

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Medicina

CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA

Tesi di Laurea

LA GESTIONE DELLE ULCERE AGLI ARTI INFERIORI.

STUDIO OSSERVAZIONALE IN UNA REALTA' TERRITORIALE DELL'ULSS 15.

Relatore: Prof.ssa Galzignato Stefania

Laureando : Bettini Alberto

Matricola n° : 1047589

Anno Accademico 2014/2015

INDICE

Abstract

Capitolo 1.....1

Quadro teorico

1.1 Definizione di ulcera.....1

1.2 Epidemiologia delle ulcere vascolari3

1.3 Trattamento dell'ulcera.....4

1.4 Dolore associato alla lesione.....8

Capitolo 2.....9

Materiali e metodi

2.1 Obiettivo.....9

2.2 Contesto e Campione.....9

2.3 Materiali e Metodi.....10

Capitolo 3.....13

Risultati

3.1Descrizione dei campioni.....13

3.2Rilevazione dati.....14

Capitolo 4.....17

Discussioni

Conclusioni

Bibliografia

ABSTRACT

Problema

Il progressivo invecchiamento della popolazione, la riduzione della mortalità precoce, il continuo incremento della vita media, portano alla cronicizzazione dei processi patologici e negli ultimi anni sempre più si è evidenziato il problema delle lesioni cutanee, che rappresentano una sfida per i professionisti della salute.¹

Le ulcere croniche, in particolare le ulcere vascolari agli arti inferiori, rappresentano un significativo problema di salute pubblica e un carico economico importante per il sistema sanitario. E' ormai chiaro a livello internazionale che il numero di persone affette da ulcere degli arti inferiori è elevato.

I dati forniti dall' Associazione Italiana Ulcere Cutanee (AIUC) durante l' *Ulcer Day* 2010 (giornata nazionale per la sensibilizzazione e la visibilità per un problema importante nel panorama della sanità pubblica e privata e nella società del nostro paese), indicano che in Italia, anche in seguito al progressivo invecchiamento della popolazione, sono più di 2 milioni le persone che nel corso della loro vita soffriranno di ulcere cutanee croniche, con una tendenza ad aumentare con lo stesso trend registrato negli ultimi anni.

L'impatto che l'ulcera determina sulla qualità di vita del paziente è importante : il dolore, la frustrazione che l'ulcera non potrebbe guarire, le recidive, i problemi nella mobilità, l'isolamento sociale, la mancata aderenza al trattamento terapeutico sono tutte problematiche attive in questa categoria di pazienti cronici. L'infermiere assieme al medico rappresentano i professionisti della salute che operano attivamente nella gestione di tale patologia. Gli infermieri gestiscono molteplici aspetti quali: la gestione della terapia compressiva, la medicazione, l'educazione, l'ottimizzazione della compliance alla terapia, la gestione del dolore e un adeguato livello di attività fisica .

Obiettivo

A tal proposito l'obiettivo di questo lavoro, vista l'importanza dell'infermiere nella gestione delle ulcere croniche, è di verificare se i comportamenti professionali da loro adottati sono aderenti alle evidenze scientifiche. Capire se esiste una disomogeneità dei trattamenti

¹ Istat il futuro demografico del paese (report 2011.previsioni fino al 2050). Istat statistiche.

e se è collegata, in qualche maniera, alla preparazione professionale di chi medica, al loro titolo di studio e alle esperienze da loro maturate negli anni di lavoro.

Confrontare infine quanto emerso da queste osservazioni con quanto afferma la letteratura.

Strategie

Questo lavoro è stato suddiviso in due parti principali. Una prima parte è caratterizzata da una ricerca in letteratura delle migliori evidenze scientifiche, una seconda parte è caratterizzata da uno studio osservazionale della gestione delle ulcere vascolari agli arti inferiori. L'insieme dei dati emersi dalla letteratura e dallo studio osservazionale direttamente sul paziente vengono confrontati per trarre delle considerazioni utili per la pratica.

CAPITOLO 1: QUADRO TEORICO

1.1 Definizione di ulcera

L'Ulcera vascolare è definita come un difetto a tutto spessore della pelle, più frequentemente nella zona delle caviglie, che non riesce a guarire spontaneamente ed è sostenuta dalla malattia venosa cronica. La natura ricorrente delle ulcere venose sottolinea la necessità di un trattamento della fisiopatologia sottostante, cioè l'ipertensione venosa, causato dal reflusso venoso per un problema valvolare e/o per una ostruzione venosa.² L'ulcera è una soluzione di continuo, di forma rotondeggiante od ovalare, del rivestimento mucoso di diametro maggiore di 3 mm; diversamente dall'erosione, che coinvolge soltanto la mucosa, nell'ulcera si ha una penetrazione più profonda, che può arrivare alla completa perforazione della parete del viscere. L'ulcera mostra scarsa tendenza alla risoluzione spontanea infatti, spesso si parla di ulcera cronica cioè una perdita di sostanza profonda che guarisce sempre con cicatrice ed ha una durata maggiore a 8 settimane. Nell'ulcera si distinguono un fondo e i margini. Il fondo può essere appianato, a forma di scodella, a cratere, rilevato, ed essere formato da tessuto necrotico o granuleggiante. I margini possono essere pianeggianti o rilevati, introflessi o estroflessi, aderenti al fondo o scollati. Le cause sono diverse e di differente natura: meccaniche, chimiche, infettive, trofiche (per scarsa irrorazione dei tessuti periferici come avviene nelle ulcere vascolari), avitaminosiche, neoplastiche, fisiche (raggi X e radiazioni ionizzanti).³ Focalizzo la mia attenzione sulle ulcere trofiche di carattere venoso, arterioso e misto degli arti inferiori.

Ulcera venosa : per comprendere le cause della formazione di questa lesione bisogna chiarire il funzionamento del sistema circolatorio degli arti inferiori. Fisiologicamente, durante la fase di riposo (rilasciamento muscolare) degli arti, il sangue venoso defluisce dal sistema superficiale a quello profondo attraverso le vene perforanti, in maniera unidirezionale grazie al sistema valvolare. Durante la contrazione dei muscoli cavisti del piede e di quelli dell'arto, il sangue è spinto verso l'alto, sempre in modo unidirezionale. Nell'insufficienza venosa cronica, il danno valvolare determina un reflusso venoso dal circolo profondo a quello superficiale, con ipertensione venosa e stasi. Questi eventi si ripercuotono sul microcircolo con aumento della pressione idrostatica capillare, aumento della permeabilità e

² Department of Vascular Surgery, University of Maryland School of Medicine; Venous ulcers of the lower extremity: Definition, epidemiology, and economic and social burdens. *Semin Vasc Surg.* 2015 Mar;28(1):35

³ Dizionario di Medicina, Treccani (2010)

passaggio nell'ambiente extravasale di liquidi e macromolecole quali l'emosiderina, causa dell'iperpigmentazione e del fibrinogeno, responsabile della formazione dei manicotti di fibrina pericapillare che, ostacolando gli scambi gassosi, gettano le basi per le alterazioni trofiche e dunque delle ulcere. Lo sproporzionato accumulo di liquido nell'interstizio tessutale, determina un sovraccarico della rete linfatica e la comparsa dell'edema. La stasi venulo-capillare genera un rallentamento del flusso leucocitario intravasale, una loro adesione alle pareti e la successiva migrazione extravasale. I leucociti, attivati, determinano citolisi con danno microcircolatorio e tessutale. Le ulcere venose insorgono, in genere, in sede mediale, regione perimalleolare. La cute perilesionale appare iper-pigmentata, per l'accumulo dell'emosiderina, con zone di atrofia bianca di Milligan. Il fondo della lesione può essere fibrinoso o granuleggiante, con bordo poco rilevato o piatto, a forma irregolare. La sintomatologia dolorosa è, in genere, assente, o quando presente si attenua con la sopraelevazione dell'arto. I polsi periferici sono presenti. All'anamnesi si potrà evidenziare pregresse TVP o un'insufficienza venosa cronica di vecchia data mal curata. Possono essere presenti i segni delle patologie di base: prurito, crampi notturni, senso di peso, parestesie.⁴

