

Ένα πραγματικά

ΧΡΗΣΤΙΚΟ ΕΓΧΕΙΡΙΔΙΟ

ανακουφιστικής
φροντίδας παιδιών

για ιατρούς και νοσηλευτές
σε όλα τα μέρη του κόσμου

JUSTIN AMERY

Ένα πραγματικά

ΧΡΗΣΤΙΚΟ ΕΓΧΕΙΡΙΔΙΟ

ανακουφιστικής
φροντίδας παιδιών

για ιατρούς και νοσηλευτές
σε όλα τα μέρη του κόσμου

JUSTIN AMERY

ΣΥΜΠΕΡΙΛΑΜΒΑΝΕΤΑΙ
το Συνταγολόγιο Αναφοράς
«APPM Master Formulary» 2020
(με την ευγενική άδεια της Επιστημονικής Ένωσης
Association of Paediatric Palliative Medicine
και των συγγραφέων του Συνταγολογίου)

Copyright © 2016 Justin Amery
Copyright for the Formulary © 2020 APPM

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. Κανένα μέρος του βιβλίου αυτού δεν μπορεί να αναπαραχθεί, να αποθηκευθεί ή να μεταφερθεί με οποιοδήποτε μέσο –ακουστικό, παραστατικό, μηχανικό ή ηλεκτρονικό– χωρίς γραπτή άδεια του εκδότη και του συγγραφέα, εκτός από τις περιπτώσεις όπου βραχεία αποσπάσματα χρησιμοποιηθούν σε άρθρα και ανασκοπήσεις. Μη αδειοδοτημένη αναπαραγωγή οποιουδήποτε μέρους του βιβλίου αυτού είναι παράνομη και τιμωρείται από τον νόμο.

Οι πληροφορίες, οι απόψεις και οι συστάσεις που περιέχονται στο βιβλίο αυτό δεν επιδιώκουν να υποκαταστήσουν την επιστημονική ιατρική καθοδήγηση. Πριν ακολουθήσετε οποιοσδήποτε συστάσεις που περιλαμβάνονται στο βιβλίο αυτό, θα πρέπει να συμβουλευθείτε τον προσωπικό σας ιατρό. Ούτε ο συγγραφέας ούτε ο εκδότης φέρουν οποιαδήποτε ευθύνη για τυχόν απώλεια ή ζημία θεωρούμενη ως συνέπεια της χρήσης ή της εφαρμογής πληροφοριών ή συστάσεων οι οποίες περιλαμβάνονται στο βιβλίο αυτό.

ISBN: 978-1-4834-4402-4 (sc)

ISBN: 978-1-4834-4403-1 (e)

Library of Congress Control Number: 2015921132

Εξαιτίας της δυναμικής φύσης του διαδικτύου, διευθύνσεις διαδικτυακές ή σύνδεσμοι που περιέχονται στο παρόν βιβλίο μπορεί να έχουν αλλάξει από τον χρόνο έκδοσής του και ενδέχεται να μην ισχύουν πλέον. Οι απόψεις που εκφράζονται στο έργο αυτό ανήκουν αποκλειστικά στον συγγραφέα και δεν αντανακλούν απαραίτητα εκείνες του εκδότη, ο οποίος κατά συνέπεια αποποιείται οποιασδήποτε σχετικής ευθύνης.

Τυχόν πρόσωπα που μπορεί να εμφανίζονται στις εικόνες που διατίθενται από το Thinkstock είναι επαγγελματίες μοντέλα και οι απεικονίσεις αυτές χρησιμοποιούνται για λόγους εικονογράφησης και μόνον.

Certain stock imagery © Thinkstock.

Lulu Publishing Services, ημερομηνία τελευταίας αναθεώρησης: 19/02/2016

Ελληνική έκδοση:

© 2021 Εντόμω ΣΥΜΕΠΕ. Έκδοση του Επιστημονικού Συλλόγου Μέρμνας Παιδιού και Εφήβου

Β. Όλγας 83, Θεσσαλονίκη 546 42, Ελλάδα, Τηλ.: +30 2310826040

Website: www.symepe.gr | E-mail: symepe@gmail.com

Υπεύθυνος έκδοσης: Γρηγόρης Αμπατζόγλου

Μετάφραση, επιστημονική επιμέλεια: Μαρία Μπούρη

Επιμέλεια κειμένου: Έλενα Φωτιάδου

Σελιδοποίηση: Βαλεριάνο Τροϊάνι

ISBN: 978-618-85552-0-4

Περιεχόμενα

Προλεγόμενα της ελληνικής έκδοσης	11
Ευχαριστίες	17
Πρόλογος	19
Συνέβαλαν	21
Πώς να χρησιμοποιήσετε το βιβλίο αυτό	29
Συντομογραφίες	31
Μέρος πρώτο: Πώς επικοινωνώ με τα παιδιά και τις οικογένειές τους;	33
Μέρος δεύτερο: Πώς ανακοινώνω δυσάρεστα νέα στα παιδιά και τις οικογένειες;	43
Μέρος τρίτο: Πώς διαχειρίζομαι έντονα συναισθήματα και δύσκολες ερωτήσεις;	53
Μέρος τέταρτο: Πώς αξιολογώ και αντιμετωπίζω όλες τις ανάγκες ενός παιδιού και της οικογένειάς του;	59
Μέρος πέμπτο: Πώς αντιμετωπίζω τις περιπτώσεις παιδιών με HIV/AIDS που χρειάζονται παιδιατρική ανακουφιστική φροντίδα;	69
Μέρος έκτο: Πώς αντιμετωπίζω τα συμπτώματα στην παιδιατρική ανακουφιστική φροντίδα;	83
Πώς αξιολογώ τον πόνο και τη δυσφορία στα παιδιά;	83
Πώς αντιμετωπίζω τον πόνο στα παιδιά;	89
Πώς διαχειρίζομαι τα υγρά και τους ηλεκτρολύτες στα παιδιά;	103
Πώς αντιμετωπίζω τα προβλήματα σίτισης στα παιδιά;	106
Πώς αντιμετωπίζω τα έλκη στόματος στα παιδιά;	109
Πώς αντιμετωπίζω τη δυσφαγία στα παιδιά;	111
Πώς αντιμετωπίζω τη γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση;	114
Πώς αντιμετωπίζω τη γαστρεντερική αιμορραγία στα παιδιά;	117
Πώς αντιμετωπίζω τη ναυτία και τον έμετο στα παιδιά;	120
Πώς αντιμετωπίζω τη δυσκοιλιότητα στα παιδιά;	125
Πώς αντιμετωπίζω τη διάρροια στα παιδιά;	129
Πώς αντιμετωπίζω τον βήχα στα παιδιά;	133
Πώς αντιμετωπίζω την αιμόπτυση στα παιδιά;	136
Πώς αντιμετωπίζω τη δύσπνοια στα παιδιά;	139
Πώς αντιμετωπίζω τους σπασμούς στα παιδιά;	143
Πώς αντιμετωπίζω τη σπαστικότητα και τη δυστονία στα παιδιά;	146
Πώς αντιμετωπίζω τα δερματικά προβλήματα στην παιδιατρική ανακουφιστική φροντίδα;	151

Πώς αντιμετωπίζω το άγχος στα παιδιά;	162
Μέρος έβδομο: Πώς αντιμετωπίζω τα οξέα, οδυνηρά καταληκτικά συμπτώματα τελικού σταδίου;	167
Μία πρακτική προσέγγιση για την αντιμετώπιση οποιουδήποτε οξέος, οδυνηρού καταληκτικού συμβάντος στην παιδιατρική ανακουφιστική φροντίδα	173
Πώς αντιμετωπίζω την ανησυχία και τη διέγερση στο τελικό στάδιο;	174
Πώς αντιμετωπίζω την κατακλυσμιαία αιμορραγία στο τελικό στάδιο;	174
Πώς αντιμετωπίζω την οξεία σοβαρή απόφραξη του ανώτερου αεραγωγού (πνιγμός) στο τελικό στάδιο;	175
Πώς αντιμετωπίζω τις θορυβώδεις εκκρίσεις («ρόγχος θανάτου») στο τελικό στάδιο;	176
Μέρος όγδοο: Πώς παίζω με τα παιδιά;	179
Μέρος ένατο: Πώς παρέχω ανακουφιστική φροντίδα σε εφήβους;	187
Μέρος δέκατο: Πώς διαχειρίζομαι τα ηθικά διλήμματα στην παιδιατρική ανακουφιστική φροντίδα;	199
Μέρος ενδέκατο: Πώς παρέχω πνευματική φροντίδα στις οικογένειες;	209
Μέρος δωδέκατο: Πώς παρέχω καλή φροντίδα τελικού σταδίου σε παιδιά και οικογένειες;	215
Μέρος δέκατο τρίτο: Πώς διαχειρίζομαι τα πρακτικά ζητήματα που προκύπτουν μετά τον θάνατο ενός παιδιού;	229
Μέρος δέκατο τέταρτο: Πώς βοηθώ τις οικογένειες στον θρήνο και το πένθος τους;	235
Μέρος δέκατο πέμπτο: Πώς αντεπεξέρχομαι και ευημερώ στην παιδιατρική ανακουφιστική φροντίδα;	245

Συνταγολόγιο Αναφοράς της Επιστημονικής Ένωσης	
Association of Paediatric Palliative Medicine	257
Συντελεστές	258
Πρόλογος	263
Εισαγωγή	265
Συνταγολόγιο	269
Αδρεναλίνη (τοπική χρήση)	269
Ακεταζολαμίδη	270
Αλοπεριδόλη	272
Αλφαιντανύλη	275
Αμιτριπτυλίνη	280
Απρεπιτάντη	282
Αραχιδέλαιο (υποκλυσμός)	284
Ατροπίνη	285
Βακλοφαίνη	287
Βεθανεχόλη	290
Βισακοδύλη	292
Βιταμίνη Κ (φυτομεναδιόνη)	293
Βουπρενορφίνη	294
Γκαμπαπεντίνη	298
Γλυκερόλη (γλυκερίνη)	303
Γλυκοπυρρόνιο βρωμιούχο	304
Δαντρολένιο	306
Δεξαμεθαζόνη	307
Διαζεπάμη	310
Διαμορφίνη	313
Δικλοφαινάκη νατριούχος	316
Διυδροκωδεΐνη	318
Δοκουσάτη	320
Δομπεριδόνη	322
Ερυθρομυκίνη	325
Ετορικοξίμη	326
Ιβουπροφαίνη	328
Ιπρατρόπιο βρωμιούχο	331
Καρβαμαζεπίνη	333
Κεταμίνη	335

Κετορολάκη	339
Κλομπαζάμη	342
Κλοναζεπάμη	344
Κλονιδίνη	348
Κυκλιζίνη	353
Κωδεΐνη φωσφορική	355
Λακτουλόζη	356
Λανσοπραζόλη	358
Λεβετιρακετάμη	361
Λεβομεπρομαζίνη	364
Λιδοκαΐνη (Λιγνοκαΐνη) (φαρμακούχο έμπλαστρο)	367
Λοπεραμίδη	369
Λοραζεπάμη	371
Μακρογόλες	373
Μεθαδόνη	375
Μεθυλναλτρεξόνη	382
Μελατονίνη	384
Μετοκλοπραμίδη	386
Μετρονιδαζόλη (τοπική χρήση)	388
Μιδαζολάμη	389
Μικοναζόλη (στοματική γέλη)	394
Μορφίνη	396
Ναλοξόνη	400
Ναμπιλόνη	402
Ναπροξένη	403
Νάτριο κιτρικό	406
Νάτριο πικοθειϊκό	408
Νυστατίνη	409
Οκτρεοτίδη	410
Ολανζαπίνη	412
Ομεπραζόλη	416
Ονδανσετρόνη	418
Οξυγόνο	421
Οξυκωδόνη	424
Παμιδρονάτη (δινατριούχος)	427
Παρακεταμόλη	431

Παραλδεΐδη (διά του ορθού)	435
Πρεγκαμπαλίνη	436
Προμεθαζίνη	439
Ρανιτιδίνη	442
Ρισπεριδόνη	444
Σακχαρόζη	447
Σαλβουταμόλη	449
Σελεκοξίμπη	452
Σέννα	454
Σουκραλφάτη	456
Ταπενταδόλη	458
Τεμαζεπάμη	462
Τιζανιδίνη	464
Τραμαδόλη	466
Τρανεξαμικό οξύ	468
Τριεξυφαινιδύλη	470
Υδρομορφόνη	472
Υοσκίνη βουτυλοβρωμιούχος	474
Υοσκίνη υδροβρωμιούχος	476
Φαινοβαρβιτάλη	478
Φαιντανύλη	481
Φαινυτοΐνη	487
Φλουκοναζόλη	491
Φλουοξετίνη	493
Φωσφορικό άλας (υποκλυσμός)	495
Χλωράλη ένυδρος	496
Χλωροπρομαζίνη	498
Co-danthramer	500
Co-danthrusate	501
Entonox	502
Gaviscon®	504
Lomotil® (Co-Phenotrope)	506
Παράρτημα 1: Ισοδυναμία εφάπαξ δόσης μορφίνης	509
Παράρτημα 2: Συμβατότητα φαρμάκων για χορήγηση μέσω υποδόριας έγχυσης ...	510
Παράρτημα 3: Μετατροπή δόσης από γκαμπαπεντίνη σε πρεγκαμπαλίνη για την αντιμετώπιση του νευροπαθητικού πόνου	512

Παράρτημα 4: Βενζοδιαζεπίνες	515
Παράρτημα 5: Υπόδειγμα για ένα «Πλάνο Αντιμετώπισης Συμπτωμάτων»	517
Υπόδειγμα για ένα «Πλάνο Αντιμετώπισης Πόνου»	518
Υπόδειγμα για ένα «Πλάνο Αντιμετώπισης Ναυτίας και Εμέτων»	520
Υπόδειγμα για ένα «Πλάνο Αντιμετώπισης Σπασμών»	522
Υπόδειγμα για ένα «Πλάνο Αντιμετώπισης Οξείας Δύσπνοιας»	525
Υπόδειγμα για ένα «Πλάνο Αντιμετώπισης Υπέρμετρων Αναπνευστικών Εκκρίσεων»	528
Υπόδειγμα για ένα «Πλάνο Αντιμετώπισης Σοβαρής Αιμορραγίας»	531
Υπόδειγμα για ένα «Πλάνο Αντιμετώπισης Μυϊκού Σπασμού (Δυστονίας)» ...	534
Υπόδειγμα για ένα «Πλάνο Αντιμετώπισης Πόνου Στοματικής Κοιλότητας» ...	537
Υπόδειγμα για ένα «Πλάνο Αντιμετώπισης Συμπίεσης Νωτιαίου Μυελού» ...	540
Υπόδειγμα για ένα «Πλάνο Αντιμετώπισης Διέγερσης, Ανησυχίας, Παραληρήματος και Άγχους»	543
Υπόδειγμα για ένα «Πλάνο Αντιμετώπισης Δυσκοιλιότητας»	546
Παραπομπές Συνταγολογίου	549
Παραπομπές Εγχειριδίου	587
Κύριο ευρετήριο	595
Ευρετήριο φαρμάκων	603

Προλεγόμενα της ελληνικής έκδοσης

Βασικό κίνητρο για τη μετάφραση του βιβλίου αυτού υπήρξε η ανάγκη διάθεσης και στη χώρα μας ενός εύχρηστου οδηγού που θα μπορούσε να συνδράμει τους επαγγελματίες υγείας στην παροχή της κατάλληλης φροντίδας και υποστήριξης σε παιδιά και εφήβους με καταληκτικές παθήσεις. Πρόκειται για ένα πρακτικό εγχειρίδιο που δομείται γύρω από τα βασικότερα ερωτήματα που προκύπτουν κατά τη φροντίδα των παιδιών αυτών και των οικογενειών τους, ενώ ο προσανατολισμένος στην κλινική πρακτική χαρακτήρας του, του αποδίδει διακριτή θέση ανάμεσα σε ανάλογα βιβλία που διατίθενται στο αναπτυσσόμενο πεδίο της ανακουφιστικής φροντίδας παιδιών.

Ο συγγραφέας, γενικός ιατρός με ενεργό συμμετοχή για είκοσι και πλέον χρόνια στη φροντίδα παιδιών με καταληκτικές παθήσεις, υπήρξε για μια δεκαετία υπεύθυνος ιατρός του *Helen House*, του πρώτου ξενώνα για παιδιά στη Μεγάλη Βρετανία, ενώ έχει συμβάλει στην ανάπτυξη του *Douglas House*, του πρώτου ξενώνα για εφήβους και νεαρούς ενήλικες στον κόσμο, του οποίου υπήρξε επίσης διευθυντής. Το 2006 μετέβη στην Ουγκάντα όπου συνεργαζόμενος με τον κοινωφελή οργανισμό *Hospice Africa Uganda* διοργάνωσε μια νέα υπηρεσία ανακουφιστικής φροντίδας παιδιών καθώς και ένα πρόγραμμα μεταπτυχιακής εκπαίδευσης στο πεδίο αυτό.

Στο παρόν βιβλίο ο συγγραφέας αποτυπώνει τις γνώσεις, τις παρατηρήσεις αλλά και τις συμβουλές του, όπως διαμορφώθηκαν μέσα από την καθημερινή του πρακτική στο πλαίσιο της κοινότητας, πλαισιωμένες και εμπλουτισμένες από τις εξειδικευμένες γνώσεις και την κλινική εμπειρία μιας διεθνούς ομάδας ειδικών-συμβούλων της έκδοσης από τον χώρο της παιδιατρικής και της ανακουφιστικής φροντίδας, πολλοί από τους οποίους αποτελούν πρωτεργάτες της ανακουφιστικής φροντίδας στις χώρες τους αλλά και διεθνώς.

Καθένα από τα 15 κεφάλαια του βιβλίου αναπτύσσεται γύρω από ένα ερώτημα που εύλογα ανακύπτει όταν ο επαγγελματίας υγείας αντιμετωπίζει κάποιο από τα συνήθη συμπτώματα ή ζητήματα που απαντώνται στο πλαίσιο της φροντίδας παιδιών με καταληκτικές παθήσεις. Παρουσιάζονται με δομημένο και οργανωμένο τρόπο αλγόριθμοι αξιολόγησης και αντιμετώπισης και παρέχονται καθοδήγηση και λύσεις με βάση τα ερευνητικά δεδομένα, κατά κανόνα συνοδευόμενα από προτάσεις ρεαλιστικής εφαρμογής τους στις πραγματικές συνθήκες της φροντίδας ενός πάσχοντος παιδιού. Στη θεματολογία του βιβλίου περιλαμβάνονται τα συχνότερα συμπτώματα των παιδιών με απειλητικές για τη ζωή παθήσεις, οι συνήθεις επείγουσες καταστάσεις κατά το τελικό στάδιο, η επικοινωνία και η ανακοίνωση δυσάρεστων νέων, αλλά και το παιχνίδι με τα παιδιά, οι ιδιαιτερότητες της εφηβικής ηλικίας, βασικές αρχές υποστήριξης των γονέων σε συναισθηματικά ζητήματα, η συνδρομή παιδιών και οικογενειών αναφορικά με ηθικά και πνευματικά θέματα, η συμπαράσταση της οικογένειας στη διάρκεια του πένθους, καθώς και η διαχείριση της συναισθηματικής φόρτισης των επαγγελματιών υγείας.

Κάθε κεφάλαιο «οικοδομείται» πάνω στις βασικές γνώσεις που ήδη κατέχουν οι επαγγελματίες υγείας από την εκπαίδευσή τους, προσθέτοντας τις διαφοροποιήσεις και τις ιδιαιτερότητες που απαιτεί η φροντίδα παιδιών και οικογενειών που αντιμετωπίζουν παθήσεις περιορισμένης πρόγνωσης ή το τελικό στάδιο αυτών. Τα δεδομένα της έρευνας φιλτράρονται μέσα από την εμπειρία του συγγραφέα σε διάφορα πολιτισμικά και κοινωνικο-οικονομικά πλαίσια, υπό το πρίσμα της χρησιμότητας και της εφαρμογής τους στην πραγματικότητα της παροχής φροντίδας στον ιδιαίτερο αυτό πληθυσμό παιδιών και εφήβων.

Θα πρέπει να σημειωθεί ότι ο συγγραφέας αναγνωρίζει σαφώς τις προκλήσεις που θέτουν κοινωνικές, πολιτισμικές και οικονομικές συνθήκες στην ολοκληρωμένη και άρτια παροχή φροντίδας σε παιδιά και οικογένειες με καταληκτικές παθήσεις. Λαμβάνει εμφανώς υπόψη του την ανεπάρκεια πόρων σε διάφορες χώρες του κόσμου, όπως και την έλλειψη ή την περιορισμένη διαθεσιμότητα εξειδικευμένων υπηρεσιών παιδιατρικής ανακουφιστικής φροντίδας, θέτοντας στη διάθεση των επαγγελματιών υγείας ένα εγχειρίδιο ώστε, ακόμη και στις συνθήκες αυτές, να καταστεί δυνατή η παροχή της καλύτερης δυνατής φροντίδας στα παιδιά αυτά και τις οικογένειές τους, επιβεβαιώνοντας έτσι τον υπότιτλο του βιβλίου για τη χρησιμότητά του σε κάθε γωνιά της γης!¹

Στο βιβλίο περιλαμβάνεται και η επικαιροποιημένη έκδοση (2020) του Συνταγολογίου Αναφοράς (Master Formulary) της Επιστημονικής Ένωσης *Association for Paediatric Palliative Medicine* (APPM). Πρόκειται για εμπλουτισμένη και ενημερωμένη έκδοση του πρώτου φαρμακευτικού οδηγού στο πεδίο της ανακουφιστικής φροντίδας παιδιών, πολύτιμο βοήθημα των ιατρών σε πολλές χώρες του κόσμου. Η τρέχουσα έκδοσή του διακρίνεται από την προσθήκη δεδομένων που αφορούν τα νεογνά, καθώς και των νεότερων οδηγιών ως προς τη χρήση φαρμάκων στον χώρο της ανακουφιστικής φροντίδας παιδιών. Η τεκμηρίωση κάθε σύστασης στα πρόσφατα δεδομένα της έρευνας με επισημάνσεις ως προς την ισχύ της παρατιθέμενης τεκμηρίωσης, καθιστούν τον οδηγό αυτό αναντικατάστατο βοήθημα των αποφάσεων που χρειάζεται να ληφθούν στην κλινική πράξη.

Με δεδομένο ότι η ανακουφιστική φροντίδα παιδιών δεν αποτελεί ακόμη στη χώρα μας διακριτό και αυτόνομο πεδίο εξειδίκευσης των ιατρών και άλλων επαγγελματιών υγείας, εκτιμούμε ότι το βιβλίο αυτό θα αποτελέσει για αυτούς πηγή γνώσεων και υποστήριξης, παρέχοντάς τους βασικά εφόδια για τη βελτίωση της καθημερινότητας των παιδιών που αντιμετωπίζουν καταληκτικές παθήσεις, ιδιαίτερα εκείνων που θα θελήσουν να παραμείνουν στο περιβάλλον του σπιτιού τους και στην ιδιαίτερη πατρίδα τους. Αποτελεί άλλωστε πεποίθηση του συγγραφέα, βασισμένη στην εμπειρία του σε διάφορα μέρη του κόσμου, ότι οι περισσότεροι επαγγελματίες υγείας διαθέτουν ήδη πολλές από τις γνώσεις και τις δεξιότητες ώστε να συμβάλλουν με επάρκεια στην παροχή ανακουφιστικής φροντίδας σε παιδιά, τους λείπει ωστόσο η εμπιστοσύνη στις δυνάμεις τους, ή τους τρομάζουν οι αναπόφευκτες προκλήσεις της φροντίδας ενός παιδιού που πεθαίνει. Εκτιμούμε επίσης ότι το βιβλίο αυτό παρέχει υλικό προκειμένου και άλλοι επαγγελματίες υγείας πλην του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού να συμβάλλουν, ο καθένας από το δικό του εξειδικευμένο πεδίο, στην παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας και υποστήριξης σε παιδιά και οικογένειες, με την κατάλληλη συνδρομή από τη θεραπευτική ομάδα, ή/και την ειδική ομάδα ανακουφιστικής φροντίδας όπου είναι διαθέσιμη, όπως άλλωστε παροτρύνει και ο συγγραφέας. Επιπλέον, με δεδομένη την πορεία πολλών παιδιατρικών παθήσεων περιορισμένης πρόγνωσης οι οποίες εξελίσσονται με την πάροδο του χρόνου, η παροχή υπηρεσιών ανακουφιστικής φροντίδας στο πλαίσιο της κοινότητας και της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, αποκτά ιδιαίτερη σημασία.

Εγκάρδιες ευχαριστίες οφείλονται στον συγγραφέα του βιβλίου Justin Amery για την ενθουσιώδη ανταπόκρισή του στο αίτημα της μετάφρασης, την ευγενική παραχώρηση των δικαιωμάτων της έκδοσης, την ενθάρρυνση αλλά και την υπομονή του καθώς απρόβλεπτες συνθήκες επιμήκυναν τον χρόνο ολοκλήρωσης της μετάφρασης. Θερμές ευχαριστίες απευθύνονται επίσης στα αρμόδια μέλη της APPM για την ευγενική παραχώρηση της άδειας μετάφρασης της τελευταίας έκδοσης (2020) του Συνταγολογίου, ιδιαίτερα δε στον υπεύθυνο σύνταξης Satbir Singh Jassal για την αμεσότατη ανταπόκρισή του στη διάθεση της επικαιροποιημένης έκδοσης του Συνταγολογίου αλλά και για τη συνδρομή του όπου χρειάστηκαν διευκρινίσεις κατά τη μετάφραση του Συνταγολογίου.²

Θα ήθελα επίσης να ευχαριστήσω βαθύτατα τον Ομότιμο Καθηγητή Παιδοψυχιατρικής και Πρόεδρο του Επιστημονικού Συλλόγου Μέριμνας Παιδιού και Εφήβου (ΣΥΜΕΠΕ) κ. Γρ. Αμπατζόγλου για την ένθερμη συγκατάθεσή του στην έκδοση του παρόντος εγχειριδίου καθώς και για τη μέριμνά του για την παραγωγή μίας ακόμη άρτιας έκδοσης του ΣΥΜΕΠΕ. Η Έλενα Φωτιάδου πραγματοποίησε με περισσή προσοχή την επιμέλεια του κείμενου και την ευχαριστώ ιδιαίτερα για τις εύστοχες υποδείξεις της. Τυχόν αστοχίες ή παραλείψεις καθώς και οι επιλογές απόδοσης επιστημονικών όρων, βαρύνουν τη γράφουσα.³ Θα πρέπει επίσης να σημειωθεί ότι με δεδομένη την ταχεία εξέλιξη των πληροφοριών στο διαδίκτυο, υπήρξε μέριμνα ώστε να ελεγχθούν οι ηλεκτρονικοί σύνδεσμοι που παρέχονται στο βιβλίο όπως και να αντικατασταθούν με επικαιροποιημένους όπου χρειάστηκε και σε συνεννόηση με τους υπεύθυνους της έκδοσης. Επίσης με δεδομένες τις διακυμάνσεις στη διαθεσιμότητα των διαφόρων φαρμακευτικών παραγόντων όπως και τις διαφοροποιήσεις ανά χώρα, ο αναγνώστης καλείται να ελέγχει τη διάθεση στη χώρα μας ενός σκευάσματος πριν από τη σύσταση ή τη συνταγογράφησης του.

Η παρούσα έκδοση ακολουθεί την πρακτική των δύο άλλων που την απαρτίζουν, δηλαδή είναι ελεύθερα προσβάσιμη σε ηλεκτρονική μορφή (pdf) ενώ η έντυπη μορφή είναι διαθέσιμη κατόπιν επικοινωνίας με τον εκδότη (βλ.: www.symepe.gr).

Ευελπιστούμε ότι η διάθεση του βιβλίου αυτού στην ελληνική γλώσσα θα αποτελέσει μια εύχρηστη πηγή γνώσεων και καθοδήγησης για ιατρούς και άλλους επαγγελματίες υγείας στη χώρα μας προκειμένου να συμβάλλουν στην παροχή ανακούφισης και υποστήριξης σε παιδιά που αντιμετωπίζουν καταληκτικές παθήσεις και στις οικογένειές τους.

Μαρία Μπούρη
Αθήνα, Οκτώβριος 2020

-
1. Εκτός από τις μεταφράσεις του βιβλίου σε διάφορες γλώσσες (π.χ., βλ.: <https://www.cestadomu.cz/publikace/a-really-practical-handbook-of-childrens-palliative-care>), είναι αξιοσημείωτη η ανάπτυξη μιας εκπαιδευτικής ηλεκτρονικής εφαρμογής για επαγγελματίες υγείας, η οποία έχει βασιστεί στο περιεχόμενο του βιβλίου, γεγονός που υπογραμμίζει τον χρηστικό του χαρακτήρα, βλ. <http://www.medpalcnn.org/en/>
 2. Ο αναγνώστης μπορεί να εντοπίσει την ελληνική μετάφραση της 5^{ης} έκδοσης του Συνταγολογίου Αναφοράς της Επιστημονικής Ένωσης ΑΡΡΜ ως αυτοτελές αρχείο στην ιστοσελίδα της ΑΡΡΜ (βλ.: <https://www.appm.org.uk/guidelines-resources/appm-master-formulary/>).
 3. Σχετικά με την απόδοση του όρου *palliative* στα ελληνικά, παραλάβαμε την απόφαση της Επιτροπής Ακαδημαϊκών του Κέντρου Επιστημονικών Όρων και Νεολογισμών της Ακαδημίας Αθηνών (συνεδρία 13ης Φεβρουαρίου 2020, με πρόεδρο τον κ. Ρεγκάκο και επόπτη τον κ. Παπαγγελή), η οποία μετά από σχετική εισήγηση και συζήτηση θεώρησε τον όρο *ανακουφιστικός* ως «προτιμητέο».

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να ευχαριστήσω τους ακόλουθους οργανισμούς δίχως τους οποίους δεν θα ήταν δυνατό να εκδοθεί το βιβλίο αυτό δωρεάν.

- Τον ξενώνα Keech Hospice (www.keech.org.uk), όπου μου παρείχαν διοικητική, ψυχολογική και υλική υποστήριξη, καθώς και την ελευθερία να εργαστώ πάνω στο βιβλίο αυτό ως μέρος των υποχρεώσεών μου απέναντί τους.
- Το σωματείο True Colours Trust, έναν φιλανθρωπικό σύλλογο στελεχωμένο από μια μικρή ομάδα ανθρώπων αλλά με τεράστια επίδραση στην ανάπτυξη της ανακουφιστικής φροντίδας παιδιών ανά τον κόσμο, για τη δωρεά τους να καλύψουν το κόστος έκδοσης του βιβλίου.
- Την υπεύθυνη ομάδα του Συνταγολογίου της Επιστημονικής Ένωσης Association for Paediatric Palliative Medicine (APPM), που μου επέτρεψε να συμπεριλάβω το Συνταγολόγιο στο παρόν εγχειρίδιο, χωρίς κόστος.
- Το διεθνές δίκτυο International Children's Palliative Care Network (<http://www.icpcn.org/>), για τη διαρκή υποστήριξη του έργου αυτού, καθώς και για τη σύμφωνη γνώμη του να συνδράμει στη διάδοση του εγχειριδίου, μετά την έκδοσή του.
- Και τέλος, την οργάνωση Together for Short Lives (<http://www.togetherforshortlives.org.uk/>), εν μέρει για τη συμβολή τους στο βιβλίο αυτό, μέσω της Katrina McNamara, αλλά και για τη συναίνεσή τους να μου επιτρέψουν να αξιοποιήσω ως βάση την έκδοσή τους «Children's Palliative Care Handbook for GPs».

Πρόλογος

Στα ταξίδια μου με στόχο την άσκηση και τη διδασκαλία της παιδιατρικής ανακουφιστικής φροντίδας σε διάφορα μέρη του κόσμου, εντυπωσιάστηκα από τον βαθμό στον οποίο η ανακουφιστική φροντίδα παιδιών είναι κατά βάση όμοια, οπουδήποτε και αν πάει κανείς. Φυσικά υπάρχουν επίσης και πάρα πολλές διαφορές, αλλά τούτο δεν συνιστά απαραίτητα αντίφαση. Οπουδήποτε και αν βρίσκονται, τα παιδιά είναι παιδιά και η ανακουφιστική φροντίδα παραμένει ανακουφιστική φροντίδα.

Ανταποκρινόμενος στη μάλλον παράδοξη αυτή συνθήκη, ονειρευόμουν από παλιά να μπορέσω να γράψω κάτι που θα ήταν ελεύθερα προσβάσιμο στον καθένα και το οποίο θα μπορούσε να είναι εξίσου χρήσιμο σε έναν ιατρό στις ΗΠΑ όπως και σε μια νοσηλεύτρια στη Βολιβία, ή σε έναν επαγγελματία υγείας στην Ουγκάντα. Το βιβλίο αυτό συνιστά μια προσπάθεια επίτευξης αυτού του στόχου, βασίζεται δε σε ό,τι έχω ο ίδιος διαπιστώσει: οι περισσότεροι ιατροί και νοσηλευτές διαθέτουν ήδη την πλειονότητα των γνώσεων, δεξιοτήτων και στάσεων που τους είναι απαραίτητες ώστε να είναι σε θέση να παρέχουν ανακουφιστική φροντίδα σε παιδιά, απλώς τους λείπει η αυτοπεποίθηση ή τους τρομάζουν ορισμένες από τις προκλήσεις που αναπόφευκτα ανακύπτουν όταν ένα παιδί πεθαίνει.

Το βιβλίο αυτό δομείται λοιπόν γύρω από τα συνηθισμένα ερωτήματα που θέτουμε σε περίπλοκες συνθήκες στο πλαίσιο της ανακουφιστικής φροντίδας, βασίζεται δε στην έρευνα, τη διδασκαλία και την εκπαίδευση που έχω πραγματοποιήσει στη διάρκεια των τελευταίων 20 ετών. Κάθε κεφάλαιο επικεντρώνεται σε μία ερώτηση και αρχίζει υπενθυμίζοντάς μας όσα ήδη γνωρίζουμε, πριν επιχειρηθεί στη συνέχεια να καλυφθούν ορισμένα συνήθη κενά γνώσεων. Τέλος, το βιβλίο ολοκληρώνεται με την παράθεση του Συνταγολογίου Αναφοράς της Επιστημονικής Ένωσης Association of Paediatric Palliative Medicine (APPM), που αποτελεί ένα πραγματικά άριστο έργο και το οποίο συμπεριλαμβάνεται χάρη στην ιδιαίτερα ευγενική παραχώρηση του Sat Jassal και όλων των αρμοδίων της Ένωσης. Ελπίζω ότι το παρόν εγχειρίδιο θα προσφέρει όλα όσα χρειάζεστε για να διαχειριστείτε πραγματικές περιπτώσεις σε πραγματικές συνθήκες, με αυτοπεποίθηση, σε οποιοδήποτε μέρος του κόσμου κι αν βρίσκεστε.

Συνέβαλαν

Προκειμένου να εξασφαλιστεί ότι το βιβλίο θα αφορά κάθε ιατρό ή νοσηλεύτη σε οποιοδήποτε μέρος του κόσμου, βασίστηκα σε πολύ μεγάλο βαθμό σε επαγγελματίες υγείας με σημαντική εμπειρία στην παιδιατρική ανακουφιστική φροντίδα, από 5 ηπείρους (δεν κατάφερα να βρω κάποιον από την Ανταρκτική...). Η βοήθειά τους ήταν ανεκτίμητη και τους οφείλω ένα τεράστιο ευχαριστώ. Πρόκειται για τους εξής:

Δρ Anthony Herbert

Ο Anthony είναι παιδίατρος που εξειδικεύεται στην παιδιατρική ανακουφιστική φροντίδα στο Παιδιατρικό Νοσοκομείο Lady Cilento, στο Μπρίσμπεϊν της πολιτείας Κουίνσλαντ στην Αυστραλία. Ένα μέρος της ειδικότητάς του το πραγματοποίησε εργαζόμενος στο Τμήμα Πόνου και Ανακουφιστικής Φροντίδας στο Παιδιατρικό Νοσοκομείο του Westmead, στο Σίδνεϊ. Εργάζεται στην Υπηρεσία Παιδιατρικής Ανακουφιστικής Φροντίδας στο Μπρίσμπεϊν από το 2008 και είναι Λέκτορας στο Πανεπιστήμιο University of Queensland. Στα κλινικά και ερευνητικά του ενδιαφέροντα περιλαμβάνονται η αντιμετώπιση του πόνου και της αϋπνίας, καθώς και η χρήση της τηλεϊατρικής.

Francis Edwards

Ο Francis εργάζεται κλινικά τα τελευταία τρία χρόνια στο Παιδιατρικό Νοσοκομείο Bristol Royal ως Νοσηλεύτης Διασυνδεδετικής για την Παιδιατρική Ανακουφιστική Φροντίδα, αναπτύσσοντας υπηρεσίες ανακουφιστικής φροντίδας για βρέφη, παιδιά και νεαρούς ενήλικες. Πριν από τη μετακίνησή του στο Μπρίστολ, εργάστηκε στη Βόρεια Σκωτία ως Προϊστάμενος Νοσηλεύτης στην Παιδιατρική Ανακουφιστική Φροντίδα. Διαθέτει εκτενή εμπειρία εργαζόμενος στο πεδίο της ανακουφιστικής φροντίδας παιδιών σε πλαίσιο επειγόντων περιστατικών, κοινοτικής νοσηλευτικής και παροχής φροντίδας σε ξενώνες, ενώ είναι και Επίτιμος Λέκτορας στα Πανεπιστήμια Aberdeen & Coventry. Έχει διατρέξει μεγάλο μέρος της καριέρας του ως Κλινικός Νοσηλεύτης με Ειδίκευση στην Παιδιατρική Ογκολογία στο παιδιατρικό νοσοκομείο του Μπράιτον και στο νοσοκομείο Royal Marsden του Λονδίνου. Η εργασία του στον χώρο της παιδιατρικής ογκολογίας διαμόρφωσε την προσέγγισή του στην

παιδιατρική ανακουφιστική φροντίδα. Αναγνωρίζει με αφοσίωση τη σημασία της ολιστικής και επικεντρωμένης στην οικογένεια φροντίδας και αντιλαμβάνεται την «ψυχική διεργασία» ως θεμελιώδη παράμετρο της φροντίδας. Έχει επίσης συνεργαστεί με την ομάδα της οργάνωσης Together for Short Lives στην ανάπτυξη των πρωτοκόλλων «Care Pathways».

Δρ Jane Nakawesi

Η Jane είναι παιδίατρος που εργάζεται στην οργάνωση Mildmay Uganda τα τελευταία 6 χρόνια. Έλαβε Μάστερ Ιατρικής στην Παιδιατρική και την Υγεία του Παιδιού από το Πανεπιστήμιο Makerere University της Ουγκάντα το 2007. Εκπαιδεύτηκε στην Παιδιατρική Ανακουφιστική Φροντίδα στη Νότια Αφρική το 2009. Από τότε εκπαιδεύει, σε εθνικό και διεθνές επίπεδο, επαγγελματίες υγείας στο πλαίσιο εκπαιδευτικών προγραμμάτων ανακουφιστικής παιδιατρικής φροντίδας, βραχείας ή μεγαλύτερης διάρκειας. Ένας από τους εμπνευστές της ήταν ο αναγνωρισμένος ειδικός της ανακουφιστικής φροντίδας, Δρ Justin Amery. Αρχικά η εκπαίδευση στην Mildmay με την υποστήριξη της οργάνωσης Diana Princess of Wales Memorial Fund (DPWMF) ήταν διάρκειας 6 μηνών. Με την καθοδήγηση της Jane και την υποστήριξη της DPWMF, το πρόγραμμα αυτό αναβαθμίστηκε σε Δίπλωμα Ειδίκευσης και ξεκίνησε τον Απρίλιο του 2014 στο πλαίσιο της οργάνωσης Mildmay Uganda. Η Jane είναι επίσης ενθουσιώδης με την πραγματοποίηση επιχειρησιακής έρευνας και έχει παρουσιάσει αρκετά άρθρα με θέμα την παιδιατρική ανακουφιστική φροντίδα, τόσο σε τοπικά όσο και σε διεθνή συνέδρια. Το τρέχον έτος, ένα από τα άρθρα της με τίτλο «Palliative Care Needs of HIV Exposed and Infected Children Admitted to the Inpatient Paediatric Unit in Uganda», έχει γίνει αποδεκτό για δημοσίευση στην ηλεκτρονική επιθεώρηση ecancermedscisience.

Δρ Julia Ambler

Η Julia αποφοίτησε από το Πανεπιστήμιο του Κέιπ Τάουν με το πτυχίο MBChB το 1998. Μετά τα πρώτα της έτη ως ιατρός, έμεινε 6 χρόνια στην Οξφόρδη της Μεγάλης Βρετανίας και επέστρεψε στην πατρίδα στις αρχές του 2008. Ενώ ήταν στη Μεγάλη Βρετανία, εκπαιδεύτηκε και εργάστηκε ως γενική ιατρός καθώς και στους ξενώνες παιδιών Helen & Douglas House της Οξφόρδης. Είναι μέλος του Βασιλικού Κολlegίου Γενικών Ιατρών της Μεγάλης Βρετανίας και διαθέτει Δίπλωμα Ειδίκευσης στην Ανακουφιστική Παιδιατρική από το Πανεπιστήμιο Cardiff University της Ουαλίας, καθώς και Δίπλωμα Ειδίκευσης στην Υγεία του

Παιδιού. Από το 2008 μέχρι το 2012, εργάσθηκε στο Ίδρυμα Bigshoes Foundation στο Ντέρμπαν. Όταν αυτή η μη κερδοσκοπική οργάνωση έκλεισε τον Δεκέμβριο του 2012, η Julia συνέβαλε ουσιαστικά στην ίδρυση του σωματείου Umduduzi – Hospice Care for Children ώστε να συνεχίσει να δραστηριοποιείται στην παιδιατρική ανακουφιστική φροντίδα. Μέσω του μη κερδοσκοπικού αυτού φορέα, η Julia παρέχει συμβουλευτική σε κρατικά νοσοκομεία και ξενώνες, καθώς και κατάρτιση στην παιδιατρική ανακουφιστική φροντίδα. Είναι επίσης Λέκτορας μερικής απασχόλησης στο Τμήμα Παιδιατρικής, στην Ιατρική Σχολή Nelson Mandela, του Πανεπιστημίου University of KwaZulu-Natal.

Katie Hill

Η Katie αποφοίτησε με βαθμό First Class Honours στη Γενική Νοσηλευτική και την Παιδιατρική Νοσηλευτική από το Κολλέγιο Trinity του Δουβλίνου της Ιρλανδίας, τον Απρίλιο του 2012, από όπου και παρέλαβε Χρυσό Μετάλλιο για την ακαδημαϊκή της αριστεία. Κατά την εκπαίδευσή της ενθουσιάστηκε με την παιδιατρική ανακουφιστική φροντίδα και τον Οκτώβριο του 2011 κέρδισε το βραβείο «Undergraduate Award of Ireland and Northern Ireland for Nursing» για το άρθρο της στην παιδιατρική ανακουφιστική φροντίδα, το οποίο έκτοτε τροποποίησε και εξέδωσε στο περιοδικό British Journal of Nursing με τίτλο «Paediatric Palliative Care in Ireland and the UK». Μετά την αποφοίτησή της, πέρασε έξι μήνες ως εθελόντρια στην οργάνωση Butterfly Children's Hospices στην Κίνα όπου έκτοτε συνεχίζει να συμμετέχει. Για περισσότερους από 18 μήνες παρείχε εθελοντική εργασία στους ξενώνες Butterfly Children's Hospices στην Κίνα, όπου έχει σήμερα τον ρόλο της επικεφαλής νοσηλεύτριας συντονίζοντας τη νοσηλευτική ομάδα και στους δύο ξενώνες της οργάνωσης. Σήμερα, μοιράζει τον χρόνο της ανάμεσα στην Κίνα και την Ιρλανδία, όπου εκπαιδεύεται στο πρόγραμμα «Masters in Nursing in Child Health and Wellbeing». Εκτιμά πως αποτελεί μοναδικό προνόμιο η εργασία στην οργάνωση Butterfly Children's Hospices, όπου παρέχει με αφοσίωση ανακουφιστική φροντίδα και αγωγή σε παιδιά με απειλητικές για τη ζωή παθήσεις στην Κίνα.

Katrina McNamara

Η Katrina McNamara είναι Διευθύντρια Έργου και Ανάπτυξης Υπηρεσιών στην οργάνωση Together for Short Lives, τον φορέα της Μεγάλης Βρετανίας για την ανακουφιστική φροντίδα παιδιών, συντονίζοντας μια ομάδα που αποσκοπεί στην υποστήριξη επαγγελματιών υγείας και οργανισμών για την ανά-

πτυξη της βέλτιστης πρακτικής και της παροχής υπηρεσιών, καθώς και στη διάθεση πληροφόρησης και υποστηρικτικών υπηρεσιών σε παιδιά και νεαρούς ενήλικες με παθήσεις περιορισμένης πρόγνωσης και τις οικογένειές τους. Το 2009 έλαβε το βραβείο «Elisabeth Kübler-Ross Award for Outstanding Contribution» για τη διορατικότητά της να αναπτυχθεί το πρώτο στη Μεγάλη Βρετανία πρωτόκολλο (Integrated Care Pathway) ανακουφιστικής φροντίδας παιδιών. Είναι μέλος της Επιτροπής «International Children's Palliative Care Network Advocacy Committee», εστιάζοντας στην ανάπτυξη υπηρεσιών ανακουφιστικής φροντίδας παιδιών ανά τον κόσμο. Έχει εργασθεί ως παιδιατρική νοσηλεύτρια, γενική νοσηλεύτρια και επισκέπτρια υγείας στην Κομητεία του Μέρσεϊσαϊντ καθώς και στο Τμήμα Υγείας της Αγγλίας, πριν στραφεί για απασχόληση στον εθελοντικό τομέα.

Δρ Khaliah Aesha Johnson

Η Khaliah είναι κλινική ιατρός με ειδίκευση στην παιδιατρική ανακουφιστική φροντίδα και εργάζεται στην Υπηρεσία Υγείας Παιδιού της Ατλάντα, στην Τζόρτζια των ΗΠΑ. Η Δρ Johnson ολοκλήρωσε την ιατρική της εκπαίδευση στην Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Stanford στο Πάλο Άλτο της Καλιφόρνιας και στη συνέχεια την κατάρτισή της στη γενική παιδιατρική στο Πανεπιστήμιο Johns Hopkins στην Βαλτιμόρη του Μέριλαντ. Ο ενθουσιασμός και η αφοσίωσή της στη φροντίδα παιδιών με σύμπλοκες παθήσεις περιορισμένης πρόγνωσης, την οδήγησαν να αναζητήσει εξειδικευμένη κατάρτιση στην παιδιατρική ανακουφιστική φροντίδα στο Παιδιατρικό Νοσοκομείο Children's Hospital of Philadelphia, την οποία και ολοκλήρωσε το 2012. Είχε επίσης την ευκαιρία να διερευνήσει όπως και να αντιμετωπίσει τις ανάγκες ανακουφιστικής φροντίδας παιδιών και οικογενειών σε διάφορα διεθνή πλαίσια, όπως στην Αιθιοπία και τη Νότια Αφρική. Στα ειδικά της ενδιαφέροντα περιλαμβάνονται η βελτίωση της πρόσβασης στην παιδιατρική ανακουφιστική φροντίδα σε επίπεδο κοινότητας σε περιοχές με περιορισμένους πόρους, καθώς και η φροντίδα στο πλαίσιο ξενώνων για παιδιά.

Δρ Kuan Geok Lan

Η Dr Kuan Geok Lan αποτελεί υπέρμαχο της παιδιατρικής ανακουφιστικής φροντίδας στη Μαλαισία από το 2006, οπότε ίδρυσε την πρώτη ομάδα ανακουφιστικής φροντίδας παιδιών στο Νοσοκομείο Malacca. Συνεχίζει να υπηρετεί στο Παιδιατρικό Τμήμα του Νοσοκομείου Malacca Hospital ως γενική παιδία-

τρος και να παρακολουθεί παιδιά με ανάγκες ανακουφιστικής φροντίδας σε επίπεδο κοινότητας, ενώ διδάσκει και σε φοιτητές ιατρικής. Είναι πρόεδρος της υποεπιτροπής για την ανακουφιστική φροντίδα παιδιών στην Παιδιατρική Ένωση της Μαλαισίας, γεγονός που έχει οδηγήσει στην αναγνώριση από το Υπουργείο Υγείας της Μαλαισίας της αναγκαιότητας κατάρτισης παιδιάτρων στην ανακουφιστική φροντίδα. Η υποεπιτροπή αποσκοπεί επίσης στη συνεχιζόμενη εκπαίδευση του προσωπικού υγείας, την ενίσχυση της ευαισθητοποίησης του κοινού, την ενθάρρυνση της έρευνας καθώς και της ενεργού συμμετοχής των πολιτών. Από το 2013, η Δρ Lan διαδραματίζει καίριο ρόλο στην ίδρυση υπηρεσίας παιδιατρικής ανακουφιστικής φροντίδας σε δύο κρατικά νοσοκομεία στην πολιτεία της Τζοχόρ στη Μαλαισία. Το 2015 συνεργάστηκε με 12 περιφερειακά ιατρεία ώστε με την υποστήριξη των δύο αυτών νοσοκομείων να λειτουργήσουν συνεργατικά με στόχο την παροχή κατ' οίκον φροντίδας και στήριξης, χρησιμοποιώντας ένα μοντέλο κατάρτισης με βάση την άμεση ανταπόκριση στις προκύπτουσες ανάγκες («pop up and on time»).

Maggie Comac

Η Maggie Comac είναι κλινική νοσηλεύτρια με ειδικότητα στην Παιδιατρική Ανακουφιστική Φροντίδα, στο Νοσοκομείο Great Ormond Street Hospital. Διαθέτει εκτενή εμπειρία στην παιδιατρική ογκολογία και την ανακουφιστική φροντίδα τόσο από τη Μεγάλη Βρετανία όσο και από τη Μέση Ανατολή. Από τον Ιούνιο 2010 έως τον Μάιο 2014, εργάστηκε στο Κουβέιτ εντός του Υπουργείου Υγείας ως Σύμβουλος Νοσηλεύτρια και στη συνέχεια ως Συντονίστρια Φροντίδας στον ξενώνα παιδιών Bayt Abdullah Children's Hospice, την πρώτη δομή παιδιατρικής ανακουφιστικής φροντίδας στη χώρα αυτή. Η Maggie υποστηρίζει ένθερμα την εξειδικευμένη νοσηλευτική φροντίδα, τασσόμενη υπέρ της ποιοτικής και τεκμηριωμένης στην έρευνα φροντίδας. Ενδιαφέρεται ειδικά για την κλινική έρευνα εντός του πεδίου αυτού και ελπίζει να συμβάλλει μελλοντικά στην παραγωγή τεκμηριωμένων δεδομένων, τόσο αναγκαία για τον χώρο αυτό.

Δρ Pradnya Talawadekar

Η Pradnya είναι Εθνική Συντονίστρια για το Πρόγραμμα Ανακουφιστικής Φροντίδας Παιδιών, της Ινδικής Ένωσης για την Ανακουφιστική Φροντίδα. Έχει συμβάλει στην προαγωγή της παροχής ανακουφιστικής φροντίδας στην Πολιτεία Μαχαράστρα, όπως και στη συμπερίληψη της ανακουφιστικής ια-

τρικής στο πρόγραμμα σπουδών του Πανεπιστημίου Maharashtra University of Health Sciences (MUHS). Έχει αναπτύξει σχετικό εκπαιδευτικό και υποστηρικτικό υλικό στη χώρα της, ενώ έχει οργανώσει και προγράμματα κατάρτισης για το προσωπικό υγείας στην Ινδία. Εργάζεται σε μη κυβερνητικές οργανώσεις για την παροχή βοήθειας και υποστήριξης σε παιδιά με ανάγκες ανακουφιστικής φροντίδας και έχει συμβάλει στην ανάπτυξη τριών πρότυπων εγκαταστάσεων παροχής υπηρεσιών στην Πολιτεία της Μαχαράστρα.

Δρ Renée McCulloch

Η Renée είναι εξειδικευμένη ιατρός (consultant) στην Ανακουφιστική Παιδιατρική στο Νοσοκομείο Great Ormond Street Hospital, Επίτιμη Λέκτορας στο Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού στο Λονδίνο, ενώ εργάζεται και στον ξενώνα για παιδιά Helen & Douglas House της Οξφόρδης. Διαθέτει πλούσια κλινική εμπειρία εργαζόμενη σε εξειδικευμένα παιδιατρικά κέντρα, ξενώνες παιδιών καθώς και στην κατ' οίκον ανακουφιστική φροντίδα. Ανάμεσα στο 2010 και το 2013 εργάστηκε στο Κουβέιτ υποστηρίζοντας την ανάπτυξη υπηρεσιών ανακουφιστικής φροντίδας στο ογκολογικό παιδιατρικό κέντρο και στη συνέχεια στον ξενώνα παιδιών Bayt Abdullah (ο πρώτος ξενώνας για παιδιά στη Μέση Ανατολή). Το παραπάνω διάστημα, η Renée μετακόμισε με την οικογένειά της στο Κουβέιτ για τον σκοπό αυτό. Συνέβαλε εκτενώς στην ανάπτυξη της ειδικότητας της παιδιατρικής ανακουφιστικής φροντίδας και χαίρεται να συμμετέχει στην έρευνα, την κατάρτιση και την εκπαίδευση στο πεδίο αυτό. Ενδιαφέρεται ιδιαίτερα για την ανάπτυξη μιας βάσης δεδομένων τεκμηριωμένων στην έρευνα αναφορικά με την κλινική πρακτική, τη βελτίωση των υπηρεσιών ανακουφιστικής παιδιατρικής φροντίδας, καθώς και την ενίσχυση της διαθεσιμότητας οπιοειδών σκευασμάτων για παιδιά, ώστε να καταστούν προσβάσιμα σε όλες τις χώρες.

Δρ Rut Kiman

Η Rut είναι η επικεφαλής της Παιδιατρικής Ομάδας Ανακουφιστικής Φροντίδας στο Τμήμα Μητέρας-Βρέφους του Νοσοκομείου Professor A. Posadas Hospital στην Αργεντινή, Επίκουρη Καθηγήτρια Παιδιατρικής, καθώς και Λέκτορας στο Τμήμα Παιδιατρικής της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου του Μπουένος Άιρες. Εργάζεται με παιδιά και οικογένειες για περισσότερα από 30 χρόνια και διαθέτει εμπειρία 20 ετών στη φροντίδα βρεφών και παιδιών με παθήσεις περιορισμένης πρόγνωσης. Διδάσκει επίσης σε προπτυχιακούς φοιτητές και εκ-

παιδευόμενους ιατρούς στο Νοσοκομείο Posadas, καθώς και σε μεταπτυχιακούς φοιτητές στο πρόγραμμα (Diploma Course) της μη κυβερνητικής οργάνωσης Pallium. Ως μέλος της Ένωσης «Latin-American Palliative Care Association», έχει συμμετάσχει σε πολλές ομάδες εργασίας σε διάφορες περιοχές της χώρας. Είναι μέλος του Διοικητικού Συμβουλίου του διεθνούς δικτύου International Children's Palliative Care Network από το 2006 και έχει συμβάλει με ποικίλα άρθρα και κεφάλαια βιβλίων στο πεδίο της ειδικότητάς της.

Δρ Satbir Jassal

Ο Sat εργάζεται ως γενικός ιατρός, ανώτερο στέλεχος καθώς και Ιατρικός Διευθυντής στον ξενώνα για παιδιά Rainbows Children's Hospice στο Λάφμπορο της επαρχίας Λεστερσάιρ, επικεφαλής μιας ομάδας 4 ιατρών σε μια μονάδα 14 κλινών που απευθύνεται σε παιδιά και νεαρούς ενήλικες. Εργάζεται ως γενικός ιατρός για 25 έτη και στον χώρο της ανακουφιστικής φροντίδας παιδιών για πάνω από 20 έτη. Είναι συγγραφέας και εκδότης του εγχειριδίου «Rainbows Children's Hospice Symptom Control», συν-συγγραφέας του βιβλίου «Oxford Handbook of Paediatric Palliative Medicine», καθώς και εκδότης του *Synopsis*, ενός περιοδικού με περιλήψεις άρθρων. Διευθύνει την ομάδα εργασίας για τον Φαρμακευτικό Οδηγό της Ένωσης APPM (Drug Formulary Group) και είναι εκδότης του Συνταγολογίου Αναφοράς «APPM Master Formulary». Είναι επίσης Λέκτορας στο Πανεπιστήμιο του Κάρντιφ στην Ανακουφιστική Παιδιατρική, Επίτιμος Σύμβουλος Ιατρός (Honorary Consultant) στον ξενώνα ενηλίκων LOROS, Συντονιστής για την Υγεία του Παιδιού στο Δυτικό Λεστερσάιρ (Clinical Commissioning Group), καθώς και Συντονιστής Κλινικού Έργου για το Τέλος της Ζωής του Δικτύου των Ανατολικών Μίντλαντς (Strategic Clinical Network). Του έχει απονεμηθεί ο τίτλος «Fellow of the Royal College of Paediatrics and Child Health (FRCPC)» και το 2014 ο τιμητικός τίτλος «Member of the Most Excellent Order of the British Empire (MBE)».

Sue Boucher

Η Sue Boucher είναι εκπαιδευτικός, σύμβουλος έκδοσης και συγγραφέας παιδικών βιβλίων και εκπαιδευτικών εγχειριδίων. Επιμελείται τη διεθνή έκδοση «International Children's Edition of e-Hospice» και είναι υπεύθυνη μέσω των κοινωνικής δικτύωσης για την οργάνωση International Children's Palliative Care Network (ICPCN). Είναι σύμβουλος του ιδρύματος Elizabeth Kübler-Ross, συμμετέχει στην οργανωτική επιτροπή του συλλόγου Palliative Treatment for

Children της Νότιας Αφρικής (PATCH – SA) και είναι μέλος του Διοικητικού Συμβουλίου του ξενώνα παιδιών Umduduzi Hospice Care στο Ντέρμπαν. Εντάχθηκε στο δίκτυο ICPCN το 2007 ως υπάλληλος του Διεθνούς Γραφείου Ενημέρωσης και σήμερα είναι Διευθύντρια Επικοινωνίας. Στο πλαίσιο του δικτύου αυτού, δραστηριοποιείται στην εκπαίδευση, στην προώθηση των συμφερόντων του καθώς και στην ανάπτυξη του απαραίτητου υλικού, ενώ συνδράμει σε εκπαιδευτικά εγχειρίδια, άρθρα περιοδικών και συνέδρια.

Δρ Zipporah Ali

Η Zippy έχει θέση Εκτελεστικού Διευθυντή στην Ένωση «Kenya Hospices & Palliative Care Association (KEHPCA)», ενώ είναι μέλος του Διοικητικού Συμβουλίου αρκετών ακόμη διεθνών οργανισμών ανακουφιστικής φροντίδας παιδιών. Της απομενθήθηκε μεταξύ αρκετών άλλων ειδικών, το βραβείο της Ένωσης «African Palliative Care Association (APCA)» για τη συμβολή της στην ανάπτυξη της ανακουφιστικής φροντίδας στην Αφρική καθώς και για το έργο της στο Ιδρυτικό Διοικητικό Συμβούλιο της Ένωσης αυτής. Έχει κατά το παρελθόν υπηρετήσει στο Διοικητικό Συμβούλιο της APCA καθώς και σε εκείνο της οργάνωσης «Kenya Cancer Association». Συμμετέχει ενεργά στην υποστήριξη και την προαγωγή της ευαισθητοποίησης αναφορικά με την ανακουφιστική φροντίδα στην Κένυα, ενώ έχει διαδραματίσει καίριο ρόλο στην ενσωμάτωση της ανακουφιστικής φροντίδας στα κρατικά νοσοκομεία της Κένυας, καθώς και στα προγράμματα προπτυχιακών σπουδών στις ιατρικές και νοσηλευτικές σχολές στη χώρα αυτή. Έχει αναγορευθεί σε Επίτιμο Διδάκτορα από το Πανεπιστήμιο Oxford Brookes ως αναγνώριση της ιδιαίτερης συμβολής της στην ανακουφιστική φροντίδα σε διεθνές και τοπικό επίπεδο, ενώ έχει τιμηθεί για την υποστήριξή της στην ανακουφιστική φροντίδα, από την Ένωση APCA και το ίδρυμα Open Society.

Άλλοι συντελεστές

Ιδιαίτερη ευγνωμοσύνη οφείλεται επίσης στην Lyn Gould (εργαζόμενη στον ξενώνα παιδιών Butterfly Children's Hospice στην Κίνα) και την Δρ Martha Mherekumombe (στο Τμήμα Πόνου και Ανακουφιστικής Φροντίδας του Διεύθυνσης Παιδιατρικών Νοσοκομείων του Σίδνεϊ), για τη συμβολή τους.

Πώς να χρησιμοποιήσετε το βιβλίο αυτό

Ελπίζω ότι η χρήση του βιβλίου αυτού θα είναι εύκολη. Κάθε κεφάλαιο αναπτύσσεται γύρω από ένα ερώτημα-κορμό:

«Πώς;»

Απλώς ανατρέξτε λοιπόν στη σελίδα των περιεχομένων, επιλέξτε το θέμα που ταιριάζει περισσότερο με το ζήτημα που σας απασχολεί και ακολουθήστε τις συμβουλές που θα βρείτε.

Αν σε αυτές περιλαμβάνεται η χρήση φαρμάκων, ανατρέξτε στο Συνταγολόγιο Αναφοράς «APPM Master Formulary» που βρίσκεται στο τέλος του βιβλίου και αναζητήστε το φάρμακο. Το Συνταγολόγιο αυτό είναι το καλύτερο που υπάρχει για την παιδιατρική ανακουφιστική φροντίδα, το οποίο συνεχώς αναθεωρείται και επικαιροποιείται.

Αν θα θέλατε να διαβάσετε περισσότερα για ένα θέμα, υπάρχουν προτάσεις στο τέλος κάθε ενότητας.

Οι παραπομπές παρατίθενται στις τελευταίες σελίδες του βιβλίου.

Λόγω συνήθειας, έχω χρησιμοποιήσει τα αγγλικά του Ηνωμένου Βασιλείου και όχι των ΗΠΑ. Παρακαλώ συγχωρήστε με αν προτιμάτε τη δεύτερη επιλογή. Ομοίως, έχω χρησιμοποιήσει τις γενόσημες ονομασίες των φαρμάκων, προτιμώντας την αγγλική (Ηνωμένου Βασιλείου) ορθογραφία τους σε περιπτώσεις που υφίστανται διαφοροποιήσεις σε διεθνές επίπεδο.

Συντομογραφίες

AIDS = Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσοανεπάρκειας

ALT = αμινοτρανσφεράση της αλανίνης

APPM = Association for Paediatric Palliative Medicine (βλ. <http://www.appm.org.uk/>)

AST = ασπαρτική αμινοτρανσφεράση

CD4 = λεμφοκύτταρα της τάξης των T βοηθητικών λεμφοκυττάρων

CorGA = διορθωμένη ηλικία κύησης

CSCI = συνεχής υποδόρια έγχυση

CYP= πρόθεμα ενζύμων κυτόχρωματος P450

GABA = γ-αμινοβουτυρικό οξύ

GFR = ρυθμός σπειραματικής διήθησης

HIV = Ιός Ανθρώπινης Ανοσοανεπάρκειας

INR = Διεθνές Κανονικοποιημένο Πηλίκιο

NMDA = N-μεθυλ-D-ασπαρτικό οξύ

OME = Oral Morphine Equivalent (ισοδύναμη δόση μορφίνης από του στόματος)

PCA/NCA = Αναλγησία ελεγχόμενη από τον ασθενή/νοσηλευτικό προσωπικό

prn = pro re nata (κατ'επίκληση)

ENY = Εγκεφαλονωτιαίο υγρό

ΗΚΓ = Ηλεκτροκαρδιογράφημα

ΚΝΣ = Κεντρικό νευρικό σύστημα

ΜΕΘ = Μονάδα Εντατικής Θεραπείας

MENN = Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών

ΜΣΑΦ = Μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα

Π.Ο.Υ. = Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

kg = κιλό

gr = γραμμάριο

mg = χιλιοστογραμμάριο

μg = μικρογραμμάριο

ARE = δεδομένα (ερευνητικά ή μέσω κλινικής συναίνεσης)

που αφορούν ενήλικες ασθενείς

NoRE = μη δημοσιευμένα δεδομένα αλλά υφίσταται κλινική συναίνεση

SRE = ισχυρή τεκμηρίωση σε ερευνητικά δεδομένα

WRE = περιορισμένα και ασθενή ερευνητικά δεδομένα

IM = ενδομυϊκώς

IV = ενδοφλεβίως

PO = από του στόματος

SC = υποδορίως

Μέρος πρώτο

Πώς επικοινωνώ με τα παιδιά και τις οικογένειές τους;

Μπορεί ήδη να γνωρίζετε ότι:

- Μάλλον ξέρετε περισσότερα από όσα νομίζετε σχετικά με την επικοινωνία με τα παιδιά. Ακόμη και αν δεν υπάρχουν παιδιά στην οικογένειά σας, μπορείτε να αντλήσετε από τη δική σας εμπειρία κατά την παιδική σας ηλικία.
- Οι ιατροί και οι νοσηλευτές έχουν εκπαιδευτεί στην επικοινωνία, ιδιαίτερα στη χρήση της μη λεκτικής επικοινωνίας, καθώς και στην επικοινωνία με τις οικογένειες. Αυτές οι δεξιότητες μεταφέρονται εύκολα στο πεδίο της ανακουφιστικής παιδιατρικής φροντίδας.
- Πολλά πράγματα βρίσκονται πέραν του ελέγχου μας. Ως ιατρός ή νοσηλευτής, ένα μεγάλο μέρος της δουλειάς σας αφορά το να βοηθήσετε τους ανθρώπους να ζήσουν με προβλήματα τα οποία δεν μπορούν να αλλάξουν.
- Η αντιμετώπιση του θανάτου ενός παιδιού μπορεί να μας τρομάζει αρκετά και να μας εξαντλεί συναισθηματικά όταν δεν υφίστανται οι κατάλληλες διαδικασίες και δομές να μας στηρίξουν. Όταν όμως συμβεί με τον κατάλληλο τρόπο, μπορεί να αποβεί μια εξαιρετικά επικοδομητική πλευρά του έργου μας.
- Η καλή ανακουφιστική φροντίδα παιδιών απαιτεί καλή ομαδική δουλειά, κάτι που είναι συνήθως πολύ πιο δύσκολο από όσο ακούγεται.

Μπορεί να βρείτε χρήσιμα τα εξής:

Ακρόαση

Σε όλους τους τομείς του έργου των ιατρών και των νοσηλευτών, η καλή επικοινωνία ουσιαστικά συνίσταται στην ουσιαστική ακρόαση, ενώ μερικές φο-

ρές αφορά την «ακρόαση» και εκείνου που ίσως να μην ειπωθεί. Τα παιδιά μπορεί να μην πουν ποτέ τι τους συμβαίνει ή τι έχουν στο μυαλό τους.

Πώς επικοινωνούν τα παιδιά;

- **Η γλώσσα του σώματος:** Τα παιδιά μπορείς συνήθως να τα «διαβάσεις» εύκολα, αλλά μπορεί επίσης και να σε ξεγελάσουν εύκολα κάποιες φορές. Είναι εξαιρετικοί αναγνώστες της γλώσσας του σώματός σας, συνεπώς προσέχετε τι μπορεί η δική σας γλώσσα του σώματος να μεταφέρει στο παιδί και υιοθετήστε μια δεκτική, φιλική και άνετη στάση σώματος.
- **Η γλώσσα του παιχνιδιού:** Τα παιδιά θα σας δείξουν μάλλον παρά θα σας μιλήσουν για τη ζωή τους. Ας έχετε πρόχειρα λίγα υλικά παιχνιδιού, διαφυλάξτε λίγο χρόνο, καθίστε κάτω δίπλα στο παιδί, κοιτάξτε με ενδιαφέρον και περιμένετε. Το παιδί θα κάνει τα υπόλοιπα.
- **Η γλώσσα που μιλάμε:** Ο λόγος δεν είναι η «μητρική» γλώσσα των πολύ μικρών παιδιών, ενώ ακόμη και τα μεγαλύτερα παιδιά μπορεί να προτιμούν να συζητούν με άλλους τρόπους. Φανταστείτε ότι μιλάτε σε κάποιον από μια διαφορετική χώρα, με διαφορετική κουλτούρα και διαφορετική γλώσσα και βεβαιωθείτε ότι «φιλτράρετε» ειδική ορολογία και προκαταλήψεις. Για τα μεγαλύτερα παιδιά που μπορούν να μιλήσουν στη μητρική τους γλώσσα, ίσως να χρειαστείτε έναν μεταφραστή, αν η δική σας μητρική γλώσσα δεν ταυτίζεται με εκείνη του παιδιού.

Γιατί είναι η επικοινωνία τόσο σημαντική στην ανακουφιστική φροντίδα παιδιών;

- Με το να ακούμε και να απαντούμε, μπορεί να ανακαλύψουμε τι γνωρίζουν τα παιδιά και τι δε γνωρίζουν. Μπορούμε ακολούθως να τα βοηθήσουμε παρέχοντας πληροφόρηση, να τα καθησυχάσουμε και να τα κατανοήσουμε.
- Το να μη μιλάμε για κάτι δεν σημαίνει ότι δεν επικοινωνούμε: η αποφυγή συνιστά από μόνη της ένα μήνυμα.
- Τα παιδιά και οι γονείς τείνουν να προστατεύουν ο ένας τον άλλο από τη στεναχώρια αποφεύγοντας τις δύσκολες συζητήσεις κι έτσι το παιδί μπορεί μερικές φορές να απομονωθεί συναισθηματικά.

- Η καλή επικοινωνία βοηθά τα παιδιά να εμπλακούν στην οργάνωση της φροντίδας τους¹ ενώ μπορεί να βελτιώσει και τη συμμόρφωση με την αγωγή.
- Η καλή επικοινωνία θα ελαττώσει επίσης τυχόν παράπονα ή δυσαρέσκειες σχετικά με την παρεχόμενη φροντίδα στους ασθενείς.
- Η ανοιχτή επικοινωνία με τα παιδιά και τις οικογένειες μπορεί να βελτιώσει την εργασιακή ικανοποίηση των επαγγελματιών υγείας.
- Και (βέβαια) η επικοινωνία μάς βοηθά να συγκεντρώσουμε χρήσιμες πληροφορίες έτσι ώστε να μπορούμε να διαγνώσουμε προβλήματα και να διαμορφώσουμε σωστά το πλάνο φροντίδας.

Ποια είναι τα εμπόδια στην καλή επικοινωνία με τα παιδιά;

Κοινωνικοί παράγοντες: Στις αναπτυγμένες κοινωνίες, ο θάνατος κατά την παιδική ηλικία είναι πλέον σπάνιος, ενώ στις αναπτυσσόμενες χώρες παραμένει τρομερά καθημερινός. Εκεί όπου ο θάνατος των παιδιών είναι σπάνιος, οι άνθρωποι μπορεί να μην διαθέτουν την εμπειρία, να φοβούνται να διαχειριστούν τον θάνατο ή να έχουν μη ρεαλιστικές προσδοκίες. Από την άλλη, σε κοινωνίες όπου ο θάνατος των παιδιών είναι συχνός, τα άτομα μπορεί να αποκτήσουν «ανοσία» απέναντί του, με συνέπεια να πασχίζουν πραγματικά να τον αντιμετωπίσουν με αποτελεσματικότητα και ευαισθησία.

Πολιτισμικοί παράγοντες: Οι πολιτισμικοί παράγοντες διαδραματίζουν μείζονα ρόλο στο πώς βλέπουμε την υγεία, την ασθένεια και τον θάνατο – συνεπώς είναι απολύτως απαραίτητο αφενός να αναγνωρίζουμε πώς οι δικοί μας πολιτισμικοί «φακοί» ενδέχεται να επιδρούν στην κοσμοθεωρία μας, αφετέρου να σεβόμαστε και να λαμβάνουμε υπόψη τις πολιτισμικές κοσμοθεωρίες των άλλων. Παρακαλώ σημειώστε ότι υπάρχει ένα μεγάλο «ΠΡΟΣΟΧΗ!» στο σημείο αυτό. Συνήθως τείνουμε να υποθέτουμε ότι τα παιδιά συντάσσονται με την κουλτούρα της οικογένειάς τους. Ωστόσο, αν και αυτό είναι αληθές εν μέρει, ο «κόσμος των παιδιών» αποτελεί ένα πολύ διαφορετικό μέρος από τον «κόσμο των ενηλίκων», οποιαδήποτε και αν είναι η κουλτούρα των γονιών. Η αναγνώριση και ο σεβασμός του πολιτισμικού πλαισίου, σημαίνουν περισσότερα από το να είμαστε ευγενικοί προς τους ανθρώπους που μπορεί να είναι διαφορετικοί από εμάς. Υπάρχουν επίσης και πρακτικές επιπτώσεις καθώς οι πολιτισμικοί παράγοντες επηρεάζουν τον τρόπο με τον οποίο σκε-

φτόμαστε και συμπεριφερόμαστε ως γονείς και ως επαγγελματίες, ασκώντας κατά συνέπεια σημαντική επίδραση στο πώς ένα παιδί βιώνει τον θάνατο και το θνήσκειν.

Παράγοντες που σχετίζονται με τη γλώσσα: Τα εμπόδια που αφορούν τη γλώσσα μπορεί να δημιουργήσουν δυσκολίες στις προσπάθειες αποτελεσματικής επικοινωνίας. Είναι σημαντικό όλοι, η οικογένεια, το παιδί και οι επαγγελματίες υγείας, να κατανοούν όσα λέγονται. Μπορεί να χρειαστεί η παρουσία μεταφραστή προκειμένου η απόδοση να είναι ακριβής.

Παράγοντες που σχετίζονται με τους ασθενείς: Τα παιδιά και οι οικογένειές τους ενδέχεται να μην αναφέρουν επαρκώς τα προβλήματα επειδή φοβούνται ότι τίποτε δεν μπορεί να γίνει, ότι μπορεί να επιβαρύνουν τους φροντιστές τους, ή επειδή θέλουν να φαίνονται δυνατοί. Τα παιδιά συχνά δεν αναφέρουν επαρκώς όσα τους απασχολούν, εν μέρει επειδή φοβούνται ότι θα τα πάνε στο νοσοκομείο ή/και ότι θα γίνουν επώδυνες εξετάσεις, εν μέρει επειδή έχουν συνηθίσει να ζουν με το πρόβλημα και εν μέρει επειδή ξέρουν ότι οι δύσκολες συζητήσεις στεναχωρούν τους γονείς τους, κάτι που δεν το θέλουν.

Παραδοχές που υιοθετούμε: Συχνά κάνουμε επισφαλείς παραδοχές σε θέματα που αφορούν τα παιδιά – για παράδειγμα, υποθέτουμε ότι ένα παιδί με καρκίνο προχωρημένου σταδίου ανησυχεί για τον πόνο στα τελικά στάδια της ζωής του, ενώ στην πραγματικότητα μπορεί (για παράδειγμα) να τρομοκρατείται στην ιδέα των «σκοουληκιών που θα φάνε το σώμα του μετά τον θάνατο». Η ειλικρινής και ανοιχτή επικοινωνία οφείλει να συμβάλει στην αποφυγή παρόμοιων υποθέσεων.

Αποστασιοποίηση: Η φροντίδα ατόμων που ενεργοποιεί μια διαρκή υπενθύμιση των χειρότερων προσωπικών μας φόβων (και ίσως αναμνήσεων), μπορεί να καταστεί πολύ δύσκολη. Για να αντιμετωπίσουν αυτή τη συνθήκη οι επαγγελματίες υγείας, ενδέχεται μερικές φορές να αποφεύγουν γενικότερα τη φροντίδα τέτοιων ασθενών ή να αποφεύγουν τις δύσκολες συζητήσεις που είναι απαραίτητο να πραγματοποιηθούν.

Φόβος μήπως κάνουμε κακό αν προκαλέσουμε δυσφορία: Τα παιδιά με απειλητικές για τη ζωή καταστάσεις συνήθως γνωρίζουν πολύ περισσότερα

από όσα νομίζουν γονείς και επαγγελματίες υγείας, ενώ τα ερευνητικά δεδομένα είναι πολύ περιορισμένα σχετικά με το αν η παροχή υπερβολικής πληροφορόρησης στα παιδιά επιφέρει κάποια μακροχρόνια βλάβη. Η προσπάθεια να βρεθεί η σωστή ισορροπία ανάμεσα στον σεβασμό των απόψεων των γονιών και στην προσπάθεια να εργαστεί κανείς προς το βέλτιστο συμφέρον του παιδιού, αποτελεί ένα περίπλοκο αλλά θεμελιώδες μέρος της παιδιατρικής ανακουφιστικής φροντίδας. Οι μυστικές συνεννοήσεις («συνωμοσίες») και η αμοιβαία προσποίηση μπορεί συχνά να οδηγήσουν σε αποφάσεις για ένα παιδί οι οποίες λαμβάνονται χωρίς τη συμμετοχή του ίδιου ή δίχως να αναζητηθούν οι ανησυχίες, οι σκέψεις και οι προσδοκίες του. Είναι ιδιαίτερα επιβλαβές για ένα παιδί το να είναι «εγκλωβισμένο» με αυτό τον τρόπο, ενώ καθιστά πραγματικά πολύ δύσκολη την παροχή καλής ανακουφιστικής φροντίδας.

Φόβος μήπως πυροδοτηθούν έντονα συναισθήματα: Ο φόβος, το κλάμα, η άρνηση και η κατάθλιψη αποτελούν συναισθήματα και αντιδράσεις που συνδέουμε με τον θάνατο ενός παιδιού. Οι περισσότεροι από εμάς δεν θέλουμε να αποτελούμε αποδέκτες τέτοιων συναισθημάτων και είναι φυσικό να προσπαθούμε να τα αποφύγουμε. Είναι σημαντικό να επιτρέψουμε στα μέλη της οικογένειας και στο παιδί να έχουν τον χώρο, τον χρόνο και την ευκαιρία να εκφράσουν τα συναισθήματα αυτά.

Αίσθηση έλλειψης δεξιοτήτων: Μπορεί να αισθάνεστε ότι θα μπορούσατε να χρησιμοποιήσετε περισσότερες δεξιότητες, αλλά να είστε σίγουροι ότι είναι μάλλον απίθανο να κάνουμε κακό μιλώντας στα παιδιά για δύσκολα θέματα. Είναι πολύ πιθανό ότι θα κάνετε πραγματικά καλό απλώς ακούγοντας το παιδί και παραμένοντας μαζί του στη διάρκεια μιας δύσκολης και επώδυνης περιόδου, ακόμη και αν δεν μπορείτε να απομακρύνετε την οδύνη του.

Οδύνη λόγω συμπίνας: Όλοι φοβόμαστε την ασθένεια και τη θνητότητα και όλοι έχουμε υποφέρει από επώδυνες απώλειες. Μας έχουν διδάξει να διατηρούμε ένα επαγγελματικό προσωπείο κι έτσι ο φόβος να χάσουμε τον έλεγχο και να εκφράσουμε προσωπικά συναισθήματα μπορεί να αποτελέσει ένα ακόμη μεγαλύτερο εμπόδιο στην επικοινωνία.

Φόβος του να μην έχουμε λύσεις: Μπορεί να νιώσετε ότι οφείλετε να παρέχετε μια θεραπεία ή τη λύση για τα προβλήματα του ασθενή, ή αισθάνεστε

ότι έχετε αποτύχει αν δεν τα παρέχετε. Ωστόσο στην πραγματικότητα, είναι μύθος να πιστεύουμε ότι υπάρχουν εκ προοιμίου λύσεις για τη ζωή και τον θάνατο. Αν και δεν είμαστε σε θέση να αποτρέψουμε τον θάνατο, υπάρχουν πολλοί τρόποι με τους οποίους μπορούμε να βοηθήσουμε.

Πώς διαχειρίζομαι την επικοινωνία με τα παιδιά;

Απλά και μόνο επειδή δεν είπατε κάποιες λέξεις, δεν σημαίνει ότι δεν έχετε εκφράσει κάτι. Θυμηθείτε τη δύναμη της μη λεκτικής επικοινωνίας. Αν εσείς ή η οικογένεια, αποφεύγετε ένα αιχμηρό θέμα, θυμηθείτε ότι το παιδί είναι πιθανό να έχει καταλάβει ότι υπάρχει κάτι που είναι υπερβολικά κακό ή τρομακτικό ακόμη και για να μιλήσει κανείς γι' αυτό. Προσπαθήστε να φανταστείτε αυτή την αίσθηση.

Διαθέστε χρόνο: Θυμηθείτε το παλιό γνωμικό: «σπεύδε βραδέως». Αναρωτηθείτε: χρειάζεστε έναν επαγγελματία μεταφραστή αντί για ένα μέλος ή φίλο της οικογένειας; Είναι κατάλληλο το πλαίσιο; Θα σας διακόψουν; Πείτε στους συναδέλφους σας ή τους αρμόδιους στην υπηρεσία σας ότι δεν θα είστε διαθέσιμοι, κλείστε το τηλέφωνο, δώστε το κινητό σας σε έναν συνάδελφο, καθίστε και προσπαθήστε να χαλαρώσετε συνειδητά το σώμα σας και την έκφρασή σας. Το παιδί χρειάζεται να ξέρει ότι εκείνη ακριβώς τη στιγμή αποτελεί τη μοναδική σας προτεραιότητα.

Οικοδομήστε μια σχέση με το παιδί και την οικογένεια: Υιοθετήστε έναν δεκτικό και φιλικό τρόπο, διαθέστε χρόνο, ανταλλάξτε χειραψίες, συστήστε τους παρόντες, εξηγήστε τον ρόλο σας και γενικά φροντίστε να υπάρξει άνεση και οικειότητα τόσο με το παιδί όσο και με την οικογένεια.

Παρατηρήστε τον εαυτό σας: Μπορεί να έχετε ξεχάσει πώς φαίνεται ο κόσμος από το ύψος των 60 εκατοστών. Δοκιμάστε να καθίσετε στο πάτωμα ενώ ο κόσμος των ενηλίκων «ζουζουνίζει» γύρω σας. Σε ένα παιδί πιθανόν να δείχνετε επικίνδυνα τρομακτικοί. Συνεπώς χαμογελάστε, κάντε τον εαυτό σας «πιο μικρό», κατεβείτε στο επίπεδο των παιδιών, καθίστε στα γόνατα και αποφύγετε μεγάλου εύρους, γρήγορες και τρομακτικές κινήσεις. Η επίγνωση των δικών σας αισθήσεων (συμπεριλαμβανομένης της αναπνοής σας), μπορεί

ορισμένες φορές να σας βοηθήσει να εστιάσετε περισσότερο στο παιδί και τον γονιό (είναι ένα είδος αυτοσυγκέντρωσης).

Σεβασμός του χώρου: Σεβαστείτε τον προσωπικό χώρο του παιδιού. Περιμένετε μέχρι να έρθουν τα παιδιά σε εσάς, ή τουλάχιστον περιμένετε να σας προσκαλέσουν στον χώρο τους. Μην γίνεστε αυτοί που τους τσιμπάνε τα μάγουλα και τα μπράτσα, που τους δίνουν χτυπηματάκια στο κεφάλι ή τους ανακατεύουν τα μαλλιά.

Άγγιγμα: Από τη στιγμή που σας επιτραπεί να έρθετε πιο κοντά, το άγγιγμα μπορεί να γίνει αποδεκτό ενώ από κάποιο άλλο παιδί μπορεί να μην είναι ανεκτό. Το πρόβλημα είναι ότι αργά ή γρήγορα θα πρέπει να εξετάσετε το παιδί, συνεπώς θα πρέπει να σπάσει ο πάγος κάποια στιγμή. Ένα πολύ ευγενικό άγγιγμα στο χέρι ή το μπράτσο μπορεί να σημαίνει πολλά για ένα παιδί.

Κάνετε τον περιβάλλοντα χώρο φιλικό για το παιδί: Έχετε εικόνες από αποκρουστικές αρρώστιες στους τοίχους; Κατεβάστε τες και αντικαταστήστε τες με κάτι περισσότερο χαλαρωτικό. Χώροι φωτεινοί και γεμάτοι χρώματα κάνουν το παιδί να αισθάνεται πιο άνετα και ήρεμα. Πιθανόν το καλύτερο θα ήταν να προσκαλέσετε τα παιδιά που φροντίζετε να ζωγραφίσουν ή να κάνουν κατασκευές τις οποίες θα κολλήσετε στον τοίχο. Έχετε εργαλεία που φοβίζονται ή εξοπλισμό σε κοινή θέα; Έχετε καθόλου παιχνίδια ή μαρκαδόρους στον χώρο σας;

Εξασφαλίστε ότι το παιδί νιώθει άνετα: Βεβαιωθείτε ότι το παιδί νιώθει άνετα (π.χ. βρίσκεται στα γόνατα της μαμάς του, στο πάτωμα παίζοντας με παιχνίδια, σε ένα κρεβάτι κ.λπ.). Χρειάζεται να βρίσκεται στο εξεταστικό κρεβάτι ή μπορεί να εξεταστεί στην αγκαλιά της μαμάς του; Γιατί δεν θα μπορούσε να γίνει η εξέταση στο πάτωμα αν εκεί το παιδί τουλάχιστον παίζει ευχαριστημένο;

Προσφέρετε τακτική υποστήριξη και επιβράβευση στο παιδί: Με κάθε ευκαιρία βεβαιωθείτε ότι λέτε: «μπράβο» ή «καλό παιδί», ακόμη και αν πρόκειται απλώς για το ότι μπαίνει στον χώρο σας χωρίς να κλαίει. Όσο περισσότερο καλλιεργείτε την εμπιστοσύνη του παιδιού, τόσο πιο συνεργάσιμο θα είναι. Μπορεί να είναι χρήσιμο να έχετε πρόχειρα ορισμένα αντικείμενα όπως αυτοκόλλητα ή γλειφιτζούρια, ώστε να ανταμείψετε την καλή συμπεριφορά ενός παιδιού, κερδίζοντας ταυτόχρονα και την εμπιστοσύνη του.

Εξηγήστε τι κάνετε: Αν χρειάζεται να γίνουν εξετάσεις που είναι επώδυνες για το παιδί, εξηγήστε του τι κάνετε καθώς και ότι μπορεί να νιώσει πόνο. Όπου είναι δυνατόν, χρησιμοποιήστε τεχνικές απόσπασης της προσοχής του ή φαρμακευτική αγωγή για να προλάβετε και/ή να αντιμετωπίσετε τον πόνο του. Ό,τι και να κάνετε, μην μπίτε στον πειρασμό να πείτε ότι «δεν θα πονέσει» γιατί αν το παιδί πονέσει τελικά, τότε θα χάσει την εμπιστοσύνη του απέναντί σας, ενώ θα φοβάται και όλους τους επαγγελματίες υγείας που θα το πλησιάζουν στη συνέχεια.

Δείξτε σεβασμό: Αποφύγετε να είστε καθοδηγητικοί, επικριτικοί, άκαμπτοι ή απότομοι, ειδικά με τα μεγαλύτερα παιδιά. Ακούστε και προσέξτε οτιδήποτε έχουν να πουν, μην δίνετε υποσχέσεις που δεν μπορείτε να τηρήσετε και κρατήστε τον λόγο σας. Ρωτήστε τους εφήβους αν θέλουν να έχουν κάποιον μαζί τους ενώ τους μιλάτε ή υποβάλλονται σε κάποια εξέταση. Μην διακόπτετε τα παιδιά, αφήστε να μιλήσουν μέχρι να ολοκληρώσουν όσα έχουν να πουν. Στις περιπτώσεις εφήβων κοριτσιών, να έχετε πάντα μαζί σας μια γυναίκα βοηθό.

Αποφύγετε να κάνετε υποθέσεις: Κάνετε πάντοτε ερωτήσεις ως ανταπόκριση στα ερωτήματα ενός παιδιού προκειμένου να ελέγξετε την κατανόησή σας καθώς και το κρυμμένο νόημα ορισμένων ερωτήσεων. Για παράδειγμα, στην ερώτηση «θα πεθάνω;» μπορεί να απαντήσετε «τι σε κάνει να το σκέφτεσαι αυτό;», ή κάτι ανάλογο. Κάθε παιδί είναι διαφορετικό, συνεπώς μην υποθέτετε επειδή συνέβη να ασχοληθείτε με μια παρόμοια περίπτωση στο παρελθόν, ότι και το συγκεκριμένο παιδί θα νιώθει το ίδιο.

Προσπαθήστε: Αν κάνετε λάθος, μην αποθαρρυνθείτε. Αν έχετε τις σωστές προθέσεις, θα μπορέσετε να ανακτήσετε την επικοινωνία με το παιδί. Ζητώντας συγγνώμη και επιζητώντας άλλη μία ευκαιρία, δίνετε στα παιδιά το μήνυμα ότι τα σέβεστε, ενώ μπορεί ακόμη και να βρεθείτε σε μια πιο πλεονεκτική θέση από την αρχική. Τα παιδιά συνήθως συγχωρούν απίστευτα και είναι έτοιμα να σας δώσουν μια δεύτερη ευκαιρία (και μια τρίτη, τέταρτη, πέμπτη...), με την προϋπόθεση ότι σας εμπιστεύονται και αντιλαμβάνονται ότι οι προσπάθειές σας αποσκοπούν στο καλύτερο.

Ποιες άλλες πηγές πληροφόρησης μπορεί να είναι επιβοηθητικές;

- Darnill, S. & Gamage, B. *The patient's journey: palliative care – a parent's view*. BMJ. 2006, 332: 1494 doi: 10.1136/bmj.332.7556.1494 Διατίθεται στον σύνδεσμο: <http://www.bmj.com/content/332/7556/1494.full>
- Ranmal, R., Prictor, M., & Scott, J.T. *Interventions for improving communication with children and adolescents about their cancer*. Cochrane Database Syst Rev. 2008, 4: CD002969. doi: 10.1002/14651858.CD002969.pub2. Διατίθεται στον σύνδεσμο: <http://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD002969.pub2/full>
- Amery, J. (επιμ.) *Children's Palliative Care in Africa*. Οξφόρδη: Oxford University Press, 2009. Διατίθεται στους συνδέσμους: <http://www.icpcn.org/wp-content/uploads/2013/08/Childrens-Palliative-Care-in-Africa-Full-Text.pdf> και www.icpcn.org/wp-content/uploads/2013/08/Childrens-Palliative-Care-in-Africa-Full-Text.pdf
- Goldman, A., Hain, R. & Liben, S. *Oxford Textbook of Palliative Care for Children*. 2^η έκδοση. Οξφόρδη: Oxford University Press, 2012.
- gp-training.net. *Communicating with Children* (2006). Διατίθεται στον σύνδεσμο: http://www.gp-training.net/training/communication_skills/consultation/children.htm
- I CAN, βλ.: <http://www.ican.org.uk/>
- Kids Behaviour (Μεγάλη Βρετανία), βλ.: <http://www.kidsbehaviour.co.uk/>. Ιστοσελίδα με πληροφορίες, βοήθεια και υποστήριξη σε γονείς και φροντιστές που χρειάζονται καθοδήγηση σχετικά με τη συμπεριφορά ενός παιδιού.
- Levetown, M. *Communicating with children and families: From everyday interactions to skill in conveying distressing information*. Pediatrics. 2008, 121(5): e1441-e1460. Διατίθεται στον σύνδεσμο: <https://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/121/5/e1441.full.pdf>
- Osbourne, H. *In other words... Start where they are... Communicating with children and their families about health and illness*. On Call Magazine, 2001. Διατίθεται στον σύνδεσμο: <http://www.healthliteracy.com/article.asp?PageID=3776>

Μέρος δεύτερο

Πώς ανακοινώνω δυσάρεστα νέα στα παιδιά και τις οικογένειες;

Μπορεί ήδη να γνωρίζετε ότι:

- Οι αρχές της ανακοίνωσης δυσάρεστων πληροφοριών είναι οι ίδιες σε κάθε περίπτωση, είτε πρόκειται για παιδιά είτε για ενήλικες.
- Οι ψυχολογικοί μηχανισμοί άμυνας ασκούν βαθιά επίδραση στην ικανότητά μας να διαχειριστούμε και να επικοινωνήσουμε δυσάρεστες πληροφορίες.
- Οι ιατροί και οι νοσηλευτές χρειάζεται να διαχειριστούν πλήθος από δυνητικά οδυνηρές πληροφορίες και συνήθως είναι ιδιαίτερα έμπειροι στο να κρίνουν πώς να το πράξουν με τον καλύτερο τρόπο.
- Οι άνθρωποι συνήθως συνειδητοποιούν με τον δικό τους τρόπο ότι θα πεθάνουν, ή ότι το παιδί τους θα πεθάνει και συχνά δεν χρειάζονται τίποτε περισσότερο από μια διακριτική και σταθερή υποστήριξη ώστε να επέλθει αυτή η συνειδητοποίηση.

Μπορεί να βρείτε χρήσιμα τα εξής:

- Η ανακουφιστική φροντίδα είναι πολύ πιο εύκολη, πιο αποτελεσματική και πιο υποστηρικτική όταν όλοι γνωρίζουν και όλοι επικοινωνούν.
- Στην πράξη, αυτή η ιδανική συνθήκη δεν είναι πάντα εύκολο να επιτευχθεί.
- Όταν ένα παιδί πεθαίνει, το παιδί και η οικογένεια έχουν δύο οδούς να διανύσουν: αφενός τη βιολογική πορεία προς τον θάνατο και αφετέρου την αντίστοιχη συναισθηματική πορεία.
- Όσο η συναισθηματική πορεία δεν υστερεί υπερβολικά σε σχέση με τη

βιολογική, συνήθως δε χρειάζεται να ωθήσει κανείς παιδιά και οικογένειες προς τη συνειδητοποίηση του θανάτου. Υπάρχει χρόνος να προσπαθήσετε ώστε να καλλιεργηθεί η εμπιστοσύνη και η επικοινωνία.

