



Le medicazioni avanzate per il trattamento delle ferite acute e croniche

Allegato 4

Strumenti di classificazione e monitoraggio delle lesioni cutanee

© Regione Emilia Romagna 2016

Tutti i diritti riservati

La riproduzione in parte o totale, o la traduzione di questo documento, non sono consentite.

Il presente documento è stato prodotto da un gruppo multidisciplinare di esperti, su mandato della Commissione Regionale Dispositivi Medici (CRDM), che opera all'interno della Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali e per l'Integrazione della Regione Emilia-Romagna.

LA CRDM ha approvato il documento in gennaio 2016.

Per citare il presente documento utilizzare la seguente dicitura:

Commissione Regionale Dispositivi Medici, Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali e per l'Integrazione. Le medicazioni avanzate per il trattamento delle ferite acute e croniche. Allegato 4: Strumenti di classificazione e monitoraggio delle lesioni cutanee. Servizio Assistenza Territoriale - Area Farmaco e Dispositivi Medici, gennaio 2016,

Copia del documento in formato elettronico può essere scaricata dal sito internet al link:

<http://salute.regione.emilia-romagna.it/farmaci/dispositivi-medici>

Sommario

	Sistema di stadiazione delle lesioni da pressione secondo NPUAP/EPUAP	4
	Sistema di classificazione delle lesioni del piede diabetico secondo Texas	6
	Classificazione Colore	7
	Wound Bed Score	8
	BWAT	9
	PUSH Tool	13



Sistema di stadiazione delle lesioni da pressione secondo NPUAP/EPUAP

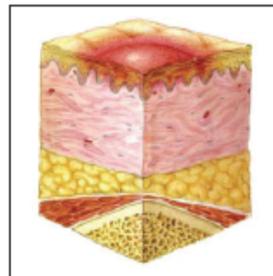
National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel. (2009) Prevention and treatment of pressure ulcers: Quick Reference Guide. Disponibile da: http://www.epuap.org/guidelines/Final_Quick_Treatment.pdf

National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. (2014) Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide. Disponibile da: <http://www.npuap.org/wp-content/uploads/2014/08/Quick-Reference-Guide-DIGITAL-NPUAP-EPUAP-PPPIA-Jan2016.pdf>

Il panel ha concordato 4 livelli di danno. Partendo dal presupposto che i termini non classificabile/non stadiabile e danno dei tessuti profondi in Europa sono classificati generalmente come "grado/stadio IV", NPUAP ha convenuto di metterli a parte nel testo della linea guida. Questa differenza rappresenta una problematica al momento di comparare i dati tra le diverse nazioni.

Categoria I: Eritema Non Sbiancante

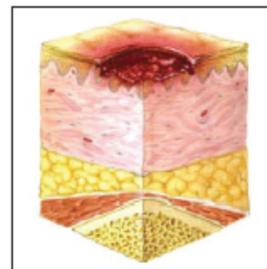
Cute intatta con eritema non sbiancante di un'area localizzata solitamente in corrispondenza di una prominenza ossea. Nella cute a pigmentazione scura lo sbiancamento potrebbe non essere visibile; il suo colore può differire da quello dall'area circostante. L'area può essere dolente, dura, molle, più calda o più fredda in confronto al tessuto adiacente. È possibile che nelle persone di pelle scura l'ulcera da pressione di Categoria/Stadio I sia difficile da individuare. Può segnalare una persona "a rischio".



Categoria II: Perdita Cutanea a Spessore Parziale

Perdita a spessore parziale del derma che si presenta come un'ulcera aperta, superficiale, con un letto color rosa/rosso, senza slough. Può anche presentarsi come una vescicola a contenuto sieroso intatta oppure aperta/rotta. Si presenta come un'ulcera lucida (umida, NdT) o asciutta, superficiale, priva di slough o ematoma*. Questa Categoria/Stadio non dovrebbe essere usata per descrivere skin tear, ustioni da cerotto, dermatiti perineali, macerazione o escoriazione.

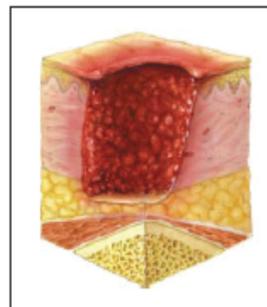
* L'ematoma indica un sospetto danno dei tessuti profondi.