Ulcera arteriosa: è una lesione trofica degli arti inferiori che appare in soggetti portatori di arteriopatia obliterante in cui vi sia una riduzione del lume vasale superiore al 50% o per un deficit irrorativo secondario a processi flogistico-trombotici recidivanti delle arterie di medio e piccolo calibro o per un distacco di emboli (ulcere emboliche). In tal caso la compromissione emodinamica macrocircolatoria è di tale entità da rendere inefficace qualsiasi meccanismo di adattamento compensatorio dei micro e paramicrovasi alla turba ischemica. Sotto l'aspetto anatomico possiamo individuare zone riccamente vascolarizzate, grazie ad un complesso sistema di anastomosi, ed altre zone meno vascolarizzate, come ad esempio il dorso del piede, la faccia laterale del calcagno, la faccia mediale dell'alluce, la faccia laterale delle altre dita. Solitamente in tali zone si vanno a ricercare i primi segni. Infatti il danno ischemico si rende responsabile di una serie di alterazioni tissutali che conducono all'ulcera fra le quali manifestazioni eritemato-cianotiche in sedi tipiche (metatarsi, dita, regioni calcaneari perimalleolari). La conversione termica delle zone interessate, che da fredde diventano ipertermiche per congestione capillare, è un importante segno premonito-

⁴ Nebbioso,G., Petrella,F. Il portale italiano sulle lesioni croniche cutanee: Ulcere arti inferiori: Ulcere venose. Disponibile da http://www.riparazionetessutale.it/ulcere_arti_inferiori/ulcere_venose.html. Ultimo accesso 25/08/15

re della turba trofica. La sintomatologia soggettiva è costituita da dolori terebranti, a scossa, urenti, accompagnati da impotenza funzionale, claudicatio intermittens e da incremento in posizione clinostatica e da decremento in posizione declive o eseguendo alcuni passi.⁵

Ulcera mista: viene definita come il tipo di lesione sostenuta da alterazioni microcircolatorie conseguenti a patologie macrovasali sia di tipo venoso che arterioso. Si tratta in genere di ulcere che associano ad una sede tipica, deponente per una forma arteriosa, una costante pigmentazione perilesionale o un aspetto leucomelanodermico più tipici di una forma venosa. Anche la sintomatologia è espressione della compromissione venosa o arteriosa con eventuale miglioramento della sintomatologia algica in clinostatismo (forme venose) o in ortostatismo (forme arteriose). Senso di peso, crampi e parestesie talvolta completano il quadro. Insorgono in soggetti portatori di vari danni, di arteriopatia obliterante e di flebopatia varicosa o osteotrombotica che sono i responsabili di ischemia e di ipertensione venosa cronica che singolarmente non sono in grado di causare turbe trofiche con perdita di sostanza ma che quando si associano sono in grado di farlo per il progressivo coinvolgimento del microcircolo.⁶

1.2 Epidemiologia delle ulcere vascolari

In Italia le ulcere interessano da 1 a 3 milioni di persone. Corrisponde a 0,4 - 4 % della popolazione globale con un'incidenza crescente nella popolazione anziana.

Le ulcere croniche agli arti inferiori hanno ancora un'incidenza elevata senza tendenza alla diminuzione. La prevalenza della lesione varia in relazione all'età, al sesso e alla patologia causale. L'età è il primo fattore che modifica la prevalenza con un aumento proporzionale all'aumento dell'età del soggetto. Nelle ulcere agli arti inferiori il 72% sono ulcere venose, l'8% sono ulcere arteriose, il 14% sono ulcere miste (arteriose e venose) e il restante 6 % sono altre ulcere. La patologia colpisce le fasce sociali più povere. La cronicità e la frequenza delle medicazioni nell'arco della settimana, hanno una grossa incidenza sulla capacità lavorativa dei pazienti. Il problema delle ulcere è al 14° posto fra le 50 motivazioni

^{5,6} Di Stasio,G. (dicembre 2004) . Le medicazioni nelle ulcere croniche. Napoli

adottate per l'assenza temporanea dal lavoro. Il trattamento delle ulcere ha un costo diretto e indiretto elevato.⁷

E' stato condotto uno studio multicentrico osservazionale in diversi centri in italiani dal 2010 al 2011 sullo stato epidemiologico delle ulcere vascolari (venose, miste, arteriose e diabetiche) denominato S.U.V promosso dall'AIUC (Associazione, Italiana, Ulcere, Cutanee). Lo studio ha osservato 1163 pazienti in 58 centri sparsi in tutta l'Italia. I dati mostrano prevalenza di pazienti di sesso femminile età media 70 anni con un alta commorbidità di ipertensione arteriosa (63.2%) e con ulcere a prevalenza venosa o mista arteriosa-venosa (circa l'80% in totale).⁸

1.3 Trattamento dell'ulcera

L'obiettivo della gestione dell'ulcera include: guarigione dell'ulcera, prevenzione delle recidive e miglioramento dell'edema.

La compressione, una medicazione adeguata, regolari esercizi e l' elevazione degli arti sono le linee base nel trattamento dell'ulcerazione a carattere venoso .⁹

Analizzando le ulcere venose agli arti inferiori possiamo dire che: il trattamento di prima scelta è la terapia compressiva eventualmente associata a medicazioni avanzate. La pressione da applicare dipende dal tipo di ulcera e si ottiene utilizzando: bendaggi o calze elastiche. Il bendaggio va applicato solo dopo aver medicato l'ulcera.

Il trattamento delle ulcere venose ha come obiettivi: il miglioramento del ritorno venoso della gamba, la cura della cute e l'uso appropriato delle medicazioni avanzate. La terapia compressiva, eventualmente associata all'uso di medicazioni avanzate che mantengano umido il letto della ferita, è il metodo migliore per accelerare il processo di riparazione tessutale.¹⁰

⁷ Garbagnate, M.se. (Gennaio 2011). Ulcere arti inferiori:epidemiologia e inquadramento diagnostico. Milano.

⁸ Apollonio A. , Antignani P. L. , Di Salvo M. , Failla G. , Guarnera G. , Mosti G. , Ricci E. Belcolle Hospital, Viterbo, Italy;San Giovanni Hospital, Rome, Italy; Vittorio Emanuele Hospital, Catania, Italy; ImmacolataDermopathicInstitute,Rome,Italy;Barbantini Clinic, Lucca, Italy;Casa di Cura San Luca, Turin, Italy. Epidemiologia e cura delle ulcere vascolari in Italia. (AIUC Settembre 2012): breve rendiconto.

⁹ O'Meara S, Cullum NA, Nelson EA. (21 Gennaio 2009). Compression for venous leg ulcers. Cochrane Database of Systematic Review.

¹⁰ Amendolara R., (2013). Ulcere venose. Evidence based nursing. (N.5). Tratto da NURSINGFAD IPASVI MI-LO-MB "Quesiti clinico-assistenziali".

