

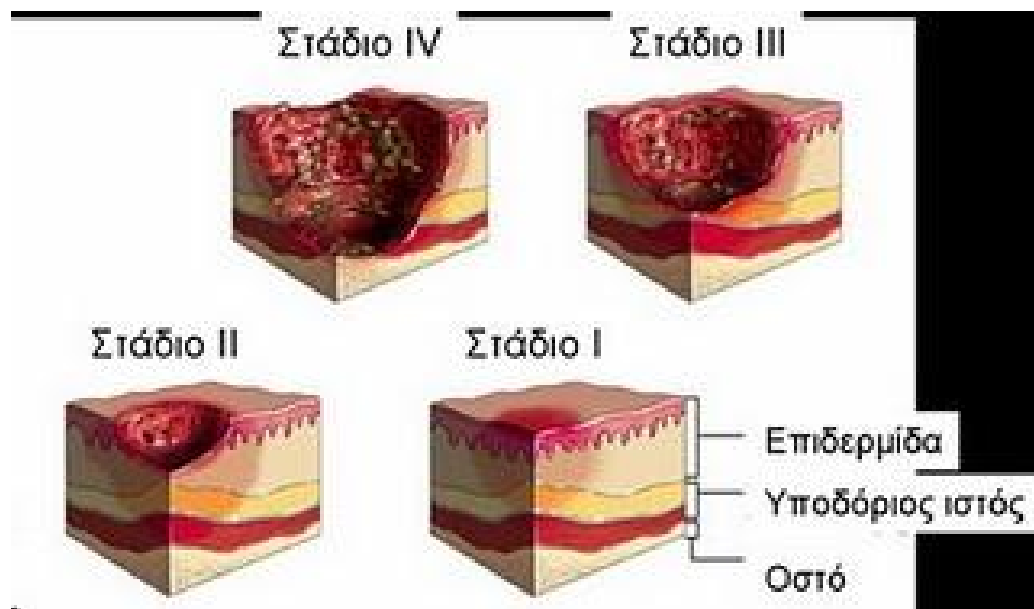
ΤΕΙ ΠΑΤΡΑΣ

Σχολή : ΣΕΥΠ

Τμήμα : Νοσηλευτικής

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΙΣ-ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ



Επιβλέπουσα :

Φιλντισένιου Π.

Καθηγήτρια

Επιμέλεια :

Καψιμάλη Παναγιώτα

Σπουδάστρια

ΠΑΤΡΑ 2011

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	5
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	
1.1 ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΔΕΡΜΑΤΟΣ.....	9
1.2 ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΔΕΡΜΑΤΟΣ.....	13
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	
2.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΩΝ.....	21
2.2 ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΣ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑΣ ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΩΝ	21
2.3 ΑΙΤΙΑ ΚΑΙ ΕΠΙΒΑΡΥΝΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ.....	22
2.4 ΣΤΑΔΙΑ ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΩΝ.....	26
2.5 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΩΝ.....	27
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	
3.1 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΩΝ ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΩΝ.....	30
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	
4.1 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΩΝ.....	35
4.2 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΤΩΝ ΙΣΤΩΝ.....	39
4.3 ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΚΑΤΑΛΙΣΗ.....	44
4.4 ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΑ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΑ ΓΙΑ ΤΗ ΠΕΡΙΠΟΙΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΚΛΙΣΗΣ.....	45
4.5 ΕΠΙΘΕΜΑΤΑ.....	46
4.6 ΕΙΔΙΚΑ ΣΤΡΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΚΡΕΒΑΤΙΑ.....	49
4.7 ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΙΕΣΗ.....	52
4.8 ΟΞΥΓΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	56
4.9 ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ.....	57
4.10 ΚΛΙΜΑΚΕΣ ΑΞΙΟΛΟΓΙΣΗΣ ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΩΝ.....	57
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5	
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ.....	60
5.1 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 1 ^ο	61
5.2 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 2 ^ο	62
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	63
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	64

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στην παρούσα εργασία θα γίνει λόγος για το θέμα των κατακλίσεων. Οι κατακλίσεις είναι μια πολύ γνωστή επιπλοκή της παράλυσης που έχει απασχολήσει και που απασχολεί συνεχώς εκατοντάδες ανθρώπους που ζουν κάτω από συνθήκες τετραπληγίας ή παραπληγίας.

Οι κατακλίσεις όπως όλα τα χρόνια έλκη χρειάζονται αντιμετώπιση από ομάδα ιατρικών ειδικοτήτων, στρατηγική και πάνω από όλα υπομονή αφού περνούν από τέσσερα στάδια. Επίσης γίνεται αναφορά για τα μέτρα πρόληψης και τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις για την καλύτερη δυνατή πρόληψη των κατακλίσεων.

Οι τρόποι πρόληψης των κατακλίσεων είναι γνωστοί: Έχουν να κάνουν με την επιλογή και την ρύθμιση του αναπηρικού καθίσματος, την επιλογή και τη ρύθμιση προστατευτικού μαξιλαριού, την υγιεινή του σώματος, την υιοθέτηση υγιεινών τρόπων ζωής και προσέγγισης των αναγκών του παράλυτου μέρος του σώματος, την επιλογή κρεβατιού και στρώματος, ενδυμάτων και άλλων πολλών. Όμως όσο προσεκτικά και να ζει κάποιος άνθρωπος δεν μπορεί να αποφεύγει πάντα τις κατακλίσεις. Κατακλίσεις μπορούν να συμβούν ανά πάσα στιγμή για σημαντική ή ασήμαντη αφορμή. Κατακλίσεις συμβαίνουν ακόμη και στους πιο καλά ρυθμισμένους και προσεκτικούς ανθρώπους με αναπηρίες. Δεν υπάρχει άνθρωπος που ζει κάτω από συνθήκες παράλυσης και δεν είχε την εμπειρία κάποιες έστω και μικρής κατάκλισης ή κόκκινου σημαδιού. Γι αυτό το λόγο υπάρχουν ειδικά κρεβάτια και επιθέματα που με την κατάλληλη χρήση από τους Επαγγελματίες Υγείας μπορούν να προληφθούν.

Όσοι γνωρίζουν από παράλυση γνωρίζουν πως η κατάκλιση εύκολα δημιουργείται, δύσκολα προλαμβάνεται και ακόμη πιο δύσκολα θεραπεύεται.

ABSTRACT

In this paper we speak of the matter of pressure sores. The Pressure sores are a well known complication of paralysis that has concerned and it constantly concerns hundreds of people who living in quadriplegia or paraplegia.

The pressure sores like all the chronic ulcers require treatment by a team of medical specialists, strategy and above all patience since are going through by four stages. Also, are mentioned preventive measures and nursing interventions for optimal prevention of pressure sores.

Ways to prevent pressure sores , they are known: they have to do with selecting and setting of the wheelchair, selecting and setting protective cushion, hygiene of the body, adopting healthy lifestyles and approaches to the needs of the paralyzed part of the body , selecting the beds and mattresses, clothing and many other. But however carefull could be a man's life can not always avoid pressure sores. Pressure sores can occur at any time for significant or insignificant reason. Pressure Sores occur even in the most careful and well-regulated people with disabilities. There is no man who lives under conditions of paralysis and had not some experience of pressure sores or even a red mark . That's why there are special beds and patches in the appropriate use by healthcare professionals can be prevented.

Those who know about paralysis, they know that pressue sores are easily created, difficult to prevent and even more difficult to treat.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι κατακλίσεις αποτελούν ένα συνηθισμένο φαινόμενο της εποχής μας το οποίο προουπήρχε από την εποχή του Φαραώ και εχοθμέ αναφορές γι 'αυτές από τον Ιπποκράτη, τον Λίστερ και τον Παστέρ.

Οι κατακλίσεις είναι ένα φαινόμενο το οποίο συνεχίζει να υπάρχει μέχρι και σήμερα, προκαλώντας δυσμενείς επιπτώσεις στον ασθενή, και μάλιστα σε μια εποχή που η εξέλιξη της ιατρικής επιστήμης είναι ραγδαία. Είναι γνωστό άλλωστε ότι ο τομέας της υγείας επιβαρύνεται με τεράστια ποσά ετησίως, που ξοδεύονται για τη θεραπεία τους. Η πρόληψη των κατακλίσεων αποτελεί δείκτη ποιοτικής νοσηλευτικής φροντίδας γι' αυτό η πρόληψη και η θεραπεία είναι νοσηλευτικό έργο μεγάλης σπουδαιότητας.

Λέγοντας κατακλίσεις σύμφωνα με το <<National Pressure Ulcer Advisory Panel>> των ΗΠΑ(Εθνική Συμβουλευτική Επιτροπή για τα Έλκη) εννοούμε την εντοπισμένη περιοχή νέκρωσης του ιστού που συμβαίνει όταν ο ιστός συμπιέζεται για παρατεταμένη χρονική περίοδο, μεταξύ οστέινης προεξοχής και εξωτερικής επιφάνειας όπως είναι το κρεβάτι ή η πολυθρόνα.

Η παρούσα εργασία έχει ως σκοπό να προσεγγίσει το θέμα των κατακλίσεων γενικότερα αλλά και από νοσηλευτική άποψη ώστε να μπορέσει να βοηθήσει τόσο στην πρόληψη όσο και στη θεραπεία των κατακλίσεων.

Στο πρώτο κεφάλαιο παρουσιάζεται η ανατομία και η φυσιολογία του δέρματος ώστε να γίνει κατανοητή στη συνέχεια η παθογένεια των κατακλίσεων.

Στο δεύτερο κεφάλαιο αναφέρεται ο ορισμός, ο μηχανισμός, τα αίτια και τα στάδια των κατακλίσεων για να μπορέσει να γίνει αντιληπτό τι εννοούμε με τον όρο κατακλίσεις.

Το τρίτο κεφάλαιο έχει να κάνει με το ρόλο του νοσηλευτή στην πρόληψη των κατακλίσεων.

Στο τέταρτο κεφάλαιο παρουσιάζεται πια είναι η αντιμετώπιση των κατακλίσεων και οι διάφορες τεχνικές και εξαρτήματα που χρησιμοποιούνται για την προαγωγή της υγείας του ασθενή.

Τέλος στο πέμπτο και τελευταίο κεφάλαιο αναλύονται και αντιμετωπίζονται δύο περιστατικά για την καλύτερη κατανόηση των κατακλίσεων και της θεραπείας τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

‘ΑΝΑΤΟΜΙΑ-ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ’

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1 ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ

Το δέρμα είναι το μεγαλύτερο μέρος του σώματος με μέση επιφάνεια περίπου 2 m² και Βάρος περίπου 4 kg. Το δέρμα έχει 2 στιβάδες. Την επιδερμίδα, η οποία είναι η εξωτερική επιθηλιακή στιβάδα και το χόριο ή κυρίως δέρμα το οποίο αποτελεί την εσωτερική στιβάδα, κάτω από το χόριο υπάρχει χαλαρός συνδετικός ιστός, το υπόδερμα ή υποδόριος ιστός, το οποίο περιέχει άφθονο λίπος. Το δέρμα επίσης έχει και τα εξαρτήματα του τα οποία είναι οι αδένες (σμηγματογόνοι και ιδρωτοποιοί), οι τρίχες και τα νύχια (Παπασιδέρης, 2006).

ΕΠΙΔΕΡΜΙΔΑ

Η επιδερμίδα αποτελείται από :

- Βασική ή μητρική στιβάδα
- Μαλπιγιανή ή ακανθωτή στιβάδα
- Κοκκώδης στιβάδα
- Κεράτινη στιβάδα

Η βαθύτερη από τις στιβάδες της επιδερμίδας είναι η βασική στιβάδα η οποία αποτελείται από 1 στίχο επιθηλιακών κυττάρων ορθογωνίου σχήματος, τα οποία διατάσσονται το ένα δίπλα στο άλλο σαν πάσσαλοι ενός φράχτη και τα οποία συνδέονται μεταξύ τους με τονοινίδια που σχηματίζουν τα δεσμοσώματα. Τα κύτταρα της βασικής στιβάδας παρουσιάζουν μιτώσεις, πολλαπλασιάζονται και ανεβαίνουν προς την επιφάνεια, με σκοπό τελικώς να σχηματίσουν την κεράτινη στιβάδα.

Πάνω από τη βασική στιβάδα υπάρχει η Μαλπιγιανή ή ακανθωτή στιβάδα, η οποία λέγεται έτσι διότι τα δεσμοσώματα που συνδέουν τα κύτταρα μεταξύ τους, μοιάζουν με άκανθες.

Η Μαλπιγιανή στιβάδα αποτελείται από πολλούς στοίχους κυττάρων τα οποία όσο ανεβαίνουν προς την επιφάνεια του δέρματος σχηματίζουν την κοκκώδη στιβάδα. Η κοκκώδης στιβάδα περιέχει κοκκία κερατουαλίνης, τα οποία αποτελούν την προδρομική ουσία της κεράτινης. Η κοκκώδη στιβάδα περιέχει επίσης λιπίδια τα οποία αποβάλλονται στο μεσοκυττάριο διάστημα και συμβάλουν στην κυτταρική συνοχή.

Η τελική εξωτερική στιβάδα, τέλος, είναι η κεράτινη στιβάδα η οποία αποτελείται πλέον από επιπεδωμένα, απύρηννα κύτταρα(πετάλια), με κεραμωτή αλληλουχία. Τα κύτταρα της κεράτινης στιβάδας,

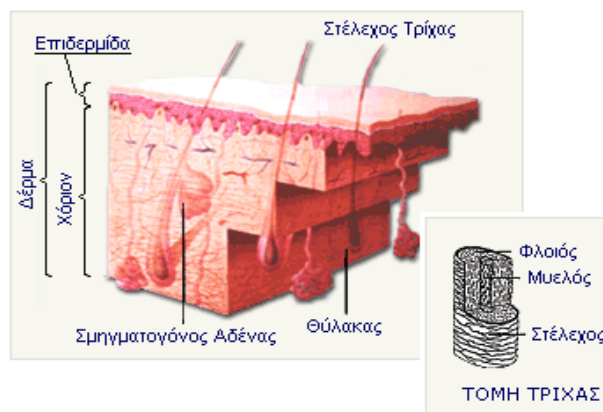
συνενώνονται σταθερά μεταξύ τους και δημιουργούν φραγμό προς το περιβάλλον και προσδίδουν στο δέρμα μία σημαντική ιδιότητα, την αδιαπερατότητα. Στις παλάμες και τα πέλματα, μεταξύ της κεράτινης και της κοκκώδους στιβάδας, υπάρχει μια επιπλέον στιβάδα, η διαυγής στιβάδα(λέγεται έτσι διότι δεν βάφεται με τις κοινές χρωστικές).

Η επιδερμίδα έχει τέσσερα είδη κυττάρων:

- Τα επιθηλιακά κύτταρα(κερατινοκύτταρα)
- Τα μελανοκύτταρα
- Τα κύτταρα του Langerhans
- Τα κύτταρα του Merkel

Τα κερατινοκύτταρα είναι τα κύτταρα που κατακλύζουν την επιδερμίδα. Ξεκινάμε από τη βασική στιβάδα, όπου παρουσιάζουν και τη μέγιστη μιτωτική δραστηριότητα. Έχουν ένα μεγάλο βαθυχρωματικό πυρήνα με 1 ή περισσότερα πυρήνια. Το κυτταρόπλασμα των κερατινοκυττάρων περιέχει ριβοσώματα, μιτοχόνδρια και τονοϊνίδια δηλαδή πολυπεπίδια που συμμετέχουν στην κατασκευή των δεσμοσωμάτων, τα οποία συνδέουν τα κύτταρα της επιδερμίδας μεταξύ τους.

Εικόνα 1: **Επιδερμίδα**



“Η ανατομία του δέρματος” , Δέρμα |Ανατομία (Bergman-Kord)

Το κάθε κερατινοκύτταρο κινείται προς τις εξωτερικές στιβάδες για να φτάσει τελικά στην κεράτινη στιβάδα. Η διαδικασία του κερατινοκυττάρου, η οποία ξεκινάει από τη βασική στιβάδα, υφίσταται μεγάλο αριθμό μεταβολών και τελικά καταλήγει στην κεράτινη στιβάδα σαν απύρνητο, αποπλατυσμένο πετάλιο λέγεται κερατινοποίηση. Η κερατινοποίηση διαρκεί 28 ημέρες (Παπασιδέρης, 2006).

Τα μελανοκύτταρα βρίσκονται μεταξύ και κάτω από τα κύτταρα της βασικής στιβάδας και είναι υπεύθυνα για την παραγωγή της μελανίνης. Η ποσοτική τους σχέση με τα κύτταρα της βασικής στιβάδας είναι 1:5. Τα μελανοκύτταρα είναι κύτταρα νευρογενούς προέλευσης και φέρουν δενδρίτες που διακλαδίζονται μεταξύ των επιθηλιακών κυττάρων. Οι δενδρίτες είναι γεμάτοι από μελανοσώματα(κοκκία που περιέχουν μελανίνη προερχόμενη από τη διαδικασία της μελανογένεσης), ο αριθμός των μελανοκυττάρων είναι ο ίδιος σε όλες τις φυλές, διαφέρουν όμως στον αριθμό και το μέγεθος των μελανοσωμάτων. Τα μελανοσώματα που βρίσκονται στους δενδρίτες των μελανοκυττάρων, φαγοκυτταρώνονται από τα επιθηλιακά κύτταρα, περιβάλλουν τον πυρήνα των κυττάρων αυτών και τα προστατεύουν από την υπερϊώδη ακτινοβολία. Κάθε μελανοκύτταρο "αρδεύει" αρκετά επιθηλιακά κύτταρα. Τα κύτταρα του Langerhans(LC) είναι δενδριτικά κύτταρα μεσεγχυματικής προέλευσης και βρίσκονται πάνω από τη βασική στιβάδα. Τα LC συμμετέχουν στην ανοσολογική λειτουργία και είναι υπεύθυνα για την αναγνώριση και παρουσίαση των αλλεργιογόνων στα λεμφοκύτταρα. Τα κύτταρα του Merkel εξυπηρετούν την αισθητική λειτουργία του δέρματος και είναι άφθονα σε περιοχές μεγάλης ευαισθησίας (Παπασιδέρης, 2006)

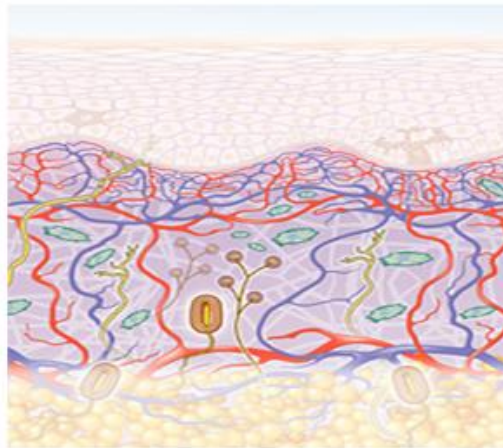
Η ΧΟΡΙΟ-ΕΠΙΔΕΡΜΙΚΗ ΕΝΩΣΗ

Η ένωση επιδερμίδας και χορίου γίνεται με καταδύσεις της επιδερμίδας στο χόριο και αντίστοιχες αναδύσεις του χορίου γνωστές θηλές. Μία μεμβράνη, η βασική μεμβράνη χωρίζει την επιδερμίδα από το χόριο και αποτελείται από δυο λεπτά πέταλα διακριτά με το ηλεκτρονικό μικροσκόπιο. Τα πέταλα αυτά είναι: α) το διαυγές πέταλο (Lamina Lucida) σε επαφή με τη βασική στιβάδα και β) το πυκνό πέταλο(Lamina densa) σε επαφή με το χόριο. Το πυκνό πέταλο είναι πλούσιο σε ινίδια κολλαγόνου, σαν άγκυρες, (anchoring fibrils), τα οποία "δένουν" την επιδερμίδα με το χόριο. Η δερμο-επιδερμική ένωση εξασφαλίζει μηχανική υποστήριξη της επιδερμίδας και λειτουργεί και σαν ημιδιαπερατό φίλτρο που ρυθμίζει την δίοδο ουσιών από τα μέσα προς τα έξω και αντίστροφα (Gayton and Hall, 2004).