- Ωστόσο, μερικές φορές η συναισθηματική πορεία υπολείπεται τόσο πολύ ώστε καθίσταται αδύνατο να οργανωθεί αποτελεσματικά ο προγραμματισμός της φροντίδας ή να ληφθούν αποφάσεις. Όταν συμβαίνει κάτι τέτοιο, τα παιδιά ενδέχεται να υποφέρουν αναίτια.
- Κάποιες φορές, η παροχή ενημέρωσης αναστέλλεται από τους συναδέλφους μας, όχι από κακή πρόθεση, αλλά διότι δεν είναι οι ίδιοι έτοιμοι. Όταν αυτό συμβαίνει, μπορεί να βρεθούμε εγκλωβισμένοι σε μια περίπλοκη συνθήκη.
- Κάποια στιγμή, κατά προτίμηση το συντομότερο δυνατό, θα πρέπει να ανακοινώσουμε την πρόγνωση του παιδιού στην οικογένεια και, ιδανικά, και στο ίδιο το παιδί.
- Ο φόβος ιατρών και νοσηλευτών για την ανακοίνωση αυτή –κι αυτό είναι απόλυτα κατανοητό– αποτελεί αναμφίβολα τον κυριότερο λόγο (τουλάχιστον σύμφωνα με την προσωπική μου εμπειρία) που η ανακουφιστική φροντίδα παιδιών συνήθως παρέχεται τόσο ανεπαρκώς ανά τον κόσμο.
- Συνεπώς είναι απαραίτητο να είμαστε ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΑ σε θέση να ανακοινώνουμε δυσάρεστα νέα σε παιδιά και οικογένειες...

Βασικοί στόχοι κατά τη μετάδοση δυσάρεστης πληροφόρησης

- Στους γονείς θα πρέπει να συμπεριφερόμαστε με δεκτικότητα και ειλικρίνεια.
- Οφείλουμε να αναγνωρίζουμε τους γονείς ως ειδήμονες στη φροντίδα του παιδιού τους.
- Τα σημαντικά νέα θα πρέπει να ανακοινώνονται σε μέρος όπου τηρείται η εμπιστευτικότητα.
- Οι επαγγελματίες θα πρέπει να αφιερώνουν άπλετο χρόνο για την ανακοίνωση των νέων καθώς και για τη συζήτηση με τις οικογένειες για όσα αυτά συνεπάγονται.
- Θα πρέπει να δίνεται η ευκαιρία και στους δύο γονείς να ενημερωθούν μαζί. Άτομα που είναι σε θέση να συμπαρασταθούν στην οικογένεια κα-

θώς και μεταφραστές θα πρέπει να διατίθενται άμεσα, ώστε να υποστηρίξουν τις οικογένειες.

- Η ενημέρωση θα πρέπει να γίνεται σε γλώσσα σαφή και άμεσα κατανοητή, αποφεύγοντας τη χρήση ειδικής ορολογίας.
- Θα πρέπει να υπάρχει ανοιχτή επικοινωνία μεταξύ επαγγελματιών υγείας και οικογένειας.
- Θα πρέπει να παρέχεται επαρκής χρόνος στους γονείς ώστε να διερευνήσουν τις επιλογές φροντίδας του παιδιού τους και να θέσουν ερωτήσεις.
- Η μετάδοση σημαντικής πληροφόρησης θα πρέπει να υποστηρίζεται από επιβοηθητικό έντυπο υλικό καθώς το παιδί και η οικογένεια συχνά ξεχνούν πολλά από όσα έχουν ειπωθεί, εξαιτίας του σοκ και του άγχους.

Σημαντικά βήματα για τη μετάδοση δυσάρεστης πληροφόρησης

Είναι αλήθεια ότι η μετάδοση πληροφόρησης είναι δύσκολη. Στη συνέχεια περιγράφονται μερικά θεμελιώδη βήματα της διαδικασίας αυτής, τα οποία μπορεί να σας φανούν χρήσιμα:

1. Προετοιμαστείτε για την ανακοίνωση σημαντικής πληροφόρησης.
2. Εκτιμήστε την επίγνωση της κατάστασης από όλους τους συμμετέχοντες.
3. Αναζητήστε σε ποιο βαθμό γνωρίζουν το παιδί και η οικογένεια.
4. Αναζητήστε σε ποιο βαθμό θέλουν να ενημερωθούν το παιδί και η οικογένεια.
5. Αντιμετωπίστε την άρνηση και τη συνομωσία.
6. Πραγματοποιήστε την ενημέρωση χρησιμοποιώντας την προσέγγιση «Προειδοποιήστε - Σταματήστε - Ελέγξτε».
7. Ανταποκριθείτε στα συναισθήματα του παιδιού και της οικογένειας. Αφήστε χρόνο στη σιωπή.
8. Σχεδιάστε ένα πλάνο φροντίδας και ακολουθήστε το.²

1. Προετοιμαστείτε για την ανακοίνωση σημαντικής πληροφόρησης

- Θα πρέπει να προετοιμαστείτε εκ των προτέρων. Βεβαιωθείτε ότι έχετε εντοπίσει και κατανοήσει οτιδήποτε αφορά την κατάσταση του ασθενή και την μέχρι σήμερα αντιμετώπισή της.
- Προβλέψτε το είδος των ερωτήσεων που ίσως σας γίνουν και σκεφτείτε

τι θα ρωτούσατε εσείς σε μια τέτοια περίπτωση.

- Εξασκηθείτε στη διατύπωση φράσεων και προτάσεων εκ των προτέρων. Μην τις σκεφτείτε μόνο, αλλά εξασκηθείτε στην πράξη, κατά προτίμηση μπροστά σε έναν καθρέφτη. Κάτι τέτοιο θα σας δώσει την εμπιστοσύνη που χρειάζεστε για να μπορέσετε να μιλήσετε στην οικογένεια.
- Προγραμματίστε σε ποιο χώρο θα πραγματοποιηθεί η ενημέρωση. Βεβαιωθείτε ότι πρόκειται για ένα άνετο περιβάλλον, όπου η οικογένεια θα έχει πλήρη ιδιωτικότητα και εξασφαλίστε ότι θα παρίστανται τα κατάλληλα άτομα.
- Αν υποψιάζεστε ότι διάφορα μέλη της οικογένειας έχουν ενημερωθεί σε διαφορετικό βαθμό ή αντιμετωπίζουν την κατάσταση πολύ διαφορετικά, ίσως είναι καλύτερα να τους συναντήσετε χωριστά. Βεβαιωθείτε ωστόσο ότι θα ενημερώσετε όλα τα βασικά για τη λήψη αποφάσεων άτομα στο ίδιο χρονικό διάστημα, αλλιώς μπορεί να διακινδυνεύσετε την πρόκληση εντάσεων και διενέξεων.
- Ίσως είναι σκόπιμο να παρευρίσκεται το ίδιο το παιδί, ίσως όχι. Συνήθως, ιδιαίτερα δε με τα μικρά παιδιά, οι γονείς προτιμούν να ενημερωθούν αυτοί πρώτα και έπειτα να συμμετέχουν στη μετάδοση σημαντικής πληροφόρησης στο παιδί τους.
- Ο βαθμός στον οποίο οι γονείς θα πρέπει να ασκήσουν «βέτο» ως προς το είδος της πληροφόρησης που θα δοθεί στο παιδί τους, ποικίλει ευρέως ανά τον κόσμο, με διάφορες απόψεις να επικρατούν κάθε φορά – ωστόσο όλοι συμφωνούν ότι το ιδανικό είναι η ανοιχτή επικοινωνία και συζήτηση, όπου είναι εφικτό.

2. Εκτιμήστε την επίγνωση της κατάστασης από όλους τους συμμετέχοντες

Όταν ένα παιδί και μια οικογένεια έρχονται αντιμέτωποι με τη διάγνωση μιας κατάστασης περιορισμένης πρόγνωσης ή απειλητικής για τη ζωή, είναι πιθανό να βρίσκονται σε ένα από τα ακόλουθα τέσσερα «πλαίσια συνειδητοποίησης»:

- **«Κλειστή» συνειδητοποίηση:** Το παιδί δεν γνωρίζει τη διάγνωση και αυτοί που τη γνωρίζουν, την αποκρύπτουν.
- **Υποψία συνειδητοποίησης:** Το παιδί υποψιάζεται ότι κάτι δεν πάει καλά, αλλά δεν είναι σίγουρο.
- **Αμοιβαία προσποίηση:** Όλοι, το παιδί, η οικογένεια και οι επαγγελματίες υγείας γνωρίζουν, αλλά κανείς δεν μιλάει για αυτό.

- **Ανοιχτή συνειδητοποίηση:** Όλοι ξέρουν και επικοινωνούν ανοιχτά τη γνώση τους αυτή.

Η ανοιχτή συνειδητοποίηση αποτελεί την ιδανική συνθήκη καθώς επιτρέπει την έκφραση και διαχείριση φόβων και ανησυχιών, τη συζήτηση και συναίνεση όσον αφορά το βέλτιστο πλάνο φροντίδας, ενώ επιφέρει και μεγαλύτερη αίσθηση ελέγχου στο παιδί και την οικογένεια.

Συχνά το παιδί, η οικογένεια και οι επαγγελματίες συνειδητοποιούν την κατάσταση σε διαφορετικό βαθμό η κάθε πλευρά, ή εγκλωβίζονται στην «αμοιβαία προσποίηση»³ – συνήθως επειδή η αλήθεια είναι υπερβολικά οδυνηρή ή δύσκολη στη διαχείρισή της.

Σε γενικές γραμμές, είναι θεμιτό να επιτραπεί στον καθένα να φθάσει στην κατάσταση της ανοιχτής συνειδητοποίησης με τον δικό του ρυθμό, αλλά όταν η παρακώλυση της επικοινωνίας ενέχει τον κίνδυνο να αυξηθεί η οδύνη του παιδιού (π.χ. όταν ένα παιδί είναι απομονωμένο και φοβισμένο ή όπου η εξέλιξη είναι τόσο γρήγορη που η επικοινωνία είναι κρίσιμη για τον σχεδιασμό, την προετοιμασία και τη διαχείριση της κατάστασης), τότε μπορεί να χρειαστεί να παρέμβετε (βλ. παρακάτω την παράγραφο «Αντιμετωπίστε την άρνηση και τη συνομωσία»).

3. Αναζητήστε σε ποιο βαθμό γνωρίζουν το παιδί και η οικογένεια

Προσπαθήστε να εξακριβώσετε σε ποιο βαθμό γνωρίζει το κάθε άτομο. Ρωτήστε τον καθένα ατομικά και προσπαθήστε να αποτρέψετε τους άλλους να παρεμποδίσουν ή να διακόψουν αυτή την επικοινωνία. Αφήνετε πάντα τους συνομιλητές σας να εκφραστούν ελεύθερα και να πουν αυτό που πραγματικά θέλουν. Αφιερώστε χρόνο να τους ακούσετε, επιτρέψτε τη σιωπή και αφήστε τους χώρο να εκφραστούν. Όταν μιλούν, «καθρεφτίστε» τους αυτά που έχουν πει και βεβαιωθείτε ότι καταλάβατε ακριβώς τι γνωρίζουν, πριν συνεχίσετε.

4. Αναζητήστε σε ποιο βαθμό θέλουν να ενημερωθούν το παιδί και η οικογένεια

Κατ' αρχήν χρειάζεται να αναζητήσετε το επίπεδο της άρνησης στο οποίο βρίσκονται το παιδί ή τα μέλη της οικογένειας, είτε σε συνειδητό είτε σε ασυνείδητο επίπεδο. Αν σας δείχνουν ότι δεν είναι έτοιμοι για να επικοινωνή-

νήσουν ανοιχτά, υπαναχωρήστε και επανέλθετε αργότερα. Μην εκβιάζετε την ενημέρωση αν δεν την θέλουν.

5. Αντιμετωπίστε την άρνηση και τη συνομωσία

Αυτό αποτελεί τέχνη και όχι επιστήμη, συνεπώς δεν υπάρχουν σαφείς οδηγίες που να εφαρμόζονται σε όλες τις περιπτώσεις. Χρειάζεται να προσπαθήσει κανείς ώστε να εξισορροπήσει τα οφέλη και τους κινδύνους τού να γίνει αποδεκτή η συνέχιση της άρνησης. Όπου το κίνητρο είναι η αγάπη (και όχι ο έλεγχος), οι συνομωσίες και η άρνηση τείνουν να υποχωρούν καθώς τα γεγονότα εξελίσσονται και οι άνθρωποι προσαρμόζονται στις συνθήκες. Στην περίπτωση αυτή μπορεί να χρειαστεί απλώς να περιμένετε έως ότου κάτι τέτοιο συμβεί ούτως ή άλλως. Όπου όμως η κατάσταση επιδεινώνεται γρήγορα και δεν υπάρχει η πολυτέλεια του χρόνου, ή όπου το παιδί είναι σαφώς απομονωμένο και στεναχωριέται από τις συνομωσίες ή την άρνηση, τότε είναι απαραίτητο να εξηγήσετε σε όλους ότι αναγνωρίζετε πως ο καθένας δρα με αυτό τον τρόπο έτσι ώστε να αποφύγει πραγματικά να πληγώσει τους άλλους. Αλλά εξηγήστε επίσης ότι με το να μην επιτρέπουν την επικοινωνία, μπορεί να πληγώνουν το παιδί τους άθελά τους. Τα παιδιά αντιλαμβάνονται τη μη λεκτική συμπεριφορά και τα συναισθήματα των άλλων και πολύ γρήγορα είναι σε θέση να διακρίνουν αν υπάρχει ένταση και άγχος μεταξύ των ενηλίκων.

6. Πραγματοποιήστε την ενημέρωση χρησιμοποιώντας την προσέγγιση: «Προειδοποιήστε - Σταματήστε - Ελέγξτε»

Η μέθοδος αυτή αποτελεί έναν καλό τρόπο ενημέρωσης. Είναι απλή και έχει αποτέλεσμα. Αρχίστε «τέμνοντας» στο μυαλό σας την ενημέρωση σε «κομμάτια». Στην περίπτωση μιας απειλητικής πάθησης, υπάρχουν πολλά «κομμάτια» πληροφόρησης που είναι απαραίτητο να μεταδοθούν στο παιδί και την οικογένεια:

- Ότι το παιδί θα πεθάνει.
- Ότι το παιδί θα καταλήξει γρήγορα, ή ενδέχεται η πορεία να είναι μακρά, με αργή επιδείνωση και περίπλοκες ανάγκες φροντίδας.
- Ότι μπορεί να υποφέρει από επίπονα συμπτώματα, εκτός αν είναι δυνατό να αντιμετωπιστούν επαρκώς.
- Ότι η οικογένεια θα χρειαστεί να μάθει τι πρέπει να κάνει αν συμβεί οποιοδήποτε από τα παραπάνω ενδεχόμενα.

Ελάχιστοι άνθρωποι, κι αυτό με αμφιβολία, θα ήταν σε θέση να απορροφήσουν όλα αυτά τα «κομμάτια» πληροφόρησης μονομιάς. Οι άνθρωποι αυτόματα «αποσυνδέονται» μετά από ένα ορισμένο επίπεδο οδύνης και σταματάνε να ακούνε. Μπορεί να θέλετε να ολοκληρώσετε και να τελειώνετε μεταδίδοντας όλα τα σημαντικά νέα ταυτόχρονα. Αυτό είναι κατανοητό, αλλά το πιθανότερο είναι ότι δεν θα πετύχει.

Η προσέγγιση «Προειδοποιήστε - Σταματήστε - Ελέγξτε»

Αποφασίστε ποια «κομμάτια» της ενημέρωσης πρόκειται να προσπαθήσετε να ανακοινώσετε.

- **Προειδοποιήστε:** Αυτό δίνει στα άτομα την ευκαιρία να προετοιμαστούν και να ενεργοποιηθούν, ενώ τους βοηθά να απορροφήσουν τη δυσάρεστη πληροφορία.
- **Σταματήστε:** Αυτό δίνει στα άτομα την ευκαιρία να αποφασίσουν αν θέλουν ή όχι να συνεχίσουν, καθώς και να ανταποκριθούν στη μέχρι στιγμής ενημέρωση. Αν συγκατατίθενται (είτε λεκτικά είτε μη λεκτικά), συνεχίστε και ανακοινώστε το πρώτο «κομμάτι» πληροφόρησης.
- **Ελέγξτε:** Ρωτήστε τι έχουν καταλάβει και διορθώστε ή ενισχύστε όσα σας πουν. Αυτό σας επιτρέπει να εξασφαλίσετε ότι σας έχουν κατανοήσει ενώ επίσης βοηθά ώστε να εντυπωθούν επαρκώς οι πληροφορίες στη μνήμη του ατόμου. Τούτο είναι σημαντικό καθώς οι άνθρωποι, μετά από τραυματικά γεγονότα, συχνά ξεχνούν τι συνέβη και τι ειπώθηκε.
- Κρίνετε αν είναι έτοιμοι να προχωρήσουν παρακάτω και αν πράγματι είναι, τότε ανακοινώστε το επόμενο «κομμάτι» πληροφόρησης, με την ίδια μέθοδο.
- Σε όλα τα στάδια, θα πρέπει να παρέχεται και γραπτή πληροφόρηση, για ενίσχυση των λεγομένων καθώς και για μελλοντική χρήση.

7. Ανταποκριθείτε στα συναισθήματα του παιδιού και της οικογένειας.

Αφήστε χώρο στη σιωπή

Τώρα απλά καθίστε και περιμένετε προκειμένου το παιδί και η οικογένεια να ανταποκριθούν σε όσα άκουσαν. Οποιαδήποτε κι αν είναι η αντίδρασή τους, διατηρήστε την ψυχραιμία σας. Αν αρχίσετε να νιώθετε συγκίνηση ή φόβο, προσπαθήστε να μην πανικοβληθείτε. Τα συναισθήματα αυτά θα εξασθενήσουν και θα υποχωρήσουν στον βαθμό που δεν τα υποδουλίζετε. Να είστε διακριτικοί και δείξτε μέσω της μη λεκτικής επικοινωνίας ότι έχετε όσο χρόνο

χρειάζεται (ακόμη κι αν δεν τον έχετε). Πιο σημαντικό είναι, οποιαδήποτε και αν είναι η ανταπόκρισή τους, να την επιδοκιμάσετε. Μπορείτε π.χ. να ανταποκριθείτε ως εξής: *«είναι κατανοητό να είστε θυμωμένος/λυπημένος»* ή *«πολλοί άνθρωποι δυσκολεύονται να μιλήσουν όταν έχουν ακούσει τέτοια νέα»*.

Όταν η ανταπόκρισή τους καταλαγιάσει, θα πρέπει να επαναλάβετε τη διαδικασία μέχρι να συμβεί ένα από τα εξής τέσσερα ενδεχόμενα:

1. Δεν υπάρχουν άλλα νέα να ανακοινώσετε.
2. Σας δίνουν το μήνυμα ότι άκουσαν αρκετά.
3. Έχετε την αίσθηση ότι έχουν σταματήσει να ακούνε ή να απορροφούν πληροφορίες.
4. Αισθάνεστε ότι εσείς προσωπικά δεν μπορείτε να συνεχίστε άλλο (το οποίο είναι θεμιτό, αρκεί να σιγουρευτείτε ότι έχετε κανονίσει να επανέλθετε).

8. Σχεδιάστε ένα πλάνο φροντίδας και ακολουθήστε το

Όταν όλα τα νέα έχουν ανακοινωθεί, έχετε δώσει χρόνο στους παρευρισκόμενους να ανταποκριθούν και να εκφράσουν τα συναισθήματά τους, τα οποία έχετε επιδοκιμάσει, μετακινηθείτε από τον ρόλο του ακροατή σε μια κάπως πιο ενεργή στάση. Αρχίστε να επισημαίνετε επιλογές, να προτείνετε πηγές στήριξης και ξεκινήστε να διαπραγματεύεστε πλάνα φροντίδας για τα διάφορα προβλήματα και ζητήματα που έχετε εντοπίσει. Δώστε πληροφορίες γραπτώς και ενημερωτικά έντυπα για να πάρουν μαζί τους και να διαβάσουν τις επόμενες μέρες. Ό,τι κι αν πράξετε στη συνέχεια, βεβαιωθείτε ότι η οικογένεια μπορεί να επικοινωνήσει μαζί σας, ή με έναν συνάδελφο, τις επόμενες ημέρες. Εξασφαλίστε ότι έχουν στη διάθεσή τους στοιχεία επικοινωνίας ώστε να αισθανθούν ανακούφιση και στήριξη σε αυτό το διάστημα.

Ποιες άλλες πηγές πληροφόρησης μπορεί να είναι επιβοηθητικές;

- Buckman, R.A. *Breaking bad news: the S.P.I.K.E.S. Strategy*. Community Oncol. 2005, 2(2): 138-142. Διατίθεται στον σύνδεσμο: <http://www.icmteaching.com/ethics/breaking%20bad%20news/spikes/files/spikes-copy.pdf>
- Goldman, A. Hain, R. & Liben, S. (επιμ.) *Oxford Textbook of Palliative Care for Children* – Κεφάλαια: 2, 7-10. Οξφόρδη: Oxford University Press, 2006.
- Buckman, R.A. *How to Break Bad News: A Guide for Health Care Professionals*. Βαλτιμόρη: John Hopkins University Press, 1992.
- Department of Health, Social Services & Public Safety (DHSSPS). *Breaking Bad News... Regional Guidelines. Developed from Partnerships in Caring*. Μπέλφαστ: DHSSPS, 2003.
- Scope. *Right From The Start – template document. A guide to good practice in diagnosis and disclosure*. Λονδίνο: Scope Publications, 1993.
- Proulx, M. *Using silence as a communication tool*. Analytical Mind, 2009. Διατίθεται στον σύνδεσμο: <https://danossia.wordpress.com/2009/11/23/using-silence-as-a-communication-tool/>
- Irish Hospice Foundation (επιμ.). *How Do I Break Bad News – Information for Staff*. Διατίθεται στον σύνδεσμο: <http://hospicefoundation.ie/wp-content/uploads/2013/04/How-Do-I-Break-Bad-News.pdf>
- Blancaflor, S. *Communication and End of Life Decision Making – A Resource Guide for Physicians*. (2010) [Online]. Διατίθεται στον σύνδεσμο: <https://business.ct.gov/-/media/Departments-and-Agencies/DPH/dph/MOLST/121715RMOLSTCommeOLSBpdf.pdf>
- Royal College of Nursing (RCN). *Breaking bad news: supporting parents when they are told of their child's diagnosis* (2013) [Online]. Διατίθεται στον σύνδεσμο: <https://www.rcn.org.uk/professional-development/publications/pub-004471>

Μέρος τρίτο

Πώς διαχειρίζομαι έντονα συναισθήματα και δύσκολες ερωτήσεις;

Μπορεί ήδη να γνωρίζετε ότι:

- Οι συναισθηματικές αντιδράσεις αποτελούν αναπόσπαστο μέρος της ζωής με μια πάθηση που μειώνει το προσδόκιμο επιβίωσης ή με μια απειλητική για τη ζωή νόσο.
- Ως ιατρός ή νοσηλεύτης έχετε ήδη εξοικειωθεί στην αντιμετώπιση δύσκολων ερωτημάτων, τα οποία συχνά δεν είναι εφικτό να απαντηθούν.
- Ο ρόλος σας ως ιατρού ή νοσηλεύτη είναι να αντιμετωπίσετε ό,τι μπορεί να αντιμετωπιστεί και να βοηθήσετε τους ασθενείς να προσαρμοστούν όταν κάτι τέτοιο δεν είναι δυνατό.
- Είστε εξοικειωμένοι να βοηθάτε ασθενείς να διαχειριστούν τα προβλήματά τους.
- Είστε εξοικειωμένοι να χρησιμοποιείτε διάφορα λεκτικά και μη λεκτικά μέσα με σκοπό την υποβοήθηση της επικοινωνίας.
- Η διατήρηση της προσωπικής σας υγείας και ευεξίας αποτελεί υποχρέωσή σας προς τους ασθενείς σας, την οικογένειά σας και τον εαυτό σας.

Μπορεί να βρείτε χρήσιμα τα εξής:

Αντιμετωπίζοντας έντονα συναισθήματα

Όταν τα παιδιά και οι οικογένειες εκφράζουν θυμό, βαθιά θλίψη και άλλα έντονα συναισθήματα, τούτο μπορεί να είναι ιδιαίτερα αποθαρρυντικό και δυσάρεστο. Ωστόσο, οι αντιδράσεις αυτές είναι φυσιολογικές όσο και ενδε-

δειγμένες όταν ένα παιδί διαπιστώνεται ότι έχει ανάγκη ανακουφιστικής φροντίδας, συχνά δε μπορεί να είναι επιβοηθητικές και λυτρωτικές. Το σημαντικότερο είναι να θυμάστε ότι, ενώ σας δίνεται η αίσθηση ότι τα συναισθήματα προορίζονται για εσάς, στην πραγματικότητα απευθύνονται στην ίδια την κατάσταση. Αν βρεθείτε εν μέσω τέτοιων έντονων συναισθημάτων, θυμηθείτε ότι κανείς δεν μπορεί να τα διατηρήσει για πολύ. Συνήθως εκπνέουν αρκετά γρήγορα, ακόμη κι αν δεν δίδεται αυτή η αίσθηση. Το καλύτερο που έχετε να κάνετε είναι:

- Βεβαιωθείτε ότι βρίσκεστε σε ένα ασφαλές περιβάλλον με πρόσβαση σε εξωτερικό χώρο, αν χρειαστεί.
- Υιοθετήστε μια φιλική και θετική στάση σώματος, κρατήστε χαμηλούς τόνους και δείξτε όση περισσότερη ενσυναίσθηση μπορείτε.
- Πάρτε βαθιές αναπνοές και αναπνεύστε αργά.
- Ακούστε.
- Μη διακόπτετε και μην αντιτίθεστε.
- Όταν το συναισθήμα έχει καταλαγιάσει, ανακεφαλαιώστε προσεκτικά, ελέγξτε και επιβεβαιώστε όσα ακούσατε ώστε να εξασφαλίσετε ότι καταλάβατε ό,τι ειπώθηκε.
- Επιδοκιμάστε τα συναισθήματα των μελών της οικογένειας όπου είναι δυνατό και υποστηρίξτε τους ανελλιπώς.
- Προτείνετε να συναντηθείτε πάλι και συμφωνήστε για το πότε και πού. Αν το παιδί ή η οικογένεια δεν επιθυμούν να ξανασυναντηθείτε, βεβαιωθείτε ότι έχουν τρόπο επικοινωνίας μαζί σας για τις εργάσιμες ώρες.
- Φροντίστε να μιλήσετε με κάποιον για το πώς νιώσατε, μετά από κάθε συζήτηση όπου διακινούνται έντονα συναισθήματα.

Αντιμετωπίζοντας δύσκολες ερωτήσεις

Τα παιδιά μπορεί να χρησιμοποιήσουν, και πράγματι το κάνουν, εντελώς ακατάλληλες στιγμές για να θέσουν τις ερωτήσεις τους. Επίσης δεν τηρούν πάντα τα «καθωσπρέπει» των ενηλίκων. Οι ερωτήσεις ενός παιδιού μπορεί να είναι ιδιαίτερα αιχμηρές και καίριες. Το πιθανότερο είναι να κάνουν μια δύσκολη ερώτηση τη στιγμή που κάθε άλλο παρά θα την περιμένετε και κάθε άλλο παρά θα έχετε προετοιμαστεί για αυτήν.

Ωστόσο, το να κάνει ερωτήσεις ένα παιδί αποτελεί σημάδι εμπιστοσύνης και αν κάποιο παιδί είναι διατεθειμένο να σας εμπιστευτεί τις ανησυχίες και τους

φόβους του, τούτο αποτελεί άριστη ευκαιρία να μπορέσετε να κάνετε κάτι εξαιρετικά βοηθητικό και επωφελές, δηλαδή να το καθησυχάσετε από τις αγωνίες του και να το βοηθήσετε να προετοιμαστεί για τον θάνατο. Στη συνέχεια παρέχονται ορισμένες οδηγίες με στόχο να σας βοηθήσουν να αντεπεξέλθετε στις περισσότερες περιπτώσεις:

Απαντήστε στις ερωτήσεις με ερωτήσεις ωστόσο να είστε σίγουροι ότι βρίσκεστε στο σωστό «μήκος κύματος»: Για παράδειγμα, αν ένα παιδί που πεθαίνει λέει: «*τι θα μου συμβεί;*» μην σπεύσετε αμέσως στο θέμα του θανάτου και της μετά θάνατον ζωής. Μπορεί να θέλει πράγματι να μιλήσει γι' αυτό, αλλά μπορεί πρόκειται για κάτι πολύ πιο κοινότοπο. Απαντήστε στην ερώτηση με μία δική σας – για παράδειγμα, ρωτήστε: «*Καλή ερώτηση! Αλλά πριν απαντήσω, τι νομίζεις εσύ ότι μπορεί να σου συμβεί;*». Μια φορά, μου απάντησαν ως εξής: «*Νομίζω ότι μπορεί να χάσω το δείπνο γιατί θα πρέπει να περιμένω να φτάσει το φάρμακό μου*».

Μη χρησιμοποιείτε τις δικές σας ερωτήσεις για να αποφύγετε την απάντηση στην ερώτηση που έχει κάνει το παιδί: Θα το ανακαλύψει και θα χάσετε την εμπιστοσύνη του.

Χρησιμοποιήστε κατανοητή γλώσσα και κατάλληλη για την ηλικία του παιδιού: Μη χρησιμοποιείτε ειδική ορολογία. Θυμηθείτε ότι τα παιδιά μπορεί να μη γνωρίζουν καθόλου ορισμένες απολύτως βασικές λέξεις ανατομίας, όπως «*θώρακας*», για παράδειγμα.

Μη χρησιμοποιείτε μεταφορές ή ευφημισμούς: Οι ενήλικες χρησιμοποιούν ένα σωρό ευφημισμούς και αφηρημένες έννοιες για να μιλήσουν για τον θάνατο και τη μετά θάνατον ζωή. Η αφηρημένη ή θρησκευτική γλώσσα μπορεί να προκαλέσει μεγάλη σύγχυση και δυσφορία στα παιδιά. Αν περιγράψετε τον θάνατο ως «*ύπνο*», μην εκπλαγείτε αν το παιδί αρνηθεί να πάει στο κρεβάτι του ή αν ανησυχεί ότι μπορεί να μην «*ξυπνήσει*» ξανά. Ένα παιδί που το ρωτούν αν θέλει να δει το σώμα του αδερφού του, μπορεί να αναρωτηθεί γιατί δεν μπορεί να δει και το κεφάλι επίσης. Ένα παιδί που του έχουν πει ότι η μητέρα του είναι στον ουρανό μπορεί να ανησυχεί γιατί δεν τον επισκέπτεται ή δεν του γράφει. Είναι σημαντικό να είστε σαφείς με τα παιδιά και να τους εξηγείτε με απλούς όρους σε γλώσσα που τους είναι εύκολα κατανοητή, καθώς και κατάλληλη για την ηλικία τους.

Δώστε απλές, σαφείς και ειλικρινείς απαντήσεις στις ερωτήσεις τους: Αν όντως ανοίξετε κουβέντα για τον θάνατο με ένα παιδί, να είστε απολύτως ειλικρινής. Τα παιδιά τείνουν να μην ρωτούν τους ενήλικες παρά μόνο εφόσον έχουν εξαντλήσει όλες τις άλλες πιθανές πηγές πληροφόρησης (ιδιαίτέρως τα άλλα παιδιά, την τηλεόραση, τα βιβλία, το διαδίκτυο, κρυφακούοντας τις συζητήσεις των ενηλίκων ή χρησιμοποιώντας τη φαντασία τους). Το πιθανότερο είναι ότι ένα παιδί θα ρωτήσει μόνο όταν συμβεί ένα από τα εξής δύο: πρώτον, γνωρίζει ήδη την απάντηση και σας θέλει για επιβεβαίωση. Δεύτερον, έχει μια συγκεχυμένη ιδέα ή ανησυχεί για το τι μπορεί να συμβεί και σας χρειάζεται για εξηγήσεις. Σε κάθε περίπτωση, είναι απαραίτητο να είστε ειλικρινείς, σαφείς και ξεκάθαροι. Αν όχι, θα χάσετε την εμπιστοσύνη του και/ή θα του προκαλέσετε σύγχυση και ανησυχία.

Ελέγξτε αφού δώσετε εξηγήσεις: Όταν θα έχετε ολοκληρώσει την κουβέντα σας, να ζητάτε πάντα να σας επαναλάβουν τη δική τους εκδοχή αυτών που μόλις είπατε. Είναι εκπληκτικό πόσο συχνά τα παιδιά καταλαβαίνουν λάθος. Ή ίσως, πιο σωστά, είναι εκπληκτικό πόσο συχνά τα κάνουμε να καταλάβουν λάθος.

Προετοιμαστείτε να πείτε «δεν ξέρω»: Τα παιδιά ζουν σε έναν ολόκληρο κόσμο τον οποίο δεν καταλαβαίνουν. Έτσι νιώθουν πολύ πιο άνετα από τους ενήλικες ως προς το να μην γνωρίζουν τις απαντήσεις για διάφορα πράγματα. Αντίθετα με την κοινή αντίληψη, δεν περιμένουν οι ενήλικες να ξέρουν τα πάντα (αν και δεν φαίνεται να σταματάνε ποτέ να κάνουν ερωτήσεις). Αν δεν ξέρετε κάτι, πείτε το. Πείτε τους ότι θα προσπαθήσετε να βρείτε την απάντηση ή ότι θα τους απαντήσετε αμέσως μόλις μάθετε. Με τον τρόπο αυτό, θα κερδίσετε την εμπιστοσύνη τους. Αν συνεχίσετε βοηθώντας τα να βρουν την απάντηση, επίσης θα κερδίσετε σημαντικά στην εκτίμησή τους. Και τα δύο ενδεχόμενα είναι πολύ επιβλητικά όσο πλησιάζει το τέλος και χρειάζεστε τη συνεργασία και την εμπιστοσύνη του παιδιού. Αναγνωρίστε ότι οι πνευματικές πεποιθήσεις επηρεάζουν την κατανόησή μας και τυχόν ελπιδοφόρες σκέψεις, συνεπώς εκφράστε την προσωπική σας αντίληψη για όσα διαμείβονται, διαφυλάσσοντας παράλληλα την ειλικρίνειά σας ως προς την ιατρική κατάσταση του παιδιού.

Μη φοβηθείτε να δείξετε κάποιο συναίσθημα, αλλά όταν το πράξετε, βεβαιωθείτε ότι παρέχετε κάποια εξήγηση: Σε γενικές γραμμές, τα παιδιά είναι εξοικειωμένα και νιώθουν άνετα με τα συναισθήματα, εφόσον καταλαβαίνουν από πού προέρχονται και ότι δεν οφείλονται σε κάτι που έκαναν λάθος. Αν κάποιος (μεταξύ των οποίων και εσείς) νιώθει συγκίνηση στη διάρκεια ενός ιατρικού ραντεβού, σιγουρευτείτε ότι αφιερώνετε χρόνο να εξηγήσετε τον λόγο και να καθησυχάσετε το παιδί ότι δεν έχει κάνει κάποιο λάθος, καθώς και ότι δεν φταίει για αυτό.

Ποιες άλλες πηγές πληροφόρησης μπορεί να είναι επιβοηθητικές;

- Lo, B., Ruston, D., Kates, L.W. Arnold, R.M., Cohen, C.B., Faber-Langendoen, K., Pantilat, S.Z., Puchalski, C.M., Quill, T.R., Rabow, M.W., Schreiber, S., Sulmasy, D.P. & Tulsky, J.A. *Discussing religious and spiritual issues at the end of life*. JAMA. 2002, 287(6): 749-754. Διατίθεται στον σύνδεσμο: <https://conversationsof Lifetime.org/wp-content/uploads/2018/05/Article-DiscussingSpiritualIssuesAtEOL.pdf>
- Taylor, A., Box, M., & Palliative Care Australia. *Multicultural Palliative Care Guidelines* (1999) [Online]. Διατίθεται στον σύνδεσμο: <http://www.grpct.com.au/wp/wp-content/uploads/CALD-Multicultural-palliative-care-guidelines-2000.pdf>
- Al-Shahri, M.Z. & Al-Khenaizan, A. *Palliative care for Muslims*. J Support Oncol. 2005, 3(6): 432-436. Διατίθεται στον σύνδεσμο: http://gatewayeol.com/wp-content/uploads/2017/07/Islam-Palliative_Care_for_Muslim_Patients.pdf

Μέρος τέταρτο

Πώς αξιολογώ και αντιμετωπίζω όλες τις ανάγκες ενός παιδιού και της οικογένειάς του;

Μπορεί ήδη να γνωρίζετε ότι:

- Πολλοί ιατροί και νοσηλευτές, αν και όχι όλοι, είναι εξοικειωμένοι με την παροχή εξατομικευμένης φροντίδας σε ασθενείς, εντός ενός πολυεπιστημονικού πλαισίου.
- Υπάρχουν πολλοί και διαφορετικοί παράγοντες που επιδρούν συνδυαστικά στην ποιότητα ζωής.
- Τα παιδιά έχουν διαρκείς ανάγκες σε αναπτυξιακό και εκπαιδευτικό επίπεδο, ανάγκες που αφορούν την ταυτότητά τους και άλλες που συνδέονται με την εξάρτησή τους από τους ενήλικες, τις οποίες οι περισσότεροι ενήλικες δεν έχουν.
- Το να φτάσει κανείς στη ρίζα του προβλήματος, αποτελεί μόνο το ήμισυ της καλής πρακτικής. Για να κάνουμε τη διαφορά, τα προβλήματα χρειάζεται να αντιμετωπιστούν.
- Ο προγραμματισμός της φροντίδας περιλαμβάνει μια σειρά συζητήσεων με το παιδί (όπου αυτό είναι δυνατό), την οικογένεια και άλλα σημαντικά πρόσωπα.
- Ο καλός προγραμματισμός της φροντίδας περιλαμβάνει την αποσαφήνιση συγκεκριμένων και ρεαλιστικών στόχων και την επίτευξη συμφωνίας επί αυτών, την προετοιμασία για απρόοπτες καταστάσεις, καθώς και την πρόβλεψη για την απαιτούμενη αναθεώρηση του σχεδιασμού όπως και την «παράδοση της σκυτάλης» στην οικογένεια.

Μπορεί να βρείτε χρήσιμα τα εξής:

Αν ο κυριότερος λόγος ελλιπούς παροχής ανακουφιστικής φροντίδας ανά τον κόσμο είναι η απροθυμία των επαγγελματιών υγείας να αναγνωρίσουν τον επικείμενο θάνατο και να επικοινωνήσουν τη δυσάρεστη αυτή πληροφόρηση, αναμφίβολα ο επόμενος σημαντικός λόγος είναι οι ανεπάρκειες στην επικοινωνία, τον συντονισμό και τη συνεργασία μεταξύ επαγγελματιών υγείας και φορέων.

Συνεπώς αν νομίζετε ότι το κεφάλαιο αυτό είναι κάπως βαρετό και θέλετε να το προσπεράσετε, σας παρακαλώ να μην το πράξετε.

Αξιολόγηση και προγραμματισμός της φροντίδας

Καλός σχεδιασμός στην ανακουφιστική φροντίδα παιδιών σημαίνει ελπίδα για το καλύτερο και προετοιμασία για το χειρότερο. Χωρίς μια πλήρη αξιολόγηση και ένα συμφωνημένο, εφικτό και ρεαλιστικό πλάνο φροντίδας, είναι πολύ δύσκολο να παρέχει κανείς καλή ανακουφιστική φροντίδα σε παιδιά. Γνωρίζουμε ότι οι επαγγελματίες υγείας συχνά καθυστερούν τις δύσκολες συζητήσεις και τον προγραμματισμό της φροντίδας μέχρις ότου να είναι πια πολύ αργά, αφήνοντας έτσι το παιδί και την οικογένεια να υποφέρουν αναίτια ή να περνούν τις τελευταίες ημέρες τους στο νοσοκομείο παρά στο σπίτι, όπου συνήθως θέλουν να βρίσκονται.

Η συνεργασία πολλών φορέων είναι θεμελιώδης. Η προσπάθεια να εδραιώσετε δίκτυα συνεργασίας με τις οικογένειες και τους συνεργάτες μπορεί να σας αποθαρρύνει, ενώ στα αρχικά στάδια απαιτείται αρκετός χρόνος. Παρόλα αυτά, για να είναι κανείς αποτελεσματικός, είναι απολύτως σημαντικό να εργαστεί εντός ενός ολοκληρωμένου συνεργατικού δικτύου.

Επισκόπηση της εκτίμησης αναγκών και του προγραμματισμού της φροντίδας

Η εκτίμηση των αναγκών και ο προγραμματισμός της φροντίδας θα πρέπει να αρχίζουν το συντομότερο μετά τη διάγνωση, να αποτελούν διαδικασίες

συνεχιζόμενες και να επανεξετάζονται τακτικά. Μην περιμένετε να συμβεί μια κρίση για να την αντιμετωπίσετε: αν προετοιμαστείτε για το χειρότερο, πολλές κρίσεις θα μπορέσουν να αποφευχθούν.

Σε ιδανικές συνθήκες, η αξιολόγηση και ο προγραμματισμός της φροντίδας θα πρέπει να αποτελούν διαδικασία στην οποία θα συμμετέχουν ποικίλες υπηρεσίες και ειδικότητες, όπου συμπεριλαμβάνονται η θεραπευτική ομάδα (με τη δική σας συμμετοχή), το παιδί, η άμεση οικογένεια, τυχόν άλλα μέλη της οικογένειας, θεσμικοί φορείς που έχουν δικαιοδοσία λήψης αποφάσεων για το παιδί, άλλα πρόσωπα ή φορείς της κοινότητας ή εθελοντικές οργανώσεις που συμμετέχουν στη φροντίδα του παιδιού. Θα πρέπει να οριστεί μια συνάντηση με την οικογένεια και όσα περισσότερα από τα άτομα που συμμετέχουν στη φροντίδα του παιδιού, ιδανικά στο σπίτι της οικογένειας. Η αξιολόγηση μπορεί κάλλιστα να μην ολοκληρωθεί σε μία συνάντηση, ενώ θα πρέπει να θεωρείται ως μια εξελισσόμενη διαδικασία μάλλον παρά ως ένα μεμονωμένο συμβάν, για την οποία, ανάλογα με τις ανάγκες της οικογένειας, μπορεί να χρειαστούν ημέρες ή ακόμη και εβδομάδες.

Στον οδηγό «Together for Short Lives Care Pathway»⁴ περιγράφονται ορισμένοι θεμελιώδεις στόχοι όσον αφορά την εκτίμηση αναγκών:

- Οι ανάγκες του παιδιού και της οικογένειας θα πρέπει να εκτιμώνται το συντομότερο δυνατό μετά τη διάγνωση ή τη συνειδητοποίηση της κατάστασης.
- Θα πρέπει να εφαρμόζεται μια ολοκληρωμένη προσέγγιση με τη συνεργασία ποικίλων φορέων, προκειμένου να αποφευχθεί η αναγκαιότητα επανειλημμένων αξιολογήσεων.
- Η αξιολόγηση των αναγκών θα πρέπει να γίνεται σε συνεργασία με την οικογένεια.
- Το παιδί ή το νεαρό άτομο θα πρέπει να αποτελεί το επίκεντρο της φροντίδας και να συμμετέχει στη διαδικασία.
- Η προσωπικότητα του παιδιού και η εθνικότητά του θα πρέπει να γίνονται σεβαστές.
- Οι πληροφορίες θα πρέπει να συλλέγονται και να καταγράφονται με τρόπο συστηματικό ώστε να διασφαλιστεί η συνέπειά τους.
- Η γλώσσα θα πρέπει να είναι απλή και να μη χρησιμοποιείται ειδική ορολογία.

- Θα πρέπει να υπάρχει μέριμνα για ζητήματα εμπιστευτικότητας και συγκατάθεσης.
- Η πληροφόρηση που συλλέγεται αναφορικά με την αξιολόγηση των αναγκών, θα πρέπει να είναι διαθέσιμη στην οικογένεια.
- Θα πρέπει να υπάρχει σαφήνεια όσον αφορά το ρόλο του υπεύθυνου συντονιστή της φροντίδας.
- Τα άτομα που αναλαμβάνουν την εκτίμηση αναγκών θα πρέπει να διαθέτουν τις κατάλληλες δεξιότητες και γνώσεις.

Στη θεωρία, η αξιολόγηση και ο προγραμματισμός της φροντίδας αποτελούν διαδικασίες απλές:

- Πραγματοποιήστε μια ολοκληρωμένη εκτίμηση αναγκών: καταγράψτε αναλυτικά τις επιμέρους βιολογικές, ψυχολογικές, κοινωνικές και πνευματικές ανάγκες του παιδιού (και ιδανικά, κάθε μέλους της οικογένειας).
- Καταρτίστε μια καταγραφή προβλημάτων και θέστε προτεραιότητες με βάση την εκτίμηση των αναγκών.
- Συζητήστε και συμφωνήστε ένα πλάνο φροντίδας για κάθε πρόβλημα.
- Διαμορφώστε το πλάνο φροντίδας εμπλέκοντας ποικίλους φορείς.
- Ενεργοποιήστε τη συμμετοχή της οικογένειας.
- Συμφωνήστε για το πότε θα πραγματοποιηθεί η επόμενη ανασκόπηση του πλάνου.

Στην πράξη πάντως, τα πράγματα μπορεί να αποδειχθούν πιο περίπλοκα:

- Η ανακουφιστική φροντίδα παιδιών περιλαμβάνει την αναγνώριση, την αξιολόγηση και την αντιμετώπιση ενός συνόλου βιολογικών, ψυχολογικών, κοινωνικών και πνευματικών ζητημάτων. Συνεπώς οι λίστες προβλημάτων είναι συνήθως μακρές και περίπλοκες, απαιτούν καλή οργάνωση, σαφή και επικαιροποιημένα πλάνα φροντίδας.
- Τείνουμε να «βλέπουμε» μόνο εκείνες τις ανάγκες για τις οποίες νιώθουμε επάρκεια και αυτοπεποίθηση να τις αντιμετωπίσουμε, ενώ «αγνοούμε» τις υπόλοιπες. Έτσι η αξιολόγηση αναγκών την οποία πραγματοποιεί ένας ιατρός συχνά εστιάζει στα ιατρικά προβλήματα και τη φαρμακευτική αγωγή, ενώ ένας εκπαιδευτικός θα αναζητήσει τις εκπαιδευτικές ανάγκες και ένας ιερέας τις πνευματικές. Αλλά βέβαια ένα παιδί έχει όλες αυτές τις ανάγκες, συνεπώς χρειάζεται να «βλέπουμε μακριά» για να πραγματοποιήσουμε ορθά την αξιολόγηση, ακόμη κι αν αυτό θα σημαίνει να

βρεθούμε πολύ έξω από την «ασφαλή περιοχή» μας.

- Η λήψη αποφάσεων στην ανακουφιστική φροντίδα παιδιών είναι συνήθως δύσκολη: τη διαδικασία απαρτίζουν συζητήσεις για την πρόγνωση, τους κινδύνους και τα οφέλη διαφορετικών θεραπευτικών επιλογών, τις επιδράσεις περίπλοκων οικογενειακών δυναμικών όπως και τις συνέπειες ηθικών και νομικών ζητημάτων.
- Το ερώτημα πώς ευνοείται με τον καλύτερο τρόπο η ποιότητα ζωής είναι περίπλοκο, η δε συναίνεση ενδέχεται να είναι δύσκολο να επιτευχθεί.
- Ζητήματα όπως ενοχή, φόβος, άρνηση, αποφυγή και συνομωσία, τα οποία αφορούν το παιδί, την οικογένεια, ή τους επαγγελματίες υγείας, μπορεί να δυσκολέψουν ιδιαίτερα την καταγραφή των πραγματικών προβλημάτων και τη διαμόρφωση του πλάνου φροντίδας.
- Οι ανάγκες κάθε παιδιού αλλάζουν συνεχώς με τον χρόνο, την ανάπτυξή του καθώς και με την εξέλιξη της κατάστασής του. Οι μεταβαλλόμενες αυτές ανάγκες συχνά καθιστούν αναγκαία τη συμμετοχή πολλών διαφορετικών επαγγελματιών και εθελοντών φροντιστών, με συνέπεια να υπάρχει έδαφος για σύγχυση και παρανοήσεις.
- Οι ανάγκες των εφήβων και των νεαρών ενηλίκων είναι διαφορετικές από εκείνες των μικρότερων παιδιών και θα πρέπει να αντιμετωπίζονται αναλόγως. Οι συναισθηματικές τους ανάγκες είναι πιθανό να είναι πιο επιτακτικές, ενώ θα τους απασχολούν επιπρόσθετα ζητήματα όπως η εικόνα σώματος, η σεξουαλικότητα, καθώς και η ανάγκη για ανεξαρτησία και καθορισμό στόχων ζωής.⁵
- Η αναγκαιότητα για συνέχεια της φροντίδας υπαγορεύει την ολοκληρωμένη καταγραφή των κλινικών δεδομένων καθώς και τη διάθεσή τους σε όλους τους επαγγελματίες που συμμετέχουν σε κάθε συγκεκριμένη περίπτωση. Τούτο μπορεί να θέσει σημαντικές προκλήσεις στα υπερβολικά επιβαρυμένα και υποστελεχωμένα συστήματα και υπηρεσίες υγείας,⁶ όταν η φροντίδα παρέχεται μεταξύ διαφορετικών φορέων (κρατικών ή εθελοντικών) και πλαισίων (νοσοκομείο, ξενώνας, σχολείο, κέντρο βραχυχρόνιας φιλοξενίας, κατ' οίκον φροντίδα).
- Στην πράξη, είναι σχεδόν αδύνατο να συγκεντρωθούν σε μία συνάντηση όλοι όσοι συμμετέχουν στη φροντίδα του παιδιού. Αν κανείς δεν προθυμοποιηθεί να αναλάβει τον συντονιστικό ρόλο του «επαγγελματία αναφοράς», ένα από τα ακόλουθα δύο θα συμβούν: ή δεν αναλαμβάνει κανείς τον ρόλο αυτό και το παιδί και η οικογένεια αφήνονται στο κενό, ή προσπαθούν όλοι να αναλάβ-

βουν έναν τέτοιο ρόλο οπότε πολυάριθμοι επαγγελματίες κατακλύζουν την οικογένεια με πλείστες διαφορετικές αξιολογήσεις και πλάνα φροντίδας. Μια διαδικασία που θα έπρεπε να είναι ήπια, περιεκτική και υποστηρικτική μπορεί να οδηγήσει σε αποδιοργάνωση, κατακερματισμό και δυσφορία. Γι' αυτό είναι θεμελιώδες να οριστεί ένας «επαγγελματίας αναφοράς» ή ένας συντονιστής φροντίδας, όσο το δυνατόν πιο σύντομα μετά τη διάγνωση.

Να γίνω «επαγγελματίας αναφοράς»/συντονιστής φροντίδας;

Αν αναρωτιέστε στο πλαίσιο μιας συγκεκριμένης περίπτωσης, η απάντηση είναι προφανώς «ναι», γιατί έχετε ήδη εντοπίσει τόσο την ανάγκη συντονισμού όσο και την έλλειψη ενός συντονιστή. Τουλάχιστον, αν εσείς δεν μπορείτε, έχετε ευθύνη να βοηθήσετε το παιδί και την οικογένεια να βρουν κάποιον να αναλάβει αυτό τον ρόλο.

Ο επαγγελματίας αναφοράς ή συντονιστής φροντίδας είναι υπεύθυνος για τον συντονισμό του συνόλου της ολοκληρωμένης φροντίδας ενός παιδιού, τον συντονισμό και τη διασύνδεση με όλους τους επαγγελματίες και τις υπηρεσίες που συμμετέχουν στη φροντίδα και ταυτόχρονα αποτελεί το βασικό αρμόδιο πρόσωπο επαφής με την οικογένεια. Αυτό δεν σημαίνει ότι οφείλει να κάνει τα πάντα, οφείλει όμως να προσπαθεί να διασφαλίσει ότι θα γίνουν τα πάντα.

Τον ρόλο του επαγγελματία αναφοράς αναλαμβάνει συνήθως ένας κοινοτικός νοσηλευτής με παιδιατρική εξειδίκευση ή ένας επαγγελματίας από την πολυεπιστημονική ομάδα υγείας της κοινότητας. Ο ιδανικός επαγγελματίας είναι εκείνος που έχει διαρκή και μακρά συνεργασία με οικογένειες, διαθέτει δεξιότητες αξιολόγησης και διαχείρισης πλάνων φροντίδας, έχει εμπειρία στη διασύνδεση και τον συντονισμό της φροντίδας ασθενών, έχει πρόσβαση σε άλλους φορείς και επαγγελματίες που ίσως χρειαστούν, καθώς και σε υποδομές και προσωπικό υποστήριξης που μπορεί να χρησιμοποιηθούν επιβοηθητικά. Στην πράξη, κάτι τέτοιο δεν είναι πάντοτε εφικτό, ειδικά σε πλαίσια με περιορισμένους πόρους, αλλά το θεμελιώδες είναι να αναλάβει κάποιος τον συντονιστικό ρόλο.

Άρα, γιατί όχι εσείς;

Η διαδικασία και το περιεχόμενο της αξιολόγησης

Οι ιατροί και οι νοσηλευτές διαθέτουν εμπειρία στη διερεύνηση του πώς η ασθένεια επηρεάζει συνολικά τους ασθενείς σε σωματικό, ψυχολογικό, κοινωνικό και πνευματικό επίπεδο. Ωστόσο, στην ανακουφιστική φροντίδα παιδιών θα χρειαστεί να είστε μάλλον λίγο παραπάνω συστηματικοί, ρωτώντας πράγματα που ίσως δεν έχετε συνηθίσει.

Στη συνέχεια παρατίθενται μερικά σημεία που θα σας βοηθήσουν κατά την αξιολόγηση:

- Εξηγήστε τη διαδικασία αξιολόγησης, επισημαίνοντας τι θα συμβεί, πότε και ποιος θα συμμετέχει, καθώς και τον σκοπό για τον οποίο θα πραγματοποιηθεί.
- Επιζητήστε τη συμμετοχή του παιδιού, κρίνοντας κατά περίπτωση.
- Ένας άριστος τρόπος για να ξεκινήσει η διαδικασία αξιολόγησης είναι να ρωτήσετε το παιδί και την οικογένεια να σας περιγράψουν με λεπτομέρεια τι ακριβώς συμβαίνει μια «συνηθισμένα ημέρα» τους. Αυτό θα σας δώσει άφθονες πληροφορίες, ενώ αποτελεί πρόσφορο τρόπο να βοηθηθούν το παιδί και η οικογένεια να αναπτύξουν αυτοπεποίθηση, να υπερβούν τη συστολή τους και να καλλιεργήσουν την εμπιστοσύνη τους σε εσάς.
- Εφόσον οικοδομηθεί η εμπιστοσύνη, ζητήστε από τα μέλη της οικογένειας να σας μιλήσουν για τις σκέψεις, τις ανησυχίες και τις προσδοκίες τους για την ασθένεια και την πρόγνυσή της. Αυτό θα σας βοηθήσει να κατανοήσετε και να ιεραρχήσετε τα ζητήματα που τους απασχολούν.
- Ρίξτε μια ματιά στον οδηγό «Together for Short Lives Care Pathway»⁷ για να πάρετε μια ιδέα πώς να διατρέξετε με συστηματικό τρόπο όλες τις πλευρές της ζωής του παιδιού και της οικογένειας, αναζητώντας ζητήματα που μπορεί να επηρεάσουν την ποιότητα ζωής τους.

Η αξιολόγηση θα πρέπει να καλύπτει τις ανάγκες όλης της οικογένειας, συμπεριλαμβανομένων των πατεράδων, των αδελφών, των παππούδων και γιαγιάδων και των σημαντικών άλλων που υποδεικνύει το παιδί. Η πληροφόρηση που συλλέγεται θα περιλαμβάνει δεδομένα που αφορούν την καθημερινότητα του παιδιού και της οικογένειας, στοιχεία για τους επαγγελματίες και τις υπηρεσίες που συμμετέχουν στη φροντίδα τους, ιατρικά δεδομένα, στοιχεία για τις λειτουργικές ικανότητες του παιδιού, τις ανάγκες νοσηλευτικής και

ατομικής φροντίδας του, τις συναισθηματικές και εκπαιδευτικές ανάγκες του, καθώς και πληροφορίες για τις συνθήκες στο περιβάλλον του σπιτιού.

Η παρακάτω λίστα υπογραμμίζει τα πολλά διαφορετικά πεδία που θα πρέπει να ληφθούν υπόψη όταν πραγματοποιείται μια αξιολόγηση αναγκών.

Οικογένεια

- Προτιμήσεις ενημέρωσης – επιλογές φροντίδας
- Πληροφορίες για οικονομικά θέματα/επιδόματα
- Συναισθηματικές ανάγκες
- Φροντίδα των αδερφών του άρρωστου παιδιού
- Λειτουργικότητα της οικογένειας
- Σύντομα διαλείμματα από τη φροντίδα του παιδιού
- Ποιότητα ζωής
- Μεταφραστές
- Ανάγκες πνευματικές, πολιτισμικές, θρησκευτικές
- Μετάβαση σε υπηρεσίες ενηλίκων
- Γενετική συμβουλευτική
- Στοιχεία επικοινωνίας με τους επαγγελματίες

Παιδί ή νεαρός ενήλικας

- Αντιμετώπιση πόνου και συμπτωμάτων
- Ανάγκες ατομικής φροντίδας
- Θεραπευτικές επιλογές
- Συναισθηματικές ανάγκες
- Ανάγκες πληροφόρησης
- Δομή βραχυχρόνιας φιλοξενίας
- Εκπαίδευση
- Ελεύθερος χρόνος/παιχνίδι
- Ποιότητα ζωής
- Νοσηλευτική υποστήριξη
- Ανάγκες πνευματικές, πολιτισμικές, θρησκευτικές
- Μετάβαση σε υπηρεσίες ενηλίκων
- Ανάγκη ανεξάρτητης διαβίωσης
- Επανεκτίμηση (προγραμματισμένη/επείγουσα)

Περιβάλλον φροντίδας

- Τόπος φροντίδας
- Προσαρμογές στον χώρο
- Εκτίμηση κινδύνου
- Αξιολόγηση οικιακού περιβάλλοντος
- Ανάγκες σε εξοπλισμό
- Ανάγκες μετακίνησης
- Σχολείο/κολλέγιο/πανεπιστήμιο

Ποιες άλλες πηγές πληροφόρησης μπορεί να είναι επιβοηθητικές;

- Together for Short Lives. *Assessment of Children with Life-limiting Conditions and their Families: A Guide to Effective Care Planning*. Μπρίστολ: Together for Short Lives, 2003.
- Together for Short Lives. *A Guide to the Development of Children's Palliative Care Services*, 3^η έκδοση. Μπρίστολ: Together for Short Lives, 2009. Σ.τ.Μ: Η επικαιροποιημένη έκδοση (2018) διατίθεται στον σύνδεσμο: <https://www.togetherforshortlives.org.uk/wp-content/uploads/2018/03/TfSL-A-Guide-to-Children%E2%80%99s-Palliative-Care-Fourth-Edition-5.pdf>
- Together for Short Lives. *A Framework for the Development of Integrated Multi-agency Care Pathways for Children with Life-threatening and Life-limiting Conditions*. Μπρίστολ: Together for Short Lives, 2004. Σ.τ.Μ: Επικαιροποιημένη έκδοση (2013) υπό τον τίτλο: *A Core Care Pathway for Children with Life-limiting and Life-threatening Conditions*, διατίθεται στον σύνδεσμο: <https://www.togetherforshortlives.org.uk/wp-content/uploads/2018/01/ProRes-Core-Care-Pathway.pdf>
- Together for Short Lives. *A Family Companion to the Together for Short Lives Care Pathway for Children with Life-limiting and Life-threatening Conditions* [online]. Σ.τ.Μ: Η επικαιροποιημένη έκδοση (2014) διατίθεται στον σύνδεσμο: https://www.togetherforshortlives.org.uk/wp-content/uploads/2017/07/TfSL_A_Family_Companion_2014_Update_FINAL_.pdf
- Department of Health. *National Framework for Children and Young People's Continuing Care*. (2010) [online] Σ.τ.Μ.: Η επικαιροποιημένη έκδοση (2016) διατίθεται στον σύνδεσμο: <https://www.gov.uk/government/publications/children-and-young-peoples-continuing-care-national-framework>

- Department for Education. *Early identification, assessment of needs and intervention – The Common Assessment Framework (CAF) for children and young people: A guide for practitioners*. (2009) [online] Διατίθεται στον σύνδεσμο: https://greatermanchesterscb.proceduresonline.com/pdfs/caf_guidance_practitioners.pdf
- The Scottish Government. *Getting it Right for Every Child in Scotland* (2009) [online] Διατίθεται στον σύνδεσμο: <https://www.gov.scot/policies/girfec/>

Μέρος πέμπτο

Πώς αντιμετωπίζω τις περιπτώσεις παιδιών με HIV/AIDS που χρειάζονται παιδιατρική ανακουφιστική φροντίδα;

Μπορεί ήδη να γνωρίζετε ότι:

- Η νόσος HIV/AIDS αποτελεί και σήμερα μια πολύ σημαντική αιτία θανάτου παιδιών ανά τον κόσμο.
- Η ανακουφιστική φροντίδα έχει και αυτή σημαντικό ρόλο να διαδραματίσει στην αντιμετώπιση των επίπονων συμπτωμάτων της νόσου.
- Τα συμπτώματα που προκαλούνται από το HIV/AIDS μπορούν να αντιμετωπιστούν με επιτυχία χρησιμοποιώντας τις ίδιες αρχές όπως και με τα συμπτώματα άλλων παθήσεων.

Μπορεί ίσως να μη γνωρίζετε ότι:

- Ακόμη και στην εποχή των αντιρετροϊκών φαρμάκων, η ανακουφιστική φροντίδα παραμένει ένα σημαντικό μέρος της φροντίδας των παιδιών με HIV/AIDS, καθώς η θεραπευτική αγωγή μερικές φορές αποτυγχάνει, ενώ πιο συχνά δεν είναι διαθέσιμη ή προσιτή οικονομικά.
- Το HIV/AIDS αποτελεί μια πολυσυστηματική, πολυοργανική νόσο. Ο ιός HIV δρα παθολογικά με δύο τρόπους: αφενός καταστέλλοντας το ανοσοποιητικό σύστημα και αφετέρου μολύνοντας άμεσα και καταστρέφοντας όργανα και συστήματα (π.χ. εγκεφαλοπάθεια και νευροπάθεια HIV, εντεροπάθεια HIV, μυοκαρδιοπάθεια, νεφροπάθεια, διάμεση λεμφοκυτταρική πνευμονίτιδα και χρόνια πνευμονική νόσος με ανάπτυξη πνευμονικής καρδιάς).

- Παρά την υψηλή συχνότητα του πόνου στο AIDS, ο πόνος στα παιδιά με AIDS είναι πιθανό να υποδιαγιγνώσκεται και να υποθεραπεύεται.^{8, 9, 10, 11, 12}
- Είναι σημαντικό να αναζητηθούν ευκαιριακές λοιμώξεις ως αιτίες πόνου και συμπτωμάτων στα HIV οροθετικά παιδιά.
- Ορισμένα συμπτώματα ενδέχεται να αποτελούν ανεπιθύμητες ενέργειες των αντιρετροϊκών φαρμάκων.
- Τα παιδιά βιώνουν οδύνη σε ψυχολογικό, συναισθηματικό και κοινωνικό επίπεδο, πρέπει να ενεργήσουν ως μοναδικοί φροντιστές μελών της οικογένειάς τους, εγκαταλείπουν ή διακόπτουν το σχολείο και βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο κακοποίησης.
- Το AIDS δεν επηρεάζει μόνο τα παιδιά που έχουν μολυνθεί. Έχει αφήσει εκατομμύρια παιδιά ορφανά ανά τον κόσμο ενώ ακόμη περισσότερα έχουν βρεθεί σε συνθήκες αυξανόμενης φτώχειας, εξαιτίας της νόσησης ή του θανάτου των γονιών τους.^{13, 14}
- Δεν είναι απαραίτητο να είναι κανείς ειδικός στο HIV/AIDS προκειμένου να παρέχει καλή ανακουφιστική φροντίδα σε παιδιά, χρειάζεται όμως να γνωρίζει τις παρενέργειες και τις αλληλεπιδράσεις των αντιρετροϊκών φαρμάκων, ζητήματα που μπορεί να είναι σημαντικά στο πλαίσιο της ανακουφιστικής φροντίδας.

Ποιες είναι οι ιδιαίτερες προκλήσεις για την ανακουφιστική φροντίδα παιδιών που πάσχουν από HIV/AIDS;

Τα παιδιά με HIV/AIDS αντιμετωπίζουν τις ίδιες προκλήσεις με τα παιδιά που πάσχουν από άλλες απειλητικές για τη ζωή παθήσεις, υπάρχουν ωστόσο και ορισμένες ιδιαίτερες δυσκολίες:

- Πολλαπλά συμπτώματα.
- Ανεπαρκείς γνώσεις και δεξιότητες των επαγγελματιών υγείας αναφορικά με την παιδιατρική ανακουφιστική φροντίδα και την αντιμετώπιση του HIV/AIDS σε παιδιά.
- Η νόσος δεν αποτελεί προτεραιότητα για τις κυβερνήσεις, τα συστήματα υγείας και εκπαίδευσης.
- Τα συμπτώματα και οι εκδηλώσεις της νόσου αλλάζουν ραγδαία με την εξέλιξη της πάθησης.
- Διακυμάνσεις όσον αφορά την πρόσβαση στα αντιρετροϊκά φάρμακα και

την αντιφυματική αγωγή.

- Υψηλά ποσοστά αποτυχίας της αντιρετροϊκής αγωγής σε παιδιά (συνήθως λόγω πτωχής συμμόρφωσης).
- Σημαντική νοσηρότητα λόγω των ανεπιθύμητων ενεργειών της αντιρετροϊκής αγωγής.
- Οι οικογένειες αρνούνται να απευθυνθούν στις υπηρεσίες παροχής αγωγής για τον HIV, εξαιτίας ποικίλων κοινωνικών και πολιτισμικών λόγων.
- Έλλειψη πόρων για την ανίχνευση, την παρακολούθηση, τη χορήγηση αγωγής και την επανεξέταση των ασθενών.
- Σημαντικές ελλείψεις σε υποδομές με συνέπεια τον περιορισμό της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας, στα φάρμακα, στην υποστήριξη και την υπόλοιπη αγωγή.
- Παρατεταμένο στάδιο χρονιότητας της νόσου με αποτέλεσμα την αύξηση της περιπλοκότητας και του κόστους της θεραπείας.
- Ευρύ φάσμα φαρμακευτικής τοξικότητας λόγω της αντιρετροϊκής αγωγής.
- Ανταγωνιστικές δράσεις ως προς την αποτελεσματικότητα και την τοξικότητα των διαφόρων φαρμάκων, συνθήκες που περιπλέκουν τις αποφάσεις σχετικά με τη συνέχιση ή τη διακοπή των διαφόρων ειδών θεραπευτικής αντιμετώπισης.
- Εμφάνιση συνθηκών συν-νοσηρότητας (π.χ. ηπατίτιδα, χρόνια ψυχιατρική πάθηση).
- Ανάπτυξη νοσημάτων στο πλαίσιο του Συνδρόμου Ανοσολογικής Ανασύστασης σε παιδιά που ξεκινούν τη λήψη αντιρετροϊκών φαρμάκων, ειδικά στα όψιμα στάδια της HIV λοίμωξης.
- Στιγματισμός πασχόντων από AIDS, με αποτέλεσμα να αποφεύγουν να απευθύνονται στις υπηρεσίες υγείας.
- Αισθήματα ενοχής αναφορικά με τη μετάδοση από τη μητέρα στο παιδί.
- Ενδεχόμενο/πιθανό να έχουν μολυνθεί περισσότερα του ενός μέλη της οικογένειας, να νοσούν ή να βρίσκονται στα τελικά στάδια της πάθησης.
- Επιπτώσεις σε πολλά μέλη της οικογένειας, με αποτέλεσμα πολλαπλά πένθη και ιδιαίτερα βεβαρημένοι φροντιστές.
- Τα άτομα που είναι υπεύθυνα για το εισόδημα της οικογένειας είναι συνήθως εκείνα που προσβάλλονται συχνότερα από το AIDS.

Πώς διαχειρίζομαι το ζήτημα της πρόγνωσης σε ένα παιδί με HIV/AIDS;

Με τη διαθεσιμότητα των αντιρετροϊκών φαρμάκων, η πρόγνωση του HIV/AIDS έχει καταστεί εξαιρετικά απρόβλεπτη, καθώς παιδιά που μοιάζει να βρίσκονται στα πρόθυρα του θανάτου, ανακάμπτουν εντυπωσιακά. Χρειάζεται πολύ μεγάλη κατανόηση τόσο των επιστημονικών δεδομένων όσο και των ιδιαιτεροτήτων του συγκεκριμένου παιδιού (πορεία νόσου, ιστορικό, εργαστηριακός έλεγχος, προηγούμενη αντιμετώπιση κ.ο.κ). Ακόμη και τότε, η πρόγνωση διαφέρει ελάχιστα από μια εμπειριστατωμένη εικασία, ωστόσο είναι συχνά κρίσιμη για τη λήψη αποφάσεων που αφορούν στην κυριολεξία ζητήματα ζωής και θανάτου. Παρατίθενται στη συνέχεια, επιβοηθητικά, κάποιες ενδείξεις πτωχής πρόγνωσης στο HIV/AIDS.¹⁵ Ωστόσο, όλοι αυτοί οι παράγοντες μπορεί δυνητικά να αναστραφούν σε περιπτώσεις που η αντιρετροϊκή αγωγή είναι αποτελεσματική.

- Εργαστηριακοί δείκτες που υποδεικνύουν πτωχή πρόγνωση
 - Αριθμός CD4 + T-λεμφοκυττάρων < 25 κύτταρα/mm³
 - CD4 < 15%
 - Αλβουμίνη ορού < 2,5gr/dl
- Κλινικές καταστάσεις με τη δυσμενέστερη πρόγνωση. Ουσιαστικά πρόκειται για το στάδιο 4 της νόσου.
 - Λέμφωμα του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος
 - Προοδευτική πολυεστιακή λευκοεγκεφαλοπάθεια
 - Κρυπτοσποριδίαση
 - Σοβαρή απώλεια βάρους
 - Σάρκωμα Karosi (επινέμηση σπλάχνων)
 - Τοξοπλάσμωση
 - Σοβαρή μυοκαρδιοπάθεια
 - Χρόνια σοβαρή διάρροια
 - Κακοήθειες απειλητικές για τη ζωή
 - Προχωρημένη ανεπάρκεια οργάνων-στόχων (π.χ. ηπατική ανεπάρκεια, συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια, χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, νεφρική ανεπάρκεια, χρόνια πνευμονική νόσος)

Είναι σχεδόν βέβαιο ότι κάποια στιγμή θα κληθείτε από την οικογένεια ενός παιδιού να δώσετε τη γνώμη σας για την πιθανολογούμενη πρόγνωση του,

καθώς προκαλεί ιδιαίτερο άγχος και καταπόνηση το να μη γνωρίζουν πότε αναμένεται να επέλθει ο θάνατος. Τα συναισθήματα αυτά μπορεί να περιπλοκούν από ενοχή και αγωνία εξαιτίας της επιθυμίας τους να μπορούσαν να τελειώσουν όλα. Σύμφωνα με την εμπειρία του συγγραφέα, δεδομένου ότι θα εξηγήσετε ότι δεν μπορείτε να είστε βέβαιοι, συνήθως είναι εφικτό να μιλήσετε με όρους ωρών, ημερών, εβδομάδων ή μηνών, αλλά όχι πιο συγκεκριμένα.

Ποια είναι τα πιο συχνά συμπτώματα στα παιδιά με HIV/AIDS;

Τα πιο συχνά συμπτώματα που εμφανίζουν τα παιδιά με HIV/AIDS είναι τα εξής:^{16, 17}

- Πυρετός, ιδρώτες ή ρίγη (51%)
- Διάρροια (51%)
- Ναυτία ή ανορεξία (50%)
- Μουδιάσματα, αιμωδίες, ή πόνος στα χέρια και τα πόδια (49%)
- Κεφαλαλγία (39%)
- Απώλεια βάρους (37%)
- Κολπικές εκκρίσεις, πόνος ή ερεθισμός της περιοχής (36%)
- Λοίμωξη ή πόνος στα ιγμόρεια (35%)
- Προβλήματα όρασης (32%)
- Βήχας ή δύσπνοια (30%)
- Στα λοιπά συνήθη συμπτώματα περιλαμβάνονται: ωταλγία λόγω μέσης ωτίτιδας, ουλίτιδα, τερηδόνα, δυστονικός πόνος δευτερογενώς λόγω εγκεφαλοπάθειας, κόπωση, κατάθλιψη, διέγερση και άγχος
- Ναυτία και έμετοι.

Τι προκαλεί πόνο στο HIV/AIDS;

Ο πόνος στο HIV/AIDS μπορεί να προκληθεί από:

- ευκαιριακές λοιμώξεις (π.χ. κεφαλαλγία στην κρυπτοκοκκική μηνιγγίτιδα, σπλαχνικό κοιλιακό άλγος στη διάσπαρτη λοίμωξη από το μυκοβακτηρίδιο *M. avium complex*)
- τις επιπτώσεις του ίδιου του ιού HIV (π.χ. πολυνευροπάθεια και μυελοπάθεια)

- τις επιπτώσεις των φαρμάκων που χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση του HIV καθώς και των σχετιζόμενων με τη νόσο ευκαιριακών λοιμώξεων
- επανειλημμένες ιατρονοσηλευτικές παρεμβάσεις, όπως φλεβοκεντήσεις, τοποθέτηση καθετήρων σίτισης, οσφυονωτιαίες παρακεντήσεις κ.ο.κ.

Στη συνέχεια παρατίθενται τα συχνότερα είδη και οι θέσεις του πόνου.¹⁸

Είδος πόνου (% των ασθενών στους οποίους εμφανίζεται)

- Σωματικός πόνος (71%)
- Νευροπαθητικός πόνος (46%)
- Σπλαχνικός πόνος (29%)
- Κεφαλαλγία (46%)

Θέση πόνου (% των ασθενών)

- Αρθρώσεις (47%)
- Πολυνευροπάθεια (42%)
- Μύες (40%)
- Δέρμα (23%)
- Οστά (31%)
- Κοιλιά (25%)
- Θώρακας (19%)
- Ριζοπάθεια (18%)

Πώς διαχειρίζομαι την αντιρετροϊκή αγωγή στο πλαίσιο της ανακουφιστικής φροντίδας παιδιών;

Είναι πολύ σημαντικό να κατανοηθεί ότι μπορεί να επέλθουν σημαντικές φαρμακευτικές αλληλεπιδράσεις σε παιδιά που λαμβάνουν φάρμακα ανακουφιστικής αγωγής και ταυτόχρονα αντιρετροϊκή αγωγή. Επιπλέον, τα περισσότερα από τα φάρμακα αυτά μπορεί να χρειαστεί να χορηγηθούν παρουσία άλλων καταστάσεων συν-νοσηρότητας, όπως ηπατίτιδα, παγκρεατίτιδα, γαστρίτιδα, υπερτριγλυκεριδαμία, υπεργλυκαιμία, λιποδυστροφίες, νεφροπάθειες που σχετίζονται με τον ιό HIV και ευκαιριακές λοιμώξεις. Σε αυτές τις περιπτώσεις, είναι πιθανό να αυξηθεί ο κίνδυνος εμφάνισης καθώς και οι επιπτώσεις των αλληλεπιδράσεων και των ανεπιθύμητων ενεργειών των φαρμάκων. Η πλήρης

παράθεση της φαρμακολογίας των αντιρετροϊκών φαρμάκων υπερβαίνει τους στόχους του παρόντος βιβλίου και ο αναγνώστης παρακαλείται να ανατρέξει σε άλλες πηγές.

Επιπλέον είναι σημαντικό να κατανοηθεί το ενζυμικό σύστημα του κυτοχρώματος P450 (CYP) όπου μεταβολίζονται τα περισσότερα φάρμακα:

- μεταβολές στο σύστημα CYP μπορεί επιφέρουν αύξηση ή μείωση στα επίπεδα των φαρμάκων στο αίμα, επηρεάζοντας συνεπώς την αποτελεσματικότητα όπως και την τοξικότητά τους
- ευτυχώς, η πλειονότητα των φαρμακευτικών αλληλεπιδράσεων είναι μικρού βαθμού και έτσι δεν απαιτούνται εκτεταμένες τροποποιήσεις στη φαρμακευτική αγωγή του παιδιού
- φάρμακα που *αναστέλλουν* το σύστημα CYP προκαλούν τις πιο επικίνδυνες αλληλεπιδράσεις καθώς αυξάνουν τα τοξικά επίπεδα των φαρμάκων στο αίμα.

Ποια φάρμακα είναι πιο πιθανό να επηρεάσουν την αποτελεσματικότητα ή την τοξικότητα των αντιρετροϊκών φαρμάκων;

Ορισμένα φάρμακα που χρησιμοποιούνται συνήθως στην παιδιατρική ανακουφιστική φροντίδα επάγουν το σύστημα CYP και συνεπώς ενδέχεται να οδηγήσουν σε χαμηλές συγκεντρώσεις αντιρετροϊκών φαρμάκων, με αποτέλεσμα την αύξηση του κινδύνου αντίστασης στη φαρμακευτική αγωγή ή/και σε αποτυχία αυτής. Στα φάρμακα που επάγουν το σύστημα CYP περιλαμβάνονται τα εξής:

- Καρβαμαζεπίνη (εμπορική ονομασία: *Tegretol*)
- Ριφαμπικίνη (εμπορική ονομασία: *Rifadin*)
- Φαινοβαρβιτάλη
- Φαινυτοΐνη
- Πρεδνιζολόνη
- Καπνός τσιγάρου
- Ομεπραζόλη
- Ισονιαζίδη

Άλλα φάρμακα που επίσης χρησιμοποιούνται συχνά στην παιδιατρική ανακουφιστική φροντίδα αναστέλλουν το σύστημα CYP και συνεπώς μπορεί να οδηγήσουν σε αύξηση των επιπέδων των αντιρετροϊκών φαρμάκων, αυξάνοντας ακολούθως τον κίνδυνο τοξικότητας. Στα φάρμακα αυτά περιλαμβάνονται τα εξής:

- Κετοконаζόλη
- Ιτρακοναζόλη
- Ερυθρομυκίνη
- Φλουοξετίνη
- Διλτιαζέμη
- Βεραπαμίλη
- Κλαριθρομυκίνη
- Ομεπραζόλη
- Σιπροφλοξασίνη
- Φλουκοναζόλη
- Μετρονιδαζόλη
- Τριμεθοπρίμη/σουλφαμεθοξαζόλη (εμπορική ονομασία: *Septrin*)
- Αλοπεριδόλη
- Σιμετιδίνη

Για ποια φάρμακα υπάρχει μεγαλύτερος κίνδυνος όταν συγχορηγηθούν με αντιρετροϊκά τα οποία αναστέλλουν το σύστημα CYP;

Ορισμένα φάρμακα τα οποία συνήθως χρησιμοποιούνται στην ανακουφιστική φροντίδα παιδιών, μπορεί να ανέλθουν σε τοξικά επίπεδα όταν συγχορηγούνται με αντιρετροϊκά που αναστέλλουν το σύστημα CYP. Στα φάρμακα αυτά περιλαμβάνονται τα εξής:

- τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά (π.χ. αμιτριπτυλίνη): κίνδυνος παράτασης διαστήματος QT και αιφνιδίου καρδιακού θανάτου
- μακρολίδες (π.χ. ερυθρομυκίνη): κίνδυνος παράτασης διαστήματος QT και αιφνιδίου καρδιακού θανάτου
- νεότερα αντιϊσταμινικά (π.χ. τερφεναδίνη): κίνδυνος παράτασης διαστήματος QT και αιφνιδίου καρδιακού θανάτου
- σιζαπρίδη: κίνδυνος παράτασης διαστήματος QT και πρόκλησης συνδρό-

μου αιφνιδίου βρεφικού θανάτου

- κινίνη και χλωροκίνη: κίνδυνος παράτασης διαστήματος QT και αιφνιδίου καρδιακού θανάτου
- ένυδρος χλωράλη: κίνδυνος παρατεταμένης καταστολής καθώς και αναπνευστικής καταστολής
- βενζοδιαζεπίνες: κίνδυνος παρατεταμένης καταστολής καθώς και αναπνευστικής καταστολής
- μεθαδόνη: κίνδυνος παρατεταμένης καταστολής καθώς και αναπνευστικής καταστολής
- ριφαμπουτίνη (εμπορική ονομασία: *Mycobutin*): η ριτοναβίρη αυξάνει τον κίνδυνο αιματολογικής τοξικότητας που επάγεται από τη ριφαμπουτίνη, μέσω μείωσης του μεταβολισμού της
- κοτριμοξαζόλη και σουλφαμεθοξαζόλη (εμπορική ονομασία: *Septrin*): κίνδυνος αύξησης των αλλεργικών αντιδράσεων, ειδικά του εξανθήματος
- β-αναστολείς: κίνδυνος σημαντικής πτώσης της αρτηριακής πίεσης και της καρδιακής συχνότητας
- αλοπεριδόλη: κίνδυνος αύξησης των δυστονικών παρενεργειών και της υπνηλίας.

Αν και οι παραπάνω φαρμακευτικές αλληλεπιδράσεις είναι πιθανές, δεν σημαίνει απαραίτητα ότι τα προαναφερθέντα φάρμακα θα πρέπει να αποφεύγονται. Μπορεί πράγματι μπορεί να είναι ιδιαίτερα επωφελή και επιβοηθητικά σε εξατομικευμένες περιπτώσεις. Κυρίως χρειάζεται να είναι ενήμεροι οι ιατροί και οι νοσηλεύτες για τους δυνητικά αυξημένους κινδύνους που σχετίζονται με τη συνδυασμένη χορήγησή τους και να τους σταθμίζουν προσεκτικά έναντι του δυνητικού οφέλους. Οι κίνδυνοι αυτοί όπως και τα οφέλη θα πρέπει να εξηγηθούν με σαφήνεια στην οικογένεια, έτσι ώστε οι σχετικές επιλογές τους να πραγματοποιηθούν κατόπιν κατάλληλης ενημέρωσης.

Πώς συμβουλευώ παιδιά και οικογένειες σχετικά με τις δυνητικά θανατηφόρες αλληλεπιδράσεις των φαρμάκων;

Αν και τα παιδιά είναι σε γενικές γραμμές λιγότερο επιρρεπή στην καρδιοτοξικότητα από τους ενήλικες, αυτό δεν συμβαίνει πάντοτε, ειδικά όταν συνυπάρχουν καρδιολογικά προβλήματα. Όλα τα παιδιά που λαμβάνουν συνδυα-

σμούς των παραπάνω φαρμάκων θα πρέπει να καθοδηγούνται ώστε να αναφέρουν άμεσα τυχόν ταχυκαρδία, ζάλη, αίσθημα παλμών, εμέτους ή διάρροια, καθώς και να αποφεύγουν τη χρήση ουσιών παράνομης εμπορίας, εθιστικών ουσιών και αλκοόλ.

Πρακτική αντιμετώπιση των συμπτωμάτων σε παιδιά με HIV/AIDS¹⁹

Πληρέστερες οδηγίες για την αντιμετώπιση κάθε επιμέρους συμπτώματος, παρέχονται στα αντίστοιχα κεφάλαια του βιβλίου. Για να καταδειχθεί ωστόσο η επικάλυψη ανάμεσα στην ειδική για τη νόσο αγωγή και την ανακουφιστική αγωγή, που αποτελεί χαρακτηριστικό του HIV&AIDS, παρατίθεται στον επόμενο πίνακα μια συνοπτική παρουσίαση.

Σύμπτωμα	Αιτίες	Αγωγή ειδική για τη νόσο	Ανακουφιστική αγωγή
Κόπωση, απώλεια βάρους, ανορεξία	HIV λοίμωξη Ευκαιριακές λοιμώξεις Κακοήθεια Αναιμία	Αντιρετροϊκά φάρμακα Αντιμετώπιση λοιμώξεων Μεταγγίσεις Διατροφική υποστήριξη	Επεξήγηση και καθυσύχαση Τροποποιήσεις στις καθημερινές συνήθειες Στεροειδή φάρμακα
Πόνος	Βλ. παραπάνω	Αντιρετροϊκά φάρμακα Αντιμετώπιση επιμέρους προβλημάτων με χρήση αντιβακτηριακών/αντιμυκητιασικών/αντιικών φαρμάκων	Αντιμετώπιση υποκείμενης αιτίας Θυμηθείτε τις μη φαρμακευτικές προσεγγίσεις Σκεφτείτε τη χορήγηση αντιρετροϊκών φαρμάκων Χρησιμοποιήστε την Κλίμακα Αναλγητικών του Π.Ο.Υ.
Ναυτία και έμετοι	Φάρμακα, Γαστρεντερικά αίτια Λοιμώξεις	Διακοπή φαρμάκων Αντιμετώπιση λοιμώξεων με χρήση αντιμυκητιασικών, αντιπαρασιτικών, αντιικών και αντιβιοτικών	Αντιεμετικά Προκινητικά H2 αναστολείς (π.χ. ρανιτιδίνη) ή αναστολείς της αντλίας πρωτονίων (π.χ. ομεπραζόλη) Μικρά συχνά γεύματα, λήψη υγρών μεταξύ των γευμάτων, κρύες τροφές, λήψη τροφής πριν από τη χορήγηση των φαρμάκων, ξηρές τροφές, αποφυγή γλυκών, λιπαρών, αλμυρών και πικάντικων τροφίμων Αρωματοθεραπεία, μάζηση τζιντζερ και τροποποιήσεις διαιτολογίου σε παιδιά υπό εντερική σίτιση

Δυσφαγία	Οισοφαγίτιδα από κάντιντα	Αντιμυκητιασικά	Αν είναι σοβαρού βαθμού, αρχικά μειώστε τη φλεγμονή χορηγώντας στεροειδή (ίσως να χρειαστεί στην έναρξη της αγωγής να χορηγηθούν ενδοφλεβίως) Συμβουλευθείτε τις ισχύουσες οδηγίες ή χορηγήστε φλουκοναζόλη ή ιτρακοναζόλη Σε πλαίσια με περιορισμένους πόρους, υπήρξε επιτυχής η εκμύζηση πεσών κλοτριμαζόλης 500mg καθημερινά για 5 ημέρες. Χρησιμοποιήστε την Κλίμακα Αναλγητικών του Π.Ο.Υ.
Έλκη στόματος	Απλός έρπητας, αφθώδη έλκη, καντιντίαση, ουλίτιδα	Ακυκλοβίρη	Διατήρηση της καθαριότητας του στόματος, καθαρισμός με απαλό ύφασμα ή γάζα εμποτισμένα με καθαρό αλατόνερο. Προσφέρετε νερό μετά από κάθε λήψη τροφής. Αποφυγή όξινων υγρών και καυτής τροφής. Δώστε ξινόγαλα ή χυλό τύπου κουάκερ, σε μαλακή υφή και πολτοποιημένο. Οι κύβοι πάγου μπορεί να βοηθήσουν, όπως και το παγωτό ή το γιαούρτι, αν είναι διαθέσιμα και προσιτά
Χρόνια διάρροια	Λοιμώξεις (γαστρεντερίτιδα, παράσιτα, <i>Mycobacterium avium complex</i> , κρυπτοσπορίδιο, κυτταρομεγαλοϊός) Δυσασπορόφηση Κακοήγη νοσήματα Φαρμακευτική διάρροια	Αντιβιοτικά/ αντιϊικά/ αντιπαράσιτικά	Επανυδάτωση (βλ. την αντίστοιχη ενότητα), χορήγηση βιταμίνης Α και ψευδαργύρου, τροποποίηση διαίτας, συμπληρώματα διατροφής με ιχνοστοιχεία Καολίνη (μόνο η μορφή που χρησιμοποιείται στην κοσμετολογία) ή βισμούθιο Η μορφίνη από του στόματος μπορεί να ανακουφίσει από την ανθεκτική διάρροια, όπως και η λοπεραμίδα αν είναι διαθέσιμη
Δυσκοιλιότητα	Αφυδάτωση Όγκοι Φάρμακα	Επανυδάτωση Αντιμετώπιση όγκων με ακτινοθεραπεία ή χημειοθεραπεία, αν κρίνεται σκόπιμο Τροποποίηση φαρμακευτικής αγωγής	Κινητοποίηση ασθενούς Τροποποίηση διαίτας Υπακτικά
Έλκη πρωκτο-γεννητικής περιοχής	Συνήθως οφείλονται στον ιό του απλού έρπητα Καντιντίαση	Έρπητας: ακυκλοβίρη (από του στόματος) ή γαλακτωματώδες μείγμα από 5ml νυστατίνης, 400mg πούδρας μετρονιδαζόλης και 1 δισκίο ακυκλοβίρης Αντιμυκητιασικά	Τα τοπικά στεροειδή μπορεί να επιφέρουν παροδική ανακούφιση μέχρι να δράσει η ακυκλοβίρη. Απλά αναλγητικά και συμπληρωματική αγωγή για τον πόνο

Δύσπνοια	Πνευμονία Αναιμία Όγκος Εξίδρωμα Αποδυναμωμένοι αναπνευστικοί μύες	Αντιμετώπιση της αιτίας Αντιβιοτικά Χορήγηση σιδήρου ή μετάγγιση επί σοβαρής δύσπνοιας Αντιμετώπιση όγκου (αν κρίνεται σκόπιμο) Παροχέτευση (αν κρίνεται σκόπιμο)	Χρήση ανεμιστήρα στη μέγιστη ροή αέρα Συμβουλευτική υποστήριξη Απόσπαση προσοχής Χαλάρωση Φανταστικές εικόνες Οπιοειδή Βενζοδιαζεπίνες
Επίμονος βήχας	Λοιμώξεις Διάμεση λεμφοκυτταρική πνευμονίτιδα Βρογχιεκτασία Φυματίωση Εξίδρωμα Όγκος	Αντιβιοτικά Αντιμετώπιση πνευμονίας από <i>Pneumocystis carinii</i> Αντιφυματική αγωγή Αντιμετώπιση όγκου (αν κρίνεται σκόπιμο) Παροχέτευση	Νεφελοποίηση και φυσιοθεραπεία αναπνευστικού Κατασταλτικά του βήχα (π.χ. χαμηλή δόση μορφίνης) Φυσιοθεραπεία Εφύγρυνση αέρα Στεροειδή (στη διάμεση λεμφοκυτταρική πνευμονίτιδα)
Δερματίτιδα σοβαρού βαθμού	Σμηγματορροϊκή δερματίτιδα Παρασιτώσεις Θυλακίτιδα Μυκητιασική λοίμωξη Αντιδράσεις υπερευαισθησίας Νεφρική και ηπατική νόσος	Αντιβακτηριακά/ αντιμυκητιασικά/ αντιπαρασιτικά Ενυδάτωση Στεροειδή	Μαλακτικές κρέμες, αντιισταμινικά, αντισηπτικά, τοπικά στεροειδή, αντιμυκητιασικά, αντικαταθλιπτικά (π.χ. αμιτριπτυλίνη), αγχολυτικά Τακτικό κόψιμο νυχιών ώστε να ελαχιστοποιηθούν ο τραυματισμός και η δευτερογενής μόλυνση λόγω κνησμού
Έρπητας και μεθερπητική νευραλγία	Έρπητας ζωστήρας	Ακυκλοβίρη, αν εντοπισθεί στα αρχικά στάδια	Μεθερπητική νευραλγία: χορηγήστε αμιτριπτυλίνη, βαλπροϊκό οξύ, γκαμπαπεντίνη, φαινυτοΐνη, πρεγκαμπαλίνη ή καρβαμαζεπίνη για τον διαξιφιστικό πόνο (λάβετε ωστόσο υπόψη τις αλληλεπιδράσεις με τα αντιρετροϊκά), προσθήκη μορφίνης, αν χρειαστεί Σε πλαίσια με περιορισμένους πόρους, μπορεί να βοηθήσει ο χυμός από το δέντρο πλουμερία (<i>frangipani</i>) επιθέμενος στις φυσαλίδες (πριν από τη ρήξη τους), σύμφωνα με μη δημοσιευμένα στοιχεία
Σπασμοί	Λοιμώξεις και παρασιτώσεις Εγκεφαλοπάθεια Κακοήθη νοσήματα Προοδευτική πολυεστιακή λευκοεγκεφαλοπάθεια	Φαινυτοΐνη Φαινοβαρβιτόνη Καρβαμαζεπίνη	Διαζεπάμη/μιδαζολάμη, φαινοβαρβιτόνη ή παραλδεΐδη για τον έλεγχο στην οξεία φάση, στη συνέχεια μετάβαση σε μακροχρόνια αγωγή, π.χ. με καρβαμαζεπίνη, φαινυτοΐνη κ.λπ. Απαιτείται προσοχή στις αλληλεπιδράσεις μεταξύ αντιεπιληπτικών και αντιρετροϊκών φαρμάκων

Μεταβολικές διαταραχές	Αντιεπιληπτικά Δεξτροζή Μαννιτόλη Στεροειδή		Επανυδάτωση Εξασφάλιση επαρκούς οξυγόνωσης Τροφή υψηλής ενέργειας και χαμηλής περιεκτικότητας σε πρωτεΐνη, μέχρι να υποχωρήσει η διαταραχή Αντιμετώπιση επιμέρους αιτίας
Πυρετοί, εφιδρώσεις	HIV <i>Mycobacterium avium complex</i> Κυτταρομεγαλοϊός Λέμφωμα	Αντιρετροϊκά Αζιθρομυκίνη Ακυκλοβίρη Χημειοθεραπεία	ΜΣΑΦ Στεροειδή Υοσκίνη Σιμετιδίνη
Κατακλίσεις	Υποσιτισμός Μειωμένη κινητικότητα	Σίτιση Κινητοποίηση	Βλ. την αντίστοιχη ενότητα. Κατάλληλα επιθέματα, σκόνη μετρονιδαζόλης για τον έλεγχο της δυσσομίας, επιθέματα μελιού κατά τον καθαρισμό, χειρουργικός καθαρισμός αν χρειαστεί
Παραλήρημα /διέγερση	Ηλεκτρολυτικές διαταραχές Τοξοπλάσμωση Μηνιγγίτιδα από κρυπτόκοκκο Ενδοκράνια σήψη	Διόρθωση ηλεκτρολυτικών διαταραχών και επανυδάτωση Αντιμυκητιασικά και αντιβιοτικά	Υποβοήθηση ασθενούς στον προσανατολισμό του Αλοπεριδόλη ή προμαζίνη Βενζοδιαζεπίνες
Κατάθλιψη	Αντιδραστική Χρόνια νόσος	Παιγνιοθεραπεία Συμβουλευτική Απόσπαση προσοχής Αντικαταθλιπτικά	Συμβουλευτική υποστήριξη Απόσπαση προσοχής

Ποιες άλλες πηγές πληροφόρησης μπορεί να είναι επιβοηθητικές;

- PEPFAR (Σ.τ.Μ.: President's Emergency Plan for AIDS Relief), *HIV/AIDS Palliative Care Guidance for the United States Government in Country Staff and Implementing Partners*. Ουάσινγκτον: OGAG (Office of the U.S. Global AIDS Coordinator), 2006. Διατίθεται στον σύνδεσμο:
<https://2009-2017.state.gov/documents/organization/64416.pdf>
- Amery, J. (επιμ.) *Children's Palliative Care in Africa*. Οξφόρδη: Oxford University Press, 2009. Διατίθεται στον σύνδεσμο:
<http://www.icpcn.org/wp-content/uploads/2013/08/Childrens-Palliative-Care-in-Africa-Full-Text.pdf>
- Gwyther, L., Merriman, A., Mpanga Sebuyira, L., Schietinger, H. (επιμ.) *A clinical guide to supportive and palliative care for HIV/AIDS in sub-Saharan Africa*. Foundation for Hospices in Sub-Saharan Africa.
Διατίθεται στον σύνδεσμο:
<https://www.hopkinsmedicine.org/som/faculty/appointments/ppc/documents/portfolios/hutton/hutton-portfolio-samples/a-clinical-guide-to-supportive-and-palliative-care-for-hiv-aids-in-sub-saharan-africa.pdf>
- Π.Ο.Υ. *WHO guidelines on the pharmacological treatment of persisting pain in children with medical illness*. Γενεύη: WHO, 2012. Βλ. στον σύνδεσμο <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44540> (Σ.τ.Μ.: Ελληνική μετάφραση: Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας. *Κατευθυντήριες Οδηγίες για τη φαρμακευτική αντιμετώπιση του επίμονου πόνου σε παιδιά με διάφορες παθήσεις*. Μετάφραση-επιμέλεια: Μ. Μπούρη. Αθήνα: Εκδόσεις Μέρμηνα, 2013).

