



περιβάλλον. Κριτήρια για να αξιολογηθεί η καταλληλότητα ενός εγκαυματία να αντιμετωπιστεί στο σπίτι του αποτελούν τα εξής:

- <10% ΟΕΣ μερικού πάχους έγκαυμα σε παιδιά και <15% ΟΕΣ σε ενήλικες
- Καλή γενική κατάσταση υγείας με μικρά οργανικά προβλήματα
- Κατάλληλος αεραγωγός
- Ικανότητα να πίνει επαρκή ποσότητα υγρών
- Χωρίς κυκλοτερή εγκαύματα
- Χωρίς επιπρόσθετους τραυματισμούς
- Όχι χημικά εγκαύματα
- Μικρή προσβολή στο πρόσωπο, τα χέρια, το περίνεο, τις αρθρώσεις
- Έλλειψη αποδείξεων για κακοποίηση ή αμέλεια
- Ο εγκαυματίας και η οικογένειά του φαίνεται να έχουν ικανότητα να ακολουθήσουν θεραπευτικό σχήμα στο σπίτι (Tompkins D. & Rossi L.A., 2004).

Στις περιπτώσεις ασθενών που καλύπτουν αυτά τα κριτήρια, γίνεται η περιποίηση των εγκαυματικών περιοχών, χορηγείται αντιτετανική προφύλαξη, συνιστάται η λήψη υγρών και αναλγητικών από το στόμα και ο αδρός έλεγχος της ποσότητας των αποβαλλομένων ούρων. Η παρακολούθηση αυτών των ασθενών γίνεται στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία (Ιωάννοβιτς Δ. Ι., 1990).

2. Άμεσες ενέργειες στο ΤΕΠ

- Οι άμεσες ενέργειες που οφείλει να πραγματοποιήσει η ομάδα που αναλαμβάνει τον εγκαυματία στο ΤΕΠ με σειρά προτεραιότητας είναι:
- Αξιολόγηση εγκαυματία με το AcBC
- Εξασφάλιση αεραγωγού
- Υποστήριξη αναπνοής
- Υποστήριξη κυκλοφορικού συστήματος
- Έλεγχος Ζωτικών Σημείων
- Έλεγχος για συνυπάρχουσες κακώσεις
- Εξασφάλιση φλεβικής γραμμής (τοποθέτηση 2 φλεβοκαθετήρων διαμετρήματος 16G - καθετήρας σε κεντρική γραμμή τοποθετείται μόνο σε ειδικές περιπτώσεις)
- Τοποθέτηση αρτηριακής γραμμής
- Αφαίρεση ρούχων
- Εκτίμηση έκτασης και βάθους του εγκαύματος
- Καθετηριασμός ουροδόχου κύστεως
- Πραγματοποίηση επείγοντα εργαστηριακού ελέγχου
- Ακτινολογικός και ηλεκτρολογικός έλεγχος
- Οφθαλμιατρική εξέταση Αναλγησία
- Αναλγησία με ενδοφλέβια χορήγηση οπιούχων
- Αντιτετανική προφύλαξη
- Καθαρισμός εγκαυματικών επιφανειών
- Τοποθέτηση ρινογαστρικού-νησιδικού σωλήνα θρέψης, όταν δεν υπάρχουν στοιχεία γαστροπληγίας ή παραλυτικού ειλεού, άλλως τοποθετείται ρινογαστρικός σωλήνας παροχέτευσης
- Εξετάζεται η ανάγκη για εσχαροτομή, που συνήθως απαιτείται σε κυκλοτερή εγκαύματα ολικού πάχους που περιορίζουν την κυκλοφορία ή την αναπνοή ή αυξάνουν την ενδοκοιλιακή πίεση
- Τεκμηρίωση και καταγραφή βασικών δεδομένων για το φάκε-

λο του ασθενή (Κοτζαμπασάκης Σ., 2005, Τσοτύρος Δ., 2004).

