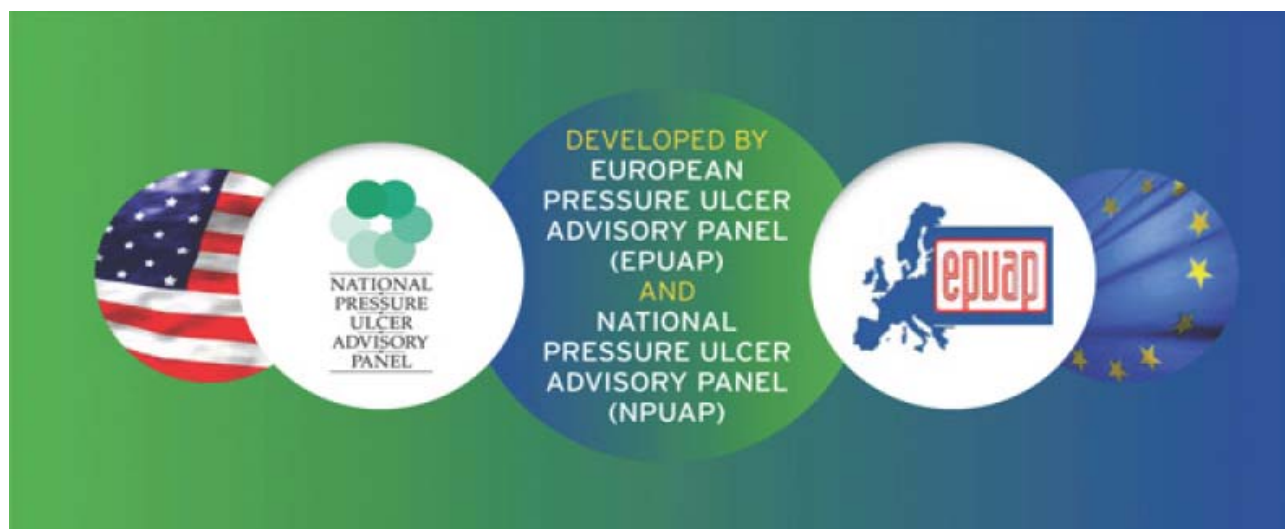


Prevenzione delle Ulcere da Pressione

GUIDA RAPIDA DI RIFERIMENTO



Introduzione

Questa *Guida Rapida di Riferimento* riassume le linee guida basate sulle prove di efficacia relative alla prevenzione e al trattamento delle ulcere da pressione. È stata sviluppata grazie ad un impegno congiunto della durata di 4 anni tra l'European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) e l'American National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP). La versione integrale della *Linea Guida per la Pratica Clinica* fornisce una dettagliata analisi e discussione della ricerca disponibile, le valutazioni critiche dei presupposti e delle conoscenze del campo, una descrizione della metodologia adoperata per elaborare la linea guida, e i ringraziamenti agli editori, autori, e altri collaboratori. Questa *Guida Rapida di Riferimento* contiene gli estratti della *Linea Guida per la Pratica Clinica*, ma gli utilizzatori non dovrebbero fare affidamento solo su questi sunti.

Le copie cartacee dell'edizione in inglese di entrambi i documenti sono disponibili sul sito web del NPUAP (www.npuap.org). La *Guida Rapida di Riferimento* è stata tradotta in diverse lingue; le traduzioni sono disponibili sul sito dell'EPUAP (www.epuap.org).

L'obiettivo di questa collaborazione internazionale era di sviluppare raccomandazioni basate sulle prove di efficacia per la prevenzione e il trattamento delle ulcere da pressione che potessero essere usate dal personale sanitario in tutto il mondo. È stata adottata un'esplicita metodologia scientifica per individuare e valutare la ricerca disponibile. In assenza di evidenze definitive, per la formulazione delle raccomandazioni si è ricorsi all'opinione di esperti (spesso supportata da evidenze indirette e da altre linee guida). Le raccomandazioni delle Linee Guida sono state messe a disposizione a 930 individui e 146 società/organizzazioni registrate come stakeholder di 63 nazioni in 6 continenti. La linea guida finale è basata sulla ricerca disponibile e sulla sapienza conoscenza esperienziale accumulata da EPUAP, NPUAP, e dagli stakeholder internazionali.

Citazione Suggesta

EPUAP e NPUAP acconsentono all'uso e all'adattamento delle linee guida a livello nazionale e locale. È richiesta tuttavia la citazione della fonte, usando il seguente format:

European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel. Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel; 2009

Linea Guida Internazionale

Prevenzione delle Ulcere da Pressione: Guida Rapida di Riferimento



©European Pressure Ulcer Advisory Panel
&
©National Pressure Ulcer Advisory Panel
2009

TRADOTTE DA ANIID & AISLeC



Ulteriori copie stampate sono disponibili attraverso
National Pressure Ulcer Advisory Panel
(www.npuap.org)

