

CUPRINS

Introducere	3
1. Rănile cronice	4
1.1 Ce sunt rănile cronice?	4
1.2 Etapele de vindecare ale unei răni	4
1.3 Cele mai frecvente tipuri de răni cronice	5
2. Escarele	6
2.1 Ce sunt escarele?	6
2.2 Factori de risc și metode de prevenire a escarelor	7
2.3 Stadiile de evoluție ale escarelor	10
2.4 Care sunt posibilele complicații ale escarelor	10
3. Tratamentul escarelor cu pansamente moderne	12
3.1 Cum funcționează pansamentele moderne?	12
3.2 Ce pansamente folosim în faza de curățare?	12
3.3 Ce pansamente folosim în faza de granulație / epitelizare?	16
3.4 Selecția pansamentelor în funcție de stadiile escarei	21
3.5 Reguli de îngrijire în tratamentul escarelor	22
4. Fixarea pansamentelor	24
5. Asigurarea igienei în cazul pacienților imobilizați și/ sau incontinenți	26
5.1 Structura pielii	26
5.2 Care sunt provocările pentru piele?	26
5.3 Sfaturi de urmat în efectuarea igienei la pacienții imobilizați / cu escare / incontinenți	27
5.4 Ce criterii trebuie să îndeplinească un produs de îngrijire?	28
5.5 Produse dedicate îngrijirii persoanelor imobilizate / cu escare / incontinente	29
6. Prezentare de cazuri tratate cu pansamente moderne Hartmann	33

INTRODUCERE

În România, peste 1 milion de persoane sunt afectate de răni cronice, printre cele mai frecvente numărându-se escara, ulcerul varicos (sau venos) și piciorul diabetic.

Cunoscute și sub denumirea de ulcer de presiune sau ulcer de decubit, escarele reprezintă leziuni cronice localizate, care se dezvoltă la nivelul țesuturilor moi atunci când proeminențele osoase sunt presate pe o suprafață externă (pat, scaun, etc.) o perioadă îndelungată de timp.

Vitalitatea țesuturilor moi, cum ar fi pielea sau structura musculară, depinde de vasele de sânge care le furnizează nutrienți și oxigen, necesari pentru regenerarea celulară. În condiții de presare, fricțiune, umiditate, temperatură, incontinență sau sub efectul anumitor medicamente, circuitul normal al sângelui este întrerupt, creându-se astfel un mediu propice dezvoltării ulcerărilor.

Diagnosticate la timp, escarele pot fi tratate; în cazurile severe însă, se pot dovedi fatale pentru pacient, ca urmare a afectării oaselor și articulațiilor, septicemie, ce se pot dezvolta pe fondul pătrunderii bacteriilor în organism prin intermediul răni.

Metodele de tratament al escarelor au evoluat simțitor în ultimii ani, multe dintre ele putând fi vindecate fără intervenții chirurgicale, prin tratament la domiciliu însoțit de supervizare medicală regulată. Noile principii de tratament, neinvazive și nedureroase, se bazează pe utilizarea pansamentelor moderne care susțin procesul natural de vindecare al organismului.

În acest ghid practic destinat pacienților și celor care îi îngrijesc, ne propunem să răspundem la o serie de întrebări frecvente despre prevenirea și tratarea escarelor:

- Cum se formează escarele și cum le putem preveni?
- Care sunt posibilele complicații ale escarelor?
- Care sunt pașii de urmat în procesul de îngrijire a escarelor?
- Ce presupune tratamentul cu pansamente moderne?
- Ce pansamente se folosesc și care este modul lor de aplicare?
- Ce măsuri de igienă și îngrijire a pielii se impun?
- Prezentarea unor cazuri reale, vindecate cu ajutorul pansamentelor moderne.

1. Rănile cronice

1.1 Ce sunt rănile cronice?

Rana reprezintă o discontinuitate la nivelul pielii, o lipsă de țesut pe o suprafață mai mică sau mai mare. Rănile care nu se vindecă sau care nu au o evoluție favorabilă timp de 6-8 săptămâni, poartă numele de **răni cronice**.

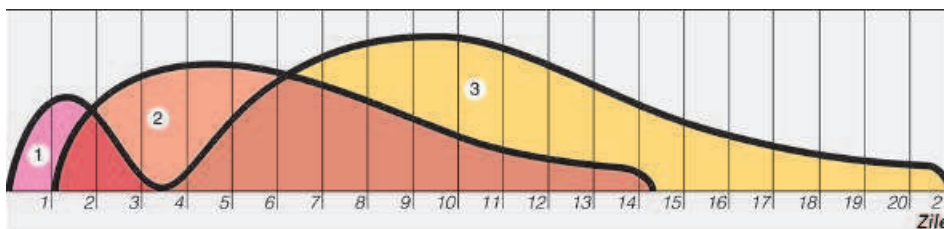
O rană normală, precum o tăietură sau o arsură, se vindecă de obicei într-un interval de 2-4 săptămâni. Acest lucru este valabil pentru majoritatea rănilor, datorită capacității de regenerare a țesuturilor. Aceste răni poartă numele de **răni acute**.

De ce este diferită o rană cronică?

Rana cronică nu este provocată de un factor extern precum tăieturile sau arsurile, ci este cauzată de diferite afecțiuni sau modificări din organism, ce îngreunează circulația sângelui, ducând la o irigare necorespunzătoare a pielii. Această deficiență are ca urmare moartea țesutului afectat și producerea răni. Printre cei mai întâlniți factori ce pot duce la o vindecare greoaie sau întârziată a răni, se numără: diabetul, bolile cardiace, bolile venoase sau arteriale, imobilizarea prelungită, fumatul, vârsta etc.

1.2. Etapele de vindecare ale unei răni

Pentru a înțelege de ce rănile cronice nu se vindecă de la sine, este necesar să amintim care sunt fazele naturale ale procesului de vindecare. Orice rană parcurge în mod natural trei stadii până la vindecare:



1. Faza de curățare
2. Faza de regenerare a țesuturilor
3. Faza de cicatrizare



Faza de curățare (exudativă sau inflamatorie)

În prima fază, denumită **faza de curățare**, rana poate fi superficială sau adâncă, este deseori dureroasă și poate sângera. În rană există celule moarte, țesut distrus, microbi, fibrină (o proteină a organismului de culoare alb-gălbuie și consistență vâscoasă, care se secretă în exces în rănile cronice)

și o cantitate variabilă de exsudat (secreție cu compoziție asemănătoare sângelui).

În cazul în care rana este infectată, aceasta secretă un lichid lăptos, galben-verzui sau maro, deseori urât mirositor (puroi), marginile răni fiind de culoare roșu aprins, calde, dureroase și umflate.

Faza de regenerare a țesuturilor (de granulație sau de hemostază)



În cea de-a doua fază, țesuturile se regenerează printr-un proces complex denumit **granulație**. Rana "se umple" cu țesut nou, se curăță de reziduuri celulare, fibrină și exsudat în exces, iar infecția dispare. Țesutul rămas este sănătos, de culoare roșu aprins (țesut de granulație).

Faza de cicatrizare (epitelizare)



În ultima fază, cea de-a treia, atunci când a început deja **cicatrizarea** (epitelizarea) se observă micșorarea evidentă a dimensiunii răni și formarea de piele nouă. Crusta se desprinde iar cicatricea se atenuază și în final dispare. Odată cu formarea noului țesut funcțiile pielii sunt restabilite, rana putând fi considerată vindecată.

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

1.3. Cele mai frecvente tipuri de răni cronice

Escara (ulcerul de presiune) — rană cronică datorată presiunii prelungite la care sunt supuse țesuturile, între două planuri dure (pat și os), în cazul pacienților imobilizați (vârstnici, persoane paralizate, malnutrite, după intervenții chirurgicale).

Ulcerul varicos (venos) — rană cronică apărută pe fondul unei insuficiențe venoase cronice (circulație venoasă deficitară la nivelul picioarelor).

Ulcerul diabetic — rană cronică apărută la pacienții cu picior diabetic (un complex de afecțiuni circulatorii și nervoase, specifice bolnavilor cu diabet insulino-dependenți).

Ulcerul arterial — rană cronică apărută la pacienții cu insuficiență arterială cronică, ce poate fi foarte dureroasă.

2. Escarele

2.1. Ce sunt escarele?



Escara, cunoscută în termeni medicali ca ulcer de decubit sau ulcer de presiune, rămâne o problemă majoră de sănătate, fiind una dintre complicațiile cele mai severe ale imobilității. Pentru persoanele afectate, atât vârstnice cât și tinere, aceasta presupune un tratament îndelungat cu multiple riscuri și un efort susținut din partea aparținătorilor, nu în ultimul rând financiar.

