

Pressure Ulcer Treatment Trattamento delle Ulcere da Pressione

QUICK REFERENCE GUIDE

Guida rapida delle Referenze



NATIONAL
PRESSURE
ULCER
ADVISORY
PANEL

DEVELOPED BY
EUROPEAN
PRESSURE ULCER
ADVISORY PANEL
(EPUAP)
AND
NATIONAL
PRESSURE ULCER
ADVISORY PANEL
(NPUAP)



epuap



Introduzione

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

La versione più completa della Linea Guida Pratica 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 queste parti.

Le copie stampate delle edizioni in inglese di ambo i documenti sono disponibili sul sito NPUAP (www.npuap.org). La Quick Reference Guide è stata tradotta in molte lingue; le traduzioni sono disponibili sul sito EPUAP (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 la NPUAP danno il benvenuto all'uso e all'adattamento della linea guida a livello nazionale e locale. Comunque, richiedono 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

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

Trattamento delle Ulcere a 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)

Limitazioni ed Uso Appropriato di Questa Linea Guida

- Le linee guida sono dichiarazioni sviluppate in modo sistematico per assistere il professionista e i pazienti su 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 raccomandazione particolare 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 casi specifici.
 - 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 sia affidabile ed accurata. Comunque, 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 propria 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. In questa linea guida nulla è inteso come un'adesione specifica ad un particolare prodotto.
 - In questa linea guida non vi è nulla che sia inteso come consiglio riguardo a standard di codificazione o regolamentazioni per il rimborso.
-

Tavola dei contenuti

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 il Trattamento delle Ulcere da Pressione:

- Classificazione delle Ulcere da Pressione
- Valutazione e Monitorizzazione della Guarigione
- Ruolo della Nutrizione nella Guarigione delle Ulcere da Pressione
- Valutazione e Gestione del Dolore
- Superfici di Scarico per il Trattamento delle Ulcere da Pressione
- Detersione
- Debridement
- Medicazioni
- Valutazione e Trattamento dell'Infezione
- Agenti biofisici nella Gestione delle Ulcere da Pressione
- Medicazioni biologiche per il Trattamento delle Ulcere da Pressione
- Fattori di Crescita per il Trattamento delle Ulcere da Pressione
- Chirurgia per le Ulcere da Pressione
- Gestione delle Ulcere da Pressione in Individui che ricevono Cure Palliative

Ringraziamenti

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 del trattamento, è di fornire una guida per una cura basata sull'evidenza dei pazienti con ulcere da pressione esistenti. Le raccomandazioni per il trattamento sono applicabili a tutti gli individui con ulcere da pressione nonostante il setting di cura. La linea guida è concepita per l'uso da parte degli operatori sanitari che sono coinvolti nella cura dei pazienti con ulcere da pressione esistenti. Fornirà indicazioni anche a pazienti e caregivers. I pazienti con ulcere da pressione sono solitamente a rischio di ulteriori ulcere da pressione; perciò, la linea guida sulla prevenzione dovrebbe essere seguita anche per questi individui. Basandosi sui risultati di un'analisi dei gaps delle linee guida per il trattamento delle ulcere da pressione esistenti, le raccomandazioni riguardo alle necessità uniche di molte speciali popolazioni sono state indirizzate sulla base delle evidenze esistenti. Queste includono soggetti con lesioni del midollo spinale, infanti e bambini, pazienti critici, pazienti bariatrici (obesi) e pazienti che richiedono cure palliative.

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 stato 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	
1	Larghi Trial(s) Randomizzati con risultati a taglio certo (basso rischio d'errori)
2	Piccoli Trial(s) randomizzati con risultati non certi (rischio d'errori da moderato ad alto)
3	Trial(s) non Randomizzati con controllo concorrente e contemporaneo
4	Trial(s) non Randomizzati con controllo storico
5	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

A	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	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)
C	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 prominente ossea, come 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 chiarito in seguito.

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 prominente 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.

Classificazione delle Ulcere da Pressione

- 1. Usare un sistema convalidato per la classificazione delle ulcere da pressione per documentare il livello di perdita di tessuto. (Forza dell'Evidenza = C)**
 - 2. Non usare il sistema di classificazione delle ulcere da pressione per descrivere la perdita di tessuto in ferite diverse dalle lesioni da decubito. (Forza dell'Evidenza = C)**
 - 3. Istruire i professionisti sulle speciali tecniche di valutazione da usare nelle persone con cute nera. (Forza dell'Evidenza = B)**
 - 3.1. Cute intatta: Le Ulcere da Pressione di Categoria/Stadio I e il danno sospetto al tessuto profondo può essere difficile da valutare con l'ispezione visiva negli individui con pelle scura. Valutare la differenza della temperatura cutanea, il colore della pelle, la consistenza del tessuto (es. umido o duro), il dolore tra le aree affette e il tessuto normale quando la pelle è intatta. (Forza dell'Evidenza = B)**
 - 3.2. Ulcere da Pressione Aperte: Il rossore infiammatorio provocato dalla cellulite e il danno profondo del tessuto possono essere difficili da scoprire in individui con la cute scura. Valutare la pelle ricercando segni di calore, fragilità, dolore o cambio nella consistenza del tessuto al fine di identificare l'estensione dell'infiammazione e la possibile cellulite e/o sottominature nelle ulcere da pressione che si presentano come ulcere da pressione aperte (es. Categoria/Stadio II, III, IV ed ulcere non stadiabili). (Forza dell'Evidenza = C)**
 - 4. Istruire i professionisti nel differenziare le ulcere da pressione da altri tipi di ferite (es., ulcere venose, ulcere arteriose, ulcere neuropatiche, dermatite da incontinenza, ferite lacero-contuse ed intertrigo). (Forza dell'Evidenza = C)**
 - 5. Istruire i professionisti sull'uso appropriato del sistema di classificazione e sull'aspetto dei diversi tipi di tessuti nelle ulcere da pressione presenti sui siti delle lesioni. (Forza dell'Evidenza = B)**
 - 6. Confermare l'affidabilità dei professionisti responsabili della classificazione delle ulcere da pressione. (Forza dell'Evidenza = B)**
 - 7. Non classificare le ulcere da pressione sulle membrane mucose. (Forza dell'Evidenza = C)**
-

Valutazione e Monitorizzazione della Guarigione

Valutazione dell'individuo con Ulcere da Pressione

1. Completare un'iniziale valutazione dell'individuo con un'ulcera da pressione, includendo:

- **Le mete di cura dell'individuo e della famiglia. Se l'individuo è incapace di partecipare, consultarsi con i famigliari e/o altri persone significative.**
- **Un'anamnesi completa della salute/medica e sociale.**
- **Un esame fisico e focalizzato che includa:**
 - **Fattori che possono alterare la guarigione (es., alterazioni della perfusione, alterazioni della sensibilità, infezione sistemica)**
 - **Valutazione vascolare nel caso di ulcere delle estremità (es., esame fisico, storia di claudicatio, indice caviglia-braccio o pressione del dito del piede)**
 - **Test di laboratorio e raggi X, se necessario**
- **Valutazione nutrizionale (vedi sezione della Nutrizione di questa linea guida).**
- **Il dolore relativo alle ulcere da pressione (vedi sezione sul Dolore di questa linea guida).**
- **Rischi di sviluppare ulcere da pressione supplementari (vedi sezione sulla Prevenzione di questa linea guida).**
- **Salute psicologica, comportamento e cognitivtà.**
- **Sistemi di supporto sociale e finanziario.**
- **Capacità funzionale, particolarmente a riguardo del posizionamento, delle posture, del bisogno di attrezzature per la mobilitazione e di personale.**
- **L'impiego di manovre per alleviare la pressione.**
- **L'aderenza all'impiego di manovre per alleviare la pressione**
- **L'integrità delle superfici per la sedia e il letto (deterioramento).**
- **La conoscenza dei membri e degli individui della famiglia e le credenze in merito allo sviluppo e alla guarigione delle ulcere da pressione. (Forza dell'Evidenza = C)**

2. Rivalutare l'individuo se l'ulcera non mostra segni di guarigione nonostante la cura locale adeguata della ferita, la redistribuzione della pressione e la nutrizione. (Forza dell'Evidenza = C)

2.1. Aspettarsi i primi segni di guarigione, nella maggior parte degli individui entro 2 settimane. (Forza dell'Evidenza = B)

2.2. Modificare le aspettative in presenza di fattori multipli (in particolare fattori non correggibili) che danneggiano la guarigione della ferita (es., sottanutrizione persistente, scarsa perfusione e tutte le comorbilità riconosciute come danneggianti la guarigione della ferita). (Forza dell'Evidenza = B)

2.3. Insegnare all'individuo e alla famiglia il decorso del normale processo di guarigione tenendoli informati sul progresso (o mancanza di progresso) verso la guarigione, inclusi i segni e i sintomi che dovrebbero essere riportati all'attenzione dei professionisti. (Forza dell'Evidenza = C)

Valutazione delle Ulcere da Pressione

1. Valutare inizialmente l'ulcera da pressione e rivalutarla almeno settimanalmente, documentando le conclusioni. (Forza dell'Evidenza = C)

E' raccomandato un periodo di 2 settimane per verificare il progresso verso la guarigione. Comunque, le valutazioni settimanali offrono un'opportunità all'operatore sanitario di scoprire le prime complicazioni ed la necessità di cambiare il piano di trattamento.

2. Durante ogni sostituzione della medicazione, osservare gli sviluppi dell'ulcera da pressione, che possono indicare il bisogno di una modifica del trattamento (es., miglioramento della ferita, deterioramento della ferita, minor o maggior essudato, segni di infezione o altre complicazioni). (Forza dell'Evidenza = C)

3. Valutare e documentare accuratamente le caratteristiche fisiche come la localizzazione, categoria/stadio, dimensioni, tipi di tessuto, letto della ferita, condizioni perilesionali, orli della ferita, tratti sinuosi, sottominature, tunnelizzazioni, essudato, tessuto necrotico, odore, presenza/assenza di tessuto di granulazione ed epitelizzazione. (Forza dell'Evidenza = C)

3.1. Posizionare l'individuo con un atteggiamento neutrale, consono alla misurazione della ferita. (Forza dell'Evidenza = C)

3.2. Lunghezza e larghezza: Selezionare un metodo uniforme, coerente, per misurare la lunghezza e la larghezza della ferita, in modo da poter paragonare le misurazioni nel tempo. (Forza dell'Evidenza = B)

3.3. Profondità della ferita, tunnelizzazione e sottominature: Selezionare un metodo costante, uniforme per misurare la profondità. La cura dovrebbe essere fornita cercando di non provocare danni quando si misura la profondità o l'estensione del letto della ferita o quando si deve determinare il gado di tunnelizzazione. (Forza dell'Evidenza = C)

3.4. Utilizzare le conclusioni derivate dalla valutazione delle ulcere da pressione per pianificare gli interventi che saranno in grado di promuovere la guarigione. (Forza dell'Evidenza = C)

Il trattamento necessario per un'ulcera da pressione cambia nel tempo, sia in termini di guarigione che di deterioramento. Le strategie di trattamento dovrebbero essere rivalutate continuamente basandosi sullo status corrente dell'ulcera.

