A, 2003). La diagnosi clinica di infezione non è sempre facile ed immediata vanno quindi tenuti in considerazione una serie di segni e sintomi locali quali: essudazione purulenta; essudazione non purulenta; allargamento delle dimensioni della lesione; arresto della riparazione; fragilità e facile sanguinamento del fondo; aumento dell'induito sanioso (frammenti cellulari necrotici, batteri proliferanti); aumento del dolore; odore nauseante; linfangite satellite; cellulite satellite.

Il gold standard, secondo le raccomandazioni dell'EPUAP-NPUAP, per esaminare la carica microbica e la coltura quantitativa del tessuto vitale della ferita i tamponi superficiali riveleranno solamente l'organismo che colonizza la ferita senza mai riflettere l'infezione del tessuto profondo.

Un'alternativa accettabile alla coltura quantitativa del tessuto è la tecnica di Levine:

- pulire la ferita con normale soluzione salina;
- asciugare con garza sterile;
- effettuare la coltura del tessuto sano che si vede nel letto della ferita;
- non effettuare la coltura sull'essudato, pus, escara o tessuto molto fibroso;

- ruotare la porzione terminale di un applicatore fornito di punta sterile con alginato sull'area di 1 cm x 1 cm per 5 secondi;
- applicare una pressione sufficiente al tampone per provocare la fuoriuscita del fluido dal tessuto;
- usare una tecnica sterile per rompere la punta del tampone in un dispositivo di raccolta designato alla coltura quantitativa.²⁹

3.5.2. Valutazione paziente

Una valutazione completa testa/piedi al paziente che si avvicina alla fine della vita, compresa la salute fisica e psicosociale e la qualità complessiva della vita, è essenziale per stabilire obiettivi realistici. La valutazione deve documentare sia il rischio e presenza o assenza di lesioni cutanee, tra cui la presenza di una ferita e il rischio di sviluppare ulteriori lesioni.

La valutazione dovrebbe includere diagnosi di comorbidità, uso di farmaci, fattori di rischio per la rottura del tessuto e lesioni, stato nutrizionale, risultati di test diagnostici, i fattori psicosociali, risorse ambientali, e gli obiettivi del paziente/familiari indirizzati alla cura.

Una valutazione del rischio per i pazienti di cure palliative -Pressure Sore Risk Assessment Scale for Palliative Care- è stata sviluppata in uno studio su 98 pazienti hospice svedesi seguiti più di 18 mesi. Un totale di 10 strumenti di valutazione del rischio sono stati testati nello studio, e questo strumento è risultato essere il più predittivo di sviluppare ulcere da pressione in questa popolazione. I tre fattori predittivi sono stati l'attività fisica, la mobilità, e l'età. La sensibilità è stata del 100%, una specificità del 71%, un valore predittivo positivo del 50%, e il valore predittivo negativo del 100%.

Perché è importante gestire la lesione e la cute perilesionale su base regolare per volontà della persona, dovrebbero essere valutati l'individuo e la ferita, notando le condizioni di comorbidità, stato nutrizionale, l'eziologia della ferita, la presenza di tessuto necrotico, presenza e il tipo di essudato e odori, e le implicazioni psicosociali.

²⁹ Ricavato da articolo 5 nella bibliografia

Integrità della pelle.

In generale, le raccomandazioni per mantenere l'integrità della pelle includono pulizia delicata con un detergente pelle con pH basso seguita dall'applicazione di una barriera di umidità per minimizzare gli effetti dell'umidità in eccesso. Come notato in precedenza, il tessuto macerato è più vulnerabile al danno, perché è meno in grado di tollerare le forze di attrito, taglio, e la pressione. I medici riferiscono che un massaggio delicato spesso è apprezzato in un individuo, alla fine della vita, salvo controindicazioni, come per posizione ulcera sul corpo, una ferita con il tessuto molto fragile, una diagnosi di sanguinamento, o trombocitopenia.

