



# Best Practice

Evidence based information sheets for health professionals

Volume 12

Issue 2

2008

ISSN: 1329-1874

*Traduzione a cura di  
Massimo Rivolo -  
Infermiere esperto in  
Wound Care  
Collaboratore Centro  
studi EBN - Direzione  
Servizio Infermieristico e  
Tecnico  
Azienda Ospedaliera di  
Bologna - Policlinico  
S.Orsola-Malpighi  
Via Massarenti, 9 - 40138  
Bologna*

## Ulcere da pressione - prevenzione del danno relativo alla pressione

### Raccomandazioni

- Posizionare e riposizionare dovrebbe puntare ed evitare la pressione diretta sulle prominenze ossee o sulla superficie del corpo (**Grado B**).
- La valutazione del rischio con una scala validata dovrebbe essere effettuata durante l'ingresso in ospedale e almeno giornalmente e includere una valutazione della nutrizione (**Grado B**).
- La somministrazione di 2 supplementi nutrizionali per via orale al giorno può essere di beneficio alle persone anziane ricoverate per patologie acute nel ridurre l'incidenza delle ulcere da pressione (**Grado B**).
- La scala di Braden ha un'ottima validazione nella predizione delle ulcere da pressione (**Grado B**).
- I materassi in schiuma possono ridurre l'incidenza delle ulcere da pressione nelle persone a rischio comparati ai normali materassi ospedalieri (**Grado B**).

### Fonti informative

Questo foglio informativo di Best Practice che sostituisce il foglio JBI con lo stesso titolo pubblicato nel 1997<sup>1</sup>, è basato su quattro revisioni sistematiche pubblicate tra il 2003 e il 2006.<sup>2-5</sup>

### Background

Le ulcere da pressione (ulcere da letto, decubiti o ulcere da decubiti) sono delle aree localizzate di danno o trauma della pelle e del tessuto sottostante, causate dalla pressione, frizione o forze di taglio. Generalmente compaiono sulle prominenze ossee, alla base della colonna, talloni, anche e sono molto comuni nelle persone con mobilità ridotta, traumi alla colonna vertebrale, gravi patologie acute (pazienti in ICU) e negli anziani.<sup>3-5</sup> La prevenzione è generalmente considerata la migliore e più efficace modalità nei confronti di questo problema e la qualità dell'assistenza infermieristica è considerata il fattore chiave nella gestione delle ulcere da pressione,<sup>3</sup> comunque la vera possibilità di prevenirle non è chiara.

Le misure di prevenzione sono comunemente divise in alcune aree: identificazione degli individui ritenuti a maggior rischio di sviluppo di lesioni, riposizionamento, uso di supporti per ridurre la pressione superficiale e la nutrizione<sup>3-5</sup>.

Le revisioni sistematiche incluse in questo foglio informativo revisionano l'efficacia delle scale per la valutazione del rischio, la mobilitazione, le superfici di supporto e i supplementi nutrizionali per la prevenzione delle ulcere. La gestione (incluso il trattamento) delle ulcere da pressione è discusso in un altro foglio informativo.

### Obiettivi

Lo scopo di questo foglio informativo di Best Practice è quello di fornire ai professionisti le raccomandazioni su come prevenire nel modo migliore le ulcere da pressione.

### Gradi delle Raccomandazioni

Questi Gradi delle Raccomandazioni sono stati basati sui Gradi dell'efficacia del Joanna Briggs Institute, sviluppati nel 2006<sup>4</sup>

**Grado A** Forte evidenza che merita applicazione

**Grado B** Moderata evidenza che garantisce considerazione nell'applicazione

**Grado C** Mancanza di evidenza

## Definizione dei termini

Per lo scopo di questo documento sono stati utilizzati i seguenti termini:

**Ulcera da pressione:** un'area di danno localizzato alla pelle e/o al tessuto sottostante, solitamente sulle prominenze ossee, come risultato di una pressione o della combinazione della pressione con le forze di taglio e/o frizione (European Pressure Ulcer Advisory panel; febbraio 2007)

**Supporto costante della pressione a bassa tecnologia** – incluso vello di pecora, supporti statici riempiti con aria, supporti riempiti con acqua, supporti in schiuma circolari o strutturati, supporti riempiti con gel, supporti in fibra siliconata.

