



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA



**UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
„NICOLAE TESTEMIȚANU” DIN REPUBLICA MOLDOVA**

ÎNGRIJIRI PALIATIVE ÎN ESCARE

**Protocol clinic național
(ediția II)**

PCN-136

Chișinău, 2024

Aprobat în cadrul ședinței Consiliului de Experți al Ministerului Sănătății
din 30.03.2023, proces verbal nr.1

Aprobat prin Ordinul Ministerului Sănătății al Republicii Moldova nr. 432 din 15.05.2024
„Cu privire la aprobarea Protocolului clinic național „Îngrijiri paliative în escare”, ediția II

CUPRINS

Sumarul recomandărilor	4
Abrevierile folosite în document	5
A. PARTEA INTRODUCATIVĂ	5
A.1. Diagnosticul.....	5
A.2. Codul diagnosticului.....	5
A.3. Utilizatorii.....	5
A.4. Obiectivele protocolului:	5
A.5. Elaborat: 2011	5
A.6. Revizuit: 2024	5
A.7 Următoarea revizuire: 2029	5
A.8. Lista și informațiile de contact ale autorilor și ale persoanelor care au participat la elaborarea protocolului:	5
A.9. Definițiile folosite în document.....	6
A.10. Informație epidemiologică.....	6
A.11. Gradul de recomandare și nivelul de evidență	8
B. PARTEA GENERALĂ	9
C.1. ALGORITMI DE CONDUIȚĂ	13
C.1.1. Algoritmul general de conduită a pacientului cu escare	13
C.1.2. Algoritmul de intervenții în escare	14
C.1.3. Algoritmul terapiei medicamentoase în escare	15
C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR.....	16
C.2.1. Clasificarea clinică a escarelor	16
C.2.2. Profilaxia escarelor	16
C.2.3.1. Anamneza.....	19
C.2.3.2 Datele obiective	19
C.2.3.3. Investigațiile paraclinice	20
C.2.3.4 Diagnosticul diferențiat – cu orice plagă plagă cronică.....	20
C.2.3.6. Evoluția.....	23
C.2.3.7. Supravegherea pacientului cu escare	23
C.2.4. Complicațiile posibile în escare	24
D. RESURSELE UMANE ȘI MATERIALELE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI.....	24

D.1. Prestatorii de asistență medicală primară	24
D.2. Prestatorii de asistență medicală specializată de ambulatoriu	25
D.3. Secțiile de profil general ale spitalelor raionale, municipale.....	25
D.4. Hospice	26
E. INDICATORI DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI	26
ANEXE	28
Anexa 1. FIȘA WATERLOW DE EVALUARE A RISCULUI APARIȚIEI ESCARELOR	28
Anexa 2. Fișa de MONITORIZAREA ESCARELOR	29
Anexa 3. FIȘA DE EVALUARE A PLĂGILOR	30
Anexa 4. FIȘA DE Re- EVALUARE A PLĂGILOR.....	31
Anexa 5. GHIDUL PACIENTULUI CU ESCARE	32
Anexa 7. FIȘA STANDARDIZATĂ DE AUDIT MEDICAL BAZATĂ PE CRITERII PENTRU ESCARE.....	36
BIBLIOGRAFIA.....	38

Sumarul recomandărilor

1. În cazul pacienților imobilizați la pat zonele de predilecție a apariției escarelor sunt: zona sacrală, fesele, șoldurile, iar la pacienții imobilizați în scaun, zona fesieră. Afectarea călcâiului la pacienții cu tulburări permanente sau tranzitorii de conștiință și/sau stenoză vasculară.
2. Zona afectată este inițial palidă, apoi congestionată, ulterior se dezvoltă necroza și apare defectul tisular.
3. Escarele se clasifică în patru stadii în dependență de profunzimea afectării tisulare. Rezistența țesuturilor la compresie este diferită, de aceea prezența unei ulceratii mici pe piele se poate asocia cu o cavitate lezională mai mare în profunzime.
4. Prevenirea escarelor trebuie inițiată la orice pacient care se află temporar sau permanent imobilizat la pat și care este parțial sau în totalitate incapabil de activitate musculară.
5. Principiile de bază în prevenirea escarelor sunt: menținerea curată și uscată a întregii suprafețe corporale, diminuarea compresiei, mobilizarea sistematică a pacientului, asigurarea unei alimentații și hidratări adecvate, precum asigurarea igienei corporale corespunzătoare și educarea pacientului și aparținătorilor cu referire la apariția și tratamentul escarelor.
6. În îngrijirea escarelor este importantă evaluarea integrității pielii pentru toți pacienții eligibili pentru îngrijiri paliative. Evaluarea comprehensivă a pielii pacientului se va face de două ori pe zi și se va atrage atenție la factorii de risc pentru apariția escarelor: starea nutrițională slabă, creșterea umidității pielii, edem, modificarea consistenței țesuturilor din țesutul înconjurător, creșterea temperaturii corpului, vârsta înaintată, starea generală de sănătate și terapia medicamentoasă administrată.
7. Se va inspecta pielea pentru depistarea zonelor de eritem la persoanele identificate ca fiind expuse riscului de escare și evitați poziționarea individului pe o zonă de eritem. Evaluarea durerii locale, va fi parte componentă obligatorie a examinării comprehensive a pielii pacientului.
8. Se va utiliza Fișa Waterlow pentru prezicerea riscului de dezvoltare a escarelor.
9. Se va elabora și implementa un plan individualizat de igienizare a pacientului și managementul continuității acestuia. Se va proteja pielea de expunerea la umiditate excesivă cu un produs de barieră pentru a reduce riscul de afectare a integrității tegumentelor. Se va utiliza o cremă hidratantă pentru piele pentru a hidrata pielea uscată și pentru a reduce riscul de deteriorare a pielii.
10. Un pacient nu poate fi eliberat de orice presiune. Prin reducerea presiunii asupra unei părți a corpului, creștem presiunea în altă parte. Prin urmare, redistribuirea presiunii ar trebui optimizată pentru cele mai bune rezultate. O metodă eficientă de redistribuire a presiunii este utilizarea suprafețelor de sprijin. Pacienții eligibili pentru îngrijiri paliative vor fi repositionați la fiecare 4-6 ore pe timp de noapte și 2 ore pe timp de zi, frecvența de repositionare depinde de factorii individuali ai pacientului așa ca: toleranță tisulară, nivelul de activitate și mobilitate, starea generală, starea pielii etc. După caz, vor fi folosite saltele cu suprafață de sprijin pentru redistribuirea presiunii. Se va evita poziționarea individului direct pe dispozitive medicale, cum ar fi tuburi, sisteme de drenaj sau alte obiecte străine.
11. Deprivarea nutrițională și aportul insuficient de alimente și lichide sunt factorii cheie de risc pentru dezvoltarea escarelor și vindecarea defectuoasă a plăgilor. Nu există un aport optim de nutrimente specific pentru vindecarea plăgilor, dar există o necesitate crescută de energie, proteine, zinc și vitamine A, C și E în acest proces.
12. Hidratarea joacă un rol cheie în păstrarea și repararea integrității pielii. Deshidratarea perturbă metabolismul celular și vindecarea rănilor. Un aport suficient de lichide este esențial pentru a preveni deteriorarea ulterioară a pielii și pentru a sprijini fluxul de sânge către țesuturile lezate.
13. Managementul escarelor va fi în dependență de stadiul și gravitatea acestora și poate include: acoperirea plăgii cu un pansament adecvat, ameliorarea durerii, prelucrarea chirurgicală a plăgii, terapia medicamentoasă locală sau sistemică, schimbarea regulată a poziției pacientului, dieta echilibrată și aportul suficient de lichide, terapiile complementare și sprijinul emoțional.
14. În cazul îngrijirii pacientului cu escare se va face îngrijirea și tratarea acestora conform planului individualizat cu evaluarea și re-evaluarea în dinamică a acestora, inclusiv cu măsurarea obiectivă a ulcerului (plăgii) prin fotografie (săptămânal).

15. Este importantă educarea persoanelor cu risc de escare și a aparținătorilor acestora despre prevenirea și tratamentul ulcerelor de presiune. Informații să apeleze imediat la un medic sau asistent medical dacă au suspiecții de dezvoltare a escarelor sau de infecții tegumentare.

Abrevierile folosite în document

AMP	Asistență medicală primară
AMS	Asistență medicală spitalicească
AMSA	Asistență medicală specializată de ambulator
ANM	Asociația de Nursing din Moldova
USMF	IP Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”
PO	Per os
SC	Subcutanat
IV	Intravenos

A. PARTEA INTRODUCATIVĂ

A.1. Diagnosticul

Lezarea integrității pielii (escare). Ulcerație de decubitus

A.2. Codul diagnosticului

L 89 Ulcerația de decubitus (Ulcus decubitale)

A.3. Utilizatorii

- Prestatorii de servicii medicale la nivel de AMP
- Prestatorii de servicii medicale la nivel de AMSA
- Prestatorii de servicii medicale la nivel de AMS
- Prestatori de servicii de îngrijiri paliative indiferent de forma juridică de organizare
- Pacienții care necesită îngrijiri paliative, îngrijitorii și aparținătorii acestora

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

A.4. Obiectivele protocolului:

1. A ameliora calitatea vieții pacientului grav, imobilizat prin identificarea riscurilor și prevenirea dezvoltării escarelor
2. A îmbunătăți calitatea îngrijirilor prin realizarea managementului escarelor.
3. A atenua evoluția escarelor.
4. A atenua apariția complicațiilor.

A.5. Elaborat: 2011

A.6. Revizuit: 2024

A.7 Următoarea revizuire: 2029

A.8. Lista și informațiile de contact ale autorilor și ale persoanelor care au participat la elaborarea protocolului:

Prenume, Nume	Funcția, instituția
PCN a fost elaborat de colectivul de autori (2011)	
Mircea Bețiu	șef Catedră de dermatovenerologie, USMF „Nicolae Testemițanu”, președintele Comisiei de specialitate a MS în dermatovenerologie, dr. șt. med., conf. univ.

