



SPITALUL CLINIC „Dr. V. BABEȘ”
BUCUREȘTI

Șos. MIHAI BRAVU Nr. 281

Nr. 1631

04 Luna 02 2015

Aprobat Manager

Dr. Emilian Ioan Imbri



PREVENIREA LEZIUNILOR DE DECUBIT PROTOCOL CLINIC

Definiție. Escarele (ulcere de decubit sau de presiune) sunt răni cutanate de origine ischemică cauzate de compresia țesuturilor moi între un plan dur (o suprafață exterioară) și o proeminență osoasă. Escarele sunt clasificate în funcție de severitatea leziunii. Presiunea constantă la nivelul unei porțiuni a pielii reduce aportul de sânge în acea zonă și în final produce moartea celulelor, lezarea pielii și formarea de ulcerații.

Apariția escarelor este determinată de mai mulți factori :

- Durata presiunii
- Intensitatea presiunii
- Capacitatea țesutului de a tolera presiunea

Leziunile de decubit se produc mai frecvent la persoanele imobilizate la pat sau în scaunul cu rotile. În majoritatea cazurilor, o persoană cu escare are mai multe afecțiuni asociate, ce pot afecta tratamentul sau vindecarea. Cele mai afectate zone sunt: sacrul / coccisul, călcâiul, ischion / fese, marele trohanter / șold.

Clasificare

Escarele sunt clasificate în funcție de nivelul leziunii tisulare :

- Escara **STADIUL I** – pielea este intactă, dar cu prezența eritemului (roșeții); de asemenea, poate fi prezentă o decolorare și/sau căldură
- Escara **STADIUL II** - pielea este afectată superficial, la nivelul epidermului sau dermului (aspect de dermabraziune). Poate fi prezentă ulcerația sau flictena.
- Escara **STADIUL III** - pielea este afectată în întregime, inclusiv țesutul subcutanat. Plaga are aspectul unei ulcerații profunde.
- Escara **STADIUL IV** - este afectată pielea în totalitate, în plus fiind prezentă necroza, care poate implica mușchii și osul, tendoanele sau articulațiile.

Factori de risc pentru apariția escarelor. Principalii factori de risc pentru apariția escarelor sunt reprezentați de imobilitate și de nivelul scăzut de activitate. Prin urmare, persoanele imobilizate la pat sau cu o capacitate limitată de mișcare (de ex. cele condiționate de un scaun cu rotile) trebuie evaluate în vederea determinării riscului de apariție a escarelor. Alți factori de risc pentru apariția escarelor includ:

- Prezența unei afecțiuni cronice, precum diabetul sau o boală cardio-vasculară, care împiedică alimentarea corectă cu sânge a unor regiuni din corp
- Incapacitatea de a mișca unele părți ale corpului fără ajutor, ca urmare a unui traumatism cerebral sau vertebral sau din cauza unei boli neuro-musculare
- Subnutriția
- Diferite forme de demență senilă precum boala Alzheimer
- Vârsta înaintată
- Incontinența urinară și/sau fecală
- Pielea fragilă, în special în cazul persoanelor vârstnice



Ce să facem și ce nu ca să prevenim apariția escarelor?

Pentru a preveni apariția escarelor, este necesară reducerea factorilor de risc. Principalul factor de risc îl reprezintă imobilitatea sau limitarea activității, alături de aceasta fiind incontinența, starea de nutriție și hidratare proastă, starea de inconștiență. Pentru diminuarea sau înlăturarea acestor factori trebuie respectate următoarele reguli:

