

GLOSSARIO E NOTE DI CHIARIMENTO E PRODOTTI PRONTUARIO

DEBRIDEMENT

- Chirurgico classico **Ambulatoriale o Sala Operatoria**
- Idrochirurgia ad alta pressione in ricovero ordinario o DH **VersaJet Manipoli Plus 14 0 8 mm**
- Debridement per autolisi (idrogeli) **Intrasite**
- Debridement enzimatico (collagenasi) **Noruxol**
- Modulatori metalloproteasi **Cadesoeb**

MATERIALI BIO-INGEGNERIZZATI

(uso selezionato e prescrizione ed utilizzo riservati nell'ambito delle attività dell'Ambulatorio delle Ferite Difficili)

Scaffort dermici **HyaloMatrix**

Sostituti dermici **Integra**

MATERIALE PER LA DETERSIONE E CONSERVATIVA RISULTATI

Soluzioni per detersione **Acqua Distillata o Vulnopur**

Argenti spray essiccanti **HyaloSilver o Versus**

Formulazioni ad uso topico protezione pelle peri-lesionale **Preparazioni galeniche all'ossido di Zn**

MEDICAZIONI AVANZATE PER CONTROLLO AMBIENTE UMIDO

Poliuretani adesivi **Allevyn Adhesive**

Poliuretani non adesivi **Biatain non Adhesive 5 e 10**

MEDICAZIONI AVANZATE PER CONTROLLO EMOSTATICO (con Sali di calcio)

Alginati con calcio **Algisite M**

MEDICAZIONI AVANZATE PER CONTROLLO ESSUDATO

Alginati per essudati elevati **Seasorb**

Idrofibre per essudati medi **Aquacel**

Idrocolloidi per ambiente umido **Confeel Bianco e Trasparente**

NPWT (terapia a pressione negativa) con essudati esuberanti **Renasya AZ e GO** (domiciliare)

MEDICAZIONI AVANZATE PROFILASSI RECIDIVE SETTICHE

Antisettico in argento a lento rilascio (3-7 giorni) **Acticoat Flex 7**

Antisettico in argento a lento rilascio per superfici irregolari (7 giorni)

Aquacel AG

Medicazione antiaderente con Ag **Acticoat Flex, Physiotull AG**

Medicazione a capacità assorbente con idrofibre ed Ag per medi essudati **Aquacel AG**

MEDICAZIONI BIOATTIVE

Formulazioni con acido ialuronico **HyaloFill e Connettivina plus**

Formulazioni con aminoacidi **Vulnamin**

MEDICAZIONI CLASSICHE (a costo contenuto)

Garze medicate a rotolo o compresse con maglia larga per sostituzioni frequenti **Kerlix AMD Rotolo o Compressa**

Medicazioni per assorbimento essudato associati a garza medicata per sostituzioni frequenti **Cutisorb Ultra 10 e 20**



Guida Tascabile Gestione



A cura:
Dipartimento di Chirurgia
Dipartimento di Medicina
UOC Anestesia e Rianimazione
ADI Cure Domiciliari
Servizio Farmaceutico Ospedaliero
Servizio Farmaceutico Territoriale

DEFINIZIONE

Sono lesioni caratterizzate da perdita di sostanza che non vanno alla guarigione spontanea, ma tendono a cronicizzare. Viene considerata ferita difficile quella lesione cronica che in 60 giorni non mostra fenomeni compatibili con l'innescamento dei meccanismi fisiologici della guarigione (tessuto di granulazione, presenza di tessuto attivo, bordi dai quali emigra la riepitelizzazione)

VALUTAZIONE PAZIENTE

(da applicare a tutti i pazienti giudicati a rischio di sviluppo di lesioni da pressione per ipomobilità o paresi, confusione mentale o disorientamento, ipoalimentazione, calo ponderale >10% del peso in 6 mesi):

STIMA DEL RISCHIO DI SVILUPPO DI LESIONE DA PRESSIONE

- Per il paziente ricoverato valutazione mediante SCALA DI NORTON-PLUS
- Per il paziente domiciliare o istituzionalizzato (RSA – RP) valutazione mediante SCALA DI BRADEN