Le metodiche adottate per la misurazione, valutazione e monitoraggio delle LdP, vanno dalla semplice lunghezza – larghezza - profondità, alla traccia su griglia trasparente che fotografa la dimensione della lesione, alla gestione computerizzata. Per valutare il progressivo andamento della lesione utilizzare strumenti convalidati quali la Scala di Guarigione per la LdP “Pressure Ulcer Scale for Healing” (PUSH©) o il Bates-Jensen Wound Assessment Tool (BWAT), anche noto con il nome di Pressure Sore Status Tool (PSST). La rivalutazione con tali strumenti va eseguita settimanalmente.

Di seguito si riporta uno dei metodi attualmente più diffusi per il monitoraggio dinamico della lesione, la Scala di Push Tool 3.0. La stessa, è stata predisposta dal NPUAP e consente di monitorare l'evoluzione delle LdP nel tempo. Per misurare la lesione utilizzando questa scala è necessario:

- osservare e misurare la lesione, valutarla rispetto alla sua superficie, valutare la quantità di essudato e la tipologia del tessuto presente.
- registrare il punteggio parziale per ognuna delle caratteristiche riportate dalla Scala.
- sommare i punteggi parziali per ottenere il punteggio totale.
- confrontare i punteggi totali nel tempo per avere un'indicazione sullo stato della lesione (miglioramento o peggioramento).

	0	1	2	3	4	5	Punteggio parziale
Lunghezza X Larghezza	0 cm ²	< 0.3 cm ²	0.3-0.6 cm ²	0.7-1.0 cm ²	1.1-2.0 cm ²	2.1-3.0 cm ²	
		6	7	8	9	10	
		3.1-4.0 cm ²	4.1-8.0 cm ²	8.1-12.0 cm ²	12.1-24.0 cm ²	>24.0 cm ²	
Quantità di essudato	0	1	2	3			Punteggio parziale
	assente	scarso	moderato	abbondante			
Tipo di Tessuto	0	1	2	3	4		Punteggio parziale
	integro	epiteliale	di granulazione	slough	escara		
							Punteggio totale

Figura 6: Scala di Push 3.0

Legenda

Lunghezza x larghezza: misurare la maggior lunghezza (dall'alto al basso) e la maggior larghezza (da bordo a bordo) usando un righello.

Moltiplicare queste due misure per ottenere la stima della superficie in cm quadrati. Attenzione! Usare sempre un righello e lo stesso metodo tutte le volte che si procede alla misurazione.

Quantità di essudato: stimare la quantità di essudato presente dopo aver rimosso le medicazioni e prima di applicare qualsiasi prodotto sulla lesione.

Tipo di tessuto: si riferisce al tipo di tessuto presente nel letto della ferita.

Punteggi

- Il punteggio 4 si riferisce alla presenza di tessuto necrotico;
- Il punteggio 3 si riferisce alla presenza di qualsiasi quantità di slough presente in assenza di tessuto necrotico;
- il punteggio 2 si riferisce ad una lesione pulita con presenza di tessuto di granulazione.
- ad una lesione superficiale che sta riepitelizzando viene assegnato un punteggio di 1.
- ad una lesione chiusa si assegna un punteggio di 0.

I dati, risultato dei parametri valutati con l'applicazione della scala, permettono la produzione di un grafico che facilita la visualizzazione dell'evoluzione della lesione trattata.³⁰

3.5.3. La comunicazione

Dobbiamo chiarire che la comunicazione si appoggia sullo stile relazionale presente quando due o più persone interagiscono.

“La Psicologia Sociale suggerisce che l'atteggiamento, ad un livello razionale della mente, viene ulteriormente/continuamente elaborato. La mente tramite delle competenze intrinseche come per esempio la capacità di riflettere, tende a razionalizzare, a porsi delle domande rispetto a nostri comportamenti agiti valutando i pro e i contro.”

“Bisogni e motivi sono strettamente collegati nel senso che i motivi derivano dai nostri bisogni.”

“Maslow ha proposto una teoria sequenziale tale per cui nella persona emergono bisogni via via superiori quando quelli primari sono stati soddisfatti, non solo in termini tecnici ma anche affettivi.”