## Qualità della ricerca

In generale, gli autori della ricerca sistematica riportano che la qualità degli studi esistenti è povera e molti studi sono piccoli e di scarsa qualità metodologica. Gli autori della revisione riconoscono che alcuni aspetti della ricerca nella prevenzione delle ulcere può essere di difficile standardizzazione come non è sempre fattibile che vi sia cecità dei partecipanti nella ricerca.

## Tipi di interventi Ricerche

### Scale per la valutazione del rischio

Il primo passo nella prevenzione dei danni correlati alla pressione è l'utilizzo di scale per la valutazione del rischio (RAS) per identificare le persone a rischio<sup>2</sup>. La RAS è uno strumento per determinare un punteggio in accordo ad una serie di parametri considerati come fattori di rischio. La scala di Braden, di Waterlow e le versioni della Norton sono impiegate comunemente nella pratica<sup>2</sup>. Una limitazione di queste scale è la mancanza di consenso sul punteggio del cut-off, ciò significa che non ci sono chiare indicazioni che pazienti a rischio svilupperanno ulcere e se le misure preventive debbano essere istituite

oppure no. Questo significa che alcune volte le misure preventive sono applicate ai pazienti che non le necessitano, oppure non vengono applicate alle persone vulnerabili.

La revisione sistematica che ha indagato sulle reale efficacia delle scale per la valutazione del rischio ha incluso 30 studi sulla validità e 3 sull'efficacia clinica<sup>2</sup>. La revisione suggerisce che al momento attuale non vi sono sufficienti evidenze che l'uso di scale per la stadiazione del rischio nella pratica clinica riduca l'incidenza di ulcere.

Comunque, uno studio ha dimostrato che possono migliorare l'allocazione delle superfici per la riduzione della pressione mentre un altro ha mostrato che possono essere utili come interventi preventivi se sono implementate rapidamente e frequentemente<sup>2</sup>.

La Scala di Braden ha miglior validità ed indicatori affidabili ed è maggiormente usata in una moltitudine di setting. La Scala di Norton è classificata seconda in termini di validità e richiede ulteriore convalidazione. Anche se la Scala Waterlow ha la miglior capacità di predizione del rischio e un'alta sensibilità, la sua specificità è bassa, intendendo che la scala identifica a rischio molti pazienti che non lo sono, dando luogo ad una maggiore spesa nelle misure preventive<sup>2</sup>.

Sia la scala di Braden che la Scala di Norton, sono ritenute migliori nella predizione del rischio, che il solo giudizio clinico degli infermieri<sup>2</sup>.

### Superfici di supporto

#### Supporti a bassa Tecnologia con pressione continua (CLP)

*Materasso ospedaliero standard in schiuma vs un altro a bassa tecnologia CLP*

Sette RCTs hanno comparato materassi/superfici standard a bassa tecnologia CLP, ed i risultati suggeriscono che le schiume alternative possono ridurre l'incidenza delle ulcere da pressione in pazienti a rischio comparandoli a materassi ospedalieri standard<sup>4</sup>.

#### *Confronto tra Apparecchiature CLP a bassa tecnologia*

Otto RCTs comparano tipi diversi di apparecchiature CLP a bassa tecnologia incluso schiume, supporti statici ripieni di aria, supporti ripieni d'acqua, supporti pieni di gel, supporti in fibra cava siliconata, elevatori di talloni e velli di pecora<sup>4</sup>.

Due di questi trials indagano gli effetti dei velli di pecora sull'incidenza delle ulcere da pressione. Uno studio ha analizzato 297 pazienti ortopedici ed il risultato dell'applicazione di un vello di pecora Australiano è stato un significativo decremento dell'incidenza di ulcere da pressione<sup>4</sup>. L'altro trial ha comparato materassi standard ospedalieri con e senza velli di pecora, purtroppo lo studio era troppo piccolo per scoprire una differenza tra i due interventi<sup>4</sup>.

Un trial ha comparato un materasso CLP fatto con 21 borse d'aria doppie su una base d'appoggio con un materasso ospedaliero standard, da questo lavoro si evince che il 37% dei pazienti su materassi standard sviluppano ulcere da pressione rispetto a nessuna ulcera su materassi preposti allo studio<sup>4</sup>.

Un trial di 52 pazienti aveva 3 bracci di confronto: un'apparecchiatura per l'elevazione del tallone; uno stivale in vinile con una culla per il piede (Foot Waffle) integrata; l'elevazione del tallone utilizzando un cuscino. Furono trovate più ulcere da pressione nel gruppo che utilizzava il Foot Waffle, comunque la differenza non era statisticamente significativa<sup>4</sup>.