Μέρος έκτο

Πώς αντιμετωπίζω τα συμπτώματα στην παιδιατρική ανακουφιστική φροντίδα;

Πώς αξιολογώ τον πόνο και τη δυσφορία στα παιδιά;

Μπορεί ήδη να γνωρίζετε ότι:

- Ο πόνος αποτελεί υποκειμενική εμπειρία κι όχι διακριτή οντότητα. Μπορεί να ποικίλει από άτομο σε άτομο και ανάλογα με την εκάστοτε συνθήκη.
- Ο πόνος είναι δύσκολο να ποσοτικοποιηθεί, παρά μόνο από το ίδιο το άτομο που τον αισθάνεται, αλλά ακόμη και τότε, μόνο αναφορικά με την προσωπική του εμπειρία πόνου.
- Δίχως μια καλή αξιολόγηση, ο πόνος είναι δύσκολο να αντιμετωπιστεί άμεσα και αποτελεσματικά.

Μπορεί να βρείτε χρήσιμα τα εξής:

Πώς αξιολογώ τον πόνο και τη δυσφορία;

Χρειάζεται να σκεφτείτε την πιθανότητα ύπαρξης πόνου σε κάθε περίπτωση όπου απαιτείται ανακουφιστική φροντίδα. Αναζητήστε συμπτώματα τα οποία είναι γνωστό ότι προκαλούν πόνο ή ότι μπορεί να επιφέρουν άγχος και πόνο. Να θυμάστε ότι μπορεί να υπάρχουν περισσότερες από μία εστίες πόνου και για καθεμία περίπτωση χρειάζεται να εντοπιστεί ο πόνος, να μετρηθεί η έντασή του και να αντιμετωπιστεί. Δεδομένου ότι η επικοινωνία σχετικά με

τον πόνο είναι περίπλοκη, προσπαθήστε πάντοτε να πλαισιώσετε κάθε πληροφορία με όσο το δυνατό περισσότερη τεκμηρίωση και κοινή λογική. Μην ξεχνάτε ακόμη ότι τα παιδιά μπορεί να χρησιμοποιούν τη λέξη «πόνος» για να περιγράψουν τη δυσφορία που προκαλείται από άλλα συμπτώματα, όπως η ναυτία ή η δύσπνοια. Συνεπώς η αξιολόγηση του πόνου θα πρέπει πάντα να αποτελεί μέρος μιας διεξοδικής κλινικής εξέτασης ή μιας γενικότερης αξιολόγησης των συμπτωμάτων.

Υπάρχουν τρεις κύριοι τρόποι για να εκτιμηθεί ο πόνος ενός παιδιού:

1. **Ρωτήστε το παιδί:** είναι ο πιο γρήγορος και ακριβής τρόπος, με την προϋπόθεση ότι το παιδί είναι σε θέση να σας το πει (και εσείς να το καταλάβετε).
2. **Ρωτήστε την οικογένεια (ή τον υπεύθυνο φροντιστή):** είναι η επόμενη καλή επιλογή – θα πρέπει να χρησιμοποιείται για διασταύρωση πληροφοριών, ακόμη κι αν σας έχει ήδη μιλήσει το ίδιο το παιδί, για την περίπτωση που ο πόνος αποκρύπτεται.
3. **Προσπαθήστε να αξιολογήσετε εσείς τον πόνο:** είναι ο λιγότερο ακριβής τρόπος αλλά καλύτερος από το τίποτα, αν δεν υπάρχει άλλη λύση.

Ρωτώντας το παιδί

- Αφιερώστε χρόνο ώστε να αναπτυχθεί εμπιστοσύνη, ακούστε προσεκτικά και μην υποτιμάτε όσα ακούτε.
- Χρειάζεται προσοχή όταν κάνετε καθοδηγητικές ερωτήσεις: τα παιδιά μπορεί να θέλουν να σας ευχαριστήσουν.
- Να θυμάστε ότι τα παιδιά μπορεί να μη συνειδητοποιούν πόσο πολύ πονάνε όταν αισθάνονται συνεχώς πόνο για κάποιο διάστημα,²⁰ ενώ οι γονείς μπορεί, για τον ίδιο λόγο, να «αναισθητοποιηθούν» απέναντι στον πόνο του παιδιού τους και συνεπώς να μην τον αναφέρουν.
- Ο γνωστός «ηθμός πόνου» είναι εξίσου χρήσιμος στην ανακουφιστική φροντίδα παιδιών όσο και στους ενήλικες, ενδέχεται όμως να είναι δυσκολότερο να ληφθεί πληροφόρηση από τα παιδιά, ενώ μπορεί να πασχίζουν να σας καταλάβουν. Μπορεί επίσης να καταβάλλουν προσπάθεια να σας κατανοήσουν, ανάλογα με το πολιτισμικό τους πλαίσιο και το αναπτυξιακό τους επίπεδο.

Χρησιμοποιώντας τον «ηθμό πόνου»

Στη συνέχεια παρατίθενται ορισμένες ιδέες, φράσεις και απλές οδηγίες που μπορεί να χρησιμοποιηθούν στην εφαρμογή της μεθόδου αυτής στην περίπτωση των παιδιών:

- «Σε πονάει ή σε ενοχλεί κάπου;»
- «Μπορείς να μου δείξεις πού σε πονάει ή πού σε ενοχλεί;». Χρησιμοποιήστε στο σημείο αυτό ένα σχεδιάγραμμα ανθρώπινου σώματος ή μια κούκλα.
- «Σε πονάει ή σε ενοχλεί κάπου αλλού;»
- «Πότε άρχισε η ενόχληση/ο πόνος;»
- «Υπάρχει κάτι που κάνει τον πόνο χειρότερο;»

Τα παιδιά μπορεί να δυσκολεύονται να προσδιορίσουν χρονικά πλαίσια μέχρι την ηλικία των επτά ή οκτώ ετών, συνεπώς θα πρέπει να είστε κάπως ευέλικτοι στην ερμηνεία όσων ακούτε. Είναι συνήθως επιβοηθητικό να χρησιμοποιηθεί ένα ημερολόγιο πόνου το οποίο θα συμπληρώνουν το παιδί ή ο ενήλικας κι έτσι θα μπορείτε να εξακριβώσετε την εξέλιξη και την περιοδικότητα του πόνου, όπως και την ανταπόκρισή του στην αγωγή.

- «Ξέρεις τι μπορεί να έφερε τον πόνο;»
- «Πόσο πολύ πονάει; Πόσο μεγάλος/άσχημος είναι ο πόνος;»: Χρησιμοποιήστε μια κλίμακα πόνου.²¹
- «Μπορείς να μου πεις κάποιες λέξεις που θα περιέγραφαν τον πόνο/την ενόχλησή σου;»
- «Τι βοηθάει να φεύγει ο πόνος;», «Τι τον κάνει χειρότερο;»

Ζητήστε από τα παιδιά να ζωγραφίσουν μια εικόνα για να περιγράψουν τον πόνο τους ή να χρωματίσουν πάνω σε ένα σκίτσο τα σημεία όπου ο πόνος τους είναι χειρότερος – κάτι τέτοιο μπορεί να είναι ιδιαίτερα επιβοηθητικό (βλ. π.χ. το εργαλείο Eland Colour Scale²²).

Ρωτώντας την οικογένεια ή τον φροντιστή

Προσπαθήστε να διαπιστώσετε ποιες είναι οι ανησυχίες των γονέων, καθώς και τι πιστεύουν όσον αφορά τους λόγους για τυχόν αλλαγές στη συμπεριφορά του παιδιού. Σημειώστε ότι οι γονείς μπορεί να μην περιγράφουν πλήρως την κατάσταση εξαιτίας της «απευαισθητοποίησης» ή του φόβου τους απέναντι στον πόνο. Απευθύνετε στην οικογένεια ή στους φροντιστές τις ίδιες ερωτήσεις που κάνατε στο παιδί, ενώ μπορείτε να χρησιμοποιήσετε τις ίδιες κλίμακες

και μεθόδους αξιολόγησης του πόνου που χρησιμοποιήσατε με το παιδί. Ρωτήστε τους αν έχουν παρατηρήσει σημάδια πόνου στο παιδί (ιδιαίτερα ως προς τις εκφράσεις του προσώπου του, τις κινήσεις του σώματος, την ποιότητα του κλάματος, την υπερβολική «ησυχία» ή την απόσυρσή του, αλλαγές σε αγαπημένες του δραστηριότητες ή στον ύπνο κ.λπ.). Η αξιολόγηση της επίδρασης του πόνου στην ποιότητα ζωής του παιδιού είναι εξίσου σημαντική (π.χ. παρακολούθηση σχολείου, σπορ, χόμπυ, διάθεση, ανησυχία και ύπνος).

Επιχειρώντας την αξιολόγηση του πόνου σε παιδιά που δεν μπορούν να επικοινωνήσουν

Να θυμάστε ότι είναι πολύ δύσκολο να εκτιμήσετε τον πόνο στα παιδιά με αντικειμενικό τρόπο. Επιπλέον, όσο τα παιδιά μεγαλώνουν ή βιώνουν πόνο για μεγαλύτερο διάστημα, οι εκφράσεις του προσώπου τους και το κλάμα τους καθίστανται λιγότερο χρήσιμοι δείκτες πόνου. Αυτό μπορεί να συμβαίνει επειδή τα παιδιά με χρόνιο πόνο «ρυθμίζουν προς τα κάτω» τις συμπεριφορές που συνήθως υποδηλώνουν πόνο και απλά αποσύρονται. Ακόμη, τα μεγαλύτερα παιδιά εκδηλώνουν ένα πολύ ευρύτερο φάσμα από συμπεριφορές που έμαθαν από τους άλλους γύρω τους (εδώ περιλαμβάνονται και οι λέξεις που χρησιμοποιούν για να περιγράψουν τον πόνο).

Η αξιολόγηση του πόνου παραμένει ωστόσο χρήσιμη, ιδιαίτερα αν πραγματοποιείται με δομημένο τρόπο. Σημειώνεται ότι ο πόνος πυροδοτεί την ανταπόκριση του συμπαθητικού νευρικού συστήματος – συνεπώς, σε ένα παιδί που πονάει ενδέχεται να είναι αναμενόμενες ορισμένες από τις παρακάτω ενδείξεις, αν και, υπενθυμίζεται και πάλι, η απάντηση του συμπαθητικού συστήματος (και συνεπώς οι κλινικές ενδείξεις) μπορεί να εξασθενήσουν με τη χρονιότητα του πόνου:

- σωματικές ενδείξεις: αύξηση της καρδιακής και της αναπνευστικής συχνότητας (σημειώστε ότι μπορεί να επιτείνονται ή να αναστέλλονται και από φάρμακα), ωχρότητα, εφίδρωση,
- συμπεριφορικές ενδείξεις: ησυχία ή κλάμα, απόσυρση ή προσκόλληση, συσπάσεις των μυών του προσώπου ή μορφασμοί, γκρίνια, διαρκής ανησυχία, «αγκάλιασμα» των άκρων, χέρια, πόδια ή δάκτυλα σφιγμένα ή μαζεμένα στον κορμό.

Οι παραπάνω ενδείξεις έχουν ενσωματωθεί στην κλίμακα FLACC²³ [«Face, Legs, Activity, Crying, Consolability»: πρόσωπο, πόδια, δραστηριότητα, κλάμα και τρόπος κατευνασμού].

Συνοπτικά, τα παραπάνω μπορούν να ανακεφαλαιωθούν με τη χρήση της προσέγγισης QUEST:

Q: Ρωτήστε το παιδί (**Q**uestion the child)

U: Χρησιμοποιήστε εργαλεία αξιολόγησης πόνου (**U**se pain rating tools)

E: Αξιολογήστε τα σημεία συμπεριφοράς (**E**valuate behavioural signs)

S: Ευαισθητοποιήστε τους γονείς ώστε να αναγνωρίζουν και να αναφέρουν τον πόνο (**S**ensitise the parents)

T: Αναλάβετε δράση (**T**ake action).

Λίστα απαντήσεων για την αξιολόγηση του πόνου

Ολοκληρώνοντας την αξιολόγηση του πόνου, θα πρέπει να έχετε λάβει απαντήσεις στα ακόλουθα ερωτήματα:

- Ποιες λέξεις χρησιμοποιούν το παιδί και η οικογένεια για τον πόνο;
- Ποιες λεκτικές και συμπεριφορικές εκφράσεις χρησιμοποιεί το παιδί για να εκφράσει τον πόνο;
- Τι κάνουν οι γονείς και/ή οι φροντιστές όταν το παιδί πονάει;
- Τι δεν κάνουν οι γονείς και/ή οι φροντιστές όταν το παιδί πονάει;
- Τι είναι πιο αποτελεσματικό για την ανακούφιση του πόνου;
- Πού εντοπίζεται ο πόνος και ποια είναι τα χαρακτηριστικά του (θέση, σοβαρότητα και χαρακτήρας του πόνου όπως περιγράφεται από το παιδί ή τον γονιό, π.χ. οξύς, καυστικός, αμβλύς, διαξιφιστικός, διαπεραστικός, σφύζων);
- Πώς άρχισε ο τωρινός πόνος (αιφνίδια/σταδιακά);
- Πόσον καιρό υπάρχει ο πόνος (διάρκεια από την έναρξή του);
- Πού εντοπίζεται ο πόνος (μία ή πολλαπλές θέσεις);
- Διαταράσσει ο πόνος τον ύπνο/τη συναισθηματική κατάσταση του παιδιού;
- Περιορίζει ο πόνος την ικανότητα του παιδιού να εκτελέσει τις καθημερινές φυσιολογικές του δραστηριότητες (να κάθεται, να στέκεται, να περπατά, να τρέχει);

- Περιορίζει ο πόνος την ικανότητα/προθυμία του παιδιού να αλληλεπιδρά με τους άλλους, όπως και την ικανότητά του να παίζει;

(Προσαρμογή από τις Κατευθυντήριες Οδηγίες του Π.Ο.Υ., 2012)

Πώς αντιμετωπίζω τον πόνο στα παιδιά;

Μπορεί ήδη να γνωρίζετε ότι:

- Ο χρόνιος ή σοβαρός πόνος αποτελεί σύνηθες σύμπτωμα των ενηλίκων με σύμπλοκες παθήσεις περιορισμένης πρόγνωσης, αλλά είναι λιγότερο συχνός στα παιδιά.
- Ο πόνος συνιστά πολυδιάστατη εμπειρία: επηρεάζεται αλλά και προκαλείται από βιολογικά, ψυχολογικά, κοινωνικά και πνευματικά αίτια («ολικός πόνος»).
- Ο σωματικός πόνος μετριάζεται διαμέσου νευρικών οδών – από τους περιφερικούς ιδιοδεκτικούς υποδοχείς, μέσω του νωτιαιοθλαμικού δεματίου και του θαλάμου. Τα ανιόντα σήματα πόνου μπορεί να αμβλυνθούν διαμέσου της «κατιούσας αναστολής» (π.χ. με τη χαλάρωση, την απόσπαση της προσοχής κ.λπ.).
- Διαφορετικά φάρμακα δρουν σε διαφορετικά σημεία της οδού του πόνου.
- Η επιλογή και οι συνδυασμοί αναλγητικών είναι συνεπώς δυνατό να μεθοδευσθούν με ορθολογικό τρόπο.
- Οι Κατευθυντήριες Οδηγίες του Π.Ο.Υ. (2012) συστηματοποιούν την επιλογή και τους συνδυασμούς των αναλγητικών φαρμάκων σε όλα τα είδη «επίμονου» πόνου που εμφανίζεται στα παιδιά. Αναγνωρίζεται η διάκριση ανάμεσα στον ήπιο και τον μέτριο ή σοβαρό πόνο, ενώ σημειώνεται η έγκαιρη και ενδεδειγμένη χρήση τόσων των απλών όσο και των οπιοειδών αναλγητικών.
- Μπορεί να χρησιμοποιηθούν επίσης άλλα «συνοδά» φάρμακα (Σ.τ.Μ.: ή «συμπληρωματικά» ή «επικουρικά αναλγητικά») για συγκεκριμένα είδη πόνου, όπως ο νευροπαθητικός πόνος ή ο πόνος από διάταση της κάψας ενός οργάνου.

Μπορεί να βρείτε χρήσιμα τα εξής:

- Τα παιδιά που λαμβάνουν ανακουφιστική φροντίδα δεν θα σας πουν απαραίτητα ότι πονάνε, ακόμη και αν όντως πονάνε, ενώ πολύ σπάνια υπερβάλλουν. Συνεπώς, αν σας πουν ότι πονάνε, το καλύτερο είναι να τα πιστέψετε.

- Στους παράγοντες που συνήθως επηρεάζουν την εμπειρία πόνου στα παιδιά, περιλαμβάνονται ο φόβος, το άγχος, ο αποχωρισμός από την οικογένεια, περιβάλλοντα όπου δεν αισθάνονται οικεία, συνυπάρχουσες παθήσεις/συμπτώματα και ο στιγματισμός.
- Ο «ολικός πόνος» αποτελεί όρο που επινοήθηκε για να εκφραστεί το γεγονός ότι ο πόνος αποτελεί «κρίση» σε κάθε επίπεδο.²⁴ Κατά συνέπεια, η αποτελεσματική ανακούφιση του πόνου απαιτεί την αντιμετώπιση όλων των παραγόντων που συμβάλλουν σε αυτόν, σε βιολογικό, ψυχοκοινωνικό και πνευματικό επίπεδο.
- Η αντιμετώπιση του πόνου με μη φαρμακευτικά μέσα έχει αποδεδειγμένη αποτελεσματικότητα στα παιδιά και θα πρέπει πάντοτε να συμπεριλαμβάνεται σε κάθε στρατηγική αντιμετώπισης του πόνου. Τα φάρμακα ποτέ δεν επαρκούν από μόνα τους.
- Η αντιμετώπιση του πόνου στο πλαίσιο της ανακουφιστικής φροντίδας είναι πολυδιάστατη και θα πρέπει να στοχεύει σε όλα τα πιθανά μέσα με τα οποία ο πόνος μπορεί να μετριαστεί. Τα αναλγητικά φάρμακα αποτελούν έναν μόνο από τους τρόπους αντιμετώπισης του χρόνιου πόνου. Στη λίστα που ακολουθεί παρατίθενται ορισμένες άλλες θεραπευτικές μέθοδοι οι οποίες μπορεί να αποβούν χρήσιμες για την αντιμετώπιση του πόνου στην παιδιατρική ανακουφιστική φροντίδα.
 - Μη φαρμακευτική αντιμετώπιση (βλ. παρακάτω).
 - Τροποποίηση της παθολογικής κατάστασης: π.χ. με ακτινοθεραπεία, αντιβιοτικά, ορμονοθεραπεία, χημειοθεραπεία, χειρουργική επέμβαση, χορήγηση διφωσφονικών.
 - Χορήγηση αναλγητικών και φαρμάκων επικουρικών της αναλγησίας (βλ. παρακάτω).
 - Διακοπή των οδών του πόνου: τοπικά αναισθητικά, αποκλεισμός νεύρου και νευροχειρουργική επέμβαση.
- Η «οπιοφοβία» απαντάται συχνά σε ιατρούς και νοσηλευτές ανά τον κόσμο.
- Ο Π.Ο.Υ. δεν συνιστά πλέον τη χρήση της κωδεΐνης ή της διυδροκωδεΐνης σε παιδιά, καθώς στην πλειοψηφία τους δεν μπορούν να τη μεταβολίσουν σε δραστικούς μεταβολίτες. Αν η παρακεταμόλη και τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη δεν επαρκούν, προσθέστε μορφίνη από του στόματος.
- Οι μύθοι που υπάρχουν για τη μορφίνη είναι περισσότεροι από εκείνους για κάθε άλλο φάρμακο. Ας σημειωθεί ότι η μορφίνη που χρησιμοποιείται για την αντιμετώπιση του πόνου δεν προκαλεί εθισμό, δεν επισπεύδει

τον θάνατο, η έναρξη χορήγησής της δεν σημαίνει παραίτηση, ούτε αποτελεί «την αρχή του τέλους». Το μόνο πράγμα που θα «τελειώσει» με τη μορφίνη είναι ο πόνος.

Μη φαρμακευτικές προσεγγίσεις στην αντιμετώπιση του πόνου στα παιδιά

Οι μη φαρμακευτικές προσεγγίσεις μπορεί να είναι αποτελεσματικές σε σημαντικό βαθμό, ιδιαίτερα στα παιδιά, τα οποία είναι και ιδιαίτερα επιδεκτικά σε αυτές.²⁵ Οι μη φαρμακευτικές μέθοδοι θα πρέπει πάντοτε να χρησιμοποιούνται στην ανακουφιστική φροντίδα των παιδιών, καθώς τα βοηθούν να διαχειριστούν και να κατανοήσουν τον πόνο τους, όπως και να ελαττώσουν τον πόνο που νιώθουν «προκαταβολικά», εν αναμονή μιας επώδυνης συνθήκης.

Το μεγαλύτερο «μέγεθος του αποτελέσματος» αναφορικά με τη βελτίωση του πόνου, σε σχέση με την ομάδα ελέγχου, διαπιστώθηκε για την απόσπαση προσοχής, την ύπνωση, την αυτοαξιολόγηση του βαθμού δυσφορίας, τη μέτρηση της δυσφορίας βάσει παραμέτρων συμπεριφοράς και τις συνδυασμένες γνωσιακές-συμπεριφορικές παρεμβάσεις.²⁶

Είναι εύκολο να μάθει κανείς τις μη φαρμακευτικές προσεγγίσεις, ενώ θα πρέπει να χρησιμοποιούνται σε ΟΛΕΣ τις περιπτώσεις, ακόμη και όταν κατά κανόνα χορηγούνται και ισχυρά αναλγητικά.

Μερικά παραδείγματα μη φαρμακευτικών προσεγγίσεων αποτελούν τα εξής:

- Ενίσχυση της προσαρμοστικής συμπεριφοράς υπενθυμίζοντας και συγχαίροντας το παιδί για το πόσο καλά τα έχει πάει (ακόμη και αν δεν τα έχει καταφέρει εξαιρετικά). Μην αγνοείτε τυχόν προβλήματα που ανέκυψαν, αλλά μιλήστε για αυτά²⁷ και δείτε τα από μια πιο θετική οπτική επιχειρώντας έτσι να μειώσετε τον φόβο που επέφεραν.
- Απόσπαση προσοχής (δείτε τον πίνακα τεχνικών απόσπασης προσοχής)
- Βαθιές αναπνοές²⁸
- Προοδευτική μυϊκή χαλάρωση²⁹
- Ύπνωση
- Φανταστικές εικόνες. Τα παιδιά είναι «ειδικοί» σε αυτή την τεχνική καθώς

το βρίσκουν εύκολο να χρησιμοποιήσουν την φαντασία τους για να τους μεταφέρει σε ένα ευχάριστο και ήρεμο μέρος.

- Βελονισμός - πιεσοθεραπεία (σιάτσου)
- Ρέικι
- Μασάζ
- Αρωματοθεραπεία

Αρχές της χρήσης αναλγητικών στα παιδιά

Οι αρχές της αναλγητικής αγωγής στην ανακουφιστική φροντίδα έχουν συνοψιστεί από τον Π.Ο.Υ.³⁰ σε τρεις χαρακτηριστικές φράσεις:

- «από του στόματος» – αποφυγή ενέσεων όπου είναι δυνατό, ενώ όταν η λήψη από του στόματος δεν είναι εφικτή, σκεφτείτε τη χορήγηση δια του ορθού ή διαδερμικά.
- «με το ρολόι» – ο επίμονος πόνος απαιτεί «προληπτική» χορήγηση αναλγητικών σε τακτά διαστήματα.
- «ανάλογα με το (συγκεκριμένο) παιδί» – χρησιμοποιήστε την Κλίμακα Αναλγητικών του Π.Ο.Υ. που περιλαμβάνει δύο βαθμίδες (Βαθμίδα 1: απλά αναλγητικά. Βαθμίδα 2: οπιοειδή ή/και επικουρικά αναλγητικά, αν είναι απαραίτητα).

Πώς να χρησιμοποιήσουμε τα οπιοειδή

Υπάρχει αρκετή σύγχυση όσον αφορά την αποτελεσματική χρήση της μορφίνης στην παιδιατρική ανακουφιστική φροντίδα. Για να κατανοηθεί καλύτερα η χρήση της, είναι απαραίτητο να θυμόμαστε δύο καίρια σημεία. Σε ένα παιδί με σχετικά φυσιολογική εντερική, ηπατική και νεφρική λειτουργία:

1. Ο μέσος χρόνος για να επιτευχθεί η μέγιστη συγκέντρωση μορφίνης στο πλάσμα (Cmax) μετά από μία δόση της από του στόματος είναι ΜΙΑ ώρα.
2. Η μέση διάρκεια δράσης της μορφίνης που χορηγείται από του στόματος είναι ΤΡΕΙΣ ΜΕ ΤΕΣΣΕΡΙΣ ώρες σε παιδιά μεγαλύτερα από την ηλικία περίπου των έξι μηνών.

Εφόσον η Cmax είναι μία ώρα, συνεπάγεται ότι αν ο πόνος δεν ελέγχεται εντός μίας ώρας από τη χορήγηση της μορφίνης, το αναλγητικό αποτέλεσμα δεν αναμένεται να βελτιωθεί περισσότερο, συνεπώς η δόση που προορίζεται για λήψη «ΚΑΤ'ΕΠΙΚΛΗΣΗ» (*prn*) θα πρέπει να χορηγείται ανά ΜΙΑ ώρα (όχι ανά δύο, τρεις ή τέσσερις ώρες, όπως αναγράφεται στους περισσότερους φαρμακευτικούς οδηγούς).

Εφόσον η διάρκεια δράσης της μορφίνης είναι τέσσερις ώρες, συνεπάγεται ότι η ΤΑΚΤΙΚΗ δόση μορφίνης από του στόματος (εφόσον έχει επιτευχθεί καλός έλεγχος του πόνου) θα πρέπει να χορηγείται κάθε ΤΕΣΣΕΡΙΣ ώρες.

Η «ολική ημερήσια δόση» αποτελεί το άθροισμα όλων των κατ' επίκληση (*prn*) και των τακτικών δόσεων που χορηγήθηκαν κατά το τελευταίο 24ωρο.

Δεδομένου ότι υπάρχουν έξι δόσεις στο 24ωρο, κάθε τακτική και κατ' επίκληση (*prn*) δόση της επόμενης ημέρας θα πρέπει να ισούται με ΤΟ ΕΝΑ ΕΚΤΟ της ολικής ημερήσιας δόσης του προηγούμενου 24ώρου.

Θα πρέπει να συνεχίζεται η χορήγηση κατ' επίκληση (*prn*) δόσεων ανά διαστήματα μίας ώρας, ΠΑΡΑΛΛΗΛΑ με το ανά 4ωρο τακτικό δοσολογικό σχήμα, ωστόσο είτε ελεγχθεί επαρκώς ο πόνος [ώστε να μη χρειάζεται πάνω από μία κατ' επίκληση (*prn*) δόση ανά 24ωρο], ή το παιδί αρχίζει να εμφανίζει σημαντικές παρενέργειες, όπως μύση κορών δίκην κεφαλής καρφίτσας, κλόνο, κατακράτηση ούρων κ.ο.κ.

Αν η ανακούφιση του πόνου δεν έχει επιτευχθεί παρόλη την εμφάνιση σημαντικών παρενεργειών, θα πρέπει να εκτιμάται η εναλλαγή σε ένα διαφορετικό οπιοειδές (όπως η οξυκωδόνη) ή η χρήση συνοδών φαρμάκων με επικουρική αναλγητική δράση.

Τοξικότητα των οπιοειδών στα παιδιά

Τα παιδιά συνήθως ανέχονται αρκετά καλά τα οπιοειδή, συχνά παρατηρούνται ωστόσο ορισμένες ανεπιθύμητες ενέργειες.

- Η δυσκοιλιότητα είναι συχνή και θα πρέπει να χορηγείται εγκαίρως υπα-

κτικό στα παιδιά με την έναρξη της λήψης οπιοειδών, προκειμένου να προληφθεί η εμφάνιση επώδυνων ογκωδών κοπράνων (με πιθανά επακόλουθα την κατακράτηση και την ενσφήνωση σκυβάλων). Είναι σημαντικό να επισημανθεί η αναγκαιότητα ενός διεγερτικού υπακτικού ή ενός συνδυασμού του με μαλακτικό κοπράνων. Δεν θα πρέπει να χορηγείται μόνο μαλακτικό κοπράνων, όπως η λακτουλόζη. Η λακτουλόζη αποτελεί ένα από τα πιο συνηθισμένα υπακτικά στην καθημερινή παιδιατρική πράξη, συνεπώς υφίσταται επαρκής εξοικείωση με τη χρήση της. Είναι ωστόσο κοινώς αποδεκτό ότι δεν παρέχεται επαρκής προφύλαξη με υπακτικά σε παιδιά που λαμβάνουν ανακουφιστική φροντίδα καθώς υφίσταται ελλιπής κατανόηση της φαρμακολογικής δράσης των διαφόρων υπακτικών.

- Η ναυτία και οι έμετοι απαντώνται λιγότερο συχνά, ενώ τείνουν να εξασθενούν μετά από μερικές ημέρες αγωγής, ωστόσο σε μερικά παιδιά απαιτείται η χορήγηση αντιεμετικών.
- Η υπνηλία είναι αρκετά συχνή τις πρώτες λίγες ημέρες από την έναρξη της αγωγής, αλλά βελτιώνεται επίσης με την πάροδο του χρόνου.
- Ο κνησμός και η κατακράτηση ούρων δεν είναι σπάνια, συνεπώς αν εμφανιστούν μπορεί να χρειαστεί η χορήγηση εναλλακτικών οπιοειδών.
- Σημαντικού βαθμού τοξικότητα παρατηρείται σχετικά σπάνια, ενώ είναι λιγότερο πιθανό να συμβεί αν οι δόσεις τιτλοποιηθούν όπως περιγράφηκε παραπάνω. Ενδέχεται να παρατηρηθούν επιβράδυνση της αναπνοής, μύση των κορών και μειωμένο επίπεδο συνείδησης. Τα συμπτώματα αυτά ίσως υποδεικνύουν την ανάγκη για έναν παράγοντα που αναστρέφει τη δράση των οπιοειδών, δηλαδή τη ναλοξόνη – αν και ο συγγραφέας του παρόντος δεν χρειάστηκε ποτέ να τη χρησιμοποιήσει στα 20 χρόνια πρακτικής του στον χώρο της ανακουφιστικής φροντίδας παιδιών. Τα παιδιά μπορεί επίσης να εμφανίσουν ανησυχία, κακουχία, αποπροσανατολισμό, διέγερση, εκνευρισμό, κλόνους και τινάγματα άκρων στις υψηλότερες δόσεις οπιοειδών, συμπτώματα που μπορεί να μας μπερδέψουν και να θεωρήσουμε ότι το παιδί συνεχίζει ενδεχομένως να πονάει. Τα παραπάνω συμπτώματα μπορεί να αποτελούν ενδείξεις ότι το παιδί θα ωφεληθεί από την εναλλαγή σε ένα άλλο οπιοειδές, όπως η οξυκωδόνη.

Χρήση άλλων ισχυρών οπιοειδών

Διατίθενται επίσης ορισμένα άλλα οπιοειδή, με τα διάφορα εμπορικά σκευάσματα να αφορούν διαφορετικές οδούς χορήγησης. Δεν συμπεριλαμβάνουμε εδώ την τραμαδόλη και τη μεθαδόνη καθώς, αν και έχουν χρησιμοποιηθεί σε πλαίσια ανακουφιστικής φροντίδας παιδιών, τα δεδομένα που αφορούν τη χρήση τους είναι ιδιαίτερα περιορισμένα, ενώ η χρήση της μεθαδόνης είναι ιδιαίτερα περίπλοκη ώστε να χορηγηθεί χωρίς τη συμβουλή ειδικού ιατρού.

- Η **οξυκωδόνη αποτελεί μάλλον το πιο χρήσιμο οπιοειδές «δεύτερης γραμμής», στις περιπτώσεις που το παιδί δεν ανταποκρίνεται στη μορφίνη ή παρουσιάστηκαν ανεπιθύμητες ενέργειες που απέτρεψαν τη συνέχιση χορήγησής της.** Δεν μπορεί να εγγυηθεί κανείς ότι η οξυκωδόνη δεν θα προκαλέσει τις ίδιες ανεπιθύμητες ενέργειες, ωστόσο συνήθως αξίζει να επιχειρηθεί η χορήγησή της.
- Η **διαμορφίνη** είναι πιο διαλυτή και επίσης καλύτερα συμβατή ως προς την ανάμειξή της με άλλα φάρμακα σε φορητή αντλία σύριγγας. Μπορεί επίσης να χρησιμοποιηθεί ενδορινικά ή διαμέσου του στοματικού βλεννογόνου (ιδιαίτερα χρήσιμες επιλογές σε περίπτωση επείγοντος, όπως και για την αντιμετώπιση του οξέος παροξυσμικού πόνου αποφεύγοντας τις ενέσεις) – ωστόσο αποτελούν μη αδειοδοτημένες οδούς χορήγησης, αντιστοιχούν δε σε μία εφάπαξ (bolus) ενδοφλέβια δόση, τόσο ως προς την ισχύ όσο και ως προς τη διάρκεια δράσης, συνεπώς απαιτείται εξίσου προσοχή όπως και κατά την ενδοφλέβια χορήγηση του φαρμάκου.
- Η **βουπρενορφίνη** έχει μεγαλύτερη διάρκεια δράσης από τη μορφίνη (έξι με οκτώ ώρες) και μπορεί να χρησιμοποιηθεί υπογλώσσια καθώς και διαδερμικά. Η απέκκρισή της δεν βασίζεται στη νεφρική λειτουργία, συνεπώς μπορεί να χορηγηθεί και σε περίπτωση νεφρικής ανεπάρκειας. Έχει ιδιότητες αγωνιστή και ανταγωνιστή των οπιοειδών και ενδέχεται να επισπεύσει την εμφάνιση συμπτωμάτων στερητικού συνδρόμου, συμπεριλαμβανομένου του πόνου, σε παιδιά που εξαρτώνται από τη λήψη άλλων οπιοειδών. Η βουπρενορφίνη διατίθεται πλέον σε μορφή διαδερμικών εμπλάστρων διάρκειας δράσης 7 ημερών, τα οποία μπορεί να είναι χρήσιμα στην αντιμετώπιση του σταθερού πόνου που ανταποκρίνεται στα οπιοειδή, ιδίως όταν χορηγούνται σε χαμηλή ολική ημερήσια δόση.
- Η **φαιντανύλη**³¹ διατίθεται με τη μορφή διαδερμικών εμπλάστρων διάρκειας δράσης 72 ωρών, χρήσιμα σε περιπτώσεις παιδιών που δεν είναι

σε θέση να λάβουν αγωγή από του στόματος και τα οποία είναι τόσο κινητικά ώστε η υποδόρια έγχυση να μην αποτελεί πρακτική λύση. Αν και μεταβολίζεται στο ήπαρ, ο μεταβολισμός της φαίνεται να επιτυγχάνεται και σε πολύ περιορισμένη λειτουργικότητα του ήπατος, συνεπώς είναι πολύ λιγότερο πιθανό να αθροιστεί στους ιστούς συγκριτικά με άλλα οπιοειδή, σε παιδιά με ηπατική ανεπάρκεια. Αν χρησιμοποιείτε τα αυτοκόλλητα, χρειάζεται να γνωρίζετε αν το αυτοκόλλητο που συνταγογραφείτε βασίζεται στην τεχνολογία *reservoir* ή *matrix* καθώς η αποτελεσματικότητα μπορεί να διαφέρει σε περίπτωση που αλλαχθεί το χορηγούμενο σκεύασμα. Η φαιντανύλη διατίθεται επίσης με τη μορφή ρινικού εκνεφώματος, δισκίων για απορρόφηση διαμέσου του βλεννογόνου του στόματος, δισκίων για υπογλώσσια χορήγηση, καθώς και ως «γλειφιτζούρια» (τροχίσκοι) – χρήσιμες μορφές λόγω της ταχείας δράσης τους σε περιπτώσεις παροξυσμικού και περιστασιακού πόνου.

ΣΗΜ.: Απαιτείται προσοχή με τα διαδερμικά έμπλαστρα φαιντανύλης και βουπρενορφίνης: αν το υποκείμενο δέρμα εμφανίζει αγγειοδιαστολή, για παράδειγμα λόγω υπερπυρεξίας ή εξωτερικής θερμότητας, η απορρόφηση του φαρμάκου ενδέχεται να είναι ταχύτερη με συνέπεια μη αναμενόμενη τοξικότητα.

Αποφυγή της κωδεΐνης

Η κωδεΐνη δεν συνιστάται για χρήση στην ανακουφιστική φροντίδα παιδιών. Αποτελεί «προφάρμακο» που μετατρέπεται στον οργανισμό σε μορφίνη χρησιμοποιώντας ένα ένζυμο που λέγεται CYP2D6 και το οποίο κατά κύριο λόγο απουσιάζει στο κύημα, ενώ ακόμη και στην ηλικία των 5 ετών μπορεί να υφίσταται μόνο στο 25% των επιπέδων των ενηλίκων. Επίσης η δραστηριότητα του ενζύμου αυτού εμφανίζεται ελαττωμένη σε άτομα που ανήκουν σε ορισμένες εθνικότητες.

Ισοαναλγητικές δόσεις ως προς τη χορήγηση μορφίνης από του στόματος:³²**Αναλγητικό - Οδός - Δόση**

(PO = από του στόματος, IM = ενδομυϊκά, IV = ενδοφλέβια, SC= υποδόρια)

- Διαμορφίνη - IM, IV, SC - 3mg
- Διυδροκωδεΐνη - PO - 100mg
- Υδρομορφόνη - PO - 2mg
- Μορφίνη - PO - 10mg
- Μορφίνη - IM, IV, SC - 5mg
- Οξυκωδόνη - PO - 6,6mg
- Τραμαδόλη - PO - 100mg

Συγκεκριμένα είδη πόνου**Καρκινικός πόνος**

Ο καρκινικός πόνος είναι πολύ συνήθης και μπορεί να οφείλεται σε διάφορα αίτια: τοπική διήθηση ιστών, εντοπισμένη πίεση ιστών, διάταση οργάνου, περιοχική φλεγμονή, απόφραξη εντέρου ή άλλου κοίλου οργάνου και ερεθισμός νεύρου. Παρατηρείται επίσης συχνά εξαιτίας επεμβατικών ιατρονοσηλευτικών πράξεων καθώς και ως παρενέργεια της χημειοθεραπείας.

Ο καρκινικός πόνος θα πρέπει να αντιμετωπίζεται αρχικά με τη χρήση της προτυποποιημένης προσέγγισης του Π.Ο.Υ., η οποία περιγράφηκε παραπάνω. Υφίστανται ωστόσο και άλλες επιλογές για την αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου, ανάλογα με τη θέση και το είδος της νεοπλασματικής νόσου. Για παράδειγμα:

- Ακτινοθεραπεία για εντοπισμένη νόσο
- Ανακουφιστική χημειοθεραπεία
- Τοπικός αποκλεισμός νεύρου
- Ενδοθηκικές και επισκληρίδιες εγχύσεις
- Ανακουφιστικές χειρουργικές εκτομές

Είναι επομένως σημαντική, προκειμένου να χρησιμοποιηθούν τα παραπάνω όπου είναι εφικτό, η στενή διασύνδεση με την τοπική ογκολογική μονάδα όπως και την αναισθησιολογική μονάδα, όπου είναι διαθέσιμες.

Νευροπαθητικός πόνος/νευραλγία

Υποπτευθείτε τον νευροπαθητικό πόνο όταν το παιδί περιγράφει τον πόνο του με λέξεις που σημαίνουν «καυστικός», «διαπεραστικός», «διαξιφιστικός», ή όταν συνυπάρχουν άλλα νευρολογικά χαρακτηριστικά, όπως μεταβολές της αισθητικότητας στην περιοχή του πόνου, ή όταν η επώδυνη περιοχή ακολουθεί την κατανομή ενός δερματοτομίου.

Υπάρχει ο μύθος ότι ο νευροπαθητικός πόνος δεν είναι ευαίσθητος στα συνήθη αναλγητικά. Αυτό δεν είναι αλήθεια. Μπορεί να βοηθήσουν, αλλά μόνο εν μέρει. Αξίζει ωστόσο πάντοτε να δοκιμάσει κανείς την προτυποποιημένη προσέγγιση του Π.Ο.Υ. που περιγράφηκε παραπάνω.

Αν ο πόνος δεν ανταποκρίνεται πλήρως στην προσέγγιση αυτή, δοκιμάστε τη χορήγηση ενός συνοδού/επικουρικού αναλγητικού φαρμάκου. Τα φάρμακα αυτά σταθεροποιούν την κυτταρική μεμβράνη του νευρικού κυττάρου, καταστέλλοντας έτσι τη νευρική δραστηριότητα. Όπως είναι αναμενόμενο, συνήθως καταστέλλουν και τη γενικότερη δραστηριότητα, ενώ μπορεί να επιφέρουν σοβαρή καταστολή καθώς και δυσκοιλιότητα, χρειάζεται συνεπώς να τιτλοποιηθούν με προσοχή. Τα δεδομένα για τη χρήση τους είναι περιορισμένα, αλλά η αμιτριπτυλίνη και η γκαμπαπεντίνη χρησιμοποιούνται ευρέως και αποτελούν ασφαλή για τα παιδιά, εύκολα διαθέσιμα και μη δαπανηρά φάρμακα, θα πρέπει επομένως να αποτελούν επιλογές πρώτης γραμμής. Κατά κανόνα, η επιλογή καθορίζεται και ως προς τη συμμόρφωση στην αγωγή (η γκαμπαπεντίνη χρειάζεται να λαμβάνεται τρεις φορές ημερησίως), καθώς και ως προς την ενδεχόμενη χρησιμότητα άλλων φαρμακολογικών ιδιοτήτων τους (για παράδειγμα η αμιτριπτυλίνη έχει κατασταλτική δράση και μπορεί να βελτιώσει τυχόν διαταραχές ύπνου). Άλλα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά και αντιεπιληπτικά, όπως η καρβαμαζεπίνη και η πρεγκαμπαλίνη, μπορούν να χορηγηθούν επίσης. Σε περιπτώσεις ιδιαίτερα ανθεκτικού νευροπαθητικού πόνου, χρησιμοποιείται ο συνδυασμός ενός τρικυκλικού αντικαταθλιπτικού με ένα αντιεπιληπτικό.

Χρόνιος ανθεκτικός πόνος

Αν ο πόνος δεν ανταποκρίνεται στα αναλγητικά, ή οι ανεπιθύμητες ενέργειες συνεπάγονται υπερβολική δυσφορία, το πρώτο βήμα είναι να δοκιμάσει κανείς την εναλλαγή σε ένα διαφορετικό οπιοειδές, για παράδειγμα από τη μορφίνη στην οξυκωδόνη, τη φαιντανύλη (ή αλφαιντανύλη) ή τη βουπρενο-

φίνη. Η μεθαδόνη δρα, σύμφωνα με αδημοσίευτα δεδομένα, καλύτερα ως προς τη μείωση της αυξημένης ευαισθησίας στον πόνο και της μειωμένης ευαισθησίας στα οπιοειδή, κάτι που συμβαίνει μερικές φορές όταν τα παιδιά λαμβάνουν οπιοειδή για μεγάλο διάστημα [εκτιμάται ότι οφείλεται σε τροποποιήσεις στους κεντρικούς νευροδιαβιβαστές και υποδοχείς, ειδικά τους υποδοχείς N-μεθυλο-D-ασπαρτικού οξέος (NMDA)]. Δρα επίσης αποτελεσματικά στον νευροπαθητικό πόνο. Ωστόσο, η φαρμακοδυναμική της είναι περίπλοκη και προτείνεται να αναζητηθεί η γνώμη εξειδικευμένου ιατρού πριν επιχειρηθεί η χορήγησή της.

Αυξημένη ενδοκράνια πίεση (και πίεση λόγω όγκου σε άλλα σημεία του σώματος)

Όταν ο πόνος επέρχεται λόγω πίεσης σε μια περικλειστη ανατομική θέση (για παράδειγμα, στον εγκέφαλο εντός της κρανιακής κοιλότητας, ή στο ήπαρ εντός της κάψας του), τα κορτικοστεροειδή (ειδικά η δεξαμεθαζόνη) μειώνουν πολύ αποτελεσματικά τη φλεγμονή και το οίδημα λόγω της νεοπλασίας. Η μακροχρόνια χρήση τους ΔΕΝ προτείνεται στην περίπτωση αυτή, καθώς οι παρενέργειες στα παιδιά, ειδικά οι συμπεριφορικές και συναισθηματικές επιπτώσεις όπως και η ανάπτυξη χαρακτηριστικών συνδρόμου Cushing, μπορεί να είναι πολύ πιο σοβαρού βαθμού από ό,τι στους ενήλικες. Βραχυχρόνιες ώσεις υψηλών δόσεων στεροειδών μπορεί να είναι επιβοηθητικές.

Σπαστικότητα/αυξημένος μυϊκός τόνος

Τα αντισπασμωδικά όπως η βακλοφαίνη και οι βενζοδιαζεπίνες, όπως η διαζεπάμη και η λοραζεπάμη, μπορεί να δράσουν ως χαλαρωτικά μυών, διαθέτουν ωστόσο και κατασταλτική δράση – βλ. την ενότητα για τη σπαστικότητα και τη δυστονία.

Οστικός πόνος/πόνος μαλακών μορίων

Τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα (ΜΣΑΦ) συνήθως είναι πολύ αποτελεσματικά για τον οστικό πόνο. Απαιτείται προσοχή στη χρήση των ΜΣΑΦ σε κάθε περίπτωση όπου υπάρχει ανεπάρκεια του μυελού των οστών, καθώς ο κίνδυνος αιμορραγίας καθίσταται πολύ πιο πιθανός. Συστήστε τη χορήγησή τους μετά από τη λήψη τροφής και χορηγήστε έναν αναστολέα της αντλίας πρωτονίων, αν το φάρμακο αυτό είναι διαθέσιμο, ή ρανιτιδίνη στην αντίθεση περίπτωση, καθώς η γαστρίτιδα μπορεί να αποτελέσει ζήτημα.

Κωλικοειδή κοιλιακά άλγη

Αντιχολινεργικά, όπως η βουτυλοβρωμιούχος υοσκίνη ή η μεμπεβερίνη, μπορεί να αποτελέσουν χρήσιμα συνοδά φάρμακα για την αντιμετώπιση του κωλικοειδούς κοιλιακού άλγους, ενδέχεται όμως να επιτείνουν τη δυσκοιλιότητα.

Άγχος

Προσπαθήστε να συζητήσετε τα ζητήματα που προβληματίζουν όπως και να εφαρμόσετε μη φαρμακευτικές μεθόδους και αν δεν υπάρξει αποτέλεσμα, σκεφτείτε τη χορήγηση αγχολυτικών, όπως η λοραζεπάμη σε χαμηλή δόση.

Μια πρακτική προσέγγιση στην αντιμετώπιση του πόνου στα παιδιά

Ενώ είναι επιβοηθητικό να γνωρίζει κανείς τη θεωρία της αντιμετώπισης του πόνου στην παιδιατρική ανακουφιστική φροντίδα, είναι αναμφίβολα πιο χρήσιμο να ξέρει κανείς τι να κάνει στην πράξη. Όταν αντιμετωπίζουμε ένα παιδί που πονάει, η μνήμη μας μπορεί να γίνει κάπως θολή ακριβώς τη στιγμή που τη χρειαζόμαστε διαυγή και εύστοχη. Δεδομένα που θυμόμαστε ελλιπώς καθώς και απρόσμενες φυσιολογικές ή παθολογικές συνθήκες μπορεί να κάνουν το μυαλό μας να θολώσει την πιο ακατάλληλη στιγμή. Σε μια τέτοια περίπτωση, ένα «βιβλίο συνταγών ιατρικής» μπορεί να αποτελέσει ό,τι ακριβώς χρειάζεται ένας ιατρός.

Νιώθει πόνο το παιδί;

- Πραγματοποιήστε μια προσεκτική αξιολόγηση ώστε να εξασφαλίσετε ότι πρόκειται για πόνο και όχι για άλλα επίπονα συμπτώματα, όπως άγχος, ναυτία κ.λπ.

Είναι ο πόνος σοβαρός;

- Αν ναι, πριν συνεχίσετε, **ανακουφίστε τον πόνο**. Η περαιτέρω αξιολόγηση μπορεί να περιμένει μέχρι το παιδί να νιώσει άνετα. Χορηγήστε άμεσα μία δόση αναλγητικού.

Ποιες είναι οι πιθανές αιτίες;

- Θυμηθείτε ότι σε ένα παιδί μπορεί να συνυπάρχουν πολλές αιτίες πόνου ταυτόχρονα. Αξιολογήστε την κατάσταση και ανασκοπήστε την παθογένεια μέχρι να καταλήξετε στην πιθανή αιτία (ή αιτίες) του πόνου: π.χ. συμπίεση, διήθηση, λοίμωξη, παρενέργεια φαρμάκου, νευροπαθητικός πόνος, ψυχολογικά ή πνευματικά αίτια. Η χρήση ενός σχεδιαγράμματος του ανθρώπινου σώματος, όπως και εργαλείων μέτρησης του πόνου, μπορεί να είναι επιβοηθητική για την αποσαφήνιση όσο και την παρακολούθηση του πόνου.

Μπορεί η αιτία να αντιμετωπιστεί;

- Αν ναι, αντιμετωπίστε την. Αν το κρεβάτι είναι υγρό, αλλάξτε τα κλινοσκεπάσματα. Αν υπάρχει μια μόλυνση, αντιμετωπίστε την. Αν υπάρχει οστικό κάταγμα, ακινητοποιήστε το. Αν το παιδί εμφανίζει δυσκοιλιότητα, ανακουφίστε το.

Λαμβάνει το παιδί την κατάλληλη ενυδάτωση, τροφή και οξυγόνωση;

- Φανταστείτε πόσο χειρότερος είναι ο πόνος όταν κρυώνετε, είστε κουρασμένοι και πεινάτε. Η επαρκής σίτιση, ενυδάτωση και ιστική οξυγόνωση θα προλάβουν τη βίωση περαιτέρω δυσφορίας, σε μια επώδυνη συνθήκη.

Νιώθει το παιδί άνετα, είναι ήρεμο και η προσοχή του αποσπασμένη από τον πόνο;

- Φροντίστε το παιδί να νιώθει θαλπωρή, να είναι καλά σκεπασμένο («φασκιωμένο»), να έχει φάει και να είναι ήρεμο. Οι χειρισμοί σας να είναι ήπιοι και φροντίστε να έχει το σώμα του παιδιού την κατάλληλη θέση ώστε να ελαχιστοποιηθεί ο πόνος εξαιτίας των κινήσεων. Πραγματοποιήστε τις ελάχιστες δυνατές παρεμβατικές τεχνικές. Χρησιμοποιήστε την απόσπαση προσοχής, το μασάζ, τη χαλάρωση και τη χρήση φανταστικών εικόνων.

Σχετίζεται ο πόνος με την κίνηση;

- Αυτό υποδεικνύει μυοσκελετική αιτία. Σκεφτείτε την ύπαρξη καταγμάτων ή διαστρεμμάτων (ακινητοποιήστε το παιδί), μεταστάσεων (χρήση ορθοπαιδικής χειρουργικής ή ακτινοθεραπείας), λοίμωξης μαλακών μορίων (σκεφτείτε ειδικά τη μυοσίτιδα στο AIDS – χρησιμοποιήστε αντιβιοτικά, παροχέτευση και ακινητοποίηση), τη συμπίεση νεύρου, ή τη σπαστικότητα (η οποία μπορεί να είναι ιδιαίτερα επώδυνη, βλ. την ενότητα για τη δυστονία).

Οφείλεται ο πόνος σε διάταση οργάνου;

- Σε όργανα που δεν είναι εύκολο να διαταθούν (π.χ. εγκέφαλος, ήπαρ), σκεφτείτε τη χρήση ακτινοθεραπείας ή στεροειδών (αλλά χρειάζεται προσοχή στη χορήγηση στεροειδών στα παιδιά – βλ. παραπάνω). Αν η διάταση αφορά την ουροδόχο κύστη, τοποθετήστε ουροκαθετήρα.

Οφείλεται ο πόνος στον καρκίνο;

- Σκεφτείτε αν η ακτινοθεραπεία, η χημειοθεραπεία, οι αποκλεισμοί νεύρων ή οι χειρουργικές τεχνικές θα μπορούσαν να βοηθήσουν.

Υπάρχουν χαρακτηριστικά νευροπαθητικού πόνου;

- Αν ο πόνος είναι διαπεραστικός/καυστικός, έχει κατανομή δερματοτομίου και/ή συνοδεύεται από νευρολογικά σημεία, δοκιμάστε τα συνήθη αναλγητικά, ενδέχεται ωστόσο να χρειαστούν και επικουρικά αναλγητικά φάρμακα, όπως η αμιτριπτυλίνη.

Οφείλεται ο πόνος σε μυϊκό σπασμό;

- Εφαρμόστε θερμά επιθέματα, ήπιες εκτάσεις, μασάζ, νάρθηκα και φυσιοθεραπεία. Δοκιμάστε τη χορήγηση βενζοδιαζεπίνης ή βακλοφαίνης.

Ελέγχοντας τον σοβαρό πόνο στο τέλος της ζωής

Ο έλεγχος του πόνου στο τελικό στάδιο ακολουθεί τις ίδιες γενικές αρχές που περιγράφηκαν παραπάνω. Αν χρειαστεί να ελεγχθεί ο οξύς σοβαρός πόνος για πρώτη φορά στη διάρκεια ή πλησίον του τέλους της ζωής και δεν υφίσταται παρεντερική πρόσβαση, μπορεί να χορηγηθεί μορφίνη υποδορίως ή διαμορφίνη διαμέσου του στοματικού ή του ρινικού βλεννογόνου, όπως αναφέρθηκε παραπάνω. Ο αναγνώστης παραπέμπεται στην ενότητα για την αντιμετώπιση οξέων οδυνηρών καταληκτικών συμπτωμάτων τελικού σταδίου, για περισσότερες πληροφορίες.

Πώς διαχειρίζομαι τα υγρά και τους ηλεκτρολύτες στα παιδιά;

Μπορεί ήδη να γνωρίζετε ότι:

- Καθώς τα παιδιά πλησιάζουν προς τον θάνατο, η επιθυμία τους να λάβουν τροφή και υγρά μειώνεται, συνεπώς η αφυδάτωση προς το τέλος της ζωής είναι συνήθης κατάσταση.
- Αν ο ασθενής διατηρεί τη συνείδησή του, είναι εύκολο να διαπιστωθεί αν διψάει, γεγονός που δεν είναι εφικτό όταν εμφανίζει απώλεια συνείδησης ή σύγχυση.
- Όσο μικρότερο είναι το παιδί, τόσο περισσότερο ευάλωτο είναι στην απώλεια υγρών.
- Η σίτιση και η λήψη υγρών δεν αποτελούν απλώς ιατρικές ανάγκες. Διαθέτουν βαθύ πολιτισμικό συμβολισμό, ειδικά για τους γονείς, συνεπώς η διακοπή τους αποτελεί απόφαση γεμάτη από ψυχολογικά, κοινωνικά και ηθικά διλήμματα.

Μπορεί να μη γνωρίζετε ότι:

- Τα δεδομένα σχετικά με τη συχνότητα, τις επιπτώσεις και την αντιμετώπιση της αφυδάτωσης στην ανακουφιστική φροντίδα είναι περιορισμένα, αντικρουόμενα και συνεπώς κατά κανόνα μη βοηθητικά.^{33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41}
- Η αφυδάτωση στις συνήθεις συνθήκες (δηλ. σε παιδιά που δεν λαμβάνουν ανακουφιστική φροντίδα) μπορεί να επιφέρει δυσφορία και αθέλητες επιπτώσεις, αλλά στο τελικό στάδιο η μειωμένη πρόσληψη υγρών ενδεχομένως να έχει ακόμη και επωφελείς συνέπειες (π.χ. μείωση της ακράτειας ούρων, του πνευμονικού οιδήματος και των αναπνευστικών εκκρίσεων, μείωση του περιφερικού οιδήματος).
- Συνεπώς, η απόφαση για το αν θα χορηγηθεί ενυδάτωση με τεχνητό τρόπο, όταν ο ασθενής δεν είναι σε θέση να λάβει υγρά και δεν παραπονείται για δίψα, είναι ιδιαίτερα δύσκολη.
- Δεν υπάρχουν χρυσοί κανόνες – κάθε περίπτωση θα πρέπει να εκτιμάται με βάση τα συγκεκριμένα δεδομένα.

Αξιολόγηση της αφυδάτωσης

Είναι χρήσιμο να αξιολογηθεί ο βαθμός αφυδάτωσης, αφενός προκειμένου να σχεδιαστεί η αγωγή και αφετέρου για να παρακολουθηθεί η ανταπόκριση.

Σημεία ήπιας αφυδάτωσης (5%)

- Απώλεια σωματικού βάρους, ξηροί βλεννογόνοι, ελαφρά μειωμένη αποβολή ούρων.

Σημεία μέτριας αφυδάτωσης (10 %)

- Μειωμένη σπαργή δέρματος με πτωχή τριχοειδική επαναφορά, παρατεταμένος χρόνος πλήρωσης τριχοειδών, ξηροί βλεννογόνοι, εισέχουσες πηγές, εισολκή βολβών οφθαλμών, μείωση όγκου παλμού, λήθαργος, ολιγουρία.

Σημεία βαριάς αφυδάτωσης (>10%)

- Απόπνοια οξόνης, ταχυκαρδία, ταχύπνοια, καταπληξία, ανουρία και εντέλει κώμα.

Μια πρακτική προσέγγιση των παιδιών που δεν πίνουν υγρά

Είναι το παιδί διψασμένο;

- Αν ναι, χορηγήστε υγρά είτε από το στόματος, αν είναι δυνατό, ή διαμέσου της υποδόριας ή της ενδοφλέβιας οδού ή μέσω καθετήρα σίτισης.

Είναι η πρόγνωση βραχεία και το παιδί νιώθει άνετα ή εμφανίζει απώλεια συνείδησης χωρίς σημεία διέγερσης;

- Είναι απίθανο ένα παιδί που νιώθει άνετα ή εμφανίζει απώλεια συνείδησης να υποφέρει ως αποτέλεσμα μη λήψης υγρών, συνεπώς δεν τίθεται ζήτημα από ηθικής πλευράς υπέρ της χορήγησης υγρών, μπορεί ωστόσο να υφίστανται ισχυροί ψυχοκοινωνικοί λόγοι. Εξετάστε κάθε περίπτωση με βάση τα συγκεκριμένα δεδομένα.
- Θα χρειαστεί να επεξηγήσετε την κατάσταση στην οικογένεια, καθώς και να τους υποστηρίξετε, επιδεικνύοντας συμπόνια και υπομονή.⁴²
- Φροντίστε ώστε το παιδί να λαμβάνει καλή στοματική υγιεινή.

Δεν νιώθει το παιδί άνετα, εμφανίζει διέγερση ή σύγχυση;

- Αναλογιστείτε τα ηθικά ζητήματα αναφορικά με τη χρήση άλλων οδών χορήγησης πλην της στοματικής: αφενός, η τεχνητή ενυδάτωση μπορεί να μειώσει τη διέγερση στο τελικό στάδιο, όχι όμως σε όλες τις περιπτώσεις. Αφετέρου, ενδέχεται να οδηγήσει σε καρδιακή ανεπάρκεια και εγκεφαλικό οίδημα, με αποτέλεσμα η διέγερση και η δυσφορία να επιδεινωθούν παρά να βελτιωθούν.
- Αν η νομοθεσία στη χώρα σας δεν είναι σαφής ή καθορίζει την τεχνητή ενυδάτωση ως μια μορφή ιατρικής παρέμβασης, αποφασίστε μαζί με το παιδί, την οικογένεια και τους συναδέλφους σας αν τα οφέλη υπερβαίνουν τα μειονεκτήματα ή το αντίθετο (βλ. την ενότητα περί ηθικών ζητημάτων για περισσότερες λεπτομέρειες).
- Αν η οικογένεια επιμένει ότι η λήψη τροφής ή/και υγρών θα πρέπει να συνεχιστεί, μια ρεαλιστική προσέγγιση θα ήταν να ενυδατωθεί το παιδί με τεχνητό τρόπο (καθώς τυχόν άρνησή σας ίσως ενέχει τον κίνδυνο να επιπλέξει τον θρήνο τους, ενώ η ενυδάτωση υποδορίως ή μέσω καθετήρα δεν αναμένεται να προκαλέσει σημαντικού βαθμού δυσφορία στο παιδί).
- Υπάρχουν διάφορες επιλογές χορήγησης υγρών στην τελική φάση της ζωής ενός παιδιού.⁴³

Στο τελικό στάδιο οι ανάγκες ενός παιδιού σε υγρά είναι μόνο το 60% περίπου ή και λιγότερο από τις συνήθεις ανάγκες για την ηλικία και το βάρος του, απαιτείται συνεπώς προσοχή ώστε να μην υπερφορτωθεί με υγρά το παιδί. Μπορεί να χρησιμοποιηθούν ενδοφλέβιες εγχύσεις υγρών, ωστόσο είναι φορτικές. Η υποδερμόκλυση (υποδόρια έγχυση υγρών) είναι λιγότερο επιβαρυντική και ευκολότερο να πραγματοποιηθεί στο πλαίσιο του σπιτιού. Οι συχνότητες έγχυσης υγρών μπορούν συνήθως να ανέλθουν ως τον ρυθμό συντήρησης που θα χορηγούνταν (ml ανά ώρα) ενδοφλεβίως, με στενή και προσεκτική συνεχή επανεκτίμηση της θέσης υποδόριας χορήγησης. Οι ρινογαστρικοί καθετήρες μπορεί να φανούν χρήσιμοι βραχυπρόθεσμα, αλλά συνήθως προκαλούν ιδιαίτερα μεγάλη δυσφορία ώστε η χρήση τους στο τελικό στάδιο να είναι δικαιολογημένη από ηθικής απόψεως. Σε ορισμένες χώρες χρησιμοποιείται η πρωκτόκλυση (χορήγηση υγρών δια του ορθού).

Πώς αντιμετωπίζω τα προβλήματα σίτισης στα παιδιά;

Μπορεί ήδη να γνωρίζετε ότι:

- Σε περιοχές με περιορισμένους πόρους, ο υποσιτισμός στο πλαίσιο της παιδιατρικής ανακουφιστικής φροντίδας παρατηρείται γιατί απλούστατα δεν υπάρχουν τρόφιμα για να σιτιστούν επαρκώς τα παιδιά.
- Υπάρχει επίσης μια σειρά από άλλους λόγους γιατί τα παιδιά που λαμβάνουν ανακουφιστική φροντίδα ενδέχεται να μη σιτίζονται επαρκώς, στους οποίους περιλαμβάνονται η απλή ανορεξία, η στοματίτιδα, οι δυσκολίες κατάποσης, η ναυτία, ο έμετος και η συμπίεση του στομάχου.
- Οποιαδήποτε κι αν είναι η αιτία, αν ένα παιδί νιώθει πείνα, αποτελεί βασικό ανθρώπινο δικαίωμά του να του δοθεί τροφή.

Μπορεί να μη γνωρίζετε ότι:

- Ο υποσιτισμός αποτελούσε σημαντικό πρόβλημα στην ανακουφιστική φροντίδα παιδιών, ακόμη και σε ανεπτυγμένες χώρες, στις περιπτώσεις παιδιών που δεν κατάφερναν να καταπιούν εξαιτίας νευρολογικών ή νευρομυϊκών αιτιών.
- Με τη δυνατότητα της μόνιμης σίτισης μέσω καθετήρα, ο υποσιτισμός δεν αποτελεί πλέον πρόβλημα σε ανεπτυγμένες χώρες, αλλά συνεχίζει να αποτελεί μείζον ζήτημα όπου οι πόροι είναι ανεπαρκείς.^{44, 45} Το να αφήνουμε ένα παιδί να πεινάει, υπονομεύει οτιδήποτε άλλο περιλαμβάνεται σε αυτό το βιβλίο, είναι συνεπώς κρίσιμο **πρωτίστως να θρεθεί τροφή**.
- Δεν είναι απαραίτητο να σιτιστούν όλα τα παιδιά που έχουν σταματήσει να τρώνε – για παράδειγμα αν δεν πεινάνε ή όταν η τεχνητή σίτιση ενδέχεται να επιφέρει περισσότερα προβλήματα από οφέλη.
- Η σίτιση μέσω καθετήρα έχει αλλάξει πλήρως τα δεδομένα ως προς τη χορήγηση τροφής σε παιδιά που δεν καταφέρνουν να σιτιστούν, αλλά δεν είναι άμοιρη σημαντικών παρενεργειών στις οποίες περιλαμβάνονται η γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση, οι επανειλημμένες εισροφές και αναπνευστικές λοιμώξεις, η δυσφορία λόγω του καθετήρα, το κοιλιακό άλγος και οι διάρροιες.

Μια πρακτική προσέγγιση των παιδιών που δεν τρώνε

Νιώθει το παιδί πεινασμένο;

- Αυτό αποτελεί κρίσιμο ερώτημα: ένα παιδί με καχεξία σπάνια θα νιώθει πείνα, ενώ ένα παιδί με ήπιο ή μέτριο υποσιτισμό θα πεινάει. Απαιτείται ωστόσο προσοχή καθώς τα περισσότερα παιδιά με σοβαρό υποσιτισμό έχουν χάσει την όρεξή τους.
- Χρησιμοποιήστε τις κλίμακες του Π.Ο.Υ. για την εκτίμηση του βάρους ως προς το ύψος και του ύψους ως προς την ηλικία, προκειμένου να καθορίσετε τον βαθμό υποσιτισμού. Αν το παιδί πεινάει και είναι υποσιτισμένο, βοηθήστε το να φάει και να πιει με οποιαδήποτε μέσα είναι διαθέσιμα (σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες του Π.Ο.Υ. για τον υποσιτισμό).⁴⁶

Εκτιμάται η πρόγνωση σε ημέρες μάλλον παρά σε εβδομάδες και μήνες;

- Δώστε τροφή ή υγρά με σκοπό την ευχαρίστηση, μην επιμένετε όμως αν το παιδί τα αρνείται. Θυμηθείτε ότι οι οικογένειες συχνά μπορεί να διαστάζουν να διακόψουν την προσφορά τροφής ακόμη κι αν έχουν συμφωνήσει να σταματήσουν όλες οι άλλες παρεμβάσεις και θεραπείες. Είναι ενδεχόμενο (μάλλον πολύ πιθανό) να αισθανθείτε πίεση από τους γονείς ή την οικογένεια προκειμένου να συνεχιστεί η παροχή τροφής.
- Στο τελικό στάδιο, χρειάζεται να επιδείξετε συμπόνια και υπομονή και χρησιμοποιήστε τις δεξιότητές σας ώστε να βοηθήσετε την οικογένεια να κατανοήσει ότι η τροφή δεν είναι απαραίτητη στον οργανισμό στη φάση αυτή δεδομένου ότι δεν θα παρατείνει τη ζωή, καθώς και ότι το παιδί δεν αισθάνεται πεινασμένο (έτσι δεν τίθεται θέμα να υποφέρει).
- Υπενθυμίστε τους ότι η φυσιολογική σωματική διαδικασία του θνήσκειν δεν εξαρτάται από τη λήψη τροφής (αυτό είναι προφανώς ευκολότερο να το καταλάβουν οι γονείς αν το παιδί εμφανίζει απώλεια συνείδησης). Συνήθως η φροντίδα του στόματος από τους γονείς (εφύγραση του στόματος με νερό και προστασία των χειλιών από ξηρότητα), τους βοηθά να κάνουν τη μετάβαση από την θέλησή τους να ταΐσουν το παιδί. Εξηγήστε τους ότι η πίεση του παιδιού για να λάβει τροφή μπορεί να επιτείνει την οδύνη του.
- Αντιμετωπίστε αιτίες που μπορούν να αντιμετωπιστούν.
- Αντιμετωπίστε τυχόν στοματίτιδα, προβλήματα κατάποσης, ναυτία, συμπίεση του στομάχου, δύσπνοια, πόνο, νεφρική ή ηπατική ανεπάρκεια, χρόνια λοίμωξη.

- Αναλογιστείτε τυχόν σωματική αναπηρία (το παιδί μπορεί να χρειάζεται βοήθεια στο τάισμα, καθώς και κατάλληλη τοποθέτηση του κορμού του ώστε να μπορεί να φάει σωστά).

Πρόκειται για παρενέργειες φαρμάκων;

- Σκεφτείτε τα οπιοειδή, τη μετρονιδαζόλη, την κοτριμοξαζόλη, τα ΜΣΑΦ, τη χημειοθεραπεία και ορισμένα αντιβιοτικά.
- Τροποποιήστε τη φαρμακευτική αγωγή, αν είναι εφικτό.

Υπάρχουν προβλήματα με την τροφή;

- Ελέγξτε ότι το παιδί είναι εξοικειωμένο με την τροφή που του δίνεται, ότι του αρέσει, καθώς και ότι είναι πολιτισμικά αποδεκτή.
- Δοκιμάστε τη χρήση τροφών χαμηλού υπολείμματος και υψηλής ενέργειας/υψηλής περιεκτικότητας σε πρωτεΐνη (αν είναι διαθέσιμες).
- Εξασφαλίστε ότι το παιδί μπορεί να ανακαθίσει για φαγητό και ότι έχει παρέα γύρω από το κρεβάτι του.
- Αποφύγετε τις έντονες οσμές που μπορεί να προκαλέσουν ναυτία. Επίσης αποφύγετε υπερβολικά πικάντικες ή λιπαρές τροφές.
- Μην πιέζετε το παιδί, αλλά δελεάστε το με μικρές συχνές μερίδες/μπουκιές από τις αγαπημένες του τροφές, που θα σερβίρετε στο μικρότερο πιάτο που είναι διαθέσιμο.
- Να είστε έτοιμοι να επιτρέψετε και να ενθαρρύνετε κάθε περίεργη «αδυναμία» σε φαγητό που μπορεί να έχει ο ασθενής.⁴⁷

Είναι διαθέσιμα ή ενδείκνυνται τα διεγερτικά της όρεξης;

- Μπορεί να δοκιμαστεί η χορήγηση μεγεστρόλης (σε μεγαλύτερα παιδιά με κακοήθη νόσο) ή μικρής διάρκειας χορήγηση χαμηλής δόσης δεξαμεθαζόνης, ιδιαίτερα αν το παιδί πλησιάζει στο τέλος της ζωής.
- Αν η ανορεξία παραμένει, αντιμετωπίστε την κατάσταση συμπτωματικά.
- Για την παροχή τροφής (ή ως εναλλακτική της ενυδάτωσης από άλλη οδό εκτός της στοματικής), μπορεί να εκτιμηθεί η σίτιση μέσω ρινογαστρικού καθετήρα (ή διαμέσου γαστροστομίας, αν είναι διαθέσιμη).

Πώς αντιμετωπίζω τα έλκη στόματος στα παιδιά;

Μπορεί ήδη να γνωρίζετε ότι:

- Τα στοματικά έλκη είναι συχνά στην ανακουφιστική φροντίδα, εξαιτίας (για παράδειγμα) των κυτταροτοξικών και αντιχολινεργικών φαρμάκων, της μειωμένης λήψης τροφής και υγρών από του στόματος, της αφυδάτωσης, της εξασθένησης, καθώς και λόγω τοπικών αλλοιώσεων.
- Η στοματική καντιντίαση είναι πολύ συχνή αιτία ελκών στόματος στην ανακουφιστική φροντίδα παιδιών, ειδικά στην περίπτωση του HIV/AIDS.
- Αποτελεσματική είναι η απλή φροντίδα της στοματικής κοιλότητας, όπως η διατήρηση της υγρασίας του στόματος, το βούρτσισμα των δοντιών με απαλές κινήσεις, οι γαργαρισμοί με στοματικά διαλύματα, τα γλειφιτζούρια από πάγο και η χρήση κομματιών ανανά (ο οποίος περιέχει ένα ένζυμο που βοηθά στον καθαρισμό του στόματος).

Μπορεί να μη γνωρίζετε ότι:

- Τα παιδιά με στοματικά έλκη μπορεί να εμφανίσουν ως πρώτο σύμπτωμα τη δυσκολία κατάποσης, τον έμετο, την απροθυμία να λάβουν τροφή, την υπερβολική σιελόρροια, ή το κλάμα κατά τη σίτιση.
- Η αφθώδης στοματίτιδα και ο υποτροπιάζων απλός έρπης αποτελούν συχνές καταστάσεις σε παιδιά με HIV/AIDS, όπως και η στοματική/οισοφαγική καντιντίαση.

Μια πρακτική προσέγγιση της αντιμετώπισης του πόνου στη στοματική κοιλότητα

Γενική αντιμετώπιση

- Χορήγηση παρακεταμόλης πριν από τα γεύματα, αποφυγή πικάντικων τροφών και χρήση απαλών ροφημάτων ή κομματιών/γλειφιτζουριών από πάγο.

Διαπιστώνετε τερηδόνα ή άλλες λοιμώξεις;

- Γενική φροντίδα στόματος
- Αμοξυκιλλίνη και/ή μετρονιδαζόλη για τις λοιμώξεις.

Μη ειδική εικόνα με σπογγώδη ερυθρωπό βλεννογόνο, στοματίτιδα στη γωνία του στόματος και/ή λευκωπές κηλίδες;

- Πιθανόν στοματική καντιντίαση (παρούσα στο 75% των ασθενών)
- Σκεφτείτε τις σταγόνες ή τους τροχίσκους νυστατίνης
- Στοματική γέλη νυστατίνης (εμπορική ονομασία: *Daktarin*)
- Φλουκοναζόλη από του στόματος
- Αμφοτερικίνη.

Χορηγείται κυτταροτοξική αγωγή;

- Συχνή ή έντονη στοματίτιδα
- Γενική φροντίδα της στοματικής κοιλότητας με ένα αντιβακτηριακό στοματικό διάλυμα χωρίς αλκοόλ
- Χρήση μαλακών τροφών με ήπια γεύση (χωρίς καρυκεύματα).

Αβαθείς, επώδυνες βλάβες που μοιάζουν με κρατήρα, έχουν υπερυψωμένα, ερυθρηματώδη όρια και γκριζα ψευδομεμβράνη στο κέντρο, με μικρό ή μεγαλύτερο μέγεθος;

- Πιθανόν αφθώδης στοματίτιδα
- Κρέμες στεροειδών (ανάμειξη με κρέμα βενζοκαΐνης, αν είναι διαθέσιμη) ή τροχίσκοι στεροειδών για εφαρμογή πάνω στις βλάβες
- Δισκία πρεδνιζολόνης θρυμματισμένα και τοπική εφαρμογή της σκόνης που προκύπτει.

Επώδυνα έλκη που μπορεί να ξεκίνησαν με αίσθημα κνησμού/καύσου και στη συνέχεια να ακολούθησε η έκχυση επώδυνων φυσαλίδων, ίσως τόσο εντός όσο και εκτός της στοματικής κοιλότητας;

- Πιθανόν απλός έρπης
- Ακυκλοβίρη (ενδοφλεβίως επί ανοσοκαταστολής).

Πώς αντιμετωπίζω τη δυσφαγία στα παιδιά;

Μπορεί ήδη να γνωρίζετε ότι:

- Η δυσφαγία είναι πολύ συχνή στο πλαίσιο της ανακουφιστικής φροντίδας παιδιών.
- Μπορεί να συναντήσουμε δύο διαφορετικά σενάρια στην παιδιατρική ανακουφιστική φροντίδα:
 - Παιδιά που φοβούνται ότι μπορεί να πνιγούν ή να εισροφήσουν τροφή, κι έτσι αποφεύγουν να φάνε, με ενδεχόμενη συνέπεια την υποθρεψία.
 - Παιδιά που δεν έχουν καταφέρει ποτέ να καταπιούν φυσιολογικά και σιτίζονται από του στόματος, παρά τα επεισόδια πνιγμονής και τα επανειλημμένα επεισόδια εισρόφησης.
- Η δυσφαγία έχει πολλές πιθανές αιτίες, οι οποίες μπορεί να αφορούν τον αυλό (π.χ. ξένο σώμα, ενσφήνωση τροφής), ή το τοίχωμα του οισοφάγου (π.χ. φλεγμονή βλεννογόνου, λοίμωξη από κάντιντα, ιστική βλάβη λόγω φαρμάκων, γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση και μυϊκός σπασμός, νευρολογική διαταραχή), καθώς και από εξωοισοφαγικά αίτια (π.χ. λεμφοαδενοπάθεια/όγκος του μεσοθωρακίου).

Μπορεί να μη γνωρίζετε ότι:

- Σε αναπτυγμένες χώρες, η δυσφαγία συνήθως οφείλεται σε νευρολογικές ή νευρομυϊκές παθήσεις.
- Σε χώρες με περιορισμένους πόρους, η δυσφαγία είναι πολύ συχνή σε παιδιά με τις παραπάνω ασθένειες, καθώς και σε παιδιά με HIV/AIDS και κακοήθη νοσήματα.
- Η καντιντίαση απαντάται πολύ συχνά στο πλαίσιο της ανακουφιστικής φροντίδας παιδιών, ειδικά σε χώρες με περιορισμένους πόρους και πιο συγκεκριμένα στο HIV/AIDS.
- Η δυσκινησία του γαστρεντερικού σωλήνα και η παλινδρόμηση είναι συχνές σε παιδιά με νευρολογικές και νευρομυϊκές παθήσεις.

Πως να αξιολογήσουμε ένα παιδί με δυσφαγία

Αν το παιδί νοσεί από κακοήθη πάθηση ή HIV/AIDS

- Υποψιαστείτε βάσιμα την καντιντίαση σε όλες τις περιπτώσεις (ιδιαίτερα αν η δυσφαγία είναι επώδυνη ή/και το παιδί έχει λάβει στεροειδή ή χημειοθεραπεία). Η απουσία στοματικής καντιντίας δεν αποκλείει την οισοφαγική καντιντίαση. Σκεφτείτε τη ως πιθανή αιτία, αν το παιδί αρνείται να φάει, έχει σιελόρροια (δεν μπορεί να καταπιεί τις εκκρίσεις του), ή βραχνό κλάμα λόγω καντιντίας του λάρυγγα.

Αν υπάρχει πόνος ή τρισματός των δοντιών

- Σκεφτείτε την οδοντική τερηδόνα και τα οδοντικά αποστήματα.

Αν το παιδί μπορεί να καταπιεί εύκολα υγρά, αλλά η τροφή ενσφηνώνεται

- Σκεφτείτε τη στένωση εξαιτίας χρόνιας παλινδρόμησης ή την εξωτερική πίεση λόγω λεμφαδενοπάθειας του μεσοθωρακίου.

Αν το παιδί καταβάλλει προσπάθεια να καταπιεί υγρά

- Σκεφτείτε διαταραχή της κινητικότητας, νευρολογική διαταραχή ή την περίπτωση σοβαρής στένωσης του οισοφαγικού αυλού.

Αν παρατηρείται προεξοχή στον τράχηλο ή ακούγεται γλουγκουκισμός κατά την πόση υγρών

- Σκεφτείτε το φαρυγγικό εκκόλπωμα (ασύνηθες).

Αν εμφανίζονται βήχας και επανειλημμένες πνευμονικές λοιμώξεις με ασθενές φαρυγγικό αντανακλαστικό

- Σκεφτείτε την υποτροπιάζουσα εισρόφηση.

Μια πρακτική προσέγγιση για την αντιμετώπιση της δυσφαγίας

Σε όλα τα παιδιά

- Αντιμετωπίστε την αιτία, αν είναι εφικτό
- Αξιολογήστε τη λήψη τροφής και υγρών και ακολουθήστε την παραπάνω διαδικασία

- Χρησιμοποιήστε πυκνωτικά της τροφής για παιδιά με παλινδρόμηση
- Χορηγήστε αντιόξινη αγωγή όπως εκλεκτικούς αναστολείς της αντλίας πρωτονίων ή ρανιτιδίνη.

Καντιντίαση

- Η νυστατίνη είναι το πιο οικονομικό και το πιο ευρέως διαθέσιμο φάρμακο, αλλά αν η καντιντίαση εκτείνεται σε βάθος μπορεί να χρειαστούν αντιμυκητιασικά από του στόματος για 2-3 εβδομάδες (π.χ. φλουконаζόλη).

Σχετιζόμενη με φάρμακα

- Διακόψτε τη λήψη ΜΣΑΦ, στεροειδών και αντιχολινεργικών φαρμάκων, αν είναι εφικτό.

Υποτροπιάζουσα εισρόφηση

- Εκτιμήστε την έναρξη σίτισης μέσω καθετήρα/σωλήνα PEG (διαδερμικής ενδοσκοπικής γαστροστομίας)
- Συζητήστε με την οικογένεια τους κινδύνους και τα οφέλη της συνεχούς σίτισης από του στόματος σε μικρές ποσότητες, με στόχο την απόλαυση της λήψης τροφής και την ποιότητα ζωής.

Όγκοι

- Παραπομπή σε ογκολόγο, αν υπάρχει αυτή η δυνατότητα
- Εκτιμήστε τη χορήγηση δεξαμεθαζόνης για να μειωθεί το μέγεθος του όγκου
- Εκτιμήστε την εφαρμογή ενδοπρόθεσης (stent) ή τη γαστροστομία, αν αποτελούν εφικτές δυνατότητες.

Συμπτωματική φαρμακευτική αντιμετώπιση

- Σκεφτείτε την καταστολή του οξέος με τη χορήγηση ενός εκλεκτικού αναστολέα της αντλίας πρωτονίων (π.χ. ομεπραζόλη) ή ενός H₂ αναστολέα (π.χ. ρανιτιδίνη).
- Δοκιμάστε ένα διεγερτικό της κινητικότητας (π.χ. δομπεριδόνη, χαμηλή δόση ερυθρομυκίνης, ή μετοκλοπραμίδη – όπου το φάρμακο αυτό διατηρεί ακόμη την άδεια χορήγησης σε παιδιά).
- Τοπικά αναισθητικά (π.χ. λιδοκαΐνη) σε ανάμειξη με αντιόξινο σκεύασμα.
- Αντιμετωπίστε τυχόν υπολειπόμενο πόνο χρησιμοποιώντας την προσέγγιση του Π.Ο.Υ.

Πώς αντιμετωπίζω τη γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση;

Μπορεί ήδη να γνωρίζετε ότι:

- Η παλινδρόμηση είναι συχνή και, ως ένα βαθμό, φυσιολογική συνθήκη. Αποτελεί ωστόσο παθολογική κατάσταση όταν προκαλεί συμπτώματα ή επιπλοκές.
- Υπάρχει πτωχή συσχέτιση μεταξύ της σοβαρότητας της παλινδρόμησης και των συμπτωμάτων που προκαλεί.
- Μπορεί να οφείλεται σε αυξημένη ενδοκοιλιακή ή ενδογαστρική πίεση (π.χ. λόγω δυστονίας, σίτισης μέσω καθετήρα, σκολίωσης), σε δυσλειτουργικό γαστροοισοφαγικό σφιγκτήρα (π.χ. λόγω ρινογαστρικού καθετήρα, διαφραγματοκήλης, δυσκινησίας εντέρου) και σε φάρμακα (ιδιαίτερα στα αντιχολινεργικά, τα στεροειδή και τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη).
- Είναι δυνατό να εκτιμηθεί η παρουσία της μέσω δοκιμαστικής χορήγησης της ενδεικνυόμενης αγωγής, ή εκδοσκοπικά, μέσω 24ωρης καταγραφής του οισοφαγικού pH, καθώς και μέσω απεικόνισης με βάριο ή βιντεο-ακτινοσκόπησης (αν υπάρχει υποψία εισρόφησης ή δυσλειτουργίας της κατάποσης).

Μπορεί να μη γνωρίζετε ότι:

- Η παλινδρόμηση είναι πολύ συχνή κατάσταση στο πλαίσιο της ανακουφιστικής φροντίδας παιδιών, καθώς πολλά παιδιά εμφανίζουν δυσκινησία εντέρου, δυστονία, σιτίζονται μέσω καθετήρα, ή λαμβάνουν φάρμακα που την επιτείνουν.
- Συχνά εμφανίζεται με άτυπα συμπτώματα στα παιδιά, όπως καθυστέρηση της αύξησης ή απώλεια βάρους, άρνηση λήψης τροφής, ιδιάζουσα ή δίκην τόξου στάση σώματος (συχνά συγχέεται με δυστονία ή με σπασμούς), διαταραχή του ύπνου, συριγμό, υποτροπιάζουσες πνευμονικές λοιμώξεις, υπερβολική σιελόρροια, υποτροπιάζοντες εμέτους ή αιματέμεση.

Μια πρακτική προσέγγιση στην αντιμετώπιση της παλινδρόμησης

Δίαιτα

- Αν το παιδί σιτίζεται από του στόματος: δοκιμάστε την πύκνωση της τροφής με χρήση πυκνωτικών των τροφών που κυκλοφορούν στο εμπόριο, ή με την προσθήκη ρυζάλευρου ή καλαμποκάλευρου. Δώστε συχνά μικρά γεύματα.
- Αν το παιδί σιτίζεται μέσω καθετήρα: σημαντική αιτία παλινδρόμησης στην ανακουφιστική φροντίδα παιδιών, σύμφωνα με ανέκδοτα δεδομένα, αποτελεί η σίτιση μέσω καθετήρα. Δοκιμάστε την προσαρμογή του ρυθμού, του όγκου, ή της συχνότητας σίτισης. Απαιτείται προσοχή ώστε να μη βασιστεί κανείς εξ ολοκλήρου στους διατροφικούς πίνακες για τον υπολογισμό των προσλαμβανόμενων θερμίδων. Έχει διαπιστωθεί ότι μερικά παιδιά πραγματικά *κερδίζουν* βάρος αφότου *μειωθεί* η σίτισή τους, πιθανόν λόγω ελάττωσης της ταχείας εντερικής διάβασης και καλύτερης απορρόφησης των τροφών.

Θέση σώματος

- Στα βρέφη, η πρηνής θέση είναι καλύτερη από την ύπτια (αν και όχι στον ύπνο, εξαιτίας του κινδύνου εμφάνισης του συνδρόμου αιφνιδίου βρεφικού θανάτου).
- Στα μεγαλύτερα παιδιά, η κατάκλιση στην αριστερή πλευρά και ο ύπνος με το άνω μέρος (κεφαλάρι) του κρεβατιού σε υψηλότερη θέση, μπορεί να βοηθήσουν.
- Διακόψτε φάρμακα που ευθύνονται για παλινδρόμηση, όπου είναι δυνατόν.
- Αν είναι εφικτό, διακόψτε ή μειώστε τη δόση ορισμένων φαρμάκων, ειδικά των αντιχολινεργικών, των μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών, των στεροειδών, των βενζοδιαζεπινών και ορισμένων αντιβιοτικών.

Αντιμετώπιση με φαρμακευτική αγωγή

- Δοκιμάστε παράγοντες με αντιόξινη δράση οι οποίοι δημιουργούν επιπλέον μία προστατευτική στοιβάδα πάνω από το περιεχόμενο του στομάχου, όπως τα αλγινικά (π.χ. το σκεύασμα με την εμπορική ονομασία: *Gaviscon*).

- Επιλέξτε ανάμεσα στους H2 ανταγωνιστές (π.χ. ρανιτιδίνη) και τους αναστολείς της αντλίας πρωτονίων (π.χ. ομεπραζόλη ή λανσοπραζόλη).
- Η δομπεριδόνη μπορεί να βελτιώσει την κένωση του στομάχου, όπως και η χαμηλή δόση ερυθρομυκίνης ή μετοκλοπραμίδης.

Μπορεί να έχει ένδειξη η χειρουργική αντιμετώπιση

- Η θολοπλαστική στομάχου επιχειρείται συχνά σε αναπτυγμένες χώρες, μπορεί ωστόσο να παρατηρηθούν υψηλά ποσοστά αποτυχίας.⁴⁸

Πώς αντιμετωπίζω τη γαστρεντερική αιμορραγία στα παιδιά;

Μπορεί ήδη να γνωρίζετε ότι:

- Η αιμορραγία κάθε προέλευσης αποτελεί μια κατάσταση που τρομάζει ιδιαίτερα.
- Η αιμορραγία μπορεί να οφείλεται σε οισοφαγίτιδα, κισσούς οισοφάγου, γαστρίτιδα, φάρμακα, όγκους, διαταραχές πήξης, κατάποση αίματος που προέρχεται από τη μύτη ή το στόμα, σε συστροφή στομάχου ή εντέρου, στην απόφυση Meckel, καθώς και σε αρτηριοφλεβώδη δυσπλασία.⁴⁹

Μπορεί να μη γνωρίζετε ότι:

- Η αθρόα, απειλητική για τη ζωή, αιμορραγία από το γαστρεντερικό σύστημα δεν είναι τόσο συνήθης στην ανακουφιστική φροντίδα παιδιών όσο στους ενήλικες, αλλά συμβαίνει.
- Χαμηλού βαθμού αιμορραγία από το γαστρεντερικό είναι συχνή στην παιδιατρική ανακουφιστική φροντίδα, λόγω της υψηλής συχνότητας εμφάνισης παλινδρόμησης και γαστρίτιδας.

Πρακτική αξιολόγηση της γαστρεντερικής αιμορραγίας σε παιδιά

Εμφανίζει το παιδί εμετό με πρόσμειξη καθαρού αίματος ή καφεοειδούς χρώματος ή διαπιστώνεται απλώς λίγο αίμα ανάμεικτο με εμέσματα;

- Μεγάλου όγκου καθαρό αίμα: σκεφτείτε αιτίες από τον οισοφάγο.
- Μεγάλου όγκου καφεοειδή εμέσματα («σαν ίζημα καφέ») +/- μέλαινα κένωση: σκεφτείτε την αιμορραγία από το στομάχι, με πιθανότερη αιτία την εξέλκωση.
- Μικρή ποσότητα αίματος με μορφή κηλίδων στα εμέσματα: σκεφτείτε την κατάποση αίματος (αναζητήστε εστία αιμορραγίας στη μύτη, το στόμα και τον φάρυγγα).

Εμφανίζει το παιδί οπισθοστερνικό πόνο και/ή δυσφαγία;

- Σκεφτείτε την οισοφαγίτιδα.

Έχει το παιδί επιγαστραλγία;

- Σκεφτείτε τη γαστρίτιδα/δωδεκαδακτυλίτιδα ή την εξέλκωση.

Υφίσταται γνωστή αιμορραγική διαταραχή ή υπάρχουν σημεία αιμορραγίας σε άλλο σημείο του σώματος;

- Σκεφτείτε διαταραχές της πήξης.

Έχει το παιδί κωλικοειδές άλγος στη μέση κοιλιακή χώρα;

- Σκεφτείτε αιτίες από το λεπτό ή το παχύ έντερο, όπως την απόφυση Meckel, τη συστροφή στομάχου ή εντέρου, ή την αρτηριοφλεβώδη δυσπλασία.

Πρακτική προσέγγιση στην αντιμετώπιση της αιμορραγίας από τον γαστρεντερικό σωλήνα

Σε όλες τις περιπτώσεις

- ΜΗΝ ΠΑΝΙΚΟΒΑΛΛΕΣΤΕ: διατηρήστε την ψυχραιμία σας, καθησυχάστε το παιδί και την οικογένεια και δώστε τους κάτι πρακτικό να κάνουν ώστε να αποσπάσετε την προσοχή τους (π.χ. να φέρουν πετσέτες/δοχεία, να βάλουν μουσική, να ανοίξουν την τηλεόραση κ.λπ.). Τοποθετήστε το παιδί έτσι ώστε το αίμα ή τα εμέσματα να παροχετεύονται εύκολα.
- Εφοδιαστείτε με δοχεία και σκουρόχρωμες πετσέτες για τη συλλογή αίματος.
- Σκεφτείτε την τοποθέτηση ενδοφλέβιας γραμμής για τη χορήγηση φαρμάκων και /ή υγρών/αίματος, αν κάτι τέτοιο είναι σκόπιμο και εφικτό.
- Πραγματοποιήστε γενική αίματος και έλεγχο της πήξης, αν είναι εφικτό.
- Σκεφτείτε την παραπομπή για χειρουργική παρέμβαση/ενδοσκόπηση (αν είναι εφικτό και σκόπιμο).

Αιμορραγία από το στόμα

- Απλή φροντίδα στόματος, στοματικό διάλυμα με τριανεξαμικό οξύ, γάζα εμποτισμένη με αδρεναλίνη για άμεση τοποθέτηση στο σημείο της αι-

μορραγίας ή σπόγγος ζελατίνης (εμπορική ονομασία: *Gelfoam*), αν είναι διαθέσιμος (κοκκία ζελατίνης σε προσροφητικό σπόγγο).

