

Best Practice

Evidence Based Practice Information Sheets for Health Professionals

ULCERE DA PRESSIONE Parte 1: Prevenzione Del Danno Correlato Alla Pressione

Questo foglio informativo è il primo di due parti. La prima parte è relativa alla prevenzione del danno tissutale correlato alla pressione. La seconda parte riguarda la gestione del danno da pressione già esistente.

Le ulcere da pressione costituiscono un significativo problema sia nelle degenze per acuti che sul territorio, nonostante siano ampiamente prevenibili.

Il costo del trattamento di un'ulcera da pressione può essere enorme. Non ci sono solo conseguenze emotive e fisiche per l'individuo, ma anche un significativo dispendio delle risorse del sistema sanitario.

Numerose ricerche si sono dedicate al problema ed ancora molti clinici e amministratori si sono fronteggiati con scoperte che sono spesso ambigue e mancanti di validazione.

Lo scopo di questo foglio informativo è di procurare ai clinici raccomandazioni basate su evidenze relativamente alla prevenzione e trattamento delle lesioni da decubito.

A questo proposito le raccomandazioni sono basate in particolare su tre pubblicazioni derivate da una revisione sistematica e da un'analisi della letteratura disponibile.

Questo foglio informativo riguarda i seguenti concetti:

1. Definizione e scopo
2. Valutazione del rischio
3. Gestione del carico tessutale
 - Cura della cute
 - Riduzione della pressione/ dispositivi antidecubito
 - Riduzione della pressione/ interventi di riduzione della pressione
4. Miglioramento continuo della qualità
 - Formazione
 - Incidenza/prevalenza
5. Riassunto delle evidenze

1. Definizione e Scopo

Le ulcere da pressione sono aree di danno localizzato della cute e del tessuto sottostante, causate dalla pressione, dallo stiramento o dalla frizione. Questo tipo di danno può anche essere noto come ulcera da pressione, piaga da decubito, decubito o ulcera da decubito. (NHS 1995)

E' difficile comparare i tassi d'incidenza e prevalenza delle ulcere da pressione pubblicati, dato che i criteri d'inclusione variano

ampiamente. In USA, l'incidenza di ulcere da pressione tra i pazienti ricoverati varia da un minimo del 2% ad un massimo del 40% (Allman et al. 1986; Shannon and Skorga 1989; Goodrich and March 1992). In Australia Childs e Rimmington (1983) riscontrarono che il 4,5% dei pazienti ricoverati presentavano un decubito nel giorno della loro rilevazione. In uno studio ancora non pubblicato gli autori hanno trovato una percentuale di prevalenza intorno al 4% in molti reparti per acuti di ospedali universitari.

Oltre agli ovvi costi fisici ed emotivi dell'individuo, il carico finanziario può essere considerevole. Per esempio in Gran Bretagna si è stimato 25 milioni di Sterline potrebbe esser risparmiato immediatamente con una semplice valutazione del paziente all'ingresso e attraverso l'adozione universale di moderne misure di prevenzione (Johnson 1985; Marcer 1992).

Classificazione delle evidenze (ER)

Le raccomandazioni in questa pubblicazione sono graduate sul livello delle evidenze dalle quali sono state tratte. I seguenti criteri derivano dall'AHCP (1992) N. 3 Quick reference guidelines.

- G. Esistono buone evidenze a sostegno della raccomandazione
- F. Esistono discrete evidenze a sostegno della raccomandazione
- Op. Raccomandazione basata sull'opinione degli esperti e sul consenso di un gruppo di esperti

Tabella 1. Scala di Norton

Punteggi minori o uguali a 14 indicano che il paziente è a rischio

		Condizioni fisiche		Condizioni mentali		Attività		Mobilità		Incontinenza		Total Score	
		Buone	4	Lucido	4	Normale	4	Piena	4	Assente	4		
		Discrete	3	Apatico	3	Cammina con aiuto	3	Llimitata moderatament	3	Occasionale	3		
		Scadenti	2	Confuso	2	Costretto su sedia	2	Molto limitata	2	Abituale (urine)	2		
		Pessime	1	Stuporoso	1			Immobile	1	Doppia	1		
nome	data												

Fonte: Doreen Norton, Rhonda McLaren and AN Exton Smith. An investigation of geriatric nursing problems in the hospital. London. National Corporation for the care of Old People (now the Centre for Policy on Ageing); 1962.