Categoria III: Perdita Cutanea a Tutto Spessore

Perdita tissutale a tutto spessore. Il tessuto adiposo sottocutaneo può essere visibile, ma osso, tendini o muscoli non sono esposti. Può essere presente slough, ma senza nascondere la profondità della perdita tissutale. Può includere tratti sottominati e tunnellizzazione.

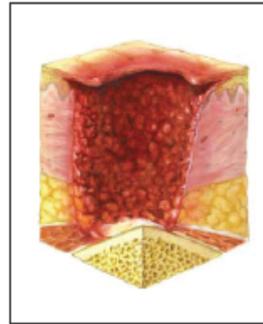
La profondità di un'ulcera da pressione di Categoria/Stadio III varia a seconda della regione anatomica. Le narici del naso, l'orecchio, l'occipite e il malleolo non hanno tessuto (adiposo) sottocutaneo e le ulcere di Categoria/Stadio III possono essere poco profonde. Al contrario, nelle aree con significativa adiposità si possono sviluppare ulcere da pressione di Categoria/Stadio III molto profonde. Osso/tendine non sono visibili o direttamente palpabili.



Categoria IV: Perdita Tessutale a Tutto Spessore

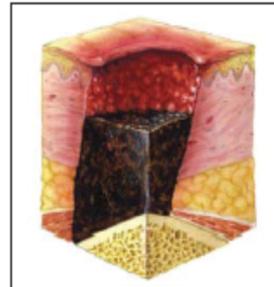
Perdita di tessuto a tutto spessore con esposizione di osso, tendini o muscoli. Potrebbero essere presenti slough o escara in alcune aree del letto dell'ulcera. Spesso include tratti sottominati e tunnelizzazione.

La profondità di un'ulcera da pressione di Categoria/Stadio IV varia a seconda della regione anatomica. Le narici del naso, l'orecchio, l'occipite e i malleoli non hanno tessuto (adiposo) sottocutaneo, e queste ulcere possono essere poco profonde. Le ulcere da pressione di Categoria/Stadio IV possono estendersi a muscoli e/o strutture di supporto (es., fascia, tendine o capsula articolare) rendendo probabile l'insorgenza di osteomielite. Osso/tendine sono visibili o direttamente palpabili.



Non Stadiabile: Profondità Ignota

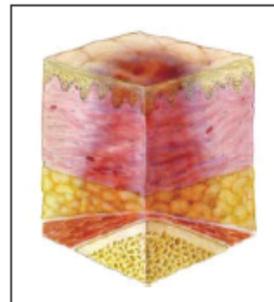
Perdita di tessuto a tutto spessore in cui la base dell'ulcera è ricoperta da slough (di color giallo, beige, grigiastro, verde o marrone) e/o escara (di color beige, marrone o nero) presenti nel letto dell'ulcera. Fino a quando lo slough e/o l'escara non vengono rimossi in misura sufficiente da esporre la base dell'ulcera, non è possibile determinare la reale profondità e conseguentemente la Categoria/Stadio. Un'escara stabile (secca, adesa, integra, senza eritema o fluttuazione) localizzata sui talloni ha la funzione di "naturale (biologica) copertura del corpo" e non dovrebbe essere rimossa.



Sospetto Danno dei Tessuti Profondi: Profondità Ignota

Area localizzata di color porpora o marron-rossastro di cute integra, oppure vescica a contenuto ematico, secondaria al danno dei tessuti molli sottostanti causato da pressione e/o forze di taglio. L'area potrebbe essere preceduta da tessuto che appare dolente, duro, molliccio, spugnoso, più caldo o più freddo rispetto al tessuto adiacente.

Il danno dei tessuti profondi può essere difficile da individuare nelle persone di pelle scura. L'evoluzione potrebbe includere una sottile vescica su un letto di colore scuro. L'ulcera potrebbe evolvere ulteriormente e ricoprirsi con un'escara sottile. L'evoluzione potrebbe esporre in tempi rapidi ulteriori strati di tessuto anche con un trattamento ottimale.





