

# LESIONI CUTANEE DIFFICILI

## L'Advanced wound care

Il corretto approccio scientifico per la cura delle lesioni difficili,

(piaga da decubito, piede diabetico, ulcera venosa dell'arto inferiore, lesione chirurgica da seconda intenzione, ustione di secondo grado)

basato sull'evidenza clinica internazionale.

A Cura dell'Infermiere **Paolo Pacitto** esperto in cura delle lesioni difficili, elastocompressione tecniche di riparazione tessutale, stomaterapia.

[Paolopacitto3@libero.it](mailto:Paolopacitto3@libero.it)

[www.piagadadecubito.it](http://www.piagadadecubito.it)

Linea guida valida per tutti i tipi di lesione

## Classificazione delle lesioni secondo il National Pressure Ulcer Advisor Panel N.P.U.A.P. (classifica in quattro stadi, da poter utilizzare su tutti i tipi di lesioni)



**STADIO 1:** Eritema stabile della pelle (non lacerata) non reversibile alla digitopressione; il segnale preannuncia l'ulcerazione della pelle.

Trattamento avanzato stadio 1:

1) Posizionare materassino ad aria del tipo dinamico (codice iso 03.33.06.018 materasso ad aria con camera a gonfiaggio alternato, con compressore)

Anche in caso di positività alla scala di Norton, se non si presenta alcuna lesione posizionare materassino antidecubito del tipo dinamico.

2) Se il paziente presenta incontinenza alle urine, posizionare nell'uomo, (catetere esterno in MATERIALE ANTI ALLERGICO auto adesivo, previo tricotomia, del tipo Guaina autoadesiva cod iso 09.24.09.003 da scegliere il giusto diametro), se il paziente non riesce a mantenere in sede il catetere esterno, passare al catetere a permanenza, a silicone (codice iso 09.24.03.033 con busta sterile), nella donna, (catetere a permanenza a circuito chiuso) queste 2 manovre devono essere effettuate anche nelle lesioni di secondo, terzo, quarto stadio.

**Medicazione del tipo avanzato, in lesione di primo stadio.**

Osservare n1 è n2, n3

3) Irrigar la lesione con fisiologica

4) tamponare con garze sterili in T.N.T

4) posizionare **idrocolloide** dimensione

da rimuovere ogni 3\4 giorni, in base alla permanenza in sede.



**STADIO 2: Ferita a spessore parziale che coinvolge l'epidermide e/o il derma. L'ulcera è superficiale e si preannuncia clinicamente come un'abrasione, una vescica o una leggera cavità.**

Trattamento avanzato stadio 2:

In caso d'infezione, colonizzazione, contaminazione, detergere con acqua distillata.

Tamponare con garze sterili in T.N.

Posizionare **argento in nanocristalli**, (in caso d'utilizzo di medicazione a nanocristalli di argento usare solo acqua distillata), si possono usare antisettici come **clorexidina acetata in garze**, **OPPURE cadexomero iodico polvere**, **OPPURE PASTA**, *(le medicazioni avanzate che mirano alla regressione dell'infezione sono ottime, da attuali evidenze scientifiche risulta che hanno maggiore effetto degli antibiotici per*

*via generale, velocizzano il processo di regressione dell'infezione)*

Chiudere con medicazione secondaria in poliuretano, supporto di cerotto in TNT.

Lasciare in sede **argento in nanocristalli** PER 3\4 GIORNI, RINNOVARE SOLO la medicazione secondaria, INVECE la **clorexidina GARZE**, **cadexomero iodico polvere**, rinnovare ogni giorno

Interrompere il trattamento dopo la regressione dell'infezione, colonizzazione, contaminazione.

In caso d'assenza d'infezione, irrigare con fisiologica.

Tamponare con garze sterili in T.N.T

Posizionare **idrocolloide** dimensione ideale.

