

ODLEŻYNY

– podstawowe informacje





Opracowanie:

Agnieszka Szewczyk
mgr pielęgniarstwa

Małgorzata Budynek
Medical Affairs Manager ConvaTec Polska

ODLEŻYNY – PODSTAWOWE INFORMACJE

STATYSTYKI

Odleżyny to problem wielowymiarowy. Dotyczy głównie osób narażonych na długotrwałe obniżenie aktywności ruchowej, a przez to, jest jednym z poważnych wyzwań dla zespołów opiekujących się obłożnie chorymi ludźmi. Dane dotyczące występowania odleżyn w Polsce nie są dokładne.

Szacuje się, że w Polsce problem odleżyn dotyczy co roku około **270 tysięcy osób**.

Występują niezależnie od wieku pacjenta, jednak najczęściej spotykane są u osób obłożnie chorych, a ryzyko ich wystąpienia wzrasta z wiekiem.

Tab. 1. Procentowy udział poszczególnych stopni zaawansowania odleżyn wśród osób dotkniętych tym problemem w Polsce.

Stopień odleżyny	I stopień	II stopień	III stopień	IV stopień
%	52%	30%	13%	5%

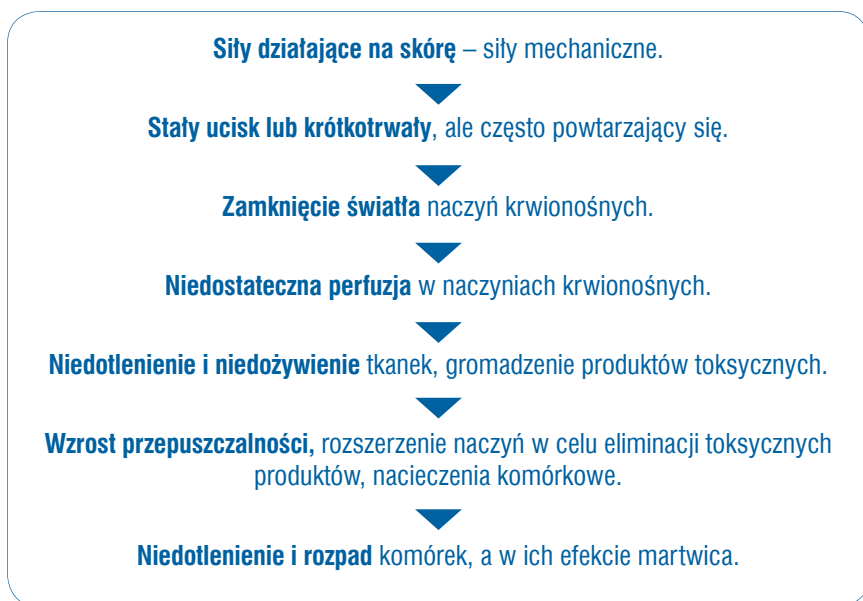
Zapadalność szacuje się na 5-10% wśród pacjentów oddziałów szpitalnych i 13% wśród pensjonariuszy zakładów opiekuńczo-leczniczych.

Największym ryzykiem obarczeni są pacjenci oddziałów:

- intensywnej terapii – 14-41%,
- neurologicznych – 39%,
- internistyczno-geriatrycznych – 25-30%,
- ortopedycznych – 66-85%.

Odleżyna jest miejscowym uszkodzeniem skóry i/lub głębszej tkanki, które zwykle pojawia się nad wypukłością kostną w wyniku ucisku lub połączenia ucisku i rozrywania. Jest ona wynikiem działania czynników związanych ze stanem pacjenta oraz zewnętrznymi (standardy pielęgnacji etc.).

Patomechanizm tworzenia się odleżyny przedstawia schemat zamieszczony poniżej:



Główne czynniki ryzyka powstawania odleżyn dzielimy na dwie podstawowe grupy:

- czynniki związane ze stanem pacjenta,
- czynniki zewnętrzne, niezależne od pacjenta.

Tab. 2. Czynniki ryzyka wystąpienia odleżyn.

Czynniki związane ze stanem pacjenta	Czynniki niezależne od pacjenta
• stan ogólny pacjenta, • stan skóry, • nieprawidłowa masa ciała (niedożywienie, nadwaga), • hipoalbuminia, • choroby naczyniowe mózgu, • choroby naczyń obwodowych, • cukrzyca, • anemia, • unieruchomienie/złamania, • odwodnienie, • zaburzenia świadomości, • upośledzone odczuwanie bodźców zewnętrznych, • gorączka, • chemioterapia, • sterydoterapia, • nietrzymanie moczu/stolca, • zakażenia.	• wilgoć, • temperatura otoczenia, • odzież, • pościel, • zaopatrzenia ortopedyczne, • stosowane leki (sterydy, antybiotyki, uspokajające, itd.) • siły ścinające, tarcie, urazy. ponadto: • zła pielęgnacja, • zła organizacja pracy, • braki kadrowe personelu, • niski poziom wiedzy personelu, • brak szkoleń i materiałów szkoleniowych, • brak środków opatrunkowych i higienicznych. Najważniejszy czynnik BRAK MOTYWACJI PERSONELU /OPIEKUNÓW

Czas wystąpienia odleżyny uzależniony jest od stanu ogólnego pacjenta.
Może wahać się od dwóch do kilkunastu godzin.

SKALE OCENY RYZYKA WYSTĄPIENIA ODLEŻYN

Ocena ryzyka odleżyn pozwala na wychwycenie pacjenta zagrożonego ryzykiem ich powstania. Najbardziej obiektywnym narzędziem pomiaru stopnia zagrożenia są skale. Do najczęściej stosowanych należą: Norton i Waterlow. Każda z powyżej wymienionych skal jest wygodnym narzędziem, ale istotne jest, by w danej jednostce ochrony zdrowia stosować jedną z nich, dobraną pod kątem potrzeb i problemów występujących u jej pacjentów.

- **Skala NORTON** uznawana jest za bardzo prostą, ale w przypadku szpitala wielospecjalistycznego wymaga przypomnienia, jak należy standardowo oceniać stan fizyczny pacjenta.
- **Skala WATERLOW** jest bardziej dokładna, dlatego zdaniem praktyków może być stosowana na oddziałach medycznych o różnym profilu. Główną zaletą tej skali jest zróżnicowanie stopni zagrożenia na: ryzyko (10-14 pkt), wysokie ryzyko (15-19 pkt) i bardzo wysokie ryzyko (równe lub powyżej 20).

PAMIĘTAJ!

Do oceny ryzyka zawsze używaj tej samej skali, spójnej ze stosowaną w jednostce ochrony zdrowia, w której pracujesz.

Tab. 3. Skala NORTON.