“I bisogni individuati da Maslow sono:

- Bisogni fisiologici (fame, sete..)
- Bisogni di salvezza (sicurezza, ordine..)
- Bisogni di appartenenza (affetto, **identificazione**..)
- Bisogni di stima (prestigio, successo, **conferma di sé**..)
- Bisogni di realizzazione(**desiderio di appagamento**..)
- Bisogni di prendersi cura di sé e degli altri (=salute).”³¹

³⁰ Ricavato da articolo 5 nella bibliografia

³¹ Ricavato da articolo 8 nella bibliografia

4.1. Discussione

L'obiettivo di questo elaborato era di presentare un aspetto per assistenza a questo tipo di paziente nelle lesioni da pressione.

L'obiettivo della cura dei pazienti palliativi con lesioni, che si stanno avvicinando alla fine della vita può essere la guarigione e spesso si compone di assistenza e comfort. Qualunque sia l'obiettivo, gli operatori sanitari hanno l'obbligo di fornire benessere, alleviare sintomi dolorosi, e promuovere la cura.

La sfida è di bilanciare le migliori pratiche di prevenzione e gestione delle ferite, promuovendo al contempo la dignità del paziente, l'autostima e la qualità della vita. Sono necessari programmi di cura delle lesioni palliative complete, con un team interdisciplinare nelle strutture di assistenza che si occupano di questi individui. I risultati di uno studio suggeriscono che la cura appropriata di queste lesioni alla fine della vita, in base agli obiettivi del paziente e della famiglia, può essere raggiunta e migliorare i risultati in almeno metà dei casi, anche su un'unità hospice.

Obiettivi di cura delle lesioni palliative e curative variano poco tra loro, a parte l'obiettivo della guarigione.

Le cure palliative diventano il focus primario quando la ferita non riesce a progredire in modo significativo o si deteriora, nuove lesioni cominciano a formarsi, le condizioni cliniche del paziente si deteriorano per cui gli interventi aggressivi non sono più adeguati, o la qualità della vita non può più essere migliorata.

Il confronto con trattamenti attivi alternativi ha rivelato che i trattamenti cognitivo-comportamentali hanno prodotto significativamente maggiori cambiamenti per i domini di esperienza del dolore, di coping cognitivo e la valutazione (misure di coping positive), e esperienza di riduzione del dolore (espressione comportamentale del dolore). L'autore conclude che i trattamenti psicologici attivi sulla base del principio della terapia cognitivo-comportamentale sono efficaci per trattamento del dolore.³²

³² Ricavato da articolo 6 nella bibliografia

La Salute è un punto di equilibrio che ogni persona possiede o non possiede, che fa sentire la persona bene con se stessa e il mondo che la circonda. Lo squilibrio può essere determinato da un fattore oggettivo come la malattia biologica, ma può essere determinato anche da fattori psicologici come le forme di ipocondria, o psicosociali.

Quando una persona è in Salute, la malattia è solo una possibilità, una probabilità; viceversa quando la persona è in uno stato di malattia è la Salute che diviene una meta, alcune volte agognata, desiderata.

La Salute è anche un fenomeno soggettivo, un vissuto di esistenza del benessere, che la persona percepisce o non percepisce, se si mette in ascolto del suo corpo/mente, sempre in rapporto con le persone o con l'ambiente.³³

L'operatore sanitario dovrebbe formarsi all'utilizzo di un metodo che prevede l'acquisizione di strategie per:

- Acquisire capacità d'informazione, tali da creare conoscenze/competenze e trasformarsi in apprendimenti;
- Saper addestrare l'utente/famiglia/comunità;
- Acquisire delle strategie di counseling motivazionale breve;
- Possedere strategie di valutazione degli apprendimenti per poter definire se questi sono realmente avvenuti.

Non è facile per l'operatore superare un'abitudine di utilizzo del sapere/potere e trovare una metodologia capace di attuare questo cambiamento.

La Pedagogia Terapeutica, secondo il Therapeutic Patient Education (OMS 1998), dovrebbe prendere in considerazione:

- I processi di adattamento dei pazienti (= la capacità di saper affrontare la malattia, le credenze sulla Salute, le percezioni culturali);
- I bisogni soggettivi ed oggettivi del paziente, espressi e non.
- La vita quotidiana del paziente.
- Il decorso della malattia.

³³ Ricavato da articolo 8 nella bibliografia

- Una valutazione del processo di apprendimento.³⁴

Dalla letteratura è emerso che quando il focus di attenzione poi viene reindirizzato verso la palliazione, si deve includere la gestione delle ferite del dolore, la scelta appropriata della medicazione, la gestione delle infezioni, la gestione degli odori e la protezione perilesionale.

