

**Κανονισμός Λειτουργίας Καρδιολογικού Τμήματος
και Μονάδας Εμφραγμάτων
Γενικού Νοσοκομείου Σύρου**



Συγγραφική ομάδα

Πλυτάς Γιώργος, Νοσηλευτής ΤΕ, Προϊστάμενος Μονάδας Εμφραγμάτων-Καρδιολογικής Κλινικής Γ.Ν. Σύρου

Γιακουμή Ευαγγελία, Νοσηλεύτρια ΤΕ, MSc, Μονάδας Εμφραγμάτων-Καρδιολογικής Κλινικής Γ.Ν. Σύρου

Πρόλογος

Κεντρικό χαρακτηριστικό στοιχείο των σύγχρονων υπηρεσιών είναι η αλληλεξάρτηση, όπου δεν υπάρχει πλήρης αυτονομία για κανέναν και όπου οι περισσότεροι εργαζόμενοι συνδέονται με πολλούς άλλους μέσω της εργασίας τους, μέσω της τεχνολογίας, των συστημάτων διακίνησης και της ιεραρχίας.

Αυτές οι εσωτερικές σχέσεις παρουσιάζουν ειδική πρόκληση όταν οι οργανισμοί επιχειρούν την αλλαγή. Κρίσιμης σημασίας ζητούμενο στο χώρο εργασίας είναι όλα τα άτομα μαζί να συντάσσονται και να κινούνται προς την ίδια κατεύθυνση.

Έχοντας ως στόχο τη σύνταξη και την σε κοινή κατεύθυνση πορεία, ο εσωτερικός κανονισμός αποτελεί εργαλείο στα χέρια των εργαζόμενων καθώς υποδεικνύει με σαφήνεια το πλαίσιο των αρμοδιοτήτων που καλείται να ανταποκριθεί ο κάθε εργαζόμενος ώστε να επέλθει η αναγκαία ευθυγράμμιση προς την κοινώς αποφασισμένη κατεύθυνση, η οποία δεν είναι άλλη από την ολοκληρωμένη, και επιστημονικά τεκμηριωμένη νοσηλευτική φροντίδα των ασθενών.

Ο κανονισμός λειτουργίας αποτελεί αντικείμενο δέσμευσης του κάθε εργαζόμενου και της θέσης που διατηρεί στην υπηρεσία προς τους στόχους της υπηρεσίας και εμπεριέχει τον χαρακτήρα του κριτηρίου απόδοσης. Αυτό σημαίνει ότι δεν αποτελεί απλώς την καταγραφή των αρμοδιοτήτων του κάθε εργαζόμενου, αλλά επιπροσθέτως την καταγραφή αρμοδιοτήτων και πρακτικών που βάσει αυτών μπορεί το έργο του να βελτιωθεί και να προτυποποιηθεί.

Ο κανονισμός λειτουργίας προσδιορίζει δηλαδή τον τρόπο λειτουργίας της κλινικής, καθώς και το πλαίσιο όλων των δραστηριοτήτων των εργαζομένων που ανήκουν διοικητικά και λειτουργικά σε αυτήν.

Με βάση το ενιαίο αυτό πλαίσιο, οι προϊστάμενες αρχές του Νοσοκομείου και της κλινικής αναπτύσσουν «Κανόνες» που να ανταποκρίνονται στις ιδιαιτερότητες του τρόπου λειτουργίας του, εντός και εκτός αυτού.

Ωστόσο, ο κανονισμός λειτουργίας δεν είναι μόνο ένα σύνολο «κανόνων» που «οφείλουν» να ακολουθούν πιστά οι εργαζόμενοι. Είναι επίσης και εκείνο το διακριτό πλαίσιο στο οποίο καταγράφονται διαδικασίες, αποσαφηνίζονται οι διεργασίες και αποτυπώνονται οι τρόποι λειτουργίας μέσα στον χώρο εργασίας, κάτι που διευκολύνει σε σημαντικό βαθμό το καθημερινό έργο.

Τέλος, ο κανονισμός λειτουργίας είναι ένα εργαλείο ενεργητικό, που ακολουθεί και ενσωματώνει τους κανόνες της επιστήμης. Αυτό αναδεικνύει τον δυναμικό ρόλο αυτού του εργαλείου και του προσδίδει τη δυνατότητα της συνεχούς βελτίωσης και άρα της ενσωμάτωσης νέων τεκμηριωμένων κατευθυντήριων οδηγιών, αλλά και της απαλοιφής κάποιων που έχουν πλέον καταστεί επιστημονικά παρωχημένοι.

Περιεχόμενα

Πρόλογος.....	2
Περιεχόμενα	4
Το Όραμά μας	14
Η Αποστολή και ο Σκοπός μας.....	14
Η Φιλοσοφία, οι Αξίες και οι Πεποιθήσεις μας	14
Κεφάλαιο 1.....	16
Οργάνωση της κλινικής.....	16
Ορισμός	16
Χώροι	16
Ενδυμασία	17
Ωράριο λειτουργίας στελέχωση	18
Κεφάλαιο 2.....	19
Επαγγελματίες υγείας Καρδιολογικού Τμήματος.....	19
Αρμοδιότητες και καθήκοντα.....	19
Η καρδιολογική ομάδα.....	19
Η ευθύνη προς τους συνεργάτες επιβάλλει:.....	20
Τομείς αρμοδιοτήτων καρδιολογικού Νοσηλευτή	21
1ος Τομέας: Επαγγελματικές, Νομικές, Ηθικές Πρακτικές	21
2ος Τομέας: Νοσηλευτική Φροντίδα και Καρδιολογική Νοσηλευτική	21
3ος Τομέας: Διαπροσωπικές Σχέσεις και Επικοινωνία	24
4ος Τομέας: Οργανωτικές, Διοικητικές και Ηγετικές Ικανότητες.....	25
5ος Τομέας: Εκπαίδευση και Επαγγελματική Ανάπτυξη.....	26
Καθήκοντα θέσης εργασίας Προϊστάμενου Καρδιολογικού Τμήματος Νοσηλευτικής Υπηρεσίας	28
Καθήκοντα Νοσηλευτικού Προσωπικού Καρδιολογικού Τμήματος	34
Κεφάλαιο 3.....	42
Λειτουργία Τμήματος.....	42
Πρωτόκολλα – Διαδικασίες και Κατευθυντήριες Οδηγίες στο Καρδιολογικό Τμήμα και τη Μονάδα Εμφραγμάτων	42
Εισαγωγή ασθενούς στο Καρδιολογικό Τμήμα.....	42
Καθημερινές εργασίες τμήματος.....	44
Εργασίες διοικητικού χαρακτήρα ανά ημέρα.....	47
Προτυποποίηση διαδικασίας καθαριότητας Καρδιολογικού Τμήματος – Έννοιες διαδικασιών καθαρισμού	48
Κατευθυντήριες οδηγίες για τη διαχείριση επιθετικής συμπεριφοράς ασθενών, συνοδών και η αντιμετώπισή της.....	52

Αντιμετώπιση της επιθετικότητας του ασθενούς	53
Λήψη ζωτικών σημείων σε ενήλικες.....	55
Μέτρηση θερμοκρασίας (στη μασχάλη)	55
Μέτρηση αρτηριακής πίεσης στη βραχιόνιο αρτηρία.....	57
Μέτρηση αρτηριακού σφυγμού	60
Μέτρηση αναπνοών	63
Τοποθέτηση και φροντίδα περιφερικού φλεβικού καθετήρα	65
Εισαγωγή και φροντίδα κεντρικού φλεβικού καθετήρα - Νοσηλευτικές διαδικασίες.....	74
Έντυπο ελέγχου διαδικασίας εισαγωγής και φροντίδας κεντρικού φλεβικού καθετήρα	78
Διαδικασία αιμοληψίας – Προετοιμασία ασθενούς	79
Λήψη ηλεκτροκαρδιογραφήματος 12 απαγωγών	84
Προετοιμασία και οργάνωση τροχήλατου έκτακτης ανάγκης	85
Έντυπα χρήσης τροχήλατου επειγόντων.....	86
Αντιμετώπιση καρδιακής ανακοπής στο τμήμα	95
Εξειδικευμένη Υποστήριξη της Ζωής (αλγόριθμος ALS)	98
Εξωτερική ασύγχρονη απινίδωση	99
Εξωτερική συγχρονισμένη απινίδωση	102
Διαδικασία ενδοτραχειακής διασωλήνωσης	105
Ενδοτραχειακή αναρρόφηση.....	111
Έντυπο ελέγχου διαδικασίας αναρρόφησης βρογχικών εκκρίσεων από ασθενή με ενδοτραχειακό σωλήνα	114
Ειδικές νοσηλευτικές διαδικασίες Καρδιολογικού Τμήματος	115
Φάρμακα στην Καρδιολογία:	116
Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς με Οξύ Έμφραγμα του Μυοκαρδίου	117
Θεραπευτικό πρωτόκολλο STEMI (Οξύ Έμφραγμα Μυοκαρδίου με ανάσπαση ST διαστήματος)	117
Διαδικασία θρομβολυτικής θεραπείας	120
Διαδικασία προσωρινού συστήματος βηματοδότησης	128
Προσωρινή διαφλέβια βηματοδότηση	130
Φάρμακα και γενικές αρχές χορήγησης φαρμάκων	132
Η εφαρμογή της Νοσηλευτικής Διεργασίας στη χορήγηση φαρμάκων - Τύποι των εντολών για τη φαρμακευτική αγωγή	138
Χορήγηση φαρμάκων διεντερικά.....	140
Χορήγηση φαρμάκων από το στόμα - Πρωτόκολλο.....	144
Χορήγηση φαρμάκων ενδοφλεβίως (Intravenous - IV).....	146
Χορήγηση φαρμάκων ενδομυϊκώς (Intramuscular - IM).....	150
Χορήγηση φαρμάκων υποδορίως (Subcutaneous - SC)	153
Χορήγηση φαρμάκων μέσω της εισπνοής	156

Χορήγηση φαρμάκων μέσω του δέρματος.....	158
Φύλαξη των φαρμακευτικών σκευασμάτων	159
Λάθη στη χορήγηση φαρμάκων	160
Λήψη δειγμάτων αίματος από ασθενή για τον οποίο αιτείται μετάγγιση και/ή προσδιορισμός ομάδας αίματος και συμπλήρωση δελτίου αίτησης προς την υπηρεσία αιμοδοσίας.....	162
Μετάγγιση αίματος και παραγώγων αίματος.....	164
Σκοπός	164
Η ασφαλής χορήγηση αίματος και παραγώγων του, πρόληψη και η αντιμετώπιση των επιπλοκών που ενδέχεται να εμφανιστούν κατά την μετάγγιση.	164
Ορισμοί.....	164
Διαδικασία πριν την μετάγγιση αίματος ή παραγώγων	166
Τι κάνω πριν τη χορήγηση αίματος ή παραγώγων παρουσία του ασθενούς.....	167
Κατά τη μετάγγιση	168
Μετά τη μετάγγιση - Παρακολούθηση	168
Επείγουσα μετάγγιση – Διαδικασία που ακολουθείται σε μεγάλη αιμορραγία	171
Προτυποποίηση διαδικασίας λήψης αιμοκαλλιέργειας.....	172
Πρωτόκολλο τοποθέτησης και νοσηλευτικής φροντίδας κυστεοουρηθρικού καθετήρα (Foley)	173
Καθετηριασμός ουροδόχου κύστεως σε γυναίκα ασθενή	174
Καθετηριασμός ουροδόχου κύστης σε άνδρα	176
Αφαίρεση αλλαγή του κυστεοουρηθρικού καθετήρα	179
Πλύσεις Ουροδόχου Κύστης.....	180
Έντυπο ελέγχου διουρηθρικού καθετηριασμού ουροδόχου κύστης	182
Λήψη δείγματος ούρων για γενική και καλλιέργεια ούρων από ασθενή με καθετήρα foley.....	183
Έντυπο ελέγχου λήψης δείγματος ούρων για γενική και καλλιέργεια ούρων σε ασθενή με καθετήρα κύστεως.....	185
Φροντίδα και υγιεινή σώματος ασθενούς – λουτρό – λούσιμο - στοματική	186
κοιλότητα.....	186
Έντυπο ελέγχου φροντίδας υγιεινής σώματος βαρέως πάσχοντος ασθενούς (Λουτρό – Λούσιμο – Στοματική κοιλότητα)	189
Προετοιμασία αρρώστου - βαρέως πάσχοντος για μεταφορά προς εξέταση-διακομιδή	190
Αλλαγή θέσης κατακλιμένου ασθενή	191
Πρωτόκολλο πρόληψης και θεραπείας ελκών κατάκλισης.....	192
Εκτίμηση ασθενών υψηλού κινδύνου	194
Πρόληψη κατακλίσεων	196
Εκτίμηση Κατάκλισης.....	198
Κατηγορίες επιθεμάτων επούλωσης ελκών κατάκλισης.....	199
Πρωτόκολλο ασφαλούς αποθήκευσης αποστειρωμένου υλικού	200
Ρινογαστρική διασωλήνωση	203

Έντυπο ελέγχου τοποθέτησης και αφαίρεσης ρινογαστρικού σωλήνα	206
Εντερική σίτιση μέσω ρινογαστρικού καθετήρα	207
Έντυπο ελέγχου εντερικής σίτισης μέσω ρινογαστρικού καθετήρα	209
Προετοιμασία και χορήγηση παρεντερικής διατροφής.....	210
Έντυπο ελέγχου προετοιμασίας και χορήγησης παρεντερικής διατροφής	213
Τοποθέτηση, φροντίδα και λήψη αερίων αίματος από αρτηριακή γραμμή	214
Νοσηλευτική φροντίδα αρτηριακής γραμμής	215
Λήψη αερίων αίματος από αρτηριακή γραμμή	217
Έντυπο ελέγχου τοποθέτησης και φροντίδας αρτηριακής γραμμής και λήψης αερίων αίματος.....	218
Έλεγχος και περιορισμός της διασποράς πολυανθεκτικών μικροβίων	219
Μέτρηση Σακχάρου Τριχοειδικού Αίματος	220
Κεφάλαιο 4.....	223
Ασφάλεια και Υγιεινή στο Καρδιολογικό Τμήμα	223
Στόχοι επαγγελματικής ασφάλειας και υγείας	223
Κίνδυνοι και Ασφάλεια στο Καρδιολογικό τμήμα.....	224
Μέτρα πρόληψης και ελέγχου λοιμώξεων στο Καρδιολογικό τμήμα.....	225
1. Υγιεινή χεριών	225
Σύστημα υποχρεωτικώς δηλούμενων νοσημάτων.....	264
2. Πτώση του ασθενή	274
3 . Αλλεργικές ή αναφυλακτικές αντιδράσεις του ασθενούς	274
4. Διάφοροι άλλοι κίνδυνοι.	275
10. Νοσοκομειακές Λοιμώξεις	275
Ασφάλεια των εργαζόμενων - Κίνδυνοι του Προσωπικού	278
Κίνδυνοι από φυσικά και μηχανικά αίτια.....	279
1. Πυρκαγιά	279
Πυρασφάλεια.....	280
Πυροσβεστήρες	281
Σχέδιο δράσης σε περίπτωση πυρκαγιάς.....	281
2. Ηλεκτρισμός.....	283
3. Μυοσκελετική καταπόνηση	284
4. Εξαερισμός των χώρων	285
5. Θόρυβος	285
6. Κίνδυνοι από μολύνσεις και χημικά αίτια.....	286
10. Αιχμηρά αντικείμενα και ασφάλεια στο χώρο του Καρδιολογικού τμήματος.....	287
7. Ελλιπής εκπαίδευση σχετικά με την αντιμετώπιση των κινδύνων	289
8. Χημικά απολυμαντικά φάρμακα	289
9. Αλλεργικές αντιδράσεις	290

10. Κίνδυνοι ψυχοκοινωνικοί.....	290
11. Προφορική κακοποίηση	291
12. Σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης (burn out)	292
Κεφάλαιο 5.....	294
Ηθική και Δεοντολογία στο Καρδιολογικό Τμήμα	294
Εισαγωγή – Γενικές αρχές.....	294
Οι βασικές αρχές της Βιοηθικής	294
Η ηθική στη νοσηλευτική φροντίδα.....	298
Τύποι των ηθικών προβλημάτων στην Νοσηλευτική	300
Ηθική λήψη αποφάσεων	304
Κώδικας νοσηλευτικής δεοντολογίας	306
Ηθική και Δεοντολογία στο Καρδιολογικό τμήμα	310
Κώδικας Δεοντολογίας Νοσηλευτών	310
Κεφάλαιο 6.....	312
Δείκτες Αποδοτικότητας – Δείκτες Ασφάλειας και Δείκτες Ικανοποίησης στο Καρδιολογικό Τμήμα	312
Δείκτες αποτελεσμάτων κλινικών και λειτουργικών διαδικασιών στο Καρδιολογικό Τμήμα .	314
Δείκτες ασφάλειας κλινικών και λειτουργικών διαδικασιών στο Καρδιολογικό Τμήμα.....	315
Δείκτες Ικανοποίησης στο Καρδιολογικό Τμήμα	317
Παράρτημα 1	319
Έντυπα Καρδιολογικού Τμήματος και Μονάδας Εμφραγμάτων	319

Το Όραμά μας

Το όραμά μας, για το οποίο εργαζόμαστε εντατικά, είναι να καταστεί το Καρδιολογικό Τμήμα και η Μονάδα Εμφραγμάτων του Νοσοκομείου Σύρου ένα πρότυπο Καρδιολογικό Τμήμα στις Κυκλάδες και το Νότιο Αιγαίο, το οποίο θα ανταποκρίνεται απόλυτα στις προσδοκίες των πολιτών, παρέχοντας κορυφαίο επίπεδο υπηρεσιών, μέσα από την ενσωμάτωση προτυποποιημένων διαδικασιών, καθώς και μέσα από τη συνεχή αναβάθμιση του ρόλου των πολιτών και της κοινής αντίληψης ότι η παροχή υψηλού επιπέδου υπηρεσιών υγείας στον κατάλληλο χρόνο και με τον ενδεδειγμένο τρόπο με βάση την τεκμηρίωση, δεν είναι πολυτέλεια, αλλά ανάγκη και δικαίωμα κάθε ασθενούς.

Μοναδικό κεφάλαιο για την υλοποίηση του οράματος είναι οι άνθρωποί μας. Οι ειδικοί εκείνοι επαγγελματίες υγείας που μπορούν και ξέρουν πώς να το φέρουν σε πέρας.

Η Αποστολή και ο Σκοπός μας

Η αποστολή και ο σκοπός της καρδιολογικής κλινικής και της μονάδας εμφραγμάτων του Γ.Ν. Σύρου επικεντρώνεται σε τέσσερα σημεία:

Να παρέχει στον ασθενή υψηλής ποιότητας και συνεχώς βελτιούμενη νοσηλευτική φροντίδα, η οποία είναι βασισμένη σε επιστημονικά δεδομένα και είναι αξιολογήσιμη.

Να διασφαλίζει περιβάλλον που διευκολύνει τη θεραπευτική διαδικασία.

Να δημιουργεί εργασιακό περιβάλλον το οποίο ενθαρρύνει την επαγγελματική ανάπτυξη και την προσωπική ικανοποίηση του προσωπικού.

Να καλλιεργεί θετική επαγγελματική εικόνα του νοσηλευτικού προσωπικού στο κοινό, στον ασθενή, στο περιβάλλον του, στην κοινωνία.

Η Φιλοσοφία, οι Αξίες και οι Πεποιθήσεις μας

Η δήλωση της φιλοσοφίας, των αξιών και των πεποιθήσεων των τμημάτων της καρδιολογικής κλινικής και της μονάδας εμφραγμάτων, αναφέρεται στα πιστεύω μας, τα οποία σχετίζονται τόσο με τη νοσηλευτική διοίκηση, όσο και την νοσηλευτική άσκηση εντός των τμημάτων. Διατυπώνει με λίγα λόγια το όραμα και αναφέρει πώς κατά τη γνώμη μας θα επιτευχθεί η αποστολή και οι στόχοι, παρέχοντας καθοδήγηση προς αυτή την κατεύθυνση.

Έτσι, δηλώνουμε ότι:

Ενδιαφερόμαστε ακράδαντα για την άριστη φροντίδα του ασθενή, παρέχοντάς του την πιο αποτελεσματική, ποιοτική και αποδοτική φροντίδα.

Όλοι οι ασθενείς θα πρέπει να αντιμετωπίζονται με ευγένεια, κατανόηση, σεβασμό στην ανθρώπινη υπόστασή τους και αξιοπρέπεια.

Αποδεχόμαστε απόλυτα την ολιστική θεώρηση της υγείας, ότι δηλαδή υγεία δεν είναι απλώς η έλλειψη ασθένειας ή αναπηρίας, αλλά μια κατάσταση άριστης φυσικής, πνευματικής και κοινωνικής ευεξίας και με βάση αυτή την αρχή εργαζόμαστε.

Η επαγγελματική νοσηλευτική μας φροντίδα παρέχεται ισότιμα σε όλους τους ασθενείς που προσέρχονται για θεραπεία.

Οι ασθενείς και οι οικογένειές τους έχουν το δικαίωμα να ενημερώνονται έγκαιρα για όλες τις πτυχές της κατάστασης της υγείας τους και να συμμετέχουν σε αποφάσεις που επηρεάζουν τη φροντίδα τους, όσο το δυνατό περισσότερο. Οι νοσηλευτές κατανοούν και διευκολύνουν τη διαδικασία με αίσθημα ευθύνης και επαγγελματική ευσυνειδησία.

Οι φυσικές, οι πνευματικές, οι ψυχικές και οι κοινωνικές ανάγκες των ασθενών μας μπορούν να ικανοποιηθούν μέσα από το εξατομικευμένο πλάνο φροντίδας που σχεδιάζεται για τον κάθε άνθρωπο ξεχωριστά, του οποίου η αποτελεσματικότητα είναι ορατή.

Το πιο σημαντικό περιουσιακό στοιχείο της υπηρεσίας μας είναι το προσωπικό και γι' αυτό θα αντιμετωπίζεται με σεβασμό.

Η συνεχής εκπαίδευσή του και η δημιουργία οργανωτικής κουλτούρας στα εν λόγω τμήματα, αποτελεί προσωπική ευθύνη των προϊστάμενων αλλά και όλης της ηγεσίας της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, καθώς και ευθύνη του Οργανισμού. Μέσα από την εκπαίδευση διασφαλίζεται η βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών, με τη συνεχή αξιολόγηση της νοσηλευτικής φροντίδας και τις αναγκαίες τροποποιήσεις στις νοσηλευτικές ενέργειες και τεχνικές.

Έχουμε την ευθύνη να παρέχουμε τις κατάλληλες εμπειρίες για μάθηση και τα πρότυπα ρόλων σε όλους τους μαθητές και φοιτητές που εκπαιδεύονται κοντά μας.

Κεφάλαιο 1

Οργάνωση της κλινικής

Ορισμός

Το Καρδιολογικό Τμήμα είναι ο χώρος όπου νοσηλεύονται ασθενείς με καρδιολογικά προβλήματα υγείας και το αίτιο που ανάγκασε τον ιατρό να εισαγάγει τον ασθενή στην κλινική είναι καρδιολογικό. Στην Μονάδα εμφραγμάτων νοσηλεύονται ασθενείς με οξύ καρδιολογικό νόσημα που χρήζουν εντατικής παρακολούθησης (monitoring) και η κατάσταση της υγείας τους από την παρούσα νόσο δεν έχει σταθεροποιηθεί με αποτέλεσμα να κινδυνεύει η ζωή τους. Για λόγους συντομίας η καρδιολογική κλινική και η μονάδα εμφραγμάτων θα αναφέρονται σαν καρδιολογικό τμήμα.

Χώροι

Οι χώροι της κλινικής βρίσκονται στον δεύτερο όροφο του νοσοκομείου μας. Σε αυτούς περιλαμβάνονται ο χώρος της εντατικής μονάδας εμφραγμάτων με τρία κρεβάτια νοσηλείας-τουαλέτα-τηλεόραση και παρακλίνια monitors παρακολούθησης που είναι συνδεδεμένα με κεντρική οθόνη στον χώρο των νοσηλευτών οι οποίοι έχουν και οπτική επαφή με τους νοσηλευόμενους. Στον χώρο της μονάδας υπάρχουν κονσόλες με παροχές οξυγόνου κενού αέρος, παροχή για προσωρινή τοποθέτηση μηχανήματος τεχνητού νεφρού για αιμοκάθαρση, πρίζες, υπάρχει το καρότσι των επειγόντων με τον απινιδωτή, το λαρυγγοσκόπιο, τηνambu και όλα τα φάρμακα επειγουσών καταστάσεων, καρδιογράφος, φορητή και παρακλίνιες σταθερές αναρροφήσεις, ψυγείο και ντουλάπες για την φύλαξη υλικών, τρεις καρέκλες, τρία κομοδίνα και τρία τραπεζάκια τροχήλατα για το πρωινό των ασθενών.

Υπάρχουν επίσης τρεις κοινοί θάλαμοι νοσηλείας (δύο δίκλινοι και ένας τρίκλινος) που και αυτοί έχουν κονσόλες με παροχές οξυγόνου και κενού αέρος όπως πρίζες, παρακλίνια monitors , συνολικά πέντε , από τα οποία ένα σε κάθε θάλαμο είναι συνδεδεμένο με κεντρική οθόνη στον χώρο των νοσηλευτών.

Παραπλεύρως της μονάδας υπάρχει ο χώρος των νοσηλευτών , με δυνατότητα οπτικής επαφής όλου του χώρου της μονάδας , όπου βρίσκονται οι κεντρικές οθόνες των παρακλινίων monitors, φάρμακα, υγειονομικό υλικό και το γραφείο του προϊστάμενου με

τον υπολογιστή και τα έντυπα της κλινικής. Υπάρχει επίσης ένας μικρός χώρος που χρησιμεύει για αποθήκη υγειονομικού υλικού και ως αποδυτήριο των νοσηλευτριών - των του τμήματος. Υπάρχουν επίσης και δύο γραφεία των δύο γιατρών του τμήματος όπου εξετάζονται και εξωτερικοί ασθενείς. Στο ένα γραφείο υπάρχει μηχανήμα υπερήχων καρδιάς που διενεργούνται υπέρηχοι στους νοσηλευόμενους ασθενείς του τμήματος και σε εξωτερικούς ασθενείς. Στο δεύτερο γραφείο υπάρχει μηχανήμα για διενέργεια test κόπωσης, συσκευή holter ρυθμού και γίνονται οι αντίστοιχες εξετάσεις στους νοσηλευόμενους του τμήματος και σε εξωτερικούς ασθενείς. Στον διάδρομο της κλινικής υπάρχουν δύο πυροσβεστικές φωλιές με κρουνούς, ένας πυροσβεστήρας καθώς και δύο δανειστικές βιβλιοθήκες .

Ενδυμασία

Ενδυμασία προσωπικού

Το προσωπικό του καρδιολογικού τμήματος οφείλει να φοράει κοστούμι (φόρμα), μάσκα και υποδήματα κατάλληλα. Τα ενδύματα πρέπει να έχουν τέτοια σύνθεση που να επιτρέπουν στο δέρμα να αναπνέει ενώ τα υποδήματα πρέπει να μπορούν να καθαριστούν εύκολα, να είναι κλειστά, με ελαστική σόλα και να μην είναι κουραστικά για τα πόδια. Τα ενδύματα πρέπει να είναι καθαρά (προτείνεται η αλλαγή των κουστουμιών καθημερινά καθώς και νωρίτερα εφόσον λερωθούν)

Δεδομένου ότι τα χέρια είναι υπεύθυνα για τη μεταφορά μικροβίων, τονίζεται ότι όλο το προσωπικό οφείλει να έχει καθαρά και περιποιημένα χέρια, με κοντά νύχια, χωρίς κοσμήματα, χωρίς τεχνητά νύχια και χωρίς φλεγμονές ή μολύνσεις. Το προσωπικό οφείλει να ακολουθεί τους γενικούς κανόνες υγιεινής των χεριών (πριν και μετά την επαφή με τον άρρωστο, μετά την αφαίρεση των γαντιών και όταν υπάρχει πιθανότητα επαφής με αίμα ή άλλα μολυσματικά υλικά).

Ενδυμασία ασθενών

Οι ασθενείς του τμήματος θα πρέπει να φορούν άνετα ρούχα (πιτζάμες) ώστε να διευκολύνεται το έργο των γιατρών και της νοσηλευτικής ομάδας. Σε μερικές περιπτώσεις ασθενών, κυρίως σε βαριά κατάσταση που νοσηλεύονται στην μονάδα εμφραγμάτων, είναι χωρίς ρούχα η μόνο με το εσώρουχο προκειμένου να υπάρχει η δυνατότητα άμεσης παρέμβασης σε επείγουσα κατάσταση.

Τα κοσμήματα για τους ασθενείς που βρίσκονται σε κατάσταση εκτάκτων διαδικασιών και παρεμβάσεων τόσο στη μονάδα εμφραγμάτων όσο και στα δωμάτια της κλινικής πρέπει να αφαιρούνται και με την ευθύνη του νοσηλευτικού προσωπικού του τμήματος να παραδίδονται στους συγγενείς ή να φυλάσσονται με εγγεγραμμένο το όνομα του ασθενή στο χρηματοκιβώτιο του τμήματος έως ότου παραδοθούν.

Ωράριο λειτουργίας στελέχωση

Ωράριο: Το καρδιολογικό τμήμα λειτουργεί καθ' όλο το εικοσιτετράωρο και τις Κυριακές και αργίες. Το ιατρικό προσωπικό που καλύπτει την λειτουργία του τμήματος απαρτίζεται από δύο διευθυντές ιατρούς που καλύπτουν την εικοσιτετράωρη λειτουργία με εφημερίες ετοιμότητας. Η νοσηλευτική υπηρεσία καλύπτει την λειτουργία του τμήματος με οκτώ άτομα, τον προϊστάμενο νοσηλευτή ΤΕ, μία αναπληρώτρια νοσηλεύτρια ΤΕ και έξι βοηθούς νοσηλεύτριες ΔΕ. Για την εικοσιτετράωρη λειτουργία του τμήματος απαιτούνται πέντε άτομα νοσηλευτικό προσωπικό, δύο στην πρωινή βάρδια (ο προϊστάμενος με μία νοσηλεύτρια ή μια βοηθό νοσηλεύτρια) στην απογευματινή βάρδια δύο άτομα (δύο βοηθούς νοσηλεύτριες ή μία νοσηλεύτρια με μία βοηθό νοσηλεύτρια) και στην νυχτερινή βάρδια ένα άτομο (μία νοσηλεύτρια ή μία βοηθό νοσηλεύτρια).

Ωστόσο η καθημερινή μας εμπειρία όπως και οι οδηγίες από την ελληνική και ξένη βιβλιογραφία αποδεικνύουν ότι το ιδανικό για την επιδίωξη της ποιοτικής-ασφαλούς παροχής νοσηλευτικής φροντίδας στους ασθενείς του καρδιολογικού τμήματος (λόγω της ιδιαιτερότητας των προβλημάτων τους) θα έπρεπε να είναι δέκα άτομα νοσηλευτικό προσωπικό στο σύνολο τους, εκ των οποίων τρία άτομα το πρωί (νοσηλευτής / τρία με βοηθό νοσηλεύτρια) και μια βοηθό θαλάμου, δύο άτομα το απόγευμα (νοσηλεύτρια και βοηθός νοσηλεύτρια και δύο άτομα στη νυχτερινή βάρδια (νοσηλεύτρια και βοηθός νοσηλεύτρια), καθώς και εικοσιτετράωρη παρουσία καρδιολόγου στο τμήμα. Τα δέκα άτομα προσωπικό είναι απαραίτητα γιατί ουσιαστικά μιλάμε για δύο τμήματα (Μονάδα Εμφραγμάτων και καρδιολογική κλινική με κοινούς θαλάμους, ταυτόχρονα) και αυξημένο αριθμό αδειών του νοσηλευτικού προσωπικού, λόγω αδειών κλειστού τμήματος.

Κεφάλαιο 2

Επαγγελματίες υγείας Καρδιολογικού Τμήματος

Αρμοδιότητες και καθήκοντα

Η καρδιολογική ομάδα

Η καρδιολογική ομάδα είναι αυτή η οποία εκτελεί κατά κύριο λόγο τη νοσηλεία και την φροντίδα των ασθενών του καρδιολογικού τμήματος και αποτελείται από τους:

- Διευθυντή ιατρό του τμήματος ο οποίος έχει την πλήρη ευθύνη των ασθενών του τμήματος
- Εφημερεύοντα ιατρό ο οποίος έχει την ευθύνη των νοσηλευόμενων ασθενών του τμήματος κατά την διάρκεια της εφημερίας του.
- Προϊστάμενο νοσηλευτή τμήματος.
- Αναπληρώτρια νοσηλεύτρια τμήματος.
- Βοηθούς νοσηλεύτριες τμήματος.
- Βοηθό θαλάμου τμήματος.

Βεβαίως κατ' επέκταση και τα υπόλοιπα μέλη του προσωπικού, (ο τραυματιοφορέας, ο εξασκούμενος σπουδαστής ακόμη και η καθαρίστρια) είναι μέλη και ανήκουν στην καρδιολογική ομάδα.

Ο όρος καρδιολογική ομάδα χρησιμοποιείται υπό την έννοια μιας ομάδας εργασίας και τούτο διότι όλα τα άτομα σ' αυτήν εργάζονται σαν σύνολο εφόσον οι πράξεις, οι κινήσεις και η συμπεριφορά του ενός είναι άμεσα εξαρτημένες και συντονισμένες από τις πράξεις, κινήσεις και συμπεριφορά του άλλου με κύριο στόχο την επίτευξη του κοινού έργου. Η ομάδα του καρδιολογικού τμήματος πρέπει να χαρακτηρίζεται από πνεύμα προθυμίας, πειθαρχίας, τάξης και ενότητας των ατόμων που το αποτελούν προκειμένου να πετύχει το σκοπό της. Η στενά συνδεδεμένη εργασία σε περιβάλλον φορτισμένο με αγωνία και υπερένταση, αναπτύσσει τις σχέσεις μεταξύ του προσωπικού, συνεργασίας και οικειότητας, στα πλαίσια της επαγγελματικής δεοντολογίας και αξιοπρέπειας, την οποία όλοι οφείλουν να έχουν υπόψη τους και να τηρούν.

Αντικειμενικός σκοπός είναι να επιτευχθεί η τάξη, η ηρεμία και η ασφάλεια εκτέλεσης της εργασίας για την καλή πορεία της υγείας του ασθενή. Η αγωγή και συμπεριφορά του προσωπικού του καρδιολογικού τμήματος καθορίζεται από τις ευθύνες που έχουν προς τους συνεργάτες και τον ασθενή.

Η ευθύνη προς τους συνεργάτες επιβάλλει:

- Ομαλή προσαρμογή κάθε νέου μέλους στην ομάδα.
- Ηρεμία και αποδοχή της καλόβουλης κριτικής και των παρατηρήσεων.
- Σεβασμό της εμπιστοσύνης των άλλων και αποφυγή σχολίων ή κακόβουλων συζητήσεων.
- Αναγνώριση του γεγονότος ότι το έργο των νοσηλευτών περιλαμβάνει συνεχή προσφορά και απαιτήσεις.

Όσον αφορά τη συμπεριφορά, ή την ευθύνη προς τον ασθενή επιβάλλει:

Σεβασμό της προσωπικότητας και της αξιοπρέπειας καθ' όλη τη διάρκεια της παραμονής του στο τμήμα, έστω και αν δεν έχει τις αισθήσεις του.

Αποφυγή συζητήσεων και παροχή πληροφοριών όσον αφορά την νοσηλεία του, την διάγνωση, τους γιατρούς κ.λπ. στον ασθενή ή άλλο πρόσωπο.

Προσοχή στη διατήρηση της εμπιστοσύνης του στην καρδιολογική ομάδα .

Αντίληψη της σοβαρότητας του γεγονότος ότι (ο ασθενής) έχει εμπιστευθεί τη ζωή του στα χέρια του προσωπικού.

Η προσπάθεια διατήρησης της ηρεμίας, της τάξεως και της ασφάλειας του περιβάλλοντος απαιτούν:

Περιορισμό του θορύβου και της ανησυχίας

Αποφυγή ενόχλησης των γιατρών κατά την επίσκεψη στους θαλάμους.

Περιορισμό της συνομιλίας και αποφυγή της τηλεφωνικής επικοινωνίας.

Αποφυγή άσκοπης κυκλοφορίας και απασχόλησης μελών του προσωπικού.

Ο προϊστάμενος και η υπεύθυνη νοσηλεύτρια είναι τα άτομα που παροτρύνουν, συμβουλεύουν, προάγουν και φροντίζουν την προσαρμογή και διατήρηση της παραπάνω συμπεριφοράς ολόκληρου του προσωπικού του τμήματος. Ο βαθμός προσαρμογής και τήρησης αυτής έχει σαν αποτέλεσμα την εύρυθμη λειτουργία του τμήματος και την προσφορά υψηλού επιπέδου φροντίδας στον ασθενή.

Αρμοδιότητες - Καθήκοντα Προσωπικού καρδιολογικού τμήματος

Στην υποβοήθηση του αρρώστου να ενταχθεί στο περιβάλλον του καρδιολογικού τμήματος (ψυχολογική υποστήριξη, παραλαβή, νοσηλευτική φροντίδα).

Στην προστασία, διατήρηση, αποκατάσταση και προαγωγή της υγείας ή της αυτονομίας ζωτικών

λειτουργιών του αρρώστου.

Στην προστασία και διασφάλιση της ψυχοκοινωνικής οντότητας του αρρώστου.

Στην εφαρμογή των ιατρικών οδηγιών.

Τομείς αρμοδιοτήτων καρδιολογικού Νοσηλευτή

1ος Τομέας: Επαγγελματικές, Νομικές, Ηθικές Πρακτικές

1.1 Εφαρμογή της νομοθεσίας και των κατευθυντήριων οδηγιών

- Λειτουργεί σύμφωνα με τη νομοθεσία (Εθνική & Ευρωπαϊκή), τις επαγγελματικές κανονιστικές
- ρυθμίσεις και τις πολιτικές/ κατευθυντήριες οδηγίες.
- Επιδεικνύει πλήρη κατανόηση των αρχών δεοντολογίας κατά την παροχή νοσηλευτικής φροντίδας
- Εξασφαλίζει την σωστή ενημέρωση του ασθενούς και του περιβάλλοντος του.
- Εξασφαλίζει την παροχή της δέουσας φροντίδας στον ασθενή.
- Προασπίζει το δικαίωμα διατήρησης της αξιοπρέπειας των ασθενών και των συναδέλφων.
- Λειτουργεί ως υποστηρικτής και συνήγορος του ασθενή.
- Χορηγεί φάρμακα σύμφωνα με τις απαιτήσεις της σχετικής νομοθεσίας, των κανονισμών και των κατευθυντήριων οδηγιών.

1.2 Αποδοχή επαγγελματικής ευθύνης

- Εφαρμόζει τεκμηριωμένες επιστημονικά πρακτικές.
- Ενημερώνεται για τις τρέχουσες τάσεις και εξελίξεις προκειμένου να διατηρεί υψηλό επίπεδο δεξιοτήτων, ικανοτήτων και γνώσης.
- Αναλαμβάνει την ευθύνη για τις αποφάσεις, τις ενέργειες ή και τις παραλείψεις κατά τη διάρκεια της νοσηλευτικής φροντίδας.
- Αντιδρά κατάλληλα σε θέματα που σχετίζονται με μη ασφαλείς ή μη δέουσες πρακτικές.
- Προάγει το ρόλο του Επαγγελματία Νοσηλευτή με λόγια και πράξεις.

2ος Τομέας: Νοσηλευτική Φροντίδα και Καρδιολογική Νοσηλευτική

2.1 Νοσηλεία βασισμένη σε γνώσεις και επιστημονικά τεκμηριωμένες πρακτικές.

- Προωθεί φροντίδα με επίκεντρο τον ασθενή.
- Ακολουθεί ολιστική προσέγγιση στην εκτίμηση των ατομικών αναγκών των ασθενών, τόσο κατά το σχεδιασμό της φροντίδας, όσο και κατά την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων.
- Επιδεικνύει ευαισθησία για τις ψυχικές ανάγκες των ασθενών και με κατάλληλες δεξιότητες συμβάλει στη μείωση του άγχους.
- συμμετέχει ως μέλος διεπιστημονικής ομάδας στο σχεδιασμό και την εφαρμογή φροντίδας σύμφωνα με τις βέλτιστες πρακτικές.
- Εξασφαλίζει την έγκαιρη και σωστή διακίνηση της πληροφορίας.
- Υλοποιεί τη φροντίδα βάση του σχεδιασμού με σαφή και πλήρη τεκμηρίωση των παρεμβάσεων
- Διαχειρίζεται τυχόν απρόβλεπτες αποκλίσεις και τις καταγράφει.
- Διασφαλίζει τη διατήρηση της αξιοπρέπειας των ασθενών, του απορρήτου και της εμπιστευτικότητας.
- Σέβεται τα πιστεύω και τις πεποιθήσεις άλλων πολιτισμών.
- Διατηρεί υψηλά πρότυπα φροντίδας εφαρμόζοντας αλλαγές μόνο όταν τεκμηριώνονται επιστημονικά.
- Γνωρίζει την απαιτούμενη νοσηλευτική φροντίδα των υπό καταστολή ασθενών και την εφαρμόζει.
- Γνωρίζει τη σπουδαιότητα της σωστής ταυτοποίησης των ασθενών και λειτουργεί προσέχοντας κάθε λεπτομέρεια.
- Κατανοεί πλήρως την αρχή της συναίνεσης ασθενή και λαμβάνει κατάλληλα μέτρα όταν απαιτείται.
- Γνωρίζει τη σπουδαιότητα της σωστής και συνεχούς παρακολούθησης των ασθενών, αναλύοντας τα δεδομένα και παρεμβαίνοντας κατάλληλα όταν απαιτείται.
- Εφαρμόζει κατάλληλες στρατηγικές διαχείρισης του πόνου σύμφωνα με την ισχύουσα πολιτική.
- Ακολουθεί συγκεκριμένα κριτήρια για την εκτίμηση του επίπεδου κατάστασης των βασικών λειτουργιών και αντίληψης των ασθενών που βρίσκονται σε διαδικασία ανάνηψης.

2.2 Διασφάλιση ασφαλούς περιβάλλοντος

- Προετοιμάζει το περιβάλλον ώστε να υπάρξει η μεγαλύτερη δυνατή ασφάλεια χρησιμοποιώντας κατάλληλους μηχανισμούς ελέγχου.
- Διασφαλίζει αρμονικό και ευνοϊκό περιβάλλον στον θάλαμο του ασθενούς προβλέποντας τυχόν κινδύνους για τον ασθενή, το περιβάλλον του και το προσωπικό.
- Διασφαλίζει τη διαθεσιμότητα και επάρκεια όλου του απαραίτητου εξοπλισμού, υλικών, φαρμάκων και εργαλείων, σε πλήρη λειτουργικότητα, καθώς και τη χρήση αυτών σύμφωνα με τις οδηγίες του κατασκευαστή.
- Διασφαλίζει ασφαλή πορεία του ασθενή στο τμήμα, με τη σωστή αξιολόγηση της κατάστασης υγείας του, τη σωστή αξιοποίηση του προσωπικού, τη χρήση κατάλληλου εξοπλισμού καθώς και μηχανισμών μεταφοράς όταν απαιτείται.
- Διασφαλίζει τη σωστή και ασφαλή τοποθέτηση του βαριά πάσχοντος ασθενούς στο κρεβάτι, εφαρμόζοντας τις αρχές ασφαλούς μετακίνησης και τοποθέτησης και χρησιμοποιώντας κατάλληλα βοηθήματα με πλήρη γνώση της διαχείρισης των κινδύνων που διατρέχει ο ασθενής.

2.3 Προαγωγή της Υγιεινής και της Ασφάλειας της εργασίας

- Ακολουθεί τις στρατηγικές διαχείρισης κινδύνου στην πρόληψη ατυχημάτων.
- Αναφέρει όλα τα ανεπιθύμητα συμβάντα ή παρ' ολίγον συμβάντα.
- Αναλύει τις αιτίες κινδύνου και αντιδρά κατάλληλα.

2.4 Εφαρμογή αρχών πρόληψης λοιμώξεων στην παροχή νοσηλευτικής φροντίδας

- Γνωρίζει τις απαιτήσεις σχετικά με το περιβάλλον του τμήματος και διασφαλίζει την τήρησή τους.
- Διαχειρίζεται κατάλληλα ασθενείς με διαγνωσμένη λοίμωξη ακολουθώντας τους κανόνες πρόληψης της μετάδοσης και απολύμανσης του χώρου κατά περίπτωση.
- Διασφαλίζει την τήρηση των αρχών υγιεινής.
- Τηρεί αυστηρά τις βασικές προφυλάξεις κατά τη διαχείριση όλων των ασθενών.
- Διαχειρίζεται το περιβάλλον του τμήματος σύμφωνα με τους κανονισμούς.
- Διασφαλίζει σωστή απολύμανση του εξοπλισμού.
- Διασφαλίζει την τεκμηρίωση της αποστείρωσης των αποστειρωμένων εργαλείων και αποστειρωμένων υλικών.

- Συμμορφώνεται με τις βέλτιστες πρακτικές όσον αφορά τη χρήση των αναλώσιμων υλικών.

2.5 Διαχείριση σωματικών υγρών για εργαστηριακό έλεγχο

- Διασφαλίζει την ορθή ταυτοποίηση και καταγραφή των δειγμάτων σωματικών υγρών.
- Διασφαλίζει τη σαφήνεια των οδηγιών σε σχέση με τη διαχείριση των συγκεκριμένων δειγμάτων.
- Διασφαλίζει την έγκαιρη και ακριβή αναφορά των αποτελεσμάτων.
- Διασφαλίζει τη σωστή και έγκαιρη μεταφορά των δειγμάτων.
- Εξασφαλίζει τη σωστή απόρριψη των σωματικών υγρών κατά περίπτωση.

2.6 Διαχείριση Αποβλήτων

- Ενεργεί κατάλληλα για το διαχωρισμό, τη διάθεση και την ασφαλή διαχείριση των αποβλήτων.
- Διασφαλίζει τη σωστή διαχείριση των αιχμηρών προωθώντας την ευαισθητοποίηση για την ασφάλεια στη χρήση τους.
- Επιδεικνύει ευαισθητοποίηση για την προστασία του περιβάλλοντος σε σχέση με τη διαχείριση των αποβλήτων και προωθεί βέλτιστες πρακτικές.

3ος Τομέας: Διαπροσωπικές Σχέσεις και Επικοινωνία

3.1 Διασφάλιση αποτελεσματικών διαπροσωπικών σχέσεων με τους ασθενείς

- Διασφαλίζει ότι οι ασθενείς έλαβαν και κατανόησαν όλες τις απαιτούμενες πληροφορίες.
- Αναγνωρίζει τη συναισθηματική κατάσταση του ασθενούς κατά τη συζήτηση του σχεδίου φροντίδας.
- Διασφαλίζει τη διαθεσιμότητα κατάλληλων μηχανισμών υποστήριξης κατά τη διαχείριση ανηλίκων ή ασθενών με ιδιαίτερα προβλήματα σύμφωνα με τη νομοθεσία.

3.2 Αναγνώριση Απαιτήσεων της Ομαδικής Εργασίας με σκοπό την αποτελεσματική φροντίδα των ασθενών

- Προωθεί την έννοια της ομάδας εργασίας.
- Αναπτύσσει αποτελεσματικές σχέσεις με όλες τις διεπιστημονικές ομάδες βασισμένες στην

κατανόηση και τον αμοιβαίο σεβασμό.

- Διακινεί άμεσα και με τον ενδεδειγμένο τρόπο τις σχετικές πληροφορίες στα μέλη της ομάδας.
- Παρέχει ανατροφοδότηση των πληροφοριών στα μέλη της ομάδας.
- Συμμετέχει, ως άτομο και ως μέλος της ομάδας, στον κύκλο ποιότητας για τον προσδιορισμό θετικών αποτελεσμάτων και βελτίωσης των διαδικασιών.
- Διαχειρίζεται τις συγκρούσεις έγκαιρα και αποτελεσματικά.

3.3 Ανάπτυξη γραπτών και προφορικών στρατηγικών επικοινωνίας, με σκοπό την ορθή καταγραφή και μεταβίβαση της πληροφορίας

- Χρησιμοποιεί όλους τους δυνατούς τρόπους επικοινωνίας για τη διασφάλιση της μεταβίβασης της πληροφορίας.
- Επιβεβαιώνει την αποτελεσματικότητα των χρησιμοποιούμενων στρατηγικών επικοινωνίας.
- Καταγράφει έγκαιρα, ευανάγνωστα και με σαφήνεια τις κατάλληλες πληροφορίες.

4ος Τομέας: Οργανωτικές, Διοικητικές και Ηγετικές Ικανότητες

4.1 Χρήση αποτελεσματικών οργανωτικών και διοικητικών δεξιοτήτων

- Προσδιορίζει τις προτεραιότητες στην φροντίδα του ασθενή με βάση τα κλινικά δεδομένα και τις παρεχόμενες πληροφορίες.
- Συζητά τις προτεραιότητες με τα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας.
- Ενημερώνει όλα τα εμπλεκόμενα μέλη της ομάδας για το σχέδιο της φροντίδας.
- Προβαίνει σε καταμερισμό εργασιών ανάλογα με τις ικανότητες και δεξιότητες των ατόμων.
- Παρέχει ασφαλές περιβάλλον για την προγραμματισμένη φροντίδα των ασθενών.
- Διασφαλίζει ότι παρέχεται στον ασθενή η σωστή φροντίδα.

4.2 Έλεγχος πρακτικών για τη διασφάλιση της ποιότητας στην περίθαλψη

- Χρησιμοποιεί λίστα ελέγχου για την καταγραφή των ακολουθούμενων πρακτικών και τη συμμόρφωση του προσωπικού στις βέλτιστες πρακτικές και στα πρότυπα φροντίδας.
- Αναλύει τα αποτελέσματα και λαμβάνει κατάλληλα μέτρα όταν απαιτείται.
- Ενημερώνει για τα αποτελέσματα με τις δέουσες πρακτικές.

- Διευκολύνει την εφαρμογή αλλαγών όπου χρειάζεται.

4.3 Σωστή διαχείριση των ανθρωπίνων πόρων για τη διασφάλιση ετοιμότητας στην παροχή νοσηλευτικής φροντίδας

- Επιδεικνύει πλήρη κατανόηση των δεδομένων στη διαχείριση ανθρώπινων πόρων.
- Προωθεί την εκπαίδευση του προσωπικού, τόσο για την κάλυψη των μαθησιακών αναγκών, όσο και την προαγωγή των πρακτικών δεξιοτήτων.
- Διασφαλίζει ότι οι διδασκόμενοι επιτηρούνται όπως απαιτείται.

4.4 Αποτελεσματικότητα στην προμήθεια υλικών πόρων, διασφαλίζοντας την τήρηση των κατευθυντήριων οδηγιών βέλτιστης πρακτικής με το μικρότερο δυνατό κόστος

- Διασφαλίζει τη διαθεσιμότητα των κατάλληλων προμηθειών.
- Διασφαλίζει τη σωστή αποθήκευση των αποστειρωμένων εργαλείων και υλικών.
- Διασφαλίζει τη σωστή διαχείριση των υλικών.
- Επιδεικνύει ευαισθητοποίηση σχετικά με το κόστος της παρεχόμενης φροντίδας και προωθεί τη συνετή χρήση υλικών.

4.5 Άσκηση αποτελεσματικής ηγεσίας με βάση την κατανόηση και τον αμοιβαίο σεβασμό και με συνέπεια στην παροχή υψηλής ποιότητας φροντίδας

- Λειτουργεί ως πρότυπο για τα άλλα μέλη της ομάδας.
- Χρησιμοποιεί αποδεδειγμένες στρατηγικές κινήτρων για την παρακίνηση του προσωπικού.
- Αναγνωρίζει και σέβεται την αξία όλων των μελών της ομάδας.
- Προσφέρει δυνατότητες ανάπτυξης του προσωπικού.
- Συμμετέχει σε επιτροπές και φόρουμ κατά περίπτωση.
- Διευκολύνει τις διοικητικές αλλαγές, εφόσον παρίσταται ανάγκη.
- Στηρίζει διοικητικές πρωτοβουλίες κατά περίπτωση.

5ος Τομέας: Εκπαίδευση και Επαγγελματική Ανάπτυξη

5.1 Δέσμευση για προσωπική και επαγγελματική ανάπτυξη των εργαζομένων

- Επιδεικνύει δέσμευση για δια βίου μάθηση και προαγωγή της έρευνας.
- Προωθεί τη συνεχή ενημέρωση και ανάπτυξη πρακτικών δεξιοτήτων για τη διατήρηση της επαγγελματικής ικανότητας.
- Συμμετέχει στην εκπαίδευση και ανάπτυξη άλλων συναδέλφων Νοσηλευτών.
- Συμμετέχει στην εκπαίδευση και ανάπτυξη άλλων απασχολούμενων επαγγελματιών στο τμήμα.
- Συμμετέχει στην αξιολόγηση άλλων συναδέλφων κατά περίπτωση.
- Στην καρδιολογική κλινική εφαρμόζεται πρόγραμμα εκπαίδευσης σε κάθε νέο άτομο που πρόκειται να ενταχθεί στο νοσηλευτικό προσωπικό του τμήματος. Αρχικά του παραδίδεται έντυπο υλικό για μελέτη που αφορά την καρδιολογία και παράλληλα με τις βάρδιες εκπαιδεύεται στην καθημερινή ρουτίνα της λειτουργίας του τμήματος, τους χώρους αποθήκευσης των υλικών, την λειτουργία και χρήση των μηχανημάτων (monitors απινιδωτής) αναγνώριση του ηλεκτροκαρδιογραφήματος, αντιμετώπιση καρδιολογικού ασθενούς. Με την πάροδο ενός μήνα ο συνάδελφος θα πρέπει να είναι έτοιμος να ενταχθεί στο κυκλικό ωράριο και σε πλήρη ετοιμότητα αντιμετώπισης των καρδιολογικών περιστατικών πάντα μέσα από τις εκάστοτε ιατρικές οδηγίες των ιατρών του τμήματος. Το προσωπικό θα πρέπει να εκπαιδεύετε και να ενημερώνεται συνεχώς προκειμένου να προσφέρει άριστη νοσηλευτική φροντίδα και εκπαίδευση στον καρδιολογικό ασθενή.

5.2 Παροχή δυνατοτήτων εκπαίδευσης

- Συμβάλει στην υλοποίηση μαθημάτων στα πλαίσια τυπικής ή άτυπης εκπαίδευσης.
- Συμμετέχει σε εκπαιδευτικά προγράμματα υποχρεωτικά και εθελοντικά.
- Δημιουργεί κατάλληλο περιβάλλον στο χώρο εργασίας που να συντελεί στη μάθηση.

Ο Νοσηλευτής Καρδιολογικού Τμήματος:

- Χρησιμοποιεί και εφαρμόζει συστηματικά τα μέσα ατομικής προστασίας, υγιεινής και αποστείρωσης, που επιβάλλονται για την ασφαλή λειτουργία του τμήματος.
- Επιλέγει, προμηθεύεται, αποθηκεύει, χρησιμοποιεί, φροντίζει να βρίσκονται σε καλή κατάσταση και ελέγχει αν ανταποκρίνονται στις ειδικές απαιτήσεις των εκτελούμενων νοσηλευτικών πράξεων στα πλαίσια των στόχων και των προδιαγραφών ποιότητας τα απαραίτητα υλικά εργασίας (εργαλεία, όργανα, συσκευές, ιματισμός, φάρμακα, αναλώσιμα υλικά κλπ).

- Συντάσσει και ενημερώνει έντυπα και βιβλία που προβλέπονται από τους κανονισμούς (φύλλα νοσηλείας ασθενών, φύλλα ιατρικών οδηγιών, βιβλίο ναρκωτικών στατιστικά έντυπα κλπ).

Καθήκοντα θέσης εργασίας Προϊστάμενου Καρδιολογικού Τμήματος Νοσηλευτικής Υπηρεσίας

Εισαγωγικές σημειώσεις

Στα καθήκοντα του προϊστάμενου Νοσηλευτή δίνεται ιδιαίτερη έμφαση διότι είναι το κλειδί επικοινωνίας των προϊσταμένων και των υφισταμένων μέσα στη νοσηλευτική υπηρεσία.

Από το έργο των Προϊσταμένων Νοσηλευτών αναλύονται τα καθήκοντα ως εξής:

- Διοικητικά,
- Νοσηλευτικά,
- Εκπαιδευτικά

Διοικητικά Καθήκοντα

Η διοίκηση αναφέρεται σε ότι αφορά την οργάνωση του υλικού και την οργάνωση των ανθρώπων, τον σχεδιασμό των νοσηλευτικών διαδικασιών, τον έλεγχο διεξαγωγής, την εκχώρηση αρμοδιοτήτων και τον συντονισμό για την αποτελεσματικότητα της νοσηλευτικής διαδικασίας.

Η πρόβλεψη, ο προγραμματισμός του υγειονομικού υλικού, του τεχνολογικού επιστημονικού εξοπλισμού, του ιματισμού, του υλικού γραφικής ύλης κλπ είναι ευθύνη των Προϊσταμένων και των συνεργατών του για την ορθή λειτουργία μιας νοσηλευτικής μονάδας.

Η ύπαρξη του απαραίτητου νοσηλευτικού προσωπικού όλων των βαθμίδων, το επαρκές βοηθητικό προσωπικό και οι καλές ανθρώπινες σχέσεις αποτελούν προϋποθέσεις στην στελέχωση των υπηρεσιών με στόχο:

- Την άμεση έναρξη των νοσηλειών
- Την παροχή ολοκληρωμένων φροντίδων
- Την παροχή πληροφοριών
- Την ανάπτυξη των διαπροσωπικών σχέσεων
- Την επίβλεψη για την ακριβή προσέλευση του προσωπικού
- Τον σχεδιασμό ενός εύελικτου προγράμματος
- Την δημιουργία καλύτερου εκπαιδευτικού περιβάλλοντος

Νοσηλευτικά Καθήκοντα

Ως νοσηλευτικά καθήκοντα, νοούνται τα καθήκοντα που έχουν σχέση με την άνεση του ασθενούς, την ανακούφιση, της παροχής ολοκληρωμένης φροντίδας υγείας και τη δημιουργία κατάλληλου περιβάλλοντος για την εξασφάλιση της ψυχοσωματικής ηρεμίας του.

Επίσης ότι έχει σχέση με τον προγραμματισμό παρακλινικών εργαστηριακών εξετάσεων, ειδικών διαγνωστικών μεθόδων, με την εφαρμογή του θεραπευτικού σχήματος, με την αγωγή υγείας του ασθενούς, με τον καθορισμό των καθηκόντων, με την ανάθεση του νοσηλευτικού έργου, με τον προσανατολισμό των ασθενών, των συνεργατών και των επισκεπτών είναι νοσηλευτικά καθήκοντα.

Η ανάπτυξη των σχέσεων μεταξύ του προσωπικού του τμήματος, με τις υπόλοιπες υπηρεσίες και τμήματα του νοσοκομείου ως και με τις σχετικές και αντίστοιχες υπηρεσίες, εκτός του νοσοκομείου είναι επιβεβλημένες.

Εκπαιδευτικά Καθήκοντα

Ο Προϊστάμενος με την καθημερινή προσφορά του διδάσκει προς τον ασθενή και προς το συγγενικό περιβάλλον και προς τους σπουδαστές, οι οποίοι φιλοξενούνται για εργαστηριακή άσκηση στο νοσοκομείο.

Ο Προϊστάμενος καταγράφει τις εκπαιδευτικές ανάγκες του προσωπικού αλλά και τις ανάγκες εκπαίδευσης σε εξειδικευμένα αντικείμενα που πιθανόν να εφαρμόζονται ήδη ή που μπορεί να χρειαστεί να εφαρμοστούν στο επόμενο διάστημα στην κλινική.

Έχει την ευθύνη του προγραμματισμού των εκπαιδευτικών δράσεων σε συνεργασία με το Γραφείο Εκπαίδευσης, (εφόσον υπάρχει) τον Προϊστάμενο Τομέα και τον Προϊστάμενο Διεύθυνσης.

Ο Προϊστάμενος προγραμματίζει την κλινική άσκηση των σπουδαστών σε συσχετισμό με το ημερήσιο πρόγραμμα, το οποίο περιλαμβάνει καθήκοντα ρουτίνας και εξειδικευμένα καθήκοντα. Ειδικά το περιεχόμενο των εκπαιδευτικών καθηκόντων περιλαμβάνει:

Τον προσανατολισμό στους χώρους εργασίας

Την ενημέρωση για το πρόγραμμα και τις αρχές στις νοσηλευτικές διαδικασίες

Την ενημέρωση σχετικά με τις νοσηλευτικές πράξεις που αναφέρονται στην περιγραφή των καθηκόντων

Την παρουσίαση υποδειγματικής ολοκληρωμένης νοσηλευτικής φροντίδας υπό τύπου επιδείξεως

Την ενημέρωση για την εκδήλωση σπάνιων συμπτωμάτων

Την ενημέρωση για τις νέες τάσεις της νοσηλευτικής επιστήμης

Την ενημέρωση για την αγωγή υγείας προς τον ασθενή κατά την έξοδό του

Την ψυχολογική υποστήριξη με πνεύμα συναδελφικής αλληλεγγύης και κατανόησης μπροστά στα ποικιλόμορφα αισθήματα φόβου, δειλίας, άγχους, ανασφάλειας και συναισθηματικής ευαισθησίας, τα οποία προβάλλουν σ αυτό το ιδιόμορφο και πολύπλοκο περιβάλλον εργασίας.

Σε συνεργασία με τον φορέα των σπουδαστών και το Γραφείο Εκπαίδευσης το οποίο θα έχει την ευθύνη της δημιουργίας, του συντονισμού, αλλά και της εποπτείας των προγραμμάτων εκπαίδευσης

Ευθύνες

Ο/Η Προϊστάμενος/νη ευθύνεται κυρίως:

Για την καλή οργάνωση, τον συντονισμό και τη λειτουργία της νοσηλευτικής μονάδας στην οποία προΐσταται.

Για την παροχή υψηλής ποιότητας ολοκληρωμένης και εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας προς τους ασθενείς του τμήματός του καθώς και για την εξασφάλιση άνετης και ασφαλούς διαμονής των αρρώστων.

Για τη συνεχή επαγγελματική κατάρτιση και βελτίωση των γνώσεων και της εμπειρίας του νοσηλευτικού και λοιπού προσωπικού της μονάδας του, δημιουργώντας εκπαιδευτικές ευκαιρίες (καθημερινές, προγραμματισμένες, καθώς και με υποδείξεις βελτίωσης).

Για την καλή συνεργασία με το προσωπικό της, με το ιατρικό και λοιπό προσωπικό, με τους ασθενείς και τους συνοδούς τους.

Καθήκοντα

1. Έχει την άμεση ευθύνη και εποπτεία όλου του νοσηλευτικού προσωπικού του τμήματος που προΐσταται
2. Αναφέρεται ιεραρχικά στην/στον Προϊσταμένη/νο του Τομέα και στην/ στον Διευθύντρια/ντή της νοσηλευτικής υπηρεσίας.
3. Φροντίζει να τηρούνται οι εγκεκριμένες νοσηλευτικές διαδικασίες, τα νοσηλευτικά πρωτόκολλα και οι κατευθυντήριες οδηγίες.
4. Αξιολογεί τα κριτήρια ελέγχου της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας των αρρώστων.
5. Σε σχέση με το παραπάνω, δεν μπορεί να αναθεωρήσει ή να παρακάμψει τα κριτήρια ελέγχου καθώς και τις προβλεπόμενες διαδικασίες και κατευθυντήριες οδηγίες κατά βούληση παρά μόνο αφού ενημερωθούν οι Προϊστάμενοι της/του και το αντίστοιχο γραφείο ή επιτροπή που δημιούργησε τα κριτήρια.

6. Συνεργάζεται με τον/την Διευθυντή / ντρία της νοσηλευτικής υπηρεσίας για την αξιολόγηση του νοσηλευτικού προσωπικού και βαθμολογεί τις εκθέσεις αξιολόγησης ως πρώτος κριτής.
7. Εισηγείται για τις εβδομαδιαίες και τις ετήσιες άδειες, λαβαίνοντας υπόψη τις ανάγκες του τμήματος και ρυθμίζοντάς τες κατά το δυνατό σύμφωνα με τις προτιμήσεις του προσωπικού πάντα σε πλαίσιο ισοτιμίας και δικαιοσύνης.
8. Ενημερώνει έγκαιρα το προσωπικό ευθύνης του για το περιεχόμενο υπηρεσιακών σημειωμάτων, εγκυκλίων και αποφάσεων που το αφορούν.
9. Εφαρμόζει την πολιτική του Νοσοκομείου που σχετίζεται με τη δήλωση των κενών κλινών, την ενδονοσοκομειακή και διανοσοκομειακή διακίνηση των αρρώστων, την έξοδο ή και το θάνατο αρρώστων.
10. Κατανέμει την εργασία στα μέλη της νοσηλευτικής ομάδας αφού δημιουργήσει πλάνο φροντίδας με τη βοήθεια των συνεργατών του για τον κάθε ασθενή που θα προκύψει από την πρωινή επίσκεψή του στους θαλάμους νοσηλείας.
11. Κατευθύνει, ελέγχει και καθοδηγεί το προσωπικό του τμήματος στην καθημερινή εκτέλεση των καθηκόντων, έχει την ευθύνη για την καλή λειτουργία του τμήματος και την ακριβή εκτέλεση των ιατρικών οδηγιών.
12. Ενημερώνει το Γραφείο Κίνησης ασθενών για τη δύναμη των νοσηλευόμενων , τη Διεύθυνση της νοσηλευτικής υπηρεσίας και την τομεάρχη του παθολογικού τομέα τόσο για τη δύναμη όσο και για τις ιδιαιτερότητες στη νοσηλευτική φροντίδα που υπάρχουν στους ασθενείς του τμήματος ανάλογα με το πρόβλημα υγείας.
13. Έχει την ευθύνη της έγκαιρης ενημέρωσης του προσωπικού για την περίπτωση μεταδοτικών νοσημάτων καθώς και της ενημέρωσής του για τους τρόπους αντιμετώπισης του περιστατικού.
14. Σχετικά με το παραπάνω συνεργάζεται με την Επιτροπή Νοσοκομειακών Λοιμώξεων, στην ειδική ηλεκτρονική εφαρμογή, για την δημιουργία εγχειριδίου με οδηγίες προς το προσωπικό, τον ασθενή και τους συνοδούς του σχετικά με τον τρόπο διαχείρισης του κάθε μεταδοτικού νοσήματος που ενδεχομένως να αντιμετωπίζουν.
15. Αναφέρει στην τεχνική υπηρεσία κάθε πρόβλημα ή βλάβη που διαπιστώνει στο χώρο, την επίπλωση και τον εξοπλισμό του τμήματος.
16. Συνεργάζεται με το γραφείο διατροφής και την κουζίνα για τη διαίτα των ασθενών. Σε περίπτωση απουσίας του διαιτολόγου, επιβλέπει ο ίδιος ή αναθέτει την επίβλεψη της διανομής του φαγητού σε νοσηλεύτη του τμήματος, ώστε να διασφαλίζεται το σωστό διαιτολόγιο στις σωστές ώρες (πρωινό, δεκατιανό, μεσημεριανό, βραδινό) και φροντίζει για την εκτύπωση των ειδικών δελτίων αγοράς από την αποθήκη catering .
17. Ελέγχει το προσωπικό για την καλή εκτέλεση του έργου τους σύμφωνα με τις αρχές της

νοσηλευτικής επιστήμης και των οδηγιών της υπηρεσίας.

18. Επιβλέπει την τάξη και την ασφάλεια του νοσηλευτικού τμήματος και επικοινωνεί τηλεφωνικά ή γραπτά με τις αρμόδιες υπηρεσίες, για την επιδιόρθωση βλαβών στην υλικοτεχνική υποδομή του τμήματος.

19. Φροντίζει τα περιουσιακά στοιχεία του Νοσοκομείου από φθορές ή κλοπή.

20. Δημιουργεί καλές διαπροσωπικές σχέσεις, αναπτύσσει ευχάριστη εργασιακή ατμόσφαιρα, η οποία είναι προς όφελος του ασθενή και συμβάλλει στην ικανοποίηση του προσωπικού και στην ανύψωση του ηθικού του.

21. Εκπροσωπεί τον άρρωστο προς το Νοσοκομείο και το Νοσοκομείο προς τον άρρωστο.

22. Οργανώνει, προγραμματίζει, συντονίζει και επιβλέπει τη νοσηλευτική φροντίδα των αρρώστων σύμφωνα με τα προαναφερόμενα πρότυπα και κριτήρια.

23. Επισκέπτεται καθημερινά τους αρρώστους, αξιολογεί τη γενική τους κατάσταση και ικανοποιεί τις βιο-ψυχο-κοινωνικές τους ανάγκες. Τούτο διασφαλίζεται από το εξατομικευμένο πλάνο φροντίδας και τη νοσηλευτική διεργασία που εφαρμόζει σε συνεργασία με το προσωπικό.

24. Παρακολουθεί ανελλιπώς την ιατρική επίσκεψη και ενημερώνεται για την πορεία της υγείας των αρρώστων. Παράλληλα ενημερώνει την ιατρική ομάδα με τις παρατηρήσεις της/του και συμμετέχει ισότιμα στο πλάνο θεραπείας.

25. Παρέχει ο/η ίδιος/α νοσηλευτική φροντίδα σε επείγουσες ή βαριές καταστάσεις των αρρώστων ή όποτε η ανάγκη του τμήματος το επιβάλλει.

26. Επιβλέπει, κατευθύνει και ελέγχει τη γραπτή ενημέρωση των εντύπων και διαγραμμάτων νοσηλείας του αρρώστου, η οποία πρέπει να είναι διατυπωμένη με ακρίβεια, σαφήνεια και σύμφωνα με τις αρχές της νοσηλευτικής επιστήμης.

27. Πραγματοποιεί καθημερινά την παραγγελία στο φαρμακείο του νοσοκομείου, μέσω ειδικής εφαρμογής, τα ατομικά συνταγολόγια φαρμάκων των ασθενών. Με την ίδια διαδικασία φροντίζει για την προμήθεια του λοιπού υγειονομικού υλικού, εντύπων, υλικών καθαριότητας, αναλώσιμων και εξωσυμβατικού υλικού.

28. Επιβλέπει και ελέγχει νοσηλευτικές ενέργειες και παρεμβάσεις των νοσηλευτών σε σχέση με τη διεκπεραίωση των ιατρικών οδηγιών και γενικότερα με την εκτέλεση του θεραπευτικού προγράμματος των αρρώστων.

29. Ασκεί συμβουλευτική στο πλαίσιο της τριτογενούς πρόληψης στους ασθενείς και τους καθοδηγεί χρησιμοποιώντας τις γνώσεις της/του που απορρέουν από την επιστημονική τεκμηρίωση, με στόχο την ορθή διαχείριση της ασθένειας τόσο από τον ίδιο τον ασθενή, όσο και από το περιβάλλον του μετά την έξοδό του από το νοσοκομείο.

30. Έχει την ευθύνη για την ενημέρωση του πληροφοριακού συστήματος και φροντίζει για την

εκπαίδευση του προσωπικού στη χρήση των Η/Υ, έτσι ώστε το σύνολο του νοσηλευτικού προσωπικού του τμήματος να μπορεί να ενημερώνει το σύστημα.

31. Συντονίζει συμμετέχει και παρακολουθεί την διενέργεια των απαιτούμενων αιμοληψιών και δειγματοληψιών από το προσωπικό του τμήματος με στόχο την έγκαιρη και εντός του καθορισμένου χρόνου αποστολής τους στα εργαστήρια.

32. Υποδέχεται τους νεοεισερχόμενους ασθενείς, τους οδηγεί στο θάλαμο νοσηλείας και τους δίνει τις απαραίτητες επεξηγήσεις σχετικά με τη λειτουργία της κλινικής ενώ παράλληλα τους ενημερώνει για τον τρόπο επικοινωνίας με το προσωπικό.

33. Συμβάλλει ενεργά στην παρακολούθηση την στατιστική καταγραφή και την οργάνωση των ανάλογων δράσεων με στόχο τη μείωση των νοσοκομειακών λοιμώξεων. Για το σκοπό αυτό έχει τακτική και προγραμματισμένη συνεργασία με την Επιτροπή Νοσοκομειακών Λοιμώξεων καθώς και την/τον Προϊσταμένη/νο του Τομέα για την ανάληψη των απαραίτητων μέτρων.

34. Παρακολουθεί από τη λογοδοσία και τις αναφορές του προσωπικού τη λειτουργία του τμήματος κατά την διάρκεια που αυτός απουσιάζει, ενώ οφείλει να ενημερώνεται για όλα τα θέματα που αφορούν το τμήμα ευθύνης του κατά την απουσία του.

35. Σχολαστικά εφαρμόζει σύστημα καταγραφής της διακίνησης και της φύλαξης των ναρκωτικών όσο και των λοιπών φυλασσόμενων φαρμάκων σύμφωνα με τις προβλεπόμενες από την υπηρεσία διαδικασίες.

36. Παρακολουθεί και συμμετέχει στον καθημερινό έλεγχο του τροχήλατου επειγουσών καταστάσεων και του απινιδωτή.

37. Παρακολουθεί το έργο των νοσηλευτών και παρεμβαίνει όταν χρειάζεται για την επίδειξη νέων νοσηλευτικών τεχνικών και μεθόδων που σχετίζονται με τη νοσηλεία των αρρώστων ή την επικοινωνία με αυτούς, για την επίδειξη νέων οργάνων, μηχανημάτων και συσκευών που χρησιμοποιούνται στη νοσηλεία των αρρώστων.

38. Καταρτίζει το εβδομαδιαίο πρόγραμμα εργασίας του προσωπικού με βασικό κριτήριο την δίκαιη και ισότιμη κατανομή των βαρδιών, καθώς και με βάση κριτήρια αλληλεγγύης και δικαιοσύνης, λαβαίνοντας υπόψη τις πιθανές επιθυμίες του προσωπικού που μπορεί να προκύπτουν από μεμονωμένες ανειλημμένες υποχρεώσεις τους, οι οποίες δεν επιτρέπεται να αποκτούν καταχρηστική μορφή.

39. Η δήλωση μεμονωμένων επιθυμιών θα γίνεται με βάση τη συναδελφική αλληλεγγύη της οποίας η παραβίαση δεν επιτρέπεται και την οποία οφείλει να διαφυλάττει ο Προϊστάμενος του τμήματος μέσα από τη σύνταξη του προγράμματος εργασίας και αφού αιτιολογημένα και με επάρκεια εξηγήσει όπου χρειάζεται τους λόγους μη ικανοποίησης τέτοιου είδους επιθυμιών.

40. Το πρόγραμμα αφού εγκριθεί από τον Προϊστάμενο του Τομέα κατατίθεται σε ηλεκτρονική

μορφή σε ειδικά διαμορφωμένη φόρμα στον/στην Διευθυντή/ντρια της Νοσηλευτικής υπηρεσίας. Σκοπός της ηλεκτρονικής μορφής είναι η άμεση επιτήρηση και ο έλεγχος της κατανομής των βαρδιών του προσωπικού στο πέρασμα του χρόνου και η συζήτηση για βελτιώσεις έγκαιρα και όπου χρειάζεται.

41. Ακολουθεί πολιτική μείωσης των οφειλόμενων ρεπό του προσωπικού και διαμορφώνει το πρόγραμμα εργασίας με τρόπο που δεν προάγει την αύξησή τους.

42. Έχει την ευθύνη για την εκπαίδευση του προσωπικού. Προγραμματίζει στοχευμένα τις εκπαιδευτικές δράσεις οι οποίες διαμορφώνονται με βάση τις εκπαιδευτικές ανάγκες του τμήματος και του προσωπικού. Οι εκπαιδευτικές ανάγκες αποφασίζονται από κοινού μεταξύ της ομάδας, του προϊστάμενου και του Τομεάρχη. Το ηλεκτρονικό αρχείο κατατίθεται και στον/στην Διευθυντή/ντρια της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας ο οποίος φέρει και την ευθύνη της έγκρισης των αιτημάτων για εκπαίδευση.

43. Έχει την ευθύνη του έγκαιρου προγραμματισμού του προσωπικού ευθύνης της για την παρακολούθηση συνεδρίων ή οποιονδήποτε άλλων εκπαιδευτικών δράσεων με κριτήριο την δίκαιη και ισότιμη κατανομή της παρακολούθησης όλων συμπεριλαμβανομένου και του/της ίδιας.

44. Έχει την ευθύνη του ορισμού δύο νοσηλευτών οι οποίοι θα έχουν ρόλο κλινικού εκπαιδευτή του τμήματος. Έχει την ευθύνη της εκπαίδευσής τους στο αντικείμενο αυτό, με τη συνεργασία των οποίων, φροντίζει για τον προσανατολισμό και την εισαγωγική εκπαίδευση του νέου προσωπικού σύμφωνα με το προαναφερόμενο πρόγραμμα. Οι κλινικοί εκπαιδευτές συμμετέχουν ενεργά στις συναντήσεις του γραφείου εκπαίδευσης εκφράζοντας άποψη για τον προγραμματισμό των εκπαιδευτικών προγραμμάτων.

45. Συμμετέχει σε ερευνητικά προγράμματα, επιδιώκει τη συνεχή επιμόρφωσή της/του, για ανανέωση των γνώσεων και ενημέρωσή της/του στις σύγχρονες εξελίξεις της επιστήμης.

Καθήκοντα Νοσηλευτικού Προσωπικού Καρδιολογικού Τμήματος

Ένας από τους λόγους για τους οποίους μερικές υπηρεσίες ή οργανισμοί αντιμετωπίζουν δυσκολία προσαρμογής σε ταχύτατα εμφανιζόμενες ανάγκες είναι το γεγονός ότι αρκετά άτομα του δυναμικού τους αισθάνονται σχετικά ανίσχυροι καθώς και ότι βρίσκονται στο στόχαστρο επικριτικών σχολίων.

Στο πλαίσιο αυτό ο εσωτερικός κανονισμός λειτουργίας του τμήματος μας πρέπει να βοηθήσει να παραχθεί υψηλή ενεργητικότητα συμπεριφοράς καλώντας το νοσηλευτικό προσωπικό να συνδράμει ισότιμα στις αρμοδιότητες φροντίδας του ασθενή χωρίς αυτό να σημαίνει ότι μπορούν να ισοπεδωθούν οι ιεραρχικές αξίες όπως τίθενται και από τον νόμο.

Το Νοσηλευτικό προσωπικό ευθύνεται για:

1. Τη νοσηλεία που παρέχεται στον άρρωστο μέσα στο Νοσοκομείο.
2. Τον σχεδιασμό, προγραμματισμό, εκτέλεση και αξιολόγηση της νοσηλευτικής φροντίδας του αρρώστου.
3. Το εξατομικευμένο και ολοκληρωμένο σχέδιο νοσηλευτικής φροντίδας, το οποίο προγραμματίζεται με τη συμμετοχή του ασθενή και του περιβάλλοντός του και καλύπτει νοσηλευτικές, ψυχολογικές και κοινωνικές ανάγκες.
4. Το συντονισμό της νοσηλευτικής φροντίδας που παρέχεται από την ίδια ή από άλλο μέλος της ομάδας με ανάθεσή της.
5. Την τήρηση και συμπλήρωση δελτίων που σχετίζονται με τη νοσηλεία και θεραπεία του αρρώστου και τη συνέχεια της πορείας του, όπως:
6. Δελτίο καταγραφής ζωτικών σημείων του αρρώστου
7. Δελτίο ιατρικών οδηγιών
8. Δελτίο Νοσηλευτικού ιστορικού
9. Δελτίο Νοσηλευτικών σημειώσεων (παρατηρήσεις, νοσηλείες αρρώστου κλπ)
10. Δελτίο παραλαβής και παραδόσεως ναρκωτικών φαρμάκων

Γενικά Καθήκοντα

Ενέργειες που ανάγονται στα γενικότερα καθήκοντα της/του Νοσηλευτικού προσωπικού είναι τα εξής:

1. Συνεργάζεται ως ισότιμο μέλος της διεπιστημονικής ομάδας θεραπείας (ιατρούς, φυσιοθεραπευτές, διαιτολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς κλπ)
2. Συνεργάζεται με τον θεράποντα ιατρό και εκτελεί με ακρίβεια τις οδηγίες σύμφωνα πάντα με τις καταγεγραμμένες αρχές της Νοσηλευτικής Επιστήμης.
3. Συντονίζει τις νοσηλευτικές δραστηριότητες με τις δραστηριότητες των άλλων μελών της υγειονομικής ομάδας.
4. Είναι ο συνδετικός κρίκος μεταξύ αρρώστου, του περιβάλλοντός του, του ιατρού, του προσωπικού του νοσοκομείου και άλλων κοινωνικών και κοινοτικών παραγόντων σε θέματα της αρμοδιότητάς του/της.
5. Φροντίζει ώστε το περιβάλλον του αρρώστου να είναι άνετο, κατάλληλο και ασφαλές.
6. Συγκεντρώνει το απαραίτητο νοσηλευτικό υλικό που χρησιμοποιείται στις διάφορες διαγνωστικές και θεραπευτικές παρεμβάσεις.

7. Σέβεται την προσωπικότητα του αρρώστου και με κάθε τρόπο διατηρεί και προστατεύει την ατομικότητά του.
8. Ενθαρρύνει τον άρρωστο να συμμετέχει ενεργά στο θεραπευτικό πρόγραμμα και τον ενισχύει ψυχολογικά σε κάθε νοσηλεία.
9. Εξετάζει, παρατηρεί, αξιολογεί και καταγράφει συμπτώματα και φυσικά σημεία του αρρώστου και ενημερώνει τον ιατρό και την υπόλοιπη θεραπευτική ομάδα.
10. Παρατηρεί τις αντιδράσεις του αρρώστου κατά τη διάρκεια της εξετάσεως ή της νοσηλείας και προλαμβάνει τυχόν ανεπιθύμητες αντιδράσεις.
11. Αιτιολογεί την κάθε του/της ενέργεια με βάση τις γνώσεις που κατέχει από τις βιολογικές, φυσικές και κοινωνικές επιστήμες και τις προσαρμόζει σύμφωνα με τις νέες τάσεις και εξελίξεις των επιστημών υγείας και τις ειδικές ανάγκες του αρρώστου.

Ειδικά Καθήκοντα

1. Μέτρηση ζωτικών σημείων
2. Ενδοφλέβια έγχυση υγρών, φαρμάκων, αίματος και τα παράγωγα αυτών.
3. Χορήγηση φαρμάκων:
 - Από το στόμα
 - Από τη φλέβα (διαλύματα ορού, φαρμάκων, αίματος και παραγώγων αυτού.
 - Από την αναπνευστική οδό
 - Διαδερματικά
 - Με ένεση υποδόρια , ενδομυϊκή, ενδοφλέβια.
 - Υπογλωσσίως
4. Πλύση κοιλοτήτων και βλεννογόνων (μάτι, μύτη, αυτί, στομάχι, ουροδόχος κύστη κλπ)
5. Χορήγηση οξυγόνου (με μάσκες, ασκό AMBU, αναπνευστήρα).
6. Τεχνητή διατροφή με ρινογαστρικό σωλήνα LEVIN.
7. Αναρρόφηση υγρών και εκκρίσεων από κοιλότητες (στομάχου, στόματος, ρινός, τραχείας κλπ)
8. Καθετηριασμός ουροδόχου κύστεως.
9. Τοποθέτηση και περιποίηση περιφερικού φλεβικού καθετήρα.
10. Παροχέτευση εκκρίσεων (αλλαγή θέσης, πλήξεις στην πλάτη).
11. Συλλογή και αποστολή εκκριμάτων και απεκκριμάτων για εργαστηριακές εξετάσεις.
12. Διενέργεια ηλεκτροκαρδιογραφημάτων καθημερινά στους νοσηλευόμενους η και εκτάκτως αν υπάρχει ιατρική οδηγία..
13. Απλές επιδέσεις.

14. Βοήθεια στην αφαίρεση παροχετεύσεων.
15. Βοήθεια στην τοποθέτηση κεντρικού φλεβικού καθετήρα και εξωτερικού βηματοδότη.
16. Φροντίδα της καθαριότητας του χώρου και των εργαλείων.
17. Προετοιμασία των χρησιμοποιούμενων εργαλείων, του επιδεσμικού υλικού
18. Ταξινόμηση εργαλείων, οργάνων, συσκευών, ιματισμού, ορών, φαρμακευτικού υλικού, αναλωσίμων κ.λ.π.
19. Ενημέρωση του προϊστάμενου για τυχόν ελλείψεις σε υλικό, λειτουργικά προβλήματα συσκευών και μηχανημάτων
20. Έλεγχος της λειτουργίας των μηχανημάτων και εργαλείων και σχετική αναφορά στους αρμόδιους.
21. Καθημερινός έλεγχος τροχήλατου επειγόντων, απινιδωτή,ambu, αναρροφήσεων και παροχών οξυγόνου.
22. Διευθέτηση κλίνης (στρώσιμο κλίνης ασθενούς), απλή ή με κλινήρη ασθενή.
23. Επιμελείται του υλικού του τμήματος
24. Τακτοποιεί το υλικό ή τα εργαλεία και άλλα αντικείμενα που χρησιμοποιήθηκαν κατά τη νοσηλεία.
25. Ετοιμάζει το προς αποστείρωση υλικό (εργαλεία γάζες).
26. Παραλαμβάνει και τακτοποιεί στα αντίστοιχα ντουλάπια το αποστειρωμένο υλικό
27. Ενδιαφέρεται για την επάρκεια όλου του υλικού που χρησιμοποιείται στη νοσηλεία, κάνοντας προσεκτική χρήση του υλικού.
28. Για τον άρρωστο που βρίσκεται στην τελική φάση της ζωής του εξασφαλίζει άνεση, ησυχία και ανακούφιση.
29. Μετά το θάνατο του αρρώστου παρέχει τη μεταθανάτια φροντίδα προσδίδοντας τον απαραίτητο σεβασμό στους χειρισμούς της προς τον νεκρό.
30. Συλλέγει και παραδίδει τα αντικείμενα του νεκρού στους συγγενείς παρουσία συναδέλφου.
31. Μέτρηση προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών.
32. Εφαρμογή επισπαστικών (φυσικών, χημικών, μηχανικών).
33. Θεραπευτικά λουτρά μελών σώματος.
34. Γενική και τοπική καθαριότητα του αρρώστου.
35. Βοήθεια, φροντίδα και υποστήριξη του αρρώστου που πάσχει από χρόνιο ανίατο νόσημα ή έχει υποστεί ατύχημα ή έχει κακοποιηθεί.
36. Διατήρηση της μυοσκελετικής ισορροπίας στις διάφορες θέσεις του αρρώστου στο κρεβάτι ή στην πολυθρόνα.
37. Διατήρηση της φυσιολογικής λειτουργίας του εντέρου και της ουροδόχου κύστεως.

38. Πρόληψη των επιπλοκών
39. Ανακούφιση του αρρώστου από τα συμπτώματα της νόσου (πόνος, πυρετός, ρίγος κλπ)
40. Εφαρμογή μέτρων και μέσων για την ασφάλεια του αρρώστου (περιορισμοί, προφυλακτήρες), με κριτήριο την διασφάλιση της αξιοπρέπειας και του σεβασμού της προσωπικότητας του αρρώστου.
41. Πρόληψη και θεραπεία των κατακλίσεων
42. Εξυπηρέτηση και παροχή βοήθειας στον άρρωστο όλο το 24ωρο για εργασίες που δεν μπορεί ο ίδιος να αυτοεξυπηρετηθεί.
43. Προώθηση του αρρώστου προς την αυτοφροντίδα και την αποκατάσταση μέσω της εκπαίδευσης ή και με όποιον άλλο τεκμηριωμένο τρόπο που προβλέπει η επιστήμη της νοσηλευτικής.
44. Λήψη, αξιολόγηση και αναγραφή των ζωτικών σημείων του αρρώστου πριν από κάθε νοσηλεία και χορήγηση φαρμάκων.
45. Ευπρεπισμός πεδίου πριν από κάποια επεμβατική διαδικασία
46. Διδασκαλία και επίβλεψη αναπνευστικών ασκήσεων.
47. Διατροφή και ρύθμιση του διαιτολογίου του αρρώστου.
48. Μέτρηση προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών.
49. Λήψη αιματολογικών και βιοχημικών εξετάσεων, αξιολόγηση, παρακολούθηση και ενημέρωση της νοσηλευτικής ομάδας για την πορεία των τιμών τους.
50. Λήψη ούρων για μέτρηση σακχάρου, οξόνης, λευκώματος, pH και ειδικού βάρους, αξιολόγηση, παρακολούθηση και ενημέρωση της νοσηλευτικής ομάδας για την πορεία των τιμών τους.
51. Καθαριστικός υποκλυσμός
52. Αλλαγή και φροντίδα ασθενή με εσωτερικό τραχειοσωλήνα σε τραχειοστομία.
53. Παρακολούθηση νοσηλευόμενων ασθενών που είναι συνδεδεμένοι σε monitors στη μονάδα εμφραγμάτων ή σε κοινό θάλαμο. Κατά την διάρκεια του monitoring παρακολουθούνται οι σφίξεις, η αρτηριακή πίεση, οι αναπνοές, το spo2, η θερμοκρασία, το είδος του καρδιακού ρυθμού, τυχόν αρρυθμίες, γίνεται ρύθμιση συναγερμών στα monitors και υπάρχει ετοιμότητα και επαγρύπνηση για αντιμετώπιση επικίνδυνων για τον ασθενή καταστάσεων.
54. Αντιμετώπιση της καρδιακής ανακοπής ως εκπαιδευμένα μέλη της ομάδας ανάνηψης.
55. Αναρρόφηση φαρμάκων πρώτης ανάγκης, (adrenaline – atropine – xylocaine) έτοιμα σε σύριγγες στον χώρο της μονάδας για 72 ώρες
56. Ενδοτραχειακή διασωλήνωση, τοποθέτηση λαρυγγικής μάσκας, αερισμός με κάθε μέθοδο

αφού προηγηθεί η απαραίτητη εκπαίδευση, και μόνο στην περίπτωση που δεν παρίσταται γιατρός οπότε τίθεται σε άμεσο κίνδυνο η ζωή του ασθενούς.

57. Σε σχέση με το παραπάνω και για την περίπτωση που δεν παρίσταται γιατρός οι νοσηλευτές μπορούν να αναλάβουν πρωτοβουλία και έχουν το δικαίωμα να ακολουθήσουν το ειδικό πρωτόκολλο ανάνηψης προκειμένου να σώσουν τη ζωή του ασθενούς, για το οποίο θα πρέπει να έχουν ειδικά εκπαιδευτεί.

58. Στην περίπτωση που παρίσταται γιατρός οι νοσηλευτές ακολουθούν πιστά τις οδηγίες που τους δίδονται και συμμετέχουν στην ανάνηψη ως μέλη της ομάδας ανάνηψης.

59. Φροντίδα διασωληνωμένου ασθενούς σύμφωνα με όσα ορίζει η επιστήμη της νοσηλευτικής.

60. Παρακολουθεί τον άρρωστο κατά την χορήγηση φαρμάκων ειδικότερα εάν πρόκειται για φάρμακα που χορηγούνται ενδοφλέβια, τη μετάγγιση αίματος ή και παραγώγων του.

61. Φροντίζει και εξασφαλίζει στον άρρωστο υγιεινό, ασφαλές και θεραπευτικό περιβάλλον όπως είναι ο κατάλληλος φωτισμός, αερισμός, θερμοκρασία και αποφυγή θορύβων.

62. Συνεργασία σε συντονισμό των ενεργειών για την πρόληψη, θεραπεία και αποκατάσταση

63. Κινητοποίηση του ασθενούς στο κρεβάτι ή στην καρέκλα, βοήθεια να περπατήσει σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες.

64. Φροντίζει για την καλή σίτιση του αρρώστου χορηγώντας το καθορισμένο γεύμα που μπορεί να παρέχεται σε οποιαδήποτε μορφή, και από οποιαδήποτε οδό.

65. Ανακούφιση του αρρώστου όλο το 24ωρο όταν ο ίδιος αδυνατεί να εξυπηρετηθεί,

66. Συνεργάζεται με την/τον Νοσηλεύτρια/τή λοιμώξεων, δηλώνει σε αυτήν την κάθε υπάρχουσα λοίμωξη είτε για την περίπτωση που εισήλθαν με μολυσματικό νόσημα, είτε για την περίπτωση που έχουν υποστεί ενδονοσοκομειακή λοίμωξη και εργάζονται από κοινού για τον περιορισμό των ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων. Παράλληλα δέχεται τις οδηγίες της για την αντιμετώπιση περιστατικών με μολυσματικό νόσημα και ενημερώνει άμεσα και την υπόλοιπη θεραπευτική ομάδα.

67. Χρησιμοποιεί τις δυνατότητες του ιδίου του αρρώστου και των μελών του περιβάλλοντός του για να επιτύχει πιο γρήγορη ανάρρωση και αποκατάσταση της υγείας του.

68. Εισηγείται μεθόδους καλύτερης συνεργασίας με τον ασθενή με στόχο την ταχύτερη και πιο ασφαλή θεραπεία, ανάρρωση και αποκατάσταση της υγείας του.

69. Δίνει πληροφορίες και συμβουλές σε θέματα που αφορούν την υγεία του ασκεί δηλαδή συμβουλευτική σύμφωνα με όσα ορίζει η επιστήμη της νοσηλευτικής.

70. Διδάσκει, δια φωτίζει, διαπαιδαγωγεί και εκπαιδεύει τον άρρωστο και την οικογένειά του. Η εκπαίδευση αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της περίθαλψης των ασθενών, που σκοπό έχει την

αποκατάσταση, τη διατήρηση και την προστασία της υγείας. Είναι ένας προγραμματισμένος συνδυασμός εκμάθησης δραστηριοτήτων που στοχεύουν να βοηθήσουν τους ανθρώπους οι οποίοι έχουν την εμπειρία της ασθένειας να πραγματοποιούν τις αλλαγές στη συμπεριφορά τους που οδηγούν στην καλή υγεία.

71. Εκπαιδεύει ή συμμετέχει σε ομάδες εκπαιδευτών για ασθενείς και μέλη οικογενειών τους όπως π.χ. εκπαίδευση στον τρόπο εκτέλεσης υποδόριων ενέσεων ινσουλίνης, διδασκαλία στον τρόπο μέτρησης και αξιολόγησης των αποτελεσμάτων της γλυκόζης του αίματος, έγκαιρη αξιολόγηση συμπτωμάτων που σχετίζονται με την καρδιακή ανεπάρκεια κλπ.

72. Διδάσκει, διαφωτίζει, παιδαγωγεί και κατευθύνει σύμφωνα με όσα ορίζει η επιστήμη της Νοσηλευτικής φοιτητές και σπουδαστές της Νοσηλευτικής.

73. Συμμετέχει στην ομάδα ποιότητας για τον καθορισμό κριτηρίων και αξιολογεί τα προγράμματα παροχής νοσηλευτικής φροντίδας.

74. Συμμετέχει σε ερευνητικά προγράμματα, επιδιώκει τη συνεχή επιμόρφωσή της/του, για ανανέωση των γνώσεων και ενημέρωσή της/του στις σύγχρονες εξελίξεις της επιστήμης.

75. Έχει την επίγνωση του μοναδικού έργου που επιτελεί, ότι δηλαδή η παροχή νοσηλευτικής φροντίδας αποτελεί μέγιστο κοινωνικό έργο που συμβάλλει στην επάνοδο του ασθενή ανθρώπου στην φυσιολογική του ζωή ή τον βοηθά να διαχειριστεί την χρόνια πάθησή του ή ακόμα και να φύγει από τη ζωή με αξιοπρέπεια. Διαθέτοντας τη γνώση αυτή είναι ευγενής, και διαθέτει την αίσθηση του καθήκοντος, ενώ η συμπεριφορά του καθοδηγείται από τα στοιχεία της συναισθηματικής νοημοσύνης και κυρίως της ενσυναίσθησης.

76. Σε σχέση με το παραπάνω δεν επιτρέπεται αγενής ή άπρεπη συμπεριφορά τέτοια που να προσβάλει την αξιοπρέπεια του ασθενή ή του περιβάλλοντός του. Στην περίπτωση που δημιουργηθεί σύγκρουση μεταξύ τους τέτοια που δεν μπορεί να διαχειριστεί ο/η ίδιος/ίδια, τότε για την υπόθεση επιλαμβάνεται ο/η Προϊστάμενος/νη του τμήματος πάντοτε μέσα σε πλαίσιο κατανόησης και διάθεσης επίλυσης του προβλήματος.

77. Ασκει τεκμηριωμένη από όσα ορίζει η επιστήμη της νοσηλευτικής, νοσηλευτική φροντίδα και ακολουθεί τους επιστημονικά ενδεδειγμένους τρόπους νοσηλείας, ακολουθώντας το εξατομικευμένο πλάνο φροντίδας και τη νοσηλευτική διεργασία τα οποία συντάσσονται αρχικά από την/τον προϊσταμένη/νο του τμήματος και ολοκληρώνονται από όλη την ομάδα κατά την πρωινή συνάντηση του τμήματος.

78. Οποιαδήποτε άλλη μέθοδος παροχής φροντίδας ή νοσηλείας η οποία είτε δεν προβλέπεται ή αντίκειται στην νοσηλευτική επιστήμη, είτε αποτελεί απόρροια της εμπειρίας ή των υφιστάμενων περιστασιακών ελλείψεων, αλλά δεν έχει τεκμηριωθεί επιστημονικά η εφαρμογή της, δεν επιτρέπεται να εφαρμόζεται, παρά μόνο μετά από συζήτηση στην υπηρεσία και ερώτημα και

έγκριση του επιστημονικού συμβουλίου του νοσοκομείου.

79. Νοσηλευτικές πράξεις που γίνονται με δική τους απόφαση και ευθύνη εκτέλεσης προς κάλυψη των αναγκών του ανθρώπου σαν βιοψυχοκοινωνική οντότητα, στους τομείς υγιεινής, του ίδιου και του περιβάλλοντός του, ασφάλειας, άνεσης, υποβοήθησης οργανικών λειτουργιών διατήρησης ισοζυγίων του

80. Παροχή ολοκληρωμένης και εξατομικευμένης φροντίδας σε κλινήρεις αρρώστους, όλων των ηλικιών, που πάσχουν από διάφορα νοσήματα

81. Λήψη νοσηλευτικών μέτρων και επίβλεψη ανάπαυσης και ύπνου

82. Λήψη μέτρων για πρόληψη και φροντίδα επιπλοκών από μακροχρόνια κατάκλιση (αερόστρωμα, αλλαγή θέσης, χρήση αλοιφών, κλπ)

83. Κάλυψη των αδυναμιών αυτοεξυπηρέτησης βαριά πασχόντων.

84. Υποβοήθηση και φροντίδα λειτουργιών απέκκρισης εντέρου και ουροδόχου κύστης

85. Λήψη νοσηλευτικών μέτρων για βελτίωση της αναπνευστικής του λειτουργίας

86. Στενή παρακολούθηση αρρώστων για έγκαιρη διαπίστωση δυσχερειών ή επιπλοκών από τη νόσο, τις διαγνωστικές εξετάσεις και τα θεραπευτικά σχήματα

87. Λήψη μέτρων για πρόληψη ατυχημάτων στο χώρο παροχής νοσηλευτικής φροντίδας

88. Απομόνωση και δήλωση αρρώστου με λοιμώδες νόσημα.

89. Σίτιση αρρώστου με όλους τους τρόπους

90. Εφαρμογή φυσικών μέσων για πρόκληση υποθερμίας και επισπαστικών

91. Πληροφόρηση του αρρώστου και των οικείων του σε θέματα που αφορούν:

- τη λειτουργία του νοσοκομείου
- τη νομοθεσία των υπηρεσιών υγείας
- την εφαρμοζόμενη θεραπευτική αγωγή
- οδηγίες για θέματα μετά την έξοδο του από το νοσοκομείο.
- Εκπαίδευση και παροχή βοήθειας στον άρρωστο με σκοπό την αυτοεξυπηρέτηση του μετά την έξοδο.
- Εκπαίδευση και παροχή βοήθειας στους οικείους του αρρώστου με σκοπό τη συνέχιση της φροντίδας στο σπίτι.
- Φροντίδα και υποστήριξη αρρώστου και περιβάλλοντος όταν υπάρχει χρόνιο ή ανίατο νόσημα.
- Βοήθεια στην επικοινωνία μεταξύ αρρώστου, οικογένειας, γιατρού, προσωπικού του νοσοκομείου άλλων κοινωνικών και κοινοτικών ιδρυμάτων.
- Ικανοποιεί με ευχαρίστηση προθυμία και ευγένεια τις νοσηλευτικές ανάγκες του ασθενή.

Κεφάλαιο 3

Λειτουργία Τμήματος

Πρωτόκολλα – Διαδικασίες και Κατευθυντήριες Οδηγίες στο Καρδιολογικό Τμήμα και τη Μονάδα Εμφραγμάτων

Εισαγωγή ασθενούς στο Καρδιολογικό Τμήμα

3.1 Γενικά

Η νοσηλεία των Καρδιολογικών ασθενών απαιτεί απόλυτα σύγχρονη γνώση, βασισμένη πάντα, στη συσσωρευμένη κλασική (παλαιά - βασική γνώση) και κυρίως στα στοιχεία εκείνα, που άντεξαν στο χρόνο και παραμένουν για να δεχτούν ότι καινούργιο προσθέτει η έρευνα.

Η εξειδικευμένη γνώση και η πρακτική εμπειρία πάνω στη λειτουργία των ειδικών Καρδιολογικών Μονάδων αλλά και πάνω στον ασθενή με τις ειδικές ανάγκες νοσηλείας, καταστούν τους νοσηλευτές ετοιμούς στη γνώση για να μπορέσουν να προσφέρουν με τη δική τους συμμετοχή-βοήθεια είτε αυτή χαρακτηρίζεται βοήθεια, συμπαράσταση, νοσηλευτική πράξη και οτιδήποτε άλλο.

Έτσι λοιπόν και στο Καρδιολογικό Τμήμα του Γ. Νοσοκομείου Σύρου καρδιολόγοι ιατροί και νοσηλευτικό προσωπικό καλούνται να αντιμετωπίσουν οξεία καρδιολογικά περιστατικά του νησιού αλλά και όλα όσα έρχονται από τα υπόλοιπα νησιά των Κυκλάδων. Τα περιστατικά αυτά μπορεί να είναι τα παρακάτω και να χρειάζονται εντατική παρακολούθηση στη Μονάδα Εμφραγμάτων ή απλή παρακολούθηση - αντιμετώπιση στους κοινούς θαλάμους του τμήματος

1. Διαταραχές καρδιακού ρυθμού
2. Βηματοδότηση ασθενούς
3. Στεφανιαία νόσος
4. Καρδιακή ανεπάρκεια
5. Καρδιογενές shock
6. Φλεγμονώδεις νόσοι καρδιάς
7. Παθήσεις αγγείων
8. Αρτηριακή υπέρταση
9. Καρδιο-Αναπνευστική ανακοπή (Κ.Α.Α.)

3.2 Διαδικασία εισαγωγής

Ο ιατρός καρδιολόγος καλείται από τους ιατρούς των ΤΕΠ για να εξετάσει το καρδιολογικό περιστατικό. Εάν πρόκειται για περιστατικό εκτός του νησιού έχει ενημερωθεί τηλεφωνικώς τις προηγούμενες ώρες έχει γίνει αποδοχή και ο άρρωστος διακομίζεται μέσω ΕΚΑΒ, με πλωτό ή εναέριο μέσω (ελικόπτερο) πάλι στα ΤΕΠ του Νοσοκομείου.

Στα ΤΕΠ για λόγους ετοιμότητας τοποθετούνται δύο περιφερικές φλέβες και foley (εάν κρίνεται απαραίτητο), λαμβάνουν αίμα για εργαστηριακές εξετάσεις, χορηγείται O₂ και γίνεται α/α θώρακος, παράλληλα ο ιατρός του τμήματος επικοινωνεί τηλεφωνικώς με τους νοσηλευτές και αναφέρει την κατάσταση του ασθενή καθώς δίνει οδηγίες για την εισαγωγή του στη Μονάδα Εμφραγμάτων ή στο θάλαμο.

Οι νοσηλευτές έχουν έτοιμα τα παρακάτω:

1. Τα φάρμακα πρώτης ανάγκης (xylocaine, atropine, adrenaline)
2. Το κρεβάτι με μαξιλάρι
3. Το monitor
4. Τον ηλεκτροκαρδιογράφο
5. Έντυπα διαγράμματος-ούρων-σακχάρου
6. και πάντα το καρότσι Επείγουσας Απινίδωσης

Ο άρρωστος έρχεται με τον τραυματιοφορέα στο τμήμα με καρότσι ή φορείο και μεταφέρεται στο κρεβάτι του. Οι νοσηλευτές της Καρδιολογικής υποδέχονται με ευγένεια τον άρρωστο και του εξηγούν αναλυτικά τις διαδικασίες που θα ακολουθήσουν για να μπορέσουν με καλή συνεργασία να του προσφέρουν την ιατρονοσηλευτική φροντίδα που χρειάζεται. Στη συνέχεια εάν υπάρχουν συγγενείς περιμένουν έξω από το δωμάτιο του ασθενή έως ότου ολοκληρωθούν οι διαδικασίες και έπειτα τον βλέπουν, παράλληλα ενημερώνονται για το επισκεπτήριο και για τη παραμονή τους μαζί του, ενώ μας δίνουν ένα τηλέφωνο επικοινωνίας.

3.3 Καθημερινή νοσηλευτική φροντίδα

Οι νοσηλευτές του Καρδιολογικού Τμήματος έχουν την ικανότητα και την εκπαίδευση να παρακολουθούν με αυξημένη παρατηρητικότητα και διαίσθηση (διότι σχεδόν πάντα ο ασθενής αδυνατεί να εκφράσει τα προβλήματα του, τις επιθυμίες του) τον ασθενή, ενημερώνουν τον ιατρό για κάθε αλλαγή αλλά αποφασίζουν και στιγμιαία αφού προηγουμένως έχουν αξιολογήσει-

ελέγξει και καταγράψει την κατάσταση του αρρώστου.

Η νοσηλευτική φροντίδα στο Καρδιολογικό Τμήμα ξεκινά με την εισαγωγή του ασθενή στο κρεβάτι του και περιλαμβάνει διαδικασίες ρουτίνας πρωινής-απογευματινής και νυχτερινής βάρδιας κατά περίπτωση:

Γενικά καθημερινά

1. Λήψη ζωτικών σημείων και καταγραφή αυτών
2. Συνεχής παρακολούθηση monitors
3. ΗΚΓ
4. Λήψη αίματος για εργαστηριακό έλεγχο-γενική ούρων (με ιατρική οδηγία)
5. Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής (με ιατρική οδηγία)
6. Έλεγχος επίπεδου συνείδησης
7. Σωματική υγιεινή και υγιεινή χώρου
8. Έλεγχος περιφερικού καθετήρα και ουροκαθετήρα

Ειδικά

1. Λήψη κ/α αίματος και κ/α ούρων (με ιατρική οδηγία)
 2. Ενημέρωση και προετοιμασία του ασθενή για α/α θώρακος, u/s καρδιάς - άνω και κάτω κοιλίας, c/t θώρακος - εγκεφάλου (με ιατρική οδηγία)
 3. Σωματική-στοματική υγιεινή και περιποίηση κατακλίσεων σε βαρέως πάσχοντα ή διασωληνωμένο ασθενή
 4. Τοποθέτηση foley (παρουσία ιατρού όταν πρόκειται για άνδρα), πλύσεις ουροδόχου κύστης
 5. Τοποθέτηση Levin (παρουσία ιατρού)
 6. Λήψη ABGs (παρουσία ιατρού)
 7. Πραγματοποίηση υποκλυσμού (ιατρική οδηγία)
 8. Τοποθέτηση υποκλείδιου καθετήρα και αρτηριακής γραμμής (παρουσία ιατρού)
- και πιο αναλυτικά η λειτουργία του Καρδιολογικού Τμήματος περιλαμβάνει:

Καθημερινές εργασίες τμήματος

Καθημερινά, και σύμφωνα με το πρόγραμμα, ακολουθούνται συγκεκριμένες τυποποιημένες διαδικασίες και εργασίες σύμφωνα με το παρακάτω ημερήσιο πλάνο, προκειμένου να διασφαλιστεί η εύρυθμη λειτουργία του τμήματος

Η πρωινή βάρδια αρχίζει με την προφορική λογοδοσία της νυχτερινής νοσηλεύτριας στην πρωινή ομάδα, όλων όσων συνέβησαν στο ωράριο της και τα οποία είναι αποτυπωμένα εγγράφως, στα φύλλα νοσηλείας του φακέλου του κάθε ασθενούς ατομικά. Στη συνέχεια γίνεται το πλάνο νοσηλείας ανάλογα με το είδος των περιστατικών και την βαρύτητα τους, έχοντας κατά νου να υπάρχει συνεχής έλεγχος των ασθενών της μονάδας εμφραγμάτων που είναι συνδεδεμένοι με monitors και η κατάσταση της υγείας τους δεν είναι σταθεροποιημένη.