Sistema di classificazione delle lesioni del piede diabetico secondo Texas

Armstrong DG, Lavery LA, Harkless LB. (1998) Validation of a diabetic wound classification system. The contribution of depth, infection, and ischemia to risk of amputation. Diabetes Care. 21(5):855-9.

	Grado 0	Grado I	Grado II	Grado III
Stadio A	Lesione pre o post ulcerativa completamente epitelizzata	Ulcera superficiale che non interessa tendini, capsule articolari, ossa	Ulcera profonda che interessa i tendini o le capsule articolari	Ulcera profonda che interessa l'osso o l'articolazione
Stadio B	Lesione pre o post ulcerativa completamente epitelizzata con infezione	Ulcera superficiale che non interessa tendini, capsule articolari, ossa con infezione	Ulcera profonda che interessa i tendini o le capsule articolari con infezione	Ulcera profonda che interessa l'osso o l'articolazione con infezione
Stadio C	Lesione pre o post ulcerativa completamente epitelizzata con ischemia	Ulcera superficiale che non interessa tendini, capsule articolari, ossa con ischemia	Ulcera profonda che interessa i tendini o le capsule articolari con ischemia	Ulcera profonda che interessa l'osso o l'articolazione con ischemia
Stadio D	Lesione pre o post ulcerativa completamente epitelizzata con ischemia e infezione	Ulcera superficiale che non interessa tendini, capsule articolari, ossa con ischemia e infezione	Ulcera profonda che interessa i tendini o le capsule articolari con ischemia e infezione	Ulcera profonda che interessa l'osso o l'articolazione con ischemia e infezione



Classificazione Colore

Cuzzell JZ. (1998) The new RYB color code: next time you assess an open wound, remember to protect red, cleanse yellow, and debride black. Am J Nurs. 88(10):1342-6.

Sussman C, Bates-Jensen B. (2012) Wound Care: A Collaborative Practice Manual for Health Professionals. Lippincott, Williams & Wilkins. 4th ed.

In origine, i colori utilizzati per descrivere l'aspetto della ferita erano solo tre, ossia rosso, giallo e nero; nel tempo ne sono stati aggiunti altri, tra cui verde, rosa, ma esistono versioni che includono bianco (indicante macerazione), arancione (indicante una ferita eccessivamente asciutta), ecc.

Ad ogni colore è stato assegnato uno specifico obiettivo terapeutico. Il colore verde rappresenta la condizione meno desiderabile, seguita dal colore nero e giallo. Il colore rosso e rosa rappresentano invece le condizioni maggiormente desiderabili. Con il termine lesione "mista" si fa riferimento ad una ferita in cui sono presenti due o più tipi di colori e altrettanti tipi di tessuti. In questo caso, scegliere il trattamento sulla base del colore meno desiderabile tra quelli presenti.

Lesione "verde" 	La lesione "verde" indica la presenza di colonizzazione critica/infezione. Obiettivo: ridurre la carica batterica; trattare l'infezione.
Lesione "nera" 	La lesione "nera" è ricoperta di tessuto di color nero, marrone o marroncino. Il colore indica la presenza di tessuto non vitale a vari livelli di disidratazione. Questo tessuto viene anche indicato con il termine "escara". Obiettivo: rimuovere i tessuti non vitali.
Lesione "gialla" 	La lesione "gialla" è ricoperta di tessuto il cui colore può andare dal biancastro al giallo o verdognolo. Il color biancastro/giallo/verdognolo indica la presenza di slough. Le diverse colorazioni corrispondono anche a diversi 'contenuti' di carica batterica. Un colore giallo più pallido e chiaro può indicare la presenza di fibrina. Obiettivo: rimuovere i tessuti non vitali; ridurre la carica batterica; controllare l'essudato.
Lesione "rossa" 	La lesione "rossa" è ricoperta di tessuto di color rosa intenso/rosso. Il colore indica la presenza di tessuto di granulazione. Obiettivo: mantenere la ferita detersa e protetta; fornire un ambiente umido di guarigione.
Lesione "rosa" 	La lesione "rosa" è ricoperta di tessuto di color rosa chiaro traslucido. Il colore indica la presenza di nuovo epitelio. Obiettivo: mantenere la ferita detersa e protetta; fornire un ambiente umido di guarigione.



