



TRATTAMENTO DELLE FERITE

Tra le patologie che più frequentemente si riscontrano nelle attività di soccorso extraospedaliero sicuramente le ferite superficiali occupano un posto importante pur non essendo così ben “pubblicizzate” durante i corsi di formazione previsti dal decreto regionale vigente”.

Tali lesioni ricorrono in tutte le fasce di età come isolate - in rapporto a traumi minori - associate a traumi maggiori o secondarie a patologie mediche che determinano una perdita di equilibrio o una caduta al suolo (vertigini, sincope).

L’obiettivo finale del trattamento delle ferite è di ottenere la chiusura funzionale con **una cicatrice minima**.

Il processo naturale di riparazione di una ferita cutanea ha varie fasi successive che sono:

la cascata infiammatoria, l’infezione e la cicatrizzazione.

Tutte le metodiche che successivamente vengono spiegate sono finalizzate a **creare un terreno fertile per favorire il processo di riparazione** di un tessuto (cute) leso.

Valutazione iniziale da effettuare in tutti i pazienti.

La valutazione deve essere condotta dal volontario con una **serie di domande rivolte al paziente**.

Tutte le nozioni apprese vanno riportate sul verbale di soccorso (scheda 118).

- Valutare **il tempo intercorso** da quando si è verificato il trauma (età della ferita).

Più tempo è passato e maggiore è il grado di contaminazione della ferita.

- Valutare che **cosa ha prodotto la lesione**.

Morso di animale o umano, ferita con oggetto contaminato (lama di coltello, sega elettrica ecc...) possibilità di CE (corpo estraneo) ritenuto dentro la ferita (vetro, legno, vegetali).

- **Chiedere se** la ferita prima dell’arrivo dell’equipaggio di soccorso è già stata **pulita e/o lavata**.
Se sì, con che cosa.

- Valutare lo stato vaccinale del paziente per il **tetano** e se ha con sé il **cartellino vaccinale**.

- Valutare le **altre patologie** del paziente che aumentano il rischio di infezione.

(diabete, insuff. renale, obesità, immunodepressione, hiv, hbv, hcv, malnutrizione, febbre, terapia cortisonica in corso, chemioterapia).

Informazione

Consente di ridurre la paura e permette una maggior compliance da parte dell’infortunato durante le successive manovre che in taluni casi possono provocare dolore.

Posizione

Il paziente deve essere sempre **steso supino** durante la medicazione.

Tutte le altre posizioni (prono, fianco dx o sx, arti abdotti, addotti o flessi) vanno scelte in base alla sede della ferita.

Due sono le motivazioni di tutto ciò.

In primis sono numerosi i casi di svenimenti alla vista del sangue o di materiale atto alla medicazione.

Il soccorritore previdente, **attento alla scena** deve tenere in grande considerazione questo rischio anche per i parenti che assistono il ferito coinvolti emotivamente in modo diretto.

Inoltre la posizione supina permette una minor contrattura muscolare o tensioni innaturali del tessuto leso.

Medicazione

Tutte le ferite vanno:

- **Esplorate** sia manualmente che visivamente.

Ciò permette l'identificazione di un corpo estraneo ritenuto.

I piccoli CE possono essere lasciati in situ per non ritardare l'ospedalizzazione del paziente (sempre, anche per i pazienti che rifiutano il trasporto, consigliare la rivalutazione presso un pronto soccorso).

Imperativa invece la rimozione di Ce di origine vegetale o frammenti di tessuto necrotico, avulso o traumatizzato se lontani da strutture importanti (articolazioni, nervi e vasi).

La rimozione di materiale contaminante o di liquidi biologici (sangue) si ottiene attraverso l'irrigazione.

- **L'irrigazione** a tutt'oggi questa semplice tecnica la cui usanza si trova in tracce fin dal 2200 Ac rimane il metodo migliore perché innocua ed efficace.

L'irrigazione della parte interna della ferita da studi recenti deve avvenire **con soluzione fisiologica o acqua sterile**.

La Clorexidina, l'acqua ossigenata, la soluzione di povidone (Betadine*) risultano tossiche sui tessuti lesi e rallentano i tempi di guarigione.

Caposaldo di una buona irrigazione è la **pressione** che bisogna esercitare **durante il lavaggio** su ogni cm. di ferita. Consiglio di utilizzare uno **schizzettone** (siringa da 30 o 50 ml con un ago 19G). Esistono in commercio in Italia anche schizzettoni con schermo emisferico a cono su modello dello Zerowet Splash Shield usato negli Usa. Questi dispositivi limitano il rischio per l'operatore di sporcarsi o di schizzare il collega soccorritore.

- **Detersione e disinfezione** dei bordi e della regione circostante la stessa. Per questa operazione consiglio l'uso del Povidone (Betadine) e di passaggi unidirezionali ripetuti a più riprese con garza sterile.

- **L'emostasi** cioè il controllo dell'emorragia viene raggiunta in ambulanza **con 2 metodi**.

La prima manovra è la compressione **diretta con garze** possibilmente sterili sovrapposte una all'altra a pacchetto e tenute in pressione da un bendaggio elastico realizzabile con Coban, Selfix o il nostro Emocontrol.

In caso di emorragia non facilmente controllabile consiglio l'uso di **Turniquet oppure di lacci a fascia larga** o il bracciale della pressione se la ferita è localizzata ai 4 arti.

Questi sistemi devono essere **rimossi non appena il paziente avverte dolore** in sede di ferita o distalmente alla stessa.

Devono essere evitate pressioni di gonfiaggio o di trazione eccessive e periodi troppo prolungati. (di regola mai superare i 30 min)

Assolutamente controindicata l'applicazione di polveri o pomate.

Al personale di soccorso **raccomando:**

sulle ferite bisogna avvicinarsi in maniera asettica per quanto possibile.

E' obbligatorio come per tutte le altre operazioni in ambulanza l'uso di dispositivi di barriera (guanti, mascherine e visiere paraschizzi).

Non è documentata con studi clinici l'utilità dell'utilizzo su ferite post traumatiche di guanti sterili nel ridurre il rischio di infezione.

Il Direttore Sanitario della Croce Bianca Lumezzane

Dr. Mosca Carlo

Settembre 2008

Bibliografia:

- Howell J.M. Ann Emerg. Med 1992 (976-981)

- Giulio Floris, A.M. di Bernardo. Traumatologia minore: medicina dell'evidenza nella cura delle ferite 2006.

- Bruno Tartaglino Procedure in medicina d'urgenza (edizioni medico-scientifiche) pag 1049-1055.