Βιβλιογραφικές Παραπομπές

1. Ιωάννοβιτς Δ. Ι. (1990). Πλαστική Χειρουργική. Εκδόσεις Λίτσα, Αθήνα, σελ. 361-431.
2. Κοτζαμπασάκης Σ. (2005). Τα Εγκαύματα στην Επείγουσα Ιατρική. Πρακτικά 8ου Θεματικού Συνεδρίου «Εντατική Θεραπεία και Επείγουσα Ιατρική: Τραύμα», Αθήνα, Εκδόσεις Πασχαλίδης, σελ. 1068-1086.
3. Mertens M.D. et al (1997). Outpatient Burn Management. Nursing Clinics of North America. Vol. 32, No.2, p.p. 343-363.
4. Tompkins D., Rossi L.A. (2004). Care of Out Patients Burns. Burns. Vol. 30, pp. A7-A9.
5. Τσοτύρος Δ. (2004). Μονάδα Εγκαυμάτων – Εισπνευστικό Έγκαυμα. Αθήνα, σελ. 15-16.

3. ΥΠΟΔΟΧΗ ΕΓΚΑΥΜΑΤΙΑ ΣΤΟ ΤΜΗΜΑ ΠΛΑΣΤΙΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΚΑΙ ΣΤΗ ΜΟΝΑΔΑ ΕΓΚΑΥΜΑΤΩΝ

Καρατζά Αναστασία,

Νοσηλεύτρια ΤΕ, Υπεύθυνη Μονάδας Εγκαυμάτων
Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς»

1. Γενικά

Ο κεντρικός σκοπός κατά την αρχική αντιμετώπιση ασθενών με μέτριας και κυρίως με μεγάλης βαρύτητας εγκαύματα είναι η υποστήριξη του αναπνευστικού και καρδιαγγειακού συστήματος, έτσι ώστε να εξασφαλιστεί η οξυγόνωση των ιστών και η λειτουργία των οργάνων κατά την περίοδο της εγκαυματικής καταπληξίας.

2. Υποστήριξη αναπνευστικής λειτουργίας

Έτσι το πρώτο που χρειάζεται να γίνει είναι ο έλεγχος των αναπνευστικών οδών και η εξασφάλιση επαρκούς οξυγόνωσης του εγκαυματία. Γίνεται επισκόπηση της στοματικής, ρινικής κοιλότητας και του φάρυγγα για έλεγχο οιδήματος ή βλαβών στους βλενογόνους. Επιπλέον, πραγματοποιούνται εργαστηριακές εξετάσεις (αέρια αίματος) για την απόφαση ή όχι διασωλήνωσης. Επίσης, η διενέργεια βρογχοσκόπησης μπορεί να βοηθήσει για την επισκόπηση του τραχειοβρογχικού δέντρου, όπου μπορεί να διαπιστωθεί φλεγμονή, ερεθισμός ή υλικά που περιέχουν άνθρακα, στοιχεία ενδεικτικά για την ύπαρξη εισπνευστικού εγκαύματος και τελικά επίσπευση πιθανής διασωλήνωσης.

Ενδείξεις διασωλήνωσης υπάρχουν στις περιπτώσεις:

- απόφραξης ανώτερων αναπνευστικών οδών εξαιτίας λαρυγγόσπασμου ή εκτεταμένου οιδήματος
- ύπαρξης $pO_2 < 60\text{mmHg}$
- ύπαρξης κυκλοτερούς ολικού πάχους εγκαυμάτων του θωρακικού τοιχώματος
- ύπαρξης άλλων κακώσεων του θώρακα εισπνευστικού εγκαύματος

Η τραχειοστομία κατά την αρχική αντιμετώπιση πρέπει να αποφεύγεται για τον κίνδυνο της επιμόλυνσης των κατώτερων αναπνευστικών οδών και τη συσχέτισή της με αύξηση της θνητότητας (25%) στους εγκαυματίες σε σύγκριση με άλλους τραχειοστομημένους ασθενείς (16%).