Escara este o rană la nivelul pielii care apare în urma menținerii corpului într-o poziție fixă (fără mobilizare), o perioadă îndelungată. Escara se dezvoltă ca urmare a presiunii constante exercitate asupra pielii, ce diminuează alimentarea cu sânge a zonei afectate, conducând la moartea țesutului respectiv. Escara poate apărea și în cazul unei imobilizări de scurtă durată, de exemplu, în urma unei operații sau a unui traumatism.

Două treimi din cazurile de escară se înregistrează la pacienții cu vârste peste 70 de ani, cu preponderență în rândul femeilor, a căror speranță de viață este mai ridicată. Dintre persoanele tinere care suferă de escare, majoritatea sunt bărbați, în jurul vârstei de 30 de ani, ca urmare a numărului mare de traumatisme vertebro-medulare înregistrate în rândul acestora.

Escarele sunt cauza decesului a 7-8% din totalul pacienților cu paralizie totală a membrelor inferioare. Studiile internaționale efectuate asupra unor grupuri mari de pacienți au relevat faptul că o treime din pacienții cu escare decedează pe perioada spitalizării.

În general, principala cauză a decesului este boala de bază, însă, în unele cazuri, decesul poate surveni și ca urmare a complicațiilor produse de escare.

Cum se manifestă escarele?



Escara se manifestă, în primă fază, prin înroșirea pielii în zona de presiune, fiind greu de recunoscut în această fază incipientă de către pacient sau aparținător. În lipsa unei îngrijiri corecte, escara se agravează, formând mai întâi o veziculă, care în timp se sparge, evoluând către o rană deschisă superficială și, în cele din urmă, transformându-se într-o cavitate care poate ajunge până la os.

De cele mai multe ori, escarele sunt identificate de către pacienți și aparținători ca fiind rănilor apărute la nivelul sacrului. Este important de cunoscut însă faptul că escarele se pot dezvolta și în alte zone ale corpului, cum ar fi: fesele, coatele, șoldurile, gleznele, umerii,

spatele, urechile și partea din spate a capului, precum și alte zone osoase care vin în contact direct cu suprafața patului.

2.2. Factori de risc și metode de prevenire a escarelor

Factori de risc în apariția escarelor



Pentru a preveni escarele, este importantă identificarea factorilor de risc, în vederea diminuării acțiunii acestora.

Principalii factori de risc pentru apariția escarelor sunt reprezentați de imobilitate sau de nivelul scăzut de activitate, care pot fi determinate de:

- o stare de sănătate precară sau slăbiciune generalizată care limitează mobilitatea;
- paralizie;
- leziuni sau afecțiuni care necesită repaus la pat pe perioade îndelungate;
- recuperare după o intervenție chirurgicală;
- stare de sedare, comă.

În consecință, persoanele imobilizate la pat sau cu o capacitate limitată de mișcare (de ex. cele condiționate de un scaun cu roțile) trebuie evaluate în vederea determinării riscului de apariție a escarelor.

Alți factori de risc pentru apariția escarelor includ:

- Pielea fragilă, în special în cazul persoanelor vârstnice;
- Prezența unei afecțiuni cronice, precum diabetul sau o boală 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 (cum ar fi scleroza multiplă);
- Alimentația și hidratarea necorespunzătoare;
- Diferite forme de demență senilă precum boala Alzheimer — pacientul pierde treptat contactul cu realitatea, nemaiputând să prevină sau să trateze corect escarele;
- Vârsta înaintată;
- Incontinența urinară și / sau fecală.

Cum putem preveni dezvoltarea escarelor?



Pentru a preveni apariția escarelor, pacienții trebuie evaluați în mod regulat prin inspecția atentă a tegumentului în zonele predispuse formării escarelor.

Principalul factor de risc îl reprezintă imobilitatea sau limitarea posibilității de mișcare, alături de alți factori agravanți precum incontinența, o stare de nutriție și hidratare necorespunzătoare, starea de inconștiență. Pentru

diminuarea sau înlăturarea acestor factori, ar trebui respectate următoarele reguli:

Mobilizarea pacientului

- Persoanele cu risc trebuie mobilizate / repositionate la 1-2 ore, acest lucru prevenind afectarea circulației în zonele supuse presiunii;
- Trebuie acordată atenție așezării așternuturilor, astfel încât acestea să nu formeze cute, în special în zonele predispuse formării escarelor (zona sacrală, fese, omoplați, coate, genunchi, călcâie etc.);
- Mobilizarea pacienților se face prin ridicare și repositionare, nu prin tragere / târare, aceste manevre antrenând forțe de frecare ce agresează suplimentar pielea fragilă;
- Pentru a reduce sau îndepărta presiunea din zonele predispuse, se utilizează diverse dispozitive anti-escară: saltele, perne, blănițe, botoși. Utilizarea colacului anti-escară este contraindicat, acesta creând alte zone de presiune.

Poziționarea pacientului

O măsură esențială de tratament în cazul escarelor o reprezintă îndepărtarea presiunii din zona afectată, prin mobilizarea pacientului. Pentru înlăturarea completă a presiunii, pacientul trebuie poziționat astfel încât escara să nu suporte greutatea corpului! Chiar dacă pacientul este așezat pe o suprafață moale (de ex. în pat), este esențial ca zona afectată (escara) să nu intre în contact direct cu patul. Poziționarea pacientului trebuie realizată în consecință, ținând cont de localizarea răni.

Localizare escare	Poziție corectă	Observații
Șold drept	Poziție oblică, stânga 30 grade dorsal (față de pat)	Contraindicații: orice poziție laterală
Șold stâng	Poziție oblică, dreapta 30 grade dorsal (față de pat)	Contraindicații: orice poziție laterală
Zona sacrală	Poziție oblică, stânga la 30 grade Poziție oblică, dreapta la 30 grade Poziționare la 135 grade	Contraindicații: poziționare pe spate
Călcâi	Poziție oblică, stânga la 30 grade Poziție oblică, dreapta la 30 grade Fără contact prin folosirea de perne speciale	Dacă este asigurată poziționarea fără contact, pacientul poate să stea în poziție dorsală

Poziția care implică cel mai mic risc pentru pacient este poziția oblică la 30 grade (stânga sau dreapta). Poziția perpendiculară la 90 de grade creează puncte de presiune la nivelul șoldului și nu este recomandată. Pentru poziționarea oblică la 30 de grade (dreapta sau stânga), pacientul este plasat pe o saltea moale, cu capul susținut de o pernă mai mică. Înclinația de 30 de grade (față de pat) se creează prin plasarea unei perne moi, lungi, lateral sub spate. La nivelul genunchiului se poate poziționa (între picioare) o altă pernă pentru a evita apariția de escare în acest punct de contact.

Pentru plasarea pacientului în poziția culcat (pe spate), este necesară o saltea antiescară, aceasta având un design special ce oferă zone de decompresie în regiunile predispuse la escară.

De asemenea, re poziționarea pacientului la un interval de maxim două ore este esențială pentru succesul tratamentului!

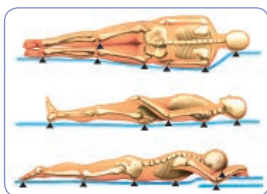
Inspekția zonelor predispuse la escare

Toate zonele expuse la presiune trebuie inspectate periodic pentru a observa din timp dacă există semne de suferință ale țesuturilor (înroșire a pielii care nu dispare în 30 de minute de la îndepărtarea presiunii, formarea de vezicule, apariția unor zone de culoare închisă, negru-violacee, pe suprafața pielii).



În cazul persoanelor dependente de un **scaun cu roțile**, zonele cele mai predispuse pentru apariția escarelor sunt:

- coccisul sau fesele;
- omoplații sau coloana vertebrală (ex: zona sacrală);
- partea interioară a membrilor (mâini / picioare), cu care pacientul se sprijină pe scaun;
- zona occipitală (spatele capului), în cazul în care scaunul are un spătar înalt;



În cazul persoanelor **imobilizate la pat**, zonele cele mai predispuse formării de escare sunt:


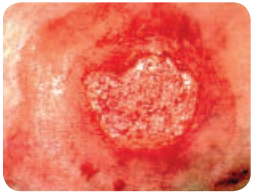

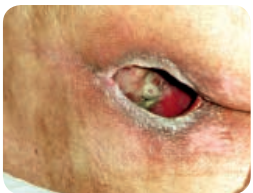
- spatele sau părțile laterale ale capului;
- marginile urechii;
- umerii sau omoplații;
- șoldurile, partea inferioară a spatelui sau coccisul;
- călcâiele, gleznelor sau zona interioară a genunchiului;

Alimentația

Pacientul imobilizat trebuie să aibă o alimentație echilibrată, cu un aport optim de proteine și lichide. Deshidratarea duce la fragilizarea pielii și favorizează apariția leziunilor.

