

Νοσηλευτική Φροντίδα Νοσηλευομένου Ορθοπαιδικού Ασθενούς

Παναγιώτα Κοπανιτσάνου, Θεόδωρος Γρίβας

Τμήμα Ορθοπαιδικής και Τραυματολογίας, ΓΝ Πειραιά «Τζάνειο»

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι ασθενείς που νοσηλεύονται σε ορθοπαιδικές κλινικές συνήθως πάσχουν από τραυματικές κακώσεις (π.χ. κατάγματα, εξάρθρηματα, κακώσεις της σπονδυλικής στήλης, ανοικτά/ θλαστικά τραύματα), οι οποίες μπορεί να έχουν προκληθεί από χαμηλής ενέργειας τραύμα (π.χ. κατάγματα ευθραυστότητας) ή υψηλής ενέργειας τραύμα (π.χ. τροχαία ή εργατικά ατυχήματα), ή να χρειάζονται νοσηλεία έπειτα από μία χειρουργική επέμβαση επιλογής (π.χ. ολική αρθροπλαστική). Σε κάθε περίπτωση, η φροντίδα τους είναι πολύπλοκη, είτε λόγω της βαρύτητας του τραυματισμού και της συνεπαγόμενης επέμβασης είτε λόγω της πολυνοσηρότητας και των επιπλοκών. Αρχικά στο παρόν άρθρο παρουσιάζεται συνοπτικά η νοσηλευτική αξιολόγηση των ασθενών με ορθοπαιδικά προβλήματα υγείας, η οποία περιλαμβάνει τη συλλογή αντικειμενικών και υποκειμενικών δεδομένων τόσο σχετικά με τη γενική κατάσταση του ασθενούς όσο και του μυοσκελετικού συστήματος ειδικότερα. Ακολουθούν ενότητες σχετικά με τη διαχείριση του πόνου, τη σημασία και τις μεθόδους κινητοποίησης άμεσα μετεγχειρητικά και τη διαχείριση των κυριότερων περιεγχειρητικών επιπλοκών [όπως η θρομβοεμβολή, η λιπώδης εμβολή, το σύνδρομο διαμερίσματος, οι ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις (αναπνευστικές και σχετιζόμενες με την τοποθέτηση ουροκαθετήρα) και το οξύ οργανικό ψυχοσύνδρομο]. Τέλος, παρουσιάζονται παρεμβάσεις σχετικά με την εξασφάλιση επαρκούς θρέψης και καλής λειτουργίας του εντέρου, την πρόληψη των ελκών πίεσης και τονίζεται ο σημαντικός ρόλος που έχει η εκπαίδευση του ασθενούς και της οικογένειάς του στην ανάρρωση και την αποκατάσταση. Σε κάθε ενότητα παρουσιάζονται τόσο στοιχεία της νοσηλευτικής αξιολόγησης όσο και κάποιες από τις πιθανές νοσηλευτικές παρεμβάσεις. Το νοσηλευτικό προσωπικό, μέσω της συνεχούς αξιολόγησης των ασθενών, της συστηματικής καταγραφής των ευρημάτων και της εφαρμογής νοσηλευτικών παρεμβάσεων (πολλές από τις οποίες είναι ανεξάρτητες, όπως η εκπαίδευση), επιτυγχάνει την ολιστική και εξατομικευμένη κάλυψη των αναγκών των ασθενών.



Λέξεις ευρετηρίου: Ορθοπαιδική, νοσηλευτική φροντίδα, ορθοπαιδική νοσηλευτική



Παραπομπή

Π. Κοπανιτσάνου, Θ. Γρίβας. Νοσηλευτική Φροντίδα Νοσηλεομένου Ορθοπαιδικού Ασθενούς. Επιστημονικά Χρονικά 2018; 23(2): 122-137

doi: <http://eoi.citefactor.org/10.11212/exronika/2018.2.2>

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι ασθενείς που νοσηλεύονται σε ορθοπαιδικές κλινικές συνήθως πάσχουν από τραυματικές κακώσεις (π.χ. κατάγματα, εξάρθρηματα), οι οποίες μπορεί να έχουν προκληθεί από χαμηλής (π.χ. κατάγματα ευθραυστότητας) ή υψηλής ενέργειας τραύμα (π.χ. τροχαία/εργατικά ατυχήματα), ή να χρειάζονται νοσηλεία έπειτα από μία επέμβαση επιλογής (π.χ. ολική αρθροπλαστική) [1, 2]. Όσοι νοσηλεύονται μετά από τροχαία ατυχήματα είναι συνήθως νεότεροι αλλά μπορεί να παρουσιάζουν βαρείες συνοδές κακώσεις (π.χ. κάκωση νωτιαίου μυελού, κρανιοεγκεφαλική κάκωση), ενώ οι ασθενείς με κατάγματα ευθραυστότητας συνήθως πάσχουν από ποικίλα συνοδά νοσήματα, επομένως σε κάθε περίπτωση η φροντίδα είναι πολύπλοκη. Σημειώνεται ότι ο όρος «κάταγμα ευθραυστότητας» τείνει να αντικαταστήσει τον παλαιότερο όρο «οστεοπορωτικό κάταγμα» στην ξενόγλωσση βιβλιογραφία [3].

Αν και η νοσηλευτική φροντίδα των ασθενών οφείλει να είναι εξατομικευμένη και ολιστική [4], συνήθως επικεντρώνεται στην κάλυψη των σωματικών αναγκών [5], παρά στην προσπάθεια κάλυψης των γνωσιακών, συναισθηματικών, κοινωνικών και πνευματικών αναγκών [6]. Επιπλέον, σύμφωνα με τις αρχές της «επικεντρωμένης φροντίδας στον ασθενή» οι ατομικές ανάγκες και προτιμήσεις του ασθενούς πρέπει να

υπολογίζονται και οι ασθενείς έχουν το δικαίωμα να λαμβάνουν αποφάσεις για την υγεία τους έπειτα από επαρκή ενημέρωση. Στο παρόν άρθρο παρουσιάζονται συνοπτικά οι κύριοι τομείς νοσηλευτικής φροντίδας των νοσηλεομένων ορθοπαιδικών ασθενών.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

Η νοσηλευτική αξιολόγηση περιλαμβάνει τη συλλογή αντικειμενικών δεδομένων (που προκύπτουν από την κλινική εξέταση) και υποκειμενικών δεδομένων (που αναφέρονται από τον ασθενή). Απαραίτητη είναι η αξιολόγηση της γενικής κατάστασης του ασθενούς, τόσο πριν από την εισαγωγή στο νοσοκομείο, όσο και στην παρούσα φάση, συμπεριλαμβανομένης της γνωσιακής κατάστασης, της ακουστικής/οπτικής ικανότητας και της λειτουργικότητας (π.χ. δραστηριότητες καθημερινής ζωής).

Εκτός από την αξιολόγηση του αναπνευστικού και καρδιαγγειακού συστήματος (π.χ. αντικειμενικά ευρήματα, ύπαρξη χρόνιου νοσήματος, φαρμακευτική αγωγή), το νοσηλευτικό προσωπικό αξιολογεί το δέρμα (π.χ. ιστορικό ακράτειας ούρων/κοπράνων (καθώς αυτό σχετίζεται με μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης ελκών πίεσης λόγω της υγρασίας), νευρολογικά ελλείμματα, θρέψη/ενυδάτωση), το γαστρεντερικό σύστημα και τη θρέψη (π.χ. συνήθειες εντέρου, πρόσληψη θερμίδων/

πρωτεϊνών), το ουροποιητικό σύστημα (π.χ. ισοζύγιο υγρών, χαρακτηριστικά ούρων, διάταση κύστεως), καθώς και τη γνωσιακή και ψυχοσυναισθηματική κατάσταση (π.χ. κατάθλιψη, άγχος, κοινωνικοί ρόλοι, υποστηρικτικό δίκτυο) [7]. Τέλος, πραγματοποιείται αξιολόγηση του μυοσκελετικού συστήματος (π.χ. στάση, συντονισμός, μυϊκή μάζα/ τόνος, εύρος κίνησης, επίπεδο δραστηριότητας, χρήση βοηθημάτων, ιστορικό πτώσεων, οστεοπόρωση, σαρκοπενία, αρθρίτιδα).

