
P R O G E T T O



MEDICAZIONE SPECIALE

SOMMARIO

| | |
|--|----|
| <i>MEDICAZIONE SPECIALE</i> | 1 |
| <i>LE LESIONI CUTANEE: lo scenario</i> | 2 |
| <i>EPIDEMIOLOGIA\ EZIOLOGIA</i> | 2 |
| <i>CLASSIFICAZIONE DELLE LESIONI</i> | 4 |
| <i>TRATTAMENTO TOPICO DELLE LESIONI</i> | 6 |
| <i>Rimozione del tessuto necrotico</i> | 6 |
| <i>Detersione o pulizia</i> | 7 |
| <i>Medicazione</i> | 8 |
| <i>FILM SEMIPERMEABILI (PELLICOLE)</i> | 9 |
| <i>IDROGELI</i> | 10 |
| <i>IDROCOLLOIDI</i> | 10 |
| <i>SCHIUME</i> | 11 |
| <i>ALGINATI</i> | 12 |
| <i>ALTRE MEDICAZIONI</i> | 12 |
| <i>Cmc sodica ed affini</i> | 12 |
| <i>Acido ialuronico in fibra secca (Biomateriali)</i> | 12 |
| <i>MEDICAZIONI DETERGENTI</i> | 13 |
| <i>Collageni</i> | 13 |
| <i>MEDICAZIONI A BASSA ADERENZA</i> | 13 |
| <i>UTILIZZO DELLE MEDICAZIONI</i> | 14 |
| <i>FILM DI POLIURETANO (o PELLICOLE):</i> | 14 |
| <i>IDROCOLLOIDI:</i> | 14 |
| <i>CMC SODICA ED AFFINI</i> | 15 |
| <i>IDROGELI:</i> | 15 |
| <i>SCHIUME DI POLIURETANO</i> | 16 |
| <i>ALGINATI</i> | 16 |
| <i>POLVERI, PASTE, GRANULI</i> | 17 |
| <i>MEDICAZIONI SPECIALI : A BASSA ADERENZA E DETERGENTI</i> | 17 |
| <i>ENZIMI</i> | 18 |
| <i>Come medicare le diverse tipologie di lesione?</i> | 19 |
| <i>Ferita coperta da escara nera o necrosi</i> | 19 |
| <i>Ferita ricoperta da particelle gialle , necrosi umida, pus ect.</i> | 20 |
| <i>Alginati:</i> | 20 |
| <i>Idrocolloidi:</i> | 20 |
| <i>CMC SODICA ed affini:</i> | 22 |
| <i>Medicazioni detergenti:</i> | 22 |
| <i>Ferita pulita granuleggiante</i> | 22 |
| <i>Acido ialuronico in fibra secca:</i> | 23 |
| <i>Schiume:</i> | 23 |
| <i>Ferita ricoperta da epitelio</i> | 24 |
| <i>Collageni:</i> | 24 |
| <i>Medicazioni a bassa aderenza:</i> | 24 |
| <i>Pellicole:</i> | 25 |
| <i>SCHEMI DI TRATTAMENTO LOCALE</i> | 26 |
| <i>CRITERI DI SCELTA E PARAMETRI UTILIZZATI PER LE INDICAZIONI E IL</i> | |
| <i>GIUDIZIO INTESA</i> | 27 |
| <i>BIBLIOGRAFIA</i> | 28 |

MEDICAZIONE SPECIALE

Le medicazioni possono essere divise in **Tradizionali** ed **Avanzate**, le cui diverse caratteristiche sono sintetizzate in:

| Medicazione Tradizionale | Medicazione Avanzata |
|--|---|
| Assorbimento dei liquidi fino a essiccamento | Mantenere un microambiente umido e una Temperatura costante |
| Emostasi | Rimozione di essudati e materiale necrotico |
| Antisepsi | Protezione da infezioni esogene |
| Protezione delle infezioni | Permeabilità all'ossigeno |
| Occultamento della ferita | Atraumatiche al cambio |

La novità della **Medicazione Avanzata** è che si basa sul concetto di **guarigione in ambiente umido**, in cui le cellule neoformate di epitelio squamoso, possono passare attraverso la superficie umida della ferita con un movimento di scivolamento progressivo, invece di scavarsi una via di accesso sotto l'escara secca.

E' inoltre importante per una guarigione più veloce:

- la temperatura, che ha effetti sui processi fisiologici di riparazione, per cui è necessario realizzare a livello della ferita una temperatura ottimale per la riproduzione delle cellule epiteliali;
- un ambiente occlusivo, che consente una riepitelizzazione più rapida.

Le **medicazioni avanzate** sono quindi delle particolari medicazioni che non sono inerti, ma interagiscono con la lesione cutanea, creano e mantengono un microambiente ottimale, idoneo ad accelerare il processo riparativo fisiologico.

Bisogna comunque tenere presente che non esiste una singola medicazione adatta a tutti i tipi di lesione, né tantomeno a tutte le fasi di guarigione di una stessa ferita.

LE LESIONI CUTANEE: lo scenario

La maggior parte delle lesioni cutanee sono rappresentate da ulcere derivanti dalla patologia vascolare (venosa e arteriosa), dalla neuropatia, dal diabete, dalla pressione, dalle patologie coinvolgenti il sistema immunitario, dalle terapie immunosoppressive sistemiche, oppure dagli esiti di ustioni o di espianti cutanei.

Lo scenario è determinato inoltre dall'incremento delle patologie croniche, degenerative ed invalidanti, legato all'aumento dell'età media della popolazione .

L'invecchiamento della popolazione accentua considerevolmente la crisi del Welfare State (lo stato assistenziale), essendo le lesioni cutanee di varia origine un problema assistenziale che interessa su vasta scala sia l'ambito ospedaliero che quello extraospedaliero.

Il trattamento delle **lesioni cutanee**, che risultano essere quindi una delle patologie più diffuse e di comune riscontro in soggetti portatori di malattie cronic-degenerative o affetti da sindrome ipocinetica, ha notevoli risvolti di ordine economico e sociale nei paesi industrializzati.

EPIDEMIOLOGIA\ EZIOLOGIA

Lesioni da decubito: ne risulta particolarmente colpita la popolazione anziana, da un lato perché la stessa tende ad aumentare rispetto alle altre fasce di età, dall'altro perché è più facile il verificarsi di uno stato di immobilità legato ad uno o più fattori di rischio (malnutrizione, malattie arteriose, ipotensione, diabete, insufficienza renale, ictus, neoplasie in stato avanzato, incontinenza, ecc.).

Le lesioni da decubito compaiono più frequentemente sulla parte bassa del corpo, in particolare sul sacro (36%-43%), sul grande trocantere (12%-17%), sul tallone (11%-12%), sulle tuberosità ischiatiche (5%-15%), e sui malleoli laterali (6%-7%).

Ulcere croniche degli arti inferiori: colpiscono circa l'1% della popolazione adulta e sono rare al di sotto dei 40 anni. La loro incidenza infatti aumenta con l'età raggiungendo il picco massimo fra i 70 ed i 79 anni e prevalgono nel sesso femminile con un rapporto di 3:1.

Le alterazioni del circolo venoso costituiscono la causa principale delle ulcere croniche dell'arto inferiore, interessando la grande maggioranza dei casi.

L'insufficienza venosa, sia essa del circolo venoso profondo che di quello superficiale, è la causa più largamente ricorrente; seguono poi l'invecchiamento, il sesso femminile, la sedentarietà, le arteriopatie, l'artrite reumatoide, il diabete, l'obesità e le patologie neurologiche oltre che i fattori socio economici quali la bassa classe sociale, l'assenza di riscaldamento o di persone conviventi

Secondo il Journal of International Medicine, in Europa il 35% della popolazione attiva e più del 50 % della popolazione in età pensionabile soffre di malattia venosa. Il 73% dei portatori di flebopatie sono donne.

