

Πρόληψη των Ελκών από Πίεση και Αλλαγή Θέσεων

Μαρία Χαρχαρίδου

Pressure Ulcers' Prevention and Position Changing

Νοσηλεύτρια ΠΕ, MSc, PhD,
Προϊσταμένη 3ου Νοσηλευτικού Τομέα,
Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών
«Γ. Γεννηματάς», Αθήνα

Το ερώτημα αν οι κατακλίσεις μπορούν να προληφθούν, παραμένει αναπάντητο. Όταν λαμβάνονται επιθετικά μέτρα πρόληψης, παρατηρείται ότι η επίπτωση κατακλίσεων μειώνεται μέχρι ενός σημείου, πέραν του οποίου δεν υπάρχει περαιτέρω μείωση.¹ Ωστόσο, δεν πρέπει να λησμονούνται και οι νομικές συνέπειες της ανάπτυξης κατακλίσεων. Η αποτυχία της πρόληψης των κατακλίσεων σε νοσηλευτικά ιδρύματα χρόνιας φροντίδας στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής (ΗΠΑ) είχε ως αποτέλεσμα την αύξηση των νομικών διεκδικήσεων από τους ασθενείς.² Η διεθνής βιβλιογραφία δείχνει ότι η εισαγωγή πρωτοκόλλων και εκπαιδευτικών προγραμμάτων για την πρόληψη των κατακλίσεων, μειώνει την επίπτωσή τους.³ Το σχέδιο φροντίδας για την πρόληψη των ελκών από πίεση είναι μια διαδικασία κατά την οποία οι πληροφορίες από την εκτίμηση κινδύνου για την εμφάνιση ελκών από πίεση σε κάθε ασθενή, χρησιμοποιούνται για τη διαμόρφωση ενός σχεδίου εξατομικευμένων ενεργειών, οι οποίες σκοπό έχουν την εφαρμογή των καλύτερων πρακτικών, έτσι ώστε ο ασθενής να μην εμφανίσει κατακλίσεις κατά τη διάρκεια νοσηλείας του. Κάθε τέτοιο σχέδιο φροντίδας είναι ένα έντυπο τεκμηρίωσης της φροντίδας αυτής, το οποίο εξασφαλίζει τη συνέχεια της φροντίδας από όλα τα μέλη της ομάδας ενώ, παράλληλα, αποτελεί και ένα νομικό έγγραφο.⁴

Στους ασθενείς που κινδυνεύουν να αναπτύξουν έλκη πίεσης, η πρώτη ενέργεια πρόληψης αφορά στη μείωση των αποτελεσμάτων της πίεσης, της τριβής και της κατάρτησης.⁵ Είναι γνωστό ότι όσοι ασθενείς έχουν προβλήματα κινητικότητας, κινδυνεύουν περισσότερο. Τόσο οι μεγάλες χρονικές περιόδους κατά τις οποίες δέχεται κάποιος ασθενής χαμηλές πιέσεις όσο και οι μικρές περιόδους όπου δέχεται υψηλές πιέσεις, τον θέτουν σε κίνδυνο για την ανάπτυξη κατακλίσεων.⁶ Για το λόγο αυτόν, οι πιο βασικές ενέργειες πρόληψης αφορούν στην απομάκρυνση ή στην ανακατανομή της πίεσης στις ευάλωτες περιοχές του σώματος.⁷

Η αλλαγή θέσεων ως μέτρο πρόληψης ελκών πίεσης

Η αλλαγή θέσεων των ασθενών, κατά διαστήματα, για την ανακούφιση από την πίεση στις περιοχές πάνω από τις οστικές περιοχές, αποτελεί μια παραδοσιακή νοσηλευτική προσέγγιση στην πρόληψη των κατακλίσεων εδώ και πολλά χρόνια.⁸ Ο σκοπός της αλλαγής θέσεων είναι η μείωση ή ο περιορισμός της πίεσης στην επιφάνεια του σώματος και έτσι η διατήρηση της μικροκυκλοφορίας στις περιοχές που βρίσκονται σε κίνδυνο για ανάπτυξη κατακλίσεων.² Η αλλαγή θέσης

Υπεύθυνη αλληλογραφίας:
Μαρία Χαρχαρίδου
Οδεμησίου 21, 162 31 Βύρωνα
Τηλ.: 210 76 69 831
e-mail: mcharcha@otenet.gr

