

| | | |
|--|---|--|
| <p>Sistema Socio Sanitario</p>  <p>Regione Lombardia ASST Sette Laghi</p> | <p>ISTRUZIONE OPERATIVA SPECIFICA</p> <p>La prevenzione delle lesioni da pressione: valutazione del rischio</p> | <p>Cod: IOS06DAPSS</p> <p>Data: 29/12/2021</p> <p>Rev. 0</p> |
|--|---|--|

LA PREVENZIONE DELLE LESIONI DA PRESSIONE: VALUTAZIONE DEL RISCHIO

| | | |
|---|--|--|
| <p>Preparato: Samanta Andriolo, Infermiere Empiano 2 Ovest Circolo; Giovanna Bentivenga, Infermiere Day Center 3° Piano Circolo; Adriana Giuliano; Infermiere Day Center 3° Piano Circolo; Giorgia Sorrentino, Infermiere Empiano 2 Est Circolo; Amelia Cencia, Ambulatorio Lesioni Difficili Circolo; Marco A. C. Spinelli, Ambulatorio Lesioni Difficili Circolo</p> <p>Coordinatore del gruppo di lavoro: Francesca Reato, Coordinatore Area Ricerca e Sviluppo Clinical Practice DAPSS; Rossana Zeccola, infermiere DAPSS; Luigia Pinelli, Coordinatore Area Medica DAPSS</p> | <p>Verificato: Vincenzo Costanzo, Responsabile Gestione Flussi e Standard Informativi (Referente Qualità SC DAPSS)</p> <p>Luigia Pinelli, Coordinatore Area Medica DAPSS</p> <p>Simona Garavello, Responsabile Gestionale Percorsi Pazienti Acuti DAPSS</p> | <p>Approvato: Patrizia R. Tomasin, Direttore SC DAPSS</p> <p>Data: 29/12/2021</p> |
|---|--|--|

INDICE DELLE REVISIONI

| n.progressivo | Descrizione della modifica | Data |
|---------------|----------------------------|------|
| 04 | | |
| 03 | | |
| 02 | | |
| 01 | | |

Spazio riservato alla verifica annuale del documento

| | | | |
|------------------|--|------------------------|-------|
| Data di verifica | <input type="checkbox"/> documento adeguato <input type="checkbox"/> documento non adeguato, da revisionare | Firma del verificatore | Note: |
| Data di verifica | <input type="checkbox"/> documento adeguato <input type="checkbox"/> documento non adeguato, da revisionare | Firma del verificatore | Note: |
| Data di verifica | <input type="checkbox"/> documento adeguato <input type="checkbox"/> documento non adeguato, da revisionare | Firma del verificatore | Note: |

Il presente documento è di proprietà della ASST Sette Laghi. E' fatto divieto di copiarne e divulgarne il contenuto all'esterno, salvo autorizzazione aziendale. Il Documento firmato in originale è conservato presso l'Archivio della SC DAPSS

Documento non firmato trasmesso in formato elettronico

| | | |
|--|---|--|
| <p>Sistema Socio Sanitario</p>  <p>Regione Lombardia ASST Sette Laghi</p> | <p>ISTRUZIONE OPERATIVA SPECIFICA</p> <p>La prevenzione delle lesioni da pressione: valutazione del rischio</p> | <p>Cod: IOS06DAPSS</p> <p>Data: 29/12/2021</p> <p>Rev. 0</p> |
|--|---|--|

INDICE

| | |
|--|----|
| 1. Campo di applicazione | 3 |
| 2 Glossario e Siglario | 3 |
| 2.1 Glossario | 3 |
| 2.2 Siglario | 3 |
| 3. Descrizione delle attività | 4 |
| 3.1 Valutazione dei fattori di rischio di insorgenza di Lesioni da Pressione | 5 |
| 3.2 Stadiazione delle Lesioni da Pressione | 5 |
| 3.3 Prevenzione dell'insorgenza di Lesioni da Pressione | 7 |
| 3.4 Utilizzo di uno strumento di valutazione del rischio di insorgenza di Lesioni da Pressione (Scala di Braden) | 8 |
| Bibliografia | 10 |

| | | |
|--|---|--|
| <p>Sistema Socio Sanitario</p>  <p>Regione Lombardia ASST Sette Laghi</p> | <p>ISTRUZIONE OPERATIVA SPECIFICA</p> <p>La prevenzione delle lesioni da pressione: valutazione del rischio</p> | <p>Cod: IOS06DAPSS</p> <p>Data: 29/12/2021</p> <p>Rev. 0</p> |
|--|---|--|

