Appunti dr. Pasquale Longobardi

"L'ulcera cutanea: presente e futuro". Cremona, 7 maggio 2011

Romanelli M. "La vulnologia: storia di una nuova scienza"

I Centri di vulnologia vengono definiti con diverse sigle. In Toscana si stanno definendo i requisiti per l' "Osservatorio per le lesioni cutanee". In tali Centri si osservano in particolare le lesioni atipiche della cute.

In un Centro vulnologico operano: staff medico, infermieri Wound Care, infermieri generici, professioni sanitarie, staff non clinico. E' necessaria una leadership che sappia amalgamare la squadra e dare degli obiettivi. Il team deve essere capace di: diagnosi accurata; sapere cosa è disponibile; avere libertà di agire (integrazione, algoritmi, dedizione). E' necessario oltrepassare i problemi: diagnosi inaccurate, integrazione territorio/ospedale, gestire in ottica inter-specialità/disciplina.

Una buona organizzazione è capace, di per sé, di facilitare la guarigione di metà dei pazienti. Un buon Centro vulnologico è quello dove arrivano (vengano inviati) i pazienti e dove questi trovino una risposta ai loro problemi.

La vulnologia si avvantaggia attualmente dei progressi in settori quale quello della immunofluorescenza (per le vasculiti); della anatomia patologica della cute (dermopatologo). Già iniziano a dare un interessante contributo diagnostico la genomica e la proteonomica.

L. Zorzi "Costi sociali"

L'assistenza domiciliare di un paziente affetto da ulcera cutanea costa 1700 euro per anno (esclusi i costi indiretti e sociali).

Le regioni virtuose per spesa sanitaria sono solo Lombardia, Marche,Toscana. Anche in queste Regioni sono previsti tagli alla spesa.

Nell'ambito del progetto "SOS Ulcera" è stato eseguito uno studio di prevalenza sulle ulcere cutanee. Si è rilevato che la popolazione a rischio di ulcera da pressione è del 50,7% tra quelli seguiti dall'assistenza domiciliare (ADI); del 42% nelle RSA.

Ulcere vascolari rilevate in ADI: venosa 34,9%; arteriosa 9,5%; mista 25,7%

Le ulcere vascolari arrivano senza diagnosi in ADI nel 26% dei casi, in RSA 21%

E' stata eseguita una analisi dei costi (studio osservazionale prospettico della durata di sei mesi). Prese in considerazione 271 singole voci di presidi utilizzati, raggruppati in 25 categorie

Studiati 212 pazienti affetti da ulcera da pressione; 73 pazienti vascolari; 23 pazienti affetti da piede diabetico.

I costi per i presidi aumentano con il passare del tempo, tenuto conto della gravità, in entrambi i contesti (ADI, RSA), con un differenziale fisso tra ADI e RSA

Ulcera da pressione

Costo medio presidi: 471,92 euro in ADI, 976,22 euro in RSA

Costi per personale: RSA costa x 3 volte rispetto ad ADI

Nell'analisi dei diversi presidi si notano alcuni punti importanti, per esempio le medicazione antimicrobiche (come quelle con argento) costano per paziiente 31,5 euro in ADI e 62,6 euro in RSA.

E' da considerare che a domicilio l'infermiere insegna al parente del paziente come medicare la ferita; nella RSA la ferita è gestita completamente dall'infermiere e dal personale di supporto. Nella RSA si medica più frequentemente, spesso questo è inutile e costoso. Masina (2005) ha evidenziato che l'utilizzo delle medicazioni avanzate aumenta il costo medio per accesso ma riduce il numero degli accessi; usufruendo del beneficio della riduzione del numero degli accessi si riducono i costi complessivi.

Frequentemente i presidi sono utilizzati in maniera inappropriata. La non adesione alle linee guida e ai protocolli riduce la probabilità di guarigione del 56%. Masina (2005) ha evidenziato che, in un altro studio osservazionale sull'assistenza domiciliare (ADI), l'uso corretto delle medicazioni era rilevato solo nel 55% dei casi osservati.

Lesioni vascolari

Costo medio presidi: 850,57 euro ADI (?)

