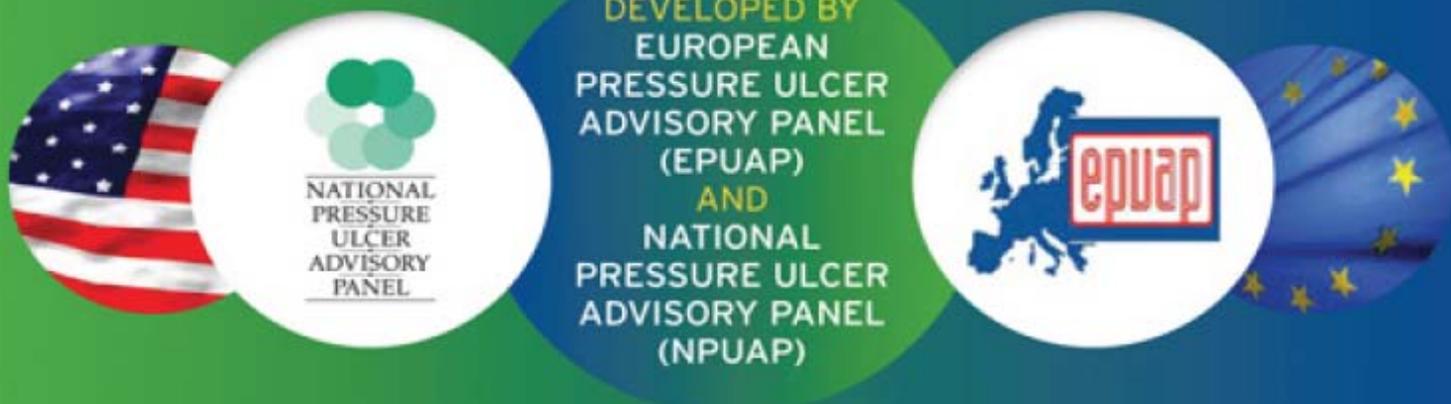


# Pressure Ulcer Prevention

Prevenzione delle  
Ulcere da Pressione

**QUICK REFERENCE GUIDE**

Guida rapida delle Referenze



## Introduzione

Questa guida rapida delle referenze raccoglie le linee guida evidence-based sulla prevenzione e il trattamento delle ulcere da pressione. È stata sviluppata attraverso sforzi durati 4 anni tra la European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) e l'American National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP).

La versione della Linea Guida Pratica più completa fornisce un'analisi dei dettagli e la discussione delle ricerche disponibili, le valutazioni critiche e l'assunzione delle conoscenze del campo, la descrizione della metodologia utilizzata per lo sviluppo delle linee guida, i ringraziamenti agli autori, agli editori e altri contributi. Questa Quick Reference Guide contiene gli estratti dalla Linea guida clinico pratica, ma gli utenti non dovrebbero contare esclusivamente su questi estratti.

Le copie stampate delle edizioni in inglese di ambo i documenti sono disponibili sul sito NPUAP ([www.npuap.org](http://www.npuap.org)). La Quick Reference Guide è stata tradotta in molte lingue; le traduzioni sono disponibili sul sito EPUAP ([www.epuap.org](http://www.epuap.org)).

La meta di questa collaborazione internazionale si pone di sviluppare raccomandazioni evidence-based per la prevenzione e il trattamento delle ulcere da pressione che possano essere usate dagli operatori sanitari di tutto il mondo. Per il suo sviluppo è stata utilizzata una esplicita metodologia scientifica per identificare e valutare la ricerca disponibile. In assenza di evidenze definitive è stata utilizzata l'opinione degli esperti (spesso sostenuta da evidenza indirette e altre linee guida) per la formulazione delle raccomandazioni.

Le raccomandazioni delle linee guida sono state rese disponibili da 903 individui e 146 società/organizzazioni registrate come stakeholders di 63 paesi su 6 continenti. La linea guida finale è basata sulla ricerca disponibile e sulla saggezza accumulata dell'EPUAP, NPUAP e dagli stakeholders internazionali.

### Citazione suggerita

L'EPUAP e NPUAP danno il benvenuto all'uso e all'adattamento della linea guida a livello nazionale e locale. Comunque, richiediamo una citazione come della fonte, usando la seguente configurazione:

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.

*International Guideline*

**Prevention of Pressure Ulcers:  
Quick Reference Guide**

Prevenzione delle Ulcere da Pressione  
Guida Rapida delle Referenze



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

Additional printed copies are available through the  
National Pressure Ulcer Advisory Panel  
([www.npuap.org](http://www.npuap.org))

## Limitazioni ed Uso Appropriato di Questa Linea Guida

- Le linee guida sono dichiarazioni sviluppate in modo sistematico per assistere il professionista e i pazienti sulle decisioni in merito all'appropriata assistenza sanitaria per specifiche condizioni cliniche. Le raccomandazioni non possono essere adatte all'uso in tutte le circostanze.
  - La decisione di adottare ogni particolare raccomandazione deve essere considerata dall'operatore sanitario alla luce delle risorse disponibili e delle circostanze di ogni singolo paziente. Nulla di ciò che è contenuto in questa linea guida sarà considerato come un consiglio medico per specifici casi.
  - A causa della metodologia rigida di sviluppo di questa linea guida, la NPUAP e la EPUAP credono che la ricerca alla base di queste raccomandazioni siano affidabili ed accurate. Comunque, noi non garantiamo l'attendibilità e l'accuratezza degli studi individuali citati in questo documento.
  - Questa linea guida ed alcune raccomandazioni ivi contenute sono intese per scopi istruttivi e di informazione.
  - Questa linea guida contiene informazioni accurate al momento della pubblicazione. La ricerca e la tecnologia cambiano rapidamente e le raccomandazioni contenute possono essere inadeguate con gli sviluppi futuri. L'operatore sanitario è responsabile del mantenimento della conoscenza in ambito lavorativo in merito alla ricerca e agli sviluppi tecnologici che possono interessare le decisioni pratiche.
  - Sono stati forniti i nomi generici dei prodotti. Nulla in questa linea guida è inteso come un'adesione specifica ad un particolare prodotto.
  - In questa linea guida nulla è inteso come consiglio riguardo a standard di codificazione o regolamentazioni per il rimborso.
-