Limitazioni e Uso Appropriato di questa Linea Guida

- Le linee guida sono affermazioni sviluppate in modo sistematico allo scopo di affiancare il medico e il paziente nelle decisioni circa l'appropriata pratica assistenziale per specifiche condizioni cliniche. È possibile che le raccomandazioni non siano appropriate per tutte le circostanze.
- La decisione di adottare qualsivoglia particolare raccomandazione deve essere presa dal professionista della salute alla luce delle risorse disponibili e dalle circostanze presentate dal singolo paziente. Niente di ciò che è contenuto in questa linea guida è da considerarsi un consiglio medico per specifici casi.
- A causa della rigorosa metodologia impiegata per sviluppare questa linea guida, NPUAP e EPUAP ritengono che la ricerca a supporto di queste raccomandazioni sia affidabile e accurata. Tuttavia, non garantiamo l'affidabilità e accuratezza dei singoli studi citati nella bibliografia di riferimento in questo documento.
- Questa linea guida e tutte le raccomandazioni contenute sono da intendersi solo per scopi educativi e informativi.
- Questa linea guida contiene informazioni che, al momento della pubblicazione, risultano accurate. La ricerca e la tecnologia cambiano rapidamente e le raccomandazioni contenute in questa linea guida possono essere incongruenti con i progressi futuri. Il professionista della salute ha la responsabilità di mantenere una conoscenza professionale sui progressi della ricerca e della tecnologia in grado di influenzare la sua decisione nella pratica.
- Vengono forniti i nomi generici dei prodotti. Nulla in questa linea guida è da intendersi come un avallo di un prodotto specifico.
- Nulla in questa linea guida è da intendersi come un consiglio riguardante standard per la codificazione o regolamentazione per il rimborso.

Indice dei Contenuti

Finalità e Ambito di Applicazione	5
Metodi	5
Definizione Internazionale di Ulcera da Pressione di NPUAP e EPUAP	7
Sistema di Classificazione Internazionale dell'Ulcera da Pressione di NPUAP e EPUAP	7
Raccomandazioni per la Prevenzione delle Ulcere da Pressione	
• Valutazione del Rischio	9
• Valutazione della Cute	9
• Nutrizione per la Prevenzione dell'Ulcera da Pressione	13
• Riposizionamento per la Prevenzione dell'Ulcera da Pressione	15
• Superfici di Supporto	18
• Popolazione Speciale: Pazienti in Sala Operatoria	21
Ringraziamenti	

Finalità e Ambito d'Applicazione

L'obiettivo generale di questa collaborazione internazionale era di sviluppare raccomandazioni basate sulle prove di efficacia per la prevenzione e il trattamento delle ulcere da pressione che potessero essere usate dai professionisti della salute in tutto il mondo. Il Gruppo per lo Sviluppo delle Linee Guida insieme ai rappresentanti sia di NPUAP sia di EPUAP hanno pianificato il processo di sviluppo della linea guida e sottoposto a revisione tutta la documentazione. Tuttavia, per semplificare la logistica, EPUAP si è occupata in modo predominante delle raccomandazioni per la prevenzione delle ulcere da pressione e NPUAP delle raccomandazioni per il trattamento.

Lo scopo delle raccomandazioni per la prevenzione è di dare indicazioni *evidence-based* per prevenire l'insorgenza delle ulcere da pressione. Le raccomandazioni per la prevenzione si applicheranno a tutti gli individui vulnerabili di qualunque gruppo di età. La linea guida è stata concepita per gli operatori sanitari che sono coinvolti nell'assistenza dei pazienti e delle persone vulnerabili che sono a rischio di sviluppare ulcere da pressione, sia che siano in ambito ospedaliero, cure a lungo termine, domiciliare o in qualsiasi altro contesto sanitario, e a prescindere dalla loro diagnosi o dai bisogni assistenziali. La linea guida aiuterà inoltre a orientare i pazienti e i curanti tra le varie strategie di prevenzione disponibili.

Metodi

Per elaborare queste linee guida ci si è avvalsi di una metodologia rigorosa ed esplicita. (Fare riferimento alle *Linee Guida per la Clinica Pratica* per una descrizione più dettagliata).

Tutte le evidenze sono state sottoposte a revisione dal punto di vista della qualità. I singoli studi sono stati classificati per disegno e qualità (vd. Tabella1). È stato esaminato il corpo cumulativo delle evidenze a supporto di ogni raccomandazione; la categoria della "Forza di evidenza" è stata assegnata usando i criteri riportati nella Tabella 2.

Tabella 1. Livello delle Evidenze per i Singoli Studi

Livello	
1	Studio(i) randomizzato(i) di grandi dimensioni con risultati ben definiti (e basso rischio di errore)
2	Studio(i) randomizzato(i) di piccole dimensioni con risultati incerti (e moderato/alto rischio di errore)
3	Studio(i) non randomizzato(i) con controlli contemporanei o concorrenti
4	Studio(i) non randomizzato(i) con controllo storico
5	Serie di casi senza controllo. Specifico numero di soggetti

Adattato da Sackett, 1989. Fare riferimento alla *Linea Guida per la Pratica Clinica* per la discussione sulla metodologia usata per l'elaborazione della linea guida.