Tutti i pazienti devono essere sottoposti ad accurato esame obiettivo per escludere una patologia arteriosa, un'artrite reumatoide, una vasculite o un diabete mellito. Occorre valutare i segni di una patologia venosa: vene varicose, dermatite venosa, deposizione di emosiderina, lipodermatosclerosi, edemi non venosi. Va ispezionata la mobilità articolare della caviglia, come indice importante della pompa muscolare del polpaccio. Tutti i pazienti dovrebbero avere un ABPI (indice pressorio caviglia braccio) bilaterale, fatto da personale addestrato, con sfigmomanometro e Doppler, al fine di verificare l'assenza di una patologia arteriosa prima del trattamento compressivo.¹¹ Il trattamento dell'ulcera prevede 4 fasi : detersione, debridement, medicazione e bendaggio.

Detersione: è il primo indispensabile passo da compiere nella cura delle ulcere; con questa manovra viene asportato il materiale infiammatorio e gli eventuali residui di precedenti medicazioni. Si riduce la colonizzazione batterica abbassando il rischio d'infezione e si velocizzano così i processi di rigenerazione dei tessuti e la conseguente guarigione. L'ulcera deve essere detersa in modo semplice; è sufficiente acqua tiepida di rubinetto oppure soluzione fisiologica. Secondo le linee guida tale operazione deve essere effettuata ad ogni cambio di medicazione.

Debridement: la linea guida del NICE sulla gestione delle infezioni del sito chirurgico afferma che "il materiale necrotico o lo slough, presenti entro i margini di una ferita, agiscono come terreno di coltura per i batteri favorendone la proliferazione e, pertanto, dovrebbero essere rimossi attraverso lo sbrigliamento-debridement".¹² Sono state esaminate diverse metodiche di sbrigliamento in riferimento a vari outcomes tra cui il grado di rimozione dello slough, le dimensioni della ferita, i tassi di guarigione, il dolore e l'infezione. Non vi sono dati sufficienti per chiarire se la metodica meccanica, quella chimica o quella biochirurgica siano le più idonee per questo gruppo di pazienti.¹³

Medicazione: una qualsiasi medicazione ideale dovrebbe avere determinate caratteristiche tra le quali: il controllo dell'essudato per mantenere il letto della lesione umido e la cute

¹¹ Marulli,C.F., Collaboratori: De Berardinis,A., Gentile,G.,Paradisi,P., Linea Guida-Area Cardiovascolare: Gestione delle ulcere venose croniche. Progetto ASCO. Disponibile da: <http://www.progettoasco.it/linee-guida-area-cardiovascolare-gestione-delle-ulcere-venose-croniche/>. Ultimo accesso 27/08/2015 .

¹² National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Surgical site infection: Prevention and treatment of surgical site infection. London: NICE; (2008). (NICE guideline CG74). Disponibile da: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11743/42378/42378.pdf>. Ultimo accesso 27/08/2015.

¹³ Linea guida clinica nazionale: Gestione delle ulcere croniche venose dell'arto inferiore. (Agosto 2010). Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Edinburgh EH7 5EA.

perilesionale asciutta favorendo la rimozione dei tessuti necrotici, consentire lo scambio gassoso; fornire l'isolamento termico mantenendo costante la temperatura, proteggere la lesione dalla contaminazione di patogeni esogeni e da danni meccanici, non causare traumi alla lesione al momento della sua rimozione ed avere un costo contenuto. Esistono diverse tipologie di medicazioni suddivise in due grandi categorie: tradizionali ed avanzate. Nel 1962, con la pubblicazione degli studi di Winter, viene superato il concetto di essiccamento della ferita, proprio delle medicazioni tradizionali, sostituito da quello di guarigione in ambiente umido, meccanismo di funzionamento delle medicazioni avanzate. Sono da allora nati notevoli prodotti come : idrocolloidi, alginati, schiume in poliuretano, ecc.

È stata esaminata l'efficacia di vari tipi di medicazioni nei confronti della guarigione delle ulcere. Sono state eseguite comparazioni con semplici medicazioni non aderenti, poco costose, che sono comunemente utilizzate. Una revisione sistematica ha individuato 42 studi in cui le medicazioni non aderenti sono state comparate con medicazioni in alginato (60 pazienti), idrocolloidi (792 pazienti), idrogel (151 pazienti), e medicazioni in schiuma (253 pazienti). Non è stata individuata nessuna evidenza a sostegno della superiorità di un qualunque tipo di medicazione rispetto ad un altro, se applicate sotto un appropriato bendaggio multistrato. Non è stata identificata nessuna evidenza sull'efficacia di diverse medicazioni in pazienti incapaci di tollerare il bendaggio multistrato.¹⁴ Per la gestione delle ulcere venose dell'arto inferiore si raccomanda l'uso di semplici medicazioni.

Bendaggio: La terapia compressiva si propone di migliorare il ritorno venoso e di ridurre l'ipertensione venosa. Una revisione della Cochrane ha esaminato il ruolo della compressione nella guarigione delle ulcere venose individuando sette RCT che comparavano terapia compressiva versus nessuna terapia compressiva. Due studi, inclusi nella revisione, hanno messo a confronto un trattamento con terapia compressiva versus un trattamento con sole medicazioni (nessuna terapia compressiva), mentre l'altro studio ha comparato un trattamento con bendaggio compressivo versus un trattamento con un bendaggio non compressivo. Questi studi erano limitati dalle piccole dimensioni della popolazione campione e/o dal disegno non adeguato. Quattro studi hanno confrontato la terapia compressiva eseguita all'interno di centri / ambulatori sul territorio, specialistici per ulcere dell'arto inferiore (in 3 dei 4 studi veniva utilizzato il sistema a quattro componenti) con il trattamento ordinario eseguito dal medico di medicina generale e dell'infermiere di distretto. Tutti gli

¹⁴ Palfreyman SJ, Nelson EA, Lochiel R, Michaels JA. Dressings for healing venous leg ulcers. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2014.

studi hanno riscontrato che i tassi di guarigione erano più alti nei pazienti trattati all'interno del servizio specialistico. Va sottolineato che alcuni dei pazienti assegnati al trattamento non specialistico possono essere stati sottoposti a terapia compressiva. La revisione ha concluso che la terapia compressiva aumenta i tassi di guarigione delle ulcere rispetto all'assenza di terapia compressiva.¹⁵ I bendaggi compressivi possono essere costituiti da materiale elastico, estensibile, oppure fibre anelastiche, relativamente inestensibili. (Linee Guida SING, 2010). Le Linee Guida visionate (RNAO, 2004-2007; RCN, 2006; SING, 2010) raccomandano l'utilizzo di routine del bendaggio multicomponente ad alta compressione (23-35 mmHg) per il trattamento dell'ulcera venosa, tenendo presente che: la terapia compressiva può essere utilizzata in sicurezza in pazienti con ulcere dall'arto inferiore in cui L'ABPI è > 0.8, se L'ABPI è < 0,8 il paziente dovrebbe essere sottoposto a una valutazione vascolare specialistica. Risulta, pertanto, necessario che tutti i pazienti con ulcere venose croniche siano sottoposti all'ABPI prima del trattamento; ai pazienti dovrebbe essere proposto il livello di compressione più forte che assicuri l'aderenza al regime di trattamento da parte del paziente; all'inizio della terapia compressiva i pazienti dovrebbero essere valutati per complicanze cutanee entro le prime 24-48 ore; nei pazienti con un ABPI <0.8, e nei pazienti affetti da diabete, la terapia compressiva dovrebbe essere utilizzata solo dietro indicazione dello specialista e sotto stretto monitoraggio; quando si considera il tipo di compressione da utilizzare, i professionisti dovrebbero tener conto di: preferenze del paziente, stile di vita e probabile aderenza al regime di trattamento, frequenza richiesta di applicazione, livello di competenza del professionista, dimensioni e forma dell'arto.

