

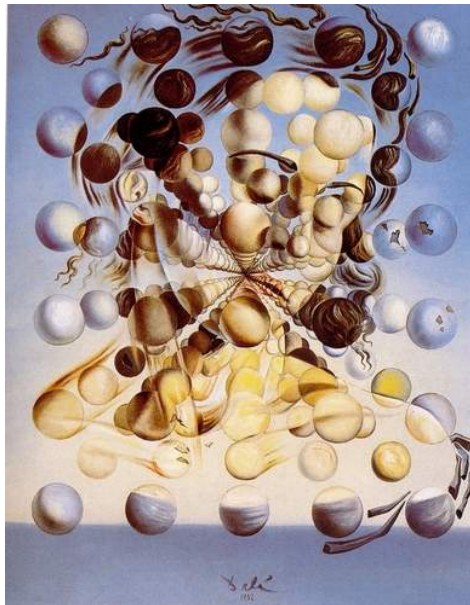


**AIUC**  
ASSOCIAZIONE ITALIANA  
ULCERE CUTANEE  
Sez. Regione Piemonte



# Trattamento locale: il dolore in sede di medicazione

## La medicazione atraumatica



**Somà Katia**

(Infermiera serv. Cure domiciliari Asl7)

**Furlini Sandy**

(Medico)

20 Settembre 2003  
Volpiano (TO)

## IL TRATTAMENTO LOCALE: IL DOLORE IN SEDE DI MEDICAZIONE. LA MEDICAZIONE ATRAUMATICA

### Introduzione

Il dolore è un sintomo estremamente frequente in tutte le manifestazioni cliniche dell'ulcera cutanea, rappresentando una complicanza molto temuta sia dal paziente che dal clinico.

La grande carenza di letteratura scientifica sull'argomento condiziona un approccio terapeutico inevitabilmente empirico e sperimentale.

La scelta del trattamento non può prescindere dalla qualità e dall'intensità del dolore, dallo stadio dell'ulcera e dallo stato psichico del paziente.

Negli ultimi decenni sono stati compiuti enormi progressi ed oggi disponiamo di ampie possibilità diagnostico-terapeutiche ma, cosa più importante, abbiamo raggiunto una maggiore consapevolezza dell'importanza del controllo del dolore ai fini della qualità della vita del paziente.

Anche se l'analgescico "ideale", ossia dotato di efficacia terapeutica senza effetti collaterali, attualmente non esiste, l'ulcera dolorosa può essere oggi affrontata secondo l'impostazione ormai nota della multidisciplinarietà, unendo attenzione, dedizione, umiltà e perché no, una mano esperta.

L'obiettivo di questo lavoro è quindi: *"Capire, indagando, prevalenza, gravità ed utilità diagnostica del sintomo dolore, quale sia la strada migliore da percorrere per migliorare la qualità di vita dei pazienti che per mesi soffrono con conseguenze invalidanti e notti insonni...."* (M.Marazzi)

### Cosa provoca dolore nel paziente con LCC:

Il sintomo dolore, ha origini diverse se consideriamo tre diversi punti di vista:

1. la lesione e quindi la sua etiologia
2. la complicanza della lesione, (la colonizzazione batterica clinica critica)
3. la tecnica di medicazione, quindi la mano dell'operatore e la scelta del prodotto di medicazione

**ETIOLOGIA.** Esistono lesioni particolarmente dolorose di per sé in quanto il meccanismo etiopatogenetico che le sostiene comprende nel suo manifestarsi una forte componente algogena che si esprime nella sollecitazione continua ed insistente dei recettori cutanei del dolore. E' questo il caso tipico delle lesioni di origine autoimmune (vasculiti, crioglobulinemie), in cui il fattore infiammatorio è espresso all'ennesima potenza stimolando in modo esasperato le terminazioni nervose che conducono il segnale "dolore". Altro caso è la lesione cutanea conseguente ad arteriopatia obliterante in cui l'ischemia gioca un ruolo fondamentale nello scatenare il sintomo. In corso di malattia ipertensiva si vengono a creare danni ischemici a livello del microcircolo tali da scatenare anche in questo caso una forte reazione algogena (ulcera di Martorell, più frequente nel sesso femminile, in età compresa tra i 40 e gli 80 anni. L'ipertensione si associa nel 90% dei casi ed il diabete nel 30%. L'esordio è improvviso, generalmente post-traumatico).

