

Modello nutrizionale- metabolico

METODOLOGIA CLINICA INFERMIERISTICA

A.A. 2025/2026

Apparato tegumentario

La cute è la prima barriera contro traumi e infezioni.

Ha **funzione** di: protezione, termoregolazione, sensibilità, metabolismo, comunicazione.

Caratteristiche: colore, temperatura, umidità, trama superficiale e spessore, odore.

Fattori che influenzano: circolazione, nutrizione, condizioni dell'epidermide, allergie, infezioni, traumi, ecc

Una **Lesione da pressione** è una lesione localizzata della cute o del tessuto circostante, solitamente sopra una prominenza ossea (coccige, trocanteri, talloni).

Vengono classificate in base alla espansione e profondità (scala NPUAP)

Apparato tegumentario

Alterazioni della funzione tegumentaria

- **Dolore:** quando i nervi vengono stimolati
- **Prurito:** è un sintomo di molti problemi e spesso causa di lesioni secondarie da grattamento
- **Esantema:** eruzione cutanea
- **Lesioni:** perdita di struttura o funzione di un tessuto normale.

Una **Lesione da pressione** è una lesione localizzata della cute o del tessuto circostante, solitamente sopra una prominenza ossea (coccige, trocanteri, talloni).

Vengono classificate in base alla espansione e profondità (scala NPUAP)

Rischio di lesioni da pressione dell'adulto

Definizione: suscettibilità della persona di età >18 anni, a un danno localizzato alla cute e/o al tessuto sottostante, causato dalla pressione o dalla pressione in combinazione con le forze di frizione e/o di taglio (EPUAP, 2019)

Caratteristiche definenti: ////

Fattori correlati:

- Fisiopatologici: diabete, obesità, disidratazione, cirrosi epatica, ecc...
- Trattamenti: immobilità, catetere vescicale, fissazione terapeutica da trauma, ecc...
- Situazionali: temperatura, umidità, ecc...

Scala di		BRADEN			DATA	
Indicatori e variabili	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 impedimenti al sensorio 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 agitando. Ha impedimento al sensorio 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 o alla sedazione. Limitata capacità di percepire dolore in molte zone del corpo.		
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 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. Ogni volta che il paziente si muove o si gira lo si trova sempre bagnato.		
Attività Grado di attività fisica	Cammina frequentemente Cammina al di fuori della camera almeno 2 volte al giorno e dentro la camera 1 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 a rotelle.	Alettato Costretto a letto.		
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.		
Nutrizione Assunzione usuale di cibo	Eccellente Mangia la maggior parte del cibo. Non rifiuta mai il pasto, talvolta mangia tra i pasti. Non necessita di integratori.	Adeguate Mangia più della metà dei pasti, 4 porzioni o più di proteine al giorno. Usualmente assume integratori. Si alimenta artificialmente con NPT o NE, 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 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. E' a digiuno o mantenuto con fleboclisi o beve bevande per più di 5 giorni.		
Frizionamento 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 spasticità, contratture, agitazione, che causano costantemente attrito contro il piano del letto o della poltrona.		
=< 16 rischio >18 nessun rischio						
18-15 basso rischio 14-13 moderato rischio 12-10 alto < 10 altissimo						
						Totale

N.B. Nel caso di paziente cateterizzato si attribuisce un punteggio di 4 all'indicatore umidità.

Scale di rischio LdP

SCALA DI NORTON

INDICATORI	VARIABILI			
	4	3	2	1
Condizioni fisiche	Buone	Discrete	Scadenti	Pessime
Stato mentale	Lucido	Apatico	Confuso	Stuporoso
Deambulazione	Normale	Cammina con aiuto	Costretto su sedia	Costretto a letto
Mobilità	Piena	Moderatamente limitata	Molto limitata	Immobile
Incontinenza	Assente	Occasionale	Abituale urine	Doppia

Pianificazione **rischio** lesioni da pressione nell'adulto

Obiettivo: La cute dell'assistito rimarrà intatta, priva di lesioni, per tutta la durata del rischio

Pianificazione degli interventi:

- Insegnare all'assistito e/o caregiver riconoscere i primi segni come eritema
- Mobilizzare l'assistito ogni 2 ore
- Proteggere i tessuti dalla pressione
- Posizionare dispositivi antidecubito
- Nutrizione equilibrata e idratazione adeguata

Prevedibilità del rischio

- Identificare le persone a rischio, e specificare i fattori che le pongono a rischio.