Analizzando l'ulcera arteriosa si può dire che si localizza, con maggior frequenza, alle estremità (dita), in corrispondenza di zone esposte o nelle aree sottoposte a maggior pressione, quali malleoli e calcagno. A margini netti, con fondo necrotico o fibrinoso, è caratterizzata da dolore intenso che si accentua con la sopraelevazione dell'arto, riducendosi ponendo l'arto in posizione declive. Lesione inizialmente piccola che tende ad aumentare le sue dimensioni con il peggiorare della situazione ischemica. I polsi periferici sono iposfigmici o assenti, con cute perilesionale pallida e perdita degli annessi cutanei. L'anamnesi evidenzierà una storia di arteriopatìa e/o una pregressa claudicatio. L'indice caviglia/braccio (I.W) è inferiore a 0.8. L'approccio terapeutico locale seguirà quello delle altre

¹⁵ O'Meara S, Cullum NA, Nelson EA.(21 Gennaio 2009). Compression for venous leg ulcers. Cochrane Database of Systematic Reviews.

lesioni ulcerative in termini di detersione e medicazione.¹⁶ Per concludere, le ulcere a carattere misto seguono il trattamento analogo alle altre ulcere ad eccezione dei casi con pressione sistolica alla caviglia inferiore ai 90mmHg, per la quale il bendaggio elastocompressivo è controindicato. Si consiglia di adottare un bendaggio elastocompressivo (in assenza di deficit perfusivo) in presenza di edema dell'arto inferiore interessato. Questo deve essere fatto con le opportune precauzioni, utilizzando cotone di Germania, come elemento protettivo e ponendo al di sopra una benda anelastica o a corta estensibilità, tale da non compromettere ulteriormente il microcircolo.¹⁷

1.4 Il dolore associato alla lesione

Il dolore è una spiacevole esperienza sensoriale ed emotiva di carattere soggettivo, associata ad un effettivo o potenziale danno tessutale ed è parte fondamentale della diagnosi e del trattamento delle lesioni agli arti inferiori.¹⁸ Il dolore può essere causato dall'effetto lesivo dei carichi sostenuti sui tessuti, dall'infiammazione, dall'infezione ma in particolar modo dai trattamenti che vengono fatti sulla lesione stessa. E' stato riscontrato in vari studi che il cambio di medicazione viene considerato dai pazienti il più doloroso e viene peggiorato quando la medicazione rimane attaccata alla lesione e quando la rimozione della medicazione provoca lacerazione della cute. Per pianificare eventuali interventi farmacologici o non, per una corretta gestione del dolore è importantissima un'accurata valutazione del tipo di dolore, della sua intensità e dell'impatto che ha il dolore sulla qualità di vita del paziente. La frequenza delle rilevazioni va decisa in relazione alle caratteristiche della persona e alla tipologia del dolore che viene riferito. Nonostante la questione venga riconosciuta, il problema del dolore viene spesso ignorato o sopravvalutato.^{19 20}

¹⁶ Nebbioso,G., Petrella,F. Il portale italiano sulle lesioni croniche cutanee: Ulcere arti inferiori: Ulcere arteriose- miste. Disponibile da http://www.riparazionetessutale.it/ulcere_arti_inferiori/ulcere_venose.html . Ultimo accesso: 28/08/2015

¹⁷ Nebbioso,G., Petrella,F. Il portale italiano sulle lesioni croniche cutanee: Ulcere arti inferiori: Ulcere arteriose- miste. Disponibile da http://www.riparazionetessutale.it/ulcere_arti_inferiori/ulcere_venose.html . Ultimo accesso: 28/08/2015

¹⁸ AIUC – AISLEC, Guidelines for the management of pain in the patient with chronic skin lesions, 2010

¹⁹ Gorecki C, Brown JM, Nelson EA, Briggs M, Schoonhoven L, Dealey C, Defloor T, Nixon J; European Quality of Life Pressure Ulcer Project group. Impact of pressure ulcers on quality of life in older patients: a systematic review. *J Am Geriatr Soc.* 2009 Jul;57(7):1175-83

CAPITOLO 2: MATERIALI E METODI

2.1 Obiettivo

Il fine del presente lavoro si concretizza nel :

- Comprendere e verificare se i comportamenti professionali sono aderenti alle evidenze scientifiche e alle linee guida;
- Verificare se esiste una variabilità nella cura delle lesioni vascolari agli arti inferiori tra i vari infermieri;
- Capire se esiste una disomogeneità dei trattamenti e se è collegata, in qualche maniera, alla preparazione professionale di chi medica, al loro titolo di studio e alle esperienze da loro maturate negli anni di lavoro;
- Confrontare quanto emerso da queste osservazioni con quanto afferma la letteratura.

2.2 Contesto e Campione

Sviluppo questo lavoro in Assistenza Domiciliare (ADI) di Vigodarzere (Padova). Ho scelto questa sede perché durante il tirocinio del terzo anno ho potuto osservare ed apprezzare il lavoro che veniva svolto dagli infermieri nell'ambulatorio di medicazioni. Il Distretto funziona in modo tale che dal Lunedì al Venerdì dalle 9:00 del mattino alle 13:00 ci sia sempre un ambulatorio a disposizione per il trattamento delle lesioni, tra cui le ulcere agli arti inferiori, alle quali presto la mia attenzione. Per verificare la variabilità nella cura delle lesioni vengono presi in considerazione dati riguardanti sia il paziente che l'infermiere che medica. Nello specifico i dati raccolti per il paziente sono: il sesso, l'età, il peso, la sede della lesione, le caratteristiche della lesione, lo stadio della lesione, l'attività fisica svolta, le malattie pregresse e gli anni di trattamento; a queste informazioni si aggiunge il tipo di trattamento per ogni lesione; questa serie di informazioni viene collegata alle caratteristiche dell'infermiere tenendo presente della sua età, del titolo di studio, degli anni di lavoro

²⁰ European Wound Management Association (EWMA). Documento di posizionamento: Il dolore in sede di cambio della medicazione

in ADI, delle esperienze precedenti e di eventuali corsi e/o master specifici. Con questa relazione paziente-medicazione-infermiere si possono avere informazioni sufficienti per confrontare la disomogeneità dei trattamenti.

Nell'analisi osservazionale sono stati presi in considerazione 4 infermieri con caratteristiche diverse; due infermieri non sono in possesso del master in wound care, gli altri due infermieri sono in possesso di un master in wound care (master in lesioni cutanee). È stata analizzata la gestione della lesione di 13 pazienti, divisi nei 4 infermieri.

2.3 Materiali e Metodi

Lo scopo dello studio è descrivere e analizzare, dopo un'attenta osservazione, i comportamenti professionali degli infermieri nella gestione delle lesioni degli arti inferiori. In seguito si verificherà se i comportamenti degli infermieri osservati sono aderenti o meno alle evidenze scientifiche.

Questo lavoro è stato suddiviso in due parti principali: una prima parte caratterizzata da una ricerca bibliografica per identificare le linee guida più recenti sulla gestione e sulle cause delle lesioni vascolari. Per fare questo si utilizzano i seguenti strumenti di ricerca:

- Database quali PubMed, Cochrane Library;
- Linee guida NICE (National Institute for Health and Care Excellent), disponibile da: <https://www.nice.org.uk/>;
- Linea guida clinica internazionale (Scottish Intercollegiate Guidelines Network);
- Linee guida progetto ASCO, disponibile da: <http://www.progettoasco.it/linee-guida/>.