περιλαμβάνει την επανατοποθέτηση του ατόμου στην ύπτια, την πλάγια ή την καθιστή θέση σε τακτά χρονικά διαστήματα, με σκοπό την ανακούφιση από την πίεση ή την ανακατανομή της, έτσι ώστε να βελτιώνεται η άνεση του ασθενούς. Αν κάποιο άτομο δεν έχει την ικανότητα να αλλάζει θέσεις μόνο του, τότε απαιτείται βοήθεια για να το επιτυγχάνει καθημερινά.⁹ Επίσης, η αλλαγή θέσης με τη χρήση ειδικών συσκευών, π.χ. ειδικά σεντόνια ολίσθησης και συσκευές μηχανικής ανύψωσης, βοηθά στη μείωση της ανάπτυξης δυνάμεων τριβής κατά τη μετακίνηση του ασθενούς.¹⁰⁻¹⁵ Αυτό σημαίνει, ότι ακόμη και επί απουσίας μηχανικών μέσων, το προσωπικό πρέπει να ανασηκώνει και όχι να σέρνει τον ασθενή, προκειμένου να αποφεύγεται η ανάπτυξη δυνάμεων τριβής.¹⁴⁻¹⁷

Παρά το γεγονός ότι η αλλαγή θέσεων αναγνωρίζεται γενικά ως ένα σημαντικό μέτρο πρόληψης, λίγα είναι γνωστά για την καταλληλότερη συχνότητα της συγκεκριμένης αλλαγής.^{5,18} Αρκετές βιβλιογραφικές ανασκοπήσεις έχουν διεξαχθεί προσπαθώντας να δώσουν απάντηση σε ερωτήματα που αφορούν στην αποτελεσματικότητα, τη συχνότητα, καθώς και σε άλλες παραμέτρους της αλλαγής θέσης, ως μέτρο πρόληψης των ελκών από πίεση.¹⁹⁻²² Τα συμπεράσματά τους συνοψίζονται στο ότι η αλλαγή θέσης αποτελεί ένα μέτρο πρόληψης με διαφορετικού βαθμού αποτελεσματικότητα, όπου όμως δεν παρατηρήθηκε δυσμενές αποτέλεσμα για τους ασθενείς από την εφαρμογή του,^{21,22} ενώ καμιά από τις πρακτικές είτε αλλαγής θέσης είτε χρήσης εξειδικευμένου στρώματος δεν υπερέχει η μια της άλλης. Ωστόσο, ο συνδυασμός και των δύο οδηγεί σε βελτίωση της πρόληψης των ελκών από πίεση.²² Τέλος, διαπιστώθηκε ότι δεν υπάρχει, μέχρι στιγμής, ισχυρή τεκμηρίωση για την αποτελεσματικότητα του εν λόγω μέτρου, για τη συχνότητα εφαρμογής του και για την καταλληλότερη πλάγια θέση και επισημαίνεται ότι χρειάζεται να διενεργηθούν καλά σχεδιασμένες τυχαιοποιημένες κλινικές μελέτες ελέγχου για την εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων.²⁰

Συχνότητα αλλαγής θέσης ασθενών σε κίνδυνο για έλκη πίεσης

Παρόλα αυτά, η ανά 2 ώρες αλλαγή θέσης των ασθενών που βρίσκονται σε κίνδυνο για ανάπτυξη κατακλίσεων, είναι ένα από τα πλέον αποδεκτά προληπτικά μέτρα.²³ Όμως, η ανά 2 ώρες αλλαγή θέσης μπορεί να μην είναι κατάλληλη για όλους τους ασθενείς. Για παράδειγμα, στους ασθενείς που δέχονται ανακουφιστική φροντίδα, η αλλαγή θέσης κάθε 2 ώρες μπορεί να προκαλεί περισσότερο πόνο και μείωση άνεσης, παρά θετικά αποτελέσματα. Από την

άλλη πλευρά, κάποιοι ασθενείς μπορεί να χρειάζονται συχνότερη αλλαγή θέσεων,¹¹ όπως εκείνοι που έχουν πολύ λεπτό υποδόριο ιστό και εύθραυστο δέρμα.⁶