Tabella 2. Classificazione della Forza delle Evidenze per Ogni Raccomandazione**Forza delle Evidenze**

Forza delle evidenze	
A	La raccomandazione è supportata da evidenze scientifiche dirette provenienti da studi controllati adeguatamente disegnati e realizzati sulle ulcere da pressione in umani (o umani a rischio di ulcere da pressione) fornendo risultati statistici che supportano in maniera consistente le affermazioni della linea guida. (Sono richiesti studi di Livello 1)
B	La raccomandazione è supportata da evidenze scientifiche dirette provenienti da serie di casi clinici adeguatamente disegnati e realizzati sulle ulcere da pressione in umani (o umani a rischio di ulcere da pressione), fornendo risultati statistici che supportano in maniera consistente le raccomandazioni. (Livello degli studi 2,3,4 e 5)
C	La raccomandazione è supportata da evidenze indirette (per es. studi su soggetti normali, persone con altri tipi di ulcere croniche, su modelli animali) e/o opinione di esperti.

Questa linea guida per la pratica clinica è basata sulla ricerca corrente e in futuro necessiterà di essere sottoposta a revisione dal momento che verranno pubblicate nuove evidenze. La futura ricerca dovrebbe focalizzarsi sulle aree dove le prove di efficacia sono assenti o deboli.

Definizione Internazionale NPUAP-EPUAP di Ulcera da Pressione

Un'ulcera da pressione è una lesione localizzata alla cute e/o agli strati sottostanti, generalmente in corrispondenza di una prominenza ossea, quale risultato di pressione, o pressione in combinazione con forze di taglio. Numerosi fattori contribuenti o confondenti sono associati con le ulcere da pressione; il significato di questi fattori deve ancora essere elucidato.

Sistema di Classificazione NPUAP-EPUAP dell'Ulcera da Pressione

Categoria 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"

Categoria 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 aperta/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.

Categoria 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 tunnellizzazione. 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.

Categoria 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.

Categorie Aggiuntive per gli USA

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.

Valutazione del Rischio

La ricerca epidemiologica ha subito un sensibile aumento negli ultimi anni, permettendo una migliore comprensione dei fattori di rischio fondamentali nello sviluppo delle ulcere da pressione. Questa letteratura dovrebbe essere alla base della pratica della valutazione del rischio. Tuttavia, occorre prestare attenzione nell'interpretare i risultati di questi studi epidemiologici, poiché i risultati possono dipendere da quali fattori di rischio sono inclusi in un modello multivariabile.

Politiche per la valutazione del rischio

1. Stabilire una politica per la valutazione del rischio in tutti i contesti sanitari. (Forza dell'Evidenza = C)

Ogni contesto sanitario dovrebbe adottare una politica che includa esplicite raccomandazioni per: un approccio strutturato alla valutazione del rischio rilevante per quel contesto sanitario; le aree cliniche designate come destinatarie; la tempistica della valutazione e della rivalutazione del rischio; la documentazione della valutazione del rischio; e la comunicazione di quelle informazioni al team sanitario per esteso.

2. Educare il personale sanitario sulle modalità con cui compiere un'accurata e affidabile valutazione del rischio. (Forza dell'Evidenza = B)

3. Documentare tutte le valutazioni del rischio (Forza dell'Evidenza = C)

La documentazione della valutazione di rischio assicura la comunicazione all'interno del team multidisciplinare, fornisce la prova dell'appropriatezza della pianificazione dell'assistenza, e serve come parametro di riferimento per monitorare i progressi dell'individuo.

Pratica della Valutazione del Rischio

4. Avvalersi di un approccio strutturato per la valutazione del rischio al fine di identificare gli individui a rischio di sviluppare ulcere da pressione. (Forza dell'Evidenza = C)

Un approccio strutturato è conseguibile attraverso l'uso di un indice per la valutazione del rischio, associato a una completa valutazione della cute e al giudizio clinico. Le evidenze suggeriscono che l'introduzione di questi elementi insieme alla creazione di team dedicati alla cura della cute, programmi educativi, e protocolli assistenziali, sono in grado di ridurre l'incidenza delle ulcere da pressione.

5. Utilizzare un approccio strutturato per la valutazione del rischio che includa la valutazione di attività e mobilità. (Forza dell'Evidenza = C)

5.1. Considerare gli individui che sono costretti a letto e/o su carrozzina persone a rischio di sviluppare ulcere da pressione.

6. Usare un approccio strutturato per la valutazione del rischio che includa una valutazione completa della cute per accertare qualsiasi alterazione dell'integrità cutanea. (Forza dell'Evidenza = C)

6.1. Considerare gli individui con alterazioni dell'integrità cutanea a rischio di sviluppare un'ulcera da pressione.

L'alterazione delle condizioni della cute può includere xerosi cutanea, eritema, e altre alterazioni. Anche la presenza di eritema non sbiancante aumenta ulteriormente il rischio di sviluppare un'ulcera da pressione.

7. Utilizzare un approccio strutturato che sia completato dall'uso del giudizio clinico informato in relazione alla conoscenza dei principali fattori di rischio. (Forza dell'Evidenza =C)

8. Considerare l'impatto dei seguenti fattori sul rischio dell'individuo di sviluppare un'ulcera da pressione:

a) Indicatori nutrizionali

Gli indicatori nutrizionali includono anemia, livelli sierici di emoglobina e di albumina, quantificazione dell'apporto nutrizionale, e peso.

b) Fattori che influenzano la perfusione e l'ossigenazione

I fattori che influenzano la perfusione includono diabete, instabilità cardiovascolare/ uso di noradrenalina, ipotensione arteriosa, indice braccio-caviglia, e l'uso di ossigeno.

c) Umidità della pelle

Sia l'eccessiva secchezza sia l'eccessiva umidità della cute rappresentano un fattore di rischio. (vd. Valutazione della Cute)

d) Età avanzata

9. Considerare il possibile impatto dei seguenti fattori sul rischio dell'individuo di sviluppare un'ulcera da pressione:

a) Frizione e forze di taglio (indicatore nell'Indice di Braden)

b) Percezione sensoriale (indicatore nell'Indice di Braden)

c) Stato generale di salute

d) Temperatura corporea

10. Condurre una valutazione strutturata del rischio al momento dell'ammissione, e ripeterla regolarmente e ogni volta che le condizioni dell'individuo lo richiedano.

