



Παρηγορητική Φροντίδα



ΠΕΡΙΟΔΙΚΗ ΕΚΔΟΣΗ ΤΗΣ
ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΠΟΝΟΥ ΚΑΙ ΠΑΡΗΓΟΡΗΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Μήνυμα Συντακτικής Επιτροπής

Αγαπητοί συνάδελφοι, αγαπητοί φίλοι,

“Πολλά σημαντικά πράγματα έχουν επιτευχθεί από ανθρώπους που συνέχισαν να προσπαθούν, ενώ φαινόταν να έχει χαθεί κάθε ελπίδα”.

Αυτά τα λόγια του Dale Carnegie (1988-1955) μας αντιπροσωπεύουν απόλυτα και αυτός είναι ο δικός μας τρόπος αντίδρασης απέναντι στην θλιβερή κατάσταση στην οποία έχει περιέλθει η χώρα.

Τα αποτελέσματα των προσπαθειών μας, που ανυπομο-

νούμε να μοιραστούμε μαζί σας, μας δικαιώνουν και μας δίνουν κουράγιο να συνεχίσουμε.

Έτσι, με ιδιαίτερη ικανοποίηση ενημερώνουμε τα μέλη και τους φίλους μας ότι η εταιρεία μας πιστοποιήθηκε για την ποιοτική επάρκειά της σύμφωνα με τα πρότυπα του ΕΛΟΤ 1429.

Αυτό σημαίνει ότι αξιολογήθηκαν οι προσπάθειες των προηγούμενων ετών για έγκυρη επιστημονική ενημέρωση και εκπαίδευση με πανελλήνια και παγκόσμια συνέδρια, με επιστημονικές ημερίδες, με σεμινάρια σε λειτουργούς υγείας και κοινό σε όλη την επικράτεια.



Ενισχύστε το έργο της ΠΑΡΗ.ΣΥ.Α.:
Marfin Egnatia Bank 0318887424 & Alpha Bank 292002002002920

Παρακαλούμε μετά τη δωρεά σας, να μην παραλείψετε να μας ενημερώσετε μέσω τηλεφώνου, φαξ ή e-mail, ώστε να σας αποσταλεί απόδειξη

**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΠΟΝΟΥ
ΚΑΙ ΠΑΡΗΓΟΡΗΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ
(ΠΑΡΗ.ΣΥ.Α.)**

ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΕΑΡC

ΜΕΛΟΣ ΕCΕΡΤ

Σμολένσκυ 4, Αθήνα 114 72

Τηλ. 210 – 6457878

Fax. 210 - 3610488

www.grpalliative.org

email: info@grpalliative.gr

Δ.Σ. ΠΑΡΗ.ΣΥ.Α.

Πρόεδρος: Αθηνά Βαδαλούκα
Αντιπρόεδρος: Ιωάννα Σιαφάκα
Γραμματέας: Ευνομία Αλεξοπούλου - Βραχνού

Ταμίας: Μαρία Κοκολάκη
Αν. Ταμίας: Παρασκευή Ντόλου
Μέλη: Χρυσούλα Καραναστάση
Φανή Κρεμαστινού
Φωτεινή Κωνσταντάκη
Γιάννης Μπερδούσης

Επίτ. Πρόεδρος: Βασιλική Χειμωνίτση - Κυπρίου

ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Υπεύθυνος έκδοσης: Ασπασία Οικονόμου

Μέλη: Ευνομία Αλεξοπούλου Βραχνού
Ελπίδα Αντωνοπούλου
Χρυσούλα Καραναστάση
Μαρία Κοκολάκη
Φανή Κρεμαστινού
Ελένη Μόκα

Στα πλαίσια του εκπαιδευτικού μας προγράμματος, πραγματοποιήθηκε το “**1ο Εκπαιδευτικό Σεμινάριο για Νοσηλευτές**” στις 26 και 27 Μαΐου στο Αρεταίειο Νοσοκομείο της Αθήνας. Η επιτυχία του ξεπέρασε κάθε προσδοκία μας! Το ενδιαφέρον και το επίπεδο κατάρτισης των συμμετεχόντων καθώς και η επιστημονική επάρκεια των ομιλητών εγγυήθηκαν το αποτέλεσμα.

Από τα συμπεράσματα του σεμιναρίου αναδείχθηκε το έλλειμμα της παρηγορητικής φροντίδας στα νοσοκομεία της χώρας καθώς και η ανάγκη υποστήριξης των νοσηλευτών στη διαχείριση ασθενών με χρόνια καταληκτικά νοσήματα.

Αυτή την υποστήριξη προσφέρθηκε να παράσχει η εθελοντική ομάδα ψυχολόγων του ιατρείου πόνου και παρηγορητικής αγωγής του Αρεταίειου Νοσοκομείου. Το πρόγραμμα υλοποιείται από τον Σεπτέμβριο και βρίσκεται σε εξέλιξη. Η επιτυχία του σεμιναρίου και η αθρόα κατάθεση των αιτήσεων, μας οδήγησαν στην οργάνωση του 2ου σεμιναρίου που θα γίνει στον ίδιο χώρο στις 16 και 17 Φεβρουαρίου 2013.

Και δεν είναι μόνο αυτά!

Στις 18 έως 21 Οκτωβρίου 2012 θα πραγματοποιηθεί το **14ο Πανελλήνιο Συνέδριο Περιφερειακής Αναισθησίας, Θεραπείας Πόνου και Παρηγορητικής Αγωγής στη Μεσσηνία (Costa Navarino)**. Τα εύσημα για την υλοποίηση του συνεδρίου, σε μια εποχή που τα πάντα απαξιώνονται, ανήκουν στις Προέδρους και τα μέλη της οργανωτικής επιτροπής. Οι τιτάνιες προσπάθειές τους υπόσχονται ένα ποιοτικό, υψηλού επιπέδου συνέδριο εφάμιλλο των προηγούμενων.