Elena Stempovscaia	președintele Asociației de Nursing din Republica Moldova, dr. șt. psihopedagogice
Emilia Ungureanu	lector, asistență medicală, consultant ANM
PCN a fost revizuit de colectivul de autori (2023)	
Ghenadie Curocichin	șef Catedră de medicină de familie, USMF „Nicolae Testemițanu”, dr. hab. șt. med., prof. univ.
Galina Buta	Dr. șt. med., conf. univ., Catedra de medicină de familie, USMF „Nicolae Testemițanu”
Andrei Bradu	Dr. șt. med., conf. univ., Catedra de urologie și nefrologie chirurgicală, USMF „Nicolae Testemițanu”, membru al Comisiei de specialitate a MS în paliatie
Virginia Șalaru	Dr. șt. med., conf. univ., Catedra de medicină de familie, USMF „Nicolae Testemițanu”
Rodica Ignat	asistent universitar, Catedra de medicină de familie, USMF „Nicolae Testemițanu”
Vadim Pogoneț	asistent universitar, Catedra de anesteziologie și reanimatologie nr. 1 „Valeriu Ghereg”, USMF „Nicolae Testemițanu”, președintele Comisiei de specialitate a MS în paliatie
Natalia Carafizi	Fundația Hospice Angelus Moldova, director executiv, Asociația Nationala de Îngrijiri paliative
Recenzenți oficial	
Minodora Mazur	Dr. hab. șt. med, prof. univ., Departamentul Medicină Internă, USMF „Nicolae Testemițanu”
Evghenii Guțu	Dr. hab. șt. med, prof. univ., Catedra de chirurgie semiologie nr.3, USMF „Nicolae Testemițanu”
Mircea Bețiu	șef Catedră de dermatovenerologie, USMF „Nicolae Testemițanu”, dr. șt. med., conf. univ.
Tamara Adașan	Director, AO HOMECARE, membru al Comisiei de specialitate a MS în paliatie

Protocolul a fost examinat, avizat și aprobat de:

Denumirea structurii/instituției	Persoana responsabilă/funcția
Comisia științifico-metodică de profil Medicină Internă a USMF „Nicolae Testemițanu”	Sergiu Matcovschi , dr. hab. șt. med., prof.univ., președinte
Catedra de medicină de laborator, USMF „Nicolae Testemițanu”	Anatolie Vișnevschi , dr. hab. șt. med., prof. univ., șef catedră
Catedra de farmacologie și farmacologie clinică, USMF „Nicolae Testemițanu”	Nicolae Bacinschi , dr. hab. șt. med., prof. univ., șef catedră
Asociația de Nursing din Republica Moldova	Stempovscaia Elena , președinte
Agenția Medicamentului și Dispozitivelor Medicale	Dragoș Guțu , director general
Compania Națională de Asigurări în Medicină	Ion Dodon , director general
Consiliul de Experți al Ministerului Sănătății	Aurel Grosu , dr. hab. șt. med., prof.univ., președinte

A.9. Definițiile folosite în document

Escara, ulcerație de decubitus – leziune superficială sau profundă a țesuturilor comprimate între proeminențele osoase și un plan dur (așternut), cauzate de tulburări de circulație sanguină și trofismului nervos.

A.10. Informație epidemiologică

În datele statistice nu sunt înregistrate date despre incidența escarelor. Se estimează că de la 1 până la 2% din populația din țările dezvoltate va suferi de o rană cronică în timpul vieții lor. În Statele Unite ale Americii, se raportează că rănilor cronice afectează aproximativ 6,5 milioane de

pacienți. La etapa actuală nu sunt disponibile date despre incidența escarelor în Republica Moldova, totodată, incidența acestora este de așteptat să crească pe măsură ce populația țării îmbătrânește.

Plăgile cronice sunt rănilor care nu au progresat în timp util secvența de reparare sau una care continuă prin procesul de vindecare a rănilor fără a fi restaurată integritatea anatomică și funcțională. De obicei, există o afectare fiziologică care încetinește sau împiedică vindecarea rănilor. Deși nu există un consens clar în ceea ce privește durata unei plăgi, care definește cronicitatea, în literatura de specialitate a fost utilizat ca termen pentru a defini rănilor - un interval de la 4 săptămâni la 3 luni. Wound Healing Society clasifică rănilor cronice în 4 categorii: ulcere de presiune (escare), ulcere ale piciorului diabetic, ulcere venoase și ulcere de insuficiență arterială.

În practica îngrijirilor paliative, se atestă o creștere a cazurilor de formare a escarelor. Dezvoltarea ulcerărilor de decubitus este cauzată de o combinație de presiune și forță de frecare. Presiunea este definită ca forță pe unitatea de suprafață. Prin urmare, zonele mai mici, cum ar fi cele peste proeminențe osoase, susțin o presiune mai mare și prezintă un risc mai mare de apariție a leziunilor de presiune. Când presiunea aplicată pe piele depășește presiunea de umplere capilară (care este egală cu 32 mmHg), transportul de oxigen și nutrienți către țesut este oprit, rezultând hipoxie tisulară și acumulare de toxine și radicali liberi. La modelele animale, presiunea care depășește 70 mm Hg timp de două ore duce la leziuni tisulare ireversibile. În comparație, un pacient de greutate medie, care este culcat pe o saltea standard, poate produce o presiune de 150 mm Hg, în timp ce stând pe scaun poate genera o presiune de 300 mm Hg pe zona tuberozităților ischiatice. Deși durata critică a ischemiei poate varia în funcție de indivizi și situații clinice, ca regulă generală, escarele se pot dezvolta într-un timp scurt de menținere a presiunii pe suprafața cutanată. Pe lângă presiunea aplicată extern, un rol important joacă și toleranța individuală a țesutului la ischemie, astfel, pacienții cu boală ocluzivă arterială periferică sau în stare critică prezintă un risc mai mare de a dezvolta ulcere de presiune, acest lucru se datorează hipoperfuziei globale a țesuturilor. Escarele sunt deci provocate de lipsa de sânge și de oxigen, datorată presiunii prelungite a vaselor sangvine. Intervin și alți factori favorizanți precum: 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, șoc, anemie, febră, insuficiență cardiacă severă, drept cauze suplimentare pot fi incontinența urinară și fecală, hipoproteinemie și supraponderabilitatea. Nu poate fi ignorat un factor important precum „vârstă”, 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.

De asemenea, variază susceptibilitatea țesuturilor la presiune, cel mai sensibil dintre țesuturile moi este cel muscular, urmat de țesutul adipos subcutanat și apoi dermul. Din acest motiv, pot apărea leziuni tisulare extinse cu puține semne de leziuni superficiale. Acest lucru face ca evaluarea clinică a leziunilor de decubit să fie dificilă [ACS/ASE Non-Healing Wounds].

Zona cea mai afectată este proeminența sacrală – în poziția decubit dorsal, trohanterul mare – în poziția decubit lateral și tuberozitatea ischionului – în poziția șezândă. Pot fi afectate și călcâiele, omoplații, maleolele, spinele iliace și rotula, fruntea, puntea/vârful nasul, regiunile zigomatice, bărbie, marginile pavilioanelor auriculare – în poziția de decubit ventral.

A.11. Gradul de recomandare și nivelul de evidență

Nivelul de evidență	Recomandări
A	• Mai mult de un studiu de înaltă calitate de Nivel 1 care oferă dovezi directe. Dovezi consistente.
B1	• Studii de nivel 1 de calitate moderată sau scăzută care oferă dovezi directe • Studii de nivel 2 de calitate înaltă sau moderată care oferă dovezi directe • Majoritatea studiilor au rezultate consistente și pot fi explicate inconsecvențele
B2	• Studii de nivel 2 de calitate scăzută care oferă dovezi directe • Studii de nivel 3 sau 4 (indiferent de calitate) care oferă dovezi directe • Majoritatea studiilor au rezultate consistente și pot fi explicate inconsecvențele
C	• Studii de nivel 5 (dovezi indirecte), de exemplu, studii pe subiecți umani normali, oameni cu alte tipuri de răni cronice, modele animale • Dovezi cu inconsecvențe care nu pot fi explicate, reflectând o incertitudine reală • asupra subiectului
GPS	• Declarație de bună practică • Declarații care nu sunt susținute de dovezi așa cum este enumerat mai sus, dar luate în considerare de către experți.

Gradul de recomandare

↑↑ Recomandare puternică pozitivă: fă-o cu siguranță

↑ Recomandare slabă pozitivă: probabil fă-o

↔ Nicio recomandare specifică

↓ Recomandare negativă slabă: probabil nu o fă

↓↓ Recomandare negativă puternică: cu siguranță nu o fă

B. PARTEA GENERALĂ

B.1. Nivelul de asistență medicală primară		
Descriere	Motivele	Pașii
1. Profilaxia		
1.1. Profilaxia escarelor	Depistarea precoce și combaterea factorilor de risc și a cauzei de apariție a escarelor contribuie la prevenirea și diminuarea riscului de dezvoltare a lor.	Standard/Obligatori: • Cunoașterea și aplicarea măsurilor de prevenire a escarelor (<i>caseta 2</i>) • Identificarea factorilor de risc de formare a escarelor la pacienții gravi (imobilitate, tulburări de circulație, malnutriție etc.) • Examinarea sistematică a suprafețelor predispuse formării escarelor Formarea la aparținători a deprinderilor corecte în efectuarea măsurilor de prevenire a escarelor
1.2. Screening-ul	Depistarea precoce a pacienților din grupul de risc în formarea escarelor de decubit, permite menținerea integrității pielii și previne formarea escarelor	Standard/Obligatori: • Examinarea vizuală a pielii • Aplicarea scorului Waterlow (<i>Anexa 1</i>)
2. Diagnosticul		
2.1 Confirmarea diagnosticului	Depistarea precoce a locului de formare a escarelor și intervenirea în cazuri incipiente optimizează intervențiile terapeutice și ameliorează prognosticul evoluției acestora.	Standard/Obligatori: • Anamneza cu precizarea cauzelor și a factorilor de risc în apariția escarelor (<i>caseta 4</i>). • Examenul fizic cu precizarea localizării, dimensiunilor și a caracterului escarelor, pentru a determina stadiul de evoluție a acestora (<i>caseta 5</i>). • Investigațiile paraclinice (<i>caseta 6</i>). Recomandabil: • Consultația medicului chirurg
2.2.Referirea la echipa multidisciplinară de îngrijiri paliative	Evaluarea complexă a severității bolii, a stării generale a pacientului și a opțiunilor terapeutice, pentru determinarea nivelului optim de acordare a îngrijirilor medicale.	Standard/Obligatori: • Determinarea nivelului optim de acordare a îngrijirilor medicale în funcție de stadiul escarelor
3. Tratamentul		
3.1. Tratamentul medicamentos	Asigurarea tratamentului general, local și specific pentru conduita optimă a pacientului cu escare în funcție de stadiul acestora	Standard/Obligatori: • Controlul durerii (generale și locale) • Prelucrarea plăgii • Schimbarea pansamentului • Stimularea locală a epitelizării • Administrarea parenterală a medicamentelor, la necesitate • Respectarea orarului de schimbare a posturii pacientului

