

Incision care e scelta della medicazione nelle ferite chirurgiche: conclusioni di un incontro internazionale di medici chirurghi

- **Rhidian Morgan-Jones (Presidente)**, *Primario di Chirurgia ortopedica, Clinica del ginocchio di Cardiff, Regno Unito*
- **Michael Bishay**, *Primario di Chirurgia ortopedica, Royal United Hospital, Bath, UK*
- **José A. Hernández-Hermoso**, *Presidente del Dipartimento di Chirurgia ortopedica e Traumatologia, Policlinico universitario Germans Trias i Pujol, Barcellona, Spagna; Professore associato UAB*
- **John C. Lantis**, *Vicepresidente del Dipartimento di Chirurgia, Responsabile di Chirurgia vascolare ed endovascolare, Direttore di Ricerca clinica chirurgica, Professore di Chirurgia presso la Icahn School of Medicine, Mount Sinai West, New York City, New York, USA*
- **James Murray**, *AOC, Policlinico universitario Southmead, Università di Bristol e Knee Specialists Bristol, Regno Unito*
- **Jorma Pajamaki**, *Chirurgo ortopedico capo, Tekonivelsairaala Coxa Oy, Finlandia*
- **Antonio Pellegrini**, *Responsabile Chirurgia Ortopedica, IRCCS Istituto Ortopedico Galeazzi, Centro di Chirurgia Ricostruttiva e delle Infezioni Articolari, Milano, Italia*
- **Samih Tarabichi**, *Primario Chirurgia ortopedica e Presidente, Tarabichi Centre of Joint Surgery, Alzahra Hospital, Dubai*
- **Christian Willy**, *Professore di Chirurgia e Capo Dipartimento, Traumatologia e Chirurgia Ortopedica, Chirurgia Settica e Ricostruttiva, Centro di Ricerca e Trattamento per le Lesioni Complesse da Combattimento, Centro Ferite (ICW e.V.), Ospedale Militare di Berlino, Germania*

Incision care e scelta della medicazione nelle ferite chirurgiche: conclusioni di un incontro internazionale di medici chirurghi

Questo rapporto riporta le conclusioni di un incontro internazionale durante il quale otto chirurghi ortopedici e un chirurgo vascolare hanno discusso il tema della gestione dell'incisione e della scelta della medicazione nelle ferite chirurgiche. L'incontro si è svolto a Londra nel luglio 2019 con il sostegno di Mölnlycke Health Care.

Rhidian Morgan-Jones (Presidente), *Primario di Chirurgia ortopedica, Clinica del ginocchio di Cardiff, Regno Unito*

Michael Bishay, *Primario di Chirurgia ortopedica, Royal United Hospital, Bath, UK*

José A. Hernández-Hermoso, *Presidente del Dipartimento di Chirurgia ortopedica e Traumatologia, Policlinico universitario Germans Trias i Pujol, Barcellona, Spagna; Professore associato UAB*

John C. Lantis, *Vicepresidente del Dipartimento di Chirurgia, Responsabile di Chirurgia vascolare ed endovascolare, Direttore di Ricerca clinica chirurgica, Professore di Chirurgia presso la Icahn School of Medicine, Mount Sinai West, New York City, New York, USA*

James Murray, *AOC, Policlinico universitario Southmead, Università di Bristol e Knee Specialists Bristol, Regno Unito*

Jorma Pajamaki, *Chirurgo ortopedico capo, Tekonivelsairaala Coxa Oy, Finlandia*

Antonio Pellegrini, *Responsabile Chirurgia Ortopedica, IRCCS Istituto Ortopedico Galeazzi, Centro di Chirurgia Ricostruttiva e delle Infezioni Articolari, Milano, Italia*

Samih Tarabichi, *Primario Chirurgia ortopedica e Presidente, Tarabichi Centre of Joint Surgery, Alzakra Hospital, Dubai*

Christian Willy, *Professore di Chirurgia e Capo Dipartimento, Traumatologia e Chirurgia Ortopedica, Chirurgia Settica e Ricostruttiva, Centro di Ricerca e Trattamento per le Lesioni Complesse da Combattimento, Centro Ferite (ICW e.V.), Ospedale Militare di Berlino, Germania*

