



# ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ ΚΑΙ ΕΝΤΑΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

Τριμηνιαία έκδοση του Τομέα Επείγουσας και Εντατικής Νοσηλευτικής  
του Εθνικού Συνδέσμου Νοσηλευτών Ελλάδας  
Πύργος Αθηνών - Γ' κτίριο, Αθήνα 115 27

ΤΕΥΧΟΣ 19, ΑΝΟΙΞΗ 2006

## Η ΕΠΙΣΤΡΟΦΗ...

Αγαπητοί φίλοι,

Με μεγάλη χαρά αλλά και αίσθημα ευθύνης μετά από απόφαση του ΔΣ του ΕΣΝΕ, ανέλαβα εκ νέου –μετά από 5 χρόνια– τη θέση του συμβούλου του ΤΕΕΝ στο ΔΣ του ΕΣΝΕ. Ο Τομέας που το 1996 πολύ λίγιο άνθρωποι ίδρύσαμε έχει καταφέρει σήμερα να είναι ο πολυπληθέστερος και από τους πλέον δραστήριους τομείς του ΕΣΝΕ. Η πολύπλευρη δραστηριοποίησή του ελπίζω όχι απλά να συνεχιστεί αλλά να επεκταθεί και να αγκαλιάσει όλους τους νοσηλευτές των ΜΕΘ και των ΤΕΠ της χώρας μας.

Στις σημερινές δύσκολες κλινικές καθημερινές συνθήκες η επιστημονική αναζήτηση που προσφέρει ο τομέας μας αποτελεί μια όαση. Πιστεύω μου είναι πως εκτός από το επιστημονικό έργο θα πρέπει να υπάρχουν και επαγγελματικές παρεμβάσεις με κύριο στόχο την ασφαλή στελέχωση. Είναι κρίμα στην Ελλάδα του 2006 να υπάρχουν κλειστά κρεβάτια ΜΕΘ και κλειστά ΤΕΠ, τη στιγμή που οι ανάγκες είναι μεγάλες και άμεσες.

Εκτός λοιπόν από τη συμμετοχή του τομέα μας στις επίσημες επιστημονικές εκδηλώσεις του συνδέσμου μας, τη διεξαγωγή ανά διετία του **συμποσίου** μας που φέτος θα γίνει **10-12/11 στην Αλεξανδρούπολη**, τη συμμετοχή του τομέα στο State of the Art και στο συνέδριο της Ελληνικής Εταιρείας Εντατικής Θεραπείας υπάρχουν κι άλλες δράσεις οι οποίες χρειάζονται ενίσχυση. Η συνέχιση και επέκταση της προσπάθειας της Ομάδας Συντονισμού Πρωτοκόλλων με την εφαρμογή της 1<sup>ης</sup> Κλινικής Κατευθυντήριας Οδηγίας για τη βρογχοαναρρόφηση και τη

δημιουργία νέας, η δραστηριοποίηση της ομάδας έρευνας και η εκ νέου καταγραφή της στελέχωσης των ΜΕΘ και ΤΕΠ έτσι ώστε το 2008 να έχουμε διαχρονικά στοιχεία δωδεκαετίας αποτελούν στόχους. Οι προτάσεις του Τομέα για τη στελέχωση που ανακοινώθηκαν στο συμπόσιο του Βόλου το 2004, αφού δημοσιευτούν πρέπει και να προωθηθούν στους αρμόδιους φορείς της πολιτείας.

Μεράκι, κέφι, επιμονή και υπομονή είναι τα στοιχεία που χρειαζόμαστε σήμερα, παρά ποτέ, για να κρατήσουμε όσο το δυνατόν ψηλότερα αυτό που με κόπο εδώ και 10 χρόνια χτίζουμε. Το οφείλουμε σε όσους πέρασαν από τον τομέα, στους εαυτούς μας και σε όσους θα αστρατευτούν στο μέλλον σε αυτή την προσπάθεια. Αλλά κυρίως το οφείλουμε στο νοσηλευτή ΜΕΘ και ΤΕΠ που κάτω από αντίξοες συνθήκες και με ιδιαίτερα μεγάλο προσωπικό κόστος προσπαθεί να ανταποκριθεί στις ανάγκες της ελληνικής κοινωνίας παρέχοντας όσο το δυνατόν ποιοτικότερη φροντίδα.

Ας αποτελέσει λοιπόν το συμπόσιό μας στην Αλεξανδρούπολη μια γιορτή. Μια γιορτή για όσα αυτά τα 10 χρόνια καταφέραμε κι ένα αγωνιστικό ξεκίνημα για την επόμενη δεκαετία. Η πρόκληση - πρόκληση προς όλους εσάς για την ενεργό συμμετοχή σας στις δραστηριότητες του τομέα μας είναι ανοικτή και η εμπειρία σας πολύτιμη.

**ΚΑΛΗ ΜΑΣ ΣΥΝΕΧΕΙΑ!**

Δημήτριος Δημητράλλης  
Σύμβουλος τομέα ΤΕΕΝ για το ΔΣ του ΕΣΝΕ

## Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

- Σελ. 2-6: ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ ΠΡΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΠΟΛΥΤΡΑΥΜΑΤΙΑ  
Σελ. 6-7: 10<sup>th</sup> STATE OF THE ART  
Σελ. 8: ΣΥΝΕΔΡΙΑ

ΤΡΙΜΗΝΙΑΙΑ ΕΚΔΟΣΗ ΤΟΥ ΤΟΜΕΑ ΕΠΕΙΓΟΥΣΑΣ ΚΑΙ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ  
ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ ΣΥΝΔΕΣΜΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΕΛΛΑΔΑΣ

ΠΥΡΓΟΣ ΑΘΗΝΩΝ Γ' ΚΤΙΡΙΟ ΑΘΗΝΑ 115 27 - ΤΗΛ: 210 7702861 - FAX: 210 7790360

ΕΚΔΟΤΗΣ:

ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΣΙΩΧΟΣ (τηλ. 6976680373)

ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ:

ΜΑΡΙΑ ΚΑΛΑΦΑΤΗ (τηλ. 6932638407)

ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΓΙΑΚΗΣ (τηλ. 6977241851)

ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΓΕΩΡΓΙΑΔΗΣ (τηλ. 6937254716)

ΖΩΗ ΝΤΑΣΙΟΥ (τηλ. 6946060204)

ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ - ΠΑΡΑΓΩΓΗ ΕΚΔΟΣΗΣ: ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ ΑΒΕΕ

ΑΣΚΑΝΙΠΟΥ 80, ΤΗΛ: 210 36.24.728, 210 36.01.605, info@papanikolaou.gr, www.papanikolaou.gr

**ΓΡΑΨΕ ΚΙ ΕΣΥ ΓΙΑ ΤΗΝ «ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ ΚΑΙ ΕΝΤΑΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ»**

# ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ ΠΡΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΠΟΛΥΤΡΑΥΜΑΤΙΑ

## (ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΕΝΟΤΗΤΑ 3<sup>Η</sup>)

Μερκούρη Αικατερίνη Νοσηλεύτρια Υποψ. Mcs ΠΕ: ΓΝΝ Κορίνθου  
Γερασίμου Σωτηρία Νοσηλεύτρια Υποψ. Mcs, ΠΕ: Συν. ΤΕΙ Νοσηλ Λαμίας  
Λέκκα Αγγελική Νοσηλεύτρια ΤΕ: ΤΕΠ ΓΝΝ Κορίνθου

### ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Στο 95% των περιπτώσεων η καταπληξία στον πολυτραυματία οφείλεται σε οξεία απώλεια του κυκλοφορούντος όγκου αίματος. Σπάνια μπορεί να οφείλεται σε υπό τάση πνευμοθώρακα, καρδιακό επιπωματισμό (καρδιογενής καταπληξία) ή διατομή ΑΜΣΣ (νευρογενής καταπληξία). Ποτέ δεν πρέπει να αποδίδεται σε κρανιοεγκεφαλική κάκωση. Η διακοπή της κυκλοφορίας (ανακοπή) για >15 sec συνεπάγεται την απώλεια συνείδησης, για >1-4 min βαριές βλάβες κυρίως του ΚΝΣ, ενώ η μόνιμη διακοπή της χαρακτηρίζεται από φυσικό θάνατο του ατόμου.

Γενικά, για την εκτίμηση του κυκλοφοριακού συστήματος του πολυτραυματία αξιολογούνται: η συχνότητα και ο ρυθμός του σφυγμού, καθώς και το χρώμα, η θερμοκρασία το επίπεδο ενυδάτωσης και ο χρόνος επαναπλήρωσης τριχοειδών του δέρματος. Τα πιο συνηθισμένα συμπτώματα και οι συχνότερες καταστάσεις που προκαλούν διαταραχές του κυκλοφορικού και απαιτούν άμεση εγρήγορση είναι:

- Λιποθυμία λόγω, π.χ βαγοτονίας, υπεραερισμού, υπότασης ή καρδιακής ανακοπής.
- Ζάλη και αίσθημα κενού λόγω υπότασης ή υπεραερισμού.
- Κεφαλαλγία λόγω υπέρτασης.
- Προκάρδιο άλγος, λόγω ισχαιμικής καρδιοπάθειας κ.α.
- Δύσπνοια
- Αίσθημα παλμών

#### ΠΡΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΣΟΚ

Ισχύει πάντα: χορήγηση 10l/min O<sup>2</sup> + υποστήριξη αναπνοής, εξασφάλιση 2 φλεβών + ΗΚΓ, Κλήση ΕΚΑΒ + διακομιδή σε νοσοκομείο

ΟΛΙΓΑΙΜΙΚΟ ΣΟΚ	ΚΑΡΔΙΟΓΕΝΕΣ ΣΟΚ	ΣΗΠΤΙΚΟ ΣΟΚ
500-2000 ml/h NaCl 0.9%	50 ml/h διαλύματος 500 ml DW 5% + 250 mg Dopamine ↓	200-500 ml/h NaCl 0.9% ↓
Έλεγχος αιμορραγίας ↓	Επανεκτίμηση ανά 15 λεπτά	Επανεκτίμηση ανά 15 λεπτά
Επανεκτίμηση ανά 15 λεπτά		Μη ανταπόκριση = 50 ml/h διαλύματος 500 ml DW 5% +1 mg Αδρεναλίνης
Εμφάνιση υγρών ρόγχων στους πνεύμονες = υπερφόρτωση = μείωση υγρών + 10 mg Lasix IV		

υπόταση (ΣΑΠ 60 mm Hg ή λιγότερο). Ο θάνατος επέρχεται σε λίγα λεπτά χωρίς τη χορήγηση αίματος και χειρουργική παρέμβαση.

Αντιμετώπιση υπογκαιμικού σοκ:

– Άσκηση άμεσης πίεσης σε εξωτερική αιμορραγία.

Στον πολυτραυματία οι μηροί και η κοιλιά είναι δύο περιοχές που πρέπει να ελέγχονται. Υπόταση συνοδευόμενη από βραδυκαρδία και χαλαρά άκρα υποδηλώνουν συνυπάρχουσα βλάβη του ΝΜ και νωτιαίο σοκ. Αντιθέτως, στα μικρά παιδιά, σημαντική απώλεια αίματος μπορεί να προκληθεί από τομές του τριχωτού της κεφαλής ή αιμορραγία εντός του υποσκληριδίου χώρου που μπορεί να δημιουργήσει υπόταση.

Απώλεια πλάσματος (αφυδάτωση, εγκαύματα) ή αιμορραγία προκαλούν υπογκαιμικό σοκ το οποίο ταξινομείται σε τέσσερις κατηγορίες:

– **Class 1: 15%≤**, (μέχρι 750 ml). Λίγες κλινικές εκδηλώσεις. Εάν σταματήσει η αιμορραγία, ο οργανισμός μπορεί να αναπληρώσει το χαμένο όγκο.