1. Campo di applicazione

La presente istruzione operativa deve essere applicata laddove, durante il percorso di cura, vi è il rischio che le persone adulte che accedono alle Strutture/Ambiti dell'ASST Sette Laghi sviluppino danni cutanei e tissutali da pressione.

2 Glossario e Siglario

2.1 Glossario

Device: qualsiasi dispositivo o prodotto sanitario destinato all'uso nella diagnosi di malattie o altre condizioni, o per l'uso nella cura, nel trattamento o nella prevenzione delle malattie e di danni fisici.

Escara: parte necrotica di un tessuto, separata dai tessuti sani circostanti per mezzo della cosiddetta zona delimitante. Va distinta dalla crosta che consegue alla concrezione di sangue, essudati o simili.

Prevalenza: in statistica medica, il numero degli eventi verificatisi in una determinata popolazione durante un determinato periodo.

Forza di attrito e frizionamento: forza resistente che si produce nel contatto tra due corpi premuti l'uno contro l'altro.

Forza di taglio: è il risultato dell'applicazione di una forza parallela (tangenziale) ad una superficie.

Incidenza: frequenza con la quale insorgono nuovi eventi in una popolazione a rischio in un determinato periodo.

Item: rappresentazione di una variabile clinica, di un fatto, di un concetto o di un'istruzione fornita in modo idoneo alla comunicazione, all'interpretazione o al trattamento.

Slough: massa di tessuto necrotico.

2.2 Siglario

ASST: Aziende Socio Sanitaria Territoriale dei Sette Laghi

CV: catetere vescicale

CVC: catetere venoso centrale

CVP: catetere venoso periferico

IAD: incontinence associated dermatitis

IO: Istruzione Operativa

ITD: intertriginous dermatitis

LdP: lesione da pressione

| | | |
|--|---|--|
| <p>Sistema Socio Sanitario</p>  <p>Regione Lombardia ASST Sette Laghi</p> | <p>ISTRUZIONE OPERATIVA SPECIFICA</p> <p>La prevenzione delle lesioni da pressione: valutazione del rischio</p> | <p>Cod: IOS06DAPSS</p> <p>Data: 29/12/2021</p> <p>Rev. 0</p> |
|--|---|--|

MASD: moisture associated skin damage

MARSI: medical adhesive related skin injury

SNG: sondino nasogastrico

TC: temperatura corporea

UO: Unità Operativa.

3. Descrizione delle attività

Una lesione da pressione è un danno localizzato della cute o dei tessuti molli sottostanti frequentemente su prominenze ossee o correlato a un dispositivo medico e non. La lesione può presentarsi come cute intatta o ulcera aperta e può essere dolorosa. Accade come risultato di intensa e/o prolungata pressione in combinazione a frizionamento. La tolleranza dei tessuti molli alla pressione e alla frizione può essere condizionata dal microclima, nutrizione, perfusione, comorbidità e condizioni dei tessuti molli (EPUAP/NPIAP/PPPIA, 2019).

L'insorgenza di lesioni da pressione (LdP) rappresenta un rischio per le persone di tutte le età, durante il percorso di cura nelle differenti Unità Operative di degenza.

Le LdP possono causare complicanze di carattere psicofisico, sociale ed economico. Si stima infatti che in alcuni paesi Europei quali l'Olanda e la Finlandia, il loro tasso di prevalenza in ambito ospedaliero varia rispettivamente dal 27.2% al 4,6 %. Laddove è presente una LdP, un ritardo nell'identificazione, un trattamento errato o un intervento non tempestivo possono comportare una serie di complicanze per la persona assistita quali: diminuzione dell'autonomia, aumento del dolore, insorgenza di infezioni locali o sistemiche, aumento delle comorbidità, aumento dello stress, depressione e aumento della mortalità (Moore et al., 2019).