3.2. Referire la echipa multidisciplinară de îngrijiri paliative	Asigurarea îngrijirilor necesare, ca volum și complexitate, în funcție de stadiul escarelor, ameliorează prognosticul evoluției acestora.	Standard/Obligatori: • Oferirea tratamentului specializat.
4. Supravegherea	Monitorizarea respectării tuturor indicațiilor în tratament și în îngrijire, îmbunătățește calitatea vieții la pacienții aflați în îngrijiri paliative	Standard/Obligatori: • Monitorizarea vizuală sistematică a plăgii și a evoluției ei • Evaluarea eficacității tratamentului aplicat
B 2. Nivelul de asistență medicală specializată de ambulator (nivelul raional, municipal, republican, inclusiv echipele multidisciplinare și centrele de zi specializate)		
Descriere	Motivele	Pașii
1. Profilaxia		
1.1. Profilaxia escarelor	Depistarea precoce și combaterea factorilor de risc și a cauzei de apariție a escarelor contribuie la prevenirea și diminuarea riscului de dezvoltare a lor.	Standard/Obligatori: • Cunoașterea și aplicarea măsurilor de prevenire a escarelor (<i>caseta 2</i>) • Identificarea factorilor de risc de formare a escarelor la pacienții gravi (imobilitate, tulburări de circulație, malnutriție etc.) • Examinarea sistematică a suprafețelor predispuse formării escarelor • Formarea la aparținători a deprinderilor corecte în efectuarea măsurilor de prevenire a escarelor
1.2. <i>Screening-ul</i>	Depistarea precoce a pacienților din grupul de risc în formarea escarelor de decubit, permite menținerea integrității pielii și previne formarea escarelor	Standard/Obligatori: • Identificarea pacienților din grupul de risc de formare a escarelor • Aplicarea scorului Waterlow (<i>Anexa 1</i>)
2. Diagnosticul		
2.1. Confirmarea diagnosticului de escară de decubit	Depistarea precoce a locului de formare a escarelor și intervenirea în cazuri incipiente optimizează intervențiile terapeutice și ameliorează prognosticul evoluției acestora.	Standard/Obligatori: • Anamneza cu precizarea cauzelor și a factorilor de risc în apariția escarelor (<i>caseta 4</i>). • Examenul fizic cu precizarea localizării, dimensiunilor și a caracterului escarelor, pentru a determina stadiul de evoluție a acestora (<i>caseta 5</i>). • Investigațiile paraclinice (<i>caseta 6</i>). Recomandabil: • Consultația medicului chirurg, a altor specialiști în funcție de necesitate
3. Tratamentul		
3.1. Tratamentul local	Administrarea tratamentului local în funcție de evoluție și stadiul escarelor	Standard/Obligatori: • Prelucrarea plăgii, cu respectarea cerințelor de asepsie (<i>caseta 7</i>) • Aplicarea pansamentului steril cu medicamente (<i>caseta 8</i>)

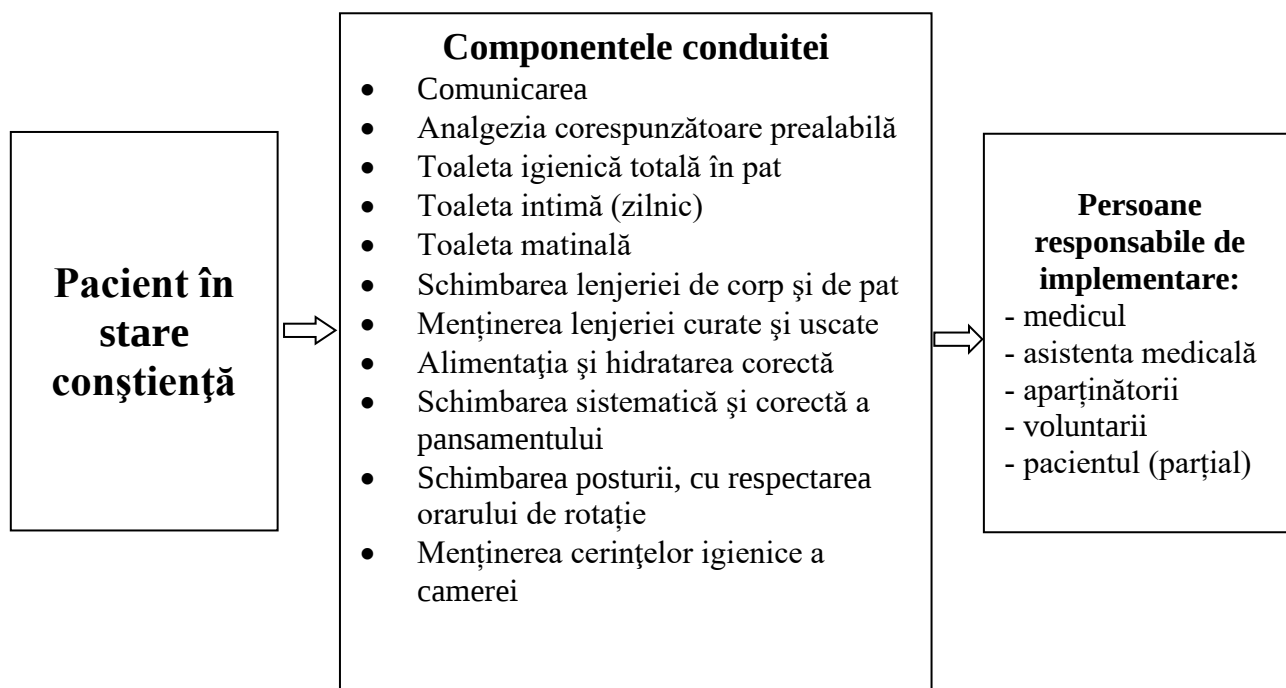
3.2. Tratamentul general	- Se va administra la indicația medicului vitamine, antibiotice intramuscular; - Se va supraveghea respectarea regimului alimentar și componența alimentelor.	Standard/Obligatoriu: • Regim corespunzător de alimentare și hidratare • Tratament medicamentos conform indicațiilor (casetele 9, 10)
4. Supravegherea	Monitorizarea respectării tuturor indicațiilor în tratament și în îngrijire, îmbunătățește calitatea vieții la pacienții aflați în îngrijiri paliative monitorizarea plăgii și a evoluției ei.	Standard/Obligatoriu: • Monitorizarea vizuală sistematică a plăgii și a evoluției ei • Evaluarea eficacității tratamentului aplicat • Aplicare Fișei de monitorizare a escarelor (Anexa 2), Fișei de evaluare a plăgilor (Anexa 3) și de re-evaluare (Anexa 4).
B.3. Nivelul de AMS (secțiile curative ale spitalelor raionale, municipale și republicane, inclusiv unitățile cu paturi de tip hospice)		
Descriere	Motivele	Pașii
1. Spitalizarea	Pacienții în stare gravă cu escare de gradul III-IV, care nu răspund la tratamentul local obișnuit, necesită intervenție chirurgicală a escarelor, pentru a înlătura țesuturile necrotizante. Pacienții cu diverse patologii necesită tratament specializat suplimentar la tratamentul local al escarelor.	Criteriu de spitalizare în secțiile de profil chirurgical (raional, municipal): • Pacienții în stare gravă cu escare de gradul III-IV, care nu răspund la tratamentul local obișnuit, se vor interna pentru tratament chirurgical local. Criteriu de spitalizare în secțiile profil oncologic: • Pacienții gravi, care la decizia medicului oncolog și/sau altor specialiști, necesită tratamentul bolii de bază.
2. Confirmarea diagnosticului	Confirmarea diagnosticului de escară de decubit la pacienții gravi, imobilizați, va permite tratarea mai rapidă a escarelor.	Standard/Obligatoriu: • Anamneza (casetă 4). • Examenul fizic (casetă 5). • Investigațiile paraclinice (casetă 6). Recomandabil: Consultația altor specialiști, la necesitate.
3. Tratamentul medicamentos	Tratamentul escarelor prin aplicarea măsurilor locale și generale cu respectarea cerințelor de asepsie vor grăbi granulația și tratarea plăgii.	Standard/Obligatoriu: • Regim corespunzător de alimentare și hidratare • Prelucrarea plăgii cu respectarea cerințelor de asepsie (casetă 7); • Aplicarea pansamentului steril cu medicamente (casetă 8); • Tratamentul se va efectua identic îngrijirii unei plăgi, în funcție de stadiul de evoluție escarelor; • Controlul durerii generale și locale. • Aplicare fișei de monitorizare a escarelor (Anexa 2), de evaluare a plăgilor (Anexa 3) și de reevaluare (Anexa 4).
4. Externarea și referirea către echipa multidisciplinară specializată	Recomandările pentru echipa multidisciplinară, în cazul lipsei acesteia pentru echipa medicul de familie, cu privire la managementul îngrijirii	Extrasul obligatoriu va conține: - Diagnosticul precizat desfășurat - Rezultatele investigațiilor - Tratamentul efectuat

	pacientului, asigură continuitatea serviciilor centrate pe nevoile acestuia.	- Recomandările explicite pentru echipa de îngrijire, pacient și aparținătorii (<i>Casetele 7, 8, 9, 10</i>)
--	--	--