Συνεχίζοντας γίνεται η προετοιμασία της νοσηλείας στον χώρο μας και κατόπιν βγαίνουμε στους ασθενείς όπου με την σειρά γίνονται τα παρακάτω:

- Λήψη αίματος και ούρων για εργαστηριακό έλεγχο όπου υπάρχει.
- Λήψη πληροφοριών από τον ασθενή ή το συνοδό του αν υπάρχει, για την ποιότητα του ύπνου του, τυχόν πόνο που ένιωσε και το είδος του, τυχόν δύσπνοια αν είχε, κάποιο πρόβλημα που αντιμετώπισε και γενικότερα πληροφορίες χρήσιμες για την δημιουργία νοσηλευτικών διαγνώσεων.
- Λήψη ζωτικών σημείων (θερμοκρασία, αρτηριακή πίεση, καρδιακό ρυθμό, sPO₂, αριθμό και είδος αναπνοών) με μεγάλη σχολαστικότητα γιατί είναι πολύ στενά συνδεδεμένα με την φαρμακευτική αγωγή του ασθενούς και το είδος των φαρμάκων που χρησιμοποιούνται στο τμήμα μας (Αντιυπερτασικά, αντιαρρυθμικά, β αναστολείς, κλπ).
- Λήψη σακχάρου αίματος, ζύγιση, έλεγχος της ποσότητας των ούρων του προηγούμενου εικοσιτετράωρου.
- Έλεγχος των φλεβοκαθετήρων, περιφερικών ή κεντρικών, για προβλήματα βατότητας, σημεία φλεγμονής, απώλεια αίματος στο σημείο εισόδου, κακή στήριξη στο άκρο του ασθενή και ανάλογη φροντίδα ή και ακόμα αντικατάσταση του αν κρίνεται απαραίτητο.
- Χορήγηση της φαρμακευτικής αγωγής (i.v, im, υποδορίως, από το στόμα, με μάσκα).
- Πραγματοποίηση ηλεκτροκαρδιογραφήματος στους ασθενείς της Μονάδας Εμφραγμάτων ή όταν κρίνεται απαραίτητο στους ασθενείς των κοινών θαλάμων ή είναι ημέρα που ο ασθενής παίρνει εξιτήριο.
- Διανομή πρωινού από την τραπεζοκόμο και σίτιση των βαριά πασχόντων όταν είναι εφικτό ή υπάρχει αδυναμία να αυτοεξυπηρετηθούν.
- Στρώσιμο κρεβατιών, αλλαγή ρυπαρών σεντονιών, καθαρισμός κομοδίνων και ολοκληρωμένη φροντίδα βαριά πασχόντων ασθενών ή μη κινητοποιημένων ασθενών στη μονάδα εμφραγμάτων.
- Κινητοποίηση ασθενών που αδυνατούν να το κάνουν μόνοι τους.

- Έλεγχος των w.c των ασθενών για την λειτουργικότητα τους, την καθαριότητα τους και την ύπαρξη των αναγκαίων υλικών καθημερινής φροντίδας (χαρτί υγείας, σαπούνι, ουροδοχεία).
- Έλεγχος επάρκειας των υλικών στους διάφορους χώρους αποθήκευσης (ντουλάπια, τροχήλατο νοσηλείας, τροχήλατο επειγόντων, θαλάμους ασθενών).
- Επίσκεψη με τους γιατρούς του τμήματος, στα δωμάτια νοσηλείας και στην μονάδα εμφραγμάτων, για τον έλεγχο της πορείας των ασθενών και τον καθορισμό της θεραπευτικής τους αντιμετώπισης με ταυτόχρονη ενημέρωση των φύλλων νοσηλείας και φύλλων χορήγησης υγρών και φαρμάκων.
- Παραγγελία ηλεκτρονικά στο φαρμακείο του νοσοκομείου των φαρμάκων του κάθε ασθενή ξεχωριστά σε ατομικά συνταγολόγια, κάθε Δευτέρα – Τετάρτη και Παρασκευή και παραλαβή τους. Κάθε Τρίτη και Πέμπτη γίνεται παραγγελία του λοιπού φαρμακευτικού υλικού στο γενικό συνταγολόγιο.
- Έλεγχος κάθε πρωί του τροχήλατου επειγόντων περιστατικών και του απινιδωτή όπως επιβάλει το σχετικό πρωτόκολλο.
- Έλεγχος και καταγραφή κάθε πρωί και στη συνέχεια σε κάθε αλλαγή βάρδιας των αποθεμάτων ναρκωτικών και καταγραφή τους στο σχετικό βιβλίο από τον υπεύθυνο βάρδιας.
- Έλεγχος και αποστολή υλικού προς αποστείρωση (γάζες - εργαλεία), δεδομένου ότι το τμήμα αποστείρωσης λειτουργεί μόνο τις πρωινές βάρδιες από Δευτέρα έως Παρασκευή.
- Αποστολή των εισιτηρίων των ασθενών και παραλαβή των φακέλων τους από το γραφείο κίνησης ασθενών.
- Συνεννόηση με το ακτινοδιαγνωστικό τμήμα του νοσοκομείου για την διενέργεια του ακτινολογικού ελέγχου των ασθενών και την παραλαβή των αποτελεσμάτων.
- Συνεννόηση με τους φυσικοθεραπευτές για διενέργεια φυσικοθεραπείας και κινητοποίηση βαριά πασχόντων του τμήματος αναλόγως με τις ιατρικές οδηγίες.
- Παραλαβή αποτελεσμάτων των αιματολογικών εξετάσεων.
- Ηλεκτρονική παραγγελία των πρωινών και των γευμάτων στην αποθήκη catering.
- Πραγματοποίηση της νοσηλείας των 12 το μεσημέρι και των 02.00 μετά το μεσημέρι με ταυτόχρονη σχολαστική λήψη ζωτικών σημείων, χορήγηση φαρμάκων, σίτιση των ασθενών που δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν και μέτρηση των ούρων σε όσους ασθενείς υπάρχει η σχετική οδηγία.

Κατά την διάρκεια της απογευματινής βάρδιας και αφού έχει προηγηθεί η προφορική λογοδοσία προετοιμάζεται η νοσηλεία του επόμενου οκταώρου, πραγματοποιούνται οι νοσηλείες των 06.00μμ, 08.00μμ και των 10.00μμ με ταυτόχρονη σχολαστική λήψη των ζωτικών σημείων, έλεγχο των φλεβοκαθετήρων και γενικότερα της κατάστασης του ασθενούς, ενώ συγχρόνως παρακολουθούνται προσεκτικά οι ασθενείς που είναι συνδεδεμένοι στα monitors της μονάδας εμφραγμάτων και των κοινών θαλάμων της κλινικής και φροντίζονται οι βαριά πάσχοντες ασθενείς.

Κατά την νυχτερινή βάρδια και μετά την προφορική λογοδοσία γίνεται η νοσηλεία των 12.00 τη νύχτα, που παράλληλα γίνεται και ο έλεγχος των ασθενών από την νοσηλεύτρια της νυχτερινής βάρδιας. Στη συνέχεια γίνεται προετοιμασία της νοσηλείας της πρωινής βάρδιας και η προσεκτική παρακολούθηση των ασθενών που είναι συνδεδεμένοι στα monitors και στο τέλος της βάρδιας πραγματοποιεί την μέτρηση των ούρων του οκταώρου και του συνόλου της προηγούμενης μέρας.

Εργασίες διοικητικού χαρακτήρα ανά ημέρα

Κάθε Δευτέρα: στέλνονται στην Προϊσταμένη Διεύθυνσης και στους Προϊστάμενους Τομέων οι αλλαγές του προγράμματος της προηγούμενης εβδομάδας, καθώς και η λίστα με τα ρεπό του προσωπικού. Ο Προϊστάμενος ή η υπεύθυνη του τμήματος παραγγέλλει ηλεκτρονικά στο φαρμακείο του νοσοκομείου σε ατομικά συνταγολόγια τα φάρμακα κάθε ασθενούς για δύο ημέρες (Δευτέρα και Τρίτη) και φροντίζει για την παραλαβή τους.

Κάθε Τρίτη: Ο Προϊστάμενος ή η υπεύθυνη του Τμήματος ασχολείται με τις παραγγελίες των φαρμάκων και των υλικών από το Φαρμακείο του Νοσοκομείου, που αφορούν το γενικό συνταγολόγιο (ορούς αντισηπτικά και φάρμακα γενικής χρήσης)

Κάθε Τετάρτη: παραγγέλλονται και πάλι ηλεκτρονικά τα φάρμακα των ασθενών του τμήματος στο φαρμακείο του νοσοκομείου για δύο ημέρες (Τετάρτη και Πέμπτη), επίσης ανακοινώνεται το πρόγραμμα εργασίας με τις βάρδιες της επόμενης εβδομάδας από τον **Προϊστάμενο**.

Κάθε Πέμπτη: παραγγέλλονται και πάλι στο φαρμακείο του νοσοκομείου τα υλικά και φάρμακα του γενικού συνταγολόγιου του τμήματος και στέλνεται σε ηλεκτρονική μορφή με e mail το πρόγραμμα της επόμενης εβδομάδας στην Προϊσταμένη της Διεύθυνσης και στους Προϊστάμενους των Τομέων και παραλαμβάνονται από το γραφείο προσωπικού οι καρτέλες των υπαλλήλων που θα πάρουν άδεια ή ρεπό, προκειμένου να εγκριθούν.

Κάθε Παρασκευή: γίνεται η χρέωση και πάλι των φαρμάκων των ασθενών στα ατομικά

συνταγολόγια από το φαρμακείο, αυτή την φορά για τρεις ημέρες (Παρασκευή Σάββατο και Κυριακή) και παραδίδονται στην Προϊσταμένη της Διεύθυνσης και στο γραφείο προσωπικού οι καρτέλες υπαλλήλων που αιτούνται άδεια.

Κάθε μέρα παραγγέλλονται ηλεκτρονικά τα πρωινά, τα δεκατιανά, τα γεύματα και τα δείπνα των ασθενών του τμήματος, ενημερώνεται ηλεκτρονικά η Προϊσταμένη του Τομέα και η υπεύθυνη του ελέγχου νοσοκομειακών λοιμώξεων με την λίστα των ασθενών του τμήματος, ανά θάλαμο και πληροφορίες που αφορούν την ηλικία την παρούσα νόσο την χρήση αντιβιοτικών την ύπαρξη καθετήρων κ.α..

Κάθε μήνα γίνεται παραγγελία στην αποθήκη του νοσοκομείου του υγειονομικού υλικού, της γραφικής ύλης, των εντύπων και των υλικών καθαριότητας. Στην αρχή κάθε μήνα γίνεται έλεγχος επάρκειας του υγειονομικού υλικού που είναι εκτός συμβάσεων και παραγγέλλονται στο γραφείο προμηθειών εγκαίρως αυτά των οποίων τα αποθέματα λιγοστεύουν.

Στο τέλος κάθε μήνα παραδίδεται στο λογιστήριο του νοσοκομείου αναλυτική μηνιαία κατάσταση με τις βάρδιες όλου του νοσηλευτικού προσωπικού, προκειμένου να υπολογιστούν οι υπερωρίες και οι προσαυξήσεις για την αποπληρωμή τους. Επίσης παραδίδονται στατιστικά στοιχεία που αφορούν τον αριθμό των νοσηλευόμενων ασθενών του τμήματος, τις ημέρες νοσηλείας και τον αριθμό όλων των διακομιδών από το τμήμα και προς το τμήμα μας.

Προτυποποίηση διαδικασίας καθαριότητας Καρδιολογικού Τμήματος – Έννοιες διαδικασιών καθαρισμού

Έννοιες διαδικασιών καθαρισμού

Καθαρισμό ονομάζουμε τη διαδικασία απομάκρυνσης των ρύπων, του οργανικού υλικού (π.χ. αίμα, εκκρίσεις ασθενούς) και των μικροοργανισμών από επιφάνειες ή αντικείμενα. Ο καθαρισμός απομακρύνει - ελαττώνει το μικροβιακό φορτίο στις επιφάνειες, αλλά δεν σκοτώνει τους μικροοργανισμούς. Αυτό επιτυγχάνεται με τη χρήση νερού και απορρυπαντικού και την τεχνική του μηχανικού καθαρισμού. Το σημείο κλειδί είναι η τριβή, δηλαδή το τρίψιμο των επιφανειών ή των αντικειμένων για την απομάκρυνση των ορατών ρύπων και των μικροοργανισμών.

Προσεκτικός καθαρισμός απαιτείται για κάθε συσκευή ή εργαλείο που πρόκειται να απολυμανθεί ή να αποστειρωθεί καθώς η παρουσία οργανικού υλικού αδρανοποιεί τον

απολυμαντικό παράγοντα και τη διαδικασία της αποστείρωσης αντίστοιχα.

Απολύμανση είναι η διαδικασία που παρουσιάζει ως αποτέλεσμα τη μερική καταστροφή των μικροβίων ή αναστολή του πολλαπλασιασμού τους, όχι όμως και των σπόρων τους, με τη βοήθεια απολυμαντικών σε επιφάνειες ή χώρους.

Μπορεί να επιτευχθεί με διαδικασία δύο βημάτων που περιλαμβάνει τη χρήση ενός καθαριστικού παράγοντα και ακολούθως τη χρήση του απολυμαντικού ή με απλούστερο τρόπο με τη χρήση ενός σκευάσματος που συνδυάζει ταυτόχρονα καθαριστική και απολυμαντική δράση.

Αντισηψία είναι η διαδικασία αναστολής του πολλαπλασιασμού των μικροβίων και η μερική καταστροφή τους στο δέρμα (εκτός τοξινών και σπόρων). Τα αντισηπτικά είναι κατάλληλα μόνο για το δέρμα και δε συνίσταται να χρησιμοποιούνται για την απολύμανση επιφανειών του περιβάλλοντος.

Αποστείρωση είναι η διαδικασία της ολικής καταστροφής μικροβίων, σπόρων και τοξινών σε υλικά ή αντικείμενα. Μόνο η αποστείρωση μπορεί να πετύχει την καταστροφή κάθε μορφή μικροβιακής ζωής.

Χρόνος επαφής (contact time) είναι ο χρόνος που μεσολαβεί πάνω σε μια επιφάνεια προκειμένου το απολυμαντικό να ασκήσει τη δράση του.

Καθαρισμός Καρδιολογικού τμήματος

Η καθαριότητα και η απολύμανση του τμήματος και ειδικότερα της Μονάδας εμφραγμάτων υπόκεινται σε αυστηρούς κανόνες και γίνεται από εκπαιδευμένο προσωπικό, με σαφείς οδηγίες της Επιτροπής Νοσοκομειακών Λοιμώξεων.

Στους χώρους του τμήματος ο καθαρισμός γίνεται καθ' όλη τη διάρκεια του εικοσιτετράωρου. Το πρωί και πριν την έναρξη της πρωινής νοσηλείας γίνεται η κυρίως καθαριότητα (σκουπισμα, σφουγγάρισμα, τουαλέτες, πόμολα, αποκομιδή των σκουπιδιών κλπ) σε όλους τους χώρους (διαδρόμους, γραφεία, αποδυτήρια, δωμάτια ασθενών, τουαλέτες κλπ). Στην συνέχεια της ημέρας γίνεται τακτική απομάκρυνση των σκουπιδιών από τους κάδους και καθαρισμός αν προκύψει κάτι έκτακτα και άλλος ένας καθαρισμός το απόγευμα ή την νύχτα (σφουγγάρισμα χώρων). Καθημερινά και όσες φορές είναι αναγκαίο καθαρίζονται αντικείμενα (κρεβάτι, κομοδίνο, στατό, καλώδια κλπ) και ο χώρος κοντά στον ασθενή από το νοσηλευτικό προσωπικό και την βοηθό θαλάμου με διακριτικότητα αποφεύγοντας την ενόχληση του ασθενούς και του προσωπικού

- Αφαιρούνται όλες οι ορατές ακαθαρσίες π.χ. κηλίδες αίματος από τα αντικείμενα εξοπλισμού ή τους τοίχους και ακολουθεί καθαριότητα και απολύμανση των επιφανειών αυτών.

- Γίνεται καθαριότητα και απολύμανση σε όλες τις χρηστικές επιφάνειες (πχ τροχήλατα, πόμολα, πάγκοι εργασίας).
- Γίνεται υγρό καθάρισμα και απολύμανση του δαπέδου όλων των θαλάμων ασθενών γραφείων και των διαδρόμων.

Για τον καθαρισμό και την απολύμανση των επιφανειών, δαπέδων και αντικειμένων, όπως επίσης και για τους διαδρόμους, τα αποδυτήρια και τους λοιπούς χώρους συστήνεται η χρήση ταμπλετών χλωρίου σε συγκεκριμένη αραίωση.

Γενικός καθαρισμός γίνεται όταν ελευθερωθεί ένας χώρος ή ένα δωμάτιο από ασθενείς.

- Καθαρίζονται και γίνεται απολύμανση σε όλες οι επιφάνειες (π.χ. πρίζες, διακόπτες, πόμολα, πάγκοι, τροχήλατα, σωλήνες, καλώδια, στατό, καθίσματα κλπ).
- Καθαρίζονται σχολαστικά τοίχοι, πλακίδια τοίχων, εσοχές, σχισμές εξαερισμού, θύρες κλπ.
- Καθαρίζονται κουρτίνες και παράθυρα.
- Όσα αντικείμενα καθαρίζονται τοποθετούνται στο κέντρο της αίθουσας.
- Πραγματοποιείται υγρός καθαρισμός και απολύμανση του δαπέδου.
- Καθαρίζονται και απολυμαίνονται τα δάπεδα, οι τουαλέτες, οι βοηθητικοί χώροι, οι διάδρομοι.
- Το Σάββατο ή την Κυριακή, ανάλογα με την πληρότητα της κλινικής και τον φόρτο εργασίας προγραμματίζεται περισσότερο σχολαστικός καθαρισμός της Μονάδας Εμφραγμάτων ή κάποιου χώρου, όταν αυτό κρίνεται απαραίτητο ή έχει νοσηλευτεί ασθενής με λοιμώδες νόσημα.

Βασικοί κανόνες καθαριότητας

- Απαγορεύεται το ξηρό σκούπισμα και το ξηρό ξεσκόνισμα αφού φορτίζει την ατμόσφαιρα με μικρόβια
- Επιβάλλεται η χρήση δύο (2) δοχείων για καθαρισμό πατώματος. Ένα (1) μπλε με καθαρό νερό και απολυμαντικό και ένα (1) κόκκινο που προορίζεται για τον καθαρισμό του μέσου καθαρισμού. Κάποιοι χώροι έχουν τον δικό τους εξοπλισμό για καθαριότητα. Το σφουγγάρισμα με τη μέθοδο του διπλού δοχείου γίνεται με διάλυμα υποχλωριούχου νατρίου 1:10, δηλαδή 1lt χλωρίνη σε 9lt νερό ή δισκία π.χ. 4 δισκία χλωρίνης των 2,5gr σε 5lt νερό. Αμέσως μετά τον καθαρισμό κάποιου χώρου τα δοχεία αδειάζονται και γεμίζονται με νέα διάλυση.
- Η καθαριότητα του τμήματος από τους καθαριστές γίνεται σε συνεργασία με τον βοηθό θαλάμου, οπότε διακρίνεται στα ίδια στάδια που προαναφέρθηκαν.

Οδηγίες καθαριότητας για επιφάνειες

- Προηγείται ο μηχανικός καθαρισμός και ακολουθεί η απολύμανση.
- Η απολύμανση πραγματοποιείται ακολουθώντας αυστηρά τη συγκέντρωση και το χρόνο επαφής που προτείνεται από την κατασκευάστρια εταιρεία του απολυμαντικού και βάσει των οδηγιών της Επιτροπής Νοσοκομειακών Λοιμώξεων.
- Ο χρόνος επαφής που ορίζεται μεγαλύτερος του ενός λεπτού (>1min) για τα περισσότερα απολυμαντικά είναι συχνά αποτελεσματικός.
- Η καθαριότητα των χώρων ξεκινά από τα ψηλά σημεία με φορά προς τα χαμηλά και από την περιφέρεια προς το κέντρο καθώς και από τις πιο καθαρές προς τις ακάθαρτες περιοχές.
- Το σκούπισμα και το σφουγγάρισμα των μεγάλων επιφανειών των χώρων πρέπει να πραγματοποιείται σύμφωνα με το πρόγραμμα καθαριότητας και συχνότερα όταν υπάρχουν ορατοί ρύποι. Κατά περίπτωση καλείται το συνεργείο καθαριότητας όταν προκύψει κάτι έκτακτο.
- Η προετοιμασία του απολυμαντικού ή απορρυπαντικού γίνεται πάντα ακριβώς πριν τη χρήση του.
- Δεν επιτρέπεται η αποθήκευση με σκοπό μελλοντική χρήση του, παρασκευασμένου διαλύματος νερού-απορρυπαντικού/απολυμαντικού.
- Συνιστάται συχνή αντικατάσταση του διαλύματος καθαριότητας όταν είναι ορατά λερωμένο και οπωσδήποτε μετά το πέρας εξήντα λεπτών (60min) από την παρασκευή του.
- Σε περίπτωση χρήσης σφουγγαρίστρας, ακολουθείται πιστά η μέθοδος του διπλού δοχείου (κόκκινο δοχείο: απορρυπαντικό/απολυμαντικό διάλυμα, μπλε δοχείο: νερό για ξέβγαλμα).
- Για λόγους υγιεινής και ασφάλειας δεν αναμιγνύονται ποτέ τα απορρυπαντικά μαζί με απολυμαντικά ενώ συστήνεται η προσθήκη νερού σε αυτά και όχι το αντίθετο.
- Σε καμία περίπτωση δεν διαλύεται η χλωρίνη σε ζεστό νερό ή προστίθεται στο διάλυμα χλωρίνης άλλο προϊόν καθώς μπορεί να εκλυθούν τοξικά αέρια.
- Καθαρισμός και απολύμανση του εξοπλισμού καθαριότητας με διάλυμα χλωρίνης πραγματοποιείται στο τέλος κάθε βάρδιας.
- Το προσωπικό καθαριότητας απαιτείται να τηρεί τις «βασικές προφυλάξεις» που ισχύουν για όλο το προσωπικό και να εφαρμόζει τα μέτρα ατομικής προστασίας (γάντια, επιπλέον ποδιά μίας χρήσης, μάσκα), ανάλογα με την περίπτωση.
- Ο σχολαστικός καθαρισμός και η απολύμανση των επιφανειών, ιδίως εκείνων με γεωγραφική εγγύτητα στον ασθενή (προστατευτικά κιγκλιδώματα κλίνης, τροχήλατο, στατό, κομοδίνο κλπ) και εκείνων που συχνότερα έρχονται σε άμεση επαφή με τα χέρια (πόμολα, διακόπτες, αντλίες, οθόνες, πληκτρολόγιο, ποντίκι) απαιτείται ανά βάρδια ή συχνότερα όταν υπάρχουν ορατοί ρύποι ή βιολογικά υγρά.

Κατευθυντήριες οδηγίες για τη διαχείριση επιθετικής συμπεριφοράς ασθενών, συνοδών και η αντιμετώπισή της

Η αίσθηση της απώλειας του ελέγχου της ζωής η οποία προκύπτει μέσα από τον τρόπο που αντιλαμβάνεται κάθε άνθρωπος το ξαφνικό ή χρόνιο πρόβλημα υγείας που αντιμετωπίζει, προκαλεί υποκειμενική αντίληψη μιας κατάστασης και αναμφίβολα φόβο. Το ίδιο ισχύει και με το οικείο του συγγενικό ή φιλικό περιβάλλον.

Ο φόβος αυτός από μόνος του μπορεί να οδηγήσει σε επιθετική συμπεριφορά.

Βέβαια ας μην παραγνωρίζουμε και το γεγονός ότι ο συγκεκριμένος άνθρωπος μπορεί να συμπεριφέρεται επιθετικά, λόγω προσωπικότητας και συνήθειας. Μπορεί δηλαδή να εκδήλωνε αυτήν την συμπεριφορά σε όλη του την ζωή. Η γνώση του ιστορικού της πορείας της ζωής του θα μας δια φωτίσει σ' αυτό.

Ένας άλλος λόγος που μπορεί να οδηγήσει σε επιθετική συμπεριφορά μπορεί να είναι η μείωση των γνωστικών ή φυσικών του λειτουργιών που τον κάνει να νιώθει έναν περιορισμό σε αυτό που θέλει και που μπορεί να κάνει και τότε το δυσάρεστο συναίσθημα της ανισχυρότητας επηρεάζει τις αντιδράσεις του.

Επίσης το συναίσθημα της κριτικής από τους άλλους όπως και ο φόβος λόγω θορύβων ή απότομων κινήσεων μπορεί να προκαλέσει επιθετικότητα.

Εκτός όμως όλων αυτών των αιτιολογιών, μπορεί η συμπεριφορά του ασθενούς να αιτιολογείται από διάφορες δυσλειτουργίες του εγκεφάλου. Τότε ο ασθενής αντιδρά επιθετικά στο περιβάλλον του χωρίς να το καταλαβαίνει και χωρίς αφορμή.

Στην περίπτωση αυτή ο ασθενής δεν έχει την επίγνωση της συμπεριφοράς του και δεν έχει επίσης την ικανότητα της αναστολής της.

Τέλος, μην ξεχνάμε επίσης την πιθανότητα ότι ο ασθενής θα μπορεί να πονάει σε κάποιο σημείο του σώματος του ή να νιώθει πλήξη.

Δεν είναι όμως μόνο η επιθετική συμπεριφορά του ασθενούς. Μπορεί και το περιβάλλον μέσα στο οποίο ζει να φέρεται επιθετικά. Ή μπορεί η επιθετική συμπεριφορά της οικογένειας του να έχει να κάνει με την πορεία του πένθους που διανύει στην σταδιακή απώλεια της νόσου και τον θυμό που νιώθει για το άτομο που το προκαλεί, δηλ. τον ασθενή.

Αντιμετώπιση της επιθετικότητας του ασθενούς

Τι πρέπει να κάνουμε όταν βρισκόμαστε αντιμέτωποι με την επιθετική συμπεριφορά ασθενών:

1. Οφείλουμε να προσπαθήσουμε να καταλάβουμε την αιτία αυτής της συμπεριφοράς και το άμεσο ερέθισμα που την προκάλεσε. (Εννοώντας ως ερέθισμα το γεγονός που έχει γίνει πριν την εκδήλωση της επιθετικότητας).
2. Καλό είναι να μην έχουμε ποτέ επιτακτικό τόνο στην φωνή μας και ιδιαίτερα στις περιπτώσεις που αντιμετωπίζουμε δύστροπες συμπεριφορές.
3. Καλό είναι στις περιπτώσεις αυτές να εξηγούμε ήρεμα και με λίγα λόγια τι έχουμε σκοπό να κάνουμε.
4. Να μην αντιδρούμε με επιθετικότητα στον ασθενή, να μην προσπαθήσουμε να τον ησυχάσουμε αλλά να παραμείνουμε ήρεμοι.
5. Να προσπαθήσουμε να αποσπάσουμε την προσοχή του σε κάτι άλλο.
6. Να μην τον φέρουμε αντιμέτωπο με τις ανικανότητες του κάνοντας του ερωτήσεις.
7. Να κρατήσουμε στάση ήπια χωρίς να εναντιωνόμαστε και να αντιλέγουμε.
8. Να προσπαθούμε να μην δείχνουμε τον εκνευρισμό μας.
9. Να αναρωτηθούμε τι εκνευρίζει εμάς και τι μας κάνει να συμπεριφερθούμε επιθετικά. Το ίδιο ισχύει και για τον ασθενή.

Η σχέση μεταξύ επαγγελματιών υγείας και ασθενούς έχει πολύ μεγάλη σημασία. Οι καλοί τρόποι, η φιλική προσέγγιση, ο σεβασμός της προσωπικότητας του ασθενή, η ικανοποίηση της ανάγκης για συνεχή κατατοπιστική πληροφόρηση, η καλή οπτική επαφή, η προσοχή που πρέπει να δίνεται στα μη λεκτικά μηνύματα (η γλώσσα του σώματος), έχουν καθοριστική επίδραση στην αποτελεσματικότητα της ολοκληρωτικής φροντίδας που πρέπει να παρέχεται προς τους ασθενείς.

Οι τεχνικές επικοινωνίας που χρησιμοποιούν οι επαγγελματίες υγείας (ε.υ.) με τους ασθενείς τους παίζουν ένα σημαντικό και καθοριστικό ρόλο στη σχέση τους μεταξύ τους.

Έχει αποδειχτεί ότι οι επαγγελματίες υγείας οι οποίοι είναι φιλικοί και εγκάρδιοι με τους ασθενείς τους είναι περισσότερο αποτελεσματικοί από αυτούς οι οποίοι κρατούν μια απόμακρη και περισσότερο ψυχρή στάση. Ακόμα, στις περιπτώσεις που ο ασθενής βίωνε σαν αβέβαιη την προσέγγιση του ε.υ. αυτό είχε αρνητικές επιπτώσεις

Οι καλοί τρόποι συμπεριφοράς των ε.υ. σε συνδυασμό με την εξατομικευμένη φιλική προσέγγιση προς τους ασθενείς τους κατά τη διάρκεια της κλινικής εξέτασης ή φροντίδας και ιδιαίτερα όταν ο ασθενής βρίσκεται λόγω της κατάστασής του καθηλωμένος στο κρεβάτι, έχουν καλύτερη επίδραση και αποτελεσματικότητα.

Η παραχώρηση θετικής πληροφόρησης αυξάνει το αίσθημα σιγουριάς και εμπιστοσύνης του ασθενή και βελτιώνει την ποιότητα φροντίδας και τα αποτελέσματά της.

Σε περιπτώσεις που οι ε.υ. κρατήσουν μια πιο τραχιά, σύντομη και απότομη προσέγγιση, τότε αυτό βιώνεται αρνητικά από τους ασθενείς και μπορεί να έχει δυσάρεστα αποτελέσματα.

Λήψη ζωτικών σημείων σε ενήλικες

Μέτρηση θερμοκρασίας (στη μασχάλη)

Ορισμός

Η θερμοκρασία σώματος παρουσιάζει την ισορροπία μεταξύ της παραγόμενης και αποβαλλόμενης θερμότητας και μετράτε σε βαθμούς Κελσίου (°C).

Η εσωτερική θερμοκρασία του σώματος είναι υψηλότερη από την εξωτερική και φυσιολογικά κυμαίνεται μεταξύ 36,0-37,5 °C.

Είναι δυνατόν να υπάρχουν διαφοροποιήσεις στη φυσιολογική θερμοκρασία του σώματος κατά τη διάρκεια της ημέρας που μπορεί επίσης να εξαρτώνται από το φύλο και την ιδιοσυγκρασία του κάθε ατόμου.

Οι μέσες φυσιολογικές τιμές της θερμοκρασίας σε ενήλικες σε μέτρηση στη μασχάλη είναι 35,5-37 °C.

Σκοπός διαδικασίας

- Η θερμοκρασία να μετράται με τη μεγαλύτερη δυνατή ακρίβεια και χωρίς πρόκληση βλάβης ή ενόχλησης στον ασθενή.
- Να γίνονται εγκαίρως αντιληπτές οποιεσδήποτε τυχόν αλλαγές της θερμοκρασίας του σώματος.

Σχεδιασμός παρέμβασης

- Χρησιμοποιείτε ψηφιακό ηλεκτρονικό θερμόμετρο.
- Βεβαιωθείτε ότι η μασχάλη είναι στεγνή και ότι δεν έχει πλυθεί πρόσφατα ή δεν έχουν τεθεί ψυχρά επιθέματα πριν από τη θερμομέτρηση.
- Μην θερμομετρείτε σε κατάσταση ρίγους γιατί δεν έχει ολοκληρωθεί η άνοδος της θερμοκρασίας.
- Απολυμάνετε τα θερμόμετρα μετά από κάθε χρήση, με τολύπιο εμποτισμένο σε αλκοολικό διάλυμα 70%.
- Σε ασθενή με πολυανθεκτικό μικρόβιο χρησιμοποιείτε θερμόμετρο ατομικής χρήσης.

Υλικά

- Ηλεκτρονικό θερμόμετρο
- Τολύπιο με αλκοολικό διάλυμα
- Στυλό
- Θερμομετρικό διάγραμμα
- Γάντια απλά, εάν έρχεστε σε επαφή με βιολογικά υγρά του ασθενή

ΕΝΕΡΓΕΙΑ	ΑΙΤΙΟΛΟΓΗΣΗ
1. Εφαρμόστε υγιεινή χεριών. Φορέστε γάντια εάν χρειάζεται.	Πρόληψη οριζόντιας μετάδοσης λοίμωξης.
2. Επιβεβαιώστε την ταυτότητα του ασθενή.	Πρόληψη λάθους.
3. Εξηγείστε τη διαδικασία στον ασθενή και εξασφαλίστε τη συναίνεσή του.	Εξασφάλιση συνεργασίας, μείωση άγχους ασθενή.
4. Εξασφαλίστε την ιδιωτικότητα του ασθενή και μετακινήστε τα ενδύματά του έτσι ώστε να αποκαλύψετε μόνο τη μασχάλη.	Εξασφάλιση σωστής τοποθέτησης του θερμομέτρου και αξιοπρέπειας ασθενή.
5. Τοποθετήστε το άκρο του θερμομέτρου στο κέντρο της μασχάλης.	Ακρίβεια μέτρησης.
6. Κατεβάστε το χέρι του ασθενή και ζητήστε του να το κρατήσει κοντά στο σώμα.	Περιορίζεται η διέλευση αέρα διαμέσου της μασχάλης και εξασφαλίζεται η ακριβής μέτρηση.
7. Παραμείνετε κοντά στον ασθενή. Αφήστε το θερμόμετρο σε αυτή τη θέση, έως ότου ακουστεί ο χαρακτηριστικός ήχος, ή σύμφωνα με τις οδηγίες του κατασκευαστή.	Ακρίβεια μέτρησης.
8. Απομακρύνετε το θερμόμετρο και καθαρίστε το με τολύπιο με αλκοολικό διάλυμα. Κατόπιν, τοποθετήστε το στο ειδικό δοχείο.	Επαρκής καθαρισμός και απολύμανση έως την επομένη μέτρηση.
9. Καταγράψτε τη θερμοκρασία στο θερμομετρικό διάγραμμα.	Επαρκής τεκμηρίωση.
10. Σκεπάστε τον ασθενή και βοηθήστε τον να λάβει άνετη θέση.	Εξασφάλιση άνεσης ασθενή.
11. Εφαρμόστε υγιεινή χεριών.	Πρόληψη διασποράς μικροοργανισμών.

Μέτρηση αρτηριακής πίεσης στη βραχιόνιο αρτηρία

Εισαγωγή – Ορισμοί

Η αρτηριακή πίεση αναφέρεται στη δύναμη που ασκεί το αίμα στα τοιχώματα των αρτηριών.

Η συστολική πίεση είναι η υψηλότερη πίεση που ασκείται στα αρτηριακά τοιχώματα όταν οι κοιλίες συσπώνται στην αρχή της συστολής.

Η διαστολική πίεση είναι η χαμηλότερη πίεση που ασκείται στα αρτηριακά τοιχώματα κατά τη διαστολή.

Πίεση σφυγμού είναι η διαφορά των δυο ανωτέρω πιέσεων.

Η αρτηριακή πίεση μετράται σε χιλιοστά της στήλης υδραργύρου (mm/Hg) και καταγράφεται ως κλάσμα, με αριθμητή τη συστολική και παρονομαστή τη διαστολική πίεση. Οι ήχοι που ακούγονται κατά τη μέτρηση της ΑΠ ονομάζονται ήχοι Korotkoff.

Σκοπός

Η ακριβής μέτρηση της αρτηριακής πίεσης, χωρίς πρόκληση βλάβης του ασθενή.

Σχεδιασμός παρέμβασης

- Η αρτηριακή πίεση υπό μη επείγουσες συνθήκες, μετράται εφόσον ο ασθενής δεν είναι συναισθηματικά φορτισμένος, δεν πονάει, έχει ξεκουραστεί για 5 λεπτά τουλάχιστον (αν έχει προηγηθεί σωματική άσκηση), δεν έχει καταναλώσει καφεΐνη και δεν έχει καπνίσει για 30 λεπτά.
- Συνήθως μετράται με τη χρήση στηθοσκοπίου και σφυγμομανόμετρου.
- Μια διαφορά 5-10mmHg στη συστολική πίεση μεταξύ των δυο άνω άκρων, θεωρείται φυσιολογική. Χρησιμοποιείτε το άκρο με την υψηλότερη τιμή για τις μελλοντικές μετρήσεις.
- Η ακρίβεια της μέτρησης εξαρτάται από παράγοντες όπως η χρήση περιχειρίδας κατάλληλου μεγέθους, η σωστή τοποθέτηση του άκρου, ο συνιστώμενος ρυθμός έκπτυξης της περιχειρίδας, και η ορθή ερμηνεία των ήχων του.

Υλικά

- Στηθοσκόπιο Σφυγμομανόμετρο
- Περιχειρίδα κατάλληλου μεγέθους (μήκος ίσο με το 80% της περιφέρειας του βραχίονα και πλάτος τουλάχιστον το 40% της περιφέρειας του βραχίονα.) Τολύπιο με οινόπνευμα
- Χαρτί και στυλό.
- Γάντια απλά, εάν έρχεστε σε επαφή με βιολογικά υγρά του ασθενή.

ΕΝΕΡΓΕΙΑ	ΑΙΤΙΟΛΟΓΗΣΗ
1. Εφαρμόστε υγιεινή χειρών. Φορέστε γάντια εάν χρειάζεται.	Πρόληψη μετάδοσης μικροβίων.

2. Επιβεβαιώστε την ταυτότητα του ασθενή.	Πρόληψη λάθους.
3. Εξηγείστε τη διαδικασία στον ασθενή και εξασφαλίστε τη συναίνεσή του.	Εξασφάλιση συνεργασίας, μείωση άγχους ασθενή.
4. Εξασφαλίστε την ιδιωτικότητα του ασθενή. Βεβαιωθείτε ότι είναι ήρεμος για αρκετά λεπτά.	Δραστηριότητα αμέσως πριν από τη μέτρηση μπορεί να οδηγήσει σε ανακριβή αποτελέσματα.
5. Εφαρμόστε την περιχειρίδα στο κατάλληλο άκρο.	Η μέτρηση μπορεί να παρεμποδίσει παροδικά την κυκλοφορία του άκρου.
Μην τοποθετείτε την περιχειρίδα σε χέρι με ενδαγγειακό καθετήρα, τραύμα, γύψινο επίδεσμο, χειρουργείο στη σύστοιχη μασχάλη ή μαστό.	
6. Τοποθετήστε τον ασθενή σε άνετη ύπτια ή καθιστή θέση με το αντιβράχιο να στηρίζεται προτεταμένο στο επίπεδο της καρδιάς.	Ακρίβεια στη μέτρηση. Καλή εφαρμογή του διαφράγματος το στηθοσκοπίου.
Εάν ο ασθενής κάθεται, βεβαιωθείτε ότι δεν σταυρώνει τα πόδια του (ψευδώς αυξημένη συστολική πίεση).	
7. Σηκώστε το μανίκι πάνω από τη θέση της περιχειρίδας. Βεβαιωθείτε ότι δεν είναι σφιχτό, διαφορετικά αφαιρέστε το.	Τα ενδύματα εμποδίζουν τη μέτρηση. Ένα σφιχτό μανίκι μπορεί να προκαλεί συμφόρηση του αίματος και ανακριβή αποτελέσματα μέτρησης.
8. Εντοπίστε με ψηλάφηση τη βραχιόνια αρτηρία και επικεντρώστε τον αεροθάλαμο πάνω από αυτή στο μέσο περίπου του βραχίονα. Το κάτω χείλος της να απέχει περί τα 2,5-5 εκ από την αγκωνιαία καμπή. Ο σωλήνας πρέπει να προβάλλει από το χείλος της περιχειρίδας κοντά στον αγκώνα.	Ακρίβεια στη μέτρηση.
9. Τυλίξτε την περιχειρίδα γύρω από τον βραχίονα ώστε να εφαρμόζει καλά.	Άσκηση ομοιόμορφης πίεσης και ακρίβεια στη μέτρηση.
10. Ελέγξτε αν η βελόνη βρίσκεται στο μηδέν.	Ακρίβεια της μέτρησης.
11. Καθίστε σε απόσταση όχι μεγαλύτερη από ένα μέτρο από το μετρητή.	Καλή ορατότητα του μετρητή.
12. Ψηλαφίστε το σφυγμό στην κερκιδική αρτηρία.	Για τη μέτρηση της πλησιέστερης τιμής της συστολικής πίεσης.
13. Φουσκώστε παράλληλα την περιχειρίδα, παρατηρώντας στο μετρητή το σημείο όπου εξαφανίζεται ο σφυγμός.	Έτσι έχουμε μια εκτίμηση της συστολικής πίεσης.
14. Ξεφουσκώστε την περιχειρίδα και περιμένετε για 30'' - 60''.	Επαναιμάτωση του άκρου.
15. Βάλτε τα ακουστικά του στηθοσκοπίου στα αυτιά σας με κατεύθυνση προς τα εμπρός.	Αποφυγή εισόδου εξωτερικών ήχων.
16. Τοποθετήστε το διάφραγμα του στηθοσκοπίου σταθερά με μικρή πίεση, πάνω από τη βραχιόνια αρτηρία, χωρίς να ακουμπάει πουθενά.	Ακρίβεια στη μέτρηση.

17. Φουσκώστε την περιχειρίδα σε επίπεδα 30mmHg πάνω από το σημείο στο οποίο εκτιμήθηκε η συστολική πίεση. Ανοίξτε τη βαλβίδα του μανομέτρου αργά (2-3 mmHg/sec).	
18. Παρατηρήστε το σημείο στο οποίο ακούγεται ο πρώτος αμυδρός, αλλά σαφής ήχος, του οποίου η ένταση αυξάνεται σταδιακά. Σημειώστε αυτή την τιμή ως συστολική πίεση.	Τότε το αίμα της αρτηρίας αρχίζει να προωθείται μες από αυτή με παρόμοια πίεση με αυτή του αεροθαλάμου.
- Μην ξαναφουσκώσετε την περιχειρίδα για επανέλεγχο! Αυτό προκαλεί δυσφορία στον ασθενή και ενδεχομένως ανακρίβεια στη μέτρηση. - Εάν δυσκολεύεστε να ακούσετε ήχους, ανασηκώστε το χέρι του ασθενή με την περιχειρίδα στη θέση της, πάνω από το κεφάλι του για 30'' πριν ξαναμετρήσετε την ΑΠ. Φουσκώστε την περιχειρίδα με το χέρι σηκωμένο και μετά κατεβάστε μαλακά ενώ συνεχίζετε να το στηρίζετε. Τοποθετήστε το στηθοσκόπιο και ξεφουσκώστε την περιχειρίδα με το συνήθη ρυθμό, ενώ ακούτε τους ήχους Korotkoff.	
19. Καταγράψτε το σημείο στο οποίο ο ήχος εξαφανίζεται τελείως.	Αυτή είναι η τιμή της διαστολικής πίεσης.
20. Αφήστε τον υπόλοιπο αέρα να διαφύγει γρήγορα και αφαιρέστε την περιχειρίδα.	
<i>Σε περίπτωση που θέλετε να επαναλάβετε τη μέτρηση, αφήστε να περάσει τουλάχιστον 1 λεπτό, για αποφυγή ψευδών αποτελεσμάτων.</i>	
21. Τοποθετείστε τον ασθενή σε άνετη θέση και βγάλτε τα γάντια, εάν φοράτε.	Εξασφάλιση άνεσης ασθενή. Πρόληψη μετάδοσης μικροβίων.
22. Εφαρμόστε υγιεινή χεριών.	Πρόληψη διασποράς μικροβίων.
23. Καθαρίστε με τολύπιο με οινόπνευμα το διάφραγμα του στηθοσκοπίου και το σφυγμομανόμετρο βάσει της πολιτικής του νοσοκομείου.	Πρόληψη διασποράς μικροβίων. Εξοπλισμός έτοιμος προς χρήση.
24. Ενημερώστε το νοσηλευτικό φάκελο.	Σωστή τεκμηρίωση.

Μέτρηση αρτηριακού σφυγμού

Ορισμός

Αρτηριακός σφυγμός είναι ο ρυθμικός παλμός που προκαλείται από την διαδοχική συστολή και διαστολή του αρτηριακού τοιχώματος η οποία με τη σειρά της προκαλείται από τα κύματα αίματος που εκτοξεύει η καρδιά μέσω της αορτής προς την περιφέρεια.

Όταν μετράμε το σφυγμό, μετράμε τους παλμούς που γίνονται μέσα σε ένα λεπτό.

Το σύνολο αυτό των παλμών, είναι ο καρδιακός ρυθμός.

Σκοπός της μέτρησης του καρδιακού ρυθμού είναι να αναγνωρίζονται οι διαταραχές, να αντιμετωπίζονται έγκαιρα (π.χ. αρρυθμίες, εσωτερική αιμορραγία) και να αποφεύγονται χρόνιες μόνιμες βλάβες, όπως η κολπική μαρμαρυγή (αν δεν αντιμετωπιστεί εντός τριών 24ώρων, μεταπίπτει σε μόνιμη αρρυθμία).

Χαρακτηριστικά καρδιακού ρυθμού

Τα χαρακτηριστικά του καρδιακού ρυθμού μας παρέχουν πληροφορίες σχετικά με την αποτελεσματικότητα της καρδιάς ως αντλία και την επάρκεια της περιφερικής ροής αίματος. Τα χαρακτηριστικά είναι:

Συχνότητα. Η φυσιολογική συχνότητα των σφίξεων κυμαίνεται από 60- 100/min. Όταν οι σφίξεις είναι >100 -180, τότε ο ασθενής έχει ταχυκαρδία. Εάν οι σφίξεις είναι < 50, τότε παρουσιάζει βραδυκαρδία (με εξαίρεση ασθενείς που ασχολούνται με τον αθλητισμό).

Ρυθμός. Ο καρδιακός ρυθμός είναι η ακολουθία των ώσεων και των παύσεων μεταξύ αυτών. Φυσιολογικά είναι ρυθμικός καθ' όλη την διάρκεια λήψης του αρτηριακού σφυγμού οπότε κι έχουμε **φλεβοκομβικό** ρυθμό. Όταν δεν έχουμε ρυθμική επανάληψη, τότε ο ασθενής παρουσιάζει **αρρυθμία**.

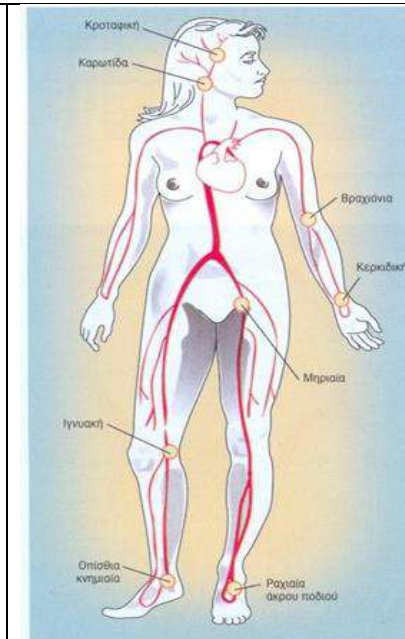
Εύρος. Το εύρος σφυγμού περιγράφει την ποιότητα του σφυγμού με την έννοια της πληρότητας και αντανakλά στη δύναμη της συστολής της αριστερής κοιλίας. Βαθμολογείται από 0 έως 4 ως ακολούθως:

0	Απουσία σφυγμού	Μη ψηλαφητός σφυγμός
1+	Νηματοειδής σφυγμός	Ψηλαφάται πολύ δύσκολα και εξαφανίζεται με άσκηση ελαφράς πίεσης
2+	Αδύναμος σφυγμός	Δυνατότερος από τον νηματοειδή, αλλά εξαφανίζεται με άσκηση ελαφράς πίεσης
3+	Φυσιολογικός σφυγμός	Ψηλαφάται εύκολα και εξαφανίζεται με άσκηση μέτριας πίεσης
4+	Αναπηδών σφυγμός	Δυνατός σφυγμός που δεν εξαφανίζεται με άσκηση μέτριας πίεσης

Ανατομικές θέσεις λήψης σφυγμού

Οι αρτηρίες που χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση του σφυγμού είναι:

Η κροταφική αρτηρία
Η καρωτιδική αρτηρία
Η βραχιόνια αρτηρία
Η κερκιδική αρτηρία
Η μηριαία αρτηρία
Η ιγνυακή αρτηρία
Η οπίσθια κνημιαία αρτηρία
Η ραχιαία άκρου ποδιού αρτηρία



Επίσης γίνεται μέτρηση του κορυφαίου σφυγμού με την ακρόαση της κορυφής της καρδιάς με στηθοσκόπιο.

Σκοπός διαδικασίας

Ο σκοπός της εφαρμογής του πρωτοκόλλου είναι να έχουμε συντονισμό στις νοσηλευτικές πράξεις, καλύτερη νοσηλευτική εκτίμηση, συντομότερο χρόνο εκτέλεσης και μείωση της πιθανότητας λάθους.

Σχεδιασμός παρέμβασης

Συνήθης θέση για ψηλάφηση του σφυγμού είναι η κερκιδική αρτηρία.

Ο αριθμός των σφίξεων συνήθως μετράτε πριν από τη λήψη συγκεκριμένων φαρμάκων όπως είναι τα καρδιοτονωτικά και αντιαρρυθμικά.

Είναι απαραίτητο να χρησιμοποιείται ρολόι με δευτερολεπτοδείκτη όταν μετρούνται οι σφίξεις.

Κατά την μέτρηση των σφίξεων ο ασθενής πρέπει να είναι ξεκούραστος τουλάχιστον για 5 λεπτά, να μην έχει καταναλώσει καφεΐνη και να μην έχει καπνίσει για 30 λεπτά.

Υλικά

- Ρολόι με δείκτες ή ηλεκτρονικό Χαρτί ή διάγραμμα
- Στυλό
- Γάντια απλά, εάν έρχεστε σε επαφή με βιολογικά υγρά του ασθενή

Μέτρηση σφυγμού στην κερκιδική αρτηρία

ΕΝΕΡΓΕΙΑ	ΑΙΤΙΟΛΟΓΗΣΗ
1. Εφαρμόστε υγιεινή χεριών και φορέστε γάντια εάν χρειάζεται.	Πρόληψη μετάδοσης λοιμώξεων.
2. Επιβεβαιώστε την ταυτότητα του ασθενή.	Πρόληψη λάθους.
3. Εξηγήστε τη διαδικασία στον ασθενή.	Εξασφάλιση συνεργασίας, μείωση άγχους ασθενή.
4. Το πιο συνηθισμένο σημείο για την καταγραφή της συχνότητας του σφυγμού είναι στον καρπό, όπου ο κερκιδικός σφυγμός είναι εύκολα αισθητός.	Οι σφυγμοί μπορεί να είναι επίσης αισθητοί και σε άλλα σημεία τα οποία μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να ελεγχθεί η αιμάτωση των ιστών ή σε μια επείγουσα κατάσταση όταν ο κερκιδικός σφυγμός δεν θα ήταν κατάλληλος (π.χ. μετά από επέμβαση σε ένα άκρο).
5. Ζητήστε από τον ασθενή να ξαπλώσει σε ύπτια θέση με το χέρι χαλαρό παράλληλα με το σώμα, τον καρπό σε έκταση και την παλάμη προς τα κάτω. Επίσης, ο ασθενής μπορεί να είναι καθιστός με το πήχη να υποστηρίζεται με τον καρπό σε έκταση προς τα κάτω.	Οι θέσεις αυτές είναι συνήθως άνετες για τον ασθενή και εύκολες για τον νοσηλευτή.
6. Τοποθετήστε το δείκτη, το μέσο και τον παράμεσο κατά μήκος της κερκιδικής αρτηρίας του ασθενούς πιέζοντας ελαφρά προς την κερκίδα, ενώ ο αντίχειρας βρίσκεται στην αντίθετη πλευρά του καρπού.	Η κορυφή των δακτύλων, που είναι ευαίσθητη στην αφή, αισθάνεται τους παλμούς της κερκιδικής αρτηρίας του ασθενούς.
7. Ασκείτε επαρκή πίεση έτσι ώστε οι ώσεις να είναι αισθητές.	Η μέτρια πίεση επιτρέπει στον νοσηλευτή να αισθάνεται τη διάταση της κερκιδικής αρτηρίας σε κάθε ώση. Η αυξημένη πίεση εξαλείφει το σφυγμό, ενώ με την πολύ ελαφρά πίεση ο σφυγμός δεν ψηλαπιέται.
8. Χρησιμοποιείτε ένα ρολόι με δείκτες και μετρήστε τις σφίξεις για 30''. Πολλαπλασιάστε αυτό τον αριθμό επί δύο εάν είναι φυσιολογικός ρυθμός, για να έχετε τη συχνότητα για ένα λεπτό. Εάν ο καρδιακός ρυθμός δεν είναι φυσιολογικός, τότε ψηλαφήστε το σφυγμό για ένα ολόκληρο λεπτό ή και περισσότερο.	Απαιτείται επαρκής χρόνος για την αξιολόγηση της συχνότητας, του ρυθμού και του εύρους του σφυγμού, κυρίως όταν ο σφυγμός είναι άρρυθμος.
9. Αξιολογείτε το ρυθμό, το εύρος και την συχνότητα του αρτηριακού σφυγμού.	Οποιαδήποτε μεταβολή του ρυθμού, του εύρους και της συχνότητας μπορεί να επηρεάσει την καρδιακή παροχή.
10. Καταγράψτε τη συχνότητα του καρδιακού ρυθμού στο θερμομετρικό διάγραμμα και ενημερώστε για οποιοδήποτε παθολογικό εύρημα.	Ορθή τεκμηρίωση ώστε να υπάρχει ολοκληρωμένη εικόνα της κατάστασης του ασθενή και να προλαμβάνονται πιθανές επιπλοκές.
11. Εφαρμόστε υγιεινή χεριών.	Πρόληψη διασποράς μικροοργανισμών.

Μέτρηση αναπνοών

Ορισμοί

Αναπνοή ή πνευμονικός αερισμός καλείται η κίνηση του αέρα εντός και εκτός των πνευμόνων.

Εισπνοή είναι η ενέργεια εισόδου του αέρα.

Εκπνοή είναι η ενέργεια εξόδου του αέρα.

Αξιολογούμε τη συχνότητα, το βάθος και το ρυθμό των αναπνοών με επισκόπηση (παρατήρηση και ακρόαση), ή με ακρόαση με το στηθοσκόπιο.

Η αναπνευστική συχνότητα προσδιορίζεται μετρώντας τον αριθμό των αναπνοών ανά λεπτό. Φυσιολογικά, ο αριθμός των αναπνοών σε ενήλικα κυμαίνεται μεταξύ 12 - 20/λεπτό. Κατά τη διάρκεια της ασθένειας η συχνότητα της αναπνοής παρεκκλίνει από το φυσιολογικό. Έτσι επί πυρετού η αναπνευστική συχνότητα αυξάνει. Επίσης φάρμακα όπως π.Χ. τα ναρκωτικά, καταστέλλουν την αναπνευστική συχνότητα.

Το βάθος των αναπνοών ποικίλλει φυσιολογικά από μικρό έως μεγάλο (ρηχές ή βαθιές αναπνοές).

Ο ρυθμός είναι φυσιολογικά κανονικός, με κάθε εισπνοή/εκπνοή και τις παύσεις μεταξύ τους να εμφανίζονται ανά τακτά χρονικά διαστήματα. Διαφορετικά, ο αναπνευστικός ρυθμός καλείται ακανόνιστος.

Σκοπός

Έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπιση διαταραχών αναπνευστικού ρυθμού. Διατήρηση επαρκούς ιστικής οξυγόνωσης.

Σχεδιασμός παρέμβασης

Καλό είναι, η μέτρηση των αναπνοών να γίνεται σε συνέχεια της αξιολόγησης του σφυγμού ώστε να μην καταλαβαίνει ο ασθενής ότι μετράτε τις αναπνοές. Διαφορετικά, μπορεί να τροποποιήσει το πρότυπο ή τη συχνότητα των αναπνοών.

Εάν οι αναπνοές είναι πολύ ρηχές και δύσκολο να αναγνωριστούν, παρατηρούμε την στερνική εντομή όπου η αναπνοή είναι πιο εμφανής.

Υλικό

- Ρολόι με δείκτες ή με ψηφιακή οθόνη Στυλό
- Χαρτί ή διάγραμμα
- Γάντια απλά, εάν έρχεστε σε επαφή με βιολογικά υγρά του ασθενή.

ΕΝΕΡΓΕΙΑ	ΑΙΤΙΟΛΟΓΗΣΗ
1. Εφαρμόστε υγιεινή χειρών, φορέστε γάντια εάν χρειάζεται.	Πρόληψη μετάδοσης λοιμώξεων.
2. Επιβεβαιώστε την ταυτότητα του ασθενή.	Πρόληψη λάθους.
3. Εξηγήστε τη διαδικασία στον ασθενή σαν να επρόκειτο να μετρήσετε τις σφίξεις.	Αύξηση της συνεργασίας και μείωση του άγχους του ασθενή.
4. Πιάστε το χέρι του όπως και στη διαδικασία μέτρησης σφίξεων, ενώ παρακολουθείτε τον αριθμό των αναπνοών του.	Ο ασθενής δεν θα αντιληφθεί ότι μετρούμε τις αναπνοές του κι έτσι δεν θα διαταραχθεί η συχνότητά τους.
5. Παρατηρείστε τις κινήσεις του θώρακα με κάθε εισπνοή και εκπνοή.	Ένας πλήρης κύκλος εισπνοής και εκπνοής αποτελεί μια αναπνοή.
6. Μετρήστε τις αναπνοές σε διάστημα 30 δευτερολέπτων. Πολλαπλασιάστε επί δύο και έχετε τον αριθμό των αναπνοών του ασθενή.	Ο χρόνος αυτός απαιτείται για να αξιολογήσουμε και άλλα χαρακτηριστικά της αναπνοής όπως το βάθος και η συχνότητα.
7. Εάν οι αναπνοές δεν είναι φυσιολογικές, μετρούμε για ένα ολόκληρο λεπτό ή και περισσότερο εφόσον το κρίνουμε σκόπιμο.	Η μέτρηση για ένα λεπτό επιτρέπει να εντοπίσουμε άνισα μεσοδιαστήματα αναπνοών.
8. Εφαρμόστε υγιεινή χειρών.	Πρόληψη διασποράς μικροβίων
9. Ενημερώστε το νοσηλευτικό φάκελο.	Σωστή τεκμηρίωση.

Πηγή: <https://www.mamatsio.gr/dioikisi/kardiologiko-tmima/nosileftika-protokolla/425-metrisi-zotikon-simeion.html>

Τοποθέτηση και φροντίδα περιφερικού φλεβικού καθετήρα

Προετοιμασία

1. Πλύνετε τα χέρια και εφαρμόστε αντισηπτικό διάλυμα.

2. Οργανώστε τα παρακάτω υλικά:

- Νεφροειδές
- Γάντια μη αποστειρωμένα
- Σετ γάζες αποστειρωμένες εντός του πεδίου
- Αντισηπτικό διάλυμα
- Περιχειρίδα για περίσφιξη του άκρου
- Διαφανές επίθεμα και λευκή αντιαλλεργική ταινία
- Φλεβοκαθετήρες
- Προέκταση με three-way
- Three-way εφόσον ο ασθενής ΔΕΝ λάβει ορούς και μόνο αν η κατάσταση της υγείας του ενέχει κίνδυνο επιδείνωσης
- Διάλυμα για έγχυση και συσκευή έγχυσης,
- Στατό
- Ετικέτα αυτοκόλλητη μεγάλου μεγέθους που αναγράφει το περιεχόμενο του ορού,
- Νάρθηκας ακινητοποίησης σε ασθενείς διεγερτικούς ή μωρά και παιδιά, εφόσον είναι απαραίτητο.

3. Αν θα χορηγήσετε IV υγρά ή φάρμακα πρέπει να εφαρμόσετε τα εξής:

- Αφαιρέστε το καπάκι του περιέκτη διατηρώντας καθαρή την περιοχή εισόδου της συσκευής.
- Με το αιχμηρό άκρο του συστήματος ορού τρυπήστε το ελαστικό πώμα με άσηπτη τεχνική.
- Ανυψώστε τον περιέκτη, εξαερώστε το σύστημα χωρίς να αφαιρέσετε το καπάκι από το άκρο του.
- Αναγράψτε σε ετικέτα αυτοκόλλητη μεγάλη επί του περιέκτη το ονοματεπώνυμο του ασθενή, τον θάλαμο, την ώρα, την ημερομηνία και τα αρχικά σας.
- Αναγράψτε σε ετικέτα αυτοκόλλητη η οποία θα τοποθετείται αναδιπλούμενη στο σύστημα ορού, την ημερομηνία και τα αρχικά σας.

4. Φορέστε γάντια μη αποστειρωμένα .
5. Ενημερώστε τον άρρωστο για την διαδικασία και το σκοπό της και τοποθετήστε τον σε αναπαυτική θέση.
6. Επιλέξτε το αριστερό χέρι εάν ο άρρωστος είναι δεξιόχειρας ή το αντίστροφο εάν είναι αριστερόχειρας.
7. Υποστηρίξτε καλά το άκρο.
8. Αποκαλύψτε την περιοχή που θα φλεβοκεντήσετε.
9. Τοποθετείστε το αποστειρωμένο πεδίο που περιέχει το σετ γαζών κάτω από την περιοχή που θα φλεβοκεντήσετε.
10. Επιλέξτε την φλέβα που θα παρακεντήσετε και ελέγξτε την καταλληλότητα.
11. Επιλέξτε αρχικά φλέβες του αντιβραχίου και δευτερευόντως του καρπού της ραχιαίας επιφάνειας της παλάμης.

Εφαρμογή

1. Τοποθετείστε την ελαστική περιδέση (05-10cm) κεντρικότερα από το σημείο στο οποίο πρόκειται να γίνει ο καθετηριασμός της φλέβας.
2. Ελέγξτε την παρουσία αρτηριακού σφυγμού.
3. Πείτε στον άρρωστο να ανοιγοκλείνει την παλάμη του και χαμηλώστε το άκρο κάτω από το επίπεδο της καρδιάς.
4. Εντοπίστε την φλέβα ή ψηλαφίστε αν δεν είναι ορατή. Αν η φλέβα δεν είναι διατεταμένη, αλλά είναι εύκολα ψηλαφητή, χτυπήσατε ελαφρά με την παλάμη σας.
5. Καθαρίστε το δέρμα πολύ καλά με αλκοολούχο διάλυμα και αφήστε να στεγνώσει στον αέρα για 10'' - 15''. Χρησιμοποιώντας σταθερές κυκλικές κινήσεις προς τα έξω με κέντρο το σημείο της φλεβοκέντησης.
6. Χρησιμοποιείστε τον αντίχειρα του αριστερού χεριού, εφαρμόστε ελαφρά τάση στο περιφερικό άκρο της φλέβας, με σκοπό την σταθεροποίησή της κατά την διάρκεια της φλεβοκέντησης.
7. Επιλέξτε για παρακέντηση το απώτερο (περιφερικότερο) σημείο της φλέβας.
8. Κρατήστε το φλεβοκαθετήρα με το ανοιχτό, λοξό άκρο της βελόνας (οδηγού) να βλέπει προς τα πάνω και εισάγετέ τον υπό γωνία 30°.
9. Όταν παρακεντηθεί η φλέβα εμφανίζεται αίμα στο οπίσθιο θάλαμο του οδηγού του καθετήρα. Μειώστε τη γωνία της βελόνας έως αυτή να είναι παράλληλη προς το δέρμα ενώ συγχρόνως εφαρμόστε πίεση προς την ίδια κατεύθυνση και μπίετε στη φλέβα αφαιρώντας τον μεταλλικό οδηγό.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΑΓΡΥΠΝΗΣΗ: σε περίπτωση που έχετε μερικώς ή ολικώς αποσύρει τη βελόνα (μεταλλικό οδηγό), μην προσπαθήσετε να την επανεισάγετε έλκοντας τον καθετήρα (πλαστικό κομμάτι), γιατί ένας τέτοιος χειρισμός μπορεί να οδηγήσει σε αποκοπή του άκρου του καθετήρα μέσα στη φλέβα.

10. Σε περίπτωση αδυναμίας προώθησης του καθετήρα με αυτόν το χειρισμό, αφαιρέστε και εφαρμόστε πίεση στο σημείο της παρακέντησης.
11. Αν μέσω του φλεβοκαθετήρα πρόκειται να ληφθούν δείγματα αίματος, προσαρμόστε στο οπίσθιο θάλαμο του φλεβοκαθετήρα μια σύριγγα και αναρροφήστε την απαιτούμενη ποσότητα αίματος και λύστε την ελαστική περιδέση.
12. Συνδέστε εφόσον παίρνει ορό ο ασθενής την προέκταση ορού με το προσαρμοσμένο 3 way και τη συσκευή ορού και ρυθμίστε ανάλογα τη ροή. **Αν δεν ακολουθεί χορήγηση ορού, προχωρήστε σε έκπλυση του φλεβοκαθετήρα χορηγώντας 5ml N/S 0,9%.**
13. Στερεώστε με διάφανο αυτοκόλλητο επίθεμα και **αναγράψτε την ημερομηνία** και ώρα τοποθέτησης του καθετήρα. Τοποθετείστε **όπου κρίνεται απαραίτητο δικτυωτό επίδεσμο** για σταθεροποίηση.
14. Ποτέ μην εφαρμόζετε οποιαδήποτε ταινία πάνω στη μεμβράνη είτε από το εμπρός είτε από το πίσω μέρος του φλεβοκαθετήρα. Δεν προσθέτουν τίποτε επιπλέον, αντιθέτως τον εκθέτουν σε κίνδυνο.
15. Τοποθετήστε το άκρο σε αναπauτική θέση ή ακινητοποιείτε το με νάρθηκα αν χρειάζεται.
16. Αφαιρέστε τα γάντια και απορρίψτε το υλικό κατάλληλα (ειδικά δοχεία). Πλύνετε τα χέρια σας και εφαρμόστε αντισηπτικό διάλυμα.

Παρακολούθηση

1. Επισκόπηση της πύλης εισόδου και της κατάστασης των επιθεμάτων καθημερινά σύμφωνα με τον **πίνακα 1**.
2. Αλλαγή επιθεμάτων θα πρέπει να γίνεται σε κάθε περίπτωση που διαπιστώνεται: Αποκόλληση, Εκροή υγρού ή αίματος, Υγρασία, Συσσώρευση εξωτερικά ρύπων.
3. Η περιποίηση του φλεβοκαθετήρα να γίνεται ως εξής:
 - Αφαιρέστε τα επιθέματα:
 - Βάλτε αντισηπτικό διάλυμα στην πύλη εισόδου του καθετήρα.
 - Ελέγξτε για επιπλοκές φλεβοκέντησης.
 - Καθηλώστε με νέο αποστειρωμένο επίθεμα.

4. Εφόσον δεν υπάρχουν σημεία φλεβίτιδας, η αλλαγή του φλεβοκαθετήρα γίνεται κάθε 96 ώρες. Σε κάθε αλλαγή του φλεβοκαθετήρα αλλάζουμε μαζί και την συσκευή ορού.

5. Κατά τη χορήγηση της φαρμακευτικής αγωγής γίνεται ταυτόχρονα έλεγχος της βατότητας του φλεβοκαθετήρα.

6. Στην περίπτωση που δεν προωθείται το φάρμακο ή ο ασθενής παραπονιέται για πόνο, προβαίνουμε άμεσα σε αλλαγή του φλεβοκαθετήρα.

7. Αν δεν χορηγείται ορός στον ασθενή, μετά το τέλος της IV αγωγής γίνεται πάντα έκπλυση του φλεβοκαθετήρα με 10ml N/S 0,9% ή περισσότερο, ανάλογα με το σκεύασμα που χορηγήθηκε.

8. Οδηγίες προς τον ασθενή:

- Να αναφέρει οποιοδήποτε αίσθημα πόνου, καύσου, οιδήματος ή τυχόν εκροή υγρού από το σημείο εισόδου του καθετήρα.
- Δεν θα πρέπει να κάμπτονται, να συμπιέζονται οι σωλήνες της συσκευής χορήγησης υγρών ή να μεταβάλλεται η ταχύτητα ροής αυτών.

9. Επιπρόσθετοι περιορισμοί μπορεί να θεωρηθούν απαραίτητοι για να υπενθυμίζουν στον άρρωστο ότι έχει φλεβοκαθετήρα ή για να αποφευχθεί η κατά λάθος αφαίρεση του εάν είναι ανήσυχος.

Τι διάλυμα πρέπει να χρησιμοποιούμε για τη διατήρηση της βατότητας των ΠΦΚ

Διάλυμα NaCl 0,9%	Διάλυμα Ηπαρίνης
Το διάλυμα NaCl 0,9%, ανήκει στα κρυσταλλοειδή διαλύματα και λόγω της ισοτονικής του συγκέντρωσης είναι ευρέως χρησιμοποιημένο	Η ηπαρίνη ακόμα και σε μικρές δόσεις είναι ικανή να προκαλέσει αιμορραγία σε ασθενείς, όταν αυτή χρησιμοποιείται για ανεξέλεγκτο αριθμό εκπλύσεων
Χρησιμοποιείται για την έκπλυση στις ενδοφλέβιες εγχύσεις, στην περιποίηση τραυμάτων κ.α.	Επαναλαμβανόμενες εκπλύσεις με ηπαρινούχο διάλυμα ακόμα και με μικρές δόσεις ηπαρίνης είναι ικανές να μεταβάλουν τον χρόνο της ενεργοποιημένης θρομβοπλαστίνης (σχετίζεται με την πήξη του αίματος)
Το διάλυμα NaCl 0,9%, για τους παιδιατρικούς ασθενείς ενδείκνυται διότι διατηρεί την βατότητα του φλεβοκαθετήρα μειώνοντας τους κινδύνους, που ενέχει η χρήση της ηπαρίνης	Η άσκοπη χρήση της ηπαρίνης πρέπει να αποφεύγεται, καθώς υπάρχουν κίνδυνοι για ενδοκοιλιακή και εγκεφαλική αιμορραγία (κυρίως σε νεογέννητα) θρομβοκυτταροπενία, υπερευαισθησία στην ηπαρίνη, αλληλεπίδραση με φάρμακα και αλλεργικές αντιδράσεις
Η αύξηση του χρόνου παραμονής των ΠΦΚ αυξάνει την πιθανότητα επιπλοκών, όπως η απόφραξη και η λοίμωξη του καθετήρα. Είναι σημαντικό μετά από κάθε ενδοφλέβια έγχυση να γίνεται έκπλυση του καθετήρα με αιμοσυμβατή λύση όπως το διάλυμα NaCl 0,9% σύμφωνα με το Διεθνές Κέντρο Ελέγχου Λοιμώξεων	Αν και οι παρενέργειες από την χρήση ηπαρινούχου διαλύματος δεν είναι συχνές εντούτοις είναι πιθανόν να παρατηρηθούν τα εξής: αιμορραγία, εκχυμώσεις, κνησμός, ερεθισμός του δέρματος, αιματηρές ή μέλανες κενώσεις
Το Διεθνές Κέντρο Ελέγχου Λοιμώξεων (CDC) δεν συνιστά τη συστηματική χρήση ηπαρίνης, για να αποφευχθούν επιπλοκές, σε όλους τους τύπους φλεβικών καθετήρων	

Flushing (έκπλυση) και Locking (κλείσιμο) του ΠΦΚ

Πότε γίνεται

Η έκπλυση θα πρέπει να γίνεται αμέσως μετά από την τοποθέτηση του φλεβοκαθετήρα. Έκπλυση με NaCl 0,9% μετά τη χορήγηση κάθε φαρμάκου έχει σαν αποτέλεσμα την αποφυγή επαφής των φαρμάκων μεταξύ τους και κατ' επέκταση την αποφυγή δημιουργίας ιζήματος, που θα προκαλούσε διαταραχή στη βατότητα του καθετήρα.

Κατά τη συστηματική χορήγηση φαρμάκου θα πρέπει να ξεπλένουμε με NaCl 0,9% τη φλεβική γραμμή και να διατηρούμε τη βατότητά της για να την ξαναχρησιμοποιήσουμε. Για να το επιτύχουμε αυτό θα πρέπει να γίνεται έκπλυση συστηματικά ανά 6ωρο στην φλέβα, με ποσότητα ίση με τη χωρητικότητα του συνδετικού ασφαλείας επί 2 (δηλ. 0,3 ml η χωρητικότητα του συνδετικού x 2 = 0,6 ml).

Αντίθετα, όταν ο καθετήρας δεν χρησιμοποιείται θα πρέπει να γίνεται έκπλυση κάθε 12 ώρες μόνο με 1 ml ηπαρινούχου διαλύματος.

Προσοχή

- Ανάλογα με την φαρμακευτική αγωγή που χορηγείται μπορεί να μην ενδείκνυται ούτε η χρήση ηπαρινούχου διαλύματος, ούτε η χρήση διαλύματος NaCl 0,9% για την έκπλυση λόγω του ότι αλληλοεπιδρούν με το χορηγούμενο φάρμακο
- Για παράδειγμα, τα φάρμακα αμφοτερικίνη Β, ανοσοσφαιρίνη αφού χορηγηθούν ενδείκνυται η έκπλυση να γίνεται με δεξτρόζη 5%, διότι δεν αλληλοεπιδρά με αυτά τα φάρμακα και προλαμβάνει την δημιουργία θρόμβου

Αφαίρεση ΠΦΚ

- Διακοπή έγχυσης και αποσύνδεση από το συνδετικό
- Αφαίρεση αυτοκόλλητης ταινίας από το δέρμα
- Απόσυρση του καθετήρα εκτός φλέβας και άμεση εφαρμογή πίεσης με γάζα για τουλάχιστον 5 λεπτά
- Τοποθετήστε γάζα ή ένα κομμάτι τολύπιο με αυτοκόλλητη ταινία πάνω στην περιοχή και ενημερώνουμε τον ασθενή ή συνοδό να εφαρμόσει πίεση με το χέρι για 5-10 λεπτά ώστε να ελαχιστοποιηθεί η πιθανότητα αιματώματος

Επιστημονική Επιμέλεια Μάτζιου - Μεγαπάνου Βασιλική Βλαχιώτη Ευφροσύνη

Πίνακας 1. Κλίμακα εκτίμησης φλεβίτιδας

Εύρημα	Βαθμός	Αξιολόγηση
Η περιοχή της φλεβοκέντησης εμφανίζεται φυσιολογική.	0	Κανένα σημείο φλεβίτιδας.
Παρουσία ενός εκ των παρακάτω: 1. Ήπιος πόνος στην περιοχή έγχυσης. 2. Ήπια ερυθρότητα στην περιοχή έγχυσης.	1	Πρώιμα σημεία φλεβίτιδας. Αντικατάσταση φλεβοκαθετήρα.
Παρουσία δύο εκ των παρακάτω: 1. Πόνος στην περιοχή της έγχυσης. 2. Ερύθημα 3. Οίδημα	2	Πρώτο στάδιο φλεβίτιδας. Αντικατάσταση φλεβοκαθετήρα.
Παρουσία όλων των παρακάτω: 1. Πόνος κατά μήκος του φλεβοκαθετήρα. 2. Ερύθημα 3. Σκληρία	3	Μέσου σταδίου φλεβίτιδα. Αντικατάσταση φλεβοκαθετήρα. Σκεφτείτε την έναρξη θεραπείας.
Όλα τα παρακάτω είναι παρόντα σε μεγάλη έκταση: 1. Πόνος κατά μήκος του φλεβοκαθετήρα. 2. Ερύθημα. 3. Σκληρία. 4. Ψηλαφητή σκλήρυνση κατά την πορεία (σαν κορδόνι).	4	Προχωρημένη φλεβίτιδα, πρώιμο στάδιο θρομβοφλεβίτιδας. Αντικατάσταση φλεβοκαθετήρα. Σκεφτείτε την έναρξη θεραπείας.
Όλα τα παρακάτω είναι παρόντα και σε μεγάλη έκταση: 1. Πόνος κατά μήκος του φλεβοκαθετήρα. 2. Ερύθημα. 3. Σκληρία. 4. Ψηλαφητή σκλήρυνση κατά την πορεία (σαν κορδόνι). 5. Πυρετός	5	Προχωρημένο στάδιο θρομβοφλεβίτιδας. Αντικατάσταση φλεβοκαθετήρα. Ξεκινήστε θεραπεία.

Ενδείξεις για την επιλογή μεγέθους καθετήρα			
ΜΕΓΕΘΟΣ	ΧΡΩΜΑ	ΡΥΘΜΟΣ ΕΓΧΥΣΗΣ ml/min	ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ
14G	ΚΑΦΕ	265	Επείγουσες μεταγγίσεις ολικού αίματος Γρήγορη αντικατάσταση υγρών
16G	ΓΚΡΙ	170	Επείγουσες μεταγγίσεις παραγώγων Γρήγορη αντικατάσταση υγρών
17G	ΑΣΠΡΟ	135	Χορήγηση μεγάλων όγκων υγρών
18G	ΠΡΑΣΙΝΟ	90	Χορήγηση υγρών Μεταγγίσεις
20G	ΡΟΖ	55	Εγχύσεις ρουτίνας (2-3 lt) την ημέρα Bolus χορηγήσεις φαρμάκων Ενδοφλέβια θεραπεία ρουτίνας
22G	ΜΠΛΕ	25	Για μικρές ή εύθραυστες φλέβες Για ενδοφλέβια θεραπεία μικρής διάρκειας

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗΣ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΑΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	
ΌΡΟΣ	ΕΡΜΗΝΕΙΑ
ΦΛΕΒΙΤΙΔΑ	Φλεγμονή της φλέβας. Συνδέεται με σχηματισμό θρόμβου στο άκρο του φλεβοκαθετήρα. Αλλιώς γνωστή ως θρομβοφλεβίτιδα. Εκδηλώνεται ως ερυθρότητα, οίδημα, πόνο στην πύλη εισόδου ή κατά μήκος της φλέβας. Επιβάλλεται αντικατάσταση του καθετήρα και εφαρμογή επιπαστικών.
ΕΞΑΓΓΕΙΩΣΗ	Η έγχυση εκτός της φλέβας. Εκδηλώνεται με οίδημα, καύσο ή πόνο, ευαισθησία στο σημείο εισόδου, χαμηλότερη θερμοκρασία της περιοχής και απουσία επιστροφής αίματος. Επιβάλλεται η διακοπή της έγχυσης, χορήγηση τοπικού αντιδότη (αν ενδείκνυται) και εφαρμογή θερμών επιθεμάτων στην περιοχή.
ΑΠΟΦΡΑΞΗ ΚΑΘΗΤΗΡΑ	Εμφανίζεται όταν υγρό ή φάρμακο δεν μπορεί να εισέλθει στη φλεβική κυκλοφορία. Συνιστάται ήπια προσπάθεια αναρρόφησης και στη συνέχεια πλύση του καθετήρα. Εάν δεν λειτουργήσει αυτή η λύση, επιβάλλεται αντικατάσταση της φλεβικής γραμμής και τοποθέτηση νέας σε άλλο σημείο.
ΕΡΕΘΙΣΜΟΣ ΦΛΕΒΑΣ	Εκδηλώνεται επί χορήγησης διαλυμάτων με υψηλό ή χαμηλό pH ή υψηλή ωσμωτικότητα (όπως διάλυμα KCL, φαινυτοΐνης, βανκομυκίνης ή ερυθρομυκίνης). Ο ασθενής αναφέρει πόνο, ενώ ερυθρότητα και φλεβίτιδα εκδηλώνονται ταχύτατα. Συστήνεται η σωστή διάλυση των ερεθιστικών φαρμάκων και η μείωση του ρυθμού ροής.
ΑΙΜΑΤΩΜΑ	Εμφανίζεται όταν συμβαίνει διαρροή αίματος στον έξω αγγειακό χώρο. Εκδηλώνεται με ευαισθησία στο σημείο, πιθανά μελανιά και δυσκολία έγχυσης. Επιβάλλεται η αντικατάσταση της περιφερικής γραμμής και η εφαρμογή πίεσης στο σημείο για την επίσχεση της αιμορραγίας. Η εφαρμογή των θερμών επιθεμάτων θα βοηθήσει στην απορρόφηση του αιματώματος.
ΣΠΑΣΜΟΣ ΦΛΕΒΑΣ	Εκδηλώνεται σε σοβαρό ερεθισμό της φλέβας, σε χορήγηση ψυχρών διαλυμάτων ή παραγώγων αίματος ή σε έγχυση κρουνηδόν. Ο ασθενής αναφέρει πόνο και η ροή θα μειωθεί ακόμα και αν έχει ρυθμιστεί με γρήγορο ρυθμό. Συστήνεται θερμά επιθέματα πάνω από τη φλέβα και μείωση της ροής.
ΘΡΟΜΒΩΣΗ	Εκδηλώνεται όταν αιμοπετάλια σχηματίζουν θρόμβο στο άκρο του καθετήρα εξαιτίας της τραυματικής διαδικασίας της φλεβοκέντησης. Η φλέβα θα είναι ερυθρή, επώδυνη και οιδηματώδης. Το διάλυμα δεν εγχέεται με τον επιθυμητό ρυθμό. Στην περίπτωση αυτή, πρέπει να αντικατασταθεί η περιφερική γραμμή με νέα, στο αντίθετο άκρο.
ΒΛΑΒΗ ΣΕ ΝΕΥΡΟ Ή ΤΕΝΟΝΤΑ	Εκδηλώνεται εξαιτίας ακατάλληλης τεχνικής κατά την φλεβοκέντηση ή σφιχτή περίδεση. Ο ασθενής πιθανά αναφέρει μεγάλο πόνο στο σημείο εισόδου, αιμωδία, μυϊκό σπασμό και σταδιακά μπορεί να εκδηλώσει αιμωδία και διαταραχές κινητικότητας.
ΒΑΚΗΡΙΑΙΜΙΑ	Σπάνια επιπλοκή της περιφερικής φλεβικής γραμμής που οφείλεται σε μη άσηπτη τεχνική κατά την τοποθέτηση του καθετήρα, παραμελημένη φλεβίτιδα ή πλημμελή παρακολούθηση και φροντίδα του σημείου εισόδου. Ο ασθενής μπορεί να εκδηλώσει πυρετική κίνηση, κακουχία και ρίγη. Συστήνεται η ενημέρωση του θεράποντα ιατρού, η αντικατάσταση του καθετήρα, η λήψη καλλιέργειας από το άκρο της περιφερικής φλεβικής γραμμής και η έναρξη αντιβιοτικής θεραπείας με την ιατρική οδηγία.

Εισαγωγή και φροντίδα κεντρικού φλεβικού καθετήρα - Νοσηλευτικές διαδικασίες.

Πρόκειται για τη διαδερμική τοποθέτηση καθετήρα, που μπορεί να προωθηθεί μέχρι την άνω κοίλη φλέβα για:

1. Τη μέτρηση της κεντρικής φλεβικής πίεσης.
2. Την χορήγηση ολικής παρεντερικής διατροφής στον ασθενή.
3. Τη παρατεταμένη χορήγηση ενδοφλεβίων ορών και φαρμάκων.
4. Τη μέτρηση της πίεσης της πνευμονικής αρτηρίας με καθετήρα swanganz, κ.α
5. Όταν υπάρχει αδυναμία πρόσβασης σε περιφερικές φλέβες.
6. Αιμοκάθαρση.

Προσωπικός προστατευτικός εξοπλισμός

1. Γάντια ελαστικά μη αποστειρωμένα.
2. Μάσκα προσώπου.
3. Πλαστική ποδιά μιας χρήσης.
4. Κάλυμμα κεφαλής

Set Κεντρικού Φλεβικού Καθετήρα

1. Τροχήλατο μεταφοράς υλικού με το απαραίτητο δοχείο για την απόρριψη υλικού.
2. Σετ καθετηριασμού της κεντρικής φλέβας(μονού, διπλού, τριπλού, τετραπλού αυλού) ανάλογα με τις ανάγκες του ασθενή.
3. Αποστειρωμένα τετράγωνα(2-3) και σχιστό.
4. Αποστειρωμένα γάντια(2-3 ζεύγη το ανάλογο μέγεθος).
5. Αποστειρωμένες γάζες.
6. Αντισηπτικά (αλκοολούχο διάλυμα γλυκονικής χλωρεξιδίνης >0,5% σε διάλυμα ισοπροπυλικής αλκοόλης 70%).
7. Χειρουργικό μαχαιρίδιο.
8. Ψαλίδι.
9. Χειρουργική και ανατομική λαβίδα.
10. Νεφροειδές.
11. Αδιάβροχο υποσέντονο.
12. Ξυραφάκι.
13. Συσκευές ορού, σύριγγες, ράμματα.
14. Οροί.
15. Τοπικό αναισθητικό (xylocaine).
16. Αντιπηκτικό (Heparine).
17. Αποστειρωμένα Διαφανή Επιθέματα για τη κάλυψη του σημείου παρακέντησης.
18. Ράμμα Μετάξι (No 2.0 ή 3.0 με βελόνη)

Περιγραφή νοσηλευτικής διαδικασίας

ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ	ΑΙΤΙΟΛΟΓΗΣΗ
1.Επιβεβαιώστε την ταυτότητα του ασθενή.	Πρόληψη λάθους
2.Ενημέρωση του ασθενή για το σκοπό που θα γίνει ο καθετηριασμός	Για τη καλύτερη συνεργασία του ασθενή
3.Οργανώστε το υλικό	Αποφυγή άσκοπων μετακινήσεων
4.Τοποθέτηση παραβάν ή κουρτίνας. Απομάκρυνση του επισκεπτηρίου από το δωμάτιο.	Εξασφαλίζεται η ατομικότητα του ασθενή
5.Αφαιρέστε τον ρουχισμό και απομακρύνετε το μαξιλάρι του ασθενή.	
6.Ανάλογα με την επιλογή της θέσης της παρακέντησης, προχωρήστε σε ευπρεπισμό της περιοχής.	Για πρόληψη λοιμώξεων
7.Τοποθετήστε κάτω από το κεφάλι και την ωμοπλάτη του ασθενή αδιάβροχο υποσέντονο και τετράγωνο (ή κάτω από το σημείο του σώματος που θα γίνει η τοποθέτηση του καθετήρα).	Προστατεύονται τα κλινοσκεπάσματα από αίμα, υγρά κ.α.
8. Φροντίστε ώστε ο ασθενής να βρίσκεται στη σωστή θέση ύπτια - Trendelenburg 10-20 μοίρες (το κεφάλι χαμηλότερα από τα πόδια), με στραμμένο το πρόσωπο προς την αντίθετη πλευρά της παρακέντησης.	Για διευκόλυνση του γιατρού, και μικρότερη ταλαιπωρία του ασθενή
9.Πλύνετε τα χέρια σας με αντιμικροβιακό σαπούνι και νερό ή με αλκοολούχο αντισηπτικό - αλκοολούχο διάλυμα γλυκονικής χλωρεξιδίνης>0,5% σε διάλυμα ισοπροπυλικής αλκοόλης 70% (επαρκής ποσότητα, αφήνοντας το αντισηπτικό πάνω στα χέρια για 3 min μέχρι να στεγνώσει)	Για πρόληψη μετάδοσης μικροβίων από ασθενή σε ασθενή. Η χρήση των γαντιών δεν υποκαθιστά την υγιεινή των χεριών
10. Φορέστε γάντια μιας χρήσης (μη αποστειρωμένα)	Προστασία από τυχόν έκθεση σε βιολογικά υγρά
ΕΦΑΡΜΟΓΗ	
11. Ετοιμάστε και τοποθετήστε στο στατό τον ορό που πρόκειται να χορηγηθεί στον ασθενή.	
12. Ελέγξτε την γενική κατάσταση του ασθενή κάνοντας λήψη ζωτικών σημείων	Αποφυγή επιπλοκών

13.Ανοίξτε το σετ σε ασφαλές και προσιτό σημείο σε γιατρό και νοσηλεύτη. Ετοιμάστε το τοπικό αναισθητικό, αντισηπτικό διάλυμα και ότι άλλο είναι απαραίτητο.	Απαραίτητη η καλή συνεργασία γιατρού – νοσηλεύτη-ασθενή για τη ταχύτερη διεκπεραίωση του καθετηριασμού
14. Βοηθήστε τον γιατρό να φορέσει τα αποστειρωμένα γάντια (Έχει ήδη προηγηθεί το πλύσιμο των χεριών του ιατρού και η τοποθέτηση μάσκας, σκούφου και ποδιάς	Για πρόληψη μετάδοσης μικροβίων
15. Στη φάση αυτή ο γιατρός κάνει αντισηψία του δέρματος, τοπική αναισθησία, τοποθετεί τα αποστειρωμένα τετράγωνα και στη συνέχεια διενεργεί τη παρακέντηση και εισάγει τον καθετήρα.	Σ' αυτό το σημείο απαραίτητη κρίνεται η καλή συνεργασία νοσηλεύτη – γιατρού.
16. Βοηθήστε τον ασθενή να μείνει ακίνητος κατά την παρακέντηση και την εισαγωγή του καθετήρα	Αποφυγή επιπλοκών
17. Μην απομακρύνετε από τον ασθενή. Παρακολουθήστε τα ζωτικά και την γενική κατάσταση του ασθενή.	Ο πόνος και ο φόβος μπορεί να προκαλέσουν βαγοτονικό επεισόδιο
18.Συνδέστε τη συσκευή του ορού με τον καθετήρα μετά την εισαγωγή του και ανοίξτε τη συσκευή του ορού	Βεβαιωθείτε για την ελεύθερη ροή του ορού
19.Στο σημείο αυτό γίνεται συρραφή του καθετήρα από το γιατρό. (Αυστηρή προσήλωση στις οδηγίες σταθεροποίησης του καθετήρα κεντρικής φλέβας)	Για να εμποδίζεται η κίνησή του μέσα έξω στο σημείο εισαγωγής του καθετήρα.
20.Στερεώστε τον καθετήρα στη θέση του με αυτοκόλλητο (κατά προτίμηση διαφανές) επίθεμα και αναγράψτε την ημερομηνία τοποθέτησης του καθετήρα	
21.Ρυθμίστε τη ροή του ορού και παραμείνετε δίπλα στον ασθενή.	Παρακολούθηση του ασθενή για γενικές ή τοπικές αντιδράσεις.
22.Επαναφορά του κρεβατιού στην κανονική θέση	Έλεγχος για ύπαρξη αναπνευστικής δυσχέρειας.
23.Απορρίψτε τον οδηγό ή άλλον πιθανά χρησιμοποιημένο φλεβοκαθετήρα στον κάδο απόρριψης αιχμηρών αντικειμένων	Πρόληψη του κινδύνου τρυπήματος από την βελόνη.
24. Προγραμματίστε άμεσα εκτέλεση ακτινογραφίας θώρακος	Για την επιβεβαίωση της σωστής θέσης του καθετήρα

ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΣΤΑΘΕΡΟΠΟΙΗΣΗΣ ΚΑΘΕΤΗΡΑ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΦΛΕΒΑΣ

- Διατηρήστε το σημείο παρακέντησης άσηπτο.
- Θεωρείται χειρουργικό τραύμα και επομένως πύλη εισόδου μικροβίων
- Συρράψτε τον καθετήρα στο δέρμα χρησιμοποιώντας το πτερύγιο στερέωσης ραμμάτων
- Μη συρράπτετε τη σωλήνωση του καθετήρα
- Καλύψτε τη θέση εισαγωγής με στεγανό επίδεσμο
- Οι επίδεσμοι των τραυμάτων πρέπει να διατηρούνται καθαροί και στεγνοί
- Ελέγχετε τη θέση του καθετήρα σε τακτική βάση

ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΕΝΤΡΙΚΟΥ ΚΑΘΕΤΗΡΑ

- Αλλαγή της συσκευής χορήγησης κάθε μέρα
- Κατά το χειρισμό του αρμού σύνδεσης με τη συσκευή του ορού απαιτούνται:
 - Αποστειρωμένα γάντια
 - Αντισηψία
 - Κλείσιμο πάντα με νέο βιδάκι (πώμα)
 - Τοποθέτηση του αρμού σύνδεσης πάνω σε αποστειρωμένη γάζα

Αντισηψία των αρμών σύνδεσης αμέσως πριν τον οποιοδήποτε χειρισμό του συστήματος του κεντρικού φλεβικού καθετήρα με χλωρεξιδίνη, ιωδιούχο ποβιδόνη ή ισοπροπυλική αλκοόλη 70%, σύμφωνα με οδηγίες ΚΕΕΛΠΝΟ

- Αλλαγή της επίδεσης το πρώτο 24ωρο μετά την τοποθέτηση του καθετήρα (μπορεί να παρατηρηθεί ελαφρά αιμορραγία)
- Το σημείο εισόδου επισκοπείται καθημερινά
- Αλλάζεται αν είναι χαλαρό ή λερωμένο το κάλυμμα.
- Αλλαγή της επίδεσης κάθε 4-7 ημέρες
- Αντικατάσταση των επιθεμάτων όταν είναι υγρά, ρυπαρά ή έχουν αποκολληθεί με άσηπτη τεχνική.
- Δεν συνιστώνται αλοιφές με αντιβιοτικά στην τοπική περιποίηση του σημείου εισόδου
- Στην αφαίρεση της επίδεσης:
 - Χρήση αποστειρωμένων γαντιών και μάσκας
 - Αποστειρωμένο διαφανές ημι-διαπερατό επίθεμα
 - Αποστειρωμένες αυτοκόλλητες γάζες
 - Διάλυμα χλωρεξιδίνης (>0,5% χλωρεξιδίνη σε 70% ισοπροπυλική αλκοόλη)
 - Αυτοκόλλητα ράμματα
 - Αποστειρωμένος στυλεός λήψης καλλιέργειας
 - Εφαρμογή νέας επίδεσης

Έντυπο ελέγχου διαδικασίας εισαγωγής και φροντίδας κεντρικού φλεβικού καθετήρα

	ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΕΝΤΥΠΟ ΕΛΕΓΧΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ ΚΑΙ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΚΕΝΤΡΙΚΟΥ ΦΛΕΒΙΚΟΥ ΚΑΘΗΤΗΡΑ
ΚΛΙΝΙΚΗ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΛΕΓΧΟΥ
ΚΛΙΝΙΚΟΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΗΣ	
ΠΡΟΣΤΑΜΕΝΟΣ	

ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΤΙΚΑ	ΜΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΤΙΚΑ	ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΑ ΜΕΤΡΑ
Έλεγχος του on/μου για αποφυγή λάθους & Ενημέρωση του ασθενή			
Οργάνωση υλικού			
Τοποθέτηση παραβάν			
Αφαίρεση ρούχων			
Ευπρεπισμός περιοχής ανάλογα θέσης			
Τοποθέτηση αδιάβροχου υποσέντονου στο σημείο εισαγωγής			
Σωστή θέση ασθενή			
Πλύσιμο χεριών- εφαρμογή γαντιών μιας χρήσης			
Τοποθέτηση στατό και ορού κοντά στον ασθενή			
Λήψη ζωτικών σημείων			
Τοποθέτηση σερ και προετοιμασία κατάλληλου υλικού			
Εφαρμογή αποστειρωμένων γαντιών στον γιατρό			
Παρακίνηση του ασθενή να παραμείνει ακίνητος κατά την εισαγωγή του καθετήρα			
Παρακολούθηση ζωτικών σημείων			
Σύνδεση συσκευής με καθετήρα και άνοιγμα συσκευής ορού			
Μετά την συρραφή στερέωση του καθετήρα και αναγραφή ημερομηνίας τοποθέτησης			
Ρύθμιση ροής			
Επαναφορά του κρεβατιού στη κανονική θέση			
Απόρριψη χρησιμοποιούμενου υλικού αναλόγως			
Προγραμματισμός εκτέλεσης ακτινογραφίας θώρακα			

Υπογραφή αξιολογούμενου νοσηλευτή/τριας

Υπογραφή αξιολογητή

Διαδικασία αιμοληψίας – Προετοιμασία ασθενούς

- Νηστεία 12ωρη (αποφυγή λιπαιμίας, ψευδώς αυξημένων τιμών γλυκόζης)
- Αποφυγή αλκοόλ για 24 ώρες (προσδιορισμός λιπιδίων, ηπατικών ενζύμων, γ-GT)
- Προτιμώμενη ώρα αιμοληψίας: 7-9 το πρωί
- Για προσδιορισμό επιπέδων φαρμάκων-έλεγχος χρόνου χορήγησης
- Έλεγχος χορήγησης φαρμάκου που μπορεί να επηρεάσει αποτέλεσμα κάποιας εξέτασης- διακοπή

Απαιτούμενα υλικά

- Σύριγγες διαφόρων μεγεθών και βελόνες
- Νεφροειδές
- Αντισηπτικό διάλυμα
- Γάντια όχι αποστειρωμένα
- Λάστιχο περιδεσης ή tourniquet
- Τολύπια βάμβακος ή γάζες
- Αποστειρωμένα επιθέματα ή υποαλλεργικό λευκοπλάστ
- Κυτίο απόρριψης αιχμηρών αντικειμένων
- Φιαλίδια για τη συλλογή του αίματος

Χαρακτηριστικά βελόνων

1. Η επιλογή της βελόνας γίνεται με βάση την εσωτερική της διάμετρο και το μήκος της.
2. Η Εσωτερική διάμετρος της βελόνας εκφράζεται με ένα αριθμό G και το μήκος της σε ίντσες ή χιλιοστά.
3. Όσο μεγαλύτερη είναι η διάμετρος τόσο μικρότερος είναι ο αριθμός G
4. Στους ενήλικες χρησιμοποιούνται συνήθως βελόνες 19 ή 21 G. Στα παιδιά χρησιμοποιούνται συνήθως βελόνες 23 G.
5. Βελόνες με μεγάλη διάμετρο μπορεί να τραυματίσει τη φλέβα (ιστικό παράγοντα - τροποποιήσει αιμόσταση)
6. Βελόνες με μικρή διάμετρο αυξάνουν το χρόνο αιμοληψίας (πίεσης στη βελόνα – αιμόλυση)
7. Συστήματα αιμοληψία τύπου Πεταλούδας χρησιμοποιούνται συνήθως σε ασθενείς με δύσκολες για αιμοληψία φλέβες.

8. Συστήματα αιμοληψία τύπου Vacutainer χρησιμοποιούνται συνήθως σε ασθενείς με πολλές εξετάσεις άρα και χρήση πολλών σωληναρίων

Βελόνες

Γκρί βελόνες G-18 × 1 1/2" 1.20mm x 40mm

Ροζ Βελόνες G-19 × 1 1/2" 1.10mm x 40mm

Κρεμ Βελόνες G-20 × 1" 0.90mm x 25mm

Κίτρινο Βελόνες G-21 × 1 1/2" 0.80mm x 40mm

Πράσινο Βελόνες G-22 × 1 1/2" 0.70mm x 40mm

Μαύρο Βελόνες G-23 × 1" 0.60mm x 25mm

Μπλε Βελόνες G-25 × 5/8" 0.50mm x 16mm

Πορτοκαλί Βελόνες G-26 × 1/2" 0.45mm x 12.7mm

Καφέ Βελόνες G-27 × 1/2" 0.40mm x 12,7"mm



Με τη βοήθεια καινοτόμου συσκευής που εντοπίζει τις φλέβες και προβάλλει στην επιφάνεια του δέρματος την εικόνα της θέσης τους σε πραγματικό χρόνο, ανιχνεύονται οι πλέον δύσκολες στην εμφάνιση και λεπτές φλέβες, πετυχαίνοντας την άριστη αιμοληψία, χωρίς να ταλαιπωρείται ο εξεταζόμενος.

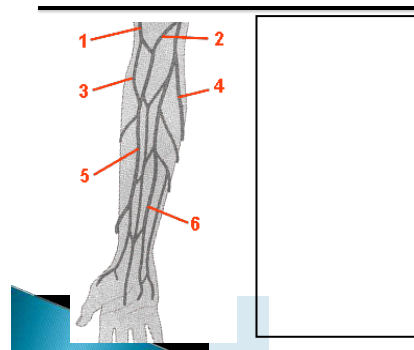


Τεχνική αιμοληψίας

- Επιλέξτε τη φλέβα που θα παρακεντήσετε και ελέγξτε την καταλληλότητα της.
- Δέστε το λάστιχο περίδεσης λίγο πιο πάνω από το σημείο της αιμοληψίας
- Ψηλαφίστε τη φλέβα (θέση, φορά, σκληρότητα)
- Καθαρίστε το δέρμα με αντισηπτικό διάλυμα
- «Βαθιά ανάσα»
- Εισάγετε τη βελόνη με γωνία 45° κατά μήκος του τοιχώματος της φλέβας και προωθήστε μέχρι να δείτε επιστροφή του αίματος (η οπή της βελόνης προς τα πάνω)
- Αναρροφήστε την ποσότητα αίματος που επιθυμείτε
- Λύστε το λάστιχο
- Αφαιρέστε τη βελόνη – Καλύψτε το σημείο με ένα καθαρό τολύπιο
- Απορρίψτε τα υλικά σας
- Βγάλτε τα γάντια – Πλύνετε τα χέρια σας

Φλέβες αιμοληψίας

1. Κεφαλική
2. Ωλένια
3. Επικουρική Κεφαλική
4. Βασιλική
5. Κεφαλική



Βασικοί χειρισμοί

- Αποφεύγουμε τη θέση του χεριού που έχει αιμάτωμα, ουλή, ενδοφλέβια έγχυση
- Προστατεύουμε τις καλές φλέβες
- Χέρι τεντωμένο & οριζόντιο
- Μικρός χρόνος περίδεσης
- Πιέζουμε τη θέση νυγμού μετά τη λήψη
- Φλεβοκέντηση σε ελεύθερο χέρι
- Φλεβοκέντηση στην ίδια φλέβα κάτω από θέση έγχυσης
- Διακοπή έγχυσης (3 min)

Αιμοληψία σε καταστάσεις shock και σε άτομα με δύσκολες φλέβες

Σε καταστάσεις **υποογκαιμίας (αφυδάτωση, αιμορραγία)**, ο όγκος αίματος που κυκλοφορεί στο επιπολής φλεβικό δίκτυο είναι ιδιαίτερα περιορισμένος.

- Έτσι, όχι μόνο δύσκολα διαγράφονται κάτω από το δέρμα, αλλά ακόμη και όταν η βελόνα βρίσκεται μέσα σε φλέβα, συχνά είναι δύσκολο να αναρροφηθεί επαρκής ποσότητα.
- Ψηλαφάται πάντα το σφυγμό μετά την τοποθέτηση της περιχειρίδας.
- Σε υποτασικούς ασθενείς μια σφικτή περιχειρίδα μπορεί να κόψει και την αρτηριακή παροχή.
- Αν δυσκολεύεστε, χρησιμοποιήστε την **περιχειρίδα του πιεσόμετρου**.
- Περιμένετε αρκετά, ώστε να «παγιδευτεί» αρκετό αίμα περιφερικά της περιχειρίδας. Όσο πιο κοντά στην περιφέρεια τοποθετείτε την περιχειρίδα, τόσο πιο γρήγορο είναι το αποτέλεσμα.
- **Κατεβάστε το μέλος χαμηλά, κάτω από το επίπεδο του κρεβατιού.** Το αίμα συσσωρεύεται εκεί με τη δύναμη της βαρύτητας.
- Αναρροφήστε αργά, με υπομονή. Χρησιμοποιήστε βοηθό και αλλάζετε σύριγγες για ένα-ένα σωληνάριο, ώστε να μην πήζει το αίμα.
- Όταν όλοι οι προηγούμενοι τρόποι έχουν αποτύχει και κυρίως όταν ο χρόνος που περνάει είναι εις βάρος του ασθενούς, αιμοληψία από **τη μηριαία φλέβα** είναι η ενδεδειγμένη λύση.
- Για αιμοληψία από χέρι που λαμβάνονται οροί, η λήψη του αίματος θα πρέπει να γίνεται ή περιφερικότερα από το σημείο της έγχυσης ή να προτιμάται το αντίθετο χέρι.
- Πρόσμιξη του δείγματος με διαλύματα που χορηγούνται ενδοφλεβίως αποτελεί τη συνηθέστερη αιτία εργαστηριακού λάθους. Εάν παρόλα αυτά κριθεί αναγκαία, συνιστάται όπως διακοπεί η έγχυση για 3 λεπτά και αποβληθούν τα πρώτα 10ml αίματος.
- Η ύπαρξη ηπαρίνης στον καθετήρα προκαλεί μορφολογικές διαταραχές των λευκοκυττάρων και διαταραχές στην αυτόματη μέτρηση των αιμοπεταλίων. Ενώ επηρεάζει και καθιστά αναξιόπιστες δοκιμασίες της αιμόστασης που εξαρτώνται από την παρουσία ηπαρίνης όπως είναι ο APTT και ο χρόνος Θρομβίνης (TT)
- Τα δείγματα πρέπει να αναδεύονται 5-10 φορές αμέσως μετά την αιμοληψία με πλήρη αναστροφή του σωληναρίου και με ήπιες κινήσεις προς αποφυγή ενεργοποίησης των παραγόντων της πήξης και των αιμοπεταλίων.
- Δείγματα αιμολυμένα ή με μικροπήγματα συχνά επηρεάζουν τα φωτοοπτικά συστημάτων αναλυτών και γι' αυτό απορρίπτονται.

Τεχνικά λάθη που μπορεί να προκαλέσουν αιμόλυση είναι

- Παρατεταμένη περίδεση του βραχίονα
- Βελόνες με πολύ μικρή διάμετρο (>22 G)
- Εκκένωση του αίματος από τη σύριγγα χωρίς να αφαιρεθεί η βελόνα
- Παρατεταμένη και βίαιη ανάδευση του αίματος με το αντιπηκτικό

- Είσοδος πλεονάζοντος αέρα στο σωληνάριο που δημιουργεί εικόνα αφρώδους δείγματος

Λήψη ηλεκτροκαρδιογραφήματος 12 απαγωγών

Διαδικασία

1. Διαβάστε τις οδηγίες χρήσης του ηλεκτροκαρδιογράφου εάν δεν τον γνωρίζετε
2. Συστηθείτε στον ασθενή και κάντε ταυτοποίηση στοιχείων
3. Τοποθετήστε τα ηλεκτρόδια των άκρων αφού βρέξετε τοπικά τα σημεία τοποθέτησης των ηλεκτροδίων ως εξής:

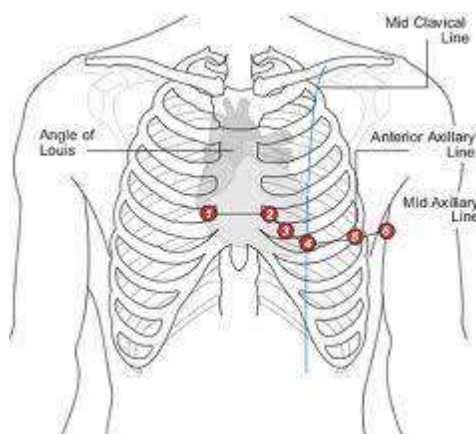
- AVL (Κίτρινο) στον αριστερό καρπό
- AVR (Κόκκινο) στον δεξιό καρπό
- AVF (Πράσινο) στο αριστερό σφυρό
- N (Μαύρο) στο δεξιό σφυρό

Σημείωση: Πολλές φορές οι ανωτέρω χρωματισμοί δεν ανταποκρίνονται στις προδιαγραφές κάποιων εταιρειών που κατασκευάζουν ηλεκτροκαρδιογράφους και πιθανόν τα χρώματα να είναι διαφορετικά. Για την αποφυγή τοποθέτησης λάθος ηλεκτροδίου σε λάθος άκρο, συνιστάται να ελέγχετε τις ακίδες των ηλεκτροδίων που αναγράφουν τα σημεία τοποθέτησης.