Stan fizyczny	Stan psychiczny /świadomość	Aktywność fizyczna	Stopień samodzielności przy poruszaniu	Nietrzymanie moczu/kału
Dobry (4)	Pełna (4)	Chodzi samodzielnie (4)	Pełny (4)	Nie występuje (4)
Dość dobry (3)	Apatia (3)	Chodzi z pomocą (3)	Lekko ograniczony (3)	Sporadycznie (3)
Zły (2)	Zaburzona (2)	Siedzi (2)	Bardzo ograniczony (2)	Nietrzymanie moczu (2)
Bardzo zły (1)	Śpiączka (1)	Brak (1)	Brak (1)	Nietrzymanie moczu i kału (1)
Wynik poniżej 14 pkt wskazuje na zagrożenie powstania odleżyn				

Tab. 4. Skala WATERLOW

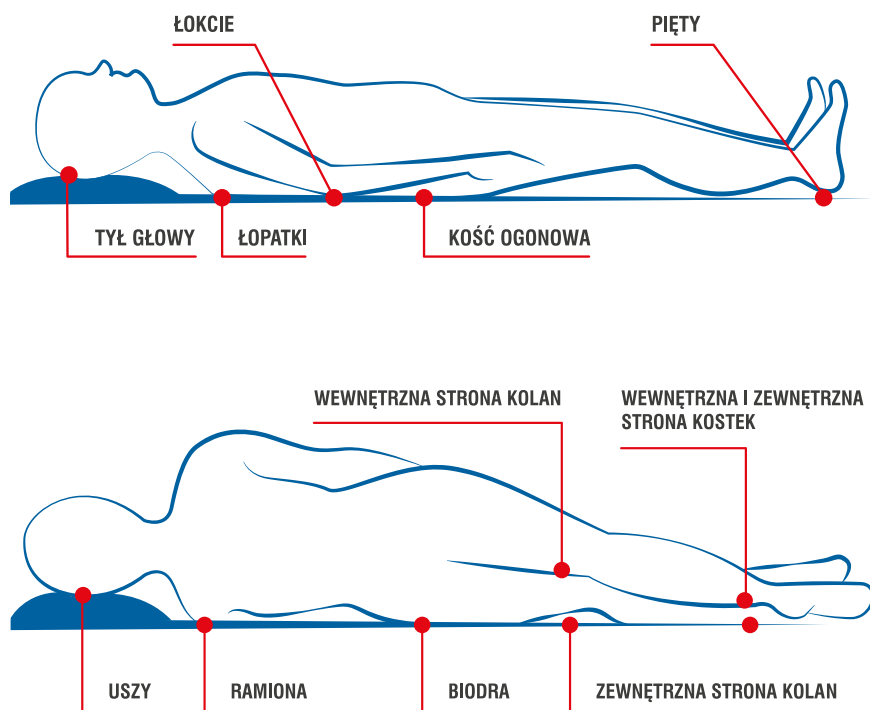
Budowa/waga w stosunku do wzrostu	Stan skóry	Płeć/wiek	Kontrola wypróżnienia	Zdolność ruchowa	Apetyt	Dodatkowe czynniki ryzyka
Średnia (0)	Zdrowa (0)	Męczyzna (1)	Całkowita/cewnik (0)	Pełna (0)	Przeciętny (0)	Niedożywienie/Stan terminalny (5)
Powyżej średniej (1)	Błukowata (1)	Kobieta (2)	Okresowe nieprzymanie (1)	Niekokj (1)	Slaby (1)	Zawał serca (5)
Otyłość (2)	Sucha (1)	14 – 49 (1)	Cewnik/nietrzymanie stolca (2)	Apatyczny (2)	Cewnik do żołądka (2)	Miażdżycy (5)
Wychudzenie (3)	Obrzęknięta (1)	50 – 64 (2)	Nietrzymanie moczu i stolca (3)	Ograniczona (3)	Nie przyjmuje pokarmów /anoreksja (3)	Niedowłady/SM*, cukrzyca/udar (4-6)**
	Zimna (1)	65 – 74 (3)		Wyciąg (4)		Przyjmowane leki: • steroidy (4) • cytotatki (4) • przeciwpapalne (4)
	Przebarwiona (2)	75 – 80 (4)		Unieruchomiony (5)		
	Uszkodzona/ plamista (3)	> 80 (5)				
Ryzyko 10 - 14 pkt Wysokie ryzyko 15 – 19 pkt Bardzo wysokie ryzyko > 19 pkt						

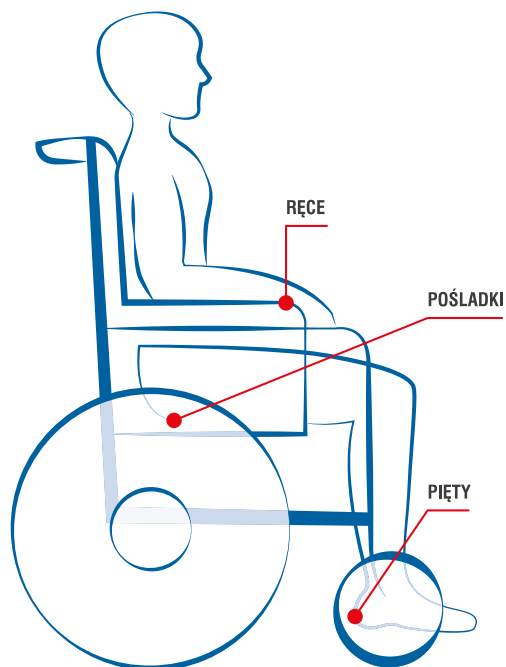
* SM – stwardnienie rozsiane ** W zależności od stopnia nasilenia

MIEJSCA WYSTĘPOWANIA ODLEŻYN

Ponad 70% odleżyn występuje w obrębie dolnej połowy ciała i w zależności od pozycji, jaką przyjmuje pacjent, powstają one w okolicy kości krzyżowej (ok. 40%), guzów kulszowych (ok. 5%), krętarzy (ok. 10%), kostek bocznych łydki (ok. 5%) i guzów piętowych (ok. 10%)^{2,3,4}.

Ryc. 1. Miejsca najbardziej narażone na powstawanie odleżyn.





PAMIĘTAJ!

Codziennie sprawdzaj stan skóry w miejscach narażonych na ucisk. Traktuj każdego pacjenta indywidualnie i sprawdzaj te miejsca, które są u niego najbardziej zagrożone powstaniem odleżyn.

Ranę ocenia się na podstawie jej wyglądu.

Aby podjąć właściwą formę leczenia należy bardzo dokładnie opisać odleżynę, istotny jest wymiar, wygląd, umiejscowienie, rodzaj i ilość wysięku, obecność tkanek martwicznych, obecność i rodzaj ziarniny, cechy naskórkowania, obecność ewentualnych powikłań i zakażeń.