All'interno della presente IO vengono pertanto richiamate le raccomandazioni di comportamento e le buone pratiche riconducibili alle attività di prevenzione delle LdP, con particolare riferimento alla valutazione del rischio.

Nello specifico la presente IO è stata suddivisa in 4 attività:

Attività: Valutazione dei fattori di rischio di insorgenza di Lesioni da Pressione

Attività: Stadiazione delle Lesioni da Pressione

Attività: Prevenzione dell'insorgenza di Lesioni da Pressione

Attività: Utilizzo di uno strumento di valutazione del rischio di insorgenza di Lesioni da Pressione (Scala di Braden)

| | | |
|--|---|--|
| <p>Sistema Socio Sanitario</p>  <p>Regione Lombardia ASST Sette Laghi</p> | <p>ISTRUZIONE OPERATIVA SPECIFICA</p> <p>La prevenzione delle lesioni da pressione: valutazione del rischio</p> | <p>Cod: IOS06DAPSS</p> <p>Data: 29/12/2021</p> <p>Rev. 0</p> |
|--|---|--|

3.1 Valutazione dei fattori di rischio di insorgenza di Lesioni da Pressione

Numerosi sono i fattori di rischio correlati all'insorgenza di LdP quali quelli relativi alla suscettibilità e alla tolleranza individuale (stato della cute, perfusione, circolazione, ossigenazione, indicatori nutrizionali, TC, età avanzata, marcatori sanguigni e stato di salute generale e mentale) e quelli relativi al danno pressorio riportato in termini di quantità, durata e tipologia della pressione (frizione e scivolamento) subiti dalle persone assistite (limitazione dell'attività e mobilità, umidità, età avanzata, percezioni sensoriali limitate, stato di salute generale mentale) (EPUAP/NPIAP/PPPIA, 2019).

Anche l'uso di tabacco, l'assunzione di farmaci inotropi, di terapie cortisoniche e l'utilizzo di dispositivi ospedalieri (CV, SNG, CVP ecc.), altresì le pregresse lesioni e le patologie quali il diabete mellito, l'osteomielite e/o le situazioni che portano ad immunodepressione, devono essere tenute in considerazione nel momento in cui viene attivato un processo di valutazione del rischio di insorgenza di LdP.

3.2 Stadiazione delle Lesioni da Pressione

Secondo le Linee Guida pubblicate da EPUAP/NPIAP/PPPIA (2019), le LdP vengono classificate come segue:

Stadio 1: Eritema non sbiancante e con cute integra

Cute intatta con area localizzata di eritema non sbiancante che può apparire differente nella cute scura. Presenza di eritema sbiancante o modificazioni della sensibilità, della temperatura o dello spessore possono precedere cambiamenti visibili. Modificazioni di colore non includono colorazioni violacee o marroni; queste possono essere indicatori di lesioni da pressione tessutale profondo (EPUAP/NPIAP/PPPIA, 2019).

Stadio 2: Parziale perdita di spessore con esposizione del derma

Il letto della ferita è visibile, rosa o rosso, umido e si può presentare come vesciche sierose intatte o aperte. L'adipe e tessuti più profondi non sono visibili. Tessuto di granulazione, slough ed escara non sono presenti. Queste lesioni comunemente insorgono come risultato di microclima avverso e forze di taglio sulla cute e compaiono maggiormente sulla cute pelvica e dei talloni. Questo stadio non deve essere usato per descrivere MASD, IAD, ITD, MARSI o lesioni traumatiche (Skin Tears, abrasioni e ustioni) (EPUAP/NPIAP/PPPIA, 2019).

| | | |
|--|---|--|
| <p>Sistema Socio Sanitario</p>  <p>Regione Lombardia ASST Sette Laghi</p> | <p>ISTRUZIONE OPERATIVA SPECIFICA</p> <p>La prevenzione delle lesioni da pressione: valutazione del rischio</p> | <p>Cod: IOS06DAPSS</p> <p>Data: 29/12/2021</p> <p>Rev. 0</p> |
|--|---|--|

