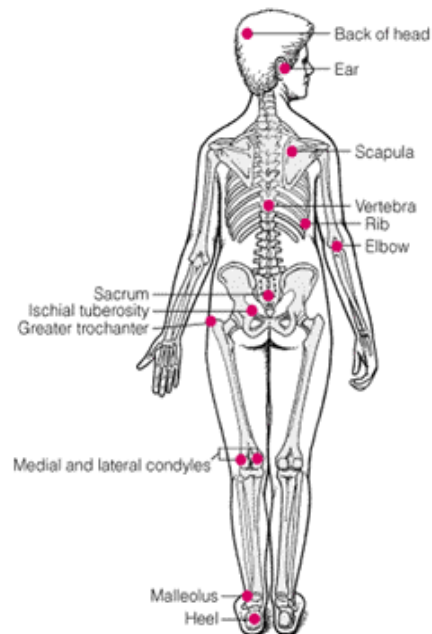


Α.Τ.Ε.Ι. ΚΡΗΤΗΣ



ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ:

«ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ  
ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΩΝ ΣΕ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΑ ΚΑΙ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΑ  
ΤΜΗΜΑΤΑ»



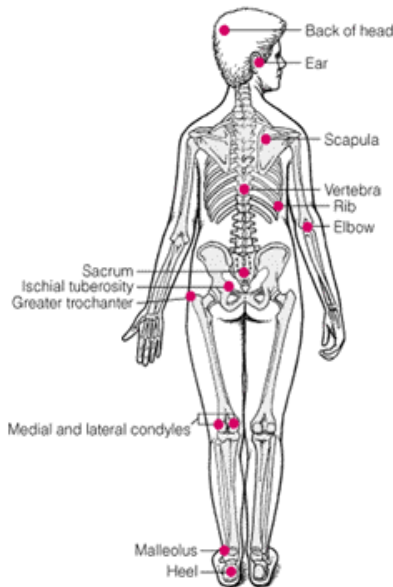
ΗΡΑΚΛΕΙΟ 2007

Α.Τ.Ε.Ι. ΚΡΗΤΗΣ



ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ:

«ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ  
ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΩΝ ΣΕ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΑ ΚΑΙ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΑ  
ΤΜΗΜΑΤΑ»



Σπουδαστές: Γκάμαρη Πανωραία  
Χαρτοφίλης Αντώνιος

Υπεύθυνη καθηγήτρια: Κα Δαφέρμου Μαρία

**ΗΡΑΚΛΕΙΟ 2007**

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

- Περιεχόμενα σελ.3

### Α΄ ΜΕΡΟΣ-ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

- Εισαγωγή σελ.6

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

- Ανατομία και φυσιολογία δέρματος σελ.9
- Επιδερμίδα σελ.9
- Η χοριο-επιδερμική ένωση σελ.11
- Το χόριο ή κυρίως δέρμα σελ.11
- Αγγεία και νεύρα δέρματος σελ.12
- Τα εξαρτήματα του δέρματος σελ.12

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

- Ορισμός σελ.15
- Αίτια και παράγοντες που συμβάλουν στην δημιουργία κατακλίσεων σελ.15
- Ομάδες υψηλού κινδύνου για δημιουργία κατακλίσεων σελ.17
- Σταδιοποίηση-ταξινόμηση κατακλίσεων σελ.17

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

- Πρόληψη σελ.22
- Εργαλεία αξιολόγησης και παράγοντες κινδύνου σελ.22
- Θέσεις εμφάνισης κατακλίσεων σελ.25

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

- Θεραπευτική αντιμετώπιση κατακλίσεων σελ.29
- Νοσηλευτική αντιμετώπιση κατακλίσεων σελ.30
- Η συμβολή των ασφαλιστικών ταμείων και του συστήματος υγείας στην παροχή υπηρεσιών στους κατακεκλιμένους ασθενείς σελ.31
- Στάδια εξέλιξης σελ.34
- Λοιμώξεις στις κατακλίσεις σελ.39
- Εκπαιδευτικά προγράμματα για την πρόληψη Θεραπεία κατακλίσεων σελ.41
- Βασικές αρχές για την πρόληψη και θεραπεία σελ.42
- Πλεονεκτήματα επιθεμάτων σελ.45
- Βοηθητικές συσκευές που απορρίπτεται η χρήση τους σελ.46
- Βασικές αρχές στην αλλαγή των κατακλίσεων σελ.50
- Συντηρητική αντιμετώπιση κατακλίσεων σελ.52
- Χειρουργική αντιμετώπιση κατακλίσεων σελ.52
- Πλεονεκτήματα χειρουργικής αντιμετώπισης σελ.53
- Συμπεράσματα χειρουργικής αντιμετώπισης σελ.54
- Συμπεράσματα θεραπευτικής αντιμετώπισης σελ.54

## Β΄ ΜΕΡΟΣ-ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

- Αξιολόγηση και αντιμετώπιση κατακλίσεων σε Παθολογικά, Χειρουργικά Τμήματα και ΜΕΘ. σελ.57
- Εισαγωγή σελ.57
- Σκοπός σελ.57
- Υλικό – Μέθοδος σελ.57
- Αποτελέσματα σελ.57
- Παρουσίαση αποτελεσμάτων σελ.59
- Βιβλιογραφία σελ.85
- Ερωτηματολόγιο σελ.87



# Α' ΜΕΡΟΣ

# ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

---

## ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΩΝ ΣΕ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΑ ΚΑΙ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΑ ΤΜΗΜΑΤΑ

### **ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Η παρουσία κατακλίσεων στον άνθρωπο δεν είναι ένα σύγχρονο φαινόμενο. Στοιχεία κατακλίσεων εντοπίστηκαν στις αρχαίες αιγυπτιακές μούμιες και αξιόλογες αναφορές σχετικές με την πρόληψη και την θεραπεία τους βρίσκονται στα συγγράμματα του Ιπποκράτη, του Κέλσιου, του Λίστερ και του Παστέρ, τα οποία χρονολογούνται από τον 4ο πΧ αιώνα μέχρι και τον 19ο αιώνα μΧ.

Ο πρώτος που προσπάθησε να ανακαλύψει την αιτία εμφάνισης των κατακλίσεων ήταν ο Charcot (1877). Η αυξημένη όμως προσοχή για την θεραπεία τους έγινε το 19ο αιώνα με αύξηση των αναφορών και των ερευνών ιδιαίτερα μετά την ανακάλυψη των αντισηπτικών για την περιποίηση των τραυμάτων από τον Λίστερ.

Σήμερα παρά την αύξηση των ιατρικών και νοσηλευτικών γνώσεων και την αλματώδη πρόοδο της νοσηλευτικής τεχνολογίας, οι κατακλίσεις παραμένουν ένα σοβαρό πρόβλημα με δυσμενείς επιπτώσεις για τον ασθενή.

Η Florence Nightingale το 1861 θεωρούσε τα έλκη κατακλίσεων αποτέλεσμα αποτυχημένης θεραπείας.

Το ποσοστό εμφάνισης νέων κατακλίσεων ανέρχεται στο 4% - 10% των ασθενών που εισάγονται σε γενικό νοσοκομείο. Σε χρόνιους ασθενείς το ποσοστό ανέρχεται σε 10% - 23% ενώ στους ηλικιωμένους ανέρχεται στο 35%.

Τεράστια ποσά ξοδεύονται κάθε χρόνο για την θεραπεία κατακλίσεων, με τα οποία επιβαρύνεται ο τομέας υγείας.

Κατά την νοσηλευτική φροντίδα ασθενών με κατακλίσεις, διαπιστώνεται ότι δεν αποτελούν μόνο πρόβλημα, αλλά συγχρόνως δίλημμα για όσους τις αντιμετωπίζουν καθημερινά, συχνά δε, είναι σοβαρή απειλή της υγείας του ασθενούς.

Η δημιουργία κατακλίσεων στον ασθενή σε ένα βαθμό, αποτελεί νοσηλευτική ευθύνη και κριτήριο αξιολόγησης της ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας που παρέχεται. Γι' αυτό η πρόληψη και η θεραπεία των κατακλίσεων είναι νοσηλευτικό έργο μεγάλης σπουδαιότητας.

Η παρουσία των κατακλίσεων, εκτός από τον πόνο και την ταλαιπωρία που προκαλεί στον ασθενή, δημιουργεί προβλήματα ιατρονοσηλευτικά και κοινωνικοοικονομικά για τους εξής λόγους:

- 1) Οι κατακλίσεις χρειάζονται αυξημένη νοσηλευτική φροντίδα, με αποτέλεσμα να απαιτείται εντατικοποίηση της νοσηλείας.
- 2) Καθυστερούν την ανάρρωση και την έξοδο των ασθενών από το νοσοκομείο, με συνέπεια:

- α) να υπάρχει ζήτηση των νοσηλευτικών κρεβατιών
- β) να αυξάνει το κόστος νοσηλείας, και το βασικότερο

γ)η περιπέτεια και η απειλή της υγείας και της ζωής σε περίπτωση εκτεταμένων και μολυσμένων κατακλίσεων, που μπορεί να έχουν σοβαρές επιπλοκές, όπως πολυομυελίτιδα, σήψη, ακρωτηριασμό μέλους κ.α.

Επιπλέον, αν οι κατακλίσεις είναι εκτεταμένες, οι απορροφήσεις των τοξικών ουσιών μπορεί να οδηγήσουν τους ασθενείς ακόμα και στον θάνατο.

Στην πορεία του χρόνου η θεραπεία των τραυμάτων στηριζόταν στην εμπειρική θεωρία της δοκιμής και του λάθους. Στο πλαίσιο αυτής της μεθοδολογίας δικιμάστηκαν τα πιο απλά μέχρι τα πιο επικίνδυνα θεραπευτικά σχήματα.

Απο την δεκαετία του 1960 και μέχρι σήμερα, η επιστήμη της βιολογίας των ιστών προήγαγε την γνώση μας αναφορικά με την θεραπεία της κατάκλισης.

Η θεραπευτική αντιμετώπιση της κατάκλισης μπορεί να είναι συντηρητική και χειρουργική. Η συντηρητική θεραπεία προηγείται της χειρουργικής διαδικασίας. Η χειρουργική εφαρμόζεται στις περιπτώσεις που τα συντηρητικά μέτρα δεν μπορούν να αποδώσουν, η πληγή είναι εκτεταμένη και η αποκατάστασή της καθίσταται αδύνατη.

Η συντηρητική θεραπεία των κατακλίσεων διέπεται από δύο βασικές αρχές. Το βασικό αξίωμα της πρώτης αρχής είναι: **καθαριότητα, ξηρότητα, ανακούφιση από την πίεση και έκθεση στον αέρα**. Το αξίωμα της δεύτερης είναι: **καθαριότητα, διατήρηση υγρασίας άνω των 30°C και ανακούφιση από την πίεση**.

Δυστυχώς, παρά την αφθονία των τεχνικών μέσων και την ποικιλία των φαρμακευτικώνσκευασμάτων που υπάρχουν, οι κατακλίσεις παραμένουν πρόβλημα το ίδιο σημαντικό όπως και στο παρελθόν.

**Σκοπός της εργασίας μας** είναι να καθοριστεί η συχνότητα, η σοβαρότητα, η ανατομική εντόπιση των κατακλίσεων καθώς επίσης να γίνει καταγραφή των παρεμβάσεων και του υλικού που χρησιμοποιείται. Η έρευνα θα διεξαχθεί στα παθολογικά, χειρουργικά τμήματα όπως επίσης και στη μονάδα εντατικής θεραπείας των δύο δημοσίων νοσοκομείων Ηρακλείου Κρήτης, Βενιζέλειο & ΠΕΠΑΓΝΗ.



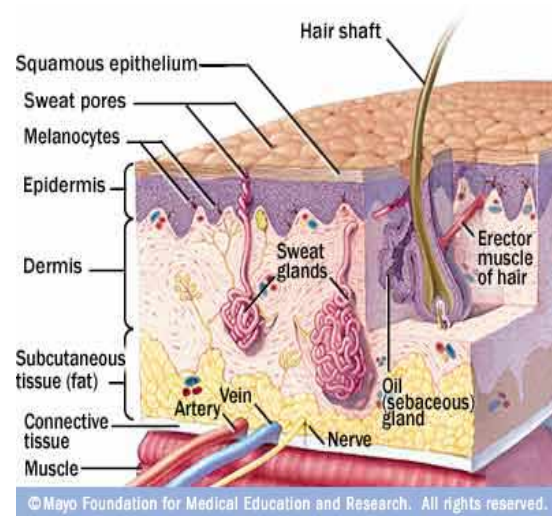
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

## ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΚΑΙ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ

Το δέρμα είναι το μεγαλύτερο όργανο του σώματος με μέση επιφάνεια περίπου 2 m<sup>2</sup> και Βάρος περίπου 4 kg. Το δέρμα έχει δύο 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 εξαρτήματά του, τα οποία είναι οι αδένες (σμηγματογόνοι και ιδρωτοποιοί), οι τρίχες και τα νύχια.

### ΕΠΙΔΕΡΜΙΔΑ

1. Βασική ή μητρική στιβάδα
2. Ακανθωτή στιβάδα
3. Κοκκώδης στιβάδα και
4. 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 τα ινίδια 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 ακανθωτή στιβάδα, η οποία λέγεται έτσι διότι τα δεσμοσώματα που συνδέουν τα κύτταρα μεταξύ τους, μοιάζουν με άκανθες. Η ακανθωτή στιβάδα αποτελείται από πολλούς στοίχους κυττάρων τα οποία όσο ανεβαίνουν προς την επιφάνεια του δέρματος σχηματίζουν την κοκκώδη στιβάδα.

Η κοκκώδης στιβάδα περιέχει κοκκία κερατοϋαλίνης, τα οποία αποτελούν την προδρομική ουσία της κεράτινης. Η κοκκώδη στιβάδα περιέχει επίσης λιπίδια τα

οποία αποβάλλονται στο μεσοκυττάριο διάστημα και συμβάλλουν στην κυτταρική συνοχή.

Η τελική εξωτερική στιβάδα, τέλος, είναι η κεράτινη στιβάδα η οποία αποτελείται πλέον από επιπεδωμένα, απύρρηνα 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:

1. Τα επιθηλιακά κύτταρα (κερατινοκύτταρα)
2. Τα μελανοκύτταρα
3. Τα κύτταρα του Langerhans
4. Τα κύτταρα του Merkel

Τα κερατινοκύτταρα είναι τα κύτταρα που κατακλύζουν την επιδερμίδα. Ξεκινάνε 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 τα ινίδια δηλαδή πολυπεπτίδια που συμμετέχουν στην κατασκευή των δεσμοσωμάτων, τα οποία συνδέουν τα κύτταρα της επιδερμίδας μεταξύ τους. 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 απύρρηνο, αποπλατυσμένο πετάλιο λέγεται κερατινοποίηση. Η κερατινοποίηση διαρκεί 28 ημέρες.

Τα μελανοκύτταρα βρίσκονται μεταξύ και κάτω από το 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 δένδριτες που διακλαδίζονται μεταξύ των επιθηλιακών κυττάρων. Οι δένδριτες 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 δένδριτες των μελανοκυττάρων, φαγοκυτταρώνονται από τα επιθηλιακά κύτταρα, περιβάλλουν τον πυρήνα των κυττάρων αυτών και τα προστατεύουν από την υπεριώδη ακτινοβολία. Κάθε μελανοκύτταρο "αρδεύει" αρκετά επιθηλιακά κύτταρα.

Τα κύτταρα του Langerhans (LC) είναι δένδριτικά κύτταρα μεσεγγυματικής 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.

## **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 δύο λεπτά πέταλα διακριτά με το ηλεκτρονικό μικροσκόπιο. Το πέταλα αυτά είναι το διαυγές πέταλο (Lamina Lucida) σε επαφή με τη βασική στιβάδα και 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 τη δίοδο ουσιών από τα έξω προς τα μέσα και αντίστροφα.

## **ΤΟ ΧΟΡΙΟ Η΄ 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 υπότυποι κολλαγόνων ινών. Οι κολλαγόνοι ίνες είναι παχύτερες και τραχύτερες εις τα βαθύτερα στρώματα του χορίου (δικτυωτό στρώμα) σε σχέση με τα πιο επιφανειακά 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.

## ΑΓΓΕΙΑ ΚΑΙ ΝΕΥΡΑ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ

Τα αγγεία του δέρματος (αρτηρίες-φλέβες-τριχοειδή) 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. Το επιπολής αγγειακό πλέγμα βρίσκεται στο ανώτερο-χόριο (θηλώδες στρώμα) και εκπέμπει τις τριχοειδείς αγκύλες, οι οποίες αιματώνουν τις ανώτερες στιβάδες του χορίου και την επιδερμίδα.

Εις το 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 (πόνος-αίσθηση θερμού-ψυχρού, πίεσης κλπ).

## 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:

- \* Τρίχες
- \* Νύχια
- \* Αδένες (ιδρωτοποιοί και σμηγματογόνοι)

Ο τριχοσμηγματογόνος θύλακος αποτελείται από τον τριχικό θύλακο (ο οποίος είναι μια κατάδυση της επιδερμίδας στο χόριο), έναν ή περισσότερους σμηγματογόνους αδένες και από τον ανελκτήρα ή ορθωτήρα μυ της τρίχας. Ο σμηγματογόνος αδένας εκκρίνει το σμήγμα, μια ουσία η οποία προέρχεται από την αποσύνθεση των κυττάρων του σμηγματογόνου αδένου. Ο σμηγματογόνος αδένας δεν έχει εκφορητικό μέρος και το σμήγμα φθάνει στην επιφάνεια μέσα από το θύλακο.

Η δραστηριότητα του σμηγματογόνου αυξάνεται με την εφηβεία. Ο ανελκτήρας μυς της τρίχας είναι υπεύθυνος για την ανόρθωση των τριχών και λειτουργεί μετά από θερμικά και ψυχικά ερεθίσματα (ρίγος). Οι τριχοσμηγματογόνοι θύλακοι βρίσκονται σ' όλη την επιφάνεια του δέρματος εκτός από τις παλάμες, τα πέλματα, την ονυχοφόρο φάλαγγα των δακτύλων και το δέρμα της πόσθης. Οι ιδρωτοποιοί αδένες ανήκουν στους εκκρινείς αδένες, υπάρχουν σε ολόκληρο το σώμα και σχετίζονται με τη θερμορρύθμιση. Το σπειροειδές εκκριτικό μέρος του ιδρωτοποιού αδένου βρίσκεται στο δικτυωτό στρώμα του χορίου και ο εκφορητικός πόρος διασχίζει το θηλώδες στρώμα και την επιδερμίδα και καταλήγει στην επιφάνεια του δέρματος. Μια κατηγορία ιδρωτοποιών αδένων είναι και οι οσμηγόνοι αδένες (αποκρινείς) οι οποίοι υπάρχουν κυρίως στις μασχάλες και τη γεννητική περιοχή και είναι υπεύθυνα για την οσμή του σώματος. Ο εκφορητικός πόρος των

οσμηνογόνων αδένων δεν φθάνει στην επιφάνεια του δέρματος αλλά καταλήγει στον τριχοσμηγματογόνο θύλακο και μέσω αυτού στην επιφάνεια του δέρματος. Η οσμή που προέρχεται από τους οσμηγόνους αδένες είναι χαρακτηριστική για το φύλο, τη φυλή, ακόμα και για το ίδιο το άτομο.

Βασικές γνώσεις δερματολογίας και αφροδισιολογίας είναι απαραίτητες για κάθε γιατρό, ανεξάρτητα από την ειδικότητα του. Μεγάλος αριθμός εσωτερικών νοσημάτων παρουσιάζει σημαντικές τις οποίες ο μη ειδικός θα πρέπει να τις αναγνωρίζει. Το δέρμα είναι το σημείο επαφής του ατόμου με το εξωτερικό περιβάλλον. Συχνά, καθρεφτίζει τις λειτουργίες των εσωτερικών οργάνων, ενώ θα πρέπει να αντιδρά στις εξωτερικές επιδράσεις όπως η ηλιακή ακτινοβολία, οι τοξικές ουσίες, το κρύο, η ζέστη κλπ. Αντιδράσεις σε φάρμακα πολλές φορές πρωτοεμφανίζονται σαν δερματικά εξανθήματα, ενώ ψυχικές μεταβολές συχνά προδίδονται από την εφίδρωση ή από το ερύθημα.

Τα τελευταία χρόνια υπάρχει επίσης μια αύξηση και τροποποίηση των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων με σημαντική επίπτωση στην ζωή των νέων κυρίως ανθρώπων. Το «κλειδί» στην δερματολογία είναι η μορφολογική περιγραφή των βλαβών η οποία προκύπτει τόσο από την κλινική όσο και από την ιστολογική εξέταση. Η γνώση λοιπόν των ιδιαιτεροτήτων των δερματικών βλαβών στηρίζεται στην σωστή κλινική εξέταση του δέρματος. ( Ανδρέας Δ. Κατσάμπας, 2007)

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

## **ΟΡΙΣΜΟΣ**

Σαν <<κατάκλιση>> ορίστηκε η κυτταρική νέκρωση περιοχής του σώματος που προκαλείται από τη διακοπή της μικροκυκλοφορίας στους ιστούς της περιοχής. Η εκτίμηση των κατακλίσεων γίνεται με βάση την καταστροφή του δέρματος, την νέκρωση των υποκείμενων ιστών και την δημιουργία σπηλαίων.

Ως κατάκλιση επίσης ορίζεται η βλάβη του δέρματος που προκαλείται από εφαρμογή πίεσης, δύναμης συναφείας - κατάτμησης (σύρσιμο), τριβής ή συνδυασμό των παραπάνω δυνάμεων. (Χρ. Δ. Πλατή, 2002)

## **ΑΙΤΙΑ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΥΜΒΑΛΛΟΥΝ ΣΤΗ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΩΝ**

Είναι γενικά παραδεκτό ότι οι κατακλίσεις προκύπτουν σαν ένα αποτέλεσμα συνδυασμού διαφόρων παραγόντων, οι οποίοι μπορούν να ταξινομηθούν σε εξωγενείς και ενδογενείς και διαφόρων αιτιών τα οποία διακρίνονται σε γενικά αίτια και τοπικά αίτια.

### α) ΕΝΔΟΓΕΝΕΙΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ:

**-η αδυναμία κίνησης ή σημαντικός περιορισμός της κινητικότητας:** η έλλειψη της ικανότητας ενός ατόμου να αλλάζει θέσεις στο σώμα του είτε από γενική εξάντληση, είτε από κάποια άλλη βλάβη αυξάνουν σημαντικά την πιθανότητα το άτομο αυτό να εμφανίσει κατακλίσεις.

**-η διατροφή:** η διατροφή παίζει σημαντικό ρόλο τόσο στην πιθανότητα εμφάνισης κατακλίσεων, όσο και στην αντιμετώπισή τους. Η ανεπαρκής διατροφή όσον αφορά την πρόσληψη λευκωμάτων, βιταμινών και σιδήρου είναι σημαντικός παράγοντας κινδύνου για την εμφάνιση κατακλίσεων.

**-η ηλικία:** οι ηλικιωμένοι λόγω των ποικίλων αλλαγών στα διάφορα συστήματα του σώματός τους και στο δέρμα είναι πληθυσμός υψηλού κινδύνου για την εμφάνιση κατακλίσεων.

**-ακράτεια ούρων και κοπράνων:** η έκθεση του δέρματος στην παρατεταμένη επίδραση ούρων και κοπράνων μειώνουν την ανθεκτικότητα του δέρματος και ως εκ τούτου αυξάνουν σημαντικά την πιθανότητα για το άτομο που πάσχει να εμφανίσει κατακλίσεις.

**-μείωση της αισθητικότητας:** η έλλειψη ή η μείωση της αισθητικότητας ενός ατόμου μειώνει ή απαλείφει την ικανότητά του να αισθάνεται τοπική πίεση ή πόνο και να αλλάζει θέση στο σώμα, αυξάνοντας έτσι σημαντικά την πιθανότητα εμφάνισης κατακλίσεων για το άτομο αυτό.

**-ψυχολογικοί παράγοντες:** σε διάφορες μελέτες έχει παρατηρηθεί ότι το χαμηλό επίπεδο ικανοποίησης από τη ζωή, η χαμηλή αυτοεκτίμηση, ο βαθμός αποδοχής της ασθένειας ή της αναπηρίας και το υψηλό stress είναι παράγοντες που



αυξάνουν την πιθανότητα για εμφάνιση κατακλίσεων.

**-το ατροφικό δέρμα:**το ατροφικό δέρμα σε συνδυασμό με την απώλεια της ελαστικότητας και του υποδορίου λίπους συμβάλλει στην εμφάνιση κατακλίσεων.

**-καταβολικά φάρμακα:**τα καταβολικά φάρμακα μπορούν να προάγουν την δημιουργία κατάκλισης π.χ.κορτικοστεροειδή.

### β)ΕΞΩΓΕΝΕΙΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ:

**-η υγρασία:**η υγρασία απο τα εκκρίματα,απεκκρίματα όπως ακράτεια ούρων,κοπράνων,ιδρώτας,εκκρίσεις του τραύματος ή και άλλα υγρά του οργανισμού καθώς και απο κάθε άλλη αιτία που μπορεί να προκαλέσει λύση της συνέχειας του δέρματος.

**-η εξωτερική πίεση:**η εξωτερική πίεση που μπορεί να ασκείται σε ορισμένα σημεία εξαιτίας της παρατεταμένης κατάκλισης και της ακινησίας προκαλεί ερυθρότητα,ερεθισμό,εκδορές,νεκρώσεις,εξιδρωματικό έλκος εξαιτίας της κακής κυκλοφορίας του αίματος στους ιστούς.

**-η κατάτμιση:**το σύρσιμο του αρρώστου,που είναι συνδυασμός πίεσης και τριβής,συμβαίνει συνήθως όταν ο καθισμένος σε ημι-fowler θέση ασθενής γλιστρήσει προς τα πόδια του κρεβατιού.

### γ)ΓΕΝΙΚΑ ΑΙΤΙΑ:

**-αφυδάτωση** μετά απο πολλές κενώσεις ή εμμέτους.

**-ασθένειες του νευρικού συστήματος** που επιφέρουν παραλύσεις όπως ημιπληγία,παραπληγία,τετραπληγία.

**-ασθένειες που προκαλούνται απο διαταραχή της λειτουργίας των ενδοκρινών αδένων**,π.χ,σακχαρώδης διαβήτης κ.α.

**-η ηλικία του ατόμου:**οι ηλικιωμένοι και τα μικρά παιδιά προσφέρονται στην δημιουργία κατακλίσεων,ένεκα της φύσεως του δέρματος (στους ηλικιωμένους το δέρμα είναι πλαδαρό και άτονο,στα μικρά παιδιά ευαίσθητο και λεπτό).

