

ΤΟ ΒΗΜΑ ΤΟΥ ΑΣΚΛΗΠΙΟΥ

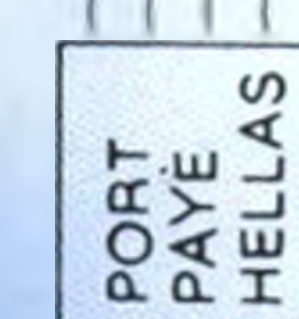
VEMA OF ASKLIPIOS

OCTOBER-DECEMBER 2002 VOLUME 1 No 4

QUARTERLY EDITION BY THE 1st NURSING DEPARTMENT
OF ATHENS TECHNOLOGICAL EDUCATIONAL INSTITUTION

Ανακουφιστική φροντίδα σε παιδιά με καρκίνο
Ανακουφιστική φροντίδα σε ναυτία και έμετο
Διασχιστική (ψυχογενής) αμνησία
Η πορεία του Εθνικού Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα
Εφαρμογή πρωτοκόλλου για την αντιμετώπιση
των κατακλίσεων
Κακόηθες μελάνωμα στομάχου

Palliative care for children
Palliative care in nausea and vomiting
Dissociative (psychogenic) amnesia
The course of the National Health System in Greece
The implementation of nursing protocol
for the management of pressure
Malignant melanoma of stomach



ΕΝΤΥΠΟ ΚΛΕΙΣΤΟ ΑΡ. ΑΔΕΙΑΣ 1459/99

ΒΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ

Κατεχάκη & Αδριανείου 3 - 115 25 ΑΘΗΝΑ

Περιεχόμενα**Από τη σύνταξη** 163**Ανασκοπήσεις****Ανακουφιστική φροντίδα σε παιδιά με καρκίνο.**
Α. Αυγέρης 164**Ανακουφιστική φροντίδα σε ναυτία και έμετο σε ασθενείς με νεοπλασματική νόσο.** Ε. Θεοδοσοπούλου, Ζ. Τσαμπαλάκη 169**Διασχιστική (ψυχογενής) αμνησία. Κλινική περιγραφή, επιδημιολογία, αιτιολογικές υποθέσεις, διαγνωστικές-θεραπευτικές προσεγγίσεις.** Ν. Μόσχος 178**Η πορεία του Εθνικού Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα από το 19ο αιώνα μέχρι σήμερα και η ανάγκη ριζικών θεσμικών αλλαγών στη δομή και το ρόλο του.** Ε. Λαχανά, Σ. Κοτρώτσιου 186**Ερευνητική εργασία****Αποτελέσματα εφαρμογής νοσηλευτικού πρωτοκόλλου για την αντιμετώπιση των κατακλίσεων στο 251 Γενικό Νοσοκομείο Αεροπορίας.** Σ. Διαμάντη, Σ. Μποζώνη, Ε. Αποστολίδη, Α. Σαρπούλου, Ε. Αναστασοπούλου, Μ. Ανδριακοπούλου 194**Ενδιαφέρουσα περίπτωση****Κακόηθες μελάνωμα στομάχου. Παρουσίαση περιστατικού με άγνωστη πρωτοπαθή εστία.** Θ.Γ. Οικονόμου, Δ. Τσούτσος, Κ. Φραγκιά, Ε. Γκόγκα, Σ. Παπαδόπουλος, Β. Γεωργούντζος, Ι. Ιωάννοβιτς 201**Περιεχόμενα τόμου 1** 204**Οδηγίες για τους συγγραφείς** 207**Contents****From the editors** 163**Reviews****Palliative care in children with cancer**
A. Avgeris 164**Palliative care of nausea and vomiting in patients with cancer.** E. Theodosopoulou, Z. Tsabalaki 169**Dissociative (psychogenic) amnesia. Clinical description, epidemiology, etiological hypotheses, diagnostical-therapeutical approaches.** N. Moschos 178**The course of the National Health System in Greece from the 19th century until today and the necessity for radical statutorial modifications in this structure and its role.** E. Lachana, S. Kotrotsiou 186**Original paper****The outcomes of implementation of nursing protocol for pressure ulcers management in 251 Hellenic Air Force hospital.** S. Diamanti, S. Bozoni, E. Apostolidi, A. Saropoulou, E. Anastasopoulou, M. Andriakopoulou 194**Case report****Malignant melanoma of the stomach. Report of a case presenting with unknown primary lesion.** T.G. Iconomou, D. Tsoutsos, K. Frangia, H. Gogas, S. Papadopoulos, V. Georgountzos, J. Ioannovich 201**Contents of volume 1** 204**Instructions to authors** 207

Αποτελέσματα εφαρμογής νοσηλευτικού πρωτοκόλλου για την αντιμετώπιση των κατακλίσεων στο 251 Γενικό Νοσοκομείο Αεροπορίας

Σ. Διαμάντη,¹
 Σ. Μποζώνη,²
 Ε. Αποστολίδη,³
 Α. Σαροπούλου,³
 Ε. Αναστασοπούλου,³
 Μ. Ανδριακοπούλου³

¹Ειδικευμένη Κλινική Νοσηλεύτρια ΠΕ

²Ειδικευμένη Κλινική Νοσηλεύτρια ΠΕ, MSc

³Νοσηλεύτρια ΠΕ, 251 Γενικό Νοσοκομείο Αεροπορίας, Αθήνα

Λέξεις κλειδιά: Κατακλίσεις, κλίμακες αξιολόγησης κινδύνου, αιτιολογικοί παράγοντες κατακλίσεων, σταδιοποίηση κατακλίσεων

Key words: Pressure ulcers, pressure sores, risk assessment tools, causative factors, wound management, classification

Σκοπός Οι κατακλίσεις αποτελούν πρόβλημα για ένα μεγάλο αριθμό ασθενών με χρόνια νοσήματα και περιορισμό της κινητικότητας που ακόμη και σήμερα αποτελεί κύριο μέλημα για τους επαγγελματίες υγείας. Έρευνες έχουν δείξει ότι από ενήλικες νοσηλευόμενους ασθενείς ποσοστό 6,2-9,4% έχει τουλάχιστον μία κατάκλιση κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους, ενώ η επίπτωση των κατακλίσεων στους ηλικιωμένους είναι αρκετά μεγαλύτερη. Σκοπός της έρευνας ήταν να καταγραφεί η συχνότητα εμφάνισης κατακλίσεων, τα χαρακτηριστικά του πληθυσμού που εμφανίζουν κατακλίσεις σε σχέση με αιτιολογικούς παράγοντες και η αποτελεσματικότητα της εφαρμογής του πρωτοκόλλου. **Υλικό-Μέθοδος** Το δείγμα της έρευνας αφορούσε όλους τους ασθενείς με κατακλίσεις στο διάστημα από Ιανουάριο του 1999 έως και Μάιο του 2000. Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν τα έντυπα καταγραφής κατακλίσεων τα οποία συμπληρώνονταν από την Επιτροπή κατακλίσεων. Οι ασθενείς αξιολογήθηκαν για τον κίνδυνο δημιουργίας κατακλίσεων με την κλίμακα Norton κατά την εισαγωγή τους στο νοσοκομείο και παρουσίασαν μία ή και περισσότερες κατακλίσεις κατά τη νοσηλεία τους. Παρουσιάζεται η συσχέτιση της δημιουργίας των κατακλίσεων με αιτιολογικούς και επιβαρυντικούς παράγοντες, τη διάγνωση και την πορεία-έκβαση μετά την εφαρμογή των θεραπευτικών μέσων. **Αποτελέσματα** Καταγράφησαν 406 κατακλίσεις επί δείγματος 240 ασθενών. Ποσοστό 35,8% παρουσίαζαν κατακλίσεις κατά την είσοδό τους στο Νοσοκομείο. Το μεγαλύτερο ποσοστό κατακλίσεων εμφανίστηκε σε ασθενείς ηλικίας 60-80 ετών. Σημαντικά ήταν επίσης τα αποτελέσματα όσον αφορά στην κατανομή των κατακλίσεων ανά κλινική, εντόπιση και σταδιοποίηση καθώς και ο ρόλος που παίζει στην εμφάνιση των κατακλίσεων η ύπαρξη παραγόντων κινδύνου. **Συμπεράσματα** Τα περισσότερα αποτελέσματα συμφωνούν με αντίστοιχες έρευνες που πραγματοποιήθηκαν σε Ευρώπη και ΗΠΑ σε ασθενείς με κατακλίσεις. Τα αποτελέσματα της έρευνας βοηθούν στο να εστιασθεί η προσοχή μας σε συγκεκριμένες κατηγορίες ασθενών και στο να ενταθούν τα προληπτικά μέτρα με σκοπό τη μείωση της συχνότητας των κατακλίσεων. Κρίνεται αναγκαίο για κάθε νοσοκομείο να έχει μια στρατηγική αντιμετώπισης των κατακλίσεων και ως μέρος αυτής της στρατηγικής απαιτείται κατάλληλος τρόπος καταγραφής για την εξασφάλιση καλύτερης παρακολούθησης και παροχής ποιοτικής φροντίδας στους ασθενείς.