Do oceny głębokości odleżyn używa się różnego rodzaju skal wyrażonych w stopniach /stadiach. Bardzo wygodna do stosowania jest czterostopniowa skala rekomendowana przez ekspertów zrzeszonych w EPUAP, NPUAP oraz PPPIA⁵.

Tab. 5. Skala oceny głębokości odleżyn według NPUAP EPUAP, oraz PPPIA⁵.

Stopień/ stadium	Nasilenie zmian	
0	Nie ma odleżyny.	
I	Nieuszkodzona skóra z nieblednącym pod wpływem dotyku zaczerwienieniem o ograniczonym zasięgu, które zwykle pojawia się nad wypukłością kostną. W przypadku skóry o ciemnym zabarwieniu, może być to miejscowe przebarwienie.	 Zdjęcie: archiwum ConvaTec
II	Ubytek skóry niepełnej grubości, prezentujący się jako powierzchowne, wilgotne lub suche owrzodzenie z czerwono-różowym dnem, bez widocznego zasinienia, ani martwicy rozplywnej. Może także występować jako nienaruszony lub otwarty/pęknięty pęcherzyk z płynem surowiczym lub surowiczowo-krwistym.	 Zdjęcie: archiwum ConvaTec i Sylwia Rogowska

III	Ubytek skóry pełnej grubości. Może być widoczna tkanka podskórna, ale kości, ścięgna, czy też mięśnie nie są odsłonięte. Może być obecna martwicza tkanka rozplywna, ale nie utrudnia oceny głębokości ubytku.	 Zdjęcie: archiwum ConvaTec i Sylwia Rogowska
IV	Ubytek pełnej grubości tkanki z odsłonięciem kości, ścięgna lub mięśnia. Może występować oddzielająca się tkanka martwicza rozplywna lub strup w części dna rany. Często występuje podminowanie brzegów rany lub drążące tunele.	 Zdjęcie: archiwum ConvaTec i Sylwia Rogowska

Jednym z prostszych podziałów odleżyn jest klasyfikacja wg Seilera, mająca szczególnie duże zastosowanie w środowisku domowym. Rozróżnia ona 3 stadia odleżyn.

Tab. 6. Klasyfikacja odleżyn wg Seilera.

Stadium	Wygląd rany
Stadium A	Rana czysta, wolna od infekcji, jasnoczerwona ziarnina.
Stadium B	Rana sącząca, martwica, objawy miejscowej infekcji, otoczenie rany czyste.
Stadium C	Rozległa, zainfekowana rana, martwica, zapalny naciek, obrzęk, objawy uogólnionej infekcji.

Kolejnym często stosowanym w Polsce podziałem odleżyn, jest opracowana przed wielu laty pięciostopniowa skala wg Torrance’a.

Tab. 7. Skala TORRANCE’A.

Stopień/ stadium	Nasilenie zmian
0	Nie ma odleżyny.
I	Zaczerwienienie blednące; ucisk palcem powoduje zblednięcie zaczerwienienia, ponieważ mikrokrążenie nie jest jeszcze uszkodzone.

II	Zaczerwienie nieblednące; dokonane uszkodzenie mikrokrążenia. Mogą pojawiać się powierzchniowe uszkodzenia naskórka, pęcherze i ból.
III	Uszkodzenie wszystkich warstw skóry do granicy z tkanką podskórną. Brzegi rany są dobrze odgraniczone, otoczone obrzękiem i rumieniem, dno wypełnia czerwona ziarnina lub żółte masy rozpadających się tkanek.
IV	Uszkodzenie obejmuje skórę i tkankę podskórną. Brzeg rany zwykle dobrze odgraniczony, dno odleżyny może pokrywać czarna martwica.
V	Martwica dotyczy także powięzi i mięśni, czasem stawów i kości. Powstają jamy i „kieszenie”, które są ze sobą połączone. Rana wypełniona jest czarnobrazowymi masami rozpadających się tkanek.

Postępowanie przy ocenie odleżyny jest identyczne jak w przypadku innych ran.

- 1. Określenie lokalizacji odleżyny** – podaje się gdzie jest umiejscowiona.
- 2. Ocena dna rany** – sprawdza się obecność martwicy, ziarniny ewentualnych połączeń ze stawami, kośćmi.
- 3. Wielkość i głębokość rany** – ocenia się podając jej największy wymiar poprzeczny i największą głębokość. Ocena powierzchowna może być myląca. Wielkość rany może być znacznie większa po jej oczyszczeniu z martwicy.
- 4. Brzegi rany** – oglądając brzegi rany, ocenia się jej kolor. Zaczerwienie może świadczyć o zakażeniu, biaława, zmacerowana skóra o nadmiarze wilgoci, szarawe brzegi z martwicą mogą świadczyć o istnieniu kieszeni, a zasinienie okolicy rany o niedokrwieniu okolicznych tkanek.
- 5. Ocena otaczającej skóry** – ocenia się obecność maceracji i infekcji.
- 6. Wyśięk** – towarzyszy zawsze procesowi gojenia się rany. Ocenie podlega jego ilość (mały, średni, duży) i rodzaj (wodojasny, surowiczy, krwisty, jasny).
- 7. Ocena bólu** – ocenia się za pomocą 10-stopniowej skali VAS.

PAMIĘTAJ!

Kompleksowa diagnostyka i ocena rany jest koniecznym warunkiem optymalnego doboru metod leczenia.

PROFILAKTYKA I ZAPOBIEGANIE ODLEŻYNOM

OCENA RYZYKA WYSTĄPIENIA ODLEŻYNY

Wszystkie działania mające na celu zapobieganie wystąpieniu odleżyn, powinny być podejmowane natychmiast po objęciu danego pacjenta opieką. Pierwszym krokiem w ramach profilaktyki jest ocena ryzyka wystąpienia odleżyny. W indentyfikacji pacjentów pomocne będą skale opisane wcześniej, takie jak skala Norton, czy Waterlow lub inne stosowane w danej jednostce ochrony zdrowia. Wstępna ocena powinna być przeprowadzona przy przyjęciu pacjenta do szpitala lub innej stacjonarnej jednostki ochrony zdrowia, albo przy objęciu pacjenta opieką w ramach POZ lub opieki domowej długoterminowej, czy hospicyjnej. W oddziale, dokładnej oceny pacjenta powinno się dokonać nie później niż 2 godziny od przyjęcia. Systematyczne wykonywanie oceny ryzyka powinno być powtarzane regularnie, z częstotliwością wymaganą przez stan jego zdrowia. Ocenę należy powtórzyć w przypadku jakiegokolwiek zmiany w stanie pacjenta. Konieczne jest prowadzenie dokładnej dokumentacji. Dokumentowanie oceny ryzyka jest niezbędne, aby zapewnić wymianę informacji w interdyscyplinarnym zespole, wykazać prawidłowość planu opieki oraz stworzyć punkt odniesienia pozwalający monitorować postępy pacjenta⁶.

