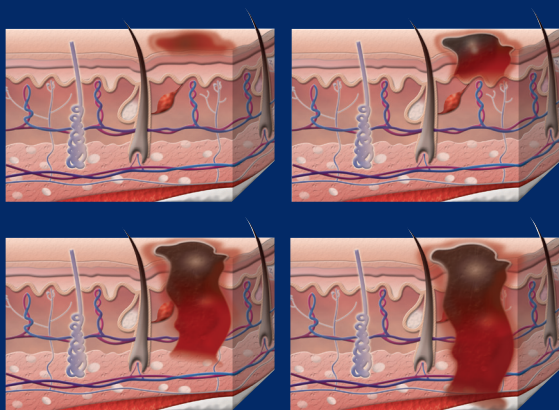


Odleżyny - zapobieganie i leczenie



OPTIMALIZACJA LECZENIA ODLEŻYN

**Klasyfikacja odleżyn
(na podstawie EPUAP/
NPUAP, 2009)**

Opis

Wprowadzenie planu opieki:
podparcie, skóra, ruch, czynności
fizjologiczne, żywienie (ang.
SSKIN)

Cele leczenia

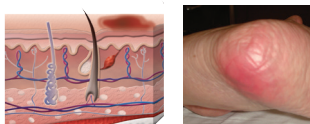
**Miejscowe leczenie ran
Przygotowanie łożyska rany**

Opatrunek pierwotny

- Czynniki do rozważenia:
- Umiejscowienie rany
- Rozmiar rany
- Podstawowy rodzaj tkanki w ranie
- Stan skóry wokół rany
- Unikanie bólu i urazów podczas zmiany opatrunku
- Jakość życia pacjenta

CEL: GOJENIE RANY

I

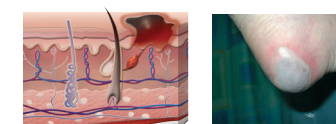


Nieblednące zaczerwienie nietkniętej skóry, zwykle wokół wypukłości kostnych. Przebarwienie skóry, ciepło, obrzęk, stwardnienie, ból, w porównaniu z sąsiadującymi tkankami

- Ochrona i regeneracja skóry
- Przywrócenie funkcji naczyń włosowatych

- Dbanie o integralność skóry poprzez stosowanie produktów zawierających hiperutlenione kwasy tłuszczowe (np. Linovera®)¹
- Zapobieganie przerwaniu ciągłości skóry w wyniku działania tarcia lub sił ścinających poprzez stosowanie produktów barierowych (np. Askina® Barrier Film)
- Ochrona przed wilgocią (np. Askina® Barrier Cream)

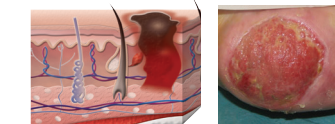
II Brak zakażenia



Częściowa utrata grubości tkanki lub pęcherz. Występuje w postaci błyszczącego lub suchego, płytkiego owróżnienia bez tkanki martwiczej lub zasinienia (zasinienie oznacza uszkodzenie tkanek głębszych). Sprawdzić pod kątem zmian związanych z nadmiarem wilgoci

- Zapewnić czystość łożyska rany pod kątem ziarninowania tkanki

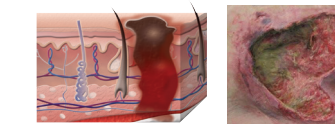
III Brak zakażenia



Utrata tkanki na całej grubości. Tłuszcz podskórny może być widoczny, brak ekspozycji kości, ścięgna lub mięśni. Możliwa obecność tkanki martwiczej nie pokrywającej całego obszaru utraty tkanki.

