



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. Τσουύτσος 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



κοινωνικών προγραμμάτων φροντίδας ηλικιωμένων ισάξια με τα προγράμματα φροντίδας ηλικιωμένων άλλων χωρών.

## 2. ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ – ΕΠΙΘΕΜΑΤΑ

**Διαμάντη Σοφία**, Νοσηλεύτρια 251 ΓΝΑ

Λόγω της αναμενόμενης γήρανσης του πληθυσμού στα επόμενα χρόνια, αλλά και του υψηλού ποσοστού ασθενών που επιβιώνουν μετά από σοβαρούς τραυματισμούς ή χρόνιες ασθένειες, αυξάνονται τα ποσοστά εμφάνισης κατακλίσεων σημαντικά.

Η πρόληψη, αλλά και η αντιμετώπιση των κατακλίσεων δεν αφορά μόνο τους Νοσηλευτές των Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων, αλλά και τους επαγγελματίες υγείας που ασχολούνται με την Κατ'οίκον Νοσηλεία. Ο Νοσηλευτής στο σπίτι, μπορεί σε συνεννόηση με τον ίδιο τον ασθενή ή με το συγγενικό περιβάλλον, να κατευθύνει, να δώσει οδηγίες, να διδάξει και να παρακολουθήσει την εξέλιξη της πορείας ενός ασθενή με κατάκλιση. Μπορεί να δώσει πληροφορίες για την εύρεση κατάλληλων επιθεμάτων, να επιδείξει τον τρόπο καθαρισμού του έλκους και εφαρμογή των επιθεμάτων, καθώς επίσης, να προτείνει μέτρα πρόληψης επιδείνωσης ή εμφάνισης νέων κατακλίσεων.

Η συντηρητική θεραπεία των κατακλίσεων στο σπίτι δεν διαφέρει και πολύ από αυτή που εφαρμόζεται στα γενικά Νοσοκομεία. Ο ασθενής πάντα πρέπει να αντιμετωπίζεται ολιστικά και να λαμβάνονται υπόψη στην επιλογή της κατάλληλης θεραπείας, η γενική του κατάσταση, η κινητικότητα, προβλήματα θρέψης, χρόνια νοσήματα και κάθε παράγοντας που μπορεί να είναι ανασταλτικός για την ίαση του.

## 3. ΘΡΕΠΤΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΩΝ

**Κωμεσίδου Βασιλική**,  
Διαιτολόγος,  
Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Είναι ευρέως γνωστό ότι η κακή θρέψη προδιαθέτει και επιδεινώνει τις κατακλίσεις, ενώ η καλή θρέψη βοηθάει την επούλωση τους. Σε κάθε ασθενή με κατακλίσεις είναι απαραίτητο η ομάδα θρεπτικής υποστήριξης αποτελούμενη από γιατρό, διαιτολόγο, νοσηλεύτη, φαρμακοποιό να πραγματοποιήσει την εκτίμηση της κατάστασης θρέψης του ασθενή και το σωστό σχεδιασμό κατάλληλου διαιτητικού σχήματος.

Η εκτίμηση της κατάστασης θρέψης γίνεται με κλινική εκτίμηση, ανθρωπομετρικές μετρήσεις, διαιτητικό ιστορικό και βιοχημικό προσδιορισμό. Το πρόγραμμα θρεπτικής υποστήριξης πρέπει να είναι θερμιδικά και θρεπτικά επαρκές. Απαιτούνται τουλάχιστον 30-35 Kcal/kg σωματικού βάρους και 1.2-1.5g πρωτεΐνης/kg σωματικού βάρους. Προσοχή χρειάζεται στην πρόσληψη υγρών και ηλεκτρολυτών. Σημαντική είναι η χρήση στη διατροφή θρεπτικών συστατικών με φαρμακολογική δράση στο ανοσοποιητικό σύστημα, όπως π.χ. γλουταμίνη, αργινίνη, νουκλεοτίδια, ω-3 λιπαρά οξέα, MCT. Συμπερασματικά, η έλλειψη προγράμματος θρεπτικής υποστήριξης σε ασθενείς με κατακλίσεις μειώνει την επουλωτική ικανότητα και προκαλεί έντονη ανοσοκαταστολή με αποτέλεσμα μεγαλύτερη νοσηρότητα, περισσότερες επιπλοκές και γενικά κακή πρόγνωση.