– **Class 2: 15-30%** (750-1500 ml). Άγχος, αυξημένη αναπνευστική συχνότητα, ταχυκαρδία, μειωμένο εύρος σφυγμού, oligουρία, θετική αντίδραση σε χορήγηση κρυσταλλοειδών.

– **Class 3: 30-40%** (1500-2000 ml). Υπόταση, καρδιακή συχνότητα >120/λεπτό, ταχύπνοια (30-40/λεπτό), σύγχυση, 5-15 ml ούρων /ώρα. Απαιτείται μετάγγιση αίματος.

– **Class 4: >40%** (>2000 ml). Ταχυκαρδία (>140/λεπτό), ταχύπνοια (>35/λεπτό), λήθαργος,

- Διατήρηση SPO<sub>2</sub> ≥ 95%.
- Τοποθέτηση του ασθενούς σε κατάλληλη θέση (π.χ Trendelenburg). Διακομιδή σε ύπτια θέση.
- Εφαρμογή αντι-σόκ στολής εάν ενδείκνυται. Η στολή εφαρμόζεται όταν η συστολική ΑΠ < 90 mm Hg, με υποψία πνευλικής, ενδοπεριτοναϊκής ή οπισθοπεριτοναϊκής αιμορραγίας, καθώς και σε μεγάλη υπόταση (συστολική ΑΠ < 60 mm Hg).
- Χορήγηση: κρυσταλλοειδών και Ringer's (αν υπάρχει δυνατότητα να θερμανθούν πριν τη χορήγηση), υπερτονικά κρυσταλλοειδή διαλύματα (δεν υπάρχουν συγκριτικές μελέτες για την καλύτερη απόδοση σε σύγκριση με τα υπόλοιπα κρυσταλλοειδή), συνθετικά κολλοειδή διαλύματα, αίμα και υποκατάστατα.  
Σε ενήλικες ασθενείς με σοκ 2,3 και 4 χορήγηση bolus 1-2 λίτρα RL, ενώ σε παιδιατρικούς ασθενείς των ίδιων τάξεων χορήγηση 20 ml/kg.

## ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ

Αδρή εκτίμηση της νευρολογικής κατάστασης, η οποία δεν αλλάζει σε τίποτα την αντιμετώπιση του πολυτραυματία. Αποτελεί σημείο αναφοράς για πιθανές αλλαγές κατά την πορεία ανάνηψης. Λεπτομερέστερη νευρολογική εκτίμηση με βάση την κλίμακα της Γλασκώβης γίνεται κατά τη δευτεροβάθμια εκτίμηση.

Σε μία τυπική νευρολογική εκτίμηση τα πιο σοβαρά σημεία είναι:

1. Το επίπεδο συνείδησης.
2. Εστιακά-κινητικά ή ευρήματα δυσλειτουργίας των κρανιακών νεύρων, τα οποία υποδηλώνουν την ύπαρξη εστιακής ενδοκρανιακής μάζας.
3. Ευρήματα από τη λειτουργία του εγκεφαλικού στελέχους, τα οποία μπορεί να οφείλονται σε πρωτοπαθή ή δευτεροπαθή βλάβη του εγκεφαλικού στελέχους.
4. Αλλαγές στη νευρολογική κατάσταση, καθ' όλη τη διάρκεια από τη στιγμή του ατυχήματος μέχρι τη μεταφορά στο νοσοκομείο.

Η νευρολογική εξέταση θα πρέπει να περιλαμβάνει εκτίμηση του ασθενούς σύμφωνα με την κλίμακα της Γλασκώβης, προσπάθεια ανεύρεσης ασυμμετρίας σε κινητικές αντιδράσεις, έλεγχο των εν τω βάθει ωτιαίων αντανακλαστικών, των εξοφθαλμικών κινήσεων, του μεγέθους και των αντιδράσεων της κόρης του οφθαλμού στο φως, της αντίδρασης του κερατοειδούς, της ύπαρξης αντανακλαστικού βήχα και του αναπνευστικού pattern.

Τα συνηθέστερα συμπτώματα και σημεία που απαιτούν αυξημένη εγρήγορση είναι:

- Διαταραχές επίπεδο συνείδησης, όπως υπνηλία, δυσαρθρία, αταξία, ναυτία, αδυναμία προσανατολισμού, ακατάλληλες λέξεις, αδυναμία εκτέλεσης προφορικής εντολής, διέγερση, επιθετικότητα.
- Νευρολογικά ελλείμματα, όπως αδυναμία ανοίγματος οφθαλμών ακόμα και στον πόνο, διαφορά κινητικότητας μεταξύ δεξιού και αριστερού ημιμορίου του σώματος, διαταραχές αναπνοής, κατάργηση φαρυγγικών αντανακλαστικών.

Η νευρολογική εκτίμηση πρέπει να είναι σύντομη και να αποβλέπει στη διάγνωση του βαθμού και του επιπέδου κάκωσης του ΝΜ. Υπάρχει η κλίμακα του Βρετανικού Συμβουλίου για τη νευρολογική εκτίμηση ατόμου:

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΟΡΓΑΝΙΚΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ

### 6.1 ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΚΕΦΑΛΗΣ ΚΑΙ ΣΠΟΝΔΥΛΙΚΗΣ ΣΤΗΛΗΣ

Η εκτίμηση της κεφαλής και της σπονδυλικής στήλης έχει σκοπό την πρόληψη τραυματισμών σε δεύτερο χρόνο, όπως εγκεφαλικές βλάβες λόγω υποξίας ή εμφάνιση σοκ μετά τον αρχικό τραυματισμό. Η παροχή φροντίδας αρχίζει στον τόπο του ατυχήματος, αλλά πρέπει να ολοκληρώνεται στον υγειονομικό χώρο. Η ύπαρξη καθυστερήσεων μπορεί να αποβεί μοιραία. Η κατάσταση των ασθενών με τραύματα στο κεφάλι επιδεινώνεται με γρήγορο ρυθμό, παρόλο που αρχικά φαίνεται σταθερή. Η ύπαρξη αλκοόλ και άλλων φαρμάκων δυσχεραίνει την εκτίμηση του ασθενούς. Η νευρολογική εκτίμηση πρέπει να είναι σύντομη και να αποβλέπει στην διάγνωση του βαθμού και του επιπέδου κάκωσης του ωτιαίου μυελού. Το δύσκολο είναι να διαγνωσθεί αν ο τραυματίας έχει υποστεί διατομή και αν αυτή έχει δημιουργήσει απώλειες στην κινητικές και αισθητικές του λειτουργίες κάτω από το επίπεδο της βλάβης.