La gestione post-chirurgica dell'incisione è una fase cruciale del percorso del paziente e deve essere ottimizzata, in particolare in termini di riduzione del rischio di infezione e delle complicanze associate. L'infezione del sito chirurgico è un problema significativo che colpisce circa 500.000 pazienti chirurgici ogni anno negli Stati Uniti e causa circa 8.000 decessi all'anno (Najjar e Smink, 2015). Nel Regno Unito si stima che le ISC interessino il 6,4% delle procedure chirurgiche (Leaper, 2015). In tutta Europa, la percentuale complessiva di ISC è risultata compresa tra lo 0,5% e il 9,0%, a seconda del tipo di procedura chirurgica – ad esempio, l'addominoplastica in pazienti obesi ha un tasso di infezione superiore al 30%, mentre nei pazienti traumatologici con frattura aperta 3C raggiunge il 50% (ECDC, 2018).

La scelta della medicazione e il protocollo svolgono un ruolo fondamentale nella cura post-chirurgica dell'incisione (WUWHS, 2016). Il concetto di cicatrizzazione per prima intenzione (UWH o guarigione indisturbata della ferita) – con una medicazione con un tempo di permanenza in situ superiore e mantenimento in situ – è un campo di primo rilievo nella cura delle ferite chirurgiche idonee, in particolare in termini di riduzione del rischio di contaminazione. Storicamente, molti chirurghi hanno raccomandato di mantenere le medicazioni in posizione per 7 giorni dopo l'intervento chirurgico, anche se a oggi il protocollo può variare in base alla pratica locale (Brindle e Farmer, 2019).

È interessante notare che le evidenze aneddotiche del gruppo internazionale hanno mostrato opinioni molto varie sugli elementi che costituiscono un protocollo e una tempistica di cambio della medicazione ideali. Si è concordato che la considerazione delle esigenze e delle preferenze del paziente costituisce un elemento chiave nella scelta della medicazione e nel conseguente protocollo di cambio della medicazione stessa e che la comunicazione e l'educazione del paziente svolgono un ruolo vitale in questo processo. Inoltre, la scelta del chirurgo può essere influenzata da preoccupazioni relative al lavaggio da parte del paziente e della famiglia.

Vantaggi della cicatrizzazione per prima intenzione

È stato concordato che la guarigione indisturbata della ferita è un argomento importante che richiede maggiore attenzione nella cura dell'incisione. Sebbene nel corso degli anni la guarigione indisturbata della ferita sia stata praticata sporadicamente, ha attratto nel tempo sempre più attenzione ed è ora ampiamente citata nella gestione clinica di ferite di tutti i tipi (Stephen-Haynes, 2015). La protezione contro la contaminazione è un fattore chiave nelle ferite acute come le incisioni chirurgiche, pertanto, la guarigione indisturbata della ferita acquisisce particolare rilevanza (WUWHS, 2016).

I tempi specifici per il cambio della medicazione – e di conseguenza la scelta delle medicazioni appropriate – variano a seconda del protocollo locale e della scelta del singolo specialista (vedi riquadro 1), ciononostante è stata riconosciuta la necessità di una svolta ideologica nell'approccio alla cura dell'incisione, tenendo in maggiore considerazione i principi della cicatrizzazione per prima intenzione.

A prescindere dalle tempistiche specifiche, gran parte del protocollo di cambio della medicazione può dipendere dalla routine, dall'abitudine e da un approccio "abitudinario", costituendo, come si è riconosciuto, un ambito di interesse più ampio nella cura delle ferite (Berg et al, 2019). Con ciò si intende che a volte le medicazioni non vengono cambiate in base alla necessità clinica, ma si procede per consuetudine cambiandole in un particolare momento predeterminato definito in base a una pratica consolidata. Questo approccio standardizzato porta a non tenere conto delle esigenze individuali del paziente e della ferita, che quindi potrebbe essere inutilmente disturbata dal cambio della medicazione, ritardandone la guarigione (Berg et al, 2019).

