

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ: ΜΟΝΑΔΕΣ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ  
ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΗ: ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ – ΜΗΧΑΝΙΚΟΣ ΑΕΡΙΣΜΟΣ



**“ Η ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΣΤΗ Μ.Ε.Θ. ”**

**ΓΑΒΡΙΗΛ ΛΑΖΟΣ**

**ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ RN, MSc, PhD(c)  
ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΟΣ ΜΕΘ / ΜΑΦ**

**Α΄ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗΣ ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η ΣΩΤΗΡΙΑ»**





## ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Χώρος εντατικής παρακολούθησης ή / και υποστήριξης ζωτικών λειτουργιών βαρέως πασχόντων ασθενών





- Η ΜΕΘ αποτελεί έναν εξαιρετικά απαιτητικό χώρο τόσο από εργασιακή άποψη, όσο και από την πλευρά της εκπαίδευσης και της κατάρτισης των στελεχών της, αλλά και της συνεχιζόμενης επιμόρφωσης
- Το νοσηλευτικό προσωπικό της ΜΕΘ αποτελεί βασικό μοχλό της λειτουργίας της και καθοριστικό παράγοντα στην ομαλή κλινική έκβαση των ασθενών

# ΣΤΟΧΟΣ ΤΗΣ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Να φροντίζει και να θεραπεύει ασθενείς **βαρέως πάσχοντες** από απειλητικές για τη ζωή νοσηρές καταστάσεις, ενώ συγχρόνως να διατηρεί και να αποκαθιστά την ποιότητα ζωής



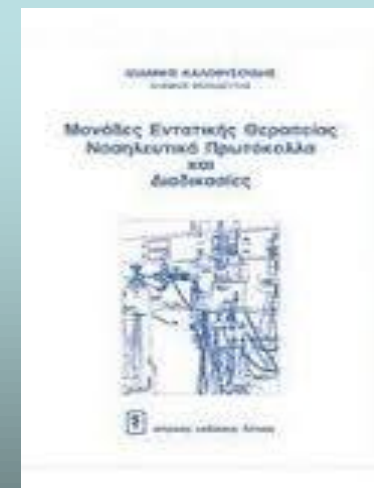
# Η ΜΕΘ ΑΠΑΙΤΕΙ:

- **Νοσηλευτές ισχυρούς ως χαρακτήρες και αφοσιωμένους**, με αποστολή τη συνεχή βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας του βαρέως πάσχοντος
- Επάρκεια προσωπικού, καλά προετοιμασμένου, με επαγγελματική ευσυνειδησία, καλή συμπεριφορά, πειθαρχία, τήρηση δεοντολογίας & σεβασμό ιεραρχίας
- Ιδανικά όλο το προσωπικό να **μοιράζεται έναν κοινό στόχο που να εστιάζεται στο τι είναι καλύτερο για τον ασθενή**





## Επιπλέον απαιτούνται:



- **Καλά τεκμηριωμένα πρωτόκολλα** κλινικής πρακτικής, οδηγίες, διαδικασίες
- **Συνεχή παρακολούθηση** τόσο των συμβάντων όσο και της έκβασης των ασθενών, ώστε να αξιολογούνται τόσο η ποιότητα της δουλειάς, όσο και η αποτελεσματικότητα κάθε νέας προσπάθειας
- Οι γιατροί, οι νοσηλευτές, οι φυσιοθεραπευτές και όλο το υπόλοιπο προσωπικό να λειτουργούν ως συνάδελφοι, δηλαδή να **συνεργάζονται** τόσο στη φροντίδα των ασθενών όσο και σε ιδέες και πρακτικές βελτίωσης της δουλειάς
- **Διάλογο**, όσον αφορά το καλύτερο τρόπο για την αντιμετώπιση του ασθενούς. Κάθε άποψη πρέπει να είναι ευπρόσδεκτη και αξιοσέβαστη





## ΕΙΣΑΓΩΓΗ



- Καθώς οι ασθενείς των ΜΕΘ είναι πολυσυστηματικά βαρέως πάσχοντες, άρα και η Νοσηλευτική Φροντίδα τους θα είναι σύνθετη - πολύπλοκη - περίπλοκη, ωστόσο πρέπει να είναι  
**πλήρης - ολοκληρωμένη - ολιστική & εξατομικευμένη**
- Απαιτεί συχνές αναπροσαρμογές όσον αφορά τον προγραμματισμό, τη σχεδίαση και τις ενέργειές μας σύμφωνα με τις εύκολα μεταβαλλόμενες ανάγκες

# Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΣΤΗ ΜΕΘ

Εξασφαλίζει ότι όλοι οι βαρέως πάσχοντες τυγχάνουν της άριστης νοσηλευτικής φροντίδας που βασίζεται σε:

- Επαγγελματική υπευθυνότητα
- Προσήλωση στα standards της νοσηλευτικής φροντίδας
- Αφοσίωση στις αρχές της ηθικής και της δεοντολογίας





# Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

- Είναι σύνθετος
- Αφορά τον ασθενή ως σύνολο και τη νόσο σε όλο το φάσμα της εξέλιξής της
- Δεν περιορίζεται στην εκτέλεση απλών νοσηλευτικών καθηκόντων με την έννοια μόνο της μέτρησης και της καταγραφής

Αυτό σημαίνει:



- α) εντοπισμό και ιεράρχηση των προβλημάτων και αναγκών του ασθενή
- β) προγραμματισμό επίλυσης και χορήγηση κατάλληλης φαρμακευτικής αγωγής
- γ) έλεγχο αποτελεσματικότητας των θεραπευτικών παρεμβάσεων, έτσι ώστε σε συνεργασία με τον ιατρό αυτές να μπορούν ενδεχομένως να αναθεωρηθούν, εφ' όσον δεν υπάρχει η αναμενόμενη ανταπόκριση

# ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΖΩΤΙΚΩΝ ΣΗΜΕΙΩΝ



- Γίνεται ανά ώρα και αποτελεί μια από τις ιδιαιτερότητες της Ν.Φ. αρρώστου ΜΕΘ
- Δεν έχει απλά την έννοια της παρακολούθησης και καταγραφής ενδείξεων του monitor, αλλά και τον επαρκή έλεγχο των συστημάτων του ασθενή και την τροποποίηση των νοσηλευτικών παρεμβάσεων ανάλογα με τις επιμέρους ανάγκες



# ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Παρακολουθούνται διαρκώς:

- **ΚΑΡΔΙΑΚΟΣ ΡΥΘΜΟΣ**: συχνότητα, αρρυθμίες, αλλαγές στη μορφολογία QRS και ST. Λήψη ΗΚΓγραφήματος απαιτείται συχνά για καταγραφή και πλήρη αξιολόγηση των παραπάνω
- **ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΠΙΕΣΗ**: συστολική, διαστολική, μέση. Αποτελεί δείκτη ομαλής λειτουργίας του καρδιαγγειακού συστήματος. Ιδιαίτερα η μέση αποτελεί τον καλύτερο δείκτη καθώς αντανακλά την πίεση της περιφερειακής ροής του αίματος. Γίνεται με αναίμακτη και αιματηρή μέθοδο [ΔΑΠ×2+ΣΑΠ:3] (Φ.Τ. > 65)
- **ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΦΛΕΒΙΚΗ ΠΙΕΣΗ ή CVP**: Δίνει τη δυνατότητα αξιολόγησης της επάρκειας του ενδο-αγγειακού όγκου, της λειτουργίας της δεξιάς κοιλίας, μας καθοδηγεί στη χορήγηση υγρών, διουρητικών, αγγειοδραστικών φαρμάκων. Μετράται μία φορά/βάρδια ή και περισσότερες ανάλογα με τις ανάγκες του ασθενή (Φ.Τ. = 4 - 12 cmH<sub>2</sub>O)





# ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Παρακολουθούνται διαρκώς:

- **ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ – ΤΥΠΟΣ ΑΝΑΠΝΟΩΝ**, για διαπίστωση φαινομένων ταχύπνοιας, άπνοιας, κλπ που δυνατό να σημαίνουν κόπωση αναπνευστικών μυών ή επιβάρυνση της γενικής κατάστασης του ασθενή. **ΕΚΚΡΙΣΕΙΣ** (ποσότητα-ποιότητα). **ΒΗΧΑΣ & ΑΠΟΧΡΕΜΨΗ**.
- **ΚΟΡΕΣΜΟΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΟΥ ΑΙΜΑΤΟΣ ( $SpO_2$ )** σε οξυγόνο μέσω παλμικού οξυμέτρου
- **$SpCO_2$**  (αν υπάρχει καπνογράφος)  
Λαμβάνονται και αναλύονται δείγματα αρτηριακού αίματος για προσδιορισμό αερίων αίματος και αξιολόγηση της αναπνευστικής λειτουργίας ανά 4h  
Παρακολουθούνται οι παράμετροι του αναπνευστήρα και ανάλογα αναπροσαρμόζονται οι συνθήκες