VALUTAZIONE DELLO STATO NUTRIZIONALE E DEL RISCHIO DI MALNUTRIZIONE

- Rilevazione del peso e dell'altezza e calcolo del Body Mass Index, quando disponibili i singoli dati antropometrici, o in alternativa determinazione della circonferenza del braccio
- Somministrazione del Mini Nutritional Assessment o nel paziente non ospedalizzato fare riferimento al risultato dell'item "Alimentazione" della Scala di BRADEN
- Indici Biomorali di Malnutrizione: emocromo per conta linfocitaria, transferrinemia, albuminemia, prealbuminemia e creatinuria (urine 24 ore)

STADIAZIONE FERITA DIFFICILE

1° STADIO

Eritema della pelle inizialmente instabile (**fase di allarme**) e reversibile alla digitopressione per poi divenire stabile e non reversibile alla digitopressione senza evidenza di lesione cutanea

AZIONE ed OBIETTIVO:

le pressioni sono solitamente la prima causa. Importante analizzare le cause che determinano l'ischemia ed agire al fine di ripristinare la vascolarizzazione e prevenire l'ulcerazione cutanea.

Materiali	Sostituzione
Opsite o suo equivalente antifrizioneamento	In relazione ai tempi di immobilizzazione
Noruxol o Intrasite Kerlix AMD Rotolo o compresse	Ogni 2 giorni, salvo contaminazione fecale o urinaria
Noruxol o Intrasite Kerlix AMD Rotolo o compresse Cutisorb assorbente	Ogni 2 giorni, salvo contaminazione fecale o urinaria
Noruxol o Intrasite Kerlix AMD Kendall Rotolo o compresse Cutisorb Ultra assorbente	Ogni 2 giorni, salvo contaminazione fecale o urinaria
Confeel Bianco o trasparente Allewyn Adhesive Biatin non Adhesive Vulnamin	Ogni 3-5 giorni, salvo diverse indicazioni mediche
Acticoat 7, Acticoat Flex Allewyn Adhesive Biatin non Adhesive	Ogni 5-7 giorni, salvo diverse indicazioni mediche
Seasorb AquaCel Allewyn Adhesive Biatin non Adhesive	Ogni 3-5 giorni, salvo diverse indicazioni mediche
Seasorb AG Algisite AG AquaCel AG Allewyn Adhesive Biatin non Adhesive	Ogni 3-5 giorni, salvo diverse indicazioni mediche
Seasorb AG Algisite AG AquaCel AG NPWT interfaccia con Acticoat Flex Pysiotulle AG e KIT spugna o garza	Ogni 2 giorni Se l'essudato richiede medicazioni giornaliere trova indicazione l'utilizzo NPWT con sostituzioni ogni 4-5 giorni
Hyalofill Hyalomatrix Integra Allewyn Adhesive Biatin non Adhesive Vulnamin	Ogni 3-4 giorni la medicazione secondaria. In qualunque caso la cadenza delle medicazioni è determinata dalle peculiarità del paziente e della lesione.
Garze di cotone fino a diversa indicazione specialista	Indicata dallo Specialista in relazione al tipo di approccio chirurgico

Materiali	Sostituzione
Algisite M	Ogni 2 Giorni
IBU	Ogni 2-3 Giorni. Non sostituisce trattamento antalgico sistemico
Pysiotulle con o senza Ag Acticoat Flex	Ogni 3-5 Giorni
Pysiotulle con o senza AG Acticoat Flex	Ogni 3-5 Giorni
Vulnamin	Ogni 3 Giorni