**-μεγάλο αδυνάτισμα:**μειώνεται η αντίσταση του οργανισμού και λεπταίνει ο υποδόριος ιστός.

**-μεγάλη παχυσαρκία:**αυξάνεται το βάρος και έτσι προκαλείται μεγαλύτερη πίεση σε ευαίσθητα σημεία.

**-οι κακοήθεις επεξεργασίες.**

**-νοσήματα κατά τα οποία ο ασθενής τρέφεται ελλειπώς.**

**-εμπύρετα νοσήματα:**κατά τα οποία η κυκλοφορία των μικροβίων και τοξινών ελαττώνει την άμυνα των κυττάρων.

**-η παραμονή του αρρώστου στο κρεβάτι για μεγάλο χρονικό διάστημα.**

#### δ)ΤΟΠΙΚΑ ΑΙΤΙΑ:

-κάθετι το οποίο επηρεάζει την κυκλοφορία του αίματος σε ορισμένη έκταση του σώματος με την πρόκληση τοπικής πίεσεως,όπως συνεχής κατάκλιση του αρρώστου στην ίδια θέση,πίεσεως του σώματος του ασθενούς απο διάφορα ξένα σώματα όπως ψίχουλα,πτυχές ρουχισμού,μολύβια,κουμπιά κλπ,πίεση προκαλούμενη απο το βάρος του σώματος του αρρώστου.

-η κακή τοποθέτηση και αφαίρεση της σκωραμίδας.

-η υγρασία του δέρματος.

-η μη καλά καθαριότητα του δέρματος.

(Χρ.Δ.Πλατή,2002)

#### **ΟΜΑΔΕΣ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΩΝ**

α)Οι ηλικιωμένοι με μειωμένη κινητικότητα.

β)Ασθενείς με μειωμένη κινητικότητα και διαταραχή θρέψης,βαριά αναιμία,χρόνιοι αναπνευστικοί,καρκινοπαθείς,διαβητικοί κλπ.

γ)Ορθοπεδικοί ασθενείς με κατάγματα λεκάνης,σπονδυλικής στήλης και κάτω άκρων.

δ)Νευροχειρουργικοί ασθενείς σε ακινησία.

ε)Ασθενείς εντατικών μονάδων (ΜΕΘ).

στ)Τετραπληγικοί,παραπληγικοί ασθενείς.

(Μαρία Δημητράκη,2004)

#### **ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ - ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΩΝ**

Η σταδιοποίηση του έλκους μας βοηθά στην εκτίμηση της βαρύτητας της κατάκλισης και μας προσφέρει χρήσιμες πληροφορίες για την θεραπεία που πρέπει να ακολουθήσουμε.

Έχουν προταθεί πολλά μοντέλα για την σταδιοποίηση των κατακλίσεων.Το European Pressure Sores Advisory Panel προτείνει σαν βασικό στοιχείο για την σταδιοποίηση, το βάθος καταστροφής των ιστών.Ταξινομεί τις κατακλίσεις σε τέσσερα στάδια,τα οποία είναι τα ακόλουθα:

## **A.ΣΤΑΔΙΟ 1**

Ερύθημα δέρματος που δεν υποχωρεί παρά την άρση της πίεσης για περισσότερο από 20 - 30 λεπτά. Οίδημα - πόνος - ακέραιο δέρμα.



## **B.ΣΤΑΔΙΟ 2**

Δερματική βλάβη μερικού πάχους που περιλαμβάνει την επιδερμίδα, το δέρμα, ή και τα δύο. Το έλκος είναι επιφανειακό και παρουσιάζεται κλινικά ως εκδορά ή φλύκταινα.



### **Γ.ΣΤΑΔΙΟ 3**

Βλάβη ολικού πάχους δέρματος ή/και καταστροφή ή/και νέκρωση του υποδόριου ιστού.



### **Δ.ΣΤΑΔΙΟ 4**

Εκτενής καταστροφή ιστών, βλάβες στους μύες, ή και στους τένοντες ή και στα οστά.



## **Ε.ΣΤΑΔΙΟ 5**

Πρόκειται για σοβαρή επιδείνωση του σταδίου 4 με εκτεταμένες ιστικές βλάβες δύσκολα αναστρέψιμες. Η αντιμετώπιση στις περισσότερες περιπτώσεις είναι χειρουργική.



Το International Association Enterostomal Therapy προτείνει απλές σταδιοποιήσεις με βάση το χρώμα του έλκους.

Α. Άσπρο (έναρξη επιθηλιοποίησης).

Β. Κόκκινο (κόκκινος κοκκιώδης ιστός).

Γ. Κίτρινο (κίτρινη μαλακή νέκρωση ή/και λιπώδης ιστός)

Δ. Μαύρο (μαύρη σκληρή νέκρωση)

Η εκτίμηση της βαρύτητας μιας κατάκλισης θα μας βοηθήσει να σχεδιάσουμε και να εφαρμόσουμε την κατάλληλη νοσηλευτική παρέμβαση για την γρήγορη και ασφαλή αποκατάσταση της υγείας του ασθενή, την αποφυγή επιπλοκών και την βελτίωση της ποιότητας της ζωής του. Στο έργο αυτό απαραίτητη είναι η σωστή διεπιστημονική συνεργασία μεταξύ γιατρών, νοσηλευτών, διαιτολόγων, φυσιοθεραπευτών κλπ.  
(Βασιλόπουλος Γεώργιος, 2005)

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

## **ΠΡΟΛΗΨΗ**

Οι κατακλίσεις απαντώνται σε όλα τα ευρωπαϊκά ιδρύματα και επηρεάζουν όλες τις ηλικιακές ομάδες. Το κόστος των κατακλίσεων εκφράζεται σε ανθρώπινο πόνο και στην χρησιμοποίηση των πηγών. Με την γήρανση του πληθυσμού και τις αλλαγές στους τύπους των διαφόρων νοσημάτων το πρόβλημα αναμένεται να αυξηθεί, εκτός και αν ληφθούν τα κατάλληλα μέτρα.

Σε όλα τα νοσηλευτικά ιδρύματα πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη έμφαση στον κίνδυνο των κατακλίσεων. Οι περισσότερες κατακλίσεις θα μπορούσαν να προληφθούν και είναι πολύ σημαντικό να υπάρχει σύστημα πρόληψης και στρατηγικές συμβουλευτικής, οι οποίες θα βασίζονται σε αξιόπιστες αποδείξεις.

Όλες οι παρεμβάσεις και τα αποτελέσματά τους πρέπει να παρακολουθούνται προσεκτικά και να τεκμηριώνονται. Οι οδηγίες βασίζονται στις ακόλουθες αποδείξεις:

A: αποτελέσματα από δύο ή και περισσότερες τυχαίες ελεγχόμενες κλινικές δοκιμές, σε ανθρώπους με κατακλίσεις, παρέχουν υποστήριξη.

B: αποτελέσματα από δύο ή και περισσότερες κλινικές δοκιμές σε ανθρώπους με κατακλίσεις παρέχουν υποστήριξη, ή όπου ενδείκνυται, αποτελέσματα από δύο ή περισσότερες ελεγχόμενες δοκιμές σε ζώα ως μοντέλα παρέχουν έμμεση υποστήριξη.

Γ: η προτεινόμενη σειρά απαιτεί ένα ή και περισσότερα από τα ακόλουθα: i) αποτελέσματα από μια ελεγχόμενη δοκιμή. ii) αποτελέσματα τουλάχιστον από δύο περιπτώσεις σειράς περιγραφικών μελετών σε ανθρώπους με κατακλίσεις ή μελέτες σε άτομα με κατακλίσεις. iii) Γνώμη ειδικού.

## **ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ**

**Στόχος 1ος:** Αναγνώριση ατόμων που βρίσκονται σε κίνδυνο και έχουν ανάγκη πρόληψης, καθώς και τους ειδικούς παράγοντες που τους θέτουν σε κίνδυνο.

Πιστεύουμε ότι υπάρχει ένας αριθμός θεμάτων που συνοδεύουν τα εργαλεία εκτίμησης κινδύνου. Η εκτίμηση κινδύνου πρέπει να χρησιμοποιείται συμπληρωματικά της κλινικής κρίσης και όχι μεμονωμένα από τα άλλα κλινικά χαρακτηριστικά. Διευκρινίζεται ότι η πλήρης αξιολογηση ασθενούς περιλαμβάνει: γενική παθολογική κατάσταση, εκτίμηση δέρματος, κινητικότητα, υγρασία-ακράτεια, θρέψη και πόνος. Όλες οι σχετικές με τις

κατακλίσεις στρατηγικές πρέπει συνεχώς να βασίζονται στις καλύτερες διαθέσιμες αποδείξεις.

Η αξιολόγηση θα πρέπει να είναι κάτι περισσότερο από τη χρήση ενός κατάλληλου εργαλείου εκτίμησης του κινδύνου και δεν πρέπει να οδηγεί σε απλή συνταγογράφηση και ανελαστική προσέγγιση της φροντίδας του ασθενούς. Αφού η εκτίμηση κινδύνου πρέπει να εκτελείται αμέσως μετά από ένα επεισόδιο φροντίδας, είναι δυνατόν να απαιτήσει αρκετό χρόνο μέχρις ότου ολοκληρωθεί εάν δεν υπάρχει άμεση και διαθέσιμη πληροφορία. Η εκτίμηση θα πρέπει να είναι συνεχιζόμενη.

Ακόμη η συχνή επανεκτίμηση πρέπει να βασίζεται στην αλλαγή της κατάστασης του ασθενούς με το περιβάλλον.

**Στόχος 2ος:** Διατήρηση και βελτίωση της ανοχής των ιστών στην πίεση για την πρόληψη της καταστροφής τους.

Η κατάσταση του δέρματος πρέπει καθημερινά να παρακολουθείται και να τεκμηριώνεται. Όποιες αλλαγές παρατηρηθούν πρέπει να καταγράφονται αμέσως μόλις εντοπιστούν και η παρατήρηση πρέπει να τεκμηριώνεται. Η αρχική εκτίμηση του δέρματος πρέπει να λάβει υπόψη της τα ακόλουθα:

i) προεξέχοντα μέρη του σώματος-ιερόν

οστόν, φτέρνες, ισχία, αγκώνες, σφυρά, ινιακό, προκειμένου να εντοπιστούν αρχικά σημεία έναρξης της κατάκλισης. ii) εντοπίστε την κατάσταση του δέρματος-ξηρότητα, αμυχές, ερυθρότητα, διαβροχή, ευθραστότητα, θερμότητα και σκληρυνση. Κάθε προσπάθεια πρέπει να αποβλέπει στην βελτίωση της κατάστασης του δέρματος. Η αξιολόγηση δυσκολεύεται όταν το δέρμα είναι μαυρισμένο από τον ήλιο, ή είναι έντονο σκούρο. Αποφύγετε το έντονο τρίψιμο σε προεξάρχοντα μέρη του σώματος, διότι όχι μόνο δεν προλαμβάνει, αλλά μπορεί να προκαλέσει επιπλέον κατάκλιση.

Αναζητήστε την πηγή της υπερβολικής υγρασίας στην ακράτεια ούρων, ιδρωτός ή στις εκκρίσεις του τραύματος και εξαφανίστε την, όπου είναι δυνατόν. Όταν δεν είναι δυνατός ο έλεγχος της υγρασίας, χρησιμοποιήστε παρεμβάσεις σχετικές με την πρόληψη της καταστροφής του δέρματος. Κατάκλιση εξαιτίας τριβής και του συρσίματος, πρέπει να ελαχιστοποιείται με την σωστή θέση και μεταφορά του ασθενούς, καθώς και με τις τεχνικές επανατοποθέτησης στο κρεβάτι. Η θρεπτική εκτίμηση πρέπει να είναι συμβατή με το άτομο, να συμβάλλει υποστηρικτικά ή συμπληρωματικά στο σχέδιο φροντίδας, να καλύπτει τις ατομικές ανάγκες και να συμφωνεί με το σύνολο των θεραπευτικών στόχων.

Καθώς η κατάσταση του ασθενούς βελτιώνεται, δίνεται η δυνατότητα για κινητοποίηση και άλλες δραστηριότητες. Οι προσπάθειες δραστηριότητας μπορεί να αρχίσουν, αν συμφωνούν με το σύνολο των θεραπευτικών στόχων. Εφόσον διατηρείται το επίπεδο δραστηριότητας, κινητικότητας και η σειρά των κινήσεων, για την πλειονότητα των ατόμων, αποτελεί τον καλύτερο στόχο. Όλες οι παρεμβάσεις και τα αποτελέσματά τους παρακολουθούνται και τεκμηριώνονται.



**Στόχος 3ος:** Προστασία σώματος από τα ανεπιθύμητα αποτελέσματα των εξωτερικών μηχανικών δυνάμεων: πίεση, τριβή, σύρσιμο.

Οποιοδήποτε άτομο εκτιμηθεί ότι βρίσκεται σε υψηλό κίνδυνο για ανάπτυξη κατάκλισης, πρέπει να αλλάζει συχνά θέσεις, εφόσον αυτό είναι ιατρικώς ασφαλές. Η συχνότητα αλλαγής των θέσεων πρέπει να συμφωνεί με το σύνολο των στόχων. Οι αλλαγές των θέσεων τεκμηριώνονται με ακρίβεια. Η σωστή θέση και η υποστήριξη ελαττώνει σημαντικά την τριβή και το σύρσιμο, τόσο όταν ο ασθενής βρίσκεται στο κρεβάτι ή κάθεται στην πολυθρόνα. Η σωστή θέση ή οι διάφορες συσκευές, όπως μαξιλάρια και υποστηρικτικά αφρώδη εξαρτήματα πρέπει να χρησιμοποιούνται στα προεξέχοντα μέρη του σώματος όπως γόνατα, φτέρνες, αγκώνες κ.α. από την άμεση επαφή μεταξύ τους σύμφωνα με το υπάρχον σχέδιο.

Χρειάζεται προσοχή ώστε να διασφαλίζεται ότι τα αναφερόμενα μέσα δεν εμπλέκονται με την δράση οποιασδήποτε άλλης συσκευής που χρησιμοποιείται για την ανακούφιση του ασθενούς από την πίεση. Η αλλαγή της θέσεως του αρρώστου πρέπει να γίνεται προσεκτικά, ώστε να ελαχιστοποιείται η σύγκρουση στο προεξέχον μέρος του οστού. Συσκευές που βοηθούν τους χειρονακτικούς χειρισμούς, κατά την διάρκεια της τοποθέτησης του ασθενούς, πρέπει να χρησιμοποιούνται προκειμένου να ελαττώσουν τις δυνάμεις τριβής σε εκείνους τους ασθενείς που χρειάζονται βοήθεια στην κίνηση, σύμφωνα με τις οδηγίες τις Ε.Ε.

Σε όλα τα νοσηλευτικά ιδρύματα πρέπει να υπάρχει ένα προσωπικό γραπτό σχέδιο πρόληψης, το οποίο μπορεί να περιλαμβάνει μια συσκευή ανακατανομής της πίεσης, για τα άτομα που θεωρούνται ότι βρίσκονται σε κίνδυνο για ανάπτυξη κατακλίσεων. Ασθενείς που βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο για ανάπτυξη κατακλίσεων και οι οποίοι είναι πιθανόν να παραμένουν για αρκετό χρόνο στην πολυθρόνα, επιπλέον από την συσκευή ανακούφισης της πίεσης που είναι εφοδιασμένη η καρέκλα, πρέπει να έχει και το κατάλληλο ύψος για το άτομο. Κάθε άτομο, που πάσχει από οξεία νόσο και είναι σε κίνδυνο για ανάπτυξη κατάκλισης δεν πρέπει να κάθεται συνεχώς εκτός κρεβατιού. Η χρονική περίοδος καθορίζεται από το εξατομικευμένο σχέδιο φροντίδας, πάντως, δεν πρέπει να υπερβαίνει τις δύο ώρες.

Τα άτομα πρέπει να ενθαρρύνονται, όταν ενδύκνεται να μετακινούνται κατά το δυνατόν μόνοι τους. Άτομα που βρίσκονται σε κίνδυνο για ανάπτυξη κατακλίσεων και είναι πιθανό να παραμένουν για μακρό χρόνο στην καρέκλα ή στο ειδικό καροτσάκι, γενικά πρέπει να τους παρέχεται ειδική συσκευή ανακατανομής της πίεσης που προκύπτει από το βάρος του σώματος. Άτομα ικανά για εκπαίδευση, πρέπει να διδάσκονται πως πρέπει να συμβάλλουν στην ανακατανομή του βάρους του σώματος κάθε 15 λεπτά.

**Στόχος 4ος:** Βελτίωση του αποτελέσματος μέσω των εκπαιδευτικών προγραμμάτων σε ασθενείς με υψηλό κίνδυνο για ανάπτυξη κατακλίσεων.

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, καθώς και σε εκείνους που τους φροντίζουν.

Το εκπαιδευτικό πρόγραμμα για την πρόληψη των κατακλίσεων πρέπει να περιλαμβάνει τα ακόλουθα γνωστικά αντικείμενα:

- Παθοφυσιολογία και παράγοντες κινδύνου ανάπτυξης κατακλίσεων.
  - Εργαλεία αξιολόγησης του κινδύνου και εφαρμογές τους.
  - Επιλογή και οδηγίες για την χρησιμοποίηση των συσκευών ανακατανομής της πίεσης.
  - Ανάπτυξη και εφαρμογή εξατομικευμένων προγραμμάτων φροντίδας.
  - Αρχές τοποθέτησης ασθενούς αναφορικά με την μείωση του κινδύνου ανάπτυξης της κατάκλισης.
  - Τεκμηρίωση της διεργασίας και του αποτελέσματος της φροντίδας του ασθενούς.
  - Διευκρίνιση των ευθυνών όλων όσων εμπλέκονται στην φροντίδα.
  - Προαγωγή της υγείας.
  - Ανάπτυξη και εφαρμογή των οδηγιών.
- (Χρ.Δ.Πλατή,2006)

## **ΘΕΣΕΙΣ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΩΝ**

Τα έλκη (πληγές) από κατάκλιση δημιουργούνται σε ασθενείς που παραμένουν ακίνητοι καθιστοί ή ξαπλωμένοι σε όχι πολύ μαλακή επιφάνεια για μεγάλο διάστημα. Εμφανίζονται σε περιοχές του σώματος που φορτίζονται από το βάρος του σώματος και που υπάρχουν οστά κοντά στο δέρμα. Τέτοιες είναι συνήθως:

- Τα έξω πλάγια των μηρών (τροχαντήρες), σε ασθενείς που περνούν πολλές ώρες ξαπλωμένοι στο πλάι (εικ.1).
- Η ουρά (κόκκυγας)(εικ.2) και οι φτέρνες (εικ.3), σε ασθενείς που περνούν πολλές ώρες ανάσκελα.
- Τα ισχιακά κυρτώματα, τα οστά της λεκάνης πάνω στα οποία καθόμαστε, σε ασθενείς που περνούν πολλές ώρες καθιστοί.
- Άλλες θέσεις που είναι πιθανές για εμφάνιση κατάκλισης είναι: ινίο, αυτί, ωμοπλάτη, αγκώνας, λαγόνια ακρολοφία, γλουτός, γόνατο, αστράγαλος.

(www.disabled.gr,2006)



Eik.1



Eik.2



Eik.3

**ΠΕΡΙΟΧΕΣ ΤΟΥ ΣΩΜΑΤΟΣ ΠΟΥ ΒΡΙΣΚΟΝΤΑΙ ΣΕ ΚΙΝΔΥΝΟ ΓΙΑ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΩΝ**

<b>ΗΜΙΚΑΘΙΣΤΗ ΘΕΣΗ</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΟ %</b>
Πτέρνες	94,9%
Ισχιακό κύρτωμα	82,9%
Ιερό οστό	82,9%
Ωμοπλάτη	67,5%
Αγκώνες	52,1%
Ινιακή χώρα	38,5%
<b>ΎΠΤΙΑ ΘΕΣΗ</b>	
Πτέρνες	97,4%
Ιερό οστό	87,2%
Ωμοπλάτη	85,5%
Αγκώνες	77,8%
Σπονδυλική στήλη	76,1%
Πίσω μέρος κεφαλής	76,1%
<b>ΠΛΑΓΙΑ ΘΕΣΗ</b>	
Αυτί	93,2%
Αστράγαλος	87,2%
Ισχία	77,8%
Ωμος	76,9%
Γόνατα	37,6%

(Σπύρος Βασιλάς, [www.disabled.gr](http://www.disabled.gr).2007)

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

## **ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΩΝ**

Στην πορεία του χρόνου η θεραπεία των τραυμάτων στηριζόταν στην εμπειρική θεωρία της δοκιμής και του λάθους.στο πλαίσιο αυτής της μεθοδολογίας δοκιμάστηκαν τα πιο απλά μέχρι τα πιο επικίνδυνα θεραπευτικά σχήματα.

Από την δεκαετία του 1960 και μέχρι σήμερα,η επιστήμη της βιολογίας των ιστών προήγαγε την γνώση μας αναφορικά με την θεραπεία της κατάκλισης.

Η θεραπευτικά αντιμετώπιση της κατάκλισης μπορεί να είναι συντηρητική και χειρουργική.Η συντηρητική θεραπεία προηγείται της χειρουργικής διαδικασίας.Η χειρουργική εφαρμόζεται στις περιπτώσεις που τα συντηρητικά μέτρα δεν αποδώσουν,η πληγή είναι εκτεταμένη και η αποκατάστασή της καθίσταται αδύνατη.

Η συντηρητική θεραπεία των κατακλίσεων διέπεται από δύο βασικές αρχές.Το βασικό αξίωμα της πρώτης αρχής είναι:καθαριότητα,ξηρότητα,ανακούφιση από την πίεση και έκθεση στον αέρα.Το αξίωμα της δεύτερης είναι:καθαριότητα,διατήρηση υγρασίας άνω των 30οC και ανακούφιση από την πίεση.

Σχετικά με την κάλυψη ή όχι της κατάκλισης,οι γνώμες των ερευνητών διίστανται.Οι υποστηρικτές της πρώτης θεωρίας πιστεύουν ότι η έκθεση του τρύματος συμβάλλει στην ξήρανση της τραυματικής επιφάνειας,τον σχηματισμό εσχάρων και την ταχεία επούλωση.

Μεταγενέστερες έρευνες υποστηρίζουν ότι η υγρασία βοηθάει στην σύνθεση του κολλαγόνου και η επούλωση του δέρματος προάγεται καλύτερα στο υγρό περιβάλλον.Υπέρ και κατά έχουν εκφραστεί και για τις δύο θεωρίες.

Ένας τομέας ο οποίος πρέπει να λανθάνεται υπόψιν για την απόφαση της θεραπείας των ελκών από κατάκλιση,είναι η βακτηριακή κατάσταση του έλκους.Η πρόγνωση της εξέλιξης της κατάκλισης,είναι άμεσα εξαρτημένη από την σύνθεση και εξέλιξη της βακτηριακής του χλωρίδας.Η εγκατάσταση και ανάπτυξη ισχυρά παθογόνων μικροοργανισμών,εάν δεν αντιμετωπιστεί έγκαιρα,θα επιδεινώσει το έλκος και θα θέσει σε κίνδυνο ακόμη και την ζωή του ασθενούς αν η καταστροφή των ιστών είναι εκτεταμένη τόσο σε βάθος,όσο και σε έκταση.Σε αυτές τις περιπτώσεις παρουσιάζεται σηψαιμία από τον μικροοργανισμό που εισέρχεται από την κατάκλιση στο αίμα.

### **Η πιθανή εξέλιξη που ακολουθεί ένα επιπλεγμένο έλκος είναι:**

- Τοπικός πόνος
- Τοπικό οίδημα
- Τοπική ερυθρότητα
- Κυτταρίτιδα
- Λεμφαγγειίτιδα
- Λεμφαδενίτιδα
- Βακτηριαίμια
- Σηψαιμία
- Θάνατος

**Οι τρόποι με τους οποίους θα επιμολυνθεί συχνότερα ένα έλκος από κατάκλιση είναι οι εξής:**

- Από τους χειρισμούς του ανθρώπου που φροντίζει το έλκος (ιατρογενής επιμόλυνση και επιμόλυνση από άστοχους χειρισμούς)
- Από τον αέρα (ιδιαίτερα σε χώρους με έντονη μικροβιακή επιβάρυνση, όπως ο νοσοκομειακός χώρος)
- Από τα περιπτώματα του ασθενούς και τα βιολογικά του υγρά.

Στις περισσότερες περιπτώσεις η επιμόλυνση έγινε από τα περιπτώματα του ασθενούς και από τα βιολογικά του υγρά που εισχώρησαν στο έλκος.

Συνέπεια αυτής της διαπίστωσης είναι η επιλογή μιας μεθόδου φροντίδας του έλκους, η οποία θα εξασφαλίζει προστασία από την είσοδο των μικροβίων.

Ελέγχοντας παράλληλα την βακτηριολογία του αέρα, βγάζουμε εύκολα το συμπέρασμα ότι τα έλκη δεν μπορούν να μείνουν ακάλυπτα, παρά μόνο αν ο αέρας φιλτράρεται από ειδικές συσκευές που κατακρατούν τους μικροοργανισμούς.

Πάντως από κλινικής απόψεως πιστεύεται ότι δεν υπάρχει μοναδικός τρόπος επίδεσης για όλα τα τραύματα, που να παράγει επιθυμητό μικροπεριβάλλον. Η καλύτερη πρόκληση για τους νοσηλευτές είναι η επιλογή της κατάλληλης επίδεσης για την περίπτωση, βασισμένη στην συχνή αξιολόγηση της προόδου της κατάκλισης. Κατά την αξιολόγηση εξετάζεται **η θέση, το μέγεθος, το βάθος και οι εκροές** της κατάκλισης. Επίσης ελέγχεται η κατάκλιση για **λοιμώξη ή νέκρωση**, καθώς και η **κατάσταση της γύρω περιοχής του δέρματος**.

## **ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΩΝ**

**Η θεραπεία των κατακλίσεων βασίζεται σε τρεις κύριους άξονες:**

- Μείωση της πίεσης
- Σωστή διαιτητική αγωγή
- Τοπική φροντίδα των κατακλίσεων

### **Η νοσηλευτική φροντίδα έχει σκοπό:**

- Να προλάβει την καταστροφή των στιβάδων του δέρματος.
- Να προλάβει την μόλυνση των ιστών.
- Να διεγείρει την επούλωση των υγιών ιστών.

### **Οι νοσηλευτές πρέπει να γνωρίζουν:**

- Τις αρχές φροντίδας των τραυμάτων.
- Τις αρχές ασηψίας και αντισηψίας.
- Τις αρχές και τα αποτελέσματα της ακινητοποίησης του δέρματος.
- Τις τεχνικές λουτρού του σώματος.
- Τις τεχνικές πλύσης των χεριών.
- Την φυσική εκτίμηση του δέρματος.
- Τις τεχνικές για αλλαγές και επίδεση τραυμάτων.
- Την χρησιμοποίηση των αποστειρωμένων γαντιών.
- Το άνοιγμα αποστειρωμένων πακέτων.