**ΑΙΘΟΥΣΑ: «ΔΙΑΛΕΞΕΩΝ»**

**ΘΕΜΑΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ: «ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΕΠΙΘΕΜΑΤΩΝ»**

**ΩΡΑ: 9.00 – 10.00**

**ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΕΣ: ΔΙΟΝΥΣΟΠΟΥΛΟΣ ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ, ΛΙΑΜΟΠΟΥΛΟΥ ΠΟΥΛΥΞΕΝΗ**

## 1. ΕΠΙΘΕΜΑΤΑ: ΑΠΟ ΤΗ ΘΕΩΡΙΑ ΣΤΗΝ ΠΡΑΞΗ

**Δέσποινα Κακαγιά MD, PhD, ΕΒΟΠΡΑΣ**, Λέκτορας Πλαστικής Χειρουργικής, Δημοκριτείου Πανεπιστημίου Θράκης

Η επιλογή των κατάλληλων επιθεμάτων για την αντιμετώπιση των τραυμάτων και των ελκών επηρεάζεται από παράγοντες όπως η φύση και η εντόπιση του ελλείμματος, η διαθεσιμότητα υλικών αλλά και το κόστος θεραπείας.

Σήμερα έχουμε στη διάθεσή μας περισσότερα παρά ποτέ επιθέματα, τα οποία μπορούν να χρησιμοποιηθούν μεμονωμένα ή σε συνδυασμό. Η κατανόηση της διαδικασίας της επούλωσης καθώς και η γνώση των ιδιοτήτων των επιθεμάτων είναι απαραίτητες προϋποθέσεις για τη σωστή επιλογή. Επιπλέον θα πρέπει να τονιστεί ότι, καθώς η επούλωση είναι μια δυναμική διεργασία, τα απαιτούμενα επιθέματα είναι διαφορετικά σε κάθε φάση της, μέχρι την ολοκλήρωση της επιθηλιοποίησης.

Στους εξελεγμένους τρόπους αντιμετώπισης των τραυμάτων και των ελκών περιλαμβάνονται: τα «έξυπνα» επιθέματα, οι αυξητικοί παράγοντες (εξωγενείς, ενδογενείς), η σύγκλιση με κενό, οι αναστολείς MMP, και τα υποκατάστατα δέρματος.

Ιδανικά, τα επιθέματα θα πρέπει να τοποθετούνται εύκολα και ανώδυνα, να επιταχύνουν την επούλωση, να προστατεύουν από τραυματισμό και επιμόλυνση, να εξασφαλίζουν ελεγχόμενη υγρασία, να επιτρέπουν την υγιεινή και να έχουν λογικό κόστος.

Τα σύγχρονα επιθέματα διακρίνονται σε βιοδραστικά (αντιμικροβιακά, με άνθρακα, ιωδιούχα, ενζυμικά), διαδραστικά (αλγινικά, υδροϊνώδη, υδροκυτταρικά, υδροκολλοειδή, υδρογέλες, περιέχοντα εξωκυττάρια ουσία ή κολλαγόνο) και βιολογικά (υποκατάστατα δέρματος). Η ρύθμιση της παραγωγής του εξιδρώματος γίνεται με τρεις τρόπους: υδροενεργό, υδροϊοντικό και υδροαπορροφητικό.

Για τη σωστή επιλογή επιθεμάτων ιδιαίτερα χρήσιμος είναι ο χρωματικός κώδικας.

Σε νεκρωτικούς ιστούς (καφέ ή μαύρη επιφάνεια/ εσχάρα) χρησιμοποιούνται ως πρωτογενή υδρογέλες, υδροκολλοειδή και ενζυμικά επιθέματα και ως δευτερογενή διάτρητες ή ημιδιάτρητες μεμβράνες.

Σε τραύματα με επίστρωση ινικής (κιτρινωπά), ενδείκνυται ιωδιούχα η και υγροσκοπικά σκευάσματα μετά από πλύση με υπεροξειδίο του υδρογόνου ή ενζυμικό καθαρισμό και σε περιπτώσεις υπερπαραγωγής εξιδρώματος αλγινικά, υδροϊνώδη, υδροκολλοειδή ή υδρογέλες.

Σε τραύματα που κοκκιοποιούνται (κόκκινα ή ροζ) και σε κολύπητες χρησιμοποιούνται αφρώδη επιθέματα αλλά και υδροϊνώδη, υδροκολλοειδή ή αλγινικά αν υπάρχει υπερπαραγωγή