Abstract The outcomes of implementation of nursing protocol for pressure ulcers management in 251 Hellenic Air Force hospital. S. Diamanti,¹ S. Bozoni,² E. Apostolidi,³ A. Saropoulou,³ E. Anastasopoulou,³ M. Andriakopoulou.³ ¹RN, Clinical Nurse Specialist, ²RN, Clinical Nurse Specialist, ³RN, MSc, MA (ED), Clinical Nurse Specialist 251 General Air Force Hospital. *Vema of Asklepios* 2002, 1(4):194-200. **Objective** Historically, pressure ulcers have been seen as a nursing problem, and still are to a certain extent today. Research has shown that 6.2-9.4% of all adult hospitalized patients will develop a pressure ulcer. This number seems to be increased in the elderly. The goal of this study was the management and evaluation of patients at high risk for pressure ulcer development in 251 General Airforce Hospital. **Material-Method** The

sample consisted of all patients with pressure ulcers between January 1999 and May 2000. A specific registration form was used for data collection. All these patients were evaluated for risk of pressure ulcer development and risk factors, diagnosis and effectiveness of treatment. Results Four hundred six pressure ulcers recorded in 240 patients. 35.8% of those patients had already one pressure ulcer during their admission. Other important results regarding stage, location and division in nursing wards were also recorded. Conclusions This study was very helpful in understanding the effectiveness and importance of skin care team in our hospital, for and effective management of patients with pressure ulcers. The results of this study also help nursing staff to pay attention in specific patients and apply the appropriate care.

Η αντιμετώπιση των τραυμάτων έγινε νοσηλευτική ευθύνη το 1930 όταν έμπειρες νοσηλεύτριες εκπαιδεύτηκαν στη φροντίδα και αλλαγή επιθεμάτων σε τραύματα.¹ Τα τελευταία 10 χρόνια δίνεται μεγαλύτερη έμφαση στην οργανωμένη αντιμετώπιση των κατακλίσεων λόγω των περισσότερων προϊόντων και αλλαγών στη φροντίδα των τραυμάτων. Η σωστή και ολιστική αντιμετώπιση των κατακλίσεων σήμερα πρέπει να γίνεται οργανωμένα και από νοσηλευτές με τις κατάλληλες γνώσεις και την ανάλογη κατάρτιση.

Το 251 Γενικό Νοσοκομείο Αεροπορίας είναι από τα λιγοστά νοσοκομεία στην Ελλάδα όπου αντιμετωπίζεται οργανωμένα το πρόβλημα των κατακλίσεων. Η προσπάθεια ξεκίνησε το 1996 με τη δημιουργία μιας επιτροπής, αποτελούμενης από Νοσηλευτές, Φυσίατρο, Διαιτολόγο και με επικεφαλής τον Διευθυντή της Πλαστικής Χειρουργικής. Ο σκοπός της δημιουργίας της επιτροπής αυτής ήταν η καταγραφή της συχνότητας των κατακλίσεων στο νοσοκομείο και η σύνταξη πρωτοκόλλου για την αντιμετώπισή τους.

Το πρωτόκολλο αυτό περιλαμβάνει την αναγνώριση ασθενών που διατρέχουν κίνδυνο κατάκλισης, τη σταδιοποίηση των κατακλίσεων, τα μέτρα πρόληψης και θεραπείας και τέλος την καταγραφή των παραπάνω. Η εφαρμογή του πρωτοκόλλου, η εκπαίδευση του προσωπικού και η αποτελεσματικότητά του ελέγχεται από πενταμελή επιτροπή νοσηλευτών με επισκέψεις στις ΝΜ μια φορά την εβδομάδα.

Η αξιολόγηση των ασθενών που κινδυνεύουν να εμφανίσουν κατακλίσεις επιτυγχάνεται με τη χρήση ειδικής κλίμακας. Τέτοιες κλίμακες (όπως των Norton, Waterlow, Braden)²⁻⁴ περιλαμβάνουν παράγοντες που συμβάλουν στη δημιουργία κατακλίσεων (όπως ακινησία, ηλικία, ΣΒ, κ.ά.).^{5,6}

Στο 251 ΓΝΑ χρησιμοποιείται μια κλίμακα που συνδυάζει 7 παράγοντες από την κλίμακα Norton και Waterlow. Κάθε παράγοντας βαθμολογείται από 1-4 με σύνολο 28 βαθμών. Οι ασθενείς με σύνολο κάτω από 19 διατρέχουν κίνδυνο εμφάνισης κατακλίσεων.

Για τη σταδιοποίηση των κατακλίσεων χρησιμοποιείται κλίμακα 4 σταδίων.⁴⁻⁶ Ανάλογα με το στάδιο εφαρμόζεται και η αντίστοιχη τοπική θεραπεία σύμφωνα με το πρωτόκολλο.

Το στάδιο, ο εντοπισμός, η τοπική θεραπεία και όλα τα στοιχεία που αφορούν τους ασθενείς με κατακλίσεις καταγράφονται σε ειδικά έντυπα.

Τα στοιχεία που θα αναφερθούν παρακάτω είναι αποτέλεσμα έρευνας που πραγματοποιήθηκε στο 251 ΓΝΑ σε ασθενείς με κατακλίσεις.

Σκοπός της έρευνας ήταν να καταγραφεί η συχνότητα εμφάνισης κατακλίσεων, τα χαρακτηριστικά του πληθυσμού που εμφανίζουν κατακλίσεις σε σχέση με αιτιολογικούς παράγοντες και η αποτελεσματικότητα της εφαρμογής του πρωτοκόλλου.

Υλικό και μέθοδος

Το δείγμα της έρευνας αφορούσε όλους τους ασθενείς με κατακλίσεις στο διάστημα από τον Ιανουάριο του 1999 έως και τον Μάιο του 2000.

Οι μεταβλητές που καταγράφηκαν ήταν: η ηλικία, η κλινική, το σύνολο των ημερών νοσηλείας, οι ημέρες που χρειάστηκαν για τη δημιουργία κατάκλισης, η ύπαρξη νόσου σχετιζόμενης με την εμφάνιση κατάκλισης, το σύνολο της κλίμακας Norton, η διαιτητική αγωγή, ο εντοπισμός και ο βαθμός των κατακλίσεων, η τοπική θεραπεία, η έκβαση της κατάκλισης και η τελική έκβαση της νόσου για την οποία πραγματοποιήθηκε εισαγωγή στο νοσοκομείο (πίν. 1).

Πίνακας 1. Μεταβλητές που καταγράφηκαν.

Ηλικία
Κλινική
Συνοδικές ημέρες νοσηλείας
Ύπαρξη σχετιζόμενης νόσου
Score κλίμακας Norton
Εντόπιση κατάκλισης
Στάδιο κατάκλισης
Τοπική θεραπεία
Έκβαση κατάκλισης
Τελική έκβαση νόσου

Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν τα έντυπα καταγραφής κατακλίσεων τα οποία συμπληρώνονταν από την επιτροπή κατακλίσεων.

Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων έγινε με την εφαρμογή του λογισμικού πακέτου SPSS, version 8 και 10. Επίσης εφαρμόσαμε το chi-square test σε μερικές από τις παραπάνω μεταβλητές για να διαπιστώσουμε αν οι τιμές που παρατηρήθηκαν διέφεραν από τις θεωρητικά αναμενόμενες. Η εφαρμογή του παραπάνω τεστ έδειξε ότι όλες οι περιπτώσεις δεν έχουν την ίδια συχνότητα εμφάνισης, (δεν υπάρχει δηλαδή τυχαία κατανομή στα αποτελέσματα). Επίσης είναι υπό διερεύνηση μια πολυμεταβλητή στατιστική ανάλυση με factor/cluster analysis με σκοπό να ελέγξουμε αν τα ευρήματα μπορούν να προδικάσουν την εμφάνιση κατακλίσεων από τη στιγμή της εισαγωγής του ασθενή στο νοσοκομείο.

Αποτελέσματα

Επειδή ορισμένες παράμετροι της έρευνας αφορούσαν αποκλειστικά τα έλκη των κατακλίσεων (π.χ. εντοπισμός, βαθμός, τοπική θεραπεία) και ορισμένοι ασθενείς παρουσίαζαν περισσότερες από μία κατακλίσεις, η εξέταση των αποτελεσμάτων έγιναν χωριστά για τους ασθενείς με κατακλίσεις και χωριστά για τα έλκη κατακλίσεων.

Συνολικά καταγράφηκαν 406 κατακλίσεις σε 234 (1,68%) ασθενείς σε όλες τις ΝΜ, σε σύνολο 13.866 νοσηλευομένων στο συγκεκριμένο χρονικό διάστημα.

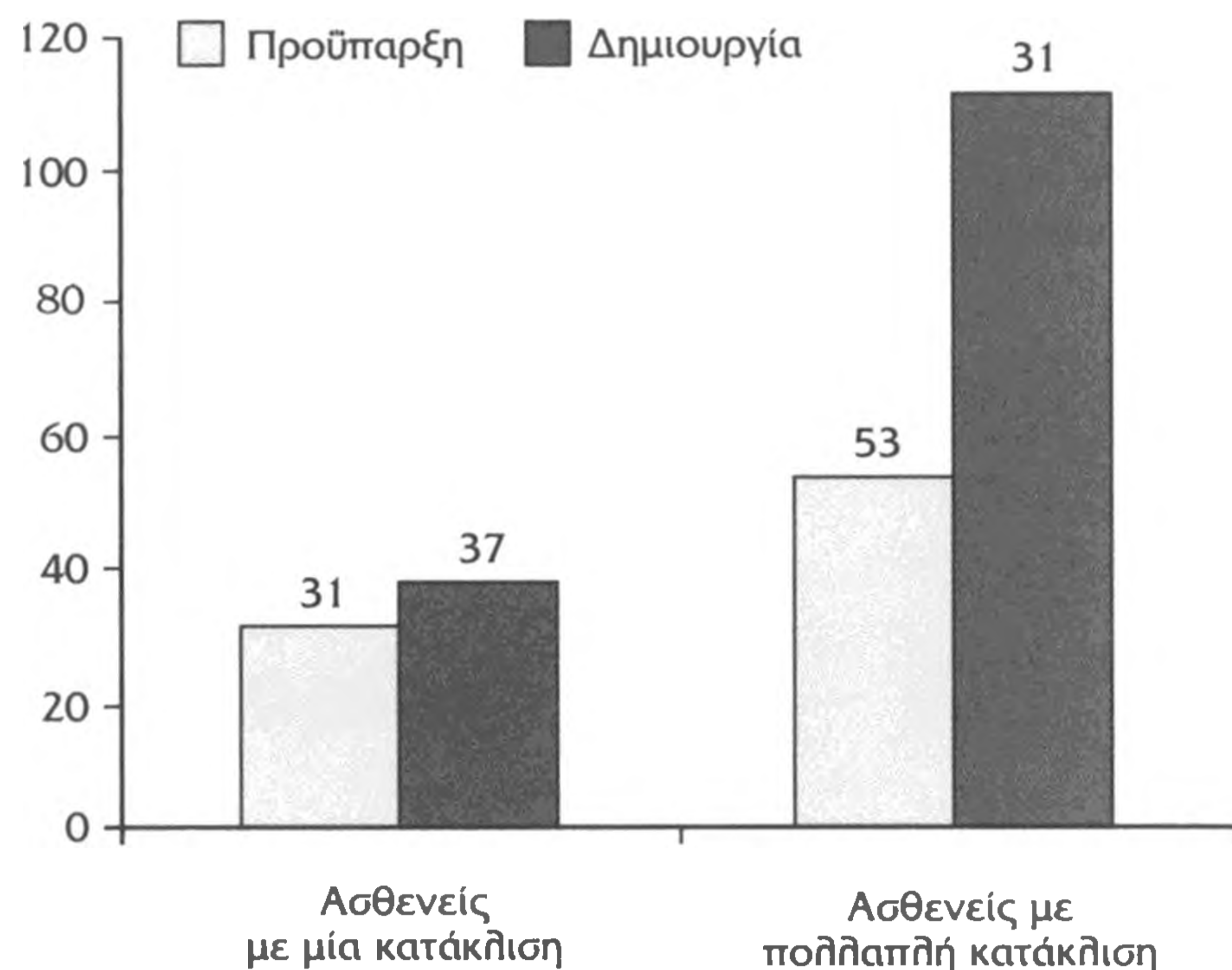
Από τους 234 ασθενείς οι 84 (35,8%) παρουσίαζαν κατακλίσεις κατά την είσοδο τους στο Νοσοκομείο. Επίσης 144 (61,5%) ασθενείς από τους 234 παρουσίαζαν μία μόνο κατάκλιση ενώ 90 (38,5%) ασθενών εμφάνισαν περισσότερες από μία (εικ. 1).

Το μεγαλύτερο ποσοστό κατακλίσεων 47,85% εμφανίστηκε σε ασθενείς ηλικίας 60–80 ετών, με δεύτερη σε σειρά εμφάνισης τους ασθενείς άνω των 80 ετών. Τα ευρήματα αυτά συμφωνούν με αντίστοιχες έρευνες όπου αναφέρεται ότι το 85% των ασθενών με κατακλίσεις είναι άνω των 65 ετών (πίν. 2).⁷⁻⁹

Επιπλέον, έχει παρατηρηθεί ότι η ανάπτυξη κατακλίσεων και η καθυστερημένη επούλωσή τους στους ηλικιωμένους, αυξάνει σημαντικά το ποσοστό θνητότητας.^{9,10} Επίσης ασθενείς με πολλαπλές κατακλίσεις εμφανίζουν υψηλά ποσοστά θνητότητας.⁹⁻¹¹ Το 46,67% των ασθενών με πολλαπλές κατακλίσεις απεβίωσαν (πίν. 3).

Όσον αφορά στην κατανομή των ασθενών με κατακλίσεις ανά κλινική, η Ογκολογική/Αιματολογική εμφάνισε το μεγαλύτερο ποσοστό, με δεύτερη σε σειρά τη ΜΕΘ, αν και οι περισσότερες αριθμητικά κατακλίσεις καταγράφησαν στην Ορθοπεδική κλινική (πίν. 4).

Όσον αφορά στη διάρκεια Νοσηλείας τους, οι περισσότεροι από αυτούς παρέμειναν στο Νοσοκομείο από 11–20 ημέρες (εικ. 2), η δημιουργία όμως των περισ-



Εικόνα 1. Προϋπαρξη και πολλαπλότητα κατακλίσεων.

Πίνακας 2. Κατανομή κατακλίσεων ανά ηλικία.

Ηλικία	Κατακλίσεις	%
18–40	6	2,29
41–60	14	5,90
61–80	112	47,85
>80	102	43,96

Πίνακας 3. Τελική έκβαση νόσου σε σχέση με τον αριθμό κατακλίσεων.

