

sfaturi practice

PENTRU ÎNGRIJIREA PIELII // ÎNTREBĂRI ȘI RĂSPUNSURI



HOSPICE CASA SPERANȚEI
ÎN SPRIJINUL ÎNGRIJIRII PALIATIVE

CE ESTE PIELEA?

Ne-am putea imagina o haină croită dintr-o singură bucată, care acoperă corpul de la cap până la picioare, apără de vânt, rezistă la apă, este puternică, totuși elastică, iar pe deasupra se reînnoiește mereu? Nu? O purtăm în fiecare zi: e pielea! Pielea este cel mai mare organ al nostru.

CE ESTE ESCARA?

Escara este o rană la nivelul pielii care apare în urma menținerii corpului într-o poziție fixă, (fără mobilizare), o perioadă îndelungată.

Escara se dezvoltă ca urmare a presiunii constante exercitată asupra pielii, ce diminuează alimentarea cu sânge a zonei afectate, conducând la moartea țesutului respectiv. Escara poate apărea în cazul imobilizării într-un scaun cu roțile sau la pat, chiar și pe o perioadă scurtă de timp (de exemplu, în urma unei operații sau a unui traumatism).

Prezența escarelor, atât la persoane vârstnice cât și tinere, presupune un tratament îndelungat și un efort susținut din partea aparținătorilor, nu în ultimul rând financiar.

CARE SUNT ZONELE PREDISPUSE APARIȚIEI ESCARELOR?

- Pe părțile laterale
 - lobul urechii
 - regiunea umărului
 - șoldul
 - partea laterală a genunchiului
 - glezna,
 - talpa - partea laterală.
- Pe spate
 - porțiunea terminală a coloanei vertebrale
 - zona fesieră
 - călcâiele
 - regiunea cefei și coatele.
- Pe burtă
 - oasele bazinului
 - genunchii
 - laba piciorului, în special degetele.

CARE SUNT FACTORII DE RISC PENTRU APARIȚIA ESCARELOR?

Principalii factori responsabili de apariția escarelor sunt: imobilitatea și nivelul scăzut de activitate.

Alți factori de risc pentru apariția escarelor includ:

- Pielea fragilă, în special în cazul persoanelor vârstnice
- Prezența unei boli cronice, cancerul, diabetul sau o boală vasculară, care împiedică alimentarea corectă cu sânge a unor regiuni din corp
- Incapacitatea de a mișca unele părți ale corpului fără ajutor, ca urmare a unui traumatism cerebral sau vertebral sau din cauza unei boli neuro-musculare (cum ar fi scleroza multiplă)
- Subnutriția
- Diferite forme de demență senilă (ex: boala Alzheimer)
- Vârsta înaintată
- Incontinența pentru urină sau materii fecale.

CUM ARATĂ O ESCARĂ?

Escara se manifestă în prima fază printr-o culoare roșie a pielii, însă, în lipsa unei îngrijiri corecte, aceasta se înrăutățește, formând mai întâi o veziculă/ mai multe vezicule, apoi o rană deschisă și, în cele din urmă, un crater.



ATENȚIE! EVOLUȚIA ESTE RAPIDĂ ÎN LIPSA UNEI ÎNGRIJIRI ADECVATE!

CE ESTE RECOMANDAT?

CE ESTE DE EVITAT?

- Verificați zilnic dacă pielea este intactă.
- Nu vă așezați pe o suprafață a pielii care este roșie de la o poziție anterioară.
- Nu vă supuneți unui masaj viguros.
- Folosiți substanțe emoliente pentru a vă hidrata pielea uscată.
- Protejați-vă pielea de umiditate excesivă (pampers umed, transpirație, cearceafuri umede etc.).
- Schimbați-vă periodic poziția în pat. Schimbarea poziției depinde de starea dumneavoastră generală, dacă aveți sau nu dureri la mobilizare, dacă folosiți sau nu anumite accesorii pentru prevenirea apariției escarelor (ex: în cazul utilizării saltelelor speciale, frecvența poate fi mai redusă).
- Efectuați exerciții fizice ușoare.
- Cereți ajutorul altei persoane pentru mobilizarea pasivă a tuturor grupelor musculare dacă nu vă puteți misca singur.
- Când vă schimbați poziția în pat (din poziția culcat pe spate în poziția pe o parte - stângă sau dreaptă și invers) sau în caz de

transfer (trecerea de pe scaun pe canapea sau fotoliu) solicitați ca acest lucru să se realizeze prin ridicare, evitându-se frecarea de pat prin tragere (alunecare).

