



Παρηγορητική Φροντίδα



ΠΕΡΙΟΔΙΚΗ ΕΚΔΟΣΗ ΤΗΣ
ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΠΑΡΗΓΟΡΗΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΩΝ ΚΑΙ ΜΗ ΑΣΘΕΝΩΝ

Μήνυμα Συντακτικής Επιτροπής

Αγαπητοί συνάδελφοι, αγαπητοί φίλοι,

Συνεπείς στους στόχους που θέσαμε ήδη από την έκδοση του 1ου τεύχους του εντύπου μας, συνεχίζουμε να προβάλλουμε τις αρχές, τους σκοπούς και την σημασία της Παρηγορητικής φροντίδας, να προτείνουμε τρόπους αντιμετώπισης ασθενών με νόσο τελικού σταδίου και να στηρίζουμε πρωτοβουλίες που στοχεύουν στη διαμόρφωση και στη διάδοση μιας κουλτούρας φροντίδας, επικεντρωμένης στις ανάγκες και στα δικαιώματα των ασθενών της Παρηγορητικής φροντίδας, και κυρίως στο δικαίωμα αυτοπροσδιορισμού τους.

Τέτοιες πρωτοβουλίες βοηθούν να αλλάξει η πατερναλιστική συμπεριφορά εκ μέρους των φορέων υγείας, συμπεριφορά που στρέφεται προς την αρρώστια μάλλον παρά προς τον άρρωστο, με συνέπεια ο ασθενής που χρειάζεται παρηγορητική φροντίδα ή να υποβάλλεται σε ανώφελες και βαρυστιτικές θεραπείες με σκοπό την παράταση ζωής με οποιοδήποτε κόστος ή να βρίσκεται εγκαταλεειμένος με άλυτες τις σωματικές, συναισθηματικές και ψυχολογικές του ανάγκες.

Μια τέτοια αξιόλογη πρωτοβουλία έχει ξεκινήσει την τελευταία δεκαετία από τους Αναισθησιολόγους του Γ.Ν. Ξάνθης.

Στην 4η επιστημονική συνάντηση που οργάνωσαν το ιατρείο χρόνιου πόνου του Γ.Ν. Ξάνθης και η ΠΑΡΗ.ΣΥ.Α., υπό την αιγίδα της Ελληνικής Εταιρείας Αλγολογίας και του Ιατρικού Συλλόγου Ξάνθης, διαπιστώθηκαν τα σημαντικά αποτελέσματα στην παρηγορητική φροντίδα των ασθενών της περιοχής.

Τα θέματα της ημερίδας στο σύνολο τους υπήρξαν άκρως ενδιαφέροντα. Η ΠΑΡΗ.ΣΥ.Α που υποστηρίζει τέτοιες πρωτοβουλίες, φιλοξενεί στις σελίδες του 7ου τεύχους της ένα μέρος της εξαιρετικής δουλειάς των Αλγολόγων του Γ.Ν. Ξάνθης και τιμά την συνεργασίας τους με τις κοινωνικές υπηρεσίες των Δήμων του Νομού.

Με τις θερμότερες ευχές για καλό καλοκαίρι
Για την Συντακτική Επιτροπή

Ασπασία Οικονόμου
Υπεύθυνη Έκδοσης

Η ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΠΑΡΗΓΟΡΗΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΩΝ ΚΑΙ ΜΗ ΑΣΘΕΝΩΝ (ΠΑΡΗ.ΣΥ.Α)

ΤΟ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΗΜΑ & ΤΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΠΟΝΟΥ ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΞΑΝΘΗΣ

Γ.Ν.Ε.

**Οργανώνουν την
4^η Επιστημονική Συνάντηση**

**Πόνος
Οξύς και Χρόνιος
Σύγχρονες Απόψεις**

Σάββατο 22 Μαρτίου 2008
Ώρα 08.45
Αμφιθέατρο Γενικού Νοσοκομείου Ξάνθης

Υπό την Αιγίδα της
Ελληνικής Εταιρείας Αλγολογίας
& του Ιατρικού Συλλόγου Ξάνθης

Λίγα λόγια για τη δουλειά μας στο Ιατρείο Πόνου του Γ.Ν. Ξάνθης

Το Ιατρείο Πόνου στο Νοσοκομείο Ξάνθης λειτουργεί από το 1996, υποστηρίζεται από τους Ανασθησιολόγους και τους Νοσηλευτές του Ανασθησιολογικού Τμήματος του Νοσοκομείου και εξυπηρετεί τους κατοίκους του Νομού Ξάνθης.

Στο Ι.Π αντιμετωπίζονται ασθενείς με χρόνια επώδυνα σύνδρομα καθώς και ασθενείς με καρκίνο, με όλες τις δόκιμες μεθόδους ελέγχου του πόνου και των λοιπών συμπτωμάτων (φαρμακευτική αγωγή και παρεμβατικές τεχνικές, όπως περιφερικοί σωματικοί και συμπαθητικοί αποκλεισμοί, υποδόρια χορήγηση φαρμάκων με ή χωρίς PCA, επισκληρίδιος αναλγησία, συνεχής ή κατ' επίκληση κ.ά.).

Τα τελευταία χρόνια οργανώθηκε η φροντίδα στο σπίτι για ασθενείς με νόσο τελικού σταδίου. Η σημαντική αυτή πρωτοβουλία στηρίζεται στην εξαιρετική συνεργασία με τις υπηρεσίες των Δήμων του Νομού, «Κοινωνική Μέριμνα» και «Βοήθεια στο Σπίτι». Οι υπηρεσίες αυτές είναι στελεχωμένες με κοινωνικό λειτουργό, ψυχολό-

γο, νοσηλεύτη και οικιακή βοηθό.

Οι κατά τόπους υπηρεσίες της «Κοινωνικής Μέριμνας» και η «Βοήθεια στο Σπίτι», ενημερώνονται από την ομάδα του Ιατρείου Πόνου του Νοσοκομείου για την ανάγκη φροντίδας συγκεκριμένου ασθενούς.

Ο κοινωνικός λειτουργός, που είναι ο συντονιστής της ομάδας εργασίας,

- Επισκέπτεται τον ασθενή στο σπίτι του
- Εκτιμά τις συνθήκες διαβίωσης
- Φροντίζει για την αντιμετώπιση άμεσων κοινωνικών ή σοβαρών οικονομικών προβλημάτων
- Διευκολύνει και ανοίγει το δρόμο για δράση της υπόλοιπης ομάδας.

Ο ψυχολόγος

- Στηρίζει τον ασθενή και το περιβάλλον του
- Ενθαρρύνει τη συνεργασία
- Προετοιμάζει τον ασθενή να ενταχθεί στο θεραπευτικό πρόγραμμα.

Ο νοσηλεύτης ειδικευμένος στην Π.Φ.