Για την εκτίμηση της κεφαλής και της σπονδυλικής στήλης εφαρμόζεται η ακόλουθη σειρά:

- Πραγματοποίηση αρχικής εκτίμησης (κεφάλαιο 4).
- Υπόθεση ύπαρξης κάκωσης αυχενικής μοίρας σπονδυλικής στήλης σε όλους τους ασθενείς. Αποφυγή υπερέκτασης του αυχένα.



- Εκτέλεση νευρολογικής εξέτασης για την αξιολόγηση του επιπέδου συνείδησης, σύμφωνα με την κλίμακα AVPU και την κλίμακα Γλασκώβης.
- Λήψη σύντομου ιστορικού, εάν είναι εφικτό, (π.χ εάν το άτομο φορούσε κράνος) και του επιπέδου συνείδησης πριν το συμβάν.
- Επισκόπηση για έξοδο εγκεφαλονωτιαίου υγρού από αυτιά, μύτη και στόμα.
- Έλεγχος για συνοδούς τραυματισμούς.

Οι σοβαρές κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις πολύ συχνά κρύβουν βλάβη του νωτιαίου μυελού (κλίμακα Γλασκώβης) ή κάκωση πάνω από τις κλείδες, η κάκωσης των οποίων το αίτιο είναι τροχαίο ατύχημα μεγάλης ταχύτητας. Σε τραυματίες πόνος, ευαισθησία στην ΣΣ παραισθήσεις, αδυναμία των άκρων, παραμόρφωση αυχένος, είναι ένδειξη βλάβης νωτιαίου μυελού. Η αρχική φροντίδα μιας κάκωσης της ΣΣ περιλαμβάνει εκτίμηση των προβλημάτων που μπορούν να αποβούν μοιραία για την ζωή του τραυματία.

Η εκτίμηση και η ανατομική ευθυγράμμιση της σπονδυλικής στήλης γίνονται μαζί. Η ανάταξη και σταθεροποίηση της ΑΜΣΣ βοηθούν στην:

1. Στην εξασφάλιση σταθερότητας της ΑΜΣΣ και στην ανατομική της διάταξη
2. Στην πρόληψη παραπέρα βλάβης του νωτιαίου μυελού
3. Στην φυσιολογική υποστήριξη του τραυματία.

Στην επιτόπου εκτίμηση λαμβάνεται σοβαρά υπόψη η κάκωση της ΣΣ με ευρήματα όπως : πόνος, ευαισθησία στην ΣΣ, παραμόρφωση ΣΣ, αδρές νευρολογικές αλλοιώσεις ή συμπτωματολογία απο το ΚΝΣ. Όπου υπάρχει υποψία κάκωσης της ΣΣ δεν θα τους επιτραπεί αν διατηρούν τις αισθήσεις τους να καθίσουν ή να μετακινηθούν ή να σηκωθούν ή να περπατήσουν. Θα πρέπει να τους τοποθετήσουν ή να τους κυλήσουν οι διασώστες σε φορείο.

### **A) Όταν υπάρχουν αντανακλαστικά**

- 1) Η αισθητικότητα ελέγχεται με νυγμώδες αντικείμενο στα άκρα και στο περίνεο
- 2) Ελέγχονται τα τενόντια αντανακλαστικά και του κρεμαστήρα και του πρωκτού.
- 3) Δακτυλική εξέταση

### **B) Όταν υπάρχουν αυξημένα αντανακλαστικά**

Υπάρχει βλάβη ή θλάση του νωτιαίου μυελού

Όταν δεν υπάρχουν αντανακλαστικά (τραυματίας σε κώμα)

- 1) Τα πόδια και τα νωτιαία αντανακλαστικά ελέγχονται για πιθανές ασυμμετρίες.

### **Παρεμβάσεις**

1. Απελευθέρωση αεροφόρων οδών.
2. Χορήγηση 100% οξυγόνου μέσω non-rebreather μάσκας.
3. Ευθυγράμμιση του αυχένα σε ουδέτερη θέση, εκτός και εάν παρατηρηθεί αντίσταση.
4. Με τα χέρια, σταθεροποίηση κεφαλής, αυχένα και σπονδυλικής στήλης και εφαρμογή του κατάλληλου εξοπλισμού ακινητοποίησης. Αποφυγή εφαρμογής έλξης. Η τοποθέτηση μόνο κολάρου δεν παρέχει πλήρη ακινητοποίηση!
5. Συνεχής παρακολούθηση και καταγραφή όλων των παρατηρήσεων. Προσοχή στην εμφάνιση εμέτου, σπασμών και ταχείας επιδείνωσης.

## **6.2 ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΘΩΡΑΚΑ**

Για την εκτίμηση του θώρακα εφαρμόζεται η ακόλουθη σειρά:

- Πραγματοποίηση αρχικής εκτίμησης (κεφάλαιο 4).
- Εκτίμηση αναπνευστικών ήχων, ανοικτών τραυμάτων, αποκλίσεων της τραχείας, υποδόριου εμφυσήματος και επαρκούς αναπνοής.
- Πρόληψη και θεραπεία σοκ.
- Υποψία κοιλιακής βλάβης, εάν ο τραυματισμός βρίσκεται κάτω από το επίπεδο των θηλών.
- Αύξηση των αναπνοών αποτελούν ένδειξη υπό τάση πνευμοθώρακα.
- Είναι απαραίτητο να ακολουθήσει κλινική εξέταση της κοιλίας και της οπίσθιας επιφάνειας του θώρακα.

