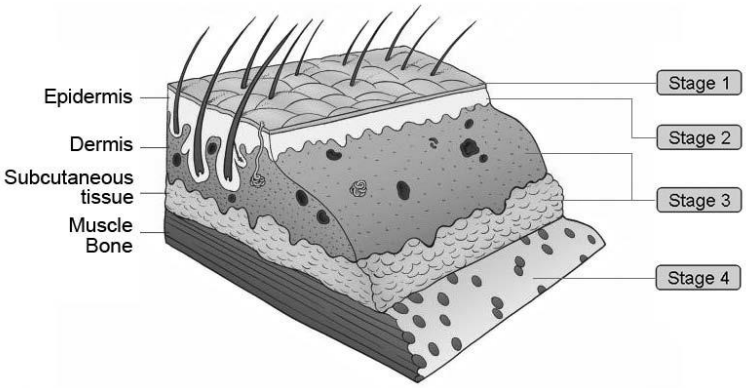
Item 26.

Esamina con cura e attenzione le regioni della cute più a rischio di ulcere da pressione o piaghe da decubito (PD) ; descrivi le piaghe da decubito eventualmente presenti

La cute rappresenta il 10-15% del peso corporeo; riceve circa un terzo del sangue circolante e concorre a funzioni fisiologiche fondamentali con le sue attività vasomotorie come controllo della temperatura corporea, bilancio idrico e immunocompetenze. La attenta ispezione clinica della cute è importante in Geriatria; sono possibili confronti delle immagini raccolte in tempi diversi con sistemi tecnologici ampiamente disponibili.
La cute dovrà essere osservata soprattutto in sedi particolarmente sottoposte a compressione e a stiramenti; il rischio deve essere definito al meglio per prevenire la comparsa di PD che è indicatore di scarsa qualità assistenziale; esso richiede la valutazione complessiva con scale come quella di Braden che considerano le condizioni contingenti del paziente; anche la valutazione multidimensionale geriatrica aiuta a definire il rischio di PD. C'è anche in questo caso il problema dei setting curativi.

L'ulcera da pressione o piaga da decubito è un'area localizzata di danno tissutale causata da forze di pressione, trazione, frizione, o da una combinazione di questi fattori, che può insorgere potenzialmente in qualsiasi parte della superficie cutanea, ma che più comunemente in corrispondenza di prominenze ossee; la gravità delle PD è classificata in gradi che sono 4 come indicato nella figura



Le PD rappresentano una condizione frequente, ma potenzialmente prevenibile in popolazioni ad alto rischio quale quella anziana e quella dei soggetti con compromissione dell'autonomia funzionale che può andare dall'ipomobilità sino all'allettamento completo; se non si prendono misure preventive è una complicanza della ospedalizzazione del paziente anziano che presenta in occasione di una malattia acuta o riacutizzazione di malattia cronica. Si deve ricorda che : 1 . La loro comparsa rallenta il recupero funzionale e comportare complicanze di natura infettiva, nonché determinare la comparsa di dolore e prolungare nettamente la degenza ospedaliera con alti costi. 2 . Inoltre la PD è fattore prognostico sfavorevole che si associa ad aumento della morbidità e della mortalità . Le PD sono indicatori chiave della qualità dell'assistenza infermieristica e non solo: la loro comparsa può in alcuni casi configurare negligenza del personale sanitario (segno di

abuso e di neglect). 3. sono prevenibili con comportamenti corretti; la prevenzione riguarda anche la progressione delle ulcere da pressione già presenti verso forme più estese e la loro infezione.

.

L' esame obiettivo è fondamentale deve essere quotidiano e attento; la documentazione fotografica delle zone a rischio consente di valutare le variazioni nel tempo delle eventuali lesioni; il colore, l' area e la profondità delle lesioni sono da riportare correttamente. La prevenzione è momento fondamentale e può essere attuata ricorrendo anche ad applicazioni scaricabili su smartphone come https://itunes.apple.com/it/app/pressure-ulcer-prevention/id956279826?mt=8 e anche https://itunes.apple.com/app/id1093887592 e https://www.healthpath.it/it/imowa.html .

