

Il ruolo dell'infermiere nella cura delle lesioni croniche

Grazie alle esperienze descritte in questo articolo verrà mostrato come l'infermiere possa in completa autonomia trattare clinicamente un paziente affetto da lesioni difficili, attraverso la scelta delle medicazioni, l'utilizzo di elastocompressione e di moderni antisettici, e anche di medicazioni attive. A questo scopo verranno analizzati due casi distinti: nel primo il paziente presentava devastanti ulcere degli arti inferiori di natura venosa, mentre nel secondo una lesione cronica del tallone post-trauma. A seguito dell'abrogazione del mansionario, la nostra azione si è ispirata al codice deontologico, dove si ribadisce che: "L'infermiere riconosce la salute come bene fondamentale dell'individuo e interesse della collettività e si impegna a tutelarla con attività di prevenzione, cura e riabilitazione. L'assistenza infermieristica è servizio alla persona e alla collettività. Si realizza attraverso interventi specifici, autonomi e complementari, di natura tecnica, relazionale ed educativa.

La responsabilità dell'infermiere consiste nel curare e prendersi cura della persona, nel rispetto della vita, della salute, della libertà e della dignità dell'individuo".

Basandosi su tali principi, l'infermiere può essere autonomo ed assumersi le responsabilità nel trattamento di determinate patologie. Nel nostro caso specifico, legato al trattamento di cura di una lesione difficile, si è agito nel seguente modo:

- 1) individuazione della causa che provocava la lesione: visionando la documentazione in possesso del paziente si è giunti alla diagnosi di lesioni di natura venosa.
- 2) Attuazione di protocolli internazionali per la cura di tali lesioni, protocolli che prevedono l'utilizzo di medicazioni avanzate, medicazioni attive ed elastocompressione. Infatti, grazie

all'utilizzo di tali medicazioni è stato possibile agire su varie complicanze cliniche (trattamento della necrosi, della carica batterica, riattivazione dei processi riparativi).

- 3) Prescrizione dei prodotti di medicazione avanzata, attiva ed elastocompressione: tali prodotti, infatti, non necessitano di prescrizione medica e possono essere richiesti direttamente dall'infermiere.
- 4) Grazie a tali medicazioni avanzate è stato possibile evitare l'utilizzo di antibiotici e il ricorso alla chirurgia per il *debridement*; in pratica non è stato necessario il consulto medico per tali interventi.

Il trattamento presentato è stato effettuato in modo autonomo, evitando di consultare il medico, e sotto la piena responsabilità dell'infermiere. Tutto ciò è stato possibile grazie sia all'abrogazione del mansionario sia all'esistenza di modernissime medicazioni che permettono di evitare il ricorso ad antibiotici e al trattamento chirurgico, e che possono essere utilizzate senza obbligo di ricetta medica. Il sottoscritto ha informato il paziente e anche i familiari del tipo di trattamento previsto e anche di tutto il materiale che avrebbe utilizzato, spiegando l'importanza nella cura delle specifiche patologie di antisettici di ultima generazione come il nanocristallo di argento, oltre che delle schiume di poliuretano e infine dell'elastocompressione.

PRIMO CASO

Ulcere venose dell'arto inferiore: *wound bed preparation*, elastocompressione e riparazione tessutale

Il paziente, di 70 anni e di sesso femminile, da ben un anno presentava gravissime lesioni degli arti inferiori di natura venosa, sia all'arto destro che al sinistro. Su quello destro presentava lesioni sia all'interno che all'esterno coscia. Ben documentate dagli

di Paolo Pacitto

Infermiere specializzato in cura delle lesioni difficili, elastocompressione, riparazione tessutale, stomaterapia