L'arteriopatia cronica degli arti inferiori è una condizione morbosa tipica dell'età avanzata, infatti mentre nell'età compresa tra i 40 ed i 49 anni l'incidenza varia dall'1,4% all'1,9 %, nelle decadi di vita successiva diventa nettamente superiore, con punte addirittura maggiori tra i 60 ed i 69 anni.

Il trattamento delle lesioni di origine vascolare costituiscono un impegno pari al 56 % delle medicazioni eseguite in ambito domiciliare, e rappresentano il 54,9 % dell'attività di un ambulatorio di lesioni cutanee.

Piede diabetico: può essere definito come una serie di condizioni comprendenti l'infezione, l'ulcerazione e la distruzione di tessuti profondi associati a neuropatia e/o arteriopatica obliterante. La prevalenza delle ulcerazioni del piede nel mondo occidentale è stata stimata attorno al 4-10%. Il piede diabetico è associato ad alti costi sociali dovuti in gran parte alla ritardata guarigione, ad alto rischio di amputazione e disabilità.

Il costo del trattamento delle lesioni trofiche del piede diabetico è alto, sia nel caso di guarigione con "restituito ad integrum" sia in caso di amputazione.

CLASSIFICAZIONE DELLE LESIONI

La classificazione delle ferite e le fasi della loro guarigione sono strumenti importanti per la ricerca e la scelta di una terapia topica ideale.

Le ferite possono essere classificate:

1) attraverso un modello basato su di un parametro ottico il “**codice colore**”, come proposto dalla Wound Care Society

- Ferite nere
- Ferite gialle
- Ferite rosse
- Ferite rosa

2) attraverso l'utilizzo di una scala di valutazione, come ad esempio quella proposta dalla National Pressure Ulcer Advisory Panel suddivisa in “**quattro stadi**” riferiti ai piani interessati dal danno:

- Stadio I, eritema di pelle intatta, che non scompare alla digitopressione; esso rappresenta la lesione che preannuncia l'ulcerazione cutanea. In soggetti di carnagione più scura, anche la perdita di colore della cute, il calore, l'edema e la tumefazione possono esserne indizi;
- Stadio II, perdita di spessore cutaneo che coinvolge l'epidermide, il derma o entrambi. La lesione è superficiale e si presenta clinicamente sotto forma di abrasione, vescica o cratere di scarsa profondità;
- Stadio III, perdita totale di spessore cutaneo che comporta il danneggiamento o la necrosi del tessuto sottocutaneo, in grado di estendersi in profondità fino alla fascia sottostante, senza però attraversarla. La lesione si presenta clinicamente sotto forma di cratere profondo associato o no a tessuto adiacente sottominato.
- Stadio IV, perdita totale di spessore cutaneo con distruzione estesa, necrosi del tessuto o danneggiamento del muscolo, osso o strutture di supporto (tendine, capsula articolare). Anche la presenza di tessuto sottominato e di tratti cavi può essere associata a lesioni da decubito di stadio IV.

3) attraverso **classificazioni specifiche**, per le **lesioni del piede** in pazienti diabetici, come quella proposta da Wagner:

- Grado 0: assenza di ulcere, ma rischio di lesione per presenza di complicanze neuropatiche o vascolari;
- Grado I: ulcera limitata al derma (cute e sottocute);
- Grado II: ulcera profonda, estesa ai tendini ed alle capsule articolari, senza infezione;
- Grado III: ulcera profonda estesa all'osso con o senza osteite o osteomielite;
- Grado IV: gangrena localizzata (dita o tallone);
- Grado V: gangrena estesa alla maggior parte del piede.

4) l'Università del Texas ha adottato di recente una classificazione che può essere considerata, a ragione, più completa ed articolata. Le lesioni vengono valutate a seconda della gravità (**in gradi**) e del momento patogenetico (in stadi), consentendo una soddisfacente definizione clinica.

| Stadio/grado | 0 | 1 | 2 | 3 |
|--------------|--|--------------------------|-------------------------------------|--|
| A | Lesione pre o post ulcerativa completamente epitelizzata | Ulcera superficiale | Ulcera penetrante tendini o capsule | Ulcera penetrante osso o articolazioni |
| B | Con infezione | Con infezione | Con infezione | Con infezione |
| C | Con ischemia | Con ischemia | Con ischemia | Con ischemia |
| D | Con infezione e ischemia | Con infezione e ischemia | Con infezione e ischemia | Con infezione e ischemia |

TRATTAMENTO TOPICO DELLE LESIONI

Una corretta strategia terapeutica per il trattamento delle lesioni deve sempre contemporaneamente rivolgersi alla cura delle condizioni generali del paziente e alla gestione della lesione cutanea.

Se classificare una lesione ci consente di pianificare un intervento mirato, l'appropriatezza dello stesso dipende da una serie di molteplici fattori, primo dei quali le condizioni generali dell'utente (valore dell'albumina e dell'emoglobina , stato nutrizionale, mobilità, ecc.). Infatti la valutazione del paziente, e non della sola lesione, è la base per il trattamento. Tra i fattori intrinseci, legati quindi al paziente, l'**apporto nutrizionale** è fondamentale, poiché è stato dimostrato che la gravità della lesione è legata alla gravità del deficit nutrizionale, in particolare ad una bassa assunzione di proteine o ad un basso livello sierico di albumina. La malnutrizione indebolisce la resistenza dell'organismo alla distruzione tissutale e la cicatrizzazione del tessuto è compatibile solo con un equilibrio azotato positivo. E' importante quindi valutare attentamente l'apporto di proteine nella dieta, in quanto l'elemento biochimico principale nel mantenimento dell'integrità dei tessuti è la sintesi proteica.

Gli aspetti fondamentali su cui si basano i principi di trattamento sono:

- Rimozione del tessuto necrotico (sbrigliamento)
- Pulizia e detersione del fondo della lesione
- Prevenzione e trattamento delle infezioni
- Mantenimento dell'umidità ideale e dell'integrità della cute circostante attraverso la scelta di medicazioni idonee.

Rimozione del tessuto necrotico

La rimozione del tessuto non vitale (necrotico, fibrinoso, corpi estranei) è fondamentale perché fornisce il pabulum per l'infezione, favorisce la risposta infiammatoria, ritarda il processo di guarigione. Tale rimozione può avvenire oltre che con il trattamento chirurgico anche attraverso una detersione non chirurgica di tipo: autolitica, biochirurgica, chimica o enzimatica:

Metodo autolitico: si applica una medicazione sintetica sull'ulcera in modo che avvenga un'autodigestione grazie all'azione degli enzimi fisiologicamente presenti nei liquidi dell'ulcera. Quest'autolisi per mezzo di enzimi proteolitici è selettiva in quanto solo il tessuto necrotico è liquefatto. I vantaggi di tale metodo sono la selettività (la cute circostante è risparmiata), la sicurezza in quanto si sfruttano meccanismi endogeni di pulizia, l'efficacia e la facilità d'uso.

- Metodo enzimatico: si applicano localmente e direttamente sul tessuto necrotico agenti enzimatici (collagenasi) che promuovono la rimozione di tessuto necrotico in modo selettivo e favoriscono la crescita di tessuto di granulazione nell'arco di trenta giorni. L'enzima si applica direttamente sul tessuto necrotico e va ricoperto con una medicazione umida, risparmiando il tessuto circostante.