Υπάρχουν πολλά εργαλεία αξιολόγησης και καταγραφής των ευρημάτων. Ορισμένα από αυτά χρησιμοποιούνται για να αξιολογηθεί αντικειμενικά η φυσική λειτουργικότητα (π.χ. Timed Up & Go Test) [8], ενώ κάποια άλλα συμπληρώνονται σύμφωνα με τις αυτοαναφορές των ασθενών [π.χ. Physical Function scale (SF-36 PF)] [9]. Αν και τα εργαλεία αυτά χρησιμοποιούνται ευρέως, ενδεχομένως η συστηματική εφαρμογή τους να είναι δύσκολη για το νοσηλευτικό προσωπικό, λόγω του φόρτου εργασίας. Ωστόσο, η χρήση τους όχι μόνο δίνει πολύτιμες πληροφορίες για τον ασθενή, αλλά και για την παρακολούθηση της προόδου του κατά την αποκατάσταση.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

Η ύπαρξη πόνου σχετίζεται με την εμφάνιση οξέος οργανικού ψυχοσυνδρόμου, κατάθλιψη, διαταραχές ύπνου και μειωμένη κινητικότητα [10,11]. Επομένως, η κατάλληλη διαχείριση του πόνου είναι απαραίτητη για την ανάρρωση και την προαγωγή της ευεξίας.

Ωστόσο, οι ασθενείς συχνά δεν λαμβάνουν ικανοποιητική φροντίδα για τον πόνο, ιδιαίτερα εάν πάσχουν από άνοια ή νοσήματα τα οποία δυσχεραίνουν την επικοινωνία.

Η αξιολόγηση του πόνου ξεκινά με τη λήψη ιστορικού (αιτίες, φαρμακευτική αγωγή, συνήθη μέσα ανακούφισης) [12]. Οι αυτοαναφορές των ασθενών σχετικά με την ένταση του πόνου αποτελούν τον «χρυσό κανόνα» για την αξιολόγηση. Τέτοιες αναφορές προκύπτουν είτε από τη χρήση μονοδιάστατων κλιμάκων (π.χ. οπτική αναλογική κλίμακα, αριθμητική κλίμακα, λεκτική κλίμακα, κλίμακα προσώπων) ή πολυδιάστατων κλιμάκων (με τις οποίες αξιολογούνται περισσότερες από μία διαστάσεις του πόνου, π.χ. ένταση, εντόπιση, συναισθηματική κατάσταση). Για τους ασθενείς οι οποίοι δεν είναι σε θέση να εκφραστούν λεκτικά, η παρατήρηση της συμπεριφοράς (π.χ. εκφράσεις προσώπου, ανησυχία) ή η αξιολόγηση των ζωτικών σημείων ενδέχεται να καταδείξουν την παρουσία πόνου. Τέλος, υπενθυμίζεται η ύπαρξη συγκεκριμένων κλιμάκων για την αξιολόγηση π.χ. του νευροπαθητικού πόνου [13].

Η χορήγηση απλών αναλγητικών (π.χ. παρακεταμόλη) και οπιοειδών φαρμάκων είναι γενικά ασφαλής, ενώ η ηπατική και νεφρική λειτουργία λαμβάνονται πάντα υπόψη. Αν και τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικά στην αντιμετώπιση του πόνου πρέπει να χορηγούνται με προσοχή, καθώς υπάρχει κίνδυνος εμφάνισης ανεπιθύμητων ενεργειών από το καρδιαγγειακό ή/ και το γαστρεντερικό σύστημα (π.χ. ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας,

με νεφρική ανεπάρκεια, ιστορικό καρδιακής ανεπάρκειας, έλκος γαστρεντερικού συστήματος). Υπενθυμίζεται ότι το νοσηλευτικό προσωπικό αξιολογεί συνεχώς τους ασθενείς για πιθανή εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών (π.χ. δυσκοιλιότητα, ναυτία, έμετος) και εφαρμόζει προληπτικά μέτρα για την αποφυγή τους. Ιδιαίτερη προσοχή χρειάζεται κατά τη χορήγηση οπιοειδών στους ηλικιωμένους ασθενείς, καθώς υπάρχει κίνδυνος αναπνευστικής καταστολής [13].

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις για τη μείωση του πόνου δεν είναι αποκλειστικά φαρμακολογικές, αλλά περιλαμβάνουν και συμπληρωματικές παρεμβάσεις, όπως τον διαδερμικό ηλεκτρικό νευρικό ερεθισμό, την απόσπαση της προσοχής, τη μυϊκή χαλάρωση, τη φαντασίωση, τα φυσικά μέσα (θερμά και ψυχρά επιθέματα), τη βιοανατροφοδότηση, καθώς και γνωσιακές-συμπεριφορικές παρεμβάσεις. Τονίζεται ότι η αναλγητική αγωγή πρέπει να είναι εξατομικευμένη και να χορηγείται συστηματικά στην περίπτωση πόνου ο οποίος είναι σταθερός κατά τη διάρκεια του εικοσιτετραώρου. Τα αναλγητικά φάρμακα είναι προτιμότερο να χορηγούνται εκ του στόματος και να αποφεύγεται η χορήγηση εικονικού φαρμάκου προκειμένου να διαπιστωθεί εάν ο πόνος είναι πραγματικός [7]. Ιδανικά, η κινητοποίηση και η χορήγηση αναλγητικών πρέπει να συντονίζονται, ώστε να προάγεται η άνεση των ασθενών [13]. Αν και δεν υπάρχει σαφές όριο για να θεωρηθεί μία παρέμβαση για τη διαχείριση του πόνου ως αποτελεσματική, γενικά μία μείωση μεταξύ 20%-30% σε σύγκριση με την αρχική έντασή του θεωρείται σημαντική [14].

Αξίζει τέλος να τονισθεί ότι πολύ συχνά οι επαγγελματίες υγείας εκφράζουν διάφορες λανθασμένες απόψεις σχετικά με τον πόνο (π.χ. ότι είναι αναπόφευκτος, ότι τα ζωτικά σημεία ή η συμπεριφορά του ασθενούς οπωσδήποτε επηρεάζονται, ότι οι ασθενείς με γνωσιακά ελλείμματα δεν είναι σε θέση να τον περιγράψουν αξιόπιστα, ότι υπάρχει κίνδυνος εξάρτησης λόγω χορήγησης οπιοειδών) [13].

ΚΙΝΗΤΟΠΟΙΗΣΗ

Οι αρνητικές συνέπειες της ακινητοποίησης περιλαμβάνουν εκδηλώσεις από το γαστρεντερικό (π.χ. δυσκοιλιότητα), από το καρδιαγγειακό (π.χ. θρομβοεμβολή), το αναπνευστικό και το ουροποιητικό σύστημα (π.χ. λοιμώξεις). Ακόμη και η προσωρινή ακινητοποίηση ενός μόνο μέλους του σώματος (π.χ. με γυψονάρθηκα) μπορεί να προκαλέσει μυϊκή ατροφία και μείωση εύρους κίνησης [7]. Για τους ασθενείς με κατάγματα ευθραυστότητας, η άμεση κινητοποίηση μετεγχειρητικά σχετίζεται με μειωμένη θνητότητα [15] και καλύτερη λειτουργικότητα [16], καθώς αυτοί οι ασθενείς διατρέχουν τον μεγαλύτερο κίνδυνο για απώλεια λειτουργικότητας λόγω της περιεγχειρητικής ακινητοποίησης [17] και της προϋπάρχουσας αδυναμίας [18]. Ο σκοπός της κινητοποίησης είναι η ανεξαρτησία για τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής και η μεγιστοποίηση της λειτουργικότητας [13].

