Fragilità della pelle, fragilità della persona

Alberto Apostoli[1,2], Claudia Caula[2]
[1]Sezione Nursing GRG - [2]A.I.S.Le.C.

La definizione «persona anziana–persona fragile» tratteggia le piccole, grandi problematiche dell'invecchiamento: i ridotti meccanismi di compenso e di difesa di fatto rendono la persona anziana più vulnerabile. Anche la pelle non sfugge a questo principio. Anzi, incarna concretamente il significato di "fragilità". Basta il più banale, quotidiano dei gesti, come girare una persona nel letto, aiutarla a indossare la camicia, togliere un cerotto, rilevare la pressione, urtare il pedale della carrozzina, ed ecco che la pelle si taglia come carta velina... La conseguenza è una Lacerazione Cutanea (LC), una lesione frequente soprattutto fra gli anziani istituzionalizzati, ma di cui si parla poco.
Nell'articolo sono analizzati i meccanismi che portano alla formazione delle LC (o skin tears), come individuare la persona a rischio, le manovre assistenziali da evitare, e le indicazioni terapeutiche alla luce della letteratura più recente.

Queste piccole, grandi ferite

È stato stimato che le lesioni cutanee, incluse le LC, rappresentano il 15% degli accessi al Pronto Soccorso (Leaman, 1991). E secondo l'esperienza di alcuni autori si tratterebbe comunque di una stima parziale, dato che spesso i pazienti non vanno al Pronto Soccorso reputando una LC solo "una ferita minore". Se ciò non bastasse, sono oltre 1,5 milioni le LC che si verificano ogni anno nelle strutture residenziali per anziani (Baranoski, 2000). Uno studio del 1991 in una struttura assistenziale con 347 posti-letto ha riportato una percentuale di *skin tears* pari al 41.5% di tutte le ferite.
Una LC può essere definita come l'interruzione della continuità dei tessuti di rivestimento, il cui risultato è una lesione recente caratterizzata dal tipico lembo (o *flap*) di forma triangolare. Le LC si riscontrano con particolare frequenza nei soggetti anziani, in quanto le modificazioni che avvengono a carico della cute – in particolar modo, la perdita di coesione fra epidermide, derma e tessuti sottocutanei – fanno sì che anche una minima forza meccanica sia in grado di provocare lo strappamento della pelle, inducendone la lacerazione.
Le forze contusive possono esercitare sui tessuti un'azione di trazione (o strappamento) e\o schiacciamento; le caratteristiche generali delle LC possono essere così sintetizzate:

1. I margini si presentano irregolari in quanto la lacerazione della cute segue le linee di minor resistenza.
2. Raramente i margini della lesione si sovrappongono perfettamente a causa della retrazione dei tessuti, tanto più evidente quanto maggiore è lo scollamento.
3. Spesso è presente la contusione dei bordi con infiltrazione ematica del fondo.

Quando in seguito a una LC i tessuti si strappano in lembi, i vasi sanguigni vengono recisi e l'apporto di sangue interrotto, rendendo la cute ischemica (Cockerill & Sweet, 1993). I tessuti possono essere contusi e in breve diventare edematosi. Dopo il sanguinamento iniziale, che può essere anche molto abbondante, segue la produzione di una moderata quantità di essudato sieroso per circa tre giorni.
Le sedi di localizzazione più frequenti sono gli arti superiori (mani e braccia) e inferiori (area pretibiale); tuttavia sono a rischio anche altre zone, come sacro e natiche: in questo caso è importante fare una corretta diagnosi differenziale, poiché data la sede le LC possono essere scambiate per Lesioni da Decubito di stadio II.

Chi rischia la pelle?

