

UN ESEMPIO DI INTERVENTO MULTIDISCIPLINARE: LA PRATICITA' E LA SEMPLICITA' DELLE MEDICAZIONI AVANZATE IN UN CASO COMPLESSO

Di: Ivan Santoro Inf. Prof. - Caposala- Corresponsabile Prevenzione e Cura Lesioni Cutanee - CENTRO DI RIABILITAZIONE "CITTA' DI GENOVA".

Il "piede diabetico" rappresenta una delle più gravi complicanze causate dal diabete. Esso è definito come un insieme di sindromi in cui *neuropatia, ischemia e infezioni* portano il tessuto ad ulcerarsi.

Tutto ciò causa di lunghi ricoveri ospedalieri e di lunghe cure ambulatoriali e risultato ultimo può addirittura essere l' amputazione del piede.

Secondo recenti studi i casi di piede diabetico riscontrati durante controlli clinici, si possono dividere in due grandi gruppi quasi equivalenti: nel 50% dei casi si tratta di *piede neuropatico*, dove prevale la neuropatia e mentre la circolazione è soddisfacente (ulcere neuropatiche - neuroartropatia o piede di Charcot).

In un altro 40% si tratta di piedi neuro-ischemici, dove si trova la neuropatia e l' assenza di polsi arteriosi. Il rimanente 10% dei casi è rappresentato da piede ischemico, con scarsa concomitanza di neuropatia.

In Italia si stima una presenza di circa 2.800.000 diabetici conosciuti (poco meno del 4% della popolazione) a cui si devono aggiungere almeno altre 800.000 persone che pur avendo già un diabete in atto non hanno avuto ancora una diagnosi.

Questa patologia è in notevole aumento nei paesi industrializzati e la crescita è molto più elevata soprattutto nella popolazione anziana.

La malattia, se trascurata o mal curata, con l' andare degli anni porta a numerose complicazioni invalidanti quali retinopatia (con deficit visivi fino alla cecità), nefropatia con insufficienza renale che conduce alla dialisi, cardiovasculopatie con maggior rischio per infarti ed ictus cerebrali, e lesioni sia ai vasi che ai nervi degli arti inferiori con sviluppo di lesioni ulcerose croniche ai piedi, altamente invalidanti, che possono portare fino all' amputazione dell' arto.

Il diabete è una malattia sociale che causa alti costi sanitari diretti per ospedalizzazione, assistenza specialistica e farmaci (assorbe circa il 7% del Fondo Sanitario) ed indiretti per interruzione precoce o riduzione dell' attività lavorativa per menomazioni dovute alle complicanze.



F.M. (80 anni), viene ammessa nel nostro Centro in data 01/07/2004, da un Ospedale cittadino con diagnosi di : *SCOMPENSO CARDIACO, CARDIOPATIA DILATATIVA, LITIASI COLECISTICA, DIABETE MELLITO TIPO II SCOMPENSATO, LESIONI NECROTICHE PARCELLARI DEL I° DITO PIEDE SN, ESITI DI PREGRESSO ICTUS CEREBRALE EMISFERICO SN, ENCEFALOPATIA MULTI INFARTUALE, VASCULOPATIA ATS...*

...Al primo esame obiettivo medico, viene impostata una nuova terapia sistemica ed insulinica, implementata da una dieta mirata fornita tramite consulenza del servizio di Dietoterapia dello stesso Ospedale di provenienza.

All' esame fisiatrico, la paziente presenta *EMIPARESI A.S. DX*, verrà impostato un nuovo programma fisioterapico con l' obiettivo di una rieducazione neuromotoria e di riportare appena possibile la paziente ad una postura retta e con deambulazione assistita.

Viene impostato (con il supporto medico), il prospetto di medicazione della lesione: (*DETERSIONE CON SOLUZIONE FISILOGICA+ IMPACCO DI CIRCA 30 MINUTI CON AMUCHINA® DILUITA AL 10%+ DETERSIONE CON SOLUZIONE FISILOGICA+ NU GEL® FLUIDO+ ADAPTIC DIGIT®+ CHIUSURA CON GARZA STERILE E CEROTTO DI CARTA ->con cambio ogni 48 ore*).

Dopo circa 2 settimane una consulenza chirurgica e podologica, conferma la validità degli interventi.

Dopo circa 3 settimane la lesione presenta notevoli miglioramenti e viene cambiato il prospetto di medicazione con: (*DETERSIONE CON SOLUZIONE FISILOGICA+ DISINFEZIONE CON FARVICETT®+ DETERSIONE CON SOLUZIONE FISILOGICA+ NU DERM® a misura+ CHIUSURA CON GARZA STERILE+ CEROTTO DI CARTA*).

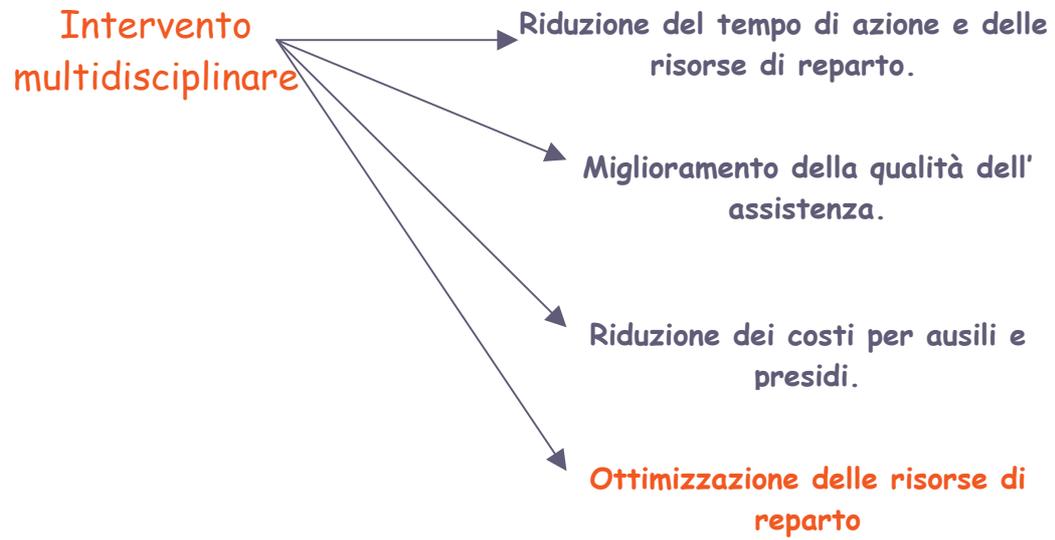
Dopo circa 6 settimane viene prolungato il tempo di medicazione a 72/96 ore.



Dopo 10 settimane (in dimissione, avvenuta con girello a 4 ruote con freni), la lesione si presenta riepitelizzata, sicuramente ancora a rischio, quindi oltre al foglio della dimissione con il decorso medico- fisiatrico - fisioterapico- infermieristico alla paziente verrà fornito un piccolo vademecum con i consigli utili per prevenire eventuali recidive(spesso devastanti).



In conclusione, il tempestivo intervento e la collaborazione di tutte le figure professionali (comprese Psicologa ed Animatrice Geriatrica), la grande volontà profusa dalla paziente, ha consentito di raggiungere in tempi medio-brevi gli obiettivi prefissati in ammissione.



Ivan Santoro