- Metodo biochirurgico: in uso nel nostro Paese solo in via sperimentale, consiste nell'applicazione di larve di mosca nel letto della ferita. La ricerca sino ad oggi ne suggerisce l'efficacia ma potrebbe non essere soggettivamente accettato dai pazienti, i costi di applicazione sono ancora troppo elevati, la tecnica richiede una grande attenzione degli operatori.
- Metodo chimico: soluzioni di ipoclorito, di iodio ed acqua ossigenata sono stati abbondantemente usati in passato; sebbene siano in grado di rimuovere la necrosi molle, è stato dimostrato che risultano essere dannose per il tessuto sano e neoformato.

Detersione o pulizia

La detersione risulta essere sempre necessaria e va effettuata correttamente e con gli idonei materiali ad ogni cambio di medicazione, sia per ridurre le potenzialità di infezione, sia per diminuire i tempi di guarigione.

Una detersione scorretta può tradursi infatti in un trauma ai tessuti:

- Trauma meccanico causato da garze o pressione manuale, che rendono le ferite più suscettibili di infezione e rallentano la guarigione
- Trauma chimico provocato dall'uso indiscriminato di antisettici che distruggono le cellule in fase di riepitelizzazione.

Una detersione corretta ha lo scopo di rimuovere tutto il materiale infiammatorio (essudato e detriti metabolici), i corpi estranei e i residui di medicazione, ed è sufficiente per ridurre la colonizzazione batterica. Si ottiene irrigando delicatamente la ferita con abbondante **soluzione fisiologica o Ringer lattato** (Sodio cloruro, Potassio cloruro, Calcio cloruro). L'irrigazione deve essere eseguita con pressione adeguata, impiegando una siringa da 20 o più millilitri, corredata di un ago del calibro di 19 G, in quanto pressioni maggiori traumatizzano la granulazione e fanno penetrare batteri e liquido di irrigazione nel tessuto, mentre pressioni minori non rimuovono i batteri.

Sono da evitare nella gestione della colonizzazione batterica detergenti cutanei o agenti antisettici quali Iodopovidone, derivati dello Iodio, soluzioni di Ipoclorito di Sodio, Acqua Ossigenata, perché modificano il pH cutaneo e hanno un effetto lesivo nei confronti dei fibroblasti che costituiscono il tessuto sano e dei macrofagi che rimuovono batteri e detriti.

L'antisepsi deve essere infatti limitata ai casi in cui vi sia presenza di infezioni in atto e in ogni caso deve tener presente il fatto che gli antisettici hanno una istiolesività intrinseca.

Va quindi riservato l'uso di tali sostanze alla fase di sterilizzazione, mentre il loro utilizzo in fase di riparazione tissutale è controindicato.

Va ricordato, per ragioni di completezza, che ormai da qualche tempo è stato introdotto sul mercato l'utilizzo del clorossidante elettrolitico al 5%, attivo sulla flora batterica presente sulle lesioni cutanee, senza essere lesivo sulla membrana proteica cellulare.

Il clorossidante elettrolitico non deve essere confuso con la candeggina o l'Ipoclorito di Sodio, il cui utilizzo è esclusivamente destinato a superfici di arredi e ambienti e non alla cute lesa dell'uomo, per la presenza di soda caustica, un tampone citotossico.

Medicazione

La medicazione deve presentare un adeguato potere adsorbente al fine di mantenere il letto della lesione umido, proteggendo la cute circostante dalla macerazione.

Le medicazioni possono essere classificate nel seguente modo:

| MEDICAZIONI | |
|----------------------------|--|
| GARZE | Cotone - Tessuto non Tessuto - Grasse - con Antisettici - a Bassa Aderenza - |
| ENZIMI LITICI | Proteasi aspecifiche (Streptochinasi, Fibrinolisin) – Collagenasi |
| ADSORBENTI | Alginati – Idrofibra |
| FAVORENTI LA GRANULAZIONE | Collagene – Alginati – Acido Jaluronico - |
| MEDICAZIONI SEMIOCCLUSIVE | Idrocolloidi – Idrogel su supporto - |
| MEDICAZIONI SEMIPERMEABILI | Film poliuretanic - Schiume poliuretaniche - |
| IDROGEL | Non contenenti Alginato – Contenenti Alginato - |

La **medicazione ideale** deve proteggere la lesione, mantenerla idratata ed umida ed essere biocompatibile.

La ricerca di una medicazione ideale deve quindi poter rispondere a specifici requisiti:

1. mantenere continuamente umido il letto della ferita;
2. mantenere la cute perilesionale integra pur garantendo un ambiente umido al fondo della lesione;
3. mantenere un buon controllo dell'essudato;
4. consentire l'impermeabilità ai liquidi, il controllo dello scambio gassoso, favorire l'isolamento termico;
5. non lasciare residui e consentire cambi meno frequenti ed atraumatici;
6. donare sollievo dal dolore;
7. proteggere dalle sovrainfezioni .

Possiamo dividere le medicazioni avanzate in commercio in :

- FILM SEMIPERMEABILI ADESIVI
- IDROGELI
- IDROCOLLOIDI
- SCHIUME SINTETICHE
- ALGINATI

Oltre a queste categorie principali possiamo classificare tra la medicazione speciale anche: **CMC Sodica ed affini, Acido Jaluronico, Medicazioni detergenti, Collageni, Medicazioni a bassa aderenza.**

FILM SEMIPERMEABILI (PELLICOLE)

Costituiscono la prima generazione delle medicazioni in campo umido. Hanno la caratteristica di essere semioclusive, trasparenti e impermeabili sì da costituire una barriera antibatterica.

Sono medicazioni costituite generalmente di un sottile strato di poliuretano, coperto da uno strato di adesivo acrilico ipoallergenico disposto sulla superficie in modo uniforme o a reticolo, trasparente o semitrasparente e semipermeabile, cioè permeabile al vapore acqueo ed ai gas, ma impermeabile ai liquidi ed ai batteri. La particolarità dell'adesivo sta nel fatto che lo stesso viene inattivato dall'umidità e per questa ragione non aderisce al letto umido della lesione. Mantengono un ambiente umido ed incoraggiano l'autolisi.

Essendo trasparenti rendono possibile l'ispezione della lesione e possono essere lasciate in situ per alcuni giorni, ma l'eventuale presenza di essudato ne provoca il distacco. Queste medicazioni infatti non hanno la capacità di assorbire essudato ed il loro uso è quindi limitato.

Ne è controindicato l'uso con pelle fragile, allergica agli adesivi, o con ferite particolarmente essudanti o infette.

Indicazioni: Ferita ricoperta da epitelio, ferite non essudanti granuleggianti o epitelizzanti. Possono essere usate come protezione per prevenire i danni cutanei dovuti a sfregamento o a macerazione per esposizione prolungata all'umidità. Vengono utilizzate per coprire e proteggere lesioni superficiali di I° grado oppure come medicazione secondaria.

IDROGELI

Sono in genere costituiti da una base di polimeri dell'amido, polimeri poliglucosidici, contengono il 70% circa di acqua e possono contenere anche sostanze che assorbono l'essudato, come CMC o alginati.

Essi provocano un'idratazione massiva del tessuto necrotico, favorendo una rapida autolisi con contemporanea attivazione dei processi di granulazione. Essi hanno quindi una composizione eccellente per aiutare a creare e mantenere un ambiente umido. Gli idrogeli aiutano così a tenere pulita la piaga supportando l'autolisi e l'eliminazione del tessuto non vitale. Sono facili da rimuovere con l'irrigazione, senza provocare trauma ai tessuti, e non lasciano residui. La capacità di assorbimento è limitata e generalmente vengono sostituiti una volta al giorno, anche se alcuni possono essere lasciati fino a tre o più giorni.