3. Χορήγηση υγρών

Η αποκατάσταση της υποογκαιμίας, που εγκαθίσταται μέσα στην πρώτη ώρα από το ατύχημα, είναι ο δεύτερος στόχος στην αντιμετώπιση του εγκαυματία στην επείγουσα φάση. Έχουν προταθεί διάφορα σχήματα χορήγησης των υγρών που δίνουν από το πρώτο 24ωρο κολλοειδή, κρυσταλλικά διαλύματα, είτε συνδυασμό των δύο.

Ασθενείς ενήλικες με εγκαύματα <15% ΟΕΣ, μπορούν αν είναι και ίδιοι πρόθυμοι, να αντιμετωπιστούν με χορήγηση υγρών από το στόμα ή με συνδυασμό ενδοφλέβιας χορήγησης υγρών και χορήγησης υγρών από το στόμα. Πάντως, παρόλο που στη βιβλιογραφία αναφέρεται επιτυχής ανάνηψη ενήλικων εγκαυματιών με χορήγηση αλατούχων υγρών από το στόμα με έκταση εγκαυμάτων μέχρι και 45% ΟΕΣ, μέχρι στιγμής το ασφαλές ποσοστό εγκαυματικής επιφάνειας στο οποίο μπορεί να γίνει επιτυχής ανάνηψη με χορήγηση υγρών από το στόμα, παραμένει άγνωστο. Γενικότερα πάντως, υποστηρίζεται ότι σε όλους τους ασθενείς ηλικίας <5 ετών και >50 ετών με μερικού και ολικού πάχους εγκαύματα > 10% ΟΕΣ, πρέπει να χορηγούνται ενδοφλεβίως υγρά για την ανάνηψή τους. Επίσης, η χορήγηση ενδοφλεβίως υγρών, είναι απαραίτητη σε όλους τους εγκαυματίες με ποσοστό εγκαυματικής επιφάνειας >20% ΟΕΣ.

Όλα τα σχήματα ανάνηψης, για τον υπολογισμό της ποσότητας των υγρών που πρέπει να χορηγηθούν, χρησιμοποιούν το βάρος του ασθενή σε συνδυασμό με την έκταση της εγκαυματικής επιφάνειας. Σχετικά με το είδος των χορηγούμενων υγρών, υπάρχουν αντικρουόμενες απόψεις. Κάποιοι υποστηρίζουν ότι πρέπει να είναι συνδυασμός κολλοειδών και κρυσταλλικών διαλυμάτων, καθώς υπάρχουν απώλειες και των δύο ειδών. Ενώ κάποιοι υποστηρίζουν ότι η χορήγηση κολλοειδών διαλυμάτων αντενδείκνυται. Επιπλέον, υποστηρίζεται ότι η χορήγηση κολλοειδών διαλυμάτων ενδοφλεβίως τις πρώτες ώρες μετά το ατύχημα δεν υπερτερούν από τα κρυσταλλοειδή διαλύματα, γιατί η διαπερατότητα των τριχοειδών είναι τόσο αυξημένη, που ακόμη και μόρια πρωτεϊνών μπορεί να εξέλθουν από αυτά, με αποτέλεσμα να συμπαρασύρουν μαζί τους και μόρια νερού και έτσι να μην διατηρείται ο ενδαγγειακός όγκος και να μην περιρίζεται το οίδημα.

Το σχήμα ανάνηψης που χρησιμοποιείται ευρέως είναι το σχήμα Parkland, κατά το οποίο το πρώτο 24ωρο χορηγείται κρυσταλλοειδές διάλυμα Ringer's Lactade, η ποσότητα του οποίου υπολογίζεται σε ml από τον μαθηματικό τύπο: 4 X Βάρος Ασθενή σε Kg X % ΟΕΣ Εγκαυματικής Επιφάνειας. Το ½ του ποσού που υπολογίζεται με αυτόν τον τύπο χορηγείται στο πρώτο 8ωρο μετά το ατύχημα και το υπόλοιπο στις επόμενες 16 ώρες του 1ου 24ωρου μετά το ατύχημα.

4κ.εκ. ανά εκατοστό επιφάνειας (%) του σώματος που έχει εγκαυμα και ανά χιλιόγραμμα βάρους του εγκαυματία.

