

Prevence vzniku dekubitů

Vydáno dne: 7. 1. 2008
Standard č.: 023
Kontrola: 1 x ročně
Provedená kontrola: 19.5.2014

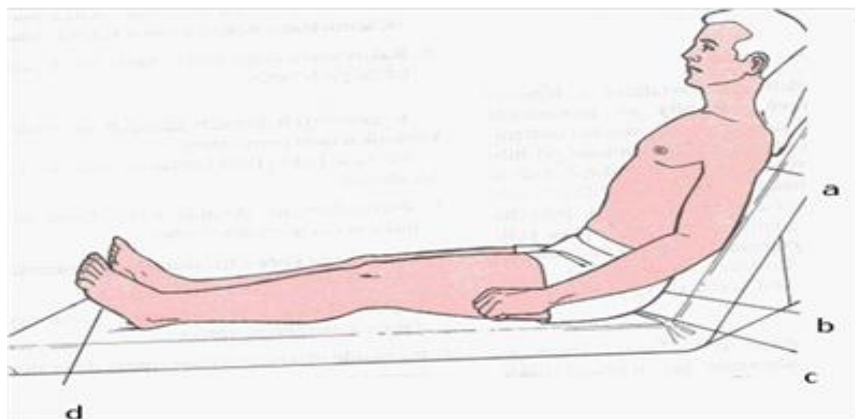
Vypracovala: Bc. Jarmila Cmuntová

Tento proces vyžaduje vysoce profesionální přístup celého ošetrovatelského a lékařského týmu. Lékař ovlivňuje komplexní léčbu a vnitřní faktory, sestra kvalitní komplexní ošetrovatelskou péčí eliminuje vnější rizika vzniku dekubitů.

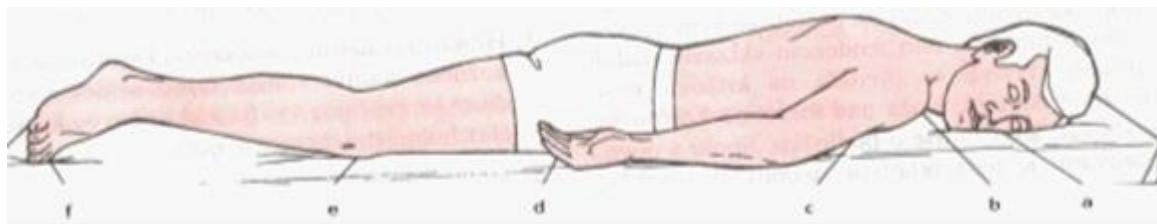
Faktory ovlivňující vznik a vývoj dekubitů

- **dlouhodobý tlak** – pro vznik dekubitu nerozhoduje ani tak intenzita tlaku, jako doba působení (průměrně 1 – 6 hodin, čím je hmotnost a celkový stav horší, čím nepříznivější vnější podmínky, tím kratší doba stačí ke vzniku dekubitu - desítky minut)
- **mechanické vlivy** (tření a střížní síly) – poškození povrchové vrstvy kůže, vznik mikro traumat, která zvyšují vznik infekce
- **imobilita** (nepohyblivost) – zdravý člověk provádí řadu spontánních pohybů ke snížení tlaku, v nemoci tato obrana chybí
- **cévní faktory** – jakákoliv porucha toku nebo objemu krve snižuje odolnost kůže
- **malnutrice** (nedostatečná výživa)- nedostatek bílkovin, minerálů, vitamínů, stopových prvků, dehydratace a nízká kalorická hodnota stravy výrazně zvyšuje riziko vzniku dekubitů
- **tělesná hmotnost** - u pacientů s nízkým tukovým podkožním polštářem vzniká riziko působení lokálního tlaku na kost, u obézních nemocných je rizikem špatná pohyblivost - imobilita
- **chemické vlivy – inkontinence** - působením moči, stolice se narušují povrchové vrstvy kůže, vlhké prádlo zvyšuje tření, také vede k maceraci kůže
- souběžné choroby – **polymorbidita** (cukrovka, těžké pooperační a poúrazové stavy)
- **stav vědomí** - poruchy mozkové činnosti, CMP, onemocnění CNS, duševní choroby, intoxikace – výrazně snižují schopnost postiženého postarat se o své tělesné potřeby
- **snížená obranyschopnost** – zvyšuje riziko infekce rány a prodlužuje proces hojení
- **vyšší věk** – dekubity vznikají častěji vzhledem k výše uvedeným faktorům.
- **NEDOSTATEČNÁ A NEKVALITNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE !!!!!**