Stadio 3: Completa perdita di spessore cutaneo

Perdita cutanea a spessore totale, in cui l'adipe è visibile nell'ulcera e il tessuto di granulazione e l'epibole (margini cutanei arrotondati) sono spesso presenti. Slough e/o escara possono essere visibili. La profondità del danno tissutale varia a seconda della localizzazione anatomica; aree di adiposità significativa possono sviluppare ferite profonde. Possono essere presenti sottominatura e tunnelizzazione. Fascia, muscolo, tendini, legamenti, cartilagine e/o osso non sono esposti. Se lo slough o l'escara nascondono l'estensione della perdita di tessuto è un lesione da pressione Non Stadiabile (EPUAP/NPIAP/PPPIA, 2019).

Stadio 4: Perdita di Tessuto a Spessore Totale

Perdita di tessuto a spessore totale con esposizione nell'ulcera o presenza palpabile di fascia, muscoli, tendini, legamenti, cartilagine o osso. Il tessuto devitalizzato (slough) o l'escara possono essere presenti. Spesso include l'epibole (margini cutanei arrotondati), scollamento e tunnelizzazione dei tessuti. La profondità delle ulcere da pressione di Stadio 4 varia dalla posizione anatomica. Se escara e slough nascondono l'estensione del tessuto profondo l'ulcera si classifica come lesione da pressione non stadiabile (EPUAP/NPIAP/PPPIA, 2019).

Lesione da pressione Non Stadiabile: Perdita di tessuto o completa perdita di spessore cutaneo nascosti

Perdita completa dello spessore della cute e di tessuto in cui l'estensione del danno tissutale all'interno dell'ulcera non può essere classificata perché coperta da slough o escara. Se lo slough o l'escara vengono rimossi si manifesterà uno Stadio 3 o Stadio 4. L'escara stabile (cioè asciutta, aderente, intatta e senza eritema o fluttuazione) sul tallone o su arto ischemico non dovrebbe essere idratate o rimosse (EPUAP/NPIAP/PPPIA, 2019).

Lesione da Pressione del Tessuto Profondo: Persistente decolorazione non sbiancante rosso scuro, marrone o viola

Cute intatta o non intatta con area localizzata di rossore profondo persistente non sbiancante, color rosso scuro, marrone, viola o separazione epidermica che rivela un letto della ferita scuro o con bolla a contenuto emorragico. Dolore e variazione di temperatura spesso precedono modificazioni della colorazione cutanea. La decolorazione può apparire diversamente nella cute scura. Questa lesione è il risultato di una intensa e/o prolungata pressione e forze di taglio sull'interfaccia osseo-

| | | |
|--|---|--|
| <p>Sistema Socio Sanitario</p>  <p>Regione Lombardia ASST Sette Laghi</p> | <p>ISTRUZIONE OPERATIVA SPECIFICA</p> <p>La prevenzione delle lesioni da pressione: valutazione del rischio</p> | <p>Cod: IOS06DAPSS</p> <p>Data: 29/12/2021</p> <p>Rev. 0</p> |
|--|---|--|

muscolare. La lesione può evolvere rapidamente e rivelare la reale estensione del danno tissutale o può risolversi senza perdita di tessuto. Se il tessuto necrotico, sottocutaneo, di granulazione, fasciale, muscolare o altre strutture sottostanti sono visibili, indica una lesione da pressione a tutto spessore (Non Stadiabile, Stadio 3 o Stadio 4). Non utilizzare la stadiazione di LdP Tessutale Profonda per descrivere condizioni vascolari, traumatiche, neuropatiche o dermatologiche (EPUAP/NPIAP/PPPIA, 2019).

3.3 Prevenzione dell'insorgenza di Lesioni da Pressione

La prevenzione consiste in una serie di accertamenti e interventi sanitari intesi a scongiurare l'insorgenza di LdP di cui è possibile stabilire e modificare i fattori di rischio per determinati individui.

Una valutazione del rischio di LdP deve comprendere un approccio strutturato: ovvero includere una quotidiana valutazione clinica completa dello stato cutaneo del paziente (ispezione testa-piedi) in concomitanza delle cure igieniche interpretando i risultati della valutazione e usando il giudizio clinico (EPUAP/NPIAP/PPPIA, 2019).