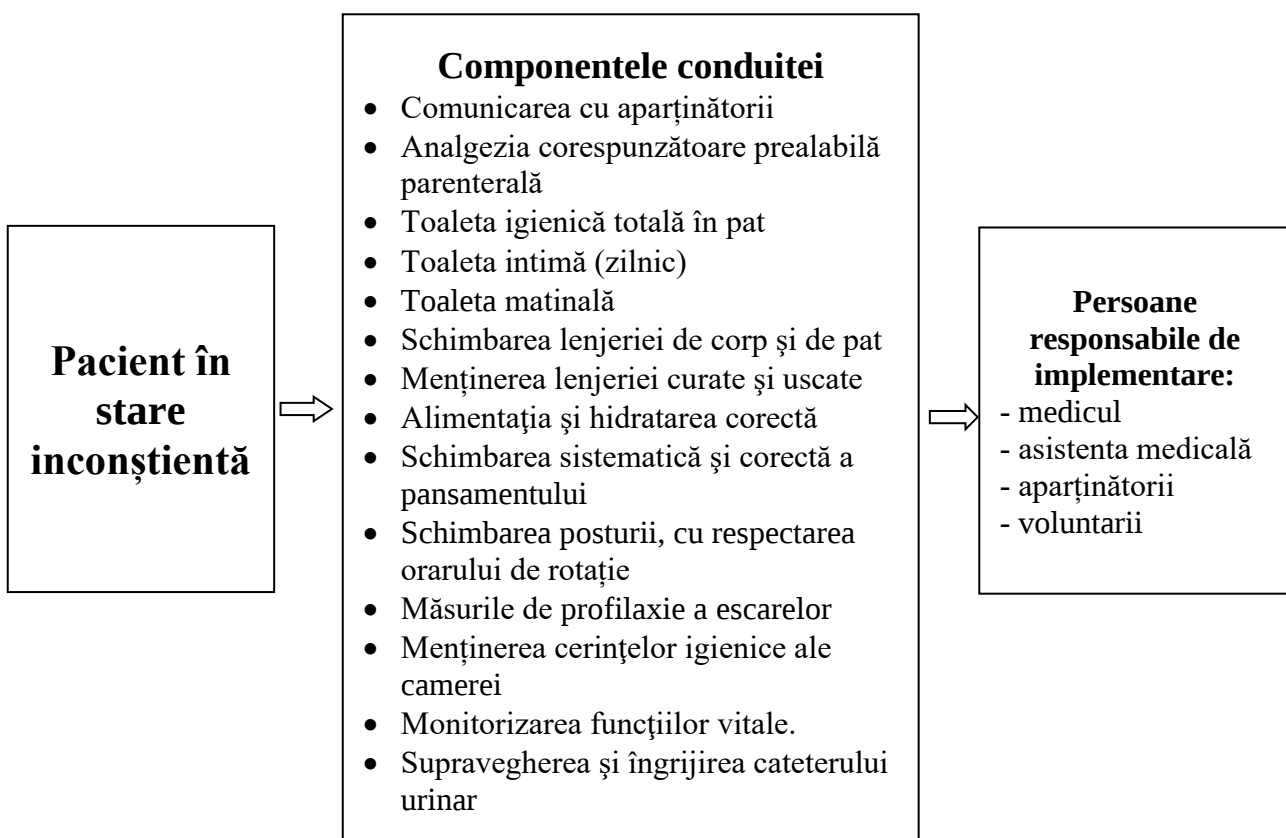
C.1. ALGORITMI DE CONDUITĂ

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

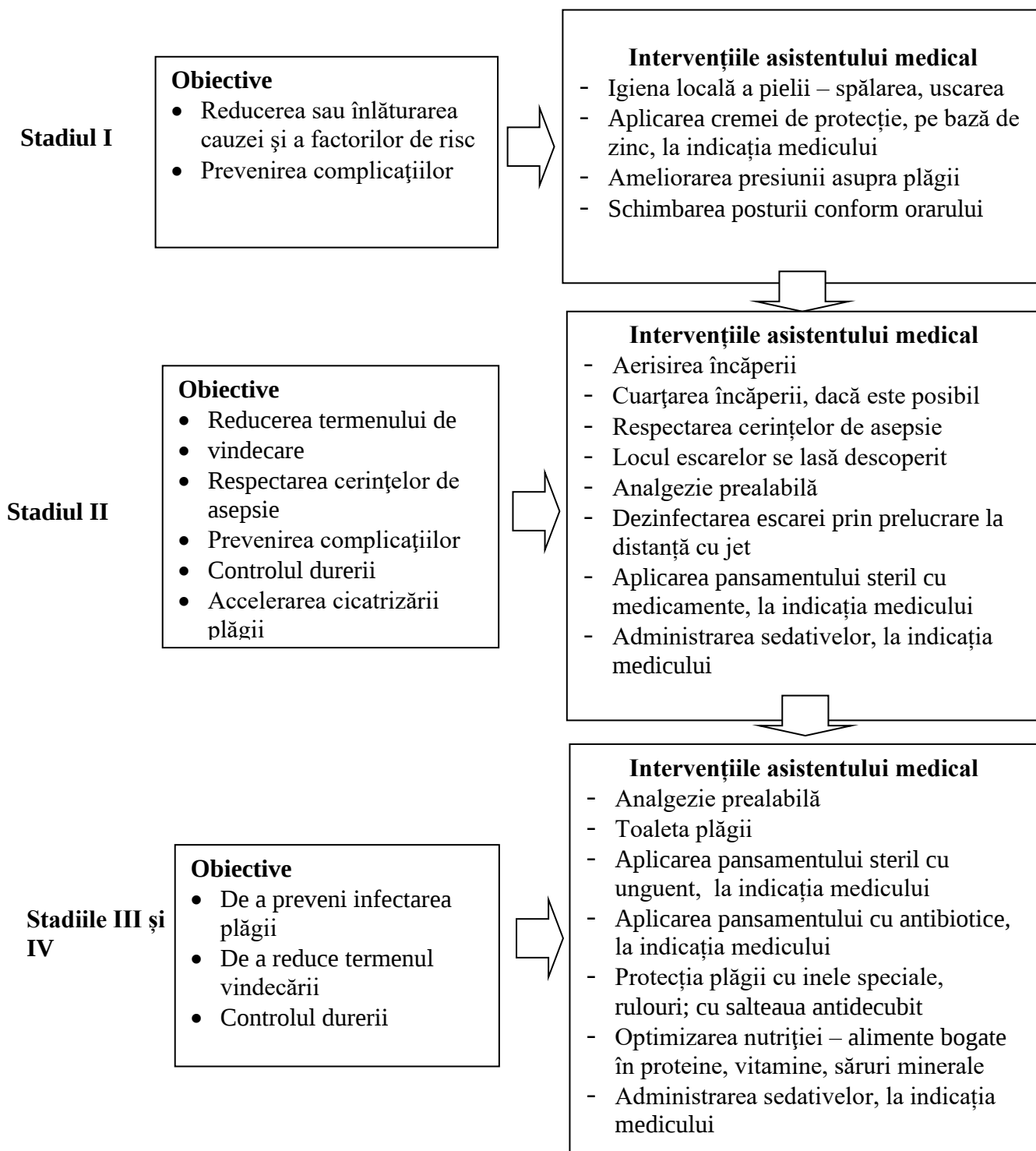
Ex. 1



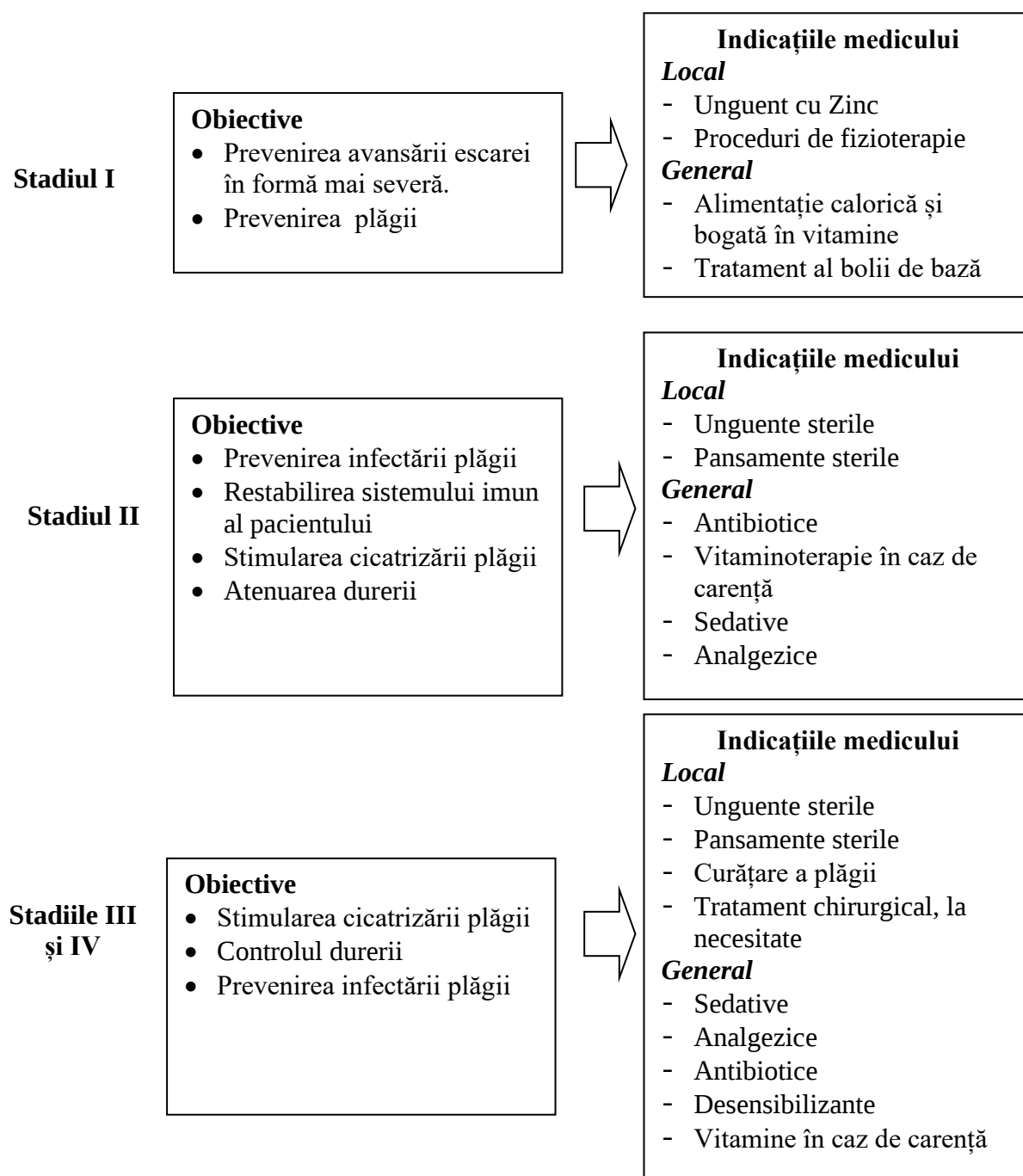
Ex. 2.



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 apare 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 se lezează derma. Apare plaga superficială în locul veziculei sub formă de ulceratie de diverse dimensiuni, fără eliminări.

Stadiul III – plagă profundă, ulceratie a 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 devin purulente, cu miros neplăcut.

Stadiul IV – plaga ulceroasă e mai profundă. Necroza tisulară completă, cu extensie în mușchi, os, tendon, capsulă articulară. Sunt eliminări seroase sau sangvinolente, sau purulente. Culoarea plăgii este întunecată.