La rivalutazione dovrebbe essere intrapresa anche in seguito a qualsiasi cambiamento nelle condizioni del paziente. (Forza dell'Evidenza = C)

11. Sviluppare e mettere in atto un piano di prevenzione nel momento in cui gli individui sono stati identificati a rischio di sviluppare ulcere da pressione. (Forza dell'Evidenza =C)

I fattori di rischio identificati nella valutazione del rischio dovrebbero portare ad un piano di cura personalizzato per minimizzare l'impatto di queste variabili.

Valutazione della Cute

Valutazione della cute

1. Assicurarsi che la valutazione completa della cute sia parte integrante della politica adottata per lo screening della valutazione del rischio in tutti i contesti sanitari. (Forza dell'Evidenza = C)

Ogni contesto sanitario dovrebbe adottare una politica che includa le raccomandazioni per: un approccio strutturato alla valutazione della cute rilevante per il contesto; designate come destinatarie; e la tempistica della valutazione/rivalutazione. Si dovrebbero formulare esplicite raccomandazioni in merito alla documentazione della valutazione della cute e alla comunicazione delle informazioni a tutto il team sanitario.

2. Educare i professionisti sulle modalità con cui eseguire una completa valutazione della cute che includa le tecniche per l'identificazione della risposta allo sbiancamento, il calore localizzato, l'edema, e l'indurimento (durezza). (Forza dell'Evidenza = B)

Queste tecniche supplementari di valutazione possono essere usate nell'assistenza di tutti gli individui. Tuttavia, è provato che le ulcere da pressione di Categoria I non sono adeguatamente riconosciute negli individui di pelle scura perché le aree arrossate non sono facilmente visibili.

3. Ispezionare regolarmente la cute in cerca di segni di arrossamento nei soggetti identificati a rischio di ulcera da pressione. Potrebbe rendersi necessario aumentare la frequenza dell'ispezione in risposta a qualsiasi peggioramento della condizione generale del paziente. (Forza dell'Evidenza = B)

Per identificare precocemente i segni di danno secondario alla pressione è necessaria una valutazione continuativa della cute.

4. L'ispezione della cute dovrebbe includere la valutazione di calore localizzato, edema, indurimento (durezza), specialmente nelle persone di pelle scura. (Forza dell'Evidenza = C)

Il calore localizzato, l'edema, e l'indurimento sono stati identificati come segnali di avvertimento per lo sviluppo di un'ulcera da pressione. Poiché non è sempre possibile rilevare segni di arrossamento sulla cute scura, nella valutazione si dovrebbe tener conto di questi segni aggiuntivi.

5. Chiedete ai soggetti di identificare qualsiasi area di disagio o dolore che potrebbe essere attribuita a un danno secondario alla pressione. (Forza dell' Evidenza = C)

Numerosi studi hanno identificato il dolore come uno dei principali fattori per gli individui con ulcere da pressione. Diversi studi hanno inoltre fornito alcune indicazioni che il dolore localizzato sopra un'area fosse il precursore della lesione tissutale.

6. Osservare la cute in cerca di danni da pressione provocati da dispositivi medici. (Forza dell' Evidenza = C)

È stato riportato che diversi tipi di dispositivi medici hanno causato danni da pressione (es., cateteri, cannule per l'ossigenoterapia, cannule per la ventilazione, collari cervicali semirigidi, ecc)

7. Documentare tutte le valutazioni della cute, annotando in dettaglio qualsiasi dolore probabilmente correlato ad un danno da pressione. (Forza dell'Evidenza = C)

Un'accurata documentazione è essenziale per monitorare i progressi della persona e per facilitare la comunicazione tra i professionisti.

Cura della Cute

8. Quando possibile, non posizionare un individuo su un'area corporea che è ancora arrossata da un precedente episodio di carico pressorio. (Forza dell'Evidenza = C)

L'eritema indica che il corpo non si è ancora ripreso dall'effetto del precedente carico e necessita di un ulteriore periodo di pausa prima di ripetere il carico. (vd. Eziologia)

9. Non praticare massaggi per prevenire le ulcere da pressione. (Forza dell'Evidenza = B)

Il massaggio è controindicato in presenza di infiammazione acuta o laddove esista la possibilità di danneggiamento di vasi sanguigni o di cute fragile. Il massaggio non può essere raccomandato come strategia per la prevenzione delle ulcere da pressione.

10. Non frizionare energicamente la cute che è a rischio di ulcera da pressione. (Forza dell'Evidenza = C)

Oltre ad essere dolorosa, la frizione della cute può anche causare distruzione del tessuto o provocare una reazione infiammatoria, specialmente negli anziani fragili.