OCENA STANU SKÓRY

Powinniśmy dbać o skórę, aby nie dopuścić do jej uszkodzenia i rozwoju odleżyny. Do codziennych, rutynowych czynności, które należy wykonać u pacjenta narażonego na ryzyko rozwoju odleżyny należą: obserwacja skóry, jej koloru, napięcia, obecności obrzęków, ciepłoty ciała, wykwitów. Należy pamiętać, aby kompleksowa ocena skóry stanowiła część oceny ryzyka realizowanej przez nas w ramach profilaktyki odleżyn.

- Przy ocenie skóry należy zwracać także uwagę na: blednięcie, miejscowo podwyższoną ciepłotę ciała, obrzęk i stwardnienie.
- Zwłaszcza u osób o ciemnej pigmentacji skóry odleżyny 1 stopnia są rzadziej wykrywane, ponieważ trudniej wówczas dostrzec zaczerwienienie.
- **Lokalnie podwyższona ciepłota ciała, obrzęk i stwardnienie zostały uznane za objawy ostrzegające przed powstaniem odleżyny.**

Należy systematycznie szukać oznak zaczerwienienia na skórze osób uznanych za zagrożone odleżynami. Jakikolwiek pogorszenie ogólnego stanu zdrowia może wymagać zwiększenia częstotliwości kontroli skóry. Konieczne jest także obserwowanie skóry w celu sprawdzenia, czy ucisk przez instrumenty medyczne nie powoduje uszkodzeń. Badania wskazują, że uszkodzenia skóry powstają pod wpływem różnych instrumentów medycznych uciskających pacjentów (np. cewniki, przewody tlenowe, wentylacyjne, półsztywne kołnierze szyjne itd.).

PAMIĘTAJ!

Nieustanna ocena skóry jest niezbędnym warunkiem wczesnego wykrycia uszkodzeń spowodowanych uciskiem.

PIELĘGNACJA SKÓRY⁷

- Jeśli to możliwe, unikaj układania pacjenta na częściach ciała zaczerwienionych po poprzednim ucisku, gdyż tkanka nie zregenerowała się i musi odpocząć, zanim ponownie zostanie obciążona.
- Do pielęgnacji używaj mydeł o kwaśnym pH, zbliżonym do naturalnego pH skóry i wody o temperaturze 36-37°C. Osuszaj skórę ruchem dotykowym. Po wykonanej toalecie skórę/ciało oklepuj suchą dłońią.
- Do nawilżania suchej skóry stosuj środki zmiękczające skórę, aby zmniejszyć ryzyko jej uszkodzenia (np. z zawartością mocznika). Sucha skóra jest istotnym czynnikiem ryzyka przyczyniającym się do powstawania odleżyn.
- Należy wykluczyć masaż zaczerwienionych okolic, jako formę profilaktyki odleżyn. Masaż jest przeciwwskazany w przypadku ostrego stanu zapalnego, gdy naczynia krwionośne mogą być uszkodzone, lub w przypadku delikatnej skóry.
- Nie wolno energicznie pocierać skóry zagrożonej odleżynami. Tarcie skóry jest nie tylko bolesne, ale może także spowodować lekkie uszkodzenie tkanki lub wywołać stan zapalny, szczególnie u słabych starszych osób.
- Używaj bielizny bawełnianej lub z włókien naturalnych, dopasowanej do sylwetki pacjenta oraz bawełnianej pościeli. Prześcieradło musi być zawsze dobrze napięte (najlepsze są prześcieradła na gumkę).
- W przypadku osób, które nie kontrolują oddawania moczu i/lub stolca konieczne jest stosowanie jednorazowych pieluch i pieluchomajtek, których rozmiar i rodzaj jest dobrany do ciała i potrzeb pacjenta.
- Jeśli u osoby z nietrzymaniem stolca wystąpi biegunka, zalecane jest stosowanie zamkniętych systemów do kontrolowanej zbiórki stolca np. Flexi Seal®. Korzyści z zastosowania tego systemu to:
 - ochrona skóry przed podrażnieniem wydaliniami i dokładna kontrola ilości utraconych płynów (możliwy dokładny bilans płynów),
 - jeśli występują odleżyny, nie dochodzi do kontaktu z wydaliniami, zanieczyszczenia i zakażenia ich bakteriami kałowymi.

Należy stosować opatrunki barierowe, chroniące skórę przed nadmiernym zawilgoceniem i tarcieniem o podłoże, aby zmniejszyć ryzyko jej uszkodzenia. Wilgoć i temperatura zmieniają mechaniczne właściwości warstwy rogowej.

PAMIĘTAJ!

- Nigdy nie wycieraj skóry przez pocieranie!
- Nigdy nie pocieraj energicznie skóry zagrożonej odleżynami!
- Nie masuj zaczerwienionych miejsc!

ZMIANY POZYCJI – CZĘSTOTLIWOŚĆ I TECHNIKA

- Zmianę pozycji ciała należy stosować u wszystkich pacjentów ze stwierdzonym ryzykiem powstania odleżyn. Silny krótkotrwały ucisk i słaby długotrwały ucisk w miejscach nad występami kostnymi są tak samo szkodliwe. Aby zmniejszyć ryzyko wystąpienia odleżyn, należy ograniczyć czas i siłę nacisku działającego na te obszary.
- Częstotliwość i technika zmiany pozycji pacjenta w ramach profilaktyki musi uwzględniać stan jego aktywności i mobilności, ogólny stan medyczny, cele leczenia, wyniki oceny stanu skóry i to, na jakim podłożu pacjent siedzi lub leży. Należy częściej zmieniać pozycję pacjenta leżącego na materacu, który nie rozkłada nacisku ciała, niż pacjenta ułożonego na specjalistycznym, zmiennociśnieniowym materacu.
- Pozycję pacjenta zmieniaj w taki sposób, aby zmniejszyć nacisk lub zapewnić jego rozkład.
- Zmiany pozycji należy dokonywać stosując odchyloną o 30 stopni boczną pozycję leżącą (przemiennie prawy bok, plecy, lewy bok) lub pozycję na brzuchu, jeśli pacjent ją toleruje i pozwala na nią stan jego zdrowia.
- Unikaj narażania skóry na ucisk lub siły rozdzierające. Podczas przenoszenia pacjenta posługuj się odpowiednimi urządzeniami, które zmniejszają tarcie lub siły rozdzierające (podnośniki, łatwoślizgi). Zmieniając pozycję pacjenta należy go unieść, a nie ciągnąć.
- Nie należy układać pacjenta bezpośrednio na akcesoriach medycznych, takich jak rurki, czy systemy do sączkowania.
- Jeśli pacjent musi usiąść na łóżku, należy unikać podnoszenia wezgłowia łóżka i pozycji zgarbionej, przy której nacisk i siła rozdzierająca działają na kość krzyżową i kość ogonową.

