



## Asociația "MOTIVAȚIE" din Moldova

str. Victoriei 1A, or. Vadul lui Vodă, mun. Chișinău, MD-2046, R. Moldova

Tel/fax: (+373 22) 66 13 93, 41 71 55

e-mail: [office@motivation-md.org](mailto:office@motivation-md.org)

[www.motivation-md.org](http://www.motivation-md.org)

### Ce sunt escarele?

Escarele de decubit sunt complicațiile medicale des întâlnite ale persoanelor cu dizabilități sau a persoanelor de vârstă înaintată. Cunoscute și sub numele de leziuni la nivelul pielii, escare, ulcere decubitale, sau dureri cauzate de poziția prelungită în pat, ulcerările de presiune sunt prezente la persoanele ce utilizează un scaun rulant sau petrec mai mult timp în pat, datorită lipsei mișcării și privarea de irigare cu sânge. Se numesc "escare de decubit" orice înroșire sau întrerupere a tegumentului cauzate de prea multă presiune pusă pe tegument pentru o perioadă mai îndelungată de timp. Poziționarea prelungită va începe să reducă irigarea cu sânge a zonei, împiedicând oxigenul și nutrienții vitali să păstreze țesutul sănătos. Când țesutul este privat de nutrienți prea mult timp începe să moară și încep să se formeze escarele de decubit. În mod normal nervii trimit mesaje de durere sau senzații de disconfort creierului să îi dea de știre că trebuie să îți schimbi poziția, nu în cazul leziunilor la nivelul măduvei spinării care împiedica semnalele să ajungă la creier.

### Cauze

Pentru că fluxul sanguin este mai lent după un traumatism vertebro-medular, capacitatea de a te vindeca este mai scăzută, și pielea ta nu tolerează la fel de multă presiune ca înainte. Vascularizarea slabă și toleranța mai scăzută la presiune este și mai tare agravată de lipsa simțurilor pierdute în urma traumatismului vertebro-medular. Lipsa simțurilor înseamnă că nu mai există un mecanism de trimitere-primire a impulsurilor nervoase care să îți spună că există o problemă - că ai stat prea mult fără să te miști sau că te-ai rănit.

### Simptome

Primul simptom - semnalul de alarmă - este o zonă înroșită de piele. Nu s-a produs încă leziune, iar dacă nu mai pui presiune, roșeața dispare în 15 minute după ce aceasta a fost îndepărtată. Leziunile pielii cauzate de presiune încep să apară în jurul proeminescentelor osoase - în orice loc unde oasele sunt aproape de suprafața pielii, cum ar fi șoldul. Datorită scăderii fluxului sanguin care apare în urma traumatismului vertebro-medular, aportul de oxigen este de asemenea scăzut la nivelul pielii. Acest lucru contribuie la scăderea rezistenței pielii. Dacă pielea este

privată de oxigen din cauza presiunii, organismul va încerca să compenseze transportând mai mult sânge în acea zonă. Asta poate cauza umflătură, care va pune și mai multă presiune asupra vaselor sanguine și va bloca în continuare circulația.

### **Cum se dezvoltă escarele de decubit:**

**Prima etapă.** Vei observa că pielea devine albă sau mai deschisă la culoare. Ridică-te și continuă să te întorci de pe o parte pe alta ca pielea să nu fie niciodată privată de aportul sanguin pentru o perioadă lungă de timp. Sângele nu ajunge la piele din cauza presiunii.

**Etapa a doua.** Pielea ți se va înroși; e caldă și poate fi umflată când nu mai e presiune. Nu te pune pe zona înroșită până când nu dispare roșeața. NU freca zona sau nu pune nimic pe ea. Dacă tenul e închis și nu poți vedea roșeața, simte căldura cu dosul degetelor. În acest punct, poți preveni o escară să se dezvolte. Roșeața și căldura este cauzată de sângele care pulsează în zonă când nu mai e presiune. Dacă roșeața dispare în 30 de minute după ce nu mai e presiune, este un semnal de alarmă (prea multă presiune sau aplicată prea mult timp.)