Cura della cute

- Mantenere e migliorare la tolleranza dei tessuti alla pressione per prevenire i danni. Ispezionare i punti di pressione una volta al giorno; documentare tutti i risultati.
- Pulire regolarmente la cute e ogni volta che si sporca, usando un detergente neutro con acqua tiepida, non calda.
- Ridurre i fattori che seccano la cute. Trattare la cute secca con emollienti.
- Non massaggiare le prominenze ossee.
- Ridurre al minimo l'esposizione della cute all'incontinenza, alla traspirazione o al drenaggio di una ferita.
- Proteggere la cute dalla frizione e dallo sfregamento.
- Provvedere a un adeguato apporto calorico e di nutrienti.
- Mantenere o migliorare la mobilità, il livello di attività e il grado di movimento.

Riduzione della pressione per le persone a rischio

- Riposizionare ogni 2 ore. Utilizzare una posizione laterale di 30° quando la persona giace sul fianco, per evitare un'eccessiva pressione sul trocantere.

- Usare cuscini per evitare che le prominenze ossee sfreghino l'una contro l'altra.
- Evitare la pressione del tallone sul letto se la persona è completamente immobile.
- Quando una persona giace di lato, evitare di posizionarla direttamente sul trocantere.
- Limitare il numero di volte in cui si eleva la testata del letto.
- Sollevare, non trascinare, le persone per spostarle nel letto. Usare il trapezio.
- Se la persona è allettata, posizionarla su un materasso automodellante in grado di distribuire e ridurre le pressioni di appoggio (può essere o no motorizzato).
- Evitare una posizione seduta prolungata. Riposizionare il peso della persona ogni ora.
- Per le persone su sedia a rotelle, porre un presidio che riduca la pressione sulla sedia e che mantenga un buon allineamento posturale, l'equilibrio e la stabilità.
- Usare un piano di cure scritto sull'uso di presidi per il posizionamento e di programmazione per il riposizionamento.

Educazione

- Fornire un'educazione mirata alla prevenzione delle lesioni da pressione a caregiver, assistito, famiglia e professionisti sanitari.

Pianificazione **rischio** lesioni da pressione nell'adulto

- **Valutazione intermedia:** la cute permane integra, rischio LdP permane

Al termine della degenza/allettamento:

- **Valutazione finale:** la cute dell'assistito è priva di lesioni da pressione

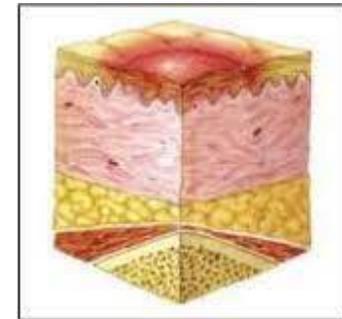
Lesione da pressione nell'adulto

Definizione: danno localizzato alla cute e/o tessuto sottostante, causato dalla pressione o dalla pressione in combinazione con forze di frizione e/o taglio

Caratteristiche definenti: perdita di tessuto, di spessore derma

Fattori correlati:

Ricovero in TI, diminuita perfusione tissutale, ecc..



Valutazione infermieristica delle lesioni da decubito

E' fondamentale la rilevazione e la descrizione sistematica delle principali caratteristiche sia della lesione che della cute peri-lesionale

Tabella XIII - Valutazione infermieristica della lesione da decubito e della cute perilesionale.

caratteristiche della lesione	caratteristiche della cute perilesionale
<ul style="list-style-type: none">• localizzazione• stadio• dimensioni (lunghezza, larghezza e profondità)• quantità di essudato• tipo di tessuto (di granulazione, necrotico, fibrinoso, eccetera)• presenza di tratti sottominati, fistole, riepitelizzazione• odore	<ul style="list-style-type: none">• eritema• macerazione• indurimento• edema

Tabella XIV - Stadiazione delle lesioni da decubito della NPUAP.

