



Best Practice

Evidence based information sheets for health professionals

Volume 12
Issue 3
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, Italia**

Ulcere da pressione – gestione del danno tessutale correlato alla pressione

Raccomandazioni

- Una gestione ottimale implica la completa e accurata valutazione della storia della lesione, eziologia ricorrente e caratteristiche relative a localizzazione, stadiazione, dimensioni, letto, essudato e condizioni della cute perilesionale (**Grado B**)
- I pazienti portatori di un'ulcera da pressione di Grado 1-2 dovrebbero essere collocati su un materasso o su un cuscino ad alta specifica dotati della capacità di ridurre la pressione, ed essere soggetti ad un'osservazione molto stretta in merito ai cambiamenti a carico della cute e a un regime documentato di riposizionamento. Nel caso in cui si verificasse un qualsiasi peggioramento, dovrebbe essere applicato un sistema a pressione alternata o a CLP (**Grado B**)
- I pazienti portatori di ulcere da pressione di Grado 3-4 dovrebbero essere collocati su un sistema a pressione alternata o a CLP (**Grado B**)
- Le medicazioni (come gli idrocollidi) creano un ambiente ottimale per la guarigione delle lesioni (**Grado B**)
- I pazienti portatori di ulcere da pressione dovrebbero mobilizzarsi attivamente, cambiare in modo autonomo la propria posizione oppure essere riposizionati se clinicamente indicato (**Grado B**)

Fonti informative

Questo documento informativo di Best Practice, che va a sostituire il precedente documento dallo stesso titolo pubblicato dal JBI nel 1997,¹ si basa su una linea guida di pratica clinica elaborata dal Royal College of Nursing e dal National Institute for Health and Clinical Excellence nel 2005.²

Background

La gestione delle ulcere da pressione pone un problema significativo nei contesti sanitari di cure per acuti e in quelli presenti sul territorio. I costi associati al trattamento di un'ulcera da pressione sono considerevoli, per fare un esempio nel 1993 in Inghilterra un ospedale con 600 posti letto ha stimato che il costo relativo alla prevenzione e al trattamento delle ulcere da pressione variava da 600,000 a 3 milione di sterline all'anno. Si stima che in Inghilterra l'attuale costo annuale del trattamento delle ulcere da pressione sia pari approssimativamente a 1,4-2,1 miliardi di sterline che equivalgono al 4% della spesa sanitaria totale sostenuta dal NHS. Inoltre, il paziente portatore di un'ulcera da pressione affronta difficoltà emotive e fisiche. Costoro sperimentano dolore, disagio, ridotta qualità di vita, e spesso necessitano di un prolungato contatto con il sistema sanitario.

Nonostante la prevenzione delle ulcere da pressione sia ottimale, la gestione delle ulcere da pressione esistenti si focalizza sull'assistenza di qualità nelle aree relative alla medicazione della lesione, utilizzo di appropriate superfici di supporto, riposizionamento, nutrizione e riparazione chirurgica.

Obiettivi

Lo scopo di questo foglio informativo di Best Practices è quello di fornire ai professionisti della salute raccomandazioni basate sulle prove di efficacia relativamente alla gestione delle ulcere da pressione.

Gradi delle Raccomandazioni

Questi Gradi delle Raccomandazioni sono stati basati sui Gradi dell'efficacia del Joanna Briggs Institute, sviluppati nel 2006²

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 gli intenti di questo documento informativo, sono state utilizzate le seguenti definizioni:

Superfici a pressione alternata (AP) – queste superfici variano in modo meccanico la pressione al di sotto di un paziente, riducendo pertanto la durata della pressione applicata

Superfici a costante bassa pressione (CLP) – queste superfici mirano a modellarsi attorno alla sagoma corporea di un paziente al fine di ridistribuire la pressione su un'area più ampia di superficie

Ulcera da pressione – area di danno localizzato alla cute e/o ai tessuti sottostanti, di solito in corrispondenza di una prominenza ossea, quale conseguenza della pressione o della pressione combinata con attrito e/o forze di taglio. (European Pressure Ulcer Advisory Panel 2003)

Gradi delle Lesioni da Pressione

Allo scopo di classificare le ulcere da pressione è stata specificamente sviluppata una serie di strumenti. Il sistema di classificazione cui si fa spesso riferimento in letteratura e il cui uso è oggetto di raccomandazione è stato elaborato dal European Pressure Ulcer Advisory Panel (vedi Tabella 1).

