



να που οφειλόταν σε, τετραπληγία (15 παιδιά), τροχαίο (3 παιδιά), καρδιοχειρουργική επέμβαση (2 παιδιά), πίεση από γυψοπίδεσμο (2 παιδιά) καρδιακή ανεπάρκεια (1 παιδί), ακτινοβολία (1 παιδί), έγχυση κυτταροστατικού εκτός φλέβας (1 παιδί) και σύνδρομο πολυστοματικής εκτοδέρμωσης- Stevens Johnson-(1 παιδί). Για την σύγκριση χρησιμοποιήθηκαν τοπικοί προωθητικοί, περιστρεφόμενοι, δερμολιπώδεις και δερμο-λιποπεριτονιακοί κρημνοί. Δερμο-μυικοί κρημνοί δεν χρησιμοποιήθηκαν επειδή συνήθως εγκαταλείπουν δυσχέρεια στην βάδιση. Αποτελέσματα : Όλα τα περιστατικά είχαν πλήρη επούλωση εντός 15 ημερών, εκτός από έναν ασθενή που έπασχε από βαρεία καρδιακή ανεπάρκεια το τραύμα του οποίου επιμολύνθηκε τη 2η μετεγχειρητική ημέρα με πλήρη διάσπαση του τραύματος.

Συμπέρασμα : Για τα επιφανειακά ελλείμματα, όπως αυτά στο τριχωτό της κεφαλής, στη περιοχή του Αχιλλείου τένοντος ή σε έλλειμμα που προκύπτει μετά από έγχυση κυτταροστατικού φαρμάκου εκτός φλέβας, ένας απλός προωθητικός περιστρεφόμενος δερμολιπώδης κρημνός θεωρείται αρκετός. Αντίθετα, για τα βαθιά ελλείμματα, όπως μερικά στην περιοχή του κόκκυγα, ως ενδεικνυόμενος κρημνός θεωρείται ο δερμολιποπεριτονιακός ή ένας διπλός δερμολιπώδης εκ των οποίων ο ένας αποεπιθηλιοποιείται και εμπεδώνεται κάτω από τον άλλο.

7. ΕΛΚΗ ΑΠΟ ΠΙΕΣΗ-ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΙΣ. ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΣΕ ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

N. Σύρμος, Α. Αλεξανδρής, Β. Βαλαδάκης, Κ. Γρηγορίου, Δ. Αρβανιτάκης

Νευροχειρουργική Κλινική, "Βενιζέλειο" Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου Κρήτης

ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ- Κατακλίσεις-έλκη από πίεση παρατηρούνται συνήθως σε ηλικιωμένους, μη περιπατητικούς και κωματώδεις ασθενείς.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ- Κατά τον τελευταίο χρόνο (2006) σε 500 νοσηλευόμενους στην νευροχειρουργική κλινική είχαμε ένα ποσοστό 4% (20 ασθενείς) που εμφάνισαν τέτοιου είδους προβλήματα

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ- Ο πόνος και ο κνησμός που προκαλούν είναι δυσάρεστα συμπτώματα και ιδιαίτερα όταν αφορούν ασθενείς που έχουν και άλλα σημαντικά προβλήματα. Η πρόληψη αποτελεί την καλύτερη λύση καθώς είναι ευκολότερη διαδικασία από την οριστική θεραπεία

8. ΜΕΛΕΤΗ ΕΠΙΠΤΩΣΗΣ ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΩΝ ΣΕ ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Κοσμίδης Δ.¹ Κουτσούκη Σ.¹ Καπράνα Μ.²

1. Νοσηλεύτρες ΜΕΘ Γ.Ν Καβάλας
2. Νοσηλεύτρια, υπότροφος Ιδρύματος Ωνάση, υποψήφια διδάκτωρ πανεπιστημίου Manchester, England.

Εισαγωγή

Η συχνότητα εμφάνισης κατακλίσεων θεωρείται ένας από τους βασικότερους δείκτες ποιότητας νοσηλευτικής φροντίδας στο νοσοκομείο και ιδιαίτερα στην ΜΕΘ στην οποία εμφανίζονται συνήθως και τα υψηλότερα ποσοστά. Η ανίχνευση της επίπτωσης είναι το πρώτο βήμα για την συνολική αντιμετώπιση του προβλήματος.

Σκοπός. Ο καθορισμός της επίπτωσης κατακλίσεων σε ασθενείς Μονάδας Εντατικής Θεραπείας.