Metodi per Monitorare la Guarigione

1. Valutare il progresso verso la guarigione usando uno o più dei seguenti metodi:

1.1. Usare uno strumento convalidato come la Scala di Guarigione per l'Ulcera da Pressione (PUSH©) (Pressure Ulcer Scale for Healing (PUSH©) o il Bates-Jensen Wound Assessment Tool (BWAT), anche noto con il nome di Pressure Sore Status Tool (PSST). (Forza dell'Evidenza = B)

1.2. Usare il giudizio clinico per valutare i segni di guarigione, come la diminuzione della quantità di essudato, la diminuzione della dimensione della ferita e il miglioramento del tessuto nel letto della ferita. (Forza dell'Evidenza = C)

1.3. Considerare di usare una fotografia di base e poi una serie di scatti nel tempo (quando è disponibile l'attrezzatura) per esaminare la guarigione dell'ulcera da pressione. Usare tecniche fotografiche standard. (Forza dell'Evidenza = C)

1.4. Considerare l'uso di database elettronici affidabili e validi per la raccolta dati. (Forza dell'Evidenza = C)

2. Rivalutare l'ulcera da pressione, il piano di cura e l'individuo, se la lesione non mostra progressi verso la guarigione entro 2 settimane (o come ci si aspetta in base alle condizioni dell'individuo e alla sua capacità di guarire). (Forza dell'Evidenza = C)

2.1. Questa raccomandazione si applica a tutte quelle situazioni dove la meta è la guarigione (es., intenzione a guarire). (Forza dell'Evidenza = C)

2.2. I segni di deterioramento dovrebbero essere immediatamente colti e segnalati. (Forza di Evidenza = C)

Ruolo della Nutrizione nella Guarigione delle Ulcere da Pressione

1. Effettuare uno screening e una valutazione dello status nutritivo per ciascun individuo con un'ulcera da pressione al momento del ricovero e ad ogni cambio delle condizioni - e/o quando non viene osservato alcun progresso verso la chiusura dell'ulcera. (Forza dell'Evidenza = C)

1.1. Far visitare tutti gli individui con un'ulcera da pressione al dietologo, per una rapida valutazione ed intervento in caso di problemi nutritivi. (Forza dell'Evidenza = C)

1.2. Valutare lo status ponderale di ciascuno individuo per determinare la storia del suo peso e la perdita significativa rispetto al solito (> 5% in 30 giorni o > 10% in 180 giorni). (Forza dell'Evidenza = C)

1.3. Valutare l'abilità dell'individuo a mangiare autonomamente. (Forza dell'Evidenza = C)

1.4. Valutare la quantità totale dell'introito di nutrienti (cibo, liquidi, supplementi orali, cibi enterali/parenterali). (Forza dell'Evidenza = C)

2. Fornire sufficienti calorie. (Forza dell'Evidenza = B)

2.1. Fornire 30-35 kcalorie/kg corporeo per gli individui sotto stress con un'ulcera da pressione. Aggiustare la formula basandosi sulla perdita del peso, l'incremento ponderale o il livello d'obesità. Gli individui che sono sottopeso o che hanno avuto una significativa perdita di peso non intenzionale, possono richiedere supplementari calorie per arrestare la perdita di peso e/o riguadagnare i chili persi. (Forza dell'Evidenza = C)

2.2. Revisionare e cambiare (liberalizzare) le restrizioni dietetiche quando le limitazioni determinano un diminuito introito di cibo e liquidi. Questi accomodamenti devono essere gestiti da un dietologo o dal personale medico. (Forza dell'Evidenza = C)

2.3. Fornire cibi arricchiti e/o supplementi orali tra i pasti, quando è necessario. (Forza dell'Evidenza = B)

2.4. Considerare il supporto nutritivo (enterale o con la nutrizione parenterale) quando l'introduzione orale è inadeguata. Tutto ciò dovrebbe essere coerente con le mete dell'individuo. (Forza dell'Evidenza = C)

3. Fornire adeguate proteine per rendere positivo il bilancio azotato, nell'individuo con un'ulcera da pressione. (Forza dell'Evidenza = B)

3.1. Fornire da 1.25 a 1.5 grammi di proteine/kg corporeo, quotidianamente in un soggetto con ulcera da pressione quando compatibile con le mete della cura, rivalutare ad ogni cambio delle condizioni. (Forza dell'Evidenza = C)

3.2. Valutare la funzionalità renale per assicurarsi che l'elevata quantità di proteine siano appropriate all'individuo. (Forza dell'Evidenza = C)

4. Fornire ed incoraggiare una adeguata assunzione quotidiana di liquidi per l'idratazione. (Forza dell'Evidenza = C)

4.1. Monitorare gli individui per cogliere segni e sintomi di disidratazione: cambiamento del peso, turgore della pelle, produzione di urina, elevate dosi di sodio sierico o calcolando l'osmolarità del siero. (Forza dell'Evidenza = C)

4.2. Fornire liquidi supplementari per individui disidratati, con temperatura elevata, con vomito, profusa traspirazione, diarrea o con ferite profondamente essudanti. (Forza dell'Evidenza = C)

5. Fornire adeguate vitamine e minerali. (Forza dell'Evidenza = B)

5.1. Incoraggiare il consumo di una dieta equilibrata che includa buone fonti di vitamine e minerali. (Forza dell'Evidenza = B)

5.2. Fornire vitamine e supplementi minerali quando l'introito dietetico è scarso o le deficienze sono confermate o sospettate. (Forza dell'Evidenza = B)

Valutazione e Gestione del Dolore

Valutazione del Dolore

1. Valutare tutti gli individui con dolore correlato ad un'ulcera da pressione o al relativo trattamento. (Forza dell'Evidenza = B)

2. Valutare il dolore correlato all'ulcera da pressione negli adulti usando una scala convalidata. (Forza dell'Evidenza = B)

3. Valutare il dolore nei neonati e nei bambini usando una scala convalidata. (Forza dell'Evidenza = C)

3.1. Usare la scala FLACC (Faccia, Gamba, Attività, Pianto e Consolabilità) per i bambini, da 2 mesi a 7 anni. (Forza dell'Evidenza = C)

3.2. Usare la scala CRIES (Pianto; Richiesta di O2 con Saturazione >95%; Aumento dei segni vitali; Espressione; Insonnia) per i neonati fino a 6 mesi. (Forza dell'Evidenza = C)

4. La valutazione del dolore dovrebbe includere un accertamento del linguaggio non verbale e corporeo (es., cambio nell'attività, perdita di appetito, atteggiamento di protezione, smorfie e lamenti). (Forza dell'Evidenza = C)

Prevenzione del Dolore

1. Usare un sollevatore o un telo ad alto scorrimento per minimizzare la frizione e/o le forze di taglio quando si riposiziona un individuo, mantenere lisce le traverse del letto. (Forza dell'Evidenza = C)

2. Ogni qualvolta è possibile, non posizionare l'individuo sull'ulcera da pressione (vedi Superfici di Supporto e la sezione sul Riposizionamento). (Forza dell'Evidenza = C)

3. Evitare posture che aumentano la pressione, come la posizione di Fowler con un anglazione maggiore di 30 gradi o la posizione laterale a 90° o la posizione semi-sdraiata. (Forza dell'Evidenza = C)

4. Minimizzare il dolore dell'ulcera da pressione maneggiando tutte le ferite dolcemente, lavando e non strofinando inutilmente durante la detersione e proteggendo la cute perilesionale. (Forza dell'Evidenza = C)

Gestire il Dolore Generale

1. Organizzare l'erogazione della cura assicurandosi che sia coordinata con la somministrazione dei farmaci per il dolore ed effettuata con minime interruzioni. Fissare le priorità per il trattamento. (Forza dell'Evidenza = C)

2. Incoraggiare gli individui a riferire il dolore attraverso il “time out”, durante ogni procedura che cause dolore. (Forza dell'Evidenza = C)

3. Ridurre il dolore dell'ulcera da pressione tenendo il letto della ferita umido e coperto, usando una medicazione non-aderente. (Nota: L'escara stabile, asciutta, di solito non viene inumidita.) (Forza dell'Evidenza = B)

4. Usare medicazioni che determinino poco dolore e/o quelle che richiedono con molta probabilità minori cambi (es., idrocolloidi, idrogels, alginati, schiume con membrane polimeriche, spugne, medicazioni morbide al silicone e mediazioni impregnate con l'ibuprofene [non disponibili negli Stati Uniti]). Nota: Le garze sono le medicazioni che causano, più comunemente dolore. Vedi la sezione sulle Medicazioni per ulteriori informazioni. (Forza dell'Evidenza = C)

5. Un individuo con dolore causato da un'ulcera da pressione trarrà beneficio dalla musica, dalla meditazione, dalla distrazione, dalle conversazioni e dalle immagini guidate. (Forza dell'Evidenza = C)

6. Somministrare regolarmente farmaci per il dolore, in dose adatta, per controllare il dolore cronico, seguendo la Scala dell'Organizzazione Mondiale della Salute. (Forza dell'Evidenza = C)

7. Incoraggiare il riposizionamento come mezzo di ridurre il dolore, se coerente con le speranze dell'individuo. (Forza dell'Evidenza = C)

Ridurre il Dolore causato dal Debridement

1. Usare adeguate misure per il controllo del dolore, includendo dosi supplementari di farmaci durante la manipolazione delle lesioni, nella detersione della ferita, nel cambio delle medicazioni, nel debridement, ecc. (Vedi sezioni sulla detersione, medicazioni, debridement ecc. per specifiche raccomandazioni supplementari). (Forza dell'Evidenza = C)

2. Considerare l'utilizzo di farmaci topici a base di oppioidi (diamorfina o benzidamina al 3%) per ridurre o eliminare il dolore dell'ulcera da pressione. (Forza dell'Evidenza = B)

3. Applicare farmaci topici seguendo le indicazioni del produttore per permettere un tempo adeguato d'azione analgesica, prima di trattare la ferita. (Forza dell'Evidenza = C)

Gestire il Dolore Cronico

1. Gestire il dolore persistente causato dalle ulcere da pressione (neuropatico) con un anestetico locale o un adiuvante (antidepressivo o antiepilettico), o attraverso la stimolazione transcutanea nervosa, applicazioni calde o antidepressivi triciclici. (Forza dell'Evidenza = C)

2. Indirizzare l'individuo con dolore cronico correlato all'ulcera da pressione da personale clinico adatto al suo trattamento. (Forza dell'Evidenza = C)

Educare gli Individui, la Famiglia e i Fornitori di Assistenza Sanitaria

1. Istruire gli individui, i caregivers e i fornitori sanitari sulle cause, la valutazione e la gestione del dolore causato dalle ulcere da pressione. (Forza dell'Evidenza = C)

Superfici di Scarico per il Trattamento delle Ulcere da Pressione

Questa sezione fornisce indirizzo sulle raccomandazioni per le superfici di scarico negli individui con ulcere da pressione già esistenti. Vedere la sezione delle Superfici di Scarico nella *Linee Guida sulla Prevenzione*, per le informazioni sulla prevenzione delle ulcere da pressione e sulla guida al posizionamento. Vedere il Glossario nella *Linea Guida Clinico-Pratica* per i termini selezionati e le definizioni associate alle superfici di scarico.

Le superfici di scarico da sole non prevengono né guariscono le ulcere da pressione. Saranno usate come parte di un programma totale di prevenzione e trattamento. Quando le ulcere da pressione peggiorano o non riescono a guarire, il professionista dovrebbe considerare di sostituire l'esistente superficie di scarico con una che migliora la redistribuzione della pressione e del microclima (controllo del calore e dell'umidità). Cambiare la superficie di scarico è solo una delle molte strategie da considerare. L'individuo e l'ulcera da pressione dovrebbero essere rivalutati.

Gli interventi preventivi e la cura della ferita locale dovrebbero essere intensificati come necessario. Un aumento significativo dello stato del rischio può anche richiedere la rivalutazione dell'individuo e delle superfici di scarico.