**COMPLICANZA.** Il meccanismo di riparazione tissutale prevede nelle sue fasi un controllo efficace della carica batterica fisiologicamente presente sulla cute. Talvolta, in seguito alle condizioni cliniche deficitarie (il diabete ne è un classico esempio), alla situazione igienico-sociale non congrua o ad errori specifici nella medicazione, si creano quelle condizioni che possono favorire il batterio a spese dell'organismo. Viene a saltare l'equilibrio fisiologico con conseguente rapida e funesta replicazione batterica e quindi viraggio alla colonizzazione. Questa situazione, rimasta misconosciuta fino a determinate proporzioni, si manifesta clinicamente con specifici segni e sintomi tra cui una comparsa del dolore, ove questo sintomo non era presente, o una esacerbazione dello stesso quando vi fosse in precedenza un buon compenso della sintomatologia algica. E' a questo punto che la situazione clinica crolla con progressivo peggioramento del quadro locale vulnologico congiuntamente a quello generale, creando il quadro di colonizzazione clinica (=evidente) critica (=ad un passo dalla infezione e quindi dal rischio di diffusione sistemica con "host reaction").

**TRAUMA DA MEDICAZIONE.** Troppo spesso è proprio l'operatore sanitario a causare dolore al paziente portatore di LCC. Una medicazione frettolosa, il non rispetto dei tessuti e la non osservazione dei tempi di cambio dettati dall'essudato, portano a scegliere in modo errato il prodotto da utilizzare. Ogni lesione va inserita in un paziente con la sua cute perilesionale, la sua soglia del dolore, la sua patologia di base.....

E' ormai nota la frase di Turner, secondo cui "Non esiste una singola medicazione adatta a tutti i tipi di ferita, né tanto meno a tutte le fasi di una ferita stessa"; oggi diremo più semplicemente che "non esiste la medicazione ideale", in quanto ogni prodotto ottiene dei brillanti risultati solo se utilizzato propriamente. Ed allora ci si chiede quale significato possa avere una garza sterile applicata su di una ferita asciutta o un idrocolloide applicato su di una lesione molto essudante. Questi sono due esempi di inappropriata nell'uso dei materiali di medicazione ma, cosa molto più grave, causa di disagio e soprattutto di danno per il paziente.

### **Atraumatico: un approccio più vicino al malato**

Se vogliamo dare un significato a questo termine, a nostro avviso, si deve considerare:

LA LESIONE rispettando la fisiologia della cicatrizzazione evitando il danneggiamento dell'orletto di ripitelizzazione e/o del tessuto di granulazione.

IL MALATO rispettando la dignità del paziente, i suoi bisogni e, non ultimo, evitando la vasocostrizione adrenergica da dolore che causa ipossia tissutale.

Le domande da tenere in considerazione quando si approccia una lesione cutanea cronica e quindi un paziente...una persona, sono:

- COME MEDICARE (tecnica da utilizzare)
- COSA USARE (prodotto di medicazione idoneo)
- QUANDO (tempo di cambio e quanto tempo è opportuno impiegare per eseguire la medicazione)

In letteratura internazionale, molti sono i lavori e gli studi fatti sul dolore provocato e indotto da medicazioni incongrue o da tecniche di medicazione troppo cruenta.

Un lavoro del canadese R. Kohr su una popolazione di 40.000 pz. reclutati in 11 paesi di tutto il mondo, "Curare il dolore con il NON DOLORE", mette in evidenza come l'impatto negativo sulla percezione del dolore provocato dalla medicazione (il 73% dei pz riferisce

dolore da medicazione), influisca sulla componente psicologico-emotiva del paziente, che alla seconda medicazione avrà paura.

Molti altri sono gli studi pubblicati, in particolare quelli dal 1962 ad opera di Winter GD (primo che elabora la teoria della medicazione in ambiente umido).