ΤΟ ΧΟΡΙΟ Ή ΚΥΡΙΩΣ ΔΕΡΜΑ

Το χόριο τρέφει και υποστηρίζει την επιδερμίδα. Στο χόριο υπάρχουν αυτόχθονα και ετερόχθονα κύτταρα. Τα περισσότερα από τα αυτόχθονα κύτταρα είναι οι ινοβλάστες, οι οποίοι συνθέτουν 3 ειδών ίνες, τις κολλαγόνους ίνες, τις ελαστικές ίνες και τέλος τις δικτυωτές ίνες. Οι βασικότερες ίνες είναι οι κολλαγόνοι ίνες οι οποίες εξασφαλίζουν τη δομική υποστήριξη του δέρματος. Υπάρχουν πολλοί ύποτυποι κολλαγόνων ινών. Οι κολλαγόνοι ίνες είναι παχύτερες και τραχύτερες εις τα βαθύτερα στρώματα (θηλώδες στρώμα) όπου οι κολλαγόνοι ίνες είναι λεπτότερες και πιο χαλαρές. Οι ελαστικές ίνες εξασφαλίζουν την ελαστικότητα του δέρματος, τα ετερόχθονα κύτταρα του χορίου είναι τα μαστοκύτταρα, τα μακροφάγα και τα λεμφοκύτταρα (Gayton and Hall, 2004).

Εικόνα 2: Κυρίως Δέρμα



Το χόριο (δερμίδα/Dermis) , Η δομή του δέρματος , (Dr. Babor GmbH & Co. KG)

ΑΓΓΕΙΑ ΚΑΙ ΝΕΥΡΑ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ

Τα αγγεία του δέρματος δημιουργούν 2 κύρια οριζόντια πλέγματα. Το εν τω βάθει αγγειακό πλέγμα, το οποίο βρίσκεται κοντά στο υποδόριο λίπος και τροφοδοτεί τους ιδρωτοποιούς αδένες και τους θυλάκους των τριχών. Στο χόριο υπάρχουν επίσης λεμφαγγεία, όπως επίσης και πλήθος αισθητικών νεύρων και νευρικών απολήξεων τα οποία εξασφαλίζουν την αίσθηση της αφής και τις πολλαπλές παραλλαγές της (Gayton and Hall, 2004).

ΤΑ ΕΞΑΡΤΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ

Τα εξαρτήματα του δέρματος προέρχονται από επιθηλιακές βλάστες κατά την εμβρυογένεση και εκτός από τα νύχια, βρίσκονται εις το χόριο και το υπόδερμα. Τα εξαρτήματα του δέρματος είναι τα εξής :

- Ø Τρίχες
- Ø Νύχια
- Ø Αδένες (ιδρωτοποιοί και σμιγματογόνοι) (Gayton and Hall, 2004).

1.2 ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ

Το δέρμα είναι ένα πολύτιμο όργανο του σώματος στο οποίο εκτελούνται πολλές και σημαντικές φυσιολογικές λειτουργίες. Περιέχει 70% νερό(το 13% του νερού του δέρματος βρίσκεται στη κεράτινη στιβάδα) και αποτελείται από την επιφάνεια προς τα μέσα από τρία τμήματα : την επιδερμίδα, το κυρίως δέρμα και το υπόδερμα. Το δέρμα είναι όργανο κοινωνικής επικοινωνίας και δείκτης εσωτερικών παθήσεων. Οι κυριότερες λειτουργίες του δέρματος είναι οι εξής :

- Προστατευτική λειτουργία
- Αισθητήρια λειτουργία
- Θερμορυθμιστική λειτουργία
- Μεταβολική λειτουργία
- Απεκκριτική και απορροφητική λειτουργία
- Ενδοκρινής λειτουργία
- Ανοσοποιητική λειτουργία
- Κερατινοποίηση
- Παράγωγή μελανίνης (Gayton and Hall, 2004).
- Προστατευτική λειτουργία. Το δέρμα μας προστατεύει από τις βλαπτικές επιδράσεις του περιβάλλοντος.

Οι επιδράσεις αυτές διακρίνονται σε : μηχανικές, θερμικές, χημικές, επιδράσεις από την ηλιακή ακτινοβολία, μικροβιακές και παρασιτικές. Ειδικότερα η προστασία επιτελείται από : Α) τις μηχανικές κακώσεις. Οι μηχανικές κακώσεις εξουδετερώνονται σε τρία επίπεδα : στο επίπεδο της επιδερμίδας, μέσω της κεράτινης και της ακανθωτής στιβάδας, στο επίπεδο του δερμοεπιδερμικού υμένα, στο ύψος του οποίου υφίσταται στερεή σύνδεση της επιδερμίδας προς το δέρμα και στο επίπεδο του

χορίου, χάρις στην ελαστικότητα, την ανθεκτικότητα και το διατατόν αυτού.

Οι ιδιότητες αυτές του χορίου οφείλονται στην παρουσία των ελαστικών ινών, στην αρχιτεκτονική των κολλαγόνων ινών και την μικρή ποσότητα του περιεχομένου νερού. Β) από τις θερμικές επιδράσεις(ψύχους ή θερμότητας). Ανεξαρτήτως της ενεργητικής συμμετοχής του δέρματος στην θερμορύθμιση του σώματος, στην οποία θα μελετήσουμε αμέσως παρακάτω, το δέρμα είναι ένα μονωτικό μέσο, που προφυλάσσει τα εσωτερικά όργανα από τις εξωτερικές θερμικές προσβολές. Γ) από τις ηλεκτρικές κακώσεις το δέρμα είναι φορτισμένο αρνητικά. Η αντίσταση του δέρματος εδράζεται κατά κύριο λόγο από την κεράτινη στιβάδα της επιδερμίδας. Εάν η επιδερμίδα είναι λεπτή και υγρή, τότε η αντίσταση μειώνεται και ο κίνδυνος ηλεκτροπληξίας είναι μεγαλύτερος. Δ) Από την ηλιακή ακτινοβολία. Το δέρμα μας προφυλάσσει από την ηλιακή ακτινοβολία με την μελανίνη που βρίσκεται στην κεράτινη στιβάδα. Ε) Από τις χημικές προσβολές μας προστατεύει μέσω της κερατίνης στιβάδας της επιδερμίδας, που είναι ανθεκτική εις τα ασθενή οξέα και αλκάλια. Με τον όξινο μανδύα του δέρματος και με το λεπτό στρώμα του σμήγματος, το οποίο καλύπτει την επιδερμίδα. ΣΤ) Από τις μικροβιακές και παρασιτικές προσβολές μέσω της κερατίνης στιβάδας της επιδερμίδας, που είναι αδιάβατη στα μικρόβια και τους μύκητες η οποία απολεπίζεται συνέχεια και αποβάλλει μαζί της τα μικρόβια και παράσιτα. Επιπλέον με το όξινο ΡΗ δεν ευνοεί την ανάπτυξη μικροβίων και παρασίτων (Gayton and Hall, 2004).

Εικόνα 3: Δέρμα



“Αισθητική προσώπου” Ελένη Νικολάου, εκδόσεις Τυποθήτω-Γιώργος Δαρδάνος,

Αισθητήρια λειτουργία. Το δέρμα είναι το αισθητήριο όργανο της αφής, της πίεσης, του θερμού, του ψυχρού και του πόνου.

Η αίσθηση της αφής εστιάζεται στα σωματίδια των Wagner-Meisner, τα οποία ευρίσκονται στις θηλές του χορίου, η εν τω βάθει αίσθηση της πίεσεως στα σωματίδια του Vater-Pacini, τα οποία ευρίσκονται εις την υποδερμίδα. Οι νευρικές απολήξεις γύρω από τις τρίχες συντελούν στη δημιουργία του αισθήματος της αφής. Η αίσθηση της αφής και της πίεσης δεν είναι ανεπτυγμένη εξ ίσου σε όλη την επιφάνεια του δέρματος. Η αίσθηση του θερμού εστιάζεται στα σωματίδια του Ruffini, τα οποία ευρίσκονται εις το βάθος του χορίου, η δε αίσθηση του ψυχρού στα σωματίδια του Krause, τα οποία βρίσκονται στο θηλώδες στρώμα του χορίου. Η αίσθηση του πόνου είναι συνηθισμένο φαινόμενο. Ως υποδοχείς του πόνου λειτουργούν διάφορες ελεύθερες νευρικές απολήξεις στο χόριο και την επιδερμίδα. Ο κνησμός είναι ένα δυσάρεστο ή καμιά φορά και ευχάριστο αίσθημα, που μας αναγκάζει να καταφύγουμε στο ξύσιμο. Όπως και η φύση του πόνου, έτσι και η φύση του κνησμού δεν έχει εξακριβωθεί ακόμη πλήρως. (Gayton and Hall, 2004).

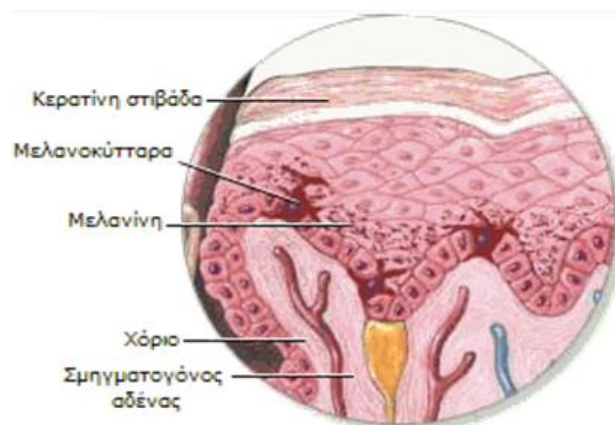
Θερμορυθμιστική λειτουργία. Η θερμοκρασία του σώματος (37°C) διατηρείται σταθερή χάρις στην ισορροπία της παραγόμενης και αποβαλλομένης θερμότητας.

Αυτή η λειτουργία ρυθμίζεται από ένα κέντρο που βρίσκεται στον υποθάλαμο. Το δέρμα παίζει σημαντικό ρόλο στη θερμορύθμιση με δύο μηχανισμούς : τη παραγωγή και εξάτμιση του ιδρώτα και τη διαστολή ή συστολή των επιφανειακών αγγείων. Σε περίπτωση αυξημένης θερμοκρασίας του περιβάλλοντος προκαλείται αντανακλαστικά α) διέγερση των εκκριτικών νευρικών απολήξεων και παραγωγή ιδρώτα, β) διέγερση των αγγειοκινητικών απολήξεων και αγγειοδιαστολή. Με την εξάτμιση του παραγομένου ιδρώτα καταναλίσκεται θερμότητα. Για να εξατμιστεί ο ιδρώτας, ο ατμοσφαιρικός αέρας πρέπει να είναι ξηρός διότι, εάν είναι κεκορεσμένος από υδρατμούς η εξάτμιση του ιδρώτα δεν θα πραγματοποιηθεί. Στην αγγειοδιαστολή μεταφέρεται θερμότητα μέσω του αίματος από τα σπλάχνα προς το δέρμα, όπου η θερμότητα αποβάλλεται με ακτινοβολία, με μετάδοση και με αγωγή. Αντίθετα κατά την αγγειοσυστολή η ποσότητα του κυκλοφορούντος στην επιφάνεια αίματος είναι μικρή και η απώλεια της εσωτερικής θερμότητας είναι μικρή. Η εξοικονόμηση θερμότητας πραγματοποιείται στον ανώτατο βαθμό, εάν η αγγειοσυστολή στα αρτηρίδια είναι τέτοια, ώστε η μετάβαση του αίματος από τις αρτηρίες στις φλέβες να γίνεται με τους χορειακούς και να παρακάμπτεται η επιφανειακή κυκλοφορία (Gayton and Hall, 2004).

Μεταβολική λειτουργία. Στο δέρμα μεταβολίζονται οι πρωτεΐνες οι υδατάνθρακες, τα λίπη, το νερό, οι βιταμίνες, και οι ηλεκτρολύτες.

Οι μεταβολικές λειτουργίες του δέρματος γίνονται με τη βοήθεια πολλών μηχανισμών οι κυριότεροι των οποίων είναι : Τα ένζυμα όπως οι πρωτεϊνάσες (αργινάση, ισταμινάση, τυροσινάση, υαλουρονιδάση), οι λιπάσες (χολινεστεράση) οι φωσφατάσες που συμβάλουν στον μεταβολισμό των πρωτεϊνών, των υδατανθράκων και των λιπών του δέρματος. Οι βιταμίνες, Η βιταμίνη Α δρα ανασταλτικά στην κερατινοποίηση και γι αυτό χρησιμοποιείται σε όλες τις παθήσεις του δέρματος που υπάρχει υπερκεράτωση . Οι βιταμίνες του συμπλέγματος Β ενεργούν σαν συνένζυμο σε διάφορες οξειδοαναγωγικές λειτουργίες καθώς και στο μεταβολισμό των υδατανθράκων. Η βιταμίνη C δρα επίσης στις οξειδοαναγωγικές λειτουργίες του δέρματος. Η βιταμίνη D συντίθεται στο δέρμα από τις στερόλες κάτω από την επίδραση της υπεριώδους ακτινοβολίας (Gayton and Hall, 2004)

Εικόνα 4: Δέρμα



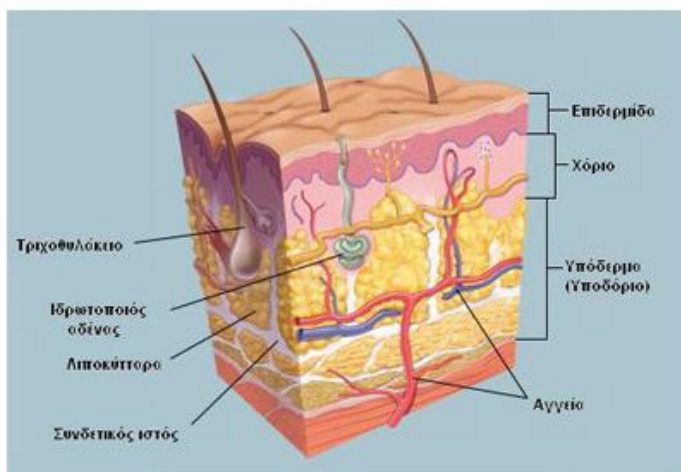
“Ανατομία και Φυσιολογία του δέρματος “, Το δέρμα , Μιχαλάκη Λουίζα-Πλαστικός Χειρουργός

Απεκκριτική λειτουργία του δέρματος. Το δέρμα αποτελεί σημαντικό όργανο ελέγχου μέσω του οποίου απεκκρίνονται διάφορες ουσίες και απορροφώνται άλλες ουσίες. Από το δέρμα αποβάλλεται κυρίως ο ιδρώτας και το σμήγμα.

Ο ιδρώτας παράγεται από τους ιδρωτοποιούς αδένες. Υπάρχουν περίπου 4-5 εκατομμύρια εκκρινείς ιδρωτοποιοί αδένες. Η ποσότητα του ιδρώτα κυμαίνεται σε φυσιολογικές καταστάσεις σε 500-700 gr την ημέρα. Ο ιδρώτας είναι ένα υπέρτονο διάλυμα που περιέχει νερό σε ποσοστό 95%, βαριά μέταλλα και μερικά οργανικά συστατικά που περιλαμβάνουν γαλακτικό οξύ, οθρία, αμμωνία, αμινοξέα,

γλυκοπρωτεΐνες, και όξινους βλεννοπολυσακχαρίτες. Ο ιδρώτας εκκρίνεται μετά από ερεθίσματα από τον υποθάλαμο που δρα σαν θερμοστάτης του σώματος. Αρχικά ο ιδρώτας είναι άοσμος αλλά αν υπάρχουν μικροοργανισμοί διασπάται σε προϊόντα αμμωνίας και μυρίζει άσχημα. Οι αποκρινείς αδένες (αδένες που βρίσκονται στη μασχάλη, γεννητική περιοχή, γύρω από τους μαστούς και στο τριχωτό της κεφαλής) παράγουν ένα άλλο είδος ιδρώτα τον αποκρινή ιδρώτα. Η λειτουργία των αποκρινών αδένων αρχίζει μετά την ήβη. Ο αποκρινής ιδρώτας έχει ιδιάζουσα οσμή, και στα ζώα χρησιμεύει για να προσελκύει ή απωθεί σεξουαλικά. Το σμήγμα παράγεται από τους σμηγματογόνους αδένες και περιέχει σε μεγάλη αναλογία ουδέτερα λίπη ή ελεύθερα λιπαρά οξέα και λιποειδή, ως η χοληστερίνη, προβιταμίνη D, βιταμίνη A και καροτένιο. Η έκκριση του σμήγματος αρχίζει στην εφηβεία κάτω από την επίδραση των ανδρογόνων ορμονών. Το σμήγμα αποτελείται από λιπαρά οξέα, σκουαλένιο, τριγλυκερίδια και εστέρες κηρού. Συντελεί εις την προασπιστική λειτουργία του δέρματος έναντι των μικροβίων και των μυκήτων και συμμετέχει στο σχηματισμό στην επιφάνεια του δέρματος ενός προστατευτικού λιπαρού υμένα. Η ημερήσια έκκριση των σμηγματογόνων αδένων υπολογίζεται εις 1-2 g (Gayton and Hall, 2004).