L'età avanzata, la fragilità cutanea connessa all'invecchiamento, l'utilizzo di presidi per la deambulazione assistita, il decadimento cognitivo/sensorio, la terapia a lungo termine con corticosteroidi, rappresentano i principali fattori di rischio per le LC (Baranoski, 2000). In base alla nostra esperienza professionale, segnaliamo anche la concomitanza fra l'assunzione di anticoagulanti e la formazione di LC. È stato dimostrato che i soggetti anziani completamente non autosufficienti che richiedono un'assistenza totale per le attività di vita quotidiane (ADL) costituiscono la categoria più a rischio. Paradossalmente le persone anziane valutate autosufficienti e deambulanti costituiscono la seconda categoria maggiormente a rischio, seguiti da coloro con deficit visivi (Baranoski, 2000). Circa la metà delle LC si verifica in seguito all'incauta rimozione di cerotti, a eventi traumatici accidentali, quali cadute, collisioni contro la carrozzina o altri oggetti durante la deambulazione o i trasferimenti (Small, 2000), ma non solo: perfino le più comuni attività giornaliere, come la vestizione, il bagno, gli spostamenti nel letto, sono in grado di innescare le forze di taglio o frizione finendo per produrre un danno cutaneo.

Le lacerazioni pretibiali, un capitolo a parte

La maggior parte delle LC che si verificano a carico degli arti inferiori interessano l'area antero-tibiale del terzo inferiore della gamba di soggetti anziani; infatti con l'invecchiamento la cute che sovrasta la tibia diventa più sottile e anaelastica, la vascolarizzazione spesso è deficitaria (Flanagan, 1997), rendendo la cute più suscettibile alle contusioni e predisponendola a questo tipo di lesioni.
Non da ultimo, spesso nei soggetti anziani il ritorno venoso è compromesso, con conseguente edema degli arti inferiori. L'edema agisce sia nei meccanismi di formazione delle LC, rendendo più tesa una cute già atrofica e sottile, sia ostacolandone la guarigione (Jones & Sanders, 1983).
Le lacerazioni pretibiali vedono protagonista in proporzioni significativamente rilevanti la popolazione femminile (Tandon e Sutherland, 1973, cit. in Jones & Sanders, 1983); si ritiene che la differente incidenza fra i sessi da una parte rifletta l'aumentata longevità delle donne rispetto agli uomini, e dall'altra la maggiore protezione offerta dai pantaloni rispetto alle calze\collant (Foroughi & Nouri, 1990). Inoltre l'assottigliamento dell'epidermide che viene riportato dopo i 70 anni appare più consisten-

te nelle donne che negli uomini, complice la menopausa (Richey et al., 1988).
Oltre all'età e al sesso, un altro fattore di rischio molto comune per le lacerazioni pretibiali è l'assunzione a lungo termine di steroidi che esercitano un influsso doppiamente negativo. Infatti tendono a inibire la sintesi di collagene, determinando l'atrofia della cute (Norman et al., 1980), ed è dimostrato che sopprimono la risposta infiammatoria, ritardando la riparazione tessutale (McCulloch et al., 1995; Hunt et al., 1969).
La combinazione di tutti questi elementi, compresa la particolarità della sede anatomica in cui insorgono le lacerazioni pretibiali, interferisce con la progressione del normale processo di riparazione tessutale (Shankar & Koo, 1987). In questo contesto, non risulta strano che alcuni Autori (Jones & Sanders, 1983) suggeriscano che tra tutte le ferite dei tessuti molli questo tipo in particolare è il più difficoltoso da trattare; in letteratura è segnalato e nella pratica clinica gli Autori hanno riscontrato che queste lesioni tendono a evolvere in ulcere croniche degli arti inferiori (Shankar & Koo, 1987), impiegando mesi di trattamento per guarire (Grant, 1993).