Clasificarea cauzelor în formarea escarelor

Cauze locale	Cauze generale
• Imobilitatea • Igiena incorectă, necalitativă a pielii și a mucoaselor • Lenjeria umedă, cu cute • Diversele fărâmituri – pâine, ghips etc. • Edeleme • Incontinența de urină și de materii fecale • Presarea • Frecarea	• Paraliziile • Subnutriția, malnutriția • Cașexia • Obezitatea • Vârsta înaintată • Ateroscleroza la pacienții adinamici • Traumatismele, fracturile

C.2.2. Profilaxia escarelor

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

1. Evaluarea riscului de escare cât mai curând posibil după admiterea în serviciul de îngrijire și ulterior, periodic, pentru a identifica persoanele cu risc de a dezvolta leziuni de presiune. (Declarație de bună practică). Pentru evaluarea riscului este necesară o abordare structurată care ia în considerare factorii de risc locali și generali. (Opinia expertului).
2. Evaluarea completă a riscului de escare la orice schimbare a statutului/ stării generale a pacientului. (Declarație de bună practică). Documentați toate evaluările riscurilor de escare (Opinia expertului).
3. Dezvoltarea și implementarea unui plan de prevenire bazat nivelul de risc al pacientului. (Declarație de bună practică).
4. Implementarea unui regim de îngrijire a pielii care include: menținerea tenului curat și hidratat corespunzător; curățarea rapidă a pielii după episoade de incontinență; evitarea folosirii săpunurilor și demachiantelor alcaline; protejarea pielii de umezeală cu un produs de barieră. (Nivelul de evidență = B2; Gradul recomandării = ↑↑)
5. Reducerea presiunii prin folosirea paturilor speciale cu saltele antidecubit sau cu saltele cu apă; saltele pneumatice, saltele cu puf sau siliconice. (Nivelul de evidență = B1; Gradul recomandării = ↑).
6. Pernele umplute cu lână naturală sau sintetică, cu puf, aer, apă sau cu gel se aplică sub regiunea sacrală.
7. Pielea și mucoasele să fie curate și uscate. Frecvența curățării ar trebui să fie individualizată (Opinia expertului). După spălare, se vor usca tegumentele și se va aplica după caz un

produs de barieră, se va evita masajul puternic sau frecarea pielii care poate deteriora pielea (Nivel 1 și Nivel 5).

8. Lenjeria de corp și de pat să fie curată, uscată, fără cute și fărâmituri.
9. Evitarea iritării și frecării pielii. Evitarea masajului pielii hiperemiate.
10. Poziționarea corectă a pacientului în pat folosind anexele respective.
11. În locurile cu risc de formare a escarelor, zilnic se alică pe piele cu unguent pe bază de zinc.
12. Folosirea de rulouri, perne pentru suport și inele speciale pentru umere, coate, genunchi, călcâie.
13. Schimbarea posturii pentru a reduce presiunea. Se respectă orarul de poziționare, din 2 în 2 ore sau mai frecvent (schimbarea activă sau pasivă). Se vor repositiona toate persoanele cu sau cu risc escare în baza unui program individualizat, cu excepția cazului în care este contraindicat. (Nivelul de evidență = B1; Gradul recomandării = ↑↑). Frecvența de repositionare va ține cont de nivelul de activitate și capacitatea individului de a se repositiona în mod independent. (Nivelul de evidență = B2; Gradul recomandării = ↑↑).. Repозиționarea pacientului se va face în modul în care se va obține descărcarea optimă a tuturor proeminențelor osoase și redistribuirea maximă a presiunii. (Declarație de bună practică). Se va evita tragerea în timpul repositionării pacientului, deoarece acest lucru poate duce la frecare și forfecare (Opinia expert). Se va efectua evaluarea regulată a pielii și a riscurilor atunci când imobilizată în pat pentru a stabili durata aflării într-o anumită poziție. Alimentația calorică și hidratarea corectă. Optimizarea aportului de energie pentru persoanele cu risc de escare care sunt subnutrite sau cu risc de malnutriție. (Nivelul de evidență = B2; Gradul recomandării = ↑) Ajustarea aportul de proteine pentru persoanele cu risc de escare care sunt subnutrite sau cu risc de malnutriție. (Declarație de bună practică). Se va calcula aportul caloric de la 30 până la 35 kcalorii/kg greutate corporală/zi pentru adulții cu escare care sunt subnutriți sau cu risc de malnutriție. (Nivelul de evidență = B1; Gradul recomandării = ↑). Un aport de 1,25 până la 1,5 g proteine/kg greutate corporală/zi pentru adulții cu o escare care sunt subnutriți sau cu risc de malnutriție. (Nivelul de evidență = B1; Gradul recomandării = ↑↑).
14. Evitarea spălării pielii cu săpun dur – se va folosi săpun cu pH 5,5.
15. Promovarea și menținerea continenței, combaterea incontinenței de urină și de fecale.
16. Examinarea zilnică a pielii în locurile cu risc de formare a escarelor.
17. Acordarea asistenței educative a pacientului și aparținătorilor în formarea deprinderilor îngrijirilor corecte, igienice ale pielii și ale mucoaselor.
18. Monitorizarea în mod regulat pielea de sub și din jurul dispozitivelor medicale pentru semne de escare (declarație de bună practică)

C.2.2.1. Factorii de risc în escare

Caseta 3. Factorii de risc pentru dezvoltarea escarelor

1. Factorii de risc local

- Imobilitatea (Luați în considerare persoanele cu mobilitate limitată, activitate limitată și un potențial ridicat de frecare care expune riscului de leziuni prin presiune. (Nivelul de evidență = A; Gradul recomandării = ↑↑)
- Igiena incorectă, necalitativă a pielii și a mucoaselor (umiditatea și temperatura locală):
 - ✓ Luarea în considerare impactul potențial al pielii umede asupra riscului de escare. (Nivelul de evidență = C; Gradul recomandării = ↑)
 - ✓ Luarea în considerare a impactul creșterii temperaturii corpului asupra riscului de escare. (Nivelul de evidență = B1; Gradul recomandării = ↑)
- Lenjeria umedă, cu cute
- Diverse la fărâmituri – pâine, ghips etc.
- Edemele
- Incontinența de urină și de materii fecale
- Modificările stării pielii

- ✓ Luarea în considerare a impactului potențial al modificărilor stării pielii la nivelul punctelor de presiune asupra riscului de vătămare prin presiune. (Declarație de bună practică)
- ✓ Luarea în considerare a impactului potențial al durerii la punctele de presiune asupra riscului de accidentare prin presiune. (Declarație de bună practică)

- Presarea
- Frecarea

2. Factorii de risc generali

- Paraliziile:
 - ✓ Luați în considerare impactul potențial al percepției senzoriale afectate asupra riscului de escare. (Nivelul de evidență = C; Gradul recomandării = ↑)
- Subnutriția, malnutriția
 - ✓ Efectuați un screening nutrițional pentru persoanele cu risc de escare. (Nivelul de evidență = B1; Gradul recomandării = ↑↑)
- Cașexia
- Obezitatea
- Vârsta înaintată
- Ateroscleroza la pacienții adinamici
- Problemele de sănătate mintală:
 - ✓ Luarea în considerare a impactului potențial al stării generale și a stării de sănătate mintală asupra riscului de escare. (Declarație de bună practică)
- Traumatismele, fracturile
- Ulcere de presiune prezente sau în anamneză
 - ✓ Persoanele cu o escare de Stadiul I sunt expuse riscului de a dezvolta o escară de Stadiul II sau mai mare. (Nivelul de evidență = A; Gradul recomandării = ↑↑)
 - ✓ Impactul potențial al unei escare existente asupra dezvoltării leziunilor de presiune suplimentare. (Nivelul de evidență = C; Gradul recomandării = ↑)
- Modificările probelor de laborator:
 - ✓ Luarea în considerare a impactului potențial al rezultatelor analizelor de sânge de laborator asupra riscului de escare. (Nivelul de evidență = C; Gradul recomandării = ↔).
 - ✓ Hemoglobină scăzută (reduce capacitatea de transport a oxigenului a sângelui și sănătatea țesuturilor).
 - ✓ Proteină C-reactivă crescută (un indicator al inflamației care poate afecta sănătatea țesuturilor).
 - ✓ Albumină serică scăzută cauzează edem interstițial care scade presiunea transmurală și perfuzia tisulară).

3. Factorii de risc la vârsta înaintată

- Febra
- Deshidratarea
- Anemia
 - ✓ Luarea în considerare a impactului potențial al deficitelor de oxigen asupra riscului de leziuni de presiune. (Nivelul de evidență = C; Gradul recomandării = ↑)
- Depresia senilă
- Imobilizarea în terapia cu neuroleptice și cu tranchilizante

4. Factorii de risc independent de vârstă

- Subnutriția
- Diabetul zaharat
 - ✓ Luarea în considerare a impactului diabetului zaharat asupra riscului de escare. (Nivelul de evidență = A; Gradul recomandării = ↑↑)
- Tulburările de circulație
 - ✓ Luarea în considerare a impactului deficitelor de perfuzie și circulație asupra riscului de escare. (Nivelul de evidență = B1; Gradul recomandării = ↑)
- Hemiplegia

- Cașexia
- Apoplexia
- Coma
- Tumorile maligne
- Aparatul ghipsat
- Scleroza în plăgi
- Intervenții chirurgicale:
 - ✓ Luarea în considerare a impactului timpului petrecut imobilizat înainte de intervenție chirurgicală, durata intervenției chirurgicale și starea fizică a pacientului asupra riscului de escare asociată intervenției chirurgicale. (Nivelul evidenților = B2; Gradul recomandării = ↑).
 - ✓ Identificarea în prealabil a persoanelor cu perioade operative prelungite planificate pentru a permite utilizarea suprafețelor de sprijin, a dispozitivelor de poziționare, a strategiilor de poziționare și a pansamentelor profilactice pentru a reduce riscul de leziuni de presiune. Acolo unde este posibil, minimizarea timpului de imobilizare înainte și după operație. (Opinia expertului).
- Aflarea în secțiile de terapie intensivă:
 - ✓ Luarea în considerare a următorilor factori de risc specifici populației pentru escare pentru persoanele în stare critică: durata șederii în secția de terapie intensivă; ventilație mecanică; utilizarea vasopresoarelor. (Declarație de bună practică)

C.2.3. Conduita pacientului

C.2.3.1. Anamneza

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
6. Aplicarea fișei de evaluare a riscului de dezvoltare a escarelor Waterlow.

C 2.3.2 Datele obiective

Caseta 5. Examenul fizic

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 ulceratie de diverse dimensiuni.

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

Examenul fizic include inspecția și palparea, pentru a identifica diferențele de temperatură și consistența țesuturilor (Nivelul 2).

Asigurarea iluminării adecvate în timpul inspecției vizuale a pielii (Nivel 2).

Pentru a efectua metoda presiunii cu degetul, se va apăsa cu un deget pe eritem timp de trei secunde și se va evalua albirea după îndepărtarea degetului pe pielea intactă (Nivelele 2 și 4).

Pentru a efectua metoda discului transparent, se va folosi un disc transparent pentru a aplica presiune în mod egal pe o zonă de eritem și se va observa albirea sub disc în timpul aplicării acestuia (Nivelele 2 și 4).

- Dacă există dificultăți în diferențierea între o leziune de presiune de Stadiul I și hiperemie reactivă, se va elibera zona de presiune timp de 30 de minute, apoi se va repeta inspecția cutanată (Opinia expertului).
- Zonele mari de piele necesită mai multe puncte de măsurare (Opinia expertului).