2. Valutazione del rischio

Per usare in modo efficace le risorse per prevenire lo sviluppo delle ulcere da pressione, è imperativo identificare in modo tempestivo il paziente "a rischio" istituendo interventi appropriati. Il livello d'intervento necessario per gestire il paziente a rischio varia a seconda dell'individuo. Anche se è importante focalizzare il trattamento in coloro che lo richiedono, è importante non sprecare risorse economiche o interventi non necessari.

Il danno tissutale è il risultato dell'applicazione della pressione, controbilanciata all'abilità di risposta del tessuto. La valutazione del rischio deve essere strutturata per considerare i fattori causali e contribuenti, in modo che la cura possa essere finalizzata a ridurre o eliminare gli effetti negativi di questi fattori.

Strumenti per la valutazione del rischio

È stato sviluppato un considerevole numero di strumenti per la valutazione del rischio di sviluppare ulcere da pressione. La scala di Norton è un esempio presentato in tabella 1. La maggior parte degli strumenti fornisce punteggi numerici per una serie di variabili che devono essere sommate, per stabilire un livello di rischio complessivo.

Vi sono stati molti studi che hanno cercato di validare questi strumenti, ottenendo diversi gradi di successo.

Queste valutazioni mostrano notevoli variazioni di validità predittiva, usando le stesse scale in differenti contesti

assistenziali e differenti scale negli stessi contesti assistenziali. A questo punto nessuno strumento/scala può essere ritenuto con sicurezza superiore agli altri, in tutti i contesti assistenziali, con tutti i livelli di staff, o più efficace rispetto al giudizio clinico nel predire lo sviluppo delle ulcere da pressione (NHS 1995).

L'importanza degli strumenti di valutazione del rischio è che essi sottolineano i fattori che dovrebbero essere considerati quando si determina il rischio e si pianifica l'assistenza, come la mobilità, l'incontinenza, lo stato nutrizionale e lo stato neurologico (AHCPR 1992). Questo è particolarmente utile per i clinici inesperti.

3. Gestione dei carichi tissutali

Il danno da pressione è determinato dalle forze applicate al tessuto nel tempo. La sua gravità è proporzionata all'ammontare della pressione insieme al tempo in cui essa è applicata. Ciò è controbilanciato alla capacità del tessuto di tollerare il danno. La gestione della prevenzione del danno da pressione è diretta sia al sollievo della pressione, riducendo il tempo di esposizione ad essa e ottimizzando la tolleranza della cute alla pressione.

Cura della cute

Gli interventi relativi alla cute nascono dal bisogno di minimizzare i fattori che possono ridurre la tolleranza tissutale. In particolare sono a maggior rischio le zone in corrispondenza delle

Raccomandazioni per valutare il rischio di sviluppare lesioni da pressione

- **Tutti i pazienti con un deficit d'immobilità o di attività dovrebbero essere soggetti ad una valutazione del rischio. Op**
- **Un giudizio dovrebbe essere fatto riguardo alla classificazione del paziente nelle seguenti categorie: non a rischio, a rischio, ad alto rischio.**
- **La valutazione dovrebbe avvenire all'ammissione nell'unità operativa, in seguito ad un significativo evento clinico, o cambio di condizione, e ad intervalli regolari per i pazienti ricoverati in lungodegenza. G**
- **Le variabili cliniche da considerare nella valutazione dovrebbero includere, mobilità, incontinenza, stato nutrizionale e stato neurologico (AHCPR 1992). Op**
- **Gli strumenti di valutazione del rischio come la scala di Braden o di Norton forniscono un prezioso supplemento al giudizio clinico, specialmente per uno staff inesperto. Op**

Raccomandazioni per la cura della cute

Valutazione

- **La cute dei pazienti a rischio deve essere ispezionata all'ammissione e almeno quotidianamente (AHCPR 1992) Op**
- **L'ispezione deve essere fatta anche dopo prolungate procedure, che implicano la riduzione della mobilità su superfici dure, per esempio esami radiologici prolungati. Op**
- **I punti di pressione sopra le prominenze ossee devono essere esaminati in particolare se vi è la presenza di eritema persistente, o vi sono altri cambiamenti del colore della cute (AHCPR 1992). Op**
- **Tutti i cambiamenti della cute dovrebbero essere documentati, in queste aree dovrebbero essere intrapresi particolari interventi (AHCPR 1992). Op**