Η εκτίμηση της βαρύτητας μιας κατάκλισης θα μας βοηθήσει να σχεδιάσουμε και να εφαρμόσουμε τις κατάλληλες νοσηλευτικές παρεμβάσεις για την γρήγορη και ασφαλή αποκατάσταση της υγείας του ασθενούς, την αποφυγή επιπλοκών και την βελτίωση της ποιότητας της ζωής του. Στο έργο αυτό απαραίτητη είναι η ζεστή διεπιστημονική συνεργασία μεταξύ ιατρών, νοσηλευτών, διαιτολόγων, φυσιοθεραπευτών κ.α.  
(Μαρία Δημητράκη, 2004)

## **Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΤΑΜΕΙΩΝ ΚΑΙ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΣΕ ΚΑΤΑΚΕΚΛΙΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ**

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. Όσο καλά ρυθμισμένο και αν είναι το παράλυτο μέρος του σώματος, όσο και προσεκτικά εάν ζει κάποιος άνθρωπος που χρησιμοποιεί αναπηρικό κάθισμα είναι πολύ πιθανό να εμφανιστεί κάποια μικρότερη ή μεγαλύτερη κατάκλιση, για ασήμαντη αφορμή και χωρίς κάποιο σοβαρό λόγο.

Το ζήτημα είναι πώς προλαβαίνουμε μια κατάκλιση από τη στιγμή που εμφανίζεται



ως κόκκινο σημάδι ή ως αρχικό «σπάσιμο» του δέρματος ή, ακόμη χειρότερα, όταν επιδεινωθεί και κατεπείγοντος πρέπει να θεραπευθεί η κατάκλιση το συντομότερο δυνατόν πριν πυροδοτήσει και άλλες επιπλοκές όπως λ.χ. λοιμώξεις, αυτόνομη δυσαντακλαστικότητα, αγκυλώσεις, προβλήματα στο πληροφοριακό κ.ά.

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.

Όσοι γνωρίζουν από παράλυση γνωρίζουν πως η κατάκλιση εύκολα δημιουργείται, δύσκολα προλαμβάνεται και ακόμη πιο δύσκολα θεραπεύεται: Ο πιο αξιόπιστος απλός τρόπος για την πρόληψη των κατακλίσεων είναι η τεχνολογία. Το ίδιο συμβαίνει και με τη θεραπεία των κατακλίσεων. Ο μόνος αξιόπιστος απλός τρόπος θεραπείας των κατακλίσεων είναι επίσης η τεχνολογία.

Στο επίπεδο της πρόληψης στο αναπηρικό κάθισμα μαξιλάρια όπως το Roho, το Jay και το Kubivent, είναι δυνατόν να προλάβουν τη δημιουργία των κατακλίσεων, ενώ ο συνδυασμός τους είναι δυνατόν να θεραπεύσει κάποιες πολύ μικρές κατακλίσεις.

Το ζήτημα όμως είναι στις κατακλίσεις που έχουν ξεφύγει από τον έλεγχο και έχουν επιδεινωθεί. Σε αυτές τις μεγάλες κατακλίσεις η μόνη λύση είναι τα ειδικά στρώματα για τη θεραπεία των κατακλίσεων.

Απ' όσο γνωρίζουμε μόνο δύο εταιρείες κατασκευάζουν τέτοια στρώματα για τη θεραπεία των κατακλίσεων, αλλά μόνο η Hillrom αντιπροσωπεύεται στην Ελλάδα.

Μολονότι η τεχνολογία για την θεραπεία των κατακλίσεων είναι περισσότερο από 30 χρόνια παλιά, τα ελληνικά ασφαλιστικά ταμεία αλλά και το εθνικό σύστημα υγείας θέλουν να την αγνοούν. Είναι ζήτημα εάν σε όλα τα νοσοκομεία της Ελλάδας υπάρχουν 20 στρώματα ή κρεβάτια για τη θεραπεία των κατακλίσεων.

Σε ό,τι αφορά τα ελληνικά ασφαλιστικά ταμεία αυτά χρηματοδοτούν την αγορά κάποιων στρωμάτων κατακλίσεων. Αυτά τα στρώματα κατακλίσεων δεν είναι τίποτα περισσότερο από πλαστικά στρώματα με αεροθαλάμους που, με τη βοήθεια μιας αντλίας, εναλλάσσεται η πίεση και τα σημεία στήριξης του σώματος το κρεβάτι. Αυτή η τεχνολογία παρέχει προστασία μόνο για τρεις ή έξι ώρες. Εάν και όταν δημιουργηθεί κατάκλιση τότε ο μόνος τρόπος για να θεραπευθεί η κατάκλιση είναι τα ειδικά στρώματα για τη θεραπεία των κατακλίσεων. Κάποτε, πριν πολλά χρόνια, μαθαίναμε από τα κέντρα αποκατάστασης (του εξωτερικού) πώς όταν

εμφανιστεί κόκκινο σημάδι, τότε πρέπει να παραμείνουμε στο κρεβάτι με το κόκκινο σημάδι σε τέτοια θέση ώστε να μην πιέζεται.

Αυτές οι στάσεις που κάποτε μάθαμε στα κέντρα αποκατάστασης (του εξωτερικού) ήταν πολύ επώδυνες ιδιαίτερος όταν επρόκειτο για τετραπληγικούς με διαβήτη ή με έκτοπη οστεοποίηση και για όσους αναπνέουν μόνο με το αναπνευστικό διάφραγμα ή με αναπνευστική συσκευή. Όμως και τότε, σε όλα τα κέντρα αποκατάστασης (του εξωτερικού) υπήρχαν ειδικά κρεβάτια Clinitron, που όταν κάποια κατάκλιση ξέφευγε από τον έλεγχο και δεν μπορούσε να είναι η διαχειρίσιμη με της συμβατικές μεθόδους τότε η μόνη ενδεδειγμένη λύση ήταν το Clinitron.

Από τότε πολλά άλλαξαν, η τεχνολογία για τη θεραπεία των κατακλίσεων επίσης άλλαξε, έγινε πολύ πιο φιλική και το κυριότερο πολύ πιο οικονομική. Τα Clinitron που ήταν υπερβολικά ογκώδη, βαριά και δύσκολα να συντηρηθούν τα αντικατέστησαν νέας τεχνολογίας στρώματα που είναι πολύ πιο φθηνά, μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε συμβατικές κατοικίες, δεν χρειάζονται συντήρηση και είναι εξίσου αποτελεσματικά.

Όμως τα ασφαλιστικά ταμεία κάνουν πως αγνοούν αυτές τις τεχνολογίες για την θεραπεία των κατακλίσεων. Το ίδιο συμβαίνει και με το εθνικό σύστημα υγείας αφού είναι ελάχιστα τα δημόσια νοσοκομεία που διαθέτουν τέτοια στρώματα. Ενώ θα μπορούσε να βρεθεί μια αξιόπιστη λύση για τη θεραπεία των κατακλίσεων, κάτι που απασχολεί εκατοντάδες ανθρώπους με τετραπληγία, κακώσεις νωτιαίου μυελού, παράλυση και άλλες αντίστοιχες αναπηρίες, κάνουν πως αγνοούν αυτές τις τεχνολογίες.

Είναι πολύ δύσκολο να πιστέψουμε πως τα ασφαλιστικά ταμεία δεν γνωρίζουν τις τεχνολογίες για τη θεραπεία των κατακλίσεων. Γνωρίζουν πολλά περισσότερα όταν πρόκειται να ελέγξουν ή να εμποδίσουν τους ασφαλισμένους για να τους χορηγηθεί αυτό που θεωρητικά προβλέπεται ως δικαίωμα από τον νόμο. Πώς είναι δυνατόν να αγνοούν τις τεχνολογίες για τη θεραπεία των κατακλίσεων τη στιγμή που αποδεδειγμένα διαθέτουν επιτροπές που μελετούν τις αντίστοιχες τεχνολογίες;

Για ποιο λόγο τα ελληνικά ασφαλιστικά ταμεία δεν χρηματοδοτούν τους ασφαλισμένους που έχουν κατακλίσεις να νοικιάσουν τέτοια στρώματα που προορίζονται για τη θεραπεία των κατακλίσεων τη στιγμή που ο χρόνος της θεραπείας δεν θα υπερβαίνει στη χειρότερη περίπτωση τους έξι μήνες;

**([www.disabled.gr](http://www.disabled.gr),2007)**

## **ΣΤΑΔΙΑ ΕΞΕΛΙΞΗΣ**

### **ΣΤΑΔΙΟ 1ο**

#### **Ιστικές βλάβες**

- Ερυθρότητα που δεν υποχωρεί μετά από 20 με 30 λεπτά από την αλλαγή της θέσης.
- Θερμότητα.
- Πόνος - νεύρωση ανέπαφη.
- Δέρμα ανέπαφο.

#### **Σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας**

Πρόληψη λύσεως συνέχειας του δέρματος και διευκόλυνση της κυκλοφορίας του αίματος.

#### **Νοσηλευτική φροντίδα**

- Άρση πίεσης.Αλλαγή θέσης κάθε μία ή δύο ώρες.
- Σαπούνισμα με χλιαρό νερό και μαλακό σαπούνι.
- Διατήρηση καθαρού,στεγνού δέρματος.
- Επάλειψη δέρματος με υδατική (δερμοπροστατευτική αλοιφή) τουλάχιστον τέσσερις φορές την ημέρα.
- Τοποθέτηση κάποιου προστατευτικού επιθέματος για την πρόληψη της τριβής.Η διαδικασία της αλλαγής γίνεται με τον ίδιο τρόπο κάθε τρεις με πέντε ημέρες και αμέσως όταν παρατηρείται διαφοροποίηση της κατάστασης του δέρματος ή το επίθεμα έχει αποκολληθεί.

### **Στάδιο 2ο**

#### **Ιστικές βλάβες**

- Λέπτυνση δέρματος με χρώμα υποκυάνιο ή σκοτινόχρωμο.
- Εμφάνιση επιπολής φυσαλίδας με ερυθρότητα στην γύρω περιοχή.
- Λύση της συνέχειας του δέρματος που αφορά την επιδερμίδα.Ιστική βλάβη χωρίς βάθος.

## Σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας

Πρόληψη επέκτασης Ιστικής καταστροφής και θεραπεία εξέλκωσης.

### Νοσηλευτική φροντίδα

- Εφαρμόζετε τα προληπτικά μέτρα ανάπτυξης των κατακλίσεων.
- Πλύσιμο του έλκους με χλωριούχο νάτριο 0,9%.
- Αν υπάρχουν στοιχεία φλεγμονής πλένετε με ιωδιούχο αντισηπτικό διάλυμα και ξεπλένετε με χλωριούχο νάτριο 0,9%.
- Σκούπισμα με αποστειρωμένη γάζα,μόνο της περιοχής γύρω από το έλκος.
- Κάλυψη του δέρματος με επίθεμα διαφανές αν η κατάκλιση είναι επιφανειακή και δεν παρουσιάζει μεγάλη εκροή υγρών διαφορετικά υδροκολλοειδές ώστε να καλύπτεται πλήρως το έλκος και να υπερκαλύπτει τουλάχιστον 2εκ υγιούς δέρματος.Η αλλαγή του επιθέματος γίνεται κάθε τρεί με πέντε ημέρες και πάντα αμέσως όταν παρατηρηθεί διαρροή ή γίνει διαφανές.

## Στάδιο 3ο

### Ιστικές βλάβες

- Βαθύτερη βλάβη.Περιλαμβάνει υποδόριο ιστό,με τάση για επέκταση στους μύς και τα οστά.
- Πιθανή εμφάνιση εσχάρας πυορρούσας,λευκάζουσα ή κιτρινωπή.

## Σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας

Περιποίηση της περιοχής και αφαίρεση των νεκρωμάτων.

### Νοσηλευτική φροντίδα

- Εφαρμόζετε τα προληπτικά μέτρα των κατακλίσεων.
- Χρησιμοποιείται ειδικά επιθέματα και σκευάσματα ανάλογα με την ποσότητα εκκρίσεων της κατάκλισης,την παρουσία φλεγμονής και νεκρωτικών ιστών όπως:

α)Σε σκόνη κυτταρίνης ή επίθεμα αλγινικού ασβεστίου,υδροκολλοειδές ή

υδροκυτταρικό ή πολυμερές επίθεμα σε περιπτώσεις έλκους με έντονες εκκρίσεις χωρίς φλεγμονή και νεκρώσεις.

β)Σκευάσματα σταδιακής απελευθέρωσης ιωδίου ή αντιβιοτική σκόνη και στην συνέχεια όλα τα παραπάνω σε περιπτώσεις έλκους με φλεγμονή.

γ)Δεξτρανομερείς κόκκοι αναμειγμένοι με γλυκερίνη ή αλοιφή με βιολογικά ένζυμα ή jel ή πάστα κυτταρίνης και στην συνέχεια όλα τα παραπάνω σε περιπτώσεις έλκους με νεκρώσεις.

δ)Σχεδιασμό όλων των παραπάνω σε περιπτώσεις έλκους με φλεγμονή και νεκρώσεις.

ε)Η διαδικασία της αλλαγής γίνεται με τον ίδιο τρόπο κάθε φορά που το επίθεμα παρουσιάζει τοπική διόγκωση,η υφή του γίνεται μαλακή και το χρώμα του γαλακτώδες καθώς και όταν παρατηρηθεί διαρροή εκκρίσεων.

## **Στάδιο 4ο**

### **Ιστικές βλάβες**

- Επέκταση της βλάβης στους μύς και τα οστά.
- Εμφάνιση νεκρωμάτων,μόλυνση,εκροή,συχνά δυσσομία,στοιχεία που παρεμποδίζουν την ανάπτυξη κοκκιώδους ιστού.

### **Σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας**

Ελάττωση της ξηρότητας του έλκους.  
Αφαίρεση νεκρωμάτων.

### **Νοσηλευτική φροντίδα**

- Χρήση όσων αναφέρθηκαν στο τρίτο στάδιο.Οι αλλαγές πρέπει να γίνονται κάθε μία μέρα.Αυτό μπορεί να βοηθήσει αρχικά στην σταθεροποίηση της κατάστασης και αποφυγή αναμολύνσεων και επιμολύνσεων.Αναγκαία είναι η στενή ιατρική παρακολούθηση και η επιλογή ακόμη και συστηματικής χορήγησης αντιβιοτικών σε περίπτωση συμπτωμάτων μικροβιαμίας.
- Χειρουργικός καθαρισμός και πλαστική σε προβληματικές καταστάσεις.Οι χειρουργικές τεχνικές για την θεραπεία των κατακλίσεων περιλαμβάνουν:την σύγκλιση κατά πρώτο σκοπό,δερματικά μοσχεύματα,δερματοϋποδόριους κρημνούς,μυοδερματικούς κρημνούς και ελεύθερους κρημνούς.

## Γενικές παρατηρήσεις για όλα τα στάδια

- Η χρήση αντισηπτικών διαλυμάτων σε κατακλίσεις χωρίς κλινικά σημεία φλεγμονής διαταράσσει την βακτηριακή ισορροπία του έλκους και δημιουργεί κατάλληλο περιβάλλον για την ανάπτυξη παθογόνων μικροοργανισμών. Επίσης τα αντισηπτικά έχουν τοξική δράση για τους ζωντανούς ιστούς και αναστέλλουν την επούλωση των ελκών. Η χρήση των αντισηπτικών σε κατακλίσεις με κλινικά σημεία τοπικής φλεγμονής είναι απαραίτητη.
- Η χρήση φυσιολογικού ορού (NaCl 0,9%) στον καθαρισμό του έλκους παρουσιάζει σημαντική αντισηπτική δράση γιατί πολλοί παθογόνοι μικροοργανισμοί απομακρύνονται μηχανικά κατά την έκπλυση του έλκους. Μετά από μελέτες διαπιστώθηκε ότι αυτή η δράση έχει επίπτωση στο 50% των βακτηριακών πληθυσμών. Ένα επιπλέον πλεονέκτημα του NaCl 0,9% είναι ότι δεν υπάρχει κίνδυνος κατάχρησης.
- Η χρήση αντιβιοτικών τοπικά δεν προσφέρει σημαντικές λύσεις. αν είναι απαραίτητη η χρήση τους προτιμάται η συστηματική χορήγηση. Έχουν γίνει μελέτες σχετικά με την χρήση τοπικά Metronidazole σε έλκη με έντονες οσμές, η οποία είχε καλά αποτελέσματα στο πρόβλημα των οσμών, με την αντιμετώπιση των αναερόβιων οργανισμών. Το πρόβλημα όμως ήταν ότι με την διακοπή της μεθόδου, οι αναερόβιοι πληθυσμοί αυξάνονταν.
- Σε καρκινοπαθείς ασθενείς λόγω της ανοσοκαταστολής τους η τοπική χρήση αντισηπτικών διαλυμάτων και αντιβιοτικών, αντιμυκητιασικών σκευασμάτων, είναι απαραίτητη για την πρόληψη των λοιμώξεων. Οι λοιμώξεις σε αυτές τις περιπτώσεις είναι απειλητικές για την ζωή. Η λοίμωξη είναι πιο σοβαρή όταν ο ασθενής είναι ουδετεροπενικός. Είναι απαραίτητη η ανεύρεση του παθογόνου μικροοργανισμού, γιαυτό πρέπει να λαμβάνονται επιχρίσματα από την κατάκλιση και να γίνονται αιμοκαλλιέργειες, αν παρουσιάζεται πυρετός ή άλλα ευρήματα σηψαιμίας. Στους ασθενείς αυτούς δεν θα εμφανιστεί το φαινόμενο της αυτόλυσης και τα αποτελέσματά της στο έλκος (λόγω της έλλειψης λευκοκυττάρων). Η διατήρηση της βακτηριακής ισορροπίας στο έλκος δεν μπορεί να γίνει από τον εξασθενημένο οργανισμό χωρίς την βοήθεια αντιβιοτικών, αντισηπτικών και αντιμυκητιασικών. Η χρήση τους κρίνεται απόλυτα αναγκαία.
- Σε επίμονα έλκη που δεν ανταποκρίνονται σε συντηρητική ή χειρουργική θεραπεία η χρήση των αυξητικών παραγόντων (ΜΟΛΓΚΡΑΜΟΣΤΙΝΗ Ή ΜΠΕΚΑΠΛΕΡΜΙΝΗ) φαίνεται ότι αυξάνουν την ινοπλασία και επιταχύνουν την επιθηλιοποίηση των δερματικών ελλειμάτων που κλείνουν κατά δεύτερο σκοπό. Η ΜΟΛΓΚΡΑΜΟΣΤΙΝΗ είναι ο παράγων ανάπτυξης των μονοκυττάρων τα οποία φαγοκυττάρωνουν και παράγουν ορισμένες ουσίες οι οποίες προκαλούν τις βιολογικές ενέργειες που προαναφέρθηκαν. Με παρόμοιο μηχανισμό δρά και η ΜΠΕΚΑΠΛΕΡΜΙΝΗ η οποία προέρχεται

από τα αιμοπετάλια και δρά στους ινοπλάστες.

- Οι μη παρεμβατικές θεραπείες των κατακλίσεων που έχουν χρησιμοποιηθεί βασίζονται στην αλληλεπίδραση ηλεκτρομαγνητικής ακτινοβολίας (ορατού φωτός) και ιστών. Το είδος των φωτεινών πηγών που χρησιμοποιούνται διακρίνεται σε τρεις κατηγορίες: 1) το φυσικό φως, 2) πολωμένο φως με λυχνίες, και 3) ακτίνες soft LASER. Υπάρχουν κλινικές μελέτες που αναφέρουν θετικά θεραπευτικά αποτελέσματα. Όμως υπάρχουν και άλλες που προτείνουν την περαιτέρω έρευνα. Η M. Fenjo και οι συνεργάτες της αποδίδουν την ανάπλαση των ιστών των ελκών στην βιοδιέγερση. Αναφέρει ότι το πολωμένο φως επηρεάζει την ρευστότητα της λιπιδιακής διπλοστιβάδας των μεμβρανών των κυττάρων.
- Άλλη μη παρεμβατική θεραπευτική παρέμβαση είναι η αγωγή με προνύμφες για τον καθαρισμό των κατακλίσεων από νεκρωμένους ιστούς ή από διάφορα μικρόβια και ιδιαίτερα από τον σταφυλόκοκκο. Η θεραπεία με τις προνύμφες ονομάζεται και βιο-χειρουργική. Καλλιεργούνται προνύμφες από ένα είδος μύγας, την greenbottle. Ο λόγος που χρησιμοποιείται είναι ότι με την συχνή και την ποικίλη χρήση των αντιβιοτικών έχουν δημιουργηθεί ανθεκτικές μορφές μικροβίων με αποτέλεσμα να είναι εξαιρετικά δύσκολη η εξουδετέρωσή τους. Σημαντικά πλεονεκτήματα της μεθόδου είναι: α) καθαρίζει νεκρώματα κατακλίσεων σε 48 ώρες, β) αφήνει άθικτους - δεν καταστρέφει τους υγιείς ιστούς, γ) δεν είναι τοξικό, δ) δεν υποφέρει ο ασθενής. Μειονεκτήματα της μεθόδου είναι: α) το υλικό είναι βιολογικό και δημιουργεί δυσκολία στο να δεχτεί ο ασθενής την θεραπεία, β) η θεραπεία δεν μπορεί να εφαρμοστεί σε έλκη με συρίγγια, σε έλκη που είναι πλησίον σωματικής κοιλότητας, σε έλκη που επικοινωνούν με μεγάλα αγγεία, αρτηρίες ή φλέβες και σε ασθενείς που υπάρχει κίνδυνος για αιμορραγία. Οι προνύμφες όταν τοποθετηθούν στην κατάκλιση, κλείνονται με ειδική δεξιότητα, με ειδικά επιθέματα και παραμένουν στην κατάκλιση για δύο εικοσιτετράωρα. Όταν οι προνύμφες τοποθετηθούν στο οποιοδήποτε έλκος, εκκρίνουν ένζυμα τα οποία διαλύουν τους νεκρωτικούς ιστούς. Το διάλυμα των νεκρωμένων ιστών γίνεται διατροφικό στοιχείο για τις προνύμφες.
- Σε ένα άρθρο για την αντιμετώπιση των νεκρωτικών κατακλίσεων ο Dr Vilain αναφέρει ότι ο καθαρισμός των νεκρωμάτων είναι επίπονος ακόμη και όταν γίνεται με τοπική αναισθησία. Έτσι άφηνε τα μικρόβια να κάνουν αυτή την εργασία με εξαιρετικά αποτελέσματα. Έχει αποδειχτεί ότι τα Gram αρνητικά βακτήρια στις νεκρωτικές κατακλίσεις ενεργοποιούν τους αμυντικούς μηχανισμούς του οργανισμού ο οποίος στέλνει ειδικά λευκοκύτταρα στην περιοχή για να τα αντιμετωπίσει. Από την φαγοκυττάρωση παράγονται λυσοζύμη και βακτηριακά ένζυμα που καταστρέφουν τον νεκρωτικό ιστό και επιταχύνουν την επούλωση. Η χρήση τοπικών αντισηπτικών σε αυτήν την περίπτωση θα κατέστρεφε τα Gram αρνητικά βακτήρια που αποτελούν πολύ καλούς φυσικούς καθαριστές των νεκρωτικών ιστών. Όμως οι μικροοργανισμοί πρέπει να βρίσκονται σε ισοροπία με τον οργανισμό και να μην έχουν δημιουργήσει φλεγμονώδεις καταστάσεις, διαπύηση του έλκους και γενικά καταστάσεις που να δηλώνουν αδυναμία του οργανισμού να

ελένξει την τοπική αυτή λοίμωξη. Σε αυτές τις περιπτώσεις είναι αναγκαία η χρήση αντισηπτικών και αντιβιοτικών.

### **Στα νεκρωτικά έλκη υπάρχουν τρεις φάσεις από βακτηριακής άποψης:**

- Τα Gram αρνητικά βακτήρια θα βρουν ένα περιβάλλον ευνοϊκό. Σε αυτή τη φάση τα Gram αρνητικά θα αναπτυχθούν και τα Gram θετικά θα εξαφανιστούν σταδιακά. Από αυτό το σημείο αρχίζει ο καθαρισμός του έλκους από τις νεκρώσεις. Προς το τέλος της φάσης τα Gram αρνητικά θα μειώνονται και τα Gram θετικά θα αυξάνονται.

- Στην δεύτερη φάση δεν εμφανίζονται νεκρώσεις και τα Gram αρνητικά βακτήρια έχουν πλέον εξαφανιστεί.

- Στο τέλος η βακτηριακή χλωρίδα επανέρχεται στην αρχική φυσιολογική της σύνθεση και η επούλωση έχει ολοκληρωθεί.

- Το κόστος στην κατοίκον νοσηλεία για την φροντίδα των κατακλίσεων αντιστοιχεί στο 1/7 έως 1/8 του κόστους νοσηλείας στο νοσοκομείο. (Μαρία Δημητράκη, 2004)

### **ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΣΤΙΣ ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΙΣ**

- Κάθε κατάκλιση είναι μολυσμένη.
- Οι καλλιέργειες επιφάνειας δεν βοηθούν.
- Λήψη ιστού για ποσοτική καλλιέργεια.
- Καλλιέργειες από κατακλίσεις ασθενών αποκάλυψαν ότι οι πιο διαδεδομένοι μικροοργανισμοί είναι ο χρυσίζων σταφυλόκοκκος, η ψευδομονάδα και ο *Bacteroides Fragilis*.
- Συστηματική χορήγηση αντιβιοτικών σε ασθενείς με τοπική φλεγμονή δεν ωφελεί. Τα έλκη κατάκλισης αποτελούν εστία μόλυνσης που είναι δυνατόν σπάνια να καταλήξει σε γενικευμένη σήψη.
- Καλλιέργειες ασθενών με σηψαιμία στους οποίους μοναδική εστία φλεγμονής ήταν η κατάκλιση, έδειξαν ότι οφειλόταν 50% σε αναερόβια μικρόβια και 50% σε πολλαπλά μικροβιακά στελέχη.



Όσο μεγαλύτερο είναι το έλκος από κατάκλιση τόσο αυξάνει και ο κίνδυνος βακτηριδιακής επιμόλυνσης.

**Η επίπτωση των βακτηριδίων είναι:**

Staphylococcus	33% GRAM+
Escherichia coli	19% GRAM –
Proteus Spp	10% GRAM –
Pseudomonas aeruginosa	6% GRAM-

**Βασικές προϋποθέσεις στην πορεία της θεραπείας μιας κατάκλισης είναι:**

- Η άρση του προκαλούντος τοπικά στην επιβάρυνση της κυκλοφορίας του αίματος αιτίου.
- Η διατήρηση του τραύματος και του γύρω από αυτό υγιούς δέρματος καθαρού και στεγνού.
- Η ενίσχυση της τοπικής κυκλοφορίας του αίματος.  
(Σπύρος Βασιλάς. [www.disabled.gr](http://www.disabled.gr), 2007)

Λεπτομερέστερα η θεραπεία της κατάκλισης συνίσταται:

1) Στο πλύσιμο του γύρω από την κατάκλιση υγιούς δέρματος με ζεστή σαπουνάδα και εντριβή του με οινόπνευμα. Η φροντίδα αυτή αποσκοπεί στην ενίσχυση της κυκλοφορίας του αίματος γύρω από την κατάκλιση και έτσι την ενίσχυση της επούλωσής της και την μείωση πιθανοτήτων μόλυνσεων.