**Etapa a treia.** Vei observa că se va forma o bășică unde pielea e roșie. Pielea are o culoare albăstruie. Adesea se sparge. Etapa începe dacă presiunea nu este luată de tot de pe zona roșie. Atunci leziunea este mai adâncă decât poți vedea. Evita zona aceea. Sună-ți medicul sau asistenta.

**Etapa a patra.** Centrul escarei devine negru sau maro și/sau există scurgeri. Nu atinge zona. Acoperă zona cu o compresă sterilă. Mănâncă alimente bogate în proteine ca să crească nivelul albuminei. Aceasta leziune poate fi foarte adâncă și probabil este infectată. Dacă sunt prea multe scurgeri organismul tău pierde prea multe proteine. Proteinele sunt necesare pentru vindecare. Sună-ți medicul.

### **Prevenirea escarelor de decubit**

Menținerea sănătății pielii este cheia prevenirii escarelor de decubit. Pielea intactă, unsă bine cu uleiuri, și hrănită cu o cantitate bună de sânge nu va avea ulcerații de presiune. Pielea rămâne sănătoasă cu ajutorul unei diete bune, igienă, inspecția regulată a pielii, și eliberarea regulată a presiunii. Ar trebui să ai grijă să îți menții pielea curată și uscată din moment ce pielea umedă din cauza urinei, transpirată, sau întinsă poate ceda mai ușor. Administrarea adecvată de lichide și o dietă corespunzătoare asigură de asemenea necesarul de nutrienți pielii. Cu o dietă bogată în proteine, fier, și vitamine, pielea ta va rămâne sănătoasă. Analizând pielea regulat, poți detecta o problemă care e la început.

Un alt mod de a preveni escarele de decubit este să eliberezi presiunea aplicată pe piele schimbând poziția sau fiind poziționat în așa fel încât presiunea să nu fie pe zonele osoase. Scopul este permiterea sângelui să ajungă la nivelul pielii. Dacă presiunea nu este eliberată, sângele va continua să nu mai circule și nu va ajunge la piele ca să o mențină sănătoasă.

## **Schimbarea poziției**

Schimbarea poziției este cea mai importantă tehnică pentru prevenirea escarelor de la nivelul pielii și mușchilor sacrului și a fiecărui șold. Folosește metoda pe care tu și terapeutul tău considerați că este mai eficient pentru tine. Află cât de tolerantă este pielea ta tot timpul.

## **Pernele**

O pernă pentru scaunul tău cu roțile este esențială. Pernele ajută la eliberarea presiunii și distribuirea greutății în mod egal și de aceea ajută la prevenirea apariției escarelor de decubit. Există multe tipuri de perne, dar nu există nici o pernă "ideală". Folosește perna recomandată de kinetoterapeutul/terapeutul tău. Schimbarea poziției e esențială. Doar perna nu va preveni apariția escarelor de decubit.

## **Sfaturi pentru prevenirea ulcerărilor de presiune**

### **TREBUIE:**

1. asigură-te că pedalele scaunului tău cu roțile sunt ajustate la înălțimea corespunzătoare;
2. folosește perna indicată în scaunul cu roțile;
3. stai drept în scaun (prăbușirea sau aplecarea în scaunul cu roțile duce la cedarea prematură a pielii în zona sacrului)
4. verifică picioarele cu atenție când porți încălțăminte nouă - pantofii nu trebuie să fie nici prea strâmți nici prea largi;
5. menține pielea curată și uscată;
6. folosește o saltea stabilă (nu tare), care să îți susțină corpul;
7. ridică-te și schimbă-ți poziția la fiecare 15 minute;
8. respectă-ți programul de întors;
9. folosește cremă hidratantă dacă ai pielea uscată;
10. bea destule lichide ca să îți menții pielea bine hidratată;
11. urmează o dietă echilibrată; alimente bogate în proteimineral
12. ajuta pielea să își mențină sănătatea și să se vindece mai repede;
13. verifică penisul cu atenție de răni sau iritații facă folosești un cateter extern.

