

ΑΥΤΟ ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ ΔΙΚΗ ΜΟΥ ΔΟΥΛΕΙΑ

ΜΙΑ ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΕΣΣΑΡΩΝ ΑΝΘΡΩΠΩΝ ΜΕ ΤΑ ΕΞΗΣ ΟΝΟΜΑΤΑ:

Ο ΚΑΘΕΝΑΣ

Ο ΚΑΠΟΙΟΣ

Ο ΟΠΟΙΟΣΔΗΠΟΤΕ

Ο ΚΑΝΕΝΑΣ

Υπήρχε μια πολύ σημαντική δουλειά να γίνει και ο Καθένας ήταν σίγουρος ότι Κάποιος θα μπορούσε να την κάνει. Ο Οποιοσδήποτε θα μπορούσε να την έχει κάνει, αλλά Κανένας δεν την έκανε. Κάποιος θύμωσε πάρα πολύ για αυτό, γιατί ήταν δουλειά Κάποιου. Ο Καθένας σκεφτόταν ότι ο Οποιοσδήποτε θα μπορούσε να την κάνει, αλλά Κανένας δεν συνειδητοποίησε ότι ο Καθένας δε θα μπορούσε να την κάνει.

Η κατάληξη ήταν ο Καθένας να κατηγορεί Κάποιον, τη στιγμή που Κανένας δεν έκανε αυτό που ο Καθένας θα μπορούσε να είχε κάνει.

ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΗ ΜΕΘ

Καραμπέκιου Ειρήνη,
Προϊσταμένη Β' Νοσηλευτικού Τομέα, Π.Γ.Ν. «ΑΤΤΙΚΟΝ»



ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

- ▶ Η Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) χαρακτηρίζεται συχνά ως η «καρδιά» ενός νοσοκομείου, υποδηλώνοντας τη σπουδαιότητά της, τόσο για την αδιάκοπτη συνεχή λειτουργία της, όσο για το φάσμα και τη βαρύτητα των νοσημάτων που καλείται να αντιμετωπίσει. *«Είναι το πλέον σημαντικό τμήμα του Νοσοκομείου. Η Μονάδα σώζει ζωές. Ζωές, που αν δεν υπήρχε σε λειτουργία, θα είχαν χαθεί...»*

Παρά τις δυσκολίες και την ψυχοσωματική κόπωση που αντιμετωπίζουν καθημερινά το ιατρικό και το νοσηλευτικό προσωπικό των Μονάδων στην Ελλάδα, εξακολουθούν να παρέχουν υψηλής ποιότητας υπηρεσίες, με ποσοστά επιβίωσης των ασθενών που αγγίζουν το 75%, ποσοστό αξιοσημείωτο σε σχέση με άλλες ευρωπαϊκές χώρες.

* Ελληνική Εταιρεία Εντατικής Θεραπείας (ΕΕΕΘ)

ΤΙ ΕΞΥΠΗΡΕΤΟΥΝ ΟΙ ΜΕΘ;

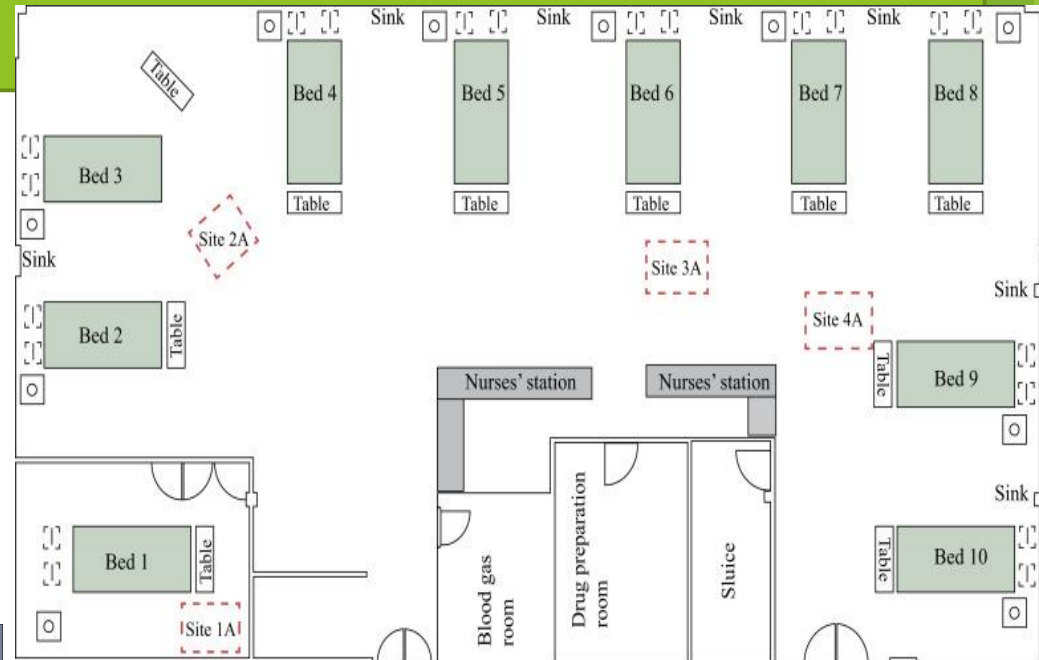
- νοσηλεία ασθενών που βρίσκονται σε κρίσιμη για τη ζωή τους κατάσταση

νοσηλεία ασθενών που βρίσκονται σε οξεία και επικίνδυνη φάση της νόσου τους

ΕΛΑΧΙΣΤΕΣ ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Ο χώρος νοσηλείας των ασθενών είναι κατ' ελάχιστο 25 m² για τα μονόκλινα δωμάτια και 20 m² ανά κρεβάτι για τα κοινά δωμάτια. Το βασικό σχήμα για τα μονόκλινα και τα κοινά δωμάτια είναι ορθογώνιο και υπάρχει τουλάχιστον 2.5m² διάδρομος για την κυκλοφορία πίσω από την περιοχή εργασίας. Οι πόρτες είναι αρκετά φαρδιές ώστε να επιτρέπουν την διέλευση με ευκολία ενός κρεβατιού με τα εξαρτήματά του. Πρέπει να εξασφαλίζεται ο σεβασμός της ανάγκης του ασθενούς για απομόνωση. Η ανάπτυξη των κρεβατιών θα πρέπει να σχεδιάζεται έτσι ώστε οι ενσυνείδητοι ασθενείς να μην ενοχλούνται από τα οξέα προβλήματα (συναγερμούς αρρυθμιών, ηλεκτρικές ανατάξεις και καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση) άλλων ασθενών.

Ο λόγος των μονώσεων προς κοινά κρεβάτια θα πρέπει να είναι 2 ανά 10 κρεβάτια, αλλά μπορεί και να είναι μεγαλύτερος (5-6 ανά 10) σε ειδικά τμήματα (μονάδες εγκαυμάτων, τμήματα μεταμοσχεύσεων, κλπ). Οι μονώσεις πρέπει να έχουν προθάλαμο τουλάχιστον 3 m² με νιπτήρα για πλύσιμο των χεριών, ντύσιμο και αποθήκευση. Κατάλληλες οδηγίες αναγράφονται έξω από κάθε μόνωση.



-  Observation monitor
-  Infusion pump
-  Site 1 Air sample trolley

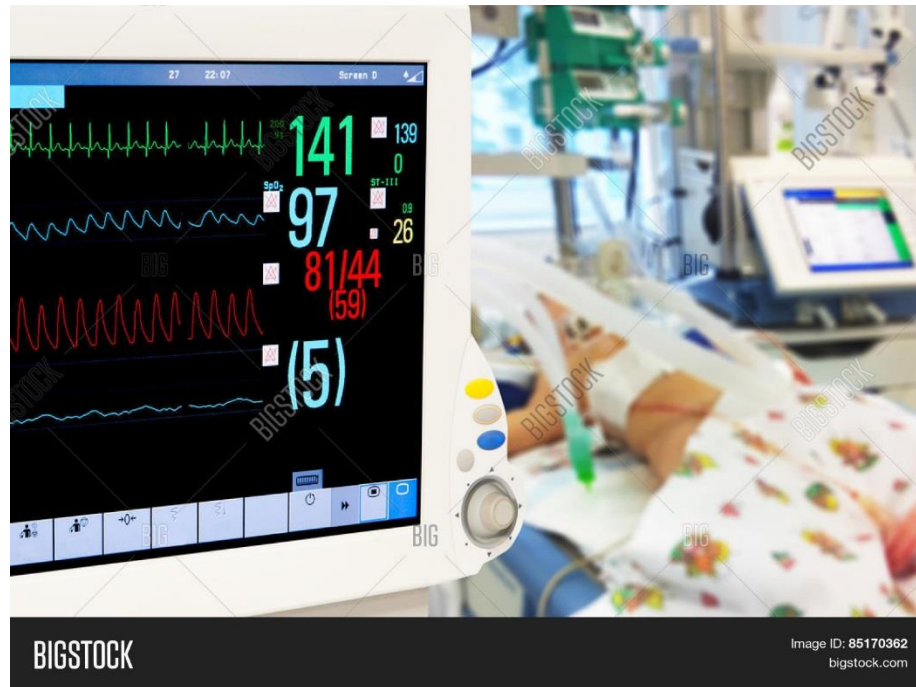




ΕΛΑΧΙΣΤΕΣ ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Κάθε κρεβάτι πρέπει να έχει ένα σύστημα παρακολούθησης του ασθενούς προσαρμοσμένο στις ανάγκες της μονάδας εντατικής θεραπείας (παρακλίνιο monitor) συνδεδεμένο με κεντρικό σταθμό. Η παρακολούθηση αυτή πρέπει να περιλαμβάνει συνεχή ή διακεκομμένη καταγραφή των κάτωθι:

1. ΗΚΓ
2. Αρτηριακή πίεση
3. Κεντρική φλεβική πίεση
4. Κανάλι μέτρησης διαφόρων πιέσεων όπως ενδοκράνιας πίεσης, πίεσης ενσφήνωσης κλπ
5. Θερμοκρασία



BIGSTOCK

Image ID: 85170362
bigstock.com

1. Ένα αναπνευστήρα όγκου και πίεσης με δυνατότητες συνεχούς παρακολούθησης του αερισμού του ασθενούς (αναπνεόμενος όγκος αέρα ανά αναπνοή και κατά λεπτό, FIO₂, καμπύλες πίεσης όγκου) για κάθε κλίνη με έναν εφεδρικό για κάθε 3 κλίνες.
2. Έναν ή δύο φορητούς αναπνευστήρες μεταφοράς
3. Έναν ή δύο monitor για τη μεταφορά των ασθενών σε άλλα τμήματα και εργαστήρια για τη διενέργεια απαραίτητων διαγνωστικών εξετάσεων
4. Αναλυτή ηλεκτρολυτών αίματος, γαλακτικού οξέος, γλυκόζης, αιμοσφαιρίνης, αιματοκρίτη και αερίων αίματος.
5. Δύο αναπνευστήρες κατάλληλοι για μη επεμβατικό αερισμό
6. Δύο μηχανήματα συνεχούς αιμοδιήθησης.
7. Ισάριθμες με τη δύναμη του τμήματος ειδικές κλίνες για ΜΕΘ με ενσωματωμένο ζυγό για την μέτρηση του βάρους του ασθενούς
8. Ηλεκτροκαρδιογράφο
9. Απινιδωτή με επαναφορτιζόμενη μπαταρία με οθόνη και καταγραφικό
10. Μηχάνημα υποθερμίας /υπερθερμίας (1 για κάθε 3 κλίνες)
11. Εξωτερικό βηματοδότη
12. Τροχήλατο για επείγουσες καταστάσεις με εκτεταμένο φάσμα φαρμάκων, λαρυγγοσκόπια, συσκευές διασωλήνωσης και ανάνηψης (1 για κάθε 8 κρεβάτια)
13. Βρογχοσκόπιο με πηγή ψυχρού φωτισμού
14. Ασκό ανάνηψης με ρεζερβουάρ οξυγόνου για κάθε κλίνη
15. Υπερηχογράφο με δυνατότητα διοισοφαγίου υπερηχογραφήματος
16. Εξη αντλίες για χορήγηση υγρών και φαρμάκων ανά κλίνη
17. Σύστημα μέτρησης ενδοκράνιας πίεσης εφ' όσον η ΜΕΘ νοσηλεύει νευροχειρουργικά περιστατικά
18. Ένα ωσμόμετρο



ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Η στελέχωση των ΜΕΘ, σε σχέση με τα διεθνή δεδομένα, είναι επαρκής σε ιατρικό προσωπικό αλλά ανεπαρκής σε νοσηλευτικό & βοηθητικό προσωπικό, απαραίτητο για παροχή σωστής εντατικής φροντίδας.