- Επισκέπτεται καθημερινά τον ασθενή κατά τις εργάσιμες ημέρες και προσφέρει τις υπηρεσίες του υπό τις οδηγίες του επεύθυνου γιατρού του Ι.Π.
- Φροντίζει για την υγιεινή, τη διατροφή, την περιποίηση τραυμάτων ή καθετήρων.
- Εκπαιδεύει τους συγγενείς στη φροντίδα του πάσχοντα
- Μεριμνά για την έγκαιρη προμήθεια του απαιτούμενου φαρμακευτικού και νοσηλευτικού υλικού
- Εκτιμά την αποτελεσματικότητα της αναλγησίας και ενημερώνει το κέντρο
- Αποτελεί τον συνδετικό κρίκο μεταξύ της επιστημονικής ομάδας και της μονάδας φροντίδας (ασθενής – οικογένεια).

Το νοσηλευτικό προσωπικό του αναισθησιολογικού τμήματος είναι υπεύθυνο για την προετοιμασία των διαλυμάτων, τη ρύθμιση και ασφαλή λειτουργία των αντλιών, καθώς και την εκπαίδευση του νοσηλευτή που δραστηριοποιείται στην κατ'οίκον φροντίδα.

Η ομάδα του Ι.Π. είναι διαθέσιμη τηλεφωνικά 24 ώρες το 24ωρο. Η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της δουλειάς μας, η αναγνώριση της αναγκαιότητας παροχής Π.Φ. στους πάσχοντες συμπολίτες μας, οδήγησαν στον προγραμματισμό ίδρυσης και λειτουργίας Ξενώνα Παρηγορητικής Φροντίδας στον Νομό μας τον επόμενο χρόνο.

Τέλος, στα πλαίσια της συνεχούς εκπαίδευσης και ενημέρωσης, το Ι.Π. Ξάνθης οργανώνει ανά διετία, κάθε Μάρτιο, σε συνεργασία με την ΠΑΡΗ.ΣΥ.Α., Επιστημονική Ημερίδα, με θέματα που αφορούν στον χρόνιο πόνο και την παρηγορητική φροντίδα.

Με φιλικούς χαιρετισμούς

Κ. Παπαϊωάννου - Ε. Αντωνοπούλου - Αικ. Ταταράκη

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΠΑΡΗΓΟΡΗΤΙΚΗΣ – ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΩΝ ΚΑΙ ΜΗ ΑΣΘΕΝΩΝ (ΠΑΡΗ.ΣΥ.Α.)

ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΕΑΡΣ
ΜΕΛΟΣ ΕΣΕΡΤ

Ξεφίου 7, Αθήνα 11471

Τηλ. 210-6457878

Fax 210-6421710

www.grpalliative.org

email:info@grpalliative.org

Δ.Σ. ΠΑΡΗ.ΣΥ.Α

Πρόεδρος: Αθηνά Βαδαλούκα

Αντιπρόεδρος: Ιωάννα Σιαφάκα

Γραμματέας: Διονύσιος Δίππας

Ταμίας: Φωτεινή Κωνσταντάκη

Αν. Ταμίας: Μαρία Κοκολάκη

Μέλη: Ευνομία Αλεξοπούλου Βραχνού
Εριφύλλη Αργύρα
Χρυσούλα Καραναστάση
Καλλιόπη Παναγιωτάκη

Επίτ. Πρόεδρος: Βασιλική Χειμωνίτση-Κυπρίου

ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Υπεύθυνος Έκδοσης: Ασπασία Οικονόμου

Μέλη: Ευνομία Αλεξοπούλου Βραχνού
Διονύσιος Δίππας
Χρυσούλα Καραναστάση
Μαρία Κοκολάκη
Ελένη Μόκα
Καλλιόπη Παπαϊωάννου



Η παρηγορητική φροντίδα σε ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια έχει αποκτήσει έντονο ενδιαφέρον την τελευταία δεκαετία.¹ Αντίθετα, το πρόβλημα των καρκινοπαθών που υποβάλλονται σε θεραπείες με δυνητικά τοξική επίδραση στους νεφρούς δεν έχει προσελκύσει την προσοχή της διεθνούς βιβλιογραφίας.

Η νεφρική ανεπάρκεια σε καρκινοπαθείς είναι πιθανό να συμβεί, συχνά ωστόσο παραμένει αδιάγνωστη. Γαλλική μελέτη σε 1435 ασθενείς, από πέντε αντικαρκινικά κέντρα, έδειξε ότι 18% των ασθενών είχαν χαμηλή νεφρική λειτουργία. Η νεφρική λειτουργία καθορίζεται από τον υπολογισμό της πειραματικής διήθησης (eGFR). Όταν η GFR είναι κάτω από το όριο των 60ml/min/1.73 m², υπάρχουν σημαντικές κλινικές επιπτώσεις². Η νεφρική δυσλειτουργία ασθενών των μονάδων παρηγορητικής φροντίδας, χωρίς να είναι απολύτως γνωστή, δεν πρέπει να υποτιμάται, καθώς μπορεί να αυξήσει τις παρενέργειες των κοινών φαρμάκων, να μειώσει το προσδόκιμο επιβίωσης και να επιβαρύνει τον ασθενή με συμπτώματα που σχετίζονται με τη νεφρική ανεπάρκεια.

Ορισμός, διάγνωση και συμπτώματα νεφρικής ανεπάρκειας

Οι πρόσφατες διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες, ταξινομούν τη χρόνια νεφρική νόσο σε πέντε στάδια που βασίζονται στη πειραματική διήθηση (GFR), η οποία αποτελεί το καλύτερο κριτήριο αξιολόγησης της νεφρικής λειτουργίας και των σημείων νεφρικής βλάβης.³ Στον Πίνακα 1 τα στάδια 1-2 αφορούν ασθενείς με φυσιολογική ή ελαφρώς ελαττωμένη πειραματική διήθηση (GFR) και πρωτεϊνουρία (ή άλλα σημεία νεφρικής βλάβης στη μικροσκοπική εξέταση των ούρων, στη βιοψία ή στις απεικονιστικές μεθόδους). Τα στάδια 3-5 αφορούν ασθενείς με πειραματική διήθηση <60ml/min/1.73 m². Η τιμή αυτή είναι λιγότερη από το ήμισυ της φυσιολογικής νεφρικής λειτουργίας σε νεαρούς ενήλικες και είναι το όριο που οι ασθενείς αρχίζουν να εμφανίζουν μεταβολικές διαταραχές και αυξημένο καρδιοαγγειακό κίνδυνο. Ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια σταδίου 5 έχουν GFR <15ml/min/1.73 m² και οι περισσότεροι εξ αυτών θα χρειαστούν αιμοκάθαρση ή μεταμόσχευση νεφρού για να επιβιώσουν.

Η πειραματική διήθηση μπορεί επακριβώς να μετρηθεί ως η κάθαρση ραδιενεργών στοιχείων (π.χ. 51Cr-EDTA) ή ακτινοσκοπιών παραγόντων (π.χ. iohexol) από το πλάσμα. Η μέθοδος είναι μάλλον δύσχρηστη και ακριβή. Για αυτό στις περισσότερες περιπτώσεις συστήνεται η πειραματική διήθηση να υπολογίζεται με μεθόδους που στηρίζονται στην κρεατινίνη ορού, την ηλικία και το φύλο. Συνήθεστερες εξ αυτών είναι οι MDRD (Modification of Diet in Renal Disease) και η Cockcroft-Gault.⁴⁻⁶ Γενικώς, η κάθαρση της κρεατινίνης, που βασίζεται στην 24ωρη συλλογή ούρων δεν συνιστάται πλέον, επειδή είναι λιγότερο ακριβής. Αλλά και οι σύγχρονες εξισώσεις για τον υπολογισμό της πειραματικής διήθησης δεν δίνουν ακριβή αποτελέσματα σε καρκινοπαθείς, λόγω της ελαττωμένης μυϊκής μάζας. Επομένως, η κάθαρση της κρεατινίνης και ακόμη η μέτρηση της πειραματικής διήθησης με εξωγενή στοιχεία είναι απαραίτητα σε ειδικές περιπτώσεις.