- Διακόψτε, αν είναι εφικτό, τη λήψη φαρμάκων που μπορεί να δρουν αιτιολογικά, όπως τα ΜΣΑΦ, τα στεροειδή και η βαρφαρίνη.

Διαταραχή πήξης

- Εκτιμήστε τη μετάγγιση αιμοπεταλίων, αν τα αιμοπετάλια είναι χαμηλά.
- Εκτιμήστε τη χορήγηση βιταμίνης Κ, αν υπάρχει ηπατική δυσλειτουργία.

Όγκος

- Σκεφτείτε την παραπομπή για ακτινοθεραπεία.
- Σκεφτείτε τη χρήση τρανεξαμικού οξέος (αν διατίθεται).

Είναι η αιμορραγία αθρόα και απειλητική για τη ζωή;

- Δείτε την ενότητα με θέμα τα οξέα, οδυνηρά καταληκτικά συμπτώματα τελικού σταδίου».

Πώς αντιμετωπίζω τη ναυτία και τον έμετο στα παιδιά;

Μπορεί ήδη να γνωρίζετε ότι:

- Η ναυτία και ο έμετος αποτελούν συμπτώματα που εμφανίζονται συχνά.
- Στο βίωμα της ναυτίας επιδρούν παράγοντες ψυχολογικοί και κοινωνικοί, καθώς και οργανικά αίτια.
- Η ναυτία και ο έμετος ρυθμίζονται μέσω διαφόρων υποδοχέων στο έντερο, το αιθουσαίο σύστημα και τον εγκέφαλο.
- Τα διάφορα φάρμακα ασκούν τη δράση τους σε διαφορετικούς υποδοχείς.
- Η επιλογή και οι συνδυασμοί των αντιεμετικών μπορούν συνεπώς να προγραμματισθούν με ορθολογικό τρόπο.
- Μπορεί επίσης να χορηγηθούν και άλλα «συνοδά» φάρμακα σε ορισμένες περιπτώσεις ναυτίας και εμέτου, όπως εκείνες λόγω άγχους.

Μπορεί να φανούν χρήσιμα τα εξής:

- Τα παιδιά εκδηλώνουν εμέτους πολύ εύκολα, αλλά όχι πάντοτε για τους ίδιους λόγους με τους ενήλικες. Η κύρια διαφορά είναι ότι τα παιδιά, ιδιαίτερα τα μικρότερα, διαθέτουν πολύ ευαίσθητο φαρυγγικό αντανακλαστικό, με συνέπεια κάθε ερεθισμός στο οπίσθιο μέρος του φάρυγγα να μπορεί να πυροδοτήσει τον έμετο.
- Σύμφωνα με την προσωπική μας εμπειρία, η ναυτία και ο έμετος στα παιδιά συχνά οφείλονται σε φάρμακα που συνταγογραφούν οι επαγγελματίες υγείας (ανεπιθύμητη παρενέργεια).
- Η ναυτία αποτελεί υποκειμενική εμπειρία και, όπως στην περίπτωση του πόνου, η έντασή της επηρεάζεται από συναισθηματικούς παράγοντες (π.χ. άγχος, φόβος, μοναξιά), καθώς και από γνωστικούς παράγοντες (π.χ. νοηματοδότηση και μνήμη ανάλογης εμπειρίας).
- Συνάγεται λοιπόν ότι ο επαρκής έλεγχος της ναυτίας περιλαμβάνει την αντιμετώπιση όλων των παραγόντων που συμμετέχουν σε βιολογικό, ψυχοκοινωνικό και πνευματικό επίπεδο.
- Οι περισσότεροι επαγγελματίες υγείας γνωρίζουν πλέον ότι ο πόνος μπο-

πρέπει να αντιμετωπιστεί με ορθολογικό τρόπο κατά στάδια, αλλά λιγότεροι γνωρίζουν ότι η ναυτία και ο έμετος μπορούν επίσης να αντιμετωπιστούν με ανάλογο τρόπο.

Αρχές αντιμετώπισης της ναυτίας και του εμέτου σε παιδιά

- Ο ακόλουθος πίνακας δείχνει τις θέσεις των διαφόρων υποδοχέων που σχετίζονται με τη ναυτία και τον έμετο, καθώς και τους διαβιβαστές που δρουν σε αυτούς.
- Αν αντέχετε λίγη ακόμη φαρμακολογία, μπορείτε να δείτε στον παρακάτω πίνακα⁵⁰ ποια αντιεμετικά δρουν στους διάφορους υποδοχείς.

ΦΑΡΜΑΚΑ	ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ ΥΠΟΔΟΧΕΩΝ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΟΝ ΕΜΕΤΟ					
	Ντοπαμίνης	Ισταμίνης	Μουσκαρίνης	Σεροτονίνης (5HT2)	Σεροτονίνης (5HT3)	Σεροτονίνης (5HT4)
Δομπεριδόνη	++	0	0	0	0	0
Οντασετρόνη	0	0	0	0	+++	0
Κυκλιζίνη	0	++	++	0	0	0
Υδροβρωμιούχος υοσκίνη	0	0	+++	0	0	0
Αλοπεριδόλη	+++	0	0	0	0	0
Προμαζίνη	+++	+	0	0	0	0
Μετοκλοπραμίδη	++	0	0	0	+	+
Λεβομεπρομαζίνη	+++	+++	++	+++	0	0

- Επί αμφιβολιών, η κυκλιζίνη αποτελεί πιθανόν το καλύτερο αντιεμετικό πρώτης γραμμής για τα παιδιά.
- Η δομπεριδόνη είναι χρήσιμη όπου η γαστρική κένωση ή η δυσκινησία του γαστρεντερικού αποτελούν πρόβλημα.
- Σε περίπτωση αυξημένης ενδοκράνιας πίεσης, επιλέξτε την κυκλιζίνη και/ή την οντασετρόνη και εκτιμήστε την αύξηση στη δόση της δεξαμεθαζόνης.
- Για ναυτία και έμετο που σχετίζονται με φάρμακα, μεταβολικές παθήσεις, λοιμώξεις ή βιοχημικές διαταραχές, δοκιμάστε τη χορήγηση αλοπεριδόλης.
- Όπου συμβάλλουν το άγχος ή η διέγερση, δοκιμάστε την αλοπεριδόλη ή τη λεβομεπρομαζίνη.
- Το αντιεμετικό με το ευρύτερο φάσμα δράσης είναι η λεβομεπρομαζίνη, συνεπώς είναι ιδιαίτερα χρήσιμο στην ανακουφιστική φροντίδα παιδιών,

αλλά η χορήγησή της περιορίζεται από το γεγονός ότι προκαλεί σημαντική καταστολή (το οποίο δεν συνιστά απαραίτητως πρόβλημα στο τέλος της ζωής, εκτός αν το παιδί επιθυμεί να παραμείνει σε εγρήγορση).

- Η ονδανσετρόνη, που συχνά εκλαμβάνεται ως αντιεμετικό-θαύμα, στην πραγματικότητα δρα πολύ περιορισμένα στους υποδοχείς, αλλά είναι πολύ χρήσιμη για την αντιμετώπιση του εμέτου που οφείλεται σε χημειοθεραπεία, καθώς οι χημειοθεραπευτικοί παράγοντες ενεργούν στους 5HT₃ υποδοχείς, στους οποίους δεν επιδρά επαρκώς οποιοδήποτε άλλο αντιεμετικό.
- Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι η κυκλιζίνη και η μετοκλοπραμίδη δεν θα πρέπει να συνταγογραφούνται για χορήγηση από κοινού, καθώς δρουν ανταγωνιστικά.
- Σύμφωνα με τα πρόσφατα ευρωπαϊκά δεδομένα φαρμακολογικής επαγρύπνησης, συστήνεται η αποφυγή χορήγησης μετοκλοπραμίδης για μακρό διάστημα λόγω ανεπιθύμητων νευρολογικών παρενεργειών,⁵¹ παραμένει ωστόσο σε πολλές χώρες ένα από τα λίγα διαθέσιμα αντιεμετικά και οι παραπάνω κίνδυνοι χρειάζεται να σταθμιστούν έναντι του κόστους να αφήνεται ένα παιδί να υποφέρει από ναυτία και έμετο που δεν έχουν αντιμετωπιστεί.

Πρακτική αξιολόγηση της ναυτίας και του εμέτου στα παιδιά

Αν η ναυτία δεν αποτελεί πρόβλημα

- Σκεφτείτε το υπερευαίσθητο φαρυγγικό αντανάκλαστικό, τον βήχα, την οπισθορινική έκκριση, το κλάμα, τη γαστρική παλινδρόμηση, τη γαστρική στάση ή τη συμπίεση του στομάχου, καθώς και το ενδεχόμενο αυξημένης ενδοκράνιας πίεσης.

Αν ο έμετος μοιάζει να συνδέεται με το φαρυγγικό αντανάκλαστικό ή με τον βήχα

- Σκεφτείτε την οπισθορινική έκκριση ή την παλινδρόμηση, καταστάσεις που μπορεί να ερεθίζουν τον φάρυγγα.

Αν το παιδί είναι κατά τα άλλα σε καλή κατάσταση

- Σκεφτείτε τη γαστρική στάση, τη διάταση του στομάχου και τη δυσκοιλιότητα.

Αν συνυπάρχει ναυτία και το παιδί λαμβάνει φαρμακευτική αγωγή ή γενικά δεν νιώθει καλά

- Σκεφτείτε φαρμακευτικά αίτια (κυτταροτοξικά, αντιβιοτικά, ΜΣΑΦ, οπιοειδή), λοιμώξεις ή μεταβολικά αίτια (π.χ. νεφρική ή ηπατική ανεπάρκεια).

Αν η ναυτία σχετίζεται με τη θέση ή την κίνηση

- Σκεφτείτε το ενδεχόμενο λοίμωξης ή όγκου στο αιθουσαίο σύστημα, καθώς και φάρμακα που δρουν τοξικά στο σύστημα αυτό.

Αν συνυπάρχει ναυτία και συνοδεύεται από εκδηλώσεις οισοφαγίτιδας ή γαστρίτιδας

- Σκεφτείτε φαρμακευτικά αίτια (ΜΣΑΦ ή στεροειδή), γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση ή καντιντίαση.

Αν υπάρχουν ναυτία και άγχος

- Προσπαθήστε να εξακριβώσετε τις αιτίες τους.

Αν το παιδί έχει πονοκέφαλο ή κλινικές εκδηλώσεις από το νευρικό σύστημα

- Σκεφτείτε την αυξημένη ενδοκράνια πίεση και/ή την ενδοκράνια λοίμωξη.

Μια πρακτική προσέγγιση στην αντιμετώπιση της ναυτίας και του εμέτου στα παιδιά

Σε όλες τις περιπτώσεις

- Εξηγήστε την κατάσταση και καθησυχάστε το παιδί και την οικογένεια, τροποποιήστε τη δίαιτα ώστε να εξασφαλίσετε ότι περιλαμβάνει μικρού όγκου συχνά γεύματα και ελκυστικά στην εμφάνισή τους.
- Αντιμετωπίστε ζητήματα άγχους.

Συνυπάρχουν βήχας και τάση για έμετο;

- Αντιμετωπίστε τυχόν λοίμωξη ή αλλεργία που αφορά τα ιγμόρεια, ενδεχόμενη παλινδρόμηση ή λοιμώξεις του αναπνευστικού.

Διαπιστώνονται πιθανές ιατρογενείς αιτίες;

- Διατρέξτε το σύνολο των χορηγούμενων φαρμάκων και διακόψτε τη λήψη εμετογόνων φαρμάκων που δεν κρίνονται αναγκαία.

Υπάρχουν σημεία γαστρίτιδας ή οισοφαγίτιδας (πόνος, δυσπεψία, μετεωρισμός, πρόσμειξη αίματος στα εμέσματα);

- Διακόψτε τη χορήγηση ΜΣΑΦ και στεροειδών, αν είναι εφικτό, ή μειώστε τη δοσολογία τους στο ελάχιστο. Συγχορηγήστε εκλεκτικούς αναστολείς της αντλίας πρωτονίων ή H2 ανταγωνιστές με το σκεύασμα *Gaviscon* (αν γίνεται ανεκτό).

Υπάρχουν σημεία γαστρικής στάσης ή δυσκινησίας του εντέρου;

- Δοκιμάστε ένα διεγερτικό της κινητικότητας του πεπτικού (π.χ. δομπεριδόνη).

Διαπιστώνεται συσχέτιση με την κίνηση;

- Αποκλείστε ιατρογενή αίτια
- Αρχίστε τη χορήγηση ενός αντιεμετικού που δρα στο αιθουσαίο σύστημα, όπως η κυκλιζίνη, ή η υδροβρωμιούχος υοσκίνη.

Διαπιστώνεται συσχέτιση με τοξικά ή συστηματικά αίτια (π.χ. λοιμώξεις, όγκοι προχωρημένου σταδίου, νεφρική ή ηπατική ανεπάρκεια);

- Αντιμετωπίστε την υποκείμενη αιτία, όπου είναι εφικτό
- Χορηγήστε αντιεμετικά που δρουν σε υποδοχείς του νευρικού συστήματος, όπως η αλοπεριδόλη και η κυκλιζίνη.

Οφείλονται τα συμπτώματα αυτά σε κυτταροτοξικά φάρμακα;

- Εκτιμήστε τη χορήγηση ονδανσετρόνης.

Υπάρχουν σημεία αυξημένης ενδοκράνιας πίεσης;

- Σκεφτείτε την ακτινοθεραπεία ή την τοποθέτηση παροχέτευσης (shunt). Αν οι πρακτικές αυτές δεν ενδείκνυνται, η κυκλιζίνη αποτελεί το φάρμακο εκλογής. Εκτιμήστε επίσης τη χορήγηση δεξαμεθαζόνης.

Είναι το παιδί αγχώδες ή βρίσκεται σε διέγερση;

- Σκεφτείτε τη λοραζεπάμη, την αλοπεριδόλη, ή τη λεβομεπρομαζίνη.

Αν οι παραπάνω συστάσεις δεν αποδίδουν

- Δοκιμάστε τη χορήγηση χαμηλής δόσης λεβομεπρομαζίνης αλλά μην καταστείτε ένα παιδί που συνεχίζει τους εμέτους καθώς υφίσταται κίνδυνος να προκληθεί εισρόφηση.

Πώς αντιμετωπίζω τη δυσκοιλιότητα στα παιδιά;

Μπορεί ήδη να γνωρίζετε ότι:

- Η δυσκοιλιότητα είναι συχνή κατάσταση και προκαλεί δυσφορία.
- Μπορεί να αντιμετωπιστεί με τη διατροφή καθώς και με τη χρήση φαρμάκων.
- Τα θεραπευτικά σχήματα είναι εφικτό να διαμορφωθούν με εύλογο τρόπο, με βάση τους διαφορετικούς τρόπους δράσης των υπακτικών:
 - Υπακτικά δημιουργίας υπολείμματος, όπως πίτουρο, ισπάγκουλα, ψύλλιο, μεθυλοκυτταρίνη.
 - Υπακτικά με ωσμωτική δράση, όπως τα άλατα μαγνησίου, η λακτουλόζη, οι αλκοόλες σακχάρων (σορβιτόλη, μαννιτόλη και λακτιτόλη), υποκλυσμοί μικρού όγκου (κιτρικά ή φωσφορικά άλατα) και η πολυαιθυλενική γλυκόλη.
 - Επιφανειοδραστικοί παράγοντες που δρουν καθαρτικά υποβοηθώντας τη διείσδυση ύδατος στα κόπρανα, όπως η δοκουσάτη και τα πολοξαμερή.
 - Διεγερτικά υπακτικά, όπως η βισακοδύλη, η σέννα, το πικοθειϊκό νάτριο.
 - Μαλακτικά και λιπαντικά κοπράνων, όπως τα υπόθετα γλυκερίνης, ή το αραχιδέλαιο και το ελαιόλαδο χορηγούμενα δια του ορθού.

Μπορεί να μη γνωρίζετε ότι:

- Η δακτυλική εξέταση σπάνια είναι απαραίτητη ενώ συνήθως προκαλεί δυσφορία (οι πρωκτικοί ή οι ορθικοί όγκοι είναι πολύ σπάνιοι) – το πλήρες σιγμοειδές κατά κανόνα εντοπίζεται κατά την ψηλάφηση της κοιλιακής χώρας.
- Στην ανακουφιστική φροντίδα παιδιών η δυσκοιλιότητα συνήθως οφείλεται σε έλλειψη δραστηριότητας, σε αφυδάτωση, σε μειωμένη πρόσληψη τροφής, στον φόβο κένωσης λόγω πόνου, όταν οι φροντιστές δεν μεριμνούν για τακτικές κενώσεις, σε νευρολογικής φύσεως δυσλειτουργία του γαστρεντερικού σωλήνα, σε μεταβολικές διαταραχές, καθώς και με

τα συνήθη χορηγούμενα φάρμακα (ιδιαίτερα τα οπιοειδή, τα αντιχολινεργικά, τον σίδηρο και ορισμένα αντιεμετικά).

- Η δυσκοιλιότητα μπορεί να ενεργοποιήσει σπασμούς και δυστονία σε παιδιά με σοβαρή νευρολογική πάθηση.

Πρακτική αξιολόγηση της δυσκοιλιότητας στην ανακουφιστική φροντίδα παιδιών

- Είναι το παιδί αφυδατωμένο;
 - Σκεφτείτε τη μειωμένη πρόσληψη ή την αυξημένη αποβολή υγρών (εφίδρωση, έμετοι κ.λπ.).
- Τι περιλαμβάνει η διατροφή του;
 - Πρόκειται απλώς για ελαττωμένη πρόσληψη ή το παιδί τρώει «ευκολοφάγωτα» τρόφιμα με βάση τους υδρατάνθρακες, τα οποία δεν περιέχουν μεγάλη ποσότητα φυτικών ινών ή δεν κινητοποιούν το έντερο;
- Είναι το παιδί μη κινητικό;
 - Εάν είναι εφικτό, ενθαρρύνετε το παιδί να είναι όσο πιο κινητικό γίνεται.
- Υπάρχουν ναυτία και έμετος με κωλικοειδή άλγη;
 - Σκεφτείτε πιθανή απόφραξη.
- Υπάρχει άλγος πρωκτού κατά την αφόδευση;⁵²
 - Οι ραγάδες του δακτυλίου είναι συχνές στα παιδιά και συνήθως οδηγούν σε κατακράτηση κοπράνων με συνέπεια περισσότερο ογκώδη και πιο σκληρά κόπρανα, με αποτέλεσμα να επιδεινώνεται το πρόβλημα και να εγκαθίσταται φαύλος κύκλος.
- Χρησιμοποιούνται φάρμακα που μπορεί να προκαλέσουν δυσκοιλιότητα;
 - Ειδικά τα οπιοειδή (η συχνότερη αιτία στην ανακουφιστική φροντίδα ενηλίκων⁵³), τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά (π.χ. αμιτριπτυλίνη) και τα αντιχολινεργικά φάρμακα (π.χ. τα παλαιότερα αντιισταμινικά).
- Υπάρχουν σημεία νευρολογικά;
 - Οι νευρολογικές παθήσεις συχνά προκαλούν δυσκοιλιότητα⁵⁴ (π.χ. HIV εγκεφαλοπάθεια, συμπίεση νωτιαίου μυελού).
- Υπάρχουν ενδείξεις μεταβολικών διαταραχών;
 - Για παράδειγμα: νεφρική ανεπάρκεια, υπερασβεστιαμία.

Μια πρακτική προσέγγιση στην αντιμετώπιση της δυσκοιλιότητας

Υπάρχει κάποια προφανής αιτία (βλ. παραπάνω);

- Αντιμετωπίστε την αιτία με: κατάλληλη διατροφή, επανυδάτωση, βελτίωση της κινητικότητας, τροποποίηση φαρμακευτικής αγωγής κ.λπ.

Υπάρχουν σημεία απόφραξης (π.χ. έμετοι, έντονο κωλικοειδές κοιλιακό άλγος, απουσία εντερικών αερίων)

- Παραπέμψτε για άμεση χειρουργική εκτίμηση ή, στο τέλος της ζωής, διακόψτε τη σίτιση, τοποθετήστε ρινογαστρικό καθετήρα, εκτιμήστε το ενδεχόμενο ενδοφλέβιας χορήγησης υγρών και χρησιμοποιήστε αντισπασμωδικά φάρμακα.
- Σκεφτείτε τη χορήγηση οκτρεοτίδης αν υπάρχει μεγάλος όγκος γαστρικών εκκρίσεων.

Πόνος κατά την κένωση;

- Ελέγξτε την περιοχή του πρωκτικού δακτυλίου για ραγάδες ή καντιντίαση, χορηγήστε υπακτικά καθώς και τοπικά αναισθητικά ή αλοιφή τρινιτρικής γλυκερίνης, για χρήση πριν από την αφόδευση.

Σκληρά κόπρανα;

- Αρχίστε με χορήγηση μακρογόλης (εμπορική ονομασία: *Monicol*) αν είναι διαθέσιμη (ή λακτουλόζη σε διαφορετική περίπτωση) αυξάνοντας τη δόση στη διάρκεια μιας εβδομάδας. Ξεκινήστε με 2 φακελίσκους μακρογόλης ημερησίως για παιδιά 2-4 ετών και με 4 φακελίσκους ημερησίως για τα μεγαλύτερα παιδιά και αυξήστε κατά 1 φακελίσκο ημερησίως μέχρι την ανώτατη δόση των 8 φακελίσκων στα μικρά παιδιά και των 12 στα μεγαλύτερα.
- Αν η κατάσταση δεν βελτιώνεται, προσθέστε σέννα.
- Αν δεν διαπιστώνεται βελτίωση, χορηγήστε υπόθετα δια του ορθού (γλυκερίνης για σκληρά κόπρανα, δισακοδύλης για μαλακά).
- Αν και πάλι δεν παρατηρείται βελτίωση, χρησιμοποιήστε υποκλυσμό κιτρικού νατρίου με αλκυλοθειοξικό νάτριο (εμπορική ονομασία: *Micralax*) ή υποκλυσμό φωσφορικού νατρίου.
- Χρησιμοποιείτε ταυτόχρονα ένα διεγερτικό υπακτικό και είτε ένα ωσμωτικό υπακτικό ή ένα μαλακτικό κοπράνων. Τα σκεύασματα από το στόματος

είναι καλύτερα, ωστόσο η χορήγηση αραχιδέλαιου δια του ορθού το οποίο παρακρατείται στο έντερο όλο το βράδυ, μπορεί να αποβεί αποτελεσματική.

- Αν και πάλι δεν διαπιστωθεί αποτέλεσμα, ενδέχεται να χρειαστεί μηχανική κένωση του εντέρου.

Μηχανική υποβοήθηση κένωσης⁵⁵

Η δακτυλική αφαίρεση των σκληρών κοπράνων μπορεί καταστεί αναγκαία, ειδικά σε πλαίσια με περιορισμένους πόρους, ιδιαίτερα όταν τα αίτια της δυσκοιλιότητας είναι νευρολογικά. Πραγματοποιείται πλέον σπάνια στις αναπτυγμένες χώρες, ενώ σε μια τέτοια περίπτωση, στο παιδί θα πρέπει να χορηγηθεί αναισθητικό. Ωστόσο, αυτό μπορεί να μην είναι εφικτό εκεί που εσείς εργάζεστε. Στην περίπτωση αυτή, η διαδικασία είναι η εξής:

1. Εξηγήστε στο παιδί και την οικογένεια τι πρόκειται να συμβεί.
2. Χρησιμοποιήστε τεχνικές απόσπασης της προσοχής του παιδιού.
3. Εκτιμήστε τη χορήγηση ενός ήπιου κατασταλτικού/μυοχαλαρωτικού, όπως μιδαζολάμη ή διαζεπάμη.
4. «Φασκιώστε» το παιδί αν είναι μικρό και αποδέχεται κάτι τέτοιο.
5. Ετοιμάστε εφημερίδες ή δοχεία απόρριψης κοπράνων.
6. Εφαρμόστε λιπαντική γέλη (π.χ. το σκεύασμα με την εμπορική ονομασία: *K-Y Jelly*) στο μικρό σας δάκτυλο αφού φορέσετε γάντια.
7. Πιέστε ελαφρά το δέρμα εξωτερικά πέριξ του πρωκτού ώστε να χαλαρώσει ο δακτύλιος, έπειτα εισάγετε απαλά το δάκτυλό σας και σταματήστε αν επέλθει μυϊκός σπασμός, *δίνοντας χρόνο στους μυς να χαλαρώσουν*. ΣΗΜ.: Οι μυς δεν χαλαρώνουν ακαριαία – υπολογίστε μια σταθερή ελαφρά πίεση για 5-10 λεπτά. ΜΗΝ προχωρήσετε ασκώντας έντονη πίεση ενώ ο σφιγκτήρας βρίσκεται σε σύσπαση. Έχετε υπομονή.
8. Αφαιρέστε μικρά τμήματα κοπράνων κομμάτι-κομμάτι. Θρυμματίστε τα μεγάλα κομμάτια με το δάκτυλό σας, πριν από την αφαίρεσή τους.
9. Μιλάτε στο παιδί σε όλη τη διάρκεια της διαδικασίας και σταματήστε αν δυσφορεί υπερβολικά. Σε κάθε περίπτωση, μπορείτε να συνεχίσετε μία άλλη ημέρα. Η διαδικασία αυτή μπορεί να χρειαστεί να επαναλαμβάνεται κάθε δεύτερο πρωινό από μια νοσηλεύτρια ή από έναν συγγενή που μπορεί να εκπαιδευτεί σχετικά.
10. Όταν το «βύσμα» έχει αφαιρεθεί, μπορεί να ξεκινήσει η χορήγηση ενός υπακτικού πριν από τη βραδινή κατάκλιση.

Πώς αντιμετωπίζω τη διάρροια στα παιδιά;

Μπορεί ήδη να γνωρίζετε ότι:

- Η διάρροια είναι πολύ συχνή στα παιδιά, ιδιαίτερα σε παιδιά με HIV/AIDS.
- Οφείλεται σε λοίμωξη, φάρμακα (ιδιαίτερα τα αντιβιοτικά), δυσκοιλιότητα με υπερχειλίση κοπράνων, δυσκινησία του εντέρου, δυσαπορρόφηση, δυσανεξία τροφών (κληρονομική ή μεταλοιμώδης) καθώς και σε ακτινοβόληση της ορθοπρωκτικής περιοχής.
- Στη λοιμώδη διάρροια, δύο μηχανισμοί λαμβάνουν χώρα:
 - αυξημένη εντερική έκκριση υγρών και ηλεκτρολυτών, κατά κύριο λόγο εντός του λεπτού εντέρου.
 - μειωμένη απορρόφηση υγρών, ηλεκτρολυτών, ενίοτε και θρεπτικών συστατικών, όπου μπορεί να συμμετέχουν το λεπτό και το παχύ έντερο.

Μπορεί να μη γνωρίζετε ότι:

- Σε χώρες με περιορισμένους πόρους, η διάρροια αποτελεί την πιο συχνή αιτία νοσηρότητας και θανάτου στη διάρκεια του πρώτου έτους της ζωής, ενώ άνω του 70% των θανάτων οροθετικών παιδιών από διαρροϊκά αίτια, συμβαίνουν λόγω παρατεταμένης διάρροιας.⁵⁶
- Στην περίπτωση της HIV λοίμωξης, η διάρροια μπορεί να οφείλεται σε λοιμώδη αίτια (π.χ. κρυπτοσποριδίωση, ισοσπορίαση, λοίμωξη από κυτταρομεγαλοϊό, από άτυπα μυκοβακτηρίδια, στρογγυλοειδή των κοπράνων, τριχοκέφαλο τριχίουρο), καθώς και στην HIV εντεροπάθεια ή στις ανεπιθύμητες ενέργειες των αντιρετροϊκών φαρμάκων (ειδικά των αναστολέων της πρωτεάσης).
- Η βάση όλων των θεραπευτικών σχημάτων είναι τα εξής:
 - Υποστηρικτική αγωγή – αναπλήρωση υγρών και ηλεκτρολυτών.
 - Αγωγή με στόχο τη μείωση της συχνότητας των κενώσεων, καθώς και του πόνου.
 - Αντιεκκριτική φαρμακευτική αγωγή για τη μείωση των απωλειών μέσω των κοπράνων.
 - Εξειδικευμένη αγωγή, όπως τα αντιμικροβιακά φάρμακα, όπου είναι απαραίτητο.

Πρακτική αξιολόγηση της διάρροιας στην ανακουφιστική φροντίδα παιδιών

- Υπάρχουν σημάδια οξείας λοίμωξης (αθρόα διάρροια ή κόπρανα με πρό-σμειξη αίματος, πύον στα κόπρανα, πυρετός, κοιλιακό άλγος);
 - Σκεφτείτε τον ρετροϊό ή άλλες συχνές λοιμώξεις που αναφέρθηκαν παραπάνω.
- Πρόκειται για χρόνια διάρροια⁵⁷ σε ένα οροθετικό παιδί;
 - Σκεφτείτε σπανιότερες αιτίες λοιμώξεων (βλ. παραπάνω), τη δυσανεξία στη λακτόζη, φαρμακευτικούς παράγοντες (π.χ. αντιρετροϊκά) και την HIV εντεροπάθεια.
- Υπάρχουν σημεία ενσφήνωσης κοπράνων (προηγηθείσα δυσκοιλιότητα και ψηλαφητές κοπρανώδεις μάζες στην κοιλιά);
 - Σκεφτείτε τη διάρροια από υπερχειλίση.
- Μπορεί να οφείλεται σε φάρμακα;
 - Σκεφτείτε τα αντιβιοτικά, τα αντιρετροϊκά, την υπερβολική χρήση υπακτικών.
- Υπάρχουν συμπτώματα από το νευρικό σύστημα;
 - Σκεφτείτε τη δυσλειτουργία του αυτόνομου συστήματος ή άλλες αιτίες δυσκινησίας εντέρου.
- Σχετίζεται με τη δίαιτα και διαπιστώνονται σάκχαρα ή όξινο pH στα κόπρανα;
 - Σκεφτείτε τη δυσανεξία στη λακτόζη ή την υπερευαισθησία στην πρωτεΐνη αγελαδινού γάλακτος.
- Υπάρχουν σημεία ερεθισμού της ορθοπρωκτικής περιοχής;
 - Σκεφτείτε την ακράτεια κοπράνων, την καντιντίαση, ή τον ερεθισμό μετά από ακτινοθεραπεία.

Μια πρακτική προσέγγιση στην αντιμετώπιση της διάρροιας

Σε όλες τις περιπτώσεις

- Χρησιμοποιήστε πάνες ή σερβιέτες ακράτειας (αν είναι διαθέσιμες), ή ένα αδιάβροχο πλαστικό υπόστρωμα καλυμμένο με βαμβακερό σεντόνι, ή άλλο απορροφητικό υλικό.

- Συμβουλευέστε τους φροντιστές σχετικά με τους κινδύνους μετάδοσης λοιμώξεων, αν χρειάζεται.
- Συμβουλευέστε την οικογένεια σχετικά με τη διατροφή του παιδιού.
- Συμβουλευέστε την οικογένεια σχετικά με την υγιεινή στο χώρο του σπιτιού (ειδικά όσον αφορά τον χειρισμό του νερού και της τροφής ενός βρέφους).

Διάρροια - σε όλες τις περιπτώσεις⁵⁸

- Εκτιμήστε την περίπτωση υποσιτισμού (βλ. την ενότητα που αναφέρεται στη σίτιση)
- Αρχίστε αμέσως τη χορήγηση υγρών.
- Αντιμετωπίστε την αφυδάτωση με διαλύματα ενυδάτωσης από του στόματος (ή με τη χορήγηση υγρών ενδοφλεβίως, αν η αφυδάτωση είναι σοβαρού βαθμού).
- Υπογραμμίστε την ανάγκη συνέχισης της σίτισης του παιδιού, όπως και αύξησης της σίτισης στη διάρκεια όπως και μετά από ένα επεισόδιο διάρροιας.
- Αποφύγετε τη χορήγηση αντιδιαρροϊκών φαρμάκων στην οξεία διάρροια.

Ενσφήνωση κοπράνων;

- Βλ. την ενότητα που αναφέρεται στη δυσκοιλιότητα.

Πιθανές φαρμακευτικές αιτίες;

- Διακόψτε τα φάρμακα που μπορεί να ευθύνονται, αν είναι εφικτό.
- Για να μειωθεί η συχνότητα των κενώσεων και οι σπασμοί του εντέρου, χρησιμοποιήστε παράγοντες αναστολής της κινητικότητας του εντέρου, όπως η λοπεραμίδη ή ο συνδυασμός διφαινοξυλάτης-ατροπίνης.

Διάρροια με αίμα στα κόπρανα ή η γενική κατάσταση του παιδιού επιδεινώνεται;

- Αν η εξέταση των κοπράνων δεν είναι εφικτή, αντιμετωπίστε κατά περίπτωση σύμφωνα με τις ισχύουσες οδηγίες, ή, αν δεν υφίστανται, σύμφωνα με τα εξής:
- Η σιπροφλοξασίνη αποτελεί το αντιβιοτικό με το ευρύτερο φάσμα για την αντιμετώπιση διεισδυτικής βακτηριδιακής λοίμωξης.
- Η κοτριμοξαζόλη, το ναλιδιξικό οξύ και η μετρονιδαζόλη θα πρέπει να χρησιμοποιούνται σε περιπτώσεις που η αμοιβάδωση εκτιμάται ως πιθανή.

- Η μετρονιδαζόλη είναι χρήσιμη όπου πιθανολογείται λοίμωξη από *Clostridium difficile*.
- Η σιπροφλοξασίνη και η μετρονιδαζόλη χορηγούνται σε παιδιά 8 ετών και άνω.

Υπάρχουν κωλικοί του εντέρου;

- Δοκιμάστε ένα αντισπασμωδικό, π.χ. τη βουτυλοβρωμιούχο υοσκίνη.

Διαπιστώνονται πρωκτίτιδα ή ερεθισμός του δακτυλίου;

- Τοπική υγιεινή
- Κρέμα ενίσχυσης του δερματικού φραγμού
- Αντιμετώπιση πιθανής καντιντίασης
- Χορήγηση μετρονιδαζόλης δια του ορθού, αν η διάρροια είναι αθρόα
- Εκτιμήστε τη χρήση υποθέτων στεροειδούς ή υποκλυσμών κατακράτησης.

Πώς αντιμετωπίζω τον βήχα στα παιδιά;

Μπορεί ήδη να γνωρίζετε ότι:

- Ο βήχας αποτελεί συχνό και ενοχλητικό σύμπτωμα.
- Μπορεί να οφείλεται σε λοίμωξη, οπισθορινική έκκριση, φλεγμονή των βρόγχων, οισοφαγική παλινδρόμηση, εισπνοή ερεθιστικών ουσιών, σε φάρμακα (αναστολείς του μετατρεπτικού ενζύμου της αγγειοτενσίνης) ή σε όγκους των αεραγωγών.
- Μπορεί να αντιμετωπιστεί με απλά μέτρα, όπως οι υδρατμοί, τα σιρόπια και τα κατασταλτικά του βήχα.

Μπορεί να μη γνωρίζετε ότι:

- Ο βήχας είναι συχνό σύμπτωμα στο AIDS, όπου αναφέρεται σε ποσοστό 19% έως 34% των ασθενών σε έρευνες επιπολασμού των συμπτωμάτων στη HIV νόσο.^{59, 60}
- Η λεμφοειδής διάμεση πνευμονίτιδα και η φυματίωση αποτελούν συχνές αιτίες βήχα σε χώρες με περιορισμένους πόρους.

Πρακτική αξιολόγηση του επίμονου βήχα⁶¹

- Εξετάστε το παιδί
 - Αναζητήστε ιδιαίτερα την παρουσία κυάνωσης (λάβετε τον κορεσμό περιφερικού αίματος σε οξυγόνο, αν είναι εφικτό), πυρετού, εκτιμήστε την αναπνευστική συχνότητα, την καρδιακή συχνότητα, την ύπαρξη σιγμού, συριγμού, καθώς και εισολκής θώρακα/τραχείας.
 - Διενεργείστε ακτινογραφία θώρακα, αν είναι εφικτό.
- Υλακώδης βήχας, βήχας με σιγμό
 - Σκεφτείτε τη λαρυγγίτιδα, το ξένο σώμα ή άλλη παθολογία του λάρυγγα (λαρυγγομαλακία, στένωση λάρυγγα, λαρυγγίτιδα από κάντιντα).
- Συνεχείς φαρυγγικές εκκρίσεις, συμφόρηση ιγμορίων
 - Σκεφτείτε την οπισθορινική έκκριση, τη χρόνια λοίμωξη ή φλεγμονή των ιγμορίων.

- Συριγμός, χωρίς πυρετό
 - Σκεφτείτε το ενδεχόμενο ατοπίας/άσθματος ή αναφυλαξίας
- Παραγωγικός βήχας
 - Σκεφτείτε τη χρόνια λοίμωξη ή την ινοκυστική νόσο
- Ιδιαίτερα επίμονος, σπασμωδικός κοκκυτοειδής βήχας
 - Σκεφτείτε τον κοκκύτη
- Ξηρός βήχας με δύσπνοια
 - Σκεφτείτε τη διάμεση πνευμονική νόσο
- Βήχας που επιδεινώνεται και συνοδεύεται από συστηματικά συμπτώματα, όπως απώλεια βάρους και πυρετός
 - Σκεφτείτε τη φυματίωση ή την προϊούσα κακοήγη νόσο.

Μια πρακτική προσέγγιση στην αντιμετώπιση του βήχα

Σε όλες τις περιπτώσεις

- Επεξήγηση της κατάστασης
- Ανακαθιστή θέση, κατάλληλη τοποθέτηση του σώματος του παιδιού
- Αντιμετώπιση της δύσπνοιας, αν συνυπάρχει
- Υγροποίηση του αέρα όσο περισσότερο γίνεται
- Χορήγηση ενός κοινού σιροπιού για τον βήχα
- Θυμηθείτε τη φυσιοθεραπεία για την υποβοήθηση της απορροής των εκκρίσεων
- Αποκλείστε την ύπαρξη καπνού τσιγάρου στο δωμάτιο και επίσης μειώστε τη χρήση σόμπας, φωτιστικών κηροζίνης κ.λπ. στο σπίτι του παιδιού
- Αξιολογήστε τη χρήση κατασταλτικών του βήχα, όπως το σιρόπι κωδεΐνης, ή τη χορήγηση χαμηλής δόσης μορφίνης
- Σκεφτείτε τη χορήγηση νεφελοποιημένης σαλβουταμόλης. Ακόμη κι αν δεν υπάρχει σαφής βρογχόσπασμος, μπορεί μερικές φορές να προσφέρει ανακούφιση
- Υπάρχουν επίσης αναφορές ότι η χορήγηση νεφελοποιημένης λιδοκαΐνης βοηθά στην ανακούφιση από τον βήχα.

Υπάρχουν λοιμώξεις;

- Αντιμετωπίστε την υποκείμενη αιτία.

Διαπιστώνεται βρογχόσπασμος;

- Νεφελοποιημένη σαλβουταμόλη
- Νεφελοποιημένο ιπρατρόπιο
- Στεροειδή από του στόματος ή μέσω νεφελοποίησης.

Υπάρχει λεμφοειδής διάμεση πνευμονίτιδα;

- Φυσιοθεραπεία, χορήγηση στεροειδών κατά ώσεις, βρογχοδιασταλτικών, οξυγόνου, αντιρετροϊκών φαρμάκων.

Υποτροπιάζουσα εισρόφηση και/ή γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση

- Βλ. τις ενότητες με θέμα την αντιμετώπιση της δυσφαγίας και της παλινδρόμησης.

Υπάρχουν οπισθορινικές εκκρίσεις;

- Τοποθετήστε το παιδί σε ανακαθιστή θέση
- Σκεφτείτε τη χορήγηση αντιϊσταμινικών
- Σκεφτείτε τη χορήγηση στεροειδούς με τη μορφή ρινικών σταγόνων ή ενδορινικών ψεκασμών.

Υπάρχουν όγκοι στο βρογχικό δέντρο που δρουν ερεθιστικά;

- Χορήγηση οπιοειδών και βενζοδιαζεπινών για την ανακούφιση από τα συμπτώματα της δύσπνοιας και του άγχους
- Εκτιμήστε τη χορήγηση νεφελοποιημένου τοπικού αναισθητικού (π.χ. λιδοκαΐνης) αν υπάρχουν όγκοι των αεραγωγών αλλά απαιτείται προσοχή καθώς μπορεί να αναστείλουν το φαρυγγικό αντανακλαστικό, συνεπώς δεν θα πρέπει να σιτίζεται το παιδί για 1 ώρα πριν και 1 ώρα μετά από τη χορήγηση, προκειμένου να μειωθεί ο κίνδυνος εισρόφησης.
- Σκεφτείτε την ακτινοθεραπεία
- Σκεφτείτε τη χρήση μείγματος αερίων ηλίου-οξυγόνου (εμπορική ονομασία: *Heliox*) (απαιτεί μικρότερο αναπνευστικό έργο, διευκολύνοντας σε περίπτωση απόφραξης του αεραγωγού).

Πώς αντιμετωπίζω την αιμόπτυση στα παιδιά;

Μπορεί ήδη να γνωρίζετε ότι:

- Η αιμόπτυση είναι ένα πολύ τρομακτικό γεγονός για τον ασθενή, την οικογένεια και τον επαγγελματία υγείας.
- Ωστόσο ο πανικός σπάνια βοηθάει, συνεπώς προσπαθήστε να παραμείνετε ήρεμοι.
- Αληθής αιμόπτυση (σε αντίθεση με την αιμορραγία από την ανώτερη αναπνευστική οδό) μπορεί να προκληθεί από λοιμώξεις, συμπαγείς όγκους των πνευμόνων ή από αιματολογικά κακοήγη νοσήματα, φυματίωση, ασπεργίλλωση, πνευμονική εμβολή, πνευμονική υπέρταση, απόστημα πνευμόνων και διαταραχές της πήξης.

Μπορεί να μη γνωρίζετε ότι:

- Είναι πράγματι ιδιαίτερα ασυνήθιστη η περίπτωση να οδηγήσει στον θάνατο μια αιμορραγία από τους πνεύμονες.
- Οι περισσότερες περιπτώσεις εμφανούς αιμόπτουσης οφείλονται σε λιγότερο σοβαρές αιμορραγίες από τη μύτη, τον φάρυγγα, ή τον ανώτερο οισοφάγο.
- Ακόμη και η αληθής αιμόπτυση δεν αποτελεί συνήθως απειλητική για τη ζωή κατάσταση και συχνά θα υποχωρήσει αφότου η αιτία της αιμορραγίας αντιμετωπιστεί και κατασταλεί ο βήχας (ο βήχας προκαλεί δυνάμεις απόσχισης στους αεραγωγούς).
- Παρόλα αυτά, η κατακλυσμαία αιμόπτυση είναι πιθανόν να συμβεί αν και σπάνια.

Πρακτική αξιολόγηση της αιμόπτουσης

- Ελέγξτε ότι πρόκειται για αληθή αιμόπτυση
 - Σε συνυπάρχουσα νόσο του πνεύμονα, το αίμα ζωηρού ερυθρού χρώματος με αφρώδη σύσταση είναι πιθανό να προέρχεται από τον πνεύμονα, ενώ το αίμα σκούρου κόκκινου ή μαύρου χρώματος,

με καφεοειδή πρόσμειξη, αναμεμιγμένο με τροφή σε ένα παιδί που κάνει έμετο, είναι πιθανό να αποτελεί αιματέμεση.

- Απότομη έναρξη με βήχα, πυρετό και πυώδη απόχρεμψη;
 - Σκεφτείτε την οξεία πνευμονική λοίμωξη.
- Χρόνιος παραγωγικός βήχας;
 - Σκεφτείτε τη χρόνια πνευμονική λοίμωξη.
- Συνυπάρχουν πυρετοί, νυκτερινές εφιδρώσεις και απώλεια βάρους;
 - Σκεφτείτε τη φυματίωση ή την κακοήγη νόσο.
- Δύσπνοια, κακουχία, ροζ πτύελα με αφρώδη σύσταση, ορθόπνοια;
 - Σκεφτείτε την καρδιακή ανεπάρκεια.
- Δύσπνοια και πλευριτικό θωρακικό άλγος;
 - Σκεφτείτε την πλευρίτιδα ή την πνευμονική εμβολή.
- Αναζήτηση ενδεικτικών σημείων κατά την κλινική εξέταση:
 - Ιδιαίτερα την ύπαρξη πυρετού, ταχυκαρδίας, ταχύπνοιας, απώλειας βάρους, υποξίας, λεμφαδενοπάθειας.
 - Επισκοπήστε επιμελώς τον ρινοφάρυγγα και τον στοματοφάρυγγα.
 - Αναζητήστε άλλα σημεία καρδιακής ανεπάρκειας, ιδιαίτερα τα εξής: διαστολικό φύσημα, τρίζοντες ήχους στις πνευμονικές βάσεις, ταχυκαρδία.
 - Αναζητήστε σημεία ενδεικτικά πνευμονικής νόσου ή λοίμωξης, όπως συρίττοντες/τρίζοντες ήχους στη μία πλευρά ή στην κορυφή του πνεύμονα, σημεία πνευμονικής πύκνωσης.

Μια πρακτική προσέγγιση στην αντιμετώπιση της αιμόπτυσης

Σε όλες τις περιπτώσεις

- Πάρτε μια βαθιά ανάσα και προσπαθήστε να παραμείνετε ήρεμοι
- Τοποθετήστε το παιδί σε ανακαθιστή θέση και χορηγήστε του οξυγόνο
- Αν το παιδί θέλει να ξαπλώσει, βάλτε το να ξαπλώσει με την πλευρά του πάσχοντος πνεύμονα προς τα κάτω.

Λάβετε μια ηθικά περίπλοκη απόφαση γρήγορα

- Πρόκειται για ένα συμβάν τελικού σταδίου όπου απαιτείται ταχεία αντιμετώπιση των συμπτωμάτων, ή είναι προς το βέλτιστο συμφέρον του παιδιού να αντιμετωπιστεί η κατάσταση «επιθετικά»;

- Η πρόγνωση μιας αληθούς αιμόπτυσης σοβαρού βαθμού στο πλαίσιο της ανακουφιστικής φροντίδας παιδιών είναι πολύ πτωχή, αλλά ταυτοχρόνως μια αιμορραγία που οδηγεί στον θάνατο αποτελεί τρομακτική και τραυματική κατάσταση τόσο για το παιδί όσο και για την οικογένεια – συνεπώς αν μπορεί να ανακοπεί, ίσως αξίζει η «επιθετική» αντιμετώπιση, ακόμη και αν η νόσος βρίσκεται σε προχωρημένο στάδιο. Δείτε και τις εξής ενότητες: α) «Πώς διαχειρίζομαι τα ηθικά διλήμματα στην παιδιατρική ανακουφιστική φροντίδα»; και β) «Πώς αντιμετωπίζω τα οξέα, οδυνηρά καταληκτικά συμπτώματα τελικού σταδίου?».

Αν αποφασίσετε την «επιθετική» αντιμετώπιση της αιμορραγίας

- Ακολουθήστε τα βήματα «ABC» της καρδιοαναπνευστικής ανάνηψης [Σ.τ.Μ.: A = airway (αεροφόρος οδός), B= breathing (αναπνοή) και C= circulation (κυκλοφορία)].
- Τοποθετήστε μια ενδοφλέβια γραμμή και χορηγήστε υγρά.
- Αξιολογήστε την πιθανότητα μερικής καταστολής με χορήγηση μιδαζολάμης και οπιοειδούς.
- Στεφτείτε τη μετάγγιση αίματος και/ή αιμοπεταλίων, αν ενδείκνυται.
- Σκεφτείτε τη χορήγηση ενός αιμοστατικού παράγοντα, όπως το τρανεξαμικό οξύ.
- Αν η αιμορραγία οφείλεται σε κίρσους οισοφάγου, σκεφτείτε τη χορήγηση οκτρεοτίδης.
- Εκτιμήστε την εφαρμογή ακτινολογικού ελέγχου ή βρογχοσκόπησης, αν αποτελούν διαθέσιμες επιλογές.
- Σκεφτείτε την ακτινοθεραπεία του όγκου, αν ενδείκνυται.

Ανακουφιστική φροντίδα σε περίπτωση κατακλυσμιαίας αιμόπτυσης

- Χορηγήστε άμεσα αγωγή με στόχο την τελική καταστολή: βλ. την ενότητα «Πώς αντιμετωπίζω τα οξέα, οδυνηρά καταληκτικά συμπτώματα τελικού σταδίου?».

Αν το παιδί επιβιώσει της αρχικής αιμορραγίας

- Αντιμετωπίστε την αιτία, αν είναι δυνατό.
- Καταστείλετε τον βήχα με τη χορήγηση οπιοειδών.
- Εκτιμήστε την επίτευξη καταστολής με χορήγηση βενζοδιαζεπινών και οπιοειδών.

Πώς αντιμετωπίζω τη δύσπνοια στα παιδιά;

Μπορεί ήδη να γνωρίζετε ότι:

- Η δύσπνοια αποτελεί ένα ιδιαίτερα τρομακτικό σύμπτωμα, τόσο για τους επαγγελματίες υγείας όσο και για τον ασθενή και την οικογένεια.
- Απαιτεί άμεση και δυναμική αντιμετώπιση.
- Έχει πολλές αιτίες, για παράδειγμα: απόφραξη λόγω βυσμάτων βλέννης, άσθμα, εισρόφηση, υποτροπιάζουσες αναπνευστικές λοιμώξεις, αδυναμία αναπνευστικών μυών λόγω νευρομυϊκής πάθησης, απόφραξη ανώτερου αεραγωγού, αδράνεια/άνωση του διαφράγματος, πνευμονική καρδιά, καρδιακή ανεπάρκεια και δυσλειτουργία του κεντρικού νευρικού συστήματος.
- Ευτυχώς ανταποκρίνεται αρκετά καλά στη μη φαρμακευτική και τη φαρμακευτική αγωγή.

Μπορεί να μη γνωρίζετε ότι:

- Η δύσπνοια αποτελεί αρκετά συχνή κατάσταση στην παιδιατρική ανακουφιστική φροντίδα^{62, 63}
- Η δύσπνοια, όπως ο πόνος, αποτελεί υποκειμενική αίσθηση: δεν υπάρχει πάντα συσχέτιση ανάμεσα σε αυτό που παρατηρείτε (π.χ. ταχύπνοια, κυάνωση, αναπνευστική προσπάθεια) και στον βαθμό της δύσπνοιας που αισθάνεται το παιδί.

Πρακτική αξιολόγηση της δύσπνοιας στα παιδιά

- Εμφανίζει το παιδί κυάνωση;
 - Σκεφτείτε την απόφραξη (π.χ. εισρόφηση, απόφραξη ανώτερου αεραγωγού, βρογχόσπασμος) ή τον υποαερισμό (π.χ. εξασθένιση, αδυναμία).
- Υπάρχει πυρετός;
 - Σκεφτείτε τη λοίμωξη.
- Υπάρχει εισπνευστικός σιγμός ή βράγχος φωνής;
 - Σκεφτείτε την οξεία απόφραξη του ανώτερου αεραγωγού.

- Υπάρχει εκπνευστικός συριγμός, έλξη της τραχείας, εισολκή μεσοπλευρίων μυών;
 - Σκεφτείτε την περίπτωση βρογχόσπασμου/άσθματος.
- Διαπιστώνεται οίδημα προσώπου ή διάταση των φλεβών του τραχήλου;
 - Σκεφτείτε την απόφραξη της άνω κοίλης φλέβας.
- Υπάρχουν ορθόπνοια (δύσπνοια στην οριζόντια κατακεκλιμένη θέση) και τρίζοντες ήχοι στις βάσεις των πνευμόνων;
 - Σκεφτείτε την ανεπάρκεια της αριστερής κοιλίας.
- Υπάρχει αυξημένη αντήχηση της φωνής και μειωμένη είσοδος αέρα στις άνω ζώνες του πνεύμονα;
 - Σκεφτείτε τον πνευμοθώρακα.
- Διαπιστώνεται αμβλύτητα και μειωμένη είσοδος αέρα στη βάση του πνεύμονα;
 - Σκεφτείτε την πλευριτική συλλογή.

Μια πρακτική προσέγγιση στην αντιμετώπιση της δύσπνοιας

Σε όλες τις περιπτώσεις ασθενών: μη φαρμακευτική αντιμετώπιση

- Ανακαθίστε το παιδί αν είναι εφικτό – πιθανόν να μπορεί να αναπνέει καλύτερα αν σκύβει μπροστά και χρησιμοποιεί τους πήχεις για να στηρίζεται.
- Εξασφαλίστε ροή αέρα μέσα στο δωμάτιο ή προς το πρόσωπο του παιδιού (από ένα ανοιχτό παράθυρο ή με τη χρήση ανεμιστήρα).
- Χορηγήστε οξυγόνο αν υπάρχουν σημεία κυάνωσης ή χαμηλές τιμές στην οξυμετρία (αν διατίθεται).
- Καθησυχάστε το παιδί όσο γίνεται περισσότερο.
- Προσπαθήστε να βοηθήσετε το παιδί να χαλαρώσει με τη χρήση των τεχνικών που περιγράφηκαν στην ενότητα που αναφέρεται στον πόνο.
- Προσπαθήστε να χρησιμοποιήσετε τις τεχνικές απόσπασης προσοχής που περιγράφηκαν στην ενότητα που αναφέρεται στον πόνο.

Σε όλες τις περιπτώσεις ασθενών: φαρμακευτική αντιμετώπιση

- Χορηγήστε μορφίνη και/ή χαμηλή δόση βενζοδιαζεπινών, αν η δύσπνοια είναι σοβαρή.
- Η μιδαζολάμη που χορηγείται παρεντερικά ή δια του στοματικού βλεννογόνου,

ενεργεί ταχύτερα. Η διαζεπάμη απορροφάται αργά και δεν δρα ταχύτερα σε παρεντερική χορήγηση από ό,τι αν χορηγηθεί δια του ορθού.

- Αν ήδη χορηγείται μορφίνη, καθορίστε μία δόση ίση με το 10-15% της ολικής 24ωρης δόσης, προκειμένου να ληφθεί σε περίπτωση που χρειαστεί (*prn*).

Οξύς σιγμός ή οξεία απόφραξη του ανώτερου αεραγωγού

- Πάρτε μια βαθιά ανάσα και παραμείνετε ήρεμοι.
- Κοιτάξτε προσεκτικά μέσα στο στόμα να δείτε αν υπάρχει κάποιο ξένο σώμα που μπορεί εύκολα να αφαιρεθεί, αλλά χρειάζεται προσοχή ώστε να μην το σπρώξετε βαθύτερα. Σε περίπτωση αμφιβολίας, παραλείψτε το βήμα αυτό και μεταβείτε στο επόμενο.
- Αν πιστεύετε ότι υπάρχει ξένο σώμα, χρησιμοποιήστε τη λαβή Heimlich στα μεγαλύτερα παιδιά, καθώς και τα χτυπήματα στη ράχη και τις θωρακικές συμπίεσεις σε παιδιά κάτω των 2 ετών.
- Χορηγήστε οξυγόνο ή το μείγμα αερίων ηλίου-οξυγόνου (εμπορική ονομασία: *Heliox*), αν είναι διαθέσιμο.
- Εκτιμήστε τη χορήγηση νεφελοποιημένης αδρεναλίνης (0,5ml/kg του διαλύματος 1:1000, ανώτατη δόση 5ml) για 10 λεπτά.
- Σκεφτείτε την τραχειοστομία, αν ενδείκνυται με βάση τη γενικότερη πρόγνωση.
- Εκτιμήστε τη χορήγηση υψηλής δόσης δεξαμεθαζόνης ενδοφλεβίως στη διάρκεια 2 λεπτών.
- Χορηγήστε μορφίνη παρεντερικά και/ή βενζοδιαζεπίνη, αν η δύσπνοια είναι σοβαρή. (Η διαζεπάμη από του στόματος ή δια του ορθού ενεργεί το ίδιο ταχέως όσο και αν χορηγηθεί παρεντερικά – η ενέσιμη διαζεπάμη μπορεί να χορηγηθεί και δια του ορθού).
- Σκεφτείτε την παραπομπή για χειρουργική εκτίμηση, ακτινοθεραπεία ή χημειοθεραπεία, αν αυτές οι επιλογές είναι διαθέσιμες.

Πνευμοθώρακας

- Οξυγόνο
- Συμπτωματική αντιμετώπιση
- Σκεφτείτε την τοποθέτηση παροχέτευσης.

Οξεία καρδιακή ανεπάρκεια

- Οξυγόνο
- Διουρητικό αγκύλης (π.χ. φουροσεμίδη)
- Ξεκινήστε τη χορήγηση ή αυξήστε τη δόση μορφίνης.

Χρόνια καρδιακή ανεπάρκεια και πνευμονική καρδιά

- Οξυγόνο
- Διουρητικά για τη μείωση του πνευμονικού οιδήματος και της δύσπνοιας
- Η αντιρετροϊκή αγωγή μειώνει τη συχνότητα ευκαιριακών λοιμώξεων του κατώτερου αναπνευστικού
- Εκτιμήστε τη χορήγηση ινóτροπων, αναστολέων του μετατρεπτικού ενζύμου της αγγιοτενσίνης, ή διγοξίνης.

Βρογχόσπασμος (π.χ. άσθμα)

- Οξυγόνο σε υψηλή ροή
- Βρογχοδιασταλτικό μέσω νεφελοποιητή, ή τουλάχιστον 10 ενεργοποιήσεις (puff) της δοσομετρικής συσκευής εισπνοών μέσω αεροθαλάμου.
- Χορήγηση στεροειδών παρεντερικά ή από του στόματος.

Πλευριτική συλλογή

- Η παροχέτευση πλευριτικού υγρού είναι αποτελεσματική βραχυχρόνια, αλλά η συλλογή υγρού μπορεί να υποτροπιάσει αν δεν διενεργηθεί πλευροδεσία, συνεπώς θα χρειαστεί να εκτιμηθεί η σχέση κόστους/οφέλους, ειδικά στην περίπτωση ασθενών με κακοήγη πλευριτική συλλογή.

HIV πνευμονία

- Άγνωστος μικροοργανισμός: χορήγηση χλωραμφενικόλης, ή αμοξυκιλλίνης, φλουκλοξακιλλίνης και γενταμικίνης, ή κεφαλοσπορινών.
- Πνευμονία από πνευμονοκύστη *carinii*: χορήγηση υψηλής δόσης τριμεθοπρίμης/ σουλφαμεθοξαζόλης, οξυγόνου, στεροειδών.

Λεμφοειδής διάμεση πνευμονίτιδα

- Φυσιοθεραπεία, χορήγηση στεροειδών κατά ώσεις, βρογχοδιασταλτικών, οξυγόνου και αντιρετροϊκής αγωγής.

Πώς αντιμετωπίζω τους σπασμούς στα παιδιά;

Μπορεί ήδη να γνωρίζετε ότι:

- Οι σπασμοί αποτελούν ένα σύμπτωμα ιδιαίτερα τρομακτικό: για το παιδί, την οικογένεια και τους επαγγελματίες υγείας.
- Οι περισσότεροι σπασμοί είναι ακίνδυνοι και αυτοπεριοριζόμενοι, χωρίς να επιφέρουν άμεσο κίνδυνο.
- Αν το παιδί είναι ασφαλές, δεν χρειάζεται απαραίτητα να προσφύγετε άμεσα στην φαρμακευτική αγωγή. Απλώς απομακρύνετε πιθανούς κινδύνους, ξαπλώστε το παιδί στο πλάι αν είναι εφικτό και χορηγήστε οξυγόνο, αν είναι διαθέσιμο.
- Οι σπασμοί είναι συχνοί στην ανακουφιστική φροντίδα παιδιών (π.χ. εξαιτίας όγκων εγκεφάλου, νευρολογικών παθήσεων, υποξίας, πυρετού, αυξημένης ενδοκράνιας πίεσης κ.λπ.).

Μπορεί να μη γνωρίζετε ότι:

- Ο χρόνος μοιάζει να περνά πιο αργά όταν παρευρισκόμαστε σε ένα επεισόδιο σπασμών, συνεπώς κοιτάξτε το ρολόι σας αμέσως μόλις ξεκινήσουν οι σπασμοί.
- Πάρτε μια βαθιά ανάσα, προσπαθήστε να μην πανικοβληθείτε και επικεντρωθείτε στο να καθησυχάσετε την οικογένεια και τους συναδέλφους σας, ενώ οι σπασμοί ακολουθούν την πορεία τους.
- Αν δεν υπάρξει βελτίωση μετά από πέντε λεπτά, ή αν το παιδί εμφανίζει κυάνωση, τότε χρειάζεται να ξεκινήσετε αγωγή.
- Μην πέσετε στην παγίδα να σκεφτείτε ότι το μόνο επιτυχές αποτέλεσμα είναι να εξαλειφθούν απολύτως οι σπασμοί. Κάτι τέτοιο μπορεί να μην είναι εφικτό.
- Στην ανακουφιστική φροντίδα παιδιών, ενδέχεται η περίπτωση όπου ένα παιδί δεν καθίσταται απολύτως ελεύθερο σπασμών ενώ τα επεισόδια σπασμών προκαλούν την ελάχιστη δυνατή δυσφορία, να συνιστά ένα «επαρκώς καλό» αποτέλεσμα.

Μια πρακτική προσέγγιση στην αντιμετώπιση των σπασμών

Σε όλες τις περιπτώσεις

- ΜΗΝ ΠΑΝΙΚΟΒΑΛΛΕΣΤΕ: πάρτε μια μεγάλη, βαθιά ανάσα, εκπνεύστε αργά και συμβουλευθείτε το ρολόι σας.
- Βεβαιωθείτε ότι το παιδί δεν διατρέχει άμεσο κίνδυνο (π.χ. από πτώση, εγκαύματα, πνιγμό).
- Μην τοποθετήσετε κανένα αντικείμενο στο στόμα του παιδιού (π.χ. κουτάλι, γλωσσοπίεστρο).
- Χορηγήστε οξυγόνο, αν είναι διαθέσιμο.
- Ελέγξτε τα επίπεδα της γλυκόζης στο αίμα, αν είναι εφικτό.
- Αποφύγετε να σπεύσετε στη χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής αλλά επικεντρωθείτε στον εφησυχασμό της οικογένειας και των συναδέλφων σας.
- Τοποθετήστε το παιδί σε πλάγια κατακεκλιμένη θέση μετά από το επείσώδιο σπασμών, ώστε να προλάβετε πιθανή εισρόφηση.

Μετά από 5 λεπτά

- Χορηγήστε μιδαζολάμη διά του στοματικού βλεννογόνου ή λοραζεπάμη (η ενέσιμη μορφή μπορεί να χορηγηθεί διά του στοματικού βλεννογόνου, αν δεν είναι διαθέσιμο το σκεύασμα για χορήγηση διαμέσου του στοματικού βλεννογόνου) – μπορούν επίσης να χορηγηθούν παρεντερικά.
- Εναλλακτικά χορηγήστε διαζεπάμη διά του ορθού αλλά η μορφή αυτή δρα πιο αργά.

Μη ανταπόκριση μετά από 5-10 λεπτά

- Επαναλάβετε τη δόση.

Δίχως ανταπόκριση μετά από άλλα 5-10 λεπτά

- Χορηγήστε παραλδεϋδη διά του ορθού διαλυμένη σε ίσο όγκο ελαίου.

Δεν υπάρχει ακόμη ανταπόκριση

- Στις περισσότερες περιπτώσεις, η οικογένεια θα ζητήσει τη νοσηλεία του παιδιού με σκοπό την ενδοφλέβια έγχυση φαρμάκων (συνήθως λοραζεπάμης, φαιντοϊνης, ή φαινοβαρβιτάλης).
- Σε ορισμένες περιπτώσεις, όπου το παιδί διατηρεί ακόμη ικανοποιητική

ποιότητα ζωής, μπορεί να χρειαστεί η χορήγηση αναισθητικού και η διασωλήνωσή του.

- Η συνεχιζόμενη αντιμετώπιση των σπασμών στο στάδιο αυτό θα είναι δύσκολο να πραγματοποιηθεί στο σπίτι, συνεπώς είναι κατά κανόνα απαραίτητη η νοσηλεία του παιδιού.
- Ωστόσο, σε σπάνιες περιπτώσεις, και αν η οικογένεια επιμένει να φροντίζει το παιδί στο σπίτι, θα χρειαστεί διασύνδεση με τον τοπικό ξενώνα ή το παιδιατρικό τμήμα ώστε να τοποθετηθεί υποδόρια γραμμή έγχυσης φαινοβαρβιτάλης ή φαινουτοΐνης.

Αντιμετωπίζοντας τους σπασμούς στο τέλος της ζωής

- Όπως με πολλά άλλα συμπτώματα τελικού σταδίου, οι σπασμοί στο τέλος της ζωής συχνά προκαλούν μεγαλύτερη δυσφορία στην οικογένεια του παιδιού παρά στο ίδιο το παιδί. Η οικογένεια ή οι φροντιστές χρειάζεται να προειδοποιηθούν για την πιθανότητα σπασμών στο τέλος της ζωής, ειδικά σε περιπτώσεις υψηλού κινδύνου, ενώ θα χρειαστεί και να εκπαιδευτούν στη χορήγηση των φαρμάκων. Η φαρμακευτική αγωγή θα πρέπει να υπάρχει στο σπίτι, για κάθε ενδεχόμενο.
- Η μιδαζολάμη αποτελεί το φάρμακο επιλογής (βλ. παραπάνω). Εναλλακτικά, η διαζεπάμη ή η παραλδεΐδη για χορήγηση διά του ορθού, συνήθως βοηθούν στον έλεγχο των σπασμών και μπορούν να χορηγηθούν, όταν χρειαστεί, από την ίδια την οικογένεια, αν το παιδί φροντίζεται στο σπίτι.
- Σε κάποιες περιπτώσεις μπορεί να χρειαστεί η υποδόρια έγχυση μιδαζολάμης. Ωστόσο, απαιτείται προσοχή καθώς μπορεί να αναπτυχθεί ανοχή, ενώ με τις υψηλές δόσεις μιδαζολάμης ενδέχεται να προκληθεί ταχυφυλαξία. Σε ένα τέτοιο ενδεχόμενο θα πρέπει να χορηγηθούν φαινοβαρβιτάλη ή φαινουτοΐνη.

Πώς αντιμετωπίζω τη σπαστικότητα και τη δυστονία στα παιδιά;

Μπορεί ήδη να γνωρίζετε ότι:

- Σπαστικότητα είναι η σκληρία/ακαμψία των μυών, ενώ η δυστονία αφορά παρατεταμένες μυϊκές συσπάσεις (μυϊκοί σπασμοί).
- Μπορούν να προκληθούν από γενετικές ανωμαλίες, περιγεννητική ασφυξία, εγκεφαλοπάθεια, λοίμωξη, υποξία, εγκεφαλική αιμορραγία, φάρμακα (π.χ. μετοκλοπραμίδη, φαινοθειαζίνες) ή από άλλα αίτια που προκαλούν βλάβη των νεύρων.
- Ο μυϊκός σπασμός είναι πολύ επώδυνος (σκεφτείτε τις κράμπες στα πόδια ή τις ωδίνες του τοκετού).
- Η σπαστικότητα και η δυστονία μπορεί να είναι τόσο σοβαρές που ενδέχεται να οδηγήσουν σε υπεξάρθρωμα ή εξάρθρωση των μεγάλων αρθρώσεων (φανταστείτε πόσο επώδυνη μπορεί να είναι μια τέτοια κατάσταση).

Μπορεί να μη γνωρίζετε ότι:

- Η δυστονία και η σπαστικότητα συνήθως συνυπάρχουν.
- Οι επαγγελματίες υγείας συχνά παραγνωρίζουν τη δυστονία ως αιτία πόνου και άλλων συμπτωμάτων.
- Η δυστονία και η σπαστικότητα, αν και συχνά συνυπάρχουν, βασίζονται ωστόσο σε ελαφρά διαφορετικούς μηχανισμούς που είναι σημαντικοί για την κατανόηση της θεραπευτικής προσέγγισης.
- Η σπαστικότητα μπορεί να προκληθεί από βλάβη στον εγκέφαλο η οποία μειώνει τη δράση του GABA (γ-αμινοβουτυρικού οξέος, ενός νευροδιαβιβαστή που προάγει τη μυϊκή χαλαση).
- Η δυστονία οφείλεται σε βλάβη στις εν τω βάθει στοιβάδες του εγκεφάλου (όπως τα βασικά γάγγλια, τον θάλαμο και την παρεγκεφαλίδα), η οποία συνεπάγεται μεταβολή στη δραστηριότητα της ντοπαμίνης και της ακετυλοχολίνης.
- Εκτός από τον πόνο, η σπαστικότητα και η δυστονία επιφέρουν και άλλες σημαντικές επιπτώσεις στη ζωή ενός παιδιού, όπως ελαττωμένη ή απύουσα κινητικότητα (μπορεί να αφορά ακόμη και τον έλεγχο των κινήσεων), έντονη

κόπωση, μυϊκές συσπάσεις που προκαλούν παραμόρφωση οστών και αρθρώσεων και μειωμένη / ασύμμετρη ανάπτυξη των οστών με συνέπεια κοντό ανάστημα και / ή παραμορφώσεις, υπερβολικές εκκρίσεις, σιελόρροια και σιτιστικά προβλήματα λόγω δυσκινησίας του γαστρεντερικού σωλήνα.

- Η δυστονία μπορεί να εκλυθεί από οτιδήποτε ενδέχεται να προκαλέσει ένα αίσθημα «εκνευρισμού» (π.χ. πόνος, κρύο, πυρετός, άγχος, ισχυροί θόρυβοι, πληρότητα κύστης ή εντέρου, ναυτία).
- Καθώς η δυστονία η ίδια προκαλεί πόνο και άγχος, τα παιδιά μπορεί πολύ γρήγορα να εισαχθούν σε έναν φαύλο κύκλο (πόνος ή άγχος που προκαλεί δυστονία, η οποία επιφέρει περισσότερο πόνο και άγχος κ.ο.κ.).
- Η αντιμετώπιση της σπαστικότητας και της δυστονίας είναι περίπλοκη και τα σχετικά φάρμακα εμφανίζουν πολλές ανεπιθύμητες ενέργειες που μπορεί να περιορίσουν τη χρήση τους.
- Οι μη φαρμακευτικές προσεγγίσεις αποτελούν συνεπώς ιδιαίτερα χρήσιμες πρακτικές.
- Η δυστονία δεν αποτελεί όμοια κατάσταση με την επιληψία, υφίσταται ωστόσο ένας βαθμός αλληλοεπικάλυψης ανάμεσα στις δύο και συχνά συνυπάρχουν.

Πρακτική αξιολόγηση της σπαστικότητας και της δυστονίας

- Η δυστονία βασίζεται στην κλινική διάγνωση, συνεπώς αν θεωρείτε ότι ένα παιδί μπορεί να εμφανίζει δυστονία και δεν είστε σίγουροι, παραπέμψτε σε έναν συνάδελφο.
- Στόχοι της αξιολόγησης
 - Επιβεβαίωση της παρουσίας της δυστονίας και έπειτα αναζήτηση πιθανών αιτιών και συν-νοσηρότητας, της επίπτωσης στη λειτουργική κατάσταση του παιδιού, των εκλυτικών αιτιών και ενδεχόμενων επιπλοκών.
- Πιθανές αιτίες
 - Είναι συνήθως προφανείς στην ανακουφιστική φροντίδα παιδιών – αν όχι, πιθανά αίτια θα αναζητηθούν στην περίοδο της εγκυμοσύνης, του τοκετού, στα πρώτα έτη της ζωής, στην ανάπτυξη, σε φαρμακευτικούς παράγοντες και στο οικογενειακό ιστορικό.

- Συν-νοσηρότητα
 - Αναζητήστε σπαστικότητα, προβλήματα αρθρώσεων, σημεία δυσκινησίας του πεπτικού και ιστορικό σπασμών.
- Επίπτωση στη λειτουργικότητα
 - Δείτε την ενότητα με τίτλο: «Πώς αξιολογώ και αντιμετωπίζω όλες τις ανάγκες ενός παιδιού και της οικογένειάς του;» για περισσότερες λεπτομέρειες, αλλά ένας άριστος τρόπος για να αξιολογηθεί η λειτουργική κατάσταση του παιδιού είναι να ερωτηθεί το παιδί ή η οικογένεια να περιγράψουν με λεπτομέρεια τη συνηθισμένη τους καθημερινότητα για ένα πλήρες 24ωρο.
- Εκλυτικά αίτια
 - Οτιδήποτε θα μπορούσε να δημιουργήσει αίσθημα έντασης ή στρες είναι πιθανό να αποτελέσει ενδεχόμενο εκλυτικό αίτιο δυστονικού σπασμού στο πλαίσιο της παιδιατρικής ανακουφιστικής φροντίδας. Συνήθη εκλυτικά αίτια αποτελούν ο πόνος, η κατακράτηση ούρων, η δυσκοιλιότητα, η παρεμπόδιση νόσος, οι δυνατοί ήχοι, ο έντονος φωτισμός, η μη οικεία επαφή, οι ασυνήθιστες θέσεις του σώματος και οι σπασμοί.
- Επιπλοκές
 - Αναζητήστε τυχόν πόνο, γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση, δυσκοιλιότητα, προβλήματα αρθρώσεων, οδοντική τερηδόνα, υποτροπιάζουσες πνευμονικές λοιμώξεις, άγχος και διέγερση.
- Εξέταση
 - Προσπαθήστε να προσδιορίσετε το είδος της δυστονίας, να αξιολογήσετε το επίπεδο λειτουργικής επιβάρυνσης του παιδιού, να αναζητήστε τυχόν συν-νοσηρότητα και επιπλοκές, καθώς και να διαπιστώσετε ενδεχόμενες άλλες διαταραχές της κινητικότητας. Είναι πολύ χρήσιμο να ζητηθεί από την οικογένεια να βιντεοσκοπήσουν τα επεισόδια, καθώς το παιδί μπορεί να μην εμφανίζει δυστονία όταν το συναντήσετε.

Μια πρακτική προσέγγιση στην αντιμετώπιση της σπαστικότητας και της δυστονίας

Σε όλες τις περιπτώσεις

- Πραγματοποιήστε μια πλήρη λειτουργική αξιολόγηση και αντιμετωπίστε προβλήματα που αφορούν την κινητικότητα, τη θέση του σώματος, τη σίτιση, το λουτρό καθαριότητας κ.λπ.
- Ακούστε την οικογένεια: κάθε παιδί είναι διαφορετικό και οι περισσότερες οικογένειες έχουν καταλήξει σε ορισμένες θέσεις του σώματος, τεχνικές και ιδέες που βοηθούν στη χαλάρωση των συσπάσεων.
- Εντοπίστε όλες τις δυνατότητες υποστήριξης στο πλαίσιο της κοινότητας και συντονίστε μια συνολική προσέγγιση από ομάδα ειδικών.
- Εξασφαλίστε την εφαρμογή ήπιων χειρισμών στο παιδί από οικεία πρόσωπα, καθώς και ένα ήσυχο περιβάλλον.
- Εκπαιδεύστε τον φροντιστή πώς να πραγματοποιεί τακτική φυσιοθεραπεία.
- Τα ζεστά μπάνια ή η υδροθεραπεία συνήθως βοηθούν.

Αντιμετωπίστε τις αιτίες

- Διακόψτε τη χορήγηση φαρμάκων που δρουν αιτιολογικά.
- Ελέγξτε αν υπάρχουν δυσκοιλιότητα ή κατακράτηση ούρων.
- Εξασφαλίστε ένα οικείο, άνετο και ήσυχο περιβάλλον.
- Απομακρύνετε και αντιμετωπίστε όλες τις αιτίες πόνου, όσο είναι δυνατόν.
- Προσπαθήστε να ελέγξετε οποιαδήποτε επιληπτική δραστηριότητα.

Αναλγησία

- Αν και τα απλά αναλγητικά δεν είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικά στον πόνο λόγω δυστονίας, δεν είναι απαραίτητως μη δραστικά, αξίζει συνεπώς η προσπάθεια να δοκιμαστούν ως μέρος ενός γενικότερου θεραπευτικού σχήματος, με βάση την καθιερωμένη προσέγγιση του Π.Ο.Υ. για την αντιμετώπιση του πόνου.

Ειδικά φάρμακα

- Σύμφωνα με την εμπειρία του συγγραφέα, τα φάρμακα για τη σπαστικότητα και τη δυστονία εμφανίζουν ιδιαίτερα κυμαινόμενη και ατελή αποτελεσματικότητα, ενώ σπάνια επαρκούν αφ'εαυτών.

- Τα φάρμακα για τη δυστονία μπορεί να βελτιώσουν τον μυϊκό τόνο αλλά γενικά ενδέχεται να έχουν επιπτώσεις στη λειτουργικότητα ή στην ποιότητα ζωής του παιδιού (π.χ. μια μυϊκή σύσπαση μπορεί να αποτελεί τη μόνη συνθήκη που επιτρέπει σε ένα παιδί να καθίσει ή να σταθεί όρθιο).
- Τα φάρμακα για τη δυστονία μπορεί να προκαλέσουν καταστολή και άλλες ανεπιθύμητες ενέργειες, όπως σοβαρού βαθμού σιελόρροια.
- Δοκιμάστε τη χορήγηση βακλοφαίνης και/ή διαζεπάμης (ή άλλης βενζοδιαζεπίνης) ως φάρμακα πρώτης γραμμής καθώς μπορεί να βοηθήσουν τόσο στη σπαστικότητα όσο και στη δυστονία.
- Η τιζανιδίνη και το δαντρολένιο μπορούν επίσης να αποβούν χρήσιμα φάρμακα τόσο για τη σπαστικότητα όσο και για τη δυστονία καθώς αποτελούν χαλαρωτικά των σκελετικών μυών.
- Αν οι μυϊκές συσπάσεις δεν βελτιώνονται, τα αντιχολινεργικά (όπως η βενζτροπίνη) ή οι αναστολείς της ντοπαμίνης (όπως η τετραβεναζίνη) μπορεί να βοηθήσουν.
- Προτείνεται η αξιολόγηση από έναν νευρολόγο, αν είναι εφικτό.

Φυσικά μέσα

- Ανάλογα με τη θέση της δυστονίας, ποικίλα τοπικά και φυσικά μέσα μπορούν να χρησιμοποιηθούν.
- Η βοτουλινική τοξίνη που ενίεται άμεσα στους δυστονικούς μύες μπορεί να αποβεί ιδιαίτερα αποτελεσματική, αν είναι διαθέσιμη. Ενδέχεται να απαιτηθούν αρκετές εβδομάδες για να επιτευχθεί το μέγιστο αποτέλεσμα.
- Η ενδοθηκική συνεχής έγχυση βακλοφαίνης μπορεί να είναι χρήσιμη στην περίπτωση γενικευμένης δυστονίας.
- Η χειρουργική απελευθέρωση μυών μπορεί να βοηθήσει σε περιπτώσεις όπου η σπαστικότητα ή η δυστονία προκαλούν επώδυνη ή δυσλειτουργική παραμόρφωση, υπεξαρθρήματα ή εξαρθρήματα.
- Οι κηδεμόνες, η σπονδυλοδεσία ή η τοποθέτηση ράβδων στη σπονδυλική στήλη δεν αντιμετωπίζουν τις συσπάσεις ή τη σπαστικότητα αλλά βοηθούν στη μείωση της παραμόρφωσης της σπονδυλικής στήλης (άρα και των επακόλουθων δευτερογενών επιπτώσεων). Απαιτείται ωστόσο προσοχή καθώς οι κηδεμόνες μπορεί εν τέλει να επιφέρουν περισσότερο πόνο, αν οι μυϊκές συσπάσεις συμπιέζουν το σώμα του παιδιού πάνω στον κηδεμόνα.

Πώς αντιμετωπίζω τα δερματικά προβλήματα στην παιδιατρική ανακουφιστική φροντίδα;

Μπορεί ήδη να γνωρίζετε ότι:

- Τα δερματικά προβλήματα είναι πολύ συχνά.
- Τα δερματικά προβλήματα είναι ιδιαίτερα δυσάρεστα, ενδέχεται ωστόσο οι επαγγελματίες υγείας να τα παραγνωρίζουν ή να τα υποτιμούν.
- Τα περισσότερα δερματικά προβλήματα υποχωρούν με απλές συμβουλές που αφορούν τη φροντίδα του δέρματος.
- Υπάρχουν απλοί και συστηματικοί τρόποι προσέγγισης στην αντιμετώπιση των προβλημάτων του δέρματος – ακόμη και αν δεν είναι επακριβώς γνωστή η υποκείμενη αιτία.

Μπορεί να μη γνωρίζετε ότι:

- Εκτιμάται ότι το 92% των ασθενών με HIV θα εμφανίσουν δερματικά προβλήματα στην πορεία της νόσου.⁶⁴
- Οι πιο συχνές αιτίες δερματικών προβλημάτων στο HIV/AIDS στα παιδιά είναι οι βακτηριακές λοιμώξεις, οι μυκητιασικές λοιμώξεις, οι ιογενείς λοιμώξεις (ιδίως ο έρπης) και οι παρασιτώσεις (ειδικά η ψώρα).
- Καθώς το HIV/AIDS εξελίσσεται σε προχωρημένα στάδια, τα δερματολογικά προβλήματα γίνονται πιο σοβαρά και εμφανίζονται καταστάσεις όπως η καντιντίαση, η τριχωτή λευκοπλακία στόματος, η θυλακίτιδα, ο απλός έρπης και η (μολυσματική) τέρμινθος.⁶⁵
- Τα παιδιά που εμφανίζουν νεοπλασματικές παθήσεις μπορεί επίσης να παρουσιάσουν καρκινικές (μυκητοειδείς) εξελκώσεις, έλκη και υπεριδρωσία (ειδικά στα λεμφώματα).

Πώς διερευνώ τι συμβαίνει;

Είναι πάντα προτιμότερο να αναζητά κανείς εικόνες για τα εξανθήματα και τα σημάδια του δέρματος, παρά να διαβάζει για αυτά. Δεν θα ήταν εφικτό το παρόν βιβλίο να συνοδεύεται από έναν άτλαντα εξανθημάτων, αλλά

μπορεί να βρει κανείς μια πηγή άριστη και ελεύθερα προσβάσιμη μέσω του διαδικτύου στον σύνδεσμο <http://www.dermatlas.net/> (όπως κατά τον χρόνο εκτύπωσης του παρόντος βιβλίου).

Ωστόσο, αν δεν είναι δυνατό να εξακριβώσετε μια περίπτωση και δεν έχετε κάποιον να αποταθείτε για συμβουλή, ο ακόλουθος πίνακας μπορεί αποβεί ιδιαίτερα επιβοηθητικός.

Υπάρχει κνησμός		Δεν υπάρχει κνησμός	
Συνυπάρχουν βλατίδες; • Αν ναι: σκεφτείτε τις κνησμώνες βλατιδώδεις δερματοπάθειες • Αν όχι: σκεφτείτε την ξηροδερμία, την ατοπία ή τη δερματίτιδα εξ επαφής.	Συνυπάρχουν βλατίδες; • Αν ναι: σκεφτείτε τη μολυσματική τέρμινω, τις μυρμηγκιές ή το σάρκωμα Karosi	Συνυπάρχουν φουσαλίδες; • Αν ναι: σκεφτείτε τον απλό έρπητα, τον έρπητα ζωστήρα, ή τη σταφυλοκοκκική λοίμωξη	Είναι το δέρμα ξηρό, με απολέπιση, ή παρατηρούνται λεπτές πλάκες; • Αν ναι: σκεφτείτε τη σμηγματορροϊκή δερματίτιδα, τη μυκητιασική λοίμωξη ή την ψωρίαση
Αν παραμένουν αμφιβολίες ή δεν υπάρχει ανταπόκριση στην αγωγή: σκεφτείτε τις φαρμακευτικές αντιδράσεις (ιδιαίτερα όταν λαμβάνονται τριμεθοπρίμη-σουλφαμεθοξαζόλη, αντιρετροϊκά ή αντιφυματικά φάρμακα). Αναζητήστε τη συμβουλή ειδικού.			

Πώς παρέχω γενική φροντίδα δέρματος;

Σχεδόν όλες οι καταστάσεις του δέρματος θα βελτιωθούν σε έναν βαθμό με τη γενικότερη φροντίδα του δέρματος,⁶⁶ συνεπώς προτρέπετε τακτικά σε αυτήν όλες τις οικογένειες.

Παρέμβαση	Σκεπτικό παρέμβασης
Αποφύγετε τον σχολαστικό καθαρισμό του δέρματος, το μπάνιο ή το ντους πάνω από μία φορά την ημέρα. Μην χρησιμοποιείτε σαπούνι ή βρεφικό αφρόλουτρο, αλλά υποκατάστατο με υδατική κρέμα ή γαλακτωματοποιητική αλοιφή ή λάδι καθαρισμού. Χρησιμοποιείτε ένα πλούσιο ενυδατικό προϊόν μετά το μπάνιο (π.χ. υδατική κρέμα, γαλακτωματοποιητική αλοιφή). Ενυδατώστε όλο το σώμα χρησιμοποιώντας ένα πλούσιο ενυδατικό προϊόν τουλάχιστον 3 φορές την ημέρα. Προκαλέστε υδατμούς στο περιβάλλον βράζοντας νερό.	Προλαμβάνει την ξηρότητα και την απομάκρυνση της φυσικής υγρασίας του δέρματος. Το ξηρό δέρμα αποκτά ρωγμές και έτσι γίνεται πιο ευάλωτο στις λοιμώξεις και τα αλλεργιογόνα.
Χρησιμοποιήστε μαλακούς σπόγγους που δεν προκαλούν απόξεση, πανάκια και πετσέτες για το πλύσιμο. Στεγνώστε το δέρμα με ελαφρά χτυπηματάκια και όχι με τριβή.	Προλαμβάνει τον μηχανικό ερεθισμό του δέρματος.

Διατηρήστε τα νύχια των χεριών κοντά και λεία. Ενθαρρύνετε το παιδί να μην ξύνεται αλλά να χρησιμοποιεί τις θηλές των δακτύλων για να τρίβει τα σημεία όπου νιώθει κνησμό. Φορέστε στα μικρά παιδιά γάντια χωρίς χωρίσματα για τα δάκτυλα, ώστε να προλάβετε βλάβες λόγω ξεσμού με τα νύχια.	
Χρησιμοποιήστε γαλακτικό οξύ, ουρία (κρέμα ουρίας 10%), ενυδατικά προϊόντα γαλακτικού νατρίου, ή σαλικυλικό οξύ 20% για την αντιμετώπιση του κνησμού.	Ενυδατώνουν το δέρμα ή βοηθούν στη διατήρηση της υγρασίας του.
Διατηρήστε τις κρέμες και τις αλοιφές για τοπική χρήση, δροσερές, ή τοποθετήστε τες στο ψυγείο.	Η αίσθηση κρύου έχει αντικνησμώνδη δράση.
Αποφύγετε εφαρμοστά ή μη απορροφητικά ρούχα.	Προφύλαξη από μηχανικό ερεθισμό.
Προτιμήστε προϊόντα ελεύθερα αρωμάτων παρά αρωματισμένα.	Τα αρωματισμένα προϊόντα μπορεί να περιέχουν καλυπτικό άρωμα το οποίο ενδέχεται να προκαλέσει αλλεργικές αντιδράσεις σε ορισμένους ασθενείς.
Αποφύγετε κρέμες με βάση τη λανολίνη.	Προκαλεί σε υψηλή συχνότητα αλλεργική αντίδραση.

Πώς αντιμετωπίζω το κνησμό/δερμα;

Συνήθη αίτια

Οι συνηθέστερες αιτίες στο πλαίσιο της ανακουφιστικής παιδιατρικής φροντίδας, είναι:

- Απλή ξηρότητα δέρματος (ξηροδερμία)
- Ατοπική δερματίτιδα
- Δερματίτιδα εξ επαφής
- Ψώρα
- Ανεμευλογιά
- Αποφρακτικός ίκτερος.

Σε όλες τις περιπτώσεις

- Βασική γενική φροντίδα δέρματος (βλ. παραπάνω).
- Προσπαθήστε να ταυτοποιήσετε και να απομακρύνετε αλλεργιογόνα και ερεθιστικούς παράγοντες.
- Χρησιμοποιήστε άφθονες ποσότητες ενυδατικών προϊόντων ώστε να «παγιδεύσετε» την υγρασία εντός του δέρματος.
- Χρησιμοποιήστε κρέμες φραγμού (όπως το οξείδιο του ψευδαργύρου) σε σημεία όπου η τριβή είναι αναπόφευκτη (π.χ. στην περιοχή της πάνας).
- Οι κρέμες που περιέχουν ουρία μπορεί να βοηθήσουν.
- Τα ήπια κατασταλτικά αντιισταμινικά, ειδικά όταν χορηγηθούν κατά τη βραδινή κατάκλιση με σκοπό την πρόληψη του κνησμού, μπορεί επίσης να είναι επιβοηθητικά (π.χ. διφαινυδραμίνη ή χλωροφαινεραμίνη).

Κνησμός

- Δοκιμάστε τα υγρά επιθέματα: υγράνετε ένα βαμβακερό ύφασμα βουτώντας το σε υπερμαγγανικό κάλιο, νερό ή φυσιολογικό ορό.
- Απλώστε τα επιθέματα αυτά πάνω από αλοιφή στεροειδών (για τον κνησμό) και/ή ιωδιούχο ποβιδόνη (για τη λοίμωξη).

Δερματικές βλάβες

- Χρησιμοποιήστε επαρκείς ποσότητες κρέμας στεροειδούς (στεροειδή ήπιας δράσης για το πρόσωπο ή τις πτυχές, μέτριας ή ισχυρής δράσης για δέρμα μεγαλύτερου πάχους).
- Χρησιμοποιήστε μια «χαμηλότερη» βαθμίδα ισχύος στεροειδών σε βρέφη και νεογνά (αρχίστε με υδροκορτιζόνη 0,5%).
- Σε υποψία λοίμωξης, προσθέστε φλουκλοξακιλλίνη.

Σμηγματορροϊκή δερματίτιδα

- Σαμπουάν με θειούχο σελήνιο
- Ή αντιμυκητιασικές κρέμες
- Επιπροσθέτως τοπικά στεροειδή.

Πώς αντιμετωπίζω τις κνησμώνδεις βλατιδώδεις δερματοπάθειες (Papular Pruritic Eruptions – PPE);

Οι κνησμώνδεις βλατιδώδεις δερματοπάθειες είναι πολύ συχνές στην παιδιατρική ανακουφιστική φροντίδα, ιδιαίτερα σε παιδιά με HIV/AIDS. Στις αιτίες περιλαμβάνονται:

- Νυγμοί εντόμων και παρασιτώσεις (π.χ. ψώρα, ψύλλοι, κοριοί)
- Αλλεργίες (π.χ. βλατιδώδης κνίδωση)
- Λοιμώξεις
- Θυλακίτιδα
- Μυκητιασικές λοιμώξεις.

Γενική αντιμετώπιση

- Όπως για το κνησμώνδες ξηρό δέρμα, βλ. παραπάνω
- Τοπικά στεροειδή (αρχίστε με υδροκορτιζόνη 1% και αυξήστε την ισχύ του κορτικοειδούς κατά περίπτωση)

- Τοπικά αντικνησμάδη, όπως υδατική κρέμα (π.χ. UEA: Unguentum emulsificans aquosum) με μενθόλη 1% ή λοσιόν καλαμίνης
- Εκτιμήστε τη χορήγηση κατασταλτικών αντιϊσταμινικών, όπως η προμεθαζίνη ή η χλωροφαινυραμίνη.

Ψώρα

- Χορηγήστε αγωγή σε όλη την οικογένεια.
- Πλύνετε όλα τα ρούχα και τα κλινოსκεπάσματα.
- Χρησιμοποιήστε κρέμα περμεθρίνης 5%.
- Εφαρμόστε βενζοϊκό βενζύλιο 25% και ξεπλύνετε μετά από 24 ώρες (για τα μικρότερα παιδιά διαλύστε το σε αναλογία 1:2 σε νερό).
- Λοσιόν με γάμα βενζοϊκό εξαχλωρίδιο 1%: εφαρμόστε και ξεπλύνετε με νερό μετά από 24 ώρες.
- Αλοιφή θείου 5-10%: εφαρμόστε καθημερινά για 3 μέρες (προτιμότερο για νεαρά βρέφη).
- Προσθέστε φλουκλοξακιλλίνη καθώς η συνοδός σταφυλοκοκκική λοίμωξη είναι συχνή.

Θυλακίτιδα

- Αντιμετωπίστε την εμπειρικά με χρήση παραγόντων δραστικών έναντι μυκητιασικών και βακτηριακών λοιμώξεων, όπως και έναντι των ακάρεων με την ονομασία Demodex (δεμόδικας), συγχορηγώντας και έναν αντιφλεγμονώδη παράγοντα.
- Παραδείγματα αποτελούν τα εξής: κλοτριμαζόλη ή κετοконаζόλη, ερυθρομυκίνη (τοπικά ή από του στόματος), λοσιόν ή διάλυμα μετρονιδαζόλης 0,75%, με προσθήκη στεροειδούς (μέτριας ισχύος).
- Αντιμετωπίστε ελκώδεις βλάβες και δοθιήνες με αντιβιοτικά από του στόματος (π.χ. κλοξακιλλίνη ή ερυθρομυκίνη).
- Αν η βλάβη είναι εκτεταμένη ή ανθεκτική, δοκιμάστε αντιμυκητιασικά από του στόματος.

Λοιμώξεις από μύκητες και ζυμομύκητες

- Χορηγήστε τοπικά αντιμυκητιασικά, αν είναι εντοπισμένες.
- Αν είναι εκτεταμένες, χρησιμοποιήστε αντιμυκητιασικά με συστηματική χορήγηση.

Πώς αντιμετωπίζω τις μη κνησμών κηλίδες και πλάκες που εμφανίζουν απολέπιση;

Οι κυριότερες αιτίες των κηλίδων και πλακών με απολέπιση στην ανακουφιστική φροντίδα παιδιών, είναι οι εξής:

- Σμηγματορροϊκή δερματίτιδα: επιφανειακό, μη κνησμών, λιπαρό εξάνθημα με απολέπιση, συνήθως με κλασική κατανομή στις ρινοχειλικές πτυχές, τα αυτιά, τα φρύδια, το μέτωπο (εξάνθημα ωστόσο που μπορεί να είναι πολύ πιο σοβαρό και εκτεταμένο στο AIDS).
- Ψωρίαση: υπάρχουν δύο μορφές
 - Πλακώδης: συνήθως παρατηρούνται παχύτερες πλάκες, οι οποίες όταν τις διατρέξετε με το δάκτυλό σας, διαπιστώνετε ότι εκτείνονται σε βάθος – εμφανίζονται συνήθως στις εκτατικές επιφάνειες.
 - Άτυπη: μπορεί να παρουσιαστεί (ειδικά σε ασθενείς με AIDS) ως «ερυθροδερμική» (ιδιαίτερα εκτεταμένη και επώδυνη, το δέρμα φλεγμαίνει και απολεπίζεται) ή «φλυκταινώδης» (φλύκταινες που αναπτύσσονται σε μεγάλη έκταση, συχνά συνυπάρχει ερυθρόδερμα).
- Μυκητιασικές λοιμώξεις: εμφανίζονται συνήθως σε περιοχές με εφίδρωση, συχνά έχουν ασύμμετρη κατανομή, κατά κανόνα ξεκινούν ως μικρού μεγέθους και βαθμιαία επεκτείνονται.