Επίπεδο φροντίδας	Νοσηλευτής / ασθενή	Νοσηλευτές / κλίνη	Ιατροί / 6-8 κλίνες
III. Υψηλό	1/1	6	5
II. Μέτριο	1/1.6	4	4
I. Χαμηλό	1/3	2	3

Κριτήρια εισόδου ασθενών στη ΜΕΘ

- ▶ Ιδανικός στόχος είναι να εισέρχονται στη ΜΕΘ ασθενείς για τους οποίους θεωρείται ότι έχουν πιθανότητες να ωφεληθούν, ενώ μικρότερες πιθανότητες εισαγωγής θα πρέπει να έχουν οι ασθενείς με **πτωχό λειτουργικό status** και αυτοί οι οποίοι, σε προγενέστερο χρόνο είχαν εκφράσει την αντίθεσή τους σε ενδεχόμενη συνολική, ή συγκεκριμένη κλιμάκωση της ιατρικής τους φροντίδας.
- ▶ Ασθενείς που βρίσκονται στο **τελικό στάδιο της νόσου τους**, ή τελούν σε **προθανάτια κατάσταση** και για τους οποίους δεν υπάρχει προοπτική ανάρρωσης, η εισαγωγή στη ΜΕΘ δεν θεωρείται **δόκιμη επιλογή**.

Πότε απαιτείται νοσηλεία στη ΜΕΘ;

- ▶ Καρδιαγγειακό σύστημα (ΟΕΜ με επιπλοκές, καρδιογενές shock)
- ▶ Αναπνευστικό σύστημα (ΟΑΑ που απαιτεί μηχανική υποστήριξη, πνευμονική εμβολή με αιμοδυναμική αστάθεια)
- ▶ Νευρικό σύστημα (οξύ εγκεφαλικό επεισόδιο, μηνιγγίτιδα, κώμα, ενδοεγκεφαλική αιμορραγία, σοβαρή κρανιοεγκεφαλική κάκωση)
- ▶ Γαστρεντερικό σύστημα (κεραυνοβόλος ηπατική ανεπάρκεια, σοβαρή παγκρεατίτιδα)
- ▶ Μεταβολισμός - ηλεκτρολυτικές διαταραχές (διαβητική κετοξέωση, υπερθυρεοειδική κρίση ή μυξοιδηματικό κώμα, υποφωσφαταιμία με μυϊκή αδυναμία)

Τι περιλαμβάνει η φροντίδα του βαρέως πάσχοντα ασθενή;

- ▶ Αναπνευστικό monitoring και υποστήριξη
- ▶ Αιμοδυναμικό monitoring και σταθεροποίηση
- ▶ Αντιμετώπιση βασικών αρρυθμιών
- ▶ Φροντίδα ασθενή με καταπληξία ή καρδιακή ανεπάρκεια
- ▶ Φροντίδα ασθενή με οξύ στεφανιαίο σύνδρομο
- ▶ Φροντίδα πολυτραυματία

Παρακολούθηση ασθενή στη ΜΕΘ

Καρδιαγγειακό:

- ▶ Καρδιακός ρυθμός
- ▶ Κεντρική φλεβική πίεση
- ▶ Αρτηριακή πίεση
- ▶ Πίεση πνευμονικής αρτηρίας
- ▶ Καρδιακή παροχή
- ▶ Κορεσμός μικτού φλεβικού αίματος

Αναπνευστικό:

- ▶ Συχνότητα και τύπος αναπνοών
- ▶ Κορεσμός αρτηριακού αίματος σε οξυγόνο
- ▶ Εκπνεόμενο CO₂
- ▶ Αέρια αρτηριακού αίματος
- ▶ Παράμετροι αναπνευστήρα

Παρακολούθηση ασθενή στη ΜΕΘ

Ουροποιητικό:

- ▶ Ισοζύγιο ύδατος
- ▶ Ωριαία αποβολή ούρων
- ▶ Ποιότητα ούρων

Θερμοκρασία:

- ▶ Μασχάλης ή πυρήνα

Λειτουργία πεπτικού:

- ▶ Ανοχή σίτισης,
- ▶ Κενώσεις
- ▶ Κατάσταση δέρματος - εξανθήματα
- ▶ Κατακλίσεις

Κεντρικό Νευρικό Σύστημα:

- ▶ Επίπεδο συνείδησης και βαθμός καταστολής
- ▶ Κόρες οφθαλμών
- ▶ Κλίμακα Γλασκώβης
- ▶ Ενδοκράνια πίεση (ICP) και η πίεση άρδευσης του εγκεφάλου (CPP)
- ▶ Αρτηριακή πίεση

Πρωτόκολλα

Αυστηρές διατυπώσεις που δεν επιτρέπουν ελαστικότητα ή αποκλίσεις

- ▶ Βελτιώνουν την περιεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα.
- ▶ Δίνουν προσβάσιμα δεδομένα για μελλοντικό κλινικό έλεγχο.
- ▶ Διευκολύνουν την εκπαίδευση νέου προσωπικού.
- ▶ Συντονίζουν την εργασία των διεπιστημονικών ομάδων.
- ▶ Βελτιώνουν την επικοινωνία ασθενούς ? νοσηλεύτη - γιατρού.
- ▶ Μειώνουν την πιθανότητα σφάλματος κατά την εφαρμογή της νοσηλευτικής πράξης.
- ▶ Ενθαρρύνουν την αλλαγή στην κλινική πράξη με την ενημέρωση και τροποποίηση των πρωτοκόλλων.
- ▶ Ενθαρρύνουν την αυτονομία και αυτοπεποίθηση των νοσηλευτών στο έργο τους.

Πρωτόκολλο Προετοιμασία κενής κλίνης

ΚΡΕΒΑΤΙ	ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ
1	2 μεγάλα σεντόνια
2	1 ημισέντονο
3	3 μαξιλάρια με μαξιλαροθήκες
4	1 αδιάβροχο
5	1 συσκευή ωριαίας μέτρησης
6	Αλκοολούχο αντισηπτικό δέρματος
7	3 υποσέντονα
	Τοποθέτηση κουβέρτας υποθερμίας (σε περίπτωση εισαγωγής ασθενούς με ΚΕΚ) Πριν έρθουν τα υλικά και ο εξοπλισμός για την προετοιμασία του κρεβατιού έχει προηγηθεί σωστός καθαρισμός του κρεβατιού και του χώρου, σύμφωνα με τις οδηγίες του γραφείου λοιμώξεων.
ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΗΡΑΣ	
1	Βαλβίδα αναπνευστήρα
2	Φίλτρο αναπνευστήρα
3	Κύκλωμα αναπνευστήρα, κρικοειδές και φίλτρο για τον ασθενή
4	Ρύθμιση παραμέτρων αναπνευστήρα
5	Έλεγχος αναπνευστήρα για την ομαλή λειτουργία του

MONITOR	
1	Αισθητήρας και καλώδιο SpO ₂
2	Καλώδιο ΗΚΓ
3	Καλώδιο αιματηρής μέτρησης ΑΠ για μορφομετατροπέα πίεσης
4	Καλώδιο αναίμακτης μέτρησης ΑΠ και περιχειρίδα
5	Καλώδιο για μέτρηση ΚΦΠ
6	Καλώδιο για μέτρηση κεντρικής θερμοκρασίας ασθενούς (Folley με θερμίστορα ή θερμόμετρο ορθού) ή εξωτερικής θερμοκρασίας με θερμόμετρο μιας χρήσης ή θερμόμετρο άνευ επαφής
7	Αισθητήρας και καλώδιο καπνογράφου, σε περίπτωση
ΣΤΑΤΟ	
1	Αντλίες για χορήγηση φαρμάκων
2	Ορός Ν/S 0,9% 1000 ml
3	Φάρμακα ινότροπα, κατασταλτικά ή αναλγητικά, ανά προς υποδοχή περιστατικό και τις οδηγίες του ιατρού
ΕΠΙΤΟΙΧΙΕΣ ΣΥΣΚΕΥΕΣ - ΡΑΜΠΑ ΤΟΙΧΟΥ	
1	Ροόμετρο και υγραντήρας
2	Καθετήρες αναρρόφησης
3	Σύστημα αναρρόφησης (σάκος και λάστιχο)
4	2 ροοί WFI (ένας για ξέπλυμα του λάστιχου αναρρόφησης για γέμισμα του ροόμετρου οξυγόνου)
5	Έλεγχος παροχών O ₂ και κενού αέρα. Σε περίπτωση βλάβης επιτοίχιας αναρρόφησης τοποθετείται εναλλακτικά η



Προετοιμασία κενής κλίνης

ΕΠΙΤΟΙΧΙΟ ΡΑΦΙ (όπου υπάρχει) Αποστειρωμένα γάντια	
ΤΡΟΧΗΑΤΟ	
1	Αλκοολούχο αντισηπτικό δέρματος επιφανειών
2	1 κουτί με απλά γάντια και 2 αποστειρωμένα πεδία
3	1 νεφροειδές με 3 τεμάχια 3-way- 4 πώματα ασφαλείας- 3 amp N/S 0,9%- 1 σύριγγα 10 ml-10 πανάκια με χλωρεξιδίνη
4	Κυτίο αιχμηρών στις μονώσεις (5-6-7-8)
ΚΑΡΟΤΣΙ ΜΠΛΕ	
ΕΠΙΦΑΝΕΙΑ	Μονίτορ – κυτίο αιχμηρών – 3 αποστειρωμένα πεδία – 1 κουτί απλά γάντια – αλκοολούχο αντισηπτικό δέρματος επιφανειών
1^ο ΡΑΦΙ	1 ^ο καλαθάκι: αποστειρωμένα γάντια – νεφροειδές με 3 τεμάχια 3 way – 4 πώματα ασφαλείας – 3 amp N/S 10ml – 1 σύριγγα 10ml 2 ^ο καλαθάκι: γάζες απλές – γάζες αποστειρωμένες
2^ο ΡΑΦΙ	1 ^ο καλαθάκι: 1 νεφροειδές για περιποίηση προσώπου – 1 νεφροειδές με κρέμα περιποίησης – αυτοκόλλητα ηλεκτρόδια – χτένα – 1 μεταξωτή ταινία – 1 σύριγγα Levin 2 ^ο καλαθάκι: μάσκα Ambu και ασκό – πρόεκταση O ₂
3^ο ΡΑΦΙ	Μεταλλική λεκάνη – κυτίο αιχμηρών – εμποτισμένες πετσέτες καθαρισμού

ΠΥΡΓΟΣ	
ΣΥΡΤΑΡΙ*	
1	Γάζες απλές και αποστειρωμένες
2	1 νεφροειδές για περιποίηση προσώπου
3	1 νεφροειδές με κρέμα περιποίησης – χτένα-μεταξωτή ταινία
4	Αυτοκόλλητα ηλεκτρόδια
5	Σύριγγα Levin
ΝΤΟΥΛΑΠΙ	
1^ο ΡΑΦΙ	
1	Μάσκα Ambu και ασκό
2	Πρόεκταση O ₂
2^ο ΡΑΦΙ **	
3	Μεταλλική λεκάνη
4	Κυτίο αιχμηρών
5	Εμποτισμένες πετσέτες καθαρισμού

*κατά τη διάρκεια χρήσης του κρεβατιού, στο συρτάρι φυλάσσονται τα υλικά που έχουν έρθει σε επαφή με τον ασθενή και είναι κατάλληλα για επόμενη χρήση

** κατά τη διάρκεια χρήσης του κρεβατιού στο 2ο ράφι του ντουλαπιού φυλάσσονται όλα τα υλικά ατομικής χρήσης του ασθενή όπως κουβέρτα θέρμανσης ή ισοθερμική, εξοπλισμός στήριξης, υποσέντονα, κλπ

***όταν δεν υπάρχει ο πύργος χρησιμοποιείται το μπλε καρότσι

Και λίγα στατιστικά για τις ΜΕΘ και τις λοιμώξεις

- Ενώ κατέχουν <10% του συνολικού αριθμού των κρεβατιών ενός νοσοκομείου
- Είναι υπεύθυνες για >20% όλων των νοσοκομειακών λοιμώξεων
 - ✓ Μεγαλύτερη διάρκεια νοσηλείας
 - ✓ Αυξημένη θνητότητα
 - ✓ Αύξηση του κόστους νοσηλείας

Γιατί οι ασθενείς ΜΕΘ έχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων;

Ενδογενείς παράγοντες κινδύνου

- Βαρέως πάσχοντες ασθενείς
- Μειωμένη άμυνα ξενιστή / απορρύθμιση ανοσολογικής απόκρισης