Επιπλέον, η αλλαγή θέσεων είναι μια παρέμβαση που απαιτεί χρήση του νοσηλευτικού χρόνου, ο οποίος είναι γνωστό ότι είναι περιορισμένος.^{5,13} Για το λόγο αυτόν, το προληπτικό μέτρο της αλλαγής θέσεων δεν εφαρμόζεται συχνά στην καθημερινή κλινική πρακτική. Στη μελέτη επιπολασμού κατακλίσεων που διενήργησε η European Pressure Ulcers Advisory Panel (EPUAP) σε 5.947 ασθενείς από 5 ευρωπαϊκές χώρες, διαπιστώθηκε ότι μόνο στο 38,2% των ασθενών, οι οποίοι ήταν σε κίνδυνο ανάπτυξης κατακλίσεων εφαρμόζοταν σχέδιο αλλαγής θέσεων.²⁴ Για να γίνει η αλλαγή θέσεων ένα περισσότερο εφικτό μέτρο πρόληψης, μπορεί να μειωθεί η συχνότητα εφαρμογής του. Αυτό μπορεί να συμβεί μόνο αν συνδυαστεί με τη χρήση ειδικών στρωμάτων και μαξιλαριών, που μειώνουν την πίεση στις διάφορες θέσεις του σώματος.²⁴

Θέσεις τοποθέτησης του σώματος για την πρόληψη ελκών πίεσης

Σχετικά με τη θέση του σώματος, στη βιβλιογραφία προτείνεται η ημι-fowler 30° θέση, ως η θέση στην οποία ασκείται η πιο χαμηλή πίεση.^{12,13,15,17,25} Όσον αφορά στην πρηνή θέση, χρησιμοποιείται κάποιες φορές ως εναλλακτική θέση της ύπτιας. Η πίεση που ασκείται σε αυτή τη θέση είναι πολύ χαμηλή και περίπου συγκρίσιμη με την ημι-fowler 30° θέση. Η άνεση είναι συνήθως πρόβλημα, ιδιαίτερα όταν η υποστηρικτική επιφάνεια είναι αρκετά σκληρή.²⁴ Όσον αφορά στην πλάγια θέση, συστήνεται η πλάγια θέση 30°^{8,12,14,17} καθώς ανακουφίζει από την άσκηση πίεσης τα περισσότερα ευάλωτα για δημιουργία ελκών πίεσης σημεία, δηλαδή την ιεροκοκκυγική περιοχή, τους μείζονες τροχαντήρες, τα σφυρά και τις πτέρνες.⁸ Ωστόσο, στην πλάγια θέση είναι απαραίτητη η τοποθέτηση μαξιλαριών ανάμεσα στα γόνατα και τα σφυρά για τη μείωση των δυνάμεων πίεσης και τριβής στα εν λόγω σημεία.¹⁰ Επιπλέον, θα πρέπει να αποφεύγεται η τοποθέτηση του ατόμου ακριβώς επάνω στον τροχαντήρα, δηλαδή η πλάγια θέση 90°.^{12,14-17,25} Όταν χρησιμοποιείται η πλάγια θέση 30°, χρειάζεται έλεγχος για να διαπιστώνεται ότι η ιεροκοκκυγική περιοχή είναι ελεύθερη από το στρώμα. Ιδιαίτερα στα παχύσαρκα άτομα, μπορεί να απαιτείται πλάγια θέση σε μεγαλύτερη γωνία (45°) έτσι ώστε να επιτυγχάνεται η αποφόρτιση της ιεροκοκκυγικής περιοχής.⁹

Όταν οι ασθενείς είναι σε ακατάλληλη καθιστική θέση, τότε οι υφιστάμενες δυνάμεις πίεσης και κατάτμησης προκαλούν παραμόρφωση των ιστών, ισχαιμία και υποξία, μείωση της αιματικής ροής και της λεμφικής παροχέτευσης,

