



Le medicazioni avanzate per il trattamento delle ferite acute e croniche

Allegato 4

Scale di valutazione delle lesioni cutanee

Si presentano di seguito le principali scale di valutazione delle lesioni cutanee utilizzate in ambito internazionale.

Scala EPUAP

GRADO I: 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".

GRADO II: 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 perta/rotta ripiena di siero o di siero e sangue.

Si presenta come un'ulcera lucida o asciutta, priva di slough o ematoma*. 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.

GRADO III: 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 includere tratti sottominati e tunnelizzazione.

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.

GRADO IV: 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 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 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.

Oltre ai precedenti, per gli USA si aggiungono i seguenti gradi (scala NPUAP)

Non Stadiabile\ Non Classificabile: Perdita a tutto spessore di cute o tessuto – profondità ignota

Perdita di tessuto a tutto spessore in cui l'effettiva profondità dell'ulcera è completamente nascosta da slough (di color giallo, beige, grigiastro, verde o marrone) e/o escara (di color beige, marrone o nero) presenti sul letto della lesione. Fino a quando lo slough e/o l'escara non vengono rimossi in modo tale da esporre la base dell'ulcera, non è possibile determinare la reale profondità; ciò nondimeno l'ulcera sarà di Categoria/Stadio III oppure IV. 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 dovuto a pressione e/o forze di stiramento. L'area potrebbe essere preceduta da tessuto che appare dolente, duro, molliccio, cedevole, più caldo o più freddo rispetto al tessuto adiacente. Il danno dei tessuti profondi potrebbe essere difficile da individuare nelle persone di pelle scura. L'evoluzione potrebbe includere una sottile vescica su un letto di lesione di colore scuro. La lesione potrebbe evolvere ulteriormente ricoprendosi con un'escara sottile. L'evoluzione potrebbe esporre in tempi rapidi ulteriori strati di tessuto anche applicando un trattamento ottimale.

Pressure Sore Status Tool (PSST detto anche Bates-Jensen Wound Assessment Tool – BWAT)

INDICAZIONI GENERALI

Compilare il modulo allegato per valutare lo stato della lesione 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 nella lesione. Classificare tramite l'assegnazione di un punteggio a ciascun item selezionando la risposta che meglio descrive la lesione e inserendo il risultato nella colonna apposita, previo datazione.

Quando si è classificata la lesione 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 Pressure Sore Status Continuum per determinare l'andamento della lesione.

ISTRUZIONI SPECIFICHE

1- DIMENSIONI: Usare il righello per misurare in cm la massima lunghezza e la massima larghezza della lesione, quindi moltiplicare tra loro tali valori.

2- PROFONDITÀ: Riportare la profondità e lo spessore più appropriati alla lesione utilizzando queste descrizioni:

1. Danno tissutale, ma nessuna perdita di continuità nella superficie cutanea.
2. Abrasione superficiale abrasione, vescica 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- BORDI: Usare questa guida:

Indistinti, diffusi = non è possibile distinguere chiaramente il contorno della lesione.

Attaccati = allo stesso livello o rasenti alla base della lesione, nessun lato o parete presente; piatti.

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

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

Ipercheratosici = formazione di tessuto calloso intorno alla lesione e ai bordi.

Fibrotici, cicatriziali = duri e rigidi da toccare.

4- SOTTOMINATURE: Valutare inserendo un applicatore con la punta di cotone sotto il bordo della lesione; 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 della lesione. Continuare la rilevazione intorno alla lesione. Utilizzare una guida di misurazione metrica trasparente a cerchi concentrici divisi in 4 quadranti (25%) per determinare la % di lesione coinvolta.

5- TIPO DI TESSUTO NECROTICO: Riportare il tipo di tessuto necrotico predominante nella lesione in base a colore, consistenza e aderenza usando questa guida:

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

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

Slough giallo, moderatamente aderente = spesso, fibroso, agglutinato di detriti; attaccato al tessuto della lesione.

Escara nera aderente, soffice = tessuto umido, saldamente adeso al tessuto nel centro o alla base della lesione

Escara nera\duro, saldamente aderente = tessuto duro e crostoso; saldamente adesa alla base della lesione 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 lesione 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 la lesione con soluzione fisiologica o acqua. Riportare il tipo di essudato predominante secondo il colore e consistenza usando questa guida:

Sanguigno = fluido, rosso brillante.

Sierosanguigno = 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 della lesione asciutti.

Scarsa = tessuti della lesione umidi, essudato non misurabile.

Poca = tessuti della lesione umidi; umidità distribuita uniformemente nella lesione; l'essudato coinvolge ≤ del 25% della medicazione.

Moderata = tessuti della lesione saturi; l'umidità può o meno essere uniformemente distribuita nella lesione; l'essudato coinvolge più del 25% e ≤ del 75% della medicazione.

Abbondante = tessuti della lesione 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 bordi. 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 bordi. 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. Il crepitus è un accumulo di aria o gas nei tessuti. Utilizzare una guida di misurazione metrica trasparente per determinare l'estensione dell'edema dai bordi della lesione.