Εικόνα 5: Δέρμα



“Τα Λιποκύτταρα και η ανατομία του λίπους” (Dr Αθανάσιος Χριστόπουλος, Πλαστικός Χειρουργός)

Απορροφητική λειτουργία του δέρματος. Το δέρμα είναι μια ημιδιαπερατή μεμβράνη που επιτρέπει την διάβαση ουσιών από έξω προς τα μέσα και αντίστροφα.

Η είσοδος των διαφόρων ουσιών από τον έξω κόσμο προς τον οργανισμό επιτελείται μέσω της επιδερμίδας και των τριχοσμηγματογόνων θυλάκων. Μέσω του δέρματος απορροφούνται μικρές ποσότητες οξυγόνου, νερό, και άλλες λιποδιαλυτές ουσίες. Από το δέρμα απορροφούνται διάφορα φάρμακα που μπορεί να έχουν τοπική ή συστηματική δράση. Η απορρόφηση των φαρμάκων γίνεται καλύτερα όταν είναι ενσωματωμένα σε κρέμες ή αλοιφές ή όταν χορηγούνται με κλειστή περιέδεση (Gayton and Hall, 2004).

Ανοσοποιητική λειτουργία του δέρματος.

Είναι γνωστό από την ανοσολογία ότι στην παραγωγή των αντισωμάτων συμμετέχουν τα λεμφοκύτταρα και τα ερυθροκύτταρα του δέρματος. Από τα λεμφοκύτταρα σχηματίζονται τα κύτταρα-αντισώματα κατά τον μηχανισμό της κυτταρικής ανοσίας, ενώ από τα πλασματοκύτταρα σχηματίζονται οι ανοσοσφαιρίνες (Gayton and Hall, 2004).

Κερατινοποίηση

Η κερατινοποίηση αποτελεί ειδική λειτουργία της επιδερμίδας και συνίσταται στη φυσιολογική ωρίμανση των κυττάρων της. Τα κερατινοκύτταρα προέρχονται από τα κύτταρα της μητρικής στιβάδας. Καθώς τα κύτταρα της μητρικής στιβάδας ανεβαίνουν προς την επιφάνεια του δέρματος υφίστανται αλλαγές, χάνουν τον πυρήνα τους και καθίστανται νεκρά κύτταρα στην επιφάνεια της επιδερμίδας τα οποία αποπίπτουν. Η διαδικασία αυτή ονομάζεται κερατινοποίηση. Εκατομμύρια νεκρά κύτταρα απομακρύνονται με αποτέλεσμα το δέρμα να ανανεώνεται (Gayton and Hall, 2004)

Μελανινογένεση (παραγωγή μελανίνης)

Το χρώμα του δέρματος οφείλεται σε μια φυσιολογική χρωστική, της μελανίνης, στο πάχος της κερατίνης στιβάδας της επιδερμίδας, στην κοκκώδη στιβάδα και στην αιμάτωση του. Η μελανίνη παράγεται σε ειδικά κύτταρα που βρίσκονται στη βασική στιβάδα της επιδερμίδας και ονομάζονται μελανινοκύτταρα. Η πρόδρομος ουσία της μελανίνης είναι η τυροσίνη. Η σχηματισθείσα μελανίνη παραμένει εις τα μελανινοκύτταρα ή μεταναστεύει στην ακανθωτή στιβάδα της επιδερμίδας ή στο χόριο. Η μελανίνη είναι πολύ σημαντική ουσία του δέρματος διότι μας προστατεύει από τις βλαπτικές επιδράσεις της

υπεριώδους ακτινοβολίας. Μετά από έκθεση σε ηλιακή ακτινοβολία υπερπαράγεται με αποτέλεσμα το φυσιολογικό μαύρισμα που παρατηρείται τους καλοκαιρινούς μήνες μετά από ηλιοθεραπεία. Άτομα μελαχρινά και άτομα μαύρης φυλής παρουσιάζουν μικρότερο ποσοστό καρκινωμάτων και προκαρκινικών παθήσεων σε σχέση με άτομα που έχουν ανοιχτόχρωμο δέρμα (Panagiotopoulou, 2002).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΩΝ

Ο ορισμός της κατάκλισης ποικίλει στις διάφορες μελέτες. Σύμφωνα με το <<National Pressure Ulcer Advisory Panel>> των ΗΠΑ(Εθνική Συμβουλευτική επιτροπή για τα έλκη), ως κατάκλιση ορίζεται εντοπισμένη περιοχή νέκρωσης του ιστού που συμβαίνει όταν ο ιστός συμπιέζεται για παρατεταμένη χρονική περίοδο, μεταξύ οστέινης προεξοχής και εξωτερικής επιφάνειας όπως είναι το κρεβάτι ή η πολυθρόνα. Ο ορισμός αυτός θεωρείται περισσότερο αποδεκτός(Πέτα Β)

Ο όρος κατάκλιση κατά τον Kosiak και τον Barton υποδηλώνει την πληγή που προξενήθηκε εξ αιτίας παρατεταμένης ισχαιμίας των ιστών.

Σύμφωνα με τους EK και Boman κατάκλιση είναι ο επίμονος αποχρωματισμός του δέρματος(βαθύ κόκκινο ή κοκκινωπό-μπλέ χρώμα) η βλάβη του επιθηλιακού ιστού και η καταστροφή των υποκειμένων ιστών του δέρματος.

Ο Chrisp ορίζει την κατάκλιση ως κυτταρική νέκρωση περιοχής του σώματος, η οποία προκαλείται από τη διακοπή της μικροκυκλοφορίας στους ιστούς της περιοχής. Η νέκρωση του ιστού είναι το τελικό αποτέλεσμα της διακοπής της ροής του αίματος.

Σύμφωνα με την Εθνική Συμβουλευτική Επιτροπή για τα έλκη στις ΗΠΑ, ως κατάκλιση ορίζεται η εντοπισμένη περιοχή νέκρωσης του ιστού, επειδή συμπιέζεται για παρατεταμένη χρονική περίοδο μεταξύ οστέινης προεξοχής και εξωτερικής επιφάνειας, όπως είναι το κρεβάτι ή η πολυθρόνα. Η παρατεταμένη εξωτερική πίεση που ασκείται στο δέρμα προκαλεί θρόμβωση των τριχοειδών, διακοπή της μικροκυκλοφορίας και παρεμπόδιση προς και από τους ιστούς διακίνησης θρεπτικών ουσιών και άχρηστων προϊόντων μεταβολισμού, με αποτέλεσμα ανοξία και νέκρωση των ιστών της περιοχής(Σίδα, 1988).

2.2 ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΣ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑΣ ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΩΝ

Η κατάκλιση είναι μια εντοπισμένη καταστροφή περιοχής του δέρματος και υποκειμένων ιστών που αναπτύσσεται σαν αποτέλεσμα της παρατεταμένης ισχαιμίας των ιστών λόγω πίεσης του δέρματος. Αυτό συμβαίνει σε κατακεκλιμένους ασθενείς που τοποθετούνται στην ίδια θέση για πολύ χρόνο. Η κατάκλιση σχηματίζεται όταν η εξωτερική πίεση

που ασκείται στο δέρμα υπερβαίνει την πίεση της μικροκυκλοφορίας (32mmHg) με αποτέλεσμα τη διακοπή του εφοδιασμού των ιστών της περιοχής με θρεπτικές ουσίες, την αδυναμία απομάκρυνσης των προϊόντων του μεταβολισμού από τους ιστούς στα απεκκριτικά όργανα και κατά συνέπεια τη νέκρωση της ισχαιμικής περιοχής. Οι ιστοί οι οποίοι βρίσκονται πάνω από οστικές προεξοχές παρουσιάζουν διαφορετική αντοχή στην υποξία σε σχέση με άλλους ιστούς που βρίσκονται μακριά από οστά. Το γεγονός αυτό εξηγεί την υψηλή συχνότητα δημιουργίας κατακλίσεων στις περιοχές αυτές .

Οι περιοχές εμφάνισης των ελκών κατάκλισης αφορούν συνήθως τα προεξέχοντα μέρη του σώματος όπως είναι οι πτέρνες, η ιερά χώρα, οι αγκώνες, η ωμοπλάτη, το ινίο, τα σφυρά, ο μείζων τροχαντήρας, οι πλευρές, το ακρώμιο, τα αυτιά, τα δάκτυλα, τα γόνατα, τα γεννητικά όργανα στους άνδρες, το στήθος στις γυναίκες, τα ζυγωματικά, το πηγούνι, ανάλογα με τη θέση στην οποία τοποθετείται ο ασθενής (Lyder, 2002).

ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ

- Παθολογικά 57%
- ΜΕΘ 26%
- Χειρουργικά 17%

Μέση ηλικία ασθενών: 68 έτη

Μέση διάρκεια νοσηλείας: 44 ημέρες

Η συχνότερη υποκειμενική νόσος ήταν τα:

- Αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια
- Κατάγματα

Εξωγενείς παράγοντες:

- Τροχαία

2.3 ΑΙΤΙΑ ΚΑΙ ΕΠΙΒΑΡΥΝΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Το αίτιο της δημιουργίας των κατακλίσεων, είναι η ισχαιμία που προκαλείται από την τοπικά ασκούμενη πίεση. Η πίεση που ασκείται σε διάφορα σημεία του σώματος του ασθενούς κατά την κατάκλιση του, συμπιέζει τα αιμοφόρα αγγεία της περιοχής με αποτέλεσμα την ελάττωση ή και διακοπή της μικροκυκλοφορίας. Με τον τρόπο αυτό δημιουργείται:

Τοπική ισχαιμία

Ελλιπής απομάκρυνση των προϊόντων του μεταβολισμού

Κακή θρέψη των ιστών

Η παραμονή αυτών των συνθηκών για μεγάλο χρονικό διάστημα προκαλεί σταδιακή νέκρωση των ιστών και δημιουργία των ελκών από κατάκλιση. Οι επιβαρυντικοί παράγοντες όπως η ηλικία, οι χρόνιες παθήσεις(σακχαρώδης διαβήτης κ.τ.λ.), η διαταραχή της θρέψης, η διαταραχή βασικών αιματολογικών παραμέτρων(Ht, ηλεκτρολύτες κ.λ.π.) αυξάνουν τον κίνδυνο δημιουργίας των κατακλίσεων και καθυστερούν την επούλωση .

ΟΜΑΔΕΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΩΝ

- Ηλικιωμένοι με μειωμένη κινητικότητα
 - Ασθενείς με μειωμένη κινητικότητα και διαταραχή της θρέψης, βαριά αναιμία, χρόνιοι αναπνευστικοί, καρκινοπαθείς, διαβητικοί κ.λ.π.
 - Ορθοπεδικοί ασθενείς με κατάγματα λεκάνης σπονδυλικής στήλης, και κάτω άκρων.
 - Νευροχειρουργικοί ασθενείς σε ακινησία
 - Ασθενείς εντατικών μονάδων (Μ.Ε.Θ.)
 - Τετραπληγικοί, παραπληγικοί ασθενείς
- (Καλεμικεράκης, 2006).

ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Ακολουθεί μια προσπάθεια συστηματοποίησης των παραγόντων που προκαλούν την εμφάνιση των κατακλίσεων, βασισμένη στη σκέψη ότι πρέπει να βρούμε και πιθανόν να αντιμετωπίσουμε, τους παράγοντες που μπορεί να καθυστερήσουν, να αναστείλουν ή να επιδεινώσουν την πορεία ενός έλκους προς την επούλωση.

ΕΞΩΓΕΝΕΙΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

- Έλειψη νοσηλευτικής φροντίδας
- Έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης
- Επιλογή λανθασμένης μεθόδου π.χ. επιλογή επούλωσης έλκους στη φάση της κοκκίωσης με γάζες εμποτισμένες με NaCl 15%
- Άστοχοι Ιατρό-Νοσηλευτικοί χειρισμοί π.χ. τραυματισμός του νέου ιστού κατά τη διάρκεια της αλλαγής

ü Επιλογή ακατάλληλων υλικών ή τεχνικών π.χ. η χρήση οξυζενέ στη φάση της κοκκίωσης (Καλεμικεράκης, 2006)

ü Τους ενδογενείς παράγοντες τους διακρίνουμε σε τοπικούς και συστηματικούς

ΕΝΔΟΓΕΝΕΙΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

ΤΟΠΙΚΟΙ

Μόλυνση-Λοίμωξη-Φλεγμονή. Ο κίνδυνος για την ανάπτυξη σηπτικής φλεγμονής σε ένα τραύμα είναι 50-100 φορές μεγαλύτερος όταν ο αριθμός μικροβίων υπερβαίνει τα 100.000 κατά γραμμάριο στερεού ιστού. Αυτό ισχύει για τις απλές μολύνσεις, ενώ για τις μικτές (δύο και άνω μικροοργανισμοί) ή για ισχυρά λοιμογόνους μικροοργανισμούς, όπως ο β-αιμολυτικός στρεπτόκοκκος, η λοίμωξη μπορεί να αναπτυχθεί με πολύ λιγότερα μικρόβια.

Τα ξένα σώματα π.χ. πλέγματα, προθέσεις, παροχετεύσεις, κ.λ.π. και φυσικά οι ρύποι που μπορεί να εισέλθουν σε ένα τραύμα. Τα ξένα σώματα ανεβάζουν τουλάχιστον κατά 1000 φορές τον κίνδυνο ανάπτυξης λοίμωξης.

Οι νεκροί ιστοί. Ο αριθμός των μικροβίων αυξάνει ενώ οι φαγοκυτταρικές ικανότητες των φαγοκυττάρων μειώνονται.

Τοπική Ισχαιμία

Θλαστικά τραύματα. Ιστοί που έχουν υποστεί θλάση συμπεριφέρονται σαν ισχαιμικοί.

Αιματώματα και νεκροί χώροι

Τα ράμματα. Ο κίνδυνος λοίμωξης εξαιτίας ράμματος από βαμβάκι ή μετάξι είναι πολύ αυξημένος. Ο αντίστοιχος κίνδυνος από ράμμα Nylon ή πολυπροπυλένιο ή πολύκλωνο πολυγλυκολικό οξύ ή αυτοκόλλητη ταινία είναι μειωμένος.

Τοπική θερμοκρασία στην επιφάνεια του έλκους. Η υποθερμία επιβραδύνει την επούλωση (Καλεμικεράκης, 2006)

ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Ολιγαϊμικό Shock. Υποκλοπή αίματος από όργανα δευτερευούσης σημασίας (δέρμα κ.λ.π.).

Κακή θρέψη. Αρνητικό ισοζύγιο αζώτου, καλίου, θείου και φωσφόρου. Αύξηση της κατανάλωσης υδρογονανθράκων. Αύξηση των ελευθέρων λιπαρών οξέων (κέτωση). Αύξηση των αναγκών σε βιταμίνη

A και D, σε θειαμίνη, ριβοφλαμίνη και νικοτινικό οξύ, στοιχείων απαραίτητων για την υποστήριξη των κυτταρικών και ανοσοβιολογικών μηχανισμών.

Διαβήτης. Τα τραύματα των διαβητικών ασθενών παρουσιάζουν φορές μεγαλύτερο κίνδυνο λοίμωξης από τα τραύματα των μη διαβητικών. Αιτία είναι η μικροαγγειοπάθεια, η αρτηριοσκλήρυνση και η ελαττωματική δράση των λευκοκυττάρων σε σχέση με τον χημειοτακτισμό τους και την φαγοκυτταρική τους ικανότητα. Βοηθούν οι μεγάλες ποσότητες βιταμίνης A.

Αρτηριοσκλήρυνση. Η ισχαιμία που προκαλεί η νόσος, μειώνει τον ρυθμό επούλωσης.

Καρκίνος και χημειοθεραπευτικά φάρμακα.

Καταβολισμός και λευκοπενία προκαλούν αύξηση του κινδύνου λοιμώξεων.

Ορισμένα χημειοθεραπευτικά φάρμακα, όπως η κυκλοφωσφαμίδη αποτρέπουν την αγγειοδιαστολή της φλεγμονώδους φάσης και καθυστερεί την επούλωση. Τα χημειοθεραπευτικά προκαλούν αλοιώσεις στο DNA και στο RNA των κυττάρων και αναστέλλουν άμεσα την σύνθεση πρωτεϊνών και την κυτταρική διαίρεση με αναστολή του πολλαπλασιασμού των ινοβλαστών.

Κορτικοειδή. Τα κορτικοειδή δρουν ανασταλτικά στη δύναμη της ουλής και της επιθηλιοποίησης αλλά και της νεοαγγειογένεσης.

Απομακρυσμένες φλεγμονές-ακραίες ηλικίες-παχυσαρκία.

Κάπνισμα. Το κάπνισμα προκαλεί αρτηριοσκλήρυνση και πτώση του οξυγόνου στο αίμα.

Μείωση των κυκλοφορούντων λεμφοκυττάρων. Αύξηση του κινδύνου των λοιμώξεων.

Ηλικία-γήρανση.

Πυρετός. Μείωση ικανότητας για ανοσοβιολογική απάντηση στους λοιμογόνους παράγοντες.

Υπόταση-Μειωμένη παροχή αίματος.

Νοσήματα – καταστάσεις που οδηγούν σε χαμηλά επίπεδα οξυγόνου στο αίμα.

Μη αναταγμένη καρδιαγγειακή διαταραχή (Καλεμικεράκης, 2006).

2.4 ΣΤΑΔΙΑ ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΩΝ

Στάδιο I : Βλάβη του δέρματος. Κλινικά παρατηρείται ερυθρότητα μη λευκάζουσα κατά την άσκηση πίεσης, άλγος, σκληρία λόγω οιδήματος.(Μπουζίκια, 2002).

