

LINEE GUIDA EPUAP

DI PREVENZIONE E TRATTAMENTO DELLE ULCERE DA PRESSIONE

DEFINIZIONE

Ulcera da pressione

L'ulcera da pressione è un'area localizzata di danno della cute e tessuti sottocutanei, causata da pressione, trazione, frizione o da una combinazione di questi fattori.

Questa definizione è frutto di un lavoro di gruppo. Nuove teorie sono in fase di sviluppo, ma sarà necessario un ulteriore lavoro affinché esse possano essere accettate in forma definitiva.

Le linee guida derivano dalla seguente evidenza:

[A] Risultati di due o più trials clinici controllati e randomizzati sulle ulcere da pressione nell'uomo forniscono supporto.

[B] Risultati di due o più trials clinici controllati sulle ulcere da pressione nell'uomo forniscono supporto o dove necessario, i risultati di due o più trials controllati sul modello animale forniscono supporto indiretto.

[C] Questo livello richiede una o più delle seguenti:

- 1) risultati di uno studio controllato,
- 2) risultati di almeno due serie di casi/studi descrittivi sulle ulcere da pressione nell'uomo,
- 3) 1'opinione di un esperto.

STRUMENTI DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO E FATTORI DI RISCHIO

1. Obiettivo: identificare i soggetti a rischio che necessitano prevenzione ed i fattori specifici che li espongono a rischio

Riteniamo che vi siano numerose tematiche associate agli strumenti di valutazione del rischio. La valutazione del rischio deve essere un complemento alla valutazione clinica e non uno strumento isolato rispetto ad altri aspetti clinici.

[C]

L'intera valutazione del rischio deve essere corredata da chiarificazioni che includono informazioni relative a: Condizioni mediche generali, valutazione clinica della cute, mobilità, umidità ed incontinenza, stato nutrizionale e dolore. [C]

Tutte le strategie relative alle lesioni da decubito devono essere sempre basate sulla migliore evidenza clinica disponibile. La valutazione del_rischio deve rappresentare qualcosa di più del mero utilizzo di un appropriato

Linee guida di prevenzione delle ulcere da pressione 3 strumento di valutazione del rischio e non deve ridursi ad un approccio rigido e prescrittivo alla cura del paziente. [C]

La valutazione del rischio deve essere condotta immediatamente al momento in cui si presenta l'episodio di cura; tuttavia l'immediatezza di tale valutazione può essere pregiudicata dalla mancanza di informazioni prontamente disponibili. [C]
Tale valutazione deve essere costantemente aggiornata e la frequenza delle valutazioni successive deve dipendere dai cambiamenti delle condizioni del paziente in rapporto all'ambiente.

2. Obiettivo: preservare e migliorare la tolleranza dei tessuti alla pressione allo scopo di prevenire l'insorgenza di lesioni.

La condizione della cute deve essere documentata quotidianamente ed ogni cambiamento registrato nel momento stesso in cui viene osservato. La valutazione deve essere documentata. La valutazione iniziale della cute deve tenere conto di quanto segue:

I Prominenze ossee (osso sacro, calcagni, anche, caviglie, gomiti, occipiti) per identificare i primi segni di insorgenza di lesioni da decubito.

Il Identificare la condizione della cute: secchezza, lacerazione, eritema, fragilità di macerazione, ipertermia e indurimento. [C]

E' necessario adottare ogni misura tesa ad ottimizzare la condizione della cute del paziente. La valutazione dei pazienti con pelle scura o abbronzata presenta particolari difficoltà. [C]

Evitare eccessivi massaggi su prominenze ossee poiché ciò non previene le lesioni da decubito e può causare ulteriori danni. Individuare e, ove possibile, eliminare la causa dell'eccesso di umidità dovuta ad incontinenza, sudorazione o drenaggio della lesione. Laddove non sia possibile controllare l'umidità è necessario intervenire per prevenire danni alla cute. [C]

Minimizzare l'insorgenza di lesioni dovute ad attrito e a sollecitazioni che inducono lacerazioni con l'adozione di una corretta posizione e tecniche di spostamento e cambio di posizione. [C]

Dopo opportune valutazioni, deve essere elaborato un adeguato programma di mantenimento e/o integrazione per i soggetti con carenze nutrizionali. Tale programma deve essere compatibile con le esigenze del soggetto e gli obiettivi globali della terapia. [C]

Con il migliorare delle condizioni del paziente e la conseguente possibilità di migliorare lo stato di mobilità e di attività, è opportuno instaurare un regime di riabilitazione se in linea con gli obiettivi globali della terapia. Preservare il livello di attività, mobilità e movimenti rappresenta un obiettivo valido nella maggior parte dei soggetti. [C]