Igiene

- **Il confort da solo impone che la cute sia pulita quando viene esposta ai fluidi corporali, ciò è particolarmente importante per i pazienti a rischio. Se lo sporcare il letto è frequente dovrebbero essere intraprese delle azioni per il controllo dell'umidità, per esempio la gestione della incontinenza (AHCPR 1992). Op**

Gestione dell'umidità

- **Dovrebbero essere evitati detergenti aggressivi dato che essi possono irritare e seccare la cute; gli agenti idratanti sono utili alla cute secca (AHCPR1992). Op**

Nutrizione

- **La valutazione nutrizionale dei pazienti "a rischio" dovrebbe essere effettuata all'ammissione, e dovrebbe essere monitorata la dieta. Un recente e repentino cambiamento di peso, l'inappetenza, la riduzione degli introiti dietetici sono evidenti indicatori di problemi nutrizionali. Quando è possibile dovrebbe essere incoraggiata l'assunzione di cibo per via orale, con supplementi nutrizionali se necessari. Se l'assunzione di cibo resta ancora insufficiente (AHCPR 1992). Op**

prominenze ossee. Le evidenze disponibili suggeriscono anche che l'integrità della cute può venire meno a causa della scarsa igiene e di livelli alti di umidità. La troppa umidità può macerare la cute, la poca umidità può determinare secchezza e rendere la cute suscettibile a screpolature (AHCPR 1992). Anche la malnutrizione può essere collegata allo sviluppo delle ulcere da pressione. (AHCPR 1994). Si sospetta che l'alterazione della cute e l'apatia, che porta alla riduzione della mobilità, sono da imputare ad un supporto nutrizionale povero.

Interventi che scaricano la pressione

Ci sono una serie d'interventi svolti routinariamente dai clinici per cercare di ridurre il carico della pressione, che comprendono i posizionamenti, i cambi posturali e i massaggi. I cambi posturali in particolare sono stati per lungo tempo considerati una tecnica affidabile ed economica e le rotazioni ogni due ore sono una raccomandazione frequente. E' ovvio che un cambio di posizione dividerà il carico ed inoltre ridurrà la durata della compressione per un determinata area, ma ancora la ricerca non ha indicato con sicurezza quale debba

essere la frequenza ottimale. Il cambiamento di colore della cute (iperemia reattiva) è un indicatore valido di un potenziale danneggiamento. Deve essere anche considerato il costo del tempo del personale ed il rischio di lesioni alla schiena (NHS 1995).

Le aree particolarmente predisposte al danno sono le prominenze ossee. I dispositivi come guanciali e schiume, possono ridurre la pressione sulle prominenze ossee, prevenendo il contatto tra le aree a rischio e le superfici di supporto (AHCPR 1992). Ci sono anche buone evidenze che massaggiare le prominenze ossee può essere dannoso e che i dispositivi a ciambella non sono efficaci (AHCPR 1992).

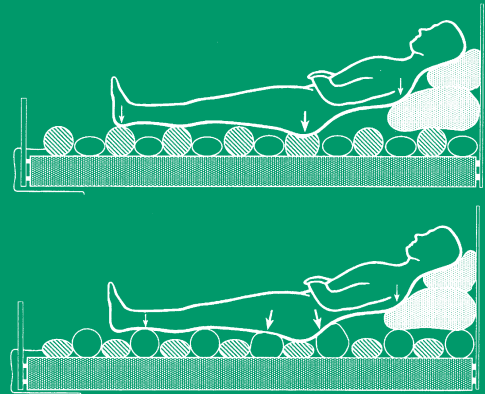
Raccomandazioni sugli interventi di scarico della pressione:

- **I cambi posturali sono utili delle zone soggette alla pressione. La frequenza dovrebbe essere basata sull'ispezione cutanea; dovrebbe aumentare se persiste l'eritema della cute. Op**
- **Il posizionamento diretto sulle prominenze ossee dovrebbe essere evitato (AHCPR 1992). Op**
- **Dovrebbero essere usati cuscini e schiume per ridurre il contatto tra le prominenze ossee e le superfici di supporto (AHCPR 1992). Op**
- **Dovrebbero essere evitati i massaggi sulle prominenze ossee ed i dispositivi a forma di ciambella (AHCPR1992). Op**
- **La testata del letto dovrebbe essere alzata al minimo (AHCPR 1992). Op**
- **Dovrebbero essere utilizzati sistemi di sollevamento, come teli, per ridurre la frizione durante la movimentazione dei pazienti (AHCPR 1992). Op**

Fig. 1 Meccanismo d'azione del dispositivo a bassa pressione costante. Adattato dal NHS Center for Reviews and Dissemination. The prevention and treatment of pressure sores (effective health care bulletin) York: University of York; 1995.