### **NU TREBUIE DE:**

1. folosit colac sau orice fel de pernă fără ca medicul terapeutic/ kinetoterapeut să fie la curent;
2. pus multă presiune unde nu e nevoie, și blochează fluxul sanguin de la nivelul pielii în interiorul inelului;
3. purtat bretele sanitare - pot produce escare de decubit;
4. purtat haine cu cusătură groasă, lenjerie din nilon sau haine strâmte;
5. să pui lucruri în buzunarele pantalonilor sau pe sacun;
6. folosit alcool pe pielea uscată;
7. stat în pat cu capul ridicat pe perioade lungi - asta poate cauza presarea pielii în josul coloanei ceea ce cauzează leziuni;

8. fumat - cercetările arată ca pacienții care au suferit un traumatism vertebro medular care sunt fumători înrăiți au escare de decubit mai multe și mai grave, procesul de vindecare este mai lent;

Escarele sunt leziuni cutanate de origine ischemică cauzate de compresia țesuturilor moi într-un plan dur și de scheletul osos. Escarele sunt rezultatul conjugat a doi factori: factori mecanici și factori clinici. Sunt cunoscute trei tipuri de escare:

1. escarele accidentale, legate de o dereglare temporară a mobilității și cunoștinței;
2. escarele neuroplegice, consecință a unei patologii cronice (leziune a coloanei vertebrale, paralizie centrală, etc.);
3. escarele "plurifactoriale", cauzate de polipatologii cu poziția prelungită la pat sau în scaun rulant a pacientului. Incidența escarelor actualmente este puțin cunoscută, din cauza aflării permanente la domiciliu a acestor pacienți.

### Tipurile de țesut

Sunt descrise patru tipuri principale de țesuturi care apar în timpul procesului de vindecare a plăgii; adesea, acestea sunt clasificate în funcție de culoare:

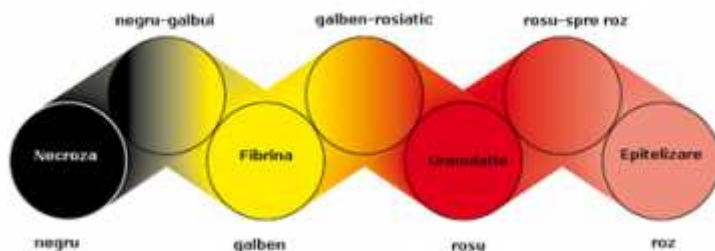
Negru - țesut necrotic

Galben - țesut fibrinos

Roșu - țesut de granulație

Roz - țesut de epitelizare

Este de menționat faptul că această metodă de clasificare a fost apreciată ca fiind simplistă, deoarece vindecarea plăgilor reprezintă un proces continuu, de cele mai multe ori, plaga conținând combinații de tipuri de țesuturi.



Din aceste considerente, a fost elaborată o scală colorimetrică (Grey et al. 2003), care încorporează culori intermediare între cele patru de bază.

Țesutul necrotic este devitalizat, mort; adesea are culoarea neagră, dar poate fi și maro sau gri când este hidratat.