Το 2ο 24ωρο χορηγείται κολλοειδές διάλυμα (νωπό πλάσμα) σε ποσότητα 0,3-0,5 ml / kg σωματικού βάρους / % ΟΕΣ εγκαυματικής επιφάνειας και κρυσταλλοειδές διάλυμα (γλυκόζη 5%) σε τέτοια ποσότητα ώστε να επιτυγχάνεται επαρκής διούρηση (50-100 ml/h). Όλη η ποσότητα του πλάσματος πρέπει να χορη-

γηθεί στο πρώτο 8ωρο του 2ου 24ωρου.

0,3-0.5 κ.εκ. πλάσματος ανά εκατοστό επιφάνειας (%) του σώματος που έχει εγκαυμα και ανά χιλιόγραμμα βάρους του εγκαυματία.

Το σημαντικό όμως είναι, ότι όποιο σχήμα ανάνηψης για τη χορήγηση των υγρών και αν χρησιμοποιείται, αυτό πρέπει να χρησιμοποιείται σαν οδηγός και όχι με απόλυτο τρόπο. Η ανταπόκριση του ασθενή θα αποδείξει την αποτελεσματικότητα του σχήματος. Ο καλύτερος δείκτης για αυτήν την ανταπόκριση του ασθενή, υποστηρίζεται ότι είναι ο έλεγχος της ωριαίας διούρησης, η οποία πρέπει να διατηρείται σε 30-50 ml/h σε ενήλικα ασθενή ή 1 ml / kg σώματος. Για το λόγο αυτό, η τοποθέτηση ουροκαθετήρα με τον αντίστοιχο σάκο ωριαίας μέτρησης ούρων είναι αναγκαία.

4. Παρακολούθηση εγκαυματιών κατά συστήματα

Η παρακολούθηση των εγκαυματιών πρέπει να είναι στενή και συνεχής, ιδιαίτερα κατά τη φάση της ανάνηψης. Αν χωρίσουμε την παρακολούθηση αυτή κατά συστήματα, θα πρέπει να έχουμε υπόψη ότι η διαταραχή κάποιου συστήματος, αν δεν αντιμετωπιστεί έγκαιρα και κατάλληλα, θα οδηγήσει σε διαταραχή και άλλου συστήματος.

5. Φροντίδα εγκαυματικών περιοχών

Αφού αφαιρεθούν όλα τα ρούχα του εγκαυματία (αν αυτό δεν έχει ήδη γίνει), καθαρίζονται οι εγκαυματικές επιφάνειες υπό άσηπτες συνθήκες με αντισηπτικό διάλυμα και πλένονται με φυσιολογικό ορό και στη συνέχεια επιλέγεται είτε η ανοιχτή είτε η κλειστή μέθοδος συντηρητικής θεραπείας.

6. Αναλγησία

Ο έλεγχος του πόνου είναι βασικό στοιχείο της αντιμετώπισης του εγκαυματία κατά την υποδοχή του στο τμήμα νοσηλείας. Η άμεση αναλγησία με τη βοήθεια ισχυρών αναλγητικών, είναι επιβεβλημένη. Τα αναλγητικά που μπορούν να χρησιμοποιηθούν κατά προτίμηση είναι η ενδοφλέβια χορήγηση οπιοειδών .

7. Ψυχολογική υποστήριξη

Ο τραυματισμός με εγκαύματα είναι από τους ένας από τους πιο σοβαρούς τραυματισμούς που μπορεί να υποστεί ένας άνθρωπος. Όλοι οι εγκαυματίες αντιμετωπίζουν την ίδια πρόκληση: άμεση και απώτερη ανάρρωση από σοβαρά εγκαύματα, τα οποία προκαλούν ιδιαίτερο στρες εξαιτίας της καταστροφικής τους επίδρασης τόσο σε οργανικό όσο και σε ψυχολογικό επίπεδο.