Πολλά από τα συμπτώματα της νεφρικής ανεπάρκειας είναι δύσκολο να διαφοροδιαγνωστούν από τον καρκίνο. Τα συμπτώματα από την νεφρική ανεπάρκεια συνήθως δεν εμφανίζονται, έως ότου η νεφρική λειτουργία ελαττωθεί στο στάδιο 4 και 5 (GFR <60ml/min/1.73 m²). Τα πιο συνήθη συμπτώματα της νεφρικής ανεπάρκειας είναι κόπωση, ανορεξία, απώλεια βάρους, κνησμός και σύνδρομο «ανήσυχων ποδιών». Μερικά από αυτά τα συμπτώμα-

τα σχετίζονται με την νεφρική αναιμία και μπορούν αποτελεσματικά να θεραπευθούν με ερυθροποιητίνη. Όταν το σύστημα των νεφρικών σωληναρίων επηρεάζεται, τα κυρίαρχα συμπτώματα είναι πολυουρία, αίσθημα δίψας και αφυδάτωση. Η οξεία νεφρική ανεπάρκεια πολύ συχνά εμφανίζεται με οίδημα, ολιγουρία, υπερκαλιαιμία και μεταβολική οξέωση.

Πίνακας 1. Διεθνής ταξινόμηση της χρόνιας νεφρικής νόσου

	Σταδιοποίηση	Συμπτώματα
XNA στάδιο 1	Φυσιολογική νεφρική λειτουργία (GFR* >90) + πρωτεϊνουρία	Κανένα
XNA στάδιο 2	Ελαφρώς μειωμένη GFR (60-89) + πρωτεϊνουρία	Κανένα
XNA στάδιο 3	Αρκετά μειωμένη GFR (30-59)	Κόπωση λόγω αναιμίας, μυϊκές κράμπες
XNA στάδιο 4	Σημαντικά μειωμένη GFR (15-29)	Επιπλέον ναυτία, οίδημα, μειωμένη όρεξη, διαταραχές ύπνου/συγκέντρωσης, νευροπάθεια
XNA στάδιο 5	Νεφρική (GFR <15)	Επιπλέον κεφαλαλγία, κνησμός, εγκεφαλοπάθεια, θάνατος

*GFR=βαθμός πειραματικής διήθησης

Συνήθεις αιτίες νεφρικής ανεπάρκειας σε ασθενείς παρηγορητικής φροντίδας

Αντικαρκινική αγωγή

Αρκετά αντικαρκινικά φάρμακα (Carmustine, Cisplatin, Carboplatin, Methotrexate) ενοχοποιούνται για δόσοεξαρτώμενη νεφροτοξικότητα.⁷ Η αντικαρκινική θεραπεία κατά κανόνα, επηρεάζει τη νεφρική λειτουργία με τρεις τρόπους: 1) με άμεση τοξική δράση στους νεφρούς, 2) έμμεσα ως αποτέλεσμα παρενεργειών, όπως έμετος και διάρροια που οδηγούν σε υποογκαιμία, 3) με λοίμωξη ή σηψαιμία λόγω της λευκοπενίας που μπορεί να προκαλέσει.

Η μετά χημειοθεραπεία νεφρική βλάβη οφείλεται σε δομική καταστροφή των νεφρικών σωληναρίων και του πειραματικού συστήμα-





Αποψη ιατρείου πόνου Γ.Ν. Ξάνθης

τος, καταστροφή που μπορεί να οδηγήσει σε ηλεκτρολυτικές διαταραχές και οξέωση, με ελάτωση της GFR.

Ο κίνδυνος μόνιμης νεφρικής δυσλειτουργίας μετά απο αντικαρκινική θεραπεία είναι αυξημένος όταν συνυπάρχουν νοσήματα όπως υπέρταση, καρδιακή ανεπάρκεια και σακχαρώδης διαβήτης. Αλλά και η ελάτωση της νεφρικής αιμάτωσης είτε λόγω υποογκαιμίας είτε λόγω καρδιογενούς ή σπηκτικής καταπληξίας, μπορεί να οδηγήσουν σε νεφρική ανεπάρκεια.

Η αποφυγή νεφρικής βλάβης σε ασθενείς που υποβάλλονται σε αντικαρκινική θεραπεία μπορεί ως ένα βαθμό να αποφευχθεί με την προσαρμογή της δοσολογίας των φαρμάκων και επαρκή ενυδάτωση.

Η προσαρμογή της δοσολογίας των φαρμάκων μπορεί να γίνει: α) με ελάτωση της δόσης και διατήρηση των διαστημάτων μεταξύ των δόσεων, β) με αύξηση των μεσοδιαστημάτων και διατήρηση της δόσης και γ) με ελάτωση της δόσης και αύξηση των μεσοδιαστημάτων.

Εναλλακτική ιατρική

Η συμπληρωματική ή η εναλλακτική ιατρική εφαρμόζονται σε διαρκώς αυξανόμενο αριθμό ασθενών στα πλαίσια της προληπτικής ή παρηγορητικής φροντίδας. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, πάνω από το 50% του πληθυσμού της Ευρώπης, της Βόρειας Αμερικής και άλλων βιομηχανοποιημένων περιοχών έχουν χρησιμοποιήσει την εναλλακτική ιατρική τουλάχιστον μία φορά, ενώ το 20% τη χρησιμοποιούν συστηματικά.⁸ Πολύ συχνά, οι γιατροί δεν γνωρίζουν ότι οι ασθενείς τους χρησιμοποιούν φάρμακα της εναλλακτικής ιατρικής. Γεγονός πάντως είναι πως η χρήση αυτή μπορεί να αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη οξείας ή χρόνιας νεφρικής βλάβης, ενώ υπάρχει επίσης υψηλός κίνδυνος φαρμακευτικών αλληλεπιδράσεων.⁹

Η οξεία νεφρική ανεπάρκεια ως αποτέλεσμα της χρήσης φαρμάκων της εναλλακτικής ιατρικής μπορεί να οφείλεται σε άμεση τοξικότητα της χορηγούμενης ουσίας ή σε τοξικότητα ουσιών που επιμολύνουν ή νοθεύουν τα σκευάσματα της εναλλακτικής ιατρικής. Έχουν αναφερθεί περιπτώσεις κατά τις οποίες το περιγραφόμενο βότανο είχε αντικατασταθεί από κάποιο τοξικό φυτό.