Gli idrogeli richiedono, inoltre, una medicazione secondaria. come un idrocolloide o una schiuma di poliuretano.

Indicazioni: Ferita coperta da escara nera o necrosi, detersione delle ferite per autolisi, lesioni scarsamente essudanti. Protezione delle lesioni superficiali o profonde con tessuto di granulazione.

IDROCOLLOIDI

Sono sistemi idroattivi polimerici che possiedono proprietà più o meno adsorbenti e detergenti. Possono essere costituiti da più strati e combinano materiali idrocolloidali assorbenti in fine sospensione (carbossimetilcellulosa, gelatina, pectina, poli-isobutilene e/o altri componenti quali derivati vegetali) con adesivi non citotossici. Vengono prodotti in

diversi spessori e forme per adattarsi a lesioni con scarse o moderate quantità di essudato. Gli idrocolloidi a contatto con l'essudato lo assorbono e si trasformano in gel che facilita la migrazione delle cellule epiteliali, impedisce l'adesione alla ferita e protegge il letto dell'ulcera mantenendola in ambiente umido e termicamente isolato. In tal modo viene promosso il fenomeno autolitico, rimanendo l'essudato in contatto con il tessuto necrotico. Nei primi giorni di trattamento la lesione sembrerà allargarsi e potrà avere cattivo odore, quando il prodotto inizia a gelificare, dovuto al fatto che si sta liberando del tessuto necrotico.

Questo tipo di medicazione, considerata sino ad oggi occlusiva¹, deve avere un diametro di circa 2-3 cm superiore al diametro della lesione. La sostituzione deve avvenire dopo un tempo massimo di permanenza di 5-7 giorni e comunque quando la lesione è satura di essudato (l'essudato arriva ad 1 cm dal margine). Sono da usarsi con cautela in presenza di abbondante essudato, trovano controindicazioni nelle ferite infette e possono lasciare residui che devono essere rimossi mediante irrigazione.

Indicazioni: Ferita ricoperta da particelle gialle, necrosi umida, pus. Protezione delle lesioni superficiali e profonde con tessuto di granulazione, detersione autolitica.

SCHIUME

Si tratta di schiume sintetiche in poliuretano in versione adesiva e non, molto assorbenti che si differenziano in base alle loro caratteristiche. Sono infatti in grado di garantire un assorbimento differenziato, una buona conformabilità, una mancanza di aderenza al tessuto lesionato e di mantenere un ambiente umido. Possono essere usate in combinazione con idrogel per le piaghe necrotiche che richiedono la rimozione dei tessuti non vitali. La sostituzione, previa detersione, deve essere effettuata ogni 1-7 giorni.

Attenzione va posta nel loro impiego qualora vi sia un sospetto di infezione e sono controindicate sulle lesioni profonde.

Indicazioni: Ferita pulita granuleggiante, ferite con elevata presenza di essudato, e in apposite versioni nelle ferite cavitare.

¹ L'occlusività deriva dalla composizione stessa della medicazione: uno strato idrocolloidale, un secondo strato di schiuma (ove esista) ed un terzo strato in film. Tali composti attivandosi con le sostanze presenti sul letto della ferita vanno a modificarsi, ed il loro grado di occlusività risulta già alterato dopo tre/quattro ore di permanenza sul letto della lesione. Per tale ragione è forse oggi più giustificato parlare di medicazione semioclusiva.

ALGINATI

Sono costituiti da morbide fibre non tessute di sali dell'acido alginico (derivato dalle alghe marine) tra loro legate da ioni di calcio o calcio\sodio e più o meno arricchite da altri composti quali ad esempio lo zinco.

Gli ioni calcio presenti nella medicazione interagiscono con gli ioni sodio della ferita così da formare un gel che impedisce l'adesione alla ferita, ne prende forma e copre la lesione favorendo l'instaurarsi di un ambiente umido a temperatura calda. Gli alginati si adattano alla forma della piaga e non inibiscono la contrazione della ferita.

Sono altamente assorbenti e non sono indicati per ferite asciutte o scarsamente essudanti. La medicazione va sostituita una volta satura, generalmente ogni 24-72 ore, previa detersione, e richiede una medicazione secondaria per il fissaggio.

Indicazioni: Ferita ricoperta di particelle gialle, necrosi umida, pus. Ferite (lesioni al III o IV stadio) cavarie e molto essudative o infette.

ALTRE MEDICAZIONI

Cmc sodica ed affini

Composte da fibre di CMC (carbossimetilcellulosa) sodica pura o in abbinamento con alginato (in percentuali diversificate), che a contatto con l'essudato si trasformano rapidamente in un morbido gel.

Indicazioni: Ferita ricoperta di particelle gialle, necrosi umida, pus. Gestione di ferite con moderato o abbondante essudato.

Acido ialuronico in fibra secca (Biomateriali)

Da utilizzarsi, grazie alla sua azione angiogenetica, in ferite deterse e/o granuleggianti. L'acido ialuronico dovrebbe favorire la granulazione e l'alginato assorbire l'essudato. Devono essere sostituite a consumo, di solito dopo 48-72 ore. Necessitano di medicazione secondaria.

Indicazioni: Ferita pulita granuleggiante a scarsa o media essudazione, ma anche in quelle che presentano una scarsa tendenza alla guarigione (specie se presente una scarsa perfusione periferica).

MEDICAZIONI DETERGENTI

Alcune contengono uno strato di Carbone attivo e sono in grado di neutralizzare il cattivo odore prodotto. Altre uniscono Argento, Clorexidina, Iodio, Iodopovidone a concentrazioni controllate al fine di ridurre la carica batterica oltre che adsorbire l'essudato; altre ancora presentano un alto contenuto salino che favorisce i processi di detersione.

Indicazioni: Ferita ricoperta di particelle gialle, necrosi umida, pus.

Sono indicate per il trattamento di tutte le ferite infette o a rischio di infezione.

Collageni

Il Collagene liofilizzato fornisce una trama favorevole allo sviluppo dei fibroblasti con lo sviluppo e la proliferazione di collagene endogeno.

Su ferite asciutte è di scarsa efficacia, su lesioni iperessudanti si ottiene un consumo eccessivamente rapido con limitazione dell'attività.

La medicazione può rimanere in situ sino a sette giorni e va comunque rinnovata a consumo della spugnetta. Necessita di medicazione secondaria.

Indicazioni: Ferita ricoperta da epitelio. Lesioni profonde e superficiali umide e deterse.

MEDICAZIONI A BASSA ADERENZA

Sono costituite con speciali strutture ad intreccio atte a prevenire l'intrusione del tessuto di granulazione. Spesso sono munite di un rivestimento con emulsione (paraffina, silicone, vaselina) che riduce le aderenze con la ferita e consente un ricambio non traumatico della medicazione stessa. Adesive e non, alcune sono munite di un tampone in grado di garantire un corretto assorbimento degli essudati, altre sono imbevute di soluzioni antisettiche per quelle lesioni a rischio di infezione.

Indicazioni: Ferita ricoperta da epitelio. Protezione delle lesioni superficiali infette o non infette.

La **Schiama di Silicone** è un tipo particolare di medicazione a bassa aderenza. Trova impiego nelle ferite profonde con essudato medio, nella chirurgia ricostruttiva del canale uretrale e nella chirurgia generale. E' controindicato il loro uso nelle ferite che presentano tramiti fistolosi o tratti sottominati.

Indicazioni: Ferita pulita granuleggiante, ferite profonde con essudato medio.