Il gruppo ha convenuto che esistono criteri specifici che dovrebbero imporre un cambio di medicazione (vedere sotto), ma che altrimenti se le condizioni del paziente lo consentono, sarebbe opportuno prendere in considerazione un tempo di permanenza in situ superiore che favorisca la cicatrizzazione per prima intenzione. I criteri assoluti concordati per il cambio della medicazione sono:

Riquadro 1. Suggerimenti per il tempo di permanenza in situ della medicazione in seguito a un intervento chirurgico che dimostra le differenze fra i protocolli locali e le preferenze degli specialisti

- Fino alla rimozione dei punti
- 14 giorni
- 7 giorni
- 4 giorni
- Fino alla dimissione del paziente, di solito 2-4 giorni
- 48 ore
- Dipende dal rischio di infezione del singolo paziente
- Solo quando la medicazione è saturata o si sospetta un'infezione; altrimenti non vi è alcun vantaggio nel procedere al cambio
- Utilizzare colla anziché medicare un paziente sano con una ferita pulita, lasciando la ferita scoperta

- saturazione del materiale di medicazione;
- sanguinamento eccessivo;
- sospetta infezione locale/sistemica (ad esempio, dolore localizzato nell'area della ferita, arrossamento, gonfiore);
- possibile deiscenza.

Occorre prendere in considerazione anche il singolo paziente, la sua ferita e le circostanze generali. In seno a una valutazione olistica completa vanno presi in considerazione anche l'anamnesi del paziente, le eventuali comorbidità e il rischio di infezione. Nel ripensare gli aspetti consuetudinari del protocollo di cambio della medicazione dovrebbe svolgere un ruolo chiave la valutazione delle esigenze individuali del paziente e della sua ferita.

I potenziali benefici della guarigione indisturbata della ferita dipendono dal singolo paziente e dalle circostanze individuali. Tuttavia, se le condizioni del paziente lo consentono, tempo di permanenza in situ più lunghi possono comportare una serie di vantaggi (Brindle e Farmer, 2019):

- se la ferita rimane indisturbata se ne ottimizza la guarigione (a meno che non vi sia un motivo specifico per intervenire);
- si riduce il rischio di contaminazione e di potenziale infezione;
- ulteriori potenziali benefici sono ad esempio il risparmio in termini di costi e di tempo per il medico.

È inoltre importante considerare la situazione del paziente, le esigenze individuali e le preferenze personali in termini psicosociali, nonché i fattori clinici (Brindle e Farmer, 2019). Per esempio, alcuni pazienti possono temere infezioni o complicanze e preferire semplicemente che la loro ferita sia esaminata più di frequente. Nei pazienti in cui la guarigione indisturbata della ferita rappresenta un'opzione potenzialmente vantaggiosa, potrebbe essere necessario istruire il paziente sulle dinamiche e sui benefici relativi: la comunicazione con il paziente è fondamentale (Blackburn et al, 2018). Allo stesso modo, possono entrare in gioco differenze culturali e individuali, e alcuni pazienti possono preferire la copertura della ferita anche quando non è clinicamente necessaria. Nella scelta della medicazione appropriata si dovrebbe tenere conto delle varie esigenze specifiche di ciascun paziente, anche se, d'altra parte, la riduzione del dolore che si associa alla minore frequenza dei cambi di medicazione sarà un elemento gradito ai pazienti.

Va inoltre sottolineato che il monitoraggio (e la modifica del piano terapeutico, ove necessario) è di vitale importanza. Ad esempio, se la medicazione si satura, va cambiata indipendentemente dalle tempistiche pianificate. Per evitare il rischio di macerazione o di danneggiare la cute attorno alla ferita, il fluido non deve entrare in contatto diretto con la cute del paziente (questa eventualità può essere mediata dalla scelta della medicazione).