2.3. Stadiile de evoluție ale escarelor

În funcție de gradul de afectare a țesuturilor, escarele pot parcurge patru stadii de evoluție.

Stadiu	Descriere
	Escară în stadiul I Pielea este intactă, de culoare roșie, escara fiind localizată, de regulă, deasupra unei proeminențe osoase. Culoarea roșie sau modificarea culorii nu dispare în decurs de 30 de minute de la îndepărtarea presiunii. 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 (de culoare închisă).
	Escară în stadiul II Epiderma sau stratul de suprafață al pielii, este deteriorată, formându-se o rană deschisă, superficială (puțin adâncă), de culoare roz-roșiatică. Aceasta se poate prezenta și sub forma unei vezicule intacte sau sparte, cu sau fără secreții.
	Escară în stadiul III Rana este mai adâncă, afectând al doilea strat al pielii - derma - ajungând până la țesutul adipos subcutanat. În acest stadiu poate apărea necroza (țesut mort, de culoare neagră sub formă de crustă) și se pot forma extensii subcutanate profunde ale răni (buzunare).
	Escară în stadiul IV Leziunea se extinde până la nivelul mușchilor sau chiar până la os, expunându-l. În acest caz, rana are deseori secreție, este infectată și prezintă țesut necrozat din abundență, iar extensiile subcutanate profunde (buzunarele) sunt frecvente.

2.4. Care sunt posibilele complicații ale escarelor?

Cele mai frecvente complicații ale escarelor includ:

Inflamația tegumentelor

Celulita infecțioasă (afecțiune diferită de celulita estetică) reprezintă o infecție bacteriană a dermei — al doilea strat al pielii — și al țesutului subcutanat. Celulita poate duce la complicații letale, cum ar fi septicemia sau răspândirea infecției în alte zone ale corpului.

Infecția oaselor și articulațiilor

În cazul în care leziunile ulceroase ajung până la articulații și oase, riscul de infecție crește, ceea ce duce la deteriorarea cartilajului și țesutului articular și reducerea mobilității articulațiilor.

Septicemia

În cazul în care este infectată, rana poate permite germenilor / bacteriilor să pătrundă în vasele de sânge, provocând o infecție generalizată care, nediagnosticată la timp, poate fi fatală.

3. Tratamentul escarelor cu pansamente moderne

3.1 Cum funcționează pansamentele moderne?



Acțiunea pansamentelor umede (hidroactive) se bazează pe crearea la nivelul rănii a unui mediu umed echilibrat, favorabil regenerării țesutului și închiderii rănii. Pansamentele nu conțin substanțe medicamentoase și nu provoacă alergii, acțiunea lor bazându-se pe principii fizice, proprii structurii și materialului component.

Așa cum am explicat în capitolele precedente, tratamentul unei răni și alegerea pansamentului adecvat se orientează în funcție de stadiul de evoluție al rănii respective. Astfel, terapia va fi dictată de aspectul rănii, implicit de faza de evoluție în care aceasta se află: curățare, granulație sau epitelizare.

Deoarece pansamentele hidroactive sunt eficiente doar în condițiile unei utilizări corecte, în continuare, vă oferim informații de bază despre modul de aplicare și de fixare al fiecărui pansament precum și despre condițiile în care acesta se schimbă.

3.2 Ce pansamente folosim în faza de curățare?

Amintim că în primă fază, faza de curățare, rana este de cele mai multe ori încărcată cu microbi, resturi celulare, secreții fibrinoase și exsudat în exces. Rana poate sângera, poate secreta puroi - un lichid lăptos, galben-verzui sau maro, deseori urât mirositor - și poate fi dureroasă. Marginile rănii sunt adesea umflate, de un roșu aprins, calde și dureroase.

În această fază sunt recomandate pansamentele hidroactive care curăță rana, îndepărtând celulele moarte, țesuturile distruse, fibrina și secrețiile în exces: [TenderWet](#) sau [Sorbalgon](#).

Pansamentul potrivit se va alege în funcție de adâncimea rănii, de cantitatea de secreție și de prezența/ absența necrozei.



TenderWet 24 active / TenderWet plus

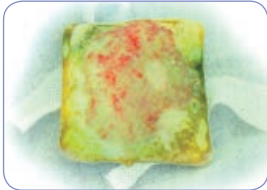
TenderWet este un pansament cu aspect de "pernuță" ce conține un polimer superabsorbant (SAP) învelit într-un material special, care previne lipirea de rană. Fața de contact cu rana este de culoare albă iar cea externă este albă cu dungi verzi (cu excepția TenderWet cavity care are ambele fețe albe).



Pansamentul este activat cu soluție Ringer care, după aplicare, se eliberează în rană, realizând "clătirea" acesteia. Celulele moarte, germenii și țesuturile distruse din rană sunt absorbite de către pansament, reținute în corpul absorbant și îndepărtate odată cu acesta.

TenderWet 24 active se schimbă la un interval de 24 de ore.

În momentul schimbului de pansament, pe fața de contact cu rana se observă aspectul secrețiilor, o culoare verde indicând în general existența unei infecții. În această situație se recomandă consultul medical pentru efectuarea analizei secreției (cultura din rană și antibiograma).



TenderWet active cavity este varianta destinată curățării rănilor adânci, cavitare (cu buzunare), cu secreții reduse sau chiar cu necroze. Schimbul de pansament se va efectua în acest caz la 12 ore.

TenderWet plus este cea mai nouă generație de pansament, fiind impregnat cu o substanță dezinfectantă, PHMB (polihexametilen biguanida). TenderWet plus este activat cu soluție Ringer și are o structură care permite



păstrarea pe rană timp de 3 zile. Dezinfectantul asigură efectul antibacterian și împiedică recontaminarea rănilor pe durata celor 3 zile de aplicare.

TenderWet plus este recomandat în special în cazul rănilor infectate sau a celor cu evoluție stagnantă, pentru revitalizare. Pentru curățarea rănilor cavitare infectate, se recomandă TenderWet plus cavity.

Toate tipurile de TenderWet necesită fixare suplimentară cu o compresă sterilă (ex: Medicomp) și plasturi de fixare.

Prezentarea detaliată a materialelor auxiliare (plasturi, comprese) o găsiți în Capitolul „Fixarea pansamentelor”

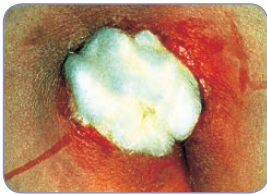
DE REȚINUT!

- Pansamentul nu se taie.
 - Se poate folosi inclusiv pentru răni infectate.
 - Pentru fiecare tip de TenderWet trebuie respectată durata de menținere pe rană.
-



Sorbalgon/ Sorbalgon T

Sorbalgon este un pansament din fibre de alginat de calciu, utilizat pentru curățarea rănilor cavitate (adânci) cu secreții moderate/ abundente. Pansamentul are un aspect asemănător unei vate de culoare bej și trebuie aplicat astfel încât să umple bine cavitățile, dar fără a se presa puternic.



Sub acțiunea secrețiilor din rană, fibrele de alginat de calciu se transformă într-un gel vâscos. Acest gel înglobează celulele moarte, țesuturile distruse și germenii, menținând în același timp un mediu umed echilibrat, care permite regenerarea țesuturilor.

Sorbalgon se schimbă atunci când pansamentul s-a transformat complet în gel (1-4 zile, în funcție de cantitatea de secreții din rană).

Sorbalgon T este varianta sub formă de meșă, destinată rănilor adânci cu orificiul de intrare redus. Sorbalgon T are aceleași caracteristici ca și Sorbalgon.

DE REȚINUT!

- Sorbalgon și Sorbalgon T au nevoie de secreție în rană pentru a acționa.
- Se pot folosi inclusiv pentru răni infectate.
- Pot fi lăsate mai multe zile în rană, schimbul efectuându-se în momentul transformării pansamentului în gel.

În cazul unor răni infectate, pentru a crește eficiența pansamentelor de curățare, acestea se pot asocia cu pansamentul pe bază de argint, Atrauman Ag. Deasupra acestuia se va aplica unul din pansamentele de curățare, TenderWet sau Sorbalgon, pentru preluarea secrețiilor încărcate cu microbi.



Atrauman Ag

Atrauman Ag este un pansament tip plasă, impregnat cu grăsimi neutre (trigliceride) și stratificat cu ioni de argint, fiind utilizat atât în plăgile infectate cât și în cele cu risc de infecție, în scop profilactic.