4. Τοποθετήστε τα ηλεκτρόδια των προκάρδιων απαγωγών, αφού βρέξετε τοπικά στα σημεία τοποθέτησης των ηλεκτροδίων. Τα σημεία τοποθέτησης των ηλεκτροδίων (αρχικά το 4^ο μεσοπλεύριο διάστημα) το βρίσκουμε ψηλαφώντας με τα δάχτυλά μας από το πρώτο μεσοπλεύριο διάστημα που είναι κάτω από την κλείδα. Τα ηλεκτρόδια τοποθετούνται ως εξής:

- V1 στο 4ο μεσοπλεύριο διάστημα δεξιά του στέρνου
- V2 στο 4ο μεσοπλεύριο διάστημα αριστερά του στέρνου
- V3 στο μέσο μεταξύ V2 και V4
- V4 στο σημείο τομής της μεσοκλειδικής γραμμής και του 5ου μεσοπλεύριου διαστήματος
- V5 στο σημείο τομής της πρόσθιας μασχαλιαίας γραμμής με την οριζόντια γραμμή δια μέσου της V4
- V6 στο σημείο τομής της μέσης μασχαλιαίας γραμμής με την οριζόντια γραμμή δια μέσου της V4

Σημεία τοποθέτησης των ηλεκτροδίων προκάρδιων απαγωγών



5. Ρυθμίστε την ταχύτητα των 25mm/sec και το δυναμικό στο 1mV

Προετοιμασία και οργάνωση τροχήλατου έκτακτης ανάγκης

Σκοπός της διαδικασίας

Η άριστη γνώση και η επάρκεια υλικού και φαρμάκων καθώς και γνώση της θέσης αυτών στο τροχήλατο για έγκαιρη αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών του νοσοκομείου.

Προτεραιότητα

Η άριστη γνώση και η επάρκεια υλικού και φαρμάκων καθώς και η γνώση της θέσης αυτών στο τροχήλατο, κατατάσσεται σε θέση υψηλής προτεραιότητας δηλαδή δεν είναι ούτε μέτριας προτεραιότητας, ούτε χαμηλής (ρουτίνα). Η προτεραιότητά της έχει την ένδειξη ΕΠΕΙΓΟΝ.

Υπεύθυνος για την εκτέλεση της διαδικασίας

Προετοιμασία, συντήρηση, έλεγχος: Ο υπεύθυνος νοσηλευτής βάρδιας.

Χρήση: Όλοι οι νοσηλευτές όλων των τμημάτων.

Έλεγχος

Υλικό: Αντικατάσταση κάθε φορά μετά τη χρήση/ κάθε 3 μήνες/ καθημερινά όπως περιγράφεται παρακάτω

Φάρμακα: Έλεγχος κάθε 3 μήνες.

Μηχανήματα: Καθημερινά.

Έντυπα που επισυνάπτονται

1. Έντυπο χρήσης τροχήλατου επειγόντων
2. Έντυπο θέσης φαρμάκων
3. Έντυπο θέσης υλικού
4. Έντυπο τριμηνιαίου ελέγχου φαρμάκων
5. Έντυπο τριμηνιαίου ελέγχου υλικού
6. Έντυπο καθημερινού ελέγχου υλικού
7. Βασική φαρμακολογία

Έντυπα χρήσης τροχήλατου επειγόντων

(ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΜΟΝΟ ΟΤΑΝ ΚΑΙ ΚΑΘΕ ΦΟΡΑ ΠΟΥ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΕΙΤΑΙ ΤΟ ΤΡΟΧΗΛΑΤΟ)

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ:

ΑΣΘΕΝΗ:.....

ΓΙΑΤΡΟΥ:.....

ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ:.....

ΦΑΡΜΑΚΑ ΠΟΥ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΘΗΚΑΝ	ΑΝΤΙΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΝΑΙ/ΟΧΙ
1.	1
2.	2
3.	3
4.	4
5.	5
6.	6
7.	7
8.	8
9.	9
10.	10
11.	11
12.	12
13.	13
14.	14
15.	15

<i>ΥΛΙΚΟ ΠΟΥ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΘΗΚΕ</i>	<i>ΑΝΤΙΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΝΑΙ/ΟΧΙ</i>
1.	1
2.	2
3.	3
4.	4
5.	5
6.	6
7.	7
8.	8
9.	9
10.	10
11.	11
12.	12
13.	13
14.	14
15.	15

ΕΚΒΑΣΗ:.....

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:.....

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ/ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ:.....

ΕΝΤΥΠΟ ΘΕΣΗΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΣΤΟ ΤΡΟΧΗΛΑΤΟ

	<i>ΕΜΠΟΡΙΚΗ ΟΝΟΜΑΣΙΑ</i>	<i>ΣΥΝΙΣΤΩΜΕΝΗ ΠΟΣΟΤΗΤΑ</i>
1^ο ΣΥΡΤΑΡΙ	Adrenaline amp	10
	Anexate amp	2
	Angoron amp	8
	Atropine amp	10
	Berovent amp	4
	Dormicum amp	4
	Effortil amp	4
	Epanutim amp	4
	Ephedrine amp	4
	Dopamin amp	5
	Heparin fl 5000iu	2
	Hypnomidate amp	2
	Inotrex fl	2
	Lasix amp	10
	Narcan amp	2
	Nitrolingual fl	2
	Nitrolingual spray	1
	Pentothal fl	2
	Lycitrop fl	1
	Solu Cortef fl (250-500 mg)	2-2
	Solu Medrol fl (125-250 mg)	2-2
	Stedon amp	4
	Tenormin amp	2
	Xylocaine fl	2
	Dextrose 35% amp	5
	Sodium chloride 0,9%amp	10
	Calcium gluconate amp	4
	Potassium chloride	4
	Sodium Chloride 15% amp	4
	Sodium bicarbonate 4% amp	10
ΨΥΓΕΙΟ	Esmeron	5
	Glucagen fl	1
	Insulin Actrapid	1
	Isuprel amp	10
	Propofol amp	2
	Nimbex amp (10ml)	1 amp

ΕΝΤΥΠΟ ΘΕΣΗΣ ΥΛΙΚΟΥ ΣΤΟ ΤΡΟΧΗΛΑΤΟ

	ΥΛΙΚΟ	ΣΥΝΙΣΤΩΜΕΝΗ ΠΟΣΟΤΗΤΑ
2ο ΣΥΡΤΑΡΙ	Γάζες αποστειρωμένες	3 set
	Γάντια αποστειρωμένα Νο 8	2 ζεύγη
	Γάντια αποστειρωμένα Νο 7,5	2 ζεύγη
	Πεδίο αποστειρωμένο	2
	Σχιστό πεδίο	2
	Δίαυλος καθετήρας	1
	Τρίαυλος καθετήρας	1
	Fl Xylocaine Sol	1
	Betadine solution	1
	Νυστέρια Νο 11	Bt 1
	Νυστέρια Νο 22	Bt 1
	Ράμματα 2/0	2 τεμ
	Ράμματα 3/0	2 τεμ
	Βελονοκάτοχο αποστειρωμένο	1
	Betadine πάστα	1
	Durapore	2
	Tegaderm	4
	Three way	4
	Προεκτάσεις ορού με Threeway	3
	Απλή συσκευή ορού	2
	Συσκευή ορού με ρύθμιση ροής	2
	Συστήματα αίματος	2
	Φιαλίδια αίματος (γενικής, βιοχημικό, πήξη)	3
	Φλεβοκαθετήρες (20G) Ροζ	4
	Φλεβοκαθετήρες (18G) Πράσινοι	4
	Φλεβοκαθετήρες (22G) Μπλε	4
	Φλεβοκαθετήρες (16G) Γκρι	2
3ο ΣΥΡΤΑΡΙ	Σύριγγες ινσουλίνης	3
	Σύριγγες αερίων	3
	Σύριγγες (2,5 cc)	5
	Σύριγγες (5 cc)	5
	Σύριγγες (10 cc)	5
	Σύριγγες (20 cc)	5
	Σύριγγες 60 cc (διατροφής)	1
	Βελόνες	
	Levin (14,16,18)	3
	Xylocaine 2% gel	1
	Συλλέκτης υγρών Levin	1
	Νεφροειδή μιας χρήσης	2
	Λευκοπλάστ	

ΕΝΤΥΠΟ ΘΕΣΗΣ ΥΛΙΚΟΥ ΣΤΟ ΤΡΟΧΗΛΑΤΟ

	<i>ΥΛΙΚΟ</i>	<i>ΣΥΝΙΣΤΩΜΕΝΗ ΠΟΣΟΤΗΤΑ</i>
4ο ΣΥΡΤΑΡΙ Set διασωλήνωσης	Λαρυγγοσκόπιο όλα τα μεγέθη	1
	Μπαταρίες	1 Set
	Λάμπες εφεδρικές λαρυγγοσκοπίου	2
	Xylocaine 2% gel	1
	Xylocaine spray	1
	Ενδοτραχειακοί σωλήνες από No 2 έως No 9	Από 1
	Οδηγός	
	Λαβίδα Magille	1
	Καθετήρες βρογχοαναρρόφησης No 14,16,18	6
	Σύριγγα (10 cc)	2
	Φίλτρο	1
	Φακαρόλα	3 τεμ. έτοιμα
	AMBU	1
	Προέκταση για χορήγηση O ₂	2
	Μάσκες αερισμού (No 3,4,5)	Από 1
	Λαρυγγική μάσκα No 2,3,4,5	Από 1
	Ρινοφαρυγγικός αεραγωγός No 3,4,5,5,5,6,6,5,7,7,5,8,8,5	Από 1
	Gudel No 2,3,4,5	Από 1
	Ηλεκτρόδια	
	Ξυριστική μηχανή	1
	Μάσκα Venturi	1
	Μάσκα επανεισπνοής	1
	Ρινικός καθετήρας χορήγησης O ₂	1
	Gel απινιδωτή	1
	Χαρτί καταγραφής απινιδωτή	1
5ο ΣΥΡΤΑΡΙ ή ΑΝΟΙΚΤΟΣ ΧΩΡΟΣ	L/R 1000cc	1
	D/W 5% 1000cc	1
	D/W 10% 1000cc	1
	N/S 0,9% 1000cc	1
	N/S 0,9% 500cc	1
	D/W 35% 500cc	1
	D/W 10% 250cc	2
	N/S 0,9% 100cc	3
	MANITOΛΗ 500cc	1
	SODIUM BICARBONATE 4% 100cc	3

ΕΝΤΥΠΟ ΤΡΙΜΗΝΙΑΙΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:

	<i>ΕΜΠΟΡΙΚΗ ΟΝΟΜΑΣΙΑ</i>	<i>ΣΥΝΙΣΤΩΜΕΝΗ ΠΟΣΟΤΗΤΑ</i>	<i>ΠΟΣΟΤΗΤΑ ΠΟΥ ΥΠΑΡΧΕΙ</i>	<i>ΗΜ/ΝΙΑ ΛΗΞΗΣ</i>	<i>ΗΜ/ΝΙΑ ΕΛΕΓΧΟΥ ΥΠΟΓΡΑΦΗ</i>
1 ^ο ΣΥΡΤΑΡΙ	Adrenaline amp	10			
	Anexate amp	2			
	Angoron amp	8			
	Atropine amp	10			
	Berovent amp	4			
	Dormicum amp	4			
	Epanutin amp	4			
	Ephedrine amp	4			
	Dopamin amp	5			
	Heparin fl 5000iu	2			
	Hypnomidate amp	2			
	Inotrex fl	2			
	Lasix amp	10			
	Narcan amp	2			
	Nitrolingual fl	2			
	Nitrolingual spray	1			
	Pentothal fl	2			
	Lycitrop fl	1			
	Solu Cortef fl 250-500 mg	2-2			
	Solu Medrol fl 125-250 mg	2-2			
	Stedon amp	4			
	Tenormin amp	2			
	Xylocaine 2% fl	2			
	Dextrose 35% amp	5			
	Sodium chloride 0,9% amp	10			
	Calcium gluconate amp	4			
	Potassium chloride	4			
	Sodium Chloride 15% amp	4			
	Sodium bicarbonate 4% amp	10			
ΨΥΓΕΙΟ	Esmeron	5			
	Glucagen fl	1			
	Insulin Actrapid	1			
	Isuprel amp	10			
	Propofol amp	2			
	Nimbex amp (10ml)	1 amp			

Υπογραφή Νοσηλεύτριας/τή
που έλεγξε έχοντας λάβει οδηγία της/του Προϊσταμένης/νου:

ΕΝΤΥΠΟ ΤΡΙΜΗΝΙΑΙΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ ΥΛΙΚΟΥ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:

2 ^ο ΣΥΡΤΑΡΙ	ΥΛΙΚΟ	ΣΥΝΙΣΤΩΜΕΝΗ ΠΟΣΟΤΗΤΑ	ΗΜ/ΝΙΑ ΛΗΞΗΣ	ΕΛΕΓΧΟΣ	ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ
	Γάζες αποστειρωμένες	3 set			
	Γάντια αποστειρωμένα	No 8 (2 ζεύγη)			
	Γάντια αποστειρωμένα	No 7,5 (2 ζεύγη)			
	Πεδίο αποστειρωμένο	2			
	Σχιστό πεδίο	2			
	Δίαυλος καθετήρας	1			
	Τρίαιλος καθετήρας	1			
	Xylocaine Sol 2% fl	1			
	Betadine solution	1			
	Νυστέρια	No 11 (Bt 1)			
	Νυστέρια	No 22 (Bt 1)			
	Ράμματα	2/0 (2 τεμ)			
	Ράμματα	3/0 (2 τεμ)			
	Βελονοκάτοχο αποστειρωμένο	1			
	Betadine πάστα	1			
	Durapore	2			
	Tegaderm	4			
	Three way	4			
	Προεκτάσεις ορού με Threeway	3			
	Απλή συσκευή ορού	2			
	Συσκευή ορού με ρύθμιση ροής	2			
	Συσκευή χορήγησης αίματος	2			
	Φιαλίδια αίματος(γεν-βιοχημ-πήξη)	3			
	Φλεβοκαθετήρες (20G) Ροζ	4			
	Φλεβοκαθετήρες (18G) Πράσινοι	4			
	Φλεβοκαθετήρες (22G) Μπλε	4			
	Φλεβοκαθετήρες (16G) Γκρι	2			
	Φλεβοκαθετήρες Πορτοκαλί	3			
	Φλεβοκαθετήρες Κίτρινοι	3			
3 ^ο ΣΥΡΤΑΡΙ	Σύριγγες ινσουλίνης	3			
	Σύριγγες αερίων	3			
	Σύριγγες (2,5 cc)	5			
	Σύριγγες (5 cc)	5			
	Σύριγγες (10 cc)	5			
	Σύριγγες (20 cc)	5			
	Σύριγγες (60 cc) διατροφής	1			
	Βελόνες				
	Levin (14,16,18)	3			
	Xylocaine gel	1			
	Συλλέκτης υγρών Levin	1			
	Νεφροειδή μιας χρήσης	2			
	Λευκοπλάστ	1			

Υπογραφή Νοσηλεύτριας/τή
που έλεγξε έχοντας λάβει οδηγία της/του Προϊσταμένης/νου:

4ο ΣΥΡΤΑΡΙ Set διασωλήνωσης	ΥΛΙΚΟ	ΣΥΝΙΣΤΩΜΕΝΗ ΠΟΣΟΤΗΤΑ	ΗΜ/ΝΙΑ ΛΗΞΗΣ	ΕΛΕΓΧΟΣ	ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ
	Λαρυγγοσκόπιο όλα τα μεγέθη	1			
	Μπαταρίες	1 Set			
	Λάμπες εφεδρικές λαρυγγοσκοπίου	2			
	Xylocaine 2% gel	1			
	Xylocaine spray	1			
	Ενδοτραχειακοί σωλήνες Νο 2 - 9	Από 1			
	Οδηγός				
	Λαβίδα Magille	1			
	Καθετήρες βρογχοαναρρόφησης Νο 14,16,18	6			
	Σύριγγα (10 cc)	2			
	Φίλτρο	1			
	Φακαρόλα	3 τεμ. έτοιμα			
	AMBU	1			
	Προέκταση για χορήγηση O ₂	2			
	Μάσκες αερισμού (Νο 3,4,5)	Από 1			
	Λαρυγγική μάσκα Νο 2,3,4,5	Από 1			
	Ρινοφαρυγγικός αεραγωγός Νο 3,4,5,5,5,6,6,5,7,7,5,8,8,5	Από 1			
	Gudel Νο 2,3,4,5	Από 1			
	Ηλεκτρόδια				
	Ξυριστική μηχανή	1			
	Μάσκα Venturi	1			
	Μάσκα επανεισπνοής	1			
	Ρινικός καθετήρας χορήγησης O ₂	1			
	Gel απινιδωτή	1			
	Χαρτί καταγραφής απινιδωτή	1			
5ο ΣΥΡΤΑΡΙ ή ΑΝΟΙΚΤΟΣ ΧΩΡΟΣ	L/R 1000cc	1			
	D/W 5% 1000cc	1			
	D/W 10% 1000cc	1			
	N/S 0,9% 1000cc	1			
	N/S 0,9% 500cc	1			
	D/W 35% 500cc	1			
	D/W 10% 250cc	2			
	N/S 0,9% 100cc	3			
	MANITOLH 500cc	1			
	SODIUM BICARBONATE 4% 100cc	3			

**Υπογραφή Νοσηλεύτριας/τή
που έλεγξε έχοντας λάβει οδηγία της/του Προϊσταμένης/νου:**

ΕΝΤΥΠΟ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ ΥΛΙΚΟΥ ΤΟΥ ΜΗΝΑ:

Υλικό/Ημερομηνία	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Λαρυγγοσκόπιο																															
Απινιδωτής																															
Αναρρόφηση																															
Οξυγόνο(φιάλες)																															
Ασκός Ambu																															
Ονοματεπώνυμο Νοσηλεύτη																															
Υπογραφή																															

Αντιμετώπιση καρδιακής ανακοπής στο τμήμα

Σκοπός

Η σωστή και αποτελεσματική αρωγή του νοσηλευτή κατά την αντιμετώπιση της καρδιακής ανακοπής του ασθενή από κλινικό τμήμα.

Ορισμοί

Καρδιοπνευμονική ανακοπή: Αιφνίδια παύση της κυκλοφορίας και της αναπνοής που οδηγεί σε ανεπαρκή παροχή οξυγονωμένου αίματος στα ζωτικά όργανα και θάνατο, αν δεν αντιμετωπιστεί έγκαιρα.

Καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση: Διατήρηση και επαναφορά στη ζωή ασθενή με καρδιοπνευμονική ανακοπή, μέσω μιας αλληλουχίας ενεργειών (αλγόριθμοι Εξειδικευμένης Υποστήριξης της Ζωής ή Εξειδικευμένης ΚΑΡΠΑ).

Τα κλινικά σημεία της ανακοπής και ο χρόνος εμφάνισής τους είναι:

Απώλεια σφυγμού (ψηλάφηση καρωτίδας): Αμέσως

Απώλεια καρδιακών τόνων: Αμέσως

Απώλεια συνειδήσεως: 10-20 sec

Διακοπή αερισμού: 15-30 sec

Μυδρίαση: 60-90sec

Αρμοδιότητες Νοσηλευτών

Ο νοσηλευτής είναι υπεύθυνος για:

- τον έλεγχο και την προετοιμασία του υλικού και των φαρμάκων
- τη γνώση της λειτουργίας του εξοπλισμού
- τον έλεγχο της σωστής λειτουργίας του απινιδωτή
- τη γνώση της Βασικής και Εξειδικευμένης Υποστήριξης της ζωής.

Απαραίτητος εξοπλισμός:

1. Απινιδωτής
2. Συσκευή αναρρόφησης
3. Φορητός αναπνευστήρας
4. Παροχή O₂
5. Φορητό πιεσόμετρο
6. Στηθοσκόπιο
7. Παλμικό οξύμετρο
8. Monitor παρακολούθησης καρδιακής λειτουργίας και ζωτικών σημείων

Εξοπλισμός τροχήλατου επείγουσας διασωλήνωσης:

- Λαρυγγοσκόπιο με φωτισμό και λάμες διαφόρων μεγεθών
- Ενδοτραχειακοί σωλήνες κατάλληλου μεγέθους με αεροθάλαμο:
 - Για γυναίκες 7.0-7.5 mm
 - Για άνδρες 7.5-9.0 mm
- Οδηγός ενδοτραχειακών σωλήνων εύκαμπτος ή άκαμπτος
- Λαβίδα Magill
- Μη αποστειρωμένα γάντια
- Υδατοδιαλυτή λιπαντική γέλη
- Διάφορα μεγέθη λαρυγγικής μάσκας
- Ambu
- Στοματοφαρυγγικοί και ρινοφαρυγγικοί αεραγωγοί
- Σύριγγες 10ml
- Συσκευή χορήγησης οξυγόνου με θετική πίεση, μάσκα και ασκός αερισμού
- Αναρρόφηση με ρύγχος Yankauer
- Καθετήρες αναρρόφησης
- Συσκευή ή ταινία (φακαρόλα) σταθερής ασφάλισης ΕΤΣ
- Μάσκα με ασκό μη επανεισπνοής οξυγόνου (60-100%)
- Διάγραμμα ανάνηψης
- Φάρμακα: ατροπίνη, ξυλοκαΐνη, αδρεναλίνη, ντοπαμίνη, μυοχαλαρωτικά (σουκινυλοχολίνη, ροκουρόνιο), ενδοφλέβια αναισθητικά (προποφόλη, πεντοθάλη, μιδαζολάμη κ.α.)
- Καπνογράφος και στηθοσκόπιο
- Προστατευτική ενδυμασία (μπλούζα, μάσκα)
- Αντισηπτικό διάλυμα (αλκοολούχο)

Ενέργειες αντιμετώπισης καρδιακής ανακοπής - Αιτιολόγηση

1. Επιβεβαίωση της καρδιακής ανακοπής του ασθενή.
2. Ενημέρωση του θεράποντος ιατρού και άμεση κλήση Καρδιολόγου.
3. Μεταφορά του τροχήλατου ανακοπής στο θάλαμο του ασθενή.

Προαγωγή της αποτελεσματικότητας.

1. Τοποθέτηση του ασθενή σε ύπτια θέση για ΚΑΡΠΑ.

Αποτελεσματική ΚΑΡΠΑ.

1. Άμεση έναρξη ΚΑΡΠΑ 30 συμπίεσεις: 2 εμφυσήσεις.
2. Οι συμπίεσεις πρέπει να έχουν βάθος 4-5 cm και συχνότητα 100/ λεπτό.
3. Τοποθέτηση στοματοφαρυγγικού αεραγωγού και αερισμός του ασθενή με Ambu συνδεδεμένη σε παροχή οξυγόνου με το κεφάλι του ασθενή σε ήπια έκταση.

Διευκόλυνση του αερισμού - Οξυγόνωση του ασθενή.

1. Ενεργοποίηση του απινιδωτή και σύνδεση των ηλεκτροδίων ΗΚΓ του απινιδωτή στον ασθενή.
2. Απινιδωτής πάντα σε ετοιμότητα για απινίδωση.
3. Εξασφάλιση φλεβικής γραμμής και χορήγηση υγρών και φαρμάκων σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες.
4. Υποστήριξη της κυκλοφορίας.
5. Σύνδεση του ασθενή με συσκευή μέτρησης της αρτηριακής πίεσης και με παλμικό οξύμετρο.
6. Συνεχής παρακολούθηση ζωτικών σημείων.
7. Καταγραφή του συμβάντος, των παρεμβάσεων και της έκβασης στην κάρτα νοσηλευτικής παρακολούθησης.
8. Νοσηλευτική τεκμηρίωση.

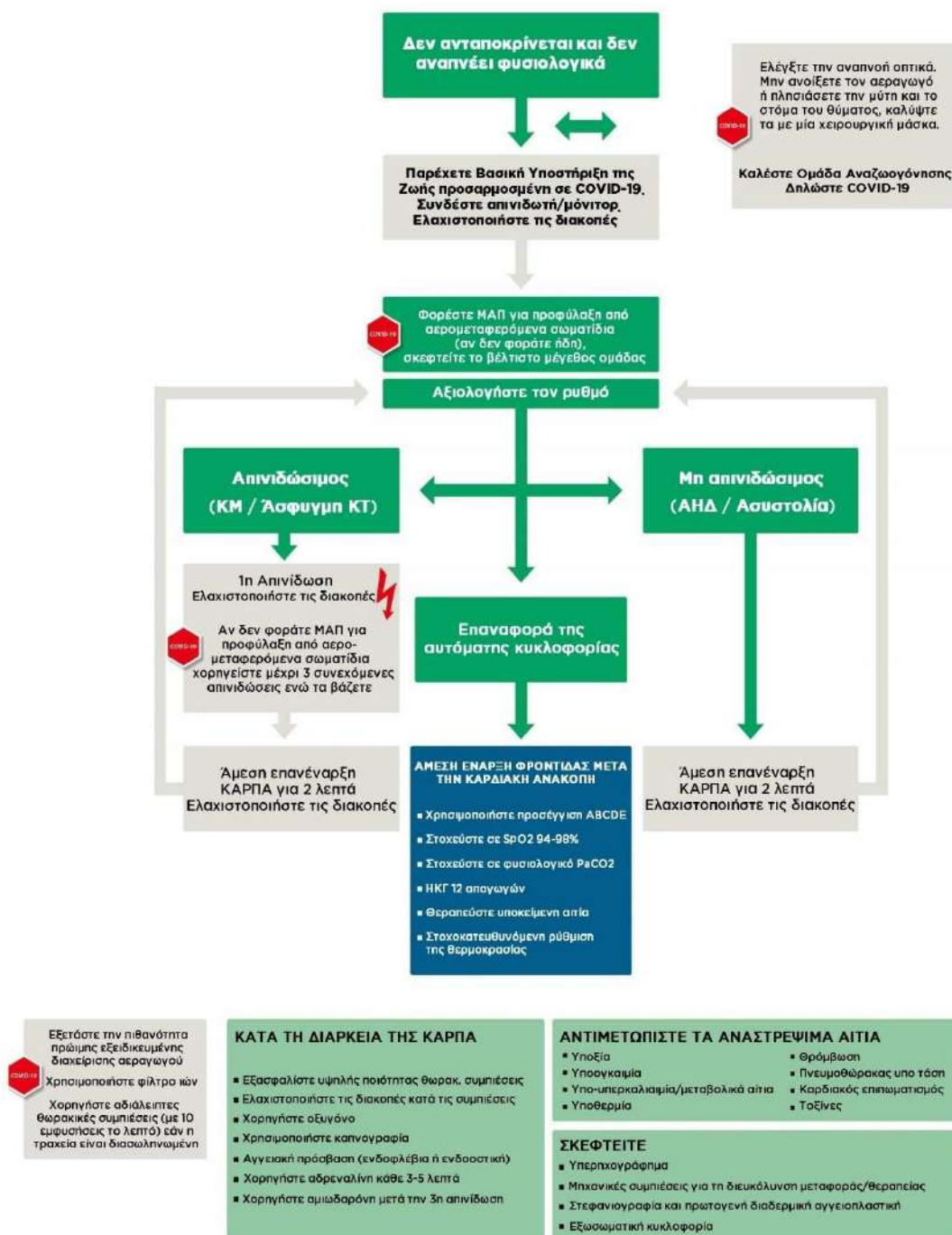
Παρακολούθηση

Η επαναφορά της αυτόματης κυκλοφορίας είναι ο πρωταρχικός στόχος στα περιστατικά καρδιακής ανακοπής. Ο ασθενής μετά από επιτυχή ανάνηψη δεν είναι αιμοδυναμικά σταθερός και ιδανικά χρήζει νοσηλείας / παρακολούθησης σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας.

Εξειδικευμένη Υποστήριξη της Ζωής (αλγόριθμος ALS)



Εξειδικευμένη Υποστήριξη της Ζωής (αλγόριθμος ALS)



Μετάφραση αλγορίθμου: Γεώργιος Νικολακάκης
Επιμέλεια κειμένου: Θεόδωρος Καλύβας
Για τον Ανθρώπινο Οργανισμό KIDS SAVE LIVES - Τα Παιδιά Σώζουν Ζωές
και την Ελληνική Εταιρεία Επείγουσας Προνοσοκομειακής Φροντίδας [Ε.Ε.Π.Φ.]



Εξωτερική ασύγχρονη απινίδωση

ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ	ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ
Ο απινιδωτής λειτουργεί με ηλεκτρικό ρεύμα και μπαταρία	Πρέπει να βρίσκεται πάντα τοποθετημένος στην πρίζα, να γίνεται καθημερινός έλεγχος φόρτισης των μπαταριών και τη σωστή λειτουργία του.
Υπάρχουν διαθέσιμα δύο ειδών ηλεκτρόδια για ενηλίκους	Τα ηλεκτρόδια εκφόρτισης πρέπει να είναι πάντα καθαρά, έτοιμα προς χρήση και σωστά τοποθετημένα πάνω στον απινιδωτή
Υπάρχει μαζί με τον απινιδωτή και ζεύγος αποστειρωμένων ηλεκτροδίων εσωτερικής απινίδωσης (κουτάλες)	Απαραίτητο στις καρδιοχειρουργικές ΜΕΘ, όπου αφού γίνει διάνοιξη του θώρακα και αντικατασταθούν τα ηλεκτρόδια εξωτερικής απινίδωσης, το ζεύγος των εσωτερικών τοποθετούνται απέναντι «αγκαλιάζοντας» την καρδιά και εκφορτίζονται
Καθημερινό test με καταγραφή του ελέγχου και υπογραφή του νοσηλευτή, για τη σωστή λειτουργία του απινιδωτή, πάντα στα 100 Joule.	Η εκφόρτιση των Joules γίνεται με τα ηλεκτρόδια τοποθετημένα πάνω στις επιφάνειες εναποθέτησης. Η καταγραφή των Joules που δόθηκαν για το test, καταγράφεται από τον απινιδωτή στο χαρτί καταγραφής με την ένδειξη test passed ή test ok..
Καλώδιο ηλεκτροκαρδιογραφικής καταγραφής	Χρησιμοποιούνται σε συγχρονισμένη απινίδωση και απαιτείται η γνώση εναλλαγής των απαγωγών

ΥΛΙΚΑ

1. Απινιδωτής σε θέση της ΜΕΘ με εύκολη πρόσβαση
2. Ειδικό τροχήλατο μικρού βάρους το οποίο να περιέχει τα υλικά αναζωογόνησης, δηλαδή φάρμακα, αεραγωγός, υλικά διασωλήνωσης
3. Αυτοκόλλητα ηλεκτρόδια για τη σύνδεση της ηλεκτροκαρδιογραφικής καταγραφής
4. Ζελέ, πάστα, αλοιφή, δηλαδή υλικά που πρέπει να είναι ηλεκτραγωγά, έτσι ώστε η απινίδωση να μην προκαλέσει έγκαυμα.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ (* πράξεις εκτελεσμένες απ' το γιατρό)	ΑΙΤΙΟΛΟΓΗΣΗ
1. Μεταφορά του απινιδωτή με ταυτόχρονη κλήση βοήθειας δεύτερου νοσηλευτή και γιατρού	Ο επιδιωκόμενος σκοπός είναι να απινιδώσουμε σε χρόνο μικρότερο των 90 sec.
2. Επιβεβαίωση ότι πρόκειται για αρρυθμία που χρειάζεται ηλεκτρική ανάταξη και καταγραφή (κοιλιακή ταχυκαρδία, κοιλιακή μαρμαρυγή).	Έλεγχος στο monitor του αρρώστου για επιβεβαίωση της αρρυθμίας και καταγραφή της για νοσηλευτική τεκμηρίωση
3. Απομακρύνεται τον ασθενή από υγρές ή μεταλλικές επιφάνειες.	Κίνδυνος εγκαύματος
4. Επάλειψη των ηλεκτροδίων με ηλεκτραγωγή αλοιφή ή ζελέ.	Έτσι εξασφαλίζουμε πρόληψη εγκαύματος που μπορεί να συμβεί από την ηλεκτρική εκφόρτιση στον άρρωστο.
5. Κρατήστε τα ηλεκτρόδια απινίδωσης από τις λαβές τους και τοποθετείστε το αρνητικό ηλεκτρόδιο (sternum) δεξιά κάτω από την κλείδα στο 2°, 3° μεσοπλεύριο διάστημα και το θετικό ηλεκτρόδιο (apex) κάτω από τη θηλή στην πρόσθια μασχαλιαία γραμμή αριστερά.	Υπάρχει και η προσθιοπίσθια τοποθέτηση των ηλεκτροδίων. Το ρεύμα σε αυτή την περίπτωση διασχίζει την καρδιά πιο άμεσα.
6. Αν ο ασθενής λαμβάνει οξυγόνο, αποσυνδέστε το οξυγόνο και απομακρύνετε την προέκταση του από το πεδίο. Τοποθετείστε τον ασθενή σε ύπτια θέση.	Το οξυγόνο που τυχόν λαμβάνει ο ασθενής μπορεί να προκαλέσει ανάφλεξη με την εκκένωση του ηλεκτρικού φορτίου.
7. Μεταξύ των ηλεκτροδίων να μην υπάρχει αλοιφή ή ζελέ.	Μπορεί να προκληθεί βολταϊκό τόξο.
8. *Βεβαιωθείτε ότι ο άρρωστος συνεχίζει να έχει αρρυθμία που χρειάζεται καρδιοανάταξη με συνεχές ρεύμα και φορτίστε τον απινιδωτή στα 200 Joule, ακολουθώντας τον αλγόριθμο.	Αρχικό επίπεδο 200 Joule προκαλεί μάλλον μικρή βλάβη και στις περισσότερες αναστρέψιμες καταστάσεις κρίνεται αρκετό για να φέρει επιτυχία.
9. * Τοποθετείστε τα ηλεκτρόδια στο θωρακικό τοίχωμα και εφαρμόστε πίεση 12Kg	Λιγότερο από 5% ρεύμα από ο εφαρμοζόμενο μπορεί να διέλθει πραγματικά από την καρδιά. Το ποσοστό αυτό εξαρτάται και από την πίεση της επαφής.
10.* Έλεγχος ότι ο απινιδωτής έχει φορτίσει, έλεγχος στο monitor του απινιδωτή για καρδιογράφημα.	Τα paddles του απινιδωτή, εφόσον έχουν τοποθετηθεί στο θωρακικό τοίχωμα, μπορούν να καταγράψουν στο monitor του απινιδωτή το ηλεκτροκαρδιογράφημα του αρρώστου
11. *Κρατείστε τα ηλεκτρόδια από τις λαβές και δώστε εντολή να απομακρυνθούν όλοι από το κρεβάτι του ασθενή	Αν ένα άτομο ακουμπά στο κρεβάτι, τότε μπορεί να ενεργήσει σαν γείωση για το ρεύμα και έτσι θα πάθει ηλεκτροπληξία

12. *Πιέστε τα κουμπιά εκφόρτισης του απινιδωτή και κοιτάξτε το ρυθμό για διαπίστωση επιτυχημένης ή όχι ανάταξης	
13. *Εάν χρειαστεί να απινιδώσετε πάλι, φορτίστε και ακολουθήστε την ίδια διαδικασία. Ακολουθήστε τον αλγόριθμο προσπέλασης αρρυθμιών.	
14. Εάν η ανάταξη υπήρξε επιτυχής, συγκεντρώστε τις ηλεκτροκαρδιογραφικές καταγραφές, σημειώστε την ώρα του επεισοδίου, τις απινιδώσεις και τα Joule που χρησιμοποιήσατε και καταχωρίστε τα στο νοσηλευτικό διάγραμμα του αρρώστου.	

Εξωτερική συγχρονισμένη απινίδωση

ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ	ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ
Ο απινιδωτής λειτουργεί με ηλεκτρικό ρεύμα και μπαταρία	Πρέπει να βρίσκεται πάντα τοποθετημένος στην πρίζα, να γίνεται καθημερινός έλεγχος φόρτισης των μπαταριών και τη σωστή λειτουργία του.
Υπάρχουν διαθέσιμα δύο ειδών ηλεκτρόδια για ενηλίκους	Τα ηλεκτρόδια εκφόρτισης πρέπει να είναι πάντα καθαρά, έτοιμα προς χρήση και σωστά τοποθετημένα πάνω στον απινιδωτή
Υπάρχει μαζί με τον απινιδωτή και ζεύγος αποστειρωμένων ηλεκτροδίων εσωτερικής απινίδωσης (κουτάλες)	Απαραίτητο στις καρδιοχειρουργικές ΜΕΘ, όπου αφού γίνει διάνοιξη του θώρακα και αντικατασταθούν τα ηλεκτρόδια εξωτερικής απινίδωσης, το ζεύγος των εσωτερικών τοποθετούνται απέναντι ‘αγκαλιάζοντας’ την καρδιά και εκφορτίζονται.
Καθημερινό test με καταγραφή του ελέγχου και υπογραφή του νοσηλευτή, για τη σωστή λειτουργία του απινιδωτή, πάντα στα 100 Joule.	Η εκφόρτιση των Joules γίνεται με τα ηλεκτρόδια τοποθετημένα πάνω στις επιφάνειες εναπόθεσης. Η καταγραφή των Joules που δόθηκαν για το test, καταγράφεται από τον απινιδωτή στο χαρτί καταγραφής με την ένδειξη test passed ή test ok..
Καλώδιο ηλεκτροκαρδιογραφικής καταγραφής	Χρησιμοποιούνται σε συγχρονισμένη απινίδωση και απαιτείται η γνώση εναλλαγής των απαγωγών

ΥΛΙΚΑ

1. Απινιδωτής σε θέση της ΜΕΘ με εύκολη πρόσβαση
2. Ειδικό τροχήλατο μικρού βάρους το οποίο να περιέχει τα υλικά αναζωογόνησης, δηλαδή φάρμακα, αεραγωγός, υλικά διασωλήνωσης
3. Αυτοκόλλητα ηλεκτρόδια για τη σύνδεση της ηλεκτροκαρδιογραφικής καταγραφής
4. Ζελέ, πάστα, αλοιφή, δηλαδή υλικά που πρέπει να είναι ηλεκτραγωγά, έτσι ώστε η απινίδωση να μην προκαλέσει έγκαυμα.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΡΑΞΕΙΣ	ΑΙΤΙΟΛΟΓΗΣΗ
1. Αν η απινίδωση είναι προγραμματισμένη φρόντισε ο ασθενής να είναι νηστικός τουλάχιστον 8 ώρες πριν.	1. Πρόληψη εισρόφησης γαστρικού περιεχομένου
2. Ενημέρωση του ασθενή για τη διαδικασία	2. Για μείωση του άγχους
3. Να έχουν προσδιοριστεί τα επίπεδα καλίου και δακτυλίτιδας στο αίμα	3. Χαμηλό κάλιο αυξάνει τον κίνδυνο αρρυθμίας. Η δακτυλίτιδα προδιαθέτει σε κοιλιακές αρρυθμίες γι' αυτό αν ο άρρωστος λάμβανε δακτυλίτιδα μέχρι πριν την ανάταξη, τότε χορηγούμε προληπτικά (75-100mg) ξυλοκαΐνη.
4. Φροντίδα για ύπαρξη ενδοφλέβιας οδού χορήγησης.	4. Για χορήγηση καταστολής ή άλλων φαρμάκων σε περίπτωση επιπλοκών
5. Εξασφάλιση ηλεκτροκαρδιογραφικής καταγραφής 12 απαγωγών.	5. Λήψη ηλεκτροκαρδιογραφήματος πριν και μετά την απινίδωση για διαπίστωση αλλαγών
6. Πριν την έναρξη, χορήγηση οξυγόνου και κατασταλτικών φαρμάκων.	6. Η χορήγηση οξυγόνου βοηθά τον άρρωστο να έχει εφεδρείες αλλά πρέπει να διακόπτεται στη διάρκεια της εκφόρτωσης, μιας και πάντα υπάρχει ο φόβος ανάφλεξης του αερίου
7. Τοποθετείστε τα ηλεκτρόδια καταγραφής του απινιδωτή στον άρρωστο και διαλέξτε μια απαγωγή με καλή απεικόνιση	
8. Πατήστε το κουμπί της συγχρονισμένης απινίδωσης και βεβαιωθείτε ότι αναγνωρίζει σωστά το έπαρμα R	8. Η αποφυγή εκφόρτισης πάνω στην ανερέθιστη περίοδο μειώνει τον κίνδυνο κοιλιακής αρρυθμίας. Οι σύγχρονοι απινιδωτές έχουν την ικανότητα να αναγράφουν την αναγνώριση του επάρματος R, έτσι ώστε να είμαστε βέβαιοι ότι θα εκφορτώσει στον κατάλληλο χρόνο
9. Τοποθετείστε τα ηλεκτρόδια εκφόρτισης αφού επαλείψετε με ηλεκτραγώγιμη πάστα	9. Έτσι εξασφαλίζουμε πρόληψη εγκαύματος που μπορεί να συμβεί από την ηλεκτρική εκφόρτιση στον άρρωστο.
10. Ενημερωθείτε για το ενεργειακό ποσό της εκφόρτισης	

11. *Τοποθετείστε τα ηλεκτρόδια στο θωρακικό τοίχωμα και εφαρμόστε πίεση 12 Kg.	11. Λιγότερο από 5% ρεύμα από το εφαρμοζόμενο μπορεί να διέλθει πραγματικά από την καρδιά. Το ποσοστό αυτό εξαρτάται και από την πίεση επαφής
12. Έλεγχος ότι ο απινιδωτής έχει φορτίσει, έλεγχος στο monitor του απινιδωτή για καρδιογράφημα	12. Τα paddles του απινιδωτή, εφόσον έχουν τοποθετηθεί στο θωρακικό τοίχωμα, μπορούν να καταγράψουν στο monitor του απινιδωτή το ηλεκτροκαρδιογράφημα του αρρώστου.
13. *Κρατήστε τα ηλεκτρόδια απινίδωσης από τις λαβές τους και τοποθετείστε το αρνητικό ηλεκτρόδιο (sternum) δεξιά κάτω από την κλείδα, στο 2ο, 3ο μεσοπλεύριο διάστημα και το θετικό ηλεκτρόδιο (apex) κάτω από τη γραμμή αριστερά.	13. Υπάρχει και η προσθιοπίσθια τοποθέτηση των ηλεκτροδίων. Το ρεύμα σε αυτή την περίπτωση διασχίζει την καρδιά πιο άμεσα.
14. *Κρατείστε τα ηλεκτρόδια από τις λαβές και δώστε εντολή να απομακρυνθούν όλοι από το κρεβάτι του ασθενή	14. Αν ένα άτομο ακουμπά στο κρεβάτι, τότε μπορεί να ενεργήσει σαν γείωση για το ρεύμα και έτσι θα πάθει ηλεκτροπληξία
15. *Πιέστε τα κουμπιά εκφόρτισης του απινιδωτή και κοιτάξτε το ρυθμό για διαπίστωση επιτυχημένης ή όχι ανάταξης.	15. Εάν χρειαστεί να απινιδώσετε πάλι, φορτίστε και ακολουθήστε την ίδια διαδικασία με μεγαλύτερο ποσό ηλεκτρικής ενέργειας
16. Εάν η ανάταξη υπήρξε επιτυχής, συγκεντρώστε τις ηλεκτροκαρδιογραφικές καταγραφές και χορηγήστε στον άρρωστο οξυγόνο	16. Καταγράψτε την ώρα έναρξης, τις απινιδώσεις και τα Joule που χρησιμοποιήσατε και καταχωρίστε τα στο νοσηλευτικό διάγραμμα του αρρώστου

Διαδικασία ενδοτραχειακής διασωλήνωσης



Η ενδοτραχειακή διασωλήνωση είναι η τεχνική τοποθέτησης ενός ενδοτραχειακού σωλήνα μέχρι το μέσο της τραχείας δια μέσου του στοματοφάρυγγα ή του ρινοφάρυγγα και της λαρυγγικής σχισμής με σκοπό την εξασφάλιση της βατότητας του ανώτερου αεραγωγού και την πρόληψη εισρόφησης γαστρικού περιεχομένου.

Σκοπός του νοσηλευτικού πρωτοκόλλου είναι η ενημέρωση του νοσηλευτικού προσωπικού για την επείγουσα διασωλήνωση ώστε μαζί με τον αναισθησιολόγο, ο οποίος έχει και την κύρια ευθύνη, να εξασφαλίσουν βατότητα αεραγωγού και επαρκή αερισμό στον ασθενή.

Όλο το νοσηλευτικό προσωπικό οφείλει να ενημερωθεί, να εκπαιδευτεί και να αποκτήσει τις κατάλληλες γνώσεις και δεξιότητες, που περιγράφονται στο παρόν πρωτόκολλο και να τις εφαρμόζει στην καθημερινή κλινική πράξη.

Οι νοσηλευτικές ευθύνες και αρμοδιότητες περιλαμβάνουν τα κάτωθι:

- Έλεγχος και προετοιμασία υλικών και φαρμάκων
- Προετοιμασία του ασθενή
- Γνώση λειτουργίας εξοπλισμού
- Γνώση βασικής υποστήριξης της ζωής

Ενδείξεις εφαρμογής ενδοτραχειακής διασωλήνωσης είναι:

- Καρδιακή ή αναπνευστική ανακοπή
- Ανεπαρκής οξυγόνωση
- Ανεπαρκής αερισμός
- Προστασία αεραγωγού
- Πτώση επιπέδου συνείδησης (Κλίμακα Γλασκώβης < 9)

Προετοιμασία - Υλικά

- Αξιόπιστη πηγή παροχής O₂

- Εφεδρική πηγή O₂
- Αξιόπιστη συσκευή αναρρόφησης
- Κατάλληλο υλικό για την προσπέλαση δύσκολου αεραγωγού (λαρυγγική μάσκα, οδηγοί δύσκολης διασωλήνωσης)
- Monitoring για εντατική παρακολούθηση του ασθενή (monitor παρακολούθησης καρδιακής συχνότητας, αρτηριακής πίεσης και παλμικού οξύμετρου)
- Φορητός αναπνευστήρας
- Ανιχνευτής CO₂ για την επιβεβαίωση της θέσης του σωλήνα (προαιρετικά)
- Δίσκος δύσκολου αεραγωγού: κεκαμμένο κηρίο (bougie) πολλαπλών χρήσεων που συνήθως χρησιμοποιείται σαν τραχειακός εισαγωγέας σε περιπτώσεις που είναι ορατή μόνο η επιγλωτίδα (Cormack-Lehane 3), λαρυγγική μάσκα διασωλήνωσης τύπου Fastrack, set κρικοθυρεοτομής για τις απελπιστικές περιπτώσεις αδυναμίας, τόσο ενδοτραχειακής διασωλήνωσης, όσο και αερισμού (can't intubate, can't ventilate)
- Τροχήλατο επείγουσας διασωλήνωσης με απινιδωτή, φάρμακα και κατάλληλο υλικό:
 - ✓ Ενδοτραχειακοί σωλήνες διαφόρων μεγεθών, 6 - 9 mm με αεροθάλαμο
 - ✓ Λαβή λαρυγγοσκοπίου
 - ✓ Λάμες λαρυγγοσκοπίου: κυρτές (μεγέθη 1 - 4)
 - ✓ Εφεδρικές λάμπες και μπαταρίες λαρυγγοσκοπίου
 - ✓ Οδηγοί ενδοτραχειακού σωλήνα
 - ✓ Στοματοφαρυγγικοί και ρινοφαρυγγικοί αεραγωγοί (διάφορα νούμερα)
 - ✓ Σύριγγα 10 ml για το φούσκωμα του αεροθαλάμου του σωλήνα (cuff)
 - ✓ Λαβίδα Magill
 - ✓ Λιπαντική ουσία ή ζέλη ξυλοκαΐνης
 - ✓ Στηθοσκόπιο
 - ✓ Ambu με μάσκες αερισμού διαφόρων μεγεθών
 - ✓ Καθετήρες αναρρόφησης
 - ✓ Φακαρόλα
 - ✓ Μέσα ατομικής προστασίας (μάσκα, προσωπίδα, σκούφος, ρόμπα μιας χρήσης)
 - ✓ Απαραίτητα φάρμακα: κατασταλτικά, μυοχαλαρωτικά, φάρμακα για ΚΑΡΠΑ

ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ	ΑΙΤΙΟΛΟΓΗΣΗ
Οργανώστε το υλικό	Προαγωγή αποτελεσματικότητας
Προετοιμάστε την κλίνη του ασθενή (φρένα, τοποθέτηση κεφαλής)	Παροχή ασφάλειας και διευκόλυνση της διασωλήνωσης
Χρησιμοποιήστε μέτρα ατομικής προστασίας	Πρόληψη μεταφοράς μικροοργανισμών από τον νοσηλευτή στον ασθενή και αντιστρόφως
Εξηγήστε τη διαδικασία στον ασθενή και την οικογένειά του και εξασφαλίστε συναίνεση	Αύξηση συνεργασίας, μείωση του άγχους και σεβασμός των δικαιωμάτων
Συνδέστε τον ασθενή με monitor παρακολούθησης καρδιακής συχνότητας, αρτηριακής πίεσης και παλμικού οξύμετρου	Παρακολούθηση ζωτικών σημείων
Αφαιρέστε τις τεχνητές οδοντοστοιχίες αν υπάρχουν	Διευκόλυνση ατραυματικής εισαγωγής του αεραγωγού. Πρόληψη προώθησης ξένου σώματος στις κατώτερες αεροφόρους οδούς
Τοποθετήστε τον ασθενή σε ύπτια θέση, με τον τράχηλο σε υπερέκταση εκτός εάν αντενδείκνυται (βρέφη, κακώσεις ΑΜΣΣ)	Η ανύψωση και η έκταση της κεφαλής είναι απαραίτητες για την ευθυγράμμιση του στοματικού, φαρυγγικού και λαρυγγικού άξονα, ώστε το πέραςμα από τα χείλη στο άνοιγμα της γλωττίδας να είναι περίπου σε ευθεία. Διευκόλυνση ατραυματικής εισαγωγής του αεραγωγού.
Ελέγξτε τη φωτεινή πηγή του λαρυγγοσκοπίου και επιλέξτε το σωστό μέγεθος λάμας	Πρόληψη επιπλοκών - προαγωγή αποτελεσματικότητας
Επιλέξτε το κατάλληλο μέγεθος ενδοτραχειακού σωλήνα <i>Γυναίκες: 7,0 - 8,0 mm</i> <i>Άντρες: 7,5 - 8,5 mm</i>	Πρόληψη επιπλοκών - προαγωγή αποτελεσματικότητας
Ετοιμάστε τον κατάλληλο σε μέγεθος οδηγό ενδοτραχειακού σωλήνα	Πρόληψη επιπλοκών δύσκολης διασωλήνωσης
Ανοίξτε άσηπτα τη συσκευασία του σωλήνα	Πρόληψη λοιμώξεων

Εφαρμογή πρωτοκόλλου

Εισάγετε αέρα στο cuff, φουσκώνετε και παρατηρείτε τυχόν διαρροή	Έλεγχος ακεραιότητας του σωλήνα
Ξεφουσκώστε τον αεροθάλαμο και εφαρμόστε gel ξυλοκαΐνης	Προαγωγή αποτελεσματικότητας
Αναρροφήστε αίμα, εκκρίσεις ή άλλο ξένο υλικό από το στοματοφάρυγγα του ασθενή	Διευκόλυνση ατραυματικής εισαγωγής του αεραγωγού Πρόληψη προώθησης ξένου σώματος στις κατώτερες αεροφόρες οδούς
Τοποθέτηση στοματοφαρυγγικού αεραγωγού	Προαγωγή αερισμού
Οξυγόνωση του ασθενή με ambu συνδεδεμένη με O ₂	Αύξηση κορεσμού αιμοσφαιρίνης
Χορήγηση αναισθητικών φαρμάκων σύμφωνα με οδηγίες αναισθησιολόγου	Προαγωγή διασωλήνωσης
Εκτέλεση διασωλήνωσης	Ιατρική ενέργεια
Πίεση του κρικοειδούς χόνδρου (χειρισμός Sellick) αν απαιτείται	Διευκόλυνση της διασωλήνωσης και μείωση κινδύνου για αναγωγή και εισρόφηση (πρέπει να αποφεύγεται επί ενεργού εμέτου)
Φουσκώστε το cuff	Σταθεροποίηση σωλήνα
Οξυγονώστε τον ασθενή με O ₂ 100% χρησιμοποιώντας μάσκα O ₂ με ασκό μη επανεισπνοής ή σύστημα «ασκού – βαλβίδας – μάσκας», ανάλογα με τις ιατρικές οδηγίες	Προαγωγή οξυγόνωσης
Στερεώστε τον σωλήνα με φακαρόλα	Σταθεροποίηση σωλήνα
Απορρίψτε τα απόβλητα στους ειδικούς κάδους	Σωστή διαχείριση αποβλήτων
Καταγράψτε το περιστατικό στο φύλλο νοσηλευτικής παρακολούθησης	Νοσηλευτική τεκμηρίωση

Παρακολούθηση

- Παρακολούθηση ζωτικών σημείων
- Αναρρόφηση εκκρίσεων
- Έγκαιρη αναγνώριση σημείων απόφραξης του σωλήνα
- Παρακολούθηση για τυχόν μετακίνηση του σωλήνα
- Ενημέρωση του γιατρού για μεταβολές της κλινικής εικόνας του ασθενή

Εκτίμηση αποτελεσμάτων - τεκμηρίωση

Αξιολογείται ο βαθμός επίτευξης των σκοπών/εκβάσεων που προσδιορίστηκαν στο σχέδιο φροντίδας. Καταγράφεται αν οι σκοποί επιτεύχθηκαν πλήρως, μερικώς ή καθόλου και αναλόγως προσαρμόζεται το πλάνο φροντίδας.

Καθ' όλη την διάρκεια του παραπάνω ελέγχου και της διασωλήνωσης, ο άρρωστος είναι συνδεδεμένος με το monitoring το οποίο περιλαμβάνει συχνή μέτρηση της αρτηριακής πίεσης και ηλεκτροκαρδιογράφημα.

Αφού πραγματοποιηθεί και η στερέωση του τραχειοσωλήνα, ακολουθεί και προσθιοπισθία ακτινογραφία θώρακος για να διαπιστωθεί ότι το άκρο του τραχειοσωλήνα αντιστοιχεί στο Θ2-Θ3.

Ενδοτραχειακή αναρρόφηση

Απαραίτητο υλικό:

- Φορητή ή σταθερή αναρρόφηση (επιτοίχια) με ρυθμιστή
- Δοχείο αναρρόφησης με σάκο συλλογής των εκκρίσεων μιας ή πολλαπλών χρήσεων
- Συνδετικοί σωλήνες αναρρόφησης
- Καθετήρες αναρρόφησης
- Αποστειρωμένος καθετήρας αναρρόφησης διακεκομμένου ελέγχου ή συσκευή κλειστού συστήματος αναρρόφησης
- Αποστειρωμένα γάντια
- Μη αποστειρωμένα γάντια
- Μάσκα με ασπίδα ή προστατευτικά γυαλιά
- Πλαστική ποδιά μιας χρήσεως
- Αποστειρωμένο διάλυμα WFI
- Φυσιολογικός ορός n/s 0.9%
- Xylocaine spray
- Νεφροειδή

Περιγραφή νοσηλευτικής διαδικασίας

Ενέργειες	Αιτιολόγηση
Εκτιμήστε την ανάγκη ή μη απομάκρυνσης των εκκρίσεων σύμφωνα με την κλινική εικόνα του ασθενή (κυάνωση, βήχας), τα χαρακτηριστικά της αναπνοής (βάθος, ρυθμός συχνότητα) και των εκκρίσεων (χρώμα, ποσότητα, οσμή, ποιότητα) και το επίπεδο του κορεσμού οξυγόνου	Δυνατότητα ελέγχου της αποτελεσματικότητας
Σε διασωληνωμένο ασθενή ελέγξτε τις αιμοδυναμικές παραμέτρους (σφίξεις, αρτηριακή πίεση, καρδιογράφημα), ενδοκράνια πίεση (αν ενδείκνυται και είναι διαθέσιμη) και χαρακτηριστικά αερισμού (μείγμα οξυγόνου, όγκος)	Πρόληψη επιπλοκών ή λανθασμένης εκτίμησης και ανάγκη για ρύθμιση παραμέτρων πριν τη διαδικασία
Ενημερώστε τον ασθενή για την διαδικασία και το σκοπό της	Εξασφάλιση της συγκατάθεσής του
Συλλέξτε το απαραίτητο υλικό	Οικονομία χρόνου και κινήσεων, προαγωγή αποτελεσματικότητας
Απομονώστε το κρεβάτι	Εξασφάλιση ιδιωτικότητας του ασθενή
Ανυψώστε το ερεισίνωτο του κρεβατιού κατά 30-40 ⁰	Διευκόλυνση αναπνοής Ελαχιστοποίηση κινδύνου εισρόφησης

Ελέγξτε το μηχάνημα αναρρόφησης. Ενώ είναι ανοικτό το μηχάνημα κλείστε το τέλος του σωλήνα αναρρόφησης και ελέγξτε αν προκαλείται αρνητική πίεση. Ρυθμίστε την κατάλληλη αρνητική πίεση	Έλεγχος για αστοχία υλικού και μη καλής λειτουργίας μηχανήματος Αποτελεσματικός καθαρισμός από εκκρίσεις με πίεση όσο το δυνατόν μικρότερη
Επιλέξτε καθετήρα κατάλληλης διαμέτρου: Δεν θα πρέπει να υπερβαίνει το μισό της εσωτερικής διαμέτρου του τεχνητού αεραγωγού στου ενήλικες	Αποφυγή υποξαιμίας Πρόληψη τραυματισμών
Υπεροξυγονώστε τον ασθενή με 100% οξυγόνο για 30-60 δευτερόλεπτα πριν την αναρρόφηση: α. σε ασθενείς μη διασωληνωμένους με τη χρήση μάσκας β. σε διασωληνωμένους ασθενείς αυξάνοντας το μίγμα οξυγόνου στον αναπνευστήρα ή με χρήση του προγράμματος προσωρινής υπεροξυγονώσης που διαθέτουν αρκετοί αναπνευστήρες	Πρόληψη υποξαιμίας ασθενή κατά τη διάρκεια και μετά τη διαδικασία
Πλύνετε τα χέρια σας με αντιμικροβιακό σαπούνι και νερό ή αντισηπτικό διάλυμα για δέρμα	Πρόληψη μετάδοσης μικροβίων
Φορέστε προστατευτικό ιματισμό (ρόμπα και μάσκα με γυαλιά προστασίας ματιών)	Αποφυγή έκθεσης σε μολυσματικό υλικό
Ανοίξτε και προσαρμόστε τον καθετήρα στην υποδοχή του σωλήνα αναρρόφησης με άσηπτη τεχνική, χωρίς να το βγάλετε από τη συσκευασία του	Διασφάλιση άσηπτης τεχνικής
Φορέστε αποστειρωμένο γάντι στο χέρι που θα κρατήσει τον καθετήρα και καθαρό γάντι μιας χρήσης στο άλλο χέρι	Διασφάλιση άσηπτης τεχνικής και διευκόλυνση διαδικασίας όταν γίνεται η αναρρόφηση από ένα άτομο
Εφυγραίνετε το άκρο του καθετήρα στον αποστειρωμένο ορό	Λίπανση καθετήρα και ευκολότερη εισαγωγή του στον ασθενή
Αποσυνδέστε τον ασθενή από τη μάσκα οξυγόνου ή τον αναπνευστήρα	
Εισάγετε τον καθετήρα στον ενδοτραχειακό σωλήνα, μέχρι να υπάρξει αντίσταση ή να βήξει ο ασθενής δηλαδή μέχρι την τρόπιδα. Μην εκτελείτε αναρρόφηση κατά την εισαγωγή.	Κατάλληλο επίπεδο εισόδου του καθετήρα για έναρξη αναρρόφησης Απόσπαση οξυγόνου
Τραβήξτε ήπια τον καθετήρα προς τα έξω αρχίστε την αναρρόφηση χωρίς περιστροφικές κινήσεις. Η διάρκεια της	Πρόληψη τραυματισμού τραχείας Μείωση της πιθανότητας πρόκλησης αιμοδυναμικής αστάθειας, αύξηση ενδοθωρακικής ή ενδοκράνιας πίεσης

αναρρόφησης δεν πρέπει να υπερβαίνει τα 10-15 δευτερόλεπτα	
Εκτιμήστε την κλινική εικόνα του ασθενή κατά τη διάρκεια της αναρρόφησης	Ανίχνευση δύσπνοιας και δυσφορίας ασθενή
Μετά το πέρας της αναρρόφησης συνδέστε τον ασθενή με την παροχή του οξυγόνου (μάσκα ή αναπνευστήρα) και υπεροξυγονώστε τουλάχιστον για ένα λεπτό	Πρόληψη και αντιμετώπιση υποξίας
Εκτιμήστε για ανάγκη επανάληψης διαδικασίας σύμφωνα με την κλινική εικόνα του ασθενή. Αν χρειαστεί επανάληψη, επαναλάβετε τη διαδικασία απορρίψτε τον χρησιμοποιημένο καθετήρα και χρησιμοποιήστε καινούργιο αποστειρωμένο	Έλεγχος για αποτελεσματικότητα διαδικασίας Πρόληψη πρόκλησης λοίμωξης
Μετά το πέρας της διαδικασίας αφαιρέστε τον χρησιμοποιημένο καθετήρα και ξεπλύνετε το σωλήνα αναρρόφησης με αποστειρωμένο νερό	Απομάκρυνση των εκκρίσεων από τον σωλήνα αναρρόφησης
Απορρίψτε τα χρησιμοποιημένα υλικά αναρρόφησης και τα γάντια στα μολυσματικά απορρίμματα και πλύνετε τα χέρια	Πρόληψη μετάδοσης λοιμώξεων
Τοποθετήστε τον ασθενή σε άνετη θέση	
Δεν προτείνεται η ενστάλαξη φυσιολογικού ορού ως διαδικασία ρουτίνας για τη ρευστοποίηση των εκκρίσεων	Κίνδυνος μείωσης κορεσμού οξυγόνου

Έντυπο ελέγχου διαδικασίας αναρρόφησης βρογχικών εκκρίσεων από ασθενή με ενδοτραχειακό σωλήνα

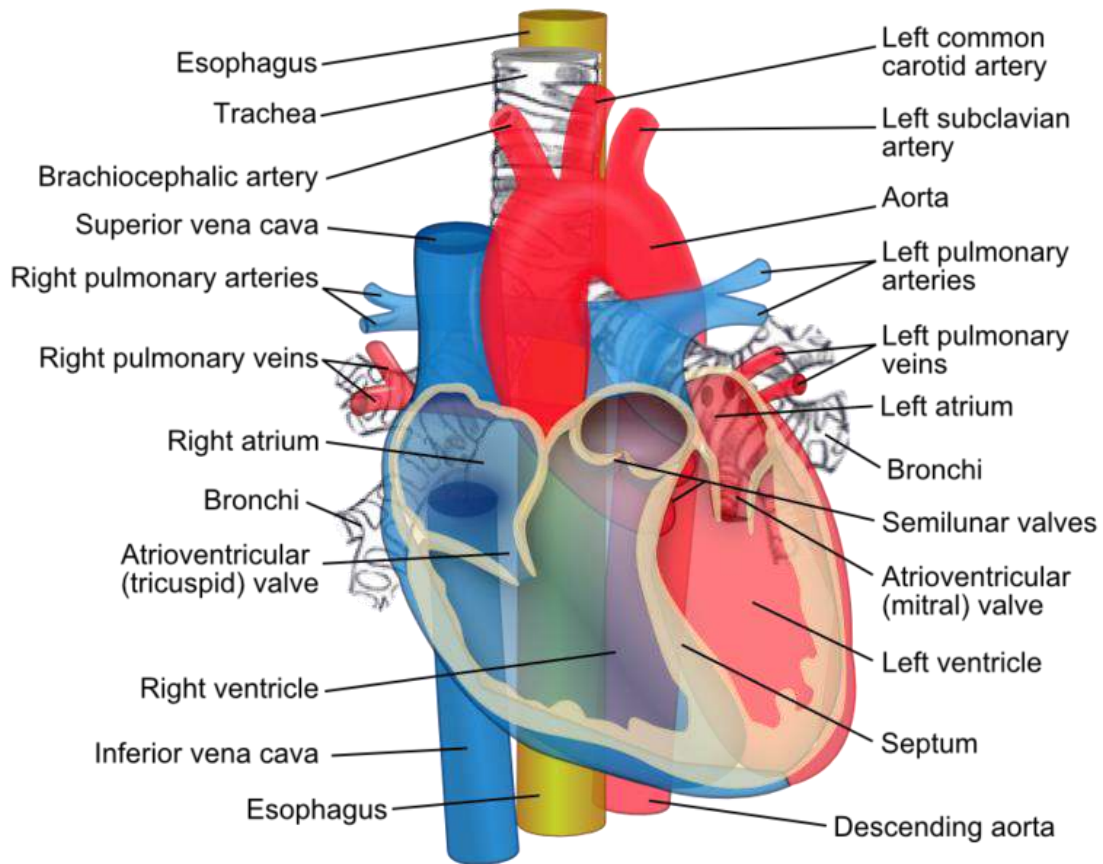
 ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΣΥΡΟΥ ΕΤΟΣ ΙΔΡΥΣΗΣ: 1826	ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΕΝΤΥΠΟ ΕΛΕΓΧΟΥ ΑΝΑΡΡΟΦΗΣΗΣ ΒΡΟΓΧΙΚΩΝ ΕΚΚΡΙΣΕΩΝ ΑΠΟ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΕΝΔΟΤΡΑΧΕΙΑΚΟ ΣΩΛΗΝΑ
ΚΛΙΝΙΚΗ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΛΕΓΧΟΥ
ΚΛΙΝΙΚΟΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΗΣ	
ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΟΣ / Η	

ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΤ ΙΚΑ	ΜΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙ ΗΤΙΚΑ	ΠΡΟΤΕΙΝΟΜ ΕΝΑ ΜΕΤΡΑ
1. Εκτίμηση κλινικής εικόνας ασθενή			
2. Ενημέρωση του ασθενή			
3. Συγκέντρωση εξοπλισμού.			
4. Έλεγχος και ρύθμιση μηχανήματος.			
5. Επιλογή καθετήρα			
6. Υπεροξυγόνωση ασθενή για περίπου 1 min			
7. Πλύσιμο χεριών			
8. Χρήση προστατευτικού εξοπλισμού			
9. Εφαρμογή διαδικασίας αναρρόφησης. Συνεχή εκτίμηση κλινικής κατάστασης			
10. Υπεροξυγόνωση ασθενή για 1 min.			
11. Απόρριψη υλικών μιας χρήσης και ξέπλυμα σωλήνα αναρρόφησης.			
12. Πλύσιμο χεριών.			
13. Τοποθέτηση ασθενή σε άνετη θέση			

Υπογραφή αξιολογούμενου νοσηλευτή-τριας

Υπογραφή αξιολογητή

Ειδικές νοσηλευτικές διαδικασίες Καρδιολογικού Τμήματος



Φάρμακα στην Καρδιολογία:

Καρδιολογικά φάρμακα

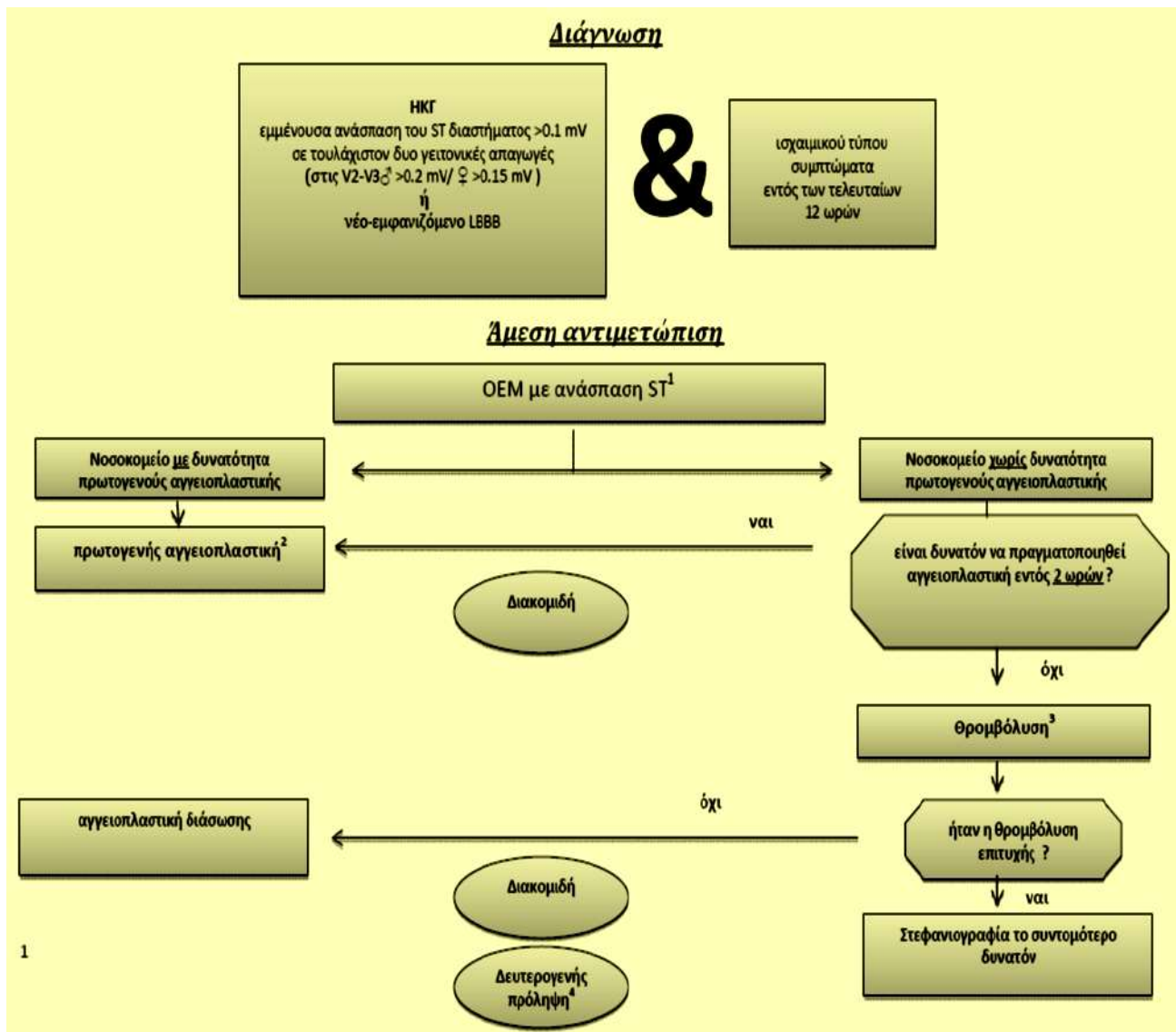
- A) Καρδιοτονωτικά
- B) Αντιαρρυθμικά
- Γ) Αντιϋπερτασικά
- Δ) Ατισθηθαγωγικά

Άλλες κατηγορίες φαρμάκων

- A) Διουρητικά
- B) Αντιπηκτικά
- Γ) Αντιαιμοποτεταλικά
- Δ) Αντιαιμορραγικά - αιμοστατικά
- E) Θρομβολυτικά

Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς με Οξύ Έμφραγμα του Μυοκαρδίου

Θεραπευτικό πρωτόκολλο STEMI (Οξύ Έμφραγμα Μυοκαρδίου με ανάσπαση ST διαστήματος)



1. Άμεση αγωγή στην πρώτη ιατρική επαφή

Διπλή αντι-αιμοπεταλιακή αγωγή	
1. ασπιρίνη	δόση φόρτισης: p.o. 150-325 mg (ή iv 250 mg)
2. κλοπιδογρέλη	δόση φόρτισης: <75 ετών p.o. 300 mg, >75 ετών p.o. 75 mg
νιτρώδη (προσοχή σε υπόταση, έμφραγμα δεξιά κοιλίας)	υπογλώσσια GTN ή iv GTN (10-200 mcg/λεπτό)
αναλγητικά (i.v. μορφίνη)	4-8 mg εφάπαξ, επιπλέον 2 mg ανά 5-15 λεπτά
β-αναστολέας (επί ένδειξης) (όχι σε υπόταση, καρδιακή ανεπάρκεια, καρδιογενή καταπληξία, κολποκοιλιακό αποκλεισμό, άσθμα, ΧΑΠ)	επί υπέρτασης/ ταχυ-αρρυθμίας iv εσμολόλη (500 µg/kg σε 1 min, 50 µg/kg/min σε 4 min, κατόπιν 60-200 µg/kg/min) ή iv ατενολόλη (5-10 mg, 1 mg/min)

2. Αγωγή σε πρωτογενή αγγειοπλαστική

α. Διπλή αντι-αιμοπεταλιακή αγωγή	
Ασπιρίνη	δόση φόρτισης (αν δεν έχει προηγηθεί) p.o. 150-325 mg (ή iv 250-500 mg)
Κλοπιδογρέλη, δόση φόρτισης σε σύνολο p.o. 600 mg Εναλλακτικά πρασουγρέλη αν <75 ετών και >60 kg, δόση φόρτισης p.o. 60 mg	
β. Ηπαρίνη (διακοπή στο τέλος της αγγειοπλαστικής)	i.v. εφάπαξ 100 U/kg στόχος ACT 250-350 sec
εναλλακτικά μιβαλιρουδίνη (διακοπή στο τέλος της αγγειοπλαστικής)	i.v. εφάπαξ 0.75 mg/kg στη συνέχεια έγχυση 1.75 mg/kg/h
Συμπληρωματικά στην ηπαρίνη Ανταγωνιστής IIb/IIIa: σε ασθενείς με: - ενδοστεφανιαία υψηλό φορτίο θρόμβου - σοβαρά επηρεασμένη ροή - σύμπλοκη αγγειοπλαστική/ διχασμός	Τροποποιημένη δόση ηπαρίνης 60 U/kg, στόχος ACT 200-250 sec
Αμιοιζιμάμητη	i.v. εφάπαξ 0.25 mg/kg, και στη συνέχεια έγχυση 0.125 µg/kg/min, (μέγιστη δόση 10 µg/min)
Επτιφωπατίδη	i.v. εφάπαξ 180 µg/kg, στη συνέχεια έγχυση 2 µg/kg/min
Τιροφιπάνη	i.v. έγχυση 0.4 µg/kg/min για 30 λεπτά, στη συνέχεια έγχυση 0.1 µg/kg/min

3. Αγωγή σε θρομβόλυση

α. Διπλή αντι-αιμοπεταλιακή αγωγή	
ασπιρίνη	δόση φόρτισης (αν δεν έχει προηγηθεί) p.o. 150-325 mg (ή iv 250-500 mg)
κλοπιδογρέλη	δόση φόρτισης (αν δεν έχει προηγηθεί) <75 ετών p.o. 300 mg, >75 ετών p.o. 75 mg
β. θρομβολυτικό (επιλογή με σειρά την ινδο-εκλεκτικότητα)	
τενεκτεπλάση (TNK-tPA)	εφάπαξ i.v., ανάλογα σωματικού βάρους: 30 mg αν <60 kg, 35 mg αν 60-70, 40 mg αν 70-80 kg, 45 mg αν 80-90 kg, 50 mg αν >90 kg
ρετεπλάση (r-PA)	10 U + 10 U i.v. εφάπαξ, με διαφορά 30 λεπτών
αλτεπλάση (t-PA)	15 mg i.v. εφάπαξ → 0.75 mg/kg σε 30 λεπτά → 0.5 mg/kg σε 60 λεπτά i.v. συνολική δόση <100 mg
γ. ενοξαπαρίνη (ως 8 μέρες ή έξοδο από το νοσοκομείο)	<75 ετών & κρεατινίνη ♂ <2.5 mg/mL, ♀ <2 mg/mL → i.v. εφάπαξ 30 mg, μετά από 15 λεπτά 1 mg/kg υποδόρια ανά 12 ώρες >75 ετών 0.75 mg/kg υποδόρια ανά 12 ώρες κάθαρση κρεατινίνης <30 mL/min, οι υποδόριες δόσεις επαναλαμβάνονται ανά 24 ώρες
Εναλλακτικά ηπαρίνη (για 24-48 ώρες)	i.v. εφάπαξ 60 U/kg με μέγιστο 4.000 U και στη συνέχεια έγχυση 12 U/kg με μέγιστο 1.000 U/h στόχος aPTT: 50-70 sec

4. Δευτερογενής πρόληψη

α. Τρόπος ζωής

Διακοπή καπνίσματος
Ρύθμιση αρτηριακής πίεσης (στόχος < 140/90 mmHg)
Ρύθμιση σακχαρώδους διαβήτη (στόχος HbA1c < 7 %)
Διαιτητικές συμβουλές - έλεγχος σωματικού βάρους
Φυσική άσκηση (20-30 λεπτά ημερησίως)

β. Φαρμακευτική αγωγή

1.	ασπιρίνη	75 mg		δια βίου
2.	ανάλογα με το εξαρχής χορηγηθέν φάρμακο			pPCI – BMS: υποχρεωτικά 4 εβδομάδες, ιδεατά 12 μήνες pPCI – DES: υποχρεωτικά 12 μήνες, ιδεατά επί μακρόν
	κλοπιδογρέλη	75 mg		
	πρασουγρέλη	10 mg 5 mg σε >75 ετών ή <60 kg		
3.	β-αναστολέας	βλ. πίνακα		(μέγιστη ανεκτή δόση)
4.	στατίνη	βλ. πίνακα		(στόχος LDL <100 mg/dL)
5.	αΜΕΑ	βλ. πίνακα		(δυσλειτουργία αριστεράς κοιλίας)
	αναστολέας AT 2	βλ. πίνακα	σε δυσανεξία αΜΕΑ	
6.	ανταγωνιστές αλδοστερόνης	βλ. πίνακα		(κλινικά καρδιακή ανεπάρκεια)
7.	αντιγριπτικό εμβόλιο			ετησίως
8.	γαστρο-προστασία			εξατομίκευση ανάλογα με τον ασθενή

Συντομογραφίες

STEMI = ST elevation myocardial infarction, Οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου με ανάσπαση του ST

ΗΚΓ = ηλεκτροκαρδιογράφημα

LBBS= left bundle branch block, αποκλεισμός αριστερού σκέλους

RBBS = right bundle branch block, αποκλεισμός δεξιού σκέλους

OEM = οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου,

po = per os, από του στόματος

iv = intra venous, ενδοφλέβια

GTN = glyceryl tri-nitrate

ACT = activated clotting time

aPTT = activated partial thromboplastin time

HbA1c = γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη

pPCI = primary PCI, πρωτογενής αγγειοπλαστική

BMS = bare metal stent, stent (ενδοπρόθεση) απλού («γυμνού») μετάλλου

DES = drug eluting stent, stent (ενδοπρόθεση) που εκλύει φαρμακευτική ουσία

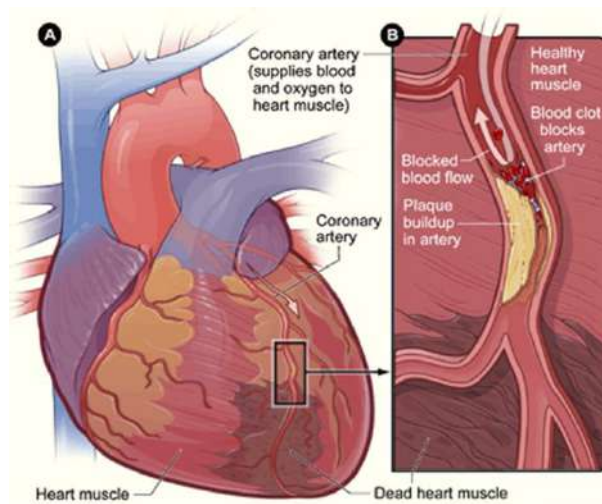
LDL = low density lipoprotein

HDL = high density lipoprotein

αΜΕΑ = αναστολέας του μετατρεπτικού ενζύμου (της αγγειοτενσίνης)

AT 2 = αναστολέας των υποδοχέων της αγγειοτασίνης

Διαδικασία θρομβολυτικής θεραπείας



Γενικά

Οι στόχοι της νοσηλευτικής φροντίδας είναι η ύφεση του πόνου, η βελτίωση της καρδιακής παροχής, η μείωση του άγχους, η πρόληψη επιπλοκών και η εκπαίδευση του ασθενή για την εξωνοσοκομειακή περίθαλψη. Οι νοσηλευτές της Καρδιολογικής Κλινικής συμμετέχουν στην ιατρική θρομβολυτική διαδικασία ακολουθώντας τις οδηγίες των καρδιολόγων.

Ορισμός

OEM είναι η ισχαιμία ή νέκρωση τμήματος του μυοκαρδίου που οφείλεται στην απόφραξη των στεφανιαίων αγγείων από θρόμβο. Κύρια αιτία της παθογένειας αποτελεί η αθηρωματική πλάκα λόγω αρτηριοσκλήρωσης σε ποσοστό 90%.

Συμπτώματα OEM

Θωρακικό ή προκάρδιο άλγος (στο πρόσθιο τοίχωμα) επεκτείνεται σε τράχηλο, τη σιαγόνα, τον ένα ή τους 2 ώμους, αρ. βραχίονα

Ταχυκαρδία, ταχύπνοια,

Δύσπνοια,

Ναυτία, εμετός,

Άγχος & αίσθηση επικείμενης καταστροφής,

Εφίδρωση,

Ψυχρό, κηλιδωτό δέρμα,

Μειωμένες περιφερικές σφίξεις,

Υπόταση ή υπέρταση,

Αίσθημα παλμών, αρρυθμίες,

Σημεία ανεπάρκειας α. κοιλίας,

Μειωμένο επίπεδο συνείδησης.

Επιπλοκές σε OEM

Αιφνίδιος θάνατος αν η απόφραξη αφορά μεγάλη στεφανιαία αρτηρία,
Διαταραχές ρυθμού,
Ανεπάρκεια της καρδιακής αντλίας,
Καρδιογενής καταπληξία ή σοκ,
Επέκταση εμφράγματος,
Οργανικές (δομικές) βλάβες (π.χ. Κοιλιακό ανεύρυσμα ή ρήξη μεσοκοιλιακού διαφράγματος),
Περικαρδίτιδα.

OEM-Συντονισμένη νοσηλευτική φροντίδα

Στόχοι φροντίδας

Ανακούφιση Πόνου,
Περιορισμός Έκτασης Της Βλάβης,
Διατήρηση Σταθερής Καρδιακής Λειτουργίας,
Μείωση Καρδιακού Φόρτου,
Πρόληψη Επιπλοκών.

OEM- είναι θέμα χρόνου

Η ταχεία διάγνωση σώζει ζωές ή «ο χρόνος είναι μυοκάρδιο»,
Όσο ταχύτερα ανοίξει η αρτηρία (φαρμακευτικά, επεμβατικά ή αυτόματα) τόσο καλύτερα,
Αίτια καθυστερημένης επαναιμάτωσης του μυοκαρδίου είναι η καθυστερημένη αναζήτηση φροντίδας (ηλικία, υποτίμηση κινδύνου, καθυστερήσεις μέσα στο νοσοκομείο κλπ.).

OEM-Κύριες εργαστηριακές εξετάσεις

Καρδιακοί δείκτες ορού (αιμοληψία)

Πρωτεΐνες που εκλύονται από το νεκρωθέν μυοκάρδιο δηλ., η κρεατινική φωσφακινάση (CK, CPK) και οι καρδιακές τροπονίνες T & I που αυξάνουν σε περίπτωση OEM,

CK-MB είναι ο πιο ευαίσθητος δείκτης για τις πρώτες ώρες μετά από OEM. Αύξηση του 5% σημαίνει θετική δοκιμασία για OEM.

Η αιμοληψία και εκτίμηση των δεικτών γίνεται κατά την εισαγωγή & για 3 συνεχείς ημέρες.

Μυοσφαιρίνη ορού (αυξάνει μόνο για 24 h),

Γενική αίματος (λευκοκυττάρωση-φλεγμονή),

ΤΚΕ (αύξηση λόγω φλεγμονής),

Αέρια αίματος (έλεγχος οξυγόνωσης & οξεοβασικής ισορροπίας),

ΗΚΓ (αναστροφή T, ανάσπαση ST=βλάβη μυοκαρδίου με εμφάνιση Q, ενώ σε ισχαιμία έχουμε κατάσπαση του ST και αναστροφή T),

Υπερηχοκαρδιογράφημα (αν το επιτρέπει η κατάσταση του αρρώστου-αξιολογεί κινητικότητα & λειτουργία αρ. κοιλίας),

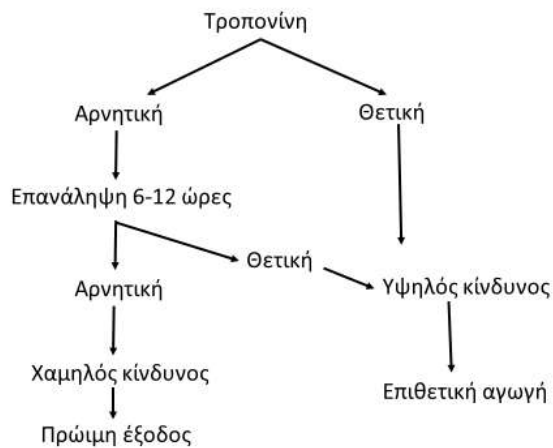
Ραδιοϊσοτοπικές εξετάσεις (αν το επιτρέπει η κατάσταση του αρρώστου-αξιολογεί την αιμάτωση του μυοκαρδίου),

Αιμοδυναμική παρακολούθηση σε εμφραγματίες με αστάθεια (μέτρηση ΚΦΠ, αρτηριακή γραμμή, πίεση ενσφύνωσης τριχοειδών, τοποθέτηση Swan-Ganz κλπ.

Τρόπος εμφάνισης τροπονινών

ΔΕΙΚΤΗΣ	Χρόνος αρχικής εμφάνισης	Χρόνος εμφάνισης μέγιστης τιμής	Χρόνος επιστροφής στο φυσιολογικό
Τροπονίνη	3-12 ώρες	12-96 ώρες	5-14 ώρες
CK-MB	3-12 ώρες	12-24 ώρες	2-3 ώρες
SGOT	6-12 ώρες	18-36 ώρες	3-4 ώρες
LDH	10 ώρες	24-48 ώρες	10-14 ώρες
Μυσφαιρίνη	1-4 ώρες	6-12 ώρες	24 ώρες

Πρακτικός αλγόριθμος τροπονινών

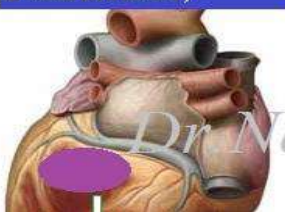


19

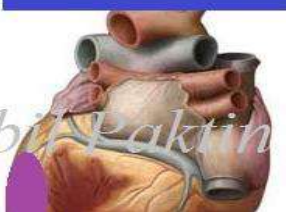
Είδη εμφράγματος

- Πλάγιο
- Κατώτερο
- Οπίσθιο

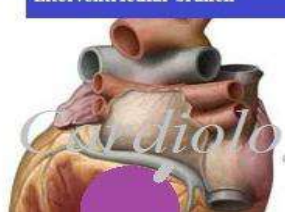
Occlusion of Circumflex branch of left coronary artery (variations in vessel distribution)



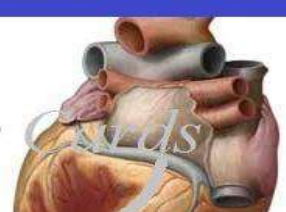
Occlusion of Circumflex branch of left coronary artery



Occlusion of right coronary artery or its posterior interventricular branch



Occlusion of posterior interventricular branch of Right Coronary artery



ΗΚΓ ευρήματα σε OEM

Ανάσπαση του ST διαστήματος τις πρώτες ώρες η οποία με την πάροδο του χρόνου υποχωρεί και εμφανίζονται κύματα Q.

Ηλεκτροκαρδιογραφικά ευρήματα

Σε έμφραγμα του κατώτερου τοιχώματος παρατηρούνται στις απαγωγές II, III και AVF,

Σε πρόσθιο έμφραγμα στις απαγωγές V1-V6,

Σε πλάγιο έμφραγμα στις απαγωγές I, AVL, V5, V6, ενώ στο οπίσθιο έμφραγμα στις απαγωγές V1-V3.

Η βαθμιαία απόφραξη μιας των στεφανιαίων αρτηριών προκαλεί 3 προϊούσας σοβαρότητας βαθμούς βλάβης στο μυοκάρδιο:

Τη ζώνη ισχαιμίας (μεταβολή του επάρματος Τα, αρνητικό, συμμετρικό, οξυκόρυφο),

Τη ζώνη βλάβης (μεγάλη ανάσπαση του ST),

Τη ζώνη νέκρωσης (εμφάνιση επάρματος Q στο πρώτο 24ωρο από την προσβολή που παραμένει μόνιμα).

Φαρμακευτική αγωγή σε OEM

Ασπιρίνη (αναστολέας αιμοπεταλιακής λειτουργίας) 160-325 mg που χορηγείται εξ αρχής στο ΤΕΠ και μετά καθημερινά,

Θρομβολυτικά,

Αναλγητικά,

Αντιαρρυθμικά,

Αλλά φάρμακα.

Ιατρική αντιμετώπιση σε OEM

ΜΕΘ : συνεχής παρακολούθηση τις πρώτες 24-48 ώρες μετά σε δωμάτιο της κλινικής με monitor,

Ενδοφλέβια γραμμή: ετοιμότητα για έγχυση φαρμάκων,

Κλινοστατισμός : τις πρώτες 12 ώρες. Προτιμάται foley ή ούρηση σε παπάκι -σκοραμίδα,

Περιβάλλον ήρεμο : λίγες επισκέψεις, ησυχία,

Υδρική διαίτα : τις πρώτες 4-12 ώρες,

Άναλος διαίτα : για 2-3 ημέρες. Συνεχίζεται σε τυχόν ΚΑ,

Όχι ποτά, όχι καφεΐνη, τροφή με θερμοκρασία μέτρια.

OEM-Νοσηλευτικές διαγνώσεις

Οξύς Πόνος,

Αναποτελεσματική Ιστική Αιμάτωση,

Αναποτελεσματική Αντιμετώπιση Της Κατάστασης,

Φόβος.

OEM-Νοσηλευτικές παρεμβάσεις σε οξύ πόνο

Εξέταση πόνου με κλινική εικόνα και κλίμακα,

Οξυγονοθεραπεία 2-5 lit με ρινικό καθετήρα,

Εξασφάλιση περιβάλλοντος ηρεμίας/ανάπαυσης,

Συναισθηματική υποστήριξη με παροχή πληροφοριών,

Νιτρογλυκερίνη : τιτλοποίηση IV δόσης,

ΑΠ να διατηρείται πάνω από 100 mmHg,

Υπόταση : προσοχή η IV νιτρογλυκερίνη ρίχνει πολύ την πίεση. Σε τυχόν υπόταση ελαττώστε τη δόση της νιτρογλυκερίνης,

Μορφίνη 2-4 mg bolus αποτελεσματική σε θωρακικό πόνο,

Πλήρης ύφεση πόνου επιδιώκεται και όχι απλά μείωση.

OEM-Νοσηλευτικές παρεμβάσεις σε αναποτελεσματική ιστική αιμάτωση

Τι ελέγχει ο νοσηλευτής;

Ζ.Σ., και τα καταγράφει,

Παθολογικές διαταραχές και ενημερώνει το γιατρό,

Συνείδηση (μείωση επιπέδου συνείδησης),

Ουρά (μείωση παροχής),

Δέρμα : χρώμα, θερμοκρασία, υγρασία (ψυχρό, υγρό, στικτό, ωχρό, διάστικτο ή κυανωτικό, σκούροι-κυανωτικοί βλεννογόνοι & κοίτη νυχιών),

Περιφερικούς σφυγμούς (απουσιάζουν),

Τριχοειδή (καθυστερημένη επαναπλήρωση),

Καρδιακούς ήχους & αναπνευστικούς ήχους παθολογικού

ΗΚΓ- Συνεχή παρακολούθηση για τυχόν αρρυθμίες. Χορήγηση αντιαρρυθμικών φαρμάκων βάσει αναγκών,

ΗΚΓ- Καταγραφή την ώρα του θωρακικού πόνου,
Αέρια αίματος (κορεσμός οξυγόνου) χορήγηση O₂(ιο),
CK & CK-MB διαδοχικές αιμοληψίες,

Αιμοδυναμική παρακολούθηση,

Ανταπόκριση στη θεραπεία (στη θρομβόλυση ή στα άλλα φάρμακα).

OEM-Νοσηλευτικές παρεμβάσεις σε αναπατελεσματική αντιμετώπιση της κατάστασης

Θεραπευτικό περιβάλλον,

Ανάπτυξη σχέσης εμπιστοσύνης : επιτυγχάνεται με την ενθάρρυνση έκφρασης των συναισθημάτων,

Αποδοχή άρνησης ασθενούς : χρήσιμη στο μηχανισμό προσαρμογής-ελαττώνει το άγχος αλλά είναι εμπόδιο στη θεραπεία,

Άγχος - άρνηση : επιθετικότητα και άρνηση θεραπείας καταγράφονται-δείχνουν άγχος,

Μηχανισμοί προσαρμογής : βοηθιέται ο ασθενής να βρει τους θετικούς ώστε να μειώσει τα συναισθήματα αδυναμίας & απελπισίας,

Συμμετοχή ασθενούς στη λήψη αποφάσεων στο ΣΝΦ : προάγεται η αυτοπεποίθηση & η ανεξαρτησία,

Εξασφάλιση ιδιωτικότητας ασθενούς & οικογενείας ως προς τα συναισθήματα.

OEM-Νοσηλευτικές παρεμβάσεις σε φόβο

Εξακρίβωση φόβου - σημαντικές οι λεκτικές και μη λεκτικές αντιδράσεις (ο φόβος επιδρά στο συμπαθητικό),

Ομιλία - κατανόηση - αφήστε τον να μιλήσει & δείξτε του ότι τον κατανοείτε,

Πληροφόρηση - ενθάρρυνση να ρωτήσει & να πληροφορηθεί κατ' επανάληψη,

Αυτοφροντίδα - ενθάρρυνση συμμετοχής στη φροντίδα,

Αγχολυτικά φάρμακα (ι.ο.),

Εναλλακτικές θεραπείες μείωσης του stress συστήνονται και διδάσκονται στον ασθενή.

Θρομβολυτική θεραπεία-Φροντίδα πριν από θρομβόλυση

Λήψη ιστορικού + φυσική εξέταση καθοριστικά στην επιλογή ή μη επιλογή θρομβόλυσης,

Αναζήτηση τυχόν κινδύνων για εμφάνιση ενδοκρανιακής εσωτερικής ή εξωτερικής αιμορραγίας,

Αντενδείκνυται η θρομβόλυση σε πρόσφατη εγχείρηση ή κάκωση ή ΚΑΑ, αιμορραγική διάθεση, ΑΕΕ, επέμβαση τους 2 τελευταίους μήνες, έλκος στομάχου-12λου, διαβητική αιμορραγική αμφιβληστροειδοπάθεια, αρρυθμική αρτηριακή υπέρταση,

Ενημέρωση ασθενούς για το είδος θεραπείας, τον κίνδυνο αιμορραγίας, την ανάγκη ακινησίας (αιμορραγία από την οπή έγχυσης).

Θρομβολυτική θεραπεία-Φροντίδα κατά την έγχυση

Έλεγχος Ζ.Σ. και σημείου έγχυσης /15 min την 1η ώρα, ανά 30 min τις επόμενες 2 ώρες και κάθε 1 ώρα μέχρι το τέλος της θρομβόλυσης

Καταγραφή ευρημάτων μέτρησης,

Νευρομυοαγγειακός έλεγχος στα 2 μέλη σχεδόν όσες φορές μετρά ζωτικά σημεία,

Ακίνητο - τεντωμένο μέλος υπενθυμίζεται και στον ασθενή η πρόληψη της αιμορραγίας,

Κλίνη επίπεδη για σωστή αιμάτωση εγκεφάλου,

Σύνδεση monitor ΗΚΓ συνεχής,

Έτοιμο καρότσι ανακοπής (αντιαρρυθμικά φάρμακα, απινιδωτής, σετ διασωλήνωσης κλπ.).

Φροντίδα μετά τη θρομβόλυση

Έλεγχος Ζ.Σ. και σημείου έγχυσης /15 min (1η h), ανά 30 min τις επόμενες 2 h και κάθε 1 h μέχρι το πρώτο 24h,

Αξιολόγηση θεραπείας με ΗΚΓ, CK & CK-MB,

κλινοστατισμός συνεχίζεται για 6 h με μαξιλάρι <15ο,

Πρόληψη αιμορραγίας:

Το μέλος της έγχυσης διατηρείται άκαμπτο-ακίνητο.

Ελέγχονται σημεία παρακεντήσεων, απαγορεύονται οι ενέσεις τις επόμενες 24 h, άμεση πίεση στο σημείο αφαίρεσης του καθετήρα έγχυσης για πάνω από 30 min. Πιεστική επίδεση σημείων παρακέντησης, όχι απότομοι χειρισμοί που προκαλούν μελανιές.

Έλεγχος αιμορραγίας - έλεγχος αποβαλλομένων υγρών, εκκρίσεων, κοπράνων για αιμορραγία, έλεγχος επιπέδου συνείδησης,

Αιμοληψία - έλεγχος Hb, Ht, προθρομβίνη, μερική θρομβοπλαστίνη,

Αντιαιμοπεταλιακά φάρμακα π.χ. ασπιρίνη χορηγούνται ταυτόχρονα (i.o.),

Αναζήτηση σημείων επαναπόφραξης (πόνος, αρρυθμίες, διαταραχή ΗΚΓ).

Επιπλοκές εμφράγματος

Αρρυθμίες,

Θρομβοεμβολικά επεισόδια,

Ρήξη θηλοειδών μυών,

Ρήξη μεσοκοιλιακού διαφράγματος,

Ρήξη καρδιάς,

Ανεύρυσμα αριστερής κοιλίας,
Αριστερή καρδιακή ανεπάρκεια,
Πνευμονική συμφόρηση,
Υπόταση,
Καρδιογενές Shock,
Σύνδρομο Dressler's (γενικευμένη περικαρδίτιδα).

Διαδικασία προσωρινού συστήματος βηματοδότησης



Ο βηματοδότης αποτελεί ηλεκτρική συσκευή υψηλής τεχνολογίας, η οποία εμφυτευόμενη ή μη στο σώμα του αρρώστου υποκαθιστά με επιτυχία το έργο του φυσιολογικού καρδιακού βηματοδότη δηλ. του φλεβόκομβου.

Ο προσωρινός βηματοδότης της Καρδιολογικής Κλινικής είναι μη εμφυτεύσιμος και χρησιμοποιείται προσωρινά και εξωτερικά του σώματος με σκοπό τη βηματοδότηση της καρδιάς και την αίσθηση αυτόχθονων καρδιακών κυμάτων.

Η διαδικασία της τοποθέτησης του προσωρινού βηματοδότη είναι ιατρική πράξη και οι νοσηλευτές συμμετέχουν ακολουθώντας τις ιατρικές οδηγίες. Η διαδικασία αυτή, ακολουθεί τη διαδικασία τοποθέτησης κεντρικού αγγειακού καθετήρα, με τη διαφορά ότι χρησιμοποιούνται τα υλικά προσωρινού βηματοδότη.

Ενδείξεις

1. Συμπτωματική Βραδυκαρδία:

-Πλήρης κολποκοιλιακός αποκλεισμός

-Υψηλού βαθμού κολποκοιλιακός αποκλεισμός (β' βαθμού)

2. Επαπειλούμενος πλήρης κολποκοιλιακός αποκλεισμός:

-Πρόσθιο έμφραγμα μυοκαρδίου με νέο αποκλεισμό σκέλους

-Κρίσεις Adams-Stokes που συνδυάζονται με παρατεταμένη κοιλιακή ασυστολία ή βραδυκαρδία

3. Προσωρινή βηματοδότηση κατά τη διάρκεια ασυστολίας

4. Προσωρινή χρήση κατά τη διάρκεια αντικατάστασης ενός εμφυτευμένου βηματοδότη

5. Προσωρινή αιμοδυναμική υποστήριξη μετά από εγχείρηση καρδιάς

Περιγραφή προσωρινού συστήματος βηματοδότησης

Τα προσωρινά συστήματα έχουν μια πηγή ελέγχου της βηματοδότησης εξωτερικά και οι ρυθμίσεις γίνονται από αυτή.

Σε κάθε τέτοια «μπαταρία» θα αναγνωρίσει κανείς:

1. Ενδείξεις έναρξης ή διακοπής του κυκλώματος
2. Κοιλιακή ή κολπική βηματοδότηση
3. Ρυθμιστές των mV ή mA
4. Των αριθμό σφίξεων
5. Του μοντέλου (mode) στον οποίο βρίσκεται ο βηματοδότης

ΕΠΙΣΗΜΑΝΣΗ: Η μόνη μέθοδος που χρησιμοποιείται πρακτικά για προσωρινή βηματοδότηση είναι τα ΔΙΠΟΛΙΚΑ ηλεκτρόδια, τα οποία διαθέτουν δύο ηλεκτρόδια αγωγής και τους δύο πόλους. Το ηλεκτρικό ρεύμα κατεβαίνει μέσω του ενός ηλεκτροδίου στον αντίστοιχο πόλο, διεγείρει τμήμα της καρδιάς εκπολώνοντας το και επιστρέφει στο βηματοδότη μέσω του άλλου.

Νοσηλευτική παρέμβαση

1. Ενημέρωση του αρρώστου για μείωση του φόβου και του άγχους

2. Φροντίδα καλής στερέωσης των ηλεκτροδίων, έτσι ώστε να μη μετακινηθούν και διακοπεί η λειτουργία του βηματοδότη
3. Στο Διάγραμμα της Νοσηλευτικής Παρακολούθησης θα πρέπει ΠΑΝΤΑ να καταγράφεται:
 - A. Ο τύπος του βηματοδότη
 - B. Η καρδιακή συχνότητα
4. Αναγραφή με αυτοκόλλητη ταινία της ημερομηνίας αλλαγής της μπαταρίας.
ΣΗΜ: (Η αλλαγή μπαταρίας μπορεί να επιτευχθεί σε ικανοποιητικό χρονικό διάστημα 10 δευτερολέπτων, χωρίς να σταματήσει η λειτουργία του βηματοδότη).
5. Εξασφάλιση στεγνών κλινοσκεπασμάτων για αποφυγή βραχυκυκλώματος
6. Εξασφάλιση γείωσης εάν ο άρρωστος είναι τοποθετημένος σε ηλεκτρικό κρεβάτι και περιοδικός έλεγχος της γείωσής και του βηματοδότη
7. Συνεχής ΗΚΓγραφικός έλεγχος
8. Γνώση καθορισμού παραμέτρων του βηματοδότη(π.χ. αλλαγή τύπου βηματοδότησης, αύξηση msec).
9. Κλείδωμα του βηματοδότη για ασφάλεια

Προσωρινή διαφλέβια βηματοδότηση

A. Ετοιμασία αναγκαίου εξοπλισμού

- Αντισηπτικό
- Τοπικό αναισθητικό
- Αποστειρωμένη μπλούζα, μάσκα, σκούφο, 1 σχιστό, 2 τετράγωνα
- Σετ μικροραφής (βελonoκάτοχο, λαβίδες, 1 κάψα, 1 νεφροειδές)
- Νυστέρι Νο 11
- Ράμμα Mersilk Νο 2/0
- Δίσκος υλικών προσωρινού βηματοδότη:
 - Ηλεκτρόδια με μπαλόνι (υπάρχουν και χωρίς μπαλόνι)
 - Θηκάρι με βαλβίδα
 - Βηματοδότη
 - Μπαταρία 9 volt (και εφεδρική)
 - Αποστειρωμένα ηλεκτρόδια
- Συνεχής ΗΚΓγραφικός έλεγχος
- Τροχήλατο ανακοπής

B. Ετοιμασία ασθενή

- Ενημέρωση ασθενούς για την αναγκαιότητα χρήσης
- Συγκατάθεση (???)
- Χορήγηση ήπιων αγχολυτικών φαρμάκων (ιο)
- Περιορισμός κινήσεων

Γ. Τοποθέτηση & σύνδεση προσωρινού διαφλέβιου βηματοδότη

- Η διαφλέβια μέθοδος συνιστάται στην τοποθέτηση ενός διπολικού βηματοδοτικού καθετήρα τύπου Swan-Ganz, μήκους 100cm και μέγεθος 4-6F στη δεξιά κοιλία μετά από παρακέντηση μιας μεγάλης φλέβας (έσω σφαγίτιδα, υποκλείδια, μηριαία) με διαδερμική παρακέντηση(χρήση θηκαριού.
- Μετά από την αρχική προώθηση 15-20 cm μέσα από το θηκάρι, φουσκώνει ο αεροθάλαμος του καθετήρα και η προώθηση σταματά, όταν το ΗΚΓράφημα είναι ενδεικτικό εισόδου στη δεξιά κοιλία (σημαντική εμφάνιση ανάσπασης ST).
- Τότε ξεφουσκώνει ο αεροθάλαμος και οι ακροδέκτες του ηλεκτροδίου συνδέονται με το εξωτερικό βηματοδότη.
- Το proximal(positive-θετικό)ηλεκτρόδιο συνδέεται με το (+)
- Το distal(negative-αρνητικό)ηλεκτρόδιο συνδέεται με το (-)

Ο άρρωστος παραμένει συνδεδεμένος σε monitoring παρακολούθηση στη ΜΕΘ (Μονάδα Εμφραγμάτων) και κλινοστατισμό έως ότου (άμεσα) μεταφερθεί σε πρωτοβάθμιο νοσηλευτικό ίδρυμα για τοποθέτηση μόνιμου εσωτερικού βηματοδότη.

Φάρμακα και γενικές αρχές χορήγησης φαρμάκων

Φαρμακοτεχνικές μορφές

Τα περισσότερα φάρμακα κυκλοφορούν στο εμπόριο με τη μορφή μιγμάτων δραστικών συστατικών και αδρανών εκδόχων, που ονομάζονται φαρμακοτεχνικά σκευάσματα. Το ίδιο δραστικό συστατικό μπορεί να κυκλοφορεί με πληθώρα παρόμοιων εμπορικών μορφών, που ονομάζονται ιδιοσκευάσματα.

Ταξινόμηση Φαρμακοτεχνικών μορφών

Οδός χορήγησης	Φαρμακοτεχνικές μορφές
Από το στόμα	Διαλύματα (Solutions, Solutiones) Σιρόπια (Sirupi) Ελιξίρια (Elixiria) Εναιωρήματα (Suspensions) Γαλακτώματα, (Emulsions) Βάμματα (Tinturae) Πηκτές (Gels) Σκόνες (Powders, Pulveres) Καψάκια, Κάψουλες (Capsules) Δισκία (Tablets), Σακχαρόπηκτα (Dragees) Εντεροδιαλυτά δισκία (Spansules) Υπογλώσσια δισκία (Sublingual tablets)
Από το ορθό	Υπόθετα (Suppositoria) Αλοιφές (Ointments, Unguentae) Κρέμες Σκόνες Διαλύματα
Τοπικά (δέρμα)	Αλοιφές Κρέμες Πάστες (Pastae) Πηκτές (Gels) Διαλύματα, Πλύματα (Lotions) Αραιά εναιωρήματα ή γαλακτώματα Αερολύματα (Sprays)
Διαδερμικά	Διαδερμικά συστήματα (Patches)
Παρεντερικά	Ενέσιμα διαλύματα (Injectiones) Εναιωρήματα ή γαλακτώματα Εμφυτεύματα
Κολπικά	Αλοιφές Υπόθετα Δισκία Αφρίζοντα γαλακτώματα

Τα σιρόπια αποτελούν πυκνά, παχύρρευστα πόσιμα διαλύματα σακχάρου στα οποία το φάρμακο είτε προστίθεται από την αρχή, είτε αργότερα. Τα σιρόπια έχουν ευχάριστη γεύση, περιέχουν συνήθως κοινή ζάχαρη (σουκρόζη, σάκχαρη), ή υποκατάστατά της όπως δεξτρόζη, σορβιτόλη. Οι περισσότεροι γνωστοί τύποι φαρμάκων που χορηγούνται με μορφή σιροπιών είναι τα αντιβηχικά, τα αναλγητικά και τα αντισταμινικά.

