

Mirosława Dzikowska¹, Maria Merklinger-Soma², Krzysztof Gajda³

¹Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie

²Instytut Zdrowia, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Nowym Sączu

³Instytut Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie

A naliza występowania odleżyn u pacjentów przebywających w szpitalu specjalistycznym o profilu zachowawczym

Analysis of decubitus ulcer occurrence in patients receiving conservative treatment in a specialist hospital

STRESZCZENIE

Wstęp. Odleżyna jako problem kliniczny pojawia się u pacjentów przebywających we wszystkich oddziałach szpitalnych. Grupę największego ryzyka stanowią ludzie starsi, niepełnosprawni, przewlekle i terminalnie chorzy. Monitorowanie i analiza występowania odleżyn pozwalają na skuteczniejsze zapobieganie ich powstawaniu oraz leczenie.

Cel pracy. Celem badania było przedstawienie wyników monitorowania występowania odleżyn i ryzyka ich wystąpienia w szpitalu specjalistycznym o profilu zachowawczym w zależności od specyfiki oddziału.

Materiały i metody. Badanie przeprowadzono w 2010 roku, w szpitalu specjalistycznym o profilu zachowawczym, na oddziałach Chorób Wewnętrznych i Alergologii, Chorób Wewnętrznych i Gastroenterologii, Chorób Wewnętrznych i Geriatrii, Kardiologii, Neurologii, Reumatologii i Rehabilitacji. Ogółem przebadano 12 519 pacjentów. Jako narzędzia badawcze posłużyły karty opracowane na podstawie skali według Norton i Torrance'a. Analizę danych przeprowadzono przy użyciu pakietu statystycznego „STATISTICA wersja 8” oraz korelacji Tau-b Kendalla.

Wyniki. Pacjenci z odleżynami przyjęci do szpitala stanowili 2% wszystkich hospitalizowanych. Natomiast na Oddziale Chorób Wewnętrznych i Alergologii odsetek nowo przyjętych pacjentów z odleżyną w stosunku do wszystkich leczonych na oddziale wynosił 5% i był najwyższy względem pozostałych oddziałów. Chorzy zagrożeni powstaniem odleżyn stanowili 10% wszystkich leczonych w szpitalu. Największy odsetek zagrożonych wystąpieniem odleżyn w stosunku do wszystkich przyjętych pacjentów dotyczył Oddziału Neurologii – 18% i Oddziału Chorób Wewnętrznych i Alergologii – 19%. Najwyższy odsetek pacjentów, u których odleżyna powstała w trakcie hospitalizacji, wystąpił na III Oddziale Chorób Wewnętrznych i Geriatrii (26%), co stanowi wyraźną przewagę w stosunku do I Oddziału Chorób Wewnętrznych i Alergologii (4%).

Wnioski. Występowanie odleżyn w badanym szpitalu o profilu zachowawczym było na porównywalnym poziomie w stosunku do innych jednostek o podobnej specjalizacji. Wyższe ryzyko wystąpienia odleżyn i ich zdiagnozowanie zaobserwowano na Oddziałach Chorób Wewnętrznych i Alergologii i Geriatrii oraz Neurologii. Badania należy poszerzyć o zagadnienia dotyczące wpływu grup jednostek chorobowych na występowanie odleżyn u hospitalizowanych pacjentów.

Problemy Pielęgniarstwa 2011; 19 (2): 162–170

Słowa kluczowe: odleżyna, profilaktyka, opieka, epidemiologia

ABSTRACT

Introduction. Decubitus ulcer as a clinical problem occurs among hospitalized patients in every hospital clinical ward. The greatest risk group is represented by the elderly, the immobilized, chronically and terminal patients. Monitoring and analysis of decubitus ulcer frequency and occurrence allow successful prevention and treatment.

The aim of the study. The aim of this study is to present the results of monitoring the risk of decubitus ulcer occurrence in a specialist hospital of conservative profile depending on the ward specialization.

Adres do korespondencji: mgr Mirosława Dzikowska, Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, ul. Kopernika 25, 31–501 Kraków, tel.: 606 794 629, e-mail: m.dzikowska@nsystem.pl

Material and methods. The study was conducted in a year 2010 in a specialist hospital of conservative profile at Medical and Allergology Unit, Medical and Gastroenterology, Medical and Geriatric Unit, Cardiology, Neurology, Rheumatology, Physiotherapy. The total number of 12,519 patients were included. The Norton and Torrance patients' cards were used as the research tools. Data analysis was based on statistics "STATISTICA 1st version 8" and correlation Tau-b Kendalla.

