

LE LESIONI CUTANEE DA PRESSIONE : INDICAZIONI AL TRATTAMENTO

Dr. Manlio OTTONELLO

Responsabile Unità semplice di Chirurgia Plastica Riabilitativa
Unità Spinale Unipolare

Direttore: Dr. A. MASSONE

Azienda Ospedaliera Autonoma S. Corona

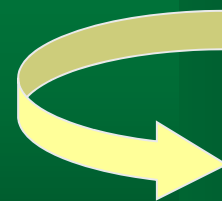
Pietra Ligure (SV)



TRATTAMENTO DELLA LESIONE DA PRESSIONE



PAZIENTE ACUTO



PAZIENTE STABILIZZATO



MANCATA PREVENZIONE DELLA LESIONE DA PRESSIONE



ULCERE DA DECUBITO



- INCREMENTO DELL'OSPEDALIZZAZIONE DI ALMENO 3 MESI
- INCREMENTO DEL COSTO RIABILITATIVO DEL 30%



MALATTIA SISTEMICA

TRATTAMENTO IN TEAM

- ▼ Percorso multidisciplinare
- ▼ visione d'insieme
- ▼ scelte strategiche comuni



TRATTAMENTO IN TEAM

- ✔ Aumento delle possibilità di successo
- ✔ Minimalizzazione delle complicanze
- ✔ Riduzione dell'ospedalizzazione
- ✔ Preparazione alla domiciliatura
- ✔ Riduzione delle recidive



APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE

- ✔ Programma terapeutico concordato dall'équipe
- ✔ Protocollo scientifico
- ✔ Personalizzazione del trattamento



LA FASE DELLA PATOLOGIA IN CUI COMPARE LA LESIONE DA PRESIIONE PONE APPROCCI ED INDICAZIONI TERAPEUTICHE DIFFERENTI



Fase acuta



Paziente stabilizzato



FASE ACUTA

- TUTTO DIPENDE DALLE PRIME 24-72 DI RICOVERO
- PREDITTIBILTA' DEL RISCHIO (scala di Braden)
- ADEGUATA SCELTA DEI SUPPORTI
- ADEGUATA GESTIONE INFERMIERISTICA



OBIETTIVI NELLA FASE ACUTA

- FORMAZIONE DEL PERSONALE DEI D.E.A. DI 2° LIVELLO



PAZIENTE STABILIZZATO



VENTAGLIO DI QUESITI AMPIO CHA RAPPRESENTA LA
PIATTAFORMA DEL PROGRAMMA TERAPEUTICO
PERSONALIZZATO



RAGIONAMENTO FISIOPATOLOGICO

L'evoluzione dell'ulcera rappresenta lo specchio dello stato clinico del paziente, in particolare la sua situazione nutrizionale



RAGIONAMENTO FISIOPATOLOGICO

- Controllo dei parametri ematochimici e quindi dello stato nutrizionale
- Conseguente obiettivo primario dello ristabilimento dell'equilibrio organico



CONCAUSE NELLA GENESI DELL'ULCERA

- Cattiva gestione in fase rianimatoria
- Stato settico
- Patologie internistiche precedenti al trauma
- Danno midollare nel paziente vascolare



LOCALIZZAZIONE DELL'ULCERA

- Analisi delle cause
- Valutazione delle problematiche gestionali



ULCERA SACRALE

- Problematiche nutrizionali e settiche
- Problematiche posturali a letto o mancanza dei cambi di postura
- Ristabilimento dell'equilibrio nutrizionale
- Esclusione delle eventuali osteiti coccigee
- Verifica delle funzioni sfinteriali



ULCERA TROCANTERICA

- Problematiche nutrizionali e settiche
- Problematiche posturali a letto (posizione tangenziale)
- Ristabilimento dell'equilibrio nutrizionale
- Esclusione delle eventuali osteiti trocanteriche



ULCERA CALCANEALE

DANNO IATROGENO



ULCERA ISCHIATICA

- Problematiche nutrizionali e settiche
- Problematiche posturali in carrozzina
- Ristabilimento dell'equilibrio nutrizionale
- Esclusione delle eventuali osteiti ischiatiche



SPASTICITA'

- Concausa
- Incrementa o compare relativamente all'insorgenza dell'ulcera
- Aumenta il rischio di recidive