Εναιωρήματα

Τα εναιωρήματα είναι φαρμακοτεχνικά σκευάσματα που περιέχουν μια ή περισσότερες στερεές φαρμακευτικές ουσίες, αδιάλυτες, αλλά διεσπαρμένες με τη μορφή μικρών σωματιδίων μέσα σε ένα υγρό έκδοχο. Συνήθως προορίζονται για εσωτερική λήψη.

Το εναιώρημα μετά από κάθε ανατάραξη πρέπει να εμφανίζεται μακροσκοπικά ομογενές. Στον περιέκτη των εναιωρημάτων πρέπει να αναγράφεται η φράση «να ανακινούνται καλά πριν από την χρήση».

Δισκία (χάπια)

Προορίζονται για λήψη από το στόμα. Εκτός από το δραστικά συστατικά, συχνά επιβάλλεται η παρουσία εκδόχων που αυξάνουν τον όγκο (άμυλο) ή βελτιώνουν τη γεύση (γαλακτοσάκχαρο). Τα δισκία επικαλυμμένα με λεπτή και συνήθως έγχρωμη πλαστική μεμβράνη, έχουν σκοπό την κάλυψη δυσάρεστης γεύσης ή οσμής ή βελτίωση της σταθερότητας του δισκίου με προστασία από το φως και την υγρασία. Τα εντεροδιαλυτά δισκία μπορούν να θεωρηθούν ειδική κατηγορία δισκίων επικαλυμμένων με πλαστική μεμβράνη. Είναι δισκία ανθεκτικά στα υγρά του στομάχου, τα οποία όμως διαλύονται ή αποσαθρώνονται στο έντερο όπου απελευθερώνουν το δραστικό συστατικό.

Κάψουλες

Η δραστική ουσία περιέχεται σε ειδικό περίβλημα από ζελατίνη, το οποίο επικαλύπτει τυχόν δυσάρεστη γεύση και επιτρέπει βαθμιαία διάλυση μέσα στα πεπτικά υγρά ή μόνο μέσα στα εντερικά υγρά (εντεροδιαλυτό περίβλημα). Όταν επιδιώκεται παρατεταμένη ενέργεια, το περιεχόμενο παρασκευάζεται σε μεγαλοκοκκιώδη μορφή.

Υπόθετα

Προορίζονται, συνήθως, για συστηματική απορρόφηση, οπότε τοποθετούνται στο ορθό (σε βάθος 0,5 cm) για απορρόφηση από τις κάτω αιμορροϊδικές φλέβες και αποφυγή του φαινομένου της αρχικής διάβασης. Σπανιότερα, επιδιώκεται τοπική δράση στο ορθό ή στον κόλπο (κολπικά υπόθετα).

Βάμματα

Είναι απλά διαλύματα, στα οποία οι δραστικές ουσίες διαλύονται ή εκχυλίζονται μέσα σε αιθανόλη. Ως βάμματα, συνήθως χρησιμοποιούνται τα αντισηπτικά διαλύματα για το δέρμα και τους βλεννογόνους. Τα σύνθετα βάμματα, τα οποία προορίζονται για εσωτερική λήψη, μπορεί να περιέχουν σακχαρόζη και άλλα βελτιωτικά της γεύσης, οπότε ονομάζονται ελιξίρια.

Ενέσιμα διαλύματα

Τα ενέσιμα σκευάσματα αποτελούν στείρα φαρμακευτικά σκευάσματα που προορίζονται να εισαχθούν διά μέσου των ιστών. Εισάγονται κατευθείαν στα υγρά του σώματος, στα ενδοκυττάρια και εξωκυττάρια υγρά, στη λέμφο και στο αίμα, είτε όπως έχουν, είτε αφού διαλυθούν.

Τα ενέσιμα σκευάσματα διακρίνονται σε βιολογικά και σε φαρμακευτικά. Τα βιολογικά ενέσιμα σκευάσματα περιλαμβάνουν τα εμβόλια, τους ορούς και ανάλογα προϊόντα, τα οποία χορηγούνται από την παρεντερική οδό. Τα φαρμακευτικά ενέσιμα σκευάσματα περιλαμβάνουν όλα τα υπόλοιπα. Κατά τη χορήγηση των παρεντερικών σκευασμάτων επειδή παραβιάζεται η προστατευτική στιβάδα του δέρματος ή των βλεννογόνων, πρέπει τα σκευάσματα αυτά να είναι απολύτως καθαρά και στείρα.

Οι ιδιότητες που πρέπει να έχουν τα ενέσιμα σκευάσματα είναι:

- Στεριότητα. Δεν πρέπει να περιέχουν μικροοργανισμούς
- Απουσία πυρετογόνων. Δεν πρέπει να περιέχουν πυρετογόνα
- Ισοτονικότητα. Να έχουν την ίδια ωσμωτική πίεση με το αίμα. Το υδατικό διάλυμα χλωριούχου νατρίου 0.9% είναι ισότονο με το αίμα. Υπέρτονα διαλύματα προκαλούν συρρίκνωση των ερυθρών αιμοσφαιρίων, ενώ υπότονα προκαλούν διόγκωση και ρήξη των ερυθρών αιμοσφαιρίων (αιμόλυση).
- Ισοϋδρία. Ο όρος σημαίνει pH όμοιο με το pH των υγρών του σώματος, το αίμα και την λέμφο και πρέπει να κυμαίνεται στα όρια 7,25 έως 7,43.
- Διαύγεια. Τα ενέσιμα διαλύματα πρέπει να είναι απαλλαγμένα από σωματίδια ινών, γυαλιού, κλπ.

Οφθαλμικά σκευάσματα

Τα οφθαλμικά σκευάσματα είναι αποστειρωμένα προϊόντα τα οποία χρησιμοποιούνται στην οφθαλμολογία για θεραπευτικούς ή διαγνωστικούς σκοπούς, σε εξετάσεις και χειρουργικές επεμβάσεις, σαν υποκατάστατα δακρύων και άλλες εφαρμογές. Τα δραστικά συστατικά που χορηγούνται στον οφθαλμό έχουν στόχο να προκαλέσουν τοπικά φαινόμενα όπως μύση, μυδρίαση, αναισθησία, ελάττωση της ενδοφθάλμιας πίεσης, αντιμετώπιση μόλυνσης, στεριότητα κλπ.

Οι οφθαλμικές αλοιφές αποτελούν στείρα ημιστερεά παρασκευάσματα τα οποία τοποθετούνται στον επιπεφυκότα ή στην παρυφή του βλεφάρου. Οι αλοιφές πρέπει να εξαπλώνονται ομοιόμορφα στον κερατοειδή και στον χώρο του επιπεφυκότα μετά από μερικές κινήσεις των βλεφάρων. Η θεραπευτική τους δράση εξαρτάται από το πάχος της στιβάδας και την προσκόλλησή της στους ιστούς.

Αλοιφές και κρέμες

Οι αλοιφές είναι ημιστερεά σκευάσματα εξωτερικής χρήσης με κατάλληλη σύσταση για να απλωθούν στο δέρμα με επάλειψη ή εντριβή.

Οι αλοιφές διακρίνονται σε ιατρικές που περιέχουν δραστικά συστατικά για τοπική εφαρμογή των ουσιών στο δέρμα ή τους βλεννογόνους, αλλά και μη ιατρικές που χρησιμεύουν τόσο σαν

μαλακτικά, λιπαντικά και προστατευτικά του δέρματος, όσο και σαν βάσεις παρασκευής ιατρικών αλοιφών.

Οι κρέμες όταν επαλείφονται στο δέρμα, το νερό που περιέχουν εξατμίζεται και σχηματίζεται μια ημιπερατή μεμβράνη. Ονομάζονται και «εξαφανιζόμενες κρέμες» επειδή μετά την εφαρμογή τους δεν φαίνονται και δεν αφήνουν λιπαρότητα στο δέρμα. Χρησιμοποιούνται είτε σαν μαλακτικά, ενυδατικά και καθαριστικά, είτε σαν βάσεις φαρμακευτικών σκευασμάτων για την ενσωμάτωση δραστικών συστατικών για δερματικές παθήσεις.

Οι αλοιφές με βάση τη σύνθεσή τους διακρίνονται σε:

- μη γαλακτώματα
- γαλακτώματα και
- κρέμες
- πάστες

Οι αλοιφές χρησιμοποιούνται:

- Για την περιποίηση του υγιούς δέρματος (σαν προστατευτικές και καλλυντικές αλοιφές)
- Για τοπική θεραπεία του δέρματος, βλεννογόνων και πληγών

Για διαδερμική θεραπεία, σαν αλοιφές που απορροφώνται για να εισάγουν φάρμακα σε διάφορα όργανα μέσω του κυκλοφορικού ή λεμφικού συστήματος

Υπόθετα

Τα υπόθετα είναι φαρμακοτεχνικά σκευάσματα εφάπαξ δόσης, στερεής ή μαλακής σύστασης που αποτελούνται από μία ή περισσότερες δραστικές ουσίες αναμειγμένες με αδρανή υλικά, τα οποία τήκονται στην θερμοκρασία του σώματος. Αποτελούν στερεές μορφές χορήγησης φαρμάκου από το ορθό, τον κόλπο ή σπανιότερα την ουρήθρα.

Η φαρμακοτεχνική αυτή μορφή μετά την εισαγωγή της στην κοιλότητα του σώματος, τήκεται ή διαλύεται στις εκκρίσεις της κοιλότητας, ενώ συγχρόνως απελευθερώνεται το δραστικό συστατικό. Αυτός ο τρόπος χορήγησης φαρμάκου είναι σημαντικός σε περιπτώσεις παθολογικών καταστάσεων που δεν είναι δυνατή η κατάποση φαρμάκων, αλλά και σε περιπτώσεις όπου το φάρμακο είτε επηρεάζεται από τα γαστρικά υγρά, είτε μεταβάλλεται η δραστικότητά του κατά την πρώτη διέλευση του φαρμάκου από το ήπαρ μετά την απορρόφησή του. Η γρήγορη, έντονη και άμεση απορρόφηση πολλών δραστικών ουσιών από το ορθό, καθιστούν τα υπόθετα μια πολύ σημαντική εναλλακτική οδό χορήγησης φαρμάκου σε σχέση με την παρεντερική χορήγηση.

Τα φάρμακα που χορηγούνται με μορφή υπόθετων προορίζονται είτε για τοπική δράση όπως αντιβιοτικά, στυπτικά, αντισηπτικά, τοπικά αναισθητικά κλπ., είτε για γενική δράση αφού απορροφηθούν και περάσουν στην κυκλοφορία του αίματος, όπως αναλγητικά, ηρεμιστικά, αγγειοσυσταλτικά κλπ. Τα κολπικά υπόθετα τοποθετούνται στον κόλπο ψηλά με την βοήθεια ειδικής συσκευής. Χρησιμοποιούνται κυρίως για τοπική δράση σαν αντισηπτικά στην

γυναικεία υγιεινή και για την αντιμετώπιση παθογόνων μικροοργανισμών. Τα πιο συνηθισμένα δραστικά συστατικά είναι εναντίον των τριχομονάδων για την αντιμετώπιση της κολπίτιδας.

Αερολύματα

Τα αερολύματα είναι κολλοειδή συστήματα διασποράς που αποτελούνται από πολύ μικρά στερεά ή υγρά σωματίδια διεσπαρμένα σε ένα αέριο. Αποτελούν ειδικές φαρμακοτεχνικές μορφές, στις οποίες υγρά φαρμακευτικά παρασκευάσματα κλείνονται μέσα σε περιέκτες υπό πίεση και από όπου εκτοξεύονται δόσεις φαρμάκου μετά από πίεση ειδικής βαλβίδας.

Τα φάρμακα ανάλογα με τον προορισμό της χρήσης τους μπορεί να εξωθούνται με την μορφή λεπτότατων σταγονιδίων, υγρών ή ξηρών σωματιδίων σκόνης ή αφρού. Ο περιέκτης είναι ένα γυάλινο, μεταλλικό ή πλαστικό δοχείο στην κορυφή του οποίου προσαρμόζεται ένα πώμα με βαλβίδα και σωλήνα ο οποίος εφάπτεται στο περιεχόμενο του περιέκτη.

Οδοί χορήγησης φαρμάκων

Οι οδοί χορήγησης των φαρμάκων αναλύονται ως εξής:

Χορήγηση φαρμάκων από το στόμα	
Από το στόμα	Το φάρμακο χορηγείται από το στόμα και καταπίνεται με υγρά
Υπογλώσσια	Το φάρμακο τοποθετείται κάτω από τη γλώσσα, όπου διαλύεται άμεσα. Δεν καταπίνεται
Παρειακή	Το φάρμακο σε στερεή μορφή τοποθετείται έναντι του βλεννογόνου της παρειάς να διαλυθεί. Δεν πρέπει να μασιέται ή να καταπίνεται.
Παρεντερική οδός	
Ενδοδερμική	Το φάρμακο χορηγείται ακριβώς κάτω από την επιδερμίδα
Υποδόρια	Το φάρμακο χορηγείται στο χόριο
Ενδομυϊκή	Το φάρμακο χορηγείται στους μυς
Ενδοφλέβια	Το φάρμακο χορηγείται μέσα στη φλεβική κυκλοφορία
Επισκληρίδιος	Το φάρμακο χορηγείται στον επισκληρίδιο χώρο
Υπαραχνοειδής	Το φάρμακο χορηγείται στον υπαραχνοειδή χώρο
Δέρμα	
Τοπική χορήγηση	Το φάρμακο εφαρμόζεται στο δέρμα, τον οφθαλμό ή το αυτί για την επίτευξη δράσεων
Διαδερμική χορήγηση	Το φάρμακο εφαρμόζεται σε μία μικρή περιοχή για βραδεία απορρόφηση στη συστηματική κυκλοφορία
Βλεννογόνοι	
Κολπική χορήγηση	Το φάρμακο εισάγεται στον κόλπο για τοπική θεραπεία
Ορθική χορήγηση	Το φάρμακο εισάγεται στο ορθό για τοπική ή συστηματική θεραπεία
Χορήγηση δια εισπνοών	Το φάρμακο εισπνέεται δια της μύτης ή των πνευμόνων για τοπική ή συστηματική θεραπεία

Η εφαρμογή της Νοσηλευτικής Διεργασίας στη χορήγηση φαρμάκων - Τύποι των εντολών για τη φαρμακευτική αγωγή

Οι τύποι των εντολών για φαρμακευτική αγωγή ταξινομούνται σε τέσσερις κατηγορίες ανάλογα με τη συχνότητα χορήγησης του φαρμάκου.

- Η διαρκής εντολή εκτελείται μέχρι να δοθεί νέα εντολή που να διακόπτει την προηγούμενη ή μέχρι τη χορήγηση όλων των προβλεπόμενων δόσεων του φαρμάκου. Παράδειγμα διαρκούς εντολής είναι: «Φάρμακο 250 mg από το στόμα δύο φορές την ημέρα για δέκα ημέρες».
- Εντολή για χορήγηση κατ' επίκληση (ή σύμφωνα με τις ανάγκες) αποτελεί οδηγία που έχει γραφτεί ώστε να είναι διαθέσιμη τη στιγμή που ο ασθενής έχει την ανάγκη χορήγησης του φαρμάκου. Ο ιατρός θέτει περιορισμούς σχετικά με τα μεσοδιαστήματα μεταξύ των δόσεων. Ένα παράδειγμα τέτοιας εντολής είναι: «Μορφίνη 4mg ενδομυϊκά ανά 4 ώρες σε περίπτωση πόνου».
- Η εντολή για άπαξ χορήγηση δίνεται για να χορηγηθεί μία δόση φαρμάκου για μία φορά και μόνο. Τέτοιες εντολές είναι σύνηθες να δίνονται προεγχειρητικά ή πριν από μία διαγνωστική εξέταση.
- Η εντολή για άμεση χορήγηση αφορά στη χορήγηση μίας μόνο δόσης φαρμάκου άμεσα, χωρίς καθυστέρηση. Η εντολή αυτή χρησιμοποιείται σε επείγουσες καταστάσεις, όταν παρατηρείται αιφνίδια μεταβολή της κατάστασης του ασθενούς.

Νοσηλευτικές αρχές χορήγησης φαρμάκων

Πριν τη χορήγηση ενός φαρμάκου, ο νοσηλευτής-τρια εφαρμόζει τα πέντε σημεία της ορθής χορήγησης των φαρμάκων:

1. Σωστό φάρμακο
2. Σωστή δόση
3. Σωστή οδός χορήγησης
4. Σωστός χρόνος χορήγησης
5. Σωστός ασθενής

Αναλυτικότερα:

1. Ο νοσηλευτής-τρια χορηγεί το σωστό φάρμακο. Ο νοσηλευτής-τρια αντιπαραβάλλει το αρχείο χορήγησης φαρμάκων με τις ιατρικές οδηγίες, ώστε να επιβεβαιώνεται η σωστή μεταφορά των οδηγιών του θεράποντος ιατρού. Κάθε φορά που χορηγείται μία δόση φαρμάκου, πρέπει να γίνεται έλεγχος της ορθότητας της ονομασίας του.

Αυτός είναι και ο χρόνος ελέγχου της ημερομηνίας λήξης του φαρμάκου. Εάν η ορθογραφία στο αρχείο χορήγησης φαρμάκων ή την καρτέλα φαρμάκων του ασθενούς είναι διαφορετική, πρέπει να ελέγχεται η αρχική ιατρική οδηγία.

Εάν υπάρχει απόκλιση θα πρέπει να πραγματοποιείται επικοινωνία με το θεράποντα ιατρό για επιβεβαίωση της οδηγίας. Το όνομα του φαρμάκου αναφέρεται στον ασθενή και το φάρμακο πρέπει να του επιδεικνύεται πριν τη χορήγηση του.

2. Ο νοσηλευτής-τρια χορηγεί τη σωστή δόση. Ο νοσηλευτής/τρια συγκρίνει προσεκτικά τη δόση που πρόκειται να χορηγήσει με την ενδεδειγμένη δόση ή τη δόση που αναγράφεται στο αρχείο χορήγησης φαρμάκων του ασθενούς ή στην καρτέλα των φαρμάκων του.

Οι δόσεις των φαρμάκων που χορηγούνται από το στόμα διατίθενται σε σταθερή ποσότητα ανά δισκίο ή κάψουλα. Αν απαιτείται διαφοροποίηση της δόσης είναι απαραίτητη η εκτέλεση ορισμένων μαθηματικών υπολογισμών για τη διασφάλιση της ακρίβειας. Πολλά σφάλματα σχετικά με τη χορήγηση των φαρμάκων προκύπτουν από τη χορήγηση ποσότητας φαρμάκου διαφορετικής από την αναγραφόμενη στην ιατρική οδηγία δόση.

3. Ο νοσηλευτής-τρια χορηγεί το σωστό φάρμακο στο σωστό ασθενή. Εάν η ιατρική οδηγία προβλέπει την ενδομυϊκή χορήγηση ενός φαρμάκου, τότε το φάρμακο οφείλει να χορηγηθεί με ενδομυϊκή ένεση ή να πραγματοποιηθεί επικοινωνία με το θεράποντα ιατρό προκειμένου να τροποποιήσει την οδηγία αυτή.

Το γεγονός ότι ο ασθενής δεν αισθάνεται πια την ανάγκη για τη χορήγηση αναλγητικών φαρμάκων ενδομυϊκά, δε σημαίνει ότι ο νοσηλευτής θα πρέπει να χορηγήσει το φάρμακο από το στόμα.

Για την αλλαγή της φαρμακοτεχνικής μορφής του χορηγούμενου φαρμάκου, οφείλει να αλλάζει η ιατρική οδηγία. Σε ορισμένες περιπτώσεις, προβλέπεται η χορήγηση του φαρμάκου από το στόμα, αλλά ο ασθενής δεν είναι σε θέση να καταπιεί κάψουλες ή δισκία. Σε αυτή την περίπτωση ο νοσηλευτής/τρια ελέγχει τον τρόπο διάθεσης του φαρμάκου ώστε να καθορίσει εάν υπάρχει η δυνατότητα θρυμματισμού του. Όταν υπάρχουν αμφιβολίες, είναι ασφαλέστερο ο νοσηλευτής/τρια να συμβουλευτεί τον φαρμακοποιό.

4. Ο νοσηλευτής/τρια χορηγεί το σωστό φάρμακο στο σωστό χρόνο. Ο χρόνος χορήγησης φαρμάκων στον κάθε ασθενή θα πρέπει να σημειώνεται στο πρόγραμμα των εργασιών της ημέρας.

Οι νοσηλευτές πρέπει να θυμούνται ότι ο σχεδιασμός της χορήγησης των φαρμάκων αφορά στο σκοπό της διατήρησης κάποιων συγκεκριμένων επιπέδων του φαρμάκου στον ορό του αίματος του ασθενούς. Για το λόγο αυτό, τα φάρμακα πρέπει να χορηγούνται όσο το δυνατόν εγγύτερα στον προγραμματισμένο χρόνο χορήγησης.

Επίσης, η καταγραφή της χορήγησης των φαρμάκων οφείλει να γίνεται στον κατάλληλο χρόνο. Πολύ συχνά, οι νοσηλευτές καταγράφουν τη χορήγηση του φαρμάκου όταν το λαμβάνουν από το τροχήλατο καρότσι νοσηλείας.

Στην περίπτωση όμως που ο ασθενής δεν είναι διαθέσιμος, όταν ο νοσηλευτής φθάνει στο θάλαμο του, η δόση μπορεί να ξεχαστεί και ιδιαίτερα εάν παρουσιαστεί κάποιο πρόβλημα στο τμήμα νοσηλείας. Ο ασθενής μπορεί να βρίσκεται εκτός του ορόφου, στη ντουζιέρα, να παρουσιάζει σοβαρή ναυτία, ή να υποβάλλεται σε φυσικοθεραπεία του αναπνευστικού συστήματος.

Οι νοσηλευτές ποτέ δεν καταγράφουν τη χορήγηση μίας δόσης μέχρι να τη λάβει ο ασθενής. Η μη χορήγηση μιας δόσης πρέπει επίσης να καταγράφεται στο αρχείο χορήγησης φαρμάκων του ασθενούς.

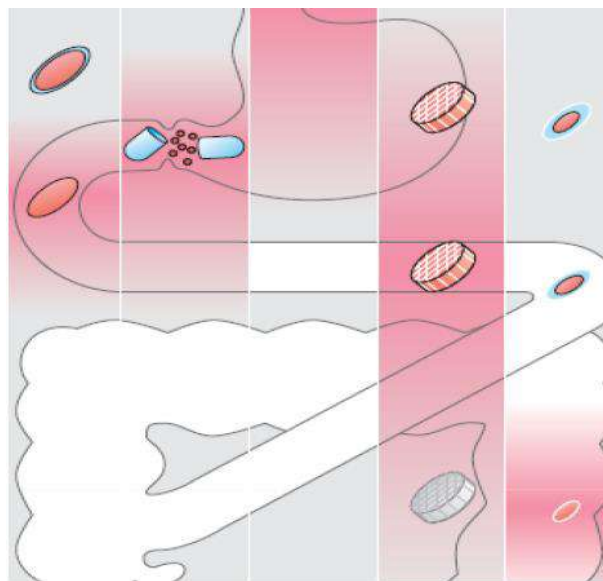
5. Ο νοσηλευτής/τρια χορηγεί το σωστό φάρμακο στο σωστό ασθενή. Ακόμα και εάν ο νοσηλευτής/τρια φροντίζει το συγκεκριμένο ασθενή συνεχώς και είναι εξοικειωμένος μαζί του, πρέπει να ακολουθεί το πρωτόκολλο επιβεβαίωσης του ασθενούς.

Για την πρόληψη των σφαλμάτων, σχετικά με τη χορήγηση των φαρμάκων είναι χρήσιμο να ελέγχετε το κάθε φάρμακο τρεις φορές. Ο τρίτος έλεγχος πρέπει να γίνεται παρά την κλίνη του ασθενούς, πριν το άνοιγμα της συσκευασίας.

Χορήγηση φαρμάκων διεντερικά

Φαρμακοκινητική, φαρμακοδυναμική και απορρόφηση των φαρμάκων που χορηγούνται διεντερικώς

Συχνά, ο πλέον αποδεκτός από τους ασθενείς τρόπος λήψης των φαρμάκων είναι από το στόμα, δυστυχώς όμως είναι και ο πιο περίπλοκος τρόπος για να μελετηθεί η απορρόφηση ενός φαρμάκου. Η λήψη ενός φαρμάκου από το στόμα έχει ως αποτέλεσμα τη μετακίνηση του φαρμάκου μέσω του γαστρεντερικού σωλήνα ξεκινώντας από τον οισοφάγο, το ισχυρά όξινο στομάχι, το λεπτό έντερο και το ήπαρ.



Η πορεία του φαρμάκου στον γαστρεντερικό σωλήνα

Μετά την κατάποση, το φάρμακο περνά από τον οισοφάγο και φτάνει στην πρώτη στάση του, στο στομάχι. Το pH του στομάχου ποικίλλει ανάλογα με την παρουσία τροφής και μπορεί να φτάσει πολύ χαμηλά μέχρι και pH 1. Ο πρωταρχικός ρόλος του στομάχου είναι η χημική διάσπαση των συστατικών των τροφών, ειδικά των πρωτεϊνών. Μια δευτερεύουσα λειτουργία του στομάχου είναι να απορροφά θρεπτικά συστατικά. Όπως ορισμένες θρεπτικές ουσίες, έτσι και τα φάρμακα συχνά απορροφούνται από το στομάχι. Ειδικότερα, τα φάρμακα που είναι

ιδιαίτερα λιπόφιλα στο όξινο περιβάλλον του στομάχου έχουν την τάση να απορροφώνται εύκολα.

Η παρουσία τροφής στο στομάχι μπορεί να επηρεάσει σημαντικά το ρυθμό απορρόφησης του φαρμάκου καθώς αυξάνει τον όγκο του στομάχου, επιβραδύνει το ρυθμό μετακίνησης του φαρμάκου στο λεπτό έντερο και αυξάνει το pH του στομάχου.

Για τα περισσότερα φάρμακα οι παράγοντες αυτοί αυξάνουν τον ρυθμό απορρόφησης από το στομάχι.

Στο λεπτό έντερο συνεχίζεται η χημική διαδικασία της πέψης που ξεκίνησε στο στομάχι, με έμφαση στην ενζυμική διάσπαση των λιπών και των σακχάρων, καθώς οι πρωτεΐνες έχουν ήδη εν μέρει διασπαστεί στο στομάχι και πλέον διασπώνται σε αμινοξέα.

Μετά την πλήρη πέψη των τροφών, τα προϊόντα διάσπασης είναι έτοιμα για απορρόφηση. Το λεπτό έντερο έχει πολλά πλεονεκτήματα έναντι του στομάχου για την απορρόφηση των θρεπτικών ουσιών και των φαρμάκων στην κυκλοφορία του αίματος. Το σημαντικότερο είναι ότι ο χρόνος διέλευσης μέσα από το λεπτό έντερο είναι πολύ περισσότερος σε σχέση με το στομάχι.

Περισσότερος χρόνος ισοδυναμεί με περισσότερες ευκαιρίες για απορρόφηση. Επίσης, το υψηλότερο pH του λεπτού εντέρου είναι πιο ευνοϊκό για την απορρόφηση των περισσότερων φαρμάκων σε σχέση με το στομάχι.

Τέλος, το λεπτό έντερο αποτελείται από πολύ μεγάλη επιφάνεια, η οποία μεγιστοποιεί την πιθανότητα απορρόφησης. Το λεπτό έντερο ως γνωστόν εμφανίζει τόσο μεγάλη επιφάνεια χάρη στις πτυχώσεις του και τις προεκβολές τους, τις λάχνες. Πέρα από την αύξηση της επιφάνειας για την απορρόφηση, η ιδιαίτερη υφή του λεπτού εντέρου διευκολύνει την έκκριση πεπτικών ενζύμων και υγρών και παρεμποδίζει την ταχύτητα ροής διαμέσου του λεπτού εντέρου.

Τα φάρμακα που απορροφώνται από το στομάχι και από το λεπτό έντερο αρχικά εισέρχονται στο ήπαρ. Η πυλαία φλέβα είναι ένα σύνολο αιμοφόρων αγγείων που συλλέγει το αίμα από το στομάχι, το λεπτό έντερο, το παχύ έντερο, τη σπλήνα και το πάγκρεας και το παραδίδει στο ήπαρ. Από το ήπαρ, το αίμα εισέρχεται στο γενικό κυκλοφορικό σύστημα. Το ήπαρ, επομένως, ενεργεί ως φύλακας. Τίποτα δεν μπορεί να εισέλθει στην κυκλοφορία του αίματος από το πεπτικό σύστημα αν δε διέλθει πρώτα από το ήπαρ, το οποίο αποτελεί ένα εξαιρετικά αποτελεσματικό σύστημα άμυνας για το υπόλοιπο σώμα. Ένα φάρμακο μπορεί να απορροφηθεί από το λεπτό έντερο, αλλά να μεταβολιστεί σχεδόν ποσοτικά από το ήπαρ.

Πλεονεκτήματα

➤ Είναι ανώδυνη και εύκολη, γι' αυτό αποτελεί τον παλαιότερο και συνηθέστερο τρόπο χορήγησης φαρμάκων. Η διάλυση του φαρμάκου διευκολύνεται λόγω των άφθονων πεπτικών εκκρίσεων, ενώ κατά μήκος της πεπτικής οδού μεταβάλλεται το pH έτσι, ώστε παρέχεται κατάλληλο περιβάλλον για απορρόφηση σχεδόν σε όλα τα φάρμακα.

➤ Η μεγάλη κινητικότητα, η μεγάλη επιφάνεια και η άφθονη αιμάτωση του πεπτικού βλεννογόνου, διευκολύνουν πολύ την απορρόφηση. Ο ρυθμός απορρόφησης μπορεί να μεταβληθεί ανάλογα με τη φαρμακοτεχνική μορφή (ευκολία αποσάθρωσης δισκίων, διαλυτότητα του περιβλήματος της κάψουλας, μέγεθος των κοκκίων που περιέχει η κάψουλα, κ.ά.).

- Επειδή η απορρόφηση από το πεπτικό είναι σχετικά αργή (το γρηγορότερο που μπορεί να αρχίσει να απορροφάτε μια ουσία είναι 20-30 min μετά τη χορήγηση), σε περίπτωση λάθους υπάρχει η δυνατότητα έγκαιρης επέμβασης.
- Η απορρόφηση ορισμένων φαρμάκων από τη στοματική κοιλότητα, ή από το ορθό, παρέχει τη δυνατότητα της απ' ευθείας εισόδου στη μεγάλη κυκλοφορία, παρακάμπτοντας τον εντερικό βλεννογόνο και το ήπαρ, που θα μπορούσαν να μεταβολίσουν και να αδρανοποιήσουν το φάρμακο («φαινόμενο αρχικής διάβασης»).
- Έχει χαμηλό κόστος, επειδή δεν απαιτούνται στείρες συνθήκες κατά την παρασκευή και τη χορήγηση του φαρμάκου.

Μειονεκτήματα

- Πολλές ουσίες διασπώνται από τα πεπτικά υγρά, όπως οι πρωτεΐνες, η αδρεναλίνη και η ισταμίνη. Επίσης, υπάρχει η πιθανότητα μεταβολικής αδρανοποίησης μιας ουσίας από ένζυμα της μικροβιακής χλωρίδας, του εντερικού επιθηλίου και του ήπατος. Άλλωστε, μπορεί να δημιουργηθούν τοξικοί μεταβολίτες από την επίδραση αυτών των ενζύμων.
- Η τροφή μπορεί να επιβραδύνει την απορρόφηση ή και να την εμποδίσει ολοσχερώς, ενώ η παράλληλη χορήγηση άλλων φαρμάκων είναι δυνατόν να οδηγήσει σε τοπική αντίδραση και αναστολή της απορρόφησης (π.χ., ο σίδηρος εμποδίζει την απορρόφηση των τετρακυκλινών). Επηρεάζεται από τη γενική κατάσταση του ασθενούς (αχλωρυδρία, υποχλωρυδρία, εμετοί, διάρροιες, μεταβολές στη κυκλοφορία του πεπτικού), καθώς και από φάρμακα που επιδρούν στη λειτουργία του γαστρεντερικού συστήματος (εκκρίσεις πεπτικών υγρών, κινητικότητα κ.ά.). Από όλα τα παραπάνω βγαίνει το γενικό συμπέρασμα ότι δεν είναι δυνατός ο ακριβής υπολογισμός της δόσης που θα απορροφηθεί, όταν μια ουσία δίνεται από το πεπτικό. Αυτό αποτελεί το μεγαλύτερο μειονέκτημα της χορήγησης από το στόμα.

Νοσηλευτικές διεργασίες

Η μέθοδος χορήγησης φαρμάκων από το στόμα είναι η πλέον συνηθισμένη, εύκολη και απλή για τον άρρωστο και τους νοσηλευτές. Ο άρρωστος συνήθως τα παίρνει μόνος χωρίς ιδιαίτερη βοήθεια και οι νοσηλευτές διαθέτουν λιγότερο χρόνο, κόπο και αντικείμενα, συγκριτικά με άλλες μεθόδους για την ετοιμασία και τη χορήγηση του φαρμάκου, όπως π.χ. για την ένεση (Αθανάτου 2010).



Χορήγηση φαρμάκων υπογλωσσίως

Υπάρχουν περιπτώσεις που δεν μπορεί ή δεν πρέπει να χορηγηθούν στον άρρωστο φάρμακα από το στόμα, όπως όταν:

- Βρίσκεται σε αφασία.
- Έχει καθετήρα για αναρρόφηση υγρών στομάχου.
- Έχει εμετούς.
- Η δράση των φαρμάκων αναστέλλεται από την επίδραση των πεπτικών υγρών, όπως η ινσουλίνη.
- Τα φάρμακα απορροφούνται με πολύ αργό ρυθμό ή η απορρόφηση τους δεν είναι επαρκής.
- Ερεθίζουν το γαστρεντερικό σωλήνα.

Σημεία που πρέπει ο νοσηλευτής/τρια να πάντα να ελέγχει είναι:

- Οι επικαλυμμένες ταμπλέτες δεν πρέπει να μασιούνται ή να συνθλίβονται, καθώς καλύπτονται από μια σκληρή επιφάνεια που εξασφαλίζει την απορρόφησή τους σε συγκεκριμένο σημείο του γαστρεντερικού σωλήνα.
- Οι κάψουλες πρέπει να καταπίνονται ως έχουν, για να επιτυγχάνεται το μέγιστο θεραπευτικό αποτέλεσμα.
- Στους ηλικιωμένους ασθενείς πρέπει να αφιερώνει περισσότερο χρόνο στη χορήγηση των φαρμάκων επειδή έχουν επιβραδυσμένα αντανακλαστικά και μειωμένη ικανότητα κατανόησης της θεραπείας.
- Κατά τη χορήγηση των υπογλώσσων ή επιγλώσσων φαρμάκων ενημερώνει τον ασθενή ότι πρέπει να βάλει το φάρμακο αναλόγως κάτω ή πάνω στη γλώσσα του και να μην πει νερό, ούτε να το καταπιεί.

Αν ο ασθενής δεν λάβει τα φάρμακά του για οποιοδήποτε λόγο, δεν πρέπει να αφήνονται στο κομοδίνο του

Χορήγηση φαρμάκων από το στόμα - Πρωτόκολλο

Η στοματική οδός χρησιμοποιείται ευρέως και αποτελεί την πιο άνετη και ασφαλή για τον ασθενή οδό χορήγησης φαρμάκων. Τα φάρμακα που χορηγούνται από το στόμα (per os) απορροφούνται από το βλεννογόνο του στομάχου και του λεπτού εντέρου, ενώ η ενέργειά τους εμφανίζεται μετά από μεγαλύτερο χρονικό διάστημα και τέλος έχει παρατεταμένες αλλά λιγότερο ισχυρές επιδράσεις, συγκριτικά με τις άλλες οδούς χορήγησης.

Υλικά

- Χορηγούμενα φάρμακα
- Κύπελλα φαρμάκων μιας χρήσης ή χάρτινα φακελάκια Κοπτήρας για τις ταμπλέτες
- Γουδί ή θραυστήρας όπου ενδείκνυται
- Σύριγγες χωρίς βελόνα (επί αδυναμίας κατάποσης από ποτήρι) Ποτηράκια νερού μιας χρήσης
- Νερό
- Γάντια λάτεξ
- Νεφροειδές μιας χρήσης για υποδοχή χρησιμοποιημένων υλικών

ΕΝΕΡΓΕΙΑ	ΑΙΤΙΟΛΟΓΗΣΗ
1. Διασφαλίστε εφαρμογή των γενικών αρχών χορήγησης φαρμάκων	Πρόληψη λαθών και παραλείψεων.
2. Εφαρμόστε υγιεινή χεριών, και φορέστε γάντια εάν κρίνεται απαραίτητο.	Ελαχιστοποιεί την πιθανότητα μετάδοσης λοιμώξεων. Πρόληψη έκθεσης σε εκκρίσεις στοματικής κοιλότητας.
3. <u>Δισκία ή κάψουλες</u> : Τοποθετείστε τα σε κύπελλο ή σε φακελάκι φαρμάκων και αφαιρέστε τη συσκευασία λίγο πριν χορηγήσετε το φάρμακο. Αν φυλάσσονται σε φιαλίδιο, τοποθετείστε τα αρχικά πρώτα στο καπάκι του φιαλιδίου και κατόπιν στο κύπελλο φαρμάκων. Μην σπάτε τις ταμπλέτες, εκτός αν έχουν ειδική εγκοπή στη μέση Αν υπάρχει δυσκολία κατάποσης συνθλίψτε το φάρμακο. Διαλύστε τη σκόνη σε νερό, διατηρώντας κάθε φάρμακο χωριστά από τα άλλα. <u>Υγρά φάρμακα</u> : Κρατήστε το μπουκαλάκι με την ετικέτα στην παλάμη σας και χρησιμοποιείτε κατάλληλο δοσομετρικό ποτηράκι υγρών, υπολογίζοντας την ποσότητα του φαρμάκου στο ύψος των ματιών σας. Σκουπίστε το στόμιο του μπουκαλιού με μια χαρτοπετσέτα. Σε ασθενείς που δυσκολεύονται να καταπιούν υγρά από κύπελλο, το φάρμακο μπορεί να χορηγηθεί μέσω μιας πλαστικής σύριγγας χωρίς βελόνα.	Αποφυγή λάθους και τήρηση ασφαλούς χορήγησης. Δυνατότητα επιστροφής επιπλέον δόσης στο φιαλίδιο και αποφυγή μεταφοράς μικροβίων και πιθανής αλλεργίας των νοσηλευτών από την άμεση επαφή του φαρμάκου με τα χέρια. Δεν επιτυγχάνεται ακρίβεια στη δόση και μειώνεται η δράση του φαρμάκου. Η ακρίβεια επιτυγχάνεται όταν χρησιμοποιείται κατάλληλο ποτηράκι και διαβάζεται σωστά. Τα υγρά φάρμακα μπορεί να στάξουν στην ετικέτα δυσχεραίνοντας την ανάγνωσή τους.

Αν το φάρμακο καθιζάνει, ανακινείστε πριν την τοποθέτησή του στο κύπελλο φαρμάκων.	Τα εναιωρήματα πρέπει να αναταράσσονται πριν την χορήγησή τους για την ομοιογενή κατανομή τους.
4. Ταυτοποιήστε τον ασθενή και ενημερώστε τον για την διαδικασία.	Πρόληψη λάθους, ενίσχυση συνεργασίας και μείωση άγχους.
5. Βοηθήστε τον ασθενή να πάρει θέση καθιστή ή ημικαθιστή πριν την χορήγηση του φαρμάκου.	Η λήψη του φαρμάκου γίνεται ευκολότερα, διότι διευκολύνεται η κατάποση και προλαμβάνεται τυχόν εισρόφιση ή πνιγμός.
6. Εξασφαλίστε στο κομοδίνο νερό.	Διευκολύνεται η κατάποση και διαλύονται ευκολότερα τα φάρμακα.
7. Χορηγήστε τα υγρά φάρμακα (σιρόπια, εναιωρήματα κ.α.) και μετά τα στερεά (ταμπλέτες, κάψουλες).	Επιτρέπει την απορρόφιση συγκεκριμένων σιροπιών που δεν πρέπει να λαμβάνονται με νερό (π.χ. Maalox, Peptonorm, κλπ.)
8. Βεβαιωθείτε ότι ο ασθενής έλαβε τα φάρμακα.	Μπορεί ο ασθενής να τα ξεχάσει ή να τα πάρει μαζί με άλλη δόση.
<u>Νοσηλευτική Επαγρύπνηση:</u> - Οι επικαλυμμένες ταμπλέτες δεν πρέπει να μασιούνται ή να συνθλίβονται, καθώς καλύπτονται από μια σκληρή επιφάνεια που <u>εξασφαλίζει την απορρόφησή τους σε συγκεκριμένο σημείο του γαστρεντερικού σωλήνα.</u> - Οι κάψουλες πρέπει να καταπίνονται ως έχουν, για να επιτυγχάνεται το μέγιστο θεραπευτικό αποτέλεσμα. - Στους ηλικιωμένους ασθενείς αφιερώστε περισσότερο χρόνο στη χορήγηση των φαρμάκων επειδή έχουν επιβραδυσμένα αντανακλαστικά και μειωμένη ικανότητα κατανόησης της θεραπείας. - Κατά τη χορήγηση των υπογλώσσων ή επιγλώσσων φαρμάκων ενημερώστε τον ασθενή ότι πρέπει να βάλει το φάρμακο αναλόγως κάτω ή πάνω στη γλώσσα του και να μην πει νερό, ούτε να το καταπιεί. - Αν ο ασθενής δεν λάβει τα φάρμακά του για οποιοδήποτε λόγο, μην τα αφήνετε στο κομοδίνο του.	
9. Πετάξτε τις άδειες συσκευασίες, ποτηράκια μιας χρήσης κλπ στα κοινά απορρίμματα.	Δεν χρήζουν ειδικής μεταχείρισης καθ' ότι δεν ανήκουν στα μολυσματικά απορρίμματα.
10. Αφαιρέστε τα γάντια. Εφαρμόστε υγιεινή χεριών.	Το πλύσιμο και η αντισηψία των χεριών προλαμβάνει τη διασπορά μικροβίων.
11. Ενημερώστε το νοσηλευτικό φάκελο του ασθενή.	Επαρκής τεκμηρίωση.

Χορήγηση φαρμάκων ενδοφλεβίως (Intravenus - IV)

Φαρμακοκινητική, φαρμακοδυναμική και απορρόφηση των φαρμάκων που χορηγούνται ενδοφλεβίως

Η χορήγηση φαρμάκων με έγχυση εντός του φλεβικού συστήματος είναι μία μέθοδος που συγκεντρώνει πολλά πλεονεκτήματα. Αποτελεί την μόνη μέθοδο με την οποία είμαστε σίγουροι για την ακριβή ποσότητα του φαρμάκου που απορροφήθηκε και εισήλθε στην κυκλοφορία (100% βιοδιαθεσιμότητα). Επίσης αποτελεί την ταχύτερη οδό για επείγουσες καταστάσεις και χρησιμοποιείται για φάρμακα που ερεθίζουν αν χορηγηθούν με άλλο τρόπο. Γι' αυτό η επιλογή της ενδοφλέβιας οδού απαιτεί εμπειρία και όσο το δυνατόν βραδύτερη χορήγηση του φαρμάκου. Η χρόνια ενδοφλέβια χορήγηση φαρμάκων απαιτεί μεγάλη προσοχή από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό.

Η ενδοφλέβια οδός είναι η βασική μέθοδος χορήγησης υγρών και φαρμάκων στον ασθενή σε περίπτωση που δεν μπορεί να τα λάβει από το στόμα ή τον ορθό. Το φάρμακο ή το διάλυμα που χορηγείται μέσω της ενδοφλέβιας οδού έχει το πλεονέκτημα να απορροφάτε αμέσως στη συστηματική κυκλοφορία και τους ιστούς.

Το μειονέκτημα αυτής της οδού χορήγησης είναι ότι το υλικό δεν μπορεί να ανακτηθεί εάν γίνει κάποιο λάθος. Επειδή το διάλυμα χορηγείται άμεσα, μέσω μιας φλέβας, στη συστηματική κυκλοφορία, όλα τα υλικά πρέπει να είναι αποστειρωμένα για να προληφθεί η είσοδος μικροβίων. Οι ασθενείς που χρήζουν χορήγησης υγρών με ΕΦ μέθοδο, παρακολουθούνται όσον αφορά τα προσλαμβανόμενα/αποβαλλόμενα υγρά προκειμένου να ελεγχθεί τυχόν υπερφόρτωση της κυκλοφορίας με υγρά. Οι ποσότητες της ΕΦ έγχυσης καταγράφονται ως παρεντερικώς χορηγούμενα υγρά.

Η διάρκεια της ενδοφλέβιας ένεσης πρέπει να είναι τουλάχιστον ένα λεπτό, ούτως ώστε να υπάρχει η δυνατότητα να αναμιχθεί το φάρμακο με τον ολικό όγκο αίματος. Ακόμη και στιγμιαία πρόκληση υπερσυγκέντρωσης του φαρμάκου στην κυκλοφορία μπορεί να έχει δυσάρεστα επακόλουθα από τον ερεθισμό των χημειούποδοχέων των μεγάλων αρτηριών. Επίσης, διαταραχές μπορούν να προκύψουν και με την αργή ενδοφλέβια χορήγηση («στάγδην έγχυση»), ιδιαίτερα σε καρδιοπαθείς και νεφροπαθείς, όταν παραφορτωθεί η κυκλοφορία με υγρά, με αποτέλεσμα να ερεθιστούν οι τασεοϋποδοχείς.

Άλλωστε, υπάρχει ο κίνδυνος της εμβολής, όταν ενεθεί ενδοφλεβίως υγρό που προορίζεται για ενδομυϊκή χορήγηση, ή χαλασμένα παλαιά διαλύματα φαρμάκων, που καθιζάνουν όταν εισέλθουν στην κυκλοφορία. Κατά τη διάρκεια έγχυσης, στο σημείο της βελόνας ή του φλεβοκαθετήρα μπορεί να δημιουργηθεί θρόμβος, κυρίως λόγω του τραυματισμού του αγγειακού τοιχώματος.



Περιφερική φλέβα

Η εφαρμογή των βελόνων μιας χρήσης, έχει απομακρύνει τον κίνδυνο της μετάδοσης ιογενούς ηπατίτιδας ή μικροβιακών πυρετογόνων.

Η αλλεργική αντίδραση, παρ' όλα αυτά, είναι ένας διαρκής παράγοντας κινδύνου για τον ασθενή, ιδιαίτερα όταν το φάρμακο δοθεί ενδοφλεβίως. Για την πρόληψη εμφάνισης αναφυλακτικού shock, καλό είναι να δίνεται αρχικά πολύ μικρή ποσότητα του φαρμάκου (περίπου 0.1 ml) και να παρακολουθείται ο ασθενής για μισό περίπου λεπτό, πριν ενεθεί όλο το περιεχόμενο της σύριγγας.

Ενδείξεις

Οι ενδοφλέβιες εγχύσεις χορηγούνται προκειμένου να παρασχεθούν στον οργανισμό οι απαραίτητες ουσίες ή φάρμακα που δεν είναι δυνατόν να χορηγηθούν μέσω άλλων οδών. Οι ουσίες αυτές μπορεί να είναι:

- Υγρά και ηλεκτρολύτες που ο ασθενής αδυνατεί να προσλάβει από το στόμα σε επαρκείς ποσότητες
- Φάρμακα που είναι πιο αποτελεσματικά όταν χορηγούνται διά της οδού αυτής ή δεν μπορούν να χορηγηθούν με άλλο τρόπο
- Αίμα, πλάσμα ή άλλα παράγωγα του αίματος
- Τυποποιημένα διαλύματα που περιέχουν γλυκόζη, αμινοξέα και λιπίδια (παρεντερική διατροφή).

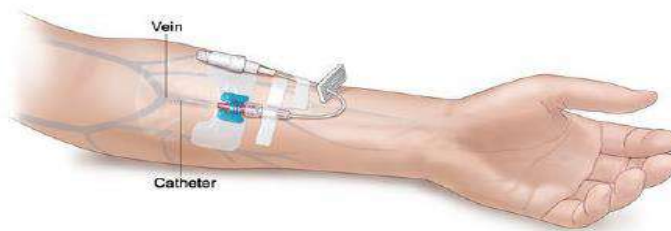


Ενδοφλέβια έγχυση

Ο μέσος ενήλικος χρειάζεται 1.500-2.000 ml σε υγρά κατά τη διάρκεια του 24ώρου για να αναπληρώνει αυτά αποβάλλονται από τον οργανισμό. Οι ασθενείς με μειωμένη πρόσληψη υγρών ή υπερβολική απώλεια βιολογικών υγρών χρειάζονται αναπλήρωση των υγρών. Η απώλεια υγρών προκαλείται από απέκκριση, αιμορραγία, σοβαρό ή παρατεταμένο έμετο ή διάρροια, μέτρια προς σοβαρή παροχέτευση από τραύματα, κυρίως εγκαύματα και από υπερβολική εφίδρωση.

Επιλογή της φλέβας – σημείου φλεβοκέντησης

Οι φλέβες παρέχουν ένα θαυμάσιο δρόμο για γρήγορη χορήγηση υγρών, ηλεκτρολυτών και θρεπτικών ουσιών. Υγρά που χορηγούνται ενδοφλέβια με το σωστό ρυθμό και τη σωστή δόση περνούν άμεσα στο εξωκυττάριο υγρό. Γρήγορα δρουν πάνω σ' αυτά οι ομοιοστατικοί μηχανισμοί και γι' αυτό δεν προκαλούν παθολογικές μεταβολές στον όγκο ή τη συγκέντρωση των ηλεκτρολυτών του εξωκυτταρίου υγρού. Η ενδοφλέβια οδός είναι ουσιαστική όταν είναι απαραίτητο να χορηγηθούν γρήγορα στον οργανισμό νερό, ηλεκτρολύτες και θρεπτικές ουσίες. Από την ενδοφλέβια οδό μπορεί να δοθούν μεγάλοι όγκοι υγρών, με την προϋπόθεση ότι θα ληφθούν όλα τα απαραίτητα προφυλακτικά μέτρα.



Φλεβικός καθετήρας

Για την ενδοφλέβια χορήγηση πρέπει να επιλέγεται η κατάλληλη επιπολής φλέβα. Υπάρχει ένας αριθμός διαθέσιμων για φλεβοκέντηση επιφανειακών φλεβών. Τα κριτήρια της επιλογής εξαρτώνται από ορισμένους παράγοντες, όπως:

- Διαθεσιμότητα της περιοχής (εξαρτάται από την κατάσταση της φλέβας)
- Μέγεθος της βελόνας που θα χρησιμοποιηθεί
- Είδος του διαλύματος που θα χορηγηθεί
- Όγκος, ρυθμός και διάρκεια χορήγησης
- Βαθμός επιθυμητής κινητικότητας
- Δεξιότητες αυτού που θα κάνει την φλεβοκέντηση (Ignatavicius & Workman, 2008).

Οι πιο συχνά χρησιμοποιούμενες φλέβες είναι εκείνες μέσα και γύρω από το βόθρο της αγκωνιαίας καμπής. Οι φλέβες αυτές είναι μεγάλες και εύκολα προσιτές. Μπορούν να δεχθούν μεγάλες βελόνες, μεγάλους όγκους υγρών και όλα τα είδη των ενδοφλέβιων διαλυμάτων, εκτός από τα πολύ ερεθιστικά. Για εκτέλεση της φλεβοκέντησης δεν είναι απαραίτητη η μεγάλη δεξιοτεχνία, γιατί εκτός του ότι είναι μεγάλες, είναι και ακίνητες. Εξάλλου, στους πιο πολλούς αρρώστους είναι και εύκολα ψηλαφητές.

Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα

Η ενδοφλέβια, όπως και κάθε οδός χορήγησης φαρμάκων, έχει πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα. Ως πλεονεκτήματα αναφέρονται:

- Η άμεση επίδραση του εγχεόμενου υγρού.
- Η απορρόφηση όλου του εγχεόμενου διαλύματος με αποτέλεσμα την υλοποίηση του πλέον ακριβούς αποτελέσματος
- Η ροή του εγχεόμενου υγρού ελέγχεται και θεραπευτική επίδραση μπορεί να ρυθμιστεί.
- Δεν είναι επώδυνο ή ερεθιστικό μέσο χορήγησης φαρμάκων.
- Χορηγούνται φάρμακα που δεν απορροφούνται από άλλη οδό ή εξουδετερώνονται από την επίδραση των πεπτικών υγρών ή ερεθίζουν τους ιστούς.

Τα μειονεκτήματα της οδού αυτής είναι:

- Η μη δυνατότητα απομάκρυνσης ή εξουδετέρωσης του φαρμάκου ή διαφοροποίησης της δράσης του σε περίπτωση λάθους.
- Η δημιουργία αιφνίδιων και μεγάλων αντιδράσεων όπως αιμολυτικής, αναφυλακτικής, αλλεργικής κ.α., που έχουν ανάγκη από άμεση παρέμβαση.
- Η εμφάνιση των επιπλοκών όπως μόλυνση, ερεθισμός του ενδοθηλίου της φλέβας, αλληλεπίδραση.
- Δεν χορηγούνται ενδοφλέβια ελαιώδη σκευάσματα για το φόβο εμβολής.
- Υπάρχει κίνδυνος να χορηγηθεί εμπλουτισμένος ορός με δύο ή και περισσότερα φάρμακα που είναι ασύμβατα μεταξύ τους και να δημιουργηθούν αντιδράσεις που κάνουν τα φάρμακα ανενεργά ή επιβλαβή για τον άρρωστο.
- Τόσο τα πλεονεκτήματα όσο και μειονεκτήματα που παρουσιάζει η ενδοφλέβια έγχυση φαρμάκου καθιστά την νοσηλευτική αυτή πράξη εξαρτημένη, εφόσον ο νοσηλευτής με ανεξάρτητη νοσηλευτική πράξη δεν μπορεί να αντιμετωπίσει τυχόν ανεπιθύμητα συμβάντα που μπορούν να προκύψουν.

Βασικές νοσηλευτικές αρχές στην ενδοφλέβια χορήγηση φαρμάκων

- Διατήρηση του ενδοφλέβιου υγρού αποστειρωμένου. Ο νοσηλευτής/τρια εξασφαλίζει ότι καθετί που έρχεται σε επαφή με το διάλυμα είναι αποστειρωμένο.
- Προστασία της θέσης του καθετήρα από επιμόλυνση για την αποφυγή πιθανής λοίμωξης. Χρησιμοποιείται μια στεγανή διαφανής ή όχι επίδεση πάνω από τη θέση του καθετήρα.

- Διατήρηση της στεγανότητας του σωλήνα. Απαιτείται να αφαιρείται ο αέρας από το σωλήνα της συσκευής ορού πριν από τη σύνδεση με τον φλεβοκαθετήρα.
- Ανάρτηση του περιέκτη του διαλύματος στο σωστό ύψος. Τα υγρά μετακινούνται στο σωλήνα με τη βοήθεια της βαρύτητας. Εάν υπάρχει αρνητική πίεση στη φλεβική γραμμή, το αίμα θα παλινδρομήσει στο σωλήνα.
- Προσεκτική ρύθμιση του ρυθμού ροής.
- Παρακολούθηση των προσλαμβανόμενων/αποβαλλόμενων υγρών όταν ο ασθενής λαμβάνει ενδοφλέβια υγρά ή αίμα.
- Συχνή αξιολόγηση του σημείου εισόδου του φλεβοκαθετήρα για ενδείξεις επιπλοκών. Η διήθηση των παρακείμενων ιστών, η εξοίδηση στο σημείο έγχυσης, ο ερεθισμός της φλέβας ή ο σχηματισμός θρόμβου που διακόπτει τη ροή ή η συστηματική αντίδραση πρέπει να ταυτοποιούνται αμέσως. Τα ζωτικά σημεία πρέπει να μετρούνται αρκετές φορές την ημέρα γι' ανίχνευση πρώιμων σημείων λοίμωξης ή ανεπιθύμητης ενέργειας.

Επιπλοκές ενδοφλέβιας χορήγησης φαρμάκων

Ο ασθενής μπορεί να είναι πολύτιμη πηγή πληροφοριών όσον αφορά στην πιθανότητα επιπλοκών που συνδέονται με την ενδοφλέβια θεραπεία. Εάν ο ασθενής νιώθει ενόχληση, ο νοσηλευτής πρέπει να ελέγξει για να βεβαιωθεί ότι η έγχυση γίνεται στη φλέβα, ο ρυθμός ροής δεν είναι πάρα πολύ γρήγορος και η θέση του ασθενούς είναι ικανοποιητική. Η ανησυχία για τις επιπλοκές μπορεί επίσης να προκαλέσει ενόχληση στον ασθενή. Οι τοπικές επιπλοκές όπως είναι η διήθηση, η φλεβίτιδα και η θρομβοφλεβίτιδα συμβαίνουν συχνότερα απ' ότι οι συστηματικές επιπλοκές. Ωστόσο, οι συστηματικές επιπλοκές (π.χ. η υπερφόρτωση με υγρά, η εμβολή, η λοίμωξη), είναι σοβαρότερες και μπορεί να είναι απειλητικές για τη ζωή.

Χορήγηση φαρμάκων ενδομυϊκώς (Intramuscular - IM)

Φαρμακοκινητική, φαρμακοδυναμική και απορρόφηση των φαρμάκων που χορηγούνται ενδομυϊκώς

Η χορήγηση φαρμάκων εντός του μυϊκού συστήματος είναι ο πιο συνηθισμένος τρόπος παρεντερικής απορρόφησης φαρμάκων. Συνήθη σημεία ενδομυϊκής ένεσης αποτελούν ο γλουτός και ο δελτοειδής μυς του βραχίονα. Το φάρμακο εγχέεται στο χώρο μεταξύ των μυϊκών κυττάρων και πρέπει να διαπεράσει το τοίχωμα των αγγείων του αντιστοίχου μυός για να εισέλθει στην κυκλοφορία.

Μετά από ενδομυϊκή χορήγηση, η απορρόφηση του φαρμάκου γίνεται σε 10-30 min. Παράγοντες που επιδρούν στην απορρόφηση είναι η αιμάτωση στο σημείο της ένεσης, οι φυσικοχημικές ιδιότητες του φαρμάκου (λιποδιαλυτότητα, βαθμός ιονισμού και Μοριακό βάρος) καθώς και ο όγκος και η ωσμωτικότητα του διαλύματος. Τα μικρά μόρια εισέρχονται

αμέσως στα τριχοειδή του αίματος, ενώ οι μεγαλομοριακές ενώσεις (π.χ. πρωτεΐνες) περνούν στο αίμα μέσω των λεμφαγγείων.

Για λόγους σκοπιμότητας, είναι δυνατό να δοθεί το φάρμακο σε τέτοια μορφή (εναιώρημα κρυστάλλων) ώστε η απορρόφησή του να διαρκεί για μέρες. Επίσης, η ενδομυϊκή χορήγηση αποτελεί σημαντική εναλλακτική λύση για φάρμακα που διασπώνται στο πεπτικό, ή καθιζάνουν στο αίμα.

Μειονεκτήματα της ενδομυϊκής χορήγησης είναι ο πόνος, ο περιορισμένος όγκος της ένεσης και ο πιθανός κίνδυνος τοπικού ερεθισμού ή τοπικής μόλυνσης (δημιουργία αποστήματος). Επίσης, χρειάζεται μεγάλη προσοχή, ώστε διαλύματα που προορίζονται για ενδομυϊκή χορήγηση να μην ενίενται κατά λάθος ενδοφλεβίως.

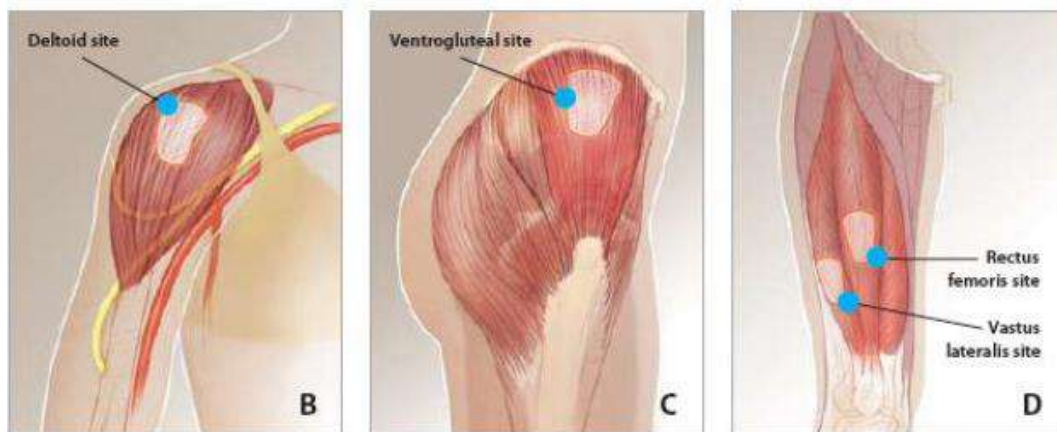
Επιλογή της θέσης χορήγησης του φαρμάκου ενδομυϊκώς

Η ενδομυϊκή ένεση είναι μια μέθοδος που χρησιμοποιείται για να χορηγήσουμε φαρμακευτική αγωγή στον εν τω βάθει μυϊκό ιστό. Αυτή η οδός χορήγησης εξασφαλίζει ταχεία συστηματική δράση και απορρόφηση σχετικά μεγάλων δόσεων φαρμάκων (>5 ml σε κατάλληλα σημεία). Τα περισσότερα υδατικά φάρμακα απορροφώνται σε 10-30 λεπτά.

Επειδή ο μυϊκός ιστός έχει λίγα αισθητήρια νεύρα, η ενδομυϊκή ένεση είναι λιγότερο επώδυνη με τη χρήση των φαρμάκων που ερεθίζουν. Το σημείο για μια ενδομυϊκή ένεση πρέπει να επιλέγεται προσεκτικά, λαμβάνοντας υπόψη τη γενική φυσική κατάσταση του ασθενή και το σκοπό της ένεσης. Η ενδομυϊκή ένεση δεν πρέπει να χορηγείται σε φλεγμονώδη, οίδηματώδη ή ερεθισμένα σημεία ή σε σημεία τα οποία περιέχουν φακίδες, μελαγχρωματικούς σπύλους, ουλές ή άλλες βλάβες.

Οι ενδομυϊκές ενέσεις μπορεί επίσης να αντενδείκνυνται σε ασθενείς με επηρεασμένους μηχανισμούς πήξης, αποφρακτική περιφερική αγγειακή νόσο, οίδημα και shock, μετά από θρομβολυτική θεραπεία και κατά τη διάρκεια ενός οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου, επειδή αυτές οι καταστάσεις επηρεάζουν την περιφερική απορρόφηση. Οι ενδομυϊκές ενέσεις απαιτούν στείρα τεχνική για να διατηρηθεί η ακεραιότητα του μυϊκού ιστού. Οι μύες που χρησιμοποιούνται για ενδομυϊκή ένεση είναι ο μείζων έξω μηριαίος μυς, ο δελτοειδής μυς και ο μέσος γλουτιαίος μυς.

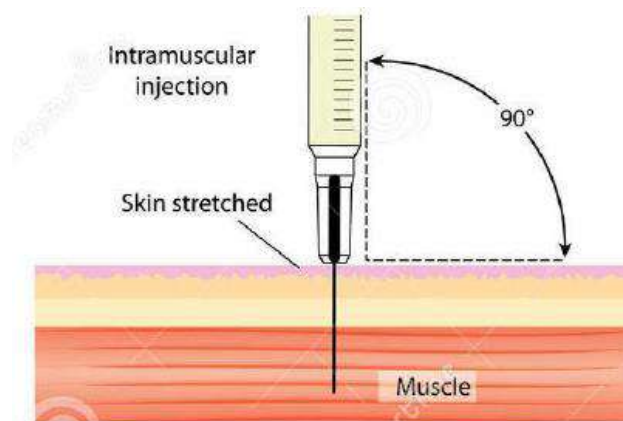
Ο μείζων έξω μηριαίος μυς βρίσκεται στην πρόσθια πλάγια επιφάνεια του μηρού.



Θέσεις Ενδομυϊκής ένεσης

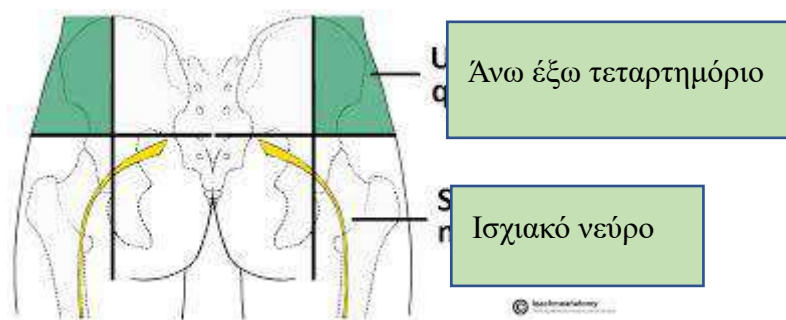
Βασικές νοσηλευτικές αρχές στην ενδομυϊκή χορήγηση φαρμάκων

➤ Πολλά φάρμακα χορηγούνται αποκλειστικά με ενδομυϊκή ένεση. Η θέση χορήγησης πρέπει να επιλεγεί με προσοχή για τη πρόληψη της πρόκλησης βλάβης στον ασθενή. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί η θέση χορήγησης του δελτοειδούς, η πρόσθια γλουτιαία θέση, η θέση του έξω πλατύ μηριαίου, ή του ορθού μηριαίου μυός.



Η διαδικασία της ενδομυϊκής ένεσης

➤ Ο νοσηλευτής/τρια εφαρμόζει τα μέτρα υγιεινής των χεριών. Για τη χρήση της πρόσθιας γλουτιαίας θέσης ο ασθενής μπορεί να είναι σε ύπτια ή σε πλάγια θέση. Η πρόσθια γλουτιαία θέση είναι η πλέον ασφαλής. Η θέση ενδομυϊκής χορήγησης πρέπει να βρίσκεται μέσα στα προκαθορισμένα οδηγία σημεία. Η ανεμπόδιστη οπτική επαφή είναι προαπαιτούμενη για τη χορήγηση στη σωστή τοποθεσία.



Θέσεις ενδομυϊκής ένεσης στην περιοχή του γλουτού

➤ Ο νοσηλευτής/τρια χορηγεί το φάρμακο πιέζοντας το έμβολο με μία αργή, συνεχή κίνηση. Προσέχει ώστε να μη μετατοπίσει τη βελόνα από την αρχική της θέση κατά την έγχυση. Η αργή έγχυση είναι λιγότερο επίπονη καθώς διατίθεται ο χρόνος που χρειάζονται οι ιστοί για να απορροφήσουν το φάρμακο. Ένα φάρμακο που έχει προετοιμαστεί για ενδομυϊκή χορήγηση μπορεί να προκαλέσει αντίδραση στους ιστούς εάν επιδράσει στον υποδόριο ιστό ή στο δέρμα.

Η σωστή αξιολόγηση της μυϊκής μάζας ενός ηλικιωμένου ασθενούς είναι απαραίτητη για την επιλογή θέσης ασφαλούς χορήγησης ενδομυϊκής ένεσης. Πολλά ηλικιωμένα άτομα παρουσιάζουν καχεξία (ατροφία των μυών). Μπορεί να απαιτηθεί η χρήση βελόνας βραχύτερου μήκους. Η θέση του έξω πλατύ μυ και η πρόσθια γλουτιαία θέση αποτελούν τις θέσεις εκλογής για χορήγηση ενδομυϊκής ένεσης στους ηλικιωμένους ασθενείς.

➤ Όταν ένα άτομο υποβάλλεται σε θεραπεία με μία σειρά ενέσεων, πρέπει να ελέγχονται οι θέσεις της χορήγησης των προηγούμενων δόσεων για διήθηση κατά το χρόνο επιλογής της νέας θέσης χορήγησης (deWit, 2013).

Χορήγηση φαρμάκων υποδορίως (Subcutaneous - SC)

Φαρμακοκινητική, φαρμακοδυναμική και απορρόφηση των φαρμάκων που χορηγούνται υποδορίως

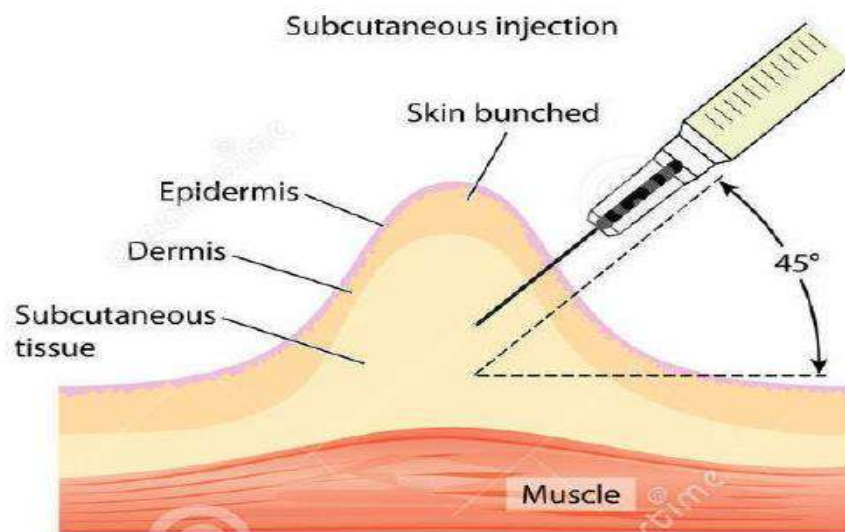
Η υποδόρια οδός χορήγησης είναι βραδύτερη οδός από την ενδομυϊκή αν και το φάρμακο ακολουθεί τους ίδιους κανόνες με αυτήν. Χρησιμοποιείται κυρίως για ουσίες μη ερεθιστικές τοπικά για τους ιστούς και προτιμάται από την ενδομυϊκή για την ευκολία της. Είναι η βασική οδός χορήγησης ινσουλίνης και άλλων πιο σύγχρονων φαρμάκων όπου η δημιουργία ειδικών συσκευών έχουν βελτιώσει τόσο τον τρόπο χορήγησης του φαρμάκου ώστε ο ασθενής να μπορεί να την κάνει μόνος του και να είναι και σχετικά ανώδυνη. Επίσης, η οδός αυτή έχει χρησιμοποιηθεί ακόμη και για μακροχρόνια συνεχή χορήγηση φαρμάκων, όπως τα οιστρογόνα, σε ειδικές φαρμακοτεχνικές μορφές (pellets) οι οποίες εμφυτεύονται υποδόρια και παρέχουν οιστρογόνα σε μικρές αλλά φαρμακολογικά δραστικές δόσεις, για 6 συνεχείς μήνες.

Η απορρόφηση είναι περίπου το ίδιο γρήγορη και εξαρτάται από τους ίδιους παράγοντες όπως και στην ενδομυϊκή χορήγηση. Το ίδιο θα μπορούσε να λεχθεί για τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα αυτής της οδού. Διαλύματα με αλκαλικό pH προκαλούν έντονο τοπικό ερεθισμό. Ο όγκος του ενιόμενου φαρμάκου μπορεί να αυξηθεί με την προσθήκη υαλουρονιδάσης, ενός ενζύμου που λύει το συνδετικό ιστό υποδορίως και διευκολύνει την εξάπλωση του φαρμάκου σε μεγαλύτερη ιστική επιφάνεια.

Αυτός ο τρόπος έχει χρησιμοποιηθεί σε βρέφη για τη χορήγηση μεγάλων όγκων υγρών, επειδή στις περιπτώσεις αυτές είναι δύσκολο να διατηρηθεί η αργή ενδοφλέβια έγχυση για μακρύ χρονικό διάστημα. Η εμφύτευση ειδικών υποδορίων δισκίων έχει χρησιμοποιηθεί σε ενήλικες για τη μακροχρόνια χορήγηση κάποιου φαρμάκου (π.χ., ορισμένες στεροειδείς ορμόνες). Μεταβάλλοντας το σχήμα του υποδορίου δισκίου, μπορεί να τροποποιηθεί η ταχύτητα απελευθέρωσης του δραστικού συστατικού και ο ρυθμός εισόδου στην κυκλοφορία.

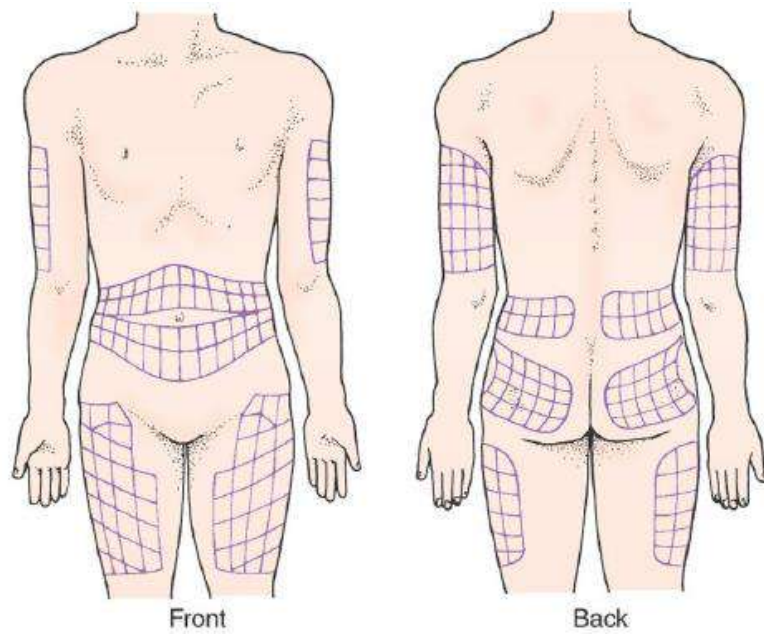
Βασικές νοσηλευτικές αρχές στην υποδόρια χορήγηση φαρμάκων

- Η υποδόρια ένεση είναι μια μέθοδος που χρησιμοποιείται για να χορηγήσουμε φάρμακα στο χαλαρό συνδετικό ιστό, ακριβώς κάτω από το χόριο του δέρματος. Τα φάρμακα που δεν χρειάζεται να απορροφηθούν τόσο γρήγορα, όσο αυτά που χορηγούνται ενδομυϊκά, χορηγούνται υποδορίως, επειδή τα αγγεία στον υποδόριο ιστό εφοδιάζονται με λιγότερο αίμα.
- Μόνο μικρές (0,5 έως 1 ml) δόσεις ισοτονικών, μη ερεθιστικών, μη παχύρρευστων φαρμάκων και ουσίες διαλυτές στο νερό πρέπει να χορηγούνται υποδορίως όπως: ινσουλίνη, τετανική τοξίνη, φαρμακευτική αγωγή αλλεργίας, επινεφρίνη. Εάν μεγαλύτερες ποσότητες φαρμάκων παραμείνουν σε αυτούς τους ευαίσθητους ιστούς, μπορεί να δημιουργηθεί φλεγμονή, προκαλώντας μια σκληρή, επώδυνη μάζα. Τα συνηθέστερα σημεία για υποδόριες ενέσεις είναι η εξωτερική επιφάνεια του βραχίονα, η πρόσθια επιφάνεια του μηρού το κατώτερο τμήμα της κοιλιάς και η ωμοπλάτη.
- Η γωνία εισόδου της βελόνας εξαρτάται από το μήκος της και την ποσότητα του υποδορίου ιστού στη θέση χορήγησης. Εάν μπορούν να συλληφθούν κατά την έγερση της δερματικής πτυχής 5 cm ιστού, εισάγετε τη βελόνα με γωνία 90 μοιρών. Εάν μπορούν να συλληφθούν μόνο 2.5 cm ιστού, χρησιμοποιήστε γωνία εισαγωγής της βελόνας 45 μοιρών.



Η διαδικασία της υποδόριας ένεσης

- Οι θέσεις χορήγησης πρέπει να εναλλάσσονται μεταξύ των δύο ημιμορίων του σώματος.



Θέσεις της υποδόριας ένεσης

➤ Πρέπει να διατηρείται αρχείο με τις θέσεις χορήγησης ινσουλίνης.

Η ινσουλίνη απορροφάτε ταχύτερα και πιο ομοιόμορφα όταν χορηγείται στη κοιλιακή χώρα (deWit, 2013).

Χορήγηση φαρμάκων μέσω της εισπνοής

Φαρμακοκινητική, φαρμακοδυναμική και απορρόφηση των φαρμάκων που χορηγούνται μέσω της εισπνοής

Οι πνεύμονες αποτελούν ένα από τα πιο σημαντικά όργανα απορρόφησης φαρμάκων. Η μεγάλη απορροφητική δυνατότητα των κυψελίδων, η επιφάνεια των οποίων ξεπερνά τα 200 τετραγωνικά μέτρα, σε συνδυασμό με την τεράστια αγγειοβρίθεια του πνευμονικού ιστού έχουν σαν αποτέλεσμα την ταχύτατη απορρόφηση των ουσιών που χορηγούνται σε εισπνοές, κόνες κλπ. (Κόκοτος & Μαγκριώτη, 2015).

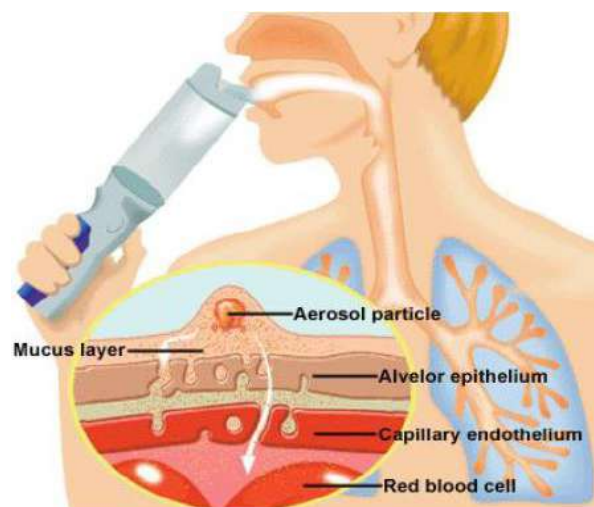
Τα φάρμακα που χορηγούνται με εισπνοές προορίζονται είτε για τοπική δράση στο αναπνευστικό σύστημα (αντιασθματικά), είτε για συστηματική δράση στον οργανισμό (γενικά αναισθητικά). Όταν ένα φάρμακο χρησιμοποιείται με τη μορφή ψεκασμών, πρέπει το μέγεθος των σταγονιδίων να μη υπερβαίνει το 1 μ σε διάμετρο, γιατί διαφορετικά εγκλωβίζεται στο βρογχικό δέντρο και δεν μπορεί να φτάσει μέχρι τις κυψελίδες. Εκτός από αυτόν τον τεχνικό περιορισμό, ένα άλλο μειονέκτημα των εισπνοών είναι η πιθανότητα να καταλήξει στην κυκλοφορία και να δράσει συστηματικά ένα φάρμακο που προορίζεται για τοπική δράση.

Αυτό είναι συνηθισμένο με τα αντιασθματικά φάρμακα, όπου ο ασθενής πολύ συχνά ξεπερνά τον επιτρεπόμενο αριθμό εισπνοών. Το ίδιο πρόβλημα ακριβούς δοσολογίας υπάρχει και για τα γενικά αναισθητικά, διότι η απορρόφησή τους εξαρτάται κατά πολύ από την ιστολογική υφή και την λειτουργικότητα του πνευμονικού παρεγχύματος. Σημαντικό μειονέκτημα πολλών εισπνεομένων ιδιοσκευασμάτων είναι η τοξικότητα των προωθητικών αερίων που περιέχουν, η οποία εκδηλώνεται κυρίως με καρδιακές αρρυθμίες. Για το λόγο αυτόν, ορισμένα εισπνεόμενα διατίθεται με λεπτοκοκκιώδη στερεή μορφή, μέσα σε ειδικές κάψουλες που θραύονται και εισπνέονται.

Τα φάρμακα, που χορηγούνται υπό μορφή εισπνοών, εμφανίζουν πλεονεκτήματα συγκριτικά με τη χορήγησή τους από άλλη οδό.

Συγκεκριμένα:

- Δρουν ταχύτερα.
- Το επιθυμητό θεραπευτικό αποτέλεσμα επιτυγχάνεται με μικρότερη δόση απ' ό,τι με τη συστηματική χορήγηση.
- Εμφανίζουν σαφώς λιγότερες ανεπιθύμητες ενέργειες, δεδομένου ότι το φάρμακο οδηγείται απευθείας στο όργανο που πάσχει, δηλαδή στους πνεύμονες, χωρίς να διέρχεται από τη συστηματική κυκλοφορία.



Απορρόφηση των φαρμάκων μέσω του αναπνευστικού

Τρόποι χορήγησης

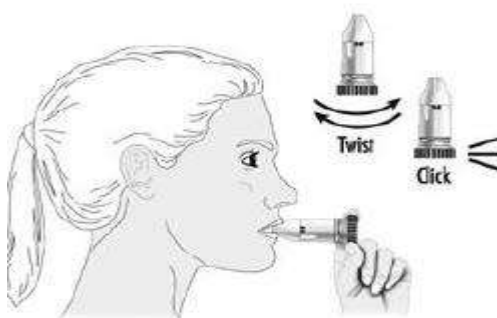
Υπάρχουν τρεις τύποι φαρμακευτικών αερολυμάτων:

➤ Αερολύματα μετρούμενης δόσεως (metered dose inhalers- MDI). Οι συσκευές αυτές στη χορήγηση εισπνεόμενων φαρμάκων είναι οι ευρύτερα διαδεδομένες. Με τη βοήθεια των προωθητικών αερίων το φάρμακο εξωθείται, μέσω ενός στομίου της συσκευής, με υψηλή ταχύτητα στον πνεύμονα (>30 m/sec). Οι συσκευές αυτές απαιτούν τη συνεργασία του ασθενή, για το συγχρονισμό ενεργοποίησης της συσκευής και εισπνοής.



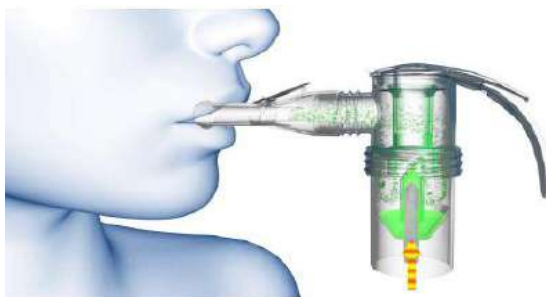
Συσκευή μετρούμενης δόσεως

➤ Εισπνευστήρες ξηράς σκόνης (dry powder inhalers -DPI). Οι συσκευές αυτές έχουν σχεδιαστεί για να μειωθεί η ανάγκη συνεργασίας και συγχρονισμού του ασθενή με τη συσκευή, ενώ παράλληλα δεν χρειάζεται η χρήση προωθητικών αερίων.



Συσκευή ξηράς σκόνης

➤ Ψεκαστήρες (nebulizers). Οι ψεκαστήρες είναι για την χορήγηση μεγάλων δόσεων και βρίσκουν εφαρμογή για την χορήγηση φαρμάκων των οποίων η θεραπευτική δόση είναι μεγάλη ή φαρμάκων τα οποία δύσκολα μορφοποιούνται σε MDIs ή DPIs. Οι ψεκαστήρες πλεονεκτούν σε σύγκριση με τους MDIs ή DPIs στο ότι το φάρμακο (υπό μορφή αερολύματος) είναι δυνατόν να εισπνέεται κατά την κανονική αναπνοή μέσω ενός εξαρτήματος στόματος ή μίας μάσκας προσώπου.



Χορήγηση οξυγόνου μέσω ψεκαστήρα

Χορήγηση φαρμάκων μέσω του δέρματος

Φαρμακοκινητική, φαρμακοδυναμική και απορρόφηση των φαρμάκων που χορηγούνται μέσω του δέρματος

Το δέρμα λειτουργεί όπως και οι άλλες λιποβριθείς μεμβράνες του οργανισμού, αλλά οι επάλληλες στιβάδες του καθιστούν βραδύτερη την απορρόφηση φαρμάκων. Ο κύριος φραγμός είναι οι επιφανειακές στιβάδες της κερατίνης που διαθέτει η επιδερμίδα. Η διαπερατότητα του δέρματος ποικίλλει από άτομο σε άτομο, καθώς και από περιοχή σε περιοχή του σώματος στο ίδιο άτομο. Η διείσδυση μιας ουσίας στο δέρμα διευκολύνεται από την παρουσία λιποδιαλυτών εκδόχων.

Σκευάσματα που απλώνονται στην επιφάνεια της επιδερμίδας προορίζονται για τοπική δράση. Σε ορισμένες περιπτώσεις, η τοπική σε βάθος διείσδυση είναι επιθυμητή, όπως συμβαίνει με αρκετά αντιστηθαγικά φάρμακα, τα οποία εφαρμόζονται στην προκάρδια περιοχή με τη φαρμακοτεχνική μορφή αλοιφής ή εμποτισμένης αυτοκόλλητης ταινίας. Για τους βλεννογόνους, ισχύουν όσα αναφέρθηκαν προηγουμένως για την επιδερμική εφαρμογή. Ωστόσο, για τις υδατοδιαλυτές ουσίες, οι βλεννογόνοι δεν αποτελούν τόσο σημαντικό φραγμό όπως το δέρμα.

Τοποθετώντας μία φαρμακευτική ουσία πάνω στο δέρμα, αυτή θα διαπεράσει την επιφάνειά του και θα αθροιστεί στην κερατίνη στιβάδα.

Αφού κορεστεί η κερατίνη στιβάδα, η ουσία θα περάσει βαθμιαία και στις υπόλοιπες στιβάδες της επιδερμίδας, στο χόριο, τον υποδόριο ιστό, τους υποκείμενους μύες και σε όλα τα υπόλοιπα μέρη της περιοχής (αγγεία, σμηγματογόνους αδένες, θύλακοι τριχών κλπ).

Διαδερμικά θεραπευτικά συστήματα

Στην περίπτωση των διαδερμικών θεραπευτικών συστημάτων (Transdermal Therapeutics Systems - TTS), το αυτοκόλλητο (patch)

περιέχει μία δεξαμενή δραστικής ουσίας και επικολλάται στο δέρμα. Η δραστική ουσία αποδεσμεύεται με ελεγχόμενο ρυθμό (ποσό ανά μονάδα χρόνου) για σχετικά μακρύ διάστημα. Η ποσότητα της δραστικής ουσίας που διαπερνά την κερατίνη στιβάδα και εισέρχεται στα αγγεία της επιδερμίδας και από εκεί στην συστηματική κυκλοφορία είναι αρκετή για να εξασκήσει τη δράση της στα όργανα στόχους (καρδιά, μήτρα κ.ά.) αλλά ελάχιστη για να μπορέσει να περάσει και να δράσει αποτελεσματικά σε όργανα που βρίσκονται κάτω από την επιδερμίδα. Γι' αυτό το λόγο απαραίτητη προϋπόθεση των φαρμάκων που υπάρχουν στα TTS είναι να έχουν φαρμακολογικό αποτέλεσμα σε πολύ μικρές ποσότητες.



Διαδερμικά αυτοκόλλητα

Τα TTS συστήματα έχουν το πλεονέκτημα ότι τα φάρμακα που περιέχουν δεν παρουσιάζουν το φαινόμενο πρώτης διόδου, δεν ερεθίζουν το γαστρεντερικό σύστημα, είναι ανώδυνα και λαμβάνονται από τους ίδιους του ασθενείς και κατά συνέπεια αυξάνουν την συμμόρφωσή τους.

Η συγκέντρωσή τους στο αίμα είναι συνεχώς σταθερή χωρίς να δημιουργούνται εναλλαγές υψηλών και χαμηλών κορυφών (πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες) όπως στα φάρμακα που χορηγούνται από το στόμα.

Όταν χρειαστεί να διακοπεί η θεραπεία απλώς αποκολλούμε το patch.

Αντίθετα, στην περίπτωση των αλοιφών με ειδική σύνθεση όπως π.χ. η αλοιφή δικλοφενάκης (Voltaren emulgel), η δραστική ουσία διαπερνά γρήγορα την κερατίνη στιβάδα, την επιδερμίδα και το χόριο δρώντας στους υποδόριους και υποδερματικούς ιστούς και σε άλλα εν τω βάθει όργανα. Παρ' όλο που μικρές ποσότητες είναι δυνατόν να απορροφηθούν από τα αγγεία των διαφόρων στιβάδων του δέρματος και των εν τω βάθει μορίων, οι συγκεντρώσεις του στην γενική κυκλοφορία είναι ελάχιστες για να προκαλέσουν κάποια φαρμακολογική δράση ή ανεπιθύμητη ενέργεια.

Φύλαξη των φαρμακευτικών σκευασμάτων

Οι συνθήκες φύλαξης του σκευάσματος είναι επίσης καθοριστικές για τη σταθερότητα και τη γήρανση του φαρμάκου. Πολλές φορές αναγκαίες οδηγίες είτε αναγράφονται επάνω στη συσκευασία σκευασμάτων από τις εταιρείες, είτε πρέπει να αναγράψει ο φαρμακοποιός στην ετικέτα του σκευάσματος το οποίο θα παρασκευάσει στο εργαστήριο του φαρμακείου. Οι οδηγίες αυτές υποδεικνύουν τις συνθήκες αποθήκευσης του σκευάσματος, που είναι αναγκαίες για την εξασφάλιση της αποτελεσματικότητας του φαρμάκου σε όλη την διάρκεια της θεραπείας.

Ειδικότερα:

➤ Η αναγραφή «Διατηρείται σε δροσερό μέρος» αναγράφεται στα σκευάσματα που δεν πρέπει να βρίσκονται σε υψηλότερη θερμοκρασία χώρου από τους 150 °C. Τα διάφορα σκευάσματα μπορούν να επηρεασθούν με διάφορους τρόπους αν δεν τηρηθεί η οδηγία αυτή. Τα περισσότερα ενέσιμα σκευάσματα παρασκευάζονται από χημικά καθαρά προϊόντα τα οποία είναι σταθερά στην θερμοκρασία δωματίου και μπορούν να συντηρηθούν χωρίς ιδιαίτερες προφυλάξεις. Τα περισσότερα όμως βιοτεχνολογικά προϊόντα όπως εμβόλια, ινσουλίνη, οροί, συνήθως φυλάσσονται στο ψυγείο, κυρίως όταν βρίσκονται με την μορφή διαλυμάτων. Όταν δεν αναφέρεται θερμοκρασία διατήρησης, θεωρείται ότι το προϊόν μπορεί να διατηρηθεί σε «θερμοκρασία δωματίου» (15-250 °C).

➤ Η αναγραφή «Να προστατεύεται από το φως» αναφέρεται στα σκευάσματα που περιέχουν φωτοευαίσθητες ουσίες και οι οποίες δεν πρέπει να εκτίθενται στο φως, γιατί αλλοιώνονται κυρίως με οξειδωτικές διασπάσεις που καταλύονται από το φως. Συνήθως περιέχονται σε αδιαφανείς ή σκουρόχρωμους περιέκτες, κυρίως από σκοτεινόχρωμο γυαλί που απορροφά το 95% της επικίνδυνης ακτινοβολίας, σε blisters, σε περιτύλιξη με φύλλο αλουμινίου και εξωτερική συσκευασία σε χαρτοκιβώτια.

➤ Η αναγραφή «Ανακινείτε καλά πριν τη χρήση» αποτελεί μια αναγκαία οδηγία που αναγράφεται σε όλα τα σκευάσματα που περιέχουν υγρά συστήματα διασποράς, όπως

εναιωρήματα, γαλακτώματα και αερολύματα. Εάν η φάση που βρίσκεται σε διασπορά διαχωριστεί και ο περιέκτης με το σκεύασμα δεν ανακινήθει πριν από τη χρήση, ο ασθενής πιθανότατα στην αρχή της θεραπείας θα λαμβάνει χαμηλές δόσεις των θεραπευτικών ουσιών και υψηλές προς το τέλος του σκευάσματος.

Λάθη στη χορήγηση φαρμάκων

Ο νοσηλευτής όμως εκτός από επαγγελματίας είναι και άνθρωπος και ως άνθρωπος υπόκειται στις αδυναμίες της φύσης του μία εκ των οποίων είναι και το λάθος. Κατά συνέπεια υπάρχουν φορές που η ανθρώπινη υπόσταση του επαγγελματία υγείας, μέσα από τη διενέργεια λαθών, μπορεί να θέσει υπό αμφισβήτηση την ποιότητα της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας, ενώ μερικές φορές δύναται να αποβεί ακόμα και επικίνδυνη για την ασφάλεια της υγείας του ασθενούς.

Γενικά θα μπορούσαμε να κατηγοριοποιήσουμε τα φαρμακευτικά λάθη σε 2 μεγάλες κατηγορίες: σε αυτά που γίνονται πριν τη χορήγηση του φαρμάκου κατά τη διάρκεια της προετοιμασίας και σε αυτά που διαπράττονται κατά τη στιγμή της χορήγησης. Οι κατευθυντήριες οδηγίες για την πρόληψη των σφαλμάτων κατά τη χορήγηση φαρμάκων είναι οι παρακάτω:

Κατά την προετοιμασία της χορήγησης φαρμάκων ο/η νοσηλευτής/τρια:

- Κάνει προγραμματισμό και δεν βιάζεται στην προετοιμασία και στη χορήγηση φαρμάκων.
- Προετοιμάζει τη χορήγηση φαρμάκων σε όσο γίνεται πιο ήρεμο και χωρίς περισπασμούς περιβάλλον.
- Ακολουθεί τα πέντε σημεία της ασφαλούς χορήγησης των φαρμάκων κάθε φορά που προετοιμάζετε ή χορηγεί το φάρμακο.
- Διευκρινίζει με το θεράποντα ιατρό όλα τα σημεία της ιατρικής οδηγίας που είναι δυσανάγνωστα.
- Δεν χορηγεί ποτέ ένα φάρμακο, εάν δεν φέρει στη συσκευασία του ετικέτα που να αναγράφει με σαφήνεια το όνομα και την ποσότητα του περιεχόμενου φαρμάκου.
- Ελέγχει την κάθε αμφισβητούμενη οδηγία ή κάθε φάρμακο με το οποίο δεν είναι εξοικειωμένος με τη βοήθεια του φαρμακοποιού.
- Εάν μία εντολή χορήγησης φαρμάκου φαίνεται περίεργη, πρέπει να την επιβεβαιώνει με τον ιατρό ή τον φαρμακοποιό.
- Εάν πρέπει να γίνει υπολογισμός της δόσης, ζητά να επιβεβαιωθεί ο υπολογισμός από άλλο συνάδελφο.
- Ανασκοπεί το αρχείο χορήγησης φαρμάκων του ασθενούς για πιθανές αλληλεπιδράσεις.
- Ζητά από έναν άλλο νοσηλευτή να ελέγξει την κάθε οδηγία και την κάθε δόση που πρόκειται να χορηγήσετε για τα φάρμακα που υποκρύπτουν υψηλό κίνδυνο όπως το ενδοφλεβίως χορηγούμενο κάλιο, η ηπαρίνη, τα ενδοφλέβια καρδιολογικά φάρμακα και η ινσουλίνη.
- Διατηρεί το φάρμακο στην αρχική του συσκευασία. Απορρίπτει τις ποσότητες που περισσεύουν από φάρμακα που διατίθενται σε συσκευασίες μίας δόσης.

- Συμβουλευέται τον φαρμακοποιό όταν πολλαπλά δισκία ή φιαλίδια απαιτούνται για την προετοιμασία μίας δόσης του φαρμάκου.
- Ενημερώνεται για φάρμακα με παρόμοιο όνομα και ελέγχει προσεκτικά την αρχική οδηγία και τον λόγο για τον οποίο ο ασθενής λαμβάνει το φάρμακο.
- Αμφισβητεί κάθε υπερβολική αύξηση της δόσης του φαρμάκου κάποιου ασθενούς.
- Πρέπει να είστε εξοικειωμένος με κάθε φάρμακο που χορηγείται
- Ενημερώνεται για τις πληροφορίες που είναι απαραίτητες για τη ασφαλή χορήγηση του.
- Αντιπαραβάλλει κάθε φάρμακο με την οδηγία χορήγησης του, σχολαστικά, τρεις φορές πριν τη χορήγηση στον ασθενή.
- Κατά τον χρόνο χορήγησης του φαρμάκου στον ασθενή ο νοσηλευτής-τρια:
- Ζητά πάντοτε από τον ασθενή να πει το όνομα του και αντιπαραβάλλει το όνομα του ασθενούς και τον αριθμό μητρώου με την ταυτότητα ασθενούς. Πρώτα για πιθανές αλλεργίες κάθε φορά που χορηγείτε φάρμακα.
- Αντιπαραβάλλει το κάθε φάρμακο με το αρχείο χορήγησης φαρμάκων του ασθενούς, παρά την κλίνη του, πριν χορηγήσει το φάρμακο.
- Καταχωρεί τη χορήγηση του φαρμάκου μόνο αφού την πραγματοποιήσει.
- Δεν εγκαταλείπει τη δόση του φαρμάκου στο κομοδίνο του ασθενούς.
- Εκπαιδεύει τον ασθενή σχετικά με τα φάρμακα που πρόκειται να λάβει και την σημασία της σωστής ταυτοποίησης του ασθενούς πριν από τη χορήγηση τους.
- Εξοικειώνει τον ασθενή με το χρώμα και το σχήμα του κάθε φαρμάκου.
- Λαμβάνει το πλήρες φαρμακευτικό ιστορικό του ασθενούς.
- Εάν συμβεί κάποιο σφάλμα στη χορήγηση των φαρμάκων το αναφέρει το άμεσα.

Λήψη δειγμάτων αίματος από ασθενή για τον οποίο αιτείται μετάγγιση και/ή προσδιορισμός ομάδας αίματος και συμπλήρωση δελτίου αίτησης προς την υπηρεσία αιμοδοσίας

Τι κάνει το νοσηλευτικό προσωπικό:

- Αναγνώριση του ασθενή:
 - Ερωτάται ο/η ασθενής: «Πως λέγεστε;», «Σας παρακαλώ πείτε μου το όνομα σας».
 - Να μην ερωτηθεί ο ασθενής: «είστε ο/η κ '.....';» γιατί πιθανόν ο ασθενής επειδή δεν άκουσε καλά να απαντήσει «ναι», ενώ δεν είναι.
 - Αν ο ασθενής δεν επικοινωνεί με το περιβάλλον ζητούνται τα στοιχεία από συγγενή ή άλλο υπεύθυνο άτομο και αντιπαραβάλλονται με τα στοιχεία του στο διάγραμμα ή στο φάκελο του.
- **Προσοχή με τους ασθενείς που υπάρχει πρόβλημα επικοινωνίας** (π.χ. αλλοδαποί, άτομα χωρίς δυνατότητα επικοινωνίας.).
- **Γίνεται σωστή λήψη του δείγματος** από περιφερική φλέβα από την οποία δεν χορηγούνται διαλύματα ή φάρμακα.
- Λαμβάνονται τα σωληνάρια (τύπου γενικής αίματος) και ένα σωληνάριο με κόκκινο καπάκι που έχουν διανεμηθεί στα τμήματα.
- Γράφει (ή επικολλά) το όνομα και επώνυμο του ασθενή, το πατρώνυμο και την κλινική στην οποία νοσηλεύεται. Η αναγραφή αυτή γίνεται αμέσως μετά την αιμοληψία, δίπλα από το κρεβάτι του ασθενούς.
- Ο νοσηλευτής που κάνει την αιμοληψία να μη χρησιμοποιεί ποτέ προσημειωμένα σωληνάρια και να μην παίρνει αίμα από περισσότερο του ενός ασθενείς (να παίρνει από ένα μόνο ασθενή κάθε φορά).

Τι κάνει ο γιατρός:

- Έλεγχο ιστορικού ασθενή για:
 - Τυχόν γνωστή ομάδα, ABO και Rh
 - Τυχόν αντιδράσεις σε προηγούμενη μετάγγιση
 - Ιστορικό αλλεργίας
 - Ιστορικό κυήσεων, τοκετών, αποβολών σε γυναίκα ασθενή.
- Αποφασίζει για μετάγγιση.

- **Συμπληρώνει σωστά** το δελτίο προσδιορισμού ομάδας και μετάγγισης για την υπηρεσία Αιμοδοσίας (με ευκρίνεια και ακρίβεια), συμπληρώνοντας τα εξής στοιχεία: διάγνωση, ηλικία, ιστορικό προηγούμενων μεταγγίσεων, και για γυναίκες ιστορικό κυήσεων, τοκετών, αποβολών.
- Προσδιορίζει επακριβώς το είδος και τον αριθμό των παραγώγων τα οποία αιτείται.
- Το δελτίο αίτησης αίματος ή παραγώγων που ετοίμασε ο γιατρός, αφού το υπογράψει και σφραγίσει υπογράφεται και από το νοσηλευτή που έκανε την λήψη δειγμάτων αίματος.

ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Το Τμήμα Αιμοδοσίας διατηρεί το δικαίωμα να μην δεχτεί παραπεμπτικά με ελλιπή στοιχεία τα οποία μπορεί να οδηγήσουν σε λάθος στην εξέλιξη της διαδικασίας και να ζητήσει επανάληψη.

Μετάγγιση αίματος και παραγώγων αίματος

Σκοπός

Η ασφαλής χορήγηση αίματος και παραγώγων του, πρόληψη και η αντιμετώπιση των επιπλοκών που ενδέχεται να εμφανιστούν κατά την μετάγγιση.

Ορισμοί

Μετάγγιση: Η διαδικασία μεταφοράς αίματος ή παραγώγων του **αίματος από ένα άτομο (δότης) στο κυκλοφορικό σύστημα ενός άλλου ατόμου (λήπτης).**

Ομάδες αίματος: Καθορίζονται με βάση ερυθροκυτταρικά αντιγόνα. Τα πιο σημαντικά συστήματα αντιγόνων είναι:

- 1) το σύστημα **ABO** και
- 2) το σύστημα **Rhesus**.

ΟΜΑΔΕΣ ΑΙΜΑΤΟΣ	ΑΝΤΙΓΟΝΑ ΣΤΑ ΕΡΥΘΡΟΚΥΤΤΑΡΑ	ΑΝΤΙΣΩΜΑΤΑ ΣΤΟΝ ΟΡΟ
ΟΜΑΔΑ Α	ΑΝΤΙΓΟΝΟ Α	ΑΝΤΙΣΩΜΑΤΑ ΑΝΤΙ-Β
ΟΜΑΔΑ Β	ΑΝΤΙΓΟΝΟ Β	ΑΝΤΙΣΩΜΑΤΑ ΑΝΤΙ-Α
ΟΜΑΔΑ ΑΒ	ΑΝΤΙΓΟΝΟ Α ΚΑΙ Β	-
ΟΜΑΔΑ Ο	-	ΑΝΤΙΣΩΜΑΤΑ ΑΝΤΙ-Α ΚΑΙ Β

Σύστημα Rhesus: Το μείζον αντιγόνο του συστήματος είναι το D και όταν ανιχνεύεται το Rhesus, χαρακτηρίζεται ως θετικό, ενώ όταν δεν ανιχνεύεται το Rhesus, χαρακτηρίζεται ως αρνητικό.

Ολικό αίμα: Χρησιμοποιείται κυρίως ως αρχική ύλη για την παρασκευή προϊόντων αίματος. Μια μονάδα ολικού αίματος έχει όγκο περίπου 450ml $\pm$ 10% χωρίς αντιπηκτικό.

Συμπυκνωμένα Ερυθρά Αιμοσφαίρια (ΣΕ): Ο στόχος της μετάγγισης ερυθροκυττάρων είναι η επίτευξη επαρκούς οξυγόνωσης στα όργανα και τους ιστούς, σε οξεία και χρόνια αναιμία.

Φρεσκοκατεψυγμένο Πλάσμα: Πλάσμα είναι το μη κυτταρικό στοιχείο του αίματος, το οποίο περιέχει πρωτεΐνες και παράγοντες πήξεως. Κύριες ενδείξεις χορήγησης πλάσματος είναι:

- α) η διόρθωση της ανεπάρκειας παραγόντων πήξης για τους οποίους δεν υπάρχει συμπυκνωμένος παράγοντας, σε ασθενείς με αιμορραγία και
- β) η θρομβωτική θρομβοπενική πορφύρα.

Αιμοπετάλια: Τα κυτταρικά συστατικά του αίματος που λειτουργούν σαν μέρος της θρομβωτικής διαδικασίας ή της διαδικασίας πήξεως. Μετάγγιση αιμοπεταλίων γίνεται σε ασθενείς με θρομβοπενία ή με πρωτοπαθείς και δευτεροπαθείς λειτουργικές διαταραχές των αιμοπεταλίων.

Ευθύνες αρμοδιότητες Νοσηλευτών

- Την ασφαλή μετάγγιση αίματος ή παραγώγων του
- Την παρακολούθηση του ασθενή κατά τη διάρκεια και μετά τη μετάγγιση για την έγκαιρη διάγνωση ανεπιθύμητων αντιδράσεων
- Την άμεση διακοπή της μετάγγισης σε περίπτωση εμφάνισης ανεπιθύμητης αντίδρασης

Βασικές αρχές

- Η μετάγγιση αίματος πρέπει να εφαρμόζεται με υπευθυνότητα και προσοχή.
- Βασικό τρίπτυχο σωστό αίμα , σωστός ασθενής, σωστός χρόνος.
- Χορηγείται ABO - Rhesus συμβατό αίμα ,αφού γίνει δοκιμασία ελέγχου συμβατότητας .
- Χορηγείται ABO Rhesus συμβατό πλάσμα ,χωρίς τον έλεγχο συμβατότητας. Το ιδανικό είναι να γίνει η έγχυση μέσα σε 2 ώρες από την απόψυξη .
- Ιδανικά μεταγγίζονται ABO Rhesus συμβατά αιμοπετάλια, χωρίς δοκιμασία ελέγχου συμβατότητας.
- Στα παράγωγα αίματος γίνεται έλεγχος για HIV, HBV, HCV, HYLK ΚΑΙ σύφιλη.
- Οδηγίες για τα δείγματα αίματος που θα σταλούν στην αιμοδοσία
- Η αιμοληψία να γίνεται στο κρεβάτι του ασθενή.
- Πριν την αιμοληψία γίνεται ταυτοποίηση του ασθενή.
- Τα στοιχεία του ασθενή (ονοματεπώνυμο, πατρώνυμο, κλινική, ημερομηνία λήψης δείγματος και Αριθμός Μητρώου) πρέπει να αναγράφονται στην ετικέτα του σωληνάριου του δείγματος από τον ίδιο τον αιμολήπτη αμέσως μετά την αιμοληψία και πριν την απομάκρυνσή του από τον ασθενή.
- Αμέσως μετά την αιμοληψία γίνεται ξανά ταυτοποίηση του ασθενή και ελέγχονται τα δεδομένα που σημειώθηκαν στο σωληνάριο του δείγματος.
- Αποφεύγεται η λήψη δειγμάτων αίματος από το χέρι που χορηγούνται ενδοφλέβια φάρμακα ή υγρά, καθώς μπορεί να επηρεαστούν τα αποτελέσματα των δοκιμασιών .
- Το «παραπεμπτικό συμβατότητας» και το «δελτίο παραλαβής αίματος και παραγώγων» πρέπει να είναι υπογεγραμμένα από τον υπεύθυνο ιατρό.
- Η ταυτοποίηση του ασθενή γίνεται ζητώντας από τον ασθενή να πει το όνομα του. Αν αυτό δεν είναι δυνατό ,η επιβεβαίωση γίνεται από τον συνοδό του ή κάποιον συνάδελφο και διαβάζοντας τα στοιχεία από το διάγραμμα(ή το βραχιόλι ταυτότητας του ασθενή).Είναι προτιμότερο η ταυτότητα του ασθενή να ελέγχεται από δύο άτομα. Αυτός ο έλεγχος ταυτότητας πρέπει να γίνεται ακόμη και εάν ο ασθενής είναι γνωστός στον νοσηλευτή.
- Πριν την έναρξη της μετάγγισης πρέπει να γίνει σύγκριση της ταυτότητας του ασθενή με τα στοιχεία της ετικέτας συμβατότητας του ασκού αίματος ή του παραγώγου.
- Η έναρξη της μετάγγισης θα πρέπει να γίνεται πάντα παρουσία του θεράποντος ιατρού.
- Χρήση συσκευής μετάγγισης με φίλτρο για τη συγκράτηση σωματιδίων που μπορεί να προκαλέσουν εμβολή .