Εικόνα 6: **Στάδιο I**



“Έλκη από πίεση” (Η.Παπαζήσης)

Στάδιο II : Καταστροφή της επιδερμίδας και σημαντικού τμήματος του χορίου με αποτέλεσμα η νέκρωση να φθάνει σχεδόν μέχρι το υποδόριο λίπος. Κλινικά παρατηρείται φλύκταινα ή δερματική διάβρωση ή μια αβαθής εξέλκωση(κρατήρας)(Μπουζίκια, 2002).

Εικόνα 7: **Στάδιο II**



“Έλκη από πίεση” (Η.Παπαζήσης)

Στάδιο III : Καταστροφή του δέρματος και του υποδόριου λίπους μέχρι την απονεύρωση των μυών. Κλινικά παρατηρείται νεκρωτική εσχάρα ή βαθειά εξέλκωση (Μπουζίκια, 2002).

Εικόνα 8: **Στάδιο III**



“Έλκη από πίεση” (Η.Παπαζήσης)

Στάδιο IV : Καταστροφή που επεκτείνεται στους μυς και φθάνει μέχρι και το υποκείμενο οστόν, τένοντες, αρθρώσεις. Είναι δυνατόν να υπάρχει οστεομυελίτις ή πύαρθρο (Μπουζικά,2002).

Εικόνα 9: **Στάδιο IV**



“Έλκη από πίεση” (Η.Παπαζήσης)

2.5 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΤΩΝ ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΩΝ

ΠΡΟΛΗΨΗ

Τα τελευταία χρόνια δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στην πρόληψη των ελκών από πίεση. Πολλοί διεθνείς επιστημονικοί οργανισμοί συντάσσουν και εκδίδουν οδηγούς πρόληψης βασιζόμενοι στα νεώτερα επιστημονικά δεδομένα κάθε φορά(RCN, 2001)

ΒΗΜΑ 1. ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ ΤΟΥ ΠΑΣΧΟΝΤΑ ΠΟΥ ΚΙΝΔΥΝΕΥΕΙ

Εφόσον κριθεί ότι ο ασθενής διατρέχει κίνδυνο να αναπτύξει κατάκλιση εκτιμάται συστηματικά στο δεύτερο βήμα. Στην αντίθετη περίπτωση δεν προχωρά η διαδικασία και η επανεκτίμηση θα πρέπει να γίνει όταν υπάρξει επιδείνωση της κατάστασης του (RCN, 2001).

ΒΗΜΑ 2. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΠΑΣΧΟΝΤΑ ΠΟΥ ΔΥΝΗΤΙΚΑ ΚΙΝΔΥΝΕΥΕΙ

Στο δεύτερο βήμα προτείνεται η εφαρμογή κάποιου τυπικού συστήματος εκτίμησης και καταγραφής του κινδύνου ανάπτυξης κατακλίσεων, προσβάσιμο από όλα τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας. Αυτό το βήμα είναι απαραίτητο για όλους τους ασθενείς που νοσηλεύονται, καθώς και για εκείνους που παρατηρούνται ιδιαίτερα επιβαρυντικοί δραστικοί παράγοντες. Ο χρόνος εκτίμησης είναι

εξατομικευμένος, αλλά σε κάθε περίπτωση δεν πρέπει να υπερβαίνει τις 6 ώρες από την εμφάνιση του προβλήματος για το οποίο το άτομο ζήτησε βοήθεια. Σε περιστατικά που χρήζουν επείγουσα και εντατική φροντίδα η εκτίμηση πρέπει να γίνεται άμεσα (RCN, 2001)

ΒΗΜΑ 3. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ

Απαιτείται επισκόπηση του δέρματος σε τακτά χρονικά διαστήματα, με αξιολόγηση των σημείων εκείνων που είναι περισσότερο επιρρεπή. Τέτοια θεωρούνται τα σημεία όπου υπάρχουν οστικές προεξοχές(ισχία, τροχαντήρες, ιεροκοκκυγική περιοχή, τριχωτό κεφαλής, ωμοπλάτες, κ.λ.π.) και οι περιοχές του σώματος που δέχονται πίεση από σωλήνες, καθετήρες ή άλλου είδους εξοπλισμό.

Τοπικά σημεία που μπορεί να αξιολογούνται ως πρόδρομα κατάκλισης είναι το ερύθημα που δεν λευκάζει στην πίεση, το τοπικό οίδημα , οι φυσαλίδες, η τοπική σκληρία, ο αποχρωματισμός της επιδερμίδας (RCN, 2001).

ΒΗΜΑ 4. ΜΕΤΡΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ

Στο πέμπτο βήμα λαμβάνονται τα μέτρα πρόληψης, με πρώτα εκείνα που αφορούν την άρση ή την μείωση της πίεσης. Βασικό αντικείμενο μελετών έχουν γίνει τα τελευταία χρόνια οι συσκευές αναδιανομής της πίεσης (στρώματα και επικαλύμματα) εφόσον η πίεση ισούται με το πηλίκο της δύναμης / επιφάνειας είναι προφανές ότι στόχος των σύγχρονων στρωμάτων, είναι να σχεδιάζονται έτσι ώστε να αγκαλιάζουν την επιφάνεια του σώματος σε όσο το δυνατόν περισσότερα σημεία αναδιανέμοντας και κατ' επέκταση μειώνοντας την ασκούμενη πίεση .

Όμως, πληροφορίες σχετικές με το αποτέλεσμα του ασθενούς και δεδομένα που να αναφέρονται στο κόστος - αποτελεσματικότητα, σπανίζουν σε οποιαδήποτε από αυτές τις συσκευές. Σχετικά με τη λειτουργία των συσκευών, είναι ανάγκη να αναπτυχθούν Διεθνή και Ευρωπαϊκά πρότυπα, για παράδειγμα, όμοια με αυτά που υπάρχουν σε μερικές χώρες (RCN, 2001)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

**“Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΩΝ
ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΩΝ”**

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3.1 ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΩΝ ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΩΝ

Η πρόληψη και θεραπεία των κατακλίσεων ανήκουν στη νοσηλευτική φροντίδα. Το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό ενός νοσοκομείου έχει να αντιμετωπίσει ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα και αυτό γιατί συμβάλει σημαντικά στην αύξηση του κόστους νοσηλείας και διότι με την εμφάνισή του ο ασθενής γίνεται επιρρεπής σε διάφορες επιπλοκές.

Η ανάγκη αναβάθμισης των παρεχόμενων υπηρεσιών, μας οδήγησε στη δημιουργία πρωτοκόλλου, με κύριο σκοπό να προσδιοριστούν οι κατευθυντήριες γραμμές για την πρόληψη και θεραπεία των κατακλίσεων, οι οποίες εφαρμόζονται από το νοσηλευτικό προσωπικό. (Τσερώνη, Ντάσιου, Φιλίππου, Κακαριάρη, Ευσταθίου & Θάνου, 1999).

Επειδή οι κατακλίσεις πιο εύκολα προλαμβάνονται παρά θεραπεύονται, κύριος σκοπός του νοσηλευτή είναι η εκτίμηση των παραγόντων κινδύνου. Ο νοσηλευτής πρέπει να βοηθήσει στη μείωση των επιβαρυντικών παραγόντων, που σχετίζονται με τη δημιουργία των κατακλίσεων. Θα πρέπει να φροντίζει για:

Αλλαγή θέσεως: Η κύρια μέθοδος πρόληψης είναι η ανακούφιση του δέρματος από την πίεση. Ο πιο συχνός και απλός τρόπος ανακούφισης από την πίεση είναι το γύρισμα του αρρώστου. Η συχνή αλλαγή θέσης αμβλύνει την πίεση των μυών και των τριχοειδών αγγείων. Με αυτό τον τρόπο, προάγεται περισσότερο αίμα στην περιοχή πίεσης και την ισχαιμία διαδέχεται αντιδραστική υπεραιμία. Ο χρόνος αλλαγής θέσεως εξαρτάται από την αξιολόγηση του αρρώστου.(Οικονομοπούλου, 1997). Για τον καλύτερο προγραμματισμό των αλλαγών θέσεως του αρρώστου μπορεί να χρησιμοποιηθεί το σήμα «ρολόι» το οποίο καθορίζει την ώρα που θα γίνει αλλαγή της θέσεώς του καθώς και του είδους της θέσεως που θα δοθεί.

Σε περίπτωση που ο ασθενής έχει ήδη κατάκλιση:

- η διάρκεια παραμονής του προς το σημείο της κατάκλισης, δεν θα πρέπει να ξεπερνάει τη μία ώρα.
- Ο ασθενής δεν θα πρέπει να γυρίζει προς το σημείο της

κατάκλισης παραπάνω από τρεις φορές τη μέρα.

Όταν η κατάσταση του αρρώστου τού επιτρέπει να καθίσει σε μια καρέκλα, η χρονική διάρκεια πρέπει να περιορίζεται σε δύο ώρες ή λιγότερο. Βέβαια, η ακριβής χρονική διάρκεια πρέπει να είναι εξατομικευμένη. Ωστόσο, ο νοσηλευτής δεν θα πρέπει να επιτρέπει στον ασθενή να κάθεται για μια χρονική περίοδο μεγαλύτερη από το προτεινόμενο διάστημα, το οποίο υπολογίστηκε κατά τη διάρκεια εκτίμησης. Ως εκ τούτου, αν το προτεινόμενο χρονικό περιθώριο είναι κάθε μιάμιση ώρα, ο ασθενής θα πρέπει να κάθεται στην ίδια θέση λιγότερο από αυτό το χρονικό διάστημα. Στην καθιστή ή ημικαθιστική θέση, η πίεση στο ισχίο είναι μεγαλύτερη από ότι σε πρηνή θέση. Επιπλέον, ένας ασθενής υψηλού κινδύνου που κάθεται σε καρέκλα, θα πρέπει να διδάσκεται ή να βοηθείται να εναλλάσσει το βάρος του κάθε 15 λεπτά. (Potter & Perry, 1993).

Οι συχνές αλλαγές θέσεων επιβάλλεται να γίνονται και κατά τη διάρκεια του ύπνου. Απαιτείται ιδιαίτερη προσοχή όταν χορηγούνται ηρεμιστικά διότι μειώνουν την κινητικότητα του αρρώστου. (Rousseau, 1988). Στους ασθενείς υψηλού κινδύνου χρησιμοποιούνται ειδικά συστήματα υποστήριξης για την ανακούφιση του δέρματος από την πίεση. Επίσης με την κατάλληλη τοποθέτηση μαξιλαριών αίρεται η πίεση σε αρκετά σημεία του σώματος όπως: πτέρνες,

δάκτυλα κάτω άκρων, κόκκυγας, γόνατα, αγκώνες, ωμοπλάτες, ινίο κεφαλής. Θα πρέπει να αποφεύγονται οι δυνάμεις τριβής και διάτμησης κατά τη διάρκεια οποιασδήποτε νοσηλευτικής ενέργειας που απαιτείται γύρισμα ή μετακίνηση του αρρώστου. Οι άρρωστοι για να μετακινηθούν, ανυψώνονται, δεν σύρονται. (Οικονομοπούλου, 1997).

Υγιεινή και φροντίδα του δέρματος: Η φροντίδα του δέρματος είναι πολύ σημαντική, ιδιαίτερα στους ηλικιωμένους. Το δέρμα πρέπει να διατηρείται καθαρό, στεγνό και μαλακό, ειδικά στα σημεία του σώματος που ρυπαίνονται από τις απεκκρίσεις του αρρώστου. (Good & Allman, 1989). Σε αυτό συμβάλλει η χρήση μαλακού σαπουνιού, διότι το σκληρό ξηραίνει και απομακρύνει τη φυσική λιπαρότητα του. Για την προφύλαξη από τη διαβροχή και τη διατήρηση της ελαστικότητας του δέρματος, χρησιμοποιείται προστατευτική αλοιφή. Η εντριβή με οινόπνευμα δεν συνιστάται διότι ξηραίνει το δέρμα. Οι μαλάξεις απαγορεύονται στη γύρω περιοχή γιατί δημιουργούν διατμητικές δυνάμεις. Ιδιαίτερη προσοχή απαιτείται όταν υπάρχει κνησμός. Σε αυτή την περίπτωση εφαρμόζονται μέτρα ύφεσης και αποφυγής τραυματισμού.

Τέλος, εξαιρετικά σημαντική είναι η συστηματική παρακολούθηση του δέρματος, τουλάχιστον σε κάθε ωράριο εργασίας με διαρκή αξιολόγηση της αιμάτωσης της περιοχής. (Μπουζικά, 2002).

Διατήρηση σωστού επιπέδου θρέψης: Στην πρόληψη των κατακλίσεων, σημαντικό κομμάτι αποτελεί η σωστή διατροφή του αρρώστου. Στους ασθενείς υψηλού κινδύνου μπορεί να υπάρχουν διατροφικά ελλείμματα. π.χ. Αν διαπιστωθούν ελλείμματα, επιβεβαιωμένα εργαστηριακά χαμηλός αιματοκρίτης, χαμηλή αιμοσφαιρίνη και πρωτεΐνη ορού, θα πρέπει να διορθώνονται. Σε αυτή την περίπτωση, χορηγείται δίαιτα υπερθερμιδική και υψηλής περιεκτικότητας σε πρωτεΐνη, Vit A και C, σίδηρο και ψευδάργυρο.

Σημαντικό μέρος στην πρόληψη των κατακλίσεων είναι η καλή ενυδάτωση του αρρώστου. (Οικονομοπούλου, 1997).

Υλικοτεχνικός εξοπλισμός: Τα συστήματα υποστήριξης χωρίζονται σε στατικά και δυναμικά.

Τα στατικά:

- Ø Δεν μετακινούνται
- Ø Προστατεύουν και εξασφαλίζουν την κατανομή του βάρους πάνω στην επιφάνεια του σώματος.

Τέτοια είναι τα επιστρώματα αφρού και συσκευές γεμισμένες με νερό, ζελέ και αέρα.

Τα δυναμικά:

Ø Χρησιμοποιούν ηλεκτρισμό για εναλλασσόμενα ρεύματα αέρα που ρυθμίζουν ή ανακατανομούν τις πιέσεις πάνω στο σώμα.

Ø . Αρκετά από αυτά τα συστήματα, χρειάζεται να τοποθετούνται ανά δύο μαζί, καθώς επίσης κρίνεται αναγκαία η αντικατάστασή τους κάθε 2-4 χρόνια. (Οικονομοπούλου, 1997).

Πολλά ειδικά στρώματα και κρεβάτια έχουν εξελιχθεί με τα χρόνια. Υπάρχουν ακόμη στρώματα που ενώ έχουν εμφανιστεί εδώ και εκατό χρόνια, θεωρούνται ακόμα λειτουργικά.

Σύμφωνα με την γενικότερη άποψη, το επίστρωμα διαμορφώνεται γύρω από το σώμα και ασκεί ίση πίεση στις πιθανά σημεία για δημιουργία κατακλίσεων. Έτσι, μειώνονται οι τοπικές πιέσεις και η παραμόρφωση των ιστών. Η εκλογή ενός επιστρώματος, με σκοπό την ανακούφιση του δέρματος από την πίεση, θα πρέπει να διαθέτει:

- Û Ασφάλεια
- Û Ευκολία στη χρήση και στη συντήρηση
- Û Ευκολία στις νοσηλευτικές παρεμβάσεις
- Û Αποδοχή από τον άρρωστο
- Û Χαμηλό κόστος (Young, 1990).

Εκπαιδευτικά προγράμματα: Τα εκπαιδευτικά προγράμματα για την πρόληψη των κατακλίσεων πρέπει να είναι καλά δομημένα, οργανωμένα, περιεκτικά και διαθέσιμα σε όλα τα επίπεδα των λειτουργιών υγείας, στους ασθενείς. Τα προγράμματα αυτά πρέπει να περιλαμβάνουν τα εξής γνωστικά αντικείμενα:

- Παθοφυσιολογία και παράγοντες κινδύνου ανάπτυξης κατακλίσεων
 - Εργαλεία αξιολόγησης του κινδύνου και εφαρμογές τους
 - Επιπλοκή και οδηγίες για τη χρήση των συσκευών ανακατανομής της πίεσης
 - Ανάπτυξη κι εφαρμογή εξατομικευμένων προγραμμάτων φροντίδας
 - Αρχές τοποθέτησης του ασθενούς αναφορικά με την ελάττωση του κινδύνου ανάπτυξης
 - Τεκμηρίωση της διεργασίας και του αποτελέσματος της φροντίδας του αρρώστου
 - Διευκρίνιση των ευθυνών όσων εμπλέκονται στη φροντίδα
 - Προαγωγή της υγείας
 - Ανάπτυξη και εφαρμογή των οδηγιών

Τα εκπαιδευτικά προγράμματα θα πρέπει να ανανεώνονται σε τακτά χρονικά διαστήματα στη βάση αξιόπιστων πληροφοριών. (Εθνικός Σύλλογος Διπλωματούχων Νοσηλευτριών – Νοσηλευτών Ελλάδας, 1999).

Μεταμόσχευση προσθετικών ουσιών: Ένα άλλο μέσο που χρησιμοποιείται για την πρόληψη των κατακλίσεων, είναι η μεταμόσχευση προσθετικών ουσιών. Το υγρό σιλικόνης ενίεται μεταξύ δέρματος και οστού στα προεξέχοντα σημεία του και έτσι υποκαθίστανται τα μαλακά μέρη, με αποτέλεσμα την επανακατανομή της πίεσης εκεί όπου απουσιάζει το υποδόριο λίπος. Η μέθοδος αυτή δεν έχει γίνει επισήμως αποδεκτή, όμως πολλοί ερευνητές θεωρούν ότι είναι κλινικά ασφαλής και αποτελεσματική. (Cussel & Stotts, 1990).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

‘ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΩΝ ‘

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

4.1 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΩΝ

Συντηρητική αγωγή

Το 70-90% των κατακλίσεων είναι επιφανειακές και η θεραπεία τους πρέπει να είναι συντηρητική. Η συντηρητική θεραπεία προηγείται της χειρουργικής διαδικασίας. Διέπεται από δύο αρχές. Το βασικό αξίωμα της πρώτης είναι:

- Καθαριότητα
- Ξηρότητα
- Ανακούφιση από την πίεση
- Έκθεση στον αέρα

Το αξίωμα της δεύτερης είναι:

- ✓ Καθαριότητα
- ✓ Διατήρηση της υγρασίας άνω των 300C (Οικονομοπούλου, 1997).