με αποτέλεσμα τη βαθιά νεκρωτική βλάβη των ιστών.²⁶ Η καθιστική θέση που συνεπάγεται τις πιο χαμηλές πιέσεις, είναι η θέση όπου ο κορμός είναι προς τα πίσω και τα πόδια υποστηρίζονται από ένα μικρό πάγκο ή σκαμπό.^{17,24} Στην καθιστική θέση, οι ασθενείς πρέπει να έχουν συχνή αλλαγή θέσης, τουλάχιστον κάθε 15 min για να ανακουφίζονται οι γλουτοί από την πίεση^{10,12,16,26} και γενικά πρέπει να περιορίζεται ο χρόνος στη συγκεκριμένη θέση.^{14,17} Επίσης, πρέπει να χρησιμοποιούνται ειδικά μαξιλάρια μείωσης της πίεσης,^{12,14,17,25} το κάθισμα να ταιριάζει στο ύψος και στο βάρος του ατόμου,^{12,17} τα καθίσματα με ανάρτηση να αποφεύγονται²⁵ και τα κάτω άκρα να υποστηρίζονται.^{14,17}

Εκτός όμως από την αλλαγή των θέσεων, η αύξηση της κινητοποίησης και της δραστηριότητας, όταν και όσο είναι εφικτό, αποτελεί ένα σημαντικό μέτρο πρόληψης των ελκών πίεσης.^{12,16,17,25} Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δοθεί στην ταχεία κινητοποίηση μετά από χειρουργικές επεμβάσεις, εγκεφαλικό επεισόδιο ή άλλες σοβαρές καταστάσεις. Διάφορα βοηθήματα, όπως μπάρες, μπαστούνια, βοήθημα βάδισης τύπου «π» κ.λπ., πρέπει να είναι διαθέσιμα και οι επαγγελματίες υγείας να κρίνουν σε ποιες περιπτώσεις μπορούν να είναι χρήσιμα για την κινητοποίηση των ασθενών.^{15,16} Η αναζήτηση συμβουλών, καθώς και η συμμετοχή των φυσικοθεραπευτών, των εργασιοθεραπευτών και των ποδολόγων συστήνεται πάντα, με σκοπό την προαγωγή της κινητικότητας και της δραστηριότητας των ασθενών.¹⁵

Συμπερασματικά, μέχρι σήμερα, οι κατευθυντήριες οδηγίες για τους ασθενείς που διατρέχουν κίνδυνο ανάπτυξης κατακλίσεων, συστήνουν στο σχεδιασμό της φροντίδας να περιλαμβάνεται πάντα συγκεκριμένο πρόγραμμα αλλαγής θέσεων,^{15,17,18} εκτός αν υπάρχουν αντενδείξεις¹⁷ και μάλιστα, συχνά συστήνεται η ανά 2 ώρες αλλαγή της θέσης.^{2,12} Αρκετές όμως οδηγίες συστήνουν, τελικά, ο σχεδιασμός της συχνότητας της αλλαγής θέσης να καθορίζεται βάσει της γενικής κατάστασης υγείας του ασθενούς, της άνεσής του, του υποστηρικτικού συστήματος (στρώματος) στο οποίο βρίσκεται, του επιπέδου της κινητικότητας και της δραστηριότητάς του, της εκτίμησης του δέρματός του και τους σκοπούς του σχεδίου φροντίδας του.^{14,17,25}