În contact cu secrețiile din rană, descarcă ioni de argint care creează legături chimice cu microorganismele, distrugându-le. Secrețiile, împreună cu germenii inactivați, sunt absorbite în pansamentul secundar.







Pentru o curățare optimă a răni se recomandă ca pansamente secundare **TenderWet 24** sau **Sorbalgon**.

O alternativă economică dar mai puțin eficientă este folosirea unei comprese obișnuite (de ex. Medicomp sau Zetuvit) ca și pansament secundar.

Efectul Atrauman Ag durează de la 3 la maxim 7 zile, perioadă în care ionii de argint sunt eliberați continuu, ori de câte ori pansamentul intră în contact cu secrețiile din rană. **Cu toate acestea, se recomandă îndepărtarea lui la fiecare schimb al pansamentului secundar.** Datorită impregnării cu trigliceride, Atrauman Ag protejează marginile răni și împiedică lipirea pansamentului secundar de aceasta.

DE REȚINUT!

- Atrauman Ag se poate tăia sau cresta în așa fel încât să permită trecerea secrețiilor mai vâscoase în pansamentul secundar.
- Este indicat pentru răni infectate precum și în scopul prevenirii infecției.
- Poate fi lăsat mai multe zile pe rană, schimbul făcându-se odată cu pansamentul secundar.

Pansament curățare	Indicații
	TenderWet 24 active Pentru curățarea activă a rănilor cronice, îndepărtarea necrozei, reducerea germe- nilor și prevenirea recontaminării. Se schimbă la 24 de ore.
	TendertWet plus Pansament cu antiseptic, gata activat cu soluție Ringer. Indicată pentru răni cronice în faza de curățare și pentru revitalizare în cazul rănilor care stagnează. Se schimbă la 72 de ore (3 zile).
	TenderWet active cavity Recomandat pentru curățarea rănilor adânci, cavitare, cu secreții reduse, necroze. Se schimbă la 12 ore.
	Sorbalgon Indicată pentru curățarea rănilor adânci, cavitare, cu secreții moderate/ abundente. Se schimbă după transformarea completă în gel (1-4 zile).
	Sorbalgon T Varianta sub formă de meșă, destinată rănilor adânci cu orificiul de intrare redus. Se schimbă după transformarea completă în gel (1-4 zile).
	Atrauman Ag Recomandat ca prim strat pe rănilor infectate sau cu risc mare de infecție. Se schimbă odată cu pansamentul secundar cu care este acoperit.

3.3 Ce pansamente folosim în faza de granulație/ epitelizare?

Atunci când rana depășește faza de curățare, intră într-un alt stadiu de evoluție, denumit medical, faza de granulație sau de regenerare a țesuturilor. În această etapă rana este considerată „curată”, resturile celulare, fibrina și exsudatul în exces au fost îndepărtate și infecția a dispărut. **Țesutul rămas este sănătos, de culoare roșu aprins** (țesut de granulație). De cele mai multe ori, pansamentele indicate pentru această fază pot fi folosite până la finalizarea tratamentului și închiderea completă a rănii (epitelizare).

În această etapă sunt recomandate pansamente umede care să preia eventualul exsudat rămas și în același timp să stimuleze creșterea țesutului nou și formarea noului epitelii (piele). Pansamentele dedicate fazei de granulație / epitelizare sunt: **PermaFoam, HydroTac, Hydrocoll și Hydrosorb**. Alegerea acestor pansamente se face în funcție de profunzimea rănii, de cantitatea de secreții și de starea pielii înconjurătoare.



PermaFoam / PermaFoam cavity / PermaFoam comfort / PermaFoam sacral

PermaFoam este un pansament din spumă poliuretanică utilizat în **tratarea rănilor cu secreții moderate și abundente**. Structura feței de contact cu rana, asemănătoare unui burete, permite absorbția secrețiilor în exces, păstrând în același timp un mediu umed optim.

În funcție de volumul secrețiilor, PermaFoam poate rămâne pe rană până la 4 zile, schimbându-se în momentul în care marginea pansamentului se îmbibă cu secreții. Pentru o absorbție optimă se recomandă ca pansamentul să depășească marginile rănii cu 1-2 cm sau chiar 3-4 cm la plăgile de mari dimensiuni.



PermaFoam comfort este varianta cu margini autoadezive. Deși adezivul este hipoalergen, se recomandă ca starea pielii înconjurătoare să fie inspectată înainte de aplicarea pansamentului adeziv, acesta nefiind recomandat pentru pielea iritată, fragilă sau cu mici leziuni.



Creat special pentru rănilor profunde puternic exsudative, **PermaFoam cavity** are ambele fețe absorbante și orificii sub formă de romb ce permit plierea lui și introducerea în cavitate.



PermaFoam sacral este destinat pansării escarelor din zona sacrală. Fixarea PermaFoam și PermaFoam cavity se poate face cu o compresă sterilă peste care se va aplica o față de fixare sau un plastru lipit cât mai departe de marginile rănii, pe pielea sănătoasă.

DE REȚINUT!

- PermaFoam (în toate variantele sale) este indicat pentru răni curate, neinfectate, cu secreții moderate sau abundente.
- Nu se utilizează în combinație cu oxicoloruri sau apă oxigenată, acestea ducând la degradarea pansamentului.
- PermaFoam și PermaFoam cavity se pot tăia pentru a se adapta dimensiunilor și poziției răni; marginile autoadezive ale PermaFoam comfort nu permit însă acest lucru.
- În funcție de cantitatea de secreții, pansamentele pot fi lăsate pe rană mai multe zile, până în momentul trecerii secreției în pansamentul secundar (compresa de deasupra).

HydroTac / HydroTac comfort



HydroTac este o combinație între spuma poliuretanică și hidrogel, acesta din urmă fiind dispus pe fața de contact cu rana, sub formă de plasă cu ochiuri largi. Rețeaua de hidrogel asigură mediul umed optim și împiedică lipirea de rană, HydroTac fiind destinat rănilor cu secreție redusă / moderată. Stratul exterior al pansamentului este impermeabil pentru apă și bacterii și permeabil pentru aer, similar cu cel al PermaFoam.

Pansamentul se poate fixa cu un plastru de fixare.



Varianta cu margini autoadezive, **HydroTac comfort**, nu are nevoie de fixare suplimentară, utilizarea lui fiind condiționată însă de sensibilitatea pielii din jurul răni.

Alegerea dimensiunii pansamentului se va face astfel încât corpul absorbant să depășească marginile răni cu 1-2 cm. Apariția secrețiilor la marginea pansamentului indică momentul schimbării, pansamentul putând rămâne pe rană timp de aproximativ 4 zile.

DE REȚINUT!

- HydroTac și HydroTac comfort se folosesc pe răni granulate, curate, neinfectate, cu secreții reduse / moderate.
 - Nu se utilizează în combinație cu oxicoloruri sau apă oxigenată, acestea ducând la degradarea sau distrugerea pansamentului.
 - HydroTac se poate tăia și modela pentru a se adapta dimensiunilor și poziției răni.
 - În funcție de cantitatea de secreții, pansamentele pot fi lăsate pe rană mai multe zile, până în momentul apariției secreției la marginea acestora.
-



Hydrocoll / Hydrocoll sacral

Hydrocoll este un pansament autoadeziv pe bază de hidrocoloid, dedicat rănilor superficiale, cu secreții moderate. Fața externă a pansamentului este din poliuretan, impermeabil pentru apă și bacterii și permeabil pentru aer.

În contact cu secrețiile din rană, hidrocoloidul formează o peliculă de gel care păstrează mediul umed echilibrat și stimulează regenerarea țesutului. Schimbul pansamentului se face atunci când, pe suprafața sa, se observă formarea unei vezicule, vizibil decolorate.

În condițiile unei răni necomplicate, Hydrocoll poate fi păstrat pe rană aproximativ 3-4 zile.



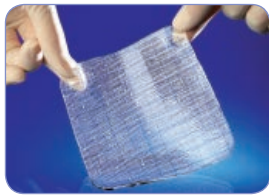
În momentul schimbării pansamentului, pe suprafața răni se poate observa un strat de gel de culoare galben-portocaliu, cu miros urât, ce nu trebuie confundat cu puroiul. Îndepărtarea lui se va face prin spălare cu soluție Ringer.

Pansamentul este disponibil și în formă specială pentru pansarea escarelor din zona sacrală — Hydrocoll sacral.

DE REȚINUT!

- Hydrocoll se folosește pe răni granulate, curate, neinfectate, cu secreții moderate.
- Hydrocoll nu se poate tăia din cauza prezenței marginilor autoadezive. Distrugerea acestora nu ar mai permite formarea gelului care păstrează mediul umed și favorizează vindecarea.
- În funcție de cantitatea de secreții, pansamentul poate fi lăsat pe rană mai multe zile, până în momentul apariției veziculei decolorate pe suprafața acestuia.
- În momentul schimbării pansamentului, rana poate fi acoperită cu un gel urât mirositor, ce trebuie îndepărtat prin spălare cu soluție Ringer.