Τέλος, κατά τη διάρκεια των εργασιών του συνεδρίου θα κορυφωθούν οι εκδηλώσεις για τον εορτασμό της Παγκόσμιας Ημέρας Ξενώνων και Παρηγορητικής Φροντίδας, που είναι αφιερωμένη στους υπερήλικες. (Περισσότερα για την Παγκόσμια Ημέρα στη σελ. 7).

**Με συναδελφικούς και φιλικούς χαιρετισμούς
Για την συντακτική επιτροπή**



**Ασπασία Οικονόμου
Υπεύθυνη έκδοσης.**

ΓΕΝΙΚΑ ΠΕΡΙ ΕΝΤΕΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΑΡΕΝΤΕΡΙΚΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΕΧΝΗΤΗΣ ΘΡΕΨΗΣ

Ραϊτσίου Μπογδάν

Επιμελητής Α' Χειρουργός – Εντατικολόγος, ΜΕΘ Σισμανόγλειο Νοσοκομείο

Είναι όλα τα είδη θρεπτικής υποστήριξης τα οποία χρησιμοποιούνται για ειδικούς ιατρικούς σκοπούς ανεξάρτητα από την οδό χορήγησης (*European Commission directive 1999/21/EC of 25 March 1999, 1*).

Τι είναι η Διατροφική υποστήριξη;

«Η παροχή θρεπτικών ουσιών από του στόματος, εντερικά ή παρεντερικά με θεραπευτική πρόθεση».

Αυτό περιλαμβάνει, αλλά δεν περιορίζει, τη χορήγηση της ολικής εντερικής ή παρεντερικής υποστηρικτικής διατροφής, καθώς και την χορήγηση θεραπευτικών θρεπτικών ουσιών για τη διατήρηση ή/και την αποκατάσταση της άριστης διατροφικής κατάστασης και υγείας. «

Η υποστηρικτική τεχνητή διατροφή, είτε παρεντερικά ή εντερικά, είναι μια υψηλής τεχνικής θεραπεία, που είναι δυνατόν να προκαλέσει τόσο οφέλη όσο και ζημιές.

Κακή θρέψη είναι η ελάττωση της καθαρής σωματικής μάζας και συναντάται στο 35 – 65% των νοσηλευόμενων ασθενών.

Η σοβαρή κακή θρέψη συναντάται σε 10–15% των ασθενών και συνοδεύεται

- από αυξημένη νοσηρότητα και θνητότητα,
- αύξηση ημερών νοσηλείας (Υποσιτιζόμενοι ασθενείς νοσηλεύονται για περίπου 40% περισσότερο),
- αύξηση επανεισαγωγών και
- αυξημένο οικονομικό κόστος

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Η εντερική διατροφή είναι η πρώτη μορφή τεχνητής διατροφής που εφαρμόστηκε. Η έναρξη της, τοποθετείται στην εποχή των αρχαίων Αιγυπτίων και του Ιπποκράτη, κατά την οποία τα θρεπτικά συστατικά χορηγούντο με ειδικές συσκευές στο ορθό, υπό μορφήν διακλυσμού. Η μέθοδος αυτή, με αρκετές βελτιώσεις, έφθασε να εφαρμόζεται μέχρι το Βα παγκόσμιο πόλεμο χωρίς όμως να έχει τύχει ευρείας αποδοχής. Στη συνέχεια εγκαταλείφθηκε, διότι δεν ήταν δυνατόν να εφαρμοσθεί επί μακρόν ούτε να καλύψει τις θερμιδικές ανάγκες του αρρώστου. Ο πρώτος σωλήνας εντερικής διατροφής αποδίδεται στον Carinaccus στα 1598. Το 1617 ένας καλόγηρος ο Aquapendente χρησιμοποίησε ένα σωλήνα από ασημί που τοποθέτησε στον ρινοφάρυγγα ασθενών που έπασχαν από τέτανο.

Οι αρχές της εντερικής σίτισης είχαν οριστεί από τον John Hunter το 1793. Αργότερα ο Van Hel Mont και ο Boerhaave κατασκεύασαν σωλήνες από δέρμα και τους τοποθέτησαν στο στομάχι ασθενών. Το 1646 είχε τοποθετηθεί ο πρώτος εύκαμπος ρινογαστρικός καθετήρας και είχαν χορηγηθεί θρεπτικά συστατικά με σύριγγα. Το 1921 χρησιμοποιήθηκε ο σωλήνας Levin για ρινογαστρική σίτιση, το 1950 σωλήνες από πολυαιθυλένιο και το έτος 1954 χρησιμοποιήθηκαν σωλήνες από πολυβινύλιο και αργότερα σωλήνες από σιλικόνη. Η χειρουργική

γαστροστομία άρχισε να εφαρμόζεται στα τέλη του 19ου αιώνα και στις αρχές του 20ου αιώνα χρησιμοποιήθηκαν οι πρώτοι σωλήνες νησιδοστομίας

Η ιστορία της ενδοφλέβιας έγχυσης των θρεπτικών ουσιών άρχισε το 1665, όταν ο Sir Christopher Wren χορήγησε I.V. κρασί και μύρα σε σκύλους, και σημείωσε ότι το ενδοφλεβίως χορηγούμενο αλκοόλ είχε το ίδιο αποτέλεσμα με το αλκοόλ που λαμβάνεται από το στόμα. Ο Stirius, το 1668, δημοσίευσε μια ανασκόπηση για το θέμα της ενδοφλέβιας χορήγησης ουσιών ότι θα μπορούσε να εφαρμοσθούν για όλα σχεδόν τα νοσήματα, εκτός από τις περιπτώσεις που οι ασθενείς είναι έγκυες γυναίκες και νεογνήτα παιδιά.

Η παλαιότερη δημοσίευση ενδοφλέβιας χορήγησης λιπιδίων έγινε από τον Courten το 1712, όταν χορήγησε 1g/kg βάρους σώματος ελαιόλαδο σε σκύλο. Παρουσιάστηκαν σοβαρά συμπτώματα αναπνευστικής δυσχέρειας και ο σκύλος πέθανε τελικά. Κατά το έτος 1913 δημοσιεύθηκε η πρώτη μελέτη ενδοφλέβιας χορήγησης πρωτεϊνών σε αιγοειδή από τους Herriques και Andersen.