- Τήρηση άσηπτης τεχνικής κατά τη μετάγγιση.
- Φάρμακα ή διαλύματα δεν πρέπει να χορηγούνται παράλληλα με το αίμα, εκτός από φυσιολογικό ορό.
- Για τη μετάγγιση προτιμώνται οι φλεβικοί καθετήρες μεγάλης διαμέτρου.(18G)
- Διενεργείται πάντα μακροσκοπικός έλεγχος του ασκού αίματος ή του παραγώγου και σε περίπτωση που κριθεί ακατάλληλος, ο ασκός επιστρέφεται στην Αιμοδοσία.
- Αίμα και παράγωγα αίματος που δεν μεταγγίζονται μέσα σε 30 λεπτά από την απομάκρυνση τους από την Αιμοδοσία πρέπει να επιστρέφονται στην Αιμοδοσία, γιατί υπάρχει κίνδυνος βακτηριακής επιμόλυνσης και ταχείας καταστροφής των ερυθροκυττάρων.

Υλικό

- Αντισηπτικό διάλυμα
- Γάντια
- Νεφροειδές
- Γάζες
- Συσκευή μετάγγισης αίματος ή παραγώγων με φίλτρο
- Φλεβοκαθετήρας
- Σύριγγες και αμπούλες N/S 0,9% 10ml(για έλεγχο βατότητας και ξέπλυμα του φλεβοκαθετήρα)
- Ελαστικός σωλήνας περίδεσης
- Πουάρ ταχείας μετάγγισης
- Αυτοκόλλητο επίθεμα για την στερέωση του φλεβοκαθετήρα

Ενέργειες - Αιτιολόγηση ανά στάδια

Διαδικασία πριν την μετάγγιση αίματος ή παραγώγων

Για την παραγγελία αίματος ή παραγώγων στην Αιμοδοσία αποστέλλονται.

- Μονό παραπεμπτικό πλήρως συμπληρωμένο.
- Επιπλέον διπλότυπο παραπεμπτικό συμβατότητας, αν δεν έχει γίνει καθορισμός της ομάδας.
- Ένα δείγμα αίματος σε φιαλίδιο «πήγματος»
- Ένα δείγμα αίματος σε φιαλίδιο «γενικής αίματος», αν δεν έχει καθορισμός της ομάδας αίματος.

Αιτιολόγηση

- Καθορισμός της ομάδας αίματος και έλεγχος συμβατότητας του αίματος του δότη και του λήπτη πριν τη μετάγγιση.
- Τα δείγματα των ασθενών διατηρούνται στην Αιμοδοσία έως 72 ώρες.

Ενέργεια

- Δελτίο παραλαβής αίματος και παραγώγων πλήρως συμπληρωμένο.

- Δεύτερο δείγμα αίματος του ασθενή (σε φιαλίδιο πήγματος),εφόσον χρειάζεται.

Αιτιολόγηση

- Το δεύτερο δείγμα απαιτείται στην περίπτωση που έχει γίνει μόνο μια φορά ομάδα αίματος στον συγκεκριμένο ασθενή ,για την επιβεβαίωση της ομάδας του.

Ενέργεια

- Ταυτοποίηση του ονόματος και της ομάδας αίματος του ασθενή με τα αναγραφόμενα στοιχεία στον ασκό.
- Έλεγχος του ασκού για την υπογραφή του ατόμου που έχει κάνει τη διασταύρωση.
- Έλεγχος της ημερομηνίας λήξης .
- Επιβεβαίωση ότι ο ασκός έχει ελεγχθεί για HBV ,HCV ,HIV ,HTLV ,σύφιλη.
- Οπτικός έλεγχος του ασκού (φυσαλίδες, θολερότητα, θρόμβοι, ρωγμές ή διαρροή)
- Εάν διαπιστωθεί οποιοδήποτε πρόβλημα στα παραπάνω, ενημερώστε άμεσα την Αιμοδοσία και επιστρέψτε τον ασκό.

Αιτιολόγηση

- Αποφυγή χορήγησης ασύμβατου αίματος .
- Πρόληψη ανεπιθύμητων αντιδράσεων και επιπλοκών.

Τι κάνω πριν τη χορήγηση αίματος ή παραγώγων παρουσία του ασθενούς

1. Ενημερώστε τον ασθενή για τη διαδικασία και εξασφαλίστε τη συγκατάθεση του (διασφάλισης συνεργασίας και πρόληψη του άγχους)
2. Πλύνετε τα χέρια σας και εφαρμόστε αντισηπτικό διάλυμα.(πρόληψη οριζόντιας μετάδοσης νοσοκομειακών λοιμώξεων)
3. Επιβεβαιώστε τη βατότητα της φλεβικής γραμμής (εξασφάλιση σωστής έγχυσης)
4. Μετρήστε και καταγράψτε στο διάγραμμα νοσηλείας τα ζωτικά σημεία του ασθενή.
5. Εκτιμήστε τα ζωικά σημεία και αποφύγετε να χορηγήσετε αίμα σε ασθενή που έχει πυρετό (πρόληψη επιπλοκών) Παρακολούθησης της κατάστασης του ασθενή καθ' όλη τη διάρκεια της μετάγγισης και έγκαιρη αναγνώριση μεταβολών)
6. **Επαληθεύστε την ταυτότητα του ασθενή πριν τη χορήγηση**
7. Αν ο ασθενής έχει τις αισθήσεις του, ζητήστε του το **πλήρες όνομα** (μην κάνετε ερωτήσεις που μπορούν να απαντηθούν με ένα ναι ή ένα όχι). Όταν ο ασθενής δεν μπορεί για οποιοδήποτε λόγο να επιβεβαιώσει τα στοιχεία του συμβουλευτείτε το συνοδό του, το διάγραμμα και το βραχιόλι του ασθενή.
8. Πριν συνδέσετε τον ασκό αίματος ή παραγώγου ,ο υπεύθυνος γιατρός πρέπει να μονογράψει τον ασκό, αφού επιβεβαιώσει ότι ο σωστός ασκός δίνεται στο σωστό ασθενή. (Πρόληψη μετάγγισης σε λάθος ασθενή).
9. Τοποθετήστε τη συσκευή μετάγγισης στον ασκό με άσηπτη τεχνική .
10. Αφαιρέστε τον αέρα από τη συσκευή και κλείστε το ρυθμιστή ροής. Αποφυγή εμβολής (σωματίδια/αέρα)
11. Κρεμάστε τον ασκό αίματος ή παραγώγου στο στατό, 1 μ περίπου πάνω από το επίπεδο της καρδιάς του ασθενή (Διευκόλυνση της ροής).

12. Αν ο ασκός ανοιχθεί πρέπει να μεταγγιστεί άμεσα

13. Συνδέστε τη συσκευή μετάγγισης στον ασθενή και ρυθμίστε τη ροή έγχυσης με βάση την ιατρική οδηγία και την κλινική κατάσταση του ασθενή. Πρόληψη υπερφόρτωσης της κυκλοφορίας (συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια, πνευμονικό οίδημα).

14. Σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες χορηγούνται 1ml/λεπτό τα πρώτα 15 λεπτά και στη συνέχεια, αν δεν υπάρχει πρόβλημα, 4 ml /λεπτό. Στις περισσότερες μετάγγισης 1ml αντιστοιχεί σε 15 σταγόνες. (Σημεία ή συμπτώματα ανεπιθύμητων αντιδράσεων συνήθως εκδηλώνονται κατά τη διάρκεια χορήγησης των πρώτων 50-100ml αίματος).

Κατά τη μετάγγιση

Χρόνοι μετάγγισης

	ΕΝΑΡΞΗ ΜΕΤΑΓΓΙΣΗΣ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΠΑΡΑΛΑΒΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑ	ΟΛΟΚΛΗΡΩΣΗ ΜΕΤΑΓΓΙΣΗΣ
Συμπυκνωμένα ερυθρά	Μέσα σε 30	1-2 ώρες
Αιμοπετάλια	Αμέσως	½- 1 ώρα
Πλάσμα	Το συντομότερο δυνατόν	½ -1 ώρα

1. Χρησιμοποιήστε πουάρ (flash bug) ταχείας μετάγγισης σε περίπτωση δυσκολίας στην έγχυση λόγω πολύ συμπυκνωμένου αίματος. Αποφύγετε την υπερβολική συμπίεση, γιατί υπάρχει κίνδυνος καταστροφής των ερυθρών. (Εξασφάλιση καλύτερης ροής του αίματος).

2. Η έγχυση ενός ασκού δεν πρέπει να διαρκεί περισσότερο από 4 ώρες.

3. Αν διακόψτε τη μετάγγιση, δεν πρέπει να τη συνεχίσετε αργότερα. (Πρόληψη κινδύνου βακτηριακής επιμόλυνσης.)

4. Χρησιμοποιήστε διαφορετική φλεβική γραμμή, αν πρέπει να χορηγηθούν ενδοφλέβια φάρμακα ή διαλύματα, συγχρόνως με τη μετάγγιση, εκτός του φυσιολογικού ορού. (Αποφυγή αλληλεπίδρασης φαρμάκων ή διαλυμάτων με το αίμα).

5. Αλλάξτε τη συσκευή μετάγγισης αίματος σε περίπτωση χορήγησης δεύτερου ασκού αίματος (Πρόληψη απόφραξης του φίλτρου).

6. Καταγράψτε στο διάγραμμα του ασθενή και ενημερώστε την κάρτα νοσηλείας του σχετικά με:

- Την ώρα έναρξης και λήξης της μετάγγισης .
- Τον όγκο του αίματος ή του παραγώγου που χορηγήθηκε.
- Τα ζωτικά σημεία του ασθενή.
- Το είδος και τον κωδικό αριθμό ταυτότητας των μονάδων που χορηγήθηκαν (Ασφαλής διαδικασία μετάγγισης).

Μετά τη μετάγγιση - Παρακολούθηση

1. Παραμείνετε κοντά στον ασθενή κατά τα πρώτα 15 λεπτά της μετάγγισης.

2. Ελέγξτε και καταγράψτε τα ζωτικά σημεία του ασθενή 15 λεπτά μετά την έναρξη της μετάγγισης. (Πρώιμη ανίχνευση σημείων και συμπτωμάτων ανεπιθύμητων αντιδράσεων).

3. Μετρήστε και καταγράψτε την Κεντρική Φλεβική Πίεση (εφόσον υπάρχει δυνατότητα) ή το ισοζύγιο υγρών σε ασθενή με κίνδυνο κυκλοφοριακής υπερφόρτωσης σύμφωνα με την ιατρική οδηγία. (Πρόληψη επιπλοκών λόγω υπερφόρτωσης της κυκλοφορίας.)

4. Καταγράψτε τα ζωτικά σημεία:

- Κάθε 1 ώρα από την έναρξη μέχρι τη λήξη της μετάγγισης
- Στο τέλος της μετάγγισης
- 4 ώρες μετά τη λήξη της μετάγγισης

(Πρώιμη ανίχνευση ανεπιθύμητων αντιδράσεων.)

5. Παρακολουθήστε τον ασθενή κατά τη μετάγγιση για ανεπιθύμητες αντιδράσεις. Η βαρύτητα των αντιδράσεων διαφέρει σημαντικά και τα συμπτώματα είναι μη ειδικά, όπως:

- αίσθημα θερμότητας και πόνου κατά μήκος της φλέβας
- ερυθρότητα ή εξάνθημα προσώπου ή δέρματος
- κνησμός, κνίδωση
- ρίγος, πυρετός ανησυχία
- ραχιαλγία, πόνο στην οσφυϊκή χώρα, στο θώρακα, που παίρνει τη μορφή συσφιγκτικού πόνου και στην κοιλιά
- βήχας, δύσπνοια, ταχυκαρδία, υπόταση
- αναφυλακτική αντίδραση, όπως βρογχόσπασμος, οίδημα αεροφόρων οδών ή και shock, απώλεια ούρων /κοπράνων/συνείδησης
- ολιγουρία
- ίκτερος
- καταπληξία, αιμορραγία
- πνευμονικό οίδημα
- καρδιακή ανακοπή

6. Σε περίπτωση εμφάνισης αντιδράσεων κατά τη μετάγγιση αίματος ή παραγώγων του ο νοσηλευτής οφείλει:

- να διακόψει αμέσως τη χορήγηση
- να ειδοποιήσει τον θεράποντα ιατρό
- να ελέγξει τα ζωτικά σημεία
- να εξασφαλίσει φλεβική γραμμή για τη χορήγηση φαρμάκων
- να επανελέγξει τα στοιχεία ασθενή και ασκού ,ώστε να επιβεβαιωθεί ότι μεταγγίζεται ο σωστός ασκός στο σωστό ασθενή
- να ειδοποιήσει την Αιμοδοσία

Να αποστείλει άμεσα στην Αιμοδοσία:

- τον μεταγγιζόμενο ασκό (ακέραιο μαζί με τη συσκευή μετάγγισης)

- δείγμα αίματος (φιαλίδια γενικής και πήγματος) από το αυτή της μετάγγισης.
- το δελτίο ανεπιθύμητων συμβατών (βλ. Παράρτημα) συμπληρωμένο και υπογεγραμμένο από τον υπεύθυνο ιατρό
- να στείλει δείγμα στα εργαστήρια:
 - α) ούρων
 - β) αίματος για έλεγχο αιμοσφαιρίνης
- να καταγράψει στο διάγραμμα νοσηλείας την ώρα έναρξης της αντίδρασης, τα συμπτώματα, τα ζωτικά σημεία, την ώρα διακοπής της μετάγγισης, τον όγκο και τα στοιχεία του παραγώγου αίματος που χορηγήθηκε, την ώρα αποστολής των δειγμάτων στα εργαστήρια και την ώρα ειδοποίησης του ιατρού
- να παραμείνει δίπλα στον ασθενή.

Επείγουσα μετάγγιση – Διαδικασία που ακολουθείται σε μεγάλη αιμορραγία

- Αν στα επείγοντα περιστατικά εργάζονται πολλά άτομα, ένα άτομο πρέπει να αναλάβει την παραγγελία του αίματος και την επικοινωνία με την Αιμοδοσία. Αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό, αν υπάρχουν αρκετοί τραυματισμένοι ασθενείς την ίδια ώρα.
- Τοποθέτησε ένα φλεβοκαθετήρα, και πάρε δείγμα για διασταύρωση. Ξεκίνησε ενδοφλέβια έγχυση ορού και στείλε το δείγμα αίματος και το παραπεμπτικό όσο πιο γρήγορα γίνεται στην Αιμοδοσία.
- Το δείγμα διασταύρωσης και το παραπεμπτικό κάθε ασθενή πρέπει να έχουν σαφώς συμπληρωμένα τα στοιχεία του. Αν ο ασθενής δεν έχει ταυτοποιηθεί, χρησιμοποιείται ο χαρακτηρισμός: «αγνώστων στοιχείων 1, αγνώστων στοιχείων 2 κ.τ.λ., άρρεν ή θήλυ».
- Η ονομασία αυτή επικολλάται με αυτοκόλλητο στο μέτωπο του ασθενή ή σε βραχιολάκι και χρησιμοποιείται σε όλα τα επίσημα έγγραφα. Χρησιμοποίησε το όνομα του ασθενή μόνο αν είσαι σίγουρος ότι είναι το σωστό.
- Εξήγησε στην Αιμοδοσία πόσο γρήγορα χρειάζεται το αίμα για τον κάθε ασθενή. Χρησιμοποίησε κατά την επικοινωνία λέξεις που είναι κοινά κατανοητές με την Αιμοδοσία για να εξηγήσεις πόσο επείγον είναι το αίμα για την μετάγγιση π.χ. επείγον ή εξαιρετικά επείγον ανάλογα με την σοβαρότητα του περιστατικού.
- Μην περιμένεις τη διασταύρωση αν ο ασθενής έχει χάσει πολύ αίμα.
- Μη ζητήσεις «διασταυρωμένο αίμα» σε εξαιρετικά επείγοντα περιστατικά. Ζήτησε από την Αιμοδοσία να σου δώσει ότι μπορεί πιο γρήγορα με μια λογική ασφάλεια σύμφωνα με την πολιτική του νοσοκομείου. Σε θήλεα άτομα μικρής και παραγωγικής ηλικίας, πρέπει να δίνονται ερυθρά Rh αρνητικού.
- Αν μέσα σε λίγο χρόνο χρειασθεί και άλλο αίμα για τον ίδιο ασθενή, χρησιμοποίησε τα ίδια στοιχεία ταυτοποίησης με αυτά του πρώτου παραπεμπτικού και δείγματος ώστε το προσωπικό να γνωρίζει ότι πρόκειται για τον ίδιο ασθενή.
- Βεβαιώσου ότι το προσωπικό της Αιμοδοσίας γνωρίζει:
 - Ποιος πρόκειται να πάρει το αίμα να το μεταφέρει στην κλινική
 - Που θα πρέπει να παραδοθεί το αίμα, π.χ. αν ο ασθενής είναι για να μεταφερθεί σε άλλο τμήμα του νοσοκομείου για ακτινογραφία
 - Δε πρέπει να χρησιμοποιείται ανεκπαίδευτο προσωπικό για τη παράδοση των δειγμάτων και την παραλαβή των μονάδων όταν ετοιμαστούν.

Προτυποποίηση διαδικασίας λήψης αιμοκαλλιέργειας

Οι αιμοκαλλιέργειες γίνονται για τη διάγνωση της μικροβιαμίας, η οποία μπορεί να είναι διαλείπουσα, παροδική ή συνεχής . Ο ιδανικός χρόνος για τη λήψη αίματος προς αιμοκαλλιέργεια είναι μια ώρα πριν την έναρξη του πυρετού και του ρίγους επειδή συνήθως υπάρχει καθυστέρηση μεταξύ εισόδου μικροβίων στο αίμα και της πυρετικής κρίσης ή ρίγους. Οι πολλαπλές καλλιέργειες από δείγματα αίματος από την ίδια θέση πρέπει να θεωρούνται ως ένα δείγμα.

1. Καθαρίστε το δέρμα και τα πώματα των φιαλών με διάλυμα ισοπροπυλικής αλκοόλης 70% και στη συνέχεια με διάλυμα ιωδίου ή ιωδιούχου ποβιδόνης
2. Παρακεντήστε τη φλέβα και πάρτε 20-30 ml αίματος. Κατά την αιμοληψία είναι απαραίτητη η χρήση αποστειρωμένων γαντιών
3. Αλλάζουμε τη βελόνη της σύριγγας πριν ενδοφθαλμίσουμε τη φιάλη της καλλιέργειας
4. Στα παιδιά υπάρχουν ξεχωριστά φιαλίδια αιμοκαλλιέργειας που απαιτούν μικρότερη ποσότητα αίματος

Πρωτόκολλο τοποθέτησης και νοσηλευτικής φροντίδας κυστεοουρηθρικού καθετήρα (Foley)

Ορισμοί

Καθετηριασμός κύστεως είναι η εισαγωγή καθετήρα στην ουροδόχο κύστη δια της ουρήθρας με σκοπό την παροχέτευση ούρων.

Οι νοσηλευτές είναι υπεύθυνοι, όχι μόνον για την εφαρμογή του καθετήρα, αλλά για τη λήψη προφυλακτικών μέτρων για την εξασφάλιση της καλής λειτουργίας και την πρόληψη ουρολοίμωξης.

Ο καθετηριασμός της ουροδόχου κύστεως γίνεται πάντοτε κατόπιν ιατρικής οδηγίας.

Τύποι καθετήρων

- Απλός Foley (Latex & σιλικόνης)
- Tiemann-Foley (Latex & σιλικόνης)
- Nelaton
- Tiemann

(οι Nelaton και οι Tiemann είναι μιας χρήσης χωρίς μπαλονάκι)

Υπάρχουν ουροκαθετήρες με:

- α. 2 αυλούς 2-way
- β. 3 αυλούς 3-way

Νοσηλευτική εκτίμηση

Η νοσηλευτική εκτίμηση θα πρέπει να εστιάζεται στα παρακάτω:

- Οδηγίες για το είδος του καθετήρα.
- Ανατομικές ανωμαλίες γεννητικών οργάνων.
- Κατάσταση της ουροδόχου κύστης.
- Αλλεργία του ασθενή στα αντισηπτικά.
- Λειτουργικότητα του ουροκαθετήρα.

Καθορισμός σκοπών και σχεδιασμός παρέμβασης

Τα επιθυμητά αποτελέσματα της παρέμβασης μπορεί να διατυπώνονται ως εξής:

- Να αδειάσει το περιεχόμενο της ουροδόχου κύστης
- Να προσδιοριστεί το ποσό τυχόν υπολειμμάτων ούρων
- Να επιτραπεί πλύση της κύστης
- Να παρακαμφθεί απόφραξη

- Να γίνει αλλαγή του ουροκαθετήρα
- Κάθε χειρισμός να γίνεται υπό άσηπτη τεχνική

Αρχές εφαρμογής καθετήρα

- Αυστηρή ασηψία
- Καθετήρας μικρότερου διαμετρήματος από εκείνον της ουρήθρας, για αποφυγή τραυματισμού
- Λίπανση της ουρήθρας με αποστειρωμένη λιπαντική ουσία, για μείωση τριβής
- Εισαγωγή καθετήρα με ήπιους χειρισμούς.

Υλικό

- Γάντια αποστειρωμένα και μη αποστειρωμένα.
- Αποστειρωμένες γάζες.(τουλάχιστον 15)
- Νεφροειδές
- 2 καθεήρες σωστού μεγέθους
- Αντισηπτικό διάλυμα (Betadine)
- Xylocaine 2% jell
- Αποστειρωμένο πεδίο
- Αδιάβροχο πεδίο
- Ουροσυλλέκτης κλειστού κυκλώματος και στατό
- Σύριγγα 10 CC με φυσιολογικό ορό.

Καθετηριασμός ουροδόχου κύστεως σε γυναίκα ασθενή

Προετοιμασία

Ενέργειες	Αιτιολόγηση
Πλύνετε τα χέρια σας και εφαρμόστε αντισηπτικό διάλυμα.	Πρόληψη οριζόντιας μετάδοσης λοιμώξεων.
Οργανώστε το υλικό σας.	Με την οργάνωση προάγεται η αποδοτικότητα και εμπνέετε εμπιστοσύνη.
Εξηγείστε στην ασθενή το σκοπό και τον τρόπο της διαδικασίας.	Κερδίζετε την καλή συνεργασία της αρρώστου.
Τοποθετείστε παραβάν για να μην εκθέτετε την άρρωστη.	Το απαιτεί ο σεβασμός της προσωπικότητας της.

Εξασφαλίστε καλή θερμοκρασία περιβάλλοντος και καλό φωτισμό. Κατεβάστε τα κλινοσκεπάσματα σκεπάστε την με την κουβέρτα νοσηλείας ή με το σεντόνι και αφαιρέστε το εσώρουχο της .	Διευκολύνετε στην εργασία σας. Αισθάνεται ότι σέβεστε την προσωπικότητα της. Ηρεμεί και συνεργάζεται καλύτερα μαζί σας.
Φορέστε γάντια μη αποστειρωμένα. Τοποθετείστε το αδιάβροχο κάτω από τους γλουτούς.	Ασφαλίζονται τα λευχίματα και το στρώμα ώστε να μη λερωθούν. Αν προηγήθηκε τοπική καθαριότητα αφήνετε το ίδιο αδιάβροχο.
Κάνετε τοπική καθαριότητα αν κρίνεται αναγκαίο.	Όσο καθαρότερη είναι η περιοχή τόσο μικρότερος ο κίνδυνος μόλυνσης.
Αφαιρέστε τα γάντια. Δώστε στην ασθενή γυναικολογική θέση. Τοποθετήστε τα γόνατα της ασθενούς λυγισμένα και τα πόδια της σε απαγωγή. Κάντε αντισηψία στα χέρια σας. Τοποθετήστε το αποστειρωμένο πεδίο σε ασφαλές και προσιτό για σας μέρος και ανοίξτε το με άσηπτη τεχνική. Αν είστε χωρίς βοηθό, βάλτε αντισηπτικό διάλυμα σε αρκετές αποστειρωμένες γάζες και προσθέστε πάνω στο πεδίο όλο το αποστειρωμένο σας υλικό.	Αποκλείστε κάθε παράγοντα που μπορεί να μολύνει τα αποστειρωμένα υλικά.
Ετοιμάστε τη σύριγγα με φυσιολογικό ορό σε περίπτωση που η τοποθέτηση του καθετήρα θα είναι μόνιμη (αν έχετε βοηθό μπορεί να σας σερβίρει το υλικό).	Είναι απαραίτητο για να φουσκώσει το μπαλονάκι του καθετήρα και να σταθεροποιηθεί στην κύστη.

Εφαρμογή

Ενέργειες	Αιτιολόγηση
Αποχωρήστε τα χείλη με το δείκτη και τον αντίχειρα για να βρείτε την ουρήθρα. Διατηρείστε το χέρι σας σε αυτή τη θέση μέχρι το τέλος του καθετηριασμού και εργαστείτε με το άλλο, αν είστε μόνοι.	Ο χειρισμός αυτός βοηθά στη διατήρηση της ασηψίας της περιοχής. Το γάντι αυτού του χεριού είναι μολυσμένο και δεν χρησιμοποιείται για τα αποστειρωμένα αντικείμενα. Αν υπάρχει δεύτερο άτομο μπορείτε να κινηθείτε χωρίς δυσκολία.
Καθαρίστε καλά με γάζα εμβαπτισμένη στο αντισηπτικό διάλυμα κρατώντας κατά σειρά μικρά και μεγάλα χείλη και το στόμιο της ουρήθρας από πάνω προς τα πίσω. Χρησιμοποιείτε κάθε γάζα μια φορά και απορρίψτε τη.	Ο καλός καθαρισμός μειώνει την πιθανότητα μόλυνσης, διότι κατά την εισαγωγή του καθετήρα μπορεί να προωθηθούν μικρόβια προς την κύστη. Πρόληψη επιμόλυνσης.

Επαλείψτε με Xylocaine 2% jell την ουρήθρα. Πιάστε τον καθετήρα με το χέρι που έχετε αποστειρωμένο γάντι σε απόσταση 7-8 εκ. από την κεφαλή, και εισάγετέ τον στην ουρήθρα με γρήγορες και ήπιες κινήσεις περίπου 5-6 εκ. Αφήστε να τρέξουν ούρα.	Xylocaine διευκολύνει την εισαγωγή του καθετήρα προκαλώντας ταυτόχρονα και τοπική αναισθησία.
Εάν έχει τοποθετηθεί μόνιμος καθετήρας, φουσκώστε το μπαλόνι με φυσιολογικό ορό που έχετε ήδη ετοιμάσει στη σύριγγα, σύμφωνα με τις οδηγίες του κατασκευαστή. Τραβήξτε ελαφρά τον καθετήρα, για να βεβαιωθείτε ότι το μπαλόνι έχει φουσκώσει και δεν υπάρχει κίνδυνος να βγει ο καθετήρας. Συνδέστε τον καθετήρα με τον ουροσυλλέκτη χωρίς να επιμολύνετε τα άκρα.	Εμποδίζει την έλξη και την τάση στην κύστη. Πρόληψη οριζόντιας μετάδοσης λοιμώξεων.
Χρησιμοποιείτε ουροσυλλέκτες κλειστού κυκλώματος (με βρυσάκι).	Οι ουροσυλλέκτες κλειστού κυκλώματος είναι αποστειρωμένοι και διαθέτουν βαλβίδα αντεπιστροφής η οποία δεν επιτρέπει την παλινδρόμηση των ούρων από τον ουροσυλλέκτη στην κύστη.
Βεβαιωθείτε ότι ο ουροκαθετήρας βγάζει ούρα και όχι αίμα. Αν ο ουροκαθετήρας βγάζει αίμα σημαίνει ότι το μπαλονάκι έχει φουσκώσει μέσα στην ουρήθρα. Αποσύρετε το χρησιμοποιημένο υλικό στερεώνουμε στο σταντ τον ουροσυλλέκτη. Αφαιρέστε τα γάντια και απορρίψτε τα καταλλήλως. Πλύνετε τα χέρια σας και εφαρμόστε αντισηπτικό διάλυμα.	

Καθετηριασμός ουροδόχου κύστης σε άνδρα

Προετοιμασία

Ενέργειες	Αιτιολόγηση
Εκτελέστε τη φάση προετοιμασίας όπως και στη γυναίκα ασθενή, εκτός από τα ακόλουθα: Βάλτε τον άρρωστο σε ύπτια θέση με τα κάτω άκρα σε έκταση. Τοποθετείστε το αδιάβροχο με το τετράγωνο πάνω από τους μηρούς και κάτω το πέος.	Ευθειάζει την πεϊκή ουρήθρα και διευκολύνει την εισαγωγή του καθετήρα. Η κατακόρυφη θέση προλαμβάνει τη μόλυνση.

Εφαρμογή

Ενέργειες	Αιτιολόγηση
Αποκαλύψτε τη βάλανο του πέους γύρω από το ουρηθρικό στόμιο και πλύνετε με betadine και αποστειρωμένη γάζα με κινήσεις από πάνω προς τα κάτω. Επαναλάβετε την ενέργεια αυτή άλλες 2 φορές χρησιμοποιώντας καθαρή αποστειρωμένη γάζα κάθε φορά. Με το αριστερό χέρι σηκώστε το πέος σχεδόν κατακόρυφα. Κρατείστε το σε αυτή τη θέση μέχρι το τέλος της διαδικασίας.	
Εισάγετε xylocaine στην ουρήθρα. Εισάγετε τον καθετήρα μέσα στην ουρήθρα και προχωρήστε τον 15-25 εκ. μέχρις ότου βγουν ούρα.	Η ανδρική ουρήθρα έχει μήκος περίπου 21 εκ.
Αν αισθανθείτε αντίσταση στον εξωτερικό ουρηθρικό σφιγκτήρα, αυξήστε ελαφρά την έλξη του πέους και εφαρμόστε σταθερά ήπια πίεση στον καθετήρα.	Μέρος της αντίστασης μπορεί να οφείλεται σε σπασμό του εξωτερικού σφιγκτήρα. Δυσκολία στη διόδο του καθετήρα μέσα από την ουρήθρα μπορεί να οφείλεται σε στένωση της ουρήθρας.
Προχωρήστε τον καθετήρα σχεδόν ως το σημείο της διακλάδωσής του.	Αυτό εμποδίζει την παγίδευση του μπαλονιού στην ουρήθρα.
Φουσκώστε το μπαλόνι με φυσιολογικό ορό σύμφωνα με τις οδηγίες του κατασκευαστή. Σταθεροποίηση του καθετήρα στην κύστη. Τραβήξτε ελαφρά τον καθετήρα για να βεβαιωθείτε ότι το μπαλόνι έχει φουσκώσει και δεν υπάρχει κίνδυνος να βγει ο καθετήρας.	
Συνδέστε τον καθετήρα με τον ουροσυλλέκτη χωρίς να επιμολύνετε τα άκρα.	Πρόληψη επιμόλυνσης
Μετά την τοποθέτηση του ουροκαθετήρα επαναφέρετε την ακροποσθία στην αρχική της θέση.	Πρόληψη παραφίμωσης
Αφαιρέστε τα γάντια και απορρίψτε τα καταλλήλως. Πλύνετε τα χέρια σας και εφαρμόστε αντισηπτικό διάλυμα.	Πρόληψη επιμόλυνσης

Ενέργειες	Αιτιολόγηση
Εφαρμόστε αυστηρά άσηπτη τεχνική στην τοποθέτηση του καθετήρα.	Οι ουρολοιμώξεις από ουροκαθετήρα βρίσκονται στην πρώτη θέση των νοσοκομειακών λοιμώξεων.
Σε περίπτωση επίσχεσης ούρων μην αφαιρείτε όλο το ποσό των ούρων από την κύστη, αλλά τμηματικά.	Μπορεί να προκληθεί αιματουρία λόγω απότομης μείωσης της πίεσης και της διαστολής των αγγείων της κύστης.
Ελέγξτε το χρώμα και την όψη των ούρων.	Παρουσία πιθανής αιματουρίας ή πυουρίας.
Ελέγξτε συχνά τη λειτουργικότητα του καθετήρα.	Υπάρχει κίνδυνος απόφραξης σε περίπτωση αιματουρίας ή μετακίνηση του καθετήρα από την θέση του.
Αποφεύγεται το μόνιμο καθετηριασμό κύστης παρά μόνο αν είναι απολύτως αναγκαίο.	Πρόληψη ουρολοιμώξεων.
Αλλάξτε συχνά τον καθετήρα για αποφυγή λοίμωξης	Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία η αλλαγή του ουροκαθετήρα γίνεται ως εξής: α. Ουροκαθετήρες από πλαστικό χρησιμοποιούνται για πολύ μικρό διάστημα είτε για κένωση της κύστης στις περιπτώσεις πάρεσης είτε μετεγχειρητικά μέχρι 7 ημέρες. β. Οι ουροκαθετήρες από καθαρό latex μπορεί να παραμείνουν στη θέση τους από 7 έως 14 μέρες. γ. Οι ουροκαθετήρες από latex εμποτισμένοι με Teflon χρησιμοποιούνται για μεγαλύτερο διάστημα μέχρι 28 μέρες. δ. Οι ουροκαθετήρες από latex καλυμμένο εσωτερικά και εξωτερικά από σιλικόνη και ουροκαθετήρες από 100% σιλικόνη μπορεί να παραμείνουν μέχρι και 12 εβδομάδες. ε. Οι ουροκαθετήρες από 100% σιλικόνη καλυμμένο με ειδική υδρογέλη δύναται να χρησιμοποιηθούν μέχρι 12 εβδομάδες.

Αφαίρεση αλλαγή του κυστεοουρηθρικού καθετήρα

- Αλλάζετε τον καθετήρα σε: Απόφραξη ή πόνο.
- Διαρροή ούρων, αν κριθεί αναγκαίο και εφόσον αντιμετωπιστεί πρώτα αιτιολογικά
- Μετά από κατά λάθος αφαίρεση του καθετήρα από τον ίδιο τον άρρωστο.
- Μετά από την πάροδο του ενδεικνυόμενου χρόνου παραμονής του .

Υλικό

- Νεφροειδές
- Γάντια
- Σύριγγα των 10 ή 20 ml
- Γάζες
- Αντισηπτικό διάλυμα

Εφαρμογή

Ενέργειες	Αιτιολόγηση
Πλύνετε τα χέρια σας και εφαρμόστε αντισηπτικό διάλυμα.	Πρόληψη των μολύνσεων.
Οργανώστε το υλικό σας.	Προάγεται την αποδοτικότητα και εμπνέετε εμπιστοσύνη.
Εξηγείστε στον ασθενή το σκοπό και τον τρόπο της διαδικασίας.	Κερδίζετε την καλή συνεργασία του ασθενή.
Τοποθετείστε παραβάν για να μην εκθέτετε τον ασθενή.	Το απαιτεί ο σεβασμός της προσωπικότητας του.
Φορέστε γάντια.	Προφύλαξη από έκθεση σε μολυσματικό υλικό.
Κάντε απολύμανση στο στόμιο του καθετήρα με γάζα και αντισηπτικό διάλυμα.	Πρόληψη επιμόλυνσης.
Με τη σύριγγα αφαιρέστε το φυσιολογικό ορό που υπάρχει στο μπαλονάκι. Κρατείστε με μία γάζα τον καθετήρα κοντά στο στόμιο της ουρήθρας και τραβήξτε τον με ήπιες κινήσεις και μόλις τον αφαιρέσετε τοποθετείστε τον στο νεφροειδές.	
Απομακρύνετε τα υλικά και απορρίψτε τα στο σάκο για τα μολυσματικά. Αφαιρέστε τα γάντια και απορρίψτε τα καταλλήλως.	Πρόληψη οριζόντιας μετάδοσης λοιμώξεων.

Νοσηλευτική επαγρύπνηση

Ενέργειες	Αιτιολόγηση
Πριν την αφαίρεση του ουροκαθετήρα μπορούν να προηγηθούν ασκήσεις κύστεως σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες.	Για επανάκτηση του ελέγχου του σφικτήρα της κύστεως.

Πλύσεις Ουροδόχου Κύστης

Διαλείπουσες πλύσεις ουροδόχου κύστης

Έλεγχος και επιβεβαίωση επίσχεσης ούρων

1. Προετοιμασία υλικού (Αποστειρωμένη κάψα, φυσιολογικός ορός, σύριγγα τύπου Levin 60cc, γάντια απλά, γάζες αποστειρωμένες, αντισηπτικό διάλυμα, νεφροειδές, φύλλα χαρτοβάμβακα, αδιάβροχο, λαβίδα)
2. Πλύσιμο χειρών
3. Εξασφάλιση κατάλληλου περιβάλλοντος (φως, θερμοκρασία, επισκέπτες, παραβάν ή κουρτίνα)
4. Ενημέρωση ασθενούς (σκοπός, διαδικασία που θα ακολουθηθεί, εκπαίδευση)
5. Τακτοποίηση λευχημάτων
6. Τοποθέτηση αδιάβροχου κάτω από το σημείο ένωσης ουροκαθετήρα και ουροσυλλέκτη
7. Τοποθέτηση νεφροειδούς με χαρτοβάμβακα επάνω στο αδιάβροχο και κάτω από το σημείο ένωσης όπου θα γίνουν οι πλύσεις
8. Διατήρηση σημείου ένωσης ουροκαθετήρα και άκρου ουροσυλλέκτη μακριά από επιφάνειες μολυσμένες καθ' όλη τη διάρκεια νοσηλείας
9. Άνοιγμα αποστειρωμένης κάψας και πλήρωση με φυσιολογικό ορό
10. Εφαρμογή γαντιών
11. Εμποτισμός αποστειρωμένων γαζών με αντισηπτικό διάλυμα
12. Αποσύνδεση ουροσυλλέκτη από τον κεντρικό αυλό του ουροκαθετήρα και τοποθέτηση άκρου ουροσυλλέκτη στις αποστειρωμένες γάζες με το αντισηπτικό. (Οι γάζες με το άκρο του ουροσυλλέκτη θα πρέπει να τοποθετηθούν σε ασφαλές σημείο, καλυμμένες έως το τέλος της διαδικασίας, χωρίς να μολυνθούν)
13. Χρήση λαβίδας για έλεγχο ροής του ουροκαθετήρα, αν χρειάζεται
14. Αναρρόφηση 60cc από την κάψα και σύνδεση άκρου σύριγγας με τον κεντρικό αυλό του ουροκαθετήρα
15. Σταθερή προώθηση ορού και ήπια αναρρόφηση της ποσότητας που εγχύθηκε
16. Έλεγχος ποσότητας και σύστασης υγρού
17. Απόρριψη υγρού σύριγγας στο νεφροειδές
18. Επανάληψη διαδικασίας όπου απαιτείται (μέχρις ότου αποκατασταθεί η βατότητα του αυλού)
19. Επανασύνδεση ουροκαθετήρα με ουροσυλλέκτη
20. Έλεγχος ούρων
21. Απόρριψη χρησιμοποιούμενου υλικού

22. Τακτοποίηση λευχημάτων

23. Ενημέρωση και εκπαίδευση ασθενή, έλεγχος για προβλήματα

24. Πλύσιμο χεριών

25. Ενημέρωση λογοδοσίας και νοσηλευτικού διαγράμματος (ημερομηνία και ώρα, διαδικασία, ποσότητα υγρού που εγχύθηκε και ποιότητα ούρων που αποβλήθηκαν, προβλήματα που προέκυψαν, παρατηρήσεις σχετικά με τον ασθενή).

Συνεχείς πλύσεις ουροδόχου κύστης

1. Έλεγχος και επιβεβαίωση ιατρικής οδηγίας και ύπαρξης τριαυλικού καθετήρα κύστεως

2. Προετοιμασία υλικού (ασκοί ορού πλύσεων, συσκευή ορού πλύσεων, γάντια απλά, αποστειρωμένο πώμα για καθετήρα κύστεως, νεφροειδές, αδιάβροχο, λαβίδα)

3. Πλύσιμο χεριών

4. Εξασφάλιση κατάλληλου περιβάλλοντος (φως, θερμοκρασία, επισκέπτες, παραβάν ή κουρτίνα)

5. Ενημέρωση ασθενούς (σκοπός, διαδικασία που θα ακολουθηθεί, εκπαίδευση)

6. Τακτοποίηση λευχημάτων και τοποθέτηση αδιάβροχου

7. Προστασία σημείου ένωσης ουροκαθετήρα και άκρου συσκευής από επιμολύνσεις καθ' όλη τη διάρκεια νοσηλείας

8. Σύνδεση ορού πλύσεων και συσκευής άσηπτα, τοποθέτηση στο στατό και εξαέρωση συσκευής στο νεφροειδές (Κλείσιμο ροής)

9. Εφαρμογή γαντιών

10. Αποσύνδεση πώματος από τον αυλό πλύσεων του ουροκαθετήρα και σύνδεση άκρου συσκευής πλύσεων

11. Χρήση λαβίδας για έλεγχο ροής του ουροκαθετήρα, αν χρειάζεται

12. Άνοιγμα ορού και ρύθμιση ροής κατά την οδηγία

13. Έλεγχος παροχέτευσης – ούρων

14. Απόρριψη χρησιμοποιούμενου υλικού

15. Τακτοποίηση λευχημάτων

16. Ενημέρωση και εκπαίδευση ασθενή, έλεγχος για προβλήματα

17. Πλύσιμο χεριών

18. Ενημέρωση λογοδοσίας και νοσηλευτικού διαγράμματος (ημερομηνία και ώρα, διαδικασία, είδος και ποσότητα ορού, ποιότητα ούρων που αποβλήθηκαν, προβλήματα που προέκυψαν, παρατηρήσεις σχετικά με τον ασθενή).

Έντυπο ελέγχου διουρηθρικού καθετηριασμού ουροδόχου κύστης

	ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΕΝΤΥΠΟ ΕΛΕΓΧΟΥ ΔΙΟΥΡΗΘΡΙΚΟΣ ΚΑΘΗΤΗΡΙΑΣΜΟΣ ΟΥΡΟΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΗΣ
ΚΛΙΝΙΚΗ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΛΕΓΧΟΥ
ΚΛΙΝΙΚΟΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΗΣ	
ΠΡΟΙΣΤΑΜΕΝΟΣ	

ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΤΙΚΑ	ΜΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΤΙΚΑ	ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΑ ΜΕΤΡΑ
1.Επιβεβαίωση ταυτότητας ασθενή – Ενημέρωση διαδικασίας.			
2.Πλύσιμο χεριών – Εφαρμογή γαντιών			
3. Συγκέντρωση υλικού.			
4. Τοποθέτηση σωστής θέσης ασθενή			
5. Άνοιγμα ουροσυλλέκτη και αναρρόφηση WFI σωστή ποσότητα			
6. Εφαρμογή αποστειρωμένων γαντιών.			
7. Καθαρισμός περιοχής με σωστές κινήσεις			
8. Αφαίρεση αποστειρωμένων γαντιών			
9. Εφαρμογή αποστειρωμένων γαντιών.			
10. τοποθέτηση ουροκαθετήρα			
11.Συνδεση με ουροσυλλέκτη και φούσκωμα του μπαλονιού			
12. Τράβηγμα καθετήρα προς τα έξω			
13. Καθαριότητα περιοχής			
14. Απομάκρυνση εξοπλισμού			
15. Αφαίρεση γαντιών			
16. Τοποθέτηση ασθενούς σε άνετη θέση			
17.Πλύσιμο χεριών			
18.Ενημερωση νοσηλευτικού φακέλου			
19.Ενημερωση ασθενούς για την λήψη υγρών			

Υπογραφή αξιολογούμενου νοσηλευτή-τριας

Υπογραφή αξιολογητή

Λήψη δείγματος ούρων για γενική και καλλιέργεια ούρων από ασθενή με καθετήρα foley

Λήψη σωστού (ποιότητα-ποσότητα) δείγματος ούρων, με στόχο τη διάγνωση και την αντιμετώπιση των ουρολοιμώξεων, την πρόληψη ουρολοιμώξεων από τη διαδικασία και τη σωστή αποστολή δείγματος στο εργαστήριο.

Υλικά

1. Γάντια μιας χρήσης, απλά και αποστειρωμένα
2. Ειδική λαβίδα για κλείσιμο του καθετήρα (κλάπα ή kocher)
3. Αντισηπτικό διάλυμα σύμφωνα με τις οδηγίες του Γραφείου Λοιμώξεων
4. Αποστειρωμένες γάζες
5. Αποστειρωμένες σύριγγες (5ml ή 10ml)
6. Δοχείο συλλογής δείγματος ούρων (urobox)
7. Νεφροειδές-δοχείο απορριμμάτων
8. Ετικέτες
9. Παραπεμπτικό εξέτασης
10. Καινούργιος αποστειρωμένος ουροσυλλέκτης με port
11. Παραβάν

Περιγραφή νοσηλευτικής διαδικασίας

ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ	ΑΙΤΙΟΛΟΓΗΣΗ
1.Συστηθείτε στον ασθενή και ενημερώστε τον για την διαδικασία και το σκοπό της και συλλογή απαραίτητου υλικού. Ταυτοποίηση στοιχείων του ασθενή και εξασφάλιση της συγκατάθεσής του..	Ταυτοποίηση στοιχείων του ασθενή και εξασφάλιση της συγκατάθεσής του
2. Απομονώστε το κρεβάτι.	Εξασφάλιση της ιδιωτικότητας του ασθενή
3.Πλύνετε τα χέρια σας και φορέστε γάντια.	Πρόληψη μετάδοσης μικροβίων από ασθενή σε ασθενή.
4.Τοποθετήστε νέο σάκο συλλογής ούρων που φέρει ειδική θύρα (port) για τη λήψη της εξέτασης. Η λήψη ούρων από τον παλαιό σάκο δίνει μη αξιόπιστο δείγμα λόγω ύπαρξης πολλών μικροβίων.	Η λήψη ούρων από τον παλαιό σάκο δίνει μη αξιόπιστο δείγμα λόγω ύπαρξης πολλών μικροβίων.
5.Κλείστε τη ροή των ούρων με αποστειρωμένη λαβίδα, σε απόσταση 5 cm από το στόμιο της ουρήθρας και περιμένετε 15 λεπτά ή μέχρι να νιώσει έπειξη ο ασθενής.	Διακοπή ροής των ούρων προς τον ουροσυλλέκτη και εξασφάλιση παρουσίας τους στον καθετήρα για τη λήψη δείγματος.
6.Πλύνετε σχολαστικά τα χέρια σας και φορέστε αποστειρωμένα γάντια	Αποφυγή μόλυνσης δείγματος

7. Απολυμάνετε το σημείο από όπου θα γίνει η συλλογή του δείγματος. Από το σημείο αυτό μπορεί να γίνει λήψη δείγματος ΜΟΝΟ ΜΙΑ ΦΟΡΑ	Αποφυγή μόλυνσης του δείγματος από άλλους παράγοντες. Σε κάθε άλλη περίπτωση η λήψη ούρων γίνεται από τον ουροκαθετήρα πριν το διχασμό με κατάλληλο απολυμαντικό
8. Απελευθερώστε τον αυλό από τη λαβίδα. Αφήστε να φύγουν στον αυλό τα πρώτα ούρα .	Εξασφάλιση κατάλληλου δείγματος ούρων και αποκατάσταση του κλειστού κυκλώματος απομάκρυνσης ούρων.
9. Παρακεντήστε την ειδική θύρα (port) αν υπάρχει με αποστειρωμένη σύριγγα με βελόνα 21- 25G	Λήψη αξιόπιστου δείγματος
10. Αναρροφήστε με άσηπτη τεχνική 3-5 ml ούρων για καλλιέργεια και τουλάχιστον 10 ml για γενική, ανασύροντας με ήπιες κινήσεις το έμβολο της σύριγγας. Αφαιρέστε τη βελόνα.	Εξασφάλιση κατάλληλου σε ποσότητα δείγματος ούρων για καλλιέργεια και γενική. Η απότομη ανασύρση του εμβόλου προκαλεί υπέρμετρη πίεση και μπορεί να προκαλέσει σύμπτωση των τοιχωμάτων του καθετήρα, εμποδίζοντας έτσι τη ροή των ούρων από τη σύριγγα.
11. Αδειάστε τη σύριγγα με άσηπτη τεχνική στο αποστειρωμένο δοχείο συλλογής, χωρίς η βελόνα να ακουμπήσει στα τοιχώματά του.	Προστασία του δείγματος από επιμόλυνση
12. Μαζέψτε το ακάθαρτο υλικό Αφαιρέστε τα γάντια και πλύνετε τα χέρια σας	Μείωση πιθανότητας διασποράς μικροβίων.
13. Ελέγξτε τα στοιχεία του ασθενή και την εξέταση. Ελέγξτε το παραπεμπτικό. Τοποθετήστε στο δοχείο συλλογής ετικέτα. Επισημάνετε στο παραπεμπτικό αν ο ασθενής λαμβάνει ήδη αντιβίωση αν φέρει προσωρινό ή μόνιμο καθετήρα ή αν είναι υπό θεραπεία συνεχών πλύσεων	Αποφυγή λαθών ταυτοποίησης. Ενημέρωση εργαστηρίου για ύπαρξη συνθηκών που μπορεί να μειώσουν την αξιοπιστία του δείγματος
14. Μεταφέρατε για γενική ούρων το δείγμα στο εργαστήριο εντός 1 ώρας, διαφορετικά παραμένει σε ψυγείο με θερμοκρασία 2-40 C, όχι περισσότερο από 2 ώρες. Για καλλιέργεια ούρων απαιτείται άμεση μεταφορά του δείγματος.	Εξασφάλιση κατάλληλου περιβάλλοντος για το δείγμα ούρων, ώστε να μην προκληθούν αλλοιώσεις στα ούρα (αλκαλοποίηση τους από τη διάσπαση ουρίας). Στην καλλιέργεια ούρων δείγματα που καθυστερούν να φθάσουν στο εργαστήριο είναι ακατάλληλα, διότι υπεραναπτύσσονται υπάρχοντα μικρόβια και υπάρχει κίνδυνος για εξαγωγή λανθασμένων αποτελεσμάτων από την ποσοτική καλλιέργεια.
15. Καταγράψτε τη νοσηλευτική διαδικασία στη λογοδοσία	Εξασφάλιση συνέχειας στη φροντίδα του ασθενή. Διατήρηση αρχείου διαδικασιών

ΠΡΟΣΟΧΗ:

- Η μη σωστή τήρηση των κανόνων ασηψίας, επιφέρει μόλυνση του δείγματος με κίνδυνο, τα αποτελέσματα της εξέτασης να μην είναι σωστά.
- Αν ο ασθενής πρόκειται να τεθεί υπό αντιβίωση καλό είναι να λαμβάνεται καλλιέργεια ούρων πριν την λήψη αυτής.
- Στη λήψη ούρων για γενική ούρων πρέπει τα ούρα να είναι τα πρώτα πρωινά, μέσου ρεύματος

Έντυπο ελέγχου λήψης δείγματος ούρων για γενική και καλλιέργεια ούρων σε ασθενή με καθετήρα κύστεως

	ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΕΝΤΥΠΟ ΕΛΕΓΧΟΥ ΛΗΨΗ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΟΥΡΩΝ ΓΙΑ ΓΕΝΙΚΗ ΚΑΙ ΚΑΛΛΙΕΡΓΕΙΑ ΟΥΡΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΟΥΡΟΚΑΘΗΤΗΡΑ
ΚΛΙΝΙΚΗ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΛΕΓΧΟΥ
ΚΛΙΝΙΚΟΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΗΣ	
ΠΡΟΙΣΤΑΜΕΝΟΣ	

ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΤΙΚΑ	ΜΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΤΙΚΑ	ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΑ ΜΕΤΡΑ
1.Επιβεβαίωση ταυτότητας ασθενή – Ενημέρωση διαδικασίας.			
2.Πλύσιμο χεριών – Εφαρμογή γαντιών			
3. Συγκέντρωση υλικού.			
4. Τοποθέτηση νέου ασκού ούρων			
5. Κλείσιμο ροής με λαβίδα στο σωστό σημείο και χρονικό διάστημα.			
6. Υγιεινή χεριών . Εφαρμογή αποστειρωμένων γαντιών.			
7. Αντισηψία Υποδοχής ουροσυλλέκτη			
8. Απελευθέρωση αυλού.			
9. Παρακέντηση κατάλληλης ποσότητας για κ/α και γενική ούρων			
10. Άσηπτη τεχνική αδειάσματος σύριγγας στο δοχείο συλλογής			
11. Απομάκρυνση ακαθάρτων – πλύσιμο χεριών.			
12. Ταυτοποίηση στοιχείων με παραπεμπτικό			
13.Έγκυρη μεταφορά δείγματος.			
14. Καταγραφή διαδικασίας στη λογοδοσία.			

Υπογραφή αξιολογούμενου νοσηλευτή/τριας

Υπογραφή αξιολογητή

Φροντίδα και υγιεινή σώματος ασθενούς – λουτρό – λούσιμο - στοματική κοιλότητα

Η παροχή της υγιεινής σώματος στο βαρέως πάσχοντα ασθενή είναι βασική νοσηλευτική πράξη φροντίδας, με σκοπό να διατηρηθεί η καθαριότητα του δέρματος απομακρύνοντας νεκρά κύτταρα και μειώνοντας τις πιθανότητες αποικισμού από μικρόβια. Με αυτό τον τρόπο διατηρείται η αξιοπρέπεια και η καλαισθησία του ασθενή καθώς είναι αδύνατον να αυτοεξυπηρετηθεί.

Η διαδικασία της υγιεινής σώματος του βαρέως πάσχοντος επιβάλλεται να γίνεται με γνώμονα την κατάσταση του ασθενή τη συγκεκριμένη χρονική στιγμή, διαφυλάσσοντας την αξιοπρέπεια και την ιδιωτικότητά του.

Η υγιεινή σώματος των ασθενών περιλαμβάνει το λουτρό σώματος, περινεϊκής περιοχής, λούσιμο κεφαλής, περιποίηση στοματικής κοιλότητας, περιποίηση προσώπου, αυτιών, οφθαλμών, ονύχων και αλλαγή του ιματισμού. Όλα γίνονται καθημερινά εκτός από το λούσιμο της κεφαλής που γίνεται τουλάχιστον μια φορά εβδομαδιαίως.

ΥΛΙΚΑ

Για το λουτρό σώματος /περινέου:

- Τροχήλατο
- Λεκάνη με νερό (η θερμοκρασία του νερού είναι αντιστρόφως ανάλογη της θερμοκρασίας του ασθενή)
- Σφουγγαράκι μιας χρήσεως
- Σαπούνι με ουδέτερο pH
- Πετσέτα
- Καθαρός ιματισμός
- Καρότσι για τον ακάθαρτο ιματισμό
- Κρέμα ενυδάτωσης σώματος
- Υλικά περιποίησης κατακλίσεων
- Ποδιά μιας χρήσης
- Γάντια μιας χρήσης
- Μάσκα
- Υποσέντονα μιας χρήσης

Για το λούσιμο κεφαλής:

- Σκούφος λουσίματος μιας χρήσης
- Πάνα
- Χτένα
- Λάστιχο (εφόσον ο ασθενής έχει μακριά μαλλιά)

Καθ' όλη την διάρκεια της διαδικασίας της περιποίησης παρακολουθούμε αιμοδυναμικά τον ασθενή (Αρτηριακή Πίεση, sPO ₂)

Περιγραφή νοσηλευτικής διαδικασίας:

Ενέργεια	Αιτιολόγηση
Επιλογή του αριθμού των μελών της ομάδας και καταμερισμός εργασιών	Κριτήριο της επιλογής ο σωματότυπος του ασθενή καθώς και οι ιατρικές οδηγίες για την σωστή κινητοποίηση του
Εφαρμογή υγιεινής χειρών	Πρόληψη οριζόντιας μετάδοσης λοιμώξεων
Οργάνωση υλικού	Προαγωγή αποτελεσματικότητας
Επιβεβαίωση ταυτότητας ασθενούς	Πρόληψη λάθους
Επεξήγηση διαδικασίας στον ασθενή	Αύξηση συνεργασίας ,μείωση άγχους
Γάντια- ποδιά μιας χρήσης	Πρόληψη έκθεσης σε βιολογικά υγρά
Μέτρηση ζωτικών σημείων	Εξασφάλιση τιμών αναφοράς
Χορήγηση αναλγησίας σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες, εάν κρίνεται απαραίτητη	Εξασφάλιση συνεργασίας του ασθενή, μείωση πόνου
Ευθειαςμός κλίνης	Επιτρέπει την επισκόπηση μεγαλύτερης επιφάνειας σώματος και την ευκολότερη κινητοποίηση αριστερά και δεξιά
Τοποθέτηση σκούφου λουσίματος (αν είναι μέρα λουσίματος)	Μέχρι το τέλος όλης της διαδικασίας του λουτρού σώματος, να έχουν βραχεί και σαπουνιστεί τα μαλλιά
Έναρξη καθαρισμού από τα καθαρά στα λιγότερα καθαρά σημεία του σώματος	Αποφυγή μετάδοσης ρύπων και μικροβίων σε καθαρά μέρη
Ήπιες κυκλικές κινήσεις (και με το σφουγγάρι και με τη πετσέτα)	Τοπική υπεραιμία
Καθαρισμός περινεϊκής χώρας τελευταία	Είναι η πιο πλούσια σε μικρόβια και ρύπους περιοχή του σώματος
Στη περινεϊκή περιοχή εφαρμογή κινήσεων από μπροστά προς τα πίσω και σε κάθε κίνηση αλλαγή σφουγγαριού ή γάζας	Αποφυγή μεταφοράς μικροβίων από τον πρωκτό προς την ουρήθρα και τον κόλπο ή το όσχεο
Ύψωση πλαϊνών προστατευτικών προς την πλευρά που θα γυρίσει ο ασθενής	Ασφάλεια για τον ασθενή
Πόδια σε απαγωγή- το ένα μπροστά από το άλλο, λύγισμα ελαφρώς των γονάτων	Καλύτερη στήριξη του σώματος και μικρότερη επιβάρυνση της σπονδυλικής στήλης του νοσηλευτή
Τοποθέτηση αριστερού χεριού του νοσηλευτή στον απομακρυσμένο ώμο του ασθενή και του δεξιού χεριού στο απομακρυσμένο ισχίο του ασθενή	
Γύρισμα του ασθενή προς το μέρος του νοσηλευτή	
Επισκόπηση ραχιαίας επιφάνειας του ασθενή από τον δεύτερο νοσηλευτή	Αναγνώριση ανωμαλιών
Καθαρισμός με ήπιες κυκλικές κινήσεις	Τοπική υπεραιμία

Περιποίηση κατακλίσεων εφόσον υπάρχουν	Προαγωγή αποτελεσματικότητας
Επάλειψη με ενυδατική λοσιόν τα σημεία με συνεχούς επαφή με το στρώμα	Αποφυγή ξηροδερμίας- υπεραιμία κατά την επάλειψη
Μάζεμα ακάθαρτου ιματισμού προς το σώμα του ασθενή και στρώσιμο καθαρού ιματισμού μαζεύοντας σε ρολό το τμήμα του σεντονιού που θα επεκταθεί μέχρι την απέναντι πλευρά	Ελαχιστοποίηση των κινητοποιήσεων του ασθενούς
Γύρισμα ασθενούς προς την άλλη πλευρά με τις ίδιες ενέργειες	
Απελευθέρωση λερωμένων σεντονιών και στρώσιμο των καθαρών	Ολοκλήρωση στρωσίματος
Τακτοποίηση συνδέσεων προς τον ασθενή (καλώδια monitoring, αναπνευστικός σωλήνας, foley, Levin, παροχετεύσεις κτλ.)	Αποκλεισμός κάθε πιθανότητας αποσύνδεσης
Αφαίρεση σκούφου λουσίματος, χτένισμα μαλλιών και περιποίηση προσώπου (πλύσιμο οφθαλμών, αυτιών, στοματικής κοιλότητας*)	
Τοποθέτηση ασθενή στην αρχική του θέση	Η κατάλληλη θέση είναι εξατομικευμένη για κάθε ασθενή ανάλογα με τα προβλήματα και τις ανάγκες του
Αφαίρεση γαντιών	Πρόληψη μετάδοσης μικροοργανισμών
Εφαρμογή υγιεινής χειρών	Πρόληψη οριζόντιας μετάδοσης λοιμώξεων
Ενημέρωση νοσηλευτικού φακέλου για τυχόν κατακλίσεις, εκδορές κτλ.	Μέτρο καθημερινής σύγκρισης

***Φροντίδα στοματικής κοιλότητας:**

- Οδοντόβουρτσα με αναρρόφηση για αποφυγή εισρόφησης με διάλυμα chlorhexidine 2% (μείωση της αύξησης των μικροοργανισμών στη στοματική κοιλότητα)
- Βουρτσάκι με σπόγγο για τον καθαρισμό των υπολοίπων μαλακών ιστών του στόματος (μείωση κινδύνου βλάβης του δέρματος, αλλά και βελτίωσης του ασθενούς)
- Αλλαγή φακαρόλας (σε περίπτωση διασωληνωμένου ασθενή)

**Έντυπο ελέγχου φροντίδας υγιεινής σώματος βαρέως πάσχοντος ασθενούς
(Λουτρό – Λούσιμο – Στοματική κοιλότητα)**

 ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΣΥΡΟΥ ΕΤΟΣ ΙΔΡΥΣΗΣ: 1826		ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΕΝΤΥΠΟ ΕΛΕΓΧΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΙΕΙΝΗΣ ΣΩΜΑΤΟΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ-ΛΟΥΤΡΟ-ΛΟΥΣΙΜΟ- ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑ		
ΚΛΙΝΙΚΗ		ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΛΕΓΧΟΥ		
ΚΛΙΝΙΚΟΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΗΣ				
ΠΡΟΙΣΤΑΜΕΝΟΣ				
ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΤΙΚΑ	ΜΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΤΙΚΑ	ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΑ ΜΕΤΡΑ	
1.Επιβεβαίωση ταυτότητας ασθενή – Ενημέρωση διαδικασίας.				
2.Πλύσιμο χεριών – Εφαρμογή γαντιών				
3. Συγκέντρωση υλικού.				
4.Ευθειαςμός κλίνης				
5. Τοποθέτηση σκούφου λουσίματος				
6.Καθαρισμός σώματος με ήπιες κυκλικές κινήσεις				
7.Καθαρισμός περινεϊκής περιοχής				
8.Σωστή θέση σώματος για κινητοποίηση ασθενούς πλάι				
9.καθαρισμός σώματος από πίσω – περιποίηση κατακλίσεων				
10.Ενυδάτωση δέρματος ασθενούς				
11.Αλλαγμα κλινοσκεπασμάτων κι αφαίρεση ακάθαρτων				
12.Τοποθέτηση σε σωστή θέση και σύνδεση με monitor				
13.Αφαίρεση σκούφου λουσίματος – Χτένισμα				
14.Περιποίηση στοματικής κοιλότητας- προσώπου- αλλαγμα φακαρόλας				
15.Απομάκρυνση ακάθαρτου υλικού				
16.Αφαίρεση γαντιών				
17.Εφαρμογή υγιεινής χεριών				
18.Ενημέρωση νοσηλευτικού φακέλου για εκδορές κατακλίσεις				

Προετοιμασία αρρώστου - βαρέως πάσχοντος για μεταφορά προς εξέταση-διακομιδή

Ο βαρέως πάσχων ασθενής μπορεί να μεταφερθεί εντός του νοσοκομείου για διενέργεια εξετάσεων στον αξονικό τομογράφο ή στο τμήμα υπερήχων αλλά και εκτός νοσοκομείου πχ για αεροδιακομιδή σε ΜΕΘ τριτοβάθμιο νοσοκομείο.

Περιγραφή νοσηλευτικής διαδικασίας

Ενέργεια	Αιτιολόγηση
Τοποθέτηση απαραίτητων διαλυμάτων έγχυσης (μετά από συνεννόηση με θεράποντα ιατρό) σε συσκευές μικροσταγόνων.	Απαραίτητη συνεχιζόμενη έγχυση σε κάποια φάρμακα
Σύνδεση αυτών στον ασθενή και αποσύνδεση αυτών από τις αντλίες έγχυσης λίγα λεπτά πριν την μεταφορά του	Σωστή λήψη - δοσολογία φαρμάκων. Σταθεροποίηση αιμοδυναμικά – επαρκής καταστολή
Δέσιμο διαλυμάτων μεταφοράς με φακαρόλα	Σωστή σταθεροποίηση
Αποσύνδεση από το κεντρικό monitor και σύνδεση στο monitor μεταφοράς με το ΗΚΓ, παλμικό οξύμετρο, περιχειρίδα αναίμακτης αρτηριακής πίεσης	Εξασφάλιση συνεχιζόμενης αιμοδυναμικής παρακολούθησης. Το monitor μεταφοράς παραμένει στην πρίζα μέχρι να φύγει ο ασθενής
Ετοιμασία αναπνευστήρα μεταφοράς με τις κατάλληλες ρυθμίσεις. Ετοιμασία οβίδας O ₂	Ο φορητός αναπνευστήρας παραμένει στη πρίζα μέχρι να φύγει ο ασθενής
Άδειασμα ουροσυλλέκτη και μέτρηση ποσότητας ούρων	Καταγραφή ουρών στο διάγραμμα
Συνοδεία με τον ασθενή η ambu	Σε περίπτωση λανθασμένης αποσωλήνωσης
Ετοιμασία φαρμάκων ασφαλείας (αδρεναλίνη-ατροπίνη-προποφόλη)	Σύμφωνα πάντα με τις ιατρικές οδηγίες
Έλεγχος υλικών μετά την επιστροφή του ασθενούς	Μην χάθηκε ή χάλασε κάτι
Έλεγχος ασθενούς για τυχόν ανεπιθύμητες καταστάσεις	Κλινική εικόνα ασθενούς - αξιολόγηση
Σταθεροποίηση ασθενούς στην αρχική του κατάσταση	Σύνδεση σε αναπνευστήρα και επιτοίχιο κεντρικό monitor

Αλλαγή θέσης κατακεκλιμένου ασθενή

Οι αλλαγές θέσεις σε κατακεκλιμένο ασθενή βοηθούν στην αποφυγή δημιουργίας ελκών από πίεση, ενώ παράλληλα τους ανακουφίζουν. Απαραίτητη προσοχή των σωλήνων του αναπνευστήρα, των φλεβικών και αρτηριακών γραμμών, του ουροκαθετήρα και του Levin.

Περιγραφή νοσηλευτικής διαδικασίας

Ενέργεια	Αιτιολόγηση
Εφαρμογή υγιεινής χειρών	Πρόληψη οριζόντιας μετάδοσης λοιμώξεων
Οργάνωση υλικού	Προαγωγή αποτελεσματικότητας
Επεξήγηση διαδικασίας στον ασθενή	Αύξηση συνεργασίας, μείωση άγχους
Μέτρηση ζωτικών σημείων	Εξασφάλιση τιμών αναφοράς
Χορήγηση αναλγησίας σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες	Εξασφάλιση συνεργασίας του ασθενή, μείωση πόνου
Τοποθέτηση το Levin σε παροχέτευση	Πρόληψη εισρόφησης
Τοποθέτηση κρεβατιού σε οριζόντια θέση	Διευκόλυνση κινητοποίησης επί κλίνης Προσοχή: ο ασθενής βρίσκεται στο κέντρο του κρεβατιού
Άνοιγμα σε ορθή γωνία το χέρι που βρίσκεται προς την πλευρά που θέλει ο νοσηλευτής να τον γυρίσει	
Ανασήκωμα αντίθετου ποδιού προς την πλευρά που θέλει να τον γυρίσει	
Κράτημα με το ένα χέρι το λυγισμένο πόδι από το γόνατο και το άλλο χέρι στον ώμο του ασθενούς	
Γύρισμα απαλά προς το μέρος που βρίσκεται ο νοσηλευτής χρησιμοποιώντας το σώμα του ασθενή ως μοχλό.	ΠΡΟΣΟΧΗ! ΜΗΝ ΕΠΙΒΑΡΥΝΕΙ Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΤΗΝ ΜΕΣΗ ΤΟΥ
Τοποθέτηση μαξιλαριού στη πλάτη και ανάμεσα στα πόδια	Προαγωγή άνεσης ασθενή χωρίς σημεία πίεσης και ενόχλησης
Αφαίρεση γαντιών	Πρόληψη μετάδοσης μικροοργανισμών
Εφαρμογή υγιεινής χειρών	Πρόληψη διασποράς μικροοργανισμών και μείωση του κινδύνου επιμόλυνσης άλλων αντικειμένων
Σημείωση στο νοσηλευτικό φάκελο την ώρα της επί κλίνης κινητοποίησης	Σωστή τεκμηρίωση

Πρωτόκολλο πρόληψης και θεραπείας ελκών κατάκλισης

Ομάδες ασθενών υψηλού κινδύνου για εμφάνιση κατακλίσεων

1) Ασθενείς με μειωμένη ή αδυναμία κινητικότητας π.χ.:

- Ασθενείς με κακώσεις νωτιαίου μυελού
- Εγκεφαλικό επεισόδιο
- Σκλήρυνση κατά πλάκας
- Μεγάλης ηλικίας ασθενείς
- Ασθενείς με εξασθενημένη φυσική κατάσταση
- Ορθοπεδικοί ασθενείς με κατάγματα λεκάνης σπονδυλικής στήλης, και κάτω άκρων κ.α.

2) Ασθενείς με προβλήματα υγείας που οδηγούν σε βλάβη του περιφερικού συστήματος κυκλοφορίας του αίματος, π.χ.:

- Διαβητικοί
- Ασθενείς με έμφραγμα μυοκαρδίου
- Νεφροπαθείς

3) Ασθενείς με διαταραχή θρέψης

4) Ασθενείς με προβλήματα ακράτειας

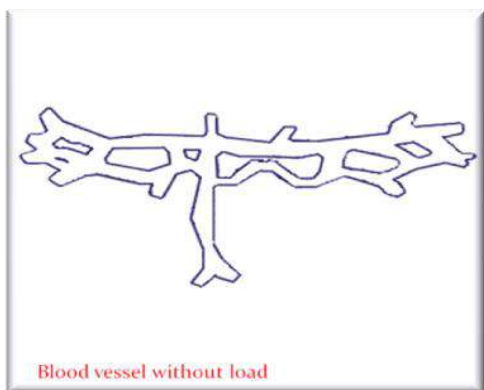
Αίτιο ανάπτυξης κατάκλισης

Κατάκλιση είναι η τοπική καταστροφή του δέρματος και του υποκείμενου ιστού που προκλήθηκε από:

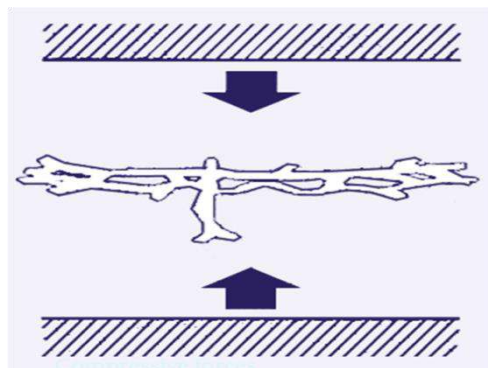
- πίεση
- τριβή
- συνδυασμό των δύο.

Πιέζεται το δέρμα και ο υποδόριος ιστός μεταξύ μιας σκληρής επιφάνειας και ενός οστού, πιέζονται και τα μικρά αγγεία που φέρνουν το αίμα στη συγκεκριμένη περιοχή η οποία τελικά αρχίζει να νεκρώνεται, αφού δεν δέχεται αίμα.

- Η πλειονότητα των κατακλίσεων προκαλείται από άμεση πίεση.
- Οι κατακλίσεις εμφανίζονται συνήθως πάνω από τις οστικές προεξοχές.



Εικόνα 1 :Αγγεία χωρίς φορτίο-πίεση βάρους.



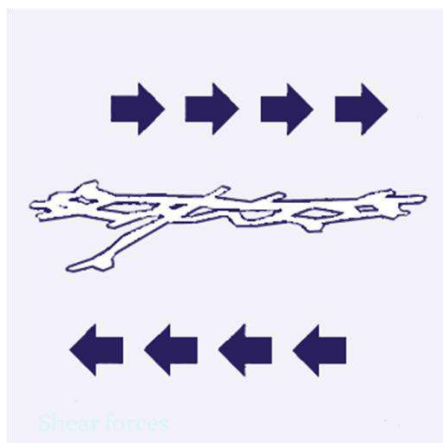
Εικόνα 2 :Αγγεία με φορτίο-πίεση βάρους.

Τριβή

Λαμβάνει χώρα όταν ο ασθενής μετακινείται με λανθασμένους χειρισμούς π.χ. όταν κατά τη μετακίνηση ενός ασθενούς από το κρεβάτι τον τραβάμε αντί να τον σηκώσουμε.

Είναι πιο συχνό στους ηλικιωμένους ανθρώπους, διότι το δέρμα τους χάνει την ελαστικότητά του.

Η τριβή μπορεί να δημιουργηθεί όταν ο ασθενής είναι ξαπλωμένος σε σκληρή επιφάνεια, π.χ. χειρουργικό κρεβάτι, αυξάνεται με την παρουσία θερμότητας και υγρασίας π.χ. ασθενείς με προβλήματα ακράτειας ή με αυξημένη θερμοκρασία σώματος.

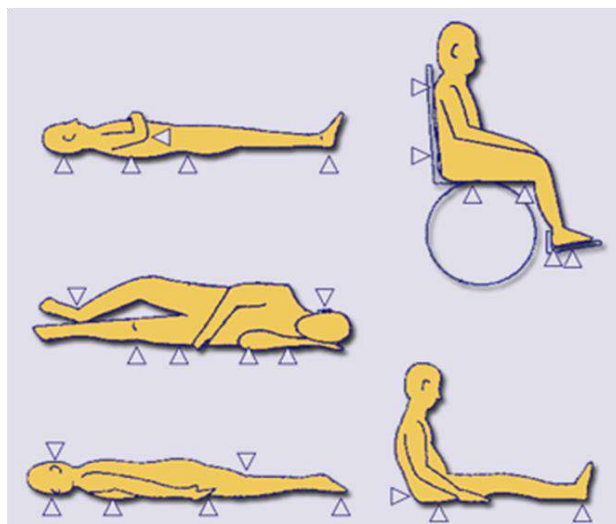


Εικόνα 3:Αγγεία με φορτίο-πίεση βάρους και τριβή.

Περιοχές εμφάνισης κατακλίσεων

Οι κατακλίσεις εμφανίζονται σε περιοχές του σώματος που υπάρχουν οστικές προεξοχές, με πιο συχνές:

- Ιεροκοκκυγική περιοχή .
- Πτέρνες.
- Τροχαντήρες .



Εικόνα 4: Σημεία με συχνότερη εμφάνιση κατακλίσεων.

Εκτίμηση ασθενών υψηλού κινδύνου

Είναι πολύ σημαντικό να αναγνωρίζεται η ομάδα ασθενών, η οποία παρουσιάζουν υψηλό κίνδυνο ανάπτυξης κατακλίσεων πριν ξεκινήσουμε ένα πρωτόκολλο προληπτικής θεραπείας.

Η εκτίμηση πρέπει να γίνεται συστηματικά .

Στην αρχική εκτίμηση πρέπει να καταγράφονται τα εξής:

- Εκτίμηση κινδύνου ανάπτυξης κατάκλισης βάσει ενός αναγνωρισμένου εργαλείου εκτίμησης βαρύτητας .
- Ιατρικό ιστορικό.
- Προληπτικά μέτρα που έχουν ληφθεί στο παρελθόν.
- Η κατάσταση του δέρματος .
- Ο βαθμός επικινδυνότητας των ασθενών υψηλού κινδύνου θα πρέπει να επανεξετάζεται συχνά και να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη κάθε αλλαγή που παρατηρείται.
- Ακόμη και μικρές αλλαγές στη γενικότερη κατάσταση του ασθενή μπορεί να επιφέρουν δραματικές αλλαγές στην βιωσιμότητα των ιστών.
- Όταν ένας ασθενής διαγνωστεί υψηλής επικινδυνότητας θα πρέπει να ακολουθείται η κατάλληλη αγωγή πρόληψης ανάπτυξης κατάκλισης.

Εκτίμηση κινδύνου

Οι παράγοντες που αυξάνουν τον κίνδυνο ανάπτυξης κατάκλισης είναι:

- ακινησία
- ακράτεια
- κακή διατροφή
- άσχημη ψυχική κατάσταση
- ηλικία
- άσχημη φυσική κατάσταση

Σταδιοποίηση

Οι κατακλίσεις σταδιοποιούνται ανάλογα με το βαθμό καταστροφής των ιστών που παρατηρείται.

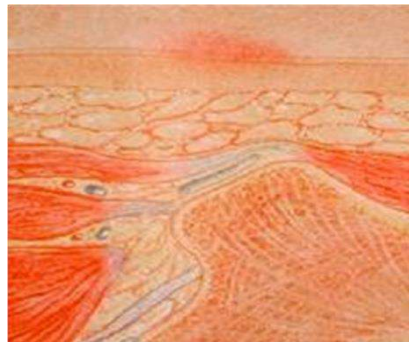
Σύμφωνα με την EPUAP (European Pressure Ulcer Advisory Panel) η σταδιοποίηση περιλαμβάνει 4 στάδια. Έλκη με εσχάρες ή νεκρωμένους ιστούς δε μπορούν να σταδιοποιηθούν αν δεν απομακρυνθεί η εσχάρα ή ο νεκρωμένος ιστός.

Κατάκλιση –στάδιο 1

Ερύθημα δέρματος το οποίο δεν υποχωρεί παρά την άρση της πίεσης για περισσότερο από 20-30 λεπτά.

Άλλες ενδείξεις:

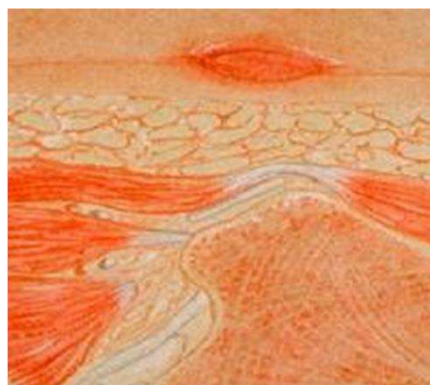
- οίδημα
- αυξημένη θερμοκρασία
- σκληρότητα δέρματος.



Εικόνα 5: κατάκλιση στάδιο 1 (πρώτο).

Κατάκλιση –στάδιο 2

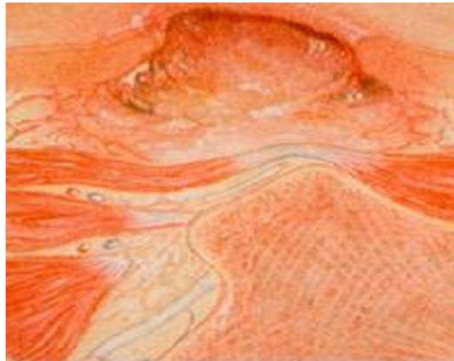
- Μερικού πάχους δερματική βλάβη που περιλαμβάνει επιδερμίδα, δέρμα ή και τις δύο αυτές στοιβάδες.
- Το έλκος είναι επιφανειακό.
- Παρουσιάζεται κλινικά ως εκδορά ή φλύκταινα.



Εικόνα 6: Κατάκλιση –στάδιο 2 (δεύτερο).

Κατάκλιση –στάδιο 3

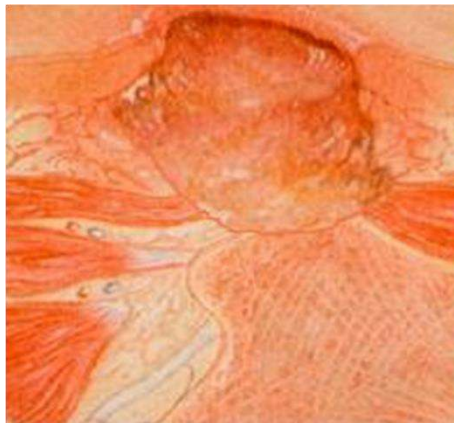
Ολικού πάχους απώλεια δέρματος η οποία περιλαμβάνει καταστροφή ή νέκρωση του υποδόριου ιστού και εκτείνεται σε μεγαλύτερο βάθος, χωρίς να περιλαμβάνει το υποκείμενο περιτόναιο.



Εικόνα 7:Κατάκλιση –στάδιο 3 (τρίτο).

Κατάκλιση –στάδιο 4

Εκτεταμένη καταστροφή, νέκρωση ιστών ή/και βλάβη των μυών, ή/και οστών ή/και τενόντων με ή χωρίς ολικού πάχους απώλεια δέρματος.



Εικόνα 8:Κατάκλιση –στάδιο 4 (τέταρτο)

Πρόληψη κατακλίσεων

Τα πρώτα βήματα για την αποτελεσματική πρόληψη κατακλίσεων είναι:

- προστασία από πίεση και τριβή
- καλή διατροφή
- καλή φροντίδα δέρματος

Αν δεν γίνει άρση της πίεσης που ασκείται τοπικά, τότε όλες οι προσπάθειες για σωστή πρόληψη δεν θα αποφέρουν.

Η σωστή φροντίδα του τραύματος και η επιλογή των κατάλληλων επιθεμάτων δεν θα προάγουν την επούλωση αν το έλκος βρίσκεται σε πίεση.

Φροντίδα δέρματος

Για να διατηρείται το δέρμα σε καλή κατάσταση θα πρέπει να ακολουθείτε τις εξής οδηγίες:

- Θα πρέπει να γίνεται καθημερινή επιθεώρηση του δέρματος με έμφαση στις περιοχές που υπάρχουν οστικές προεξοχές.
- Το δέρμα θα πρέπει να πλένεται με ζεστό νερό και ήπιο καθαριστικό ώστε να μην ξηραίνεται.
- Το δέρμα χρειάζεται να είναι πάντα καθαρό και ενυδατωμένο. Θα πρέπει να αποφεύγεται το τρίψιμο, μασάζ.
- Η καταστροφή του δέρματος λόγω τριβής και διάτμησης μπορεί να μειωθεί με την αλλαγή θέσης του ασθενή, ανύψωση του κρεβατιού, εφαρμογή συγκεκριμένων χειρισμών.
- Στις περιοχές του δέρματος που υπάρχει κάποιο έλκος θα πρέπει να τοποθετείται το κατάλληλο επίθεμα (εντολή γιατρού).

Διατροφή

Στους ασθενείς που ανήκουν στη ομάδα υψηλού κινδύνου θα πρέπει να παρακολουθείται συνεχώς η διατροφή τους ώστε να λαμβάνουν τροφές πλούσιες σε πρωτεΐνες, με τις απαιτούμενες θερμίδες και αρκετά υγρά. Πολλές φορές μπορεί να χρειαστεί να χορηγηθούν συμπληρώματα διατροφής και να παρακολουθούνται από διαιτολόγο.

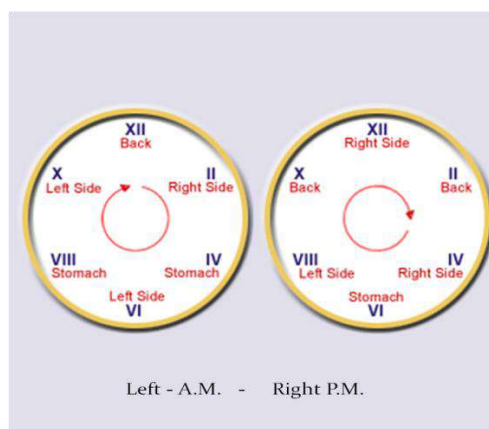
Άρση πίεσης- περιστροφή ασθενή

Οι ασθενείς θα πρέπει να τοποθετούνται ώστε να μην στηρίζονται σε περιοχές που εμφανίζουν ερυθρότητα, απευθείας πάνω σε έλκη ή σε οστικές προεξοχές.

Κατακεκλιμένοι ασθενείς με αυξημένη επικινδυνότητα ανάπτυξης έλκους θα πρέπει να περιστρέφονται ανά 2 ώρες και οι ασθενείς σε αναπηρικό αμαξίδιο ανά 1 ώρα τουλάχιστον.

Στους παραπληγικούς ασθενείς μπορεί να ζητηθεί να σηκώνονται ανά 15 λεπτά για να άρουν την πίεση από τους γλουτούς.

Βοηθά πολλές φορές να δίνεται ένα διάγραμμα στους ασθενείς που να εξηγεί ποια είναι η επόμενη στάση που πρέπει να έχει το σώμα τους.



Εικόνα 9:Διάγραμμα περιστροφής ασθενή με κατάκλιση.

Μπορούν επίσης να χρησιμοποιηθούν οι συσκευές μείωσης πίεσης (αεροστρώματα), που κάνουν αναδιανομή της πίεσης που συσσωρεύεται στους συνδέσμους των οστών σε μια ευρύτερη περιοχή.

Νοσηλευτική επαγρύπνηση:

Οι συσκευές μείωσης πίεσης δεν αντικαθιστούν τη σωστή φροντίδα του ασθενούς από επαγγελματία υγείας και την περιστροφή του σε τακτά χρονικά διαστήματα.

Θεραπεία κατακλίσεων

Βάσει των οδηγιών της EPUAP & NPUAP η θεραπεία των κατακλίσεων περιλαμβάνει:

- Απομάκρυνση νεκρωμένου ιστού (απολέπιση).
- Καθαρισμός του έλκους με φυσιολογικό ορό ή καθαρό νερό βρύσης.
- Διαχείριση λοίμωξης.
- Κάλυψη του έλκους με ένα επίθεμα που διατηρεί την κατάλληλη ποσότητα υγρασίας στο έλκος. Επιλέξτε ένα επίθεμα που διαχειρίζεται σωστά το εξίδρωμα.
- Κάλυψη των κοιλοτήτων με τα κατάλληλα επιθέματα- αποφύγετε την άσκηση πίεσης στα τοιχώματα.
- Σκεφτείτε την εναλλακτική της χειρουργικής αποκατάστασης ελκών με ιστικό έλλειμμα που δεν επουλώνουν (Σταδίου 3 και 4), με σύγκλιση, μόσχευμα, κρημνό.
- Φροντίστε σωστά το δέρμα.

Εκτίμηση Κατάκλισης

Εκτιμήστε την κατάκλιση αρχικά για τη θέση, το βαθμό, το μέγεθος, το βάθος τραύματος, εκκρίματα, πόνος και κατάσταση παρακειμένου δέρματος.

Ιδιαίτερη φροντίδα πρέπει να δοθεί στην εντόπιση υποκειμένου ή συριγγώδους σχηματισμού.

Επανεκτιμείστε την κατάκλιση εάν είναι δυνατόν καθημερινά ή τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα.

Εάν η κατάσταση του αρρώστου ή του τραύματος επιδεινώνεται, επανεκτιμήστε στο σχέδιο της φροντίδας αμέσως μετά τη διαπίστωση των σημείων επιδείνωσης.

Αξιολόγηση

- Λήψη ιστορικού και φυσική εξέταση
- Πάρτε πλήρες ιστορικό και φυσική εξέταση και αυτό γιατί η κατάκλιση εκτιμάται στο περιεχόμενο της φυσικής και ψυχοκοινωνικής υγείας του ασθενούς. Το ιστορικό αποβλέπει στην εντόπιση των αναγκών.

Κατηγορίες επιθεμάτων επούλωσης ελκών κατάκλισης

Υδροκολλοειδή επιθέματα

Χρησιμοποιούνται σε έλκη με χαμηλή έως μέτρια ποσότητα εξιδρώματος σε φάση κοκκίωσης- επιθηλιοποίησης.

Αφρώδη και αλγηνικά επιθέματα

Για έλκη με μέτρια έως μεγάλη ποσότητα εξιδρώματος σε φάση κοκκίωσης- επιθηλιοποίησης.

Υδροτριχοειδικά επιθέματα

Διαχειρίζονται άριστα κάθε βαθμό εξιδρώματος και μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε όλες τις φάσεις επούλωσης.

Υδροτζέλ

Για έλκη στεγνά ή με χαμηλή ποσότητα εξιδρώματος που παρουσιάζουν νεκρωτικούς ιστούς, εσχάρες.

Αλγηνικό κορδόνι

Για έλκη με μέτρια έως μεγάλη ποσότητα εξιδρώματος και κοιλότητα.

Αφρώδη Επιθέματα με άργυρο

Για διαρκή αντιβακτηριδιακή δράση στην επιφάνεια του έλκους και στο επίθεμα. Για αποτελεσματική διαχείριση του εξιδρώματος και υγρή μέθοδος επούλωσης και φραγμό στα εξωτερικά υγρά και βακτηρίδια.

Αφρώδη επιθέματα με Ιμπουπροφαίνη

Για επώδυνα εξιδρωματικά έλκη. Για τοπική θεραπεία του πόνου χωρίς συστηματικές αντιδράσεις. Μειώνει τον πόνο καθ' όλη τη διάρκεια εφαρμογής

Μη παρεμβατικές θεραπείες

Οι μη παρεμβατικές θεραπείες των κατακλίσεων που έχουν χρησιμοποιηθεί, βασίζονται στην αλληλεπίδραση ηλεκτρομαγνητικής ακτινοβολίας (ορατού φωτός) και ιστών. Το είδος των φωτεινών πηγών που χρησιμοποιούνται διακρίνεται σε τρεις κατηγορίες:

- το φυσικό φως,
- πολωμένο φως με λυχνίες, και
- ακτίνες soft LASER.

Άλλη μη παρεμβατική θεραπευτική παρέμβαση είναι η αγωγή με προνύμφες για τον καθαρισμό των κατακλίσεων από νεκρωμένους ιστούς ή από διάφορα μικρόβια και ιδιαίτερα από τον σταφυλόκοκκο. Η θεραπεία με τις προνύμφες ονομάζεται και βιοχειρουργική. Καλλιεργούνται προνύμφες από ένα είδος μύγας, την green bottle. Ο λόγος που χρησιμοποιείται είναι ότι με την συχνή και την ποικίλη χρήση των αντιβιοτικών έχουν δημιουργηθεί ανθεκτικές μορφές μικροβίων με αποτέλεσμα να είναι εξαιρετικά δύσκολη η εξουδετέρωση τους.

Πρωτόκολλο ασφαλούς αποθήκευσης αποστειρωμένου υλικού

ΟΔΗΓΙΕΣ ΧΡΟΝΟΥ ΖΩΗΣ ΑΠΟΣΤΕΙΡΩΣΗΣ - ΟΛΛΑΝΔΙΚΗ ΟΔΗΓΙΑ

ΥΛΙΚΑ ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΑΣ	ΒΑΘΜΟΙ
1. ΜΟΝΟ ΠΑΚΕΤΑΡΙΣΜΑ	
ΑΠΛΟ ΧΑΡΤΙ ΑΠΟΣΤΕΙΡΩΣΗΣ	20
ΧΑΡΤΙ ΑΠΟΣΤΕΙΡΩΣΗΣ ΤΥΠΟΥ NON-WOVEN	40
ΧΑΡΤΙΝΗ ΘΗΚΗ ΑΠΟΣΤΕΙΡΩΣΗΣ ΚΑΙ ΑΥΤΟΚΟΛΛΗΤΗ ΘΗΚΗ ΑΠΟΣΤΕΙΡΩΣΗΣ	40
ΘΕΡΜΟΣΥΓΚΟΛΛΟΥΜΕΝΗ ΘΗΚΗ / ΡΟΛΛΟΣ ΑΠΟΣΤΕΙΡΩΣΗΣ (ΧΑΡΤΙ / ΦΙΛΜ)	80
ΚΟΥΤΙ ΑΠΟΣΤΕΙΡΩΣΗΣ ΜΕ ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΑ NON-WOVEN	210
2. ΔΙΠΛΟ ΠΑΚΕΤΑΡΙΣΜΑ	
ΑΠΛΟ ΧΑΡΤΙ ΑΠΟΣΤΕΙΡΩΣΗΣ	60
ΧΑΡΤΙ ΑΠΟΣΤΕΙΡΩΣΗΣ ΤΥΠΟΥ NON-WOVEN	80
ΧΑΡΤΙΝΗ ΘΗΚΗ ΑΠΟΣΤΕΙΡΩΣΗΣ ΚΑΙ ΑΥΤΟΚΟΛΛΗΤΗ ΘΗΚΗ ΑΠΟΣΤΕΙΡΩΣΗΣ	80
ΘΕΡΜΟΣΥΓΚΟΛΛΟΥΜΕΝΗ ΘΗΚΗ / ΡΟΛΛΟΣ ΑΠΟΣΤΕΙΡΩΣΗΣ (ΧΑΡΤΙ / ΦΙΛΜ)	100
ΚΟΥΤΙ ΑΠΟΣΤΕΙΡΩΣΗΣ	250
3. ΠΡΟΣΘΕΤΗ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ	
DUST COVER	400
ΚΛΕΙΣΤΟ ΚΟΥΤΙ	250
4. ΤΡΟΠΟΣ ΦΥΛΑΞΗΣ ΤΟΥ ΣΤΕΙΡΟΥ ΥΛΙΚΟΥ	
ΣΕ ΑΝΟΙΚΤΑ ΤΡΟΛΛΕΥ	0
ΣΕ ΑΝΟΙΚΤΕΣ ΝΤΟΥΛΑΠΕΣ Ή ΡΑΦΙΑ	0
ΣΕ ΚΛΕΙΣΤΕΣ ΝΤΟΥΛΑΠΕΣ	100
5. ΧΩΡΟΣ ΦΥΛΑΞΗΣ ΤΟΥ ΣΤΕΙΡΟΥ ΥΛΙΚΟΥ	
ΣΤΟΝ ΔΙΔΑΡΟΜΟ Ή ΣΕ ΔΩΜΑΤΙΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	0
ΣΕ ΔΩΜΑΤΙΟ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ Ή ΣΤΟ ΓΡΑΦΕΙΟ ΤΟΥ ΙΑΤΡΟΥ	50
ΣΕ ΑΠΟΘΗΚΗ ΦΥΛΑΞΗΣ ΓΕΝΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ ΣΤΟ ΤΜΗΜΑ	75
ΣΕ ΑΠΟΘΗΚΗ ΦΥΛΑΞΗΣ ΣΤΕΙΡΟΥ ΥΛΙΚΟΥ ΣΤΟ ΤΜΗΜΑ	250
ΣΕ ΑΠΟΘΗΚΗ ΦΥΛΑΞΗΣ ΣΤΕΙΡΟΥ ΥΛΙΚΟΥ ΣΤΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ	300
ΣΕ ΑΠΟΘΗΚΗ ΦΥΛΑΞΗΣ ΣΤΕΙΡΟΥ ΥΛΙΚΟΥ ΣΤΗΝ ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΑΠΟΣΤΕΙΡΩΣΗ	300

ΧΕΙΡΡΙΚΗ

ΑΠΟΣΤΕΙΡΩΣΗ

ΕΚΤΙΜΕΙΣΤΕ ΤΟΝ ΧΡΟΝΟ ΖΩΗΣ ΤΗΣ ΑΠΟΣΤΕΙΡΩΣΗΣ, ΠΡΟΣΘΕΤΩΝΤΑΣ
ΤΟΥΣ ΠΑΡΑΠΑΝΩ ΒΑΘΜΟΥΣ ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΗΝ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΣΑΣ

ΣΥΝΟΛΟ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑΣ	ΧΡΟΝΟΣ ΖΩΗΣ ΑΠΟΣΤΕΙΡΩΣΗΣ
1 - 25	24 ΩΡΕΣ
26 - 50	1 ΕΒΔΟΜΑΔΑ
51 - 100	1 ΜΗΝΑ
101 - 200	2 ΜΗΝΕΣ
201 - 300	3 ΜΗΝΕΣ
301 - 400	6 ΜΗΝΕΣ
401 - 600	1 ΧΡΟΝΟΣ
601 - 750	2 ΧΡΟΝΙΑ
750 ΚΑΙ ΑΝΩ	5 ΧΡΟΝΙΑ

Το πρωτόκολλο για την αποθήκευση του αποστειρωμένου υλικού δημιουργήθηκε από τη Νοσηλευτική Υπηρεσία του «Γ.Ν.Θ. Ιπποκράτειο»

Εμείς το προσαρμόσαμε στις συνθήκες που επικρατούν στο Νοσοκομείο μας.

ΣΚΟΠΟΣ

Η εξασφάλιση ότι τα αποστειρωμένα πακέτα με υλικά και εργαλεία θα παραμείνουν ασφαλή και άθικτα μέχρι να χρησιμοποιηθούν στον ασθενή.

Εφαρμογή πρωτοκόλλου

1. Τα πακέτα πρέπει να στεγνώνουν και να κρυσταλλώνουν εντός του κλιβάνου πριν εκτεθούν σε οποιαδήποτε διαδικασία.

Αιτιολόγηση: Τα καυτά ή υγρά πακέτα εργαλείων λειτουργούν σαν θρεπτικό υλικό, απορροφώντας υγρασία και ως εκ τούτου βακτήρια από τα χέρια και το περιβάλλον. Τα υγρά πακέτα σκίζονται ευκολότερα.

2. Πακέτα εργαλείων ή ιματισμού που μόλις έχουν αποστειρωθεί δεν τοποθετούνται σε μεταλλικές ή κρύες επιφάνειες.

Αιτιολόγηση: τα πακέτα υγροποιούνται λόγω της διαφοράς θερμοκρασίας με αποτέλεσμα να εκτίθενται σε κίνδυνο μόλυνσης.

3. Τα μεταλλικά κυτία εργαλείων απομακρύνονται από τον κλίβανο λίγο πριν ολοκληρωθεί η διαδικασία κρυστάλλωσης των πακέτων.

Αιτιολόγηση: τα κυτία παρέχουν πλήρη προστασία από μόνα τους στο περιεχόμενο και δεν υπόκεινται στο φαινόμενο της υγροποίησης.

4. Τα αποστειρωμένα σετ εργαλείων και τα πακέτα ιματισμού πρέπει να ελέγχονται και να καταγράφονται πριν από οποιαδήποτε μετακίνηση τους από την Κ.Α.

Αιτιολόγηση: ο έλεγχος και η καταγραφή των αντικειμένων μειώνει την πιθανότητα λάθους στην αλυσίδα της αποστείρωσης.

5. Τα αποστειρωμένα εργαλεία και τα πακέτα ιματισμού πρέπει να τοποθετούνται με προσοχή και να μεταφέρονται με ενδεδειγμένο για αυτή τη χρήση μέσο μεταφοράς.

Αιτιολόγηση: η μεταφορά πρέπει να γίνει με πλήρη ασφάλεια για το φορτίο ώστε να αποφευχθεί οποιοσδήποτε επιμολυντικός παράγοντας για τα εργαλεία ή τον ιματισμό.

6. Ο αποθηκευτικός χώρος των αποστειρωμένων υλικών πρέπει να είναι σε ξεχωριστό κλειστό χώρο με περιορισμένη προσβασιμότητα.

Αιτιολόγηση: μειώνονται οι πιθανότητες ακούσιας μόλυνσης.

7. Ο χώρος που τοποθετούνται τα πακέτα των εργαλείων και του ιματισμού, δεν πρέπει να είναι κοντά σε νεροχύτες και να είναι ασφαλή όσον αφορά τη σκόνη, την υγρασία και τα έντομα.

Η θερμοκρασία δεν πρέπει να υπερβαίνει τους 40 βαθμούς Cο και η υγρασία το 70%.

Αιτιολόγηση: ο μεγαλύτερος κίνδυνος των συσκευασμένων υλικών είναι η υγρασία γιατί αυτομάτως οδηγεί σε συνθήκες μόλυνσης, οπότε η ορθή χωροταξία προλαμβάνει τους κινδύνους επιμόλυνσης.

8. Τα αποστειρωμένα εργαλεία πρέπει να τοποθετούνται τουλάχιστον 20 εκατοστά από το έδαφος, 15 εκατοστά από την οροφή και 5 εκατοστά από τους εξωτερικούς τοίχους.

Αιτιολόγηση: ο χώρος αποθήκευσης πρέπει να παρέχει τη δυνατότητα για καλή κυκλοφορία του αέρα και εύκολο καθαρισμό των ραφιών.

9. Τα ράφια στο χώρο αποθήκευσης πρέπει να καθαρίζονται μία φορά εβδομαδιαίως με τα κατάλληλα απολυμαντικά καθαριστικά.

Αιτιολόγηση: ο τακτικός καθαρισμός του χώρου απομακρύνει τη σκόνη και εξασφαλίζει ασφαλείς συνθήκες για την αποθήκευση.

10. Τα αποστειρωμένα αντικείμενα δεν πρέπει να αποθηκεύονται μαζί με άλλα αντικείμενα που δεν έχουν κλινική χρήση (π.χ. γραφική ύλη ή υλικά καθαρισμού).

Αιτιολόγηση: η πρόσβαση σε είδη που δεν έχουν κλινική χρήση είναι πιο εύκολη και πιο τακτική και αυτό αυξάνει τον κίνδυνο για την παραβίαση της στειρότητας των υλικών.

11. Τα αποστειρωμένα πακέτα που τοποθετούνται εντός της χειρουργικής αίθουσας πρέπει να είναι ασφαλισμένα σε κλειστή ντουλάπα και να μην είναι εκτεθειμένα στο περιβάλλον του χειρουργείου. Δεν τα τοποθετούμε στο βοηθητικό πάγκο.

12. Τα υλικά ή τα εργαλεία μιας χρήσης πρέπει να παραμένουν στη βιομηχανική συσκευασία τους και να μην εκτίθενται στον ήλιο, μέχρι να χρησιμοποιηθούν στον ασθενή.

Αιτιολογία: αυτού του είδους τα αντικείμενα είναι σε μονή αποστειρωμένη συσκευασία πολυαιθυλενίου με κίνδυνο αλλοίωσης της στειρότητας τους.

13. Η τοποθέτηση των αποστειρωμένων υλικών στο χώρο αποθήκευσης πρέπει να γίνεται με βάση την ημερομηνία αποστείρωσης, τα παλαιότερα μπροστά.

Αιτιολογία: εξοικονομούμε έργο και χρόνο με την μη επαναποστείρωση υλικού που έχει λήξει.

14. Αποφεύγουμε τη χωρίς λόγο μετακίνηση του αποστειρωμένου υλικού.

Αιτιολόγηση: μείωση της πιθανότητας ακούσιας μόλυνσης.

Ρινογαστρική διασωλήνωση

Τοποθέτηση ρινογαστρικού σωλήνα

Υλικά:

- Ρινογαστρικός καθετήρας (No 12F-18F)
- Γάντια μιας χρήσεως
- Σύριγγα 60 ml με μεγάλο μπεκ
- Νεφροειδή μιας χρήσης
- Τετράγωνο μιας χρήσης αδιάβροχο
- Ποτήρι με νερό
- Στηθοσκόπιο
- Λευκοπλάστ – ψαλίδι
- Σάκος παροχετεύσεως ή πώμα Levin
- Νεφροειδές - χαρτοβάμβακας

Περιγραφή νοσηλευτικής διαδικασίας

ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ	ΑΙΤΙΟΛΟΓΗΣΗ
Συστηνόμεστε στον ασθενή και ταυτοποιούμε τα στοιχεία του	Αποφυγή λαθών
Εξηγούμε στον ασθενή τη διαδικασία, και το σκοπό της τοποθέτησης του ρινογαστρικού σωλήνα	Μείωση του άγχους του ασθενή και εξασφάλιση της συνεργασίας του
Αξιολογούμε τη βατότητα των ρωθώνων του ασθενή. Καθαρίζουμε αν είναι απαραίτητο	Με την εύρεση του καταλληλότερου ρώθωνα, εξασφαλίζουμε καλύτερη δίοδο του σωλήνα
Τοποθετούμε τον ασθενή σε θέση fowler	Η θέση αυτή διευκολύνει την είσοδο του σωλήνα στο στομάχι καθώς και τις κινήσεις κατάποσης και την πόση του νερού
Πλένουμε τα χέρια μας και εφαρμόζουμε αντισηπτικό διάλυμα	Ελαχιστοποίηση της μετάδοσης μικροοργανισμών
Οργάνωση των υλικών μας και συγκέντρωση σε προσβάσιμη θέση	Προαγωγή αποτελεσματικότητας και εξοικονόμηση κινήσεων
Απομάκρυνση επισκεπτών και τοποθέτηση παραβάν	Προστασία ασθενούς από την παρουσία επισκεπτών, τα βλέμματα άλλων ασθενών όταν υπάρχουν
Δίνουμε στον άρρωστο χαρτοβάμβακα και τοποθετούμε κοντά του νεφροειδές	Σκουπίζει τα δάκρυά του και τις εκκρίσεις κατά την εισαγωγή του σωλήνα

Μετράμε το μήκος της τεθλασμένης γραμμής από τη μύτη ως το λοβίο του αυτιού και ως το τέλος της ξιφοειδούς απόφυσης	Επιβεβαίωση ότι ο ρινογαστρικός είναι στο στομάχι
Φοράμε γάντια μιας χρήσης	Προστασία από τυχόν έκθεση σε βιολογικά υγρά
Επαλείφουμε το άκρο του καθετήρα με xylocaine gel	Διευκόλυνση εισόδου του καθετήρα με μείωση τριβής στο βλεννογόνο
Τοποθετούμε τον καθετήρα στο ρώθωνα και τον προωθούμε προς τα πίσω	Διευκόλυνση της εισόδου
Όταν ο σωλήνας φτάσει στο φάρυγγα, προτρέπουμε τον ασθενή να κάνει καταποτικές κινήσεις, χρησιμοποιώντας λίγο νερό κάμπτοντας το κεφάλι στο θώρακα και αναπνέοντας επιπόλαιο	Με την κάμψη του κεφαλιού κλείνει η είσοδος του λάρυγγα και διευκολύνεται η προώθηση του καθετήρα στον οισοφάγο. Η κατάποση παρεμποδίζει την είσοδο του καθετήρα στην τραχεία. Οι αναπνοές περιορίζουν το φαρυγγικό αντανακλαστικό που μπορεί να δυσκολέψει την είσοδο του καθετήρα
Προωθούμε τον καθετήρα με ήπιες και σταθερές κινήσεις στον οισοφάγο και στη συνέχεια στο στομάχι. Ελέγχουμε το στόμα για τυχόν αναδίπλωση του καθετήρα σε αυτό	Για να μην υπάρξει τραυματισμός οισοφάγου
Παρακολουθούμε τον άρρωστο για συμπτώματα όπως ανησυχία, βήχα, ερυθρότητα προσώπου, δύσπνοια, βραχνάδα της φωνής, είσοδο και έξοδο αέρα από το σωλήνα στην κάθε αναπνοή και κυάνωση. Στην παρουσία αυτών των συμπτωμάτων αφαιρούμε τον σωλήνα	Τα συμπτώματα αυτά δηλώνουν ότι ο σωλήνας βρίσκεται στην τραχεία
Επιβεβαιώνουμε τη σωστή θέση του καθετήρα στο στομάχι με εισαγωγή αέρα(10 -20 ml) και ταυτόχρονα τοποθετούμε το στηθοσκόπιο στο επιγάστριο για να ακούσουμε τον ήχο του αέρα	Εισάγουμε αέρα και όχι νερό για αποφυγή πιθανής εισρόφησης
Στερεώνουμε τον καθετήρα με λευκοπλάστ στη μύτη	Προλαμβάνεται η μετατόπιση του καθετήρα και ο ασθενής κινείται χωρίς να αισθάνεται το δυσάρεστο συναίσθημα της μετακίνησης του σωλήνα
Συνδέουμε το σωλήνα με το σάκο παροχέτευσης	Επιτυγχάνεται η εκκένωση του στομάχου
Απομακρύνουμε το υλικό που χρησιμοποιήθηκε	Στο άμεσο περιβάλλον του αρρώστου δεν πρέπει να του θυμίζει δυσάρεστες εμπειρίες
Δίνουμε στον άρρωστο απαραίτητες πληροφορίες όπως το ότι δεν πρέπει να λαμβάνει τίποτα από το στόμα	Ικανοποιείται η ανάγκη του αρρώστου να γνωρίζει τι του συμβαίνει περιορίζοντας τα τυχόν δυσάρεστα συμβάντα της νοσηλείας



Αφαίρεση ρινογαστρικού σωλήνα

ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ	ΑΙΤΙΟΛΟΓΗΣΗ
Τοποθετούμε τον ασθενή σε θέση fowler	
Τοποθετούμε χαρτοβάμβακο μπροστά	Προστασία των κλινοσκεπασμάτων
Κλείνουμε τον καθετήρα εάν είναι ανοιχτός	
Αφαιρούμε το λευκοπλάστ (με βενζίνη εάν χρειάζεται)	
Συστήνουμε στον ασθενή να πάρει βαθιά αναπνοή και να εκπνεύσει αργά	Με την εκπνοή προλαμβάνεται η εισρόφηση γαστρικού περιεχομένου προς τους πνεύμονες και χαλάρωση του φάρυγγα
Αφαιρούμε τον καθετήρα (κρατάμε χαρτοβάμβακο) κατά την εκπνοή προς τα έξω με γρήγορη και συνεχή κίνηση και απορρίπτουμε στο νεφροειδές	Μειώνεται το αίσθημα της αηδίας και η τάση για έμετο από τη γεύση των γαστρικών υγρών. Το στόμα διατηρείται καθαρό και υγρό προλαμβάνοντας έτσι τη φλεγμονή της στοματικής κοιλότητας
Καθαρίζουμε τα σημεία που ήταν κολλημένο το λευκοπλάστ, το στόμα του ασθενούς και τον αφήνουμε σε αναπαυτική θέση	
Ενημερώνουμε το δελτίο του ασθενούς	

Έντυπο ελέγχου τοποθέτησης και αφαίρεσης ρινογαστρικού σωλήνα

 ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΣΥΡΟΥ ΕΤΟΣ ΙΔΡΥΣΗΣ: 1826	ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΕΝΤΥΠΟ ΕΛΕΓΧΟΥ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΚΑΙ ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΡΙΝΟΓΑΣΤΡΙΚΟΥ ΣΩΛΗΝΑ
ΚΛΙΝΙΚΗ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΛΕΓΧΟΥ
ΚΛΙΝΙΚΟΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΗΣ	
ΠΡΟΙΣΤΑΜΕΝΟΣ	

ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΤΙΚΑ	ΜΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΤΙΚΑ	ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΑ ΜΕΤΡΑ
1.Επιβεβαίωση ταυτότητας ασθενή – Ενημέρωση διαδικασίας.			
2.Πλύσιμο χεριών – Εφαρμογή γαντιών			
3. Συγκέντρωση υλικού.			
4. Τοποθέτηση ασθενούς σε σωστή θέση			
5. Υγιεινή χεριών			
6.Ελεγχος σωστού μεγέθους καθετήρα			
7. Εφαρμογή γαντιών			
8. Ενημέρωση ασθενούς			
9. Τοποθέτηση ρινογαστρικού καθετήρα ή αφαίρεση			
10. Επιβεβαίωση σωστής θέσης καθετήρα			
11. Σταθεροποίηση			
12. Απομάκρυνση ακαθάρτων – πλύσιμο χεριών.			
13. Ενημέρωση ασθενούς			
14. Καταγραφή διαδικασίας στη λογοδοσία.			