I rimanenti studi hanno dimostrato che non vi sono risultati statisticamente significativi.

#### Supporti a pressione alternata (AP)

In generale, gli RCTs che esaminano i supporti AP sono deboli e troppo piccoli, e perciò sono necessarie ulteriori prove per determinare la loro efficacia clinica<sup>4</sup>.

## Altri interventi

### Supporti per tavola operatoria

Quattro RCTs hanno esaminato diversi metodi di scarico della pressione sul tavolo operatorio. Il primo confrontava una piastra formata da un polimero visco-elastico ad una tavola standard e poneva in evidenza una riduzione relativa nell'incidenza di ulcere da pressione postoperatorie di 47% nel gruppo che usava la piastra di polimeri per pazienti che dovevano subire interventi di chirurgia generale maggiore, ginecologica o vascolare<sup>4</sup>.

Due RCTs confrontavano il sistema alternato Micropulse con una piastra in gel durante la chirurgia e un materasso standard post-operatorio. Sono stati accomunati i risultati in un rischio relativo comune (modello effetti fissi) di 0.21, (95% CI 0.06 a 0.7) in favore del sistema Micropulse. Non è chiaro se l'effetto era dovuto allo scarico della pressione intra-operatoria o post-operatoria o di entrambe<sup>4</sup>.

L'ultimo trial ha confrontato un materasso operatorio ricoperto con un'imbottitura particolare con l'assistenza standard (materassi di schiuma ed imbottiture come richiesto). I risultati dimostrarono che le persone del gruppo che hanno utilizzato l'imbottitura sul tavolo erano più soggette ad avere disturbi della cute nel post-operatorio. Sei pazienti svilupparono ulcere da pressione di II° Grado o più, confrontati con 3 persone che svilupparono ulcere di II° Grado o più nel gruppo di controllo<sup>4</sup>.

### Cuscini per sedie

Tre RCTs hanno confrontato diversi tipi di cuscino per sedie. Un studio ha confrontato una piastra in schiuma con specifiche schiume a forma circolare e non trovò alcuna differenza. Un altro ha confrontato il gel di Jay e un cuscino di schiuma per sedia a rotelle con un cuscino di schiuma su 141 pazienti ed ha evidenziato meno ulcere da pressione nel gruppo intervento, anche se il risultato non era statisticamente significativo. Il terzo studio ha confrontato un cuscino smussato alla base, costituito da una piastra di schiuma, con un cuscino di schiuma circolare con un taglio posteriore e non si evidenziò nessuna

differenza nell'incidenza delle ulcere da pressione<sup>4</sup>.

## Riposizionamento

La mobilitazione del paziente ogni 2 ore è un modalità tradizionale nei protocolli sulla prevenzione delle ulcere da pressione<sup>3</sup>. Di 2 RCTs che valutavano specificatamente le strategie di riposizionamento, uno valutò l'effetto di differenti ritmi di rotazione in un periodo di 4-settimane in 11 strutture per la lungo-degenza. Evidenziarono che il riposizionamento dei pazienti ogni 4 ore, combinato con l'uso di un materasso di schiuma specifica riduceva significativamente le ulcere da pressione rispetto alla rotazione ogni 2 ore su materassi ospedalieri standard. Comunque, questo studio aveva molte limitazioni metodologiche. Perciò, solo con questo lavoro, non si possono fornire raccomandazioni rispetto a girare i pazienti ogni 4 ore invece dello standard di 2 ore<sup>3</sup>.

L'altro RCT investigò l'efficacia di diverse posizioni dei pazienti. Questo studio ha esaminato la differenza tra la posizione inclinata di 30° (cuscini appoggiati sotto una natica e sotto ogni gamba) contro lo standard di 90° sdraiato sul fianco. La piccola dimensione dello studio su 46 pazienti anziani non mostrò significativa differenza tra i 2 gruppi<sup>3</sup>.

## Migliorare la Nutrizione

Vi sono alcune evidenze che la scarsa nutrizione sia collegata con l'incidenza e la gravità di ulcere da pressione<sup>3,5</sup>. Quattro studi hanno considerato una miscela di supplementi nutritivi come intervento. La miscela di supplementi nutritivi inclusero proteine, supplementi miscelati di proteine, vitamine, carboidrati e lipidi, ecc.