L'obiettivo di cura si concentrerà su come ottimizzare la qualità della vita attraverso il controllo dei sintomi fisici e migliorare lo stato psicosociale. Le lesioni cutanee possono essere meglio prevenute attraverso la valutazione dei rischi e la valutazione del paziente, fornendo la cura della pelle meticolosa e buon posizionamento, riducendo l'attrito e taglio, con superfici di supporto-ridistribuzione della pressione, supporto alimentazione e l'idratazione, e la gestione di umidità della pelle.

Nella letteratura nazionale ed internazionale ci sono molte indicazioni utili al raggiungimento di un obiettivo di assistenza ottimale, per avere un'assistenza e un livello di cure che siano la massima possibile per il paziente.

³⁴ Ricavato da articolo 8 nella bibliografia

A. Report

Ricerca	Banca Dati	Parole Chiave	Esito ricerca N. documenti	Documenti selezionati
Pub Med	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed	pressure ulcers oncology	14 con filtri attivi : full text, 5 anni data di pubblicazione	<p>1-Burden and outcomes of pressure ulcers in cancer patients receiving the kerala model of home based palliative care in India: results from a prospective observational study.(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26009667) Sankaran BM¹, Chakraborty S², Patil VM³, Raghavan SN¹, Thomas S¹, Sen S⁴. 05-08/2015</p> <p>2-Pressure ulcers in cancer palliative care patients. (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20659978) Hendrichova I¹, Castelli M, Mastroianni C, Piredda M, Mirabella F, Surdo L, De Marinis MG, Heath T, Casale G 10/2010</p>
Pub Med	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=pressure+ulcer+palliative+care	pressure ulcers palliative care	56 con filtri attivi : full text, 10 anni data di pubblicazione	<p>1-Pressure ulcers in palliative home care patients: prevalence and characteristics (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24918885) Queiroz AC¹, Mota DD², Bachion MM², Ferreira AC³ 04/2010</p> <p>2-Dressing Materials for the Treatment of Pressure Ulcers in Patients in Long-Term Care Facilities: A Review of the Comparative Clinical Effectiveness and Guidelines (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24716257) Ottawa (ON): Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health; CADTH Rapid Response Reports.</p>

				<p>11/2011</p> <p>3-Clinical parameters associated with pressure ulcer healing in patients with advanced illness.</p> <p>(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24269136)</p> <p>Maida V¹, Ennis M², Kesthely C³.</p> <p>07/2014</p> <p>4-General principles and approaches to wound prevention and care at end of life: an overview.</p> <p>(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22562937)</p> <p>Langemo D¹. Ostomy Wound Manage.</p> <p>05/2012</p> <p>5-Development of the interRAI Pressure Ulcer Risk Scale (PURS) for use in long-term care and home care settings.</p> <p>(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20854670)</p> <p>Poss J¹, Murphy KM, Woodbury MG, Orsted H, Stevenson K, Williams G, Macalpine S, Curtin-Telegdi N, Hirdes JP. BMC Geriatr.</p> <p>09/2010</p> <p>6-Management of painful wounds in advanced disease.</p> <p>(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20841588)</p> <p>Gallagher R¹. Can Fam Physician.</p> <p>09/2010</p>
Google	http://www.regione.fvg.it/rafvq/cms/RAFVG/salute-sociale/sistema-sanitario/FOGLIA25/?style=print	linee guida regionali	17.10 0 risultati	<p>1-Lesioni da pressione: prevenzione e trattamento linee guida di riferimento regionale</p> <p>(http://www.regione.fvg.it/rafvq/export/sites/default/RAFVG/salute-sociale/sistema-sanitario/FOGLIA25/allegati/24022014_COPERTINA_INTERNO_LesioniDaPressione_A4_14febb.pdf)</p> <p>Trabona R, Agnoletto AP, Bertola D, Fregonese F, Papa G, Prezza M, Vallan M.; 2013”</p> <p>1-Association for the Advancement of Wound Care guideline of pressure ulcer guidelines.</p>
National Guid	http://www.qualitymeasures.ahrq.gov/content.aspx?id=36726			