Στην χρονική περίοδο από τον τραυματισμό μέχρι την ολοκλήρωση της ανάνηψης με χορήγηση υγρών, η αρχική εγκαυματική καταπληξία έχει αντιμετωπιστεί. Από ψυχολογικής πλευράς, αυτή η περίοδος χαρακτηρίζεται από μια αρχική διαυγή κατάσταση, η οποία διαρκεί από 24 – 72 ώρες, όπου ο ασθενής μπορεί να συζητάει για το πώς έγινε το ατύχημα με αξιοσημείωτη ευκρίνεια. Παρόλα αυτά, ένα ποσοστό εγκαυματιών που



κυμαίνεται από 30-70% μπορεί να αναπτύξει ντελίριο, (το οποίο δεν σχετίζεται με σήψη ή άλλες επιπλοκές) μέσα σε 48 ώρες από το ατύχημα. Η αιτιολογία αυτής της κατάστασης δεν είναι πλήρως κατανοητή, αλλά υποστηρίζεται ότι σχετίζεται με τις μεταβολικές διαταραχές που προκύπτουν εξαιτίας της εγκαυματικής καταπληξίας.

Οι ψυχολογικές αντιδράσεις του εγκαυματία είναι συναισθηματικά πολύ έντονες και επηρεάζουν εξίσου και την οικογένεια. Η συναισθηματική κατάσταση του εγκαυματία χρειάζεται άμεση αξιολόγηση έτσι ώστε να βοηθηθεί για να μπορέσει να διαχειριστεί το σημαντικό στρες που σχετίζεται με τον τραυματισμό.

Οι βασικές ενέργειες που οφείλουν να κάνουν οι νοσηλευτές για να βοηθήσουν τους εγκαυματίες να αντιμετωπίζουν όλα αυτά τα ψυχολογικά προβλήματα αφορούν τα εξής:

- Εκπαίδευση του ασθενή και της οικογένειας από τη στιγμή της εισαγωγής έτσι ώστε να γίνει κατανοητό το σχέδιο φροντίδας
- Έλεγχος του πόνου και του άγχους τόσο φαρμακευτικά όσο και με άλλες μεθόδους
- Δημιουργία και διατήρηση σχέσης εμπιστοσύνης με τον ασθενή και την οικογένειά του
- Τοποθέτηση ρολογιού, ημερολογίου ή άλλων αντικειμένων που βοηθούν στον επαναπροσανατολισμό του εγκαυματία
- Διάθεση χρόνου ώστε ο εγκαυματίας να μπορέσει να εκφράσει τους φόβους, τις ανησυχίες και τις απορίες του
- Παρότρυνση του ασθενή να περιγράφει τις σκέψεις και τα συναισθήματά του για τον τραυματισμό του

Βιβλιογραφία

1. Badger M.J. (2001). Burns: The Psychological Aspects. American Journal of Nursing. Vol. 101, No. 11, p.p. 38-41.
2. Brown T.L.H. & Muller J.M. (2004). Damage Limitation in Burn Surgery. Injury. Vol. 35, p.p. 697-707
3. Byers F.J., Flynn M.B. (1996). Acute Burn Injury: A Trauma Case Report. Critical Care Nurse. Vol. 16, No. 4, p.p. 55-65
4. Davis T.S. & Sheely-Adolphson P. (1997). Psychosocial Interventions : Pharmacologic and Psychologic Modalities. Nursing Clinics of North America. Vol. 32, No. 2, p.p. 331-342.
5. Dyer C., Roberts D. (1990). Thermal Trauma. Nursing Clinics of North America. Vol. 25, No. 1, pp. 85-117.
6. Ιωάννοβιτς Δ. Ι. (1990). Πλαστική Χειρουργική. Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα, σελ. 361-431.
7. Keith A., Keith P. (2004). Consensus on the Pre-hospital Approach to Burns Patient Management. Injury. Vol. 35, pp. 734-738
8. Κοτζαμπασάκης Σ. (2005). Τα Εγκαύματα στην Επείγουσα Ιατρική. Πρακτικά 8ου Θεματικού Συνεδρίου «Εντατική Θεραπεία και Επείγουσα Ιατρική: Τραύμα», Αθήνα, Εκδόσεις Πασχαλίδης, σελ. 1068-1086.
9. Milner M.S. et al (2001). The Burn Wheel. American Journal of Nursing. Vol. 101, No. 11, p.p. 35-37.
10. Τσουύτος Δ. (1994). Μονάδα Εγκαυμάτων – Εισπνευστικό Έγκαυμα. Αθήνα, σελ. 41-43, 81-87.