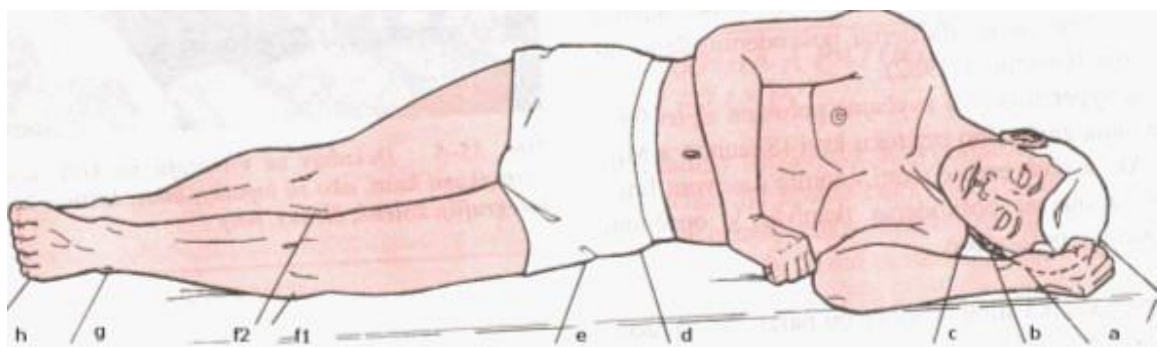
Přehled predilekčních míst



a) trnový výběžek; b) kost křížová; c) hrbol sedací kos; d-)paty



a) líce a ucho; b) akromion; c) prsa – ženy; d) genitál – muži; e) kolena; f) palce



a) bok hlavy; b) ucho; c) rameno; d) bedro ; e) velký trochanter; f) koleno; g) kotník;h) hrana malíčku

1. Cíl

V procesu ošetrovatelské péče snížit výskyt dekubitů

2. Pomůcky

Dokumentace pacienta

Čisté osobní a ložní prádlo pro pacienta

Polohovací lůžko

Pasivní a aktivní antidekubitní matrace

Různé druhy molitanových podložek k podkládání a zapírání

Lokální antidekubitní podložky, patní, loketní, kolenní, rektální, podložní kola

Polštář, podložky z ovčího rouna

Bedýnky na zapření nohou – brání sklouzávání těla na lůžku = střižní mechanismus

Zvedáky pro zvedání pacienta,

Speciální rolovací podložky pro přesun imobilního pacienta

Jednorázové podložky a plenkové kalhotky pro inkontinentní pacienty

Hygienické přípravky dle standardu / kožní ochranný krém, olejový sprej, masážní voda, mycí pěna.../

3. Kompetence

Všeobecná sestra s odbornou způsobilostí k výkonu povolání v rámci svých kompetencí

Porodní asistentka s odbornou způsobilostí k výkonu povolání v rámci svých kompetencí

Zdravotnický asistent s odbornou způsobilostí k výkonu povolání v rámci svých kompetencí

Ošetrovatelka pod odborným dohledem všeobecné sestry se způsobilostí k výkonu povolání

Sanitářka pod odborným dohledem všeobecné sestry se způsobilostí k výkonu povolání

4. Standardní postup

Zásady provádění preventivních opatření na snížení rizika vzniku dekubitů:

Datum vydání	Autor	Schválil	Verze	Strana	Uloženo	Aktualizace	Označení
4. 6. 2014	Čmuntová	NOP	04	2 z 4	sekretariát	dle potřeby	II.PLP/NJ/ST/023

Vyhodnoť při příjmu pacienta v kategorii II-V riziko vzniku dekubitů pomocí hodnotící škály, dle rozšířené Nortonové, na ARO zaveď plán prevence automaticky u každého pacienta.

Založ list prevence při vyhodnocení 25 bodů a méně.

List prevence založ i v případě, že škála Nortonové je více než 25 bodů, ale pacient má dekubitus

Edukuj pacienta o riziku vzniku dekubitů a o preventivních opatřeních.

Proveď přehodnocení zjištěných rizik 1 x týdně a vždy při každé změně stavu pacienta (změna stavu vědomí, horečka apod.)