Υλικό-Μέθοδος. Μελετήθηκαν 71 ασθενείς σε πολυδύναμη ΜΕΘ, ηλικίας άνω των 16 ετών, με διάρκεια παραμονής >24 ωρών, εκ των οποίων 55 (77,5%) άνδρες και 16 (22,5%) γυναίκες, 35,2% παθολογικοί και 64,8% χειρουργικοί, με μέσο όρο ηλικίας 53,62 (SD=19,7), μέση διάρκεια νοσηλείας (LOS) 12,3 ημέρες (SD=11,2) και μέσο όρο APACHE II εισαγωγής 15,49 (SD = 5,84) σε διάστημα 1 χρόνου (Απρίλιος 2005 – Απρίλιος 2006).

Η σταδιοποίηση των κατακλίσεων έγινε σύμφωνα με την ταξινόμηση της European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP).

Ασθενείς με κατακλίσεις θεωρήθηκαν εκείνοι που παρουσίασαν στάδιο II ή ανώτερο κατά την ανωτέρω ταξινόμηση.

Αποτελέσματα. Από τους 71 ασθενείς οι 24 παρουσίασαν συνολικά 77 νέες κατακλίσεις κατά την παραμονή τους στη ΜΕΘ και η συνολική επίπτωση ήταν 33,8% (3 ασθενείς εισήλθαν με προϋπάρχουσες κατακλίσεις). Η συχνότητα εμφάνισης (εκφρασμένη σε κατακλίσεις/1000 μέρες νοσηλείας ασθενών) ήταν 87 κατακλίσεις/1000 ημέρες νοσηλείας. 21 ασθενείς (87,5%) παρουσίασαν κατακλίσεις σταδίου II και 3 ασθενείς (12,5%) σταδίου III (ιεροκοκκυγική περιοχή και ράχη). Καμία κατάκλιση σταδίου IV δεν παρατηρήθηκε. Η συνηθέστερη ημέρα εμφάνισης της πρώτης κατάκλισης ήταν η 8η με 9η (average=8,54). Τα συνηθέστερα σημεία κατάκλισης ήταν στα ισχιακά κυρτώματα (32,5%) στη ράχη (22,1%) στην ιεροκοκκυγική περιοχή (16,9%), στις πτέρνες (6,5%) στις κνήμες (3,9%) και σε διάφορα άλλα σημεία (1,9%). Δύο (8,3%) από τους ασθενείς που παρουσίασαν κατακλίσεις εξήλθαν από την ΜΕΘ με πλήρη επούλωση ενώ 22 (91,7%) με μικρή ή καθόλου βελτίωση.

Συμπεράσματα. Το ποσοστό επίπτωσης που ανιχνεύθηκε στην παρούσα μελέτη μπορεί να θεωρηθεί υψηλό. Για τον έλεγχο και τον περιορισμό των κατακλίσεων στη μονάδα εντατικής θεραπείας, είναι αναγκαία η συνεχής ανίχνευση και καταγραφή της επίπτωσης καθώς και η περαιτέρω διερεύνηση των παραγόντων που συμβάλουν στην ανάπτυξη τους.

9. ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΕΛΚΗ ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΩΣ

Κ.Πολυζώης¹, Ο.Καστανά², Π.Μαρκίδης³, Ε.Πολυζώης⁴, Π.Τσαγανός⁵, Α.Μπιτσάκος⁵, Δ.Αλεξάκης²

1. Δ' Χειρουργική Κλινική ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός»,
2. Τμήμα Πλαστικής και Επανορθωτικής Χειρουργικής ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός»,
3. Β' Χειρουργική Κλινική ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός»,
4. Γενικός Χειρουργός – «Ευρωθεραπεία Αθήναιον»,
5. Εταιρεία Ιατροτεχνολογικών Προϊόντων

Σκοπός: Η παρουσίαση της εμπειρίας μας και ο προβληματισμός σχετικά με την αντιμετώπιση ασθενών με δερματικά έλκη από παρατεταμένη κατάκλιση, οι οποίοι διαμένουν και έχουν ανάγκη ιατρικής και νοσηλευτικής παρακολούθησης στην οικία τους.

Υλικό και μέθοδος: Παρακολουθήσαμε 13 ασθενείς (7 γυναίκες, 6 άνδρες) κατά την τελευταία ζετία. Οι παθολογικές καταστάσεις που κυρίως οδήγησαν στην εμφάνισή τους ήταν: ΑΕΕ(5), Άνοια(2), Άνοια με συνυπάρχουσα Αρθροπάθεια γόνατος(1) ή Αρτηριακή Εμβολή σκέλους(1), Πολλαπλή Σκλήρυνση(1), Παραπληγία από Τραυματική Κάκωση Σπονδυλικής Στήλης(1), Κάταγμα Ισχίου σε υπερήλικα(1), μετεγχειρητική παρατεταμένη ακινητοποίηση ασθενούς με κακοήθη νόσο(1). Η ανατομική