

INTRODUZIONE

Il ruolo della medicazione, intesa come rivestimento e protezione, è quello di “promuovere e mantenere le migliori condizioni affinché il complesso processo della riparazione tissutale possa iniziare e proseguire senza ostacoli fino alla guarigione della lesione” (S. Thomas).

Il nostro compito diventa quello di mettere in atto una serie di procedure che conducano ad una scelta congrua del prodotto di medicazione, avendo ben chiare le esigenze della ferita e del paziente.

LETTURA DELLA FERITA

Prima di medicare una lesione cutanea è importante osservarla e valutarla. Affinché tale valutazione sia il più possibile oggettiva e riproducibile, è opportuno utilizzare strumenti di classificazione riconosciuti a livello internazionale.

MISURAZIONE DELLA LESIONE

Lo scopo di tenere aggiornate le misurazioni nella cartella clinica è quello di definire l'andamento della lesione e l'effettiva efficacia della terapia intrapresa.

La prima valutazione dovrebbe, quando possibile, essere corredata di misure ed immagini fotografiche. La misurazione dell'ulcera va ripetuta ogni 21 giorni, oppure con più frequenza in base alle esigenze cliniche. ^(NdR)

La lesione può essere misurata nella sua massima larghezza e lunghezza, utilizzando un righello. Tuttavia, avendo spesso margini irregolari, è preferibile riprodurre la forma dell'ulcera sovrapponendovi un foglio di acetato (trasparente) e disegnandone i contorni con un pennarello indelebile. Nelle lesioni cavitari l'indicazione sulla profondità si può ottenere con l'ausilio di specilli (indicare il punto di massima profondità).

L'utilizzo combinato di fotografia e traccia su foglio trasparente permette di ottenere il maggior numero di informazioni utili ⁽³⁸⁾, oggettivandole e consentendone la trasmissione fra operatori più aderente alla realtà.

Misurazione delle dimensioni di ferita mediante righello	VISUALIZZA IMMAGINE
Valutazione della profondità di ferita	VISUALIZZA IMMAGINE
Valutazione della superficie mediante acetato	VISUALIZZA IMMAGINE

CLASSIFICAZIONE E STADIAZIONE

Stadiare una lesione è importante al fine di utilizzare un linguaggio comune che consenta ai vari operatori di poter comprendere e capire la lesione ed insieme decidere le strategie terapeutiche ottimizzando le risorse.

Esistono diverse classificazioni anatomiche.

Si propone quella EPUAP, 1997 (European Pressure Ulcer Advisory Panel, Guidelines on treatment of pressure ulcer, www.epuap.com)

La classificazione anatomica permette di individuare la profondità della ferita descrivendone il progressivo aggravamento. In questi termini, assume un importante significato prognostico: i primi due stadi portano ad una restituito ad integrum mentre nei successivi, essendo impegnato l'apparato muscolo-scheletrico, si prevedono sequele che richiedono un maggior impiego di risorse.

Stadio I: 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 II: 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 III: Lesione cutanea a spessore totale con degenerazione o necrosi del tessuto sottocutaneo con possibile estensione fino alla fascia ma non oltre.

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

[VISUALIZZA IMMAGINI](#)

NB: La necrosi compare solamente in ulcere con interessamento degli strati profondi. ⁽⁵⁾

PARAMETRI PER LA LETTURA

[Leggere una ferita](#) vuol dire saper osservare con metodo :

- i tessuti di cui è composta la lesione
- l'essudato prodotto (quantità e qualità)

Cute perilesionale
Bordo / Margini
Fondo

Tessuti

Essudato

La corretta interpretazione di questi parametri fornisce indicazioni per la scelta dei materiali di medicazione più idonei da utilizzare.

[VISUALIZZA](#)

CUTE E CUTE PERILESIONALE

Per perilesionale si intende la porzione di cute che si estende per 10 cm. oltre il margine di lesione.

Essa guida all'utilizzo di medicazioni adesive, potenziali irritanti (antisettici, collanti), analizza la compresenza di mico-batteriosi che compromettono la riparazione propria della lesione ulcerativa.