Wound Bed Score

Falanga V. (2000) Classifications for wound bed preparation and stimulation of chronic wounds. *Wound Repair Regen.* 8(5):347-52.

Falanga V, Saap LJ, Ozonoff A. (2006) Wound bed score and its correlation with healing of chronic wounds. *Dermatol Ther.* 19(6):383-90.

Aspetto del letto della ferita				Essudato	
	Granulazione	Fibrinoso	Escara		
A	100%	-	-	1	Sotto completo controllo. Essudato scarso o minimo. Non è richiesta una medicazione assorbente. Se clinicamente accettabile, la medicazione può rimanere in sede fino a una settimana
B	50-100%	+	-	2	Sotto parziale controllo. Quantità moderata. È necessario cambiare la medicazione ogni 2-3 giorni
C	< 50%	+	-	3	Fuori controllo. Ferita che produce molto essudato. È necessario cambiare la medicazione assorbente almeno una volta al giorno
D	Assente	+	+		



Bates-Jensen Wound Assessment Tool (BWAT)

Bates-Jensen BM, McNees P. (1995) Toward an intelligent wound assessment system. *Ostomy/Wound Manage.* 41(7A):80-6S.

Bates-Jensen BM, Vredevoe DL, Brecht ML. (1992). Validity and reliability of the Pressure Sore Status Tool. *Decubitus*, 5(6):20-8.

INDICAZIONI GENERALI

Compilare il modulo allegato per valutare lo stato dell'ulcera dopo aver letto le definizioni e le modalità di valutazione descritte a seguire. Valutare una volta alla settimana e ogni qual volta vi sia un cambiamento nell'ulcera. Classificare assegnando un punteggio a ciascun item e selezionando la risposta che meglio descrive l'ulcera, inserendo il risultato nella colonna apposita, previo datazione. Quando si è classificato l'ulcera in tutte le categorie, calcolare il punteggio totale sommando i parziali dei 13 items. Più alto è il punteggio finale, più grave è lo stato della lesione. Riportare il punteggio totale sul Wound Status Continuum per determinare l'andamento dell'ulcera.

ISTRUZIONI SPECIFICHE

1- Dimensioni: Usare il righello per misurare in cm la massima lunghezza e la massima larghezza dell'ulcera, quindi moltiplicare tra loro tali valori.

2- Profondità: Riportare la profondità e lo spessore più appropriati all'ulcera utilizzando queste descrizioni:

1= Danno tessutale, ma nessuna perdita di continuità nella superficie cutanea.

2= Abrasione superficiale, vescicola o cratere superficiale. Allo stesso livello della superficie della cute, e\o in rilievo (es., iperplasia)

3= Cratere profondo con o senza sottominatura dei tessuti adiacenti.

4= Visualizzazione di strati di tessuto impedita dalla presenza di necrosi.

5= Le strutture di supporto includono tendini e capsule articolari.

3- Margini: Usare questa guida:

Indistinti, diffusi = non è possibile distinguere chiaramente il contorno dell'ulcera.

Attaccati = allo stesso livello o rasenti alla base dell'ulcera, nessun lato o parete presente; piatti.

Non attaccati = sono presenti lati o pareti; la base o pavimento è più profondo del margine.

Arrotolati, ispessiti = da morbidi a duri e flessibili al tatto.

Ipcheratosici = formazione di tessuto calloso intorno all'ulcera e ai bordi.

Fibrotici, cicatriziali = duri e rigidi da toccare.

4- Sottominatura: Valutare inserendo un applicatore con la punta di cotone sotto il bordo dell'ulcera; procedere senza forzare finché avanza; sollevare la punta dell'applicatore affinché possa essere sentita o vista sulla superficie della pelle; contrassegnare con un pennarello tale punto; misurare la distanza fra il segno e il bordo dell'ulcera. Continuare la rilevazione intorno all'ulcera. Utilizzare una guida di misurazione metrica trasparente a cerchi concentrici divisi in 4 quadranti (25%) per determinare la % di ulcera coinvolta.

5- Tipo di tessuto necrotico: Riportare il tipo di tessuto necrotico predominante nell'ulcera in base a colore, consistenza e aderenza usando questa guida:

Tessuto non vitale bianco\grigio= può apparire prima che l'ulcera si apra, la superficie cutanea è bianca o grigia.