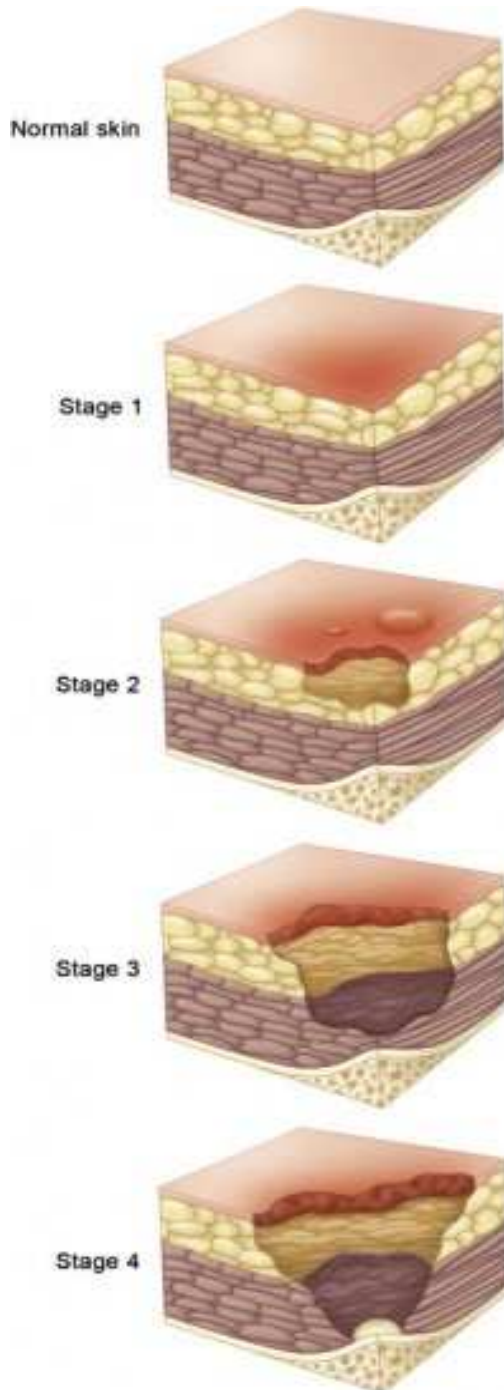
Țesutul necrotic trebuie îndepărtat pentru că procesul de vindecare a plăgii să poată începe. Totodată, îndepărtarea acestui țesut permite evaluarea stării patului plăgii.

Țesutul necrotic constituie, de asemenea, un mediu de cultură favorabil dezvoltării bacteriilor.

Țesutul care este fibrinos, de culoare galbenă, aderă la patul plăgii și nu poate fi îndepărtat prin irigare. Țesutul fibrinos constă în celule moarte și debris-uri din plagă și trebuie îndepărtat pentru ca vindecarea să se producă. Fibrina poate lua aspect de plăci în plagă.

Țesutul de granulație umple plaga în timpul vindecării. Vârfurile capilarelor formează o buclă, ceea ce face ca plaga să aibă aspect granular de culoare roșie. Pereții capilarelor sunt subțiri, ceea ce face ca plaga să sângereze cu ușurință. Țesutul de epitelizare se formează în faza finală a vindecării plăgii; acesta formează noul epiteliu. În cazul plăgilor cu profunzime mică, întinse, se pot forma insule de țesut de epitelizare.

### Clasificarea escarelor



Clasificarea anatomoclinică a escarelor este până în prezent puțin validată și totuși majoritatea specialiștilor se ghidează după clasificarea NPUAP (Național Pressure Ulcer Advisory Panel) care divizează escarele în patru stadii:

**Stadiul 1:** Pielea este intactă; prezența eritemului; de asemenea, poate fi prezentă o decolorare și/sau căldură;

**Stadiul 2:** Pielea este afectată superficial, inclusiv epiderma sau dermă. Plagă are aspectul unei dermabraziuni; poate fi prezentă ulcerarea sau flictenul;

**Stadiul 3:** Pielea este afectată în întregime, inclusiv țesutul subcutanat. Plaga are aspectul unei ulcerări profunde;

**Stadiul 4:** Este afectată pielea în totalitate, fiind prezentă necroza, care poate implica mușchii și osul, tendoanele sau articulațiile.