La prevenzione: le strategie assistenziali

Data la complessità della popolazione a rischio, assume un'importanza ancora maggiore minimizzare l'incidenza di LC pianificando la prevenzione e l'educazione di pazienti e operatori (Dealey, 1999) (Tab. 1).
È pertanto importante:

- identificare i soggetti a rischio di sviluppare LC (Tab. 1) segnalandoli sugli strumenti di raccolta dati e di pianificazione assistenziale;
- prevedere nel protocollo relativo alle cure igieniche un'adeguata cura della cute mediante l'impiego di prodotti idratanti ed emollienti, poiché una cute idratata e nutrita è meno predisposta alle lacerazioni. *I prodotti in crema sono più indicati delle lozioni*;
- utilizzare corrette tecniche di posizionamento, evitando di esercitare trazione sugli arti; durante i trasferimenti, sollevare il soggetto per prevenire le forze di taglio e frizione. È consigliabile usare una traversa o un telino anti-frizione per riposizionare i pazienti nel letto;
- assicurarsi che il personale sanitario e socio-assistenziale comprenda *l'importanza* di una delicata e attenta manipolazione dei soggetti anziani con fragilità cutanea. Una manovra brusca o una presa troppo energica possono provocare una LC. Il personale che presta assistenza diretta non dovrebbe indossare anelli, braccialetti, ecc., che potrebbero causare involontarie LC;
- i manici delle padelle, i braccioli e i pedali delle carrozzine e ogni altra attrezzatura usata per i soggetti a rischio dovrebbe essere protetta/imbottita per evitare che il soggetto urti accidentalmente contro una superficie contundente;
- è consigliabile far indossare ai soggetti a rischio pantaloni e abiti a maniche lunghe per assicurare uno strato di protezione;
- creare un ambiente sicuro e protetto per minimizzare il rischio dei pazienti di cadere, sbattere contro mobili, ecc.;
- non applicare cerotti o altre medicazioni adesive (film in poliuretano, idrocolloidi, ecc) direttamente su cute fragile. Preferire medicazioni non adesive come schiume in poliuretano, alginati, medicazioni a bassa aderenza, ecc. Assicurasi che il personale di assistenza dedito al cambio delle medicazioni abbia conoscenze e competenze per una rimozione atraumatica. Ancorare le medicazioni con bendaggio non adesivo o rete elastica tubolare;
- in caso sia indispensabile utilizzare un cerotto, scegliere un tipo di collante non aggressivo applicandolo senza tensione;
- quando necessario, utilizzare nei pazienti a rischio un ago canula (venflon) per la terapia parenterale, non fissarlo con un cerotto, ma preferire un bendaggio autoaderante non adesivo (ad esempio Bi-Half ®).

Tabella 1 - *I soggetti a rischio di contrarre LC.*

- anziani
- pazienti affetti da morbo di Parkinson
- pazienti immunocompromessi
- utilizzo di steroidi
- presenza di malattie dermatologiche
- presenza di edemi imponenti
- fumo
- persone con stato confusionale
- predisposizione alle cadute
- fattori contribuenti (presidi per la deambulazione assistita, cadute, auto-mutilazioni)

La classificazione delle LC

Le LC sono classificate in "lesioni a spessore parziale" quando l'epidermide è separata dal derma, e in "lesioni a tutto spessore" quando l'epidermide e il derma sono separati dalle strutture anatomiche sottostanti. Non è corretto invece documentare le LC – come spesso avviene – usando la classificazione propria delle Lesioni da Decubito. A questo scopo, sul finire del 1980 Payne e Martin hanno sviluppato un sistema di classificazione specifico. Non esistono dati circa la diffusione di tale sistema di classificazione e nella nostra esperienza questa scala di valutazione risulta sconosciuta ai più. Tuttavia, gli elementi presi in considerazione dagli Autori consentono di valutare dal punto di vista clinico le LC, fornendo indicazioni utili per la selezione del tipo di trattamento più appropriato, e di monitorare la risposta agli interventi terapeutici. In base alla perdita di tessuto occorsa (assente, parziale, totale), le LC vengono suddivise in tre categorie principali (Tab. 2).

Tabella 2 - *Classificazione di Payne-Martin per Skin Tear (in Baranoski, 2000).*

Categoria I	I margini della skin tear possono essere approssimati; non vi è perdita tessutale Tipo A: lineare Tipo B: con lembo
Categoria II	Quantità variabile di perdita tessutale Tipo A: scarsa perdita tessutale < 25% Tipo B: moderata perdita tessutale >25%
Categoria III	Perdita tessutale completa; assenza di fap epidermico

GLI INTERVENTI TERAPEUTICI

È stato dimostrato che un soggetto che sviluppa una LC, nonostante la messa in atto di misure preventive, per avere un tasso accettabile di guarigione deve essere valutato precocemente (entro 6 ore dall'evento), oltre che godere di una gestione locale ottimale.

