



Rekommendationer för omvårdnad av patienter med Covid-19

Ämne

Trycksår - åtgärder för att förebygga, upptäcka och hantera trycksår hos intensivvårdspatienter

Upprättad

Framtagen av

2020-12-28

Ingrid Wåhlin, specialistsjuksköterska intensivvård,
forskningshandledare, Region Kalmar län
Ewa Wallin, specialistsjuksköterska intensivvård, universitetslektor,
Akademiska sjukhuset, Uppsala universitet

Versionsnummer

Granskad av

1.0

Gunilla Mattsson, specialistsjuksköterska intensivvård,
Centralsjukhuset, Karlstad. Sara Bergstrand, Universitetslektor,
Linköpings Universitet. Daniel Smole, anestesi- intensivvårdsläkare,
Centralsjukhuset, Karlstad. Maria Isaksson, specialistsjuksköterska,
Södersjukhuset.

Inledning

Risken för trycksador är stor hos intensivvårdspatienter [1]. Tryck uppstår av personens kroppstyngd mot underlaget. Vilket tryck som behövs för att ett trycksår ska uppstå beror dels på tryckets kraft och dels på hur länge vävnaden utsätts för tryck. Känsligheten för tryck varierar mellan olika individer och i olika vävnader [2]. Trycksår kan orsaka långvarigt lidande och det är viktigt att hela teamet hjälps åt med att i alla omvårdnadssituationer tänka på att förebygga och mildra trycksador. Denna rekommendation gäller kritiskt sjuka patienter i allmänhet, men tar också specifikt upp patienter som behandlas i bukläge.

Rekommendation

Risken hos intensivvårdspatienter att drabbas av trycksår är bl.a. relaterad till organsvikt, nedsatt rörlighet, nedsatt känsel och olika behandlingar som förvärrar lägesändringar och därmed möjlighet till hudinspektion och tidig upptäckt av begynnande trycksador [2]. Risken ökar också utifrån komplexiteten i behandlingssituationen, samt vid behandling i bukläge, vilket är vanligt vid Covid-19 [3].

Eftersom många olika faktorer påverkar uppkomsten av trycksår bör förebyggande åtgärder omfatta flera komponenter samt anpassas utifrån varje individ och situation. Förebyggande åtgärder som visat sig effektiva är framför allt:

Riskbedömning

En skattningsskala kan användas för att ge en uppfattning om patienten har extra stor risk att utveckla trycksår samt en viss vägledning om specifika förebyggande insatser t.ex. i samband med fukt/diarré. Riskbedömning bör ske vid ankomst samt dagligen, och/eller när patientens tillstånd förändras [4]. En intensivvårdsspecifik skattningsskala har nyligen utvecklats för svenska förhållande, RAPS-ICU [2].

Utifrån riskbedömningen bör en planering göras över vilka åtgärder som behöver vidtas för att minska risken för patienten att utveckla trycksador.

Hudinspektion och dokumentation

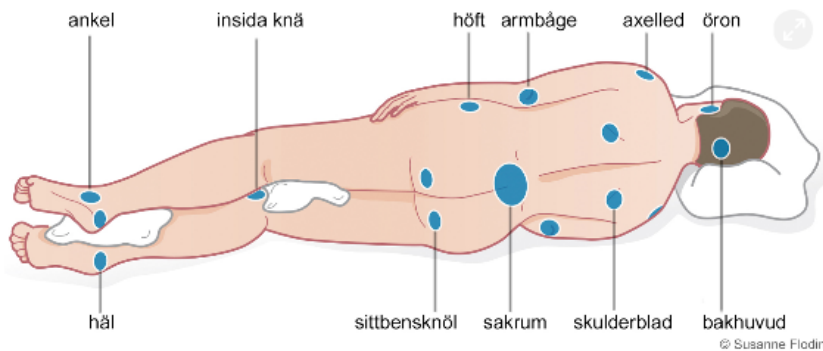
Vid riskbedömning samt vid varje tillfälle som en lägesändring genomförs ska huden inspekteras och frekvensen av lägesändring utvärderas. Eventuella tryckrodnader identifieras och hudförändringar dokumenteras enligt det internationella klassificeringssystemet omfattande kategori 1–4 [4]. Förebyggande åtgärder planeras och dokumenteras. Om personen inte svarar som förväntat på den lägesändring som genomförts, bör frekvensen av lägesändringen och/eller underlaget omprövas. Undvik om möjligt att positionera en person på en redan identifierad tryckrodnad eller trycksår [5]. Redan uppkomna sår behandlas i enlighet med lokala riktlinjer. En behandlingsplan/sårvårdsjournal upprättas för att skapa kontinuitet i behandling och uppföljning.

Vändningar inklusive små lägesändringar

Att ändra läge och därmed öka reperfusionsen i tryckutsatta områden är troligen en av de allra viktigaste trycksårsförebyggande åtgärderna. Vanliga intervall mellan vändningar på en intensivvårdsavdelning är 2–4 timmar, men instabila patienters tillstånd accepterar inte alltid lägesändring. I dessa fall bör försök till lägesändring ske var åttonde timme för att utvärdera om patientens tillstånd tillåter mer frekvent lägesändring [3, 4]. Överväg alltid möjligheten att göra små lägesändringar och kontrollera ofta att inga sladdar orsakar tryck [3].

Inför alla lägesändringar skall teamet göra en plan för vem som gör vad och ev. även ha en reservplan om det uppstår problem. Efter lägesändringen ska risken för tryckskador utvärderas och förebyggas. Bild 1 visar riskområden vid rygg- och sidoläge.