Bisogna inoltre tenere conto del rischio di infezione, monitorando il paziente per individuare eventuali segni di infezione locale o sistemica e modificare di conseguenza i piani terapeutici. Nella pratica, è stato suggerito che il cambio di medicazione di

routine nelle prime fasi di guarigione può avere come obiettivo l'osservazione di segni di potenziale infezione; tuttavia, vale la pena notare che nelle prime 48 ore successive all'intervento chirurgico, i segni di infezione superficiale non sarebbero ancora visibili e la comparsa di infiammazioni è probabilmente una normale reazione dovuta alla fase specifica, piuttosto che un segno di infezione. È dunque importante non confondere i due avvenimenti (WUWHHS, 2016). I dati citati confermano che la maggior parte delle ISC si manifestano tra il 5° e il 10° giorno post-operatorio (la maggior parte dei pazienti è già dimessa a quel punto). In caso di impianti protesici, tuttavia, ciò può verificarsi diversi mesi dopo l'intervento (NICE, 2019).

Il gruppo ha convenuto che gli "indicatori assoluti" sopra elencati – ad esempio saturazione o sospetta infezione – dovrebbero imporre un cambio immediato di medicazione. Esistono altri fattori che possono essere reputati di importanza comparativamente relativa e possono suggerire un cambio di medicazione a discrezione del medico, in considerazione delle esigenze individuali e delle preferenze culturali o circostanziali.

Proprietà della medicazione

Sono stati concordati i seguenti requisiti della medicazione "ideale" nella gestione delle ferite da incisione post-chirurgica:

- Flessibilità (per non ostacolare il movimento del paziente), elasticità in modo che non tiri la cute e non provochi blistering/vesciche (ad esempio, sopra le articolazioni del ginocchio in particolare).
- Ottima adesione alla cute al momento dell'applicazione, anche se la ferita è stata disinfettata poco prima.
- Assorbimento, in grado di gestire l'essudato.
- Protezione della cute (ad esempio, riduzione del rischio di blistering/vesciche o irritazioni, non eccessivamente adesiva).
- Impermeabilità: che offra una buona funzione di tenuta/barriera e consenta al paziente di fare la doccia.
- Che non crei spazi morti dove necessario.

La flessibilità è stata identificata come una questione di fondamentale importanza, sia in termini di protezione della cute (cioè per evitare di causare ulteriori danni, come blistering/vesciche o lesioni da tensione) sia di comfort e mobilità del paziente. La lesione cutanea correlata all'adesivo medicale (MARS) è un fenomeno prevalente, sottovalutato e prevenibile, ecco perché la flessibilità e le proprietà di protezione della cute sono della massima importanza (Wounds UK, 2016). Oltre alla scelta della medicazione, prestare attenzione alla tecnica di cambio per garantire la massima riduzione possibile del rischio di MARS.

Il dibattito in merito alla questione dell'uso di medicazioni antimicrobiche si è rivelato intenso. In determinati casi, in cui il rischio di infezione è elevato, di norma è possibile utilizzare una medicazione antimicrobica (ad esempio, argento); tuttavia, si è sottolineato come si faccia a volte un uso eccessivo di medicazioni antimicrobiche, mentre il loro uso a scopo profilattico si dovrebbe basare su una chiara

logica basata sull'evidenza. In generale sulla cute ben suturata o chiusa pochissimi dati supportano l'applicazione di un antimicrobico topico.

Se necessario in base alla singola ferita e alle circostanze del paziente, possono essere necessarie ulteriori medicazioni specialistiche – ad esempio adottando la terapia della lesione a pressione negativa (NPWT) nelle ferite in cui la presenza di essudato o perdite abbondanti possono causare problemi. Resta da valutare se ciò possa aumentare la clearance linfatica peri-incisionale o migliorare il flusso sanguigno locale. Si noti che, in alcuni casi, la ferita chiusa dovrebbe essere protetta anche con l'applicazione di una terapia preventiva a pressione negativa con incisione chiusa.

Oltre alle altre proprietà della medicazione discusse, si è concordato che la visibilità della ferita attraverso la medicazione (vale a dire la trasparenza della medicazione) può essere possibile o meno a seconda della situazione specifica della ferita (ad esempio ferite con elevato volume di essudato). Tuttavia, se le condizioni lo consentono, nella gestione delle ferite da incisione post-chirurgica può essere utile optare per medicazioni trasparenti; sarebbe consono condurre ulteriori ricerche in merito.

