

# Εισαγωγή

- Εισαγωγικές σημειώσεις 2
- Έλεγχος του πόνου 3
- Κατάλογος για εξιτήριο 5
- Θάνατος 5

## ◦ ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΕΣ ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ

Η ιατρική ποτέ δεν υπήρξε στατική, αλλά προσφάτως ο ρυθμός των αλλαγών έχει γίνει δραματικός. Για τον ασκούμενο ιατρό η εξειδίκευση έχει γίνει πλέον ο κανόνας, ενώ νέα προσόντα στο χώρο της διοίκησης των οικονομικών και των υπολογιστών είναι πλέον ιδιαίτερα σημαντικά. Η τέχνη της εξάσκησης σωστής ιατρικής συνίσταται στη δημιουργία ενός μωσαϊκού ακαδημαϊκής γνώσης, κλινικών προσόντων, επιστημονικής μεθόδου και ικανότητας επικοινωνίας. Καμία από αυτές τις συνιστώσες δεν παραμένει σταθερή και οι περισσότεροι θα συμφωνούσαν ότι η ιατρική μόρφωση είναι μια διά βίου διαδικασία. Τα απαραίτητα προσόντα για τους ιατρούς των διαφόρων ειδικοτήτων και των διαφόρων βαθμίδων στην καριέρα τους ποικίλλουν πάρα πολύ και υπόκεινται σε αλλαγές. Αυτό, οπωσδήποτε αναδύει ένα προκλητικό σχέδιο, αλλά είναι σημαντικό να μην “αγνοήσουμε το δάσος για να δούμε τα δέντρα”. Ουσιαστικά, η ιατρική είναι η τέχνη της φροντίδος του ασθενούς και κατ’ αυτόν τον τρόπο δεν υπάρχει διαφορά του σήμερα από μερικούς αιώνες πριν. Τα διαθέσιμα σε μας εφόδια είναι μυριάδες και αυτό εγείρει ευθύνη και απέναντι στον ασθενή και απέναντι στην κοινωνία. Η δυνατότητα εναντίωσης απέναντι στο ρητό “μη βλάπτειν” είναι υπαρκτή και συχνά αποτελεί την αιτία που η θεραπεία αποτελεί την ισορροπία μεταξύ των δυνητικών κινδύνων και της πιθανότητας σημαντικής βελτίωσης. Είναι σημαντικό τόσο οι ασθενείς όσο και οι συγγενείς να παίρνουν μέρος στις αποφάσεις για τη θεραπεία, τουλάχιστον να ενημερώνονται για τις εναλλακτικές λύσεις που υπάρχουν. Η ταπεινοφροσύνη δεν πρέπει να παραβλέπεται ποτέ. Είναι πάντοτε συνετό να συζητούνται οι θεραπευτικές δυνατότητες τόσο με τον ασθενή όσο, συχνά, και με τους συγγενείς πριν ληφθούν οι τελικές αποφάσεις για τη θεραπεία.

Έχει λεχθεί ότι καλός είναι εκείνος ο ιατρός που κρατά τον ασθενή του σε ευεξία, καθώς η ίδια η φύση θεραπεύει. Αν και το πρώτο ήμισυ της προηγούμενης προσέγγισης μπορεί να είναι ακριβές, κανείς δεν θα μπορούσε να αμφισβητήσει το δεύτερο μισό. Οι καταστάσεις στις οποίες η φύση δεν συμμετέχει στην επαναφορά της υγείας, όπως για παράδειγμα στις προθανάτιες περιπτώσεις, αποτελούν ιδιαίτερη πρόκληση για τους ιατρούς. Συχνά, χρειάζεται μια πολυπαραγοντική προσέγγιση στον προθανάτιο ασθενή που μπορεί να περιλαμβάνει τους ειδικούς ξενώνες, την υποστήριξη από γενικό ιατρό και την “κατ’ οίκον” νοσηλεία. Θα πρέπει να δίνεται χρόνος στον ασθενή να εκφράσει τους φόβους, και τις αντιλήψεις του για τη νόσο του, τα οποία είναι δυνατό να διαφέρουν κατά πολύ από αυτά που φαντάζεται ο ιατρός. Δεν υπάρχουν απλές απαντήσεις σε όλες τις δύσκολες ερωτήσεις που ανακύπτουν· θα πρέπει για παράδειγμα όλοι οι ασθενείς να ενημερώνονται για το εάν έχουν καρκίνο· ενώ πολλά έχουμε ακόμα να μάθουμε από την εμπειρία. Η εμπειρία που αποκτάται από άλλους, συμπεριλαμβανομένων των νοσηλευτριών ή του παραϊατρικού προσωπικού είναι εξίσου, αν όχι περισσότερο, πολύτιμη σε σύγκριση με τα ιατρικά κείμενα. Κάτι

το οποίο ανακαλύπτουν συνεχώς οι ειδικοί ιατροί είναι ότι πολλά μπορούν να μαθευτούν από άλλες ειδικότητες, καθώς είτε συνεργάζονται για τη θεραπεία ασθενούς με ανεπάρκεια πολλών οργάνων, είτε απαντούν σε νέες ερωτήσεις από άλλες ειδικότητες.