Clasificarea anatomoclinică nu este adaptată la escarele în stare de vindecare sau de reconstruire a țesuturilor pierdute. Pentru aceste escare se recomandă, în cadrul conduitei terapeutice:

- a) de apreciat modificările colorației tegumentelor după toaleta plăgii (de la 3 la 5 tinte: roșie, roz, violacee, brună, palidă);
- b) de măsurat suprafața pierderii de țesut cu o riglă milimetrică sau cu o peliculă specială;
- c) de determinat profunzimea plăgii cu un stilet și o riglă milimetrică;
- d) de descris topografia plăgii după o schemă cunoscută în medicină.

Ca orice plagă, escarele se vindecă trecând prin următoarele faze:

#### **Faza inflamatorie**

Reprezintă răspunsul celular și vascular normal, la orice afectare (vătămare); vindecarea nu poate progresa dacă inflamația nu se produce. Durata acestei faze este adesea mai mare în cazul plăgilor cronice.

#### **Faza de granulație (proliferativă)**

Odată ce contracția plăgii a avut loc, noul țesut epitelial poate să se dezvolte la suprafața plăgii. Noile celule epiteliale vor începe să migreze de la marginile plăgii; de asemenea, se formează în jurul foliculului firului de păr, glandelor sebacee și al glandelor sudoripare. Celulele epiteliale noi sunt de culoare albă/roz și își stopează migrația odată ce întâlnesc alte celule epiteliale în plaga, fenomen cunoscut ca inhibiție de contact. Migrarea epitelială este accelerată în mediul umed, care face ca celulele epiteliale să migreze cu mai multă ușurință.

#### **Faza de epitelizare (maturare)**

Această fază se referă uneori la faza de remodelare și poate dura până la 18 luni. În cazul plăgilor cronice, această fază se poate întinde pe o durată mai mare. În timpul fazei de epitelizare, plaga capătă rezistență și cicatricea își schimbă semnificativ culoarea.

#### **Vindecarea în mediu umed**

Conceptul a fost introdus de George Winter care a condus studii pe animale,

comparând formarea crustei în cazul plăgilor tratate în mediu "uscat" cu cea în cazul plăgilor acoperite semipermeabil. Rezultatele au arătat că epitelizarea a fost de două ori mai rapidă în cazul plăgilor acoperite cu semipermeabil.

Este important managementul mediului umed; astfel, dacă acesta este insuficient, vindecarea se produce mai lent și pot apărea cicatrici vizibile, dacă plaga este prea "umedă", poate apărea hipergranulația, infecția și macerarea pielii perilezionale. Aceste aspecte au schimbat modul de tratare a plăgilor și au făcut posibilă dezvoltarea alginatilor, poliuretanilor, hidrocoloizilor și hidrogelurilor.

## **Tratamentul escarelor**

### **Igiena bolnavului cu escare**

Se referă în special la bolnavii cu escare sacrale, dar și la ceilalți, cu escare în alte zone ale corpului. Igiena bolnavului cu escare se realizează după cum urmează:

Se spală plaga cu apă caldă și săpunuri cu PH neutru, dacă este murdară;

Dacă nu sunt prezente urme de urină, plaga se spală numai cu apă;

Pentru absorbția urinei este recomandată folosirea scutecelor de unică folosință care pot îngloba o cantitate importantă de urină, în același timp păstrând pielea uscată prin transformarea lichidului în gel și reținerea lui în corpul absorbant;

Îngrijirea pielii din jurul escarei se va face cu atenție, deoarece aceasta este afectată de urmele eventualelor pansamente adezive, de eventuale frecări, precum și de eventuale urme de fecale (mai ales în cazul diareelor);

Bolnavul care prezintă escare poate fi îmbăiat sau i se poate face duș, fără probleme.

### **Nutriția bolnavului cu escare**

Bolnavii cu escare prezintă, adesea, și o denutriție asociată. Pentru cicatrizare, aportul de proteine și de calorii, precum și de vitamine, trebuie să fie superior. Este recomandată evaluarea stării nutriționale a bolnavului cu escare prin determinarea greutatei corporale și măsurarea aportului alimentar.