Η προαγωγή της κινητοποίησης είναι μία από τις προτεραιότητες του νοσηλευτικού προσωπικού. Οι πιο απλοί τρόποι κινητοποίησης περιλαμβάνουν τη βάδισση (η άμεση αφαίρεση των ουροκαθετήρων μόλις ο

ασθενής κινητοποιηθεί συμβάλλουν προς αυτήν την κατεύθυνση), την αλλαγή θέσεων επί κλίνης (με προσοχή ώστε όλες οι αρθρώσεις να βρίσκονται σε λειτουργική θέση), την ισομετρική άσκηση και την κινητοποίηση των αρθρώσεων, ιδιαίτερα εκείνων που βρίσκονται εκατέρωθεν της ακινητοποιημένης περιοχής.

Οι ισομετρικές ασκήσεις μπορούν να πραγματοποιηθούν ακόμη και στα άκρα που είναι ακινητοποιημένα μέσα σε νάρθηκες, ωστόσο πρέπει παρακολουθούνται η αρτηριακή πίεση και ο καρδιακός ρυθμός, που πιθανώς αυξάνονται κατά τη διάρκεια των ασκήσεων. Κατά την κινητοποίηση των αρθρώσεων οι ασθενείς εκτελούν τις ασκήσεις έως το σημείο ελαφράς αντίστασης και όχι δυσφορίας. Στην περίπτωση που ο ασθενής δεν μπορεί να εκτελέσει μόνος τις ασκήσεις, ενδείκνυται η παθητική κινητοποίηση [7].

Η στρατηγική που θα χρησιμοποιηθεί για την κινητοποίηση, όπως και το είδος της φόρτισης και η πρόοδος έντασης των ασκήσεων εξαρτώνται από το είδος του κατάγματος/ επέμβασης [16]. Σε γενικές γραμμές, η κινητοποίηση πραγματοποιείται γρηγορότερα μετά από π.χ. μία ημιολική αρθροπλαστική παρά μετά από μία επέμβαση για αποκατάσταση εξωθλακικού κατάγματος ισχίου [19]. Οι θεράποντες ιατροί είναι αυτοί που συνήθως αποφασίζουν σχετικά με το είδος της φόρτισης και την αποκατάσταση, αν και με τα σύγχρονα υλικά και τις τεχνικές η κινητοποίηση ξεκινά άμεσα [20]. Σε κάθε περίπτωση, οι ασθενείς μπορούν να εκτελούν βασικές ασκήσεις (π.χ. άκρου πόδα και αστραγάλου, εκτάσεις/ κάμψεις γόνατος, απαγωγή ισχίων) και λειτουργικές ασκήσεις (π.χ. έγερση από την καρέκλα) [21]. Τονίζεται ότι όλο το προσωπικό (και όχι μόνο

το νοσηλευτικό) οφείλει να ενθαρρύνει τους ασθενείς να παραμένουν καθιστοί για τη σίτισή τους, να εκτελούν όσο περισσότερες δραστηριότητες αυτοφροντίδας γίνεται, να βαδίζουν, να κινητοποιούνται τουλάχιστον δύο φορές την ημέρα και να παραμένουν όσο το δυνατό περισσότερο εκτός κλίνης. Σε κάθε περίπτωση, τα απαραίτητα βοηθήματα και οι αρχές για την πρόληψη των πτώσεων πρέπει να εφαρμόζονται κατά την κινητοποίηση, ώστε οι ασθενείς να είναι συνεχώς ασφαλείς [13].

ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΠΕΡΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΩΝ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ

Θρομβοεμβολή

Η συχνότητα της εν τω βάθει φλεβοθρόμβωσης έπειτα από ένα κάταγμα ισχίου ποικίλλει (1%-24%, αναλόγως με τη διαγνωστική μέθοδο), ενώ η συχνότητα των θανατηφόρων πνευμονικών εμβολών κυμαίνεται μεταξύ 0.5%-7.5% [12]. Υπάρχει διχογνωμία σχετικά με τη βέλτιστη αντιπηκτική αγωγή, σε ό,τι αφορά στη χρονική στιγμή έναρξης και το είδος των σκευασμάτων. Οι ασθενείς πρέπει να κινητοποιούνται το ταχύτερο δυνατό προκειμένου να μειωθεί ο κίνδυνος [22].

Σχετικά με την πρόφλαξη σε ασθενείς που υποβάλλονται σε ολική αρθροπλαστική γόνατος/ ισχίου, προτείνεται ο συνδυασμός τόσο μηχανικών (π.χ. κάλτσες διαβαθμισμένης συμπίεσης, συσκευές διαλείπουσας συμπίεσης), όσο και φαρμακολογικών μεθόδων. Οι μηχανικές μέθοδοι ξεκινούν να εφαρμόζονται με την εισαγωγή και παύουν όταν δεν υπάρχει πλέον σημαντικός περιορισμός στην

κινητικότητα. Η χορήγηση Χαμηλού Μοριακού Βάρους Ηπαρινών (ΧΜΒΗ) ξεκινά μετεγχειρητικά, όταν δεν υπάρχουν αντενδείξεις, αναλόγως με το σκεύασμα (1-4 ώρες μετεγχειρητικά για την ετεξιλική δαβιγατράνη, 6 ώρες για τη φονταπαρινόξη, 6-12 ώρες για τις ΧΜΒΗ, 6-10 ώρες για τη ριβαροξαβάνη). Στους ασθενείς που υποβάλλονται σε ολική αρθροπλαστική ισχίου η χορήγηση συνεχίζεται επί 28- 35 ημέρες μετεγχειρητικά, ενώ στους ασθενείς που υποβάλλονται σε ολική αρθροπλαστική γόνατος συνεχίζεται επί 10-14 ημέρες, αναλόγως με το σκεύασμα [22]. Οι οδηγίες για τους ασθενείς με κάταγμα ισχίου είναι ίδιες με αυτών που υποβάλλονται σε ολική αρθροπλαστική ισχίου, με την εξαίρεση ότι στους ασθενείς με κάταγμα δεν χορηγούνται ετεξιλική δαβιγατράνη και ριβαροξαβάνη. Για τους ασθενείς που υποβάλλονται σε άλλες ορθοπαιδικές επεμβάσεις ο συνδυασμός μηχανικών και φαρμακολογικών μεθόδων εξετάζεται αναλόγως με τους ατομικούς παράγοντες κινδύνου. Σε κάθε περίπτωση τα μέτρα μηχανικής πρόληψης ξεκινούν προεγχειρητικά και εξακολουθούν να εφαρμόζονται μέχρι να ανακτηθεί ικανοποιητική κινητικότητα [22].

Λιπώδης εμβολή

Στην Ορθοπαιδική υπάρχουν διάφορες επιπλοκές που μπορεί να είναι απειλητικές για τη ζωή του ασθενούς (π.χ. πνευμονική εμβολή, αιμορραγία, λιπώδης εμβολή) και για τη διατήρηση του σκέλους (π.χ. σύνδρομο διαμερίσματος, λοιμώξεις, ψευδάρθρωση) [23]. Δυστυχώς δεν υπάρχουν επαρκή στατιστικά στοιχεία σχετικά με την επίπτωση της λιπώδους εμβολής, καθώς αυτή

συχνά διαδράμει υποκλινικά και δεν υπάρχουν εργαστηριακές εξετάσεις ώστε να διαγιγνώσκεται με βεβαιότητα.

