



Μαθήματα

A1. Πρόληψη κατακλίσεων

Μαρία Γιαννακίδου

Η τήρηση της βασικής αρχής «να προλαμβάνεις παρά να θεραπεύεις» πρέπει να είναι ο στόχος μας. Με τον προσανατολισμό αυτό κάνουμε πα-ρεμβάσεις που αφορούν στην ελάττωση των επιδράσεων που μπορεί να ασκούν διάφοροι παράγοντες που σχετίζονται με την εμφάνιση των κατακλίσεων.

Η εφαρμογή μιας σειράς προληπτικών μέτρων θα πρέπει να γίνεται αφού έχει προηγηθεί αξιολόγηση του ασθενούς. Πιο συγκεκριμένα λαμβάνεται λεπτομερές ιστορικό και γίνεται φυσική εξέταση του ασθενούς. Πληροφορίες σχετικά με προϋπάρχουσες νόσους, ικανότητα αυτοε-ξυπηρέτησης, διατροφικές συνήθειες, ειδικές ερωτήσεις σχετικά με το δέρ-μα είναι χρήσιμες για να σχηματισθεί μια ολοκληρωμένη εικόνα από μέ-ρους μας για τον κίνδυνο εμφάνισης κατακλίσεων.

Το επιθυμητό αποτέλεσμα των πράξεών μας είναι η διατήρηση της ακεραιότητας του δέρματος και αυτό φαίνεται από την απουσία ερυθρό-τητας και ερεθισμού και τη διατήρηση της συνέχειάς του. Τα βασικότερα προληπτικά μέτρα των κατακλίσεων είναι τα ακό-λουθα:

1. Επισκόπηση του δέρματος ειδικά στις οστικές προεξοχές και στα κα-τωφερέστερα μέρη για ωχρότητα, ερυθρότητα και λύση της συνέ-χειάς του.

2. Λήψη μέτρων για την παρεμπόδιση λύσης της συνέχειας του δέρ-ματος.

α) Βοηθήστε τον ασθενή να γυρίζει τουλάχιστον ανά δίωρο χρησιμοποιώντας και τις 4 θέσεις (πρηνηδόν, αριστερή / δεξιά πλάγια, ύπια) εκτός αν υπάρχει αντένδειξη. Όταν ο ασθενής είναι σε ύπια θέση τα πόδια πρέπει να ανασηκώνονται χρησιμοποιώντας μαξιλάρια, έτσι ώστε να μην ακουμπούν οι πτέρ-νες στο κρεβάτι. Τα μαξιλάρια πρέπει να τοποθετούνται από τη μέση της κνήμης μέχρι τους αστραγάλους, έτσι ώστε να μην μειώνεται η αιματική ροή στα κάτω άκρα.

β) Κάντε ελαφρές μαλάξεις γύρω από τις εξέρυθρες περιοχές τουλάχιστον ανά δίωρο.

γ) Ενεργήστε ώστε να παρεμποδιστεί η αποκόλληση ιστών και οι εκδορές της επιφάνειας του δέρματος. Απλώστε λεπτό στρώμα σκόνης στο κάτω σεντόνι ή το δέρμα για να απορροφηθεί η υγρασία (το υγρό δέρμα προσκολλάται εύκολα στα σεντόνια) και να ελαττωθεί η τριβή. Σηκώστε και μετακινήστε τον ασθενή χρησιμοποιώντας ειδικό σεντόνι και επαρκή βοήθεια.

Περιορίστε το χρόνο παραμονής του ασθενή στη θέση ημι fowler στα 30' (στη θέση αυτή ο ασθενής τείνει να γλιστρά προς τα κάτω).

3. Καθοδηγήστε τον ασθενή να αλλάξει τη θέση βάρους του κάθε 30'

4. Αν ο χρόνος που χρειάζεται η εξέρυθρη περιοχή για να γίνει ωχρή μετά την άρση της πίεσης είναι μεγαλύτερος από 15' αυξή-στε τη συ-χνότητα των αλλαγών θέσης και φροντίστε για πιο αποτελεσματι-κές μεθόδους τοποθέτησης των μαξιλαριών, των

υποστηριγμάτων και της θέσης του ασθενούς.