Slough giallo non aderente = sostanza mucillaginosa poco compatta; sparsa in tutto il letto dell'ulcera; facilmente separabile dal tessuto dell'ulcera.

Slough giallo, moderatamente aderente = spesso, fibroso, agglutinato di detriti; attaccato al tessuto dell'ulcera.

Escara nera aderente, soffice = tessuto umido, saldamente adeso al tessuto nel centro o alla base dell'ulcera.

Escara nera/dura, saldamente aderente = tessuto duro e crostoso; saldamente adesa alla base dell'ulcera e ai bordi (simile a una crosta dura).

6- Quantità di tessuto necrotico: Utilizzare una guida di misurazione metrica trasparente a cerchi concentrici divisi in 4 quadranti (25%) per determinare la % di ulcera coinvolta.

7- Tipo di essudato: Alcune medicazioni interagiscono con l'essudato producendo un gel o intrappolando i liquidi. Prima di valutare il tipo di essudato, detergere delicatamente l'ulcera con soluzione fisiologica o acqua. Riportare il tipo di essudato predominante secondo il colore e consistenza usando questa guida:

Sanguigno = fluido, rosso brillante.

Siero-sanguigno = fluido, acquoso, da rosso pallido a rosa.

Sieroso = fluido, acquoso, chiaro.

Purulento = fluido o denso, opaco, da marrone chiaro a giallo.

Purulento maleodorante = denso, opaco, da giallo a verde con odore sgradevole.

8- Quantità di essudato: Utilizzare una guida di misurazione metrica trasparente a cerchi concentrici divisi in 4 quadranti (25%) per determinare la % di medicazione impregnata di essudato. Usare questa guida:

Nessuno = tessuti dell'ulcera asciutti.

Scarsa = tessuti dell'ulcera umidi, essudato non misurabile.

Poca = tessuti dell'ulcera umidi; umidità distribuita uniformemente nell'ulcera; l'essudato coinvolge • del 25% della medicazione.

Moderata = tessuti dell'ulcera saturi; l'umidità può o meno essere uniformemente distribuita nell'ulcera; l'essudato coinvolge più del 25% e • del 75% della medicazione.

Abbondante = tessuti dell'ulcera imbibiti di essudato; l'essudato è rilasciato liberamente; può o meno essere distribuito uniformemente; l'essudato coinvolge più del 75% della medicazione.

9- Colore della cute perilesionale: Valutare i tessuti nel raggio di 4 cm dai margini.

Le persone di colore mostrano i colori "rosso brillante" e "rosso scuro" come un'accentuazione del normale colore etnico della cute o color porpora. Quando le persone di colore guariscono, il neo-epitelio è di color rosa e può non scurire più.

10- Edema dei tessuti periferici: Valutare i tessuti nel raggio di 4 cm dai margini. L'edema senza fovea appare come pelle lucida e tesa. Identificare l'edema con fovea premendo con fermezza un dito sui tessuti per 5 secondi, dopo aver tolto il dito i tessuti non riescono a riprendere la posizione precedente e appare un avvallamento.

11- Indurimento dei tessuti periferici: L'indurimento consiste in un'anomala indeformabilità dei tessuti. Valutarlo pizzicando leggermente i tessuti. L'indurimento è confermato dall'impossibilità di pizzicare i tessuti. Utilizzare una guida di misurazione metrica trasparente a cerchi concentrici divisi in 4 quadranti (25%) per determinare la % dell'ulcera coinvolta.

12- Tessuto di granulazione: Il tessuto di granulazione rappresenta la crescita di piccoli vasi sanguigni e tessuto connettivale che riempiono le ferite a tutto spessore. Il tessuto è sano quando appare lucido, di color rosso vivo, a bottoncini, con un aspetto vellutato. Lo scarso apporto vascolare si rivela con un rosa pallido o biancastro, rosso scuro.