11. Utilizzare prodotti emollienti per idratare la cute secca in modo da ridurre il rischio di danno cutaneo. (Forza dell'Evidenza = B)

La cute secca sembra essere un fattore di rischio significativo e indipendente per lo sviluppo di ulcere da pressione.

12. Proteggere la cute dall'esposizione all'eccessiva umidità mediante un prodotto barriera così da ridurre il rischio di danno da pressione (Forza dell'Evidenza = C)

Le proprietà meccaniche dello strato corneo si modificano in presenza di umidità e in funzione della temperatura.

Nutrizione per la Prevenzione delle Ulcere da Pressione

RACCOMANDAZIONI GENERALI

1. Esaminare e valutare lo stato nutrizionale di ogni individuo a rischio di ulcere da pressione in ogni contesto sanitario.

Poiché la malnutrizione è un fattore di rischio per lo sviluppo delle ulcere da pressione reversibile, è importante identificare e gestire precocemente la malnutrizione. Gli individui a rischio di sviluppare ulcere da pressione possono essere a rischio anche di malnutrizione, e pertanto il loro stato nutrizionale dovrebbero essere esaminato.

1.1. Usare uno strumento valido, affidabile e pratico per esaminare lo stato nutrizionale, che sia veloce e facile da usare e che sia accettabile sia per la persona sia per l'operatore sanitario.

1.2 Adottare una politica per lo screening nutrizionale in tutti i contesti sanitari che specifichi la frequenza raccomandata dello screening per l'implementazione.

2. Inviare in consulenza da un dietista ogni persona a rischio nutrizionale e a rischio di ulcera da pressione e, se necessario, anche presso un team nutrizionale multidisciplinare che includa un dietista, un infermiere specializzato in nutrizione, un medico, un logopedista, un terapeuta occupazionale e, quando necessario, un dentista.

Se lo screening nutrizionale identifica individui inclini a sviluppare ulcere da pressione o alla malnutrizione o a rischio nutrizionale, allora dovrebbe essere intrapresa una valutazione più approfondita da parte di un dietista o di un team multidisciplinare nutrizionale. A ogni individuo a rischio di malnutrizione e a rischio di ulcera da pressione dovrebbe essere fornito un supporto nutrizionale.

2.1. Fornire un supporto nutrizionale a ogni individuo che presenti rischio nutrizionale e sia a rischio di ulcera da pressione, seguendo il ciclo nutrizionale. Questo dovrebbe includere:

- **Valutazione nutrizionale**
- **Stima delle richieste nutrizionali**
- **Comparazione fra l'assunzione di nutrienti e la richiesta stimata degli stessi**
- **Fornire un appropriato intervento nutritivo, basato sulla appropriata via di somministrazione**
- **Valutare e monitorare l'esito nutrizionale, rivalutando lo stato nutrizionale a intervalli frequenti fino a quando l'individuo è a rischio. (Forza dell'Evidenza = C)**

Gli individui possono aver bisogno di diverse forme di gestione nutrizionale durante il corso della loro malattia.

2.2. Seguire linee guida relative all'idratazione e alla nutrizione pertinenti e *evidence based* per gli individui a rischio di ulcera da pressione e che mostrano rischi nutrizionali o problemi nutrizionali.

RACCOMANDAZIONI SPECIFICHE

1. Alle persone a rischio di malnutrizione e di ulcere da pressione a causa di patologie acute o croniche, o a seguito di un intervento chirurgico, offrire supplementi alimentari ad alto valore proteico per bocca e/o tramite sonda (SNG/PEG), in aggiunta alla dieta abituale. (Forza dell'Evidenza = A)

La nutrizione orale (attraverso la normale alimentazione e/o aggiungendo integratori liquidi da bere) è la via d'elezione per la nutrizione, e dovrebbe essere supportata ogni volta sia possibile.

Gli integratori alimentari per os sono vantaggiosi perché molti pazienti inclini a sviluppare un'ulcera da pressione spesso non soddisfano le loro esigenze nutrizionali attraverso la normale assunzione di cibo. Peraltro, la supplementazione nutrizionale orale sembra essere associata ad una significativa diminuzione dello sviluppo di ulcere da pressione se comparata alla cura routinaria.

Potrebbe rendersi necessaria la nutrizione enterale (con sonda) e parenterale (somministrata al di fuori del tratto digerente) nel caso in cui l'alimentazione orale sia inadeguata o impossibile, basandosi sulle condizioni e sugli obiettivi dell'individuo.

1.1. Somministrare supplementi nutrizionali per os e/o tramite sonda fra i pasti per evitare che al momento del pasto cibo e bevande sia assunti in quantità ridotta. (Forza dell'Evidenza = C)

Riposizionamento per la Prevenzione delle Ulcere da Pressione

Riposizionamento

1. Si dovrebbe prendere in considerazione il riposizionamento per tutti gli individui a rischio.

1.1. Si dovrebbe intraprendere il riposizionamento allo scopo di ridurre la durata e l'entità della pressione sulle aree vulnerabili del corpo. (Forza dell'Evidenza = A)

Sulle prominenze ossee risulta ugualmente dannosa tanto l'applicazione di alte pressioni per un breve periodo di tempo, quanto quella di basse pressioni per un lungo periodo di tempo. Al fine di diminuire il rischio dell'individuo di sviluppare un'ulcera da pressione, è essenziale ridurre il tempo e la quantità di pressione cui l'individuo è sottoposto.