Per PubMed sono state utilizzate le seguenti parole chiavi:

- "Ulcer"[Mj] OR "Varicose Ulcer"[Mj] OR "arterial ulcer " OR " mixed ulcer "AND "Debridement"[Mj] OR "Skin Care"[Mj]OR "Bandages"[Mj] OR "Ulcer"[Mesh] OR "Varicose Ulcer"[Mesh] OR "arterial ulcer " OR " mixed ulcer "AND "Debridement"[Mesh] OR cleansing OR "Skin Care"[Mesh] OR "Bandages"[Mesh]

Per Cochrane Library sono state utilizzate le seguenti parole chiavi:

- “Compression for venous leg ulcers”;
- “Dressings for healing venous leg ulcers”;

Per la selezione degli articoli sono stati previsti i seguenti criteri: pubblicazioni degli articoli negli ultimi 5 anni, link to free full text, lingua inglese e italiana, in particolare Guideline, Review, Systematic Reviews.

Una seconda parte è caratterizzata da uno studio osservazionale direttamente sul paziente per verificare il reale trattamento delle lesioni agli arti inferiori. Per condurre questo tipo di studio sono state costruite 3 tabelle. La prima tabella riguarda le caratteristiche della medicazione dell'ulcera; nello specifico vengono valutati : il tipo di ulcera (arteriosa, venosa o mista), se viene misurata l'area dell'ulcera, se viene misurato l'ABI, se viene fatta la detersione e che tipo di detersione viene utilizzata, il tipo di sbrigliamento attuato, il tipo di medicazione, il bendaggio applicato, se viene trattato o meno il dolore e se viene rivalutato il paziente. La seconda tabella riguarda le caratteristiche del paziente, nello specifico: sesso, età, peso, sede della lesione, caratteristiche della lesione, se fanno attività fisica, malattie principali del paziente, durata del trattamento. La terza tabella riguarda le caratteristiche degli infermieri, in particolare: l'età, il loro titolo di studio, gli anni di lavoro in ADI, le esperienze di lavoro precedenti e i corsi e/o master specifici. Queste tre tabelle sono in correlazione tra di loro, quindi alle caratteristiche di ogni medicazione, corrispondevano sia le caratteristiche del paziente sia le caratteristiche dell'infermiere che medicava; in questo modo è stato possibile identificare la vera variabilità dei comportamenti professionali, tra infermieri che gestivano diverse lesioni.

Infine lo studio bibliografico e lo studio osservazionale vengono messi a confronto per trarre delle osservazioni e delle conclusioni significative tra quello che riportano le evidenze scientifiche e quello che invece viene fatto dagli infermieri.

Nello studio osservazionale prendo in considerazione solo una categoria di lesioni degli arti inferiori: le ulcere vascolari (venose, arteriose e miste) poiché sono le più comuni e le più frequenti. Le ricerche hanno dimostrato una grande disomogeneità nella gestione clinica delle ulcere all'arto inferiore. Per il trattamento di tali ulcere e la prevenzione delle recidive si ricorre ai più svariati tipi di medicazione, bendaggi, calze elastiche e, nonostante le evidenze a supporto di quella che è un'efficace gestione delle ulcere all'arto inferiore,

ancora molti pazienti non ricevono un trattamento adeguato.²¹ Si escludono dall'analisi le ulcera da pressione e le ulcere neoplastiche per la loro "scarsa incidenza" nel periodo storico in cui ho fatto accesso all'ambulatorio.

²¹ Stevens, J., Franks, P., & Harrington, M. (1997) . A community/hospital leg ulcer service. *Journal of Wound Care*; 6(2), 62-68.

CAPITOLO 3: RISULTATI

3.1 Descrizione dei campioni

I dati raccolti da questo studio comprendono l'osservazione di 13 pazienti. Su 13 pazienti 4 sono maschi e 9 sono femmine (Figura n.1) .

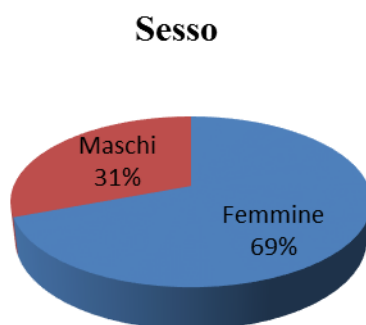


Figura n.1

I pazienti presi in considerazione hanno un'età compresa tra i 65 e gli 86 anni (età media di 75 anni). Le sedi maggiormente colpite dalle ulcere trofiche sono per ordine di incidenza: la sede perimalleolare e malleolare, la sede pre-achillea e la sede tibiale. L'85 % dei pazienti non fanno attività fisica, faticano nella deambulazione e vengono aiutati negli spostamenti maggiori. Il più delle volte utilizzano ausili per la deambulazione come il bastone o il tripode. Hanno la tendenza a muoversi poco perché il movimento è fonte di dolore e in più hanno sempre o quasi sempre bisogno di una presenza per gli spostamenti. Quasi ogni paziente preso in considerazione presenta oltre alla propria patologia di base (insufficienza venosa o un'arteriopatia) un'altra patologia correlata o aggiuntiva come ad esempio l'ipertensione, il diabete o la cardiopatia.

E' importante ricordare la durata del trattamento di una lesione cutanea: la maggior parte delle ulcere che ho rilevato dallo studio osservazionale raggiungono o superano l'anno di trattamento. Una media approssimativa della durata del trattamento di questi 13 pazienti è di 19 mesi: si parla quindi di ulcere croniche. Ci sono due pazienti in particolare che hanno una guarigione difficile infatti superano i 40 mesi (3 anni) di trattamento (Figura n.2).

Durata del trattamento

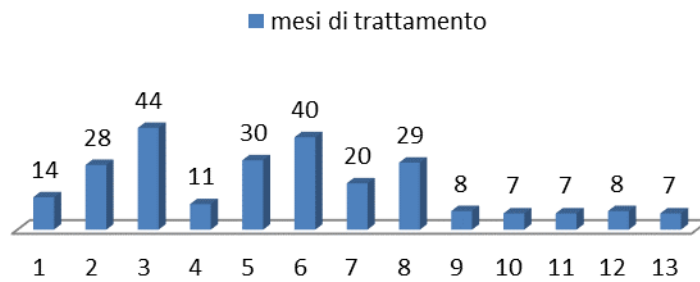


Figura n.2

Analizzando i dati raccolti è emerso che su 13 ulcere osservate : 2 sono arteriose , 4 sono miste e le rimanenti 7 sono di natura venosa. Questo conferma la maggior incidenza di ulcere a carattere venoso rispetto agli altri tipi di ulcera (Figura n.3).

Tipo di ulcera

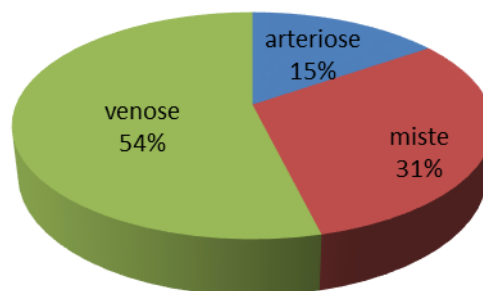


Figura n.3

3.2 Rilevazione dati

L'infermiera numero 1 ha medicato: un'ulcera arteriosa, un'ulcera mista e un'ulcera venosa. Ha un'esperienza in assistenza domiciliare di 15 anni e precedentemente aveva lavorato 17 anni in neurologia. Non possiede il master in wound care. L'infermiera:

- Misura l'area dell'ulcera
- Non misura l'indice caviglia-braccio (ABI)
- Deterge con soluzione fisiologica tutte e tre le ulcere
- Utilizza uno sbrigliamento meccanico per tutte e tre le ulcere