Tutti gli interventi ed i risultati devono essere monitorati e documentati.[C]

PRESSIONE ESTERNA E AUSILI DI SUPPORTO

3 Obiettivo: protezione dagli effetti avversi delle forze meccaniche esterne: pressione, attrito, lacerazione.

Ogni soggetto a rischio di sviluppare ulcere da pressione deve essere cambiato di posizione se ciò è giudicato sicuro da un punto di vista medico. [B]

La frequenza del cambiamento di posizione deve essere coerente con gli obiettivi globali. [C] Il cambiamento di posizione deve essere documentato in modo completo. Un posizionamento e un supporto corretti sono importanti per ridurre al minimo attriti e lacerazioni sia nel letto che sulla sedia. [C]

Per evitare il contatto diretto tra prominenze ossee (per esempio ginocchia, calcagni o caviglia) è necessario fare assumere al paziente posizioni corrette o adottare soluzioni quali cuscini o ausili di gomma piuma in conformità con il programma scritto. [C]

E' importante accertarsi che questi strumenti non interferiscano con l'azione di qualsiasi altra superficie di appoggio già utilizzata per minimizzare la pressione. [C]

Il cambiamento di posizione del paziente deve essere tale da minimizzare l'impatto sulle prominenze ossee. [C]

Durante il trasferimento o il posizionamento dei pazienti è importante utilizzare dispositivi e strumenti che agevolino le operazioni manuali di spostamento/trasferimento del paziente allo scopo di minimizzare le forze di lacerazione in pazienti che richiedono assistenza nei movimenti compatibilmente con le norme europee in merito. In tutte le strutture preposte alle cure sanitarie i soggetti definiti a rischio di insorgenza di ulcere da pressione devono disporre di un programma codificato di prevenzione personalizzato che può includere un dispositivo per la corretta distribuzione della pressione. [C]

I pazienti a rischio di sviluppare ulcere da pressione conseguente alla posizione seduta devono essere accomodati su sedie della giusta altezza con strumenti atti a minimizzare la pressione. [C]

Evitare la continua permanenza fuori dal letto di soggetti gravemente malati e a rischio di sviluppare piaghe da decubito.[B]

Il periodo di tempo deve essere definito in base ad un programma di cura personalizzato, ma non deve di massima superare le due ore. [B]

Se possibile, i soggetti devono essere incoraggiati a cambiare posizione da soli. [C]

I soggetti a rischio di sviluppare piaghe da decubito che trascorrono gran parte del tempo su una sedia o sedia a rotelle devono generalmente essere provvisti di uno strumento in grado di ridistribuire la pressione. [B]

Ai soggetti che ne sono capaci si deve insegnare a ridistribuire il peso ogni 15 minuti. [C]

EDUCAZIONE

4 Obiettivo: migliorare i risultati dei pazienti a rischio di sviluppare piaghe da decubito grazie a programmi di istruzione.

I programmi di istruzione alla prevenzione delle lesioni da decubito devono essere strutturati, organizzati, completi e messi a disposizione di pazienti e familiari e dei responsabili delle cure sanitarie. [C]

I programmi di istruzione alla prevenzione delle lesioni da decubito devono includere informazioni relative a:

- Fisiopatologia e fattori di rischio delle lesioni da decubito
- Strumenti di valutazione del rischio e loro applicazione
- Valutazione della cute
- Scelta e istruzioni relative all'uso di dispositivi per la distribuzione della pressione ed altri strumenti
- Sviluppo ed implementazione di programmi di trattamento personalizzati
- Principi di posizionamento atti a ridurre il rischio di insorgenza di lesioni da decubito

- Documentazione dei processi e dei risultati ottenuti dai dati del paziente
- Chiarificazione delle responsabilità di tutti coloro che sono coinvolti nel trattamento del problema
- Promozione della salute
- Sviluppo ed implementazione delle linee guida

Il programma di istruzione deve essere aggiornato ad intervalli di tempo regolari sulla base della migliore evidenza clinica disponibile. Il contenuto del programma deve essere modificato conformemente alle esigenze dei destinatari. [C]

TRATTAMENTO

CLASSIFICAZIONE

Stadio 1: iperemia della cute sana che non scompare dopo scarico della pressione. La discromia cutanea, il colore, l'edema, l'indurimento possono anche essere utilizzati come parametri di valutazione, in particolare nei soggetti di razza scura.