L'insorgenza di LdP è infatti uno dei principali indicatori della qualità dell'assistenza infermieristica (EPUAP/NPIAP/PPPIA, 2019).

E' buona pratica:

- Considerare gli individui con limitata mobilità e limitata attività e con alto rischio di frizione e scivolamento a rischio di sviluppare LdP (EPUAP/NPIAP/PPPIA, 2019);
- Considerare gli individui con LdP di Stadio 1 a rischio di sviluppare Stadio 2 o lesioni maggiori (EPUAP/NPIAP/PPPIA, 2019);
- Considerare il potenziale impatto di una LdP di qualsiasi categoria e stadio già esistente di sviluppare ulteriori LdP (EPUAP/NPIAP/PPPIA, 2019);
- Considerare l'impatto di un alterato stato nutrizionale nel rischio di sviluppare LdP (EPUAP/NPIAP/PPPIA, 2019);
- Considerare il potenziale impatto della cute umida sul rischio di sviluppare LdP (EPUAP/NPIAP/PPPIA, 2019);
- Considerare l'impatto del tempo trascorso privo di mobilitazione prima della chirurgia, la durata dell'intervento chirurgico, quindi il rischio di LdP relative alla chirurgia e la Classificazione dello Stato Fisico (ASA physical status classification system) dell'American Society of Anesthesiologist.

| | | |
|--|---|--|
| <p>Sistema Socio Sanitario</p>  <p>Regione Lombardia ASST Sette Laghi</p> | <p>ISTRUZIONE OPERATIVA SPECIFICA</p> <p>La prevenzione delle lesioni da pressione: valutazione del rischio</p> | <p>Cod: IOS06DAPSS</p> <p>Data: 29/12/2021</p> <p>Rev. 0</p> |
|--|---|--|

In conformità con la buona pratica sopraccitata, si suggerisce di eseguire la valutazione entro il proprio turno di lavoro dal momento del ricovero e non oltre le 24 ore successive così da attuare tempestivamente appropriati interventi infermieristici.

In merito alla prevenzione delle LdP Device correlate, è buona pratica:

- Selezionare il Device considerando: la corretta misura del Device in relazione al paziente, scegliere i Device capaci di ridurre il danno tissutale, posizionare correttamente e in sicurezza il Device;
- Monitorare regolarmente la tensione nei punti di pressione del Device su cute e tessuti del paziente e se possibile favorire il comfort dell'individuo;
- Includere il monitoraggio della cute intorno ai Device come parte del monitoraggio quotidiano di tutta la cute;
- Ridurre e/o ridistribuire la pressione del Device sulla cute con regolari rotazioni e riposizionamenti del Device;
- Rimuovere il Device non appena consentito dalle condizioni cliniche (EPUAP/NPIAP/PPPIA, 2019)

3.4 Utilizzo di uno strumento di valutazione del rischio di insorgenza di Lesioni da Pressione (Scala di Braden)

L'identificazione precoce dei soggetti a rischio di sviluppare LdP assume un ruolo centrale nella prevenzione.

È buona pratica:

- Effettuare uno screening del rischio di insorgenza di LdP appena possibile dopo il ricovero e in seguito periodicamente per identificare i soggetti a rischio (EPUAP/NPIAP/PPPIA, 2019);
- Condurre una valutazione completa del rischio di insorgenza di LdP come indicato dallo screening effettuato dopo il ricovero e ad ogni variazione dello stato di salute. La valutazione deve essere documentata nella cartella clinica periodicamente (EPUAP/NPIAP/PPPIA, 2019) utilizzando la scheda di valutazione del rischio reperibile nel sito intranet DAPSS - per chi utilizza la Cartella Clinica in formato cartaceo - oppure nel menu scale di valutazione per chi utilizza la Cartella Clinica Elettronica;
- Sviluppare e incrementare un piano di prevenzione basato sui rischi per gli individui identificati a rischio di sviluppare LdP (EPUAP/NPIAP/PPPIA, 2019).

| | | |
|--|---|--|
| <p>Sistema Socio Sanitario</p>  <p>Regione Lombardia ASST Sette Laghi</p> | <p>ISTRUZIONE OPERATIVA SPECIFICA</p> <p>La prevenzione delle lesioni da pressione: valutazione del rischio</p> | <p>Cod: IOS06DAPSS</p> <p>Data: 29/12/2021</p> <p>Rev. 0</p> |
|--|---|--|

La valutazione del livello di rischio di sviluppo di LdP all'interno dell'ASST si effettua tramite l'utilizzo della Scala di Braden (Bergstrom et al., 1987) inserita all'interno del documento "MOD25DAPSS IOS01 Scala Braden Data: 30/10/2018 Rev.0".