Το Κινέζικο βότανο *Stephania tetrandra* που χρησιμοποιείται στην εναλλακτική ιατρική, βρέθηκε ότι είχε αντικατασταθεί με φυτά που περιείχαν σπόρους *aristolochia*, τα οποία είναι υψηλής τοξικότητας για τους νεφρούς και μπορούν να προκαλέσουν μόνιμη νεφρική βλάβη (γνωστή ως κινέζικη φυτική νεφροπάθεια).¹⁰

Το φυτό *St John's wort* (*Hypericum perforatum*), είναι γνωστό ότι προκαλεί αλληλεπιδράσεις με την κυκλοσπορίνη, ένα ανοσοκατασταλτικό το οποίο χορηγείται στους περισσότερους ασθενείς μετά από μεταμόσχευση οργάνων. Το *St John's wort* αναφέρεται ότι μειώνει τα επίπεδα της κυκλοσπορίνης κατά 50-70%, γεγονός που μπορεί να προκαλέσει σοβαρές επιπλοκές στους μεταμοσχευμένους ασθενείς.¹¹

Στην Αφρική, η χρήση παραδοσιακών φυτικών σκευασμάτων έχει ενοχοποιηθεί για συμμετοχή στο 35% των περιπτώσεων οξείας νεφρικής ανεπάρκειας.¹² Συχνά το αίτιο δεν έχει αναγνωριστεί και δε γνωρίζου-

με πολλά για το μηχανισμό της παθογένειας. Κάποια από αυτά τα φυτικά σκευάσματα έχουν εισέλθει πρόσφατα στο Δυτικό κόσμο. Νεφρική βλάβη από συστατικά που επιμολύνουν ή νοθεύουν τα βασικά σκευάσματα είναι επαρκώς καταγεγραμμένα. Έχουν βρεθεί υψηλά επίπεδα καδμίου και μολύβδου τα οποία προκαλούν σοβαρή τοξικότητα σε πολλά όργανα, συμπεριλαμβανομένων των νεφρών. Ορισμένα Κινέζικα φυτικά σκευάσματα έχουν αναλυθεί και βρέθηκε ότι περιέχουν στεροειδή, μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα και ηρεμιστικά.⁹

Η βιβλιογραφία της εναλλακτικής ιατρικής έχει εστιάσει στην οξεία νεφρική ανεπάρκεια. Ωστόσο, στις αναπτυσσόμενες κυρίως χώρες, η νεφρική λειτουργία δεν αξιολογείται πλήρως και πολλοί ασθενείς εξέρχονται από το νοσοκομείο με νεφρική βλάβη¹³

Δεν υπάρχουν αρκετές συστηματικές μελέτες για την ασφάλεια της εναλλακτικής ιατρικής και τα περισσότερα στοιχεία έχουν καταγραφεί ως παρουσίαση ενός ή μικρού αριθμού περιστατικών. Κάθε ασθενής που θα αποφασίσει να ακολουθήσει τις θεραπευτικές προσεγγίσεις της εναλλακτικής ιατρικής πρέπει να ενημερώνεται για τις πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες, να παρακολουθείται συστηματικά και να γνωρίζει ποια φυτικά σκευάσματα πρέπει να αποφεύγει.

Αποφρακτική νεφροπάθεια

Σε ασθενείς με προϊούσα μορφή καρκίνου στην περιοχή της πυέλου όπως προστάτη, ουροδόχο κύστεως και μήτρας, μπορεί να συμβεί απόφραξη ουρητήρα. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε νεφρική ανεπάρκεια, υδρονέφρωση με οσφυϊκό άλγος ή ουρολοιμώξη. Στους ασθενείς της παρηγορητικής φροντίδας με αμφοτερόπλευρη απόφραξη εφαρμόζεται συνήθως μονόπλευρη νεφροστομία που προσφέρει σημαντική βελτίωση της νεφρικής λειτουργίας.¹⁴⁻¹⁵ Σε κάποια νοσοκομεία η νεφροστομία μετά απο σύντομο διάστημα αντικαθίσταται με stent. Αυτό απαλλάσσει μεν τον ασθενή απο τον καθετήρα, αλλά συχνά μπορεί να συμβεί απόφραξη και απαιτείται συχνή αντικατάσταση του stent.

Έχει διαπιστωθεί ότι η νεφροστομία στους ασθενείς της παρηγορητικής φροντίδας ανακουφίζει από τον πόνο και τα συμπτώματα της ουραιμίας, εφαρμόζεται εύκολα και έχει λίγες σοβαρές επιπλοκές. Είναι επομένως σημαντικό να τονιστεί ότι όλοι οι γιατροί που ασχολούνται με την παρηγορητική φροντίδα θα πρέπει να γνωρίζουν αυτή τη θεραπευτική προσέγγιση.

Μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα

Τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη (ΜΣΑΦ) φάρμακα, συμπεριλαμβανομένων των αναστολέων της κυκλο-οξυγενάσης-2 (COX-2) χρησιμοποιούνται συχνά στην αντιμετώπιση του πόνου των ασθενών στα πλαίσια της παρηγορητικής φροντίδας. Τα ΜΣΑΦ μπορούν να προκαλέσουν δύο μορφές οξείας νεφρικής βλάβης: οξεία νεφρική ανεπάρκεια (ONA) που οφείλεται σε αιμοδυναμικές διαταραχές και οξεία διάμεση νεφρίτιδα. Η ONA είναι η συχνότερη και συνδέεται με την σύνθεση των προσταγλανδινών.

Τα ΜΣΑΦ αναστέλλουν την σύνθεση των προσταγλανδινών, οι οποίες είναι αγγειοδιασταλτικές ουσίες, με αποτέλεσμα την ελάττωση της νεφρικής αιματικής ροής. Ο κίνδυνος οξείας έκπτωσης της σπειραματικής διήθησης και ανάπτυξης οξείας νεφρικής βλάβης είναι μεγαλύτερος σε ασθενείς που έχουν και άλλους παράγοντες οι οποίοι μειώνουν τη νεφρική αιματική ροή όπως υποογκαιμία, καρδιακή ανεπάρκεια και εγγενή νεφρική νόσο ή ασθενείς που χρησιμοποιούν αναστολείς της αγγιαιοτενσίνης-II. Στους ασθενείς αυτούς, τα ΜΣΑΦ και οι αναστολείς της COX-2 θα πρέπει να χρησιμοποιούνται με αυξημένη προσοχή.¹⁶⁻¹⁷