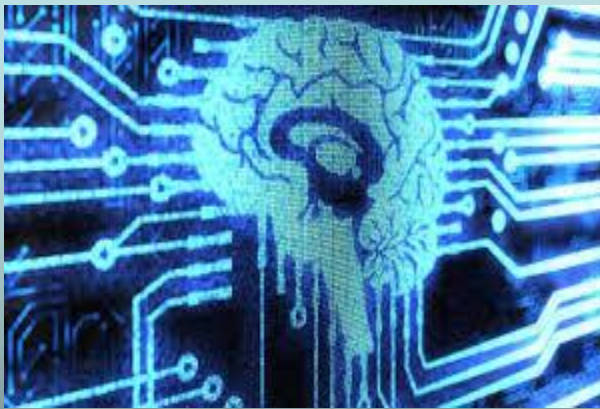




## ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

- Μετράται και καταγράφεται η ωριαία αποβολή ούρων που αν είναι λιγότερη από  $0,5\text{ml/kg/h}$  για περισσότερο από 3h ή είναι υπερβολικά αυξημένη αναφέρεται στον ιατρό
- Με την ανά ώρα καταμέτρηση προσλαμβανομένων – αποβαλλομένων υγρών, στο τέλος κάθε βάρδιας και κάθε 24h εξάγεται το **ΙΣΟΖΥΓΙΟ**
- Ελέγχεται παράλληλα και η ποιότητα των ούρων (χρώμα, πυκνότητα, πιθανή εμφάνιση αίματος, ιζήματος, ...)





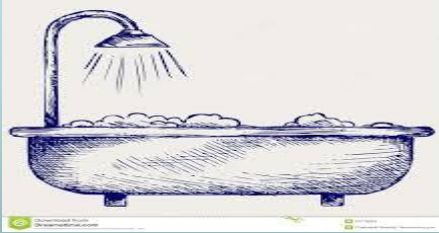
## ΚΕΝΤΡΙΚΟ ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Γίνονται οι παρακάτω ενέργειες:

- Παρακολουθείται διαρκώς το επίπεδο συνείδησης του αρρώστου, το οποίο εξαρτάται από το βαθμό καταστολής του
- Εξετάζονται οι κόρες των οφθαλμών (κύρια σε N/Χ περιστατικά) ανά τακτά χρονικά διαστήματα. Συγκρίνονται: μέγεθος κορών, αντίδραση στο φως (= φωτοκινητικό αντανακλαστικό), η θέση (μέση θέση, έκτοπη κόρη), συζυγείς ή μη κινήσεις των οφθαλμών
- **ΘΕΡΜΟΚΡΑΣΙΑ** (κεντρική ή περιφερική)



# ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ & ΠΕΡΙΠΟΙΗΣΗ



## ΠΕΡΙΠΟΙΗΣΗ ΣΩΜΑΤΟΣ

- Η καθαριότητα και η υγιεινή αποτελούν θεμελιώδεις και καθημερινές ανάγκες της ανθρώπινης ύπαρξης, πόσο μάλλον των ασθενών της ΜΕΘ που δεν έχουν τη δυνατότητα αυτοεξυπηρέτησης. Περιλαμβάνει: λουτρό καθαριότητας, αλλαγή ιματισμού, στρώσιμο κλίνης
- Το λουτρό γίνεται καθημερινά, το λούσιμο 2 φορές την εβδομάδα (ή ανάλογα την αναγκών) Ξεκινά από πάνω προς τα κάτω, από εμπρός προς τα πίσω (εκτός αν ο άρρωστος βρίσκεται σε πρηνή θέση). Χρησιμοποιούμε χλιαρό νερό και σαπούνι ή διάλυμα chlorhexidine, σπόγγο, κυκλικές κινήσεις (όχι μόνο για καθαρισμό, αλλά και τόνωση της κυκλοφορίας). Γίνεται σχολαστικός καθαρισμός της περιοχής του περινέου, επισκοπείται η περιοχή για σημεία ερυθρότητας, κατακλίσεων, αλλεργικής αντίδρασης & περιποίησή τους αντίστοιχα, πιθανής απώλειας από τον folley, λοίμωξης. Ακολουθεί καλό σκούπισμα (για αποφυγή ύπαρξης υγρασίας), ενυδάτωση περιοχής πλάτης – γλουτών που προάγει την κυκλοφορία και δημιουργεί αίσθημα ανακούφισης και άνεσης  
Η άμεση αυτή επαφή δίνει τη δυνατότητα στο νοσηλευτή να επικοινωνήσει με τον άρρωστο (αν δεν είναι σε καταστολή) & να ελέγξει το επίπεδο συνείδησής του
- Ξύρισμα (για τους άνδρες)
- Περιποίηση νυχιών





# ΥΓΙΕΙΝΗ ΣΤΟΜΑΤΟΣ



- Είναι ιδιαίτερα σημαντική καθώς η στοματική κοιλότητα αποτελεί ιδανικό περιβάλλον ανάπτυξης βακτηριδίων & μικροβίων, λόγω του θερμού & υγρού περιβάλλοντος, της διαταραχής της φυσιολογικής χλωρίδας, της συσσώρευσης σιέλου στο λάρυγγα, της αναστολής του αντανακλαστικού κατάποσης (λόγω της καταστολής & γενικά αδυναμίας του ασθενή να διαχειριστεί τις εκκρίσεις του)

Η αναρρόφηση αφαιρεί μεγάλη ποσότητα σιέλου, αλλά δεν είναι επαρκής

- Σε ασθενείς με στοματοτραχειακό σωλήνα, συνίσταται καθαρισμός με ειδικά set καθαρισμού της στοματικής κοιλότητας ή με σπάτουλα ή λαβίδα και στοματικό διάλυμα. Με ήπιες κινήσεις καθαρίζονται τα δόντια και η στοματική κοιλότητα, ενώ υπολείματα διαλύματος αφαιρούνται με αναρρόφηση
- Σε ασθενείς με τραχειοστομία, καθαρισμός με οδοντόβουρτσα και οδοντόπαστα ≠ ακολουθείται η παραπάνω διαδικασία.  
Αν είναι απαραίτητο χρησιμοποιούνται σταγόνες νυσταμισίνης, όχι όμως 2h πριν & μετά τη χρήση στοματικού διαλύματος.  
Τα χείλη ενυδατώνονται τακτικά προς αποφυγή ξηρότητας και δημιουργία ρωγμών ή ελκών
- Η συχνότητα περιποίησης ποικίλει ανάλογα με τις ανάγκες. Συνίσταται να γίνεται 1 φορά / βάρδια
- Αν υπάρχει τεχνητή οδοντοστοιχία αφαιρείται και φυλάσσεται εντός N/S 0,9%



# ΠΕΡΙΠΟΙΗΣΗ ΟΦΘΑΛΜΩΝ

Στους ασθενείς των ΜΕΘ η φυσιολογία των ματιών και οι μηχανισμοί προστασίας τους διαταράσσονται λόγω της γενικότερης κατάστασης (καταστολή, κάκωση κρανίου,...)

Η περιποίησή τους περιλαμβάνει:

- Καθαρισμό με ήπιους χειρισμούς
- Ενστάλαξη κολλυρίων με σκοπό: ↓ πιθανότητας λοίμωξης, ↓ πόνου (λόγω ερεθισμού, τραύματος), αποκατάσταση φυσιολογικής ύγρανσης
- Σε περιπτώσεις ατελούς σύγκλισης βλεφάρων εκτός από τη χρήση τεχνητών δακρύων ενδείκνυται κάλυψη με υποαλλεργική ταινία, ώστε να αποφεύγεται η ξηρότητα και οι περαιτέρω βλάβες του κερατοειδή
- Η περιποίηση πρέπει να γίνεται 3 φορές / ημέρα ή και συχνότερα
- Ταυτόχρονα γίνεται από τον νοσηλευτή και η εκτίμηση του μεγέθους – σχήματος των κορών & των αντιδράσεών τους στο φως
- Φακοί επαφής αφαιρούνται, ξεπλένονται με N/S 0,9% και φυλάσσονται σε υγρό συντήρησης



# Ν.Φ. ΕΝΔΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΚΑΘΗΤΡΩΝ



## 1. ΚΕΝΤΡΙΚΟΣ ΦΛΕΒΙΚΟΣ ΚΑΘΗΤΡΑΣ

Συνιστώνται οι εξής κατευθυντήριες οδηγίες:



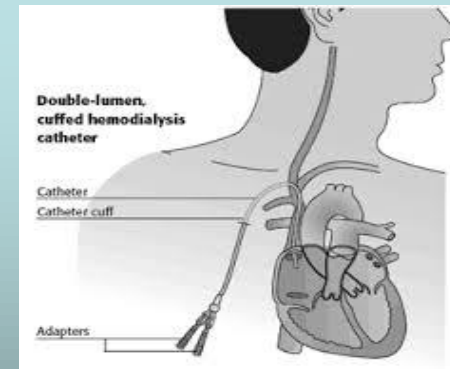
Αλλαγή γίνεται μόνο όταν υπάρχει ένδειξη

