



ΠΑΡΗ·ΣΥ·Α

Παρηγορική Φροντίδα

ΠΕΡΙΟΔΙΚΗ ΕΚΔΟΣΗ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΙΑΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΠΟΝΟΥ ΚΑΙ ΠΑΡΗΓΟΡΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

ΤΕΥΧΟΣ 26

ΙΟΥΛΙΟΣ 2017

Μήνυμα Συντακτικής Επιτροπής

Αγαπητοί συνάδελφοι και φίλοι της ΠΑΡΗΣΥΑ, σας ευχόμαστε χαρούμενο και δημιουργικό Καλοκαίρι.

Εκινούμε αυτό το μήνυμα με ένα σύντομο απόσπασμα από την ομιλία του Κέννεντυ κατά την 1η ορκωμοσία του ως Πρόεδρος των ΗΠΑ το 1961.

*“Μη ρωτάς τι μπορεί να κάνει η χώρα σου για σένα,
αλλά τι μπορείς να κάνεις εσύ για τη χώρα σου”*

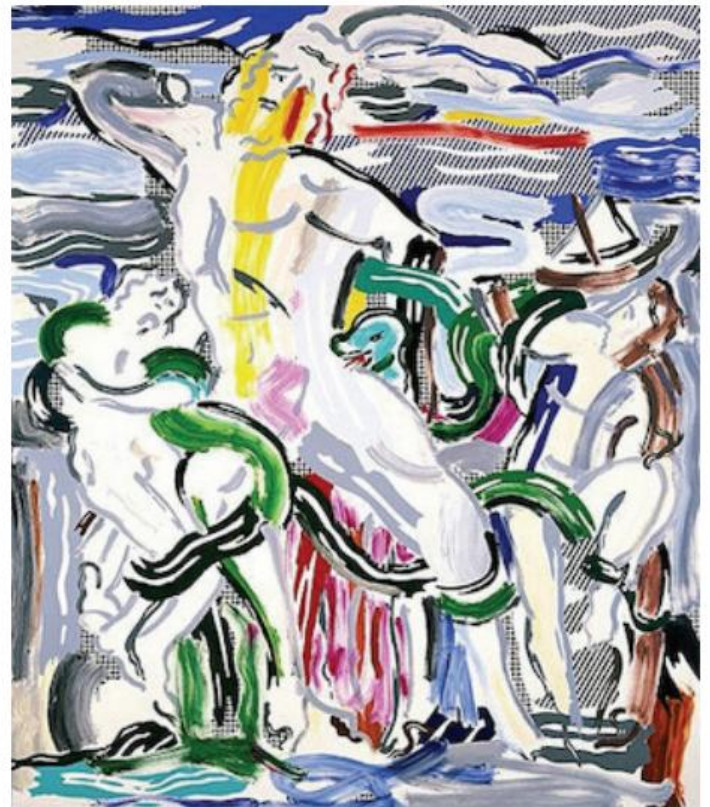
John F. Kennedy 1961

Τι μπορούμε άραγε να κάνουμε για τη χώρα μας, ο καθένας από τον τομέα του και εμείς ειδικά στην Υγεία; Γιατί οι στρεβλώσεις στο Σύστημα Υγείας, δεν ξεκινούν πάντα από το ανεπαρκές ούτως ή άλλως κράτος, τις άστοχες αποφάσεις ή τους <<κακούς νόμους>>. Οφείλουμε και εμείς οι επαγγελματίες Υγείας να αλλάξουμε πολλές από τις συμπεριφορές μας. Και αυτές οι συμπεριφορές αφορούν όλους τους επαγγελματίες ανεξαιρέτως, επιστήμονες και μη. Ίσως θα έπρεπε λοιπόν να δούμε και το δικό μας ρόλο σ' αυτή την παρατεινόμενη κρίση.

Έληξαν με επιτυχία οι εργασίες του Διεθνούς Συμποσίου <<ALGOS 2017 >> που πραγματοποιήθηκε στη Ρόδο τον Μάιο του 2017. Στο συνέδριο αναλύθηκαν και σχολιάστηκαν σύγχρονα σημαντικά θέματα, που απασχολούν την κοινότητα των Αλγολόγων και την Ιατρική κοινότητα γενικότερα.

Συγχαρητήρια στην Οργανωτική και Επιστημονική Επιτροπή για την άρτια διοργάνωση. Κυρίως όμως συγχαρητήρια και ευχαριστίες στους Έλληνες και Ξένους ομιλητές που συνέβαλαν με τη ενεργό συμμετοχή τους στην επιτυχία αυτής της εκδήλωσης. Οι αίθουσες ήταν πάντα γεμάτες και τα σχόλια πάντα θετικά.

Ευχαριστίες επίσης στο Δήμο Ρόδου για τη φιλοξενία και ειδικότερα στον Αντιδήμαρχο Υγείας Σάββα Καλαθενό και στον Πρόεδρο του Ιατρικού Συλλόγου Ρόδου Χρήστο Μαντά για την τιμητική τους παρουσία στην εναρκτήρια τελετή του Συνεδρίου.



Η ΠΑΡΗΣΥΑ συνεχίζει όπως πάντα την προσπάθεια για επιστημονική ενημέρωση των λειτουργών Υγείας και του κοινού, σε θέματα που αφορούν ασθενείς με χρόνια πόνο ή ασθενείς τελικού σταδίου.

Μια τέτοια πρωτοβουλία ήταν και η ιατροκοινωνική εκδήλωση που έγινε στο Δήμο Αμαρουσίου στις 15 Μαΐου του 2017 με το ενδιαφέρον θέμα << Ο Πόνος και ο Πολίτης >>.

Και η επιστημονική ενημέρωση μέσω της εφημερίδας μας συνεχίζεται.

Στο παρόν τεύχος επιλέξαμε το άρθρο των καθηγητών Ανααισθησιολογίας G. Varassi – A. Paladini << Is the WHO analgesic ladder still valid? >> διότι θεωρήσαμε ότι ο προβληματισμός που αφορά τη χρησιμότητα της αναλγητικής κλίμακας της



Ελληνική Εταιρία
Θεραπείας Πόνου και
Παρηγορικής φροντίδας

ΠΑΡΗ·ΣΥ·Α

- Τμήμα Ευρωπαϊκής Ομοσπονδίας Παρηγορικής Φροντίδας (EAPC)
- Μέλος Ομάδας Εργασίας Παρηγορικής Φροντίδας Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης (ECEPT)
- Ιδρυτικό μέλος της Ευρωπαϊκής Εταιρίας Κατά του Πόνου (EuLAP)

Σμολένσκυ 5, Αθήνα 114 72
Τηλ. 2106457878 | Fax: 2103610488
info@grpalliative.gr | www.grpalliative.gr

Δ.Σ. ΠΑΡΗ.ΣΥ.Α.

Πρόεδρος: Αθηνά Βαδαλούκα
Αντιπρόεδρος: Ιωάννα Σιαφάκα
Γεν. Γραμματέας: Ευνομία Αλεξοπούλου-Βραχνού
Ταμίας: Μαρία Κοκολάκη

Μέλη:
Φανή Κρεμαστινού
Γιούλη Μαμμή
Νικολέτα Μπερναλή
Γιάννης Μπερδούσης
Ευμορφία Σταυροπούλου

Συντακτική Επιτροπή

Υπεύθυνη έκδοσης: Φανή Κρεμαστινού

Μέλη:
Ευνομία Αλεξοπούλου – Βραχνού
Χρυσούλα Καρανασάση
Αγγελική Μπαϊρακτάρη
Ευμορφία Σταυροπούλου

WHO δεν πρέπει να μείνει στα πλαίσια ενός συνεδρίου, αλλά να αναδειχθεί και να γίνει θέμα δημόσιας συζήτησης.

Επίσης στο παρόν τεύχος η κα Ε. Βραχνού αναλύει τη δυσάρεστη κατάσταση της αφυδάτωσης των ασθενών με νόσο τελικού σταδίου και τους προβληματισμούς σχετικά με την τεχνητή ενυδάτωση αυτής της ομάδας ασθενών.

Από το μικρό αυτό βήμα της εφημερίδας μας στηρίζουμε τον αγώνα της Πανελλήνιας Συνδικαλιστικής Ομοσπονδίας Νοσηλευτικού Προσωπικού (Πα.Σ.Ο.Νο.Π) για ποιότητα ασφάλεια και αξιοπρέπεια και συνυπογράφουμε το ψήφισμα “ΟΙ ΑΣΦΑΛΕΙΣ ΑΝΑΛΟΓΙΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΠΡΟΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΣΩΖΟΥΝ ΖΩΕΣ”.

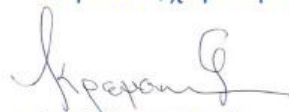
Με ενδιαφέρον παρακολουθήσαμε την υποδειγματική εκπομπή της ΕΡΤ <<Κάτι τρέχει με την κάνναβη>> στην οποία συμμετείχε και η πρόεδρος μας κα Α. Βαδαλούκα. Η ΠΑΡΗΣΥΑ υποστηρίζει την φαρμακευτική χρήση των κανναβινοειδών. Η δαίμονοποίηση του φυτού λόγω των ψυχοτρόπων και εξαρτησιογόνων δράσεων του θα πρέπει να σταματήσει.

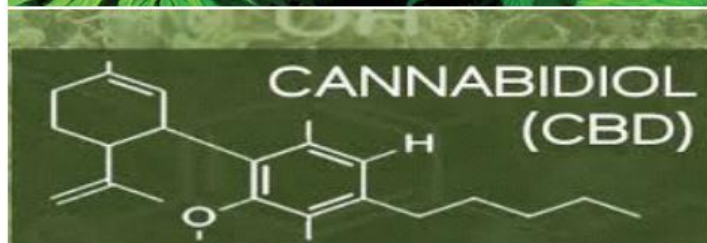
Κλείνουμε το μήνυμά μας με τα λόγια της δημοσιογράφου Michelle Grayson:

“Λίγα φυτά έχουν τιμηθεί ή αμφισβητηθεί τόσο όσο η κάνναβη. Καλλιεργήθηκε εδώ και χιλιετίες για κατασκευή υλικών, τροφίμων και ελαίων, αλλά τον περασμένο αιώνα έχει εξαιρεθεί από την έρευνα, λόγω των γνωστών ψυχοδραστικών της επιδράσεων. Όμως το βότανο αυτό επιστρέφει με προσεκτικά βήματα στη νομιμότητα, ωθούμενο από τις εγείροντες αξιώσεις, λόγω των ιατρικών του πλεονεκτημάτων”.