- Pacjent siedzący powinien być usadzony w fotelu tak, by stopy były ułożone na stołku/podnóżku z odciążeniem pięt. Wysokość podnóżka powinna być tak dobrana, aby miednica była łagodnie wygięta do przodu przez lekko opadające uda. Taka pozycja zapobiega zsuwaniu się ciała z fotela do przodu.
- Kontroluj czas spędzany przez pacjenta w pozycji siedzącej (po ok. 2 godzinach w pozycji siedzącej stosuj przerwę około 1 godziny w pozycji leżącej).

PAMIĘTAJ!

- Zmieniaj pozycję pacjenta nie rzadziej niż 2 godziny!
- Unikaj pozycji zwiększających ucisk, takich jak leżenie na boku pod kątem 90 stopni, czy pozycja półleżąca!
- Pacjenci z uszkodzeniami rdzenia kręgowego, porażeniami i niedowładami wymagają specjalnej uwagi!

MATERACE PRZECIWODLEŻYNOWE I UDOGODNIENIA

Jeśli niemożliwa jest odpowiednio częsta ręczna zmiana pozycji, konieczne jest stosowanie materacy przeciwodleżynowych. Mogą to być materace pneumatyczne zmiennociśnieniowe lub piankowe o zwiększonej specyfikacji. To samo dotyczy poduszek stosowanych u pacjentów spędzających dużo czasu w pozycji siedzącej.

Przy doborze materaca / poduszki konieczne trzeba wziąć pod uwagę ciężar pacjenta, stopień ryzyka odleżyn, a dodatkowo: zakres mobilności pacjenta, jego komfort, potrzebę kontrolowania mikroklimatu oraz miejsce i okoliczności świadczenia opieki.

- W przypadku pacjentów w opiece domowej wybór materaca musi odpowiadać warunkom domowym. Wymaga uwzględnienia wagi łóżka i konstrukcji domu, szerokości drzwi, dostępności ciągłego zasilania prądem elektrycznym i możliwości odprowadzania ciepła z silnika.
- W przypadku materacy pneumatycznych o zmiennym ciśnieniu, istotna jest wielkość komór. Materacy z małymi komorami powietrznymi (o średnicy <10 cm) nie można na tyle napędląć, aby uzyskać odciążenie pacjenta nad pustymi komorami. Obecnie projektowane materace są wyposażane w czujniki wewnętrzne, które mogą rozwiązać ten problem.

PAMIĘTAJ!

Nie stosuj materacy pneumatycznych o zmiennym ciśnieniu,
z małymi komorami powietrznymi o średnicy poniżej < 10 cm!

- **Naturalna skóra owcza nałożona na materac może być stosowana w profilaktyce odleżyn**, jednak nie dotyczy to podkładek z syntetycznej skóry owczej, które mają zupełnie inne właściwości.
- **Udogodnienia chroniące pięty powinny całkowicie je unosić (odciążać):**
 - Ciężar kończyny powinien rozkładać się wzdłuż tydki, nie uciskając ścięgna Achillesa. Możemy np. podłożyć pod tydki poduszkę.
 - Kolano powinno być lekko zgięte – nadmierny wyprost może hamować przepływ krwi w żyłę podkolanową, narażając pacjenta na głęboką zakrzepicę.
 - Nie wolno stosować wyciętych form w kształcie pierścienia lub koła, ani rękawiczek wypełnionych wodą.

PACJENCI PRZED OPERACJĄ, W SALI OPERACYJNEJ I W OKRESIE POOPERACYJNYM

Pacjenci w okresie okołoperacyjnym i w trakcie operacji należą do grupy o zwiększonym ryzyku odleżyn. **W ocenie ryzyka występującego u operowanych osób koniecznie należy uwzględnić takie czynniki jak:**

- czas trwania operacji,
- większa liczba epizodów niedociśnienia w czasie operacji,
- niska temperatura głęboka podczas operacji,
- ograniczona mobilność w dniu po operacji,
- miejsca podparcia w ułożeniu podczas operacji.

W okresie tym, bardzo często dochodzi również do niedożywienia spowodowanego wymogami diagnostyki, przygotowaniem do zabiegu i ograniczeń w podaży pożywienia po operacji. **Osoby uznane za zagrożone odleżynami, powinny leżeć na stole operacyjnym na materacu rozkładającym obciążenie.** Dostępne są specjalne materace przeciwoleżynowe przeznaczone dla sal operacyjnych, które pomagają rozłożyć ciężar ciała pacjenta.

Dobierając pozycję, w jakiej pacjent ma być operowany, poza techniką zabiegu, trzeba dążyć do zmniejszenia ryzyka powstania odleżyn w czasie operacji.

- Należy zwrócić uwagę na rozkład ciężaru ciała przed i po operacji.
- Przed i po operacji pacjent powinien leżeć na materacu pozwalającym na rozłożenie ciężaru ciała. Ułożenie pacjenta przed i po operacji powinno być inne niż w trakcie trwania zabiegu.

ODŻYWIENIE PACJENTA

Zgodnie z zaleceniami European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) najważniejszym celem u chorych z odleżynami jest skorygowanie niedoborów białkowo-energetycznych, uzupełnienie kalorii oraz białka. **Poniżej najważniejsze zalecenia⁷:**

- sprawdź i oceń stan odżywienia każdego pacjenta w chwili przyjęcia na oddział,
- określ masę ciała pacjenta i historię jej zmiany w celu stwierdzenia znacznego ubytku masy ciała,
- oceń zdolność pacjenta do samodzielnego spożywania posiłków,
- oszacuj dzienną rację pokarmową i podaż płynów,
- zapewnij odpowiednią kaloryczność diety,
- jeśli wymaga tego stan kliniczny pacjenta, włącz do diety żywność o wysokiej gęstości odżywczej i/lub suplementy pomiędzy posiłkami,
- zapewnij odpowiednią podaż płynów,
- obserwuj pacjentów w celu wykrycia potencjalnych objawów odwodnienia. Zwróć uwagę na zmiany masy ciała, ilość wydalanego moczu, napięcie i elastyczność skóry.

W doborze odpowiedniej diety u pacjentów ze stwierdzonym niedożywieniem konieczna jest współpraca z dietetykiem lub zespołem ds. żywienia.