## Indice

Finalità e Scopo

Metodi

Definizione di Ulcera da Pressione dell'International NPUAP-EPUAP

Sistema di Classificazione delle Ulcere da Pressione dell'International NPUAP-EPUAP

Raccomandazioni per la Prevenzione delle Ulcera da Pressione:

- Valutazione del Rischio
- Valutazione della Cute
- Nutrizione per la Prevenzione delle Ulcere da Pressione
- Riposizionamento per la Prevenzione delle Ulcere da Pressione
- Superfici di Supporto
- Popolazione Speciale: Pazienti n sala Operatoria

Riconoscimenti

---

## Finalità e Scopo

Lo scopo complessivo di questa collaborazione internazionale è di sviluppare raccomandazioni evidence-based per la prevenzione e il trattamento delle ulcere da pressione che possano essere usate dagli operatori sanitari di tutto il mondo. Un Gruppo collettivo di Sviluppo della Linea Guida con rappresentanti del NPUAP e del EPUAP, ha pianificato il processo di sviluppo della linea guida e ha fatto la revisione di tutta la documentazione. Comunque, per semplificare la logistica, l'EPUAP ha assunto la direzione sulle raccomandazioni per la prevenzione delle ulcere da pressione e la NPUAP le raccomandazioni nel trattamento delle ulcere da pressione.

Lo scopo delle raccomandazioni sulla prevenzione fornirà una guida basata sull'evidenza per la prevenzione dello sviluppo di ulcere da pressione. Le raccomandazioni per la prevenzione si applicheranno a tutti gli individui vulnerabili di qualsiasi gruppo d'età. La linea guida è intesa per l'uso agli operatori sanitari che sono coinvolti nella cura dei pazienti e delle persone vulnerabili e che sono a rischio di sviluppare ulcere da pressione, in ospedale, nelle cure a lungo termine, a casa o in ogni altro setting, a prescindere dalla loro diagnosi o dalle necessità di assistenza sanitaria. Fornirà anche un aiuto nel guidare i pazienti e i carers sulla serie di strategie di prevenzione disponibili.

## Metodi

Per lo sviluppo di questa linea guida è stata utilizzata una metodologia rigida ed esplicita. (Vedi *Clinical Practice Guidelines* per una descrizione più particolareggiata.) Ogni evidenza è stata sottoposta al controllo della qualità. Gli studi individuali sono stati classificati secondo il disegno e la qualità (vedi Tavola 1). Il corpo cumulativo delle evidenze a sostegno di ogni raccomandazione è stata esaminata; inoltre è stata assegnata la "Forza dell'Evidenza" usando il criterio presente nella Tavola 2.

## Tavola 1 - Livelli dell'Evidenza per gli Studi Individuali

Livello	
<b>1</b>	Larghi Trial(s) Randomizzati con risultati a taglio certo (basso rischio d'errori)
<b>2</b>	Piccoli Trial(s) randomizzati con risultati non certi (rischio d'errori da moderato ad alto)
<b>3</b>	Trial(s) non Randomizzati con controllo concorrente e contemporaneo
<b>4</b>	Trial(s) non Randomizzati con controllo storico
<b>5</b>	Serie di Casi senza controllo. Specificando il numero di soggetti

Adapted from Sackett, 1989. See the *Clinical Practice Guideline* for a discussion of the guideline development methodology

## Tavola 2 Rating della forza delle evidenze per ogni raccomandazione

### Forza delle evidenze

<b>A</b>	La raccomandazione è sostenuta da evidenza scientifica diretta da trials controllati, propriamente disegnati e perfezionati su ulcere da pressione negli esseri umani (o umani a rischio di ulcere da pressione), fornendo risultati statistici che supportano costantemente l'asserzione della linea guida (Richiede studi di Livello 1).
<b>B</b>	La raccomandazione è sostenuta da evidenza scientifica diretta ricavata da casi clinici propriamente implementati e disegnati su ulcere da pressione in esseri umani (o esseri umani a rischio di ulcere da pressione), che forniscono risultati statistici in grado di supportare costantemente la raccomandazione. (Livello di studi 2, 3, 4, 5)
<b>C</b>	La raccomandazione è sostenuta da evidenza indiretta (es. studi in soggetti umani normali, esseri umani con altri tipi di ferite croniche, modelli animali) consigli di esperti.

Questa linea guida di pratica clinica è basata sull'attuale ricerca e necessita di revisione in futuro nel momento in cui venga pubblicata una nuova evidenza. La ricerca futura si deve concentrare sulle aree dove l'evidenza è debole o assente.

### Definizione di Ulcera da Pressione dell'International NPUAP-EPUAP

Un'ulcera da pressione è una lesione circoscritta della cute e/o del tessuto sottostante solitamente in prossimità di una prominza ossea, come un risultato della pressione o della pressione in combinazione con le forze di taglio. Un numero di fattori contribuenti o confondenti è associato alle ulcere da pressione; il significato di questi fattori sarà delucidato.