Per trattare efficacemente lesioni difficili il personale infermieristico viene preparato attraverso un articolato percorso formativo. L'analisi di due casi clinici, trattati con successo e in completa autonomia, dimostra il ruolo sempre più importante dell'infermiere, che non si limita all'assistenza del paziente, ma è ormai in grado di erogare cure molto specialistiche e di utilizzare medicazioni avanzate

esami effettuati (eco-color-doppler, dove si evidenziava un danno venoso, con completa integrità del sistema arterioso), le lesioni si presentavano ricche di corpi necrotici, fibrina e carica batterica. La paziente aveva lancinanti dolori, leucocitosi, innalzamento della VES, quadro clinico di infezione delle lesioni, inappetenza, innalzamento della temperatura corporea nelle ore serali. Gli arti si presentavano gonfissimi, tumefatti ed iperessudanti, infiammati, con potenziale rischio di trombosi venosa. La paziente riferiva che fino ad allora il trattamento era stato effettuato con medicazioni a base di iodopovidone e chiusura con garze sterili, finalizzate all'essiccamento della lesione. Non esisteva un trattamento terapeutico per iscritto. Dopo aver informato dettagliatamente la paziente del tipo di trattamento che avrei eseguito sulla lesione, ho iniziato immediatamente con una preparazione del letto della lesione mirato allo scollamento necrotico ed equilibrio batterico, con utilizzo di medicazioni avanzate ed attive. Si riassumono di seguito i vari step effettuati:

Primo trattamento, mirato allo scollamento necrotico:

- detersione della lesione con fisiologica;
- posizionamento di idrogel;
- chiusura con schiuma di poliuretano;
- fissaggio delle medicazioni con benda auto-coesiva;
- rinnovo a giorni alterni.

Secondo trattamento, mirato al bilancio batterico:

- detersione della lesione con acqua distillata sterile;
- posizionamento di medicazione a base di argento;
- chiusura con schiuma di poliuretano;
- fissaggio con benda auto-coesiva;
- rinnovo a giorni alterni.

Terzo trattamento, mirato alla riparazione tissutale:

- detersione della lesione con fisiologica;
- posizionamento di Matrice modulante di proteasi composta al 55% da collagene e al 45% da cellulosa ossidata rigenerata, 1% di argento;
- chiusura con schiuma di poliuretano;
- fissaggio delle medicazioni con benda auto-coesiva;
- posizionamento di elastocompressione;
- rinnovo a giorni alterni.

CONSIDERAZIONI CLINICHE

Il risultato è stato ottenuto in 4 mesi di trattamento con rinnovo delle medicazioni nel primo mese a giorni alterni (per elevata presenza di necrosi carica batterica), mentre dopo aver ottenuto una buona *wound bed preparation* le medicazioni venivano rinnovate ogni quattro giorni. La guarigione è stata ottenuta grazie all'utilizzo di moderne medicazioni avanzate e attive, con le quali è stato possibile intervenire su vari complicanze cliniche, come carica batterica, corpi necrotici, riattivazione dei processi cicatriziali. Importantissimo, dopo aver effettuato la preparazione del letto della lesione, è stato il trattamento di elastocompressione, oltre alla Matrice modulante di proteasi composta al 55% da collagene e al 45% da cellulosa ossidata rigenerata, 1% di argento (**Promogran prisma**). Grazie all'aggiunta dell'argento non si è notata durante il trattamento di cura la ricolonizzazione batterica; le lesioni si sono presentate ad ogni rinnovo di medicazione particolarmente deterse e prive di segni clinici di presenza batterica.

SECONDO CASO

Lesione post-traumatica del tallone, con elevato stato di cronicizzazione: trattamento di *wound bed preparation* e

riparazione tissutale

Il paziente, di 39 anni e di sesso femminile, dopo un gravissimo incidente autostradale presentava fratture multiple del piede sinistro, con lesioni cutanee da perdita di sostanza. Dopo essere stata trattata con una serie di interventi ortopedici, la paziente aveva una lesione del tallone destro, resistente alla guarigione con tecniche di medicazione tradizionali: il trattamento è stato mirato all'essiccamento della lesione, col risultato di provocare una cronicizzazione. Dopo svariati mesi di trattamento con medicazioni tradizionali, i medici avevano consigliato alla paziente di effettuare una plastica costruttiva, asportando del tessuto integro dalla gamba e innestandolo sulla lesione. Dopo attenta osservazione e dato che la lesione era presente da ben sedici mesi, ho consigliato di effettuare i seguenti esami: Rx del tallone per sospetta osteomielite e tampone batterico sia quantitativo che qualitativo, per vedere la flora batterica presente sulla lesione. Il risultato degli esami è stato negativo sia per sospetta osteomielite che per presenza di germi patogeni sulla lesione. A questo punto ho informato la paziente in modo molto dettagliato che, prima di procedere all'intervento di innesto cutaneo, avrebbe potuto sottoporsi a un trattamento topico, che prevedeva l'utilizzo di modernissime tecniche di riparazione tissutale. Si è allora proceduto nel seguente modo:

Trattamento di preparazione del letto della lesione:

- detersione della lesione con fisiologica;
- posizionamento di garza a base di argento;
- chiusura con schiuma di poliuretano;
- fissaggio delle medicazioni con benda auto-coesiva;
- rinnovo a giorni alterni.