Raccomandazioni Generali

Superfici di Scarico

1. Impiegare una superficie di scarico che sia scelta in modo adatto alle esigenze dell'individuo per la redistribuzione della pressione, la riduzione delle forze di taglio e il controllo del microclima. (Forza dell'Evidenza = C)

2. Sostituire il materasso esistente con una superficie di scarico che fornisca una migliore redistribuzione della pressione, delle forze di taglio e del controllo del microclima per l'individuo che:

- **Non può essere posizionato su una sede in cui non sia presente l'ulcera**
 - **Ha ulcere da pressione su due o più superfici d'appoggio (es., sacro e trocantere), limitando scelte di riposizionamento**
 - **Non riesce a guarire o dimostra un peggioramento dell'ulcera nonostante una cura completa e appropriata**
 - **È ad alto rischio di ulcere supplementari**
 - **Tocca il fondo ("Bottom out") sulla superficie di scarico esistente**
- (Forza dell'Evidenza = C)**

3. Se le ulcere da pressione non stanno guarendo:

3.1. Rivalutare l'individuo ed le ulcere da pressione.

3.2. Intensificare le strategie di prevenzione come necessario.

3.3. Considerare di cambiare la superficie di scarico per migliorare la redistribuzione della pressione, la riduzione delle forze di taglio e il controllo del microclima in base alle necessità dell'individuo. (Forza dell'Evidenza = C)

4. Prima di sostituire il materasso esistente:

4.1. Valutare l'efficacia del piano di cura precedente e corrente per la prevenzione e il trattamento.

4.2. Fissare gli obiettivi del trattamento in modo che siano coerenti con quelli dell'individuo, dei valori e del modo di vivere. (Forza dell'Evidenza = C)

5. Selezionare una superficie di scarico che soddisfi le necessità degli individui. Considerare i seguenti fattori:

- **Numero, gravità ed ubicazione delle ulcere da pressione;**
- **Rischio di ulteriori ulcere da pressione;**
- **Necessità di supplementari caratteristiche, come la capacità di controllare l'umidità, la temperatura e la frizione/taglio. (Forza dell'Evidenza = C)**

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

7. Valutare l'appropriatezza e la funzionalità della superficie di scarico ad ogni incontro. (Forza dell'Evidenza = C)

8. Verificare che la superficie di scarico stia ancora funzionando rispetto al indicazioni originali, prima di usarla su un individuo con un'ulcera da pressione esistente. (Forza dell'Evidenza = C)

9. Identificare e prevenire le potenziali complicazioni sull'uso delle superfici di scarico. Vedi la Linea Guida Clinico Pratica per i dettagli. (Forza dell'Evidenza = C)

10. Scegliere apparecchiature per il posizionamento e pannoloni per l'incontinenza compatibili con la superficie di scarico. Limitare la quantità di biancheria e pannoloni nel letto. (Forza dell'Evidenza = C)

[Posizionamento](#)

1. Non posizionare direttamente un individuo su un'ulcera da pressione. (Forza dell'Evidenza = C)

2. Continuare a girare e riposizionare l'individuo nonostante l'uso della superficie di scarico. Stabilire la frequenza del riposizionamento basandosi sulle caratteristiche della superficie e la risposta dell'individuo. (Forza dell'Evidenza = C)

- 3. Ispezionare la cute per verificare che non vi siano lesioni supplementari ogni volta che l'individuo è girato o riposizionato nel letto. Non girare l'individuo sopra una superficie del corpo compromessa o ancora arrossata da un precedente episodio di carico, specialmente se l'area arrossata non sbianca (es., ulcere da pressione di Categoria/Stadio I). (Forza dell'Evidenza = C)**
- 4. L'elevazione della testiera del letto non dovrebbe superare i 30 gradi per gli individui a letto, a meno che sia controindicato dalla condizione medica. Incoraggiare i soggetti a dormire lateralmente con una angolazione di 30 - 40 gradi o in posizione supina se non è controindicato. (Forza dell'Evidenza = C)**
- 5. Impiegare un ausilio per il trasferimento, al fine di ridurre l'attrito e le forze di taglio. Alzare - non trascinare - il soggetto durante il riposizionamento. Non lasciare attrezzature per alzare e movimentare, sotto l'individuo dopo il suo uso. (Forza dell'Evidenza = C)**
- 6. Aumentare rapidamente l'attività se tollerata. (Forza dell'Evidenza = C)**
- 7. Non lasciare l'individuo su una padella più del necessario. (Forza dell'Evidenza = C)**
- 8. Non usare anelli - o ciambelle sagomate. (Forza dell'Evidenza = C)**
- 9. Non applicare dispositivi per riscaldare (es., bottiglie di acqua calda, gruppi caloriferi, strumenti incorporati che scaldano il letto) direttamente sulle ulcere da pressione. (Forza dell'Evidenza = C)**

Il calore aumenta il tasso metabolico, induce traspirazione e diminuisce la tolleranza del tessuto alla pressione. Quando il calore del corpo non può essere disperso, aumenta il rischio di macerazione della pelle e può impedire la guarigione.

Ulcere da Pressione di Categoria/Stadio I e II

Nota: La selezione delle superfici di scarico è un procedimento complesso e non può essere determinato solamente sulla base della categoria/stadio dell'ulcera.

Mentre si è a Letto

- 1. Considerare schiume ad alta-specificità o simili superfici di scarico senza motore, per la distribuzione della pressione nelle Ulcere da Presione di Categoria/Stadio I e II. (Forza dell'Evidenza = C)**
- 2. Evitare l'elevazione della testiera del letto per periodi prolungati e la posizione a penzoloni, poiché pone il sacro e il coccige sotto pressione. (Forza dell'Evidenza = C)**

Mentre si è su una sedia

- 1. Usare un cuscino per la redistribuzione della pressione sulla sedia, nei soggetti con Ulcere da Pressione di Categoria/Stadio I o II. (Forza dell'Evidenza = C)**
- 2. Minimizzare il tempo in posizione seduta e consultare un tecnico delle carrozzelle se l'ulcera da pressione peggiora sulla superficie selezionata per la sedia. (Forza dell'Evidenza = C)**
- 3. Assicurarsi che i piedi siano direttamente appoggiati sul pavimento, su uno sgabello o su un poggiatesta, quando si è seduti (diritti) sul letto o sulla sedia a rotelle. (Forza dell'Evidenza = C)**
- 4. Se è necessario sedere su una sedia i soggetti con ulcera da pressione sul sacro/coccige o ischio, la seduta deve essere limitata a tre volte al giorno, per periodi di 60 minuti o meno. Consultare un tecnico delle carrozzelle o un FKT per la prescrizione di una superficie di scarico adatta e/o per tecniche di posizionamento, al fine di evitare o minimizzare la pressione sull'ulcera. (Forza dell'Evidenza = C)**
- 5. Evitare di far sedere un individuo con un'ulcera ischiatica in una posizione completamente eretta (su sedia o a letto). (Forza dell'Evidenza = C)**
- 6. Cambiare gli orari di seduta e rivalutare la superficie di scarico e la postura dell'individuo se l'ulcera peggiora o non riesce a migliorare. (Forza dell'Evidenza = C)**

Ulcere da Pressione del Tallone Categoria/Stadio I e II

Nota: La selezione delle superfici di scarico è un procedimento complesso e non può essere determinato solamente sulla base della categoria/stadio dell'ulcera.

Scaricare la pressione sotto i talloni se sono presenti Ulcere da Pressione di Categoria/Stadio I o II ponendo un cuscino sotto le gambe al fine di far "galleggiare i talloni" sopra il letto o usando dispositivi per la sospensione del tallone. (Forza dell'Evidenza = B)

Danno del Tessuto Profondo

Nota: La selezione delle superfici di scarico è un procedimento complesso e non può essere determinato solamente sulla base della categoria/stadio dell'ulcera.

Posizionare l'individuo fuori dall'area sospetta di danno tessutale profondo con cute intatta. Se la pressione sull'area non può essere alleviata dal riposizionamento, valutare il soggetto e fornire una superficie di scarico adeguata alle necessità, considerare la redistribuzione della pressione, la riduzione delle forze di taglio e il controllo del microclima. Tenere l'individuo fuori dall'area di danno quanto più possibile. (Forza dell'Evidenza = C)

Categoria/Stadio III, IV, ed Ulcere da Pressione non stadiabili

Nota: La selezione delle superfici di scarico è un procedimento complesso e non può essere determinato solamente sulla base della categoria/stadio dell'ulcera.

Posizionare l'individuo al di fuori dall'area delle Ulcere da Pressione di Categoria/Stadio III, IV, e delle ulcere da pressione non stadiabili. Se la pressione sull'area non può essere alleviata dal riposizionamento o se ci sono ulcere da pressione su superfici multiple soggette a rotazione, valutare l'individuo e fornire una superficie di scarico adeguata alle necessità, considerando la redistribuzione della pressione, la riduzione delle forze di taglio e il controllo del microclima. Tenere i soggetti fuori dall'area lesionata quanto più possibile. (Forza dell'Evidenza = B)

Vedere la Linea Guida Clinico Pratica per il sommario delle ricerche sull'uso delle varie superfici di scarico per creare un ambiente contribuente la guarigione nelle Ulcere da Pressione di Categoria/Stadio III, IV, e non stadiabili. È responsabilità del professionista offrire una superficie di scarico adatta a soddisfare le necessità dell'individuo nella redistribuzione della pressione, controllo del microclima e comfort.

Ulcere da Pressione del Tallone Categoria/Stadio III, IV, e Non Stadiabili

Nota: La selezione delle superfici di scarico è un procedimento complesso e non può essere determinato solamente sulla base della categoria/stadio dell'ulcera.

- 1. Porre la gamba in un dispositivo che elevi il tallone dalla superficie del letto, scaricando completamente l'ulcera da pressione. (Forza dell'Evidenza = C)**
- 2. Applicare il dispositivo secondo le istruzioni del fabbricante. (Forza dell'Evidenza = C)**
- 3. Assicurarsi che il dispositivo non sia troppo stretto, non crei supplementare pressione e di conseguenza danno. Controllare frequentemente la disposizione dell'apparecchiatura in individui con neuropatia, malattia arteriosa periferica, edema degli arti inferiori o che sono a rischio di sviluppare edema. (Forza dell'Evidenza = C)**
- 4. Rimuovere l'apparecchiatura per valutare periodicamente l'integrità della cute. (Forza dell'Evidenza = C)**

Popolazioni speciali

La maggior parte delle linee guida precedenti ha fornito raccomandazioni generali che non hanno fornito un indirizzo per la necessità speciali dei malati critici, mielolesi e individui obesi. Queste raccomandazioni forniscono un indirizzo per i bisogni unici di queste speciali popolazioni in relazione alla redistribuzione della pressione, alla riduzione delle forze di taglio e al controllo del microclima.

Malati Critici

- 1. Considerare la necessità di sostituire le superfici di scarico negli individui con scarsa ossigenazione e perfusione sia locale che sistematica, per migliorare la redistribuzione della pressione, la riduzione delle forze di taglio e il controllo del microclima, utilizzando aiuti supplementari (e.g., turni di assistenza) in base alle necessità. (Forza dell'Evidenza = C)**
- 2. Considerare la necessità di cambiare le superfici di scarico per gli individui che non possono essere girati per ragioni mediche, come nell'instabilità spinale ed emodinamica. Riprendere il riposizionamento di routine appena queste condizioni si stabilizzano. (Forza dell'Evidenza = C)**
- 3. Effettuare rotazioni lente, gradualmente, lasciando un tempo sufficiente per la stabilizzazione dello status emodinamico e dell'ossigenazione. (Forza dell'Evidenza = C)**

Alcuni individui sono veramente molto instabili nelle rotazioni. Comunque, è preferibile girare l'individuo più lentamente o incrementando a "piccoli passi", in modo da lasciare tempo adeguato per la stabilizzazione dei segnali vitali.

- 4. Considerare frequenti piccole rotazioni per permettere la riperfusione negli individui che non possono tollerare rotazioni maggiori frequenti della posizione del corpo. Piccole rotazioni non sostituiscono il cambio della superficie di scarico o il riposizionamento quando sono necessari (maggiore rotazione della posizione del corpo). (Forza dell'Evidenza = C)**
- 5. Prevenire il danno causato dalle forze di taglio quando sono utilizzati dispositivi per la rotazione laterale. Valutare frequentemente la cute per i danni provocate dalle forze di taglio. (Forza dell'Evidenza = C)**

Rotazione laterale in Individui senza Ulcere da Pressione

- 6. Assicurare l'individuo con imbottiture (prodotte dal fabbricante) per la prevenzione delle forze di taglio sul sacro, quando vengono selezionati dispositivi per la rotazione laterale di soggetti senza ulcere da pressione. L'individuo dovrebbe essere allineato correttamente al centro della superficie. (Forza dell'Evidenza = C)**
 - 7. Continuare a girare l'individuo e valutare la pelle per eventuali danni da pressione e taglio. Cessare la rotazione laterale al primo segno di danno tessutale e rivalutare l'individuo e le superfici di scarico. (Forza dell'Evidenza = C)**
 - 8. Quando vi è l'evidenza di un danno da forze di taglio sostituire la superficie di scarico a rotazione laterale con un sistema di scarico senza la rotazione che migliori la redistribuzione della pressione, la riduzione delle forze di taglio e il controllo del microclima. Non posizionare l'individuo sopra le aree interessate dal danno per quanto sia possibile. (Forza dell'Evidenza = C)**
-

Rotazione laterale degli Individui con Ulcere da Pressione

9. Considerare metodi alternativi di redistribuzione della pressione (o evitare letti con la rotazione laterale) in individui con ulcere da pressione sul sacro o sulle natiche. (Forza dell'Evidenza = C)

10. Scaricare la pressione dalle ulcere negli individui sottoposti a terapia con rotazione laterale. (Forza dell'Evidenza = C)

11. Ispezionare l'ulcera da pressione e la cute perilesionale per danni causati da forze di taglio ad ogni cambio medicazione. Il danno causato dalle forze di taglio può apparire con un deterioramento dell'orlo dell'ulcera, sottominature e/o con un aumento dell'infiammazione della cute perilesionale o dell'ulcera. (Forza dell'Evidenza = C)

L'uso continuativo della rotazione laterale può essere necessario negli individui con distress respiratorio. In tutti i casi, i rischi e benefici della rotazione laterale continuativa dovrebbero essere valutati nei soggetti con ulcere da pressione esistenti.

