

Linee guida per la prevenzione e trattamento delle lesioni da pressione nelle cure primarie e in ospedale

Antonino Cartabellotta^{1*}, Angela Peghetti²

¹ Presidente Fondazione GIMBE, ² Ufficio Governo Clinico, Qualità, Formazione. Direzione Sanitaria Area Sicurezza delle Cure, Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna, Policlinico S. Orsola Malpighi

Le lesioni da pressione (LDP) costituiscono una condizione severa e dolorosa che può colpire soggetti di ogni età. Sono un esempio di danno evitabile che aumenta la mortalità e la durata della degenza, causando un ingente consumo di risorse. I tassi di prevalenza variano dal 4.7% al 32.1% in ambito ospedaliero e si attestano intorno al 22% nelle persone assistite nelle case di riposo¹. La prevenzione di questa condizione devastante deve rappresentare una priorità per qualunque servizio sanitario sia perché le LDP di stadio 1 (box) possono essere reversibili se individuate tempestivamente, sia perché la maggior parte di LDP di stadio 2 e 3 può essere guarita con cure appropriate. In ogni caso, tutte le LDP richiedono un approccio multidisciplinare per una gestione efficace.

Questo articolo sintetizza le più recenti linee guida³ del *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) per i pazienti di tutte le età e sostituisce le precedenti linee guida relative alla valutazione dei rischi e alla prevenzione delle LDP del 2003⁴ e quelle sul loro trattamento del 2005⁵. Le raccomandazioni del NICE sono basate su una revisione sistematica delle migliori evidenze disponibili e sull'esplicita considerazione della costo-efficacia degli interventi sanitari. Quando le evidenze sono limitate, le raccomandazioni si basano sull'esperienza del gruppo che ha prodotto la linea guida – *Guidelines Development Group* (GDG) – e sulle norme di buona pratica clinica. I livelli di evidenza delle raccomandazioni cliniche sono indicati in corsivo tra parentesi quadre.

Anche se l'esperienza clinica e le buone pratiche esistenti sono focalizzate sulla prevenzione e sul trattamento delle LDP, l'assistenza oggi non viene universalmente erogata secondo standard ottimali⁶. Questa linea guida basata sulle evidenze intende auspicabilmente contribuire a ridurre l'incidenza delle LDP e a migliorare i processi assistenziali.

La linea guida è divisa in due sezioni dedicate a prevenzione e trattamento, distinguendo le raccomandazioni per adulti da quelle per neonati, lattanti, bambini e ragazzi. La sezione dedicata al trattamento include la misurazione delle LDP, la stadiazione, i dispositivi di redistribuzione della pressione, la nutrizione e l'idratazione, le terapie aggiuntive, lo sbrigliamento, gli antibiotici sistemici e locali, gli antisettici e le medicazioni. La linea guida integrale include cinque algoritmi dettagliati relativi a: identificazione dei soggetti a rischio, prevenzione delle LDP negli adulti a rischio e ad alto rischio, prevenzione

delle lesioni da pressione nei neonati, lattanti, bambini e giovani, gestione delle lesioni da pressione negli adulti, gestione delle lesioni da pressione nei neonati, lattanti, bambini e giovani.

La linea guida definisce “a rischio di LDP”, tutti i soggetti a rischio di sviluppare una LDP identificati attraverso valutazione clinica e/o uno strumento di valutazione del rischio validato. Sono invece “ad alto rischio di LDP” tutti i soggetti che, attraverso valutazione clinica e/o uno strumento di valutazione del rischio, presentano più fattori di rischio (es. mobilità seriamente limitata, deficit nutrizionali, incapacità di riposizionarsi autonomamente, deficit cognitivo grave) e/o una LDP pregressa o in atto al momento della valutazione.

1. Raccomandazione generale

- Tutti i professionisti e gli operatori sanitari devono essere consapevoli del fatto che tutti i pazienti sono potenzialmente a rischio di sviluppare LDP. [Raccomandazione basata sull'esperienza e l'opinione del GDG]

2. Prevenzione negli adulti

2.1. Valutazione del rischio

Eseguire e documentare la valutazione del rischio di sviluppare LDP negli adulti:

- Ricoverati in ambiente ospedaliero, case di cura o di riposo, oppure
- Assistiti in altri setting (cure primarie, cure di comunità, dipartimenti di emergenza) e presentano fattori di rischio quali:
 - significativa riduzione della mobilità (es. soggetti con lesioni del midollo spinale)

Citazione. Cartabellotta A. Linee guida per la prevenzione e trattamento delle lesioni da pressione nelle cure primarie e in ospedale. *Evidence* 2014;6(5): e1000080.