- Τοποθετούμε όλα τα υλικά μας κοντά/δίπλα στο σημείο εργασίας μας
- Αφαιρούμε το παλιό κάλυμμα, επισκοπούμε την περιοχή για σημεία φλεγμονής, ερυθρότητας, διαρροής από το σημείο εισόδου
- Καθαρίζουμε με **ΑΣΗΠΤΗ ΤΕΧΝΙΚΗ** χρησιμοποιώντας Betadine 10%, διάλυμα chlorexidine 0,05% ή **CRX 2%** (ή σύμφωνα με το πρωτόκολλο του νοσοκομείου), αφήνουμε να στεγνώσει 30'', χωρίς να φυσάμε, καλύπτουμε με νέο αποστειρωμένο αυτοκόλλητο επίθεμα. **Δεν χρησιμοποιούμε αντιμικροβιακή αλοιφή επειδή προκαλεί αντίσταση στα αντιβιοτικά**
- Αλλαγή του επιθέματος ανά **48h** αν είναι αδιαφανές (γάζας) και ανά **7 ημέρες** αν είναι διαφανές (πολυουρεθάνης – ημιδιαπερατό). Νωρίτερα όμως αν παρατηρηθούν σημεία φλεγμονής, υγρασία ή το κάλυμμα χάσει τη στεγανότητά του. Έλεγχος βατότητας γίνεται καθημερινά. Επί μηριαίου καθετήρα γίνεται σχολαστικός – τακτικός καθαρισμός της περιοχής του περινέου & των μηροβουβωνικών πτυχών προς εξασφάλιση στεγανότητας του σημείου εισόδου & αποφυγή μολύνσεων
- Παράλληλα ανά **96h** αλλάζονται οι συσκευές έγχυσης **ΕΚΤΟΣ** αν χορηγείται παρεντερική σίτιση, λίπος, προποφόλη, οπότε η αλλαγή γίνεται ακόμη και ανά **6 - 12 - 24h ( σίγουρα 1 φορά / 24ωρο )**
- Σημειώνουμε ημερομηνία & ώρα αλλαγής, τόσο στα επιθέματα, όσο και στις συσκευές
- Κατά την αφαίρεση ΚΦΓ, βγάζουμε το επίθεμα, κόβουμε το ράμμα συγκράτησης, απολυμαίνουμε την περιοχή γύρω από το σημείο εισόδου. Αν το άκρο πρόκειται να σταλεί για κ/α κόβουμε με αποστειρωμένο νυστέρι ή ψαλίδι και το τοποθετούμε σε αποστειρωμένο φιαλίδιο, πιέζουμε σταθερά το σημείο, επισκοπούμε την περιοχή, τοποθετούμε αποστειρωμένο επίθεμα, ενημερώνουμε το διάγραμμα νοσηλείας
- Όταν υπάρχει υψηλός δείκτης λοιμώξεων που σχετίζονται με ΚΦΚ συνίσταται χρήση επικαλυπτόμενου ή εμβαπτισμένου σε αντισηπτικό παράγοντα καθετήρα σε ασθενείς που θα παραμείνουν > 5 ημέρες

## 2. ΚΑΘΗΤΗΡΑΣ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΣ, ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΠΑΡΟΧΗΣ, ΕΞΩΠΝΕΥΜΟΝΙΚΟΥ ΥΔΑΤΟΣ (Swan-Ganz, Vigileo-Flotrac , Volume-View)

Ισχύει ότι και πριν, επιπλέον όμως πρέπει:

- Να βρίσκεται σε σταθερή θέση το διαφανές κάλυμμα μέσα από το οποίο προωθείται ο καθετήρας
- Να γίνεται συχνή εκτίμηση προς διαπίστωση επιπλοκών όπως: πνευμονική εμβολή, θρομβοφλεβίτιδα, μόλυνση, αρρυθμία,...
- Ο καθετήρας να ηπαρινίζεται στους δύο αυλούς και τοποθετείται αποστειρωμένο κάλυμμα



## 3. ΚΑΘΗΤΗΡΑΣ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ (2-Lumen αιμοδιήθησης)

Ο τρόπος φροντίδας δεν διαφέρει από τους προηγούμενους, όμως επιπλέον:

- Ελέγχεται το σημείο εισόδου για ύπαρξη αιμορραγίας, λόγω του μεγάλου εύρους του αυλού & της χρήσης αντιπηκτικής αγωγής
- Φροντίδα για διατήρηση βατότητας
- Γίνεται σχολαστικός – τακτικός καθαρισμός της περιοχής του περινέου & των μηροβουβωνικών πτυχών επί μηριαίου καθετήρα προς εξασφάλιση στεγανότητας του σημείου εισόδου & αποφυγή μολύνσεων



#### 4. ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΟΣ ΦΛΕΒΙΚΟΣ ΚΑΘΗΤΗΡΑΣ

Ισχύει ότι παραπάνω και επιπλέον:

- Επισκοπούμε την περιοχή για σημεία φλεγμονής, διαρροής, τη θέση του καθετήρα
- Αλλάζονται ανά 3 - 4 ημέρες (σύμφωνα με το πρωτόκολλο του νοσοκομείου) και επί υποψίας λοίμωξης
- Αλλαγή επιθέματος γίνεται ανά 48h ή και νωρίτερα αν παρατηρηθεί υγρασία και το κάλυμμα χάσει τη στεγανότητά του
- Καθαρίζουμε με άσηπτη τεχνική την περιοχή χρησιμοποιώντας Betadine 10%, διάλυμα chlorexidine 0,05% ή 2% (ή σύμφωνα με το πρωτόκολλο του νοσοκομείου), αφήνουμε να στεγνώσει 30'', χωρίς να φυσάμε, καλύπτουμε με νέο αποστειρωμένο αυτοκόλλητο επίθεμα, έτσι ώστε να φαίνεται το σημείο εισόδου
- Σημειώνουμε ημερομηνία αλλαγής

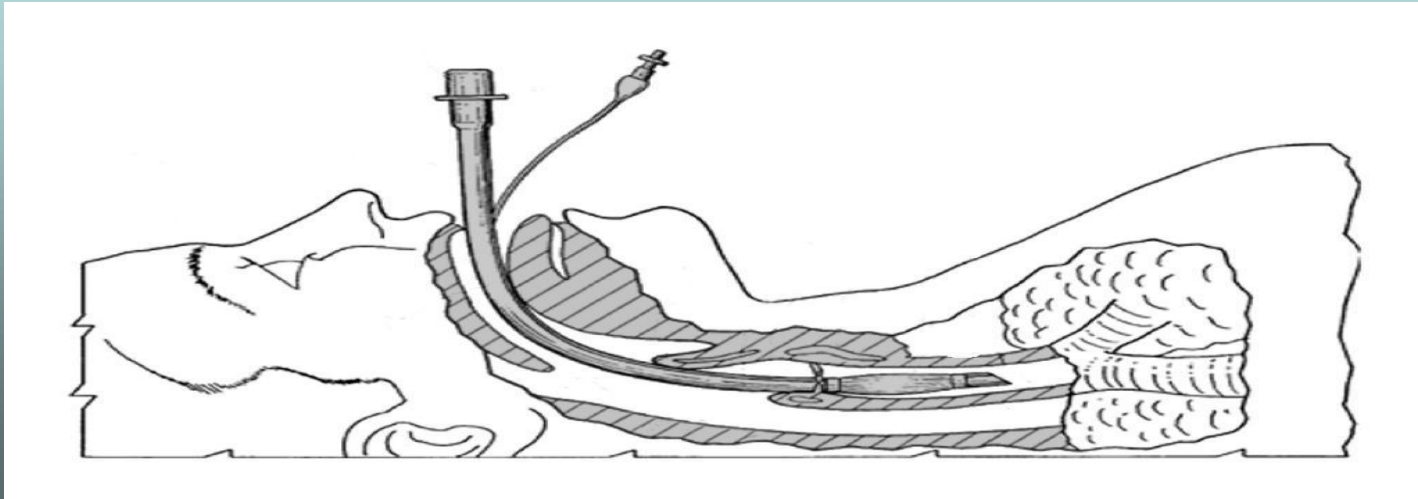


## 5. ΑΡΤΗΡΙΑΚΟΣ ΚΑΘΕΤΗΡΑΣ



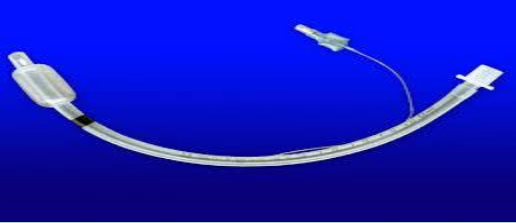
- Οι καθετήρες αυτοί έχουν άμεση επαφή με την αρτηριακή κυκλοφορία και κάθε πιθανή μόλυνση μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρή συστηματική λοίμωξη
- Περί Ν.Φ. ισχύουν όλα τα προηγούμενα, ενώ παράλληλα αλλάζουμε και το κύκλωμα της αρτηριακής πίεσης (μορφομετατροπέα – transducer) ανά **4ήμερο**
- Κατά την αφαίρεσή τους πιέζουμε σταθερά για τουλάχιστον 5' το σημείο εισόδου για αιμόσταση
- Παρακολουθούμε για 24h μετά την αφαίρεση για σημεία ισχαιμίας του άκρου

