

TRATAMENTUL ESCARELOR

Dan Petru Constantinescu, Claudia Diana Gherman

Obiective educaționale

Ce trebuie să știți

- Ce este o escară
- Factorii care întârzie vindecarea unei escare
- Măsurile de prevenire a apariției escarelor
- Tratamentul escarei în funcție de faza evolutivă a plăgii
- Ce materiale sunt necesare pentru pansamentul unei escare
- Tehnica efectuării pansamentului unei escare

Ce trebuie să faceți

- Să pregătiți materialele necesare pansamentului unei escare
- Să alegeți pansamentul potrivit în funcție de faza evolutivă a plăgii
- Să efectuați pansamentul unei escare
- Să descărcați materialele folosite la locul potrivit

Definiție

Escara sau ulcerul de decubit este o leziune la nivelul pielii care apare ca urmare a presiunii constante exercitate asupra pielii, ce determină ischemia zonei afectate conducând la moartea țesutului respectiv.



Figura 1. Escară

Elemente de anatomie și fiziologie

Escarele apar la pacienții imobilizați la pat în zone supuse compresiunii. Compresiunea se produce între proeminențele osoase și salteaua patului. Datorită acestui mecanism de apariție și datorită faptului că pacienții imobilizați stau de obicei în decubit dorsal escarele apar cel mai des în următoarele regiuni:

- regiunea sacrată
- regiunile calcaneene
- regiunea occipitală
- regiunile scapulare

În funcție de poziție există și alte puncte de presiune la nivelul cărora pot să apară escare:

- în decubitul ventral:
 - coatele
 - fața anterioară a toracelui
 - abdomenul (la obezi, pacienți cu ascită)
 - genunchii
 - degetele membrelor inferioare
- în decubitul lateral:
 - regiunile parietale
 - umerii
 - coapsele, la nivelul proeminențelor trohanteriene
 - fețele laterale și mediale ale genunchilor
 - regiunile calcaneene

Apariția escarelor e favorizată de:

- umezeala tegumentelor, determinată de transpirație și de incontinența urinară și / sau fecală
- afecțiunile cronice (neoplasm, ciroză, malnutriție, diabet zaharat) sau acute (șocul, sepsa)
- alunecarea pacientului în pat, care duce la frecarea tegumentului de lenjerie
- deshidratarea
- malnutriția, hipotrofia musculară

Pentru a înțelege de ce escarele nu se vindecă de la sine, este necesar să amintim factorii care întârzie vindecarea plăgilor:

- vârsta: la pacienții tineri, plăgile se vindecă mult mai repede în comparație cu pacienții în vârstă
- infecția locală: este unul dintre cei mai importanți factori de întârziere a cicatrizării plăgilor
- malnutriția: în condiții de malnutriție, procesul de vindecare al plăgilor este mai întârziat, fiind necesar un substrat proteic important

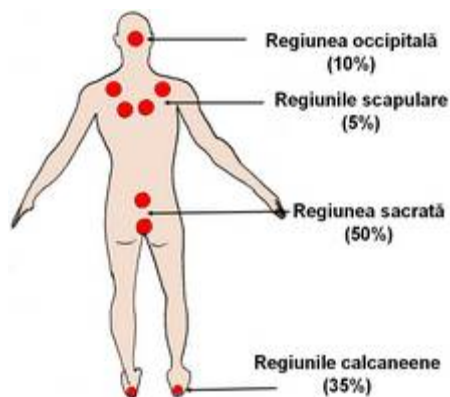


Figura 2. Zonele în care apar escarele când pacientul e în ducubit dorsal

- diabetul zaharat, hipoproteinemia, hipovitaminozele A, B1, B2, B6, C și deficitul de oligoelemente (cupru, zinc) întârzie vindecarea plăgilor
- vascularizația: cu cât țesuturile perilezionale sunt mai bine irigate, cu atât cicatrizarea este de mai bună calitate și mai rapidă
- oxigenarea tisulară: în lipsa unor nivele adecvate de oxigen la nivel tisular, fibroblaștii nu pot sintetiza colagenul, activitatea factorilor umorali de creștere este mult diminuată, sunt afectate angiogeneza, epitelizarea, procesele fibroplastice

Pentru evaluarea riscului apariției escarelor la un pacient se folosesc scorul Norton și scorul Braden.

Scorul Norton se obține prin însumarea punctajului următoarelor criterii:

- statusul fizic
- statusul mental
- activitatea
- mobilitatea
- incontinența

Modul de evaluare a acestor criterii e prezentat în tabelul următor:

Tabelul 1. Scorul Norton pentru predicția apariției escarelor

Criteriu	1 punct	2 puncte	3 puncte	4 puncte
Statusul fizic	bun	ușor alterat	mediu alterat	sever alterat
Statusul mental	vigil	apatic	confuz	inconștient
Activitatea	normală	se plimbă cu ajutor	imobilizat în scaun	imobilizat la pat
Mobilitatea	completă, nelimitată	alterată	foarte limitată	imobilizat
Incontinența	fără	ocazional urinară	frecvent urinară	urinară și fecală

Un scor sub 14 puncte arată un risc ridicat de apariție a escarelor.