- Persoanele cu risc trebuie mobilizate / repositionate la 1-2 ore, pentru a evita afectarea circulației în zonele supuse presiunii.
- Așternuturile nu trebuie să formeze cute, în special în zonele predispuse formării escarelor.
- Mobilizarea pacienților se face prin ridicare și repositionare, nu prin tragere care creează frecare și agresează pielea deja fragilă.
- Toaleta pacientului se face periodic deoarece umiditatea excesivă și prezența urinei și a fecalelor sunt factori favorizanți pentru apariția escarelor. Se evită apa fierbinte și se folosesc săpunuri neutre. În timpul toaletei nu se efectuează manevre de frecare insistență.
- Pentru evitarea umidității excesive se pot folosi scutece de unică folosință sau păturele absorbante de unică folosință.
- Trebuie inspectate periodic toate zonele expuse la presiune pentru a se observa din timp primele semne de suferință ale țesuturilor (înroșire a pielii care nu dispăre în 30 de minute de la îndepărtarea presiunii).
- Pacientul imobilizat trebuie să aibă o alimentație echilibrată, cu un aport optim de proteine și lichide. Deshidratarea duce la fragilizarea pielii și apariția leziunilor.
- Pentru a reduce sau îndepărta presiunea din zonele predispuse se utilizează diverse dispozitive antiescară: saltele antiescară, dispozitivele de reducere a presiunii precum cele fabricate din spumă, gel, sau combinații dintre acestea, botoși. Nu se utilizează colaci, aceștia creând alte zone de presiune.

Cum să îngrijim pacientul care a făcut escare?

- Pansamentele se schimbă cu mănuși de unică folosință, câte o pereche pentru fiecare manevră (îndepărtarea pansamentului vechi, spălarea răni, aplicarea pansamentului nou)
- Spălarea răni se face cu compresă sterilă și săpun neutru. Dacă este infectată curățarea se poate face cu soluție iodată (ex. Betadina)
- Pentru spălarea regiunii din jurul răni se folosește o altă compresă decât cea cu care s-a spălat rana pentru a se evita răspândirea germenilor
- Nu se folosesc apă oxigenată, acidul boric, cloramina pentru spălare, aceste soluții având efect de ardere a țesuturilor atunci când sunt folosite timp îndelungat
- La fiecare schimbare de pansament se insistă pentru a se îndepărta țesuturile moarte, depozitele de fibrină (depunerile galbui, aderente), necrozele (coji negre)
- Se alege pansamentul potrivit în funcție de aspectul și caracteristicile răni. Utilizarea unui pansament neadecvat poate să nu amelioreze starea răni sau chiar să o înrăutățească
- Nu se folosesc pansamente autoadezive pe pielea sensibilă din imediata vecinătate a răni
- Pansamentele se fixează cu comprese sterile și plasturi pe suport de hârtie, hipoalergenici, lipiți cât mai la distanță de rană
- Pielea sănătoasă din jurul răni trebuie îngrijită corespunzător pentru a nu apărea alte răni
- Dacă rana prezintă semne de infecție (secreții purulente, miros urât, piele înconjurătoare umflată, roșie, dureroasă și mai caldă) se va stabili un tratament cu antibiotice
- Antibioticele se administrează de preferință în urma unei culturi cu antibiogramă



AUTORITATEA DE SĂNĂTATE PUBLICĂ A MUNICIPIULUI BUCUREȘTI
SPITALUL CLINIC DE BOLI INFECȚIOASE ȘI TROPICALE
„DR. VICTOR BABEȘ”

Șos. Mihai Bravu nr. 281 – 283, sector 3 Tel: 317.27.27, 317.27.28 Tel/Fax: 317.27.21

web site: www.spitalulbabes.ro e-mail: vbabes@xnet.ro



- Nu se aplică creme sau pudre cu antibiotic în rană. Acestea pot da reacții alergice (șoc anafilactic) și pot determina rezistența germenilor la antibioticele orale
- Până la vindecarea completă a rănii se evită poziționarea pacientului pe aceasta
- În momentul vindecării, reaplicarea presiunii pe zona vindecată se va face progresiv, pe perioade de maxim 15 minute

Intocmit

Dr Olimpia Nicolaescu

Medic Primar Pneumolog

Director Medical

Dr Florescu Simin -Aysel