



Skin Tears: appunti del corso AISLEC di Alice Casadei e Sofia Fioravanti, infermiere del Centro Cura Ferite Difficili del Centro Iperbarico di Ravenna

Skin Tears

Struttura del derma:

- Ipoderma: composto da tre strati di tessuto connettivo
- Derma: posto sotto l'epiderma, è costituito da tessuto connettivo riccamente vascolarizzato che fornisce nutrimento agli strati superiori.
- Epiderma: composto da 5 strati di cellule pluristratificate e cheratinizzate, non è vascolarizzato e il suo nutrimento dipende dalla vascolarizzazione del derma sottostante.

Effetti dell'invecchiamento sul derma:

Con l'invecchiamento si ha una fisiologica perdita di tessuto sottocutaneo e dermico (fino al 20%). Si riduce la capacità di ritenere acqua nei tessuti e si abbassa l'attività delle ghiandole, questo porta a una secchezza cutanea e a una conseguente riduzione dell'elasticità. Inoltre l'appiattimento della giunzione tra i vari strati del derma rende meno mobile la cute che diventa meno resistente con aumentato rischio di strappi a tutto spessore.

Oltre all'invecchiamento esistono altre condizioni che denotano una maggiore fragilità del derma, ad esempio gli strati epidermici neonati possiedono solo il 60% dello spessore dell'adulto.

Definizione:

“una skin tears è il risultato di una forza di taglio, sfregamento o trauma contusivo che provoca la separazione degli strati della pelle. Le lesioni sono a spessore parziale o totale a seconda del danno tissutale”

L'80% delle skin tears si verifica a livello degli arti superiori, sono comunque a rischio tutte le zone cutanee soggette alle forze sopraelencate (es. sono molto frequenti anche negli arti inferiori o in zone di frizione e sfregamento come il sacro), i fattori di rischio sono molteplici e comprendono:

- Età avanzata
- Dipendenza da ADL
- Spasticità o rigidità
- Pz allettati o che necessitano di ausili per la mobilizzazione (es carrozzina)
- Declino cognitivo
- Terapie farmacologiche a lungo termine
- Inadeguato apporto nutrizionale
- Età neonatale o pediatrica.



Skin Tears: appunti del corso AISLEC di Alice Casadei e Sofia Fioravanti, infermiere del Centro Cura Ferite Difficili del Centro Iperbarico di Ravenna

Sono a disposizione 3 diverse scale per la classificazione delle skin tears, non è adeguato utilizzare una scala di stadiazione per LDP per questo particolare tipo di lesioni.

1. Scala di Pain Martin, prende in considerazione l'entità della perdita tissutale dopo che si è riposizionato il flap cutaneo, non comprende lo stato vitale del lembo. Si compone di cinque livelli:

- 1A. epiderma e derma sono separati , la lesione si presenta come un incisione.
- 1B. epiderma e derma sono separati, la perdita tissutale è inferiore a 1 millimetro.
- 2A. epiderma e derma sono separati, la perdita tissutale è del 25% o meno.
- 2B. epiderma e derma sono separati, la perdita tissutale è superiore al 25%
3. Completa perdita tissutale e assenza di flap cutaneo.

2. Scala STAR, acronimo di skin tears classification system. È una scala australiana che valuta la perdita tissutale e la vitalità del flap cutaneo. Si divide in:

- 1A. I margini possono essere riallineati e il flap cutaneo è normocromico.
- 1B. I margini possono essere riallineati ma il flap è scuro, pallido, cianotico o necrotico.
- 2A . I margini non possono essere riallineati e il flap cutaneo è normocromico.
- 2B . I margini non possono essere riallineati e il flap cutaneo è scuro, pallido, cianotico o necrotico.
3. Il lembo è assente.

Nel caso di classificazione B il lembo può essere non vitale e va rivalutato ogni 24/48 ore.

3. Scala ISTAP (International Skin Tear Advisory Panel), comprende tre livelli:

1. Nessuna Perdita tissutale.
2. Perdita tissutale parziale.
3. Complete Perdita tissutale.

Nessuna delle scale prende in considerazione la presenza di ematoma.

Trattamento:

Quando il lembo cutaneo è presente si consiglia sempre di utilizzare in prima battuta il metodo conservativo, se la lesione sanguina si può esercitare pressione con una garza bagnata o utilizzare una medicazione a base di alginato per arrestare il sanguinamento. La lesione va pulita anche sotto il lembo con fisiologica o acqua, non è raccomandato l'utilizzo di antisettici poiché citotossici.

La best practice dice di riposizionare il lembo srotolandolo delicatamente senza trazionarlo , è possibile avvalersi di utensili atraumatici come un cotton fioc bagnato per aiutarsi nella manovra, il lembo deve essere rimosso solo se non è più vitale.



Skin Tears: appunti del corso AISLEC di Alice Casadei e Sofia Fioravanti, infermiere del Centro Cura Ferite Difficili del Centro Iperbarico di Ravenna

Le medicazioni da preferire sono quelle non aderenti (es medicazione in silicone) o a bassa aderenza (es garze grasse) possono inoltre essere utilizzate schiume, alginati, idrogel; non è consigliato utilizzare idrocolloidi o film.

Se si utilizzano cerotti, es steri strip, vanno posizionati a almeno un centimetro di distanza l'uno dall'altro per rendere possibile il drenaggio dei liquidi, devono poi essere coperti con una medicazione assorbente e lasciati in sede finché non si staccano da soli. La prima medicazione dovrebbe essere idealmente lasciata in sede per almeno 7 giorni. Anche nel caso in cui il flap cutaneo viene rimosso la medicazione da preferire è quella con medicazioni non aderenti o a bassa aderenza che possono essere lasciate in sede il più a lungo possibile.

Altre problematiche che possono insorgere sono la presenza di edema, soprattutto a livello degli arti inferiori da trattare con terapia compressiva se L'indice ABI e l'ecodoppler lo permettono.

La presenza di ematoma, da trattare con rimozione chirurgica o approccio conservativo con idrogeli, e l'eventuale necessita si ospedalizzazione da parte del paziente.