Τα μέτρα που πρέπει να ακολουθούνται στη συντηρητική αγωγή είναι τα εξής:

Άρση πίεσης: Βασική προϋπόθεση στην επούλωση των κατακλίσεων αποτελεί η ανακούφιση του δέρματος από την πίεση. Αν δεν ανακουφίζεται η περιοχή από την πίεση, η πιθανότητα επούλωσης είναι μικρή.

Δεν πρέπει να θεωρηθεί ότι τα διάφορα βοηθήματα υποκαθιστούν τη συχνή αλλαγή θέσης του αρρώστου. (Russeau, 1988).

Για τη θεραπεία των κατακλίσεων η τεχνολογία παρέχει μεγάλη ποικιλία υλικών και μέσων υποστήριξης ολόκληρου του σώματος με σκοπό την ομοιόμορφη κατανομή της πίεσης. Για την αλλαγή θέσεως των ασθενών χρησιμοποιούνται κρεβάτια ημιαυτόματα, συστήματα υψηλής πίεσης εναλλασσόμενου αέρα, που παρέχουν υποστήριξη με ελάττωση της πίεσης σε περιοχές που υπάρχουν οστικές προεξοχές. Υπάρχουν επίσης συστήματα χαμηλής πίεσης εναλλασσόμενου αέρα που παρέχουν ζώνες ελέγχου της πίεσης μέσω σάκων των οποίων ο όγκος αυξομειώνεται με την παροχή πιεσμένου αέρα από ηλεκτρική συσκευή και στη συνέχεια οι σάκοι αυτοί προσαρμολάζονται σε ειδικά κρεβάτια. (Rithalia, 1994).

Μείωση του συνδυασμού τριβής και ολίσθησης: Οι δυνάμεις τριβής δημιουργούνται όταν ο ασθενής σύρεται, κινείται ή αφήνεται να πέσει απότομα επάνω στο στρώμα. Συγκεκριμένα, όταν το επάνω μέρος του σώματος του ασθενούς βρίσκεται σε υψηλότερο επίπεδο από το υπόλοιπο σώμα, τότε αυξάνονται οι ελκτικές δυνάμεις που ασκούνται στην περιοχή του ιερού οστού. Για αυτό το λόγο η θέση ημι-fowler αποφεύγεται σε ευπαθείς ασθενείς.

Οι ασθενείς αυτοί μπορούν να προστατευθούν από το να ολισθαίνουν επάνω στο κρεβάτι με το να χρησιμοποιούν ειδικά επιθέματα στα πόδια κι επιπλέον προστασία στις πτέρνες. Η κατάλληλη θέση με επαρκή υποστήριξη είναι ιδιαίτερα σημαντική, όταν κάθονται σε καρέκλα. Πιστεύεται ότι ένα συνθετικό υπόστρωμα, φτιαγμένο από δέρμα προβάτου, είναι κατάλληλο και μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε ευπαθή άτομα, διότι μειώνει το σύρσιμο και την τριβή κι έτσι οι ασθενείς δεν εμφανίζουν εξελκώσεις(Rithalia, 1994).

Βελτίωση της κινητικότητας: Για τη βελτίωση της κινητικότητας, σημαντικό ρόλο παίζει η ενθάρρυνση του αρρώστου για συνεχή κινητοποίηση και ενέργεια. Όταν βρίσκεται σε καθιστή ή ημικαθιστή θέση, του υπενθυμίζεται να αλλάζει συχνά για να επανακατανέμεται το βάρος του. Επιπλέον, η εκτέλεση ενεργητικών και παθητικών ασκήσεων, αυξάνει το μυϊκό, δερματικό και αγγειακό τόνο. Επομένως, με τη δραστηριότητα διεγείρεται η κυκλοφορία, γεγονός που ανακουφίζει την ιστική σηψαιμία, η οποία ως γνωστό προηγείται των κατακλίσεων. Σε περίπτωση που εμφανιστεί το συγκεκριμένο πρόβλημα σε κάποιο ασθενή, εφαρμόζονται ημερησίως κάποια προγράμματα ασκήσεων. Ο νοσηλευτής όμως δεν πρέπει να αναπαύεται στην εφαρμογή των προσχεδιασμένων αυτών προγραμμάτων, αλλά να προσαρμόζει και να τα εναλλάσσει σύμφωνα πάντα με την πορεία της κατάστασης του αρρώστου(Rithalia, 1994).

Περιορισμός υγρασίας: Η παρατεταμένη έκθεση του δέρματος στην υγρασία πρέπει να αποφεύγεται με επιμελή μέτρα υγιεινής. Δέρμα το οποίο έχει ήδη εκτεθεί σε υγρασία, πρέπει να πλένεται με μαλακό σαπούνι και νερό και να στεγνώνεται με μαλακή πετσέτα. Για καλύτερη ενυδάτωση του δέρματος, χρησιμοποιείται μία ήπια λοσιόν η οποία βοηθά το δέρμα να παραμένει μαλακό κι ελαστικό. Ξηρά στοιχεία και σκόνες πρέπει να αποφεύγονται. Σε ασθενείς με ακράτεια πρέπει να ελέγχονται και να αλλάζονται εγκαίρως τα υγρά τους λευχίματα. Ο ιδρώτας, τα ούρα, τα κόπρανα και τα εκκρίματα θα πρέπει να απομακρύνονται από το δέρμα εγκαίρως. Τα λευχίματα επιβάλλεται να διατηρούνται στεγνά και καθαρά. Για την ακράτεια θα πρέπει να

αποφεύγονται τα αδιάβροχα καλύμματα. Όλες οι νοσηλευτικές ενέργειες θα πρέπει να στοχεύουν στην όσο το δυνατόν καλύτερη υγιεινή του δέρματος του αρρώστου(Rithalia, 1994).

Βελτίωση της αισθητηριακής αντίληψης: Ο νοσηλευτής έχει δραστικό ρόλο στην βελτίωση της αισθητηριακής αντίληψης του αρρώστου. Βοηθά τον ασθενή να αναγνωρίζει και να αντισταθμίζει αλλαγές που αφορούν την αισθητηριακή αντίληψη. Συγκεκριμένες παρεμβάσεις θα επιλεγούν σύμφωνα με την προέλευση των αλλαγών (π.χ. μειωμένο επίπεδο συνείδησης, βλάβη στην σπονδυλική στήλη). Οι στρατηγικές για τη βελτίωση της αισθητηριακής αντίληψης ίσως περιλαμβάνουν την διέγερση του ασθενούς, την ενθάρρυνσή του για αυτοφροντίδα καθώς επίσης και την υποστήριξη των προσπαθειών του στο να αντισταθμίζει ενεργά την απώλεια της αισθητικότητας (π.χ. παραπληγικός ασθενής). Τέλος, διδάσκεται να επισκοπεί δυνητικές περιοχές πίεσης, με τη βοήθεια ενός καθρέπτη, έτσι ώστε να αναγνωρίζει έγκαιρα στοιχεία που μπορούν να οδηγήσουν στην ανάπτυξη κατακλίσεων(Rithalia,1994).

Βελτίωση της κυκλοφορίας στους ιστούς: Η άσκηση και η συχνή αλλαγή θέσεως δρα θετικά στην ιστική κυκλοφορία. Κατά την αλλαγή της θέσεως του ασθενούς, ο νοσηλευτής μπορεί να βελτιώσει την ιστική κυκλοφορία με απαλό μασάζ στο υγιές δέρμα σε δυνητικά σημεία κατακλίσεων με μια ενυδατική λοσιόν. Το μασάζ γύρω από μία οστέινη προεξοχή διεγείρει την αιματική ροή, βελτιώνει τη φλεβική επιστροφή, μειώνει το οίδημα και αυξάνει τον αγγειακό τόνο. Στις περιοχές όμως με ερυθρότητα δεν πρέπει να γίνεται μασάζ, καθώς αυτό είναι σε θέση να αυξήσει τη βλάβη σε ένα ήδη τραυματισμένο δέρμα. Σε περίπτωση που ο ασθενής δείχνει σημεία περιορισμένης περιφερειακής κυκλοφορίας όπως είναι το οίδημα, τότε η αλλαγή θέσης και η ανύψωση του οίδηματώδους μέλους του σώματος, ώστε να βελτιωθεί η φλεβική επιστροφή και να εξαφανιστεί η συσσώρευση, θα βελτιώσει την ιστική κυκλοφορία.

Επομένως, ο νοσηλευτής πρέπει να δείχνει ιδιαίτερη προσοχή στην έκθεση του ασθενούς σε περιβαλλοντικούς παράγοντες που ίσως συμβάλλουν στην πίεση του δέρματος και την παρεμπόδιση της κυκλοφορίας(Γιακουμεττής, 2001).

Βελτίωση του θρεπτικού ισοζυγίου: Για τη βελτίωση του θρεπτικού ισοζυγίου, συνίσταται πλούσιο διαιτητικό μενού με πολλές θερμίδες. Για τους ασθενείς που βρίσκονται σε κώμα, πρέπει να χορηγείται εντερική διατροφή με ρινογαστρικό σωλήνα ή παρεντερική διατροφή. Συχνά είναι χρήσιμος ο συνδυασμός αυτών των μεθόδων με σκοπό να ερεθίσουν τον ασθενή για τη μάσηση των τροφών, οι οποίες πρέπει να είναι ημιστέρες

και με πολύ υψηλό βαθμό ενεργείας. Η χρήση των βιταμινών είναι απαραίτητη. Η βασικότερη όλων των βιταμινών θεωρείται η βιταμίνη C. Μελέτες έδειξαν ότι και ο ψευδάργυρος έχει μεγάλη συμβολή στη θεραπεία των κατακλίσεων. Με τις κατακλίσεις έχουμε απώλεια πρωτεϊνών η οποία οφείλεται στη νέκρωση των ιστών και μπορεί να φτάσει τα 50gr την ημέρα, αυξάνοντας συνέχεια την ανάγκη για εμπλουτισμό της διατροφής με πρόσθετες πρωτεΐνες και θερμίδες. Είναι καλό να παρέχεται η απαιτούμενη ποσότητα θερμίδων από το στόμα ενώ αν χρειάζεται να συμπληρώνεται παρεντερικά υπό μορφή αμινοξέων(Γιακουμεττής, 2001).

Φάρμακα: Η χρήση αντιβιοτικών ενδείκνυται σε περιπτώσεις όπου υπάρχει κυτταρίτιδα εκτεταμένης μορφής, σήψη, οστεομυελίτιδα ή επέκταση σε όργανα που είναι δίπλα στην μόλυνση. Η χειρουργική αφαίρεση των νεκρωμένων ιστών καταλήγει σε βακτηριαιμία σε περισσότερο από 50% των ασθενών. Σ'αυτούς είναι χρήσιμη η προφύλαξη από βακτηριακή ενδοκαρδίτιδα όπως εκείνη των βαλβίδων της καρδιάς. Η κάλυψη από Gram+, Gram- και αναερόβια μικρόβια με αντιβιοτικά έχει τον πρώτο ρόλο σε ασθενείς με σήψη προερχόμενη από κατάκλιση. Εάν λοιπόν θέλουμε να λύσουμε το πρόβλημα της μόλυνσης, θα πρέπει να προβούμε σε κατάλληλες βασικές ενέργειες όπως είναι η αφαίρεση του νεκρωτικού υλικού και ο χειρουργικός καθαρισμός. (Παπουτσάκης & Καλπακίδου, 2000).

Μεταγγίσεις: Υψηλό κίνδυνο εμφάνισης κατακλίσεων παρουσιάζουν ασθενείς με αναιμία. Όταν λοιπόν υπάρχει αναιμία, θα πρέπει να διορθώνεται, διότι μειώνει την ιστική οξυγόνωση. Για την διατήρηση επαρκούς οξυγόνωσης των ιστών γίνεται μετάγγιση αίματος, σε περίπτωση που ο αιματοκρίτης (Hct) είναι μικρότερος από 25-30%, ώστε η αιμοσφαιρίνη και ο αιματοκρίτης να επανέλθουν σε φυσιολογικά επίπεδα(Γιακουμεττής, 2001).

Οξυγόνωση: Η επαρκής προμήθεια οξυγόνου στο τραύμα αποτελεί τον πιο σημαντικό παράγοντα για την επιτυχή θεραπεία. Το οξυγόνο είναι το υπόστρωμα για τη σύνθεση κολλαγόνου. Αυξάνοντας την παροχή οξυγόνου στο τραύμα, αυξάνεται η ελαστικότητα του κολλαγόνου με αποτέλεσμα την προαγωγή της επιθηλιοποίησης. Άλλες μέθοδοι είναι η δημιουργία κρημών με καλή αιμάτωση και η χορήγηση οξυγόνου. (Delisa & Miculic, 1985).

LAZER CO₂ ENZYMATIKH

✓ Η τοποθέτηση σκευασμάτων που περιέχουν βιολογικά ένζυμα συμβάλει στην απομάκρυνση των νεκρών ιστών.

✓ Δρα επιλεκτικά στο νεκρό ιστό δημιουργώντας καθαρό κοκκιώδη ιστό. Μπορεί να συνδυαστεί με άλλες μεθόδους αφαίρεσης νεκρών ιστών.

✓ Απαιτεί περισσότερο χρόνο σε σύγκριση με την χειρουργική μέθοδο.

✓ Πρέπει να αποφεύγεται η δράση τους σε υγιείς ιστούς (Γιακουμεττής, 2001).

ΑΥΤΟΛΥΤΙΚΗ

✓ Ειδικά επιθέματα ή σκευάσματα τοποθετούνται έτσι ώστε να διατηρείται υγρασία και να επιτρέπεται στα ένζυμα που περιέχονται στα υγρά του τραύματος να αφομοιώσουν τους νεκρούς ιστούς.

✓ Δρα επιλεκτικά στο νεκρό ιστό, ξηρή εσχάρα. Εφαρμόζεται σε ασθενείς που δεν ανέχονται άλλη μέθοδο αφαίρεσης νεκρών ιστών. Συνδυάζεται με την χειρουργική μέθοδο.

✓ Απαιτεί περισσότερο χρόνο σε σύγκριση με τις άλλες τέσσερις μεθόδους.

✓ Δεν χρησιμοποιούνται σε τραύματα με λοίμωξη και τα αποτελέσματα θα πρέπει να φαίνονται σε δύο με τρεις μέρες από την αρχή της θεραπείας(Γιακουμεττής, 2001) .

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ

✓ Γρήγορη απομάκρυνση των νεκρωμένων ιστών και θεραπεία επιλογής σε ασθενή με σηπτικό τραύμα.

✓ Δρα μη επιλεκτικά είναι επώδυνη και απαιτεί ειδική δεξιότητα(Γιακουμεττής, 2001).

4.2 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΤΩΝ ΙΣΤΩΝ

Η διευθέτηση της πίεσης των ιστών, μπορεί να πραγματοποιηθεί με μια ποικιλία τρόπων περιλαμβανομένων.

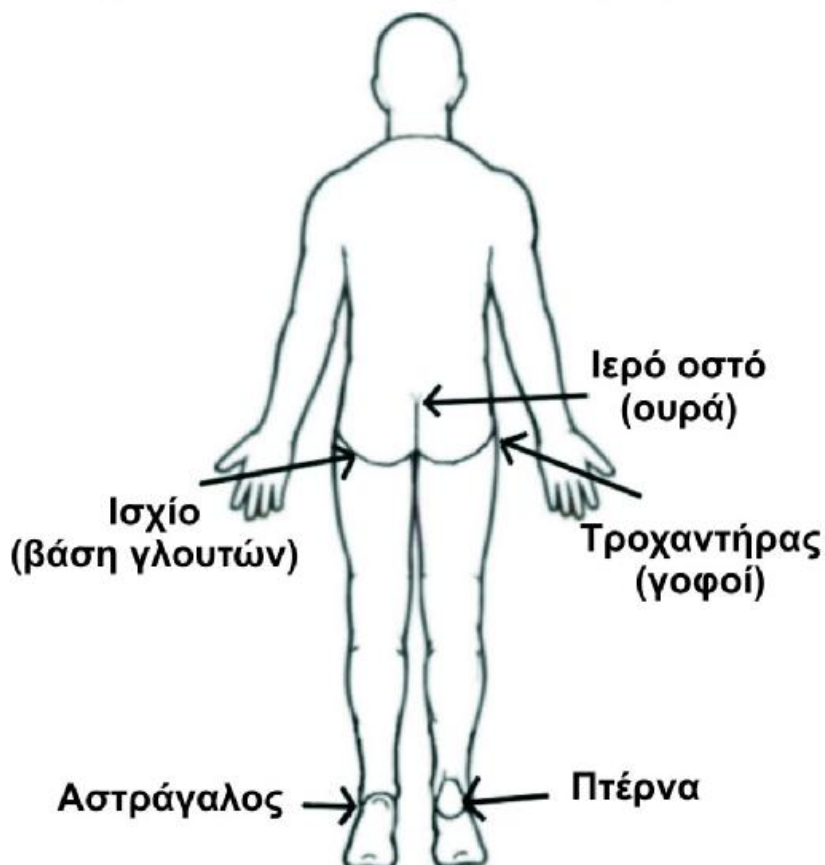
1. Την αλλαγή θέσεως του ασθενούς με τα χέρια.
2. Την αλλαγή θέσεως του ασθενούς με τη χρησιμοποίηση ειδικών μηχανημάτων τα οποία πρέπει να παρέχονται σε 24ωρη βάση, άσχετα αν

ο άρρωστος είναι στο κρεβάτι ή στην καρέκλα. ο χρόνος που ο ασθενής κάθεται στο κρεβάτι ή στην καρέκλα πρέπει να περιορίζεται σε δύο ώρες ή και λιγότερο, εκτός εάν η κλινική του κατάσταση δεν το επιτρέπει .

Η συνεχιζόμενη εκτίμηση του ασθενούς και του σχεδίου θεραπείας της κατάκλισης, πρέπει να αναπτύσσονται σε σχέση με το συνολικό στόχο της θεραπείας. Εάν είναι δυνατόν αποφύγετε την τοποθέτηση του ασθενή από την πλευρά της κατάκλισης ή κατευθείαν στα προεξέχοντα οστά, εκτός εάν υπάρχει αντένδειξη από τους γενικούς σκοπούς της θεραπείας, οπότε χρησιμοποιείτε ως εναλλακτική ειδική συσκευή ανακούφισης του σώματος από την πίεση(Κακαγιά, 2003) .