2) Στην περιποίηση της κατάκλισης κατά την οποία τηρούνται όρια ασηψίας προς αποφυγή μόλυνσεων.

3) Στην χορήγηση τροφής πλούσιας σε λευκώματα. Την τόνωση του οργανισμού και επομένως και την επούλωση της κατάκλισης βοηθάει η χορήγηση πλάσματος και αίματος.

4) Στην κατάλληλη τοποθέτηση του ασθενούς στο κρεβάτι προς αποφυγή πίεσεως στο τραύμα.

Όταν η κατάκλιση έχει προχωρήσει στους ιστούς, που είναι βαθιά, πρέπει οι νεκρωμένοι ιστοί να αφαιρούνται, μερικές φορές μάλιστα συνιστάται χειρουργικός καθαρισμός και πλαστική εγχείρηση για την επούλωση. Η συχνότητα περιποίησης της κατάκλισης ρυθμίζεται από την κατάσταση του ασθενούς - απώλειες ούρων, κοπράνων κλπ, από την έκταση και κατάσταση της κατάκλισης - στεγνή κατάκλιση, εκκρίσεις, διαπύηση κλπ και από τις καθημερινά δημιουργούμενες ανάγκες. Ανεξάρτητα όμως από αυτά πρέπει να περιποιούμαστε την κατάκλιση τουλάχιστον τρεις φορές το εικοσιτετράωρο και κάθε φορά που είναι βρεγμένη.

Η πρόληψη και θεραπεία των κατακλίσεων πολλές φορές εξαρτάται από τον βαθμό της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας, χωρίς βέβαια να παραβλέπονται οι περιπτώσεις, κατά τις οποίες γενικοί παράγοντες επηρεάζουν αποφασιστικότερα από την καλή νοσηλευτική φροντίδα. (Χρ.Δ.Πλατή, 2002)

## ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΩΝ

Το γεγονός ότι ακόμη και σήμερα η αντιμετώπιση των κατακλίσεων στηρίζεται σε μύθους και θρησκευτικές πεποιθήσεις, δείχνει την ανάγκη συντονισμένης προσπάθειας, συνεργασίας, εκπαίδευσης και κλινικής εφαρμογής μέτρων από τους επαγγελματίες υγείας που εμπλέκονται με την φροντίδα των κατακλίσεων, με βάση πάντα τα νέα επιστημονικά δεδομένα.

Τα εκπαιδευτικά προγράμματα για την πρόληψη και θεραπεία των κατακλίσεων πρέπει να είναι οργανωμένα και διαθέσιμα σε όλα τα επίπεδα των λειτουργών υγείας, στους ασθενείς, καθώς και σε εκείνους που τους φροντίζουν και πρέπει να περιλαμβάνουν:

- Παθοφυσιολογία και παράγοντες κινδύνου ανάπτυξης κατακλίσεων.
- Εργαλεία αξιολόγησης του κινδύνου και εφαρμογές τους.
- Επιλογή και οδηγίες για την χρήση των συσκευών ανακατανομής της πίεσης.
- Αρχές τοποθέτησης ασθενούς αναφορικά με την μείωση του κινδύνου ανάπτυξης της κατάκλισης.
- Ανάπτυξη και εφαρμογή οδηγιών.
- Διευκρίνιση των ευθυνών όλων όσων εμπλέκονται στην φροντίδα.
- Προαγωγή υγείας.

Σύμφωνα με μελέτες που έγιναν παρατηρήθηκε ότι τα άτομα ηλικίας 70 - 80 ετών παρουσιάζουν την μεγαλύτερη συχνότητα των κατακλίσεων. Το εύρημα αυτό σχετίζεται με τις μεταβολές που υφίσταται το δέρμα λόγω προοδευτικής μείωσης των ελαστικών ινών του υποδόριου λίπους και του όγκου των μυών. Άλλος παράγοντας είναι η ξηρότητα του δέρματος. Η ξηρότητα σε συνδυασμό με αφυδάτωση, μείωση συχνότητας λουτρού αίματος και περιορισμένη χρήση λιπαρών ουσιών που διατηρούν το δέρμα μαλακό, είναι δυνατόν να συμβάλλουν στην δημιουργία κατακλίσεων.

Η επικράτηση του δείκτη κατακλίσεων στις γυναίκες, έχει προβληματίσει πολλούς ερευνητές, χωρίς να έχει ακόμη δοθεί ικανοποιητική απάντηση. Πρόσφατες μελέτες στρέφονται προς το μικρομοριακό επίπεδο. Ως προς τον βαθμό βαρύτητας της κατάκλισης το ενδιαφέρον μας θα πρέπει να επικεντρωθεί στις κατακλίσεις πρώτου βαθμού που χαρακτηρίστηκαν σαν απλή ερυθρότητα. Οι κατακλίσεις πρώτου βαθμού είναι εύκολο να προληφθούν και όμως πολύ συχνά παραθεωρούνται με αποτέλεσμα την επιδείνωση του δέρματος.

Ασφαλώς σήμερα υπάρχει δυνατότητα επιλογής παρεμβατικών και μη παρεμβατικών θεραπειών, όμως ιδιαίτερη σημασία για την απόφαση της θεραπείας έχουν τα κλινικά κριτήρια που δίνουν την εικόνα του ασθενούς. Είναι σημαντικό ο νοσηλευτής/τρια να γνωρίζει το στάδιο της κατάκλισης του ασθενούς, τον τρόπο

ζωής του, τις καθημερινές του δραστηριότητες, αν είναι κατάκοιτος ή αν χρησιμοποιεί αναπηρικό καρότσι. Απαραίτητη είναι η αξιολόγηση και η συνεχής επαναξιολόγηση του είδους της θεραπείας και των μέσων που χρησιμοποιούνται στην κάθε θεραπεία.

(Δημητράκη Μαρία, 2004)

## **ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ & ΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Τόσο η πρόληψη όσο και η θεραπεία, βασίζονται στις εξής αρχές:

### **1. Αποκατάσταση των συστηματικών (οργανικών) παραμέτρων:**

- Ρύθμιση του σακχαρώδη διαβήτη.
- Αποκατάσταση ηλεκτρολυτικών διαταραχών με την κατάλληλη χορήγηση ηλεκτρολυτών.
- Αντιμετώπιση διαταραχών του καρδιαγγειακού συστήματος.
- Αντιμετώπιση διαταραχών του αναπνευστικού συστήματος κ.λ.π.

Όλα τα παραπάνω γίνονται κάτω από την παρακολούθηση και τις οδηγίες του θεράποντα ιατρού.

### **2. Διατροφική υποστήριξη του ασθενή βάσει των αναγκών του:**

- Άφθονα υγρά.
- Διατροφή πλούσια σε πρωτεΐνες.
- Διατροφή πλούσια σε βιταμίνες και ιχνοστοιχεία.

Όλα τα παραπάνω γίνονται με την επίβλεψη και τις οδηγίες κάποιου ειδικού (ιατρού, διαιτολόγου κ.λ.π.).

### **3. Ελάττωση της τοπικά ασκούμενης πίεσης με τους εξής τρόπους:**

- Γρήγορη κινητοποίηση του ασθενή εάν είναι εφικτή.
- Περιστροφή του ασθενή στο κρεβάτι σε τακτά χρονικά διαστήματα.
- Τοποθέτηση ειδικών στρωμάτων άρσης της πίεσης.
- Τοποθέτηση στα σημεία που πιέζονται των ειδικών επιθεμάτων Υδροκολλοειδή με Αλγηνικό Μείωσης Πίεσης τα οποία μειώνουν την πίεση μέχρι 90% και αυξάνουν την τοπική αιμάτωση.

### **4. Προστασία του δέρματος από άλλους εξωτερικούς παράγοντες:**

Για τον καθαρισμό του δέρματος αποφύγετε τη χρήση σαπουνιών που ξηραίνουν την επιδερμίδα. Χρησιμοποιήστε [Conveen EasiCleanse](#), το οποίο απομακρύνει

τους ρύπους απαλά, αποκαθιστά την φυσική υγρασία, διασφαλίζει το φυσιολογικό pH του δέρματος και δεν χρειάζεται ξέπλυμα.

Εάν το δέρμα διαβρέχετε από βιολογικά υγρά (ούρα, κόπρανα κ.λ.π.), χρειάζεται προστασία διότι υπάρχει κίνδυνος να παρουσιάσει ερεθισμό, δερματίτιδα ή και εξέλκωση. Προστατέψτε την περιπρωκτική και περιγεννητική περιοχή ή όποιο άλλο σημείο χρειάζεται με την κρέμα [Conveen Protact](#) ή εφαρμόστε την [Conveen Critic Barrier](#) εάν το δέρμα έχει ερεθιστεί και εξιδρώνει.

Εάν το δέρμα παρουσιάζει ξήρανση, αποκαταστήστε την τοπική φυσική υγρασία και ελαστικότητα με την χρήση [Atrac-Tain](#).

Εάν κάποιο σημείο του σώματος τρίβετε συνεχώς (π.χ. αγκώνες φτέρνες κ.λ.π.) χρησιμοποιήστε ένα επίθεμα [Comfeel](#) Υδροκολλοειδές Διαφανές, για να προστατέψετε το σημείο από την τριβή.

### **5. Τοπική φροντίδα του έλκους:**

Αρχικά καθαρίστε καλά το έλκος με άφθονο φυσιολογικό ορό. Αν το τραύμα παρουσιάζει σημεία λοίμωξης, μπορείτε να χρησιμοποιήσετε κάποιο αντισηπτικό σκεύασμα, για τον χρόνο και την πυκνότητα που προβλέπει ο κατασκευαστής του. Ξεπλύνετε το αντισηπτικό που χρησιμοποιήσατε και σκουπίστε απαλά το περιβάλλον υγιές δέρμα.

Επιλέξτε ένα επίθεμα ανάλογα με την ποσότητα του εξιδρώματος του έλκους. Όταν υπάρχει μικρή ποσότητα εξιδρώματος προτείνεται η χρήση επιθέματος [Comfeel](#) Υδροκολλοειδές με Αλγινικό, για μέτρια έως μεγάλη ποσότητα εξιδρώματος επίθεμα [Biatain](#) Αφρώδες. Μπορείτε επίσης να χρησιμοποιήσετε το επίθεμα [Alione](#) Υδροτριχοειδικό το οποίο είναι κατάλληλο για όλα τα επίπεδα εξιδρώματος, απλοποιώντας την επιλογή του επιθέματος. Αν χρειάζεται να χρησιμοποιήσετε επίθεμα με αντιμικροβιακή δράση, επιλέξτε ένα [Contreet](#) Υδροκολλοειδές με Άργυρο για έλκη με μικρή ποσότητα εξιδρώματος ή ένα [Contreet](#) Αφρώδες με Άργυρο για έλκη με μέτρια έως μεγάλη ποσότητα εξιδρώματος.

Αν στο έλκος υπάρχουν νεκρώσεις και το εξίδρωμα είναι περιορισμένο τοποθετήστε [Purilon](#) Υδροζέλ. Αν υπάρχει αρκετό εξίδρωμα, δεν χρειάζεται απολεπιστικό [Purilon](#) Υδροζέλ, η διαδικασία της απολέπισης γίνεται και με τα επίθεμα. Σε έλκη με κοιλότητα προτείνεται η χρήση [SeaSorb](#) Αλγινικού κορδονιού για να γεμίσει και στη συνέχεια κάλυψη του έλκους με επίθεμα.

Κατάλληλο επίθεμα σε διάσταση είναι εκείνο που είναι μεγαλύτερο από το έλκος από όλες τις πλευρές κατά 1,5εκ. Αλλάξτε το επίθεμα όταν αυτό κορεστεί από την απορρόφηση του εξιδρώματος του έλκους ή αν υπάρχει διαρροή. Αν παρουσιάζει τοπική λοίμωξη, η αλλαγή πρέπει να γίνεται κάθε μέρα και είναι απαραίτητη η παρακολούθηση από ιατρό ή νοσηλεύτη.  
(www.disabled.gr.2007)

## Οι πιο γνωστές κατηγορίες επιθεμάτων είναι οι εξής:

- **Επιθέματα Films:** Διαφανείς μεμβράνες από πολυουρεθάνη, οι οποίες χρησιμοποιούνται σε κατακλίσεις πρώτου και δεύτερου σταδίου.
- **Υδροκολλοειδή επιθέματα:** Βασικό συστατικό τους είναι η κυτταρίνη. Έχει την ιδιότητα δέσμευσης των υγρών του έλκους. Η κολλητική ουσία είναι αμυλόκολλα και κολλά μόνο στο υγιές δέρμα. Εξωτερικά επικαλύπτεται από μεμβράνη πολυουρεθάνης που το καθιστά απρόσβλητο και αδιαπέραστο από την εξωτερική υγρασία ενώ επιτρέπει την μερική εξάτμιση των υγρών της κατάκλισης. Η μεμβράνη είναι αδιαπέραστη από βακτήρια και έτσι εξασφαλίζει την μη επιμόλυνση του έλκους. Το επίθεμα αυξάνει την ώσμωση τις πρώτες ώρες εφαρμογής του. Χρησιμοποιούνται σε κατακλίσεις πρώτου, δεύτερου και τρίτου σταδίου. Υπάρχουν μεγέθη και σχέδια για περιοχές δύσκολες στην εφαρμογή, μείωση της πίεσης, σκόνη για πρόσθετη απορρόφηση και πάστα για γέμισμα ελκών με βάθος. (Όλα+powder+paste+Allevyn φύλλο+Allevyn Adhesive, Contreet με άργυρο με ισχυρή αντιμικροβιακή δράση χάρη στην απελευθέρωση του αργύρου όταν έρχεται σε επαφή με το εξίδρωμα).
- **Αλγινικά επιθέματα:** Είναι ινώδη ή μη ινώδη επιθέματα αλγινικού ασβεστίου – νατρίου, προερχόμενα από φύκια θαλάσσης. Έχουν υψηλή απορροφητικότητα, περίπου είκοσι φορές το βάρος τους και επωμένως είναι ιδανικά για εξιδρωματικά έλκη. Κατά την διαδικασία της ανταλλαγής των ιόντων ασβεστίου – νατρίου μεταξύ του επιθέματος και του εξιδρώματος δημιουργείται ένα είδος ζελέ στην περιοχή του τραύματος. Το τζέλ αυτό επιτρέπει την ανταλλαγή των αερίων και δημιουργεί ένα υγρό περιβάλλον στην επιφάνεια του τραύματος, το οποίο προάγει την επούλωση. (Kaltostat + Seasorb).
- **Υδροϊνώδη επιθέματα:** Έχουν υψηλή απορροφητικότητα και όταν έλθουν σε επαφή με τα υγρά της κατάκλισης μετατρέπονται σε ένα διάφανο, συμπαγές, ζελατινώδες επίθεμα. Απορροφούν έξι φορές περισσότερο από τις γάζες και δύο φορές περισσότερο από τα αλγινικά επιθέματα. Προάγουν την αγγειογένεση και την επιθηλιοποίηση, διευκολύνουν την αυτολυτική απομάκρυνση νεκρωμάτων. Προστατεύουν το ευαίσθητο δέρμα γύρω από το έλκος. Είναι ιδανικά για εξιδρωματικά έλκη πρώτου, δευτέρου, τρίτου βαθμού. (Aquasel)
- **Πολυμερή επιθέματα:** Έχουν υψηλή ικανότητα απορρόφησης του εξιδρώματος (σαράντα φορές του βάρους τους). Έχουν τρισδιάστατες κυψελίδες που παροχετεύει η μία στην άλλη, κλείνουν οι τρύπες και δεν βγαίνουν έξω τα υγρά. Ιδανικά για την θεραπεία ελκών με εκκροές. (Biatain, Allevyn Cavity, Contreet, Flamigel)
- **Υδροτριχοειδικά:** Για την θεραπεία ελκών με χαμηλή έως μεγάλη ποσότητα εξιδρώματος σε όλες τις φάσεις της θεραπείας. Αποτελείται από ίνες πολυαιθυλαινίου και κυτταρίνης που σχηματίζουν τα τριχοειδή του επιθέματος. Τα τριχοειδή του επιθέματος μεταφέρουν το εξίδρωμα μακριά

από το έλκος, διατηρώντας ταυτόχρονα την κατάλληλη ποσότητα υγρασίας.Στις ίνες αυτές έχουν προστεθεί υπεραπορροφητικά σωματίδια τα οποία απορροφώντας το εξίδρωμα σχηματίζουν τζέλ, το οποίο συμβάλλει στην διατήρηση της σωστής υγρασίας γεγονός που εξασφαλίζει κατάλληλες συνθήκες επούλωσης του έλκους.(Alione).

- **Υδροτζέλ:**Για την αυτολυτική απολέπιση μαύρων και κίτρινων νεκρωτικών ελκών.Τα συστατικά τους είναι 90% νερό, ενώ το υπόλοιπο αλγινικό ασβέστιο και κυτταρίνη.Επανυδατώνει τους νεκρωτικούς ιστούς, διαλύει τις νεκρώσεις, απορροφά το εξίδρωμα και τους απολεπισμένους ιστούς και έτσι επιτυγχάχεται γρήγορη,αποτελεσματική και απαλή απολέπιση.(Purilon gel).
- **Επιθέματα ελέγχου οσμής:**Ειδικά επιθέματα, τα οποία τοποθετούνται και στερεώνονται πάνω στα κανονικά επιθέματα.

## ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΕΠΙΘΕΜΑΤΩΝ

- Προάγουν την επούλωση προστατεύοντας το έλκος από επιμολύνσεις – αναμολύνσεις και συνεπώς από τις υποτροπές των λοιμώξεων και τέλος προστατεύει το νέο ευαίσθητο ιστό.
- Μειώνουν τις τοπικές λοιμώξεις.
- Εμποδίζουν την πρόκληση μικροβιαμίας από αναερόβιους μικροοργανισμούς.
- Ανακουφίζουν από τον συνεχή πόνο και τον πόνο κατά την διάρκεια των αλλαγών.
- Μειώνουν την ανάγκη πολλών αλλαγών και έτσι μειώνουν τον νοσηλευτικό χρόνο για την φροντίδα των ασθενών.

### Επούλωση κατακλίσεων

Η διαδικασία της επούλωσης ενός τραύματος επιτελείται με την ενεργοποίηση πολύπλοκων μηχανισμών του οργανισμού και μάλιστα με συγκεκριμένη και αυστηρά καθορισμένη αλληλουχία.

Τα είδη της επούλωσης είναι:

- Κατά πρώτο σκοπό: συρραφή των χειλέων του τραύματος και άμεση σύγκλιση του.
- Κατά δεύτερο σκοπό: γέμισμα της κοιλότητας με κοκκιώδη ιστό σε έλκη/τραύματα με μεγάλο ιστικό έλλειμμα.

- Κατά τρίτο σκοπό: στην πρώτη φάση ακολουθείται η κατά δεύτερο σκοπό επούλωση και στη συνέχεια ακολουθεί πλαστική αποκατάσταση (μόσχευμα, κρημνός κ.λ.π.).

Τα έλκη εκ πίεσεως-κατακλίσεις, επουλώνονται κατά δεύτερο σκοπό (όταν αντιμετωπίζονται συντηρητικά – στη χειρουργική αποκατάσταση επουλώνουν κατά τρίτο σκοπό). Αρχικά πύγματα και ινική «καθαρίζονται» από φαγοκύτταρα που καταφθάνουν στην περιοχή της βλάβης. Στη συνέχεια δημιουργούνται νεόπλαστα τριχοειδή (νεοαγγειογένεση). Τέλος οι νεόπλαστοι ινοβλάστες εναποθέτουν κολλαγόνο. Η κοκκίωση είναι η κατάσταση που δημιουργείται και έχει σαν σκοπό την ανάπτυξη κοκκιώδους ιστού για την κάλυψη του ιστικού ελλείμματος σε βαθιά έλκη. Τελικά, η επιθηλιοποίηση με την ανάπτυξη επιθηλιακού ιστού στην επιφάνεια του έλκους, στο οποίο έχει ολοκληρωθεί ήδη η κάλυψη του ιστικού ελλείμματος από την ανάπτυξη του κοκκιώδους ιστού, οδηγεί στην πλήρη επούλωση.

Η επούλωση του τραύματος αποτελεί μια μηχανική, φυσιολογική και βιοχημική λειτουργία του οργανισμού, σε κυτταρικό επίπεδο, η οποία μπορεί να επηρεαστεί από διάφορους παράγοντες, ενδογενείς ή εξωγενείς. Αυτοί οι παράγοντες αφορούν το βάθος του τραύματος, την κατάσταση του τραύματος, τη γενική κατάσταση του ασθενή, και το «μικροπεριβάλλον» του τραύματος. Οι κατάλληλες συνθήκες επούλωσης σχετίζονται με την δημιουργία κατάλληλης θερμοκρασίας και κατάλληλης υγρασίας.

Στην κλινική πράξη είναι σημαντική η εκτίμηση του βαθμού επίδρασης των παραγόντων που είναι υπεύθυνοι για την επούλωση, ώστε να εξατομικεύεται η θεραπεία και να υπάρχουν θετικά αποτελέσματα. (Δημητράκη Μαρία,2004)

## **ΒΟΗΘΗΤΙΚΕΣ ΣΥΣΚΕΥΕΣ ΠΟΥ ΑΠΟΡΡΙΠΤΕΤΑΙ Η ΧΡΗΣΗ ΤΟΥΣ**

Οι δακτυλοειδείς συσκευές (κουλούρες) πρέπει να αποφεύγονται γιατί φαίνεται ότι :

- Παρεμποδίζουν την λεμφική αποχέτευση και κυκλοφορία
- Επιτείνουν την φλεβική στάση και το οίδημα.
- Συμβάλλουν στην δημιουργία κατακλίσεων παρά προλαμβάνουν (AH CPR 1992 , N.I.C.E 2003)
- Γάντια με νερό κάτω από τις πτέρνες
- Η χρήση τους κρίνεται αναποτελεσματική ,διότι η μικρή έκταση της περιοχής της πτέρνας υποδεικνύει ότι δεν είναι εφικτή η αναδιανομή της πίεσης
- τοπικά σ' αυτή την περιοχή με αυτό τον τρόπο.(RCN 2001,N.I.C.E 2003)

## Αντιμετώπιση του έλκους

Η φροντίδα του έλκους βασίζεται στις εξής αρχές

1. Έλεγχος των μικρόβιων
2. Διαχείριση του εξιδρώματος
3. Σχεδιασμός της φροντίδας βάση των αναγκών του ασθενή

### 1. Έλεγχος των μικρόβιων

#### 1.1. 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.

#### 1.11. Χρήση άλλων καθαριστικών / αντισηπτικών

Η χρήση κάποιου αντισηπτικού ενδείκνυται μόνο στις περιπτώσεις τοπικής λοίμωξης, ή/και πολύ ρυπαρού έλκους ή/και ασθενούς με σοβαρή ανοσοκαταστολή ή/και έλκους με συχνές επιμολύνσεις και αναμολύνσεις. Σε έλκη με καλή κλινική εικόνα πρέπει να αποφεύγονται γιατί καταστρέφουν τα βλαστικά κύτταρα και αναστέλλουν την επούλωση<sup>14</sup>. 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 μη 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<sup>9</sup>:

- 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 αδένα 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, υποκαλιαιμίας, υπασβεσταιμίας σε εκτεταμένη και παρατεταμένη χρήση.

### 1.III. 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 και αυτά τα υλικά (σκόνες, επιθέματα κ.λ.π.) πρέπει να χρησιμοποιούνται μόνο στα έλκη που εμφανίζουν τοπική λοίμωξη, ή είναι πολύ ρυπαρά ή σε ασθενείς με σοβαρή ανοσοκαταστολή ή/και έλκη με συχνές επιμολύνσεις και αναμολύνσεις και όχι σε έλκη με καλή κλινική εικόνα.

### 1.IV. 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 (μικροβιαιμία, σηψαιμία 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 12. 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.

### 2. 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 (οσμωτική και αυτολυτική απολέπιση) 15 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 16. 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 21.
- 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

### III. Σχεδιασμός της φροντίδας βάση των αναγκών του ασθενή

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, μπορούν να γίνει με την χρήση τυποποιημένων ερωτηματολογίων με την κλίμακα EQoL-5D. Παράμετροι που μετρούνται είναι:

- Ο πόνος του ασθενή μεταξύ των αλλαγών
- Ο πόνος του ασθενή κατά τη διαδικασία της αλλαγής
- Ο βαθμός δυσφορίας που αισθάνεται από τη μέθοδο φροντίδας που επιλέγεται
- Η ευκολία στην χρήση των υλικών και των τεχνικών
- Η ικανοποιητική διαχείριση του εξιδρώματος
- Η μείωση της κακοσμίας των ελκών κ.λ.π.

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 π 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 μη τραυματίζεται επιπλέον το έλκος.
- Πόνος του ασθενή κατά τη διαδικασία της αλλαγής π μην τρίβεται το έλκος, κάντε ήπιους χειρισμούς, μη χρησιμοποιείτε πολύ ζεστά ή πολύ κρύα υλικά διότι εκτός από τον πόνο προκαλούν και καθυστέρηση στην επούλωση των ελκών 18, αν έχουν κολλήσει υλικά στο έλκος εμποτίστε τα με φυσιολογικό ορό, η χρήση NaCl 15% μπορεί να προκαλέσει τσούξιμο ή πόνο στον ασθενή.

- Βαθμός δυσφορίας που αισθάνεται από τη μέθοδο φροντίδας που επιλέγεται π 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 π χρησιμοποιείτε απλές και κατανοητές τεχνικές, εξηγήστε στον ασθενή και τους 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 π επιλέξτε υλικά που η απορροφητική τους 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 π 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<sup>22</sup> και ενεργού άνθρακα που εξουδετερώνουν τις οσμές.

(www.disabled.gr.2004)

## **ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΣΤΗΝ ΑΛΛΑΓΗ ΤΩΝ ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΩΝ**

1. Χρησιμοποιείτε την «άσηπτη τεχνική» κατά τη διαδικασία των αλλαγών αν και στη πραγματικότητα σε κλινική εφαρμογή δεν μπορούμε να εξασφαλίσουμε «άσηπτες συνθήκες» παρά μόνο «καθαρές συνθήκες» κατά την αλλαγή των ελκών 12,17.
2. Πλύνετε κάθε έλκος ανεξάρτητα από το είδος, τη κλινική εικόνα, τη σταδιοποίηση κ.λ.π. με άφθονο φυσιολογικό ορό 12,13,14,17,19 σε θερμοκρασία όσο το δυνατόν πλησιέστερη αυτής του ανθρώπινου σώματος (36ο). Αν τηρούνται οι προϋποθέσεις σχετικά με την ποιότητα του πόσιμου νερού μπορείτε να πλύνετε και με νερό πόσιμο 17.
3. Όποιο καθαριστικό ή αντισηπτικό χρησιμοποιήσετε, να παραμείνει ένα (1) λεπτό στην επιφάνεια του έλκους και κατόπιν να ξεπλυθεί με άφθονο φυσιολογικό ορό.  
Η χρήση αντισηπτικών διαλυμάτων δεν γίνεται αποδεκτή από αρκετούς επαγγελματίες υγείας ενώ θεωρείται υποχρεωτική από άλλους. Τα νεότερα επιστημονικά δεδομένα τείνουν προς την άποψη της περιορισμένης χρήσης αντισηπτικών για τον καθαρισμό του έλκους.
4. Η χειρισμοί σας στο έλκος πρέπει να είναι πολύ ήπιοι. Δεν κόβεται ιστούς και δεν τρίβεται το έλκος. Σκουπίζετε ταμποναριστά<sup>12,17,19</sup>.