Εξωγενείς παράγοντες κινδύνου

- Χρήση επεμβατικών συσκευών (διασωλήνωση, μηχανική υποστήριξη της αναπνοής, ΚΦΚ)
- Χρήση φαρμάκων που προδιαθέτουν σε λοιμώξεις όπως η VAP (μείωση αντανακλαστικού βήχα/κατάποσης, κατασταλτικά, διαταραχή φυσιολογικής χλωρίδας)

*Ελληνική Εταιρεία Ελέγχου Λοιμώξεων

Γιατί στις ΜΕΘ εμφανίζονται και εξαπλώνονται ταχέως τα πολυανθεκτικά παθογόνα;

- Αυξημένη πίεση από τα αντιβιοτικά (νέες μεταλλάξεις, επιλογή ανθεκτικών στελεχών)
- Ανεπαρκής έλεγχος των λοιμώξεων

Ποια τα σημαντικότερα νοσοκομειακά πολυανθεκτικά παθογόνα;

- ▶ Gram (-) ανθεκτικά στις καρβαπενέμες
 - Acinetobacter
 - Klebsiella
 - Pseudomonas
- ▶ Σταφυλόκοκκοι ανθεκτικοί στη μεθικιλίνη
 - MRSA
- ▶ Εντερόκοκκοι ανθεκτικοί στη βανκομυκίνη
 - VRE
- ▶ Κλωστηρίδια
 - C.difficile

Πόσο χρόνο παραμένουν τα παθογόνα στις επιφάνειες;

Παθογόνα	Επιβίωση
C. difficile	Έως 5 Μήνες
Εντερόκοκκος VRE	Ημέρες - 4 μήνες
Σταφυλόκοκκος MRSA	Μία εβδομάδα
Acinetobacter	3 ημέρες έως 5 μήνες
Pseudomonas Aeruginosa	Σε στεγνές επιφάνειες έως 5 εβδομάδες

Πώς συνεισφέρουν οι μολυσμένες επιφάνειες στη μετάδοση των παθογόνων;

1. Αποτελούν δεξαμενές παθογόνων που μολύνουν τα χέρια ή τα γάντια των επαγγελματιών υγείας
2. Ο κίνδυνος μετάδοσης παθογόνων σε έναν ασθενή είναι 73% μεγαλύτερος όταν στην κλίνη νοσηλευόταν πριν ασθενής με VRE, MRSA, C.difficile, Acinetobacter

Η εντατικοποίηση της καθαριότητας και η αύξηση της συχνότητας της μειώνει την περιβαλλοντική μίανση κατά 68% και ο κίνδυνος μετάδοσης φτάνει το 39%

Παραδείγματα μολυσμένων επιφανειών περιβάλλοντος/περιοχής ασθενή

- ▶ Κάγκελα κλίνης
- ▶ Τροχήλατο νοσηλείας
- ▶ Επιφάνειες κλίνης, ματισμός
- ▶ Κομοδίνα
- ▶ Αντλίες iv
- ▶ Περιχειρίδες, ουροσυλλέκτες
- ▶ Διακόπτες



Ποιά είναι τα επίπεδα απολύμανσης/καθαριότητας για τον εξοπλισμό που χρησιμοποιείται;

Κατάταξη	Χρήση	Επίπεδο μικροβιοκτόνου δράσης	Μέθοδος
Κρίσιμα	Χειρουργικά εργαλεία, καρδιακοί καθετήρες, εμφυτεύματα	Καταστροφή μικροοργανισμών, και των σπόρων τους	Αποστείρωση
Ημι-κρίσιμα	Ενδοσκόπια, εξοπλισμός αναπνευστήρα	Καταστροφή μικροοργανισμών, εκτός βακτηριακών σπόρων	Απολύμανση
Μη-κρίσιμα	Ύψυχο νοσοκομειακό περιβάλλον	Καταστροφή των βλαστικών μορφών των βακτηρίων, μυκήτων, λιπιδιακών ιών	Χαμηλού βαθμού απολύμανση-απορρυπαντικό

Reduction of Environmental Contamination With Multidrug-Resistant Bacteria by Copper-Alloy Coating of Surfaces in a Highly Endemic Setting

Maria Souli, MD, PhD;¹ Anastasia Antoniadou, MD, PhD;¹ Ioannis Katsarolis, MD, PhD;¹ Irini Mavrou, MD;² Elisabeth Paramythiotou, MD;² Evangelos Papadomichelakis, MD;² Maria Drogari-Apiranthitou, MD, PhD;¹ Theofano Panagea, MD, PhD;^{1,†} Helen Giamarellou, MD, PhD;³ George Petrikkos, MD, PhD;¹ Apostolos Armaganidis, MD, PhD²

Infect Control Hosp Epidemiol 2017;1–7

SHEA ICHE William Jarvis Award

The editors of Infection Control and Hospital Epidemiology (ICHE) selected the manuscript to receive the William Jarvis Award for **most outstanding international clinical study published in ICHE in 2017**

ID WEEK 2018



Η μελέτη πραγματοποιήθηκε με χορηγία του Ελληνικού Ινστιτούτου ανάπτυξης χαλκού



ΜΕΘ Π.Γ.Ν. ΑΤΤΙΚΟΝ

Αποτελέσματα

- ✓ Η μελέτη επιβεβαίωσε την αντιμικροβιακή δράση του χαλκού με μείωση κατά **25-35%** του αποικισμού των επιφανειών και κατά **0.7 logs** συνολικά του μικροβιακού φορτίου
- ✓ Η μείωση αφορούσε για πρώτη φορά ανθεκτικά στις καρβαπενέμες **Gram(-)**
- ✓ Το μικροβιακό φορτίο των gram αρνητικών στις επιστρωμένες επιφάνειες ήταν $\approx 250 \text{ cfu}/100\text{cm}^2$ που είναι το αποδεκτό μετά από εντατικό καθαρισμό και αυτό πολλές ώρες μετά τον καθαρισμό τους
- ✓ Η δράση του χαλκού παρέμενε μέχρι και **17 μήνες** μετά την τοποθέτηση των επιχαλκωμένων επιφανειών
- ✓ Η μελέτη δεν ήταν σχεδιασμένη να μελετήσει μείωση του αποικισμού/λοιμώξεων και της σχέσης κόστους οφέλους της παρέμβασης

Εργαστηριακή επιτήρηση

Λήψη ορθικού/φαρυγγικού επιχρίσματος και/ή λήψη βιολογικού δείγματος από οποιαδήποτε πιθανή εστία αποικισμού (δερματική βλάβη, ούρα)

- Υποχρεωτικός έλεγχος φορέας για ανίχνευση **CRE** σε όλους τους νεοεισαγόμενους ασθενείς στη ΜΕΘ
- Έλεγχος φορέας σε όλους τους ασθενείς που νοσηλεύονται στον ίδιο ενιαίο χώρο
- Σε περίπτωση (-) αποτελέσματος: εβδομαδιαίος επανέλεγχος των ασθενών



Υπάρχει άλλο μέτρο ελέγχου διασποράς των ΠΑΜ;

► Φυσικός διαχωρισμός ασθενών

1. Απομόνωση
2. Γεωγραφικός Διαχωρισμός

► Νοσηλευτικός Διαχωρισμός

- Είναι επιβεβλημένος για τον έλεγχο της διασποράς τους στο νοσοκομειακό περιβάλλον.
- Αποτελεί βασικό μέτρο ελέγχου της διασποράς των ΠΑΜ σε όλους τους χώρους Παροχής Υπηρεσιών Υγείας.

Τεχνικές Φυσικού Διαχωρισμού Ασθενών



1. Απομόνωση

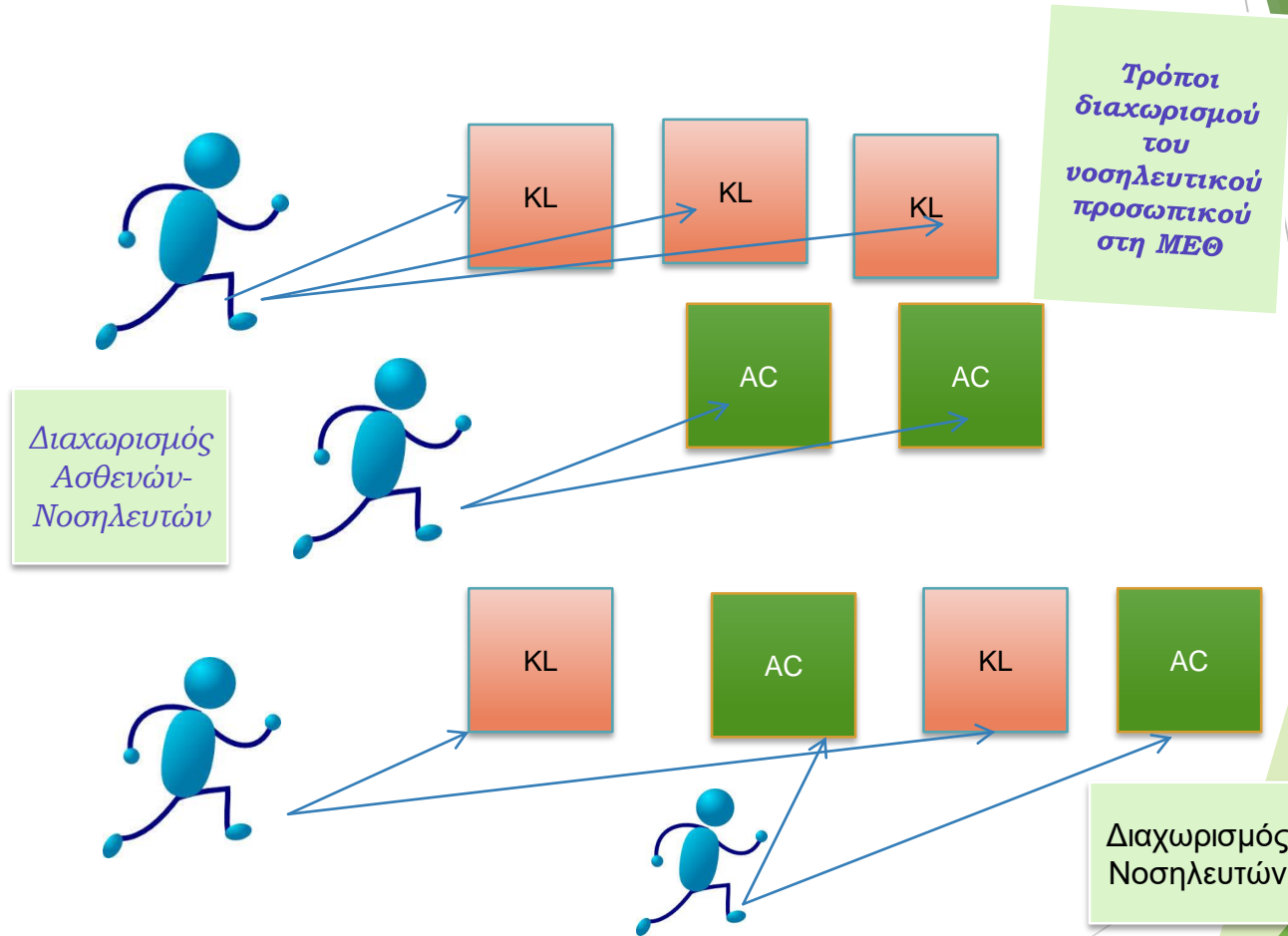
Ο ασθενής νοσηλεύεται μόνος του σε δωμάτιο με χωριστή είσοδο



2. Χωροταξικός - Γεωγραφικός Διαχωρισμός

- Ο γεωγραφικός διαχωρισμός των ασθενών με ΠΑΜ στην ΜΕΘ (*patient cohorting*) πρέπει να γίνεται το συντομότερο δυνατό μετά τη διάγνωση του αποικισμού ή της λοίμωξης του ασθενούς από ΠΑΜ.
- Ασθενείς με αποικισμό από περισσότερα από ένα ΠΑΜ διαχωρίζονται δίνοντας προτεραιότητα στον αποικισμό από πολυανθεκτική ***Klebsiella spp***

Νοσηλευτικός Διαχωρισμός



Μέτρα ατομικής προστασίας

- ▶ Ασφάλεια ασθενών
- ▶ Ασφάλεια επαγγελματιών υγείας

ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ

Πριν την επαφή μας με τον ασθενή

ΑΦΑΙΡΕΣΗ

Μετά την επαφή μας με τον ασθενή. Αμέσως μετά την αφαίρεσή τους εφαρμόζεται η Υγιεινή των Χεριών

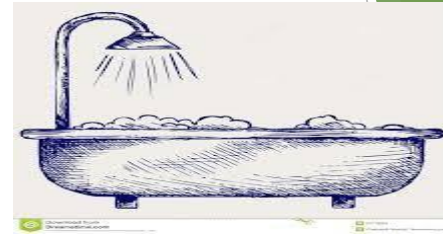
Υγιεινή των χεριών

- ✓ Η εκπαίδευση του προσωπικού αλλά και η επιτήρηση της συμμόρφωσης του στην υγιεινή των χεριών πρέπει να είναι συνεχή
- ✓ Η υγιεινή των χεριών πρέπει να εφαρμόζεται σε όλους τους ασθενείς και από όλους τους επαγγελματίες υγείας
- ✓ Η υγιεινή των χεριών πρέπει να εφαρμόζεται παρά την κλίνη του ασθενούς, στο σημείο φροντίδας του, ανεξάρτητα από την χρήση γαντιών.