LECZENIE ODLEŻYN

Odleżyny mają wysokie ryzyko powikłań w postaci głębokich infekcji, mogących być zagrożeniem dla życia. Są one szczególnie podatne na kontaminację bakteriami kałowymi. Około 25% jest powikłana zapaleniem leżących pod nimi kości i szpiku. W odleżynach często występuje mikroflora mieszana (zarówno bakterie tlenowe, jak i beztlenowe). Sporadycznie występuje także progresja zmian w postaci martwiczego zapalenia powięzi i zdarzają się ciężkie powikłania np. bakteriemie czy sepsa.

PAMIĘTAJ!

Pierwszym krokiem dającym szansę na wygojenie odleżyny,
jest odciążenie miejsca, w którym wystąpiła.

W leczeniu odleżyn, podobnie jak w przypadku innych ran przewlekłych musimy kierować się holistycznym podejściem. Powinna to być kompleksowa terapia przyczynowa, miejscowa oraz dbałość o stan ogólny pacjenta. Wymaga współpracy interdyscyplinarnego zespołu terapeutycznego w optymalnych warunkach składającego się z: pielęgniarek, lekarzy, fizjoterapeutów, psychologa, dietetyka. Rola każdego członka zespołu terapeutycznego jest inna, ale równie ważna. Kompleksowe leczenie wymaga optymalnego planu opieki, jego monitorowania, a w razie konieczności ewaluacji tego procesu.

LECZENIE OGÓLNE

Ma na celu uzyskanie poprawy stanu zdrowia pacjenta do możliwego poziomu, oraz wyrównanie wszelkich niedoborów. Opiera się na leczeniu chorób, które są bezpośrednią przyczyną stanu, w jakim jest pacjent, a także innych współistniejących. Szczególnie ważne jest prawidłowe leczenie tych, które mają wpływ na proces gojenia się ran, takich jak: cukrzyca, niedokrwistość, niewydolność krążenia, miażdżyca, schorzenia reumatyczne i obrzęki oraz odpowiednie leczenie przeciwbólowe.

LECZENIE MIEJSCOWE

Pierwszym krokiem dającym szansę na wygojenie odleżyny, jest odciążenie miejsca, w którym wystąpiła. Możemy to uzyskać, stosując różne udogodnienia pozwalające na leżenie w pozycji, która gwarantuje dobry dopływ i odpływ krwi z okolicy rany.

Plan postępowania (Wound Management)

1. Określenie problemu, jaki musimy rozwiązać.
2. Postawienie celu: krótko- i długofalowego.
3. Dobranie optymalnych narzędzi do jego osiągnięcia, zależnych od sytuacji i miejsca, w jakim znajduje się pacjent, jego stanu ogólnego i obrazu rany.
4. Każdorazowa ocena postępu gojenia się rany przy zmianie opatrunków.
5. Ewaluacja postępowania, w zależności od stanu rany i postępu w gojeniu.

Sposób leczenia uzależniony jest od głębokości i umiejscowienia odleżyn oraz stanu pacjenta. Płytkie odleżyny leczone są zachowawczo. Używamy do tego najczęściej opatrunków dobranych odpowiednio do stanu rany. W przypadku głębokich ran, należy wybrać optymalny sposób leczenia.

Mamy przynajmniej kilka możliwych do wyboru metod leczenia⁸:

- leczenie zachowawcze: aktywne opatrunki, leczenie podciśnieniem (NPWT), laseroterapia, ozonoterapia i inne, lub kombinacje tych wszystkich metod,
- leczenie chirurgiczne,
- często zmuszeni jesteśmy stosować łączenie oba sposoby działania.

TRADYCYJNE METODY MIEJSCOWEGO LECZENIA ODLEŻYN

Do końca lat 70 stosowano tzw. suche opatrunki – klasyczne kompresy z gazy lub włókniny. Struktura tych opatrunków była często modyfikowana przez warstwowe stosowanie różnych materiałów opatrunkowych (gazy, waty, ligniny) – w ten sposób powstały kompresy. Obok prostych kompresów suchych, stosowano również opatrunki zaimpregnowane maścią i tzw. opatrunki wysychające (przymoczki), zwilżane środkiem antyseptycznym lub bakteriostatycznym.

Niekorzystny wpływ tej metody leczenia polegał na:

- zaburzaniu przebiegu faz gojenia się rany,
- działaniu cytotoksycznym na zdrowe tkanki,
- działaniu uczulającym i alergizującym,
- wysuszaniu powierzchni rany, zamazaniu jej obrazu oraz oceny efektów leczenia (stosowanie gencjany, jodyny, Rivanolu),
- występowaniu bólu przy stosowaniu niektórych preparatów,
- uszkodzaniu zdrowych i nowo powstałych tkanek przy każdorazowej zmianie opatrunku (przysychanie opatrunków do rany),
- powodowaniu bólu związanego z każdorazową zmianą przyschniętych opatrunków,
- powstawaniu dodatkowego ucisku podczas stosowania grubych kompresów zwiększających niedokrwienie.

PAMIĘTAJ!

Stosowanie tradycyjnego leczenia, niekorzystnego dla środowiska rany, jest niezgodne z aktualną wiedzą i standardami leczenia ran.

LECZENIE NOWOCZESNE

Istotą nowoczesnej strategii leczenia ran – **TIME** jest wzmacnianie naturalnego potencjału rany do gojenia. Strategia ta obejmuje najważniejsze elementy procesu opracowywania dna rany: oczyszczanie, eliminację szkodliwych czynników zewnętrznych, oraz działania zapewniające optymalne mikrośrodowisko gojenia.

TIME to akronim powstały z pierwszych liter nazw anglojęzycznych:

- Tissue management – opracowanie tkanek.
- Inflammation and infection control – kontrola zapalenia i infekcji.
- Moisture balance – równowaga w zakresie wilgotności.
- Epithelial (edge) advancement – rozwój nabłonka / zbliżanie się brzegów rany.

T – opracowywanie tkanek – obejmuje ocenę tkanek i wszystkie zabiegi związane z oczyszczeniem rany tj. usunięcie martwicy, nadmiaru wysięku oraz martwych tkanek. Opracowanie rany stwarza korzystne warunki dla procesu gojenia. Wyróżnia się dwie podstawowe metody oczyszczania ran, zależne od stopnia odleżyny: zachowawcze i chirurgiczne.

Metody zachowawcze to:

- oczyszczanie mechaniczne – za pomocą gazików i antyseptyków,
- oczyszczanie enzymatyczne i autolityczne – naturalny proces oczyszczania

rany przez fagocyty i enzymy, składniki zawarte w nowoczesnych opatrunkach wspomagają ten proces,

- przepłukiwanie rany – za pomocą środków antyseptycznych powierzchniowo czynnych,
- metoda biologiczna – polega na aplikacji na ranę larw muchy *Lucilla sericata*, larwy rozpu-szczają martwicę tkanek za pomocą wydzielanych przez siebie enzymów, rozpuszczona martwica służy im za pokarm. Zastosowanie larw pozwala na szybkie oczyszczenie rany, skracając czas leczenia, jest to metoda bardzo skuteczna, jednak posiadająca ograniczenia natury technicznej i etycznej.