Scorul Braden folosește următoarele criterii:

- percepția senzorială (reflectă capacitatea de răspuns la disconfortul creat de presiune)
- umiditatea (gradul de expunere la umiditatea care determină macerarea tegumentului)
- activitatea (gradul activității fizice)
- mobilitatea (capacitatea de a-și alege și schimba poziția corpului)

- nutriția (capacitatea de a se alimenta)
- frecarea (leziunile cutanate determinate de frecarea cu îmbrăcămintea, lenjeria etc.)

Modul de calculare a scorului Braden este schematizat în tabelul următor:

Tabelul 2. Scorul Braden pentru predicția apariției escarelor

Criteriu	1 punct	2 puncte	3 puncte	4 puncte
Percepția senzorială	neresponsiv (nu răspunde la durere)	răspuns limitat (răspunde la durere)	răspuns limitat (răspunde la comenzi verbale, dar nu poate comunica nevoia de schimbare a poziției)	răspuns normal (răspuns verbal; senzoriu nealterat)
Umezeală	expunere constantă	expunere frecventă	expunere ocazională	expunere rară
Activitatea	imobilizat la pat	limitată (doar cu ajutor)	plimbări ocazionale	normală
Mobilitatea	complet imobil	foarte limitată (schimbă ocazional poziția)	ușor limitată (schimbă frecvent poziția)	normală
Nutriția	f. proastă (niciodată nu consumă mai mult de 1/3 din alimentele de la masă sau nutriție exclusiv iv)	inadecvată (niciodată nu consumă mai mult de 1/2 din alimentele de la masă)	adecvată (consumă constant mai mult de jumătate din alimentele de la masă)	f. bună (cosumă aproape integral alimentele de la masă)
Frecarea	mișcarea pacientului fără frecarea de lenjerie / saltea e imposibilă; alunecă frecvent în pat	mișcarea e posibilă cu asistență; în cursul mișcării se produce frecarea cu lenjeria	se mișcă independent în pat / scaun	

Interpretarea scorului Braden este:

- ≤ 9 : risc major
- între 10 și 12: risc ridicat
- între 13 și 14: risc moderat
- între 15 și 18: risc mic

Orice plagă parcurge în mod natural trei stadii până la vindecare:

- **faza inflamatorie** (exsudativă sau de curățare)
În prima fază plaga poate fi superficială sau adâncă, este deseori dureroasă și poate sângera. În plagă există celule moarte, țesut distrus, microbi, fibrină care se secretă în exces în plăgile cronice și o cantitate variabilă de exsudat. În cazul în care plaga este infectată, aceasta secretă puroi, marginile fiind inflamate.
- **faza de granulație** (de regenerare a țesuturilor)
În cea de-a doua fază, țesuturile se regenerează printr-un proces complex denumit **granulație**. Rana “se umple” cu țesut nou, se curăță de reziduri celulare, fibrină, iar infecția dispare. Țesutul rămas este sănătos, de culoare roșu aprins (țesut de granulație).
- **faza de epitelizare** (cicatrizare)
În ultima fază atunci când a început deja **cicatrizarea** (epitelizarea) se observă micșorarea evidentă a dimensiunii plăgii (contractie) și formarea de piele nouă. Crusta se desprinde, iar cicatricea se atenuează și în final dispare. Odată cu formarea noului țesut funcțiile pielii sunt restabilite, plaga putând fi considerată vindecată.



Figura 3. Evoluția unei escare

În cazul plăgilor cronice, procesul de vindecare rămâne blocat într-una dintre aceste etape, cel mai adesea în faza inflamatorie, ca urmare a unor dezechilibre apărute la nivel celular, care împiedică vindecarea.