Εικόνα 10:

Συνήθεις περιοχές δημιουργίας πληγών κατακλίσεως σε άτομα με ΚΝΜ



“Φροντίδα του Δέρματος στην Κάκωση Νωτιαίου Μυελού” (www.disabled.gr)

Έλεγχος των μικροβίων

Καθαρισμός του έλκους

Για τον έλεγχο των μικροοργανισμών απαιτείται το τακτικό και προσεκτικό πλύσιμο του έλκους. Το υλικό επιλογής είναι ο φυσιολογικός ορός. Με τον καταιονισμό με φυσιολογικό ορό, απομακρύνεται το 50% των μικροοργανισμών. Πολλοί προτείνουν και τον καταιονισμό με καθαρό νερό βρύσης. Για την επιλογή αυτής της τεχνικής πρέπει να είναι εξασφαλισμένη η πολύ καλή ποιότητα του πόσιμου νερού (Κακαγιά, 2003).

Χρήση άλλων καθαριστικών/ αντισηπτικών

Η χρήση κάποιου αντισηπτικού ενδείκνυται μόνο στις περιπτώσεις τοπικής λοίμωξης, ή πολύ ρυπαρού έλκους ή ασθενούς με σοβαρή ανοσοκαταστολή ή έλκους με συχνές επιμολύνσεις και αναμολύνσεις. Σε έλκη με καλή κλινική εικόνα πρέπει να αποφεύγονται γιατί καταστρέφουν τα βλαστικά κύτταρα και αναστέλλουν την επούλωση. Όταν χρησιμοποιούνται αντισηπτικά πρέπει να αραιώνονται ώστε να μην είναι ερεθιστικά για τους ιστούς. Σε σύντομο χρονικό διάστημα μετά την τοπική χρήση αντισηπτικών, το έλκος πρέπει να ξεπλένεται με φυσιολογικό ορό για να μην παρατείνεται η τοξική δράση των αντισηπτικών στα νεαρά κύτταρα του έλκους και να αποτραπεί πιθανή χημική αντίδραση με άλλα υλικά που θα χρησιμοποιηθούν στο έλκος μετά από αυτά. Ακολουθεί αναφορά των κυριότερων σκευασμάτων:

Χλωρεξιδίνη : Δραστική έναντι Gram + και Gram -, ελάχιστα τοξική, όμως αδρανοποιείται από το αίμα και το πύον.

Διάλυμα υπεροξειδίου του υδρογόνου 3% : καταστρέφει με οξειδωση, αδρανοποιείται από τα οργανικά υγρά και τη χρησιμοποιούμενη γάζα βάμβακος. Τοξικό για τους ινοβλάστες και αναστέλλει την μετανάστευση των κερατινοκυττάρων.

Ιωδιούχος ποβιδόνη 10% : δραστική εναντίον του MRSA, τοξική για τους ινοβλάστες, επιβραδύνει την επούλωση, ακατάλληλο για ασθενείς με νόσο του θυρεοειδή αδένος και ευαισθησία στο ιώδιο.

- Διάλυμα υπερμαγγανικού καλίου 0,01% : χρήσιμο για πολύ παραγωγικά τραύματα, ελαφρά αντισηπτική και αποσμητική δράση.

- Προφλαβίνη : ήπια βακτηριοστατική δράση μόνο για τα Gram+

- Διάλυμα νιτρικού αργύρου 0,5% : κίνδυνος υπονατριαιμίας, υποκαλσιαιμίας, υπασβεσταιμίας σε εκτεταμένη και παρατεταμένη χρήση (Κακαγιά, 2003).

Χρήση τοπικών αντιμικροβιακών παραγόντων σταδιακής απελευθέρωσης

Η τοπική χρήση υλικών και σκευασμάτων σταδιακής αποδέσμευσης αντιμικροβιακού παράγοντα (π.χ. ιωδίου, αργύρου κ.λ.π.) δεν έχουν συνήθως σοβαρή τοξική επίδραση στο έλκος λόγω της μικρότερης συγκέντρωσης της δραστικής ουσίας στην επιφάνεια του έλκους σε σχέση με τα διαλύματα. Πάντως αυτά τα υλικά (σκόνες, επιθέματα) πρέπει να χρησιμοποιούνται μόνο στα έλκη που εμφανίζουν τοπική λοίμωξη, ή είναι πολύ ρυπαρά ή σε ασθενείς με σοβαρή ανοσοκαταστολή και έλκη με συχνές επιμολύνσεις και αναμολύνσεις και όχι σε έλκη με καλή κλινική εικόνα (Κακαγιά, 2003).

Χρήση τοπικών αντιβιοτικών

Η επικρατούσα άποψη είναι να αποφεύγεται η τοπική χρήση αντιβιοτικών διότι :

- Δεν προσφέρουν ριζική θεραπεία
- Πιθανά να ευθύνονται για τη δημιουργία ανθεκτικών στελεχών
- Αυξάνουν το κόστος φροντίδας

Αν κρίνεται απαραίτητο να χρησιμοποιηθούν (μικροβιαμιά, σηψαιμιά κ.λ.π.) αντιβιοτικά τότε η χορήγηση πρέπει να γίνεται συστηματικά. Δεν ενδείκνυται πάντως η χορήγηση αντιβιοτικών συστηματικά για τη θεραπεία των τοπικών λοιμώξεων των ελκών. Παλαιότερα σε κλινικές μελέτες χρησιμοποιήθηκαν τοπικά αντιβιοτικά σκευάσματα χωρίς να αποδειχθεί η αποτελεσματικότητά τους. Στην κλινική πράξη κάποιοι ιατροί, νοσηλευτές και άλλοι επαγγελματίες υγείας μπορεί να υιοθετούν την τοπική χρήση αντιβιοτικών αλλά αυτό γίνεται εμπειρικά και χωρίς επιστημονική τεκμηρίωση (Κακαγιά, 2003).

Διαχείριση του εξιδρώματος

Διαχείριση του εξιδρώματος είναι η διαδικασία κατά την οποία, με την επιλογή κατάλληλων υλικών και τεχνικών εξασφαλίζεται η ικανή & αναγκαία ποσότητα υγρασίας στην επιφάνεια του έλκους ώστε να προαχθούν α) τα φυσικά φαινόμενα αυτοκαθαρισμού του έλκους από τις νεκρώσεις β) οι φάσεις επούλωσης του έλκους γ) να μην αναπτυχθούν οι μικροοργανισμοί.

Πόσο όμως εξίδρωμα πρέπει να παραμένει στην επιφάνεια του έλκους ;

Όταν το έλκος παρουσιάζει κλινική εικόνα τοπικής λοίμωξης, τότε συνήθως είναι και έντονα παραγωγικό. Σε αυτή την περίπτωση με την χρήση έντονα απορροφητικών υλικών όπως τα αφρώδη επιθέματα μπορούμε να ελέγξουμε το εξίδρωμα και να βοηθήσουμε στην αντιμετώπιση της λοίμωξης. Χρήσιμη μπορεί να αποδειχθεί χρήση NaCl 15% είτε στη φάση του πλυσίματος είτε τοποθετημένο στο έλκος με εμποτισμένη γάζα. Όταν η λοίμωξη υποχωρήσει και μειωθεί το εξίδρωμα τότε πρέπει να χρησιμοποιούνται λιγότερο απορροφητικά υλικά και να διακόπτεται η χρήση του NaCl 15%, διότι μπορεί να στεγνώσουν τελείως το έλκος και να καθυστερήσουν την επούλωση.

Αν σε ένα έλκος παρατηρείται μειωμένη παραγωγή εξιδρώματος δεν πρέπει να χρησιμοποιήσουμε υπεραπορροφητικά υλικά, διότι τότε το έλκος κινδυνεύει να στεγνώσει και να καθυστερήσει η επούλωση. Η επιλογή μας στην περίπτωση αυτή θα είναι η χρήση λιγότερο απορροφητικών υλικών όπως τα υδροκολλοειδή ή τα υδροτριχοειδικά επιθέματα.

Αν ένα έλκος έχει στεγνώσει από παθολογικές αιτίες ή κακή επιλογή υλικών, τότε πρέπει να προσθέσουμε υγρασία με τη χρήση υδρογέλης ή την απλή τοποθέτηση εμποτισμένης γάζας με φυσιολογικό ορό. Όπως γίνεται αντιληπτό η συνεχής παρακολούθηση και η επανεκτίμηση του έλκους είναι απόλυτα απαραίτητη διότι οι ανάγκες του έλκους μεταβάλλονται όπως και οι σωστές επιλογές των υλικών και χειρισμών που απαιτούνται (Κακαγιά, 2003).

Εικόνα 11:



“Έλκη από πίεση” (Η.Παπαζήσης)

Εκτεταμένο έλκος με νέκρωση στην οσφυοϊερή περιοχή (κάτω μέρος της πλάτης και πάνω από τον κόκκυγα).

Εικόνα 12:



‘Έλκη από πίεση’ (Η.Παπαζήσης)

Το ίδιο έλκος μετά από χειρουργικό καθαρισμό.

4.3 Βασικές ανάγκες του ασθενή με κατάκλιση

Οι ανάγκες του ασθενή καθορίζονται από την εξασφάλιση ικανοποιητικού επιπέδου ποιότητας της ζωής. Η διερεύνηση αυτών των παραμέτρων που μας βοηθά στην διαπίστωση των αναγκών των ασθενών, μπορεί να γίνει με τη χρήση τυποποιημένων ερωτηματολογίων. Παράμετροι που μετρούνται είναι :

- Πόνος του ασθενή μεταξύ των αλλαγών
- Πόνος του ασθενή κατά την διαδικασία της αλλαγής
- Βαθμός δυσφορίας που αισθάνεται από τη μέθοδο φροντίδας που επιλέγεται
- Η ευκολία στη χρήση των υλικών και των τεχνικών
- Η ικανοποιητική διαχείριση του εξιδρώματος
- Η μείωση της κακοσμίας των ελκών

Για τη βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας και της ποιότητας ζωής του ασθενή σε σχέση με τα παραπάνω ισχύουν τα εξής :

Πόνος του ασθενή μεταξύ των αλλαγών, επιλέξτε υλικά που δεν κολλούν στο τραύμα, μην χρησιμοποιείτε υπεραπορροφητικά υλικά σε έλκη με λίγο εξίδρωμα, εφαρμόστε τους κατάλληλους χειρισμούς κατά την μετακίνηση των ασθενών ώστε να μην τραυματίζεται επιπλέον το έλκος.

Πόνος του ασθενή κατά τη διαδικασία της αλλαγής, μην τρίβετε το έλκος, κάντε ήπιους χειρισμούς, μην χρησιμοποιείτε πολύ ζεστά ή πολύ κρύα υλικά διότι εκτός από τον πόνο προκαλούν και καθυστέρηση στην επούλωση των ελκών, αν έχουν κολλήσει υλικά στο έλκος εμποτίστε τα με φυσιολογικό ορό, η χρήση CIna 15% μπορεί να προκαλέσει τσούξιμο ή πόνο στον ασθενή.

Βαθμός δυσφορίας που αισθάνεται από τη μέθοδο φροντίδας που επιλέγεται, επιλέξτε μεθόδους και υλικά που είναι ανεκτά από τον ασθενή, συνεκτιμήστε τις δικές του απόψεις και πεποιθήσεις για το ποιες μέθοδοι και ποια υλικά είναι αποδεκτά προς χρήση.

Ευκολία στην χρήση των υλικών και των τεχνικών, χρησιμοποιήστε απλές και κατανοητές τεχνικές, εξηγήστε στον ασθενή και στους συγγενείς αν σας ζητηθεί, σε ασθενείς στην κοινότητα θα διευκολυνθούν με τον τρόπο αυτό στη συμμετοχή τους στη φροντίδα των ασθενών.

Ικανοποιητική διαχείριση του εξιδρώματος, επιλέξτε υλικά που η απορροφητική του ικανότητα να είναι ανάλογη με το ποσό του παραγόμενου εξιδρώματος χωρίς όμως να ξηραίνουν το έλκος, η άποψη ότι «όσο ποιο πολύ απορροφητικά είναι τα υλικά που χρησιμοποιώ, τόσο καλύτερα για το έλκος» δεν είναι σωστή.

Μείωση της κακοσμίας των ελκών, να αερίζεται συχνά το δωμάτιο του ασθενή, να κάνετε κάθε μέρα αλλαγή, το στέγνωμα του έλκους με υπεραπορροφητικά υλικά μπορεί να μειώσει τις οσμές, αναζητήστε ειδικά υλικά όπως επιθέματα αργύρου και ενεργού άνθρακα που εξουδετερώνουν τις οσμές (Guidelines for topical wound management, Nurs clin north am, 2005).

4.4 ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΑ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΠΟΙΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΚΛΙΣΗΣ

Καθαρό τροχήλατο το οποίο περιέχει :

- Λεκάνη
- Κανάτες μια για κρύο νερό και μια για ζεστό
- Κάψα για τολύπια βάμβακος
- Νυχτικό
- Φυσιολογικός ορός, βενζίνη
- Οινόπνευμα
- Τάλκ
- Δύο λουτρικά
- Δύο πετσέτες νοσηλείας και μια προσώπου
- Νεφροειδές
- Σαπούνι και σαπουνοθήκη
- τρίφτες
- Ότι χρειάζεται για το κόψιμο νυχιών(τεμάχιο χαρτοβάμβακος, βούρτσα, ψαλίδι(Κακαγιά, 2003)

4.5 ΕΠΙΘΕΜΑΤΑ

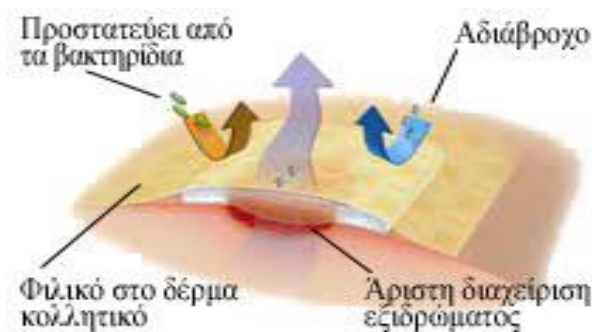
Τα επιθέματα έρχονται να συμπληρώσουν μια ολιστική αντιμετώπιση ενός έλκους προσφέροντας την τοπική θεραπεία του έλκους. Οι στόχοι της τοπικής θεραπείας ενός έλκους με τη χρήση των επιθεμάτων είναι η προστασία του έλκους από επιμόλυνση ή επανατραυματισμό, η απομάκρυνση των πλεοναζουσών εκκρίσεων από το έλκος, η διατήρηση της θερμοκρασίας και του PH σε ιδανικά επίπεδα, η ανταλλαγή αερίων και κυρίως η παροχή του ιδανικά ισορροπημένου υγρού περιβάλλοντος στην περιοχή του έλκους, καθώς έχει διαπιστωθεί ότι τα τραύματα επουλώνουν καλύτερα και γρηγορότερα σε υγρό περιβάλλον (Baker, 2003).

Τα υδροενεργά επιθέματα είναι απορροφητικά επιθέματα που παρέχουν το ευνοϊκό μικροπεριβάλλον στο έλκος μέσα από την σωστή διαχείριση της υγρασίας και που όταν χρειαστούν χρειάζονται αλλαγή. Τα επιθέματα είτε περιέχουν υγρασία είτε με την απορρόφηση των εκκρίσεων του έλκους δημιουργούν ένα τζέλ που προσδίδει την απαραίτητη υγρασία στο έλκος.

Διακρίνονται σε 5 κατηγορίες :

- Άμορφης υδρογέλης
- Αλγινικά
- Αφρώδη-υδροπολυμερή
- Υδροκολλοειδή
- Επιθέματα αργύρου (Baker, 2003)

Εικόνα 13: **Επίθεμα**



“ Φροντίδα Ελκών Δέρματος ” Κατάλογος Προϊόντων Coloplast

ΕΠΙΘΕΜΑΤΑ ΑΜΟΡΦΗΣ ΥΔΡΟΓΕΛΗΣ

§ Ενδείκνυται για την απομάκρυνση μέσω αυτολυτικού καθαρισμού των νεκρωμάτων (εσχάρες).

§ Διαθέτει υψηλή περιεκτικότητα σε νερό (μεγαλύτερη του 80%) (Baker, 2003)

ΑΛΓΙΝΙΚΑ ΕΠΙΘΕΜΑΤΑ

§ Ενδείκνυνται για την εξιδρωματική φάση επούλωσης των ελκών και για τον καθορισμό ελκών μεγάλου βάθους.

§ Η επιφάνεια του επιθέματος που έρχεται σε επαφή με τις εκκρίσεις του έλκους μετατρέπεται σε υγρό τζέλ, μέσω του οποίου προσδίδεται η απαραίτητη υγρασία στην περιοχή για ταχύ ρυθμό επούλωσης.

§ Περιέχουν κυτταρίνη, η οποία ενισχύει την απορροφητικότητα τους.

§ Διαθέτουν αιμοστατικές ιδιότητες, χάρη στο αλγινικό ασβέστιο που περιέχουν (Baker, 2003).

ΑΦΡΩΔΗ-ΥΔΡΟΠΟΛΥΜΕΡΗ ΕΠΙΘΕΜΑΤΑ

§ Ενδείκνυται για έλκη ποσοστού εκκρίσεων χάρη στην υψηλή απορροφητικότητα τους.

§ Χρησιμοποιούνται και ως δευτερεύοντα επιθέματα για την κάλυψη πρωτευόντων επιθεμάτων (Baker, 2003).

Εικόνα 14:



“ Φροντίδα Ελκών Δέρματος “ Κατάλογος Προϊόντων Coloplast

ΥΔΡΟΚΟΛΛΟΕΙΔΗ ΕΠΙΘΕΜΑΤΑ

§ Ενδείκνυται για έλκη χαμηλού-μεσαίου ποσοστού εκκρίσεων, για την φάση ανάπλασης του έλκους, αλλά και ως μέσο πρόληψης για την προστασία του δέρματος.

§ Χρησιμοποιούνται ως δευτερεύοντα επιθέματα για την κάλυψη πρωτευόντων επιθεμάτων(Baker, 2003).