Τα πρώτα αποτελέσματα της ενδοφλέβιας χορήγησης θρεπτικών ουσιών δεν ήταν ενθαρρυντικά, λόγω ανεπιθύμητων παρενεργειών. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες, ήταν από την κακή τεχνική, και τη χρήση ενώσεων αργού. Ο Friedrich το 1904, ο οποίος χορήγησε υποδόρια ουσίες και μπορεί να θεωρηθεί ως η πρώτη συνολική ΟΠΔ στον άνθρωπο. Οι εγχύσεις πεπτόνης, λίπους, γλυκόζης και ηλεκτρολυτών ήταν τόσο οδυνηρές, που τον υποχρέωσαν να εγκαταλείψει την έρευνα.

Η πρώτη παρεντερική χορήγηση θρεπτικού διαλύματος σε άρρωστο έγινε μόλις το 1911 από τον Kausch με διάλυμα γλυκόζης (15%), και ακολούθησε η χορήγηση αμινοξέων το 1939 από τον Elman.

Τα προβλήματα στην εφαρμογή της παρεντερικής διατροφής την εποχή εκείνη ήταν κυρίως δύο:

- ο μεγάλος όγκος των διαλυμάτων, που οδηγούσε συχνά σε πνευμονικό οίδημα,
- και οι θρομβώσεις που προκαλούσε η περιφερική χορήγηση γλυκόζης 15%.

Το επικρατούν δόγμα στη δεκαετία του 1960 ήταν:

«Διατροφή εξ ολοκλήρου από φλέβα είναι αδύνατη. Ακόμα και αν ήταν δυνατή, δεν θα ήταν πρακτική. Η πρακτική, θα ήταν ασύμφορη (unaffordable)». Η ευρεία διάδοση της παρεντερικής διατροφής έγινε κατά τη δεκαετία του '60, με την επίλυση των προβλημάτων :

- με την παρασκευή του πρώτου διαλύματος λίπους, που έγινε το 1961 από τη σουηδική εταιρεία Kabi,
- με τον καθετηριασμό και τη χρήση κεντρικών φλεβών.

Για πολλά χρόνια η παρεντερική διατροφή ήταν συνώνυμη της τεχνητής διατροφής και αποτελούσε την κύρια επιλογή ανεξάρτητα αν λειτουργούσε ή όχι το γαστρεντερικό σύστημα του

αρρώστου.

ΘΡΕΠΤΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ Ή ΘΕΡΑΠΕΙΑ;

Αν και η διατροφική υποστήριξη είναι θεραπεία στις περισσότερες περιπτώσεις, δεν παύει να είναι ακριβώς αυτό που λέει «υποστηρικτική» και όχι ειδική θεραπεία της υποκείμενης νόσου.

Διατροφικός κίνδυνος.

Ο διατροφικός κίνδυνος ορίζεται ως η παρουσία ενός τουλάχιστον από τα ακόλουθα κριτήρια: απώλεια βάρους > 10-15% μέσα σε 6 μήνες, BMI < 18.5 kg/m², SGA grade C ή NR>=X3, λευκωματίνη ορού <30 g / l (χωρίς ενδείξεις για ηπατική ή νεφρική δυσλειτουργία). Η καχεξία έχει οριστεί ποσοτικά ως BMI < 18.5 kg/m². Απώλεια (Βάρους) χρησιμοποιείται για να χαρακτηρίσει ακούσια απώλεια σωματικού βάρους (δηλαδή της μυϊκής μάζας, μυϊκή απώλεια), καθώς και μείωση της μυϊκής αντίστασης.

Ο ασθενής κατατάσσεται σε μια κατηγορία θρέψης:

- καλής θρέψης,
- ήπιας ή μέτριας κακής θρέψης,
- σοβαρού βαθμού κακής θρέψης

Μετά την εκτίμηση της θρέψης και εφόσον έχουμε εντοπίσει τον ασθενή που χρειάζεται υποστήριξη, το επόμενο βήμα είναι να υπολογίσουμε τις θρεπτικές του ανάγκες.

Οι βασικές ενεργειακές ανάγκες μπορεί να υπολογιστούν με διάφορους τρόπους. Η εξίσωση των Harris και Benedict, (BMR-Basal Metabolic Rate) θεωρείται η πιό αξιόπιστη.

- **BMR calculation for men = 66 + (13.7 x weight in kg) + (5 x height in cm) - (6.76 x age in years)**
- **BMR calculation for women = 655 + (9.6 x weight in kg) + (1.8 x height in cm) - (4.7 x age in years)**
- **με μια προσαύξηση ανάλογα με την κλινική εικόνα και το βαθμό στρες.**

Για να επιτυγχάνεται ικανοποιητική μεταβολική υποστήριξη χωρίς επιπλοκές ένα θρεπτικό διάλυμα, θα πρέπει να χορηγεί 25 Kcal/Kgr BΣ/24h. Κάτω από συνθήκες σοβαρού στρες μπορεί να προσεγγίσει τις 30 kcal/kg ιδανικού σωματικού βάρους.

Οι αναγκαίες πρωτεϊνικές θερμίδες υπολογίζονται στο 1.5 gr/kg του ιδανικού σωματικού βάρους και είναι συνήθως αποτελεσματικές για τον περιορισμό απώλειας του αζώτου, 3-5gr/Kgr BΣ/ 24h υδατάνθρακες, 1 gr/Kgr BΣ/ 24h λίπος και χρειάζεται προσοχή ως προς το είδος και την αναλογία των διαφόρων λιπαρών οξέων (ω-6, ω-9, ω-3, MCT).