Hydrosorb / Hydrosorb comfort / Hydrosorb gel



Hydrosorb este un pansament transparent, pe bază de hidrogel, destinat rănilor superficiale cu secreții reduse sau absente.

Fața de contact cu rana este protejată de 2 folii albastre iar fața externă de o folie transparentă cu margini adezive.

Atunci când pacientul se află sub supraveghere medicală, pe folia exterioară se notează datele pacientului, se desenează conturul răni și apoi se detașează folia pentru a fi lipită în foaia de observație. Astfel se poate urmări evoluția procesului de vindecare de la un schimb de pansamente la altul.

Fața externă a pansamentului este marcată sub formă de grilă, de culoare albastră, ce permite estimarea dimensiunii răni (latura pătratului are 2 cm).

Hydrosorb comfort prezintă suplimentar margini autoadezive, păstrând celelalte caracteristici de la Hydrosorb.

Hydrosorb gel este destinat rănilor adânci, cu secreții reduse sau absente, fiind ambalat într-o seringă gradată cu vârful efilat, ce permite pătrunderea în orificii înguste. Hydrosorb gel se schimbă la aproximativ 3 zile și se poate îndepărta din rană cu ajutorul unei pense sterile, gelul având consistență vâscoasă.



Datorită conținutului important de apă, Hydrosorb (în toate variantele sale) asigură mediul umed echilibrat, favorabil vindecării rănilor. Dimensiunea pansamentului se alege astfel încât acesta să depășească marginile rănilor cu 1-2 cm iar schimbul de pansament se va efectua atunci când acesta își pierde transparența sau formează o veziculă, putând fi păstrat pe rană până la 7 zile (excepție făcând Hydrosorb gel care se îndepărtează la 3 zile). Hydrosorb gel se poate acoperi fie cu Hydrosorb comfort fie cu o compresă sterilă și plasturi de fixare (ex: Hydrofilm).

DE REȚINUT!

- Hydrosorb, Hydrosorb comfort și Hydrosorb gel se folosesc pe răni granulate, curate, neinfectate, cu secreții reduse sau absente.
- Hydrosorb se poate tăia și modela pentru a se adapta dimensiunilor și poziției rănilor.
- În funcție de cantitatea de secreții, Hydrosorb poate fi lăsat pe rană până la 7 zile sau până în momentul pierderii transparenței sau apariției unei vezicule pe suprafața sa.

Hydrotul



Hydrotul este un pansament hidroactiv impregnat cu unguent neutru pe bază de trigliceride, cu structură de fagure. Înmagazinate în masa de unguent, particulele de hidrocoloid absorb exsudatul din rană transformându-se în gel, asigurând astfel un mediu umed ce favorizează procesul de vindecare.

Pansamentul este recomandat pentru tratarea rănilor superficiale, acute sau cronice, la pacienții cu piele sensibilă.

Hydrotul se poate fixa cu compresă sterilă (ex. Medicomp) și plasturi de fixare. În cazul în care medicul nu recomandă un schimb mai frecvent al pansamentului, Hydrotul poate fi menținut pe rană până la 3-4 zile.

DE REȚINUT!


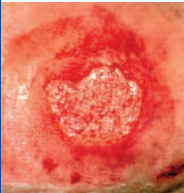

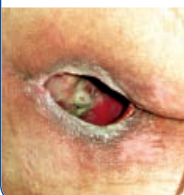
- Hydrotul se folosește pentru răni superficiale, la pacienții cu piele sensibilă
 - Pansamentul se poate lăsa pe rană 3-4 zile.
-

Pansament granulație / epitelizare	Indicații
	<p>PermaFoam Pansament din spumă poliuretanică utilizat în tratarea rănilor cu secreții moderate și abundente. Se schimbă la 4 zile.</p>
	<p>PermaFoam comfort Variantă cu margine autoadezivă. Adezivul este hipoalergen. Se schimbă la 4 zile.</p>
	<p>PermaFoam sacral Variantă destinată pansării escarelor în zona sacrală. Se schimbă la 4 zile.</p>
	<p>PermaFoam cavity Variantă specială pentru rănilor profunde, cu secreții abundente. Ambele fețe ale pansamentului sunt absorbante. Se schimbă la 4 zile.</p>
	<p>HydroTac Pansament ce combină spuma poliuretanică și hidrogelul, destinat rănilor cu secreție ușoară / moderată. Se schimbă la 3-4 zile.</p>
	<p>HydroTac comfort Variantă cu margini autoadezive. Se schimbă la 3-4 zile.</p>
	<p>Hydrocoll Pansament autoadeziv pe bază de hidrocoloid, dedicat rănilor superficiale, cu secreții moderate. Se schimbă la 3-4 zile.</p>
	<p>Hydrocoll sacral Variantă destinată pansării escarelor în zona sacrală. Se schimbă la 3-4 zile.</p>
	<p>Hydrosorb Pansament transparent pe bază de hidrogel, destinat rănilor superficiale cu secreții reduse sau absente. Se schimbă la cel mult 7 zile.</p>
	<p>Hydrosorb comfort Variantă cu margini autoadezive. Se schimbă la cel mult 7 zile.</p>
	<p>Hydrosorb gel Destinat rănilor adânci, cu secreții reduse sau absente. Se îndepărtează la 3 zile.</p>
	<p>Hydrotul Pansament hidroactiv impregnat cu unguent neutru recomandat pentru răni superficiale. Se schimbă la 3 - 4 zile.</p>

IMPORTANT!

Înainte de a trata o rană cronică este necesară evaluarea medicală și stabilirea cauzei rănii. Tratamentul local cu pansamente hidroactive nu înlocuiește tratamentul general al bolii care a determinat apariția rănii.

3.4. Selecția pansamentelor în funcție de stadiile escarei

Stadiu escară	Aspect	Faza de evoluție a rănii		Măsuri terapeutice
		Curățare	Granulație / Epitelizare	
Escară Grad I 	Pielea este intactă, de culoare roșie.	Nu sunt necesare pansamente.	Nu sunt necesare pansamente	Mobilizarea / re poziționarea pacientului; Crema de protecție Menalind pe întreaga suprafață afectată (înroșită).
Escară Grad II 	Rană deschisă superficială (puțin adâncă), de culoare roz-roșiatică.	Nu este necesară curățarea rănii cu pansamente.	HydroTac Hydrosorb	Mobilizarea / re poziționarea pacientului; Crema Menalind pe zona din jurul rănii.
Escară Grad III 	Rană mai adâncă, până la țesutul adipos subcutanat. Poate apărea necroza.	Sorbalgon TenderWet Atrauman Ag	PermaFoam HydroTac Hydrocoll Hydrosorb	Mobilizarea / re poziționarea pacientului; Crema Menalind pe zona din jurul rănii.
Escară Grad IV 	Leziunea se extinde până la nivelul mușchilor sau chiar până la os. Rana este infectată și poate prezenta țesut necrozat din abundență.	Sorbalgon TenderWet Atrauman Ag	PermaFoam HydroTac Hydrocoll Hydrosorb	Mobilizarea / re poziționarea pacientului; Crema Menalind pe zona din jurul rănii; Consult chirurgical.

3.5 Reguli de îngrijire în tratamentul escarelor

Așa cum reiese din capitolele precedente, tratamentul escarelor cu pansamente moderne parcurge mai multe etape, fiecare dintre acestea impunând respectarea unor reguli clare fără de care succesul tratamentului poate fi compromis sau întârziat.

Curățarea rănii



- Pansamentele se schimbă cu mănuși de unică folosință, câte o pereche pentru fiecare manevră (îndepărtarea pansamentului vechi, spălarea rănii, aplicarea pansamentului nou);
- Spălarea rănii se face cu compresă sterilă și săpun neutru. Dacă rana este infectată, curățarea se poate face cu soluție iodată (ex. Betadină); Pentru spălarea regiunii din jurul rănii se folosește o altă compresă decât cea cu care s-a spălat rana pentru a se evita răspândirea germenilor;
- Nu sunt indicate apa oxigenată, acidul boric sau cloramina pentru spălare, aceste soluții având efect de ardere a țesuturilor atunci când sunt folosite timp îndelungat;
- La fiecare schimbare de pansament, îndepărtarea țesuturilor moarte, depozitelor de fibrină (depunerile gălbui, aderente) și a eventualelor necroze (coji de culoare neagră) se face prin frecarea suprafeței rănii cu o compresă sterilă;

Selecția pansamentului

- Se alege pansamentul potrivit în funcție de aspectul și caracteristicile rănii. Utilizarea unui pansament neadecvat poate să nu amelioreze starea rănii sau chiar să o înrăutățească.