Η λιπώδης εμβολή αποτελεί ένα σύνδρομο το οποίο παρουσιάζεται συνήθως μεταξύ πρώτου και τρίτου εικοσιτετραώρου έπειτα από κάταγμα των μακρών οστών και της πυέλου ή ορθοπαιδικές επεμβάσεις [24] και αποτελεί απειλητική για τη ζωή κατάσταση. Τα όργανα που κυρίως προσβάλλονται εκτός από τους πνεύμονες (με εκδηλώσεις όπως έντονη δύσπνοια, ταχύπνοια, υποξυγοναιμία, αναπνευστική ανεπάρκεια) είναι ο εγκέφαλος (διαταραχές επιπέδου συνείδησης, τρόμος, εστιακή νευρολογική συμπτωματολογία) και το δέρμα (εξάνθημα χαρακτηριστικό, μικρό και διάστικτο που εμφανίζεται συνηθέστερα στους επιπεφυκότες, τις μασχάλιαιες περιοχές, την κεφαλή, τον τράχηλο) [25]. Η έγκαιρη αναγνώριση των συμπτωμάτων από το νοσηλευτικό προσωπικό είναι, επομένως, ιδιαίτερα σημαντική.

Η διάγνωση της λιπώδους εμβολής γίνεται σύμφωνα με το πρόσφατο ιστορικό του ασθενούς και τη συμπτωματολογία και η αντιμετώπιση της είναι συμπτωματική (χορήγηση οξυγόνου, μηχανική υποστήριξη αναπνοής, ενυδάτωση, προφύλαξη από εν τω βάθει φλεβοθρόμβωση, αντιμετώπιση των καταγμάτων) [25].

Σύνδρομο διαμερίσματος

Το σύνδρομο διαμερίσματος συνήθως εμφανίζεται στους ασθενείς που νοσηλεύονται έπειτα από τραύμα υψηλής ενέργειας, ιδιαίτερα έπειτα από κάταγμα αντιβραχίου ή κνήμης [26]. Η διάγνωση του

δεν είναι πάντα εύκολη, αν και είναι εξαιρετικής σημασίας για την έγκαιρη αντιμετώπιση και τη διάσωση του σκέλους [27], καθώς πρόκειται για επείγουσα κατάσταση.

Το σύνδρομο διαμερίσματος είναι ιδιαίτερα επώδυνο και οφείλεται στην μεγάλη αύξηση της πίεσης μέσα στους μύες, λόγω της συγκέντρωσης αίματος (εξαιτίας της ρήξης των αιμοφόρων αγγείων της περιοχής) και του οιδήματος. Η αυξημένη πίεση μειώνει την αιματική ροή και δεν επιτρέπει την παροχή οξυγόνου και θρεπτικών συστατικών προς τα μυϊκά και νευρικά κύτταρα της περιοχής με επακόλουθη νέκρωση των μυών, των νεύρων και του δέρματος [26].

Τα συμπτώματα περιλαμβάνουν τον πόνο (ιδιαίτερα κατά τη διάταση των μυών), την ωχρότητα, την απώλεια κινητικότητας/αισθητικότητας, την έλλειψη σφύξεων και την ποικιλοθερμία. Το συχνότερο σύμπτωμα είναι ο πόνος, ενώ οι παραισθησίες και η παράλυση εμφανίζονται αργά και δηλώνουν, συνήθως, μόνιμη βλάβη.

Όπως συμβαίνει και με τη λιπώδη εμβολή, η διάγνωση είναι δυσκολότερη στους ασθενείς με πολλαπλά τραύματα ή που δεν μπορούν να επικοινωνήσουν λεκτικά. Το νοσηλευτικό προσωπικό παρακολουθεί τον ασθενή προσεκτικά και καταγράφει συστηματικά τα σχετικά σημεία και συμπτώματα. Η αντιμετώπιση περιλαμβάνει τη διάνοιξη των περιτονιών, καθώς δεν υπάρχει αποτελεσματική συντηρητική θεραπεία. Μετά τη διάνοιξη των περιτονιών, το δέρμα δεν μπορεί να κλείσει άμεσα λόγω του οιδήματος και η σύγκλιση του τραύματος γίνεται σε δεύτερο χρόνο. Η επέμβαση πραγματοποιείται άμεσα, ώστε να προληφθεί

ο χρόνιος πόνος και η παραμόρφωση [28]. Η καθυστέρηση στη διάγνωση ενδέχεται να είναι συχνή, οδηγώντας σε ιατρογενή βλάβη του σκέλους και σε απώλεια λειτουργικότητας.

Ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις

α) Αναπνευστικού συστήματος

Η συχνότητα των αναπνευστικών λοιμώξεων σε ασθενείς με κάταγμα ισχίου βρέθηκε πως αυξάνεται από 6.3% προεγχειρητικά σε 10.7% μετεγχειρητικά [29] και συντελεί στην παρατεταμένη νοσηλεία και τη θνητότητα [30].

Η αξιολόγηση του ασθενούς περιλαμβάνει τα χαρακτηριστικά του βήχα, της απόχρεμψης, τον αριθμό των αναπνοών, τη θερμοκρασία σώματος, τα επίπεδα κορεσμού, την ένταση της δύσπνοιας, την ύπαρξη πλευριτικού πόνου, συριγμού, κυάνωσης, τη χρήση επικουρικών αναπνευστικών μυών και τις αλλαγές στη νοητική κατάσταση.

Οι τεχνικές έκπτωσης των πνευμόνων (π.χ. βαθιές εισπνοές, ασκήσεις με εξασκητή εισπνοής) μειώνουν τη συχνότητα των αναπνευστικών επιπλοκών, όπως π.χ. της ατελεκτασίας, ενώ η άμεση κινητοποίηση των ασθενών μειώνει τη συχνότητα της πνευμονίας [31].

Σε ό,τι αφορά στη θεραπεία, αυτή εκτός από τη φαρμακευτική αγωγή (π.χ. αντιβιοτικά, βρογχοδιασταλτικά, αντιυπερετικά, οξυγόνο) περιλαμβάνει την ενυδάτωση, μία υψηλής σε πρωτεΐνες και θερμίδες διατροφή, την παρακολούθηση της γενικής κατάστασης του ασθενούς και τις

αναπνευστικές ασκήσεις. Η τοποθέτηση του ασθενούς σε καθιστή θέση (Fowler) διευκολύνει την αναπνοή και την απόχρεμψη.

β) Ουροποιητικού συστήματος

Η συχνότητα των λοιμώξεων του ουροποιητικού συστήματος ποικίλλει από 2% [29] έως 24% [32] και συνδέεται με τη χρήση ουροκαθετήρων. Οι ουροκαθετήρες συνδέονται επίσης με περιορισμό της κινητικότητας, πόνο, οξύ οργανικό ψυχοσύνδρομο και θνητότητα [33]. Αν και οι ουροκαθετήρες τοποθετούνται κατά την εισαγωγή ή μετεγχειρητικά λόγω της ακινησίας των ασθενών, συχνά ο λόγος τοποθέτησης δεν είναι σαφής [34], αν και θα έπρεπε να καταγράφεται (π.χ. παρακολούθηση ισοζυγίου υγρών) [33].

Οι παράγοντες κινδύνου περιλαμβάνουν τη μη άσηπτη τεχνική τοποθέτησης, την παρατεταμένη παραμονή του ουροκαθετήρα και την έλλειψη διατήρησης του κλειστού κυκλώματος για τη συλλογή των ούρων. Η αξιολόγηση περιλαμβάνει την ανίχνευση εμφάνισης σημείων [π.χ. αλλαγή νοητικής κατάστασης, πυρετός, χαρακτηριστικά των ούρων (θολότητα, αιματουρία)] και συμπτωμάτων (π.χ. καύσος κατά την ούρηση, πυελικός πόνος) [33].