UTILIZZO DELLE MEDICAZIONI

FILM DI POLIURETANO (o PELLICOLE):

ASKINA DERM – BLISTERFILM - BIOCLUSIVE – CUTIFILM , PLUS – CUTIFLEX – HYDROFILM - MEFILM – NIKO DERM 6000 - OPSITE FLEXIFIX, FLEXIGRID, IV 3000 – POLISKIN II, MR - SMARTFILM 1000, 8000 – SUPRASORB F - TEGADERM, HP

| Indicazioni: | Vantaggi: | Note: |
|--|--|---|
| <p>Protezione delle lesioni a spessore parziale. Ferita ricoperta da epitelio.</p> <p>Ferite non essudanti, granuleggianti, epitelizzanti.</p> <p>Possono essere usate per tenere sede gli idrogel o le paste.</p> | <p>-Trasparenti, hanno una buona adesività;</p> <p>-impermeabili ai liquidi;</p> <p>-riducono il dolore e la frizione.</p> <p>Svantaggi:</p> <p>-aderiscono anche alla cute sana e la rimozione può essere traumatica;</p> <p>-non hanno potere assorbente in caso di essudazione;</p> <p>-la capacità di barriera varia in base al prodotto;</p> <p>-possono favorire l'insorgenza di infezioni.</p> | <p>Da evitare sulle ferite infette o molto essudanti.</p> <p>Proteggono i margini della lesione.</p> <p>Vanno sostituiti solo se ci sono perdite.</p> |

IDROCOLLOIDI:

ALGOPLAQUE, FILM, HP – ASKINA BIOFILM, HYDRO, CAVITY - COMFEEL IDROBENDA, PLUS, CONTOUR, SOLLIEVO – DUODERM CGF, CGF C/BORDO, EXTRASOTTILE – EASYDERM, HB – HYDROCOLL – REPLICARE ULTRA – SUPRASORB H – SURESKIN , THIN, BORDER – TEGASORB, THIN – ULTEC – ULTEC PRO

| Indicazioni: | Vantaggi: | Note: |
|--|---|---|
| <p>Protezione delle lesioni superficiali o profonde, con tessuto granulazione.</p> <p>Detersione autolitica delle lesioni non infette con fibrina e tessuto necrotico.</p> | <p>-assorbenti;</p> <p>-non aderiscono ai tessuti in guarigione;</p> <p>-offrono una buona barriera;</p> <p>-impermeabili all'ossigeno e ai batteri;</p> <p>-riducono il dolore;</p> <p>-facili da applicare.</p> <p>Svantaggi:</p> <p>-non sono trasparenti;</p> <p>-si ammorbidiscono e perdono la forma con il calore e la frizione;</p> <p>-alla rimozione si apprezza cattivo odore e perdite brunastre dovute al materiale della medicazione che si è liquefatto;</p> <p>-possibile macerazione dei bordi della lesione.</p> | <p>La frequenza dei cambi dipende dalla quantità essudato.</p> <p>Da evitare nelle lesioni infette.</p> |

| CMC SODICA ED AFFINI | | |
|---|---|---|
| AQUACEL – ASKINA SORB - URGOSORB | | |
| Indicazioni: Dato il loro elevato potere assorbente sono indicati nelle lesioni essudanti. | Vantaggi: -minimizzano la macerazione perilesionale; -trattengono essudato se sottoposti a compressione; -indicati anche in casi di infezione; -possono aiutare l'autolisi del tessuto necrotico umido o fibrinoso; -indicati anche per cavità. Svantaggi: -necessitano di una medicazione secondaria. | |
| IDROGELI: ASKINA GEL – COMFEEL PURILON GEL – CURAFIL – CURAGEL - CUTINOVA GEL – DUODERM IDROGEL – ELASTOGEL – HYDROSORB – HYPERGEL – INTRASITE GEL, COMFORMABLE – NORMLGEL - NU-GEL FLUIDO, PLACCA – SUPRASORB G – SURESKIN GEL | | |
| Indicazioni: Protezione delle lesioni superficiali o profonde, con tessuto di granulazione. Detersione autolitica delle ferite con fibrina e tessuto necrotico, non infette. Aumentano la penetrazione di farmaci topici (es. antibiotici). | Vantaggi: -facili da applicare; -adatti per le lesioni necrotiche -assorbenti non adesivi, riducono il dolore -compatibili con le medicazioni topiche; -si conformano bene alla lesione. Svantaggi: -semitrasparenti con scarso effetto di barriera; -per tenerli in sede vanno coperti con una medicazione; -livello di assorbimento variabile -possono favorire la crescita di Pseudomonas. | Note: Sconsigliati nelle lesioni iperessudanti. Da evitare nelle lesioni infette; rinnovare quando necessario, in base alla quantità di essudato. Necessitano di una medicazione secondaria. |

| SCHIUME DI POLIURETANO | | |
|---|--|--|
| <p>ALLEVYN, ADHESIVE, CAVITY, HELL, SACRUM, TRACHEOSTOMY – COLDEX – COMFEEL BIATAIN, ADESIVE – CURAFOAM, PLUS - CUTINOVA CAVITY, FOAM, HYDRO, THIN –LYOFOAM, ADESIVE, EXTRA, TRACHEOSTOMY –LYOPAD - MEPILEX – POLYMEM – POLYWIC – SYSPURDERM – SUPRASORB M – SURGIMOUSSE - TIELLE, SACRUM</p> | | |
| Indicazioni: | Vantaggi: | Note: |
| <p>Lesioni superficiali o profonde con essudato lieve-moderato. Proteggono il fondo ed i bordi delle lesioni deterse e che granuleggiano. Si possono usare per le medicazioni delle tracheostomie delle sedi di drenaggio.</p> | <p>-isolano la lesione e formano una barriera protezione meccanica; -non aderenti; -facili da usare.</p> <p>Svantaggi (legati alle caratteristiche strutturali della schiuma):</p> <p>-scarsa capacità di assorbimento; -scarso effetto barriera; -non trasparenti; -a volte i bordi vanno fissati con cerotto; -scarsa capacità di adattarsi alle lesioni profonde, fatta eccezione per i modelli specificamente dedicati alla cura di cavità.</p> | <p>Da sostituire quando necessario (fino a 7 giorni), seconda della quantità di essudato. Evitare le lesioni che hanno un essudato viscoso.</p> |
| ALGINATI | | |
| <p>ALGIDRESS, HG – ALGISITE M - ALGOSTERIL – COMFEEL SEASORB – CURASORB, ZN - CUTINOVA ALGINATE – HYALOGRAN - KALTOSTAT – LUXORGEL – MELGISORB – NIKO ALGI – POLYMEM ALGINATO – SORBALGON – SORBASAN - SUPRASORB A - TELFA</p> | | |
| Indicazioni: | Vantaggi: | Note: |
| <p>Ferita ricoperta di particelle gialle e necrosi umida, pus. Ferite cavitare. Dato il loro potere assorbente sono indicati per le lesioni ad alta essudazione. Supportano metodo autolitico.</p> | <p>-Riescono ad assorbire grandi quantità di essudato e prevengono la formazione di cattivi odori.</p> <p>Svantaggi:</p> <p>-Non sono indicati per le lesioni asciutte sia deterse che in fase di granulazione. -in caso di ridotta secrezione danno origine ad una crosta aderente di difficile rimozione. -prima di applicarli va rimossa la maggior quantità possibile di tessuto necrotico.</p> | <p>Non vanno usati se ci sono fistole o nelle situazioni in cui non si può assicurare completa rimozione.</p> |

