



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
1^η ΥΠΕ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΤ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ

Αρ. πρωτοκόλλου: 12

Έκδοση 1^η, Ιούνιος 2025

**ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ
ΠΡΟΛΗΨΗ ΕΛΚΩΝ ΑΠΟ ΚΑΤΑΚΛΙΣΗ**

Ομάδα σύνταξης	Σοφία Τάνη, Ευγενία Σταματοπούλου, Ισιδώρα Μπακογιάννη
Διευθύντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας	Χρυσούλα Στούκα
Διευθυντής Ιατρικής Υπηρεσίας	Χρυσόστομος Μαλτέζος
Πρόεδρος Επιστημονικού Συμβουλίου	Νεκτάριος Κορρές
Έγκριση: Επιστημονικό Συμβούλιο Απόφαση Διοικητή	ΑΠ 16142/01-07-2025 ΑΠ 17134/10-07-2025

ΕΙΣΑΓΩΓΗ - ΟΡΙΣΜΟΙ

Είναι πολύ σημαντικό να μπορούν ν' αναγνωρίζονται οι ασθενείς που παρουσιάζουν υψηλό κίνδυνο ανάπτυξης κατακλίσεων. Η εκτίμηση πρέπει να γίνεται συστηματικά, ενώ όταν ένας ασθενής διαγνωστεί υψηλής επικινδυνότητας θα πρέπει να ακολουθείται η κατάλληλη διαδικασία πρόληψης ανάπτυξης κατάκλισης.

Έλκος πίεσης ονομάζεται η κυτταρική νέκρωση μιας περιοχής του σώματος (τοπική καταστροφή του δέρματος και του υποκείμενου ιστού) που προκαλείται από διακοπή της μικροκυκλοφορίας στους ιστούς, σε κατακεκλιμένους ασθενείς, εξαιτίας δυνάμεων πίεσης, τριβής ή συνδυασμό τους.

ΣΚΟΠΟΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑΣ

Εφαρμογή μέτρων πρόληψης για ανάπτυξη ελκών πίεσης, ιδιαίτερα σε ασθενείς υψηλού κινδύνου, ώστε να επιτυγχάνεται μείωση του ποσοστού των κατακλίσεων.

ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ	ΑΙΤΙΟΛΟΓΗΣΗ
1. Εκτιμήστε, το συντομότερο δυνατό, τους παράγοντες κινδύνου: • ακινησία • ακράτεια • κακή διατροφή • άσχημη ψυχική κατάσταση • ηλικία • άσχημη φυσική κατάσταση με χρήση κάποιου εργαλείου εκτίμησης κινδύνου (κλίμακα).	Έγκαιρη αναγνώριση κινδύνου ανάπτυξης ελκών, με σκοπό την αποτελεσματικότερη πρόληψη.
2. Κάντε – τουλάχιστον - καθημερινή επιθεώρηση του δέρματος, με έμφαση στις περιοχές που υπάρχουν οστικές προεξοχές.	
3. Αλλάζετε θέση στον ασθενή κάθε 2 ώρες, προσεκτικά, χωρίς σύρσιμο (χρησιμοποιώντας όλες τις θέσεις: ύπτια, πρηνής, δεξιά, πλάγια, αριστερή πλάγια - εκτός αν υπάρχει αντένδειξη).	Έλεγχος της ασκούμενης πίεσης και αποφυγή τριβής κατά τη μετακίνηση.
4. Τοποθετήστε τον ασθενή σε θέση ημι-fowler όχι πάνω από 30'.	
5. Το δέρμα θα πρέπει να πλένεται με ζεστό νερό και σαπούνι ώστε να μην ξεραίνεται.	Διατήρηση καλής υγιεινής δέρματος.
6. Το δέρμα χρειάζεται να είναι πάντα στεγνό, καθαρό και ενυδατωμένο.	
7. Τοποθετείστε λεπτού στρώματος κρέμας, γαλακτώματος ή λοσιόν ενυδάτωσης μια φορά την ημέρα.	
8. Κάντε ελαφρύ μασάζ γύρω από τα	