### Sistema di Classificazione delle Ulcere da Pressione NPUAP/EPUAP

#### **Categoria I: Eritema non sbiancabile**

Cute intatta con rossore non sbiancabile di un'area localizzata solitamente su una prominza ossea. Nelle persone di colore la cute può non sbiancarsi in modo visibile; il suo colore può differire dall'area circostante. L'area può essere dolorosa, fissa, molle, calda o fredda comparata al tessuto adiacente. La Categoria I può essere difficile da individuare negli individui con cute dai toni scuri. Può indicare le persone "a rischio".

#### **Categoria II: Spessore parziale**

Perdita di spessore parziale del derma che si presenta come un'ulcera aperta e poco profonda con un letto di ferita colore rosso/rosa senza slough. Può

presentarsi anche come vescica intatta o aperta/rotta piena di siero o di sangue. Si presenta come un'ulcera lucida o asciutta, poco profonda senza slough o ecchimosi\*. Questa categoria non dovrebbe essere usata per descrivere ferite lacero-contuse, scottature, incontinenza associata alla dermatite, macerazione o escoriazioni.

\* L'ecchimosi o un colore scuro indica un danno al tessuto profondo.

### **Categoria III: Perdita di cute a spessore totale**

Perdita di cute a spessore totale. Il grasso sottocutaneo può essere visibile ma le ossa i tendini o i muscoli non sono esposti. Lo slough può essere presente ma non oscura la profondità della perdita di tessuto. Può includere sottominature e tunnellizzazioni. La profondità della Categoria/Stadio III delle ulcere da pressione varia dalla localizzazione anatomica. Il ponte del naso, l'orecchio, l'occipite e i malleoli non hanno (adipe) tessuto sottocutaneo e le ulcere di III Categoria/Stadio possono essere poco profonde. In contrasto, aree di significativa adiposità possono sviluppare ulcere da pressione di III Categoria/Stadio estremamente profonde.

Ossa/tendini non sono visibile o direttamente palpabili.

### **Categoria IV: Perdita di tessuto a spessore totale**

Perdita di tessuto a spessore totale con ossa esposte, tendini o muscoli. Può essere presente slough o escare. Spesso include sottominature e tunnellizzazioni. La profondità della Categoria/Stadio IV delle ulcere da pressione varia dall'ubicazione anatomica. Il ponte del naso, l'orecchio, l'occipite e i malleoli non hanno (adipe) tessuto sottocutaneo e le ulcere di IV Categoria/Stadio possono essere poco profonde. Le Ulcere di Categoria/Stadio IV possono estendersi nel muscolo e/o nelle strutture di supporto (es. fascia, tendine o capsula articolare) provocando probabili osteomieliti od osteiti.

Ossa/muscoli esposte sono visibili o direttamente palpabili.

## Categorie supplementari per gli Stati Uniti

### **Non stadiabili/Non classificabili: Perdita di cute a spessore totale o perdita di tessuto - profondità sconosciuta.**

Perdita di tessuto a spessore totale in cui la profondità attuale dell'ulcera è completamente oscurata da slough (giallo, marrone chiaro, grigio, verde o marrone) e/o dall'escara (marrone chiaro, marrone o nero) sul letto della ferita. Fino a che lo slough e/o l'escara non vengono rimossi esponendo la base della ferita, la profondità reale non può essere determinata ma sarà di Categoria/Stadio III o IV. L'escara stabile (asciutta, aderente, intatta senza eritema o fluttuante) sui talloni serve come "corpo naturale (biologico) di copertura" e non dovrebbe essere rimossa.

### **Sospetto Danno Tessutale Profondo - profondità sconosciuta**

Un'area localizzata violacea o marrone di cute intatta e scolorita o con vescica piena di sangue a causa di un danno dei tessuti molli sottostanti causato dalla pressione e/o forze di **taglio**. L'area può essere preceduta da un tessuto che è doloroso, compatto, cedevole, umido, caldo o più fresco comparato al tessuto adiacente. Il danno del tessuto profondo può essere difficile da individuare in

individui con cute nera. L'evoluzione può includere su una vescica sottile sopra un letto di ferita scuro. La ferita può evolvere ulteriormente e coprirsi di un'escara sottile.

L'evoluzione può essere rapida con la sovrapposizione di strati supplementari di tessuto dopo un trattamento ottimale.

## Valutazione del rischio

Ricerca epidemiologica è aumentata notevolmente nei recenti anni, permettendo una migliore comprensione dei fattori di rischio importanti nello sviluppo di ulcere da pressione. Questa letteratura dovrebbe puntellare la pratica di valutazione del rischio.

Comunque, si deve essere accurati nell'interpretare i risultati di questi studi epidemiologici di ricerca, poiché i risultati possono dipendere dal fatto che i fattori di rischio sono inclusi in un modello multivariabile.

### Politica per la Valutazione del Rischio

#### **1. Stabilire una politica di valutazione del rischio in tutti i setting di assistenza sanitaria. (Forza dell'Evidenza = C)**

Ciascun setting d'assistenza sanitaria dovrebbe avere una politica in luogo che includa in modo chiaro le raccomandazioni per: un approccio strutturato alla valutazione del rischio attinente a quel setting di assistenza sanitaria; delle aree cliniche designate come bersaglio; il momento della valutazione del rischio e della rivalutazione; la documentazione della valutazione del rischio e la comunicazione di tutte quelle informazioni al team di assistenza sanitaria generale.