Fig. 2 Il meccanismo d'azione del dispositivo a pressione alternata. Adattato dal NHS Center for Reviews and Dissemination. The prevention and treatment of pressure sores (effective health care bulletin) York: University of York; 1995.



La frizione da taglio è aumentata nei pazienti alimentati a letto dato che la testata del letto è elevata (AHCPR 1992); inoltre, anche l'atto di girare il paziente può esso stesso determinare frizione.

Dispositivi che riducono/ scaricano la pressione

Ci sono molte superfici di supporto che hanno indicazioni per ridurre o scaricare la pressione. Questa serie di superfici va dalla bassa pressione costante (in fibra cava, piene di aria o di acqua, o in schiume speciali) fino ai più elaborati letti dinamici (pressione alternata, bassa cessione d'aria, terapia dinamica) (vedi fig. 1 e 2). Questi dispositivi variano in modo considerevole nel costo. Ecco perché è importante, quando selezioniamo una superficie di supporto, considerare la durata dimostrata dalla superficie nel ridurre il rischio di danno ai tessuti.

Studi che hanno confrontato prodotti di tipo e livello simili non hanno portato ad una conclusione, ma può essere fatta qualche generalizzazione. Ci sono buone evidenze che suggeriscono che questi dispositivi sono più efficaci dei letti ospedalieri standard per ridurre l'incidenza di sviluppare lesioni da pressione, e che i

dispositivi dinamici come i materassi a pressione alternata a celle larghe possono essere più efficaci di superfici a bassa pressione (NHS 1995).

Deve essere ricordato che questi dispositivi rappresentano solo un aspetto della cura e che devono

essere considerati soltanto come una parte di un piano più ampio. (AHCPR 1994).

4. Miglioramento continuo della qualità

Il miglioramento continuo della qualità dovrebbe essere focalizzato a ridurre l'incidenza di lesioni da pressione. Ciò dovrebbe essere raggiunto fornendo istruzioni/linee guida che siano attuali, basate sulle evidenze ed applicate attraverso appropriati programmi educativi (AHCPR 1992). I sistemi di gestione del paziente dovrebbero essere modificati per riflettere queste istruzioni e dovrebbero essere documentati e monitorati lo sviluppo dell'incidenza delle ulcere da pressione e la loro insorgenza.

Dovrebbe essere fatta la distinzione tra prevalenza ed incidenza di lesioni da pressione. La prevalenza vuole indicare quanti individui hanno un'ulcera da pressione. Questo può essere ampiamente influenzato da fattori esterni e così solo l'incidenza, il tasso al quale le nuove lesioni da pressione si sviluppano, può essere usato come un indicatore di qualità. (NHS 1995).

Raccomandazioni sull'uso delle superfici di supporto

- **L'uso di speciali superfici di supporto dovrebbe essere considerato come parte di un piano globale. Op**
- **Per i pazienti considerati "a rischio" di sviluppare lesioni da pressione, dovrebbero essere utilizzati supporti che riducono al minimo la pressione, rispetto ai materassi ospedalieri standard (NHS 1995). F**
- **I pazienti che sono considerati ad alto rischio dovrebbero essere posti su un dispositivo dinamico come un materasso a pressione alternata a celle larghe, o a cessione d'aria o un letto fluidizzato (NHS 1995). Op**

TAVOLA 2. SOMMARIO DELLE RACCOMANDAZIONI: PREVENZIONE DELLE ULCERE DA PRESSIONE.

Accertamento del rischio

- Tutti i pazienti con un deficit di mobilità o di attività dovrebbero essere soggetti alla valutazione del rischio.
- La valutazione dovrebbe avvenire: all'ammissione nell'unità operativa, dopo un significativo evento clinico, o cambio di condizione, e ad intervalli regolari.
- Le variabili cliniche da considerare dovrebbero includere: mobilità, incontinenza, nutrizione e stato neurologico.
- Gli strumenti di valutazione del rischio come la scala di Braden o Norton forniscono un prezioso supplemento al giudizio clinico.
- I pazienti dovrebbero essere classificati nelle seguenti categorie: non a rischio, a rischio, ad alto rischio.

