



ÎNGRIJIRI PALIATIVE ÎN ESCARE

Protocol clinic național

Chișinău 2011

**Aprobat prin ședința Consiliului de experți al Ministerului Sănătății al Republicii Moldova
din 31.03.2011, Proces verbal nr. 2**

**Aprobat prin ordinul Ministerului Sănătății al Republicii Moldova nr. 457 din 02.06.2011
cu privire la aprobarea Protocolului clinic național „Îngrijiri paliative în escare”**

Elaborat de colectivul de autori:

Mircea Bețiu, șef catedră Dermatovenerologie, USMF „Nicolae Testemițanu”

Elena Stempovscaia, președinte al Societății Hospice Îngrijiri Paliative

Emilia Ungureanu, membru al Asociației de Nursing din Moldova

Recenzenți oficiali:

Nicolae Ghidirim, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie “Nicolae Testemițanu”

Grigore Bivol, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie “Nicolae Testemițanu”

Victor Ghicavii, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie “Nicolae Testemițanu”

Valentin Gudumac, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie “Nicolae Testemițanu”

Ivan Zatușevski, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie “Nicolae Testemițanu”

Iurie Osoianu, Compania Națională de Asigurări în Medicină

Anatol Prisacari, Consiliul Național de Evaluare și Acreditare în Sănătate

Maria Cojocaru-Toma, Agentia Medicamentului

Coordonator:

Maria Cumpănă, Ministerul Sănătății al Republicii Moldova

Redactor: Eugenia Mincu, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie “Nicolae Testemițanu”

Corector: Tatiana Gamanji, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie “Nicolae Testemițanu”

CUPRINS

ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT	
PREFAȚĂ	
A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ	
A.1. Diagnosticul de nursing	
A.2. Codul diagnosticului (nu este elaborat)	
A.3. Utilizatorii	
A.4. Scopurile protocolului	
A.5. Data elaborării protocolului	
A.6. Data următoarei revizuirii	
A.7. Lista și informațiile de contact ale autorilor și ale persoanelor ce au participat la elaborarea protocolului ..	
A.8. Definițiile folosite în document	
A.9. Informație epidemiologică	
B.PARTEA GENERALĂ	
B.1. Nivelul instituțiilor de asistență medicală primară	
B.2. Nivelul consultativ specializat (raional, municipal, republican)	
B.3. Nivelul de staționar	
C.1 ALGORITMI DE CONDUITĂ	
C.1.1. Algoritm general de conduită a pacientului cu escare	
C.1.2. Algoritm de intervenții în escare	
C.1.3. Algoritm de terapie medicamentoasă în escare	
C.2 DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR	
C.2.1. Clasificarea clinică a escarelor	
C.2.2. Profilaxia escarelor	
C.2.2.1. Factorii de risc	
C.2.3. Conduita pacientului	
C.2.3.1. Anamneza – culegerea datelor subiective	
C.2.3.2. Stadiile escarelor	
C.2.3.3. Investigațiile paraclinice	
C.2.3.4. Diagnosticul diferențiat	
C.2.3.5. Tratatamentul și îngrijirea pacientului cu escare	
C.2.3.6. Evoluția	
C.2.3.7. Supravegherea pacientului cu escare	
C.2.4. Complicațiile posibile în escare	
D. RESURSE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI	
D.1. Instituțiile de asistență medicală primară	
D.2. Secțiile și instituțiile consultativ-diagnostice	
D.3. Secțiile de profil general ale spitalelor raionale, municipale	
D.4. Hospice	
E. INDICATORI DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI	
ANEXE	
Anexa 1. Ghidul pentru pacient și pentru familie	
Anexa 2. Recomandări pentru implementare în conduita pacienților cu escare	
BIBLIOGRAFIE	

ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT

ANM	Asociația de Nursing din Moldova
USMF	Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”

A. PARTEA INTRODUCATIVĂ

A.1. Diagnosticul de nursing:

1. Lezarea integrității pielii (escare) cauzată de: imobilitate, tulburări de circulație, subnutriție; manifestate prin plagă, durere locală, hiperemia pielii în jurul plăgii, eliminări seroase etc. [7].

A.2. Codul diagnosticului de nursing (nu este elaborat)

A.3. Utilizatorii:

- oficiile medicilor de familie (medicii de familie și asistentele medicilor de familie)
- oficiile de sănătate (asistentele medicale de familie)
- centrele de sănătate (medicii de familie și asistentele medicilor de familie)
- centrele medicilor de familie (medicii de familie și asistentele medicilor de familie)
- secțiile de asistență specializată de ambulatoriu ale spitalelor raionale
- asociațiile medicale teritoriale
- secțiile curative ale spitalelor raionale, municipale și republicane
- medici și asistente medicale. Inclusiv autoîngrijiri și îngrijiri de acoperire (aparținători)
- servicii de îngrijiri paliative și hospice

Notă: Protocolul, la necesitate, poate fi utilizat și de alți specialiști

A.4. Scopurile protocolului:

1. A spori gradul de bunăstare a pacientului grav, imobilizat.
2. A spori nivelul de calitate a îngrijirilor.
3. A atenua evoluția escarelor.
4. A atenua apariția complicațiilor.

A.5. Data elaborării protocolului: ianuarie 2011

A.6. Data următoarei revizuirii: ianuarie 2013

A.7. Lista și informațiile de contact ale autorilor și ale persoanelor care au participat la elaborarea protocolului:

Numele	Funcția deținută
Mircea Bețiu	Doctor în științe medicale, șef catedră Dermatovenerologie, USMF „Nicolae Testemițanu”, Specialist principal în Dermatovenerologie al Ministerului Sănătății
Stempovscaia Elena	Doctor în științe psihopedagogice, președinte al Societății Hospice Îngrijiri Paliative, Specialist principal în nursing al Ministerului Sănătății
Emilia Ungureanu	Lector, asistentă medicală, consultant ANM

Protocolul a fost discutat și aprobat de:

Denumirea instituției	Persoana responsabilă – semnătura
Societatea Hospice – Îngrijiri Paliative	
Catedra Dermatovenerologie, USMF „Nicolae Testemițanu”	
Comisia Științifico-Metodică de profil „Oncologie, Hematologie și Transfuziologie”	
Asociația Medicilor de Familie din Republica Moldova	
Agenția Medicamentului	
Consiliul de Experți al Ministerului Sănătății	
Consiliul Național de Evaluare și Acreditare în Sănătate	
Compania Națională de Asigurări în Medicină	

A.8. Definițiile folosite în document

Escara – leziune superficială sau profundă ale țesuturilor comprimate între proeminențele osoase și un plan dur (așternut), cauzate de tulburări de circulație și ale alimentației locale cu sânge în țesuturile comprimate.

A.9. Informație epidemiologică

În Republica Moldova, escarele se formează mai frecvent la pacienții cu diverse boli cronice decompensate, la o vârstă de după 70 de ani. La pacienții cu cancer, ciroză hepatică în perioada decompensată și la pacienții în stări comatoase, escarele de decubit se pot forma la orice vârstă în pofida îngrijirilor corecte. Însă nu sunt înregistrate date statistice despre incidența escarelor.

În practica îngrijirilor paliative, sunt date generale despre creșterea cazurilor de formare a escarelor. Zona cea mai afectată este proeminența sacrală – în poziția decubit dorsal, trohanterul mare – în poziția decubit lateral și tuberozitatea ischionului – în poziția șezândă. Mai afectează și călcâiele, omoplații, maleolele, spinele iliace și rotula – în poziția de decubit ventral. Escarele sunt deci provocate de lipsa de sânge și de oxigen, datorată presiunii prelungite a vaselor sangvine. Intervin și alți factori favorizanți: imobilizări prelungite prin boli severe, mai ales neurologice; imobilizări prin terapii cu neuroleptice și prin tranchilizante; aparate ghipsate, anestezice; factori care micșorează presiunea arterială și împiedică aportul de oxigen (hipotensiune, hipovolemie, colaps); stări hipoxemice, șocul, anemia, febra, insuficiența cardiacă severă etc. Nu se poate ignora factorul „vârsta”, care scade regenerarea tisulară. În mod obișnuit, escarele apar în caz de paralizii, demență senilă, cașexie canceroasă, administrare de sedative puternice, febră îndelungată la bolnavul vârstnic etc.