Επί υποψίας λοιμώξεως του ουροποιητικού λαμβάνεται δείγμα ούρων προς καλλιέργεια και ο καθετήρας αφαιρείται ή αντικαθίσταται πριν από την έναρξη της αντιβιοτικής αγωγής. Βεβαίως, όπου είναι δυνατό η τοποθέτηση ουροκαθετήρα πρέπει να αποφεύγεται ή ο καθετήρας να αφαιρείται

το συντομότερο δυνατό μετεγχειρητικά. Μετά την αφαίρεση του καθετήρα ο ασθενής παρακολουθείται για σημεία επίσχεσης/ ακράτειας ούρων. Άλλα μέτρα πρόληψης, εκτός από την άσηπτη τεχνική τοποθέτησης (π.χ. επιλογή καθετήρα με τη μικρότερη δυνατή διάμετρο, φούσκωμα του μπαλονιού συγκράτησης μόνο με 5ml, σταθεροποίηση του καθετήρα στον μηρό/ υπογάστριο του ασθενούς, διατήρηση του κλειστού κυκλώματος, τοποθέτηση του σάκου συλλογής ούρων κάτω από το επίπεδο της κύστεως), περιλαμβάνουν την καλή ενυδάτωση, την καλή υγιεινή και την καθημερινή φροντίδα του καθετήρα.

Οξύ οργανικό ψυχοσύνδρομο (ντελίριο)

Το ντελίριο αποτελεί μία από τις συχνότερες γνωσιακές διαταραχές για τους νοσηλεύόμενους ασθενείς με ορθοπαιδικά προβλήματα, με συχνότητα που κυμαίνεται μεταξύ 16%-62% έπειτα από ένα κάταγμα ισχίου. Ορίζεται ως αιφνίδια αλλαγή της νοητικής λειτουργίας με ταχεία εμφάνιση εναλλαγών στη συνείδηση, την προσοχή και την αντίληψη. Συνήθως συνοπάρχουν συναισθηματική αστάθεια, ψευδαισθήσεις/ παραισθήσεις και απρόσφορη, παρορμητική, παράλογη ή βίαιη συμπεριφορά. Το ντελίριο σχετίζεται με την εμφάνιση άλλων επιπλοκών, όπως τα έλκη πίεσης, την ιδρυματοποίηση, την απώλεια λειτουργικότητας και τη θνητότητα. Συχνά δεν γίνεται αντιληπτό από τους επαγγελματίες υγείας, ιδιαίτερα αν δεν παρουσιάζεται με θορυβώδεις εκδηλώσεις (ενδέχεται να εμφανίζεται με λήθαργο) ή εάν ο ασθενής πάσχει ταυτόχρονα από άνοια. Σε αντίθεση με την άνοια το ντελίριο μπορεί να

προληφθεί, αποτελεί αναστρέψιμη κατάσταση και ενδέχεται να είναι τη μοναδική εκδήλωση μίας σοβαρής κρίσης στην κατάσταση της υγείας [13].

Οι παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη του ψυχοσυνδρόμου περιλαμβάνουν την ύπαρξη άνοιας/ χρόνιων νοσημάτων, την μεγάλη ηλικία, τα αισθητηριακά ελλείμματα και την υποβολή σε ορθοπαιδική χειρουργική επέμβαση. Ο πόνος, η κακή θρέψη, η κατακράτηση ούρων/ κοπράνων, οι λοιμώξεις, η ακινησία, οι διαταραχές ύπνου, η χορήγηση αναισθητικών, οι διαταραχές οξεοβασικής ισορροπίας και οι αλλαγές του περιβάλλοντος συντελούν στην εμφάνισή του [13].

Η πρόληψη ξεκινά με την ενδελεχή αξιολόγηση των ασθενών και τη συστηματική καταγραφή των ευρημάτων. Ιδιαίτερη σημασία έχει η αξιολόγηση της γνωσιακής κατάστασης κατά την εισαγωγή στην κλινική, ώστε να αποτελεί σημείο αναφοράς. Για τα μεγαλύτερης ηλικίας άτομα το ντελίριο αποτελεί επείγουσα κατάσταση που απαιτεί προσοχή στη διαχείριση και αναγνώριση του υποκείμενου αιτίου. Οι συγγενείς των ασθενών συνήθως δίνουν πληροφορίες για τον ασθενή όταν ο ίδιος πάσχει από άνοια και συχνά είναι αυτοί που πληροφορούν επίσης για την αιφνίδια αλλαγή στην κατάστασή του. Υπάρχουν αρκετά εργαλεία αξιολόγησης της γνωσιακής λειτουργίας, όπως και του ντελίου (π.χ. Confusion Assessment Method [35], NEECHAM confusion assessment scale [36]).

Ο συνεχής επαναπροσανατολισμός των ασθενών σε χώρο/ χρόνο, οι επισκέψεις από τους συγγενείς, η διατήρηση ήσυχου

περιβάλλοντος (με επαρκή φωτισμό, κατάλληλη θερμοκρασία) και η διαχείριση των λοιπών παραγόντων κινδύνου (π.χ. χορήγηση οξυγόνου, μέτρα πρόληψης λοιμώξεων, διαχείριση πόνου) συντελούν στην πρόληψη εμφάνισης του ντελίου. Τα ίδια μέτρα εφαρμόζονται και για την αντιμετώπιση του συνδρόμου μετά την εμφάνισή του, ενώ μπορεί να προστεθεί και φαρμακευτική αγωγή, με τη χορήγηση της μικρότερης δυνατής δόσης αντιψυχωσικών (π.χ. αλοπεριδόλη, ολανζαπίνη, κουετιαπίνη, ρισπεριδόνη). Σε αυτήν την περίπτωση το νοσηλευτικό προσωπικό επαγρυπνεί για πιθανή εμφάνιση εξωπυραμιδικών συμπτωμάτων και κακοήθους νευροληπτικού συνδρόμου.

Θρέψη και λειτουργία του εντέρου

Η ακινησία, η νηστεία περιεγχειρητικά και η εμφάνιση επιπλοκών ενδέχεται να επηρεάσουν την κατάσταση θρέψης των ασθενών. Αυτό ισχύει ακόμη περισσότερο για τους μεγαλύτερους σε ηλικία ασθενείς, οι οποίοι είναι ήδη ευπαθείς και οι ομοιοστατικοί τους μηχανισμοί είναι ανεπαρκείς ώστε να προσαρμοσθούν επιτυχώς στη νέα κατάσταση. Αυτοί οι ασθενείς κινδυνεύουν περισσότερο να εμφανίσουν αφυδάτωση, καρδιακή ανεπάρκεια και ηλεκτρολυτικές διαταραχές (π.χ. υπονατρίαμια) [33].

Η αφυδάτωση αποτελεί ένα πολύ συχνό φαινόμενο για τους νοσηλεύόμενους ασθενείς και επιτείνεται από την απώλεια αίματος λόγω της χειρουργικής επέμβασης. Ιδιαίτερα οι ηλικιωμένοι ασθενείς, οι οποίοι μπορεί να έχουν μειωμένο αντανακλαστικό

δίψας, ενδέχεται να προσλαμβάνουν μειωμένο όγκο υγρών ακόμη και πριν από την εισαγωγή τους στο νοσοκομείο. Τα σημεία αφυδάτωσης περιλαμβάνουν μειωμένο όγκο ούρων, υπόταση, ταχυκαρδία, ξηρότητα βλεννογόνων, μειωμένη σπαργή δέρματος, μυϊκή αδυναμία, ζάλη, ανησυχία και πονοκέφαλο.

Εκτός από τη λεπτομερή αξιολόγηση, το νοσηλευτικό προσωπικό οφείλει να εξασφαλίζει ότι οι ασθενείς παραμένουν ενυδατωμένοι, ιδιαίτερα κατά την περιεγχειρητική νηστεία. Η ίδια η περίοδος της νηστείας πρέπει να περιορίζεται στο ελάχιστο, ιδιαίτερα επί υπάρξεως σακχαρώδους διαβήτη [50]. Σημαντική σημασία δίδεται στη στοματική υγιεινή. Το νοσηλευτικό προσωπικό αξιολογεί τη δυνατότητα κατάποσης των ασθενών, ώστε να καθορισθεί το είδος των τροφών που μπορούν να καταναλωθούν και παρακολουθεί για πιθανή εμφάνιση σημείων υπερφόρτωσης (π.χ. αυξημένη αρτηριακή πίεση, δύσπνοια, περιφερικό οίδημα) [33].