Καθώς κάποιος διανύει τα πρώτα έτη της ιατρικής πρακτικής μαθαίνει ότι η κλινική εμπειρία είναι ανεκτίμητη. Αυτό δε σημαίνει ότι οι παλαιότεροι ιατροί έχουν πάντα δίκαιο, αλλά κατά κανόνα έχουν ξαναδεί παρόμοια προβλήματα με αυτό που διερευνάται. Υπάρχει μια λεπτή ισορροπία μεταξύ της αναντίρρησης αποδοχής της προτεινόμενης διάγνωσης και της χάραξης ενός ατροπού εξουθενωτικών εξετάσεων ώστε να καλυφθεί όλο το εύρος της διαφορικής διάγνωσης. Γενικά, στα νοσοκομεία οι ιατροί εργάζονται καλύτερα σε ομάδες όπου υπάρχει αμοιβαίος σεβασμός μεταξύ των εμπειριών ιατρών και του νεαρότερου προσωπικού. Η ομάδα περιλαμβάνει επίσης το νοσηλευτικό και το υποστηρικτικό προσωπικό, ενώ οι τακτικές συναντήσεις προσφέρουν στα μέλη της ομάδας την ευκαιρία να εκφράσουν τις απόψεις τους για τη φροντίδα του ασθενούς. Καθώς η αλληλοκάλυψη μεγάλου αριθμού ασθενών αποτελεί πλέον τη λύση σε πολλά τμήματα στο πρόβλημα των εργάσιμων ωρών των νεαρότερων ιατρών, υπάρχει ο κίνδυνος αυτή η προσέγγιση να οδηγήσει στην απομόνωση της ομάδας. Είναι πολύ σημαντικό να ενθαρρύνονται οι νεαρότεροι ιατροί στο να ρωτούν χωρίς να αισθάνονται ότι αυτό θα αποτελέσει σημάδι αδυναμίας ή ανεπάρκειας. Οι αρχαιότεροι ιατροί αισθάνονται πάντα μεγαλύτερη άνεση με τους νεαρότερους ιατρούς που ξέρουν πού να σταματήσουν και να ζητήσουν βοήθεια παρά να προσπαθήσουν να διαπλεύσουν άγνωστα νερά.

Η καλή επικοινωνία μεταξύ των μελών της ομάδας, του ασθενούς, των συγγενών του και του γενικού-οικογενειακού ιατρού είναι ζωτικής σημασίας αλλά χρειάζεται χρόνο για να επιτευχθεί. Αυτή η προσέγγιση του ασθενούς δεν θα πρέπει να λησμονείται ιδιαίτερα στις μέρες μας, της αυξημένης γραφειοκρατίας. Θα πρέπει κανείς να θυμάται ότι αν και η αύξηση της γνώσης και της εμπειρίας αποτελεί στόχο όλων των ιατρών, τα παράπονα επικεντρώνονται κυρίως στη συμπεριφορά των ιατρών παρά στις ικανότητές τους. Το να είναι οι ασθενείς και οι συγγενείς ενήμεροι για τις προθέσεις και το σκεπτικισμό του ιατρού είναι πολύ πιο σωστό, ακόμα και εάν αυτό αποκαλύψει περιοχές άγνοιας, παρά το να προσπαθήσει κανείς να τα εμφανίσει όλα γνωστά.

Τέλος θα πρέπει να θυμόμαστε ότι ο ασθενής θα πρέπει πάντοτε να αντιμετωπίζεται με ειλικρίνεια, σεβασμό και ανθρωπισμό.

## ΕΛΕΓΧΟΣ ΠΟΝΟΥ

- Καθησυχάστε τον ασθενή.
- Αντιμετωπίστε την υποκείμενη παθολογική αιτία (π.χ. πρόπτωση μεσοσπονδύλιου δίσκου, μεταστατική νόσος).
- Αποκτήστε ευχέρεια με λίγα φάρμακα, παρά να χρησιμοποιείτε μεγάλο αριθμό διαφορετικών φαρμάκων.