Βιβλιογραφία

1. Thomas DR. Prevention and treatment of pressure ulcers: What works? What doesn't? *Cleve Clin J Med* 2001, 68:704-707, 710-714, 717-722.
2. Reddy M, Gill SS, Rochon PA. Preventing pressure ulcers: A systematic review. *JAMA* 2006, 296:974-984.
3. Anselmi ML, Peduzzi M, Junior IF Incidence of pressure ulcer and nursing interventions. *Acta Paul Enferm* 2009, 22:257-264.
4. Rockville P. What are the best practices in pressure ulcer prevention that we want to use? (continued). Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD, 2014. Available at: <http://www.ahrq.gov/professionals/systems/hospital/pressureulcer-toolkit/putool3a.html> (accessed 14.10.2015).
5. Thomas RD. Prevention and treatment of pressure ulcers. *J Am Med Dir Assoc* 2006, 7:46-59.
6. Ayello EA, Lyder CH. Protecting patients from harm: Preventing pressure ulcers in hospital patients. *Nursing* 2007, 37:36-40.
7. Lyder CH. Pressure ulcer prevention and management. *JAMA* 2003, 289:223-226.
8. Goode PS, Allman RM. The prevention and management of pressure ulcers. *Med Clin North Am* 1989, 73:1511-1524.
9. Moore Z, van Etten M. Ten top tips: Repositioning a patient to prevent pressure ulcers. *Wounds International*, Hatfields, 2014. Available at: www.woundsinternational.com (accessed 7.9.2015).
10. Dharmarajan TS, Ugalino JT. Pressure ulcers: Clinical features and management. *Hospital Physician* 2002, 38:64-71.
11. Baranoski S. Pressure ulcers: A renewed awareness. *Nursing* 2006, 36:36-41.
12. National Pressure Ulcer Advanced Panel. Pressure ulcer prevention points. NPUAP, Washington, DC, 2007a. Available at: http://www.npuap.org/PU_Prev_Points.pdf (accessed 10.10.2015).
13. Stevenson KD, Norton L. WUWHS report: Pressure ulcers. *Wound Care Canada* 2008, 6:10-12.
14. European Pressure Ulcer Advanced Panel and National Pressure Ulcer Advanced Panel. Pressure ulcer prevention – quick reference guide. EPUAP and NPUAP, Washington, DC, 2009. Available at: http://www.epuap.org/guidelines/Final_Quick_Prevention.pdf (accessed 1.9.2015).
15. Queensland Patient Safety Centre. Pressure ulcer prevention and management resource guidelines 2009. Available at: http://www.health.qld.gov.au/patientsafety/pupp/documents/pup_guidelines.pdf (accessed 10.10.2009).
16. Murray LD, Magazinovic N, Stacey MC. Clinical practice guidelines for the prediction and prevention of pressure ulcers. *AWMA* 2001, 9:88-97. Available at: http://www.awma.com.au/publications/2007/cpgpppu_v_full.pdf (accessed 11.9.2015).
17. 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. In: Haesler E (ed), Cambridge Media: Osborne Park, Western Australia, 2014. Available at: <http://www.npuap.org/wp-content/uploads/2014/08/Updated-10-16-14-Quick-Reference-Guide-DIGITAL-NPUAP-EPUAP-PPPIA-16Oct2014.pdf> (accessed 14.10.2015).
18. Takahashi PY, Kiemele LJ, Jones JP Jr. Wound care for elderly patients: Advances and clinical applications for practicing physicians. *Mayo Clin Proc* 2004, 79:260-267.
19. Krapfl LA, Gray M. Does regular repositioning prevent pressure ulcers? *J Wound, Ostomy Continence Nurs* 2008, 35:571-577.
20. Gillespie BM, Chaboyer WP, McInnes E, Kent B, Whitty JA, Thalib L. Repositioning for pressure ulcer prevention in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2014, 4:CD009958. Available at:

- <http://espace.library.uq.edu.au/view/UQ:327962/UQ327962OA.pdf> (accessed 1.9.2015).
21. Coville CE. A systematic review on the effectiveness and proper technique of repositioning for the prevention of pressure ulcers among immobile patients. The Ohio State University, 2015. Available at: https://kb.osu.edu/dspace/bitstream/handle/1811/68748/Cassie_Coville_Final_Thesis.pdf?sequence=1 (accessed 12.9.2015).
 22. Collins RM, Kleckner AA, Sparks BP. The use of turning and repositioning versus pressure redistributing support surfaces in the prevention of pressure ulcers. The Research and Scholarship Symposium, 2015, Paper 23. Available at: http://digitalcommons.cedarville.edu/research_scholarship_symposium/2015/poster_presentations/23 (accessed 9.9.2015).
 23. O'Neil CK. Prevention and treatment of pressure ulcers. *Journal of Pharmacy Practice* 2004, 17:137-148.
 24. Romanelli M, Clark M, Colin D, Defloor T. *Science and practice of pressure ulcer management*. Springer Verlag London Ltd, 2006:67-74.
 25. Lewis M, Pearson A, Ward C. Pressure ulcer prevention and treatment: Transforming research findings into consensus based clinical guidelines. *Int J Nurs Pract* 2003, 9:92-102.
 26. Stockton L, Flynn M. Sitting and pressure ulcers. 1: Risk factors, self-repositioning and other interventions. *Nursing Times* 2009, 105:12-14. Available at: <http://www.nursingtimes.net/nursing-practice-clinical-research/specialists/wound-care/sitting-and-pressure-ulcers-1-risk-factors-self-repositioning-and-other-interventions/5003005.article> (accessed 14.9.2015).