stadio	descrizione
1	eritema della cute integra non reversibile alla digitocompressione
2	ferita a spessore parziale, che coinvolge l'epidermide e/o il derma; la lesione è superficiale e clinicamente si presenta come abrasione, vescicola o cratere poco profondo
3	ferita a tutto spessore, che implica danno o necrosi del tessuto sottocutaneo e che può estendersi fino alla fascia muscolare senza attraversarla; la lesione si presenta clinicamente come una profonda cavità, che può mostrare tratti sottominati
4	ferita a tutto spessore, con estesa distruzione dei tessuti, necrosi o danno ai muscoli, ossa o strutture di supporto (per esempio, tendini, capsule articolari, piani ossei)

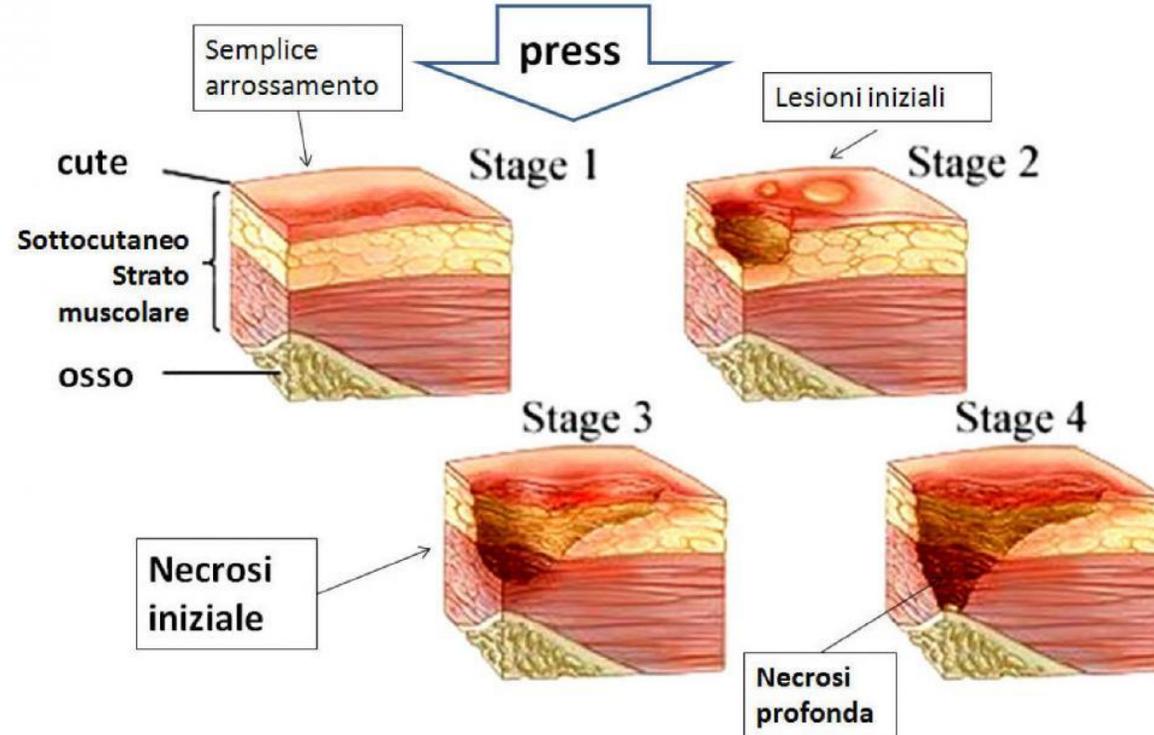
Scala

EPUAP (European Pressure Ulcer Advisory Panel) e **NPUAP** (National Pressure Ulcer Advisory Panel)