B. PARTEA GENERALĂ

B.1. Nivelul instituțiilor de asistență medicală primară

Descriere (măsurile)	Motivele (reperle)	Pașii (modalități și condiții de realizare)
1. Profilaxia		
1.1. Profilaxia escarelor	- Respectarea măsurilor de prevenire a escarelor favorizează diminuarea riscului de formare a escarelor.	Obligativ: - îngrijirea corectă a pielii și a mucoaselor; - cunoașterea factorilor de risc; - respectarea orarului de schimbare a posturii; - alimentarea și hidratarea corectă.
1.3. <i>Screening</i> -ul	- Depistarea precoce a factorilor de risc și a cauzei de apariție a escarelor. - Depistarea precoce a locului de formare a escarelor. - Supravegherea efectuării corecte ale măsurilor de prevenire a escarelor.	Obligativ: - examinarea zilnică vizuală a pielii; - pacientul și aparținătorii să cunoască primele semne și simptome ale apariției escarelor.
2. Diagnosticul de nursing	Lezarea integrității pielii – <i>Escare</i> cauzate de: -imobilitate; -tulburări de circulație; -malnutriție; -cașexie oncologică, manifestate prin plagă, durere locală, hiperimie a pielii în jurul plăgii, eliminări seroase ș.a.	Obligativ: Asistenta va preciza cauza problemei de sănătate la pacient, în mod individual.
2.1. Confirmarea diagnosticului	- <i>Culegerea datelor/Anamneza</i> permite precizarea cauzelor și a factorilor de risc în apariția escarelor, a manifestărilor clinice. - <i>Datele obiective</i> permit precizarea localizării, dimensiunilor și a caracterului escarelor; inclusiv vizual se va determina stadiul de evoluție a escarelor. De asemenea, se vor	Obligativ: -Anamneza (<i>caseta 4</i>). -Examenul fizic (<i>caseta 5</i>). -Investigațiile paraclinice (<i>caseta 6</i>).

	preciza manifestările paraliziei care au cauzat imobilitatea.	
2.2. Luarea deciziei din partea echipei de îngrijiri paliative	- Asistenta medicală va consulta medicul din echipă și medicul specialist (chirurg), la necesitate.	- se va preciza tratamentul local; - se vor preciza îngrijirile necesare în funcție de stadiul escarelor.
3. Tratatamentul		
3.1. Tratatamentul medicamentos	- La indicația medicului se va efectua administrarea tratamentelor general, local și specific administrate pacientului.	Obligatoriu: - prelucrarea plăgii; - schimbarea pansamentului; - stimularea locală a epitelizării; - administrarea paraneală a medicamentelor; - respectarea programului rotației continue (de schimbare a poziției).
4. Supravegherea	- Respectarea tuturor indicațiilor în tratament și în îngrijire; - monitorizarea plăgii și a evoluției ei.	Obligatoriu: - monitorizarea vizuală sistematică a plăgii; - evaluarea eficacității tratamentului aplicat.

**B.2. Nivelul consultativ specializat
(niveluri raional, municipal, republican)**

Descriere (măsurile)	Motivele (reper)	Pași (modalități și condiții de realizare)
1. Profilaxia		
1.1. Profilaxia escarelor	- Evitarea posibilității de formare a escarelor la pacienții gravi. - Cunoașterea și respectarea măsurilor de prevenire a escarelor. - Identificarea și combaterea factorilor de risc. - Respectarea principiilor de îngrijiri individualizate.	Recomandabil: • cunoașterea și aplicarea măsurilor de prevenire a escarelor (caseta 2) • examinarea sistematică a suprafețelor predispuse formării de escare; • formarea și cultivarea la aparținători de deprinderi corecte în efectuarea măsurilor de prevenire a escarelor; • folosirea utilajului de prevenire a escarelor (saltele antidecubit, cu aer, apă caldă, gel, diverse inele și pernuțe).
1.3. Screening-ul	- Depistarea precoce a pacienților din grupul de risc în formarea a escarelor de decubit permite menținerea integrității pielii și previne formarea escarelor - Hidratarea corectă și alimentația bogată în vitamine, legume, fructe, lactate la pacienții gravi, ceea ce favorizează menținerea rezistenței organismului în lezarea pielii.	Obligatoriu: - identificarea pacienților din grupul de risc de formare a escarelor; - menținerea pielii și a lenjeriei curate și uscate; - respectarea orarului de schimbare a posturii (mobilizarea) pacientului; - cunoașterea nevoilor de hidratare și alimentația variată; - efectuarea mesajului ușor al pielii în locurile posibile de apariție a escarelor de decubit
2. Diagnosticul		
2.1. Confirmarea diagnosticului de escară de decubit	<i>Anamneza</i> permite presupunerea riscului de formare a escarelor de decubit la persoanele cu boli cronice în stare gravă. <i>Examenul obiectiv:</i> În funcție de evoluție postura pacientului,	Obligatoriu: - Anamneza (caseta 4). - Examenul obiectiv (caseta 5). - Investigațiile paraclinice (caseta 6). Recomandabil:

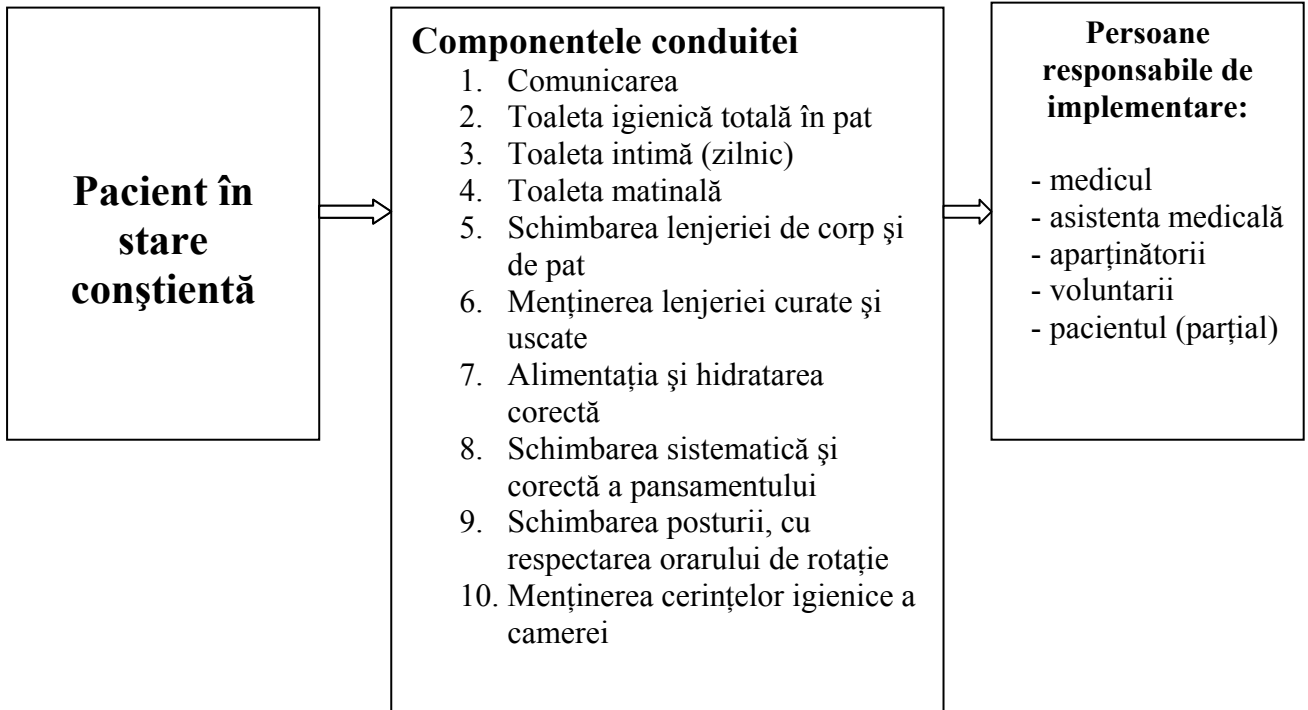
	se vor observa locul lezării integrității pielii și stadiul a escarelor.	consultația specialistului chirurg și respectarea indicațiilor date.
2.2. Deciderea consultului specialistului - chirurg	- Se va preciza stadiul de evoluție a escarelor de decubit. - Se va indica tratamentul local al escarelor.	Recomandabil: - consultația specialistului chirurg; - consultația altor specialiști în funcție de necesitate; - aprecierea necesității de spitalizare ;
3. Tratamentul escarelor de decubit		
3.1. Tratamentul local	Tratamentul escarelor se va efectua ca și la îngrijirea unei plăgi, în funcție de evoluție a stadiul escarelor	Obligatori: - prelucrarea plăgii, cu respectarea cerințelor de asepsie (<i>caseta 7</i>); - aplicarea pansamentului steril cu medicamentele prescrise (<i>caseta 8</i>).
3.2. Tratamentul general în escare	- Se va administra la indicația medicului vitamine, antibiotice intramuscular; - Se va supraveghea respectarea regimului alimentar și componența alimentelor.	Obligatori: - se va respecta indicația medicului referitor la doza și la locul de administrare a medicamentelor (<i>casetele 9, 10</i>). - se vor respecta cerințele de asepsie.
B.3. Nivelul de staționar		
Descriere (măsurile)	Motivele (reper)	Pași (modalități și condiții de realizare)
1. Spitalizarea	- La decizia medicului chirurg, se va interna pacientul cu escare pentru tratament chirurgical local - Spitalizării se vor supune și pacienții gravi la decizia specialiștilor oncologi și alții pentru tratamentul bolii de bază	Criteriile de spitalizare în secțiile de profil chirurgic (raional, municipal): Pacienții în stare gravă cu escare de gradul III, care nu răspund la tratamentul local obișnuit, necesită intervenție chirurgicală a escarelor, pentru a înlătura țesuturile necrotizate. Criteriile de spitalizare în secțiile profil oncologic: Pacienții cu diverse patologii care necesită tratament specializat pe lângă tratamentul local al escarelor .
2. Diagnosticul		
2.1. Confirmarea diagnosticului de escară de decubit	- Depistarea precoce a plăgii la pacienții gravi, imobilizați va permite tratarea mai rapidă a escarelor.	Obligatori: - Anamneza (<i>caseta 4</i>). - Examenul fizic (<i>caseta 5</i>). - Investigațiile paraclinice (<i>caseta 6</i>). Recomandabil: consultația altor specialiști, la necesitate.
3. Tratamentul		
3.1. Tratamentul medicamentos	- Tratamentul escarelor constă în prelucrarea corectă a plăgii și în respectarea cerințelor de asepsie, pentru a grăbi granulația și tratarea ei. - Tratamentul escarelor se va efectua identic îngrijirii unei plăgi, în funcție de stadiul de evoluție a escarelor. - Se va administra la indicația medicului vitamine, antibiotice intramuscular. - Se va supraveghea respectarea regimului alimentar și componența alimentelor.	Obligatori: - prelucrarea plăgii cu respectarea cerințelor de asepsie (<i>caseta 7</i>); - aplicarea pansamentului steril cu medicamentele prescrise (<i>caseta 8</i>); - se va respecta indicația medicului referitor la doza și la locul de administrare a medicamentelor.