- Utilizza medicazioni avanzate come: collagenasi per la prima ulcera fibrinosa, hydrofibra+ medicazione in schiuma nella seconda ulcera fibrinosa e hydrofibra nell'ulcera granuleggiante
- Non utilizza bendaggi multistrato ma utilizza selfix di protezione sia nell'ulcera a carattere arterioso sia in quella a carattere misto che in quella a carattere venoso
- E' attenta alla misurazione del dolore
- Rivaluta il paziente

L'infermiera numero 2 ha medicato: due ulcere venose e un'ulcera mista. Ha un'esperienza in assistenza domiciliare di 4 anni e precedentemente aveva lavorato 7 anni in cardiologia e altri 7 anni in lungodegenza. Non possiede il master in wound care. L'infermiera :

- Misura l'area dell'ulcera
- Non misura l'indice caviglia-braccio (ABI)
- Deterge con soluzione fisiologica e con amuchina l'ulcera fibrinosa con presenza di infezione e arrossamento perilesionale, deterge con sola fisiologica sia l'ulcera di natura granuleggiante sia l'ulcera essudativa con biofilm
- Utilizza uno sbrigliamento meccanico per i tre tipi di ulcera
- Utilizza medicazioni avanzate come: antibiotico dramigel+ hydrofibra Ag per l'ulcera fibrinosa con infezione, utilizza una medicazione in schiuma per l'ulcera granuleggiante e utilizza idrogel per l'ulcera essudativa
- Nelle medicazioni: utilizza selfix di protezione nell'ulcera fibrinosa a carattere venoso, utilizza un bendaggio con doppio selfix nell'ulcera granuleggiante di origine venosa e utilizza selfix di protezione per l'ulcera mista
- E' attenta alla misurazione del dolore
- Rivaluta il paziente

L'infermiere numero 3 ha medicato: tre ulcere venose e un'ulcera mista. Ha un'esperienza in assistenza domiciliare di 11 anni e precedentemente aveva lavorato 6 anni in cardiologia. E' in possesso del master in wound care. L'infermiere:

- Misura l'area dell'ulcera
- Misura l'indice caviglia-braccio (ABI)
- Deterge sia l'ulcera fibrinosa che l'ulcera granuleggiante con soluzione fisiologica
- Adopera uno sbrigliamento meccanico sull'ulcera granuleggiante mentre utilizza uno sbrigliamento a ultrasuoni con soluzione fisiologica nelle ulcere fibrinose

- Utilizza medicazioni avanzate come: prontosan sulla prima ulcera fibrinosa, proteasi+ collagenasi sulla seconda ulcera di carattere fibrinoso, mycrodacin sull'ulcera granuleggiante e nuovamente prontosan sull'ultima ulcera fibrinosa
- Utilizza bendaggi multistrato anelastici sia per l'ulcera di natura venosa sia per quella di natura mista per favorire il funzionamento della pompa muscolare
- Non è attento alla misurazione del dolore
- Rivaluta il paziente

L'infermiere numero 4 ha medicato: un'ulcera venosa, un'ulcera arteriosa e un'ulcera mista. Ha un'esperienza in assistenza domiciliare di 10 anni e precedentemente aveva lavorato 8 anni in rianimazione e 5 anni in geriatria. E' in possesso di un master in wound care.

L'infermiere :

- Misura l'area dell'ulcera
- Misura l'indice caviglia-braccio (ABI)
- Deterge l'ulcera granuleggiante con arrossamento perilesionale con soluzione fisiologica + clorexidina 0,05% ; deterge l'ulcera fibrinosa purulenta con soluzione fisiologica + amuchina; deterge l'ulcera essudativa con biofilm e con cute arrossata con soluzione fisiologica + clorexidina 0,05%
- Adopera sbrigliamento meccanico nell'ulcera granuleggiante e nell'ulcera essudativa con biofilm mentre utilizza sbrigliamento a ultrasuoni con soluzione fisiologica nelle ulcere fibrinose
- Utilizza medicazioni avanzate come: hydrofibra nell'ulcera granuleggiante, hydrofibra+ garza grassa nell'ulcera fibrinosa, e idrogel+ alginato dell'ulcera essudativa con biofilm
- Utilizza bendaggi multistrato, nello specifico: per l'ulcera granuleggiante di origine venosa (ABI 0,97) utilizza un bendaggio multistrato a corta elasticità, per l'ulcera fibrinosa a carattere arterioso (ABI 0,79) utilizza bendaggio multistrato selfix, per l'ulcera essudativa con biofilm a carattere misto (ABI 0,83) utilizza bendaggio multistrato selfix con coplus a corta elasticità
- E' attento alla misurazione del dolore
- Rivaluta il paziente

Con la Tabella I, qui sotto riportata, ho voluto schematizzare gli interventi che gli infermieri hanno attuato per gestire le ulcere croniche agli arti inferiori. Ho descritto per ogni infermiere il trattamento che ha confezionato nelle diverse tipologie di ulcera (arteriosa, venosa , mista).

Gli infermieri numero 1 e numero 2 non sono in possesso di master in wound care.

Gli infermieri numero 3 e numero 4 sono in possesso di un master in wound care.

Gestione e Trattamento delle ulcera vascolari agli arti inferiori

infermiere	ulcera	ABI	detersio- ne(soluzione fi- siologica)	sbrigliamento	medicazione	dolore
1	1 Arteriosa 1 Mista 1 Venosa	no no no	S.F. S.F. S.F.	meccanico meccanico meccanico	avanzata+selfix avanzata+selfix avanzata+selfix	si si no
2	1 Venosa 1 Venosa 1 Mista	no no no	S.F. S.F. S.F.	meccanico meccanico meccanico	avanzata+selfix avanzata+ doppio selfix avanzata+ selfix	no no si
3	1 Venosa 1 Mista 1 Venosa 1 Venosa	si si si si	S.F. S.F. S.F. S.F.	ultrasuoni con s.f. ultrasuoni con s.f. meccanico ultrasuoni con s.f.	avanzata+multistrato anelastico avanzata+multistrato anelastico avanzata+multistrato anelastico avanzata+multistarto anelastico	no no no no
4	1 Venosa 1 Arteriosa 1 Mista	si si si	S.F. S.F. S.F.	meccanico ultrasuoni con s.f. meccanico	avanzata+multistrato corta elasticità avanzata+multistrato selfix avanzata+multistarto corta elasticità	si si si

Tabella I

CAPITOLO 4: DISCUSSIONI

Elaborando le informazioni ottenute e sopra riportate nella sezione “risultati”, deduciamo che c’è differenza di gestione delle lesioni tra i diversi infermieri e in particolare si evidenziano grosse differenze di gestione negli operatori che, oltre al titolo di studio base, possiedono il master in wound care.

Nello specifico, analizzando i dati raccolti emerge che c’è una disomogeneità dei diversi trattamenti infermieristici, in particolare:

la rilevazione dell’indice caviglia-braccio (ABI) che è un metodo semplice per quantizzare la gravità delle stenosi e/o delle occlusioni delle arterie degli arti inferiori, non viene sempre valutato. Dallo studio osservazionale risulta che gli infermieri con master in wound care prima di approcciarsi ad un trattamento infermieristico e prima di fare il bendaggio misurano sempre l’indice ABI, mentre gli infermieri senza il master non utilizzano questo metodo, perché il più delle volte si fidano della patologia che riportano i medici sulla cartella. Il centro di studi Evidence Based Nursing afferma che un’anamnesi clinica e un esame fisico completo, che comprenda la rilevazione della pressione sanguigna, peso corporeo, analisi delle urine, glicemia e misurazione dell’Indice Pressorio Caviglia Braccio (*Ankle Brachial Pressure Index – ABPI*), dovrebbe essere registrato nel caso che l’assistito presenti un’ulcera all’arto inferiore sia per la prima volta, sia come recidiva, e si dovrebbe continuare ad annotarli da quel momento in poi.²²