Possiamo pensare ad approcciare una LCC, intraprendendo un percorso, suddividendolo per semplicità in varie fasi:

**INCONTRO CON IL PAZIENTE**, in cui il compito di ogni operatore dovrebbe essere quello di entrare in contatto con la persona portatrice di una lesione e non con la lesione, ricercando un dialogo e una buona compliance. E' molto importante, prima di passare alla fase pratica della medicazione, cercare una posizione comoda sia per l'operatore che per il paziente: una medicazione è già di per sé un trauma se eseguita in una posizione scomoda e può determinare delle contratture muscolari che aumenterebbero il dolore .

Il rapporto che si instaura fra operatore e paziente deve essere un contratto, dove ognuno si sente libero di esprimere le proprie esigenze, paure e richieste. L'operatore deve essere in grado di saper ascoltare e rispondere in modo appropriato alle difficoltà espresse dalla persona malata.

**RIMUOVERE LA MEDICAZIONE**, può essere la fase più lunga e dolorosa !!

Come effettuare questa fase può dipendere dal tipo di medicazione che si deve asportare: in caso di idrocolloidi o medicazioni con adesivi e collanti, la rimozione deve avvenire delicatamente e in modo tangenziale alla cute poiché una azione veloce potrebbe provocare danni alla cute perilesionale oltre che dolore al paziente.

In una lesione con scarso essudato e medicazione molto adesa, inumidire con fisiologica o acqua è indispensabile. Anche in questo caso un azione cruenta provocherebbe dei grossi danni all'orletto di riepitelizzazione ed al tessuto di granulazione neoformato. Provocare un sanguinamento del fondo di ferita altro non provoca che la rottura dei microvasi in formazione che sono deputati a portare nutrimento ed ossigeno ai tessuti (esiste la tecnica di medicazione fondata sul "wet to dry" ma il suo utilizzo dovrebbe essere limitato a pochi e specifici casi).

In lesioni molto dolorose, la rimozione può essere svolta associando lidocaina alla soluzione fisiologica o essere preceduta, su parere medico, da antidolorifici somministrati prima della medicazione stessa.

**DETERSIONE = Debridement = Pulizia del fondo della ferita**

**DETERSIONE**: allontanamento **meccanico** del tessuto necrotico, residui di medicazione e batteri (riduzione della carica)

E' necessaria sempre in quanto predispone la lesione all'accoglimento di una nuova medicazione. In rari casi la detersione può essere evitata e ciò dipende da quale obiettivo ci siamo posti in primis: se il dolore è il sintomo principale forse questa fase può essere evitata per il "bene del paziente".

La scelta della soluzione deputata in questa fase è molto importante. A questo proposito ricordiamo le Linee Guida dell' EPUAP che citano:

- Ridurre il rischio di infezione e promuovere la riparazione tissutale attraverso il lavaggio delle mani, la detersione dell'ulcera ed il debridement (A)
- Detergere le ulcere in base alla necessità con acqua corrente o con acqua potabile o con soluzione salina (C)

Molte sono le tecniche utilizzate per detergere, dall'utilizzo della siringa da 5cc, i nebulizzatori (da qualche tempo in commercio), al getto per caduta. Per la scelta della tecnica è bene ricordarsi sempre qual' è lo scopo della detersione e quindi ci verrà spontanea l'esclusione ad esempio della siringa...

La temperatura della soluzione che si intende utilizzare per questa fase deve essere compresa fra i 28°-30°. La sensazione di freddo provocata da una soluzione a temperatura più bassa (in inverno la temperatura ambiente in case non sufficientemente riscaldate), in pazienti con lesioni molto dolenti, potrebbe scatenare sensazioni dolorose importantissime.

**DISINFEZIONE:** abbattimento della carica batterica mediante l'uso di antisettici.

E' indicata quando vi è colonizzazione critica, ricordando che l'antisettico svolge la sua piena azione se lasciato in situ.

"L'applicazione topica di antisettico seguito da lavaggio con sol. salina riduce la carica batterica di un fattore 10 (1 Log) analogamente a quanto si ottiene con il solo uso di sol. salina". *M. Masina, Acta Vulnologica vol.0-n°0, pag19, "Effetti della modalità di applicazione sull'efficacia antimicrobica in vivo di una soluzione di antisettico".*

Linee Guida EPUAP: Gli antisettici non dovrebbero essere utilizzati di routine per detergere le ulcere, ma possono essere presi in considerazione quando la carica batterica deve essere controllata (dopo valutazione clinica).(C)

**OSSERVARE E LEGGERE PER SCEGLIERE:** questo è il momento in cui si sceglie il prodotto giusto per la fase in cui la lesione si trova.