Metoda chirurgiczna jest wskazana, jeżeli istnieje pilna potrzeba usunięcia martwych tkanek. Oczyszczanie chirurgiczne polega na chirurgicznym wycięciu martwicy przez lekarza. Zabieg wykonuje się w znieczuleniu miejscowym lub ogólnym. Przed oczyszczaniem tą metodą, należy przygotować miejsce usunięcia martwicy (musi być rozmięczona za pomocą opatrunków i antyseptyków) oraz uzyskać poprawę stanu ogólnego pacjenta (uzupełnienie niedoborów pokarmowych, nawodnienie, wyrównanie zaburzeń).

I – kontrola zapalenia i infekcji – systematyczna kontrola i ocena stanu rany uwzględnia objawy zapalenia i miejscowej infekcji⁹. Ze względu na długotrwały proces gojenia, odleżyna narażona jest na wniknięcie bakterii. Ważne jest odróżnienie kolonizacji bakterii (biofilmu) od zakażenia rany. W przypadku kolonizacji, nie jest wskazane stosowanie środków bakteriobójczych. Antybiotykoterapia miejscowo na ranę jest niewskazana, z uwagi na ryzyko wytworzenia lekooporności szczepów bakteryjnych. Stosowana jest tylko w uzasadnionych przypadkach i po wykonaniu posiewu z antybiogramem.

M – utrzymanie równowagi wilgotności w łóżysku rany – w prawidłowo gojącej się ranie wysięk ma działanie pozytywne, ponieważ wilgoć jest niezbędna i korzystna dla procesów naprawczych. Jednak w przebiegu ran odleżynowych, intensywna produkcja wysięku opóźnia gojenie i maceruje otaczającą skórę. W tym celu, zaleca się stosowanie nowoczesnych, specjalistycznych opatrunków, które właściwie dobrane, regulują poziom wilgotności –chłoną nadmiar lub dostarczają wilgoci w przypadku wysuszenia rany.

E – rozwój nabłonka / zbliżanie się brzegów rany – odpowiednio przygotowane środowisko rany stwarza korzystne warunki do epitelizacji, której celem jest wytworzenie od brzegów rany nowego naskórka i odbudowa funkcji skóry.

Dobór metod leczenia miejscowego odleżyny uzależniony jest od:

- umiejscowienia, wielkości i głębokości rany,
- dolegliwości bólowych,
- aktywności fizycznej pacjenta,
- stanu ogólnego pacjenta,
- dostępnych środków,
- miejsca, w którym sprawowana jest opieka.

Zastosowanie nowoczesnych opatrunków pozwala zmniejszyć dolegliwości bólowe pacjenta, zapewnia bezbolesną aplikację i usunięcie opatrunku. Nowoczesne opatrunki absorbują wysięk, zapach, są komfortowe w noszeniu i zabezpieczają odzież przed zabrudzeniem.

CECHY IDEALNEGO OPATRUNKU

Wspiera leczenie rany, zapewniając optymalne, wilgotne środowisko, dopasowując się do dna rany.

- zapewnia ochronę mechaniczną i antybakteryjną,
- ułatwia bezbolesne usuwanie,
- wysoce chłonny, kontrolujący poziom wysięku w ranie,
- łatwy w użyciu, „przyjazny” dla pacjenta,
- efektywny kosztowo.

Dodatkowe cechy pożądane:

- Antybakteryjny; obniżający ryzyko wtórnego zakażenia; przylegający do skóry; nie zanieczyszcza rany; niwelujący substancje toksyczne; utrzymujący stałą temperaturę.

Opatrunki zawsze powinny być dobierane do rany w ten sposób, by zapewniły optymalne środowisko gojenia, idealnie przylegały do rany oraz odpowiednio zarządzały wysiękiem. Zawsze musimy wziąć pod uwagę: ilość wysięku i głębokość rany, obecność martwicy, obecność objawów infekcji, lokalizację rany, narażenie na kontakt z wydaliniami i stan skóry otaczającej odleżynę.

POSTĘPOWANIE Z RANĄ ODLEŻYNOWĄ

Zgodnie z wytycznymi Polskiego Towarzystwa Leczenia Ran z 2015 roku, dotyczącymi opracowania owrzodzeń, które można odnieść do opracowania odleżyn, zalecana kolejność jest następująca:

1. mycie skóry,
2. spłukanie rany (lawaseptyka),
3. oczyszczanie (debridement),
4. ponowne spłukanie rany (lawaseptyka),
5. odkażenie rany (antyseptyka),
6. stosowanie opatrunku na ranę i ewentualnie opatrunku wtórnego.

Zmiana opatrunku powinna być przeprowadzona bardzo ostrożnie, aby nie zniszczyć nowopowstałej ziarniny. W przypadku przywierania opatrunku do rany, należy go zwilżyć 0,9% roztworem NaCl i delikatnie usunąć. Ranę już opracowaną zaopatrzyć nowym opatrunkiem.

Cechy: Nieuszkodzona skóra, z nieblednącym pod wpływem dotyku zaczerwienieniem o ograniczonym zasięgu, które zwykle pojawia się nad wypukłością kostną. W przypadku skóry o ciemnym zabarwieniu może być to miejscowe przebarwienie.

Cele: Ochrona tej okolicy przed uszkodzeniem (tarciem o podłoże), zapewnienie wilgotnego środowiska, dającego szansę na regenerację skóry.

Postępowanie:

- stosujemy **cienkie opatrunki hydrokoloidowe Granuflex® Extra Thin**,
- **włączamy odciążanie** – materac/poduszkę przeciwoodleżynową,
- u pacjentów leżących **częsta zmiana pozycji** – minimum co 2 godz.,
- zmiana opatrunku co **3-7 dni**,
- włączamy do diety suplementację preparatami o **wysokiej zawartości białka**.

PAMIĘTAJ!

USUWAJĄC OPATRUNEK HYDROKOLOIDOWY, najpierw odciągnij jego brzegi do góry, przytrzymując jednocześnie środek opatrunku.

NIGDY NIE ZRYWAMY OPATRUNKU!

W przypadku braku opatrunków, możemy stosować kremy z dużą ilością mocznika. Okolice narażone na wystąpienie odleżyny zabezpieczamy każdorazowo kremem, po wykonanych czynnościach higienicznych u pacjenta. W przypadku nietrzymania moczu i/lub stolca stosujemy środki higieniczne dopasowane do ciała pacjenta, o dużej chłonności.