Σύμφωνα με μελέτες, 30%-50% των ασθενών που εισάγονται σε ορθοπαιδικά τμήματα πάσχουν ήδη από κακή θρέψη [37]. Αυτοί οι ασθενείς διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να εμφανίσουν λοιμώξεις, θνητότητα και επανεισαγωγές. Το νοσηλευτικό προσωπικό έχει καθοριστικό ρόλο στην αναγνώρισή τους και στην προαγωγή καλής σίτισης. Τα μέτρα περιλαμβάνουν τη λήψη ιστορικού σχετικά με τη σίτιση, την παρακολούθηση του ισοζυγίου υγρών, την εξασφάλιση ότι οι ασθενείς είναι σε θέση να σιτισθούν (π.χ. εξασφάλιση διαθέσιμων οδοντοστοιχιών, παροχή βοήθειας για το γεύμα, συνεννόηση με διαιτολόγους). Οι προσλαμβανόμενες θερμίδες πρέπει να

καλύπτουν τις εξατομικευμένες μεταβολικές ανάγκες κάθε ασθενούς [7].

Η δυσκοιλιότητα αποτελεί συχνό πρόβλημα για τους ορθοπαιδικούς ασθενείς, λόγω της χορήγησης οπιοειδών αναλγητικών, της ακινησίας, της περιορισμένης πρόσληψης φυτικών ινών/ υγρών, της αλλαγής των καθημερινών συνηθειών και της έλλειψης ιδιωτικότητας. Ωστόσο, μολονότι ιδιαίτερα συχνό, το πρόβλημα αυτό παραβλέπεται. Η πρόληψη ξεκινά με την αξιολόγηση (π.χ. αριθμός κενώσεων, διάταση, πόνος, ναυτία/ έμετος, κόπωση, ανησυχία, ντελίριο), την ελαχιστοποίηση της νηστείας, την καλή ενυδάτωση, την ελαχιστοποίηση του άγχους, την εύκολη πρόσβαση στην τουαλέτα και την εξασφάλιση ιδιωτικότητας [33]. Τα προβλήματα που ανακύπτουν από την εκτεταμένη χρήση των υπακτικών δεν πρέπει να αγνοούνται.

Έλκη πίεσης

Ο όρος «έλκος πίεσης» έχει αντικαταστήσει τον παλαιότερο όρο «κατάκλιση». Διαφορετικοί όροι παρατηρούνται και στην αγγλική ορολογία (π.χ. «bed sore», «decubitus ulcer», «pressure sore»). Με τον διεθνώς νεότερο όρο «pressure ulcer» υπογραμμίζεται ότι πρόκειται για έλκη που οφείλονται στην άσκηση πίεσης («έλκη εκ πίεσεως»). Έλκη πίεσης μπορούν να παρατηρηθούν σε πολλές περιπτώσεις, π.χ. λόγω ακινησίας, λόγω άσκησης πίεσης από συσκευές (π.χ. γυψονάρθηκες, levin), καθώς η βασική αιτία είναι η άσκηση πίεσης μολονότι οι παράγοντες που οδηγούν στη δημιουργία ελκών είναι πολλοί (π.χ. κακή θρέψη, προβλήματα αισθητικότητας).

Η συχνότητα εμφάνισης έλκους πίεσης έπειτα από ένα κάταγμα ισχίου βρέθηκε να αυξάνεται από 2.4% προεγχειρητικά σε 4.7% μετεγχειρητικά σε ελληνική μελέτη [29]. Η πρόληψη των ελκών πίεσης βελτιώνει την ποιότητα ανάρρωσης και μειώνει το κόστος [33]. Ιδιαίτερα για τους ασθενείς με κατάγματα ισχίου, η καθυστέρηση της χειρουργικής επέμβασης σχετίζεται με την εμφάνιση ελκών πίεσης. Άλλοι παράγοντες κινδύνου περιλαμβάνουν τη συνοσηρότητα από σακχαρώδη διαβήτη, τις διαταραχές γνωστικής κατάστασης, την καρδιαγγειακή αστάθεια και την κακή θρέψη. Η εμφάνιση ελκών πίεσης αποτελεί έναν από τους δείκτες ποιότητας των νοσηλευτικών υπηρεσιών.

Η αξιολόγηση του δέρματος (ιδιαίτερα των περιοχών πάνω από οστικές προεξοχές) είναι σημαντικό να γίνεται το αργότερο μέσα σε έξι ώρες μετά την εισαγωγή στο νοσοκομείο και να επαναλαμβάνεται τακτικά αναλόγως με τους ατομικούς παράγοντες κινδύνου. Το νοσηλευτικό προσωπικό αξιολογεί για παρουσία ερυθρότητας, αύξηση της τοπικής θερμοκρασίας, οίδημα, λύση της συνέχειας του δέρματος, πιθανή υγρασία τοπικά και τη σπαργή [33]. Για περισσότερο ολοκληρωμένη αξιολόγηση είναι διαθέσιμες διάφορες κλίμακες (π.χ. Κλίμακα Braden [38], Κλίμακα Norton [39]), οι οποίες είναι δημοφιλείς.

Εκτός από την παρακολούθηση, άλλα μέτρα πρόληψης περιλαμβάνουν την προαγωγή της καλής θρέψης, τη φροντίδα του δέρματος (π.χ. καλή ενυδάτωση, εφαρμογή κρέμας φραγμού στις περιοχές με υγρασία), τη χρήση ειδικών στρωμάτων [40] και την αλλαγή θέσεων. Ειδικά για τους ασθενείς με ορθοπαιδικά προβλήματα, η αλλαγή θέσεων σχεδόν πάντοτε περιλαμβάνει

περιορισμούς (π.χ. θέσεις που αποφεύγονται), ενώ ισχύουν οι περιορισμοί που ισχύουν για όλους τους ασθενείς (π.χ. αποφυγή συρσίματος πάνω στο κρεβάτι) [33]. Έτσι συχνά, και λόγω ελλείψεως ειδικού βοηθητικού εξοπλισμού, απαιτούνται περισσότερα από ένα άτομα για την αλλαγή θέσης ενός ασθενούς. Αν και υπάρχουν συγκεκριμένες οδηγίες για την αλλαγή θέσης αναλόγως με το κάταγμα ή/και τη χειρουργική επέμβαση, τονίζεται η σημασία τοποθέτησης μαξιλαριού ανάμεσα στους μηρούς όταν ένας ασθενής με κάταγμα ισχίου γυρίζει ή μένει γυρισμένος στο πλάι, καθώς και της τοποθέτησης του τραυματισμένου κάτω άκρου πάνω σε μαξιλάρι με τις πτέρνες να αιωρούνται. Όταν ένας ασθενής τοποθετείται σε καθιστή θέση ανασπώνεται η κλίνη στην περιοχή των γονάτων πρώτα και έπειτα ανασπώνεται η κεφαλή, ώστε να αποφεύγονται οι δυνάμεις τριβής.

ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

Πολλές από τις ανησυχίες των ασθενών πηγάζουν από ανασφάλειες λόγω της έλλειψης πληροφόρησης. Σύμφωνα με ευρωπαϊκές οδηγίες για τα δικαιώματα των ασθενών ιδιαίτερη σημασία έχει η ενημέρωση του ασθενούς σχετικά με την υγεία του [41]. Οι ασθενείς έχουν το δικαίωμα να επιλέξουν το άτομο- φροντιστή που θα εκπαιδευθεί να τους φροντίζει έπειτα και από δική του συναίνεση.