Άλλα κλινικά προβλήματα που σχετίζονται με τους νεφρούς

Δοσολογία των οπιωδών

Σε πολλούς ασθενείς της παρηγορητικής φροντίδας απαιτείται αναλ-



Η ομάδα εργασίας, στο Γ.Ν. Ξάνθης

γισία με οπιοειδή προκειμένου να εξασφαλιστεί ικανοποιητική ανακούφιση από τον πόνο. Όταν συνυπάρχει νεφρική ανεπάρκεια η χορήγηση μορφίνης μπορεί να προκαλέσει επιπλοκές λόγω συσσώρευσης των ενεργών μεταβολιτών M-3-G και M-6-G στο πλάσμα και στο ENY. Υπάρχει γραμμική συνάρτηση μεταξύ πειραματικής δόσης και νεφρικής κάθαρσης μεταξύ των δύο μεταβολιτών. Η συγκέντρωση M-6-G 24 ώρες μετά τη χορήγηση μορφίνης είναι 15 φορές υψηλότερη σε ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια. Επομένως η δόση μορφίνης ή υδρομορφόνης στους εν λόγω ασθενείς θα πρέπει να μειώνεται έως και 50% ενώ τα μεσοδιαστήματα μεταξύ των δόσεων να αυξάνονται ανάλογα με το κλινικό αποτέλεσμα. Η κάθαρση των μεταβολιτών της πεθιδίνης εξαρτάται επίσης από τη πειραματική δόση. Απαιτείται ως εκ τούτου αναπροσαρμογή των δόσεων του φαρμάκου σε ασθενείς της παρηγορητικής φροντίδας με νεφρική δυσλειτουργία. Για τη φεντανύλη, μεθαδόνη και οξικωδόνη, δεν απαιτείται αναπροσαρμογή των δόσεων.¹⁹

Διφωσφονικά

Η χρήση των διφωσφονικών στην ογκολογία συμπεριλαμβανομένης της παρηγορητικής φροντίδας, καθημερινά αυξάνεται. Οι ενδείξεις χορήγησης διφωσφονικών περιλαμβάνουν, από τη συμπτωματική υπερασβεστιαμία και τον οστικό πόνο μέχρι την πρόληψη της σκελετικής νοσηρότητας σε μεταστατικό καρκίνο του μαστού και πολλαπλούν μυέλωμα. Σημαντική υποασβεστιαμία έχει αναφερθεί ως επιπλοκή της χορήγησης διφωσφονικών. Η υποασβεστιαμία δεν είναι βλαπτική για τον νεφρό, προκαλεί όμως άλλα σοβαρά συμπτώματα όπως, μυϊκούς σπασμούς, κατάθλιψη και ψύχωση, καθώς και γενικευμένους σπασμούς, ενώ μπορεί να οδηγήσει σε αναπνευστική ανακοπή. Οι παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη υποασβεστιαμίας περιλαμβάνουν την ανεπάρκεια βιταμίνης D, την προϋπάρχουσα νεφρική βλάβη και τον υποκλινικό υποπαραθυρεοειδισμό. Η έλλειψη βιταμίνης D στους ασθενείς της παρηγορητικής φροντίδας οφείλεται πιθανόν σε συνδυασμό μειωμένης πρόσληψης από το στόμα, ανεπαρκούς έκθεσης στον ήλιο και επηρεασμένης νεφρικής λειτουργίας. Στους περισσότερους ασθενείς της παρηγορητικής φροντίδας θα πρέπει να εξετάζονται, τα επίπεδα της βιταμίνης D (25-hydroxy vitamin D test), η πρόσληψη ασβεστίου, η νεφρική λειτουργία (eGFR), ο φωσφόρος, το μαγνήσιο και οι αλβουμίνες, πριν την έναρξη της θεραπείας με διφωσφονικά.²⁰⁻²²

Ενδείκνυται η αιμοκάθαρση στους ασθενείς της παρηγορητικής φροντίδας;

Σε ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση πριν τη διάγνωση καρκίνου τελικού σταδίου ή που ξεκινούν αιμοκάθαρση μετά από μια τέτοια διάγνωση, μπορεί να αποφασιστεί η διακοπή της αιμοκάθαρσης.

Η αιμοκάθαρση δεν αποτελεί μέτρο παρηγορητικής φροντίδας, αλλά μέτρο παράτασης της ζωής ή μέτρο παράτασης της διαδικασίας του θανάτου και είναι δυνατόν να αποβεί ιδιαίτερα επιβαρυντική. Η τελική απόφαση για αιμοκάθαρση θα πρέπει να ληφθεί μετά από ενημέ-

ρωση του ασθενούς από την ομάδα της παρηγορητικής φροντίδας και την νεφρολογική ομάδα. Ο ασθενής θα πρέπει επίσης να πληροφορηθεί για τις δυνατότητες που του παρέχει η παρηγορητική φροντίδα, εάν αποφασίσει να διακόψει ή να μην ξεκινήσει την αιμοκάθαρση.

Συμπέρασμα

Οι γιατροί της παρηγορητικής φροντίδας θα πρέπει να λαμβάνουν σοβαρά υπόψη την πειραματική δόση και την νεφρική λειτουργία των ασθενών τους πριν την έναρξη της θεραπείας.

Θα πρέπει να υπολογίζουν τον κίνδυνο ανάπτυξης νεφρικής ανεπάρκειας με βάση την επιλογή της χορηγούμενης αγωγής, το ιατρικό ιστορικό και την ενυδάτωση.

Η θεραπεία και οι διάφορες διαγνωστικές μέθοδοι θα πρέπει να επιλέγονται σύμφωνα με την κατάσταση της νεφρικής λειτουργίας του ασθενούς. Το ερώτημα της συνέχισης ή της έναρξης της αιμοκάθαρσης σε ασθενείς με νεφρική νόσο τελικού σταδίου, αποτελεί ιατρική και ηθική πρόκληση, για αυτό και η ομάδα της παρηγορητικής φροντίδας όπως και η νεφρολογική ομάδα θα πρέπει να συνεργάζονται στενά.