- ✓ Documentarea rezultatelor tuturor evaluărilor cutanate (Opinia expertului).
- ✓ Evaluarea temperaturii pielii și a țesuturilor moi. (Nivelul evidență = B1; Gradul recomandării = ↑), zonele de inflamație pot fi mai calde decât pielea și țesutul din jur, iar zonele de ischemie se pot prezenta ca mai reci decât pielea și țesutul din jur (Opinia expertului). Dacă este disponibil poate fi utilizat un dispozitiv de imagistică termografică în infraroșu (Nivelele 1 și 3) sau a unui termometru cu infraroșu ca adjuvant la examinarea clinică a pielii (Nivelul 3).
- ✓ Evaluarea edemului și evaluarea modificării consistenței țesuturilor în raport cu țesuturile înconjurătoare. (Declarație de bună practică).
- ✓ Determinarea relevanței efectuării unei evaluări obiective a nuanței pielii folosind o diagramă de culori. (Nivelul de evidență = B2; Gradul recomandării = ↔). Inspectarea cu atenție a decolorărilor din zonele de presiune la persoanele cu piele pigmentată întunecată. Zonele de decolorare în raport cu pielea înconjurătoare ar trebui evaluate pentru a determina schimbările de temperatură, edemul, modificările consistenței țesuturilor și durere (Opinia expertului). Pentru a obține o evaluare vizuală fiabilă a nuanței pielii, pielea trebuie să fie curată și fără produse pentru piele (Nivelul 3).

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 sensibilizate la antibiotice a agentului infecțios depistat.
2. La indicația medicului, se va recolta sânge pentru a determina nivelul de glicemie.
3. În situații specifice, pot fi indicate analiza urinei, urocultura și hemocultura, precum și tehnici suplimentare (radiografia simplă, CT- scanarea oaselor, RMN a țesuturilor moi și articulațiilor, biopsie tisulară și osoasă)

C.2.3.4 Diagnosticul diferențiat – cu orice plagă plagă cronică

- ✓ Insuficiența venoasă
- ✓ Insuficiența arterială
- ✓ Diabet zaharat
- ✓ Limfedemul cronic
- ✓ Neuropatie
- ✓ Vasculite
- ✓ Coagulopatii
- ✓ Arsuri
- ✓ Alte cauze (pyoderma gangrenosum, tumori, ulcere radiogene, necrobioza lipoida etc)

C.2.3.5 Tratamentul și îngrijirea pacientului cu escare

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. Măsurarea obiectivă a ulcerului (plăgii) prin fotografie (săptămânal) - Se vor preciza cauzele apariției escarelor, pentru a le diminua sau a le înlătura. - Se va spăla atent, prin jet, pielea cu escara de stadiul I cu apă fiartă sau soluție Natrii Chloridum 0,9% (ser fiziologic de 0,9%) - La indicația medicului, se va aplica o cremă sau un unguent de protecție pe bază de zinc - 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 ulcerăției se va prelucra la distanță în jet cu Natrii Chloridum 0,9% (ser fiziologic de 0,9%), la indicația medicului, cu soluție de Hydrogenii peroxidum (Peroxid de hidrogen) 3% în caz de eliminări purulente sau sângerări din plagă - La indicația medicului se va aplica pansament steril, cu diverse unguente care vor controla infecția în plagă/escară, se vor respecta cerințele de asepsie. Pacientul sau îngrijitorul va învăța să schimbe pansamentul - Se va evita comprimarea, traumatizarea escarelor.
Se efectuează prelucrarea plăgii:	
Escara, stadiile III și IV	- Toaleta plăgii începe cu prelucrarea pielii din jurul plăgii. - Prin spălarea la distanță în jet, atent de la plagă spre exterior pielea se prelucrează, la indicația medicului, cu soluție de Natrii Chloridum 0,9% (ser fiziologic de 0,9%). - Apoi plaga se prelucrează cu soluția Hydrogenii peroxidum (Peroxid de hidrogen) 3% în caz de eliminări purulente sau sângerări din plagă sau cu Natrii Chloridum 0,9% la indicația medicului. - Se aplică pansament steril, cu unguent, la indicația medicului, care vor controla infecția în plagă/escară și/sau liza/înmuia masele necrotice - 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. - Pacientul sau îngrijitorul se include activ în autoîngrijire și în îngrijirile de acoperire. - Măsurarea obiectivă a ulcerului (plăgii) prin fotografie (săptămânal).

Caseta 8. Aplicarea pansamentului cu unguent

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

1. Se va informa familia și/sau aparținători/îngrijitorii despre medicamentele și materialele pentru pansament utilizate.
2. Se va explica, se va arăta și se va învăța treptat pacientul și aparținători/îngrijitorii 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 prelucra (cu Alcool etilic sau cu altă soluție antiseptică).
5. Se vor îmbrăca mănușile, de dorit sterile, de unică folosință.
6. Se va scoate atent pansamentul de pe plagă – se desface fașa sau se va tăia cu foarfecile, preventiv să îmbibă la distanță în jet cu Natrii Chloridum de 0,9% sau cu Hydrogenii peroxidum de 3% în caz de risc major de sângerare din plagă/escară.
7. Se va scoate atent pansamentul și se va arunca la deșeuri, în pungi speciale.
8. Se va examina plaga, se va observa aspectul ei, granulația, secrețiile, dimensiunile, mirosul.
9. Se va efectua toaleta plăgii:
 - Cu Natrii Chloridum de 0,9% de temperatura corpului
 - Plaga se prelucrează la distanță în jet cu ser fiziologic sau Hydrogenii peroxidum 3% în caz de eliminări purulente sau sângerări din plagă/escară din seringă de 5-10ml cu ac
 - Se va tampona cu comprese sterile de tifon pielea în jurul plăgii/escarei.
 - Marginile plăgii se vor curăța și se va usca cu mai multe comprese / tampoane sterile de tifon, uscate.
 - Pielea din jurul plăgii se va prelucra prin badijonare.
 - Pe o compresă sterilă se va aplica unguentul sau antibioticul lichid 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 arunca instrumentele folosite de o singură folosință

Caseta 9. Alimentația și hidratarea pacientului cu escare de decubit

Alimentația calorică și rațională

Asistentul medical, 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, ținând cont de preferințele pacientului.
2. Se va ține cont de necesitățile calorice, individuale, mai ales la pacienții vârstnici și cu prognosticul limitat de viață
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. Aparatul dentar să fie integru, dinții tratați sau proteza dentară adecvată.
9. Se limitează cât mai mult cantitatea de zahăr, mai ales la pacienții obezi sau la cei cu diabet zaharat, la pacienții cu prognostic limita de viață limitările vor ține cont de preferințele pacientului.
10. Alimentele să fie călduțe, ușor asimilabile, mărunțite la cei vârstnici, cașectici și cu dereglări de deglutiție.
11. Se va ține cont de starea generală a pacientului, calea de alimentație sau metoda – activă, pasivă, perorală sau parenterală.
12. Se sugerează consumul de alimente semilichide.
13. Să se asigure necesarul de calorii, conform nevoilor organismului pacientului.

Hidratarea pacientului cu escare

Asistentul medical 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. Asistentul medical va cunoaște patologia principală, cauzele care au favorizat formarea escarelor.
4. Se va respecta metoda de hidratare, calea orală, perorală prin sondă nazală, gastrostomă sau perfuzie.
5. Pacienții vârstnici și cașectici se deshidratează foarte ușor, iar senzația de sete se reduce, de aceea se va hidrata pacientul cu cantitatea de lichide indicată.
6. Pentru consumul curent se recomandă apă.
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

1. La indicația medicului, asistentul medical va administra antibiotice, analgezice și alte soluții medicamentoase intramuscular, subcutanat sau intravenos.
2. Se va face controlul durerii prin administrarea de analgezice neopioide și/ sau opioide, conform recomandărilor OMS.
3. Se vor respecta standardele de calitate la administrarea medicamentelor.
4. Se va administra tratamentul prescris pentru patologia de bază a pacientului.

5. Pacientul va fi consultat de către specialistul kinetoterapeut, pentru a efectua mobilizarea necesară, exercițiile de recuperare și relaxare.
6. Pacientul va fi consultat de către specialistul fizioterapeut, pentru efectuarea procedurilor fizioterapeutice necesare.

Caseta 10.1. Obiectivele de îngrijire a pacientului cu escare

1. Crearea condițiilor de îngrijire	- Pat confortabil - Așternut 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
2. Monitorizarea funcțiilor vitale	La pacienții gravi, se va monitoriza temperatura corpului, respirația, pulsul, TA, diureza, iar la cei inconștienți – și reacția pupilei.
3. Recoltarea produselor biologice	Conform indicațiilor medicului, se vor recolta sânge, urină, exsudat din plagă pentru diverse investigații.
4. Prelucrarea plăgii de escară	Prelucrarea se va efectua în conformitate cu cerințele prevăzute de Standardul de calitate (caseta 7).
5. Schimbarea pansamentului	Se va efectua la indicația medicului, conform tehnicii prevăzute de Standardul de calitate (caseta 8).
6. Schimbarea posturii	Asistentul medical va elabora un plan de schimbare a posturii. Toți membrii echipei vor respecta acest plan/orar. Se va efectua schimbarea pasivă a posturii
7. Aplicarea saltelei antidecubit, a rulourilor, a inelelor	Conform tehnicii indicate în Standardul de calitate.
8. Toaleta intimă	Se va efectua după evacuarea vezicii urinare și a intestinului, Conform tehnicii prevăzute de Standardul de calitate (se vor implica aparținătorii).
9. Toaleta generală a pacientului în stare severă	Se va efectua conform Standardului de calitate.
10. Principiile de îngrijire și de tratament în escare	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).
11. Principiile de tratament general în escare	Hidratare corectă (caseta 9). Alimentație calorică (caseta 9). Vitamine, la indicația medicului (caseta 10). Antibiotice, la indicația medicului (caseta 10). Analgezice neopioide și opioide, pentru controlul durerii conform recomandărilor OMS, la indicația medicului (caseta 10).

C.2.3.6. Evoluția

Ulcerele de presiune pot fi rezolvate ușor și eficient dacă sunt recunoscute și tratate și la timp. În acest caz ulcere superficiale se vindecă prin intenție secundară în 70-90%.