Individui mielolesi

Idealmente, le ulcere dell'ischio dovrebbero guarire in un ambiente in cui le lesioni siano libere dalla pressione e da altri stress meccanici. Il riposo a letto totale, può essere prescritto per creare un ambiente adatto alla ferita, libero da pressione. Comunque, questo tipo di approccio può causare potenziali complicazioni fisiche (es., danni muscolari, complicazioni respiratorie), disturbi psicologici, isolamento sociale e problemi finanziari per gli individui e la famiglia. Saper bilanciare le necessità fisiche, sociali e psicologiche rispetto al bisogno di uno scarico totale (es., riposo totale a letto) crea un difficile dilemma per l'individuo e il professionista.

L'uso di una sedia a rotelle è imperativo per gli individui mielolesi. Il tempo di permanenza in posizione seduta può essere diminuito quando ulcere sono presenti sulle superfici che appoggia contro il piano della sedia. I cuscini per la sedia devono essere ad alta-immersione, con una distribuzione uniforme del carico. Vedere le linee guida del Consortium on Spinal Cord Injury Medicine per informazioni supplementari.

Posizione Seduta su Sedie a Rotelle

1. Inviare i soggetti da un professionista per la valutazione della posizione seduta se tale necessità è inevitabile. (Forza dell'Evidenza = C)

2. Selezionare un cuscino che ridistribuisca efficacemente la pressione in modo da scaricarla dall'ulcera. (Forza dell'Evidenza = C)

3. Individualizzare la prescrizione di una sedia a rotelle e delle superfici di scarico per la posizione seduta e i dispositivi associati, per la postura e la redistribuzione della pressione. (Forza dell'Evidenza = C)

3.1. Considerare la dimensione e la configurazione del corpo per un'ottima selezione dei sistemi per la posizione seduta. (Forza dell'Evidenza = C)

3.2. Determinare gli effetti della postura e le deformità sulla distribuzione della pressione. (Forza dell'Evidenza = C)

3.3. Considerare la mobilità e le necessità dello stile di vita quando si selezionano le superfici di scarico. (Forza dell'Evidenza = C)

3.4. Selezionare e periodicamente rivalutare la sedia a rotelle e i sistemi per la seduta, in accordo ai principi antropometrici, ergonomici e funzionali individualizzati. (Forza dell'Evidenza = C)

Caratteristiche e Manutenzione della Sedia a rotelle e del Cuscino

1. Far sedere gli individui mielolesi con ulcere all'ischio su una superficie di supporto per lo scarico della pressione che fornisca un contorno sufficiente alla base d'appoggio, una distribuzione della pressione uniforme e un'alta immersione o scarico. (Forza dell'Evidenza = B)

2. Usare, con criterio, una superficie a pressione alternata per la sedia nei soggetti con ulcere da pressione esistenti. Pesare attentamente i benefici dello scarico della pressione contro la potenziale forza di taglio, basandosi sulla costruzione e funzionamento del cuscino. (Forza dell'Evidenza = C)

I dispositivi a pressione alternata per le sedie sono stati impiegati con successo in molti setting clinici; comunque, le risposte individuali alla fase delle alte pressioni possono variare. A causa del potenziale effetto delle forze di taglio, che si verifica tra le celle, l'effetto sull'individuo dovrebbe essere osservato attentamente.

3. Selezionare un fodera allungabile per il cuscino, che sia adatta alla superficie e capace di adattarsi ai contorni del corpo. (Forza dell'Evidenza = C)

4. Valutare il cuscino e la copertura per la dispersione del calore. Selezionare un cuscino e una fodera che permettano lo scambio dell'aria per minimizzare la temperatura e l'umidità sull'interfaccia delle natiche. (Forza dell'Evidenza = C)

5. Ispezionare e mantenere correttamente e a intervalli regolari, i sistemi della sedia a rotelle, per assicurare il corretto funzionamento e per soddisfare le necessità dell'individuo. (Forza dell'Evidenza = C)

6. Fornire un training completo ed accurato sull'uso e sulla manutenzione della sedia a rotelle e dei dispositivi a cuscino consegnati all'individuo. (Forza dell'Evidenza = C)

Attività Opzionali per gli Individui con Ulcere da Pressione su Superfici da Utilizzare sulla Sedia

- 1. Pesare rischi e benefici dei supporti per la posizione seduta, rispetto alla salute sia fisica che emotiva. (Forza dell'Evidenza = C)**
 - 2. Considerare periodi di riposo a letto per promuovere la guarigione delle ulcere ischiatiche e del sacro. (Forza dell'Evidenza = C)**
 - 3. Limitare il periodo in posizione seduta per gli individui mielolesi con ulcere ischiatiche, in accordo alla tolleranza cutanea e alla risposta dell'ulcera da pressione. (Forza dell'Evidenza = C)**
 - 4. Sviluppare un orario progressivo per la seduta, secondo la tolleranza individuale e la risposta dell'ulcera da pressione. (Forza dell'Evidenza = C)**
 - 5. Mantenere un corretto posizionamento e controllo posturale. (Forza dell'Evidenza = C)**
 - 5.1. Fornire un'adeguata inclinazione da seduti per prevenire lo scivolamento in avanti sulla sedia a rotelle, aggiustare il poggiatesta e i braccioli per mantenere una posa corretta e la redistribuzione della pressione. (Forza dell'Evidenza = C)**
 - 5.2. Evitare l'elevazione delle gambe se l'individuo non riesce ad allungare sufficientemente i bicipiti femorali. (Forza dell'Evidenza = il C)**
 - 6. Stabilire orari per lo scarico della pressione che indichi la frequenza e la durata del cambio del peso. (Forza dell'Evidenza = C)**
 - 6.1. Insegnare agli individui a “scaricare la pressione” o altre manovre per la scarico del peso adatte alle necessità. (Forza dell'Evidenza = C)**
 - 6.2. Usare posizioni variabili da seduti (basculazione della carrozzella, reclinata e in avanti) su carrozzelle manuali o alimentate, per redistribuire il carico sulla superficie di supporto. (Forza dell'Evidenza = C)**
 - 6.3. Identificare metodi ed educare gli individui allo scarico della pressione in base all'abilità dell'individuo. (Forza dell'Evidenza = C)**
 - 7. Usare un sollevatore tipo split-sling (sollevatore con seduta o con imbracatura) per trasferire un individuo in sedia a rotelle o sul lato della sedia quando il soggetto necessita di assistenza totale per il trasferimento. Rimuovere immediatamente la fascia dopo il trasferimento. (Forza dell'Evidenza = C)**
-

Individui Bariatrici (Obesi)

Selezione del Letto

1. Scegliere un letto appropriato per il soggetto al momento del ricovero. (Forza dell'Evidenza = C)

1.1. Usare letti che supportino il peso dell'individuo. (Forza dell'Evidenza = C)

1.2. Controllare il "bottoming out" (toccare il fondo) del materasso. (Forza dell'Evidenza = C)

1.3. Assicurarsi che la superficie del letto sia sufficientemente larga per permettere al soggetto di girarsi. (Forza dell'Evidenza = C)

1.4. Assicurarsi che l'ampiezza dell'individuo obeso non giunga alle sbarre del letto quando l'individuo è girato da un lato. (Forza dell'Evidenza = C)

2. Considerare di impiegare caratteristiche del letto che forniscano la fuoriuscita dell'aria dalla superficie della cute per facilitare l'evaporazione, se la pelle è eccessivamente umida. (Forza dell'Evidenza = C)

Selezione delle Attrezzature

1. Usare una sedia a rotelle e una sedia, larghe abbastanza per contenere la circonferenza dell'addome. (Forza dell'Evidenza = C)

2. Fornire girelli per obesi, trapezi sui letti e altre apparecchiature per supportare continuamente la mobilità e l'indipendenza. (Forza dell'Evidenza = C)

Valutazione e Posizionamento

1. Erogare adeguata assistenza per ispezionare completamente tutte le pieghe della pelle. (Forza dell'Evidenza = C)

- Le ulcere da pressione possono svilupparsi in un'unica localizzazione, come sotto le pieghe della cute e in zone dove i tubi e altre apparecchiature sono state compresse tra le pieghe della cute.
- Le ulcere da pressione si sviluppano sulle prominenze ossee, ma possono anche essere il risultato della pressione del tessuto tra le natiche e altre aree in cui il tessuto adiposo si concentra.

2. Evitare la pressione sulla pelle provocata dai tubi e da altre apparecchiature medicali. (Forza dell'Evidenza = C)

3. Usare cuscini o altre apparecchiature di posizionamento, per la scarico del pannicolo adiposo o delle altre grandi pieghe cutanee e prevenire la pressione della pelle-su-pelle. (Forza dell'Evidenza = C)

Cura dell'Ulcera da Pressione

1. Valutare attentamente le ulcere da pressione e cogliere segni di infezione e ritardo nella guarigione, più comuni negli individui obesi. (Forza dell'Evidenza = C)

2. Riempire le lesioni aperte con materiali da medicazione facendo molta attenzione a ridurre rischio di perdere le medicazioni nella ferita. Documentare il numero di medicazioni usate per il riempimento di grandi ferite ed assicurarsi che tutte le medicazioni vengano rimosse al cambio successivo. (Forza dell'Evidenza = C)

3. Fornire nutrizione adeguata a sostenere la guarigione. (Forza dell'Evidenza = C)

Gli individui obesi, nonostante la loro dimensione, possono non avere adeguati nutrienti per sostenere la guarigione delle ulcere da pressione. La perdita di peso può essere posticipata o modificata, per assicurarsi che vengano somministrati adeguati nutrienti per la guarigione (vedi sezione Nutrizione).

Detersione

1. Pulire l'ulcera da pressione e la cute circostante durante ogni cambio medicazione. (Forza dell'Evidenza = C)

1.1. Pulire con soluzione salina o normale acqua potabile (es., acqua da bere). (Forza dell'Evidenza = C)

1.2. Considerare di usare soluzioni detergenti con antimicrobici e/o surfactanti per pulire le ulcere da pressione, in presenza di frammenti, infezione confermata, sospetta o con presunti alti livelli di colonizzazione batterica. (Forza dell'Evidenza = C)

1.3. Pulire la cute circostante. (Forza dell'Evidenza = B)

2. Pulire l'ulcera da pressione usando una soluzione irrigatoria e applicare sufficiente pressione per pulire la ferita senza danneggiare il tessuto o introdurre batteri nella ferita. (Forza dell'Evidenza = C)

Generalmente, una pressione irrigatoria tra 4 e 15 libbre per pollice quadrato (PSI) dovrebbe essere adeguata a pulire la superficie dell'ulcera da pressione senza causare trauma al letto della ferita.

3. Gestire e smaltire in modo appropriato la soluzione irrigatoria usata per ridurre le infezioni crociate. (Forza dell'Evidenza = C)

Debridement

1. Effettuare il debridement del tessuto devitalizzato all'interno del letto della ferita o sul bordo dell'ulcera da pressione quando risulta appropriato alla condizione dell'individuo e coerente con le mete generali della cura. (Forza dell'Evidenza = C)

2. Selezionare i metodi di debridement più appropriati alle: condizioni dell'individuo; mete di cura; status dell'ulcera/periulcera; tipo, quantità e all'ubicazione del tessuto necrotico; setting di cura e all'accessibilità/capacità professionale. (Forza dell'Evidenza = C)

I potenziali metodi includono tecniche chirurgiche, autolitiche, enzimatiche, meccaniche e biologiche (terapie con le larve). Vedi la Linea Guida Clinico Pratica per la descrizione di ogni tecnica, così come le indicazioni e le controindicazioni.