Pubblicato 28 maggio 2014

Copyright. © 2014 Cartabellotta. Questo è un articolo open-access, distribuito con licenza *Creative Commons Attribution*, che ne consente l'utilizzo, la distribuzione e la riproduzione su qualsiasi supporto esclusivamente per fini non commerciali, a condizione di riportare sempre autore e citazione originale.

Fonti di finanziamento. Nessuna.

Conflitti d'interesse. Nessuno dichiarato.

Provenienza. Non commissionato, non sottoposto a peer-review.

* E-mail: nino.cartabellotta@gimbe.org

Box. Stadiatione delle lesioni da pressione²

Stadio 1: Eritema non sbiancante su cute intatta

Cute intatta con eritema non sbiancante di un'area localizzata, generalmente in corrispondenza di una prominenza ossea. L'area può essere di colore più chiaro, essere dolente, edematosa, dura, molle, più calda o più fredda rispetto al tessuto adiacente. Nei soggetti di pelle scura lo sbiancamento potrebbe non essere osservabile e, di conseguenza, lo stadio 1 essere difficile da individuare. Lo stadio 1 può segnalare un soggetto "a rischio".

Stadio 2: Lesioni a spessore parziale o vesciche

Perdita di spessore parziale del derma che si presenta come un'ulcera aperta superficiale con un letto di ferita rosa, senza *slough**. Può anche presentarsi come vescicola intatta o aperta contenente siero o siero e sangue. Si presenta come un'ulcera lucida o asciutta, priva di *slough** o ematoma. Questa categoria non dovrebbe essere usata per descrivere *skin tears* (lacerazioni cutanee da strappamento), ustioni da cerotto, dermatiti associate a incontinenza, macerazione o escoriazione.

Stadio 3: Perdita di cute a tutto spessore

Perdita di cute a tutto spessore con tessuto adiposo sottocutaneo che può essere visibile, ma con osso, tendine o muscolo non esposti, nè direttamente palpabili. Può essere presente *slough**, ma senza nascondere la profondità della perdita tissutale. La profondità delle LDP di stadio 3 varia con la sede anatomica: in sedi prive di tessuto sottocutaneo adiposo (narici, orecchio, occipite, malleolo) le LDP possono essere superficiali, mentre in aree con notevole presenza di tessuto adiposo possono essere molto profonde.

Stadio 4: Perdita tissutale a tutto spessore

Perdita di tessuto a tutto spessore con esposizione di osso, tendine, muscolo, che sono visibili o direttamente palpabili. Potrebbero essere presenti *slough** o escara. Spesso include sottominatura e tunnelizzazione. La profondità di una LDP di stadio 4 varia con la sede anatomica: in sedi prive di tessuto sottocutaneo adiposo (narici, orecchio, occipite, malleolo) le lesioni possono essere superficiali. Le LDP di stadio 4 possono estendersi a muscoli e/o strutture di supporto (es. fascia, tendine, capsula articolare) con possibili complicanze quali osteite e osteomielite.

*Frequentemente inteso come tessuto necrotico molle misto a residui cellulari e di essudato. E' il prodotto dell'infiammazione cronica, si presenta come uno strato a volte compatto, altre volte filamentoso, di diversa consistenza, di colore che va dal giallo crema al grigio o verdognolo.

- incapacità di riposizionarsi autonomamente
- perdita significativa di sensibilità
- LDP pregressa o in atto
- deficit nutrizionali
- significativo deficit cognitivo.