| POLVERI, PASTE, GRANULI | | |
|--|--|--|
| COMFEEL POLVERE, PASTA – DUODERM PASTA – DEBRISAN | | |
| Indicazioni: Detersione delle lesioni con secrezione. Protezione delle lesioni profonde granuleggianti, con e senza essudato. Detersione autolitica delle lesioni necrotiche non infette. | Vantaggi: -ottimi per riempire le cavità; -adsorbono grandi quantitativi di essudato; -detergono rapidamente le lesioni gialle; -controllano gli odori. Svantaggi: -occasionalmente si presenta dolore all'applicazione; -necessita di medicazione secondaria di copertura, in quanto ai cambi di posizione, può spostarsi con fuoriuscita di secrezione; -si rimuovono con difficoltà dalle lesioni profonde o dalle fistole. | |
| MEDICAZIONI SPECIALI : A BASSA ADERENZA E DETERGENTI | | |
| ADAPTIC – ALLDRESS – AQUAFLO - ATRAUMAN – CAVI CARE – CICA CARE -COMBIDERM – CUTICERIN – GARZA NON AD – GRASSOLIND – JELONET – LOMANTUELL – MELOLIN – MEPITEL – MESORB – MEPIFORM – SOLVALINE N ACTICOAT - ACTISORB PLUS – BACTIGRASS – CARBOFLEX – CARBONET- CURASALT – GARZA AL BETADINE -KATOMED – INADINE- IODOSORB – MESALT – SORBACT - TENDER WET - XEROFLO | | |
| Indicazioni: Proteggono le lesioni profonde superficiali, infette e non infette. Alcune risultano particolarmente indicate ove esista il rischio di ulcere cicatrice di tipo cheloidale. | Vantaggi: -variamente aderenti; -antibatteriche se con farmaci; -facili da usare. Svantaggi: -potrebbero essiccare rapidamente ed aderire alla ferita per cui la rimozione risulta dolorosa; -i prodotti iodati sono spesso dolorosi e sono potenzialmente tossici se impiegati senza la logica dettata dalla clinica e dagli esami di laboratorio. | Note: Da sostituire ogni 24 ore non vanno compresse sulla lesione; per la detersione usare una garza a trama larga, per protezione usare quelle a trama più sottile. Non usare materiali imbottiti di cotone sulla superficie della lesione. |

ENZIMI

ELASE – IRUXOL - NORUXOL

| Indicazioni: | Vantaggi: | Note: |
|--|--|---|
| Eliminano il tessuto necrotico e ricopre il letto dell'ulcera sia nelle lesioni con fibrina che con aree necrotiche. | -completano la toilette chirurgica evitando eccessivi traumatismi alla lesione. Svantaggi: -non penetrano nelle lesioni asciutte -prima di applicarli la lesione va lavata per rimuovere eventuali disinfettanti | E' necessario rinnovare le medicazioni con un margine che varia dalle 12 alle 24 ore perché rapidamente inattivi. |

Come medicare le diverse tipologie di lesione?

L'elenco ed i consigli qui di seguito riportati non hanno la pretesa di essere esaustivi, ma solo di dare una traccia su come inquadrare una lesione e sui prodotti di maggiore consumo o più comunemente impiegati dagli operatori del settore nelle fasi evolutive di una lesione.

Ferita coperta da escara nera o necrosi.

L'obiettivo del trattamento è quello di pulire e rimuovere l'escara o la parte necrotica presente sì da favorire i processi di granulazione.

La rimozione del tessuto necrotico può avvenire attraverso una detersione non chirurgica di tipo autolitica, enzimatica, biochirurgica e chimica.

La rimozione autolitica: si esplica attraverso l'applicazione di idrogeli di facile impiego che hanno la funzione di ammorbidire ed idratare necrosi e fibrina, creare un ambiente umido e stimolare l'autolisi del tessuto; oppure in via sperimentale attraverso l'impiego di sostanze che stanno dimostrando elevate proprietà di lisi del tessuto necrotico.

| | |
|------------------------------|----------------------------|
| <i>Askina gel</i> * | <i>BBraun</i> |
| <i>Comfeel Purilon gel*</i> | <i>Coloplast</i> |
| <i>Curafil</i> | <i>Tyco</i> |
| <i>Curagel</i> | <i>Tyco</i> |
| <i>Cutinova gel*</i> | <i>Smith & Nephew-</i> |
| <i>Duoderm idrogel*</i> | <i>Convatec</i> |
| <i>Elastogel</i> | <i>Demarca</i> |
| <i>Hydrosorb</i> | <i>Hartmann</i> |
| <i>Hypergel*</i> | <i>Molnlycke</i> |
| <i>Intrasite gel*</i> | <i>Smith & Nephew</i> |
| <i>Intrasite Conformable</i> | <i>Smith & Nephew</i> |
| <i>Normlgel*</i> | <i>Molnlycke</i> |
| <i>Nu-gel fluido*</i> | <i>J&J Medical</i> |
| <i>Nu-gel- placche</i> | <i>J&J Medical</i> |
| <i>Suprasorb G</i> | <i>Lohmann-Rauscher</i> |
| <i>Sureskin gel</i> | <i>Hollister</i> |

La rimozione enzimatica: si esplica attraverso l'impiego di composti costituiti principalmente da enzimi proteolitici (collagenasi e proteasi aspecifiche) in grado di degradare il collagene denaturato presente

nella necrosi; devono essere applicati correttamente ed il loro impiego potrebbe danneggiare la cute perilesionale:

| | |
|-----------------|-------------------------|
| <i>Elase*</i> | <i>Parke-Davis</i> |
| <i>Iruxol*</i> | <i>Smith&Nephew</i> |
| <i>Noruxol*</i> | <i>Smith&Nephew</i> |

Ferita ricoperta da particelle gialle , necrosi umida, pus ect.

Scopo del trattamento è quello di continuare nell'azione di detersione garantendo un controllo dell'infezione, dell'essudato e cercando di neutralizzare l'eventuale odore. Possiamo a tale scopo utilizzare una più ampia gamma di prodotti quali gli alginati, le algofibre, gli enzimi, gli idrogeli, gli idrocolloidi, le idrofibre e le medicazioni detergenti.

Alginati:

| | |
|--------------------------|-----------------------------------|
| <i>Algidress</i> | <i>Welcare</i> |
| <i>Algidress HG</i> | <i>Welcare</i> |
| <i>Algisite M</i> | <i>Smith&Nephew</i> |
| <i>Algosteril*</i> | <i>J&J Medical</i> |
| <i>Comfeel Seasorb*</i> | <i>Coloplast</i> |
| <i>Curasorb</i> | <i>Tyco</i> |
| <i>Curasorb ZN</i> | <i>Tyco</i> |
| <i>Cutinova Arginate</i> | <i>Smith & Nephew</i> |
| <i>Hyalogran*</i> | <i>Fidia Advanced Biopolymers</i> |
| <i>Kaltostat*</i> | <i>Convatec</i> |
| <i>Luxorgel</i> | <i>Salvatori</i> |
| <i>Melgisorb*</i> | <i>Molnlycke</i> |
| <i>Niko-Algi</i> | <i>Rusch-Care</i> |
| <i>Polymem Alginato</i> | <i>Ferris-Sofar</i> |
| <i>Sorbalgon</i> | <i>Hartmann</i> |
| <i>Sorbsan</i> | <i>BBraun</i> |
| <i>Suprasorb A</i> | <i>Lohmann-Rauscher</i> |