Michelle Grayson
Nature, Vol. 525 No. 7570_suppl ppS1-S18, 2015

Για τη Συντακτική Επιτροπή
Με φιλικούς χαιρετισμούς


Φανή Κρεμαστινού



Η άποψη της ΠΑΡΗΣΥΑ για τα Κανναβινοειδή

Πάντα στην ιατρική όταν αξιολογούμε φάρμακα ή τεχνικές, οι τελικές αποφάσεις λαμβάνονται γιατί θεωρούμε ότι τα μειονεκτήματα μιας ουσίας ή μεθόδου είναι πολύ λιγότερα από τα πλεονεκτήματα. Αυτό που ονομάζουμε κόστος- όφελος.

Και φαίνεται ότι το όφελος της λελογισμένης και ελεγχόμενης χρήσης των κανναβινοειδών για ιατρικούς λόγους θα είναι τεράστιο, για ομάδες ασθενών που υποφέρουν.

Επιληψία ανθεκτική στη θεραπεία, ασθματικές κρίσεις, γλαύκωμα, δυστονία, πλαγία αμυατροφική σκλήρυνση, νευροπαθητικός πόνος από HIV, σκλήρυνση κατά πλάκας ή εξελκυσμό βραχιονίου πλέγματος, ανθεκτικός καρκινικός πόνος, ανεπιθύμητες δράσεις χημειοθεραπείας και πολλά άλλα είναι λίγα από τα ιατρικά οφέλη των κανναβινοειδών.

Σε πολλά εργαστήρια σε όλον τον κόσμο γίνονται εντατικές έρευνες για να παραχθούν φάρμακα με βάση τα συστατικά της κάνναβης, που να στερούνται ψυχοτρόπων επιδράσεων. Το πρώτο τέτοιο παρασκεύασμα ενάντια στον πόνο και στο stress ανακοινώθηκε την 1η Ιουλίου του 2005 στο περιοδικό «Nature» από ερευνητές του Πανεπιστημίου της Γεοργία, ενώ άλλα σκευάσματα για την επιληψία και την κατά πλάκας σκλήρυνση θα ακολουθήσουν.

Γιατί αυτά τα οφέλη θα πρέπει να τα στερείται ο Έλληνας ασθενής; Γιατί πάντα καθυστερούμε; Γιατί αγνοούμε τους ασθενείς που υποφέρουν; Το προϊόν πρέπει να είναι διαθέσιμο ώστε οι ασθενείς να μην αναγκάζονται να το προμηθεύονται με παράνομους τρόπους.

Ο Πόνος και ο Πολίτης

Της Ε. Αλεξοπούλου – Βραχνού

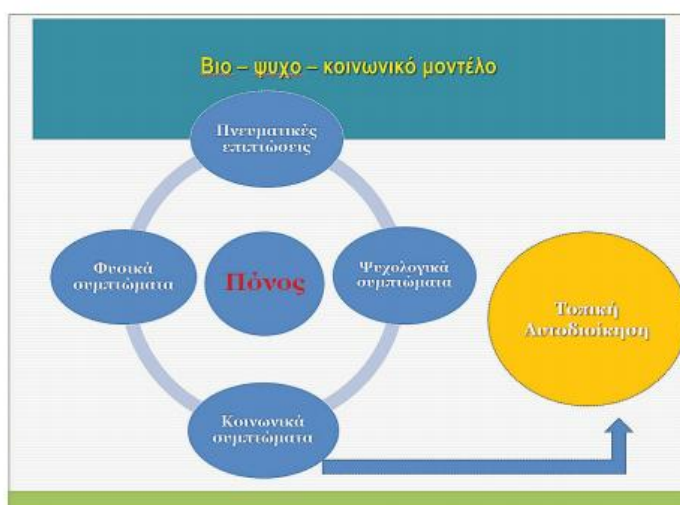
«.....τα τελευταία 100 χρόνια χαρακτηρίζονται από διάφορες μετακινήσεις πληθυσμού και μικρούς “ξεριζωμούς”. Στη δεκαετία του ’20 – ’30, πρόσφυγες από την Μ. Ασία εγκαταστάθηκαν σε διάφορα σημεία της χώρας, στη δεκαετία του ’50-’60, Έλληνες μετανάστευσαν στο εξωτερικό για καλύτερη τύχη, μετά το ’60 έχουμε το φαινόμενο της αστυφιλίας ενώ στην δεκαετία ’80 –’90 πολλοί απέκτησαν κατοικία σε περιφερικότερους Δήμους εγκαταλείποντας έτσι το αστικό κέντρο, που σήμερα όμως κινδυνεύουν να χάσουν λόγω οικονομικής κρίσης, ενώ και πάλι οι νέοι μεταναστεύουν σε αναζήτηση εργασίας.

Η κινητικότητα αυτή δημιουργεί ελπίδες αλλά και ανασφάλεια, δεδομένου ότι η κοινωνία και η «εξέλιξη» χαρακτηρίζονται από αδιαφορία για το άτομο, οικονομική απαξίωση και κοινωνική απομόνωση. Η ανάγκη και η τάση του πολίτη να στραφεί στην Τοπική Αυτοδιοίκηση είναι αυξανόμενη. Είναι η ανάγκη για επιστροφή και αναζήτηση κάποιας «ρίζας» που έχασε στην πορεία του χρόνου.

Η Τοπική Αυτοδιοίκηση έχει τη δυνατότητα έναντι της κεντρικής εξουσίας να σταθεί κοντά στον πολίτη πιο άμεσα, να προσφέρει εξειδικευμένες δράσεις και παροχές, να έχει μεγαλύτερη ευελιξία στην εφαρμογή τους ενώ ο εθελοντισμός ασκείται πιο επικεντρωμένα. Ωστόσο οικονομικοί και θεσμικοί περιορισμοί αποτελούν βασικά μειονεκτήματα. Πληθυσμιακές ομάδες που χρειάζονται υποστήριξη είναι οι ηλικιωμένοι, οι οικονομικά ευάλωτοι, οι άνεργοι, οι μετανάστες, τα άτομα με επηρεασμένη υγεία και τα άτομα με χρόνια πόνο.

Ο χρόνιος πόνος θεωρείται πλέον μια αυτόνομη οντότητα, μια ιδιαίτερη νόσος. Καταστρέφει πολλαπλά τον πάσχοντα, τον καθιστά ανίκανο να αντιμετωπίσει τη ζωή, τις εργασιακές του υποχρεώσεις, τον ρόλο του στην οικογένεια και τον απομονώνει από τον κοινωνικό περίγυρο. Παράλληλα αυξάνει το κόστος υγείας, άμεσο και έμμεσο.

Ο χρόνιος πόνος πρέπει λοιπόν να αντιμετωπίζεται σε όλα τα επίπεδα και σύμφωνα με το βιο-ψυχοκοινωνικό μοντέλο διαχείρισής του, η τοπική αυτοδιοίκηση μπορεί να συμβάλει καθοριστικά. Άλλωστε η σχέση της με τον πολίτη είναι αμφίδρομη: Επιτυχημένος Δήμος με στέρεους δεσμούς με τον Δημότη είναι αυτός που φροντίζει για την αξιοπρέπειά του και την επανένταξή του στη ζωή. Και ποιος έχει την μεγαλύτερη ανάγκη από αυτόν που διαρκώς υποφέρει από χρόνια πόνο οποιασδήποτε αιτιολογίας;



Βιο-ψυχοκοινωνικό μοντέλο διαχείρισης του πόνου

Η ΠΑΡΗ.ΣΥ.Α. πρωτοπόρα πάντα στις δράσεις της, εγκαινίασε συμβουλευτικούς σταθμούς σχετικά με τον πόνο και την παρηγορική φροντίδα σε διάφορους Δήμους και προτείνει σειρά δραστηριοτήτων που στοχεύουν στην ενημέρωση – πρόληψη – καταγραφή – αντιμετώπιση ...»

Είναι η αναλγητική κλίμακα της WHO ακόμη ισχύουσα;

Giustino Varrassi^{1,2}, and Antonella Paladini³

¹ President of the European League Against Pain (EuLAP®), Zürich, Switzerland, and of the Paolo Procacci Foundation, via Tacito 7, Roma, Italy

² President-Elect of the WIP

³ Assistant Professor of Anesthesia and Pain Medicine, Department of MESVA, University of L'Aquila, L'Aquila, Italy Introduction

Στις αρχές της δεκαετίας του '80 ο Mark Swerdlow, Εμπειρογνώμονας (Consultant) της WHO για τη Θεραπεία του Πόνου και την Παρηγορική Φροντίδα, συγκρότησε μια Συμβουλευτική Επιτροπή, με σκοπό να δημιουργήσει και να δημοσιεύσει μια απλή κατευθυντήρια οδηγία, για την αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου. Η Επιτροπή απαρτιζόταν μεταξύ άλλων από τους John J. Bonica, Mark Swerdlow, Robert Twycross, Kathleen Foley, Vittorio Ventafridda and Jan Stjernsward. Συναντήθηκαν για πρώτη φορά το 1982 στην Villa d'Este, στη Λίμνη Como της Ιταλίας.

Μετά τη συνάντηση η συζήτηση επί του θέματος παρουσιάστηκε σε διάφορα συνέδρια, για ανατροφοδότηση και περαιτέρω συζήτηση. Τελικά η κατευθυντήρια οδηγία της WHO για την <<Αναλγητική Κλίμακα>> δημοσιεύτηκε το 1986(1).

Η αναλγητική κλίμακα τριών βημάτων προτάθηκε ως πλαίσιο για την ορθολογική χρήση αναλγητικών φαρμάκων, για τη θεραπεία του καρκινικού πόνου. Η λογική πίσω από αυτή την πρόταση ήταν η βασική σκέψη, ότι ο καρκινικός πόνος είναι προοδευτικά επιδεινούμενος, επομένως τα αναλγητικά φάρμακα ("pain killers") θα πρέπει να χρησιμοποιούνται με βάση την αναλγητική τους ισχύ, ανάλογα με την ένταση του πόνου. Σε κάθε ένα από αυτά τα βήματα είναι δυνατόν να προσθέσουμε συνοδά (επικουρικά) φάρμακα, ανάλογα με τις επί μέρους ανάγκες κάθε ασθενούς, όπως προτάθηκε προσφάτως(2).