<p>4. Externarea, cu îndreptarea la nivelul primar pentru continuarea tratamentului, și supravegherea</p>	<p>- La externare este necesar de elaborat și de recomandat pentru medicul de familie tactica ulterioară de management al îngrijirii pacientului cu escară de decubit.</p>	<p>Extrasul <i>obligatoriu</i> va conține:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diagnosticul precizat desfășurat. - Rezultatele investigațiilor; - tratamentul efectuat. - Recomandările explicite pentru pacient; aparținători (<i>caseta 7, 8, 9, 10</i>). - Recomandările pentru echipa de îngrijire.
--	--	---

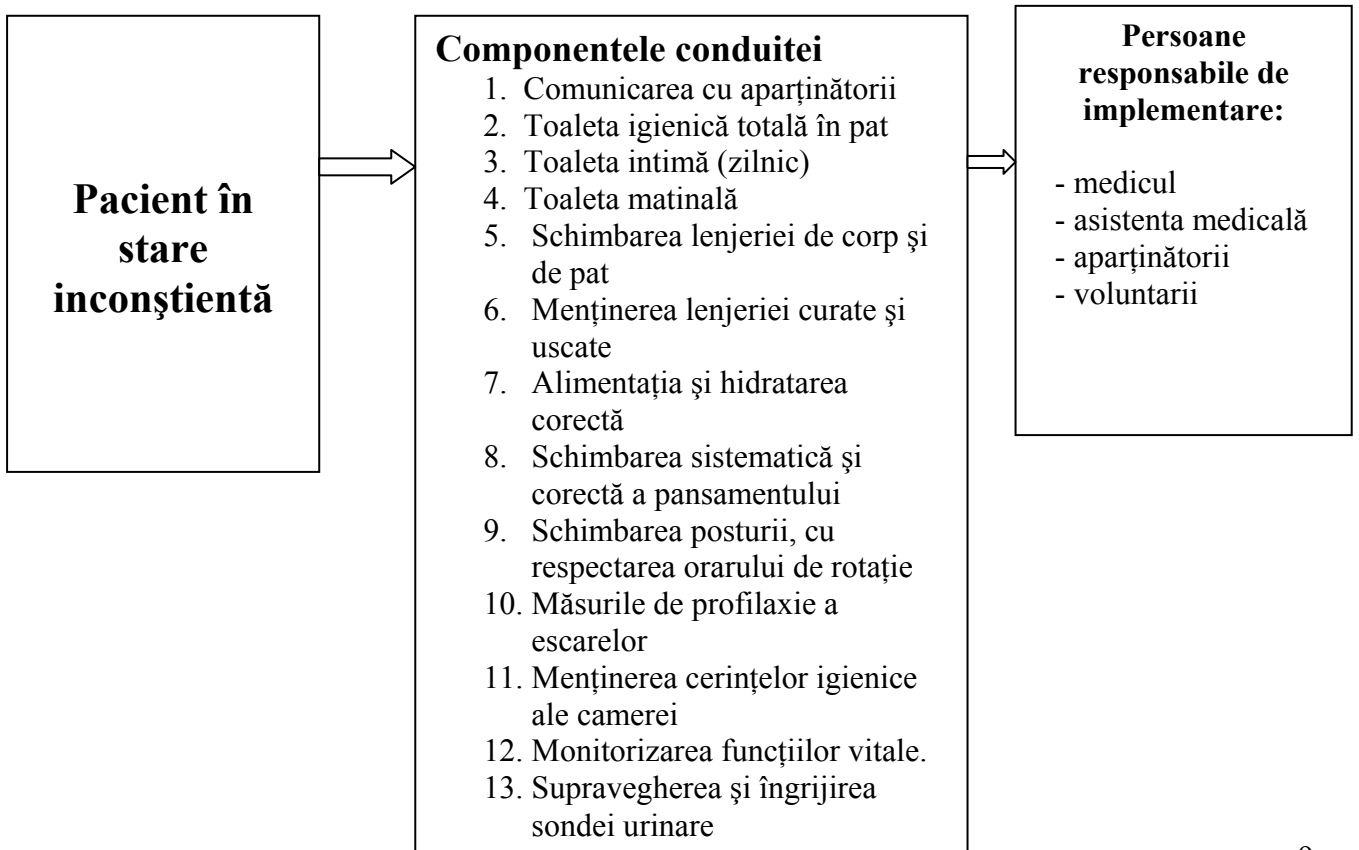
C.1. ALGORITMI DE CONDUITĂ

C.1.1. Algoritm general de conduită a pacientului cu escare

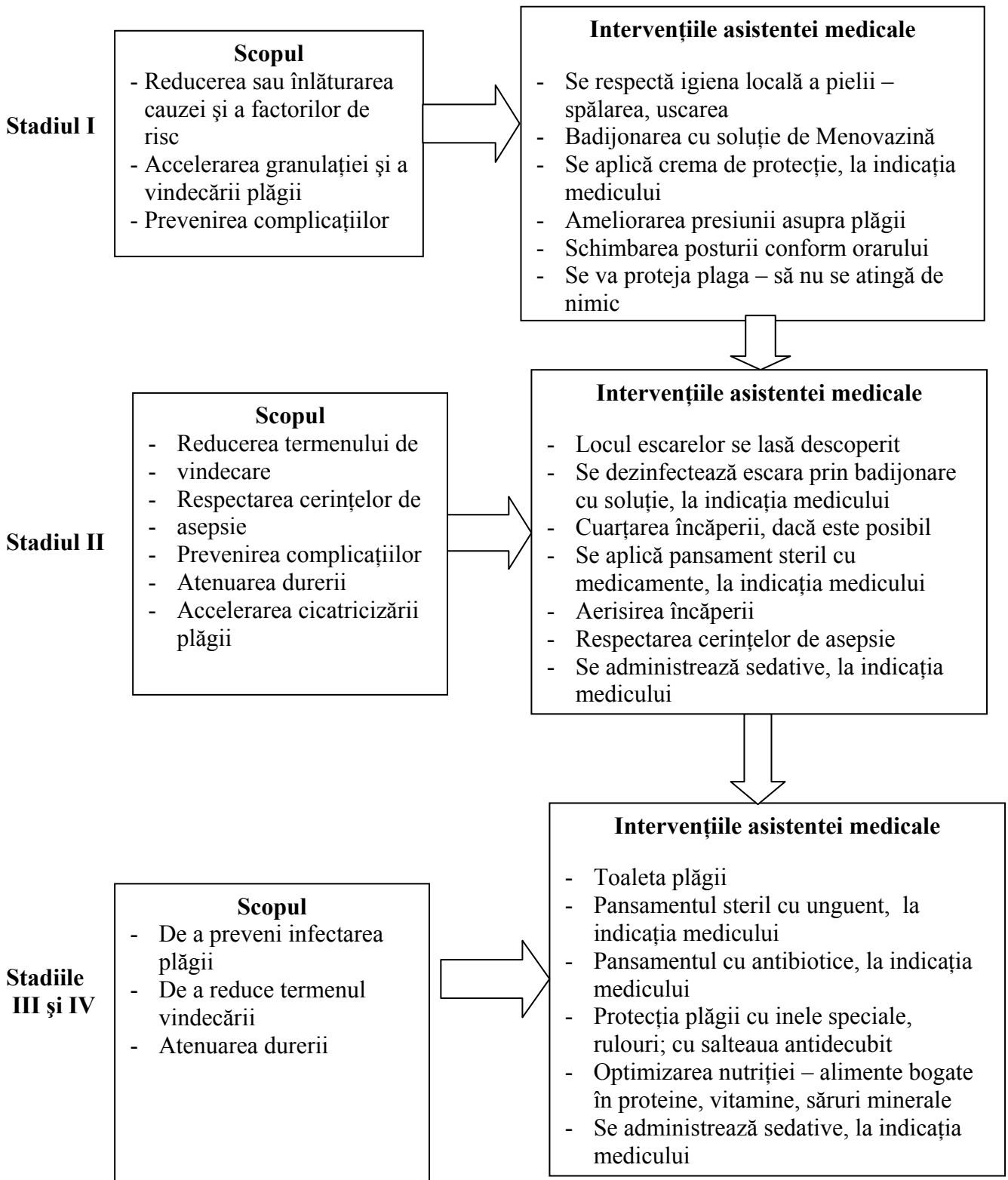
Ex. 1



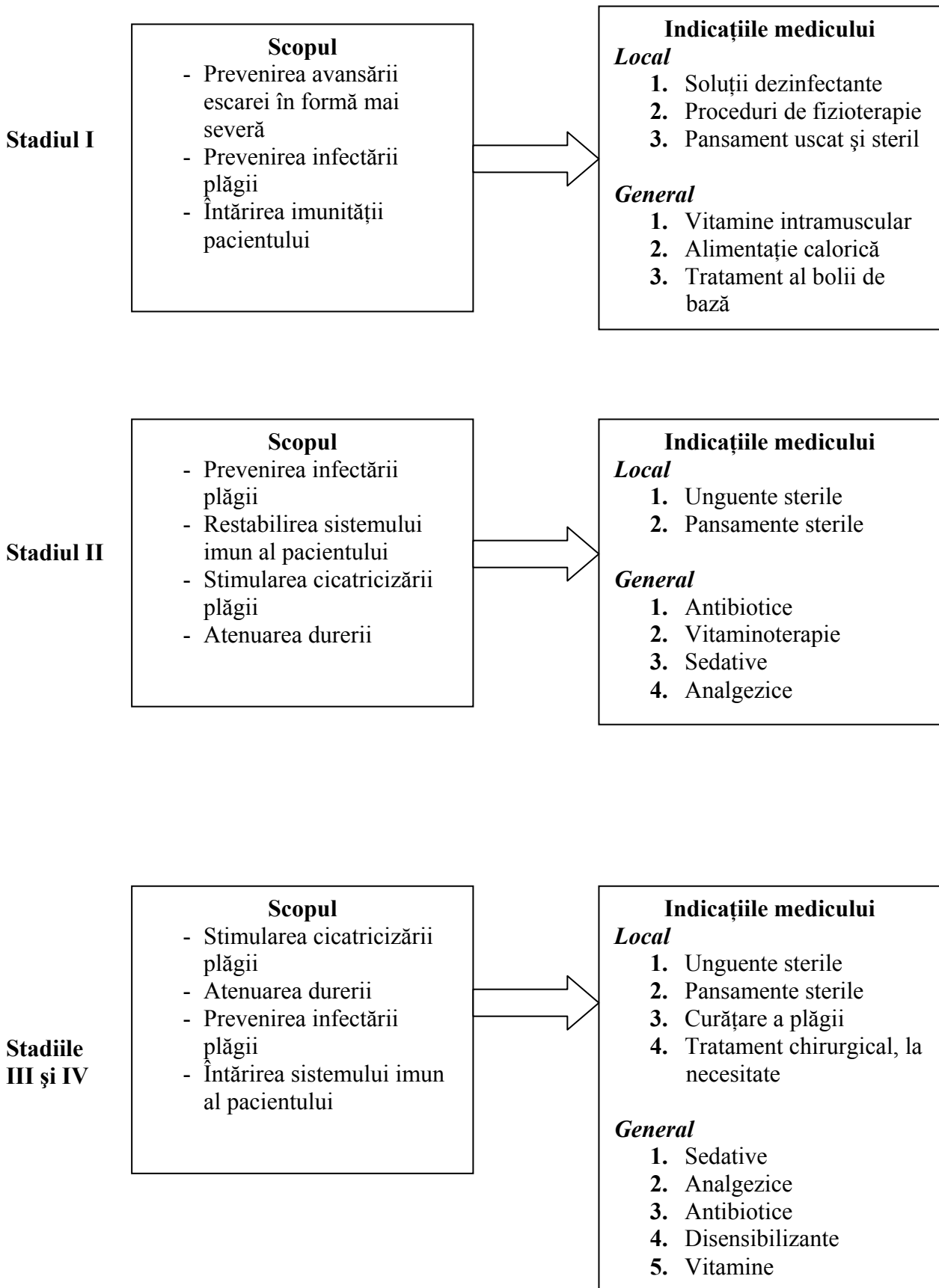
Ex. 2.



C.1.2. Algoritm de intervenții în escare



C.1.3. Algoritmul terapiei medicamentoase în escare



C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR

C.2.1. Clasificarea clinică a escarelor

Caseta 1. Clasificarea plăgii escarelor după stadii

Stadiul I – pe locul apariției escarelor de decubit apar hiperemia pielii, senzația de amorțeală, o durere ușoară. Dimensiunile pot fi diverse în funcție de localizare. Poate fi atestat prurit local.

Stadiul II – durere, usturime. Apar bule mici sau mai mari – vezicule. Apoi este lezată derma și țesutul subcutanat. Apare plaga superficială în locul veziculei sub formă de ulcerăție de diverse dimensiuni, fără eliminări.

Stadiul III – plagă profundă, ulcerăția pielii și a țesutului subcutanat. Durere locală de diverse intensități. Dimensiunile plăgii ulcerate sunt diverse, în funcție de locul de formare a escarelor de la 0,5 cm până la 5-10-15 cm. Sunt eliminări seroase din plagă. Plaga se poate infecta, atunci eliminările sunt purulente, cu miros neplăcut.