5. Εάν το έλκος έχει κοιλότητα και θέλετε να την γεμίσετε με κάποιο υλικό (κορδόνι , γάζα κ.λ.π.) αυτό θα γίνει απαλά χωρίς πίεση, χωρίς «παραγέμισμα» της κοιλότητας για να μη αυξήσετε τις τοιχωματικές πιέσεις και προκαλέσετε ισχαιμία στον πυθμένα και τα χείλη του έλκους 20.
6. Όταν αφαιρείτε τα επιθέματα και τα υλικά από το έλκος, θα πρέπει να κάνετε ήπιους χειρισμούς που δεν θα τραυματίσουν το έλκος. Εάν τα υλικά έχουν ξεραθεί πάνω στο έλκος, εμποτίστε τα με άφθονο φυσιολογικό. Εάν παρατηρήσετε ότι τα υλικά πάνω στο έλκος έχουν ξεραθεί και είναι ανάμεικτα με πύγματα αίματος, τότε πιθανά να σας βοηθήσει η εμπότιση τους με οξυζενέ, αυτή όμως να είναι η τελευταία λύση που θα χρησιμοποιήσετε 12,17,20.
7. Τα έλκη που παρουσιάζουν κλινική εικόνα λοίμωξης πρέπει να αλλάζονται τουλάχιστον μία φορά την ημέρα. Σε ασθενής που πάσχουν από συστηματική λοίμωξη ή παρουσιάζουν απροσδιόριστη πυρετική κίνηση, πρέπει τα έλκη τους να αλλάζουν καθημερινά ακόμα και αν δεν παρουσιάζονται κλινικά σημεία τοπικής λοίμωξης στο έλκος 12,17.
8. Τα έλκη που δεν παρουσιάζουν τα παραπάνω, πρέπει να αλλάζονται όταν κορεστούν τα επιθέματα ή όταν το έλκος λερωθεί από περιπτώματα ή άλλα βιολογικά υλικά ή από υλικά του περιβάλλοντος 12,17. Δεν πρέπει πάντως η αλλαγή να γίνεται σε διαστήματα μεγαλύτερα των επτά (7) ημερών ακόμα και αν το έλκος πλησιάζει στην πλήρη επούλωση.

(Καλεμικεράκης Ι.,2005)

## **ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΩΝ**

- Χειρουργικός καθαρισμός τραύματος.
- Τοπική θεραπεία κατακλίσεων με χρήση τοπικών αντιβιοτικών σκευασμάτων, σκευασμάτων ορμονών, ενζύμων, πλάσματος.
- Βελτίωση θερμιδικού ισοζυγίου ασθενούς.
- Δίαιτα υψηλή σε πρωτεΐνες και βιταμίνες.
- Έλεγχος σήψης.

Η συντηρητική θεραπεία επιλέγεται σε ηλικιωμένα άτομα με πολλαπλά συνυπάρχοντα προβλήματα.

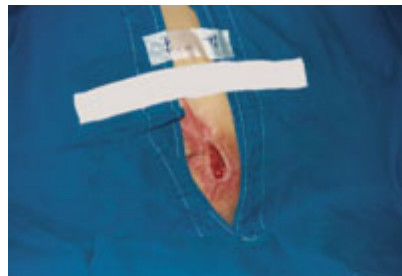
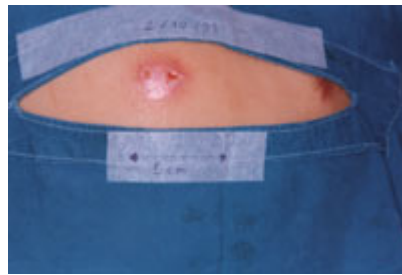
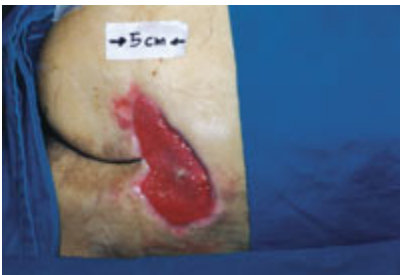
Η επούλωση του έλκους κατάκλισης κατά δεύτερο σκοπό με τη συντηρητική μέθοδο είναι δυνατή σε ποσοστό 30-80% των ασθενών σε διάφορες μελέτες. (www.disabled.gr)

## ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΩΝ

Η χειρουργική αποκατάσταση των κατακλίσεων περιλαμβάνει τα εξής:

- Ευρεία αφαίρεση της ισχαιμικής νέκρωσης με απαραίτητη μείωση των οστικών προβολών (ώστε να περιοριστεί ένας από τους πιθανούς παράγοντες υποτροπών).
- Η αποκατάσταση του ελλείμματος να γίνεται απαραίτητως από μυοδερματικούς κρημνούς ώστε να υπάρξει ισχυρά νέα ανθεκτική περιοχή.
- Να υπάρχει ενδεδειγμένη προεγχειρητική προετοιμασία (φλεγμονή, Hct, υπολευκωματιναιμία, κ.τ.π.) καθώς και επισταμένη μετεγχειρητική αγωγή με τα κατάλληλα βοηθήματα (clinitron, τεχνική υποστήριξη, κ.λ.π.), τοποθετήσεις και προσοχή για την λήψη των θέσεων κατακλίσεων και γενικώς μετεγχειρητικής υποστήριξης.

(Πιτσαριώτης Ε.,2005)



## ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ

- Πρόληψη της εξάπλωσης της φλεγμονής.
- Ελάττωση απώλειας υγρών και πρωτεϊνών από το έλκος.
- Συντόμευση του χρόνου θεραπείας και ελάττωση των εξόδων νοσηλείας.
- Διευκόλυνση στην φροντίδα του ασθενούς.

([www.disabled.gr](http://www.disabled.gr). 2007)



πριν

μετά



πριν

μετά

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ

- Η χειρουργική αντιμετώπιση των κατακλίσεων δεν είναι εύκολη λόγω και των συνυπαρχόντων σοβαρών προβλημάτων αυτών των ασθενών.
- Η αποκατάσταση θα γίνει με κρημούς ισχυρής σύστασης και ικανοποιητικής αγγείωσης ώστε να εξασφαλιστεί η βιωσιμότητά τους όσο και η μετέπειτα ανθεκτικότητά τους σε νέες δοκιμασίες.
- Να προσεχθεί ιδιαίτερα η συνήθως κακή ψυχολογική κατάσταση των ασθενών όσο και η μεγάλη συναισθηματική επιβάρυνση του συγγενικού περιβάλλοντος λόγω της μακροχρόνιας ταλαιπωρίας αυτών.
- Εκείνο όμως που πρέπει να τονιστεί ιδιαίτερα είναι η ενημέρωση του περιβάλλοντος όσο και του ίδιου κυρίως του ασθενούς αλλά και του νοσηλευτικού προσωπικού νοσοκομείων και ιδρυμάτων στο ότι μόνο η πρόληψη της δημιουργίας των κατακλίσεων μπορεί να είναι η λύση για την αποφυγή μεγάλων ταλαιπωριών.

(Πιτσαριώτης Ε.,2005)

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ

- Η καλύτερη αντιμετώπιση είναι η προφύλαξη.
  - Τα έλκη κατάκλισης πρέπει να αντιμετωπίζονται σωστά και γρήγορα με την κατάλληλη συντηρητική ή χειρουργική μέθοδο.
  - Η επιμόρφωση των ασθενών και του περιβάλλοντός τους είναι απαραίτητη για την αποκατάσταση και την αποφυγή υποτροπών.
- ([www.disabled.gr](http://www.disabled.gr).2007)

**B' ΜΕΡΟΣ**

**ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**



КЕФЛАДИО 5

## **ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΩΝ ΣΕ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΑ – ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΑ ΤΜΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΜΕΘ**

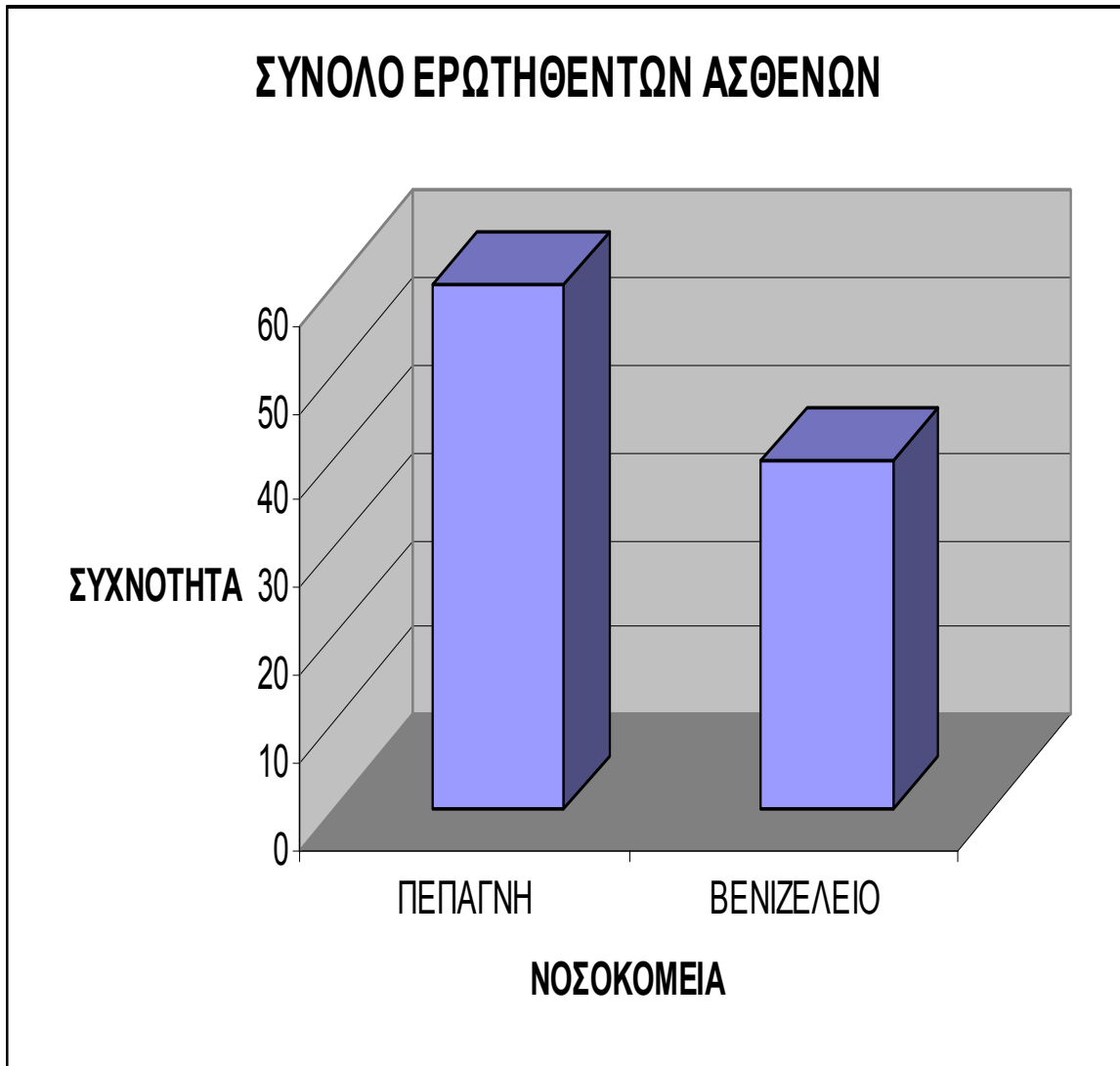
**Εισαγωγή:** Η μη εμφάνιση κατακλίσεων σε ενδονοσοκομειακούς αρρώστους σε μεγάλο βαθμό είναι νοσηλευτική ευθύνη και κριτήριο αξιολόγησης της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας. Συνεπώς όσο η πρόληψη τόσο και η θεραπεία των κατακλίσεων αποτελεί μέτρο μεγάλης σπουδαιότητας και προτεραιότητας, ιδιαίτερα για τους αρρώστους υψηλού κινδύνου. Οι κατακλίσεις, εκτός από τον πόνο και την ανησυχία που προκαλούν στους αρρώστους, συμβάλλουν στην δημιουργία ιατρονοσηλευτικών και κοινωνικοοικονομικών προβλημάτων όπως: α) αύξηση της νοσηλευτικής φροντίδας με αποτέλεσμα την εντατικοποίηση της νοσηλείας, β) η καθυστέρηση της εξόδου των αρρώστων από το νοσοκομείο, με επακόλουθο την παράταση της παραμονής τους και την αύξηση της ζήτησης των νοσοκομειακών κλινών. Επιπλέον, αν οι κατακλίσεις είναι εκτεταμένες, μπορούν να γίνουν πύλες εισόδου μικροβίων και να οδηγήσουν τους αρρώστους ακόμα και στο θάνατο.

**Σκοπός:** Σκοπός της ερευνητικής εργασίας μας είναι η περιγραφή των χαρακτηριστικών των κατακλίσεων και η καταγραφή των παρεμβάσεων και του υλικού που χρησιμοποιείται.

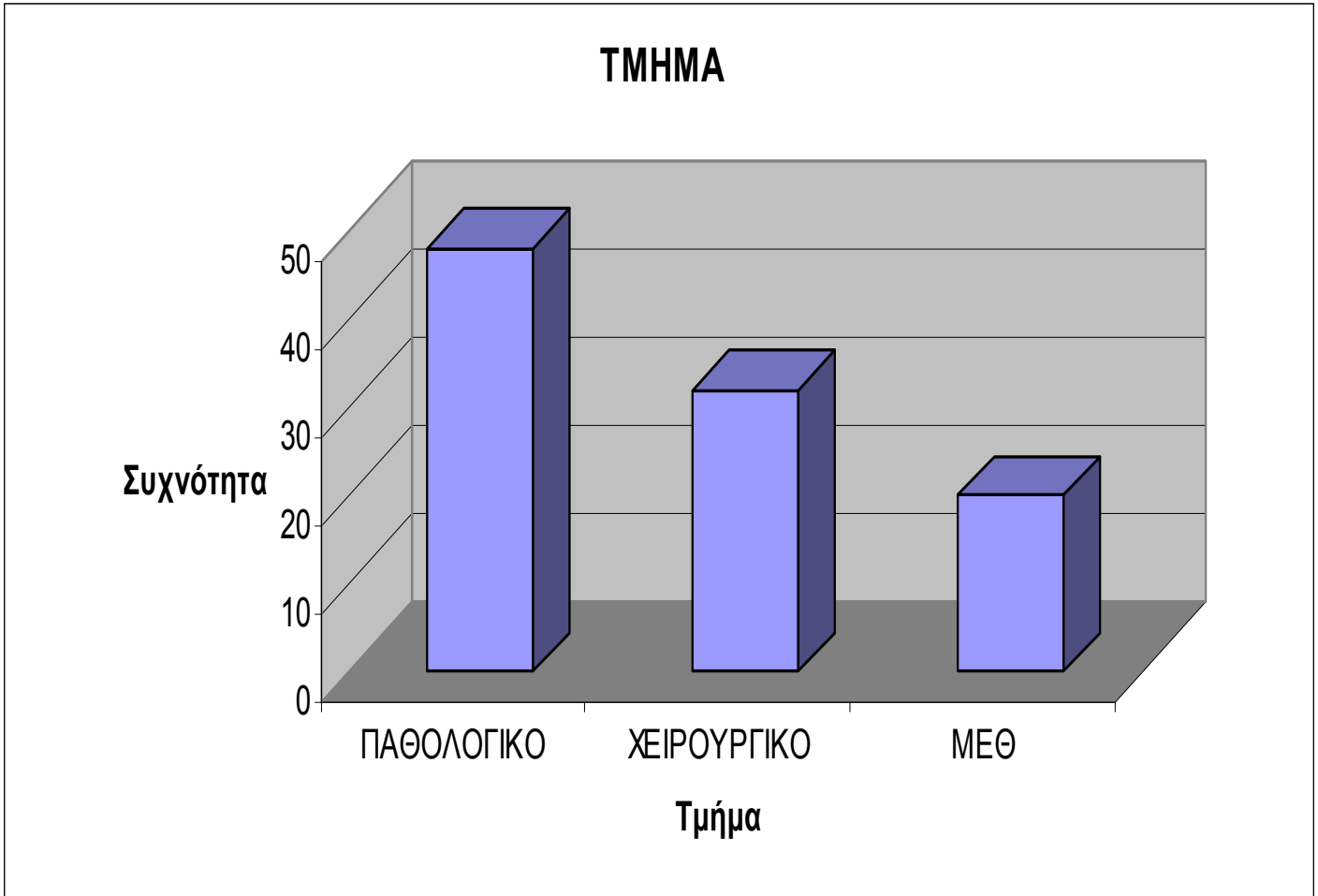
**Υλικό – Μέθοδος:** Για την συλλογή των δεδομένων της εργασίας μας χρησιμοποιήθηκε ειδικό ερωτηματολόγιο το οποίο περιλαμβάνει τις ανατομικές θέσεις στις οποίες συνήθως εμφανίζεται η κατάκλιση, τα είδη των υλικών που συνήθως χρησιμοποιούνται στην αντιμετώπιση των κατακλίσεων και η περιγραφή των ενεργειών με τις οποίες αντιμετωπίζεται η κατάκλιση, καθώς επίσης η χρονική περίοδος που απαιτείται για τις ενέργειες αυτές και τα άτομα τα οποία είναι υπεύθυνα για την διεξαγωγή αυτών των ενεργειών. Το δείγμα μας αποτέλεσαν 100 ασθενείς (N=100) στα Παθολογικά Τμήματα (N=48), στα Χειρουργικά Τμήματα (N=32) και στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (N=20) στα δύο νοσοκομεία του Ηρακλείου Βενιζέλειο και Περιφερειακό Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου (ΠΕΠΑΓΝΗ) σε μία συγκεκριμένη χρονική στιγμή.

**Αποτελέσματα:** Από τους 100 ασθενείς του δείγματός μας βρέθηκαν 22 (22%) ασθενείς που είχαν κατακλίσεις. Από αυτούς τους 22 (22%) οι 10 (45,5%) ήταν άνδρες και οι 12 (54,5%) ήταν γυναίκες. Ο επιπολασμός των κατακλίσεων στο σύνολο των ασθενών ήταν 22% (22/100), στα Παθολογικά τμήματα 12,5% (6/48),

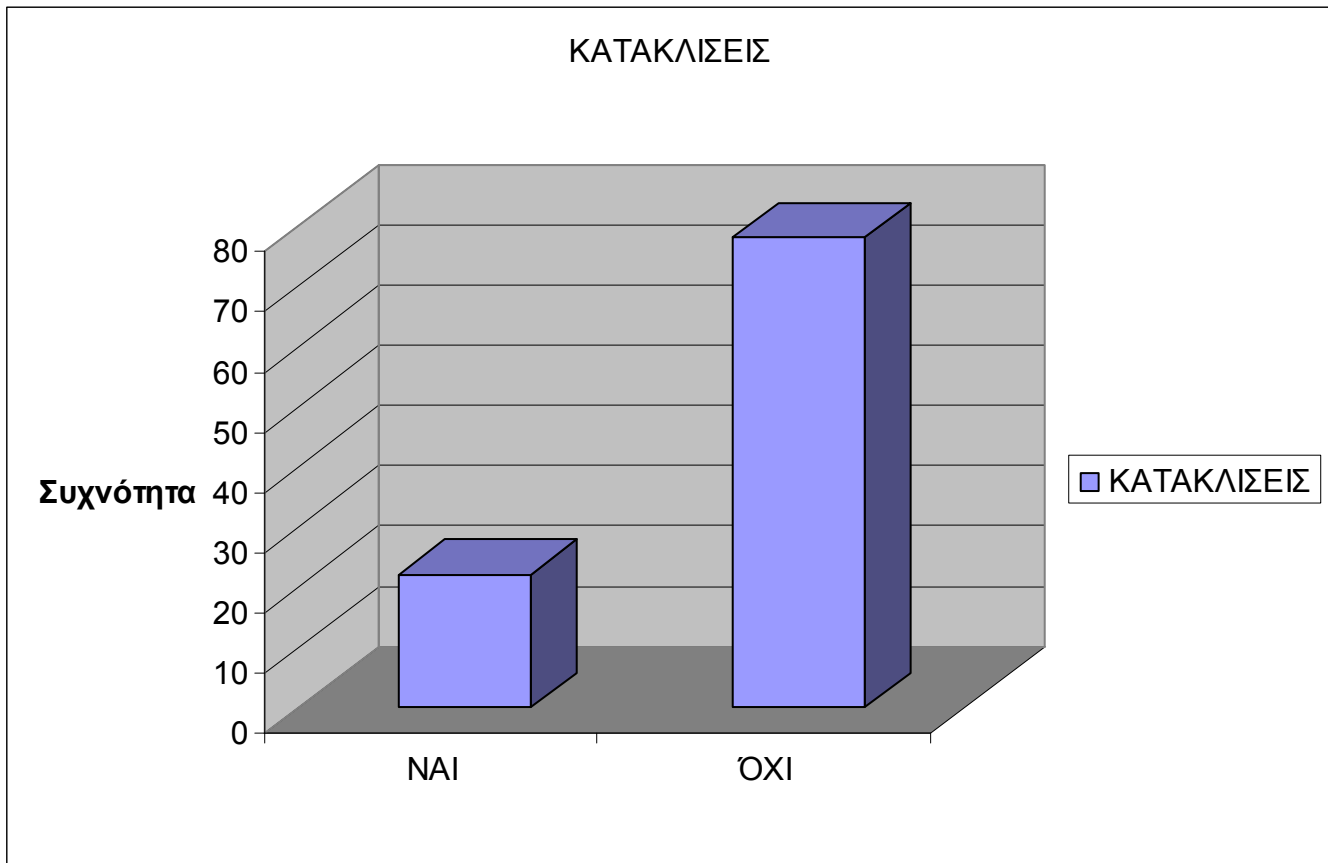
στα Χειρουργικά τμήματα 18,75% (6/32) και στις ΜΕΘ 50% (10/20). Στο Νοσοκομείο (ΠΕΠΑΓΝΗ) βρέθηκαν 10 άτομα με κατακλίσεις ποσοστό 16,6% (10/60) και στο Βενιζέλειο Νοσοκομείο βρέθηκαν 12 άτομα με κατακλίσεις, ποσοστό 30% (12/40). Η μέση ηλικία των ασθενών αυτών ήταν 70έτη, η μέση διάρκεια νοσηλείας ήταν 11 ημέρες, ο μέσος αριθμός κρεβατιών ήταν 30 και ο μέσος αριθμός ασθενών ήταν 20. Σχετικά με τις θέσεις στις οποίες έχουν εμφανιστεί κατακλίσεις στους 22 αυτούς ασθενείς παρατηρήθηκε ότι στο αρ. αυτί ένας μόνο στους 22 (ποσοστό 4,55%) εμφάνισε κατάκλιση. Το ίδιο ακριβώς ισχύει και για το δεξί αυτί, την δεξιά ωμοπλάτη, το αριστερό γόνατο και τον δεξιό και αριστερό αστράγαλο. Όσον αφορά τον κόκκυγα από τους 22 ασθενείς οι 13 (ποσοστό 59,1%) εμφάνισαν κατάκλιση στο σημείο αυτό. Στην αρ. λαγόνια ακρολοφία παρουσίασαν κατάκλιση 4 ασθενείς (ποσοστό 18,20%), ενώ στην δεξιά λαγόνια ακρολοφία 2 ασθενείς (ποσοστό 9,10%). 6 ασθενείς (ποσοστό 27,3%) εμφάνισαν κατάκλιση στον αρ. γλουτό, ενώ στον δεξιό γλουτό 5 ασθενείς (ποσοστό 22,7%) Στην αρ. φτέρνα 8 ασθενείς (ποσοστό 36,4%) παρατηρήθηκαν με κατάκλιση στο σημείο αυτό και στην δεξιά φτέρνα 10 ασθενείς (ποσοστό 45,4%). Στις υπόλοιπες περιοχές που είναι πιθανές για ανάπτυξη κατακλίσεων όπως: ινίο, αρ. ωμοπλάτη, αρ. αγκώνας, δεξιός αγκώνας και δεξιό γόνατο δεν παρατηρήθηκε ύπαρξη κατάκλισης. Όσον αφορά τις παρεμβάσεις που χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση των κατακλίσεων κατά 99% γίνονται από τους νοσηλευτές της κάθε κλινικής. Οι παρεμβάσεις που χρησιμοποιούνται για την φροντίδα και την θεραπεία των κατακλίσεων είναι οι εξής: συχνό γύρισμα που χρησιμοποιήθηκε σε 20 ασθενείς δηλαδή κατά 91% των περιπτώσεων, καθώς επίσης και η φροντίδα – καθαρισμός κατάκλισης. Το μασάζ – εντριβή χρησιμοποιήθηκε σε 9 άτομα με κατάκλιση (41%), η συχνή έγερση σε δύο άτομα (9,1%) και τέλος άλλο ένα μέτρο για την φροντίδα της κατάκλισης είναι η περιποίηση – ιματισμός της κλίνης (καθαρή και στεγνή) και χρησιμοποιήθηκε σε 13 άτομα (59%). Για να γίνουν εφικτές οι θεραπευτικές αυτές ενέργειες είναι απαραίτητη η χρήση ορισμένων υλικών. Αυτά είναι τα ακόλουθα: Ειδικό στρώμα που χρησιμοποιήθηκε σε 19 ασθενείς (86,4%), τεμάχια αφρολέξ σε 13 ασθενείς (59,1%), ενίσχυση διατροφής σε 14 άτομα (63,6%), φυσιολογικός ορός σε 16 άτομα (72,7%), οινόπνευμα όπως και Betadine αλοιφή σε 4 ασθενείς (18,2%), οξυζενέ σε 3 ασθενείς (13,6%), Betadine διάλυμα σε 15 άτομα (68,2%), Spray Pulvo καθώς και fucidin γάζες σε 1 ασθενή (4,5%), op – site μεμβράνη σε 3 άτομα (13,6%), αλοιφή μασάζ σε 5 άτομα (22,7%) και άλλα υλικά σε 11 ασθενείς (50%). Τέλος υπάρχουν όμως και άλλα υλικά που χρησιμοποιούνται στην θεραπεία μιας κατάκλισης που όμως κατά την δική μας έρευνα δεν έτυχε να χρησιμοποιηθούν όπως: υπέρτονο χλωριούχο νάτριο, mercurochrom, αντιβιοτική σκόνη και αντιβιοτική αλοιφή.