Όπως κάθε απλή πρόταση στην Ιατρική, η Αναλγητική Κλίμακα της WHO έγινε αμέσως δημοφιλής και μεταφράστηκε σε πολλές διαφορετικές γλώσσες.

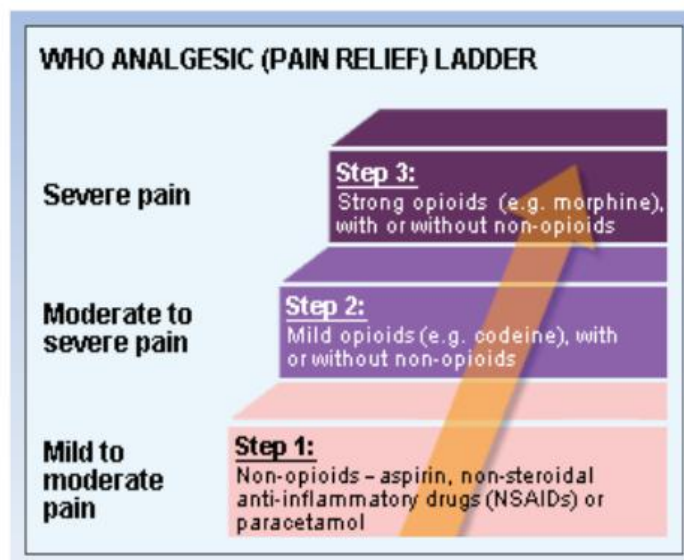
Η χρησιμότητά της αναδείχθηκε πολύ γρήγορα, με θετικά αποτελέσματα στη θεραπεία του καρκινικού πόνου, στο 71% των περιπτώσεων στις οποίες υιοθετήθηκε η εφαρμογή της (3). Τα επόμενα χρόνια αυτά τα αποτελέσματα επιβεβαιώθηκαν με ακόμη μεγαλύτερο ενθουσιασμό, με ικανοποιητική ανακούφιση του πόνου στο 76% των περιπτώσεων σε περισσότερους από 2000 ασθενείς, που μελετήθηκαν με μεγάλο διάστημα παρακολούθησης (follow-up)(4).

Κριτική

Παρά την άμεση επιτυχία, αυτή η κατευθυντήρια οδηγία της WHO, προκάλεσε πολλές δημόσιες συζητήσεις, ειδικά μεταξύ των επαγγελματιών που εμπλέκονται στη διαχείριση του πόνου σε ασθενείς με καρκινικό ή μη καρκινικό χρόνιο πόνο(5). Πράγματι ένας από τους λόγους της δημιουργίας αυτής της κλίμακας ήταν να είναι χρήσιμη σε πληθυσμούς με πολύ φτωχούς πόρους και ελλιπή συστήματα υγειονομικής περίθαλψης. Δυστυχώς δεν ήταν αυτή η αιτία του προβλήματος. Πράγματι αποδείχθηκε ότι το πραγματικό πρόβλημα στις χώρες αυτές ήταν η μη διαθεσιμότητα των οπιοειδών και όχι ο τρόπος χρήσης τους (10). Ακόμη και μετά από πολλά χρόνια η κατάσταση άλλαξε πολύ λίγο, όσον αφορά τη διαθεσιμότητα των οπιοειδών στις περισσότερες φτωχές χώρες, όπως και η κακή τους χρήση, τουλάχιστον όσον αφορά τις ΗΠΑ (11).

Περαιτέρω προβλήματα ήταν: ο ρόλος των παρεμβατικών τεχνικών, η ταχύτητα της ανακούφισης του πόνου, το δεύτερο βήμα της κλίμακας και η αιτιολογία του πόνου.

Με αυτά κατά νουν θα ήταν αναγκαίο, να βρούμε έναν αποτελεσματικότερο αλγόριθμο για τη θεραπεία του



καρκινικού πόνου, πλήρως διαχωρισμένο από αυτόν, για τον μη-καρκινικό πόνο.

Παρεμβατικές τεχνικές

Νευρολυτικοί αποκλεισμοί. Οι νευρολυτικοί αποκλεισμοί δεν ελήφθησαν καθόλου υπ' όψιν στην αρχική αναλγητική κλίμακα της WHO, διότι απαιτούσαν καλό σχεδιασμό από τους επαγγελματίες υγείας. Αυτό θεωρήθηκε ότι δεν ήταν δυνατόν για τις χώρες με φτωχές υπηρεσίες υγείας. Επί πλέον θεωρήθηκε, ότι οι νευρολυτικοί αποκλεισμοί δεν θα ήταν χρήσιμοι. Όμως η χρησιμότητά τους αποδείχτηκε εμφανώς, μετά από διάφορες μελέτες για πολλά χρόνια (12-14). Οι σωστές ενδείξεις τους, πρέπει να γίνουν μέρος του βασικού σχεδιασμού, για κάθε γιατρό που ασχολείται με τη Θεραπεία του Πόνου (συμπεριλαμβανομένων των Γενικών γιατρών), ακόμη και αν η εκτέλεσή τους πρέπει να παραμείνει στις αρμοδιότητες των εξειδικευμένων γιατρών στον πόνο. Πράγματι είναι σημαντικό να γνωρίζουμε ποιες είναι οι ενδείξεις και τα πιθανά οφέλη που μπορεί να έχει ο ασθενής από τη σωστή εφαρμογή τους.

Υπαραχνοειδής χορήγηση φαρμάκων. Η απόδειξη της ύπαρξης υποδοχέων οπιοειδών στην περιφέρεια και τα οπίσθια κέρατα του νωτιαίου μυελού ξεκινά από τη δεκαετία του '80. Αυτή η γνώση χρησιμοποιήθηκε ευρέως τόσο για την περιφερική διήθηση με οπιοειδή, όσο και για την ενδονωτιαία χορήγηση. Επί πλέον αυτή η γνώση δεν ήταν σαφής, την εποχή που προτάθηκε η αναλγητική κλίμακα της WHO. Η κλινική τους σημασία πάντως δεν μπορεί να αγνοηθεί προς το παρόν.

Για περίπου 15 χρόνια είναι ξεκάθαρο ότι η υπαραχνοειδής χορήγηση οπιοειδών, παρέχει καλύτερο έλεγχο του καρκινικού πόνου και σημαντική μείωση των ανεπιθύμητων δράσεων τους (15). Είναι επίσης ενδιαφέρον να αναφέρουμε, ότι η ίδια μελέτη έδειξε αύξηση επιβίωσης για ένα εξάμηνο στην ομάδα ασθενών που έλαβαν οπιοειδή υπαραχνοειδώς. Η δραστικότητα της υπαραχνοειδούς χορήγησης έχει επίσης αποδειχθεί για φάρμακα που δεν ανήκουν στην κατηγορία των οπιοειδών(16).

Νευροτροποποίηση. Η χρησιμότητα της νευροτροποποίησης σε ασθενείς με χρόνια πόνο ειδικά αν υπάρχει νευροπαθητικό στοιχείο φαίνεται ξεκάθαρα, τόσο μέσω διαδερμικής περιφερικής νευρικής διέγερσης (TENS) (17), όσο και μέσω διέγερσης του νωτιαίου μυελού (SCS) (18). Ακόμα και αν η εφαρμογή τους είναι λιγότερο διαδεδομένη, αυτές οι τεχνικές δεν μπορούν να αγνοηθούν, σε ένα προηγμένο σύστημα υγείας, όταν ο ασθενής αισθάνεται αφόρητο πόνο.

Ταχύτητα της ανακούφισης από τον πόνο

Η ταχύτητα ανακούφισης από τον πόνο δεν ελήφθη υπόψη στον αρχικό σχεδιασμό των κατευθυντήριων οδηγιών της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας(WHO). Μόνο η οντότητα του πόνου και η εξέλιξή του θεωρήθηκαν σημαντικά. Όμως ο κλινικός γιατρός μπορεί να δεχθεί ασθενείς με αφόρητο πόνο, από την πρώτη επίσκεψη.

Σε αυτούς τους ασθενείς δεν είναι δυνατόν κανείς να αρχίσει τη θεραπεία, με ήπιας δράσης αναλγητικά. Είναι αναγκαίο να εξασφαλίσουμε γρήγορη μείωση του πόνου τους, στην προσπάθεια να μειώσουμε το υποφέρειν όσο το δυνατόν γρηγορότερα.

Αυτό μόνο μπορεί να επιτευχθεί με πολύ ισχυρά οπιοειδή, σε συνδυασμό με NSAIDs για το φλεγμονώδες στοιχείο του πόνου και συνοδά φάρμακα, αν άλλα στοιχεία του πόνου είναι παρόντα.

Σίγουρα ένας έμπειρος κλινικός που αντιμετωπίζει ασθενείς με καρκινικό πόνο, ποτέ δε θα ξεκινούσε να συνταγογραφεί NSAIDs, με ή χωρίς συνοδά φάρμακα. Λίγες μέρες μετά θα χορηγούσε ασθενή οπιοειδή και τελικά μετά από έλεγχο θα προχωρούσε σε ισχυρά οπιοειδή. Ο ασθενής του θα απομακρυνόταν για να ψάξει κάποιον άλλο γιατρό, ικανό να τον ή την βοηθήσει άμεσα. Η σημασία αυτού του θέματος έχει αναδειχθεί σε μια τυχαίοποιημένη μελέτη, πριν λίγα χρόνια (19).

Δεύτερο βήμα της κλίμακας

Το πρώτο και το τρίτο βήμα της “Αναλγητικής Κλίμακας ” έχουν τύχει ευρείας αποδοχής, ακόμη και από κλινικής απόψεως. Το δεύτερο σκαλοπάτι ήταν πάντα ένα θέμα προς συζήτηση. Στην πράξη η πρόταση να χρησιμοποιούμε ασθενή οπιοειδή, ήταν το επακόλουθο της έλλειψης διαθεσιμότητας ισχυρών οπιοειδών σε πολλές χώρες.