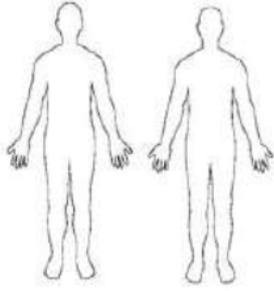
11- INDURIMENTO DEI TESSUTI PERIFERICI: Valutare i tessuti nel raggio di 4 cm dai bordi. L'indurimento consiste in un'anomala indeformabilità dei tessuti. Valutarlo pizzicando leggermente i tessuti. L'indurimento è confermato dall'impossibilità di pizzicare i tessuti. Utilizzare una guida di misurazione metrica trasparente a cerchi concentrici divisi in 4 quadranti (25%) per determinare la % della lesione coinvolta.

12- TESSUTO DI GRANULAZIONE: Il tessuto di granulazione rappresenta la crescita di piccoli vasi sanguigni e tessuto connettivale che riempiono le lesioni 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 una pelle di color da rosa a rosso. Nelle lesioni a spessore parziale può avvenire attraverso il letto della ferita come anche dai bordi. Nelle lesioni a tutto spessore può avvenire solo dai bordi. Utilizzare una guida di misurazione metrica trasparente a cerchi concentrici divisi in 4 quadranti (25%) per determinare la % di lesione coinvolta e misurare la distanza a cui il tessuto epiteliale si estende lesione.

Completare il modulo per valutare lo stato della lesione. Valutare ogni item scegliendo la risposta che meglio descrive la lesione 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:

<input type="checkbox"/>	Sacro & coccige	<input type="checkbox"/>	Caviglia laterale	
<input type="checkbox"/>	Trocantere	<input type="checkbox"/>	Caviglia mediale	
<input type="checkbox"/>	Tuberosità ischiatica	<input type="checkbox"/>	Tallone	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Altre sedi	
<p>Forma: Configurazione generale della lesione; valutare osservandone perimetro e profondità. Contrassegnare e <u>datare</u> la descrizione idonea:</p>				
<input type="checkbox"/>	Irregolare	<input type="checkbox"/>	Lineare o oblunga	
<input type="checkbox"/>	Rotanda/ Ovale	<input type="checkbox"/>	Forma a tazza/ a barca	
<input type="checkbox"/>	Quadrata/ Rettangolare	<input type="checkbox"/>	Forma a farfalla	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Altre forme	

Items	Valutazione	Punteggio / Data
1. Dimensioni	<ul style="list-style-type: none"> 1 - Lungh x largh < 4 cm² 2 - Lungh x largh = 4 - 16 cm² 3 - Lungh x largh = 16,1 - 36 cm² 4- Lungh x largh = 36,1 - 80cm² 5- Lungh x largh > 80 cm² 	
2. Profondità	<ul style="list-style-type: none"> 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 lesione 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	<ul style="list-style-type: none"> 1- Indistinti, diffusi, non chiaramente visibili 2- Distinti, chiaramente visibili, attaccati, allo stesso livello del fondo della lesione 3- Ben definiti, non attaccati al fondo della lesione 4- Ben definiti, non attaccati al fondo, "arrotolati", ispessiti 5- Ben definiti, fibrotici, cicatriziali o ipercheratosici 	
4. Sottominatura	<ul style="list-style-type: none"> 1- Non presente 2 - Sottom. < 2 cm in qualsiasi zona 3- Sottom. di 2-4 cm che coinvolge meno del 50% dei margini della lesione 4- Sottom. di 2-4 cm che coinvolge più del 50% dei margini della lesione 5- Sottom. > 4 cm in qualsiasi zona o Tunnellizzazione in qualsiasi zona 	
5. Tipo di tessuto necrotico	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> 1- Non visibile 2- < del 25% del letto della lesione ne è coperto 3- Dal 25 al 50% della lesione ne è coperto 4- > 50% e <75% della lesione ne è coperto 5- Dal 75 al 100% della lesione ne è coperto 	
7. Tipo di essudato	<ul style="list-style-type: none"> 1- Nessuno 2 - Sanguigno 3- Sierosanguigno: 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	<ul style="list-style-type: none"> 1- Nessuno, lesione asciutta 2- Minimo, lesione 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 alla lesione 3- Edema senza fovea con estensione ≥ 4 cm intorno alla lesione 4- Edema con fovea con estensione < 4 cm intorno alla lesione 5- Crepitio e/o edema con fovea con estensione ≥ 4 cm intorno alla lesione	
11. Indurimento del tessuto periferico	1- Non presente 2- Indur. < 2 cm intorno alla lesione 3- Indur. di 2-4 cm con estensione < del 50% intorno alla lesione 4- Indur. di 2-4 cm con estensione ≥ del 50% intorno alla lesione 5- Indur. > 4 cm in qualsiasi zona della lesione	
12. Tessuto di granulazione	1- Cute integra o lesione a spessore parziale 2- Brillante, rosso vivo; occupa dal 75% al 100% della lesione o ipergranulazione 3- Brillante, rosso vivo; occupa < 75 % e >25% della lesione 4- Rosa e/o rosso opaco, scuro e/o occupa ≤ 25% della lesione 5- Nessun tessuto di granulazione presente	
13. Epitelizzazione	1- 100% di tessuto coperto, superficie intatta 2- Dal 75% a < 100% di lesione coperta o tessuto epiteliale esteso per più di 0,5 cm nel fondo della lesione 3- Dal 50% a < 75% di lesione coperta o tessuto epiteliale esteso per meno di 0,5 cm nel fondo della lesione 4- Dal 25% a < 50% di lesione coperta 5- < 25% di lesione coperta	
Punteggio Totale :		
Firma :		