Results. Two per cent of all the patients had decubitus ulcer at the admission. However, at the Medical and Allergology Unit, up to five per cent of admitted patients to hospital ward suffered from decubitus ulcer, which was the highest rate in comparison with other wards. The patients endangered with decubitus ulcer amounted to 10% of all the patients treated in hospital. The highest percentage of patients endangered with decubitus ulcer occurred at the Neurology Department (18%) and Medical and Allergology Unit (19%). The highest percentage, 26%, of the patients who actually got decubitus during hospital treatment was at Medical and Geriatric Unit, which shows significant predominance in comparison to Medical and Allergology Unit (4%).

Conclusions. The occurrence of decubitus ulcer in the studied medical profile hospital was comparable with other hospitals of similar specialization. The higher risk of decubitus ulcer and its diagnosed occurrence were observed in the Medical and Allergology Unit as well as in Medical and Geriatric Unit and the Neurology Department. Presented study indicates necessity to extend research in order to include data of particular illness effect on decubitus ulcer occurrence in hospitalized patients.

Nursing Topics 2011; 19 (2): 162–170

Key words: decubitus ulcer, prevention, care, epidemiology

Wstęp

Wdrożenie i monitorowanie ciągłej, zindywidualizowanej pielęgnacji przeciwoodleżynowej stanowi priorytet w opiece pielęgniarskiej nad chorym z odleżyną lub zagrożonym jej wystąpieniem. W placówkach opieki zdrowotnej są umieszczani niepełnosprawni pacjenci wymagający długotrwałego leczenia lub/i przewlekłej pielęgnacji [1]. Hospitalizowani pacjenci są narażeni na wiele powikłań, do których zalicza się również odleżyny [2].

Według międzynarodowej definicji *American National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP) i *European Pressure Ulcer Advisory Panel* (EPUAP) odleżyna jest umiejscowionym uszkodzeniem skóry i/lub głębszej tkanki, która zwykle pojawia się na wypukłości kostnej w wyniku ucisku lub połączenia ucisku i rozrywania [3, 4]. Termin „odleżyna” został użyty po raz pierwszy przez Hidausa w 1420 roku [5]. Mimo postępu medycyny odleżyny nadal stanowią poważny problem, który wpływa na wydłużenie pobytu pacjenta w placówkach opieki zdrowotnej.

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 goleni (ok. 5%) i guzów piętowych (ok. 10%) [4, 6]. Na rozwój odleżyn są narażeni unieruchomieni, przewlekle chorzy, w każdym wieku, zarówno otyli, jak i wychudzeni, z chorobami nowotworowymi, neurologicznymi i naczyń obwodowych [6]. Do czynników ryzyka występowania odleżyn zalicza się: obniżoną ruchliwość i aktywność, niedożywienie, zaburzenia świadomości, nietrzymanie moczu i stolca, podeszły wiek, przewlekłe schorzenia systemowe i złamanie kości [5, 6].

Profilaktyka obejmuje szereg działań i zabiegów, które mają doprowadzić do obniżenia wpływu szko-

dliwych czynników wywołujących odleżyny. Do działań zapobiegających powstawaniu i rozwojowi odleżyn należy identyfikacja chorych z grup ryzyka, eliminacja zidentyfikowanych czynników ryzyka, unikanie bądź zmniejszenie ucisku oraz utrzymanie właściwego nawilżenia i ciepłego powietrza w pomieszczeniu wraz z właściwym stężeniem tlenu. Ważna jest także nie tylko pielęgnacja skóry i rehabilitacja ruchowa, ale również stosowanie prawidłowej diety z wyrównaniem zaburzeń, na przykład stężenia cukru, białka, hemoglobiny, żelaza, wody i elektrolitów [5, 6].