Medicazione da rinnovare 1 volta ogni 3\4 giorni. in base alla permanenza in sede



**STADIO 3:** Ferita a tutto spessore che implica danno o necrosi del tessuto sottocutaneo e che si può estendere fino alla fascia sottostante, ma senza attraversarla. L'ulcera si presenta clinicamente come una profonda cavità che può o non può essere sottominata, nel caso presentato si nota sottominatura

Trattamento avanzato stadio 3:

Se presenta infezione, colonizzazione, contaminazione trattare come schema sopra.

Dopo aver ottenuto la regressione dell'infezione, irrigare con fisiologica.

Tamponare con garze sterili in T.N.T

Se la lesione presenta tessuto necrotico, oppure fibrina, posizionare **idrogel, in lesione molto cavarie utilizzare anche gel Conformabile in garza.**

Chiudere con **medicazione schiuma idrocellulare di poliuretano**, questo trattamento deve durare fino a completa regressione del tessuto necrotico, fibrina, prima di iniziarlo deve essere assente ogni principio d'infezione, colonizzazione, contaminazione.

medicazione da rinnovare ogni 3\4 giorni. Da valutare gli essudati.

Dopo aver ottenuto lo sbrigliamento della lesione(assenza totale di fibrina e tessuto necrotico, infezione, colonizzazione, contaminazione, ).

Irrigare con fisiologica

Se la lesione è molto essudante, cavarie, oppure sottominata, non si nota infezione, necrosi, fibrina , dopo aver ottenuto un'ottima preparazione del letto della lesione. Può essere trattata:

Detergere con fisiologica

Posizionare all'interno medicazione cavarie in poliuretano, oppure Alginato

Chiudere con **medicazione schiuma idrocellulare di poliuretano.**

**Le medicazioni idrocellulari in schiuma di poliuretano sono ideali nel creare un'eccellente ambiente umido, ad ottimizzare i rinnovi delle medicazioni, favorendo la riparazione tissutale, esistono sotto forma commerciale in svariati formati, adhesive, non adhesive, cavarie, sagomate per il sacro, per il tallone.**

Rinnovo della medicazione ogni 4\5 giorni IN BASE ALLA PRODUZIONE DI ESSUDATI.



**STADIO 4: Ferita a tutto spessore con estesa distruzione dei tessuti necrosi o danno ai muscoli, ossa o strutture di supporto (es. tendini, capsula articolare, ecc).**

Trattamento avanzato stadio 4:

In caso d'infezione, contaminazione, colonizzazione, eseguire trattamento come sopra.

In caso di presenza di necrosi, fibrina eseguire trattamento come sopra.

Dopo aver ottenuto regressione dell'infezione, della fibrina, necrosi.

Irrigare con fisiologica

Se la lesione non è molto essudante, non si nota infezione, necrosi, fibrina, dopo aver ottenuto un'ottima preparazione del letto della lesione.

Detergere con fisiologica

Tamponare con garza sterile

Posizionare all'interno schiuma idrocellulare in poliuretano cavitaria, oppure Alginato

Chiudere con **medicazione schiuma idrocellulare di poliuretano** .

Le medicazioni idrocellulari di poliuretano esistono in forma plus(per lesioni molto essudanti), in versione cavity per lesioni cavitare, l'associazione, cioè posizionare all'interno della lesione cavitare poliuretano idrocellulare cavity, chiudere con poliuretano idrocellulare plus, garantisce eccellente permanenza in sede della medicazione per molti giorni, favorendo un' ideale ambiente umido, atto alla riparazione dei tessuti.

In caso di utilizzo di medicazioni attive al contatto della lesione come, Modulatori delle proteasi, Fattori di crescita cutanei, medicazione a base di acido ialuronico, Pappi piastriniche, ecc.ecc

Come medicazione secondaria può essere utilizzata la schiuma idrocellulare in poliuretano. Rinnovare la medicazione ogni 4\5 giorni. Sempre in base alla produzione d'essudati.



**Fig n1 Necrosi dei tessuti**, con coinvolgimento dei tessuti sottostanti, lesione da trattare se non infetta con idrogel , per favorire il distacco della necrosi, chiusura con placca in poliuretano idrocellulare in poliuretano, se si presenta infezione, trattare con idrogel per favorire l'immediato distacco della necrosi (la quale è ricca di batteri) poi utilizzare antisettico a base di nanocristallo di argento, per favorire la regressione dell'infezione.