Gli interventi terapeutici si dividono in chirurgici o conservativi. La scelta di adottare l'uno o l'altro si baserà sulla valutazione sia delle condizioni della LC sia di quelle del soggetto, in un approccio di tipo olistico alla cura del soggetto e non solo della lesione. È consigliabile indagare l'anamnesi remota, le eventuali allergie, la terapia farmacologica in corso (Pudner, 1997). Condizioni cliniche quali diabete mellito, anemia, malnutrizione, uso di corticosteroidi, sono ben note per la loro interferenza con il processo di riparazione tessutale (O'Hare, 1998).

La valutazione della LC è di tipo clinico, e include l'eziologia, la data d'insorgenza, le misure di primo soccorso, la superficie d'estensione e la presenza\assenza di flap cutanei vitali (Bradley, 2001) (Tab. 3).

La data d'insorgenza della lesione gioca un ruolo determinante nella gestione delle LC, dato che il rischio di infezione è direttamente proporzionale all'età della lesione (Young, 1997). Si è osservato che nella maggioranza delle LC complicate da infezione, l'intervallo fra ferimento e primo soccorso era superiore a 6 ore, durante le quali la ferita è esposta ad un alto rischio di contaminazione e il flap cutaneo va incontro a disidratazione e conseguente necrosi. L'infezione resta la complicanza più comune e grave di una semplice lacerazione (Moscati et al, 1998, cit. Small, 2000).

La detersione delle LC ha lo scopo di prevenire l'infezione ed eliminare tutti i detriti e i corpi estranei contaminanti (Dealey, 1999). In passato, le soluzioni antisettiche venivano utilizzate di routine per disinfettare le lesioni traumatiche "pulite" allo scopo di ridurne la carica batterica (Pudner, 1997).

Tuttavia, l'uso di tali soluzioni recentemente è stato screditato (Small, 2000). Per poter esplicare la loro azione battericida gli antisettici necessitano di un prolungato tempo di contatto con il letto della ferita; inoltre vengono inattivati dalla presenza di materiale organico come sangue, pus (Miller, 1994 cit. Williams, 1996). Attualmente all'uso di antisettici è da preferire la soluzione salina (0,9% NaCl). Young (1997) raccomanda di irrigare le lesioni esercitando una pressione in grado di rimuovere i detriti dal letto della lesione.

Infine, è raccomandabile verificare lo stato della vaccinazione antitetanica dei soggetti portatori di LC. La profilassi antibiotica viene effettuata di rado, dato che l'antibiotico deve essere somministrato entro 3 ore dal ferimento perché sia di effettivo beneficio (Leaman, 1991).

IL TRATTAMENTO CHIRURGICO

La "classica" LC, caratterizzata da un lembo triangolare, generalmente ha un ridotto apporto vascolare. La prima condizione per tentare un'efficace rivascolarizzazione del lembo è che essa sia eseguita in tempi immediatamente successivi al ferimento. L'approccio chirurgico consiste nell'esecuzione di un innesto cutaneo a spessore totale per ricoprire il difetto di sostanza (Mandel, 1981). L'intervento comprende il *debridement* e l'emostasi della ferita, il prelievo da un sito donatore e l'applicazione di una medicazione ad entrambi i siti (McGregor, 1995).

Tra le varie metodiche descritte, citiamo quella in cui viene praticato un immediato *debridement* dei tessuti non vitali, seguito da un innesto cutaneo in anestesia generale, con la quale si riporta un tempo medio di guarigione di 27 giorni (Jones & Sanders, 1983). Budny et al. (1993) hanno dimostrato che questo periodo di tempo può essere ulteriormente accorciato se, dopo l'innesto, viene incoraggiata una precoce mobilizzazione. La mobilizzazione riduce i rischi di trombosi venose profonde e influenza positivamente il senso di benessere (Bradley, 2001).