Βιβλιογραφία

1. Kiberd BA, Clase CM. Cumulative risk for developing end-stage renal disease in the US population. *J Am Soc Nephrol* 2002; 13: 1635-1644.
2. Launay-Vacher V, Oudard S, Janus N et al. Prevalence of renal insufficiency in cancer patients and implications for anticancer drug management: the renal insufficiency and anticancer medications (IRMA) study. *Cancer* 2007; 110: 1376-1384.
3. National Kidney Foundation. K/DOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification, and stratification. *Am J Kidney Dis* 2002; 39: S1-266.
4. Levey AS, Coresh JP, Lewis JB et al. A more accurate method to estimate glomerular filtration rate from serum creatinine: a new prediction equation. Modification of Diet in Renal Disease Study Group. *Ann Intern Med* 1999; 130: 461-470.
5. Levey AS, Coresh JP, Greene T et al. Using standardized serum creatinine values in the modification of diet in renal disease study equation for estimating glomerular filtration rate. *Ann Intern Med* 2006; 145: 247-254.
6. Cockcroft DW, Gault MH. Prediction of creatinine clearance from serum creatinine. *Nephron* 1976; 16: 31-41.
7. Kintzel PE. Anticancer drug-induced kidney disorders. *Drug Saf* 2001; 24: 19-38.
8. WHO Media Centre. Traditional medicine. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs134/en> (last accessed 3/12/2007)
9. Colson CR, de Broe ME. Kidney injury from alternative medicines. *Adv Chronic Kidney Dis* 2005; 12: 261-275.
10. Vanherweghem JL, Depierreux M, Tielemans C et al. Rapidly progressive interstitial renal fibrosis in young women: association with slimming regimen including Chinese herbs. *Lancet* 1993; 341: 387-391.
11. Moschella C, Jaber BL. Interaction between cyclosporine and Hypericum perforatum (St John's wort) after organ transplantation. *Am J Kidney Dis* 2001; 38: 1105-1107.
12. Adekunle TA, Ekwere TR, Akinsola A. The pattern on acute toxin nephropathy in Ife, Nigeria. *West Afr J Med* 1999; 18: 60-63.
13. Guh JY, Chen HC, Tsai JF, Chuang LY. Herbal therapy is associated with the risk of CKD in adults not using analgesics in Taiwan. *Am J Kidney Dis* 2007; 49: 626-633.
14. Little B, Ho KJ, Gawley S, Young M. Use of nephrostomy tubes in ureteric obstruction from incurable malignancy. *Int J Clin Pract* 2003; 57: 180-181.
15. Kinn AC, Ohlsén H. Percutaneous nephrostomy – a retrospective study focused on palliative indications. *APMIS Suppl* 2003; (109): 66-70.
16. Whelton A. Renal and related cardiovascular effects of conventional and COX-2-specific NSAIDs and non-NSAID analgesics. *Am J Ther* 2000; 7: 63-74.
17. Murray MD, Brater DC. Renal toxicity of the nonsteroidal anti-inflammatory drugs. *Annu Rev Pharmacol Toxicol* 1993; 33: 435-465.
18. Davies G, Kingswood C, Street M. Pharmacokinetics of opioids in renal dysfunction. *Clin Pharmacokinet* 1996; 31: 410-422.
19. Böger RH. Renal impairment: a challenge for opioid treatment? The role of buprenorphine. *Palliat Med* 2006; 20: s17-23.
20. Broadbent A, Glare P, Crawford B. Bisphosphonate-induced hypocalcemia associated with vitamin D deficiency in a patient with advanced cancer. *Am J Hosp Palliat Care* 2005; 22: 382-384.
21. Maalouf NM, Heller HJ, Odvina CV, Kim PJ, Sakhaee K. Bisphosphonate-induced hypocalcemia: report of 3 cases and review of literature. *Endocr Pract* 2006; 12: 48-53.
22. Henley D, Kaye J, Walsh G. Symptomatic hypocalcaemia and renal impairment associated with bisphosphonate treatment in patients with multiple myeloma. *Intern Med J* 2005; 35: 726-728.
23. Germain MJ, Cohen LM, Davison SN. Withholding and withdrawal from dialysis: what we know about how our patients die. *Semin Dial* 2007; 20: 195-199.

Παρηγορητική Φροντίδα ασθενών με Προχωρημένη Νεφρική Ανεπάρκεια

Διάλεξη, Παναγιωτάκη - Δαυΐδ Καλλιόπη – 4η Επιστημονική Συνάντηση Γ.Ν. Ξάνθης

Οι ασθενείς με Νεφρική Ανεπάρκεια τελικού σταδίου έχουν 25% θνησιμότητα και 20 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα θανάτου κατ'έτος από τον πληθυσμό της αυτής ηλικίας, που δεν έχει τη νόσο.

Τα 2/3 των ασθενών με ΝΑ τελικού σταδίου δηλώνουν παράλληλα κακή ποιότητα ζωής.

Οι νεφροπαθείς ασθενείς εμφανίζουν ποικιλία συμπτωμάτων, τα οποία ταξινομούνται α. σε συμπτώματα σχετιζόμενα με την αιμοκάθαρση (πίνακας I) και β. σε συμπτώματα σχετιζόμενα με τη νόσο που προκάλεσε τη ΝΑ (πίνακας II).

Πίνακας I Συμπτώματα σχετικά με την αιμοκάθαρση

Πόνος	50%
Κόπωση	71%
Υπόταση	
Ανορεξία	49%
Διαταραχές ύπνου	44%
Λήθαργος	
Κνησμός	60%
Κράμπες	36%
Ναυτία-έμετος	33%
Δυσκοιλιότητα	53%
Ουραιμική νευροπάθεια	
Κατάθλιψη	27%
Σύνδρομο ανήσυχων κάτω άκρων	30%
Υπαρξιακά προβλήματα	25%

Πίνακας II Συμπτώματα σχετικά με τη συνοδό νόσο

Αυτόνομη διαβητική εντεροπάθεια	Περιφερική αγγειοπάθεια
α. Διαβητική γαστροπάρεση	Διαβητικό πόδι
β. Διαβητική εντεροπάθεια	Καλσιφύλαξη
Μη αυτόνομη διαβητική νευροπάθεια	Οστεοδυστροφία-Πτώσεις-Κατάγματα
Καρδιολογικά προβλήματα	Έλκη κατάκλισης

Ένα μεγάλο τριτοβάθμιο νοσοκομείο, το 1990, (Baystate Medical Center) και σε συνεργασία με οκτώ μονάδες τεχνητού νεφρού, οργάνωσε ένα πρόγραμμα υποστήριξης των νεφροπαθών και των οικογενειών τους, που σκοπό έχει, την αναγνώριση των συμπτωμάτων, την θεραπευτική αντιμετώπιση τους μέσω πρωτοκόλλων, την οργάνωση συναντήσεων για συζήτηση με την οικογένεια στο τελικό στάδιο, την παροχή προχωρημένης παρηγορητικής φροντίδας τελικού σταδίου, τον συνυπολογισμό των επιθυμιών ασθενών και συγγενών, την στήριξη της οικογένειας στο πένθος, τη συνεργασία με Ξενώνες. Η προσπάθεια αυτή αποτέλεσε την αρχή δημιουργίας προγραμμάτων ολιστικής φροντίδας που απευθύνονται σε ασθενείς με ΝΑ τελικού σταδίου (Renal Palliative Care Initiative) και είναι πλέον ένα αναγνωρισμένο μοντέλο παρηγορητικής φροντίδας για αυτή την κατηγορία ασθενών στην Αμερική.

Ο πόνος αποτελεί ένα σύνθετο σύμπτωμα των ασθενών με ΝΑ τελικού σταδίου και το σημαντικότερο, από την μεγάλη ποικιλία συμπτωμάτων, που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς αυτοί.

Τα αίτια του πόνου των νεφροπαθών είναι πολλά (Πίνακας III). Ο πόνος τους δυνατόν να είναι: αλγαισθητικός, σωματικός και σπλαχνικός ή νευροπαθητικός.

Πίνακας III Αίτια πόνου

Αρχική νόσος (π.χ πολυκυστικός νεφρός)	Αμυλοειδική αρθροπάθεια
Συνυπάρχουσες νόσοι	Οστεομυελίτις
Διαβητική νευροπάθεια	Δισκίτις
Περιφερική αγγειοπάθεια	Fistula
Αιμοκάθαρση	Ισχαιμική νευροπάθεια
Μυοσκελετικά προβλήματα	Περιτοναϊκή διάλυση
Καλσιφύλαξη	Σπλαχνική διάταση
Οστεοδυστροφία	Περιτονίτιδα ή strain της ΟΜΣΣ

Αν και δε γνωρίζουμε ακριβώς το ποσοστό, υπολογίζεται ότι περίπου το 50% των ασθενών πονούν ενώ ένα 30% εμφανίζει σοβαρό πόνο. Ο πόνος επηρεάζει την ήδη διαταραγμένη ποιότητα ζωής των νεφροπαθών τελικού σταδίου. Για την ανακούφιση του πόνου ακολουθείται η κλίμακα τριών βαθμίδων του ΠΟΥ (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας). Απαραίτητη είναι η τιτλοποίηση των δόσεων των φαρμάκων διότι λόγω της επηρεασμένης απορρόφησης, μεταβολισμού και απέκκρισης στους ασθενείς με ΝΑ, υπάρχει μεγάλος κίνδυνος εμφάνισης επιπλοκών.