[Raccomandazione basata su evidenze di qualità molto bassa e sull'esperienza e sull'opinione del GDG]

• In sede di valutazione del rischio, considerare l'uso di una scala validata per supportare il giudizio clinico (es. le scale di Braden, Waterlow, o Norton⁷⁻⁹). [Raccomandazione basata su studi prognostici di qualità molto bassa, evidenze di qualità bassa o molto bassa da trial controllati randomizzati e sull'esperienza e l'opinione del GDG]

2.2 Valutazione della cute

Nei soggetti adulti ad alto rischio affidare la valutazione della cute a un professionista sanitario esperto. Tale valutazione dovrebbe considerare la presenza di dolore o fastidio segnalati dal paziente e l'ispezione della cute per verificare:

- L'integrità nelle zone di pressione
- Le modifiche di colore o discromie: i professionisti sanitari dovrebbero essere consapevoli che l'eritema non reversibile può presentarsi, in particolare nelle persone con pelle scura, come modifica del colore o come discromia
- Variazioni della temperatura locale, presenza di aree molli e umidità (es. a causa di incontinenza, edema o cute secca o infiammata).

[Raccomandazione basata su studi prognostici di qualità molto bassa, trial controllati randomizzati di bassa qualità e sull'esperienza e l'opinione del GDG]

2.3. Riposizionamento

- Incoraggiare gli adulti a rischio di LDP a cambiare posizione spesso o almeno ogni sei ore. Se non sono in grado di riposizionarsi in autonomia, offrire aiuto utilizzando, se necessario, idonee attrezzature
- Documentare la frequenza del riposizionamento.

[Raccomandazioni basate su trial controllati randomizzati di qualità molto bassa, su un modello di costo-efficacia e sull'esperienza e l'opinione del GDG]

2.4. Dispositivi per la prevenzione delle lesioni da pressione

- Utilizzare un materasso in schiuma ad alta specificità per gli adulti ospedalizzati ad alto rischio di LDP, secondo la valutazione effettuata nell'ambito delle cure primarie. [Raccomandazione basata su evidenze derivate da trial controllati randomizzati di qualità molto bassa sull'esperienza e parere del GDG]

3. Prevenzione nei neonati, lattanti, bambini e giovani

3.1. Valutazione del rischio

Eseguire e documentare la valutazione del rischio di sviluppare LDP nei neonati, lattanti, bambini e giovani:

- Ricoverati in ambiente ospedaliero, oppure
- Assistiti in altri setting (cure primarie, cure di comunità, dipartimenti di emergenza) e presentano fattori di rischio quali:

- significativa limitazione della mobilità
- incapacità di riposizionarsi autonomamente
- significativa perdita di sensibilità
- LDP pregressa o in atto
- deficit nutrizionali
- significativo deficit cognitivo.

[Raccomandazione basata sull'esperienza e l'opinione di un panel di consenso con il metodo Delphi]

• Per questa popolazione utilizzare una scala validata (es. scala Braden Q per bambini¹⁰) a supporto del giudizio clinico. *[Raccomandazione basata su evidenze di qualità molto bassa derivate da studi di coorte e sull'esperienza e l'opinione di un panel di consenso con il metodo Delphi]*

3.2. Valutazione della cute

- Nei soggetti ad alto rischio di LDP affidare la valutazione della cute a un professionista sanitario esperto che deve considerare:
 - alterazioni cutanee nella zona occipitale
 - temperatura della cute
 - presenza di eritema non reversibile o aree cutanee di discromia.

[Raccomandazione basata sull'esperienza e sull'opinione del GDG]

3.3. Riposizionamento

- Per i neonati e i bambini ad alto rischio di LDP, considerare una frequenza di riposizionamento > 1 volta/4 ore
- Documentare la frequenza di riposizionamento necessario *[Raccomandazioni basate sull'esperienza e sull'opinione di un panel di consenso con il metodo Delphi]*
- Incoraggiare bambini e ragazzi ad alto rischio di LDP a cambiare posizione più spesso di una volta ogni 4 ore. Se non sono in grado di riposizionarsi in autonomia, offrire aiuto utilizzando, se necessario, idonee attrezzature. Documentare la frequenza del riposizionamento. *[Raccomandazione basata sull'esperienza e sull'opinione di un panel di consenso con il metodo Delphi]*

4. Piano assistenziale per i soggetti di tutte le età

- Sviluppare e documentare un piano assistenziale individualizzato per tutti i soggetti ad alto rischio di sviluppare LDP, tenendo conto di:
 - esito della valutazione del rischio e della cute
 - necessità di uno scarico ulteriore della pressione in specifiche aree a rischio
 - mobilità dei pazienti e loro capacità di riposizionarsi autonomamente
 - altre comorbidità
 - preferenze del paziente.

