

# Standard zapobiegania odleżynom u chorego unieruchomionego

*Maria Kózka*

**Temat: Zmniejszenie ryzyka rozwoju odleżyn**

**Grupa opieki:** Każdy chory unieruchomiony

**Oświadczenie standardowe:** Opieka pielęgniarska umożliwia zmniejszenie ryzyka odleżyn oraz ograniczenie ich rozwoju powyżej 2 stopnia.

**Uzasadnienie:** Wyniki prowadzonych badań i doświadczenie zawodowe wskazują na wieloczynnikowość powstawania odleżyn. Zasadniczym i bezpośrednim czynnikiem powstawania odleżyn jest ucisk (kompresja i siła ścinająca) oraz powstawanie fałdów skórnych. Czynnikiem usposabiającymi są wiek, stan kliniczny, odżywienie, nawodnienie, stan higieny chorego. Celem opieki jest rozpoznanie czynników ryzyka i dobór postępowania profilaktycznego.

## **Kryterium struktury**

1. W oddziale jest zespół ds. jakości opieki, pielęgniarki są przeszkolone w zakresie profilaktyki i leczenia ran odleżynowych.

2. Pielęgniarka zna:

- czynniki ryzyka odleżyn;
- przyczyny odleżyn;
- metody oceny ryzyka odleżyn;
- nowoczesne metody odciążenia miejsc narażonych na ucisk;
- techniki przemieszczania chorego;
- zasady profilaktyki przeciwodleżynowej;
- etapy gojenia się ran odleżynowych;
- powikłania odleżyn.

3. Pielęgniarka umie ocenić:

- ryzyko odleżyn;
- stopień odleżyny;
- stan kliniczny chorego i jego aktywność;

- działania profilaktyczne (ułożyć chorego w łóżku, zmienić pozycję, unikając tarcia i zdercia, dobrać materac przeciwoleżynowy, założyć cewnik Foleya lub zewnętrzną);

- pielęgnować ranę odleżynową;
- dobrać i zastosować nowoczesny opatrunek w zależności od oceny rany;
- ocenić etap gojenia się rany;
- rozpoznać zakażenie rany;
- pobrać wymaz z rany do badania bakteriologicznego.

4. Pielęgniarka ma dostęp do literatury i szkoleń w zakresie odleżyn.

5. W oddziale są skale do oceny ryzyka odleżyn oraz potrzebny sprzęt i środki:

- winda przenośna, materace przeciwoleżynowe, środki do pielęgnacji skóry i leczenia ran (środki myjące, maści, kremy, opatrunki hydrożelowe, półprzepuszczalne wysokoabsorbujące, pampersy).

6. W oddziale są procedury zmiany pozycji ciała, toalety całego ciała, zakładania opatrunków na odleżynę, zakładania cewników samourzymujących się i zewnętrznych oraz literatura dotycząca tego zagadnienia.

7. Oddział ma możliwość wykonania badań biochemicznych.

8. W oddziale jest prowadzona karta profilaktyki i leczenia odleżyn oraz ich rejestr (załącznik nr 6).

### **Kryterium procesu**

1. Pielęgniarka ocenia ryzyko odleżyn za pomocą przyjętej w oddziale skali (Norton, Douglas – załącznik nr 7).

2. Pielęgniuje chorego wg ustalonego planu:

- układa chorego na materacu przeciwoleżynowym, uwzględniając wagę ciała chorego, stan ogólny, czynniki ryzyka i przewidywany czas unieruchomienia lub ograniczenia aktywności ruchowej;

- zmienia pozycję co 0,5–2 godz. (zgodnie z pisemnym schematem) przy pomocy 4 osób lub z wykorzystaniem windy przenośnej (unikanie tarcia), podczas zmiany pozycji ciała ocenia stan skóry, stosuje udogodnienia – kliny, poduszki, nadmuchiwane opaski, opatrunki odciążające od ucisku, np. Comfeel;

- w pozycji na boku układa chorego w 30° nachyleniu;

- wykonuje toaletę ciała 2 x dziennie oraz w razie potrzeby, używając delikatnych środków myjących o pH 5,5;

- dokładnie osusza skórę i nawilża maściami lub kremami, np. Propolis, Sudokrem, Penaten itp.;

- unika masowania skóry w okolicy wyniosłości kostnych;

- zmniejsza narażenie skóry na wilgoć, zakładając cewnik Foleya lub zewnętrzną;

- u chorego z nietrzymaniem stolca zakłada pampersy;

- basen podkłada przy pomocy drugiej osoby, stosując papierową osłonę.

2. W dniu przyjęcia, a następnie raz w tygodniu kontroluje poziom białka w surowicy krwi.

3. Ocenia stan nawodnienia i odżywienia chorego.

4. Kontroluje ilość białka podawanego w diecie oraz podaż wit. C, cynku i magnezu.

5. Stosuje nowoczesne opatrunki na rany, zależnie od stopnia powstałej odleżyny.

6. W dokumentacji znaczy wyniki oceny stanu skóry i stosowane środki.

#### **Kryterium wyniku**

1. U chorego poziom białka jest w normie, skóra bez objawów odleżyny.

2. U chorego z odleżyną zatrzymano jej rozwój, rana stopniowo zmniejsza się.

3. Prowadzona dokumentacja umożliwiła wczesne wykrycie zmian skórnych i bieżącą modyfikację planu opieki oraz oszacowanie problemu w skali oddziału.

## **BIBLIOGRAFIA**

1. Bridel J.: *The aetiology of pressure sores*. Journal of Wound Care, 1993, 4, s. 230–238.
2. Culley F.: *Nursing aspects of pressure sore prevention and therapy*. British Journal of Nursing, 1998, 7, 15, s. 879–890.
3. Fletcher J.: *Types of pressure-relieving equipment available*. Br. J. Nurs., 1996, 5(11), s. 694–701.
4. Kasprzak M. i in.: *Profilaktyka przeciwoleżynowa w leczeniu i wczesnym okresie rehabilitacji*. Postępy Rehabilitacji, 1998, 4, s. 14–20.
5. Kózka M., Paluch H.: *Dokumentacja profilaktyki i leczenia odleżyn*. Annales, Katowice 2000.
6. Kruk-Krupiec G.: *Odleżyny – poradnik dla pielęgniarek i położnych*. Katowice 1999.
7. Meehan M.: *Multiste Pressure Ulcers Prevalency Survey*. Decubitus, 1990, 3, s. 14–17.
8. Yarkony G.M.: *Odleżyny*. Medycyna Praktyczna, 1996, 1.