La **Scala di Braden** è costituita da 6 item:

- 1) Percezione sensoriale (abilità a rispondere in modo corretto alla sensazione di disagio alla pressione);
- 2) Umidità (grado di esposizione della cute alla macerazione);
- 3) Attività (capacità di muoversi in autonomia);
- 4) Mobilità (capacità di variare e controllare la posizione corporea);
- 5) Nutrizione (assunzione abituale di alimenti);
- 6) Frizione/Scivolamento (la forza d'attrito che si crea con la superficie solida e/o con la biancheria può accelerare l'insorgenza di LdP).

Ad ogni fattore vengono attribuite delle variabili, con un punteggio che va da 1 a 4; e da 1 a 3 per l'item scivolamento.

Il punteggio totale è compreso tra 6 e 23: minore è il valore risultante dalla somma di tutti i punteggi, maggiore è il rischio d'insorgenza di LdP.

L'interpretazione dei punteggi è il seguente:

- ✓ Punteggio 9 o inferiore = rischio molto elevato;
- ✓ Punteggio 10-12 = rischio alto;
- ✓ Punteggio 13-14= rischio moderato;
- ✓ Punteggio 15-16 = a rischio basso;
- ✓ Punteggio superiore a 16 = si consiglia rivalutazione in base alle condizioni clinico-assistenziali o se indicato (Bergstrom et al., 1987).

Laddove gli item evidenziano una situazione di rischio e quindi la necessità di approfonditi monitoraggi, è opportuno richiedere consulenza ai Professionisti Specialisti.