Linee guida concernenti la gestione

Valutazione

La gestione un paziente portatore di un'ulcera da pressione inizia con una valutazione del paziente nel momento in cui accede al sistema sanitario. Successivamente alla valutazione globale del paziente, si dovrebbe intraprendere una specifica valutazione dell'ulcera da pressione che includa l'eziologia e un esame particolareggiato della lesione. Le evidenze suggeriscono che la presenza di un'ulcera da pressione di Grado 1 è un fattore di rischio significativo per lo sviluppo di un'ulcera da pressione di grado più grave.

Superfici di supporto

Le superfici di supporto per alleviare la pressione sono volte a ridurre la quantità o la durata della pressione tra un individuo e la superficie d'appoggio, e sono numerosi gli studi che hanno confrontato le varie superfici. A causa delle molteplici limitazioni metodologiche inerenti agli studi non è possibile raccomandare una superficie di supporto rispetto ad un'altra.

Secondo un consenso condiviso tuttavia si raccomanda che qualsiasi paziente portatore di un'ulcera da pressione di Grado 1 o 2 sia collocato su un materasso o un cuscino ad alta specifica dotata della capacità di ridurre la pressione ed essere soggetto ad un'osservazione molto stretta in merito ai cambiamenti a carico della cute e a un regime documentato di riposizionamento. Inoltre, nel caso

in cui si verificasse un qualsiasi peggioramento, dovrebbe essere applicato un sistema a pressione alternata o a costante bassa pressione (CPL). I pazienti portatori di ulcere da pressione di Grado 3-4 dovrebbero essere collocati su un sistema a pressione alternata o a CLP.

Medicazioni e agenti topici

Attualmente la letteratura non fornisce sufficienti evidenze per indicare quali medicazioni siano le più efficaci nel trattamento delle ulcere da pressione. La scelta della medicazione o dell'agente topico comunque dovrebbe basarsi sulla valutazione delle condizioni dell'ulcera e della cute, sull'obiettivo del trattamento, sulle caratteristiche della medicazione, sull'effetto positivo di una particolare medicazione precedente, sulle indicazioni e controindicazioni d'uso della medicazione o agente topico, sul rischio di eventi avversi e sulla preferenza del paziente.

L'uso delle medicazioni che creano un ambiente ottimale per la guarigione delle lesioni (ad es., idrocolloidi, idrogel, idrofibre, schiume, film, alginati, silicone morbido) dovrebbe essere preferito a quello di tipi di medicazioni più basilari (ad es., garze, garze paraffinate e semplici tamponi)

I clinici dovrebbero riconoscere e considerare i potenziali effetti positivi dello sbrigliamento nella gestione delle ulcere da pressione.

Tabella 1. Classificazione della gravità dell'ulcera da pressione

Grado I	Eritema non sbiancante in cute integra. Possono esserne indicatori anche la discolorazione della cute, il calore, l'edema, l'indurimento o la durezza, in special modo negli individui di pelle scura.
Grado II	Perdita cutanea a spessore parziale che coinvolge epidermide, derma o entrambi. L'ulcera è superficiale e si presenta clinicamente come un'abrasione o una vescica.
Grado III	Perdita cutanea a tutto spessore che comporta danno o necrosi del tessuto sottocutaneo che potrebbe estendersi fino alla fascia sottostante, ma senza attraversarla.
Grado IV	Massiva distruzione, necrosi del tessuto o danno a osso, muscolo o strutture di supporto con o senza perdita cutanea a tutto spessore.

Fonte: Sistema di classificazione EPUAP (2003). URL: www.epuap.org.uk

Agenti Antimicrobici

Gli RCT che studiano l'efficacia degli agenti antimicrobici sono piccoli e generalmente di scarsa qualità metodologica. Non vi sono pertanto evidenze sufficienti per indicare se gli antimicrobici siano efficaci nel trattamento delle ulcere da pressione. Si suggerisce che, laddove i pazienti mostrino segni di infezione clinica o sistemica, dovrebbe essere presa in considerazione la terapia antimicrobica.

Riposizionamento

Gli operatori sanitari sono abitualmente impegnati in interventi finalizzati a ridurre gli effetti della compromissione della mobilità sulla guarigione delle ulcere da pressione. Resta tuttavia da chiarire quale sia la frequenza ottimale con cui attuare tali interventi in termini di beneficio per il paziente e di impiego delle risorse. Il range degli intervalli di tempo in cui eseguire il riposizionamento riportati in letteratura va da 2 a 6 ore. In seguito alla mancanza di prove di efficacia le raccomandazioni sono basate sul consenso:

- I pazienti portatori di ulcere da pressione dovrebbero mobilizzarsi attivamente, cambiare la propria posizione in modo autonomo oppure essere frequentemente riposizionati.
- Evitare di posizionare i pazienti direttamente sulle ulcere da pressione o sulle prominente ossee.
- La frequenza del riposizionamento dovrebbe essere determinata dai bisogni individuali del paziente e dalla considerazione dei seguenti fattori: stato generale di salute del paziente, localizzazione dell'ulcera, valutazione generale della cute e accettabilità per il paziente.