I **fattori di rischio** di PD sono:

Intrinseci come l' immobilità e l' allettamento protratto, la malnutrizione (ipoalbuminemia, anemia), l'iposensibilità, la malnutrizione, il diabete, fratture, compromissione cognitiva, malattie muscoloscheletriche, confusione mentale, uso di mezzi di contenzione, circolazione ematica compromessa, obesità, ecc

estrinseci come la macerazione (sudorazione,contatto con urine, con essudati), forze di taglio (scivolamento del corpo dall' alto al basso), frizione (sfregamento.attenzione alla qualità delle lenzuola che possono essere abrasive), pressione (sulla cute in presenza di prominenze ossee).

I fattori di rischio di PD sono così riassumibili tenendo ben presenti i fattori determinanti già citati

Fattori di rischio		Fattori deter
Immobilità	Età avanzata	Pressione
Obnubilamento del sensorio	Assunzione di sedativi-ipnotici	Trazione
Malnutrizione calorico-proteica	Disidratazione	Sfregamento
Incontinenza urinaria e/o fecale	Diabete mellito	Umidità
Vasculopatia periferica arteriosa e/o venosa	Anemia	
Ipoalbuminemia	Ipotensione arteriosa	
Edema	Ipertermia	

Un' area cutanea sottoposta ad una pressione esterna prolungata, continuativa, di intensità sufficiente a superare i 32 mmHg, che è la pressione vigente all'estremità arteriolare dei capillari, compromette la microcircolazione e pertanto l'ossigenazione tissutale comportando ischemia/necrosi ischemica. La posizione distesa a letto produce pressioni pari a 100-150 mmHg a livello del grande trocantere; in posizione seduta la pressione sulla tuberosità ischiatica raggiunge i 300 mmHg: bastano due ore di pressione continuativa a 70 mmHg per provocare lesioni cutanee importanti; la maggior parte delle PD si sviluppa rapidamente nelle prime settimane di ospedalizzazione o allettamento domiciliare. Le sedi più frequentemente colpite sono localizzate nella porzione inferiore del

corpo in particolare sul sacro (43%), sul grande trocantere (12%), sul tallone (11%), sulle tuberosità ischiatiche (5%) e sui malleoli laterali (6%), anche se questi dati di prevalenza possono variare tra i diversi studi.

Non dimenticare la possibilità che in un paziente anziano in gravi condizioni complessive si manifesti la **skin failure**; la terminologia è contemplata nella skin changes in life's end (SCALE); ciò si può verificare soprattutto durante le cure palliative ; la cute perde la sua compattezza e tende a "rompersi" diffusamente ; le cause sono multiple come l' ipossia, stress meccanico locale, malnutrizione; può concomitare a multiorgan failure. Essa può manifestarsi anche come conseguenza di una condizione acuta: alterazioni emodinamiche, complicanze metaboliche, alterazioni importanti degli elettroliti, perdita di nutrienti essenziali, edemi importanti, infezioni, immunopatie..

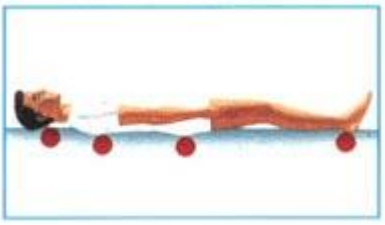
Epidemiologia la prevalenza delle PD varia in rapporto al setting assistenziale considerato: nei reparti per acuti l'incidenza può variare dallo 0,4 al 38%, nelle residenze sanitarie assistenziali (RSA) dal 2,2 al 23,9%, mentre nell'ambito dell'assistenza domiciliare dallo 0 al 17%. Uno studio nazionale di prevalenza su oltre 13.000 pazienti ricoverati in 24 strutture ospedaliere, ha documentato un tasso di prevalenza pari al 10,97%, che non si associava, però, ad un'adeguata risposta in termini di applicazione di misure preventive che infatti venivano adottate soltanto nel 9,4% dei casi. L'Associazione Infermieristica per lo Studio delle Lesioni Cutanee (AISLeC) riporta dati di prevalenza intorno al 13%; si deve considerare sempre il progressivo invecchiamento della popolazione, ma anche le aumentate misure preventive che si attuano nei vari setting assistenziali. Le piaghe da decubito in Italia hanno un'incerta epidemiologia : sarebbero almeno 2 milioni gli italiani in genere anziani che le presentano e richiedono cure prolungate e costose; si legge che l'1% della spesa del Servizio sanitario sia da imputare a loro (ICD9-CM = 707.0 , 707.03 è la piaga da decubito alla regione lombosacrale. Nei reparti per acuti l' incidenza è pari 0,4-38%, nelle residenze per anziani 2,2-23,6%, a domicilio 0-17%. Il costo per l' ospedalizzazione aumenta drasticamente con la comparsa della piaga da decubito. Anche per questo si deve agire con strategia preventiva.