La nivelul unei escare se pot evidenția 4 tipuri de țesuturi:

- țesutul necrotic – negru, maro sau gri; favorizează infecția, fiind rapid colonizat cu bacterii; trebuie îndepărtat pentru a preveni infecția, a putea evalua starea plăgii și a permite granulara
- țesutul fibrinos – de culoare galbenă, aderent de plagă; cuprinde detritusuri tisulare înglobate în fibrină; nu poate fi

îndepărtat prin simpla irigare, ci necesită debridare; trebuie îndepărtat pentru a permite granulara

- țesutul de granulație – se formează pe țesutul „curat”; are un aspect granular, roșu; fiind bogat vascularizat asigură oxigenul și nutrienții necesari epitelizării
- țesutul epitelial – asigură acoperirea pielii cu epiteliu nou format; în escarele superficiale poate fi prezent ca insule pe suprafața plăgii; în escarele profunde se formează la margine și avansează foarte lent spre centru; totuși în escarele largi și profunde epitelizarea naturală este practic imposibilă

Stadiile evolutive ale escarelor

Stadiul I

Pielea este intactă, de culoare roșie, escara fiind localizat, de regulă, deasupra unei proeminențe osoase. Zona poate fi dureroasă, fermă sau moale, mai caldă sau mai rece decât zona înconjurătoare. Stadiul I poate fi greu de observat la persoane cu piele hiperpigmentată.

Stadiul II

Epidermul este deteriorat formându-se o plagă superficială de culoare roz-roșiatică. Aceasta se poate prezenta și sub forma unei vezicule intacte sau sparte, cu sau fără secreții.

Stadiul III

Plaga este mai adâncă, afectând și dermul ajungând până la țesutul adipos subcutanat. În acest stadiu poate să apară necroza și se pot forma extensii subcutanate profunde ale plăgii (buzunare).

Stadiul IV

Leziunea se extinde până la nivelul mușchilor sau chiar până la os, expunându-l. În acest caz, plaga are deseori secreții, este infectată cu necroze multiple.

Tratamentul escarelor

Profilaxia escarelor

Mobilizarea pacientului

Persoanele cu risc trebuie mobilizate / repositionate la 1-2 ore, acest lucru prevenind afectarea circulației în zonele supuse presiunii.

Pentru a reduce sau îndepărta presiunea din zonele predispuse, se utilizează diverse dispozitive anti-escară: saltele,

perne. Utilizarea colacului anti-escară este contraindicat, acesta creând alte zone de presiune. O măsură esențială de tratament în cazul escarelor o reprezintă îndepărtarea presiunii din zona afectată, prin mobilizarea pacientului.

Tratamentul curativ al escarelor

Cuprinde mai multe tipuri de măsuri terapeutice:

- igiena bolnavului
- nutriția
- instalarea bolnavului în pat și mobilizarea
- debridarea și pansamentul escarei
- tratamentul chirurgical

Igiena bolnavului:

- se spală tegumentul din jur cu apă și săpun pentru îndepărtarea secrețiilor, a materiilor fecale și a urmelor de adezivi
- dacă e murdară se spală și plaga cu apă și săpun
- bolnavului cu escare i se poate face baie sau duș
- folosirea scutecelor de unică utilizare pentru absorbția urinei și a transpirației

Nutriția pacientului cu escare

- malnutriția este un factor favorizant al apariției escarelor
- pacienții cu escare trebuie să beneficieze de un regim alimentar hiperproteic, hipercaloric, bogat în vitamine (35 kcal/kg/zi; 1,5 g/Kg/zi proteine)

Instalarea pacientului și mobilizarea

- poziția pacientului trebuie schimbată la fiecare oră
- pacientul va fi plasat în decubit lateral drept și stâng sau (preferabil) în decubit semilateral drept și stâng (spatele fiind sprijinit pe perne)
- sub proeminențele osoase se plasează perne moi

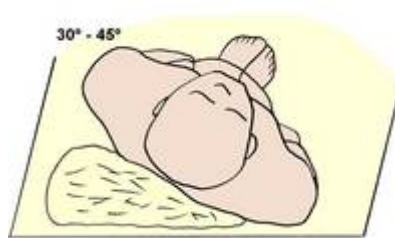


Figura 4. Decubit semilateral

- suportul (salteaua) pe care e așezat bolnavul poate fi static (se mulează pe pacient) sau dinamic (saltea gonflabilă având multiple celule care se umflă și se dezumflă alternativ). În cazul pacienților cu escare se preferă o saltea dinamică.
- pacienții care se pot mobiliza activ trebuie ajutați să facă mișcare; pacienții comatoși se mobilizează pasiv



Figura 5. Saltea antiescară

- *Debridarea și pansamentul escarei*
- debridarea contă în îndepărtarea țesuturilor necrotice și fluidelor care întrețin infecția, întârzie granulara și împiedică vindecarea
- debridarea poate fi:
 - enzimatică: diferiți agenți proteolitici aplicați în plagă sau incluși în pansamente care lichefiază țesutul necrotic fără a afecta țesutul de granulație
 - mecanică: prin lavaj sau prin aspirație se îndepărtează fluidele
 - chirurgicală: îndepărtarea chirurgicală a țesuturilor devitalizate
- substanțele folosite de obicei pentru debridarea escarei sunt:
 - betadina: efect antibacterian și mecanic
 - apa oxigenată: efect antiseptic și de curățare mecanică; totuși nu e recomandată folosirea ei foarte frecventă în curățarea escarelor deoarece favorizează apariția unui țesut de granulație aton
 - acidul acetic 0,5% este activ împotriva bacilului piocianic (*Pseudomonas aeruginosa*); schimbă culoarea țesuturilor putând masca apariția suprainfecției; după folosirea sa escara se clătește cu ser fiziologic
 - hipocloritul de sodiu 2,5% are o oarecare acțiune antiseptică, dar e util pentru delimitarea și eliminarea țesutului necrotic
 - serul fiziologic: efect mecanic
- se pot folosi unele antibiotice sub formă de cremă cu acțiune antibacteriană