SCALA NPUAP - EPUAP				
		DATA		
GRADO I	<p>Eritema non sbiancante Cute intatta con eritema non sbiancante di un'area localizzata generalmente in corrispondenza di una prominenza ossea. Nella cute di pelle scura lo sbiancamento potrebbe non essere osservabile; il suo colore può differire 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 la Categoria I sia difficile da individuare. Può segnalare una persona "a rischio".</p>			
GRADO II	<p>Spessore parziale Perdita di spessore parziale del derma che si presenta come un'ulcera aperta superficiale con un letto di ferita rosa, senza slough. Può anche presentarsi come vescicola intatta o aperta/rotta ripiena di siero o di siero e sangue. Si presenta come un'ulcera lucida o asciutta, priva di slough o colorazione bluastra. Questa categoria non dovrebbe essere usata per descrivere skin tears (lacerazioni cutanee da strappamento), ustioni da cerotto, dermatiti associate all'incontinenza, macerazione o escoriazione. L'ematoma indica danno tessutale profondo.</p>			
GRADO III	<p>Perdita di cute a tutto spessore Perdita di cute a tutto spessore. Il tessuto adiposo sottocutaneo può essere visibile, ma l'osso, il tendine o il muscolo non sono esposti. Può essere presente slough, ma senza nascondere la profondità della perdita tessutale. Può presentare tessuti sottominati o tunneling La profondità di un'ulcera da pressione di Categoria/Stadio III varia a seconda della posizione anatomica. Le narici del naso, l'orecchio, l'occipite e il malleolo non sono dotati di tessuto sottocutaneo (adipe) e le ulcere di Categoria/Stadio III possono essere superficiali. Al contrario, aree con significativa adiposità possono sviluppare ulcere da pressione di Categoria/Stadio III molto profonde. Osso/tendine non sono visibili o direttamente palpabili.</p>			
GRADO IV	<p>Perdita tessutale a tutto spessore Perdita di tessuto a tutto spessore con esposizione di osso, tendine o muscolo. Potrebbero essere presenti slough o escara. Spesso include sottominatura o tunneling. 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 superficiali. 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'osteomielite o l'osteite. Ossa \tendine sono esposti, visibili o direttamente palpabili.</p>			

Classificazione delle ulcere da pressione

Evoluzione delle ulcere da pressione



Caso Giulio

Il sig. Giulio, di anni 78 è stato ricoverato per ipertermia. Giulio era ospite in un RSA (residenza sanitaria assistenziale) Riferisce che da alcuni non si alza più e mangia molto poco.

All'accertamento Giulio mostra una lesione sacrale di III grado scala NPUAP

Come assistereste il sig. Giulio? Quale DI e quali interventi?

Pianificazione lesione da pressione nell'adulto

Obiettivo. La lesione sacrale dell'assistito migliorerà verso la guarigione, passando da un valore NPUAP di III grado ad un II grado entro 7 giorni.

Pianificazione:

Mobilizzare la persona ogni 2 ore, posizionare su materasso a pressione d'aria alternata

Valutare e medicare periodicamente la lesione e mantenere accurata igiene della zona lesionale

Alimentazione equilibrata (minerali, vitamine e proteine)

Abbigliamento comodo, non stretto

Mantenere la biancheria da letto pulita, asciutta e senza pieghe

Valutazione intermedia: la lesione sacrale dell'assistito si sta riducendo di dimensioni e profondità..

Valutazione finale: la lesione sacrale dell'assistito si è ridotta a NPUAP di II grado

Integrità cutanea compromessa

Definizione: danno dell'epidermide e/o del derma

Caratteristiche definenti: cute abrasa, escoriazione, ulcerazione

Fattori correlati:

Forse da taglio, frizione contro una superficie, ecc..

Caso Marta

La sig.ra Marta, in seguito a caduta dalla bicicletta presenta ferita lacero contusa alla spalla destra, con punti di sutura (filo di seta) della lunghezza di 8 cm circa. La cute intorno alla ferita si presenta edematosa ed arrossata.

Come assistereste la sig.ra Marta? Quale DI e quali interventi?

Pianificazione dell' Integrità cutanea compromessa

DI: Integrità cutanea compromessa

Obiettivo: la sig.ra Marta avrà un miglioramento della ferita, riduzione del rossore e dell'edema entro 5 giorni

Pianificazione:

- Detergere la ferita con sapone neutro ed asciugare delicatamente
- Disinfettare con soluzione alcolica...
- Monitorare dolore e condizioni della cute
- Educare Marta nella prevenzione delle infezioni
-

Valutazione intermedia: la ferita dell'assistita risulta meno edematosa e meno arrossata, inoltre dolore ridotto

Valutazione finale la ferita dell'assistita è migliorata, sono assenti: dolore rossore ed edema.

Buono studio!

Bibliografia:

Giovanna Artioli, Patrizia Copelli, Chiara Foà, Rachele La Sala, *Valutazione infermieristica della persona assistita-approccio integrato*, Milano, Poletto Editore, 2016. Capitolo 14

Ruth Craven, Constance Hirnle e Christine M. Henshaw, *Principi fondamentali dell'assistenza infermieristica*, sesta edizione, Milano, Casa Editrice Ambrosiana, 2024. Capitolo 26