- Usunąć tkankę martwiczą
- Zapewnić czystość łożyska rany pod kątem ziarninowania tkanki

IV Brak zakażenia



Utrata tkanki na całej grubości, widoczne kości, ścięgna lub mięśnie. Możliwa obecność tkanki martwiczej. Często obecne podminowane brzozy i tunele

II-IV Zakażenie³



Objawy zakażenia, jak zmiana koloru, obrzęk, podwyższona temperatura i nieprzyjemny zapach. W przypadku braku leczenia może wystąpić zagrożenie życia

- Zmniejszenie zanieczyszczenia bakteryjnego
- Opanowanie wysięku/ nieprzyjemnego zapachu
- Zapobieganie/usunięcie biofilmu

Zastosować antyseptyczny roztwór do irygacji ran i/lub żel (np. Prontosan® Roztwór do Irygacji Ran, Prontosan® Żel do ran, Prontosan® Żel do ran X)²

GŁĘBOKOŚĆ/LOKALIZACJA

Powierzchnowe

Głębokie

Pięta

Kość krzyżowa

Opatrunek absorpcyjny/ nieprzywierający wilgotny (np. Askina® Foam/Askina® DresSil)

Dodać wilgotny opatrunek absorpcyjny do ran drążących (np. Askina® Absorb+/Foam Cavity)

Opatrunek absorpcyjny/ nieprzywierający wilgotny o kształcie pięty (np. Askina® Heel/Askina® DresSil Heel)

Opatrunek absorpcyjny/ nieprzywierający wilgotny o kształcie kości krzyżowej (np. Askina® DresSil Sacrum)

Opatrunek przeciwbakteryjny (np. Askina® Calgitrol® Ag)³

Opatrunek przeciwbakteryjny (np. Askina® Calgitrol® Paste)^{3,4}

Opatrunek przeciwbakteryjny (np. Askina® Calgitrol® THIN)^{3,4}

Opatrunek przeciwbakteryjny (np. Askina® Calgitrol® Paste)^{3,4}

1. Zalecane stosowanie zgodnie z wytycznymi: EPUAP, 2012, zobacz: <http://www.epuap.org>
 2. Uwaga: Ponieważ w przypadku odleżyn III stopnia może wystąpić ekspozycja tkanki chrzęstnej, wymagane jest zachowanie szczególnej ostrożności. Niektóre produkty (np. Prontosan®) są przeciwwskazane do stosowania na tkankę chrzęstną skłisłą. We wszystkich przypadkach należy dokładnie ocenić stosunek korzyści do ryzyka. Decyzja dotycząca zastosowania produktu musi być podjęta przez lekarza prowadzącego; w przypadku odpowiednich wskazań należy użyć roztworu soli fizjologicznej zamiast preparatu Prontosan®.
 3. Miejscowe środki przeciwdrobnoustrojowe mogą być stosowane w monoterapii u pacjentów z miejscowymi zakażeniami. Należy je stosować w skojarzeniu z antybiotykami o działaniu ogólnoustrojowym w przypadku rozprzestrzeniającego się zakażenia i posocznicy.
 4. Stosować jako opatrunek wtórny, odpowiedni opatrunek absorpcyjny/ nieprzywierający wilgotny o płaskim lub anatomicznym kształcie (np. Askina® Foam/Askina® Heel/Askina® DresSil Heel/Askina® DresSil Sacrum).

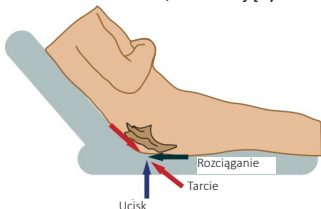
KTO NALEŻY DO GRUPY RYZYKA ODLEŻYN?

Ocena indywidualnego ryzyka powstawania odleżyn powinna obejmować zarówno nieformalne narzędzia przesiewowe jak i formalne procedury oceny.

- ✓ Ograniczona mobilność/aktywność
- ✓ Zmiany skórne (zaczerwienienie/blednący rumień/suchość)
- ✓ Odleżyny w wywiadzie
- ✓ Upośledzenie krążenia z powodu cukrzycy, schorzeń naczyniowych, obrzęku
- ✓ Zwiększone nawodnienie skóry (np. z powodu zaburzeń kontroli czynności fizjologicznych, potliwości)
- ✓ Zły stan odżywienia
- ✓ Wiek (powyżej 65 lat) przy obecności innych czynników ryzyka
- ✓ Utrata czucia lub zdolności do zgłaszania dyskomfortu z powodu przyjmowania środków uspokajających lub zaburzeń funkcji poznawczych
- ✓ Podwyższona temperatura ciała
- ✓ Stosowanie środków uspokajających, dopaminy, tlenu i terapia steroidami w okresie pozabiegowym

Odleżyny mogą wystąpić u sprawnych i zdrowych osób przykutyh do łóżka. Wynika to z faktu, iż uszkodzenie może wystąpić w każdym miejscu, w którym tkanka poddawana jest działaniu nacisku, sił ścinających lub tarcia.