#### **2. Educare gli operatori sanitari sul modo di realizzare un accurato e affidabile accertamento del rischio. (Forza dell'Evidenza = B)**

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

La documentazione della valutazione del rischio assicura comunicazione fra il team multidisciplinare, fornisce l'evidenza che la pianificazione della cura è adatta e serve come parametro per esaminare il progresso dell'individuo.

### Pratica della Valutazione del Rischio

#### **4. Usare un approccio strutturato per la valutazione del rischio al fine di identificare individui con possibilità di sviluppare ulcere da pressione. (Forza dell'Evidenza = C)**

Un approccio strutturato può essere realizzato attraverso l'uso di una scala di valutazione del rischio in combinazione con un accertamento complessivo della cute e del giudizio clinico. L'evidenza suggerisce che l'introduzione di tali elementi, in congiunzione con l'establishment dei teams per la cura della cute, il programma d'istruzione e i protocolli di cura, possono ridurre l'Incidenza di ulcere da pressione.

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

**5.1. Considerare a rischio di sviluppo di ulcere da pressione gli individui che sono costretti a letto e/o sulla sedia .**

**6. Usare un approccio strutturato per la valutazione del rischio che includa un'analisi completa della pelle al fine di verificare ogni alterazione nella cute intatta. (Forza dell'Evidenza = C)**

**6.1. Considerare gli individui con alterazioni della cute intatta potenzialmente a rischio di sviluppo di ulcere da pressione.**

Le alterazioni delle condizioni della pelle possono includere: cute asciutta, eritema ed altre alterazioni. La presenza di eritema che non sbianca alla pressione aumenta il rischio di ulteriore sviluppo di ulcere.

**7. Usare un approccio strutturato per la valutazione del rischio che sia raffinato attraverso l'uso del giudizio clinico avvalorato dalla conoscenza dei fattori chiave di rischio. (Forza dell'Evidenza = C)**

**8. Considerare l'impatto dei seguenti fattori sul rischio individuale di sviluppo di ulcere da pressione:**

**a) Indicatori Nutrizionali**

Gli indicatori nutrizionali includono: l'anemia, l'emoglobina e i livelli sierici dell'albumina, la quantità di nutrienti ingeriti e il peso.

**b) Fattori che danneggiano la perfusione e l'ossigenazione**

I fattori che danneggiano la perfusione includono il diabete, l'instabilità cardiovascolare/uso di norepinefrina, l'ipotensione, l'indice caviglia braccio e l'uso dell'ossigeno.

**c) Umidità della cute**

La cute asciutta o eccessivamente umida è considerata un fattore di rischio (vedi Valutazione della Cute).

**d) Età Avanzata**

**9. consideri il potenziale impatto dei seguenti fattori sul rischio individuale di sviluppare ulcere da pressione:**

**a) Frizione e Taglio (Subscala della Scala di Braden)**

**b) Percezione Sensoria (Subscala della Scala di Braden)**

**c) Status di salute Generale**

**d) Temperatura corporea**

**10. Condurre una valutazione strutturata del rischio al momento del ricovero e ripetere regolarmente e frequentemente in base alle condizioni dell'individuo. La rivalutazione si dovrebbe ripetere ogni volta che c'è una variazione delle condizioni del paziente. (Forza dell'Evidenza = C)**

**11. Sviluppare ed Implementare un piano di prevenzione quando 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 condurre ad un piano di cura individualizzato per minimizzare l'impatto di tali variabili.

## Valutazione della cute

### Valutazione della Cute

**1. Assicurarsi che la valutazione completa della cute sia parte delle politiche di screening dell'accertamento del rischio e venga posta in essere in tutti i setting di assistenza sanitaria. (Forza dell'Evidenza = C)**

Ogni setting d'assistenza sanitaria dovrebbe avere in luogo una politica che includa raccomandazioni per un approccio strutturato alla valutazione della cute attinente al setting di cura, così come per le aree cliniche designate come target al momento della valutazione/rivalutazione. Si dovrebbero fare esplicite raccomandazioni per la documentazione della valutazione della cute e comunicare le informazioni a tutta la squadra di assistenza sanitaria.

**2. Istruire i professionisti su come intraprendere una valutazione comprensiva della cute includendo le tecniche per la valutazione della risposta allo sbiancamento cutaneo, il calore localizzato, l'edema e l'indurimento (durezza). (Forza dell'Evidenza = B)**

Queste tecniche di valutazione supplementari possono essere usate nella cura per tutti gli individui. Comunque, c'è l'evidenza che la Categoria I delle Ulcere da pressione sono sotto-individuate negli individui con pelle nera, perché le aree di rossore cutaneo non sono facilmente visibili.

**3. Ispezionare regolarmente la cute per individuare segni di rossore in individui identificati a rischio di ulcere da pressione. La frequenza dell'ispezione può aumentare in risposta ad ogni peggioramento della condizione del paziente. (Forza dell'Evidenza = B)**

La valutazione continua della pelle è necessaria per individuare precocemente segni di danni causati dalla pressione.

---

**4. L'Ispezione della cute dovrebbe includere una valutazione per la ricerca di calore localizzato, edema o indurimento (durezza), specialmente in individui con cute nera. (Forza dell'Evidenza = C)**

Il calore localizzato, l'edema e l'indurimento sono tutti identificati come segnali di avvertimento per lo sviluppo di ulcere da pressione. Poiché non sempre è possibile vedere segnali di rossore sulla cute scura, questi segnali supplementari dovrebbero essere considerati nell'accertamento.

**5. Chiedere agli individui di identificare ogni area di disagio o di dolore che potrebbe essere attribuita a un danno da pressione. (Forza dell'Evidenza = C)**

Un numero di studi ha identificato il dolore come maggior fattore per gli individui con ulcere da pressione. Molti studi forniscono anche alcune indicazioni che il dolore sul sito è un precursore del danno tissutale.

