

GESTIONE DELLA CARICA NECROTICA: DEBRIDEMENT CHIRURGICO

K. Somà i* (1); S. Furlini (2)

(1) Infermiera Esperta in Wound Care Servizio Cure Domiciliari Volpiano (TO) - ASL 7 Chivasso (TO) Italia

(2) Medico Medicina Generale Esperto in Wound Care Volpiano (TO) – ASL 7 Chivasso (TO) Italia

Si intende per “*carica necrotica*” l’insieme di tessuto necrotico, batteri, tossine batteriche, essudato e residui di medicazione.

Con il termine “*debridement*” si indica la rimozione della carica necrotica al fine di predisporre la ferita alla guarigione.

Il razionale per la rimozione della carica necrotica è:

- rimuovere un terreno favorente l’infezione
- facilitare la riparazione tissutale
- aiutare la valutazione della profondità della ferita

[Linee Guida EPUAP, Ev. C]

La presenza di una area di tessuto necrotico, anche minima, sulla superficie della lesione la definisce NECROTICA e l’approccio terapeutico sarà indirizzato primariamente alla sua rimozione così come definito da WBP.

L’aspetto clinico del tessuto devitalizzato varia in consistenza e colore andando dalla fibrina gialla, alla necrosi nera e secca, alla necrosi molle di colore grigiastro.

Le tecniche di debridement si possono suddividere in:

Primaria, irrigazione o detersione della lesione, eseguita dall’operatore in un’unica fase.

Secondaria, chirurgica o con l’ausilio di prodotti di medicazione, osmotica, autolitica, enzimatica.

Per *Debridement Chirurgico* si intende la rimozione dei tessuti necrotici dal fondo di ferita con un atto meccanico.

La tecnica chirurgica, per la sua azione rapida, previene la sepsi e garantisce una miglior gestione della carica necrotica ed è per questo motivo che dovrebbe essere eseguito sempre e come prima scelta, considerando e valutando prima le condizioni generali del paziente (terminalità e dolore).

Unica eccezione è la necrosi del tallone che vede come intervento di elezione l’utilizzo di iodopovidone soluzione in impacco (ogni 12-24 ore) fino all’essiccamento (AHRQ Ev C)

Indicazioni al Debridement Chirurgico:

- Urgente in caso di necrosi settica con infezione e cellulite satellite;
- Nei pazienti terminali è necessario valutarne l’aspettativa di vita e limitare allo stretto necessario tali interventi; drenare il materiale colliquativo;
- Va eseguita con tecnica esangue;
- In lesioni ampie la necresectomia deve essere fatta in più fasi;
- La necrosi deve essere rimossa centralmente lasciando una parte di essa sul bordo per evitare di intaccare i tessuti ancora vitali;
- In caso di sintomatologia algica già presente, prevedere terapia analgesica 30-60 min. prima dell’intervento e l’utilizzo eventuale di anestetici locali;
- Prevedere copertura antibiotica sistemica (da iniziare due giorni prima dell’intervento) in caso di segni di flogosi locali, in necrosi estese ed in pazienti defedati, per la durata di almeno 10gg.;
- In seguito all’asportazione medicare con antisettici per almeno 5-7 giorni;

La tecnica chirurgica è di competenza del medico o specialista esperto, ma in caso di necessità e/o urgenza potrebbe essere eseguita da personale infermieristico esperto previo consulto con il Medico responsabile del paziente e dietro procedura specifica.