Definizione delle PD

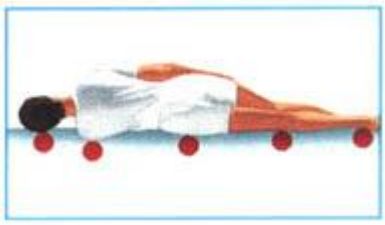
La valutazione del paziente al momento della presa in carico è momento cruciale; la presenza di qualsiasi condizione che riduca la mobilità o che impedisce al paziente di muoversi o di cambiare posizione; adozione di strategie per i pazienti a rischio: stesura di un piano di posizionamento, cura e osservazione quotidiana della pelle oltre a una corretta idratazione e nutrizione; documentazione di tutte le valutazioni di rischio, osservazione continua e identificazione della lesione. Compilazione della scala di Braden costituita da 6 sottoscale: mobilità, attività, percezione sensoriale, umidità cutanea, stato nutrizionale, frizione e scivolamento. Ogni sottoscala ha una sua definizione operativa ed un punteggio che varia da 1 a 3 per la sottoscala frizione e scivolamento e da 1 a 4 per le altre sottoscale. Il punteggio globale della scala può andare da un minimo di 6 ad un massimo di 23. Il valore soglia per cui un individuo è considerato a rischio è uguale a 16.
http://www.romagna.it/files/doceboLms/scorm/1450_75_1149848854_lezione3_M1.zip_content/L3M1.pdf

Sono note le sedi anatomiche maggiormente esposte a pressione descritte nelle figure che seguono:

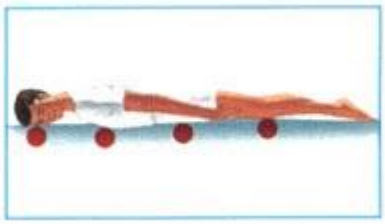
Posizione supina: regione sacrale, apofisi spinose vertebrali, spina della scapola, nuca e talloni.



Posizione laterale: regione trocanterica, cresta iliaca, malleoli, bordo esterno del piede, ginocchio, spalla, gomito, padiglione auricolare.



Posizione prona: zigomo, regione temporale, padiglione auricolare, arcate costali, spina iliaca anterosuperiore.



Posizione seduta: gomito, coccige, regione ischiatica, aree compresse dai bordi della sedia, da ciambelle, cuscini. Attenzione va posta al possibile scivolamento in avanti del corpo

La regione sacrale è l'area di insorgenza più frequente per le ulcere da pressione, con un'incidenza del 31% in ospedale, ma anche l'incidenza delle ulcere del tallone è in aumento.

CLASSIFICAZIONE per gradi delle PD

Grado 1: Area di eritema ben definita con indurimento cutaneo, generalmente associata ad aumentato calore al termotatto. Può anche esservi una limitata lesione dell'epidermide, simile ad un' abrasione, ma il derma non è interessato. Se adeguatamente trattata, può guarire in 5 – 10 giorni. Si tratta di eritema fisso (che non scompare alla digito-compressione) della cute integra; altri segni indicativi dell'imminente insorgenza della lesione possono essere lo scolorimento cutaneo, il calore o l'indurimento.