5. Διατηρήστε τα σεντόνια στεγνά και χωρίς αναδιπλώσεις.

6. Χρησιμοποιήστε συσκευές για να ελαττωθεί η πίεση στο δέρμα (στρώ-μα εναλλασσόμενης πίεσης, στρώμα νερού, ειδικά μαξιλά-ρια).

7. Διατηρήστε το δέρμα στεγνό και καθαρό.

8. Ενεργήστε ώστε να αποφευχθεί η ξηρότητα του δέρματος.

α) Ενθαρρύνετε την πρόσληψη 2500 ml υγρών ημερησίως εκτός αν υπάρχει αντένδειξη.

β) Συστήστε ουδέτερο σαπούνι καθαριότητας που δεν ερεθίζει, δεν ξηραίνει και δεν μεταβάλλει το pH του δέρματος.

γ) Απλώστε γαλάκτωμα ενυδάτωσης ή μαλακτικού στο δέρμα μια φορά την ημέρα τουλάχιστον.

δ) Να γίνεται λουτρό 1 φορά την ημέρα, καθώς και κάθε φορά που απαιτείται (απώλειες, εφίδρωση).

ε) Μείωση κατά το περισσότερο δυνατόν χρήσεως λευκοπλάστ ή άλλων ερεθιστικών για το δέρμα υλικών καθώς και αποφυγή εντρι-βής στα σημεία που υπάρχουν ήδη πρώιμα συμπτώματα εμφάνι-σης κατακλίσεων.

9. Φροντίστε για τη διατήρηση επαρκούς θρέψης του ασθενούς, ζητώ-ντας τη συνδρομή του διαιτολόγου, αν είναι αναγκαίο, για να βο-ηθήσετε τον ασθενή στην επιλογή τροφών / υγρών που ανταποκρί-νονται στις θρεπτικές ανάγκες καθώς και στις προσω-πικές και πολιτισμικές του προτιμήσεις όταν αυτό είναι δυνατό.

Σιγουρευτείτε ότι τα γεύματα είναι ισορροπημένα και υψηλής πε-ριεκτικότητας και προσφέρετε διαιτητικά συμπληρώματα πλούσια σε πρωτεΐνες και θερμίδες μεταξύ των γευμάτων, αν υπάρχει ένδει-ξη.

Χορηγήστε μεταλλικά άλατα, βιταμίνες εάν δοθή εντολή (ειδικά η βιταμίνη C είναι απαραίτητη για την αποκατάσταση των εξαντλη-μένων πρωτεϊνικών αποθεμάτων).

Συμβουλευτείτε τον ιατρό σχετικά με εναλλακτικές μεθόδους θρέ-ψης , π.χ. παρεντερική θρέψη, σίτιση με καθετήρα αν ο ασθενής δεν καταναλώνει αρκετό φαγητό και υγρά για ικανοποίηση των θρε-πτικών του αναγκών.

10. Αν υπάρχει οίδημα, ενεργήστε έτσι ώστε να ελαττωθεί η συγκε-ντρωση υγρών στα κατωφερέστερα μέρη του σώματος, καθοδη-γή-στε τον ασθενή και βοηθήστε τον σε ασκήσεις κινητικότητας και ανυψώστε τα μέλη όταν είναι εφικτό.

11. Αυξήστε τη σωματική δραστηριότητα σύμφωνα με τις εντολές.

12. Προστασία του ασθενή από τις λοιμώξεις και υποστήριξη του αμυ-ντικού συστήματος.

13. Συχνός εργαστηριακός έλεγχος για τη διαπίστωση ελλειμμά-των και άμεση διόρθωσή τους.

14. Επαναξιολόγηση του ασθενούς σε τακτά διαστήματα κάθε 8 ώρ. για την έγκαιρη εντόπιση συμπτωμάτων εμφάνισης κατακλίσε-ων.