Υπογραφή αξιολογούμενου νοσηλευτή-τριας

Υπογραφή αξιολογητή

Εντερική σίτιση μέσω ρινογαστρικού καθετήρα

Θεωρείται ικανοποιητική μέθοδος διατροφής και στοιχίζει λιγότερο.

Εμφανίζει δυνητικά λιγότερους κινδύνους από ότι η ενδοφλέβια.

Πριν αρχίσει η σίτιση θα πρέπει να γίνει εκτίμηση της κατάστασης του αρρώστου

Ο Νοσηλευτής όσον αφορά στην εντερική διατροφή του ασθενή, θα πρέπει να εφαρμόζει την διαδικασία σίτισης με βάση την διεθνή επιστημονική τεκμηρίωση γνωρίζοντας ότι ο ρόλος του στην προσεκτική και συστηματική παρακολούθηση των ασθενών που υποβάλλονται σε εντερική διατροφή είναι σημαντικός προκειμένου:

- Να εκτιμηθεί η αποτελεσματικότητάς της,
- Να αποφευχθούν πιθανές επιπλοκές
- Ή Αν εμφανιστούν να αντιμετωπιστούν έγκαιρα.

Περιγραφή νοσηλευτικής διαδικασίας

ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ	ΑΙΤΙΟΛΟΓΗΣΗ
Βεβαιωνόμαστε για το είδος του μίγματος, την ποσότητα, την ώρα, την συχνότητα χορήγησης και τις ειδικές οδηγίες για τον άρρωστο πριν αρχίσει η διαδικασία	Η ποσότητα, η σύνθεση και η συχνότητα χορήγησης του μίγματος καθορίζεται από το γιατρό
Συγκεντρώνουμε τα αντικείμενα που θα χρειαστούμε	
Πλένουμε τα χέρια μας	
Τοποθετούμε το μίγμα σε ειδικό αριθμημένο δοχείο	
Τοποθέτηση αριθμημένου δοχείου σε χλιαρό νερό (θερμοκρασία $\approx 37,5^{\circ}\text{C}$)	Το πολύ ζεστό νερό πήζει την πρωτεΐνη και προάγει την ανάπτυξη μικροβίων
Εξηγούμε στον ασθενή την διαδικασία	
Τοποθετούμε τον άρρωστο σε καθιστή θέση. Αν αυτό δεν είναι δυνατό, σηκώνουμε το κρεβάτι και γυρνάμε τον ασθενή στο δεξιό πλάγιο	Ο οισοφαγικός σφιγκτήρας χαλαρώνει εξαιτίας της παρουσίας του σωλήνα. Ο άρρωστος μπορεί να αδυνατεί να χρησιμοποιεί τους φυσιολογικούς μηχανισμούς για να αποφύγει την εισρόφιση του μίγματος στους πνεύμονες
Ελέγχουμε τη θέση του σωλήνα σίτισης με αναρρόφηση γαστρικού υγρού ή με εισαγωγή αέρα	Η αναρρόφηση γαστρικού περιεχομένου είναι η μέθοδος εκλογής, γιατί με τον τρόπο αυτό όχι μόνο εντοπίζεται η θέση του σωλήνα σίτισης, αλλά ελέγχεται και ο βαθμός κένωσης του στομαχίου στα μεσοδιαστήματα των γευμάτων
Ρίχνουμε το μίγμα μέσα στον υποδοχέα, βγάζουμε τον αέρα από το σωλήνα και τον κλείνουμε	
Συνδέουμε το ρινογαστρικό σωλήνα με εκείνον του υποδοχέα και προσαρμόζουμε το ρυθμό ροής. Παρακολουθούμε τις αντιδράσεις του αρρώστου κατά τη σίτιση	Η ταχεία ροή μπορεί να δημιουργήσει δυσάρεστο αίσθημα στο φάρυγγα και είναι δυνατό να προκαλέσει διάρροια (ρυθμός ροής για 1η φορά όχι $>60 \text{ ml/hr}$)

Αν ο υποδοχέας πρέπει να ξαναγεμίσει, κλείνουμε τον υποδοχέα με το μίγμα, πριν αδειάσει τελείως	Με τον τρόπο αυτό αποφεύγεται η εισαγωγή αέρα στο στομάχι
Όταν τελειώσει το μίγμα, ρίχνουμε ορισμένη ποσότητα νερού στον υποδοχέα για να καθαρίσει ο σωλήνας. Επιπλέον δίνουμε 50 ml νερό μέσα απ' το σωλήνα κάθε 2 ώρες.	Το μίγμα μπορεί να πήξει και να φράξει το σωλήνα. Και επιπλέον, το νερό είναι απαραίτητο για τη αποβολή από τους νεφρούς της περίσσειας των οσμωτικώς δραστικών ουσιών του μίγματος, που διαφορετικά θα του προκαλέσουν αφυδάτωση
Κλείνουμε τους σωλήνες και αποσυνδέουμε. Καλύπτουμε το άκρο του ρινογαστρικού με γάζα και αφήνουμε τον άρρωστο σε καθιστή θέση για μία ή περισσότερες ώρες. Εάν δε μπορεί να μείνει σ' αυτή τη θέση, στην κένωση τον τοποθετούμε στο δεξιό πλάγιο με το κεφάλι ελαφρά ανυψωμένο	Το γαστρικό περιεχόμενο μπορεί να επιστρέψει μέσα από τον ανοικτό σωλήνα. Απαιτείται περίπου μία ώρα για το άδειασμα του στομάχου απ' το μίγμα. Η θέση αυτή βοηθά στην κένωση του στομάχου και αποτρέπει τον έμετο ή την εισρόφιση γαστρικού περιεχομένου
Πλένουμε σχολαστικά το σωλήνα και τον υποδοχέα, αν πρόκειται να τον ξαναχρησιμοποιήσουμε. Απορρίπτουμε τα μιας χρήσης αντικείμενα	Τα μίγματα αποτελούν ιδανικό θρεπτικό υλικό για ανάπτυξη μικροβίων
Επανελέγχουμε αν ο άρρωστος είναι αναπνευστικά στο κρεβάτι του	
Αναγράφουμε: ώρα, ποσότητα και σύνθεση μίγματος, ποσότητα νερού και αντίδραση αρρώστου στη σίτιση	
Προσέχουμε για εμφάνιση διαταραχής ισορροπίας νερού και ηλεκτρολυτών	Υπερνατριαιμία, ουραιμία και αφυδάτωση είναι δυνητικές επιπλοκές, ειδικά όταν η απώλεια υγρών είναι αυξημένη (διάρροια)
Διατηρούμε πίνακα προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών	Για παρακολούθηση της ενυδάτωσης του αρρώστου

Έντυπο ελέγχου εντερικής σίτισης μέσω ρινογαστρικού καθετήρα

	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΣΥΡΟΥ ΕΤΟΣ ΙΔΡΥΣΗΣ: 1826	ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΕΝΤΥΠΟ ΕΛΕΓΧΟΥ ΕΝΤΕΡΙΚΗΣ ΣΙΤΙΣΗΣ ΜΕΣΩ ΡΙΝΟΓΑΣΤΡΙΚΟΥ ΚΑΘΗΤΗΡΑ
ΚΛΙΝΙΚΗ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΛΕΓΧΟΥ	
ΚΛΙΝΙΚΟΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΗΣ		
ΠΡΟΙΣΤΑΜΕΝΟΣ		

ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΤΙΚΑ	ΜΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΤΙΚΑ	ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΑ ΜΕΤΡΑ
1.Επιβεβαίωση ταυτότητας ασθενή – Ενημέρωση διαδικασίας.			
2.Πλύσιμο χεριών - Εφαρμογή γαντιών			
3. Συγκέντρωση υλικού.			
4. Τοποθέτηση ασθενούς σε σωστή θέση			
5. Υγιεινή χεριών – εφαρμογή γαντιών			
6.Ελεγχος θέσης καθετήρα			
7. Έναρξη σίτισης			
8. Παρακολούθηση ασθενούς			
9.Χορηγήσει ποσότητας νερού για ξέβγαλμα			
10.Κλείσιμο καθετήρα για τουλάχιστον 2 ώρες			
11.Ελεγχος υπολείμματος μετά το πέρας των 2 ωρών			
12. Απομάκρυνση ακαθάρτων –πλύσιμο χεριών.			
13. Ενημέρωση ασθενούς-τοποθέτηση σε αναπνευστική θέση			
14. Καταγραφή ισοζυγίου			
15.Καταγραφή διαδικασίας στη λογοδοσία			

Υπογραφή αξιολογούμενου νοσηλευτή-τριας

Υπογραφή αξιολογητή

Προετοιμασία και χορήγηση παρεντερικής διατροφής

Παρεντερική διατροφή ορίζεται η χορήγηση απαραίτητων θρεπτικών συστατικών δια μέσου περιφερικής ή κεντρικής φλέβας. Με τον όρο θρεπτικά συστατικά νοούνται τα αμινοξέα, οι υδατάνθρακες, τα λιπίδια, οι ηλεκτρολύτες, τα ιχνοστοιχεία και οι βιταμίνες.

Προετοιμασία παρεντερικής διατροφής

Η προετοιμασία της παρεντερικής γίνεται σε ένα καθαρό χώρο λόγω έλλειψης ξεχωριστού χώρου (προθάλαμου) ετοιμασίας αυτής.

ΥΛΙΚΑ:

- Ασκός παρεντερικής
- Σύριγγες
- Συσκευή έγχυσης
- Τα προς ανάμιξη διαλύματα
- Σκούφος
- Μάσκα
- Αποστειρωμένα ποδιά
- Αποστειρωμένα γάντια
- Αποστειρωμένο πεδίο
- Στατό
- Αποστειρωμένες γάζες
- Διάλυμα χλωρεξιδίνης 2%
- Αυτοκόλλητη ετικέτα

Περιγραφή νοσηλευτικής διαδικασίας

ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ	ΑΙΤΙΟΛΟΓΗΣΗ
Έλεγχος ιατρικής οδηγίας	Αποφυγή λάθους
Συγκέντρωση απαραίτητου υλικού	Προαγωγή αποτελεσματικότητας και αποφυγή άχρηστων μετακινήσεων
Έλεγχος ημερομηνίας λήξης και της ακεραιότητας του σκευάσματος	Αποφυγή χορήγησης ληγμένων ή αλλοιωμένων σκευασμάτων
Εφαρμογή υγιεινή χεριών	Πρόληψη οριζόντιας μετάδοσης λοιμώξεων
Απολύμανση επιφάνειας εργασίας με κατάλληλο αντισηπτικό και άνοιγμα αποστειρωμένου πεδίου	Πρόληψη μετάδοσης μικροοργανισμών
Με άσηπτη τεχνική άνοιγμα συσκευασίας	Πρόληψη μετάδοσης μικροοργανισμών

ασκού, σύριγγες, φιαλίδια εμπλούτισης, συσκευή ορού, αποστειρωμένες γάζες	
Εφαρμογή σκούφου, μάσκας, αποστειρωμένης μπλούζας, αποστειρωμένα γάντια	Πρόληψη μετάδοσης μικροοργανισμών
Χρησιμοποίηση γάζας εμπλουτισμένης σε χλωρεξιδίνη προς απολύμανση του ελαστικού πώματος του σκευάσματος της παρεντερικής διατροφής και των φιαλιδίων	Διατήρηση στείρου του σημείου είσοδου και ελαχιστοποίηση μόλυνσης
Αναρρόφηση με σύριγγα ιχνοστοιχείων, ηλεκτρολυτών σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες	Διατήρηση ακρίβειας
Έγχυση αυτών με άσηπτη τεχνική στο διάλυμα	Πρόληψη επιμόλυνσης του περιεχομένου της παρεντερικής διατροφής
Ανακίνηση ασκού με ήπιες κινήσεις	Ομοιογενής ανάμιξη συστατικών
Αναγραφή ετικέτας το τι περιέχει μέσα ο ασκός, όταν είναι έτοιμο προς χρήση	Σωστό διάλυμα = σωστός ασθενής
Αφαίρεση γαντιών	Πρόληψη μετάδοσης μικροοργανισμών
Πραγματοποίηση υγιεινής χειρών	Πρόληψη οριζόντιας μετάδοσης λοιμώξεων

Χορήγηση παρεντερικής διατροφής

Βασικές αρχές για την χορήγηση παρεντερικής διατροφής:

- Διατήρηση σκευασμάτων σε θερμοκρασία και συνθήκες που καθορίζονται από την εταιρεία παρασκευής
- Έλεγχος σκευάσματος πριν την χορήγηση
- Χορήγηση σωστού σκευάσματος σε σωστό χρόνο, σωστό ασθενή σύμφωνα με ιατρικές οδηγίες
- Χορήγηση του ασκού αμέσως μετά την ανάμιξη των συστατικών και εντός 24ωρου
- Τήρηση των αρχών ασηψίας – αντισηψίας κατά την χορήγηση του σκευάσματος
- Έλεγχος λειτουργίας αντλίας έγχυσης
- Αλλαγή συσκευών χορήγησης κάθε 24ωρο
- Αποκλειστική χρήση του αυλού του κεντρικού καθετήρα για την χορήγηση της Παρεντερικής διατροφής

ΥΛΙΚΑ:

- Αντλίες έγχυσης (εφόσον υπάρχουν)
- Αποστειρωμένα γάντια
- Αποστειρωμένες γάζες
- Φίλτρα
- Αποστειρωμένο πεδίο
- Σύριγγα 5ml με N/S 0.9%
- Σύριγγα 10ml

ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ	ΑΙΤΙΟΛΟΓΗΣΗ
Εφαρμογή υγιεινής χειρών	Πρόληψη οριζόντιας μετάδοσης λοιμώξεων
Οργάνωση υλικού	Προαγωγή αποτελεσματικότητας
Επιβεβαίωση ταυτότητας ασθενούς	Πρόληψη λάθους
Επεξήγηση διαδικασίας στον ασθενή	Αύξηση συνεργασίας ,μείωση άγχους
Μέτρηση ζωτικών σημείων	Εξασφάλιση τιμών αναφοράς
Επιλογή αυλού κεντρικής φλεβικής γραμμής (ο οποίος δε θα χρησιμοποιείται για την χορήγηση άλλου φαρμάκου ή για αιμοληψία)	Ο αποκλειστικός αυλός για την χορήγηση παρεντερικής διατροφής μειώνει τον κίνδυνο λοιμώξεων
Εφαρμογή αντισηπτικού και αποστειρωμένων γαντιών	Διατήρηση αντισηψίας κατά την διάρκεια των χειρισμών σύνδεσης
Τοποθέτηση με άσηπτη τεχνική τη συσκευή χορήγησης με φίλτρο (αν υπάρχει) στο διάλυμα και αφαίρεσης τον αέρα χωρίς να αφαιρεθεί το πόμα από το άκρο	Πρόληψη επιμόλυνσης του περιεχομένου της παρεντερικής διατροφής
Ανάρτηση του ασκού σε στατό κοντά στον ασθενή και εισαγωγή συσκευής σε αντλία έγχυσης	
Ξέπλυμα καθετήρα με 5ml φυσιολογικού ορού	Έλεγχος βατότητας γραμμής
Χρησιμοποίηση άσηπτης τεχνικής = σύνδεση με σύστημα έγχυσης	Πρόληψη λοίμωξης
Ρύθμιση ροής έγχυσης ανάλογα με ιατρική οδηγία	
Αφαίρεση γαντιών	Ασφαλής διαχείριση ιατρικών απορριμμάτων
Εφαρμογή υγιεινής χειρών	Πρόληψη οριζόντιας μετάδοσης λοιμώξεων
Ενημέρωση ασθενή ότι πρέπει να αναφέρει οποιοδήποτε σύμπτωμα (δυσκολία αναπνοής, πόνο, τοπικό ερεθισμό, εξάνθημα)	Έγκαιρη αναγνώριση επιπλοκών
Καταγραφή στο φύλλο νοσηλείας	Εξασφάλιση συνέχειας στη φροντίδα του ασθενή. Διατήρηση αρχείου διαδικασιών

Έντυπο ελέγχου προετοιμασίας και χορήγησης παρεντερικής διατροφής

 ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΣΥΡΟΥ ΕΤΟΣ ΙΔΡΥΣΗΣ: 1826	ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΕΝΤΥΠΟ ΕΛΕΓΧΟΥ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΚΑΙ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΠΑΡΕΝΤΕΡΙΚΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ
ΚΛΙΝΙΚΗ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΛΕΓΧΟΥ
ΚΛΙΝΙΚΟΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΗΣ	
ΠΡΟΙΣΤΑΜΕΝΟΣ	

ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΤΙΚΑ	ΜΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΤΙΚΑ	ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΑ ΜΕΤΡΑ
1.Επιβεβαίωση ταυτότητας ασθενή – Ενημέρωση διαδικασίας.			
2.Πλύσιμο χεριών – Εφαρμογή γαντιών			
3. Συγκέντρωση υλικού.			
4. Μέτρηση ζωτικών σημείων			
5. Επιλογή αυλού χορήγησης			
6.Εφαρμογή αντισηπτικού-αποστειρωμένων γαντιών			
7. Τοποθέτηση συσκευής έγχυσης			
8.Αφαίρεση αέρα χωρίς αφαίρεση πώματος			
9.Ανάρτηση ασκού στο στατό			
10.Έλεγχος βατότητας αυλού			
11.Σύνδεση με άσηπτη τεχνική			
12. Ρύθμιση σωστής ροής			
13. Αφαίρεση γαντιών			
14. Εφαρμογή υγιεινής χεριών			
15.Ενημέρωση ασθενούς για οποιοδήποτε σύμπτωμα			
16.Ενημέρωση φύλλου νοσηλείας			

Υπογραφή αξιολογούμενου νοσηλευτή-τριας

Υπογραφή αξιολογητή

Τοποθέτηση, φροντίδα και λήψη αερίων αίματος από αρτηριακή γραμμή

Η αρτηριακή γραμμή είναι ένα σύστημα αιμοδυναμικής παρακολούθησης που χρησιμοποιείται για τους εξής λόγους:

- Ακριβής κ συνεχής παρακολούθηση αρτηριακής πίεσης σε αγγειοδραστικά φάρμακα
- Διευκόλυνση στη συνεχή λήψη δείγματος αίματος
- Παρακολούθηση αιμοδυναμικών παραμέτρων όπως πχ. Μέση αρτηριακή πίεση

Τοποθέτηση αρτηριακού καθετήρα

ΥΛΙΚΑ

- Μάσκα
- Ποδιά μιας χρήσης
- Καθετήρες αρτηριακής γραμμής ή σε έλλειψη αυτών φλεβοκαθετήρες 20G και 18G
- 3way
- Ηπαρινισμένη Σύριγγα 5 ml
- Διάλυμα λιδοκαΐνης 1% για τοπική αναισθησία
- Σύριγγα ινσουλίνης για την τοπική αναισθησία
- Γάντια μιας χρήσης
- Διάλυμα χλωρεξιδίνης 2%
- Αυτοκόλλητο διάφανο επίθεμα
- Εξαερωμένο σύστημα έκπλυσης αρτηριακής γραμμής που περιλαμβάνει:
 - N/S0.9% 1000ml μέσα σε ασκό σύνθλιψης (πουάρ) με πίεση 150-200mmHg υψηλότερη από την μέση πίεση του ασθενούς
 - Μορφομετατροπέα (traducer)

ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ	ΑΙΤΙΟΛΟΓΗΣΗ
Ενημέρωση ασθενούς για την διαδικασία	Αύξηση συνεργασίας, μείωση άγχους
Εφαρμογή υγιεινής χειρών και ποδιά μιας χρήσεως	Πρόληψη οριζόντιας μετάδοσης λοιμώξεων
Στην περίπτωση που επιλεγθεί η κερκιδική αρτηρία ως σημείο τοποθέτησης πρέπει να προηγηθεί διαδικασία «allen»	Με την διαδικασία «allen» διενεργείται αξιολόγηση της επαρκούς άρδευσης της παλάμης του άνω άκρου και από τις δύο αρτηρίες (ωλένιο και κερκιδική)
Οργάνωση των υλικών μας και συγκέντρωση σε προσβάσιμη θέση	Προαγωγή αποτελεσματικότητας και εξοικονόμηση κινήσεων
Ανάλογα με την επιλογή της θέσης της παρακέντησης, γίνεται ευπρεπισμός της περιοχής	Για πρόληψη λοιμώξεων
Στη φάση αυτή ο γιατρός κάνει αντισηψία του δέρματος με διάλυμα χλωρεξιδίνης, τοπική αναισθησία, και στη συνέχεια διενεργεί τη παρακέντηση και εισάγει τον καθετήρα.	Σ' αυτό το σημείο απαραίτητη κρίνεται η καλή συνεργασία νοσηλεύτη – γιατρού.
Σταθεροποίηση του καθετήρα με ράμμα	Μείωση της πιθανότητας άθελης αφαίρεσης του καθετήρα
Σύνδεση με εξαερωμένο σύστημα έκπλυσης αρτηριακής γραμμής	
Καθαρισμός του σημείου εισόδου με αλκοολικό διάλυμα χλωρεξιδίνης 2% και κάλυψη αυτού με διάφανο αυτοκόλλητο επίθεμα	Πρόληψη μόλυνσης του σημείου της εισόδου και ορατότητα αυτού
Έλεγχος αν ο μορφομετατροπέας πίεσης είναι στο σωστό σημείο (στο επίπεδο δεξιού κόλπου-μέση μασχαλιαία γραμμή)	Ακριβείς μετρήσεις
Μηδενισμός στο monitor και έλεγχος κυματομορφής και ορίων στο monitor	Σύμφωνα με οδηγίες κατασκευαστή
Αναγραφή σε καθαρό σημείο την λέξη ΑΡΤΗΡΙΑ με κόκκινο μαρκαδόρο	Πρόληψη ενδαρτηριακής χορήγησης φαρμάκων
Αφαίρεση γαντιών και ποδιάς	Πρόληψη μετάδοσης μικροοργανισμών
Εφαρμογή υγιεινής χειρών	Πρόληψη οριζόντιας μετάδοσης λοιμώξεων

Νοσηλευτική φροντίδα αρτηριακής γραμμής

ΥΛΙΚΑ

- Μάσκα
- Ποδιά μιας χρήσης
- Αποστειρωμένες γάζες

- Γάντια μη αποστειρωμένα
- Νεφροειδή
- Σύριγγα 10ml με N/S 0.9%
- Χλωρεξιδίνη 2%
- 3way, εάν δεν έχει το κύκλωμα
- Αυτοκόλλητο διάφανο επίθεμα
- Ανεξίτηλο κόκκινο μαρκαδόρο

ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ	ΑΙΤΙΟΛΟΓΗΣΗ
Ενημέρωση ασθενούς για την διαδικασία	Αύξηση συνεργασίας, μείωση άγχους
Εφαρμογή υγιεινής χειρών και ποδιά μιας χρήσεως	Πρόληψη οριζόντιας μετάδοσης λοιμώξεων
Οργάνωση των υλικών μας και συγκέντρωση σε προσβάσιμη θέση	Προαγωγή αποτελεσματικότητας και εξοικονόμηση κινήσεων
Βεβαίως ότι ο αρτηριακός καθετήρας είναι επαρκώς ακινητοποιημένος	Πρόληψη αιμορραγίας από κατά λάθος αφαίρεσης του
Έλεγχος κυματομορφής στην οθόνη παρακολούθησης	
Έλεγχος επάρκειας ορού που βρίσκεται υπό πίεση στο κλειστό κύκλωμα	Αποφυγή μόλυνσης του συστήματος
Κάθε 4 μέρες αλλαγμα κλειστού κυκλώματος του μετατροπέα και του ορού υπό πίεση	Μείωση κινδύνου μόλυνσης και φλεγμονής
Χρησιμοποίηση συστήματος flush του μετατροπέα για ξέπλυμα της του κλειστού κυκλώματος	Διόρθωση κυματομορφής
Επιβεβαίωση ότι το κύκλωμα και όλες οι συνδέσεις είναι κλειστές	Εξασφάλιση σωστής λειτουργίας κυκλώματος και αποφυγή μολύνσεων και αιμορραγίας
Πριν από κάθε ενασχόληση με τον αρτηριακό καθετήρα ->εφαρμογή υγιεινής χειρών	Μείωση μικροβιακής επιμόλυνσης
Περιποίηση του σημείου εισόδου του αρτηριακού καθετήρα	Μείωση πιθανότητας επιμόλυνσης και εξασφάλιση ορθής λειτουργίας του καθετήρα

Λήψη αερίων αίματος από αρτηριακή γραμμή

ΥΛΙΚΑ

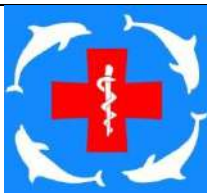
- Μάσκα
- Ποδιά μιας χρήσης
- Αποστειρωμένες γάζες
- Γάντια μη αποστειρωμένα
- Νεφροειδή
- Σύριγγα 5ml με N/S 0.9%
- Σύριγγα 2,5ml με ηπαρινισμένα τοιχώματα
- Σπρέι Χλωρεξιδίνη 2%
- 3way, εάν δεν έχει το κύκλωμα

ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ	ΑΙΤΙΟΛΟΓΗΣΗ
Υγιεινή χεριών και ποδιά μιας χρήσης	Πρόληψη οριζόντιας μετάδοσης λοιμώξεων
Οργάνωση των υλικών μας και συγκέντρωση σε προσβάσιμη θέση	Προαγωγή αποτελεσματικότητας και εξοικονόμηση κινήσεων
Ψεκασμός με σπρέι χλωρεξιδίνης το 3way	
Τοποθέτηση σύριγγας 5 ml στο 3way και αναρρόφηση προς τα πίσω μέχρι να έρθει καθαρό αίμα	
Τοποθέτηση ηπαρινισμένης σύριγγας 2,5ml στο 3way και αναρρόφηση 2ml αρτηριακού αίματος	
Με την μέθοδο flush του μετατροπέα καθαρίζουμε από τα υπολείμματα αίματος το 3way προς το εξωτερικό χώρο.	
Κλείνουμε το 3way με καινούριο καπάκι	
Με την μέθοδο flush του μετατροπέα καθαρίζουμε τα υπολείμματα αίματος από τον σωλήνα προς την αρτηρία	
Εισαγωγή δείγματος στο μηχάνημα ανάλυσης	
Αντιγραφή αποτελεσμάτων στο νοσηλευτικό διάγραμμα	Ερμηνεία αποτελεσμάτων και ενημέρωση γιατρού

Φυσιολογικές τιμές αερίων αίματος

ΕΞΕΤΑΣΗ	ΑΡΤΗΡΙΑΚΟ	ΦΛΕΒΙΚΟ
Ph	7.35-7.45	7.31-7.42
PO ₂	80-100	30-50
PCO ₂	35-45	39-55
HCO ₃	22-29	22-28

Έντυπο ελέγχου τοποθέτησης και φροντίδας αρτηριακής γραμμής και λήψης αερίων αίματος

	ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΕΝΤΥΠΟ ΕΛΕΓΧΟΥ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ-ΦΡΟΝΤΙΔΑ- ΛΗΨΗ ΑΕΡΙΩΝ ΑΙΜΑΤΟΣ
ΚΛΙΝΙΚΗ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΛΕΓΧΟΥ
ΚΛΙΝΙΚΟΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΗΣ	
ΠΡΟΙΣΤΑΜΕΝΟΣ	

ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΤΙΚΑ	ΜΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΤΙΚΑ	ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΑ ΜΕΤΡΑ
1.Επιβεβαίωση ταυτότητας ασθενή – Ενημέρωση διαδικασίας.			
2.Πλύσιμο χεριών – Εφαρμογή γαντιών			
3. Συγκέντρωση υλικού.			
4.Κερκιδική=διαδικασία “allen”			
5.Εφαρμογή αντισηψίας δέρματος			
6.Τοποθέτηση γραμμής (από γιατρό)			
7.Σταθεροποίηση περιποίησης γραμμής			
8.Συνδεση με μορφομετατροπέα (εξαερωμένο κλειστό κύκλωμα)			
9.Λήψη αερίων αίματος			
10.Αφαίρεση γαντιών			
11.Εφαρμογή υγιεινής χεριών			
12.Ενημέρωση ασθενούς			
12.Καταγραφή αποτελεσμάτων στο νοσηλευτικό φύλλο νοσηλείας			
13.Αξιολόγηση – ενημέρωση γιατρού			

Έλεγχος και περιορισμός της διασποράς πολυανθεκτικών μικροβίων

- Το προσωπικό πρέπει να λαμβάνει προφυλάξεις επαφής κατά την φροντίδα του ασθενούς: να χρησιμοποιεί προστατευτική μπλούζα μιας χρήσεως, μη αποστειρωμένα γάντια, σκούφο και ποδονάρια (αν δεν υπάρχουν εναλλακτικά υποδήματα)
- Απόρριψη όλων αυτών σε κάδο μολυσματικών απορριμμάτων πριν την έξοδο από το θάλαμο του ασθενούς (αν υπάρχει ξεχωριστός χώρος και όχι ενιαίος)
- Τήρηση αυστηρών κανόνων υγιεινής χεριών πριν και μετά την ενασχόληση με τον ασθενή
- Χρήση πάντοτε αντισηπτικού διαλύματος στα χέρια πριν και μετά την αφαίρεση των γαντιών ,όπως και πριν και μετά από κάθε επαφή με τον ασθενή αν δε χρησιμοποιηθούν γάντια
- Ο νοσοκομειακός εξοπλισμός που χρησιμοποιείται στο συγκεκριμένο ασθενή πρέπει να είναι αποκλειστικής χρήσης και να απολυμαίνεται καθημερινά. Οποσδήποτε γίνεται απολύμανση αυτού εφόσον χρησιμοποιηθεί σε άλλον ασθενή
- Ο χρησιμοποιημένος ιματισμός συλλέγεται προσεκτικά και τοποθετείται σε σάκους μολυσματικού ιματισμού με την κόκκινη ρίγα ή σε χωριστό υδατοδιαλυτό σάκο
- Τα δάπεδα, επιφάνειες, έπιπλα, τροχήλατα, πρεβάζια, πόμολα κτλ. πρέπει να απολυμαίνονται καθημερινά με διάλυμα χλωρίνης ή άλλο απολυμαντικό
- Αποκλειστική χρήση υλικών καθαριότητας
- Οι μετακινήσεις του προσωπικού θα πρέπει να περιορίζονται στις απολύτως απαραίτητες
- Το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να ασχολείται μόνο με αυτά τα περιστατικά. Σε περίπτωση που αυτό δεν είναι εφικτό, επιβάλλεται η αυστηρή τήρηση όλων των μέτρων πριν την ενασχόληση με άλλους ασθενείς (μέτρα ατομικής προστασίας, σωστή τεχνική υγιεινής χεριών)

Μέτρηση Σακχάρου Τριχοειδικού Αίματος

Εισαγωγή - Ορισμοί Οι φυσιολογικές τιμές του σακχάρου αίματος κυμαίνονται από 60 έως 100 mg/dl. Η τιμή σακχάρου αίματος μετά το φαγητό αυξάνεται φυσιολογικά έως 140 mg/dl. Τα άτομα με διαβήτη τύπου 1 ή τύπου 2 εμφανίζουν τιμές σακχάρου χαμηλότερες ή υψηλότερες από το φυσιολογικό.

ΥΠΟΓΛΥΚΑΙΜΙΑ: Η ελάττωση των επιπέδων του σακχάρου του αίματος <60mg/dl, που εκδηλώνεται με συγκεκριμένα συμπτώματα και σημεία.

ΥΠΕΡΓΛΥΚΑΙΜΙΑ: Η αύξηση των επιπέδων του σακχάρου του αίματος >200mg/dl που εκδηλώνεται με πολουρία, πολυδιψία, πολυφαγία, αδυναμία και κόπωση, κυρίως σε τιμές >250-300 mg/dl. Οι υψηλές τιμές του σακχάρου αν δεν αντιμετωπιστούν εγκαίρως, είναι δυνατόν να οδηγήσουν σε επείγουσα (υπεργλυκαιμία χωρίς κετοξέωση, κετοξέωση, υπερωσμωτικό μη κετωτικό κώμα).

ΦΟΡΗΤΟΣ ΜΕΤΡΗΤΗΣ ΣΑΚΧΑΡΟΥ: Συσκευή που προορίζεται για τη μέτρηση των επιπέδων του σακχάρου (mg/dl ή mmol/l) σε δείγμα τριχοειδικού αίματος, με ειδικές ταινίες ελέγχου. Ο μετρητής είναι αξιόπιστος, όταν ακολουθείται η σωστή διαδικασία μέτρησης.

ΕΥΘΥΝΕΣ-ΑΡΜΟΔΙΟΤΗΤΕΣ

Ο νοσηλευτής είναι υπεύθυνος για

- Τον έλεγχο της σωστής λειτουργίας του μετρητή σακχάρου
- Τη σωστή μέτρηση του σακχάρου
- Την καταγραφή των τιμών σακχάρου στο ειδικό διάγραμμα
- Την ενημέρωση του ιατρού για την τιμή του σακχάρου
- Τη χορήγηση ινσουλίνης εφόσον απαιτείται, σύμφωνα με την ιατρική οδηγία
- Την παρακολούθηση του ασθενή

4. ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ

- Μέτρηση του σακχάρου πριν τη χορήγηση ινσουλίνης στον ασθενή
- Χορήγηση ινσουλίνης μετά από ιατρική οδηγία
- Τήρηση του διαιτολογίου και των ωρών σίτισης του ασθενή
- Ενημέρωση του ιατρού σε περίπτωση αλλαγής της κλινικής εικόνας του ασθενή ή σε περίπτωση που οι σακχάρου αποκλίνουν από τις φυσιολογικές
- Εφαρμογή της υγιεινής των χεριών
- Τήρηση των βασικών προφυλάξεων επαφής

- Καθαρισμός των υπολειμμάτων αίματος από τον μετρητή και απολύμανση του μετρητή, μετά από κάθε χρήση σε ασθενή
- Έλεγχος της ημερομηνίας λήξης των ταινιών ελέγχου πριν τη χρήση.
- Βαθμονόμηση του μετρητή σε τακτά χρονικά διαστήματα σύμφωνα με τις οδηγίες του κατασκευαστή
- Ταυτοποίηση του κωδικού παρτίδας της ταινίας ελέγχου με τον κωδικό που εμφανίζεται στην οθόνη του μετρητή
- Φύλαξη των ταινιών σε μέρος δροσερό, χωρίς υγρασία
- Απαγορεύεται η επανατοποθέτηση του καλύμματος της βελόνας ινσουλίνης μετά τη χρήση

5.ΥΛΙΚΟ

- Μετρητής σακχάρου
- Ταινίες ελέγχου
- Σκαρφιστήρας μίας χρήσης ή αποστειρωμένη βελόνα ινσουλίνης
- Γάντια
- Τολύπιο βάμβακος
- Νεφροειδές

6.ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ

1. Προετοιμάστε το υλικό
2. Ελέγξτε της ημερομηνίας λήξης των ταινιών ελέγχου
3. Βαθμονομήστε τον μετρητή με τον κωδικό της παρτίδας, αν ανοιχθεί καινούργιο κουτί ταινιών
4. Ταυτοποιήστε τον ασθενή
5. Ενημερώστε τον ασθενή για τη διαδικασία
6. Εφαρμόστε υγιεινή των χεριών
7. Φορέστε γάντια
8. Εφαρμόστε αντισηπτικό στο άκρο του δακτύλου του ασθενή και **αφήστε να στεγνώσει καλά**
9. Ενεργοποιήστε τον μετρητή
10. Τοποθετήστε την ταινία στην εσοχή του μετρητή και αναμένατε για την εμφάνιση του εικονιδίου της σταγόνας αίματος, στην οθόνη
11. Ταυτοποιήστε τον κωδικό παρτίδας της ταινίας με τον κωδικό στην οθόνη του μετρητή

12. Τρυπήστε το άκρο του δακτύλου του ασθενή με σκαρφιστήρα ή βελόνα ινσουλίνης, σε μικρό βάθος.
13. Προτιμάται το τρύπημα στα πλάγια του δακτύλου.
14. Εναλλαγή δακτύλου και θέση τρυπήματος
15. Εφαρμόστε ελαφρά πίεση στο δάκτυλο, ώστε να σχηματιστεί μια μικρή σταγόνα αίματος
16. Εναποθέστε τη σταγόνα αίματος στην ταινία ελέγχου και αναμένετε έως ότου εμφανιστεί το αποτέλεσμα στην οθόνη.
17. Όταν η δοκιμαστική ταινία αναρροφήσει αρκετό αίμα, ο μετρητής εκπέμπει έναν ήχο και η μέτρηση αρχίζει αυτόματα
18. Σκουπίστε το σημείο τρυπήματος με ένα στεγνό βαμβάκι ή γάζα
19. Απορρίψτε το χρησιμοποιημένο υλικό στον ειδικό κάδο καταλλήλως
20. Απολυμάνετε τον μετρητή μετά τη χρήση
21. Εφαρμόστε υγιεινή των χεριών
22. Ενημερώστε τον ιατρό για την τιμή του σακχάρου
23. Καταγράψτε την τιμή του σακχάρου στο ειδικό διάγραμμα

ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ

1. Μετρήστε το σάκχαρο αίματος σε καθορισμένα χρονικά διαστήματα σύμφωνα με την ιατρική οδηγία
2. Παρακολουθήστε τον ασθενή για συμπτώματα ή σημεία υπογλυκαιμίας ή υπεργλυκαιμίας
3. Ενημερώστε τον ιατρό σε οποιαδήποτε αιφνίδια αλλαγή της κλινικής εικόνας του ασθενή.

Κεφάλαιο 4

Ασφάλεια και Υγιεινή στο Καρδιολογικό Τμήμα

Στόχοι επαγγελματικής ασφάλειας και υγείας

Σε ότι αφορά την Πρόληψη των Κινδύνων στους χώρους της έκτασης ευθύνης του καρδιολογικού τμήματος, οι διαδικασίες που θα ακολουθούνται είναι οι κάτωθι και σχετίζονται με:

Τα μέτρα πρόληψης και ελέγχου

Τα προληπτικά και προστατευτικά μέτρα θα πρέπει να υλοποιούνται με την ακόλουθη σειρά προτεραιότητας:

1. Αναγνώριση και εξάλειψη των κινδύνων/επικινδυνότητας.
2. Έλεγχος των κινδύνων/επικινδυνότητας στην πηγή, με τη χρήση μηχανικών μέσων ελέγχου ή εφαρμογής οργανωτικών μέτρων.
3. Ελαχιστοποίηση των κινδύνων/επικινδυνότητας με τον σχεδιασμό ασφαλών συστημάτων εργασίας, τα οποία να περιλαμβάνουν διοικητικά μέτρα ελέγχου, και
4. Όπου οι κίνδυνοι/επικινδυνότητα δεν μπορούν να ελέγχονται από συλλογικά μέτρα, ο οργανισμός θα πρέπει να προνοεί για κατάλληλα μέσα ατομικής προστασίας και θα πρέπει να εφαρμοστούν μέτρα για την εξασφάλιση της χρήσης και της συντήρησής τους.

Συστήνονται διαδικασίες και ρυθμίσεις πρόληψης και ελέγχου του κινδύνου που πρέπει να:

- Προσαρμόζονται στους κινδύνους και τις επικινδυνότητες.
- Να επανεξετάζονται και να τροποποιούνται, εάν χρειάζεται, σε τακτική βάση.
- Συμμορφώνονται με τους νόμους και κανονισμούς και αντανakλούν την ορθή πρακτική, και
- Λαμβάνουν υπόψη την τρέχουσα κατάσταση των γνώσεων.

Τη διαχείριση αλλαγών

Αξιολογούνται οι επιπτώσεις στην ΕΑΥ εσωτερικών αλλαγών (όπως αυτές της στελέχωσης, ή λόγω νέων διεργασιών, νέων διαδικασιών λειτουργίας, νέων οργανωτικών δομών) και εξωτερικών αλλαγών (π.χ. ως αποτέλεσμα τροποποιήσεων των νόμων και κανονισμών, οργανωτικών συγχωνεύσεων, καθώς

και των εξελίξεων στις γνώσεις και την τεχνολογία στον τομέα της ΕΑΥ) και πρέπει να λαμβάνονται τα κατάλληλα προληπτικά μέτρα πριν από την εισαγωγή των αλλαγών.

Πριν από κάθε τροποποίηση ή εισαγωγή νέων μεθόδων εργασίας, υλικών, διαδικασιών ή μηχανημάτων θα πρέπει να γίνεται προσδιορισμός των κινδύνων στον χώρο εργασίας και αξιολόγηση των κινδύνων.

Η εφαρμογή της «απόφασης για την αλλαγή» θα πρέπει να εξασφαλίζει ότι όλοι οι επηρεαζόμενοι εργαζόμενοι ενημερώνονται και εκπαιδεύονται κατάλληλα.

Την πρόληψη, ετοιμότητα και απόκριση έκτακτης ανάγκης

Εγκαθίστανται και διατηρούνται ρυθμίσεις για την πρόληψη, ετοιμότητα και απόκριση έκτακτης ανάγκης.

Οι ρυθμίσεις αυτές θα πρέπει να προσδιορίζουν τα ενδεχόμενα για ατυχήματα και καταστάσεις έκτακτης ανάγκης και να διευθύνουν την πρόληψη των κινδύνων που συνδέονται μαζί τους.

Οι ρυθμίσεις πρόληψης, ετοιμότητας και απόκρισης έκτακτης ανάγκης θα πρέπει να γίνονται σε συνεργασία με εξωτερικές υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης και άλλων φορέων.

Τις προμήθειες

Καθιερώνονται και διατηρούνται διαδικασίες για να εξασφαλίζεται ότι:

- Η συμμόρφωση με τις απαιτήσεις ασφάλειας και υγείας αξιολογείται και ενσωματώνεται στις προδιαγραφές για αγορά και μίσθωση.
- Οι διατάξεις των νόμων και κανονισμών και οι απαιτήσεις ΕΑΥ του οργανισμού εντοπίζονται πριν από την προμήθεια αγαθών και υπηρεσιών, και
- Λαμβάνονται μέτρα για να επιτευχθεί συμμόρφωση προς τις απαιτήσεις πριν από τη χρήση τους.

Κίνδυνοι και Ασφάλεια στο Καρδιολογικό τμήμα

Μέτρα πρόληψης και ελέγχου λοιμώξεων στο Καρδιολογικό τμήμα

1.Υγιεινή χεριών

Η πρόληψη των νοσοκομειακών λοιμώξεων αποτελεί βασική προτεραιότητα για τους χώρους παροχής υπηρεσιών υγείας και δεδομένου ότι τα χέρια αποτελούν το πιο κοινό μέσο μετάδοσης των νοσοκομειακών παθογόνων, η υγιεινή των χεριών στις σωστές χρονικές στιγμές κατά τη φροντίδα του ασθενή και με την ενδεδειγμένη διαδικασία, ανάγεται σε πρωτεύον μέτρο πρόληψης.

Από το 2005 ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας οργανώνει μια παγκόσμια εκστρατεία για την προώθηση της Υγιεινής των χεριών (WHO, First Global Patient Safety Challenge, “Clean Care is Safer Care”), στην οποία η χώρα μας επισήμως συμμετέχει από τον Απρίλιο του 2010. Ακρογωνιαίος λίθος της εκστρατείας είναι η εφαρμογή των 5 βημάτων της υγιεινής των χεριών στους χώρους παροχής υπηρεσιών υγείας με στόχο τον περιορισμό των νοσοκομειακών λοιμώξεων και τη μείωση της διασποράς της μικροβιακής αντοχής.

Στο πλαίσιο αυτό το νοσοκομείο θα πραγματοποιήσει αξιολόγηση των υφιστάμενων δομών και διαδικασιών καθώς και την πορεία της εφαρμογής τους με τη χρήση του εργαλείου καταγραφής του ΠΟΥ.

Για την καταγραφή της συμμόρφωσης του προσωπικού θα χρησιμοποιηθεί η φόρμα καταγραφής όπως παρουσιάζεται στο δείκτη συμμόρφωσης στην Υγιεινή των Χεριών.

Η Υγιεινή των Χεριών είναι η «καθαριότητα των χεριών», η οποία πραγματοποιείται με:

- Νερό και κοινό σαπούνι
- Νερό και σαπούνι με αντισηπτική δράση
- Άμεση εφαρμογή αντισηπτικού σε διάφορες μορφές

Ποια είναι η σημασία της εφαρμογής της Υγιεινής των Χεριών στον έλεγχο της διασποράς των πολυανθεκτικών παθογόνων;

Η πλειονότητα των αποικισμένων ασθενών με πολυανθεκτικά βακτήρια κατά την εισαγωγή τους στο νοσοκομείο είναι ασυμπτωματικοί φορείς, οι οποίοι δεν έχουν διαγνωστεί ή δεν είναι διαθέσιμη η πληροφορία του αποικισμού τους. Η Υγιεινή των Χεριών και οι βασικές προφυλάξεις είναι τα μόνα μέτρα που διαθέτουμε για τον έλεγχο της διασποράς των ανθεκτικών

παθογόνων στο νοσοκομειακό περιβάλλον από τους ασυμπτωματικούς φορείς. Ειδικά, εάν δεν εφαρμόζεται από το νοσοκομείο συστηματική επιτήρηση αποικισμών η διάγνωση των φορέων μπορεί να καθυστερήσει σημαντικά ή και να μην γίνει κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους. Ο έλεγχος της διασποράς των πολυανθεκτικών παθογόνων απαιτεί ειδικά μέτρα πρόληψης και ελέγχου (προφυλάξεις επαφής) με την Υγιεινή των Χεριών να αποτελεί βασικό συστατικό τους. Η βιβλιογραφική ανασκόπηση που πραγματοποιήθηκε από τον ΠΟΥ, έδειξε ότι όταν η Υγιεινή των Χεριών είναι το κύριο μέτρο πρόληψης ο έλεγχος της διασποράς είναι αποτελεσματικός κυρίως για στελέχη MRSA. Παρόλα αυτά η εφαρμογή των προφυλάξεων επαφής είναι αποτελεσματική μόνο και εφόσον εφαρμόζεται επαρκώς η Υγιεινή των Χεριών.

Ποια είναι η αναγκαιότητα της εφαρμογής της;

Η Υγιεινή των Χεριών προστατεύει τόσο τους ασθενείς όσο και τους επαγγελματίες υγείας από αποικισμό και λοίμωξη από παθογόνα που βρίσκονται στο νοσοκομειακό περιβάλλον. Τα χέρια των επαγγελματιών υγείας αποτελούν μέσο μεταφοράς παθογόνων μικροοργανισμών από ασθενή σε ασθενή, από το περιβάλλον στον ασθενή και αντίστροφα, αλλά και από το νοσοκομειακό περιβάλλον στον ίδιους τους επαγγελματίες υγείας και στους οικείους του. Με τα χέρια τους επιμολύνουν το άψυχο περιβάλλον του νοσοκομείου εντός και εκτός του χώρου νοσηλείας των ασθενών (γραφεία, νοσηλευτική στάση, κοινόχρηστοι χώροι κ.ά.).

Ορισμός και τεχνική υγιεινής χεριών.

Η υγιεινή των χεριών είναι μία διαδικασία που έχει ως αποτέλεσμα την μείωση της παροδικής χλωρίδας του δέρματος των χεριών. Αποτελεί ένα γενικό όρο που περιλαμβάνει είτε «το πλύσιμο των χεριών» είτε την «αντισηψία» τους.

Με τον όρο «πλύσιμο χεριών» περιγράφεται η εφαρμογή νερού και σαπουνιού (με ή χωρίς αντιμικροβιακό παράγοντα) στις επιφάνειες των χεριών ενώ με τον όρο «αντισηψία χεριών» περιγράφεται η εφαρμογή αντιμικροβιακού παράγοντα απουσία νερού (κατεξοχήν αντισηπτικού βασισμένου στην αλκοόλη) στην επιφάνεια των χεριών (Hand Hygiene Australia, 2013a).

Η τεχνική της εκτέλεσης της υγιεινής των χεριών διαφέρει ανάλογα με το χρησιμοποιούμενο προϊόν και διακρίνεται σε (WHO, 2009a, p.7):

Υγιεινή των χεριών με νερό και σαπούνι.

Τα χέρια πλένονται με νερό και σαπούνι μόνο όταν είναι εμφανώς λερωμένα ή ακάθαρτα με αίμα ή άλλα βιολογικά υγρά, όταν υπάρχει υποψία ή απόδειξη έκθεσης σε σπορογόνους μικροοργανισμούς ή μετά την χρήση τουαλέτας. Σε κάθε άλλη περίπτωση γίνεται αντισηψία με

επάλειψη των χεριών με τον κατάλληλο παράγοντα. Η διαδικασία που απαιτεί η υγιεινή των χεριών με νερό και σαπούνι απεικονίζεται στην Εικόνα “Τεχνική πλυσίματος με νερό και σαπούνι” του Παραρτήματος.

Υγιεινή των χεριών με επάλειψη με αντισηπτικό.

Ο πλέον αποτελεσματικός τρόπος να εξασφαλιστεί η καλύτερη δυνατή υγιεινή των χεριών είναι η επάλειψή τους με αλκοολούχο διάλυμα συγκέντρωσης περίπου 70%. Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ όταν ένα τέτοιο διάλυμα είναι διαθέσιμο πρέπει να χρησιμοποιείται ως ο προτιμώμενος τρόπος υγιεινής των χεριών.

Πού εφαρμόζεται;

Η Υγιεινή των Χεριών εφαρμόζεται οπουδήποτε ασκείται φροντίδα υγείας .

Πότε εφαρμόζεται;

Τα 5 βήματα της Υγιεινής των Χεριών είναι τα ακόλουθα:

Τα «Πέντε βήματα» της υγιεινής των χεριών.

Η αναγκαιότητα της υγιεινής των χεριών είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με τις δραστηριότητες των επαγγελματιών υγείας μέσα στον γεωγραφικό χώρο που καταλαμβάνει ο κάθε ασθενής. Επικεντρώνοντας στον ασθενή, το περίξ περιβάλλον του μπορεί να διαχωριστεί σε δύο διακριτές γεωγραφικές ζώνες, τη «ζώνη του ασθενή» και «τη ζώνη του εργαζόμενου». Τα «Πέντε βήματα» για την υγιεινή των χεριών παρουσιάζονται σύμφωνα με την συνήθη ροή εργασιών στους χώρους αυτούς.

Η «ζώνη του ασθενή» περιλαμβάνει τον ασθενή και το άμεσο περιβάλλον που περιστασιακά και αποκλειστικά του ανήκει. Αυτό τυπικά περιλαμβάνει τον ασθενή και όλες τις άψυχες επιφάνειες που βρίσκονται σε άμεση ή έμμεση φυσική επαφή με τον ασθενή. Η «ζώνη του εργαζόμενου» περιλαμβάνει όλα τα στοιχεία και αντικείμενα που βρίσκονται έξω από την περιοχή του ασθενή.

Τα «Πέντε βήματα» της υγιεινής των χεριών παρουσιάζονται στο Παράρτημα και αναλύονται ως εξής:

Βήμα Πρώτο: Πριν από την επαφή με τον ασθενή.

Μεταξύ των δύο διακριτών γεωγραφικών ζωνών, υπάρχει μία σημαντική στιγμή για την υγιεινή των χεριών. Συμβαίνει μεταξύ της τελευταίας στιγμής επαφής με αντικείμενο της ζώνης του εργαζόμενου και της πρώτης στιγμής επαφής μέσα στην ζώνη του ασθενή. Η υγιεινή των χεριών

αυτή την στιγμή θα προλάβει τον αποικισμό του ασθενή με μικροοργανισμούς που θα μεταφερθούν από το περιβάλλον στον ασθενή δια μέσου μολυσμένων χεριών.

Βήμα Δεύτερο: Πριν από κάθε καθαρό ή άσηπτο χειρισμό.

Καθώς βρίσκεται ήδη στην ζώνη του ασθενή και πιθανότατα μετά από επαφή των χεριών του με το άθικτο δέρμα του ασθενή, τα ρούχα του ή άλλα αντικείμενα του χώρου του, ο εργαζόμενος μπορεί να εκτελέσει μία καθαρή ή άσηπτη διαδικασία σε κάποιο κριτικό σημείο αυξημένου κινδύνου ανάπτυξης λοίμωξης για τον ασθενή, π.χ. ενδοφλέβια χορήγηση φαρμάκου. Σε αυτήν την περίπτωση η υγιεινή των χεριών πρέπει να λάβει χώρα μετά την τελευταία επαφή με οτιδήποτε στην ζώνη ασθενή και ακριβώς πριν την παρέμβαση στην κριτική περιοχή με τον αυξημένο κίνδυνο για τον ασθενή. Για παρεμβάσεις με άσηπτες διαδικασίες η χρήση γαντιών είναι ενδεδειγμένη. Σε αυτήν την περίπτωση η υγιεινή των χεριών απαιτείται πριν την εφαρμογή των γαντιών καθώς τα γάντια μόνο δεν προλαμβάνουν τον κίνδυνο μόλυνσης.

Βήμα Τρίτο: Μετά από την έκθεση σε σωματικά υγρά του ασθενή.

Μετά από ένα επεισόδιο φροντίδας που ενέχει κίνδυνο έκθεσης των χεριών σε σωματικά υγρά, η υγιεινή των χεριών είναι απαραίτητη πάραυτα και πρέπει να λαμβάνει χώρα πριν την επόμενη επαφή με οποιοδήποτε αντικείμενο στην ζώνη του ασθενή. Σε αυτή τη φάση η υγιεινή των χεριών έχει διπλή σκοπιμότητα. Πρώτον, ελαχιστοποιεί τον κίνδυνο του αποικισμού ή της λοίμωξης των χεριών των επαγγελματιών υγείας με λοιμώδεις παράγοντες, ακόμα και αν τα χέρια δεν ήταν ορατά λερωμένα. Δεύτερον, ελαχιστοποιεί τον κίνδυνο της μεταφοράς μικροοργανισμών από ένα αποικισμένο μέρος του σώματος του ασθενή σε ένα καθαρό. Και σε αυτήν τη περίπτωση παρά την ενδεδειγμένη χρήση γαντιών συστήνεται υγιεινή των χεριών αμέσως μετά την αφαίρεσή τους.

Βήμα τέταρτο: Μετά από την επαφή με τον ασθενή.

Μετά την έξοδο από την ζώνη του ασθενή και πριν την επαφή με οτιδήποτε στην περιοχή του εργαζομένου, η υγιεινή των χεριών ελαχιστοποιεί τον κίνδυνο μετάδοσης μικροοργανισμών, μειώνει την μόλυνση των χεριών με την χλωρίδα του ασθενή και προστατεύει τους επαγγελματίες υγείας.

Βήμα πέμπτο: Μετά από την επαφή με το άψυχο περιβάλλον του ασθενή.

Το πέμπτο βήμα συντρέχει μετά την έκθεση των χεριών σε οποιαδήποτε επιφάνεια της περιοχής του ασθενή καθώς αυτή είναι πιθανά μολυσμένη με την χλωρίδα του ασθενή.

Μετά από ένα επεισόδιο φροντίδας που ενέχει κίνδυνο έκθεσης των χεριών σε σωματικά υγρά, η υγιεινή των χεριών είναι απαραίτητη πάραυτα και πρέπει να λαμβάνει χώρα πριν την επόμενη επαφή με οποιοδήποτε αντικείμενο στην ζώνη του ασθενή. Σε αυτή τη φάση η υγιεινή των χεριών έχει διπλή σκοπιμότητα. Πρώτον, ελαχιστοποιεί τον κίνδυνο του αποικισμού ή της λοίμωξης των χεριών των επαγγελματιών υγείας με λοιμώδεις παράγοντες, ακόμα και αν τα χέρια δεν ήταν ορατά λερωμένα. Δεύτερον, ελαχιστοποιεί τον κίνδυνο της μεταφοράς μικροοργανισμών από ένα αποικισμένο μέρος του σώματος του ασθενή σε ένα καθαρό. Και σε αυτήν τη περίπτωση παρά την ενδεδειγμένη χρήση γαντιών συστήνεται υγιεινή των χεριών αμέσως μετά την αφαίρεσή τους.

Υπάρχει περίπτωση δύο από τα παραπάνω βήματα υγιεινής των χεριών να συντρέξουν ταυτόχρονα. Αυτό τυπικά συμβαίνει όταν ο εργαζόμενος κινείται από τον έναν ασθενή στον άλλο χωρίς να έρθει σε επαφή με κανένα αντικείμενο μεταξύ των δύο ζωνών ασθενών. Σε αυτήν την περίπτωση μία πράξη υγιεινής των χεριών καλύπτει την ανάγκη δύο βημάτων (στην προκείμενη περίπτωση το πρώτο και το τέταρτο).

Επιπλέον, υπάρχει περίπτωση η ζώνη ασθενούς να περιλαμβάνει δύο ασθενείς που μοιράζονται τον ίδιο χώρο ή το ίδιο κρεβάτι, π.χ. μία μητέρα και το νεογέννητό της. Σε αυτήν την περίπτωση οι δύο ασθενείς νοούνται ως ένας για την εφαρμογή των «Πέντε βημάτων» καθώς το πιθανότερο είναι ότι μοιράζονται την ίδια μικροβιακή χλωρίδα.

Οι παραπάνω περιγραφόμενες ενδείξεις υγιεινής των χεριών είναι ανεξάρτητες από εκείνες που επιτάσσουν την χρήση γαντιών (είτε μίας χρήσης είτε αποστειρωμένων).

Η χρήση γαντιών ούτε μεταβάλλει ούτε αντικαθιστά την υγιεινή των χεριών:

α) όταν μία ένδειξη για υγιεινή των χεριών προηγείται μίας παρέμβασης που απαιτεί επαφή με χρήση γαντιών, η υγιεινή των χεριών θα πρέπει να εκτελείται πριν εφαρμοσθούν τα γάντια
β) όταν μία ένδειξη για υγιεινή των χεριών ακολουθεί μία παρέμβαση που απαιτεί χρήση γαντιών, η υγιεινή των χεριών θα πρέπει να εκτελείται αμέσως μετά την αφαίρεση των γαντιών
γ) όταν συντρέχει μία ένδειξη για υγιεινή των χεριών κατά την διάρκεια της παρέμβασης του επαγγελματία υγείας τότε θα πρέπει τα γάντια να αφαιρεθούν, να εκτελεστεί υγιεινή των χεριών και, αν είναι απαραίτητη η εφαρμογή τους, να αλλαχθούν. Η χρήση των γαντιών δεν προσδιορίζει τις ενδείξεις για υγιεινή των χεριών αντίθετα, η υγιεινή των χεριών επηρεάζει την κατάλληλη χρήση γαντιών.

Η εκπαίδευση για την υγιεινή των χεριών και η επιτήρηση της συμμόρφωσης στις παραπάνω οδηγίες, αποτελεί αρμοδιότητα της Ε.Ν.Λ.

Η ΕΝΑ, σε συνεργασία με τους Προϊστάμενους των Τμημάτων, έχει μεριμνήσει για την εκπαίδευση του προσωπικού και των επαγγελματιών υγείας.

Για την επίτευξη αυξημένης συμμόρφωσης στην υγιεινή των χεριών συστήνεται από τον Π.Ο.Υ. και το ΚΕΕΛΠΝΟ (2012) και έχει τοποθετηθεί αλκοολούχο αντισηπτικό διάλυμα σε κάθε νοσοκομειακή κλίνη ασθενή. Εξαίρεση για λόγους ασφάλειας αποτελούν τα παιδιατρικά και ψυχιατρικά τμήματα όπου το αντισηπτικό διάλυμα τοποθετείται επιτοίχια εντός των νοσηλευτικών θαλάμων ή διατίθεται σε συσκευασίες ατομικής χρήσης αντίστοιχα.

Για τη συνεχή εγρήγορση του προσωπικού και των επισκεπτών για την υγιεινή χεριών έχουν αναρτηθεί ενημερωτικές αφίσες και προβάλλονται μηνύματα τύπου screen saver στις οθόνες των υπολογιστών.

Επίσης στο νοσοκομείο μας σε χώρο αναμονής έχουμε εγκαταστήσει τηλεόραση όπου προβάλλεται υλικό που προάγει κανόνες και συμπεριφορές υγιεινής σε επισκέπτες και προσωπικό.

Το υλικό διατίθεται με ευθύνη της Ε.Ν.Α. αλλά η ανάρτηση και η ακεραιότητά τους αποτελεί προτεραιότητα και ευθύνη της διεύθυνσης του εκάστοτε νοσηλευτικού τμήματος.

Ποια είναι η σχέση της Υγιεινής των Χεριών και της χρήσης των γαντιών;

Τα γάντια είναι ο εχθρός της ΥΧ όταν δεν την εφαρμόζουμε πριν και μετά τη χρήση τους.

Η πραγματικότητα είναι ότι με την χρήση των γαντιών αισθανόμαστε ασφαλείς και ότι τα χέρια μας παρέμειναν καθαρά μετά από τους χειρισμούς που πραγματοποιήσαμε.

Τα χέρια μας αποικίζονται με μικροοργανισμούς από το περιβάλλον και κατ' επέκταση μπορεί κατά την εφαρμογή τους να επιμολυνθούν.

Γι' αυτό, πρέπει να εφαρμόζουμε την ΥΧ πριν την χρήση των γαντιών.

Κατά τη διάρκεια της φροντίδας του ασθενούς τα γάντια επιμολύνονται και κατά την απόρριψή τους μπορεί αντίστοιχα να επιμολύνουμε τα χέρια μας.

- Αλλάξτε τα γάντια από ασθενή σε ασθενή
- Αλλάξτε γάντια από σηπτική σε άσηπτη περιοχή
- Αλλάξτε γάντια όταν αυτά έχουν υποστεί εμφανή φθορά

➤ Τα γάντια έχουν συγκεκριμένες ενδείξεις χρήσης και δεν υποκαθιστούν την Υγιεινή των Χεριών.

Δέρμα - Νύχια – Κοσμήματα

Σημαντικά μέτρα για την αποφυγή της ξηροδερμίας και των δερματικών αντιδράσεων από την εφαρμογή της Υγιεινής των Χεριών είναι :

Η επιλογή κατάλληλων προϊόντων και όσο γίνεται πιο ανεκτών από τους επαγγελματίες υγείας
Μην πλένετε συστηματικά τα χέρια σας με νερό και σαπούνι πριν τη χρήση αντισηπτικού, γιατί η πιθανότητα εμφάνισης δερματίτιδας είναι μεγάλη.

Η χρήση πάντοτε κρύου νερού για το πλύσιμο των χεριών. Η χρήση ζεστού νερού και σαπουνιού και ιδιαίτερα αυτών που περιέχουν αντιμικροβιακά συστατικά ξηραίνει και καταστρέφει το δέρμα και δεν έχει απολύτως καμία επιπλέον δράση έναντι του μικροβιακού φορτίου.

Μη χρησιμοποιείτε γάντια σε βρεγμένα χέρια μετά την εφαρμογή της Υγιεινής των Χεριών. Αφήστε τα χέρια σας να στεγνώσουν.

Χρησιμοποιείτε κρέμες- αλοιφές περιποίησης του δέρματος των χεριών σας για να προλάβετε κυρίως την ξηροδερμία αλλά και άλλες δερματολογικές αντιδράσεις που προκαλούνται από το πλύσιμο με νερό και σαπούνι αλλά και από τη χρήση των αντισηπτικών. Τα σκευάσματα αυτά φροντίστε να είναι συμβατά με τα αντισηπτικά που χρησιμοποιείτε στο νοσοκομείο σας (συμβουλευτείτε την Επιτροπή Νοσοκομειακών Λοιμώξεων του νοσοκομείου σας).

Σημαντικά σημεία σχετικά με τα νύχια και τα κοσμήματα που πρέπει να έχουμε υπόψη:

Τα βακτήρια μπορούν να επιβιώσουν κάτω από τα τεχνητά νύχια πριν και μετά την εφαρμογή της Υγιεινής των Χεριών.

Γι αυτό το λόγο, δεν συστήνεται οι επαγγελματίες υγείας να φέρουν τεχνητά νύχια και ειδικά όταν αυτοί αναλαμβάνουν την φροντίδα βαρέως πασχόντων ασθενών σε ειδικά τμήματα νοσηλείας.

Φροντίστε τα νύχια σας να έχουν μήκος μικρότερο από 0,6cm (< 1/4 ίντσας)

Μελέτες έχουν δείξει ότι η δερματική περιοχή κάτω από τα δακτυλίδια αποικίζεται από περισσότερα βακτήρια από τις αντίστοιχες περιοχές που δεν φέρουν δακτυλίδια.

Προστατεύστε τα χέρια σας. Αποφύγετε τη χρήση τεχνητών νυχιών και κοσμημάτων.

2.Μέσα Ατομικής Προστασίας

Προστατευτική ενδυμασία μίας χρήσεως (ρόμπα ή ποδιά)

Το είδος της προστατευτική ενδυμασίας που απαιτείται καθορίζεται από:

- Το βαθμό επικινδυνότητας της έκθεσης (διάρκεια και είδος έκθεσης)
- Το δυνητικό κίνδυνο επαφής με μολυσματικά υγρά
- Το δυνητικό κίνδυνο επιμόλυνσης της ενδυμασίας από σωματικά υγρά

Με βάση τα παραπάνω μια καθαρή, μη αποστειρωμένη ρόμπα ή ποδιά είναι συνήθως αρκετή για την προστασία του δέρματος και την αποφυγή επιμόλυνσης της ενδυμασίας κατά τη διάρκεια διαδικασιών ή παρεμβάσεων που είναι πιθανό να προκαλέσουν αερόλυμα ή εκτίναξη σωματικών υγρών.

Αδιάβροχη ρόμπα ή ποδιά πρέπει να χρησιμοποιείται όταν υπάρχει κίνδυνος να λερωθεί η ενδυμασία με αίμα ή άλλα σωματικά υγρά και εκκρίσεις.

Η προστατευτική ενδυμασία πρέπει πάντα να αλλάζει από ασθενή σε ασθενή.

Η ενδυμασία που χρησιμοποιείται από προσωπικό κλινικών ή εργαστηρίων για την καθημερινή εργασία τους, δεν θεωρείται ΜΑΠ.

Πλαστικές ποδιές

Μίας χρήσης πλαστικές ποδιές συνιστώνται για γενική χρήση και για την προστασία της ενδυμασίας εργασίας (ενδυμασία που δεν μπορεί να αφαιρεθεί) από αερόλυμα ή εκτίναξη σωματικών ή άλλων υγρών.

Ρόμπες

Χρησιμοποιούνται για την προστασία του σώματος του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού και για την αποφυγή λερώματος της ενδυμασίας με αίμα, άλλα σωματικά υγρά ή δυνητικά μολυσματικό υλικό.

Χαρακτηριστικά προστατευτικής ενδυμασίας

Πλαστική ποδιά	• Αδιαπέραστη ή ανθεκτική σε υγρά • Μίας χρήσης, για μία διαδικασία ή παρέμβαση σε ασθενή. Απόρριψη μετά τη χρήση της • Χρησιμοποιείται όταν υπάρχει πιθανότητα έκθεσης της ενδυμασίας εργασίας σε αίμα ή σωματικά υγρά (συνήθως από
-----------------------	---

	το περιβάλλον), κατά τη διάρκεια διαδικασιών με μικρό κίνδυνο επιμόλυνσης του βραχίονα των εργαζόμενων Χρησιμοποιείται όταν λαμβάνονται προφυλάξεις επαφής και είναι πιθανή η επαφή με τον ασθενή ή το άμεσο περιβάλλον του.
Ρόμπα	- Μίας χρήσης (μερικοί τύποι μπορούν να επαναχρησιμοποιηθούν) - Απόρριψη μετά τη χρήση της - Χρησιμοποιείται για την προστασία του δέρματος και την αποφυγή λερώματος της ενδυμασίας εργασίας κατά τη διάρκεια διαδικασιών ή παρεμβάσεων στον ασθενή που είναι πιθανό να προκαλέσουν αερόλυμα ή εκτίναξη αίματος ή άλλων σωματικών υγρών - Η επιλογή για το μέγεθος του μανικιού εξαρτάται από το είδος της εργασίας, τη χρονική διάρκεια της εργασίας και του κινδύνου επαφής.
Ολόσωμη ρόμπα	- Αδιάβροχη - Μίας χρήσης (μερικοί τύποι μπορούν να επαναχρησιμοποιηθούν) - Με μακριά μανίκια - Χρησιμοποιείται όταν υπάρχει κίνδυνος επαφής του δέρματος του εργαζόμενου με ανοικτές πληγές του ασθενή, εκτεταμένη επαφή δέρμα με δέρμα (π.χ. μετακίνηση ασθενή με ψώρα ή λύση της συνεχείας του δέρματος) ή επαφής με αίμα ή σωματικά υγρά που δεν ελέγχονται (π.χ. έμετος, μη ελεγχόμενος βήχας ή φτέρνισμα). - Χρησιμοποιείται όταν υπάρχει πιθανότητα μεγάλης επαφής με αίμα ή άλλα σωματικά υγρά - Χρησιμοποιείται όταν υπάρχει κίνδυνος έκθεσης με μεγάλη ποσότητα σωματικών υγρών π.χ. σε ορισμένες παρεμβατικές διαδικασίες
Αποστειρωμένη ρόμπα	- Σε αποστειρωμένη συσκευασία - Χρησιμοποιείται σε διαδικασίες όπου απαιτείται

Ιατρικά γάντια μίας χρήσεως (λάτεξ ή βινύλιο)

- Τα ιατρικά γάντια μιας χρήσεως πρέπει να είναι κατασκευασμένα με τέτοιο τρόπο ώστε να πληρούν τα πρότυπα του ΕΛΟΤ
- Να μην έχουν οπές.
- Να είναι ιδιαίτερα ανθεκτικά και άνετα κατά τη χρήση.
- Τα γάντια μπορεί να είναι με ή χωρίς πούδρα. Η σχετική ευρωπαϊκή νόρμα δεν υποχρεώνει στη χρήση πούδρας ή στο αντίθετο. Η πούδρα μπορεί όμως να δράσει ως αλλεργιογόνο και η EN 455-3 προσδιορίζει ότι ο κατασκευαστής πρέπει να αναγράφει στη συσκευασία των γαντιών την ύπαρξη ή όχι πούδρας/ταλκ.
- Τα γάντια πρέπει να μην προκαλούν αλλεργικές αντιδράσεις στους χρήστες τους εξαιτίας του υλικού κατασκευής τους.
- Να φέρουν τη σήμανση CE στη συσκευασία ως Ιατροτεχνολογικά προϊόντα κλάσης IIa (Medical Device) σύμφωνα με την ευρωπαϊκή οδηγία 93/42/ΕΟΚ, και να έχουν υποβληθεί σε αξιολόγηση συμμόρφωσης, ώστε να ικανοποιούν όλες τις απαιτήσεις της ως άνω οδηγίας
- Να έχουν πιστοποιηθεί και να έχουν σήμανση CE ως Προϊόντα Ατομικής Προστασίας κλάσης III (Personal Protective Equipment) σύμφωνα με την ευρωπαϊκή οδηγία 89/686/ΕΟΚ, και να έχουν υποβληθεί σε αξιολόγηση συμμόρφωσης, ώστε να ικανοποιούν όλες τις απαιτήσεις της ως άνω οδηγίας
- Να αναφέρεται στη συσκευασία η ημερομηνία παραγωγής και λήξης, ο αριθμός παρτίδας και το εργοστάσιο παραγωγής.
- Να διατίθεται ικανός αριθμός δειγμάτων προς χρήση και αξιολόγηση, ώστε να πιστοποιηθούν και όλα τα παραπάνω.

Η χρήση των γαντιών ούτε μεταβάλλει ούτε υποκαθιστά την υγιεινή των χεριών.

Τα γάντια δεν παρέχουν προστασία από τραυματισμούς που προκαλούν οι βελόνες ή τα άλλα αιχμηρά αντικείμενα.

Τα γάντια θα πρέπει να χρησιμοποιούνται μόνο όταν απαιτείται και θα πρέπει να μην αγγίζονται με αυτά καθαρές επιφάνειες (τηλεφωνικές συσκευές, πόμολα κ.α.)

Κριτήρια επιλογής γαντιών.

	Ένδειξη χρήσης	Παραδείγματα	
Μη αποστειρωμένα	➤ Πιθανότητα έκθεσης σε	ο	Αιμοληψία
γάντια μιας χρήσης	αίμα ή σωματικά υγρά	ο	Κολπική εξέταση
	➤ Επαφή με μη άθικτο	ο	Οδοντιατρική εξέταση
	δέρμα ή βλεννογόνους	ο	Αδειασμα
			ουροσυλλέκτη
		ο	Διαχείριση μικρών
			τραυμάτων
Αποστειρωμένα γάντια	➤ Άσηπτες συνθήκες	ο	Εισαγωγή
			ουροκαθετήρα
		ο	Εισαγωγή ΚΦΚ
		ο	Παρακεντήσεις
		ο	Διαχείριση
			χειρουργικών
			τραυμάτων
Επαναχρησιμοποιούμενα	➤ Συνιστώνται σε εργασίες	ο	Χειρισμός ή
γάντια εργασίας	που δεν αφορούν σε		καθαρισμός ρυπαρών
	ασθενή		επιφανειών και
			εξοπλισμού
		ο	Γενικές εργασίες
			καθαριότητας
		ο	Καθαρισμός
			εξοπλισμού σε τμήματα
			αποστείρωσης
Γάντια κατάλληλα για ιατρική χρήση			
Γάντια από λάτεξ	➤ Για εργασίες που απαιτούν ευχέρεια χειρισμών και /ή		
	περιλαμβάνουν επαφή με ασθενή		
	➤ Συνιστάται η επιλογή γαντιών χωρίς πούδρα για τη μείωση		
	της πιθανότητας εμφάνισης αλλεργικών αντιδράσεων		

Γάντια από νιτρίλιο ή βινύλιο	➤ Για εργασίες με μεγάλη πιθανότητα έκθεσης σε ιούς που μεταδίδονται αιματογενώς.		
	➤ Εναλλακτική επιλογή όταν το ζήτημα της καλής εφαρμογής δεν είναι κρίσιμο.		

Επαναχρησιμοποιούμενα γάντια εργασίας

- Συνιστώνται όταν απαιτείται μεγαλύτερη φυσική προστασία (π.χ. καθαριότητα).
 - Επαναχρησιμοποιούμενα, καθαρίζονται σύμφωνα με τις οδηγίες του κατασκευαστή
 - Αντικατάσταση όταν υπάρχουν σημεία φθοράς
-

Μετά την αφαίρεση των γαντιών ακολουθεί πάντα υγιεινή των χεριών

Οφθαλμική προστασία

Τα προστατευτικά γυαλιά πρέπει να:

- πληρούν τα πρότυπα κατασκευής
- προσφέρουν πλάγια προστασία
- έχουν αυξημένη ανθεκτικότητα για την προστασία των οφθαλμικών βλεννογόνων
- είναι αντιθαμβωτικά
- έχουν ευρύ οπτικό πεδίο

Τα προστατευτικά γυαλιά μπορεί να είναι τύπου διακριτών φακών (με βραχίονες) ή τύπου μάσκας (με ιμάντα).

Οι ασπίδες προσώπου μπορούν να χρησιμοποιηθούν αντί ή επιπλέον των γυαλιών με βραχίονες. Έχουν καλύτερη εφαρμογή για τους χρήστες διορθωτικών γυαλιών.

Η οφθαλμική προστασία εφαρμόζεται όταν αναμένεται από τη διαδικασία εκτίναξη βιολογικού υλικού, είτε εξ' αιτίας της φύσης του νοσήματος απαιτείται καθολική προστασία.

Η χρήση γυαλιών όρασης και φακών επαφής δεν πρέπει σε καμία περίπτωση να εκλαμβάνεται από τον επαγγελματία υγείας ως οφθαλμική προστασία.

Μάσκες χειρουργικές μίας χρήσεως

Οι χειρουργικές μάσκες πρέπει:

- Να είναι κατασκευασμένες με τέτοιο τρόπο ώστε να πληρούν τα πρότυπα του ΕΛΟΤ
- να είναι αδιάβροχες
- να φέρουν σήμανση CE στη συσκευασία

Μάσκες χειρουργικές με προστατευτική οθόνη οφθαλμών, μίας χρήσεως

Οι χειρουργικές μάσκες με προστατευτική οθόνη οφθαλμών πρέπει:

- να είναι κατασκευασμένες με τέτοιο τρόπο ώστε να πληρούν τα πρότυπα του ΕΛΟΤ
- η προστατευτική οθόνη των οφθαλμών να είναι διαφανής, αντιθαμβωτική, να παρέχει πλάγια προστασία και να έχει ευρύ οπτικό πεδίο
- να είναι αδιάβροχες
- να φέρουν σήμανση CE

Μάσκα υψηλής αναπνευστικής προστασίας FFP3

Η μάσκα υψηλής αναπνευστικής προστασίας πρέπει να:

- πληροί τα πρότυπα που έχει θέσει ο ΕΛΟΤ
- έχει φίλτρο σωματιδίων τύπου P3
- φέρει βαλβίδα εκπνοής
- φέρει τη σήμανση CE στη συσκευασία

Οι μάσκες υψηλής αναπνευστικής προστασίας FFP3 συστήνονται για νοσήματα που μεταδίδονται αερογενώς και η απλή χειρουργική μάσκα δεν είναι αποτελεσματική. Οι μάσκες αυτές συστήνονται κατά κύριο λόγο όταν εξετάζονται ή νοσηλεύονται περιστατικά φυματίωσης.

Συσκευή αναπνευστήρα θετικής πίεσης με αντλία (Positive Air Pressure Respirator - PAPR) πολλαπλών χρήσεων

Οι συσκευές αναπνευστήρα θετικής πίεσης με αντλία πρέπει να:

- Φέρουν μπαταρίες ανεξάρτητης λειτουργίας Λιθίου (Li), η κάθε μία από τις οποίες να εξασφαλίζει λειτουργία τουλάχιστον 4 ωρών
- είναι περιορισμένου θορύβου κατά τη λειτουργία τους
- έχουν δυνατότητα απολύμανσης του κεντρικού μηχανισμού
- έχουν ακουστικό σήμα εγρήγορσης (alert) για την αλλαγή του φίλτρου και για την αλλαγή της μπαταρίας
- έχουν δυνατότητα calibration πριν την εφαρμογή για τον έλεγχο της λειτουργίας του συστήματος
- έχουν φίλτρο(-α) P3 που απορροφά βιολογικούς παράγοντες, διάρκειας ζωής σύμφωνα με την ημερομηνία λήξης του φίλτρου από τον κατασκευαστή. Τα φίλτρα για τις συσκευές PAPR πρέπει να είναι P3 για βιολογικούς παράγοντες και δε χρειάζεται να είναι μεικτά συνοδεύονται από εγχειρίδιο οδηγιών και λειτουργίας της συσκευής στην ελληνική γλώσσα

Τα καλύμματα κεφαλής μίας χρήσεως για τις συσκευές αναπνευστήρα θετικής πίεσης με αντλία πρέπει να:

- πληρούν τα πρότυπα που έχει θέσει ο ΕΛΟΤ
- φέρουν τη σήμανση CE

Γενικότερες προδιαγραφές:

Για όλα τα είδη ο κατασκευαστής θα πρέπει να έχει διαθέσιμο στην ελληνική γλώσσα έντυπο το οποίο θα συνοδεύει τη συσκευασία των προϊόντων και το οποίο θα περιγράφει:

- Τις δοκιμασίες που έχει υποστεί το προϊόν
- Πληροφορίες σχετικά με την εφαρμογή και τους περιορισμούς χρήσης
- Οδηγίες για τυχόν ελέγχους που πρέπει να γίνονται από το χρήστη πριν από τη χρήση του προϊόντος

- Οδηγίες για την προσαρμογή και τις ρυθμίσεις που απαιτούνται για την επίτευξη του επιθυμητού επιπέδου προστασίας καθώς και οδηγίες για τη σωστή χρήση
- Οδηγίες για τη συντήρηση, τον καθαρισμό, την απολύμανση (σε περίπτωση που τα προϊόντα είναι πολλαπλών χρήσεων) και την αποθήκευση

Η απόρριψη των ΜΑΠ γίνεται σύμφωνα με τις διαδικασίες που περιγράφονται στον Εσωτερικό Κανονισμό Διαχείρισης Μολυσματικών Αποβλήτων.

Η ΕΝΑ, σε συνεργασία με τους Προϊστάμενους των Τμημάτων, έχει μεριμνήσει για την εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας στη χρήση των ατομικών μέτρων προστασίας αλλά και για την παρακολούθησή τους κυρίως κατά τη διαδικασία απόρριψης των ΜΑΠ.

Η ΕΝΑ έχει αναρτημένες σχετικές αφίσες και οδηγίες στους χώρους που οφείλουν οι επαγγελματίες υγείας να εφαρμόζουν τα μέτρα ατομικής προστασίας (π.χ. στα εξωτερικά ιατρεία, στο χώρο εξέτασης, στο θάλαμο του ασθενούς, στη ΜΕΘ, στα χειρουργεία κ.λπ.)

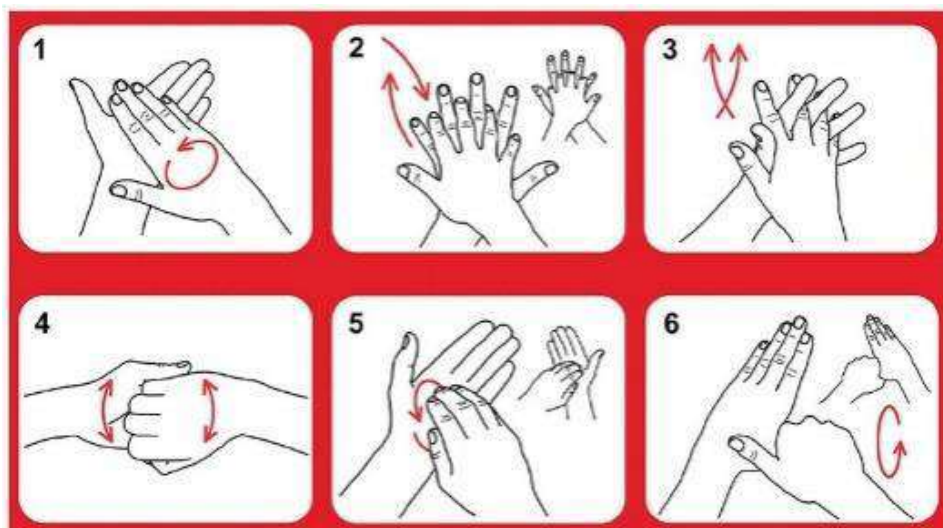
Πως φοράω και πως αφαιρώ τα Μέσα Ατομικής Προστασίας

- Πριν την εφαρμογή του Ατομικού Εξοπλισμού Προστασίας η αφαίρεση όλων των προσωπικών αντικειμένων (ρολόι, δαχτυλίδια, κοσμήματα, κινητό κλπ) είναι επιβεβλημένη.
- Η χρήση σκούφου ως εξοπλισμού ατομικής προστασίας για τον COVID-19 είναι προαιρετική εκτός αν παράλληλα γίνονται παρεμβάσεις που η χρήση του απαιτείται (π.χ. τοποθέτηση Κεντρικού Φλεβικού Καθετήρα). Συνήθως χρησιμοποιείται από άτομα με έντονο όγκο ή/και μεγάλο μήκος μαλλιών. Τα μαλλιά θα πρέπει να είναι πολύ καλά στερεωμένα πάνω στο κεφάλι πριν τη χρήση του σκούφου. Ο σκούφος φοριέται μετά τη μάσκα και την οφθαλμική προστασία και αφαιρείται πριν την αφαίρεση των γυαλιών, με κίνηση προς τα πίσω και ακολουθεί υγιεινή χεριών.
- Η αφαίρεση του Ατομικού Εξοπλισμού Προστασίας θα πρέπει να γίνεται σε ασφαλές μέρος και σε απόσταση >2μ από τον ασθενή (ή στον προθάλαμο, αν υπάρχει). Σε κάθε περίπτωση η μάσκα υψηλής αναπνευστικής προστασίας αφαιρείται εκτός θαλάμου νοσηλείας του ασθενή. Όλος ο Ατομικός Εξοπλισμός Προστασίας απορρίπτεται στα μολυσματικά απορρίμματα. Αν τα γυαλιά πρόκειται να ξαναχρησιμοποιηθούν πρέπει να απορριφθούν σε ειδικό δοχείο και να ακολουθηθούν οι οδηγίες του κατασκευαστή για τον καθαρισμό, απολύμανση ή/και αποστείρωσή τους.
- Οι κινήσεις κατά την αφαίρεση του Ατομικού Εξοπλισμού Προστασίας δεν θα πρέπει να είναι βιαστικές και θορυβώδεις κινήσεις. Προσοχή στις επιμολύνσεις.
- Υπενθυμίζεται ότι η χρήση επιπλέον Ατομικού Εξοπλισμού Προστασίας χωρίς να συστήνεται από τους αρμόδιους φορείς, αυξάνει τις πιθανότητες μόλυνσης κατά την αφαίρεσή του.
- Μικρές διαφοροποιήσεις στον τρόπο αφαίρεσης του Ατομικού Εξοπλισμού Προστασίας μπορεί να υπάρχουν, αρκεί ο **μολυσμένος εξοπλισμός να ΜΗΝ ΑΓΓΙΖΕΤΑΙ με γυμνό χέρι, να ακολουθεί μετά την αφαίρεση κάθε είδους προστασίας υγιεινή των χεριών, να αφαιρείται η μάσκα τελευταία και να μην αγγίζονται οι βλεννογόνοι οφθαλμών, ρινός και στοματικής κοιλότητας με χέρια που δεν έχει άμεσα προηγηθεί υγιεινή των χεριών.**
- Τα παπούτσια εργασίας θα πρέπει να είναι πλαστικά, χωρίς τρύπες στην άνω επιφάνεια.

Τεχνική ντυσίματος:

Στο χώρο που θα φορεθεί ο Ατομικός Εξοπλισμός Προστασίας (ΑΕΠ) συστήνεται να υπάρχει καθρέπτης και αν είναι εφικτό και άλλο ένα άτομο που θα επιβλέπει τον τρόπο εκτέλεσης της διαδικασίας.

1. Εφαρμόστε **ΥΓΙΕΙΝΗ ΧΕΡΙΩΝ** και ελέγξτε την αρτιότητα του εξοπλισμού.



2. Φορέστε την αδιάβροχη ρόμπα με μακριά μανίκια και μανσέτα και δέστε τη πίσω σας. Αν αυτό είναι δύσκολο, δέστε τη στο πλάι (όχι μπροστά σας).



3. Φορέστε τη μάσκα υψηλής αναπνευστικής προστασίας (FFP2 ή FFP3) ανάλογα με το είδος της παρέμβασης. Εφαρμόστε σωστά τη μάσκα: καλύψτε όλο σας το πηγούνι και πιέστε το

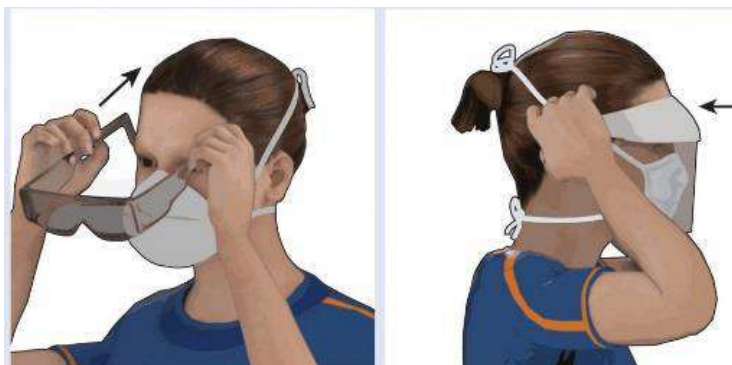
έλασμα πάνω και γύρω από τη μύτη. Οι ελαστικοί ιμάντες τοποθετούνται γύρω από τον αυχένα και τη μεσότητα του οπίσθιου μέρους της κεφαλής αντίστοιχα.



4. Εφαρμόστε *fittest*: Εισπνεύστε ώστε να γίνει εσολκή στη μάσκα. Εκπνεύστε για να διαπιστώσετε εάν υπάρχει διαρροή από τα πλαϊνά και το άνω μέρος της μάσκας



5. Φορέστε γυαλιά ή ασπίδα προσώπου, ώστε να προσαρμόζονται στο πρόσωπο και τους οφθαλμούς. Αν χρησιμοποιείτε γυαλιά θα πρέπει να μην υπάρχει κενό μεταξύ μάσκας και γυαλιών στην περιοχή του ρινικού οστού.



6. Εφαρμόστε ΥΓΙΕΙΝΗ ΧΕΡΙΩΝ.



7. Φορέστε γάντια (αν είναι εφικτό με μακριά μανσέτα), έτσι ώστε να καλύπτονται τα μανίκια της προστατευτικής ενδυμασίας πάνω από τους καρπούς.

Τεχνική αφαίρεσης προστατευτικού υλικού

Στο χώρο που θα αφαιρεθεί ο Ατομικός Εξοπλισμός Προστασίας (ΑΕΠ) προτείνεται να υπάρχει καθρέπτης και αν είναι εφικτό και άλλο ένα άτομο που θα επιβλέπει τον τρόπο εκτέλεσης της διαδικασίας.

1. Εφαρμόστε **ΥΓΙΕΙΝΗ ΧΕΡΙΩΝ** και φορέστε ένα **νέο ζευγάρι γάντια**.
2. Αφαιρέστε τη ρόμπα



3. Η μπροστινή εξωτερική επιφάνεια της ρόμπας θεωρείται μολυσμένη.
4. Λύστε τα κορδόνια. Ξεκινώντας από την πίσω πλευρά διπλώστε το ρυπαρό μέρος και ακολουθήστε την τεχνική του ξεφλουδίσματος. Κατεβάστε τη ρόμπα με αργές κινήσεις, τυλίγοντας σταδιακά και φέρνοντας την εσωτερική επιφάνεια προς τα έξω.

5. Αφαιρέστε τα γάντια και εφαρμόστε ΥΓΙΕΙΝΗ ΤΩΝ ΧΕΡΙΩΝ.
6. Αφαιρέστε την προστασία των οφθαλμών.
7. Η πρόσθια επιφάνεια της οφθαλμικής προστασίας θεωρείται μολυσμένη - ΜΗΝ ΤΗΝ ΑΓΓΙΖΕΤΕ.
8. Για να αφαιρέσετε κρατείστε από τους βραχίονες των γυαλιών ή το κορδόνι των γυαλιών ή της ασπίδας προσώπου.



9. Εφαρμόστε ΥΓΙΕΙΝΗ ΤΩΝ ΧΕΡΙΩΝ.
10. Αφαιρέστε ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ τη μάσκα υψηλής αναπνευστικής προστασίας. Η πρόσθια επιφάνεια της μάσκας θεωρείται μολυσμένη –ΜΗΝ ΤΗΝ ΑΓΓΙΖΕΤΕ. Πιάστε μόνο τους ιμάντες στο πίσω μέρος της κεφαλής: πρώτα τον κάτω ιμάντα και μετά τον επάνω. Αφού απελευθερωθεί το πίσω μέρος της κεφαλής από τους ιμάντες σκύψτε ελαφρά μπρος τα μπροστά, προσέχοντας να μην και απορρίψτε τη μάσκα στα μολυσματικά απορρίμματα.



11. Εφαρμόστε ΥΓΙΕΙΝΗ ΤΩΝ ΧΕΡΙΩΝ.

3. Διαχείριση αιχμηρών αντικειμένων και αντιμετώπιση ατυχήματος από αιχμηρά και εκτίναξη βιολογικών υγρών

Γενικά περί Διαχείρισης αιχμηρών αντικειμένων

Οι συνηθέστερες διαδικασίες κατά τις οποίες μπορεί να συμβεί τραυματισμός από αιχμηρά είναι:

- Κατά τη διάρκεια χρήσης αιχμηρής συσκευής σε ασθενή (41%)
- Ύστερα από τη χρήση και πριν την απόρριψη της αιχμηρής συσκευής (40%)
- Κατά τη διάρκεια ή μετά την απόρριψη της αιχμηρής συσκευής (15%)
- Όλοι οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να λαμβάνουν προφυλάξεις ώστε να αποφεύγονται οι τραυματισμοί που προκαλούνται από σύριγγες, νυστέρια και άλλα αιχμηρά αντικείμενα ή συσκευές: κατά τη διάρκεια ιατρονοσηλευτικών πρακτικών, κατά τον καθαρισμό των συσκευών αυτών, κατά την απόρριψη χρησιμοποιημένων συρίγγων και κατά τους χειρισμούς μετά τη χρήση των αιχμηρών αντικειμένων.
- Οι επαγγελματίες υγείας να θεωρούν ότι όλοι οι ασθενείς είναι πιθανοί φορείς αιματογενώς μεταδιδόμενου νοσήματος.

Εκτίμηση κινδύνου

- Αναγνώριση και περιγραφή των παραγόντων κινδύνου
- Αξιολόγηση κινδύνων ανά ομάδα επαγγελματιών υγείας, διαδικασία
- Περιγραφή και εφαρμογή των προληπτικών μέτρων
- Αρχές πρόληψης ατυχημάτων με αιχμηρά
- Περιορισμός χρήσης των αιχμηρών ή αντικατάστασή τους με ασφαλέστερες συσκευές
- Διαμόρφωση ασφαλούς πεδίου εργασίας που επιτρέπει την άνεση στο χειρισμό των αιχμηρών αντικειμένων.
- Χρήση αιχμηρών και δοχείων απόρριψης με προδιαγραφές ασφαλείας
- Δοχεία απόρριψης σε απόσταση <1m από το πεδίο χρήσης τους
- Διοικητικές παρεμβάσεις (περιγραφή διαδικασιών και εκπαίδευση προσωπικού)

- Συμμόρφωση στις ορθές πρακτικές (βασικές προφυλάξεις, μη επανατοποθέτηση καλυμμάτων αιχμηρών)
- Ορθή χρήση ατομικού προστατευτικού εξοπλισμού
- Εκπαίδευση (συνεχιζόμενη) προσωπικού στην ασφαλή χρήση των αιχμηρών και διαχείριση των βιολογικών υγρών και στις ορθές πρακτικές διαχείρισης

Διαδικασία - αρχές δήλωσης και αντιμετώπισης ατυχήματος με αιχμηρά αντικείμενα και από εκτίναξη βιολογικών υγρών.

- Υπηρεσία υποδοχής περιστατικού (γραφείο ελέγχου λοιμώξεων)
- Αρχική αντιμετώπιση – πρώτες βοήθειες
- Λεπτομερής καταγραφή της έκθεσης
- Εργαστηριακή διερεύνηση και διασύνδεση με εξειδικευμένα τμήματα
- Καθορισμός και παρακολούθηση περαιτέρω αντιμετώπισης (πρωτόκολλα προφυλακτικής αγωγής)
- Εργαστηριακή και κλινική παρακολούθηση
- Τήρηση αρχείου επαγγελματικών εκθέσεων

Διαδικασία: Διαχείριση αντιμετώπισης ατυχήματος από αιχμηρά και από εκτίναξη βιολογικών υγρών
Αρχές πρόληψης ατυχημάτων με αιχμηρά:

- Περιορισμός χρήσης ή αντικατάσταση τους
- Χρήση αιχμηρών και δοχείων απόρριψης με προδιαγραφές ασφαλείας
- Διοικητικές παρεμβάσεις (περιγραφή διαδικασιών και εκπαίδευση προσωπικού)
- Ανάρτηση πλαστικοποιημένων οδηγιών σχετικά με τη διαχείριση αιχμηρών αντικειμένων σε όλα τα τμήματα (βλέπε παράρτημα) με σκοπό την ασφαλή απόρριψη και την πρόληψη έκθεσης εργαζομένων και ασθενών.
- Εφαρμογή ορθών πρακτικών (βασικές προφυλάξεις, μη επανατοποθέτηση καλυμμάτων αιχμηρών)
- Επιβεβαίωση εμβολιαστικής κάλυψης των εργαζομένων υγείας πριν την ανάληψη των καθηκόντων τους, και συμπλήρωση των δόσεων που απαιτούνται.

- Ορθή χρήση ατομικού προστατευτικού εξοπλισμού
- Ειδικό "κλειστό" σύστημα αιμοληψίας

Υπευθυνότητες – αρμοδιότητες

Οι Προϊστάμενοι και οι Δ/ντές των τμημάτων είναι υπεύθυνοι για την τήρηση των ανωτέρω οδηγιών και την επίβλεψη του προσωπικού ευθύνης τους.

καθώς και για την εξασφάλιση συμμετοχής των εργαζομένων στα αντίστοιχα εκπαιδευτικά μαθήματα.

Το ιατρικό και Νοσηλευτικό Προσωπικό οφείλει να γνωρίζει την πολιτική του νοσοκομείου για την προστασία των ατυχημάτων από αιχμηρά αντικείμενα και να εφαρμόζει ανελλιπώς τους κανόνες διαχείρισης των αιχμηρών αντικειμένων.

Οι λοιποί επαγγελματίες υγείας όλων των τμημάτων οφείλουν να γνωρίζουν τους κινδύνους που υπάρχουν από την κακή διαχείριση ή / και απόρριψη των αιχμηρών αντικειμένων και να φροντίζουν την ασφάλεια τους και των συνεργατών τους.

Ο υπεύθυνος επιστάσιος κτιρίου και το προσωπικό καθαριότητας οφείλουν να γνωρίζουν και να εφαρμόζουν τον ασφαλή τρόπο περισυλλογής των σάκων.

Αρχές δήλωσης και αντιμετώπισης ατυχήματος με αιχμηρά

Αρχική αντιμετώπιση – πρώτες βοήθειες

Σε κάθε περίπτωση ατυχήματος με αιχμηρά ο επαγγελματίας υγείας θα πρέπει να ακολουθεί τα εξής βήματα:

ΒΗΜΑ 1: ΠΕΡΙΠΟΙΗΣΗ ΤΗΣ ΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗΣ ΠΕΡΙΟΧΗΣ

ΒΗΜΑ 2: ΑΝΑΦΟΡΑ ΤΟΥ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

ΒΗΜΑ 3: ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΕΚΘΕΣΗΣ

ΒΗΜΑ 4: ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ-ΠΗΓΗΣ ΕΚΘΕΣΗΣ

ΒΗΜΑ 5: ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΜΕΤΑ ΕΚΘΕΣΗ ΑΝΑ ΝΟΣΗΜΑ

ΒΗΜΑ 6: ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ

4.Καθαριότητα και απολύμανση άψυχου περιβάλλοντος

Η καθαριότητα με απλά απορρυπαντικά, όσον αφορά τις επιφάνειες στο νοσοκομειακό περιβάλλον, οδηγεί σε παρόμοια ελάττωση του μικροβιακού φορτίου με αυτή που επιτυγχάνεται με τη χρήση απολυμαντικών. Σήμερα έχει γίνει αποδεκτό ότι ο έλεγχος της αποτελεσματικότητας των μέτρων καθαριότητας δεν απαιτεί συστηματική λήψη καλλιεργειών από περιβαλλοντολογικά δείγματα.

Γενικά τα δάπεδα, τα έπιπλα, οι τοίχοι και άλλες επίπεδες επιφάνειες, μέσα στο νοσοκομείο, πρέπει να είναι οπτικά καθαρές και απαιτούν καθημερινή υγιεινή φροντίδα. Στην καθημερινή ρουτίνα δεν απαιτείται αποστείρωση ή υψηλού βαθμού απολύμανση, αφού το άψυχο περιβάλλον παίζει μικρό ρόλο στη μετάδοση των μικροοργανισμών.

Σε κάθε χώρο παροχής υπηρεσιών υγείας με ευθύνη των ΕΝΛ είναι απαραίτητο να καταγραφούν πρωτόκολλα με οδηγίες καθαρισμού και απολύμανσης για τα εξής (Οι ίδιες οδηγίες αναφέρονται στη σύμβαση της μονάδας με το συνεργείο καθαριότητας):

- Καθαρισμός ρουτίνας οριζόντιων επιφανειών
- Καθαρισμός σε περίπτωση λερώματος με αίμα ή άλλα βιολογικά υγρά
- Διαχείριση ιματισμού
- Υγιεινή περιβάλλοντος
- Διαχείριση νερού
- Κλιματισμός

Οι βασικοί κανόνες καθαριότητας περιλαμβάνουν τα εξής:

- Καθαρισμός επιφανειών (πάτωμα, ψηλότερες επιφάνειες) σε τακτική βάση, όταν αυτές λερωθούν με βιολογικά υγρά ή όποτε απαιτηθεί επιπλέον (εάν αυτές είναι ορατά ρυπαρές).
- Απολύμανση επιφανειών σε τακτική βάση ή ακολουθώντας εντατικοποιημένο πρόγραμμα (αύξηση της συχνότητας/ημέρα) όταν απαιτείται (νοσηλεία ασθενών με λοιμώδη νοσήματα ή πολυανθεκτικά παθογόνα).
- Ακολουθούνται πάντα οι οδηγίες του κατασκευαστή τόσο για τα απορρυπαντικά όσο και τα απολυμαντικά σκευάσματα για τις αραιώσεις, τη φύλαξη των σκευασμάτων, την ανάμιξη διαφορετικών ουσιών, την ημερομηνία λήξης, την προστασία του χρήστη.

- Καθαρισμός τοίχων, κουρτινών, παραθύρων όταν αυτά είναι εμφανώς λερωμένα ή μολυσμένα.
- Προετοιμασία απολυμαντικού ή απορρυπαντικού διαλύματος όπως απαιτείται και συχνή αντικατάστασή τους (π.χ. αντικατάσταση του διαλύματος των πατωμάτων ανά τρεις θαλάμους και όχι συχνότερα από διάστημα 1ώρας) σύμφωνα πάντα με την πολιτική της ΕΝΛ.
- Απολύμανση σφουγγαρίστρας ή πανιών καθαριότητας τακτικά για την πρόληψή μόλυνσής τους (πλύσιμο - στέγνωμα τουλάχιστον ημερησίως).
- Χρήση αποκλειστικά απολυμαντικού σκευάσματος στην περιοχή ασθενούς όταν υπάρχει αβεβαιότητα για τη φύση του ρύπου στις επιφάνειες(αίμα, βιολογικά υγρά ή παρουσία πολυανθεκτικών παθογόνων).
- Χρήση απορρυπαντικού και νερού σε χώρους όπου δεν παρέχεται φροντίδα υγείας (γραφεία, σαλόνια κλπ)
- Δεν ενδείκνυται χρήση υψηλού βαθμού απολύμανσης ή χημικών αποστειρωτικών για μη κρίσιμες επιφάνειες.
- Μηχανικός καθαρισμός πάντα με εμποτισμένο πανί σε απολυμαντικό ή απορρυπαντικό σκεύασμα των οριζόντιων επιφανειών (ημερησίως για τις περιοχές που παρέχεται φροντίδα και τρεις φορές εβδομαδιαίως για τις υπόλοιπες).
- Απολύμανση μη κρίσιμων επιφανειών με εγκεκριμένο απολυμαντικό σκεύασμα σύμφωνα με συστάσεις (αραιώσεις και χρόνοι)κατασκευαστή.
- Δεν επιτρέπεται η απολύμανση παιδικών κλινών ή θερμοκοιτίδων όταν αυτά καταλαμβάνονται από ασθενείς. Εάν χρησιμοποιούνται απολυμαντικά σκευάσματα για την τελική καθαριότητα (με την αποχώρηση των ασθενών) θα πρέπει να ξεπλένονται σχολαστικά με νερό και να στεγνώνονται πριν την επόμενη χρήση.

Καθαρισμός και απολύμανση κηλίδων αίματος ή άλλων βιολογικών υγρών ή υλικών σύμφωνα με συστάσεις:

- Χρήση γαντιών και προστατευτικού εξοπλισμού.
- Χρήση λαβίδας για τη συλλογή αιχμηρών αντικειμένων.
- Χρήση απορροφητικού χαρτιού.

- Εγκεκριμένο απολυμαντικό σκεύασμα ή υποχλωριώδες 1:10 αρχικά προκειμένου να αποφευχθεί ο κίνδυνος μετάδοσης λοίμωξης κατά τη διάρκεια της καθαριότητας και στη συνέχεια 1:100 για την τελική απολύμανση.
- Σε θαλάμους ασθενούς με λοίμωξη από *Clostridium difficile* ή σε περιπτώσεις επιδημίας οφειλόμενης σε αυτό το παθογόνο ενδείκνυται μόνο η χρήση διαλυμάτων υποχλωριώδους νατρίου σε συγκεντρώσεις 5.25%–6.15% (1:10 οικιακής χλωρίνης) για την απολύμανση των επιφανειών εφόσον τα άλλα απολυμαντικά σκευάσματα δεν είναι δραστικά έναντι των σπόρων *Clostridium difficile*.
- Τα διαλύματα χλωρίου συστήνεται να ετοιμάζονται ημερησίως, δεδομένου ότι χάνουν το 50% της δραστικότητάς τους τις πρώτες 30 ημέρες ακόμη και όταν φυλάσσονται σε κλειστά δοχεία.

5.Είδη προφυλάξεων

Βασικές προφυλάξεις

- Υγιεινή των χεριών πριν και μετά από κάθε επαφή με τον ασθενή (5 βήματα για την υγιεινή των χεριών).
- Χρησιμοποιείτε προστατευτική ενδυμασία, οφθαλμική προστασία και απλή χειρουργική μάσκα όταν υπάρχει κίνδυνος εκτίναξης βιολογικών υγρών.
- Ακολουθήστε τις οδηγίες για την ασφαλή απόρριψη των αιχμηρών και των μολυσματικών απορριμμάτων.
- Ακολουθήστε τις οδηγίες για καθαριότητα και απολύμανση ρουτίνας.
- Οι βασικές προφυλάξεις λαμβάνονται από όλο το προσωπικό και για όλους τους ασθενείς και για όλα τα δυνητικά μολυσμένα βιολογικά υγρά αντικείμενα.

Προφυλάξεις επαφής

- Λαμβάνονται επιπλέον των βασικών προφυλάξεων
- Νοσηλεία ασθενή σε μόνωση ή συν-νοσηλεία ασθενών με το ίδιο νόσημα
- Πριν από την είσοδο στο χώρο νοσηλείας του ασθενή, εφαρμόστε υγιεινή των χεριών και φορέστε την προστατευτική ενδυμασία και τα ιατρικά γάντια.