La linea guida clinica nazionale afferma che è fondamentale valutare l’apporto arterioso ai fini di applicare senza effetti avversi la terapia compressiva, che rappresenta il trattamento standard per le ulcere venose dell’arto inferiore. La palpazione dei polsi di per sé non è sufficiente per escludere l’arteriopatia periferica. Il modo più affidabile per accertare l’insufficienza arteriosa consiste nella misurazione dell’indice pressorio caviglia-braccio (ABPI) di entrambi gli arti inferiori mediante un dispositivo Doppler portatile.²³

²² Centro studi EBN: Assessment and Management of venous leg ulcers. RNAO (Marzo 2014)

²³ Linea guida clinica nazionale: Gestione delle ulcere croniche venose dell’arto inferiore. (Agosto 2010). Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Edinburgh EH7 5EA

Rilevazione dell'indice Caviglia-Braccio

infermiere	ulcera	ABPI
1	1 Arteriosa 1 Mista 1 Venosa	no no no
2	1 Venosa 1 Venosa 1 Mista	no no no
3	1 Venosa 1 Mista 1 Venosa 1 Venosa	si si si si
4	1 Venosa 1 Arteriosa 1 Mista	si si si

Tabella II

Infermieri numero 1 e 2 non sono in possesso di master in wound care.

Infermieri numero 3 e 4 sono in possesso di master in wound care.

Quindi la rilevazione dell'indice ABPI è importante per una buona pratica, per un buon trattamento e per una gestione adeguata dell'ulcera. E' importante sensibilizzare gli infermieri che omettono questa rilevazione al fine di migliorare le prestazioni e magari diminuire il periodo di trattamento del paziente.

Continuando l'analisi di questo studio, si può osservare che vengono usate tutte o quasi tutte medicazioni avanzate, quindi con un costo economico alto e non sempre tollerate dai pazienti. A tal proposito la linea guida afferma che è stata esaminata l'efficacia di vari tipi di medicazioni nei confronti della guarigione delle ulcere. Sono state eseguite comparazioni con semplici medicazioni non aderenti, poco costose, che sono comunemente utilizzate. E' emerso che non c'è nessuna evidenza a sostegno della superiorità di un qualunque tipo di

medicazione rispetto ad un altro se applicati sotto un appropriato bendaggio multistrato. Non è stata identificata nessuna evidenza sull'efficacia di diverse medicazioni in pazienti incapaci di tollerare il bendaggio multistrato. Per la gestione delle ulcere venose dell'arto inferiore si raccomanda l'uso di semplici medicazioni non aderenti.²⁴

E' quindi importante tenere presente che non è la medicazione che guarisce l'ulcera ma il tipo di compressione che viene applicato. Sarebbe importante focalizzare la propria attenzione più su un buon bendaggio multistrato, che favorisce il funzionamento della pompa muscolare, piuttosto che una medicazione avanzata con costi elevati senza un bendaggio adeguato.

Focalizzandosi sul tipo di bendaggio che viene confezionato, c'è una netta distinzione tra le due categorie di infermieri: gli infermieri in possesso di master confezionano sempre un bendaggio multistrato, mentre gli infermieri senza il master si focalizzano maggiormente sulla medicazione e per quanto riguarda il bendaggio utilizzano il selfix come protezione senza effetti terapeutici. La letteratura afferma che in due revisioni sistematiche di trials randomizzati e susseguente trial concludono che guariscono più persone utilizzando la compressione rispetto all'assenza di compressione. La prima revisione (Cullum et al., 2001) - ricerca dati 2000, sei prove randomizzate e controllate (RCTs), 260 persone - compararono tutte le forme di compressione rispetto all'assenza di compressione. La seconda revisione sistematica (Alberta Heritage for Medical Research, 2001) - ricerca dati 2001, due RCTs, 263 persone - analizzò l'alta compressione elastomerica a quattro-strati versus nessun tipo di compressione ed inclusero un trial supplementare. La conclusione di queste revisioni evidenzia che con la compressione (per esempio, il bendaggio ad alta compressione elastomerica multi-strato, bendaggio short stretch, bendaggio doppio strato, calze e calzini per la compressione) guariscono più ulcere venose che con la sua assenza. Il susseguente trial (200 persone) estrapolò che la compressione (alta compressione elastomerica multi-strato) guarisce più ulcere rispetto ai trattamenti non-compressivi (O'Brien et al., 2003).²⁵

²⁴ Linea guida clinica nazionale: Gestione delle ulcere croniche venose dell'arto inferiore. (Agosto 2010). Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Edinburgh EH7 5EA

²⁵ Chiari P., Rivolo M., La gestione infermieristica dei pazienti con ulcere venose alle gambe. (settembre 2006) Published by the Royal College of Nursing, 20 Cavendish Square, London, W1G 0RN

Trattamento e gestione dell'ulcera vascolare

infermiere	ulcera	medicazione
1	1 Arteriosa 1 Mista 1 Venosa	avanzata+selfix avanzata+selfix avanzata+selfix
2	1 Venosa 1 Venosa 1 Mista	avanzata+selfix avanzata+ doppio selfix avanzata+ selfix
3	1 Venosa 1 Mista 1 Venosa 1 Venosa	avanzata+multistrato anelastico avanzata+multistrato anelastico avanzata+multistrato anelastico avanzata+multistrato anelastico
4	1 Venosa 1 Arteriosa 1 Mista	avanzata+multistrato corta elasticità avanzata+multistrato selfix avanzata+multistrato corta elasticità

Tabella III

Infermieri numero 1 e 2 non sono in possesso di master in wound care.

Infermieri numero 3 e 4 sono in possesso di master in wound care.

E' quindi importante utilizzare un bendaggio adeguato al problema del paziente. Ovviamente non è possibile fare i bendaggi su tutti i tipi di ulcera indistintamente, ma bisogna tenere presente il tipo di ulcera: se è arteriosa, venosa o mista. Si usa in sicurezza il bendaggio in quei pazienti che hanno un ABPI $\geq 0,8$ mentre nei pazienti con un ABPI $< 0,8$ dovrebbero essere sottoposti a una valutazione specialistica vascolare.

Si osserva anche che nel trattamento delle ulcere gli infermieri non sempre si interessano del dolore del paziente. I dati raccolti dallo studio osservazionale dicono che (Figura n. 4) più del 50% dei pazienti trattati non hanno ricevuto una corretta valutazione del dolore. Su 13 pazienti solo a 6 è stata somministrata la scala del dolore.

Valutazione del dolore

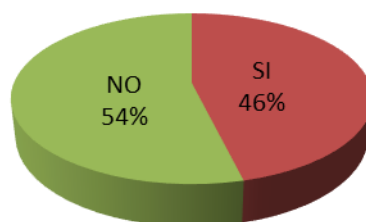


Figura n.4

E' stato riscontrato in vari studi che il cambio di medicazione viene considerato dai pazienti il più doloroso e viene peggiorato quando la medicazione rimane attaccata alla lesione e quando la rimozione della medicazione provoca lacerazione della cute. Per una corretta gestione del dolore è importantissimo un'accurata valutazione del tipo di dolore, della sua intensità e dell'impatto che ha il dolore sulla qualità di vita del paziente. La frequenza delle rilevazioni va decisa in relazione alle caratteristiche della persona e alla tipologia del dolore che viene riferito. Nonostante la questione venga riconosciuta, il problema del dolore viene spesso ignorato o sopravvalutato.^{26 27}

Si osserva invece che la misurazione delle dimensioni dell'ulcera e la rivalutazione dell'ulcera stessa vengono sempre rispettate e praticate sia dagli infermieri in possesso di master che dagli infermieri senza il master.