15. Αν συμβεί λύση της συνέχειας του δέρματος:

α) Ενημερώστε τον ιατρό.

β) Συνεχίστε τα παραπάνω παρεμποδίζοντας περαιτέρω ερεθισμό ή βλάβη.

γ) Περιποιηθείτε τις κατακλίσεις σύμφωνα με τις εντολές ή με τις



πρακτικές ρουτίνας του νοσοκομείου.

δ) Παρακολουθήστε στενά τον ασθενή και αναφέρετε συμπτώματα και σημεία λοίμωξης (άνοδο θερμοκρασίας, ερυθρότητα, θερμότητα και οίδημα γύρω από την περιοχή της διάβρωσης, ασυνήθιστη έκκριση από την περιοχή της κατάκλισης).

16. Συνεργαστείτε με τον ασθενή και τους συγγενείς του για ενεργό συμμετοχή στο σχέδιο φροντίδας του εντός και εκτός του νοσοκομείου.

Παρέχετε συμβουλευτική και συναισθηματική υποστήριξη και παρέμπετε σε ειδικούς.

17. Προσοχή πρέπει να δίδεται σε τυχόν πτώσεις μικροαντικειμένων στο κρεβάτι, γιατί υπάρχει κίνδυνος δημιουργίας κατακλίσεων.

18. Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δίδεται στους παραπληγικούς ασθενείς και να γίνεται και στους ίδιους διδασκαλία για συνεχή αξιολόγηση της κατάστασης του δέρματός των.

19. Καλό είναι παρ' όσα πιστεύονται μέχρι σήμερα, σε ασθενείς υψηλού κινδύνου να μην χρησιμοποιούνται κουλούρες από αφρολέξ ή άλλα υλικά γιατί μπορεί να δημιουργήσουν μεγαλύτερες περιοχές πίεσης ειδικά σε παχύσαρκα άτομα.

Μελέτη στο 401 Γενικό Στρατιωτικό Νοσοκομείο Αθηνών με θέμα «Κατακλίσεις – διερεύνηση γνώσης και πράξης νοσηλευτών» έδειξε ότι τόσο η γνώση όσο και η πράξη των νοσηλευτών επιδέχονται βελτίωση. Γι' αυτό η συνεχής ενημέρωση και διδασκαλία κρίνεται απαραίτητη, αφού υπάρχει η γενική αντίληψη ότι οι νοσηλευτές έχουν πρωταρχική ευθύνη στο θέμα των κατακλίσεων.

Σήμερα παρά την αλματώδη ανάπτυξη των ιατρονοσηλευτικών γνώσεων και την εκρηκτική πρόοδο της τεχνολογίας στον τομέα της υγείας, οι κατακλίσεις παραμένουν σύνθετο πρόβλημα με σοβαρές βιολογικές, ψυχολογικές, κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις, γι' αυτό και η πρόληψή τους αποτελεί καθήκον και ευθύνη ολόκληρης της διεπιστημονικής ομάδας.

Βιβλιογραφία

- *Νοσηλευτική Τόμος 41, Τεύχος 1.*
- *Νοσηλευτική Τόμος 33, Τεύχος 3.*
- *Dindale SM: Decubitus ulcers: role of pressure and friction in causation: Arch Phys Med Rehabil 55:147, 1974.*
- *ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ, Επίτομος ULRICH. CANALE WENDELL σ. 144-147. Αθήνα 1997.*

A1. Πρόληψη των κατακλίσεων

Ουρανία Καστανά, Μαρία Γιαννακίδου

- Κατάκλιση ή έλκος πίεσης καλείται η βλάβη του δέρματος και των υπο-κειμένων ιστών, που αποδίδεται σε μια ποικιλία παραγόντων από τους οποίους σημαντικότερος είναι η άσκηση πίεσης.
- Οι συνθετικές θέσεις εντόπισης των κατακλίσεων είναι:
 - Η ιεροκοκκυγική χώρα.
 - Η περιοχή των μείζονων τροχαντήρων.
 - Η περιοχή της πτέρνης.
 - Η ωμοπλάτη.
 - Το τριχωτό της κεφαλής.
- Προδιαθεσικοί παράγοντες δημιουργίας των κατακλίσεων είναι:
 - Κακή γενική κατάσταση, καχεξία, κακή θρέψη.
 - Προβλήματα κινητικότητας και αισθητικότητας.