Jak wynika z analizy literatury, odleżyny powstają najczęściej podczas pierwszych dwóch tygodni hospitalizacji. Ponad 30–40% rozwija się w pierwszym tygodniu, natomiast około 70% w drugim tygodniu unieruchomienia chorego [5, 7]. Zalecenia konsultanta krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa nakazują, aby każdy nowo przyjęty pacjent w ciągu pierwszych dwóch godzin został oceniony pod kątem zagrożenia występowania odleżyn przy użyciu skal oceny ryzyka występowania odleżyn. Ocena ta jest powtarzana według przyjętego na oddziale schematu [8]. W tym celu powstało wiele skal oceny ryzyka rozwoju odleżyn i ich modyfikacje. Do najczęście stosowanych zalicza się skalę Norton, Douglas, Waterlow, Braden oraz skalę według *Dutch Consensus Prevention of Bedsores* (CBO) [5, 6, 9, 10]. Trudno oszacować, które z narzędzi jest najbardziej skuteczne i uniwersalne, ponieważ dobór i zastosowanie właściwej skali powinno być uzależnione od cech badanej populacji, warunków klinicznych i specyfiki oddziały. Każda skala pozwala na mniej lub bardziej szczegółową analizę elementów, które przyczyniają się do powstania odleżyn [6, 9, 11]. Z danych epidemiologicznych wynika, że mimo stosowanych działań profilaktycznych u niektórych chorych dochodzi do powstawania odleżyn [7, 12].

Tabela 1. Profil oddziałów badanego szpitala**Table 1.** Ward profiles of the hospital under research

Oddział	Liczba łóżek	Liczba badanych pacjentów (n = 12 519)	Odsetek badanych pacjentów (%)	Średnia wieku badanych pacjentów (lata)
I Chorób Wewnętrznych i Alergologii	59	2262	18,07	69
II Chorób Wewnętrznych i Gastroenterologii	59	2295	18,33	67
III Chorób Wewnętrznych i Geriatrii	59	2139	17,09	69
Kardiologii	39	1834	14,65	69
Neurologii	36	1230	9,83	63
Reumatologii	76	2326	18,58	54
Rehabilitacji	48	433	3,45	67
Ogółem	376	12 519	100	65

Leczenie odleżyn jest procesem trudnym i długotrwałym, wymagającym kompleksowego i interdyscyplinarnego podejścia zależnego od zaawansowania rany odleżynowej [5, 13]. Wprowadzono kilka podziałów stopnia zaawansowania odleżyn w zależności od ich wielkości, głębokości i wyglądu, na przykład skala Guttmana, skala Thorrance'a, skala Enisa i Sarmiento, skala Twycrossa i Lack [2, 5]. W Polsce powszechnie jest stosowana skala Thorrance'a i klasyfikacja oparta na ocenie etapu gojenia się odleżyn [5].

Prawidłowa dokumentacja profilaktyki i leczenia odleżyn pozwala monitorować i oceniać metody, środki i sprzęt zastosowany w terapii odleżyn. Umożliwia także prowadzenie rejestru pacjentów z ryzykiem i/lub odleżynami, stanowi materiał do badań naukowych oraz zabezpiecza pracowników przed oskarżeniami o zaniedbania w opiece nad chorymi.

Wprowadzenie pielęgniarskiej dokumentacji pozwala na:

- planowanie opieki pielęgniarskiej na podstawie oceny stanu chorobowego;
- prowadzenie oceny stanu chorobowego pod kątem zagrożenia odleżynami;
- prowadzenie monitoringu pacjentów zagrożonych odleżynami;
- prowadzenie monitoringu skuteczności podejmowanych działań pielęgniarskich;
- poszukiwanie rozwiązań na etapie realizacji zadań pielęgniarskich;
- prowadzenie analizy porównawczej skuteczności prowadzonej profilaktyki [2].

Zgodnie z zaleceniami konsultanta krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa w sprawie dokumentacji, chorym, którzy uzyskali liczbę punktów klasyfikującą ich do grupy osób zagrożonych odleżynami, należy założyć dokumentację pacjenta zagrożonego powstaniem

odleżyn, natomiast pacjentom z rozpoznanymi odleżynami — dokumentację pacjenta z odleżynami oraz dokumentację pacjenta zagrożonego powstaniem odleżyn.

Konsultant krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa zaleca także, aby na poziomie oddziałów, a następnie szpitala prowadzić miesięczną i roczną ewidencję pacjentów zagrożonych powstawaniem odleżyn oraz pacjentów z odleżynami [8].

