

KARTA PIELEGNACJI/ PROFILAKTYKI ODLEŻYNOWEJ

Nazwisko, imię pacjenta										Nr sali		PESEL			
DATA:															
Stopień ryzyka powstania odleżyn wg skali Norton															
Pacjent przyjęty z odleżyną/ bez odleżyny															
Data powstania odleżyny															
Stopień odleżyny															
Rozmiar odleżyny															
Środki pielęgnacyjne	olejka														
	balsam nawilżający														
	sudocrem														
	alantan														
	krem Bambino														
	inne														
Materac p./ odleżynowy	piankowy														
	zmiennociśnieniowy														
	inny														
Dieta	lekkostrawna														
	wysokobiałkowa														
	zalewkowa														
	wątrobową														
	ciężkocowa														
	inna														
Zmiana pozycji ciała															
Stosowanie udogodnień															
Rehabilitacja															
Podpis pielęgniarki															

Definicja pojęcia *odleżyna*

Odleżyna, termin pochodzi od łacińskiego słowa *decumbere*, tzn. leżeć płasko. W wieku XIX dzięki obserwacjom Brown-Sequarda, Pageta i Charcota zaczęto rozumieć znaczenie ucisku i zwiększonej wilgotności w rozwoju odleżyn. Zaczęto również mówić o leczeniu odleżyn głównie poprzez mechaniczne usuwanie i oczyszczanie rany z martwych tkanek. Odleżyna to przechodzące w owrzodzenie skóry ognisko martwicy, które powstaje na skutek działania ucisku, sił ścinających i tarcia. Najczęstszym miejscem występowania odleżyn są okolice kości krzyżowej, guzów kulszowych, krętarzy, kostek i pięt.

Odleżyny są objawem, który wymaga wiedzy na temat ich występowania, stosowania nowoczesnych metod zapobiegania, a w przypadku ich pojawienia się prawidłowego leczenia przy pomocy nowoczesnych półprzepuszczalnych opatrunków. Ze względu na częstość występowania, odleżyny stanowią istotny problem ekonomiczny. Szczególnego znaczenia nabiera fakt prawidłowego zapobiegania odleżynom i ich leczenia.

Profilaktyka to szereg kompleksowych działań i zabiegów prowadzących w efekcie do zmniejszenia ryzyka powstania odleżyn, a w sytuacji ich pojawienia się do poprawy warunków gojenia. Odbywa się poprzez wpływ na aktywność ruchową pacjenta, delikatną zmianę pozycji co 4 godziny, zwiększenie dostępu powietrza do uciśniętych okolic ciała, stosowanie ręcznych technik masażu i oklepywania jeszcze nie uszkodzonych miejsc, używanie pokrytych flanelą, krążków i wałków, które można pod kontrolą podkładać pod uciśnięte miejsca. Idealnym rozwiązaniem jest położenie chorego na sterowanym pompą materacu zmiennościśnieniowym, w którym w określonych odstępach czasowych są napelniane lub opróżniane dwie sekcje komórek powietrznych. Do innych działań profilaktycznych należą również: dokładna obserwacja skóry podczas zmiany pozycji, edukacja rodziny, zachowywanie optymalnej higieny oraz dbałość o właściwe nawodnienie skóry poprzez stosowanie łagodnych oliwek, emulsji czy mydeł i unikanie zanieczyszczenia skóry kałem i moczem. Należy unikać urazów, przegrzania, przepocenia. Duże znaczenie ma higiena stóp, min. krótko przycięte paznokcie.

Ocena stanu zagrożenia i profilaktyka

Dla oceny ryzyka powstawania odleżyn przygotowano kilka skal np. Norton, Waterlow, Bradena, Douglasa. Ich zastosowanie pozwala na wyselekcjonowanie grupy chorych ze szczególnym ryzykiem powstawania odleżyn. Należą do niej chorzy długotrwale unieruchomieni w łóżku lub wózku inwalidzkim, z zaburzeniami świadomości, złym stanem ogólnym, z nietrzymaniem moczu lub stolca.

Czynniki wpływające na powstawanie odleżyn.

Czynniki wewnętrzne	Czynniki zewnętrzne
<ul style="list-style-type: none">– stan ogólny i odżywienie, np. wyniszczenie, otyłość– typ budowy ciała– aktywność ruchowa– nietrzymanie moczu, stolca– czynniki neurologiczne– czynniki naczyniowe, np. cukrzyca, miażdżyca	<ul style="list-style-type: none">– ciśnienie wywierane na skórę i tkankę podskórną– czas trwania– tarcie i siły ścinające, szczególnie u chorych z wrażliwą skórą– stan skóry – uszkodzenia przez nietrzymanie moczu lub stolca

Skala ryzyka powstania odleżyn - SKALA NORTON

Ryzyko powstania odleżyn stwierdza się przy sumie równej lub niższej od 14 punktów.

CZYNNIKI RYZYKA	PUNKTY			
	4 pkt.	3 pkt.	2 pkt.	1 pkt.
Stan fizyczny	dobry	dość dobry	zły	bardzo zły
Stan świadomości	pełna przytomność	apatia	zaburzenie świadomości	stupor, śpiączka
Aktywność, przemieszczanie	niezależny	wymaga pomocy	wózek inwalidzki	pozostaje w łóżku
Stopień samodzielności	samodzielny	ograniczony	bardzo ograniczony	niesprawny
Nietrzymanie stolca/moczu	pełna sprawność	sporadycznie	nietrzymanie moczu	nietrzymanie moczu, stolca