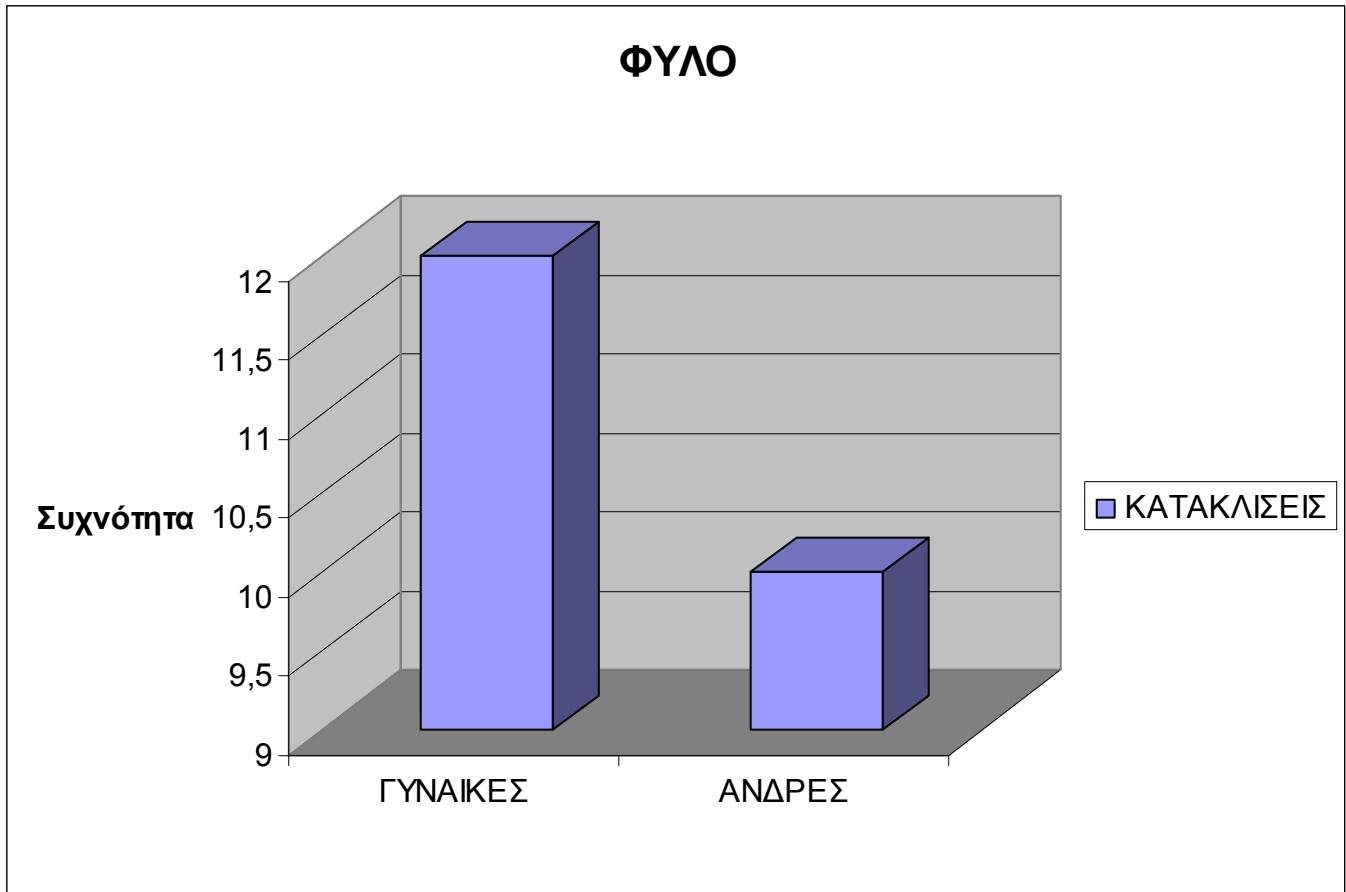
Από τους 100 ασθενείς που αποτέλεσαν το δείγμα της έρευνάς μας οι 60 (60%) νοσηλεύονταν στο ΠΕΠΑΓΓΗ και οι υπόλοιποι 40 (40%) στο Βενιζέλειο Νοσοκομείο Ηρακλείου.



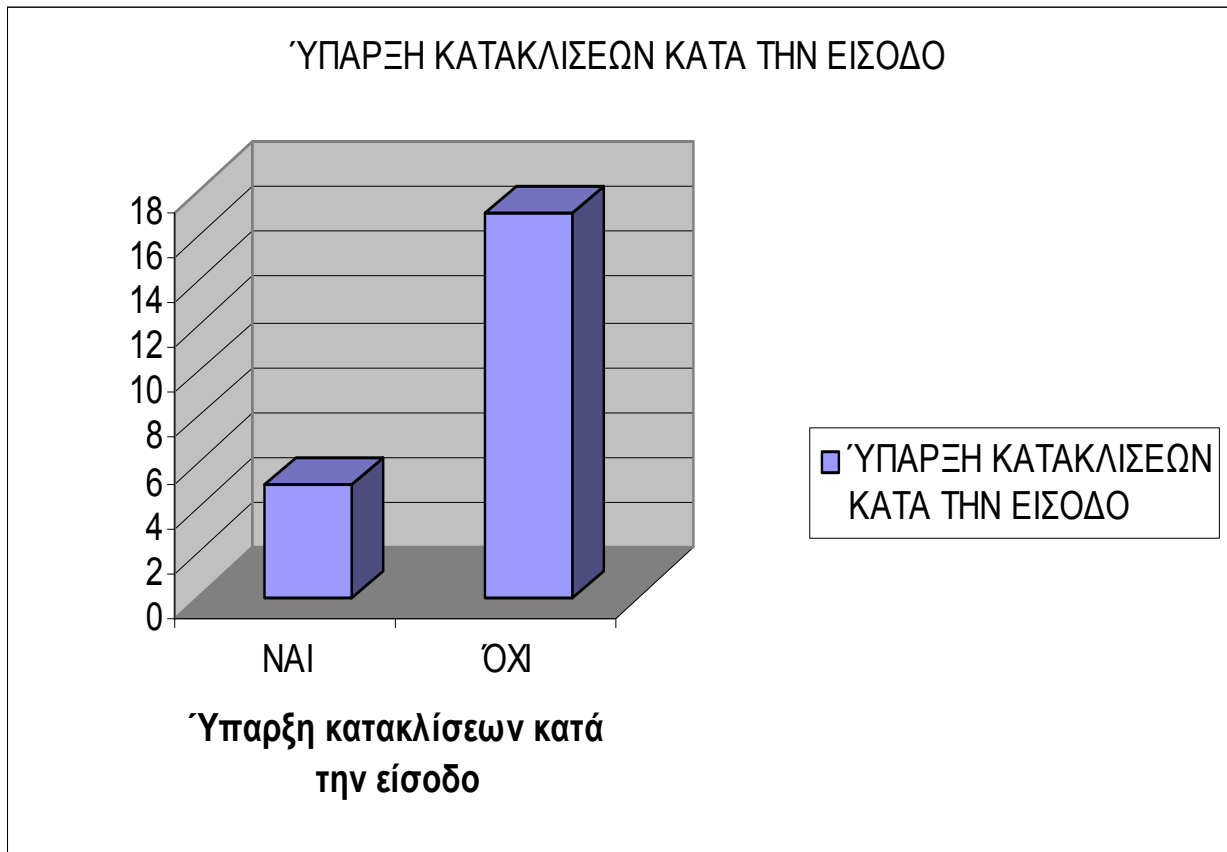
Από τον αριθμό του δείγματός μας (N=100) οι 48 ασθενείς (48%) νοσηλεύονταν στα Παθολογικά τμήματα, οι 32 (32%) στα Χειρουργικά τμήματα και οι υπόλοιποι 20 (20%) στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας.



Από το παραπάνω διάγραμμα παρατηρούμε ότι από τους 100 ασθενείς που αποτέλεσαν το δείγμα μας οι 22 (22%) εμφάνισαν κατακλίσεις και οι υπόλοιποι 78 (78%) όχι.

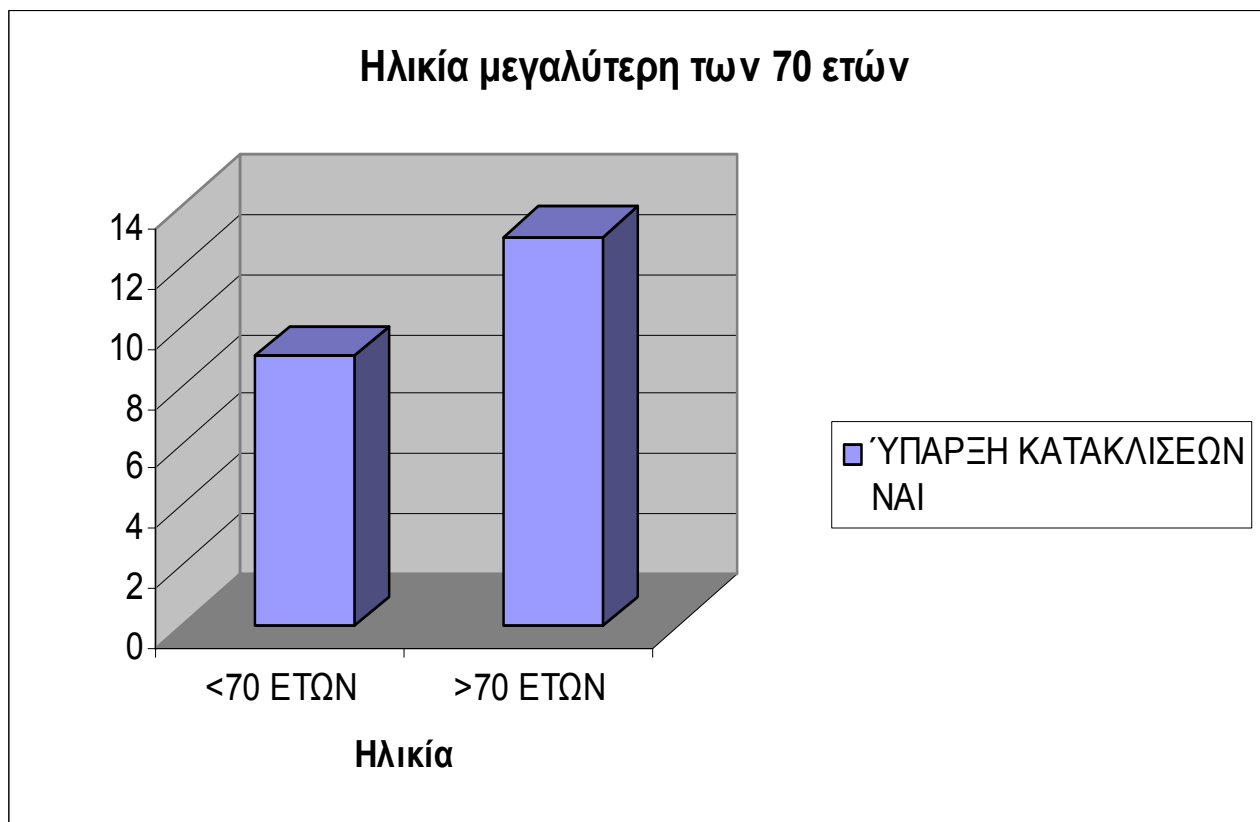


Από τις 22 κατακλίσεις του δείγματός μας οι 12 (54,54%) ήταν γυναίκες και οι 10 (45,45%) ήταν άνδρες.

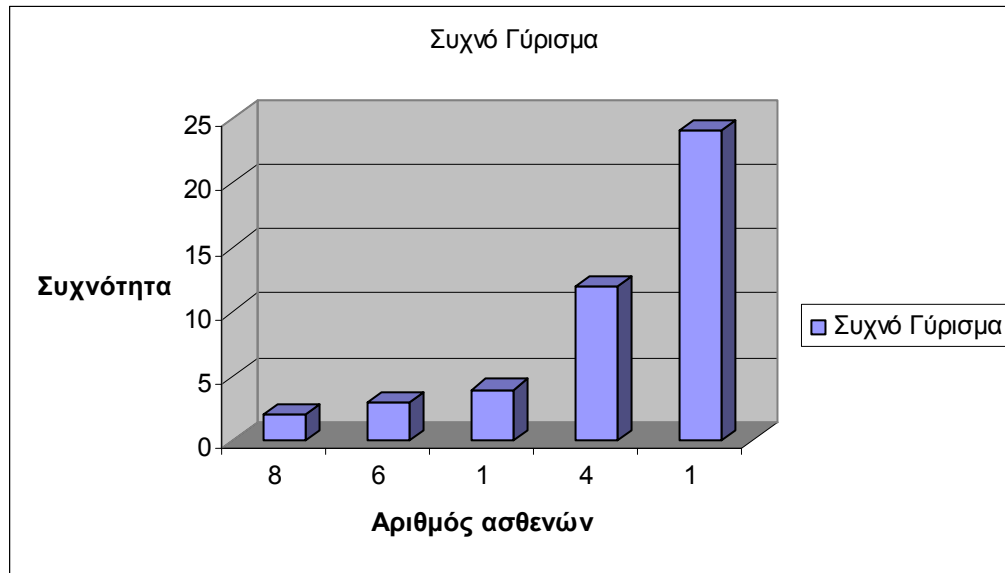


Από τους 22 ασθενείς που εμφάνισαν κατάκλιση οι 5 (22,75%) είχαν την κατάκλιση κατά την είσοδο στο νοσοκομείο ενώ οι υπόλοιποι 17 (77,25%) απέκτησαν την κατάκλιση κατά την παραμονή τους στο νοσοκομείο.

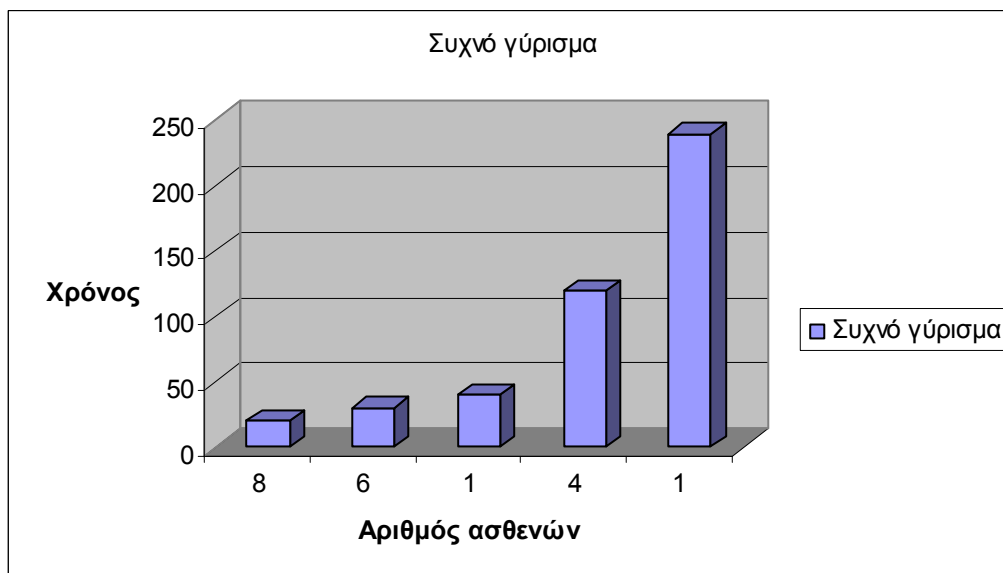




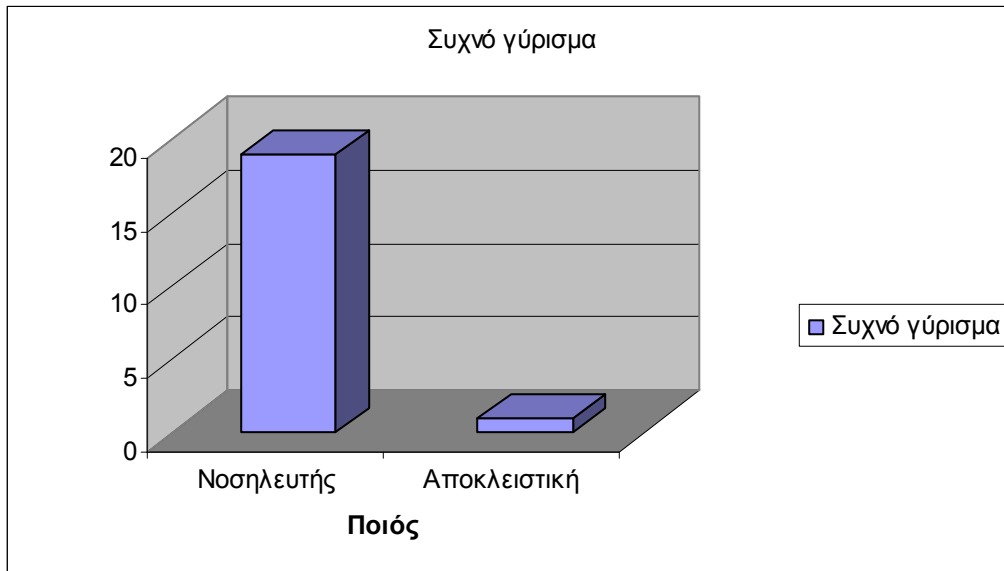
Από τους 22 ασθενείς με κατάκλιση οι 13 (59,1%) είχαν ηλικία άνω των 70 ετών, ενώ οι υπόλοιποι 9 (40,9%) είχαν ηλικία μικρότερη των 70 ετών.



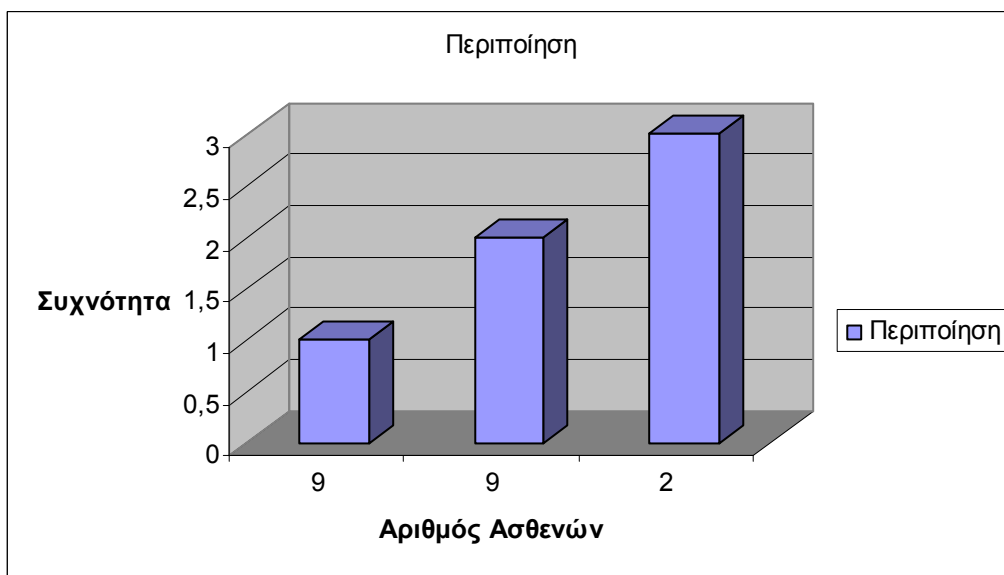
Όπως παρατηρούμε στο διάγραμμα από τους 22 ασθενείς με κατάκλιση οι 8 (36,4%) είχαν συχνότητα γυρίσματος 2 φορές. Οι 6 (27,3%) είχαν συχνότητα γυρίσματος 3 φορές, ένας ασθενής (4,5%) 4 φορές, 4 ασθενείς (18,2%) 12 φορές και ένας ακόμα ασθενής (4,5%) 24 φορές.



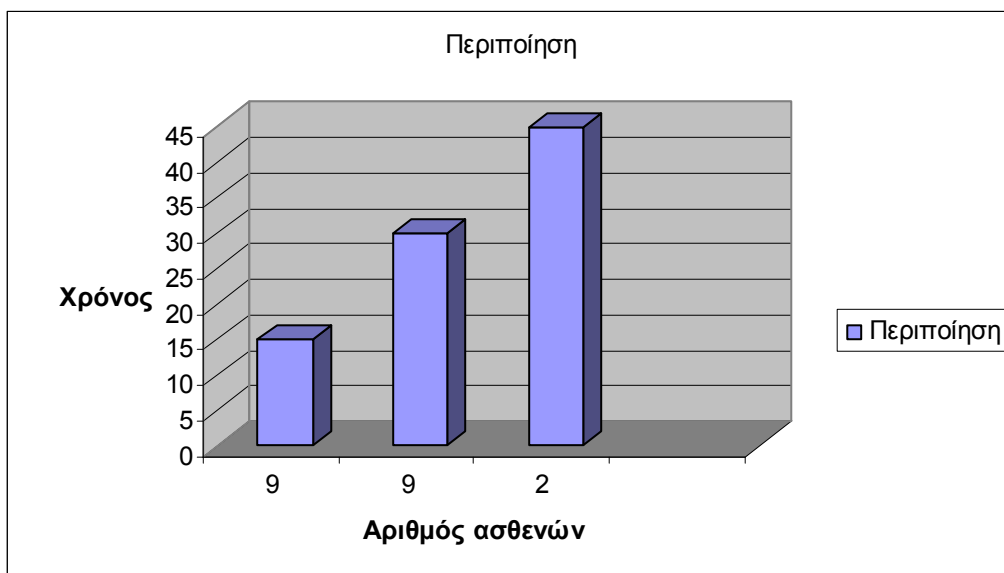
Σχετικά με τον χρόνο που απαιτείται για το συχνό γύρισμα από τους 22 ασθενείς οι 8 (36,4%) χρειάστηκαν 20 λεπτά, οι 6 (27,3%) 30 λεπτά, ο ένας (4,5%) 40 λεπτά, οι 4 (18,2%) 120 λεπτά και ένας ακόμα (4,5%) 240 λεπτά.



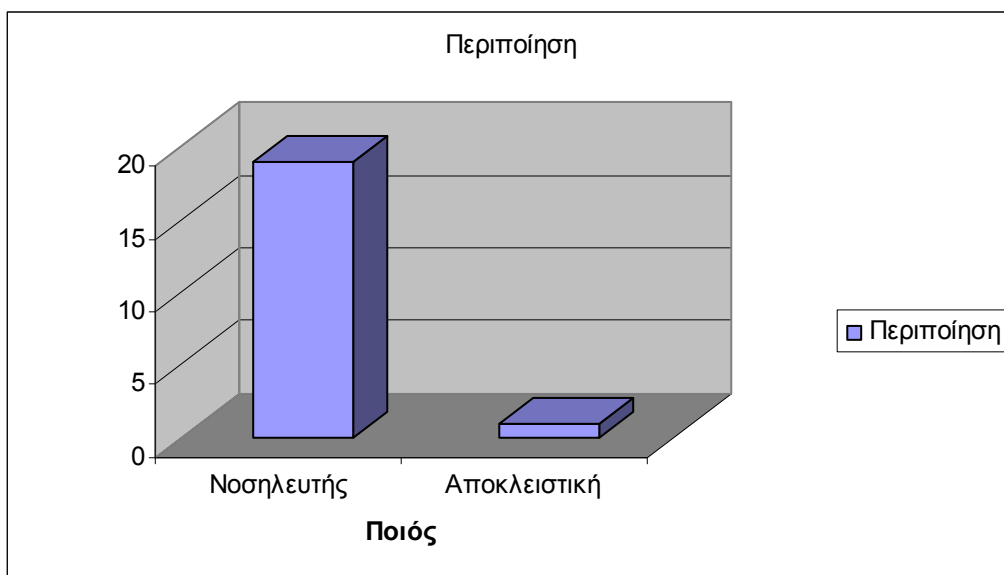
Το συχνό γύρισμα στους 19 (86,4%) ασθενείς με κατάκλιση γινόταν αποκλειστικά από τον νοσηλευτή ενώ για έναν ασθενή (4,5%) γινόταν από την αποκλειστική νοσοκόμα.



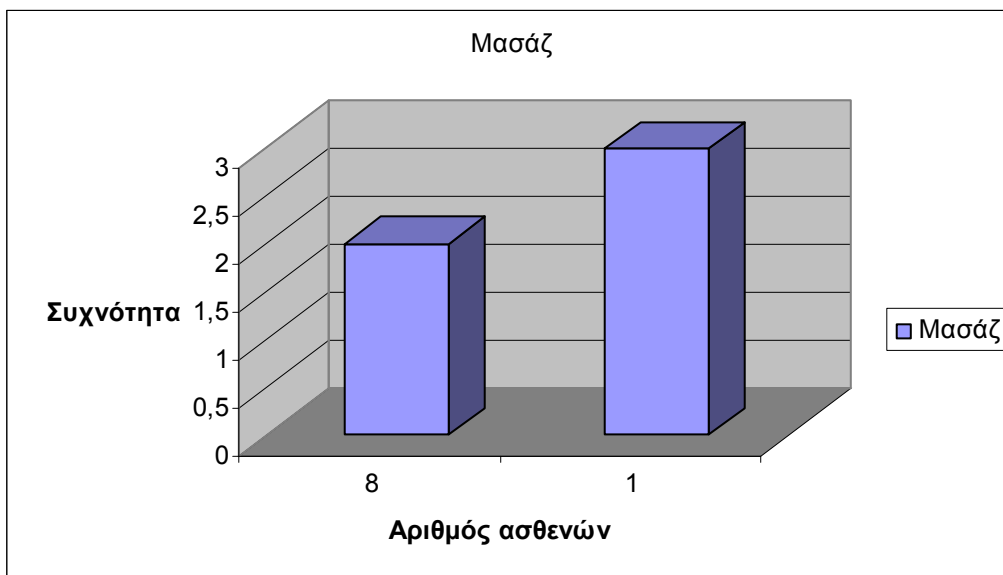
Η περιποίηση της κατάκλισης στους 9 από τους 22 (40,9%) ασθενείς με κατάκλιση γινόταν 1 φορά ημερησίως, στους άλλους 9 (40,9%) γινόταν 2 φορές ημερησίως και στους υπόλοιπους 2 (9,1%) γινόταν 3 φορές ημερησίως.