- Așezați gamba pe o pernă, pentru a evita apariția escarelor la nivelul călcâielor.
- Limitați la maxim perioadele de stat pe scaun.
- Când picioarele nu ating podeaua, utilizați un scăunel sau un suport pentru picioare.
- Cereți detalii medicului/ asistentei medicale referitoare la modul de îngrijire (suprafețe de suport – saltele, perne, alimentație, inclusiv suplimente nutriționale, hidratare).
- Luați cu o oră înainte de mobilizare sau efectuarea pansamentului, un calmant cu acțiune rapidă care este conținut în schema terapeutică sau vă este recomandat de medic, pentru a preveni instalarea durerilor.
- Schimbați ori de câte ori este nevoie lenjeria de pat și de corp (murdară sau umedă); urmăriți ca cearceaful să fie bine întins, curat, fără urme de firimituri, lenjeria de corp să nu facă cute, să nu aiba nasturi sau fermoare.
- Evitați folosirea pudrei de talc și a alcoolului sanitar direct pe tegument (favorizează uscarea acestuia și formarea unor mici fisuri pe suprafața pielii).
- Aveți în vedere o alimentație echilibrată: 3 mese principale și două gustări care să conțină carne, lapte, brânză, ouă, fructe și legume proaspete.
- Preveniți deshidratarea: prin consumul de minim 2 l/zi, în cazul în care acest lucru este posibil (în caz contrar, în limita posibilităților).

CUM SE REALIZEAZĂ TOALETA PIELII?

- Dacă starea generală vă permite, vă puteți deplasa la baie pentru efectuarea toaletei corporale.
- Dacă nu puteți să vă realizați singur toaleta, cereți ajutorul unui membru al familiei.
- Încercați să limitați la maximum durata acesteia pentru a nu vă epuiza.
- Creați un mediu ambiant confortabil (temperatura optimă în baie între 22 – 24 °C, temperatura apei 37°C).
- Evitați curenții de aer prin închiderea ușilor și ferestrelor.
- Pregătiți în apropiere materialele necesare efectuării toaletei (săpun, burete, prosoape), creme hidratante, precum și lenjeria de corp care urmează a fi schimbată.

La bolnavii imobilizați, este nevoie de ajutorul familiei. Realizați toaleta la pat, pe diferitele regiuni ale corpului.

- Așezați pe suprafața patului o mușama peste care puneți un prosop pentru a proteja patul
- Dezbrăcați bolnavul complet
- Acoperiți-l cu prosoape suficient de mari pentru a nu veni în contact cu mușama rece
- Descoperiți progresiv numai partea ce se va spăla
- Respectați o anumită ordine pentru a fi cât mai eficienți

Pe spate:

1. fața
2. gâtul
3. brațele
4. partea din față a trunchiului
5. abdomenul

Pe o parte:

6. partea din spate a trunchiului
7. regiunea dintre fese și anusul
8. picioarele
9. organele genitale

Spălarea feței:

Începeți cu regiunea ochilor.

Îndepărtați periodic secrețiile oculare cu ajutorul unui tampon dinspre interior spre colțul extern al ochiului.

Limpeziți și ștergeți cu un prosop curat.

Curățați fosele nazale, fiecare cu câte un tampon umezit în ser fiziologic.

Spălarea corpului pe regiuni, la pat, cuprinde 3 etape:

1. Săpunirea
2. Clătirea
3. Uscarea

Spălați gâtul și membrele superioare cu mișcări circulare, începând de la umăr până la nivelul degetelor mâinii.

Ștergeți-le imediat prin tamponare.

Insistați la nivelul axilelor, tamponându-le până la uscare perfectă.

Acordați atenție pliurilor submamare la femei. Săpuniți și clătiți zona, fără brutalitate.