ΣΑΒΒΑΤΟ 17 ΜΑΡΤΙΟΥ 2007

ΑΙΘΟΥΣΑ: «ΑΜΦΙΘΕΑΤΡΟ»

ΘΕΜΑΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ: «ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΩΝ»

ΩΡΑ: 9.00 – 10.00

ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΕΣ: ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ ΣΤΕΦΑΝΟΣ, ΚΟΣΜΙΔΗΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ

1. ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

Μυλωνά Αναστασία,

Νοσηλεύτρια Υπηρεσίας Γεροντολογίας,

Τομέα Νοσηλευτικής Ε.Ε.Σ

Η γήρανση του ανθρώπου είναι μία σύνθετη διεργασία που επηρεάζεται από παράγοντες κληρονομικούς, περιβαλλοντολογικούς ενώ ταυτόχρονα είναι αυξημένη η πιθανότητα εμφάνισης παθολογικών καταστάσεων που μπορεί να είναι αποτέλεσμα κάποιας νόσου ή του τρόπου ζωής και των συνθηκών υγείας του ατόμου.

Το πρόγραμμα της Γεροντολογίας Ε.Ε.Σ. καλύπτει ανάγκες νοσηλείας κατ' οίκον σε άτομα τρίτης ηλικίας με ή χωρίς οικογενειακό περιβάλλον, αλλά και νοσηλεία κατ' οίκον σε άτομα με ειδικές ανάγκες. Ένα πρόβλημα που καλούμαστε να αντιμετωπίσουμε στην κοινότητα είναι οι κατακλίσεις στην Τρίτη ηλικία, μετά από νοσηλεία στο νοσοκομείο είτε σε συνθήκες προσωρινής ή μόνιμης κατάκλισης. Κάθε κατάκλιση είναι διαφορετική, πολύτιμο εργαλείο στην φροντίδα της είναι η νοσηλευτική διεργασία.

Η νοσηλευτική εκτίμηση για τον νοσηλευτή στην κοινότητα, επιτυγχάνεται με τη λήψη ιστορικού υγείας, κάνοντας φυσική εξέταση, συλλέγοντας πληροφορίες σχετικά με προϋπάρχουσες νόσους, ικανότητα αυτοεξυπηρέτησης, διατροφικές συνήθειες, φάρμακα, κινητική-ψυχική και διανοητική κατάσταση του παρουσία ή όχι οικογενειακού περιβάλλοντος.

Οι νοσηλευτικοί στόχοι τίθενται από τον νοσηλευτή μετά από συνεργασία με την ομάδα του, με τον ασθενή, αλλά και με την οικογένειά του.

Η πρωταρχική νοσηλευτική φροντίδα στρέφεται έντονα προς την πρόληψη. Ο νοσηλευτής στην κοινότητα καλείται να κάνει τις εξής παρεμβάσεις:

- Παροχή άμεσης βοήθειας
 - Παροχή βοήθειας για αυτοφροντίδα
 - Αγωγή υγείας, τόσο στον ασθενή όσο και στην οικογένειά του
 - Συναισθηματική και συμβουλευτική υποστήριξη
 - Παραπομπή σε ειδικούς (ιατρικές ειδικότητες, κοινωνική πρόνοια, ασφαλιστικοί φορείς)
- Υποστηρίζουμε και ενδυναμώνουμε συμπεριφορές τόσο του ασθενή όσο και της οικογένειας.

Οι περισσότερες Ευρωπαϊκές χώρες κατευθύνουν τις υπηρεσίες τους για την ανάπτυξη προγραμμάτων σχετικά με τη φροντίδα των ατόμων της 3ης ηλικίας ΕΛΠΙΔΑ ΜΑΣ... η ανάπτυξη