Τι περιλαμβάνει η νοσηλευτική φροντίδα;

- ▶ Περιποίηση σώματος
- ▶ Υγιεινή στόματος
- ▶ Προστασία κερατοειδούς
- ▶ Φροντίδα ενδαγγειακών καθετήρων
- ▶ Περιποίηση τραχειοσωλήνα
- ▶ Περιποίηση καθετήρων πεπτικού
- ▶ Περιποίηση καθετήρων ουροποιητικού
- ▶ Χειρισμός παροχετεύσεων
- ▶ Φροντίδα τραυμάτων
- ▶ Περιποίηση στομιών
- ▶ Σωστή θέση αρρώστου
- ▶ Πρόληψη κατακλίσεων
- ▶ Πρόληψη ατελεκτασιών
- ▶ Πρόληψη θρομβοφλεβίτιδας
- ▶ Πρόληψη διαταραχών πέψης

ΠΕΡΙΠΟΙΗΣΗ ΣΩΜΑΤΟΣ



Η καθαριότητα και η υγιεινή αποτελούν
ΘΕΜΕΛΙΩΔΕΙΣ ΚΑΙ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ
ΤΗΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΥΠΑΡΞΗΣ,
πόσο μάλλον των ασθενών της ΜΕΘ που δεν
έχουν τη δυνατότητα αυτοεξυπηρέτησης.

Περιλαμβάνει

- λουτρό καθαριότητας,
- αλλαγή ιματισμού
- στρώσιμο κλίνης

ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΟ ΥΛΙΚΟ

1. Τροχήλατο

2. Απλά γάντια, ρόμπα και μάσκα εάν ενδείκνυται

3. Προϊόντα φροντίδας

- 3.1 Εμποτισμένες πετσέτες ή
- 3.2 Λεκάνη με ζεστό νερό (μέχρι τη μέση περίπου) στους 37°C και χλωρεξιδίνη (τόση ώστε να δημιουργηθεί αφρός) με γάζες ή
- 3.3 Λεκάνη με ζεστό νερό στους 37°C και εμποτισμένοι σπόγγοι ή
- 3.4 Λεκάνη με ζεστό νερό στους 37°C και αφρόλουτρο με γάζες

4. Σκούφος λουσίματος ή σαμπουάν

5. Ενυδατικές κρέμες

6. Δοχείο με ζεστό νερό για το ξέβγαλμα (μόνο για τις περιπτώσεις 3.2, 3.3, 3.4)

7. Γάζες μη αποστειρωμένες για το ξέβγαλμα (μόνο για τις περιπτώσεις 3.2, 3.3, 3.4)

ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ

1. Συγκέντρωση του υλικού στο τροχήλατο
2. Επιλογή των προϊόντων φροντίδας ανάλογα με τη διαθεσιμότητα. Στην περίπτωση 3.1 θέρμανση του κλειστού πακέτου στο φούρνο μικροκυμάτων πριν τη χρήση
3. Υγιεινή των χεριών και χρήση ατομικού εξοπλισμού προστασίας
4. Ενημέρωση του μη κατεσταλμένου ασθενή για τη διαδικασία
5. Τοποθέτηση της κλίνης σε άνετο ύψος για την εργασία (εξαιρούνται οι ασθενείς με ΚΕΚ)
6. Έναρξη του λουτρού με σταδιακή αποκάλυψη του ασθενή. **Αν τα κλινοσκεπάσματα ξαναχρησιμοποιηθούν διπλώνονται και τοποθετούνται στο τροχήλατο. Τα ρυπαρά σεντόνια απορρίπτονται στο σάκο για τα άπλυτα.**
7. Αλλαγή του νερό, εάν είναι απαραίτητο, σε οποιοδήποτε στάδιο κατά τη διάρκεια του μπάνιου (στις περιπτώσεις 3.2, 3.3, 3.4)
8. Έναρξη λουτρού από τον τράχηλο και τα αυτιά εξωτερικά.
9. Πλύσιμο χεριών, βραχιόνων και μασχαλών με άρση του χεριού, για τη μασχαλαία περιοχή.
10. Πλύσιμο θώρακα και κοιλιάς με ιδιαίτερη προσοχή στις πτυχές κάτω από τους μαστούς.
11. Πλύσιμο ποδιών ξεκινώντας από πάνω προς τις πατούσες και δίνοντας ιδιαίτερη προσοχή στην περιοχή μεταξύ των δακτύλων.
12. Στην περίπτωση 3.1 ο ασθενής αφήνεται να στεγνώσει, ενώ στις υπόλοιπες περιπτώσεις ξεπλένεται με γάζες και ζεστό νερό και στεγνώνεται με γάζες.
13. Καθαρισμός του περινέου με νέο προϊόν φροντίδας και απόρριψη μετά τη χρήση. Ξέπλυμα και στέγνωμα της περιοχής
14. Αλλαγή γαντιών και γύρισμα του ασθενή σε πλάγια θέση.

15. Πλύσιμο της πλάτης προς τους γλουτούς και τα κάτω άκρα. Δίνεται ιδιαίτερη προσοχή στον καθαρισμό των γλουτιαίων πτυχών και της περιοχής του πρωκτού. Έλεγχος για ερυθρότητα ή λύση συνέχειας του δέρματος στην ιερή περιοχή.

16. Όπως στο βήμα 13

17. Τοποθέτηση ενυδατικής κρέμας

18. Με τον ασθενή γυρισμένο στο πλάι, διπλώνονται τα σεντόνια και τοποθετείται καθαρό σεντόνι και υποσέντονο (όπου χρειάζεται). Στρώνεται το μισό κρεβάτι χωρίς να υπάρχουν πτυχές.

19. Ο ασθενής γυρίζεται στο αντίθετο πλάι και τοποθετείται ταυτόχρονα πάνω στο καθαρό σεντόνι

20. Άμεση απόρριψη του ακάθαρτου ματισμού με προσοχή να μην επιμολυνθεί ο καθαρός ματισμός

21. Αλλαγή γαντιών, τοποθέτηση του ασθενή στην αρχική του θέση και κάλυψη με καθαρά σεντόνια ή/και κουβέρτα. Οι μαξιλαροθήκες αλλάζονται και τοποθετούνται τα μαξιλάρια όπου χρειάζεται

22. Πλύσιμο της λεκάνης και του δοχείου που χρησιμοποιήθηκαν, ψεκασμός με απολυμαντικό διάλυμα και τοποθέτηση στο τροχήλατο του ασθενούς.

23. Απόρριψη του ΑΕΠ στην κίτρινη σακούλα και υγιεινή χεριών

24. Αν υπάρχουν κατακλίσεις η περιποίηση γίνεται κατά την ατομική υγιεινή σύμφωνα με το πρωτόκολλο

ΥΓΙΕΙΝΗ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟΣ

- ▶ Η φυσιολογική χλωρίδα της στοματικής κοιλότητας μπορεί να περιέχει μέχρι και 350 διαφορετικά είδη βακτηρίων.
- ▶ Οι μικροοργανισμοί που αναπτύσσονται στη στοματική κοιλότητα και στα δόντια, σχηματίζουν το BIOFILM και την οδοντική πλάκα
- ▶ Το CDC προτείνει την στοματική περιποίηση των ασθενών που νοσηλεύονται στη Μ.Ε.Θ. ως μέσο πρόληψης της VAP



ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΠΕΡΙΠΟΙΗΣΗΣ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑΣ

ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΟ ΥΛΙΚΟ

- Γάντια απλά
- Ρόμπα μιας χρήσης
- Μάσκα και γυαλιά, εφ' όσον ενδείκνυται η λήψη Ατομικού Εξοπλισμού Προστασίας
- Τροχήλατο
- Οδοντόβουρτσα ή σφουγγαράκι με δυνατότητα σύνδεσης στο σύστημα αναρρόφησης
- Φακαρόλα ή ιμάντας σταθεροποίησης τραχειοσωλήνα
- Διάλυμα χλωρεξιδίνης 0,12% (~ 5ml) ή τοπικό αντισηπτικό της στοματοφαρυγγικής κοιλότητας
- Ενυδατικό χειλιών
- Γάζες απλές
- 1 amp N/S 0.9%

ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΠΕΡΙΠΟΙΗΣΗΣ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑΣ

ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ

1. Υγιεινή χειρών με αντισηπτικό διάλυμα
 2. Συγκέντρωση του υλικού στο τροχήλατο
 3. Τοποθέτηση ρόμπας και γαντιών ή χρήση Ατομικού Εξοπλισμού Προστασίας, ανάλογα με τον κίνδυνο έκθεσης
 4. Έλεγχος μηχανισμού αναρρόφησης
 5. Τοποθέτηση της κλίνης σε θέση 30-40° και ενημέρωση του μη κατεσταλμένου ασθενή για τη διαδικασία
 6. Αλλαγή γαντιών
 7. Απομάκρυνση στοματοφαρυγγικού αεραγωγού (εάν υπάρχει)
 8. Έλεγχος θέσης ενδοτραχειακού σωλήνα (ΕΤΣ) και πληρότητας του αεροθαλάμου (cuff), 20-30 cmH₂O
 9. Αναρρόφηση εκκρίσεων στοματικής κοιλότητας
 10. Καθαρισμός δοντιών με την οδοντόβουρτσα ή το σφουγγαράκι, με απαλές οριζόντιες και κυκλικές κινήσεις για ένα με δύο λεπτά
 11. Καθαρισμός γλώσσας, υπερώας και μαλακών ιστών του στόματος με την οδοντόβουρτσα ή το σφουγγαράκι
 12. Εφαρμογή ενυδατικής ουσίας στα χείλη (επί αιμορραγίας χειλέων τοποθετείται εμποτισμένη γάζα με N/S 0.9%)
 13. Σταθεροποίηση του ΕΤΣ με φακαρόλα
 14. Τοποθέτηση ασθενούς στην προηγούμενη θέση
 15. Απόρριψη του υλικού που χρησιμοποιήθηκε και του ΑΕΠ στην κίτρινη σακούλα
 16. Υγιεινή χειρών με αντισηπτικό διάλυμα
- Εφαρμογή βασικής περιποίησης στοματικής κοιλότητας τέσσερις (4) φορές την ημέρα (09⁰⁰- 14⁰⁰-20⁰⁰ και 02⁰⁰)
 - Αλλαγή θέσης ΕΤΣ του ασθενούς τουλάχιστον μία φορά την ημέρα

Δέσμες Μέτρων

▶ CLABSI

▶ CAUTI

▶ VAP

▶ Κατακλίσεις

Ποιοι παράγοντες αυξάνουν τον κίνδυνο CLABSIs;

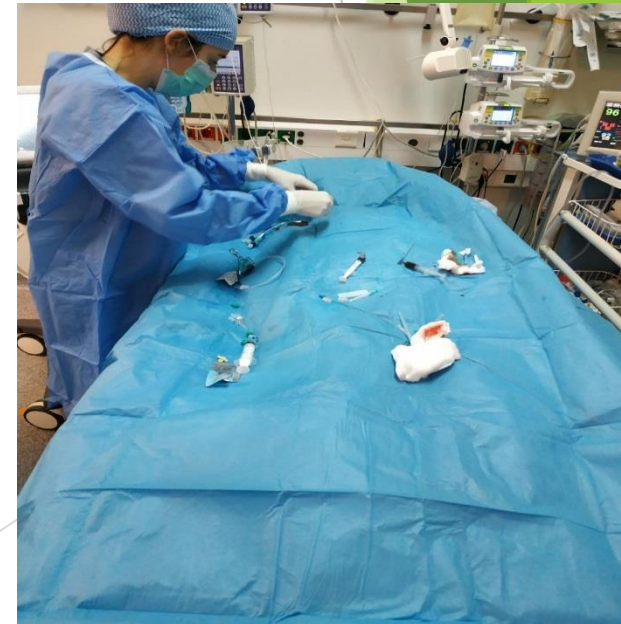
- ▶ Διάρκεια χρήσης
- ▶ Αριθμός αυλών του ΚΦΚ
- ▶ Αριθμός πωμάτων
- ▶ Μεταγγίσεις αίματος, παραγόντων
- ▶ Παρεντερική διατροφή