Realizați toaleta ombilicului, îndepărtând posibilele depozite de murdărie cu un tampon îmbibat în ser fiziologic.

Ungeți pielea cu cremă hidratantă (se pot folosi și uleiuri pentru bebeluși).

Spălați spatele bolnavului după așezarea lui în poziție laterală sau în șezut.

Faceți toaleta picioarelor, acordând o atenție deosebită spațiilor dintre degete, unde se adună de obicei scame provenite de la șosete.

Treceți la toaleta organelor genitale numai după obținerea acordului din partea pacientului, oferindu-i intimitate.

Amplasați plosca sub șezutul pacientului pentru efectuarea toaletei (poziția pacientului este întins pe spate, cu genunchii îndoiți).

Spălați regiunea genitală dinspre simfiza pubiană spre anus.

Limpeziți abundant.

Tamponați zona cu un prosop uscat.

Ungeți local cu cremă hidratantă sau pe baza de oxid de Zinc (Ex: Cutaden).

Aplicați pampersul - acesta se va schimba ori de câte ori este nevoie; de fiecare dată este necesară efectuarea toaletei organelor genitale și a anusului și ungerea regiunii respective.

În cazul în care tegumentele din jurul organelor ano-genitale sunt foarte iritate, medicul vă poate recomanda, ca o soluție temporară până la vindecarea regiunii, introducerea unei sonde urinare.

Îngrijirea unghiilor: tăiați-le scurt, la nivelul pulpei degetului, cu ajutorul unghierei, fără a răni pielea din jurul unghiilor (risc de infecții – panariții). Așezați mâna sau piciorul pe un prosop unde se strâng fragmentele tăiate.

Spălarea părului trebuie realizată săptămânal, iar pieptanarea acestuia se va face zilnic la toate categoriile de bolnavi.

CUM FACEM PATUL PACIENTULUI IMOBILIZAT?

**ATENȚIE! SALTELE NU
EXCLUD MOBILIZAREA
PACIENTULUI!**

- Utilizați două cearceafuri: cu primul cearceaf acoperiți întreaga suprafața a patului, iar pe cel de-al doilea îl împăturiți în două pe lățimea patului, și îl amplasați sub pacient, astfel încât să-i cuprindă regiunea dintre umăr și genunchi. Acesta va fi util pentru mobilizarea pacientului din poziția culcat pe spate în poziția culcat pe o parte.
- Așezați perne clasice moi între genunchii sau gleznelor pacientului imobilizat în cazul poziționării laterale pentru a evita contactul dintre suprafețele osoase.
- În poziție laterală, pentru evitarea presiunii directe asupra șoldului, se amplasează sub acesta o pernă sau un colac moale înfășurat într-un material de bumbac.
- Îndepărtați presiunea de la nivelul călcâielor prin amplasarea unei perne făcută sub desupra gleznelor.

În magazinele specializate există saltele antiescară dotate cu un compresor care distribuie presiunea uniform pe întreaga suprafață a corpului. Acestea reduc riscul de apariție a escarelor și oferă ajutor în tratamentul acestora. În lipsa lor se pot folosi saltele pentru camping, nu foarte umflate.

DACĂ TOTUȘI ESCARELE AU APĂRUT, CE ESTE DE FĂCUT?

În cazul în care observați apariția unei escare, adresați-vă imediat medicului sau asistentului dumneavoastră pentru a vă orienta către un tratament eficient!

În funcție de gravitatea escarelor, asistentul medical va aplica diferite tratamente locale și vă va îndruma pas cu pas pentru efectuarea unui pansament corect care să vă confere o creștere a calității vieții.

Atenție! Nu se recomandă utilizarea de:

- Apă oxigenată, deoarece macerează pielea sănătoasă, provocând durere la contact.
- Alcool mentolat, deoarece usucă tegumentul provocând leziuni prin deshidratare.
- Iod concentrat - provoacă de asemenea deshidratarea pielii, și există risc de toxicitate la iod dacă este folosit în plăgile mari.
- Clor - are efect toxic asupra celulelor pielii, inhibă circulația sângelui în vasele mici, menține inflamația pielii.