**6. Osservare la cute per eventuali danni da pressione causati da apparecchiature medicali. (Forza dell'Evidenza = C)**

Molti tipi di apparecchiature medicali sono causa di danni causati dalla pressione (es., cateteri, tubature per l'ossigeno, tubature dei ventilatori collari cervicali semirigidi ecc.).

**7. Documentare ogni valutazione della cute, annotando i dettagli di qualsiasi possibile dolore riferibile alla pressione. (Forza dell'Evidenza = C)**

Una accurata documentazione è essenziale per esaminare il progresso dell'individuo e per favorire la comunicazione tra professionisti.

### **Cura della Cute**

**8. Ogni qualvolta è possibile, non posizionare l'individuo sopra la superficie corporea che è ancora arrossata a causa di un precedente episodio dovuto alla pressione. (Forza dell'Evidenza = C)**

Il rossore indica che il corpo non ha ancora recuperato dal precedente carico e richiede una ulteriore "tregua" prima di ripetere la pressione (veda Eziologia).

**9. Non usare il massaggio per la prevenzione delle ulcere da pressione (Forza dell'Evidenza = B)**

Il massaggio è controindicato in presenza di infiammazioni acute e dove c'è possibilità di danneggiamento dei vasi sanguigni o cute fragile. Il massaggio non può essere raccomandato come strategia per la prevenzione dell'ulcera da pressione.

**10. Non strofinare vigorosamente la cute che è a rischio di ulcerazione da pressione. (Forza dell'Evidenza = C)**

---

Oltre ad essere doloroso, lo strofinamento della cute, può anche causare distruzione del tessuto molle o provocare una reazione infiammatoria, in modo particolare nell'anziano fragile.

**11. Usare emollienti per idratare la cute asciutta al fine di ridurre il rischio di danno cutaneo. (Forza dell'Evidenza = B)**

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

**12. Proteggere la cute dall'esposizione all'umidità eccessiva, con prodotti barriera allo scopo di ridurre il rischio di danno da pressione. (Forza dell'Evidenza = C)**

Le proprietà meccaniche dello strato corneo si modificano con la presenza d'umidità e in funzione della temperatura.

## **Nutrizione per la Prevenzione dell'Ulcera da Pressione**

### **RACCOMANDAZIONI GENERALI**

**1. Effettuare lo screening e valutare lo status nutritivo di ogni individuo a rischio di ulcere da pressione in ogni setting di assistenza sanitaria.**

Fino a quando la sottanutrizione è un fattore di rischio reversibile per lo sviluppo di ulcere da pressione, la sua rapida identificazione e gestione risulta essere molto importante. Gli individui a rischio di sviluppo di ulcere da pressione possono anche essere a rischio di sottanutrizione per questo motivo dovrebbe essere valutato lo status nutritivo.

**1.1 Usare un strumento valido, affidabile e pratico per la valutazione nutritiva, che sia rapido e facile da usare ed accettabile da parte dell'individuo e dell'operatore sanitario.**

**1.2 E' indispensabile avere una politica di valutazione nutrizionale posta in luogo in ogni setting d'assistenza sanitaria, insieme ad una frequenza raccomandata di valutazione per l'implementazione.**

**2. Far visitare ogni individuo con rischio nutritivo e di ulcera da pressione da un dietologo e se è necessario da un team nutrizionale multidisciplinare che includa un dietologo, un infermiere specializzato in nutrizione, un medico, un logopedista, un terapeuta occupazionale e quando necessario da un dentista.**

Se lo screening nutrizionale identifica individui a rischio di sviluppare ulcere da pressione, malnutriti o a rischio nutritivo, si dovrebbe intraprendere un accertamento nutritivo completo da parte di un dietologo o di un team

multidisciplinare. Dovrebbe essere fornito un supporto nutritivo a ciascun individuo con rischio nutritivo e a rischio di ulcere da pressione.

**2.1. Fornire un supporto nutritivo a ciascuno individuo con rischio nutritivo e rischio di ulcera da pressione, seguendo il ciclo nutritivo. Questo deve includere:**

- **Accertamento nutritivo**
- **Stima delle richieste nutritive**
- **Comparazione dell'introito nutritivo valutando i requisiti**
- **Fornitura di un appropriato intervento nutrizionale, basato su adatto percorso alimentare**
- **Monitorizzazione e valutazione degli outcome nutritivi, con rivalutazione dello status nutrizionale ad intervalli frequenti fino a che l'individuo è a rischio.**

**(Forza dell'Evidenza = C)**

I soggetti possono avere bisogno di diverse forme di gestione nutrizionale durante il corso della malattia.

**2.2. Seguire linee guida sulla nutrizione enterale e sull'idratazione attinenti e basate sulle evidenze, per gli individui a rischio di ulcere da pressione che mostrano rischi nutritivi o problemi nutritivi.**

## **RACCOMANDAZIONI SPECIFICHE**

**1. Fornire supplementi nutrizionali ad alta quantità di proteine e/o alimentazione tramite sonda, oltre alla solita dieta, agli individui con rischio nutritivo e rischio di ulcera da pressione a causa di malattie acute o croniche, o dopo un intervento chirurgico. (Forza dell'Evidenza = A)**

La nutrizione orale (alimentazione per via fisiologica e/o con cibo supplementare a piccoli sorsi) è il percorso preferito per la nutrizione e dovrebbe essere sostenuto ogni qualvolta sia possibile.