Η ΑΛΛΑΓΗ ΚΦΚ ΣΕ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΕΝΟ ΧΡΟΝΟ ΔΕΝ ΕΧΕΙ ΔΕΙΞΕΙ ΜΕΙΩΣΗ ΤΩΝ CLABSIs

Δέσμη μέτρων για την τοποθέτηση ΚΦΚ

Τα πέντε συστατικά στοιχεία της «δέσμης μέτρων» είναι:

- ▶ Υγιεινή των χεριών
- ▶ Πλήρης ατομικός εξοπλισμός προστασίας
- ▶ Χρήση αλκοολικής χλωρεξιδίνης 2% για την αντισηψία του σημείου εισόδου του καθετήρα
- ▶ Επιλογή του κατάλληλου σημείου εισόδου του καθετήρα - αποφυγή τοποθέτησης σε μηριαία φλέβα
- ▶ Καθημερινή παρακολούθηση και άμεση απομάκρυνση γραμμής όταν αυτή δεν είναι απαραίτητη



Πρωτόκολλο Τοποθέτησης ΚΦΚ

ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ	ΑΙΤΙΟΛΟΓΗΣΗ
ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΤΟΥ ΚΦΚ	
1. Ο γιατρός που τοποθετεί τον ΚΦΚ πρέπει να έχει εκτελέσει τουλάχιστον πέντε επιτυχημένες εισαγωγές καθετήρα τόσο στον τράχηλο όσο και στο μηρό υπό επίβλεψη.	Μείωση πιθανότητας επιπλοκών
2. Αν δεν υπάρχει αντένδειξη προτιμάται ο τράχηλος έναντι του μηριαίου καθετήρα λόγω λιγότερων μηχανικών και λοιμωδών επιπλοκών	Μείωση πιθανότητας επιπλοκών
3. Υγιεινή των χεριών είτε με πλύσιμο με αντισηπτικό σαπούνι και νερό ή με μαντηλάκια εμποτισμένα σε αλκοολούχο διάλυμα πριν και μετά την ψηλάφηση του σημείου εισαγωγής	Πρόληψη λοιμώξεων
4. Ο επιβλέπων γιατρός φοράει σκούφο, μάσκα, αποστειρωμένη ρόμπα / γάντια	Πρόληψη λοιμώξεων
5. Ο γιατρός που εισάγει τον ΚΦΚ φοράει σκούφο, μάσκα, αποστειρωμένη ρόμπα / γάντια	Πρόληψη λοιμώξεων
6. Ο νοσηλευτής φοράει ρόμπα, σκούφο, μάσκα και απλά γάντια	Πρόληψη λοιμώξεων
7. Κατάλληλη τοποθέτηση του ασθενούς: Τράχηλος/θώρακας: θέση Trendelenbourg με στροφή της κεφαλής προς την αντίθετη πλευρά Μηριαίος ή όταν υπάρχει αντένδειξη για θέση Trendelenbourg: οριζόντια θέση	Πρόληψη εμβολής αέρα
8. Καθαρισμός του δέρματος με αλκοολούχο διάλυμα χλωρεξιδίνης για 30 sec, αφήνουμε να στεγνώσει στον αέρα άλλα 30 sec πριν την είσοδο του καθετήρα	Πρόληψη λοιμώξεων
9. Αφήνουμε το σημείο εισόδου να στεγνώσει καλά	Πρόληψη λοιμώξεων
10. Χρήση μεγάλου αποστειρωμένου πεδίου, κατά προτίμηση ολόσωμου	Πρόληψη λοιμώξεων
11. Χρήση τοπικού αναισθητικού και /ή καταστολής	Αναλγησία ασθενούς
ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ ΤΟΥ ΚΦΚ	
12. Διατήρηση άσηπτου πεδίου	Πρόληψη λοιμώξεων
13. Έλεγχος ότι οι αυλοί δεν έχουν κοπεί	Αποφυγή εμβολής αέρα
14. Κλείσιμο (clamp) των αυλών (ports) που δε θα χρησιμοποιηθούν κατά την εισαγωγή, εκτός του εγγύς άκρου (distal)	Αποφυγή εμβολής αέρα
15. Καλείται εκπαιδευμένος δεύτερος γιατρός μετά από 3 αποτυχημένες προσπάθειες (εκτός αν είναι επείγον)	Αποφυγή επιπλοκών
16. Αναρρόφηση αίματος από κάθε αυλό	Αποφυγή εμβολής αέρα και επιβεβαίωση της ενδαγγειακής τοποθέτησης
17. Τοποθέτηση σε transducer και μέτρηση της ΚΦΠ	Αποκλεισμός τοποθέτησης σε αρτηρία
ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΤΟΥ ΚΦΚ	
18. Καθαρισμός του αίματος από το σημείο εισόδου με χρήση αντισηπτικού (χλωρεξιδίνη), κάλυψη με αποστειρωμένο κάλυμμα και τοποθέτηση αποστειρωμένων πωμάτων (caps) σε όλους τους αυλούς (hubs)	Πρόληψη λοιμώξεων
19. Επιβεβαίωση της σωστής θέσης του καθετήρα με ακτινογραφία (σε καθετηριασμό σφαγίτιδας ή υποκλείδιας φλέβας)	Έλεγχος για πνευμοθώρακα

ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΚΦΠ

ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΠΕΡΙΠΟΙΗΣΗΣ ΚΕΝΤΡΙΚΟΥ ΦΛΕΒΙΚΟΥ ΚΑΘΗΤΗΡΑ

ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΟ ΥΛΙΚΟ

- Γάντια αλά και αποστειρωμένα
- Ρόμπα μιας χρήσης
- Τροχήλατο
- 2 αποστειρωμένα πεδία
- Επίθεμα ημιδιαπερατό, διαφανές, ή τύπου γάζας
- Σύριγγες των 10cc
- N/S 0.9% 10 cc
- Πόματα και 3way, αν χρειάζεται
- Αποστειρωμένες γάζες ή αποστειρωμένα μαντηλάκια χλωρεξιδίνης 2%
- Αλκοολούχο αντισηπτικό διάλυμα



5) Εφαρμογή απλών γαντιών



6) Άνοιγμα του αποστειρωμένου πεδίου στο τροχήλατο και τοποθέτηση του υλικού με άσηπτη τεχνική



7) Εμποτισμός γαζών με αλκοολούχο αντισηπτικό διάλυμα, αν δεν υπάρχουν μαντηλάκια χλωρεξιδίνης

8) Αφαίρεση του υπάρχοντος επιθέματος

9) Έλεγχος του σημείου εισόδου για σημεία φλεγμονής (οίδημα, ερυθρότητα, έκκριση πύου) και έλεγχος θέσης καθετήρα και ραμμάτων. Ενημέρωση του γιατρού, αν χρειάζεται

OE_MEO_01_17_2_2014

ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΠΕΡΙΠΟΙΗΣΗΣ ΕΝΤΡΙΚΟΥ ΦΛΕΒΙΚΟΥ ΚΑΘΗΤΗΡΑ

η γαντιών, αντισηπία φαρμογή ένων γαντιών



5) κυκλικά και από το σημείο καθετήρα, προς τα καλυφθεί μια 12 cm περίπου

6) μέχρι να στεγνώσει

7) ηση και επικόλληση λου επιθέματος

8) ιος αυλός δε ίται γίνεται έλεγχος ηση N/S

9) σής and εν χορηγούνταν τότε αναρροφούνται τονται πρώτα 10 cc).

15) Πριν την έκπλυση γίνεται αντισηπία του πόματος (τρίψιμο 15 φορές με γάζα ή μαντηλάκι) και του 3way. Αντικατάστασή τους, αν χρειάζεται.

16) Αντισηπία των αυλών-πομάτων-3way με αντισηπτικό (ψεκασμός ή εμποτισμένη γάζα) και κάλυψή τους με αποστειρωμένο πεδίο

17) Αφαίρεση και απόρριψη του υλικού σε κίτρινη σακούλα

18) Αφαίρεση γαντιών και αντισηπία χεριών

19) Αναγραφή ημερομηνίας πάνω στο επίθεμα

Είδη επιθεμάτων και συχνότητα αλλαγής

Χρησιμοποιούνται δύο είδη επιθεμάτων

- Διαφανή ή ημιδιαπερατά
- Επιθέματα τύπου γάζας

Επισκόπηση του σημείου εισόδου του καθετήρα κάθε 24-48 ώρες ανάλογα με το επίθεμα

Τα διαφανή επιθέματα αλλάζονται κάθε 7 ημέρες αν είναι καθαρά και χωρίς υγρασία.

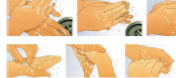
Τα επιθέματα γάζας αλλάζονται κάθε 2 ημέρες και αμέσως μόλις βραχούν ή λερωθούν.

OE_MEO_01_17_2_2014



ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ

1) Πλύσιμο χεριών



2) Συγκέντρωση απαραίτητου υλικού στο τροχήλατο

3) Εφαρμογή ρόμπας



4) Αντισηπία χεριών με αντισηπτικό διάλυμα

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΑΝΤΙΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΕΝΔΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΣΥΣΚΕΥΩΝ-ΕΠΙΘΕΜΑΤΩΝ-ΣΥΣΚΕΥΩΝ ΕΓΧΥΣΗΣ & ΠΑΡΕΝΤΕΡΙΚΩΝ ΥΓΡΩΝ