Bild 1: Riskområden vid rygg- och sidoläge (5)



Bukkläge: Inför och efter vändning till bukläge är planering och utvärdering extra nödvändig. Observera utsatta tryckpunkter (Bild 2) innan och efter vändning. Vid bukläge finns en ökad risk för att huden skadas av tryck eller skav från medicinsk utrustning, tape eller väta från saliv. Använd tryckavlastande kuddar och överväg skyddande silikon/skumförband över benutskott och känsliga hudområden samt barriärskydd vid fukt. Ändra läget på huvudet var 2-4:e timma samt gör om möjligt små mikroförändringar av läget varannan timme, eller oftare om möjligt. För att minska ansiktsödem bör lutningen på sängen vara 30°. Vid bukläge är ansiktet i utsatt position för tryck - kontrollera därför noga att ögon, öra och mun är tryckavlastade. Kontrollera också att tungan inte är klämd.

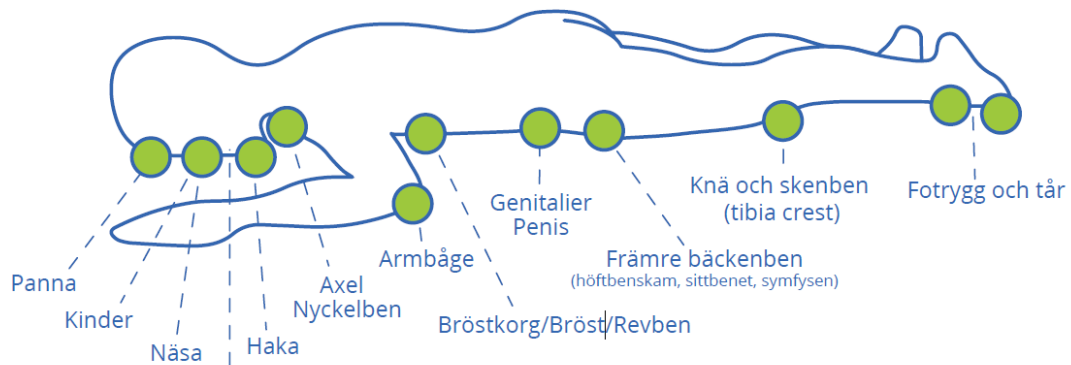


Bild 2: Riskområden vid bukläge (6)

Tryckavlastande madrass, polstring och skyddande förband

Bedöm behov av specialsäng och tryckavlastande kuddar/polstring. Förband av silikon eller flerskiktigsförband i polyuretanskum kan användas för att skydda områden som är extra utsatta för tryck, såsom hälar och sacrum vid ryggläge och ansikte vid non-invasiv ventilation eller bukläge. Tänk på att inspektera huden under förbandet vid varje byte eller minst 1 gång/dygn.

Slangar o sladdar

Medicinteknisk utrustning är en orsak till att patienter utvecklar tryckskador. Exempel på områden som ofta är utsatta för tryck från medicinteknisk utrustning är mungipa från tub och näsvinge av sond. Medicinteknisk utrustning, övervakningssladdar och infusionsslangar som patienten ligger på är också vanliga orsaker till tryckskador [3]. Om det inte går att eliminera kontakt med medicinteknisk utrustning, slangar och katetrar kan berörda områden behöva skyddas eller polstras så att inte huden kommer i direktkontakt med utrustningen.

Vid kontakt mellan slemhinna och medicintekniska produkter finns risk för mucosala trycksår. Tänk också på att om möjligt ändra läge på tuber, sonder och katetrar så de inte hela tiden trycker mot samma område. Inspektera läppar, tunga och munslemhinna vid ändring av tubläge. Använd ficklampa.

Vid ödemutveckling - kontrollera fixeringar så de inte stasar.

Fukt inklusive diarré – tarmsond

Syntetiska material såsom plast och blöjor bidrar till att ackumulera värme och fukt, vilket i sin tur ökar risken för trycksår och behovet bör därför noga övervägas. Det är viktigt att huden hålls torr och ren samt skyddas från negativ fuktpåverkan i samband med svettning, inkontinens eller diarré. Vid risk eller tecken på inkontinens-associerad dermatit, kan huden med fördel skyddas med en barriärprodukt (5) och vid ihållande diarré kan tarmsond övervägas, även om vetenskaplig utvärdering av detta är begränsad [7].



Referenser

1. Chaboyer, W.P., et al., *Incidence and prevalence of pressure injuries in adult intensive care patients: A systematic review and meta-analysis*. Read Online: Critical Care Medicine| Society of Critical Care Medicine, 2018. **46** (11): p. e1074-e1081.
2. Wåhlin, I., et al., Development and validation of an ICU-specific pressure injury risk assessment scale. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 2020. Jul 14. doi: 10.1111/scs.12891.
3. Moore, Z., et al., *Prevention of pressure ulcers among individuals cared for in the prone position: lessons for the COVID-19 emergency*. *Journal of Wound Care*, 2020. **29**(6): p. 312-320.
4. National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP), E.P.A.P.E., Pan Pacific Pressure Injury Alliance. *Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide*. 2014 [cited 2018 September 2018].
5. Bååth C, Källman U. (2020). Trycksår i Vårdhandboken. Inera AB. Hämtad 2020 12 28 från <https://www.vardhandboken.se/vard-och-behandling/hud-och-sar/trycksar/oversikt>
6. Fourine A & Baeckman D. (2020). Pronetect checklist. Hämtad 20201228 från: <https://users.ugent.be/~dibeeckm/pronetect/pronetect.pdf>
7. Whiteley, I. and G. Sinclair, *Faecal management systems for disabling incontinence or wounds*. *British Journal of Nursing*, 2014. **23**(16): p. 881-885.