I supplementi nutritivi orali sono importanti perché molti individui a rischio di sviluppo di ulcere da pressione non possono soddisfare la loro necessità attraverso la normale via orale. Inoltre, la supplementazione nutritiva orale sembra essere associata alla significativa riduzione di sviluppo di ulcere da pressione, comparata alla cura di routine.

La nutrizione Enterale (con SNG) e parenterale (erogata al di fuori della normale fisiologia digestiva) può essere necessaria quando l'introduzione orale è inadeguata o non possibile, basandosi sulla condizione dell'individuo e sugli obiettivi.

**1.1. Somministrare supplementi nutritivi orali (ONS) e/o soluzioni tramite SNG tra i pasti regolari per evitare riduzione nell'introduzione di cibo e liquidi durante l'ora dei pasti regolari. (Forza dell'Evidenza = C)**

## Riposizionamento per la Prevenzione delle Ulcere da Pressione

### Riposizionamento

**1. L'uso del riposizionamento dovrebbe essere considerato in tutti gli individui a rischio.**

**1.1. Il riposizionamento dovrebbe essere intrapreso per ridurre la durata e l'ampiezza della pressione su aree vulnerabili del corpo. (Forza dell'Evidenza = A)**

Le alte pressioni sulle prominenze ossee, per un breve periodo di tempo e basse pressioni sulle prominenze ossee, per un periodo di tempo prolungato sono ugualmente dannose. Per diminuire il rischio di sviluppo individuale di ulcere da pressione è importante diminuire il tempo e la quantità della pressione nei soggetti esposti.

**1.2. L'uso di riposizionamenti come strategia di prevenzione deve prendere in considerazione la condizione del paziente e le superfici di supporto in uso. (Forza dell'Evidenza = C)**

### Frequenza del Riposizionamento

**2. La frequenza del riposizionamento sarà influenzata da variabili che si riferiscono all'individuo (Forza dell'Evidenza = C) e alle superfici di supporto in uso. (Forza dell'Evidenza = A)**

**2.1. La frequenza del riposizionamento sarà determinata dalla tolleranza individuale del tessuto, dal livello d'attività e dalla mobilità, dalla condizione medica generale, dagli obiettivi complessivi del trattamento e dalla valutazione della condizione della cute dell'individuo. (Forza dell'Evidenza = C)**

**2.2. Valutare la condizione della cute dell'individuo e il comfort generale. Se l'individuo non sta rispondendo come ci si aspetta al regime di riposizionamento, riconsiderare la frequenza e il metodo di riposizionamento. (Forza dell'Evidenza = C)**

**2.3. La frequenza del riposizionamento dovrebbe essere influenzata dalle superfici di supporto utilizzate. (Forza dell'Evidenza = A)**

Un individuo dovrebbe essere riposizionato con maggior frequenza su un materasso che non ridistribuisce la pressione - rispetto ad un materasso di schiuma viscoelastica. La frequenza del riposizionamento dovrebbe dipendere dalla qualità di redistribuzione della pressione della superficie d'appoggio.

## **Tecnica di riposizionamento**

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

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

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

**3.3. Usare un aiuto nel trasferimento per ridurre l'attrito e le forze di taglio. Alzare — non trascinare — l'individuo mentre si riposiziona. (Forza dell'Evidenza = C)**

**3.4. Evitare di posizionare direttamente l'individuo sopra apparecchiature mediche, così come sui tubi o sui sistemi di drenaggio. (Forza dell'Evidenza = C)**

**3.5. Evitare di posizionare l'individuo sulle prominenze ossee in presenza di eritema che non sbianca alla pressione. (Forza dell'Evidenza = C)**

**3.6. Il riposizionamento dovrebbe essere effettuato utilizzando una posizione inclinata di 30-gradi sul lato (alternativamente, lato destro, schiena, lato sinistro) o la posizione prona se l'individuo può tollerarla e se le condizioni mediche lo permettono. Evitare posture che aumentino la pressione, come la posizione laterale con inclinazione a 90-gradi o la posizione semi-seduta. (Forza dell'Evidenza = C)**

**3.7. Se è necessaria la posizione seduta nel letto, evitare l'elevazione della testa del letto ed una posizione piegata che produca pressione e forze di taglio sul sacro e sul coccige. (Forza dell'Evidenza = C)**

## **Riposizionamento dell'Individuo Seduto**

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

Posizionare l'individuo in modo che possa mantenere a pieno le attività può essere un processo complesso—per esempio, in una poltrona in cui la schiena si reclina, l'impiego di un poggiapiedi per mantenere lo scarico dei talloni può essere una posizione appropriata in termini di ridistribuzione della pressione ma può impedire il trasferimento dalla e alla sedia.

**4.1. Selezionare una posizione che sia accettabile per l'individuo e che minimizzi le pressioni e le forze di taglio esercitate sulla pelle e sui tessuti molli. (Forza dell'Evidenza = C)**

#### **4.2. Posizionare i piedi dell'individuo su uno sgabello o su un poggiapiedi se non toccano il pavimento. (Forza dell'Evidenza = C)**

Quando i piedi non toccano il pavimento, il corpo scivola fuori della sedia. L'altezza dei poggiapiedi dovrebbe essere sistemata così da flettere leggermente la pelvi in avanti posizionando le cosce leggermente più in basso rispetto alla linea orizzontale.

#### **4.3. Limitare il tempo di seduta di un individuo su una sedia senza superfici di scarico. (Forza dell'Evidenza = B)**

Quando un individuo è seduto su una sedia, il peso del corpo causa una esposizione maggiore alla pressione sulle tuberosità ischiatiche. Poiché l'area di carico in tali casi è relativamente piccola, la pressione sarà molto alta; perciò senza superfici di scarico si svilupperà molto più rapidamente un'ulcera da pressione.