### **Παρεμβάσεις**

1. Χορήγηση 100% οξυγόνου μέσω non-rebreather μάσκας.
2. Αντιμετώπιση ανοικτού πνευμοθώρακα όπως περιγράφεται παραπάνω.

3. Ακινητοποίηση καταγμάτων πλευρών με άσκηση άμεσης πίεσης και περιδέση επάνω στο θωρακικό τοίχωμα.
4. Ακινητοποίηση ενσφηνωμένων αντικειμένων και αποφυγή απομάκρυνσής τους.
5. Εάν είναι αναγκαίο, ακινητοποίηση της σπονδυλικής στήλης.

### 6.3 ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΚΟΙΛΙΑΣ

Για την εκτίμηση της κοιλιάς εφαρμόζεται η ακόλουθη σειρά:

- Πραγματοποίηση αρχικής εκτίμησης (κεφάλαιο 4).
- Επισκόπηση για τραύματα, μώλωπες, εκσπλάγχνωση, διάταση κοιλιακών τοιχωμάτων.
- Έλεγχος για ευαισθησία και δυσκαμψία.
- Έλεγχος για τον τρόπο πρόκλησης του συμβάντος.
- Συνεχής παρατήρηση για την εμφάνιση σοκ. Σε περίπτωση εμφάνισης, αντιμετώπιση.
- Εάν η βλάβη βρίσκεται ψηλά στο κοιλιακό τοίχωμα, υποψία ύπαρξης τραυματισμών στο θώρακα.
- Ο τραυματισμός κοιλιακών οργάνων προκαλεί έμετο και απαιτείται προστασία των αεραγωγών.
- Ακινητοποίηση του θύματος όπως ενδείκνυται.
- Εάν το θύμα είναι γυναίκα, έλεγχος ύπαρξης εγκυμοσύνης.

#### Παρεμβάσεις

1. Κάλυψη οποιοδήποτε εκπλακνωμένου οργάνου με γάζα εμποτισμένη με φυσιολογικό ορό ή νερό. Αποφυγή προώθησης των οργάνων πίσω στο κοιλιακό τοίχωμα.
2. Ακινητοποίηση ενσφηνωμένων αντικειμένων. Αποφυγή μετακίνησής τους.

### 6.4 ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΚΡΩΝ

Για την εκτίμηση των άκρων εφαρμόζεται η ακόλουθη σειρά:

- Πραγματοποίηση αρχικής εκτίμησης (κεφάλαιο 4), ή λήψη ιστορικού για τα άκρα και κλινική εξέταση.
- Συνεχής παρατήρηση για την εμφάνιση σοκ. Σε περίπτωση εμφάνισης, αντιμετώπιση.
- Έλεγχος για τον τρόπο πρόκλησης του συμβάντος.
- Έλεγχος κυκλοφορίας, κινητικότητας και αισθητικότητας περιφερικά του σημείου τραυματισμού πριν και μετά την τοποθέτηση νάρθηκα. Κατά την εφαρμογή νάρθηκα αέρα, αποφυγή χορήγησης αυξημένης ποσότητας αέρα λόγω πρόκλησης νευρολογικών και κυκλοφορικών διαταραχών.
- Τα πυελικά και μηριαία κατάγματα προκαλούν μεγάλη αιμορραγία. Για το λόγο αυτό συνιστάται συνεχής παρακολούθηση για εμφάνιση σημείων σοκ και εφαρμογή θεραπειών.
- Η αδυναμία ακινητοποίησης των καταγμάτων μπορεί να προκαλέσει μεγαλύτερη βλάβη σε σχέση με τον αρχικό τραυματισμό.
- Επισκόπηση αλλαγών στα άκρα κατά τη μεταφορά από ψυχρό σε θερμό περιβάλλον και το αντίστροφο.
- Σε περίπτωση που υπάρχουν και άλλοι τραυματισμοί,

### 6.5 ΕΓΚΑΥΜΑΤΑ

Για την εκτίμηση ατόμου που έχει εγκαύματα εφαρμόζεται η ακόλουθη σειρά:

- Ασφαλής προσέγγιση του διασώστη.
- Κατάσβεση της φωτιάς.
- Πραγματοποίηση αρχικής εκτίμησης (κεφάλαιο 4).
- Επαγρύπνηση για εμφάνιση επιπλοκών από τις αεροφόρους οδούς και το αναπνευστικό σύστημα, ιδιαίτερα εάν η βλάβη εντοπίζεται σε πρόσωπο, τράχηλο, αυχένα ή θώρακα.
- Γρήγορη εκτίμηση και θεραπεία σοκ.
- Προσδιορισμός πρόκλησης τραύματος.
- Εκτίμηση βαθμού εγκαύματος, έκτασης και ποσοστό επιφάνειας σώματος που υπέστη έγκαυμα.
- Επαγρύπνηση για την εμφάνιση υποθερμίας. Η απώλεια θερμότητας στην περιοχή του εγκαύματος είναι 70 φορές μεγαλύτερη.
- Έλεγχος για τυχόν εισπνοή καπνού.
- Στον τόπο του ατυχήματος η αντιμετώπιση του εγκαύματος δεν αποτελεί άμεση προτεραιότητα.

#### Παρεμβάσεις

##### **Θερμικά εγκαύματα**

1. Κατάσβεση της φωτιάς και απομάκρυνση του καμένου ιματισμού.
2. Χορήγηση 100% οξυγόνου μέσω non-rebreather μάσκας με ρυθμό 10-15 LPM.