Il *debridement*, l'innesto cutaneo posticipato oppure un immediato innesto "a rete" in anestesia locale, sono i cardini di due procedure ambulatoriali con un tempo medio di guarigione di 14\24 giorni (Jones & Sanders, 1983). In alcune realtà si richiede un periodo di riposo di oltre 12 giorni con gli arti in scarico. Un simile comportamento non trova giustificazione, non solo per i danni provocati dall'allettamento prolungato, ma anche perché è stato dimostrato che la mobilizzazione precoce nell'anziano non modifica gli esiti dell'innesto cutaneo (Budny, 1993). In alternativa alle precedenti, la metodica proposta da Foroughi e Nouri (1990) sfrutta i lembi cutanei prelevati dall'area lesionata per eseguire un innesto a tutto spessore, con il vantaggio di evitare il trauma di un sito donatore. Il tempo medio di guarigione riportato è di 31 giorni.

Tuttavia, l'approccio chirurgico implica l'ospedalizzazione del soggetto, la somministrazione di una anestesia generale o locale, l'allettamento, elementi che pongono una serie di problemi e dovrebbero essere evitati nei soggetti anziani (Christian, 1983). A ciò si aggiungono le difficoltà sperimentate nella guarigione dei siti donatori che sono molto dolorosi e producono più essudato di una qualsiasi altra lesione superficiale (Fowler & Dempsey, 1998). Inoltre, come Leaman (1991) osserva, nella maggioranza dei casi i portatori di LC non vogliono essere ospedalizzati o sottoposti a un intervento chirurgico. Potrebbe anche accadere che da una parte le condizioni cliniche della LC siano tali da richiedere l'intervento chirurgico, ma che dall'altra lo stato generale di salute del paziente renda controindicato o impraticabile l'intervento stesso.

Tabella 3 - *La valutazione delle LC*

Classificazione (Payne-Martin)
Localizzazione (arti superiori o inferiori, altre sedi)
Dimensioni (lunghezza, larghezza, profondità)
Sanguinamento (assente, scarso, medio, abbondante)
Presenza/assenza di flap epidermici vitali
Stato trofico della cute perilesionale (fragilità, edema, ecc.)
Quantità di essudato (assente, scarso, medio, abbondante)
Infezione?
Lacerazione estesa/profonda che necessita di riparazione chirurgica?
Intervallo fra ferimento e primo soccorso (< di 6 ore, > di 6 ore)

Il trattamento conservativo (con medicazioni)

L'approccio conservativo ha come obiettivo di promuovere la guarigione della LC con la minima quantità di trauma possibile per la lesione, ma soprattutto per il paziente. Il trattamento comprende il *debridement*, l'evacuazione dell'ematoma, il riposizionamento dei lembi vitali sulla ferita i quali vengono suturati o meglio ancora fissati con Steristrips® (Bradley, 2001). Marsden (1983) osserva che questo è il protocollo adottato nel Pronto Soccorso, con un tempo medio di guarigione di 25\31 giorni, comparabile a quello di approcci più aggressivi (trattamento chirurgico). È tuttavia innegabile che ci saranno dei casi in cui la perdita tessutale sarà tale da rendere necessario l'innesto cutaneo, ma essi rappresentano una piccola percentuale nella casistica totale (Christian, 1983).

In generale, si può affermare che la strategia più vantaggiosa per gestire una LC è di approssimare i lembi cutanei per realizzare una guarigione per prima intenzione (Dealey, 1999): la rimozione del *flap* cutaneo subito dopo il trauma non solo è un'operazione obsoleta, ma anche priva di fondamento.