ΕΙΔΟΣ ΚΑΘΗΤΗΡΑ	ΣΗΜΕΙΟ ΕΙΣΟΔΟΥ	ΑΝΤΙΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΘΗΤΗΡΑ	ΑΝΤΙΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΕΠΙΘΕΜΑΤΟΣ	ΑΝΤΙΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΣΥΣΚΕΥΩΝ ΕΓΧΥΣΗΣ	ΑΝΤΙΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΠΑΡΕΝΤΕΡΙΚΩΝ ΥΓΡΩΝ
ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΟΙ ΦΛΕΒΙΚΟΙ ΚΑΘΗΤΗΡΕΣ ΚΑΙ ΚΑΘΗΤΗΡΕΣ ΜΕΣΑΙΟΥ ΜΗΚΟΥΣ (Η χρήση καθετήρα μεσαίου μήκους συνιστάται όταν η ενδοφλέβια θεραπεία >6 μέρες)	ΕΝΗΛΙΚΕΣ: Άνω άκρα και σπασίως στα κάτω άκρα (με άμεση αντικατάσταση)	ΕΝΗΛΙΚΕΣ: Ανά 72-96 ώρες ή νωρίτερα εφόσον υπάρχουν στοιχεία θρομβοφλεβίτιδας	Αλλαγή επιθέματος εφόσον υγρανθεί, λερωθεί ή αποκολληθεί	Συσκευές έγχυσης κοινών διαλυμάτων: κάθε 96 ώρες	Δεν υπάρχουν συστάσεις για το χρόνο αντικατάστασης των εγχυόμενων υγρών περιλαμβάνοντας υγρά παρεντερικής σίτισης που δεν περιέχουν λίπος.
	ΠΑΙΔΙΑ: Άνω ή κάτω άκρα, τριχωτό κεφαλής (σε νεογνά ή νεαρά νηπια)	ΠΑΙΔΙΑ: όχι τακτική αντικατάσταση αν δεν υπάρχουν κλινικές ενδείξεις.		Συσκευές έγχυσης, γαλακτωμάτων, αίματος & παραγώγων: κάθε 24 ώρες και όταν πρόκειται για προποφύλη κάθε 6-12 ώρες όταν αλλάζεται το φιαλίδιο	Η παρεντερική σίτιση που περιέχει λίπος πρέπει να αλλάζεται κάθε 24 ώρες από την ώρα έναρξης της έγχυσης
		Για καθετήρες μεσαίου μήκους γίνεται αντικατάσταση μόνο όταν υπάρχει κλινικής ένδειξη	Γάζες και αδιαφανή επιθέματα δεν χρειάζονται αντικατάσταση εάν ο ασθενής δεν εμφανίζει κλινικά σημεία λοίμωξης	Θεωρείστε τις προεκτάσεις μικρού μεγέθους και τα 3 way ως τμήμα του καθετήρα (αλλάζονται με την αλλαγή του φλεβοκαθετήρα)	Παράγωγα αίματος: εντός 4 ωρών
ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΟΙ ΑΡΘΗΡΙΑΚΟΙ ΚΑΘΗΤΗΡΕΣ	ΕΝΗΛΙΚΕΣ: κεραιδικό, βραχιόνιο, ραχιαίο πελματικό σημείο εισόδου ΠΑΙΔΙΑ: κεραιδική, ραχιαία πελματική ή οπίσθια κνημιαία (ΟΧΙ)	ΕΝΗΛΙΚΕΣ & ΠΑΙΔΙΑ: δεν συστήνεται αντικατάσταση του καθετήρα σαν μέτρο πρόληψης των λοιμώξεων	Αλλαγή επιθέματος εφόσον υγρανθεί, λερωθεί ή αποκολληθεί ή όταν απαιτείται ο έλεγχος του σημείου εισόδου	Αντικατάσταση της ενδογγειακής συσκευής όταν αντικαθίσταται ο μετατροπέας (transducer) (πχ κάθε 96 ώρες)	Αντικατάσταση του διαλύματος λύσης όταν αντικαθίσταται ο μετατροπέας
ΚΕΝΤΡΙΚΟΙ ΦΛΕΒΙΚΟΙ ΚΑΘΗΤΗΡΕΣ, ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΑ ΕΙΣΕΡΧΟΜΕΝΟΙ ΚΕΝΤΡΙΚΟΙ ΦΛΕΒΙΚΟΙ ΚΑΘΗΤΗΡΕΣ (Η χρήση τους συνιστάται όταν η ενδοφλέβια θεραπεία >6 μέρες) ΚΕΝΤΡΙΚΟΙ ΦΛΕΒΙΚΟΙ ΚΑΘΗΤΗΡΕΣ ΑΙΜΟΔΙΑΛΥΣΗΣ, ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΟΙ ΑΡΘΗΡΙΑΚΟΙ ΚΑΘΗΤΗΡΕΣ	ΕΝΗΛΙΚΕΣ: Αποφυγή χρήσης μηριαίας φλέβας, ^{κορίως} χρήση υποκλειθίου και σφαγίτιδας	Δεν συστήνεται αντικατάσταση του καθετήρα σαν μέτρο πρόληψης των λοιμώξεων ΑΜΕΣΗ Αντικατάσταση (εντός 48 ωρών) καθετήρων που τοποθετήθηκαν κάτω από επεμβατικές συνθήκες	ΑΔΙΑΦΑΝΕΣ ΕΠΙΘΕΜΑ: κάθε 2 μέρες ΔΙΑΦΑΝΕΣ ΕΠΙΘΕΜΑ: κάθε 7 μέρες	Αλλάζετε τη συσκευή έγχυσης των διαλυμάτων περιλαμβάνοντας και τις πρόσθετες συσκευές όχι συχνότερα από 72 ώρες	Δεν υπάρχουν συστάσεις για το χρόνο αντικατάστασης των εγχυόμενων υγρών περιλαμβάνοντας υγρά παρεντερικής σίτισης που δεν περιέχουν λίπος.
	Σε ασθενείς σε αιμοδιάλυση ή με προχωρημένη νεφρική νόσο ΟΧΙ ΥΠΟΚΛΕΙΔΙΟΣ			Αλλαγή επιθέματος εφόσον υγρανθεί, λερωθεί ή αποκολληθεί ή όταν απαιτείται ο έλεγχος του σημείου εισόδου	Συσκευές έγχυσης, γαλακτωμάτων, αίματος & παραγώγων: κάθε 24 ώρες

Λοιμώξεις που σχετίζονται με τον ουροκαθετήρα CAUTI

- ▶ Η πιο συχνή νοσοκομειακή λοίμωξη (> 35%)
- ▶ 70-80% ουρολοιμώξεων σχετίζονται με χρήση ουροκαθετήρων
- Παράταση νοσηλείας
- Αυξημένο κόστος
- Κίνδυνος δευτεροπαθούς μικροβιαμίας
- Σάκοι συλλογής ούρων => δεξαμενή μετάδοσης μικροοργανισμών (ανθεκτικών) στο περιβάλλον

• [*http://www.cleosearch.org](http://www.cleosearch.org)

Διάγνωση της συμπτωματικής CAUTI

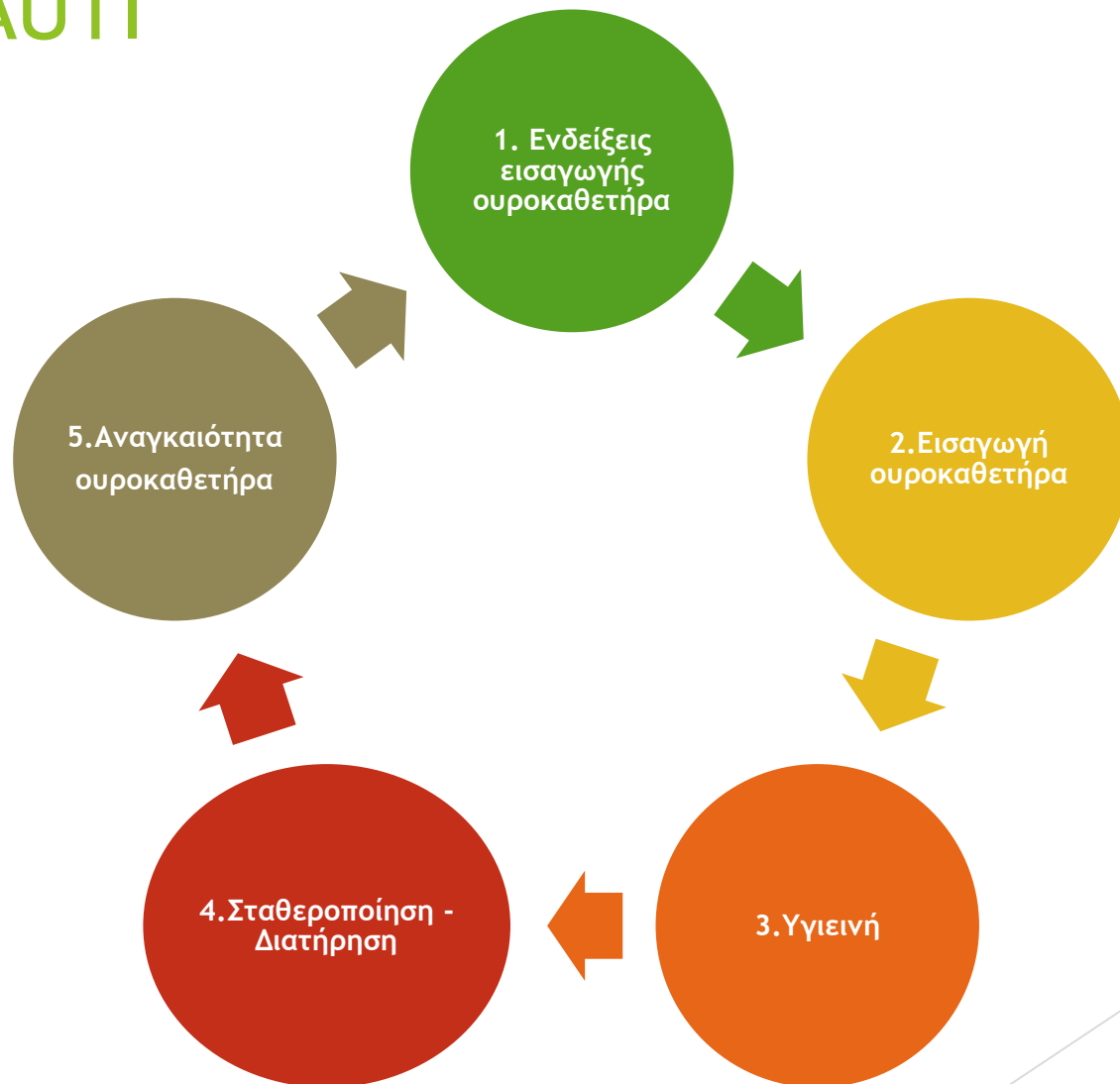
Πρόελευση μικροοργανισμών :

1. **Ενδογενής:** αποικισμός ουρήθρας, κόλπου / περιπρωκτικής περιοχής
2. **Εξωγενής:** χέρια επαγγελματιών υγείας (κατά την εισαγωγή του ουροκαθετήρα ή τους χειρισμούς του συστήματος παροχέτευσης)

Πώς γίνεται η τοποθέτηση ουροκαθετήρα;

- ❖ Τα χέρια ή τα αποστειρωμένα γάντια, δεν έρχονται σε επαφή με τίποτα μη αποστειρωμένο, κατά την εισαγωγή του ουροκαθετήρα
- ❖ Αν διακοπεί η άσηπτη διαδικασία ή υπάρχει κάποια διαρροή ή αποσύνδεση του συστήματος γίνεται αντικατάσταση του καθετήρα και επαναλαμβάνεται η διαδικασία με άσηπτη τεχνική και αποστειρωμένο υλικό

ΔΕΣΜΕΣ ΜΕΤΡΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΣΑΥΤΙ

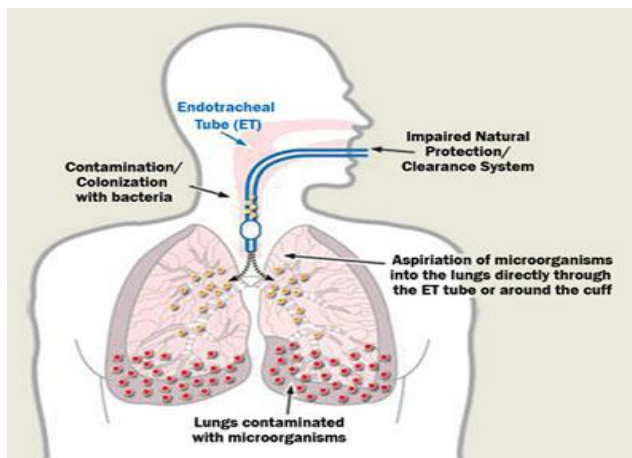


Πρόληψη λοιμώξεων CAUTI

- ▶ Αποφυγή καθετηριασμού εφόσον είναι εφικτό
- ▶ Ομάδα 2 ατόμων κατά τη διαδικασία καθετηριασμού
- ▶ Άσηπτη τεχνική και χρήση αποστειρωμένου εξοπλισμού
- ▶ Έλεγχος ανάγκης ύπαρξης καθετήρα καθημερινά και αφαίρεση το συντομότερο δυνατό (ιδανικά εντός 48 ωρών)
- ▶ Υγιεινή των χεριών
- ▶ Να μην γίνεται αλλαγή του καθετήρα συχνά, όταν λειτουργεί κανονικά
- ▶ Να διατηρείτε κλειστό το σύστημα αποστράγγισης
- ▶ ΌΧΙ στις ενδοκυστικές πλύσεις και στη χρήση αντισηπτικών/αντιμικροβιακών παραγόντων
- ▶ Άδειασμα του σάκου συλλογής ούρων τακτικά και σε ατομικό δοχείο συλλογής ούρων
- ▶ Το δοχείο συλλογής ούρων πρέπει να αλλάζει καθημερινά

Τι είναι η VAP;

- ▶ Η VAP είναι αποτέλεσμα της εισβολής μικροβίων στο πνευμονικό παρέγχυμα των ασθενών που **ΒΡΙΣΚΟΝΤΑΙ ΣΕ ΜΗΧΑΝΙΚΟ ΑΕΡΙΣΜΟ**



Η VAP ή πνευμονία του αναπνευστήρα συμβαίνει στο 8-28% των μηχανικά αεριζόμενων ασθενών

Το κατώτερο αναπνευστικό μολύνεται από εισρόφηση των εκκρίσεων, αποικισμό του γαστρεντερικού, ή χρήση μολυσμένων συσκευών

Ποιες οι δέσμες μέτρων για την πρόληψη της VAP;

- ▶ Επιμόρφωση προσωπικού
- ▶ Αποφυγή αποικισμού
- ▶ Πρόληψη εισρόφησης

Θέση αρρώστου για την πρόληψη πνευμονίας του αναπνευστήρα (VAP):

Σύσταση CDC:
Ανύψωση της ράχης σε γωνία
30° έως 45°

> Πιθανότητας
πνευμονίας εάν ύπτια
θέση το πρώτο 24ωρο



Συνεπώς οι πρώτες
ώρες μετά τη
διασωλήνωση είναι
οι πιο κρίσιμες για
τοποθέτηση του
αρρώστου σε
ανάρροπη θέση

Χρόνος με αυξημένο
αριθμό παρεμβάσεων
και αιμοδυναμική
αστάθεια

ΜΕΤΡΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΝΑΡ

ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΒΡΟΓΧΟΑΝΑΡΡΟΦΗΣΗΣ ΑΝΟΙΧΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΟ ΥΛΙΚΟ