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

4. Se va realiza evaluare inițială a leziunii de presiune, ulterior reevaluarea cel puțin săptămânal pentru a monitoriza progresul către vindecare. (Declarație de bună practică)
Se va selecta o metodă uniformă și consecventă pentru măsurarea mărimii escarelor pentru a facilita comparația evoluției în dinamică. (Nivelul de evidență = B2, Gradul recomandării = ↑↑). Se vor evalua caracteristicile fizice ale plăgii și ale pielii și țesuturilor moi din jur și se va monitoriza progresul de vindecare a leziunilor. (Declarație de bună practică)

C.2.4. Complicațiile posibile în escare

Caseta 11. Complicațiile posibile în escare

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

Caseta 12. Documentarea stării plăgii (anexa 3 și 4)

- Vechimea plăgi (lună, an)
- Localizarea plăgii
- Dimensiunea plăgii (cm²)
- Adâncimea plăgii (epiteliu, dermă, mușchi, tendon, mm)
- Baza plăgii (necroza, secreții, depuneri, țesut de granulației);
- Caracterizarea exsudatului plăgii (volum sângeros, purulent, miros neplăcut)
- Marginea plăgii (excavată, dreaptă, stratificată)
- Mediul plăgii (inflamată, edematoasă, infiltrată, macerată)
- Complicații: de ex. limfangită, flebită, limfadenopatie, erizipel, abces, fascită necrozantă
- Monitorizarea ulcerului prin fotografii digitale periodice (de ex. săptămânal)

D. RESURSELE UMANE ȘI MATERIALELE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI

D.1. Prestatorii de asistență medicală primară	
Personal:	● medic de familie; ● asistentul medical 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;
Dispozitive medicale și consumabile:	● pat funcțional; ● tensiometru; ● fonendoscop; ● seringi de unică folosință, ace sterile de unică folosință; ● mănuși de unică folosință; ● materiale sterile pentru pansament; ● instrumente sterile de unică folosință; ● tăvițe renale; ● pungi pentru deșeuri; ● rulouri și inele speciale, saltea antidecubit; ● lenjerie curată de corp și de pat.

Medicamente:	- Hydrogenii peroxydum 3%; Natrii Chloridum 0,9% (ser fiziologic de 0,9%) • unguente: Chloramphenicolum+Methyluracilum, Chloramphenicolum; • soluții antiseptice; • analgezice.
D.2. Prestatorii de asistență medicală specializată de ambulatoriu	
Personal:	• medic oncolog; • medic chirurg; • kinetoterapeut; • asistenți medicali; • membrii echipei de îngrijire; • laborant; • asistent de pansamente; • asistent de operații.
Dispozitive medicale și consumabile:	• fonendoscop; • tensiometru; • termometru; • seringi de unică folosință, ace sterile de unică folosință; • sală de pansamente; • pat funcțional; • mănuși de unică folosință; • materiale sterile pentru pansament; • instrumente sterile de unică folosință; • tăvițe renale; • pungi pentru deșeuri; • rulouri și ine, saltea antidecubit; • lenjerie curată de corp și de pat; • diverse suporturi; • sală de operații.
Medicamente:	- Peroxid de hidrogen 3%; Natrii Chloridum 0,9% (ser fiziologic de 0,9%) • unguente: Chloramphenicolum+Methyluracilum, Chloramphenicolum; • antibiotice; • analgezice; • soluții antiseptice.
D.3. Secțiile de profil general ale spitalelor raionale, municipale	
	Personal: • medic internist; • kinetoterapeut; • medic chirurg; • asistenți medicali; • infirmieră.
Dispozitive medicale și consumabile:	• fonendoscop; • tensiometru; • termometru; • seringi de unică folosință, ace sterile de unică folosință; • sală de pansamente; • pat funcțional; • mănuși de unică folosință; • materiale sterile pentru pansament; • instrumente sterile de unică folosință; • tăvițe renale; • pungi pentru deșeuri; • rulouri și ine, saltea antidecubit;

	• lenjerie curată de corp și de pat; • diverse suporturi, anexe la pat;
Medicamente:	• Hydrogenii peroxydum 3%; Natrii Chloridum 0,9% (ser fiziologic de 0,9%) • unguente: Chloramphenicolum +Methyluracillum, Chloramphenicolum; • antibiotice; • soluții antiseptice; • analgezice.
D.4. Hospice	
Personal:	• medic specializat în îngrijiri paliative; • asistent medical; • asistent social; • psiholog; • asistent spiritual; • voluntari; • aparținători.
Dispozitive medicale și consumabile:	• fonendoscop; • tensiometru; • termometru; • seringi de unică folosință, ace sterile de unică folosință; • sală de pansamente; • pat funcțional; • mănuși de unică folosință; • materiale sterile pentru pansament; • instrumente sterile de unică folosință; • tăvițe renale; • punji pentru deșeuri; • rulouri și inele, saltea antidecubit; • lenjerie curată de corp și de pat; • diverse suporturi, anexe la pat;
Medicamente:	• Hydrogenii peroxydum 3%; • Natrii Chloridum 0,9% (ser fiziologic de 0,9%) • unguente: Chloramphenicolum +Methyluracillum, Chloramphenicolum; • antibiotice; • soluții antiseptice.

E. INDICATORI DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI

Nr.	Obiectivele protocolului	Indicatorul	Metoda de calcul a indicatorului	
			Numărător	Numitor
1.	De a ameliora calitatea vieții 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 îmbunătăți calitatea îngrijirilor prin realizarea managementului escarelor	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.	Obiectivele 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. FIȘA WATERLOW DE EVALUARE A RISCULUI APARIȚIEI ESCARELOR

(încercuiți scorul potrivit și faceți totalul; puteți încercui mai mult de un punctaj pe secțiune)

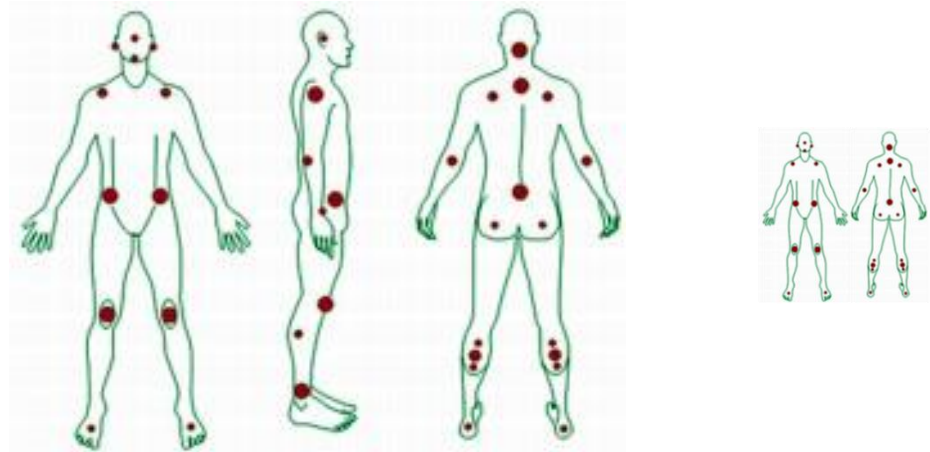
Nume Prenume Pacient _____

FO nr. _____

▪ IMC = Greutate raportată la pătratul înălțimii (kg/m²). Obişnuită 20-24.90 Peste medie 25-29.9 ...1 Obez >302 Sub medie <203 IMC=G(kg)/H ² (m ²)	▪ Tipul pielii/zone de risc vizibile Sănătoasă0 Pergamentoasă1 Uscată 1 Lipicioasă și umedă1 Decolorată2 Crăpată/pătată3	Sex și vârstă Masculin1 Feminin2 14-49 ani1 50-64 ani2 65-74 ani3 75-80 ani4 81+5 ▪ Instrument screening malnutriție Secțiune A-pacientul a scăzut în greutate recent? DA secțiune B NU secțiune C NU ȘTIU secțiune C și scor.....2 Secțiune B: scor de pierdere ponderală 0.5-5kg =1; peste 15kg=4 5-10kg=2 nesigur/nu știu=2 10-15kg=3 Secțiune C: pacientul mănâncă mai puțin sau inapetent: NU=0 DA=1 Scor nutriție: dacă> evaluare nutriție/ intervenție	RISC SPECIAL ▪ Malnutriție tisulară Cașexie terminală8 Insuficiență de organe multiplă8 Insuficiență unică de organ5 Boală vasculară periferică5 Anemie Hb<82 Fumat1 ▪ Deficit neurologic Diabet, scleroză multiplă, AVC.....4-6 Paraplegie4-6 Deficit motor/senzorial ..4-6 ▪ Chirurgie majoră/traumă Ortopedic, jumătatea inferioara a corpului, spinala5 Pe masa de chirurgie>2h5 Pe masa de chirurgie>6h8 ▪ medicație Citostatice, corticosteroizi (doza mare/a la longue)/ AINS4
▪ Continența Completă/cateterizat0 Incontinență urinară1 Incontinență materii fecale2 Incontinență dublă3	▪ Mobilitate Complet mobil0 Agitat1 Apatic2 Redusă3 Imobilizat la pat4 Imobilizat în scaun5		

SCOR	10+ Expus la risc	15+ Risc mare	20+ Risc foarte mare
IN T E R V E N Ț I U P	✓ evaluare zilnică ✓ încurajată mobilizarea ✓ toaleta corporală și hidratare ✓ așternut neted ✓ combaterea temperaturii	✓ evaluare/tura ✓ diminuarea presiunii la nivelul proeminentelor osoase prin folosirea materialelor complementare speciale (saltele, perne) ✓ masuri anterioare	✓ mobilizare la 2 h ✓ saltea anti decubit ✓ + masuri anterioare
IN T E R V E N Ț I Î N G R. D O M I C I L I U	Educarea familiei să mențină integritatea tegumentelor ✓ evaluarea zilnică a tegumentelor ✓ mobilizare activă sau pasivă ✓ hidratare, masaj ușor, toaleta locală, așternut neted ✓ nutriție și hidratare adecvată Medicul/asistentul medical – Evaluează la 2 săptămâni starea tegumentelor telefonic sau vizită la domiciliu	Educarea familiei ✓ masuri anterioare ✓ diminuarea presiunii la nivelul proeminentelor osoase prin folosirea materialelor complementare speciale (saltele, perne) ✓ nutriție și hidratare adecvată Medicul/asistentul medical – Evaluează săptămânal starea tegumentelor telefonic sau vizită la domiciliu	Educarea familiei ✓ masuri anterioare ✓ diminuarea presiunii la nivelul proeminentelor osoase prin folosirea materialelor complementare speciale (saltele, perne) ✓ mobilizare la 2 h, evaluare Medicul/asist. med. – Evaluează x2ori pe săptămână tegumentele pacientului telefonic sau vizită la domiciliu

Anexa 2. Fișa de MONITORIZAREA ESCARELOR



Data:	
Dimensiuni:	
Grad	
Tip pansament:	

Tipul plăgii

Escară ☐ Tumoră exulcerată ☐ Ulcer varicos ☐ Chirurgicală ☐ Altele ☐ **Localizare** ☐

[illegible]

Anexa 4. FIȘA DE Re- EVALUARE A PLĂGILOR

Nume Prenume Pacient _____ FO

Nr. _____

Re-evaluare

Obiectivele tratamentului	Data											
Menținerea calității vieții												
Vindecarea plăgii												
Prevenirea agravării plăgii												
Controlul durerii și al disconfortului												
Prevenirea infectării plăgii												
Controlul infecției												
Controlul mirosului												
Controlul exudatului												
Reducerea/stoparea hemoragiei												

Tipul de pansament _____

Soluție pentru irigarea plăgii _____

Aplicații locale _____

Anexa 5. 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. Măsurile de prevenire a escarelor (vezi caseta 2)

1.2. Alimentația și hidratarea pacientului (vezi caseta 9)

1.3. Aplicarea rulourilor / inelelor

Scopul: Pentru a proteja plaga

Pentru a diminua presiunea asupra plăgii

- Asistentul medical va pune la dispoziție echipamentul necesar 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.