Το νοσηλευτικό προσωπικό, καθώς στις περισσότερες περιπτώσεις μετέχει σε όλα τα στάδια της φροντίδας του ασθενούς έχει βασικό ρόλο στην εκπαίδευση των ασθενών

και των οικογενειών τους. Οι ασθενείς εμπιστεύονται την οικογένεια, η οποία τους παρέχει και τη μεγαλύτερη υποστήριξη στη διάρκεια της θεραπείας και της ανάρρωσης. Συχνά, ωστόσο, οι συγγενείς δεν μπορούν να βοηθήσουν τους ασθενείς τους, γιατί δεν κατανοούν την ασθένεια και, επομένως, τον τρόπο με τον οποίο μπορούν να συμβάλουν στην αντιμετώπιση της [42].

Σε κάθε περίπτωση, στη διαδικασία του σχεδιασμού ενός προγράμματος εκπαίδευσης είναι απαραίτητη η συμμετοχή του ασθενούς, με καθορισμό κοινώς αποδεκτών στόχων. Για την αποτελεσματικότερη δυνατή εκπαίδευση, λαμβάνονται υπόψη η ηλικία και οι φυσικές/ γνωσιακές και ψυχοκοινωνικές ικανότητες του ασθενούς, ώστε να καθορισθούν οι καταλληλότερες στρατηγικές [43].

Στη βιβλιογραφία υπάρχει συμφωνία σχετικά με το ότι η εκπαίδευση των ορθοπαιδικών ασθενών αυξάνει τις γνώσεις τους και μειώνει το άγχος τους, ιδιαίτερα κατά την προεγχειρητική περίοδο [68]. Επίσης, η εκπαίδευση των ορθοπαιδικών ασθενών οδηγεί σε αυξημένη αίσθηση ελέγχου, αυξημένη αυτοπεποίθηση και αυτοαποτελεσματικότητα, καθώς και σε καλύτερη ποιότητα ζωής [44].

Οι ορθοπαιδικοί ασθενείς χρειάζονται να εκπαιδεύονται σε μία σειρά θεμάτων, όπως π.χ. σχετικά με τις ασκήσεις. Σημαντική είναι, επίσης, η εκπαίδευση για την αυτοδιαχείριση του πόνου [π.χ. σημασία της

σωστής διαχείρισης για την επάνοδο στις δραστηριότητες, την αναγνώριση των καταστάσεων στις οποίες εμφανίζεται ως πρώιμο σημείο (π.χ. θρομβοεμβολή, εξάρθρημα), τη χρήση συμπληρωματικών μέτρων ανακούφισης, το κατάλληλο είδος/ δόση/ χρόνο λήψης των αναλγητικών, την πρόληψη και διαχείριση των ανεπιθύμητων ενεργειών] [13]. Οι ασθενείς και οι οικογένειές τους μπορούν επίσης να εκπαιδευθούν στην αυτοφροντίδα σε ό,τι αφορά στην πρόληψη εμφάνισης ελκών πίεσης (π.χ. τρόπος/ συχνότητα αλλαγής θέσεων, ενυδάτωση δέρματος, χρήση μαξιλαριών, θρέψη) [33]. Τέλος, σημειώνεται η σημασία της εκπαίδευσης και της υποστήριξης στην πρόληψη εμφάνισης μετατραυματικού άγχους και κατάθλιψης στους ορθοπαιδικούς ασθενείς οι οποίοι νοσηλεύονται έπειτα από τροχαία ατυχήματα [45].

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Η φροντίδα των νοσηλευόμενων ορθοπαιδικών ασθενών είναι πολύπλοκη. Το νοσηλευτικό προσωπικό, μέσω της συνεχούς αξιολόγησης των ασθενών, της συστηματικής καταγραφής των ευρημάτων και της εφαρμογής νοσηλευτικών παρεμβάσεων (πολλές από τις οποίες είναι ανεξάρτητες, όπως η εκπαίδευση), επιτυγχάνει την ολιστική και εξατομικευμένη κάλυψη των αναγκών των ασθενών.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Bone and Joint Initiative USA. The Burden of Musculoskeletal Diseases in the United States. 2014. Διαθέσιμο στο <http://www.boneandjointburden.org/>, πρόσβαση Νοέμβριος 2017.

2. Chehade M, Gill TK, Visvanathan R. Low Energy Trauma in Older Persons: Where to Next? *Open Orthop J*. 2015;9:361-366.
3. Fragility Fracture Network. Διαθέσιμο στο <http://fragilityfracturenetwork.org/>, πρόσβαση Δεκέμβριος 2017.
4. Fielden JM, Scott S, Horne JG. An investigation of patient satisfaction following discharge after total hip replacement surgery. *Orthop Nurs*. 2003;22(6):429-436.
5. Brownie S, Nancarrow S. Effects of person-centered care on residents and staff in aged-care facilities: a systematic review. *Clin Interv Aging*. 2013;8:1-10.
6. Schneider J. *Stress, Loss, and Grief: Understanding Their Origins and Growth Potential*. University Park Press, 1984.
7. Butler Maher A, Warner Salmond S, Pellino TA (Editors). *Orthopaedic Nursing*. WB Saunders Co; 2nd edition (January 15, 1998).
8. Podsiadlo D, Richardson S. The timed 'Up & Go': A test of basic functional mobility for frail elderly persons. *J Am Geriatr Soc*. 1991;39(2):142-148.
9. McHorney CA, Ware JE Jr, Lu JFR, Sherbourne CD. The MOS 36 Item Short Form Health Survey (SF 36): 3. Tests of data quality, scaling assumptions, and reliability across diverse patient groups. *Med Care*. 1994;32:40-66.
10. Colón-Emeric CS. Postoperative management of hip fractures: interventions associated with improved outcomes. *Bonekey Rep*. 2012; 1: 241.
11. Salpakoski A, Portegijs E, Kallinen M, Sihvonen S, Kiviranta I, Alen M, et al. Physical inactivity and pain in older men and women with hip fracture history. *Gerontology*. 2011; 57:19-27.
12. Egol KA, Strauss EJ. Perioperative Considerations in Geriatric Patients With Hip Fracture: What Is the Evidence? *J Orthop Trauma*. 2009;23(6):386-394. doi: 10.1097/BOT.0b013e3181761502.
13. Maher A, Meehan AJ, Hertz K, Hommel A, MacDonald V, O'Sullivan MP, et al. Acute nursing care of the older adult with fragility hip fracture: an international perspective (part 1). *Int J Orthop Trauma Nurs*. 2012;16:177-194.
14. Abou-Setta AM, Beaupre LA, Rashedi S, Dryden DM, Hamm MP, Sadowski CA, et al. Comparative effectiveness of pain management interventions for hip fracture: a systematic review. *Ann Intern Med*. 2011;155(4):234-245. doi: 10.7326/0003-4819-155-4-201108160-00346.
15. Dubljanin-Raspopovic E, Markovic Denic L, Marinkovic J, Grajic M, Tomanovic Vujadinovic S, Bumbasirevic M. Use of early indicators in rehabilitation process to predict one-year mortality in elderly hip fracture patients. *Hip Int*. 2012;22:661-667. doi: 10.5301/HIP.2012.10142.