Dacă apar complicații la nivelul plăgii cum ar fi apariția secrețiilor modificate ca și culoare/ cu miros fetid sau sângerări locale, **adresați-vă medicului sau asistentei medicale** care vă vizitează la domiciliu. Escarele de decubit severe pot impune uneori tratament chirurgical.

CE ESTE PRURITUL?

- Pruritul, sau mai pe înțelesul tuturor mâncărima pielii, este o senzație neplăcută la nivelul pielii, ce provoacă dorința intensă de scărpinare.
- În cazurile severe mâncărima duce la tulburări de somn, neliniște și depresie, iar scărpinarea permanentă provoacă leziuni pe piele (leziuni de grataj).

În cazul în care mâncărima este însoțită de respirație dificilă, umflarea feței și a gâtului, erupție pe piele, este posibil să aveți o reacție alergică violentă, care necesită prezentarea dumneavoastră de urgență la medic. Pruritul poate apărea și datorită medicației utilizate pentru controlul unor simptome (morfină, antiinflamatoare, etc.)

CE PUTEȚI FACE PENTRU A PREVENI APARIȚIA PRURITULUI?

- Folosiți creme care să asigure hidratarea în profunzime a tegumentului uscat
- Tăiați unghiile scurt pentru a nu provoca lezarea tegumentului și păstrați-le curate
- Scădeți frecvența băilor (uscați imediat pielea prin tamponare după efectuarea băii și ungeți cu creme emoliente)
- Umidificați aerul din încăpere (în special iarna), punând vase cu apă pe calorifere / sobe
- Folosiți haine adecvate (din bumbac), evitați hainele sintetice sau din lână
- Evitați alimentele și băuturile care produc vasodilatație (cafea, alcool, ceai fierbinte)
- Informați imediat medicul dacă apare mâncărimea pielii, pentru a vă da tratamentul / sfaturile cele mai potrivite.

BIBLIOGRAFIE

- Parker F. Structure and function of skin. In: Goldman L, Bennett JC, eds. Cecil Textbook of medicine. 21st ed. Philadelphia: Saunders, 2000:2266.
- Krajnik M, Zylicz Z. Understanding pruritus in systemic disease. J Pain Symptom Manage 2001;21:151-68.
- Shellow WV. Evaluation of pruritus. In: Goroll AH, Mulley AG Jr, eds. Primary care medicine: office evaluation and management of the adult patient. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2000:1001-4.
- Tennyson H, Levine N. Neurotropic and psychotropic drugs in dermatology. Dermatol Clin 2001;19:179-97.
- Johnson RE, Kanigsberg ND, Jimenez CL. Localized pruritus: a presenting symptom of a spinal cord tumor in a child with features of neurofibromatosis. J Am Acad Dermatol 2000;43(5 pt 2):958-61.
- Veien NK, Hattel T, Laurberg G, Spaun E. Brachioradial pruritus. J Am Acad Dermatol 2001;44:704-5.
- Harrigan E, Rabinowitz LG. Atopic dermatitis. Immunol Allergy Clin North Am 1999;19:383-96.
- Beltrani VS. The clinical spectrum of atopic dermatitis. J Allergy Clin Immunol 1999;104(3 pt 2):S87-98.
- Correale CE, Walker C, Murphy L, Craig TJ. Atopic dermatitis: a review of diagnosis and treatment. Am Fam Physician 1999;60: 1191-8,1209-10.
- Koblenzer CS. Itching and the atopic skin. J Allergy Clin Immunol 1999;104(3 pt 2):S109-13.
- Habif TP. Clinical dermatology: a color guide to diagnosis and therapy. 3d ed. St. Louis: Mosby, 1996.
- Berger R, Gilchrest BA. Skin disorders. In: Duthie EH, Katz PR, eds. Practice of geriatrics. 3d ed. Philadelphia: Saunders, 1998:467-72.

NOTITE // NOTITE // NOT

TITE // NOTITE // NOTITE



HOSPICE CASA SPERANȚEI
ÎN SPRIJINUL ÎNGRIJIRII PALIATIVE

www.hospice.ro