Cod:IOS06DAPSS IOS01
Data:30/10/2018
Rev.0

SCALA BRADEN

DAPSS

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia ASST Sette Laghi

| PUNTI | | ④ | ③ | ② | ① |
|--|---|--|---|--|---|
| INDICATORI E VARIABILI | | | | | |
| A] PERCEZIONE SENSORIALE Abilità di rispondere in modo corretto alla sensazione di disagio correlata alla pressione. | 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. oppure Ha impedimenti al sensore che limita la capacità di avvertire il dolore o il disagio in 1 o 2 estremità. | MOLTO LIMITATA. Risponde solo a stimoli dolorosi. Non può comunicare il proprio disagio se non gemendo o agitandosi. oppure Ha impedimento al sensore che limita la percezione del dolore almeno per la metà del corpo. | COMPLETAMENTE LIMITATA. Non vi è risposta (non geme, non si contrae o afferra) allo stimolo doloroso, a causa del diminuito livello di coscienza od alla sedazione. oppure Limitata capacità di percepire dolore in molte zone del corpo. | |
| B] UMIDITÀ Grado di esposizione della pelle all'umidità. | RARAMENTE BAGNATO. La pelle è abitualmente asciutta. Le lenzuola sono cambiate ad intervalli di routine. | OCCASIONALMENTE BAGNATO. La pelle è occasionalmente umida, richiede un cambio di lenzuola entro 1 volta al giorno. | SPESO BAGNATO. Pelle sovente ma non sempre umida. Le lenzuola devono essere cambiate almeno 1 volta per turno. | COSTANTEMENTE BAGNATO. La pelle è mantenuta costantemente umida dalla traspirazione, dall'urina, ecc. Ogni volta che il paziente si muove o si gira lo si trova sempre bagnato. | |
| C] ATTIVITÀ Grado di attività fisica | CAMMINA FREQUENTEMENTE. Cammina al di fuori della camera almeno 2 volte al giorno e dentro la camera una volta ogni due ore (a) di fuori delle ore di riposo. | CAMMINA OCCASIONALMENTE. Cammina occasionalmente durante il giorno ma per brevi distanze con o senza aiuto. Trasferisce 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 rotelle. | ALETTATO. Costretto a letto. | |
| D] MOBILITÀ 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 o delle estremità, ma è incapace di fare frequenti o significativi cambiamenti di posizione senza aiuto. | COMPLETAMENTE IMMOBILE. Non può fare alcun cambiamento di posizione senza assistenza. | |
| E] NUTRIZIONE Assunzione usuale di cibo. | ECCELLENTI. Mangia la maggior parte del cibo, non rifiuta mai il pasto, talvolta mangia tra i pasti. Non necessita di integratori. | ADEGUATA. Mangia più della metà dei pasti, di porzioni o più di proteine al giorno. Usualmente assume integratori. oppure Si alimenta artificialmente con TPN, assumendo il quantitativo nutrizionale necessario. | PROBABILMENTE INADEGUATA. Raramente mangia un pasto completo, generalmente mangia la metà dei cibi offerti. Le proteine assunte includono 3 porzioni di carne o latticini al giorno, occasionalmente integratori alimentari. oppure Riceve meno quantità ottimale di dieta liquida o enterale (con SNG) | MOLTO POVERA. Non mangia mai un pasto completo. Raramente mangia più di 1/3 di qualsiasi cibo offerto. 2 o meno porzioni di proteine al giorno. Assume pochi liquidi e nessun integratore. oppure È a digiuno o mantenuto con fleboclisi o beve bevande per più di 5 giorni. | |
| F] FRIZIONE E SCIVOLAMENTO | | SENZA PROBLEMI APPARENTI. Si sposta nel letto e sulla sedia in modo autonomo ed 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 da una moderata a una massima assistenza nei movimenti. Frequentemente scivola nel letto o nella poltrona. Frequentemente richiede riposizionamenti con la massima assistenza. Sono presenti spaccature, contratture, agitazione, che causano costantemente attrito contro il piano del letto o della poltrona. | |

PUNTI: 16-15 a rischio; 14-13 rischio moderato; 12-10 ad alto rischio; 9 o inferiore rischio molto elevato)

| | | |
|--|---|--|
| <p>Sistema Socio Sanitario</p>  <p>Regione Lombardia ASST Sette Laghi</p> | <p>ISTRUZIONE OPERATIVA SPECIFICA</p> <p>La prevenzione delle lesioni da pressione: valutazione del rischio</p> | <p>Cod: IOS06DAPSS</p> <p>Data: 29/12/2021</p> <p>Rev. 0</p> |
|--|---|--|

Bibliografia

Bergstrom N., Braden B. J., Laguzza A., Holman V. (1987) The Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk. *Nursing Research Journal*. 36(4): 205-210.

Moore Z., Avsar P., Conaty L., Moore D. H., Patton D., O'Connor T. (2019) "The prevalence of pressure ulcers in EU, what does the EU data tell us: a systematic review". *Journal of Wound Care*. 28(11): 710-719.

European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP), National Pressure Injury Advisory Panel (NPIAP) e Pan Pacific Pressure Injury Alliance (PPPIA) (2019). Prevention and Treatment of Pressure Ulcers/Injuries: Quick reference Guide. [on line] Disponibile da: http://www.internationalguideline.com/static/pdfs/Quick_Reference_Guide-10Mar2019.pdf [ultima consultazione del 10.11.2021]

European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP), National Pressure Injury Advisory Panel (NPIAP) e Pan Pacific Pressure Injury Alliance (PPPIA) (2019). Prevention and Treatment of Pressure Ulcers/Injuries: Clinical Practice Guideline. The International Guideline 2019. EPUAP/NPIAP/PPPIA.

Stedman T. L. (2011) Stedman' s Medical Dictionary for the Health Professions and Nursing – Illustrated. Seven Edition. Philadelphia: Lippincott Williams.

Treccani G. (1925) Istituto dell'Enciclopedia Italiana [on line]. Disponibile da: <https://www.treccani.it/enciclopedia/istituto-della-enciclopedia-italiana/> [ultima consultazione del 8.07.2021]