- Μονάδα Αναρρόφησης με σωλήνες (φορητή ή επιτοίχια)
- Αποστειρωμένοι καθετήρες αναρρόφησης (τοποθέτηση του συνήθους μεγέθους 14FR και σε επιλεγμένες περιπτώσεις διαφορετικά μεγέθη)
- Γάντια αποστειρωμένα
- Ατομικός Εξοπλισμός Προστασίας (Ρόμπα – μάσκα – γυαλιά εάν ενδείκνυται)
- 1 ορός WFI
- Σύστημα ambu

ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΒΡΟΓΧΟΑΝΑΡΡΟΦΗΣΗΣ ΑΝΟΙΧΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ

1. Εκτέλεση υγιεινής των χεριών
2. Τοποθέτηση κλίνης σε θέση 30°–40° και ενημέρωση του μη κατεσταλμένου ασθενή για τη διαδικασία
3. Τοποθέτηση του μίγματος εισπνεόμενου οξυγόνου 100% για 3 λεπτά (ΚΕΚ, υποξαιμία).
4. Χρήση Ατομικού Εξοπλισμού Προστασίας και τοποθέτηση αποστειρωμένων γαντιών
5. Διατήρηση αποστειρωμένου του χεριού που κρατάει τον καθετήρα
6. Εισαγωγή του καθετήρα στον τραχειοσωλήνα χωρίς αναρρόφηση μέχρι να υπάρξει ήπια αντίσταση ή να βήξει ο ασθενής. Έναρξη αναρρόφησης αποφράσσοντας περιοδικά την Υ-θύρα στον καθετήρα με τον αντίχειρα του μη αποστειρωμένου χεριού και περιστρέφοντας ήπια τον καθετήρα κατά την απόσυρση. Η διάρκεια της αναρρόφησης δεν πρέπει να ξεπερνάει τα 10 – 15 sec.
7. Αναρρόφηση του στοματοφάρυγγα μετά την αναρρόφηση της τραχείας (με διαφορετικό καθετήρα).
8. Καθαρισμός του σωλήνα αναρρόφησης με ορό WFI
9. Αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της αναρρόφησης και επανάληψη της διαδικασίας εάν χρειάζεται.
10. Απόρριψη του καθετήρα.
11. Αφαίρεση Ατομικού Προστατευτικού Εξοπλισμού και απόρριψη στην κίτρινη σακούλα
12. Εφαρμογή υγιεινής των χεριών.

Κατακλίσεις

Οι κατακλίσεις είναι ένα μείζον κλινικό πρόβλημα τόσο για τους ασθενείς όσο και για τους νοσηλευτές

Οι κατακλίσεις δημιουργούνται όταν ασκείται πίεση σε μαλακά μέρη εμποδίζοντας την αιμάτωση των ιστών με αποτέλεσμα να νεκρώνονται

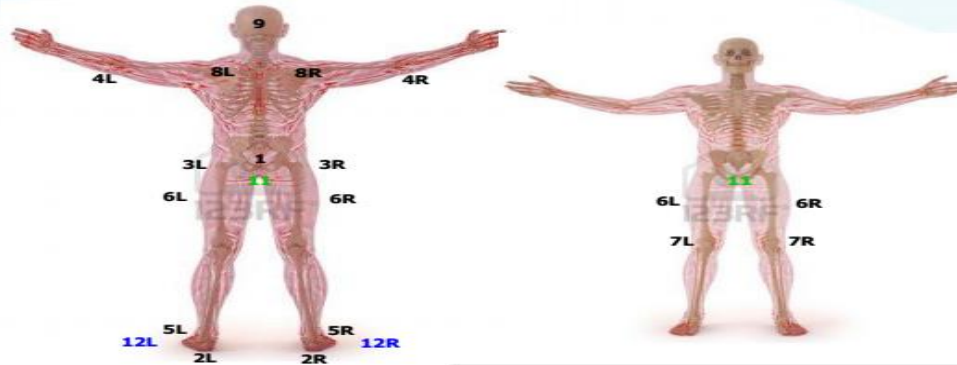
- ▶ Η ύπαρξη κατακλίσεων απαιτεί
 - αυξημένη νοσηλευτική φροντίδα,
 - παράταση της διάρκειας νοσηλείας,
 - καθυστέρηση στην ανάρρωση,
 - σημαντική επιβάρυνση στο κόστος νοσηλείας
 - αύξηση της θνητότητας

ΟΔΗΓΟΣ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΩΝ, ΠΑΡΑΤΡΙΜΜΑΤΟΣ & ΙΠΠΟΠΟΔΙΑΣ

ΤΥΠΟΠΟΙΗΣΗ ΗΑΣΙ (Hospital Acquired Skin Injury)

ΚΩΔΙΚΟΙ ΗΑΣΙ: 1-12 L/R

Κωδικός	Περιγραφή
1	Κατακλίσεις
2L/R	Ιερό οστό
3L/R	Πτέρνα
4L/R	Γλουτός
5L/R	Αγκώνας
6L/R	Αστράγαλος
7L/R	Μηρός
8L/R	Γόνατο
9	Ωμοπλάτη
10	Κεφαλή
11	Άλλο
12L/R	Παράτριμμα (IAD)
	Ιπποποδία

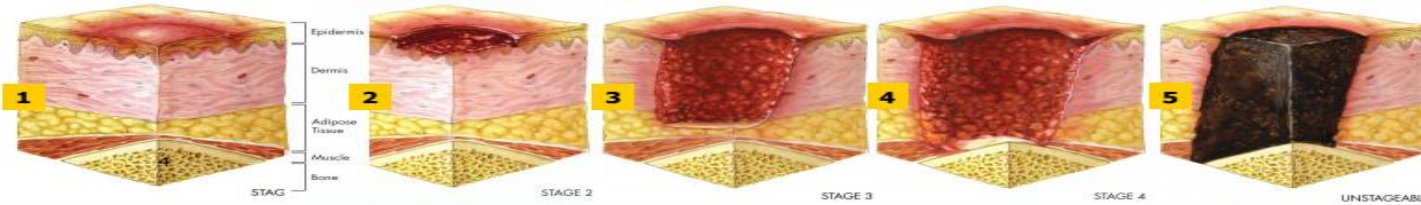


ΤΥΠΟΠΟΙΗΣΗ ΣΤΑΔΙΩΝ ΗΑΣΙ

ΚΩΔΙΚΟΙ: 1-10

ΣΤΑΔΙΑ ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΩΝ

ΚΩΔΙΚΟΙ: 1-5



ΣΤΑΔΙΑ ΠΑΡΤΡΙΜΜΑΤΟΣ (IAD)

ΚΩΔΙΚΟΙ: 6-9

ΚΩΔΙΚΟΣ: 10

EARLY IAD



MODERATE IAD



SEVERE IAD



FUNGAL APPEARING RASH



ΙΠΠΟΠΟΔΙΑ



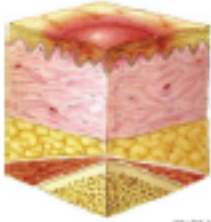
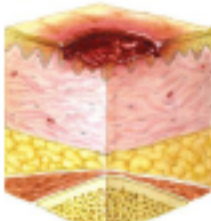
ΤΥΠΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΠΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ





ΚΩΔΙΚΟΙ: 1-12

Κωδικός	Περιγραφή
1	Διαφανείς μεμβράνες
2	Κρέμες
3	Υδροκολλοειδή / Υδροτριχοειδικά
4	Αφρώδη
5	Αλγινικά
6	Κορδόνι εμποτισμένο με άργιλο - Υδρογέλες
7	Σιλικόνες
8	Λιποκολλοειδές

Κωδικός	Περιγραφή
9	Αφρώδη με άργυρο
10	Αφρώδη με ιμπουπροφαίνη
11	Εμποτισμένες Πετσέτες Σιλικόνης
12	Νάρθηκας προστασίας κάτω άκρου
13	Ειδικά επιστρώματα κατάκλισης
14	Άλλο



ΣΤΑΔΙΑ	ΘΕΡΑΠΕΙΑ
<p>ΣΤΑΔΙΟ I</p> <p><u>Ερυθρότητα</u> χωρίς εντύπωμα σε ανέπαφο δέρμα. Αποχρωματισμός, θερμότητα, οίδημα και σκλήρυνση μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως δείκτες ειδικά σε άτομα με σκούρο χρώμα</p>  <p style="text-align: right; font-size: small;">ΣΤΑΔΙΟ I</p>	<p><u>ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΥΛΙΚΩΝ ΚΑΙ ΚΩΔΙΚΟΙ MEDIS</u></p> <p>Κρέμες σουλφαδιαζίνης, υαλουρικού οξέος και πανθενόλης (syflio – zinco – sudocream) Εντριβή με αλκοολούχο διάλυμα και αλλαγή θέσης</p> <p>HYDROVIT BASE D-PANTHENOL 100 ML (κωδ. 20577) HYDROVIT ZINCO 100 ML (κωδ. 20578) Syflio Sulfaziadine silver 1% (κωδ. 26488) Κρέμα Conveen protect (κωδ. 20578)</p>
<p>ΣΤΑΔΙΟ II</p> <p><u>Απώλεια μερικού πάχους δέρματος</u>, στην οποία εμπλέκεται η επιδερμίδα το χόριο ή και τα δύο. Το έλκος είναι επιφανειακό και κλινικά εμφανίζεται με τη μορφή γδαρσίματος ή φλύκταινας. Ρηχό, ανοιχτό έλκος με κόκκινο ή ροζ υπόστρωμα τραύματος χωρίς εσχάρα αποτελούν τα χαρακτηριστικά αυτού του σταδίου</p>  <p style="text-align: right; font-size: small;">ΣΤΑΔΙΟ II</p>	<p>Υδροτριχοειδικά/ Αφρώδη/ Αλγηνικά/ Αφρώδη Αργύρου</p> <p><u>ΚΑΘΑΡΑ ΕΛΚΗ</u> Επίθεμα Υδροτριχοειδικό τραυμάτων και ελκίων 15*15 cm (κωδ. 21347) (Biatain Super) Επίθεμα Υδροτριχοειδικό 20*20 cm (κωδ. 25814) (Biatain Super) ή Επίθεμα πολυαμιδίου με επίστρωση μαλακής σιλικόνης 10*20 cm (κωδ. 21391) (Meritel) Επίθεμα πολυαμιδίου με επίστρωση μαλακής σιλικόνης 20*30 cm (κωδ. 21392) (Meritel) [και επικάλυψη με γάζες και ελαστικό επίδεσμο (αν είναι εφικτό) ή μεταξινή ταινία] ή Επίθεμα αφρώδες με ιμποιπροφαίνη 10*15 cm (κωδ. 26282) (Biatain Ibu)</p> <p><u>ΕΠΙΜΟΛΥΣΜΕΝΑ ΕΛΚΗ</u></p> <p>ΠΑΣΤΑ ΑΛΓΗΝΙΚΟΥ ΑΡΓΥΡΟΥ 15gr (κωδ. 1-0102268) και επικάλυψη με υδροτριχοειδικό επίθεμα ή Επίθεμα αφρώδες κολλητικό με άργυρο 12,5*12,5 cm (κωδ. 23513) (Biatain Ag) ή Επίθεμα από αφρώδη πολυμεθένη με επίστρωση μαλακής σιλικόνης (κωδ. 21394) (Merilex Border) ή Επίθεμα με αργυρούχο σουλφαδιαζίνη 15*15 cm (κωδ. 25565) (Physiotulle Ag) [συνήθως σε διαβητικό πόδι] ή Αφρώδες επίθεμα μη κολλητικό με Ag 15*20 cm (κωδ. 25029) [συνήθως σε εγκαύματα] (UrgoCell Ag)</p>