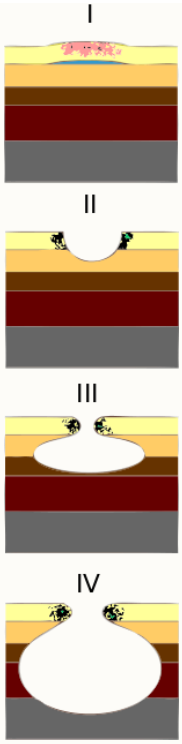
Grado 2: è una lesione a tutto spessore che si estende fino al grasso sottocutaneo, ben delineata, con un'area di indurimento circostante, eritematosa, calda ed edematosa. Il tessuto è danneggiato ma non necrotico e non è necessario eseguire un curettage. Le modificazioni della postura, il miglioramento della perfusione locale, la correzione dell'eventuale ipoalbuminemia ed una adeguata terapia intensiva possono portare alla risoluzione della lesione. Si tratta di una ferita a

spessore parziale che coinvolge l'epidermide e/o il derma. La lesione è superficiale e clinicamente si presenta come abrasione o vescicola o lieve cavità;

Grado 3: La lesione si estende oltre il grasso sottocutaneo fino alla fascia muscolare con necrosi del tessuto circostante e margini sottominati. Il muscolo è irritato con fenomeni di spasticità e/o contrattura. Questa lesione indica incapacità di riparazione locale. E' necessario verificare l'esistenza di complicanze infettive periostiali od ossee: Può guarire solo per seconda intenzione. ; la lesione si presenta come una cavità profonda che può sottominare; per margini sottominati si intendono quei bordi di una lesione che non sono supportati da tessuto sottostante: sono come sospesi sopra la lesione senza quindi interposizione di materiale solido tra i margini stessi ed il fondo della lesione

Grado 4:

Lesione estese oltre il muscolo fino all'osso, con pericolo di osteomielite e/o fino agli organi viscerali: In genere si associa a contratture articolari. E' necessario intervenire chirurgicamente con rimozione del materiale necrotico, lavaggio, drenaggio ed eventuale sutura o plastica.

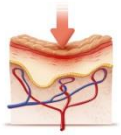


La **Lesione chiusa:** è un' area di tessuto colliquato subepidermica, con una piccola lesione superficiale, apparentemente di scarso significato clinico. E' necessario eseguire un'indagine radiologica ed ecografia per una corretta valutazione dell'estensione e dei rapporti con gli altri tessuti,per il pericolo di infezioni sistemiche

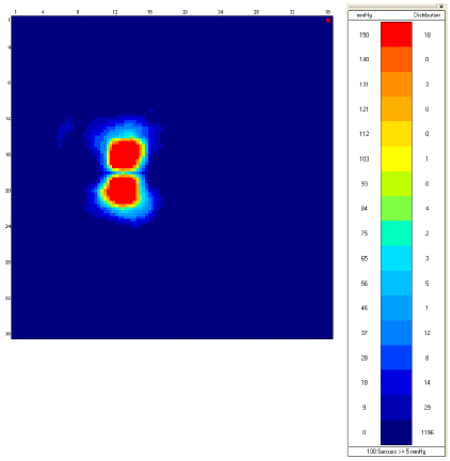
Prevenzione delle piaghe da decubito

Risulta pertanto ovvio implementare e adottare strategie di prevenzione che riducano il disagio del paziente e anche la spesa sanitaria; la scarsa incidenza di piaghe da decubito è indice di buona qualità delle cure.

Gli Obiettivi delle misure preventive e curative sono:



- **Ridistribuire la pressione**: lo spessore adeguato della medicazione distribuisce le forze su un'area più estesa, determinando così la ridistribuzione della pressione attraverso la riduzione percentuale dell'intensità delle forze applicate a livello cutaneo. La disponibilità di un sensore capace di valutare non solo la pressione sulla area , ma anche la temperatura e il flusso microcircolatorio consentirà manovre di mobilizzazione del malato per ridurre il carico pressorio nell'area valutata; si ottengono i dati proposti nella figura cioè la mappature della distribuzione della pressione nell'area di contatto ; l' area in rosso ha subito un forte carico.