Σε μία μετανάλυση λίγα χρόνια πριν, τα ασθενή οπιοειδή φάνηκε να μην έχουν καλύτερα αποτελέσματα ως αναλγητικά φάρμακα από τα NSAIDs (20). Γι' αυτό το λόγο οι συγγραφείς συμπεραίνουν: “Αυτά τα ευρήματα εγείρουν το ερώτημα, αν το δεύτερο σκαλοπάτι της αναλγητικής κλίμακας της WHO, είναι ένα βέλτιστο θεραπευτικό πρωτόκολλο ή αν θα έπρεπε να τροποποιηθεί, έτσι ώστε να προχωρούμε άμεσα από τα NSAIDs σε ισχυρά οπιοειδή όταν αντιμετωπίζουμε ένα μη ελεγχόμενο πόνο”. Μια πρόσφατη ανασκόπηση, επιβεβαίωσε τα προηγούμενα αποτελέσματα, τα ληφθέντα μετά από μετανάλυση(21). Σε αυτό το άρθρο ο συνδυασμός NSAIDs με οπιοειδή οδήγησε σε περίπου 25% καλύτερο αναλγητικό αποτέλεσμα, σε σχέση με το αναλγητικό αποτέλεσμα αν τα φάρμακα είχαν χορηγηθεί ως μονοθεραπεία(21). Στην προηγούμεως αναφερθείσα ελεγχόμενη μελέτη, η αποτελεσματικότητα και η ανοχή στα ισχυρά οπιοειδή ως θεραπεία πρώτης γραμμής, ήταν συγκρίσιμη με το θεραπευτικό αποτέλεσμα του κλασικού θεραπευτικού πρωτοκόλλου της WHO, σε 100 ασθενείς τελικού σταδίου με μέτριο ως σοβαρό πόνο (19). Ασθενείς των οποίων η θεραπεία ξεκίνησε αμέσως με ισχυρά οπιοειδή, είχαν καλύτερο έλεγχο του πόνου, χρειάστηκαν λιγότερες αλλαγές στη θεραπεία και ανέφεραν μεγαλύτερη ικανοποίηση από το συγκεκριμένο θεραπευτικό πρωτόκολλο.

Οι συγγραφείς συμπεραίνουν ότι τα δεδομένα “υποδηλώνουν τη χρησιμότητα των ισχυρών οπιοειδών ως θεραπεία πρώτης γραμμής, για την αντιμετώπιση του πόνου ασθενών με καρκίνο τελικού σταδίου”.

Όλα αυτά μας επιτρέπουν να σκεφτούμε, ότι η χρήση ρουτίνας ασθενών οπιοειδών, μπορεί να συνδέεται με κάποια μειονεκτήματα, τουλάχιστον σε ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο.

Αιτιολογία του πόνου

Είναι προφανές ότι η WHO προσπαθεί να καλύψει όλες τις πτυχές του καρκινικού πόνου κάτω από μια και μοναδική ομπρέλα. Δυστυχώς όμως ο πόνος είναι πολυπαραγοντικός και ειδικά σε ασθενείς με καρκίνο, μπορεί να είναι διαφορετικής προέλευσης. Το ίδιο θεραπευτικό πρωτόκολλο απλό και εύκολο να το θυμάται και να το χρησιμοποιεί κανείς, δεν μπορεί να καλύψει όλες τις διαφορετικές πτυχές, που είναι πάντοτε παρούσες στον καρκινικό πόνο.

Παραδείγματος χάριν η απλή συμπίεση μιας νωτιαίας ρίζας από μια καρκινωμάτωση μάζα, μπορεί να είναι εξαιρετικά επώδυνη. Μερικές φορές αυτός ο πόνος είναι μόνο νευροπαθητικός, χωρίς φλεγμονώδη στοιχεία τουλάχιστον στην αρχή. Σε αυτό τον ασθενή τα NSAIDs είναι αναποτελεσματικά και ακόμη και τα οπιοειδή μπορεί να μην προσφέρουν μεγάλη ανακούφιση. Έτσι η σωστή αναγνώριση των στοιχείων του πόνου, είναι ζωτικής σημασίας για να θέσει τις σωστές ενδείξεις για τη θεραπευτική αντιμετώπιση. Αυτό το φαινόμενο ισχύει όχι μόνο για τους ασθενείς με καρκίνο αλλά και για τους ασθενείς με χρόνια μη καρκινικό πόνο. Στην πράξη αποτελεί σταθερό κλινικό εύρημα, σε πολλές περιπτώσεις. Αυτός είναι απλά ένας από τους λόγους, γιατί η αναλγητική κλίμακα της WHO είναι αναποτελεσματική σε ένα τεράστιο ποσοστό ασθενών, όταν εφαρμόζεται τυχαία, χωρίς τη σωστή διάγνωση.

Αν και αυτό ήταν αποδεκτό 30 χρόνια πριν, καινούργια γνώση που αποκτήθηκε από τα δεδομένα της βασικής έρευνας καθώς και η κατόπιν ερμηνείας εφαρμογή αυτών των δεδομένων, δεν μας επιτρέπουν να υποκρινόμαστε μια τυχαία εφαρμογή ενός πρωτοκόλλου που υποτίθεται είναι χρήσιμο για όλους τους ασθενείς που υποφέρουν. Υπάρχει ανάγκη για σύγχρονη ΑΛΛΑΓΗ της στάσης μας προς τους ασθενείς με πόνο. Αυτός ήταν ο λόγος γιατί μια τεράστια ομάδα ειδικών πόνου συγκλήθηκε σε μια αρκετά ενδιαφέρουσα Συμβουλευτική Επιτροπή, που ονομάστηκε <<CHANGE PAIN>> και δημοσίευσε ένα σαφές αρχικό έγγραφο πάνω σε αυτό το θέμα(22).

Το συμπέρασμα των συγγραφέων ήταν πολύ ξεκάθαρο. Η καλύτερη προσέγγιση ενός ασθενούς με πόνο, δεν μπορεί να παραβλέψει μια ορθή διάγνωση των διαφόρων πτυχών του χρόνιου πόνου, συμπεριλαμβανομένης της λειτουργικής ικανότητας, του άγχους και της αυτοαξιολόγησης της κατάστασης της υγείας από τον ίδιο τον ασθενή. Η καλή έκβαση επίσης μπορεί να είναι αποτέλεσμα της βελτίωσης στην ποιότητα, όταν ελέγχουμε την συναισθηματική φόρτιση. Και γνωρίζουμε καλά πόσο μεγάλη “ συναισθηματική φόρτιση” βιώνει ο ασθενής με πόνο, όταν η αιτία του πόνου του είναι ο καρκίνος.

Συμπερασματικά είναι δύσκολο να δεχθούμε, ότι τα 3 βήματα της Αναλγητικής Κλίμακας της WHO θα πρέπει να καταργηθούν. Σίγουρα το θέμα πρέπει να το κοιτάξουμε με διαφορετικό βλέμμα. Τριάντα χρόνια πριν, η βασική γνώση στον πόνο ήταν εντελώς διαφορετική, σε σχέση με τη σημερινή. Η διαθεσιμότητα των φαρμάκων ήταν περιορισμένη,

όχι μόνο στις φτωχές χώρες.

Τα εμπόδια στη χρήση οπιοειδών ήταν τελείως διαφορετικά, ακόμα και στις χώρες με προηγμένα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης. Τώρα η προσέγγιση των ασθενών με καρκινικό πόνο θα ΠΡΕΠΕΙ να είναι πιο επιστημονική από ότι ήταν εκείνη την εποχή.

Έχουμε τις σωστές γνώσεις για να κάνουμε μια σαφέστερη διάγνωση και μια καλύτερη θεραπεία, αντί απλά να θέσουμε όλους τους ασθενείς με καρκινικό πόνο κάτω από την ίδια ομπρέλα.

Αναφορές:

1. World Health Organization. Cancer pain relief. Geneva: World Health Organization, 1986
2. World Health Organization. Cancer pain relief, (2nd Ed.). Geneva: World Health Organization, 1996
3. Ventafridda V., Tamburini M., Caraceni A., De Conno F., and Naldi F., A validation study of the WHO method for cancer pain relief. *Cancer* 59: 850-856, 1987
4. Zech D.F., Grond S., Lynch J., Hertel D. Lehmann K.A., validation of World Health Organization Guidelines for cancer pain relief: a 10-year prospective study. *Pain* 63: 65-76, 1995
5. Eisenberg E., Marinangeli F., Birkhahn J., Paladini A., and Varrassi G. Time to modify the WHO analgesic Ladder? *Pain Clinical Updates*, IASP Press, Seattle (WA), 13 (5), 2005
6. Joranson D.E., New international efforts to ensure availability of opioids for medical purposes. *J Pain Symptom Manage* 12:85-86, 1996
7. Zhang H., Gu W.P., Joranson D.E., and Cleeland C., People's Republic of China: Status of cancer pain and palliative care. *J Pain Symptom Manage* 12:124-126, 1996
8. De Lima L., Bruera E., Joranson D.E., Vanegas G., Cepeda S., Quesada L., Pavajeau M.C., Derio L., Montejo G., Castillo G., Ruiz F., Pupo A.R., Carlés B., Paredes E., and Schoeller T., Opioid availability in Latin America: the Santo Domingo report progress since the Declaration of Florianopolis. *J Pain Symptom Manage* 13:213-219, 1997
9. Joranson D.E., Rajagopal M.R., and Gilson A.M., Improving access to opioid analgesics for palliative care in India. *J Pain Symptom Manage* 24:152-159, 2002
10. Rajagopal M.R., Joranson D.E., and Gilson A.M., Medical use, misuse, and diversion of opioids in India. *Lancet* 358:139-143, 2001
11. Jones C.M., Lurie P., and Woodcock J. Addressing prescription opioid overdose: data support a comprehensive policy approach. *JAMA* 312:1733-1734, 2014
12. Kawamata M., Ishitani K., Ishikawa K., Sasaki H., Ota K., Omote K., and Namiki A. Comparison between celiac plexus block and morphine treatment on quality of life in patients with pancreatic cancer pain. *Pain* 64:597-602, 1996
13. Polati E., Finco G., Gottin L., Bassi C., Pederzoli P., and Ischia S. Prospective randomized double-blind trial of neurolytic coeliac plexus block in patients with pancreatic cancer. *Br J Surg* 85:199-201, 1998
14. De Oliveira R., dos Reies M.P., and Prado W.A. The effects of early or late neurolytic sympathetic plexus block on the management of abdominal or pelvic cancer pain. *Pain* 110:400-4008, 2004
15. Smith T.J., Staats P.S., Deer T., Stearns L.J., Rauck R.L., Boortz-Marx R.L., Buchser E., Català E., Bryce D.A., Coyne P.J., and Pool G.E. Randomized clinical trial of an implantable drug delivery system compared with comprehensive medical management for refractory cancer pain: impact on pain, drug-related toxicity, and survival. *J Clin Oncol* 20:4040-4049, 2002
16. Kress H.G., Simpson K.H., Marchettini P., Ver Donck A., and Varrassi G. Intrathecal therapy: what has changed with the introduction of ziconotide. *Pain Pract* 9:338-347, 2009
17. Sierakowski A., Jing S.S., Poel J, and Elliot D. Transcutaneous peripheral nerve stimulation for the treatment of neuropathic pain in the upper limb. *J Hand Surg Asian Pac Vol* 21:37-43, 2016
18. Verrils P., Sinclair C., and Barnard A. A review of spinal cord stimulation systems for chronic pain. *J Pain Res* 9:481-492, 2016
19. Marinangeli F., Ciccozzi A., Leonardis M., Aloisio L., Mazzei A., Paladini A., Porzio G., Marchetti P., and Varrassi G. Use of strong opioids in advanced cancer pain: a randomized trial. *J Pain Symptom Manage* 27:409-416, 2004
20. McNicol e., Strassels S., Goudas L., Lau J., and Carr D. nonsteroidal anti-inflammatory drugs, alone or combined with opioids, for cancer pain: a systematic review. *J Clin Oncol* 22:1975-1992, 2004
21. Eisenberg E., Berkey C.S., Carr D.B. Mosteller F., and Chalmers T.C. Efficacy and safety of nonsteroidal anti-inflammatory drugs for cancer pain: a meta-analysis. *J Clin Oncol* 12:2756-2765, 1994
22. Pergolizzi J., Karsten A., Aldington D., Alon E., Collet B., Coluzzi F., Huygen F., Jaksch W., Kocot-Kepska M., Mangas A., Cesar M., Mavrocordatos P., Molion B., Mueller-Schwefe G., Nicolau A., Pérez C., Sichere P. and Varrassi G. The chronic pain conundrum: Should we CHANGE from relying on the past history to assessing prognostic factors? *Curr Med Res Opin* 28:249-25