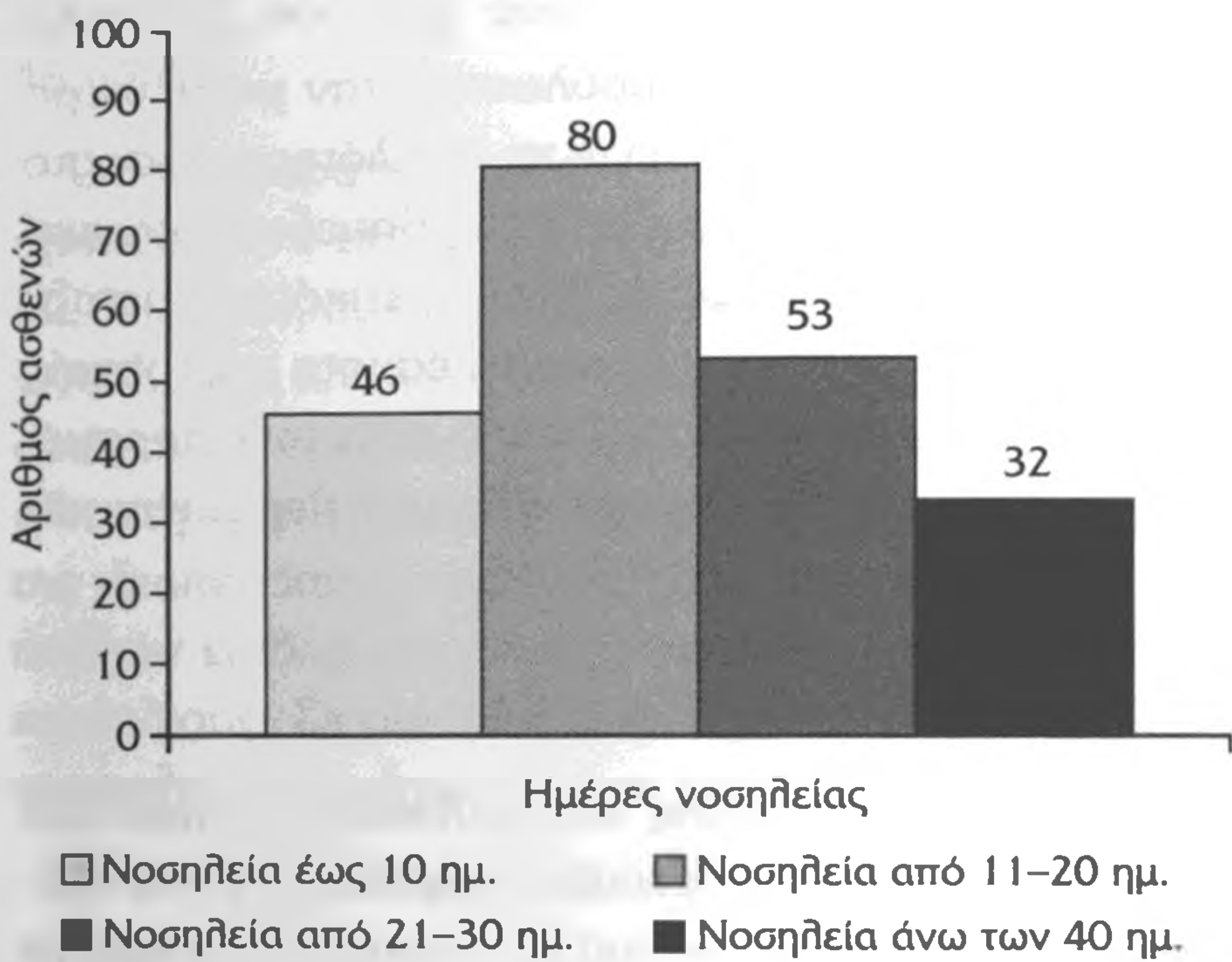
Έκβαση νόσου	Ασθενείς με κατακλίσεις	%
Πολλαπλές κατακλίσεις		
Εξιτήριο	47	52,22
Απεβίωσαν	42	46,67
Παραμένουν	1	1,1
Μονές κατακλίσεις		
Εξιτήριο	90	62,5
Απεβίωσαν	53	36,8
Παραμένουν	1	0,7

σοτέρων κατακλίσεων (53,3%) παρουσιάστηκε κατά το πρώτο 10ήμερο από την εισαγωγή τους (εικ. 3). Τα ευρήματα συμφωνούν με παρόμοιες έρευνες που έδειξαν ότι αυξημένο ποσοστό κατακλίσεων δημιουργείται τις 2 πρώτες εβδομάδες εισαγωγής λόγω της οξείας φάσης της νόσου και της κρισιμότητας της κατάστασης των ασθενών κατά τη διάρκεια των πρώτων ημερών νοσηλείας.¹¹⁻¹³

Η κλίμακα για τον κίνδυνο εμφάνισης κατακλίσεων συμπληρώθηκε σε 188 από τους 234 ασθενείς. Σε 18 από αυτούς δεν συμπληρώθηκε καθόλου, ενώ στους 28 ασθενείς της ΜΕΘ συμπληρώθηκε διαφορετική κλίμα-

Πίνακας 4. Κατανομή κατακλίσεων ανά κλινική.

Κλινική	Ασθενείς με κατάκλιση	%
Παθολογική	85	2,17
Ορθοπεδική	37	2,9
ΜΕΘ	28	5,4
Αιματολογική	25	5,6
Πνευμονολογική	20	3,12
Νευρολογική	8	0,87
Καρδιολογική	7	0,59
Χειρουργική	8	0,32
Γαστρεντερολογική	6	1,5
Νευροχειρουργική	6	0,6
Ουρολογική	3	0,36

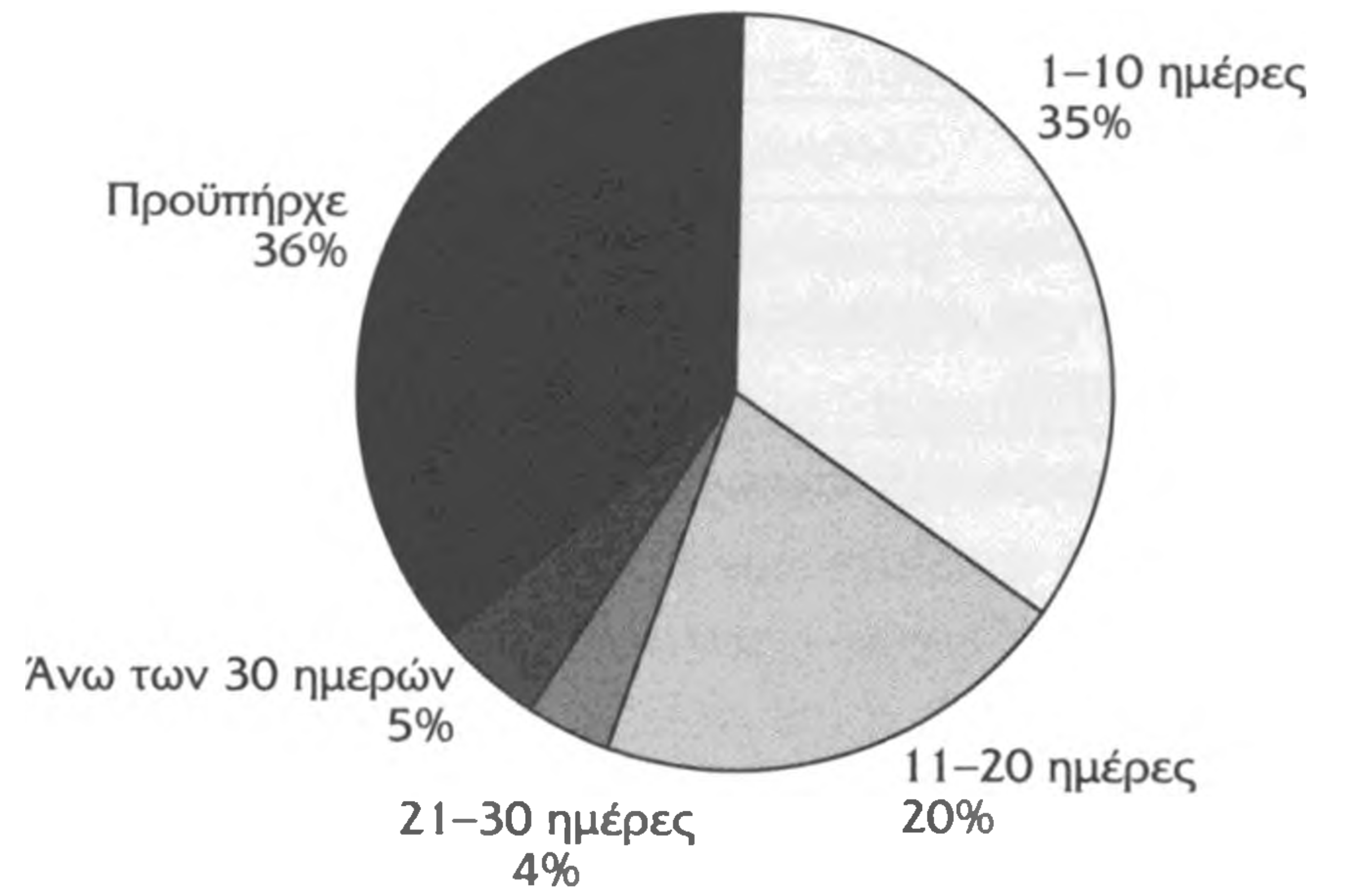


Εικόνα 2. Χρόνος νοσηλείας ασθενών με κατακλίσεις.