# ΠΕΡΙΠΟΙΗΣΗ ΤΡΑΧΕΙΟΣΩΛΗΝΑ



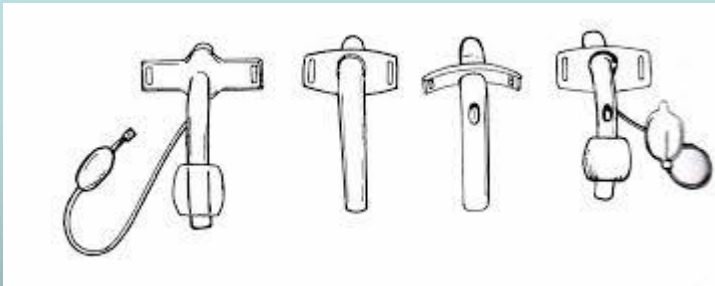
Οι ασθενείς των ΜΕΘ στη συντριπτική τους πλειοψηφία είναι διασωληνωμένοι και δέχονται αναπνευστική υποστήριξη (αναπνευστήρας, T-piece, m/v, ...)

Έτσι η παρακολούθησή τους πρέπει να είναι συνεχής και ανάλογη του τρόπου διασωλήνωσής τους



# 1. ΣΤΟΜΑΤΟΤΡΑΧΕΙΑΚΟΣ ΣΩΛΗΝΑΣ

- Μετά την τοποθέτησή του & επιβεβαίωση της θέσης του με ακρόαση και α/α θώρακος, καταγράφεται η θέση του (ούλα, δόντια) και διατηρείται σταθερή
- Σε κάθε βάρδια επανελέγχεται η θέση του σωλήνα & η σταθερότητά του, που επιτυγχάνεται με χρήση φακαρόλας ή ειδικών εξαρτημάτων στερέωσης
- Η περίσφιξη πρέπει να είναι χαλαρή, έτσι ώστε **1** δάκτυλό μας να μπορεί να περάσει κάτω από οποιοδήποτε μέρος του
- Απαιτείται συνεχής προσοχή για ακρόαση διαφυγής αέρα, λόγω ανεπαρκούς πλήρωσης του cuff
- Σε κάθε βάρδια πρέπει να γίνεται μέτρηση της πίεσης του cuff με ειδικό μανόμετρο (Φ.Τ. = 15 - 25 cmH<sub>2</sub>O)
- Γίνονται ανάλογα αναρροφήσεις προς απομάκρυνση εκκρίσεων & έλεγχο βατότητας. Καταγράφεται πάντα η ποσότητα, ποιότητα εκκρίσεων & η συχνότητα αναρροφήσεων
- Παρακολουθούμε τον ασθενή για σημεία δυσφορίας & ενδείξεις SpO<sub>2</sub>



## 2. ΣΩΛΗΝΑΣ ΤΡΑΧΕΙΟΣΤΟΜΙΑΣ

Προσέχουμε ότι παραπάνω και επιπλέον:

- Κάνουμε περιποίηση της τομής **1** φορά / ημέρα (ή σύμφωνα με τις ανάγκες του αρρώστου) καθαρίζοντας με **ΑΣΗΠΤΗ ΤΕΧΝΙΚΗ** το σημείο εισόδου, παρατηρώντας για ύπαρξη ερυθρότητας, αιμορραγίας, ...
- Τοποθετούμε αποστειρωμένη γάζα-κάλυμμα
- Η περίσφιξη πρέπει να είναι χαλαρή έτσι ώστε **2** δάκτυλά μας να μπορεί να περάσουν κάτω από οποιοδήποτε μέρος του

## 3. ΡΙΝΟΤΡΑΧΕΙΑΚΟΣ ΣΩΛΗΝΑΣ

Γίνεται έλεγχος των παραρρινίων σε περίπτωση που χρησιμοποιείται (σπάνια σε ΜΕΘ ενηλίκων)







## ΠΕΡΙΠΟΙΗΣΗ ΚΑΘΗΤΗΡΩΝ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ



### 1. ΡΙΝΟΓΑΣΤΡΙΚΟΣ ΣΩΛΗΝΑΣ (Levin)

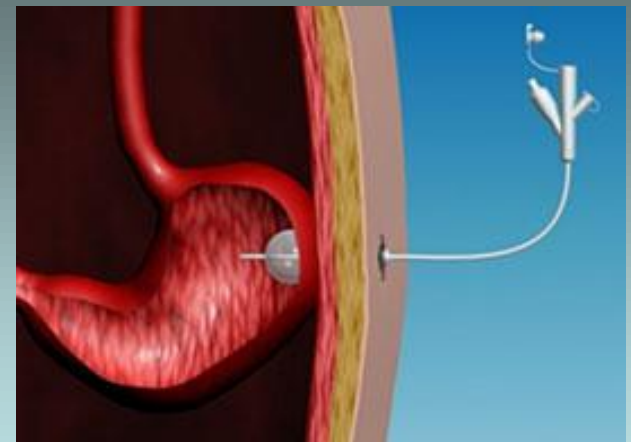
Χρησιμεύει στην εντερική σίτιση ασθενών & τη χορήγηση ειδικής φαρμακευτικής αγωγής, η οποία δεν μπορεί να δοθεί p.o. εξαιτίας του ότι ο ασθενής είναι διασωληνωμένος, δεν έχει καλό επίπεδο συνείδησης, εμφανίζει δυσκαταποσία.

Έτσι πρέπει:

- Να ελέγχεται ανά βάρδια (ή σε περίπτωση αμφιβολίας λόγω μετακίνησης) για την καθήλωσή του στη σωστή θέση, ενώ το κρεβάτι του ασθενή πρέπει να βρίσκεται σε γωνία  $\geq 30^\circ$  προς αποφυγή εισρόφησης, δημιουργία τροφοπιλίματος
- Παρακολουθείται συχνά η βατότητά του, ιδίως αν είναι μικρού εύρους ή το σκεύασμα θρέψης δεν έχει τόσο λεπτόρρευση υφή
- Ημερομηνία & ώρα αλλαγής τοποθετείται στο σκεύασμα σίτισης & στη συσκευή μόνο ημερομηνία, αν και αλλάζονται καθημερινά
- Ελέγχονται τακτικά η ποσότητα, σύσταση, χρώμα υπολείμματος
- Παρακολουθείται ο ασθενής για σημεία δυσανεξίας στη σίτιση (μετεωρισμός, απουσία εντερικών ήχων, διάρροια, απουσία κενώσεων)
- Τέλος, ο ασθενής πρέπει να αποδεσμεύεται από το Levin όσο το δυνατό γρηγορότερα, από τη στιγμή που το επιτρέπει η βελτίωση της κατάστασής του

## 2. ΚΑΘΗΤΗΡΕΣ ΓΑΣΤΡΟ- ΝΗΣΤΙΔΟ- ΣΤΟΜΙΑΣ

- Αποτελούν εναλλακτικό τρόπο διεντερικής σίτισης του ασθενή
- Οι γενικές αρχές παραμένουν ίδιες
- Επιπλέον παρακολουθείται συχνά το σημείο εισόδου για εμφάνιση δερματικών αντιδράσεων, σημείων λοίμωξης, εκροής υγρού ή τροφής και επιβεβαιώνεται η θέση τους





## ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΚΕΝΩΣΕΩΝ

Η φυσιολογική κένωση του εντέρου διαταράσσεται στους ασθενείς των ΜΕΘ, λόγω ακινησίας, φαρμακευτικής αγωγής, καταστροφής της εντερικής χλωρίδας. Έτσι έχουμε:

### α) ΜΗ ΚΕΝΩΣΗ ΕΝΤΕΡΟΥ

Συνιστάται:

- Λήψη υπακτικών (π.χ. Parafin oil) στον υπό καταστολή άρρωστο
- Αν δεν έχουμε κένωση για 3 ημ. χρησιμοποιούμε 2 supp glycerine, για 4 ημ. Fleet enema & αν δεν έχουμε κένωση στις επόμενες 4h χορηγούμε 30cc lactulose (duphalac) ανά 6h μέχρι να υπάρξουν περισταλτικές κινήσεις του εντέρου & κατόπιν 30cc σε καθημερινή βάση
- Αν δεν έχουμε αποτέλεσμα τις επόμενες 24h γίνεται υψηλός υποκλυσμός με 500cc διαλύματος
- Αν δεν υπάρξει εκ νέου αποτέλεσμα ενημερώνεται ιατρός
- Καταγραφή των πάντων στο ημερήσιο φύλο νοσηλείας



### β) ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΔΙΑΡΡΟΪΚΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ

Συνιστάται:

- Διακοπή (αν υπάρχει δυνατότητα) χορήγησης φαρμάκου που μπορεί να ευθύνεται
- Αλλαγή διατροφικού σκευάσματος
- Στέλνουμε κ/α κοπράνων & δείγμα για πιθανή ύπαρξη clostridium dif.
- Παρακολουθούμε επίπεδα ηλεκτρολυτών και χορηγούμε επιπλέον υγρά
- Προσθέτουμε στη σίτιση φυτικές ίνες

# ΠΕΡΙΠΟΙΗΣΗ ΚΑΘΗΤΡΩΝ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ



## 1. ΔΙΟΥΡΗΘΡΙΚΟΣ ΚΑΘΗΤΡΑΣ ΚΥΣΤΕΩΣ

- Ο ασθενής λόγω της βαρύτητας & της γενικής του κατάστασης (καταστολή, μακρά κατάκλιση) δεν είναι σε θέση να διαχειρίζεται την κένωση της κύστης του. Έτσι για την εξασφάλιση συνεχούς παρακολούθησης της ποσότητας & ποιότητας των αποβαλλομένων ούρων του φέρει καθετήρα κύστεως & συσκευή ωριαίας μέτρησης ούρων
- Η παραμονή του καθετήρα για μεγάλο χρονικό διάστημα αποτελεί ευνοϊκό παράγοντα ανάπτυξης ουρολοίμωξης

### Ως μέτρα πρόληψης μπορούμε να αναφέρουμε τα παρακάτω:

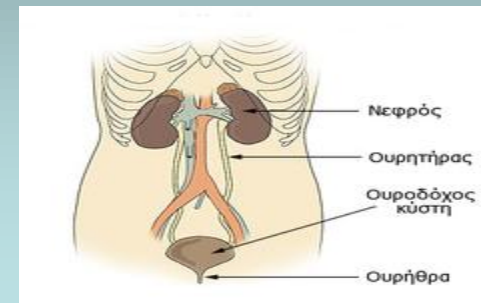
- Επιλογή του κατάλληλου τύπου καθετήρα (π.χ. οι καθετήρες σιλικόνης εμφανίζουν λιγότερα προβλήματα & μπορούν να παραμείνουν 2 - 3 μήνες)
- Χρήση κλειστού κυκλώματος παροχέτευσης που ↓ τον κίνδυνο εξωγενούς επιμόλυνσης
- Μείωση του αποικισμού του ουρηθρικού στομίου & του περινέου κατά το καθημερινό λουτρό
- Σωστή στερέωση του folley χωρίς να παρεμποδίζεται η κίνηση, προς αποφυγή έλξης ή τάσης της κύστης
- Χρήση του μικρότερου δυνατού μεγέθους folley (14 - 18F) για να μην αποφράσσονται οι περιουρηθρικοί αδένες & πλήρωση του μπαλονιού συγκράτησης σύμφωνα με τις οδηγίες που αναγράφονται στη συσκευασία
- Τοποθέτηση του συστήματος παροχέτευσης στο κάτω μέρος του κρεβατιού, χαμηλότερα από το επίπεδο της κύστης προς αποφυγή παλινδρόμησης ούρων & συγκράτησή του με στηρικτικό
- Κένωση του σάκου από τη βαλβίδα εκροής (με καθαρά γάντια) σε δοχείο συγκεκριμένο & διαφορετικό για κάθε ασθενή προς αποφυγή διασταυρούμενης βακτηριουρίας
- Εκπαίδευση του ασθενή (όταν είναι σε θέση) με ασκήσεις κύστεως για την όσο το δυνατό συντομότερη αφαίρεση του καθετήρα

## 2. ΥΠΕΡΗΒΙΚΟΣ ΚΑΘΗΤΗΡΑΣ ΚΥΣΤΕΩΣ

Χρησιμοποιείται σε περίπτωση τραυματισμού της ουρήθρας (π.χ. # πυέλου), σε στενώσεις ή αποφράξεις (π.χ. υπερτροφία προστάτη)

Η Ν.Φ. περιλαμβάνει:

- Καθημερινό καθαρισμό του σημείου εισόδου με αντισηπτικό διάλυμα
- Προσεκτική στερέωση του καθετήρα
- Προσοχή για σημεία απόφραξης και άμεση ενημέρωση ιατρού
- Επισκόπηση της περιοχής για σημεία διάβρωσης του δέρματος, διαφυγής ούρων, ερυθρότητας ή ύπαρξης πυώδους – δύσοσμου υλικού στο σημείο εισόδου του καθετήρα



# ΧΕΙΡΙΣΜΟΣ ΠΑΡΟΧΕΤΕΥΣΕΩΝ

## 1. ΘΩΡΑΚΟΣ

Η Ν.Φ. περιλαμβάνει τις παρακάτω ενέργειες:

- Ταυτόχρονα με την τοποθέτηση του σωλήνα παροχέτευσης στην υπεζωκοτική κοιλότητα & τη στερέωσή του, γίνεται σύνδεση με το σύστημα παροχέτευσης, στο οποίο έχει προστεθεί WFI ή N/S 0,9%
- Συνδέεται η αναρρόφηση στην παροχή κενού αν υπάρχει ένδειξη
- Το σημείο εισόδου καλύπτεται - σφραγίζεται με αποστειρωμένη γάζα & γίνεται συνεχής εκτίμηση για πιθανή διαφυγή υγρού ή αέρα
- Το σύστημα τοποθετείται σε επίπεδο χαμηλότερο από το θώρακα του ασθενή για προαγωγή της παροχέτευσης & αποφυγή παλινδρόμησής του στην υπεζωκοτική κοιλότητα
- Παρακολουθείται η ποσότητα & ποιότητα του υγρού παροχέτευσης, ενώ αναφέρεται-καταγράφεται στο διάγραμμα νοσηλείας σε κάθε βάρδια και ανά 24h συνολικά
- Παρακολουθείται το επίπεδο του υγρού στο σωλήνα, το οποίο πρέπει να ανεβαίνει στην εισπνοή & να κατεβαίνει στην εκπνοή. Σε περίπτωση απουσίας των κινήσεων αυτών πιθανόν να έχουμε απόφραξη, διαφυγή ή μη παροχέτευση



## 2. ΠΑΡΟΧΕΤΕΥΣΗ ΚΟΙΛΙΑΣ

## 3. ΕΝΔΟΚΡΑΝΙΑ ΠΑΡΟΧΕΤΕΥΣΗ



# ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΡΑΥΜΑΤΩΝ

Τραυματικές επιφάνειες μπορεί να εμφανίσει ο ασθενής σε οποιοδήποτε μέρος του σώματος λόγω ατυχήματος, από πυροβόλο όπλο, τέμνον όργανο, δήγμα ζώου, χειρουργικές επεμβάσεις

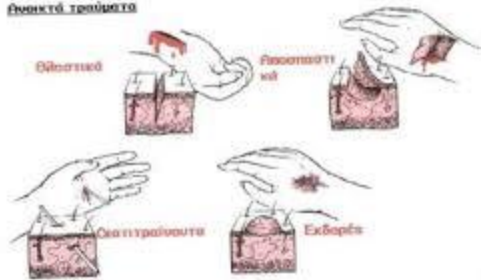
## **Ταξινομούνται:**

- α) Τάξης I - Καθαρό: Τραύμα κλειστό, ανέπαφο
- β) Τάξης II - Καθαρό/Ρυπαρό: Τραύμα ανοικτό, χωρίς εμφάνιση ενεργού λοίμωξης
- γ) Τάξης III - Ρυπαρό: Τραύμα ανοικτό – νωπό με ενεργό λοίμωξη
- δ) Τάξης IV - Μολυσμένο: Τραύμα παλαιό, διατηρημένο με ενεργό λοίμωξη

Η διαδικασία επούλωσης περιλαμβάνει 3 στάδια:

- α) Στάδιο φλεγμονής ή αιματώματος (3 - 4 ημ.). Εκδηλώνεται με ερυθρότητα, θερμότητα, οίδημα, πόνο. Προσοχή για εμφάνιση ερυθήματος, ερυθρότητας, οιδήματος πέρα από τα όρια του τραύματος που αποτελεί ένδειξη λοίμωξης
- β) Στάδιο πολλαπλασιασμού (21 ημ.). Συρρίκνωση τραύματος & ανάπτυξη νέου ιστού
- γ) Στάδιο επούλωσης (έως και 2 χρόνια). Χαρακτηρίζεται από δημιουργία κολλαγόνου