Cel pracy

Celem badania było przedstawienie wyników monitorowania występowania odleżyn i ryzyka ich wystąpienia w szpitalu specjalistycznym o profilu zachowawczym w zależności od specyfiki oddziału.

Materiały i metody

Badanie przeprowadzono w szpitalu specjalistycznym o profilu zachowawczym w 2010 roku. Ogółem przebadano 12 519 pacjentów, średnia wieku wynosiła 65 lat (tab. 1). Najstarsi pacjenci mieli 104 i 101 lat, a najmłodsi 16 lat. Jako narzędzia badawcze posłużyły samodzielnie opracowane karty:

- indywidualna karta oceny ryzyka wystąpienia odleżyn według Norton, która jest prowadzona od chwili przyjęcia pacjenta na oddział (tab. 2);
- indywidualna karta odleżynowa (tab. 3) pacjenta z ryzykiem wystąpienia odleżyn i/lub obecnymi odleżynami, która jest zakładana w chwili stwierdzenia zagrożenia odleżynami lub wystąpienia odleżyn; w karcie jest prowadzona codzienna adnotacja o kontroli i pielęgnacji miejsc narażonych na wystąpienie odleżyn oraz ocena odleżyn według skali opracowanej na podstawie zmodyfikowanej klasyfikacji odleżyn według Torrance'a; karta uwzględnia datę i miejsce powstania odleżyn;
- miesięczna karta sprawozdawcza.

Tabela 2. Indywidualna karta oceny ryzyka wystąpienia odleżyn**Table 2.** Individual card for risk assessment of decubitus ulcer occurrence

Nazwisko	Imię	Wiek
Oddział		
Data przyjęcia na oddział		Data wypisu z oddziału
	Punkty	Punkty
Stan fizyczny	Punkty	Punkty
Dobry	4	4
Dość dobry	3	3
Średni	2	2
Bardzo ciężki	1	1
Stan świadomości	Punkty	Punkty
Pełna przytomność	4	4
Apatia	3	3
Zaburzenia świadomości	2	2
Stupor lub śpiączka	1	1
Aktywność	Punkty	Punkty
Chodzi samodzielnie	4	4
Chodzi z asystą	3	3
Porusza się tylko na wózku inwalidzkim	2	2
Leży	1	1
Stopień samodzielności przy zmianie pozycji	Punkty	Punkty
Pełna	4	4
Lekko ograniczona	3	3
Bardzo ograniczona	2	2
Pacjent unieruchomiony	1	1
Czynność zwieraczy odbytu i cewki moczowej	Punkty	Punkty
Pełna sprawność zwieraczy	4	4
Sporadyczne moczenie się	3	3
Częściowe nietrzymanie moczu	2	2
Całkowite nietrzymanie stolca	1	1
Suma punktów		
Data		
Podpis		

*Ryzyko rozwoju odleżyny stwierdza się u pacjentów z wynikiem równym 14 punktów lub niższym

Pielęgnacja pacjenta zagrożonego wystąpieniem odleżyn, ocena i dokumentacja za pomocą wyżej wymienionych kart są prowadzone według procedury obowiązującej w szpitalu (tab. 4). Analizę danych z uwzględnieniem specyfiki oddziałów przeprowadzono przy użyciu pakietu statystycznego „STATISTICA 8” oraz korelacji Tau-b Kendalla.

Wyniki

Pacjenci przyjęci do szpitala z odleżyną stanowili 2% wszystkich hospitalizowanych. Natomiast na Oddziale Chorób Wewnętrznych i Alergologii odsetek przyjętych pacjentów z odleżyną w stosunku do wszystkich leczonych na oddziale wynosił 5% i był najwyższy w porównaniu z pozostałymi oddziałami. Na Oddziale Rehabi-

Tabela 3. Indywidualna karta odleżynowa

Table 3. Individual decubitus ulcer card

Nazwisko i imię				Nr sali		
1. Data dyżuru	2. Odleżyna			3. Działania pielęgnacyjne (np. zmiana pozycji, udogodnienia, rodzaj materaca, zmiana opatrunku)	4. Ocena efektów pielęgnowania	5. Podpis
	Lokalizacja i rozmiar odleżyny [cm]	Stopień	Dodatkowe objawy (infekcja, odór, krwawienie)			