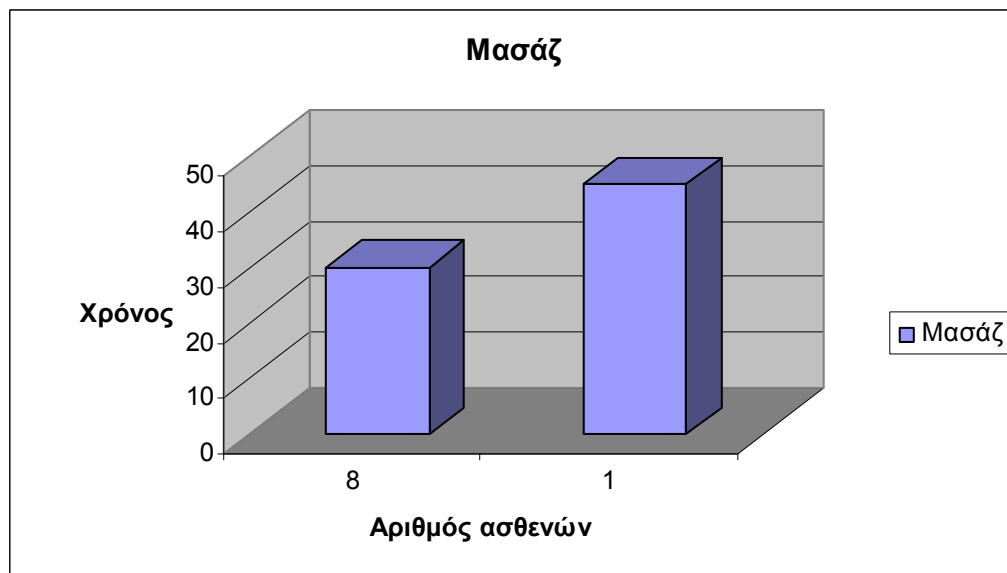
Ο χρόνος που απαιτείται για την περιποίηση της κατάκλισης στους 9 ασθενείς (40,9%) είναι 15 λεπτά, στους άλλους 9 (40,9%) είναι 30 λεπτά και στους υπόλοιπους 2 (9,1%) είναι 45 λεπτά.



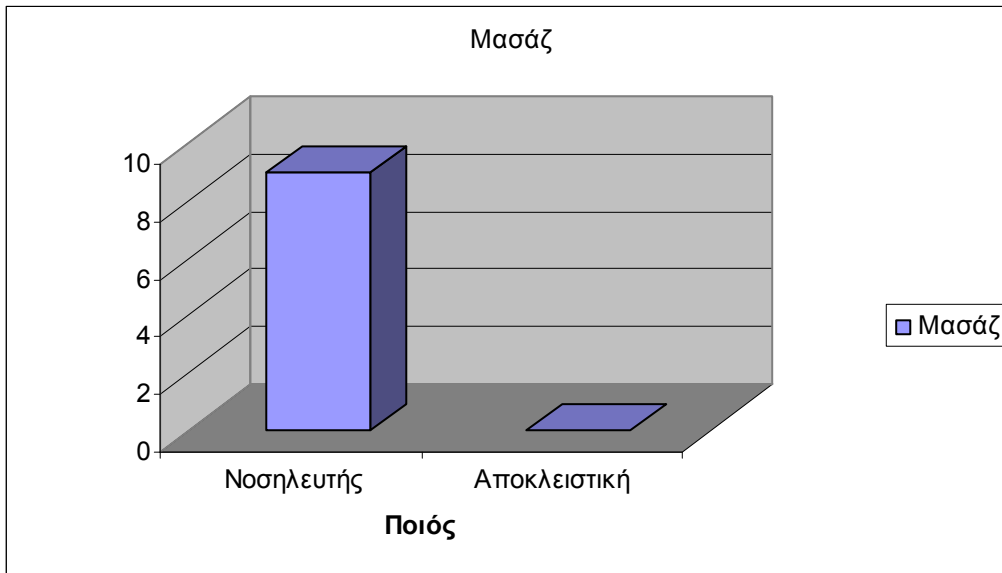
Ο νοσηλεύτης αναλαμβάνει πλήρως την περιποίηση της κατάκλισης για τους 19 (86,4%), ενώ για έναν ασθενή (4,5%) η αποκλειστική νοσοκόμα.



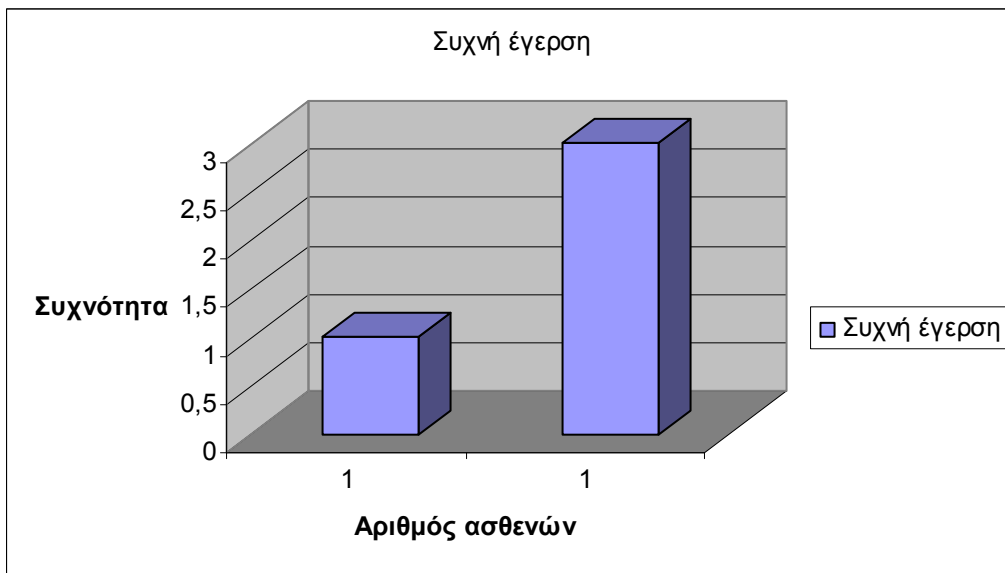
Από τους 22 ασθενείς με κατάκλιση στους 8 (36,4%) γινόταν μασάζ 2 φορές ημερησίως και σε έναν ασθενή (4,5%) γινόταν μασάζ 3 φορές ημερησίως.



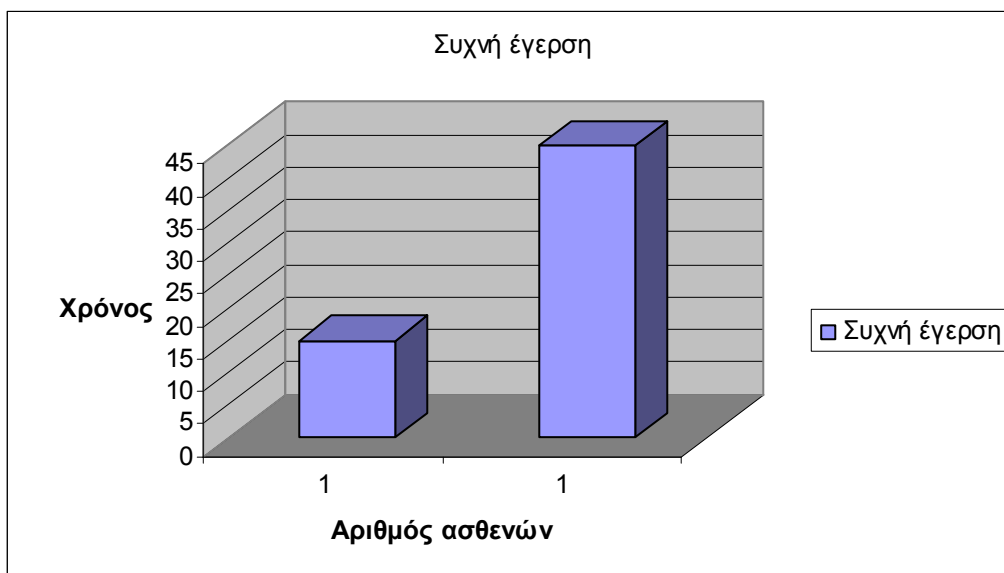
Ο χρόνος που απαιτήθηκε για το μασάζ ήταν για τα 8 άτομα (36,4%) 30 λεπτά ενώ για έναν ασθενή (4,5%) 45 λεπτά.



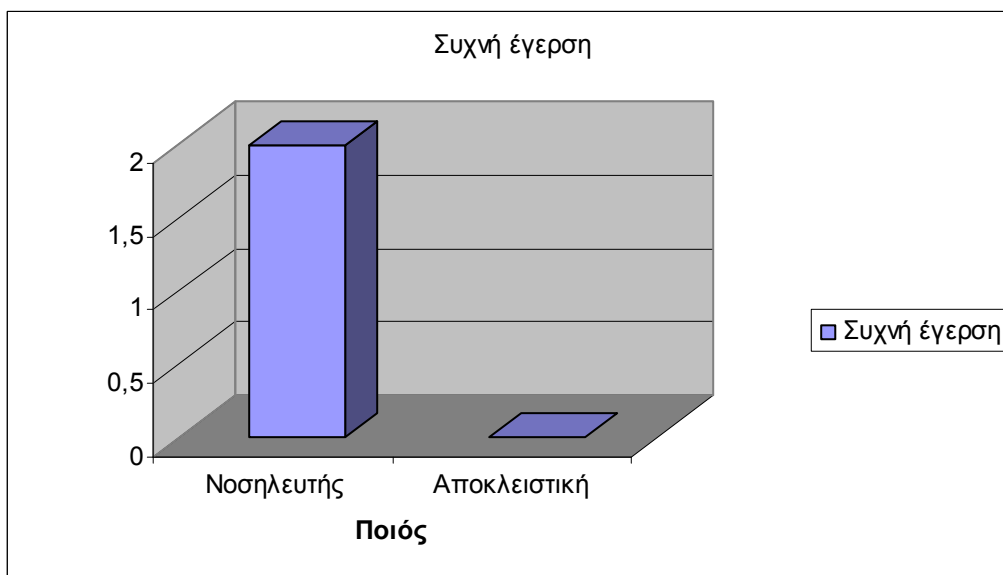
Στους 22 ασθενείς με κατάκλιση το μασάζ γίνεται σε 9 (40,9%) αποκλειστικά από τον νοσηλεύτη.



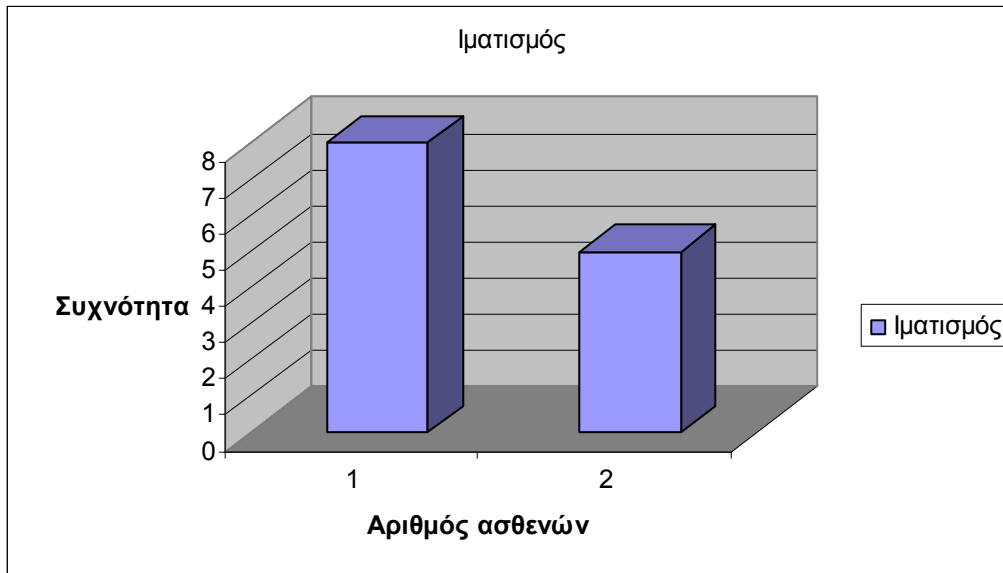
Η συχνή έγερση έγινε σε έναν (4,5%) ασθενή 1 φορά ημερησίως και σε έναν ακόμα ασθενή (4,5%) 3 φορές ημερησίως.



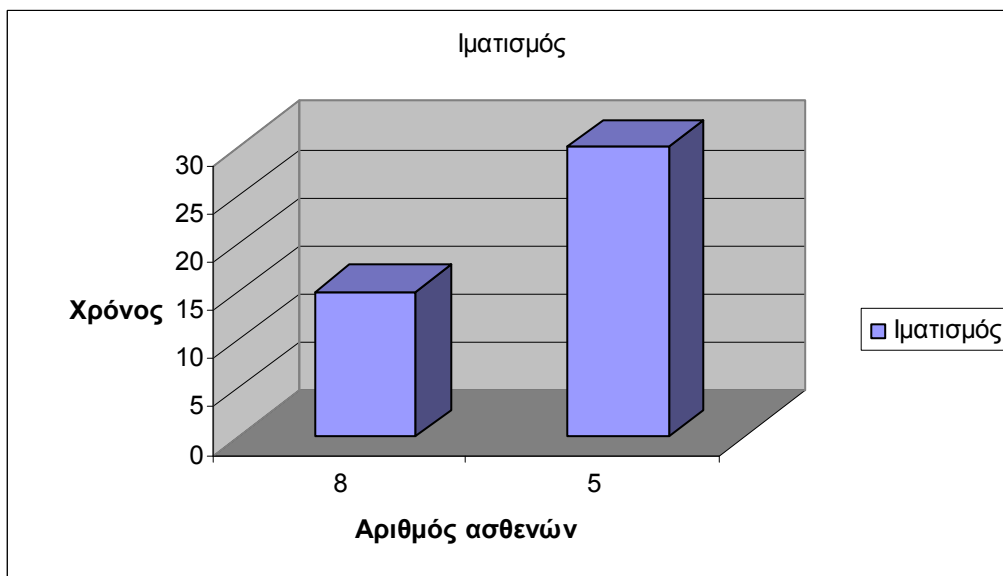
Ο χρόνος που απαιτήθηκε για την έγερση ενός (4,5%) ασθενούς ήταν 15 λεπτά ημερησίως ενώ για έναν άλλο (4,5%) ασθενή 45 λεπτά ημερησίως.



Και στους δύο ασθενείς (9%) την συχνή έγερση αναλαμβάνει αποκλειστικά ο νοσηλευτής του τμήματος.

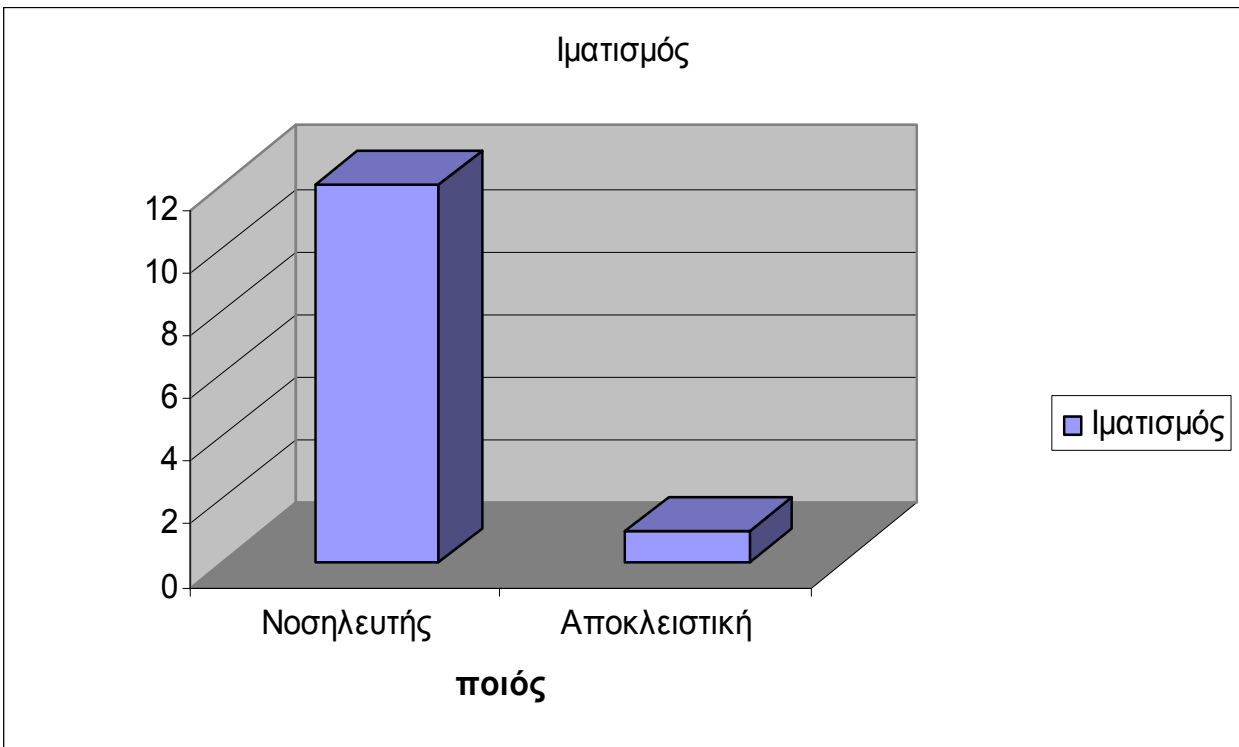


Ο ιματισμός – καθαρισμός της κλίνης (καθαρή και στεγνή) έγινε σε 1 (4,5%) ασθενή 8 φορές ημερησίως και σε δύο ασθενείς (9%) έγινε 5 φορές ημερησίως.



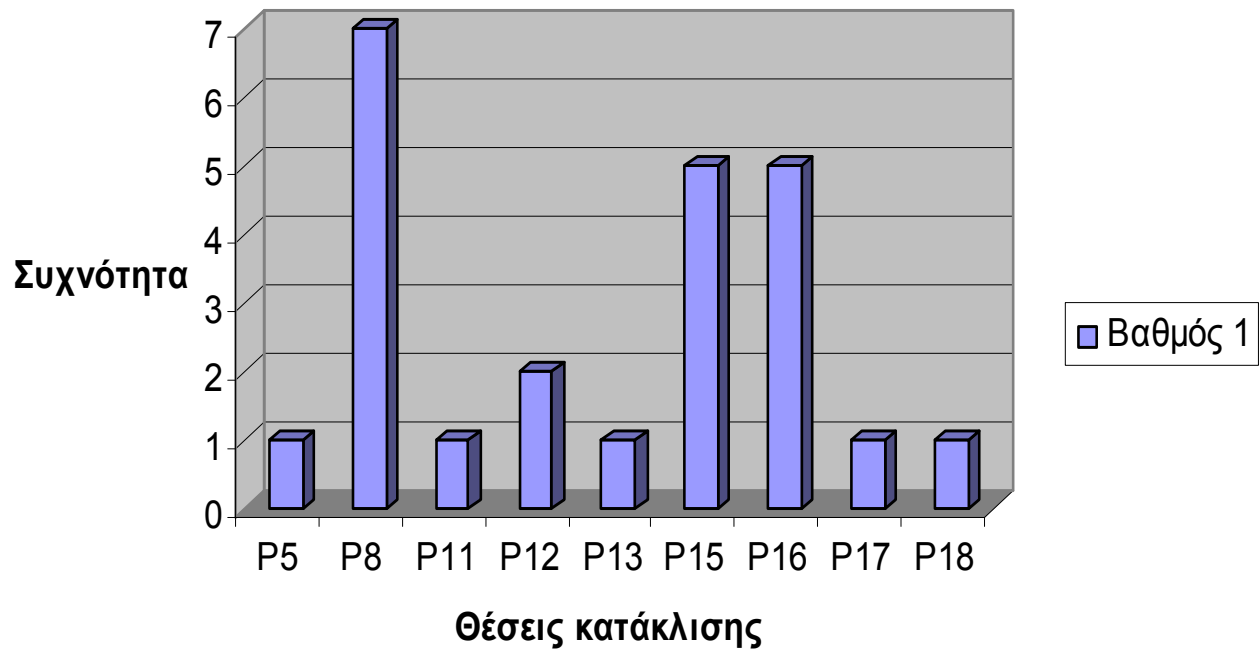
Ο χρόνος που απαιτήθηκε για τον ιματισμό – καθαρισμό της κλίνης ήταν για 8 (36,3%) 15 λεπτά ημερησίως και για 5 (22,7%) 30 λεπτά ημερησίως.



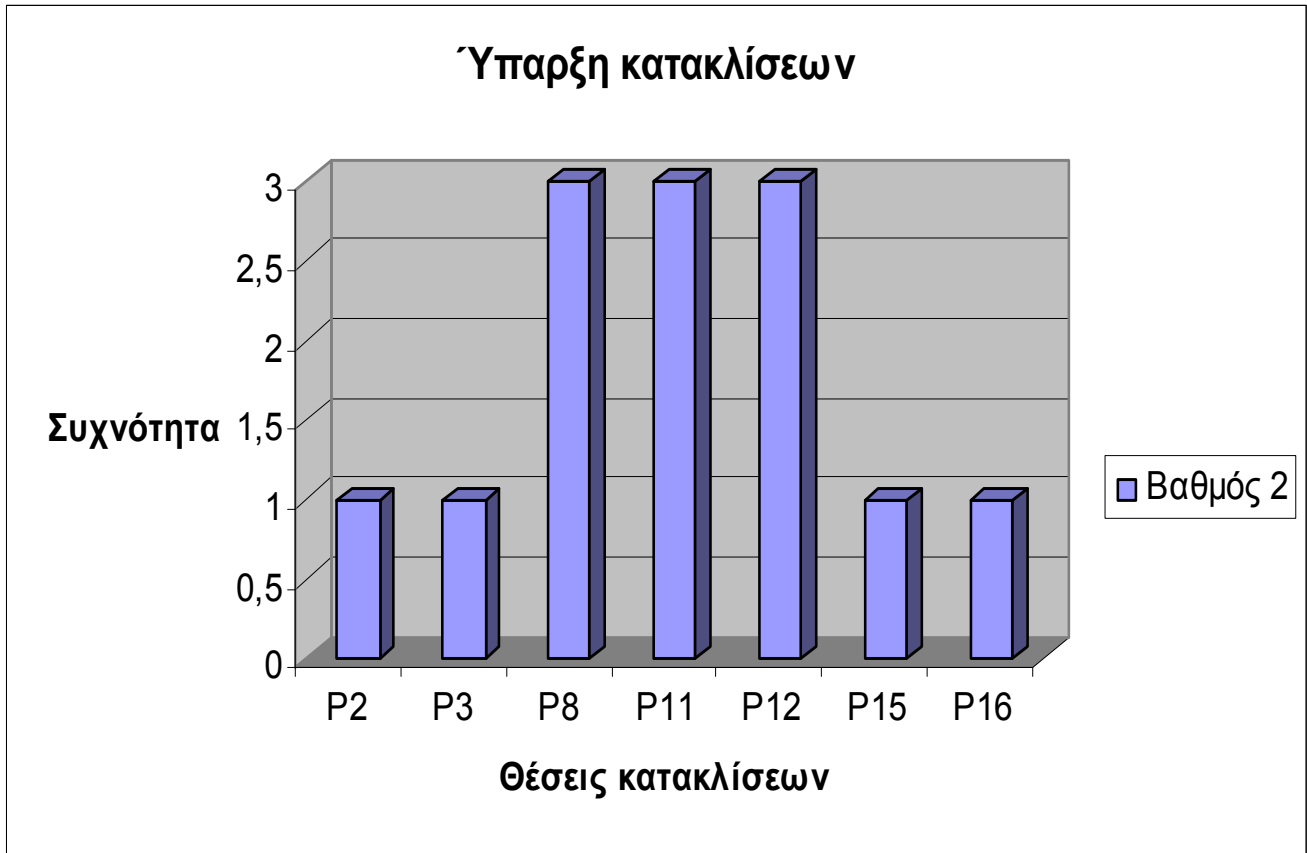


Τον ιματισμό – καθαρισμό της κλίνης(στεγνή και καθαρή) αναλαμβάνει ο νοσηλεύτης του τμήματος σε 12 (54,5%) ασθενείς ενώ η αποκλειστική σε έναν (4,5%) ασθενή αναλαμβάνει τον ιματισμό της κλίνης.

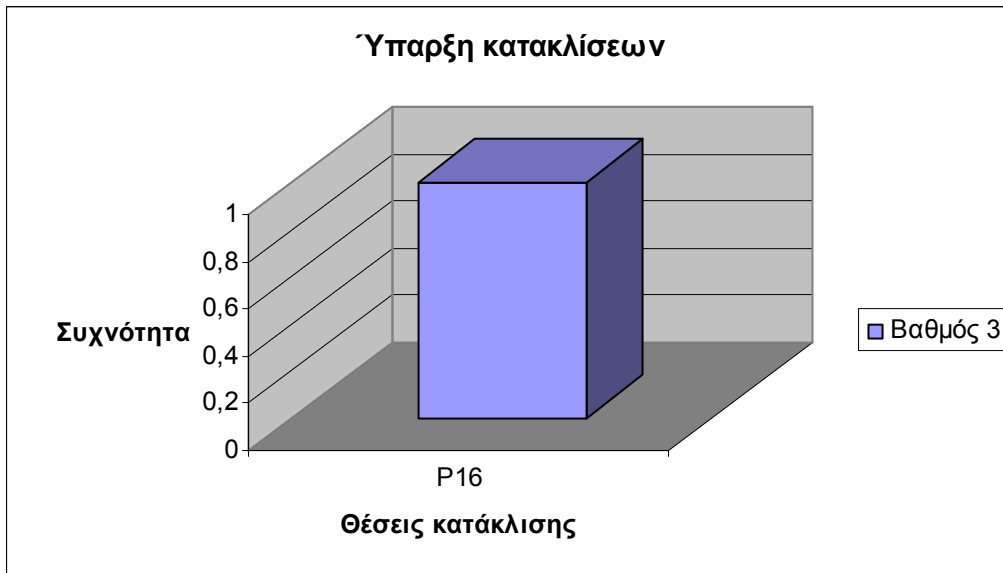
## Ύπαρξη κατακλίσεων



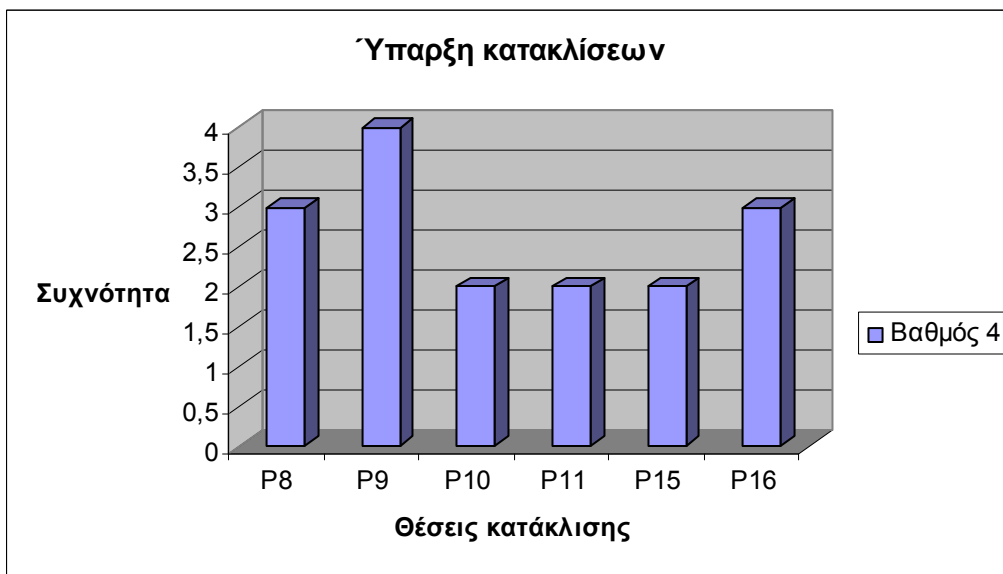
Στον βαθμό 1 των κατακλίσεων υπήρξαν κατακλίσεις στις εξής θέσεις: Δεξιά ωμοπλάτη (P5), Αρ. γλουτός (P11), Αρ. γόνατο (P13), Αρ. αστράγαλος (P17) και Δεξιός αστράγαλος (P18) εντοπίστηκε κατάκλιση μία φορά. Στον κόκκυγα (P8) εντοπίσαμε κατάκλιση 7 φορές. Στον δεξιό γλουτό (P12) εντοπίσαμε κατάκλιση 2 φορές, ενώ στην αρ. φτέρνα (P15) και στην δεξιά φτέρνα (P16) εντοπίσαμε κατάκλιση από 5 φορές.