Φάρμακα που χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση του πόνου είναι:

ΜΣΑΦ: Είναι φάρμακα της 1ης και 2ης βαθμίδας της κλίμακας του ΠΟΥ και χρησιμοποιούνται για τον έλεγχο του πόνου ασθενών με ΝΑ τελικού σταδίου.

Τα περισσότερα μεταβολίζονται στο ήπαρ με οξειδωση ή συνδέονται με γλυκουρονίδια. Επομένως σε ασθενείς με ελαττωμένη νεφρική λειτουργία δυνατόν να έχουμε συσσώρευση ακυλγλυκουρονιδίων (κετοπροφαΐνη, ναπροξένη, φαινοπροφαΐνη) και για αυτό θα πρέπει οι δόσεις των φαρμάκων αυτών να προσαρμόζονται ανάλογα. Αυτό δεν απαιτείται εφόσον χορηγηθούν ΜΣΑΦ (ιβουπροφαΐνη, πυροξικάμη, δικλοφαινική), τα οποία μεταβολίζονται μέσω οξειδωσης στο Ήπαρ. (Πίνακας IV).

Πίνακας IV ΜΣΑΦ

Ακυλγλυκουρονίδια: Απαιτείται προσαρμογή δόσης Κετοπροφένη (Oruvail) Ναπροξένη (Naprosyn) Φαινοπροφαΐνη Donator-R	Οξειδωση: Δεν απαιτείται προσαρμογή δόσης Ιβουπροφαΐνη (Brufen) Πυροξικάμη (Feldene) Δικλοφαινική
---	---

Αντικαταθλιπτικά: Τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά και οι αναστολές Μ.Α.Ο. δεν χρειάζονται προσαρμογή της δόσης τους. Τα SSRI's όπως η φλουοξετίνη χρειάζονται χαμηλότερη δόση. Για την παροξετίνη προτείνεται η δόση 10-40 mg/ημ. Για τη βενλαφαζίνη και ντουλοξετίνη (SNRI'S) απαιτείται τιτλοποίηση της δόσης στο 50%. (Πίνακας V)

Πίνακας V Τιτλοποίηση της δόσης του αντικαταθλιπτικού

Φάρμακο Τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά Αναστολές ΜΑΟ Φλουοξετίνη Παροξετίνη Βενλαφαζίνη Ντουλοξετίνη	Τιτλοποίηση Δεν απαιτείται προσαρμογή Δεν απαιτείται προσαρμογή -50%. 10-40 mg/d -50%. -50%.
--	---

Οπιοειδή αναλγητικά:

Κωδεΐνη: Είναι φυσικό αλκαλοειδές του οπίου που παρουσιάζει φαινόμενο οροφής. Μεταβολίζεται στο ήπαρ σε μορφίνη και νορκωδεΐνη. Μπορεί να προκαλέσει τοξικότητα ακόμη και μετά από μικρές δόσεις. Παρόλα αυτά χορηγείται. Απαιτείται προσοχή.

Τραμαδόλη: Η τραμαδόλη (tramadol) είναι ένα συνθετικό αναλγητικό με διττή δράση. Αφενός δρα στους μ- υποδοχείς οπιοειδών αφετέρου αναστέλλει την επαναπρόσληψη νορεπινεφρίνης και σεροτονίνης. Έχει καλά αποτελέσματα στον καρκινικό πόνο. Η δόση σε ασθενείς με ΝΑ και κάθαρση κρεατινίνης <30ml/min είναι 50-100 mg/12 ώρες.

Μορφίνη: Η μορφίνη βραδείας αποδέσμευσης δεν είναι καλά ανεκτή από τους ασθενείς με κάθαρση κρεατινίνης <30 ml/min λόγω συσσώρευσης ενεργών μεταβολιτών όπως μορφίνη-3γλυκουρονίδιο (M3G) και μορφίνη-6γλυκουρονίδιο (M-6G). Εάν παρόλα αυτά απαιτείται η χορήγηση μορφίνης, συστήνεται να είναι άμεσης απόδοσης και ο ασθενής να παρακολουθείται συχνά.

Φεντανύλη: Η φεντανύλη είναι το πλέον ασφαλές φάρμακο για ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια. Δεν έχει ενεργούς μεταβολίτες και δεν απομακρύνεται κατά την αιμοκάθαρση λόγω της μεγάλης συνδεσιμότητας με τις πρωτεΐνες και του μεγάλου όγκου κατανομής της. Οι δόσεις γενικά των οπιοειδών σε ασθενείς με ΝΑ καθορίζονται ανάλογα με την κάθαρση κρεατινίνης (Πίνακας VI).

Πίνακας VI Σχέση κάθαρσης κρεατινίνης- δόσης οπιοειδούς

Κάθαρση κρεατινίνης > 50 ml/min = 10-50 ml/min < 10 ml/min	Δόση οπιοειδούς Κανονική δόση 75% της κανονικής δόσης 50% της κανονικής δόσης
--	---

Βιβλιογραφία

1. D. Poppel, et al. The Renal Palliative Care Initiative Journal of Palliative Medicine Volume 6, Number 2, 2003 pp 321-6
2. H.Noble et al. Decision-making for renal patients at the end of life. European Journal of palliative care, 2007;14(5) pp204-7
3. Chambers EJ, German M, Brown E, eds Supportive Care for the Renal Patient. Oxford University Press; 2004
4. Davinson SN. Pain in hemodialysis patients: prevalence, cause, severity and management. American Journal of Kidney Diseases 2003, 42(6) :1239-47
5. Σ. Κανδρεβιώτου Παρηγορητική φροντίδα σε ασθενείς υπό αιμοκάθαρση. 9^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Περιφερικής Αναίθησις, Θεραπείας Πόνου και Παρηγορητικής Αγωγής 4-7 Οκτωβρίου 2007, Du Lac, Ιωάννινα

Ενημέρωση για την 5η Ερευνητική Συνάντηση της Ευρωπαϊκής Εταιρείας Παρηγορητικής Φροντίδας (5th Research Forum for the European Association for Palliative Care) στο Trodheim, Νορβηγία 29-31 Μαΐου 2008.

Η Ευρωπαϊκή Εταιρεία Παρηγορητικής Φροντίδας (European Association for Palliative Care) οργάνωσε την 5η συνάντηση με αντικείμενο την Έρευνα στην Παρηγορητική Φροντίδα, στο Trodheim στη Νορβηγία, στις 29-31 Μαΐου του 2008. Στη συνάντηση παρουσιάστηκαν 100 προφορικές επιστημονικές ανακοινώσεις και 356 αναρτημένες. Οι δύο επικεφαλής της συνάντησης, Augusto Caraceni (Chair of Scientific Committee) και Stein Kaassa (Chair of the local Organising Committee), τόνισαν την αναγκαιότητα ανάπτυξης έρευνας στην Π.Φ., ενώ ιδρύθηκε το Forum νέων ερευνητών.