Stadiul IV – plaga ulceroasă e mai profundă. Se lezează țesutul muscular până la os (are loc necroza țesuturilor). Sunt eliminări seroase sau sangviolente, sau purulente. Culoarea plăgii este întunecată. [7].

Clasificarea cauzelor în formarea escarelor

Cauze locale

1. Imobilitatea
2. Igiena incorectă, necalitativă a pielii și a mucoaselor
3. Lenjeria umedă, cu cute
4. Diversele fărâmituri – pâine, ghips etc.
5. Edemele
6. Incontinența de urină și de materii fecale
7. Presarea
8. Frecarea

Cauze generale

1. Paraliziile
2. Subnutriția, malnutriția
3. Cașexia
4. Obezitatea
5. Vârsta înaintată
6. Ateroscleroza la pacienții adinamici
7. Traumatismele, fracturile

C.2.2. Profilaxia escarelor

Caseta 2. Măsurile de profilaxie a escarelor de decubit includ următoarele intervenții:

1. Reducerea presiunii prin folosirea paturilor speciale cu saltele antidecubit sau cu saltele cu apă; saltele pneumatice, saltele cu puf sau siliconice.
2. Pernele umplute cu lână naturală sau sintetică, cu puf, aer, apă sau cu gel se aplică sub regiunea sacrală.
3. Pielea și mucoasele să fie curate și uscate.
4. Lenjeria de corp și de pat să fie curată, uscată, fără cute și fărâmituri.
5. Se va evita iritarea, frecarea pielii.
6. Poziționarea corectă a pacientului în pat folosind anexele respective.
7. În locurile cu risc de formare a escarelor, zilnic se fricționează pielea cu Alcool etilic 70% diluat, Alcool mentolat, oțet diluat, Menovazină etc.
8. Se folosesc rulourile, pernele pentru suport și inelele speciale pentru umere, coate, genunchi, călcâie.
9. Schimbarea posturii pentru a reduce presiunea. Se respectă orarul de poziționare, din 2 în 2 ore sau mai frecvent (schimbarea activă sau pasivă).
10. Alimentația calorică și hidratarea corectă.
11. Se evită spălarea pielii cu săpun dur – se va folosi săpun cu pH 5,5.
12. Promovarea și menținerea continenței, combaterea incontinenței de urină și de fecale.
13. Examinarea zilnică a pielii în locurile cu risc de formare a escarelor.
14. Acordarea asistenței educative a pacientului și aparținătorilor în formarea deprinderilor îngrijirilor corecte, igienice ale pielii și ale mucoaselor.
15. Se evită masajul pielii hiperemiate.

C.2.2.1. Factorii de risc în escare

Caseta 3

1. Factorii de risc local

- Imobilitatea
- Igiena incorectă, necalitativă a pielii și a mucoaselor
- Lenjeria umedă, cu cute
- Diversela fărâmată – pâine, ghips etc.
- Edemele
- Incontinența de urină și de materii fecale
- Presarea
- Frecarea

2. Factorii de risc generali

- Paraliziile
- Subnutriția, malnutriția
- Cașexia
- Obezitatea
- Vârsta înaintată
- Ateroscleroza la pacienții adinamici
- Traumatismele, fracturile

3. Factorii de risc la vârsta înaintată

- Febra
- Deshidratarea
- Anemia
- Depresia senilă
- Incontinența de urină și de fecale
- Imobilizarea în terapia cu neuroleptice și cu tranchilizante

4. Factorii de risc independent de vârstă

- Subnutriția
- Tulburările de circulație
- Hemiplegia
- Cașexia
- Apoplexia
- Coma
- Tumorile maligne
- Aparatul ghipsat
- Scleroza în plăgi

C.2.3. Conduita pacientului

C.2.3.1. Anamneza – culegerea datelor subiective

Caseta 4. Întrebările necesare în a evalua cauzele de apariție a escarelor

1. Precizarea vârstei
2. Acuzele pacientului sau a aparținătorilor
3. Examinarea condițiilor și a posturii pacientului
4. Se va preciza istoricul bolii
5. Se va preciza alimentația și hidratarea

C.2.3.2. Stadiile escarelor

Caseta 5. Datele obiective

Se precizează stadiul escarei prin examenul vizual:

Stadiul I – pe locul apariției escarei de decubit apar hiperemia pielii, senzația de amorțeală, o durere ușoară. Dimensiunile pot fi diverse în funcție de localizare. Poate fi atestat prurit local.

Stadiul II – durere, usturime, bule sau vezicule, apoi apare plaga superficială sub formă de ulcerare de diverse dimensiuni.

Stadiile III și IV – plagă profundă, ulcerarea pielii și a mușchilor, ulcerare până la os. Durere locală de diverse intensități. Tesut necrotic. Poate fi exsudat purulent.

C.2.3.3. Investigațiile paraclinice

Caseta 6. Investigațiile suplimentare în escare

1. La indicația medicului, se va recolta exsudatul și țesutul din plagă pentru frotiu, cu examinare ulterioară în laboratorul bacteriologic sensibilitate la antibiotice a agentului infecțios depistat.
2. La indicația medicului, se va recolta sânge pentru a determina nivelul de glicemie.

C.2.3.4 Diagnosticul diferențiat – cu orice plagă de altă natură

Caseta 7. Prelucrarea plăgii în escare

Asistenta medicală va învăța pacientul și aparținătorii să efectueze îngrijirea în escare.

Prelucrarea plăgii include:

Escara, stadiul I

- Examinarea vizuală. Se va aprecia localizarea, dimensiunile, aspectul.
- Se vor preciza cauzele apariției escarelor, pentru a le diminua sau a le înlătura.
- Se va spăla atent, prin badijonare, pielea cu escara de stadiul I cu apă fiartă sau cu soluție Nitrofuril 1:5000.
- Se va explica și se va demonstra prepararea extemporă a soluției de Nitrofuril 1:5000.
- Se va usca bine pielea, prin badijonare, cu comprese sterile de vată sau de tifon.
- Se va prelucra plaga cu soluție de Menovazină prin badijonare ușoară sau, la indicația medicului, se va aplica o cremă sau un unguent de protecție.
- Se va evita comprimarea plăgii de așternut. Se va proteja folosind colacul de cauciuc sau inelele speciale.
- Pacientul se va mobiliza sau singur va mobiliza (dacă va fi posibil), pentru a îmbunătăți circulația sângelui.

Prelucrarea plăgii include:

Escara, stadiul II

- Locul ulcerării se va dezinfecta, la indicația medicului, cu soluție de Peroxid de hidrogen 3% prin spălare sau prin badijonare.
- Se va lăsa descoperită suprafața unde este formată escara – plaga.
- La indicația medicului se va aplica pansament steril, cu diverse unguente Actovegin 5%, se va respecta cerințele de asepsie. Pacientul sau îngrijitorul va învăța să schimbe pansamentul
- Se va evita comprimarea, traumatizarea escarelor.

Se efectuează prelucrarea plăgii:

- Toaleta plăgii începe cu prelucrarea pielii din jurul plăgii.
- Prin badijonare, atent de la plagă spre exterior pielea se prelucrează, la indicația medicului, cu soluție de Clorură de sodiu 0,9% sau de

<p>Escara, stadiile III și IV</p>	<p>Alcool etilic 70%, sau cu tinctură de Iod 1%, sau soluție de Etacridină.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se cere atenție și îndemânare ca soluțiile să nu pătrundă pe plagă - Apoi plaga se dezinfectează cu soluția Peroxid de hidrogen 3% sau cu altă soluție, la indicația medicului. - Se aplică pansmanet steril, cu unguent, la indicația medicului, Actovegin 5%. - Se ameliorează presiunea asupra plăgii prin diverse metode folosind anexele patului. Schimbarea posturii conform orarului la fiecare 2 ore. - În plaga profundă se aplică, la indicația medicului, pansament steril impermeabil, hidrocoloidal – Duoderm. - Pacientul sau îngrijitorul se include activ în autoîngrijire și în îngrijirile de acoperire.
--	---

Caseta 8. Aplicarea pansamentului cu unguent

Asistenta medicală va învăța pacientul și aparținătorii să respecte toate cerințele aseptice la schimbarea pansamentului pe plaga, cauzată de escarele de decubit.