[Raccomandazione basata sull'esperienza e l'opinione del GDG]

5. Formazione e training dei professionisti sanitari

- Offrire ai professionisti sanitari una formazione specifica sulla prevenzione delle LDP che comprenda:
 - l'identificazione dei soggetti più a rischio di sviluppare LDP
 - le modalità per identificare le LDP
 - le modalità per prevenire nuove o ulteriori LDP
 - chi contattare per ulteriori informazioni e azioni.

[Raccomandazione basata su ricerca qualitativa di elevata qualità e sull'esperienza e l'opinione del GDG]

- Ai professionisti sanitari che assistono soggetti ad alto rischio di sviluppare LDP fornire ulteriore formazione su:
 - modalità per valutare il rischio di LDP
 - modalità di valutazione della cute
 - modalità per effettuare il riposizionamento
 - dispositivi che favoriscono una redistribuzione della pressione
 - modalità per discutere con pazienti e caregiver la prevenzione delle LDP
 - fonti di consiglio e supporto.

[Raccomandazione basata su evidenze qualitative di elevata qualità e sull'esperienza e l'opinione del GDG]

6. Trattamento per i pazienti di tutte le età

- Se possibile, documentare l'estensione di tutte le LDP utilizzando una tecnica di misura validata (es. tracciatura su pellicola trasparente o con una fotografia) *[Raccomandazione basata su evidenze di qualità molto bassa e sull'esperienza e l'opinione di un panel di consenso con il metodo Delphi]*
- Documentare la profondità stimata di tutte le LDP e la presenza di sottominature (cavità sottocutanee che non possono essere osservate direttamente)
- Evitare di misurare di routine il volume delle LDP *[Raccomandazioni basate su evidenze di qualità molto bassa e sull'esperienza e l'opinione di un panel di consenso con il metodo Delphi]*
- Stadiare ogni LDP all'esordio utilizzando uno strumento di classificazione validato (es. scala internazionale NPUAP-EPUAP 2009²) al fine di guidare gli interventi di prevenzione e trattamento in corso
- Ripetere la stadiazione e la documentazione ogni volta che viene effettuata una valutazione della LDP *[Raccomandazione basata su evidenze di qualità alta e bassa, su un modello di costo-efficacia e sull'esperienza e l'opinione del GDG]*
- Non utilizzare di routine la terapia a pressione negativa per il trattamento delle LDP *[Raccomandazione basata su evidenze di bassa qualità considerate congiuntamente ad un'analisi dei costi e sull'esperienza e l'opinione di un panel di consenso con il metodo Delphi]*
- Non utilizzare di routine antisettici o antibiotici topici per il trattamento delle LDP. *[Raccomandazione basata*

su evidenze di bassa qualità e sull'esperienza e l'opinione di un panel di consenso con il metodo Delphi]

6.1. Medicazioni

- Considerare l'utilizzo di medicazioni che promuovano la guarigione in ambiente caldo umido per il trattamento delle LDP di grado 2, 3 e 4 *[Raccomandazione basata su evidenze di bassa qualità e sull'esperienza e l'opinione di un panel di consenso con il metodo Delphi]*
- Non utilizzare medicazioni in garza per trattare le LDP. *[Raccomandazione basata su evidenze di qualità bassa e molto bassa e sull'esperienza e l'opinione di un panel di consenso con il metodo Delphi]*

6.2. Ossigenoterapia iperbarica ed elettroterapia

- Non utilizzare ossigenoterapia iperbarica o elettroterapia per trattare le LDP. *[Raccomandazione basata su evidenze di qualità bassa e molto bassa e sull'esperienza e l'opinione di un panel di consenso con il metodo Delphi]*