Όλα τα παραπάνω είναι πολύ πιο συνήθη στο HIV/AIDS.

Σε όλες τις περιπτώσεις

- Γενική φροντίδα δέρματος, όπως αναφέρθηκε παραπάνω.

Σμηγματορροϊκή δερματίτιδα

- Οι φλεγμονώδεις βλάβες στο πρόσωπο μπορούν να αντιμετωπιστούν με ήπιας ισχύος τοπικά κορτικοστεροειδή (π.χ. υδροκορτιζόνη 1%).
- Αντιμυκητιασικοί παράγοντες, όπως τα σαμπουάν με θειούχο σελήνιο, ή η κρέμα κλοτριμαζόλης ή κετοконаζόλης για τοπική χορήγηση, μπορεί να είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικοί.
- Το ξηρό δέρμα με απολέπιση μπορεί να αντιμετωπισθεί με σαμπουάν με βάση την πίσσα ή το σαλικυλικό οξύ.
- Βελτιώνεται με αντιρετροϊκή αγωγή στα παιδιά με HIV λοίμωξη.

Ψωρίαση

- Τα τοπικά στεροειδή μέτριας ισχύος (κατηγορίες I, II, ή III) μειώνουν τη φλεγμονή.
- Οι τοπικοί κερατολυτικοί παράγοντες, όπως η πίσσα και το σαλικυλικό οξύ, μειώνουν την απολέπιση.
- Τα παράγωγα της βιταμίνης D (π.χ. καλσιποτριόλη, αν είναι διαθέσιμη) μειώνουν τη φθορά και απόπτωση των κυττάρων.
- Η γενικευμένη νόσος μπορεί να απαιτεί συστηματική θεραπεία, η οποία ενδέχεται ωστόσο να προκαλέσει προβλήματα λόγω ανοσοκαταστολής (π.χ. χορήγηση μεθοτρεξάτης).

Μυκητιασικές λοιμώξεις

- Διατηρήστε τις πτυχές του σώματος καθαρές και ξηρές – εφαρμόστε άλευρο αραβοσίτου ή ταλκ (πούδρα).
- Αρχικά δοκιμάστε τα τοπικά σκευάσματα αντιμυκητιασικών για 2-3 εβδομάδες, π.χ. υδατικό διάλυμα ιώδους της γεντιανής 0,5% ή αλοιφή Whitfield (Σ.τ.Μ.: 6% βενζοϊκό οξύ και 3% σαλικυλικό οξύ) ή κρέμα ιμιδαζόλης, όπως κλοτριμαζόλη 1%.
- Χρησιμοποιήστε αντιμυκητιασικά φάρμακα από του στόματος, αν δεν διαπιστώνεται ανταπόκριση ή πρόκειται για εκτενή λοίμωξη (π.χ. γκριζεοφουλβίνη, φλουκοναζόλη, κετοκοναζόλη, ιτρακοναζόλη, ή τερβιναφίνη).
- Απαιτείται προσοχή για το ενδεχόμενο φαρμακευτικών αλληλεπιδράσεων σε ασθενείς που λαμβάνουν αντιρετροϊκά φάρμακα. Μπορεί να χρειαστεί η διενέργεια βιοχημικού ηπατικού ελέγχου σε τακτά διαστήματα.
- Για δερματοφυτιάσεις σώματος και τριχωτού κεφαλής, κατά κανόνα απαιτείται αγωγή με γκριζεοφουλβίνη για 6 εβδομάδες ή περισσότερο, ενώ οι λοιμώξεις των ονύχων χρειάζονται αρκετές εβδομάδες για να υποχωρήσουν.

Πώς αντιμετωπίζω τις μη κνησμώδεις βλατίδες και τα οζίδια;

Στην παιδιατρική ανακουφιστική φροντίδα, οι περισσότερες μη κνησμώδεις βλατίδες οφείλονται σε μολυσματική τέρμινθο ή σε μυρμηγκιές.

Μολυσματική τέρμινθος

- Αφήστε τη χωρίς αγωγή και καθυστερήστε τον ασθενή. Αν προκαλείται δυσφορία, μπορεί να δοκιμασθούν τοπικές λυτικές μέθοδοι, συνήθως όμως δεν είναι αποτελεσματικές.

Μυρμηγκιές

- Τοπικό διάλυμα ποδοφυλλίνης 25% ή τριχλωροξικού οξέος 50%, ή τοπικές λυτικές μέθοδοι, αν προκαλούν δυσφορία (αλλά με αμφίβολο όφελος).
- Οξυτενή κονδυλώματα (σοβαρές ακροχορδονοειδείς αλλοιώσεις σε παιδιά με HIV/AIDS): συνήθως βελτιώνονται με αντιρετροϊκά και την τοπική αγωγή που αναφέρθηκε παραπάνω, αλλά μπορεί να απαιτηθούν λυτικές μέθοδοι, κάποιες φορές ακόμη και ακτινοθεραπεία.

Πώς αντιμετωπίζω τις επώδυνες φλυκταινώδεις αλλοιώσεις;

Στο πλαίσιο της παιδιατρικής ανακουφιστικής φροντίδας, οι επώδυνες φλυκταινώδεις δερματικές αλλοιώσεις συνήθως οφείλονται στον έρπητα (απλό ή ζωστήρα). Κατά κανόνα προηγείται πόνος, κνησμός και αιμωδία σε ένα δερμοτόμιο και ακολουθεί η έκχυση των φυσαλίδων οι οποίες ρήγνυνται και σχηματίζουν έλκη και εν τέλει εφελκίδες. Σε περιπτώσεις HIV σε προχωρημένα στάδια, οι βλάβες μπορεί γίνουν διάσπαρτες.

Εντοπισμένες αλλοιώσεις

- Ανακούφιση του πόνου με χρήση των κατευθυντήριων οδηγιών του Π.Ο.Υ.
- Τοπικά αντισηπτικά με στόχο την πρόληψη δευτερογενούς μόλυνσης. Σύμφωνα με ανέκδοτα δεδομένα, ο χυμός από κομμένα φύλλα του φυτού πλουμέρια έχει τοπική αναισθητική δράση.
- Ακυκλοβίρη τοπικά για βλάβες μικρής έκτασης ή από του στόματος για μεγαλύτερου μεγέθους αλλοιώσεις.
- Χορηγήστε αγωγή προφύλαξης σε ανοσοκατεσταλμένα άτομα που ήρθαν σε επαφή με πάσχοντα, με ανοσοσφαιρίνη ανεμευλογιάς – έρπητα ζωστήρα (VZIG) 125U ανά 10 kg (ανώτατη δόση: 625U), εντός 48-96 ωρών από την έκθεση.

Έρπητας ζωστήρας

- Όπως αναφέρθηκε παραπάνω. Κατά κανόνα προτείνεται η συστηματική χορήγηση ακυκλοβίρης.
- Χορηγήστε αγωγή προφύλαξης σε ανοσοκατεσταλμένα άτομα που ήρθαν σε επαφή με πάσχοντα, με ανοσοσφαιρίνη ανεμευλογιάς – έρπητα ζωστήρα (VZIG) 125U ανά 10 kg (ανώτατη δόση: 625U), εντός 48-96 ωρών από την έκθεση.

Ευρέως διεσπαρμένες βλάβες

- Αξιολογήστε την περίπτωση νοσηλείας ασθενούς με AIDS, ειδικά αν οι δερματικές βλάβες είναι διάσπαρτες, συστηματικές, ή ο ασθενής δεν μπορεί να λάβει φάρμακα από του στόματος.

Πώς αντιμετωπίζω τις καρκινικές (μυκητοειδείς) εξελκώσεις;

Οι όγκοι του δέρματος παρατηρούνται σχετικά συχνά στην παιδιατρική ανακουφιστική φροντίδα, ιδιαίτερα σε παιδιά με HIV/AIDS.

Σε όλες τις περιπτώσεις βλαβών με εξέλκωση

- Καθαρίστε τακτικά την περιοχή με φυσιολογικό ορό.
- Χρησιμοποιήστε τοπικά αντιβιοτικά π.χ. γέλη μετρονιδαζόλης (αν είναι διαθέσιμη) ή παρασκευάστε μια αντιβιοτική κρέμα (1 σωληνάριο υδατικής κρέμας, 40 θρυμματισμένα δισκία μετρονιδαζόλης των 400mg και 10mg σκόνης μορφίνης υψηλής συγκέντρωσης).
- Εκτιμήστε αν το έλκος είναι καθαρό ή νεκρωτικό όπως και αν υφίσταται εξίδρωμα χαμηλής, μέτριας ή υψηλής έκκρισης, κατόπιν επιλέξτε το σωστό είδος επιθέματος σύμφωνα με την παρακάτω λίστα.
- Αν τα επιθέματα δεν είναι διαθέσιμα, άλλες κατά περίπτωση επιλογές περιλαμβάνουν την τοπική εφαρμογή ώριμης παπάγιας για απομάκρυνση του υγρού και εφελκιστοποίηση (θρυμματισμένοι καρποί που εφαρμόζονται δύο φορές την ημέρα για 5 ημέρες⁶⁷), θρυμματισμένου άνθρακα (για αλλοιώσεις νεκρωτικές και δυσώδεις), φρέσκου γιανουρτιού, ή μελιού.

Κακοήθεις όγκοι

- Εκτιμήστε την εφαρμογή ακτινοθεραπείας και/ή χειρουργικής παρέμβασης.

Εξέλκωση δέρματος στο πλαίσιο της HIV λοίμωξης

- Η αντιρετροϊκή αγωγή συνήθως οδηγεί σε συρρίκνωση του όγκου.

Στην ακόλουθη λίστα προτείνεται μια εύλογη προσέγγιση στη χρήση επιθεμάτων στο πλαίσιο της παιδιατρικής ανακουφιστικής φροντίδας:

Έλκος καθαρό, εξίδρωμα μέτριας έως υψηλή ποσότητας (σε διαδικασία επιθηλιοποίησης)

- Γάζα παραφινούχος
- Επίθεμα πλέγματος άμεσης επαφής με βισκόζη.

Έλκος καθαρό, ξηρό, χαμηλού εξιδρώματος (σε διαδικασία επιθηλιοποίησης)

- Απορροφητικό επίθεμα με διάτρητη πλαστική μεμβράνη (film)
- Κολητικό επίθεμα με διαπερατή από την υγρασία μεμβράνη (film).

Έλκος καθαρό με εξίδρωμα (υπό κοκκιοποίηση)

- Υδροκολλοειδή επιθέματα
- Αφρώδη επιθέματα
- Αλγηνικά επιθέματα.

Έλκος καλυμμένο με εφελκίδες (εσχαροποίηση)

- Υδροκολλοειδή επιθέματα
- Επιθέματα υδρογέλης.

Ξηρά, νεκρωτικά έλκη

- Υδροκολλοειδή επιθέματα
- Επιθέματα υδρογέλης.

Πίνακας με τα είδη επιθεμάτων (παράθεση κατόπιν άδειας από τον ιστότοπο «DermNet NZ») ανευρίσκεται στον σύνδεσμο

<http://dermnetnz.org/procedures/dressings.html>.

Πώς αντιμετωπίζω την υπεριδρωσία (υπερβολική εφίδρωση);

Συνήθη αίτια στην παιδιατρική ανακουφιστική φροντίδα: η εφίδρωση είναι συχνή στο πλαίσιο αυτό και οφείλεται στο HIV/AIDS, σε λοιμώξεις, σε λεμφώματα, στη φυματίωση ενώ αποτελεί επίσης ανεπιθύμητη ενέργεια των οπιοειδών.

Σε όλες τις περιπτώσεις

- Συνήθως είναι αρκετό να εξηγήσουμε ότι δεν υποδηλώνεται κάποια δυσοίωση έκβαση και να καθησυχάσουμε την οικογένεια.
- Συχνός καθαρισμός, συμβουλευτέ τη χρήση απορροφητικών ενδυμάτων και κλινοσκεπασμάτων.

Τοπική αγωγή

- Αν είναι διαθέσιμο, χρησιμοποιήστε εξαϋδρικό χλωριούχο αργίλιο για τις περιοχές με εφίδρωση: σημειώστε ότι μπορεί να χρειαστούν αρκετές εβδομάδες για να επιτευχθεί η μέγιστη αποτελεσματικότητα. Πρέπει να χρησιμοποιείται καθημερινά στην αρχή, αλλά χρειάζεται προσοχή καθώς συχνά προκαλεί τοπικό ερεθισμό που μπορεί να αποτρέψει το παιδί από τη χρήση του καθώς νιώθει τσούξιμο. Αν δείτε ότι αρχίζει ο ερεθισμός, σταματήστε τη χρήση του για βραχύ διάστημα, χρησιμοποιήστε υδροκορτιζόνη δύο φορές την ημέρα μέχρι να υποχωρήσει και μετά ξαναρχίστε την εφαρμογή.

Φάρμακα

- Τα φάρμακα δεν είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικά αλλά μερικοί ασθενείς ωφελούνται από τη λήψη αντιμουσκαρινικών (π.χ. γλυκοπυρρόνιο, οξυβουτινίνη, αμιτριπτυλίνη). Στις περιπτώσεις που η εφίδρωση σχετίζεται με άγχος, αντιμετωπίστε την αιτία. Όταν το πρόβλημα είναι πολύ έντονο, η προπρανολόλη ή οι βενζοδιαζεπίνες (λοραζεπάμη) μπορούν να βοηθήσουν.

Πώς αντιμετωπίζω το άγχος στα παιδιά;

Μπορεί ήδη να γνωρίζετε ότι:

- Το άγχος είναι πολύ συχνό σε παιδιά με παθήσεις περιορισμένης πρόγνωσης.
- Τα παιδιά αντιδρούν θετικά στην επαναλαμβανόμενη καθημερινότητα, στην ειλικρίνεια, την υποστήριξη και τα σαφή όρια.
- Ανταποκρίνονται λιγότερο καλά στην αλλαγή, την αβεβαιότητα, τους φραγμούς επικοινωνίας και το άγχος στο σπίτι ή το σχολείο.
- Απλά πράγματα, όπως η προσαρμογή του περιβάλλοντος ώστε να είναι πιο γαλήνιο, μπορεί να επιφέρουν σημαντικό αποτέλεσμα.
- Οι θεραπευτικές μέθοδοι μέσω του διαλόγου είναι εξίσου σημαντικές με τις φαρμακευτικές μεθόδους.

Μπορεί να μη γνωρίζετε ότι:

- Τα παιδιά με παθήσεις περιορισμένης πρόγνωσης δεν διαφέρουν, από πολλές απόψεις, από τα άλλα παιδιά.
- Στη ζωή τους ωστόσο έχουν κατά κανόνα επέλθει ριζικές αλλαγές και υπάρχει μεγάλη αβεβαιότητα.
- Ακόμη και εν μέσω μιας βαθύτατα «αφύσικης» κατάστασης, παραμένει εφικτό, στην πραγματικότητα είναι ζωτικής σημασίας, να προσπαθήσει κανείς να αποκαταστήσει τη φυσιολογικότητα όσο το δυνατόν περισσότερο.
- Τα παιδιά εμφανίζουν ανθεκτικότητα σε εντυπωσιακό βαθμό και συνήθως είναι ικανά να ανταποκριθούν σε πολύ «δύσκολες» αλήθειες. Φαίνεται ότι διαχειρίζονται λιγότερο καλά την εξαπάτηση ή τον ψευδή καθησυχασμό.
- Το δικό σας άγχος, όπως και το άγχος της οικογένειας, μεταδίδονται στο παιδί.

Μια πρακτική προσέγγιση στη διαχείριση του άγχους σε παιδιά

Ακούστε

- Χρειάζεται τόλμη προκειμένου να καθίσετε και να ακούσετε το παιδί, ειδικά αν φοβάστε τι θα ρωτήσει ή τι θα πει.
- Αλλά το πιο επιβοηθητικό πράγμα που μπορείτε να κάνετε είναι να ακούσετε προσεκτικά το παιδί, προσπαθώντας να αποσαφηνίσετε μέσα στο μυαλό σας τις αντιλήψεις, τις ανησυχίες, τις σκέψεις, τα συναισθήματα και τους φόβους του. Αυτό είναι βαθύτατα θεραπευτικό από μόνο του.

Επαναφέρετε τη φυσιολογικότητα

- Φαίνεται παράξενο να μιλά κανείς για φυσιολογικότητα ενώ το παιδί πεθαίνει, αποτελεί ωστόσο ζήτημα ουσιώδεις.
- Είναι φυσικό να εστιάζει κανείς στο γεγονός του θανάτου, αλλά στην πραγματικότητα και παρά το γεγονός αυτό, υπάρχουν πολλά ακόμη στο διάστημα που απομένει, τα οποία μπορεί να είναι «φυσιολογικά». Συνεπώς μεριμνήστε για οτιδήποτε μπορεί να αποκατασταθεί στο φυσιολογικό. Διαμορφώστε την καθημερινότητα του παιδιού όσο πιο προβλέψιμη γίνεται, καταστήστε σαφείς τις προσδοκίες σας και μην τροποποιείτε τη ρουτίνα και τα όρια της οικογένειας αν δεν είναι αναγκαίο. Προσπαθήστε να διευκολύνετε το παιδί να παραμείνει στο σχολείο (αν επιθυμεί κάτι τέτοιο).
- Μπορεί να ακουστεί παράξενο αλλά προσπαθήστε επίσης να «φυσιολογικοποιήσετε» το άγχος: το άγχος αποτελεί φυσιολογική και προσαρμοστική συνθήκη. Το παιδί αντιμετωπίζει μια πολύ σοβαρή πάθηση και πιθανόν τον ίδιο το θάνατο. Συνεπώς είναι εξίσου φυσιολογικό και ΚΑΤΑΝΟΗΤΟ να έχει άγχος. Μπορεί να είναι πολύ επιβοηθητικό για ένα παιδί απλά να το καταλάβει αυτό.

Διαχειριστείτε ανώφελες σκέψεις

- Αφού το παιδί θα πεθάνει, φαίνεται παράξενο να σκεφτεί κανείς ότι μερικές ιδέες του είναι εξαιρετικά επιβλαβείς ή ανώφελες, αλλά συχνά αυτό συμβαίνει. Για παράδειγμα ένα παιδί που φρόντιζα, είχε τρομοκρατηθεί από το θέμα του θανάτου γιατί φοβόταν τα σκουλήκια. Όταν εξηγήσαμε ότι δεν θα αισθάνεται τίποτε ή ότι οι νεκροί δεν αντιλαμβάνονται τα σκουλήκια, το άγχος του μειώθηκε κατά πολύ.

- Εντοπίζοντας και ανατρέποντας τρομακτικές σκέψεις όπου είναι δυνατόν, ή συζητώντας και δίνοντας διέξοδο σε τρομακτικές σκέψεις όπου χρειάζεται, μπορεί να αποτελέσουν πρακτικές που θα βοηθήσουν το παιδί να αντιμετωπίσει τους φόβους του.

Διδάξτε επωφελείς συμπεριφορές

- Υπάρχουν ορισμένες επωφελείς συμπεριφορές που μπορείτε να διδάξετε ή να ενθαρρύνετε. Συνήθως περιλαμβάνουν πράγματα που ένα παιδί θα επέλεγε να κάνει καθώς είναι ευχάριστα, όπως η αγκαλιά, το παιχνίδι, να ακούσει ή να παίξει μουσική, να παρακολουθήσει τηλεόραση κ.λπ. Φροντίστε ώστε αυτά τα πράγματα να συμβούν.
- Τα μεγαλύτερα παιδιά και οι έφηβοι ανταποκρίνονται επίσης εξαιρετικά στις τεχνικές αναπνοής, την προοδευτική μυϊκή χαλάρωση και τη νοερή απεικόνιση/χαλάρωση – αναζητήστε συνεπώς μερικές τεχνικές στο διαδίκτυο και δοκιμάστε να τις εφαρμόσετε.

Μην καθησυχάσετε το παιδί ψευδώς ή σε υπερβολικό βαθμό

- Κάποια στιγμή τα περισσότερα παιδιά γνωρίζουν ότι θα πεθάνουν, ακόμη και αν δεν είναι σίγουρα τι σημαίνει κάτι τέτοιο.
- Συνεπώς ο ψευδής ή υπερβολικός καθησυχασμός μοιάζει κατά κάποιο τρόπο με ψέμα και τα παιδιά το καταλαβαίνουν. Αν δεν μπορέσουν να εμπιστευθούν τους άλλους, το άγχος τους θα χειροτερεύσει παρά θα λιγοστεύσει.
- Αυτό δεν σημαίνει ότι θα πρέπει να σπεύσετε ατυχώς να μιλήσετε προτού να είναι τα παιδιά έτοιμα, αλλά όταν αρχίζουν πράγματι να κάνουν ερωτήσεις, τότε οι προσεκτικές και ειλικρινείς απαντήσεις σας όπως και οι προτάσεις σας πώς να αντεπεξέλθουν στις συνθήκες, αποδίδουν περισσότερο από τους ψευδείς καθησυχασμούς.

Ασχοληθείτε με όλη την οικογένεια

- Κανένα παιδί δεν πρόκειται να ηρεμήσει σε ένα σπίτι στο οποίο δεν επικρατεί γαλήνη. Αυτό σημαίνει ότι θα πρέπει να εργαστούμε με όλη την οικογένεια με ανάλογο τρόπο: ακούγοντάς τους πραγματικά, δίνοντας ειλικρινείς απαντήσεις, αντιμετωπίζοντας ανώφελες ή ψευδείς πεποιθήσεις, προτείνοντας επωφελείς συμπεριφορές και επαναφέροντας τη φυσιολογικότητα όπου είναι εφικτό.

Χρήση τυπικής ψυχοθεραπείας

- Τα παιδιά ανταποκρίνονται θετικά στην εικαστική θεραπεία, την παιγνιοθεραπεία και τη μουσικοθεραπεία – σε τέτοιο βαθμό που οι μέθοδοι αυτές θα πρέπει να αποτελούν μέρος κάθε προσέγγισης στο πλαίσιο της παιδιατρικής ανακουφιστικής φροντίδας, ακόμη και αν δεν είναι διαθέσιμοι εκπαιδευμένοι θεραπευτές. Βλ. το εγχειρίδιο «Children's Palliative Care in Africa» για περισσότερες πληροφορίες όσον αφορά το ζήτημα αυτό σε χώρες με περιορισμένους πόρους.
- Τα μεγαλύτερα παιδιά ανταποκρίνονται θετικά στις γνωστικές συμπεριφορικές προσεγγίσεις καθώς και σε πιο τυπική συμβουλευτική υποστήριξη.

Χρήση φαρμάκων

- Στα αρχικά στάδια της ανακουφιστικής φροντίδας, τα φάρμακα δεν είναι συνήθως επιβοηθητικά και μπορεί να οδηγήσουν σε παρενέργειες παρά σε οφέλη, αν και στα μεγαλύτερα παιδιά τα αγχολυτικά (εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης), οι βενζοδιαζεπίνες και οι βήτα αναστολείς μπορεί να βοηθήσουν.
- Ωστόσο στο τελικό στάδιο, αν ένα παιδί εμφανίζει άγχος ή διέγερση, τόσο οι βενζοδιαζεπίνες όσο και η λεβομεπρομαζίνη μπορεί να αποβούν επιβοηθητικά φάρμακα, αν και συνήθως και τα δύο είναι αρκετά κατασταλτικά.

Ποιες άλλες πηγές πληροφόρησης μπορεί να είναι επιβοηθητικές;

- Goldman, A., Hain, R., Liben, S. *Oxford Textbook of Palliative Care for Children*. 2^η έκδοση. Οξφόρδη: Oxford University Press, 2012.
- Jassal, S. (επιμ.) *Basic Symptom Control in Paediatric Palliative Care. The Rainbows Children's Hospice Guidelines* (9^η έκδοση). Μπρίστολ: Together for Short Lives, 2013 [Σ.τ.Μ: επικαιροποιημένη έκδοση (2016) διατίθεται στον σύνδεσμο: <https://www.togetherforshortlives.org.uk/resource/basic-symptom-control-paediatric-palliative-care/>].
- *WHO guidelines on the pharmacological treatment of persisting pain in children with medical illnesses*. Γενεύη: WHO, 2012. Διατίθεται στον σύνδεσμο: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44540> (Σ.τ.Μ.: Ελληνική μετάφραση:

Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας. *Κατευθυντήριες Οδηγίες για τη φαρμακευτική αντιμετώπιση του επίμονου πόνου σε παιδιά με διάφορες παθήσεις*. Μετάφραση-επιμέλεια: Μ. Μπούρη. Αθήνα: Εκδόσεις Μέριμνα, 2013).

- Amery, J. (επιμ.). *Children's Palliative Care in Africa*. Οξφόρδη: Oxford University Press, 2009. Διαθέσιμο για ελεύθερη λήψη στον σύνδεσμο: <http://www.icpcn.org/wp-content/uploads/2013/08/Childrens-Palliative-Care-in-Africa-Full-Text.pdf>
- Hain, R. & Jassal, S. *Paediatric Palliative Medicine*. Οξφόρδη: Oxford University Press, 2009 (Σ.τ.Μ.: 2^η έκδοση 2010).
- Regnard, C. & Dean, M. (επιμ.). *A Guide to Symptom Relief in Palliative Care*. 6^η αναθεωρημένη έκδοση. Οξφόρδη: Radcliffe Publishers, 2010.
- Goldman, A. (επιμ.) *Care of the Dying Child*. Οξφόρδη: Oxford Medical Publications, 1994.
- Εθνικό Συνταγολόγιο της Βρετανίας για την Παιδιατρική (British National Formulary for Children) [online]. Διατίθεται στον σύνδεσμο: <https://www.bnf.org/>
- *Paediatric Pain Profile* (χ.χ.). Διατίθεται στον σύνδεσμο: <http://www.ppprofile.org.uk>

Μέρος έβδομο

Πώς αντιμετωπίζω τα οξέα, οδυνηρά καταληκτικά συμπτώματα τελικού σταδίου;

Μπορεί ήδη να γνωρίζετε ότι:

- Επείγουσες καταστάσεις μπορεί να συμβούν και πράγματι συμβαίνουν σε κάθε κλάδο της ιατρικής.
- Ο καλύτερος τρόπος να αντιμετωπίσει κανείς τα επείγοντα είναι να τα αποφύγει – απαιτούνται κατάλληλη πρόβλεψη και σχεδιασμός.
- Όταν τελικά συμβούν, είναι πολύ πιο εύκολο να τα αντιμετωπίσει κανείς αν αισθάνεται εκπαιδευμένος και προετοιμασμένος.
- Ο πανικός σπάνια βοηθά, μπορεί να μας αδρανοποιήσει, ενώ είναι δυνατόν να προληφθεί με μερικούς βασικούς κανόνες.

Μπορεί να βρείτε χρήσιμα τα εξής:

- Όταν χρησιμοποιούμε τον όρο «οξέα, οδυνηρά καταληκτικά συμβάντα», αναφερόμαστε σε εξαιρετικά δυσάρεστα συμπτώματα, τα οποία επέρχονται στο τέλος της ζωής και από τα οποία το παιδί θα καταλήξει.
- Ο θάνατος ενός παιδιού αποτελεί γεγονός εξαιρετικά οδυνηρό για την οικογένεια και ανεξάρτητα από οτιδήποτε πράξετε, θα έχει πάντοτε αυτό τον χαρακτήρα. Αντιμετωπίζοντας τα οξέα, οδυνηρά καταληκτικά συμβάντα τελικού σταδίου, ο στόχος είναι να ελαχιστοποιηθεί το πάσχειν του παιδιού έτσι ώστε η διαδικασία του θνήσκειν να μην καταστεί περισσότερο οδυνηρή από ό,τι θα είναι έτσι κι αλλιώς για το παιδί και την οικογένεια.

Αντιμετωπίζοντας τα οξέα οδυνηρά συμβάντα τελικού σταδίου: οι χρυσοί κανόνες

Όπου η παιδιατρική ανακουφιστική φροντίδα είναι διαθέσιμη, τα παιδιά καταλήγουν χωρίς να εμφανίσουν ιδιαίτερα οδυνηρά οργανικά συμπτώματα. Ωστόσο, υπάρχουν ορισμένα επώδυνα συμπτώματα που μπορεί να συμβούν καθώς το παιδί πεθαίνει, στα οποία περιλαμβάνονται ο έντονος πόνος, οι σπασμοί, η οξεία απόφραξη των αεραγωγών, η κατακλυσμιαία αιμορραγία και η έντονη διέγερση. Στις περιπτώσεις αυτές, μπορεί να φανούν ιδιαίτερα χρήσιμοι οι ακόλουθοι πέντε «χρυσοί κανόνες»:

1. Μην πανικοβάλλεστε

Αν κληθείτε για ένα παιδί που υποφέρει από ένα οξύ οδυνηρό συμβάν τελικού σταδίου, μπορεί πιθανόν να αισθανθείτε μεγάλη ταραχή και ενδεχομένως «έξω από τα νερά σας». Όπως και να νιώσετε, το παιδί και η οικογένεια θα αισθανθούν πολύ καλύτερα αν δείχνετε ήρεμος και ότι έχετε τον έλεγχο (ακόμη και αν κατά βάθος δεν νιώθετε έτσι).

Η ηρεμία είναι μεταδοτική, το ίδιο και ο πανικός. Ο πανικός δεν βοηθά κανέναν, συνεπώς προσπαθήστε να παραμείνετε ήρεμοι. Χαμηλώστε το βλέμμα σας, για ένα λεπτό. Εισπνεύστε και μετά εκπνεύστε πλήρως. Φανταστείτε ένα ήσυχο, ασφαλές μέρος στο μυαλό ή την καρδιά σας και «εναποθέστε» εκεί τα συναισθήματά σας. Χαλαρώστε τους ώμους σας και ξεσφίξτε το σαγόνι σας. Εισπνεύστε ξανά, εκπνεύστε αργά και πλήρως και έπειτα σηκώστε το βλέμμα σας.

Αν ακόμη νιώθετε πανικό, ζητήστε συγγνώμη και βγείτε έξω από τον χώρο για λίγο (με την πρόφαση μιας κλήσης ίσως, ή να ψάξετε κάτι στην τσάντα σας ή να φέρετε κάτι από το αυτοκίνητό σας), μέχρι να ηρεμήσετε.

Πάνω από όλα, θυμηθείτε ότι:

- το παιδί πεθαίνει και δεν υπάρχει τίποτε που μπορείτε να κάνετε για να ανακόψετε την πορεία αυτή
- το γεγονός αυτό αποτελεί μια ιδιαίτερα οδυνηρή εμπειρία για όλους και δεν πρόκειται ούτε αυτό να το σταματήσετε
- είναι εξαιρετικά απίθανο να κάνετε τα πράγματα πιο άσχημα

- είναι σχεδόν βέβαιο ότι υπάρχουν συμπτώματα που μπορείτε να ελέγξετε και καθησυχαστικά λόγια που μπορείτε να πείτε.

Ακόμη και αν νιώθετε ότι δεν υπάρχει τίποτε που μπορείτε να πράξετε, ακόμη κι αν δεν νιώθετε καθόλου χρήσιμοι, είναι βοηθητικό και μόνο να είστε κοντά στην οικογένεια και να κάνετε την εμπειρία τους ευκολότερη, συνεπώς αφοσιωθείτε σε αυτό.

2. Αξιολογήστε λεπτομερώς

Όπως σε κάθε άλλη περίπτωση, το κλειδί για τον επαρκή έλεγχο των συμπτωμάτων είναι η καλή αξιολόγηση. Στο τέλος της ζωής, τα πράγματα συνήθως προχωράνε γρήγορα και οι συνθήκες μπορεί να αλλάξουν ταχύτατα. Αυτό σημαίνει ότι πρέπει να ξεκινήσει άμεσα η αξιολόγηση, χωρίς να χαθεί ούτε λεπτό.

Η ακοή και η όρασή σας αποτελούν σημαντικά εργαλεία για να εκτιμήσετε τι συμβαίνει γύρω σας, αλλά εξίσου και το μυαλό και η φαντασία σας. Αναλογιστείτε και υποθέστε τι είναι πιθανό να συμβεί στη συνέχεια, πώς μπορεί να νιώθει το παιδί και η οικογένεια, ποια υλικά έχετε μαζί σας, ποια βοήθεια μπορεί να είναι χρήσιμη και ποια βοήθεια είναι διαθέσιμη.

Θυμηθείτε ότι μερικές φορές αδημονούμε τόσο για να αρχίσει να ενεργεί μια αγωγή που ξεχνάμε να της αφήσουμε τον χρόνο να δράσει. Ειδικά οι σπασμοί, μοιάζει να διαρκούν για πάντα. Συνεπώς, όταν έχετε επιχειρήσει μια παρέμβαση, δώστε επαρκή χρόνο πριν επανεκτιμήσετε την κατάσταση.

3. Ελπίζετε για το καλύτερο, προετοιμαστείτε για το χειρότερο

Τα περισσότερα οξέα οδυνηρά συμβάντα τελικού σταδίου είναι προβλέψιμα. Απλώς μερικές φορές συμβαίνουν ξαφνικά ενώ δεν έχετε προετοιμαστεί. Το καλύτερο που μπορείτε να κάνετε είναι να διατρέξετε εκ των προτέρων όλα τα δυσμενέστερα σενάρια, να εξασκηθείτε στο τι θα κάνατε ακριβώς σε περίπτωση που ένα σενάριο πραγματοποιηθεί και να βεβαιωθείτε ότι έχετε στη διάθεσή σας, εσείς αλλά και όλοι οι άλλοι, οτιδήποτε χρειαστεί.

Προσπαθήστε να προγραμματίσετε μία συνάντηση όπου θα συμμετέχουν εκπρόσωποι της παιδιατρικής υπηρεσίας ή του ξενώνα (αν υπάρχει), με

σκοπό να συζητήσετε και να καταγράψετε τα πιθανά σενάρια, όπως και να συμφωνήσετε ένα πλάνο φροντίδας για το καθένα από αυτά. Τα περισσότερα παιδιά που φροντίζονται στο σπίτι στο τέλος της ζωής τους, έχουν πάρει εξιτήριο από το νοσοκομείο όταν ο θάνατός τους επίκειται.

Βεβαιωθείτε ότι έχετε εσείς (ή η οικογένεια) διαθέσιμο ένα «κουτί» ανακουφιστικής φροντίδας που περιέχει φάρμακα τα οποία θα χορηγηθούν άμεσα σε περίπτωση που συμβεί ένα οξύ καταληκτικό επεισόδιο. Μέσα σε αυτό θα πρέπει να περιέχεται μιδαζολάμη για παρεντερική χορήγηση (ή λοραζεπάμη), διαμορφίνη ή μορφίνη για παρεντερική χορήγηση, ένα αντιεμετικό ευρέως φάσματος όπως η λεβομεπρομαζίνη, καθώς και αυτοκόλλητα έμπλαστρα υοσκίνης.

Αν το παιδί βρίσκεται σε υψηλό κίνδυνο για την εμφάνιση ενός οξέος καταληκτικού συμβάντος (για παράδειγμα ένα παιδί με όγκο εγκεφάλου μπορεί να εμφανίσει σπασμούς κατά το τελικό στάδιο, ή ένα παιδί με χαμηλά αιμοπετάλια μπορεί να αιμορραγήσει), το ενδεχόμενο αυτό θα πρέπει να εξηγηθεί στην οικογένεια και τους φροντιστές.

Αν και η εκ των προτέρων ανακίνηση αυτών των ζητημάτων ενέχει προκλήσεις, μια οικογένεια που είναι ενημερωμένη συνήθως νιώθει ενδυναμωμένη. Είναι επίσης σημαντικό να έχουν υπάρξει τέτοιες συζητήσεις με την οικογένεια (και με το παιδί, αν κρίνεται σκόπιμο) ώστε να αποσαφηνιστούν τυχόν παρανοήσεις για το σκεπτικό της χρήσης των φαρμάκων στην εκάστοτε περίπτωση, καθώς μερικές φορές οι άνθρωποι μπορεί να τελούν υπό την προκατάληψη ότι τα φάρμακα που χορηγούνται στο τέλος της ζωής ενδέχεται να συνιστούν ένα είδος ευθανασίας. Αν και το παιδί ενδεχομένως να καταλήξει σε σύντομο διάστημα από τη χορήγηση φαρμάκων για το οξύ συμβάν τελικού σταδίου, και κάτι τέτοιο συμβαίνει όντως συχνά, η χορήγησή τους δεν αποσκοπεί στην έκβαση αυτή και πιθανόν η χρονική τους σύμπτωση να είναι τυχαία καθώς, σύμφωνα με τον ορισμό τους, τα οξέα συμβάντα τελικού σταδίου αποτελούν καταληκτικά γεγονότα καθεαυτά.

Πρόκειται για μια λεπτή ηθική διάκριση, η οποία συζητείται εκτενέστερα στο κεφάλαιο για τα ηθικά ζητήματα, με ιδιαίτερη σημασία στο πλαίσιο της φροντίδας στο τέλος της ζωής. Αν οι οικογένειες αφεθούν με την αίσθηση ότι έχουν δώσει την έγκρισή τους για τη χορήγηση φαρμάκων με σκοπό την

ευθανασία, αυτό μπορεί να τους κάνει να νιώθουν ενοχή για όλη τους τη ζωή, ωστόσο αναίτια. Ελέγξτε επομένως εκ των προτέρων αν όλοι στην οικογένεια έχουν συνειδητοποιήσει ότι σε περίπτωση που χρειαστεί να χορηγηθούν τα φάρμακα, αυτό θα γίνει μόνο για να εξασφαλιστεί ότι ο αναπόφευκτος θάνατος του παιδιού θα είναι κατά δυνατόν πιο γαλήνιος και ανώδυνος.

4. Αντιμετωπίστε ό,τι μπορείτε να αντιμετωπίσετε

Αν και είναι αρκετά τα οξέα επώδυνα καταληκτικά συμβάντα που μπορεί να λάβουν χώρα, υφίσταται ευτυχώς μια γενική προσέγγιση που ταιριάζει αρκετά καλά με όλες τις περιπτώσεις και η οποία περιγράφεται στη συνέχεια.

Οι κύριοι στόχοι της αντιμετώπισης των οδυνηρών καταληκτικών συμβάντων είναι:

- Ο έλεγχος του πόνου
- Ο περιορισμός του φόβου
- Η ελάττωση του επίπεδου συνείδησης του ασθενή, όταν είναι απαραίτητο προκειμένου να επιτευχθεί η μείωση της οδύνης του.

5. Επικοινωνήστε

Ο φόβος για το άγνωστο είναι πάντα μεγαλύτερος από τον φόβο για κάτι γνώριμο. Η όλη εμπειρία θα είναι απολύτως άγνωρη για το παιδί, πιθανόν και για την οικογένεια. Θα σας παρακολουθούν στενά, αναμένοντας διαρκώς να βεβαιωθούν ότι μπορείτε να τους καθοδηγήσετε ώστε να αντεπεξέλθουν με όσο το δυνατόν λιγότερη ψυχική οδύνη.

Το παιδί μπορεί να έχει τις αισθήσεις του και να βρίσκεται σε εγρήγορση την ώρα του θανάτου, ή όχι. Αν διατηρεί τις αισθήσεις του, προσπαθήστε να κάνετε ό,τι μπορείτε προκειμένου να το συμπεριλάβετε ώστε να συμμετέχει σε όσα συμβαίνουν και να αισθανθεί ότι διαθέτει κάποιον βαθμό ελέγχου και ορισμένες επιλογές.

Σε αναμονή ενός πιθανού οξέος οδυνηρού συμβάντος:

- Συζητήστε με κάθε λεπτομέρεια τι θα μπορούσε να συμβεί (καλύτερη και χειρότερη εκδοχή). Για κάθε σενάριο, εξηγήστε στο παιδί και συμφωνήστε μαζί του ποιο θα είναι ακριβώς το πλάνο.
 - Για παράδειγμα: «Είναι πιθανό, κατά τις επόμενες ημέρες, να αρχί-

σεις να αισθάνεσαι δυσκολία στην αναπνοή σου. Αυτό είναι κάτι που το περιμένουμε και μπορούμε να βοηθήσουμε δίνοντάς σου κάποια φάρμακα. Θέλεις να ρωτήσεις κάτι για αυτό;»

- Προσπαθήστε να συμπεριλάβετε το παιδί σε οποιονδήποτε σχεδιασμό της φροντίδας, έτσι ώστε να παραμένει ενεργό:
 - Για παράδειγμα: *«Αν αρχίσεις να νιώθεις δυσκολία στην αναπνοή σου, θα χρειαστώ τη βοήθειά σου. Μπορείς να το κάνεις αυτό; Ωραία! Αυτό που θα χρειαστώ να κάνεις εσύ είναι να συγκεντρωθείς σε εκείνες τις ειδικές ασκήσεις αναπνοής που σου έχω μάθει. Να τις κάνουμε εξάσκηση ξανά τώρα;»*
- Επαναλάβετε, απευθυνόμενοι τώρα στην οικογένεια, τη λεπτομερή συζήτηση σχετικά με το τι θα μπορούσε να συμβεί (καλύτερη και χειρότερη εκδοχή). Για κάθε σενάριο, εξηγήστε τους και συμφωνήστε μαζί τους ποιο θα είναι ακριβώς το πλάνο.
 - Για παράδειγμα: *«Ο Αντρέας μπορεί να αρχίσει να έχει δύσπνοια, κατά τις αμέσως επόμενες ημέρες. Το γεγονός αυτό είναι αναμενόμενο και μπορούμε να βοηθήσουμε δίνοντάς του ορισμένα φάρμακα. Θα θέλατε να ρωτήσετε κάτι για αυτό;»*
- Προσπαθήστε να συμπεριλάβετε την οικογένεια στον οποιοδήποτε σχεδιασμό της φροντίδας, έτσι ώστε να παραμένουν όλοι ενεργοί:
 - Για παράδειγμα: *«Αν ο Αντρέας αρχίζει να νιώθει δυσκολία στην αναπνοή του, θα χρειαστώ τη βοήθεια όλων σας. Ραχήλ (η μητέρα), θα σε χρειαστώ για να τον αγκαλιάσεις έτσι ώστε να νιώθει ασφαλής, αλλά όχι πολύ σφιχτά. Προσπάθησε και βεβαιώσου ότι θα μπορεί πάντα να σε βλέπει. Τόνυ (ο μπαμπάς), σε χρειάζομαι να φτιάξεις έναν ανεμιστήρα και να τον κατευθύνεις απαλά προς το πρόσωπό του ώστε να νιώθει ότι υπάρχει αρκετός αέρας στον χώρο. Σάρα (η αδερφή του), σε θέλω να βοηθήσεις τον Αντρέα να σκέφτεται κάτι άλλο, ενώ κάνεις τις αναπνευστικές ασκήσεις μαζί του κι ίσως να του τραγουδήσεις κάποια τραγούδια όταν αρχίσει να κουράζεται. Μπορείτε να τα κάνετε αυτά;»*

Στη συνέχεια καταγράψτε το πλάνο αντιμετώπισης συμπτωμάτων ώστε η οικογένεια και άλλοι επαγγελματίες να μπορούν να έχουν ένα αντίτυπο, προκειμένου όλοι να γνωρίζουν τι πρέπει να κάνουν (βλ. Παράρτημα 5, για ένα υπόδειγμα «Πλάνου Αντιμετώπισης Συμπτωμάτων», που θα μπορούσατε να χρησιμοποιήσετε σε διάφορες περιπτώσεις).

Μια πρακτική προσέγγιση στην αντιμετώπιση οποιουδήποτε οξέος, οδυνηρού καταληκτικού συμβάντος στην παιδιατρική ανακουφιστική φροντίδα

Μερικές φορές χρειάζεται να καταστείλουμε ταχύτατα ένα παιδί, όπως για παράδειγμα στην περίπτωση της οξείας απόφραξης του ανώτερου αεραγωγού, της σοβαρής αιμορραγίας ή των σπασμών στο τελικό στάδιο. Για όλα αυτά τα ενδεχόμενα, η βασική προσέγγιση είναι η ίδια: ταχεία καταστολή με χορήγηση μιδαζολάμης (ή ισοδύναμου φαρμάκου) και μορφίνης (ή ισοδύναμου).

- Χορηγήστε διά του στοματικού βλενογόννου (ή παρεντερικά, αν η χορήγηση διά του στοματικού βλενογόννου δεν είναι εφικτή) μιδαζολάμη 0,5mg/kg, ή την ισοδύναμη δόση διαζεπάμης δια του ορθού. Επαναλάβετε κάθε 10 λεπτά (για τη μιδαζολάμη) ή κάθε 20 λεπτά (για τη διαζεπάμη) μέχρι να επιτευχθεί πλήρης καταστολή. Για λιγότερο οξείες περιπτώσεις, εκτιμήστε τη χορήγηση διαζεπάμης διά του ορθού.
- Χορηγήστε διά του στοματικού βλενογόννου (ή παρεντερικά, αν η χορήγηση διά του στοματικού βλενογόννου δεν είναι εφικτή) μορφίνη 0,2mg/kg, ή ισοδύναμη δόση διαμορφίνης, αν είναι διαθέσιμη, η οποία απορροφάται και πιο άμεσα. Μειώστε τη δόση στο μισό για παιδιά κάτω των 6 μηνών. Επαναλάβετε κάθε 10 λεπτά ανάλογα με τις ανάγκες, μέχρι να επιτευχθεί πλήρης καταστολή.
- Όσο το δυνατόν πιο γρήγορα, ξεκινήστε τη συνεχή υποδόρια ή ενδοφλέβια έγχυση μιδαζολάμης 0,3mg/kg/24ωρο και μορφίνης ή διαμορφίνης σε δόση που είναι τουλάχιστον ισοδύναμη της δόσης που χορηγείται ενδοφλεβίως για την αντιμετώπιση του παροξυσμικού πόνου.
- Μην φοβηθείτε να αυξήσετε τις δόσεις ταχέως, ανάλογα με τις ανάγκες. Θυμηθείτε ότι δεν υπάρχει μέγιστη δόση μορφίνης όσον αφορά την αντιμετώπιση του πόνου, καθώς και ότι οι συνθήκες μπορεί να μεταβληθούν ραγδαία κατά το τελικό στάδιο.
- Να είστε προετοιμασμένοι για την εμφάνιση και αντιμετώπιση πιθανών ανεπιθύμητων ενεργειών της μορφίνης (ναυτία, έμετος, δυσκοιλιότητα κ.λπ.) που μπορεί να συμβούν.

Είναι σημαντικό να εξηγηθεί στην οικογένεια ότι το κατασταλτικό φάρμακο δεν χρησιμοποιείται με σκοπό να επισπεύσει ή να προκαλέσει τον θάνατο του παιδιού, αλλά για να το ανακουφίσει από το άγχος που ενέχει ένα ιδιαίτερα οδυνηρό σύμπτωμα.

Είναι επίσης σημαντικό να κατανοηθεί ότι το σκεπτικό για την ταχεία καταστολή τελικού σταδίου είναι η πρόληψη της οδύνης. Δεν πρόκειται για μια μορφή ευθανασίας, μολοντί κατά κανόνα τα παιδιά συνήθως καταλήγουν γρήγορα ως αποτέλεσμα της υποκείμενης παθολογικής κατάστασης.

Πώς αντιμετωπίζω την ανησυχία και τη διέγερση στο τελικό στάδιο;

Η διέγερση και η ανησυχία κατά το τελικό στάδιο μπορεί να οφείλονται στην ίδια την υποκείμενη νόσο, ή σε διαταραχές του μεταβολισμού εξαιτίας αυτής, για την οποία δυστυχώς ελάχιστα μπορείτε να κάνετε.

Προσπαθήστε να αποκλείσετε τα εξής:

- Υπολανθάνων πόνος που δεν έχει αντιμετωπιστεί: ιδιαιτέρως οι κατακλίσεις
- Κατακράτηση ούρων
- Σοβαρή δυσκοιλιότητα
- Υπολανθάνουσα λοίμωξη
- Διέγερση οφειλόμενη σε φαρμακευτικούς παράγοντες.

Υπάρχουν πολύ λίγα δεδομένα για την αντιμετώπιση του παραληρήματος και της διέγερσης στο πλαίσιο της ανακουφιστικής φροντίδας. Στις ανασκοπήσεις ομοφωνιών προτείνεται η αλοπεριδόλη ως πιο αποτελεσματική για την αντιμετώπιση των ψευδαισθήσεων, η οποία διαθέτει επίσης και κατασταλτική δράση, αν και όχι τόσο έντονη όσο οι βενζοδιαζεπίνες, οι οποίες μπορούν να χορηγηθούν αντί της αλοπεριδόλης ή και παράλληλα με αυτήν. Εναλλακτικό φάρμακο, με δράση εναντίον των ψευδαισθήσεων καθώς και κατασταλτική, αποτελεί η λεβομεπρομαζίνη.

Πώς αντιμετωπίζω την κατακλυσμιαία αιμορραγία στο τελικό στάδιο;

Αν και παρατηρείται σπάνια, η κατακλυσμιαία αιμορραγία μπορεί να αποτελέσει το καταληκτικό συμβάν εξαιτίας της φύσης ορισμένων παθήσεων ή λόγω επιπλοκών τους (π.χ. αναιμία Fanconi, αιμορραγία κισμών οισοφάγου σε ηπατική

νόσο τελικού σταδίου, ανεπάρκεια μυελού των οστών κ.λπ.). Θα πρέπει να ληφθούν εκ των προτέρων αποφάσεις όσον αφορά το πότε τυχόν εισαγωγή στο νοσοκομείο ή επείγουσα αιματολογική υποστήριξη θα αποκλειστούν ως επιλογές.

Η μαζική αιμορραγία μπορεί να αποβεί μια εξαιρετικά τρομακτική κατάσταση για το παιδί και την οικογένεια εξίσου. Όπου αποτελεί ενδεχόμενο τρόπο έλευσης του θανάτου, θα πρέπει να καταβληθούν προσπάθειες αναζήτησης εξειδικευμένης υποστήριξης με στόχο την αποφυγή της εμφάνισής της (π.χ. εγχύσεις αιμοπεταλίων ή χορήγηση τρανεξαμικού οξέος).

Είναι επωφελής η τακτική χορήγηση τρανεξαμικού οξέος από το στόματος σε κάθε παιδί ή νεαρό άτομο για όσο το δυνατόν μεγαλύτερο διάστημα, εφόσον υπάρχει πιθανότητα εμφάνισης αιμορραγίας ως καταληκτικό συμβάν. Σε μερικές χώρες και με στήριξη από την τοπική παιδιατρική μονάδα, το παιδί ή το νεαρό άτομο ίσως είναι εφικτό να συνεχίσει τη λήψη αιμοπεταλίων στο σπίτι τις τελευταίες λίγες ημέρες της ζωής του. Αυτό θα χρειαστεί να λαμβάνει χώρα περίπου δύο φορές την εβδομάδα.

Στις περισσότερες περιπτώσεις ταχείας αιμορραγίας, το παιδί χάνει τις αισθήσεις του γρήγορα και δεν υποφέρει για πολύ. Αν η αιμορραγία δεν συμβεί πολύ γρήγορα, το παιδί μπορεί να διατηρήσει την εγρήγορσή του, οπότε η ταχεία χορήγηση τελικής καταστολής (βλ. παραπάνω) μπορεί να ενδείκνυται με στόχο την ανακούφιση του παιδιού από το άγχος.

Είναι συνήθης πρακτική σε πλαίσια ανακουφιστικής φροντίδας να χρησιμοποιούνται σκουρόχρωμα σεντόνια και πυτζάμες που κάνουν το αίμα λιγότερο εμφανές, σε σχέση με τη χρήση λευκών υφασμάτων. Στο υλικό επειγόντων, θα πρέπει να διατίθενται επίσης γάζες ρινικού επιπωματισμού ή επιθέματα σε μορφή κορδονιού, για την αντιμετώπιση της επίσταξης.

Πώς αντιμετωπίζω την οξεία σοβαρή απόφραξη του ανώτερου αεραγωγού (πνιγμός) στο τελικό στάδιο;

Αν η απόφραξη του αεραγωγού οφείλεται σε ένα συνοδό πρόβλημα (π.χ. εισρόφηση ξένου σώματος σε ένα παιδί με δυσκολίες κατάποσης), προσπα-

θήστε να απελευθερώσετε την αεροφόρο οδό χρησιμοποιώντας τις συνήθεις πρακτικές για τον παιδιατρικό πληθυσμό (δηλαδή τα χτυπήματα στην πλάτη για τα μικρά παιδιά και τη μέθοδο Heimlich για τα μεγαλύτερα).

Χορηγήστε οξυγόνο, αν είναι διαθέσιμο.

Αν η απόφραξη του αεραγωγού είναι μη αναστρέψιμη και οφείλεται στην υποκείμενη νόσο (π.χ. απόφραξη λόγω όγκου), στόχος είναι να καταστείλετε το παιδί όσο το δυνατόν ταχύτερα.

Αν η δύσπνοια είναι σοβαρού βαθμού και πιθανόν να καταστεί καταληκτικό συμβάν, χορηγήστε ταχεία τελική καταστολή (βλ. παραπάνω), προκειμένου να ανακουφίσετε το άγχος του παιδιού.

Πώς αντιμετωπίζω τις θορυβώδεις εκκρίσεις («ρόγχος θανάτου») στο τελικό στάδιο;

Σε όλους τους ασθενείς

- Τοποθετήστε το παιδί με το κεφάλι του σε χαμηλότερο επίπεδο ώστε οι εκκρίσεις να μπορούν να ρέουν από το στόμα του.
- Βεβαιωθείτε ότι το ενδεχόμενο πνευμονικού οιδήματος έχει αποκλεισθεί ή, αν όντως συμβαίνει, ότι αντιμετωπίζεται με χορήγηση φουροσεμίδης (απαιτείται προσοχή καθώς μια συχνή αιτία είναι η ιατρογενής υπερφόρτωση του ασθενούς με υγρά κατά το τελικό στάδιο).
- Αν υποψιάζεστε ότι δεν πρόκειται απλώς για θορυβώδεις εκκρίσεις, αλλά για οξεία δύσπνοια, ακολουθήστε τις οδηγίες της ενότητας με τίτλο: «Πώς αντιμετωπίζω τη δύσπνοια στα παιδιά».
- Αν έχετε αμφιβολία, αντιμετωπίστε και τα δύο ενδεχόμενα.

Όταν οι εκκρίσεις εξακολουθούν να αποτελούν πρόβλημα

- Εκτιμήστε τη χορήγηση βουτυλοβρωμιούχου υοσκίνης (εμπορική ονομασία: *Buscoran*) ή γλυκοπυρρόνιου υποδορίως, με στόχο τη μείωση των εκκρίσεων.
- Εκτιμήστε μετά από 30 λεπτά και επαναλάβετε.
- Μπορείτε να επαναλάβετε τη δόση κάθε 4 ώρες ή να μεταβείτε στην

εφαρμογή αυτοκόλλητου έμπλαστρου υοσκίνης ή στην υποδόρια έγχυση υοσκίνης ή γλυκοπυρρόνιου.

- Χρησιμοποιήστε την αναρρόφηση μόνο σε παιδιά που δεν έχουν τις αισθήσεις τους και εφαρμόζοντας πολύ ήπιους χειρισμούς.

Ποιες άλλες πηγές πληροφόρησης μπορεί να είναι επιβοηθητικές;

- Goldman, A., Hain, R., Liben, S. (επιμ.) *Oxford Textbook of Palliative Care for Children*. 2^η έκδοση. Οξφόρδη: Oxford University Press, 2012.
- Amery, J. (επιμ.) *Children's Palliative Care in Africa*. Κεφάλαιο 18. Οξφόρδη: Oxford University Press, 2009. Διατίθεται στον σύνδεσμο: <http://www.icpcn.org/wp-content/uploads/2013/08/Childrens-Palliative-Care-in-Africa-Full-Text.pdf>
- Hain, R. & Jassal, S. *Paediatric Palliative Medicine*. Οξφόρδη: Oxford University Press, 2009 (Σ.τ.Μ.: 2^η έκδοση, 2010).
- Regnard, C. & Dean, M. (επιμ.) *A Guide to Symptom Relief in Palliative Care*. (6^η αναθεωρημένη έκδοση). Οξφόρδη: Radcliffe Publishers, 2010.

Κατευθυντήριες οδηγίες

- Jassal, S. (επιμ.) *Basic Symptom Control in Paediatric Palliative Care. The Rainbows Children's Hospice Guidelines* (9^η έκδοση). Μπρίστολ: Together for Short Lives, 2013 [Σ.τ.Μ: επικαιροποιημένη έκδοση (2016) διατίθεται στον σύνδεσμο: <https://www.togetherforshortlives.org.uk/resource/basic-symptom-control-paediatric-palliative-care/>].

Μέρος όγδοο

Πώς παίζω με τα παιδιά;

Μπορεί ήδη να γνωρίζετε ότι:

- Το παιχνίδι αποτελεί τον πλέον σημαντικό τρόπο με τον οποίο τα παιδιά μαθαίνουν για τις εντάσεις της ζωής, αναπτύσσουν αυτοπεποίθηση και αντεπεξέρχονται σε αυτές.
- Το παιχνίδι δεν αποσκοπεί μόνο στη διασκέδαση. Κινητοποιεί την ανάπτυξη, αποσπά την προσοχή του παιδιού, ευνοεί την εξερεύνηση, την κοινωνικοποίηση και την ψυχαγωγία του.
- Στην παιδιατρική ανακουφιστική φροντίδα, τα περισσότερα παιδιά έχουν υποστεί σημαντική αναστάτωση και περιορισμούς στη φυσιολογική καθημερινή οικογενειακή τους ζωή, χρειάζονται συνεπώς το παιχνίδι ακόμη περισσότερο από τα υγιή παιδιά.
- Οι περισσότεροι επαγγελματίες υγείας αισθάνονται αμηχανία όσον αφορά το παιχνίδι με τα παιδιά και δεν νιώθουν ασφαλείς πώς να το χειριστούν.

Μπορεί να μη γνωρίζετε ότι:

- Τα παιδιά μπορούν να επικοινωνούν μέσα από το παιχνίδι ανησυχίες και φόβους που δεν έχουν εκφράσει.
- Το παιχνίδι αποτελεί θεραπευτική παρέμβαση για παιδιά που έχουν βιώσει το πλήγμα μιας απειλητικής για τη ζωή διάγνωσης, ή επώδυνων ιατρικών πράξεων.
- Η παιγνιοθεραπεία αποτελεί ανεκτίμητο μέρος της ολοκληρωμένης φροντίδας που παρέχεται σε ένα παιδί με απειλητική για τη ζωή ασθένεια.
- Τα παιδιά με απειλητικές για τη ζωή παθήσεις είναι πιο ευάλωτα στην εμφάνιση μαθησιακών δυσκολιών και προβλημάτων.

- Για τα παιδιά με απειλητικές για τη ζωή παθήσεις είναι πιο πιθανό σε σχέση με τα υπόλοιπα παιδιά να στερηθούν ευκαιρίες για παιχνίδι, ακόμη και αν έχουν ανάγκη το παιχνίδι για να τους βοηθήσει να εξοικειωθούν με την ασθένειά τους και να αντεπεξέλθουν σε αυτήν.
- Ακόμη και το πιο άρρωστο παιδί είναι δυνατό να βοηθηθεί ώστε να παίξει.

Οι βασικές αρχές του παιχνιδιού και της ανάπτυξης

- Τα παιδιά δεν αποτελούν απλώς «μικρούς ενήλικες». Βλέπουν, αισθάνονται και βιώνουν τον κόσμο με έναν διαφορετικό τρόπο, χρησιμοποιούν διαφορετικές διαδικασίες σκέψης για να τον ερμηνεύσουν, επικοινωνούν και δρουν διαφορετικά από τους ενήλικες. Αν δεν καταλάβουμε το γεγονός αυτό, θα το βρούμε πολύ δύσκολο να κατανοήσουμε τα παιδιά ή να μας κατανοήσουν εκείνα.
- Είναι δυνατόν τα παιδιά να αναπτύσσονται με διαφορετικούς ρυθμούς και να ακολουθούν ποικίλες πορείες ανάπτυξης, είναι συνεπώς σημαντικό να μην προδικάζουμε την ανάπτυξη ενός παιδιού.
- Τα παιδιά μαθαίνουν από τον τρόπο που βλέπουν και βιώνουν τον κόσμο, από τον τρόπο που οι άλλοι τους αντιμετωπίζουν, από όσα βλέπουν, ακούν και βιώνουν από τη στιγμή που γεννιούνται.
- Τα παιδιά εμφανίζουν «κρίσιμες περιόδους μάθησης».⁶⁸ Μαθαίνουμε περισσότερα τα πρώτα πέντε χρόνια της ζωής μας από όσα όλη την υπόλοιπη ζωή μας συνολικά!
- Αν απουσιάζουν τα ανάλογα ερεθίσματα, ορισμένα τμήματα του παιδικού εγκεφάλου παραμένουν ανενεργά, συρρικνώνονται και τελικά σταματούν να λειτουργούν εξ ολοκλήρου – και μόνιμα.
- Πολλά από τα παιδιά που θα συναντήσετε στην καθημερινή σας κλινική πράξη δεν θα έχουν εκτεθεί στις απαραίτητες συνθήκες του περιβάλλοντος ώστε να αξιοποιηθούν στο έπακρο αυτές οι κρίσιμες περίοδοι μάθησης.
- Η διέγερση της ανάπτυξης του εγκεφάλου στα παιδιά δεν είναι δυσχερής: άγγιγμα, ακοή, όραση – όλες οι αισθήσεις του βρέφους μπορούν να διεγερθούν με πολύ απλούς τρόπους, όπως η ομιλία, το παιχνίδι, το κράτημα και ο καθησυχασμός του παιδιού, όπως και η ανταπόκριση στις σωματικές και ψυχολογικές ανάγκες του.
- Το παιχνίδι ενθαρρύνει τη σωματική, συναισθηματική, κοινωνική, γνωστική

και γλωσσική ανάπτυξη. Αυτές οι δεξιότητες είναι πολύ σημαντικές στην παιδική ηλικία, αλλά ακόμη περισσότερο όταν το παιδί είναι άρρωστο και στερείται τη συνήθη καθημερινότητά του.

- Για τα παιδιά με απειλητικές για τη ζωή παθήσεις, ή για εκείνα που έχουν βιώσει τραύμα και στρες, το παιχνίδι αποτελεί τον πιο φυσιολογικό τρόπο με τον οποίο μπορούν να απαλλαγούν από την επιθετικότητα, να αντιμετωπίσουν το τραύμα της ασθένειας και του επικείμενου θανάτου τους, όπως και να επιχειρήσουν να ανακτήσουν τον έλεγχο του κόσμου τους.⁶⁹

Σύντομη ανασκόπηση των ειδών παιχνιδιού

Υπάρχουν διάφορα είδη παιχνιδιού, όπως και ποικίλοι τρόποι κατάταξής τους. Για παράδειγμα:^{70, 71}

- Παιχνίδι συντονισμού: ο συναισθηματικός συντονισμός ανάμεσα στα βρέφη και τους γονείς ή άλλους φροντιστές, όπως για παράδειγμα μέσω της οπτικής επαφής, του χαμόγελου, ή μέσα από την ομιλία/τα μπαμπαλίσματα.⁷²
- Σωματικό παιχνίδι: η απαρτίωση των λειτουργιών των μυών, των νεύρων και του εγκεφάλου, που βοηθά τα παιδιά να μάθουν για το σώμα τους και τον κόσμο γύρω τους.⁷³
- Κοινωνικό παιχνίδι: η αλληλεπίδραση με τους άλλους που βοηθά τα παιδιά να μάθουν κανόνες κοινωνικής συμπεριφοράς, όπως το δούναι και λαβείν, η αμοιβαιότητα, η συνεργασία, το μοίρασμα.^{74, 75}
- Γλωσσικό και αφηγηματικό παιχνίδι:⁷⁶ η «συμμετοχή» στη γλώσσα και τις ιστορίες που βοηθά τα παιδιά να κατανοήσουν τους εαυτούς τους, τους άλλους γύρω τους, όπως και την κουλτούρα τους.
- Κατασκευαστικό παιχνίδι: ο χειρισμός του περιβάλλοντος έτσι ώστε το παιδί να δημιουργήσει διάφορα πράγματα, γεγονός που ευνοεί ένα αίσθημα αξίας και εκπλήρωσης, καθώς και την εξάσκηση στην επίλυση προβλημάτων, την ενδυνάμωση και την ανάπτυξη της επιδεξιότητας.⁷⁷
- Παιχνίδι φαντασίας:^{78, 79} η δραματοποίηση καινούργιων ρόλων και καταστάσεων επιτρέπει στα παιδιά να πειραματιστούν με τη γλώσσα, τα συναισθήματα, τις ιδέες και τις δυσκολίες.
- Παιχνίδια με κανόνες: αυτά επιτρέπουν στα παιδιά να κατανοήσουν τη θέση τους στην οικογένεια, καθώς και τις συμβάσεις και τους κανόνες της κοινωνικής ζωής.

Πρακτικός οδηγός για το παιχνίδι με τα παιδιά στο πλαίσιο της παιδιατρικής ανακουφιστικής φροντίδας

- Τα παιδιά σε χώρες με περιορισμένους πόρους, εκείνα που έχουν υποστεί παραμέληση ή κακοποίηση, καθώς και τα παιδιά που είναι ασθενή για μεγάλα διαστήματα, μπορεί να μην έχουν συνηθίσει να παίζουν με παιχνίδια, συνεπώς ίσως χρειαστεί κατ' αρχήν να τους δείξετε τι να κάνουν με ορισμένα από τα παιχνίδια που προτείνονται παρακάτω. Ωστόσο μην απελπίζεστε, τα περισσότερα παιδιά δεν χρειάζονται παρά ελάχιστα δευτερόλεπτα επίδειξης πριν αρχίσουν να κλωτσούν την μπάλα, να φτιάξουν ένα παζλ, ή να χρωματίσουν ένα χαρτί, με τον ίδιο ενθουσιασμό όπως και τα υπόλοιπα παιδιά.
- Επίσης σε πολλά πλαίσια παιδιατρικής ανακουφιστικής φροντίδας όπου οι πόροι είναι περιορισμένοι, μπορεί να μην διατίθενται χρήματα για να αγοραστούν ακριβά παιχνίδια. Θυμηθείτε όμως, η πλούσια φαντασία των παιδιών είναι ικανή να μετατρέψει σχεδόν το οτιδήποτε σε παιχνίδι, ενώ πολλά παιχνίδια μπορούν να φτιαχτούν από πλήθος αντικειμένων τα οποία κατά κανόνα θα πετούσαμε. Προσπαθήσαμε στη συνέχεια να προτείνουμε παιχνίδια που μπορούν να κατασκευαστούν εύκολα ή που είναι άμεσα διαθέσιμα, όπως καθημερινά οικιακά σκεύη.
- Θυμηθείτε ότι τα παιχνίδια θα πρέπει να είναι ασφαλή και καθαρά. Στα περισσότερα πλαίσια ανακουφιστικής φροντίδας παιδιών υπάρχει κίνδυνος διασταυρούμενης μόλυνσης, συνεπώς τα παιχνίδια θα πρέπει να διατηρούνται καθαρά και σε καλή κατάσταση, όπως και να απορρίπτονται όταν σπάσουν ή καταστούν μη ασφαλή.

Παίζοντας με παιδιά 0-18 μηνών

- Κατάλληλα παιχνίδια: μόμπιλα, εικόνες, μουσικά παιχνίδια, κουδουνίστρες, στοιβαζόμενα παιχνίδια, κατσαρολικά, πλαστικά δοχεία, παζλ με μεγάλα κομμάτια, υλικά από διάφορες υφές για να τα ζουλάνε και να τα μασάνε τα βρέφη, παιχνίδια που τραβάς με ένα κορδόνι (π.χ. χρωματιστά πλαστικά μπουκάλια), ή που τα χτυπάς μεταξύ τους (π.χ. κουτάλια και κατσαρόλες), μεγάλες κούκλες.
- Ιδέες παιχνιδιού για φροντιστές παιδιών 0-18 μηνών: ανταποκριθείτε στους ήχους του βρέφους, κάντε βλεμματική επαφή, επικεντρωθείτε στο κοινωνικό παιχνίδι και σε εκείνο που αφορά την αδρή κινητικότητα, χα-

μογελάστε, αφήστε το μωρό να παίζει με τα δάκτυλά σας, μιλήστε και τραγουδήστε του, παίξτε «κου-κου-τσα» και κρυφτό, κάντε διάφορες γκριμάτσες, παίξτε το «χάνω και βρίσκω», ονομάστε αντικείμενα, κουνήστε μια κουδουνίστρα, χρησιμοποιήστε αντικείμενα με διαφορετικές υφές στο άγγιγμα, ενθαρρύνετε το παιδί να μπουσουλίζει προς αντικείμενα που δεν βρίσκονται κοντά του.

Παίζοντας με παιδιά από 18 μηνών έως 3 ετών

- Κατάλληλα παιχνίδια: αντικείμενα για ίππευση, παιχνίδια για σπρώξιμο-τράβηγμα (όπως αυτοκινητάκια), αμμοδόχος και παιχνίδια άμμου (όπως κουτάλια, χωνιά, πλαστικά μπουκάλια και δοχεία με καπάκι), υλικά ύφανσης και χάντρες, κηρομπογιές, μπογιές και κιμωλίες, ξύλινα τουβλάκια, κιβώτια συσκευασίας για να μπεινοβγαίνουν τα παιδιά, ρούχα για μεταμφιέσεις, μαλακά (λούτρινα) παιχνίδια και κούκλες, κουζινικά, βιβλία με εικόνες, CD με μουσική και ιστορίες, απλά μουσικά όργανα και πλαστελίνη (μπορείτε να φτιάξετε τη δική σας).
- Ιδέες παιχνιδιού για φροντιστές παιδιών 1-2 ετών: ενθαρρύνετε την κίνηση, κρύψτε αντικείμενα, παίξτε κυνηγητό, με παιχνιδοτουβλάκια, ή το «κάνε ό,τι κάνω», παιχνίδια με αινίγματα, αναπαράσταση ιστοριών, μίμηση δραστηριοτήτων νοικοκυριού, διάβασμα και τραγούδι, αφήγηση ιστοριών, τραγούδια, χειροκροτήματα και χορός, παιχνίδια με ονομασίες, μπουρμπουλήθρες, παίξιμο με μπάλες, ζωγραφική και χρώματα.

Παίζοντας με παιδιά από 3 έως 6 ετών

- Κατάλληλα παιχνίδια: υλικά αναρρίχησης, όπως σχοινιά, κούνιες, λάστιχα και αναχώματα, μπάλες και ρακέτες, κούκλες και μαλακά (λούτρινα) παιχνίδια, παζλ με μεγάλα κομμάτια ή επιτραπέζια, παιχνίδια-οχήματα (αγορασμένα ή φτιαγμένα με καλώδιο), όργανα ρυθμού όπως τύμπανα, χάντρες, κύβοι και κουμπιά για πέρασμα σε κλωστή, στολές μεταμφίεσης, σετ κατασκευών, ξυλομπογιές, χρώματα, μολύβια, πλαστελίνη, κόλλες, υλικά για παιχνίδι στην άμμο, βιβλία με ιστορίες και CD, μαριονέτες.
- Ιδέες παιχνιδιού για φροντιστές παιδιών 3-6 ετών: σωματικό παιχνίδι σε εξωτερικό χώρο, φανταστικές συζητήσεις στο τηλέφωνο, κρυφτό, τραγούδι και χορός, παιχνίδια με κάρτες και επιτραπέζια, μέτρημα και παιχνίδια με αριθμούς, μαριονέτες, διάβασμα, παιχνίδια με ονομασίες, πλαστελίνη, μεταμφιέσεις, παιχνίδι προσποίησης με σκεύη νοικοκυριού, τραγούδια

με κινήσεις, παιχνίδια με άμμο και νερό, ξυλομπογιές, χρώματα και χαρτικά, ομαδικά παιχνίδια με μπάλες και κυνηγητό.

Παίζοντας με παιδιά από 6 έως 12 ετών

- Κατάλληλα παιχνίδια: πατίνια και σκέιτμπορντ, αμαξάκια, παιχνίδια και αθλήματα με μπάλες, χαρταετοί, επιτραπέζια παιχνίδια, κούκλες και μαλακά (λούτρινα) παιχνίδια, αυτοκινητάκια, κατασκευαστικά υλικά, παζλ, υπολογιστές και ηλεκτρολόγια εκτός χρήσης, υλικά αμφιέσεων, ανθρωπάκια και οχήματα μινιατούρες, υλικά για κατασκευές τέχνης, βιβλία και μουσική, παιχνίδια με υπολογιστή και κονσόλα (αν φυσικά είναι διαθέσιμα).
- Ιδέες παιχνιδιού για φροντιστές παιδιών 6-9 ετών: να είστε παρατηρητικοί, δώστε ευκαιρίες για παιχνίδια προσποίησης, ενθαρρύνετε τις κατασκευές και τη δημιουργικότητα του παιδιού, βοηθήστε στην οργάνωση και την κατάταξη αντικειμένων, επιτρέψτε στα παιδιά να παίξουν ανταγωνιστικά σε αθλήματα και ομαδικά παιχνίδια, χρησιμοποιήστε μαριονέτες για την αφήγηση ιστοριών, παίξτε γλωσσικά παιχνίδια, π.χ. ζητήστε από τα παιδιά να βρουν λέξεις με ομοιοκαταληξία ή συνώνυμες και ενθαρρύνετε τη δημιουργική γραφή και τον έμμετρο λόγο, ομαδικά παιχνίδια με τραγούδι και χορό, ομαδικά σπορ, ανέκδοτα και γρίφοι, διάβασμα (εσείς σε αυτά και αυτά σε εσάς), καθώς και βόλτες σε ενδιαφέροντα μέρη.

Πώς οργανώνω έναν παιδότοπο;

Είναι πιθανό να έχετε έναν πολύ περιορισμένο χώρο στη διάθεσή σας. Ωστόσο σε περίπτωση που όντως διαθέτετε έναν χώρο κατάλληλο, προτείνουμε στη συνέχεια ορισμένες ιδέες για το πώς να διαμορφώσετε έναν χώρο παιχνιδιού για τα παιδιά που φροντίζετε.

Γενικά, είναι καλό να έχετε:

- Έναν χώρο γνώσεων (σκέψης): όπου τα παιδιά να σκέφτονται και να μαθαίνουν.
- Έναν χώρο βιβλίων: όπου θα διαβάζουν και θα τους διαβάζουν.
- Έναν χώρο για τη φαντασία: για μεταμφιέσεις και παιχνίδια με κούκλες.
- Έναν χώρο για δημιουργίες: ζωγραφική, σχέδιο, δημιουργικό παιχνίδι και χειροτεχνίες.
- Έναν υπαίθριο χώρο: για ενεργητικό παιχνίδι.
- Ένα χώρο ύπνου: για ύπνο και ανάπαυση.

Ποια υλικά μπορούν να χρησιμοποιηθούν για παιχνίδια σε χώρες με περιορισμένους πόρους;

Αν βρίσκεστε σε μια οικονομικά αδύναμη περιοχή, είναι πιθανό η πρόσβαση σε πολλά παιχνίδια να είναι δυσχερής. Αυτό δεν αποτελεί όμως πρόβλημα. Τα παιδιά θα βρουν τρόπους παιχνιδιού σε οποιεσδήποτε σχεδόν συνθήκες. Ακόμη, τα μεγαλύτερα παιδιά έχουν πείρα στην κατασκευή παιχνιδιών – συμβουλευτείτε επομένως τους «ειδικούς» πριν πράξετε οτιδήποτε άλλο. Δείτε ωστόσο στη συνέχεια μερικές προτάσεις που μπορεί να σας βοηθήσουν να ξεκινήσετε:

- Βαφή σε σκόνη η οποία μπορεί να αναμειχθεί με κόλλα ταπετσαρίας και νερό για να αυξηθεί ο τελικός όγκος.
- Τα χρωματιστά μολύβια αποτελούν την καλύτερη επένδυση, ακόμη και όταν ο προϋπολογισμός είναι πολύ περιορισμένος.
- Βρείτε παλιά περιοδικά για κόψιμο και κόλληση.
- Μπορείτε να κάνετε κόλλα με ανάμειξη αλευριού και νερού (αλευρό-κόλλα).
- Παλιά κουτιά, χαρτόκουτα και καπάκια είναι ιδανικά για όλων των ειδών τα παιχνίδια.
- Το τραγούδι, ο χορός και το χειροκρότημα δεν απαιτούν δαπάνη, ενώ είναι συνήθως εύκολο να βρεθεί κάτι για να χρησιμοποιηθεί από το παιδί ως κρουστό όργανο.
- Τα περισσότερα παιδιά αγαπούν να παίζουν με (ασφαλή) είδη νοικοκυριού.
- Παιχνίδια ήχου μπορεί να φτιαχτούν με πλαστικές συσκευασίες γιαουρτιού – βάζοντας μέσα καλαμπόκι, πετραδάκια ή λίγο ρύζι και σκεπάζοντάς τα με ένα μεγάλο αυτοκόλλητο ή με χαρτί και ελαστικό επίδεσμο. Κουνήστε τα με ρυθμό σύμφωνα με τη μουσική.
- Φτιάξτε τη δική σας πλαστελίνη.
- Κάντε μια μπάλα από χρησιμοποιημένες πλαστικές και χάρτινες τσάντες και σπάγκο.
- Χρησιμοποιήστε παλιά σχοινιά για να φτιάξετε «σχοινάκι».
- Διαμορφώστε μια περιοχή για παιχνίδι σε εξωτερικό χώρο που δεν χρησιμοποιείται.
- Προσθέστε λίγη άμμο αν μπορείτε να βρείτε.

Πηγές πληροφόρησης που μπορεί να βρείτε χρήσιμες

- *Σύμβαση των Ηνωμένων Εθνών για τα Δικαιώματα του Παιδιού, άρθρο 31* (βλ.: <https://www.ohchr.org/en/professionalinterest/pages/crc.aspx>). Το δικαίωμα στο παιχνίδι και τη διασκέδαση αποτελεί ανθρωπινό δικαίωμα για παιδιά και νεαρούς ενήλικες έως την ηλικία των 18 ετών, το οποίο κατοχυρώνεται από τη Σύμβαση των Ηνωμένων Εθνών για τα Δικαιώματα του Παιδιού.
- *Best Play – Ποιος ο ρόλος του παιχνιδιού για τα παιδιά* (βλ.: www.playengland.org.uk). Η έκθεση αυτή εξετάζει τα οφέλη του παιχνιδιού για τα παιδιά, καθώς και τις συνέπειες της μη επαρκούς διάθεσης χρόνου για παιχνίδι.
- *Χάρτης για τα Παιχνίδια των Παιδιών* (βλ.: <https://www.playengland.org.uk/resource/charter-for-childrens-play/>). Ο Χάρτης αυτός αναδεικνύει οκτώ δηλώσεις ή αρχές που περιγράφουν ένα όραμα αναφορικά με το παιχνίδι.
- *Ελεύθερο παιχνίδι στην πρώτη παιδική ηλικία: μια βιβλιογραφική ανασκόπηση* (βλ.: www.playengland.org.uk). Μια ολοκληρωμένη βιβλιογραφική ανασκόπηση που εστιάζει στο ελεύθερο παιχνίδι και τα πρώτα χρόνια ζωής του παιδιού.
- Κύριες πηγές πληροφόρησης για το παιχνίδι των παιδιών, διατίθενται στον σύνδεσμο: <https://www.thenbs.com/PublicationIndex/documents/details?Pub=NCB&DocID=292713>. Έχοντας συνταχθεί από το «Children’s Play Information Services (CPIS)», παρέχεται ενημέρωση για ορισμένους από τους κυριότερους οργανισμούς όπως και για τις σημαντικότερες πηγές πληροφόρησης όσον αφορά στο παιδικό παιχνίδι.
- *Playwork Principles*, βλ.: <http://www.playengland.org.uk/playwork-2/playwork-principles/>. Οι αρχές αυτές καθορίζουν το πλαίσιο για την ενασχόληση με το παιχνίδι, από επαγγελματική και δεοντολογική πλευρά. Περιγράφουν τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του παιχνιδιού και της ενασχόλησης με αυτό, εστιάζοντας στη θεώρηση του παιχνιδιού στο πλαίσιο της εργασίας με παιδιά και νεαρούς ενήλικες.
- *Why Play?* (βλ. www.sustrans.org.uk). Εξετάζονται τα οφέλη του ενεργητικού παιχνιδιού, καθώς και πώς να καταστεί μέρος της καθημερινής ζωής.

Μέρος ένατο

Πώς παρέχω ανακουφιστική φροντίδα σε εφήβους;

Μπορεί ήδη να γνωρίζετε ότι:

- Η εφηβεία αποτελεί περίοδο ταχέων αλλαγών και προκλήσεων σε βιολογικό, ψυχολογικό, πνευματικό και σεξουαλικό επίπεδο.
- Οι έφηβοι συνιστούν μια διακριτή ομάδα με τις δικές τους μοναδικές βιολογικές, συναισθηματικές, ψυχολογικές και κοινωνικές ανάγκες, οι οποίες διαφέρουν σημαντικά από εκείνες των ενηλίκων και των παιδιών.
- Η εφηβεία αποτελεί περίοδο με ευρείες διακυμάνσεις της διάθεσης, έντονα συναισθήματα, ανάληψη υψηλότερου ρίσκου, περιορισμένο έλεγχο των ενορμήσεων, εκτενή εξερεύνηση ρόλων, αυξημένο αίσθημα ευαλωτότητας, αναπτυσσόμενη επίγνωση αναφορικά με σεξουαλικά ζητήματα και μετάβαση από τη συγκεκριμένη στην αφηρημένη σκέψη. Όλα αυτά επηρεάζουν τον τρόπο που οι έφηβοι βιώνουν μια απειλητική για τη ζωή πάθηση.

Μπορεί να μην γνωρίζετε ότι:

- Το πλήθος των εφήβων που χρειάζονται ανακουφιστική φροντίδα παγκοσμίως, είναι τεράστιο.
- Οι έφηβοι ενδέχεται να μην κατανοούν πλήρως την ασθένειά τους, την πρόγνωσή της, καθώς και τις επιδράσεις της στους ίδιους και στην οικογένειά τους.
- Οι έφηβοι μπορεί να μην έχουν αναπτύξει πλήρως αμυντικούς μηχανισμούς ενήλικου τύπου ώστε να βοηθηθούν στην προσαρμογή τους στην ασθένεια και τις επιπτώσεις της,⁸⁰ συνεπώς μπορεί να χρησιμοποιούν

αμυντικούς μηχανισμούς όπως ο θυμός και η απόσυρση, οι οποίοι αυξάνουν την αίσθηση απομόνωσης και καθιστούν την παροχή φροντίδας πιο περίπλοκη.

Γενικές αρχές ανακουφιστικής φροντίδας εφήβων

Η ανακουφιστική φροντίδα θα πρέπει να αποσκοπεί να συνδράμει τους εφήβους ώστε:⁸¹

- Να έχουν την καλύτερη δυνατή ποιότητα ζωής, παρά τη νόσο τους.
- Να έχουν όσο το δυνατόν μεγαλύτερο έλεγχο της κατάστασης.
- Να έχουν σαφή εικόνα για την προσωπικότητά τους.
- Να αποδεχθούν τη νέα εικόνα του σώματός τους.
- Να αποκτήσουν και να διατηρήσουν κάποιον βαθμό ελευθερίας από τους γονείς τους, δίχως να χάσουν την υποστήριξή τους και την ανοιχτή επικοινωνία μαζί τους.
- Να αναπτύξουν ένα προσωπικό σύστημα αξιών.

Αυτοί οι στόχοι είναι δύσκολο να επιτευχθούν σε χώρους υγείας εξαιτίας μιας σειράς παραγόντων, μεταξύ των οποίων:⁸²

- Ο περιορισμός των φυσικών δραστηριοτήτων λόγω της κατάστασης της υγείας του εφήβου καθώς και της φύσης του πλαισίου.
- Η απειλή που ενέχουν η ασθένεια και η αγωγή ως προς την αλλαγή της εικόνας σώματος.
- Η έλλειψη ιδιωτικότητας.
- Η απειλή της ζωής που τίθεται από τη νόσο και την αγωγή.
- Η χρήση του θυμού, της απόσυρσης και της άρνησης ως μηχανισμών άμυνας.
- Η αλλαγή του περιβάλλοντος όπως και οι επιπτώσεις της ασθένειας και της αγωγής, που συνεπάγονται απώλεια της ανεξαρτησίας του εφήβου.
- Οι επαγγελματίες υγείας που μπορεί να βρίσκονται «παγιδευμένοι» ανάμεσα στους γονείς (που επιθυμούν να προστατεύσουν τα παιδιά τους) και τους εφήβους (που επιζητούν ανεξαρτησία και σεβασμό).
- Ο αποχωρισμός από τις ομάδες των συνομηλίκων, που μπορεί να δημιουργήσει φόβο απόρριψης και υπέρμετρη εξάρτηση από την οικογένεια και τους επαγγελματίες υγείας.

Είναι συνεπώς σημαντικό εσείς:

- να τους εμπλέξετε όσο το δυνατόν περισσότερο στη λήψη αποφάσεων.
- να μεγιστοποιήσετε την ιδιωτικότητά τους.
- να τους ενθαρρύνετε στην άσκηση αυτοφροντίδας.
- να παρέχετε ειλικρινή και ρεαλιστική πληροφόρηση για τις επιπτώσεις της ασθένειας και της αγωγής στην εικόνα σώματος, καθώς και να τους στηρίζετε να αντεπεξέλθουν σε αυτές τις αλλαγές.
- να τους ενθαρρύνετε και να τους υποστηρίξετε στη συμμετοχή τους σε ομάδες συνομήλικων.
- να διερευνήσετε τους φόβους, τον θυμό και τα άλλα συναισθήματά τους, προκειμένου να τους βοηθήσετε στην ενίσχυση της αίσθησης ελέγχου και της ανεξαρτητοποίησής τους.
- να διατηρήσετε τη δυνατότητα παρακολούθησης του σχολείου καθώς και τις άλλες «φυσιολογικές» τους δραστηριότητες, για όσο το δυνατόν μεγαλύτερο διάστημα.

Η εμπειρία της νόσου για τους εφήβους

Η εμπειρία της ασθένειας στην περίπτωση των εφήβων θα κυμαίνεται ανάλογα με τις σημαντικές επιρροές στη ζωή τους, οι οποίες μπορεί να περιλαμβάνουν:^{83, 84, 85}

- Μεγαλύτερη ανάγκη διατήρησης της φυσιολογικότητας (π.χ. παρακολούθηση σχολείου κ.λπ.) ακόμη και αν αυτό φαίνεται ακατανόητο στους ενήλικες. Η διακοπή του σχολείου και της εκπαίδευσης αποτελεί ιδιαίτερη πηγή άγχους.
- Μεγαλύτερο χάσμα ανάμεσα στην αντίληψη της πραγματικής και της ιδεατής εικόνας σώματος, λόγω των σωματικών επιπτώσεων της νόσου.
- Η αίσθηση απώλειας προσωπικού ελέγχου επιτείνεται από την ασθένεια και επιβαρύνεται από την τάση των γονέων να γίνονται υπερπροστατευτικοί σε τέτοιες τραυματικές συνθήκες.
- Το άγχος και η αβεβαιότητα για το μέλλον επαυξάνονται λόγω της ασθένειας.
- Οι ψυχολογικοί αμυντικοί μηχανισμοί των εφήβων συχνά περιλαμβάνουν την άρνηση, την απόσυρση και τον φόβο. Όλα αυτά μετριάζουν την καλή και ανοιχτή επικοινωνία, επιτείνοντας έτσι την αίσθηση απώλειας ελέγχου, ενώ αυξάνουν το άγχος και την αβεβαιότητα.

- Εν μέρει ως αποτέλεσμα των παραπάνω παραγόντων, είναι ενδεχόμενο να επέλθουν διενέξεις μεταξύ εφήβων και γονιών, αλλά μερικές φορές και μεταξύ εφήβων και άλλων φροντιστών.
- Οι ασθένειες επιφέρουν μεταβολές στις κοινωνικές σχέσεις σε μια περίοδο που η υποστήριξη και η αποδοχή των εφήβων από τις ομάδες συνομήλικων τους, αποκτούν ιδιαίτερη σημασία. Η διατήρηση της υποστήριξης από τους συνομήλικους και της επαφής μαζί τους είναι θεμελιώδης.⁸⁶
- Ερωτήματα όπως το νόημα της ζωής και η αιτιολόγηση του πόνου, της οδύνης, του άδικου και της τιμωρίας, αποκτούν πολύ μεγαλύτερη σημασία όταν ο έφηβος αντιμετωπίζει μια απειλητική για τη ζωή νόσο.⁸⁷ Συνεπώς η παροχή ανακουφιστικής φροντίδας σε εφήβους χρειάζεται να συμπεριλάβει την πνευματική φροντίδα όπως και την αναγνώριση της ανάγκης του εφήβου να εξερευνήσει τα ζητήματα αυτά, μεταξύ των οποίων και την απώλεια της ελπίδας του για το μέλλον.

Επικοινωνία με τους εφήβους στο πλαίσιο της ανακουφιστικής φροντίδας

Προκλήσεις της επικοινωνίας με τους εφήβους στο πλαίσιο της ανακουφιστικής φροντίδας:

- Χρειάζεται χρόνος προκειμένου να οικοδομηθούν η εμπιστοσύνη και η επικοινωνία.
- Αν οι έφηβοι δεν έχουν επίγνωση της ασθένειάς τους και δεν συμμετέχουν στη λήψη αποφάσεων, υπάρχει μεγαλύτερη πιθανότητα παράλειψης dóσεων ή μη συμμόρφωσης όσον αφορά την αγωγή τους.
- Είναι λιγότερο πιθανό για τους εφήβους να αναζητήσουν φροντίδα υγείας από άλλες πηγές, συνεπώς αν δεν τους δοθεί η ευκαιρία από τους επαγγελματίες υγείας να εξερευνήσουν τη νοσηματοδότηση της ασθένειάς τους, είναι απίθανο να αναζητήσουν μια τέτοια δυνατότητα σε άλλο πλαίσιο.
- Η ελλιπής γνωστική τους ανάπτυξη μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα μειωμένη συνειδητοποίηση των επιπτώσεων της νόσου όπως και των αποφάσεων που λαμβάνουν.
- Οι έφηβοι χρειάζονται την αποδοχή από τους επαγγελματίες υγείας, ακόμη και σε περιπτώσεις που επιδεικνύουν ανάρμοστη συμπεριφορά.
- Οι έφηβοι έχουν ανάγκη μιας ισορροπίας μεταξύ ορίων και ελευθερίας.

Η επικοινωνία μπορεί να βελτιωθεί με τους ακόλουθους τρόπους:⁸⁸

- Δημιουργώντας ένα φιλικό στους εφήβους περιβάλλον.
- Θεμελιώνοντας τη σχέση μαζί τους στον σεβασμό και την αποδοχή.
- Αφιερώνοντας χρόνο στην οικοδόμηση της εμπιστοσύνης και της σχέσης, πριν συζητηθούν τα ακανθώδη ζητήματα.
- Χρησιμοποιώντας δραστηριότητες, όπως η τέχνη και η μουσικοθεραπεία, ώστε να τους βοηθήσετε να εξερευνήσουν τα συναισθήματά τους καθώς και τα επώδυνα θέματα.
- Μιλώντας τους ανοιχτά και με ειλικρίνεια για τη νόσο, τον θάνατο και την πορεία προς αυτόν και μη δίνοντας υποσχέσεις που ενδέχεται να μην μπορείτε να κρατήσετε.
- Αξιολογώντας τους κινδύνους και συζητώντας για αυτούς ευθέως μαζί τους.
- Διασφαλίζοντας ότι θα είναι διαθέσιμη ακριβής και κατάλληλη πληροφόρηση, η οποία θα παρέχεται στους εφήβους όταν θα είναι έτοιμοι να την ακούσουν.

Παράγοντες που αναστέλλουν την παροχή άρτιας ανακουφιστικής φροντίδας στην περίοδο της εφηβείας:^{89, 90}

- Χαμηλές προσδοκίες των εφήβων τόσο για τους ίδιους όσο και για τη φροντίδα τους συνολικά.
- Έλλειψη εμπιστοσύνης στους επαγγελματίες υγείας ως αποτέλεσμα του γεγονότος ότι η προηγηθείσα αγωγή έχει εκληφθεί ως «αποτυχημένη».
- Έλλειψη γνώσεων ως προς τις διαθέσιμες εκπαιδευτικές και ψυχαγωγικές δυνατότητες.
- Έλλειψη δεξιοτήτων υπεράσπισης των ατομικών δικαιωμάτων τους.
- Χαμηλή αυτοεκτίμηση.
- Περιορισμένη ένταξη σε ομάδες συνομηλίκων.
- Καθοδήγηση και εξάρτηση σε μεγάλο βαθμό από τους ενηλίκους.
- Χαμηλά κίνητρα μάθησης.
- Περιορισμένη γνώση σεξουαλικών ζητημάτων.

Σε χώρες με περιορισμένους πόρους, η ανακουφιστική φροντίδα που απευθύνεται σε εφήβους ενέχει ιδιαίτερες προκλήσεις, όπως για παράδειγμα:

- Πολλοί έφηβοι έχουν την ευθύνη της οικογένειάς τους, φροντίζοντας συνήθως τα αδέρφια, τους γονείς ή άλλους συγγενείς. Οι συνθήκες αυτές

εμποδίζουν την άντληση υποστήριξης από την ομάδα συνομηλίκων, την εκπαίδευσή τους, όπως και την ανάπτυξη της ανεξαρτησίας τους.