Legenda: stopień „0” — brak odleżyny, ale występuje zagrożenie pojawienia się odleżyny; stopień „1” — błędne zaczerwienienie na skórze znikające po usunięciu ucisku; stopień „2” — nieblednące zaczerwienienie, pęcherze, zmiany ograniczające się do naskórka; stopień „3” — owrzodzenie odleżynowe obejmujące naskórek, skórę właściwą; stopień „4” — owrzodzenie odleżynowe obejmujące podskórną tkankę tłuszczową aż do mięśni; stopień „5” — owrzodzenie odleżynowe obejmujące mięśnie do kości i stawów

Tabela 4. Procedura postępowania w profilaktyce i leczeniu odleżyn w szpitalu specjalistycznym o profilu zachowawczym
Table 4. Procedures in prevention and treatment of decubitus ulcers in the medical conservative profile hospital

Postępowanie	Dokumentacja
Pielęgniarka przyjmująca pacjenta na oddział ocenia ryzyko wystąpienia odleżyn według skali Norton	Indywidualna karta oceny ryzyka odleżyn (tab. 2), która wchodzi w skład dokumentacji historii choroby
Pielęgniarka ocenia stopień ryzyka wystąpienia odleżyn u wszystkich pacjentów raz dziennie	Indywidualna karta oceny ryzyka odleżyn
U pacjenta z odleżyną i zagrożonego powstaniem odleżyny pielęgniarka ustala indywidualny plan opieki z wykorzystaniem sprzętu i środków do profilaktyki i leczenia odleżyn (tab. 6)	Indywidualna karta odleżynowa (tab. 3). Wymagana adnotacja przez pielęgniarki z dyżuru dziennego i nocnego. Indywidualna karta odleżynowa (tab. 3) wchodzi w skład dokumentacji historii choroby
Pielęgniarka prowadzi edukację pacjenta i rodziny dotyczącą profilaktyki i pielęgnacji odleżyn w warunkach domowych	Karta informacyjna Wymagana adnotacja przez lekarza prowadzącego
Pacjent przed wypisem z oddziału otrzymuje zalecenia dotyczące profilaktyki i pielęgnacji odleżyn w warunkach domowych	Karta informacyjna Wymagana adnotacja przez lekarza prowadzącego
Realizację procedury na oddziale nadzoruje pielęgniarka oddziałowa	Miesięczna karta sprawozdawcza dotycząca profilaktyki i leczenia odleżyn
Realizację procedury w szpitalu nadzoruje pielęgniarka przełożona	Półroczne i roczne raporty dotyczące profilaktyki i leczenia odleżyn

litacji nie było przyjąć pacjentów z odleżyną, a na Oddział Reumatologii przyjęto tylko jednego pacjenta, u którego występowała odleżyna. Pełne wyniki badań dotyczące przyjęcia pacjenta z odleżyną na wszystkich oddziałach przedstawiono w tabeli 5.

Chorzy zagrożeni powstaniem odleżyn wynosili 10% wszystkich leczonych w szpitalu; w tej grupie hospitalizowanych u 8% doszło do powstania rany odleżynowej. Największy odsetek zagrożonych wystąpieniem odleżyną w stosunku do wszystkich przyjętych dotyczył Oddziału Chorób Wewnętrznych i Alergologii — 19% i Neurologii — 18%. Na Oddziałach Rehabilitacji i Reumatologii nie odnotowano pacjentów zagrożonych wystąpieniem odleżyny. Powyższe wyniki badań zilustrowano w tabeli 5.

Najwyższy odsetek pacjentów, u których powstała odleżyna w trakcie hospitalizacji, wystąpił wśród osób przebywających na III Oddziale Chorób Wewnętrznych i Geriatrii — aż 26% (w grupie pacjentów zagrożonych powstaniem odleżyny), co stanowi wyraźną przewagę w stosunku do I Oddziału Chorób Wewnętrznych i Alergologii — 4% (tab. 5). Mediana dotycząca powstania odleżyn w stosunku do wszystkich hospitalizowanych na wszystkich oddziałach wynosiła 0,521 (tab. 5).

Biorąc pod uwagę każdy miesiąc 2010 roku na poszczególnych oddziałach szpitala, korelacje Tau-b Kendall'a nie wykazały zależności występowania odleżyn na oddziałach na przestrzeni całego roku (ryc. 1).