CUTE	MANIFESTAZIONE CLINICA	INTERVENTO
Integra	Rosea, ben idratata, elastica	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Emollienti – idratanti ▪ Adeguata igiene
<u>Macerata</u>	Biancastra, aree di disepitelizzazione, umidità eccessiva	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gestione dell'essudato (Colonizzazione? Errore nel tempo di cambio della medicazione?) ▪ Gestione dell'incontinenza ▪ Correzione dell'ambiente (cerate, temperatura ambientale)
Secca	Squamosa, fissurata, possibile prurito con lesioni da grattamento	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Emollienti – Idratanti ▪ Emollienti +/- Cortisonici topici +/- Antibiotici topici (in creme) ▪ Aumentare l'idratazione generale
<u>Eritematosa</u>	Arrossamento, termotatto + prurito con lesioni da grattamento	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Valutare la presenza di irritanti nella medicazione in uso (evitare collanti, antisettici a diretto contatto, antibiotici locali) ▪ Adeguata igiene – Correzione dell'ambiente ▪ Mico - batteriosi ? ▪ Emollienti +/- Cortisonici topici +/- Antibiotici topici (in crema)
Edematosa	Tumefazione perilesionale	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Valutare i carichi (stato infiammatorio?) ▪ Valutare l'origine sistemica (ipoalbuminemia?)
Termotatto+	Aumentato calore perilesionale	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mico – batteriosi? ▪ Febbre di origine sistemica?
<u>Cianotica</u>	Violacea	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Valutare i carichi ▪ Ipossia sistemica?

Elenco dei prodotti utili per la gestione della cute perilesionale:

- ◆ vaselina bianca filante
- ◆ olio di mandorle dolci
- ◆ olio di vaselina
- ◆ crema cortisone
- ◆ antibiotico in crema
- ◆ antimicotico in crema

In caso di eritema – eczema – secchezza e prurito:

- 2 tubi di Vaselina bianca filante +
- 1 tubo di crema cortisonica +
- 2 cucchiaini di olio di oliva

In caso di sospetta batteriosi:

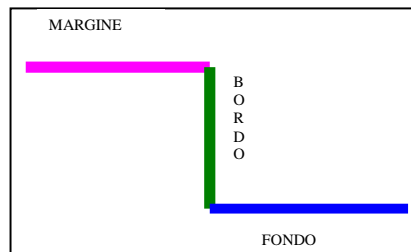
- 1 tubo Vaseline bianca filante +
- 1 tubo di crema cortisonica +
- 1 tubo di gentamicina crema

In caso di sospetta micosi, data la frequente compresenza di batteriosi:

- ◆ applicazione topica di creme fungicide + battericide
- ◆ molto utile l'impiego di iodopovidone in soluzione (spennellature)
- ◆ evitare le polveri
- ◆ considerare l'utilizzo di terapia antimicotica sistemica a lungo termine

BORDO-MARGINE

Ogni lesione ha un margine, ma solo le lesioni di una certa profondità hanno un bordo. Nel linguaggio comunemente usato si tende ad usare indifferentemente il termine bordo e margine.



La sua descrizione è importante per valutare l'attività della lesione. Può essere descritto dal punto di vista funzionale e anatomico.

STATO FUNZIONALE = identifica la dinamica di miglioramento-stato-estensione della lesione.

- **Attivo:** la riepitelizzazione è presente e la ferita è avviata alla chiusura. Si presenta in genere di colore rosa chiaro, trasparente, con un orlo di riepitelizzazione che crea una linea di continuità tra cute perilesionale e fondo di ferita.
- **Piantato :** non c'è presenza di attività, la lesione non si chiude e non peggiora. Esiste una netta demarcazione, scalino, tra le due unità funzionali (fondo e cute perilesionale). Importante è ricordare che uno dei segni che identificano la colonizzazione batterica è proprio l'arresto della riparazione. Una lesione che non dà segni di attività dopo 6 settimane si definisce "non healing".
- **In Estensione :** la lesione aumenta di superficie. Si evidenzia spesso con presenza di aree di macerazione. Possono determinare la comparsa di una estensione: processi di colonizzazione, effetti di ipercarico sulla lesione, peggioramento delle condizioni generali del paziente, errore di scelta e/o utilizzo della medicazione.