Στον βαθμό 2 των κατακλίσεων στις θέσεις :αρ. αυτί (P2), δεξί αυτί (P3),αρ.φτέρνα (P15) και δεξιά φτέρνα (P16) η συχνότητα εμφάνισης κατάκλισης είναι μία φορά, ενώ στις θέσεις κόκκυγας (P8), αρ. γλουτός (P11) και δεξιός γλουτός (P12) η συχνότητα εμφάνισης κατακλίσεων είναι 3 φορές.



Στο στάδιο 3 (Baθmός 3) της κατάκλισης συναντάμε μόνο μία φορά κατάκλιση στην δεξιά φτέρνα (P16).



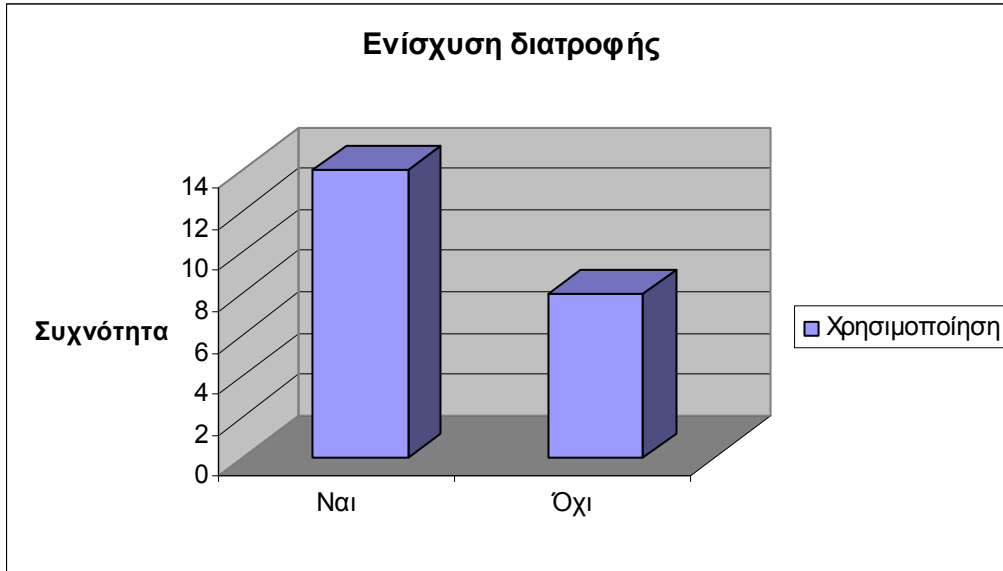
Όσο αφορά το τέταρτο στάδιο της κατάκλισης συναντάμε τέτοιου είδους κατάκλιση 3 φορές στον κόκκυγα (P8) και στην δεξιά φτέρνα (P16). Στην αρ. λαγόνια ακρολοφία (P9) συναντάμε κατάκλιση 4 φορές. Στην δεξιά λαγόνια ακρολοφία (P10), στον αρ. γλουτό (P11) και στην αρ. φτέρνα συναντάμε από 2 φορές κατάκλιση τετάρτου βαθμού.



Το ειδικό στρώμα χρησιμοποιήθηκε σε 19 από τους 22 ασθενείς (86,4%)



Τα τεμάχια αφρολέξ χρησιμοποιήθηκαν σε 13 από τους 22 ασθενείς (59,1%).



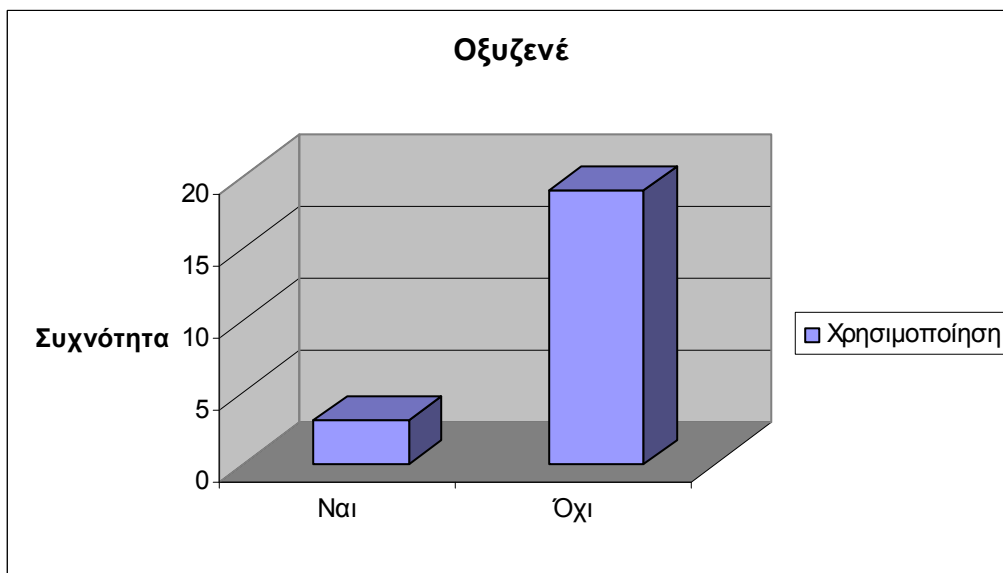
Από τους 22 ασθενείς με κατάκλιση 14 (63,6%) ενισχύθηκαν με διατροφή.



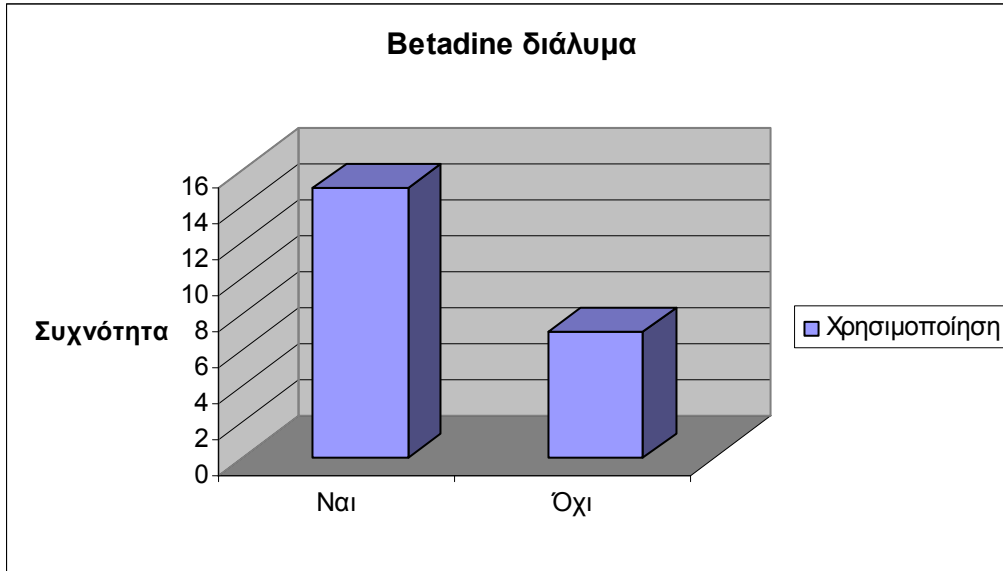
Φυσιολογικό ορό χρειάστηκαν για την περιποίηση της κατάκλισης 16 από τους 22 ασθενείς (72,7%).



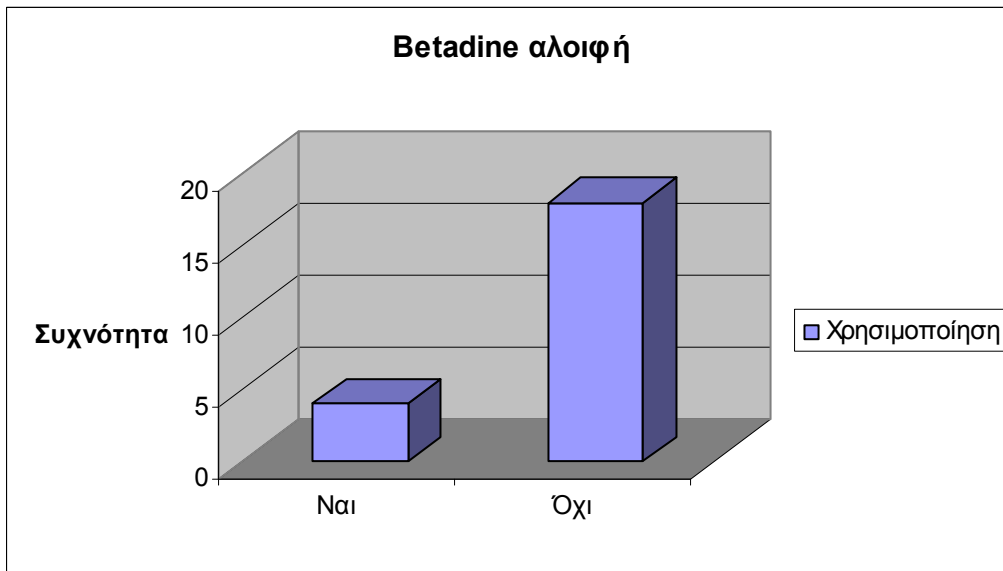
Το οινόπνευμα χρησιμοποιήθηκε σε τέσσερις από τους 22 ασθενείς (18,2%).



Το οξυγενέ χρησιμοποιήθηκε σε τρεις από τους 22 ασθενείς (13,6%).

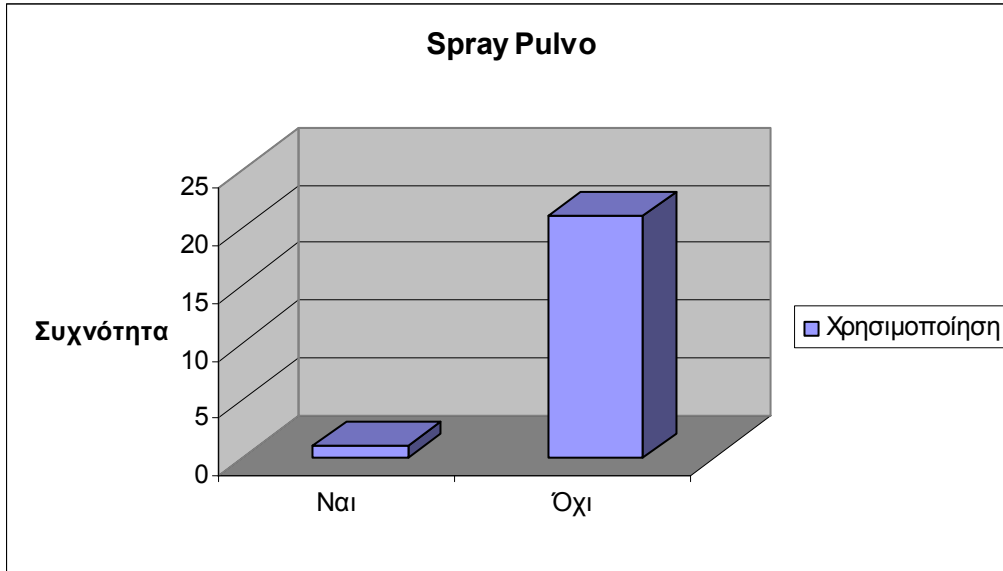


Το Betadine διάλυμα χρησιμοποιήθηκε σε 15 ασθενείς (68,2%).



Η Betadine αλοιφή χρησιμοποιήθηκε σε 4 ασθενείς (18,2%).

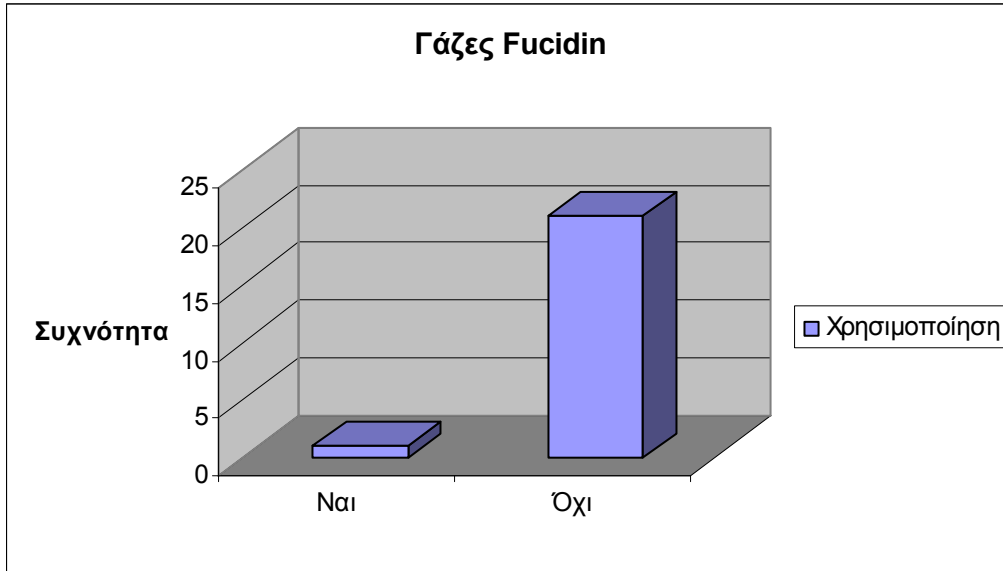




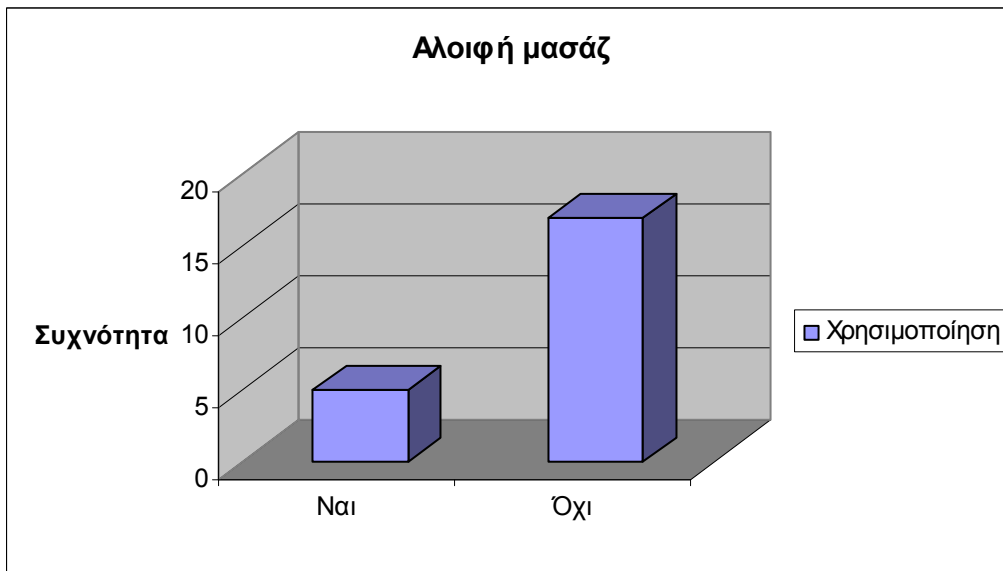
Το spray Pulvo χρησιμοποιήθηκε σε έναν ασθενή (4,5%).



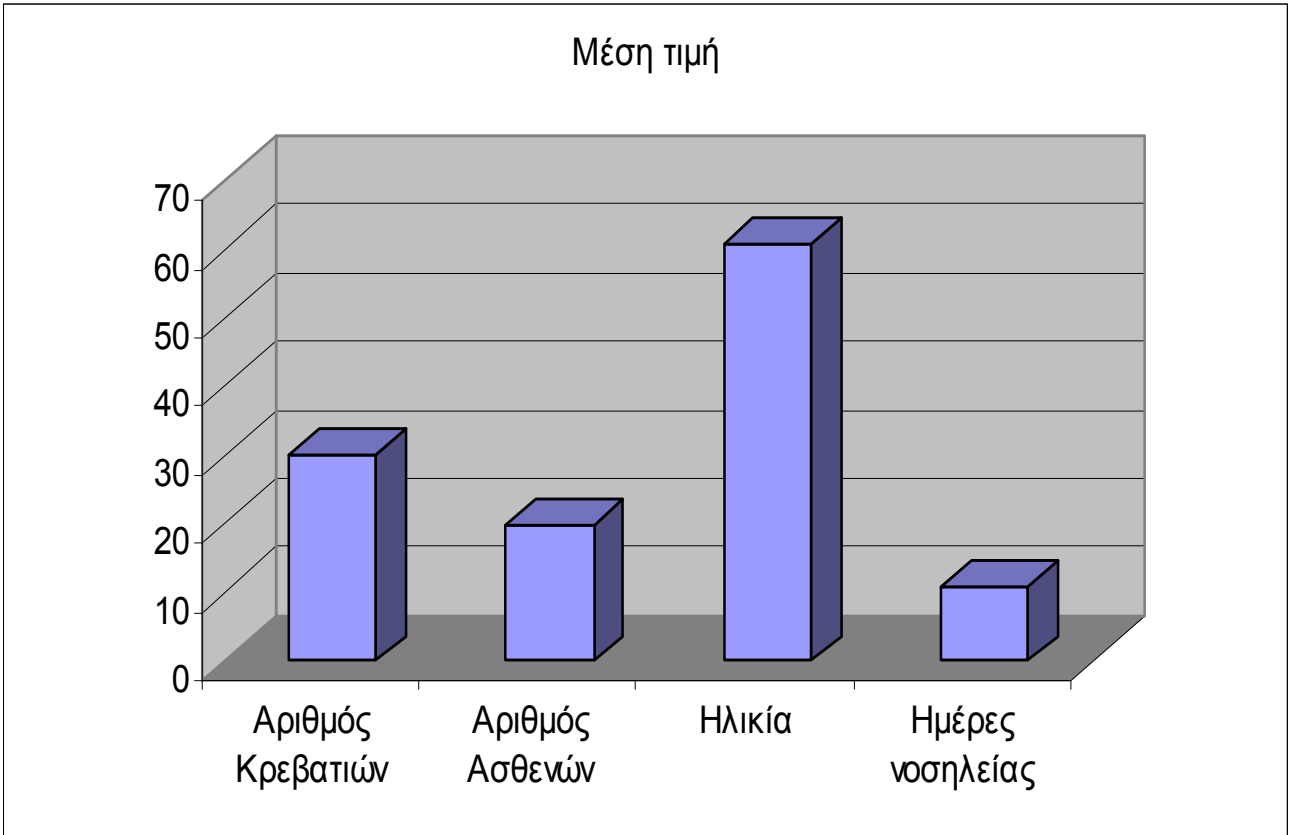
Η op – site μεμβράνη χρησιμοποιήθηκε σε 3 ασθενείς (13,6%).



Οι γάζες Fucidin χρησιμοποιήθηκαν σε έναν ασθενή (4,5%).



Η αλοιφή μασάζ χρησιμοποιήθηκε σε 5 ασθενείς (22,7%).



Από την έρευνά μας συμπεραίνουμε ότι η μέση τιμή του αριθμού των κρεβατιών είναι 30, η μέση τιμή του αριθμού των ασθενών είναι 20, η μέση τιμή της ηλικίας των ασθενών είναι 70 και η μέση τιμή των ημερών νοσηλείας είναι 11.

**Συμπεράσματα:** Από την έρευνα την οποία πραγματοποιήσαμε διαπιστώσαμε ότι η βαρύτητα μιας κατάκλισης σχετίζεται με την γενικότερη κατάσταση του ασθενούς, την προχωρημένη ηλικία που παρουσιάζει μεγαλύτερη συχνότητα κατακλίσεων λόγω της προοδευτικής μείωσης της ελαστικότητας του δέρματος και των ινών, του υποδόριου λίπους και του όγκου των μυών, καθώς επίσης και με τις ανεπαρκείς προληπτικές νοσηλευτικές παρεμβάσεις, τα μέτρα που εφαρμόζονται σε αυτές και τέλος την πλημμελή διατροφή. Η έρευνά μας βασίστηκε σε περιγραφική στατιστική σε ένα σύνολο 100 ασθενών που αποτέλεσε το δείγμα μας από τους οποίους οι 22 είχαν αναπτύξει κατακλίσεις σε διάφορα σημεία του σώματος. Σε σχέση με την ανατομική εντόπιση των κατακλίσεων οι περισσότερες βρέθηκαν στον κόκκυγα, τους γλουτούς και τις φτέρνες. Όσο αφορά τον βαθμό (στάδιο) της κατάκλισης το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών με κατάκλιση εμφάνισαν την κατάκλιση του σταδίου 1 (Βαθμού 1). Η ακινησία σε συνδυασμό με την υγρασία και την υψηλή θερμοκρασία αποτελούν παράγοντες υψηλού κινδύνου για δημιουργία κατακλίσεων ή επιδείνωση της κατάστασης της ήδη υπάρχουσας κατάκλισης. Πρέπει επίσης να επισημάνουμε ότι ένα μεγάλο ποσοστό ασθενών κατά την είσοδό του στο νοσοκομείο είχε ήδη αναπτύξει κατάκλιση που υποδηλώνει την απουσία της κοινοτικής νοσηλευτικής και νοσηλείας στο σπίτι. Στην θεραπευτική αντιμετώπιση και φροντίδα μιας κατάκλισης απαιτείται η εφαρμογή κάποιων μέτρων όπως συχνό γύρισμα, κατάλληλη τοποθέτηση του ασθενούς στο κρεβάτι, διατήρηση υγιεινής σώματος (φροντίδα κατάκλισης – καθαρισμός), στεγνό και καθαρό το περιβάλλον της κλίνης και την ανακούφιση του δέρματος από την πίεση (μασάζ – εντριβή). Εν κατακλείδι τα συμπεράσματα που προκύπτουν από την έρευνα αυτή είναι πως οι κατακλίσεις αποτελούν ένα διαχρονικό και σημαντικό πρόβλημα που τείνει να πάρει ακόμα μεγαλύτερες διαστάσεις. Η έρευνά μας ευελπιστούμε ότι θα αποτελέσει την βάση για μία καλύτερη και βελτιωμένη ποιότητα παρεχόμενης φροντίδας και πρόληψης στους ασθενείς καθώς επίσης και την εκτίμηση των ασθενών που βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο για δημιουργία κατάκλισης.

Παράρτημα

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Χρ.Δ.Πλατή , "Διερεύνηση παραγόντων που συμβάλλουν στην δημιουργία των κατακλίσεων".Νοσηλευτική, Τεύχος 2<sup>ο</sup>, 1989.
- Αναστάσιος Μερκούρης,Αικατερίνη Δημητρούλη,Ευτυχία Γεωργαντά,Αικατερίνη Ουζουνίδου. "Αξιολόγηση των κατακλίσεων:Επιπολασμός και αναγνώριση των ασθενών σε υψηλό κίνδυνο".Νοσηλευτική,Απρίλιος – Ιούνιος 2002.
- Πριάμη Μ, Λεμονίδου Χ, Μπροκαλάκη Η, Μερκούρης Α, Πλατή Χ."Συχνότητα και βαρύτητα κατακλίσεων χρονίως πασχόντων σε ιδρύματα".25<sup>ο</sup> ετήσιο πανελλήνιο νοσηλευτικό συνέδριο, Ηράκλειο Κρήτης 19 – 21 Μαΐου 1998.
- Χρ.Δ.Πλατή, "Οι κατακλίσεις:Ιατρο – νοσηλευτικό και κοινωνικο – οικονομικό πρόβλημα".Νοσοκομειακά Χρονικά, τόμος 47, τεύχος 2, Απρίλιος – Ιούνιος 1985.
- Χρ.Δ.Πλατή, Β.Λανάρα,Φ.Κατοστάρας,Ι.Μαντάς, Α.Πορτοκαλάκη,Η. Μπροκαλάκη."Παράγοντες που σχετίζονται με την βαρύτητα των κατακλίσεων".Νοσοκομειακά Χρονικά,54, 36 – 41, 1992.
- Εθνικός Σύνδεσμος Διπλωματούχων Νοσηλευτών – Νοσηλευτριών Ελλάδας.Μετάφραση, επιμέλεια έκδοσης Dr Χρυσάνθη Πλατή."Οδηγίες για την πρόληψη των κατακλίσεων".Αθήνα, Αύγουστος 1999.
- Rob J Van Marum, Marcel E Qoms, Miel W.Ribbe, Jacques Th, Van Eik."The Dutch Pressure Sore assessment score or the Norton scale for identifying at – risk nursing home patients?", Age and Ageing 2000, 63 – 68.
- Margaret Eduards BA (Hans), "The rationale for the use of risk calculators in pressure sore prevention, and the evindence of the reliability and validity of published scales".Journal of Advanced Nursing,1994,20,288 – 296.
- Carol Dea BSC (Hons) Snnrsnt."Monitoring the pressure sore problem in a teaching hospital".Journal of Advanced Nursing, 1994, 20, 652 – 659.
- Rook J. Wound, "Care pain manangement"Nurse Prakt, 1997, 12 (3):122 – 6,134 – 6.
- Kerstein MD "The non healing leg ulcer:peripheral vascular disease, chronic venus insuffiencu and ischaimia ostomi Wound manage 1996:42 (10 suppl):19, 5 -535.

- Arnlond F, Cherry G."Grantocyte Monocyte – coloni stinulating factor as an agent for wound healing", Wound Care, 1995:4:400 – 2.
- Pieters RC,Roger RA, Saleh AW, et all Molgramostin to treat ss – sickle cell leg ulcers,Lancet 1995:342:528.
- Paune WG, Ochs DE,Meltzer DP,et al,Long term outcome study of growth factor treated pressure ulcers.AMI Surg, 2001:181 (1):81 – 6.
- EL Saghir Ns, Bili AR, Sha Ns,et al,Pressure ulcer accelerated healing with local injections of GM – CSF,J Infect 1997:35(2):, 179 – 82.
- Jarkony GM,Kirk PM,Carlson C, et al, Classification of pressure ulcers.Arch Dermatol, 1990:126:1218 – 19.
- Δημητράκη Μαρία,Σημειώσεις διδακτικής ύλης,2004.
- [www.disabled.gr](http://www.disabled.gr)
- [www.bedsoures.com](http://www.bedsoures.com)
- [www.mednet.gr](http://www.mednet.gr)