13- Epitelizzazione: È il processo di ristrutturazione dell'epidermide in cui compare il neoepitelio di color da rosa a rosso. Nelle ferite a spessore parziale può avvenire attraverso il letto della ferita come anche dai margini. Nelle ferite a tutto spessore può avvenire solo dai margini. Utilizzare una guida di misurazione metrica trasparente a cerchi concentrici divisi in 4 quadranti (25%) per determinare la % di ulcera coinvolta e misurare la distanza a cui il tessuto epiteliale si estende.

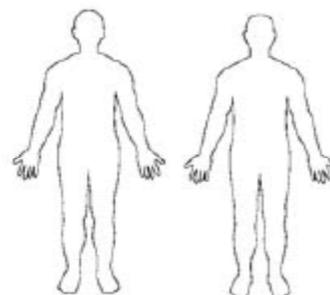
Bates-Jensen Wound Assessment Tool (BWAT)©

COGNOME E NOME: _____

Completare il modulo per valutare lo stato dell'ulcera. Valutare ogni item scegliendo la risposta che meglio descrive l'ulcera e segnando il punteggio nell'apposita colonna corrispondente alla data.

Localizzazione: Sede anatomica. Contrassegnare, distinguendo destra (D) o sinistra (S), e usare una "X" per indicare la sede sul diagramma:

- | | | | |
|-------|-----------------------|-------|-------------------|
| _____ | Sacro & coccige | _____ | Caviglia laterale |
| _____ | Trocantere | _____ | Caviglia mediale |
| _____ | Tuberosità ischiatica | _____ | Tallone |
| _____ | | _____ | Altre sedi |

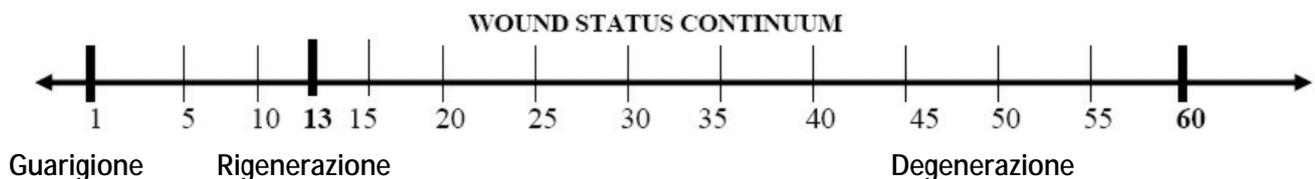


Forma: Configurazione generale dell'ulcera; valutare osservandone perimetro e profondità. Contrassegnare e datare la descrizione idonea:

- | | | | | | |
|-------|------------------------|-------|---------------------|-------|-------------|
| _____ | Irregolare | _____ | Lineare o oblunga | _____ | Altre forme |
| _____ | Rotonda / Ovale | _____ | Forma a tazza/barca | | |
| _____ | Quadrata/ Rettangolare | _____ | Forma a farfalla | | |

Items	Valutazione	Punteggio/Data		
1. Dimensioni	1- Lungh x largh < 4 cm ² 2- Lungh x largh = 4 - 16 cm ² 3- Lungh x largh = 16,1 - 36 cm ² 4- Lungh x largh = 36,1 - 80cm ² 5- Lungh x largh > 80 cm ²			
2. Profondità	1- Eritema non sbiancante di cute integra 2- Perdita parziale di tessuto che interessa epidermide e/o derma 3- Perdita a tutto spessore di tessuto con danno o necrosi del tessuto sottocutaneo; può estendersi fino alla fascia sottocutanea ma senza attraversarla; e/o ferita mista a spessore parziale & totale e/o strati di tessuto nascosti da tessuto di granulazione 4- Nascosta da necrosi 5- Perdita a tutto spessore di tessuto con estesa distruzione, necrosi o danno a muscolo, osso o strutture di supporto			
3. Margini	1- Indistinti, diffusi, non chiaramente riconoscibili 2- Distinti, chiaramente visibili, attaccati, allo stesso livello del fondo dell'ulcera 3- Ben definiti, non attaccati al fondo dell'ulcera 4- Ben definiti, non attaccati al fondo, introflessi, ispessiti 5- Ben definiti, fibrotici, cicatriziali o ipercheratosici			
4. Sottominatura	1- Non presente 2- Sottom. < 2 cm in qualsiasi zona 3- Sottom. di 2-4 cm che coinvolge meno del 50% dei margini dell'ulcera 4- Sottom. di 2-4 cm che coinvolge più del 50% dei margini dell'ulcera 5- Sottom. > 4 cm in qualsiasi zona o Tunnellizzazione in qualsiasi zona			
5. Tipo di tessuto necrotico	1- Non visibile 2- Tessuto bianco/grigio non vitale e/o slough giallo non aderente 3- Slough giallo leggermente aderente 4- Escara nera, aderente, molle 5- Escara nera, saldamente aderente, dura			