1.2. Il ricorso al riposizionamento come strategia preventiva deve prendere in considerazione le condizioni del paziente e le superfici di supporto in uso. (Forza dell'Evidenza = C)

Frequenza del Riposizionamento

2. La frequenza del riposizionamento sarà influenzata dalle variabili concernenti l'individuo (Forza dell'Evidenza = C) e dalla superficie di supporto in uso. (Forza dell'evidenza = A)

2.1. La frequenza del riposizionamento sarà determinata dalla tolleranza tessutale dell'individuo, dal suo livello di attività e mobilità, dalle sue condizioni mediche generali, dagli obiettivi generali del trattamento, e dalle valutazioni delle condizioni della cute dell'individuo. (Forza dell'Evidenza = C)

2.2. Valutare le condizioni della cute e il comfort generale dell'individuo. Se l'individuo non risponde al regime di riposizionamento come ci si aspettava, occorre riconsiderare la frequenza e il metodo di riposizionamento. (Forza dell'Evidenza = C)

2.3 La superficie di supporto in uso dovrebbe influire sulla frequenza del riposizionamento. (Forza dell'Evidenza = A)

Un individuo dovrebbe essere riposizionato con maggiore frequenza su un materasso che non ridistribuisce la pressione rispetto a un materasso in schiuma viscoelastica. La frequenza del riposizionamento dovrebbe dipendere dalle qualità di redistribuzione della pressione della superficie di supporto.

Tecniche di Riposizionamento

3. Il riposizionamento contribuisce al comfort dell'individuo, alla sua dignità e alla sua capacità funzionale. (Forza dell'Evidenza = C)

3.1. Riposizionare l'individuo in modo che la pressione sia alleviata o ridistribuita. (Forza dell'Evidenza = C)

3.2. Evitate di sottoporre la cute a pressione e forze di taglio. (Forza dell'Evidenza = C)

3.3. Utilizzare ausili per il trasferimento allo scopo di ridurre frizione e forze di taglio. Sollevare - non trascinare - l'individuo durante il riposizionamento. (Forza dell'Evidenza = C)

3.4. Evitate di posizionare l'individuo direttamente su dispositivi medici, come tubi o sistemi di drenaggio. (Forza dell'Evidenza = C)

3.5. Evitate di posizionare l'individuo su prominenze ossee in cui sia presente eritema non sbiancante. (Forza dell'Evidenza = C)

3.6. Il riposizionamento dovrebbe essere effettuato usando una posizione laterale con un'inclinazione di 30 gradi (alternando lato destro, schiena, lato sinistro) o la posizione prona se l'individuo la può tollerare e se le sue condizioni mediche lo permettono. Evitare posture che aumentano la pressione, come la posizione laterale con un'inclinazione a 90 gradi o la posizione semiseduta. (Forza dell'Evidenza = C)

3.7. Se a letto l'individuo deve restare seduto, evitate l'elevazione della testata del letto e una posizione scorretta (con la schiena incurvata) che esponga all'azione di pressione e forze di taglio il sacro e il coccige. (Forza dell'Evidenza = C)

Riposizionamento dell'Individuo Seduto

4. Posizionare l'individuo in modo che possa mantenere interamente le sue attività. (Forza dell'Evidenza = C)

Questo potrebbe essere un processo complesso – per esempio, in una poltrona reclinabile, l'uso di un poggiapiedi per mantenere in scarico i talloni potrebbe essere una buona posizione in termini di redistribuzione della pressione, ma impedire il trasferimento da e per la poltrona.

4.1. Scegliete una postura che sia accettabile per l'individuo e che riduca al minimo le pressioni e le forze di taglio esercitate sulla cute e sui tessuti molli. (Forza dell'Evidenza = C)

4.2. Appoggiare i piedi dell'individuo su di uno sgabello o un poggiatesta nel caso in cui i piedi non arrivino a toccare il pavimento. (Forza dell'Evidenza = C)

Quando i piedi non toccano il pavimento, il corpo tende a scivolare in avanti e fuori dalla sedia. L'altezza del poggiatesta dovrebbe essere regolata in modo che il bacino sia leggermente flesso in avanti, posizionando le cosce leggermente più in basso rispetto alla linea orizzontale.

4.3. Limitare il tempo cui una persona resta seduta su sedia senza alleviare la pressione. (Forza dell'Evidenza = B)

Quando un individuo è seduto su sedia, il peso del corpo causa la maggiore esposizione alla pressione a livello delle tuberosità ischiatiche. Poiché l'area su cui avviene il carico in questi casi è relativamente piccola, la pressione sarà alta; perciò senza alleviare la pressione l'ulcera da pressione si svilupperà molto rapidamente.