Trattamento di riparazione dei tessuti lesionati:

- detersione della lesione con fisiologica;
- posizionamento di Matrice modulante di proteasi composta al 55% da collagene e al 45% da cellulosa ossidata rigenerata, 1% di argento;
- chiusura con schiuma di poliuretano;
- fissaggio delle medicazioni con benda auto-coesiva;
- rinnovo a giorni alterni.

CONSIDERAZIONI CLINICHE

Il risultato clinico è stato ottenuto grazie l'utilizzo di moderne tecniche di cura delle lesioni, che prevedono un trattamento in ambiente umido, con utilizzo di medicazioni attive e avanzate, atte a ripristinare i fisiologici processi di riparazione tissutale. La lesione era cronicizzata perché era stata trattata empiricamente con medicazioni che ne prevedevano l'essiccamento. La paziente ha subito ben sedici mesi di sofferenza ed è stata costretta a uno stato di continua malattia, con enormi costi sociali. Il trattamento di cura da me effettuato con successo, invece, è durato due mesi con 25 medicazioni. Da segnalare che anche in questo caso, durante l'utilizzo della Matrice modulante di proteasi composta al 55% da collagene e al 45% da cellulosa ossidata rigenerata, 1% di argento (**Promogran prisma**), non si è notata ricolonizzazione batterica e le lesioni si sono presentate ad ogni rinnovo di medicazione deterse e prive di segni clinici di presenza batterica.

CONCLUSIONI

Il percorso formativo dell'infermiere è molto complesso, e prevede tre anni di università, master e corsi di formazione universitari, aggiornamenti e congressi. Questa esperienza, unita all'abrogazione del mansionario, è in grado di conferire all'infermiere

la giusta autonomia e competenza professionale, al fine di poter erogare assistenza ma anche cure infermieristiche molto specialistiche, basandosi su percorsi formativi universitari ed assumendosi la responsabilità di tali cure. Il trattamento delle lesioni difficili prevede corsi e master universitari specialistici atti a formare il personale infermieristico, in modo che sia in grado di fronteggiare autonomamente gravi lesioni, utilizzando medicazioni avanzate e attive, e antisettici di ultima generazione. In questo caso, il materiale di medicazione non necessita di prescrizione medica e perciò può essere prescritto dall'infermiere, tanto che esistono dei veri e propri ricettari infermieristici per tali prescrizioni. L'infermiere è dunque un professionista che eroga cure specialistiche con totale autonomia, con competenze ed esperienza clinica, collabora con altri professionisti della sanità, al fine di tutelare la salute pubblica nel pieno rispetto della persona malata, e si aggiorna continuamente in modo da erogare sempre le migliori cure che rispecchiano le attuali evidenze scientifiche. Eppure, nell'espletazione del proprio lavoro gli infermieri italiani devono fronteggiare delle difficoltà, che sono soprattutto di natura culturale e burocratica: culturale, perché si pensa ancora che l'infermiere sia vincolato solo a pratiche antiche, come quelle del prelievo venoso, delle iniezioni, dell'igiene del paziente e così via; burocratica, perché in Italia non esiste l'intramoenia per gli infermieri che lavorano presso le ASL. L'infermiere deve accedere al lavoro del 50% con l'ASL per poter effettuare la libera professione e questo, a mio avviso, rappresenta una grave ingiustizia verso noi infermieri, oltre che nei confronti della stessa persona malata, che ha bisogno di uno specialista per poter ottenere prestazioni di alta professionalità. ■



Nelle sequenze fotografiche vengono evidenziate le progressive guarigioni, che sono state ottenute grazie all'utilizzo di moderne medicazioni avanzate e attive; il risultato è stato ottenuto in 4 mesi di trattamento