Σύντομο ιστορικό: Το 1996 ιδρύθηκε το ερευνητικό δίκτυο της EAPC (EAPC RN) με στόχο τη σύνταξη προδιαγραφών προκειμένου η άσκηση της ΠΦ να βασίζεται σε ενδείξεις. Οι κατευθυντήριες οδηγίες για τη χορήγηση οπιοειδών, αποτέλεσαν καρπό αυτής της προσπάθειας.

Αργότερα διαπιστώθηκε ο περιορισμένος αριθμός ερευνητικών μελετών ικανών να στηρίζουν μελλοντικές κατευθύνσεις και αποφασίστηκε η ανάπτυξη της έρευνας σε εθνικό και διεθνές επίπεδο.

Η Ευρωπαϊκή Ένωση προκειμένου να ενισχύσει την προσπάθεια για έρευνα χρηματοδοτεί διάφορα ερευνητικά προγράμματα όπως τα: European Palliative Care Research Collaborative (EPCRC), EU Public Health Executive Agency health information project, (PRISMA project) και το Optimising Cancer Patient Care (OPCARE).

Κατά τη διάρκεια της Συνάντησης έγινε έκκληση για συμμετοχή των επιστημονικών οργανώσεων και εταιρειών στα ανωτέρω προγράμματα προκειμένου να αναπτυχθεί η ΠΦ, η έρευνα και η συνεργασία.

Στην έκκληση αυτή, η ΠΑΡΗ.ΣΥ.Α. ανταποκρίθηκε άμεσα με την ενεργό συμμετοχή τόσο εκπροσώπων του Δ.Σ., όσο και με την παρουσία μελών της.



Από την κοπή πίττας 2008 της ΠΑΡΗ.ΣΥ.Α.

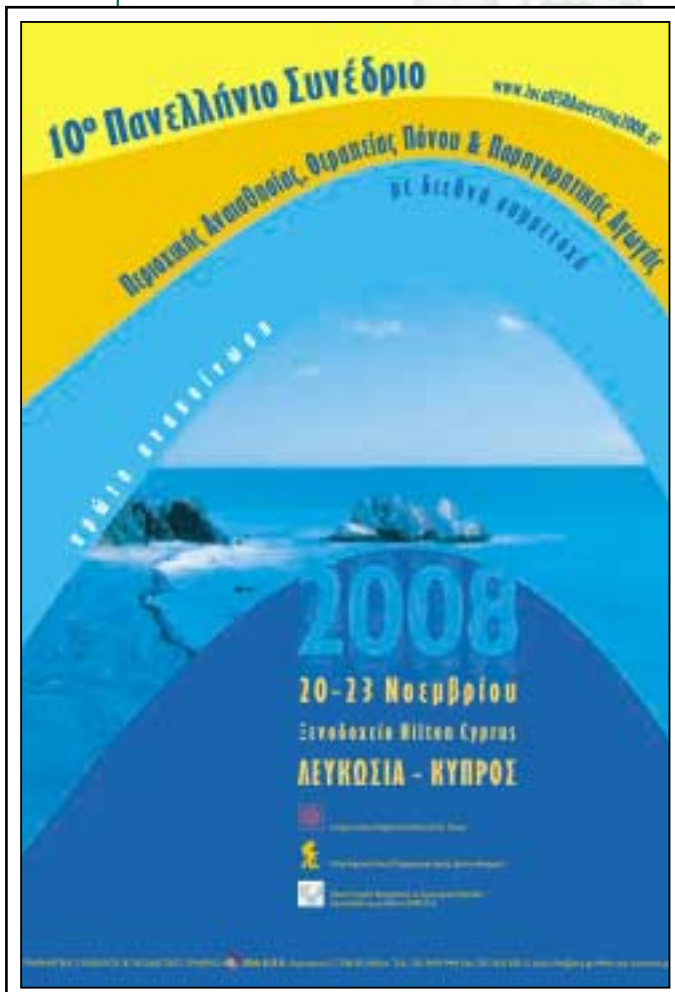
Την άνοιξη του 2008 η ΠΑΡΗ.ΣΥ.Α. ανταποκρίθηκε στην πρόσκληση του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης για την υλοποίηση «Εθνικού Σχεδίου Δράσης για τον Καρκίνο» και πρότεινε ένα ολοκληρωμένο πρόγραμμα ανάπτυξης της Παρηγορητικής Φροντίδας στη χώρα μας.



Οι LIONS έκαναν στην ΠΑΡΗ.ΣΥ.Α. δωρεά ένα φωτοτυπικό μηχάνημα κι έναν προτζέκτορα για τις λειτουργικές και εκπαιδευτικές ανάγκες της εταιρείας μας.

ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ 2008 ΣΥΝΕΔΡΙΑ 2008

- Επιστημονικά Συμπόσια στην Αθήνα, με σκοπό την ενημέρωση για την αντιμετώπιση του Πόνου και την παροχή Π.Φ. στους ασθενείς. Τα συμπόσια απευθύνονται σε γιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων και φαρμακοποιούς και διοργανώνονται με την ευγενική χορηγία της εταιρείας Phizer.
4,13, 20 & 25 Φεβρουαρίου 2008 και 12 Μαρτίου 2008
- Κοπή Πρωτοχρονιάτικης πίττας σε συνδυασμό με την παρακολούθηση θεατρικής παράστασης.
20 Φεβρουαρίου 2008.
- Επιστημονική Ημερίδα στην Ξάνθη
22 Μαρτίου 2008
- Παρουσίαση του φαρμάκου Oxalgan της εταιρείας Meditrina υπό την αιγίδα της ΠΑΡΗ.ΣΥ.Α., Άνοιξη 2008 Αθήνα
- Παρουσίαση του φαρμάκου Cybalta της εταιρείας Lilly υπό την αιγίδα της ΠΑΡΗ.ΣΥ.Α., Άνοιξη 2008, Αθήνα
- 5th Research Forum of the European Association for Palliative Care
29-31 May 2008, Norway



- 12th World Congress on Pain
17-22 August 2008, Glasgow
- 27th Annual ESRA Congress
24-27 September 2008, Genoa
- 7^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Πόνου
9-12 Οκτωβρίου 2008, Κέρκυρα
- Εορτασμός της Παγκόσμιας Ημέρας Παρηγορητικής Φροντίδας
11 Οκτωβρίου 2008, Αθήνα
- 10^ο Συνέδριο Περιφερειακής Ανασθησίας, Πόνου και Παρηγορητικής Αγωγής
20-22 Νοεμβρίου 2008, Κύπρος
- 7^η Ημερίδα «Γνωριμία με την Παρηγορητική Φροντίδα»
13 Δεκεμβρίου 2008, Αθήνα

Το ενημερωτικό δελτίο της ΠΑΡΗ.ΣΥ.Α

εκδίδεται και διανέμεται με την ευγενική χορηγία των εταιρειών

Wyeth και