Documentazione del Riposizionamento

5. Registrare i regimi di riposizionamento, specificando la frequenza e le posizioni adottate, e includere una valutazione del risultato del regime di riposizionamento. (Forza dell'Evidenza = C)

Educazione e Formazione sul Riposizionamento

6. L'educazione in merito al ruolo della mobilitazione nella prevenzione delle ulcere da pressione dovrebbe essere fornita a tutte le persone coinvolte nell'assistenza degli individui a rischio di sviluppare un'ulcera da pressione, includendo l'individuo stesso e altre figure significative (laddove possibile). (Forza dell'Evidenza = C)

6.1. La formazione sui metodi corretti di riposizionamento e sull'uso delle attrezzature dovrebbe essere fornita a tutte le persone coinvolte nell'assistenza degli individui a rischio di sviluppare un'ulcera da pressione, includendo l'individuo stesso e altre figure significative (laddove possibile e opportuno). (Forza dell'Evidenza = C)

Superfici di Supporto

1. Indicazioni Generali

1.1. La prevenzione negli individui a rischio dovrebbe essere fornita su base continua durante il periodo in cui sono a rischio. (Forza dell'Evidenza = C)

1.2. Non basare la selezione di una superficie di supporto solamente sul livello di rischio per lo sviluppo di un'ulcera da pressione percepito o sulla Categoria/Stadio di qualunque ulcera da pressione in atto. (Forza dell'Evidenza = C)

La scelta di un'appropriata superficie di supporto dovrebbe prendere in considerazione fattori quali il livello di mobilità dell'individuo nel letto, il suo comfort, la necessità di controllare il microclima, e il luogo e le circostanze dell'assistenza fornita.

1.3. Scegliete una superficie di supporto che sia compatibile con il contesto assistenziale. (Forza dell'Evidenza = C)

Non tutte le superfici di supporto sono compatibili con ogni contesto sanitario. L'uso di una superficie di supporto a domicilio richiede una valutazione del peso del letto, della struttura della casa, dell'ampiezza delle porte, della disponibilità di una fonte di energia elettrica senza interruzioni, e la possibilità di un sistema di ventilazione per evitare il surriscaldamento del motore.

1.4. Esaminare l'appropriatezza e la funzionalità della superficie di supporto ad ogni volta accesso/visita del soggetto. (Forza dell'Evidenza = C)

1.5. Verificare che la superficie di supporto venga impiegata nei limiti della sua funzionalità, come indicato nelle modalità dei test raccomandati dal produttore (o da un altro metodo riconosciuto dall'industria) prima di usare la superficie di supporto. (Forza dell'Evidenza = C)

2. Uso di Materasso e Letto nella Prevenzione dell'Ulcera da Pressione

2.1. Utilizzare materassi in schiuma ad alta densità invece dei materassi ospedalieri in schiuma standard per tutti gli individui valutati a rischio di sviluppare un'ulcera da pressione. (Forza dell'Evidenza = A)

I materassi in schiuma ad alta densità sembrano essere più efficaci nella prevenzione delle ulcere da pressione rispetto ai materassi in schiuma standard in uso negli ospedali.

2.2. Non esistono evidenze della superiorità fra un materasso in schiuma ad alta densità e materassi alternativi in schiuma ad alta densità. (Forza dell'Evidenza = A)

Non sembrano esservi chiare differenze nell'efficacia tra i materassi in schiuma ad alta densità.

2.3. Utilizzare una superficie di supporto attiva (sovrामaterasso o materasso) per i pazienti ad alto rischio di sviluppare un'ulcera da pressione nei casi in cui non sia possibile intervenire con il riposizionamento manuale frequente. (Forza dell'Evidenza = B)

Quando i pazienti ad alto rischio non possono essere riposizionati manualmente, si rendono necessarie superfici di supporto attive, poiché hanno la capacità di modificare le loro proprietà di distribuzione del carico.

2.4. I sovrामaterassi e i materassi sostitutivi attivi a pressione alternata hanno un'efficacia simile in termini di incidenza di ulcere da pressione. (Forza dell'Evidenza = A)

2.5. Non utilizzare sovrामaterassi o materassi a pressione alternata a piccole celle. (Forza dell'Evidenza = C)

I materassi a pressione alternata a piccole celle (diametro < a 10 cm) non riescono a gonfiarsi in maniera sufficiente da garantire un sollievo della pressione in corrispondenza delle celle sgonfie. In modelli attualmente in via di sviluppo si impiegheranno sensori interni che potrebbero risolvere questo problema.

2.6. Continuate a eseguire il cambio di postura e il riposizionamento, ove possibile, in tutti gli individui a rischio di sviluppare un'ulcera da pressione. (Forza dell'Evidenza = C)

3. Uso di superfici di supporto per la prevenzione delle ulcere da pressione al tallone

3.1. Assicurarsi che i talloni **non appoggino sulla superficie del letto. (Forza dell'Evidenza = C)**

3.2. I dispositivi per la protezione del tallone dovrebbero sollevare (scaricare) completamente i talloni, in modo da distribuire il peso della gamba lungo il polpaccio senza esercitare nessuna pressione sul tendine di Achille. Il ginocchio dovrebbe essere leggermente flesso. (Forza dell'Evidenza = C)

L'iperestensione del ginocchio potrebbe causare l'ostruzione della vena poplitea, predisponendo l'individuo a trombosi venosa profonda.

3.3. Usare un cuscino sotto il polpaccio in modo che i talloni siano sollevati ("fluttuanti"). (Forza dell'Evidenza = B)

Usare un cuscino sotto il polpaccio per sollevare i talloni dal materasso.