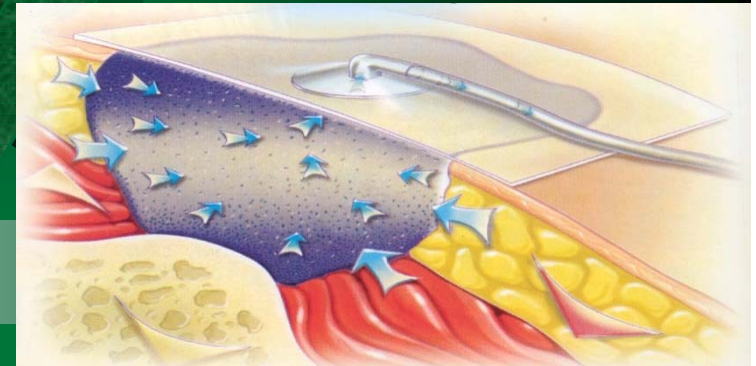
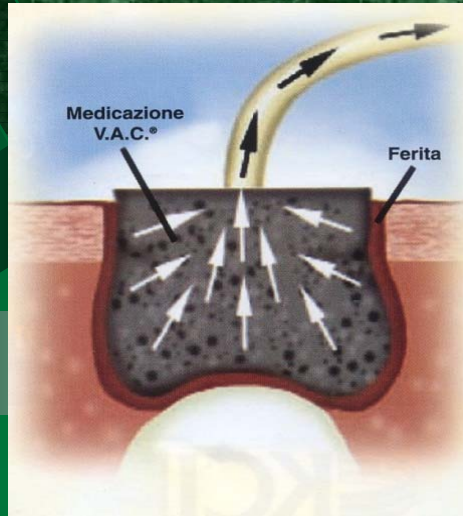
- **Medicazione e Preparazione dell'ulcera secondo i protocolli internazionali con monitoraggio quotidiano**



• Utilizzo delle medicazioni biologicamente avanzate



-e di tecnologie come la Vac terapia





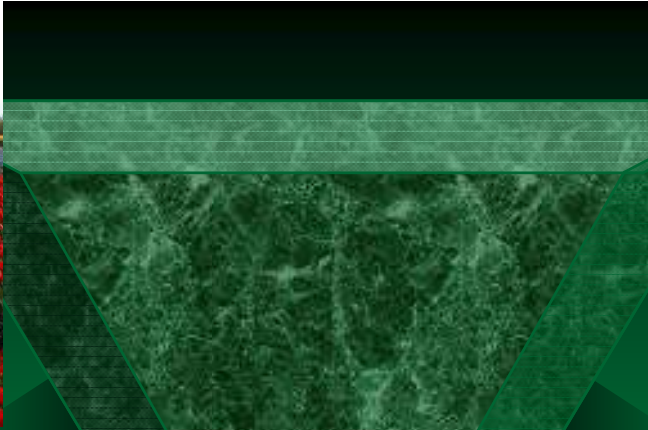
PRESSIONE TOPICA NEGATIVA

Riduce l'edema localizzato

Stimola la circolazione sanguigna

Riduce la colonizzazione batterica

Favorisce la formazione del tessuto di granulazione



Tessuto necrotico con presenza di escara

- La ferita deve essere sottoposta a debridement per rimuovere la maggior parte di tessuto necrotico ed escara

Ferite maligne (neoplastiche)

Osteomieliti non in trattamento

Aumento della perfusione

La riduzione dell'edema decomprime i piccoli vasi e ristabilisce il flusso ematico interrotto o rallentato.

Studi clinici hanno determinato l'esatta "quantità" di pressione da applicare per ripristinare il flusso sanguigno

Aumento della perfusione capillare

125 mmHg

FOAM

Open
blood
vessels



Improved perfusion



↑ BF



↑ pO₂

250 mmHg

FOAM



Closed
blood
vessels

Perfusion decreased



↓ BF



↓ pO₂



PER QUANTO TEMPO

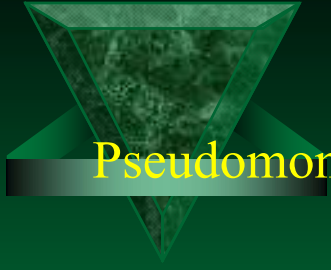
LA LETTERATURA E' CHIARA:

TRA LE 3 E LE 4 SETTIMANE
RAPPRESENTANO IL TEMPO
MASSIMO DI APPLICAZIONE
DELLA TERAPIA A PRESSIONE
TOPICA NEGATIVA
EVENTUALMENTE RIPETIBILE

*Interface dressings influence the delivery of topical negative pressure therapy.
Sophia M. Jones, Paul E. Banwell, and Petre G. Shakespeare
(Plst. Reconstr. Surg. 116: 1023, 2005)*

Questo lavoro dimostra come
l'interposizione di una medicazione
secondaria riduce drasticamente la
pressione topica negativa

Stafilococco Aureus



Pseudomonas aeruginosa

Proteus Mirabilis

Enterococcus Faecalis

Klebsiella Pneumoniae

Acinetobacter Baumannii

COADIUVA NELLA
GESTIONE DELLE
LESIONI INFETTE





.....DUBBIO!!!.....