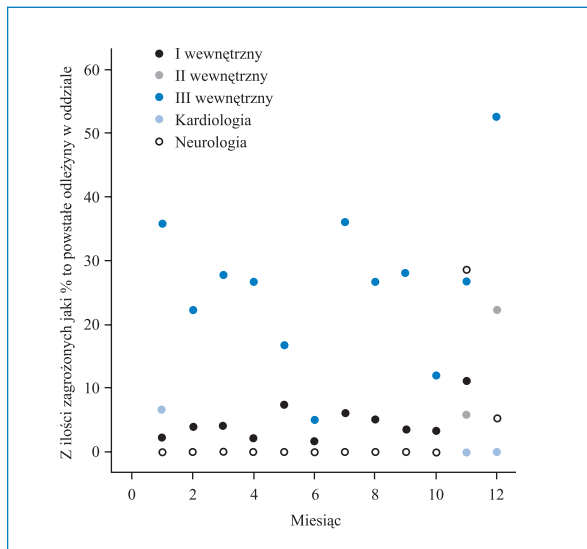
Dyskusja

Odleżyny stanowią poważny problemem terapeutyczny, ponieważ nieskutecznie leczone mogą być przyczyną zagrożenia życia chorego, dla szpitala zaś stają się wyzwaniem w wymiarze pielęgnacyjnym, leczniczym i ekonomicznym. Dane dotyczące kosztów leczenia w Polsce nadal nie są dostępne [6, 12]. W Stanach Zjednoczonych szacuje się, że roczny koszt leczenia odleżyn wynosi około 8 miliardów dolarów, w Wielkiej Brytanii wydatki sięgają około 500 milionów funtów, a w Australii 350 milionów dolarów [6, 14]. Roczny koszt opatrunków specjalistycznych i środków stosowanych w profilaktyce odleżynowej w szpitalu specjalistycznym o profilu zachowawczym, w którym przeprowadzono wyżej wymienione badania w 2010 roku, wyniósł około 40 tysięcy zł. Środki i sprzęt stosowany w profilaktyce i leczeniu odleżyn przedstawiono w tabeli 6.

Badania przeprowadzone w Katedrze i Klinice Medycyny Paliatywnej w Poznaniu w latach 1995–1996 wykazały skuteczność prawidłowej profilaktyki przeciwoleżynowej u 84% chorych, a w roku 2005 zanotowano poprawę skuteczności u 94% hospitalizowanych chorych [15]. Poziom skuteczności przeprowadzonej profilaktyki we wspomnianym badaniu jest porównywalny z wynikami badań własnych. U 8% zagrożonych pacjentów hospitalizowanych w danym szpitalu w 2010 roku powstała odleżyna. Wdrożona procedura postępowania w profilaktyce i leczeniu odleżyn w szpitalu specjalistycznym o profilu zachowawczym przyniosła oczekiwany efekt.

Tabela 5. Analiza danych uwzględniająca specyfikę oddziałów**Table 5.** Data analysis with regard to wards peculiarity

Oddział	Pacjenci przyjęci na oddział z odleżyną	Pacjenci zagrożeni wystąpieniem odleżyn	Pacjenci, u których powstała odleżyna podczas pobytu na oddziale	Stosunek liczby pacjentów z odleżyną przyjętych na oddział do wszystkich przyjętych (%)	Stosunek liczby pacjentów zagrożonych powstaniem odleżyny do wszystkich przyjętych (%)	Stosunek liczby pacjentów, u których powstała odleżyna podczas pobytu na oddziale do zagrożonych powstaniem odleżyny (%)
I Chorób Wewnętrznych i Alergologii	117	437	18	5,172	19,319	4,119
II Chorób Wewnętrznych i Gastroenterologii	72	178	5	3,137	7,756	2,809
III Chorób Wewnętrznych i Geriatrii	56	288	76	2,618	13,464	26,389
Kardiologii	15	192	1	0,818	10,469	0,521
Neurologii	8	227	5	0,650	18,455	2,203
Reumatologii	1	0	1	0,059	0,000	0,000
Rehabilitacji	0	0	0	0,000	0,000	0,000
MEDIANA				0,650	7,756	0,521
MEDIANA po wykluczeniu Oddziałów Reumatologii i Rehabilitacji				2,62	13,46	2,81