Stadio 2: lesione cutanea a spessore parziale che interessa l'epidermide, il derma od entrambi. L'ulcera è superficiale e si manifesta clinicamente come una abrasione od una bolla.

Stadio 3: lesione cutanea a spessore totale con degenerazione o necrosi del tessuto sottocutaneo con possibile estensione fino alla fascia ma non oltre.

Stadio 4: degenerazione massiva, necrosi tessutale o danno muscolare, osseo o delle strutture di supporto con o senza lesione cutanea a tutto spessore.

VALUTAZIONE

Valutazione di un'ulcera da pressione

Valutare l'ulcera da pressione inizialmente in base alla sede, stadiazione fondo della ferita, essudato, dolore e stato della cute perilesionale. Cura particolare deve essere posta nella individuazione di sottominature o formazioni sinuose. [C]

Rivalutare le ulcere da pressione quando possibile giornalmente o almeno settimanalmente.

Se le condizioni del paziente o dell'ulcera tendono a deteriorare, rivalutare il piano di terapia prima della evidenza certa di segni di deterioramento. [C]

Anamnesi ed esame obiettivo

Compiere un'anamnesi completa ed un esame obiettivo, poiché l'ulcera da pressione deve essere valutata nel contesto generale delle condizioni di salute fisiche e psicosociali del paziente. Evidenziare particolari necessità. [C]

VALUTAZIONE DELLE COMPLICANZE

Valutazione e gestione dello stato nutrizionale Assicurare un adeguato apporto nutritivo al fine di prevenire la malnutrizione in base alle esigenze ed alle condizioni del paziente. [B]

Valutazione e gestione del dolore

Valutare ogni paziente per il dolore correlato all'ulcera da pressione od al suo trattamento e documentarne la presenza. [C]

Gestire il dolore eliminando o controllando la sua origine (es.: occludere l'ulcera, migliorare le superfici di appoggio, riposizionare il paziente).

Fornire farmaci od altri metodi per ridurre il dolore se necessario ed appropriato. Seguire i consigli dello specialista se necessario. [C]

Valutazione e gestione dell'aspetto psicosociale

Valutare le risorse (es.: disponibilità e preparazione del personale addetto alle cure, condizioni abitative, strumenti, preferenze del paziente) affinché il soggetto con ulcere da pressione venga trattato a domicilio. [C]

GESTIONE DEL CARICO DEI TESSUTI

La gestione del carico sui tessuti può essere ottenuta con differenti metodiche:

- 1) riposizionamento manuale
- 2) utilizzo di attrezzature specialistiche

Queste metodiche devono essere fornite entro le 24 ore se il paziente è allettato o su sedia. Il periodo di tempo speso in posizione immobile su sedia deve essere limitato a due ore o meno per sessione, a meno che le condizioni cliniche ne impediscano l'attuazione. [B]

Dopo la valutazione del paziente e dell'ulcera da pressione, deve essere sviluppato un piano di trattamento che deve correlare con gli obiettivi generali della terapia [C]

Evitare quando è possibile di posizionare i pazienti direttamente sull'ulcera da pressione o direttamente su prominenze ossee, a meno che questo non sia controindicato dagli obiettivi generali della terapia, nel qual caso dovrebbe essere utilizzato un ausilio adeguato per lo scarico della pressione (es.: un ausilio a pressione alternata). [C]

L'USO DEGLI AUSILI PER LA PREVENZIONE DELLE ULCERE DA PRESSIONE

Non esiste oggi un consenso nella definizione dei termini di pressione: sollievo - riduzione - redistribuzione.

Quindi, per semplicità verrà utilizzato il termine di ausilio che previene l'ulcera da pressione.

Nel posizionare i pazienti o nella scelta delle attrezzature considerare l'allineamento posturale la distribuzione del peso, il bilanciamento la stabilità e la riduzione del rischio di ulcere da pressione. Questo è particolarmente importante nella posizione seduta sia a letto che su sedia. [C]

Riposizionare o se possibile istruire il paziente a riposizionare se stesso ad intervalli frequenti per ridistribuire la pressione. [C]

Il beneficio può derivare da una varietà di ausili per la prevenzione delle ulcere da pressione, ma scarsa è l'informazione sui risultati ottenuti sul paziente e l'informazione sul rapporto costo/efficacia di ognuno di questi ausili. [B]

E' necessario sviluppare degli standards europei ed internazionali ai quali questi ausili dovrebbero adeguarsi, come simili standards già esistenti in alcuni paesi [C]

TERAPIA DELL'ULCERA

Il debridement viene definito come la rimozione del tessuto devitalizzato da una ferita.