Η χορήγηση ηλεκτρολυτών χρειάζεται ατομική προσαρμογή ανάλογα με τα εργαστηριακά ευρήματα και απαιτεί ιδιαίτερη προσοχή σε περίπτωση νεφρικής δυσλειτουργίας. Οι βιταμίνες και τα ιχνοστοιχεία χορηγούνται σε ποσότητα που καλύπτει τουλάχιστον το 100% των καθημερινών αναγκών με βάση τα διεθνή συνιστώμενα (RDAs, DRIs, JAMA) προσαυξανόμενα σε καταστάσεις στρες ορισμένα από αυτά όπως η βιταμίνη C, η βιταμίνη E, το σελήνιο και ο ψευδάργυρος. Απαιτείται ατομική προσαρμογή και παρακολούθηση του ισοζυγίου υγρών σε καθημερινή βάση για τον ακριβή υπολογισμό των αναγκών.

Ο θερμιδικός λόγος πρωτεΐνης: λίπος: γλυκόζη θα πρέπει να είναι περίπου 20:30:50. Με ένα τέτοιο θρεπτικό διάλυμα αποφεύγεται η υπερσίτιση του ασθενούς, που μπορεί να οδηγήσει σε εξίσου σοβαρές μεταβολικές επιπλοκές.



ΠΟΤΕ ΕΝΔΕΙΚΝΥΤΑΙ Η ΤΕΧΝΗΤΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ

- Σε ασθενείς με σοβαρό βαθμό κακής θρέψης,
- Σε ασθενή, όταν δεν προβλέπεται να σιτιστεί ικανοποιητικά per os (τουλάχιστον 60% των αναγκών) για 7-10 ημέρες
- Σε βαριά πάσχοντες όταν δεν προβλέπεται ικανοποιητική per os σίτιση σε 3 ημέρες.

Η εκτίμηση της αποτελεσματικότητας της θρέψης, εξαρτάται από δυο βασικούς παράγοντες: το ισοζύγιο αζώτου και την τιμή της προ-αλβουμίνης. Στόχος είναι να πετύχουμε θετικό ισοζύγιο αζώτου και μια αύξηση της τιμής της προ-αλβουμίνης της τάξεως των 40 mg/L/ εβδομάδα

ΕΠΙΛΟΓΗ ΟΔΟΥ ΣΙΤΙΣΗΣ

Η υποστήριξη θρέψης επιτυγχάνεται

Από το στόματος

- με κατάλληλα διαιτολόγια,
- χορήγηση συμπληρωμάτων και

Τεχνητές μεθόδους

- η εντερική και
- παρεντερική διατροφή

ΠΑΡΕΝΤΕΡΙΚΗ Ή ΕΝΤΕΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ;

If the gut works, use it.

Είναι η πλέον 'φυσιολογική' οδός χορήγησης, μεταβολικά ισχυρότερη, ασφαλέστερη, εύκολη στην εφαρμογή της, μικρότερη σε κόστος συγκρινόμενη με την ΟΠΔ.

ΕΝΤΕΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ (ΕΔ)

ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΕΔ

Ασθενείς που απαιτούν εντερική σίτιση:

- Δεν έχουν την δυνατότητα να σιτισθούν κανονικά (καταστολή, επέμβαση στον οισοφάγο ή στον φάρυγγα)
- Δεν θέλουν να σιτισθούν κανονικά (ανορεκτικοί, γηριατρικοί ασθενείς, καρκινοπαθείς, χειρουργικοί ασθενείς)
- Δεν επιτρέπεται να σιτισθούν κανονικά (επεμβάσεις γαστρεντερικού, παγκρεατίτιδες)

ΟΦΕΛΗ ΕΝΤΕΡΙΚΗΣ ΣΙΤΙΣΗΣ

- Χρήση ΓΕΣ και λειτουργίας του ήπατος (Ορθή αξιοποίηση των θρεπτικών συστατικών)
- Ενεργοποίηση έκκρισης γαστρικών ορμονών (Ρύθμιση μεταβολισμού)
- Θρέψη του εντερικού βλεννογόνου (Πρόληψη ατροφίας λαχνών)
- Ρύθμιση pH του γαστρικού οξέος (Πρόληψη δημιουργίας ελκών κα καλύτερη πέψη)

Η επιλογή του τρόπου σίτισης εξαρτάται:

- από την προβλεπόμενη διάρκεια,
- την κατάσταση των οδών προσπέλασης (π.χ. απόφραξη του οισοφάγου, αναστομώσεις λεπτού εντέρου)
- τη συνεργασία και επιθυμία του ασθενούς
- τον κίνδυνο εισρόφησης

Ρινογαστρική έγχυση

- Είναι η πλέον διαδεδομένη στην καθημερινή πρακτική και έχει εύκολη προσπέλαση
- Συνδυάζεται με οποιαδήποτε μέθοδο χορήγησης
- Χρησιμοποιούνται τα γαστρικά υγρά και όλη η απορροφητική ικανότητα του εντέρου

Έλεγχος γαστρικού υπολοίπου

- Αν η ποσότητα που αναρροφάται είναι > από το ήμισυ της ποσότητας που χορηγήθηκε το τελευταίο 6-8ωρο ή >200 ml μη ανοχή ΕΔ
- Μια μόνο αναρρόφηση με μεγάλο γαστρικό υπόλοιπο δεν πρέπει να μας αποπροσανατολίζει για διακοπή

Εντερική έγχυση

- Επιλέγεται όταν υπάρχει αντένδειξη για ενδογαστρική σίτιση
- Δεν φαίνεται να πλεονεκτεί στην πρόληψη της εισρόφησης

Αρνητικά σημεία:

- μικρότερο εύρος καθετήρων, αυξημένη πιθανότητα απόφραξης, ή μετακίνησης
- Απαιτεί χρήση αντλίας
- Ωσμωτικότητα διαλύματος

Μέθοδοι χορήγησης

- BOLUS
- Διακοπτόμενη
- Συνεχής στάγδην

Συνθέσεις Διαλυμάτων ΕΔ

Standard είναι τύπος εντερικής σίτισης με μια συγκεκριμένη σύνθεση, η οποία αντανάκλα τις τιμές αναφοράς για μακρο- και μικροστοιχεία για έναν υγιή πληθυσμό. Οι περισσότερες Standard συνθέσεις περιέχουν, πλήρη λευκώματα, λιπίδια με