Εικόνα 15:



“ Φροντίδα Ελκών Δέρματος ” Κατάλογος Προϊόντων Coloplast

ΑΦΡΩΔΗ-ΥΔΡΟΠΟΛΥΜΕΡΗ ΕΠΙΘΕΜΑΤΑ ΜΕ ΑΡΓΥΡΟ

Ενδείκνυται για έλκη που είτε παρουσιάζουν κλινική εικόνα λοίμωξης ή κίνδυνο ανάπτυξης λοίμωξης (π.χ. διαβητικά πόδια) και χρήζουν τοπικής αντιμικροβιακής προστασίας, τα οποία επιπλέον έχουν υψηλό ποσοστό εκκρίσεων. Τα επιθέματα Κολλαγόνου είναι απορροφήσιμα επιθέματα που δρουν τοπικά χωρίς να εμφανίζουν συστηματική δράση και που συμμετέχουν στο μηχανισμό σχηματισμού ινοβλαστών, διεγείροντας την ενδογενή σύνθεση κολλαγόνου, το οποίο θεωρείται υπεύθυνο της επούλωσης των τραυμάτων. Μόλις τα επιθέματα απορροφηθούν από τον οργανισμό προστίθεται νέο υλικό κολλαγόνου έως ότου ολοκληρωθεί η θεραπεία.

Χρησιμοποιείται σε έλκη που έχουν αφαιρεθεί τα νεκρωτικά μέρη για τη διέγερση της επιζητούμενης επούλωσης.

Επουλώνει ταχύτατα το έλκος καθώς αυξάνει το ρυθμό επούλωσης.

Προάγει την ανάπτυξη αιμοφόρων αγγείων και επιτυγχάνει αγγειογένεση.

Επιτυγχάνει αιμάσταση μέσα από συγκέντρωση αιμοπεταλίων.

Συνδυάζεται με υδροενεργά επιθέματα για την καλύτερη διαχείριση της εξίδρωσης του έλκους (Baker, 2003).

Εικόνα 16:



“ Φροντίδα Ελκών Δέρματος ” Κατάλογος Προϊόντων Coloplast

4.6ΕΙΔΙΚΑ ΣΤΡΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΚΡΕΒΑΤΙΑ

Εκτός όμως από τα παραπάνω μέτρα πρόληψης για τις κατακλίσεις υπάρχουν και κάποια άλλα ειδικότερα μέτρα τα οποία βοηθούν τους ιατρούς και τους νοσηλευτές αλλά κυρίως τους ασθενείς. Αυτά είναι τα ειδικά στρώματα τα οποία χωρίζονται σε δυο κατηγορίες, τα στατικά και τα δυναμικά στρώματα. Επίσης υπάρχουν στο εμπόριο και τα ειδικά κρεβάτια τα οποία διακρίνονται σε κρεβάτια υψηλής ροής αέρα, κρεβάτια χαμηλής ροής αέρα και κινητικά κρεβάτια. Τα στατικά στρώματα γεμίζουν αέρα, πήκτωμα ή ακόμα και αφρό. Τα στατικά αυτά στρώματα έχουν ως σκοπό να μειώσουν την πίεση σε ορισμένες περιοχές του ανθρώπινου σώματος και επιπλέον με την βοήθεια τους αποτρέπονται οι πληγές πίεσης δηλαδή τα τραύματα κατακλίσεων. Σε αυτήν την κατηγορία κατατάσσονται και τα στρώματα νερού τα οποία έχουν την δυνατότητα να κατανέμουν το ανθρώπινο βάρος στο συνολικό σημείο στήριξης. Τα δυναμικά στρώματα δεν ασκούν συνεχώς την ίδια πίεση σε κάθε σημείο του σώματος. Έχουν το πλεονέκτημα να προφυλάσσουν από την συνεχή πίεση πάνω στο δέρμα και επίσης αυξάνουν την αιματική ροή με την δημιουργία διαρκών περιοχών αυξημένης και μειωμένης πίεσης. Με τον τρόπο αυτό το δέρμα δεν έχει την ίδια πίεση και επίσης η ροή του αίματος γίνεται με κανονικούς ρυθμούς. Τα στρώματα αυτά ενδείκνυται σε δυο περιπτώσεις: 1) Οι ασθενείς που διαθέτουν ελαττωμένη κινητικότητα(παραπληγικοί). Δηλαδή οι ασθενείς που βρίσκονται σε κίνδυνο για περαιτέρω λύση της συνέχειας του δέρματος τους ή έχουν ήδη αναπτύξει κατακλίσεις πρώτου, δεύτερου και τρίτου σταδίου. 2) Σε ασθενείς με τραύματα κατακλίσεων τρίτου ή τετάρτου σταδίου ή με πολλαπλές δευτέρου σταδίου οι οποίες καταλαμβάνουν περισσότερες από μια επιφάνειες. Σε αυτή την

περίπτωση προτιμότερα είναι τα στρώματα χαμηλής ροής αέρα (Baker, 2003).

Εκτός όμως από τα στρώματα υπάρχουν και τα κρεβάτια τα οποία μπορούν να βοηθούν στην αποφυγή και πρόληψη των τραυμάτων κατακλίσεων (Baker, 2003).

Ø ΚΡΕΒΑΤΙΑ ΥΨΗΛΗΣ ΡΟΗΣ ΑΕΡΑ

Τα κρεβάτια αυτά έχουν βακτηριοκτόνες ιδιότητες. Αυτό συμβαίνει εξαιτίας της θερμοκρασίας που έχουν αυτά τα κρεβάτια. Επίσης η ακλαλικότητα τους, δηλαδή το PH τους είναι 10 και έχουν την ικανότητα να παγιδεύουν τους μικροοργανισμούς στα σφαιρίδια του υλικού τους. Τα κρεβάτια υψηλής ροής αέρα ενδείκνυται για ασθενείς που παρουσιάζουν εγκαύματα, υποθερμία και επίσης τραύματα κατακλίσεων τρίτου και τετάρτου βαθμού. Όμως τα συγκεκριμένα κρεβάτια δεν συνιστώνται για ασθενείς με νόσημα που μπορεί να επηρεάζει την λειτουργία αντίληψης του ασθενούς ή αστάθεια της σπονδυλικής στήλης (Aronovitch, 1999).

Εικόνα 17:



“Στρώματα κατάκλισης” Κατάλογος Προϊόντων Orthopedica

Ø ΚΡΕΒΑΤΙΑ ΧΑΜΗΛΗΣ ΡΟΗΣ ΑΕΡΑ

Τα κρεβάτια αυτά έχουν την δυνατότητα να ελαττώνουν την υγρασία που παράγει το σώμα και ακόμα να ελέγχουν τον πόνο. Τα κρεβάτια χαμηλής ροής αέρα ενδείκνυται σε ασθενείς οι οποίοι χρειάζονται ανακούφιση από την πίεση ή παρουσιάζουν τραύματα κατακλίσεων τρίτου και τέταρτου βαθμού. Επίσης ενδείκνυται για τραύματα κατακλίσεων δευτέρου βαθμού σε περισσότερες από μία επιφάνειες. Αλλά τα κρεβάτια αυτά δεν ενδείκνυται σε ασθενείς με ασταθή σπονδυλική στήλη (Aronovitch, 1999).

Εικόνα 18:



‘Στρώματα κατάκλισης’ Κατάλογος Προϊόντων Orthopedica

Ø ΚΙΝΗΤΙΚΑ ΚΡΕΒΑΤΙΑ

Στα κινητικά κρεβάτια ο ασθενής έχει την δυνατότητα να αλλάξει θέση στο κρεβάτι χωρίς την βοήθεια του νοσηλευτικού προσωπικού. Με αυτόν τον τρόπο ο ασθενής δεν χρειάζεται να απασχολεί συνέχεια τον νοσηλευτή και επίσης του δίνεται η δυνατότητα να αλλάξει θέση όποτε ο ίδιος αισθάνεται άβολα ή πιασμένος (Aronovitch, 1999).

4.7 ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΙΕΣΗ (ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΑ ΜΕΤΡΑ)

Μαζί με τον συχνό έλεγχο του δέρματος, ένας εξίσου σημαντικός τρόπος για την πρόληψη των κατακλίσεων είναι η ανακούφιση από την πίεση με την αλλαγή στην στάση ή την τοποθέτηση του σώματος σε τέτοια θέση που να μην ασκείται πίεση σε περιοχές με προεξέχοντα οστά. Στόχος της ανακούφισης από την πίεση είναι η σωστή αιμάτωση του δέρματος. Όταν η πίεση σε κάποια σημεία είναι μεγάλη και συνεχής το αίμα θα πιέζει τα αγγεία και δεν θα φτάνει στο δέρμα για να το διατηρήσει υγιές. Σημεία που μπορούμε να ανακουφίσουμε από την έντονη πίεση σχετίζονται με :

§ Τα κάτω άκρα

§ Το κρεβάτι (Aronovitch, 1999).

Το αναπηρικό αμαξίδιο .

Εικόνα 19:



“ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΩΝ ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΩΝ
ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΤΑΚΛΙΣΗΣ” Ινστιτούτο Alzheimer Βόλου

ΤΟ ΚΡΕΒΑΤΙ

Τακτικές στροφές : Διατηρείστε ένα τακτικό πρόγραμμα στροφών ώστε να μην επιτρέπετε την εμφάνιση ερυθρότητας στα σημεία που προεξέχουν οστά. Ανάλογα με το σωματότυπο διατηρήστε ένα πρόγραμμα από 2-5 ώρες (στροφή από την μια πλευρά σε ύπτια θέση και στην συνέχεια στην άλλη πλευρά κ.τ.λ). Το χρονικό διάστημα μεταξύ

των στροφών μπορεί να αυξηθεί σταδιακά μέχρι τα 30 λεπτά σε μια συγκεκριμένη θέση. Στην συνέχεια ελέγχετε το δέρμα.

Η μόνη εξαίρεση στη διατήρηση ενός προγράμματος τακτικών στροφών είναι όταν ο πάσχων είναι ξαπλωμένος σε πρηνή θέση (μπρούμυτα).

Τοποθέτηση μαξιλαριών κατά την πρηνή θέση :

Κεφάλι : Μικρά υποστηρίγματα (μαξιλαράκια) από αφρό κάτω από το κεφάλι. Η περιεκτικότητα σε αφρό εξαρτάται από την άνεση που θέλει ο καθένας. Η επένδυση των υποστηριγμάτων θα πρέπει να είναι από υλικό που δεν ερεθίζει το δέρμα.

Στήθος : Χρησιμοποιήστε ένα ή δυο μαξιλάρια ανάλογα με την προτίμηση του πάσχοντα.

Μηροί : Μαξιλαράκια με αφρό τοποθετημένα κάτω από τα γόνατα για την αποφυγή ερυθρότητας.

Κνήμες : Μαξιλάρια ή προστατευτικά κάτω από τις κνήμες για την ανύψωση των ποδιών ώστε να αποφευχθεί η πίεση στα δάχτυλα (βοηθά και την πρόληψη δημιουργίας παρανυχιδών). Εναλλακτική λύση είναι να αφήνετε τις άκρες των ποδιών να κρέμονται έξω από το κρεβάτι. Τα πόδια θα πρέπει να βρίσκονται σε σωστή γωνία.

Μεταξύ των γονάτων : Προστατευτικά μαξιλαράκια τοποθετούνται τόσο ανάμεσα στα γόνατα όσο και στους αστραγάλους, ώστε να μην έρχονται σε επαφή μεταξύ τους με κίνδυνο την εμφάνιση κατακλίσεων.

Προσοχή : Μην αντικαθιστάτε τα προστατευτικά μαξιλαράκια ή τα μαξιλάρια με κουβέρτες ή τυλιγμένες πετσέτες. Μπορεί να είναι αρκετά σκληρές και να προκαλέσουν δερματικά προβλήματα.

Ο ύπνος σε πρηνή θέση είναι πολύ σημαντικό για 2 λόγους :

§ Ο πάσχων κοιμάται για 8 ώρες χωρίς διακοπή

§ Η πρηνή θέση ευθυγραμμίζει τα ισχία και προφυλάσσει τα γόνατα και τα ισχία από συγκάψεις(Aronovitch, 1999).

Εναλλακτικές λύσεις είναι η ύπτια θέση και η στάση στη μία ή στην άλλη πλευρά .

ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΤΩΝ ΜΑΞΙΛΑΡΙΩΝ ΣΕ ΠΛΑΓΙΑ ΘΕΣΗ

Τοποθετείστε ένα μαξιλάρι στην πλάτη :

Κεφάλι : Μικρό υποστήριγμα με αφρό κάτω από το κεφάλι. Το μέγεθος εξαρτάται από την δική σας άνεση. Η επένδυση των υποστηριγμάτων θα πρέπει να είναι από υλικό που δεν ερεθίζει το δέρμα.

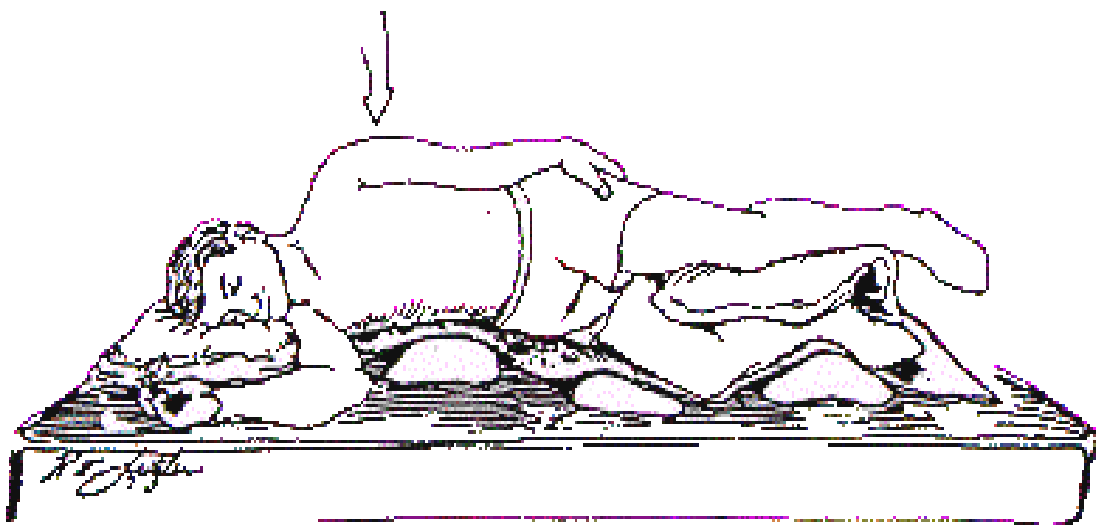
Πλάτη : Υποστηρίξτε την πλάτη για να διατηρήσετε την θέση στο πλάι. Βεβαιωθείτε ότι το κάτω ισχίο είναι τραβηγμένο προς τα πίσω για να μην κυλίσετε πίσω και πιέσετε το ιερό οστό.

Ισχία : Μαξιλάρια τοποθετούνται πάνω και κάτω από την άρθρωση του ισχίου. Όταν τα μαξιλάρια είναι τοποθετημένα σωστά ένα χέρι μπορεί να γλιστρίσει ανάμεσα στο σώμα και το κρεβάτι για να ελεγχθεί εάν έχει ανακουφιστεί από την πίεση. Εάν δεν συμβαίνει κάτι τέτοιο μπορεί να τοποθετηθεί κάποιο επιπλέον μαξιλάρι.

Αστράγαλος : Τοποθετείστε ένα μαξιλάρι πάνω από τον αστράγαλο.
Μεταξύ των ποδιών : Μαξιλάρια τοποθετούνται κατά μήκος των ποδιών για να αποφευχθεί η πίεση στις αρθρώσεις των γονάτων και αστραγάλων. Μην τοποθετείτε το ένα πόδι ακριβώς πάνω στο άλλο.

Προσοχή : Μην αντικαθιστάτε τα προστατευτικά μαξιλαράκια και τα μαξιλάρια με τυλιγμένες πετσέτες ή κουβέρτες. Μπορεί να είναι πολύ σκληρά και να προκαλέσουν δερματικά προβλήματα (Aronovitch, 1999).

Εικόνα 20:



ΔΕΡΜΑΤΙΚΑ ΕΛΚΗ (ΠΛΗΓΕΣ ΠΙΕΣΗΣ Ή ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΙΣ)

Ζουρνατζίδης Παναγιώτης, Εργοθεραπευτής

ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΜΑΞΙΛΑΡΙΩΝ ΣΕ ΥΠΤΙΑ ΘΕΣΗ

Τοποθετείστε ένα μαξιλάρι ανάμεσα στα πόδια :

Κεφάλι : Μικρό προστατευτικό με αφρό κάτω από το κεφάλι. Το μέγεθος του εξαρτάται από την δική σας προτίμηση. Η επένδυση των υποστηριγμάτων πρέπει να είναι από υλικό που δεν προκαλεί ερεθισμούς.

Πλάτη : Τοποθετείστε χαμηλά στην πλάτη ένα μαξιλάρι για να αποτρέψετε την ανύψωση του ιερού οστού. Αυτό θα ανακουφίσει από την πίεση στο ιερό και την μυϊκή καταπόνηση της πλάτης.

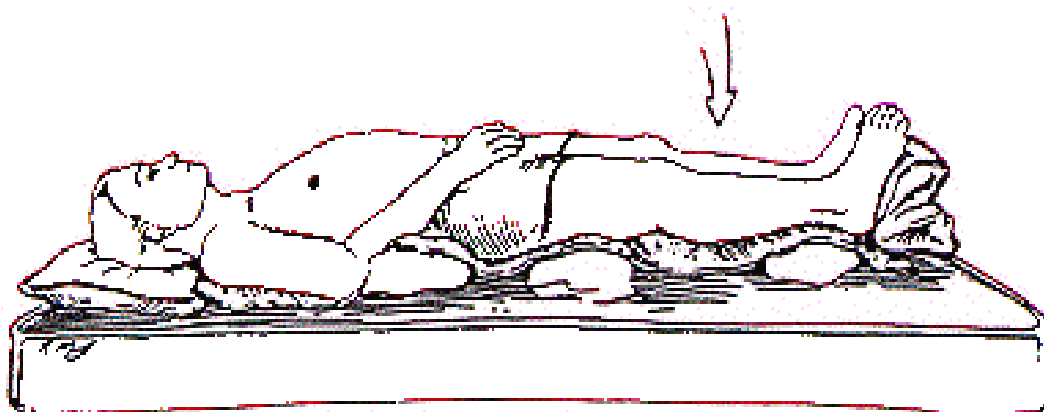
Γόνατα : Η κάμψη στα γόνατα δημιουργεί μια φυσική κυρτότητα. Τοποθετείστε ένα μαξιλάρι πάνω από τη πίσω περιοχή του γονάτου. Μην τοποθετείτε το μαξιλάρι πίσω από τα γόνατα. Επίσης τα ισχία πρέπει να μην ακουμπάνε στο κρεβάτι για να αποφευχθούν τυχόν δερματικές αλλοιώσεις.