3. Usare il debridement meccanico, autolitico, enzimatico e/o biologico quando non vi è un urgente bisogno clinico di drenare o rimuovere il tessuto necrotico. (Forza dell'Evidenza = C)

4. Compiere il debridement chirurgico in presenza di avanzata cellulite, crepitii, fluttuanza e/o sepsi secondaria ad infezione correlata all'ulcera. (Forza dell'Evidenza = C)

5. Il debridement chirurgico deve essere compiuto da personale specializzato ben formato, competente, qualificato e abilitato per legge, coerentemente con statuti legali e gli Ordini locali. (Forza dell'Evidenza = C)

6. Usare strumenti sterili per effettuare il debridement chirurgico. (Forza dell'Evidenza = C)

7. Usare il debridement chirurgico con cautela in presenza di: immunodeficienza, compromissione dello status vascolare all'arto o mancanza di copertura antibatterica nella sepsi sistemica. Le controindicazioni relative includono la terapia anticoagulante e i disordini della coagulazione. (Forza dell'Evidenza = C)

8. Inviare dal chirurgo per una valutazione tutti gli individui con ulcere da pressione di Categoria/Stadio III o IV con sottominature, tunnelizzazioni, tratti sinuosi e/o tessuto necrotico esteso che non può essere rimosso facilmente con altri metodi di debridement, in base alla condizione dell'individuo e alle mete di cura. (Forza dell'Evidenza = C)

9. Gestire il dolore associato al debridement. (Forza dell'Evidenza = C)

10. Compiere una valutazione vascolare completa prima del debridement nelle ulcere da pressione delle estremità inferiori (es., escludere l'insufficienza arteriosa). (Forza dell'Evidenza = C)

11. Non effettuare il debridement sull'escara stabile, dura, asciutta, su arti inferiori ischemici. (Forza dell'Evidenza = C)

11.1. Valutare giornalmente la ferita per eventuali segni di eritema, fragilità, edema, purulenza, fluttuanza, crepitio e/o cattivo odore (es., segni di infezione). (Forza dell'Evidenza = C)

11.2. Consultare urgentemente un chirurgo vascolare in presenza dei sintomi sopracitati. (Forza dell'Evidenza = C)

11.3. Effettuare un debridement urgente in presenza dei sintomi sopracitati coerentemente con i desideri del soggetto e le mete di cura. (Forza dell'Evidenza = C)

12. Compiere un debridement di mantenimento su un'ulcera da pressione cronica fino a che il letto della non ferita sia coperto da tessuto di granulazione e libero da tessuto necrotico. (Forza dell'Evidenza = C)

Medicazioni

Le medicazioni per la ferita sono una componente centrale della cura dell'ulcera da pressione. La selezione della medicazione dovrebbe essere basata sul tipo di tessuto presente nel letto dell'ulcera, dalla condizione della pelle perilesionale e dalle mete della persona con l'ulcera. Generalmente, l'ideale è il mantenimento di un ambiente umido sul letto della ferita, quando il letto dell'ulcera è pulito e granuleggiante, al fine di promuovere la guarigione o la chiusura. Sono disponibili molte medicazioni che trattengono l'umidità. Comunque, il tipo di medicazione può modificarsi nel tempo in base alla condizione dell'ulcera, sia che guarisca o peggiori. Vedere le linee guida Clinico Pratiche per una descrizione più completa di ogni tipo di medicazione, così come la discussione delle indicazioni e controindicazioni al loro uso.

Raccomandazioni Generali

1. Valutare le ulcere da pressione ad ogni cambio medicazione e confermare l'appropriatezza del regime di trattamento corrente. (Forza dell'Evidenza = C)

2. Seguire le raccomandazioni del produttore, specialmente riferendosi alla frequenza del cambio medicazione. (Forza dell'Evidenza = C)

3. Il piano di cura dovrebbe suggerire il tempo di permanenza della medicazione e contenere un piano provvisorio per il cambio medicazione quando necessario (per la famiglia, l'individuo e il personale) in base al grado di contaminazione, al distacco, ecc. (Forza dell'Evidenza = C)

4. Scegliere una medicazione che mantenga il letto della ferita umido. (Forza dell'Evidenza = C)

5. Scegliere una medicazione che resti a contatto con il letto della ferita o dei prodotti barriera per la pelle, al fine di mantenere la cute perilesionale asciutta e prevenire la macerazione. (Forza dell'Evidenza = C)

Medicazioni Idrocolloidal

1. Usare medicazioni idrocolloidal per ulcere da pressione pulite di Categoria/Stadio II sulle aree del corpo in cui non si arrotondano o scioglieranno. (Forza dell'Evidenza = B)

2. Considerare di usare gli idrocolloidi su ulcere da pressione non infette e poco profonde di III stadio. (Forza dell'Evidenza = B)

3. Cambiare l'idrocolloide se le feci penetrano sotto la medicazione. (Forza dell'Evidenza = C)

4. Considerare di usare medicazioni cavitare sotto gli idrocolloidi in ulcere profonde per riempire lo spazio morto. (Forza dell'Evidenza = B)

5. Considerare di usare gli idrocolloidi per proteggere le aree del corpo a rischio di danno da attrito o da nastro. (Forza dell'Evidenza = C)

6. Rimuovere con cautela le medicazioni idrocolloidal su pelle fragile per ridurre i traumi. (Forza dell'Evidenza = B)

Medicazioni con Film Trasparenti

1. Considerare di usare i film per proteggere le aree del corpo a rischio di danno da attrito o rischio di danno da nastro. (Forza dell'Evidenza = C)

2. Considerare di usare i film per il debridement autolitico quando l'individuo non è immunocompromesso. (Forza dell'Evidenza = C)

3. Considerare di usare i film come medicazione secondaria per ulcere trattate con alginati o altri riempitivi per ferita, che rimarranno probabilmente nel letto dell'ulcera un periodo esteso di tempo (es., 3-5 giorni). (Forza dell'Evidenza = C)

4. Rimuovere con cautela i film su pelle fragile per ridurre i traumi cutanei. (Forza dell'Evidenza = C)

5. Non usare i film come strato di interfaccia tessutale su ulcere abbondantemente essudanti. (Forza dell'Evidenza = C)

6. Non usare film come copertura nel debridement a base di agenti enzimatici, gels o unguenti. (Forza dell'Evidenza = C)

Medicazioni a base di Idrogel

- 1. Considerare l'uso di medicazioni a base di idrogel su ulcere da pressione poco profonde, minimamente essudanti. (Forza dell'Evidenza = B)**
- 2. Considerare l'uso di medicazioni a base di idrogel per il trattamento di ulcere con letto di ferita asciutto, in maniera che il gel possa inumidire il letto della lesione. (Forza dell'Evidenza = C)**
- 3. Considerare l'uso di medicazioni a base di idrogel per ulcere da pressione dolorose. (Forza dell'Evidenza = C)**
- 4. Considerare l'uso di medicazioni a base di fogli di idrogel amorfo per le ulcere da pressione senza profondità e contorno e/o su aree del corpo a rischio di migrazione della medicazione. (Forza dell'Evidenza = C)**
- 5. Considerare l'uso di medicazioni a base di fogli di idrogel amorfo su ulcere da pressione con profondità e contorni e/o su aree del corpo che sono a rischio di migrazione della medicazione. (Forza dell'Evidenza = C)**
- 6. Considerare l'uso di medicazioni a base di idrogel amorfo per ulcere da pressione che non sono infette e stanno granuleggiando. (Forza dell'Evidenza = B)**

Medicazione a base di Alginati

- 1. Considerare le medicazioni a base di alginati per il trattamento delle ulcere moderatamente e fortemente essudanti. (Forza dell'Evidenza = B)**
- 2. Considerare le medicazioni a base di alginati sulle ulcere da pressione infette quando vi è un corretto trattamento concomitante per l'infezione. (Forza dell'Evidenza = C)**
- 3. Rimuovere dolcemente la medicazione a base di alginato, prima irrigarla se necessario per facilitare la rimozione. (Forza dell'Evidenza = C)**
- 4. Considerare di allungare l'intervallo del cambio medicazione o il tipo di medicazione se l'alginato è ancora asciutto al momento della rimozione programmata della medicazione. (Forza dell'Evidenza = C)**

Schiume

- 1. Considerare di usare medicazioni di schiuma su ulcere da pressione essudanti di Categoria/Stadio II e su lesioni poco profonde di Categoria/Stadio III. (Forza dell'Evidenza = B)**
 - 2. Evitare di usare singoli piccoli pezzi di schiuma in ulcere cavitari essudanti. (Forza dell'Evidenza = C)**
 - 3. Considerare di usare medicazioni di schiuma su ulcere da pressione dolorose. (Forza dell'Evidenza = C)**
-

4. Considerare di porre medicazioni di schiuma su aree del corpo ed ulcere da pressione a rischio di danni da forze di taglio. (Forza dell'Evidenza = B)

Medicazioni con Membrane Polimeriche

5. Considerare di usare medicazioni con membrane polimeriche per ulcere da pressione di Categoria/Stadio II e Categoria/Stadio III poco profonde. (Forza dell'Evidenza = C)

Medicazioni impregnate d'argento

1. Considerare di usare medicazioni all'argento per le ulcere da pressione che sono infette o fortemente colonizzate. (Forza dell'Evidenza = B)

2. Considerare di usare medicazioni all'argento per le ulcere ad alto rischio di infezione. (Forza dell'Evidenza = B)

3. Evitare l'uso prolungato di medicazioni all'argento; cessare quando l'infezione è controllata. (Forza dell'Evidenza = C)

4. Considerare l'uso di sulfadiazina d'argento (Silvadene®) su ulcere da pressione molto contaminate o infette finché il debridement definitivo non è portato a termine. (Forza dell'Evidenza = C)

Medicazioni impregnate di miele

Considerare l'uso di medicazioni impregnate con miele medical-grade per il trattamento delle ulcere da pressione di Categoria/Stadio II e III. (Forza dell'Evidenza = C)

Medicazioni con Cadexomero Iodico

1. Considerare l'uso del cadexomero Iodico in ulcere da pressione da moderatamente a estremamente essudanti. (Forza dell'Evidenza = C)

2. Evitare l'uso di iodio cadexomero in individui con sensibilità allo iodio e in coloro che hanno disturbi tiroidei. (Forza dell'Evidenza = C)

3. Evitare l'uso di iodio cadexomero su ulcere con grandi-cavità che richiedono frequenti (quotidiani) cambi di medicazione. (Forza dell'Evidenza = C)

Medicazioni con Garza

1. Evitare l'uso di medicazioni a base di garze per le ulcere da pressione pulite, aperte; perché molto impegnative nell'uso a causa del dolore che si provoca quando vengono rimosse se asciutte e perché conducono all'essiccamento del tessuto vitale quando si asciugano. (Forza dell'Evidenza = C)

2. Quando non sono disponibili altre medicazioni che trattengono l'umidità, è preferibile una garza umida piuttosto che una secca. (Forza dell'Evidenza = C)

- 3. Usare le garze come medicazione secondaria per ridurre l'evaporazione quando lo strato interfaccia del tessuto è umido. (Forza dell'Evidenza = C)**
- 4. Usare garze sciolte per le ulcere estremamente essudanti; usare garze a maglia stretta per ulcere minimamente essudanti. (Forza dell'Evidenza = C)**
- 5. Quando non sono disponibili altre forme di medicazioni che trattengono l'umidità, le ulcere con difetti del tessuto molto esteso e spazio morto dovrebbero essere riempite con garze sciolte, impregnate di soluzione salina, piuttosto che con garze a pacco al fine di evitare la creazione di pressioni sul letto della ferita. (Forza dell'Evidenza = C)**
- 6. Cambiare frequentemente la garza per promuovere l'assorbimento dell'essudato. (Forza dell'Evidenza = C)**
- 7. Usare un solo strip/rotolo di garza per riempire le ulcere profonde; non usare multipli strati di garze, perché queste ultime trattenute nel letto dell'ulcera possono essere una fonte di infezione. (Forza dell'Evidenza = C)**
- 8. Considerare di impiegare forme di garze impregnate per prevenire l'evaporazione dell'umidità dalle medicazioni con garze continuamente umide. (Forza dell'Evidenza = C)**

La pratica varia largamente in relazione alle medicazioni con garza. L'aumento delle percentuali d'infezione, le particelle di medicazioni trattenute e il dolore, hanno condotto i professionisti in alcune regioni del mondo ad evitare l'uso delle garze per le medicazioni delle ferite croniche, come le ulcere da pressione a favore delle medicazioni avanzate. Le garze oggi sono poco impiegate e sono principalmente usate in ambito chirurgico. A causa del bisogno frequente di sostituzioni, si sono dimostrate costose in ambito sanitario. Comunque, le altre medicazioni topiche disponibili, sono costose e non sempre sono presenti nel formulario; perciò, l'uso di garze impregnate di soluzione salina o inumidite per proteggere la ferita, sono preferibili in modo da evitare all'ulcera di asciugarsi.