Cura della cute

- La cute del paziente a rischio dovrebbe essere ispezionata, all'ammissione, almeno una volta al giorno, o/e dopo un evento significativo.
- Le prominenze ossee dovrebbero essere esaminate se vi è la presenza di eritema persistente.
- I cambiamenti della cute dovrebbero essere documentati e dovrebbe essere prestata particolare attenzione a quell'area.
- La cute dovrebbe essere pulita quando viene esposta ai fluidi corporali o quando si sporca.
- Se lo sporcare il letto è frequente dovrebbero essere intraprese delle azioni di controllo dell'umidità, per esempio la gestione dell'incontinenza.
- Dovrebbero essere evitati detergenti aggressivi.
- Gli agenti idratanti sono utili alla cute secca.
- La valutazione nutrizionale nei pazienti "a rischio" dovrebbe essere effettuata all'ammissione, e dovrebbe essere monitorata la dieta.
- Dovrebbe essere incoraggiata l'assunzione del cibo per via orale, con supplementi nutrizionali se necessario.
- Se l'assunzione del cibo per via orale resta ancora insufficiente, dovrebbero essere considerate azioni come la nutrizione entrale.

Interventi/dispositivi che scaricano la pressione

- I cambi posturali sono utili per la rotazione delle aree soggette alla pressione. La frequenza dovrebbe essere basata sull'ispezione della cute.
- La frequenza dovrebbe aumentare se persiste l'eritema fisso della cute.
- Dovrebbe essere evitato il posizionamento diretto sulle prominenze ossee.
- Dovrebbero essere usati cuscini e schiume per ridurre il contatto tra le prominenze ossee e le superfici di supporto.
- Dovrebbero essere evitati i massaggi sulle prominenze ossee e i dispositivi a forma di ciambella.
- La testata del letto dovrebbe essere elevata al minimo.
- Dovrebbero essere utilizzati sistemi di sollevamento, come teli, per la movimentazione dei pazienti.
- L'uso di superfici di supporto speciali dovrebbe essere considerato come una parte di un piano complessivo.
- I pazienti a rischio dovrebbero essere posizionati su superfici di supporto a bassa pressione ad aria, ad acqua, in fibra cava o materassi in schiuma.
- I pazienti ad alto rischio dovrebbero essere posizionati su un dispositivo dinamico come i materassi a pressione alternata a celle larghe, o a cessione d'aria o letto fluidizzato.

Mantenimento continuo della qualità

- Dovrebbero essere istituiti programmi di educazione, diretti a tutti i livelli dello staff, ai pazienti e ai familiari. I programmi dovrebbero includere: eziologia e fattori di rischio, strumenti di valutazione del rischio, valutazione della cute, selezione e/o uso delle superfici di supporto, cura della cute, posizionamenti e documentazione.
- Dovrebbe essere realizzato un sistema di gestione del paziente che utilizza uno strumento uniforme per la stadiazione delle ulcere, in modo da potere misurare l'incidenza e lo sviluppo delle lesioni da pressione in modo accurato.
- I tassi di incidenza dovrebbero essere calcolati all'implementazione delle linee guida ed ancora dopo l'implementazione

Raccomandazioni per il raggiungimento del miglioramento continuo della qualità

Programmi educativi per la prevenzione delle lesioni da pressione dovrebbero essere diretti ai clinici a tutti i livelli, ai pazienti, oltre che ai familiari. Questi programmi dovrebbero includere:

- eziologia e fattori di rischio delle ulcere da pressione,
- strumenti di valutazione del rischio e loro applicazioni,
- valutazione della cute,
- valutazione nutrizionale,
- selezione e/o uso delle superfici di supporto,
- sviluppo ed implementazione di un programma individualizzato di cura della cute,
- la dimostrazione dei cambi posturali per ridurre il rischio di rottura del tessuto, e
- disporre un accurata documentazione dei dati pertinenti (AHCPR 1992). Op

Dovrebbero essere realizzati dei sistemi di gestione del paziente che utilizzano uno strumento uniforme per la stadiazione delle ulcere da pressione, in modo da poter misurare l'incidenza e lo sviluppo delle lesioni da pressione in modo accurato. In particolare i tassi d'incidenza dovrebbero essere calcolati all'implementazione di nuove linee guida e poi ancora dopo un determinato periodo, successivo l'implementazione. Op

This practice information sheet has been compiled by Rick Wiechula and is based principally on the following publications which the Joanna Briggs Institute of Evidence Based Nursing gratefully acknowledges.