Nelle LC è preferibile l'uso di Steristrips® in opposizione alla sutura chirurgica (Jones e Sanders, 1983) la quale tende a mettere in eccessiva tensione i lembi cutanei oltremodo friabili e già traumatizzati, portando alla formazione di tessuto necrotico molle (*slough*) e necrosi dei lembi stessi (Crawford & Gipson, 1977). In particolare, uno studio ha dimostrato che le lacerazioni pretibiali suturate guariscono più lentamente rispetto a quelle chiuse con Steristrips® (Sutton & Pritty, 1985). Dovrebbe essere lasciato un minimo di spazio tra i vari cerotti allo scopo di consentire il libero drenaggio dell'essudato; è raccomandabile che essi siano lasciati in situ fino al loro spontaneo distacco (Cockerill & Sweet, 1993) o comunque per un periodo minimo di 7\10 giorni.

Le LC in cui si è verificata una perdita parziale (da media a grande) o totale di tessuto – e cioè appartenenti alla Categoria II e III – guariscono per granulazione e riepitelizzazione attraverso l'uso di medicazioni. In caso di LC non complicata si raccomanda di lasciare la lesione il più indisturbata possibile, mentre una LC infetta ha bisogno di essere detersa e medicata ogni giorno applicando una medicazione antisettica a bassa aderenza (Leaman, 1991). Il trend attuale è quello della guarigione in ambiente umido, poiché è stato dimostrato che i tempi di guarigione sono dimezzati (Cockerill & Sweet, 1993). La ricerca tuttavia deve ancora dimostrare quale sia la medicazione ottimale per le LC.

È stato condotto uno studio (Meuleneire, 1999) su una medicazione non aderente al silicone in LC non complicate appartenenti alla Categoria I e II (erano incluse solo lesioni a minima perdita tessutale). L'Autore afferma che questo particolare tipo di medicazione è in grado di mantenere correttamente il *flap* in posizione evitando l'impiego degli strips adesivi, e di restare in situ fino alla completa guarigione della LC che è dichiarata essere di otto giorni. In caso di LC particolarmente essudanti, l'Autore raccomanda di applicare una compressa assorbente sopra la medicazione al silicone così da assorbire l'essudato il cui eccesso potrebbe causare la fluttuazione del *flap*, impedendo che esso aderisca al letto della lesione e ritardando quindi la guarigione. La compressa assorbente, ancorata con un bendaggio, potrebbe essere cambiata – se necessario – anche una volta al giorno senza rimuovere la medicazione primaria, e quindi senza disturbare il letto della lesione (Meuleneire, 1999).

L'applicazione di bendaggi compressivi in caso di lacerazioni pretibiali, con o senza una componente di insufficienza venosa, viene consigliata quale opzione di trattamento non chirurgico. È in corso uno studio prospettico e comparativo nel quale si ipotizzano tempi di guarigione minori per il gruppo di pazienti nei quali le lacerazioni pretibiali sono trattate con un bendaggio a 4 strati. Se tale ipotesi verrà confermata, si avrebbe una riduzione dei tempi di assistenza e dei costi complessivi di trattamento. Per evitare complicanze – dalla formazione di lesioni cutanee fino all'amputazione dell'arto (Callam et al., 1987) –, prima di applicare il bendaggio si deve indagare il paziente per verificare la presenza di patologie arteriose significative.

FASE 1. Emostasi e detersione della lesione

1. Irrigare la LC con soluzione salina o un altro detergente non citotossico.
2. Assicurare il controllo dell'emorragia attraverso l'applicazione di una delicata compressione o una medicazione di alginato di calcio.

FASE 2. Cura del lembo cutaneo

1. Rimuovere qualsiasi coagulo di sangue dalla parte inferiore del lembo cutaneo e del letto della lesione per assicurare un buon contatto tra il lembo ed il letto della lesione quando il lembo viene riposizionato.
2. Non tendere la pelle dato che ciò potrebbe causare ulteriori danni (Coleman, 2001).
3. Se sono disponibili *flap* vitali, approssimare i lembi lacerati ricostruendo per quanto possibile il tessuto originario, quindi fissare con Steristrips®. Anche se il lembo non dovesse colmare l'intera lesione, il riposizionamento incrementa le possibilità del suo attecchimento al letto della lesione.
4. Se non sono disponibili *flap* vitali, procedere all'eliminazione dei tessuti devitalizzati.