✓ NONOSTANTE L'USO CORRETTO ESISTONO
NELLA PRATICA CLINICA UN CERTO
NUMERO DI PAZIENTI NON
RESPONSIVI AL TRATTAMENTO



ANALISI CLINICA

- ✓ OVER 70
- ✓ ISCHEMIA MIDOLLARE
POSTRIVASCOLARIZZAZIONE
- ✓ FUMATORI
- ✓ DIABETE INSULINODIPENDENTE DA ALMEMO 10
- ✓ VASCULOPATIA ARTERIOSA
- ✓ CARDIOPATIA
- ✓ ALTO RISCHIO ANESTESIOLOGICO
- ✓ OSSIMETRIA TRANSCUTANEA SACRALE < 30

- il gel piastrinico ed il PRP



GESTIONE PERIOPERATORIA

INDICAZIONE CHIRURGICA

PREPARAZIONE INFETTIVOLOGICA SCRUPOLOSA ALL'INTERVENTO

- Studio microbico dell'ulcera con biopsia o tampone profondo
- Differenziazione tra infezione e colonizzazione
- Trattamento mirato con tempi specifici in caso di germi opportunisti
- Se sussistono Osteiti indicati il trattamento antibiotico prolungato (min 8 sett.) ed eventuale abbinamento con trattamento demolitivo



GESTIONE PERIOPERATORIA

Catetere venoso centrale in succlavia

Catetere vescicale

Mantenimento del ritmo delle evacuazioni

L'apporto calorico è di 30-40 kcal/kg di peso corporeo, con fabbisogno proteico di 1.0-1,25 gr di prot/kg di peso senza ulcere e di 1,5-2 gr di prot/kg di peso in caso di presenza di ulcere, a questo vanno aggiunti anche micronutrienti quali Vit C, Vit A, Vit. E, Zinco



GESTIONE PERIOPERATORIA

- Nel caso di **RISCHIO DI GANGRENA** da germi fecali



COLOSTOMIA DERIVATIVA TEMPORANEA



GESTIONE PERIOPERATORIA

- PREDEPOSITO
- ERITROPOIETINA

NO DOPING



- RISCHIO SETTICO
- STATO INFIAMMATORIO CRONICO
- DEPOSITI DI FERRO



TRATTAMENTO CHIRURGICO

- MONITORAGGIO
- ASSISTENZA ANESTESIOLOGICA



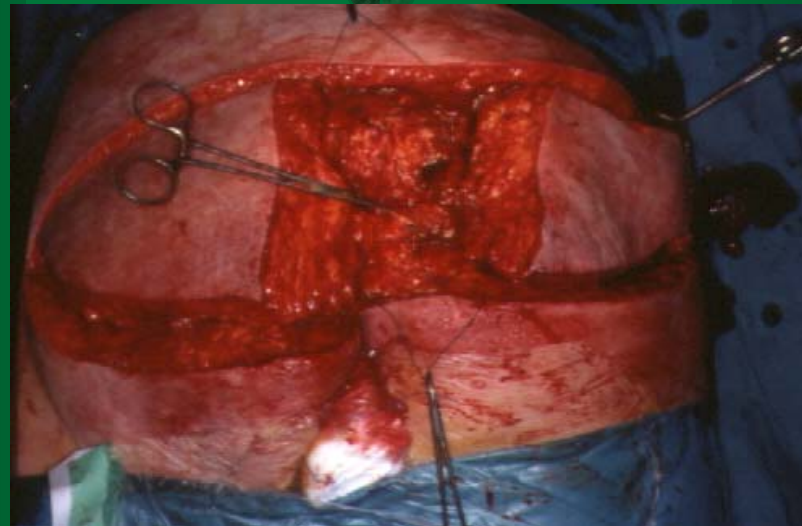
TRATTAMENTO CHIRURGICO

- Evidenziazione con colorante vitale ed ASPORTAZIONE completa dell'ulcera (ESAME ISTOLOGICO)
- Eventuale toilette ossea
- Copertura con lembi MIOCUTANEI e FASCIOCUTANEI