Medicazioni al Silicone

- 1. Considerare di usare medicazioni al silicone come strato di contatto con la ferita, per promuovere la sostituzione atraumatica della medicazione. (Forza dell'Evidenza = B)**
- 2. Considerare di usare medicazioni in silicone per prevenire il danno del tessuto quando l'ulcera o la cute perilesionale è fragile o friabile. (Forza dell'Evidenza = B)**

Medicazioni con Matrice di Collagene

Considerare di usare medicazioni con matrice di collagene per le ulcere da pressione di Categoria/Staio III e IV che non guariscono. (Forza dell'Evidenza = C)

Medicazioni Composite

Molti dei tipi di medicazioni elencate sono fabbricate in combinazioni. Vedere le asserzioni sui componenti individuali quando si considera l'uso dei compositi.

Valutazione e Trattamento delle Infezioni

I batteri sono presenti su tutta la superficie della cute. Quando la difesa primaria fornita dalla cute intatta è danneggiata i batteri risiedono anche sulla superficie delle lesioni. Quando i batteri (numero o virulenza) causano disturbi al corpo, è presente l'infezione. Un ospite compromesso ha una ridotta abilità a combattere i batteri. Il numero di batteri ed il loro effetto sull'ospite può essere catalogato come: contaminazione, colonizzazione, colonizzazione critica o infezione. L'infezione non è comune nelle ulcere di Categoria/Stadio I o II, e la valutazione dell'infezione dovrebbe concentrarsi sulla Categoria/Stadio III e IV delle ulcere. L'infezione può spargersi oltre l'ulcera da pressione, dando luogo a gravi infezioni sistemiche come: cellulite, fasciti, osteomieliti, sindrome da risposta infiammatoria sistemica (SIRS), o sepsi. Per evitare queste gravi conseguenze, il professionista dovrebbe concentrarsi sull'identificazione degli individui ad alto rischio, sulla prevenzione, sulla rapida individuazione e sul pronto ed efficace trattamento dell'infezione nell'ulcera.

Considerazione di Sistema

Seguire le politiche locali per il controllo dell'infezione, per la prevenzione dell'autocontaminazione e le infezioni crociate negli individui con ulcere da pressione. (Forza dell'Evidenza = C)

Valutazione degli Individui Ad alto Rischio e delle Ulcere da Pressione

1. Sospettare con molta probabilità l'infezione nelle ulcere da pressione in presenza di tessuto necrotico o di corpi estranei; se sono preesistono da molto tempo; se sono di grandi dimensioni o profonde e/o se sono verosimilmente contaminate in modo ripetuto (es., vicino all'ano). (Forza dell'Evidenza = C)

2. Sospettare con molta probabilità la presenza di infezioni locali nelle ulcere da pressione in individui con diabete mellito, sottanutrizione proteico-calorica, ipossia o scarsa perfusione tissutale, malattie autoimmuni o immunosoppressione. (Forza dell'Evidenza = B)

3. Sospettare con molta probabilità la presenza di infezioni locali nelle ulcere da pressione quando non ci sono segnali di guarigione entro 2 settimane o quando il tessuto di granulazione è friabile, ha un cattivo odore, il dolore è aumentato nell'ulcera, è aumentato il calore nel tessuto attorno all'ulcera, è aumentata la quantità di secrezioni dalla ferita, si manifesta una alterazione nella natura delle secrezioni dalla ferita (es., produzione ex novo

di secrezioni insanguinate, secrezioni sono purulente), il tessuto necrotico aumenta nel letto della ferita, è presente un tessuto con tasche o a ponte. (Forza dell'Evidenza = B)

Diagnosi

1. Considerare la diagnosi di infezione acuta diffusa se l'ulcera da pressione ha segni di infezione acuta, come un eritema che si estende dall'orlo dell'ulcera, indurimento, aumentato o nuovo dolore, calore o secrezioni purulente. L'ulcera con infezione acuta può aumentare anche nella dimensione o può avere crepitii, fluttuanza o alterazione del colore nella pelle circostante. L'individuo può anche avere segni sistematici di infezione come febbre, malessere linfonoadenopatia. Gli individui anziani possono sviluppare confusione/delirio ed anoressia. (Forza dell'Evidenza = C)

2. Determinare il carico batterico dell'ulcera da pressione con la biopsia del tessuto o mediante la tecnica quantitativa. (Forza dell'Evidenza = B)

Il gold standard per esaminare la carica microbica è la cultura quantitativa del tessuto vitale della ferita. I tamponi superficiali riveleranno solamente l'organismo che colonizza la ferita senza mai riflettere l'infezione del tessuto profondo. Un'alternativa accettabile alla cultura quantitativa del tessuto è la tecnica quantitativa del tampone di Levine:

- Pulire la ferita con normale soluzione salina. Asciugare con garza sterile.
- Effettuare la cultura del tessuto sano che si vede nel letto della ferita.
- Non effettuare la coltura sull'essudato, pus, escara o tessuto molto fibroso.
- Ruotare la porzione terminale di un applicatore fornito di punta sterile con aginato sull'area di 1 cm x 1 cm per 5 secondi.
- Applicare una pressione sufficiente al tampone per provocare la fuoriuscita del fluido dal tessuto.
- Usare una tecnica sterile per rompere la punta del tampone in un dispositivo di raccolta designato alla coltura quantitativa.

3. Considerare una diagnosi di infezione in un'ulcera da pressione se i risultati della cultura indicano una carica batterica $> 10^5$ CFU/g del tessuto e/o la presenza di streptococco betaemolitico. (Forza dell'Evidenza = B)

Gestione

1. Ottimizzare la risposta dell'ospite. (Forza dell'Evidenza = C)

2. Prevenire la contaminazione dell'ulcera da pressione. (Forza dell'Evidenza = il C)

3. Ridurre la carica batterica nell'ulcera da pressione (vedi raccomandazioni sulla detersione e il debridement). (Forza dell'Evidenza = C)

Il tessuto necrotico e lo slough promuovono la crescita batterica (vedi sezioni su debridement, detersione e gestione chirurgica). La pulizia rimuove i frammenti e i batteri planctonici (liberi). Il debridement è anche richiesto per la rimozione dello slough aderente e dell'escara, così come i biofilms). Una volta rimosso, i biofilms

tendono a svilupparsi nuovamente. Gli Antimicrobici possono aiutare a rallentare la percentuale di ricostruzione dei biofilm. È necessaria una ricerca supplementare per spiegare la pratica migliore per diagnosticare e gestire i biofilms nelle ulcere da pressione e nelle altre ferite croniche.

4. Considerare l'uso di antisettici topici, propriamente diluiti e adeguati per le ulcere da pressione. Gli antisettici dovrebbero essere usati per un tempo limitato per controllare la carica batterica, pulire l'ulcera e ridurre l'infiammazione circostante. Il professionista dovrebbe essere bene informato circa le diluizioni corrette, così come i rischi di tossicità e reazioni avverse. (Forza dell'Evidenza = C) Vedi Linea Guida Clinico Pratica per supplementari dettagli.

5. Considerare l'uso di antisettici topici per le ulcere da pressione in cui non ci si aspetta una guarigione e che sono criticamente colonizzate. (Forza dell'Evidenza = C)

6. Considerare l'uso di antisettici topici all'argento o medicazioni con miele medical-grade per ulcere da pressione infette con organismi multipli, poiché queste medicazioni offrono una larga copertura antimicrobica. Comunque, prima di applicare una medicazione con miele, assicurarsi che l'individuo non sia allergico al miele, ai prodotti delle api o al pungiglione dell'ape. (Forza dell'Evidenza = C)

7. Limitare l'uso di antibiotici topici su ulcere da pressione infette, eccetto in situazioni speciali. (Forza dell'Evidenza = C)

In generale, gli antibiotici topici non sono raccomandati per le ulcere da pressione. Le ragioni di questa indicazione includono: l'inadeguata penetrazione nelle infezioni cutanee profonde, lo sviluppo di resistenza antibiotica, le reazioni di ipersensibilità, l'assorbimento sistemico quando applicati su grandi ferite ed effetti irritanti locali, tutti aspetti che possono condurre a ulteriore ritardo nella guarigione della ferita. Comunque, brevi periodi con la sulfadiazina argentea, soluzioni antibiotiche topiche o metronidazolo topico, possono essere utili in certe circostanze—per esempio, su ferite che sono state sbrigliate e pulite ma hanno ancora una carica batterica di $>10^5$ CFU/g del tessuto e/o la presenza di streptococchi betaemolitici. Il metronidazolo topico può essere usato per il trattamento di ulcere maleodoranti in ferite con funghi o ferite con infezioni anaerobiche.

8. Usare antibiotici sistemici per i soggetti con clinica evidenza di infezione sistemica, in caso di emocolture positive, cellulite, fasciti, osteomieliti, sindrome da risposta infiammatoria sistemica (SIRS) o sepsi, se coerente con le mete dell'individuo. (Forza dell'Evidenza = C)

9. Drenare gli ascessi locali. (Forza dell'Evidenza = C)

10. Valutare l'individuo per possibili osteomieliti se l'osso è esposto, l'osso si apprezza ed è ruvido o molle, l'ulcera non è guarita con la precedente terapia. (Forza dell'Evidenza = C)

Agenti Biofisici nella Gestione delle Ulcere da Pressione

Sono state studiate molte forme di energia nella gestione delle ulcere da pressione. Tra le principali ricordiamo: l'energia acustica, la meccanica e la cinetica, così come l'energia ricavata dallo spettro elettromagnetico (EMS). Le radiazioni infrarosse (termiche), i raggi ultravioletti (luce invisibile) e il laser (luce monocromatica) fanno tutte parte del EMS così come la stimolazione elettrica/elettromagnetica. Gli agenti biofisici possono essere usati per erogare specifiche sostanze di trattamento nel letto della ferita.

Tutte queste energie biofisiche dovrebbero essere applicate sotto gli auspici della legislazione del governo, per le apparecchiature mediche adatte alla salute dell'individuo e alla condizione della ferita. L'uso di agenti biofisici dovrebbe essere di pertinenza/gestione di un professionista autorizzato e specializzato, appositamente istruito sulla sicurezza e sull'efficacia dei metodi e sulla scelta del candidato adatto, sul metodo di applicazione e monitoraggio degli effetti positivi e negativi. Fare riferimento alla linea guida di Pratica Clinica per una guida addizionale ed una discussione della ricerca a supporto.

Stimolazione elettrica

Considerare l'uso della stimolazione elettrica (ES) a contatto diretto (capacitativa) nella gestione delle ulcere da pressione di Categoria/Stadio II ricalcitranti, così come di Categoria/Stadio III e IV, per facilitare la guarigione della ferita. (Forza dell'Evidenza = A)

Agenti elettromagnetici

Considerare l'uso del campo elettromagnetico pulsato (PEMF) per il trattamento delle ulcere da pressione ricalcitranti di Categoria/Stadio II, III, e IV. (Forza dell'Evidenza = C)

Fototerapia (Laser, Infrarosso, Ultravioletto)

Terapia ad infrarossi

Vi sono insufficienti evidenze in ricerca sulle ulcere da pressione a altri tipi di lesioni croniche per raccomandare l'uso della terapia ad infrarossi nel trattamento delle ulcere.

Laser

Vi sono insufficienti evidenze in ricerca sulle ulcere da pressione a altri tipi di lesioni croniche per raccomandare l'uso della terapia con il laser nel trattamento delle ulcere.

Fototerapia ultravioletta

1. Considerare l'applicazione a breve termine di luce ultravioletta C (UVC) se le terapie tradizionali hanno fallito. (Forza dell'Evidenza = C)

Questa raccomandazione è basata fondamentalmente sull'opinione degli esperti. L'evidenza è inconcludente.

2. Considerare la luce ultravioletta come una terapia aggiuntiva per ridurre la carica batterica nelle ulcere da pressione pulite di Categoria/Stadio III e IV, ma criticamente colonizzate. (Forza dell'Evidenza = C)

Questa raccomandazione è basata fondamentalmente sull'opinione degli esperti. L'evidenza è inconcludente.

La luce ultravioletta può essere considerata come una terapia aggiuntiva; ma non dovrebbe essere invece usata al posto di altre terapie raccomandate per ridurre la carica batterica (Vedi sezione sull'Infezione).