Il razionale per la rimozione di questo tessuto è il seguente

- rimuove un terreno favorente l'infezione
- facilita la riparazione tissutale
- migliora la valutazione della profondità della ferita. [C]

Rimuovere il tessuto devitalizzato nelle ulcere da pressione quando appropriato cori le condizioni generali del paziente e consistente con gli obiettivi del paziente. [C]

Nei pazienti terminali la qualità generale di vita dovrebbe essere presa in considerazione prima di attivare il debridement di un'ulcera ed il metodo con il quale attuare questa operazione. [C]

Le tecniche di debridement chirurgica, enzimatica e, o autolitica possono essere impiegate quando non è presente un'urgenza per il drenaggio o la rimozione di tessuto devitalizzato. [C]

Se il debridement è indicato con urgenza, come in presenza di cellulite o sepsi ingravescenti allora il debridement chirurgico* dovrebbe essere utilizzato. Il debridement chirurgico deve essere eseguito da una persona competente. [C]

I metodi di debridement comprendono la tecnica chirurgica, autolitica, enzimatica, l'uso di larve od una, combinazione di queste.

Un'escara secca non necessita debridement se non sono presenti edema, eritema, secrezione, o fluttuazione. L'escara secca può essere rimossa con medicazioni che promuovono l'ambiente umido per favorire l'autolisi. Fra queste medicazioni sono inclusi gli idrogeli e gli idrocolloidi. [C]

Queste ferite devono essere valutate giornalmente per monitorizzare le complicanze dell'ulcera da pressione che potrebbero richiedere il debridement. [C] Prevenire o gestire il dolore associato con il debridement chirurgico. [C]

* Le tecniche chirurgiche variano dall'uso delle forbici o delle bisturi al letto del paziente per mezzo di un infermiere specializzato oppure, un debridement chirurgico eseguito da un chirurgo in un ambiente operativo idoneo.

DETERSIONE DELL'ULCERA

Detergere le ulcere in base alle necessità coli acqua corrente o con acqua potabile o con soluzione salina. [C]

Utilizzare una minima forza meccanica nella detersione o irrigazione di un'ulcera. L'uso del getto d'acqua della doccia è appropriato. L'irrigazione può risultare utile per detergere un'ulcera cavitaria. [C]

Gli antisettici non dovrebbero essere utilizzati di rou-tine per detergere le ulcere, ma possono essere presi in considerazione quando la carica batterica deve essere controllata (dopo la valutazione clinica). Idealmente gli antisettici dovrebbero essere utilizzati solamente per un periodo di tempo limitato fino ad ottenere la detersione dell'ulcera e la riduzione dell'infiammazione perilesionale. [C]

MEDICAZIONI

Utilizzare una medicazione che mantiene un ambiente umido nell'interfaccia tra ulcera e medicazione. [A]

Determinare le condizioni dell'ulcera e stabilire gli obiettivi della terapia prima di selezionare una medicazione - es., stadiazione, fondo dell'ulcera, infezione, quantità di essudato, dolore, cute perilesionale, posizione e preferenze del paziente. [C]

Le medicazioni dovrebbero essere mantenute in sede il più a lungo in base alle condizioni cliniche più adeguate ed in accordo con le raccomandazioni del produttore. La rimozione frequente può danneggiare il fondo della ferita. Le medicazioni che induriscono non dovrebbero essere utilizzate poiché possono causare traumi da pressione. [B]

Può essere necessaria una rimozione giornaliera delle medicazioni per assicurare che l'ulcera non stia peggiorando per un non corretto scarico della pressione.

La medicazione dovrebbe essere sostituita nel momento in cui non contiene più il materiale liquido al suo interno od appare frammentata, poiché viene così a mancare l'effetto barriera contro le contaminazioni esterne. Se questo accade con frequenza può essere appropriato ridiscutere la scelta della medicazione. [C]

L'impiego di un protocollo per le ulcere basato su una buona evidenza permetterà di evitare cambi di medicazione non necessari. [C]

Un'osservazione regolare dimostrerà i progressi della riparazione ed un'eventuale necessità di cambiare gli obiettivi della terapia. [C]

GESTIONE DELLA COLONIZZAZIONE BATTERICA DELL'INFEZIONE

Colonizzazione ed infezione dell'ulcera da pressione

Ridurre il rischio di infezione e promuovere la riparazione tissutale attraverso il lavaggio delle mani, la detersione dell'ulcera ed il debridement [A]