Μετάφραση: Κρεμαστινού Φανή, Επιμέλεια άρθρου: Βαδαλούκα Αθηνά

Τι είναι η αφυδάτωση

Mick Harlas MD, CCFP, FCFP

(Απευθύνεται στους φροντιστές ασθενών τελικού σταδίου)

Μετάφραση – Επιμέλεια: Ευνομία Βραχνού

Η αφυδάτωση είναι μια κατάσταση που προκύπτει από υπερβολική απώλεια νερού από τον οργανισμό. Η διάρροια και ο έμετος αποτελούν τις δύο κυριότερες αιτίες της. Ορισμένα φάρμακα επίσης προκαλούν αυξημένη διούρηση, μια άλλη αιτία απώλειας υγρών. Τα φάρμακα αυτά είναι γνωστά ως διουρητικά και ως «water pills».

Κοινή εκδήλωση των ατόμων που πλησιάζουν στο τέλος, είναι η λήψη όλο και μικρότερων ποσοτήτων υγρών και νερού. Έτσι αφυδάτωση δυνατόν να έχουμε ανεξάρτητα από λήψη φαρμάκων ή ως παρενέργεια κάποιου νοσήματος.

Πολλοί λειτουργοί υγείας εξειδικευμένοι στην αντιμετώπιση του Τέλους της Ζωής πιστεύουν ότι μικρές ποσότητες υγρών ή χρήση μικρών κομματιών πάγου καλύπτουν τις ανάγκες των ατόμων, τα οποία και δεν έχουν πλέον το αίσθημα της δίψας, όπως οι υγιείς οργανισμοί.

Αίτια της αφυδάτωσης

Το νερό είναι ζωτικό στοιχείο του οργανισμού. Παίζει σημαντικό ρόλο στη φυσιολογική λειτουργία διαφόρων συστημάτων, όπως στην παραγωγή ούρων για την αποβολή μεταβολιτών.

Σύμπλοκες λειτουργίες εμπλέκονται στη διαδικασία διατήρησης της ισορροπίας του νερού στο σώμα μας. Το σώμα «αισθάνεται» πόσα υγρά χρειάζεται για τη διατήρηση αυτής της ισορροπίας και το αίσθημα της δίψας ενεργοποιείται όταν ο οργανισμός χρειάζεται υγρά. Γενικά η αφυδάτωση είναι το φυσιολογικό τελικό αποτέλεσμα της έκπτωσης των λειτουργιών, στην τελική φάση μιας σοβαρής νόσου κι ένας παράγοντας που δηλώνει το τέλος ενός φυσιολογικού κύκλου που κλείνει.

Τι συμβαίνει όταν ο άνθρωπος αφυδατώνεται;

- Ο ασθενής είναι αδύναμος και προσλαμβάνει λιγότερα υγρά. Έτσι γίνεται ακόμη πιο αδύναμος, κοιμάται περισσότερο και προσλαμβάνει ακόμη πιο λίγα υγρά. Ο φαύλος κύκλος συνεχίζεται ημέρες ή εβδομάδες και αποτελεί μέρος της διαδικασίας προς το θάνατο.
- Επειδή ο μηχανισμός ενεργοποίησης της δίψας φθίνει στους ασθενείς με σοβαρό νόσημα, αυτοί δεν αισθάνονται ότι διψούν, εφόσον ενυδατώνεται η στοματική κοιλότητα. Έτσι, ενώ η αφυδάτωση αποτελεί στοιχείο της διαδικασίας θανάτου, «θάνατος από δίψα» δεν υφίσταται σαν διαδικασία.
- Φυσιολογικά, οι νεφροί προσπαθούν να εξασφαλίσουν υγρά εφόσον υπάρχει αφυδάτωση.



Παράγονται λιγότερα ούρα και όσα παράγονται είναι πυκνά και σκουρόχρωμα. Εφόσον ο οργανισμός δεν εξασφαλίζει υγρά για την αποβολή μεταβολιτών μέσω των νεφρών, έχουμε έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας και νεφρική ανεπάρκεια.

• Για να καθοριστούν οι πιθανές αιτίες αφυδάτωσης, η ομάδα φροντίδας υγείας του ασθενούς πρέπει να υποβάλει ορισμένες ερωτήσεις, να εξετάσει κλινικά τον ασθενή και να ζητήσει κάποιες ιατρικές εξετάσεις.

Ερωτήσεις

Η ομάδα φροντίδας θα πρέπει να υποβάλει τις ακόλουθες ερωτήσεις προκειμένου να κατανοήσει αν ο ασθενής είναι αφυδατωμένος και ποια είναι η αιτία γι' αυτό:

1. Έχει γίνει κάποια αλλαγή σχετικά με την ποσότητα υγρών (νερό, χυμός, παγάκια) που ο ασθενής προσλαμβάνει;

- Εάν ναι, πότε;
- Είναι λιγότερη η ποσότητα ή μεγαλύτερη, καθώς και η δίψα;
- Ο ασθενής διψάει;

2. Υπάρχει δυσκολία στην λήψη υγρών και με τι συνδέεται αυτό;

- Πολύ αδύναμος για να πιει ή να ρουφήξει υγρά από καλαμάκι
- Έχει υπνηλία
- Δεν καταπίνει καλά. Κρατάει τα υγρά στην στοματική κοιλότητα ή βήχει, όταν προσπαθεί να καταπιεί
- Προσπαθεί να καταπιεί, αλλά δίνει την εντύπωση πως οτιδήποτε δεν προωθείται

3. Υπάρχει ναυτία ή έμετος;
4. Έχει αλλάξει η ποσότητα ούρων;
 - Λιγότερα ή περισσότερα;
 - Έχει αλλάξει το χρώμα; (σκούρα – ανοιχτόχρωμα)
5. Πως λειτουργεί το έντερο του ασθενούς;
 - Διάρροια ή δυσκοιλιότητα;
 - Υπάρχει διάταση εντέρου;
 - Υπάρχει εντερική στάση; (κόπρανα – αέρια)
 - Υπάρχει πόνος ή δυσφορία στην κοιλιακή χώρα;
6. Τι φάρμακα παίρνει ο ασθενής;
 - Διουρητικά; (αιτία απώλειας υγρών)
 - Υπακτικά; (αιτία διάρροιας)
 - Στεροειδή; (όπως δεξαμεθαζόνη, πρεδνιζολόνη, που δυνατόν να προκαλέσουν αύξηση των επιπέδων σακχάρου στο αίμα και αυξημένη διούρηση και απώλεια υγρών)
 - Οπιοειδή; (δυνατόν να έχουμε αυξημένους μη αποβαλλόμενους μεταβολίτες λόγω αφυδάτωσης)
7. Πως επιδρά η μειωμένη λήψη υγρών από τον ασθενή;
 - Υπάρχουν διαφωνίες μεταξύ ασθενούς και οικογένειας σχετικές με τη λήψη υγρών;
 - Υπάρχει κατάθλιψη, λύπη ή απόσυρση, που να σχετίζεται με το ποσό των υγρών που προσλαμβάνεται;
 - Μερικές φορές η οικογένεια και οι φίλοι ανησυχούν περισσότερο από τον ασθενή. Πόσο ενδιαφέρεται ο ασθενής για το γεγονός ότι δεν πίνει αρκετά υγρά;

Φυσική εξέταση

Διάφορα φυσικά σημεία (όπως ξηροστομία) μας βοηθούν να προσδιορίσουμε την αφυδάτωση και πόσο σοβαρή είναι. Καθώς η αφυδάτωση δυνατόν να οφείλεται σε διάφορα αίτια, ο φροντιστής υγείας θα πρέπει οπωσδήποτε να εξετάζει κλινικά τον ασθενή. Μ'αυτόν τον τρόπο θα εκτιμήσει ποιες εργαστηριακές εξετάσεις είναι απαραίτητες.