Aportul recomandat pentru bolnavul cu una sau mai multe escare este:

35 Kcal/Kg/zi;

1,5 g/Kg/zi, proteine.

### **Instalarea bolnavului cu escare**

Indiferent de tipul suportului asigurat pacientului cu escare, este necesară schimbarea periodică a poziției acestuia, sau verificarea poziției acestuia, astfel încât să fie eliminată (sau redusă la minimum) presiunea de contact pe zonele cu escare.

### **Suportul**

Suportul ce trebuie asigurat pacientului care prezintă escare, este reprezentat de saltea, precum și de materialele care se amplasează sub această. La ora actuală, există o multitudine de tipuri de saltele și de alte materiale utilizate pentru instalarea pacientului cu escare.

Patul, cu o porțiune rabatabilă (ca un fotoliu) permite repartizarea optimă a presiunii vis-a-vis de proeminențele osoase ale pacientului.

Suportul utilizat în cazul pacientului cu escare poate fi:

static - din material care se mulează pe pacient (bureți);

dinamic - alternant;

dinamic - continuu (saltele gonflabile de joasă presiune)

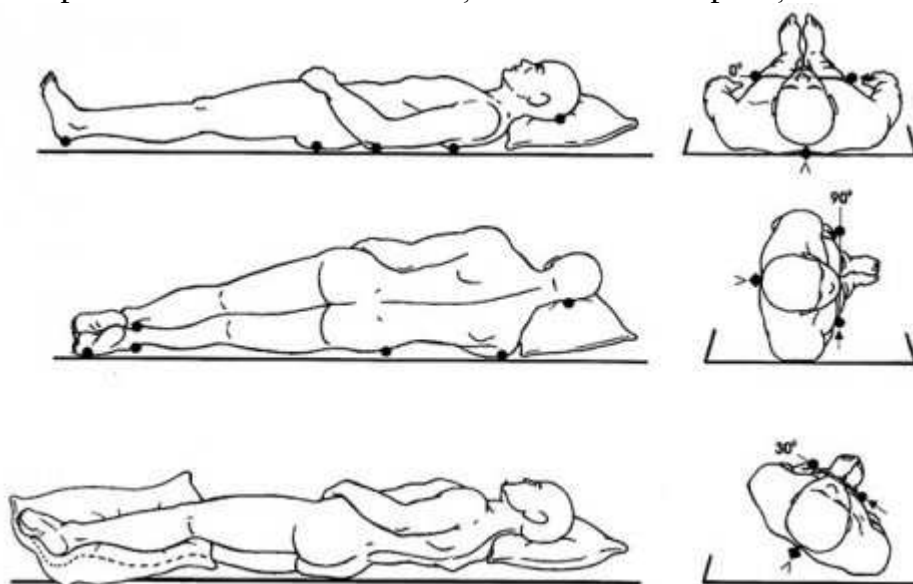
Criteriile care stau la baza alegerii unei saltele sau a materialelor care se amplasează sub această, sunt următoarele:

1. nivelul de risc de apariție a unei escare;
2. numărul de ore petrecut de pacient în pat;
3. gradul de mobilitate a pacientului;
4. frecvența schimbării poziției pacientului;
5. posibilitatea de realizare a schimbării poziției pacientului (numărul de personal); este necesar).

Tipurile de suport recomandate în cazul pacienților cu escare, în funcție de caracteristicile acestora, sunt redate în tabelul de mai jos:

### Poziția bolnavului cu escare

Schimbarea poziției bolnavului cu escare are drept scop eliminarea, sau reducerea la minimum a presiunii de contact pe zonele cu escare. Poziția la 30°, poziția așezat în scaun rulant, poziția verticală, când este posibil, trebuie alternate în timpul tratamentului. De asemenea, este recomandată alternanța pat/fotoliu, când este posibilă. Trebuie respectate patologiile asociate (deformații reumatologice, neurologice sau ortopedice, insuficiența cardiacă sau respiratorie, alimentația, etc.) care pot determina contraindicația unei anumite poziții.