Fixarea pansamentului



- Nu se folosesc pansamente autoadezive pe pielea sensibilă din imediata vecinătate a rănii (aprox. 2 cm în jurul plăgii sau în zonele care prezintă modificări ale pielii ca de ex. roșeață, vezicule etc.)
- Pansamentele care nu au margine autoadezivă se acoperă cu comprese sterile și se fixează cu plasturi hipoalergenici pe suport de hârtie (de ex. **Omnipor**) sau de material nețesut (de ex. **Omnifix**) lipiți cât mai la distanță de rană, pe pielea sănătoasă.
- În cazul pansării unei escare în zona sacrală sau fesieră, se recomandă fixarea cu compresă și platură din folie impermeabilă (de ex. Hydrofilm) chiar și a pansamentelor autoadezive, pentru a oferi o protecție suplimentară împotriva scurgerilor de urină și materii fecale.

Îngrijirea pielii din jurul rănii



- Pielea sănătoasă din jurul escarei trebuie îngrijită corespunzător pentru a preveni apariția altor leziuni (de ex. se poate folosi în acest scop [crema de protecție Menalind](#), evitându-se însă aplicarea ei direct pe rană).

Tratarea rănilor infectate



- Dacă rana prezintă semne de infecție (secreții purulente, miros urât, piele înconjurătoare umflată, roșie, dureroasă și mai caldă) trebuie consultat de urgență un medic pentru a se stabili un tratament cu antibiotice orale, pe lângă tratamentul local cu pansamente hidroactive; Antibioticele orale se administrează doar în urma unei culturi din rană și a unei antibiogramme (test în baza căruia se identifică antibioticele la care sunt sensibili germenii din rană).

Utilizarea preparatelor locale

- Nu se aplică creme sau pudre cu antibiotic pe rană. Acestea pot da reacții alergice (în cazuri extreme șoc anafilactic) și pot determina rezistența germenilor la antibioticele orale; Evitați aplicarea de creme, unguente, soluții - medicamentoase sau pe bază de plante direct pe rană deoarece acestea pot deveni un mediu de cultură pentru bacterii.

Mobilizarea pacientului

- Până la vindecarea completă a escarei, este de evitat poziționarea pacientului pe zona unde este localizată rana;
- În momentul vindecării, reaplicarea presiunii pe zona vindecată se va face progresiv, pe perioade de maxim 15 minute. Pe măsură ce pielea capătă rezistență și nu se mai înroșește, se poate prelungi timpul de aplicare a presiunii pe zona afectată cu câte 30 de minute în fiecare zi.

Îngrijirea pacienților imobilizați presupune o colaborare permanentă între aceștia, familie și personalul medical, cu rolul de a aplica măsurile de prevenire și de a iniția cât mai devreme tratamentul corespunzător. Cu cât factorii de risc sunt ținuți mai bine sub control și primele indicii de apariție a escarei sunt recunoscute mai rapid, cu atât timpul și costurile de vindecare vor fi mai reduse.

4. Fixarea pansamentelor

De ce este necesară fixarea pansamentelor?

Fixarea pansamentelor asigură:

- susținerea pansamentului primar în poziție corectă, astfel încât acesta să rămână în contact direct cu rana;
- protejarea răni împotriva contaminării cu germeni, bacterii, etc.
- asigurarea unui mediu propice vindecării
- protecția răni împotriva factorilor externi (de ex. lovituri, înțepături).

După aplicarea pansamentului primar, în cazul în care acesta nu are margini autoadezive, fixarea pe rană se face cu:





- **Compresă** aplicată direct peste pansament.



- **Plasturi** care fixează compresa.

Compresele se folosesc ca pansament secundar în cazul rănilor cu secreții moderate și abundente, cu scopul de a absorbi secrețiile în exces.




Comprese	
	Mediacomp Compresă din material nețesut, cu capacitate ridicată de absorbție Indicații: <ul style="list-style-type: none">• pansament secundar în tratamentul hidroactiv al rănilor;• tamponament în sângerările din intervențiile chirurgicale.
	Zetuvit Compresă cu corp absorbant din celuloză și înveliș de material nețesut, cu capacitate de absorbție foarte bună. Indicații: <ul style="list-style-type: none">• pansament secundar în cazul rănilor moderat și puternic exsudative.

Pentru fixarea pansamentelor aplicate în zona sacrală se recomandă folosirea unor plasturi cu proprietăți speciale: Hydrofilm sau Omnifix elastic.



Hydrofilm este un platură steril, sub forma unei folii transparente, autoadezive. Platurile este impermeabil pentru fluide / permeabil pentru aer, după aplicare „sigilând” rana împotriva impurităților din exterior. În cazul pacienților cu escare, afectați în același timp de incontinență urinară și / sau fecală, Hydrofilm previne pătrunderea substanțelor agresive în rană și „contaminarea” acesteia.

Datorită transparenței lui, Hydrofilm permite vizualizarea pansamentului primar și identificarea momentului optim pentru schimbarea acestuia (de ex. în cazul pansamentului Sorbalgon se poate observa atunci când acesta se transformă în gel).

Omnifix elastic este indicat pentru fixare în zonele curbe ale corpului (coate, genunchi, călcâi, fese etc.), pansamentul primar fiind acoperit de plasture pe toată suprafața lui. Astfel, fixarea este extrem de sigură, fără a limita însă mobilitatea, datorită elasticității materialului nețesut.

Plasturi de fixare	
	<p>Hydrofilm Plasture steril, transparent, autoadeziv, delicat față de piele. Previne iritațiile tegumentului din apropierea răni. Permite efectuarea toaletei zilnice (duș), fiind impermeabil pentru apă. Nu permite pătrunderea urinei și a fecalelor în regiunea răni.</p> <p>Indicații:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Plasture pentru acoperirea compreselor (ideal pentru fixarea pansamentului Sorbalgon).
	<p>Omnifix elastic Plasture pentru fixare pe suport de material nețesut. Elasticitatea materialului asigură mularea perfectă pe suprafețele curbe ale corpului, oferind un confort sporit la purtare.</p> <p>Indicații:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ideal pentru zonele curbe sau concave ale corpului (ex: zona sacrală, cot, călcâi).
	<p>Omnipor Plasture hipoalergen pe suport de hârtie. Îndepărtare atraumatică fără a lăsa urme de adeziv.</p> <p>Indicații:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recomandat pentru fixarea pansamentelor cu remanentă îndelungată, la pacienții cu piele hipersensibilă.

Pentru fixarea pansamentelor pe escarele de mici dimensiuni, se pot folosi și plasturii de fixare Omniplast și Omnisilk.

	<p>Omniplast Plasture pentru fixare pe suport textil. Impregnat hidrofob, rezistent la uzură.</p> <p>Indicații:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recomandat pacienților cu piele normală.
	<p>Omnisilk Plasture pentru fixare pe suport de mătase. Rezistent la uzură și la temperaturi ridicate.</p> <p>Indicații:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recomandat pentru aplicări repetate la pacienții cu piele sensibilă.

5. Asigurarea igienei în cazul pacienților imobilizați și / sau incontinenți

5.1. Structura pielii



Alcătuită din celule și țesuturi specifice, pielea este cel mai mare organ al corpului uman, cu rol deosebit de important în menținerea unui organism sănătos. Cele trei straturi din componența sa, epiderma, derma și hipodermul, protejează organismul față de mediul extern, mențin constantă temperatura corpului, etc.

Epiderma, stratul exterior și subțire, protejează organismul împotriva factorilor de mediu (ex: raze solare) și infecțiilor și previne pierderile de apă din straturile profunde ale pielii. În cazul unei persoane tinere, epiderma se regenerează lunar, prin formarea de noi celule epiteliale.

Derma conferă elasticitate și rezistență pielii, asigură protecția mecanică a organismului (împotriva traumelor), furnizează oxigen și nutrienți epidermei și reglează temperatura corpului.

Hipodermul este stratul profund al pielii, fiind format din țesut conjunctiv și țesut adipos.

5.2. Care sunt provocările pentru piele?

În prevenirea și tratarea escarelor, este foarte importantă evaluarea completă a pacientului în ceea ce privește starea de sănătate a pielii și identificarea factorilor care îi pot afecta rezistența.

