

VULNOLOGIA questa sconosciuta!

Francesca Turrini, Coordinatore Infermieristico, Centro di Vulnologia, Istituto Clinico Zucchi, Monza

Nonostante nel mondo l'amputazione maggiore di arto risulti terza come causa di morte, dopo tumore al polmone e infarto, il mondo della Vulnologia rimane un grande mistero per il grande pubblico e talvolta anche per il personale sanitario.

La causa di questo gap formativo va ricercata nell'assenza quasi totale di lezioni dedicate a questa "arte" sia negli atenei di medicina e chirurgia, che per le discipline infermieristiche. Definisco la Vulnologia come un'arte poiché non esiste percorso scientifico strutturato sotto alcuna disciplina. Infatti, esistono dermatologi, angiologi, chirurghi, chirurghi vascolari, geriatri e altri che si auto definiscono "vulnologi" in quanto specialisti sul campo della materia ma senza competenze curriculari accademiche specifiche. Questo ha portato ad un po' di confusione in quanto esiste un master di I livello volto agli infermieri che rende chi completa il percorso specialista in vulnologia o all'inglese wound care specialist.

Nonostante non esista un percorso specialistico strutturato, è sicuramente vero che ognuno di noi nella sua pratica clinica o personale si sia trovato a vedere o dover gestire una persona portatrice di lesioni. Con i termini "lesione", "piaga" o se preferite nell'accezione più moderna "ferita non tendente alla guarigione" vengono classificate tutte quelle zone di discontinuità cutanea non tendenti alla guarigione spontanea entro le due/quattro settimane di corretto trattamento. E sotto quest'egida vengono racchiuse dalle lesioni da pressione a quelle di natura vascolare dell'arto inferiore fino ad arrivare alle espressioni cutanee di patologia oncologica alle deiscenze chirurgiche... praticamente quindi tutto lo scibile medico. È per questo che a prescindere dal curriculum di studio ogni medico o infermiere che si appassioni alla Vulnologia e dedichi tempo e studio (master di I livello o corsi tenuti da società scientifiche nazionali o internazionali) alla disciplina può approcciarsi con successo a questo campo.

Non esiste persona che non abbia avuto un conoscente o un familiare con "quella ferita che non guariva mai" e non esiste tirocinante medico o infermiere che non abbia visto un decubito durante il suo percorso di studi. Ci si deve quindi domandare come mai la Vulnologia non venga inserita in modo sistematico e obbligatorio nel nostro

percorso di studi. Esistono realtà particolarmente illuminate e sensibili all'argomento che dedicano corsi elettivi o laboratori all'argomento, solitamente solo perché tra il corpo docente c'è qualcuno con il master in Wound Care. Quindi tutti noi sanitari sappiamo di cosa tratta la Vulnologia ma spesso non abbiamo le competenze di base per affrontare in modo preciso e puntuale questo problema di salute.

Lesioni Da Pressione

Un capitolo a sé stante va dedicato ai decubiti. Gli inglesi chiamano i decubiti "bed sore", letteralmente "ferita da letto", il che rende perfettamente l'idea dell'eziologia di queste lesioni. Storicamente si definivano piaghe questo tipo di lesioni, ma questa definizione è stata abbandonata perché porta con sé una certa accezione negativa (sei una piaga, non fare la piaga...). Anche decubito non descrive perfettamente l'eziologia poiché la lesione scaturisce da una combinazione di eventi e non solo dallo stazionare, ossia dal decubitare. Questo genere di lesioni è purtroppo presente in una percentuale molto alta. Se si parla di popolazione ospedaliera circa il 3% dei pazienti in Italia ha avuto un decubito, se si analizza la popolazione nelle medicine generali questi numeri aumentano notevolmente. Nel 2018 una azienda che si occupa di pressioni negative ha lanciato una campagna a livello mondiale dal titolo "close to zero", poiché pur pensando ad un mondo ideale in cui esistono competenze materiali e tempo per poter prevenire i decubiti da allettamento esistono comunque quelli non prevenibili ovvero le lesioni causate da device salvavita. Esempi di queste lesioni sono i decubiti da tubo endotracheale, da cannule per la circolazione extracorporea o drenaggi.