### **Documentare il Riposizionamento**

#### **5. Scrivere il regime di riposizionamento, specificando la frequenza e la posizione adottata, ed includere una valutazione dell'outcome del regime di riposizionamento. (Forza dell'Evidenza = C)**

#### **Istruzione al Riposizionamento e Training**

#### **6. L'istruzione sul ruolo del riposizionamento nella prevenzione dell'ulcera da pressione dovrebbe essere fornito a tutte le persone coinvolte nella cura degli individui a rischio di sviluppare lesioni, includendo l'individuo stesso e le altre persone significative (quando possibile). (Forza dell'Evidenza = C)**

**6.1. La formazione sui metodi corretti di riposizionamento e sull'uso delle attrezzature dovrebbe essere proposta a tutte le persone coinvolte nella cura di soggetti a rischio di sviluppo di ulcera da pressione, incluso l'individuo stesso e altre persone significative (quando possibile ed appropriato). (Forza dell'Evidenza = C)**

## Superfici di Supporto

### **1. Istruzioni Generali**

**1.1. La prevenzione negli individui a rischio dovrebbe essere fornita su base continua nel tempo e fino a quando le persone sono a rischio. (Forza dell'Evidenza = C)**

**1.2. Non basare la selezione di una superficie di scarico solamente sul livello del rischio percepito per lo sviluppo dell'ulcera da pressione o**

**sulla categoria/stadio di alcune ulcere di pressione esistenti. (Forza dell'Evidenza = C)**

La selezione di una superficie di scarico appropriata dovrebbe prendere in esame fattori quali il livello di mobilità dell'individuo nel letto, il comfort, il bisogno di controllo microclimatico ed il luogo e le circostanze dell'erogazione della cura.

**1.3. Scegliere una superficie di scarico compatibile con il setting di cura. (Forza dell'Evidenza = C)**

Non tutte le superfici di scarico sono compatibili in tutti i setting di cura. L'uso delle superfici di scarico a domicilio richiede considerazione sul peso del letto, sulla struttura della casa, sull'ampiezza delle porte, sulla disponibilità della corrente elettrica senza interruzioni e possibilità di favorire la ventilazione del calore prodotto dal motore.

**1.4. Esaminare l'appropriatezza e la funzionalità delle superfici di scarico durante ogni incontro con l'individuo. (Forza dell'Evidenza = C)**

**1.5. Verificare che la superficie di scarico sia usata all'interno della vita funzionale del paziente, come indicato nei metodi specifici dei test raccomandati dal produttore (o da altri metodi testati e riconosciuti dalle aziende) prima di usare la superficie di scarico. (Forza dell'Evidenza = C)**

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

**2.1. Usare materassi in schiuma ad alta-specializzazione piuttosto che materassi di schiuma standard ospedalieri, per tutti gli individui ritenuti a rischio di sviluppo di ulcere da pressione. (Forza dell'Evidenza = A)**

I materassi di schiuma di alta-specializzazione sembrano essere più efficaci nella prevenzione delle ulcere da pressione che i materassi di schiuma standard degli ospedali.

**2.2. Non c'è nessuna evidenza di superiorità tra un materasso di schiuma ad alta-specializzazione rispetto ad altri materassi di schiuma alternativi ad alta-specializzazione. (Forza dell'Evidenza = A)**

Sembra non esserci una chiara differenza nell'efficacia dei diversi materassi di schiuma ad alta specializzazione.

**2.3. Usare una superficie di scarico dinamica (sovrामaterasso o materasso) per i pazienti ad alto rischio di sviluppo di ulcera da pressione quando non è possibile riposizionare frequentemente in modo manuale. (Forza dell'Evidenza = B)**

Quando i pazienti ad alto rischio non possono essere riposizionati manualmente, sono necessarie superfici di scarico attive (dinamiche) in grado di modificare le loro proprietà di redistribuzione del carico.

**2.4. I sovrामaterassi attivi a pressione alternata e i sostituti dei materassi hanno un'efficacia simile in termini d'Incidenza dell'ulcera da pressione. (Forza dell'Evidenza = A)**

**2.5. Non usare materassi ad aria con piccole-celle a pressione alternata o sovrामaterassi. (Forza dell'Evidenza = C)**

I materassi ad aria a pressione alternata con piccole celle d'aria (diametro <10 cm) non possono essere gonfiati sufficientemente per assicurare lo scarico della pressione sulle celle d'aria sgonfie. Attualmente sono utilizzati sensori interni su modelli in via di sviluppo che potranno chiarire questo problema.

**2.6. Continuare a girare e riposizionare, ogni volta che è possibile, tutti gli individui a rischio di sviluppo di ulcere da pressione. (Forza dell'Evidenza = C)**

### **3. Uso di superfici di scarico per la prevenzione delle ulcere da pressione ai talloni**

**3.1. Assicurarci che i talloni siano liberi (sollevati) della superficie del letto. (Forza dell'Evidenza = C)**

**3.2. Le apparecchiature per la protezione del tallone dovrebbero elevare completamente il tallone (scaricarli) in modo tale da distribuire il peso della gamba lungo il polpaccio senza applicare una pressione sul tendine di Achille. Il ginocchio dovrebbe essere flesso in modo delicato. (Forza dell'Evidenza = C)**

L'iperestensione del ginocchio può provocare ostruzione della vena poplitea, e questo potrebbe predisporre l'individuo ad una trombosi venosa profonda.