Εργαστηριακές εξετάσεις

Συνήθως οι αιματολογικές και βιοχημικές εξετάσεις αίματος καταδεικνύουν την ύπαρξη αφυδάτωσης και το μέγεθός της. Συμπληρωματικές εξετάσεις θα αποφασιστούν μετά από συνέντευξη και κλινική εξέταση του ασθενούς.

Αντιμετώπιση της αφυδάτωσης

Η αφυδάτωση και η αντιμετώπισή της είναι από τα πιο αμφιλεγόμενα ζητήματα της Παρηγορικής Φροντίδας

- Ορισμένοι θεωρούν την αφυδάτωση φυσιολογικό στοιχείο της διαδικασίας προς τον θάνατο και ότι θα πρέπει να αφεθεί στην φυσιολογική της εξέλιξη, ενώ

αντιμετωπίζοντάς την, παρατείνουμε τη διαδικασία θανάτου

- Άλλοι θεωρούν την αφυδάτωση μια εύκολα αντιμετωπιζόμενη κατάσταση και ότι η διόρθωσή της θα βελτιώσει το επίπεδο συνείδησης και την επικοινωνία με τους ανθρώπους του περιβάλλοντος του ασθενούς και γενικά θα συμβάλλει στην καλύτερη ποιότητα ζωής του
- Άλλοι, ακόμη, θεωρούν ανήθικη πράξη τη στέρηση υγρών ακόμη και εάν πρέπει να χορηγούνται διαρκώς παρεντερικά, ενδοφλεβίως ή υποδοριώς (υποδερμόκλυση) σε άτομα που πλησιάζουν στον θάνατο.

Υπάρχουν διάφοροι λόγοι που δικαιολογούν την ύπαρξη αντιτιθέμενων απόψεων:

- Δεν υπάρχει ισχυρή και σαφής επιστημονική απόδειξη που να κατευθύνει την πρακτική της Παρηγορικής Φροντίδας απέναντι στην αφυδάτωση.
- Πολιτισμικές, θρησκευτικές και ηθικές παραδόσεις επηρεάζουν τις απόψεις του ασθενούς, της οικογένειας και τους φροντιστές υγείας για το αν η στέρηση υγρών είναι σωστή απόφαση.

Όπως και με όλες τις αποφάσεις που αφορούν στη φροντίδα ασθενών με προχωρημένη νόσο, έτσι και με την αφυδάτωση θα πρέπει να συνηγορηθούν οι επιθυμίες του ασθενούς και της οικογένειας, οι στόχοι της φροντίδας, η επιστημονική εγκυρότητα κάθε θεραπευτικής επιλογής και τα πιθανά οφέλη και περιορισμοί.

Η διόρθωση της αφυδάτωσης θα βοηθήσει

Υπάρχουν διάφορες καταστάσεις που θα βελτιωθούν με τη διόρθωση της αφυδάτωσης με αποτέλεσμα τη βελτίωση της ποιότητας ζωής.

- *Σύγχυση (delirium).*

Η αφυδάτωση οδηγεί σε συγκέντρωση τοξινών και μεταβολιτών των φαρμάκων διότι δεν υπάρχει αρκετό νερό στον οργανισμό για να αποβληθούν μέσω των νεφρών με την παραγωγή ούρων. Αυτό οδηγεί σε σύγχυση, κατάσταση δύσκολη για όποιον ασχολείται με τον ασθενή. Η χορήγηση υγρών βοηθά στην εξασφάλιση εγρήγορσης, στη διαύγεια σκέψης και στην επικοινωνία με το περιβάλλον

- *Παρενέργειες οπιοειδών*

Συγκέντρωση μεταβολιτών των οπιοειδών, ιδιαίτερα σε αφυδατωμένους ασθενείς, οδηγεί σε σύγχυση, διέγερση του νευρικού συστήματος, μυοκλονίες και πιθανόν σπασμούς. Η χορήγηση υγρών ίσως βοηθήσει στην αποβολή των μεταβολιτών από τους νεφρούς.

- *Ναυτία – έμετος – διάρροια*

Τα συμπτώματα αυτά αντιμετωπίζονται μόλις βρεθεί και αρθεί το αίτιο που τα προκαλεί, αλλά μέχρι να αντιμετωπιστούν, δυνατόν να οδηγήσουν σε αφυδάτωση. Η αφυδάτωση επιδεινώνει τη ναυτία και τον έμετο και συντηρεί το φαύλο κύκλο για περαιτέρω

αφυδάτωση. Η έγκαιρη χορήγηση υγρών υποδοριώς ή ενδοφλεβίως ενδείκνυται.

• *Υψηλά επίπεδα ασβεστίου στο αίμα*

Μερικές φορές η νόσος (καρκίνος) ευθύνεται για υψηλά επίπεδα ασβεστίου στο αίμα με αποτέλεσμα υπνηλία και σύγχυση. Η υπερασβεστιαμία μπορεί να επιφέρει και τον θάνατο. Η επικοινωνία με τον ασθενή ή την οικογένεια δυνατόν να οδηγήσει στην απόφαση να μην αντιμετωπιστεί. Εάν όμως η επιλογή είναι η αντιμετώπισή της, η χορήγηση υγρών αποτελεί σημαντικό στοιχείο της θεραπείας της.

Σημείωση: Ενημέρωσε τους φροντιστές σου για την ύπαρξη, ναυτίας, εμέτου και διάρροιας. Η έγκαιρη αντιμετώπισή τους ελαττώνει τη βαρύτητα της αφυδάτωσης.

Η διόρθωση της αφυδάτωσης δεν είναι σαφές ότι θα βοηθήσει:

Υπάρχουν δύο καταστάσεις κατά τις οποίες δεν υπάρχει σαφής απόδειξη ότι η χορήγηση υγρών είναι αποτελεσματική ή επιβλαβής.

• *Δίψα*

Δεν είναι σαφές ότι η αφυδάτωση προκαλεί δίψα στους ασθενείς με προχωρημένη νόσο. Ιδιαίτερα οι ασθενείς που βρίσκονται σε κωματώδη κατάσταση, σπάνια έχουν το αίσθημα της δίψας. Για τους ασθενείς που είναι σε εγρήγορση αλλά δεν μπορούν να καταπιούν, η πιο αποτελεσματική μέθοδος για να αποφύγουμε το αίσθημα της δίψας είναι η καλή υγιεινή και ύγραση της στοματικής κοιλότητας. Εάν και αυτό δεν είναι εφικτό θα πρέπει να χορηγηθούν υγρά ενδοφλέβια ή υποδόρια.

• *Συμφόρηση των πνευμόνων λίγο πριν το τέλος (βρόγχος θανάτου)*

Μερικοί φροντιστές δεν αισθάνονται άνετα να χορηγήσουν υγρά, όταν υπάρχει συμφόρηση των πνευμόνων. Πιστεύουν ότι η χορήγηση υγρών θα επιτείνει την παραγωγή εκκρίσεων, δεν υπάρχει όμως ισχυρή επιστημονική απόδειξη γι' αυτό. Οι εκκρίσεις είναι συνήθως αποτέλεσμα συσσώρευσης βλέννης κι όχι υγρών, εκτός από τις περιπτώσεις που υπάρχει καρδιακή ανεπάρκεια. Μερικές φορές οι εκκρίσεις μπορεί να είναι υπερβολικά πολλές παρά το γεγονός ότι δεν έχουν χορηγηθεί υγρά για πολλές ημέρες. Μερικές οικογένειες (και φροντιστές) αισθάνονται ότι δεν είναι ηθικό να στερείς τον ασθενή από υγρά ή είναι αντίθετο από τα πιστεύω τους. Η θεώρηση αυτή πολλές φορές είναι πολύ ισχυρή. Και καθώς δεν υπάρχει ισχυρή απόδειξη ότι η χορήγηση υγρών επιδεινώνει την πνευμονική συμφόρηση, δικαιολογείται η αποδοχή κάθε άποψης.

Τι μπορούμε να κάνουμε

Όταν ένας ασθενής βρίσκεται πριν από το τέλος, πίνει λίγο και είναι αφυδατωμένος, η οικογένεια και οι φίλοι συχνά αισθάνονται αβοήθητοι και θέλουν να λύσουν

το πρόβλημα βελτιώνοντας τη λήψη υγρών από τον ασθενή. Πιστεύουν ότι ο ασθενής θα είναι όλο και καλύτερα εάν πίνει περισσότερα υγρά. Ωστόσο στο τέλος της ζωής μετά από σοβαρή νόσο είναι σύνθηες οι ασθενείς να πίνουν όλο και λιγότερες ποσότητες υγρών. Η αφυδάτωση μπορεί να προκύψει ανεξάρτητα, χωρίς να αποτελεί επιπλοκή κάποιας κατάστασης ή λήψης φαρμάκων.

Πολλοί λειτουργοί εξειδικευμένοι στην αντιμετώπιση του τελικού σταδίου πιστεύουν ότι οι ασθενείς ανακουφίζονται με μικρές γουλιές υγρών ή παγάκια και ότι δεν αισθάνονται δίψα όπως οι υγιείς.

Μιλήστε στη θεραπευτική ομάδα

Όταν θα συζητήσετε με την ομάδα σχετικά με τη λήψη υγρών, θα βοηθούσε να υποβληθούν οι ακόλουθες ερωτήσεις:

- Ποιος πραγματικά ενδιαφέρεται; Ο ασθενής συνήθως αδιαφορεί για τη λήψη υγρών σε σχέση με το πόσο ενδιαφέρονται η οικογένεια και το περιβάλλον γενικότερα. Οι επιθυμίες και οι στόχοι του ασθενούς θα πρέπει να καθοδηγούν τις αποφάσεις
- Τι πιστεύετε ότι επιθυμεί ο ασθενής;
- Τι πιστεύετε ότι θα γίνει αν λάβει ή δεν λάβει υγρά;
- Πως πιστεύετε ότι θα ανακουφίσουμε το αίσθημα της δίψας και της άνεσης του ασθενούς, ανεξάρτητα από τη μέθοδο που επιλέγουμε;
- Υπάρχουν ασφαλείς γνώσεις σχετικά με την κατάποση; Η θεραπευτική ομάδα πρέπει να συστήσει τρόπους κατάποσης για την αποφυγή εισρόφησης.
- Πόσο περίπλοκη είναι η διαδικασία ενυδάτωσης; π.χ. θα πρέπει ο ασθενής να διακομιστεί στο νοσοκομείο;
- Ποια βεβαιότητα υπάρχει ότι χορηγώντας υγρά θα λυθούν τα προβλήματα ή θα επιτευχθούν οι στόχοι φροντίδας γενικότερα;

Εάν αυτό είναι δυνατό, η καλύτερη προσέγγιση είναι να αποφασίσει ο ασθενής τι θέλει να πει, τότε ή εάν θέλει να πει οτιδήποτε.