Rycina 1. Występowanie odleżyn na oddziałach na przestrzeni roku
Figure 1. Decubitus ulcer occurrence in hospital wards within a year

W doniesieniach na temat częstości występowania odleżyn figurują różne dane w zależności od ośrodka medycznego, jednostki chorobowej i wieku pacjenta. Szacuje się, że odleżyny występują u około 5–25% pacjentów hospitalizowanych, najczęściej na oddziałach intensywnej opieki medycznej i w placówkach opieki długoterminowej oraz wśród chorych po urazie lub w przebiegu chorób rdzenia kręgowego [16]. Procent występowania odleżyn kształtował się podobnie w badaniach własnych, na oddziałach internistycznych i neurologicznym w zakresie 2–26% (tab. 5). W badaniu własnym najwyższy odsetek pacjentów, u których rozwinęła się odleżyna, zaobserwowano na III Oddziale Chorób Wewnętrznych i Geriatrii, w którym średnia wieku hospitalizowanych i stosowane procedury w stosunku do pozostałych oddziałów były porównywalne. Powyższa analiza wskazuje, że badania należy poszerzyć o zagadnienia dotyczące jednostek chorobowych, jakie występowały u hospitalizowanych.

Tabela 6. Środki, rodzaje opatrunków i sprzęt stosowany w profilaktyce i leczeniu odleżyn w szpitalu specjalistycznym o profilu zachowawczym

Table 6. Agents, kinds of dressings and equipment used for prevention and treatment of decubitus ulcers in the medical conservative profile hospital

Środki stosowane w profilaktyce i leczeniu odleżyn		
Główne składniki preparatu	Preparat	Zastosowanie
Alantoina	Alantan plus	Profilaktyczne
Kreatyna	Menalind krem	Profilaktyczne
Lanolina, tlenek cynku	Sudocrem	Profilaktyczne, I stopnia
Poliheksanidyna	Prontosan	Rany zanieczyszczone, z biofilmem
Povidonum iodinum	Braunol płyn, Braunovidon maść	Rany zakażone
Rodzaje opatrunków stosowanych w leczeniu odleżyn		
Główne składniki preparatu	Preparat	Zastosowanie
Błony półprzepuszczalne	Hydrofilm	Profilaktyczne oraz w I i II stopniu
Hydrokoloidy	Hydrocoll płytka	W III stopniu
Alginiany	Sorbalgon	Rany głębokie z dużą ilością wysięku (z opatrunkiem wtórnym Hydrocoll płytka)
Złożone	Tender Wet	Martwica sucha i rozplywowa
Ze srebrem	Atrauman Ag	Rany zakażone i z ryzykiem infekcji
Sprzęt stosowany w profilaktyce i leczeniu odleżyn		
Materace przeciwoodleżynowe zmiennociśnieniowe		
Podkładki przeciwoodleżynowe, wałki i kliny ułatwiające ułożenie pacjenta, chroniące części ciała przed wzajemnym uciskiem		
Pieluchomajtki jednorazowego użytku		
Sprzęt pielęgniacyjny do higieny osobistej (łózkowanny, miski, baseny, kaczki)		
Wózki inwalidzkie		
Rękawy, rolki		

W badaniach przeprowadzonych w latach 2004–2009 w Miejskim Szpitalu Zespolonym w Olsztynie w ciągu 6 lat leczono 97 194 pacjentów, z których wyodrębniono grupę 10 762 chorych zagrożonych powstaniem odleżyn, co stanowiło 13,75% ogółu pacjentów przebywających w szpitalu. W badanym okresie do powstania odleżyny doszło u 3806 pacjentów, co stanowi 4,86% wszystkich hospitalizowanych [12]. Doniesienia ze Stanów Zjednoczonych i Europy Zachodniej wskazują, że odleżyny występują u blisko 80% chorych ze schorzeniami neurologicznymi. Spośród wszystkich grup wiekowych 60% odleżyn występowało u chorych powyżej 70. roku życia. Powikłanie to stwierdzono u 20–25% pacjentów z zaawansowaną chorobą nowotworową. Mimo intensywnie prowadzonej profilaktyki przeciwodleżynowej na oddziałach intensywnej terapii problem ten dotyczył blisko 10% chorych. Problem ten występuje także u pensjonariuszy domów opieki i hospicjów, gdzie występowanie odleżyn szacuje się na 14–34% [6, 7].