- Asistentul medical, 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 asistentului medical sau al aparținătorului.

Este indicată:

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

Întoarcerea din decubit dorsal în decubit lateral:

- Asistentul medical 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 așază piciorul din partea opusă peste celălalt.
- Asistentul medical 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.
- Asistentul medical 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 așază 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 .

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
- 04.00 – decubit lateral drept
- 08.00 – 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 gravă 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

Anexa 6. Indicatorii de performanță stabiliți de Grupul Cooperativ Estic de Oncologie (Eastern Cooperative Oncology Group, ECOG)

ECOG Indicator de performanță

Aceste criterii sunt folosite de medici pentru a evalua modul în care progresează o anumită boală, modul în care aceasta afectează abilitățile vitale de zi cu zi a pacientului și de a stabili anumite prognoze și iun tratament adecvat.

Gradul	Criteriile de stabilire
0	Complet activ, capabil să desfășoare toate activitățile pre-boală fără restricție.
1	Restricționat în activități fizice solicitante, dar care nu necesită spitalizare, capabil să desfășoare activități de intensitate ușoară sau sedentară, de exemplu, activități casnice sau muncă de birou.
2	Pacientul este capabil de auto-îngrijire, dar nu poate desfășura activități de muncă în mai mult de jumătatea de orele de veghe.
3	Pacientul are capacitatea limitată de îngrijire personală; imobilizat la pat sau în scaun mai mult de 50% din orele de veghe.
4	Pacientul nu poate avea grijă de sine; total imobilizat la pat sau scaun.
5	Pacientul este decedat.

Anexa 7. FIȘA STANDARDIZATĂ DE AUDIT MEDICAL BAZATĂ PE CRITERII PENTRU ESCARE

Nr.	Domeniul prompt	Definiții și note
Fișa medicală de audit bazat pe criterii		
1.	Denumirea IMSP evaluată prin audit	
2.	Persoana responsabilă de completarea fișei	Numele prenumele, telefon de contact
3.	Perioada de audit	DD.LL.AAAA
4.	№ FM a bolnavului PACIENTULUI	
5.	Mediul de reședință a pacientului	1 – urban; 2- rural
6.	Data de naștere a pacientului	DD.LL.AAAA sau 9 –nu-i cunoscută
7.	Sexul pacientului	1 – masculin; 2- feminin, 9 – nu este specificat
8.	Numele medicului curant	
9.	Patologia	Escare
ASISTENȚA MEDICALĂ DE TIP AMBULATORIU <i>(instituții care contactează servicii de îngrijiri paliative)</i>		
10	Data adresării primare după ajutor	DD.LL.AAAA, necunoscut=9
11	Data debutului escarei	DD.LL.AAAA; 0- până la 2 săptămâni (3 luni în durerea necanceroasă); 1- mai mult de 2 săptămâni (3 luni în durerea necanceroasă) sau 9 –necunoscută
12	Simptomele escarei conform OMS	0 – nu; 1- da, 9 – nu se cunoaște
13	Rezultatele evaluării documentate	0 – nu; 1 – da; 9 - nu se cunoaște
14	Simptomele escarei reevaluate	0 – nu; 1 – da; 9 - nu se cunoaște
15	Starea pacientului la adresare pentru consultație	Satisfăcătoare=2; grav-medic=3; gravă=4; foarte gravă=5; extrem de gravă=6
16	Maladii concomitente	Nu=0; da=1; necunoscut=9
17	Aprecieri de criterii de inițiere a tratamentului în condiții de ambulatoriu	Aplicate: 0 – da; 1- nu, 9 – nu se cunoaște
18	Tratamentul simptomelor escarei	După inițierea tratamentului în condiții de ambulatoriu: 0 – nu; 1- da, 9 – nu se cunoaște
19	Controlul simptomelor escarei instituite realizat	După inițierea tratamentului în condiții de ambulatoriu: 0 – nu; 1- da, 9 – nu se cunoaște
20	Efectele adverse ale tratamentului simptomelor escarei	După inițierea tratamentului în condiții de ambulatoriu: 0 – nu; 1- da, 9 – nu se cunoaște
INTERNAREA		
21	Instituția medicală unde a fost solicitat ajutor medical primar	AMP=1, AMU=2, secția consultativă=3, spital=4, instituția medicală privată=6, alte instituții =7, necunoscut=9
22	Data adresării primare după ajutor	DD.LL.AAAA, necunoscut=9
23	Data internării în spital/preluării în serviciu	DD.LL.AAAA sau 9 –necunoscută
24	Ora internării la spital/preluării în serviciu	OO:MM sau 9 –necunoscută
25	Secția de internare/Serviciul de îngrijiri paliative	DMU – 1; secția de îngrijiri paliative – 1; secția de profil terapeutic – 2; secția reanimare -3
26	Timpul până la transfer în secția specializată	≤ 30 minut – 0; 30minute-1 oră -1; ≥1 oră -2; nu se cunoaște -9
27	Data și ora internării în reanimare, TI	DD.LL.AAAA, ora(00:00); nu a fost necesar=5; 9 – necunoscută
28	Durata aflării în reanimare, TI (zile)	Număr de ore/zile Nu a fost necesar=5; necunoscut=9

Nr.	Domeniul prompt	Definiții și note
29	Durata internării în spital/ Serviciul de îngrijiri paliative (zile)	Număr de zile; necunoscut=9
30	Transfer în alte spitale/servicii	Nu=0; da=1 (denumirea instituției); nu a fost necesar=5; necunoscut=9
31	Aprecierea criteriilor de spitalizare	Aplicate: 0 – da; 1- nu, 9 – nu se cunoaște
DIAGNOSTICUL		
32	Data debutului escarelor	DD.LL.AAAA; 0- până la 2 săptămâni (3 luni în durerea necanceroasă); 1- mai mult de 2 săptămâni (3 luni în durerea necanceroasă) sau 9 –necunoscută
33	Simptomele escarei evaluate e conform instrumentarului standardizat	0 – nu; 1- da, 9 – nu se cunoaște
34	Rezultatele evaluării documentate	0 – nu; 1 – da; 9 - nu se cunoaște
35	Simptomele escarei reevaluate	0 – nu; 1 – da; 9 - nu se cunoaște
<i>În cazul răspunsului afirmativ indicați rezultatul</i>		
ISTORICUL MEDICAL AL PACIENTULUI		
36	Internat în mod programat	nu=0; da=1; necunoscut=9
37	Internat în mod urgent	nu=0; da=1; necunoscut=9
38	Starea pacientului la internare	Satisfăcătoare=2; grav-medie=3; gravă=4; foarte gravă=5; extrem de gravă=6
39	Complicații înregistrate la internare	nu=0; da=1; necunoscut=9
40	Maladii concomitente	nu=0; da=1; necunoscut=9
TRATAMENTUL		
41	Tratamentul pentru escara instituit	După internare: 0 – nu; 1- da, 9 – nu se cunoaște
42	Controlul realizat al escarei	După internare: 0 – nu; 1- da, 9 – nu se cunoaște
43	Efectele adverse ale tratamentului escarei	După internare: 0 – nu; 1- da, 9 – nu se cunoaște

BIBLIOGRAFIA

1. Bradu A., Isac V., Ciobanu O., Popovici Sv., Alexandru S. Ghid de îngrijiri paliative. Chișinău. 2017, 2019 p
2. Cernetchi O., Gramma R., Medicina paliativă : Ghid pentru medicii de familie /; Univ. de Stat de Medicină și Farmacie “Nicolae Testemițanu”, Școala de Management în Sănătatea Publică. – Chișinău : S. n., 2017 (Tipogr. „T-Par”). – 248 pagini
3. Fifth edition of the Greater Manchester and Eastern Cheshire Strategic Clinical Networks Palliative Care Pain and Symptom Control Guidelines. PALLIATIVE CARE PAIN & SYMPTOM CONTROL GUIDELINES FOR ADULTS, Review date: November 2022.
4. Moșoiu D. Ghid de Îngrijire paliativă de baza. Brasov. HOSPICE casa speranței, 2016, 70 p. ISBN 978-973-0-22042-1
5. The IAHPC Manual of Palliative Care 3rd Edition
6. Jarbrink K, Ni G, Sonnergren H, Schmidtchen A, Pang C, Bajpai R, Car J: Prevalence and incidence of chronic wounds and related complications: a protocol for a systematic review. *Syst Rev* 2016, 5(1):152
7. Lazarus GS, Cooper DM, Knighton DR, Percoraro RE, Rodeheaver G, Robson MC: Definitions and guidelines for assessment of wounds and evaluation of healing. *Wound Repair Regen* 1994, 2(3):165-170..
8. Thomas DR: Does pressure cause pressure ulcers? An inquiry into the etiology of pressure ulcers. *J Am Med Dir Assoc* 2010, 11(6):397-405
9. Ham W, Schoonhoven L, Schuurmans MJ, Leenen LP: Pressure ulcers from spinal immobilization in trauma patients: a systematic review. *J Trauma Acute Care Surg* 2014, 76(4):1131-1141
10. Anders J, Heinemann A, Leffmann C, Leutenegger M, Profener F, von Renteln-Kruse W: Decubitus ulcers: pathophysiology and primary prevention. *Dtsch Arztebl Int* 2010, 107(21):371-381; quiz 382
11. Carta Albă privind standardele și normele de îngrijire paliativă și hospice în Europa: partea 1, In: *European Journal of Palliative Care* 2009; 16(6): 278–289 and 2010; 17(1): 22-33.<http://www.ejpc.eu.com>
12. Prevention and treatment of pressure ulcers/injuries: Clinical practice guideline. The clinical practice guideline 2019 European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Injury Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance Third edition published 2019.