6. Quantità di tessuto necrotico	1- Non visibile 2- < del 25% del letto dell'ulcera ne è coperto 3- Dal 25 al 50% dell'ulcera ne è coperto 4- > 50% e <75% dell'ulcera ne è coperto 5- Dal 75 al 100% dell'ulcera ne è coperto			
7. Tipo di essudato	1- Nessuno 2 - Sanguigno 3- Siero-sanguigno: fluido, acquoso, rosso pallido/rosa 4- Sieroso: fluido, acquoso, chiaro 5- Purulento: fluido oppure denso, opaco, marron chiaro/giallastro, con o senza odore			
8. Quantità di essudato	1- Nessuno, ulcera asciutta 2- Minimo, ulcera umida ma essudato non osservabile 3- Scarso 4- Moderato 5- Abbondante			
9. Colore della cute perilesionale	1- Rosa o normale per l'etnia 2- Rosso brillante e/o "sbiancante" al tocco 3- Pallore bianco o grigio o ipopigmentazione 4- Rosso scuro o porpora e/o non "sbiancante" 5- Nero o iperpigmentazione			
10. Edema dei tessuti periferici	1- Nessuna tumefazione o edema 2- Edema senza fovea con estensione < 4 cm intorno all'ulcera 3- Edema senza fovea con estensione • 4 cm intorno all'ulcera 4- Edema con fovea con estensione < 4 cm intorno all'ulcera 5- Crepito e/o edema con fovea con estensione ≥ 4 cm intorno all'ulcera			
11. Indurimento del tessuto periferico	1- Non presente 2- Indurimento < 2 cm intorno all'ulcera 3- Indurimento di 2-4 cm con estensione < del 50% intorno all'ulcera 4- Indurimento di 2-4 cm con estensione • del 50% all'ulcera 5- Indurimento > 4 cm in qualsiasi zona dell'ulcera			
12. Tessuto di granulazione	1- Cute integra o ulcera a spessore parziale 2- Brillante, rosso vivo; occupa dal 75% al 100% dell'ulcera e/o ipergranulazione 3- Brillante, rosso vivo; occupa < 75 % e >25% dell'ulcera 4- Rosa e/o rosso opaco, scuro e/o occupa • 25% dell'ulcera 5- Nessun tessuto di granulazione presente			
13. Epitelizzazione	1- 100% di tessuto coperto, superficie intatta 2- Dal 75% a < 100% di ulcera coperta o tessuto epiteliale esteso per più di 0,5 cm nel letto dell'ulcera 3- Dal 50% a < 75% di ulcera coperta o tessuto epiteliale esteso per meno di 0,5 cm nel letto dell'ulcera 4- Dal 25% a < 50% di ulcera coperta 5- < 25% di ulcera coperta			
Punteggio Totale :				
Firma :				



Riportare il punteggio totale sul Wound Status Continuum mettendo una "X" sulla linea e la data sotto della linea. Segnare i diversi risultati e le relative date per individuare a prima vista la rigenerazione o la degenerazione della ferita.



Pressure Ulcer Scale for Healing (PUSH) Tool

Thomas DR, Rodeheaver GT, Bartolucci AA, Franz RA, Sussman C, Ferrell BA, Cuddigan J, Stotts NA, Maklebust J. (1997) Pressure ulcer scale for healing: derivation and validation of the PUSH tool. The PUSH Task Force. Adv Wound Care. 10(5):96-101.