7. Trattamento negli adulti

7.1. Nutrizione e idratazione

- Prevedere gli integratori alimentari per gli adulti con LDP con deficit nutrizionali *[Raccomandazione basata su evidenze di bassa qualità e sull'esperienza e sull'opinione del GDG]*
- Non utilizzare integratori alimentari per trattare LDP degli adulti con adeguato apporto nutrizionale *[Raccomandazione basata su evidenze di bassa qualità e sull'esperienza e sull'opinione del GDG]*
- Non somministrare fluidi per via sottocutanea o endovenosa per il trattamento delle LDP negli adulti con adeguato stato di idratazione. *[Raccomandazione basata sull'esperienza e l'opinione del GDG]*

7.2. Dispositivi per la redistribuzione della pressione

- Utilizzare un materasso in schiuma ad alta specificità per gli adulti con LDP. Se questo non è sufficiente a redistribuire la pressione, considerare l'utilizzo di una superficie di supporto dinamica *[Raccomandazione basata su evidenze di qualità bassa e molto bassa e sull'esperienza e l'opinione del GDG]*
- Non utilizzare materassi standard in gommapiuma per gli adulti con LDP. *[Raccomandazione basata sull'esperienza e sull'opinione del GDG]*

7.3. Sbrigliamento

- Stabilire la necessità di sbrigliare una LDP prendendo in considerazione:
 - la quantità di tessuto necrotico
 - il grado, le dimensioni e l'ampiezza della LDP
 - la tolleranza del paziente
 - tutte le comorbidità.

[Raccomandazione basata su evidenze di qualità bassa e sull'esperienza e l'opinione del GDG]

- Negli adulti con LDP non utilizzare di routine:
 - terapia con larve (*maggot*)
 - sbrigliamento enzimatico
- Considerare la terapia con larve se lo sbrigliamento chirurgico è controindicato o se è associata un'insufficienza vascolare. *[Raccomandazioni basate su evidenze derivate da studi di coorte e trial controllati randomizzati di qualità bassa e molto bassa e sull'esperienza e l'opinione del GDG].*

7.4. Terapia antibiotica sistemica

- Non utilizzare antibiotici per via sistemica esclusivamente con l'obiettivo di guarire una LDP negli adulti *[Raccomandazione basata sull'esperienza e sull'opinione del GDG]*
- Negli adulti non utilizzare antibiotici per via sistemica solo sulla base di colture positive della lesione e in assenza di segni clinici di infezione. *[Raccomandazione basata sull'esperienza e l'opinione del GDG]*

8. Trattamento nei neonati, lattanti, bambini e giovani

8.1. Medicazioni

- Nei neonati non utilizzare medicazioni a base di iodio per trattare la LDP *[Raccomandazione basata sull'esperienza e l'opinione di un panel di consenso con il metodo Delphi]*
- Dove clinicamente indicato (es. cellulite diffusa) considerare l'utilizzo di medicazioni antimicrobiche topiche per trattare le LDP di neonati, lattanti, bambini e giovani. *[Raccomandazione basata sull'esperienza e l'opinione di un panel di consenso con il metodo Delphi]*

8.2. Sbrigliamento

- Considerare lo sbrigliamento autolitico dei tessuti necrotici con medicazioni appropriate
- Considerare lo sbrigliamento chirurgico eseguito da personale qualificato in caso di insuccesso di quello autolitico. *[Raccomandazione basata sull'esperienza e l'opinione di un panel di consenso con il metodo Delphi]*

8.3. Terapia antibiotica sistemica

- Considerare la terapia antibiotica sistemica nei neonati, lattanti, bambini e ragazzi con LDP che presentano segni clinici locali o sistemici di infezione. *[Raccomandazione basata sull'esperienza e l'opinione di un panel di consenso con il metodo Delphi]*

8.4. Nutrizione

- Suggestire una dieta che fornisca un'adeguato apporto nutrizionale per la crescita e la guarigione dei neonati,

lattanti, bambini e ragazzi con LDP. [Raccomandazione basata sull'esperienza e l'opinione di un panel di consenso con il metodo Delphi]

8.5. Dispositivi per la redistribuzione della pressione

- Utilizzare un materasso o sovrasmaterasso ad alta specificità per la culla o il letto di neonati, lattanti, bambini e ragazzi con LDP. [Raccomandazione basata sull'esperienza e l'opinione di un panel di consenso con il metodo Delphi]

9. Potenziali ostacoli all'implementazione

Considerato che in alcune circostanze tutte le persone di qualsiasi età possono sviluppare LDP, le strategie di prevenzione e trattamento devono essere applicate in tutti i setting assistenziali. Questo richiede un approccio sistematico, la riorganizzazione a tutti i livelli, il cambiamento individuale e un costante monitoraggio, perché se una LDP può svilupparsi anche in un breve lasso di tempo, potrebbe richiedere settimane o mesi per guarire.