### Poziții de bază

Sunt indicate două poziții de bază:

- decubitul dorsal;



- decubitul semi-lateral drept și stâng.

Decubitul lateral strict nu este recomandat; de asemenea, decubitul ventral este o poziție inadecvată, mai ales în cazul subiecților cu vârsta înaintată.

### **Pansamentele utilizate în tratamentul escarelor**

Scopul pansamentelor utilizate în cazul escarelor este acela de a absorbi exudatul din plagă, de a asigura debridarea autolitică (atunci când medicul consideră necesară, se poate realiza debridarea chirurgicală). Debridarea are scopul de a îndepărta țesuturile necrozate din plagă. Totodată, pansamentul trebuie să asigure mediul umed, favorabil vindecării și să prevină infectarea escarei.

Alegerea pansamentului se realizează în același mod ca în cazul altor tipuri de plăgi, în funcție de evaluare, aspectul clinic, nivelul exudatului. Aceste pansamente, cunoscute sub numele de pansamente moderne sau hidroactive, creează condițiile optime pentru a depăși stadiul stagnant în care se află rana ca urmare a dezechilibrului existent la nivel microcelular, susținând procesul de vindecare în fiecare dintre fazele de evoluție ale acestuia

faza I - de curățare /exsudativă;

faza II - de granulație și faza

III - de epitelizare

Datorită mecanismelor specifice de absorbție, pansamentele hidroactive (de ex. cele din portofoliul Hartmann) reduc încărcarea microbiană și realizează un control optim al cantității de exsudat prin absorbția secrețiilor în exces și menținerea unui mediu umed, necesar proliferării țesuturilor noi.

### **Faza de curățare sau exsudativă**

În faza de curățare se realizează debridarea autolitică ce presupune înmuierea necrozelor, îndepărtarea exsudatelor fibrinoase, a celulelor moarte și a germenilor. Această metodă de curățare a plăgii oferă multiple beneficii pentru procesul de vindecare. Procedura este selectivă, deoarece numai țesutul devitalizat este înlăturat, în timp ce țesutul sănătos este păstrat intact, nefiind traumatizat. În plus, mediul umed menținut de pansamentele hidroactive protejează și stimulează celulele responsabile de curățarea plăgii și proliferarea țesutului nou. Un alt avantaj îl constituie metoda în sine, lipsită de "efecte secundare" și ușor de pus în practică. Pansamentele cele mai folosite în faza de curățare sunt: TenderWet 24 și Sorbalgon, acestea putând fi aplicate chiar și pe plăgi infectate.

### **Faza de granulație**

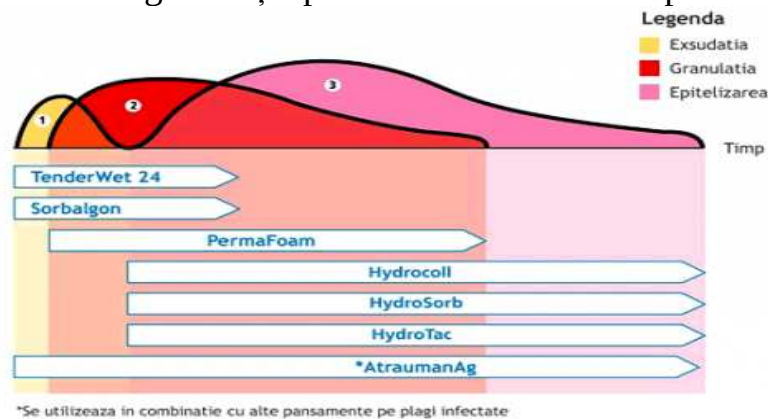
În momentul în care plaga este curată se creează condițiile necesare formării de țesut nou. O atenție deosebită trebuie acordată patului lezional (bazei plăgii), ce trebuie menținut în permanență într-un mediu umed echilibrat. În cazul în care plaga se usucă, celulele ce contribuie la formarea țesutului nou și a vaselor de sânge mor, procesul de vindecare regresând sau stăgănând.