Superare le resistenze alla cicatrizzazione per prima intenzione delle ferite

Occorre diffondere consapevolezza riguardo all'inutilità di disturbare la ferita a meno che un eventuale intervento non sia giustificato da una ragione clinica specifica. Se si sceglie la medicazione tenendo presente questo principio, occorre mantenersi coerenti durante l'intero processo per assicurare un uso efficiente delle medicazioni,

altrimenti si corre il rischio di scegliere medicazioni dalla capacità di usura prolungata che poi siano comunque inutilmente cambiate per ragioni puramente abitudinarie, sprestando così risorse e utilizzando le medicazioni in modo inefficiente.

Ecco perché si rivela fondamentale una buona conoscenza della capacità delle medicazioni e dei potenziali benefici della guarigione indisturbata della ferita nei pazienti idonei. Gli specialisti devono essere consapevoli della logica e dei benefici, che devono a loro volta essere comunicati in modo efficace al paziente.

Riepilogo

Nonostante protocolli e preferenze possano variare, il gruppo di esperti ha convenuto che la guarigione indisturbata della ferita è un argomento di crescente importanza. L'approccio abitudinario al cambio della medicazione è stato identificato come un problema più ampio nella cura delle ferite, e questo vale in particolare per le ferite da incisione post-chirurgiche, dove possono essere in atto programmi predefiniti indipendentemente dalle esigenze cliniche individuali.

La cura dell'incisione è un'area che presenta esigenze di medicazione specifiche e che richiede la valutazione del paziente, della ferita e delle circostanze individuali.



Riquadro 2. Punti principali

1. Mantenere la medicazione in posizione il più a lungo possibile è vantaggioso dal punto di vista sia della guarigione delle ferite sia dell'infezione, oltre ad una riduzione dei costi
2. La ridotta frequenza di cambio della medicazione allevia l'apprensione del paziente per la sostituzione
3. La medicazione non deve danneggiare l'area perilesionale (ad esempio blistering/vesciche o lesioni da tensione)
4. La medicazione deve essere progettata in modo da non ostacolare la mobilizzazione del paziente
5. È di vitale importanza stabilire e rispettare le migliori pratiche nelle tecniche di applicazione e rimozione della medicazione

Bibliografia

- Berg L, Martinez JLL, Serena TE (2019) Meeting report: promoting wound healing by optimising dressing change frequency. *Wounds International* 10(3): 44-51
- Blackburn J, Stephenson J, Atkin L et al (2018) Exploring and understanding challenges in clinical practice: appropriate dressing wear time. *Wounds UK* 14(5): 56-64
- Brindle T, Farmer P (2019) Undisturbed wound healing: a narrative review of literature and clinical considerations. *Wounds International* 10(2): 40-8
- European Centre for Disease Prevention and Control (2018) Annual epidemiological report for 2016: Surgical site infections. Available online at: https://www.ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/AER_for_2016-SSI.pdf (accessed 19.11.2019)
- Leaper D (2015) An overview of surgical site infection. *Wounds UK* 11(5): 14-9
- National Institute for Health and Care Excellence (2019) Surgical site infections: prevention and treatment. NICE Guideline: NG125
- Najjar PA, Smink DS (2015) Prophylactic antibiotics and prevention of surgical site infections. *Surg Clin N Am* 95: 269-83
- Stephen-Haynes J (2015) The benefits of undisturbed healing using ALLEVYN Life™. *Wounds International* 6(4): 18-21
- World Union of Wound Healing Societies (2016) Closed surgical incision management: Understanding the role of NPWT. *Wounds International*. Available online at <https://www.woundsinternational.com/resources/details/consensus-document-closed-surgical-incision-management-understanding-the-role-of-npwt-wme> (accessed 24.09.2019)
- Wounds UK (2015) Medical adhesive-related skin injuries (MARS) Made Easy. Available online at: <https://www.wounds-uk.com/resources/details/medical-adhesive-related-skin-injuries-marsi-made-easy> (accessed 24.09.2019)