Energia acustica (Ultrasuono)

1. Considerare l'uso di ultrasuoni spray (NCLFUS) a bassa-frequenza non a contatto (40 kHz) per il trattamento delle ulcere da pressione recalcitranti e pulite di Categoria/Stadio III e IV. (Forza dell'Evidenza = C)

Questa raccomandazione è basata fondamentalmente sull'opinione degli esperti. Non ci sono studi sulle ulcere da pressione. Nei reports di studi di altri tipi di ferite croniche si mescolano i risultati e gli effetti avversi.

2. Considerare l'uso degli ultrasuoni a bassa-frequenza (22.5, 25 35 kHz) per il debridement del tessuto necrotico molle (non escara). (Forza dell'Evidenza = C)

Questa raccomandazione è basata sull'opinione degli esperti.

3. Considerare l'uso di ultrasuoni ad alta-frequenza (MHz) come un'aggiunta nel trattamento delle ulcere da pressione infette. (Forza dell'Evidenza = C)

Questa raccomandazione è basata fondamentalmente sull'opinione degli esperti. L'evidenza è inconcludente.

Gli ultrasuoni ad alta frequenza possono essere considerati come una terapia aggiuntiva; ma non dovrebbero essere usati invece di altre terapie raccomandate per ridurre la carica batterica (veda sezione sull'Infezione).

Terapia con Pressione Negativa per la Cura delle Ferite (Negative Pressure Wound Therapy)

1. Considerare la NPWT come un rapido adiuvante per il trattamento di ulcere da pressione profonde di Categoria/Stadio III e IV. (Forza dell'Evidenza = B)

2. Sbrigliare (effettuare il debridement) l'ulcera da pressione dal tessuto necrotico prima dell'uso della NPWT. (Forza dell'Evidenza = C)

3. Seguire un regime sicuro nell'applicazione e rimozione del sistema NPWT. (Forza dell'Evidenza = C) Vedere la Linea guida Pratico Clinica e le istruzioni del produttore per ulteriori dettagli.

4. Valutare l'ulcera da pressione ad ogni ogni cambio medicazione. (Forza dell'Evidenza = C)

5. Se viene riferito dolore, considerare di porre una medicazione non aderente sull'interfaccia del letto della ferita, abbassare il livello della pressione, e/o cambiare il tipo di pressione (continua o intermittente). (Forza dell'Evidenza = C)

6. Istruire l'individuo e la famiglia sull'uso della NPWT quando usata nel setting domestico. (Forza dell'Evidenza = C)

Idroterapia: Vortice (Whirlpool) e Lavaggio Pulsante con Suzione

Vortice (Whirlpool)

1. Considerare la terapia con vortice come un'aggiunta per la pulizia della ferita e per facilitare la guarigione. (Forza dell'Evidenza = C)

2. Considerare la terapia con vortice per ridurre la carica batterico della ferita e l'infezione. (Forza dell'Evidenza = C)

Lavaggio Pulsatile con Suzione

Considerare la terapia al lavaggio pulsatile con suzione per la pulizia della ferita e il debridement. (Forza dell'Evidenza = C)

Questa raccomandazione è basata principalmente sull'opinione degli esperti.

Ossigeno per il Trattamento delle Ferite Croniche

Ossigeno Terapia Iperbarica

C'è un'insufficiente evidenza per raccomandare l'ossigeno terapia iperbarica per il trattamento delle ulcere da pressione.

Ossigeno Terapia Topica

Vi sono insufficienti evidenze per raccomandare l'ossigeno topico per il trattamento delle ulcere da pressione.

Medicazioni Biologiche per il Trattamento delle Ulcere da Pressione

Vi sono insufficienti evidenze per sostenere l'uso di medicazioni biologiche nel trattamento delle ulcere da pressione. Vi è comunque, l'evidenza che l'uso di medicazioni biologiche nel trattamento delle ulcere del piede diabetico (neurotrofico) determina un maggior percentuale di guarigione comparata al gruppo di controllo.

Fattori di crescita per il Trattamento delle Ulcere da Pressione

L'evidenza clinica combinata, sul fattore di crescita piastrinico derivato (PDGF) suggerisce che il PDGF-BB può migliorare la guarigione delle ulcere da pressione. Comunque, l'evidenza non è sufficiente per raccomandare questo trattamento nell'uso routinario. (Forza dell'Evidenza = B)

Chirurgia per le Ulcere da Pressione

Queste raccomandazioni si concentrano sulla cura preoperatoria, intraoperatoria e postoperatoria. Non si concentrano su specifiche tecniche chirurgiche; queste decisioni sono lasciate ad un chirurgo esperto che ha una comprensione delle necessità uniche del paziente.

Raccomandazioni Pre-operatorie

- 1. Valutare la necessità di una consulenza chirurgica per la riparazione, in individui portatori di ulcere da pressione di Categoria/Stadio III o IV che non si riparano con il trattamento conservativo o per gli individui che desiderano una guarigione più rapida. (Forza dell'Evidenza = C)**
- 2. Valutare le preferenze di fine-di-vita dell'individuo se si prevede di intervenire chirurgicamente. (Forza dell'Evidenza = C)**
- 3. Richiedere una consulenza chirurgica per un possibile drenaggio urgente e/o debridement se l'ulcera da pressione ha un avanzato stato di cellulite o si sospetta la sepsi. (Forza dell'Evidenza = C)**
- 4. Prima della chirurgia, ottimizzare i fattori fisici che possono danneggiare la guarigione della ferita. (Forza dell'Evidenza = C)**
- 5. Prima della chirurgia, ottimizzare i fattori psicosociali che spesso danneggiano la guarigione della ferita. (Forza dell'Evidenza = B)**
- 6. Valutare la presenza di osteomielite; in caso di positività all'indagine, l'osso infetto deve essere resecato prima o durante la chiusura chirurgica. (Forza dell'Evidenza = B)**

Raccomandazioni di Intra-operatorie

- 1. Posizionare l'individuo sulla tavola operatoria facendo attenzione a proteggere i punti di pressione e le vie aeree. (Forza dell'Evidenza = C)**
 - 2. Asportare l'ulcera, inclusa la cute anormale, il tessuto necrotico e di granulazione, i tratti sinuosi, la borsa e l'osso coinvolto, fino a che è possibile per consentire la chiusura chirurgica. (Forza dell'Evidenza = C)**
 - 3. Utilizzare lembi con tessuti composti per migliorare la durata nel tempo. Quando possibile, scegliere un lembo che non violi i territori adiacenti per**
-

preservare in futuro la possibilità di effettuare un altro intervento. (Forza dell'Evidenza = C)

4. Usare un lembo più grande possibile, ponendo la linea di sutura lontana da un'area di pressione diretta. Minimizzare la tensione sulle incisioni al momento della chiusura. Considerare la possibile perdita funzionale e il bisogno di riabilitazione, specialmente negli individui che deambulano. (Forza dell'Evidenza = C)

5. Trasferire l'individuo dalla tavola operatoria sopra il letto con adeguati aiuti per evitare la rottura del lembo. (Forza dell'Evidenza = C)

Raccomandazioni post-operatorie

1. Mantenere l'individuo su un sistema intensivo per la redistribuzione della pressione che riduca le forze di taglio e la pressione in sede operativa, limiti la tensione sull'incisione e controlli il microclima. Non elevare la testa del letto o trasportare la persona dal letto senza esplicita approvazione del chirurgo. (Forza dell'Evidenza = C)

2. Proteggere il lembo dalla pressione e dalle forze tangenziali consentendo un buon approvvigionamento di sangue. (Forza dell'Evidenza = C)

3. Monitorizzare i segni di danneggiamento del lembo e confrontarsi immediatamente con il chirurgo. (Forza dell'Evidenza = C) Vedi Linea Guida Pratico Clinica per dettagli supplementari.

4. Monitorare l'essudato dal drenaggio della ferita e assicurarsi che i tubi non siano annodati od ostacolati. (Forza dell'Evidenza = C)

5. Prevenire i danni dell'immobilità. (Forza dell'Evidenza = C)

6. Girare l'individuo con un telo ad alto scorrimento per prevenire nuove ulcere da pressione. (Forza dell'Evidenza = C)

7. Iniziare un programma progressivo di sedute in base agli ordini del chirurgo. (Forza dell'Evidenza = C)

Quando viene concesso il peso in sede operatoria, esso dovrebbe essere graduato e progressivo. Il tempo di seduta dovrebbe aumentare in durata se non è presente eritema sulle aree che sopportano il carico. La tolleranza cutanea alla pressione sul luogo della ferita dovrebbe essere valutata dopo ogni periodo trascorso in posizione seduta.

8. Posizionare l'individuo solo su un cuscino per sedia che ridistribuisca la pressione quando i soggetti sono seduti su una sedia. (Forza dell'Evidenza = C)

Vedi informazioni sulle Superfici di Scarico per il Trattamento delle Ulcere da Pressione, sezione: selezione della sedia a rotelle.

9. Vestire l'individuo con un abbigliamento adatto per prevenire danni al lembo, quando si usano tavole a scivolo. (Forza dell'Evidenza = C)

I vestiti per il ricovero in ospedale, aperti nella schiena, permettono alla cute delle cosce e delle natiche di strisciare su apparecchiature di trasferimento o tavole a scivolo. Gli individui dovrebbero essere vestiti adeguatamente per proteggere la cute durante i trasferimenti. I vestiti che possiedono chiusure lampo, bottoni o ferretti non dovrebbero essere usati sul sito chirurgico o sui punti di pressione.

10. Verificare la presenza di una rete sociale a domicilio prima di dimettere l'individuo dall'ospedale. (Forza dell'Evidenza = B)**11. Verificare che l'individuo abbia necessarie abilità per procurarsi e gestire l'attrezzatura adatta e sia in grado di aderire alle necessità post-operatorie dopo l'intervento. (Forza dell'Evidenza = C)**

Gestione delle Ulcere da Pressione di Soggetti in Cure Palliative

Valutazione del Paziente e del Rischio

1. Effettuare una valutazione completo dell'individuo. (Forza dell'Evidenza = C)

2. Valutare il rischio di sviluppo di nuove ulcere da pressione, con cadenza regolare, usando un approccio strutturato e costante che includa uno strumento convalidato per la valutazione del rischio ed una stima completa della cute, completare l'indagine usando il giudizio clinico basato sulle conoscenze dei fattori chiave del rischio (Vedi Sezione sulla Valutazione del Rischio). (Forza dell'Evidenza = C)

2.1. Usare uno strumento di screening generale come la Scala di Braden, la Scala di Norton, la Scala di Waterlow, di Braden Q (per pazienti pediatrici), o altri strumenti adatti all'età in associazione al giudizio clinico. (Forza dell'Evidenza = C)

2.2. Usare il Marie Curie Centre Hunters Hill Risk Assessment Tool, specifico per gli individui in cure palliative, in associazione al giudizio clinico, nel un soggetto adulto. (Forza dell'Evidenza = C)

Redistribuzione della Pressione

1. Riposizionare e girare l'individuo ad intervalli periodici, in accordo ai desideri dell'individuo e alla tolleranza. (Forza dell'Evidenza = C)

1.1. Stabilire un orario flessibile di riposizionamento basato sulle preferenze e la tolleranza dell'individuo e sulle caratteristiche della

superficie di scarico per la redistribuzione della pressione. (Forza dell'Evidenza = C)

1.2. Effettuare una premedicazione 20 - 30 minuti prima di cambiare la posizione programmata, per gli individui che manifestano dolore significativo durante il movimento. (Forza dell'Evidenza = C)

1.3. Rispettare le scelte dell'individuo nel girarlo, considerando se ha una "posizione di comfort" dopo avere spiegato la base razionale del riposizionamento. (Forza dell'Evidenza = C)

1.4. Il comfort è d'importanza primaria e può sostituire la prevenzione e la cura della ferita negli individui che stanno morendo o che sono in condizioni potenzialmente mortali e mantengono una sola posizione comoda (comfort). (Forza dell'Evidenza = C)

1.5. Considerare di sostituire la superficie di scarico per migliorare la redistribuzione della pressione e il comfort. (Forza dell'Evidenza = C)

1.6. Sforzarsi di riposizionare almeno ogni 4 ore un soggetto in cure palliative che staziona su un materasso per la redistribuzione della pressione di tipo viscoelastico in schiuma o ogni 2 ore su un materasso normale. (Forza dell'Evidenza = B)