**3.3. Usare un cuscino sotto i polpacci così che i talloni siano elevati (es., "a galla"). (Forza dell'Evidenza = B)**

Usare un cuscino sotto i polpacci per elevare i talloni dal materasso.

**3.4. Ispezionare regolarmente la pelle dei talloni. (Forza dell'Evidenza = C)**

### **4. Usare superfici di scarico per prevenire le ulcere da pressione mentre il paziente è seduto**

**4.1. Usare un cuscino da sedia che redistribuisca la pressione in tutti gli individui che sono seduti su una sedia la cui mobilità è ridotta e**

**che sono così a rischio di sviluppo di ulcere da pressione. (Forza dell'Evidenza = B)**

Differenti studi mostrano che l'uso di un cuscino da sedia che ridistribuisca la pressione previene lo sviluppo di ulcere.

**4.2. Limitare il tempo che il soggetto spende seduto su una sedia senza scarico della pressione. (Forza dell'Evidenza = B)**

**4.3. Porre particolare attenzione agli individui con danno al midollo spinale. (Forza dell'Evidenza = C)**

**5. Uso di altre superfici di scarico nella prevenzione delle ulcere da pressione**

**5.1. Evitare l'uso di velli di pecora sintetici; traverse, anelli, dispositivi circolari (ciambella) e guanti ripieni di acqua. (Forza dell'Evidenza = C)**

**5.2. E' probabile che il vello di pecora naturale fornisca un aiuto nella prevenzione delle ulcere da pressione. (Forza dell'Evidenza = B)**

Alcuni studi hanno dimostrato che l'uso del vello di pecora naturale sopra ai materassi può essere d'aiuto nella prevenzione delle ulcere da pressione.

## **Popolazione Speciale: Pazienti in Camera Operatoria**

**1. Effettuare un raffinato accertamento del rischio negli individui che devono sottoporsi a chirurgia, esaminando altri fattori che probabilmente potranno verificarsi ed aumentare il rischio di sviluppo di ulcere da pressione, incluso:**

- a) Lunghezza dell'operazione**
- b) Aumentò di episodi ipotensivi intra-operatori**
- c) Bassa temperatura durante la chirurgia**
- d) Ridotta mobilità di un giorno nel post-operatorio**

**2. Usare un materasso per la redistribuzione della pressione sulla tavola operatoria per tutti gli individui identificati come soggetti a rischio di sviluppo di ulcere da pressione. (Forza dell'Evidenza = B)**

Sono state sviluppate molte superfici di scarico per la sala operatoria che incoraggiano la redistribuzione della pressione.

**3. Posizionare il paziente in modo tale da ridurre il rischio di sviluppo di ulcere da pressione durante la chirurgia. (Forza dell'Evidenza = C)**

**4. Elevare completamente i talloni (sollevandoli) in modo tale da distribuire il peso della gamba lungo il polpaccio senza mettere tutta la pressione in prossimità del tendine di Achille. Il ginocchio dovrebbe essere in leggera flessione. (Forza dell'Evidenza = C)**

L'iperestensione del ginocchio può provocare ostruzione della vena poplitea e predisporre l'individuo a trombosi venosa profonda.

**5. Porre attenzione alla redistribuzione della pressione prima e dopo la chirurgia. (Forza dell'Evidenza = C)**

**a) Posizionare l'individuo su un materasso per la redistribuzione della pressione sia prima che dopo la chirurgia. (Forza dell'Evidenza = C)**

**b) Far assumere all'individuo una postura differente nella fase pre-operatoria e postoperatoria rispetto alla postura adottata durante la chirurgia. (Forza dell'Evidenza = C)**

### **Ringraziamenti**

European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) and National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) riconoscono gratitudine ai contributi forniti dai seguenti individui e gruppi per il supporto finanziario alla presentazione e alla disseminazione della linea guida. Tutti i contributi finanziari sono stati elargiti dopo che la linea guida è stata sviluppata e non ne hanno in nessun modo influenzato lo sviluppo o il suo contenuto. I contributi finanziari sono stati usati per la stampa e la disseminazione della linea guida. Le seguenti società hanno fornito concessioni formative senza sovvenzioni:

#### **Donatori dell'EPUAP per la Linea Guida sulla Prevenzione:**

ArjoHuntleigh, Europe

Hill-Rom, Europe

Nutricia Advanced Medical Nutrition

#### **Speciali Contributi**

- McGoogan Library, University of Nebraska Medical Center, Omaha, NE, USA (database searches by a professional librarian & interlibrary loan services)
- College of Nursing, University of Nebraska Medical Center, Omaha, NE, USA
- World Union of Wound Healing Societies and the University of Toronto, Toronto, CA (initial database searches)
- The Registered Nurses of Ontario, Royal College of Nursing, Consortium on Spinal Cord Injury Medicine, Agency for Health Care Policy and Research (now AHRQ) provided evidence tables used to support previous guidelines.
- Eran Ganz-Lindgren reviewed an article written in Hebrew.

**Stakeholders**

Un grazie speciale va a gli stakeholders di tutto il mondo che hanno effettuato la revisione del processo e della bozza della linea guida. Tutti i commenti degli stakeholders sono stati revisionati dal Guideline Development Group della EPUAP-NPUAP. Le revisioni sono state effettuate basandosi su questi commenti. Apprezziamo l'investimento di clinici, ricercatori, educatori e produttori di tutto il mondo che hanno speso tempo per condividere la loro esperienza e il loro pensiero critico. Le raccomandazioni della linea guida sono migliori grazie ai loro contributi!

---



©NPUAP-EPUAP 2009



[www.npuap.org](http://www.npuap.org)

[www.epuap.org](http://www.epuap.org)