τη μορφή τριγλυκεριδίων μακράς αλύσου (LCT) και φυτικές ίνες. Υπάρχουν διατροφικές συνθέσεις που δεν περιέχουν ίνες, ούτε γλουτένη ούτε λακτόζη. Η παρουσία γλουτένης ή λακτόζης θα πρέπει να αναφέρεται. Οι ειδικές συνθέσεις για συγκεκριμένες ασθένειες περιέχουν μακρο-και μικροθρεπτικά συστατικά προσαρμοσμένα στις ανάγκες μιας συγκεκριμένης νόσου. Περιεγχειρητικά, προτιμάται η χορήγηση εντερικής διατροφής εμπλουτισμένης με ανοσοδιεγερτικές ουσίες (arginine, n-3 fatty acids and nucleotides) ανεξάρτητα αν ο ασθενής βρίσκεται σε θεραπευτικό κίνδυνο.

Διαλύματα από του στόματος για ειδικούς ιατρικούς λόγους επιπλέον της χορηγούμενης τροφής, πρέπει να έχουν ειδική σύσταση, να είναι υγρή ή σε σκόνη και να αντανάκλα τις πραγματικές ανάγκες του υγιούς πληθυσμού σε μακρο- και μικροθρεπτικά συστατικά:

Οι απόλυτες αντενδείξεις για Εντερική διατροφή(ΕΔ) είναι οι ενδείξεις για Ολική Παρεντερική Διατροφή(ΟΠΔ)

- Εντερική απόφραξη
- Βαρεία σηπτική κατάσταση
- Σηπτικό shock με σπλαχνική ισχαιμία
- Πολλαπλά εντερικά συρίγγια υψηλής παροχής
- Σύνδρομο βραχέως εντέρου, δυσαπορρόφησης

ΟΛΙΚΗ ΠΑΡΕΝΤΕΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΟΠΔ**ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΟΠΔ**

- Εκτεταμένη εντερεκτομή
- Φλεγμονώδεις νόσοι του εντέρου
- Σε ασθενείς με παρατεταμένη αδράνεια του γαστρεντερικού η ΟΠΔ είναι σωτήρια.
- Αδυναμία κάλυψης >60% των ενεργειακών αναγκών από την εντερική οδό για διάστημα >8 ημερών (Συνδυασμοί ΕΔ και ΟΠΔ) π.χ. στα υψηλής παροχής εντεροδερματικά συρίγγια

Η ΟΠΔ πρέπει να χορηγείται σε ασθενείς όταν η από του στόματος ή ΕΔ είναι αδύνατη ή ανεπαρκής ή αντενδείκνυται.

ΟΔΟΙ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΟΠΔ

- Από κεντρική φλέβα
- Από περιφερική φλέβα
 - ο μικρών καθετήρων
 - ο μεσαίου μεγέθους καθετήρων,
 - ο περιφερικά εισαγόμενους κεντρικούς καθετήρες (PICCs)

ΣΚΕΥΑΣΜΑΤΑ ΟΠΔ

Κατά την παρεντερική, χορηγούνται ενδοφλεβίως μίγματα

- υδατανθράκων,
- αμινοξέων και
- λίπους,
- σε συνδυασμό με βιταμίνες, ιχνοστοιχεία, ηλεκτρολύτες

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η έγκαιρη αναγνώριση της κακής θρέψης και η σωστή εκτίμηση και εφαρμογή των μεθόδων υποστήριξης είναι προϋπόθεση για το επιτυχές αποτέλεσμα, την αποφυγή επιπλοκών και την τελική μείωση του κόστους νοσηλείας. Η εκτίμηση της θρεπτικής κατάστασης των ασθενών συχνά παραμελείται και η θεραπευτική θρεπτική υποστήριξη αρχίζει πολύ αργά ή καθόλου. Φαίνεται ότι η εντερική διατροφή πλεονεκτεί της παρεντερικής. Σήμερα στη θεραπευτική στρατηγική πρέπει να ενσωματωθεί η διατροφική υποστήριξη του ασθενούς.

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΠΑΡΗΓΟΡΗΤΙΚΗ ΚΑΙ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Σαληκίδης Δημοσθένης

Νοσηλεύτης Αναισθησιολογικού Τμήματος, Νοσοκομείο «ΠΑΜΜΑΚΑΡΙΣΤΟΣ»

Η **Νοσηλευτική** είναι, επιστήμη και τέχνη, που σκοπό έχει την προαγωγή της ποιότητας ζωής στις οικογένειες και τα άτομα από την γέννηση μέχρι και το τέλος της ζωής.

Ανακουφιστική και Παρηγορητική φροντίδα (palliative care)
Όπως ορίζεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) είναι, η ενεργητική, σφαιρική, οργανωμένη ιατρονοσηλευτική, ψυχοκοινωνική και πνευματική φροντίδα των ατόμων, που η νόσος τους δεν ανταποκρίνεται στην θεραπευτική αγωγή. Από το 1986 ο ΠΟΥ αποφάσισε ότι οι καρκινοπαθείς ασθενείς και οι ασθενείς με χρόνιο πόνο θα πρέπει να αντιμετωπίζονται στα Ειδικά Κέντρα Πόνου και Παρηγορητικής Φροντίδας. Στα κέντρα αυτά, ο ασθενής αντιμετωπίζεται από ομάδα επαγγελματιών υγείας και απολαμβάνει την πολυπαραγοντική προσέγγιση τόσο για τον πόνο του όσο και για τα συνοδά συμπτώματα της νόσου. Η αντιμετώπιση του πόνου και η παροχή παρηγορητικής φροντίδας δεν πρέπει να αποτελεί τη φροντίδα στο τέλος της ζωής αλλά θα πρέπει να ξεκινάει από τη στιγμή της διάγνωσης μιας νόσου που δεν έχει θεραπεία και να συνεχίζει σε όλη τη διάρκειά της. Ο σκοπός της παρηγορητικής φροντίδας είναι η διεπιστημονική αντιμετώπιση των πολύπλευρων αναγκών που δημιουργεί ένα νόσημα, το οποίο επιφέρει την πιθανότητα ή τη βεβαιότητα του θανάτου, προκειμένου να εξασφαλιστεί η καλύτερη δυνατή ποιότητα ζωής τόσο για το άτομο που πάσχει, όσο και για την οικογένειά του. Πρωταρχικός **στόχος** της είναι η ποιότητα ζωής, ο έλεγχος του πόνου και η αντιμετώπιση ψυχοκοινωνικών και πνευματικών αναγκών των ασθενών με καταληκτικά νοσήματα, σε όλα τα στάδια της νόσου. Η Ανακουφιστική φροντίδα δεν αποτελεί μόνο την ανακούφιση του ασθενούς από τον πόνο και τα άλλα οργανικά προβλήματα που του προκαλούν οι ανίατες ασθένειες π.χ. ο καρκίνος, αλλά είναι και η ανακούφιση από όλα τα ψυχολογικά, κοινωνικά και πνευματικά ερωτήματα που του δημιουργούνται.