Il progetto "SOS Ulcera" ha promosso un percorso formativo per tutti gli operatori dell'area vasta (MMG, infermieri, fisioterapisti, professioni sanitari, pazienti e parenti). La formazione avviene attraverso l'e-learning. Per il personale dipendente sono state concordato con le Ausl le ore di formazione necessarie. Il programma formativo è parzialmente consultabile nel sito www.sosulcera.it

Ligresti C. "la terapia fisica: Terapia a Pressione Negativa (NPWT); elettrostimolazione multi modulata ad alto voltaggio; Bioelectrical Signal Therapy; carbossiterapia"

La terapia fisica coadiuva la chirurgia e le altre tecniche nella preparazione del fondo della ferita. Tale concetto, sintetizzato nell'acronimo TIME, è evoluto nel tempo:

- TIME rimozione del tessuto necrotico, controllo dell'infezione (di per sé questo atto promuove significativamente la granulazione), evitare la macerazione, favorire la riepitelizzazione
- TIME H = favorire la riparazione tessutale nel più breve tempo possibile
- TIME Care = migliorare la compliance del paziente in relazione alla facilità di esecuzione della terapia

La Terapia a Pressione negativa facilita la detersione del fondo della lesione e la rimozione dell'essudato, in breve tempo. L'industria ha, nel tempo, fornito dispositivi sempre più piccoli e facili da gestire che hanno aumentato la compliance del paziente.

Carbossiterapia: l'acido carbonico rende acido l'ambiente della lesione. In base all'effetto Bohr l'ambiente acido favorisce la liberazione dell'ossigeno da parte dell'emoglobina.

COORTE ha attivato un Master in Wound Care, per informazioni: equipe-service@libero.it

P. Longobardi "la terapia iperbarica"

In letteratura è controversa la scelta differenziale o l'utilizzo sinergico delle diverse terapie per ottimizzare il risultato di gestione nella cura delle ulcere. Hinchliffe1 R. J e colleghi (1) presentano i risultati di una revisione sistematica effettuata dai diabetologi per individuare quegli interventi per i quali esistano prove di efficacia. La qualità dei metodi utilizzati negli studi selezionati è stata valutata in maniera indipendente da due revisori tramite l'utilizzo dei criteri del Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Sono state confrontate le seguenti terapia: pulizia chirurgica; antisettici e medicazioni; ossigenoterapia iperbarica (OTI); trapianti di pelle; stimolazione elettrica e magnetica; ultrasuoni. Dei 2.251 documenti identificati, sono stati selezionati 60 lavori utili per la revisione. Ci sono evidenze a supporto della efficacia del debridment con idrogel e a favore della ossigenoterapia iperbarica (OTI). Quest'ultima riduce significativamente il tasso di amputazione (Number Needed to Treat = 3). La

terapia a pressione negativa (TPN) può favorire la guarigione delle ferite post-operatorie ma non riduce il tasso di amputazione. Utile la escissione radicale delle ulcere plantari nel piede diabetico neuropatico. Nessuna evidenza è stata riscontrata a favore degli antisettici e delle medicazioni (incluse quelle con proprietà antisettiche).

Schweyer M.A. e colleghi (2) ribadiscono che OTI è una terapia sistemica che riduce il livello di amputazione mentre TPN è una terapia locale che facilita la guarigione della lesione. A parità di risorse impegnate (nello studio, circa 280 mila euro), l'associazione tra OTI e TPN consente di trattare più pazienti (+ 11%) con una significativa riduzione della degenza media per paziente (- 11,6%).

Bibliografia:

1. R. J. Hinchliffe, G. D. Valk, J. Apelqvist, D. G. Armstrong, K. Bakker, F. L. Game, A. Hartemann-Heurtier, M. Londahl, P. E. Price, W. H. van Houtum, W. J. Jeffcoate "A systematic review of the effectiveness of interventions to enhance the healing of chronic ulcers of the foot in diabetes" Diabetes Metab Res Rev 2008; 24(Suppl 1): S119–S144.
2. Schweyer MA, Murdock B, Davis HA "Negative pressure wound therapy - positive change for an acute care hospital and a hospital based comprehensive wound care center" UHMS Annual Meeting, Salt Lake (USA) June 2008

G. Mosti "L'elastocompressione"

La terapia compressiva è la terapia principale della insufficienza venosa (evidenza 1a). Un bendaggio ben eseguito è capace di sostituire un sistema valvolare venoso incontinente. Bendaggio ben eseguito significa bendaggio con l'adeguato indice di stiffness in rapporto al tipo di lesione.

Indice di stiffness = pressione in ortostatismo – pressione supina

- stiffness alta (pressione 40/60 mmHg - >60 mmHg): bendaggio che eserciti una alta pressione in ortostatismo (paziente in piede o che cammini) e bassa pressione in posizione supina (paziente disteso, fermo).
- stiffness bassa: bendaggio che eserciti una bassa pressione in ortostatismo (paziente in piede o che cammini) e alta pressione in posizione supina (paziente disteso, fermo).

Indicazioni per i bendaggi con diversa stiffness:

- ulcera di grosse dimensioni (> 50 cm^2) e di vecchia data: si preferisce un bendaggio multicomponente, multistrato, anelastico (o al alta stiffness)

- ulcera mista, vasculiti, dermatologiche: bendaggio con bassa stiffness
- ulcere piccole, di nuova insorgenza: calze elastiche