Noi infermieri insieme al personale di supporto siamo il primo baluardo che permette ai nostri degenti ricoverati ad esempio per una frattura di femore di non andare a casa camminando perfettamente ma con un decubito tale che inficia la bontà del recupero fisioterapico oppure alla persona che riesce a sopravvivere ad un arresto di circolo grazie alla professionalità di cardiologi o intensivisti che però maledice l'ospedale per avergli regalato un decubito al sacro.

Nel bagaglio culturale infermieristico, nel nostro DNA, abbiamo la conoscenza della mobilitazione precoce del degente, il cambio posturale e l'attenzione ai presidi che utilizziamo. Consideriamo che il cambio posturale "ogni due ore" è dato dal tempo in cui Florence Nightingale impiegava a fare il giro dei suoi pazienti, non esistono studi a sostegno di queste tempistiche. Si devono infatti considerare lo stato generale della persona, i parametri vitali, lo stato di coscienza e i presidi a disposizione. La mobilitazione del degente deve essere fatta il più precocemente possibile dopo un intervento chirurgico e il più possibile, in linea teorica bisognerebbe simulare i micromovimenti che ognuno di noi esegue durante la giornata.

La tecnologia legata ai presidi antidecubito ha fatto, negli ultimi anni, dei passi da gigante. Non è questo il luogo in cui snocciolare la mia conoscenza di tali presidi ma suggerisco al lettore di valutare sempre insieme ad un tecnico ortopedico e alla azienda fornitrice l'utilizzo della superficie più indicata anche in funzione della autonomia residua del paziente. Un guscio posturale di ultimissima generazione con un cuscino super performante non andrà affatto bene per un paziente che possa ad esempio guidare. E non sottovalutiamo mai l'inventiva e la fantasia dei nostri assistiti: Cuccia del cane usata come cuscino antidecubito!



Arto Inferiore

In Inghilterra esiste la "Lindsay Leg Club Foundation", fondata da una collega infermiera e basata sul concetto di auto-aiuto tra pazienti, che pubblica report annuali statistici sulla presenza, l'incidenza e l'eziologia di lesioni a carico dell'arto inferiore. Possiamo prendere questi dati a modello, non essendo basati su dati mondiali o sulla nostra popolazione ma la prevalenza di lesioni a carico dell'arto inferiore è dell'1% per arrivare fino al 3,6% nella popolazione over 65. Visti questi dati ci si deve chiedere come mai ognuno di noi sa quali sono le azioni da introdurre per la gestione di un decubito ma pochissimi sanno gestire correttamente un problema all'arto inferiore. Se per il decubito tutti sappiamo quanto sia imperativo

rimuovere la causa di pressione prima di poter ragionare sulla modalità di medicazione, non è così automatico pensare che la lesione all'arto inferiore venga gestita con un bendaggio. Esiste già letteratura vasta e prestigiosa e studi che attestano come *gold standard* per l'arto inferiore l'utilizzo del bendaggio.



Insufficienza Venosa

Con il concetto di bendaggio si intende una vera e propria terapia che prevede la sovrapposizione di medicazioni, laddove esista una lesione, e bende con caratteristiche molto precise che il professionista in Vulnologia deve conoscere perfettamente. I problemi all'arto inferiore sono causati per la grande maggioranza (91% dei casi presso il nostro Centro) da un problema di insufficienza venosa non gestita e che scaturisce in edema. Questo edema stressa la cute e provoca delle zone di ipoperfusione sulle quali possono originare lesioni che non tendono alla guarigione a causa dell'edema stesso. Questi pazienti hanno assoluta necessità di seguire il percorso terapeutico che preveda dei bendaggi. Un concetto ormai superato se si parla di bende, ma ancora fondamentale se si parla di calza, è l'elastocompressione. Attorno agli anni Ottanta si è insinuato invece il concetto di indice di Stiffness o rigidità della benda che è un concetto che prende in considerazione più fattori contemporaneamente.