Dane epidemiologiczne pochodzące ze Stanów Zjednoczonych szacują częstość występowania odleżyn w bardzo szerokim przedziale 0,4–38% wśród przypadków nagłych, 2,2–23,9% w długoterminowym leczeniu zamkniętym, 0–17% u chorych obłożnie, podlegających przewlekłej opiece domowej [13]. W badaniach własnych pacjenci przyjęci z domu na oddział z już istniejącą odleżyną stanowili 5% wszystkich chorych przebywających na Oddziale Chorób Wewnętrznych i Alergologii (tab. 5).

Każdego roku w Stanach Zjednoczonych jest leczonych 2,5 miliona odleżyn związanych jedynie z ostrymi zachorowaniami, natomiast całkowita liczba hospitalizowanych z powodu odleżyn nie została dokładnie zbadała [13].

Wnioski

Na oddziałach szpitala o profilu zachowawczym występowanie odleżyn było na porównywalnym poziomie w odniesieniu do badań przeprowadzonych w jednostkach o podobnej specjalizacji. Częstsze ryzyko pojawia-

nia się odleżyny i jej późniejsze wystąpienie zaobserwowano na Oddziałach Chorób Wewnętrznych Geriatrii i Alergologii oraz Neurologii. Monitorowanie odleżyn należy poszerzyć o zagadnienia dotyczące grup jednostek chorobowych występujących u hospitalizowanych z odleżyną.

Piśmiennictwo

1. Sopata M., Tomaszewska E., Głowacka A. Odleżyny — ocena ryzyka zagrożenia i profilaktyka. *Pielęg. Chir. Angiol.* 2007; 4: 165–169.
2. Rosińczuk-Tonderys J., Uchmanowicz I., Arendarczyk M. Profilaktyka i leczenie odleżyn. Wydawnictwo Continuo, Wrocław 2005.
3. www.epuap.org, 26.02.2011.
4. Budynek M., Nowacki C. Opatrywanie ran. Wydawnictwo Mak-med, Lublin 2008.
5. Kózka M. Odleżyny — występowanie, profilaktyka i leczenie. *Rehab. Med.* 2004, 8: 29–38.
6. Krasowski G., Kruk M. Leczenie odleżyn i ran przewlekłych. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008.
7. Park-Lee E., Caffrey C. Pressure ulcers among nursing home residents, United State 2004. *NCHS Data Brief* 2009; 14: 1–8.
8. Kruk-Kupiec G. Zalecenia konsultanta krajowego w sprawie odleżyn. *Pielęg. Chir. Angiol.* 2007; 4: 171–174.
9. Szewczyk M., Cwajda J., Cierzniańska K., Ślusarz R., Stodolska A. Narzędzia oceny ryzyka rozwoju odleżyn. *Przew. Lek.* 2005; 1: 92–97.
10. Balzen K., Schriedl C., Dassen T. Norton, Waterloo and Braden and the care dependency scale: comparing their valid predicting patients' pressure sore risk. *EPUAP Rev.* 2001; 4: 1.
11. Szewczyk M.T., Cwajda J., Cierzniańska K. Zasady prowadzenia skutecznej profilaktyki ran odleży nowych. *Wiad. Lek.* 2006; 59; 11–12: 842–847.
12. Kielbasa L. Procedura profilaktyki odleżyn jako narzędzie do oceny jakości opieki pielęgniarskiej. *Pielęg. Chir. Angiol.* 2010; 3: 85–89.
13. Zieliński M., Majewski W. Odleżyny — etiopatogeneza, profilaktyka i leczenie. *Zakażenia* 2009; 2: 71–75.
14. Sopata M., Łuczak J. Profilaktyka i leczenie zachowawcze odleżyn. *Zakażenia* 2003; 4: 81–88.
15. Sopata M., Głowacka A., Tomaszewska E., Kaźmierski M. Odleżyny — zapobieganie i współczesne metody leczenia zachowawczego. *Zakażenia* 2005; 5: 116–124.
16. Cwajda J., Szewczyk M., Cierzniańska K., Głowiak J., Szotkiewicz A., Jawień A. Odleżyna — postępowanie leczniczo-pielęgnacyjne w chirurgii. *Pielęg. Chir. Angiol.* 2007; 4: 171–174.