În cazul persoanelor imobilizate sau cu mobilitate redusă, expuse la dezvoltarea de escare, sănătatea pielii poate fi afectată de:

- **Fricțiune**, care se manifestă prin frecarea pielii de îmbrăcăminte sau de alte suprafețe, cel mai frecvent atunci când se încearcă schimbarea poziției pacientului; în acest sens, se recomandă:
 - evitarea mișcărilor sau activităților care pot provoca vătămarea pielii (frecare, presare, zgâriere etc.);
 - evitarea articolelor de îmbrăcăminte sau încălțăminte prea strâmte, cu cusături groase, nasturi sau fermoare, localizate în zonele de presiune;
- **Mediul umed indus de transpirație**, adesea cauzată de febră, articole de îmbrăcăminte sau așternuturi necorespunzătoare, etc. Transpirația excesivă poate fi prevenită prin purtarea de îmbrăcăminte din fibre naturale;
- **Igiena precară**: pielea poate fi expusă la o varietate de substanțe — urină, fecale,

transpirație, secreții din rană — care îi pot afecta rezistența și o pot sensibiliza. Din acest motiv, toaleta pacientului imobilizat sau cu mobilitate redusă trebuie făcută de mai multe ori pe zi, în funcție de necesitățile individuale, umiditatea excesivă și prezența urinei/ fecalelor fiind factori favorizanți pentru apariția escarelor.

- **Incontinența urinară / fecală:** prin conținutul bogat în amoniac și enzime digestive, urina și materiile fecale atacă structura pielii și provoacă iritații, fisuri tegumentare sau infecții.

5.3. Sfaturi de urmat în efectuarea igienei la pacienții imobilizați / cu escare / incontinenți



Expunerea pielii la umiditate și la substanțele agresive din urină și materiile fecale conduce la inflamații și macerarea epidermei — stratul pielii care asigură bariera de protecție a organismului față de mediul extern. În plus, mantaua lipo-proteică acidă a pielii este compromisă (stratul epidermei care asigură protecție împotriva microorganismelor și substanțelor chimice), iar bacteriile pot penetra pielea cauzând dermatite, eczeme, eritem (înroșirea pielii) etc.

Din acest motiv se impune menținerea unei igiene riguroase prin spălarea și curățarea cu regularitate a pielii din zona genitală, utilizarea de produse absorbante de calitate și protejarea pielii prin aplicarea de creme speciale.

Deși necesară, spălarea frecventă poate avea un impact negativ asupra sănătății pielii: simpla spălare cu apă (fără a folosi alte produse) duce pe termen scurt la reducerea lipidelor naturale ale epidermei și scăderea rezistenței acesteia. Acest efect este întreținut prin utilizarea de produse cosmetice uzuale, în special în cazul în care pielea nu este clătită suficient.

Pentru a preveni sensibilizarea pielii ca urmare a spălării frecvente, se recomandă folosirea de produse medicale dedicate, care protejează și refac bariera hidro-lipidică a pielii (ex: produsele din gama Menalind).

Sfaturi generale pentru igiena pielii la pacienții imobilizați și/ sau cu incontinență:

- toaleta se efectuează cu apă caldă, nu fierbinte;
- utilizați doar produse de spălare dedicate pielii sensibile, cu pH neutru, care minimizează riscul de iritații (evitați produsele cosmetice clasice);
- stergeți cu delicatețe pielea, prin tamponare, folosind un prosop cu o textură moale; evitați orice manevră de frecare insistentă a pielii;
- în cazul persoanelor obeze, uscați bine pielea dintre pliurile formate de grăsimea în exces (faldurile pielii);
- pielea trebuie spălată și uscată după fiecare episod de incontinență; nu schimbați niciodată scutecul fără a curăța în prealabil zona genitală.

În cazul în care pierderile de urină /fecale nu pot fi controlate, pentru a reduce efectele incontinenței asupra pielii, se recomandă utilizarea scutecelor, care au abilitatea de a absorbi rapid urina, lăsând uscată suprafața de contact cu pielea.

Schimbul fiecărui scutec trebuie însoțit de o toaletă riguroasă a zonei genitale cu apă și săpun sau cu spumă specială de curățare cu pH neutru (de ex. **Menalind spumă**). În special în cazul pacienților imobilizați la pat, spuma de curățare este o alternativă eficientă și comodă, nefiind nevoie de apă. De asemenea se recomandă ca după efectuarea toaletei, pielea din zona genitală să fie protejată prin aplicarea unei creme speciale (de ex. **Menalind cremă**) pentru a reduce riscul iritațiilor, micozelor și escarelor.

5.4. Ce criterii trebuie să îndeplinească un produs de îngrijire?



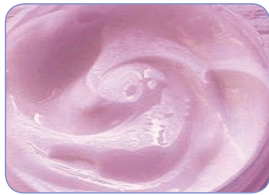
Pentru a asigura o îngrijire optimă a pielii, produsele de îngrijire alese trebuie să îndeplinească câteva criterii de bază: să aibă un pH neutru, astfel încât să nu afecteze pH-ul pielii, să conțină nutrienți și substanțe menite să hidrateze pielea și să fie testate dermatologic, pentru a putea fi folosite în condiții de siguranță.

• pH neutru

Protecția organismului față de microorganisme și substanțe chimice este asigurată de unul dintre straturile epidermei (mantaua lipo-proteică acidă a pielii), cu un pH ușor acid a cărui valoare se încadrează între 4.5 – 5.5. Această aciditate este esențială în procesul de regenerare a pielii și în formarea unei "bariere protectoare" împotriva microbilor din exterior.

În general, cosmeticele clasice au o valoare a pH-ului de 9-10; în contact cu pielea, aceste produse transformă mediul acid într-unul alcalin și scad dramatic abilitatea pielii de a se proteja împotriva bacteriilor și fungilor. Acest efect este accentuat atunci când produsele folosite nu sunt îndepărtate în totalitate prin clătirea riguroasă a pielii.

• Hrănirea și hidratarea pielii



Deoarece în urma spălării pielea se deshidratează și se creează un deficit de lipide, se impune utilizarea unor produse care, prin conținutul lor, ajută la restabilirea echilibrului hidric și nutritiv, furnizând pielii substanțele de care aceasta are nevoie (nutrienți, aminoacizi, acizi grași esențiali, etc).

Produsele bogate în pantenol cresc abilitatea pielii de a reține umiditatea, prevenind deshidratarea. În plus, pantenolul are efect antiinflamator, susține procesul de reînnoire celulară și reduce senzația de mâncărime.

Uleiul de migdale este bogat în acizi grași esențiali: omega-6, vitamina E, acid oleic, care hrănesc pielea și îi redau suplețea și elasticitatea. Creatina susține procesul de regenerare, furnizând pielii energia necesară reînnoirii celulare.

- **Testarea dermatologică**

Testarea dermatologică este o garanție a siguranței produsului. Folosirea de produse netestate, în special la nivelul unui tegument sensibilizat, poate avea consecințe grave asupra pielii, de la roșeață și iritații, la reacții alergice sau alte complicații.

Alături de produsele de cosmetică medicală, un rol foarte important în îngrijirea pielii și menținerea unei igiene corespunzătoare la pacienții imobilizați și / sau incontinenți, îl au produsele absorbante: scutece, aleze, tampoane etc. Aceste produse trebuie să asigure o protecție eficientă, un confort sporit pentru pacient și o aplicare cât mai ușoară. Astfel, produsul ales trebuie să îndeplinească următoarele cerințe de bază:

- Să asigure protecție prin **viteză și capacitate mare de absorbție**, astfel încât în urma unui episod de incontinență pielea să nu stea în contact cu urina. Produsul ales trebuie să mențină pielea uscată, chiar și sub presiunea generată de greutatea corpului.
- Să reducă riscul iritațiilor prin compoziția materialului folosit (de ex. să aibă **părți laterale care să permită pielii să respire** în zona șoldurilor);
- Să ușureze procesul de îngrijire (de ex. **benzile de fixare** să poată fi **resigilabile și repozitionabile**; să prezinte **indicator de umiditate** care să semnalizeze momentul optim pentru schimbarea scutecului).

5.5. Produse dedicate îngrijirii persoanelor imobilizate / cu escare / incontinente

- **Loțiunea pentru spălare Menalind**

Pentru spălarea delicată a pielii iritate ca urmare a imobilizării prelungite sau incontinenței se recomandă loțiunea pentru spălare Menalind. Cu un conținut bogat în ulei de migdale și pantenol, **loțiunea Menalind** ajută la refacerea celulară, hidratează și hrănește în profunzime pielea. Loțiunea se folosește pentru duș sau baie.

Beneficii:



- Curăță pielea eficient și delicat
- Ajută la refacerea celulară și hidratarea pielii prin complexul de nutrienți
- PH-ul neutru susține funcțiile de apărare ale pielii împotriva factorilor externi (bacterii, fungi)
- Neutralizează mirosurile neplăcute
- Este ușor de utilizat, fiind prevăzută cu pompă de dozare
- Produs testat dermatologic.