Κυκλοφορικές διαταραχές και χρόνιες παθήσεις, όπως Σ.Δ., κακοή-θειες κ.λ.π.

- Μεγάλη ηλικία.
- Υγρασία του δέρματος.
- Μικροβιακοί παράγοντες.

Προληπτικά μέτρα για την αποφυγή δημιουργίας κατακλίσεων είναι:

- Η σωστή νοσηλευτική φροντίδα που αφορά:
 1. Τοποθέτηση του ασθενούς σε ειδική κλίνη αποφυγής κατάκλισης.
 2. Αλλαγή θέσης του ασθενούς ανά δίωρο.
 3. Σωματική καθαριότητα.
 4. Διατήρηση στεγνού και καθαρού δέρματος.
 5. Ικανοποιητική θρέψη.
- Η σωστή ιατρική φροντίδα που αφορά:
 - Διατήρηση καλού αιματοκρίτη.
 - Ρύθμιση υγρών και ηλεκτρολυτών.
 - Διατήρηση καλού λευκωματικού πηλίκου.
 - Αντιμετώπιση λοιμώξεων.

A2. Σταδιοποίηση Κατακλίσεων

Τσούτσος Δημοσθένης,

Πλαστικός Χειρουργός, Αναπληρωτής Διευθυντής Τμήματος Πλαστικής Χειρουργικής και Μονάδας Εγκαυμάτων, Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς»

Χαρχαρίδου Μαρία,

Νοσηλεύτρια ΠΕ, MSc, Υπεύθυνη Χειρουργικής Νοσηλευτικής Ειδικότητας, Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς»

Οι κατακλίσεις συχνά καθορίζονται από την έκταση και το βάθος του έλκους. Τα περισσότερα έλκη από πίεση είναι επιφανειακά (περίπου 80%) και λιγότερα είναι βαθιά (περίπου 20%). Η διεθνής χρήση των συστημάτων σταδιοποίησης των κατακλίσεων, παρόλο που εμφανίζει μειονεκτήματα, βοηθάει τους κλινικούς και τους ερευνητές να επικοινωνούν μεταξύ τους και να τεκμηριώνουν τις αλλαγές που συμβαίνουν στο έλκος. Η γνώση των συστημάτων αυτών είναι απαραίτητη σε όλους τους επαγγελματίες υγείας που φροντίζουν ασθενείς με κατακλίσεις.

Η σταδιοποίηση των ελκών εξαρτάται από τη γνώση του κλινικού για τη φυσιολογία του δέρματος. Η άμεση παρατήρηση είναι η περισσότερο διαδεδομένη μέθοδος για την εκτίμηση και σταδιοποίηση των κατακλίσεων. Σε οποιοδήποτε σύστημα σταδιοποίησης, για να πραγματοποιηθεί η εκτίμηση, πρέπει να ληφθούν υπόψη το χρώμα, το μέγεθος και το σύνολο των ιστών που έχουν υποστεί βλάβη.

Υπάρχουν διάφορα προβλήματα που εμποδίζουν τη σαφή σταδιοποίηση των κατακλίσεων, όποιο σύστημα και αν έχει επιλεγεί. Τα προβλήματα αυτά αφορούν:

- τις διαφορές του πάχους του υποδόριου ιστού και των μυών που εμφανίζουν οι ασθενείς, έτσι ώστε να υπάρχουν δυσκολίες στον υπολογισμό του βάθους του έλκους από ασθενή σε ασθενή
- τις εκδορές ή φλύκταινες που δημιουργούνται πλησίον της περιοχής που υπάρχει η κατάκλιση από άλλες αιτίες
- την εκτίμηση των κατακλίσεων των πρώτων σταδίων, γιατί τα κλι-