- Διακοπή σχολικής φοίτησης: τα παιδιά που διακόπτουν το σχολείο είναι λιγότερο πιθανό να αναπτύξουν τις απαραίτητες δεξιότητες ώστε να απέχουν από το σεξ ή να εφαρμόζουν ασφαλείς σεξουαλικές πρακτικές, είναι οικονομικά ευάλωτα και ευεπίφορα στη σεξουαλική εκμετάλλευση.⁹¹
- Οικονομικά προβλήματα: μπορεί να οδηγήσουν σε διάσπαση της οικογένειας, με συνέπεια κινδύνους στην υγεία και την ασφάλεια όλων των παιδιών και των εφήβων της οικογένειας.
- Πρόσβαση στη φροντίδα υγείας: μπορεί να είναι περιορισμένη, με συνέπεια δυνητικά διαχειρίσιμα προβλήματα να παραμείνουν χωρίς αντιμετώπιση, αυξάνοντας έτσι το φορτίο της νόσου.
- Το HIV/AIDS και τα κακοήγη νοσήματα συχνά στιγματίζουν τον έφηβο, σε μια ηλικία που ο στιγματισμός αποτελεί ιδιαίτερα οδυνηρό ζήτημα.
- Το HIV/AIDS και ο καρκίνος συχνά οδηγούν σε ανεπιθύμητες αλλαγές στο σώμα του εφήβου, ακριβώς τότε που η εικόνα σώματος είναι ελάχιστα κατασταλαγμένη και προκαλεί το μεγαλύτερο άγχος στον έφηβο.
- Οι έφηβοι είναι ιδιαίτερα ευάλωτοι στη σεξουαλική κακοποίηση και εκμετάλλευση.^{92,93,94,95}

Εφηβεία και συμμόρφωση στη θεραπευτική αγωγή

Οι έφηβοι είναι λιγότερο πιθανό σε σχέση με τους ενηλίκους να τηρήσουν τις οδηγίες όσον αφορά τη θεραπευτική τους αγωγή, γεγονός που αποτελεί πρόβλημα στην παροχή ανακουφιστικής φροντίδας, ιδιαίτερα στην περίπτωση εφήβων με HIV/AIDS όπου ακόμη και παροδική έλλειψη συμμόρφωσης στην αντιρετροϊκή αγωγή μπορεί να οδηγήσει σε αντίσταση στα φάρμακα και ακολούθως σε πρώιμο θάνατο. Υπάρχουν πολλοί λόγοι για τη συμπεριφορά τους αυτή.⁹⁶

- Η εφηβεία αποτελεί περίοδο ταχέων εξελίξεων καθώς και αβεβαιότητας, συνεπώς μπορεί να είναι δύσκολο να ακολουθηθεί ένα αυστηρό πρόγραμμα.
- Η λήψη φαρμάκων συνιστά εμφανή ένδειξη διαφορετικότητας σε μια περίοδο όπου ο στιγματισμός και η πίεση των συνομηλίκων ασκούν ισχυρή επιρροή.

- Οι έφηβοι συχνά εμφανίζουν χαμηλή αυτοεκτίμηση ενώ ταυτόχρονα μπορεί να θρηνούν την απώλεια αγαπημένων τους προσώπων. Και στις δύο περιπτώσεις μπορεί να οδηγηθούν στη σκέψη: «Τι σημασία έχει να πάρω τα φάρμακα; Δεν το αξίζω πραγματικά έτσι κι αλλιώς».
- Η χρήση αλκοόλ και άλλων ουσιών παρατηρείται συχνά στην ηλικιακή αυτή ομάδα. Το αλκοόλ και τα «ναρκωτικά του δρόμου» αποδιοργανώνουν περισσότερο τους χρήστες, ενώ προκαλούν και ανεπιθύμητες αλληλεπιδράσεις με τη φαρμακευτική αγωγή.
- Ο φόβος για τη νόσο και την αγωγή μπορεί να οδηγήσει τους εφήβους στην άρνηση και ακολούθως στη διακοπή λήψης των φαρμάκων.
- Έλλειψη κατανόησης: η εκπαίδευση σε θέματα υγείας όπως και η πρόσβαση στις πληροφορίες που αφορούν την υγεία τους μπορεί να είναι περιορισμένες, με συνέπεια την έλλειψη επίγνωσης για τις συνέπειες της μη συμμόρφωσης στην αγωγή.

Οι στρατηγικές για τη μεγιστοποίηση της συμμόρφωσης στην αγωγή κυρίως αποσκοπούν στην παροχή στον μεγαλύτερο δυνατό βαθμό, ελέγχου, ενημέρωσης και αυτονομίας στον έφηβο, ώστε να τον διευκολύνετε στην πραγματοποίηση των επιλογών του μετά από πληροφόρηση, ενώ παράλληλα δείχνετε ότι τον εμπιστεύεστε, γεγονός που μπορεί να ενισχύσει την αυτοεκτίμηση και την αυτοπεποίθησή του. Ακολουθούν μερικές συμβουλές:

- Καταστήστε σαφές ότι μεταβιβάζετε την ευθύνη για τη λήψη της αγωγής στον έφηβο.
- Προσφέρετε αφειδώς εκπαίδευση και ενημέρωση κατάλληλη για την ηλικία του.
- Παρακινήστε τον έφηβο να καταγράφει τη λήψη της αγωγής: ζητήστε του ίσως να σχεδιάσει και να διαμορφώσει το δικό του ημερολόγιο για τον σκοπό αυτό.
- Οργανώστε υποστηρικτικά δίκτυα, π.χ. δάσκαλοι, γονείς, φροντιστές και φίλοι.
- Φροντίστε την ενημέρωση των βασικών φροντιστών, ώστε να επαγρυπνούν διακριτικά και υποστηρικτικά.
- Φέρτε τον έφηβο σε επαφή με ομάδες στήριξης αν είναι διαθέσιμες.
- Προσφέρετε γενναιόδωρα θετική ανατροφοδότηση και ενθάρρυνση.

Φροντίδα του εφήβου που πεθαίνει

Οι στόχοι της ανακουφιστικής φροντίδας παραμένουν οι ίδιοι για τον έφηβο που πεθαίνει όπως για τα παιδιά και τους ενήλικες: η παροχή της δυνατότητας ώστε να φύγουν από τη ζωή με γαλήνη, ηρεμία και αξιοπρέπεια. Αντιστοίχως, η βασική πρακτική παροχής ανακουφιστικής φροντίδας σε εφήβους είναι επίσης η ίδια, όπως σε παιδιά ή ενήλικες, δηλαδή: οικοδομήστε μια καλή επικοινωνία και μια αρμονική σχέση, πραγματοποιήστε διεξοδική και ολοκληρωμένη αξιολόγηση, διαμορφώστε μια σειρά από ζητήματα προς επίλυση όσον αφορά το οργανικό, ψυχολογικό, κοινωνικό, πνευματικό και οικονομικό επίπεδο, καταρτίστε και συμφωνήστε ένα πλάνο φροντίδας για την αντιμετώπιση καθενός από τα παραπάνω ζητήματα.

Υφίστανται ωστόσο ορισμένες ιδιαιτερότητες στην παροχή φροντίδας στον έφηβο που πεθαίνει:⁹⁷

- Η κλινική κατάθλιψη απαντάται συχνά σε εφήβους που πεθαίνουν (17%).
- Οι περισσότεροι έφηβοι με νόσο τελικού σταδίου έχουν επίγνωση της πρόγνωσής τους, αλλά και πάλι σπάνια συζητείται το θέμα αυτό.
- Οι έφηβοι είναι σε θέση να συζητήσουν την πρόγνωσή τους, ωστόσο χρειάζεται να μπορούν να θέτουν εκείνοι τον ρυθμό αυτών των συζητήσεων.
- Η νοσηλεία και η ασθένεια ενισχύουν την κοινωνική απομόνωση. Το γεγονός αυτό μπορεί να οδηγήσει σε παρατεταμένη εξάρτηση των εφήβων από τους γονείς τους.
- Προκειμένου να αντισταθμιστεί η τάση των γονέων για υπερπροστασία, θα πρέπει να δοθούν ευκαιρίες στον έφηβο με νόσο τελικού σταδίου, ώστε να περάσει κάποιο χρόνο και να αναπτύξει σχέσεις με άτομα εκτός του άμεσου οικογενειακού του περιβάλλοντος.
- Οι έφηβοι έχουν μεγάλη ανάγκη να εξερευνήσουν τα συναισθήματα και τους φόβους τους, συνεπώς μια «επιτρεπτική» ατμόσφαιρα όπως και προσωπικό υγείας που μπορεί να διευκολύνει ως προς αυτή την κατεύθυνση, έχουν ζωτική σημασία.
- Πρακτικά ζητήματα όπως η κατάρτιση μιας «διαθήκης», ο προγραμματισμός της κηδείας και η σύνταξη αποχαιρετιστήριων μηνυμάτων, φαίνεται να έχουν ιδιαίτερη σημασία για τους εφήβους.
- Οι σχέσεις των αδερφών στην ηλικιακή αυτή ομάδα είναι συχνά πολύ ισχυρές, συνεπώς η επαρκής φροντίδα των αδερφών του εφήβου είναι ουσιαστική.

- Κατά κανόνα στη φροντίδα του εφήβου που πεθαίνει συμμετέχουν πολλοί επαγγελματίες υγείας και φροντιστές. Οι έφηβοι ωστόσο θα επιλέξουν μόνο ένα πρόσωπο με το οποίο θα επικοινωνούν, με συνέπεια η απρόσκοπτη επικοινωνία μεταξύ των φροντιστών να καταστεί ενδεχομένως δυσχερής.

Όταν διαμορφώνετε ένα πλάνο φροντίδας για τους εφήβους με απειλητικές για τη ζωή παθήσεις, προτείνουμε την υιοθέτηση των παρακάτω αρχών:

- Οι έφηβοι έχουν την τάση να χρειάζονται, να αναζητούν και να βρίσκουν εξηγήσεις, νιώθουν δε καλύτερα όταν το πετυχαίνουν. Συνεπώς, προσπαθήστε να βοηθήσετε τους εφήβους να βρουν εξηγήσεις και νόημα για όσα τους συμβαίνουν.
- Παραχωρήστε τους όσο το δυνατόν μεγαλύτερο έλεγχο σε όσα συμβαίνουν (π.χ. εμπλέκοντάς τους στη λήψη αποφάσεων για τη ζωή τους και βοηθώντας τους να προγραμματίσουν ζητήματα σχετικά με τον θάνατό τους).
- Επιτρέψτε στους εφήβους να δώσουν διέξοδο και να διερευνήσουν τις ανησυχίες και τους φόβους τους.⁹⁸
- Διευκολύνετε και ενθαρρύνετε τις κοινωνικές επαφές⁹⁹ αλλά δώστε την «άδεια» στον έφηβο να αποσυρθεί καθώς πλησιάζει ο θάνατος και διευκολύνετε την επικοινωνία και το μοίρασμα κατά το διάστημα αυτό με τα μέλη της στενής οικογένειας και τους επαγγελματίες υγείας που έχει ο ίδιος επιλέξει.
- Δώστε πολλές ευκαιρίες για συζήτηση της πρόγνωσης. Οι περισσότεροι έφηβοι που πεθαίνουν γνωρίζουν την πρόγνωση, ωστόσο αυτό το θέμα συχνά δεν συζητείται.
- Οι σχέσεις των αδερφών στην ηλικιακή αυτή ομάδα είναι συχνά πολύ ισχυρές, συνεπώς η εξασφάλιση επαρκούς φροντίδας για τα αδέρφια του εφήβου είναι σημαντική.¹⁰⁰
- Οι έφηβοι συχνά χρησιμοποιούν συμβολικούς μάλλον παρά άμεσους τρόπους για να επικοινωνήσουν τα συναισθήματα και τις ανησυχίες τους: συνεπώς το «παιχνίδι» ή η εργοθεραπεία είναι το ίδιο σημαντικά μέσα όπως και για τα μικρότερα παιδιά. Το θέατρο, η ποίηση, η μουσική και η τέχνη ταιριάζουν περισσότερο στις ηλικιακές αυτές ομάδες.
- Οι έφηβοι είναι σε θέση να σκέφτονται με αφηρημένους και συμβολικούς τρόπους, συνεπώς η μουσική, η ποίηση και η τέχνη συνιστούν ιδιαίτερα επιβοηθητικές επιλογές.

- Στους εφήβους αρέσει να αναζητούν νόημα, εξηγήσεις και πρότυπα σκέψης, γεγονός που σημαίνει ότι οι ευκαιρίες να μάθουν και να πάρουν μέρος σε συζητήσεις (ειδικά στις ομάδες συνομηλίκων) αποκτούν ιδιαίτερη σημασία.

Πρακτικές δραστηριότητες που μπορεί να βρείτε χρήσιμες

- Να φτιάξουν ένα κουτί ή βιβλίο μνήμης, που θα τους βοηθήσει στη συνεχιζόμενη νοηματοδότηση και σύνδεσή τους με τον περίγυρό τους.
- Να κάνουν ένα οικογενειακό αρχείο, που θα συμβάλει ώστε να αποκτήσουν μια αίσθηση της θέσης τους μέσα στην οικογένεια και επομένως της «κληρονομιάς» τους σε αυτήν, όταν πια θα έχουν φύγει.
- Συντάξτε με τον έφηβο μια «διαθήκη»: οι έφηβοι μπορεί να διαθέτουν λίγα υπάρχοντα, είναι όμως σημαντικό να συζητήσετε τις σκέψεις τους σχετικά με το τι θέλουν να συμβεί μετά τον θάνατό τους και πώς θέλουν να τους θυμούνται. Όλα αυτά μπορεί να αποτυπωθούν σε μια «διαθήκη».
- Ζητήστε τη συμμετοχή ομάδων συνομηλίκων και ενθαρρύνετε τους να ενημερωθούν ώστε να συζητήσουν με τον έφηβο διάφορα θέματα ως προς την εξέλιξη της ασθένειας και την αντιμετώπισή της, να αναλογιστούν ευρύτερα ζητήματα όπως η σεξουαλικότητα και η συμμόρφωση στην αγωγή, να συζητήσουν και να μοιραστούν εμπειρίες αναφορικά με την ασθένεια και την υγεία, προκειμένου να διευκολυνθεί η αμοιβαία υποστήριξη, αλλά να διασφαλιστεί και χρόνος για διασκέδαση.
- Διευκολύνετε το συμβολικό παιχνίδι, την τέχνη, την ποίηση, τη μουσική και το θέατρο – όλα αυτά προσφέρουν απόσπαση προσοχής, ψυχαγωγία, τρόπους πληροφόρησης των εφήβων για την κατάστασή τους όπως και έκφρασης συναισθημάτων.

Ποιες άλλες πηγές πληροφόρησης μπορεί να είναι επιβοηθητικές;

- Για εφήβους με HIV/AIDS, βλ.:
<https://www.avert.org/professionals/hiv-social-issues/key-affected-populations/young-people>
- Για εφήβους με καρκίνο, βλ.:
<https://www.teenagecancertrust.org/who-we-are/about-us/>
- *Palliative Care for Young People Aged 13-24*. Μπρίστολ: ACT (Association for Children with Life-Threatening or Terminal Conditions and their Families), 2001. Έρευνα και συγγραφή από τη Rosemary Thornes για λογαριασμό της ομάδας εργασίας: Joint Working Party on Palliative Care for Adolescents and Young Adults. Επιμέλεια: Stella Elston. Διατίθεται στον σύνδεσμο:
<http://www.palliativecarescotland.org.uk/content/publications/PalliativeCareforYoungPeopleaged13-24.pdf>
- Goldman, A., Hain, R. & Liben, S. *Oxford Textbook of Palliative Care for Children*. 2^η έκδοση. Οξφόρδη: Oxford University Press, 2012.

Μέρος δέκατο

Πώς διαχειρίζομαι τα ηθικά διλήμματα στην παιδιατρική ανακουφιστική φροντίδα;

Μπορεί ήδη να γνωρίζετε ότι:

- Όλοι οι επαγγελματίες υγείας έχουν καθήκον:
 - να σέβονται τη ζωή και την υγεία των ασθενών τους
 - να πράττουν εντός κοινά αποδεκτών προτύπων
 - να μεγιστοποιούν τα οφέλη για τους ασθενείς τους και να ελαχιστοποιούν τυχόν βλάβες
 - να σέβονται τις επιθυμίες που απορρέουν από την αυτονομία του ασθενή
 - να πράττουν με σύνεση, ειλικρίνεια, δικαιοσύνη και επαγγελματισμό.
- Οι ασθενείς με δικαιοπρακτική ικανότητα έχουν: «...απόλυτο δικαίωμα να επιλέξουν είτε να συγκατατεθούν στην ιατρική αγωγή, είτε να την αρνηθούν, ανεξαρτήτως αν η αιτιολόγηση της επιλογής τους είναι έλλογη ή μη, άγνωστη ή ακόμη και μη υφιστάμενη».¹⁰¹
- Για ασθενή που στερείται δικαιοπρακτικής ικανότητας, η λήψη αποφάσεων από άτομα που τον αντιπροσωπεύουν (όπως ο πλησιέστερος συγγενής) θα πρέπει να αποσκοπεί σε συναινετική συμφωνία ως προς εκείνη τη στρατηγική αντιμετώπισης που συντάσσεται με το βέλτιστο συμφέρον του παιδιού.
- Η δικαιοπρακτική ικανότητα αποτελεί συνάρτηση της εκάστοτε περίπτωσης. Εξαρτάται από την ικανότητα του ασθενή να προσλάβει, να κατανοήσει και να συγκρατήσει την πληροφόρηση που του παρέχεται από τους επαγγελματίες υγείας. Ο καθορισμός της ικανότητας αυτής συνιστά μια πολύπλοκη διαδικασία και περιλαμβάνει υποκειμενική αξιολογική κρίση.

- Η αρχή της αναγκαιότητας επιτρέπει στους επαγγελματίες υγείας να παρέμβουν σε μια περίπτωση επείγουσα και απειλητική για τη ζωή, χωρίς προηγούμενη συγκατάθεση του ατόμου.
- Οι επαγγελματίες υγείας δεν είναι υποχρεωμένοι να παρέχουν ιατρική αγωγή η οποία αντιβαίνει στην προσωπική επαγγελματική τους κρίση.

Μπορεί να βρείτε χρήσιμα τα εξής:

Είναι τα ηθικά ζητήματα διαφορετικά στην περίπτωση των παιδιών; Και ναι και όχι. Οι ηθικές αρχές παραμένουν ίδιες, είτε εφαρμόζονται στους ενήλικους είτε στα παιδιά, αλλά η *εφαρμογή* των αρχών διαφοροποιείται, γιατί τα παιδιά:

- Ενδέχεται να μην κατανοούν πλήρως την ασθένειά τους και την αγωγή αυτής.
- Ενδέχεται να μην είναι σε θέση να γνωστοποιήσουν πλήρως τις σκέψεις και τις επιθυμίες τους.
- Διαθέτουν τη δυνατότητα να καταστούν αυτόνομοι ενήλικες και να αποκτήσουν δικαιοπρακτική ικανότητα.
- Τα δικαιώματά τους ενδέχεται να γίνονται σεβαστά σε μικρότερο βαθμό σε σχέση με εκείνα των ενηλίκων.

Κατά την εφαρμογή των ηθικών αρχών στην πρακτική της ανακουφιστικής φροντίδας παιδιών, υπάρχουν τρεις βασικές ερωτήσεις που πρέπει να απαντηθούν:

1. Τι χρειάζεται να αποφασιστεί;
2. Ποιοι αποφασίζουν;
3. Πώς αποφασίζουν;

Τι χρειάζεται να αποφασιστεί;

Αυτό αποτελεί ενδεχομένως το πιο σημαντικό βήμα στην προσπάθεια διαχείρισης οποιουδήποτε ηθικού διλήμματος. Αν δεν είμαστε σαφείς ως προς το ερώτημα αυτό, είναι πολύ δύσκολο να καταλήξουμε σε επωφελείς απαντήσεις. Για παράδειγμα, στην περίπτωση ενός παιδιού με στοματικό καρκίνο τελικού σταδίου, μπορεί να υπάρχουν ποικίλα διλήμματα, όπως:

- Θα πρέπει να ανακοινώσουμε στο παιδί ότι βρίσκεται στο τέλος της ζωής του και αν ναι, πότε είναι η κατάλληλη στιγμή;
- Θα πρέπει το παιδί να λάβει φροντίδα στο σπίτι, στον ξενώνα ή στο νοσοκομείο;
- Θα πρέπει να συνεχιστεί η σίτιση του παιδιού και αν ναι, με ποιο τρόπο;

Αν «κολλήσετε» σε μια περίπτωση, είναι συχνά επιβοηθητικό να κάνετε μια λίστα με τα διάφορα ερωτήματα/διλήμματα και να θέσετε προτεραιότητες για ποια από αυτά χρειάζεται να ληφθεί απόφαση και πότε. Μπορεί να είναι χρήσιμο να σκεφτείτε τον στόχο κάθε επιμέρους τρόπου αντιμετώπισης: φροντίδα με σκοπό την ανακούφιση (έλεγχος συμπτωμάτων, ανακουφιστική αγωγή), παρεμβατική αντιμετώπιση, ή και τα δύο – στη συνέχεια σταθμίστε αν το ενδεχόμενο επίτευξης οφέλους από κάθε επιλογή υπερβαίνει τυχόν κίνδυνο επιβάρυνσης του ασθενή.

Ποιοι αποφασίζουν;

Η απάντηση διαφοροποιείται από χώρα σε χώρα. Στη χώρα μου, την Αγγλία, τα παιδιά άνω των 16 ετών θεωρείται ότι διαθέτουν «επάρκεια» ως προς την ικανότητά τους να παρέχουν ενημερωμένη συγκατάθεση ή να διαφωνήσουν με την προτεινόμενη ιατρική αγωγή.¹⁰²

Σύμφωνα με τις «Κατευθυντήριες Οδηγίες Fraser»,¹⁰³ στο Ηνωμένο Βασίλειο μπορεί και ένα παιδί κάτω από την ηλικία των 16 ετών να θεωρηθεί ότι διαθέτει «επάρκεια» για να παρέχει ενημερωμένη συγκατάθεση: «... αν είναι ένα παιδί ικανό να δώσει την απαραίτητη συγκατάθεση ή όχι, θα εξαρτηθεί από την ωριμότητά του και την αντιληπτική του ικανότητα, όπως και από τη φύση της απαιτούμενης συγκατάθεσης. Το παιδί θα πρέπει να είναι σε θέση να προβεί σε εύλογη εκτίμηση ως προς τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα της προτεινόμενης αγωγής, προκειμένου η συγκατάθεσή του, αν δοθεί, να μπορεί να θεωρηθεί ορθώς και δικαίως ως αληθής συναίνεση».

Ακόμη και αν ένα παιδί δεν διαθέτει πλήρη δικαιοπρακτική ικανότητα, αυτό δεν σημαίνει ότι θα πρέπει να εξαιρείται από τη διαδικασία λήψης αποφάσεων, καθώς ενδέχεται να διαθέτει τουλάχιστον εν μέρει αυτή την ικανότητα.

Το Βασιλικό Κολλέγιο Παιδιατρικής και Υγείας του Παιδιού (Ηνωμένο Βασίλειο)¹⁰⁴ έχει θεσπίσει κατευθυντήριες οδηγίες όπου συστήνεται πως ανεξάρτητα από το αν ένα παιδί διαθέτει δικαιοπρακτική ικανότητα από νομικής απόψεως ή όχι, οι επαγγελματίες υγείας οφείλουν να προσπαθούν, όπου είναι εφικτό, να διασφαλίζουν ότι τα παιδιά ενημερώνονται όπως και ότι επιζητείται η γνώμη τους όσον αφορά αποφάσεις που τα αφορούν, καθώς επίσης και ότι οι απόψεις τους γίνονται σεβαστές και λαμβάνονται υπόψη κατά τη λήψη αποφάσεων.

Τα παραπάνω φαίνεται να συνιστούν μια δίκαιη και εύλογη προσέγγιση, σε οποιαδήποτε χώρα του κόσμου κι αν εργάζεστε.

Ποιος αποφασίζει αν το παιδί δεν διαθέτει δικαιοπρακτική ικανότητα;

Το βέλτιστο συμφέρον του παιδιού οφείλει πάντοτε να επικρατεί, ενώ θα πρέπει σε κάθε περίπτωση να λαμβάνονται υπόψη όλοι οι παράγοντες, όπως ιατρικοί, συναισθηματικοί κ.λπ., καθώς και ζητήματα που αφορούν τη διαβίωση και την ευημερία του παιδιού.

Στις περισσότερες περιπτώσεις, οι γονείς ή τα άτομα με γονική μέριμνα, έχουν την ευθύνη της λήψης αποφάσεων που αφορούν το παιδί. Πάντως στις περισσότερες χώρες, αναφορικά με τις αποφάσεις που αφορούν τη φροντίδα υγείας, δίνεται προτεραιότητα στο βέλτιστο συμφέρον του παιδιού έναντι των δικαιωμάτων των γονιών. Υπάρχουν όμως περιπτώσεις όπου οι επιθυμίες των γονέων δεν φαίνεται να συντάσσονται με το βέλτιστο συμφέρον του παιδιού, και σε αυτό το σημείο οι κανονισμοί ποικίλουν από χώρα σε χώρα.

Το ιδανικό θα ήταν η διεπιστημονική ομάδα να συνεργάζεται με τους γονείς προκειμένου να επιτευχθεί μια συναινετική συμφωνία. Καμία επιμέρους γνώμη δεν θα πρέπει να είναι καθοριστική αφεαυτής, ωστόσο στις περισσότερες χώρες ο προϊστάμενος ιατρός έχει τη συνολική ευθύνη να αποφασίσει όταν η επίτευξη συναίνεσης δεν είναι εφικτή. Η τελική απόφαση θα πρέπει να βασίζεται σε μια εύλογη κρίση ως προς το τι αποτελεί βέλτιστο συμφέρον

για το συγκεκριμένο παιδί. Παρακαλείσθε να αναζητήσετε τη νομοθεσία της δικής σας χώρας αναφορικά με το εν λόγω θέμα. Αν υφίσταται σημαντική διαχρονωμία και αν ο χρόνος το επιτρέπει, το πιο εύλογο είναι συνήθως να αναζητείται νομική άποψη.

Πώς αποφασίζουμε;

Εφόσον το ηθικό δίλημμα έχει αποσαφηνιστεί και το ζήτημα ποιος θα συμμετέχει στη λήψη της απόφασης έχει επιλυθεί, το τελικό βήμα στη διαδικασία είναι να αποφασιστεί πώς θα ληφθεί η απόφαση.

Σύμφωνα με την ηθική θεωρία, οι αποφάσεις μπορεί να βασίζονται:

- Σε πεποιθήσεις: π.χ. η πεποίθηση ότι κάθε ζωή είναι ιερή.
- Σε καθήκοντα: π.χ. το καθήκον να πράττει κανείς με βάση το βέλτιστο συμφέρον του ασθενούς.
- Σε συνέπειες: π.χ. η αρχή ότι το βέλτιστο συνίσταται στο να πράττει κανείς έτσι ώστε να είναι πιθανότερο να επέλθει όφελος παρά να προκληθεί βλάβη.
- Σε αξίες: π.χ. οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να ενεργούν με βάση τις αξίες της ενσυναίσθησης, της ειλικρίνειας και της δικαιοσύνης.
- Σε δικαιώματα: π.χ. ότι το παιδί έχει δικαίωμα στην καλύτερη δυνατή αγωγή.

Ποια προβλήματα υπάρχουν στην εφαρμογή των αρχών της ηθικής στην ανακουφιστική φροντίδα παιδιών;

- Υπάρχουν ορισμένες ηθικές αρχές που είναι συναφείς με ένα δεδομένο κλινικό σενάριο.
- Η διαδικασία λήψης αποφάσεων ενδέχεται να είναι πλήρης αντιπαράθεσων.
- Τα άτομα αποδέχονται διαφορετικές ηθικές θεωρίες σε ποικίλο βαθμό, με ενδεχόμενο επακόλουθο πλήθος ηθικών πεποιθήσεων και παραδοχών.
- Τα εμπλεκόμενα άτομα ενδέχεται να αποτιμούν με ποικίλους και αντιφατικούς τρόπους τα πολυάριθμα αντιτιθέμενα συμφέροντα και τις επιρροές

από διάφορες κατευθύνσεις.

- Η προσωπική εμπειρία, το επαγγελματικό και κοινωνικό υπόβαθρο, το θρησκευτικό και πολιτισμικό πλαίσιο όπως και η συναισθηματική κατάσταση, όλα επιδρούν στις αξίες και τις πεποιθήσεις ενός ατόμου.
- Οι διάφορες αξιολογήσεις της ποιότητας ζωής είναι σε πολύ μεγάλο βαθμό υποκειμενικές και υποθετικές, ενώ υπόκεινται συχνά σε κριτική από την επιστημονική κοινότητα.
- Οι επαγγελματίες υγείας μπορεί να υφίστανται πιέσεις από αντιπαρατιθέμενες πλευρές, οι οποίες ενδέχεται να επηρεάσουν, συνειδητά ή μη, τις εκτιμήσεις τους (π.χ. ζητήματα κόστους, στόχων, χρόνου, όπως και η εξουθένωση σε προσωπικό επίπεδο).
- Η πραγματοποίηση αντικειμενικών και εύλογων επιλογών σε συναισθηματικά επίπονες και απαιτητικές συνθήκες δεν αποτελεί εύκολο ζήτημα, δεδομένου ότι κατά κανόνα ενεργοποιούνται συναισθήματα συμπάθειας όπως και μηχανισμοί άμυνας.

Αποφασίζοντας τι να γίνει στην πράξη

Ως επαγγελματίες υγείας, οφείλουμε να είμαστε πρακτικοί και ρεαλιστές. Οφείλουμε να προσπαθούμε να πράττουμε το καλύτερο δυνατό για το συγκεκριμένο παιδί, εδώ και τώρα.

Αυτό σημαίνει ότι θα πρέπει να υπάρξει συμβιβασμός και ιεράρχηση όλων των απόψεων, ενώ είναι αναγκαίο τα αντικρουόμενα συμφέροντα να εξισορροπηθούν. Κανένα μεμονωμένο άτομο δεν θα πρέπει να καθορίζει την έκβαση. Αναμφίβολα, η ιδανική κατάσταση θα ήταν να επιτευχθεί η συναίνεση όλων των ενδιαφερόμενων, χωρίς ωστόσο να αφεθούν οι γονείς να επωμισθούν το βάρος της ευθύνης μόνοι τους.

Αν και θεωρητικά υπάρχουν χιλιάδες λόγοι για τους οποίους μια συμφωνία θα μπορούσε να είναι ανέφικτη, στην πράξη δεν είναι (ευτυχώς) τόσο συνηθισμένο να ανακύπτουν σοβαρά προβλήματα ή διαφωνίες αναφορικά με τον βέλτιστο τρόπο δράσης. Δυστυχώς όμως, συμβαίνουν.

Σημαντικά σημεία για την επίτευξη συναίνεσης και την αποφυγή διαφωνιών στην πράξη

Σύμφωνα με την προσωπική μου εμπειρία, όταν ανακύπτουν προβλήματα και διαφωνίες, συνήθως πρόκειται για κωλύματα επικοινωνίας παρά για εμπόδια ηθικής φύσεως. Είναι αξιοθαύμαστο πώς ακόμη και περίπλοκα προβλήματα μπορούν να επιλυθούν αν ο καθένας αισθάνεται ότι εισακούεται και ότι είναι σε θέση να ακούσει. Θυμηθείτε, οι δύο αυτές δυνατότητες περιορίζονται σημαντικά όταν είμαστε φοβισμένοι και θυμωμένοι. Ο φόβος και ο θυμός αποτελούν φυσικές αντιδράσεις απέναντι στον θάνατο ενός παιδιού, καθόλου όμως επιβοηθητικές. Συνεπώς οφείλει κανείς να προσπαθήσει ώστε να βρεθεί τρόπος συμφωνίας παρά την παρουσία τους ή παρακάμπτοντάς τις. Για παράδειγμα:

- Εμπλέξτε οποιοδήποτε άτομο του οποίου η άποψη έχει βαρύνουσα σημασία για την επίλυση του διλήμματος.
- Να είστε απολύτως ειλικρινείς και ανοιχτοί με όλους, εντός των ορίων της αντιληπτικής ικανότητας κάθε ατόμου σε διανοητικό και συναισθηματικό επίπεδο.
- Να είστε ιδιαίτερα σχολαστικοί – διατρέξτε όλες τις πιθανότητες και τα σενάρια με όλα τα ενδιαφερόμενα άτομα. Ακόμη και με τους «αντιπαθητικούς».
- Οι άνθρωποι λαμβάνουν αποφάσεις με το μυαλό και την καρδιά τους, αναζητήστε συνεπώς τις κρυμμένες όπως και τις εκφρασμένες προτεραιότητες.
- Να είστε απολύτως δίκαιοι. Δώστε σε κάθε άτομο την ευκαιρία να εκφράσει τη γνώμη του και φροντίστε να μην κάνετε διακρίσεις εις βάρος κάποιων (ειδικά του παιδιού).
- Να σας διακρίνει η συμπόνια αλλά και η δικαιοσύνη, δείξτε ενσυναίσθηση και επιχειρήστε να τοποθετήσετε τον εαυτό σας στη θέση των άλλων, προσπαθήστε όμως να αποφύγετε να συνταχθείτε με άτομα των οποίων ο συναισθηματικός τρόπος προσέγγισης αντικατοπτρίζει περισσότερο τα δικά σας συναισθήματα.
- Και πάνω από όλα, **αφιερώστε χρόνο**: όλη αυτή η διαδικασία απαιτεί χρόνο. Αφιερώστε όσο περισσότερο χρόνο μπορείτε, δίχως να αδικήσετε τους άλλους ασθενείς ή τον εαυτό σας.

Ποιες άλλες πηγές πληροφόρησης μπορεί να είναι επιβοηθητικές;

- Για περαιτέρω πληροφόρηση σχετικά με τη λήψη αποφάσεων για την απόσυρση ή τη μη κλιμάκωση της υποστηρικτικής αγωγής που αποσκοπεί στην παράταση της ζωής, βλ. το έγγραφο του οργανισμού Together for Short Lives με τίτλο: *A Care Pathway to Support Extubation Within a Children's Palliative Care Framework* (1^η έκδοση). Μπρίστολ: Together for Short Lives, 2011. Διατίθεται στον σύνδεσμο:
<https://www.togetherforshortlives.org.uk/wp-content/uploads/2018/01/ProRes-Extubation-Care-Pathway.pdf>
- Βλ. την έκδοση του Βασιλικού Κολλεγίου Παιδιατρικής και Υγείας του Παιδιού (RCPCH: Royal College of Paediatrics and Child Health) με τίτλο: *Withholding or Withdrawing Life Sustaining Treatment in Children: A Framework for Practice*. 2^η έκδοση. Λονδίνο: RCPCH, 2004. Διατίθεται στον σύνδεσμο:
https://councilfordisabledchildren.org.uk/sites/default/files/field/attachemnt/Withholding%26withdrawing_treatment.pdf
[Σ.τ.Μ.: Επικαιροποιημένη έκδοση (2015) διατίθεται στον σύνδεσμο:
https://adc.bmj.com/content/100/Suppl_2/s1.full.pdf+html]
- Together for Short Lives. *A Parent's Guide: Making critical care choices for your child*. Μπρίστολ: Together for Short Lives, 2011. [Σ.τ.Μ.: Επικαιροποιημένη έκδοση (2014) διατίθεται στον σύνδεσμο:
<https://www.togetherforshortlives.org.uk/wp-content/uploads/2018/01/FamRes-Parents-Guide-to-Critical-Care-Choices.pdf>]
- British Medical Association (BMA). *Withholding and withdrawing life prolonging medical treatment: guidance for decision making*. Λονδίνο: BMA, 2007.
- The Ethox Centre. *Ethical and Legal Issues at End of Life*. The Ethox Centre, 2010. Βλ. περισσότερα στον σύνδεσμο:
<https://www.ethox.ox.ac.uk/ethics-support>
- General Medical Council (GMC). *Consent: Patients and Doctors Making Decisions Together*. Λονδίνο: GMC, 2008.
- South Central National Health System (NHS) (Αγγλία). *Advance Care Plan Policy* (απόσπασμα από τον Κλινικό Οδηγό). South Central NHS, 2010. Διατίθεται στον σύνδεσμο:
<http://tvscn.nhs.uk/wp-content/uploads/2015/06/Child-and-Young-Persons-ACP-Form-and-Policy.pdf>

Επίσημη καθοδήγηση

- Αποφάσεις στο τέλος της ζωής – Οι απόψεις της ένωσης British Medical Association (BMA) είναι διαθέσιμες στον σύνδεσμο: <https://www.bma.org.uk/advice-and-support/ethics#end-of-life>
- General Medical Council (GMC): *Treatment and care towards the end of life: good practice in decision making*. GMC, 2010. Διατίθεται στον σύνδεσμο: <https://www.gmc-uk.org/ethical-guidance/ethical-guidance-for-doctors/treatment-and-care-towards-the-end-of-life>
- BMA: Οδηγίες που αφορούν το τελικό στάδιο είναι διαθέσιμες στον σύνδεσμο: <https://www.gmc-uk.org/ethical-guidance/ethical-guidance-for-doctors/#end-of-life>

Εργαλειοθήκη - Οδηγός

- BMA: *Mental Capacity Act Toolkit* (2008). [Σ.τ.Μ.: Επικαιροποιημένη έκδοση (2016) διατίθεται στον σύνδεσμο: <https://www.bma.org.uk/media/1849/bma-mental-capacity-act-toolkit-2016.pdf>]

Μέρος ενδέκατο

Πώς παρέχω πνευματική φροντίδα στις οικογένειες;

Μπορεί ήδη να γνωρίζετε ότι:

- Η πνευματική φροντίδα διαφέρει από τη θρησκευτική ή ποιμαντική φροντίδα, αλλά μπορεί να αλληλοσυμπληρώνονται.
- Η πνευματικότητα δεν διαθέτει καθιερωμένο ορισμό και έχει διαφορετικό περιεχόμενο για κάθε άτομο ή οικογένεια.
- Η πνευματικότητα βρίσκεται στον πυρήνα της καλής ανακουφιστικής φροντίδας.
- Ο πόνος μπορεί να μετρηθεί, η οδύνη όχι.

Μπορεί να βρείτε χρήσιμα τα εξής:

Η πνευματικότητα έχει ερμηνευθεί ως οτιδήποτε δίνει νόημα στη ζωή ενός ατόμου. Μπορεί να περιλαμβάνει τη θρησκεία ή την πίστη σε έναν Θεό, ή όχι. Για λόγους σαφήνειας, θα ορίζαμε την πνευματική και την ποιμαντική φροντίδα ως εξής:

Η πνευματική φροντίδα αφορά την ανταπόκριση στη μοναδικότητα του ατόμου: αποδοχή του συνόλου των αμφισβητήσεων, των πεποιθήσεων και των αξιών του, ακριβώς ως έχουν. Σημαίνει την ανταπόκριση στις εκφρασμένες ή μη παραδοχές που αφορούν τον ίδιο τον πυρήνα της ύπαρξης του συγκεκριμένου ατόμου, οι οποίες εκλαμβάνονται ως αδιαμφισβήτητες εκφράσεις της θέσης του στον κόσμο και της προσωπικότητάς του. Σημαίνει επίσης να λειτουργεί κάποιος ως διευκολυντής στην αναζήτηση ταυτότητας από το άτομο στο ταξίδι της ζωής του, όπως και στην ιδιαίτερη συνθήκη όπου βρίσκεται.

Περιλαμβάνει ακόμη την ανταπόκριση δίχως υποδείξεις, επικρίσεις ή δογματισμούς, αναγνωρίζοντας ότι κάθε άτομο βρίσκεται σε διαφορετικό στάδιο της προσωπικής πνευματικής του πορείας.¹⁰⁵

Η ποιμαντική φροντίδα αναφέρεται στην επικοινωνία και συνδιαλλαγή σε προσωπικό και κοινωνικό επίπεδο, με χαρακτήρα θεραπευτικό, υποστηρικτικό και καθοδηγητικό, μεταξύ ατόμων και εκείνων με τους οποίους συσχετίζονται στο πλαίσιο της οικογένειας και της κοινότητάς τους. Παρέχεται από τον εκπρόσωπο της πίστης τους (ιερωμένο ή λαϊκό) και την κοινότητα των πιστών και στο πλαίσιο αυτό η φροντίδα θεμελιώνεται στη θεολογική προοπτική της παραδεδομένης πίστης στην οποία παραμένουν τα άτομα αφοσιωμένα, γεγονός που συνιστά την αυθεντική τους πνευματικότητα.

Η πνευματικότητα αποτελεί εύλογη μέριμνα όλων εκείνων που εργάζονται με παιδιά που πεθαίνουν και τις οικογένειές τους, αλλά ακόμη περισσότερο για όσους έχουν έναν ρόλο στην άμεση φροντίδα ασθενών. Η πνευματικότητα δεν μπορεί να εξεταστεί μεμονωμένα – είναι βαθιά ριζωμένη σε ένα πλαίσιο αλληλοεπικαλυπτόμενων και πολλαπλών επιπέδων, ενώ χρειάζεται να ληφθεί υπόψη πλήθος θεωρήσεων.

Γιατί είναι τόσο σημαντική η πνευματική φροντίδα στην παιδιατρική ανακουφιστική φροντίδα;

Το παιδί και η οικογένεια, καθώς και η ομάδα που φροντίζει το παιδί, όλοι έχουν πνευματικές ανάγκες και όλοι χρειάζεται να συμπεριληφθούν στην παροχή πνευματικής φροντίδας.

Το έργο της προσφοράς πνευματικής φροντίδας αφορά τη συν-δημιουργία ενός προστατευμένου και ασφαλούς ή «ιερού» χώρου, όπου το παιδί και η οικογένεια μπορούν να εκφράσουν τα ενδόμυχα συναισθήματά τους ή την οδύνη τους, γνωρίζοντας ότι είναι αποδεκτό να το πράξουν, ότι θα τους ακούσουν και θα τους λάβουν σοβαρά υπόψη. Θα πρέπει ακόμη να συνιστά έναν χώρο όπου οι γονείς, τα αδέρφια και το προσωπικό υγείας θα μπορούν να έχουν την ελευθερία να πράξουν το ίδιο. Το παιδί ή η οικογένεια δεν θα είναι σε θέση να ενεργήσουν με τον τρόπο αυτό, αν το παιδί βιώνει οποιοδήποτε είδος πόνου.

Όταν σκεφτόμαστε τον «πόνο», χρειάζεται να αναλογιστούμε τα διάφορα είδη πόνου. Μπορεί να εκτιμήσουμε ότι το παιδί αισθάνεται σωματικό πόνο και να του χορηγηθούν φάρμακα, ενώ στην πραγματικότητα να πρόκειται για πνευματικό ή ψυχικό πόνο. Ο ψυχικός πόνος ορίζεται ως: *«η εμπειρία ενός ατόμου το οποίο έχει απομακρυνθεί και αποξενωθεί από τις βαθύτερες και πιο θεμελιώδεις πλευρές του εαυτού του»*.

Ο ψυχικός πόνος προσομοιάζει με τον «ανθεκτικό πόνο». Χρειάζεται να προσπαθήσουμε να κατανοήσουμε τις μεταφορές που χρησιμοποιούν οι άνθρωποι για να περιγράψουν τη δυσφορία τους, την ασθένεια, τον πόνο τους και τον ασυνείδητο κόσμο τους. Οφείλουμε να μάθουμε να αποκωδικοποιούμε τη γλώσσα που μεταχειρίζονται για να μας πουν την ιστορία τους. Χρειάζεται να είμαστε ιδιαίτερα προσηλωμένοι στο έργο μας καθώς προσπαθούμε να εκτιμήσουμε και να αντιμετωπίσουμε τον πόνο ενός παιδιού. Ορισμένες φορές ωστόσο, όταν βρισκόμαστε σε αδιέξοδο στην περίπτωση που ένα παιδί εμφανίζει «ανθεκτικό πόνο», ίσως χρειαστεί να μεταθέσουμε την προσοχή μας υιοθετώντας μια ευρύτερη οπτική από την αυστηρά επιστημονική και να προβληματιστούμε περισσότερο για την εμπειρία του πόνου από το συγκεκριμένο παιδί.

Οι ιατροί και οι νοσηλευτές έχουν εκπαιδευτεί στην επικοινωνία, ειδικά στη χρήση της μη λεκτικής επικοινωνίας, όπως και στην αλληλεπίδραση με τις οικογένειες. Οι δεξιότητες αυτές μεταφέρονται εύκολα στην παροχή πνευματικής φροντίδας. Η τέχνη της καλής πνευματικής φροντίδας είναι η τέχνη της *ακρόασης*. Πρόκειται για την ικανότητα να μένει κανείς σιωπηλός και να ακούει όσα δεν λέγονται. Η βασική δεξιότητα για τους επαγγελματίες υγείας είναι να είναι «παρόντες», δηλαδή να διασφαλίσουν ότι διαθέτουν αρκετό χρόνο, έχουν κλείσει το τηλέφωνό τους και δεν κοιτάζουν το ρολόι τους.

Πώς αναπτύσσουν τα παιδιά την πνευματικότητά τους;

Στην περίπτωση των παιδιών, η πνευματικότητα είναι πολύ πιθανότερο να επικεντρώνεται στην αντίληψή τους για τη ζωή έτσι όπως τη βιώνουν στην καθημερινότητά τους.

Στις συνήθειες πνευματικές ανησυχίες των παιδιών περιλαμβάνεται η αγάπη, η συγχώρηση, η ασφάλεια, η ελπίδα και η «κληρονομιά» τους (αν η ζωή τους και όσα κατάφεραν θα έχουν κάποια σημαντική επιρροή, καθώς και αν θα τα θυμούνται μετά τον θάνατό τους).

Είναι επίσης πιθανό, τα παιδιά να τα ανησυχούν η μοναξιά και ο αποχωρισμός τους (από γονείς, αδέρφια, κατοικίδια, φίλους), όπως και η απώλεια του εαυτού τους ως πλήρους οντότητας (για παράδειγμα, να μην μπορούν πλέον να πάνε στο σχολείο ή να κάνουν τα πράγματα που τους αρέσουν).

Τα παιδιά ενδέχεται κάποιες φορές να αναφέρονται σε «μαγικά» και μη ανθρώπινα όντα, όπως οι άγγελοι, οι νεράιδες ή τα τέρατα. Ακούγοντας τις διηγήσεις αυτές, οι οποίες μπορεί εκ πρώτης όψεως να μοιάζουν με παιδιαστικές ιστορίες, είναι πιθανό να μας μεταφέρουν μερικές από τις «πνευματικές» σκέψεις που τα απασχολούν το συγκεκριμένο διάστημα, όπως και να μας βοηθήσουν να κατανοήσουμε καλύτερα τους φόβους και τις αγωνίες τους.

Μερικές χρήσιμες συμβουλές, φράσεις και δραστηριότητες για την υποβοήθηση της επικοινωνίας με τα παιδιά όσον αφορά τα πνευματικά ζητήματα

Η πιο χρήσιμη δεξιότητα που χρειάζεται να κατέχετε είναι να ακούτε, πολύ προσεκτικά.

- **Ακούστε τις λέξεις:** για παράδειγμα: Θεός, ουρανός, πνεύμα, ελπίδα, ευχή, θυμός, λύπη, φάντασμα, μοναχικός, δυνατός, αδύναμος, ένοχος, γενναίος ή φοβισμένος. Εξερευνήστε αυτές τις σκέψεις ρωτώντας τι σημαίνουν λέξεις σαν τις παραπάνω για το συγκεκριμένο παιδί.
- **Ακούστε τα όνειρα:** οι ιστορίες ή οι φόβοι που προέρχονται από τα όνειρα μπορεί να δώσουν την ευκαιρία να στραφεί η προσοχή σε αγωνίες που είναι δύσκολο να τις προσέξουμε στην «πραγματική» ζωή. Ρωτήστε το παιδί τι σημαίνει το όνειρο για το ίδιο. Μην επιχειρήσετε να το εξηγήσετε εσείς.
- **«Ακούστε» τη χρήση φράσεων «αναζήτησης»:** φράσεις που δείχνουν ότι το παιδί έχει σκέψεις ή αναζητήσεις σε ένα βαθύτερο επίπεδο, μπορεί να δώσουν μια ευκαιρία ενθάρρυνσης του παιδιού να μιλήσει περισσότερο

για αυτά. Ενδεχομένως αναρωτιέται: «γιατί εγώ;», ή «εύχομαι...» ή «αναρωτιέμαι αν...». Μπορείτε να βοηθήσετε το παιδί να επεξεργαστεί περισσότερο τις σκέψεις του αυτές, ρωτώντας: «τι άλλο εύχεσαι;» ή «πώς νομίζεις ότι αυτό θα μπορούσε να συμβεί;».

- **«Αφουγκραστείτε» το ταξίδι:** τα παιδιά που αρχίζουν να διαισθάνονται ότι πεθαίνουν, συχνά λένε ότι θα πάνε σπίτι ή ότι θα φύγουν. Το να μιλά κανείς για τα συναισθήματα αυτά και να εξερευνά την πορεία του παιδιού μαζί του, είναι μεν επίπονο αλλά χρειάζεται να γίνει. Μη σπεύσετε να καθυστερήσετε ένα παιδί λέγοντάς του ψέματα ότι δεν θα πεθάνει.

Αν θελήσετε να παρακινήσετε κάπως ένα παιδί σε συζήτηση, παρατίθενται στη συνέχεια κάποιες χρήσιμες ερωτήσεις που ίσως σας βοηθήσουν να ξεκινήσετε:

- Τι σε κάνει να νιώθεις ασφαλής;
- Ποιον ή τι εμπιστεύεσαι;
- Πώς ξέρεις τι είναι σωστό και τι λάθος;
- Ποιος/τι σε βοηθά όταν χρειάζεσαι βοήθεια;
- Τι καταλαβαίνεις από αυτά που συμβαίνουν;
- Πώς αντιλαμβάνεσαι τον εαυτό σου;
- Τι είναι σημαντικό για σένα στη ζωή;
- Σε τι πιστεύεις;
- Πιστεύεις στον Θεό ή σε ένα πνευματικό ον;
- Τι νομίζεις ότι συμβαίνει στους ανθρώπους όταν πεθαίνουν;

Ποιες άλλες πηγές πληροφόρησης μπορεί να είναι επιβοηθητικές;

- Goldman, A., Hain, R., & Liben, S. *Oxford Textbook of Palliative Care for Children*. Κεφάλαια 6, 7 και 16. Οξφόρδη: Oxford University Press, 2006.
- Pridmore, P. & Pridmore, J. *Promoting the spiritual development of sick children*. IJCS (International Journal of Children's Spirituality) 2004, 9 (1): 21-38.
- (Άρθρο σύνταξης) *Suffering and healing – our core business*. Palliative Medicine 2009, 23: 385-387. Διατίθεται στον σύνδεσμο:
<https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0269216309106099>

- Ethnicity online: Αυτή η ιστοσελίδα περιέχει συνδέσμους με πληροφορίες αναφορικά με ποικίλες εθνικές/θρησκευτικές ομάδες, περιλαμβάνει σύνοψη των πεποιθήσεων και των εθίμων τους, καθώς και πληροφορίες για επαγγελματίες υγείας. Βλ. και <https://www.ethnicity-facts-figures.service.gov.uk/>
- Διαθρησκευτικό ημερολόγιο, βλ.: <http://www.bbc.co.uk/religion/tools/calendar/>
- Βλ. το κεφάλαιο με τίτλο: *Communicating with children*, στο Amery, J. (επιμ.) *Children's Palliative Care in Africa*. Οξφόρδη: Oxford University Press, 2009. Διαθέσιμο δωρεάν στον σύνδεσμο: <http://www.icpcn.org/wp-content/uploads/2013/08/Childrens-Palliative-Care-in-Africa-Full-Text.pdf>
- Cassell, E.J. *The nature of suffering & the goals of medicine*. NEJM. 1982, 306 (11): 639-645.
- Kearney, M. *Mortally Wounded*. Δουβλίνο: Marino Books, 1996.
- Coles, R. *The spiritual life of children*. Λονδίνο: Harper Collins, 1992.
- Sommer, D.R. *The spiritual needs of dying children*. Issues Compr Pediatr Nurs. 1989, 12: 225-233.
- Stoter, D. *Spiritual aspects of health care*. Λονδίνο: Mosby, 1995.
- Cobb, M. *The dying soul: Spiritual care at the end of life*. Μπάκινγχαμ: Open University Press, 2001
- Goodliff, P. *Care in a confused climate: pastoral care and postmodern culture*, Ντάρτον: Longman & Todd, 1998.
- Himmelstein, B., Hilden, J., Boldt, A., Weissman, D. Pediatric palliative care. *NEJM*. 2004, 350:1752-1762.
- Δίκτυο ιερέων του Νοσοκομείου Birmingham Children's Hospital.

Μέρος δωδέκατο

Πώς παρέχω καλή φροντίδα τελικού σταδίου σε παιδιά και οικογένειες;

Μπορεί ήδη να γνωρίζετε ότι:

- Τα περισσότερα παιδιά και οι πιο πολλοί ενήλικες προτιμούν να πεθάνουν στο σπίτι τους.
- Στην ανακουφιστική φροντίδα, είναι φρόνιμο να ελπίζει κανείς για το καλύτερο αλλά να προετοιμάζεται για το χειρότερο.
- Η προετοιμασία αποτελεί τον πυρήνα του ζητήματος που εξετάζεται στην ενότητα αυτή.
- Τα παιδιά, οι οικογένειες και οι επαγγελματίες υγείας θα έχουν λιγότερο άγχος και θα δράσουν πιο αποτελεσματικά, αν έχουν κάνει καλή προετοιμασία.
- Δεν είναι εύκολο να συζητούμε για τη χειρότερη δυνατή έκβαση στο πλαίσιο της ανακουφιστικής φροντίδας παιδιών.

Μπορεί να μη γνωρίζετε ότι:

- Για τα περισσότερα παιδιά που βρίσκονται στο τέλος της ζωής τους είναι εφικτή η παροχή φροντίδας στο σπίτι τους.
- Υπάρχουν αρκετά μέσα καθώς και άτομα που θα σας βοηθήσουν ώστε να βοηθήσετε τους γονείς.
- Αν καταρτίσετε και συζητήσετε εγκαίρως τα πιθανά σενάρια, είναι εφικτό να διαμορφώσετε ένα πλάνο φροντίδας συμπτωμάτων τελικού σταδίου έτσι ώστε το κάθε άτομο που συμμετέχει στη φροντίδα να είναι κατάλληλα προετοιμασμένο.
- Η καλή φροντίδα τελικού σταδίου απαιτεί σωστή ομαδική δουλειά και κατάλληλο σχεδιασμό.

- Για τους περισσότερους από εμάς, η ιδέα να καθίσει κανείς με ένα παιδί και την οικογένεια και να μιλήσει για τα γεγονότα που θα οδηγήσουν στο τέλος της ζωής, καθώς και για το διάστημα μετά τον θάνατο, διερευνώντας τις χειρότερες δυνατές εκβάσεις, συνιστά μια προοπτική ιδιαίτερα ανεπιθύμητη.
- Αλλά αναλογιστείτε και αυτό: ***είναι σχεδόν αδύνατη η παροχή καλής ανακουφιστικής φροντίδας σε παιδιά, δίχως ένα επαρκές σχέδιο φροντίδας τελικού σταδίου με το οποίο όλοι συμφωνούν και το οποίο όλοι προσυπογράφουν.***
- Πιστέψτε με, αν δεν το πράξετε, θα έρθει σχεδόν με βεβαιότητα η στιγμή όπου εσείς ή η οικογένεια θα το μετανιώσετε πραγματικά, αλλά τότε θα είναι ήδη αργά.

Ποιοι είναι οι κύριοι στόχοι της φροντίδας τελικού σταδίου;

Στη Μεγάλη Βρετανία, το κυριότερο κοινωφελές σωματείο για την παιδιατρική ανακουφιστική φροντίδα Together for Short Lives έχει διατυπώσει ορισμένους βασικούς στόχους για τη φροντίδα τελικού σταδίου, οι οποίοι ενδεχομένως ισχύουν οπουδήποτε στον κόσμο. Πρόκειται για τους ακόλουθους:

- Οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να είναι ειλικρινείς και ευθείς με τις οικογένειες, όταν εκτιμάται ότι επίκειται το τέλος της ζωής.
- Ο προγραμματισμός από κοινού με την οικογένεια και τους υπεύθυνους επαγγελματίες υγείας, θα πρέπει να λάβει χώρα το συντομότερο δυνατό.
- Στον σχεδιασμό της φροντίδας θα πρέπει να ληφθεί υπόψη η κατά τόπους νομοθεσία αναφορικά με τη χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής στο πλαίσιο της κοινότητας, τη διενέργεια ανάνηψης και την πιστοποίηση του θανάτου.
- Θα πρέπει να συμφωνηθεί ένα γραπτό πλάνο φροντίδας, το οποίο θα περιλαμβάνει και τις αποφάσεις που αφορούν τη διαδικασία ανάνηψης, ενώ θα πρέπει να υπάρξει μέριμνα για τη σχετική ενημέρωση των υπηρεσιών άμεσης βοήθειας.
- Το πλάνο φροντίδας θα πρέπει να αναθεωρείται και να τροποποιείται προκειμένου να ληφθούν υπόψη τυχόν διαφοροποιήσεις των δεδομένων.
- Θα πρέπει να διατίθεται 24ωρη υποστήριξη όσον αφορά τον έλεγχο του πόνου και των συμπτωμάτων, καθώς και την πρόσβαση στη φαρμακευτική αγωγή.

- Οι υπεύθυνοι για την αντιμετώπιση και τον έλεγχο των συμπτωμάτων θα πρέπει να διαθέτουν την κατάλληλη κατάρτιση και εμπειρία, όπου αυτό είναι εφικτό.
- Θα πρέπει επίσης να είναι διαθέσιμη η δυνατότητα στήριξης του παιδιού και της οικογένειας σε συναισθηματικό και πνευματικό επίπεδο.
- Τα παιδιά και οι οικογένειες θα πρέπει να υποστηρίζονται μέχρι το τέλος, στις επιλογές και τους στόχους τους όσον αφορά την ποιότητα ζωής.

Στο έντυπο με τίτλο: «Διαδοχικά στάδια φροντίδας» («Care Pathway») του σωματείου Together for Short Lives, επισημαίνονται τρεις φάσεις της φροντίδας στο τέλος της ζωής:

- Αναγνώριση της έλευσης του τελικού σταδίου.
- Εκτίμηση των αναγκών και των επιθυμιών που αφορούν το τέλος της ζωής.
- Διαμόρφωση πλάνου φροντίδας κατά το τελικό στάδιο.

Πώς αναγνωρίζω την περίοδο του τελικού σταδίου;

Ενδεχομένως να θεωρείται προφανές, αλλά το πρώτο και πιθανόν σημαντικό βήμα για την καλή φροντίδα τελικού σταδίου, είναι η αναγνώριση του γεγονότος ότι το παιδί έχει φτάσει στο τέλος της ζωής του, κάτι το οποίο ακολούθως «κατονομάζεται» στις συζητήσεις με το παιδί, την οικογένεια, τους φροντιστές, τους συναδέλφους και τον εαυτό σας.

Δυστυχώς, ο καθορισμός της περιόδου του τελικού σταδίου για ένα παιδί με απειλητική για τη ζωή νόσο, μπορεί να είναι δυσχερής για μια σειρά από λόγους:

- Τα παιδιά μπορεί να αποβούν ιδιαίτερα ανθεκτικά και να επιβιώσουν ενός επεισοδίου που ίσως θεωρήσαμε ως «καταληκτικό συμβάν». Από την άλλη, η κατάσταση των παιδιών ενδέχεται να επιδεινωθεί πολύ γρήγορα και απροσδόκητα. Αυτός είναι ο λόγος που το ιδανικό είναι να έχουν ληφθεί εκ των προτέρων ορισμένες από τις πιο δύσκολες αποφάσεις που αφορούν το τέλος της ζωής, ενώ είναι εξίσου σημαντικό να υφίσταται εναλλακτικό σχέδιο όπου θα έχει γίνει προετοιμασία για το χειρότερο, ελπίζοντας ωστόσο για το καλύτερο. Κάτι τέτοιο έχει ιδιαίτερη σημασία, καθώς υφίσταται σε μεγάλο βαθμό αδυναμία πρόβλεψης της πορείας της νόσου για τα περισσότερα παιδιά.

- Υπάρχουν επίσης φραγμοί αναφορικά με στάσεις και συμπεριφορές που καθιστούν δυσχερή τη συζήτηση της πρόγνωσης, καθώς κανένας δεν θεωρεί εύκολο να μιλήσει για τον θάνατο, ορισμένοι δε ιατροί και νοσηλευτές μπορεί να εκλαμβάνουν τον θάνατο ενός παιδιού ως προσωπική τους αποτυχία.¹⁰⁶
- Μερικές φορές προηγείται του τέλους της ζωής, μια περίοδος εντατικών προσπαθειών για τη διάσωση της ζωής του παιδιού, γεγονός που δυσκολεύει την οικογένεια να αποδεχθεί ότι το παιδί τους έχει φθάσει στο τελικό στάδιο. Η δυσκολία ακριβούς πρόβλεψης της έλευσης του θανάτου, συνεπάγεται ότι οι οικογένειες συχνά αντιμετωπίζουν πολλά απειλητικά για τη ζωή συμβάντα, θεωρώντας καθένα από αυτά ως καταληκτικό. Είναι αναμενόμενο ότι μια τέτοια κατάσταση τους εξαντλεί συναισθηματικά και βιολογικά.
- Είναι επίσης ενδεχόμενο τόσο οι γονείς όσο και οι επαγγελματίες υγείας να είναι επιφυλακτικοί ως προς τη χορήγηση ορισμένων φάρμακων, τα οποία συχνά καθίστανται απαραίτητα στο τέλος της ζωής, λόγω του φόβου «πρόκλησης θανάτου».

Από την άλλη, στην πράξη, δεν είναι συνήθως ιδιαίτερα δύσκολο να εκτιμηθεί αν ένα παιδί ενδέχεται να πεθάνει εντός κάποιων ημερών, εβδομάδων ή μηνών. Γνωρίζουμε τη φυσική πορεία των νοσημάτων, βλέπουμε ότι η κατάσταση του παιδιού επιδεινώνεται και το παιδί εξασθενεί, ενώ μπορεί να έχουμε πρόσβαση και σε εξετάσεις που υποδεικνύουν ότι επίκειται κάποιο τελικό συμβάν.

Σε τελική ανάλυση, δεν υπάρχουν εύχρηστοι ή αξιόπιστοι δείκτες για το πότε αρχίζει το «τελικό στάδιο». Προσωπικά μιλώντας, το πιο χρήσιμο ίσως έναυσμα είναι η επίγνωση της κατάστασης αμέσως μόλις μου γεννηθεί το ερώτημα «μήπως αυτό το παιδί πλησιάζει το τέλος της ζωής του;», ώστε να ξεκινήσω τον προγραμματισμό. Εμπιστευτείτε το ένστικτό σας. Μην το αγνοείτε!

Πώς οργανώνω την αξιολόγηση και τον προγραμματισμό, στην πράξη;

Όπως σε κάθε άλλη περίπτωση, το κλειδί για την άρτια φροντίδα τελικού σταδίου είναι η σωστή αξιολόγηση, της οποίας οι κύριες συνιστώσες είναι οι εξής:

- **Εκτιμήστε τις ανάγκες του παιδιού και της οικογένειας:** αξιολογήστε προσεκτικά τα οργανικά, ψυχολογικά, οικογενειακά, κοινωνικά, πνευματικά και πρακτικά ζητήματα που μπορεί να παρακωλύουν έναν ήρεμο θάνατο.
- **Ταυτοποιήστε τα άτομα που είναι υπεύθυνα για τη λήψη αποφάσεων:** θυμηθείτε ότι αν δεν συμμετέχουν όλοι, ενδέχεται κάποιος να ανατρέψει ακόμη και τον καλύτερα οργανωμένο σχεδιασμό σε μια στιγμή κρίσιμη, ίσως όταν δεν θα παρευρίσκεστε ώστε να επαναφέρετε τα πράγματα στη θέση τους.
- **Καθορίστε λίστα θεμάτων προς συζήτηση:** βεβαιωθείτε ότι επισημαίνετε όλα τα ζητήματα εγκαίρως, ακόμη και αν δεν τα καλύψετε όλα εξαρχής. Είναι σημαντικό όλοι οι υπεύθυνοι για τη λήψη αποφάσεων να έχουν κατανόηση τι χρειάζεται να συζητηθεί και να διαθέτουν τον απαιτούμενο χρόνο. Η συνάντηση δεν χρειάζεται να είναι επίσημη, αλλά είναι απαραίτητο να πραγματοποιηθεί όσο το δυνατόν συντομότερα.
- **Καλύψτε τις ανάγκες ενημέρωσης, παρέχοντας όλες τις αναγκαίες πληροφορίες:** προκειμένου να διαμορφωθεί ένας αποτελεσματικός προγραμματισμός, όλοι όσοι συμμετέχουν στη λήψη αποφάσεων χρειάζεται να γνωρίζουν όλα τα σχετικά δεδομένα.
- **Συμφωνήστε ποιες αποφάσεις χρειάζεται να ληφθούν από το παιδί, ποιες από την οικογένεια και ποιες από τους επαγγελματίες υγείας.**
- **Φροντίστε να ληφθούν οι αποφάσεις:** αν νομίζετε, για παράδειγμα, ότι ένας από τους συναδέλφους σας δεν θα ήθελε την απόσυρση της χορηγούμενης αγωγής, ή να πάρει το παιδί εξιτήριο, δεν έχετε πολύ χρόνο να το διευθετήσετε. Όσο φορτωμένο και να είναι το πρόγραμμά σας, θα πρέπει να σας διακατέχει πνεύμα συνεργασίας ως προς τον σχεδιασμό της φροντίδας, αλλά ταυτόχρονα να είστε σε εγρήγορση ώστε να επιδείξετε τόλμη και αποφασιστικότητα προκειμένου να διασφαλίσετε έναν «καλό θάνατο».
- **Συζητήστε για την ποιότητα ζωής:** εξηγήστε πώς η ποιότητα ζωής του παιδιού μπορεί να επηρεαστεί αρνητικά καθώς πλησιάζει ο θάνατος και συμφωνήστε πώς πρόκειται να χειριστείτε αυτό το ενδεχόμενο.

- **Διαμορφώστε ένα πλάνο φροντίδας τελικού σταδίου:** βεβαιωθείτε ότι η οικογένεια και όλοι οι συμμετέχοντες φορείς διαθέτουν ένα αντίγραφο του πλάνου αυτού. Σκεφτείτε την απόσυρση της υποστηρικτικής για τη ζωή αγωγής, όπως και κάθε άλλης μη αναγκαίας παρέμβασης – μπορεί να πρόκειται για φάρμακα, τεχνητή σίτιση ή άλλη αγωγή που δεν είναι πλέον απαραίτητη. Επιθυμούν το παιδί και η οικογένεια τη συνέχιση των παραπάνω; Εξυπηρετούν το βέλτιστο συμφέρον του παιδιού; Αν ναι, χρειάζεται να εξηγήσετε τον λόγο όπως και να συμφωνήσετε σε ένα πλάνο.¹⁰⁷
- **Εφαρμόστε το πλάνο:** να έχετε έτοιμα όλα όσα θα χρειαστούν. Βεβαιωθείτε ότι όλοι έχουν πρόσβαση στα κατάλληλα φάρμακα και στον απαραίτητο εξοπλισμό. Ελέγξτε ότι όλοι έχουν τη θέση τους και είναι προετοιμασμένοι, ότι έχει γίνει επιλογή του κατάλληλου χώρου φροντίδας και ότι όλοι γνωρίζουν ποιος κάνει και τι.
- **Επικοινωνία:** το πιθανότερο είναι ότι το πλάνο στο οποίο θα καταλήξετε, περιλαμβάνει πολλά άτομα, όπως το παιδί, τους πλησιέστερους συγγενείς αλλά και την ευρύτερη οικογένεια, φίλους και φροντιστές, επαγγελματίες υγείας και άλλους. Γνωρίζουν όλοι τι πρέπει να πράξουν και πότε; Αυτό είναι το σημείο όπου συνηθέστερα τα πράγματα δεν πάνε καλά, οπότε μην το αφήσετε στην τύχη.
- **Προγραμματίστε για το χειρότερο, ιδιαίτερα για την επικοινωνία εκτός ωρών εργασίας:** δώστε στον εαυτό σας ένα λεπτό ηρεμίας ώστε να σκεφτείτε τι θα μπορούσε να πάει λάθος. Έχετε αφήσει μήπως κάποια κενά; Είναι όλα σαφή; Έχει η οικογένεια τα απαραίτητα φάρμακα και τον κατάλληλο εξοπλισμό; Ποιος ενημερώνει ποιον, αν τα πράγματα δεν πάνε καλά;

Πόσο συχνά θα πρέπει να αξιολογείται ένα παιδί στην περίοδο του τελικού σταδίου;

Στη διάρκεια του τελικού σταδίου, οι εξελίξεις συνήθως επιταχύνονται και τα δεδομένα ενδέχεται να αλλάζουν ταχύτατα. Συνεπώς, ενώ μπορεί να αξιολογούσατε το παιδί σε εβδομαδιαία βάση, μπορεί να χρειαστεί να αρχίσετε την εκτίμησή του καθημερινά ή και ανά ώρα. Ο Robert Twycross¹⁰⁸ συνήθιζε να αναφέρεται στον «κανόνα των τριών» ανάλογα με το πόσο γρήγορα εκτιμάται ότι ο ασθενής επιδεινώνεται:

- Αν ο ασθενής επιδεινώνεται καθημερινά: αξιολογήστε τον κάθε τρεις ημέρες.
- Αν ο ασθενής επιδεινώνεται κάθε ώρα: αξιολογήστε τον κάθε τρεις ώρες.
- Αν ο ασθενής επιδεινώνεται κάθε λεπτό: αξιολογήστε τον κάθε τρία λεπτά.

Πώς διαμορφώνω ένα «Πλάνο Φροντίδας Τελικού Σταδίου»;

Σε τελική ανάλυση, οι στόχοι ενός πλάνου για τη φροντίδα στο τέλος της ζωής είναι απλοί: να εξετάσετε διεξοδικά όλες τις επιθυμίες του παιδιού και της οικογένειας για την περίοδο αυτή, να σκεφτείτε όλα τα πιθανά προβλήματα που μπορεί να ανακύψουν και να κάνετε τον προγραμματισμό και την προετοιμασία σας για καθένα από αυτά.

Υπάρχουν δύο κύρια μέρη σε ένα πλάνο φροντίδας τελικού σταδίου:

- Μια περιγραφή των προσδοκιών του παιδιού και της οικογένειας σχετικά με τη φροντίδα που επιθυμούν και ελπίζουν να λάβουν (μερικές φορές καλείται «εκ των προτέρων σχεδιασμός της φροντίδας»).
- Ένα πλάνο αντιμετώπισης των ιατρικών συμβάντων που ενδέχεται να προκύψουν στη διάρκεια του σταδίου αυτού (μερικές φορές καλείται «πλάνο αντιμετώπισης συμπτωμάτων»). Θα αναφερθούμε σε αυτό σε επόμενη ενότητα.

Η «Δήλωση Επιθυμιών»

Σε αυτήν συνήθως περιλαμβάνονται οι κύριες σκέψεις και αποφάσεις του παιδιού και της οικογένειας. Θα πρέπει:

- Να μεταφέρει τις επιθυμίες του παιδιού και της οικογένειας αναφορικά με τη φροντίδα του παιδιού, ως μέρος του γενικότερου πλάνου φροντίδας τελικού σταδίου.
- Να ορίζει ένα συμφωνημένο πλάνο φροντίδας το οποίο θα εφαρμοστεί όταν εμφανιστούν σοβαρά συμβάντα και/ή όταν η κατάσταση του παιδιού επιδεινωθεί.
- Να παρέχει ένα πλαίσιο συζήτησης και καταγραφής των επιθυμιών του παιδιού και/ή των γονέων αναφορικά με συγκεκριμένες επιλογές φροντίδας, για τις οποίες έχουν ληφθεί αποφάσεις κατόπιν συμφωνίας.
- Να περιλαμβάνει αποφάσεις που αφορούν την απόσυρση αγωγής που

παρατείνει τη ζωή, ενώ μπορεί να περιλαμβάνονται και οδηγίες μη διενέργειας ανάνηψης.

- Να καθοδηγεί τους επαγγελματίες υγείας, αν δεν είναι εφικτή η επικοινωνία με τον γονέα/τους γονείς ή τους πλησιέστερους συγγενείς.

Ακολουθεί ένας πίνακας από το έντυπο με τίτλο: «Διαδοχικά στάδια φροντίδας» («Care Pathway») του σωματίου Together for Short Lives, όπου παρατίθεται μια σειρά από παράγοντες που θα πρέπει να σκεφτεί κανείς όταν συνεργάζεται με μια οικογένεια για την κατάρτιση της λίστας επιθυμιών τους.

Οικογένεια

- Πρακτική υποστήριξη
- Συμμετοχή των αδερφών στη φροντίδα
- Παππούδες-γιαγιάδες
- Συναισθηματική υποστήριξη
- Πνευματικά/θρησκευτικά ζητήματα
- Πολιτισμικά θέματα
- Προγραμματισμός κηδείας
- Δωρεά οργάνων

Παιδί ή νεαρό άτομο

- Αντιμετώπιση πόνου και συμπτωμάτων
- Ποιότητα ζωής
- Φίλοι
- Συναισθηματική υποστήριξη
- Πνευματικά/θρησκευτικά ζητήματα
- Πολιτισμικά θέματα
- Προγραμματισμός κηδείας
- Δωρεά οργάνων
- Ανάνηψη/απόσυρση αγωγής (εκ των προτέρων σχεδιασμός φροντίδας και οδηγίες μη ανάνηψης)
- Ιδιαίτερες επιθυμίες ή δραστηριότητες
- Στόχοι ζωής
- «Διαθήκη» παιδιών
- «Κουτί αναμνήσεων»

Περιβάλλον

- Τόπος θανάτου
- Κατάλληλες συνθήκες περιβάλλοντος
- Τοποθέτηση σώματος μετά τον θάνατο

Θα μπορούσατε επίσης να χρησιμοποιήσετε μια προσαρμοσμένη μορφή του πλάνου φροντίδας με τίτλο «PEPSI COLA»¹⁰⁹ ή να ρίξετε μια ματιά σε μια παραδειγματική περίπτωση από τη Μεγάλη Βρετανία.¹¹⁰

Πότε και πώς θα πρέπει να καταρτιστεί μια «οδηγία μη ανάνηψης»;

Το Βασιλικό Κολλέγιο Παιδιατρικής και Υγείας του Παιδιού έχει καθορίσει τις ακόλουθες συνθήκες όπου η «οδηγία μη ανάνηψης» θα μπορεί να είναι επιτρεπτή:¹¹¹

- **Δεν υφίσταται πιθανότητα βελτίωσης:** το παιδί έχει τόσο σοβαρή νόσο που η υποστηρικτική αγωγή απλά καθυστερεί την έλευση του θανάτου, χωρίς ιδιαίτερη ανακούφιση του πάσχειν. Η χορήγηση αγωγής που διατηρεί το παιδί στη ζωή δεν κρίνεται σκόπιμη.
- **Κατάσταση μάταιη:** αν και η χορηγούμενη αγωγή ενδέχεται να οδηγήσει στην επιβίωση του ασθενή, ο βαθμός της βιολογικής ή νοητικής του επιβάρυνσης θα είναι τόσο υψηλός που δεν είναι εύλογο να αναμένεται η αποδοχή του.
- **Μη υποφερτή κατάσταση:** το παιδί και/ή η οικογένεια αισθάνονται ότι εξαιτίας της εξελισσόμενης και μη αναστρέψιμης φύσης της νόσου, η περαιτέρω αγωγή υπερβαίνει τις αντοχές τους. Επιθυμούν την απόσυρση μιας συγκεκριμένης παρέμβασης ή αρνούνται τη χορήγηση περαιτέρω αγωγής, ανεξάρτητα από την ιατρική γνώμη ότι ενδέχεται να επέλθει κάποιο όφελος.
- **Μόνιμη φυτική κατάσταση.**
- **Θάνατος εγκεφαλικού στελέχους (εγκεφαλικός θάνατος).**
- **Η νομοθεσία του κράτους δεν επιτρέπει τις «οδηγίες μη ανάνηψης».**

Αν πιστεύετε ότι ο ασθενής σας μπορεί να ανήκει σε μία από τις παραπάνω κατηγορίες, ίσως είναι σκόπιμο να συντάξετε μια «εντολή μη εφαρμογής

καρδιοαναπνευστικής ανάνηψης». Για τον σκοπό αυτό, χρειάζεται να συναντηθείτε με την οικογένεια και κάθε άλλο αρμόδιο επαγγελματία ή φροντιστή και κάνετε τη σχετική συζήτηση. Σημαντικά σημεία που θα πρέπει να συζητηθούν είναι τα εξής:

- Η απόφαση για τη μη εφαρμογή ανάνηψης θα πρέπει να αντανακλά τις επιθυμίες του παιδιού (όπου είναι εφικτό), των ατόμων που έχουν τη γονική μέριμνα, καθώς και των επαγγελματιών υγείας που φροντίζουν το παιδί, κατόπιν κοινής συμφωνίας. Οι επιθυμίες αυτές μπορεί να είναι απόρροια θρησκευτικών πεποιθήσεων, ενώ ενδέχεται να χρειαστούν επανειλημμένες συζητήσεις καθώς μεταβάλλεται η κατάσταση του παιδιού.
- Δεν ζητείται από τους γονείς και το παιδί να υπογράψουν την «οδηγία μη ανάνηψης», καθώς αυτό θα έθετε περιττή αγωνία στις οικογένειες – να αισθάνονται δηλαδή ότι θα πρέπει να φέρουν οποιαδήποτε ευθύνη για μια τέτοια απόφαση. Η ανάληψη της τελικής ευθύνης είναι καθήκον του προϊστάμενου επαγγελματία υγείας.
- Στις περιπτώσεις που η «οδηγία μη ανάνηψης» δεν είναι νομικά επιτρεπτή και το παιδί νοσηλεύεται, μπορεί να ζητηθεί μια συνάντηση με την ομάδα της ΜΕΘ Παίδων/ΜΕΘ, αν είναι εφικτό, ώστε να συζητηθεί αν θα ήταν σκόπιμη η κλιμάκωση των παρεμβάσεων με στόχο την ανάνηψη. Μια τέτοια απόφαση θα πρέπει να συζητηθεί με το παιδί και τους γονείς, όπως και να καταχωρηθεί στον ιατρικό φάκελο, χωρίς απαραίτητα να χρησιμοποιηθεί ο όρος «μη ανάνηψη».
- Οι λόγοι της απόφασης για τη μη εφαρμογή ανάνηψης, θα πρέπει να καταγραφούν.
- Η απόφαση θα πρέπει να καταχωρηθεί με σαφήνεια και ενυπόγραφα στην κατάλληλη θέση του σχετικού έντυπου (ή σε διαφορετικό έντυπο, ανάλογα με την εκάστοτε πρακτική), όπου θα αναγράφεται και η ημερομηνία της απόφασης.
- Κατά κανόνα εξαιρούνται αναστρέψιμες αιτίες καρδιακής ανακοπής, όπως η πνιγμονή.
- Για να είναι έγκυρο το έντυπο, θα πρέπει να αφορά γεγονός εντός της καθοριζόμενης χρονικής περιόδου.
- Κάθε φορέας ή άτομο που εμπλέκεται ή έχει σημασία να γνωρίζει, όπως άλλοι ιατροί και νοσηλευτές που φροντίζουν την οικογένεια, νοσοκομεία, υπηρεσίες επείγουσας βοήθειας κ.λπ., θα πρέπει να ενημερωθούν για

την απόφαση μη ανάνηψης, δεδομένου ότι η ανάνηψη επιχειρείται σε όλα τα παιδιά, εκτός αν υφίσταται μια έγκυρη οδηγία για το αντίθετο.

Στην Αγγλία, θα πρέπει να υφίσταται μέριμνα ενημέρωσης του τοπικού συμβουλίου «Child Death Overview Panel (CDOP)» σχετικά με την ύπαρξη «Δήλωσης Επιθυμιών» και «οδηγιών μη ανάνηψης», γεγονός που θα διασφαλίσει ότι η τοπική ομάδα πρώτων βοηθειών είναι ενήμερη, σε περίπτωση που ο θάνατος συμβεί ξαφνικά και δεν είναι αναμενόμενος.

Πώς προετοιμάζω και πώς προγραμματίζω την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων στο τέλος της ζωής;

Για κάθε παιδί που πλησιάζει στο τέλος της ζωής του θα πρέπει υφίσταται ένα πλάνο αντιμετώπισης συμπτωμάτων τελικού σταδίου.

Για να συνταχθεί ένα τέτοιο πλάνο, χρειάζεται να σκεφτεί κανείς ποια συμπτώματα ενδέχεται το παιδί να εμφανίσει. Αυτό συνήθως δεν είναι τόσο δύσκολο. Τα περισσότερα παιδιά είναι πιθανό να παρουσιάσουν πόνο, άγχος και διέγερση τελικού σταδίου. Αν εκτιμάται ότι μπορεί να χρειαστεί η χορήγηση οπιοειδών, τότε ενδέχεται το παιδί να εκδηλώσει ναυτία και έμετο. Συχνά επίσης τα παιδιά εμφανίζουν αναπνευστικές εκκρίσεις («ρόγχο θανάτου»). Αν το παιδί έχει προβλήματα πήξης, έχει όγκους που μπορεί να διαβρώσουν αιμοφόρα αγγεία ή πάσχει από κίρσους οισοφάγου, χρειάζεται να σκεφτείτε πώς θα πρέπει να αντιμετωπιστεί το ενδεχόμενο της αιμορραγίας. Αν το παιδί έχει νόσο του κεντρικού νευρικού συστήματος, τότε χρειάζεται να αναλογιστείτε την πιθανότητα εμφάνισης σπασμών.

Η διαδικασία κατάρτισης ενός πλάνου αντιμετώπισης συμπτωμάτων είναι η εξής:

- Αφιερώστε αρκετό χρόνο. Δεν πρόκειται για κάτι που μπορεί να γίνει σε δέκα λεπτά. Είναι πιθανό να χρειαστούν αρκετές συναντήσεις ώστε να επέλθει συμφωνία και οριστικοποίηση του πλάνου.
- Σκεφτείτε τους πιθανούς τρόπους με τους οποίους το παιδί μπορεί να καταλήξει, ιεραρχώντας από τους περισσότερο προς τους λιγότερο συνήθεις.

- Κάνετε μια λίστα όλων των συμπτωμάτων τα οποία ενδέχεται να εμφανίσει το παιδί.
- Για κάθε σύμπτωμα, καταγράψτε ποιες ενέργειες θα μπορούσαν να πραγματοποιήσουν το παιδί, η οικογένεια και οι φροντιστές και οι οποίες δεν αφορούν τη χρήση φαρμάκων.
- Για κάθε σύμπτωμα, καταγράψτε τι θα μπορούσε να κάνει το παιδί, η οικογένεια και οι φροντιστές όσον αφορά τη χορήγηση φαρμάκων.
- Συναντηθείτε με τη θεραπευτική ομάδα και την οικογένεια και συζητήστε διεξοδικά το πλάνο, απαντήστε στις ερωτήσεις τους, κάνετε τις προσαρμογές που τυχόν χρειαστούν και βεβαιωθείτε ότι όλοι γνωρίζουν τι να κάνουν σε κάθε ενδεχόμενη έκβαση.
- Φτιάξτε ένα «κουτί για κάθε ενδεχόμενο», το οποίο θα περιέχει όλα τα φάρμακα που ίσως χρειαστούν σύμφωνα με το πλάνο σας και εξασφαλίστε ότι βρίσκεται στο σπίτι ώστε να είναι εύκολα προσβάσιμο.
- Καταγράψτε το πλάνο, δώστε ένα αντίγραφο στην οικογένεια, τοποθετήστε άλλο ένα μέσα στο «κουτί για κάθε ενδεχόμενο» και ενημερώστε κάθε άλλο φορέα ή επαγγελματία που ίσως χρειαστεί να συμμετέχει στη φροντίδα.

«Κουτί για κάθε ενδεχόμενο»

Από το Alder Hey Hospital έχει πραγματοποιηθεί σχετική έρευνα¹¹² με βάση την οποία συστήνονται τα ακόλουθα φάρμακα ως απαραίτητα:

- Διαμορφίνη
- Κυκλιζίνη
- Αλοπεριδόλη
- Λεβομεπρομαζίνη
- Μιδαζολάμη
- Υδροβρωμιούχος υοσκίνη
- Δεξαμεθαζόνη

Θα πρέπει επίσης να περιλαμβάνεται οποιοσδήποτε άλλος εξοπλισμός, επιθέματα, καθετήρες κ.λπ. που μπορεί να χρειαστεί για το συγκεκριμένο παιδί.

Υπόδειγμα για ένα «Πλάνο Αντιμετώπισης Συμπτωμάτων»

Στο τέλος του βιβλίου αυτού θα βρείτε ένα πρότυπο υπόδειγμα πλάνου αντιμετώπισης συμπτωμάτων, το οποίο μπορεί να σας είναι χρήσιμο. Μπορείτε να το αντιγράψετε και να το χρησιμοποιήσετε ελεύθερα.

Ποιες άλλες πηγές πληροφόρησης μπορεί να είναι επιβοηθητικές;

- Together for Short Lives. *A Framework for the Development of Integrated Multi-agency Care Pathways for Children with Life-threatening and Life-limiting Conditions*. Μπρίστολ: Together for Short Lives, 2004. [Σ.τ.Μ: Επικαιροποιημένη έκδοση (2013) υπό τον τίτλο: *A Core Care Pathway for Children with Life-limiting and Life-threatening Conditions*, διατίθεται στον σύνδεσμο: <https://www.togetherforshortlives.org.uk/wp-content/uploads/2018/01/ProRes-Core-Care-Pathway.pdf>]
- Amery, J. (επιμ.) *Children's Palliative Care in Africa*. Κεφάλαιο 18. Οξφόρδη: Oxford University Press, 2009. Διατίθεται στον σύνδεσμο: <http://www.icpcn.org/wp-content/uploads/2013/08/Childrens-Palliative-Care-in-Africa-Full-Text.pdf>
- Goldman, A. Hain, R. & Liben, S. (επιμ.) *Oxford Textbook of Palliative Care for Children* – Κεφάλαιο 17. Οξφόρδη: Oxford University Press, 2006.
- Regnard, C. & Dean, M. (επιμ.) *A Guide to Symptom Relief in Palliative Care*. 6^η αναθεωρημένη έκδοση. Λονδίνο: Radcliffe Publishing, 2010.

Επίσημη καθοδήγηση

- South Central National Health System (NHS). *Advanced Care Plan for a Child of Young Person & Guide to using the Child and Young Person's Advance Care Plan*. South Central NHS, 2010. Διατίθεται στον σύνδεσμο: <http://tvscn.nhs.uk/wp-content/uploads/2015/06/Child-and-Young-Persons-ACP-Form-and-Policy.pdf>
- The Scottish Government. *Resuscitation Planning Policy for Children and Young People (under 16 years)*. Εδιμβούργο: NHS Scotland, 2010. Διατίθεται στον σύνδεσμο: <https://www.cen.scot.nhs.uk/wp-content/uploads/2017/01/ResucPlanningPolicyCYPADM.pdf>

Μέρος δέκατο τρίτο

Πώς διαχειρίζομαι τα πρακτικά ζητήματα που προκύπτουν μετά τον θάνατο ενός παιδιού;

Μπορεί ήδη να γνωρίζετε:

- Τους κανονισμούς που ισχύουν στη χώρα σας, αναφορικά με την πιστοποίηση του θανάτου.
- Η ικανότητα των παιδιών να συμβάλλουν στις αποφάσεις σχετικά με τη φροντίδα τελικού σταδίου (π.χ. αναφορικά με τις «οδηγίες μη ανάνηψης»), διαφοροποιείται κατά περίπτωση σε σημαντικό βαθμό.
- Η καλή επικοινωνία μεταξύ φορέων είναι βασική τόσο για τον προγραμματισμό της φροντίδας κατά το τελικό στάδιο όσο και κατά το διάστημα μετά τον θάνατο.

Μπορεί να βρείτε χρήσιμα τα εξής:

- Κάθε χώρα έχει διαφορετική νομοθεσία, διαδικασίες και έθιμα για την αντιμετώπιση των πρακτικών ζητημάτων που αφορούν τον θάνατο ενός παιδιού.
- Εκτός κι αν αντιμετωπίζετε θανάτους παιδιών συχνά, δεν είναι πιθανό να τα γνωρίζετε όλα αυτά.
- Όσες περισσότερες πληροφορίες αναζητήσετε εκ των προτέρων, τόσο λιγότερο πιθανό θα είναι να έχετε δυσάρεστες εκπλήξεις στη συνέχεια.
- Ορισμένα ζητήματα για τα οποία θα χρειαστεί να αναρωτηθείτε εκ των προτέρων, είναι ενδεχομένως τα εξής:
 - Ποιον θα χρειαστεί να ενημερώσω;

- Είναι πιθανό να χρειαστεί νεκροψία;
- Αποτελεί πιθανή επιλογή η δωρεά οργάνων για μεταμόσχευση;
- Ποια διαδικασία θα χρειαστεί να ακολουθηθεί για τη δήλωση του θανάτου;
- Ποια τελετουργική διαδικασία θα λάβει χώρα μετά τον θάνατο;
- Πόσο γρήγορα χρειάζεται να μετακινηθεί η σορός;
- Πού θα χρειαστεί να μεταφερθεί η σορός και με ποιον τρόπο;
- Ποιος θα πρέπει να πληρώσει γι' αυτό; Μπορεί να ανταποκριθεί η οικογένεια στο κόστος;

Τι συμβαίνει στο σώμα μετά τον θάνατο;

Αυτή η ενότητα είναι δύσκολο να γραφεί, καθώς η νομοθεσία και οι εθιμοτυπίες διαφέρουν κατά πολύ από τη μία χώρα στην άλλη. Υπάρχουν ωστόσο κάποια ζητήματα πανανθρώπινα.

Αρχικά, οι οικογένειες χρειάζονται κάποιον χρόνο με το σώμα του παιδιού τους μετά τον θάνατο, γεγονός που είναι σημαντικό για τη φυσιολογική, κατά το δυνατό, έκβαση του θρήνου τους. Όσο λιγότερο «νοσοκομειακό» και «ιδρυματικό» μπορεί να γίνει το διάστημα αυτό, τόσο το καλύτερο. Προσπαθήστε επομένως να διαμορφώσετε έναν ήσυχο χώρο, να αποσύρετε τον ιατρονοσηλευτικό εξοπλισμό, φροντίστε να ντυθεί το παιδί με τα κανονικά του ρούχα και να περιτριγυρίζεται από αγαπημένα παιχνίδια και αντικείμενα, να επιτραπεί όσο γίνεται μεγαλύτερη πρόσβαση στην οικογένεια καθώς και να τους δοθεί όσο το δυνατόν περισσότερος έλεγχος στην προετοιμασία και τον χειρισμό του σώματος του παιδιού.

Δεύτερον, όλα τα σώματα εμφανίζουν αλλοιώσεις μετά τον θάνατο, συνεπώς η δυνατότητα επιβράδυνσης της διαδικασίας της σήψης θα έχει καθοριστική σημασία για όσα θα ακολουθήσουν. Αν έχετε πρόσβαση σε νεκροθάλαμο ή σε χώρο με χαμηλή θερμοκρασία, δεν υπάρχει μεγάλη βιασύνη. Αν έχετε πρόσβαση σε εργολάβο κηδεών, που μπορεί να αναλάβει τη συντήρηση της σορού (ταρίχευση), επίσης δεν υπάρχει μεγάλη πίεση. Αλλά όλα αυτά κοστίζουν. Αν εργάζεστε σε χώρα με υψηλές θερμοκρασίες και η οικογένεια δεν έχει πρόσβαση ή δεν μπορεί να αναλάβει το κόστος για τα παραπάνω, χρειάζεται να

κινηθείτε πολύ πιο γρήγορα, συνεπώς το καλύτερο θα ήταν να είστε προετοιμασμένοι και έτοιμοι πολύ νωρίτερα από το συμβάν του θανάτου.

Κανονισμοί και ρυθμίσεις

Όλες οι χώρες διαθέτουν συστήματα καταγραφής των θανάτων καθώς και διερεύνησης εκείνων που είναι ανεξήγητοι, μη αναμενόμενοι, ή ύποπτοι. Μερικές φορές η νεκροψία είναι επιθυμητή για την ταυτοποίηση των αιτιών θανάτου, ειδικά όπου μπορεί να υπάρχει μια κληρονομική πάθηση και χρειάζεται η εκτίμηση μελλοντικών κινδύνων για άλλα μέλη της οικογένειας. Επίσης, αν και στον χώρο της παιδιατρικής ανακουφιστικής φροντίδας δεν θέλουμε να αναλογιζόμαστε τόσο την κακοποίηση παιδιών ή την ιατρική αμέλεια, τέτοιες καταστάσεις μπορεί να συμβούν. Δεν είναι όλοι οι θάνατοι των παιδιών απολύτως φυσικοί ή αναπόφευκτοι. Χρειάζεται επομένως να πληροφορηθείτε εγκαίρως ποιον να ενημερώσετε και πώς να το πράξετε.

Δωρεά οργάνων

Σε πολλές περιπτώσεις στο πλαίσιο της παιδιατρικής ανακουφιστικής φροντίδας δεν τίθεται θέμα δωρεάς οργάνων καθώς είτε μπορεί να μην είναι διαθέσιμη ως επιλογή, ή τα όργανα του παιδιού μετά τον θάνατο να μην είναι σε βιολογική κατάσταση κατάλληλη για μεταμόσχευση. Σε ορισμένες όμως περιπτώσεις υφίσταται μια τέτοια δυνατότητα και εκτός από τα οφέλη για το πρόσωπο που λαμβάνει το δωριζόμενο όργανο, μπορεί να επιφέρει σημαντική ανακούφιση στις οικογένειες το να γνωρίζουν ότι το παιδί τους έχει αφήσει μια διαρκή και ζωντανή «κληρονομιά». Υπάρχουν δύο τύποι δωρεάς οργάνων: από δότη εγκεφαλικά νεκρό του οποίου η καρδιά δεν έχει σταματήσει να λειτουργεί και από δότη του οποίου η καρδιά έχει σταματήσει να λειτουργεί.

- Η δωρεά στην περίπτωση που η καρδιά δεν έχει σταματήσει να λειτουργεί, αφορά αποκλειστικά περιπτώσεις παιδιών με επιβεβαιωμένο εγκεφαλικό θάνατο (θάνατος εγκεφαλικού στελέχους).
- Η δωρεά από δότη του οποίου η καρδιά έχει σταματήσει να λειτουργεί, συνήθως αφορά παιδιά των οποίων ο θάνατος είναι αναμενόμενος εντός

ενός συγκεκριμένου χρονικού διαστήματος, π.χ. μετά την απόσυρση της αγωγής, και μπορεί να περιλαμβάνει οποιοδήποτε όργανο.