Pressure Ulcer Scale for Healing (PUSH)

PUSH Tool 3.0

Nome del Paziente _____ Paziente ID# _____

Sede dell'ulcera _____ Data _____

Istruzioni

Osservare e misurare l'ulcera da pressione. Classificare l'ulcera relativamente ad area di estensione, essudato, e tipo di tessuto presente. Annotare il punteggio parziale per ciascuna delle caratteristiche dell'ulcera. Sommare i punteggi parziali per ottenere il totale. La comparazione dei punteggi totali rilevati nel corso del tempo fornirà un'indicazione del miglioramento o del peggioramento nella guarigione dell'ulcera da pressione.

LUNGH. X LARGH. (in cm ²)	0 0	1 < 0,3	2 0,3-0,6	3 0,7-1,0	4 1,1-2,0	5 2,1-3,0	Punt. parziale
		6 3,1-4,0	7 4,1-8,0	8 8,1-12,0	9 12,1-24,0	10 > 24,0	
QUANTITÀ DI ESSUDATO	0 nessuno	1 scarso	2 moderato	3 abbondante			Punt. parziale
TIPO DI TESSUTO	0 chiuso	1 tessuto epiteliale	2 tessuto di granulazione	3 slough	4 tessuto necrotico		Punt. parziale
							Punt. totale

Lunghezza x Larghezza: Misurare la massima lunghezza (direzione dalla testa ai piedi) e la massima larghezza (direzione da fianco a fianco) mediante un righello. Moltiplicare i due valori (lunghezza x larghezza) per ottenere una stima dell'area di estensione in centimetri quadrati (cm²). AVVERTIMENTO: non approssimare! Utilizzare sempre lo stesso righello e lo stesso metodo ogni volta che la lesione viene misurata.

Quantità di Essudato: Stimare la quantità di essudato (drenaggio) presente dopo aver rimosso la medicazione e prima di applicare qualsiasi agente topico sulla lesione. Valutare l'essudato come: assente, scarso, moderato, e abbondante.

Tipo di Tessuto: Si riferisce ai tipi di tessuto che sono presenti nel letto della lesione (ulcera). Assegnare un punteggio pari a "4" se è presente un qualsiasi tipo di tessuto necrotico. Assegnare un punteggio pari a "3" se è presente una qualsiasi quantità di slough e se è assente tessuto necrotico. Assegnare un punteggio pari a "2" se la lesione è detersa e contiene tessuto di granulazione. Ad una lesione superficiale che sta riepitelizzando, deve essere assegnato un punteggio pari a "1". Quando la lesione è chiusa, deve essere assegnato un punteggio pari a "0".

- 4 - Tessuto Necrotico (Escara):** tessuto di colore nero, marrone o marroncino che aderisce saldamente al letto o ai margini dell'ulcera e potrebbe essere di consistenza più dura o più molle della cute perilesionale.
- 3 - Slough:** tessuto di colore giallo o biancastro che aderisce al letto della lesione in filamenti o in ammassi ispessiti o che è mucillaginoso.
- 2 - Tessuto di Granulazione:** tessuto di colore rosso o rosa intenso, dall'aspetto lucido, umido e a 'bottoncini'.
- 1 - Tessuto Epiteliale:** neo-tessuto di color rosa smaltato che si sviluppa dai margini della lesione o, nelle lesioni superficiali, sottoforma di isole all'interno della superficie della lesione.
- 0 - Chiusa:** una lesione che è completamente coperta di neo-epitelio.



Pressure Ulcer Healing Chart

Per monitorare l'andamento dei punteggi nel PUSH nel corso del tempo

(Usare una pagina separata per ogni ulcera da pressione)

Nome del Paziente _____ Paziente ID# _____

Sede dell'ulcera _____ Data _____

Istruzioni

Osservare e misurare l'ulcera da pressione ad intervalli regolari usando il PUSH Tool. Annotare i punteggi parziali e totali, e relativa data, sul Pressure Ulcer Healing Record.

Pressure Ulcer Healing Record												
Data												
Lungh. x Largh.												
Quantità di Essudato												
Tipo di Tessuto												
Punt. Totale PUSH												

Inserire i punteggi totali del PUSH sul Pressure Ulcer Healing Graph.

PUSH Punt. Totale	Pressure Ulcer Healing Graph													
17														
16														
15														
14														
13														
12														
11														
10														
9														
8														
7														
6														
5														
4														
3														
2														
1														
Guarigione = 0														
DATA														