1. Se va recomanda familiei să procure, în caz de necesitate, medicamentele, unguentele prescrise și materialele pentru pansament, sterile.
2. Se va explica, se va arăta și se va învăța treptat pacientul și familia lui cum să schimbe corect pansamentul.
3. Se va așeza pacientul într-o postură comodă, în funcție de locul de formare a escarei.
4. Se vor spăla bine mâinile cu săpun, se vor șterge și se vor dezinfecta (cu Alcool etilic sau cu altă soluție dezinfectantă).
5. Se vor îmbrăca mănușile, de dorit sterile, de încă folosință.
6. Se va scoate atent pansamentul de pe plagă – se desface fașa sau se va tăia cu foarfecele.
7. Dacă pansamentul nu se desprinde, nu se va forța, pentru a nu traumatiza plaga. Se va turna soluție de Peroxid de hidrogen 3% și se va aștepta să se înmoaie.
8. Se va scoate atent pansamentul și se va arunca la deșeuri, în pungi speciale.
9. Se va examina plaga, se va observa aspectul ei, granulația, secrețiile, dimensiunile, mirosul.
10. Se va efectua toaleta plăgii:
 - Cu comprese sterile de tifon, fixate pe o pensă se va înlătura din plagă secrețiile.
 - Aceste tamponi se vor incinera apoi sau se vor dezinfecta.
 - Pe plagă se toarnă atent soluția de Peroxid de hidrogen 3% sau soluția de Etacridină.
 - Se va tampona cu comprese sterile de tifon.
 - Marginile plăgii se va curăța și se va usca cu mai multe comprese / tamponi sterile de tifon, uscate.
 - Pielea din jurul plăgii se va dezinfecta cu Alcool etilic 70% sau cu tinctură de Iod 1% prin badijonare.
 - Pe o compresă sterilă se va aplica unguentul sau antibioticul indicat de medic. Dimensiunile depind de suprafața plăgii.
 - Se vor aplica pe plagă această compresă/șervețel cu unguent.
 - Se va fixa apoi cu o fașă de tifon prin bandaj sau se mai aplică deasupra câteva comprese sterile și se fixează cu emplastru.
 - Se vor spăla instrumentele folosite și se vor dezinfecta.
 - Se vor spăla mâinile. Mănușile se vor arunca la deșeuri în pungi speciale.
 - Pansamentul steril cu unguent se va aplica pentru 24 de ore sau la indicația medicului.

Caseta 9. Alimentația și hidratarea pacientului cu escare de decubit

Alimentația calorică și rațională

Asistenta medicală, împreună cu medicul din echipa de îngrijire, vor sugera pacientului un regim rațional de alimentație:

1. Să consume alimentele bogate în vitamine și în minerale – legume, fructe, la doleanță, de 3-4 ori per zi.
2. Se va ține cont de necesitățile calorice, individuale, mai ales la pacienții vârstnici.
3. Se va reduce cantitatea de glucide și de lipide, mai ales lipidele animale.
4. Se vor menține necesitățile de proteine prin aportul de: brânză de vaci, pește, fasole, carne slabă, ouă, soia, pui, cantitatea de proteine 90 g/zi–120 g/zi.
5. Să se consume zilnic cereale; fibre alimentare care se conțin în boboase, crupe, morcov, bostan.
6. Să se reducă consumul de sare – 5-6 g/zi.
7. Produsele lactate degresate sau cu conținut scăzut de grăsimi sunt binevenite.
8. Alimentația 4-5 ori per zi, porții mici.
9. Aparatul dentar să fie integru, dinții tratați sau proteza dentară adecvată.
10. Se limitează cât mai mult cantitatea de zahăr, mai ales la pacienții obezi sau la cei cu diabet zaharat.
11. Alimentele să fie călduțe, ușor asimilabile, mărunțite la cei vârstnici.
12. Se va ține cont de starea generală a pacientului, calea de alimentație sau metoda – activă, pasivă, perorală sau parenterală.
13. Se sugerează consumul de alimente semilichide.
14. Să se asigure necesarul de calorii, conform nevoilor organismului pacientului.

Hidratarea pacientului cu escare

Asistenta medicală va respecta indicațiile medicului din echipa de îngrijire referitoare la cantitatea de lichide necesare în 24 de ore.

1. Se va ține cont de prezența edemelor și de volumul lor.
2. Se va ține cont de diureza totală.
3. Asistenta va cunoaște patologia principală, cauzele care au favorizat formarea escarelor.
4. Se va respecta metoda de hidratare, calea orală, perorală prin sondă sau perfuzie.
5. Pacienții vârstnici se deshidratează foarte ușor, iar senzația de sete se reduce, de aceea se va hidrata pacientul cu cantitatea de lichide indicată.
6. Se recomandă ceaiul de plante, sucurile naturale.
7. Cantitatea de lichide în 24 de ore poate fi de 1-1,5 litri, dar se va ține cont de particularitățile individuale de eliminare.

Caseta 10. Tratamentul indicat de către medic

1. La indicația medicului, pacientul cu escare va fi consultat de către medicul fizioterapeut
2. Se vor efectua proceduri fizioterapeutice locale, pentru a facilita granulara, cicatricizarea plăgii de escară.
3. Se va ține cont de contraindicațiile specialistului în administrarea tratamentului fizioterapeutic.
4. La indicația medicului, asistenta medicală va administra vitamine, antibiotice, analgetice și alte soluții medicamentoase intramuscular, subcutanat sau intravenos.
5. Se vor respecta standardele de calitate la administrarea medicamentelor.
6. Se va administra tratamentul prescris pentru patologia de bază a pacientului.
7. Pacientul va fi consultat de către specialist chinetoterapeut, pentru a efectua mobilizarea necesară, exercițiile de recuperare și relaxare.

Obiectivul de îngrijire

1. Crearea condițiilor de îngrijire
2. Monitorizarea funcțiilor vitale
3. Recoltarea produselor biologice
4. Prelucrarea plăgii de escară
5. Schimbarea pansamentului
6. Schimbarea posturii
7. Aplicarea saltelei antidecubit, a ruloarelor, a inelelor
8. Toaleta intimă
9. Toaleta generală a pacientului în stare severă
10. Principiile de îngrijire și de tratament în escare
11. Principiile de tratament general în escare

Planul de intervenții

- Pat confortabil
 - Așternutul curat, protejat cu o mușama și o traversă
 - Respectarea cerințelor la luminozitate, umiditate, temperatură și igienă în încăperea.
 - Dotarea cu echipamentul pentru efectuarea tehnicii de prelucrare a plăgii și de aplicare a pansamentului
- La pacienții gravi, se va monitoriza temperatura corpului, respirația, pulsul, TA, diureza, iar la cei inconștienți – și reacția pupilei.
- Conform indicațiilor medicului, se vor recolta sânge, urină, exsudat din plagă pentru diverse investigații.
- Prelucrarea se va efectua în conformitate cu cerințele prevăzute de Standardul de calitate (caseta 7).
- Se va efectua la indicația medicului, conform tehnicii prevăzute de *Standardul de calitate (caseta 8)*.
- Asistenta va elabora un plan de schimbare a posturii. Toți membrii echipei vor respecta acest plan/orar. Se va efectua schimbarea pasivă a posturii conform tehnicii indicate în *Standardul de calitate*.
- Se va efectua după evacuarea vezicii urinare și a intestinului, Conform tehnicii prevăzute de *Standardul de calitate (se vor implica aparținătorii)*.
- Se va efectua conform *Standardului de calitate*.
- Prelucrarea plăgii în funcție de stadiul escarelor (caseta 7). Aplicarea pansamentului steril cu diverse unguente, la indicația medicului (caseta 8).
- Proceduri de fizioterapie, la indicația medicului (caseta 10).
- Hidratare corectă (caseta 9).
- Alimentație calorică (caseta 9).
- Vitamine, la indicația medicului (caseta 10).
- Antibiotice, la indicația medicului (caseta 10).
- Analgetice și opioide, la indicația medicului (caseta 10).

C.2.3.6. Evoluția

Toate tipurile de escare, la pacienții gravi, au o evoluție cronică, deseori plaga nu se cicatrizează.