16. Lee D, Jo JY, Jung JS, Kim SJ. Prognostic Factors Predicting Early Recovery of Pre-fracture Functional Mobility in Elderly Patients With Hip Fracture. *Ann Rehabil Med*. 2014;38(6):827-835. doi: 10.5535/arm.2014.38.6.827.
17. Riemen AHK, Hutchison JD. The multidisciplinary management of hip fractures in older patients. *Orthop Trauma*. 2016;30(2):117-122.
18. Upadhyay S, TaqiRaza HK. Four quadrant parallel peripheral screw fixation for displaced femoral neck fractures in elderly patients. *Indian J Orthop*. 2014;48:226. doi: 10.4103/0019-5413.128776.
19. Moroz A. Hip Surgery Rehabilitation in the The Merck Manual, Professional Edition. 2013.
20. Parker M, Johansen A. Hip fracture. *BMJ*. 2006; 333(7557): 27-30.
21. Canadian Orthopaedic Foundation. Recovery From A Hip Fracture: Information for patients and caregivers. Διαθέσιμο στο http://whenithurtstomove.org/wp-content/uploads/HipFracture_EN_NEW_40.pdf, πρόσβαση 09-07-2017.
22. National Institute for Health and Care Excellence. Venous thromboembolism: reducing the risk for patients in hospital. Clinical guideline [CG92] Published date: January 2010, Last updated: June 2015, πρόσβαση 30-10-2017.
23. Harvey CV. Complications. *Orthop Nurs*. 2006;25(6):410-412; quiz 413-414.
24. Emedicine medscape. Fat Embolism Clinical Presentation: History, Physical Examination". emedicine.medscape.com. Retrieved 2017-11-26.
25. Χαϊνής ΝΔ. Λιπώδης Εμβολή. Διαθέσιμο στο http://www.pneumonologist.gr/article.php?article_id=88&lang=gr, πρόσβαση 26-12-2017.
26. Middleton C. Compartment syndrome: the importance of early diagnosis. *Nurs Times*. 2003;99(21):30-32.
27. Schaffzin JK, Prichard H, Bisig J, Gainor P, Wolfe K, Solan LG, et al. A collaborative system to improve compartment syndrome recognition. *Pediatrics*. 2013;132(6):1672-1679.
28. Dodd A, Le I. Foot compartment syndrome: diagnosis and management. *J Am Acad Orthop Surg*. 2013;21(11):657-664.
29. Copanitsanou P, Liaskos J, Tsarouchas T. Predictive factors for in-hospital stay and complications after hip fracture. *Int J Orthop Trauma Nurs*. 2012;16:206-213.
30. Lo IL, Siu CW, Tse HF, Lau TW, Leung F, Wong M. Pre-operative pulmonary assessment for patients with hip fracture. *Osteoporos Int*. 2010;21(Suppl 4):S579-586.
31. Stolbrink M, McGowan L, Saman H, Nguyen T, Knightly R, Sharpe J, et al. The Early Mobility Bundle: a simple enhancement of therapy which may reduce incidence of hospital-acquired pneumonia and length of hospital stay. *J Hosp Infect*. 2014;88(1):34-39.

32. Bliemel C, Buecking B, Hack J, Aigner R, Eschbach DA, Ruchholtz S, Oberkircher L. Urinary tract infection in patients with hip fracture: An underestimated event? *Geriatr Gerontol Int.* 2017;17(12):2369-2375. doi: 10.1111/ggi.13077.
33. Maher A, Meehan AJ, Hertz K, Hommel A, MacDonald V, O'Sullivan MP, et al. Acute nursing care of the older adult with fragility hip fracture: An international perspective (Part 2). *Int J Orthop Trauma Nurs.* 2013;17(1):4-18.
34. Johansson I, Athlin E, Frykholm L, Bolinder H, Larsson G. Intermittent versus indwelling catheters for older patients with hip fractures. *J Clin Nurs.* 2002;11(5):651-656.
35. Inouye SK, van Dyck CH, Alessi CA, Balkin S, Siegal AP, Horwitz RI. Clarifying confusion: the confusion assessment method. A new method for detection of delirium. *Ann Intern Med.* 1990;113(12): 941-948.
36. Neelon VJ, Champagne MT, Carlson JR, Funk SG. The NEECHAM Confusion Scale: Construction, Validation, And Clinical Testing. *Nurs Res.* 1996;45(6):324-330.
37. Ponzer S, Tidermark J, Brismar K, Soderqvist A, Cederholm T. Nutritional status, insulin-like growth factor- 1 and quality of life in elderly women with hip fractures. *Clin Nutr.* 1999;18:241-246.
38. United States National Library of Medicine, Initials. 2009AA Braden Scale source information, 2009. Διαθέσιμο στο https://www.nlm.nih.gov/research/umls/sourcereleasedocs/2009AA/LNC_BRADEN/, πρόσβαση Απρίλιος 2018.
39. Ek AC, Unosson M, Bjurulf P. The modified Norton scale and the nutritional state. *Scand J Caring Sci.* 1989;3(4):183-187.
40. McInnes E, Jammali-Blasi A, Bell-Syer SEM, Dumville JC, Cullum N. Support surfaces for pressure ulcer prevention. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011;13(4):CD001735.
41. Delnoij D, Sauter W. Patient information under the EU patients' rights Directive. . 2011; 21(3):271-272. doi: 10.1093/eurpub/ckr053.
42. Κοπανιτσάνου Π, Σουρτζή Π, Valkearaa K, Λεμονίδου Χ. Προσδοκώμενη Γνώση, Προτιμήσεις για Ενημέρωση και Έλεγχο και Συναίσθηματα Συγγενών Χειρουργικών Ορθοπαιδικών Ασθενών. *Νοσηλεία και Έρευνα.* 2016;45:144-155.
43. Standing Committee of European Doctors, European Patients Forum, Maastricht University, & Merck-Sharp & Dohme. Concept Paper on Health Literacy, Making health literacy a priority in EU policy, 2013. Διαθέσιμο στο http://www.eu-patient.eu/globalassets/policy/healthliteracy/health-literacy-concept-paper_final.pdf, πρόσβαση Δεκέμβριος 2016.
44. Suhonen R, Virtanen H, Heikkinen K, Johansson K, Kaljonen A, Leppänen T, et al. Health-related quality of life of day-case surgery patients: a pre/posttest survey using the EuroQoL-5D. *Qual Life Res.* 2008;17(1):169-177.
45. Copanitsanou P, Drakoutos E, Kechagias V. Posttraumatic Stress, Depressive Emotions, and Satisfaction With Life After a Road Traffic Accident. *Orthop Nurs.* 2018;37(1):43-53.

Nursing Care of Hospitalised Orthopaedic Patients

Panagiota Copanitsanou¹, Theodore B. Grivas²

¹ Registered Nurse, BSc, MSc, PhD, and ² Orthopaedic surgeon, Director of Orthopaedic and Traumatology Department, General Hospital of Piraeus "Tzaneio", Greece

ABSTRACT

Patients hospitalised in orthopaedic wards usually suffer from traumatic injuries (e.g. fractures, dislocations, spinal cord injuries, open trauma, strains), which may have been caused by low-energy trauma (e.g. fragility fractures) or high-energy trauma (e.g. road traffic accidents or occupational accidents), or they may need hospitalisation after an elective surgery (e.g. total joint arthroplasty). In any case, their care is complicated, either due to the severity of the injury and the subsequent surgical operation, or due to multi-morbidity and complications. This article first summarizes the nursing assessments of patients with orthopaedic health problems, which includes the gathering of objective and subjective data regarding both the patient's general health status as well as data about the musculoskeletal system in particular. This is followed by sections about pain management, the importance and methods of early mobilisation postoperatively and the management of the main perioperative complications [such as thromboembolism, fat embolism, compartment syndrome, hospital-acquired infections (pulmonary and urinary catheter-associated) and delirium]. Finally, interventions about ensuring adequate nutrition and good bowel function and pressure ulcers prevention are presented and the role of patient and family education in recovery and rehabilitation is highlighted. In each section both elements of nursing assessments and some of the possible nursing interventions are presented. Nursing staff, through an ongoing patient assessment, a systematic recording of findings and the implementation of nursing interventions (many of which are independent, such as education), achieves holistic and individualised coverage of patients' needs.



Keywords: Orthopaedics, nursing care, orthopaedic nursing



Citation

P. Copanitsanou, T. B. Grivas. Nursing Care of Hospitalised Orthopaedic Patients. *Scientific Chronicles* 2018; 23(2): 122-137

eoi: <http://eoi.citefactor.org/10.11212/exronika/2018.2.2>