**Fig n 2 fibrina, necrosi, infezione** in questo caso bisogna favorire l'immediato asporto dei tessuti necrotici con l'utilizzo dell'idrogel, chiusura con placca in poliuretano, processo se la lesione presenta infezione da tenere sotto controllo ed eseguirlo in minor tempo possibile, dopo aver ottenuto il distacco della necrosi favorire la regressione dell'infezione con l'utilizzo di antisettico a base di nanocristallo di argento, con chiusura di placca in poliuretano. Nel caso la lesione si presenta a diretto contatto con l'ano si consiglia di usare tappo per il contenimento delle feci(da gestire con evacuazione giornaliera previo clistere)

Prima di procedere al trattamento di guarigione, bisogna assolutamente far regredire tutte le complicanze che possono ostacolare la guarigione, ossia:

infezione, tessuto necrotico, tessuto fibroso, essudati, deplezione proteica, farmaci che ostacolano la guarigione, utilizzare ausili antidecubito efficienti, fig n1 fig n2.

(in lesioni presenti da moltissimi mesi anche se apparentemente non presentano segni clinici di infezione, contaminazione, colonizzazione, si consiglia un trattamento di 5\6 giorni con nanocristallo di argento, al fine di assicurarsi una minore presenza di batteri nel letto della lesione)

### **Infezione, colonizzazione, contaminazione**

detergere la lesione con acqua distillata

tamponare con garze sterili

posizionare **MEDICAZIONE IN NANOCRISTALLI Di ARGENTO, oppure cadexomero iodico polvere, OPPURE PASTA, OPPURE CLOREXIDINA acetata GARZE** sono antisettici di ultima generazione, ottimi.

supporto finale con medicazione assorbente in schiuma idrocellulare di poliuretano.

**MEDICAZIONE IN NANOCRISTALLI** può rimanere in sede per ben 5\6GIORNI, possono essere rinnovate solo le garze sterili 36x40.

**Necrosi, fibrina vedi manuale sulla WBP, (preparazione del letto della lesione)**

detergere la lesione con fisiologica.

Posizionare con l'aiuto di un abbassalingua sterile, **IDROGEL**

Chiudere con , **SUPPORTO DI SCHIUMA IDROCELLULARE IN POLIURETANO,**

medicazione rinnovare 1 volta ogni 2 giorni, fino al completo sbrigliamento della lesione.



Fig n 3

Fig n 3 lesione al termine del trattamento con medicazioni avanzate, dopo aver ottenuto:  
**regressione dell'infezione, colonizzazione, contaminazione, regressione della necrosi, regressione della fibrina, regressione degli essudati, WBP ( vedi capitolo WOUND BED PREPARATION)**

**ORA LA LESIONE è PRONTA PER GUARIRE**, in questo caso se la lesione presenta notevole resistenza alla guarigione possono essere usati modulatori della lesione, fattori di crescita, moderne proteine che favoriscono la riparazione, collageni derivanti dalla seta, innesti cutanei sintetici di ultima generazione bioingegnerizzati, acido ialuronico in hyaff, Gel piastrinico autologo, ecc

**Sono medicazioni attive riescono ad attivare la matrice di ricostruzione della lesione, favorendo la riparazione dei tessuti lesionati, vanno usate in lesioni resistenti al trattamento con medicazioni avanzate, in lesioni croniche presenti da molti anni.**

**Il materiale è protetto dalle vigenti leggi sul diritto di autore, le foto dal Copyright 2004**

Nessuna parte di questa pubblicazione può essere fotocopiata o riprodotta anche elettronicamente senza autorizzazione scritta dell'autore.

**Autore:**

**Paolo Pacitto infermiere**

**esperto in cura delle lesioni difficili,**

**elastocompressione, riparazione tessutale.**

**[paolopacitto3@libero.it](mailto:paolopacitto3@libero.it)**

**[www.piagadadecubito.it](http://www.piagadadecubito.it)**