Τα μέλη της οικογένειας συνήθως καλούνται να αποφασίσουν εάν θα χορηγηθούν υγρά στον ασθενή που πεθαίνει, δεν καταπίνει και δεν επικοινωνεί για να κατευθύνει ο ίδιος την απόφαση. Η απόφαση αυτή είναι ακόμη πιο δύσκολη εάν δεν υπάρχει οδηγία σαφής από την ομάδα φροντίδας κι εάν είναι άγνωστη η επιθυμία της ασθενούς.

Αυτή η κατάσταση είναι πολύ δυσάρεστη γιατί δημιουργείται η εντύπωση επιλογής μεταξύ, «αφήνω τον ασθενή να καταλήξει χωρίς να κάνω τίποτα – χωρίς να χορηγήσω μια σταγόνα νερό ή παρατείνουμε τη διαδικασία θανάτου». Καμία από τις δύο δεν είναι απόλυτα σωστή θέση.

Πράγματι δεν υπάρχει επιστημονική απόδειξη ότι χορηγώντας υγρά στο άτομο που άμεσα θα καταλήξει θα παρατείνουν τη διαδικασία θανάτου. Εάν η οικογένεια θεωρεί ότι πρέπει να χορηγηθούν υγρά, είναι καλύτερα να χορηγηθούν, και δεν είναι σκόπιμο να ξεετάζουμε

διαρκώς τι θα μπορούσε να γίνει στο παρελθόν.

Πώς να χορηγηθούν υγρά με ευκολότερο τρόπο

- Προσφέρετε υγρά που ευχαριστούν τον ασθενή – νερό, χυμό, ζελέ, παγάκια- Αποφύγετε όξινους χυμούς διότι ερεθίζουν τον βλεννογόνο (π.χ. πορτοκαλάδα).
- Έχετε ποικιλία υγρών. Ο ασθενής μπορεί να αλλάξει γνώμη για την προτίμησή του.
- Προσφέρετε καλαμάκι. Με το καλαμάκι είναι πιο ελεγχόμενη η ποσότητα
- Μην χορηγείτε υγρά όταν υπάρχει δυσκολία στην κατάποση
- Προσφέρετε μικρές ποσότητες υγρών συχνά κι όχι ολόκληρη ποσότητα κάθε φορά
- Όταν κάποιος είναι αδύναμος να καταπιεί, διατηρήστε τη στοματική κοιλότητα καθαρή και υγρή.

Φροντίδα στοματικής κοιλότητας

Μερικοί ασθενείς έχουν δυνατότητα χρήσης οδοντόβουρτσας, νήματος, και καθαρισμού του στόματος

Πόσο συχνά πρέπει να ελέγχεται η στοματική κοιλότητα για ξηρότητα;

Η φροντίδα πρέπει να γίνεται 3-4 φορές την ημέρα ή και κάθε 1 με 2 ώρες αν η στοματική κοιλότητα είναι πολύ ξηρή. Οι ασθενείς που λαμβάνουν υπογλωσσίως φάρμακα πρέπει να ενυδατώνονται συχνά, διαφορετικά δεν απορροφώνται οι φαρμακευτικοί παράγοντες.

Άλλοι παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση ξηροστομίας.

Ορισμένοι ασθενείς αναπνέουν μόνο από το στόμα. Αυτοί ιδιαίτερα εμφανίζουν ξηροστομία.

Φάρμακα επίσης μπορεί να προκαλούν ξηροστομία

Τι μπορεί να κάνει η ομάδα φροντίδας;

Μπορεί να χρησιμοποιήσει διάφορους τρόπους για να χορηγήσει υγρά:

• Από το στόμα

Η ενυδάτωση από το στόμα είναι αποτελεσματική αν υπάρχει δυνατότητα κατάποσης. Εάν χορηγούμε τακτικά νερό ή εμπορικά σκευάσματα όπως Gratorate, Powerade, Pedialyte, μπορούμε να εξασφαλίσουμε ενυδάτωση. Γενικά η οδηγία είναι να χορηγούμε ένα με δύο λίτρα την ημέρα, αλλά δεν πρέπει και να πιέζουμε τον ασθενή, αν δεν επιθυμεί να το λάβει.

• Ενδοφλέβια

Μέσω ενδοφλέβιου καθετήρα. Είναι ο πιο συνήθης τρόπος χορήγησης στο νοσοκομείο. Η ενδοφλέβια χορήγηση μπορεί να μην είναι δυνατόν να γίνει σε άλλες δομές (π.χ. κατ'οίκον, σε hospice, οίκους φροντίδας)

• Υποδόρια

Χρησιμοποιούμε μικρή βελόνα (πεταλούδα) ή μικρούς καθετήρες που τοποθετούνται υποδορίως και χορηγούνται υγρά με συνεχή έγχυση στους ιστούς

κάτω από το δέρμα, τα οποία και απορροφώνται. Η μέθοδος αυτή ονομάζεται υποδερμόλυση ή απλά κλύσις. Είναι χρήσιμη όταν δεν υπάρχει η δυνατότητα να βρεθεί φλέβα.

Φροντίδα όταν δεν χορηγούνται υγρά

Οι φροντιστές έχουν παρατηρήσει ότι οι ασθενείς αισθάνονται άνετα έστω και εάν πίνουν μόνο λίγα υγρά. Δυνατόν να έχουν ξηροστομία και καμιά φορά το αίσθημα δίψας. Αυτά τα συμπτώματα εύκολα αντιμετωπίζονται με γουλιές νερού, παγάκια και συστηματική στοματική φροντίδα.

*Το περιεχόμενο επικαιροποιήθηκε τον Ιούλιο του '15

Εταιρία Παρηγορικής Φροντίδας της Ιρλανδίας: «Τεχνητή ενυδάτωση σε ασθενείς τελικού σταδίου»

Ελεύθερη μετάφραση – επιμέλεια
Ευνομία Βραχνού, μέλος της ΠΑΡΗ.ΣΥ.Α.

Εισαγωγή:

Ο σκοπός αυτού του κειμένου είναι να εξετάσει τα ηθικά ζητήματα που έχουν σχέση με την «τεχνητή ενυδάτωση» σε ασθενείς τελικού σταδίου. Κάτω από αυτό το πρίσμα θα ασχοληθούμε μόνο, και αποκλειστικά, με ασθενείς που το προσδόκιμο επιβίωσής τους είναι ώρες ή ημέρες.

Ο όρος «τεχνητή ενυδάτωση» χρησιμοποιείται για να περιγράψει την χορήγηση υγρών σε ασθενείς που δεν μπορούν να προσλάβουν υγρά. Η «τεχνητή ενυδάτωση» εφαρμόζεται μέσω των κάτωθι οδών: ενδοφλέβια, υποδόρια, ρινογαστρικά, μέσω γαστροστομίας, ή ειλεοστομίας.

Διάκριση πρέπει να γίνεται μεταξύ της χορήγησης υγρών μέσω των «τεχνικών» αυτών μέσων, και της χορήγησης υγρών με κουτάλι ή κύπελο, «από του στόματος» του ασθενούς.

Αρχές:

Ένας ενήλικας ασθενής έχει το δικαίωμα να αρνηθεί «τεχνητή ενυδάτωση» ή το δικαίωμα να ζητήσει την απόσυρση, ακόμη και ενώ, αυτή η απόφασή του είναι βλαπτική για τον ίδιο ή οδηγεί στον θάνατο.

Η Ιρλανδική Εταιρία Παρηγορικής Φροντίδας υιοθετεί το δικαίωμα του ενημερωμένου και νοήμονος ασθενούς να αρνηθεί ιατρική θεραπεία.

Ωστόσο, η κλινική και ηθική απόφαση είναι πιο δύσκολη όταν ο ασθενής δεν επικοινωνεί και ως εκ τούτου είναι αδύνατο να συμμετέχει στη λήψη αποφάσεων σχετικών με την διαδικασία φροντίδας. Εφόσον ο ασθενής έχει συγγράψει ένα προοπτικό πλάνο φροντίδας, το οποίο καλύπτει τέτοιες καταστάσεις, τότε το πλάνο αυτό πρέπει να ακολουθηθεί, σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες του Ιρλανδικού Ιατρικού Συμβουλίου. Οι λειτουργοί υγείας σε συνεννόηση με μέλη της οικογένειας ή άλλα σημαντικά για τον ασθενή άτομα έχουν το καθήκον να δρουν πάντοτε για το καλύτερο του ασθενούς.

Καλή κλινική φροντίδα δεν σημαίνει την χρήση θεραπειών που δυνατόν να είναι υπερβολικά επιβαρυντικές ή μάταιες. Οι γιατροί είναι ηθικά υποχρεωμένοι να είναι συγκρατημένοι στην εφαρμογή θεραπειών ή να αποσύρουν θεραπείες, που δεν είναι ωφέλιμες για τον ασθενή.

Κάτω από αυτό το πρίσμα είναι σημαντικό να θυμούνται ότι τα οφέλη και οι αρνητικές συνέπειες πρέπει να λαμβάνονται πάντα υπόψη.

Δεν είναι σωστό να αποσύρεις ή να μην εφαρμόζεις μια θεραπεία θεωρώντας ότι η ζωή των ανθρώπων δεν έχει πλέον νόημα ή όταν η θεραπεία είναι υπερβολικά απεχθής. Εάν παρθεί η απόφαση να σταματήσει η «τεχνητή ενυδάτωση», κριτήριο θα πρέπει να είναι όχι «η διακοπή της ζωής του ασθενούς, αλλά η διαπίστωση ότι αυτός ο τρόπος φροντίδας δεν εξυπηρετεί πλέον τον φυσιολογικό της στόχο» ή ότι «στην προσπάθεια να εξυπηρετηθεί ο στόχος, η φροντίδα αυτή καταλήγει να είναι ιδιαίτερα απεχθής».