Στις περισσότερες περιπτώσεις δωρεάς οργάνων, το παιδί θα πρέπει να εισαχθεί στο χειρουργείο εντός δέκα λεπτών από την έλευση του θανάτου, ώστε να πραγματοποιηθεί η αφαίρεση των οργάνων. Οι επιτεφυκότες και οι καρδιακές βαλβίδες μπορούν να συλλεχθούν μέχρι και 48 ώρες από την έλευση του θανάτου. Η δωρεά ιστών μπορεί να είναι δυνατή ακόμη και στην περίπτωση που η δωρεά οργάνων δεν είναι εφικτή. Για περισσότερη πληροφόρηση επικοινωνήστε με τον τοπικό συντονιστή μεταμοσχεύσεων στη χώρα σας.

Τελετουργίες

Οι τελετουργίες έχουν εξαιρετική σημασία στο να μας βοηθήσουν να αντεπεξέλθουμε σε περιόδους μετάβασης – δεν υπάρχει, αναμφίβολα, πιο επώδυνη ή τραυματική μετάβαση από εκείνη ενός παιδιού από τη ζωή στον θάνατο. Το ιατρικό περιβάλλον σπάνια είναι κατάλληλο για να ανταποκριθεί στην πολυπλοκότητα και τον πλούτο αυτών των τελετουργιών, αλλά μπορούμε τουλάχιστον να προσπαθήσουμε. Μπορεί να μπει κανείς στον πειρασμό να σκεφτεί ότι γνωρίζει τις τελετουργίες που προτιμά μια οικογένεια που φροντίζει, ειδικά αν ανήκει σε παρόμοιο πολιτισμικό υπόβαθρο, ωστόσο υπάρχουν εκπλήξεις. Όταν δίδασκα στην Ουγκάντα, ζήτησα από την ομάδα μας (όλοι έμπειροι ιατροί και νοσηλεύτές) να χωριστούν σε ομάδες με διαφορετικό πολιτισμικό υπόβαθρο, από διάφορα μέρη της Ουγκάντα. Είχαμε και λίγους Βρετανούς μαζί μας, έτσι μπήκα μαζί τους σε μία ομάδα. Κάθε ομάδα στη συνέχεια παρουσίασε τι υπαγορεύει η ιδιαίτερή τους παράδοση. Η ποικιλία ήταν τεράστια και κανένας δεν ήταν ενήμερος για τις παραδόσεις όλων των υπολοίπων, στις οποίες περιλαμβάνονταν και οι εξής:

- Ένα χρονικό διάστημα όπου η σορός θα παραμείνει στο σπίτι, στη διάρκεια του οποίου οι πενθούντες επισκέπτονται την οικογένεια, τους συλλυποούνται και τους στηρίζουν.
- Μεταφορά του παιδιού σε νεκροθάλαμο.
- Ταφή της σορού στο κέντρο του οικογενειακής οικίας, άλλοτε περνώντας το νεκρό σώμα μέσα από την πόρτα και άλλοτε σπάζοντας τον τοίχο του σπιτιού.

- Ποικιλία ως προς το είδος της τελετής που θα επιλεγεί, ανάλογα με την ηλικία και το φύλο του παιδιού.
- Ταφή της σορού σε πλήρινα δοχεία και μερική εμβύθιση στις λίμνες στα βορειοδυτικά της χώρας.
- Ταφή σε κοιμητήριο.
- Αποτέφρωση της σορού στο κρεματόριο.
- Σκόρπισμα της στάχτης σε ένα μέρος επιφορτισμένο με νόημα.
- Φύτεμα δέντρων ή άλλοι τρόποι διατήρησης της μνήμης.

Καθένα από τα παραπάνω απηχεί έντονα την κουλτούρα εντός της οποίας έχει αναπτυχθεί, αν και αναμφίβολα η γρήγορη μεταφορά της σορού σε ένα γραφείο κηδεών και από εκεί στο κρεματόριο (η πιο κοινή πρακτική στη δική μου κουλτούρα) απηχεί ελάχιστα, αν όχι καθόλου, κάποια κουλτούρα και έχει μάλλον να κάνει με την άρνηση και την αποφυγή της θνητότητας που χαρακτηρίζουν τον κυρίαρχο λόγο για τον θάνατο και το θνήσκειν στο Ηνωμένο Βασίλειο.

Μπορεί να είναι δύσκολο ακόμη και να αντιληφθεί και να κατανοήσει κανείς όλες αυτές τις διαφορετικές παραδόσεις, πόσο μάλλον να τις καταστήσει εφικτές στα περισσότερα ιατρικά πλαίσια, είναι ωστόσο εντυπωσιακό τι μπορεί να επιτευχθεί με λίγη προετοιμασία, προνοητικότητα και δημιουργικότητα. Αυτές οι στιγμές έχουν βαθύτατη σημασία και η οικογένεια τις θυμάται για πάντα, ίσως περισσότερο από κάθε άλλη στιγμή της ζωής του παιδιού. Αξίζει λοιπόν να προσπαθήσουμε.

Ποιες άλλες πηγές πληροφόρησης μπορεί να είναι επιβοηθητικές;

- Davies, R. *Mothers' stories of loss: their need to be with their dying child and their child's body after death*. J Child Health Care. 2005, 9 (4): 288-300. Βλ.: <http://chc.sagepub.com/content/9/4/288.abstract>
- National Sudden Unexpected Infant Death (SUID)/ Sudden Infant Death Syndrome (SIDS) Resource Center (NSIDRC). *Selected Resources for Grieving Parents, Their Families, Friends and Other Caregivers*. NSIDRC, 2007. Βλ. <http://www.sidscenter.org/documents/SIDRC/BereavementSelectedResources.pdf>

- Joint United Kingdom (UK) Blood Transfusion and Tissue Transplantation Services Professional Advisory Committee (2011). Πρόσφατες οδηγίες διατίθενται στον σύνδεσμο:
<http://www.transfusionguidelines.org.uk/Index.aspx?Publication=CTD&Section=17&pageid=1539>
- Υπουργείο Δικαιοσύνης. *Cremation Regulations Guidance for Doctors* (2008). [Σ.τ.Μ.: Επικαιροποιημένες οδηγίες διατίθενται στον σύνδεσμο: <https://www.gov.uk/government/publications/medical-practitioners-guidance-on-completing-cremation-forms>].

Μέρος δέκατο τέταρτο

Πώς βοηθώ τις οικογένειες στον θρήνο και το πένθος τους;

Μπορεί ήδη να γνωρίζετε ότι:

- Θρήνος καλείται η συναισθηματική και κοινωνική αντίδραση στην απώλεια, ενώ το πένθος αποτελεί τη συνθήκη απώλειας κάποιου αγαπημένου προσώπου ή αντικειμένου. Πένθος καλείται επίσης και η εξωτερική έκφραση της απώλειας.
- Σε διαφορετικές οικογένειες, κοινότητες και κουλτούρες, το πένθος και ο θρήνος μπορεί να εκφράζονται με ποικίλους τρόπους. Οι σχετικές τελετουργίες μπορεί να είναι επιβοηθητικές στην καταπράυνση και την περάτωση του θρήνου.
- Είναι σημαντικό οι επαγγελματίες υγείας να σέβονται πάντοτε τις επιθυμίες των οικογενειών και/ή τις παραδόσεις της κουλτούρας τους και τα πολιτισμικά τους πρότυπα.
- Οι ιατροί και οι νοσηλεύτες μπορούν να διαδραματίσουν εξαιρετικά σημαντικό ρόλο διευκολύνοντας τους ανθρώπους στον θρήνο τους, αποτελώντας απλώς ένα σταθερό σημείο αναφοράς, έναν επαγγελματία και έμπειρο ακροατή, καθώς και εξασφαλίζοντας την πρόσβαση σε σημαντική πρακτική υποστήριξη, όπως επιδόματα, βεβαίωση ασθένειας και υποστήριξη στον τομέα της ψυχικής υγείας.

Μπορεί να βρείτε χρήσιμα τα εξής:

- Ο θρήνος αποτελεί φυσική συνέπεια του θανάτου ενός κοντινού μας ανθρώπου, αλλά όταν πεθάνει ένα παιδί, η επίδραση του θανάτου του συνήθως είναι εξαιρετικά πιο επώδυνη για τους δικούς του ανθρώπους.

Ο θάνατος ενός παιδιού μπορεί να επιφέρει ανατροπή σε όλη τη ζωή της οικογένειας, ενώ τα μέλη της, ιδιαίτερα οι γονείς, είναι πιθανό να θρηνούν για μεγάλα διαστήματα και ίσως χρειαστούν υποστήριξη ή συμβουλευτική πένθους σε βάθος χρόνου προκειμένου να βοηθηθούν ώστε να προχωρήσουν στη ζωή τους και να αντεπεξέλθουν στην απώλεια αυτή.

- Ο θάνατος ενός παιδιού συχνά επηρεάζει το ευρύτερο οικογενειακό σύστημα, όπως τους γονείς ή τους φροντιστές του παιδιού, παππούδες και γιαγιάδες (που μπορεί να μην θρηνούν μόνο για το παιδί που έχει πεθάνει, αλλά επίσης για την απώλεια που το δικό τους παιδί βιώνει), τα αδέρφια, τα ξαδέρφια και την ευρύτερη οικογένεια ή τη θετή οικογένεια.
- Το παιδί που πεθαίνει θα χρειαστεί επίσης να διαχειριστεί τον επικείμενο θάνατό του.
- Οι ιατροί και οι νοσηλευτές έχουμε επαρκή εμπειρία ενασχόλησης με άτομα που θρηνούν και η οποία μπορεί να αποβεί χρήσιμη, αλλά είναι σημαντικό να μην ξεχνάμε την εξαιρετικά μεγάλη θλίψη που μπορεί να προκαλέσει ο θάνατος ενός παιδιού, όπως επίσης και τις διαφορές στον τρόπο που ο θρήνος εκδηλώνεται σε παιδιά και ενήλικες που πενθούν.

Το γονικό πένθος

Οι γονείς που πενθούν χρειάζονται ιδιαίτερη μέριμνα. Κανείς δεν μπορεί να προβλέψει πώς θα αισθάνονται μετά τον θάνατο του ίδιου τους του παιδιού. Οι περισσότεροι γονείς περιγράφουν μεγάλες μεταπτώσεις συναισθημάτων, από μούδιασμα σε έντονη οργή, βαθιά λύπη, έως και ανακούφιση σε κάποιο βαθμό. Συμπεριφορές και αντιδράσεις που φαίνονται παράλογες παρατηρούνται επίσης πολύ συχνά, όπως και υπερβολική φυσική εξάντληση ή υπερδραστηριότητα.

Οι γονείς μπορεί να θέλουν να σας μιλήσουν απλώς για να τους ακούσετε προσεκτικά, συχνά όμως χρειάζεται να παραπεμφθούν σε ειδικές υπηρεσίες για να διαχειριστούν την απώλειά τους, όπου αυτές είναι διαθέσιμες. Είναι σημαντικό, κατά το άμεσο διάστημα που ακολουθεί την απώλεια του παιδιού να διατηρηθεί η επαφή με την οικογένεια, καθώς οι γονείς μπορεί να νιώσουν ότι μας στερούνται, αν διακοπεί απότομα η συστηματική ανακουφιστική υποστήριξη που ελάμβαναν. Είναι επιβοηθητικό να συμφωνηθεί στην ομάδα

ένα πλάνο παρακολούθησης της οικογένειας στο πένθος, ώστε να συμβάλει στην προσπάθειά τους να επανακτήσουν μια αίσθηση φυσιολογικότητας στη ζωή τους.

Μερικές οικογένειες μπορεί να βρουν βοηθητικό το να διαφυλάξουν έναν καθορισμένο χρόνο καθημερινά εντός των πρώτων λίγων μηνών, στον οποίο να ξέρουν ότι μπορούν να εστιάσουν στον θάνατο του παιδιού τους, παρά να αισθάνονται ότι ο θρήνος τους απορροφά κάθε ώρα της ημέρας. Μπορεί επίσης να είναι επιβοηθητικό να μην ξεχνιούνται ιδιαίτερες στιγμές, όπως τα γενέθλια, θρησκευτικές εορτές και η επέτειος του θανάτου του παιδιού.

Ίσως να φανεί χρήσιμο να συστήσετε στην οικογένεια να δημιουργήσει «κουτιά αναμνήσεων» όπου θα τοποθετήσουν μερικά από τα αγαπημένα αντικείμενα του παιδιού, όπως για παράδειγμα την αγαπημένη του κουβέρτα ή το αρκουδάκι του, στιδήποτε τους θυμίζει το παιδί τους. Τα λευκώματα αναμνήσεων, π.χ. με φωτογραφίες κ.ά. μπορεί να αποτελέσουν ένα τρόπο για να εκφράσουν οι γονείς τα συναισθήματά τους, καθώς και να δημιουργήσουν αντικείμενα τα οποία θα τους θυμίζουν το παιδί τους.

Θα πρέπει να αναγνωριστεί ότι ο θρήνος για το πολυαγαπημένο τους παιδί μπορεί να μην τελειώσει ποτέ, όπως σημειώνει η Talbot, μια μητέρα σε πένθος και σύμβουλος πένθους η ίδια: *«η επούλωση μετά τον θάνατο ενός παιδιού δεν σημαίνει ότι δε θα νιώθεις καθόλου πόνο. Σημαίνει να ενσωματώσεις την απώλεια στη ζωή σου και να μάθεις πώς να ζεις μαζί της. Σημαίνει να μπορείς να αγαπήσεις τους άλλους και να επενδύσεις ξανά στη ζωή. Η επούλωση έρχεται όταν οι γονείς αποφασίσουν ότι δεν θα επιτρέψουν στον πόνο να αποτελεί τη μοναδική έκφραση της συνεχιζόμενης αγάπης τους για το παιδί τους»* (Talbot, 2002).

Το πένθος των παιδιών

Ένα παιδί που πεθαίνει, πενθεί για την επικείμενη απώλεια της ίδιας του της ζωής, ενώ βέβαια πενθούν επίσης τα αδέρφια του και τα άλλα παιδιά που είναι συγγενείς και φίλοι του παιδιού που πεθαίνει.

Μερικές φορές είναι δύσκολο να μιλήσετε στα παιδιά για τον θάνατο με τρόπο που θα τον κατανοήσουν πλήρως. Στη συνέχεια παρατίθενται μερικές συμβουλές που αφορούν την ειδική συνθήκη όπου ένα παιδί έχει χάσει ένα αγαπημένο του πρόσωπο, το οποίο είναι επίσης παιδί, όπως αδέρφια, ξαδέρφια και φίλους.

Πώς πενθούν τα παιδιά;

- Είναι δύσκολο να διατυπωθούν εύλογες γενικεύσεις για το πώς τα παιδιά αντιδρούν στον θάνατο διαφόρων αγαπημένων τους προσώπων – ο χαρακτήρας τους, η προσωπικότητά τους αλλά και οι εκάστοτε περιστάσεις ποικίλουν σε μεγάλο βαθμό.
- Τα παιδιά και τα νεαρά άτομα μπορεί να εμφανίσουν ένα σύνολο αντιδράσεων, οι οποίες μόνο εν μέρει υπαγορεύονται από το αναπτυξιακό τους στάδιο.
- Οι αντιδράσεις τους θα κυμαίνονται επίσης ανάλογα με την αιτία και το είδος του θανάτου, τις οικογενειακές συνθήκες, τυχόν προηγούμενο θάνατο ή τραυματική εμπειρία στην οικογένεια, την ηλικία του προσώπου που έχει αποβιώσει και τη σχέση τους μαζί του, τη θέση του στην οικογένεια, το διάστημα που γνώριζαν ο ένας τον άλλο, την προσωπική τους ικανότητα προσαρμογής καθώς και την υποστήριξη και τη μέριμνα που λαμβάνουν.
- Τα παιδιά μπορεί να παρουσιάσουν διακυμάνσεις στον θρήνο τους, από την ξαφνική θλίψη, στη χαρούμενη διάθεση που εμφανίζεται εξίσου ξαφνικά. Κάτι τέτοιο μπορεί να μπερδέψει αρκετά εσάς αλλά και εκείνα. Επιτρέψτε τους να εκφράζουν τα συναισθήματά τους αυτά και υποστηρίξτε τα να τα διαχειριστούν. Βεβαιώστε τα ότι πρόκειται για συναισθήματα «φυσιολογικά» τα οποία θα πρέπει να εκφράζονται.

Πώς μπορώ να βοηθήσω ένα παιδί να διαχειριστεί τον θρήνο και το πένθος του;

Ένας χρήσιμος όρος είναι η «διεργασία πένθους»,¹¹³ ο οποίος σημαίνει ότι οι άνθρωποι χρειάζεται να «εργαστούν» για να βρουν τον δρόμο τους μέσα από ποικίλα συναισθήματα, σκέψεις και επιπτώσεις στη συμπεριφορά τους, στοιχεία που ενυπάρχουν στο βίωμα του πένθους.

Από την πλευρά του φροντιστή, θα πρέπει να κάνετε ό,τι μπορείτε για να διευκολύνετε στο «έργο» τους αυτό τα παιδιά που πενθούν, με στόχο να τα βοηθήσετε να διαχειριστούν την κατάσταση όσο πιο αποτελεσματικά γίνεται.

Βέβαια, το πρόβλημα με το μοντέλο αυτό είναι ότι κανείς δεν μπορεί να πει τι είναι πραγματικά «αποτελεσματικό» για τον καθένα χωριστά. Ωστόσο, παραμένει χρήσιμο πλαίσιο σκέψης ώστε να εξετάσουμε το απαιτούμενο «έργο» στα ακόλουθα τρία στάδια:

1. **Πριν από την απώλεια:** τα παιδιά μπορεί να αρχίσουν να βιώνουν συναισθήματα θρήνου αμέσως μόλις καταλάβουν ότι τα ίδια, ή αγαπημένα τους πρόσωπα, πρόκειται να πεθάνουν.
2. **Τη στιγμή του θανάτου:** όσα συμβαίνουν τη στιγμή του θανάτου επιφέρουν σημαντικές επιπτώσεις στα αγαπημένα πρόσωπα που μένουν πίσω. Ένας θάνατος οδυνηρός και τραυματικός θα τους αφήσει συχνά ένα αίσθημα ενοχής και θυμού, ή θα τους τραυματίσει ψυχολογικά, ενώ ένας «καλός θάνατος» μπορεί να τους βοηθήσει να αναλογιστούν τις θετικές στιγμές της ζωής του παιδιού.
3. **Μετά από τον θάνατο:** ο θρήνος ενός παιδιού μπορεί να εστιάσει τώρα στις απώλειες που έχουν ήδη συμβεί (παρά σε εκείνη που πρόκειται να επέλθει).

Στάδιο πριν από την απώλεια

- Ενθαρρύνετε το παιδί να μιλήσει και να επικοινωνήσει, ειδικά με τα μέλη της οικογένειας και τους φίλους του.
- Αποφύγετε τη χρήση γενικόλογων εξηγήσεων, όπως «ο αδερφός σου έχει πάει για ύπνο».
- Επιτρέψτε στο παιδί να εκφράσει τα συναισθήματά του.
- Μην καλλιεργείτε προσδοκίες στο παιδί (π.χ. λέγοντάς του: «οπωσδήποτε θα αισθανθείς καλύτερα με τον καιρό»).
- Ενθαρρύνετε τη φυσιολογικότητα και τη συνέχεια σε άλλες πλευρές της ζωής του, όπως το σχολείο.
- Επιτρέψτε στο παιδί να απαρνηθεί το γεγονός, αν εκφράσει κάτι τέτοιο, αλλά διευκολύνετέ το να κάνει ερωτήσεις.
- Προσπαθήστε να συνδέσετε την επικείμενη απώλεια με την πραγματικότητα του παιδιού, συμπεριλαμβάνοντάς το σε ενέργειες όπως ο προγραμματισμός της νεκρώσιμης τελετής και των επικηδείων αποχαιρετιστήριων τελετουργιών.

- Τα παιδιά είναι πολύ δημιουργικά και ίσως θελήσουν να συμμετέχουν στη δημιουργία λευκώματος αναμνήσεων για τη διαφύλαξη των ιδιαίτερων στιγμών τους με το άτομο που πέθανε, όπου και θα ανατρέχουν καθώς μεγαλώνουν.
- Να είστε προετοιμασμένοι για τον προπαρασκευαστικό θρήνο των παιδιών: συνήθως εκδηλώνεται ως άγχος αποχωρισμού, θλίψη, θυμός ή απόσυρση.
- Προσπαθήστε να προλάβετε την περιθωριοποίηση του παιδιού αν στην οικογένεια όλοι «κλειστούν στον εαυτό τους», εξηγώντας την κατάσταση και ενθαρρύνοντάς τους να συζητούν ανοιχτά με το παιδί, παρακινώντας παράλληλα και το ίδιο να μιλήσει και σε άλλα άτομα.
- Θυμηθείτε ότι τα μικρά παιδιά σκέφτονται μέσω της φαντασίας τους και ίσως αποδώσουν τεράστιες συνέπειες (και το ίδιο το γεγονός του θανάτου) σε μηδαμινά αίτια (π.χ. ότι στεναχώρησαν τη μητέρα τους εκείνη την ημέρα). Αφήστε τα να χρησιμοποιήσουν το παιχνίδι ή την αφήγηση ιστοριών με κούκλες ή αρκουδάκια, ώστε να διευκολυνθούν να εκφράσουν τα συναισθήματά τους, αλλά και εσείς να μπορέσετε να διορθώσετε τυχόν αναληθείς κατηγορίες που ίσως αποδίδουν στον εαυτό τους.

Μετά τον θάνατο

Στις ορισμένες κουλτούρες μπορεί να αποτελεί κανόνα να βλέπουν τα παιδιά τη σορό ή να παρακολουθούν την κηδεία, σε άλλες όχι. Η θεά του νεκρού σώματος συνήθως δρα επιβοηθητικά, αλλά θα πρέπει πάντοτε να αποτελεί επιλογή του ίδιου του παιδιού.

Η θεά της σορού μπορεί να βοηθήσει ένα παιδί που πενθεί, προκειμένου:

- να ξεκινήσει τον αποχαιρετισμό του,
- να αρχίσει να αποδέχεται την πραγματικότητα και την οριστικότητα του θανάτου,
- να αρχίζει να καταλαβαίνει τι έχει συμβεί,
- να αντιληφθεί ότι ο νεκρός δεν θα επιστρέψει,
- να φοβάται λιγότερο.

Πριν το παιδί δει το σώμα του νεκρού, δώστε σαφή και λεπτομερή πληροφόρηση για το τι πρόκειται να συμβεί. Για παράδειγμα: *«Ο Ιωσήφ βρίσκεται ξαπλωμένος σε ένα κρεβάτι. Δεν μοιάζει ακριβώς όπως ήταν όταν ζούσε. Είναι εντελώς ακίνητος. Δεν θα μπορεί να μιλήσει ούτε να κινηθεί. Αν τον αγγίξεις*

δεν θα είναι ζεστός, μπορεί να τον νιώσεις παγωμένο. Φοράει το ανοιχτόχρωμο μπλουζάκι του και το σκούρο γκρι παντελόνι του. Υπάρχουν πολλά λουλούδια στο δωμάτιο και επίσης μερικές κάρτες».

Αφήστε τα να επιλέξουν τι θα κάνουν όταν μπουν στο δωμάτιο: να μείνουν ακίνητα στην πόρτα, να αγγίξουν ή να χαϊδέψουν τον νεκρό, να αφήσουν κάτι δίπλα στο σώμα, όπως μια ζωγραφιά. Δώστε τους την επιλογή να έχουν αν θέλουν κάποιον μαζί τους, ή αν θα προτιμούσαν να εισέλθουν στο δωμάτιο για λίγη ώρα μόνο τους.

Παρακολούθηση της κηδείας

- Προσπαθήστε να εξασφαλίσετε ότι το παιδί θα βρίσκεται με κάποιον που θα το στηρίξει.
- Διαβεβαιώστε το ότι μόνο το σώμα του ατόμου που έχει πεθάνει, πρόκειται να ταφεί ή να αποτεφρωθεί.
- Εξηγήστε του ότι ο νεκρός δεν μπορεί να αισθανθεί πλέον τίποτα ούτε να φοβηθεί.
- Εξηγήστε του ότι ο νεκρός δεν θα υποφέρει πια και δεν θα πονάει.
- Εξηγήστε του ότι μπορεί να γίνει κάτι σαν «πάρτυ» μετά την κηδεία, γεγονός που δεν χρειάζεται να του προκαλέσει έκπληξη ή στεναχώρια.
- Προετοιμάστε το παιδί για μερικά από τα πράγματα που οι ενήλικες μπορεί να του πουν. Για παράδειγμα, σε ένα αγόρι μπορεί να πουν ότι «τώρα είναι ο άντρας του σπιτιού», οπότε θα εκτιμήσει τη διαβεβαίωσή σας ότι δεν θα ισχύσει κάτι τέτοιο.
- Δημιουργήστε τις κατάλληλες ευκαιρίες ώστε τα παιδιά να μπορέσουν να συμμετέχουν στη διαδικασία (π.χ. να τοποθετήσουν μια ζωγραφιά δίπλα στο σώμα ή να πουν κάτι στην κηδεία).

Εναλλακτικοί αποχαιρετισμοί

Αν το παιδί δεν μπορεί ή δεν θέλει να παρακολουθήσει την κηδεία, προσπαθήστε να ενθαρρύνετε μια εναλλακτική τελετή αποχαιρετισμού, ώστε να το βοηθήσετε στον θρήνο του.

Παραδείγματα αποτελούν η οργάνωση μιας τελετής μνήμης στο σπίτι ή στον τάφο, η επίσκεψη ενός ιδιαίτερου μέρους για το οποίο έχουν αναμνήσεις, η δημιουργία ενός ειδικού χώρου μνήμης δικής τους επιλογής, η απελευθέρωση στον ουρανό μπαλονιών με προσωπικά μηνύματα, το άναμμα κεριών, η ανταλλαγή αναμνήσεων με άλλους, η δημιουργία ενός κουτιού ή βιβλίου αναμνήσεων.

Ποιες άλλες πηγές πληροφόρησης μπορεί να είναι επιβοηθητικές;

- Bluebond-Langner, M. *The Private Worlds Of Dying Children*. Πρίνστον: Princeton University Press, 1978.
- Goldman, A., Hain, R. & Liben, S. (επιμ.) *Oxford Textbook of Palliative Care for Children* – Κεφάλαιο 15. Οξφόρδη: Oxford University Press, 2006.

Υποστήριξη μέσω τηλεφώνου και διαδικτύου

- The Child Death Helpline: πρόκειται για τηλεφωνική γραμμή υποστήριξης για οποιονδήποτε αντιμετωπίζει τον θάνατο ενός παιδιού οποιασδήποτε ηλικίας, από την περίοδο πριν από τη γέννησή του μέχρι την ενήλικη ζωή, κάτω από οποιεσδήποτε συνθήκες, είτε πρόκειται για πρόσφατη απώλεια ή για παλαιότερη. Βλ.: <http://www.childdeathhelpline.org/>. Τηλ. γραμμή βοήθειας: 0800 282 986, ηλεκτρονικό ταχυδρομείο: contact@childdeathhelpline.org
- Το σωματείο Winston's Wish αποτελεί μια μη κερδοσκοπική οργάνωση για παιδιά που θρηνούν και παρέχει υπηρεσίες σε παιδιά, νέους ενήλικες και τις οικογένειές τους κατά την περίοδο του πένθους. Βλ.: <http://www.winstonswish.org.uk/>
- Το σωματείο Compassionate Friends UK είναι μια οργάνωση γονέων (και άλλων μελών της οικογένειας) που βιώνουν ένα πένθος και οι οποίοι προσφέρουν κατανόηση, υποστήριξη και ενθάρρυνση σε άλλα άτομα μετά τον θάνατο του παιδιού ή των παιδιών τους. Επίσης παρέχεται υποστήριξη, συμβουλή και πληροφόρηση σε άλλους συγγενείς, σε φίλους και στους επαγγελματίες υγείας που υποστηρίζουν μία οικογένεια. Βλ.: www.tcf.org.uk. Τηλ. γραμμή βοήθειας: 0845 123 2304, ηλεκτρονικό ταχυδρομείο: info@tcf.org.uk

- Το TCF Sibling Support αποτελεί πρόγραμμα του σωματείου The Compassionate Friends, μέσω του οποίου προσφέρεται σε εθνικό επίπεδο υποστήριξη αυτοβοήθειας σε άτομα που έχουν αντιμετωπίσει την απώλεια ενός αδερφού ή μιας αδερφής. Βλ.: www.tcfsiblingsupport.org.uk.
- Για το σωματείο The Child Bereavement Charity, βλ. πληροφορίες στον σύνδεσμο: <http://www.childbereavement.org.uk>
- Ο σύλλογος Grief Encounter αποσκοπεί στην παροχή βοήθειας και υποστήριξης σε παιδιά, νεαρούς ενήλικες και τις οικογένειές τους που βιώνουν ένα πένθος. Βλ.: <http://www.griefencounter.org.uk>
- Το Season for Growth αποτελεί ένα πρόγραμμα εκπαίδευσης στη διαχείριση της απώλειας και του πένθους μέσα από ομάδες συνομήλικων, το οποίο απευθύνεται σε άτομα 6-18 ετών. Πληροφορίες στον σύνδεσμο: <http://seasonsforgrowth.co.uk/>

Μέρος δέκατο πέμπτο

Πώς αντεπεξέρχομαι και ευημερώ στην παιδιατρική ανακουφιστική φροντίδα;

Μπορεί ήδη να γνωρίζετε ότι:

- Το έργο του επαγγελματία υγείας προσφέρει ικανοποίηση αλλά ενέχει και προκλήσεις.
- Το αν αντλείτε δύναμη από τις ικανοποιήσεις ή σας καταβάλλουν οι προκλήσεις, εξαρτάται από πολυάριθμους παράγοντες, πολλοί από τους οποίους (αλλά σε καμία περίπτωση το σύνολο αυτών) βρίσκονται υπό τον δικό σας έλεγχο.
- Μπορείτε να κάνετε θετικές ή αρνητικές επιλογές, όπως μπορείτε και να ενεργείτε με τρόπο εποικοδομητικό ή επιβλαβή.

Μπορεί να βρείτε χρήσιμα τα εξής:

- Ο ρόλος του επαγγελματία υγείας συνεπάγεται αυτογνωσία, αναγνώριση των δυνατών και αδύνατων σημείων μας, ικανότητα ανεύρεσης ενός προσωπικού ρυθμού, διαχείριση του αντικειμένου της ειδικότητάς μας με επάρκεια, καθώς και δυνατότητα να παραμένουμε αρκούντως ενημερωμένοι.
- Η επαγγελματική εξουθένωση είναι λιγότερο συχνή στην ανακουφιστική φροντίδα, σε σχέση με παρόμοιες ειδικότητες.^{114,115,116,117}
- Η παιδιατρική ανακουφιστική φροντίδα δημιουργεί ευκαιρίες να δοκιμάσουμε, να εργαστούμε στο πλαίσιο μιας καλής ομάδας και να νιώσουμε ότι πράττουμε κάτι που έχει νόημα και σκοπό. Όλα αυτά αποτελούν ση-

μαντικά συστατικά μέρη ενός αισθήματος ικανοποίησης, γεγονός που σημαίνει ότι θεωρητικά δεν υπάρχει λόγος να μην είμαστε ευτυχείς στη δουλειά μας, ακόμη και αν ενέχει μεγάλη οδύνη.

- Παρά ταύτα, η γενική επίπτωση των προβλημάτων ψυχικής υγείας στους ιατρούς ανακουφιστικής φροντίδας είναι 25%, ποσοστό το οποίο αν και δεν είναι χειρότερο σε σύγκριση με ιατρούς άλλων ειδικοτήτων, νοσηλευτές και φοιτητές, δεν είναι και ιδιαίτερα καλό.

Ποιοι παράγοντες μπορεί να με κάνουν να νιώσω άγχος ή εξουθένωση;

Το υπερβολικό στρες και η εξουθένωση δεν είναι επιβλαβή μόνο για το άτομο αλλά επίσης και για την ομάδα και για τους ασθενείς, καθώς συνεπάγονται ευερεθιστότητα, παρανοϊκές ιδέες, διενέξεις, κωλυσιεργία, σφάλματα, αγανάκτηση, πτωχή επικοινωνία, απώλεια ενσυναίσθησης και υπομονής, και εν τέλει ασθένεια.

Υπάρχουν πολλοί παράγοντες που αναφέρονται στη βιβλιογραφία ότι ενδέχεται να οδηγήσουν σε στρες και εξουθένωση.

Προσωπικοί παράγοντες

- Να αισθάνεται κανείς ότι έχει χάσει τον έλεγχο/βρίσκεται «έξω από τα νερά του»
- Να νιώθει ότι δεν λαμβάνει στήριξη
- Αίσθημα μοναξιάς σε προσωπικό επίπεδο
- Φροντίδα άλλων μελών της οικογένειας.

Ψυχολογικοί παράγοντες

- Προβλήματα ψυχικής υγείας
- Κατάχρηση ουσιών
- Προσωπικό ψυχολογικό τραύμα που δεν έχει επιλυθεί.

Παράγοντες που σχετίζονται με τον φορέα εργασίας

- Υπερβολικός φόρτος εργασίας
- Έλλειψη σαφήνειας ρόλου/ορίων μεταξύ εργασίας και προσωπικής ζωής

- Περιορισμένοι πόροι
- Φόβος απώλειας εργασίας, πειθαρχικά ζητήματα, εκφοβισμός ή άλλου είδους κατάχρηση εξουσίας στο εργασιακό πλαίσιο
- Υπερβολικά πολλές αλλαγές
- Μη ρεαλιστικοί στόχοι.

Παράγοντες που σχετίζονται με τη θεραπευτική ομάδα

- Η ομάδα που παρέχει ανακουφιστική φροντίδα βασικά υφίσταται προκειμένου να περιέχει εντός της την οδύνη και το πένθος. Όταν το επίπεδο της οδύνης, υπερβαίνει την ανθεκτικότητα της ομάδας, αυτή θα αρχίσει να διασπάται,¹¹⁸ φαινόμενο αρκετά συχνό στην παιδιατρική ανακουφιστική φροντίδα.¹¹⁹
- Η διάσπαση της ομάδας μπορεί να εκδηλωθεί ως:
 - Δημιουργία «αποδιοπομπαίου τράγου»: τα μέλη της ομάδας δαιμονοποιούν ένα άτομο στο οποίο προβάλλουν όλα τα αρνητικά τους συναισθήματα.
 - Δημιουργία υποομάδων («κλίκες»): η ομάδα διαχωρίζεται σε διαφορετικές υποομάδες, καθεμία από τις οποίες έχει τις δικές της προτεραιότητες και αξίες.
 - Ψυχολογική «σχάση» της ομάδας: μοιάζει περίπου με τη δημιουργία «αποδιοπομπαίου τράγου», αλλά αφορά την προβολή αρνητικών συναισθημάτων σε υποομάδες μάλλον παρά σε άτομα (δηλ. μια υποομάδα δαιμονοποιεί μια άλλη).
 - Αποφυγή αλλαγών: τα μέλη της ομάδας προσκολλώνται σταθερά στις οικείες συνθήκες, ακόμη και όταν είναι απαραίτητες κάποιες βελτιώσεις.
 - Εξουθένωση της ομάδας: εκδηλώνεται ως χαμηλό ηθικό των μελών της, χαμηλή ποιότητα φροντίδας, χρόνιες εσωτερικές διαμάχες και διασπάσεις της ομάδας.

Παράγοντες που έχουν σχέση με τον ασθενή

- Αντίθετα από ό,τι ίσως θα ήταν αναμενόμενο, η αντιμετώπιση του θανάτου και του θνήσκειν, δεν διαπιστώνεται ως μείζων πηγή εργασιακού στρες για τους επαγγελματίες υγείας της παιδιατρικής ανακουφιστικής φροντίδας.¹²⁰
- Ωστόσο, υπάρχουν μερικοί παράγοντες που έχουν σχέση με τον ασθενή

και οι οποίοι είναι πιθανότερο να κατακλύσουν τις άμυνές σας:

- Όταν ο ασθενής είναι νέος.
- Όταν ο ασθενής σας θυμίζει κάποιο κοντινό σας πρόσωπο, ή κάτι/κάποιον από το παρελθόν σας.
- Όταν ο θάνατος είναι τραυματικός.
- Όταν έχετε αναπτύξει μια κοντινή σχέση με τον ασθενή.
- Όταν συμβούν αρκετοί θάνατοι σε σύντομο χρονικό διάστημα.

Τι θα μπορούσε να με κάνει πιο ανθεκτικό;

Αν εντοπίσατε διάφορους παράγοντες κινδύνου για εμφάνιση επαγγελματικής εξουθένωσης οι οποίοι σας αφορούν, μπορεί ήδη να ανησυχήσατε. Άλλα να θυμάστε ότι πρέπει να βλέπετε τα πράγματα με αισιοδοξία. Αν δεν πηγαίνετε στη δουλειά σας μόνο για να πάρετε τον μισθό σας, θα πρέπει να διαθέτετε εξαιρετικά ισχυρές αντοχές. Επιπλέον, η ανθεκτικότητά σας μπορεί να ενισχυθεί με διάφορους τρόπους:

Ψυχολογική ενδυνάμωση

Η αυξημένη συχνότητα ύπαρξης παρελθόντων ψυχοκοινωνικών τραυματισμών στους επαγγελματίες υγείας μπορεί εν τέλει να λειτουργήσει ενδυναμωτικά παρά να τους φέρει σε μειονεκτική θέση. Αυτό σημαίνει ότι θα έχουμε μάθει από την εμπειρία μας πώς να εκφράζουμε ενσυναίσθηση, να δείχνουμε κατανόηση και να μπορούμε να επικοινωνούμε με ανθρώπους που είναι άρρωστοι ή που πεθαίνουν.

Για να αποτελέσουν τα παραπάνω δύναμη παρά αδυναμία, χρειάζεται να γίνει μια διεργασία σε ψυχολογικό επίπεδο ώστε να αναγνωριστεί η οδύνη και να υπάρξει αποδοχή όταν δεν μπορούμε να «σώσουμε» κάποιον ασθενή. Αυτό σημαίνει να εκτιμά κανείς αρκετά τον εαυτό του ώστε να θέτει όρια, επαρκώς ισχυρά για την προσωπική του προστασία αλλά και αρκετά ευέλικτα όταν οι ανάγκες του ασθενούς ή οι εργασιακές συνθήκες μεταβληθούν. Αυτή η ψυχολογικής φύσεως διεργασία, περιλαμβάνει:

Σε προσωπικό επίπεδο

- Υγεία και ενέργεια: να τσιτίζετε, να κοιμάστε και να ασκείστε επαρκώς.

- Αισιοδοξία: δεν μπορούμε όντως να αλλάξουμε τον κόσμο, αλλά μπορούμε να προσπαθήσουμε να διακρίνουμε στις διάφορες συνθήκες, το καλύτερο παρά το χειρότερο.
- Κοινή λογική: το να βλέπεις τα μεγάλα προβλήματα απλώς σαν πολλά μικρότερα, τόσο μικρά ώστε να μπορεί κανείς να τα αντιμετωπίσει.

Ως προς τις κοινωνικές δεξιότητες

- Υποστηρίξτε τον εαυτό σας: στον κόσμο θα υπάρχει πάντα περισσή οδύνη καθώς και περισσότεροι ασθενείς από όσους θα μπορούσε ενδεχομένως κανείς να βοηθήσει. Πρέπει να μπορείτε να το εκφράσετε όταν νιώθετε ότι έχετε κάνει «αρκετά για σήμερα».
- Πρακτική και εμπειρία: ο μεγαλύτερος κίνδυνος εργασιακής εξουθένωσης τείνει να υφίσταται τα πρώτα δύο με τρία χρόνια σε μια καινούργια δουλειά, έπειτα ελαττώνεται.
- Να περνάτε καλά: τι απολαμβάνετε να κάνετε; Το κάνετε πράγματι; Αν όχι, γιατί;
- Υπερβολική εργασία: αν δουλεύετε πολύ σκληρά, σταματήστε. Αν δεν πρέπει οπωσδήποτε να εργάζεστε για οικονομικούς λόγους, καιρός να χαλαρώσετε. Αν σπρώχνετε συνεχώς τον εαυτό σας πάνω από τα όρια, η απόδοσή σας θα αρχίσει να «ασθενεί».
- Δημιουργήστε παρέες: ίσως έχετε απομονωθεί. Μπορεί να μην έχετε μεγάλο κύκλο φίλων. Όσο δύσκολο κι αν είναι, προσπαθήστε να καλλιεργήσετε σχέσεις με άλλα άτομα. Οι άλλοι άνθρωποι μπορούν να σας κάνουν να νιώσετε ότι σας εκτιμούν, μπορούν να σας βοηθήσουν να δείτε τα πράγματα στις πραγματικές τους διαστάσεις, όπως και να σας προσφέρουν ευήκοα ώτα.

Ως προς τον φορέα εργασίας και τη θεραπευτική ομάδα

- Θυμηθείτε τη σημασία της ομαδικής δουλειάς για την άρτια παροχή φροντίδας.
- Αποσαφηνίστε τους στόχους σας: βεβαιωθείτε ότι έχετε κάνει ορθή αποτίμηση και ανασκόπηση της κατάστασης. Είναι σημαντικό να αναλογιστείτε που βρίσκεστε και να προγραμματίσετε προς τα πού πηγαίνετε.
- Λάβετε κατάλληλη εποπτεία: η εποπτεία παρέχει ένα πλαίσιο συζήτησης δύσκολων περιστατικών, ανταλλαγής απόψεων για διάφορα προβλήματα, λεπτομερούς επεξεργασίας πιθανών λύσεων και σχεδιασμού των επόμενων βημάτων.

- Συναντήσεις προσωπικού με σκοπό την υποστήριξη της ομάδας: διάφοροι συνάδελφοι βρίσκονται σε διαφορετικές φάσεις, συνεπώς αυτοί που δεν αντιμετωπίζουν δυσκολίες μπορούν να στηρίξουν όσους βρίσκονται σε δυσχερή θέση. Ως αποτέλεσμα, η ομάδα θα αναπτύξει ένα αίσθημα συλλογικής ευθύνης καθώς και εμπιστοσύνης του ενός για τον άλλο.
- Αν τα παραπάνω δεν συμβαίνουν, μιλήστε με τον προϊστάμενό σας. Αν είστε εσείς ο προϊστάμενος, αναλογιστείτε γιατί είναι πολύ σημαντικά όλα αυτά.

Τι να κάνω όταν νομίζω ότι μπορεί να βιώνω εργασιακή εξουθένωση;

Το να αισθάνεστε ότι ίσως βιώνετε εργασιακή εξουθένωση ή υποφέρετε από μια ψυχολογική διαταραχή, όπως άγχος, κατάθλιψη ή εξάρτηση από ουσίες, μπορεί να είναι κάτι εξαιρετικά τρομακτικό. Όταν νιώθουμε φόβο σε υπαρκτικό επίπεδο, οι ψυχολογικές μας άμυνες συχνά αφυπνίζονται, με συνέπεια την άρνηση ή την αποφυγή του προβλήματος. Ωστόσο, ένας αποτελεσματικός τρόπος διαχείρισης αυτών των ζητημάτων είναι να δει κανείς τα συμπτώματά του ως φίλους μάλλον παρά ως εχθρούς.

Η εξουθένωσή μας, το άγχος μας, η κακή μας διάθεση και η συμπεριφορά εθισμού, όλα αποτελούν επωφελή μηνύματα από το υποσυνείδητό μας προς τη συνείδησή μας. Μας λένε ότι τα πράγματα δεν είναι εντάξει, ότι τελούμε υπό απειλή και ότι θα πρέπει να κάνουμε κάτι για να προστατεύσουμε τον εαυτό μας.

«Το να κάνουμε κάτι» όταν δεν νιώθουμε καλά είναι περίπλοκο, αλλά όχι αδύνατο. Μπορούμε να χρησιμοποιήσουμε με τον εαυτό μας, τις ίδιες δεξιότητες και ικανότητες που χρησιμοποιούμε με τους ασθενείς μας: αξιολόγηση, μέτρηση, ανάλυση, σχεδιασμός και δράση. Για παράδειγμα μπορείτε να κάνετε τα εξής:

- Αξιολογήστε τον εαυτό σας – αναρωτηθείτε με ειλικρίνεια: πού βρίσκομαι; Ποιοι παράγοντες υπάρχουν που με οδηγούν στην εξουθένωση;
- Κάνετε έναν προσωπικό «διαχειριστικό έλεγχο» – προσπαθήστε να απαντήσετε για λογαριασμό σας ένα ερωτηματολόγιο εξουθένωσης ή μια κλίμακα

άγχους, κατάθλιψης ή κατάχρησης ουσιών. Εναλλακτικά, κάνετε μια σχετική συζήτηση με έναν φίλο, έναν συνάδελφο ή τον επαγγελματία υγείας που φροντίζει εσάς. Πιστέψτε τα αποτελέσματα. Καταγράψτε τα ώστε να μπορείτε να ελέγξετε την πρόοδό σας στο μέλλον.

- Αναλύστε τα αποτελέσματα των ερωτηματολογίων – ποιες πλευρές της ζωής σας, σας αγχώνουν περισσότερο; Διευρύνετε το πεδίο των σκέψεών σας: προσωπικοί παράγοντες, τύπος προσωπικότητας, παράγοντες που αφορούν την ομάδα, οργανωσιακοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες.
- Τολμήστε να ονειρευτείτε – κάνετε στον εαυτό σας την ερώτηση: τι θα ήθελα να συμβεί; Επιτρέψτε στον εαυτό σας να βάλει την πραγματικότητα για λίγο «στην άκρη». Αν είχατε ένα μαγικό ραβδί, πώς θα αλλάζατε τη ζωή σας και πώς θα έμοιαζε τότε;
- Θέσετε στόχους και σκοπούς – επιστρέψτε στην πραγματικότητα. Ακόμη και αν όλα τα όνειρά σας μοιάζουν απραγματοποίητα, θα υπάρχουν σίγουρα κάποια βήματα που μπορείτε να κάνετε ώστε να οδηγηθείτε προς τη σωστή κατεύθυνση. Ποια είναι αυτά; Καταγράψτε τουλάχιστον τρεις στόχους που μπορούν να επιτευχθούν σε 1 έτος, σε 1 μήνα, σε 1 εβδομάδα και σε 1 ημέρα. Μπορείτε να το κάνετε αυτό μόνοι σας, αλλά είναι συνήθως ευκολότερο και πιο αποτελεσματικό να το συζητήσετε με κάποιο άλλο άτομο το οποίο μπορεί να αποτελέσει τον «μέντορά» σας στη διαδικασία αυτή.
- Εφαρμογή: το μέρος αυτό μπορεί να είναι ιδιαίτερα δύσκολο αν νιώθετε κάπως εξουθενωμένοι (θυμηθείτε ότι η αντίσταση στην αλλαγή αποτελεί μία πρώτη ένδειξη). Όμως κανείς δεν πρόκειται να αλλάξει τη ζωή σας στη θέση σας. Χρειάζεται να αναλάβετε δράση αν πρόκειται να αλλάξετε. Επιλέξτε λοιπόν έναν τουλάχιστον από τους στόχους που έχετε θέσει στον εαυτό σας για να πραγματοποιήσει άμεσα και πραγματοποιήστε τον. Μπορεί να είναι κάτι μικρό, αλλά ακόμη και το μεγαλύτερο και δυσκολότερο ταξίδι αρχίζει με ένα πρώτο βήμα. Καθώς προχωράτε, όσο απρόθυμα και αργά κι αν γίνεται αυτό, στέλνετε στον εαυτό σας ένα μήνυμα: είμαι στο λάθος μέρος, χρειάζεται να μετακινηθώ στο σωστό και μου αξίζει να προσπαθήσω για αυτό. Μια τέτοια θετική ενίσχυση δρα καταλυτικά και θα σας δώσει περισσότερη ενέργεια ώστε να κάνετε το δεύτερο βήμα.
- Να είστε επιεικής με τον εαυτό σας και να αστειεύετε με τις ατέλειές σας: κάθε ταξίδι περιλαμβάνει παραπατήματα, βήματα προς τα πίσω και λάθος βήματα. Όταν βαδίζετε λάθος, οπισθοχωρήστε ή κοντοσταθείτε,

αλλά μην παραιτηθείτε. Μαθαίνουμε πολλά περισσότερα από τα λάθη μας παρά από τις επιτυχίες μας. Ανασκουμπωθείτε, αναλάβετε δυνάμεις, αστειευτείτε με τις αδυναμίες σας και συγχαρείτε τον εαυτό σας για τις προσπάθειές σας – όπως θα κάνατε με ένα παιδί που μαθαίνει ποδήλατο. Εν τέλει, θα ορθοποδήσετε.

Και θυμηθείτε, όταν υποφέρετε από άγχος, κατάθλιψη ή κατάχρηση ουσιών, είναι πολύ δύσκολο να συνέλθετε απλώς και μόνο προχωρώντας και ελπίζοντας για το καλύτερο. Το να πασχίζετε να τα κάνετε όλα μόνοι σας, αποτελεί μια επίμονα εγωϊστική συμπεριφορά που μας στερεί την αγάπη και την υποστήριξη που συνήθως μας προσφέρονται δωρεάν. Είμαστε παρόντες για τους άλλους και οι άλλοι είναι παρόντες για εμάς.

Θυμηθείτε ότι ακόμη και αν θα δουλεύατε κάθε ώρα της κάθε ημέρας, μόλις που θα αγγίζατε ακροθιγώς την ανθρώπινη οδύνη. Να είστε λοιπόν ειλικρινείς και ρεαλιστές με τον εαυτό σας. Το οφείλετε στους ασθενείς σας, στους συναδέλφους σας, στην οικογένειά σας και στον εαυτό σας: να είστε υγιής και να παραμείνετε υγιής.

Ζητήστε βοήθεια.

Άρχισε από τα κοντινά,
μην κάνεις το δεύτερο βήμα
ή το τρίτο,
ξεκίνα με το πρώτο
πράγμα
το πιο κοντινό,
το βήμα
που δεν θέλεις να κάνεις.

Άρχισε
με το έδαφος
που ξέρεις,
το ισχνό έδαφος
κάτω από τα πόδια σου,
τον δικό σου
τρόπο να αρχίζεις
τη συνομιλία.

Άρχισε με τη δική σου
ερώτηση,
παράτησε των άλλων
τις ερωτήσεις,
μην τους αφήσεις
να καταπνίξουν κάτι
γνήσιο.

Για να βρεις
ενός άλλου τη φωνή,
ακολούθησε
τη φωνή τη δική σου,
περίμενε μέχρι
εκείνη η φωνή
να γίνει
το δικό σου ευήκοον ους
που αφουγκράζεται
τον άλλο.

Άρχισε αμέσως τώρα
κάνε ένα μικρό βήμα
που να το πεις δικό σου
μην ακολουθήσεις
κάποιου άλλου
τους ηρωισμούς, να είσαι ταπεινός
και αφοσιωμένος,
άρχισε από τα κοντινά,
μην λαθέψεις
εκείνο το άλλο
για δικό σου.

Άρχισε να πλησιάζεις,
μην κάνεις
το δεύτερο βήμα
ή το τρίτο,
ξεκίνα με το πρώτο
πράγμα
το πιο κοντινό,
το βήμα
που δεν θέλεις να κάνεις.

~Ντέιβιντ Ουάιτ, «River Flow: New and Selected Poems»

(μτφ. Μ. Μπούρη)

Νομίζετε ότι νιώθετε σε κάποιο βαθμό εργασιακή εξουθένωση; Αν ναι, δοκιμάστε να συμπληρώσετε ένα ερωτηματολόγιο αποτίμησης πιθανής εργασιακής εξουθένωσης, όπως το εξής:

<http://www.mindtools.com/stress/Brn/BurnoutSelfTest.htm>

Ξεκινήστε ένα «Ημερολόγιο Άγχους», για παράδειγμα βλ.:

https://www.mindtools.com/pages/article/newTCS_01.htm

Ελέγξτε μήπως υποφέρετε από κατάθλιψη ή άγχος, βλ. π.χ. στον σύνδεσμο:

https://www.queendom.com/tests/access_page/index.htm?idRegTest=690

Λαμβάνετε μήπως διάφορες ουσίες; Δείτε το «CAGE Questionnaire» στον σύνδεσμο: <http://counsellingresource.com/quizzes/alcohol-cage/index.html>

Ποιες άλλες πηγές πληροφόρησης μπορεί να είναι επιβοηθητικές;

- Amery, J. *Surviving and Thriving in Health Practice*. Οξφόρδη: Radcliffe Publishing, 2013.
- Amery, J. (επιμ.) *Children's Palliative Care in Africa*, Κεφάλαιο 19. Οξφόρδη: Oxford University Press, 2009. Διατίθεται στον σύνδεσμο:
<http://www.icpcn.org/wp-content/uploads/2013/08/Childrens-Palliative-Care-in-Africa-Full-Text.pdf>
- British Medical Association (BMA). Παροχή συμβουλευτικής υποστήριξης σε ιατρούς και φοιτητές ιατρικής, βλ.: <https://www.bma.org.uk/advice-and-support/your-wellbeing/wellbeing-support-services/counselling-and-peer-support-for-doctors-and-medical-students>
- Ακολουθούν τρεις ιστοσελίδες που μπορεί να είναι χρήσιμες:
Narcotics Anonymous: <http://www.ukna.org/>
Alcoholics Anonymous: <http://www.aa.org/>
Cocaine Anonymous: <http://www.cauk.org.uk/>
- British Doctors' and Dentists' Group: Για χρήστες ουσιών και αλκοόλ, βλ.: <http://www.bddg.org/>
- British International Doctors Association: όπου πολιτισμικά ή γλωσσικά ζητήματα αποτελούν παράγοντες που συμβάλλουν στην εξουθένωση, οι ιατροί μπορούν να απευθυνθούν στην ομάδα συμβούλων υγείας, στο τηλ.: 0161 456 7828 ή το email: oda@doctors.org.uk. Βλ.: <http://www.bidaonline.co.uk/>
- Doctors' Support Network: Ομάδα αυτοβοήθειας για ιατρούς που αντιμετωπίζουν κάθε είδους ζητήματα ψυχικής υγείας. Υφίσταται επίσης εμπιστευτική, ανώνυμη τηλεφωνική γραμμή υποστήριξης από συναδέλφους, βλ.: <http://www.dsn.org.uk/>
- Medical Careers: Ένα σύνολο παθήσεων ψυχικής υγείας επιφέρει ανικανότητα προς εργασία, π.χ. αγχώδεις διαταραχές, διπολική διαταραχή, κατάθλιψη, ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή και σχιζοφρένεια. Οι ψυχικές παθήσεις συχνά συνδέονται με κατάχρηση αλκοόλη και ουσιών, όπως και με διατροφικές διαταραχές. Πολλά άτομα αποκτούν ψυχικές παθήσεις στη διάρκεια της επαγγελματικής τους ζωής. Βλ.:
<https://www.healthcareers.nhs.uk/explore-roles/doctors/career-opportunities-doctors/doctors-disabilities>

**Συνταγολόγιο Αναφοράς
της Επιστημονικής Ένωσης
Association of Paediatric
Palliative Medicine**

5^η έκδοση

2020



Διευθυντής Σύνταξης

Δρ Satbir Singh Jassal MBE

Ιατρικός Διευθυντής

Rainbows Hospice for Children and Young People

Λάφμπορο

Αναπληρωτής Διευθυντής

Δρ Lynda Brook

Επιμελήτρια (Macmillan) Παιδιατρικής Ανακουφιστικής Φροντίδας

Alder Hey Children's Hospital Specialist Palliative Care Team

Λίβερπουλ

Επικεφαλής Φαρμακοποιός

Anita Aindow

Προϊστάμενος Φαρμακοποιός

Pharmacy Medicines Information Department

Alder Hey Children's NHS Foundation Trust

Λίβερπουλ

Συνέβαλαν

Δρ Anna-Karenia Anderson

Επιμελήτρια Ανακουφιστικής Παιδιατρικής

The Royal Marsden NHS Foundation Trust, Λονδίνο

Shooting Star Chase Hospice

Σάρρεϋ

Δρ Ella Aidoo

Επιμελήτρια Παιδιατρικής Ανακουφιστικής Φροντίδας

Evelina London Children's Hospital

Λονδίνο

Δρ Finella Craig

Επιμελήτρια Ανακουφιστικής Παιδιατρικής

Great Ormond Street Children's Hospital

Λονδίνο

Δρ Richard Hain

Επιμελητής και Επικεφαλής για την Παιδιατρική Ανακουφιστική Φροντίδα

Children's Hospital, Κάρντιφ

Επισκέπτης Καθηγητής

University of South Wales

Δρ Emily Harrop

Επιμελήτρια Παιδιατρικής Ανακουφιστικής Φροντίδας

Helen and Douglas House Hospice Care for Children

Οξφόρδη

Δρ Susie Larwood

Επίτιμος Ειδικός Ανώτερος Συνεργάτης

Helen and Douglas House Hospice Care for Children

Οξφόρδη

Δρ Heather McCluggage

Συνεργάτης με ειδικευση στην Παιδιατρική Ανακουφιστική Φροντίδα

Western Health and Social Care Trust

Βόρεια Ιρλανδία

Δρ Fauzia Paize

Επιμελήτρια Νεογνολογίας

Liverpool Women's NHS Foundation Trust

Λίβερπουλ

Κριτική ανασκόπηση (διεθνείς κριτές)

Καθηγητής Adam Rapoport

Ιατρικός Διευθυντής Paediatric Advanced Care Team

Αναπληρωτής Καθηγητής Παιδιατρικής University of Toronto

Ιατρικός Διευθυντής Emily's House Children's Hospice

Τορόντο, Καναδάς

Δρ Michelle Meiring

Επιμελήτρια Ανακουφιστικής Παιδιατρικής

Διευθύντρια Paedspal Palliative Care Unit

Umduduzi Hospice for Children

Λέκτορας (Ανακουφιστικής Ιατρικής) University of Cape Town

Κέιπ Τάουν, Νότιος Αφρική

Δρ Stefan J. Friedrichsdorf

Ιατρικός Διευθυντής, Department of Pain Medicine, Palliative Care & Integrative Medicine, Children's Hospitals and Clinics of Minnesota

Αναπληρωτής Καθηγητής Παιδιατρικής University of Minnesota

Μινεσότα, ΗΠΑ

Δρ Dilini Rajapakse

Επιμελήτρια Ανακουφιστικής Παιδιατρικής

Great Ormond Street Hospital

Λονδίνο

Καθηγητής Boris Zernikow

Ιατρικός Διευθυντής, German Paediatric Pain Centre

Children's and Adolescent's Hospital Datteln

Προϊστάμενος Children's Pain Therapy and Paediatric Palliative Care

Witten/Herdecke University, Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Ιατρικής

Γερμανία

Μαρία Μπούρη

Ακαδημαϊκός Υπότροφος, Τμήμα Δημόσιας και Κοινωνικής Υγείας,

Σχολή Δημόσιας Υγείας, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής

Φαρμακοποιοί

Rupal Evans

Φαρμακοποιός με ειδίκευση στα παιδιά και τους νεαρούς ενήλικες

Royal Marsden Hospital

Λονδίνο

Δρ Kate McCuker, PhD

Επικεφαλής Φαρμακοποιός

CHAS (Children's Hospices Across Scotland)

Σκωτία

Bhumik Patel

Προϊστάμενος Φαρμακοποιός με ειδίκευση στην Ανακουφιστική Φροντίδα

The Louis Dundas Centre

Great Ormond Street Hospital NHS Foundation Trust

Λονδίνο

Διορθώσεις

Δρ Clare Hale

Αναπληρωτής Ιατρικός Διευθυντής

Rainbows Hospice for Children and Young People

Λάφμπορο

Δρ Susie Lapwood

Επίτιμος Ειδικός Ανώτερος Συνεργάτης

Helen & Douglas House Hospice Care for Children

Οξφόρδη

Προηγούμενες συμβολές και κριτικές ανασκοπήσεις

Karen Bromley

τ. Επικεφαλής Νοσηλεύτρια Ανακουφιστικής Φροντίδας Παιδιών και Νεαρών Ενηλίκων
Helen and Douglas House Hospice Care for Children
Οξφόρδη

Δρ Patrick Carragher

Ιατρικός Διευθυντής
CHAS (Children's Hospices Across Scotland)
Σκωτία

Helen Crookes

τ. Επικεφαλής Φαρμακοποιός
CHAS (Children's Hospices Across Scotland)
Σκωτία

Δρ Mary Devins

Επιμελήτρια Παιδιατρικής με ειδικό πεδίο ενδιαφέροντος την Ανακουφιστική Παιδιατρική
Our Lady's Children's Hospital, Crumlin and The Coombe Women & Infants Maternity Hos-
pital Δουβλίνο, Ιρλανδία

Δρ Siobhan Gallagher

Επιμελήτης Παιδιατρικής
University Hospital Limerick (UHL)
Υπεύθυνος Υπηρεσιών Υγείας (HSE)
Mid West Community Services
Ιρλανδία

Δρ Mark Hunter

Αφυπηρετήσας Ιατρικός Διευθυντής
Acorns Children's Hospice Trust
Μπέρμιχαμ

Δρ Renee McCulloch

Επιμελήτρια Ανακουφιστικής Παιδιατρικής
Great Ormond Street Hospital
Λονδίνο

Δρ Michael Miller

Αφυπηρετήσας Επιμελήτης Ανακουφιστικής Παιδιατρικής
Martin House Children and Young Persons' Hospice
Μπόστον Σπα, Γιόρκσαϊρ

Fiona Reid

Παιδιατρική Νοσηλεύτρια (Diana Children's Nurse)

CHAS (Children's Hospices Across Scotland)

Σκωτία

Κριτική ανασκόπηση

Δρ Megumi Baba

Επιμελήτρια Ανακουφιστικής Παιδιατρικής

Ty Hafan Children's Hospice

Ουαλία

Δρ Karen Horridge

Επιμελητής Παιδιατρικής (Παιδιά με Ειδικές Ανάγκες)

Sunderland Royal Hospital

Σάντερλαντ

Δρ Katrina Macdonald

Ιατρός Ξενώνα

Little Harbour Children's Hospice South West, St Austell

Αγγλία

Δρ Ullie de Saint-Quentin

Ιατρός με Παιδιατρική Ειδικότητα

Banbury Hospital

Οξφόρδη

Πρόλογος

Είμαι εξαιρετικά ευτυχής που καλωσορίζουμε την 5^η έκδοση του Συνταγολογίου Αναφοράς της Επιστημονικής Ένωσης Association of Paediatric Palliative Medicine, το οποίο κυκλοφορεί στην επέτειο των δέκα ετών από την ίδρυσή της. Το Συνταγολόγιο έχει καταστεί για τους συνταγογράφους ιατρούς που εργάζονται στο πεδίο της ανακουφιστικής παιδιατρικής, θεμελιώδης και ουσιαστική πηγή πληροφόρησης.

Το Συνταγολόγιο αυτό συνενώνει σε μία έκδοση όλη τη διαθέσιμη πληροφόρηση σχετικά με τη συνταγογράφηση στο πεδίο της ανακουφιστικής φροντίδας παιδιών, αξιοποιώντας επικαιροποιημένα ερευνητικά δεδομένα και συναινετικές θέσεις εμπειρογνομόνων. Συμβαδίζει διαρκώς με τις νεώτερες οδηγίες αναφορικά με τους διαθέσιμους φαρμακευτικούς παράγοντες και εισηγείται νεώτερα φάρμακα, κατάλληλα για την ανακουφιστική παιδιατρική.

Στην παρούσα έκδοση, φιλοξενούμε περισσότερους φαρμακοποιούς, μία νεογνολόγο καθώς μια δυναμική ομάδα από διεθνείς κριτές. Η συμμετοχή τους διασφαλίζει ότι το Συνταγολόγιο αναβαθμίζει διαρκώς τις προδιαγραφές ποιότητάς του και διατηρεί τη συνάφειά του με την κλινική πράξη. Αποτελεί αποτύπωση της επιτυχίας και της επιρροής του Συνταγολογίου, το γεγονός ότι μεταφράζεται ήδη σε αρκετές γλώσσες, όπως τα ρωσικά, την ινδονησιακή (μπαχάσα) και τα ισπανικά.

Η αρχή να διατηρηθεί η δωρεάν διάθεση του Συνταγολογίου, θα συνεχίσει να ισχύει μέσω της ιστοσελίδας της Ένωσης (<http://www.appm.org.uk/>). Προβλέπεται ότι οι αναθεωρήσεις του Συνταγολογίου θα πραγματοποιούνται πλέον κάθε λίγα χρόνια, η δε έντυπη μορφή του θα είναι διαθέσιμη σε τιμή κόστους, μέσω της ιστοσελίδας της Ένωσης.

Η Επιστημονική Ένωση Association of Paediatric Palliative Medicine επιθυμεί να αναγνωρίσει τη σχολιαστική και επιμελή εργασία του Δρ Sat Jassal ως προς τον συντονισμό, τη διεύθυνση και την επιμέλεια της σύνταξης όλων των εκδόσεων του Συνταγολογίου μέχρι σήμερα. Είμαστε εξαιρετικά ευγνώμονες για την άριστη υποστήριξή μας από τη φαρμακευτική ομάδα με επικε-

φαλής την Anita Aindow καθώς και από το πλήθος των συντελεστών και κριτών, κατά το παρελθόν και σήμερα, για τον κόπο που κατέβαλαν και για τη λεπτομερή ματιά τους. Ιδιαίτερες ευχαριστίες οφείλονται στους συναδέλφους σε διεθνές επίπεδο για τη συμβολή τους, των οποίων οι επισημάνσεις και οι απόψεις υπήρξαν εξαιρετικά πολύτιμες. Τέλος, ευχαριστίες απευθύνονται στα μέλη της Ένωσης για την κριτική ανασκόπηση (και τις διορθώσεις!) που πραγματοποιήσαν στο Συνταγολόγιο.

Όπως και με όλες τις προηγούμενες εκδόσεις, η Ένωση Association of Paediatric Palliative Medicine είναι στην ευχάριστη θέση να υποστηρίξει τη νέα 5^η έκδοση του Συνταγολογίου ως ένα έργο σημαντικό για την κλινική πράξη και επικαιροποιημένο, το οποίο θα συνδράμει όλους όσους συνταγογραφούν σε βρέφη, παιδιά και νεαρούς ενήλικες που χρήζουν ανακουφιστικής φροντίδας.

Δρ Anna-Karenia Anderson (chair@appm.org.uk)

Πρόεδρος της Επιστημονικής Ένωσης Association of Paediatric Palliative Medicine

Εισαγωγή

Σας καλωσορίζουμε στην πέμπτη έκδοση του Συνταγολογίου Αναφοράς, που εκδίδει η Επιστημονική Ένωση Association of Paediatric Palliative Medicine. Αν και μεσολάβησε μικρό χρονικό διάστημα από την 4^η έκδοση, έχουν επέλθει ορισμένες σημαντικές αλλαγές στη χρήση συγκεκριμένων φαρμάκων. Οι συστάσεις που περιλαμβάνονται στις μονογραφίες πολλών φαρμάκων έχουν ξαναγραφτεί εκτενώς ενώ έχουν επικαιροποιηθεί και οι βιβλιογραφικές παραπομπές. Προστέθηκαν επίσης καινούργια φάρμακα καθώς και επιπλέον ενδείξεις για πολλά από τα υπάρχοντα. Μετά από σχόλια που λάβαμε, έχουμε προσθέσει πλήθος νέων δεδομένων για δοσολογικά σχήματα που αφορούν τα νεογνά και την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων τους.

Αποφασίσαμε, αντί να συνταχθούν μακροσκελείς μονογραφίες για κάθε φάρμακο, να εστιάσουμε σε βασικά πρακτικά σημεία που αφορούν τον εκάστοτε φαρμακευτικό παράγοντα. Έχουμε επικεντρωθεί στη χορήγηση των φαρμάκων στο πλαίσιο της ανακουφιστικής φροντίδας και εξαιρέσαμε πιο γνωστές και πιο γενικές ενδείξεις τους, με τη σκέψη ότι οποιαδήποτε άλλη πληροφόρηση θα μπορούσε να ληφθεί με ευχέρεια από άλλες πηγές, όπως τα εθνικά συνταγολόγια. Έχουμε επίσης συμπεριλάβει σχετική σημείωση για την κατάσταση αδειοδότησης κάθε φαρμάκου στο Ηνωμένο Βασίλειο και την Ιρλανδία.

Για κάθε ένα φάρμακο, η τεκμηρίωση για τη χρήση του αντλείται από ερευνητικές μελέτες (όπου διατίθενται). Παραπέμπουμε επίσης στην πηγή ή στις πηγές από τις οποίες έχει ληφθεί η συνιστώμενη δοσολογία κάθε φαρμάκου. Σε πολλές περιπτώσεις, η τεκμηρίωση για τη χρήση ορισμένων φαρμάκων είτε είναι ασθενής είτε συνάγεται από δοσολογικά σχήματα ενηλίκων ασθενών. Σε συγκεκριμένες περιπτώσεις, η δοσολογία βασίζεται σε κλινική συναίνεση. Αν και τα παραπάνω δεν συνιστούν τον βέλτιστο τρόπο χορήγησης φαρμάκων σε παιδιά, έχουμε επίγνωση του γεγονότος ότι η έρευνα για τη χρήση φαρμάκων σε βρέφη και παιδιά, ιδιαίτερα στο πεδίο της ανακουφιστικής φροντίδας, είναι δυσχερής και βρίσκεται ακόμη σε νηπιακό στάδιο σε αυτό το περιορισμένο αλλά ταχύτατα εξελισσόμενο επιστημονικό πεδίο.

Έχουμε συμπεριλάβει μόνο εκείνα τα φάρμακα, τις οδούς χορήγησης και τις ενδείξεις που κατά κανόνα χρησιμοποιούνται στην ανακουφιστική φροντίδα παιδιών στο Ηνωμένο Βασίλειο. Τα φάρμακα παρατίθενται με αλφαβητική σειρά με βάση τη δραστική ουσία. Συνιστούμε με έμφαση στους κλινικούς ιατρούς να μην συνταγογραφούν πέραν του πεδίου της ειδικότητάς τους και επί αμφιβολιών να συμβουλευούνται το διαρκώς διευρυνόμενο δίκτυο κλινικών ιατρών με ειδίκευση στην ανακουφιστική παιδιατρική. Για ορισμένα φάρμακα, ενδέχεται να συστηθούν υψηλότερες δόσεις από τις αναφερόμενες στο παρόν Συνταγολόγιο, από εξειδικευμένους ιατρούς με εμπειρία στη χορήγησή τους.

Οι δοσολογίες των φαρμάκων διαφέρουν σημαντικά, ανάλογα με την υποκείμενη πάθηση (π.χ. παιδιά με καρκίνο ή οργανική ανεπάρκεια και παιδιά με σοβαρή νευρολογική νόσο). Θα χρειαστεί π.χ. να χορηγηθούν χαμηλότερες δόσεις σε παιδιά με καρκίνο ή οργανική ανεπάρκεια και υψηλότερες σε παιδιά με σοβαρή νευρολογική διαταραχή.

Ελπίζουμε ότι στην πορεία του χρόνου, οι συνάδελφοί μας ανά τον κόσμο θα μας μεταφέρουν τρόπους με τους οποίους θα μπορούσαμε να βελτιώσουμε το παρόν Συνταγολόγιο. Παρακαλούμε ενημερώστε μας για τυχόν παραλείψεις ή προσθήκες που εκτιμάτε ότι θα πρέπει να γίνουν, στέλνοντας ηλεκτρονικό μήνυμα στη διεύθυνση: chair@apppm.org.uk.

Ελπίζουμε ότι και άλλα συνταγολόγια που παρατίθενται σε βιβλία ή χρησιμοποιούνται σε ιατρονοσηλευτικά πλαίσια στο πεδίο της νεογνικής και παιδιατρικής ανακουφιστικής φροντίδας, θα βασίσουν την πληροφόρησή τους στο παρόν Συνταγολόγιο Αναφοράς. Όλα τα βασικά εγχειρίδια παιδιατρικής ανακουφιστικής φροντίδας που χρησιμοποιούνται στο Ηνωμένο Βασίλειο, έχει ήδη συμφωνηθεί να υιοθετήσουν τη μορφή και το περιεχόμενο του παρόντος Συνταγολογίου Αναφοράς.

Το Συνταγολόγιο παρέχεται δωρεάν και όλοι οι συντελεστές του καταβάλλουν προσπάθειες για τη βελτίωση της παιδιατρικής ανακουφιστικής φροντίδας ανά τον κόσμο. Μπορείτε ελεύθερα να αναπαράγετε όσα αντίτυπα επιθυμείτε, αλλά παρακαλούμε να μην τροποποιηθεί το περιεχόμενο, να μην διενεργηθεί λογοκλοπή ούτε να αντιγραφεί οποιοδήποτε τμήμα του παρόντος και να παρου-

σιαστεί υπό το όνομα τρίτων. Αν θα θέλατε να χρησιμοποιήσετε το έργο αυτό για έναν συγκεκριμένο σκοπό, επικοινωνήστε μαζί μας για τη σχετική έγκριση στέλνοντας ηλεκτρονικό μήνυμα στη διεύθυνση: chair@appm.org.uk.

Κατά κανόνα στο Συνταγολόγιο περιλαμβάνονται, αναφορικά με την ανακουφιστική φροντίδα και όπου διατίθενται, τα ίδια δοσολογικά σχήματα που συνιστώνται σε ένα ή περισσότερα από τα εξής: Εθνικό Συνταγολόγιο της Βρετανίας (BNF: British National Formulary) [1], Εθνικό Συνταγολόγιο της Βρετανίας για την Παιδιατρική (BNFc: British National Formulary for Children) [2], Συνταγολόγιο για τη Νεογνολογία [3], Κατευθυντήριες Οδηγίες του Π.Ο.Υ. για τη Φαρμακευτική Αντιμετώπιση του Επίμονου Πόνου σε Παιδιά με Διάφορες Παθήσεις [4], Συνταγολόγιο Ανακουφιστικής Φροντίδας [5] και Φάρμακα για Παιδιά [6]. Οι αναγνώστες εκτός Ηνωμένου Βασιλείου προτείνεται να συμβουλευούνται τις κατά τόπους εθνικές οδηγίες συνταγογράφησης, επιπλέον του παρόντος Συνταγολογίου.

Οι συγγραφείς έχουν καταβάλει κάθε προσπάθεια ώστε να ελεγχθούν τα τρέχοντα δεδομένα και η βιβλιογραφία μέχρι και τον Σεπτέμβριο του 2019, αλλά οι δοσολογίες, οι ενδείξεις, οι αντενδείξεις και οι ανεπιθύμητες ενέργειες των φαρμάκων τροποποιούνται με την πάροδο του χρόνου καθώς διατίθενται νέα δεδομένα. Αποτελεί ευθύνη του συνταγογράφου ιατρού να επαληθεύσει την παρούσα πληροφόρηση σύμφωνα με τα επικαιροποιημένα δεδομένα της παρασκευάστριας εταιρείας, ενώ παροτρύνουμε με έμφαση τον αναγνώστη να πράξει το ίδιο πριν από τη χορήγηση οποιουδήποτε φαρμάκου αναφέρεται στο παρόν Συνταγολόγιο. Επιπλέον, στην ανακουφιστική φροντίδα ορισμένα φάρμακα χρησιμοποιούνται για ενδείξεις ή μέσω οδών χορήγησης για τις οποίες δεν υφίσταται επίσημη άδεια από την παρασκευάστρια εταιρεία. Στο Ηνωμένο Βασίλειο, επιτρέπεται η χορήγηση φαρμάκων εκτός εγκεκριμένων ενδείξεων, αλλά απόκειται στη διακριτική ευχέρεια και την ευθύνη του συνταγογράφου ιατρού.

Προστασία πνευματικών δικαιωμάτων

© APPM

Συνταγολόγιο

Αδρεναλίνη (τοπική χρήση) (γνωστή και ως Επινεφρίνη)

Χρήση

- Μικρές εξωτερικές αιμορραγίες
- Απόφραξη ανώτερου αεραγωγού (οφειλόμενη σε φλεγμονή/οίδημα).

Δοσολογία και οδοί χορήγησης

Για την αντιμετώπιση της αιμορραγίας: εμποτίστε μια γάζα με διάλυμα αδρεναλίνης 1:1000 (1mg/ml) και εφαρμόστε τη κατευθείαν στο σημείο που αιμορραγεί για διάρκεια έως 10 λεπτών (θα πρέπει να χρησιμοποιείται μόνο για βραχύ διάστημα λόγω του κινδύνου ισχαιμικής νέκρωσης και αντιδραστικής αγγειοδιαστολής).

Για την απόφραξη των ανωτέρων αεραγωγών: χορήγηση μέσω εισπνοών νεφελοποιημένου διαλύματος

Παιδιά 1 μηνός-11 ετών: 400μg/kg (μέγιστο: 5mg ανά δόση). Η δόση μπορεί να επαναληφθεί σε 30 λεπτά. Το κλινικό αποτέλεσμα διαρκεί για 2-3 ώρες. Το διάλυμα 1:1000 (1mg/ml) αραιώνεται με φυσιολογικό ορό 0,9% και χορηγείται μέσω νεφελοποιητή.

Τεκμηρίωση: [1-3, 5]* NoRE

* Σ.τ.Μ.: οι παραπομπές του Συνταγολογίου εμφανίζονται εντός αγκύλης.

Ακεταζολαμίδη

Χρήση

- Επιληψία
- Αυξημένη ενδοκράνια πίεση – με στόχο τη μείωση της παραγωγής εγκεφαλονωτιαίου υγρού (ENY) σε αποφρακτικές καταστάσεις, ως εναλλακτική επιλογή των στεροειδών
- Πιθανή αναλγητική δράση σε επίπεδο νωτιαίου μυελού μεσολαβούμενη διά των υποδοχέων γ-αμινοβουτυρικού οξέος (GABAA).

Δοσολογία και οδοί χορήγησης

Επιληψία

Από του στόματος ή μέσω αργής ενδοφλέβιας ένεσης:

- **Νεογνά:** αρχική δόση 2,5mg/kg, 2-3 φορές ημερησίως και στη συνέχεια 5-7mg/kg, 2-3 φορές ημερησίως (δόση συντήρησης)
- **Παιδιά 1 μηνός-11 ετών:** αρχική δόση 2,5mg/kg, 2-3 φορές ημερησίως και στη συνέχεια 5-7mg/kg, 2-3 φορές την ημέρα με ανώτατη δόση τα 750mg ημερησίως (δόση συντήρησης)
- **Παιδιά 12-18 ετών:** 250mg, 2-4 φορές ημερησίως με ανώτατη δόση το 1g την ημέρα.

Αυξημένη ενδοκράνια πίεση

Από του στόματος ή μέσω αργής ενδοφλέβιας ένεσης: 8mg/kg τρεις φορές ημερησίως, δόση που μπορεί να αυξάνεται ανάλογα με τις ανάγκες έως την ανώτατη δοσολογία των 100 mg/kg/ημέρα.

Σημειώσεις

- Αποτελεί αναστολέα της καρβονικής ανυδράσης. Έχει αδειοδοτηθεί για χρήση στην παιδική ηλικία σε περιπτώσεις αυξημένης ενδοκράνιας πίεσης και επιληψίας. Επίσης χρησιμοποιείται εκτός εγκεκριμένων ενδείξεων για την αντιμετώπιση του γλαυκώματος.
- Η ακεταζολαμίδη μπορεί να προσφέρει ανακούφιση από τα συμπτώματα σε περίπτωση απόφραξης της ροής του ENY.
- Η δράση αυτή μπορεί να αποβεί χρήσιμη σε περιπτώσεις ανεγχείρητων όγκων εγκεφάλου που προκαλούν απόφραξη στην παροχέτευση του ENY, παρά στα συμπτώματα λόγω μεγέθους του όγκου (όπου η χορήγηση στεροειδών κατά ώσεις μπορεί να ενδείκνυται περισσότερο).

- Υπάρχουν επίσης ενδείξεις αναλγητικής δράσης σε επίπεδο νωτιαίου μυελού, μεσολαβούμενης διά των υποδοχέων GABAA, ως αποτέλεσμα αναστολής της καρβονικής ανυδράσης.
- ΔΕΝ θα πρέπει να χρησιμοποιείται ενδομυϊκά ή υποδορίως, καθώς η χορήγηση του φαρμάκου διαμέσου των οδών αυτών είναι πολύ επώδυνη λόγω του αλκαλικού pH.
- Το φάρμακο ενδέχεται να προκαλέσει διαταραχή ηλεκτρολυτών μετά από παρατεταμένη χορήγηση (μπορεί να διορθωθεί με χορήγηση διττανθρακικού καλίου). Έχουν αναφερθεί γαστρεντερικές διαταραχές συνοδευόμενες από παραισθησία, σε υψηλότερες δόσεις.
- Στις αντενδείξεις του φαρμάκου περιλαμβάνονται: ευαισθησία στις σουλφοναμίδες, ανεπάρκεια του φλοιού των επινεφριδίων, υποκαλιαιμία και υπονατριάιμία (σε περιπτώσεις παρατεταμένης λήψης του φαρμάκου, θα πρέπει να παρακολουθούνται η γενική αίματος και οι ηλεκτρολύτες).
- Εμφανίζει σημαντικές αλληλεπιδράσεις όταν συγχορηγείται με άλλα φάρμακα.
- Η μέγιστη συγκέντρωση στο πλάσμα επιτυγχάνεται σε 1-2 ώρες μετά από τη χορήγηση των δισκίων.
- Διατίθεται με τις ακόλουθες μορφές: δισκία 250mg, κάψουλες τροποποιημένης αποδέσμευσης 250mg, ενέσιμη μορφή 500mg (άλας νατρίου, σκόνη για ανασύσταση), εμπορική ονομασία *Diamox*®.
- Το φάρμακο μπορεί να χορηγηθεί μέσω καθετήρα εντερικής σίτισης χωρίς να προκληθεί απόφραξη: τα δισκία είναι εγχάρακτα και μπορούν να διχοτομηθούν ή να τμηθούν σε τέταρτα. Η διάλυση του δισκίου σε 10ml ύδατος αποδίδει ένα θολερό διάλυμα το οποίο καθιζάνει ταχύτατα. Επομένως η σύριγγα και το δοχείο θα πρέπει να εκπλένονται σχολαστικά ώστε να χορηγείται και το υπόλειμμα προκειμένου να εξασφαλιστεί ότι λήφθηκε η πλήρης δόση. Δεν διατίθενται δεδομένα που να αφορούν ειδικά τη χορήγηση της ακεταζολαμίδης διαμέσου της νήστιδας: σε μια τέτοια περίπτωση, ο ασθενής θα πρέπει να παρακολουθείται για τυχόν αύξηση των ανεπιθύμητων ενεργειών ή έλλειψη δραστηριότητας του φαρμάκου. Η ενέσιμη μορφή μπορεί να χορηγηθεί θεωρητικά μέσω σωλήνα σίτισης, αλλά η πρακτική αυτή είναι δαπανηρή. Σημειώστε ότι οι κάψουλες τροποποιημένης αποδέσμευσης δεν ενδείκνυνται για χορήγηση μέσω σωλήνα εντερικής σίτισης.

Τεκμηρίωση: [1, 2, 5, 7-11] NoRE

Αλοπεριδόλη

Χρήση

- Ναυτία και έμετοι, όταν οφείλονται σε μεταβολικά αίτια, ή σε περιπτώσεις όπου η αντιμετώπιση είναι δυσχερής, όπως στη νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου
- Ανησυχία και σύγχυση/διέγερση τελικού σταδίου
- Επίμονη σοβαρή επιθετικότητα σε περιπτώσεις αυτισμού ή διάχυτων αναπτυξιακών διαταραχών
- Ανθεκτικός λόξυγκας
- Ψύχωση (συμπεριλαμβάνεται η προκαλούμενη από τα στεροειδή), ψευδαισθήσεις.

Δοσολογία και οδοί χορήγησης

Από του στόματος για την αντιμετώπιση της *ναυτίας και των εμέτων*:

- **Παιδιά 1 μηνός-11 ετών:** 10-20μg/δόση κάθε 8-12 ώρες, δόση που μπορεί να αυξηθεί σύμφωνα με τις ανάγκες έως το μέγιστο των 50-60μg/kg/δόση κάθε 8-12 ώρες.
- **Παιδιά 12-17 ετών:** 1,5mg εφάπαξ ημερησίως το βράδυ, δόση που μπορεί να αυξηθεί σύμφωνα με τις ανάγκες έως το 1,5mg δύο φορές ημερησίως. Ανώτατη δοσολογία: 5mg δύο φορές ημερησίως.

Από του στόματος για την *ανησυχία και τη σύγχυση*:

- **Παιδιά 1 μηνός-17 ετών:** 10-20μg/kg κάθε 8-12 ώρες. Ανώτατη δοσολογία: 5mg δύο φορές ημερησίως.

Από του στόματος για τον *ανθεκτικό λόξυγκας*:

- **Παιδιά 1 μηνός-11 ετών:** αρχική δόση 50μg/kg/24ωρο (ανώτατη δόση έναρξης: 3mg/24ωρο) σε διαιρεμένες δόσεις, η οποία μπορεί να αυξηθεί σύμφωνα με τις ανάγκες έως το μέγιστο των 170μg/kg/24ωρο, σε διαιρεμένες δόσεις.
- **Παιδιά 12-17 ετών:** 1,5mg, 3 φορές ημερησίως.

Μέσω συνεχούς ενδοφλέβιας ή υποδόριας έγχυσης (για όλες τις ενδείξεις):

- **Παιδιά 1 μηνός-11 ετών:** αρχική δόση 25μg/kg/24ωρο (ανώτατη δόση έναρξης: 1,5mg/24ωρο), η οποία μπορεί να αυξηθεί σύμφωνα με τις

ανάγκες έως το μέγιστο των 85μg/kg/24ωρο.

- **Παιδιά 12-17 ετών:** αρχική δόση 1,5mg/24ωρο, η οποία μπορεί να αυξηθεί σύμφωνα με τις ανάγκες έως το συνιστώμενο μέγιστο των 5mg/24ωρο, αν και μπορούν να χορηγηθούν υψηλότερες δόσεις κατόπιν συμβουλής ειδικού ιατρού.

Σημειώσεις

- Ανταγωνιστής των υποδοχέων D2 και καθιερωμένο αντιψυχωσικό φάρμακο.
- Για τη δοσολογία σε περιπτώσεις ψύχωσης, παρακαλείσθε να επικοινωνήσετε με παιδοψυχίατρο.
- Δεν διαθέτει άδεια χορήγησης σε παιδιά για τις ενδείξεις της ναυτίας και των εμέτων, της ανησυχίας, της σύγχυσης και του ανθεκτικού λόξυγκα. Η ενέσιμη μορφή διαθέτει άδεια αποκλειστικά για ενδομυϊκή χορήγηση σε ενηλίκους, ενώ η ενδοφλέβια και υποδόρια χορήγηση του φαρμάκου διενεργούνται εκτός εγκεκριμένων ενδείξεων (σε όλες τις ηλικίες).
- Η αλοπεριδόλη μπορεί να προκαλέσει δυνητικά θανατηφόρα παράταση του διαστήματος QT καθώς και πολύμορφη κοιλιακή ταχυκαρδία («torsades de pointes»), ειδικά αν χορηγείται ενδοφλεβίως (οδός εκτός εγκεκριμένων ενδείξεων) ή σε υψηλότερες από τις συνιστώμενες δόσεις. Απαιτείται προσοχή όταν χορηγείται οποιαδήποτε μορφή αλοπεριδόλης σε ασθενείς με υποκείμενη προδιάθεση για τις παραπάνω καταστάσεις, όπως π.χ. σε ασθενείς με καρδιολογικές διαταραχές, υποθυρεοειδισμό, συγγενές σύνδρομο μακρού διαστήματος QT, ηλεκτρολυτικές διαταραχές, καθώς και σε ασθενείς που λαμβάνουν άλλα φάρμακα τα οποία είναι γνωστό ότι παρατείνουν το διάστημα QT. Αν είναι απαραίτητη η ενδοφλέβια χορήγηση αλοπεριδόλης, προτείνεται η ηλεκτροκαρδιογραφική παρακολούθηση του ασθενούς στη διάρκεια χορήγησης του φαρμάκου.
- Οι ανεπιθύμητες ενέργειες της αλοπεριδόλης ποικίλουν στις διάφορες ηλικιακές ομάδες, με τα προβλήματα συμπεριφοράς να είναι συνήθη στην περίπτωση των παιδιών.
- Οι δόσεις για την αντιμετώπιση της ανησυχίας και της σύγχυσης συνήθως είναι υψηλότερες από τις αναφερόμενες.
- Η δοσολογία για τους ενήλικες μπορεί να υπερβεί τα 15mg/24ωρο σε περιπτώσεις σοβαρής διέγερσης.
- Η δοσολογία για λήψη από του στόματος βασίζεται σε βιοδιαθεσιμότητα

μετά τη χορήγηση του φαρμάκου από του στόματος, ίση κατά προσέγγιση με το 50% της βιοδιαθεσιμότητας μετά από παρεντερική χορήγηση, δηλ. η δόση από του στόματος αντιστοιχεί περίπου στο διπλάσιο της παρεντερικής.

- Χρήσιμο ως μακράς δράσης φάρμακο – η χορήγηση εφάπαξ ημερησίως συνήθως είναι επαρκής.
- Τα πόσιμα διαλύματα μπορούν να χορηγηθούν μέσω ρινογαστρικού καθετήρα ή γαστροστομίας χωρίς να απαιτείται περαιτέρω αραίωση. Ο αυλός θα πρέπει να εκπλένεται σχολαστικά μετά τη χορήγηση του φαρμάκου. Δεν διατίθενται ειδικά δεδομένα όσον αφορά τη χορήγηση της αλοπεριδόλης διαμέσου της νήστιδας, η οποία προτείνεται να διενεργείται σύμφωνα με την παραπάνω διαδικασία και ο ασθενής να παρακολουθείται για το ενδεχόμενο αύξησης των ανεπιθυμητών ενεργειών ή απώλειας της δραστηριότητας του φαρμάκου.
- Διατίθεται με τις ακόλουθες μορφές: δισκία (500μg, 1,5mg, 5mg, 10mg), κάψουλες (500μg), πόσιμο διάλυμα (200μg/ml, 1mg/ml, 2mg/ml) και ενέσιμη μορφή (5mg/ml).

Τεκμηρίωση: [1, 2, 5, 6, 10, 142, 224-233]

Αλφαιντανύλη

Χρήση

- Βραχείας δράσης συνθετικό λιπόφιλο οπιοειδές αναλγητικό, παράγωγο της φαιντανύλης.
- Χρησιμοποιείται ως αναλγητικό ειδικά για διεγχειρητική χορήγηση και για ασθενείς στη μονάδα εντατικής θεραπείας που υποβάλλονται σε υποβοηθούμενο αερισμό (συμπληρωματική αγωγή στην αναισθησία).
- Εναλλακτικό οπιοειδές σε περιπτώσεις όπου άλλα ισχυρά οπιοειδή δεν γίνονται ανεκτά, χρήσιμο στη νεφρική ανεπάρκεια αν υπάρχει νευροτοξικότητα στη μορφίνη, καθώς και στη σοβαρή νεφρική ανεπάρκεια σταδίου 4 και 5.
- Χρήσιμο για τον παροξυσμικό πόνο και τον πόνο που σχετίζεται με παρεμβατικές τεχνικές.

Δοσολογία και οδοί χορήγησης

1. Αναλγητικό ειδικά για διεγχειρητική χορήγηση και για ασθενείς στη μονάδα εντατικής θεραπείας που υποβάλλονται σε υποβοηθούμενο αερισμό (συμπληρωματική αγωγή στην αναισθησία). ΖΗΤΗΣΤΕ ΤΗ ΣΥΜΒΟΥΛΗ ΤΟΥ ΕΙΔΙΚΟΥ ΙΑΤΡΟΥ.

Μέσω ενδοφλέβιας ή υποδόριας εφάπαξ (bolus) χορήγησης (**οι δόσεις αυτές προϋποθέτουν** ότι διατίθεται υποβοηθούμενος αερισμός):

- **Νεογνά:** αρχική δόση 5-20μg/kg [αργή εφάπαξ (bolus) χορήγηση στη διάρκεια 30 δευτερολέπτων] έως το μέγιστο των 10μg/kg, με τη μορφή συμπληρωματικών δόσεων.
- **Παιδιά 1 μηνός-17 ετών:** αρχική δόση 10-20μg/kg [αργή εφάπαξ (bolus) χορήγηση στη διάρκεια 30 δευτερολέπτων] έως το μέγιστο των 10μg/kg, με τη μορφή συμπληρωματικών δόσεων.

Μέσω συνεχούς ενδοφλέβιας ή υποδόριας έγχυσης (**οι δόσεις αυτές προϋποθέτουν** ότι διατίθεται υποβοηθούμενος αερισμός):

- **Νεογνά:** 10-50μg/kg στη διάρκεια 10 λεπτών και ακολούθως 30-60μg/kg/ώρα.
- **Παιδιά 1 μηνός-17 ετών:** δόση εφόδου 50-100μg/kg χορηγούμενη στη διάρκεια 10 λεπτών και ακολούθως 30-60μg/kg/ώρα ως συνεχή έγχυση.

2. Εναλλακτικό οπιοειδές σε περιπτώσεις όπου άλλα ισχυρά οπιοειδή δεν γίνονται ανεκτά, χρήσιμο στη νεφρική ανεπάρκεια αν υπάρχει νευροτοξικότητα στη μορφίνη, καθώς και στη σοβαρή νεφρική ανεπάρκεια σταδίου 4 και 5. ΖΗΤΗΣΤΕ ΤΗ ΣΥΜΒΟΥΛΗ ΤΟΥ ΕΙΔΙΚΟΥ ΙΑΤΡΟΥ.

Οι δόσεις θα πρέπει να βασίζονται στην ισοδυναμία οπιοειδών σύμφωνα με τις επόμενες αναλογίες μετατροπής, οι οποίες συνιστώνται καθώς είναι ασφαλείς και πρακτικές:

Μορφίνη από του στόματος σε αλφαιτανύλη υπό συνεχή υποδόρια έγχυση (CSCI): **1/30** της 24ωρης ολικής δόσης μορφίνης που χορηγείται από του στόματος, π.χ. 60mg/24ωρο μορφίνη από του στόματος = αλφαιτανύλη 2mg/24ωρο χορηγούμενη υπό συνεχή υποδόρια έγχυση.