Stadi della lesione	Caratteristiche della lesione	Medicazione
1° Stadio	Lesione non ancora presente ma a rischio di insorgenza	Mobilizzazione evitando frizionamenti
2° e 3° Stadio	Non detersa con essudato lieve. Debridement enzimatico o autolitico	Garze o rotoli a maglia grande medicata (no medicazione secondaria)
	Non detersa con essudato medio. Debridement enzimatico o autolitico	Garze o rotoli a maglia grande medicata (si medicazione secondaria assorbente)
	Non detersa con essudato elevato. Debridement enzimatico o autolitico	Garze o rotoli a maglia grande medicata (si medicazione secondaria assorbente)
	Debridement effettuato con essudato scarso non a rischio di contaminazione	Idrocolloide, Aminoacidi (si medicazione secondaria occlusiva)
	Debridement effettuato con essudato scarso a rischio di contaminazione	Medicazioni non assorbenti con Ag (si medicazione secondaria occlusiva)
	Debridement effettuato con essudato medio-lieve rischio di contaminazione basso	Medicazioni assorbenti con alginati o idrofibre senza Ag (si medicazione secondaria)
	Debridement effettuato con essudato medio-lieve rischio di contaminazione medio-alto	Medicazioni assorbenti con alginati o idrofibre con Ag (si medicazione secondaria)
Debridement effettuato con essudato elevato a rischio di contaminazione medio - alto	Medicazioni assorbenti con alginati o idrofibre con Ag (si medicazione secondaria ad alto assorbimento) NPWT	
	Lesione in avanzata fase di guarigione	Medicazioni bioattive a base di Acido ialuronico, Scaffold o sostituti dermici. Medicazione secondaria per micro macro ambiente umido. Aminoacidi
4° Stadio	Lesione solitamente contaminata o infetta con essudato elevato e presenza di molto tessuto non vitale	Medicazione di copertura nell'attesa della valutazione chirurgica

Condizioni particolari

Lesione	Medicazione
Lesione sanguinante spontaneamente o dopo debridement chirurgico	Alginati con Sali di calcio ad effetto emostatico
Lesione molto dolente	Poliuretani con FANS a lento rilascio
Lesione con tessuto di granulazione friabile	Medicazioni e interfaccia non aderente
Lesione sottoposta a debridement con Versajet e NPWT sequenziale	Interfaccia non aderente tra fondo lesione e Kit Spugna o Garza NPWT
Lesioni con granulazione a lenta evoluzione o no essudanti o poco idratate	Preparazioni con aminoacidi in polvere, in pomata o gel

2° STADIO

Ulcera/lesione cutanea che coinvolge l'epidermide ed il derma non a tutto spessore.

AZIONE E OBIETTIVO:

occorre rimuovere il tessuto devitalizzato con metodiche non aggressive (lisi enzimatica o autolisi) o aggressive (toilette chirurgica) provvedendo alla detersione del fondo con controllo dell'essudato e delle complicità infettive al fine di favorire la riparazione dello strato tissutale coinvolto.

3° STADIO

Ulcera/lesione cutanea che interessa l'epidermide ed il derma a tutto spessore fino alle fasce senza determinare il loro interessamento

AZIONE E OBIETTIVO:

asportazione del tessuto non vitale (solitamente con atti chirurgici previo controllo del dolore) e trattamento dell'infezione che solitamente complica la lesione con controllo dell'essudato. Inoltre, facilitare il ripristino della continuità tissutale della cute e sottocute mediante l'innesco dei fisiologici meccanismi della cicatrizzazione o, in casi selezionati, con l'utilizzo di medicazioni bioattive e materiali bioingegnerizzati.

4° STADIO

Ulcera/lesione cutanea che interessa anche le strutture fasciali e muscolari sottostanti, spesso complicata da sovrainfezione batterica.

AZIONE E OBIETTIVO:

frequente necessità di approccio chirurgico per stabilire il confine tra tessuto vitale e non vitale, risultando essenziale il controllo dell'essudato solitamente molto importante. La sovrainfezione batterica richiede terapia antibiotica sistemica. Importante monitorare la evoluzione della granulazione del fondo al fine di individuare eventuale comparsa di biofilm batterico, quale marker di recidiva settica silente.