Στο τελικό στάδιο αναγνωρίζεται ότι η κατάσταση του ασθενούς θα συνεχίσει σταδιακά να χειροτερεύει σαν άμεση και αναπόφευκτη συνέπεια της νόσου του. Αναγνωρίζεται επίσης ότι η αφυδάτωση μπορεί να αποτελέσει την αιτία θανάτου ενός σοβαρά ασθενούς. Έτσι, το βάρος μετατίθεται στον λειτουργό υγείας να εκτιμά συστηματικά τον βαθμό ενυδάτωσης και την έκταση της επίδρασής της στην περιορισμένη κατάσταση τους ασθενούς.

Είναι σημαντικό να αναγνωριστεί το στάδιο κατά το οποίο η λογική και κατάλληλη «τεχνητή ενυδάτωση» θα συμβάλλει στην αντιμετώπιση ή θα ανατρέψει την κλινική επιδείνωση του ασθενούς.

Το βασικό και κλινικό ερώτημα που πρέπει να απαντηθεί είναι κατά πόσο ο ασθενής πεθαίνει είτε σαν αποτέλεσμα της εξέλιξης της νόσου του είτε από την αφυδάτωση είτε από τον συνδυασμό των δύο.

Η σχέση μεταξύ του βαθμού ενυδάτωσης και της άνεσης του ασθενούς

Πολλοί ασθενείς της παρηγορικής φροντίδας έχουν περιορισμό λήψης από του στόματος, υγρών και τροφής, κατά τις τελευταίες μέρες της ζωής τους. Η εφαρμογή «τεχνητής ενυδάτωσης» στο τέλος της ζωής παραμένει αμφιλεγόμενη. Στο παρελθόν πολλοί συγγραφείς επεσήμαναν τα κλινικά και ηθικά επιχειρήματα υπέρ και κατά της «τεχνητής ενυδάτωσης» στο τέλος της ζωής.

Τα επιχειρήματα εναντίον της εφαρμογής «τεχνητής ενυδάτωσης» είναι: η μειωμένη διούρηση επιτρέπει την αφαίρεση ή μη τοποθέτηση ουροκαθετήρα, λιγότερα γαστρεντερικά υγρά και λιγότερη ναυτία και έμετο ο ασθενής έχει, λιγότερα προβλήματα από εκκρίσεις στον αεραγωγό, όπως βήχας και πιθανό πνευμονικό οίδημα και τέλος η παρεντερική χορήγηση είναι ενοχλητική για τον ασθενή.

Τα επιχειρήματα υπέρ της εφαρμογής «τεχνητής» ενυδάτωσης είναι: η αφυδάτωση είναι αποτέλεσμα νεφρικής ανεπάρκειας, η οποία μπορεί να οδηγήσει σε ενίσχυση της δράσης των οπιοειδών και σύγχυση, καταστολή και νευρομυϊκή διέγερση, επίσης δεν υπάρχει επιστημονική απόδειξη ότι τα υγρά παρατείνουν τη ζωή, ενώ η παρεντερική ενυδάτωση αποτελεί την ελάχιστη σταθερή φροντίδα.

Το 2006 μια ανασκόπηση της βιβλιοθήκης Cochrane μελέτησε την επίδραση της ιατρικά καθοδηγούμενης ενυδάτωσης στην ποιότητα και διάρκεια ζωής σε ασθενείς της παρηγορικής φροντίδας. Βρέθηκαν μόνο πέντε αξιόπιστες μελέτες, τρεις από τις οποίες έδειξαν ότι δεν υπήρχαν σημαντικές διαφορές στην έκβαση μεταξύ των δύο ομάδων. Μόνο σε μια μελέτη είχαμε βελτίωση στην καταστολή και την μυοκλονία μετά από ενυδάτωση, ενώ παράλληλα είχαμε σημαντικά περισσότερα συμπτώματα από την κατακράτηση υγρών.

Ως εκ τούτου, οι υπεύθυνοι για την ανασκόπηση καταλήγουν ότι οι μελέτες δεν είναι επαρκούς πιστότητας ώστε να συνταχθούν κατευθυντήριες οδηγίες σχετικές με την εφαρμογή «τεχνητής ενυδάτωσης» σε ασθενείς της παρηγορικής φροντίδας.

Η πιο πρόσφατη συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας για την «τεχνητή» σίτιση και ενυδάτωση των Raij-makres & συν σε καρκινοπαθείς ασθενείς κυκλοφόρησε το 2011. Στην ανασκόπηση αναφέρονται 15 κείμενα, εκ των οποίων τα 14 αφορούν αποκλειστικά στην εφαρμογή «τεχνητής ενυδάτωσης». Η διαπίστωση είναι ότι παρόλο που σε διάφορες δομές εφαρμόζεται συχνά η «τεχνητή ενυδάτωση» δεν υπάρχει απόδειξη βελτίωσης των συμπτωμάτων και της άνεσης του ασθενούς (6).

Λόγω απουσίας συνεπούς και πειστικής επιστημονικής πληροφορίας, η χρήση «τεχνητής» ενυδάτωσης σε ασθενείς τελικού σταδίου διέπεται μάλλον από την ήδη εφαρμοσμένη πρακτική και παράδοση, τον τόπο φροντίδας και των προκαταλήψεων του κλινικού, παρά από κάποια συστηματική αντικειμενική εκτίμηση.

Η ορθή κλινική πρακτική απαιτεί όλοι οι λειτουργοί υγείας να παρακολουθούν και να εκτιμούν συστηματικά τα οφέλη και τις πιθανές βλάβες από κάθε θεραπεία και επομένως και από την ενυδάτωση.

Διαδικασία λήψης απόφασης

Η παρηγορική φροντίδα στοχεύει στην καλή ποιότητα ζωής κάθε συγκεκριμένου ασθενούς, συμπεριλαμβανομένης και της οικογένειάς του.

Πολιτικές του τύπου, «ποτέ ή πάντα εφαρμογή της τεχνητής ενυδάτωσης» είναι ηθικά αδικαιολόγητες. Όλες οι αποφάσεις που αφορούν στην φροντίδα του ασθενούς πρέπει να λαμβάνονται στη βάση της εκτίμησης συνόλου καταστάσεων, που αφορούν στον συγκεκριμένο ασθενή.

Συστηματική και σαφής επικοινωνία με την οικογένεια είναι απαραίτητη για την εκτίμηση της παροχής φροντίδας στο τέλος της ζωής, ιδιαίτερα η συζήτηση σχετικά με την εκτίμηση της πιθανής ωφέλειας ή βλάβης, μετά από κάποια παρέμβαση. Εάν ο ασθενής δεν επικοινωνεί και δεν είναι σε θέση να εκφράσει την επιθυμία του, η κλινική απόφαση θα παρθεί εφόσον προηγηθεί επικοινωνία με άλλα μέλη της πολυδύναμης ομάδας, της οικογένειας του ασθενούς ή και άλλων σημαντικών γι' αυτόν προσώπων. Σε κάθε περίπτωση είναι σημαντικό να καταλήξουν σε μια συναίνεση που να εξασφαλίζει το καλύτερο για τον ασθενή και αυτό να είναι αποδεκτό από όλους τους ενδιαφερόμενους.

Είναι κατανοητό ότι τα μέλη της οικογένειας, όταν ο δικός τους άνθρωπος πεθαίνει, να επιθυμούν ή να μην επιθυμούν την εφαρμογή «τεχνητής ενυδάτωσης». Οι απόψεις τους πρέπει να λαμβάνονται σοβαρά υπόψη και πρέπει να δίδεται η δυνατότητα στους συγγενείς να εκφράσουν τις απόψεις τους και να λάβουν τις απαραίτητες εξηγήσεις και διαβεβαιώσεις. Σε κάποιες περιπτώσεις που τα πιθανά οφέλη είναι ανάλογα με την πιθανή βλάβη, θα ήταν σκόπιμη μια βραχείας διάρκειας εφαρμογή «τεχνητής ενυδάτωσης».

Ωστόσο οι λειτουργοί υγείας δεν θα πρέπει να υποτιμούν την σωστή πρακτική έναντι του ασθενούς, προκειμένου να ικανοποιήσουν την επιθυμία των συγγενών του.

Όλοι οι λειτουργοί υγείας πρέπει να συμφωνήσουν χωρίς προκαταλήψεις στην εκτίμηση της σημασίας της «τεχνητής ενυδάτωσης» κάθε συγκεκριμένου ασθενούς στο τέλος της ζωής του.

Σε δύσκολες κλινικές καταστάσεις θα ήταν ίσως επωφελής η δυνατότητα του κλινικού να συμβουλευέται και να συζητά τις αποφάσεις του με μια τοπική Επιτροπή Ηθικής, αρμόδιας για κλινικά ζητήματα ή με άλλες ομάδες λειτουργών υγείας, που να διαθέτουν ειδική εκπαίδευση, εμπειρία κι εξειδίκευση στην αντιμετώπιση ασθενών τελικού σταδίου.

Κλικ στην ΠΑΡΗ.ΣΥ.Α.

Algos 2017

Σύεδροι από κάθε γωνιά της Γης, εξαιρετικές ομιλίες, ανακοινώσεις, workshops, βραβεία, συμπεράσματα από το πρώτο αρχείο πόνου στην Ελλάδα, αλλά και κέφι, γλέντι, χαρά κι ένα υπέροχο πάρτι για τα 20 χρόνια της ΠΑΡΗ.ΣΥ.Α.



Συνέδρια / Εκδηλώσεις 2017

Να μην ξεχάσω:

Σεμινάριο για
επαγγελματίες
υγείας από την
ΠΑΡΗ.ΣΥ.Α

The **22nd Annual Gabor Racz Advanced Interventional Budapest Pain Conference** and Workshop
August 28–30, 2017 • Budapest, Hungary The **35th FIPP Exam** August 31, 2017 • Budapest, Hungary



10th Congress of the
**EUROPEAN
PAIN FEDERATION EFIC®**
September 6-9, 2017 | Copenhagen, Denmark
PAIN IN EUROPE X
Bringing Pain Relief to All Patients



36th Annual
ESRA
Congress 2017

Lugano, Switzerland
13-16 September 2017



18^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Περιφερειακής Αναισθησίας,
Θεραπείας Πόνου και Παρηγορικής Αγωγής