Ogni paziente ha il diritto di ricevere cure sicure, inclusa la prevenzione delle LDP evitabili. Molte organizzazioni hanno notevolmente ridotto l'incidenza delle LDP implementando interventi relativamente semplici, basati su una maggiore consapevolezza e sul cambiamento delle attitudini personali¹¹. L'implementazione di questa linea guida richiede a tutti i professionisti sanitari di tutte le strutture di comprendere che la prevenzione delle LDP è un obiettivo raggiungibile e di impegnarsi per questa priorità.

10. Quali raccomandazioni per la ricerca futura?

Il GDG ha identificato le seguenti priorità per la ricerca futura:

- Quali sono gli strumenti più accurati per valutare il rischio di LDP nei neonati, lattanti, bambini e ragazzi?
- I dispositivi di redistribuzione della pressione riducono lo sviluppo di LDP nei soggetti a rischio?
- Nel riposizionamento dei soggetti a rischio di sviluppare una LDP, quali sono la posizione più efficace e la frequenza ottimale di riposizionamento per prevenire lo sviluppo della lesione?
- Nelle persone con LDP e adeguato stato nutrizionale, la somministrazione di integratori nutrizionali migliora la guarigione delle lesioni?
- Negli adulti con LDP con tessuto necrotico, qual è l'efficacia dello sbrigliamento enzimatico rispetto a quello chirurgico sul tasso di guarigione delle lesioni stesse?
- Negli adulti la pressione topica negativa (associata ad appropriata medicazione) migliora la guarigione delle LDP, rispetto alle sole medicazioni?

BIBLIOGRAFIA

1. Vanderwee K, Clark M, Dealey C, Gunningberg L, Defloor T. Pressure ulcer prevalence in Europe: a pilot study. *J Eval Clin Pract* 2007;13:227-35.
2. National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) and European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP). Treatment of pressure ulcers. Quick reference guide. NPUAP-EPUAP 2009. National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2009.
3. National Clinical Guideline Centre. Pressure ulcer prevention and management. (Clinical guideline 179.) April 2014. Disponibile a: www.nice.org.uk/guidance/CG179. Ultimo accesso 28 maggio 2014.
4. National Institute for Health and Care Excellence. Pressure ulcer prevention. (Clinical guideline 7). October 2003. Disponibile a: www.nice.org.uk/guidance/CG7. Ultimo accesso 28 maggio 2014.
5. National Institute for Health and Care Excellence. Pressure ulcer prevention. (Clinical guideline 29). September 2005. Disponibile a: www.nice.org.uk/guidance/CG29. Ultimo accesso 28 maggio 2014.
6. Mooney H. Trusts feel the pressure to act on ulcers. *Health Serv J*, 18 December 2013. Disponibile a: www.hsj.co.uk/hospitaltransformation/trusts-feel-the-pressure-to-act-on-ulcers/5066537.article. Ultimo accesso 28 maggio 2014.
7. Bergstrom N, Braden BJ, Laguzza A, Holman V. The Braden scale for predicting pressure sore risk. *Nurs Res* 1987;36:205-10.
8. Waterlow J. Tissue viability. Calculating the risk. *Nurs Times* 1987;83:58-60.
9. Norton D, McLaren R, Exton-Smith AN. An investigation of geriatric nursing problems in hospital. Churchill Livingstone, 1975.
10. Curley MAQ, Razmus IS, Roberts KE, Wypij D. Predicting pressure ulcer risk in pediatric patients: the Braden Q scale. *Nurs Res* 2003;52:22-33.
11. Niederhauser A, VanDeusen Lukas C, Parker V, Ayello EA, Zulkowski K, Berlowitz D. Comprehensive programs for preventing pressure ulcers: a review of the literature. *Adv Skin Wound Care* 2012;25:167-88.