<b>Πίνακας 1.1 Φάρμακα που χρησιμοποιούνται για τον έλεγχο του πόνου</b>	
Αναλγητικά	Παρενέργειες
<i>Ήπιος πόνος</i> Παρακεταμόλη 0,5 g κάθε 6-8 ώρες Ασπιρίνη 300-900 mg κάθε 4-6 ώρες	Επικίνδυνη η υπερδοσολόγηση Γαστρικά έλκη, βρογχόσπασμος (αποφύγετε στο άσθμα)
<i>Μέτριος πόνος</i> Διϋδροκωδεΐνη 30-60 mg κάθε 4-6 ώρες Κοπροξαμόλη (δεξτροπροποξί- φαΐνη υδροχλωρική+παρακε- ταμόλη) 1-2 tb κάθε 6-8 ώρες Κοκοδαμόλη (φωσφορική κωδεΐνη+παρακεταμόλη) 1-2 tb κάθε 6-8 ώρες NSAIDs (π.χ. ιβοπροφαΐνη 1,2-1,8 g ημερησίως σε 3-4 διαιρεμένες δόσεις μετά το φαγητό)	Δυσκοιλιότητα  Καταστολή του ΚΝΣ και του αναπνευστικού, κίνδυ- νος στην υπερδοσολόγηση Δυσκοιλιότητα  Δυσανεξία στο ΓΕ/ αιμορραγία, κατακράτηση ύδατος
<i>Σοβαρός πόνος</i> Διαμορφίνη 5-10 mg κάθε 4-6 ώρες  Μορφίνη 10-20 mg κάθε 4-6 ώρες Πεθιδίνη 50-150 mg κάθε 4-6 ώρες	Ναυτία, δυσκοιλιότητα, καταστολή του αναπνευ- στικού, καταστολή του βήχα, υπόταση, εξάρτηση Όπως στη διαμορφίνη  Όπως στη διαμορφίνη

- Δίνετε τακτικές δόσεις αναλγητικών για τον έλεγχο του πόνου παρά συνεχείς διαδοχικές δόσεις.
- Δοκιμάστε τα από του στόματος σκευάσματα πριν από τη χρησιμοποίηση παρεντερικών φαρμάκων.
- Αντιμετωπίστε τις συνοδές καταστάσεις (π.χ. ναυτία, δυσκοιλιότητα, κατάθλιψη).
- Χρησιμοποιήστε συμπληρωματική θεραπεία (π.χ. τοπική θερμότητα, ακτινοθεραπεία, περιοχική τοπική αναισθησία).

## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΓΙΑ ΕΞΙΤΗΡΙΟ

- Ελάτε σε επαφή με το νοσηλευτικό προσωπικό και τους συγγενείς του ασθενούς σχετικά με την ημερομηνία εξιτηρίου.
- Οργανώστε, αν χρειάζεται, τη μεταφορά του ασθενούς με ασθενοφόρο.
- Στείλτε ενημερωτικό σημείωμα εξιτηρίου στο φαρμακείο τουλάχιστον 24 ώρες πριν από το προγραμματισμένο εξιτήριο ώστε να υπάρχει χρόνος για τη χορήγηση των φαρμάκων.
- Ελάτε σε επαφή με τον κοινωνικό λειτουργό, τον οικιακό βοηθό, την οικογενειακή νοσηλεύτρια, τον εργασιοθεραπευτή και το φυσιοθεραπευτή σχετικά με την ημερομηνία εξιτηρίου.
- Ενημερώστε τον οικογενειακό γιατρό για την ημερομηνία εξιτηρίου, την κατάσταση του ασθενούς και την αγωγή του.
- Επιβεβαιώστε ότι έχει καθοριστεί μελλοντική συνάντηση για παρακολούθηση (εάν χρειάζεται) και ότι ο ασθενής έχει ενημερωθεί για την ημερομηνία και την ώρα της συνάντησης. Καταχωρήστε μεταφορά με ασθενοφόρο που μπορεί να χρειαστεί για την προσέλευση στην κλινική.

## ΘΑΝΑΤΟΣ

Ο βοηθός θα πρέπει να πιστοποιεί το θάνατο όσο το δυνατό νωρίτερα. Ο χρόνος του θανάτου πρέπει να καταγραφεί. Ο ασθενής πρέπει να είναι άσφυγμος, να μην υπάρχουν καρδιακοί τόνοι για ένα λεπτό, απνοϊκός για ένα λεπτό, ενώ οι κόρες θα πρέπει να είναι σταθερές και διεσταλμένες. Δεν πρέπει να υπάρχει απάντηση στα επώδυνα ερεθίσματα. Τα αποτελέσματα των εξετάσεων αυτών θα πρέπει να τεκμηριώνονται στις σημειώσεις του ιστορικού πορείας νόσου και θα πρέπει να υπογράφεται και να καταγράφεται η ημερομηνία.

### Πίνακας 1.2 Δοκιμασίες λειτουργίας εγκεφαλικού στελέχους

Σταθερές, μη αντιδρώσες κόρες  
Μη εκλυόμενο αντανακλαστικό κερατοειδούς  
Απουσία αντανακλαστικού εμέτου στον ερεθισμό των βρόγχων  
Απουσία αισθησιακό-οφθαλμικού αντανακλαστικού (απουσία κινήσεων οφθαλμών σε απάντηση με αργή έγχυση 20 ml παγωμένου ύδατος σε κάθε ένα έξω ακουστικό πόρο.  
Επιβεβαιώστε την ακεραιότητα και των δύο μεμβράνων)  
Απουσία απάντησης των κρανιακών κινητικών νεύρων  
Απουσία αναπνευστικής προσπάθειας στην υπερκαπνία (αποσυνδέστε τον ασθενή από τον αναπνευστήρα και αφήστε την  $\text{PaCO}_2$  να αυξηθεί τουλάχιστον σε 6,7 kPa)