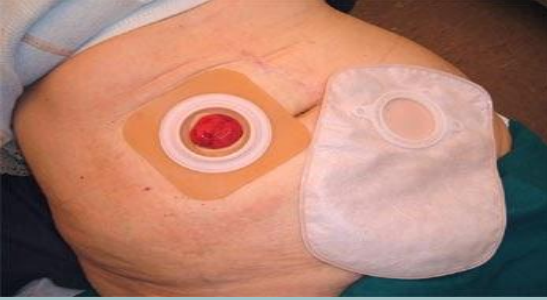




## ΓΕΝΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ Ν.Φ.

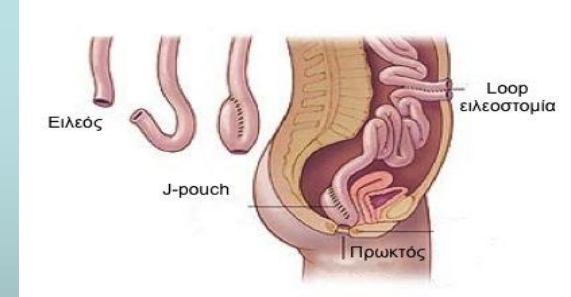
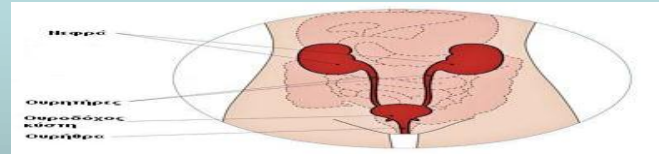
- **Καθαρό τραύμα:** Καθαρισμός με γάζα εμποτισμένη σε N/S 0,9%, στέγνωμα με ήπιους χειρισμούς προς αποφυγή επιπλέον τραυματισμού. Συνιστάται χρήση καλύμματος τόσο για προφύλαξη, όσο και για απορρόφηση πιθανού εξιδρώματος. Αφαιρείται ανά 24 - 48h αν δεν υπάρχει διαρροή και επισκοπείται η περιοχή για ύπαρξη ερυθρότητας, θερμότητας, φουσαλίδων
- **Ρυπαρό-Μολυσμένο τραύμα:** Σχολαστικό πλύσιμο με N/S 0,9%, το οποίο κρίνεται ιδανικό, γιατί απομακρύνει τους μολυσματικούς παράγοντες & περιέχει την ίδια αναλογία άλατος με το μεσοκυττάριο υγρό. Διαλύματα όπως povidone iodine (Betadine), oxyzené είναι τοξικά για λεμφοκύτταρα και ινοβλάστες. Χρειάζεται επικάλυψη με επιθέματα που βοηθούν στη διατήρηση του υγρού τους περιβάλλοντος, που επιτυγχάνεται με χρήση γάζας εμποτισμένης με N/S 0,9% ή 15% ή βαζελινούχου γάζας. Επιθέματα όπως υδροκολλοειδή, υδροτζέλ,... μπορούν να αντικαταστήσουν την παραδοσιακή γάζα. Αλλαγή γίνεται ανά ημέρα μέχρι να ↓ η ποσότητα του εξιδρώματος





# ΠΕΡΙΠΟΙΗΣΗ ΣΤΟΜΙΩΝ

(ΕΙΛΕΟ, ΚΟΛΟ, ΟΥΡΗΤΗΡΟ -ΣΤΟΜΙΑΣ)



- Αποτελούν σημεία λύσης της συνέχειας του εντέρου, του ουρητήρα & εξόδου του περιεχομένου τους εντός ειδικού σάκου
- Το αλκαλικό περιεχόμενο εντέρου & ουρητήρα που έρχεται σε επαφή με υγιές δέρμα γύρω από την περιοχή του στομίου προκαλεί ερεθισμό
- Έτσι πρέπει να γίνεται σχολαστικός καθαρισμός & σωστή τοποθέτηση του σάκου παροχέτευσης

Συγκεκριμένα:

- α) Να αλλάζεται όταν το περιεχόμενό του καταλαμβάνει το  $\frac{1}{2}$  -  $\frac{2}{3}$  της χωρητικότητάς του. Αφαιρείται με ήπιες κινήσεις προς αποφυγή ερεθισμού, με φορά από πάνω προς τα κάτω προς αποφυγή διαρροής
- β) Ακολουθεί σχολαστικός καθαρισμός της περιοχής με N/S 0,9% απομακρύνοντας υπολείμματα κολλητικών υλικών – υγρών με γάζα, ενώ επισκοπείται η περιοχή σημεία ερυθρότητας ή μόλυνσης
- γ) Υπάρχουν διάφορα είδη σάκων: αυτοκόλλητοι-ενιαίοι, με δακτύλιο-αποσπώμενοι, διαφανείς (προς άμεση οπτική επαφή χρώματος, ποσότητας περιεχομένου), με κάνουλα στο κάτω μέρος για άδειασμα
- δ) Μετράται πάντα η διάμετρος της στομίας & κόβεται το αυτοκόλλητο μέρος του σάκου ώστε να εφαρμόζει το δυνατό τέλεια γύρω της. Ο σάκος τοποθετείται από κάτω προς τα πάνω με φορά ανάλογη του κέντρου βάρους του ασθενή. Επιπλέον υπάρχουν ειδικές κρέμες για καλύτερη εφαρμογή που όταν στεγνώσουν αφήνουν μια αδιάβροχη προστατευτική μεμβράνη που στεγανοποιεί το δέρμα από τα σωματικά υγρά και παράλληλα το αφήνει να αναπνέει



# ΣΩΣΤΗ ΘΕΣΗ ΑΡΡΩΣΤΟΥ

Για την πρόληψη επιπλοκών από την παρατεταμένη ακινητοποίηση του ασθενή (κατακλίσεις, ατελεκτασία, κατακράτηση βρογχικών εκκρίσεων) ζωτικής σημασίας είναι η διατήρηση σωστής θέσης

- **ΥΠΤΙΑ:** Εφαρμόζεται μόνο στη διάρκεια ιατρονοσηλευτικών πράξεων. Η ημι-ύπτια θέση με ανύψωση του κορμού & της κεφαλής κατά  $30^{\circ}$ -  $45^{\circ}$  είναι η πιο συνηθισμένη με τις λιγότερες αντενδείξεις, που παρέχει τις περισσότερες διευκολύνσεις για πράξεις ιατρονοσηλευτικο-φυσικοθεραπευτικές. Με χρήση ειδικών στρωμάτων & αλλαγή θέσεων τουλάχιστον ανά 4h (εκτός αντένδειξης) ↓ ο κίνδυνος εμφάνισης κατακλίσεως
- **ΠΛΑΓΙΑ:** Εφαρμόζεται για αντιμετώπιση ατελεκτασίας μέρους ή ολόκληρου πνεύμονα.  
\* Το πάσχον ημιθωράκιο τοποθετείται πάνω, ο αερισμός είναι καλύτερα κατανομημένος στον άνω πνεύμονα & η αιμάτωση στον κάτω
- **ΚΑΘΙΣΤΗ – ΟΡΘΙΑ:** Συμβάλλει στη ↓ κινδύνου εμφάνισης ατελεκτασίας, ↓ το καρδιοαναπνευστικό έργο, βελτιώνεται η ψυχολογία του ασθενή αφού βλέπει, επικοινωνεί με το περιβάλλον
- **ΠΡΗΝΗΣ:** Εφαρμόζεται σε βαριά υποξαιμία, ARDS καθώς βελτιώνονται περιοχές αερισμού και αιμάτωσης, απομακρύνονται βρογχικές εκκρίσεις (και μόνο με την άρση της πίεσης που ασκεί η καρδιά στον άνω λοβό στην ύπτια θέση). Δεν συνηθίζεται ωστόσο λόγω έλλειψης προσωπικού & εξοικείωσης με αυτή

## ΕΠΙΣΗΣ ΘΑ ΠΡΕΠΕΙ:

- Ο ιματισμός να μην δημιουργεί πτυχές, να στερείται υγρασίας, για πρόληψη σημείων πίεσης & δημιουργία κατακλίσεως
- Να γίνεται περιοδικά αλλαγή περιχειρίδας
- Να τοποθετούνται στα άκρα ειδικοί νάρθηκες για διατήρηση της λειτουργικής τους θέσης
- Αλλαγή θέσεων ανά 2 - 4h που βοηθά όχι μόνο στην πρόληψη των κατακλίσεων, αλλά και στην κινητοποίηση εκκρίσεων και πρόληψη ατελεκτασίας
- Η χρήση αεροστρωμάτων με εναλλασσόμενη πίεση αέρα δρα επίσης βοηθητικά
- Όταν ο ασθενής βρίσκεται πλάγια πρέπει μαξιλάρια να τοποθετούνται μεταξύ των μηρών για αποφυγή τριβής



## ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΙΣ

- Αποτελούν ιδιαίτερα συχνό φαινόμενο στους νοσηλευόμενους ασθενείς των Μ.Ε.Θ. που ↑ το κόστος και τη διάρκεια νοσηλείας
- Επιβαρυντικοί παράγοντες είναι: η άσκηση πίεσης λόγω θέσης σε ορισμένα σημεία, η μειωμένη κινητικότητα, η ηλικία, διαταραχές θρέψης και ηλεκτρολυτών, συνοδά νοσήματα (βαριά αναιμία, ΣΔ, ΧΑΑ, Ca,...)