σημεία ερυθρότητας ανά 2 ώρες.	
9. Τα σεντόνια πρέπει να διατηρούνται στεγνά, καθαρά και χωρίς πτυχώσεις.	Έλεγχος των δυνάμεων τριβής και διάτμησης.
10. Προστατεύστε το δέρμα από εκκρίσεις τραυμάτων.	Αποφυγή ανάπτυξης υγρασίας στο δέρμα.
11. Προστατεύστε το δέρμα από την επαφή με ούρα και κόπρανα. Άμεση απομάκρυνση αυτών μετά από ούρηση και κένωση αντίστοιχα.	
12. Χρησιμοποιήστε συστήματα υποστήριξης όπως επιστρώματα αφρού, συσκευές γεμισμένες με νερό, ζελέ, αέρα, κόκκους άμμου, μαξιλάρια, στρώματα εναλλασσόμενης πίεσης και υγροποιημένου αέρα.	Ελάττωση πίεσης και τριβής στο δέρμα.
13. Στους ασθενείς που ανήκουν στη ομάδα υψηλού κινδύνου θα πρέπει να παρακολουθείτε συνεχώς τη διατροφή τους ώστε να λαμβάνουν τροφές πλούσιες σε πρωτεΐνες, με τις απαιτούμενες θερμίδες και αρκετά υγρά.	Διασφάλιση επαρκούς θρέψης και σωστής διατροφής.
14. Πολλές φορές μπορεί να χρειαστεί να χορηγηθούν συμπληρώματα διατροφής που να περιέχουν ψευδάργυρο, χαλκό, σίδηρο, μαγνήσιο και βιταμίνες A, B, C, K, και να παρακολουθούνται από διαιτολόγο.	
15. Διατήρηση κατάλληλης θερμοκρασίας και υγρασίας στον περιβάλλοντα χώρο.	Αποφυγή ανάπτυξης υγρασίας στο δέρμα.
16. Ενθαρρύνετε την έγκαιρη ενεργητική και παθητική κινητοποίηση στον ασθενή,	Μείωση χρόνου κατάκλισης και πίεσης του δέρματος.

(σε συνεργασία με άλλες ειδικότητες).	
17. Ενημερώστε και εκπαιδεύστε το περιβάλλον του ασθενή για την αναγκαιότητα εφαρμογής μέτρων πρόληψης ελκών.	Συνεργασία για αποτελεσματικότερη πρόληψη ανάπτυξης ελκών.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Injury Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers/Injuries: Quick Reference Guide. Emily Haesler (Ed.). EPUAP/NPIAP/PPPIA: 2019.
2. Yap TL, Horn SD, Sharkey PD, Zheng T, Bergstrom N, Colon-Emeric C, et al. Effect of varying repositioning frequency on pressure injury prevention in nursing home residents: TEAM-UP Trial Results. *Advances in Skin & Wound Care* 2022;35(6):315–325.
3. Alshahrani B, Sim J, Middleton R. Nursing interventions for pressure injury prevention among critically ill patients: A systematic review. *Journal of Clinical Nursing* 2021;30(15–16):2151–2168.
4. 2016 WOCN guidelines Wound Ostomy and Continence Nurses Society. Guideline for Prevention and Management of Pressure Ulcers (Injuries). Mt Laurel, NJ: Wound Ostomy and Continence Nurses Society 2016.
5. Avsar P, Moore Z, Patton D, O'Connor T, Budri AM, Nugent L. Repositioning for preventing pressure ulcers: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Wound Care* 2020;29(9):496–508.
6. Shi C, Dumville JC, Cullum N. Support surfaces for pressure ulcer prevention: A network meta-analysis. *PLoS One* 2018;13(2):e0192707.
7. Coleman S, Gorecki C, Nelson EA, Closs SJ, Defloor T, Halfens R, et al. Patient risk factors for pressure ulcer development: systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 2013, 50, (7): 974 – 1003.

8. Shi C, Dumville JC, Cullum N, et al. Beds, overlays and mattresses for treating pressure ulcers. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2021;5(5):CD013624. Published 2021 May 10.
9. Nixon J, Brown S, Smith IL, et al. Comparing alternating pressure mattresses and high-specification foam mattresses to prevent pressure ulcers in high-risk patients: the PRESSURE 2 RCT. Health Technol Assess 2019;23(52):1–176.
10. Saha S, Smith MEB, Totten A, et al. Pressure Ulcer Treatment Strategies: Comparative Effectiveness. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); May 2013.