<p>ΣΤΑΔΙΟ III</p> <p>Απώλεια ολικού πάχους δέρματος χωρίς τη παρουσία εκτεθειμένου οστού τένοντα ή μυ. Περιλαμβάνει καταστροφή ή νέκρωση των υποκείμενων ιστών, χωρίς σπλήαιο</p>		<p>Αλγινικά/υδροτριχοειδικά/Γέλες</p> <p>Επίθεμα κορδόνι Αλγινικό με Ag 3*44 cm (κωδ. 22949) (Biatain Alginate Ag) και επικάλυψη με υδροτριχοειδικό ή με αφρώδες με ιμπουπροφαίνη</p> <p>Γέλη αφαίρεσης νεκρωτικού ιστού ελκίων-κατακλίσεων 5 gr (κωδ. 14548) (Hydrogel) (σε περίπτωση νεκρωτικής εσχάρας και μόνο πάνω στην εσχάρα)</p>
<p>ΣΤΑΔΙΟ IV</p> <p>Απώλεια ολικού πάχους ιστού με εκτεθειμένο οστό, τένοντα ή μυ. Παρουσιάζεται εκτεταμένη καταστροφή δέρματος ή νέκρωση ιστών, μυών και οστών. Χαρακτηριστικό του σταδίου είναι ο σχηματισμός σπληαίου. Τα έλκη μπορούν να επεκταθούν μέσα στο μυ ή και τις υποστηρικτικές δομές</p>		<p>Αλγινικά/υδροτριχοειδικά/Γέλες</p> <p>Επίθεμα κορδόνι Αλγινικό με Ag 3*44 cm (κωδ. 22949) (Biatain Alginate Ag) και επικάλυψη με υδροτριχοειδικό ή με αφρώδες με ιμπουπροφαίνη</p> <p>Γέλη αφαίρεσης νεκρωτικού ιστού ελκίων-κατακλίσεων 5 gr (κωδ. 14548) (Hydrogel) (σε περίπτωση νεκρωτικής εσχάρας και μόνο πάνω στην εσχάρα)</p>
<p>ΑΤΑΞΙΝΟΜΗΤΟ</p> <p>Η απώλεια ολικού πάχους ιστού κατά τον οποίο η βάση του έλκους καλύπτεται από εφελκίδα ή και εσχάρα, με αποτέλεσμα να μην προσδιορίζεται το πραγματικό βάθος του τραύματος</p>		<p>Αλγινικά/υδροτριχοειδικά/Γέλες</p> <p>Επίθεμα κορδόνι Αλγινικό με Ag 3*44 cm (κωδ. 22949) (Biatain Alginate Ag) και επικάλυψη με υδροτριχοειδικό ή με αφρώδες με ιμπουπροφαίνη</p> <p>Γέλη αφαίρεσης νεκρωτικού ιστού ελκίων-κατακλίσεων 5 gr (κωδ. 14548) (Hydrogel) (σε περίπτωση νεκρωτικής εσχάρας και μόνο πάνω στην εσχάρα)</p>
<p>ΠΑΡΑΤΡΙΜΜΑ</p> <p>EARLY IAD MODERATE IAD SEVERE IAD</p> 	<p>HYDROVIT ZINCO 100 ML (κωδ. 20578)</p> <p>ή</p> <p>Κρέμα Conveen protect (κωδ. 20578)</p> <p>Sylfo Sulfazadine silver 1% (κωδ. 26488)</p> <p>ή</p> <p>Επίθεμα παλαιαμιδίου με επίστρωση μαλακής σιλικόνης 10*20 cm (κωδ. 21391) (Meritel)</p> <p>Επίθεμα παλαιαμιδίου με επίστρωση μαλακής σιλικόνης 20*30 cm (κωδ. 21392) (Meritel)</p> <p>[και επικάλυψη με γάζες και ελαστικό επίθεσμο (αν είναι εφικτό) ή μεταξινή ταινία]</p>	

ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΠΕΡΙΠΟΙΗΣΗΣ ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΩΝ

Ενημέρωση από το «**ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ 24ΩΡΗΣ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ**» για το είδος επιθέμάτων που ήδη χρησιμοποιείται στον ασθενή

ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΟ ΥΛΙΚΟ

- Απλά γάντια
- Ρόμπα μιας χρήσης
- Γάζες καθαρές
- Τροχήλατο
- Διάλυμα καθαρισμού (N/S 0,9% ή N/S 15%, ιωδιούχος ποβιδόνη ή οξυζενέ)
- Επιθέματα

Σε κατακλίσεις 3ου βαθμού και άνω

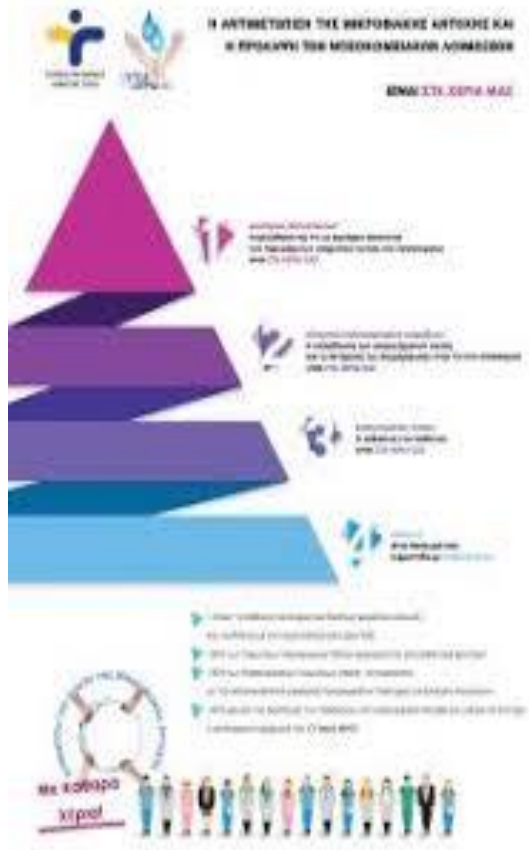
- Αποστειρωμένα γάντια
- Αποστειρωμένες γάζες
- Αποστειρωμένο πεδίο

ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΠΕΡΙΠΟΙΗΣΗΣ ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΩΝ

ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ

1. Συγκέντρωση του υλικού στο τροχήλατο.
2. Ρύθμιση του κρεβατιού στο κατάλληλο ύψος για την εργασία.
3. Εκτέλεση υγιεινής χειρών και ένδυση με τον ατομικό εξοπλισμό προστασίας.
4. Αντισηψία χειρών και χρήση καθαρών γαντιών.
5. Τοποθέτηση του ασθενή σε κατάλληλη θέση.
6. Έλεγχος και αξιολόγηση του υπάρχοντος επιθέματος του ασθενή.
7. Σε περίπτωση παροχέτευσης ή ρυπαρότητας, το επίθεμα απορρίπτεται στην κίτρινη σακούλα
8. Έλεγχος και αξιολόγηση του τραύματος και των επικείμενων ιστών.
9. Εφαρμογή αντισηψίας χειρών και τοποθέτηση γαντιών.
10. Καθαρισμός του τραύματος με N/S 0.9% με κυκλικές κινήσεις από πάνω προς τα κάτω και από το κέντρο προς τα έξω. Η διαδικασία επαναλαμβάνεται όσες φορές χρειαστεί, αλλάζοντας πάντοτε γάζα. Σε περίπτωση λοίμωξης ή ρυπαρότητας χρησιμοποιείται ιωδιούχος ποβιδόνη και ξεπλένεται με N/S 0.9%.
11. Στέγνωμα της περιοχής με άσκηση επιφανειακής πίεσης χρησιμοποιώντας στεγνές γάζες.
12. Τοποθέτηση του κατάλληλου επιθέματος με άσηπτη τεχνική.
13. Τοποθέτηση του ασθενή και του κρεβατιού στην προηγούμενη θέση.
14. Αφαίρεση και απόρριψη του ατομικού εξοπλισμού προστασίας στην κίτρινη σακούλα.
15. Εφαρμογή υγιεινής των χειρών.
16. Καταγραφή στο «**ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ 24ΩΡΗΣ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ**» της εντόπισης της κατάκλισης, του βαθμού και του τύπου του επιθέματος που χρησιμοποιήθηκε.

Υγιεινή Χεριών



ΤΑ 5 ΒΗΜΑΤΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΙΕΙΝΗ ΤΩΝ ΧΕΡΙΩΝ



Βήμα	Περιγραφή
1	Προετοιμασία χεριών με νερό και σαπούνι.
2	Αποκλιση των χεριών με νερό και σαπούνι.
3	Αποκλιση των χεριών με νερό και σαπούνι.
4	Αποκλιση των χεριών με νερό και σαπούνι.
5	Αποκλιση των χεριών με νερό και σαπούνι.

Η Υγιεινή των Χεριών (ΥΧ) αποτελεί το βασικότερο μέτρο πρόληψης των νοσοκομειακών λοιμώξεων και της διασποράς των παθογόνων μικροοργανισμών στο νοσοκομειακό περιβάλλον, ακόμη και εκείνων που είναι ανθεκτικά στα αντιβιοτικά. Γι' αυτό το λόγο συνδέεται άμεσα με την ασφάλεια των ασθενών αλλά και των επαγγελματιών υγείας.

Η αποτελεσματική εφαρμογή της ΥΧ απαιτεί μία συνολική αλλαγή κουλτούρας μέσα στην οποία η εφαρμογή του συγκεκριμένου μέτρου θα αποτελέσει αναπόσπαστο κομμάτι της φροντίδας των ασθενών. Αφορά τη Διοίκηση του Νοσοκομείου, τους υπεύθυνους κλινικών και νοσηλευτικών τμημάτων, τους επαγγελματίες υγείας τους επισκέπτες και τους ασθενείς.

Αυτό ακριβώς είναι και το μήνυμα της Παγκόσμιας Ημέρας για την ΥΧ για το 2019.



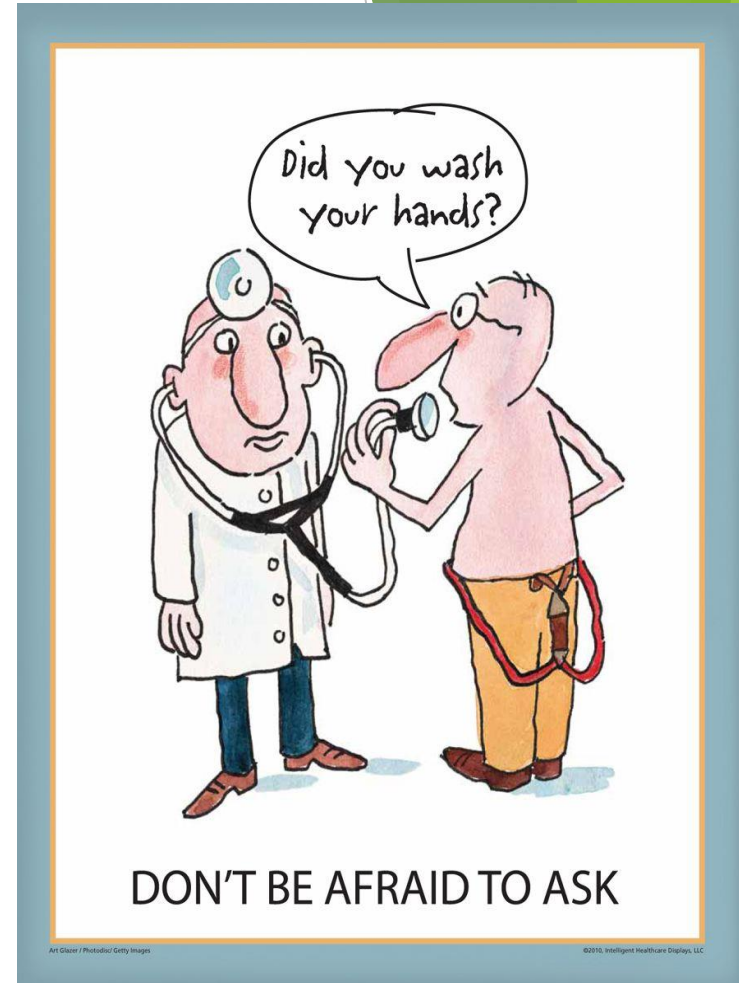
- ▶ Η χρήση των γαντιών είναι ο μεγαλύτερος εχθρός της Υγιεινής των Χεριών
- ▶ Χαμηλό ποσοστό Συμμόρφωσης στις ενδείξεις εφαρμογής και απόρριψης
- ▶ Συσχέτιση με τα χαμηλά επίπεδα συμμόρφωσης στην ΥΧ
- ▶ Ιδιαίτερα συχνή η μη έγκαιρη αφαίρεσή τους μετά την επαφή με τον ασθενή



Αλλαγή κουλτούρας



"I must be growing up. I've caught myself washing my hands without being told to."



Όσο δύσκολα και να είναι τα πράγματα, όσο ελλιπείς και να είναι οι υλικοί και οι ανθρώπινοι πόροι, όσο σοβαρή να είναι η αρρώστια. όσο και αν ενδημεί η ζήλεια και ο φθόνος, πάντα οι ελεύθεροι και οι δημιουργοί μπορούν να διαφυλάξουν και να αναπτύξουν το χώρο της ευθύνης τους, προβάλλοντας αντίσταση με την ποιότητα της εργάσιμης τους



*Χαράλαμπος Σπύρου Ρούσσοσ MD, PhD, MRS, FRCP(C),
Καθηγητής Ιατρικής Σχολής Αθηνών και McGill Ακαδημαϊκός