În această fază de evoluție, în funcție de cantitatea de secreții din plaga, se recomandă utilizarea pansamentelor PermaFoam (secreții abundente), Hydrocoll (secreții moderate), HydroTac (secreții minime) sau Hydrosorb (plagă fără

secreții). Aceste pansamente nu se vor aplica direct pe plaga dacă aceasta este infectată!

### Faza de epitelizare

În faza de epitelizare, pansamentele întrețin mediul umed echilibrat, protejând epiteliul nou format împotriva desprinderii celulare și accelerând procesul de cicatrizare. În acest stadiu al plăgii, unul din principalele beneficii ale pansamentelor hidroactive îl reprezintă schimbul traumatic, fără lezarea țesutului nou format. În această fază se poate continua tratamentul cu pansamentele amintite la faza de granulație până la cicatrizarea completă a plăgii.



De reținut este faptul că succesul terapeutic este posibil numai prin alegerea corectă a pansamentului corespunzător fazei de evoluție din procesul de vindecare (vezi figura alăturată). De asemenea, este esențial ca terapia locală hidroactivă să fie completată cu aplicarea unui tratament compresiv continuu (cu feși sau ciorapi de compresie), pentru normalizarea circulației venoase.

### Curățarea rănii

1. Pansamentele se schimbă cu mănuși de unică folosință (de ex. Peha-Soft), câte o pereche pentru fiecare manevră (îndepărtarea pansamentului vechi, spălarea rănii, aplicarea pansamentului nou);
2. Spălarea rănii se face cu compresa sterilă și săpun neutru. Dacă plaga este infectată curățarea se poate face cu soluție iodată (ex. Betadina);
3. Pentru spălarea regiunii din jurul rănii se folosește o altă compresa decât cea cu care s-a spălat rana pentru a se evita răspândirea germenilor;
4. 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;
5. 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;
6. 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;
7. 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. roseața, vezicule cu aer și apă etc.);

8. Pansamentele care nu au margine autoadezivă se acoperă cu comprese sterile și se fixează, de preferință, în zonele care permit, cu o fașă de fixare (de ex. Pehacrepp. Alternativ se pot folosi plasturi hipoalergenici pe suport de hârtie (de ex. Omnipor) sau de material nețesut (de ex. Omnifix) lipiți cât mai la distanță de rană. În cazul pansării unei escare în zona sacrală sau fesieră se recomandă fixarea cu compres și plasturi chiar și a pansamentelor autoadezive pentru a oferi o protecție suplimentară împotriva scurgerilor de urină și materii fecale;
9. 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 plagă);
10. 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;
11. Antibioticele orale se administrează doar în urma unei culturi din plagă cu antibiograma (test în baza căruia se identifică antibioticele la care sunt sensibili germenii din plagă);
12. 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;
13. 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;
14. Până la vindecarea completă a escarei este de evitat poziționarea pacientului pe zona unde este localizată rana;
15. 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.

Această informație a fost redactată din surse web:

1. <http://www.prostemcell.ro>
2. <http://www..tratamentescare.ro>
3. [www.escare.ro](http://www.escare.ro)

Articol a fost scris de : Emilian Ion

[Acest material poate fi copiat numai cu acordul în scris al autorului.](#)  
[ion.emilian@motivation-md.org](mailto:ion.emilian@motivation-md.org)



**Asociația “MOTIVAȚIE” din Moldova**

str. Victoriei 1A, or. Vadul lui Vodă, mun. Chișinău, MD-2046, R. Moldova

Tel/fax: (+373 22) 66 13 93, 41 71 55

e-mail: [office@motivation-md.org](mailto:office@motivation-md.org)

[www.motivation-md.org](http://www.motivation-md.org)