Analizzando le caratteristiche degli infermieri, si può riscontrare che non sempre gli anni di esperienza lavorativa sono decisivi sulla qualità dell'operato, bensì la propria preparazione e gli anni di studio impiegati per la specializzazione. Infatti gli infermieri che gestiscono le ulcere agli arti inferiori come da linea guida, cioè misurando l'ABPI se necessario, facendo delle adeguate medicazioni e facendo dei bendaggi multistrato, sono i più giovani, con meno anni di lavoro alle spalle ma con una formazione professionale più dettagliata e specifica per il settore nel quale operano (Tabella IV).

²⁶ Gorecki C, Brown JM, Nelson EA, Briggs M, Schoonhoven L, Dealey C, Defloor T, Nixon J; European Quality of Life Pressure Ulcer Project group. Impact of pressure ulcers on quality of life in older patients: a systematic review. *J Am Geriatr Soc.* 2009 Jul;57(7):1175-83

²⁷ European Wound Management Association (EWMA). Documento di posizionamento: Il dolore in sede di cambio della medicazione

Caratteristiche degli infermieri

età	anni di lavoro in ADI	esperienze precedenti	corsi e/o master specifici
52	15 anni	17 anni in neurologia	Nessuno
49	12 anni	7 in cardiologia e 7 in lungodegenza	Nessuno
45	11 anni	6 anni in chirurgia	master in wound care
40	10 anni	4 anni in rianimazione e 3 in geriatria	master in wound care

Tabella IV

Durante lo studio osservazionale si coglieva la differenza tra gli infermieri in possesso del master in wound care e gli infermieri senza il master in wound care, non solo nella medicazione della ferita in sé, ma proprio nella gestione complessiva e nell'approccio al paziente. Ad esempio una differenza sostanziale è che gli infermieri in possesso di master, a ogni cambio medicazione, lavano e igienizzano con le manopole saponate monouso l'arto ferito, il piede e le unghie in modo da abbassare la carica batterica, da togliere i residui della vecchia medicazione e da togliere la pelle secca e morta presente sullo strato superficiale. Non tutti gli infermieri adottano questa tecnica, che è importante per una buona guarigione. Sarebbe vantaggioso che anche gli infermieri che non sono in possesso del master attuassero una corretta pratica e un aggiornamento continuo sulle metodiche consigliate.

CONCLUSIONI

Elaborando le informazioni ottenute dallo studio osservazionale possiamo dire che le ulcere agli arti inferiori sono un problema che ancora oggi è di grande importanza.

L'incidenza con la quale le persone vengono colpite, l'impatto economico sulla società, la qualità di vita dei pazienti e il dolore cronico sono tutte componenti di un unico grande problema chiamato: "gestione delle ulcere agli arti inferiori". Anche in una piccola realtà quale l'assistenza domiciliare di Vigodarzere si può notare la difficoltà nel trattamento delle lesioni e la diversità nella loro gestione.

Rifacendosi alle linee guida che prevedono come primo trattamento: la rilevazione dell'indice caviglia-braccio (ABPI), l'utilizzo di un bendaggio multistrato e la rilevazione sistematica del dolore vi è la necessità di rispondere a queste esigenze. E' difficile avere omogeneità nella gestione delle lesioni tra i vari infermieri, però sarebbe vantaggioso istruire gli infermieri senza master specifico sulla pratica del bendaggio e sul tipo di medicazione più adatta. In questo modo si potrebbe ridurre il periodo di trattamento di ogni singolo paziente e questo porterebbe a svariati vantaggi quali: una maggior compliance da parte del paziente, un miglioramento di qualità di vita per il paziente, un carico di lavoro inferiore per il distretto territoriale, una presa in carico di altri pazienti che hanno bisogno in tempi più ridotti e ultimo ma non meno importante, un carico economico inferiore per la sanità.

BIBLIOGRAFIA

- AIUC – AISLEC, Guidelines for the management of pain in the patient with chronic skin lesions, 2010.

- Amendolara R., (2013). *Ulcere venose*. Evidence based nursing. (N.5). Tratto da NURSING-FAD IPASVI MI-LO-MB “Quesiti clinico-assistenziali”.

- Apollonio A. , Antignani P. L. , Di Salvo M. , Failla G. , Guarnera G. , Mosti G. , Ricci E. Belcolle Hospital, Viterbo, Italy; San Giovanni Hospital, Rome, Italy; Vittorio Emanuele Hospital, Catania, Italy; ImmacolataDermopathicInstitute, Rome, Italy; Barbantini Clinic, Lucca, Italy; Casa di Cura San Luca, Turin, Italy. *Epidemiologia e cura delle ulcere vascolari in Italia*. (AIUC Settembre 2012): breve rendiconto.

- Centro studi EBN: *Assessment and Management of venous leg ulcers*. RNAO (Marzo 2014).

- Chiari P., Rivolo M., *La gestione infermieristica dei pazienti con ulcere venose alle gambe*. (settembre 2006) Published by the Royal College of Nursing, 20 Cavendish Square, London, W1G 0RN.

- Department of Vascular Surgery, University of Maryland School of Medicine; *Venous ulcers of the lower extremity: Definition, epidemiology, and economic and social burdens*. *Semin Vasc Surg*. 2015 Mar;28(1):3-5.

- Di Stasio, G. (dicembre 2004) . *Le medicazioni nelle ulcere croniche*. Napoli.

- Dizionario di Medicina, Treccani (2010).

- European Wound Management Association (EWMA). Documento di posizionamento: Il dolore in sede di cambio della medicazione.

- Garbagnate, M.se. (22 gennaio 2011) . *Ulcere arti inferiori: epidemiologia e inquadramento diagnostico*. Milano.

-Gorecki C, Brown JM, Nelson EA, Briggs M, Schoonhoven L, Dealey C, Defloor T, Nixon J; European Quality of Life Pressure Ulcer Project group. Impact of pressure ulcers on quality of life in older patients: a systematic review. *J Am Geriatr Soc.* 2009 Jul;57(7):1175-83.

- Istat il futuro demografico del paese (report 2011.previsioni fino al 2050). Istat statistiche.

- Linea guida clinica nazionale: *Gestione delle ulcere croniche venose dell'arto inferiore.* (Agosto 2010). Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Edinburgh EH7 5EA.

- Marulli,C.F., Collaboratori: De Berardinis,A., Gentile,G.,Paradisi,P., Linea Guida-Area Cardiovascolare: *Gestione delle ulcere venose croniche.* Progetto ASCO. Disponibile da: <http://www.progettoasco.it/linee-guida-area-cardiovascolare-gestione-delle-ulcere-venose-croniche/>. Ultimo accesso 27/08/2015 .

- National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Surgical site infection: *Prevention and treatment of surgical site infection.* London: NICE; (2008). (NICE guideline CG74). Disponibile da: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11743/42378/42378.pdf>. Ultimo accesso 27/08/2015.

- Nebbioso,G., Petrella,F. *Il portale italiano sulle lesioni croniche cutanee: Ulcere arti inferiori: Ulcere venose-arterose-miste.* Disponibile da http://www.riparazionetessutale.it/ulcere_arti_inferiori/ulcere_venose.html. Ultimo accesso 25/08/15.

- O'Meara S, Cullum NA, Nelson EA. (21 Gennaio 2009). *Compression for venous leg ulcers.* Cochrane Database of Systematic Review.

- Palfreyman SJ, Nelson EA, Lochiel R, Michaels JA. Dressings for healing venous leg ulcers. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2014.

- Stevens, J., Franks, P., & Harrington, M. (1997) . *A community/hospital leg ulcer service.* *Journal of Wound Care;* 6(2), 62-68.