3. Αποφυγή καταιονισμού με δροσερό νερό, εκτός από την περίπτωση που υπάρχουν ρούχα που συνεχίζουν να καίγονται και προσκολλώνται στο δέρμα.
4. Αφαίρεση κοσμημάτων και ιματισμού από την περιοχή του εγκαύματος.
5. Σε εγκαύματα με μεγάλη επιφάνεια, τοποθέτηση του θύματος σε καθαρά σεντόνια. Σε εγκαύματα με μικρή επιφάνεια, εφαρμογή αποστειρωμένης γάζας.
6. Συνεχής έλεγχος για την εμφάνιση υποθερμίας.
7. Σε εγκαύματα με επιφάνεια μικρότερη από το 10% της επιφάνειας του σώματος μπορούν να τοποθετηθούν υγρά αποστειρωμένα επιθέματα.

#### **Χημικά εγκαύματα**

#### **Απομάκρυνση μολυσματικού παράγοντα.**

##### **A. Στο δέρμα:**

1. Αφαίρεση ρουχισμού, κοσμημάτων, έκπλυση του δέρματος με νερό για 10 λεπτά, πλύσιμο με νερό και σαπούνι και απόπλυση.
2. Εάν το έγκαυμα προκλήθηκε από ξηρά σκόνη, απομάκρυνσής πριν την έκπλυση.
3. Εφαρμογή αποστειρωμένου επιθέματος.

##### **B. Στα μάτια:**

1. Έκπλυση των οφθαλμών με χλιαρό νερό τουλάχιστον για 15 λεπτά.
2. Συνιστάται ο ασθενής να ανοιγοκλείνει τα μάτια του συχνά κατά τη διάρκεια της διαδικασίας.
3. Αναγνώριση του μολυσματικού παράγοντα.

#### **Έγκαυμα από ηλεκτροπληξία**

1. Απομάκρυνση του παράγοντα που προκαλεί ηλεκτροπληξία, για διατήρηση ασφάλειας του διασώστη.
2. Χορήγηση 100% οξυγόνου μέσω non-rebreather μάσκας με ρυθμό 10-15 LPM.
3. Έλεγχος πύλης εισόδου και εξόδου του ρεύματος. Απομάκρυνση του ρουχισμού σε περίπτωση που η πύλη εξόδου δεν είναι ορατή π.χ πέλματα.
4. Τοποθέτηση του ασθενούς σε καθαρά σεντόνια.
5. Λήψη ζωτικών σημείων κάθε 5 λεπτά.
6. Έλεγχος για την εμφάνιση καρδιακής κάμψης.

## **10<sup>th</sup> STATE OF THE ART**

### **ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΤΟΥ ΤΟΜΕΑ ΜΕ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ**

Στις 06-09 Απριλίου 2006 πραγματοποιήθηκε στο Μέγαρο Μουσικής το 10<sup>th</sup> State of the Art, που διοργάνωσε η Πανεπιστημιακή Κλινική Εντατικής Θεραπείας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών, παρέχοντας ένα πλούσιο πρόγραμμα με ποικιλία θεμάτων που αφορούν τη εντατικής θεραπεία. Στο πρόγραμμα υπήρχαν αρκετοί ξένοι προσκεκλημένοι εισηγητές και το παρακολούθησαν πλήθος επαγγελματιών υγείας.

Ο Τομέας Επείγουσας και Εντατικής Νοσηλευτικής στα πλαίσια της συνεργασίας του με την Πανεπιστημιακή Κλινική Εντατικής Θεραπείας, είχε την τιμή και τη χαρά να συμμετάσχει σε αυτή την εκδήλωση διοργανώνοντας για τέταρτη συνεχή χρονιά τη διημερίδα του Νοσηλευτικού Συμποσίου στα πλαίσια του State of the Art, στις 07 & 08 Απριλίου 2005.

Η έναρξη του Νοσηλευτικού Συμποσίου έγινε στις 07 Απριλίου, με χαιρετισμό της Προέδρου του Τομέα κας Μ. Καλαφάτη, και του καθ. κου Χαρ. Ρούσσου, ο οποίος είναι ο πρωτεργάτης αυτής της επισημοποιημένης συνεργασίας.

Η πρώτη διάλεξη έγινε από την κα Κλ. Σιδηροπούλου, Προϊσταμένη ΜΕΘ του ΠΓΝΙ, και αναφέρονταν στην **ανάγκη ύπαρξης ή μη Μονάδων Αυξημένης φροντίδας**

Ακολούθησε το **1ο Στρογγυλό τραπέζι** με θέμα: «**Αρχιτεκτονική του χώρου επείγουσας και εντατικής νοσηλείας**». Ήταν ένα πλούσιο επιστημονικά καταρτισμένο στρογγυλό τραπέζι τριών εισηγήσεων (Μ. Καλαφάτη, Ξ. Σαραντζή και Ευτ. Τσάφου), όπου οι συνάδελφοι αφού παρουσίασαν την υπάρχουσα ελληνική κατάσταση αναφέρθηκαν στις διεθνείς προδιαγραφές κατασκευών των παραπάνω χώρων

Ακολούθησε το **2ο Στρογγυλό Τραπέζι** της ημέρας όπου είχε θέμα: «**Ο ρόλος των νοσηλευτών στη βελτίωση της λειτουργίας του ΤΕΠ**». Συντονίστρια του Τραπεζιού ήταν η **A. Ξηρομερίτη**, Δ/τρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας ΓΝ Λευκάδος. Οι εισηγητές ήταν έξι (Μ. Χανιά, Κ. Γκολφινόπουλου, Β. Ραφτόπουλος, Ε. Μηνασίδου, Γ. Γεωργιάδης και Αικ. Μερκούρη) όπου ο καθένας από αυτούς ανέπτυξε από την πλευρά του έναν από τους τομείς που αναλαμβάνει ο κάθε νοσηλευτής του ΤΕΠ χωρίς πολλές φορές να το γνωρίζει. Η συντονίστρια, με την εμπειρία της στο χώρο του ΤΕΠ, κατάφερε να συνθέσει

αυτό το πάζλ των εισηγήσεων και να ολοκληρώσει το στόχο του τραπέζιού προσφέροντας στο ακροατήριο προτάσεις βελτίωσης για τη λειτουργία του ΤΕΠ αλλά και να τους ευαισθητοποιήσει.