Scala PUSH TOOL 3.0 (Pressure Ulcer Scale)

Istruzioni:

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.

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 marrone chiaro 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 intenso o rosa, dall'aspetto lucido, umido e a 'bottoncini'.

1. Tessuto Epiteliale: nelle lesioni superficiali, è il neo-tessuto di color rosa o smaltato che si sviluppa dai margini della lesione o sottoforma di isole all'interno della superficie della lesione.

0. Chiusa: una lesione che è completamente coperta di neo-epitelio (nuova pelle).

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.

Lunghezza X Larghezza (in cm²)	0 0 cm ²	1 < 0.3 cm ²	2 0.3-0.6 cm ²	3 0.7-1.0 cm ²	4 1.1-2.0 cm ²	5 2.1-3.0 cm ²	Punteggio parziale
		6 3.1- 4.0 cm ²	7 4.1-8.0 cm ²	8 8.1-12.0 cm ²	9 12.1-24.0 cm ²	10 >24.0 cm ²	
Quantità essudato	0 Nessuno	1 Lieve	2 Moderato	3 Abbondante			Punteggio parziale
Tipo di tessuto	0 Chiuso	1 Epiteliale	2 Granulazione	3 Slough	4 Necrotico		Punteggio parziale
							Punteggio totale

Pressure Ulcer Healing Record													
Date													
Length x Width													
Exudate Amount													
Tissue Type													
PUSH Total Score													

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

PUSH Total Score	Pressure Ulcer Healing Graph												
17													
16													
15													
14													
13													
12													
11													
10													
9													
8													
7													
6													
5													
4													
3													
2													
1													
Healed = 0													
Date													

Scala TEXAS

	GRADO			
	0	I	II	III
Stadio A	Lesione pre o post-ulcerativa completamente epitelizzata	Ulcera superficiale che non coinvolge tendini, capsula articolare, ossa	Ulcera profonda che interessa i tendini o la capsula articolare	Ulcera profonda che interessa l'osso o l'articolazione
Stadio B	Con infezione	Con infezione	Con infezione	Con infezione
Stadio C	Con ischemia	Con ischemia	Con ischemia	Con ischemia
Stadio D	Con infezione ed ischemia	Con infezione ed ischemia	Con infezione ed ischemia	Con infezione ed ischemia

Scala WAGNER

Classe 0 = Non ulcerazioni, presenza di eventuali deformità, edema, cellulite etc.

Classe 1 = Ulcera superficiale

Classe 2 = Ulcera profonda fino al tendine, alla capsula articolare all'osso, senza infezione

Classe 3 = Ulcera profonda con ascesso, osteomielite, artrite settica

Classe 4 = Gangrena localizzata alle dita o al tallone

Classe 5 = Gangrena di tutto il piede o di una porzione significativa

Scala ASEPSIS

ASEPSIS wound score						
	Proportion of wound affected					
Wound characteristic	0	<20	20-39	40-59	60-79	>80
Serous exudate	0	1	2	3	4	5
Erythema	0	1	2	3	4	5
Purulent exudate	0	2	4	6	8	10
Separation of deep tissues	0	2	4	6	8	10
Points are scored for daily wound inspection.						
Criterion	Points					
Additional treatment:						
Antibiotics	10					
Drainage of pus under local anaesthesia	5					
Debridement of wound (general anaesthesia)	10					
Serous discharge*	daily 0-5					
Erythema*	daily 0-5					
Purulent exudate*	daily 0-10					
Separation of deep tissues*	daily 0-10					
Isolation of bacteria	10					
Stay as inpatient prolonged over 14 days	5					
* Given score only on five of seven days. Highest weekly score used						
Category of infection: total score 0-10 = satisfactory healing; 11-20 = disturbance of healing; 20-30 = minor wound infection; 31-40 = moderate wound infection; >40 = severe wound infection.						

(Adapted from Wilson AP et al, *Lancet* 1986²⁰).

Reproduced with permission from the BMJ Publishing Group.

Dal punteggio globale ASEPSIS possono derivare le seguenti categorie:

0- 10 = Guarigione soddisfacente

11- 20 = Disturbo di guarigione

21- 30 = Infezione minore della ferita

31- 40 = Infezione moderata della ferita

> 40 = Infezione severa della ferita