• Spuma de curățare Menalind

În cazul pacienților imobilizați, care nu pot fi deplasați la duș, o toaletă rapidă și delicată se poate efectua cu spumă de curățare Menalind.



Spuma se aplică direct pe piele, lăsând-o să acționeze timp de 30 de secunde, apoi se curăță zona, folosind un prosop cu textura moale.

Spuma Menalind este neutră din punct de vedere al PH-ului iar prin conținutul bogat în creatină, ajută la refacerea mecanismelor defensive ale pielii.

Beneficii:



- Curăță pielea eficient și delicat
- Îngrijește pielea datorită substanțelor emoliente și hidratante
- Neutralizează mirosurile neplăcute
- Nu necesită apă
- Neutră din punct de vedere al pH-ului
- Nu conține alcool sau substanțe iritante
- Produs testat dermatologic.

• Șervețele umede pentru incontinență Menalind

Pentru igienizarea zonei genitale se pot utiliza și șervețelele umede Menalind. Șervețelul se plasează în palmă, apoi se șterge zona genitală, din față către spate. Nu este necesară clătirea cu apă. Datorită dimensiunii generoase, șervețelul acoperă întreaga palmă, pentru o curățare igienică.

Beneficii:



- Curăță delicat pielea fără a necesita clătirea cu apă
- Calmează pielea iritată datorită extractului de mușețel din compoziție
- Formula fără alcool previne uscarea pielii și nu provoacă senzație de mâncărime
- Neutralizează mirosul neplăcut
- Testate dermatologic pentru o utilizare sigură.

• Crema Menalind pentru protecție



Pielea neprotejată și expusă la incontinență, poate fi grav afectată de substanțele agresive din urină și materiile fecale, acestea provocând iritații (dermatite), eczeme, înroșirea tegumentului (eritem) etc. Crema Menalind protejează pielea prin formarea unui film protector pe suprafața acesteia, având un puternic efect nutritiv și hidratant, susținând astfel mecanismele naturale de regenerare ale pielii.

Se recomandă aplicarea cremei Menalind la fiecare schimbare de scutec, după igienizarea zonei genitale. Crema Menalind se va aplica numai pe pielea curată. Prin conținutul bogat de acizi grași esențiali, aminoacizi, creatină și ulei de migdale, crema regenerează și calmează pielea iritată din zona genitală și fesieră.

ATENȚIE!

Crema Menalind poate fi aplicată pe escarele de gradul I, acolo unde pielea este intactă. În cazul escarelor în stadii superioare (II-IV), crema se va aplica în jurul escarei, pe pielea sănătoasă. Pentru o protecție sporită se recomandă aplicarea cremei pe toată zona genitală și fesieră.

Beneficii:



- Îngrijește și protejează eficient pielea degradată și sensibilă împotriva substanțelor agresive din urină și materii fecale
- Regenerează și calmează pielea iritată, având efect anti-inflamator
- Neutră din punct de vedere al pH-ului
- Mirosoasă plăcut
- Transparența permite inspecția stării tegumentului în orice moment
- Nu limitează proprietățile absorbante ale produselor de igienă (scutece pentru adulți)
- Produs testat dermatologic.

• Scutece pentru incontinență MoliCare Premium

- Având o capacitate excelentă de absorbție, scutecele pentru incontinență MoliCare Premium combină protecția eficientă cu delicatețea față de piele și ușurință în aplicare. Scutecele sunt disponibile în varianta de zi (MoliCare Extra Plus – pachet albastru) și în varianta de noapte (MoliCare Super Plus – pachet mov).

Beneficii:



- Capacitate excelentă de absorbție datorită corpului absorbant tristratificat și benzilor inghinale impregnate hidrofob
- Previn iritațiile pielii datorită părților laterale din material special, care lasă pielea să respire
- Neutralizează mirosurile neplăcute
- Prevăzute cu indicator de umiditate, ce arată momentul optim pentru schimbarea scutecului
- Aplicare ușoară și flexibilitate în mișcare datorită sistemului de închidere cu benzi elastice, resigilabile și re-poziționabile
- Produs testat dermatologic.

Indicații:

- Incontinență severă de urină și fecale
- Pacienți imobilizați la pat
- Pacienți cu dizabilități psihice sau motorii (ex. pacienți cu Alzheimer).

• **Pătutele absorbante MoliNea**





Cunoscute sub denumirea de aleze, pătutele pentru protecția așternuturilor sunt alcătuite din corp absorbant și folie externă impermeabilă, care împiedică trecerea urinei. Alezele sunt indicate pentru protecția patului și a așternuturilor complementară cu un scutec pentru incontinență.

Beneficii:



- Protecție optimă datorită stratului absorbant din fulgi de celuloză și foliei externe impermeabile
- Suprafața de contact din material neșesut moale, delicat față de piele.

Produs	Indicații
	<p>Loțiunea pentru spălare Menalind</p> <ul style="list-style-type: none"> • curăță pielea eficient și delicat (necesită apă) • ajută la refacerea celulară și hidratarea pielii • neutralizează mirosurile neplăcute.
	<p>Spuma de curățare Menalind</p> <ul style="list-style-type: none"> • curăță delicat pielea fără să necesite apă • hidratează și îngrijește, neutralizând mirosurile neplăcute • recomandată în special pentru persoanele imobilizate, ce nu pot fi deplasate pentru efectuarea toaletei zilnice.
	<p>Șervețele umede pentru incontinență Menalind</p> <ul style="list-style-type: none"> • curăță delicat pielea și neutralizează mirosurile neplăcute • calmează pielea iritată datorită extractului de mușețel din compoziție • nu uscă pielea și nu provoacă senzație de mâncărime (nu conțin alcool).
	<p>Crema de protecție Menalind</p> <ul style="list-style-type: none"> • formează un film protector împotriva substanțelor agresive din exterior • regenerează și calmează pielea iritată din zona genitală și fesieră • indicată pentru protecția pielii la pacienții cu incontinență sau cei imobilizați.

Produs	Indicații
	<p>Scutece pentru incontinență MoliCare Premium</p> <ul style="list-style-type: none"> • capacitate mare de absorbție • permit "respirația" pielii în zona șoldurilor reducând iritațiile • indicate pentru persoanele cu incontinență severă și/ sau imobilizate la pat • disponibile în varianta de zi (MoliCare Extra Plus) sau de noapte (MoliCare Super Plus).
	<p>Pătutele absorbante Molinea</p> <ul style="list-style-type: none"> • aleze (pătutele) absorbante pentru protecția așternuturilor • strat de contact moale, delicat față de piele.

6. Prezentare de cazuri tratate cu pansamente moderne Hartmann

Tratamentul local al escarelor cu pansamente moderne asigură condițiile optime pentru ca rana să depășească stadiul stagnant în care se află și facilitează închiderea acesteia.

Alegerea pansamentului adecvat este esențială pentru succesul terapeutic, selecția făcându-se exclusiv în funcție de stadiul de evoluție a răni (faza de curățare / faza de regenerare a țesutului / faza de cicatrizare). Etiologia răni - cauza care a provocat apariția ei și factorii care o întrețin – nu este relevantă pentru alegerea pansamentului, fiind determinantă numai pentru stabilirea tratamentului cauzal (al bolii de bază).

În continuare vă prezentăm două cazuri de escare, tratate în România cu pansamente moderne.

Cazul 1 – Escară la nivel sacral

- B.T., sex masculin, 65 ani, AVC ischemic
- Durata tratamentului: 5 luni



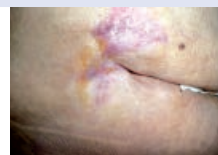
Stadiu inițial: rană superficială cu depozite de fibrină și necroză. Inițierea tratamentului cu TenderWet 24 active.



Fesa stângă - escară cavitară gradul 3 – tratament cu Sorbalgon.
Fesa dreaptă - escară gradul 2 - tratament cu HydroTac.



Micșorarea rănilor și apariția țesutului de granulație sub tratamentul cu HydroTac.



Rană complet epitelizată.

Cazul 2 – Escară la nivelul călcâiului, veche de 4 luni

- A.T., 68 ani, pacientă cu demență senilă, imobilizată la pat; escară la nivelul călcâiului, veche de 4 luni
- Durata tratamentului: 5 luni



Stadiu inițial: rană profundă, cu buzunar subcutanat, în fază de curățare.



Începerea tratamentului cu Sorbalgon.



Micșorarea rănii după tratament cu Hydrosorb gel (introdus în cavitate) peste care s-a aplicat PermaFoam.



Rană complet epitelizată.