Un RCT di 59 pazienti ricoverati in ospedale con fratture di collo del femore comprendeva 2 gruppi che ricevettero o una dieta standard ospedaliera o un quotidiano supplemento nutrizionale orale oltre alla dieta ospedaliera standard. Il piccolo studio aveva notevoli debolezze metodologiche e non trovò nessun significativo effetto nell'intervento<sup>5</sup>.

In un altro RCT, 140 pazienti con una frattura d'anca ed aumentato rischio di

ulcera da pressione furono trattati entrambi con dieta ospedaliera standard o dieta ospedaliera standard più alimentazione supplementare con tubo naso-gastrico somministrata con pompa durante la notte. Questo studio fu limitato dal fatto che solamente il 40% dei pazienti accettò il SNG per più di 1 settimana e solamente il 26% per 2 settimane. Non furono trovati significativi effetti dovuti all'intervento<sup>5</sup>.

I pazienti arruolati nel gruppo di intervento in un altro trial ricevettero 2 supplementi orali più la dieta standard, mentre quelli nel gruppo di controllo ricevettero solamente la dieta standard. I Partecipanti avevano dai 65 anni in su e nella fase acuta di una malattia critica. I risultati mostrarono che i pazienti nel gruppo di intervento erano significativamente meno soggetti a sviluppare un'ulcera da pressione<sup>5</sup>.

L'ultimo RCT incluse 103 pazienti con fratture d'anca che furono arruolati per ricevere entrambi un supplemento quotidiano in aggiunta alla dieta standard o dieta standard più un placebo a base d'acqua non-calorico. Non vi furono differenze statisticamente significative tra i 2 gruppi ma il trial era piccolo. L'incidenza delle ulcere da pressione di II° grado erano lievemente più bassi nel gruppo di intervento dopo 2 settimane (18% vs 28%)<sup>5</sup>.