C.2.3.7. Supravegherea pacientului cu escare

1. Menținerea funcțiilor vitale.
2. Satisfacerea celor 14 nevoi fundamentale.
3. Responsabili de supraveghere vor fi membrii echipei multidisciplinare

C.2.4. Complicațiile posibile în escare

Caseta 11. Complicațiile posibile în escare

- Plaga cronică
- Infectarea plăgii (supurare)
- Necroza țesutului
- Hemoragia
- Septicemia

D. RESURSELE UMANE ȘI MATERIALELE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI

<p>D.1. Instituțiile de asistență medicală primară</p>	<p>Personal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • medic de familie; • asistenta medicală de familie; • asistent social (în regulament și standarde de îngrijiri paliative este prevăzută așa unitate, ordinul MS Nr.154 din 01.06.2009); • psiholog; • lucrător spiritual; • voluntari; • aparținători; <hr/> <p>Dispozitive medicale și consumabile:</p> <ul style="list-style-type: none"> • pat funcțional; • tensiometru; • fonendoscop; • seringi, ace sterile; • mănuși; • materiale sterile pentru pansament; • instrumente sterile; • tăvițe renale; • pungă pentru deșeuri; • rulouri și inele speciale, saltea antidecubit; • lenjerie curată de corp și de pat. <hr/> <p>Medicamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • soluție de Nitrofurazol 1:5000; • Peroxid de hidrogen 3%; • soluție de Menovazină; • soluție de Hialuronat de zinc 10 ml; • unguente: Solcoseryl, Levomecol, Sintomicină; • soluții dezinfectante; • vitamine; • analgezice; • Alcool etilic 70%.
<p>D.2. Secțiile și instituțiile consultativ-diagnostice</p>	<p>Personal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • medic oncolog; • medic chirurg; • asistente medicale; • membrii echipei de îngrijire; • laborant; • asistentă de pansamente; • asistentă de operații. <hr/> <p>Dispozitive medicale și consumabile:</p> <ul style="list-style-type: none"> • fonendoscop; • tensiometru; • termometru; • seringi, ace sterile; • sala de pansamente; • pat funcțional; • mănuși; • materiale sterile pentru pansament; • instrumente sterile;

	<ul style="list-style-type: none"> • tăvițe renale; • pungi pentru deșeuri; • rulouri și inele, saltea antidecubit; • lenjerie curată de corp și de pat; • diverse suporturi; • sala de operații.
	<p>Medicamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • soluție de Nitrofurazol 1:5000; • Peroxid de hidrogen 3%; • soluție de Menovazină; • soluție de Hialuronat de zinc 10 ml; • unguente: Solcoseryl, Levomecol, Sintomicină; • antibiotice; • vitamine; • analgezice; • soluții dezinfectante; • Alcool etilic 70%.
<p>D.3. Secțiile de profil general ale spitalelor raionale, municipale</p>	<p>Personal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • medic internist; • medic chirurg; • asistente medicale; • infirmieră.
	<p>Dispozitive medicale și consumabile:</p> <ul style="list-style-type: none"> • fonendoscop; • tensiometru; • termometru; • seringi, ace sterile; • sala de pansamente; • pat funcțional; • mănuși; • materiale sterile pentru pansament; • instrumente sterile; • tăvițe renale; • pungi pentru deșeuri; • rulouri și inele, saltea antidecubit; • lenjerie curată de corp și de pat; • diverse suporturi, anexe la pat;
	<p>Medicamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • soluție de Nitrofurazol 1:5000; • soluție Peroxid de hidrogen 3%; • soluție de Menovazină; • soluție Hialuronat de zinc 10 ml; • antibiotice; • unguente: Solcoseryl, Levomecol, Sintomicină etc.; • vitamine; • Alcool etilic 70%. • soluții dezinfectante; • analgezice.

D.4. Hospice	Personal: <ul style="list-style-type: none"> • medic specializat în îngrijiri paliative; • asistent medical; • asistent social; • psiholog; • asistent spiritual; • voluntari; • aparținători.
	Dispozitive medicale și consumabile: <ul style="list-style-type: none"> • fonendoscop; • tensiometru; • termometru; • seringi, ace sterile; • sala de pansamente; • pat funcțional; • mănuși; • materiale sterile pentru pansament; • instrumente sterile; • tăvițe renale; • pungi pentru deșeuri; • rulouri și inele, saltea antidecubit; • lenjerie curată de corp și de pat; • diverse suporturi, anexe la pat;
	Medicamente: <ul style="list-style-type: none"> • soluție de Nitrofuraz 1:5000; • soluție Peroxid de hidrogen 3%; • soluție de Menovazină; • soluție Hialuronat de zinc 10 ml; • antibiotice; • unguente: Solcoseril, Levomecol, Sintomicină etc.; • soluții dezinfectante; • alcool etilic 70%.

E. INDICATORI DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI

Nr.	Scopul protocolului	Indicatorul	Metoda de calcul a indicatorului	
			Numărător	Numitor
1.	De a spori gradul de bunăstare a pacientului grav, imobilizat	1.1. Procentul pacienților gravi, cu o ameliorare a stării de sănătate	1.1. Numărul de pacienți Gravi, la care s-a ameliorat cât de puțin, starea de sănătate în perioada de 6 luni	Numărul total al pacienților gravi, luați în îngrijire, pe parcurs de 6 luni
2.	De a spori nivelul de calitate a îngrijirilor	2.1. Satisfacția pacienților versus îngrijirile acordate 2.2. Respectarea standardelor de calitate în îngrijirile paliative	2.1. Numărul de pacienți care sunt satisfăcuți de îngrijirile prestate 2.2. Numărul de tehnici de îngrijire aplicate, conform standardelor de calitate	Numărul total de pacienți îngrijiți Numărul total de tehnici de îngrijire, efectuate timp de 6 luni

Nr.	Scopul protocolului	Indicatorul	Metoda de calcul a indicatorului	
			Numărător	Numitor
3.	De a atenua evoluția escarelor (de a reduce durata vindecării escarelor)	3.1. Durata medie de tratare a escarelor	3.1. Numărul de pacienți gravi, la care escara evoluează 3 luni 3.2 Numărul de pacienți gravi, la care escara evoluează 6 luni	Numărul total de pacienți gravi cu escare tratați, pe parcurs de 6 luni
4.	De a evita apariția complicațiilor în escare	4.1. Procentul pacienților gravi, cu complicații ale escarelor	4.1. Numărul de pacienți gravi cu complicații ale escarelor, pe parcurs de 6 luni	Numărul total de pacienți cu escare tratați, pe parcurs de 6 luni

ANEXE

Anexa 1. Ghidul pacientului cu escare

Pacientul cu escare are nevoie de îngrijiri corecte și permanente. Aceste îngrijiri în cele mai frecvente cazuri pot fi realizate și de către membrii familiei sau de către aparținători, deoarece pacientul prezintă dependența majoră. Cu cât dependența pacientului este mai mare, cu atât mai mult are nevoie de îngrijirile paliative. Pacientul cu escare, care este spitalizat în instituție medicală de îngrijiri paliative sau se află la domiciliu, are nevoie de îngrijiri medicale specializate și de îngrijiri de acoperire, adică acordate de aparținător, membru de familie.

Ghidul conține următoarele compartimente:

- 1.1 Măsurile de prevenire a escarelor
- 1.2 Alimentația și hidratarea pacientului
- 1.3 Aplicarea rulourilor / inelelor
- 1.4 Schimbarea posturii pacientului. Mobilizarea
- 1.5 Aplicarea pansamentului cu unguent
- 1.6 Prelucrarea plăgii în escare

1.1. Prevenirea escarelor (vezi caseta 2)

1.2. Alimentația și hidratarea (vezi caseta 9)

1.3. Aplicarea inelelor sau a rulourilor

Scopul: Pentru a proteja plaga

Pentru a diminua presiunea asupra plăgii

- Asistenta medicală va pune la dispoziție echipamentul necesare sau va confecționa inele și rulouri din vată și din tifon.
- Dimensiunile lor sunt variate, în funcție de locul unde s-a format escara.
- Se aplică rulourile sau inelele la cot, umăr, genunchi, călcâie.
- Se va aplica atent, în așa mod încât plaga de escară să se afle în golul ruloului și în astfel se evită comprimarea și traumatiza plăgii, ceea ce facilitează însănătoșirea, granulația plăgii.

1.4. Schimbarea posturii, mobilizarea

Schimbarea de poziție a pacientului poate fi activă și pasivă.