# ΠΡΟΛΗΨΗ

- Αποφυγή και άρση συνεχούς πίεσης με συχνή αλλαγή θέσης και χρήση αεροστρωμάτων με εναλλασσόμενη πίεση αέρα ή σπογγώδη
- Αποφυγή δημιουργίας πτυχώσεων στον ιματισμό & απομάκρυνση υλικών που μπορεί να δημιουργούν πίεση (καλώδια, σωλήνες παροχέτευσης,...)
- Αποφυγή άσκησης πίεσης σε μέρη του σώματος με μειωμένο λιπώδη ιστό (πτέρνες, αγκώνες)
- Αποφυγή «συρσίματος» του αρρώστου για αλλαγή θέσης στο κρεβάτι, καθώς αναπτύσσονται δυνάμεις διαχωρισμού δέρματος και υποδόριου λίπους που αποτελούν συνδυασμό πίεσης και τριβής (δυνάμεις κατάτμησης)
- Σωματική καθαριότητα, χρήση υδατικών αλοιφών για πρόληψη ξηρότητας του δέρματος
- Στεγανοποίηση παροχετεύσεων, συχνό έλεγχο ιματισμού για ύπαρξη υγρασίας
- Ρύθμιση κλίνης σε γωνία 30° – 45° για αποφυγή διαρκούς πίεσης του σώματος από το ίδιο του το βάρος
- Προσπάθεια ρύθμισης οργανικών διαταραχών που αναφέρθηκαν

## ΣΤΑΔΙΑ ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΩΝ

- I: Ερυθρότητα χωρίς εντύπωμα σε ανέπαφο δέρμα. Αποχρωματισμός δέρματος, θερμότητα, οίδημα, σκλήρυνση
- II: Απώλεια μερικού πάχους δέρματος, επιφανειακό έλκος που εμφανίζεται ως απόσπαση ή φλύκταινα
- III: Απώλεια ολικού πάχους δέρματος, καταστροφή ή νέκρωση του υποδόριου ιστού
- IV: Εκτεταμένη καταστροφή, νέκρωση ιστών, μυών, οστών
- Δημιουργία εσχάρας → δεν κατατάσσεται σε κάποιο από τα παραπάνω στάδια

# ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

## (ΑΝΑΛΟΓΩΣ ΤΗΣ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ)

- Απομακρύνουμε τους παράγοντες πίεσης & υγρασίας, προστατεύουμε την περιοχή από επιπλέον τραυματισμούς
- Καθαρίζουμε τοπικά το έλκος με άφθονο N/S 0,9%, στεγνώνοντας με ήπιες κινήσεις
- Χρησιμοποιούμε επιθέματα, που αλλάζονται ανάλογα με το πρωτόκολλο του νοσοκομείου χωρίς βίαιους χειρισμούς ή όταν είναι έτοιμα να αφαιρεθούν από μόνα τους
- Παρακολουθούμε το σημείο για επέκταση της βλάβης ή επιμόλυση
- Καταγράφουμε στο φύλο νοσηλείας

# ΚΑΤΑΚΡΑΤΗΣΗ ΕΚΚΡΙΣΕΩΝ

Για την αποφυγή κατακράτησης εκκρίσεων & δημιουργίας ατελεκτασιών, εκτός από τη συχνή αλλαγή θέσης, απαραίτητη κρίνεται η τακτική και σωστή χρήση αναρρόφησης για τον καθαρισμό του τραχειοβρογχικού δέντρου από εκκρίσεις, που αποτελεί μέρος της συνολικής φροντίδας του αρρώστου.

\* Σε ειδικές περιπτώσεις (π.χ. TBC, ARDS, ...) γίνεται χρήση κλειστού κυκλώματος αναρρόφησης για αποφυγή επιμόλυνσης, επεισοδίου αποκορεσμού, ...



# ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΑΝΑΡΡΟΦΗΣΗΣ

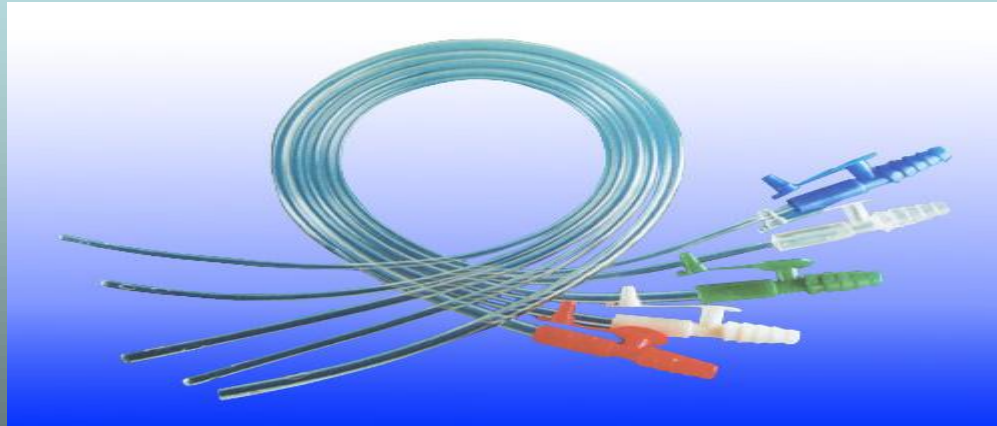
Η βρογχική αναρρόφηση αποτελεί τρόπο εισόδου μικροβίων στο τραχειοβρογχικό δέντρο, γι' αυτό πρέπει με σχολαστικότητα να λαμβάνονται όλα τα μέτρα υγιεινής

Έτσι έχουμε:



- Πλύσιμο χεριών
- Χρήση γαντιών, μάσκας, προστατευτικής μπλούζας
- Συγκέντρωση όλων των υλικών που θα χρειαστούν (καθετήρα, αποστειρωμένα γάντια, amp N/S 0,9%) που τοποθετούνται σε καθαρή επιφάνεια δίπλα μας
- Ενεργοποίηση διακόπτη στην προκαθορισμένη πίεση
- **[ΑΣΗΠΤΗ ΤΕΧΝΙΚΗ]** Χρήση αποστειρωμένου γαντιού στο δεξιό χέρι (για δεξιόχειρες)
- Σταθεροποίηση καθετήρα στο σημείο σύνδεσής του με το σωλήνα αναρρόφησης με παρεμβολή συνδετικού T ή Y
- Λήψη καθετήρα προσεκτικά προς αποφυγή επιμόλυνσης
- Με το αριστερό χέρι αποσυνδέω τον άρρωστο από τη μηχανική αναπνοή ή ανοίγω το πώμα του συνδετικού swivel & εισάγω τον καθετήρα χωρίς αναρρόφηση. Με το αριστερό χέρι συγκλείω το ελεύθερο άκρο του T και αναρροφώ. Η αναρρόφηση δεν πρέπει να διαρκεί > από 10'' και ο καθετήρας αποσύρεται υπό αναρρόφηση με κυκλική φορά. Αν οι εκκρίσεις είναι παχύρρευστες ενσταλάσσουμε N/S 0,9% που έχουμε δίπλα μας
- Ο καθετήρας δεν επαναχρησιμοποιείται, ούτε με τον ίδιο γίνεται αναρρόφηση εκκρίσεων που βρίσκονται στο στόμα ή τη μύτη. Απορρίπτεται σε κάδο για μολυσμένα υλικά προς αποφυγή διασποράς μικροβίων
- Πριν την έναρξη αναρρόφησης παρακολουθούμε στο monitor τα Ζ.Σ. του αρρώστου, ενώ συνιστάται αλλαγή πυκνότητας O<sub>2</sub> σε 100% 3' πριν και κατά τη διάρκειά της
- Η συχνότητά τους εξαρτάται από την κατάσταση του ασθενή

# ΚΑΘΗΤΗΡΕΣ ΑΝΑΡΡΟΦΗΣΗΣ



Για να γίνεται σωστά η αναρρόφηση και να μειώνονται οι κίνδυνοι τραυματισμού προσέχουμε:

- Ο καθετήρας να είναι κατασκευασμένος από μαλακό & εύκαμπτο υλικό
- Η διάμετρός του να είναι το  $\frac{1}{2}$  της διαμέτρου του ενδοτραχειακού σωλήνα, για λιγότερη αντίσταση τριβής κατά τη είσοδο (10 - 14Fr)
- Να είναι μακρύς, ιδίως όταν χρησιμοποιείται για ρινοφαρυγγική αναρρόφηση
- Να έχει κεντρική και πλάγιες οπές
- Να είναι αποστειρωμένος, σε ατομική συσκευασία μιας χρήσης

# ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΒΡΟΓΧΙΚΗΣ ΑΝΑΡΡΟΦΗΣΗΣ

- **Υποξυγοναιμία:** Αφαιρείται ποσότητα  $O_2$  που επιφέρει αλλαγές στην καρδιακή συχνότητα ή ανακοπή. Καλό είναι να αυξάνουμε το μίγμα  $O_2$  πριν & κατά
- **Αρρυθμία:** Λόγω υποξυγοναιμίας → παρασυμπαθητική διέγερση από ερεθισμό της τραχείας
- **Ατελεκτασία:** Όταν ο καθετήρας έχει διάμετρο > από αυτή του  $\frac{1}{2}$  του τραχειοσωλήνα & άρα εμποδίζεται η είσοδος αέρα
- **Τραυματισμός τραχειοβρογχικού δέντρου,** από κακό χειρισμό ή ακατάλληλο καθετήρα
- **Βρογχόσπασμος,** από ερεθισμό του βλεννογόνου της τραχείας

## ΑΝΤΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΒΡΟΓΧΙΚΗΣ ΑΝΑΡΡΟΦΗΣΗΣ

- Μεγάλη υποξαιμία
- Υπέρταση
- ↑ Καρδιακή συχνότητα



# Ν.Φ. ΘΡΟΜΒΟΦΛΕΒΙΤΙΔΑΣ

Προκαλείται από βραδεία αιματική ροή & λίμναση του αίματος στα κάτω άκρα (λόγω π.χ. κλινοστατισμού), υπερπηκτικότητας του αίματος από λήψη φαρμάκων, σήψη, ύπαρξη Ca, μακρά παραμονή φλεβικών καθετήρων

Διακρίνουμε:

- **ΕΠΙΠΟΛΗΣ** (στο 25 - 70% των ασθενών που λαμβάνει iv αγωγή). Εκδηλώνεται με ερυθρότητα, με ή χωρίς πόνο, οίδημα, θερμότητα, φλέβες ευαίσθητες – ψηλαφητές. Συστήνεται διακοπή της iv έγχυσης, αφαίρεση του καθετήρα, περιποίηση της περιοχής, ανύψωση του άκρου
- **ΕΝ ΤΩ ΒΑΘΕΙ** (= παρουσία θρόμβου στις εν τω βάθει φλέβες κάτω άκρων, πυέλου, κάτω κοιλίας φλ.). Εκδηλώνεται με οίδημα πάσχοντος άκρου, δέρμα θερμό, ↑ θερμοκρασίας



**Η Ν.Φ. αποσκοπεί σε:** προαγωγή της άνεσης του ασθενή, πρόληψη εγκατάστασης θρόμβωσης, έγκαιρη διάγνωση, εφαρμογή κατάλληλης θεραπείας προς αποφυγή επιπλοκών

α) **ΠΡΟΛΗΨΗ**

- Κινητοποίηση ασθενή, συχνή αλλαγή θέσης, παθητικές και ενεργητικές κινήσεις άκρων
- Απομάκρυνση πιεστικών παραγόντων (π.χ. περιχειρίδας)
- Σωστή εφαρμογή ελαστικών καλτσών
- Προληπτική χορήγηση αντιπηκτικής αγωγής
- Εφαρμογή περισκελίδων διαλείπουσας συμπίεσης - αποσυμπίεσης

β) **ΕΓΚΑΙΡΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ**

- Απαιτείται συνεχής επαγρύπνιση κατά την περιποίηση – νοσηλεία & εντοπισμός οποιουδήποτε ύποπτου σημείου → μετράμε την περίμετρο του πάσχοντος άκρου ενημερώνεται ιατρός, προγραμματίζεται triplex

γ) **ΘΕΡΑΠΕΙΑ**

- Αντιπηκτική αγωγή
- Ανύψωση πάσχοντος άκρου
- Αποφυγή μαλάξεων στο πάσχον άκρο για να μην αποκολληθεί ο θρόμβος
- Αξιολόγηση βελτίωσης ή όχι σε κάθε βάρδια

δ) **ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ**

- Πνευμονική εμβολή → αξιολογείται οποιαδήποτε μεταβολή της κατάστασης του αρρώστου (δυσφορία, υποξαιμία, υπόταση, ταχυκαρδία, ↓ κορεσμού Hb)



## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ



Ο νοσηλευτής ΜΕΘ εργάζεται σε χώρο υψηλής τεχνολογίας & κρίσιμων μεταβολών των ζωτικών λειτουργιών. Η έγκαιρη επισήμανση επικίνδυνων για τη ζωή μεταβολών συμβάλλει σε αύξηση των πιθανοτήτων επιβίωσης του βαριά ασθενή

Έτσι πρέπει να αναπτύσσει ξεχωριστές δεξιότητες γνωστικές, τεχνικές, διαπροσωπικές, ηθικές, νομικές

Μερικές αποτελούν:

- Παρακολούθηση παραμέτρων ζωτικών λειτουργιών από το monitor και τον αναπνευστήρα, αναγνώριση επικίνδυνων αρρυθμιών και λήψη ΗΚΓγραφήματος
- Αιμοδυναμικές μετρήσεις (Κ.Φ.Π., Swan-Ganz, αέρια αίματος)
- Τοποθέτηση καθετήρα κύστεως
- Γνώση αλγορίθμου ΚΑΑ, τεχνικής απινίδωσης, χρήσης εξωτερικού βηματοδότη
- Χειρισμός μηχανημάτων υποκατάστασης νεφρικής λειτουργίας
- Ρύθμιση ροής διαλυμάτων εντερικής θρέψης με βάση τον έλεγχο υπολείμματος

# ΑΠΑΙΤΟΥΝΤΑΙ ΛΟΙΠΟΝ για τους νοσηλευτές ΜΕΘ:

- Ύπαρξη εκπαίδευσης καθώς συνεχώς εμφανίζονται νέες τεχνικές, τεχνολογίες, θεραπείες που ο νοσηλευτής πρέπει να υιοθετήσει αφού η εντατική νοσηλευτική είναι ποικιλόμορφη ειδικότητα που καλύπτει & διαχειρίζεται πεδία και καταστάσεις που είναι αδύνατο να καλυφθούν από τους περισσότερους κλινικούς νοσηλευτές
- Συνεχής ενημέρωση για τάσεις – εξελίξεις στο πεδίο της εντατικής θεραπείας για παροχή ποιοτικής φροντίδας
- Συμμετοχή σε επιστημονικές εκδηλώσεις που ανανεώνουν το γνωστικό αντικείμενο και βοηθούν στην εξέλιξη και διασφάλιση του ρόλου τους
- Εξασφάλιση καλής συνεργασίας με όλο το προσωπικό για βελτίωση της ποιότητας νοσηλείας. Η Νοσηλευτική είναι ανθρωποκεντρική επιστήμη, βασιζόμενη σε σχέσεις με άτομα, συναδέλφους ή άλλα μέλη της ομάδας φροντίδας υγείας (=αμφίδρομη επαγγελματική σχέση)
- Άμεσοι συνεργάτες των νοσηλευτών είναι οι ιατροί. Η συνεργασία τους πρέπει να είναι επαγγελματική, με αλληλοσεβασμό & την αποδοχή ότι η κάθε ομάδα έχει ανάγκη την άλλη για την αρμονική λειτουργία του τμήματος
- Συχνά παρατηρείται αλληλοεπικάλυψη ρόλων, καθηκόντων του νοσηλευτή με άλλες ειδικότητες – κλάδους - κατηγορίες προσωπικού, γεγονός που επιφέρει δυσαρέσκεια, χαμηλή αυτοεκτίμηση, έλλειψη ικανοποίησης, συγκρούσεις. Εδώ δεν πρέπει να ξεχνά ότι ο βασικός του ρόλος είναι «ΜΕ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ, ΓΙΑ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ»
- Διατήρηση του ανθρωπισμού τους στο χώρο της ΜΕΘ μιας και οι ασθενείς είναι γυμνοί με ένα σεντόνι, σε ένα μικτό χώρο, χωρίς να μπορούν να μιλήσουν. Η παρεχόμενη ψυχολογική υποστήριξη πρέπει να είναι σχεδιασμένη - εξατομικευμένη στις ανάγκες του κάθε ασθενή

# ΕΠΙΛΟΓΟΣ

- Κλείνοντας, με βάση όλα όσα αναφέραμε αναγνωρίζουμε πόσο σημαντικός είναι ο ρόλος μας και στη ΜΕΘ. Ρόλος που γίνεται όλο και πιο απαιτητικός, δεδομένων των αλλαγών σε επίπεδο τεχνολογίας, τεχνικής, θεραπείας
- Απαιτείται διαρκώς ενημέρωση για τις εξελίξεις, ώστε να ανταποκρινόμαστε αποτελεσματικά στις ανάγκες του χώρου που εργαζόμαστε. Η προσπάθεια αυτή άλλοτε κουράζει και άλλοτε ανταμείβει δίνοντάς μας τη δυνατότητα πρώτοι να μνηθούμε στο νέο
- **Ηθική ανταμοιβή**, είναι να βλέπεις τον ασθενή σου να αποδεσμεύεται από την τεχνολογία που τον υποστήριζε καθ' όλη τη διάρκεια της νοσηλείας του και να μπορεί να επιβιώσει πλέον μόνος του







**Any questions?**

**ΕΥΧΑΡΙΣΤΩ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΣΟΧΗ ΣΑΣ!**