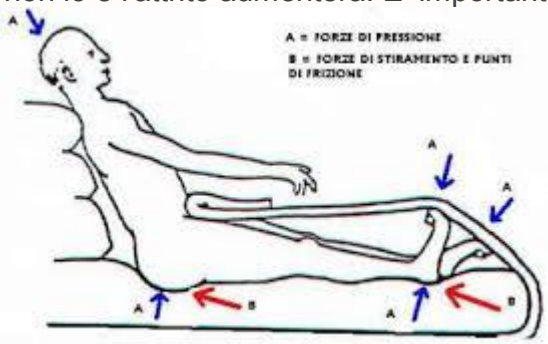


Si ritiene che una pressione superiore a 32 mm di mercurio sia in grado di interrompere la circolazione ematica, con conseguente necrosi tessutale. Si dovrà per quanto possibile contrastare l'immobilità. La prima e più importante misura consiste infatti nell'**attuare un** frequente e regolare cambio di posizione dell'infermo (almeno ogni due ore) sia di giorno sia di notte: se non si interviene in questo senso ogni altro trattamento è destinato a rivelarsi inefficace. Si alternerà **la** posizione sui due fianchi con quella supina e si ricorrerà per brevi periodi a quella prona (a pancia in giù), se tollerata. Se si utilizza la posizione semiseduta (per non più di due ore) andrà contrastata la tendenza del corpo a scivolare in **avanti** con l'uso di opportuni appoggi o cuscini per evitare il rischio di lesioni da sfregamento della pelle contro le lenzuola o il piano di appoggio. **Il** cambio di posizione va eseguito sollevando o ruotando delicatamente il malato e non strisciando il suo corpo sul piano del letto. La manovra richiede la presenza contemporanea di due persone. Queste persone non devono avere unghie lunghe, anelli prominenti, né orologio al polso, onde evitare di provocare piccole lesioni destinate a trasformarsi in vere e proprie ulcere.

Ridistribuire le forze di taglio (o stiramento): la medicazione trasferisce le forze di taglio sulla cute al di fuori dell'area interessata. All'interno della medicazione l'interfaccia pluristratificata aiuta ad assorbire le forze di taglio. Inoltre la natura elastica dello strato di contatto agisce in tal senso, contribuendo ad assorbire le forze di taglio.

Ridurre l'attrito: l'attrito è sempre il risultato di due superfici che si muovono l'una rispetto all'altra. La consistenza e il materiale dello strato più esterno della medicazione può

aumentare o ridurre l'attrito. Infatti, se la superficie della medicazione è scivolosa si riduce l'attrito, diversamente se non lo è l'attrito aumenterà. E' importante ridurre l'attrito perché esso



genera le forze di taglio.

Bilanciare il microclima: il mantenimento dell'ambiente umido, tra il 40 e l'80% sulla superficie cutanea, ottimizza l'elasticità della pelle. Le medicazioni che trattengono l'umidità sulla superficie cutanea ne riducono la resistenza e la espongono al rischio di macerazione.

Anche il caregiver può contribuire alla prevenzione e il trattamento delle PD. Si tratta di piccole osservazioni, interventi, che se eseguiti in modo corretto, sollevano il disaggio del paziente, aiutano la risoluzione della lesione già esistente o far si, che la lesione non si formino. Nei soggetti allettati, con scarsa mobilità durante l'igiene personale ispezionare la cute. Prestare particolare attenzione alle aree più "vulnerabili" – in corrispondenza delle prominenze ossee e le aree sulle quali viene posturato il paziente più frequentemente. Il primo segno dello sviluppo di una lesione è costituito da un'alterazione di colore, consistenza e sensazione tattile della superficie cutanea. Le ulcere da pressione si sviluppano solitamente in corrispondenza delle prominenze ossee per cui ebbene di concentrare la propria attenzione su queste zone: cranio, scapola, gomito, sacro, coccige, tallone, vertebre, orecchie, spalla, ischio, trocantere, ginocchio, malleolo. Se la cute si presenta arrossata, irritata o vi è qualunque tipo di alterazione diventa oggetto di osservazione attenta continua. La cute dovrebbe essere pulita ed asciugata ad intervalli regolari, specie quando è sporca. La frequenza della pulizia dovrebbe essere fatta secondo le necessità. Durante l'igiene usare l'acqua tiepida, detergenti delicati con il pH bilanciato e ridurre al minimo la forza e la frizione sulla cute. Mantenerla idratata, evitando esposizioni al freddo, o microclima sfavorevole, ma evitando l'ambiente umido, cioè causato da incontinenza, sudorazione o secrezioni delle ferite. La cute umida è fragile e maggiormente predisposta alla formazione di lesioni, inoltre tende ad aderire alle lenzuola, potenziando la possibilità di lacerarsi durante gli spostamenti del paziente, è più suscettibile alle irritazioni, alle eruzioni cutanee ed alle infezioni micotiche. Quando l'umidità è eccessiva si raccomanda l' uso di cuscinetti assorbenti, indumenti o slip che assorbono l'umidità. Sostituire cuscini e lenzuola quando sono umidi. Il massaggio è da evitare. Nell' anziano allettato e le sue condizioni cliniche lo consentono, la postura andrebbe variata ogni 2-4 ore, evitando l'appoggio sulle zone a maggior rischio od eventualmente già arrossate.
Nelle posture laterali il paziente va inclinato a 30° dal piano d'appoggio, per evitare diretto contatto della prominenza ossea trocanterica.
Mantenere la testata del letto il meno sollevata possibile, compatibilmente con le condizioni cliniche, mediche e il comfort dell'assistito. Si raccomanda un sollevamento non superiore a 30°. In posizione orizzontale, ci sono più punti d'appoggio, così le forze che agiscono sul corpo del paziente vengono distribuite in modo omogeneo. Contrariamente, in posizione seduta i punti d'appoggio sono ridotti (l'osso sacro) e le