κα.¹² Από αυτούς στους οποίους συμπληρώθηκε η κλίμακα το 70,3% παρουσίαζαν σύνολο κάτω από 19 που είναι ενδεικτικό για την ύπαρξη κινδύνου για εμφάνιση κατακλίσεων (πίν. 5).

Επειδή στην κλίμακα αξιολόγησης κινδύνου που χρησιμοποιείται στο 251 ΓΝΑ δεν περιλαμβάνονται νοσήματα που σχετίζονται με την εμφάνιση κατακλίσεων όπως συμβαίνει σε άλλες κλίμακες, θεωρήσαμε απαραίτητη την έρευνα για ύπαρξη τέτοιου νοσήματος στους ασθενείς που εμφάνισαν κατακλίσεις. Στο 59,9% των ασθενών με κατάκλιση υπήρχε νόσος που σχετιζόταν με τη δημιουργία κατάκλισης. Τα μεγαλύτερα ποσοστά εμφανίστηκαν σε ασθενείς που βρίσκονταν σε κωματώδη/ημικωματώδη κατάσταση λόγω ΑΕΕ ή ΚΕΚ, σε ασθενείς ΜΕΘ και σε ασθενείς με μεγάλες ορθοπεδικές επεμβάσεις κάτω άκρων (εικ. 4).

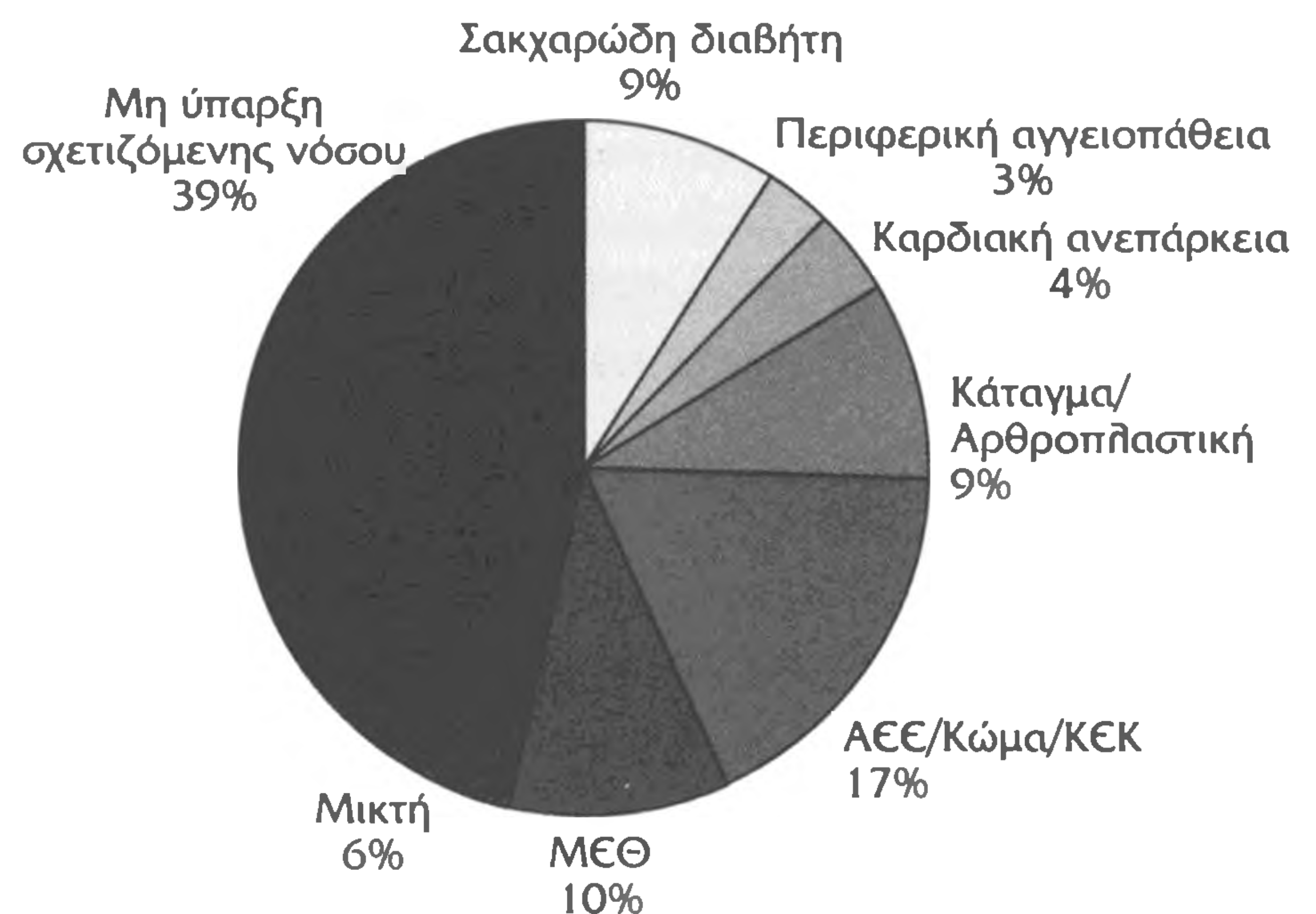
Από τους ασθενείς με κλίμακα πάνω από 19 που σημαίνει ότι δεν διέτρεχαν κίνδυνο για δημιουργία



Εικόνα 3. Ημέρες νοσηλείας και εμφανίσεις κατακλίσεων.

Πίνακας 5. Αξιολόγηση ασθενών κατά Norton.

Score Norton	Αριθμός ασθενών	%
<19	132	70,3
>19	56	29,7



Εικόνα 4. Κατακλίσεις και σχετιζόμενα με αυτές νοσήματα.

κατάκλισης, το 67,8% είχαν νόσο σχετιζόμενη με εμφάνιση κατάκλισης (πίν. 6).