3.4. Ispezionate regolarmente la cute dei talloni. (Forza dell'Evidenza = C)

4. Usare le superfici di supporto per prevenire le ulcere da pressione in posizione seduta.

4.1. Usare un cuscino da seduta per la redistribuzione della pressione negli individui che sono seduti su carrozzina, la cui mobilità è ridotta e che sono per questo a rischio di sviluppare un'ulcera da pressione. (Forza dell'Evidenza = B)

Diversi studi dimostrano che l'uso di cuscini da seduta per la redistribuzione di pressione previene lo sviluppo di ulcere da pressione.

4.2. Limitare il tempo che un individuo rimane seduto su carrozzina senza alleviare la pressione. (Forza dell'Evidenza = B)

4.3. Porre particolare attenzione agli individui mielolesi. (Forza dell'Evidenza = C)

5. Uso di altre superfici di supporto nella prevenzione dell'ulcera da pressione

5.1. Evitare l'uso di traverse in vello di pecora sintetico; dispositivi circolari o ciambelle; e guanti riempiti di acqua. (Forza dell'Evidenza = C)

5.2. Le traverse in vello di pecora naturale potrebbero essere utili nella prevenzione delle ulcere da pressione. (Forza dell'Evidenza = B)

Alcuni studi dimostrano che l'uso di traverse in vello di pecora naturale sulla superficie del materasso può essere utile nella prevenzione dell'ulcera da decubito.

Popolazione Speciale: Pazienti in Sala Operatoria

1. Completare la valutazione del rischio degli individui che saranno sottoposti a intervento chirurgico esaminando altri fattori che potrebbero intervenire e accrescere il rischio di sviluppare un'ulcera da pressione, tra cui:

- a) Durata dell'intervento**
- b) Aumento di episodi di ipotensione intraoperatori**
- c) Bassa temperatura centrale durante l'operazione**
- d) Ridotta mobilità il giorno dopo l'operazione**

2. Utilizzare un materasso per la redistribuzione della pressione sul tavolo operatorio per tutti gli individui identificati a rischio di sviluppare un'ulcera da pressione. (Forza dell'Evidenza = B)

Sono stati sviluppate alcune superfici di supporto per la sala operatoria che incentivano la redistribuzione della pressione.

3. Posizionare il paziente in modo da ridurre il rischio di sviluppare un'ulcera da pressione durante l'operazione. (Forza dell'Evidenza = C)

4. Sollevare (scaricare) completamente i talloni in modo da distribuire il peso della gamba lungo il polpaccio senza esercitare alcuna pressione sul tendine di Achille. Il ginocchio dovrebbe essere leggermente flesso. (Forza dell'Evidenza = C)

L'iperestensione del ginocchio potrebbe causare l'ostruzione della vena poplitea, predisponendo l'individuo a trombosi venosa profonda.

5. Porre attenzione alla redistribuzione della pressione prima e dopo l'intervento chirurgico. (Forza dell'Evidenza = C)

- a) Posizionare l'individuo su un materasso per la redistribuzione della pressione sia prima che dopo l'intervento chirurgico. (Forza dell'Evidenza = C)**
- b) Far assumere all'individuo nel pre- e post- operatorio una postura diversa da quella mantenuta durante l'intervento chirurgico. (Forza dell'Evidenza = C)**

Ringraziamenti

European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) e National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) sono riconoscenti per il contributo dei seguenti individui e gruppi per il supporto finanziario alla presentazione e alla disseminazione della linea guida. Tutti i finanziamenti sono stati elargiti dopo lo sviluppo della linea guida e non hanno influenzato in alcun modo la sua elaborazione e il suo contenuto. I contributi finanziari vengono usati per stampare e diffondere la linea guida.

Le seguenti aziende hanno fornito supporti incondizionati:

Donatori dell'EPUAP per le Linee Guida di Prevenzione:

ArjoHuntleigh, Europe
Hill-Rom, Europe
Nutricia Advanced Medical Nutrition

Con la cortese collaborazione:

- McGoogan Library, University of Nebraska Medical Center, Omaha, NE, USA (la ricerca dei database è stata eseguita da un bibliotecario esperto e con il servizio dei prestiti interbibliotecari)
- College of Nursing, University of Nebraska Medical Center, Omaha, NE, USA
- World Union of Wound Healing Societies and the University of Toronto, Toronto, CA (ricerca iniziale nei database)
- The Registered Nurses of Ontario, Royal College of Nursing, Consortium on Spinal Cord Injury Medicine, Agency for Health Care Policy and Research (now AHRQ) che hanno fornito le tabelle delle evidenze impiegate per supportare le precedenti linee guida
- Eran Ganz-Lindgren che ha revisionato un articolo scritto in ebraico

Stakeholder

Uno speciale ringraziamento va ai numerosi stakeholder in tutto il mondo che hanno revisionato i processi e le bozze della linea guida. Tutti i commenti degli stakeholder sono stati esaminati dal Gruppo per lo Sviluppo delle Linee Guida dell'EPUAP e del NPUAP. Sulla base di questi commenti sono state effettuate le revisioni. Apprezziamo l'impegno di clinici, ricercatori, educatori, e industriali di tutto il mondo che hanno speso tempo per condividere la loro esperienza e il loro pensiero critico.

È grazie a loro che le linee guida sono migliori!

©NPUAP-EPUAP 2009



www.npuap.org

www.epuap.org