Idrocolloidi:

| | |
|------------------------|--------------------|
| <i>Algoplaque</i> | <i>Urgo-Delcon</i> |
| <i>Algoplaque film</i> | <i>Urgo-Delcon</i> |
| <i>Algoplaque H.P.</i> | <i>Urgo-Delcon</i> |

| | |
|---------------------------------------|---------------------------|
| <i>Askina Biofilm</i> | <i>BBraun</i> |
| <i>Askina Hydro</i> | <i>BBraun</i> |
| <i>Askina Cavity</i> | <i>BBraun</i> |
| <i>Biofilm</i> | <i>Alfa Wasserman</i> |
| <i>Comfeel Idrobenda*</i> | <i>Coloplast</i> |
| <i>Comfeel Pasta*</i> | <i>Coloplast</i> |
| <i>Comfeel Plus Contour</i> | <i>Coloplast</i> |
| <i>Comfeel Plus Idrobenda</i> | <i>Coloplast</i> |
| <i>Comfeel Polvere*</i> | <i>Coloplast</i> |
| <i>Comfeel Sollievo*</i> | <i>Coloplast</i> |
| <i>Duoderm CGF*</i> | <i>Convatec</i> |
| <i>Duoderm CGF con bordo adesivo*</i> | <i>Convatec</i> |
| <i>Duoderm Extrasottile*</i> | <i>Convatec</i> |
| <i>Duoderm Pasta*</i> | <i>Convatec</i> |
| <i>Easyderm</i> | <i>Welcare</i> |
| <i>Easyderm HB</i> | <i>Welcare</i> |
| <i>Hydrocoll</i> | <i>Hartmann</i> |
| <i>Replicare Ultra</i> | <i>Smith & Nephew</i> |
| <i>Suprasorb H</i> | <i>Lohmann-Rauscher</i> |
| <i>Sureskin Standard</i> | <i>Hollister</i> |
| <i>Sureskin Thin</i> | <i>Hollister</i> |
| <i>Sureskin Border</i> | <i>Hollister</i> |
| <i>Tegasorb*</i> | <i>3M</i> |
| <i>Tegasorb Thin</i> | <i>3M</i> |
| <i>Ultec</i> | <i>Tyco</i> |
| <i>Ultec Pro</i> | <i>Tyco</i> |

CMC SODICA ed affini:

| | |
|--------------------|--------------------|
| <i>Aquacel*</i> | <i>Convatec</i> |
| <i>Askina Sorb</i> | <i>BBraun</i> |
| <i>Urgo Sorb</i> | <i>Urgo-Delcon</i> |

Medicazioni detergenti:

| | |
|-----------------------|-------------------------|
| <i>Acticoat</i> | <i>Smith&Nephew</i> |
| <i>Acticoat 7</i> | <i>Smith&Nephew</i> |
| <i>Actisorb Plus*</i> | <i>J&J Medical</i> |
| <i>Bactigras</i> | <i>Smith&Nephew</i> |
| <i>Carboflex*</i> | <i>Convatec</i> |
| <i>Carbonet</i> | <i>Smith&Nephew</i> |
| <i>Curasalt</i> | <i>Tyco</i> |
| <i>Katomed*</i> | <i>Devergè</i> |
| <i>Inadine*</i> | <i>J&J Medical</i> |
| <i>Iodosorb</i> | <i>Smith&Nephew</i> |
| <i>Mesalt*</i> | <i>Molnlycke</i> |
| <i>TenderWet</i> | <i>Hartmann</i> |
| <i>Xeroflo</i> | <i>Tyco</i> |

Ferita pulita granuleggiante

L'obiettivo è quello di contribuire alla creazione di un ambiente umido, un buon isolamento termico e una capacità gestionale dei fluidi che prevenga danneggiamenti al tessuto di granulazione e a quello perilesionale.

Il trattamento in questo caso ci consente di poter fruire di medicazioni quali: l'acido ialuronico in fibra secca, le schiume, gli idrocolloidi e gli idrogeli che trovano impiego in questa fase ove sono presenti lesioni con insufficiente grado di umidità atto a favorire i fisiologici processi di riparazione.

Acido ialuronico in fibra secca:

| | |
|---------------------------|-----------------------------------|
| <i>Hyalofill-F*</i> | <i>Fidia Advanced Biopolymers</i> |
| <i>Hyalofill tampone*</i> | <i>Fidia Advanced Biopolymers</i> |
| <i>Jaloskin</i> | <i>Fidia Advanced Biopolymers</i> |

Schiume:

| | |
|--------------------------------|---------------------------|
| <i>Allevyn*</i> | <i>Smith&Nephew</i> |
| <i>Allevyn Adhesive*</i> | <i>Smith&Nephew</i> |
| <i>Allevyn Cavity*</i> | <i>Smith&Nephew</i> |
| <i>Allevyn Hell</i> | <i>Smith&Nephew</i> |
| <i>Allevyn Sacrum</i> | <i>Smith&Nephew</i> |
| <i>Allevyn Tracheostomy</i> | <i>Smith&Nephew</i> |
| <i>Coldex</i> | <i>Chirmed</i> |
| <i>Comfeel Biatain</i> | <i>Coloplast</i> |
| <i>Comfeel Biatain Adesive</i> | <i>Coloplast</i> |
| <i>Curafoam</i> | <i>Tyco</i> |
| <i>Curafoam Plus</i> | <i>Tyco</i> |
| <i>Cutinova Cavity*</i> | <i>Smith & Nephew</i> |
| <i>Cutinova Foam*</i> | <i>Smith & Nephew</i> |
| <i>Cutinova Hydro*</i> | <i>Smith & Nephew</i> |
| <i>Cutinova Thin*</i> | <i>Smith & Nephew</i> |
| <i>Lyofom</i> | <i>Seton-Delcon</i> |
| <i>Lyofom Adesive</i> | <i>Seton-Delcon</i> |
| <i>Lyofom Extra</i> | <i>Seton-Delcon</i> |
| <i>Lyofom Tracheostomy</i> | <i>Seton-Delcon</i> |
| <i>Lyopad</i> | <i>Seton-Delcon</i> |
| <i>Mepilex*</i> | <i>Molnlycke</i> |
| <i>PolyMem*</i> | <i>Ferris-Sofar</i> |
| <i>Polywic*</i> | <i>Ferris-Sofar</i> |
| <i>Syspur-Derm</i> | <i>Hartmann</i> |
| <i>Surgimousse</i> | <i>Peters</i> |
| <i>Suprasorb M</i> | <i>Lohmann-Rauscher</i> |
| <i>Tielle* e Tielle Sacrum</i> | <i>J&J Medical</i> |

Ferita ricoperta da epitelio

Scopo del trattamento è preservare da possibili danni il tessuto ancora fragile pur stimolandone l'ulteriore epitelizzazione. Per poter far ciò possiamo impiegare: collageni, garze a bassa aderenza, idrocolloidi sottili, pellicole poliuretaniche semioclusive, schiume.

Collageni:

| | |
|------------------------|--------------------------|
| <i>Biopad</i> | <i>Euroresearch</i> |
| <i>Collagene*</i> | <i>PietraSanta</i> |
| <i>Drop Collagene*</i> | <i>PietraSanta</i> |
| <i>Suprasorb C</i> | <i>Lohamann-Rauscher</i> |
| <i>TissuFleece E</i> | <i>Baxter</i> |

Medicazioni a bassa aderenza:

| | |
|----------------------|---------------------------|
| <i>Adaptic*</i> | <i>J&J Medical</i> |
| <i>Alldress*</i> | <i>Molnlycke</i> |
| <i>Atrauman</i> | <i>Hartmann</i> |
| <i>Cavi-Care*</i> | <i>Smith & Nephew</i> |
| <i>Cica Care</i> | <i>Smith & Nephew</i> |
| <i>CombiDerm*</i> | <i>Convatec</i> |
| <i>Cuticerin*</i> | <i>Beiersdorf</i> |
| <i>Garza Non-Ad*</i> | <i>Eurospital</i> |
| <i>Grassolind</i> | <i>Hartmann</i> |
| <i>Jelonet</i> | <i>Smith&Nephew</i> |
| <i>Lomatuell*</i> | <i>Lohmann-Rauscher</i> |
| <i>Melolin</i> | <i>Smith&Nephew</i> |
| <i>Mepiform*</i> | <i>Molnlycke</i> |
| <i>Mepitel*</i> | <i>Molnlycke</i> |
| <i>Mesorb</i> | <i>Molnlycke</i> |
| <i>Solvaline N</i> | <i>Lohmann-Raucher</i> |