Ο ρόλος του νοσηλευτή στην παρηγορητική αγωγή είναι η ανακούφιση από τα σωματικά συμπτώματα, η διασφάλιση της ποιότητας της ζωής, η διατήρηση ενός ανεξάρτητου ασθενή. Αλλά και η ανακούφιση από την ψυχική οδύνη και την κοινωνική απομόνωση, η υποστήριξη της οικογένειας, η μείωση της απομόνωσης του φόβου και του άγχους. Τέλος η προετοιμασία ενός καλού θανάτου. Νοσηλευτική φροντίδα σημαίνει ότι παρατηρούμε τον άρρωστο και τον τοποθετούμε στην κατάλληλη ανακουφιστική θέση, συζητούμε μαζί του σχετικά με τον ύπνο του, τον πόνο, την δύσπνοια, τα προβλήματα ούρησης και αφόδευσης, την εφίδρωση, την δυσφορία, την ναυτία, τον έμετο και την διάρροια. Εξίσου σημαντική είναι η ψυχολογική υποστήριξη του ατόμου. Όταν διαγνωστεί καρκίνος τελικού σταδίου ο ασθενής καταρρακώνεται ψυχολογικά, πέφτει σε κατάθλιψη και χάνει την διάθεση του για καθημερινά πράγματα, όπως να φάει, να πλυθεί, να κοιμηθεί, να μιλήσει με τους δικούς του ανθρώπους. Ο νοσηλευτής τότε και όλοι οι επαγγελματίες υγείας που τον περιβάλλουν πρέπει με στωικό τρόπο να σταθούν δίπλα του και να αποτρέψουν αυτή την κατάσταση όσο γίνεται, με τη βοήθεια πάντα της οικογένειας. Η διεπιστημονική ομάδα αποτελείται από ιατρούς, νοσηλευτές, ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς, φυσιοθεραπευτές, εργοθεραπευτές, διαιτολόγους κτλ και στόχο έχει την ολιστική προσέγγιση του ατόμου και αντιμετώπιση των προβλημάτων του. Τόσο οι ιατροί, όσο και το νοσηλευτικό προσωπικό προσφέρουν βέλτιστες

υπηρεσίες ανακουφιστικής ιατρικής και παρηγορητικής φροντίδας.

Πολύ σημαντικός είναι ο ρόλος των **νοσηλευτών στην κατ'οίκον νοσηλεία**, οι οποίοι είναι επιφορτισμένοι με καθήκοντα όπως η φροντίδα δωματίου, του κρεβατιού και της ενδυμασίας του ασθενούς, η καθαριότητα σώματος και της στοματικής κοιλότητας, η παρατήρηση του δέρματος. Σημαντικά είναι η ασφάλεια του ασθενούς, η κινητικότητα και παρατήρηση του περιβάλλοντος χώρου, η διατροφή και η περιποίηση στομιών και ο χειρισμός καθετήρων. Νοσηλευτικές γνώσεις χρειάζονται για να εκτιμηθούν η λήψη ζωτικών σημείων, η πρόληψη των κατακλίσεων, η αντιμετώπιση του πόνου, η χορήγηση φαρμάκων αλλά και η ψυχολογική υποστήριξη του αρρώστου, η επαγρύπνηση για επείγοντα προβλήματα και η σωστή ενημέρωση του ιατρού.

Σε όλα τα στάδια στη ζωή, ειδικά σε καταστάσεις σοβαρών νοσημάτων το άτομο έχει ανάγκη όχι μόνο να δεχθεί φροντίδα, αλλά και να αισθάνεται ενεργό μέλος στην οικογένεια και στην κοινωνία. Ο νοσηλευτής βρίσκεται στην προνομιούχο θέση να δημιουργεί ένα περιβάλλον φροντίδας, το οποίο να καλλιεργεί και να ενισχύει την ικανότητα του ατόμου να αντιμετωπίσει την παρούσα κατάσταση της ζωής του και, παράλληλα να ενδυναμώνει και την αίσθηση της προσωπικής του αξίας. Χρέος και καθήκον του νοσηλευτή είναι να στηρίξει τον ασθενή με ανίατη νόσο. Να τον βοηθήσει να εκφράσει τις πνευματικές ανησυχίες του. Ασθενής και νοσηλευτής θα προσπαθήσουν μαζί να δώσουν απαντήσεις στα ερωτήματα και τους προβληματισμούς που γεννιούνται μετά την γνωστοποίηση της σοβαρότητας κατάστασης. Ο ασθενής θέλει να καταλάβει τι είναι αυτό που του συμβαίνει και πως θα μπορέσει αυτός και η οικογένειά του να αντιμετωπίσουν τον επικείμενο θάνατο όσο γίνεται λιγότερο ανώδυνα. Ο νοσηλευτής και η οικογένεια του ασθενούς, είναι οι άνθρωποι εκείνοι που θα του εξασφαλίσουν ένα ήρεμο περιβάλλον δίνοντάς του το χρόνο που χρειάζεται αλλά όχι και αφήνοντας τον άρρωστο μόνο στην κατάσταση που βρίσκεται.