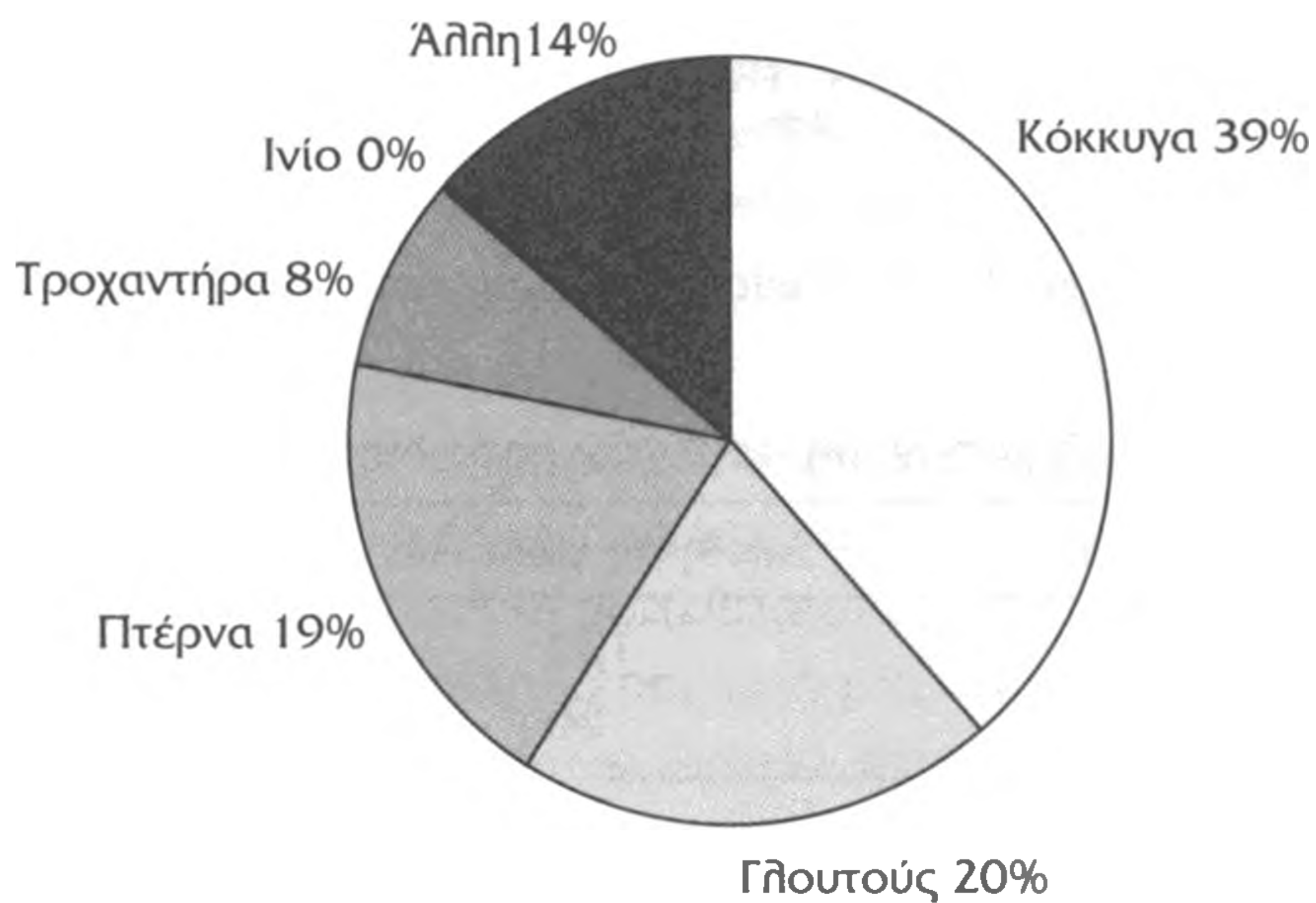
Τα επόμενα στοιχεία αφορούν πληροφορίες σχετικά με τα τοπικά χαρακτηριστικά των κατακλίσεων και την τοπική θεραπεία. Το μεγαλύτερο ποσοστό κατακλίσεων (39%) εντοπίζεται στην περιοχή του κόκκυγα, με δεύτερη θέση εντόπισης τους γλουτούς (εικ. 5).

Όσον αφορά τη σταδιοποίηση οι περισσότερες κατακλίσεις (59%) ήταν 2ου βαθμού, ενώ 84 κατακλίσεις δεν ήταν δυνατόν να σταδιοποιηθούν λόγω ύπαρξης νεκρωτικής εσχάρας (εικ. 6). Οι μεγαλύτερες σε βαθμό κατακλίσεις 3ου και 4ου παρατηρήθηκαν σε ασθενείς

Πίνακας 6. Norton και ύπαρξη νόσου σχετιζόμενης με κατάκλιση.

	Αριθμός ασθενών	%
Συνύπαρξη νόσου		
σχετιζόμενη με κατάκλιση	38	67,8
Απουσία νόσου	18	32,2

(Norton με score >19 είχαν 56 ασθενείς -29,7%)

**Εικόνα 5.** Εντόπιση κατακλίσεων.

ηλικίας άνω των 60 ετών, ενώ σε μικρότερες ηλικίες δεν είχαμε μεγάλου βάθους κατάκλιση.

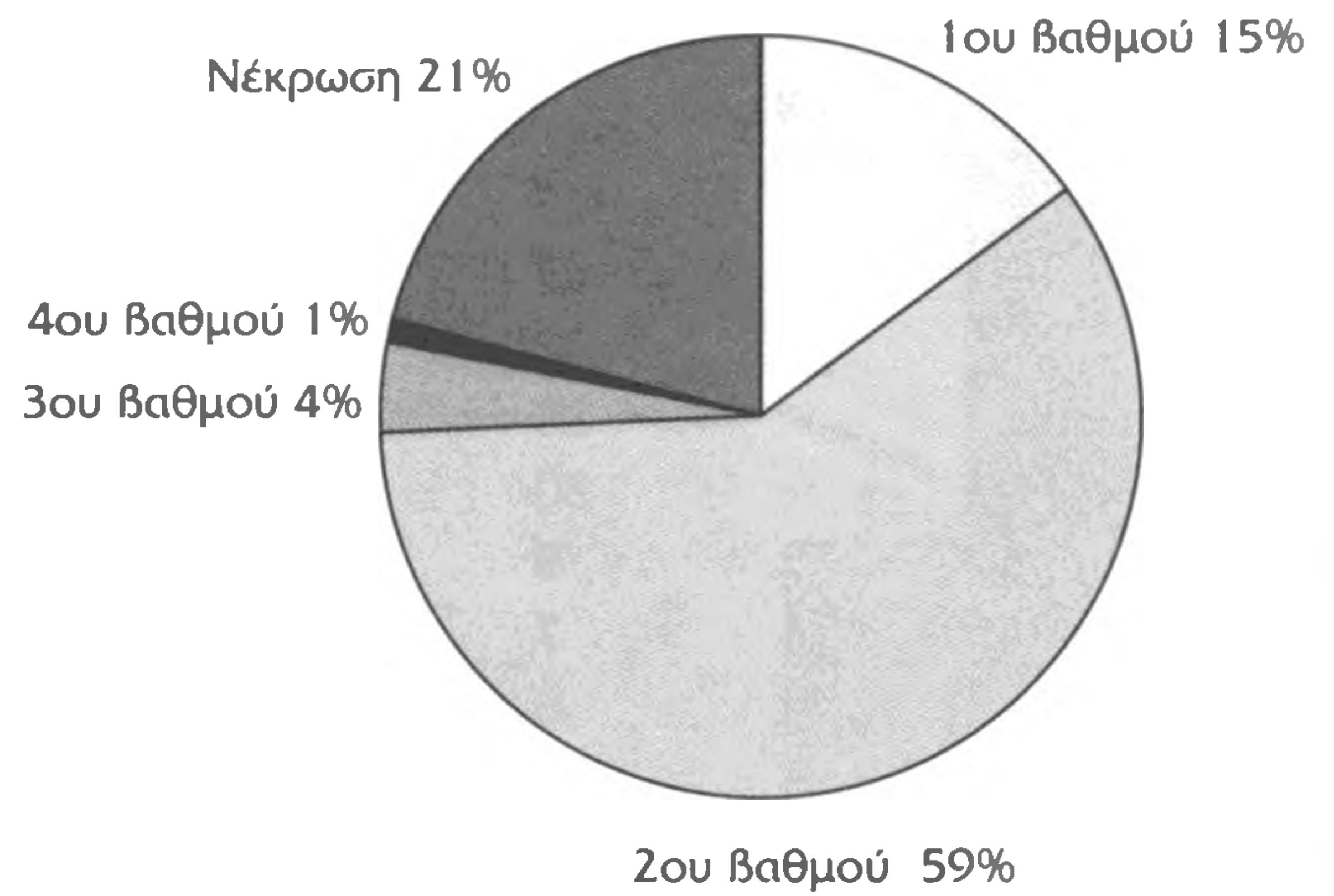
Η τοπική θεραπεία έγινε ανάλογα με το στάδιο της κατάκλισης, την ύπαρξη νέκρωσης και την εμφάνιση φλεγμονής. Σε όλους τους ασθενείς που διέτρεχαν κίνδυνο εμφάνισης κατάκλισης εφαρμόζονται προληπτικά μέτρα όπως, αλλαγές θέσης, χρήση ειδικών στρωμάτων κ.ά. Στις περισσότερες κατακλίσεις 2ου και 3ου βαθμού χρησιμοποιήθηκαν αυτοκόλλητα επιθέματα τελευταίας γενιάς και συγκεκριμένα 2 κατηγορίες, υδροκολλοειδή και υδροκυτταρικά.