Zdjęcie: archiwum ConvaTec

ODLEŻYNA II STOPNIA

Cechy: Ubytek skóry niepełnej grubości. Powierzchniowe, wilgotne lub suche owrzodzenie z czerwono-różowym dnem, bez widocznego zasinienia, czy martwicy rozplywnej. Może także występować, jako nienaruszony lub otwarty/pęknięty pęcherzyk z płynem surowicznym lub surowiczowo-krwistym.

Cele:

- stymulowanie procesu naskórkowania, zabezpieczenie wilgotnego środowiska gojenia rany, zniwelowanie bólu podczas aktywności ruchowej,
- zamknięcie środowiska rany i ochrona przed czynnikami zewnętrznymi, bakteriami i innymi patogenami.

Przed wykonaniem opatrunku należy pacjenta zabezpieczyć w środki przeciwbólowe.

Postępowanie:

- oczyszczenie rany i antyseptyk,
- rana sucha: GranuGel® pokryty opatrunkiem Granuflex®,
- niewielka ilość wysięku w ranie: FoamLite™ ConvaTec,
- rana z wysiękiem: Aquacel® Extra™ pokryty opatrunkiem Granuflex® Extra Thin lub Aquacel® Foam,
- częsta zmiana pozycji - minimum co 2 godz.,
- włączamy do diety suplementację preparatami o wysokiej zawartości białka.

PAMIĘTAJ!

Skórę wokół rany OSUSZAJ POPRZEC DOTYKANIE GAZIKIEM, NIGDY PRZEC POCIERANIE. Może wtedy dojść do przerwania ciągłości skóry.



Zdjęcie: archiwum ConvaTec i Sylwia Rogowska



Zdjęcie: archiwum ConvaTec i Sylwia Rogowska

ODLEŻYNA III STOPNIA

Cechy: Ubytek skóry pełnej grubości. Może być widoczna tkanka podskórna, ale kości, ścięgna, czy też mięśnie nie są odsłonięte. Może być obecna martwicza tkanka rozplywna, ale nie utrudnia oceny głębokości ubytku.

Cele:

- wypełnienie ubytku, zamknięcie środowiska rany. Ochrona przed czynnikami zewnętrznymi, zabrudzeniami, bakteriami i innymi patogenami,
- oczyszczenie rany, kontrola wysięku, kontrola infekcji w ranie. Zapobieganie tworzeniu się biofilmu i zakażeniom krzyżowym,
- przygotowanie dna rany do ziarninowania, zapewnienie wilgotnego środowiska gojenia, zniwelowanie przykrego zapachu.



Zdjęcie: archiwum ConvaTec
i Sylwia Rogowska

Postępowanie:

- oczyszczenie rany i antyseptyk,
- rana głęboka – Aquacel® Ag Extra™ (lub Aquacel® Ag - taśma celem wypełnienia kieszeni) pokryty opatrunkiem Aquacel® Foam,
- rana głęboka z cechami infekcji – Aquacel® Ag+ Extra™ pokryty opatrunkiem Aquacel® Foam,
- częsta zmiana pozycji – minimum co 2 godz.,
- rehabilitacja bierna i czynna w łóżku chorego,
- włączamy do diety suplementację preparatami o wysokiej zawartości białka.

UWAGA!

Pacjenci onkologiczni z włączoną chemioterapią, przy opracowaniu rany z użyciem Octeniseptu odczuwają silne pieczenie i nasilenie dolegliwości bólowych. Zamiennie możemy stosować inne antyseptyki lub ranę przemyć 0,9% roztworem NaCl albo płynem Ringera.

Cechy: Ubytek pełnej grubości tkanki z odstąpieniem kości, ścięgna lub mięśnia.

Może występować oddzielająca się tkanka martwicza rozpuszczalna lub strup w części dna rany. Często występuje podminowanie brzegów rany lub drążące tunele.

Cel:

- oczyszczenie rany z martwicy, kontrola wysięku,
- kontrola infekcji w ranie, zapobieganie tworzeniu się biofilmu i zakażeniom krążącym,
- przygotowanie dna rany do ziarninowania, zapewnienie wilgotnego środowiska gojenia, zniwelowanie przykrego zapachu,
- zamknięcie środowiska rany.



Postępowanie:

- lawaseptyka i antyseptyka,
- częsta zmiana pozycji, przynajmniej co 2 godz.,
- rehabilitacja czynna i bierna w łóżku chorego,
- włączamy do diety suplementację preparatami o wysokiej zawartości białka,
- rana głęboka z martwicą, wymagająca oczyszczenia, z niewielkim wysiękiem: GranuGel® oraz Aquacel® Ag Extra™ (lub Aquacel® Ag – taśma celem wypełnienia kieszeni) pokryte opatrunkiem Aquacel® Foam,
- rana głęboka z martwicą i cechami infekcji – GranuGel® oraz Aquacel® Ag+ Extra™ pokryte opatrunkiem Aquacel® Foam lub Aquacel® Ag Foam,
- zmiana opatrunków w zależności od ilości wysięku najlepiej, co 2 dni.

1. Budynek M., Nowacki C. Opatrywanie ran. Wydawnictwo Makmed, Lublin 2008.

2. Kózka M. Odleżyny — występowanie, profilaktyka i leczenie. Rehab. Med. 2004, 8:29–38.

3. Krasowski G., Kruk M. Leczenie odleżyn i ran przewlekłych. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008.

4. Paul B, Keller A. Pressure ulcers in intensive care patients: a review of risks and prevention. Intensive CareMed. 2002; 28 :1379-1388.

5. National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide. Emily Haesler (Ed.). Cambridge Media: Perth, Australia; 2014.

6. Warriner R, Burrell R, Infection and the Chronic Wound: A Focus on Silver, Advances in Skin & Wound Care: The Journal for Prevention and Healing; (2005) Volume 18 Number 8 - Supplement: 4.

7. Sopata M, Tomaszewska E, Głowacka A, Odleżyny – ocena ryzyka zagrożenia i profilaktyka. Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2007; 4.

8. Edmonds M., Foster A.Y.M., Vowden P, Opracowanie łóżyska rany w przypadku owrzodzeń stopy cukrzycowej; Leczenie Ran, Supplement 1, tom 3, (2006), Blackhorse (2006):11, 13.

9. European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel. Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel; 2009.

NOTATKI

[illegible]

mojarana.pl



ConvaTec Polska Sp. z o.o., al Armii Ludowej 26

00-609 Warszawa, tel. (22) 579 66 50

Bezpłatna linia informacyjna: 800 120 093

www.convatec.pl, dzial.pomocy@convatec.com

TM/® - oznacza zastrzeżony znak towarowy ConvaTec Inc.

©2019 ConvaTec Inc.