Se è presente materiale purulento od odore sgradevole saranno necessari una detersione più frequente e possibilmente anche un debridement [C]

Tutte le ulcere da pressione sono colonizzate. Quindi non è necessario eseguire un tampone di routine. Se presenti segni clinici di infezione sarà necessario eseguire un esame colturale. Seguire i consigli del patologo-microbiologo. [C]

Quando sono presenti segni clinici di infezione che non rispondono alla terapia devono essere eseguiti esami radiologici per escludere un'osteomielite od infezioni articolari. [C]

Istituire, quando necessario, una terapia antibiotica sistemica per i pazienti con batteriemia, sepsi, cellulite ingravescente od osteomielite. [A]

Gli antibiotici sistemici non sono richiesti per le ulcere da pressione che presentano solamente i segni clini di infezione. [C]

Proteggere le ulcere da pressione da agenti esterni contaminanti (es.: feci). [C]

Controllo dell'infezione

Nella gestione delle ulcere da pressione è necessario tenere isolati i materiali solidi e liquidi di evacuazione corporea od attuare un regime adeguato per l'ambiente di cura e per le condizioni del paziente. [C]

Utilizzare un nuovo paio di guanti per ogni paziente. Quando devono essere trattate più ulcere nello stesso paziente, lasciare la lesione più contaminata per ultima (es.: nella regione perianale).

Rimuovere i guanti e lavare le mani dopo ogni paziente. [C]

Utilizzare strumenti sterili per il debridement di ulcere da pressione. [C]

TERAPIE AGGIUNTIVE

Queste terapie includono la elettrostimolazione e la radiazione con laser a bassa potenza. Tuttavia, allo stato attuale, non sono presenti ricerche sufficienti per consigliare l'uso generale di queste terapie. [C]

EPUAP MEMBRI CONSIGLIO DIRETTIVO

JeanHallboom	<i>Presidente</i>	<i>Olanda</i>
Gerry Bennet	<i>Recorder</i>	<i>Inghilterra</i>
Marco Romanelli	<i>Vice-Presidente</i>	<i>Italia</i>
George Cherry	<i>Segretario-Tesoriere</i>	<i>Inghilterra</i>
Christine Cherry	<i>Amministrazione</i>	<i>Inghilterra</i>
Denis Colin		<i>Francia</i>
Christina Lindholm		<i>Svezia</i>
Joan-Enric		<i>Spagna</i>
Torra i Bou		<i>Spagna</i>

EPUAP AMMINISTRATORI

Sue Bale	<i>Galles</i>	Tom Defloor	<i>Belgio</i>
Brigitte Barrois	<i>Francia</i>	Jacqui Fletcher tc	<i>Inghilterra</i>
Michael Clark	<i>Galles</i>	Heinz Gerngross	<i>Germania</i>
Carol Dealy	<i>Inghilterra</i>	Finn Gottrup	<i>Danimarca</i>
David Gray	<i>Scozia</i>	Laszlo Gulacsi	<i>Ungheria</i>
Ruud Haltens	<i>Olanda</i>	Keith Harding	<i>Galles</i>
Helvi Hietanem	<i>Finlandia</i>	Deborah Hofman	<i>Inghilterra</i>
Agnes Jacquerye	<i>Belgio</i>	Germain de Reyser	<i>Belgio</i>
Martens Lubbeis	<i>Olanda</i>	Sylvie Meaume	<i>Francia</i>
Elaine Pina	<i>Portogallo</i>	Terence Ryan	<i>Inghilterra</i>

EPUAP MEMBRI CONSIGLIO DIRETTIVO

3M

Augustine Medical

Coloplast

Convatec

Frontier Therapeutics

Gaymar Industries Inc

Hill-Rom Europe

Huntleigh Healthcare

Jaussen Cilag

Knoll AG

Medlogic

Monlycke Healtacare AB

Pegassus-Ergeton

Smith & Nephew fihrr

Tempur Pedic (UK) Ltd

Si ringrazia il Dott Marco Romanelli per la traduzione in lingua italiana

Ulteriori informazioni sull'European Pressure Ulcer Advisory Panel possono essere ottenute attraverso:

EPUAP Business Office, Wound Healing Unit Dept of Dermatology, Churchill Hospital, Old Road, Headington, Oxford, OX3 7LJ, UK

Tel.: +44 (0) 1865 228269

Fax: +44 (0) 1865 228233

E-mail address (HYPERLINK mail to):

EuropeanPressureUlcersAdvisoryPanel@compuserve.com

Site internet: <http://www.epuap.com/>