CRITERI di COMPORTAMENTO

COSA FARE

1. Asportazione dei tessuti non vitali chirurgicamente o con debridement enzimatico o autolitico a seconda delle caratteristiche della lesione e del paziente. La preparazione del fondo della ferita è un atto fondamentale ed imprescindibile.
2. Il controllo dell'infezione avviene con l'utilizzo

dell'antibioticoterapia per via sistemica e l'asportazione del tessuto infetto/contaminato presente nella lesione attraverso il debridement. L'utilizzo delle medicazioni antisettiche ha come razionale la prevenzione della recidiva contaminante

3. Circa l'eccesso dei fluidi la componente trasudatizia va controllata con corretto trattamento della malattia di base, mentre la componente essudatizia va controllata con medicazione a caratteristiche assorbenti. La scelta del trattamento è legata alla quantità dell'essudato.
4. La fase della riparazione tissutale si innesca quando le precedenti condizioni siano state soddisfatte. In questa fase è razionale l'utilizzo delle medicazioni avanzate con la finalità di ottenere un corretto ambiente umido, con attività bioattiva ed, in alcuni casi, un risultato estetico soddisfacente con l'utilizzo di materiali bio-ingegnerizzati.
5. Utilizzare medicazioni non avanzate (garze, rotoli o compresse medicate a maglie larghe e stabili) in tutte quelle condizioni che richiedano la frequente sostituzione della medicazione come nel caso della contaminazione fecale nelle lesioni sacrali basse in quelle lesioni il cui l'essudato è talmente abbondante che costringe giornalmente a sostituire la medicazione avanzata anche con debridement effettuato, o infine nei casi in cui la prognosi del paziente non possa far prevedere in ogni caso l'innescamento della fase riparativa.
6. Utilizzare la Terapia a Pressione Negativa NPWT quando le condizioni per l'innescamento della fase della riparazione tissutale siano in essere, ma l'essudato e altre condizioni non permettano la permanenza della medicazione avanzata per un minimo di tre giorni previsti per tale tipologia di presidio. L'applicazione della NPWT viene proposta in base a criteri di selezione legati alla prognosi, eccesso di essudato, grado di contaminazione della lesione. La permanenza della NPWT non deve superare le tre settimane e la presenza di vivace granulazione ne indica la sospensione.
7. Utilizzare medicazioni antisettiche con Ag, bio-attive o finalizzate al mantenimento del corretto ambiente umido quando si ha la certezza che possano rimanere in loco almeno tre giorni. Alcune medicazioni antisettiche con Ag sono state studiate per rimanere in sede anche 7 giorni
8. Applicare sostituti dermici o prodotti della bioingegneria in quei casi in cui vi sia una prognosi favorevole e la massima collaborazione del paziente.
9. L'analgesia deve essere considerata come parte integrante del

regime di trattamento di una ferita difficile: necessario quindi valutare e trattare il dolore acuto o cronico con appropriato piano terapeutico rispettivamente in base alle scale del dolore e dell'analgesia OMS.

10. Prima di ogni medicazione, somministrare antidolorifico appropriato (FANS, Oppiacei o loro derivati in base alla peculiarità della lesione o del paziente) 15 – 30 minuti prima dell'atto traumatico in base alla farmacodinamica del medicinale adoperato (per esempio ORAMORPH 4-8 gtt per os 15 minuti prima della procedura).

COSA NON FARE

Utilizzare medicazioni avanzate a caratteristiche antisettiche o ad elevata capacità di assorbimento, bioattive o bio-ingegnerizzate quando:

- non sia stato asportato il tessuto devitalizzato (ostacolo a qualsiasi criterio di guarigione);
- l'infezione non sia sotto controllo (si è dimostrato che le medicazioni antisettiche non sono in grado di abbattere la carica batterica locale ottenibile solo con il debridement, mentre è in grado di prevenire la recidiva settica);
- la particolare collocazione della ferita necessita di ricambio giornaliero o più volte al giorno (per esempio lesione sacrale facilmente esposta alle deiezioni);
- l'essudato è talmente abbondante che renda la medicazione assorbente utilizzata non idonea alla permanenza in sito per almeno due giorni;
- la malattia di base non sia sotto controllo e la relativa componente trasudatizia non sia diminuita oppure condizioni di allettamento o altri condizionamenti non permettano l'innescarsi della fase rigenerativa;
- Le condizioni generali del paziente facciano prevedere una sopravvivenza molto limitata nel tempo per cui rende irrazionale l'utilizzo di quei presidi finalizzati alla guarigione.