Kontroluj 1x denně kůži a sliznice u nemocných s možným rizikem vzniku dekubitů.

Věnuj zvýšenou pozornost kostním výčnělkům (predilekční místa), sleduj 2x denně.

Nemasíruj kůži krouživými pohyby v oblasti kostních výčnělků – možnost poškození kožní celistvosti, prováděj raději lehkou poklepovou masáž.

Aktivizuj nemocného k udržení rozsahu pohyblivosti kloubů – zajisti v případě potřeby rehabilitační terapii.

Minimalizuj možnost poranění kůže (přesuny, polohování) – požívej překrytí predilekčních míst ochrannou folií, obvazem, používej u imobilního pacienta rolovací podložku nebo přesun pomocí dalšího prostěradla).

Polohuj imobilního nemocného po 2-3 hodinách (zkracování doby působení tlaku). U nemocných z chorobou CNS polohuj i častěji (30 min.). Polohování přizpůsob potřebám nemocného.

Pacienty s částečnou schopností spolupráce upozorňuj na nutnost změny polohy.

Používej při polohování pacientů vhodné pomůcky k podkládání predilekčních míst v souladu s pacientovými potřebami (snížení tlaku).

Pacienty schopné vydržet v sedě vysazuj do křesla. Snaž se vcítit do pocitů a pozice pacienta, zvláště pak u toho, se kterým nelze komunikovat (zajisti mu pohodlnou, příjemnou a nebolestivou polohu).

Uprav lůžko - používej vhodné matrace dle stavu pacienta, omez dobu, kdy je podhlavník zvednut výše než 30% (sesunutí pacienta= střížní mechanismus).

Dbej, aby ložní prádlo bylo suché a na lůžku řádně vypnuté. Omez na minimum používání igelitových plen.

Prováděj hygienickou péči u nemocného dle jeho individuálních potřeb. Nepoužívej horkou vodu a k ošetření kůže používej jemné hygienické přípravky.

Při manipulaci s pacientem používej ochranné pomůcky.

Minimalizuj kontakt kůže nemocného s vlhkostí způsobenou inkontinencí či pocením. Používej jednorázové pomůcky pro inkontinentní.

Sleduj a podávej pacientovi dostatečné množství tekutin, sleduj příjem potravy. Povzbuzuj nemocného při jídle. Po domluvě s lékařem či nutriční terapeutkou doporuč rodině možnost přinesení doplňků stravy pro nemocného.

Informuj lékaře při změnách v příjmu tekutin a stravy.

Sleduj, zda nemá pacient bolesti, pokud ano, zajisti úlevovou polohu a informuj lékaře.

Respektuj při veškerých činnostech stud pacient a právo na jeho soukromí.

Zaznamenávej veškeré intervence a změny do formuláře. "Plán prevence vzniku dekubitů".

Spolupracuj s rodinou pacienta, informuj rodinu o veškerých činnostech v souvislosti s dekubity.

Prvním předpokladem pro správnou léčbu je stálé dodržování všech preventivních opatření.

5. Zvláštní upozornění

Na JIP dětského oddělení prováděj skóre dle rozšířené stupnice Nortonové u všech pacientů. Na standardním oddělení u pacientů zařazených do kategorie 3 – 5, pokud není stanovena jen s ohledem na věk dítěte.

Na JIP novorozenců prováděj preventivní polohování u všech dětí. Záznam o intervenci proveď do ošetrovatelského listu.

Pokud dojde i přes dodržování zásad prevence ke vzniku dekubitu, postupuj dle standardu Ošetřování dekubitů.

O vzniku dekubitu proveď písemný záznam. „Ošetřování dekubitů a jiných kožních defektů „

TABULKA HODNOTÍCÍ ŠKÁLY / rozšířená Nortonová/ MUSÍ BÝT VYVĚŠENA NA ODDĚLENÍ NA DOSTUPNÉM A VIDITELNÉM MÍSTĚ.

6. Způsob ověření

Pohledem

Kontrola příslušné dokumentace

Kontrola staniční sestrou při sesterských vizitách

Kontrola auditem

7. Související vnitřní předpisy

FO Plán prevence dekubitů

FO Ošetřování dekubitů a jiných kožních defektů

Standardy ošetrovatelské péče:

- Ošetřování dekubitů
- Imobilní pacient

8. Kontrola

Staniční sestra

Vrchní sestra

NOP

Interní auditor