eline s Cleari ngho use				Association for the Advancement of Wound Care (AAW C). Association for the Advancement of Wound Care guideline of pressure ulcer guidelines. Malvern (PA): Association for the Advancement of Wound Care (AAW C); 2010. 14 p.
Pub Med	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=psychological+aspects+of+pain+perception	Psyc holog ical aspe cts of pain perc epitio n	151 result ati	<p>1-Psychological Aspects of Pain (www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25000837) Rafał Gorczyca¹, Rafał Filip², Ewa Walczak² Gorczyca R, Filip R, Walczak E. Psychological Aspects of Pain. Ann Agric Environ Med. 2013; Special Issue: 23–27.</p> <p>2-Assessment of pain: types, mechanism and treatment. (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25000833) Swieboda P¹, Filip R², Prystupa A³, Drozd M⁴. Świeboda P, Filip R, Prystupa A, Drozd M. Assessment of pain: types, mechanism and treatment. Ann Agric Environ Med. 2013; Special Issue 1:2–7.</p>

B. Scala di valutazione di Norton

Norton Scale for Assessing Risk of Pressure Ulcers*

Name: _____

Date: _____

Criterion	Score
Physical condition	4 = Good 3 = Fair 2 = Poor 1 = Very bad
Mental condition	4 = Alert 3 = Apathetic 2 = Confused 1 = Stupor
Activity	4 = Ambulant 3 = Walk with help 2 = Chair bound 1 = Bed bound
Mobility	4 = Full 3 = Slightly impaired 2 = Very limited 1 = Immobile
Incontinent	4 = Not 3 = Occasionally 2 = Usually/Urine 1 = Doubly

TOTAL SCORE = _____

*Calculated as the sum of the scores in all 5 areas. A score < 14 indicates a high risk of pressure ulcer development.

Source: Doreen Norton, Rhoda McLaren and A N Exton-Smith, An Investigation of Geriatric Nursing Problems in Hospital, © National Corporation for the Care of Old People (now Centre for Policy on Ageing), London, 1962.

C. Scala di valutazione di Waterloo

Tabella 3 - Scala di valutazione di Waterloo.

Aspetto della cute	
Sana	0
Edematosa	1
Pallida	2
Erosa	3
Struttura fisica	
Media	0
Sopra la media	1
Obeso	2
Sotto la media	3
Sesso/età	
Maschio	0
Femmina	2
14/49 anni	1
50/64 anni	2
65/74 anni	3
75/80 anni	4
≥81	5
Continenza	
Cateterizzato	0
Incontinenza occasionale	1
Incontinenza fecale	2
Doppia incontinenza	3
Nutrizione	
Regolare	0
Solo fluida	1
Sondino/fleboclisi	2
Parenterale	3
Mobilità	
Piena	0
Agitata	1
Parziale	2
Immobile	3
Fattori di rischio	
Cachessia	8
Patologia cardiaca/vascolare	5
Anemia	2
Fumo	1
Interventi chirurgici/ortopedici maggiore (>2 ore)	5
Deficit neurologici (diabete/ictus/sclerosi multipla)	4
Paraplegia	6
Farmaci cortisonici/citotossici	4
Punteggio scala	
Paziente a rischio	10/14
Paziente con rischio elevato	15/19
Paziente con altissimo rischio	≥20
È la più completa delle scale di valutazione del rischio di lesioni da decubito. Tiene conto, oltre che dello stato della cute, della mobilità, della continenza e dello stato di salute del soggetto, anche della struttura fisica (determinata dal rapporto altezza/peso) e della presenza di particolari fattori di rischio: stato di malnutrizione, deficit neurologico, patologie cardiovascolari, terapie cortisoniche e/o citostatiche, interventi chirurgici di rilievo e/o traumi.	