Pellicole:

| | |
|--------------------------|---------------------------|
| <i>Askina Derm</i> | <i>BBraun</i> |
| <i>Blisterfilm</i> | <i>Tyco</i> |
| <i>Bioclusive*</i> | <i>J&J Medical</i> |
| <i>Cutifilm*</i> | <i>Smith & Nephew</i> |
| <i>Cutifilm Plus*</i> | <i>Smith & Nephew</i> |
| <i>Cutiflex</i> | <i>PietraSanta</i> |
| <i>Hydrofilm</i> | <i>Hartmann</i> |
| <i>Mefilm*</i> | <i>Molnlycke</i> |
| <i>Niko-Derm 6000</i> | <i>Rusch-Care</i> |
| <i>Opsite Flexifix</i> | <i>Smith&Nephew</i> |
| <i>Opsite Flexigrid*</i> | <i>Smith&Nephew</i> |
| <i>Polyskin II</i> | <i>Tyco</i> |
| <i>Polyskin MR</i> | <i>Tyco</i> |
| <i>Smartfilm 1000</i> | <i>Welcare</i> |
| <i>Smartfilm 8000</i> | <i>Welcare</i> |
| <i>Tegaderm*</i> | <i>3M</i> |
| <i>Tegaderm HP</i> | <i>3M</i> |

(* Prodotti gestiti)

| SCHEMI DI TRATTAMENTO LOCALE | | |
|---|--|--|
| TIPOLOGIA DI FERITA | SCOPO DEL TRATTAMENTO | PRODOTTO CONGRUO |
| Necrotica : ferita che presenta un fondo di colore nero (secco o umido) piuttosto che di colore giallo (umido). | Rimozione della necrosi | Idrogeli , Enzimi litici, Medicazioni Detergenti |
| Detersa profonda: lesione che si presenta con un fondo deterso di colore rosso vivo. | Favorire i processi di granulazione | Alginati, Schiume |
| Detersa superficiale: ferita che coinvolge solamente il piano dermo epidermico e che si presenta di colore roseo. | Favorire i processi di riepitelizzazione | Schiume, Film , Idrocolloidi |
| Scarsamente secernente: in questa condizione viene identificata una lesione detersa ed in via di guarigione che però non presenta un buon grado di umidità a livello del fondo. | Ripristinare il microambiente umido | Idrogeli, Schiume, Idrocolloidi |
| Essudante: ferita riconducibile alle diverse fasi, necrotica piuttosto che detersa o infetta | Mantenere un microambiente umido evitando la macerazione dei tessuti perilesionali | Alginati, Schiume, Idrocolloidi |
| Molto essudante: come per la precedente la lesione potrebbe presentarsi nelle sue diverse fasi evolutive. | Evitare la macerazione e la potenziale sovrapposizione batterica | Alginati, Schiume |
| Infetta: evidenti in questa fase saranno i segni clinici dell'infezione (dolore, arrossamento, tumefazione, calore). | Controllare l'infezione, l'essudato e neutralizzare il cattivo odore | Alginati, Medicazioni Detergenti |

CRITERI DI SCELTA E PARAMETRI UTILIZZATI PER LE INDICAZIONI E IL GIUDIZIO INTESA

Nell'analisi dei prodotti sono stati considerati i seguenti fattori:

- Le caratteristiche per gruppo di medicazione;
- La praticità d'uso;
- La rispondenza ai requisiti per una medicazione ideale:
 - mantenere umida la superficie della lesione
 - controllare l'essudato
 - impermeabilità ai liquidi
 - permeabilità all'aria
 - non lasciare residui
 - ridurre il trauma al cambio
 - necessità di cambi meno frequenti
 - proteggere da sovrainfezioni
 - resistere allo strappo e alla disintegrazione
 - essere confortevole
 - essere monouso
 - avere una buona gamma di formati

N.B.: Non è possibile dare un giudizio rigido sulle diverse tipologie di medicazioni in quanto le stesse possono trovare ambiti di impiego così disparati da risultare idonee in alcuni casi ed inidonee in altri.

Questo lavoro è stato realizzato con la consulenza di:

- A.I.S.Le.C. – Associazione Infermieristica per lo Studio delle Lesioni Cutanee – Pavia

Coordinamento scientifico a cura delle Associazioni Titolari di Farmacia di Belluno, Bergamo, Bolzano, Lecco, Mantova, Pavia, Trento e Vicenza.

Bibliografia

- *Wound Healing Bulletin n.1 1999, Ulcere cutanee: aspetti epidemiologici, clinici ed economici.*
- *M. Marazzi et A., Piaghe da decubito: situazione attuale e prospettive d'intervento.*
- *Callam M., Prevalence of Chronic Leg Ulceration and Severe Chronic Venous Disease in Western Countries, Phlebology 1992.*
- *Dalla Paola L., Ulcere croniche di difficile guarigione: il piede diabetico, Atti Incontro settembre 1999.*
- *E. Zanetti, A. Colosso, Prevenzione e Trattamento delle lesioni da decubito – Linee Guida, Ed. Lauri, Milano Maggio 2000.*
- *National Pressure Advisory Panel (NPUAP), Pressure ulcers prevalence, cost, and risk assessment: consensus development conference statement, Decubitus 1989*
- *Agency for Health Care Policy and Research, Pressure Ulcers Treatment, Clinical Practice Guideline. Quick reference Guide for Clinicians.*
- *Agency for Health Care Policy and Research, Pressure Ulcers in adults: Prediction and Prevention, Clinical Practice Guideline 1992.*
- *Phillips Tj., Chronic cutaneous ulcers: Etiology and Epidemiology, Journal of Investigative Dermatology 1994.*
- *Barilli P. et al., Il trattamento topico delle ulcere da decubito e delle ferite, Informazione sui farmaci 1994.*
- *Braddom, Prevenzione e trattamento delle ulcere da decubito, cap.31 662-665.*
- *Di Giulio P., Il trattamento topico delle lesioni da decubito, Rivista dell'infermiere 1985.*
- *Cucinotta D., Di Giulio P., Le piaghe da decubito nel paziente anziano, Helios aggiornamenti, Wound care suppl. n.2 1996.*
- *Di Giulio P., Mettere per tempo il dito sulla piaga, Occhio Clinico settembre 1997.*
- *Tammara AE., Il trattamento locale delle piaghe da decubito nell'anziano. Importanza della detersione e ruolo della collagenasi, Farmaci 1995.*
- *E. Ricci, R. Cassino, M. Nano, Trattamento locale delle piaghe da decubito, Ed. Minerva Medica 1998.*
- *Local Application to wounds- I, Cleansers, antibacterials, debriders, Drug Ther Bull 1991.*
- *Local Application to wounds- II, Dressings for wounds and ulcers, Drug Ther Bull 1991.*
- *P.G. Hayward, W.A. Morrison, Current concepts in wound dressings, Aust Prescriber 1996.*
- *K. Chan, Wound cleansing agents, Hong Kong Pharm J 1996.*
- *C.T. Hess, A. Bellingeri, Guida clinica alla cura delle lesioni cutanee, Masson Milano 1999.*
- *B.Paggi, E. Ricci, Le ulcere dell'arto inferiore, Masson Milano 2001.*