"NON ESISTE UNA SINGOLA MEDICAZIONE ADATTA A TUTTI I TIPI DI FERITA NÉ TANTO MENO A TUTTE LE FASI DI UNA FERITA STESSA..." (T.D. Turner 1984)

La scelta del prodotto è determinata dall'osservazione dei tessuti (necrotica, infetta, detersa), mentre la quantità di essudato (ferita asciutta, umida, iperessudante) ci indirizza sul tempo di cambio della medicazione. Determinante inoltre per la scelta del prodotto è l'osservazione della cute perilesionale che può essere fragile, eritematosa, macerata a tal punto da impedire talvolta l'utilizzo di idrocolloidi o collanti. In caso di infiammazione della cute circostante, può risultare utile e lenitivo l'uso di creme cortisoniche miscelate con vaselina bianca filante.

In caso di cute secca e ipercheratosica l'utilizzo di olii e creme emollienti è indispensabile per una buona riuscita del nostro intervento: a volte solo l'idratazione ha favorito il lenire di una situazione dolorosa locale. Inoltre la secchezza cutanea spesso provoca prurito che, se non trattato, diviene causa di lesioni da grattamento con peggioramento del quadro locale.

**MEDICARE,** significa creare l'ambiente ottimale per la guarigione della ferita, mantenere una corretta umidità nell'ambiente di interfaccia ferita-medicazione, garantire comfort al malato, lenire il dolore, rispettare la cute perilesionale.

Alcune regole pratiche che possono aiutare nella scelta della medicazione che eviti la comparsa o il peggioramento di una sintomatologia algica:

- Fra la lesione (+/- creme) e la garza in cotone interporre una garza grassa o una garza al silicone a bassa aderenza per evitare che la garza in cotone, assorbendo la crema, aderisca alla ferita.
- Evitare essiccanti (antisettici in soluzione alcolica o a diretto contatto con la lesione) su lesioni poco essudanti. L'argento è l'antisettico più antico, Assiri, Egizi, Persiani e Arabi già conoscevano le proprietà antisettiche dell'argento.

Carbone + argento = contiene l'essudato, adsorbe i batteri, riduce la lesività locale dell'antisettico evitando il contatto diretto col tessuto di granulazione.

Su lesioni non essudati deve essere associato ad idrogel o garze non aderenti.

- Utili le garze in TNT in quanto più morbide, si prestano meglio alla rimozione, provocano meno irritazione alla cute perilesionale.
- Avvolgere le garze 36x40 a cravatta intorno all'arto inferiore, evitando così di far aderire il cerotto alla pelle.

"In letteratura esiste accordo fra i diversi autori sul fatto che le medicazioni avanzate siano in grado di ridurre il dolore, sia in fase di stato, sia durante la medicazione" (E. Ricci).

**FISSAGGIO DELLA MEDICAZIONE**, dovrebbe essere evitato l'uso, quando possibile di cerotti e adesivi in genere.

Per il fissaggio di medicazioni agli arti inferiori sono da preferire, reti, maglia tubolare elastica, bendaggio monostrato mobile, bendaggio pluristrato mobile, bendaggio fisso.

#### **CONCLUSIONI:**

- La **rimozione della medicazione** è spesso l'operazione più dolorosa
- Le **medicazioni asciutte e i prodotti aderenti** sono quelli che causano più dolore e traumi al momento della sostituzione della medicazione.
- La **garza** molto spesso causa dolore.
- La **conoscenza** della gamma dei prodotti disponibili e la **capacità di scegliere** le medicazioni opportune può limitare dolore e trauma.
- L'impiego di strumenti validi di **valutazione del dolore** è essenziale.
- Anche una **cute perilesionale alterata** può essere causa di dolore.

**Le lesioni causeranno sempre un certo grado di dolore**

**Attenuiamo il dolore causato dal cambio di medicazione mediante  
*valutazione accurata, preparazione efficiente, analgesici adeguati e prodotti di  
pulizia e medicazione adeguati.***

(Tratto da "Guida al contenimento del dolore in sede di cambio della medicazione", M. Briggs e JE. Torra i Bou – EWMA 2002)