D. Scala di valutazione di Braden

SCALA DI VALUTAZIONE BRADEN

INDICATORI	VARIABILI				PUNTI
	4	3	2	1	
PERCEZIONE SENSORIALE Abilità a rispondere in modo corretto alla sensazione di disagio correlata alla posizione	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. Ha limitata capacità di avvertire il dolore o il disagio in una o due estremità	Molto limitata Risponde solo agli stimoli dolorosi. Non può comunicare il proprio disagio se non gemendo o agitandosi. Ha impedimento al sensore che limita la percezione del dolore o disagio almeno per la metà del corpo	Completamente limitata Non vi è risposta allo stimolo doloroso, a causa del diminuito livello di coscienza o della sedazione o della limitata capacità di percepire il 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 regolari	Occasionalmente bagnato. La pelle è occasionalmente umida, richiede un cambio di lenzuola extra una volta al giorno	Spesso bagnato Pelle sovente, ma non sempre, umida. Le lenzuola devono essere cambiate almeno tre volte al giorno	Costantemente bagnato La pelle è mantenuta costantemente umida dalla traspirazione dell'urina, ecc.. Ogni volta che il paziente si muove o si gira lo si trova bagnato	
ATTIVITA' Grado di attività fisica	Cammina frequentemente Cammina al di fuori della camera almeno due volte al giorno e dentro la camera una volta ogni due ore (al di fuori delle ore di 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 allietato 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 e delle estremità, ma è incapace di fare frequenti e significativi cambiamenti di posizione senza aiuto	Completamente immobile 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	Adeguate Mangia più della metà dei pasti. Usualmente assume integratori. Si alimenta artificialmente con NPT, assumendo il quantitativo nutrizionale necessario	Probabilmente inadeguata Raramente mangia un pasto completo, generalmente mangia la metà dei cibi offerti. Riceve meno della quantità ottimale di dieta liquida o enterale	Molto povera Non mangia mai un pasto completo, raramente mangia più di 1/3 di qualsiasi cibo offerto. Assume pochi liquidi e nessun integratore. E' a digiuno o mantenuto con fleboclisi	
ATTRITO E FRIZIONE		Senza problemi apparenti Si sposta nel letto e sulla sedia in modo autonomo e 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 slittare	Problema Richiede massima assistenza nei movimenti. Spesso scivola nel letto o nella poltrona, richiede riposizionamenti. Sono presenti spasticità o agitazione che determina attrito contro il piano del letto o poltrona	
FIRMA	DATA				TOTALE
PUNTEGGIO	<input type="checkbox"/> Punteggio < 12/13 paziente ad alto rischio <input type="checkbox"/> Punteggio ≤ 16 paziente a rischio <input type="checkbox"/> Punteggio > 16 paziente non a rischio				

BIBLIOGRAFIA

- [1] Ana Carolina de Castro Mendonça Queiroz, Dálete Delalibera Corrêa de Faria Mota, Maria Marcia Bachion, Ana Cássia Mendes Ferreira
- [2] Alvarez O, Meehan M, Ennis W, Thomas DR, Ferris FD, Kennedy KL, et al. Chronic wounds: palliative management for the frail population. *WOUNDS*. 2002;14(8 suppl):1–27.
- [3] Vincent Maida, MD, MSc, BSc, Marguerite Ennis, PhD, PStat, and Christopher Kesthely, HBSc University of Toronto (V.M.), Toronto; McMaster University (V.M., C.K.), Hamilton; Division of Palliative Medicine (V.M.), William Osler Health System, Toronto; and Applied Statistics (M.E.), Markham, Ontario, Canada
- [4] The cost of prevention and treatment of pressure ulcers: A systematic review. (Demarré L, Van Lancker A, Van Hecke A, Verhaeghe S, Grypdonck M, Lemey J, Annemans L, Beeckman D.) 25/06/2015
- [5] “Lesioni da pressione: prevenzione e trattamento, Linea guida Regione Friuli Venezia Giulia; Trabona R, Agnoletto AP, Bertola D, Fregonese F, Papa G, Prezza M, Vallan M.; 2013”
- [6] Gorczyca R, Filip R, Walczak E. Psychological Aspects of Pain. *Ann Agric Environ Med*. 2013; Special Issue: 23–27.
- [7] Świeboda P, Filip R, Prystupa A, Drozd M. Assessment of pain: types, mechanism and treatment. *Ann Agric Environ Med*. 2013; Special Issue 1:2–7.
- [8] Silvano Secco, *Psicologia della Salute e Pedagogia Terapeutica, Scienze Infermieristiche*, Università di Padova