Ακολούθησε ένα workshop στο οποίο ο προσκεκλημένος μας **Pr John Albarran** κατάφερε να μας παρουσιάσει για δύο ώρες περίπου τον τρόπο με τον οποίο πρέπει να γράφεται ένα άρθρο προς δημοσίευση.

Η πρώτη ημέρα έκλεισε με το τρίωρο κλινικό φροντιστήριο: «**1η Κλινική Κατευθυντήρια Οδηγία (Guideline) Ομάδας Συντονισμού Πρωτοκόλλων του TEEN ΤΟΥ ΕΣΝΕ: ΒΡΟΓΧΟΑΝΑΡΡΟΦΗΣΗ ΔΙΑΣΩΛΗΝΟΜΕΝΩΝ ΕΝΗΛΙΚΩΝ**» το οποίο παρακολούθησαν πάνω από 60 νοσηλευτές με μεγάλη επιτυχία. Την ομάδα που ήταν υπεύθυνη για τη διεξαγωγή του αποτελούσαν οι νοσηλευτές της Ομάδας Συντονισμού Πρωτοκόλλων του TEEN.

Στις 08 Απριλίου το πρόγραμμα άρχισε με το **3ο Στρογγυλό Τραπέζι** με τίτλο: «**Νεότερα δεδομένα στη ΜΕΘ**» όπου παρουσιάστηκαν θέματα που σχετιζόνταν με την υπερπυρεξία, τον απογαλακτισμό αλλά και τη διατροφή ασθενών σε ΜΕΘ με συντονίστριες τις κκ Ε. Αρχοντίδου και Γ. Πυργιλή. Οι τρεις εισηγητές (*M.I. Κουκίου, Γ. Ποντεσιδης και J.W Albarran*) κατάφεραν να κρατήσουν υψηλά το ενδιαφέρον των παρευρισκομένων που παρά το νωρίς της ώρας ήταν πάνω από 30 άτομα στην αίθουσα η οποία συνεχώς γέμιζε.

Συνέχεια του συγκεκριμένου τραπέζιού ήταν οι διαλέξεις που αφορούσαν την Καρδιοπνευμονική Αναζωογόνηση. Η *Ευανθία και ο Μάριος Γεωργίου*, συνάδελφοι από τον αντίστοιχο τομέα της Κύπρου και μέλη του ΔΣ του ERC, παρουσίασαν με πολύ μεγάλη επιτυχία τα νέα δεδομένα για την ΚΑΡΠΑ όπου εκτός όλων **θα μπορούσε ο Τομέας να ισχυριστεί ότι πρωτοπορεί**, καθώς οι κατευθυντήριες οδηγίες δημοσιεύτηκαν για πρώτη φορά το 2005 και παρουσιάστηκαν για πρώτη φορά στην Ελλάδα σε **νοσηλευτικό συνέδριο**. Το γεγονός αυτό επιβεβαιώνει η γεμάτη νοσηλευτές και πολλούς ιατρούς αίθουσα διαλέξεων καθώς και η παρουσία πολλών όρθιων παρατηρητών. Ακολούθησε η πολύ ενδιαφέρουσα διάλεξη με θέμα: «**High frequency chest wall oscillation**» από την *Judy Whitman* που εκτός από ιατρούς και νοσηλευτές την παρακολούθησαν και αρκετοί φυσιοθεραπευτές.

Ακολούθησε το **4ο Στρογγυλό Τραπέζι** με θέμα: «**Λάθη στη Νοσηλευτική Φροντίδα**». Ο κος Α. Δάγλας εκ μέρους της ΠΔΕ της ΕΝΕ παρουσίασε τις Νοσηλευτικές Πράξεις που εκτελούν οι νοσηλευτές εργαζόμενοι σε ΜΕΘ αλλά για τις οποίες ακόμη δεν είναι κατοχυρωμένοι νομικά, η κα *Μ. Κάργα* ανέφερε τα λάθη που γίνονται από ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό σε ΜΕΘ και η *Μ. Νταντανά* θέλησε να δώσει μια άλλη διάσταση των λαθών, την ανάπτυξη λοιμώξεων, συνδέοντάς τα με τη μειωμένη στελέχωση των ΜΕΘ σε νοσηλευτικό προσωπικό. Συμπερασματικά αναφέρθηκε η ανάγκη νομιμοποίησης και οριοθέτησης των νοσηλευτικών πράξεων, η επαρκής στελέχωση ως προϋπόθεση για την αποφυγή των λαθών που προκύπτουν και από το ελλιπές πλαίσιο του «**ποιος**» κάνει, «**τι**» κάνει, αλλά και «**πως**» το κάνει.

Το κλινικό φροντιστήριο που ακολούθησε ως συνέχεια του προηγούμενου τραπέζιού, παρουσιάστηκε από τον **Πρόεδρο του Nurses and Midwifery Counsel, Pr. Jonathan Asbridge**. Ο κος Asbridge παρουσίασε τον τρόπο με τον οποίο ορίζονται οι ποινές στους άγγλους νοσηλευτές και ποιες τελικά θεωρούνται ποινές. Παρουσίασε τρεις διαφορετικές περιπτώσεις πειθαρχικών παραπτώματων στη μια εκ των οποίων υπήρξε και ποινή αφαίρεσης άδειας ασκήσεως επαγγέλματος.

Το Νοσηλευτικό Συμπόσιο έλαβε τέλος με την διάλεξη της κας *Μ. Πρασιανάκη* όπου δόθηκε έμφαση στο πρωτόκολλο ασφαλούς μετακίνησης ασθενούς από τη ΜΕΘ στο τμήμα. Αξίζει να σημειωθεί ότι η συμμετοχή του νοσηλευτικού κόσμου ήταν ενεργή παρόλο που η διάλεξη διήρκεσε περισσότερο από το προγραμματισμένο μισάωρο.