1.7. Individualizzare gli orari in cui si gira e riposiziona il paziente, assicurandosi che siano costanti con le mete e i desideri dell'individuo, lo status clinico corrente, la combinazione delle condizioni di co-morbilità, in base alla fattibilità medica. (Forza dell'Evidenza = C)

1.8. Documentare il riposizionamento, così come i fattori che influenzano tali decisioni (es., desiderio individuale o necessità mediche). (Forza dell'Evidenza = C)

2. Considerare i seguenti fattori nel riposizionamento:

2.1. Proteggere il sacro, i gomiti ed i grandi trocanteri, poiché particolarmente vulnerabili alla pressione. (Forza dell'Evidenza = C)

2.2. Utilizzare dispositivi per il posizionamento, come schiume o cuscini, quando necessario a prevenire il contatto diretto delle prominenze ossee, ed evitare di porre il soggetto sdraiato direttamente sull'ulcera da pressione (a meno che questa sia la posizione di minor disagio, per preferenza individuale). (Forza dell'Evidenza = C)

2.3. Usare protettori per il tallone e/o sospendere su un cuscino o su una coperta piegata, la gamba per tutta la sua lunghezza al fine di mantenere "a galla" i talloni. (Forza dell'Evidenza = C)

2.4. Usare un cuscino per sedia che ridistribuisca la pressione sulle prominente ossee ed aumenti il comfort per il soggetto che è seduto. (Forza dell'Evidenza = C)

Nutrizione ed Idratazione

1. Sforzarsi di mantenere una nutrizione ed idratazione adeguata compatibilmente con la condizione e i desideri dell'individuo. Un adeguato supporto nutrizionale spesso non è raggiungibile quando l'individuo è incapace o rifiuta di alimentarsi. (Forza dell'Evidenza = C)

2. Permettere all'individuo di ingerire liquidi e cibi preferiti. (Forza dell'Evidenza = C)

3. Fornire molti piccoli pasti al giorno. (Forza dell'Evidenza = C)

4. Fornire supplementi nutritivi di proteine quando la guarigione dell'ulcera è la meta del trattamento. (Forza dell'Evidenza = C)

Cura della Cute

1. Mantenere il più possibile l'integrità cutanea. (Forza dell'Evidenza = C)

1.1. Applicare emollienti cutanei secondo le indicazioni del produttore per mantenere un'adeguata umidità cutanea e prevenire la secchezza. (Forza dell'Evidenza = C)

1.2. Minimizzare i potenziali effetti collaterali dell'incontinenza sulla cute. Vedi Sezione sulla prevenzione.

Cura dell'Ulcera da Pressione

La gestione del dolore, il controllo dell'odore e il controllo dell'essudato sono gli aspetti centrali della cura delle ulcere da pressione, che tendono ad essere più vicini al supporto nel comfort dell'individuo.

1. Fissare mete di trattamento coerenti con i valori e gli scopi dell'individuo, considerando il contributo della famiglia. (Forza dell'Evidenza = C)

1.1. Fissare un obiettivo per migliorare la qualità della vita, anche se l'ulcera da pressione non può essere guarita o il trattamento non conduce alla chiusura/guarigione. (Forza dell'Evidenza = C)

1.2. Valutare l'impatto dell'ulcera da pressione sulla qualità della vita per l'individuo e la sua famiglia. (Forza dell'Evidenza = C)

1.3. Valutare inizialmente l'individuo e ad ogni cambiamento significativo della condizione, rivalutare il piano di cura. (Forza dell'Evidenza = C)

2. Valutare inizialmente l'ulcera da pressione e ad ogni cambio della medicazione, ma almeno ogni settimana (a meno che l'individuo stia attivamente morendo) documentare i risultati dell'analisi.

(Forza dell'Evidenza = C)

2.1. Vedere *Valutazione e Monitorizzazione della Guarigione* per informazioni generali sulla valutazione.

2.2. Esaminare l'ulcera per continuare a soddisfare gli obiettivi di comfort e la riduzione del dolore nella ferita, gestendo la ferita come: l'odore e l'essudato. (Forza dell'Evidenza = C)

3. Gestire l'ulcera da pressione e l'area perilesionale su base regolare coerentemente con i desideri dell'individuo. (Forza dell'Evidenza = C)

3.1. Pulire la ferita ad ogni cambio di medicazione usando acqua potabile (es., acqua da bere), soluzione fisiologica salina o un detergente non-tossico, per minimizzarsi il trauma alla ferita ed aiutare il controllo dell'odore. (Forza dell'Evidenza = C)

3.2. Sbrigliare l'ulcera dal tessuto devitalizzato per controllare l'infezione e l'odore. (Forza dell'Evidenza = C)

3.2.1. Sbrigliare il tessuto devitalizzato all'interno del letto della ferita o sugli orli delle ulcere da pressione, quando risulta adatto alla condizione dell'individuo e coerente con le mete complessive della cura. (Forza dell'Evidenza = C)

3.2.2. Evitare il debridement chirurgico su tessuto fragile che sanguina facilmente. (Forza dell'Evidenza = C)

3.3. Scegliere una medicazione che possa assorbire la quantità di essudato presente, controllare l'odore, tenere la cute perilesionale asciutta e prevenire l'essiccamento dell'ulcera. (Forza dell'Evidenza = C)

3.3.1. Usare una medicazione che mantenga un ambiente umido per la guarigione della ferita e sia comoda per l'individuo. (Forza dell'Evidenza = C)

3.3.2. Usare una medicazione che possa rimanere in situ per lunghi periodi di tempo, al fine di promuovere il comfort relativo alla cura dell'ulcera da pressione. (Forza dell'Evidenza = C)

3.3.3. Usare una medicazione che soddisfi le necessità dell'individuo per il comfort generale e la cura dell'ulcera da pressione. Vedi sezione su Medicazioni. (Forza dell'Evidenza = C)

3.3.3.1. Considerare l'uso di una medicazione antimicrobica per controllare la carica batterica e l'odore. (Forza dell'Evidenza = C)

3.3.3.2. Considerare l'uso di un idrogel per calmare il dolore dell'ulcera. (Forza dell'Evidenza = C)

3.3.3.3. Considerare l'uso di una schiuma e medicazioni all'alginato per il controllo d'essudato abbondante e per allungare il tempo di utilizzo. (Forza dell'Evidenza = B)

3.3.3.4. Considerare l'uso di una schiuma a membrana polimerica per il controllo dell'essudato e per la detersione. (Forza dell'Evidenza = C)

3.3.3.5. Considerare l'uso di medicazioni in silicone per ridurre il dolore durante la rimozione della medicazione. (Forza dell'Evidenza = B)

3.3.4. Proteggere la cute perilesionale con un protettore/barriera della pelle o con una medicazione. (Forza dell'Evidenza = C)

4. Controllare l'odore della ferita. (Forza dell'Evidenza = C)

4.1. Pulire l'ulcera e il tessuto perilesionale, usando molta cura nella rimozione del tessuto devitalizzato. (Forza dell'Evidenza = C)

4.2. Valutare l'ulcera per cogliere segni d'infezione della ferita: dolore in aumento; tessuto friabile, edematoso, pallido, tessuto di granulazione scuro; cattivo odore e peggioramento della ferita; sacche alla base; o ritardo nella guarigione. (Forza dell'Evidenza = B)

4.3. Usare agenti antimicrobici adatti a controllare un'infezione nota e la colonizzazione critica sospetta. Vedi sezione sull'Infezione. (Forza dell'Evidenza = C)

4.3.1. Considerare l'uso di soluzioni antisettiche propriamente diluite per periodi di tempo limitato, per il controllo dell'odore. (Forza dell'Evidenza = C)

4.3.2. Considerare l'uso di metronidazolo topico per controllare efficacemente l'odore nell'ulcera da pressione, associato a batteri anaerobici e all'infezione da protozoi. (Forza dell'Evidenza = C)

4.3.3. Considerare l'uso di medicazioni impregnate con agenti antimicrobici (es., argento, iodio cadexomero, miele medical-grade) per aiutare a controllare la carica batterica e l'odore. (Forza dell'Evidenza = C)

4.4. Considerare l'uso di carbone o medicazioni con carbone attivato per favorire il controllo dell'odore. (Forza dell'Evidenza = C)

4.5. Considerare l'uso di assorbenti dell'odore per ambienti nella stanza in cui soggiorna il malato, (es., carbone attivato, lettiera per

gatti, aceto, vaniglia, chicchi di caffè, candele e potpourri). (Forza dell'Evidenza = C)

Valutazione e Gestione del Dolore

1. Compiere una valutazione di routine del dolore nelle ulcere da pressione ad ogni turno, al cambio della medicazione e periodicamente, come coerente alla condizione degli individui (vedi Sezione Gestione del Dolore). (Forza dell'Evidenza = B)

2. Valutare inizialmente il dolore procedurale e non-procedurale nelle ulcere da pressione, settimanalmente e ad ogni cambio di medicazione. (Forza dell'Evidenza = C)

3. Erogare un trattamento sistemico per la gestione del dolore nell'ulcera da pressione (vedi sezione Gestione del Dolore). (Forza dell'Evidenza = C)

4. Se coerente con il piano di trattamento, fornire oppioidi e/o antiinfiammatori non-steroidi, 30 minuti prima del cambio medicazione, delle procedure e dopo gli interventi. (Forza dell'Evidenza = C)

5. Fornire trattamenti topici locali per il dolore dell'ulcera:

- Le medicazioni impregnate di Ibuprofene possono aiutare a diminuire il dolore nell'ulcera da pressione negli adulti; comunque, questi prodotti non sono disponibili in tutti i paesi.**
- Le preparazioni di Lidocaina aiutano il controllo del dolore nelle ulcere da pressione.**
- I'dorgel di Diamorfina è un trattamento analgesico efficace per ulcere da pressione aperte nel setting delle cure palliative. (Forza dell'Evidenza = B)**

6. Selezionare medicazioni che rimangono a lungo in situ per ridurre il dolore associato ai frequenti cambi delle medicazioni. (Forza dell'Evidenza = C)

7. Incoraggiare gli individui a richiedere una pausa durante una procedura che causa dolore. (Forza dell'Evidenza = C)

8. Per un individuo con dolore alle ulcere da pressione, la musica, il rilassamento, il cambio posizione, la meditazione, l'immaginazione guidata e la stimolazione elettrica transcutanea nervosa (TENS) si sono dimostrate benefiche in alcune occasioni. (Forza dell'Evidenza = C)

Accertamento delle Risorse

1. Valutare inizialmente le risorse psicosociali e poi routinariamente (consultazioni psicosociali, lavoro sociale ecc.). (Forza dell'Evidenza = C)

2. Valutare inizialmente e poi di routine le risorse ambientali (es., ventilazione, filtri di aria elettronici ecc.). (Forza dell'Evidenza = C)

3. Verificare che i fornitori di cure della famiglia capiscano le mete e il piano di cura. (Forza dell'Evidenza = C)

Ringraziamenti

La European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) e il National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) ringraziano per i contributi ricevuti i seguenti individui e gruppi, nel sostenere tramite finanziamento, la presentazione e la disseminazione della linea guida. Tutti i contributi monetari sono stati elargiti dopo lo sviluppo della linea guida ed in nessun modo hanno influenzato lo sviluppo o il suo contenuto. I contributi finanziari sono utilizzati per la stampa e la disseminazione della linea guida. Le seguenti società hanno offerto un contributo per la formazione:

Donatori del NPUAP:

Platinum Level Contributors (\$20,000 or greater)

Kinetic Concepts, Inc

Gold Level Contributors (\$10,000 to \$19,999)

American Medical Technologies, Inc

Silver Level Contributors (\$1,000 to \$9,999)

Coloplast

EHOB, Incorporated

Genesis HealthCare

HCR ManorCare

Nestlé Nutrition

Smith & Nephew

Bronze Level Contributor (\$1,000 or less)

SAM Medical Products

Altri 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 speciali è rivolto ai vari Stakeholders del globo che hanno effettuato la revisione del processo delle linee guida e delle bozze. Tutti i commenti degli Stakeholders furono revisionati dal Gruppo di Sviluppo delle linee guida dell'EPUAP-NPUAP. Le revisioni sono state effettuate sulla base di questi commenti. Apprezziamo il lavoro di clinici, ricercatori, educatori e produttori di tutto il mondo che hanno speso del tempo per condividere la loro esperienza e il loro pensiero critico. Le raccomandazioni delle linee guida sono migliori grazie a Loro!

©NPUAP-EPUAP 2009



www.npuap.org

www.epuap.org