Schimbarea activă. Este efectuată de către pacient de sine stătător.

- Asistenta medicală, împreună cu pacientul, va elabora un orar de schimbare a posturii în funcție de locul unde s-a format escara și de starea fizică a pacientului.
- Pacientul trebuie să înțeleagă importanța schimbărilor de poziție a corpului pentru ameliorarea circulației sangvine și pentru estomparea evoluției escarelor.
- Se va elabora un orar care să permită schimbarea posturii, o dată la 2 ore, ziua, și o dată la 4 ore noaptea.

Model:

- 08.00 – decubit dorsal
- 10.00 – decubit lateral stâng
- 12.00 – decubit lateral drept
- 14.00 – decubit dorsal
- 16.00 – decubit lateral stâng
- 18.00 – decubit lateral drept

- 20.00 – decubit dorsal
- 24.00 – decubit lateral stâng
- 04.00 – decubit lateral drept
- 08.00 – decubit dorsal

La pacienții gravi, imobilizați se recomandă mai frecvent schimbarea posturii.

Schimbarea pasivă. Este efectuată cu ajutorul asistentei medicale sau al aparținătorului.

Este indicată:

- La pacienții adinamici
- Inconștienți
- Cu paralizii
- Imobilizați
- Cu aparate ghipsate

Întoarcerea din decubit dorsal în decubit lateral:

- Asistenta sau aparținătorul se află la marginea patului spre care va fi întors pacientul.
- Se îndoaie brațul pacientului de la mâna opusă peste toracele lui.
- Apoi se așează piciorul din partea opusă peste celălalt.
- Asistenta sau aparținătorul se află cu fața în dreptul toracelui pacientului cu un picior mai aproape de pat și flexat ușor la genunchi.
- Apoi se apleacă și prinde cu mâna umărul din partea opusă, iar cu cealaltă mână prinde șoldul pacientului.
- Asistenta sau aparținătorul trece greutatea corpului său dinspre piciorul care se află mai aproape de pat spre piciorul aflat mai în spate.
- În așa fel își flectează bine ambii genunchi și întoarce pacientul spre ea, pe o parte
- Ca pacientul să-și mențină această postură, se va fixa la spatele lui o pătură făcută sul (rulată) sau pernuțe.

Readucerea posturii în decubit dorsal: Este de dorit să fie efectuată de către 2 persoane. Ambele persoane stau la spatele pacientului, pe aceeași parte, persoana care este aproape de capul pacientului îl prinde sub axilă și îi sprijină capul de antebraț, cealaltă persoană introduce o mână sub bazinul pacientului cu mâinile libere, ambele persoane întorc pacientul cu fața în sus, în decubit dorsal.

Ridicarea pacientului din decubit dorsal în poziție șezândă: (se pot folosi mai multe metode): Ridicarea în poziție șezândă a pacientului în stare gravă se va efectua de către 2 persoane – o persoană se așează de o parte a pacientului, iar cealaltă persoană – de partea cealaltă. Ele încrucișează antebrațele sale de la o mână sub regiunea dorsală a pacientului cu palmele pe omoplații pacientului cu cealaltă mână prind pacientul sub regiunea axilară, apoi concomitent ridică pacientul în poziție șezândă [1].

Mobilizarea – este mișcarea pacientului, pentru a preveni complicațiile cauzate de imobilizare.

Scopul:

- De a spori tonusul muscular
- De a menține mobilitatea articulațiilor
- De a stimula metabolismul
- De a favoriza eliminările fiziologice
- Stimularea circulației sangvine
- Profilaxia pneumoniei, trombozei
- Profilaxia escarelor
- Profilaxia contracturilor

Se vor respecta următoarele principii:

1. Mobilizarea se face în funcție de:

- Natura bolii
- Starea generală
- Reactivitatea pacientului
- Se fac exercițiile înainte de masă
- Se îmbină exercițiile de mișcare cu cele de respirație
- Se includ și exercițiile de relaxare

2. Mobilizarea include exerciții de mișcare, ridicare din pat, mers; așezare
3. Mobilizarea face parte din terapia prescrisă de medic
4. Se face treptat, progresiv crescând gama de mișcări active sau pasive – mișcarea capului, degetelor, mâinilor, picioarelor, coloanei vertebrale
5. Toate exercițiile de mobilizare sunt de competența specialistului chinetoterapeut, membru al echipei de îngrijire

1.5. Aplicarea pansamentului cu unguent (vezi caseta 8)

1.6. Prelucrarea plăgii (vezi caseta 7)

Anexa 2. Recomandările pentru implementare în conduita pacienților cu escare

2.1. Respectarea orarului de mobilizare

- 8.00 – decubit dorsal
- 10.00 – decubit lateral stâng
- 12.00 – decubit lateral drept
- 14.00 – decubit dorsal
- 16.00 – decubit lateral stâng
- 18.00 – decubit lateral drept
- 20.00 – decubit dorsal
- 24.00 – decubit lateral stâng
- 4.00 – decubit lateral drept
- 8.00 – decubit dorsal

Toate aceste îngrijiri vor fi efectuate la început de către asistenta medicală, care apoi va învăța membrii familiei, aparținătorul să efectueze corect mobilizarea. Dacă starea pacientului permite implicarea sa în schimbarea posturii, mobilizare, alimentație și hidratare sau în o altă îngrijire, atunci se va acorda pacienților, în special, asistența educativă a pacientului. [1]

2.2 Acordarea de asistență educativă a pacientului și a familiei

Pacientul cu escare de decubit și/sau familia/aparținătorul va învăța:

- Să respecte orarul mobilizării
- Să se alimenteze și să se hidrateze conform indicațiilor
- Să protejeze escara de infecție și de leziuni
- Să mențină pielea curată și uscată
- Să mențină mediul ambiant curat și aerisit
- Să respecte regulile de asepsie la prelucrarea plăgii și la schimbarea pansamentului
- Să cunoască primele manifestări ale escarelor de decubit nou apărute
- Să fie capabil să-și exprime senzațiile de durere locală și acuzele referitoare la sănătate

Dacă pacientul este în stare ngravă sau este inconștient, toate acestea va învăța și va efectua îngrijitorul sau aparținătorul

2.3. Evaluarea rezultatelor de îngrijire și de autoîngrijire

- Se va evalua nivelul de calitate a îngrijirilor și tratamentul escarelor
- Zilnic se va examina escara în timpul schimbării pansamentului
- Se va observa modificările, în ceea ce privește aspectul, mărimea, secrețiile, granulația
- Se va verifica respectarea de către pacient și de către aparținători a regimului alimentar și de hidratare
- Se va evalua deprinderea corectă de a prelucra plaga și de a schimba pansamentul
- Se va totaliza calitatea efectuării măsurilor de prevenire a altor escare
- Se indică respectarea igienei mediului, a încăperii în care se află pacientul – curățenia umedă, luminozitatea, temperatura, poluarea
- Accent se va pune pe comunicarea cu pacientul, pe încurajarea lui
- Se va evalua gradul de dependență a pacientului și calitatea satisfacerii nevoilor fundamentale, respectarea standardelor de îngrijire și a prescripțiilor medicale
- Zilnic se va examina pielea în locurile posibile de formare a escarelor, pentru a observa escara în stadiul incipient

BIBLIOGRAFIA

1. „Standarde de Îngrijiri Nursing”, Asociația de Nursing, Chișinău 2007.
2. „Tehnici de evaluare și îngrijiri acordate de asistenții medicali”, Lucreția Titircă, București 1997.
3. Jurnal „Nursing Comunitar”, nr.2; nr.7/8, 2009.
4. Jurnal „Медицинская помощь” №3, 2000.
5. Jurnal “Мир медицины” №1, 1999.
6. Jurnal “Сестринское дело” №1, 2004.
7. Setul LEMON, capitolul 8 – Practica clinică de Nursing.
8. Ghid de Nursing geriatric, pag. 120-124.
9. Indreptar pentru asistente medicale, cap.III, pag.41-58 .
10. www.tehnoplus.ro/docs
11. www.medicultau.com
12. www.romedic.ro
13. www.boli-medicina.com
14. www.doctoracasa.ro
15. www.ingrijiremedicala.ro
16. www.repacaro.ro
17. www.pcfarm.ro