TRATTAMENTO CHIRURGICO

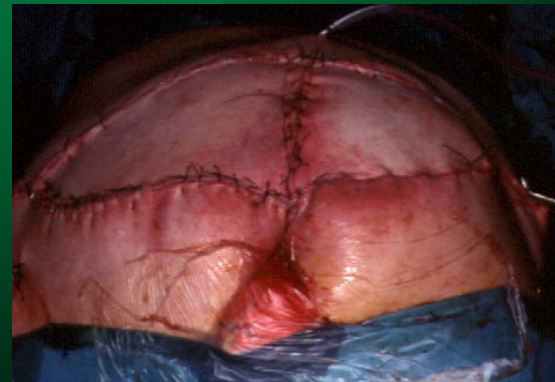
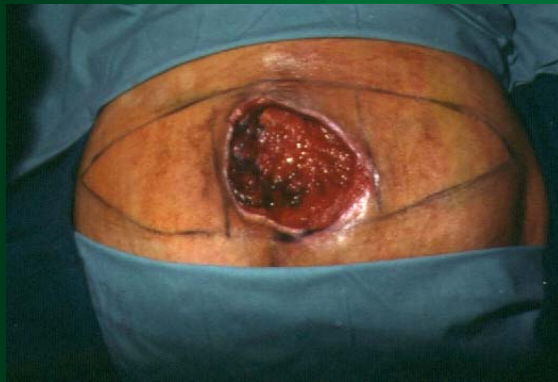
- Emostasi intraoperatoria pignola
- Drenaggio in aspirazione
- Accurata sutura in triplice strato
- Assenza di tensione nelle posizioni posturali



TRATTAMENTO CHIRURGICO

ULCERA SACRALE

2 LEMBI MIOCUTANEI DI M. GRANDE
GLUTEO



TRATTAMENTO CHIRURGICO

ULCERA TROCANTERICA

LEMBO MIOCUTANEO DI M. TENSORE DI FASCIA LATA



TRATTAMENTO CHIRURGICO

ULCERA ISCHIATICA

LEMBO MIOCUTANEO DI M. BICIPITE
FEMORALE

LEMBO MIOCUTANEO DI M. GRACILE

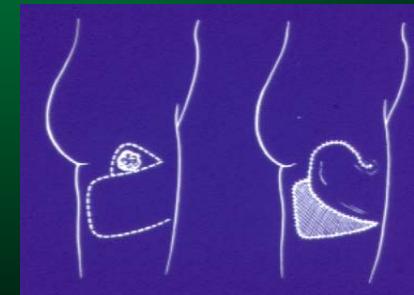
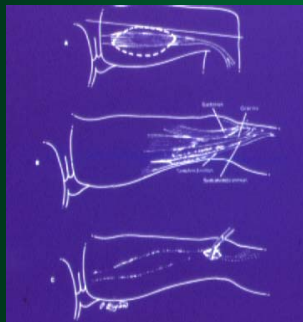
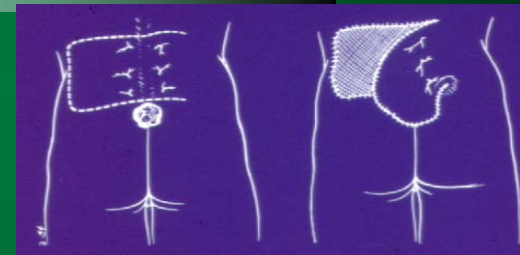
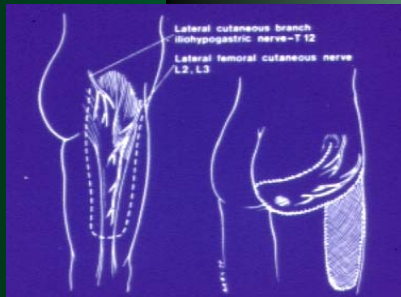


TRATTAMENTO CHIRURGICO

BAGAGLIO TECNICO AMPIO

LEMBI DI ROTAZIONE : MENO AFFIDABILI

LEMBI DI SALVATAGGIO : DISARTICOLAZIONE
D'ANCA E LEMBO DI QUADRICIPITE FEMORALE



DECORSO POSTOPERATORIO

- 15 gg. Di supporto fluidizzato e supporto nutrizionale
- Prevenzione delle TVP con eparina a basso peso molecolare
- Monitoraggio quotidiano delle ferite
- Monitoraggio dei parametri ematochimici



CONCLUSIONI

- Rigorosa Programmazione d'Équipe
- Gestione all'interno delle U.S.U PER I PAZIENTI MIELOLESI.
- *Ricordare che la lesione da decubito rappresenta la spia delle cattive condizioni cliniche del paziente o peggio IL FALLIMENTO DEL PROGRAMMA RIABILITATIVO*