- Χρησιμοποιείτε οφθαλμική προστασία και απλή χειρουργική μάσκα όταν υπάρχει κίνδυνος εκτίναξης βιολογικών υγρών.
- Αμέσως μετά την έξοδο σας από το χώρο νοσηλείας του ασθενή, αφαιρέστε τα ιατρικά γάντια και εφαρμόστε υγιεινή των χεριών. Στη συνέχεια αφαιρέστε την προστατευτική ενδυμασία και εφαρμόστε ξανά υγιεινή των χεριών.
- Οι επισκέψεις και οι μετακινήσεις του ασθενή περιορίζονται στις απολύτως απαραίτητες.
- Χρησιμοποιήστε αποκλειστικό ιατρικό εξοπλισμό για το συγκεκριμένο ασθενή ή υλικά μίας χρήσης. Σε αντίθετη περίπτωση απολυμάνετε τις συσκευές και τα υλικά κοινής χρήσης.

Αερογενείς προφυλάξεις

- Λαμβάνονται επιπλέον των βασικών προφυλάξεων
- Νοσηλεία ασθενή σε θάλαμο αρνητικής πίεσης ή νοσηλεία σε θάλαμο μόνωσης (με τουαλέτα και προθάλαμο) ή συν-νοσηλεία ασθενών με το ίδιο νόσημα σε καλά αεριζόμενο θάλαμο.
- Πριν από την είσοδο στο χώρο νοσηλείας του ασθενή, εφαρμόστε υγιεινή των χεριών και μάσκα υψηλής αναπνευστικής προστασίας και ελέγξτε τη σωστή εφαρμογή της.
- Χρησιμοποιείτε προστατευτική ενδυμασία, οφθαλμική προστασία και απλή χειρουργική μάσκα όταν υπάρχει κίνδυνος εκτίναξης βιολογικών υγρών.
- Αμέσως μετά την έξοδο σας από το χώρο νοσηλείας του ασθενή, αφαιρέστε τη μάσκα υψηλής αναπνευστικής προστασίας και εφαρμόστε υγιεινή των χεριών. Στη συνέχεια αφαιρέστε τον υπόλοιπο εξοπλισμό ατομικής προστασίας και εφαρμόστε ξανά υγιεινή των χεριών.
- Οι επισκέψεις και οι μετακινήσεις του ασθενή περιορίζονται στις απολύτως απαραίτητες.
- Χρησιμοποιήστε αποκλειστικό ιατρικό εξοπλισμό για το συγκεκριμένο ασθενή ή υλικά μίας χρήσης. Σε αντίθετη περίπτωση απολυμάνετε τις συσκευές και τα υλικά κοινής χρήσης.

Προφυλάξεις σταγονιδίων

- Λαμβάνονται επιπλέον των βασικών προφυλάξεων
- Νοσηλεία ασθενή σε μόνωση ή συν-νοσηλεία ασθενών με το ίδιο νόσημα
- Πριν από την είσοδο στο χώρο νοσηλείας του ασθενή, εφαρμόστε υγιεινή των χεριών και φορέστε την απλή χειρουργική μάσκα.

- Χρησιμοποιείτε προστατευτική ενδυμασία, οφθαλμική προστασία και απλή χειρουργική μάσκα όταν υπάρχει κίνδυνος εκτίναξης βιολογικών υγρών.
- Αμέσως μετά την έξοδο σας από το χώρο νοσηλείας του ασθενή, αφαιρέστε την απλή χειρουργική μάσκα και εφαρμόστε υγιεινή των χεριών. Στη συνέχεια αφαιρέστε τον υπόλοιπό εξοπλισμό ατομικής προστασίας και εφαρμόστε ξανά υγιεινή των χεριών.
- Οι επισκέψεις και οι μετακινήσεις του ασθενή περιορίζονται στις απολύτως απαραίτητες.
- Χρησιμοποιήστε αποκλειστικό ιατρικό εξοπλισμό για το συγκεκριμένο ασθενή ή υλικά μίας χρήσης. Σε αντίθετη περίπτωση απολυμάνετε τις συσκευές και τα υλικά κοινής χρήσης.

Συνιστώμενες Προφυλάξεις	Λοιμώξεις ή νοσήματα
Βασικές	Άνθρακας δερματικός και πνευμονικός, Εγκεφαλίτιδες μεταδιδόμενες από αρθρόποδα, Ασκαριδίαση, Ασπεργίλλωση, Αιμορραγικοί πυρετοί, Μπαμπεσίωση, Αλλαντίαση, Κλωστηριαδικές λοιμώξεις, Βρουκέλλωση, Καντιντίαση, Επιπεφυκίτιδα, Κυτταρίτιδα, Χλαμυδιακές λοιμώξεις, Τροφικές Δηλητηριάσεις, Νόσος Creutzfeldt-Jacob, Κρυπτοκοκκίαση, CMV - λοίμωξη, Δάγκειος, Εχινοκοκκίαση, Λοιμώξεις από ιό Epstein – Barr, Λοιμώξεις από εντεροϊούς, Γαστρεντερίτιδες, Γονοκοκκικές λοιμώξεις, Σύνδρομο Guillain – Barré, Ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού, Ιογενείς Ηπατίτιδες, Λεγιονέλλωση, Λέπρα, Λεπτοσπείρωση, Φθειρίαση σώματος - εφηβαίου, Λιστερίωση, Ελονοσία, Μηνιγγίτιδες, Φυματίωση, Λοιμώξεις από άτυπα μυκοβακτηρίδια, Λοιμώξεις από πολυανθεκτικά βακτήρια, Ζυγομύκωση, Βουβωνική πανώλη, Πνευμονία (βακτηριακή, χλαμυδιακή, μυκητιακή, από <i>Pneumocystis jiroveci</i>, πυρετός Q, Υπόστροφος πυρετός, Λύσσα, Ψιττάκωση, Σχιστοσωμίαση, Ρικετσιώσεις, Σύφιλη, Τέτανος, Τοξοπλάσωση, Τριχίνωση
Επαφής	Αποστήματα, Βρογχιολίτιδα, Διάρροια από <i>C. difficile</i>, Διφθερίτιδα δερματική, Οξεία ιογενής αιμορραγική επιπεφυκίτιδα, Γαστρεντερίτιδα από <i>Rota</i>- ιούς, Ηπατίτιδα Α (μόνο σε ασθενείς που δεν ελέγχουν τη λειτουργία του εντέρου), Έρπητας Ζωστήρ, Ευλογιά, Λοιμώξεις από πολυανθεκτικά βακτήρια, HIV, Φθειρίαση κεφαλής, Ιοί παραϊνφλουεντζας, Επιγλωττίτιδα από <i>Haemophilus influenzae</i>, Πνευμονία από αδενοϊούς, λοιμώξεις αναπνευστικού από <i>B. ceracia</i> σε ασθενείς με κυστική ίνωση (συμπεριλαμβανομένου και του αποικισμού), Λοίμωξη από RSV σε βρέφη, μικρά παιδιά και ανοσοκατεσταλμένους ενήλικες, Πολυομυελίτιδα, SARS, Ευλογιά, Ιογενείς Αιμορραγικοί πυρετοί, Εκτεταμένες λοιμώξεις τραυμάτων
Σταγονιδίων	Γρίπη (εποχική, πτηνών, πανδημική), Διφθερίτιδα φαρυγγική, Μηνιγγίτιδα από <i>Haemophilus influenzae</i> και <i>Neisseria meningitidis</i> (διαγνωσμένη ή ύποπτη), Κοκκύτης, Μηνιγγιτιδοκοκκική νόσος, Πνευμονική πανώλη, Παρωτίτιδα, Πνευμονία από μυκόπλασμα, <i>Haemophilus influenzae</i> σε βρέφη και παιδιά, Λοίμωξη από αδενοϊό, group A streptococcus, Παρβοϊό B19, Ρινοϊό, Ερυθρά, SARS, Οστρακιά, Ιογενείς Αιμορραγικοί Πυρετοί
Αερογενείς	Ανεμευλογιά, Ιλαρά, Ευλογιά, Φυματίωση

6. Μέτρα πρόληψης και ελέγχου για τη διασπορά πολυανθεκτικών μικροοργανισμών στο νοσοκομείο

Η διασπορά των πολυανθεκτικών μικροοργανισμών σε χώρους παροχής υπηρεσιών υγείας αποτελεί μία κρίση δημόσιας υγείας σε διεθνές επίπεδο με πολύ σημαντικές επιπτώσεις τόσο για τους ασθενείς όσο και για την λειτουργία του υγειονομικού συστήματος. Η πρόληψη της διασποράς των πολυανθεκτικών παθογόνων στο νοσοκομειακό περιβάλλον θα πρέπει να αποτελεί βασική προτεραιότητα κάθε προγράμματος ελέγχου νοσοκομειακών λοιμώξεων. **Στην παρούσα θεματική ενότητα αναπτύσσονται οι διαδικασίες που εφαρμόζονται στο νοσοκομείο για την πρόληψη και τον έλεγχο της διασποράς των πολυανθεκτικών μικροοργανισμών (PAM-MDROs).**

Η πρόληψη της διασποράς των PAM πρέπει να γίνεται συγχρόνως σε πολλά επίπεδα και βασίζεται κυρίως στους παρακάτω άξονες:

- Στην πρόληψη **της οριζόντιας διασποράς** των PAM στο νοσοκομειακό περιβάλλον. Η κατηγορία αυτή των μέτρων είναι η σημαντικότερη γιατί τα PAM μεταδίδονται από ασθενή σε ασθενή μέσω της επαφής με το προσωπικό του νοσοκομείου ή το επιμολυσμένο άψυχο περιβάλλον (επιφάνειες, κοινός εξοπλισμός).
- Στην πρόληψη **των λοιμώξεων από παρεμβατικούς χειρισμούς**, που αποτελούν τις συχνότερες νοσοκομειακές λοιμώξεις και μπορούν σε πολύ υψηλό ποσοστό να αποφευχθούν με την εφαρμογή των κατάλληλων δεσμίδων μέτρων και είναι οι ακόλουθες:
 - Βακτηριαιμίες Προερχόμενες από τους Κεντρικούς Φλεβικούς Καθετήρες
 - Ουρολοιμώξεις Συνδεόμενες με την τοποθέτηση ουροκαθετήρα
 - Λοιμώξεις κατώτερου αναπνευστικού σχετιζόμενες με μηχανική αναπνοή
 - Λοιμώξεις Χειρουργικού Πεδίου
- Στην έγκαιρη διάγνωση των αιτίων –παθογόνων των λοιμώξεων από PAM που περιλαμβάνει τόσο την δυνατότητα ανίχνευσης και σωστής ταυτοποίησης των PAM, όσο και την διάγνωση των ασυμπτωματικών φορέων από τους οποίους μεταδίδονται οι πολυανθεκτικοί μικροοργανισμοί και στους οποίους πρέπει να εφαρμόζονται τα ίδια μέτρα πρόληψης που εφαρμόζονται και στους ασθενείς με λοίμωξη από PAM.

➤ Στην ορθολογική διαχείριση των αντιβιοτικών στο νοσοκομειακό χώρο, η οποία πρέπει να περιλαμβάνει την κατάλληλη θεραπευτική αντιμετώπιση των λοιμώξεων από ΠΑΜ αλλά και τη διάσωση των τελευταίων διαθέσιμων αντιβιοτικών για την αντιμετώπισή τους.

➤ Τα μέτρα ελέγχου διαχωρίζονται στο βασικό κορμό που αποτελεί τα γενικά μέτρα που πρέπει να εφαρμόζονται σε όλους τους χώρους παροχής υπηρεσιών υγείας και στα εντατικοποιημένα επιπρόσθετα μέτρα που πρέπει να εφαρμόζονται σε ειδικές περιπτώσεις ή σε περιπτώσεις που δεν αποδίδουν τα γενικά μέτρα.

Διοικητικά μέτρα

Επίκεντρο της δράσης της διοίκησης του νοσοκομείου είναι η εδραίωση ενιαίας στρατηγικής σχετικά με την πρόληψη και τον έλεγχο της διασποράς των ΠΑΜ στο νοσοκομειακό χώρο. Οι σημαντικότερες δράσεις συνοψίζονται στα ακόλουθα:

Εδραίωση ενιαίας στρατηγικής- προγράμματος ελέγχου λοιμώξεων για την πρόληψη και τον έλεγχο της διασποράς των ΠΑΜ στο νοσοκομειακό χώρο. Η υιοθέτηση της στρατηγικής αυτής προωθεί την πρόληψη και τον έλεγχο της διασποράς των ΠΑΜ ως προτεραιότητα του νοσοκομείου.

Ενσωμάτωση των αρχών της πρόληψης για την διασπορά των ΠΑΜ στην καθημερινή κλινική πρακτική του προσωπικού μέσω της εκπαίδευσης, της συμμετοχής του σε δράσεις πρόληψης, της πρόσβασης σε επικαιροποιημένες οδηγίες και κυρίως της εξασφάλισης της απαραίτητης υλικοτεχνικής υποδομής για την εφαρμογή των μέτρων ελέγχου.

Ενίσχυση της επιτήρησης και της έγκαιρης διάγνωσης των ασθενών με λοίμωξη ή αποικισμό από ΠΑΜ, δηλαδή την ενίσχυση του μικροβιολογικού εργαστηρίου και των θεσμικών οργάνων που έχουν αναλάβει την υλοποίηση του προγράμματος ελέγχου.

Συστηματική ενημέρωση ανά 4-6 μήνες των κλινικών τμημάτων για την τάση των δεικτών που προκύπτουν από την επιτήρηση στο νοσοκομείο.

Εντόπιση και αντιμετώπιση περιορισμών στην εφαρμογή του προγράμματος

Συμμετοχή σε τοπικά και εθνικά προγράμματα επιτήρησης και παρέμβασης για την διασπορά των ΠΑΜ.

Εργαστηριακή και κλινική επιτήρηση

Το νοσοκομείο έχει τη δυνατότητα ανίχνευσης και ταυτοποίησης πολυανθεκτικών παθογόνων. Στόχοι είναι:

Η εδραίωση της ενεργητικής εργαστηριακής επιτήρησης των ΠΑΜ μας παρέχει τη δυνατότητα της έγκαιρης ανίχνευσης συρροών και επιδημιών από τα συγκεκριμένα παθογόνα, αλλά και την ανάδειξη της εμφάνισης νέων στελεχών στο νοσοκομείο με ιδιαίτερο επιδημιολογικό ενδιαφέρον για την πρόληψη των λοιμώξεων.

Την εγκατάσταση συστήματος επιτήρησης λοιμώξεων από ΠΑΜ (επιπολασμός/επίπτωση) από την οποία αναδεικνύεται η επίπτωση τους σε κλινικό επίπεδο και παρέχεται η δυνατότητα παρακολούθησης και αξιολόγησης των εφαρμοζόμενων μέτρων ελέγχου και πρόληψης στο νοσοκομείο.

Τη συμμετοχή του νοσοκομείου στην εθνική επιτήρηση των βακτηριαιμιών από πολυανθεκτικά βακτήρια στα πλαίσια της εφαρμογής του Σχεδίου Δράσης Προκρούστης η οποία είναι υποχρεωτική σύμφωνα με την πρόσφατη υπουργική απόφαση (ΦΕΚ 388/18-2-2014).

Την εδραίωση διαδικασιών αξιολόγησης και κοινοποίησης στους επαγγελματίες υγείας των αποτελεσμάτων της επιτήρησης.

Τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της επιτήρησης των ΠΑΜ καθορίζονται από την επιδημιολογία και τις ανάγκες του νοσοκομείου και διευρύνονται ανάλογα με τους στόχους που τίθενται κάθε φορά. Αναγκαία στοιχεία για την εδραίωση ενός συστήματος επιτήρησης πολυανθεκτικών μικροοργανισμών είναι:

Ο καθορισμός της μεθοδολογίας της επιτήρησης που ακολουθείται (συνεχής ή σημειακή καταγραφή, διευρυμένη ή εντοπισμένη σε συγκεκριμένα κλινικά τμήματα) τα είδη λοιμώξεων και οι μικροοργανισμοί που επιτηρούνται.

Η εξασφάλιση της δυνατότητας μικροβιολογικής ταυτοποίησης των πολυανθεκτικών μικροοργανισμών και ιδιαίτερα όσων επιτηρούνται μέσω του Σχεδίου Δράσης Προκρούστης (ανθεκτικά στις καρβαπενέμες στελέχη *Acinetobacter*, *Pseudomonas* και *Klebsiella*, MRSA, VRE)

Το ανθρώπινο δυναμικό που θα αναλάβει την συστηματική καταγραφή και αξιολόγηση των δεδομένων

Επιτήρηση αποικισμών νοσηλευόμενων ασθενών από πολυανθεκτικούς μικροοργανισμούς (screening)

Η επιτήρηση των αποικισμών αφορά την έγκαιρη ανίχνευση συγκεκριμένων πολυανθεκτικών μικροοργανισμών στις χλωρίδες ασθενών (εντερική χλωρίδα, εκκρίσεις αναπνευστικού, δερματικές πτυχές, ούρα, τραύματα, έλκη κ.ά.) που δεν εμφανίζουν κλινικά συμπτώματα λοίμωξης. Ανάλογα με τον μικροοργανισμό που ανιχνεύεται καθορίζονται τα ακόλουθα και αναφέρονται στον Εσωτερικό Κανονισμό:

- Η μικροβιολογική μέθοδος ανίχνευσης
- Οι χλωρίδες των ασθενών που θα ελεγχθούν
- Οι ασθενείς που θα ελεγχθούν

Όσον αφορά τα ανθεκτικά στις καρβαπενέμες εντεροβακτηριακά η προτεινόμενη μικροβιολογική μέθοδος αναφέρεται αναλυτικά στο παράρτημα. Ωστόσο στο Γ.Ν. Σύρου η ανίχνευση γίνεται αυτόματα από το μηχάνημα MICROSCAN της LERIVA και ο έλεγχος αποικισμού των ασθενών πραγματοποιείται απαραίτητα στις ακόλουθες περιπτώσεις:

Ασθενείς που ήδη νοσηλεύονται στο νοσοκομείο

Σε ασθενείς που συν-νοσηλεύτηκαν με ασθενή με ΠΑΜ πριν την διάγνωσή και απομόνωσή του.

Σε ασθενείς που προέρχονται από τμήματα υψηλού κινδύνου για λοίμωξη/αποικισμό από ΠΑΜ (πχ. ΜΕΘ, αιματολογικές, ογκολογικές κλινικές, MTN, κ.ά.)

Σε ασθενείς με παρατεταμένη νοσηλεία και λήψη αντιβιοτικών, ιδιαίτερα καρβαπενεμών.

Ασθενείς που εισέρχονται στο νοσοκομείο για νοσηλεία

Σε ασθενείς με πρόσφατη νοσηλεία (τελευταίο εξάμηνο) στη χώρα μας ή σε χώρα με επιδημία ή ενδημία από τα συγκεκριμένα πολυανθεκτικά στελέχη.

Σε ασθενείς που προέρχονται από ιδρύματα χρονίως πασχόντων, όπως Κέντρα Φυσικής Αποκατάστασης και σε ασθενείς με συχνές επισκέψεις στα νοσοκομεία για την αντιμετώπιση χρόνιων νοσημάτων όπως χρόνιοι νεφροπαθείς, αιματολογικοί και ογκολογικοί ασθενείς ή ασθενείς με ρευματολογικά νοσήματα, διαβητικοί κ.ά.

Σε ασθενείς με γνωστό αποικισμό από ΠΑΜ που εισάγεται εκ νέου στο νοσοκομείο.

Ειδικά για τους ασθενείς που προέρχονται από κλινικά τμήματα υψηλής επίπτωσης ΠΑΜ, όπως είναι οι ΜΕΘ, όταν δεν είναι εφικτό να ελεγχθεί η χλωρίδα τους θα πρέπει να αντιμετωπίζονται ως δυνητικά αποικισμένοι με ΠΑΜ και να νοσηλεύονται προληπτικά με προφυλάξεις επαφής.

Σε περιπτώσεις συρροών κρουσμάτων ή σε κλινικά τμήματα υψηλής επίπτωσης ΠΑΜ η συστηματική επιτήρηση των αποικισμών (active surveillance) αποτελεί βασικό μέτρο ελέγχου της διασποράς τους και περιγράφεται παρακάτω στα επιπρόσθετα μέτρα.

Φυσικός διαχωρισμός ασθενών – Συνθήκες απομόνωσης

Η εφαρμογή των κατάλληλων μέτρων πρόληψης και ελέγχου για τη διασπορά των ΠΑΜ αποτελεί βασικό στοιχείο των προγραμμάτων ελέγχου λοιμώξεων στο

νοσοκομειακό χώρο και βασίζεται σε διεθνώς τεκμηριωμένες για την αποτελεσματικότητά τους πρακτικές.

Ιδιαίτερη προσοχή δίνεται στον έλεγχο της διασποράς των ανθεκτικών στις καρβαπενέμες Gram αρνητικών παθογόνων. Τα παθογόνα αυτά εμφανίζουν ιδιαίτερο επιδημιολογικό ενδιαφέρον για τα νοσοκομεία της χώρας μας αφού αποτελούν τα πιο συχνά απομονωθέντα παθογόνα αίτια νοσοκομειακών λοιμώξεων. Τα μέτρα πρόληψης και ελέγχου που σύμφωνα με τις διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες συστήνονται ως τα πλέον αποτελεσματικά και εφαρμόζονται για τη νοσηλεία των ασθενών με ΠΑΜ στο Γ.Ν. Σύρου είναι τα ακόλουθα:

Φυσικός διαχωρισμός ασθενών

Ο φυσικός διαχωρισμός των ασθενών με λοίμωξη ή αποικισμό από πολυανθεκτικά παθογόνα, από τους ασθενείς που δεν είναι αποικισμένοι από τα συγκεκριμένα βακτήρια είναι επιβεβλημένος για τον έλεγχο της διασποράς τους στο νοσοκομειακό περιβάλλον. Οι τεχνικές φυσικού διαχωρισμού ασθενών με ΠΑΜ που εφαρμόζονται είναι οι ακόλουθες:

Απομόνωση

Ο ασθενής νοσηλεύεται μόνος του σε ένα θάλαμο. Οι μονόκλινοι θάλαμοι του νοσοκομείου διατίθενται σε ασθενείς με ένδειξη νοσηλείας σε απομόνωση και εφαρμογής των προφυλάξεων επαφής. Η προτεραιότητα απομόνωσης των ασθενών που ενδείκνυται η νοσηλεία τους σε απομόνωση αποφασίζεται από την ΕΝΛ. Οι ασθενείς νοσηλεύονται κατά προτεραιότητα σε προκαθορισμένους θαλάμους-απομονώσεις που έχουν οριστεί λόγω έλλειψης χώρου από την διοίκηση και την ΕΝΛ του νοσοκομείου σε συνεργασία με τα κλινικά τμήματα.

Συν-νοσηλεία

Ο ασθενής νοσηλεύεται σε κοινό θάλαμο μόνο μαζί με άλλους ασθενείς που φέρουν το ίδιο παθογόνο (γένος, είδος, φαινότυπος αντοχής).

Χωροταξικός - Γεωγραφικός Διαχωρισμός

Ο χωροταξικός διαχωρισμός εφαρμόζεται σε μεγάλους ενιαίους χώρους νοσηλείας όπου δεν υπάρχει η δυνατότητα απόλυτου φυσικού διαχωρισμού των ασθενών όπως στις ΜΕΘ. Σε αυτές τις περιπτώσεις σε μία συγκεκριμένη περιοχή του τμήματος, κατά προτίμηση στην πιο απομακρυσμένη, μεταφέρονται οι ασθενείς με το ίδιο πολυανθεκτικό παθογόνο. Σε αυτές τις περιπτώσεις πρέπει ο διαχωρισμός των ασθενών να συνοδεύεται και από αντίστοιχο διαχωρισμό του προσωπικού και πιο ειδικά των νοσηλευτών (stuff-nursing cohorting). Οι νοσηλευτές που θα αναλάβουν τη νοσηλεία των ασθενών με το συγκεκριμένο ΠΑΜ δεν θα ασχολούνται με τη φροντίδα των υπόλοιπων ασθενών. Εναλλακτικά εάν δεν είναι εφικτός ο χωροταξικός διαχωρισμός των ασθενών μπορεί να εφαρμοστεί μόνο ο διαχωρισμός των νοσηλευτών που κρίνεται ως ο πλέον απαραίτητος.

Διατομεακά τμήματα νοσηλείας ασθενών με πολυανθεκτικούς μικροοργανισμούς

Η διαμόρφωση και διάθεση ενός κλινικού τμήματος για την νοσηλεία των ασθενών με πολυανθεκτικά παθογόνα ή επικίνδυνα για τη δημόσια υγεία αποτελεί πρακτική που εφαρμόζεται στο Γ.Ν. Σύρου προκειμένου να ελεγχθεί μία επιδημία ή και ενδημική κατάσταση.

Κοινός θάλαμος

Στην περίπτωση που δεν υπάρχει η δυνατότητα συν-νοσηλείας ασθενών με ένα συγκεκριμένο ΠΑΜ, συν-νοσηλεύονται με ασθενείς χαμηλού κινδύνου για αποικισμό ανάπτυξη σοβαρής λοίμωξης και προοπτική μικρής διάρκειας νοσηλείας. Το κρεβάτι του ασθενή με τον πολυανθεκτικό μικροοργανισμό είναι σε ακραία θέση, η απόσταση μεταξύ των κρεβατιών είναι η μέγιστη δυνατή ($\geq 1\text{m}$) και υπάρχει τεχνητός φραγμός ανάμεσα στα κρεβάτια (κουρτίνα ή ένα κρεβάτι) ώστε να ελαχιστοποιείται η επαφή με τον ασθενή και το άψυχο περιβάλλον του. Τέλος εφαρμόζονται αυστηρά όλα τα αναγκαία μέτρα πρόληψης για όλους τους ασθενείς του θαλάμου.

Εκτίμηση κινδύνου

Η απομόνωση των ασθενών όταν δεν υπάρχουν διαθέσιμοι θάλαμοι γίνεται βάση εκτίμησης κινδύνου διασποράς των ΠΑΜ. Στην απόφαση για τη μόνωση των ασθενών συνεκτιμάται η δυνατότητα παραμονής του ασθενή στη μόνωση και η δυνατότητα που παρέχεται για την παρακολούθηση του.

Δίνεται προτεραιότητα:

Σε ασθενείς με **αυξημένο κίνδυνο μεταδοτικότητας** όπως είναι οι ασθενείς με εκτεταμένη λοίμωξη μαλακών μορίων – ανοικτά τραύματα, εγκαύματα, διαβητικό πόδι, κατακλίσεις, δερματοπάθειες (όπως πέμφιγα και έκζεμα), παραγωγικό βήχα.

Σε ασθενείς με **ξένα σώματα** όπως παροχετεύσεις, κεντρικοί φλεβικοί καθετήρες και ουροκαθετήρες ιδιαίτερα όταν είναι ήδη αποικισμένα.

Σε ασθενείς με λοίμωξη ή αποικισμό από παθογόνα με **ιδιαίτερο επιδημιολογικό ενδιαφέρον** για τη χώρα μας όπως είναι τα ανθεκτικά στις καρβαπενέμες στελέχη

Klebsiella spp. Στην περίπτωση ασθενών με λοίμωξη ή αποικισμό από στελέχη εντεροβακτηριακών που παράγουν NDM, οι συγκεκριμένοι ασθενείς κατά προτεραιότητα νοσηλεύονται σε μόνωση.

Συνθήκες απομόνωσης-Προφυλάξεις Επαφής

Οι συνθήκες απομόνωσης είναι όλα εκείνα τα μέτρα πρόληψης που συνοδεύουν τον φυσικό διαχωρισμό των ασθενών και είναι τα ακόλουθα:

Σήμανση θαλάμων και φύλλου νοσηλείας ασθενών. Στο Γ.Ν. Σύρου έχει καθιερωθεί η κίτρινη σήμανση για τα αιματογενώς μεταδιδόμενα και η κίτρινη για τα αερογενώς και σταγονιδίων.

Διαχωρισμός νοσηλευτικού προσωπικού και διάθεση κατάλληλα εκπαιδευμένου νοσηλεύτη για την νοσηλεία των ασθενών με ΠΑΜ (nursing cohorting-dedicated nurse). Με τους συγκεκριμένους ασθενείς ασχολείται ο ίδιος νοσηλευτής ανά βάρδια αφού έχει ολοκληρώσει την φροντίδα των υπόλοιπων ασθενών εάν δεν είναι εφικτό να ασχολείται μόνο με τους ασθενείς με ΠΑΜ.

Εφαρμογή των Μέτρων Ατομικής Προστασίας (ΜΑΠ)για τη νοσηλεία των ασθενών και εξασφάλιση των απαραίτητων υλικών για την εφαρμογή τους όπως αναλύονται παρακάτω:

Μέτρα Ατομικής Προστασίας (ΜΑΠ)

Η χρήση γαντιών και μπλούζας μιας χρήσης είναι υποχρεωτικά μέτρα των προφυλάξεων επαφής. Η χρήση μάσκας προσώπου, γυαλιών και απλής χειρουργικής μάσκας εφαρμόζονται όπου υπάρχουν οι ανάλογες ενδείξεις όπως αναφέρονται στις βασικές προφυλάξεις.

Γάντια / ποδιά ή ολόσωμη μπλούζα

Το νοσηλευτικό προσωπικό φορά καθαρά γάντια και ποδιά ή μπλούζα μιας χρήσεως κάθε φορά που έρχεται σε επαφή με τον ασθενή. Η μπλούζα απορρίπτεται αμέσως μετά την αποχώρηση από την περιοχή του ασθενούς στα μολυσματικά απόβλητα. Τα γάντια είναι μιας χρήσεως και αλλάζονται μεταξύ των επεμβατικών τεχνικών καθώς και από την μετάβαση από σηπτική σε καθαρή περιοχή στον ίδιο ασθενή αφού εφαρμοστεί η Υγιεινή των Χεριών.

Μάσκα χειρουργική, γυαλιά

Χρησιμοποιούνται μόνο όταν υπάρχει κίνδυνος εκτίναξης βιολογικών υλικών

Υγιεινή των χεριών

Εφαρμόζεται πάντα πριν και μετά την επαφή με τον ασθενή ή με το άψυχο περιβάλλον ανεξάρτητα από την χρήση γαντιών.

Ο ιατρονοσηλευτικός εξοπλισμός που χρησιμοποιείται για τη νοσηλεία του ασθενούς με ΠΑΜ είναι αποκλειστικός για τον συγκεκριμένου ασθενή καθώς και τα αντικείμενα που βρίσκονται εντός του χώρου νοσηλείας του είναι περιορισμένα.

Η μετακίνηση ασθενών εντός και εκτός νοσοκομείου απαιτεί την έγκαιρη ενημέρωση των τμημάτων- νοσοκομείων υποδοχής. Οι μετακινήσεις των ασθενών εντός και εκτός νοσοκομείου περιορίζονται στις απολύτως απαραίτητες. Ενημερώνεται το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό που θα μεταφέρει και θα υποδεχθεί τον ασθενή στο νέο τμήμα ή στο άλλο νοσοκομείο εάν αυτό κριθεί απαραίτητο (**δελτίο έγκαιρης ενημέρωσης στο Παράρτημα**). Εφαρμόζεται απολύμανση του ιατρικού εξοπλισμού καθώς και των μέσων μεταφοράς που χρησιμοποιήθηκαν και τα οποία είναι κοινά και με άλλους ασθενείς. Ασθενείς που προέρχονται από κλινικά τμήματα με υψηλή επίπτωση ΠΑΜ όπως οι ΜΕΘ, αντιμετωπίζονται ως φορείς ΠΑΜ και εφαρμόζονται άμεσα οι

Σελίδα 253 από 323 Κανονισμός Λειτουργίας Καρδιολογικού Τμήματος Γ.Ν. Σύρου

προφυλάξεις επαφής. Αν χρειαστεί λαμβάνονται επιπλέον προφυλάξεις με δεύτερο τραυματιοφορέα που θα συνοδεύσει ώστε να ενημερώνει για τις απαιτούμενες αποστάσεις. Επίσης το Γ.Ν. Σύρου διαθέτει σύμβαση με εξωτερικό συνεργάτη για εφαρμογή απολύμανσης των κλειστών χώρων και της διαδρομής (π.χ. το μοναδικό ασανσέρ) ώστε άμεσα να είναι πάλι διαθέσιμοι οι χώροι αυτοί.

Έλεγχος επισκεπτηρίου στο θάλαμο νοσηλείας των ασθενών με πολυανθεκτικούς μικροοργανισμούς. Το επισκεπτήριο είναι περιορισμένο και ενήμερο (τοποθετείται και ειδική σήμανση στην πόρτα) για την εφαρμογή των προφυλάξεων επαφής. Αυτό ισχύει τόσο για το κοινό όσο και για το προσωπικό του νοσοκομείου που επισκέπτεται το κλινικό τμήμα Υγιεινή περιβάλλοντος

Ιατρικός εξοπλισμός που χρησιμοποιείται για τη νοσηλεία του ασθενή

Κάθε ασθενής πρέπει να έχει τον αποκλειστικά δικό του μη κρίσιμο ιατρικό εξοπλισμό (π.χ. ακουστικά, περιχειρίδα κτλ) ο οποίος δεν πρέπει να χρησιμοποιείται για άλλο ασθενή αν δεν απολυμανθεί πρώτα.

Κάθε ιατρικό μηχάνημα (X-Ray, ultrasound) που χρησιμοποιείται από ασθενείς με πολυανθεκτικό παθογόνο πρέπει να απολυμαίνεται πριν και μετά τη χρήση του. Για την απολύμανση θα πρέπει να χρησιμοποιούνται σκευάσματα συμβατά με τον εξοπλισμό. Απαιτείται η χρήση ειδικών καθαριστικών πανιών μιας χρήσης για τον καθαρισμό των ιατρικών μηχανημάτων καθώς και του άμεσου άψυχου περιβάλλοντος.

Χώρος νοσηλείας

Δίνεται προτεραιότητα στο συχνό καθαρισμό των θαλάμων που νοσηλεύονται ασθενείς με λοίμωξη/αποικισμό από πολυανθεκτικά παθογόνα. Πέραν της τακτικής διαδικασίας καθαριότητας θαλάμου απαιτείται αύξηση της συχνότητας, ιδιαίτερα των μικρών συχνά αγγιζόμενων επιφανειών (πόμολα, διακόπτες) και των επιφανειών της περιοχής του ασθενούς(κομοδίνο, κλίνη(τουλάχιστον 2/ βάρδια). Συστήνεται υγρός καθαρισμός με απολυμαντικό διάλυμα σύμφωνα με συστάσεις της ΕΝΛ. Τα υλικά καθαριότητας και ιδιαίτερα τα πανιά καθαρισμού απολυμαίνονται πριν τη χρήση τους σε επιφάνειες άλλων θαλάμων. Τα υλικά καθαρισμού του πατώματος (μάπες, κουβάδες) πρέπει να φυλάσσονται απόλυτα καθαρά και στεγνά.

Ιδιαίτερη προσοχή δίνεται στα ακόλουθα:

➤ Έχει γίνει διανομή και εκπαίδευση πρωτοκόλλων καθαριότητας θαλάμων νοσηλείας ασθενών με ΠΑΜ. Τα συνεργεία καθαριότητας εκπαιδεύονται συστηματικά και επιτηρούνται στην εφαρμογή των οδηγιών που τους έχουν δοθεί από την ΕΝΛ.

- Χρήση κατάλληλου εξοπλισμού και λήψη των απαραίτητων μέτρων προστασίας για την καθαριότητα των συγκεκριμένων χώρων
- Χρήση κατάλληλων απολυμαντικών σκευασμάτων και σωστή διάλυση
- Συχνότητα και τρόπος απολύμανσης των άψυχων επιφανειών και του μη κρίσιμου εξοπλισμού του θαλάμου.
- Λήψη καλλιεργειών άψυχου περιβάλλοντος όταν αυτό κρίνεται απαραίτητο αλλά και τοποθέτηση δειγμάτων σε σημείο που υποδεικνύονται από την εκπρόσωπο της ΕΝΛ.

Αναλυτική καταγραφή των παραπάνω ενεργειών και έντυπα τεκμηρίωσης και επιτήρησης ((check list) της ασφαλούς καθαριότητας του χώρου που νοσηλεύονται ασθενείς με πολυανθεκτικά αναφέρονται στο Παράρτημα.

Παρεμβατικές τεχνικές-Χειρισμός ξένων σωμάτων

Πολύ σημαντικός είναι ο κατάλληλος χειρισμός καθετήρων που συνδέονται με ιατρονοσηλευτικούς παρεμβατικούς χειρισμούς (π.χ. κεντρικοί φλεβικοί καθετήρες, ουροκαθετήρες). Η τοποθέτηση καθώς και η αφαίρεσή τους γίνεται βάση ενδείξεων και ιδιαίτερα όσον αφορά την αφαίρεσή τους αποφασίζεται το συντομότερο δυνατό όταν πλέον δεν κρίνεται απαραίτητη για τη νοσηλεία των ασθενών. Οι ασθενείς με καθετήρες χαρακτηρίζονται από αυξημένο κίνδυνο αποικισμού ή λοίμωξης από νοσοκομειακά παθογόνα καθώς και από αυξημένο κίνδυνο επιμόλυνσης του νοσοκομειακού περιβάλλοντος. Οι παρακάτω διαδικασίες είναι καθοριστικές στο χειρισμό των καθετήρων και πρέπει να εφαρμόζονται βάση συγκεκριμένων πρωτοκόλλων (βρίσκονται στο **Παράρτημα**) και αφορούν :

- Την άσηπτη τεχνική τοποθέτησης τους
- Τον κατάλληλο χειρισμό τους κατά την διάρκεια νοσηλείας του ασθενούς
- Τις ενδείξεις τοποθέτησης και αφαίρεσης τους.

Εκπαίδευση και ενημέρωση των επαγγελματιών υγείας, των ασθενών και των επισκεπτών στην εφαρμογή των μέτρων ελέγχου και πρόληψης

Επαγγελματίες Υγείας

Η εκπαίδευσή και η συνεχιζόμενη επιμόρφωσή τους είναι καίριας σημασίας γιατί αυτοί είναι κυρίως που ασχολούνται με τη φροντίδα των ασθενών και η συμμετοχή τους στην εκπαιδευτική διαδικασία πρέπει να είναι υποχρεωτική. Η εκπαίδευση περιλαμβάνει τις εξής κατηγορίες επαγγελματιών υγείας:

- νέοι επαγγελματίες υγείας.
- προσωρινό προσωπικό του νοσοκομείου (π.χ. φοιτητές, αποκλειστικοί νοσοκόμοι).
- μόνιμο προσωπικό τμημάτων (επαγγελματίες υγείας που σχετίζονται άμεσα ή έμμεσα με την νοσηλεία των ασθενών (ιατροί, νοσηλευτές, νοσοκόμοι, φυσιοθεραπευτές τραυματιοφορείς, το προσωπικό του εργαστηριακού και διοικητικού τομέα) και πραγματοποιείται με τις ακόλουθες μεθόδους:
- με ετήσια συστηματικά εκπαιδευτικά προγράμματα βάση επικαιροποιημένων οδηγιών ανά κατηγορία επαγγελματιών υγείας ή ανά
- κλινικό τμήμα και τομέα.
- με εφαρμογή τεχνικών υπενθύμισης και ευαισθητοποίησης με έντυπο και οπτικοακουστικό υλικό.
- με εκπαίδευση σε επείγουσα βάση για την αντιμετώπιση κρίσιμων καταστάσεων
- με συμμετοχή των ίδιων σε δημιουργία σύντομου

Ασθενείς – Επισκέπτες

Η ενημέρωση ασθενών και επισκεπτών για την αναγκαιότητα εφαρμογής των μέτρων πρόληψης με γραπτές οδηγίες και μηνύματα δημόσιας υγείας.

Η εκπαίδευση στην εφαρμογή των μέτρων πρόληψης ιδιαίτερα όσων ατόμων ασχολούνται με τη φροντίδα των ασθενών στο νοσοκομείο ή και στο σπίτι.

Η εφαρμογή τεχνικών για την ενημέρωση και υπενθύμιση των μέτρων πρόληψης με χρήση έντυπου και οπτικοακουστικού υλικού.

Επιτήρηση της συμμόρφωσης των επαγγελματιών υγείας στα μέτρα πρόληψης και ελέγχου

Η επιτήρηση της συμμόρφωσης στα μέτρα πρόληψης είναι η βάση της αποτελεσματικότητας των εφαρμοζόμενων μέτρων. Η επιτήρηση είναι συνεχής και τα δεδομένα της αξιολογούνται συστηματικά. Η επιτήρηση πρέπει βασίζεται στα ακόλουθα στοιχεία:

- Σε συγκεκριμένη μεθοδολογία (εργαλεία, δείκτες)
- Σε συγκεκριμένα κατάλληλα εκπαιδευμένα άτομα που την πραγματοποιούν συστηματικά
- Στην συνεχή αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της και κοινοποίηση τους στα κλινικά τμήματα με ανάλογα σχόλια και συστάσεις

Η επιτήρηση της συμμόρφωσης στις προφυλάξεις επαφής περιλαμβάνει τα ακόλουθα:

Σελίδα 256 από 323 Κανονισμός Λειτουργίας Καρδιολογικού Τμήματος Γ.Ν. Σύρου

- Τη συμμόρφωση των κλινικών τμημάτων στη νοσηλεία των ασθενών σε συνθήκες μόνωσης όπως περιγράφονται παραπάνω.
- Τη συμμόρφωση των επαγγελματιών υγείας και όσων ασχολούνται με την φροντίδα των ασθενών στην εφαρμογή των ΜΑΠ.
- Τη συμμόρφωση των επαγγελματιών υγείας στην Υγιεινή των Χεριών
- Τη συστηματική και σωστή απολύμανση του άψυχου περιβάλλοντος

Η διαχείριση των αντιβιοτικών

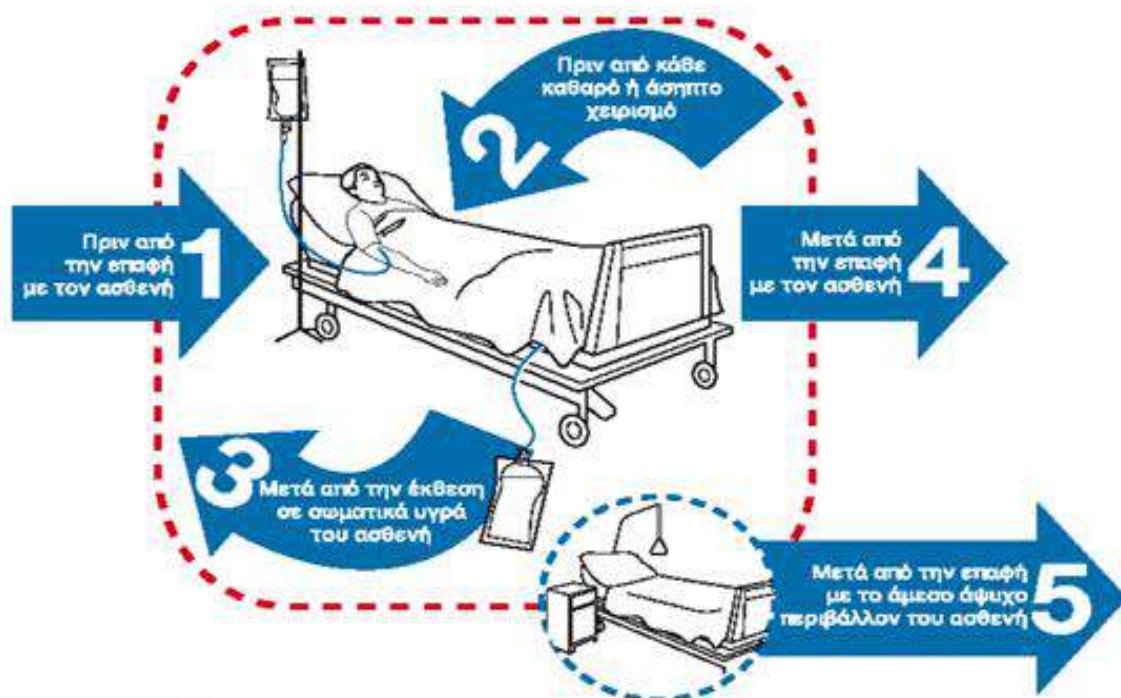
Η χρήση των αντιβιοτικών είναι άμεσα συνδεδεμένη με την ανάπτυξη μικροβιακής αντοχής καθώς και με την επικράτηση των ανθεκτικών κλώνων στις χλωρίδες των νοσηλευόμενων ασθενών. Η προώθηση της ορθολογικής χρήσης των αντιβιοτικών είναι κρίσιμης σημασίας για τον περιορισμό της μικροβιακής αντοχής στο νοσοκομειακό μας. Οι άξονες πάνω στους οποίους βασίζεται η εφαρμογή του προγράμματος ορθής διαχείρισης των αντιβιοτικών αναλύεται στο αντίστοιχο κεφάλαιο του εσωτερικού κανονισμού.

Εκπαίδευση – ενημέρωση

Εντατικοποίηση της εκπαίδευσης και συνεχής υπενθύμιση των διαδικασιών που πρέπει να εφαρμόζονται από τους επαγγελματίες υγείας στα κλινικά τμήματα στα οποία η επίπτωση των ΠΑΜ δεν μειώνεται. **Η εκπαιδευτική διαδικασία είναι στοχευόμενη και συνεχής συνδυάζεται από συστηματική επιτήρηση της συμμόρφωσης του προσωπικού στην εφαρμογή των μέτρων ελέγχου.**

Επιτήρηση της συμμόρφωσης στην εφαρμογή των μέτρων πρόληψης και ελέγχου Όπως αναφέρθηκε σε κάθε κατηγορία μέτρων η επιτήρηση της εφαρμογής των μέτρων είναι καίριας σημασίας για την εφαρμογή αποτελεσματικών παρεμβατικών δράσεων μέχρι τον περιορισμό της διασποράς των πολυανθεκτικών μικροοργανισμών. Η επιτήρηση όσων αναφέρθηκαν αποτελεί τη βασική μέριμνα πρώτιστα των υπευθύνων των κλινικών νοσηλευτικών τμημάτων, της ΕΝΛ και της Διοίκησης του νοσοκομείου.

ΤΑ 5 ΒΗΜΑΤΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΙΕΙΝΗ ΤΩΝ ΧΕΡΙΩΝ



1	Πριν από την επαφή με τον ασθενή	ΠΟΤΕ: ΓΙΑΤΙ:	Εξάσκηση την υγιεινή των χεριών πριν αγγίξεις τον ασθενή. Για να τον προστατεύσεις από τα παθογόνα μικρόβια που μεταφέρονται με τα χέρια σου.
2	Πριν από κάθε καθαρό ή άσηπτο χειρισμό	ΠΟΤΕ: ΓΙΑΤΙ:	Εξάσκηση την υγιεινή των χεριών εμέσως ΠΡΙΝ από κάθε καθαρό ή άσηπτη διαδικασία. Για να προστατεύσεις τον ασθενή από μεταφορά μικροβίων που απεικονίζουν ελπίδα και τον ίδιο και μπορείς να γίνεσαι παθογόνα εάν εισέλθουν στην κυκλοφορία του.
3	Μετά από την έκθεση σε σωματικά υγρά του ασθενή	ΠΟΤΕ: ΓΙΑΤΙ:	Εξάσκηση την υγιεινή των χεριών εμέσως ΜΕΤΑ από κίνδυνο έκθεσης σε σωματικά υγρά του ασθενή (και εμέσως μετά την απόρριξη των γοντινών). Για να προστατεύσεις τον εαυτό σου και το επαγγελματικό σου περιβάλλον από τα παθογόνα μικρόβια του ασθενή.
4	Μετά από την επαφή με τον ασθενή	ΠΟΤΕ: ΓΙΑΤΙ:	Εξάσκηση την υγιεινή των χεριών μετά την επαφή με τον ασθενή και το άμεσο περιβάλλον του. Για να προστατεύσεις τον εαυτό σου και το επαγγελματικό σου περιβάλλον από τα παθογόνα μικρόβια του ασθενή.
5	Μετά από την επαφή με το άμεσο άψυχο περιβάλλον του ασθενή	ΠΟΤΕ: ΓΙΑΤΙ:	Εξάσκηση την υγιεινή των χεριών εφόσον αγγίξεις αντικείμενα ή έπιπλα που βρίσκονται στο άμεσο άψυχο περιβάλλον του ασθενή, αλλά και αν δεν έχεις αγγίξει τον ίδιο. Για να προστατεύσεις τον εαυτό σου και το επαγγελματικό σου περιβάλλον από τα παθογόνα μικρόβια του ασθενή.



*Βασισμένο στο "My 5 moments for hand hygiene" URL: <http://www.who.int/go/online/background/5moments/en/index.html> © World Health Organization 2008 ; Όλα τα δικαιώματα κατοχυρωμένα

Σύστημα υποχρεωτικώς δηλούμενων νοσημάτων

Εισαγωγή Η διασπορά των πολυανθεκτικών μικροοργανισμών σε χώρους παροχής υπηρεσιών υγείας αποτελεί μία κρίση δημόσιας υγείας σε διεθνές επίπεδο με πολύ σημαντικές επιπτώσεις τόσο για τους ασθενείς όσο και για την λειτουργία του υγειονομικού συστήματος. Η πρόληψη της διασποράς των πολυανθεκτικών παθογόνων στο νοσοκομειακό περιβάλλον θα πρέπει να αποτελεί βασική προτεραιότητα κάθε προγράμματος ελέγχου νοσοκομειακών λοιμώξεων.

Στην παρούσα θεματική ενότητα αναπτύσσονται οι διαδικασίες που εφαρμόζονται στο νοσοκομείο για την πρόληψη και τον έλεγχο της διασποράς των πολυανθεκτικών μικροοργανισμών (ΠΑΜ-MDROs). Η πρόληψη της διασποράς των ΠΑΜ πρέπει να γίνεται συγχρόνως σε πολλά επίπεδα και βασίζεται κυρίως στους παρακάτω άξονες:

- Στην πρόληψη της οριζόντιας διασποράς των ΠΑΜ στο νοσοκομειακό περιβάλλον. Η κατηγορία αυτή των μέτρων είναι η σημαντικότερη γιατί τα ΠΑΜ μεταδίδονται από ασθενή σε ασθενή μέσω της επαφής με το προσωπικό του νοσοκομείου ή το επιμολυσμένο άψυχο περιβάλλον (επιφάνειες, κοινός εξοπλισμός).

- Στην πρόληψη των λοιμώξεων από παρεμβατικούς χειρισμούς, που αποτελούν τις συχνότερες νοσοκομειακές λοιμώξεις και μπορούν σε πολύ υψηλό ποσοστό να αποφευχθούν με την εφαρμογή των κατάλληλων δεσμίδων μέτρων και είναι οι ακόλουθες:

- ✓ Βακτηριαιμίες Προερχόμενες από τους Κεντρικούς Φλεβικούς Καθετήρες

- ✓ Ουρολοιμώξεις Συνδεδεμένες με την τοποθέτηση ουροκαθετήρα

- ✓ Λοιμώξεις κατώτερου αναπνευστικού σχετιζόμενες με μηχανική αναπνοή

- ✓ Λοιμώξεις Χειρουργικού Πεδίου

- Στην έγκαιρη διάγνωση των αιτίων –παθογόνων των λοιμώξεων από ΠΑΜ που περιλαμβάνει τόσο την δυνατότητα ανίχνευσης και σωστής ταυτοποίησης των ΠΑΜ, όσο και την διάγνωση των ασυμπτωματικών φορέων από τους οποίους μεταδίδονται οι πολυανθεκτικοί μικροοργανισμοί και στους οποίους πρέπει να εφαρμόζονται τα ίδια μέτρα πρόληψης που εφαρμόζονται και στους ασθενείς με λοίμωξη από ΠΑΜ.

- Στην ορθολογική διαχείριση των αντιβιοτικών στο νοσοκομειακό χώρο, η οποία πρέπει να περιλαμβάνει την κατάλληλη θεραπευτική αντιμετώπιση των λοιμώξεων από ΠΑΜ αλλά και τη

διάσωση των τελευταίων διαθέσιμων αντιβιοτικών για την αντιμετώπισή τους. Τα μέτρα ελέγχου διαχωρίζονται στο βασικό κορμό που αποτελεί τα γενικά μέτρα που πρέπει να εφαρμόζονται σε όλους τους χώρους παροχής υπηρεσιών υγείας και στα εντατικοποιημένα επιπρόσθετα μέτρα που πρέπει να εφαρμόζονται σε ειδικές περιπτώσεις ή σε περιπτώσεις που δεν αποδίδουν τα γενικά μέτρα.

Ε6α. Βασικά μέτρα πρόληψης και ελέγχου για τη διασπορά των πολυανθεκτικών μικροοργανισμών στο νοσοκομείο

1. Διοικητικά μέτρα

Επίκεντρο της δράσης της διοίκησης του νοσοκομείου είναι η εδραίωση ενιαίας στρατηγικής σχετικά με την πρόληψη και τον έλεγχο της διασποράς των ΠΑΜ στο νοσοκομειακό χώρο.

Οι σημαντικότερες δράσεις συνοψίζονται στα ακόλουθα:

- Εδραίωση ενιαίας στρατηγικής- προγράμματος ελέγχου λοιμώξεων για την πρόληψη και τον έλεγχο της διασποράς των ΠΑΜ στο νοσοκομειακό χώρο. Η υιοθέτηση της στρατηγικής αυτής προωθεί την πρόληψη και τον έλεγχο της διασποράς των ΠΑΜ ως προτεραιότητα του νοσοκομείου.
- Ενσωμάτωση των αρχών της πρόληψης για την διασπορά των ΠΑΜ στην καθημερινή κλινική πρακτική του προσωπικού μέσω της εκπαίδευσης, της συμμετοχής του σε δράσεις πρόληψης, της πρόσβασης σε επικαιροποιημένες οδηγίες και κυρίως της εξασφάλισης της απαραίτητης υλικοτεχνικής υποδομής για την εφαρμογή των μέτρων ελέγχου.
- Ενίσχυση της επιτήρησης και της έγκαιρης διάγνωσης των ασθενών με λοίμωξη ή αποικισμό από ΠΑΜ, δηλαδή την ενίσχυση του μικροβιολογικού εργαστηρίου και των θεσμικών οργάνων που έχουν αναλάβει την υλοποίηση του προγράμματος ελέγχου.
- Συστηματική ενημέρωση ανά 4-6 μήνες των κλινικών τμημάτων για την τάση των δεικτών που προκύπτουν από την επιτήρηση στο νοσοκομείο.
- Εντόπιση και αντιμετώπιση περιορισμών στην εφαρμογή του προγράμματος
- Συμμετοχή σε τοπικά και εθνικά προγράμματα επιτήρησης και παρέμβασης για την διασπορά των ΠΑΜ.

2. Εργαστηριακή και κλινική επιτήρηση

Το νοσοκομείο έχει τη δυνατότητα ανίχνευσης και ταυτοποίησης πολυανθεκτικών παθογόνων.

Στόχοι είναι:

- Η εδραίωση της ενεργητικής εργαστηριακής επιτήρησης των ΠΑΜ μας παρέχει τη δυνατότητα της έγκαιρης ανίχνευσης συρροών και επιδημιών από τα συγκεκριμένα παθογόνα, αλλά και την ανάδειξη της εμφάνισης νέων στελεχών στο νοσοκομείο με ιδιαίτερο επιδημιολογικό ενδιαφέρον για την πρόληψη των λοιμώξεων.
- Την εγκατάσταση συστήματος επιτήρησης λοιμώξεων από ΠΑΜ (επιπολασμός/επίπτωση) από την οποία αναδεικνύεται η επίπτωση τους σε κλινικό επίπεδο και παρέχεται η δυνατότητα παρακολούθησης και αξιολόγησης των εφαρμοζόμενων μέτρων ελέγχου και πρόληψης στο νοσοκομείο.
- Τη συμμετοχή του νοσοκομείου στην εθνική επιτήρηση των βακτηριακών από πολυανθεκτικά βακτήρια στα πλαίσια της εφαρμογής του Σχεδίου Δράσης Προκρούστης η οποία είναι υποχρεωτική σύμφωνα με την πρόσφατη υπουργική απόφαση (ΦΕΚ 388/18-2-2014).
- Την εδραίωση διαδικασιών αξιολόγησης και κοινοποίησης στους επαγγελματίες υγείας των αποτελεσμάτων της επιτήρησης. Τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της επιτήρησης των ΠΑΜ καθορίζονται από την επιδημιολογία και τις ανάγκες του νοσοκομείου και διευρύνονται ανάλογα με τους στόχους που τίθενται κάθε φορά. Αναγκαία στοιχεία για την εδραίωση ενός συστήματος επιτήρησης πολυανθεκτικών μικροοργανισμών είναι:
- Ο καθορισμός της μεθοδολογίας της επιτήρησης που ακολουθείται (συνεχής ή σημειακή καταγραφή, διευρυμένη ή εντοπισμένη σε συγκεκριμένα κλινικά τμήματα) τα είδη λοιμώξεων και οι μικροοργανισμοί που επιτηρούνται.
- Η εξασφάλιση της δυνατότητας μικροβιολογικής ταυτοποίησης των πολυανθεκτικών μικροοργανισμών και ιδιαίτερα όσων επιτηρούνται μέσω του Σχεδίου Δράσης Προκρούστης (ανθεκτικά στις καρβαπενέμες στελέχη *Acinetobacter*, *Pseudomonas* και *Klebsiella*, MRSA, VRE)
- Το ανθρώπινο δυναμικό που θα αναλάβει την συστηματική καταγραφή και αξιολόγηση των δεδομένων

3. Επιτήρηση αποικισμών νοσηλευόμενων ασθενών από πολυανθεκτικούς μικροοργανισμούς (screening)

Η επιτήρηση των αποικισμών αφορά την έγκαιρη ανίχνευση συγκεκριμένων πολυανθεκτικών μικροοργανισμών στις χλωρίδες ασθενών (εντερική χλωρίδα, εκκρίσεις αναπνευστικού,

δερματικές πτυχές, ούρα, τραύματα, έλκη κ.ά.) που δεν εμφανίζουν κλινικά συμπτώματα λοίμωξης. Ανάλογα με τον μικροοργανισμό που ανιχνεύεται καθορίζονται τα ακόλουθα και αναφέρονται στον Εσωτερικό Κανονισμό: • Η μικροβιολογική μέθοδος ανίχνευσης

- Οι χλωρίδες των ασθενών που θα ελεγχθούν
- Οι ασθενείς που θα ελεγχθούν Όσον αφορά τα ανθεκτικά στις καρβαπενέμες εντεροβακτηριακά η προτεινόμενη μικροβιολογική μέθοδος αναφέρεται αναλυτικά στο παράρτημα. Ωστόσο στο Γ.Ν. Σύρου η ανίχνευση γίνεται αυτόματα από το μηχάνημα MICROSCAN της LERIVA και ο έλεγχος αποικισμού των ασθενών πραγματοποιείται απαραίτητα στις ακόλουθες περιπτώσεις: α. Ασθενείς που ήδη νοσηλεύονται στο νοσοκομείο
- Σε ασθενείς που συν-νοσηλεύτηκαν με ασθενή με ΠΑΜ πριν την διάγνωσή και απομόνωσή του.
- Σε ασθενείς που προέρχονται από τμήματα υψηλού κινδύνου για λοίμωξη/αποικισμό από ΠΑΜ (πχ. ΜΕΘ, αιματολογικές, ογκολογικές κλινικές, MTN, κ.ά.)
- Σε ασθενείς με παρατεταμένη νοσηλεία και λήψη αντιβιοτικών, ιδιαίτερα καρβαπενεμών. β. Ασθενείς που εισέρχονται στο νοσοκομείο για νοσηλεία
- Σε ασθενείς με πρόσφατη νοσηλεία (τελευταίο εξάμηνο) στη χώρα μας ή σε χώρα με επιδημία ή ενδημία από τα συγκεκριμένα πολυανθεκτικά στελέχη.
- Σε ασθενείς που προέρχονται από ιδρύματα χρονίως πασχόντων, όπως Κέντρα Φυσικής Αποκατάστασης και σε ασθενείς με συχνές επισκέψεις στα νοσοκομεία για την αντιμετώπιση χρόνιων νοσημάτων όπως χρόνια νεφροπαθείς, αιματολογικοί και ογκολογικοί ασθενείς ή ασθενείς με ρευματολογικά νοσήματα, διαβητικοί κ.ά.
- Σε ασθενείς με γνωστό αποικισμό από ΠΑΜ που εισάγεται εκ νέου στο νοσοκομείο. Ειδικά για τους ασθενείς που προέρχονται από κλινικά τμήματα υψηλής επίπτωσης ΠΑΜ, όπως είναι οι ΜΕΘ, όταν δεν είναι εφικτό να ελεγχθεί η χλωρίδα τους θα πρέπει να αντιμετωπίζονται ως δυνητικά αποικισμένοι με ΠΑΜ και να νοσηλεύονται προληπτικά με προφυλάξεις επαφής. Σε περιπτώσεις συρροών κρουσμάτων ή σε κλινικά τμήματα υψηλής επίπτωσης ΠΑΜ η συστηματική επιτήρηση των αποικισμών (active surveillance) αποτελεί βασικό μέτρο ελέγχου της διασποράς τους και περιγράφεται παρακάτω στα επιπρόσθετα μέτρα.

4. Φυσικός διαχωρισμός ασθενών – Συνθήκες απομόνωσης

Η εφαρμογή των κατάλληλων μέτρων πρόληψης και ελέγχου για τη διασπορά των ΠΑΜ αποτελεί βασικό στοιχείο των προγραμμάτων ελέγχου λοιμώξεων στο νοσοκομειακό χώρο και βασίζεται

σε διεθνώς τεκμηριωμένες για την αποτελεσματικότητά τους πρακτικές. Ιδιαίτερη προσοχή δίνεται στον έλεγχο της διασποράς των ανθεκτικών στις καρβαπενέμες Gram αρνητικών παθογόνων. Τα παθογόνα αυτά εμφανίζουν ιδιαίτερο επιδημιολογικό ενδιαφέρον για τα νοσοκομεία της χώρας μας αφού αποτελούν τα πιο συχνά απομονωθέντα παθογόνα αίτια νοσοκομειακών λοιμώξεων.

Τα μέτρα πρόληψης και ελέγχου που σύμφωνα με τις διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες συστήνονται ως τα πλέον αποτελεσματικά και εφαρμόζονται για τη νοσηλεία των ασθενών με ΠΑΜ στο Γ.Ν. Σύρου είναι τα ακόλουθα: 4α.Φυσικός διαχωρισμός ασθενών Ο φυσικός διαχωρισμός των ασθενών με λοίμωξη ή αποικισμό από πολυανθεκτικά παθογόνα, από τους ασθενείς που δεν είναι αποικισμένοι από τα συγκεκριμένα βακτήρια είναι επιβεβλημένος για τον έλεγχο της διασποράς τους στο νοσοκομειακό περιβάλλον.

Οι τεχνικές φυσικού διαχωρισμού ασθενών με ΠΑΜ που εφαρμόζονται είναι οι ακόλουθες:

- Απομόνωση

Ο ασθενής νοσηλεύεται μόνος του σε ένα θάλαμο. Οι μονόκλινοι θάλαμοι του νοσοκομείου διατίθενται σε ασθενείς με ένδειξη νοσηλείας σε απομόνωση και εφαρμογής των προφυλάξεων επαφής. Η προτεραιότητα απομόνωσης των ασθενών που ενδείκνυται η νοσηλεία τους σε απομόνωση αποφασίζεται από την ΕΝΛ. Οι ασθενείς νοσηλεύονται κατά προτεραιότητα σε προκαθορισμένους θαλάμους απομονώσεις που έχουν οριστεί λόγω έλλειψης χώρου από την διοίκηση και την ΕΝΛ του νοσοκομείου σε συνεργασία με τα κλινικά τμήματα.

- Συν-νοσηλεία

Ο ασθενής νοσηλεύεται σε κοινό θάλαμο μόνο μαζί με άλλους ασθενείς που φέρουν το ίδιο παθογόνο (γένος, είδος, φαινότυπος αντοχής).

- Χωροταξικός - Γεωγραφικός Διαχωρισμός

Ο χωροταξικός διαχωρισμός εφαρμόζεται σε μεγάλους ενιαίους χώρους νοσηλείας όπου δεν υπάρχει η δυνατότητα απόλυτου φυσικού διαχωρισμού των ασθενών όπως στις ΜΕΘ. Σε αυτές τις περιπτώσεις σε μία συγκεκριμένη περιοχή του τμήματος, κατά προτίμηση στην πιο απομακρυσμένη, μεταφέρονται οι ασθενείς με το ίδιο πολυανθεκτικό παθογόνο. Σε αυτές τις περιπτώσεις πρέπει ο διαχωρισμός των ασθενών να συνοδεύεται και από αντίστοιχο διαχωρισμό του προσωπικού και πιο ειδικά των νοσηλευτών (stuff-nursing cohorting). Οι νοσηλευτές που θα αναλάβουν τη νοσηλεία των ασθενών με το συγκεκριμένο ΠΑΜ δεν θα ασχολούνται με τη φροντίδα των υπόλοιπων ασθενών. Εναλλακτικά εάν δεν είναι εφικτός ο χωροταξικός

διαχωρισμός των ασθενών μπορεί να εφαρμοστεί μόνο ο διαχωρισμός των νοσηλευτών που κρίνεται ως ο πλέον απαραίτητος. • Διατομεακά τμήματα νοσηλείας ασθενών με πολυανθεκτικούς μικροοργανισμούς Η διαμόρφωση και διάθεση ενός κλινικού τμήματος για την νοσηλεία των ασθενών με πολυανθεκτικά παθογόνα ή επικίνδυνα για τη δημόσια υγεία αποτελεί πρακτική που εφαρμόζεται στο Γ.Ν. Σύρου προκειμένου να ελεγχθεί μία επιδημία ή και ενδημική κατάσταση.

- Κοινός θάλαμος

Στην περίπτωση που δεν υπάρχει η δυνατότητα συν-νοσηλείας ασθενών με ένα συγκεκριμένο ΠΑΜ, συν-νοσηλεύονται με ασθενείς χαμηλού κινδύνου για αποικισμό ή ανάπτυξη σοβαρής λοίμωξης και προοπτική μικρής διάρκειας νοσηλείας. Το κρεβάτι του ασθενή με τον πολυανθεκτικό μικροοργανισμό είναι σε ακραία θέση, η απόσταση μεταξύ των κρεβατιών είναι η μέγιστη δυνατή ($\geq 1\text{m}$) και υπάρχει τεχνητός φραγμός ανάμεσα στα κρεβάτια (κουρτίνα ή ένα κρεβάτι) ώστε να ελαχιστοποιείται η επαφή με τον ασθενή και το άψυχο περιβάλλον του.

Τέλος εφαρμόζονται αυστηρά όλα τα αναγκαία μέτρα πρόληψης για όλους τους ασθενείς του θαλάμου. Εκτίμηση κινδύνου Η απομόνωση των ασθενών όταν δεν υπάρχουν διαθέσιμοι θάλαμοι γίνεται βάση εκτίμησης κινδύνου διασποράς των ΠΑΜ. Στην απόφαση για τη μόνωση των ασθενών συνεκτιμάται η δυνατότητα παραμονής του ασθενή στη μόνωση και η δυνατότητα που παρέχεται για την παρακολούθηση του. Δίνεται προτεραιότητα:

- Σε ασθενείς με αυξημένο κίνδυνο μεταδοτικότητας όπως είναι οι ασθενείς με εκτεταμένη λοίμωξη μαλακών μορίων – ανοικτά τραύματα, εγκαύματα, διαβητικό πόδι, κατακλίσεις, δερματοπάθειες (όπως πέμφιγα και έκζεμα), παραγωγικό βήχα.
- Σε ασθενείς με ξένα σώματα όπως παροχετεύσεις, κεντρικοί φλεβικοί καθετήρες και ουροκαθετήρες ιδιαίτερα όταν είναι ήδη αποικισμένα.
- Σε ασθενείς με λοίμωξη ή αποικισμό από παθογόνα με ιδιαίτερο επιδημιολογικό ενδιαφέρον για τη χώρα μας όπως είναι τα ανθεκτικά στις καρβαπενέμες στελέχη *Klebsiella spp.* Στην περίπτωση ασθενών με λοίμωξη ή αποικισμό από στελέχη εντεροβακτηριακών που παράγουν NDM, οι συγκεκριμένοι ασθενείς κατά προτεραιότητα νοσηλεύονται σε μόνωση.

4β. Συνθήκες απομόνωσης-Προφυλάξεις Επαφής

Οι συνθήκες απομόνωσης είναι όλα εκείνα τα μέτρα πρόληψης που συνοδεύουν τον φυσικό διαχωρισμό των ασθενών και είναι τα ακόλουθα: • Σήμανση θαλάμων και φύλλου νοσηλείας ασθενών. Στο Γ.Ν. Σύρου έχει καθιερωθεί η κίτρινη σήμανση για τα αιματογενώς μεταδιδόμενα και η κίτρινη για τα αερογενώς και σταγονιδίων.

- Διαχωρισμός νοσηλευτικού προσωπικού και διάθεση κατάλληλα εκπαιδευμένου νοσηλευτή για την νοσηλεία των ασθενών με ΠΑΜ (nursing cohorting-dedicated nurse). Με τους συγκεκριμένους ασθενείς ασχολείται ο ίδιος νοσηλευτής ανά βάρδια αφού έχει ολοκληρώσει την φροντίδα των υπόλοιπων ασθενών εάν δεν είναι εφικτό να ασχολείται μόνο με τους ασθενείς με ΠΑΜ.

- Εφαρμογή των Μέτρων Ατομικής Προστασίας (ΜΑΠ) για τη νοσηλεία των ασθενών και εξασφάλιση των απαραίτητων υλικών για την εφαρμογή τους όπως αναλύονται παρακάτω: Μέτρα Ατομικής Προστασίας (ΜΑΠ) Η χρήση γαντιών και μπλούζας μιας χρήσης είναι υποχρεωτικά μέτρα των προφυλάξεων επαφής. Η χρήση μάσκας προσώπου, γυαλιών και απλής χειρουργικής μάσκας εφαρμόζονται όπου υπάρχουν οι ανάλογες ενδείξεις όπως αναφέρονται στις βασικές προφυλάξεις.

Γάντια / ποδιά ή ολόσωμη μπλούζα

Το νοσηλευτικό προσωπικό φορά καθαρά γάντια και ποδιά ή μπλούζα μιας χρήσεως κάθε φορά που έρχεται σε επαφή με τον ασθενή. Η μπλούζα απορρίπτεται αμέσως μετά την αποχώρηση από την περιοχή του ασθενούς στα μολυσματικά απόβλητα. Τα γάντια είναι μιας χρήσεως και αλλάζονται μεταξύ των επεμβατικών τεχνικών καθώς και από την μετάβαση από σηπτική σε καθαρή περιοχή στον ίδιο ασθενή αφού εφαρμοστεί η Υγιεινή των Χεριών.

Μάσκα χειρουργική, γυαλιά

Χρησιμοποιούνται μόνο όταν υπάρχει κίνδυνος εκτίναξης βιολογικών υλικών

Υγιεινή των χεριών

Εφαρμόζεται πάντα πριν και μετά την επαφή με τον ασθενή ή με το άψυχο περιβάλλον ανεξάρτητα από την χρήση γαντιών.

- Ο ιατρονοσηλευτικός εξοπλισμός που χρησιμοποιείται για τη νοσηλεία του ασθενούς με ΠΑΜ είναι αποκλειστικός για τον συγκεκριμένου ασθενή καθώς και τα αντικείμενα που βρίσκονται εντός του χώρου νοσηλείας του είναι περιορισμένα.
- Η μετακίνηση ασθενών εντός και εκτός νοσοκομείου απαιτεί την έγκαιρη ενημέρωση των τμημάτων- νοσοκομείων υποδοχής. Οι μετακινήσεις των ασθενών εντός και εκτός νοσοκομείου περιορίζονται στις απολύτως απαραίτητες. Ενημερώνεται το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό που θα μεταφέρει και θα υποδεχθεί τον ασθενή στο νέο τμήμα ή στο άλλο νοσοκομείο εάν αυτό κριθεί απαραίτητο (δελτίο έγκαιρης ενημέρωσης στο Παράρτημα). Εφαρμόζεται απολύμανση του ιατρικού εξοπλισμού καθώς και των μέσων μεταφοράς που χρησιμοποιήθηκαν και τα οποία είναι κοινά και με άλλους ασθενείς. Ασθενείς που προέρχονται από κλινικά τμήματα με υψηλή επίπτωση ΠΑΜ όπως οι ΜΕΘ, αντιμετωπίζονται ως φορείς ΠΑΜ και εφαρμόζονται άμεσα οι προφυλάξεις επαφής. Αν χρειαστεί λαμβάνονται επιπλέον προφυλάξεις με δεύτερο τραυματιοφορέα που θα συνοδεύσει ώστε να ενημερώνει για τις απαιτούμενες αποστάσεις. Επίσης το Γ.Ν. Σύρου διαθέτει σύμβαση με εξωτερικό συνεργάτη για εφαρμογή απολύμανσης των κλειστών χώρων και της διαδρομής (π.χ. το μοναδικό ασανσέρ) ώστε άμεσα να είναι πάλι διαθέσιμοι οι χώροι αυτοί.
- Έλεγχος επισκεπτηρίου στο θάλαμο νοσηλείας των ασθενών με πολυανθεκτικούς μικροοργανισμούς. Το επισκεπτήριο είναι περιορισμένο και ενήμερο (τοποθετείται και ειδική σήμανση στην πόρτα) για την εφαρμογή των προφυλάξεων επαφής. Αυτό ισχύει τόσο για το κοινό όσο και για το προσωπικό του νοσοκομείου που επισκέπτεται το κλινικό τμήμα

Υγιεινή περιβάλλοντος

Ιατρικός εξοπλισμός που χρησιμοποιείται για τη νοσηλεία του ασθενή

Κάθε ασθενής πρέπει να έχει τον αποκλειστικά δικό του μη κρίσιμο ιατρικό εξοπλισμό (π.χ. ακουστικά, περιχειρίδα κτλ) ο οποίος δεν πρέπει να χρησιμοποιείται για άλλο ασθενή αν δεν απολυμανθεί πρώτα.

Κάθε ιατρικό μηχάνημα (X-Ray, ultrasound) που χρησιμοποιείται από ασθενείς με πολυανθεκτικό παθογόνο πρέπει να απολυμαίνεται πριν και μετά τη χρήση του. Για την απολύμανση θα πρέπει να χρησιμοποιούνται σκευάσματα συμβατά με τον εξοπλισμό. Απαιτείται η χρήση ειδικών καθαριστικών πανιών μιας χρήσης για τον καθαρισμό των ιατρικών μηχανημάτων καθώς και του άμεσου άψυχου περιβάλλοντος.

Χώρος νοσηλείας

Δίνεται προτεραιότητα στο συχνό καθαρισμό των θαλάμων που νοσηλεύονται ασθενείς με λοίμωξη/αποικισμό από πολυανθεκτικά παθογόνα. Πέραν της τακτικής διαδικασίας

καθαριότητας θαλάμου απαιτείται αύξηση της συχνότητας, ιδιαίτερα των μικρών συχνά αγγιζόμενων επιφανειών (πόμολα, διακόπτες) και των επιφανειών της περιοχής του ασθενούς(κομοδίνο, κλίνη(τουλάχιστον 2/ βάρδια). Συστήνεται υγρός καθαρισμός με απολυμαντικό διάλυμα σύμφωνα με συστάσεις της ΕΝΛ. Τα υλικά καθαριότητας και ιδιαίτερα τα πανιά καθαρισμού απολυμαίνονται πριν τη χρήση τους σε επιφάνειες άλλων θαλάμων. Τα υλικά καθαρισμού του πατώματος (μάπες, κουβάδες) πρέπει να φυλάσσονται απόλυτα καθαρά και στεγνά.

Ιδιαίτερη προσοχή δίνεται στα ακόλουθα:

- Έχει γίνει διανομή και εκπαίδευση πρωτοκόλλων καθαριότητας θαλάμων νοσηλείας ασθενών με ΠΑΜ. Τα συνεργεία καθαριότητας εκπαιδεύονται συστηματικά και επιτηρούνται στην εφαρμογή των οδηγιών που τους έχουν δοθεί από την ΕΝΛ.
- Χρήση κατάλληλου εξοπλισμού και λήψη των απαραίτητων μέτρων προστασίας για την καθαριότητα των συγκεκριμένων χώρων
- Χρήση κατάλληλων απολυμαντικών σκευασμάτων και σωστή διάλυση
- Συχνότητα και τρόπος απολύμανσης των άψυχων επιφανειών και του μη κρίσιμου εξοπλισμού του θαλάμου.
- Λήψη καλλιεργειών άψυχου περιβάλλοντος όταν αυτό κρίνεται απαραίτητο αλλά και τοποθέτηση δειγμάτων σε σημείο που υποδεικνύονται από την εκπρόσωπο της ΕΝΛ.

Οι κίνδυνοι στο Καρδιολογικό τμήμα αφορούν

1. Τους ασθενείς
2. Το προσωπικό
3. Ασθενείς και προσωπικό (κοινοί κίνδυνοι)

Ο χώρος του Καρδιολογικού τμήματος και κυρίως της Μονάδας Εμφραγμάτων θεωρείται περιοχή υψηλού κινδύνου, έτσι οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να γνωρίζουν τις πιθανότητες να προκαλέσουν κάποια βλάβη στον ασθενή. Ο κύριος στόχος του υγειονομικού προσωπικού είναι να παρέχει ολιστική φροντίδα βασισμένη σε ενδείξεις και κλινικά αποτελέσματα καθώς και υποστήριξη στον ασθενή.

Η ασφάλεια των ασθενών αποτελεί σημαντική παράμετρο της παροχής ποιοτικής φροντίδας. Οι κύριοι άξονες δράσης της ποιότητας στο νοσοκομειακό περιβάλλον αφορούν την ασφάλεια των ασθενών, το περιβάλλον φροντίδας και τη διαχείριση των κινδύνων και των λαθών.

Στις αναπτυγμένες χώρες ένας στους δέκα πάσχοντες βλάπτεται κατά τη διάρκεια της νοσοκομειακής νοσηλείας τους ενώ στις αναπτυσσόμενες χώρες ο κίνδυνος αυτός είναι τουλάχιστον 20 φορές υψηλότερος.

Αξιολογείται ότι το 8-12% των νοσηλευόμενων ασθενών στην Ευρώπη είναι θύματα ανεπιθύμητων συμβάντων κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους, που οφείλονται κυρίως σε λοιμώξεις, σε εσφαλμένη φαρμακευτική αγωγή, σε διαγνωστικά σφάλματα, σε ελαττωματικές ιατρικές συσκευές, σε αδράνεια μετά από εργαστηριακές αναλύσεις.

1. Ταυτοποίηση ασθενή

Για την αποφυγή του κινδύνου να γίνονται νοσηλευτικές πράξεις σε λάθος ασθενή πρέπει να γίνεται έλεγχος των στοιχείων του ασθενούς σε κάθε νοσηλευτική διαδικασία. Τέτοια προβλήματα συνήθως παρατηρούνται σε συνωνυμίες ασθενών, ειδικά όταν νοσηλεύονται και στον ίδιο θάλαμο ή υπάρχει ελλιπής εφαρμογή των κανόνων παραλαβής των ασθενών.

Φροντίδα προστασίας

- Πλήρης καταγραφή των στοιχείων του αρρώστου.

- Σαφής και προσεκτική καταγραφή των στοιχείων κάθε ασθενούς στα διάφορα έντυπα και φύλλα νοσηλείας του τμήματος. .
- Υποδοχή στο τμήμα και παραλαβή του αρρώστου από υπεύθυνο νοσηλευτή.
- Αποφυγή νοσηλείας ασθενών με συνωνυμία στον ίδιο θάλαμο..
- Για τους αρρώστους που επικοινωνούν, θα πρέπει να επιβεβαιώνουν οι ίδιοι τα στοιχεία τους.
- Έλεγχος των στοιχείων κάθε ασθενούς επιβάλλεται να γίνεται από κάθε άτομο του προσωπικού που πρόκειται να ασχοληθεί με τον άρρωστο ειδικότερα κατά την νοσηλεία και την χορήγηση φαρμάκων.

2. Πτώση του ασθενή

Πτώση του αρρώστου από το κρεβάτι νοσηλείας, ή το φορείο κατά τη διάρκεια της μεταφοράς από το ένα στο άλλο και το αντίστροφο. .

Φροντίδα προστασίας:

- Κατάλληλα εκπαιδευμένο βοηθητικό και νοσηλευτικό προσωπικό (τραυματιοφορείς - βοηθοί νοσοκόμοι).
- Επίβλεψη τους από τον υπεύθυνο νοσηλευτή.
- Σταθεροποίηση του αρρώστου πάνω στο φορείο με προστατευτικά κάγκελα ή στο κρεβάτι με ιμάντες αν είναι διεγερτικός ή δεν επικοινωνεί πλήρως με το περιβάλλον.
- Ποτέ δεν αφήνεται χωρίς επιτήρηση ένας ασθενής πάνω στο κρεβάτι όταν υπάρχει κίνδυνος πτώσης, είτε γιατί είναι διεγερτικός ή έχει άνοια ή δεν επικοινωνεί με το περιβάλλον. . Η επιτήρηση του αποτελεί νοσηλευτική ευθύνη.

3 . Αλλεργικές ή αναφυλακτικές αντιδράσεις του ασθενούς

Φροντίδα προστασίας:

- Καταγραφή αλλεργιών στο φύλλο νοσηλείας και στα υπόλοιπα έντυπα που αφορούν τον ασθενή σε ευδιάκριτο σημείο.
- Έλεγχος κατά την υποδοχή και παραλαβή του αρρώστου στο τμήμα για ανεύρεση καταγεγραμμένων αλλεργικών εκδηλώσεων.
- Ενημέρωση των γιατρών του τμήματος για τυχόν αλλεργικές ή αναφυλακτικές αντιδράσεις που υπέπεσαν στην αντίληψη τους κατά την φροντίδα των ασθενών .

- Αποφυγή αλλεργιογόνων παραγόντων (π.χ. φάρμακα ή τροφές, οσμές απολυμαντικών ουσιών κλπ).

4. Διάφοροι άλλοι κίνδυνοι.

Επιπλοκές κατά την νοσηλεία ασθενών στην μονάδα εμφραγμάτων και ειδικότερα κατά την διαδικασία της θρομβόλυσης, π.χ. ανακοπή καρδιάς:

Όλο το προσωπικό φροντίδας υγείας του καρδιολογικού τμήματος πρέπει να αναγνωρίζει την καρδιακή ανακοπή, επειδή οι πιθανότητες να συμβεί είναι μεγάλες και για τον λόγο αυτό ειδικότερα οι νοσηλευτές, που παρακολουθούν στα monitors τους ασθενείς, πρέπει να έχουν γνώσεις στην ανάταξη της καρδιοαναπνευστικής ανακοπής.

Τα μέτρα αντιμετώπισης καρδιακής ανακοπής είναι τα ακόλουθα:

- Η καρδιοαναπνευστική ανάταξη πρέπει να γίνει άμεσα και αποτελεσματικά, για να σωθεί η ζωή του αρρώστου και να προβλεφθεί μη αναστρέψιμη βλάβη των εγκεφαλικών κυττάρων. Η ανάταξη αποτελείται από τρία στάδια:
- Άμεση τεχνητή αποκατάσταση της κυκλοφορίας με εξωτερικές συμπίεσεις και τεχνητή αναπνοή.
- Σύνδεση και παρακολούθηση καρδιακής λειτουργίας με ΗΚΓ ή monitor στην περίπτωση που ο ασθενής δεν είναι συνδεδεμένος.
- Εφαρμογή απινίδωσης, όταν υπάρχει απινιδώσιμη κακοήθης αρρυθμία της καρδιάς (κοιλιακή μαρμαρυγή ή κοιλιακή ταχυκαρδία με καρδιογενές σοκ και απώλεια αισθήσεων). Για τον λόγο αυτό το τροχήλατο επειγόντων περιστατικών πρέπει να ελέγχεται καθημερινά σύμφωνα με το πρωτόκολλο και να είναι σε ετοιμότητα όταν υπάρχει ασθενής που είναι σε διαδικασία θρομβόλυσης ή κινδυνεύει να πέσει σε κακοήθη αρρυθμία.

10. Νοσοκομειακές Λοιμώξεις

Οι παράγοντες εμφάνισης λοιμώξεων στο καρδιολογικό τμήμα, σχετίζονται είτε με το προσωπικό και ειδικότερα α) με την έλλειψη γνώσης μέτρων πρόληψης λοιμώξεων και β) με τη γνώση αλλά την μη τήρηση των μέτρων πρόληψης, είτε με το περιβάλλον εργασίας και ειδικότερα με τον καθαρισμό και τον αερισμό των χώρων του τμήματος. .

Στην πλειονότητά τους οι νοσοκομειακές λοιμώξεις είναι αμιγώς ιατρονοσηλευτικής αιτιολογίας, καθώς ο ασθενής έχει πολύ μικρή ευθύνη για την επιμόλυνση των πυλών εισόδου μικροοργανισμών

(χειρουργικό τραύμα, αναπνευστική οδός και σημεία εισόδου διαφόρων καθετήρων).

Συνέπειες για τον ασθενή

- Αύξηση κόστους νοσηλείας.
- Αύξηση διάρκειας νοσηλείας και παραμονής στο νοσοκομείο.
- Επιβάρυνση της κατάστασης της υγείας του ασθενούς.
- Ψυχολογική καταπόνηση του ασθενούς.
- Θάνατος

Πηγές μικροοργανισμών:

- Η μικροβιακή χλωρίδα του ασθενή (δέρμα, βλεννογόνοι, πεπτικό, αναπνευστικό και ουροποιητικό σύστημα).
- Η μικροβιακή χλωρίδα του δέρματος (χεριών) του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού..
- Εργαλεία – όργανα της κλινικής..

Παράγοντες αύξησης της εμφάνισης λοιμώξεων που σχετίζονται με τον ασθενή

- Ηλικία
- Διατροφική κατάσταση – παχυσαρκία
- Διαβήτης
- Κάπνισμα
- Ανοσοκαταστολή
- Παρουσία ταυτόχρονα λοίμωξης άσχετης με το καρδιολογικό πρόβλημα.
- Υποκείμενη νόσος

Ο ίδιος ο ασθενής και το περιβάλλον του (επισκεπτήριο) αποτελούν πηγές μόλυνσης, σε συνδυασμό με τον παρατεταμένο χρόνο νοσηλείας του, αυξάνουν τον κίνδυνο λοιμώξεων.

Επίσης η προχωρημένη ηλικία, η υπερβολική παχυσαρκία, η κακή θρέψη, η αναιμία, ο σακχαρώδης διαβήτης έχουν αναγνωρισθεί ως παράγοντες λοίμωξης

.

Φροντίδα προστασίας:

- Ο άρρωστος να παραμένει στο νοσοκομείο το λιγότερο δυνατό χρόνο.
- Να τηρείται αυστηρά το επισκεπτήριο στους συγγενείς των ασθενών.

- Να καταβάλλεται προσπάθεια η κακή κατάσταση υγείας του ασθενή, κατά την εισαγωγή του (π.χ. αναιμία, σακχαρώδης διαβήτης) να αποκαθίστανται, παράλληλα με το καρδιολογικό του πρόβλημα. Η προληπτική λήψη αντιβίωσης όχι μόνον δεν προφυλάσσει, αλλά όταν χρησιμοποιείται συστηματικά, δημιουργεί ανθεκτικά στελέχη μικροβίων, με αποτέλεσμα να πληθύνονται οι νοσοκομειακές λοιμώξεις
- Τακτικός αερισμός με καθαρό αέρα (άνοιγμα παραθύρων θαλάμων).
- Σωστή αποστείρωση των εργαλείων.
- Αυστηρή τήρηση του προγράμματος καθαριότητας των χώρων του τμήματος και επιπλέον κλήση του συνεργείου καθαριότητας όταν υπάρξει ανάγκη.
- Ο καθαρισμός της σκόνης από τις επίπεδες επιφάνειες να γίνεται με υγρό ξεσκόνισμα. Το στεγνό ξεσκόνισμα απαγορεύεται.
- Το ίδιο ισχύει και για το δάπεδο. Ο καθαρισμός του δαπέδου, τοπικά, να γίνεται αμέσως μόλις πέσουν σ' αυτό βιολογικά υγρά και πριν προλάβουν να στεγνώσουν, γιατί κονιορτοποιούνται και με τον βηματισμό αναστηκώνονται σαν μολυσμένη σκόνη στον αέρα.
- Οι ανοσοκατασταλμένοι άρρωστοι να εξετάζονται και να φροντίζονται πρώτοι ώστε να ελαχιστοποιείται η πιθανότητα μόλυνσης τους .
- Αντίθετα, οι άρρωστοι φορείς μολυσματικών ασθενειών (π.χ. AIDS, Ηπατίτιδες, Φυματίωση) να εξετάζονται τελευταίοι και να τους γίνεται η νοσηλεία στο τέλος ώστε να ελαχιστοποιείται ο κίνδυνος μεταφοράς μικροβίων.
- Ασθενείς με εμπύρετο ή διαγνωσμένη λοίμωξη να απομονώνονται κατά το δυνατόν και να υπάρχει η σχετική σήμανση στα έντυπα νοσηλείας.
- Η νοσηλεία και η φροντίδα των ασθενών πρέπει να γίνεται με γάντια.
- Μέσα στους χώρους του τμήματος και τους θαλάμους ασθενών, το προσωπικό πρέπει να κυκλοφορεί προσεκτικά με τη μάσκα σωστά τοποθετημένη όταν αυτό απαιτείται, εφαρμόζοντας στα μάγουλα και το σαγόνι καλύπτοντας στόμα και μύτη.
- Τοποθέτηση σε όλους τους χώρους του τμήματος και τους θαλάμους των ασθενών δοχείων με αντισηπτικό χεριών.
- Τα χέρια να πλένονται καλά πριν και μετά το τέλος κάθε νοσηλείας και διαδικασιών στους νοσηλευόμενους ασθενείς .
- Πρέπει να τηρούνται οι κανόνες άσηπτης τεχνικής όπου αυτό απαιτείται.
- Εργαζόμενοι που παρουσιάζουν πυρετό ή ενδείξεις κάποιας λοίμωξης πρέπει να αποχωρούν από την εργασία τους και να αντικαθίστανται.
- Οι επισκέπτες και οι μαθητευόμενοι πρέπει να είναι επίσης υπό την επιτήρηση του νοσηλευτικού προσωπικού.

- Τακτική λήψη δειγμάτων από την μονάδα εμφραγμάτων και τους θαλάμους ασθενών προκειμένου να διαπιστωθεί ύπαρξη ανθεκτικών μικροβίων και να ληφθούν τα απαραίτητα μέτρα αν υπάρξει ανάγκη.

- Επικοινωνία με την επιτροπή λοιμώξεων για την επίλυση αποριών και αντιμετώπιση προβλημάτων όταν αυτά υπάρχουν.

Ασφάλεια των εργαζόμενων - Κίνδυνοι του Προσωπικού

«Η ασφάλεια διασφαλίζει υγεία, η υγεία ζωή και η ζωή ενέργεια, δράση και απόδοση. Υγιείς νοσηλευτές προσφέρουν υγιείς υπηρεσίες, προϋπόθεση για κοινωνική ευημερία και ανάπτυξη. Το έργο μας είναι ιερό αλλά και η υγεία μας πολύτιμη!»

Οι κίνδυνοι για την υγεία των εργαζομένων προέρχονται, κυρίως, από την έκθεσή τους:

- Στους λοιμώδεις παράγοντες.
- Τις διάφορες χημικές ουσίες.
- Τα φάρμακα.
- Τις αλλεργιογόνες ουσίες.
- Τον χειρισμό φορτίων.
- Την εργασία σε μεταβαλλόμενο ωράριο.
- Τη βία.
- Τις απαιτήσεις της εργασίας και
- Την ψυχολογική πίεση.

Οι εργαζόμενοι στα ειδικά και κλειστά τμήματα, όπως το Καρδιολογικό συχνά διαμαρτύρονται για φόρτο εργασίας, κακό προγραμματισμό, έλλειψη προσωπικού, για μυοσκελετικά προβλήματα και δερματοπάθειες, μικρού βαθμού ικανοποίηση από την εργασία τους και άλλα πολλά.

Η εργασία στις εντατικές μονάδες είναι περίπλοκη, τόσο από πλευράς οργάνωσης όσο και λειτουργίας και παρουσιάζει πολυάριθμους κινδύνους για την υγεία και ασφάλεια των εργαζόμενων. Οι εργαζόμενοι ανήκουν σε διάφορες επαγγελματικές ομάδες με μεγάλη ποικιλία καθηκόντων και ευθυνών αλλά με κύρια δραστηριότητα τη φροντίδα των ασθενών.

Ο παρών κανονισμός έχει ως στόχο να βοηθήσει όσους εμπλέκονται ώστε να:

- Εντοπίσουν και αξιολογήσουν τους κινδύνους εντός της κλινικής.
- Λάβουν τις κατάλληλες προφυλάξεις για την εξάλειψη ή τον έλεγχο των κινδύνων αυτών.

- Ετοιμάσουν τυποποιημένες διαδικασίες λειτουργίας που να καθορίζουν τα προληπτικά μέτρα και τις ρυθμίσεις για την εκτέλεση των εργασιών.
- Διασφαλίσουν ότι όλοι γνωρίζουν τους κινδύνους και τι πρέπει να κάνουν για αντιμετώπισή τους.
- Εκπληρώσουν τις υποχρεώσεις τους που απορρέουν από τη νομοθεσία για ασφάλεια και υγεία στην εργασία.

Τους κινδύνους αυτούς μπορούμε να τους ταξινομήσουμε σε 3 κατηγορίες:

- Κίνδυνοι από φυσικά και μηχανικά αίτια.
- Κίνδυνοι από μολύνσεις και χημικά αίτια.
- Ψυχοκοινωνικοί κίνδυνοι.

Κίνδυνοι από φυσικά και μηχανικά αίτια

1. Πυρκαγιά

Αν και μια πυρκαγιά είναι ένα σχετικά σπάνιο περιστατικό σε ένα καρδιολογικό τμήμα, οι συνέπειες μπορεί να είναι καταστροφικές. Μια φωτιά μπορεί να προκληθεί γιατί το περιβάλλον είναι πλούσιο σε οξυγόνο, εύφλεκτα υλικά, συσκευές που παράγουν υψηλή θερμότητα και σπινθήρες.

Φωτιά στο χώρο του νοσοκομείου σημαίνει μεγάλο κίνδυνο και πανικό γιατί εκτός από εμάς τους εργαζόμενους κινδυνεύουν και οι ασθενείς που είναι κυριολεκτικά ανήμποροι να αντιδράσουν και να προστατευθούν.

Η πυρασφάλεια δεν αποτελεί θέμα στην κορυφή των περισσότερων λιστών προτεραιότητας στην περίπτωση αυτή η πρόληψη αποτελεί την καλύτερη θεραπεία, ενώ η ασφαλής χρήση του ιατρικού εξοπλισμού και του υλικού πρέπει να επιτυγχάνεται μέσω της εκπαίδευσης και της επαγρύπνησης του προσωπικού που χρησιμοποιεί αυτά τα υλικά και τον εξοπλισμό στο ίδιο το λειτουργικό περιβάλλον.

Η κατανόηση της πυροπροστασίας

Η κατανόηση του πυροπροστασίας είναι η πιο βασική έννοια στην πρόληψη και τον έλεγχο πυρκαγιάς.

Για να υπάρξει οποιαδήποτε πυρκαγιά, πρέπει να υπάρχουν τρία κρίσιμα στοιχεία:

1. Ένα καύσιμο ή εύφλεκτο υλικό.
2. Μια ανάφλεξη ή μια πηγή θερμότητας.
3. Οξυγόνο σε επαρκείς ποσότητες για την υποστήριξη της καύσης.

Όταν τα τρία αυτά στοιχεία συναντηθούν, το αποτέλεσμα είναι η καύση. Ωστόσο, αν μόνο ένα από αυτά τα στοιχεία αφαιρεθεί από την επαφή με τα άλλα δύο, η απειλή πυρκαγιάς μπορεί να

ελαχιστοποιηθεί. Έτσι, αν μπορεί να αφαιρεθεί το οξυγόνο, η θερμότητα ή η παροχή καυσίμου, υπάρχει ελάχιστος κίνδυνος πυρκαγιάς.

Σε κανονικές συνθήκες είμαστε συνήθως ασφαλείς όταν τα τρία αυτά στοιχεία διατηρούνται χωριστά.

Εύφλεκτα υλικά

Το περιβάλλον της μονάδας εμφραγμάτων κυρίως αλλά και οι θάλαμοι ασθενών περιέχουν εύφλεκτα υλικά όλων των τύπων, συμπεριλαμβανομένων, ιματισμού, κουρτινών διαχωρισμού της οπτικής επαφής και πλαστικών υλικών (όπως διάφορους σωλήνες, σύριγγες και δοχεία αναρρόφησης).

Πηγές θερμότητας ή ανάφλεξης

Η χρήση πηγών θερμότητας, κλιματιστικών, απινιδωτή και άλλων ηλεκτρικών συσκευών είναι ολοένα και συχνότερη στις σύγχρονες μονάδες υγείας.

Οξυγόνο

Το περιβάλλον εμπλουτίζεται με οξυγόνο συνήθως όταν χρησιμοποιείται συμπληρωματικό οξυγόνο σε ασθενή. .

Ένα ανοικτό σύστημα παροχής οξυγόνου, όπως ο ρινικός καθετήρας ή η μάσκα, παρουσιάζει μεγαλύτερο κίνδυνο πυρκαγιάς από ένα κλειστό σύστημα χορήγησης, όπως μια λαρυγγική μάσκα. Σε περιβάλλον εμπλουτισμένο με οξυγόνο, τα υλικά που κανονικά δεν καίγονται, στον αέρα του χώρου μπορούν να αναφλεγούν.

Το συμπληρωματικό οξυγόνο είναι παρόν στις περισσότερες περιπτώσεις πυρκαγιάς. Στον χώρο της μονάδας εμφραγμάτων και κατά την διαδικασία απινίδωσης σε ασθενή που του χορηγείται οξυγόνο υπάρχει αυξημένος κίνδυνος πυρκαγιάς. Εφόσον η πυρκαγιά συμβαίνει, τα συνήθη σημεία στο σώμα του ασθενούς που αναφλέγονται είναι το κεφάλι, το πρόσωπο, ο λαιμός και το ανώτερο στήθος. Στην διαδικασία απινίδωσης πρέπει να διακόπτεται η χορήγηση οξυγόνου για να αποφευχθεί η πυρκαγιά στον ασθενή.

Πυρασφάλεια

Προσωπικό

Η ομάδα του καρδιολογικού τμήματος πρέπει να γνωρίζει ότι όλα αυτά τα στοιχεία (καύσιμο, πηγές ανάφλεξης και οξυγόνο) υπάρχουν στον χώρο κάθε φορά που υπάρχει μια διαδικασία και πρέπει να λαμβάνουν κάθε δυνατή προφύλαξη ώστε να εξασφαλίζεται ότι διατηρούνται χωριστά.

Προετοιμασία

Σύμφωνα με τον παρόντα Εσωτερικό Κανονισμό, ο κάθε υπάλληλος είναι μέρος του **πυροπροστατευτικού τριγώνου** και πρέπει να γνωρίζει τι πρέπει να κάνει σε περίπτωση πυρκαγιάς.

- Εάν υπάρχει κατάσταση υψηλού κινδύνου, η ομάδα πρέπει να αποφασίσει για ένα σχέδιο και ρόλους για την πρόληψη και τη διαχείριση πυρκαγιάς.
- Σε κάθε περιοχή όπου δυνητικά μπορεί να συμβεί πυρκαγιά, πρέπει να είναι αναρτημένο ένα πρωτόκολλο για την πρόληψη και τη διαχείριση των πυρκαγιών.
- Απαιτείται προσεκτικός συντονισμός και συνεχής κατάρτιση για όλους τους εργαζόμενους, ώστε να ελαχιστοποιηθεί η πιθανότητα αυτού του δυνητικά θανατηφόρου προβλήματος.
- Όλοι οι υπάλληλοι του τμήματος και σε επέκταση του νοσοκομείου οφείλουν να παρακολουθούν μαθήματα πρόληψης και αντιμετώπισης πυρκαγιάς.

Πυροσβεστήρες

Όταν πρόκειται για πυροσβεστήρες, μια από τις πρώτες προτεραιότητες είναι η τοποθεσία. Οι πυροσβεστήρες στο καρδιολογικό τμήμα βρίσκονται σε δύο σημεία, στην αρχή και το τέλος του διαδρόμου του καρδιολογικού τμήματος. Μία πυροσβεστική φωλιά με κρουνό νερού και ένα πυροσβεστήρα βρίσκεται δίπλα στην πόρτα του χώρου των νοσηλευτών και μία δεύτερη φωλιά δίπλα στην πόρτα του θαλάμου 223 των ασθενών. .

Σχέδιο δράσης σε περίπτωση πυρκαγιάς

Οι πυρκαγιές στο τμήμα μπορούν να υποδιαιρεθούν:

- α) Σε πυρκαγιές που μπορεί να συμβούν στον ασθενή και
- β) Σε πυρκαγιές που μπορεί να συμβούν στο ευρύτερο περιβάλλον του χώρου του Καρδιολογικού τμήματος.

Γενικά μέτρα σε κάθε περίπτωση

- Αδειάστε αμέσως / βγάλτε τη φωτιά (όταν είναι ασφαλές να το κάνετε).
- Αφαιρέστε το καύσιμο υλικό από την επαφή με τον ασθενή (κουρτίνες, ιματισμός κ.λπ).
- Απεγκλωβίστε τον ασθενή, εάν είναι απαραίτητο.
- Κρατήστε το οποιοδήποτε ύποπτο υλικό / συσκευή που αποτέλεσε το πιθανό αίτιο της πυρκαγιάς για έρευνα παρακολούθησης.

A) Πυρκαγιά στον ασθενή

Εάν η φωτιά συμβεί στον ασθενή, τα βήματα που ακολουθούνται είναι:

1. Η κατάσταση των φλογών και η αφαίρεση του καύσιμου υλικού από τον ασθενή.
2. Ένα άλλο μέλος της ομάδας μπορεί να χρειαστεί να χρησιμοποιήσει έναν πυροσβεστήρα CO₂ για να σβήσει τη φωτιά.
3. Ένα άλλο μέλος της ομάδας καλεί βοήθεια, ενημερώνει τον τεχνικό ασφαλείας και δηλώνει συναγερμό πυρκαγιάς για ενεργοποίηση σχεδίου δράσης σε επίπεδο Οργανισμού και καλεί την Πυροσβεστική. Κανονικά όταν ενεργοποιείται συναγερμός πυρκαγιάς, πρέπει να εκκενωθεί το κτίριο. Σε περίπτωση πυροσβεστικού συναγερμού στο νοσοκομείο, οι επαγγελματίες ασφαλείας θα καθορίσουν εάν απαιτηθεί εκκένωση, ενώ όλοι θα ενημερωθούν για τις δυνατότητες εκκένωσης καθώς και για το σχέδιο για περιορισμό και έλεγχο της πυρκαγιάς. Σ αυτή την περίπτωση το να γίνουν όλα στην κατάλληλη στιγμή είναι κρίσιμης σημασίας.
4. Όλα τα αέρια (ειδικά το οξυγόνο) θα πρέπει να διακόπτονται αμέσως. Πρέπει να διακοπεί παράλληλα η κεντρική ροή αερίων μέσω των κεντρικών βαλβίδων οι οποίες πρέπει να είναι γνωστό που βρίσκονται και πως διακόπτεται η λειτουργία τους. Μπροστά στους πίνακες με τις βαλβίδες δεν πρέπει να υπάρχουν υλικά και αντικείμενα που εμποδίζουν την πρόσβαση σε αυτές.
5. Μόλις ελεγχθεί η πυρκαγιά, η φροντίδα για τον ασθενή πρέπει να συνεχιστεί και η περαιτέρω διαχείριση πρέπει να βασίζεται στον βαθμό κινδύνου από τον καπνό στην περιοχή.
6. Μετά την κατάσβεση της πυρκαγιάς, επαναφέρετε τον εξαερισμό, αξιολογήστε την κατάσταση του ασθενούς και πραγματοποιήστε ένα σχέδιο συνεχούς φροντίδας του.
7. Αν η φωτιά δεν ελέγχεται γρήγορα, τότε πρέπει να γίνει εκκένωση από το δωμάτιο, ειδοποίηση χρησιμοποιώντας τον εξοπλισμό πυρανίχνευσης της εγκατάστασης.

B) Πυρκαγιά στον ευρύτερο χώρο του Καρδιολογικού τμήματος

Σε πυρκαγιές που εμφανίζονται στον χώρο του τμήματος αλλά δεν εμπλέκουν τον ασθενή, συνήθως εμπλέκεται ηλεκτρικός εξοπλισμός.

Το πρώτο βήμα είναι να αποσυνδέσετε με ασφάλεια τον εξοπλισμό και να το αφαιρέσετε από το χώρο. Αν αυτό δεν μπορεί να γίνει, ενδέχεται να χρειαστεί να σβήσει η συσκευή στο δωμάτιο με τη χρήση πυροσβεστήρες. Πρέπει να διακοπεί παράλληλα η κεντρική ροή αερίων μέσω των κεντρικών βαλβίδων οι οποίες πρέπει να είναι γνωστό που βρίσκονται και πως διακόπτεται η λειτουργία τους. Μπροστά

στους πίνακες με τις βαλβίδες δεν πρέπει να υπάρχουν υλικά και αντικείμενα που εμποδίζουν την πρόσβαση σε αυτές.

Συστάσεις για τη μείωση του κινδύνου πυρκαγιών

- Διεξάγετε αξιολόγηση κινδύνου πυρκαγιάς στην αρχή κάθε διαδικασίας. Οι διαδικασίες υψηλότερου κινδύνου (απινίδωση) περιλαμβάνουν πηγή ανάφλεξης, παροχή συμπληρωματικού οξυγόνου και λειτουργία της πηγής ανάφλεξης πλησίον του οξυγόνου (π.χ. κεφαλή, λαιμός, θώρακας).
- Χρησιμοποιήστε συμπληρωματικό οξυγόνο με ασφάλεια.
- Πρέπει να γίνεται χρήση αντιαεκρηκτικών πριζών, για να μη δημιουργούνται σπινθήρες στην είσοδο και έξοδο του φιο. Έτσι αποφεύγεται η πυρκαγιά και κυρίως η έκρηξη.
- Χορηγήστε την ελάχιστη συγκέντρωση οξυγόνου που απαιτείται για να διατηρήσετε τον κορεσμό οξυγόνου ικανοποιητικό για τον ασθενή σας.

Κάθε μέλος του προσωπικού πρέπει να γνωρίζει το σχέδιο δράσης, σε περίπτωση πυρκαγιάς, το οποίο περιλαμβάνει:

- Θέση πυροσβεστήρων.
- Γνώση της χρήσης τους.
- Καθορισμός των εξόδων κινδύνου και των μελών, που θα τις χρησιμοποιήσουν.
- Τρόποι περιορισμού των ρευμάτων αέρος, για τη μη περαιτέρω εξάπλωση της πυρκαγιάς.
- Τρόποι προφύλαξης του εαυτού τους και των ασθενών.

Γενικές κατευθύνσεις

Όλο το προσωπικό με την ευθύνη της Διοίκησης της υπηρεσίας πρέπει να εκπαιδευθεί και να γνωρίζει:

- Τρόπους πρόληψης πυρκαγιάς μέσω πρωτοκόλλων.
- Διαδρομές ταχείας εκκένωσης ασθενών και προσωπικού.
- Ακριβείς τοποθεσίες όλων των πυροσβεστήρων και την σωστή τους χρήση.
- Βαλβίδες παροχής και αποκλεισμού O₂, ηλεκτρισμού και μηχανημάτων.
- Άμεσα τηλέφωνα για επικοινωνία (π.χ. πυροσβεστική).

2. Ηλεκτρισμός

Ο σύγχρονος τεχνολογικός εξοπλισμός στα νοσοκομεία συνδέεται άμεσα με τον ηλεκτρισμό. Είναι

απαραίτητο να γνωρίζουμε την σωστή χρήση των μηχανημάτων και τις προφυλάξεις που θα πάρουμε για να είμαστε ασφαλείς από ηλεκτροπληξία.