STATO ANATOMICO = descrive il disegno della lesione e lo stato anatomo-patologico del margine. La descrizione permette a volte di formulare un'ipotesi diagnostica in caso di peggioramento (edematoso, sottominato, secco, macerato, infiammato, cianotico ...). Una corretta valutazione della profondità della lesione mediante la stadiazione ci fornisce, oltre ad un indice prognostico, un dato importante sulla probabilità di insorgenza di complicanze infettive (maggiori profondità sono correlate ad una guarigione più lunga e gravata da frequenti episodi di infezione). ⁽²²⁾

FONDO ⁽⁵⁾

Unità funzionale che definisce l'obiettivo di primaria importanza in termini di atteggiamento terapeutico (vedi Wound Bed Preparation).

COLONIZZATO→ spesso appare di colore grigio-verde. Il sospetto di colonizzazione si fonda sui criteri di Cutting ed Harding ⁽³⁹⁾ (vedi capitolo su "Gestione della carica batterica").

NECROTICO→ presenza di evidenza clinica di morte tessutale dovuta a fattori circolatori di tipo ischemico. Può variare di consistenza e colore. La sua presenza interessa gli strati profondi (III e IV stadio).

NECROSI SECCA: di consistenza dura, colore nero, adesa ai tessuti circostanti che appaiono integri o lievemente eritematosi/edematosi;

NECROSI SETTICA: presenza di materiale colliquativo – purulento (può presentarsi sotto una escara dura che risulta alla palpazione fluttuante), colore marroncino, odore nauseabondo ; i tessuti circostanti presentano segni di flogosi importante;

NECROSI GIALLA: (slough), di consistenza molle e giallastra, esito di una rimozione della necrosi nera, spesso accompagnata da accumuli di fibrina.

FIBRINOSO→ si presenta di colore giallo, rappresentato da una patina, più o meno adesa al fondo di ferita. Diagnosi differenziale: slough, tendine, capsula articolare, fascia muscolare, materiale purulento.

Si definisce fondo fibrinoso se la fibrina occupa >50% della superficie totale, al di sotto di questo valore l'approccio alla lesione può essere uguale a quella detersa. ^(Ndr)

DETERSO→ prevale il tessuto di granulazione, di colore rosso. E' l'immagine della ferita acuta, pulita, avviata alla guarigione.

ESSUDATO

Liquido di produzione patologica che fuoriesce dai tessuti infiammati.

La valutazione della **quantità** e dell'aspetto determinano il tempo di cambio e la scelta del prodotto di medicazione.

L'aumento di essudato può essere indice di aumento della carica batterica locale (vedi capitolo su "Gestione della carica batterica").

Aspetto dell'essudato e odore possono essere di supporto per una corretta diagnosi.

Colore → limpido, [verde \(pseudomonas\)](#), giallo scuro e opalescente (pus), ematico.

Odore → assente, presente (da utilizzo di idrocolloidi, fibrinolitici, proteolitici o per colonizzazione).

WOUND BED PREPARATION SCORE ⁽⁴⁰⁾

(Modificato (41))

Ossia: approccio clinico integrato alla Lesione Cutanea Cronica.

Considerando le caratteristiche del fondo di ferita e della quantità di essudato, è possibile determinare uno Score che identifica il "bisogno di debridement-pulizia" della lesione in termini di atteggiamento clinico: più è alto lo score, più la nostra attenzione deve essere rivolta a medicazioni con proprietà di "pulizia" e gestione dell'essudato (es: una lesione D3 avrà necessità di un controllo dell'essudato e un debridement del fondo di ferita) . ^(NdR)

Aspetto della ferita			
Punteggio	Granulazione	Fibrina	Necrosi
A	100%	-	-
B	50-100%	+	-
C	<50%	+	-
D	Qualunque %	+/-	+

ESSUDATO	
0	Secco, senza essudato, può essere presente la crosta, la garza rimane adesa al fondo
1	Totalmente controllato, quantità nulla-poca, non richiede medicazioni assorbenti oppure la medicaz. può stare in sede 1 settimana
2	Parzialmente controllato, quantità moderata, la medicazione può essere cambiata ogni 2-3 giorni
3	Non controllato, ferita iperessudante, richiesto un cambio di medicazioni assorbenti 1 o più volte al giorno