forze agenti si concentrano su questa zona. Un archetto può per evitare il diretto contatto delle lenzuola con le parti del corpo fragili e a rischio di PD. Cuscini o cuneo – per ridurre le forze pressorie tra le prominenze ossee e le superfici di appoggio, soprattutto per la tuberosità ischiatica, i piedi, i talloni e i fianchi. Materassi antidecubito permettono di alleviare la pressione nelle aree sottoposte al carico conseguente alla postura del paziente, e favorisce un migliore afflusso ematico. Quando l'utente arriva a "toccare il fondo della superficie d'appoggio", si annulla il suo effetto protettivo. È, quindi, opportuno controllare: infilare una mano fra l'ausilio e una protuberanza ossea, se il presidio è adeguato la protuberanza ossea non deve essere percepita. Gli ausili alleviano la pressione sulle prominenze ossee dei piedi, talloni, oppure supporti per tenerli sollevati dal letto: devono essere un piano d'appoggio lungo tutta la gamba. Le persone che sono in grado, dovrebbero essere stimolati a cambiare spontaneamente le posizioni ed alternare la postura seduta con altre posture.

Per quanto riguarda la posizione seduta, si può utilizzare una carrozzina o una sedia con lo schienale pieghevole (per permettere il posizionamento del paziente che dovrebbe stare leggermente inclinato indietro), con un supporto per i piedi (i piedi non dovrebbero mai essere lasciati privi di appoggio), e munita di braccioli (questo permette una maggiore distribuzione delle pressioni di appoggio). Il dolore spesso presento anche se poco considerato può ridurre la mobilità e l'attività motoria.

Cosa non è raccomandato ? non usare le soluzioni o creme lubrificanti in base di alcol e altro prodotti potenzialmente irritanti. Non lasciare la cute bagnata e umida o al contrario secca, esposta al freddo
Non usare il pannolone "per abitudine"
Non lasciare il paziente nella stessa posizione per i tempi prolungati
Non devono essere usati per tempi lunghi gli ausili a scopo di tenere i talloni sollevati , in quanto aumentano il rischio di piede equino.
Non utilizzare mai allo scopo di prevenire le PD gli ausili circolari (es. la ciambella), sacchetti riempiti di liquido, velli.

Misure preventive particolari in caso di incontinenza sfinterica fecale e vescicale: esse causano macerazione cutanea e irritazione locale , infezioni secondarie. In tutti i casi di incontinenza è consigliabile una valutazione eziologia accurata. Il catetere vescicale è indicato nelle lesioni da decubito di grado più avanzato. Nei pazienti incontinenti, oltre alla possibilità di studi urodinamici ove possibile la correzione del problema, è importante il cambio frequente del pannolone e l'igiene personale.