Μέτρα πρόληψης ηλεκτροπληξίας στο χειρουργείο:

- Εκπαίδευση του προσωπικού.
- Ύπαρξη και γνώση οδηγιών χρήσης κάθε μηχανήματος
- Τακτικός έλεγχος των μηχανημάτων.
- Καλή συντήρηση των μηχανημάτων και των καλωδίων τους σε τακτά χρονικά διαστήματα.
- Γείωση όλων των συσκευών.
- Διατήρηση της υγρασίας σε επιθυμητά επίπεδα για αποφυγή δημιουργίας σπινθήρων (55-60%).
- Μόνωση των καλωδίων και συνδέσεων και διατήρηση των πριζών σε ύψος 1,5m από το έδαφος.
- Απαγορεύεται η χρήση πολύπριζων, ειδικά όταν αυτά τοποθετούνται στο δάπεδο.
- Απαγορεύεται η χρήση κινητών τηλεφώνων, γιατί αποσυντονίζονται τα μηχανήματα παρακολούθησης των αρρώστων.

3. Μυοσκελετική καταπόνηση

Οσφυαλγίες, κήλες μεσοσπονδύλιων δίσκων

Η πολύωρη ορθοστασία, τα μεγάλα βάρη, το τέντωμα του κορμού, το περπάτημα σε σκληρό δάπεδο καταπονούν τη σπονδυλική στήλη με οσφυαλγίες και κήλες μεσοσπονδύλιων δίσκων. Επίσης, το κυκλοφοριακό σύστημα ταλαιπωρείται δημιουργώντας κιρσούς των κάτω άκρων.

Οι οσφυαλγίες και οι κήλες μεσοσπονδύλιων δίσκων θεωρούνται οι πιο γνωστές αιτίες προβλημάτων στα βαριά και κλειστά τμήματα.

Αιτίες

- Σπρώξιμο, τράβηγμα, ανύψωση αντικειμένων ή ασθενών από λάθος θέση.
- Απότομο λύγισμα ή στροφή της μέσης.
- Μεταφορά υλικών.
- Υπερέκταση κορμού.
- Χειρισμός μηχανημάτων.
- Ορθοστασία παρατεταμένη.
- Συνεχές περπάτημα σε σκληρό δάπεδο.
- Πτώση σε υγρό επίπεδο.

Γενικά μέτρα προστασίας. Ο εργαζόμενος πρέπει:

- Να χρησιμοποιεί σωστή τεχνική στην ανύψωση βάρους.
- Να διαθέτει ολιγόλεπτη ξεκούραση μεταξύ επίπονων διαδικασιών.
- Να γυμνάζεται εκτός ωρών εργασίας, για να διατηρεί σε καλή κατάσταση το μυϊκό και κυκλοφοριακό σύστημα (κυρίως ραχιαίοι και κοιλιακοί μύες).
- Να διατηρεί την οσφυϊκή κυρτότητα σε στάση καθιστική.
- Να χρησιμοποιεί παπούτσια που απορροφούν τους κραδασμούς και διευκολύνουν το βάδισμα.
- Να ανυψώνει βάρος, πλησιάζοντας το στο σώμα.
- Να χρησιμοποιεί την κατ' ισχίον άρθρωση, όταν πρόκειται να σκύψει.
- Να σπρώχνει και όχι να τραβά τα αντικείμενα.
- Να χρησιμοποιεί σκαμπό, για να φτάνει τα ψηλά αντικείμενα, χωρίς να τεντώνεται.

4. Εξαερισμός των χώρων

Είναι αναγνωρισμένο και τεκμηριωμένο ότι η παροχή αρκετού καθαρού αέρα απαλλαγμένου από μολυσματικούς παράγοντες, σκόνη, στην κατάλληλη θερμοκρασία και υγρασία είναι επιβεβλημένη τόσο για το περιβάλλον του ασθενή όσο και για τους εργαζόμενους.

Η απαραίτητη εναλλαγή του αέρα αρκετές φορές ανά ώρα, συμβάλλει στη πρόληψη λοιμώξεων αλλά και στην υγεία των εργαζομένων στο χώρο του τμήματος. Η σταθερή κατά το δυνατό ρύθμιση της ποιότητας αέρα εξαλείφει τα προβλήματα αυτά.

Κακής ποιότητας αέρας μπορεί να προκαλέσει:

- Πονοκεφάλους.
- Πονόλαιμο.
- Δυσκαταποσία .
- Δακρύρροια.
- Υπνηλία.
- Ευερεθιστότητα.

5. Θόρυβος

Οι Νοσηλευτές στη Μονάδα Εμφραγμάτων εκτίθενται στον κίνδυνο των διαφόρων θορύβων είτε από τα monitors είτε από διαφόρους συναγερμούς μηχανημάτων.

Τα αποτελέσματα του θορύβου στην ακοή μπορεί να είναι η επαγγελματική βαρηκοΐα από θόρυβο, αλλά ο θόρυβος σύμφωνα με επιδημιολογικές μελέτες μπορεί να έχει επιπτώσεις στο ποσοστό υπέρτασης, διαταραχές στο ΗΚΓ, νευρομυϊκές διαταραχές όπως αύξηση του χρόνου αντίδρασης και αύξηση του αριθμού των λαθών κατά τη διάρκεια της εργασίας και στην μειωμένη αντίληψη για προειδοποιητικούς κινδύνους.

Μέτρα πρόληψης:

- Μείωση του θορύβου στον χώρο του καρδιολογικού τμήματος με τον σωστό σχεδιασμό των νοσοκομειακών συναγερμών και ανάγκη τυποποίησής τους, βάση των αρχών της νοητικής εργονομίας.

6. Κίνδυνοι από μολύνσεις και χημικά αίτια

TB, Ηπατίτιδες, HIV

Παλιές ασθένειες όπως φυματίωση που έχουν επιστρέψει δυναμικά και νέες όπως ηπατίτιδες και AIDS αποτελούν μάστιγα για τα Χειρουργεία σήμερα.

Είναι εύκολο να μεταδοθούν στους νοσηλευτές χειρουργείου οι ασθένειες αυτές με διάφορους τρόπους.

Τρόποι μετάδοσης

- Τρύπημα βελόνας ή κόψιμο με νυστέρι.
- Τραυματισμό από αιχμηρό μολυσμένο εργαλείο.
- Πιτσίλισμα αίματος ή άλλου βιολογικού υγρού σε μη συνεχές δέρμα.
- Πιτσίλισμα βιολογικών υγρών στους βλεννογόνους και στο δέρμα, όταν υπάρχει λύση της συνέχειας του δέρματος.
- Διασωλήνωση ασθενή.
- Με άλλο μη αντιληπτό τρόπο.

Το πρόβλημα μεγεθύνεται όταν εμείς δεν συμπεριλαμβάνουμε τον εαυτό μας στα πιθανά αίτια και δεν

λαμβάνουμε τα απαραίτητα μέτρα.

Φροντίδα προστασίας:

- Αντιμετωπίζονται όλοι οι ασθενείς σαν να είναι φορείς και χρησιμοποιούνται διπλά γάντια, μάσκα, μπλούζα.
- Γίνεται προσπάθεια αποφυγής τραυματισμών.
- Γίνεται προσπάθεια για ήπιες κινήσεις, οι χειρισμοί στις νοσηλευτικές διαδικασίες να είναι προσεκτικοί προς αποφυγή τραυματισμών.
- Γίνεται εμβολιασμός του προσωπικού. Τακτική ενημέρωσή τους για το επίπεδο των αντισωμάτων είναι επιτακτική.
- Γίνεται τακτική ενημέρωση του προσωπικού.
- Κάθε ατύχημα αναφέρεται και ακολουθείται η πάγια διαδικασία.
- Επιμελής καθαρισμός των χώρων, επιφανειών μηχανημάτων και συσκευών.
- Απόρριψη των αιχμηρών, βελόνων, συρίγγων να γίνεται σε ειδικά δοχεία απόρριψης.

10. Αιχμηρά αντικείμενα και ασφάλεια στο χώρο του Καρδιολογικού τμήματος

Βασική αρχή

Κάθε ασθενής είναι πιθανό να είναι φορέας κάποιου παθογόνου μικροοργανισμού που μεταδίδεται με το αίμα και άλλα βιολογικά υγρά. Χαρακτηριστικά αναφέρονται:

Ιός της ηπατίτιδας B

- Ιός με υψηλή λοιμογόνο ιδιότητα.
- Αντοχή στο περιβάλλον.
- Μικρή ποσότητα ιού για μετάδοση.
- Μετάδοση με τρυπήματα από μολυσμένες βελόνες ή τραυματισμούς από άλλα αντικείμενα.

Ιός της ηπατίτιδας C

- Μεταδίδεται αιματογενώς.
- Περισσότερες περιπτώσεις είναι συνέπεια τραυματισμού με μολυσμένη βελόνα.
- Ποσοστό ορομετατροπής είναι περίπου 1,8%.

Ιός HIV

- Ιός με υψηλή λοιμογόνου ιδιότητα.
- Μεταδίδεται με τραύμα του δέρματος π.χ. με βελόνι, με επαφή βλεννογόνων και δέρματος, με αίμα και άλλα βιολογικά υγρά.
- Ο κίνδυνος μετάδοσης μετά από τρύπημα είναι περίπου 0,3%.

Μέτρα προστασίας:

- Εμβολιασμός κατά της ηπατίτιδας B.
- Απαγορεύεται η κάλυψη των χρησιμοποιημένων βελόνων.
- Προτείνεται ο έλεγχος σε ύποπτους ασθενείς, κατά την εισαγωγή τους, για ανίχνευση αντισωμάτων του HIV HBV και HCV.
- Στην αποφυγή ατυχημάτων συμβάλλει η συνεχής επικοινωνία των εργαζόμενων με σαφείς οδηγίες ή προειδοποιήσεις στην διάρκεια διαδικασιών στους ασθενείς (διασωλήνωση, τοποθέτηση κεντρικού φλεβικού καθετήρα, εξωτερικού βηματοδότη.

Διαχείριση επαγγελματικής έκθεσης σε βιολογικά υγρά μετά από τρύπημα

- Το τραύμα πλένεται αμέσως με νερό και σαπούνι ή αντισηπτικό για 10 λεπτά.
- Το συμβάν δηλώνεται άμεσα στους προϊστάμενους και στην επιτροπή λοιμώξεων του νοσοκομείου.
- Συμπληρώνεται το έντυπο «δήλωσης μετά από επαγγελματική έκθεση σε αίμα ή βιολογικά υγρά».
- Γίνεται εκτίμηση του κινδύνου μετάδοσης ανάλογα με τον τύπο του βιολογικού υγρού.
- Ελέγχεται η πηγή της έκθεσης για παρουσία Hb-sAg, anti-HCV, και HIV αντισωμάτων.
- Ο εκτιθέμενος ελέγχεται άμεσα για Hb-sAg, anti-HCV, anti-HIV και ALT τη στιγμή του ατυχήματος και πριν τη χορήγηση αγωγής.
- Έλεγχος για εγκυμοσύνη.
- Υπεύθυνος ιατρός για την περαιτέρω παρακολούθηση του περιστατικού είναι ο ιατρός προσωπικού.

Ειδικές παρεμβάσεις

Πηγή έκθεσης θετική σε HBV:

- Εκτιμάται η ανοσολογική ικανότητα του εκτεθέντος για HBV λοίμωξη με λήψη anti-HBs.

- Αν η συγκέντρωση των αντισωμάτων μετά από προηγούμενο εμβολιασμό είναι κάτω των 10 mIU / ml ακολουθεί έναρξη 2ου κύκλου εμβολιασμού.
- Αν δεν έχει προηγηθεί εμβολιασμός και δεν υπάρχουν αντισώματα HBV ακολουθεί παθητική ανοσοποίηση με ανοσοσφαιρίνη HBIG (υπεράνοση γ-σφαιρίνη) και επιταχυνόμενο σχήμα εμβολιασμού.
- Αν η συγκέντρωση αντισωμάτων είναι μεγαλύτερη ή ίση με 10 mIU / ml τότε δεν γίνεται καμία ενέργεια.

Τραυματισμός με θετικό HCV

Πηγή έκθεσης θετική σε HCV:

- Δεν συνιστάται προφύλαξη αφού δεν υπάρχει προφυλακτικό εμβόλιο.
- Οι εκτιθέμενοι πρέπει να υποβάλλονται σε έλεγχο τρανσαμινασών αμέσως και 4-6 μήνες μετά την έκθεση ή και σε έλεγχο HCV RNA, 4-6 βδομάδες μετά την έκθεση με στόχο την πρόωπη διάγνωση.
- Αν βρεθούν θετικοί, οι προσπάθειες εστιάζονται στη πρόληψη σοβαρής ηπατικής βλάβης

Πηγή έκθεσης θετική στον HIV:

- Συνιστάται έλεγχος αντισωμάτων για το ιό στην αρχή και μετά σε 6 βδομάδες, 3 μήνες και 6 μήνες μετά την έκθεση.
- Χορηγείται προληπτική χημειοθεραπεία για διάστημα ενός μήνα, η άμεση έναρξη έχει μεγάλη σημασία.

7. Ελλιπής εκπαίδευση σχετικά με την αντιμετώπιση των κινδύνων

Η συνεχής εκπαίδευση του υγειονομικού προσωπικού θεωρείται θεμελιώδης για να είναι σε θέση να:

- Αναγνωρίζει.
- Προβλέπει πιθανούς κινδύνους.
- Ακολουθεί τις βασικές αρχές πρόληψης των επαγγελματικών ατυχημάτων στο χώρο εργασίας και
- Χρησιμοποιεί σωστά τα κατάλληλα μέσα ατομικής προστασίας που προβλέπονται σε κάθε περίπτωση.

8. Χημικά απολυμαντικά φάρμακα

Είναι δυνατό να προκαλέσουν:

- Εισπνευστικά προβλήματα.
- Αναπνευστικά προβλήματα.
- Δερματίτιδες – εκζέματα – εγκαύματα.
- Πονοκεφάλους.
- Καρκινογένεση.
- Δακρύρροια – κερατίτιδα.
- Υπνηλία.

Πρέπει να γνωρίζουμε:

- Τη χημική σύνθεση των απολυμαντικών που χρησιμοποιούνται.
- Τις ενέργειες, παρενέργειες και τους κινδύνους κάθε απολυμαντικού με λεπτομέρεια.
- Τα μέτρα προφύλαξης (γάντια, μάσκα, μπλούζα) και να τα λαμβάνουμε.
- Τον χώρο φύλαξης των απολυμαντικών που πρέπει να είναι σε καλά αεριζόμενο χώρο ώστε να αποφεύγεται η αύξηση της συγκέντρωσής τους στην ατμόσφαιρα.

Φροντίδα προστασίας:

- Επαφή όχι με γυμνό δέρμα αλλά με γάντια, μάσκα.
- Φύλαξη τους σε καλά αεριζόμενο χώρο.
- Εκπαίδευση του προσωπικού και καθιέρωση πρότυπων εργασίας (standards).

9. Αλλεργικές αντιδράσεις

Κύρια αιτία των αλλεργιών θεωρούνται τα χειρουργικά γάντια. Μπορεί να παρουσιαστεί οξεία αντίδραση που εμφανίζεται με ερύθημα, κνησμό ή ελαφρύ οίδημα, παρατεταμένη αντίδραση, ενώ το δέρμα γύρω μπορεί να ξεφλουδίζει.

Λύση του προβλήματος:

- Χρήση υποαλλεργικών γαντιών.
- Αλλαγή αντιμικροβιακού διαλύματος κατά το πλύσιμο.
- Επάλειψη των χεριών με λοσιόν ή κρέμα μετά το πλύσιμο και πριν το γάντι. Ελαφρό σκούπισμα και όχι τριβή.

10. Κίνδυνοι ψυχοκοινωνικοί

Δεν είναι λίγες οι φορές που οι Νοσηλευτές της Μονάδας εμφραγμάτων και της Καρδιολογικής κλινικής θα σοκαριστούν από τον αιφνίδιο θάνατο ενός νέου ατόμου, ή από μια αποτυχημένη διαδικασία ανάνηψης .

Η καθημερινή αντιμετώπιση του ανθρώπινου πόνου υποβάλλει πιεστικά κάθε έναν εργαζόμενο σε άγχος, ψυχικό πόνο, πνευματική ευαισθησία, συναισθηματική φόρτιση που συνθέτουν το λεγόμενο επαγγελματικό στρες.

Δεν είναι λίγες οι φορές που η κατάσταση αυτή μεταφέρεται και στο σπίτι και μη βρίσκοντας πολλές φορές ανακούφιση καθιστά την κοινωνική και ψυχική προσαρμογή απόμακρη και δύσκολη. Η έντονη επαγγελματική πίεση (στρες) η οποία όταν δεν διοχετεύεται προς τα έξω, συσσωρεύεται και οδηγεί στην απομόνωση και στη δύσκολη κοινωνική συναλλαγή.

Οι Μονάδες εμφραγμάτων ως χώροι κλειστοί και απομονωμένοι είναι ευάλωτα και από άλλου είδους κινδύνους όπως οι καλυμμένες παρενοχλήσεις ή με το πρόσχημα της ευχάριστης παρέας ή της συναδελφικής φιλίας.

Μελέτες έδειξαν ότι πολλές Νοσηλεύτριες και Νοσηλευτές εκδηλώνουν τις παρενοχλήσεις αυτές με:

- Stress (υπερένταση, φόβο, θυμό απώλεια μνήμη).
- Μειωμένη απόδοση εργασίας.
- Συνεχείς απουσίες.
- Απομόνωση.
- Έλλειψη ενδιαφέροντος
- Ψυχοσωματικές διαταραχές (πονοκεφάλους, απώλεια βάρους, κόπωση, αϋπνία).
- Κατάθλιψη.
- Έλλειψη αυτοεκτίμησης

Οι υπεύθυνοι πρέπει να λαμβάνουν μέτρα πρόληψης και να εξετάζουν το θέμα με αντικειμενικότητα.

11. Προφορική κακοποίηση

Η μεγάλη συχνότητα προφορικής κακοποίησης σε Νοσηλευτές έχει γίνει αντικείμενο πρόσφατων ερευνητικών μελετών σε όλο τον κόσμο.

Επαναλαμβανόμενα περιστατικά προφορικής κακοποίησης έχουν αρνητικές επιδράσεις στην νοσηλευτική φροντίδα αφού συμβάλει στην αύξηση των λαθών αλλά και στην ασφάλεια των ασθενών.

Επίσης υπομονεύει την αυτοεκτίμηση και αυτοπεποίθηση των Νοσηλευτών κατά την εκτέλεση των καθηκόντων τους.

Η νοσηλευτική διεύθυνση για τον σκοπό αυτό θα πρέπει να προσεγγίσει ενεργητικά την αντιμετώπιση της προφορικής κακοποίησης.

Κλειδί για την πρόληψη και τον χειρισμό της προφορικής κακοποίησης είναι η αναγνώριση των προειδοποιητικών ενδείξεων καθώς και η αναφορά των περιστατικών.

12. Σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης (burn out)

Είναι ένα σύνδρομο σωματικής και ψυχικής εξάντλησης στα πλαίσια του οποίου ο νοσηλευτής χάνει το ενδιαφέρον του και το θετικό συναίσθημα που είχε.

Παύει να είναι ικανοποιημένος από τη δουλειά και την απόδοση του και αναπτύσσει μια αρνητική εικόνα για τον εαυτό του.

Συμπτώματα της επαγγελματική κόπωσης:

- Έντονη αίσθηση κόπωσης και αδυναμίας.
- Αυξημένη μυϊκή υπερένταση.
- Κεφαλαλγίες.
- Γαστρεντερικές διαταραχές.
- Διαταραχές ύπνου και διατροφής.
- Κατάθλιψη.

Παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης στο νοσηλευτικό προσωπικό του Καρδιολογικού τμήματος:

- Υπερβολικός φόρτος εργασίας.
- Έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού.
- Εξαντλητικό ωράριο.
- Άκαμπτη και αυταρχική διοίκηση.
- Αυξημένες απαιτήσεις.
- Εργασιακό stress.

- Έλλειψη στήριξης από τον προϊστάμενο τους.

Μέτρα πρόληψης:

- Έγκαιρη αναγνώριση των συμπτωμάτων.
- Επάρκεια ανάπαυσης.
- Αποσαφήνιση του ρολού και των καθηκόντων.
- Δημιουργία κλίμακας συνεργασίας και υποστήριξης.

Προσωπική επιλογή συγκεκριμένων θέσεων εργασίας.

Κεφάλαιο 5

Ηθική και Δεοντολογία στο Καρδιολογικό Τμήμα

Στο σημερινό περιβάλλον της υγειονομικής περίθαλψης, οι Νοσηλευτές αντιμετωπίζουν όλο και περισσότερο σύνθετα ζητήματα και καταστάσεις που προκύπτουν από την προηγμένη τεχνολογία, την οξύτητα των περιστατικών στο νοσοκομειακό και κοινοτικό περιβάλλον, τη γήρανση του πληθυσμού, την πολυπλοκότητα των νόσων αλλά και από ηθικούς και πολιτιστικούς παράγοντες.

Εισαγωγή – Γενικές αρχές

Ορισμοί

Ηθική στις επιστήμες υγείας καλείται η μελέτη, έρευνα και κριτική ανάλυση της έννοιας του ορθού στην κλινική πράξη.

Η Βιοηθική περιλαμβάνει μερικές από τις βασικές αρχές της ηθικής στις επιστήμες υγείας και αποτελεί εκείνον τον ενιαίο κλάδο που προσπαθεί να μελετήσει τα ηθικά προβλήματα που προκύπτουν από την εξέλιξη και την εφαρμογή των βιοϊατρικών επιστημών και της επιστημονικής έρευνας.

Η Βιοηθική είναι μια διανοητική εργασία με μεγάλη πρακτική χρησιμότητα και κοινωνικές προεκτάσεις.

Η ηθική και η δεοντολογία στις επιστήμες υγείας είναι τόσο παλαιές όσο και οι ίδιες οι επιστήμες. Ωστόσο συστηματική ενασχόληση με την Ιατρική και Νοσηλευτική ηθική και δεοντολογία γίνεται τις τελευταίες δεκαετίες. Οι δίκες της Νυρεμβέργης (1947) και η αποκάλυψη των αποτρόπαιων εγκλημάτων των ναζί στο όνομα της ιατρικής έρευνας και τεχνολογίας, η εξάπλωση της έννοιας των ανθρώπινων δικαιωμάτων και η επέκταση των ασφαλιστικών συστημάτων, αποτέλεσαν νέα εναύσματα για τη ραγδαία ανάπτυξη των κλάδων της Ηθικής στην Υγεία και της Βιοηθικής.

Παραδοσιακά, οι Νοσηλευτές χρησιμοποιούν την προσέγγιση της επίλυσης προβλημάτων στο σχεδιασμό και την παροχή νοσηλευτικής φροντίδας. Σήμερα η λήψη αποφάσεων ως μέρος της επίλυσης προβλημάτων γίνεται σταδιακά πιο πολύπλοκη και απαιτεί κριτική σκέψη.

Οι βασικές αρχές της Βιοηθικής

Οι ακόλουθες κοινές δεοντολογικές αρχές μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την επικύρωση των ηθικών αξιώσεων.

Η αρχή της Αυτονομίας /Autonomy

Αυτή η λέξη προέρχεται από τις ελληνικές λέξεις auto ("αυτο") και nomos ("Κανόνας" ή "νόμος"), και επομένως αναφέρεται στην αυτό - διακυβέρνηση. Στον σύγχρονο λόγο έχει ευρείες έννοιες, συμπεριλαμβανομένων των ατομικών δικαιωμάτων, της ιδιωτικής ζωής και της επιλογής. Η αυτονομία συνεπάγεται τη δυνατότητα επιλογής χωρίς εξωτερικές επιδράσεις ή περιορισμούς. Μπορεί να θεωρηθεί η ικανότητα του ατόμου να σκέφτεται, να αποφασίζει και να ενεργεί ανεξάρτητα και χωρίς ψυχολογικά ή σωματικά εμπόδια.

Η αρχή του σεβασμού της αυτονομίας βρίσκει την καλύτερη έκφρασή της στον θεσμό της συνειδητής συγκατάθεσης, όπου σύμφωνα με αυτόν, ο ασθενής πρέπει να δώσει τη συγκατάθεσή του για οποιαδήποτε επέμβαση στο σώμα του, αφού προηγουμένως ο γιατρός ή ο νοσηλευτής, ή κάποιος άλλος λειτουργός υγείας έχει παράσχει τις απαραίτητες πληροφορίες προκειμένου ο ασθενής να μπορέσει να προβεί σε μια τελική επιλογή.

Η συγκατάθεση: α) μπορεί να είναι ρητή ή σιωπηρή αρκεί να αποδεικνύεται, β) πρέπει να δίνεται πριν γίνει η πράξη και γ) για πράξη που αντίκειται στα χρηστά ήθη δεν έχει έννομα αποτελέσματα (π.χ. ιατρική πράξη που αποβλέπει στην απαλλαγή από τη στράτευση ή στην είσπραξη ασφαλιστρών).

Τα ελαττώματα της αρχής της αυτονομίας αποτελούν τη δικαιολογητική βάση της λεγόμενης πατερναλιστικής συμπεριφοράς των Επαγγελματιών Υγείας απέναντι στους ασθενείς τους. Ο πατερναλισμός είναι ο σκόπιμος περιορισμός της αυτονομίας του άλλου, με δικαιολογία την ευεργεσία ή την ευημερία ή τις ανάγκες ενός άλλου.

Ο πατερναλισμός αυτός τείνει να μειώνεται για δύο κυρίως λόγους: α) οι ασθενείς σήμερα γνωρίζουν καλύτερα τα δικαιώματά τους και είναι σε θέση να τα διεκδικήσουν και β), καθώς ο θεσμός της συνειδητής συγκατάθεσης όχι απλώς έχει κερδίσει έδαφος αλλά είναι και νομικά κατοχυρωμένος, οι επαγγελματίες υγείας αποφεύγουν μια υπερπροστατευτική και πατερναλιστική συμπεριφορά, η οποία μπορεί να μην συμφωνεί με τις επιθυμίες του ασθενούς και να συνιστά παραβίαση του δικαιώματος αυτοκαθορισμού τους.

Η αρχή της Ωφέλειας - Ευεργεσίας / Beneficence

Αν και η έννοια της ωφέλειας υποκρύπτει καλοσύνη, φιλανθρωπία και οίκτο, στο χώρο της υγείας

αντιμετωπίζεται ως καθήκον, καθώς στην ιστορία της ηθικής, της ιατρικής, της νοσηλευτικής και της δημόσιας υγείας είναι βαθιά εδραιωμένη η πεποίθηση ότι η παράλειψη να ωφελήσει κανείς κάποιον όταν είναι σε θέση να το κάνει, συνιστά παραβίαση των επαγγελματικών του καθηκόντων και πράγματι, το καθήκον της ωφέλειας συχνά εξαρτάται από τον επαγγελματικό ρόλο ενός ατόμου, καθώς δεν είναι τόσο ισχυρό ώστε να σημαίνει πως κάθε άτομο στην κοινωνία έχει καθήκον να ωφελήσει κάποιο άλλο, αλλά μόνο αν αυτό το άτομο είναι επιφορτισμένο με συγκεκριμένα καθήκοντα όπως ο λειτουργός υγείας απέναντι στον ασθενή του.

Τα τελευταία χρόνια κερδίζει έδαφος μια νέα μορφή ηθικής υποχρέωσης, η ενδυνάμωση των ασθενών και των χρηστών υπηρεσιών υγείας η οποία συνδυάζει στοιχεία τόσο από την έννοια της ωφέλειας όσο και από την έννοια της μη βλάβης και αφορά την παροχή βοήθειας με τρόπο που καθιστά τα άτομα περισσότερο ικανά να λαμβάνουν αυτόνομες αποφάσεις σχετικά με την κατάσταση της υγείας τους και των επιλογών που την αφορούν.

Η αρχή της Μη Βλάβης / Non –maleficence

Η αρχή αυτή συνίσταται στην υποχρέωση των λειτουργών υγείας να μην κάνουν τίποτα που μπορεί να βλάψει τον ασθενή τους και αποτελεί την άλλη πλευρά της αρχής της ωφέλειας. Για παράδειγμα πολλές φορές κατά την άσκηση της ιατρικής ο γιατρός είναι υποχρεωμένος να προκαλέσει κάποια βλάβη στον ασθενή του προκειμένου να τον θεραπεύσει. Μια παρέμβαση π.χ. η οποία θα αποβεί εν τέλει προς όφελος του ασθενούς.

Η αρχή της μη βλάβης δεν περιλαμβάνει μόνο την πρόκληση πραγματικής βλάβης, αλλά και τον κίνδυνο ζημίας, για τον λόγο αυτό οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να δρουν με σύνεση και προσοχή έτσι ώστε η θέση κάποιου αγαθού σε διακινδύνευση να μην υπερβαίνει τα αποδεκτά από την κοινωνία όρια. Για τους επαγγελματίες υγείας η προσοχή αυτή περιλαμβάνει τις έννοιες της γνώσης, της δεξιότητας και της επιμέλειας, η μη εφαρμογή των οποίων μπορεί να συνιστά αμέλεια.

Η αρχή της Δικαιοσύνης

Από μια ευρεία προοπτική, η δικαιοσύνη δηλώνει ότι πρέπει παρόμοιες περιπτώσεις να αντιμετωπίζονται όμοια.

Η αρχή αυτή αναφερόμενη και ως αρχή της ισοτιμίας, αφορά στην ισότιμη αντιμετώπιση των αναγκών

των ασθενών και στην ισότιμη κατανομή πόρων, οικονομικών και συμβολικών. Αν και οι περισσότερες κοινωνίες διακηρύσσουν την ίση αξία όλων των μελών τους, οι οικονομικές και κοινωνικές ανισότητες αποτελούν μια δυσάρεστη πραγματικότητα που επηρεάζει σημαντικά τη φροντίδα στην υγεία.

Η έννοια αυτή στο χώρο της υγείας εμφανίζεται με τρεις κυρίως μορφές: α) δικαιοσύνη ως ισότιμη κατανομή των πόρων (κατανομητική δικαιοσύνη), β) δικαιοσύνη ως σεβασμός προς τα δικαιώματα των ανθρώπων και γ) δικαιοσύνη ως σεβασμός σε ηθικά αποδεκτούς νόμους.

Η αρχή του Σεβασμού των Ατόμων / Respect for Persons

Ο σεβασμός των ατόμων χρησιμοποιείται συχνά συνώνυμα με την αυτονομία., ωστόσο, υπερβαίνει την αποδοχή της έννοιας ή της στάσης των ανθρώπων να έχουν αυτόνομη επιλογή, αντιμετωπίζοντας τους άλλους με τρόπο που να τους επιτρέπει να κάνουν την επιλογή.

Η αρχή της Ιερότητας της Ζωής/ Sanctity of Life

Η αρχή αυτή πρεσβεύει ότι η ζωή είναι το υψηλότερο αγαθό. Επομένως, όλες οι μορφές της ζωής, συμπεριλαμβανομένης της απλής βιολογικής ύπαρξης, θα πρέπει να υπερισχύουν πέρα από εξωτερικά κριτήρια για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής.

Η αρχή της Φιλαλήθειας /Veracity

Η ειλικρίνεια είναι η υποχρέωση της αποτύπωσης – αναζήτησης - έκφρασης της αλήθειας και όχι της εξαπάτησης του άλλου μέσω του ψέματος.

Η αρχή της Εμπιστευτικότητας /Confidentiality

Η εμπιστευτικότητα σχετίζεται με την έννοια της ιδιωτικής ζωής. Πληροφορίες που ελήφθησαν από ένα άτομο δεν θα αποκαλυφθούν σε άλλο, εκτός αν ωφελήσει το άτομο ή υπάρχει άμεση απειλή για κάποιο κοινωνικό αγαθό.

Η αρχή του Διπλού Αποτελέσματος /Double Effect

Αυτή είναι μια αρχή που δικαιολογεί ηθικά ορισμένες ενέργειες που παράγουν τόσο καλό όσο και κακό (π.χ. μια επεμβατική διαδικασία).

Και τα τέσσερα από τα ακόλουθα κριτήρια πρέπει να πληρούνται ώστε να υπερτερεί το όφελος.

1. Η ίδια η δράση πρέπει να είναι καλή ή ηθικά ουδέτερη.
2. Ο εκτελών τη δράση πρέπει να σκοπεύει ειλικρινά στην καλή και όχι την κακή επίδραση (το κακό αποτέλεσμα μπορεί να προβλεφθεί αλλά δεν προωθείται).
3. Το καλό αποτέλεσμα δεν επιτυγχάνεται μέσω του κακού αποτελέσματος.
4. Υπάρχει αναλογική ή ευνοϊκή ισορροπία του καλού έναντι του κακού.

Η ηθική στη νοσηλευτική φροντίδα

Στον περίπλοκο σύγχρονο κόσμο, περιβαλλόμαστε από ηθικά ζητήματα σε όλες τις πτυχές της ζωής μας. Κατά συνέπεια, το ενδιαφέρον στον τομέα της δεοντολογίας υπήρξε αυξημένο, σε μια προσπάθεια να αποκομισθεί μια καλύτερη κατανόηση του τρόπου με τον οποίο τα ζητήματα αυτά μας επηρεάζουν. Συγκεκριμένα, στην υγειονομική περίθαλψη η εστίαση στην ηθική εντατικοποιήθηκε ως απάντηση στην αμφιλεγόμενη «ανάπτυξη» συμπεριλαμβανομένης της εξέλιξης στην τεχνολογία και τη γενετική, καθώς σήμερα, η εξελιγμένη τεχνολογία μπορεί να παρατείνει τη ζωή πολύ πιο πέρα από τον χρόνο που θα συνέβαινε ο θάνατος στο παρελθόν.

Ακριβές πειραματικές διαδικασίες και φάρμακα είναι διαθέσιμα στην προσπάθεια διατήρησης της ζωής, ακόμη και όταν αυτές οι προσπάθειες είναι πιθανό να αποτύχουν. Η ανάπτυξη της τεχνολογικής υποστήριξης έχει επιρροή σε όλα τα στάδια της ζωής. Για παράδειγμα, η προγεννητική περίοδος έχει επηρεαστεί από τη γενετική διαλογή, τη γονιμοποίηση *in vitro*, τη συγκομιδή και την κατάψυξη εμβρύων και την προγεννητική χειρουργική επέμβαση. Στα πρώτα στάδια της ζωής, τα πρόωρα βρέφη έχουν την ευκαιρία να επιβιώσουν με τη χρήση τεχνικής υποστήριξης. Παιδιά και ενήλικες που θα πέθαιναν ως αποτέλεσμα οργανικής ανεπάρκειας, ζουν περισσότερο λόγω της μεταμόσχευσης οργάνων.

Οι τεχνολογικές εξελίξεις έχουν επίσης συμβάλει στην αύξηση του μέσου όρου του προσδόκιμου ζωής. Αυτές οι τεχνολογικές εξελίξεις, ωστόσο, ήταν μια μικτή ευλογία, καθώς έχουν τεθεί ερωτήματα σχετικά με το εάν και υπό ποιες συνθήκες είναι σκόπιμο να χρησιμοποιηθεί αυτή η τεχνολογία. Αν και πολλά άτομα έχουν καλύτερη ποιότητα ζωής, αντιμετωπίζουν εκτεταμένη δυστυχία ως αποτέλεσμα των προσπαθειών για παράταση της ζωής, συνήθως με μεγάλο κόστος.

Τα ηθικά και δεοντολογικά ζητήματα περιβάλλουν επίσης αυτές τις πρακτικές ή πολιτικές που φαίνεται να κατανέμουν αδικαιολόγητα τους πόρους της υγειονομικής περίθαλψης με βάση την ηλικία, τη φυλή,

το φύλο, την αναπηρία ή τις κοινωνικές τάσεις.

Με βάση τα παραπάνω, τα ηθικά διλήμματα που μπορεί να αντιμετωπίσει ένας νοσηλευτής στην κλινική πράξη είναι πολυάριθμα και ποικίλα. Η συνειδητοποίηση της υποκείμενης φιλοσοφικής έννοιας θα βοηθήσει τον νοσηλευτή να αιτιολογήσει την απόφασή του, ενώ η κατανόηση του ρόλου του στην εφαρμογή της ηθικής στη λήψη αποφάσεων, θα τον βοηθήσει να εκφράσει τις ηθικές του θέσεις και να αναπτύξει τις απαιτούμενες δεξιότητες για τη λήψη δεοντολογικών αποφάσεων.

Υπάρχουν όπως αναφέρθηκε πολλές καταστάσεις στις οποίες απαιτείται ηθική ανάλυση. Τα ηθικά διλήμματα στα οποία υπάρχει σαφής σύγκρουση μεταξύ δύο ή περισσότερων ηθικών αρχών ή ανταγωνιστικών ηθικών αξιώσεων ανήκουν σ αυτές τις καταστάσεις τέτοιες όπου ο νοσηλευτής πρέπει να επιλέξει το μικρότερο από δύο κακά.

Άλλες καταστάσεις αντιπροσωπεύουν ηθικά προβλήματα, στα οποία μπορεί να υπάρξουν ανταγωνιστικοί ηθικοί ισχυρισμοί ή αρχές, αλλά ένας ισχυρισμός ή αρχή να είναι σαφώς ο κυρίαρχος.

Μερικές καταστάσεις καταλήγουν σε ηθική αβεβαιότητα, όταν δεν μπορεί κανείς με ακρίβεια να ορίσει ποια είναι η ηθική κατάσταση ή ποιες ηθικές αρχές εφαρμόζονται, αλλά έχει μια ισχυρή αίσθηση ότι κάτι δεν είναι σωστό.

Άλλες καταστάσεις μπορεί να οδηγήσουν σε ηθική δυσφορία, στην οποία γνωρίζουν οι νοσηλευτές τη σωστή πορεία δράσης αλλά οι θεσμικοί περιορισμοί σταματούν τον τρόπο που επιδιώκεται αυτή η σωστή δράση.

Για παράδειγμα, ένας ασθενής λέει σε μια νοσηλεύτρια ότι εάν κινδυνέψει να πεθάνει, θέλει να εξαντληθούν όλες οι δυνατότητες προκειμένου να ζήσει. Ο γιατρός και η οικογένεια από την άλλη έχουν πάρει την απόφαση από την άλλη να μην πουν στον ασθενή ότι είναι πολύ βαριά άρρωστος και να μην γίνει ανάνηψη αν σταματήσει να αναπνέει.

Από μια ηθική προοπτική, οι ασθενείς πρέπει να ενημερώνονται για την αλήθεια για τις διαγνώσεις τους και πρέπει να έχουν την ευκαιρία να λάβουν αποφάσεις σχετικά με τις θεραπείες τους. Ιδανικά, αυτές οι πληροφορίες πρέπει να προέρχονται από τον ιατρό, παρόντος και του νοσηλευτή που μπορεί να παράσχει περαιτέρω υποστήριξη, εάν είναι απαραίτητο.

Ένα ηθικό πρόβλημα υπάρχει λόγω των ανταγωνιστικών ηθικών απαιτήσεων της οικογένειας και του

ιατρού, οι οποίοι επιθυμούν να απαλλαγούν από την ασθένεια του ασθενούς, και του/της νοσηλευτή/τριας, που επιθυμεί να είναι ειλικρινής με τον ασθενή όπως ο ίδιος ο ασθενής έχει ζητήσει.

Εάν η ικανότητα του ασθενούς ήταν αμφισβητήσιμη, ένα ηθικό δίλημμα θα υπήρχε επειδή δεν θα ήταν προφανής καμία κυρίαρχη αρχή. Ο/η νοσηλευτής/τρια θα μπορούσε να βιώσει ηθική δυσφορία εάν το νοσοκομείο την απειλούσε πειθαρχικά εάν οι πληροφορίες αποκαλυφθούν χωρίς τη συγκατάθεση του γιατρού ή της οικογένειας ή και των δύο.

Για τους παραπάνω λόγους, είναι ουσιώδες οι νοσηλευτές να συμμετέχουν ελεύθερα σε διάλογο που αφορά ηθικές καταστάσεις, παρόλο που ο διάλογος αυτός είναι δύσκολος για όλους τους εμπλεκόμενους. Βελτιώνεται η διεπιστημονική επικοινωνία όταν όλα τα μέλη της ομάδας υγείας μπορούν να εκφράσουν την άποψή τους, τις ανησυχίες και την κατανόηση της ηθικής κατάστασης.

Η χρήση ενός συμβούλου δεοντολογίας ή μιας ομάδας συμβούλων θα μπορούσε να είναι βοηθητική για την ομάδα υγείας, τον ασθενή και την οικογένεια στο να ορίσουν το ηθικό δίλημμα και τις πιθανές προσεγγίσεις σε αυτό.

Ο/η νοσηλευτής/τρια πρέπει να υποστηρίζει τα δικαιώματα των ασθενών σε κάθε περίπτωση.

Τύποι των ηθικών προβλημάτων στην Νοσηλευτική

Τα συνηθέστερα προβλήματα - θέματα ηθικής και δεοντολογίας που αντιμετωπίζουν οι Νοσηλευτές σχετίζονται κυρίως με:

Προβλήματα που αφορούν την εμπιστευτικότητα/ Confidentiality

Όλοι πρέπει να γνωρίζουμε τον εμπιστευτικό χαρακτήρα των πληροφοριών που λαμβάνονται στην καθημερινή πρακτική. Στην καθημερινή πρακτική, η συζήτηση του ασθενούς με άλλα μέλη της ομάδας υγείας είναι συχνά απαραίτητη. Οι συζητήσεις αυτές θα πρέπει, ωστόσο, να πραγματοποιούνται σε ιδιωτικό χώρο όπου είναι απίθανο να ακουστεί η συνομιλία.

Μια άλλη απειλή για την εμπιστευτικότητα της πληροφορίας είναι η ευρεία χρήση υπολογιστών και η εύκολη πρόσβαση των ανθρώπων σε αυτούς. Αυτό μπορεί να αυξήσει τις πιθανότητες για κακή χρήση πληροφοριών, που μπορεί να έχουν αρνητικές κοινωνικές συνέπειες.

Προβλήματα που αφορούν τους περιορισμούς / Restraints

Η χρήση περιορισμών (συμπεριλαμβανομένων των φυσικών και φαρμακολογικών μέτρων) είναι ένα

άλλο ζήτημα δεοντολογίας. Είναι σημαντικό να ζυγίζονται προσεκτικά οι κίνδυνοι περιορισμού της αυτονομίας ενός προσώπου λόγω της αύξησης του κινδύνου τραυματισμού με τη χρήση συγκρατημάτων έναντι των κινδύνων της μη χρήσης συστημάτων συγκράτησης. Πριν από τη χρήση συγκρατημάτων, πρέπει να αξιολογηθούν και άλλες στρατηγικές, όπως η συζήτηση με τα μέλη της οικογένειας.

Προβλήματα που αφορούν τη σχέση εμπιστοσύνης / Trust Issues

Η αλήθεια είναι μια από τις βασικές αρχές του πολιτισμού μας. Δύο ηθικά διλήμματα στην κλινική πρακτική που μπορούν άμεσα να συγκρουστούν με αυτή την αρχή, είναι α) η χρήση του placebo που είναι μη ενεργές ουσίες που χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία των συμπτωμάτων και β) η μη αποκάλυψη της διάγνωσης στον ασθενή.

Και τα δύο αφορούν το ζήτημα της εμπιστοσύνης, το οποίο είναι ένα βασικό στοιχείο στη σχέση νοσηλευτή-ασθενούς. Τα placebos μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε πειραματική έρευνα, στην οποία συμμετέχει ο ασθενής στη διαδικασία λήψης αποφάσεων και γνωρίζει ότι υπάρχουν φάρμακα placebo που χρησιμοποιούνται στο θεραπευτικό σχήμα. Ωστόσο, η χρήση ενός εικονικού φαρμάκου ως ένα υποκατάστατο ενός δραστικού φαρμάκου για να δείξει ότι ο ασθενής δεν έχει πραγματικά συμπτώματα είναι παραπλανητικά.

Η πρακτική αυτή μπορεί να υπονομεύσει σοβαρά τη σχέση νοσηλευτή-ασθενούς. Η ενημέρωση των ασθενών για τις διαγνώσεις τους όταν η οικογένεια και η ιατροί έχουν επιλέξει να παρακρατούν πληροφορίες είναι μια κοινή ηθική κατάσταση στη νοσηλευτική πρακτική. Το νοσηλευτικό προσωπικό συχνά χρησιμοποιεί αναπόφευκτα πληροφορίες για τον ασθενή ως μέσο για τη διατήρηση της επαγγελματικής σχέσης με άλλους επαγγελματίες υγείας. Αυτή η περιοχή είναι πράγματι πολύπλοκη επειδή προκαλεί την ακεραιότητα του νοσηλευτή και πρέπει να τελείτε με βάση τις αρχές της δεοντολογίας.

Στρατηγικές που θα μπορούσαν να εφαρμόζουν οι νοσηλευτές σ αυτό το πεδίο περιλαμβάνουν τα ακόλουθα:

- Όχι ψέματα στον ασθενή.
- Παροχή όλων των πληροφοριών που σχετίζονται με τις νοσηλευτικές διαδικασίες και διαγνώσεις.
- Επικοινωνία με την οικογένεια και τον γιατρό του ασθενούς και αιτήσεις παροχής πληροφοριών.

Προβλήματα που αφορούν την άρνηση παροχής φροντίδας / Refusing to Provide Care

Κάθε νοσηλευτής που αισθάνεται ότι θέλει να αρνηθεί την παροχή φροντίδας σε ένα συγκεκριμένο τύπο ασθενούς αντιμετωπίζει ένα ηθικό δίλημμα. Οι λόγοι που προβάλλονται συνήθως για την άρνηση παροχής φροντίδας κυμαίνονται από τη σύγκρουση των προσωπικών αξιών μέχρι το φόβο της προσωπικού κινδύνου τραυματισμού. Αυτές οι περιπτώσεις έχουν αυξηθεί από την έλευση του Συνδρόμου Επίκτητης Ανοσοανεπάρκειας (AIDS) ως μείζονος σημασίας πρόβλημα υγείας.

Ωστόσο, η άρνηση της περίθαλψης ή η άρνηση παροχής φροντίδας από νοσηλευτές, δεν είναι αποδεκτή πρακτική στην επιστήμη της Νοσηλευτικής, καθώς σήμερα η γνώση που διαθέτουμε τόσο για τις ασθένειες όσο και για τα μέτρα προφύλαξης δεν επιτρέπει φοβικές αντιλήψεις.

Προβλήματα που αφορούν το τέλος της ζωής / End - of -Life Issues

Τα διλήμματα που επικεντρώνονται στο θάνατο κυριαρχούν στην νοσηλευτική πρακτική και αρχίζουν συχνά μια συζήτηση που αφορά την ηθική τους διάσταση.

Τα διλήμματα εντείνονται από το γεγονός ότι η ιδέα της θεραπείας είναι υψίστης σημασίας για την υγειονομική περίθαλψη. Με την προηγμένη τεχνολογία, μπορεί να είναι δύσκολο κάποιος να δεχτεί ότι δεν μπορεί να γίνει κάτι περισσότερο για εκείνον ώστε να επιβιώσει. Η τεχνολογία σήμερα μπορεί να παρατείνει τη ζωή αλλά εις βάρος της άνεσης και της ποιότητας ζωής.

Προβλήματα που αφορούν τον έλεγχο του πόνου / Pain Control Issues

Η χρήση οπιοειδών για την ελάφρυνση του πόνου ενός ασθενούς μπορεί να παρουσιάσει ένα ηθικό δίλημμα στους νοσηλευτές. Ασθενείς με ανυπόφορο πόνο μπορεί να χρειαστούν μεγάλες δόσεις αναλγητικών. Ο φόβος της αναπνευστικής δυσλειτουργίας ή ο αδικαιολόγητος φόβος του εθισμού δεν πρέπει να εμποδίζει τους νοσηλευτές να επιχειρούν την ανακούφιση του πόνου στον ασθενή που πεθαίνει ή στον ασθενή που αντιμετωπίζει ένα επεισόδιο οξέως πόνου, πάντα με βάση τις ιατρικές οδηγίες.

Ο κίνδυνος αναπνευστικής δυσχέρειας δεν πρέπει να χρησιμοποιείται ως δικαιολογία για την αναστολή της αναλγησίας. Ωστόσο, η αναπνευστική κατάσταση του ασθενούς πρέπει να τίθεται σε προσεκτική παρακολούθηση και τυχόν σημάδια αναπνευστικής δυσχέρειας πρέπει να αναφερθούν στο γιατρό. Η χορήγηση αναλγησίας πρέπει να εξαρτάται από τις ανάγκες του ασθενούς.

Προβλήματα που αφορούν τις οδηγίες μη αναζωογόνησης / Do-Not-Resuscitate orders

Η οδηγία "δεν αναζωογονείτε" (DNR) είναι ένα αμφιλεγόμενο ζήτημα.

Όταν ένας ασθενής είναι αρμόδιος να λαμβάνει αποφάσεις, η επιλογή του για μη αναζωογόνηση πρέπει να τιμηθεί, σύμφωνα με τις αρχές της αυτονομίας ή του σεβασμού του ατόμου .

Ωστόσο, η οδηγία "δεν αναζωογονείτε" (DNR), ερμηνεύεται κατά καιρούς πως σημαίνει ότι ο ασθενής χρειάζεται λιγότερη νοσηλευτική περίθαλψη, όταν στην πραγματικότητα αυτοί οι ασθενείς μπορεί να έχουν σημαντικές ιατρικές και νοσηλευτικές ανάγκες, που όλες απαιτούν προσοχή. Από ηθική άποψη, όλοι οι ασθενείς αξίζουν και πρέπει να λαμβάνουν τις κατάλληλες νοσηλευτικές παρεμβάσεις, ανεξάρτητα από την δυνατότητα και την κατάσταση για ανάνηψή τους.

Προβλήματα που αφορούν την υποστήριξη της ζωής

Σε αντίθεση με την προηγούμενη αναφορά είναι εκείνες στις οποίες η οδηγία "δεν αναζωογονείτε" (DNR) δεν έχει ληφθεί από ή για έναν ασθενή που πεθαίνει. Οι νοσηλευτές μπορεί να τεθούν σε δυσάρεστη θέση να προσφέρουν μέτρα υποστήριξης της ζωής όταν, λόγω της φυσικής κατάστασης του ασθενούς, αυτά φαίνονται μάταια. Αυτό συμβαίνει συχνά όταν ο ασθενής δεν είναι ικανός για τη λήψη της απόφασης και η οικογένεια αρνείται να θεωρήσει μια επιλογή DNR ως επιλογή.

Στους νοσηλευτές μπορεί να δοθεί η οδηγία να εκτελέσουν έναν "αργό κώδικα" (δηλαδή, να μην βιαστούν να αναζωογονήσουν τον ασθενή), ή μπορεί να τους δοθεί λεκτική εντολή να μην αναζωογονηθεί ο ασθενής. Και οι δύο είναι απαράδεκτες ιατρικές εντολές.

Προβλήματα που αφορούν τη διατροφή και την ενυδάτωση

Εκτός από το αίτημα να μην ληφθούν ηρωικά μέτρα για να παραταθεί η ζωή, ένας ασθενής που πεθαίνει μπορεί να ζητήσει να μην του χορηγηθούν άλλα τρόφιμα ή υγρά. Πολλά άτομα πιστεύουν ότι τα τρόφιμα και η ενυδάτωση είναι βασικές ανθρώπινες ανάγκες και όχι "επεμβατικά μέτρα" και ως εκ τούτου πρέπει πάντα να διατηρούνται. Ωστόσο, ορισμένοι θεωρούν τα τρόφιμα και την ενυδάτωση ως μέσο παράτασης του πόνου. Κατά την αξιολόγηση αυτού του θέματος οι Νοσηλευτές πρέπει να λαμβάνουν υπόψη την πιθανή βλάβη καθώς και το όφελος για τον ασθενή είτε της χορήγησης είτε της απόσυρσης της τροφής.

Η αξιολόγηση των βλαβών απαιτεί μια προσεκτική αναθεώρηση των λόγων που το άτομο έχει ζητήσει την απόσυρση των τροφίμων και της ενυδάτωσης.

Αν και η αρχή της αυτονομίας έχει σημαντική αξία και υποστηρίζεται από τον Κώδικα Δεοντολογίας των Νοσηλευτών, μπορεί να υπάρχουν καταστάσεις όπου η αίτηση για την απόσυρση των τροφίμων και την ενυδάτωση δεν μπορεί να γίνει δεκτή. Για ασθενείς με μειωμένη ικανότητα λήψης αποφάσεων τα ζητήματα είναι πιο περίπλοκα.

Προβλήματα που αφορούν την προληπτική ηθική / Preventive Ethics

Όπως αναφέρθηκε προηγουμένως, ένα δίλημμα αναφέρεται σε μια σύγκρουση μεταξύ δύο εναλλακτικών λύσεων. Σε τέτοιες περιπτώσεις, η ηθική απόφαση κάποιου είναι να επιλέξει το μικρότερο κακό εκ των δύο. Ωστόσο, διάφορες προληπτικές στρατηγικές είναι διαθέσιμες για να βοηθήσουν τους νοσηλευτές να προβλέψουν ή να αποφύγουν ορισμένα είδη ηθικών διλημάτων.

Συχνά, διλήμματα συμβαίνουν όταν οι επαγγελματίες υγείας δεν είναι σίγουροι για τις επιθυμίες του ασθενούς επειδή το άτομο δεν έχει επίπεδο συνείδησης ή είναι γνωστικώς πολύ εξασθενημένο για να επικοινωνήσει άμεσα.

Η νομολογία που σιγά σιγά εμφανίζεται και αφορά την προληπτική ηθική πρόθεση έχει να ενθαρρύνει τους ανθρώπους να προετοιμάσουν εκ των προτέρων οδηγίες στις οποίες δηλώνουν τις επιθυμίες τους και το βαθμό υποστηρικτικής φροντίδας που επιθυμούν να τους παρέχεται σε περίπτωση ανικανότητας.

Ηθική λήψη αποφάσεων

Όπως σημειώθηκε στις προηγούμενες συζητήσεις, τα ηθικά διλήμματα είναι κοινά και ποικίλα στην νοσηλευτική πρακτική. Παρόλο που οι καταστάσεις ποικίλλουν και η εμπειρία δείχνει ότι δεν υπάρχουν σαφείς λύσεις σε αυτά τα διλήμματα, οι θεμελιώδεις φιλοσοφικές αρχές είναι οι ίδιες και η διαδικασία ηθικής ανατροφοδότησης θα βοηθήσει τους Νοσηλευτές να δικαιολογήσουν τις ενέργειες. Η προσέγγιση της ηθικής λήψης αποφάσεων μπορεί να ακολουθήσει τα βήματα μιας ηθικής ανάλυσης (Steps of an Ethical Analysis) που είναι όμοια με αυτά της Νοσηλευτικής Διεργασίας και είναι:

Εκτίμηση / Assessment

Αξιολογήστε τις ηθικές καταστάσεις του προβλήματος. Αυτό το βήμα συνεπάγεται αναγνώριση των σχετικών δεοντολογικών, νομικών και επαγγελματικών πτυχών.

α) Η κατάσταση συνεπάγεται ουσιαστικά ηθικά προβλήματα (συγκρούσεις μεταξύ ηθικών αρχών ή

επαγγελματικών υποχρεώσεων);

β) Υπάρχουν διαδικαστικές συγκρούσεις; (π.χ. ποιος πρέπει να πάρει τις αποφάσεις).

γ) Προσδιορίστε τους σημαντικούς εμπλεκόμενους και αυτούς που επηρεάζονται από την απόφαση.

Σχεδίαση / Planning

Συλλέξτε πληροφορίες.

α) Περιλάβετε τις ακόλουθες πληροφορίες: τα ιατρικά δεδομένα, τη θεραπεία, τις επιλογές, τις νοσηλευτικές διαγνώσεις, τα νομικά δεδομένα και τις αξίες, τις πεποιθήσεις, καθώς και θρησκευτικές συνιστώσες.

β) Κάντε μια διάκριση μεταξύ των πραγματικών πληροφοριών και των αξιών/πεποιθήσεων.

γ) Επαληθεύστε την ικανότητα του ασθενούς ή την έλλειψη ικανότητας να λαμβάνει αποφάσεις.

δ) Προσδιορίστε οποιεσδήποτε άλλες σχετικές πληροφορίες που πρέπει να προκύψουν.

ε) Προσδιορίστε τα ηθικά ζητήματα και τις ανταγωνιστικές αξιώσεις.

Εκτέλεση / Implementation

Καταγράψτε τις εναλλακτικές λύσεις. Συγκρίνετε εναλλακτικές λύσεις με τις ισχύουσες ηθικές αρχές και τον επαγγελματικό κώδικα δεοντολογίας. Επιλέξτε ένα από τα κατωτέρω πλαίσια για να συγκρίνετε τα αποτελέσματα.

α) Χρήσιμη προσέγγιση: Προβλέψτε τις συνέπειες των εναλλακτικών λύσεων και βάλτε μια θετική ή αρνητική τιμή σε κάθε συνέπεια. Επιλέξτε την συνέπεια που προβλέπει την υψηλότερη θετική τιμή, ή "τον μεγαλύτερο ή καλύτερο βαθμό".

β) Δεοντολογική προσέγγιση: Προσδιορίστε τις σχετικές ηθικές αρχές. Συγκρίνετε με εναλλακτικές ηθικές αρχές. Απευθυνθείτε σε υψηλότερο επίπεδο ιεραρχίας εάν υπάρχει σύγκρουση ηθικής αρχής.

Αξιολόγηση / Evaluation

Αποφασίστε και αξιολογήστε την απόφαση.

A) Ποια είναι η καλύτερη ή ηθικά σωστή ενέργεια;

B) Δώστε τους ηθικούς λόγους για την απόφασή σας.

Γ) Ποιοι είναι οι ηθικοί λόγοι που είναι έναντι της απόφασής σας;

Δ) Πώς απαντάτε στους λόγους κατά της απόφασής σας;

Κώδικας νοσηλευτικής δεοντολογίας

Η δεοντολογία της νοσηλευτικής μπορεί να θεωρηθεί ως μια μορφή εφαρμοσμένης ηθικής διότι αντιμετωπίζει ηθικές καταστάσεις που είναι ειδικές για το νοσηλευτικό επάγγελμα και την περίθαλψη των ασθενών. Ορισμένα ηθικά προβλήματα που επηρεάζουν τη νοσηλευτική μπορεί επίσης να εφαρμοστούν στον ευρύτερο τομέα της βιοηθικής και της ηθικής της φροντίδας υγείας. Ωστόσο, το νοσηλευτικό επάγγελμα είναι περισσότερο ένα επάγγελμα "φροντίδας" παρά ένα επάγγελμα. "θεραπείας".

Επομένως, είναι επιτακτική ανάγκη να μην εξισώνεται η νοσηλευτική δεοντολογία με την ιατρική δεοντολογία, επειδή το ιατρικό επάγγελμα εστιάζει στη «θεραπεία».

Η Επιστήμη της Νοσηλευτικής διαθέτει διά νόμου τον δικό της Κώδικα Επαγγελματικής Δεοντολογίας όπου τα καθήκοντα, οι υποχρεώσεις και οι αρμοδιότητες στις διάφορες βαθμίδες της νοσηλευτικής υπηρεσίας καθορίζονται από τον δημοσιευθέντα κώδικα της νοσηλευτικής υπηρεσίας με το Π.Δ. 216, ΦΕΚ ΤΑ, Α.Φ. 167, 25/7/01 ο οποίος έχει ως εξής:

Άρθρο 1

Ο νοσηλευτής οφείλει να αποτελεί υπόδειγμα έντιμου και άμεμπτου ατόμου σ' όλες τις εκδηλώσεις της ζωής του και να προστατεύει την αξιοπρέπεια του νοσηλευτικού επαγγέλματος.

Οφείλει γενικά να πράττει καθετί που επιβάλλει το καθήκον του, σύμφωνα με τα σύγχρονα επιστημονικά δεδομένα, τις αρχές της ηθικής και της δεοντολογίας, τις διατάξεις του παρόντος κώδικα και τις διατάξεις που αφορούν στην άσκηση του νοσηλευτικού επαγγέλματος.

Άρθρο 2

Πρωταρχική μέριμνα του νοσηλευτή κατά την παροχή των υπηρεσιών του είναι η κάλυψη των αναγκών του ανθρώπου ως βιοψυχοκοινωνικής και πνευματικής οντότητας.

Με αποκλειστικό γνώμονα το συμφέρον του ασθενή, στα πλαίσια της πρόληψης, διάγνωσης, θεραπείας, αποκατάστασης και ανακούφισης από τον πόνο, οφείλει ο νοσηλευτής να χρησιμοποιεί το σύνολο των επιστημονικών και επαγγελματικών του γνώσεων και δεξιοτήτων και την εμπειρία του, διατηρώντας σε κάθε περίπτωση την επιστημονική και επαγγελματική του ανεξαρτησία.

Άρθρο 3

Ιδιαίτερο καθήκον του νοσηλευτή αποτελεί η φροντίδα του ασθενή, με τη δημιουργία του κατάλληλου θεραπευτικού περιβάλλοντος ώστε ο ασθενής να απολαμβάνει τη μέγιστη δυνατή σωματική, ψυχική και πνευματική υγεία.

Άρθρο 4

Ο νοσηλευτής πρέπει κατά την εκτέλεση των καθηκόντων του να απέχει από κάθε πράξη ή παράλειψη που είναι δυνατόν να δημιουργήσει την υπόνοια ότι καταφεύγει σε παραπλάνηση ή εξαπάτηση των ασθενών, προσέλευση πελατείας, προσωπική διαφήμιση, συνεταιρισμό με άτομα που δεν ασκούν το επάγγελμα, συγκάλυψη ατόμων που ασκούν μη νόμιμα το επάγγελμα ή αθέμιτο ανταγωνισμό συναδέλφων.

Άρθρο 5

Ο νοσηλευτής οφείλει απόλυτο σεβασμό στην προσωπικότητα, την αξιοπρέπεια και την τιμή του ασθενή. Οφείλει να λαμβάνει κάθε μέτρο που προάγει, αλλά και να απέχει από κάθε ενέργεια που είναι δυνατό να θίξει το αίσθημα της προσωπικής ελευθερίας και την ελεύθερη βούληση του ασθενή.

Άρθρο 6

Ο νοσηλευτής οφείλει να προσφέρει ισότιμα προς όλους τους ασθενείς την ίδια φροντίδα, επιμέλεια και αφοσίωση, ανεξάρτητα από τις θρησκευτικές, ιδεολογικές ή άλλες πεποιθήσεις τους, την κοινωνική και την οικονομική τους κατάσταση ή τη βαρύτητα της νόσου.

Άρθρο 7

Ο νοσηλευτής οφείλει απεριόριστο σεβασμό στην αξία της ανθρώπινης ζωής, λαμβάνει κάθε μέτρο για τη διάσωση ή τη διατήρησή της και απέχει από κάθε ενέργεια που είναι δυνατόν να τη θέσει σε κίνδυνο.

Άρθρο 8

Ο νοσηλευτής οφείλει να παρέχει τις υπηρεσίες του με αποκλειστικό γνώμονα το συμφέρον του ασθενή, στα πλαίσια και όρια των καθηκόντων του, σύμφωνα με τα δεδομένα της νοσηλευτικής επιστήμης και τις διατάξεις που αφορούν την άσκηση του επαγγέλματος, αποφεύγοντας οποιαδήποτε μη ενδεδειγμένη ή πειραματική διαγνωστική ή θεραπευτική μέθοδο.

Για το σκοπό αυτό, ο νοσηλευτής οφείλει να ενημερώνεται και να βελτιώνει τις δεξιότητές του στα πλαίσια της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης.

Άρθρο 9

Ο νοσηλευτής οφείλει να παρέχει τη συνδρομή του στον ασθενή με κάθε θεμιτό μέσο και να τον προστατεύει από οποιαδήποτε βλάβη ή κίνδυνο στο χώρο παροχής των υπηρεσιών του, δημιουργώντας ένα ασφαλές περιβάλλον.

Οφείλει επίσης να διαφυλάττει τα ατομικά δικαιώματα του ασθενή και να αποτρέπει με κάθε δυνατό μέσο οποιαδήποτε μορφή παραβίασής τους.

Άρθρο 10

Ο νοσηλευτής σεβόμενος την προσωπικότητα του ασθενή, πρέπει να παρέχει τη συνδρομή του για την ορθή ενημέρωση του ασθενή αναφορικά με την πρόγνωση, τη διάγνωση, τη θεραπεία, τους

ενδεχόμενους κινδύνους και τα οφέλη, πριν από τη διενέργεια κάθε νοσηλευτικής ή ιατρικής πράξης.

Άρθρο 11

Ο νοσηλευτής οφείλει απεριόριστο σεβασμό στην ιδιωτική ζωή του ασθενή και απέχει από κάθε πράξη ή παράλειψη που είναι δυνατό να βλάψει τον απόρρητο χαρακτήρα των κάθε είδους πληροφοριών των οποίων λαμβάνει γνώση κατά την άσκηση των καθηκόντων του.

Άρθρο 12

Ο νοσηλευτής οφείλει να διατηρεί άριστες σχέσεις με τους συναδέλφους νοσηλευτές, τους ιατρούς και το λοιπό προσωπικό κατά την εκτέλεση των καθηκόντων του, παραμερίζοντας κάθε διαφορά με γνώμονα το συμφέρον του ασθενή και την εύρυθμη λειτουργία του φορέα παροχής υπηρεσιών. Οφείλει να σέβεται και να τιμά τους συναδέλφους νοσηλευτές κάθε βαθμίδας, εκπαίδευσης ή ειδίκευσης, τηρώντας την ιεραρχία.

Άρθρο 13

Ο νοσηλευτής οφείλει να σέβεται και να συνεργάζεται αρμονικά με τους ιατρούς, ακολουθώντας με ακρίβεια τις ιατρικές οδηγίες, διατηρώντας συγχρόνως την επιστημονική του ανεξαρτησία και την ιδιότητά του ως ομότιμου μέλους της θεραπευτικής ομάδας.

Άρθρο 14

Απαγορεύεται στο νοσηλευτή να προβαίνει σε επικρίσεις ή αποδοκιμασίες του έργου των συναδέλφων του, των ιατρών και του λοιπού προσωπικού.

Άρθρο 15

Ο νοσηλευτής οφείλει να παρέχει τις υπηρεσίες του και τη συνδρομή του στις δημόσιες αρχές για την προαγωγή και διαφύλαξη της δημόσιας υγείας, τόσο στα πλαίσια της κοινοτικής νοσηλευτικής όσο και κατά την παροχή νοσηλευτικών υπηρεσιών γενικότερα, σύμφωνα με τους κανόνες της επιστήμης και τις κείμενες διατάξεις.

Άρθρο 16

Ο νοσηλευτής που ασχολείται με την έρευνα οφείλει να τηρεί τις γενικές αρχές ηθικής και δεοντολογίας κατά τη διενέργεια κάθε επιστημονικής, κλινικής ή άλλης έρευνας, όπως αυτές ορίζονται στους διεθνείς κώδικες και διατυπώνονται ειδικότερα από την αρμόδια επιτροπή ηθικής και δεοντολογίας.

Επίσης οφείλει να λαμβάνει ιδιαίτερη μέριμνα για το σεβασμό των ατομικών δικαιωμάτων των ατόμων που συμμετέχουν με τη συναίνεσή τους σε επιστημονική έρευνα, για την επιστημονική ακρίβεια των αποτελεσμάτων της έρευνας και για την τήρηση του νοσηλευτικού απορρήτου.

Άρθρο 17

Ο νοσηλευτής δεν μπορεί να συνδυάσει την έρευνα με τις νοσηλευτικές φροντίδες, εκτός της

περίπτωσης που αυτή η έρευνα μπορεί να προσφέρει διαγνωστικά ή θεραπευτικά στον ασθενή.

Άρθρο 18

Η παροχή νοσηλευτικών φροντίδων απαιτεί, σ' όλες τις περιστάσεις, το σεβασμό της ζωής, της αξιοπρέπειας και της ελεύθερης επιλογής του ασθενή. Σε περίπτωση ανίατης ασθένειας που βρίσκεται στο τελικό στάδιο μπορεί η νοσηλευτική φροντίδα να περιορισθεί στην ανακούφιση του φυσικού και ηθικού πόνου του ασθενή, παρέχοντάς του την κατάλληλη υποστήριξη και διατηρώντας κατά το δυνατόν την ποιότητα της ζωής του. Αποτελεί υπέρτατο χρέος του νοσηλευτή να συμπαρίσταται στον ασθενή μέχρι το τέλος και να δρα με τρόπο, ώστε να του επιτρέπει τη διατήρηση της αξιοπρεπείας του.

Άρθρο 19

Ο νοσηλευτής που μετέχει στη διαδικασία πιστοποίησης του θανάτου, κατά τα οριζόμενα στο άρθρο 12 του Ν.2737/199 (Α'174), παρέχει τη συνδρομή του στο ιατρικό έργο και λαμβάνει κάθε απαραίτητο μέτρο προκειμένου να διαπιστωθεί ότι τηρήθηκαν οι κείμενες διατάξεις.

Άρθρο 20

Ο νοσηλευτής οφείλει να παρέχει στον ασθενή, μετά από αίτησή του, κάθε χρήσιμη πληροφορία στα θέματα της αναπαραγωγής στα πλαίσια των αρμοδιοτήτων του. Σύμφωνα με τη νοσηλευτική ηθική, ο νοσηλευτής εξαιτίας των προσωπικών του πεποιθήσεων έχει τη δυνατότητα αποχής από τη διαδικασία αναπαραγωγής ή διακοπής της κύησης.

Άρθρο 21

Υποχρεώσεις στα πλαίσια της παιδιατρικής νοσηλευτικής.

Η προσωπικότητα και η βούληση του παιδιού - ασθενή πρέπει να λαμβάνεται υπόψη στα πλαίσια της νοσηλευτικής φροντίδας και να επιδιώκεται η λήψη της συναίνεσης, ιδιαίτερα των εφήβων.

Άρθρο 22

Υποχρεώσεις στα πλαίσια της ψυχιατρικής νοσηλευτικής.

Ο νοσηλευτής οφείλει τον απαραίτητο σεβασμό στην προσωπικότητα του ψυχιατρικού ασθενή, λαμβάνοντας υπόψη τη βούλησή του στις περιπτώσεις εκείνες που είναι σε θέση να την εκφράσει.

Άρθρο 23

Υποχρεώσεις στα πλαίσια της κοινοτικής νοσηλευτικής.

Ο νοσηλευτής οφείλει στα πλαίσια της κοινοτικής νοσηλευτικής να παρέχει τις διαγνωστικές, θεραπευτικές και υποστηρικτικές νοσηλευτικές υπηρεσίες του σε στενή συνεργασία με την ομάδα υγείας, το φορέα στα πλαίσια του οποίου γίνεται η παροχή, καθώς και τις δημόσιες αρχές για την προστασία της δημόσιας υγείας.

Ηθική και Δεοντολογία στο Καρδιολογικό τμήμα

Οι Νοσηλευτές στο καρδιολογικό τμήμα αντιμετωπίζουν μια ποικιλία ηθικών διλημάτων διατηρώντας πάντα την πεποίθηση ότι οι ασθενείς έχουν το δικαίωμα και την ευθύνη να λαμβάνουν τεκμηριωμένες αποφάσεις για το μέλλον τους.

Ωστόσο, ορισμένες φορές, οι επιλογές των ασθενών ενδέχεται να μην αντικατοπτρίζουν την πεποίθηση αυτή. Σε ορισμένες περιπτώσεις, οι νοσηλευτές μπορεί να φροντίζουν ασθενείς, των οποίων η ποιότητα ζωής μπορεί να υπονομεύεται από την τεχνολογική πρόοδο της υγειονομικής περίθαλψης.

Μπορεί να προκύψουν συγκρούσεις μεταξύ και των δικαιωμάτων του ατόμου, των δικαιωμάτων των οικογενειών, των διαθέσιμων αποδεκτών θεραπειών αλλά και της οικονομικής πραγματικότητας. Η δεοντολογική και νομική διαβούλευση μπορεί να δικαιολογηθεί στις περιπτώσεις που οι νοσηλευτές αναγνωρίζουν ότι ο ασθενής είναι ένας μοναδικός άνθρωπος και πιστεύουν ότι ο σεβασμός στο πρόσωπο και την αξιοπρέπειά του είναι βασικά και αδιαπραγμάτευτα δικαιώματα κάθε ατόμου, τα οποία οφείλει με επιμονή να αναγνωρίζει, να προστατεύει και να υπερασπίζεται.

Σε κάθε φάση της νοσηλευτικής διαδικασίας εντός της κλινικής, οι νοσηλευτές είναι υπεύθυνοι για την αναφορά περιστατικών κατάχρησης των δικαιωμάτων του ασθενή, αλλά και κάθε ακατάλληλης, μη ηθικής και παράνομης πρακτικής που συμβεί εναντίον τους.

Κώδικας Δεοντολογίας Νοσηλευτών

1. Οι νοσηλευτές παρέχουν φροντίδα χωρίς επικρίσεις, χωρίς διακρίσεις, με ευαίσθητο, πολιτιστικά και πολιτισμικά κατάλληλο τρόπο.
2. Οι νοσηλευτές οφείλουν να διασφαλίζουν ότι η περίθαλψη που παρέχεται είναι σύμφωνη με τις ανάγκες και τις αξίες του ασθενή.
3. Διατηρούν μια επαγγελματική σχέση με τους ασθενείς ανά πάσα στιγμή.
4. Διατηρούν το απόρρητο του ασθενή εντός των νομικών και ρυθμιστικών παραμέτρων και των κατάλληλων επαγγελματικών ορίων.
5. Διασφαλίζουν το δικαίωμα του ασθενή για την προστασία της ιδιωτικής του ζωής, της προσωπικότητας και της αξιοπρέπειάς του.
6. Δρουν ως υποστηρικτές του ασθενούς και τον βοηθούν να αναπτύξει δεξιότητες ώστε να μπορεί να υποστηρίξει και ο ίδιος τον εαυτό του.
7. Παρέχουν φροντίδα με διακριτικό τρόπο και ευαίσθητο στην ποικιλομορφία των ασθενών.
8. Προσδιορίζουν τα ηθικά διλήμματα που συμβαίνουν στο περιβάλλον εργασίας και αναζητούν τους διαθέσιμους πόρους για την επίλυση των ηθικών προβλημάτων.
9. Αναφέρουν οποιαδήποτε κατάχρηση των δικαιωμάτων του ασθενούς και οποιαδήποτε ανάρμοστη,

ανήθικη και παράνομη πρακτική.

10. Έχουν επίγνωση των πεποιθήσεών τους και διατηρούν το αξιακό τους σύστημα γνωρίζοντας ποιο αποτέλεσμα μπορεί να έχουν στη φροντίδα που παρέχεται στον ασθενή αλλά και στους σημαντικούς άλλους / μέλη της οικογένειάς του.
11. Συνεργάζονται με τους συναδέλφους τους εάν οι προσωπικές αντιλήψεις έρχονται σε αντίθεση με το σχέδιο περίθαλψης του ασθενή.
12. Όταν μια συγκεκριμένη δραστηριότητα φροντίδας ασθενών είναι ηθικά απαράδεκτη, οι νοσηλευτές είναι υπεύθυνοι για τη συνεργασία με συναδέλφους και / ή διευθυντικά στελέχη για να εξασφαλίσουν εναλλακτικές ρυθμίσεις
13. Υπερασπίζονται το δικαίωμα του ασθενή να λαμβάνει αποφάσεις που μπορεί να μην είναι σύμφωνες με τις αξίες της ομάδας φροντίδας υγείας.
14. Προωθούν την ανταλλαγή πληροφοριών και τη συζήτηση που επιτρέπει στον ασθενή να συμμετέχει πλήρως στην λήψη της απόφασης για την υγεία του.
15. Συμμετέχουν στη λήψη αποφάσεων σχετικά με την κατανομή των πόρων.
16. Παρέχουν φροντίδα με τρόπο που να διατηρεί την αυτονομία, την αξιοπρέπεια και τα δικαιώματα των ασθενών.
17. Εφαρμόζουν των κώδικα δεοντολογίας του επαγγελματικού τους κλάδου

Κεφάλαιο 6

Δείκτες Αποδοτικότητας – Δείκτες Ασφάλειας και Δείκτες Ικανοποίησης στο Καρδιολογικό Τμήμα

Ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας σημαίνει την παροχή της καλύτερης διαθέσιμης περίθαλψης στον ασθενή, στον κατάλληλο χρόνο, με το σωστό τρόπο και εξασφαλίζοντας το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα. Επίσης με διοικητικούς όρους σημαίνει την παροχή αποτελεσματικής φροντίδας με οικονομικό τρόπο και ορθολογική κατανομή των διαθέσιμων πόρων ενώ από την πλευρά των ασθενών τη δυνατότητα επιλογής και πρόσβασης στις επιθυμητές και κατάλληλες υπηρεσίες στο συντομότερο χρόνο.

«Η χρήση δεικτών ποιότητας συμβάλλει στην αποτίμηση των παρεχόμενων υπηρεσιών, των αποτελεσμάτων των παρεμβάσεων και των ανεπιθύμητων επιπλοκών. Επομένως, κάθε οργανισμός περίθαλψης είναι απαραίτητο να εφαρμόζει και να παρακολουθεί τους δείκτες ποιότητας, καθώς και να συγκρίνει τους δείκτες του με τους αντίστοιχους σε εθνικό και διεθνές επίπεδο. Οι δείκτες ποιότητας δίνουν σε κάθε οργανισμό τη δυνατότητα να βελτιώσει το επίπεδο παρεχόμενης φροντίδας μέσα από τυποποίηση των διαδικασιών, των ενεργειών και των θεραπευτικών πρωτοκόλλων».

Οι δείκτες ποιότητας ωστόσο δεν μπορεί να αποτελούν το μοναδικό τρόπο αξιολόγησης της ποιότητας, η οποία είναι μια έννοια πολυδιάστατη. Ένας ιδανικός δείκτης μέτρησης της ποιότητας είναι σημαντικό να διακρίνεται από τα εξής χαρακτηριστικά: την εγκυρότητα δηλαδή να μετρά αυτό που ισχυρίζεται ότι μετρά, την αξιοπιστία που σημαίνει συνέπεια των αποτελεσμάτων ακόμα κι αν οι μετρήσεις γίνουν σε διαφορετικό χρονικό διάστημα, την ειδικότητα που είναι η ικανότητα διάκρισης διαφορών στις εξεταζόμενες ομάδες ασθενών, την ευαισθησία, δηλαδή την ακρίβεια του δείκτη και το κατά πόσο διαπιστώνονται από την επαναλαμβανόμενη χρήση του αλλαγές ή διαφοροποιήσεις, να βασίζεται στην τρέχουσα επιστημονική και τεκμηριωμένη γνώση, τη χρησιμότητα, δηλαδή να μετρά μια σημαντική παράμετρο που θα συνεισφέρει στη βελτίωση μιας παρέμβασης, να παρέχει τη δυνατότητα σύγκρισης μεταξύ διαφόρων χωρών και τέλος την ανταποκρισιμότητα που είναι αρκετά σημαντική για την αξιολόγηση της επίδρασης μιας ιατρικής παρέμβασης.

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία οι κυριότεροι δείκτες ποιότητας που χρησιμοποιούνται στις ΜΕΘ είναι το ποσοστό θνησιμότητας, οι μέρες παραμονής σε αυτή (ειδικά αν ξεπερνούν τις 7 ημέρες), η διάρκεια μηχανικής υποστήριξης, η ικανοποίηση του ασθενούς και της οικογένειας, η

πρόληψη της πνευμονίας του αναπνευστήρα, η προφύλαξη από το έλκος, και των λοιμώξεων στη ροή του αίματος που σχετίζονται με τον καθετήρα, και τέλος το ποσοστό των ανθεκτικών λοιμώξεων (Berenholtz, 2002).

Η χρησιμότητα των δεικτών αφορά τόσο τους οργανισμούς όσο και τους επαγγελματίες υγείας καθώς αξιολογούν την πορεία των ασθενών βάσει της λειτουργικότητας της μονάδας υγείας αλλά και των εργαζομένων σε αυτή (Mainz, 2003).

Ο Pronovost (2001) πρότεινε 18 δείκτες ποιότητας για τις ΜΕΘ/ΜΑΦ οι οποίοι είναι οι εξής:

1. Ο δείκτης προτυποποιημένης θνησιμότητας (SMR)
2. Η ικανοποίηση του ασθενούς και της οικογένειάς του
3. Η πνευμονία που σχετίζεται με τη χρήση αναπνευστήρα
4. Το ποσοστό επανεισαγωγής στη ΜΕΘ/ΜΑΦ
5. Το ποσοστό λοίμωξης της κεντρικής φλεβικής γραμμής
6. Η διάρκεια παραμονής στη ΜΕΘ/ΜΑΦ
7. Η παρακολούθηση της καταστολής
8. Η παρακολούθηση της αναλγησίας
9. Η διάρκεια του μηχανικού αερισμού
10. Τα πολυανθεκτικά βακτήρια στη ΜΕΘ/ΜΑΦ
11. Η εμφάνιση θρομβοεμβολής
12. Η ακατάλληλη μετάγγιση ερυθρών αιμοσφαιρίων
13. Η προφύλαξη από έλκος κατά τη διάρκεια του μηχανικού αερισμού
14. Η καθυστέρηση εξιτηρίου από την ΜΕΘ/ΜΑΦ
15. Η μεγαλύτερη των 7 ημερών παραμονή στη ΜΕΘ/ΜΑΦ
16. Η καθυστέρηση εισαγωγής στη ΜΕΘ/ΜΑΦ

Στο Καρδιολογικό Τμήμα/Μονάδα Εμφραγμάτων Γ.Ν. Σύρου προτείνονται οι εξής δείκτες προς μέτρηση και αφορούν τους ασθενείς-συγγενείς και νοσηλευτικό προσωπικό του τμήματος:

Δείκτες αποτελεσμάτων κλινικών και λειτουργικών διαδικασιών στο Καρδιολογικό Τμήμα

1. Ποσοστό επανεισαγωγών στο Καρδιολογικό Τμήμα ασθενών με Καρδιακή Ανεπάρκεια

Ποσοτική έκφραση του δείκτη

$$\frac{\text{Συνολικός αριθμός επανεισαγωγών ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια εντός ενός έτους}}{\text{Σύνολο των εισαχθέντων ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια στη διάρκεια ενός έτους}} \times 100$$

2. Ποσοστό επανεισαγωγών στο Καρδιολογικό Τμήμα ασθενών με OEM

Ποσοτική έκφραση του δείκτη

$$\frac{\text{Συνολικός αριθμός επανεισαγωγών ασθενών με OEM εντός ενός έτους}}{\text{Σύνολο των εισαχθέντων ασθενών με OEM στη διάρκεια ενός έτους}} \times 100$$

3. Ποσοστό επανεισαγωγών στο Καρδιολογικό Τμήμα ασθενών υποβληθέντων σε bypass ή stent

Ποσοτική έκφραση του δείκτη

$$\frac{\text{Συνολικός αριθμός επανεισαγωγών ασθενών υποβληθέντων σε bypass ή stent εντός ενός έτους}}{\text{Σύνολο των εισαχθέντων ασθενών υποβληθέντων σε bypass ή stent εντός ενός έτους}} \times 100$$

4. Ποσοστό ασθενών από τη Σύρο που προσήλθαν εγκαίρως και υποβλήθηκαν σε θρομβόλυση

Ποσοτική έκφραση του δείκτη

$$\frac{\text{Αριθμός ασθενών κατοίκων της Σύρου που προσήλθαν εγκαίρως και υποβλήθηκαν σε θρομβόλυση εντός ενός έτους}}{\text{Σύνολο των εισαχθέντων ασθενών κατοίκων της Σύρου υποβληθέντων σε θρομβόλυση εντός ενός έτους}} \times 100$$

5. Ποσοστό ασθενών διακομισθέντων από άλλο νησί που προσήλθαν εγκαίρως και υποβλήθηκαν σε θρομβόλυση

Ποσοτική έκφραση του δείκτη

$$\frac{\text{Αριθμός διακομισθέντων ασθενών από άλλο νησί που προσήλθαν εγκαίρως και υποβλήθηκαν σε θρομβόλυση εντός ενός έτους}}{\text{Σύνολο διακομισθέντων ασθενών από άλλο νησί που προσήλθαν εγκαίρως και υποβλήθηκαν σε θρομβόλυση εντός ενός έτους}} \times 100$$

6. Ποσοστό θνητότητας ασθενών στο Καρδιολογικό Τμήμα

Ποσοτική έκφραση του δείκτη

$$\frac{\text{Αριθμός ασθενών που απεβίωσαν στο ΚΔ Τμήμα εντός ενός έτους}}{\text{Σύνολο ασθενών που νοσηλεύτηκαν στο ΚΔ Τμήμα εντός ενός έτους}} \times 100$$

Δείκτες ασφάλειας κλινικών και λειτουργικών διαδικασιών στο Καρδιολογικό Τμήμα

7. Διάρκεια παραμονής στον αναπνευστήρα από την ημέρα και ώρα εισόδου έως και τον απογαλακτισμό

Ποσοτική έκφραση του δείκτη

Καταγραφή διάρκειας με μορφή αριθμητικής συχνότητας

8. Πρόληψη ελκών κατάκλισης στο ΚΔ Τμήμα σε ασθενείς με δείκτη Braden < 16

Ποσοτική έκφραση του δείκτη

$$\frac{\text{Ασθενείς χωρίς έλκος κατάκλισης που νοσηλεύτηκαν στο ΚΔ Τμήμα με δείκτη Braden < 16}}{\text{Ασθενείς που εμφάνισαν έλκος κατάκλισης κατά τη νοσηλεία τους στο ΚΔ Τμήμα με δείκτη Braden < 16}} \times 100$$

9. Θεραπεία ή βελτίωση ελκών κατάκλισης σε ασθενείς που νοσηλεύτηκαν στο Κ/Δ Τμήμα

Ποσοτική έκφραση του δείκτη

$$\frac{\text{Βελτίωση ή θεραπεία υπαρχόντων ελκών κατάκλισης σε ασθενείς του ΚΔ Τμήματος, ανάλογα με το στάδιο, εντός ενός έτους}}{\text{Ασθενείς που εμφάνισαν έλκος κατάκλισης κατά τη νοσηλεία στο ΚΔ Τμήμα εντός ενός έτους}} \times 100$$

10. Πρόληψη της σχετιζόμενης με τον αναπνευστήρα (VAP) πνευμονίας σε ασθενείς που νοσηλεύτηκαν στο Κ/Δ Τμήμα

Ποσοτική έκφραση του δείκτη

$$\frac{\text{Αριθμός ασθενών με πνευμονία σχετιζόμενη με αναπνευστήρα (VIP) εντός ενός έτους}}{\text{Σύνολο ασθενών που τέθηκαν σε μηχανική υποστήριξη της αναπνοής στο ΚΔ Τμήμα εντός ενός έτους}}$$

X100

11. Συχνότητα εμφάνισης λοιμώξεων του ουροποιητικού μετά από την τοποθέτηση καθετήρα κύστης στο σύνολο των ασθενών που φέρουν καθετήρα κύστης.

Ποσοτική έκφραση του δείκτη

$$\frac{\text{Συνολικός αριθμός ενδοноσοκομειακών λοιμώξεων ουροποιητικού μετά από τοποθέτηση καθετήρα κύστης στο ΚΔ Τμήμα εντός ενός έτους}}{\text{Σύνολο των εισαχθέντων ασθενών στους οποίους τέθηκε καθετήρας κύστης στο ΚΔ Τμήμα στη διάρκεια ενός έτους}}$$

X 100

12. Συχνότητα εμφάνισης τοπικών λοιμώξεων μετά από τοποθέτηση περιφερικού φλεβικού καθετήρα στο σύνολο των ασθενών που φέρουν περιφερικό φλεβικό καθετήρα.

Ποσοτική έκφραση του δείκτη

$$\frac{\text{Συνολικός αριθμός περιπτώσεων τοπικής φλεγμονής στο σημείο εισόδου περιφερικού φλεβικού καθετήρα στο ΚΔ Τμήμα εντός ενός έτους}}{\text{Σύνολο των εισαχθέντων ασθενών στους οποίους τέθηκε περιφερικός φλεβικός καθετήρας στο ΚΔ Τμήμα στη διάρκεια ενός έτους}} \times 100$$

13. Συχνότητα εμφάνισης τοπικών λοιμώξεων μετά από τοποθέτηση κεντρικού φλεβικού καθετήρα στο σύνολο των ασθενών που φέρουν κεντρικό φλεβικό καθετήρα.

Ποσοτική έκφραση του δείκτη

$$\frac{\text{Συνολικός αριθμός περιπτώσεων τοπικής φλεγμονής στο σημείο εισόδου κεντρικού φλεβικού καθετήρα στο ΚΔ Τμήμα εντός ενός έτους}}{\text{Σύνολο των εισαχθέντων ασθενών στους οποίους τέθηκε κεντρικός φλεβικός καθετήρας στο ΚΔ Τμήμα στη διάρκεια ενός έτους}} \times 100$$

14. Αποτύπωση περιπτώσεων εύρεσης πολυανθεκτικών μικροβίων στον Καρδιολογικό Τμήμα και τη Μονάδα Εμφραγμάτων

Ποσοτική έκφραση του δείκτη

Καταγραφή περιπτώσεων εύρεσης πολυανθεκτικών μικροβίων με μορφή αριθμητικής συχνότητας

Δείκτες Ικανοποίησης στο Καρδιολογικό Τμήμα

15. Αριθμός παραπόνων προς συνολικό αριθμό ασθενών που νοσηλεύτηκαν

Ποσοτική έκφραση του δείκτη:

$$\frac{\text{Συνολικός αριθμός παραπόνων που κατατέθηκαν από ασθενείς που νοσηλεύτηκαν εντός ενός έτους}}{\text{Σύνολο των εισαχθέντων στη διάρκεια ενός έτους}} \times 100$$

16. Μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών

Ποσοτική έκφραση του δείκτη:

Προκύπτει από το σκορ που λαμβάνει η κάθε επιμέρους παράμετρος του ερωτηματολογίου ικανοποίησης ασθενών που θα μετρά την ικανοποίηση από τις συνθήκες νοσηλείας, το φαγητό, την ιατρονοσηλευτική φροντίδα κλπ

17. Μέτρηση της ικανοποίησης καθώς και της εργασιακής κόπωσης του νοσηλευτικού προσωπικού στο ΚΔ Τμήμα

Ποσοτική έκφραση του δείκτη:

Προκύπτει από το σκορ που λαμβάνει η κάθε επιμέρους παράμετρος του ερωτηματολογίου ικανοποίησης του προσωπικού που θα μετρά την ικανοποίηση από την εργασία, από τους συναδέλφους, από την ιεραρχία, από τη διοίκηση, ενώ θα μετρά τέλος και τον δείκτη κόπωσης

18. Μέτρηση των εκπαιδευτικών δράσεων στις οποίες συμμετέχει το νοσηλευτικό προσωπικό του ΚΔ Τμήματος στο πλαίσιο της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης

Ποσοτική έκφραση του δείκτη:

Καταγραφή με μορφή αριθμητικής συχνότητας ανά νοσηλεύτη και μορφή εκπαιδευτικής δράσης ατομικά και συνολικά

19. Μέτρηση των εκπαιδευτικών δράσεων που απευθύνονται στον ασθενή και το περιβάλλον του με σκοπό την κατανόηση της νόσου και την ορθή διαχείρισή της

Ποσοτική έκφραση του δείκτη:

$$\frac{\text{Συνολικός αριθμός εκπαιδευτικών δράσεων σε ασθενείς εντός ενός έτους}}{\text{Σύνολο των εισαχθέντων στη διάρκεια ενός έτους}} \times 100$$

Έντυπα Καρδιολογικού Τμήματος και Μονάδας Εμφραγμάτων

ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ

[illegible]

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΣΥΡΟΥ - Γ. ΠΑΠΑΝΔΡΕΟΥ 2 - Τ.Κ. 84100 ΕΡΜΟΥΠΟΛΗ - ΤΗΛ.: 22813-60500 FAX: 22813-60570

ΚΑΙΝΙΚΗ/ΤΜΗΜΑ:

Αρ. Μητρ. Αριθ:

Αρ. Θελ:

KÄLVH:1

ΙΣΟΖΥΓΙΟ ΥΓΡΩΝ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Επιόνημος:

'Ovoviviparous'

Πατρώνυμο:

Ημ/νία Εισόδου:

ΠΡΟΣΟΧΗ: ΑΠΑΓΟΡΕΥΕΤΑΙ Η ΧΟΡΗΓΗΣΗ

ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΕΣ ΓΡΑΜΜΕΣ

Φλεβοκαθετήρας Νο

Δ □ Δ □ Ημ/μν τοποθ :

24.5.6. *... 7.10.1984*

Ενδοχ :

Διεπιστολική Ένωση Νο:

А.П.А.П. Ну/Вид торои :

ဟိုတယ်၊ အိမ်၊ အခြားနေရာများတွင် နေထိုင်သူများ၏ အသုံးပြုမှုအတွက် အဆင့်မြင့်သော အဆေးကုသမှုများကို ပံ့ပိုးပေးရန် အသုံးပြုနိုင်ပါသည်။

Δ □ Δ □ Ημ/γιο τοποθ.

PAROXETINE

Είδος - Θέση :

Είδος - Θέση :

E150g - C10m :

Hu/via tonos.:

kg/via rono8.:

Hyvä tonni:

ΟΥΡΟΚΑΘΗΡΑΣ:

Eiðac: _____

LEVIN:

No _____

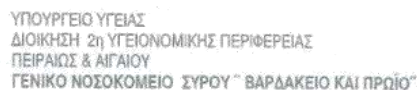
Σύσταση ☐ Παροχή/ση ☐

Ημ/νία τοποθ. :

[illegible]

¹ Στο τέλος κάθε 24ώρου αναγράφεται το συνολικό ποσό

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΣΥΡΟΥ - Γ. Παπανδρέου 2 - Τ.Κ. 84 100 Ερμούπολη - ΤΗΛ.: 22813-60500 FAX: 22813 -60570



N1

KAINIKH/TMHMA: [REDACTED]

Αρ. Μητρ. Ασθ:

Αρ. Θαλ: Κλίση:

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Επώνυμο: Όνομα: Πατρώνυμο:

Ημ/νία εισόδου: ΠΡΟΣΟΧΗ: ΑΠΑΓΟΡΕΥΕΤΑΙ Η ΧΩΡΗΓΗΣΗ

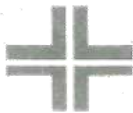
Ημ/νία εξέδου

ΠΡΟΣΟΧΗ: ΑΠΑΓΟΡΕΥΕΤΑΙ Η ΧΩΡΙΓΗΣΗ

HM/NIA-BAPΔΙΑ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ / ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ[illegible]

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΣΥΡΟΥ - Γ. Παπανδρέου 2 - Τ.Κ. 84 100 Ερμούπολη - ΤΗΛ.: 22813-60500 FAX: 22813 -60570



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ 2ης ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ & ΑΙΓΑΙΟΥ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΣΥΡΟΥ "ΒΑΡΔΑΚΕΙΟ ΚΑΙ ΠΡΩΪΟ"

N1
505

ΚΛΙΝΙΚΗ/ΤΜΗΜΑ:

Αρ. Μητρ. Ασθ:

Αρ. Θαλ:

Κλίνη:

ΘΕΡΜΟΜΕΤΡΙΚΟ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Επώνυμο:

Όνομα:

Πατρώνυμο:

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:																		
ΗΜΕΡΑ																		
ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ																		
ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ																		
ΗΜΕΡΑ:																		
Α.Π.	ΑΝ	ΣΦ	Θ	3	6	9	3	6	9	3	6	9	3	6	9	3	6	9
300	35	160	41															
250	30	140	40															
200	25	120	39															
150	20	100	38															
100	15	80	37															
50	10	60	36															

ΤΡΙΩΡΕΣ ΘΕΡΜΟΜΕΤΡΗΣΕΙΣ

ΗΜ/ΝΙΑ:							
ΩΡΑ:							
06:00							
09:00							
12:00							
15:00							
18:00							
21:00							
00:00							
03:00							
ΒΑΡΟΣ ΣΩΜΑΤΟΣ:							
ΚΕΝΩΣΕΙΣ:							

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΣΥΡΟΥ - Γ. Παπανδρέου 2 - Τ.Κ. 84 100 Ερμούπολη - ΤΗΛ.: 22813-60500 FAX: 22813 -60570

ΜΕΤΡΗΣΗ ΟΥΡΩΝ

ΘΑΛΑΜΟΣ :

ΟΝΟΜΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ :

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ														
7-3														
3-11														
11-7														
ΣΥΝΟΛΟ														

Επισκεπτήριο και οδηγός ενημέρωσης προς τους επισκέπτες

Στο Καρδιολογικό τμήμα τηρείται έντυπο ενημέρωσης επισκεπτηρίου από το οποίο οι πολίτες ενημερώνονται για τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις τους αναφορικά με αυτό

Το έντυπο οδηγιών υφίσταται σε συνθήκες όπου το Νοσοκομείο δεν είναι σε κατάσταση επαγρύπνησης όπως της περιόδου που διανύουμε. Σε περιόδους τέτοιες ακολουθούνται οι εκάστοτε οδηγίες των αρμόδιων οργάνων και της Διοίκησης.

Έντυπο οδηγιών για τους επισκέπτες ασθενών

Αγαπητή Κυρία / Αγαπητέ Κύριε, Καλώς Ήρθατε

Γνωρίζοντας τις ιδιαίτερες δυσκολίες που αντιμετωπίζετε κατά την περίοδο της νοσηλείας - είτε της δικής σας, είτε του προσφιλούς σας προσώπου - θα θέλαμε να σας διαβεβαιώσουμε, ότι θα καταβληθεί από εμάς κάθε δυνατή προσπάθεια πληρέστερης ιατρικής υποστήριξης και νοσηλευτικής φροντίδας, έτσι ώστε να επιστρέψετε στο οικείο σας περιβάλλον το συντομότερο δυνατό.

Μας ενδιαφέρει ιδιαίτερα, κατά την παραμονή σας στο νοσοκομείο, να δημιουργηθεί ένα κλίμα εμπιστοσύνης που θα βασίζεται στην ευγένεια, την κατανόηση και τον σεβασμό της ανθρώπινης αξιοπρέπειας, τόσο του ασθενούς και του οικείου του περιβάλλοντος, όσο και του εργαζόμενου προσωπικού.

Στο διάστημα που νοσηλεύεστε θα θέλαμε να σας διαβεβαιώσουμε ότι βρισκόμαστε στη διάθεσή σας σε κάθε κάλεσμα ή αίτημά σας.

Για το σκοπό αυτό μπορείτε να καλείτε το προσωπικό, όποτε υπάρχει ανάγκη, χτυπώντας το κουδούνι που βρίσκεται είτε στη δεξιά είτε στην αριστερή πλευρά του κρεβατιού σας.

Μπορείτε επίσης να χρησιμοποιείτε τον προσωπικό σας φωτισμό, που βρίσκεται στη κονσόλα πάνω από το κρεβάτι σας.

Αγαπητές κυρίες και αγαπητοί κύριοι,

Σε κάθε θάλαμο οι ασθενείς έχουν ιδιαίτερη ανάγκη από ένα ήσυχο, γαλήνιο και ασφαλές περιβάλλον.

Ακολουθώντας με συνέπεια τις παρακάτω οδηγίες, θα μπορούσατε και σεις να συμβάλετε σημαντικά στην εξασφάλιση των ανωτέρω θεραπευτικών συνθηκών:

1. Παρακαλούμε να τηρείτε τις ώρες επισκεπτηρίου με ακρίβεια. Οι ώρες αυτές είναι **17:00 – 19:00**. Τις ώρες του επισκεπτηρίου παρακαλούμε οι επισκέπτες να εναλλάσσονται στο θάλαμο. Κοντά στον ασθενή επιτρέπεται να βρίσκεται μόνο ένας συνοδός-επισκέπτης.
2. Τις ώρες **εκτός επισκεπτηρίου** μπορεί να παραμείνει στον κάθε ασθενή **μόνο ένας συνοδός**, προκειμένου να διασφαλιστεί η απαραίτητη ησυχία στο θάλαμο.
3. Εφόσον ο συνοδός που θα παραμένει **είναι συγγενικό πρόσωπο** προς τον ασθενή, θα πρέπει απαραίτητως να διαθέτει την ειδική προσωπική πράσινη κάρτα συνοδού που πρέπει να ζητάει και η οποία διατίθεται από το νοσηλευτικό προσωπικό της κλινικής. Εφόσον υπάρχουν δύο συνοδοί κατά τη διάρκεια του 24ώρου που εναλλάσσονται, πρέπει και οι δύο να έχουν την προσωπική

τους κάρτα. **Η κάρτα αυτή πρέπει να επιδεικνύεται σε κάθε έλεγχο είτε του νοσηλευτικού προσωπικού, είτε του προσωπικού ασφάλειας του Νοσοκομείου.**

4. Εφόσον κριθεί η ανάγκη φροντίδας από αποκλειστική/ κό νοσοκόμο, ισχύουν οι κάτωθι οδηγίες σύμφωνα με την τροποποίηση της υπ' αριθμ. Υ4α/οικ. 37804/2013 (ΦΕΚ 1023 Β'/25-4-2013) υπουργικής απόφασης με θέμα: «Παροχή υπηρεσιών σε ασθενείς νοσοκομείων ΕΣΥ και ιδιωτικών κλινικών της Χώρας από αποκλειστικές νοσοκόμες και νοσοκόμους» προβλέπονται τα κάτωθι:

i. Η νοσηλευτική φροντίδα στους ασθενείς εντός των δημόσιων νοσοκομείων και των ιδιωτικών κλινικών, παρέχεται αποκλειστικά από το οικείο νοσηλευτικό προσωπικό. Σε περιπτώσεις ασθενών που λόγω της κατάστασής τους αδυνατούν να αυτοεξυπηρετηθούν, είναι δυνατό να παρέχεται επιπλέον φροντίδα από αποκλειστικές νοσοκόμες και αποκλειστικούς νοσοκόμους.

ii. Οι αποκλειστικές/οί νοσοκόμες/οι φέρουν εξ ολοκλήρου και αποκλειστικά την ευθύνη για τις υπηρεσίες που παρέχουν στους ασθενείς του νοσοκομείου ή της ιδιωτικής κλινικής όπου παρέχουν τις υπηρεσίες τους, δε συνδέονται με οποιαδήποτε εργασιακή σχέση με τα νοσοκομεία ή τις κλινικές αυτές και η δαπάνη για την απασχόλησή τους βαρύνει τον ασθενή ή τον ασφαλιστικό οργανισμό του ασθενή, στις περιπτώσεις στις οποίες αυτό προβλέπεται.

iii. Προκειμένου να παρέχουν τις υπηρεσίες τους σε ασθενείς ενός νοσοκομείου ή μιας ιδιωτικής κλινικής, οι αποκλειστικές/οι νοσοκόμες/οι οφείλουν:

α) να διαθέτουν άδεια εργασίας από το Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων σύμφωνα με τα οριζόμενα στην υπ' αριθ. Φ.9/1012/93 κοινή υπουργική απόφαση (425 Β'), όπως τροποποιήθηκε με την υπ' αριθμ. Φ9/80000/2887 5/1856/12 κοινή υπουργική απόφαση (1175 Β'),

β) να έχουν καταχωρηθεί στο Εθνικό Μητρώο Αποκλειστικών Νοσοκόμων που τηρείται στο Υπουργείο Υγείας και να περιλαμβάνονται στον ονομαστικό πίνακα που καταρτίζεται από την οικεία Υγειονομική Περιφέρεια και τηρείται σε κάθε Νοσηλευτικό Ίδρυμα ή Ιδιωτική Κλινική.

iv. Οι αποκλειστικές/οι νοσοκόμες/οι πρέπει να φορούν ένδυμα (στολή) εργασίας, η οποία θα διαφοροποιείται από τη στολή εργασίας των άλλων επαγγελματιών υγείας του και συγκεκριμένα γκρι παντελόνι ή φούστα και λευκή μπλούζα και να φέρουν σε εμφανές σημείο την κάρτα ταυτοποίησής τους (ταυτότητα).

v. Η Προϊσταμένη της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας του νοσοκομείου ή ο Προϊστάμενος του Νοσηλευτικού Προσωπικού της κλινικής, οφείλει να βεβαιώνει την εκτέλεση της υπηρεσίας από την/τον αποκλειστική/ο νοσοκόμα/ο προς τον ασθενή πάνω στην απόδειξη παροχής υπηρεσιών, καθώς και να παραλαμβάνει και να τηρεί σε ειδικό αρχείο φωτοαντίγραφο από την τριπλότυπη απόδειξη παροχής υπηρεσιών, που εκδίδουν μετά την εκτέλεση των καθηκόντων τους προς τον ασθενή οι αποκλειστικές νοσοκόμες/ αποκλειστικοί νοσοκόμοι.

vi. Στις περιπτώσεις περιστατικών, όπου κατά την κρίση του Δ/ντή του Τμήματος νοσηλείας, είναι απαραίτητη η παραμονή ενός συνοδού για τον ασθενή, θα δίνεται άδεια παραμονής σε συγγενικό πρόσωπο, η οποία θα υπογράφεται από το θεράποντα ιατρό ή την νοσηλεύτρια Προϊσταμένη του Νοσηλευτικού Τμήματος, θα αναφέρει το ονοματεπώνυμο του ασθενή και θα αναγράφει τη συγγενική σχέση με αυτόν.

Σε περίπτωση παραμονής συνοδού προσώπου που απασχολείται κατ' οίκον για τη φροντίδα του ασθενούς, το πρόσωπο υποχρεούται να δηλώνει στην Προϊσταμένη της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας το ΑΜΚΑ του, καθώς και το ΑΜΚΑ του εργοδότη και να προσκομίζει αντίγραφο του εργόσημου για τον τελευταίο πλήρη μήνα απασχόλησής του.

vii. ΠΡΟΣΟΧΗ!! «Κάθε άλλο άτομο που δεν πληροί όλες τις προαναφερόμενες προϋποθέσεις δεν νομιμοποιείται να παρέχει νοσηλευτικές φροντίδες σε ασθενείς». Σε περιπτώσεις όπου διαπιστώνεται απασχόληση αποκλειστικών που δεν προβλέπονται από τον οικείο ονομαστικό πίνακα, ειδοποιείται η ασφάλεια του νοσοκομείου και σε περιπτώσεις μη απομάκρυνσής τους ειδοποιείται η ασφάλεια του οικείου Αστυνομικού Τμήματος. Παρακαλούμε να φανείτε απόλυτα συνεργάσιμοι στην εφαρμογή και τήρηση των παραπάνω οδηγιών, καθώς **με αυτό τον τρόπο διασφαλίζεται η Δημόσια Υγεία στο Νοσοκομείο (τήρηση κανόνων υγιεινής για την αποφυγή λοιμώξεων, διάδοσης νοσημάτων κτλ).**

5. Την ώρα επίσκεψης των γιατρών, οι συνοδοί οφείλουν να βρίσκονται εκτός της κλινικής.
6. Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας, οι συνοδοί οφείλουν να βρίσκονται εκτός του θαλάμου.
7. Παρακαλούμε να μη διατηρείτε μαζί σας αντικείμενα αξίας. Εφόσον αυτό δεν είναι εφικτό, παρακαλούμε να τα παραδίδετε στην Προϊσταμένη του Τμήματος, συμπληρώνοντας το ειδικό έντυπο που θα σας δοθεί για το σκοπό αυτό.
8. Κατά την παραμονή σας στο Νοσοκομείο πρέπει να τηρείτε τις οδηγίες που θα σας δίνονται και αφορούν στη θεραπεία σας ή στη θεραπεία του προσφιλούς σας προσώπου. Δεν θα πρέπει ακόμη να λαμβάνετε από μόνοι σας φάρμακα ή να καταναλώνετε τρόφιμα.
9. Σας ενημερώνουμε, τέλος, ότι σε κανέναν εσωτερικό χώρο του Νοσοκομείου δεν επιτρέπεται το κάπνισμα.

Βιβλιογραφικές αναφορές

Στέφα, Μ. (2002) *Καρδιολογική Νοσηλευτική* Γ' Έκδοση, Αθήνα

Diane K. Dresser, D.(2001) *Νοσηλευτική Καρδιαγγειακής Μονάδας Εντατικής Θεραπείας* Εκδόσεις "ΕΛΛΗΝ", Αθήνα

Λάζος, Γ., Αργυρίου, Γ. (2019) *Νοσηλευτικές Διαδικασίες στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας ΜΕΘ Α' Πανεπιστημιακής Πνευμονολογικής Κλινικής ΕΚΠΑ, ΓΝΝΘΑ "Η Σωτηρία"* Εκδόσεις University Studio Press, Αθήνα