Nutrizione

Viene riportata una correlazione positiva tra malnutrizione e incidenza e gravità dell'ulcera da pressione, tuttavia le evidenze non sono conclusive. La linea guida suggerisce che si dovrebbe fornire un supporto nutrizionale ai pazienti in cui sia stato individuato un deficit nutrizionale, e che qualsiasi supporto/supplementazione dovrebbe basarsi sulla valutazione dello stato nutrizionale effettuata utilizzando uno strumento accreditato, sullo stato generale di salute, sulla preferenza del paziente e sul contributo di un dietista o di un specialista esperto.

Riparazione Chirurgica

Il trattamento chirurgico generalmente è riservato alle ulcere da pressione di Grado 3-4. L'attuale gestione chirurgica delle ulcere da pressione consiste nel debridement che può essere superficiale e che può o non può includere la rimozione di tessuto osseo seguita dalla copertura con lembo. Le ulcere da pressione possono essere sbrigliate chirurgicamente e lasciate guarire come una lesione aperta, chiuse chirurgicamente con o senza debridement oppure riparate mediante lembi o innesto cutaneo. La letteratura consiste in case reports, serie di casi e analisi retrospettive delle cartelle cliniche, di qualità variabile. Perciò l'efficacia della riparazione chirurgia e la tecnica ottimale per il trattamento delle ulcere da pressione non sono ancora chiarite.

Terapie aggiuntive

Nel momento in cui le terapie convenzionali non riescono a produrre miglioramenti nella guarigione della lesione, si ricorre con frequenza sempre maggiore alle terapie aggiuntive. Il rapporto costo-efficacia e l'efficacia clinica di molti di questi trattamenti tuttavia non è stato testato in modo rigoroso.

Pressione topica negativa

Un piccolo studio con limitazioni metodologiche ha valutato la pressione topica negativa. Lo studio suggeriva che la pressione topica negativa fosse in grado di incrementare le percentuali di guarigione delle ulcere da pressione in confronto alle medicazioni a base di garze sterili. I risultati tuttavia devono essere considerati con estrema cautela e occorrono ulteriori ricerche.

Elettroterapia e ultrasuoni terapeutici

Non vi sono evidenze che l'elettroterapia o gli ultrasuoni terapeutici per il trattamento delle ulcere da pressione siano di beneficio. Non si può tuttavia non tenere conto della probabilità di un effetto benefico o dannoso per via del piccolo numero di studi con campioni di piccole dimensioni e deboli dal punto di vista metodologico.