Αστράγαλοι : Ένα μικρό προστατευτικό πρέπει να τοποθετηθεί πίσω από την φτέρνα για να ανακουφιστεί η πίεση στην γάμπα. Επίσης οι φτέρνες δεν πρέπει να ακουμπούν στο κρεβάτι για να αποφευχθούν οι δερματικές αλλοιώσεις.

Πόδια : Ένα μαλακό μαξιλάρι τοποθετείται στις άκρες των ποδιών για να αποφευχθεί η πίεση από το βάρος του ποδιού στα πέλματα.

Μεταξύ των ποδιών : Μαξιλαράκια με αφρό ή απλά μαξιλάρια τοποθετούνται ανάμεσα στα γόνατα για να αποτραπεί η πιθανότητα κατακλίσεων μεταξύ των γονάτων και αστραγάλων (Aronovitch, 1999).

Εικόνα 21:



ΔΕΡΜΑΤΙΚΑ ΕΛΚΗ (ΠΛΗΓΕΣ ΠΙΕΣΗΣ Ή ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΙΣ)
Ζουρνατζίδης Παναγιώτης, Εργοθεραπευτής

4.8 ΟΞΥΓΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Στη θεραπεία των κατακλίσεων σημαντικό ρόλο παίζει η μερική πίεση του οξυγόνου. Όπως είναι γνωστό, η μερική πίεση του οξυγόνου τοπικά επηρεάζει την αναγέννηση του επιθηλιακού ιστού, τη φαγοκυτταρική άμυνα, την αγγειογένεση και τη σύνθεση του κολλαγόνου. Η θεραπεία χρόνιων τραυμάτων με οξυγονοθεραπεία σε θαλάμους υπερβαρικού οξυγόνου (YBO₂) έδειξε ότι ο ρυθμός της επούλωσης αυξάνεται, όπως επίσης αυξάνεται και η αντίσταση του τραύματος σε λοιμώξεις. Με τη χρήση του YBO₂ αποκαθίσταται ένα κυτταρικό περιβάλλον στο οποίο βελτιώνονται οι μηχανισμοί επούλωσης του τραύματος και της κυτταρικής άμυνας. Η αύξηση της PO₂ στην τραυματική περιοχή, προάγει την επούλωση με πολλαπλασιασμό των ινοβλαστών και των ενδοθηλιακών κυττάρων, με την παραγωγή κολλαγόνου και την αγγειογένεση. Το YBO₂ αυξάνει σημαντικά και τη βακτηριοκτόνο δράση των λευκοκυττάρων. Έχειδειχθεί επίσης, ότι το YBO₂ αποτελεί χημειοτακτικό παράγοντα έλξης και ενεργοποίησης των μακροφάγων. Η ενεργοποίηση προκαλεί την παραγωγή αυξητικών παραγόντων από τα μακροφάγα, οι οποίοι όπως έχει αναφερθεί επιταχύνουν την επουλωτική διεργασία (Κακαγιά, 2003).

4.9 ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ

Κατά την εισαγωγή του ασθενή στο Νοσοκομείο και μετά την αρχική εκτίμησή του ως υψηλού κινδύνου ή ως ασθενή που ήδη φέρει κατάκλιση και παρουσιάζει διαταραχές θρέψης, είναι απαραίτητο να αξιολογείται η κατάσταση του από διαιτολόγο και ανάλογα να προτείνεται το κατάλληλο διατροφικό σχήμα που θα πρέπει να ακολουθήσει. Ενώ τουλάχιστον σε εβδομαδιαία βάση το διαιτολόγιο θα πρέπει να επανεκτιμάται και ανάλογα, αν υπάρχει λόγος, να επαναπροσαρμόζεται. Η υποστήριξη της διατροφής απαιτείται είτε όταν η πρόσληψη από το στόμα δεν είναι επαρκής είτε όταν ο ασθενής παρουσιάζει απώλεια βάρους. Στις περιπτώσεις αυτές κρίνεται απαραίτητη η ενυδάτωση του ασθενή με ενδοφλέβια χορήγηση υγρών ή χορήγηση υπερλευκωματούχου υπερθερμιδικής δίαιτας καθώς και η λήψη συμπληρωματικών διατροφικών σκευασμάτων, βιταμινών Β, C, Ε, σιδήρου και ψευδαργύρου ή η έναρξη εντερικής σίτισης του ασθενή. Παράλληλα καθημερινά θα πρέπει ο ασθενής να ζυγίζεται και να υπολογίζεται ο δείκτης μάζας σώματος σε τακτά χρονικά διαστήματα (Κακαγιά, 2003).

4.10 ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Όλοι οι επαγγελματίες που εμπλέκονται στην φροντίδα ασθενών με κατακλίσεις θα πρέπει να έχουν εκπαιδευτεί τόσο στην ανίχνευση και αξιολόγηση των παραγόντων κινδύνου όσο και στην εφαρμογή μέτρων πρόληψης και θεραπευτικής αντιμετώπισης των ελκών κατάκλισης. Η εκπαίδευση θα πρέπει να επαναλαμβάνεται ανά 6 ή 12 μήνες και να αναπροσαρμόζεται με βάση τις τελευταίες τεκμηριωμένες οδηγίες. Η εκπαίδευση θα πρέπει να περιλαμβάνει:

- Τους παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση ελκών κατάκλισης
- Την παθοφυσιολογία της ανάπτυξης των κατακλίσεων
- Τη σωστή χρήση επικυρωμένων εργαλείων για τον προσδιορισμό της σοβαρότητας του κινδύνου και της σοβαρότητας της αλλοίωσης δέρματος
- Την προσέγγιση και εκτίμηση της κατάστασης του δέρματος
- Την φροντίδα του δέρματος
- Την σωστή επιλογή και χρήση πρόσθετων υλικών ανακούφισης σημείων πίεσης

- Την σωστή καταγραφή στο νοσηλευτικό φάκελο, όλων των παραμέτρων που αφορούν στην εκτίμηση, πρόληψη και θεραπευτική αντιμετώπιση των κατακλίσεων
- Τις τεχνικές για τη μείωση της πίεσης, τριβής και διάτμησης και τις τεχνικές μετακίνησης του ασθενή με τη χρήση βοηθητικών μέσων
- Τα καθήκοντα και τις περιοχές ευθύνης της διεπιστημονικής ομάδας κατακλίσεων
- Τις στρατηγικές και διαδικασίες που θα ακολουθηθούν
- Την ορθή ενημέρωση και εκπαίδευση των ασθενών και των φροντιστών τους η οποία θα πρέπει να περιλαμβάνει γραπτές οδηγίες για την κατ' οίκον συνέχιση της φροντίδας, και να τονίζεται η ανάγκη της επανεκτίμησης της κατάστασης του ασθενή από τους θεράποντες ιατρούς σε τακτά χρονικά διαστήματα. Βέβαια, είναι ιδιαίτερα σημαντικό να τονίζεται η σημασία της έγκαιρης ανίχνευσης σημείων εμφάνισης ελκών κατάκλισης και η έγκαιρη ενημέρωση της ομάδας κατακλίσεων (Gayton and Hall, 2004).

4.11 ΚΛΙΜΑΚΕΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΩΝ

Υπάρχουν τουλάχιστον 40 κλίμακες, που αξιολογούν τον κινδύνου ανάπτυξης κατακλίσεων των νοσηλευομένων ασθενών και αυτών που βρίσκονται κατακεκλιμένοι ή σε αναπηρικό κάθισμα. Ανάλογα με το αποτέλεσμα της κάθε βαθμολογίας, συνιστάται η λήψη προληπτικών μέτρων κατά των κατακλίσεων. Πάντως, οι κλίμακες αυτές αφορούν κατά το πλείστον χρόνιους ασθενείς και όχι ασθενείς που αναπτύσσουν οξέως κατακλίσεις. Οι πλέον γνωστές κλίμακες αξιολόγησης είναι οι Norton, Braden και Waterlow. Η κλίμακα Braden εκτιμά τα επίπεδα της αισθητικότητας, την υγρασία δέρματος, την σωματική δραστηριότητα, την κινητικότητα, την πρόσληψη τροφής, τις δυνάμεις τριβής και διαχωρισμού. Η κλίμακα Norton υπολογίζει την φυσική κατάσταση, το νοητικό επίπεδο, την δραστηριότητα, την κινητικότητα και την ακράτεια. Όσο μικρότερη είναι η βαθμολογία σε αυτές τις κλίμακες τόσο αυξάνεται η πιθανότητα εμφάνισης κατακλίσεων και επομένως η ανάγκη λήψης προληπτικών μέτρων κατά των κατακλίσεων (Norton, 1975).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

‘ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ‘

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

Νοσηλευτική διεργασία

Η ουσία της νοσηλευτικής διεργασίας βρίσκεται στην ικανότητα του Νοσηλευτή να αντιλαμβάνεται και να κατανοεί τα σημεία συμπεριφοράς, που δείχνουν την κατάσταση άνεσης του αρρώστου ή την ικανότητα του να διαπραγματεύεται με προβλήματα που δημιουργούνται εξαιτίας απειλής της υγείας του. Η ικανότητα του Νοσηλευτή να προσδίδει έννοια στη συμπεριφορά είναι ζωτικής σημασίας για την επιτυχή εκπλήρωση του ρόλου της.

Για την καλύτερη κατανόηση του ρόλου της νοσηλευτικής διεργασίας θα περιγράψω τα ακόλουθα περιστατικά:











5.1 ΠΕΡΙΤΑΤΙΚΟ 1^ο

Κυρία 89 ετών χειρουργήθηκε στις 6 Ιανουαρίου λόγω καρκίνου του μαστού. Στις 14 Φεβρουαρίου λόγω παθολογικού κατάγματος ανωνύμου οστού λεκάνης. Λόγω της πολυήμερης παραμονής της στο κρεβάτι παρατηρήθηκε έντονη ερυθρότητα και πόνος στην περιοχή της ωμοπλάτης.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ:	<ul style="list-style-type: none">✚ Έντονη ερυθρότητα και πόνος στην περιοχή της ωμοπλάτης
ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ:	<ul style="list-style-type: none">✚ Πρόληψη λύσεως συνέχειας του δέρματος✚ Διευκόλυνση της κυκλοφορίας του αίματος
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ:	<ul style="list-style-type: none">✚ Αλλαγή της θέσης κάθε 3 ώρες✚ Πλύση ράχεως με σαπούνι και νερό✚ Χορήγηση fucidin αλοιφής 1Χ3
ΕΦΑΡΜΟΓΗ:	<ul style="list-style-type: none">✚ Έγινε άρση της πίεσης με αλλαγή θέσης κάθε 3 ώρες✚ Έγινε πλύση ράχεως✚ Έγινε επάλειψη της περιοχής με αλοιφή
ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ:	<ul style="list-style-type: none">✚ Με τον προγραμματισμό και την εφαρμογή της νοσηλευτικής φροντίδας επιτεύχθηκε το μέγιστο αποτέλεσμα η άρση της ερυθρότητας και του πόνου.

5.2 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 2^ο

Κύριος 82 ετών είναι κατάκοιτος 2 χρόνια και παρουσίασε εξέλκωση στην περιοχή του κόκκυγα προσήλθε στο νοσοκομείο με έντονους πόνους.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ:	 Εξέλκωση στην περιοχή του κόκκυγα.
ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ:	 Εξάλειψη της εξέλκωσης εντός μιας εβδομάδας
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ:	 Περιποίηση περιοχής με άσηπτη τεχνική και αφαίρεση των νεκρωμάτων  Τοποθέτηση επιθεμάτων σε μορφή σπρέι, κρέμας ή σκόνης για την πρόληψη μόλυνσης και τριβής  Αλλαγή θέσεως κάθε 3 ώρες  Πλύσιμο της περιοχής με αντισηπτικό διάλυμα ή φυσιολογικό ορό
ΕΦΑΡΜΟΓΗ:	 Έγινε περιποίηση της περιοχής νέκρωσης των ιστών με τη χρησιμοποίηση του σετ αλλαγής και των ιστών με τη χρησιμοποίηση του σετ αλλαγής  Τηρήθηκαν οι κανόνες άσηπτης τεχνικής και με εντολή του γιατρού τοποθετήθηκε PULVO 1X3  Έγινε αλλαγή θέσεως 3 φορές την ημέρα
ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ:	 Η νέκρωση των ιστών της περιοχής αντιμετωπίστηκε επιτυχώς εντός μιας εβδομάδας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η αντιμετώπιση των κατακλίσεων πρέπει να βασίζεται περισσότερο στην πρόληψη, παρά στην θεραπευτική αντιμετώπιση.

Σημαντικό βήμα για τη νοσηλευτική θα ήταν η αναγνώριση των ασθενών υψηλού κινδύνου ανάπτυξης κατακλίσεων, κατά την εισαγωγή τους στο νοσοκομείο. Το επόμενο βήμα θα ήταν η άμεση εφαρμογή μέτρων προφύλαξης σε αυτούς τους ασθενείς, όπως ειδικά στρώματα, αλλαγή θέσεων, μείωση των παραγόντων πίεσης, ταχεία κινητοποίηση και θρεπτική υποστήριξη. Αυτά τα μέτρα φαίνεται ότι μειώνουν ακόμα περισσότερο τον κίνδυνο ανάπτυξης κατακλίσεων.

Οι θεραπευτικές πρακτικές έχουν αναπτυχθεί σε μεγάλο βαθμό και έχουν σημαντικό αποτέλεσμα στην επούλωση και αποκατάσταση του ασθενούς.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. -Αθανάτου, Ε.(1996). Κλινική Νοσηλευτική-Βασικές και Εδικές νοσηλείες, Αθήνα: Ιδίας
2. -Cussel, J. & Stotts, N. (1990). Trial and error yields to knowledge, Am J Nursing, 90:57
3. -Delisa, A J. & Miculic, A M. (1985). Pressure ulcers: What to do if preventive management fails, Postgrad Med, 77:210
4. -Department of Health(1995). Your Guide to Pressures Sores, London: DoH
5. -Εθνικός Σύνδεσμος Διπλωματούχων Νοσηλευτριών-Νοσηλευτών Ελλάδος.(1999). Οδηγίες για την Πρόληψη των κατακλίσεων, Αθήνα
6. -Gayton and Hall(2004). Εγχειρίδιο Ιατρικής Φυσιολογίας. (10^η εκδ.), εκδόσεις Παρισιανού
7. -Good, S. P. & Allman, M. R. (1989). The prevention and management of pressure ulcers, Geriatric Med, 73:1519
8. -Κακαγιά, Δ. (2003). Σύγχρονα επιθέματα και εξελίξεις στην επούλωση των τραυμάτων και των ελκών. Θεσσαλονίκη:university studio press
9. -Καλεμικεράκης, Ι. (2002). Αξιολόγηση-Σταδιοποίηση Κατακλίσεων, Πρακτικά Ημερίδας, Αίτια-Πρόληψη-Θεραπεία των Κατακλίσεων, Αθήνα
10. -Lyder CH. (2002). Pressure ulcer prevention and management. Annual Review Nursing Research, 20:35:61
11. Μπουζικά, Μ.(2002). Αρχές Πρόληψης Κατακλίσεων, Πρακτικά Ημερίδας, Αίτια-Πρόληψη-Θεραπεία των Κατακλίσεων, Αθήνα
12. Northon D., McLaren R., & Exton-Smith AN., (1975). Pressure sores. An investigation of geriatric nursing problems in hospital. New York : Churchill Livingstone.
13. Οικονομοπούλου, Ε. (1997). Εκτίμηση του Κόστους θεραπείας των Κατακλίσεων, Εκδόσεις <<ΕΛΛΗΝ>> , Αθήνα
14. Παπασιδέρης Φ. (2006). Το ανθρώπινο Σώμα, στοιχεία Ανατομίας και φυσιολογίας, Flash Care.
15. Παπουτσάκης, Σ. Ι.& Καλπακίδου, Μ. (2000). Νοσηλευτική φροντίδα κατακλίσεων πριν και μετά τη χειρουργική αποκατάσταση, ΣΥ. Δ.

- ΝΟ. Χ, Περιεγχειρητική Νοσηλευτική, Τεύχος 4, Ιανουάριος – Φεβρουάριος -Μάρτιος, σ. 24-26
16. Πέτα Β. Κατακλίσεις, θεωρία Β τάξης 1^{ου} κύκλου ΤΕΕ, σ.44-45
 17. Panagiotopoulou K. Kerr SM. (2002). Pressure area care: an exploration of Greek nurses knowledge and practice, *J Adv Nurs*, 40:285-96
 18. Potter Patricia & Perry Anne (1993). *Fundamentals of Nursing- Concepts, Process and Practice*, cop. By MOSBY-Year book Inc, 3rd Edition, USA, p.p. 1526-1529
 19. Rithalia, SVS. (1994). The use of an airwave matterss for pressure relief, *J wound care*, 4:171
 20. Russeau, P. (1988). Pressure sores in te elderly, *Geriatric Med Today*, 7:35
 21. Σίδα Β (1988). Κατάστρωση στρατηγικής για την πρόληψη των κατακλίσεων, Πρακτικά 15^{ου} Πανελ. Νοσηλ. Συνεδρίου Λευκωσίας
 22. Τσερώνη, Μ. Ντάσιου, Ζ. Φιλίππου, Ν. Κακαριάρη, Λ. Ευσταθίου, ΦΔ. & Θάνου, Ι. (1999). Νέες τάσεις στην πρόληψη και θεραπεία των κατακλίσεων, Πρακτικά 26^{ου} Ετησίου Πανελλήνιου Νοσηλευτικού Συνεδρίου, Κέρκυρα
 23. <https://babor.gr/L/3/3846.o> (8/2/2011)
 24. <https://www.beautymakeup.gr/2010/01> (15/12011)
 25. www.coloplast.gr (15/5/2010) Μαυρογένης Α.
 26. www.disabled.gr (15/5/2010)
 27. www.epuap.org European Pressure Ucler Advisory Panel (EPUAP) (3/6/2010)
 28. <http://www.kord.com.cy/default.asp?pid=116&la=1>