FASE 3. La scelta della medicazione

1. Non applicare medicazioni adesive direttamente su cute fragile in quanto la loro rimozione potrebbe essere fonte di ulteriori lesioni. Preferire medicazioni a bassa aderenza che possono essere ancorate con bendaggi, reti tubolari elastiche, ecc.
2. Quando si procede alla rimozione della medicazione, accertarsi di non interferire con il processo di riparazione e di non danneggiare la cute perilesionale. Particolare attenzione deve essere posta per non disturbare i lembi cutanei riposizionati.
3. Scegliere il tipo di medicazione più appropriato alle condizioni della ferita; la medicazione dovrebbe essere in grado di assorbire l'essudato in eccesso e mantenere il letto della ferita costantemente umido secondo gli attuali principi scientifici.
4. In caso di LC scarsamente essudanti in soggetti con fragilità cutanea, applicare una medicazione a bassa aderenza, oppure a base di idrogel per conferire umidità. Fissare con bendaggio non adesivo o rete tubolare elastica.
5. In caso di LC con essudato scarso o assente e uno stato trofico relativamente buono, applicare un film semipermeabile di poliuretano oppure idrocolloide. Contrassegnare l'esterno della medicazione con delle frecce per indicare in quale direzione rimuovere la medicazione (es., la direzione opposta a quella in cui il lembo cutaneo si è sollevato) può contribuire a ridurre ulteriori traumi (Coleman, 2001; Everett e Powell 1994).

6. In caso di LC con essudato abbondante e un'estrema fragilità della cute perilesionale, applicare una schiuma di poliuretano non adesiva, alginato, idrofibra, e fissare con bendaggio non adesivo, rete elastica tubolare, ecc.
7. Se vi è il timore che la ferita sia contaminata si raccomanda di osservare la lesione quotidianamente per i primi 5 giorni per escludere l'infezione. Nel caso che le LC mostrino criteri clinici d'infezione (essudato abbondante, area perilesionale eritematosa, calda e dolente) non applicare medicazioni occlusive ma utilizzare medicazioni antisettiche a bassa aderenza da rinnovare quotidianamente.
8. Documentare il tipo/categoria di LC e gli interventi effettuati. Fotografare le LC previo consenso informato del paziente.

CONCLUSIONI

Il percorso di guarigione di una *skin tear* è influenzato da un'insieme di fattori contestuali, come evidenziato nell'articolo. La gestione di queste lesioni pertanto non può essere a "senso unico", ma dovrebbe abbracciare un approccio sfaccettato i cui cardini sono una corretta valutazione che si avvalga anche di specifici sistemi di classificazione, nonché di regimi di trattamento standardizzati che tengano conto dei più recenti risultati delle ricerche disponibili, anche se la prevenzione resta come sempre la strategia più efficace.

BIBLIOGRAFIA

Baranoski S. Skin Tears: Staying on Guard Against the Enemy of Frail Skin., Nursing 2000, vol. 30, no. 9:41-46.

Bradley L. (2001) Pretibial lacerations in older patients: the treatment options. Journal of Wound Care, 10; 1: 521-523.

Budny PG, Lavelle J, Regan PJ, Roberts AH. Allen C, Glasziou P, Del Mar C.: Bed rest: a potentially harmful treatment needing more careful evaluation. Lancet. 1999 Oct 9;354(9186):1229-33

Budny P-G., J. Lavelle, P.J. Regan and A. H. N. Roberts: Pretibial injuries in the elderly: a prospective trial of early mobilisation versus bed rest following surgical treatment. British Journal of Plastic Surgery 1993 Oct; 46(7):594-8

Callam, M.J., Ruckley, C.V., Dale, J.J. (1987) Hazards of Compression Treatment of the Leg: An Estimate from Scottish Surgeons. British Medical Journal. 295: 1382.