Si riporta la SCALA DI BRADEN che è un indicatore di rischio in cui sono presi in considerazione sei indicatori:
Percezione sensoriale; Umidità;
Attività motoria; Nutrizione, Frizione e scivolamento

Le definizioni sono particolareggiate. Ci sono ventitré variabili, con un punteggio che va da 1 a 4 e da 1 a 3 per la variabile "frizione e scivolamento": minore è il valore, maggiore è il rischio.
C'è situazione di rischio se il punteggio è minore o uguale a sedici (alto rischio = 6; basso rischio = 23). L'Infermiere applica la scala di Braden ai pazienti che entrano nel reparto entro le prime 24 ore. Questo lasso di tempo è necessario perché il paziente possa essere valutato nelle diverse attività di vita e durante i diversi momenti della giornata. Trascorso questo periodo, l'infermiere considera ciascun indicatore ed assegna un punteggio relativo alle condizioni riscontrate. Assegnati i punteggi ad ogni variabile se ne fa la somma. Questo è il punteggio della scala che deve essere riportato in cartella.
La valutazione viene ripetuta ogni **7 giorni** e ogni qualvolta le condizioni del paziente si modificano e alla dimissione.
.

INDICE DI BRADEN

Per la valutazione del Rischio di compromissione dell'integrità cutanea

Valore < 16 grave rischio di compromissione dell'integrità cutanea
Valore = 16 rischio di compromissione dell'integrità cutanea
Valore da 16 a 18 lieve rischio di compromissione dell'integrità cutanea
Valore > 18 non presente rischio di compromissione dell'integrità cutanea

	4	3	2	1
PERCEZIONE SENSORIALE Abilità a 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. Ha impedimento al sensorio che limita la capacità di avvertire il dolore o il disagio in 1 o 2 estremità.	*Molto limitata.* Risponde solo agli stimoli dolorosi. Non può comunicare il proprio disagio se non gemendo o agitandosi. Ha impedimento al sensorio che limita la percezione del dolore o disagio 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. Limitata capacità di percepire 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 di routine.	*Occasionalmente Bagnato* La pelle è occasionalmente umida, richiede un cambio di lenzuola extra 1 volta al giorno.	*Spesso 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..
ATTIVITA' Grado di attività Fisica.	*Cammina Frequentemente.* Cammina al di fuori della camera almeno due volte al giorno e dentro la camera 1 volta ogni due ore .	*Cammina occasionalmente.* Cammina occasionalmente durante il giorno ma per brevi distanza 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 Allettato.* 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 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.
NUTRIZIONE Assunzione usuale di cibo.	*Eccellente.* Mangia la maggior parte del cibo. Non rifiuta mai un pasto. Talvolta mangia fra i pasti. Non necessita di integratori.	*Adeguata.* Mangia più della metà dei pasti, 4 porzioni o più di proteine al giorno. Usualmente assume integratori. Si alimenta artificialmente con TNP, 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. Riceve meno quantità ottimale di dieta liquida o entrale (con sondino).	*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. E' a digiuno o mantenuto con fleboclisi o beve bevande per più di 5 giorni.
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 ad una massima assistenza nei movimenti. Frequentemente scivola nel letto o nella poltrona. Frequentemente richiede riposizionamenti. Sono presenti spasticità, contratture, agitazione, che causano costante attrito contro il piano del letto o della poltrona.

Il punteggio della scala di Braden (è una scala infermieristica) deve essere compilato dal personale infermieristico, ma è di grande interesse anche per il medico: infatti il punteggio della scala è predittore anche di mortalità, di durata del ricovero ospedaliero, e della destinazione curativo-assistenziale dell' anziano in considerazione. E' certo che un punteggio elevato della scala fornisce indicazioni per un'attenta assistenza e anche di tipo prognostico.

Le norma preventive si possono così riassumere : 1. Cambiare la posizione e pianificazione dei cambi posturali (in caso di ipomobilità o immobilità del paziente), 2. Identificare il rischio: uso di protocolli; controllo farmacoterapia (sedazione), 3.Rimuovere i carichi localizzati; adeguato apporto nutrizionale, 4. Igiene (incontinenza, sudore), 5. Riabilitazione precoce ed educazione dei Caregivers.

Per l' utilizzazione di medicazioni specifiche per la terapia delle PD si rimanda ad un recente documenti reperibili online; la Regione Emilia Romagna ha un suo documento consultabile: il titolo è "Le medicazioni avanzate per il trattamento delle ferite acute e croniche Allegato 1 Protocollo di trattamento delle lesioni da pressione" . Linee guida recenti: http://www.epuap.org/wp-content/uploads/2016/10/italian-traduzione-linee-guida-epuap-final-version-updated-jan2016.pdf . Si consulti anche : https://www.youtube.com/watch?v=pE9TsfAnsIM che è video infermieristico UniTo .