Σε πολλά νοσηλευτικά ιδρύματα του εξωτερικού, η αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου και άλλων συμπτωμάτων προσφέρεται ως μέρος του προγράμματός τους, συχνά με τη μορφή πολυεπιστημονικής ομάδας, που αντιμετωπίζει σφαιρικά τις ανάγκες του καρκινοπαθούς με πόνο και συνοδά συμπτώματα. Όλοι η ομάδα ενώνει τις δυνάμεις των διαφορετικών προσεγγίσεων και επιστημονικών τους γνώσεων, για να προσφέρουν από κοινού αυτό που θα φάνταζε λίγο, αν το προσέφερε μεμονωμένα ο καθένας απ' αυτούς. Η παρηγορητική - ανακουφιστική φροντίδα προσφέρεται σήμερα στην Ελλάδα αποσπασματικά στο δημόσιο και ιδιωτικό τομέα. Η αντιμετώπιση του καρκινοπαθούς με πόνο και άλλων ασθενών με ανίατη νόσο είναι ανεπαρκής, επιβλαβής για το ίδιο το άτομο και δαπανηρή για το σύστημα υγείας. Ο αθεράπευτος πόνος όμως είναι η αιτία που ο ασθενής υποφέρει άδικα, κάνοντας σκέψεις απελπισίας, αυτοκτονίας και σε ακραίες περιπτώσεις σε έκκληση για ευθανασία.

Οι Νοσηλευτές στην παρηγορητική φροντίδα που έχουν ανθρωπιά, καρδιά, χιούμορ, ειλικρίνεια, θετική σκέψη και κυρίως ολοκληρωμένη εκπαίδευση είναι αυτοί που μας χρειάζονται. Ποτέ μη πεις στον ασθενή δεν μπορώ να κάνω τίποτε άλλο. Αντιθέτως μίλησέ του για τη ζωή που του έμεινε να ζήσει, και πώς μπορεί να τη ζήσει καλύτερα.

ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΗΜΕΡΑ ΞΕΝΩΝΩΝ ΚΑΙ ΠΑΡΗΓΟΡΗΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ



Στις 13 Οκτωβρίου 2012 θα εορταστεί η Παγκόσμια Ημέρα Ξενώνων και Παρηγορητικής Φροντίδας. Σύνθημα του φετινού εορτασμού είναι: **“Ζωή ως το τέλος: Παρηγορητική Φροντίδα για έναν κόσμο που γερνάει”**. Σε έναν κόσμο στον οποίο, σύμφωνα με πρόσφατες στατιστικές, η αναλογία και ο αριθμός των ηλικιωμένων, αυξάνεται δραματικά παγκοσμίως.

Στην Ευρωπαϊκή Ένωση το 90% των θανάτων συμβαίνουν σε άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών και προβλέπεται ότι το 2050 ένας στους τέσσερις Ευρωπαίους πολίτες θα είναι υπερήλικας.

Οι πιο πάνω εκτιμήσεις είναι ιδιαίτερα κρίσιμες και σημαντικές δεδομένου ότι αυτή η ομάδα πληθυσμού έχει την μεγαλύτερη επίπτωση συνοσηρότητας, ανικανότητας και ευπάθειας από κάθε άλλη ηλικιακή ομάδα.

Οι περισσότεροι ενήλικες άνω των 65 ετών υποφέρουν από περισσότερα του ενός χρόνια νοσήματα και βιώνουν τις συνέπειες και τα συμπτώματα που προκύπτουν από αυτά. Ο πόνος, σταθερό σχεδόν εύρημα, βιώνεται δυσανάλογα από τους υπερήλικες. Ο κίνδυνος ανάπτυξης νευροπαθητικού πόνου είναι ιδιαίτερα αυξημένος, καθώς στις μεγάλες ηλικίες αυξάνεται η επίπτωση των νοσημάτων που ευθύνονται για αυτόν, όπως ο σακχαρώδης διαβήτης, ο έρπητας ζωστήρας, η χαμηλή οσφυαλγία, ο καρκίνος, το ΑΕΕ.

Ο χρόνιος πόνος, η ετερογένεια των νοσημάτων που συχνά συνυπάρχουν, οι μειωμένες φυσιολογικές εφεδρείες, επιδρούν αρνητικά και επηρεάζουν την λειτουργική ικανότητα των υπερηλικών για τους οποίους είναι αναγκαία η πρόσβαση στην παρηγορητική φροντίδα.

Για αυτή την ανάγκη η ΕΑΡConlus και η EUGMS(European union Geriatric Medicine Society) σε συνεργασία με το ίδρυμα

Maruzza Lefebvre και το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο, συνέταξαν στις 25 Σεπτεμβρίου 2012 και θα ανακοινώσουν εντός των ημερών, κοινή διακήρυξη προώθησης ευρωπαϊκού σχεδίου δράσης για παροχή παρηγορητικής φροντίδας στους υπερήλικες.

Δυστυχώς τα περισσότερα συστήματα υγείας των κρατών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης υποτιμούν τις ανάγκες των υπερηλικών πολιτών τους παρότι το 2003 το Συμβούλιο της Ευρώπης ενέκρινε, χρηματοδότησε και προώθησε οδηγίες για ανάπτυξη υπηρεσιών παρηγορητικής φροντίδας. Ωστόσο, λίγες μόνο χώρες τις υλοποίησαν και ασφαλώς όχι η χώρα μας!

Αγαπητοί φίλοι,

η μιζέρια, η απαξίωση των αναγκών, η εγκατάλειψη των ευπαθών ομάδων του πληθυσμού στην τύχη τους, είναι προνόμιο αυτών που εξαθλίωσαν τα “περήφανα γηραιά”, αυτών που λεηλάτησαν την αξιοπρέπειά τους, αυτών που κατέκλυσαν το κράτος πρόνοιας.

