

La gestione infermieristica delle ferite infette

PhD Sorrentino Milena

Introduzione

La riepitelizzazione delle ferite è un processo coordinato che comprende una serie di fasi sovrapposte: infiammazione, proliferazione cellulare, deposizione della matrice e del tessuto di rimodellamento (Singer A, Clark R., 1999).

I fattori di rischio di infezione delle ferite sono generalmente suddivisi in sistemici e locali. Nelle ferite croniche vi è una condizione che in un “continuum” che va dalla contaminazione all'infezione. La sfida consiste nello stabilire dove si posiziona la ferita sul “continuum” e quali strategie di gestione sono appropriate in quel particolare punto.

La contaminazione si riferisce alla presenza di batteri non replicanti ed è una condizione normale nelle ferite croniche. Il fatto che le ferite siano contaminate non contribuisce a compromettere la guarigione. La colonizzazione è la presenza di batteri replicanti senza reazione dell'ospite. Tutte le ferite croniche sono contaminate e / o colonizzate. Queste ferite non mostrano segni di infezione e la colonizzazione non contribuisce a compromettere la guarigione. L'infezione è considerata presente quando i batteri hanno invaso il tessuto, si stanno moltiplicando e causando una reazione sistemica dell'ospite e una guarigione alterata (Kingsley A , 2003) (Kingsley Andrew, 2013).

Obiettivo della revisione è stato quello di individuare trattamenti efficaci nella gestione delle ferite infette.

Materiali e metodi

È stata condotta una revisione della letteratura nelle banche dati biomediche PubMed e Cochrane.

Sono stati inclusi studi pubblicati su riviste con revisione tra pari con disegno sperimentale, quasi sperimentale comprendenti un arco temporale di 5 anni. Sono stati esclusi studi condotti in vitro o in cui non è stato possibile reperire *l'abstract* o il *full text*.

La popolazione della presente revisione è composta da tutti i soggetti con ferite croniche infette. Non si sono applicate restrizioni di età, genere, razza e patologie sistemiche croniche o acute, non sono stati altresì impostati limiti rispetto al luogo o istituzione in cui è stata reclutata o seguita per il *follow-up* la popolazione (comunità, ospedale, casa di cura, istituto di cura cronica o ambulatorio ecc.).

Sono state accettate le condizioni di “ferita infetta” e “ferita guarita” fornite dagli autori dei singoli studi.

Risultati e conclusioni

Uno studio italiano retrospettivo condotto da Bessa L. et al da marzo a settembre 2012 ha previsto la raccolta di 312 tamponi di ferite provenienti da 213 pazienti con diverse tipologie di ferite. I campioni sono stati analizzati al fine di identificare i microrganismi e la loro suscettibilità antibiotica. Sono state isolate 28 specie da 217 ferite infette. Le specie batteriche più diffuse sono state *Staphylococcus aureus* (37%), seguite da *Pseudomonas aeruginosa* (17%), *Proteus mirabilis* (10%), *Escherichia coli* (6%) e *Corynebacterium spp.* (5%). L' infezione polimicrobica si è verificata in 59 (27%) campioni ed è stata costituita principalmente da due specie. L'associazione più comune

era *S. aureus* / *P. aeruginosa*. Tutti i Gram-positivi erano sensibili alla vancomicina e alla linezolid. I Gram negativi hanno mostrato un'elevata resistenza alla maggior parte degli antibiotici, essendo l'amikacina più attiva nei confronti di questi batteri (Lucinda J Bessa, Paolo Fazii, Mara Di Giulio, Luigina Cellini, 2013).

La valutazione degli effetti del trattamento con agenti antimicrobici topici per la risoluzione di segni e sintomi di infezione e successiva guarigione delle ulcere del piede diabetico sono stati valutati in una revisione sistematica con meta analisi pubblicata nel 2017 dalla Cochrane Collaboration. I dati raccolti in 5 studi con un totale di 945 partecipanti suggeriscono (in base all'effetto medio di trattamento da un modello di effetti casuali) la predittività alla guarigione delle medicazioni con antimicrobici topici rispetto alle medicazioni non antimicrobiche con un rapporto di rischio (RR) 1,28, intervallo di confidenza del 95% (CI) da 1,12 a 1,45 (Dumville JC, Lipsky BA, Hoey C, Cruciani M, Fiscon M, Xia J, 2017).

Rispetto alle infezioni del sito chirurgico (SSI) una revisione sistematica pubblicata nel 2016 ha raccolto i risultati di otto pubblicazioni di studi primari (5427 partecipanti). Le meta analisi pubblicate mostrano che l'utilizzo di antimicrobici topici sulle ferite chirurgiche (prima intenzione) riducono il rischio di SSI rispetto al non uso di antibiotico topico (RR 0,61, 95% CI 0,42 a 0,87). Ciò equivale a 20 SSI in meno per 1000 pazienti trattati con antibiotici topici (95% CI da 7 a 29) (Heal CF, Banks JL, Lepper PD, Kontopantelis E, van Driel ML, 2016).

La U.S. Agency for Health Care Policy and Research – Clinical Practice Guidelines (AHCPR) suggeriscono l'utilizzo di antibiotici topici nelle ulcere da pressione. Nella fattispecie si consiglia un antibiotico efficace contro gli organismi gram-negativi, gram-positivi e anaerobici (ad es. sulfadiazina d'argento). (Forza dell'Evidenza = A) (AHCPR Supported Guide and Guidelines, s.d.).

Bibliografia

- AHCPR Supported Guide and Guidelines. (s.d.). Tratto da <https://www.ahrq.gov/professionals/clinicians-providers/guidelines-recommendations/index.html>
- Dumville JC, Lipsky BA, Hoey C, Cruciani M, Fiscon M, Xia J. (2017). Topical antimicrobial agents for treating foot ulcers in people with diabetes (Review). *The Cochrane Collaboration*(6).
- Heal CF, Banks JL, Lepper PD, Kontopantelis E, van Driel ML. (2016). Topical antibiotics for preventing surgical site infection in wounds healing by primary intention (Review). *The Cochrane Collaboration*, 11(CD011426).
- Kingsley A . (2003). The wound infection continuum and its application to clinical practice. *Ostomy/wound Management* , 49(7A Suppl), 1-7.
- Kingsley Andrew. (2013). A proactive approach to wound infection. *Nursing Standard*, 15(30), 50-56.
- Lucinda J Bessa, Paolo Fazii, Mara Di Giulio, Luigina Cellini. (2013). Bacterial isolates from infected wounds and their antibiotic susceptibility pattern: some remarks about wound infection. *Wound J.*, 6-6.
- Singer A, Clark R. (1999). Cutaneous wound healing. *N Engl J Med.* (341), 738–46.