Il bendaggio deve sempre essere confezionato partendo dalla radice delle dita ed arrivando a due dita circa dal cavo popliteo e, non a caso, è la stessa superficie che copre poi il gambaletto elastico o il tutore che viene consigliato al paziente per evitare di incorrere in recidive. La scelta della classe e della tipologia di calza o tutore deve essere fatta insieme ad un tecnico ortopedico e possibilmente con l'aiuto di un medico angiologo o chirurgo vascolare. Ad esempio presso il nostro Centro preferiamo consigliare l'utilizzo del tutore rigido con velcro a wrap per quei pazienti che hanno difficoltà nel posizionamento in autonomia della calza o che abbiano aiuto da badante o *care giver* solo alcuni giorni la settimana. la calza infatti va obbligatoriamente tolta la notte, causa rischio trombotosi, il tutore può anche essere mantenuto in sede più giorni di seguito e tolto solo per permettere le cure igieniche e di lavaggio del presidio stesso.



Tutore rigido con velcro o velcro wrap

Linfedema

Normalmente la gestione del linfedema viene affidato a fisiatra e fisioterapista, basti pensare ai percorsi di cura già consolidati nel tempo per le donne che, a causa di un tumore al seno, hanno subito mastectomia con svuotamento dei linfonodi ascellari. Esiste una fase che in acuto gestisce l'edema con massaggi e linfo drenaggi e una fase di consolidamento in cui al paziente vengono insegnate delle tecniche di autobendaggio, vengono consigliate guaine contenitive e magari utilizzato il macchinario della presso terapia anche al domicilio. Per l'arto inferiore il percorso è il medesimo anche se i centri che si occupano di questo, in Lombardia, sono davvero pochissimi e spesso il percorso è solo in regime privato.

Ma se sull'arto con linfedema è presente una ulcera? In questo caso entra in gioco la figura dell'infermiere *Wound Care Specialist*. L'edema che residua a causa del linfedema cronico è caratterizzato da un indurimento, una fibrosità della gamba con una deformazione non solo della parte di gamba ma spesso anche del piede o della coscia del paziente rendendo molto difficile, tecnicamente il confezionamento del bendaggio.



Una volta ridotto l'edema ed arrivati a guarigione, il paziente deve essere indirizzato da un chirurgo vascolare o da un fisiatra per certificare la diagnosi di linfedema (dopo

linfo scintigrafia) e ad un percorso chirurgico o fisioterapico per la gestione dell'edema anche poi con utilizzo di guaine, tutori e wrap.

Arteriopatia

Per la gestione delle lesioni sull'arto di un paziente affetto da arteriopatia è consolidata la possibilità di eseguire un



bendaggio anelastico ad elevata Stiffness solo se l'indice ABI (*Ankle Brachial Index*) è maggiore di 0.5. La letteratura è consolidata e chiara e permette, anzi consiglia in modo forte, il bendaggio se l'indice rispetta questo valore.

Presso il Centro di Vulnologia degli Istituti Clinici Zucchi di Monza stiamo portando avanti uno studio osservazionale, nato in seguito ad uno studio pilota condotto da una collega per la tesi di laurea magistrale in scienze infermieristiche ed ostetriche, che mira a mostrare quanto un bendaggio anelastico rigido possa migliorare la perfusione periferica anche per i pazienti con arteriopatia grave ($ABI < 0.5$), escludendo le ischemie critiche che vanno indirizzate urgentemente alla valutazione del chirurgo vascolare per un eventuale intervento in emergenza. I dati dello studio pilota raccolti dalla tesista in qualche mese di valutazione mostrano quello che ipotizzavamo e cioè che la perfusione periferica, prima di una eventuale rivascolarizzazione, migliora. L'ipotesi di questa tesi nasce dall'osservazione clinica che abbiamo condiviso tra colleghi negli anni. I pazienti che gestiamo con il bendaggio migliorano fino a volte a guarire mentre aspettano i tempi tecnici della chiamata per l'intervento di angioplastica o bypass.

Conclusioni

Vorrei concludere dicendo che se si parla di Vulnologia esistono delle zone d'ombra anche per noi clinici esperti e che vanno illuminate grazie al faro della ricerca. In un ambito in cui la professionalità e l'autonomia infermieristica sono così spiccate la ricerca infermieristica specializzata deve emergere, in quanto esistono delle esigenze specifiche per la nostra professione. La ricerca in ambito vulnologico deve partire da problemi clinici reali, svilupparsi, e tornare nelle mani del clinico ma anche diffuse il più possibile in quanto la Vulnologia tratta problemi trasversali rispetto a tutte le discipline mediche