Η αποτελεσματικότητα αυτών των υλικών, όσον αφορά την έκβαση των κατακλίσεων, κρίνεται ικανοποιητική αφού το 61,1% των κατακλίσεων στις οποίες χρησιμοποιήθηκαν υδροκυτταρικά επιθέματα και το 62,7% των κατακλίσεων στις οποίες χρησιμοποιήθηκαν υδροκολλοειδή επιθέματα, παρουσίασαν βελτίωση με σμίκρυνση των ορίων τους μέχρι και πλήρη επούλωση (πίν. 7).

Πίνακας 7. Αποτελεσματικότητα τοπικής θεραπείας.

Τοπική θεραπεία	Εφαρμογή σε αριθμό κατακλίσεων	Επούλωση	Βελτίωση
Υδροκυτταρικό επίθεμα	144 (35,46%)	35 (24,3%)	53 (61,1%)
Υδροκολλοειδές επίθεμα	172 (42,36%)	49 (28,4%)	59 (62,7%)

Η σχέση θεραπείας και αποτελεσματικότητας είναι στατιστικά σημαντική για διάστημα εμπιστοσύνης 95%, P=0,05

**Εικόνα 6.** Σταδιοποίηση κατακλίσεων.

Το ποσοστό βελτίωσης-επούλωσης ήταν μεγαλύτερο στην Παθολογική κλινική ενώ το υψηλότερο ποσοστό επιδείνωσης παρατηρείται στην Ορθοπαιδική κλινική γεγονός που υποδηλώνει τη διαφορετικότητα μεταξύ των κλινικών όσον αφορά τα αποτελέσματα της τοπικής θεραπείας και επιβάλλει τη διερεύνηση των παραμέτρων της σωστής ή όχι εφαρμογής των θεραπευτικών μέτρων.

Συζήτηση

Η συχνότητα εμφάνισης κατακλίσεων σε αυτή την έρευνα ήταν 1,68% για το συγκεκριμένο χρονικό διάστημα στο οποίο έλαβε χώρα η έρευνα. Το ποσοστό αυτό συγκριτικά με αντίστοιχες έρευνες του εξωτερικού φαίνεται να είναι χαμηλότερο (2,7-66%, 3-10%).^{9,10} Κατά τη διάρκεια της έρευνας βρισκόταν ήδη σε εφαρμογή το πρωτόκολλο πρόληψης και θεραπείας κατακλίσεων του νοσοκομείου. Αυτό φαίνεται ότι συνέβαλλε σημαντικά στο σχετικά χαμηλό ποσοστό εμφάνισης κατακλίσεων.

Επίσης σημαντικό ήταν το ποσοστό ασθενών που παρουσίαζαν ήδη κατάκλιση κατά την εισαγωγή τους στο νοσοκομείο (35,8% των καταγεγραμμένων κατακλίσεων). Αυτό το ποσοστό δείχνει το πρόβλημα της εμφάνισης κατακλίσεων σε ασθενείς που παραμένουν στο σπίτι ή σε ιδρύματα χρονίων πασχόντων και γηροκομεία. Το πρόβλημα γίνεται μεγαλύτερο όταν αυτοί οι ασθενείς εισάγονται σε ένα Γενικό Νοσοκομείο. Η ύπαρξη κατα-

κλίσεων επιμηκύνει το χρόνο νοσηλείας τους, επηρεάζει την έκβαση της νόσου του, αυξάνει το κόστος νοσηλείας και απαιτεί περισσότερο χρόνο φροντίδας από το νοσηλευτικό προσωπικό. Το 47,85% των ασθενών με κατακλίσεις ήταν ηλικίας μεταξύ 60 και 80 ετών. Αυτό συμφωνεί με αντίστοιχες έρευνες και αποτελεί έναν σημαντικό παράγοντα για την εμφάνιση κατακλίσεων ο οποίος πρέπει να λαμβάνεται υπόψη στις παραμέτρους κινδύνου για την εμφάνιση των κατακλίσεων.

Αρκετοί ασθενείς από αυτούς που εμφάνισαν κατακλίσεις (38,5%) παρουσίαζαν περισσότερες από 1 κατακλίσεις. Έρευνες έχουν δείξει ότι η εμφάνιση κατακλίσεων αυξάνει τη θνησιμότητα ιδίως σε ηλικιωμένους ασθενείς. Ο πολλαπλός εντοπισμός των κατακλίσεων φαίνεται επίσης να επηρεάζει τη θνητότητα των ασθενών, που στη συγκεκριμένη έρευνα φτάνει το 46,67%.

Όσον αφορά την κατανομή κατακλίσεων ανά κλινική προκύπτει ότι σημαντικά ποσοστά καταγράφηκαν στην ΜΕΘ (5,4%), στην Ορθοπεδική κλινική (2,9%) και στην Ογκολογική κλινική (5,6%). Τα ποσοστά συμφωνούν με αντίστοιχες έρευνες που αναφέρουν ότι οι παραπάνω κλινικές εμφανίζουν υψηλά ποσοστά κατακλίσεων λόγω της ιδιαιτερότητας των ασθενών αυτών και της ύπαρξης πολλών επιβαρυντικών παραγόντων για τη δημιουργία κατάκλισης. Σε αυτές τις συγκεκριμένες κλινικές πρέπει τα προληπτικά μέτρα να είναι εντατικότερα.

Το υψηλότερο ποσοστό εμφάνισης των κατακλίσεων καταγράφηκε το πρώτο 10ήμερο από την εισαγωγή του ασθενούς στο νοσοκομείο (53,3%). Αυτό σημαίνει ότι τα προληπτικά μέτρα πρέπει να εντείνονται τις πρώτες 10 ημέρες νοσηλείας στο Νοσοκομείο γιατί λόγω της οξείας φάσης της νόσου και της κρισιμότητας της κατάστασης του ασθενούς, ο κίνδυνος εμφάνισης κατακλίσεων είναι μεγαλύτερος.

Η κλίμακα για τον κίνδυνο εμφάνισης κατάκλισης συμπληρώθηκε στο 80,3% των ασθενών με κατάκλιση. Το 70,3% των ασθενών αυτών παρουσίαζαν σύνολο κάτω από 19 που είναι ενδεικτικό για την ύπαρξη κινδύνου εμφάνισης κατακλίσεων.

Το αποτέλεσμα αυτό δείχνει ότι η χρήση της κλίμακας είναι αποτελεσματική στην αναγνώριση ασθενών που πιθανόν να αναπτύξουν κατάκλιση κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους. Επειδή στην κλίμακα αξιολόγησης κινδύνου που χρησιμοποιούμε στο 251 ΓΝΑ δεν περιλαμβάνονται νοσήματα που σχετίζονται με την εμφάνιση κατακλίσεων όπως συμβαίνει σε άλλες κλίμακες, θεωρήσαμε απαραίτητο να ερευνηθεί η ύπαρξη τέτοιου νοσήματος στους ασθενείς που εμφάνισαν κατακλίσεις. Στο 59,9% των ασθενών με κατάκλιση υπήρχε νόσος που σχετιζόταν με τη δημιουργία κατάκλισης. Τα μεγαλύτερα ποσοστά εμφανίστηκαν σε ασθενείς που βρίσκο-

νταν σε κωματώδη/ημικωματώδη κατάσταση λόγω ΑΕΕ ή ΚΕΚ, σε ασθενείς ΜΕΘ και σε ασθενείς με μεγάλες ορθοπεδικές επεμβάσεις κάτω άκρων.

Οι περισσότεροι λοιπόν ασθενείς με κατακλίσεις είχαν κλίμακα αξιολόγησης κινδύνου κάτω από 19 και ύπαρξη νόσου σχετιζόμενη με εμφάνιση κατάκλισης.^{14,15} Από τους ασθενείς με κλίμακα πάνω από 19 που σημαίνει ότι δεν διέτρεχαν κίνδυνο δημιουργίας κατάκλισης, το 67,8% είχαν νόσο σχετιζόμενη με εμφάνιση κατάκλισης. Αυτό δείχνει ότι η κλίμακα ίσως δεν είναι ενδεικτική σε όλες τις περιπτώσεις ασθενών και οδηγεί στο συμπέρασμα ότι θα ήταν πιο αποτελεσματική η πρόσθεση στην κλίμακα, παραγόντων που αφορούν νοσήματα που σχετίζονται με την εμφάνιση κατακλίσεων.