Η Επιτροπή του Τομέα θα ήθελε να ευχαριστήσει το νοσηλευτικό κόσμου για την ενεργή συμμετοχή του που διατήρησε την αίθουσα διαλέξεων πάντα γεμάτη. Οι συμμετοχές ξεπέρασαν τα περσινά δεδομένα (220 περίπου νοσηλευτές. Ο TEEN δεσμεύεται στη δημοσίευση των περισσότερων εισηγήσεων μέσα από το εφημεριδάκι του. Θα ήταν παράληψη να μην ευχαριστήσουμε για άλλη μια φορά τον καθ. κο Χαρ. Ρούσσο για τη δυνατότητα που μας έδωσε για την πραγματοποίηση αυτού του Συμποσίου ευελπιστώντας στη συνέχεια της συνεργασίας τόσο στο πλαίσιο του State of the Art, όσο και σε άλλες δραστηριότητες.

Η πρόεδρος του TEEN  
**Δρ. Μαρία Καλαφάτη**

#### ΔΙΕΘΝΗΣ ΗΜΕΡΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ 2006

##### «**Η ΑΣΦΑΛΗΣ ΚΑΙ ΕΠΓΥΗΜΕΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ ΣΩΖΕΙ ΖΩΕΣ**»

Ο TEEN ΕΥΧΕΤΑΙ ΣΕ ΟΛΟΥΣ ΤΟΥΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ ΤΟ ΜΗΝΥΜΑ ΤΟΥ ICN ΝΑ ΣΤΑΘΕΙ ΟΡΟΣΗΜΟ **ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΤΑΞΙΩΣΗ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ ΤΟΣΟ ΣΤΗ ΣΥΝΕΙΔΗΣΗ ΤΩΝ ΙΔΙΩΝ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΟΣΟ ΚΑΙ ΑΠΟ ΤΟ ΣΥΝΟΛΟ ΤΩΝ ΧΡΗΣΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ.**

Η ΚΑΛΥΨΗ ΟΛΩΝ ΤΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΜΕ ΕΠΑΡΚΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΕΙΝΑΙ ΑΠΑΙΤΗΣΗ ΟΛΩΝ ΜΑΣ



ADVANCED STERILIZATION PRODUCTS®

a Johnson & Johnson company

Division of Ethicon, Inc.

**Cidex® OPA**

**Απολύμανση σε 5 λεπτά!**  
**Κυνήγι ενάντια στο υψηλό κόστος συντήρησης των εργαλείων!**

Johnson & Johnson Hellas  
Επιβάρου 4 & Ανγκίστας, 151 25 Μαρούσι, Τηλ. Παραγγελιών: 210 68.75.500, Fax: 210 68.50.308  
Θεσσαλονίκη, Τηλ. 2310 478.710-1, Fax: 2310 478.712

## ΔΙΑΦΟΡΑ ΣΥΝΕΔΡΙΑ

### 9-12 Ιουνίου 2006

1<sup>ο</sup> Πολυθεματικό Μετεκπαιδευτικό Σεμινάριο Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας  
Πόρτο Χέλι AKS Conference Center  
Ελληνική Εταιρεία Έρευνας και Εκπαίδευσης στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας  
Πληροφορίες: Congress World-M Παπααναγιώτου  
τηλ. 210 721 0001, Fax: 210 721 5082

<http://congressworld.gr>

### 7-10 Σεπτεμβρίου 2006

9<sup>ο</sup> Συνέδριο Ανασθησιολογίας και Εντατικής Ιατρικής Σιθωνία Χαλκιδικής Ξενοδοχείο Porto Carras Grand Resort, Εταιρεία Ανασθησιολογίας και Εντατικής Ιατρικής Βορείου Ελλάδος, Πληροφορίες:

τηλ. 2310 969173, e-mail: [congress@anesthesia.gr](mailto:congress@anesthesia.gr),

[www.anesthesia.gr/congress](http://www.anesthesia.gr/congress)

### 24-27 September 2006

19<sup>th</sup> European Society of Intensive Care Medicine (ESICM) Annual Congress, Barcelona, Spain - Global challenges, patient-centred solutions  
For all information regarding the Congress, please contact the ESICM Congress Manager - Mrs Estelle Flament,  
Tel 32 2 559 03 55, Fax 32 2 527 00 62,

Email [public@esicm.org](mailto:public@esicm.org), Internet [www.esicm.org](http://www.esicm.org)

### 28-30 Σεπτεμβρίου 2006

7<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Επαγγελματικό και Επιστημονικό Συνέδριο των Νοσηλευτών ΕΣΥ  
Ερέτρια, Hotel Eretria Village Conference Center  
Πανελληνιος Σύλλογος Νοσηλευτών ΕΣΥ  
Πληροφορίες τηλ. 210 6532 564, Fax: 210 6525 656

### 28-30 Σεπτεμβρίου 2006

8<sup>ο</sup> πανελλήνιο Συνέδριο Management Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας  
Ερέτρια, Hotel Eretria Village Conference Center  
Επιστημονική Εταιρεία Management Υπηρεσιών Υγείας  
Πληροφορίες τηλ. 210 6532 564, Fax: 210 6525 656



**ΔΗΛΩΣΕ ΚΑΙ ΕΣΥ  
ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΜΕ  
ΥΠΟΒΟΛΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΤΟ  
3<sup>ο</sup> ΣΥΜΠΟΣΙΟ ΤΟΥ ΤΕΕΝ  
ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ:  
6932638407 Μ. ΚΑΛΑΦΑΤΗ  
([mkalafat@nurs.uoa.gr](mailto:mkalafat@nurs.uoa.gr)) &  
6977241851 Ν. ΓΙΑΚΗΣ  
([giakis@mycosmos.gr](mailto:giakis@mycosmos.gr))**