- sulfadiazina argentică
- mafenidul
- pansamentul escarei se face cu diferite materiale:
 - pansament simplu de tifon steril: obliterează spațiile moarte, absoarbe secrețiile și umezeala, contribuie la debridarea mecanică
 - pansamentele cu alginat: absorb exudatul, obliterează spațiile moarte, asigură debridarea autolitică
 - pansamente cu hidrocoloid: obliterează spațiile moarte, absorb umezeala, asigură debridarea autolitică
 - pansamente cu hidrogel: absorb umezeala, asigură debridarea autolitică
 - filme transparente: ocluzia plăgii
 - pungi colectoare: colectarea și monitorizarea fluidelor
 - burete cu săruri de argint: pentru tratamentul cu presiune negativă
- alegerea tipului de pansament se face în funcție de faza de vindecare a escarei:
 - în faza inflamatorie sunt recomandate pansamentele hidroactive care curăță plaga, îndepărtând celulele moarte, țesuturile distruse, fibrina și secrețiile în exces. Pansamentul potrivit se va alege în funcție de adâncimea rănii, de cantitatea de secreție și de prezența necrozei.
 - în faza de granulație și cicatrizare sunt recomandate pansamente umede care să preia eventualul exsudat rămas și în același timp să stimuleze epitelizarea.

Tratamentul chirurgical cuprinde:

- debridarea instrumentală („ascuțită”) – îndepărtarea țesuturilor necrotice se face la fiecare pansament
- tratamentul cu presiune negativă
- sutura secundară se poate face în faza de cicatrizare pentru a grăbi vindecarea; de obicei însă ulcerele sunt prea mari pentru a putea fi închise printr-o simplă sutură
- acoperirea cu piele liberă – poate fi utilizată în cazul ulcerelor puțin adânci; nu se aplică direct pe os
- plastia cu lambouri mio-cutanate – reprezintă cea mai bună opțiune de tratament a escarei

Lucrare practică: pansamentul unei escare

Materiale necesare

- soluții antiseptice: betadină, apă oxigenată, soluție Ringer, ser fiziologic
- 2 câmpuri sterile (unul fenestrat pentru acoperirea pacientului și unul pe care se vor pune la îndemână materialele sterile de folosit)
- mănuși sterile
- pansament primar hidrocoloid sau umed
- pansament secundar: comprese de tifon sterile
- leucoplast pentru fixare
- pensă sterilă
- sac colector destinat produselor biologice

Tehnica

- pregătirea câmpului operator: expunerea zonei anatomice vizate, aseptizarea cu betadină.
- explorarea cavității: se efectuează cu degetul (indexul) sau cu o pensă sterilă
- aseptizarea cavității prin spălarea abundentă cu ser fiziologic, rivanol, betadină diluată; apa oxigenată și cloramina se pot folosi din când în când, nu la fiecare pansament
- alegerea și aplicarea pansamentului primar în funcție de faza evolutivă a plăgii: pansament hidrocoloid impregnat în ser fiziologic sau soluție Ringer în faza exudativă și pansamente umede în faza de granulație sau de epitelizare.
- pansamentul secundar absorbant, din comprese de tifon și fixarea lui.

Incidente și accidente

- hemoragia
 - este de obicei de mică amploare, se oprește spontan sau prin presiune cu o compresă sterilă
- infecția

Formular de evaluare / autoevaluare

Etapă / Criteriu	Corect	Inc corect
Colectează toate materialele necesare		
Verifică ambalajele, termenul de expirare		
Identifică pacientului; explică pacientului manopera		
Pregătește materialele necesare		
Poziționează pacientul		
Badijonează tegumentul cu betadină		
Plică al doilea camp steril la nivelul escarei		
Aseptizează cavitatea plăgii		
Aplică pansamentul primar la nivelul plăgii după impregnare cu ser fiziologic sau soluție Ringer		
Aplică pansamentul secundar		
Fixează pansamentul		
Descarcă materialele utilizate într-un sac colector destinat produselor biologice		
Notează manopera efectuată		
!!! Respectă regulile de asepsie !!!		