Οι περισσότερες κατακλίσεις (39%) εντοπίζονται στην περιοχή του κόκκυγα.

Επίσης στις κλινικές με τη μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης κατακλίσεων η πρώτη θέση εντόπισης των κατακλίσεων είναι ίδια (κόκκυγας), παρατηρείται όμως διαφορά στη δεύτερη σε συχνότητα θέση εντόπισης όπου στις μεν Ογκολογική/Αιματολογική και ΜΕΘ είναι οι πτέρνες, ενώ στην Ορθοπεδική οι γλουτοί. Τέτοιες πληροφορίες είναι σημαντικές για την αναγνώριση συγκεκριμένων παραγόντων που συμβάλλουν στην εμφάνιση κατακλίσεων και στην εφαρμογή εξειδικευμένων μέτρων πρόληψης και θεραπείας ανά κλινική.

Η αποτελεσματικότητα επίσης της τοπικής θεραπείας των κατακλίσεων με τη χρήση υδροκυτταρικών και υδροκολλοειδών επιθεμάτων είναι αποτελεσματική σε σημαντικό βαθμό (61,1% και 62,7% αντίστοιχα). Σημαντική, για την αποτελεσματικότητά τους είναι η σωστή εφαρμογή τους και οι γνώσεις του προσωπικού για τις ενδείξεις χρήσης τους. Αυτό βέβαια προϋποθέτει την ικανότητα του προσωπικού να αναγνωρίζει τα στάδια της κατάκλισης αλλά και τις φάσεις επούλωσης, ώστε να εφαρμόζει κάθε φορά την κατάλληλη τοπική θεραπεία. Αυτός είναι άλλωστε ο σκοπός της εργασίας αυτής. Να αναγνωριστούν τα χαρακτηριστικά των ασθενών με κατακλίσεις, οι επιβαρυντικοί παράγοντες, οι ιδιαιτερότητες ορισμένων νοσηλευτικών τμημάτων και η αποτελεσματικότητα των μέτρων με σκοπό την κατάλληλη παρέμβαση που θα οδηγήσει στη μείωση της συχνότητας εμφάνισης κατακλίσεων.

Συμπεράσματα

Σε γενικές γραμμές η αποτελεσματικότητα της χρήσης του πρωτοκόλλου για τον έλεγχο των κατακλίσεων στο 251 ΓΝΑ είναι ικανοποιητική.

Μελετώντας τα αποτελέσματα της έρευνας καταλήξαμε στα εξής σημαντικά συμπεράσματα:

- Τα περισσότερα αποτελέσματα συμφωνούν με αντίστοιχες έρευνες που πραγματοποιήθηκαν σε Ευρώπη και ΗΠΑ σε ασθενείς με κατακλίσεις
- Οι ασθενείς ηλικίας 60-80 ετών είναι οι πιο επιρρεπείς ομάδες για την ανάπτυξη κατακλίσεων
- Η κλίμακα Norton για την αξιολόγηση των ασθενών σε κίνδυνο για εμφάνιση κατάκλισης δεν είναι αποτελεσματική για το νοσοκομείο μας. Η χρήση άλλης κλίμακας κινδύνου που περιλαμβάνει νοσήματα σχετιζόμενα με την εμφάνιση κατακλίσεων (π.χ. Waterlow) θα ήταν πιο αποτελεσματική
- Οι περισσότερες κατακλίσεις εμφανίζονται τις πρώτες 10 ημέρες από την εισαγωγή των ασθενών στο νοσοκομείο και σε αυτό το χρονικό διάστημα πρέπει να ενταθούν τα προληπτικά μέτρα για την αποφυγή εμφάνισης κατακλίσεων
- Η εφαρμογή κοινής πολιτικής τοπικής θεραπείας των κατακλίσεων με της τελευταίας γενιάς επιθέματα είναι αποτελεσματικότερη από παλαιότερες μεθόδους (ανοικτή μέθοδος επούλωσης)
- Το ποσοστό ασθενών που εισάγονται στο νοσοκομείο με κατακλίσεις είναι σημαντικό (35,8%) και αυτό δημιουργεί επιπλέον προβλήματα στην έκβαση της νόσου του ασθενούς αλλά και στη λειτουργία του νοσοκομείου (παράταση χρόνου νοσηλείας, έλλειψη κλινών, αύξηση κόστους νοσηλείας, αύξηση φόρτου εργασίας κ.ά.).

Τα αποτελέσματα της έρευνας βοηθούν στο να εστιασθεί η προσοχή μας σε συγκεκριμένες κατηγορίες ασθενών και στο να ενταθούν τα προληπτικά μέτρα με σκοπό τη μείωση της συχνότητας των κατακλίσεων.

Τα επόμενα χρόνια αναμένεται να αυξηθεί ο αριθμός των ασθενών που κινδυνεύουν να εμφανίσουν κατάκλιση, μιας που ο πληθυσμός ηλικίας πάνω από 65 ετών προβλέπεται να αυξηθεί από το 16% σήμερα στο 20,4% μέχρι το 2031.^{16,17} Η διάσταση του προβλήματος μπορεί να συνειδητοποιηθεί ακόμη περισσότερο αν αναλογιστούμε τα οικονομικά μεγέθη που απαιτούνται για την πρόληψη και θεραπεία των κατακλίσεων. Το τελικό

συμπέρασμα είναι ότι μια οργανωμένη και πολυδιάστατη προσέγγιση του προβλήματος που ονομάζεται «κατακλίσεις» είναι σημαντική και απαραίτητη.

Βιβλιογραφία

1. Russel L. The importance of wound documentation and classification. *Br J Nurs* 1999, 8:1342-1354
2. Bendow M. Parameters of wound assessment. *Br J Nurs* 1995, 4:647-651
3. Choloner M. Validity of the Walsall Community Pressure sore risk calculator. *Br J Nurs* 1999, 8:1142-1156
4. Fagan R, Closs SJ. Pressure sore management in the independent sector 2. *Br J Nurs* 1996, 5:1227-1234
5. Young T. Classification of pressure sores 1. *Br J Nurs* 1996, 5:438-446
6. Healy F. Classification of pressure sores 2. *Br J Nurs* 1996, 5:567-574
7. Yarkony G, Kirk P, Carlson C, Roth E, Lovell L, Heinemann A et al. Classification of pressure ulcers. *Arch Dermatol* 1990, 126:1218-1225
8. Leigh I, Bennet G. Pressure ulcers: Prevalence, Etiology and treatment modalities. *Am J Surg* 1994, 167(Suppl):255-305
9. Coode P, Allman R. The prevention and management of pressure ulcers. *Med Clin North Am* 1989, 73:1511-1525
10. Russel L. Physiology of the skin and prevention of pressure sores. *Br J Nurs* 1998, 7:1084-1098
11. Hanson R. Sore points sorted. *Nurs Times* 1997, 93:78-82
12. Allock N, Wharrad H, Nicolson A. Interpretation of pressure sore prevalence. *J Adv Nurs* 1994, 20:37-45
13. Anthony N. The treatment of decubitus ulcers: A century of misinformation in the textbooks. *J Adv Nurs* 1996, 24:309-316
14. Brennan S, Leaper D. The effects of antiseptic on the healing wound: a study using the rabbit ear chamber. *Br J Surg* 1985, 72:780-782
15. Land L. A review of pressure damage prevention strategies. *J Adv Nurs* 1995, 22:329-337
16. Barton A, Barton M. *The management and prevention of pressure sores*. Faber and Faber, London, 1985
17. Bank V. An educational initiative in pressure sore management. *J Wound Care* 1997, 6:438-441
18. Kennedy C, Arundel D. District nurses' knowledge and practice of wound assessment. *Br J Surg* 1998, 7:481-486

Corresponding author: S. Diamanti, 44 Psaron street, GR-153 43, Agia Paraskevi, Athens, Greece