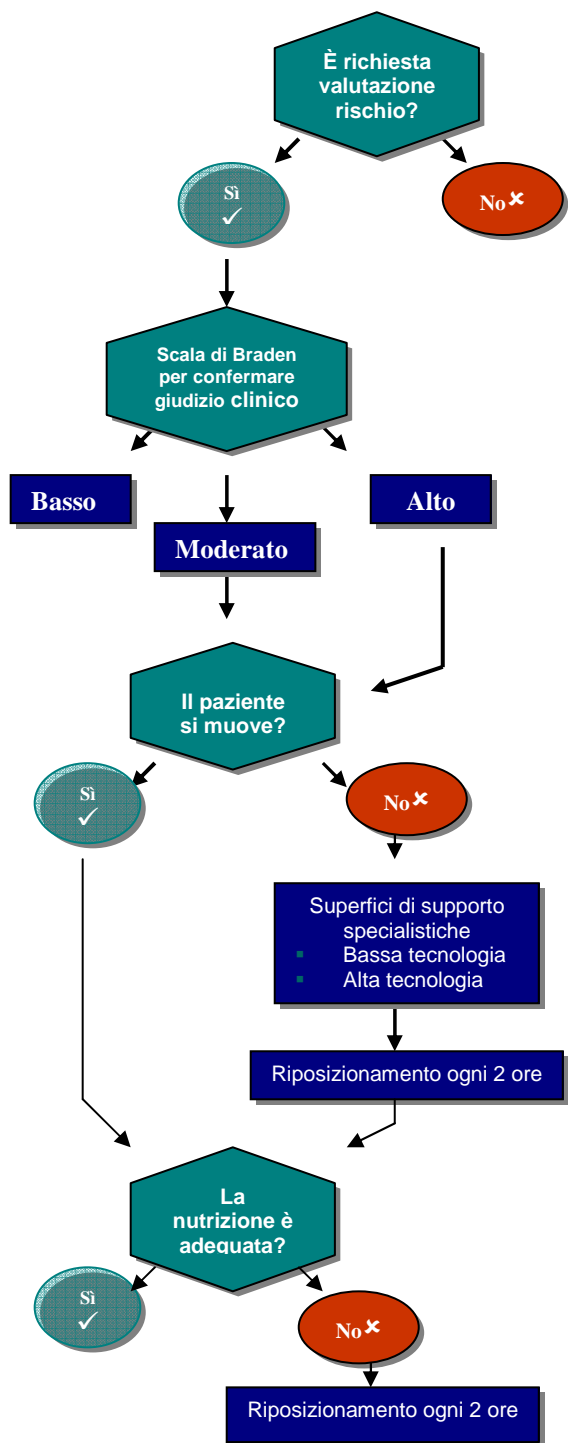
## Cura della cute

Una revisione sistematica recentemente riportata alla Conferenza della European Wounds Management Association (EWMA) che consisteva di dati ricavati da 4 RCTs e 3 studi osservazionali, evidenziò che nella meta-analisi, il rischio relativo di sviluppare un'ulcera da pressione di Grado I° di 0.4 (CI 95%, 0.24-0.66) era a favore del gruppo trattato con HFA versus placebo. La somministrazione topica di una soluzione di HFA è usata come misura preventiva delle ulcere in molte nazioni europee<sup>3</sup>.

## Conclusioni

Le ulcere da pressione sono in molti casi prevenibili. Un approccio preventivo e mirato sarà meno costoso rispetto ad uno focalizzato sul trattamento di ulcere già presenti.

# Ulcere da pressione – prevenzione del danno relativo alla pressione



- Prof Samantha Pang, Hong Kong Centre EBN, Chinese University of Hong Kong, Hong Kong Special Administrative Region.
- Francisco P García-Fernández, Research and Quality Unit, Hospital of Jaén, Spain.
- Dr Pedro L Pancorbo Hidalgo, Health Sciences School, University of Jaén, Spain.

## Bibliografia

1. The Joanna Briggs Institute. Pressure Sores – Part 1: Prevention of Pressure Related Damage. Best Practice: evidence-based practice information sheets for health professionals 1997;1(1): 1-6.
2. Pancorbo-Hidalgo PL, Garcia-Fernandez FP, Lopez-Medina IM, Alvarez-Nieto C. Risk assessment scales for pressure ulcer prevention: a systematic review. Journal of Advanced Nursing 2006; 54(1): 94-110.
3. Reddy M, Sudeep GS, Rochon PA. Preventing Pressure Ulcers: A Systematic Review. JAMA 2006; 296(8): 974-984.
4. Cullum N, McInnes E, Bell-Sayer SEM, Legood R. Support surfaces for pressure ulcer prevention. Cochrane Database of Systematic Reviews 2004, Issue 3.
5. Langer G, Schloemer G, Knerr A, Kuss O, Behrens J. Nutritional interventions for preventing and treating pressure ulcers. Cochrane Database of Systematic Reviews 2003, Issue 4.
6. The Joanna Briggs Institute. Systematic reviews - the review process, Levels of evidence. Accessed on-line 2006 <http://www.joannabriggs.edu.au/pubs/approach.php>
7. Pearson A, Wiechula R, Court A, Lockwood C. The JBI Model of Evidence-Based Healthcare. Int J of Evidence-Based Healthcare 2005; 3(8):207-215.

**JOANNA BRIGGS INSTITUTE**

- The Joanna Briggs Institute  
Royal Adelaide Hospital  
North Terrace, South Australia, 5000  
[www.joannabriggs.edu.au](http://www.joannabriggs.edu.au)  
ph: +61 8 8303 4330  
fax: +61 8 8303 4331  
email: [jbi@adelaide.edu.au](mailto:jbi@adelaide.edu.au)
- Published by Wiley-Blackwell

"The procedures described in Best Practice must only be used by people who have appropriate expertise in the field in 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."

## Riconoscimenti

Questo foglio di Best Practice è stato sviluppato dal Joanna Briggs Institute con gli autori della revisione. In aggiunta, questo foglio di Best Practice è stato revisionato da collaboratori designati dal Joanna Briggs, Centri per la collaborazione: • Petra Brysiewicz, c/South African Centre for evidence Based Nursing and Midwifery, school of Nursing, Faculty of Community and Development Disciplines, University of kwaZulu-Natal, South Africa. University of kwaZulu-Natal, South Africa.

- Dr Suzi Robertson-Malt, National & Gulf Centre for Evidence Based Medicine, Riyadh, Kingdom of Saudi Arabia.
- Chaweewan Thongchai, Thailand Centre for Evidence Based Nursing and Midwifery, Faculty of Nursing, Chiang Mai University, Thailand.
- Catherine Edgar, Bundoora Extended Care Centre, Bundoora, Victoria, Australia.
- Peter Davis, School of Nursing, Nottingham University, Nottingham, UK.



This Best Practice information sheet presents the best available evidence on the topic. Implications for practice are made with an expectation that health professionals will utilise this evidence with consideration of their context, their client's preference and their clinical judgement.