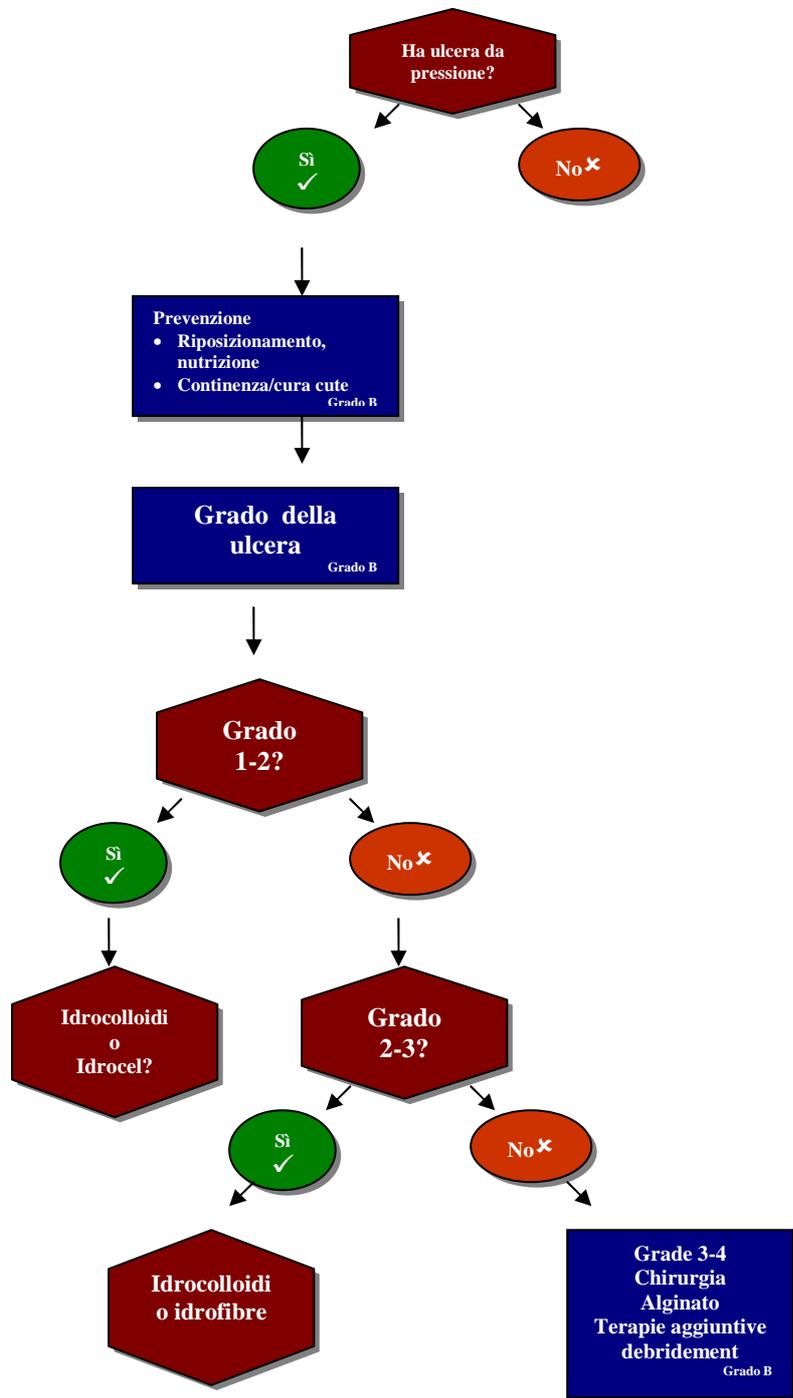
Terapia elettromagnetica

Una meta-analisi di 3 studi che valutavano l'effetto della terapia elettromagnetica non ha dimostrato alcun vantaggio. Essa consisteva di soli 137 partecipanti e sono necessarie ulteriori ricerche prima che sia possibile formulare raccomandazioni definitive per questa particolare pratica.

Conclusioni

Il miglior metodo di trattamento per gestire le ulcere da pressione rimane da chiarire, ma è evidente che è necessario ridurne in primo luogo l'incidenza e, in secondo luogo, la variabilità del trattamento. Le aree relative alla guarigione ritardata/complicanze della guarigione, alla valutazione dell'ulcera da pressione, alle superfici di supporto, all'uso di antimicrobici, alla nutrizione e alla riparazione chirurgica sono aree scabrose che richiedono con maggiore urgenza ulteriori ricerche ben disegnate e su larga scala.

Ulcere da pressione – gestione del danno tessutale correlato alla pressione



This Best Practice information sheet was developed by the Joanna Briggs Institute and the guideline authors.

In addition the Best Practice information sheet has been reviewed by members of International Joanna Briggs Collaborating Centres:

- + Pema Dnyawetse, South African Centre for Evidence Based Nursing and Midwifery, School of Nursing, Faculty of Community and Development Disciplines, University of KwaZulu-Natal, South Africa
- + Catherine Foga, Bundamba Extended Care Centre, Bundamba, Victoria, Australia
- + Peter Davis, School of Nursing, Nottingham University, Nottingham, UK
- + Prof Samantha Pang, Hong Kong Centre EBN, Chinese University of Hong Kong, Hong Kong Special Administrative Region.

Ringraziamenti

Bibliografia

1. The Joanna Briggs Institute. Pressure Ulcers – Part II: Management of Pressure Related Tissue Damage. Best Practice evidence based practice information sheets for health professionals. 1997;1(2):1-6.
2. The management of pressure ulcers in primary and secondary care. A Clinical Practice Guideline, 2000, Royal College of Nursing and National Institute for Health and Clinical Excellence.
3. The Joanna Briggs Institute. Systematic review - the review process, Levels of evidence. Accessed on-line.

JOANNA BRIGGS INSTITUTE

+ The Joanna Briggs Institute
Royal Adelaide Hospital
North Terrace, South Australia, 5000
www.joannabriggs.edu.au
ph: +61 8 3303 4380
fax: +61 8 3303 4381
email: jbi@adelaide.edu.au

+ Published by Wiley-Blackwell

"The procedures described in BestPractice 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 the edition of BestPractice summaries 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."

Evidence-based Practice evidence context client preference judgement

This Best Practice information sheet presents the best available evidence on this 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.*