1. Panel for the Prediction and Prevention of Pressure Ulcers in Adults. Pressure Ulcers in Adults: Prediction and Prevention. Clinical Practice Guideline, Number 3. AHCPR Publication No. 92-Rockville, MD: Agency for Health Care Policy and Research, Public Health Service, U.S. Department of Health and Human Services, May 1992.
2. Bergstrom N, Bennett MA, Carlson CE, et al. Treatment of Pressure Ulcers. Clinical Practice Guideline, Number 15. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research, AHCPR Publication No. 95-0652 December 1994.
3. NHS Centre for Reviews and Dissemination. The prevention and treatment of pressure sores (effective health care bulletin) York: University of York; 1995.

Other references include:

Allman, R., Laprade, A., Noel, L., Walker, J., Moorer, C., Dear M., et al. (1986). Pressure sores among hospitalised patients. *Ann. Intern. Med.* 105, 337-342.

Childs, L., and Rimmington, P.M. (1983). Decubitus ulcers: a survey picture at two hospitals. *Aust. Nurses J.* 13(1), 35,52.

Goodrich, C., and March, K. (1992). From ED to ICU: A focus on prevention of skin breakdown. *Crit. Care Nurs. Q.* 15(1), 1-13.

Johnson, A. (1985). Blueprint for the prevention and management of pressure sores. *Br. J. Rehabil. Tissue Viabil.* 1(2), 8-13.

Marcer, L. (1992). Pressure area care: monitoring standards. *Nurs. Stand.* 12(47), 4-7.

Norton, D., McLaren, R., and Exton-Smith, A.N. (1975). *An Investigation of Geriatric Nursing in Hospital.* Churchill Livingstone: London.

Shannon, M.L., and Skorga, P. (1989). Pressure ulcer prevalence in two general hospitals. *Decubitus* 2(4), 38-43.

This publication is the result of a collaborative project involving: Royal Adelaide Hospital, Mater Misericordiae Public Hospitals South Brisbane, Concord Repatriation General Hospital Concord, Royal Hobart Hospital and North West Hospital Carlton South. The project has been led by:

Professor Alan Pearson, Director, The Joanna Briggs Institute for Evidence Based Nursing, Royal Adelaide Hospital.

Mr Rick Wiechula, Coordinator - Evaluation The Joanna Briggs Institute for Evidence Based Nursing, Royal Adelaide Hospital.

Dr Grace Croft, Assistant Director of Nursing - Research, Mater Misericordiae Public Hospitals South Brisbane.

Professor Judy Lumby EM Lane Chair in Surgical Nursing, Concord Repatriation General Hospital Concord.

Ms Pat Hickson, Senior Lecturer School of Nursing, University of Tasmania Hobart.

Professor Rhonda Nay, Professor of Gerontic Nursing, NorthWest Hospital Carlton South.

For further information contact:

- The Joanna Briggs Institute for Evidence Based Nursing and Midwifery, Margaret Graham Building, Royal Adelaide Hospital, North Terrace, South Australia, 5000. <http://www.joannabriggs.edu.au>, ph: (08) 8303 4880, fax: (08) 8303 4881
- NHS Centre for Reviews and Dissemination, Subscriptions Department, Pearson Professional, PO Box 77, Fourth Avenue, Harlow CM19 5BQ UK.
- AHCPR Publications Clearing House, PO Box 8547, Silver Spring, MD 20907 USA.

Disseminated collaboratively by:



THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE

"The procedures described in Best Practice must only be used by people who have appropriate expertise in the field to which the procedure relates. The applicability of any information must be established before relying on it. While care has been taken to ensure that this edition of Best Practice summarises available research and expert consensus, any loss, damage, cost, expense or liability suffered or incurred as a result of reliance on these procedures (whether arising in contract, negligence or otherwise) is, to the extent permitted by law, excluded".