Christian M.S. (1983) Pretibial injuries: a common pitfall. British Medical Journal, 286:502

Cockerill J., Sweet A. (1993) Nursing management of common accident wounds. British Journal of Nursing, 2; 11: 578-582.

Coleman, K. 2001, Practical management of skin tears. Woundcare Network, Issue 6.

Everett, S. and Powell, T. 1994, Skin tears: The underestimated wounds, Primary Intention, Vol. 2, No. 1.

Crawford, B.S., Gipson, M. (1977). The Conservative Management of Pre-Tibial Lacerations in Elderly Patients. British Journal of Plastic Surgery, 30: 174-176.

Dealey C. (1999) The Care of Wounds: A Guide for Nurses, Second Edition. Blackwell Science, Oxford.

Flanagan M. (1997) Wound Healing. Churchill Livingstone, Edinburgh.

Foroughi D., Nouri D.K. (1990). Grafting without a donor site: an easy approach to pretibial lacerations. Journal of the Royal College of Surgeons (Edinburgh), 35: 245-247.

Fowler A. Dempsey A. (1998). Split thickness skin graft donor sites. Journal of Wound Care, 7; 8: 399-402.

Grant D.A. (1993) "Treating pretibial lacerations in elderly patients." British Journal of General Practice, 43; 369: 174.

Hunt T.K. (1969). The effect of Vitamin A on Reversing the Inhibitory Effects of Cortisone on Healing of Open Wounds in Animal and Man. Ann. Surg. 170(4): 633-641.

Jones B.M., Sanders R. (1983). Pretibial injuries: a common pitfall. British Medical Journal, 286: 502.

Leaman A.M. (1991). Wound care in the accident and emergency department. Hospital Update; 17; 5: 442-448.

Marsden A.K. (1983) Pretibial injuries: a common pitfall. British Medical Journal, 286:502.

Mandel, M.A. (1981). The Management of Lower Extremity Degloving Injuries. Annals of Plastic Surgery. 6: 1.

McCulloch, J.M., Kloth, L.C., Feedar, J.A. (1995) Wound Healing: Alternatives in Management. F.A. Davis Company, Philadelphia. McGregor, I.A.

McGregor, A.D. (1995) Free Skin Grafts. Fundamental Techniques of Plastic Surgery and their Surgical Application. (9th Ed.). Churchill and Livingstone.

Meuleneire F. (1999). Treatment of skin tears with a silicone-coated dressing. Molnlycke Health Care.

O'Hare L. (1998). A strategy for wound management. Practice Nurse 1998, 16; 3: 157-160.

Norman, L. et al (1980). Spontaneous skin tearing during systemic corticosteroid treatment. Journal of the American Medical Association; 243: 12.

Pudner R. (1997). Managing traumatic wounds. Journal of Community Nursing 11; 11: 32-37.

Small V. (2000). Management of cuts, abrasions and lacerations. Nursing Standard, 15; 5: 41-44.

Richey, M.I., Richey, H.K., Fenske, N.A. (1988). Ageing-Related Skin Changes: Development and Clinical Meaning. Geriatrics. 43: 49-64.

Shankar, S., Koo, C.T.K. (1987). Lower Limb Skin Loss: Simple Out-Patient Management. Archives of Emergency Medicine. 4: 187-192.

Small V. Management of cuts, abrasions and lacerations. Nurs Stand. Review Oct 18-24;15(5):41-4, 2000.

Sutton R. Pritty P. (1985). Use of sutures or adhesive tapes for primary closure of pretibial lacerations. British Medical Journal, 1: 290.

White, W. 2001. Skin tears: a descriptive study of the opinions, clinical practice and knowledge base of RNs caring for the aged in high care residential facilities. Primary Intention, Vol. 9, No. 4.

Williams C. (1996). Irriclens: a sterile wound cleanser in an aerosol can. British Journal of Nursing, 5; 16: 1008-1010.

Young T. (1997). Wound care in the accident and emergency department. British Journal of Nursing, 6; 7: 395-401.