Ścinanie to wewnętrzna siła występująca gdy 2 sąsiednie powierzchnie przesuwają się względem siebie powodując uszkodzenia naczyń krwionośnych i niedokrwienie



Tarcie to siła powstała w wyniku przesuwania (lub próby przesuwania) dwóch powierzchni względem siebie, powodująca otarcia skóry

Ucisk to siła działająca pod kątem prostym na tkanki pomiędzy kością a powierzchnią podpierającą

ETAPY ZAPOBIEGANIA ODLEŻYŃOM

A. Badanie przesiewowe i ocena ryzyka

Cel : Identyfikacja pacjentów z ryzykiem odleżyn

1. Użyć narzędzi oceny ryzyka właściwych dla danej grupy pacjentów
2. Jeżeli u pacjenta występowały już odleżyny, zakwalifikować go do grupy wysokiego ryzyka
3. Dokonać ponownej oceny po zmianie stanu pacjenta

B. Wprowadzenie planu opieki prewencyjnej pod kątem odleżyn z zastosowaniem planu opieki: podparcie, skóra, ruch, czynności fizjologiczne, żywienie (ang. SSKIN) Cel : Zapobieganie rozwojowi odleżyn

1. Zaangażowanie interdyscyplinarnego zespołu
2. Zaakceptowanie planu zintegrowanej opieki, stworzonego pod kątem specyficznego profilu ryzyka dla każdego pacjenta.
3. Wprowadzenie SSKIN
 - **Powierzchnia podparcia** — wybrać odpowiedni sprzęt likwidujący/rozkładający nacisk lub urządzenia chroniące wrażliwą skórę/wypukłości kostne
 - **Ocena skóry** — przeprowadzać regularną ocenę całej powierzchni skóry i dokumentować wszelkie zmiany
 - **Utrzymywanie pacjenta w ruchu** — wprowadzić harmonogram przekręcania/zmian pozycji optymalizujący niezależne ruchy. W razie potrzeby sięgnąć po fizjoterapię/terapię zajęciową
 - **Zaburzenia kontroli czynności fizjologicznych i nawodnienie** — zapewnić właściwe opanowanie zaburzeń kontroli czynności fizjologicznych, potliwości lub wysięku. Stosować produkty barierowe w celu ochrony skóry przed wilgocią, a także rutynową opiekę polegającą na utrzymaniu skóry w stanie czystym i suchym. W razie konieczności stosować produkty do pielęgnacji skóry okolicy narażonej na działanie moczu/kału i konsultować ze specjalistą w zakresie zaburzeń kontroli czynności fizjologicznych przypadki pacjentów z nierozwiązanymi kwestiami dotyczącymi tego typu schorzeń.
 - **Żywienie i nawadnianie** — kontrolować wagę pacjenta i monitorować zmiany. Zachęcać pacjentów do regularnego przyjmowania posiłków i płynów w celu utrzymania dobrego stanu odżywienia. W razie konieczności sprawdzić stan odżywienia przy pomocy narzędzi do oceny i przeprowadzić konsultację z dietetykiem w zakresie zaburzeń odżywiania, przeżuwania lub połykania.
4. Dokumentować wszelkie parametry i współdziałać z zespołem interdyscyplinarnym
5. Zapewnić właściwą edukację pacjentów i personelu

C. Ponowna ocena i weryfikacja dokumentów pakietu opieki

Cel: Adaptacja planu opieki do aktualnej profilaktyki PU

Nie wszystkie odleżyny są możliwe do uniknięcia. W przypadku wystąpienia odleżyn:

1. Wprowadzić plan opieki SSKIN w celu leczenia odleżyn i optymalizacji gojenia
2. W razie konieczności zasięgnąć porady zespołu interdyscyplinarnego