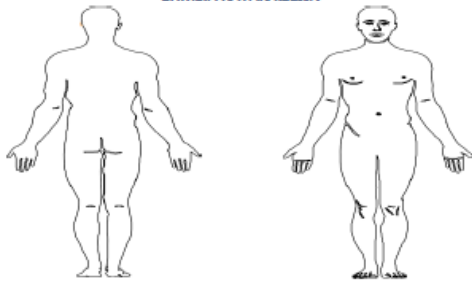


ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

ΑΡ.ΜΗΤΡΩΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ:

ΚΛΙΝΙΚΗ/ΤΜΗΜΑ:

ΑΡ.ΘΑΛΑΜΟΥ: ΚΛΙΝΗ:

ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΕΛΚΩΝ ΠΙΕΣΗΣ						
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ						
Επώνυμο:			Όνομα:		Πατρώνυμο:	
Ημερομηνία Γέννησης:			Ηλικία:			
Διάγνωση:			Συνοδές Παθήσεις:			
Ημερομηνία εισαγωγής:		Εξόδου:	Ημερομηνία Εκτίμησης:		Επανεκτίμησης:	
ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΚΑΤΑΚΛΙΣΗΣ						
ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΔΕΡΜΑ:	ΑΠΩΛΕΙΑ ΔΕΡΜΑΤΟΣ:	☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ	ΣΗΜΕΙΑ ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΩΝ 			
	ΧΡΩΜΑ:	☐ ΕΡΥΘΡΟ				
		☐ ΚΥΑΝΟ				
		☐ ΑΛΛΟ				
	ΣΤΕΓΝΟ:	☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ				
	ΥΓΡΟ:	☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ				
	ΟΙΔΗΜΑΤΩΔΕΣ:	☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ				
	ΣΚΛΗΡΟ:	☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ				
	ΘΕΡΜΟ:	☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ				
	ΨΥΧΡΟ:	☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ				
ΝΕΚΡΩΜΕΝΟΙ ΙΣΤΟΙ:	☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ	ΕΣΧΑΡΑ:	☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ			
ΕΞΙΔΡΩΜΑ:	☐ ΟΡΩΔΕΣ ☐ ΟΡΟΑΙΜΑΤΗΡΟ ☐ ΠΥΩΔΕΣ					
ΟΣΜΗ:	☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ					
ΠΟΝΟΣ:	☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ					
ΣΤΑΔΙΑ ΕΛΚΩΝ ΠΙΕΣΗΣ (ΔΙΕΘΝΗΣ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΕΡΥΑΡ)						
ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ						
ΣΤΑΔΙΟ	ΟΡΙΣΜΟΣ	ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ	1ο έλκος	2ο έλκος	3ο έλκος	
1	Ερύθημα χωρίς επαναφορά σε δέρμα που δεν έχει λύση της συνέχειας	Δυσχρωμία δέρματος, θερμότητα, οίδημα και σκληρία ειδικότερα σε άτομα με πιο σκούρο δέρμα	☐	☐	☐	
2	Μερικού πάχους απώλεια δέρματος	Επηρεάζει την επιδερμίδα, το δέρμα ή και τα δύο. Το έλκος είναι επιφανειακό και εμφανίζεται κλινικά σαν εκδορά ή σαν φλύκταινα	☐	☐	☐	
3	Ολικού πάχους απώλεια δέρματος	Περιλαμβάνει επίσης καταστροφή του υποδόριου ιστού που μπορεί να επεκταθεί προς τα κάτω αλλά όχι διαμέσου της υποκείμενης περιτονίας	☐	☐	☐	
4	Εκτεταμένη βλάβη	Νέκρωση ιστών, βλάβη στο μυ ,στα οστά ή στις υποστηρικτικές δομές με ή χωρίς ολικού πάχους απώλεια δέρματος	☐	☐	☐	
5	Ασταδιοποίητο	Ολικού πάχους απώλεια ιστού ή δέρματος αγνώστου βάθους. Το έλκος είναι πλήρως καλυμμένο με εσχάρα	☐	☐	☐	
6	Υποψία βλάβης εν τω βάθει ιστών	Μωβ ή κυανέρυθρη εντοπισμένη περιοχή δυσχρωματισμού του επιτολούς δέρματος ή φυσαλίδα γεμάτη με αίμα εξαιτίας βλάβης των υποκείμενων μαλακών μορίων. Οι παρακείμενοι ιστοί μπορεί να είναι σφικτοί, μαλακοί, εύθρυπτοι, ψυχροί ή θερμοί	☐	☐	☐	