Εμείς έχουμε το προνόμιο να αγωνιζόμαστε για τη διάδοση των σκοπών και των στόχων της παρηγορητικής φροντίδας, να προσφέρουμε τη γνώση μας στην εκπαίδευση, να παρέχουμε φροντίδα σε όσους την έχουν ανάγκη, όπως οι υπερήλικες, γιατί εκτός των άλλων:

“Μπορείς να κρίνεις έναν λαό από το πώς συμπεριφέρεται στους ηλικιωμένους. Είναι εύκολο να αγαπάς τα παιδιά αλλά η έγνοια και η φροντίδα προς τους ηλικιωμένους, τους ανίατους, τους απροστάτευτους, αποτελούν το αληθινό χρυσωρυχείο της κουλτούρας ενός λαού”(Abraham J. Heschel, 23 Dec. 1972)

Και επειδή δεν μπορούμε να κάνουμε τίποτα χωρίς εσάς, ελάτε να γιορτάσουμε μαζί την Παγκόσμια Ημέρα Παρηγορητικής Φροντίδας. Επισκεφθείτε την ιστοσελίδα μας, δηλώστε συμπαράσταση με την υπογραφή σας, παρακολουθείστε τις εκδηλώσεις μέσα από τα ΜΜΕ και να είστε βέβαιοι οτι η συμμετοχή σας θα αποδώσει καρπούς.

Φιλικά,
Ασπασία Οικονόμου

1^ο Σεμινάριο Παρηγορητικής Φροντίδας για Νοσηλευτές, Αρεταιίειο, Μάιος 2012-10-05



Εκδηλώσεις της ΠΑΡΗ.ΣΥ.Α. 2012

• 1^ο Εκπαιδευτικό Σεμινάριο νοσηλευτών, με θέμα «Παρηγορητική Φροντίδα Ασθενών Τελικού Σταδίου», Αρεταίειο Νοσοκομείο, Αθήνα, 26 και 27 Μαΐου 2012


• Εκπαιδευτικό Σεμινάριο Διαχείρισης Νευροπαθητικού Πόνου, σε ορθοπαιδικούς, παθολόγους, γενικούς γιατρούς, 5-7 Οκτωβρίου 2012, Λευκάδα

• 2^ο Εκπαιδευτικό Σεμινάριο νοσηλευτών, με θέμα «Παρηγορητική Φροντίδα Ασθενών Τελικού Σταδίου», Αρεταίειο Νοσοκομείο, Αθήνα, 16 και 17 Φεβρουαρίου 2013

2ο Εκπαιδευτικό Σεμινάριο
Παρηγορητικής Φροντίδας για Νοσηλευτές.

Σάββατο 16 και Κυριακή 17 Φεβρουαρίου 2013
Μικρό Αμφιθέατρο – Αρεταίειο Νοσοκομείο

Οργάνωση: Ελληνική Εταιρεία Παρηγορητικής και Συμπτωματικής Φροντίδας Καρκινοπαθών και μη Ασθενών - ΠΑΡΗ.ΣΥ.Α.
Δικαίωμα συμμετοχής: 10 €
Περιορισμένος αριθμός συμμετοχών



www.grpalliative.gr

Θέματα:

- Ορισμός, Δομές, Στόχοι της Παρηγορητικής Φροντίδας και ο ρόλος του Νοσηλευτή.
- Πόνος, Παθολογολογία, Φαρμακευτική αντιμετώπιση, Ανεπιθύμητες δράσεις οπιοειδών, Παρηγορητικές τεχνικές και ενδογενείς θεραπευτές.
- Συμπτώματα από το Αναπνευστικό Σύστημα
- Συμπτώματα από το Γαστρεντερικό Σύστημα
- Δερματικά Συμπτώματα
- Ψυχιατρικές διαταραχές
- Επείγουσες καταστάσεις στην Παρηγορητική Φροντίδα
- Κατ'Οίκον νοσηλεία
- Φροντίδα στο τέλος της ζωής.
- Ηθικά ζητήματα
- Ψυχολογική υποστήριξη ασθενών, φροντιστών, νοσηλευτών (πριν, κατά, μετά)
- **Πρακτική άσκηση:** Χρήση αντλίων - Περιποίηση κατακλιμένων- Διατροφή.

Χορήγηση διπλωμάτων

Πληροφορίες/Συμμετοχές:
ΠΑΡΗ.ΣΥ.Α.
Τηλ. 210 6457878
Fax. 2103610488
E-mail: info@grpalliative.gr και/ή
Ιατρείο Πόνου και Π.Φ. Αρεταίειου:
Τηλ / fax. 210 7286169

Ελληνικά και Διεθνή Συνέδρια 2012

• 14^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Περιφερειακής Αναισθησίας, Θεραπείας Πόνου και Παρηγορητικής Αγωγής, Costa Navarino, Μεσσηνία, 18-21 Οκτωβρίου 2012

• 31st Annual ESRA Congress 2012, Bordeaux, France, 5 – 8 September 2012

• 14th World Congress on Pain, IASP, Milan, Italy, 27-31 August 2012

• MASCC/ISOO, International Symposium on Supportive Care in Cancer, New York City, 28 – 30 June 2012

• 15th World Congress of Pain Clinicians, Granada, Spain, 27 – 30 June 2012

• 7th World Research Congress of the EAPC, Trondheim, Norway, 7- 9 June 2012



14^ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗΣ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΠΟΝΟΥ ΚΑΙ ΠΑΡΗΓΟΡΗΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ
ΜΕ ΔΙΕΘΝΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ

18-21 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2012 | COSTA NAVARINO | ΜΕΣΣΗΝΙΑ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΠΑΡΗΓΟΡΗΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΩΝ ΚΑΙ ΜΗ ΑΣΘΕΝΩΝ (ΠΑΡΗ.ΣΥ.Α.)
www.grpalliative.gr



EUROPEAN SOCIETY OF REGIONAL ANAESTHESIA-HELLAS
www.esrahellas.gr