Μορφίνη χορηγούμενη υπό συνεχή υποδόρια έγχυση ή ενδοφλεβίως σε αλφαιτανύλη υπό συνεχή υποδόρια έγχυση: **1/15** της 24ωρης ολικής δόσης μορφίνης που χορηγείται υπό συνεχή υποδόρια έγχυση ή ενδοφλεβίως, π.χ. μορφίνη 30mg/24ωρο υπό συνεχή υποδόρια έγχυση ή ενδοφλεβίως = αλφαιτανύλη 2mg/24ωρο υπό συνεχή υποδόρια έγχυση.

Διαμορφίνη υπό συνεχή υποδόρια έγχυση σε αλφαιτανύλη υπό συνεχή υποδόρια έγχυση: **1/10** της 24ωρης ολικής δόσης διαμορφίνης, π.χ. διαμορφίνη 30mg/24ωρο = αλφαιτανύλη 3mg/24ωρο, υπό συνεχή υποδόρια έγχυση.

Αν η μετατροπή πραγματοποιείται λόγω τοξικότητας σε οπιοειδές που ήδη χορηγείται, είναι πιθανό και χαμηλότερες δόσεις αλφαιτανύλης να επαρκούν για την επίτευξη ικανοποιητικής αναλγησίας.

Ενήλικες χωρίς προηγούμενη έκθεση σε οπιοειδή: 500μg-1mg στη διάρκεια 24 ωρών, μέσω συνεχούς υποδόριας έγχυσης.

3. Παροξυσμικός πόνος: ΖΗΤΗΣΤΕ ΤΗ ΣΥΜΒΟΥΛΗ ΤΟΥ ΕΙΔΙΚΟΥ ΙΑΤΡΟΥ

Υποδορίως/υπογλώσσια/διαμέσου του στοματικού βλεννογόνου:

Συστήνεται η χορήγηση του 10-16% της ολικής δόσης που παρέχεται μέσω συνεχούς υποδόριας έγχυσης. Υφίσταται ωστόσο πτωχή συσχέτιση μεταξύ

της αποτελεσματικής κατ'επίκληση (*prn*) δόσης και εκείνης που χορηγείται σε τακτική βάση, συνεπώς η χορήγηση θα πρέπει να αρχίζει με χαμηλή δόση, η οποία στη συνέχεια θα τιτλοποιείται. Η αλφαιντανύλη εμφανίζει ταχεία έναρξη δράσης [εντός 5 λεπτών μετά από υποδόρια εφάπαξ (bolus) χορήγηση], αλλά βραχεία διάρκεια δράσης (μικρότερη των 60 λεπτών). Ακόμη και μία κατ'επίκληση (*prn*) δόση που έχει τιτλοποιηθεί με τον βέλτιστο τρόπο, ίσως χρειαστεί να λαμβάνεται συχνά (ακόμη και κάθε 1-2 ώρες). Η δοσολογία και η συχνότητα χορήγησης του φαρμάκου θα πρέπει να επανεκτιμώνται τακτικά.

4. Πόνος που σχετίζεται με παρεμβατικές τεχνικές: ΖΗΤΗΣΤΕ ΤΗ ΣΥΜΒΟΥΛΗ ΤΟΥ ΕΙΔΙΚΟΥ ΙΑΤΡΟΥ

Υποδορίως/υπογλώσσια/διαμέσου του στοματικού βλεννογόνου:

- **Ενήλικες** (με την προϋπόθεση αυτόματης μη υποστηριζόμενης αναπνευστικής λειτουργίας): 250-500μg, ως εφάπαξ δόση χορηγούμενη στη διάρκεια 30 δευτερολέπτων. Επόμενες δόσεις: 250μg. Η δοσολογία διαφοροποιείται σε περιπτώσεις υποβοηθούμενου αερισμού.
- **Παιδιά:** 5μg/kg, ως εφάπαξ δόση.

Χορηγήστε τη δόση τουλάχιστον 5 λεπτά πριν από μία παρεμβατική τεχνική η οποία είναι πιθανό να προκαλέσει πόνο και επαναλάβετε αν χρειαστεί.

Σημειώσεις

- Κατάσταση αδειοδότησης: η ενέσιμη μορφή έχει άδεια χρήσης σε παιδιά ως συμπληρωματική αναλγησία για χορήγηση πριν και κατά τη διάρκεια της αναισθησίας. Η χρήση του φαρμάκου για την καταπράϋνση του πόνου στην ανακουφιστική φροντίδα πραγματοποιείται εκτός εγκεκριμένων ενδείξεων. Η χορήγηση της αλφαιντανύλης διαμέσου του στοματικού βλεννογόνου, υπογλώσσια ή ενδορινικά για την αντιμετώπιση του παροξυσμικού/περιστασιακού πόνου, συνιστούν μη εγκεκριμένες ενδείξεις και οδούς χορήγησης.
- Αποτελεί χρήσιμο φάρμακο για την αντιμετώπιση του περιστασιακού και παροξυσμικού πόνου, καθώς διαθέτει ταχύτερη έναρξη και βραχύτερη διάρκεια δράσης συγκριτικά με τη φαιντανύλη, ενώ απαιτείται και μικρότερος όγκος φαρμάκου. Η απαιτούμενη δόση για την αντιμετώπιση του παροξυσμικού πόνου δεν εμφανίζει συσχέτιση με τις ανάγκες χορήγησης αναλγησίας σε τακτική βάση.

- Υπάρχουν περιορισμένα δεδομένα και στοιχεία όσον αφορά τις αναλγητικές δόσεις του φαρμάκου στην ανακουφιστική φροντίδα, ειδικά σε παιδιά. Οι δόσεις σε μεγάλο βαθμό συνάγονται από τις συνιστώμενες ισοδύναμες δόσεις άλλων οπιοειδών.
- Ισχύς: είναι 10-20 φορές ισχυρότερη από την παρεντερική μορφή, ενώ διαθέτει περίπου το 25% της ισχύος της φαιντανύλης.
- Πολύ χρήσιμο φάρμακο σε ασθενείς με σοβαρή νεφρική ανεπάρκεια (δεν απαιτείται μείωση της δόσης). Μπορεί να χρειαστεί μείωση της δόσης κατά 30-50% σε σοβαρή ηπατική ανεπάρκεια.
- Προκειμένου να αποφευχθεί η υπερδοσολογία σε παχύσαρκα παιδιά, η δόση θα πρέπει να υπολογιστεί στη βάση του ιδανικού βάρους σώματος για το ύψος τους, και όχι σύμφωνα με το πραγματικό βάρος τους.
- Φαρμακοκινητικά δεδομένα: ο χρόνος ημιζωής του φαρμάκου είναι παρατεταμένος σε νεογνά, συνεπώς μπορεί να αθροιστεί σε μακροχρόνια χορήγηση. Η κάθαρση του φαρμάκου ενδέχεται να είναι αυξημένη σε ασθενείς με ηλικία 1 μηνός έως 12 ετών, κατά συνέπεια μπορεί να απαιτηθούν υψηλότερες δόσεις έγχυσης.
- Αντένδειξη: η αλφαιντανύλη δεν θα πρέπει να χορηγείται ταυτόχρονα με αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης, όπως και εντός 2 εβδομάδων από τη διακοπή τους.
- Αλληλεπιδράσεις με άλλα φάρμακα: τα επίπεδα αλφαιντανύλης αυξάνονται όταν συγχωρηγούνται φάρμακα που αναστέλλουν το κυτόχρωμα P450.
- Στις ανεπιθύμητες ενέργειες περιλαμβάνονται η αναπνευστική καταστολή, η υπόταση, η υποθερμία και η μυϊκή ακαμψία (η οποία μπορεί να αντιμετωπιστεί με φάρμακα που προκαλούν νευρομυϊκό αποκλεισμό).
- Ο μεταβολισμός της αλφαιντανύλης πραγματοποιείται μέσω των ενζύμων CYP3A4 και CYP3A5 και κατά συνέπεια θα πρέπει να υφίσταται προσοχή για τυχόν φαρμακευτικές αλληλεπιδράσεις (όπως π.χ. με τη μιδαζολάμη).
- Όταν απαιτείται υποδόρια ή ενδοφλέβια έγχυση, η αλφαιντανύλη είναι συμβατή με τη χρήση χλωριούχου νατρίου 0,9% ή γλυκόζης 5%, ως διαλυτών. Για τη χορήγηση υπό συνεχή υποδόρια έγχυση, η αλφαιντανύλη εμφανίζει φυσική συμβατότητα με τα περισσότερα φάρμακα που χρησιμοποιούνται μέσω αντλίας σύριγγας. Διατίθενται επίσης δεδομένα συμβατότητας με τη μιδαζολάμη. Σημειώστε την πιθανότητα ασυμβατότητας με την κυκλιζίνη εξαρτώμενης από τη συγκέντρωση: στην περίπτωση αυτή

μπορεί να χρησιμοποιηθεί ενέσιμο ύδωρ ως διαλύτης και το διάλυμα να παρατηρηθεί για το ενδεχόμενο κρυστάλλωσης. Όπως συμβαίνει και με τη διαμορφίνη, υψηλές δόσεις αλφαιντανύλης μπορούν να διαλυθούν σε μικρούς όγκους διαλύτη, γεγονός πολύ χρήσιμο για την υποδόρια χορήγηση.

- Διατίθεται με τις ακόλουθες μορφές: ενέσιμη (500μg/ml σε φύσιγγες των 2ml και 10 ml), ενέσιμη μορφή για χρήση σε ΜΕΘ (5mg/ml σε φύσιγγα 1ml η οποία πρέπει να αραιωθεί πριν από τη χορήγηση), ρινικό σπρέι με εξάρτημα για χορήγηση διά του στοματικού βλεννογόνου ή υπογλωσσίως (φιαλίδιο 5mg/5ml, διαθέσιμο ως ειδική παραγγελία από τη Μονάδα Παραγωγής του Νοσοκομείου Torbay Hospital (τηλ. 01803 664707). Κάθε ψεκασμός αποδίδει 0,14ml=140μg αλφαιντανύλης. Πιο δαπανηρή μορφή σε σύγκριση με την ενέσιμη.
- Πίνακας Ελεγχόμενων Φαρμάκων 2.

Τεκμηρίωση [1, 2, 5, 6, 12-15] ARE, SRE (για χρήση σε ΜΕΘ Παιδων), NoRE (για πλαίσια ανακουφιστικής φροντίδας πλην της ΜΕΘ)

Αμιτριπτυλίνη

Χρήση

- Νευροπαθητικός πόνος
- Σιελόρροια, ανθεκτικός βήχας (ίδια δοσολογία).

Δοσολογία και οδοί χορήγησης

Από του στόματος:

- **Παιδιά 2-11 ετών:** αρχική δόση 200μg/kg (ανώτατη δόση: 10mg) χορηγούμενη μία φορά ημερησίως, το βράδυ. Η δόση μπορεί να αυξηθεί σταδιακά αν είναι απαραίτητο και επωφελές, έως την ανώτατη συνιστώμενη δοσολογία του 1mg/kg/δόση, δύο φορές ημερησίως (υπό την επίβλεψη ειδικού).
- **Παιδιά 12-17 ετών:** αρχική δόση 10mg το βράδυ, αυξανόμενη σταδιακά αν είναι απαραίτητο κάθε 3-5 ημέρες έως την ανώτατη συνιστώμενη αρχική δόση των 75mg/ημέρα.
Υψηλότερη δοσολογία, έως τα 150mg/ημέρα σε διαιρεμένες δόσεις, είναι δυνατόν να χορηγηθεί κατόπιν συμβουλής ειδικού ιατρού.
(Σπανίως είναι απαραίτητη η χορήγηση σε δύο δόσεις ημερησίως και στις περιπτώσεις αυτές θα πρέπει να χορηγείται το 25-30% της ολικής ημερήσιας δόσης το πρωί και το 30-75% το βράδυ).

Σημειώσεις

- Η χορήγηση σε παιδιά με νευροπαθητικό πόνο, σιελόρροια ή βήχα, πραγματοποιείται εκτός εγκεκριμένων ενδείξεων.
- Η αναλγητική δράση του φαρμάκου είναι πιθανό να μην παρατηρηθεί για αρκετές ημέρες. Υπάρχει ενδεχόμενο βελτίωσης του ύπνου και της όρεξης, δράσεις που μπορεί να προηγηθούν του αναλγητικού αποτελέσματος.
- Πληροφορίες για ασθενείς: βλ. το φυλλάδιο που διατίθεται στον ιστότοπο Medicines for Children με τίτλο «Αμιτριπτυλίνη για τον νευροπαθητικό πόνο», στον σύνδεσμο
<https://www.medicinesforchildren.org.uk/amitriptyline-neuropathic-pain-0>
- Στον ανθεκτικό βήχα, η επωφελής δράση του φαρμάκου ενδεχομένως συνδέεται με τη μείωση της υπερευαισθησίας του αντανακλαστικού του βήχα.

- Φαρμακευτικές αλληλεπιδράσεις: δεν θα πρέπει να χορηγείται ταυτόχρονα με αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης, καθώς και εντός 2 εβδομάδων από τη διακοπή τους. Απαιτείται προσοχή κατά τη συγχορήγηση φαρμάκων που αναστέλλουν ή επάγουν τα ένζυμα του συστήματος CYP2D6. Η ταυτόχρονη χορήγηση καρβαμαζεπίνης μειώνει τη συγκέντρωση της αμιτριπυλίνης στο πλάσμα έως και κατά 60%.
- Αντενδείκνυται σε σοβαρή ηπατική ανεπάρκεια καθώς και σε αρρυθμίες.
- Στις κύριες ανεπιθύμητες ενέργειες που περιορίζουν τη χρήση της αμιτριπυλίνης σε παιδιά περιλαμβάνονται: δυσκοιλιότητα, ξηροστομία, θάμβος όρασης και υπνηλία.
- Απορροφάται αργά από τον γαστρεντερικό σωλήνα. Η μέγιστη συγκέντρωση του φαρμάκου στο πλάσμα λαμβάνει χώρα 4-8 ώρες μετά τη χορήγηση από του στόματος. Το υγρό διάλυμα μπορεί να χορηγηθεί μέσω σωλήνα εντερικής σίτισης (ανάμειξη με ίσο όγκο ύδατος – δεν υφίστανται δεδομένα για ορισμένα από τα σκευάσματα). Δεν διατίθενται δεδομένα που να αφορούν ειδικά τη χορήγηση των δισκίων μέσω σωλήνα εντερικής σίτισης: μπορούν να θρυμματιστούν ώστε να διαλυθούν σε νερό για άμεση χορήγηση, ωστόσο η διάλυσή τους είναι δυσχερής.
- Δεν διατίθενται επίσης δεδομένα που να αναφέρονται ειδικά στη χορήγηση διαμέσου της νήστιδας: σε μια τέτοια περίπτωση, ο ασθενής θα πρέπει να παρακολουθείται για το ενδεχόμενο αύξησης των ανεπιθύμητων ενεργειών ή απώλειας της δραστηριότητας του φαρμάκου.
- Διατίθεται με τις ακόλουθες μορφές: δισκία (10mg, 25mg, 50mg) και πόσιμο διάλυμα (10mg/5ml, 25mg/5ml, 50mg/5ml, διαλύματα διαφορετικής ισχύος μπορούν να διατεθούν κατόπιν ειδικής παραγγελίας).

Τεκμηρίωση: [1, 2, 5, 10, 16-20]

Απρεπιτάντη

Χρήση

- Πρόληψη και αντιμετώπιση της ναυτίας και του εμέτου που σχετίζονται με αντινεοπλασματική χημειοθεραπεία με φάρμακα μέτριας ή υψηλής εμετογόνου δράσης.

Δοσολογία και οδοί χορήγησης

Για χορήγηση από του στόματος:

- **Παιδιά 6 μηνών-11 ετών:** 3mg/kg (μέγιστο: 125mg) ως εφάπαξ δόση την Ημέρα 1 (1 ώρα πριν από τη χημειοθεραπεία), ακολουθούμενη από 2mg/kg (μέγιστο: 80mg) ως εφάπαξ δόση την Ημέρα 2 και την Ημέρα 3.
- **Παιδιά >12 ετών:** 125mg ως εφάπαξ δόση την Ημέρα 1 (1 ώρα πριν από τη χημειοθεραπεία), ακολουθούμενη από 80mg ως εφάπαξ δόση την Ημέρα 2 και την Ημέρα 3.

Η απρεπιτάντη χρησιμοποιείται σε συνδυασμό με ένα κορτικοστεροειδές (συνήθως τη δεξαμεθαζόνη) και έναν ανταγωνιστή των υποδοχέων 5-HT₃, όπως η ονδανσετρόνη.

Σημειώσεις

- Η απρεπιτάντη έχει αδειοδοτηθεί για την πρόληψη των οξέων και όψιμων συμπτωμάτων της ναυτίας και του εμέτου λόγω αντινεοπλασματικής χημειοθεραπείας με φάρμακα μέτριας ή υψηλής εμετογόνου δράσης, σε ενήλικες, παιδιά και βρέφη από την ηλικία των 6 μηνών (άνω των 6 kg). Ο ρόλος του φαρμάκου στην ανακουφιστική φροντίδα δεν είναι σαφής.
- Η απρεπιτάντη έχει επίσης θέση στην αντιμετώπιση του κνησμού, ιδιαίτερα όταν οφείλεται σε χημειοθεραπεία ή έχει μεικτή αιτιολογία.
- Συνιστά εκλεκτικό υψηλής συγγένειας ανταγωνιστή των υποδοχέων νευροκινίνης NK₁ στο κέντρο του εμέτου και στην εκλυτική ζώνη χημειοϋποδοχέων του εγκεφάλου.
- Αποτελεί υπόστρωμα, μέτριο αναστολέα και επαγωγέα του ισοενζυμικού συστήματος CYP3A4. Αποτελεί ακόμη επαγωγέα του ενζύμου CYP2C9 και συνεπώς δύναται να αλληλεπιδρά με οποιαδήποτε άλλα φάρμακα μεταβολίζονται επίσης από τα ενζυμικά αυτά συστήματα, όπως η ριφαμπικίνη, η καρβαμαζεπίνη, η φαινοβαρβιτάλη, η ιτρακοναζόλη, η κλαριθρομυκίνη,

η βαρφαρίνη και η δεξαμεθαζόνη. Παρακαλώ σημειώστε ότι ο κατάλογος αυτός δεν είναι εξαντλητικός – αναζητήστε τη συμβουλή ειδικού ιατρού.

- Στις συνήθεις ανεπιθύμητες ενέργειες του φαρμάκου περιλαμβάνονται: λόξυγκας, δυσπεψία, διάρροια, δυσκοιλιότητα, ανορεξία, κακουχία, πονοκέφαλος και ζάλη.
- Διατίθεται με τις ακόλουθες μορφές: κάψουλες 80mg και 125mg. Η σκόνη προς ανασύσταση για την παρασκευή πόσιμου εναιωρήματος (25mg/ml) έχει πρόσφατα εγκριθεί από τον Ευρωπαϊκό Οργανισμό Φαρμάκων αλλά δεν υφίσταται προς το παρόν ημερομηνία διάθεσης στο Ηνωμένο Βασίλειο. Στο μεταξύ διατίθεται σκεύασμα πόσιμου εναιωρήματος επιτόπιας παρασκευής.

Τεκμηρίωση: [1, 5, 21-26]

Αραχιδέλαιο (υποκλυσμός)

Χρήση

- Μαλακτικό κοπράνων
- Ενσφήνωση κοπράνων.

Δοσολογία και οδοί χορήγησης

Διά του ορθού:

- **Παιδιά 3-6 ετών:** 45-65ml, ανάλογα με τις ανάγκες (~1/3 έως 1/2 του διαλύματος για υποκλυσμό).
- **Παιδιά 7-11 ετών:** 65-100ml, ανάλογα με τις ανάγκες (~1/2 έως 3/4 του διαλύματος για υποκλυσμό).
- **Παιδιά 12 ετών και μεγαλύτερα:** 100-130ml, ανάλογα με τις ανάγκες (~3/4-1 διάλυμα για υποκλυσμό).

Σημειώσεις

- **Απαιτείται προσοχή: δεδομένου ότι το αραχιδέλαιο προέρχεται από φιστίκια, δεν θα πρέπει να χορηγείται σε παιδιά με γνωστή αλλεργία στα φιστίκια.**
- Κατά κανόνα χρησιμοποιείται ως υποκλυσμός κατακράτησης για να μαλακώσει τα σκληρά και ενσφηνωμένα κόπρανα. Μπορεί να χορηγηθεί και να αφεθεί να παραμείνει στο έντερο όλη τη διάρκεια της νύχτας, ώστε να μαλακώσει τα κόπρανα. Το επόμενο πρωί, μπορεί να ακολουθήσει η χορήγηση ενός υποθέτου με διεγερτική υπακτική δράση ή ενός ωσμωτικού διαλύματος για υποκλυσμό.
- Ζεστάνετε το διάλυμα προς υποκλυσμό πριν από τη χορήγηση εμβαπτίζοντας το φιαλίδιο σε ζεστό νερό.
- Η χορήγηση μπορεί να προκαλέσει τοπικό ερεθισμό.
- Διαθέτει άδεια χορήγησης στα παιδιά.
- Διατίθεται με τη μορφή διαλύματος προς υποκλυσμό: αραχιδέλαιο (φιστικέλαιο) σε μη επαναχρησιμοποιούμενες συσκευασίες των 130ml για εφάπαξ χορήγηση.

Τεκμηρίωση: [1, 2, 5, 6] NoRE

Ατροπίνη

Χρήση

- Μείωση του επιθανάτιου ρόγχου
- Υπερέκκριση σιέλου/Υπέρμετρες εκκρίσεις.

Δοσολογία και οδοί χορήγησης

Υπογλώσσια χορήγηση:

- **Νεογνά:** ενέσιμο διάλυμα, 20-40μg/kg/δόση, 2-3 φορές ημερησίως σύμφωνα με τις ανάγκες.
- **Παιδιά με σωματικό βάρος 10-19Kg:** διάλυμα οφθαλμικών σταγόνων 0,5%, 1 σταγόνα τρεις φορές ημερησίως ανά 6ωρα διαστήματα.
- **Παιδιά 5-18 ετών (σωματικό βάρος >20 kg):** διάλυμα οφθαλμικών σταγόνων 0,5-1%, 1-2 σταγόνες ανά διαστήματα 4-6 ωρών.

Σημειώσεις

- Δεν έχει αδειοδοτηθεί για τις παραπάνω χρήσεις.
- Τα ερευνητικά δεδομένα έχουν βασιστεί στη χρήση του διαλύματος οφθαλμικών σταγόνων 0,5%, το οποίο δεν είναι διαθέσιμο στο Ηνωμένο Βασίλειο αλλά διατίθεται σε άλλα μέρη του κόσμου.
- Το φάρμακο θα πρέπει να χορηγείται μόνο όταν τα συμπτώματα επηρεάζουν την ποιότητα ζωής. Αποτελεί αγωγή 3^{ης} γραμμής, σε περιπτώσεις όπου το γλυκοπυρρόνιο ή η υοσκίνη δεν είναι διαθέσιμα ή αποτελεσματικά.
- Η ταυτόχρονη χορήγηση δύο ή περισσότερων αντιμουσκαρινικών φαρμάκων αυξάνει τον κίνδυνο ανεπιθύμητων ενεργειών καθώς και την τοξικότητα από το κεντρικό νευρικό σύστημα. Τα παιδιά είναι ιδιαίτερα επιρρεπή στα παραπάνω.
- Σε ασθενείς που λαμβάνουν ανακουφιστική φροντίδα, ο αριθμός των αντιμουσκαρινικών φαρμάκων που χρησιμοποιούνται συσχετίζεται με επιδείνωση της ποιότητας ζωής τους.
- Οι ασθενείς θα πρέπει να παρακολουθούνται για τυχόν ανεπιθύμητες αντιχολινεργικές δράσεις του φαρμάκου.
- Υπογλώσσια χορήγηση: χρησιμοποιήστε τις οφθαλμικές σταγόνες εκτός από την περίπτωση των νεογνών (όπου το ενέσιμο διάλυμα μπορεί να χορηγηθεί υπογλωσσίως).

- Διαθέσιμο με τη μορφή διαλύματος οφθαλμικών σταγόνων (κολλυρίου) 1% (10mg/ml) σε συσκευασίες των 10ml και 0,5ml, καθώς και με τη μορφή κολλυρίου 0,5% σε άλλες χώρες. Διατίθεται επίσης σε ενέσιμη μορφή, σε φύσιγγες με περιεκτικότητα 400μg/ml, 600μg/ml και 1mg/ml.

Τεκμηρίωση: [1, 27-34] WRE

Βακλοφαίνη

Χρήση

- Χρόνια σοβαρή σπαστικότητα ή συσπάσεις των σκελετικών μυών
- Κατατάσσεται στους νευροπαθητικούς παράγοντες τρίτης γραμμής
- Λόξυγκας (ισχυρά δεδομένα για χορήγηση σε ενήλικες, δεν υφίστανται στοιχεία για την περίπτωση των παιδιών).

Δοσολογία και οδοί χορήγησης

Από του στόματος:

- **Αρχική δόση για παιδιά με ηλικία μικρότερη των 18 ετών:** 300μg/kg/ημέρα σε 4 διαιρεμένες δόσεις, δοσολογία που μπορεί να αυξάνεται σταδιακά ανά εβδομαδιαία διαστήματα, έως τη συνήθη δόση συντήρησης των 0,75-2mg/kg/ημέρα σε διαιρεμένες δόσεις, τηρώντας τις ακόλουθες ανώτερες ημερήσιες δόσεις:
- **Παιδιά 1 μηνός-7 ετών:** ανώτατη ολική ημερήσια δόση 40mg/ημέρα
- **Παιδιά 8-18 ετών:** ανώτατη ολική ημερήσια δόση 60mg/ημέρα.

Μέσω ενδοθηκικής ένεσης:

- Χορήγηση αποκλειστικά από εξειδικευμένες ομάδες. Δόση συντήρησης: 25-200μg ημερησίως μέσω αντλίας ενδοθηκικής χορήγησης.

Σημειώσεις

- Επανεκτιμήστε την αγωγή για την αντιμετώπιση της σπαστικότητας αν δεν επέλθει βελτίωση εντός 6 εβδομάδων από την επίτευξη της μέγιστης δόσης και μειώστε σταδιακά τη δόση σε διάστημα 1-2 εβδομάδων, αν δεν είναι αποτελεσματική.
- Ενημέρωση ασθενούς: βλ. το φυλλάδιο με τίτλο «Η χρήση της βακλοφαίνης για τον μυϊκό σπασμό» που διατίθεται στην ιστοσελίδα Medicines for Children στον σύνδεσμο www.medicinesforchildren.org.uk/baclofen-muscle-spasm.
- Η εμφάνιση εξάρτησης και ανοχής δεν είναι πιθανά ενδεχόμενα, συνεπώς προτιμάται έναντι της διαζεπάμης.
- Η εκτιμώμενη έναρξη δράσης για τον έλεγχο του λόξυγκα είναι 4-8 ώρες, ενώ για τον μυϊκό σπασμό χρειάζονται 1-2 ημέρες και για τη σπαστικότητα 3-4 ημέρες.
- Για σοβαρό ανθεκτικό λόξυγκα: θα πρέπει να χορηγούνται οι χαμηλότερες

δόσεις από το συνιστώμενο δοσολογικό εύρος. Πιθανόν το φάρμακο να ασκεί τη δράση του απευθείας στο διάφραγμα.

- Η αποτελεσματικότητα της βακλοφαίνης θα πρέπει να σταθμίζεται έναντι των επιπρόσθετων ανεπιθύμητων επιδράσεων της.
- Τα κλινικά δεδομένα είναι πολύ περιορισμένα όσον αφορά τη χορήγηση της βακλοφαίνης σε παιδιά μικρότερα του ενός έτους. Η χρήση του φαρμάκου στον πληθυσμό αυτό θα πρέπει να βασίζεται στην κρίση του ιατρού ως προς τα οφέλη και τους κινδύνους της αγωγής για τον εκάστοτε ασθενή.
- Να χορηγείται μετά από τη λήψη τροφής προκειμένου να μειωθεί ο κίνδυνος γαστρικού ερεθισμού.
- Θα πρέπει να υπάρχει παρακολούθηση και επανεκτίμηση του ασθενή ως προς τη χαλάρωση του μυϊκού τόνου καθώς και για το ενδεχόμενο εμφάνισης ανεπιθύμητων επιδράσεων στην κατάποση, την προστασία των αεραγωγών, τη στάση του σώματος και τη λειτουργικότητα του ασθενή. Η υπνηλία και η ναυτία αποτελούν συχνές ανεπιθύμητες ενέργειες.
- Η εμφάνιση της υποτονίας ως ανεπιθύμητης αντίδρασης μπορεί να περιοριστεί με τη μείωση της ημερήσιας και την αύξηση της βραδινής δόσης του φαρμάκου.
- Θα πρέπει να εκτιμάται η ενδοθηλική χορήγηση του φαρμάκου, διενεργούμενη αποκλειστικά από εξειδικευμένο ιατρό, για την αντιμετώπιση της σοβαρής χρόνιας σπαστικότητας, σε περιπτώσεις όπου δεν επιτυγχάνεται ο έλεγχος της κατάστασης με την αγωγή που λαμβάνεται από του στόματος, ή η αγωγή αυτή δεν γίνεται καλά ανεκτή ή απαιτούνται υψηλότερες από τις συνιστώμενες δόσεις.
- Θα πρέπει να αποφεύγεται η απότομη διακοπή του φαρμάκου καθώς μπορεί να επάγει την εμφάνιση σοβαρών ψυχιατρικών αντιδράσεων, όπως και (ειδικά μετά από ενδοθηλική χορήγηση) απειλητικού για τη ζωή στερητικού συνδρόμου που περιλαμβάνει υπερδραστηριότητα, επίταση της σπαστικότητας και δυσλειτουργία του αυτόνομου νευρικού συστήματος. Βλ. το εγχειρίδιο Palliative Care Formulary (6^η έκδοση) για την αντιμετώπιση των αντιδράσεων αυτών.
- Η χορήγηση της βακλοφαίνης μέσω συνεχούς υποδόριας έγχυσης (με χρήση της μορφής για ενδοθηλική χρήση) μπορεί να λάβει χώρα για βραχύ διάστημα (μετά από μια δοκιμαστική δόση) προκειμένου να αποφευχθεί η απότομη διακοπή του φαρμάκου όταν δεν καθίσταται δυνατή η συνέχιση της αγωγής δια της εντερικής και/ή της ενδοθηλικής οδού.

- Λόγω κινδύνου τοξικότητας σε περιπτώσεις νεφρικής δυσλειτουργίας θα πρέπει να χρησιμοποιούνται μικρότερες δόσεις από του στόματος, καθώς και να αυξάνεται το μεσοδιάστημα των δόσεων, αν είναι απαραίτητο.
- Αντενδείκνυται η χρήση του φαρμάκου αν υπάρχει ιστορικό ενεργού πεπτικού έλκους.
- Η χορήγηση κατά τη διάρκεια ή μετά από τη λήψη τροφής μπορεί να ελαχιστοποιήσει τις ανεπιθύμητες αντιδράσεις λόγω γαστρεντερικού ερεθισμού.
- Η μέγιστη συγκέντρωση του φαρμάκου στο πλάσμα επιτυγχάνεται εντός 0,5-1,5 ώρας μετά από τη χορήγηση από του στόματος (η θέση της απορρόφησης δεν έχει τεκμηριωθεί).
- Μπορεί να χορηγηθεί μέσω σωλήνα εντερικής σίτισης, π.χ. μέσω γαστροστομίας και νησιδοστομίας (συγκεκριμένα δεδομένα διατίθενται μόνο για ορισμένα σκευάσματα υγρής μορφής και δισκίων). Θα πρέπει να χρησιμοποιείται το υγρό διάλυμα για χορήγηση μικρών δόσεων αφού αραιωθεί πριν από τη χρήση ώστε να μειωθεί το ιξώδες του. Αν απαιτείται χορήγηση υψηλότερων δόσεων, θα πρέπει να εκτιμάται η χρήση των δισκίων κατόπιν διάλυσης σε νερό, λόγω της σορβιτόλης που περιέχει το υγρό διάλυμα (τα δισκία με την εμπορική ονομασία *Teva* αποδίδουν ένα λεπτόκοκκο διάλυμα όταν διαλυθούν σε 10ml ύδατος).
- Διατίθεται με τις ακόλουθες μορφές: δισκία (10mg), πόσιμο διάλυμα (5mg/5ml) καθώς και διάλυμα για ενδοθηκική έγχυση 500μg/ml και 2mg/ml, για χορήγηση από ειδικό ιατρό.

Τεκμηρίωση: [1, 2, 5, 10, 35-44]

Βεθανεχόλη

Χρήση

- Κατακράτηση ούρων εξαιτίας της λήψης οπιοειδών.

Δοσολογία και οδοί χορήγησης

Από του στόματος:

- **Παιδιά άνω του 1 έτους:** 0,6mg/kg/ημέρα σε 3 ή 4 διαιρεμένες δόσεις. Ανώτατη εφάπαξ δόση: 10mg.
- **Δόση ενήλικα:** 10-25mg ανά δόση, 3 έως 4 φορές ημερησίως. Σε ορισμένες περιπτώσεις, είναι πιθανό να απαιτηθεί έναρξη της αγωγής με μία δόση των 50mg.

Υποδορίως:

- **Παιδιά άνω του 1 έτους:** 0,12 έως 2mg/kg/ημέρα σε 3 ή 4 διαιρεμένες δόσεις. Ανώτατη εφάπαξ δόση: 2,5mg.
- **Δόση ενήλικα:** 2,5 έως 5mg ανά δόση, 3 έως 4 φορές ημερησίως.

Σημειώσεις

- Η ασφάλεια και η αποτελεσματικότητα της βεθανεχόλης στα παιδιά δεν έχει τεκμηριωθεί (η χρήση του φαρμάκου σε παιδιά διενεργείται εκτός εγκεκριμένων ενδείξεων).
- Κατά προτίμηση να λαμβάνεται μία ώρα πριν ή δύο ώρες μετά από τη λήψη τροφής ώστε να μειωθεί το ενδεχόμενο εμφάνισης ναυτίας και εμέτου.
- Αντενδείκνυται σε υπερθυρεοειδισμό, πεπτικό έλκος, άσθμα, καρδιοπάθεια και επιληψία.
- Τα δισκία μπορούν να θρυμματιστούν και να διαλυθούν στο νερό για άμεση χορήγηση μέσω σωλήνα εντερικής σίτισης, ενώ διατίθεται και πόσιμο εναιώρημα επιτόπιας παρασκευής.
- Δεν διατίθενται δεδομένα που να αφορούν ειδικά τη χορήγηση του φαρμάκου διαμέσου της νήστιδας: στην περίπτωση αυτή, ο ασθενής θα πρέπει να παρακολουθείται για το ενδεχόμενο αύξησης των ανεπιθύμητων ενεργειών ή απώλειας της δραστηριότητας του φαρμάκου.
- Απορροφάται περιορισμένα από τον γαστρεντερικό σωλήνα. Η θεραπευτική δράση του φαρμάκου εμφανίζεται εντός μίας ώρας από τη λήψη από του στόματος.

- Διατίθεται με τις ακόλουθες μορφές: δισκία των 10mg και των 25mg, με άδεια χρήσης στο Ηνωμένο Βασίλειο, σκευάσματα άλλης ισχύος (ΜΗ αδειοδοτημένα στο Ηνωμένο Βασίλειο) είναι διαθέσιμα μέσω εισαγωγικών εταιρειών.

Τεκμηρίωση: [1, 10, 45, 46]

Βισακοδύλη

Χρήση

- Δυσκοιλιότητα.

Δοσολογία και οδοί χορήγησης

Από του στόματος:

- **Παιδιά 4-17 ετών:** 5-20mg εφάπαξ ημερησίως (συνιστάται να λαμβάνεται το βράδυ), προσαρμογή της δόσης ανάλογα με την ανταπόκριση.

Διά του ορθού (υπόθετα):

- **Παιδιά 2-17 ετών:** 5-10mg εφάπαξ ημερησίως, προσαρμογή της δόσης ανάλογα με την ανταπόκριση.

Σημειώσεις

- Τα δισκία δρουν εντός 10-12 ωρών. Τα υπόθετα δρουν σε 20-60 λεπτά και θα πρέπει να τοποθετούνται σε άμεση επαφή με τον βλεννογόνο του εντέρου.
- Τα δισκία δεν θα πρέπει να θρυμματίζονται.
- Διεγερτικό υπακτικό. Ασκή τη δράση του μέσω τοπικής επίδρασης στον βλεννογόνο του κόλου.
- Η παρατεταμένη ή υπερβολική χρήση του φαρμάκου μπορεί να προκαλέσει ηλεκτρολυτικές διαταραχές.
- Τα δισκία δεν είναι κατάλληλα για χρήση μέσω σωλήνα εντερικής σίτισης.
- Διατίθεται με τις ακόλουθες μορφές: γαστροανθεκτικά δισκία (5mg) και υπόθετα (5mg, 10 mg).

Τεκμηρίωση: [1, 2, 47]

Βιταμίνη Κ (φυτομεναδιόνη)

Χρήση

- Αντιμετώπιση της αιμορραγίας που σχετίζεται με ανεπάρκεια της βιταμίνης Κ (θα πρέπει να ζητείται η συμβουλή ειδικού ιατρού).

Δοσολογία και οδοί χορήγησης

Από του στόματος ή ενδοφλεβίως:

- **Νεογνά:** 100μg/kg
- **Παιδιά 1 μηνός-17 ετών:** 250-300μg/kg (μέγιστο: 10mg) ως εφάπαξ δόση.

Σημειώσεις

- Απαιτείται προσοχή κατά την ενδοφλέβια χορήγηση του φαρμάκου σε πρόωρα βρέφη με βάρος <2,5 kg.
- Τα ενδοφλέβια διαλύματα θα πρέπει να χορηγούνται πολύ αργά για τον κίνδυνο αγγειακής καταπληξίας. Διάλυση με γλυκόζη 5%.
- Διατίθεται με τις ακόλουθες μορφές: κάψουλες 1mg, πόσιμες σταγόνες 200μg/ml και ενέσιμη μορφή 10mg/ml. Διατίθενται ποικίλες άλλες μορφές διαφορετικής ισχύος από παρασκευάστριες εταιρείες κατόπιν ειδικής παραγγελίας.

Τεκμηρίωση: [1, 3, 6]

Βουπρενορφίνη

Χρήση

- Μέτριος και σοβαρός πόνος.

Δοσολογία και οδοί χορήγησης

Μέσω της υπογλώσσιας οδού (δόσεις έναρξης, προτείνεται η έναρξη με τη χαμηλότερη συνιστώμενη δόση από το αναγραφόμενο εύρος):

- **Παιδιά με σωματικό βάρος 16-25kg:** 100μg κάθε 6-8 ώρες
- **Παιδιά με σωματικό βάρος 25-37,5kg:** 100-200μg κάθε 6-8 ώρες
- **Παιδιά με σωματικό βάρος 37,5-50kg:** 200-300μg κάθε 6-8 ώρες
- **Παιδιά με σωματικό βάρος άνω των 50kg:** 200-400μg κάθε 6-8 ώρες.

Μέσω συνεχούς υποδόριας έγχυσης:

- **Ενήλικες/μεγαλύτεροι έφηβοι:** 300μg/24ωρο ως δόση έναρξης, διάλυση με ενέσιμο ύδωρ, διάλυμα χλωριούχου νατρίου 0,9% ή γλυκόζης 5%.
- Σταθερότητα διαλύματος με τη συγχορήγηση γλυκοπυρρόνιου και αλοπεριδόλης.

Μέσω διαδερμικού έμπλαστρου (αυτοκόλλητου):

- Κατόπιν τιτλοποίησης ή όπως ενδείκνυται με βάση τις υπάρχουσες ανάγκες σε οπιοειδή.

Τα διαδερμικά έμπλαστρα βουπρενορφίνης είναι κατά προσέγγιση ισοδύναμα με τις ακόλουθες δόσεις 24ωρου της μορφίνης που χορηγείται από του στόματος:

Άλας μορφίνης 12mg ημερησίως ≡ έμπλαστρο *BuTrans*® 5 (εφαρμογή 7 ημερών)

Άλας μορφίνης 24mg ημερησίως ≡ έμπλαστρο *BuTrans*® 10 (εφαρμογή 7 ημερών)

Άλας μορφίνης 48mg ημερησίως ≡ έμπλαστρο *BuTrans*® 20 (εφαρμογή 7 ημερών)

Άλας μορφίνης 84mg ημερησίως ≡ έμπλαστρο *Transtec*® 35 (εφαρμογή 4 ημερών)

Άλας μορφίνης 126mg ημερησίως ≡ έμπλαστρο *Transtec*® 52,5 (εφαρμογή 4 ημερών)

Άλας μορφίνης 168mg ημερησίως ≡ έμπλαστρο *Transtec*® 70 (εφαρμογή 4 ημερών)

Σημαντική σημείωση: Διατίθενται επίσης υπογλώσσια δισκία υψηλότερης ισχύος, τα οποία όμως ενδείκνυνται ως συμπληρωματική αγωγή για την αντιμετώπιση της εξάρτησης από τα οπιοειδή. Απαιτείται προσοχή στη συνταγογράφηση.

Σημειώσεις

- Τα υπογλώσσια δισκία δεν έχουν αδειοδοτηθεί για χρήση σε παιδιά μικρότερα των 6 ετών.
- Η χορήγηση των διαδερμικών εμπλάστρων στα παιδιά διενεργείται εκτός εγκεκριμένων ενδείξεων.
- Τα διαδερμικά εμπλάστα ενδέχεται να προκαλέσουν αλλεργία εξ επαφής. Η προετοιμασία του δέρματος με σπρέι εισπνεόμενης βουδεσονίδης τοπικά στην περιοχή όπου θα εφαρμοσθεί το εμπλάστο μπορεί να βοηθήσει.
- Προκαλεί δυσκοιλιότητα σε μικρότερο βαθμό σε σχέση με ορισμένα άλλα οπιοειδή.
- Αν και δεν υφίστανται πρόσφατα δημοσιευμένα δεδομένα, θεωρητικά διαθέτει ιδιότητες τόσο αγωνιστή όσο και ανταγωνιστή των οπιοειδών και μπορεί να επιταχύνει την εμφάνιση συμπτωμάτων στερητικού συνδρόμου, συμπεριλαμβανομένου του πόνου, σε παιδιά που εξαρτώνται από τη χορήγηση υψηλών δόσεων άλλων οπιοειδών.
- Η δράση του φαρμάκου δεν αντιστρέφεται πλήρως με τη χορήγηση ναλοξόνης, τουλάχιστον όχι με τις συνήθεις δόσεις ναλοξόνης. Δεδομένου ότι η ικανότητα σύνδεσης της βουπρενορφίνης είναι ιδιαίτερα υψηλή, θα πρέπει να χορηγηθούν υψηλότερες από τις συνήθεις δόσεις ναλοξόνης.
- Σε υπογλώσσια χορήγηση, η διάρκεια δράσης του φαρμάκου είναι 6-8 ώρες.
- Απαιτείται προσοχή σε ηπατική ανεπάρκεια, όπως και για το ενδεχόμενο αλληλεπίδρασης με ποικίλους φαρμακευτικούς παράγοντες, μεταξύ των οποίων τα αντιρετροϊκά.
- Διατίθεται με τις ακόλουθες μορφές: δισκία (200μg, 400μg) για υπογλώσσια χορήγηση. Τα δισκία μπορούν να διχοτομηθούν.

Διατίθεται επίσης με τη μορφή διαδερμικού εμπλάστρου υπό διάφορες εμπορικές ονομασίες (και γενόσημα) και με χρόνους απελευθέρωσης διάρκειας 72 ωρών, 96 ωρών και 7 ημερών. Μόνο τα αυτοκόλλητα τύπου matrix μπορούν να τμηθούν σε μικρότερα μεγέθη.

1. Εμπορικές ονομασίες: *BuTrans*®, *Butec*®, *Bupramyl*®, *Panitaz*®, *Reltrans*®, *Sevodyne*® – διαδερμικά εμπλάστρα εφαρμοζόμενα κάθε 7 ημέρες.

Διατίθενται με τις επισημάνσεις 5 (5μg/ώρα για 7 ημέρες), 10 (10μg/ώρα για 7 ημέρες), 15 (15μg/ώρα για 7 ημέρες) και 20 (20μg/ώρα για 7 ημέρες).

2. Εμπορικές ονομασίες: *Bupeaze*®, *Buplast*®, *Relevtec*®, *TransTec*® – διαδερμικά έμπλαστρα εφαρμοζόμενα κάθε 96 ώρες.
Διατίθενται με τις επισημάνσεις 32,5 (32,5μg/ώρα για 96 ώρες), 52,5 (52,5μg/ώρα για 96 ώρες) και 70 (70μg/ώρα για 96 ώρες).
3. Εμπορική ονομασία: *Haractasin*® – διαδερμικά έμπλαστρα εφαρμοζόμενα κάθε 72 ώρες.
Διατίθενται με τις επισημάνσεις 35 (35μg/ώρα για 72 ώρες), 52,5 (52,5μg/ώρα για 72 ώρες) και 70 (70μg/ώρα για 72 ώρες).
4. Δάλυμα για ενδοφλέβια/υποδόρια χορήγηση, περιεκτικότητας 300μg/ml.

Στην περίπτωση των διαδερμικών εμπλάστρων, αναλγητικές συγκεντρώσεις στη συστηματική κυκλοφορία επιτυγχάνονται κατά κανόνα εντός 12-24 ωρών, αλλά τα επίπεδα του φαρμάκου συνεχίζουν να αυξάνονται για 32-54 ώρες (το φαρμακοκινητικό προφίλ ενδέχεται να διαφοροποιείται ελαφρώς μεταξύ των διαφόρων σκευασμάτων: για πληρέστερη πληροφόρηση ανατρέξτε στην περίληψη χαρακτηριστικών του αντίστοιχου φαρμακευτικού προϊόντος). Αν η μετατροπή σε βουπρενορφίνη πραγματοποιείται:

- από μορφίνη από του στόματος που χορηγείται ανά 4ωρο: χορηγήστε τις τακτικές δόσεις μορφίνης για τις πρώτες 12 ώρες από την εφαρμογή του διαδερμικού έμπλαστρου βουπρενορφίνης,
- από μορφίνη βραδείας αποδέσμευσης που χορηγείται ανά 12ωρο: εφαρμόστε το έμπλαστρο και ταυτόχρονα χορηγήστε την τελευταία δόση μορφίνης βραδείας αποδέσμευσης,
- από μορφίνη βραδείας αποδέσμευσης που χορηγείται ανά 24ωρο: εφαρμόστε το έμπλαστρο 12 ώρες μετά από την τελευταία δόση μορφίνης βραδείας αποδέσμευσης,
- από μορφίνη σε συνεχή υποδόρια έγχυση: συνεχίστε τη χορήγηση μορφίνης μέσω αντλίας σύριγγας για περίπου 12 ώρες μετά από την εφαρμογή του διαδερμικού έμπλαστρου βουπρενορφίνης.
- Ο ρυθμός απορρόφησης του φαρμάκου από το έμπλαστρο επηρεάζεται από τη θερμοκρασία, συνεπώς απαιτείται προσοχή επί πυρετού ή σε αυξημένη θερμοκρασία περιβάλλοντος, όπως στην εφαρμογή λουτρού με πολύ ζεστό νερό: υφίσταται πιθανότητα ακούσιας υπερδοσολογίας με καταστολή της αναπνοής.

- Τα διαδερμικά έμπλαστρα βρίσκουν τη θέση τους ως μια εύχρηστη επιλογή χορήγησης χαμηλής δοσολογίας οπιοειδούς σε ασθενή που βρίσκεται σε σταθερή κατάσταση, όπως για παράδειγμα σε περιπτώσεις σοβαρής νευρολογικής βλάβης.
- Ελεγχόμενο Φάρμακο Πίνακα 3.

Τεκμηρίωση: [1, 2, 5, 48-62]

Γκαμπαπεντίνη

Σημαντική ενημέρωση για την ασφάλεια του φαρμάκου

Τα επίπεδα προπυλενογλυκόλης, ακεσουλφάμης καλίου και σακχαρινικού νατρίου ενδέχεται να υπερβαίνουν τα συνιστώμενα από τον Π.Ο.Υ. ημερήσια όρια πρόσληψης σε περιπτώσεις που χορηγούνται υψηλές δόσεις πόσιμου διαλύματος γκαμπαπεντίνης (εμπορική ονομασία: *Rosemont*) σε εφήβους και ενήλικους με χαμηλό σωματικό βάρος (39-50kg) – ανατρέξτε στο Φύλλο Οδηγιών του φαρμάκου.

Ειδοποίηση ασφάλειας από τη Ρυθμιστική Αρχή Φάρμακων και Προϊόντων Υγείας (ΜΗΡΑ: Medicines and Healthcare Products Regulatory Agency) και την Επιτροπή Φαρμάκων Ανθρώπινης Χρήσης (CMH: Commission on Human Medicines) για τη γκαμπαπεντίνη (εμπορική ονομασία *Neurontin*®): κίνδυνος σοβαρής αναπνευστικής καταστολής (Οκτώβριος 2017).

Η χορήγηση γκαμπαπεντίνης έχει συσχετισθεί με τον σπάνιο κίνδυνο εμφάνισης σοβαρής αναπνευστικής καταστολής, ακόμη και όταν δεν συγχωρηγούνται οπιοειδή. Οι ασθενείς με επηρεασμένη αναπνευστική λειτουργία, αναπνευστικό ή νευρολογικό νόσημα, νεφρική δυσλειτουργία και ταυτόχρονη λήψη φαρμάκων με κατασταλτική δράση στο κεντρικό νευρικό σύστημα, είναι πιθανό να αντιμετωπίζουν μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης σοβαρής αναπνευστικής καταστολής. Κατά συνέπεια, στους ασθενείς αυτούς ενδέχεται να απαιτηθεί προσαρμογή της συνιστώμενης δοσολογίας.

Χρήση

- Συμπληρωματική αγωγή για την αντιμετώπιση του νευροπαθητικού πόνου
- Ευερεθιστότητα του νευρικού συστήματος
- Σπλαχνική υπεραλγησία
- Φάρμακο τρίτης γραμμής για την αντιμετώπιση διαταραχών του μυϊκού τόνου και των κινήσεων στην εγκεφαλική παράλυση
- Επιληψία.

Δοσολογία και οδοί χορήγησης

Επιληψία

Ανατρέξτε στο Εθνικό Συνταγολόγιο της Βρετανίας για την Παιδιατρική (British National Formulary for Children) ή στα ισχύοντα πρωτόκολλα αντιμετώπισης της επιληψίας, σε τοπικό επίπεδο.

Νευροπαθητικός πόνος

Από του στόματος:

- **Νεογνά-Παιδιά έως 1 έτους:** 5mg/kg χορηγούμενα όπως αναφέρεται παρακάτω.
- **Παιδιά 2-11 ετών:** 5-10mg/kg χορηγούμενα ως εξής:
 - Ημέρα 1: 5-10mg/kg ως εφάπαξ δόση (ανώτατη εφάπαξ δόση: 300mg)
 - Ημέρα 2: 5-10mg/kg, δύο φορές ημερησίως (ανώτατη εφάπαξ δόση: 300mg)
 - Ημέρα 3 και εφεξής: 5-10mg/kg, τρεις φορές ημερησίως (ανώτατη εφάπαξ δόση: 300mg)
 - Περαιτέρω αύξηση αν χρειάζεται έως το μέγιστο των 20mg/kg/δόση (ανώτατη εφάπαξ δόση: 600mg). Βλ. τις σημειώσεις για τα σχήματα τιτλοποίησης της δοσολογίας από την Ημέρα 3 και εφεξής.
- **Παιδιά από την ηλικία των 12 ετών:** αρχική δόση 300mg εφάπαξ ημερησίως την Ημέρα 1, ακολούθως 300mg δύο φορές/24ωρο κατά την Ημέρα 2, έπειτα 300mg τρεις φορές/24ωρο κατά την Ημέρα 3, και στη συνέχεια βαθμιαίες αυξήσεις της δόσης ανά 300mg κάθε 3-7 ημέρες, σε 3 διατεταγμένες δόσεις ημερησίως. Η ανώτατη ημερήσια δόση μπορεί να αυξηθεί ανάλογα με την ανταπόκριση έως το μέγιστο των 3600mg/ημέρα.

Εναλλαγή από γκαμπαπεντίνη σε πρεγκαμπαλίνη για την αντιμετώπιση του νευροπαθητικού πόνου

Ανατρέξτε στο Παράρτημα 3.

Σημειώσεις

- Δεν διαθέτει άδεια χρήσης σε παιδιά για την ένδειξη του νευροπαθητικού πόνου. Ωστόσο διαθέτει άδεια ως συμπληρωματική αγωγή για την αντιμετώπιση των εστιακών σπασμών σε παιδιά >6ετών (μέγιστη αδειοδοτημένη δοσολογία: 50mg/kg/ημέρα σε παιδιά <12ετών) καθώς και ως μο-

νοθεραπεία για την αντιμετώπιση των εστιακών σπασμών σε παιδιά >12ετών.

- Ενημέρωση ασθενούς: βλ. τα φυλλάδια για τη χρήση της γκαμπαπεντίνης στην αντιμετώπιση του νευροπαθητικού πόνου καθώς και των σπασμών, τα οποία διατίθενται στην ιστοσελίδα Medicines for Children, στους συνδέσμους www.medicinesforchildren.org.uk/gabapentin-for-neuropathic-pain και www.medicinesforchildren.org.uk/gabapentin-for-preventing-seizures
- Η ταχύτητα τιτλοποίησης μετά από τις πρώτες 3 ημέρες χορήγησης του φαρμάκου ποικίλει και κυμαίνεται ως εξής:
 - **ταχύ σχήμα:** αύξηση της δόσης ανά τρεις ημέρες
 - **επιβραδυνόμενο σχήμα** (για παιδιά εξασθενημένα ή όταν συγχωρηγούνται και άλλα κατασταλτικά του κεντρικού νευρικού συστήματος): αύξηση της δόσης ανά μία ή δύο εβδομάδες.
- Δεν υφίσταται συναίνεση όσον αφορά το δοσολογικό σχήμα για την αντιμετώπιση του νευροπαθητικού πόνου. Οι δόσεις που παρατέθηκαν βασίζονται στη δοσολογία του φαρμάκου για την αντιμετώπιση των εστιακών σπασμών, καθώς και στην εμπειρία των συγγραφέων.
- Η γκαμπαπεντίνη και η πρεγκαμπαλίνη ανήκουν στην ίδια κατηγορία φαρμάκων. Τα δεδομένα προκλινικών μελετών σε πειραματόζωα υποδεικνύουν ότι τόσο η αντισπασμωδική όσο και η αναλγητική δράση της γκαμπαπεντίνης επιτυγχάνεται, όπως συμβαίνει και με την πρεγκαμπαλίνη, μέσω σύνδεσης του φαρμάκου με την α2 υπομονάδα των ενεργοποιούμενων από διαφορά δυναμικού διαύλων ασβεστίου στο κεντρικό νευρικό σύστημα, με επακόλουθη καταστολή της απελευθέρωσης διεγερτικών νευροδιαβιβαστών και/ή αλληλεπίδραση με τις κατιούσες ανασταλτικές οδούς του πόνου.
- Η απόλυτη βιοδιαθεσιμότητα μίας κάψουλας 300mg γκαμπαπεντίνης είναι περίπου 60%. Ωστόσο, σε αντίθεση με την πρεγκαμπαλίνη που εμφανίζει γραμμική φαρμακοκινητική, η απορρόφηση της γκαμπαπεντίνης φτάνει σε επίπεδα κορεσμού, με συνέπεια να εμφανίζει προφίλ μη γραμμικής φαρμακοκινητικής, γεγονός που εξηγεί τη μείωση της βιοδιαθεσιμότητας που παρατηρείται κατά τη χορήγηση αυξανόμενων δόσεων γκαμπαπεντίνης καθώς και τη διακύμανση της βιοδιαθεσιμότητας σε διαφορετικούς πληθυσμούς ασθενών. Απαιτείται προσεκτική τιτλοποίηση της δοσολογίας.
- Η μέγιστη συγκέντρωση του φαρμάκου στο πλάσμα επέρχεται εντός 2-3 ωρών μετά τη χορήγηση από του στόματος.
- Η λήψη τροφής δεν επηρεάζει τη βιοδιαθεσιμότητα της γκαμπαπεντίνης.

Ωστόσο, η συγχρόνηση αντιόξινων που περιέχουν αλουμίνιο και μαγνήσιο ενδέχεται να μειώσει τη βιοθεσιμότητά της έως και κατά 24%. Οι παρασκευάστριες εταιρείες συστήνουν τη χορήγηση της γκαμπαπεντίνης δύο ώρες μετά τη λήψη αντιόξινων.

- Σε ασθενείς που λαμβάνουν ταυτόχρονα γκαμπαπεντίνη και μορφίνη ενδέχεται να παρατηρηθεί αύξηση των συγκεντρώσεων της γκαμπαπεντίνης. Η δοσολογία της γκαμπαπεντίνης ή των οπιοειδών θα πρέπει να μειωθεί – ό,τι ενδείκνυται στην κλινική πράξη.
- Η γκαμπαπεντίνη απεκκρίνεται αμετάβλητη, αποκλειστικά διά της νεφρικής οδού. Συνεπώς σε νεφρική δυσλειτουργία απαιτείται μείωση της δοσολογίας (ανατρέξτε στις συστάσεις της παρασκευάστριας εταιρείας), αλλά όχι σε ηπατική βλάβη.
- Πολύ συχνές (>1/10) ανεπιθύμητες ενέργειες: υπνηλία, ζάλη, αταξία, ιογενής λοίμωξη, κόπωση, πυρετός.
- Σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες (GC173) του Εθνικού Ινστιτούτου για την Αριστεία στην Υγεία και την Περίθαλψη (NICE: National Institute for Health and Care Excellence) με τίτλο «Νευροπαθητικός πόνος σε ενήλικες: φαρμακευτική αντιμετώπιση σε μη εξειδικευμένα πλαίσια», συνιστώνται τα εξής: «να παρέχεται δυνατότητα επιλογής μεταξύ αμιτριπτυλίνης, ντουλοξετίνης, γκαμπαπεντίνης και πρεγκαμπαλίνης, για την αρχική αντιμετώπιση του νευροπαθητικού πόνου. Αν η αρχική αγωγή δεν είναι αποτελεσματική ή δεν γίνεται ανεκτή, θα πρέπει να χρησιμοποιείται ένα από τα υπόλοιπα 3 φάρμακα καθώς και να εκτιμάται η εναλλαγή του φαρμάκου εκ νέου, στις περιπτώσεις όπου η αγωγή δεύτερης και τρίτης γραμμής δεν είναι επίσης αποτελεσματικές ή δεν γίνονται ανεκτές».
- Η Υπηρεσία Δημόσιας Υγείας της Αγγλίας (Public Health England) εξέδωσε τον Δεκέμβριο του 2013 μια προειδοποίηση προς τους συνταγογράφους ιατρούς στην οποία αναφερόταν ότι η πρεγκαμπαλίνη και η γκαμπαπεντίνη ευθύνονταν για τη δυνητική εμφάνιση εξάρτησης καθώς και για το ενδεχόμενο κατάχρησής τους σε ορισμένες περιπτώσεις. Από τον Απρίλιο του 2019, η γκαμπαπεντίνη έχει επαναταξινομηθεί στα Ελεγχόμενα Φάρμακα του Πίνακα 3.
- Υφίστανται δεδομένα από ενηλίκους ασθενείς για τη χρήση του φαρμάκου στον κνησμό λόγω ουραιμίας, στο άγχος, τις εξάψεις, την εφίδρωση, τον επίμονο λόξυγκα, το σύνδρομο ανήσυχων ποδιών και τον ανθεκτικό βήχα.
- Οι κάψουλες μπορούν να ανοιχτούν αλλά το περιεχόμενο έχει πικρή γεύση.

- Το φάρμακο απορροφάται από το εγγύς λεπτό έντερο. Το πόσιμο διάλυμα ή το περιεχόμενο της κάψουλας (αφού διαλυθεί σε νερό) μπορούν να χορηγηθούν μέσω ρινογαστρικού καθετήρα ή γαστροστομίας. Ο σωλήνας θα πρέπει να εκπλένεται σχολαστικά μετά τη χορήγηση. Δεν διατίθενται ειδικά δεδομένα όσον αφορά τη χορήγηση της γκαμπαπεντίνης διαμέσου της νήστιδας. Στις περιπτώσεις αυτές, η χορήγηση προτείνεται να διενεργείται σύμφωνα με την παραπάνω διαδικασία και ο ασθενής να παρακολουθείται για το ενδεχόμενο απώλειας της δραστηριότητας του φαρμάκου ή αύξησης των ανεπιθύμητων αντιδράσεων.
- Διατίθεται με τις ακόλουθες μορφές: κάψουλες (100mg, 300mg, 400mg), δισκία (600mg, 800mg) και πόσιμο διάλυμα 250mg/5ml (εμπορική ονομασία: *Neurontin*®, εισαγωγή από τις ΗΠΑ).
- Ελεγχόμενο Φάρμακο Πίνακα 3, εξαιρούμενο όμως από τους κανονισμούς περί ασφαλούς φύλαξης.

Τεκμηρίωση: [1, 2, 10, 63, 65, 201-221] NoRE, WRE

Γλυκερόλη (γλυκερίνη)

Χρήση

- Δυσκοιλιότητα

Δοσολογία και οδοί χορήγησης

Διά του ορθού:

- **Νεογνά με διορθωμένη ηλικία κύησης >34 εβδομάδων:** το άκρο ενός υποθέτου γλυκερόλης (κόψτε με ένα μαχαιρίδιο ένα μικρό κομμάτι από ένα υποθέτο του 1gr)
- **Παιδιά 1 μηνός-11 μηνών:** βρεφικό υπόθετο 1gr, σύμφωνα με τις ανάγκες
- **Παιδιά 1-11 ετών:** υπόθετο 2gr για παιδιά, σύμφωνα με τις ανάγκες
- **Παιδιά 12-17 ετών:** υπόθετο 4gr για ενήλικες, σύμφωνα με τις ανάγκες.

Σημειώσεις

- Υγράνετε το υπόθετο με νερό πριν από την εφαρμογή.
- Εμφανίζει δράση υγροσκοπική και λιπαντική, ενώ ενδέχεται να αποτελεί και διεγερτικό της κινητικότητας του ορθού.
- Συνήθης χρόνος ανταπόκρισης 20 λεπτά έως 3 ώρες.
- Συσχετίζεται με την εμφάνιση νεκρωτικής εντεροκολίτιδας σε βρέφη <34 εβδομάδων.
- Διατίθεται με τις ακόλουθες μορφές: υπόθετα (1gr, 2gr και 4gr).

Τεκμηρίωση: [1, 2, 89] NoRE

Γλυκοπυρρόνιο βρωμιούχο

Χρήση

- Έλεγχος των εκκρίσεων από το ανώτερο αναπνευστικό και της υπερσειε-
λόρροιας.

Δοσολογία και οδοί χορήγησης

Από του στόματος:

- **Παιδιά 1 μηνός-17 ετών:** αρχική δόση 40μg/kg, 3-4 φορές ημερησίως, η οποία μπορεί να αυξηθεί σύμφωνα με τις ανάγκες έως τα 100μg/kg, 3-4 φορές την ημέρα. Μέγιστο: 2mg/δόση, 3-4 φορές ημερησίως.

Υποδόρια/ενδοφλέβια ένεση:

- **Παιδιά 1 μηνός-11 ετών:** αρχική δόση 4μg/kg, 3 έως 4 φορές ημερησίως, η οποία μπορεί να αυξηθεί σύμφωνα με τις ανάγκες έως τα 10μg/kg, 3-4 φορές/ημέρα. Ανώτατη δοσολογία: 200μg/δόση, 4 φορές την ημέρα.
- **Παιδιά 12-17 ετών:** 200μg κάθε 4 ώρες, σύμφωνα με τις ανάγκες.

Συνεχής υποδόρια/ενδοφλέβια έγχυση:

- **Παιδιά 1 μηνός-11 ετών:** αρχική δόση 12μg/kg/24ωρο, η οποία μπορεί να αυξηθεί σύμφωνα με τις ανάγκες έως τα 40μg/kg/24ωρο (ανώτατη δόση: 1,2mg/24ωρο)
- **Παιδιά 12-17 ετών:** αρχική δόση 600μg/24ωρο, η οποία μπορεί να αυξηθεί σύμφωνα με τις ανάγκες έως τα 1,2mg/24ωρο. Ανώτατη συνιστώμενη δόση: 2,4mg/24ωρο.

Σημειώσεις

- Τα αδειοδοτημένα πόσιμα διαλύματα (εμπορική ονομασία: *Sialanar*®, γενόσημο της εταιρείας Colonis Pharma) διαθέτουν άδεια χορήγησης σε παιδιά ηλικίας 3 ετών και άνω με χρόνια νευρολογική πάθηση, για την ένδειξη της χρόνιας παθολογικής σιελόρροιας. Το φάρμακο δεν διαθέτει άδεια χορήγησης σε παιδιά για τον έλεγχο των εκκρίσεων από το ανώτερο αναπνευστικό και της υπερσειελόρροιας.
- Οι υπερβολικές εκκρίσεις μπορεί να προκαλέσουν δυσφορία στο παιδί αλλά πιο συχνά σε εκείνους που βρίσκονται κοντά του.
- Η αγωγή είναι πιο αποτελεσματική αν ξεκινήσει προτού οι υπερβολικές εκκρίσεις αποτελέσουν πρόβλημα.

- Το γλυκοπυρρόνιο δεν διαπερνά τον αιματοεγκεφαλικό φραγμό και συνεπώς εμφανίζει λιγότερες ανεπιθύμητες ενέργειες από την υδροβρωμιούχο υοσκίνη, φάρμακο που επίσης χρησιμοποιείται για τις ίδιες ενδείξεις. Επίσης επιφέρει λιγότερες παρενέργειες από το καρδιαγγειακό σύστημα.
- Η έναρξη δράσης του είναι πιο αργή σε σύγκριση με την υδροβρωμιούχο υοσκίνη και τη βουτυλοβρωμιούχο υοσκίνη.
- Η απορρόφηση του γλυκοπυρρόνιου μετά τη χορήγησή του από του στόματος είναι πολύ περιορισμένη, με ευρεία διακύμανση από άτομο σε άτομο.
- Υφίστανται δεδομένα χρήσης του φαρμάκου σε ενηλίκους ασθενείς για την αντιμετώπιση του σπασμού των λείων μυϊκών ινών (π.χ. εντέρου, ουροδόχου κύστης), της ανεγχείρητης εντερικής απόφραξης, της πυρεξίας και της εφίδρωσης ως παρανεοπλασματικών εκδηλώσεων, καθώς και της υπεριδρωσίας.
- Χορήγηση μέσω συνεχούς υποδόριας έγχυσης: υφίστανται δεδομένα καλής συμβατότητας του γλυκοπυρρόνιου όταν αναμειγνύεται με άλλα φάρμακα τα οποία συνήθως χορηγούνται στην ανακουφιστική φροντίδα.
- Πόσιμο διάλυμα: η συγχορήγησή του με τροφή οδηγεί σε σημαντική μείωση της συστημικής έκθεσης στο φάρμακο. Η χορήγηση θα πρέπει να πραγματοποιείται τουλάχιστον μία ώρα πριν ή δύο ώρες μετά από τα γεύματα, ή σε σταθερές ώρες σε σχέση με τη λήψη τροφής. Θα πρέπει να αποφεύγεται η υψηλή περιεκτικότητα των τροφών σε λίπος. Όταν με βάση τις ιδιαίτερες ανάγκες του παιδιού είναι αναγκαία η λήψη του φαρμάκου με τα γεύματα, η χορήγηση θα πρέπει να διενεργείται σταθερά κατά τη διάρκεια των γευμάτων.
- Για τη χορήγηση μέσω σωλήνα εντερικής σίτισης, τα δισκία μπορούν να διαλυθούν στο νερό αμέσως πριν από τη χορήγηση, ή εναλλακτικά να χρησιμοποιηθεί το πόσιμο διάλυμα. Ο σωλήνας θα πρέπει να εκπλένεται αμέσως με 10-20ml ύδατος. Δεν υφίστανται ειδικά δεδομένα όσον αφορά τη χορήγηση του γλυκοπυρρόνιου διαμέσου της νήστιδας, η οποία προτείνεται να διενεργείται σύμφωνα με την παραπάνω διαδικασία και ο ασθενής να παρακολουθείται για το ενδεχόμενο απώλειας της δραστηριότητας του φαρμάκου ή αύξησης των ανεπιθύμητων αντιδράσεων.
- Διατίθεται με τις ακόλουθες μορφές: δισκία (1mg, 2mg), πόσιμο διάλυμα [200μg/ml ως βρωμιούχο γλυκοπυρρόνιο (διάφορα σκευάσματα) και 400μg/ml ως βρωμιούχο γλυκοπυρρόνιο με την εμπορική ονομασία: *Sialanar®*] και ενέσιμη μορφή (200μg/ml, φύσιγγες του 1ml και των 3ml).

Τεκμηρίωση: [2, 30, 206, 222, 223]

Δαντρολένιο

Χρήση

- Μυοχαλαρωτικό με δράση στους σκελετικούς μύες
- Χρόνιος σοβαρός σπασμός ή σπαστικότητα των σκελετικών μυών.

Δοσολογία και οδοί χορήγησης

Η δόση του δαντρολένιου θα πρέπει να αυξάνεται με αργό ρυθμό.

Από του στόματος:

- **Παιδιά 5-11 ετών:** αρχική δόση 500μg/kg εφάπαξ ημερησίως, η οποία μπορεί να αυξηθεί μετά από 7 ημέρες έως τα 500μg/kg/δόση, 3 φορές ημερησίως. Περαιτέρω αύξηση κατά 500μg/kg/δόση μπορεί να γίνεται κάθε 7 ημέρες, μέχρι να επέλθει ανταπόκριση. Ανώτατη συνιστώμενη δόση: 2mg/kg, 3-4 φορές ημερησίως (ανώτατη ολική ημερήσια δόση: 400mg).
- **Παιδιά 12-17 ετών:** αρχική δόση 25mg εφάπαξ ημερησίως, η οποία μπορεί να αυξηθεί μετά από 7 ημέρες έως τα 25mg, 3 φορές ημερησίως. Περαιτέρω αύξηση κατά 500μg/kg/δόση μπορεί να γίνεται κάθε 7 ημέρες, μέχρι να επέλθει ανταπόκριση. Ανώτατη συνιστώμενη δόση: 2mg/kg, 3-4 φορές ημερησίως (ανώτατη ολική ημερήσια δόση: 400mg).

Σημειώσεις

- Δεν διαθέτει άδεια χορήγησης στα παιδιά.
- Κίνδυνος ηπατοτοξικότητας: θα πρέπει να εκτιμάται η δυνατότητα ελέγχου της ηπατικής λειτουργίας πριν από τη χορήγηση και ανά τακτά διαστήματα στη διάρκεια της αγωγής.
- Αντενδείκνυται σε ηπατική δυσλειτουργία: να αποφεύγεται σε ηπατική νόσο, καθώς και η συγχορήγηση με ηπατοτοξικά φάρμακα.
- Μπορεί να προκαλέσει υπνηλία, ζάλη, αδυναμία, ναυτία και διάρροια.
- Απαιτείται προσοχή κατά τη χορήγηση σε ασθενείς με επηρεασμένη καρδιακή ή πνευμονική λειτουργία, καθώς στις ανεπιθύμητες ενέργειες του φαρμάκου περιλαμβάνονται: περικαρδίτιδα, πλευριτική συλλογή, αναπνευστική καταστολή, παρόξυνση καρδιακής ανεπάρκειας, ταχυκαρδία και μεταβολές της αρτηριακής πίεσης.
- Διατίθεται με τις ακόλουθες μορφές: κάψουλες (25mg, 100mg), πόσιμο εναιώρημα (επιτόπια παρασκευής, 5mg/ml).

Τεκμηρίωση: [2, 36, 37, 42, 138, 139]

Δεξαμεθαζόνη

Χρήση

Η δεξαμεθαζόνη εμφανίζει ευρύ φάσμα δυνητικών χρήσεων που σχετίζονται με την ικανότητα του φαρμάκου να μειώνει τη φλεγμονή. Σε αυτές περιλαμβάνονται:

- Κεφαλαλγία λόγω αυξημένης ενδοκράνιας πίεσης που προκαλείται από όγκο.
- Αντιφλεγμονώδης δράση σε όγκους εγκεφάλου ή άλλων οργάνων, οι οποίοι προκαλούν πίεση σε νεύρα ή σε οστά, καθώς και απόφραξη κοίλου σπλάχνου.
- Αναλγητική δράση σε περιπτώσεις πίεσης νεύρου, σε συμπίεση νωτιαίου μυελού καθώς και στα οστικά άλγη.
- Αντιεμετικό είτε ως συμπληρωματική αγωγή ή όταν χορηγούνται κυτταροτοξικές θεραπείες με υψηλή εμετογόνο δράση.

Δοσολογία και οδοί χορήγησης

Θα πρέπει να συνταγογραφείται ως βάση δεξαμεθαζόνης.

Κεφαλαλγία λόγω αυξημένης ενδοκράνιας πίεσης

Από του στόματος ή ενδοφλεβίως:

- **Παιδιά 1 μηνός-12 ετών:** 250μg/kg δύο φορές ημερησίως για 5 ημέρες και έπειτα μειώστε ή διακόψτε την αγωγή.

Για την ανακούφιση συμπτωμάτων λόγω όγκου εγκεφάλου ή άλλων οργάνων
Πολυάριθμες άλλες ενδείξεις στο πλαίσιο νεοπλασματικής νόσου, όπως συμπίεση νωτιαίου μυελού και/ή πίεση νεύρων, ορισμένες περιπτώσεις δύσπνοιας, οστικά άλγη, απόφραξη άνω κοίλης φλέβας κ.λπ., όπου η χορήγηση θα πρέπει να γίνεται μόνο κατόπιν συζήτησης με την εξειδικευμένη ομάδα ανακουφιστικής ιατρικής. Ενδέχεται να συστηθούν υψηλές δόσεις >16mg/24ωρο.

Ως αντιεμετικό

Από του στόματος ή ενδοφλεβίως:

- **Παιδιά <1 έτους:** αρχική δόση 250μg, 3 φορές ημερησίως, η οποία μπορεί να αυξηθεί σύμφωνα με τις ανάγκες και την ανοχή έως το 1 mg, 3 φορές ημερησίως.

- **Παιδιά 1-5 ετών:** αρχική δόση 1mg, 3 φορές ημερησίως, η οποία μπορεί να αυξηθεί σύμφωνα με τις ανάγκες και την ανοχή έως τα 2mg, 3 φορές ημερησίως.
- **Παιδιά 6-11 ετών:** αρχική δόση 2mg, 3 φορές ημερησίως, η οποία μπορεί να αυξηθεί σύμφωνα με τις ανάγκες και την ανοχή έως τα 4mg, 3 φορές ημερησίως.
- **Παιδιά 12-17 ετών:** 4mg, 3 φορές ημερησίως.

Σημειώσεις

- Οι ανεπιθύμητες ενέργειες της δεξαμεθαζόνης σύντομα θα υπερβούν τις ωφέλιμες δράσεις της. Ιδανικά, θα πρέπει να χορηγείται σε βραχυχρόνια σχήματα των 48 ωρών ή των πέντε ημερών, αλλά κάτι τέτοιο δεν είναι πάντα εφικτό στο πλαίσιο της ανακουφιστικής φροντίδας, με συνέπεια πολλοί ασθενείς να λαμβάνουν εν τέλει δεξαμεθαζόνη για μακρά διαστήματα.
- Το φάρμακο μπορεί να διακοπεί απότομα όταν έχει χορηγηθεί για χρονικό διάστημα μικρότερο των δύο εβδομάδων – σε διαφορετική περίπτωση θα πρέπει να μειώνεται σταδιακά στη διάρκεια μερικών εβδομάδων ώστε να επιτραπεί η ανάκαμψη του άξονα υποθαλάμου-υπόφυσης-επινεφριδίων και να αποφευχθεί μια οξεία επινεφριδιακή κρίση (κρίση Addison).
- Η χορήγηση σε παιδιά ως αντιεμετικό διενεργείται εκτός εγκεκριμένων ενδείξεων.
- Η δεξαμεθαζόνη διαθέτει υψηλή γλυκοκορτικοειδή δράση αλλά σχετικά μη σημαντική αλατοκορτικοειδή, συνεπώς είναι πλέον κατάλληλη όταν απαιτείται αντιφλεγμονώδης αγωγή σε υψηλή δοσολογία.
- Μπορεί να χορηγηθεί για τις περισσότερες ενδείξεις της ως εφάπαξ ημερήσια δόση κάθε πρωί. Λαμβανόμενη είτε ως εφάπαξ δόση είτε σε δύο δόσεις ημερησίως, η χορήγηση της ολικής 24ωρης δόσης του φαρμάκου πριν από το μεσημέρι μειώνει την πιθανότητα αϋπνίας και διέγερσης που σχετίζονται με τη λήψη κορτικοειδών.
- Η δεξαμεθαζόνη εμφανίζει βιοδιαθεσιμότητα όταν λαμβάνεται από του στόματος >80%. Μπορεί να μετατραπεί σε δόση για υποδόρια ή ενδοφλέβια χορήγηση, με βάση την αναλογία 1:1.
- 1mg δεξαμεθαζόνης= 1,2mg φωσφορικής δεξαμεθαζόνης= 1,3mg νατριούχου φωσφορικής δεξαμεθαζόνης.
- 1mg δεξαμεθαζόνης= 7mg πρεδνιζολόνης (ισοδυναμία ως προς την αντι-

φλεγμονώδη δράση).

- Η δεξαμεθαζόνη διαθέτει μακρά διάρκεια δράσης.
- Η πρόσληψη βάρους και η εμφάνιση πανσεληνοειδούς προσώπείου αποτελούν τα μεγαλύτερα προβλήματα, ειδικά σε παιδιά. Κατά συνέπεια, από όλες τις εξειδικευμένες μονάδες συνιστώνται σχήματα δόσεων κατά ώσεις παρά συνεχής χορήγηση του φαρμάκου. Τα δοσολογικά σχήματα διαφέρουν ανάλογα με τις παθήσεις και την πρακτική των εξειδικευμένων μονάδων. Ζητήστε την συμβουλή του ειδικού ιατρού, σε τοπικό επίπεδο.
- Στις λοιπές ανεπιθύμητες ενέργειες περιλαμβάνονται: σακχαρώδης διαβήτης, οστεοπόρωση, μυϊκή ατροφία, πεπτικό έλκος, προβλήματα συμπεριφοράς και διέγερση, καθώς και ακραίες παροξύνσεις και αστάθεια της διάθεσης (ευσυγκινησία, άσκηση φυσικής βίας).
- Τα δισκία μπορούν να διαλυθούν σε νερό, σε περιπτώσεις όπου το πόσιμο διάλυμα δεν είναι διαθέσιμο. Το πόσιμο διάλυμα καθώς και τα δισκία κατόπιν διάλυσης, μπορούν να χορηγηθούν μέσω σωλήνα εντερικής σίτισης.
- Διατίθεται με τις ακόλουθες μορφές: δισκία (500μg, 2mg), διαλυόμενα δισκία (2mg, 4mg, 8mg), πόσιμο διάλυμα (2mg/5ml, 10mg/5ml και 20mg/5ml) και ενέσιμη μορφή ως νατριούχος φωσφορική δεξαμεθαζόνη (ισοδύναμη με 3,8mg/ml βάσης δεξαμεθαζόνης ή 3,3mg/ml βάσης δεξαμεθαζόνης).

Τεκμηρίωση: [6, 95, 140-143]

Διαζεπάμη

Χρήση

- Βραχείας διάρκειας ανακούφιση από το άγχος
- Διέγερση
- Κρίσεις πανικού
- Χαλάρωση μυϊκών συσπάσεων
- Αντιμετώπιση του status epilepticus.

Δοσολογία και οδοί χορήγησης

Βραχείας διάρκειας ανακούφιση από το άγχος, κρίσεις πανικού και διέγερση
Από του στόματος:

- **Παιδιά 2-11 ετών:** 0,5-2mg, 3 φορές ημερησίως
- **Παιδιά 12-18 ετών:** αρχική δόση 2mg, 3 φορές ημερησίως, αυξανόμενη σύμφωνα με τις ανάγκες και την ανοχή έως το μέγιστο των 10mg, 3 φορές ημερησίως.

Χαλάρωση μυϊκών συσπάσεων

Από του στόματος:

- **Παιδιά 1-11 μηνών:** αρχική δόση 250μg/kg, δύο φορές ημερησίως
- **Παιδιά 1-4 ετών:** αρχική δόση 2,5mg, δύο φορές ημερησίως
- **Παιδιά 5-11 ετών:** αρχική δόση 5mg, δύο φορές ημερησίως
- **Παιδιά 12-17 ετών:** αρχική δόση 10mg, δύο φορές ημερησίως - ανώτατη ολική ημερήσια δόση: 40mg.

Status epilepticus

Μέσω ενδοφλέβιας ένεσης στη διάρκεια 3-5 λεπτών:

- **Νεογνά:** 300-400μg/kg ως εφάπαξ δόση και επανάληψη μία φορά μετά από 10 λεπτά, αν είναι απαραίτητο.
- **Παιδιά 1 μηνός-11 ετών:** 300-400μg/kg (ανώτατη δόση: 10mg) και επανάληψη της δόσης μία φορά μετά από 10 λεπτά, αν είναι απαραίτητο.
- **Παιδιά 12-17 ετών:** 10mg και επανάληψη της δόσης μία φορά μετά από 10 λεπτά, αν είναι απαραίτητο.

Διά του ορθού (διάλυμα διορθικής χορήγησης):

- **Νεογνά:** 1,25-2,5mg και επανάληψη της δόσης μία φορά μετά από 10 λεπτά, αν είναι απαραίτητο.
- **Παιδιά 1 μήνος-1 έτους:** 5mg και επανάληψη της δόσης μία φορά μετά από 10 λεπτά, αν είναι απαραίτητο.
- **Παιδιά 2-11 ετών:** 5-10mg και επανάληψη της δόσης μία φορά μετά από 10 λεπτά, αν είναι απαραίτητο.
- **Παιδιά 12-17 ετών:** 10-20mg και επανάληψη της δόσης μία φορά μετά από 10 λεπτά, αν είναι απαραίτητο.

Σημειώσεις

- Δεν θα πρέπει να χορηγείται σε οξεία ή σοβαρή αναπνευστική ανεπάρκεια, εκτός αν επίκειται ο θάνατος.
- Τα σκευάσματα για διορθική χρήση (υποκλυσμοί) δεν διαθέτουν άδεια χρήσης σε παιδιά κάτω του ενός έτους.
- Το φάρμακο θα πρέπει να χορηγείται με προσοχή σε ήπια-μέτρια ηπατική νόσο, καθώς και σε παιδιά που εμφανίζουν μυϊκή αδυναμία, αναπνευστική καταστολή ή υπνική άπνοια.
- Μεταβολίζεται μέσω του συμπλέγματος ηπατικών ενζύμων του κυτοχρώματος P450, με συνέπεια δυνητικές αλληλεπιδράσεις με κάθε συγχρηγούμενο φάρμακο που επάγει ή αναστέλλει το ενζυμικό αυτό σύμπλεγμα. Μπορεί να επέλθει επίταση της κεντρικής κατασταλτικής δράσης της διαζεπάμης, αν συνδυαστεί με φάρμακα όπως τα εξής: νευροληπτικά, αντιψυχωσικά, ηρεμιστικά, αντικαταθλιπτικά, υπνωτικά, αναλγητικά, αναισθητικά, βαρβιτουρικά και κατασταλτικά αντιϊσταμινικά.
- Μπορεί να προκαλέσει δοσοεξαρτώμενη υπνηλία, όπως και να επηρεάσει αρνητικά τις ψυχοκινητικές και γνωστικές δεξιότητες του ατόμου.
- Επιτυγχάνεται σχεδόν 100% βιοδιαθεσιμότητα όταν χορηγείται από του στόματος ή διά του ορθού.
- Έναρξη δράσης: εντός περίπου 15 λεπτών όταν λαμβάνεται από του στόματος και εντός 1-5 λεπτών μετά από ενδοφλέβια χορήγηση. Με τη μορφή του διαλύματος για διορθική χρήση, η διαζεπάμη απορροφάται ταχέως από τον βλεννογόνο του ορθού με τη μέγιστη συγκέντρωση στον ορό να επιτυγχάνεται εντός 17 λεπτών.

- Εμφανίζει μακρό χρόνο ημιζωής στο πλάσμα, ίσο με 24-48 ώρες. Ο ενεργός μεταβολίτης της διαζεπάμης, η νορδιαζεπάμη, έχει χρόνο ημιζωής στο πλάσμα 48-120 ώρες.
- Το πόσιμο διάλυμα μπορεί να χορηγηθεί μέσω καθετήρα γαστροστομίας. Για χορήγηση μέσω νηστιδοστομίας, θα πρέπει να εκτιμάται η χρήση των δισκίων κατόπιν διάλυσης σε νερό ώστε να μειωθεί η ωσμωτικότητα του χορηγούμενου διαλύματος.
- Διατίθεται με τις ακόλουθες μορφές: δισκία (2mg, 5mg, 10mg), πόσιμο διάλυμα/εναιώρημα (2mg/5ml, 5mg/5ml), ορθικό διάλυμα (υποκλυσμός για διορθική χρήση) (2,5mg, 5mg, 10mg) και ενέσιμη μορφή (ενέσιμο διάλυμα 5mg/ml και ενέσιμο γαλάκτωμα 5 mg/ml).
- Ελεγχόμενο Φάρμακο Πίνακα 4.

Τεκμηρίωση: [1, 2, 6, 10, 36, 42, 102, 147-152]

Διαμορφίνη

Χρήση

- Μέτριος και σοβαρός πόνος
- Δύσπνοια.

Δοσολογία και οδοί χορήγησης

Οπιοειδές ως βασική αγωγή για την αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου

Κατά κανόνα, η μετατροπή από την ήδη χορηγούμενη αναλγητική αγωγή πραγματοποιείται με βάση την ισοδύναμη δόση μορφίνης από του στόματος. Χρησιμοποιήστε τις ακόλουθες **δόσεις έναρξης** σε ασθενείς ελεύθερους οπιοειδών (naïve). Οι ανώτατες δόσεις που παρατίθενται αφορούν αποκλειστικά τις δόσεις **έναρξης**.

Μέσω συνεχούς υποδόριας ή ενδοφλέβιας έγχυσης:

- **Νεογνά:** δόση έναρξης 60μg/kg/24ωρο, η οποία μπορεί να αυξηθεί σύμφωνα με τις ανάγκες έως τη συνιστώμενη ανώτατη δόση των 150μg/kg/24ωρο.
- **Παιδιά 1 μηνός-18 ετών:** 50-600μg/kg/24ωρο (ανώτατη δόση έναρξης: 10mg/24ωρο), δόση που προσαρμόζεται ανάλογα με την ανταπόκριση.

Μέσω ενδοφλέβιας, υποδόριας ή ενδομυϊκής ένεσης:

- **Νεογνά:** 15μg/kg κάθε 6 ώρες, σύμφωνα με τις ανάγκες και προσαρμογή της δόσης ανάλογα με την ανταπόκριση.
- **Παιδιά 1-2 μηνών:** 20μg/kg κάθε 6 ώρες, σύμφωνα με τις ανάγκες και προσαρμογή της δόσης ανάλογα με την ανταπόκριση.
- **Παιδιά 3-5 μηνών:** 25-50μg/kg κάθε 6 ώρες, σύμφωνα με τις ανάγκες και προσαρμογή ανάλογα με την ανταπόκριση.
- **Παιδιά 6-11 μηνών:** 75μg/kg κάθε 4 ώρες, σύμφωνα με τις ανάγκες και προσαρμογή ανάλογα με την ανταπόκριση.
- **Παιδιά 1-11 ετών:** 75-100μg/kg κάθε 4 ώρες, σύμφωνα με τις ανάγκες και προσαρμογή της δόσης ανάλογα με την ανταπόκριση. Συνιστώμενη ανώτατη δόση έναρξης: 2,5mg.
- **Παιδιά 12-17 ετών:** 75-100μg/kg κάθε 4 ώρες, σύμφωνα με τις ανάγκες και προσαρμογή της δόσης ανάλογα με την ανταπόκριση. Συνιστώμενη ανώτατη δόση έναρξης: 2,5-5mg.

Μέσω της ενδορινικής οδού ή διά του στοματικού βλεννογόνου:

- **Νεογνά:** 50μg/kg/δόση κάθε 6-8 ώρες
- **Παιδιά με σωματικό βάρος άνω των 10kg:** 50-100μg/kg κάθε 4 ώρες, σύμφωνα με τις ανάγκες και προσαρμογή της δόσης ανάλογα με την ανταπόκριση. Ανώτατη εφάπαξ δόση: 10mg.

Το ενέσιμο διάλυμα μπορεί να χρησιμοποιηθεί ενδορινικά ή διά του στοματικού βλεννογόνου, όπως και το ρινικό εκνέφωμα που είναι πλέον διαθέσιμο (εμπορική ονομασία: *Ayendi®*) και έχει άδεια χρήσης σε παιδιά άνω των 2 ετών (με σωματικό βάρος 12kg και άνω) για την αντιμετώπιση του οξέος σοβαρού πόνου.

720μg ανά ενεργοποίηση της συσκευής (εμπορική ονομασία: *Ayendi®*)

- 12-17kg: 2 ψεκασμοί ως εφάπαξ δόση
- 18-23kg: 3 ψεκασμοί ως εφάπαξ δόση
- 24-29kg: 4 ψεκασμοί ως εφάπαξ δόση

1600μg ανά ενεργοποίηση της συσκευής (εμπορική ονομασία: *Ayendi®*)

- 30-39kg: 2 ψεκασμοί ως εφάπαξ δόση
- 40-49kg: 3 ψεκασμοί ως εφάπαξ δόση

Διαλείπων πόνος όταν δεν χορηγούνται οπιοειδή σε τακτική βάση

Διά του στοματικού βλεννογόνου, της ενδοφλέβιας ή υποδόριας οδού:

- 30μg/kg, κάθε 1-4 ώρες, σύμφωνα με τις ανάγκες.

Παροξυσμικός πόνος

Διά του στοματικού βλεννογόνου, της υποδόριας ή ενδοφλέβιας οδού:

- Για την αντιμετώπιση του παροξυσμικού πόνου, χορηγήστε το 10-16% της ολικής ημερήσιας δόσης διαμορφίνης, κάθε 1-4 ώρες σύμφωνα με τις ανάγκες.
- Επικοινωνήστε με την ιατρική ομάδα ανακουφιστικής φροντίδας αν ένας ασθενής έχει χρειαστεί τρεις διαδοχικές δόσεις, καθώς θα πρέπει να επανεκτιμηθεί η αναλγητική αγωγή συνολικά.

Δύσπνοια

Διά του στοματικού βλεννογόνου, της υποδόριας ή ενδοφλέβιας οδού:

- **Νεογνά:** 10μg/kg/δόση
- **Παιδιά 1 μηνός-11 ετών:** δοσολογία όπως για την αντιμετώπιση του πόνου, αλλά χορηγείται το 25-50% της δόσης που υπολογίζεται για τον παροξυσμικό πόνο.

Σημειώσεις

- Η ενέσιμη διαμορφίνη έχει αδειοδοτηθεί για χρήση σε παιδιά στο τελικό στάδιο νόσου.
- Για τη χορήγηση διαμορφίνης ενδορινικά ή διά του στοματικού βλεννογόνου, μπορεί να χρησιμοποιηθεί η σκόνη της ενέσιμης μορφής κατόπιν ανασύστασης με ενέσιμο ύδωρ (μη αδειοδοτημένη οδός χορήγησης), ή το ρινικό εκνέφωμα (αδειοδοτημένο για χρήση στην αντιμετώπιση του οξέος σοβαρού πόνου σε παιδιά από την ηλικία των 2 ετών).
- Στα νεογνά, το διάστημα μεταξύ των δόσεων θα πρέπει να επεκτείνεται στις 6 ή 8 ώρες, ανάλογα με το επίπεδο νεφρικής λειτουργίας, ενώ η δόση θα πρέπει να ελέγχεται προσεκτικά λόγω της αυξημένης ευαισθησίας στα οπιοειδή κατά το πρώτο έτος της ζωής.
- Σε πτωχή νεφρική λειτουργία, το μεσοδιάστημα των δόσεων μπορεί να παραταθεί ή εναλλακτικά να χορηγηθούν οπιοειδή μόνο κατ'επίκληση και να τιτλοποιηθούν ανάλογα με την ανταπόκριση. Θα πρέπει να εκτιμηθεί η εναλλαγή σε φαιντανύλη.
- Για τη χορήγηση διαμορφίνης μέσω συνεχούς υποδόριας έγχυσης, κατά κανόνα απαιτείται διάλυση με ενέσιμο ύδωρ καθώς παρατηρείται ασυμβατότητα εξαρτώμενη από τη συγκέντρωση όταν η διάλυση γίνεται με χλωριούχο νάτριο 0,9% (αν η συγκέντρωση διαμορφίνης υπερβαίνει τα 40mg/ml).
- Η διαμορφίνη μπορεί να χορηγηθεί μέσω υποδόριας έγχυσης έως τη συγκέντρωση των 250mg/ml.
- Η ενέσιμη μορφίνη αντικαθιστά ταχέως τη διαμορφίνη καθώς το μόνο πλεονέκτημα της διαμορφίνης έναντι της μορφίνης είναι η καλύτερη διαλυτότητά της όταν χρειάζονται υψηλές δόσεις, γεγονός που σπάνια προβληματίζει ως προς τις δοσολογίες που χρησιμοποιούνται στην παιδιατρική.
- Το εκνέφωμα διαθέτει σημαντικό όγκο και η διάρκεια διατήρησής του είναι βραχεία, γεγονότα που ίσως καταστήσουν δυσχερή τη χρήση του στην πράξη.
- Διατίθεται με τις ακόλουθες μορφές: ενέσιμη μορφή (φύσιγγες των 5mg, 10mg, 30mg, 100mg, 500mg), ρινικό εκνέφωμα 720μg/ενεργοποίηση συσκευής και 1600μg/ενεργοποίηση συσκευής (εμπορική ονομασία: *Ayendi Nasal Spray*®).
- Ελεγχόμενο Φάρμακο Πίνακα 2.

Τεκμηρίωση: [1, 2, 6, 55, 144-146]

Δικλοφαινάκη νατριούχος

Χρήση

- Ήπιος και μέτριος πόνος και φλεγμονή, ειδικά σε μυοσκελετικές διαταραχές.

Δοσολογία και οδοί χορήγησης

Από του στόματος ή διά του ορθού:

- **Παιδιά 6 μηνών-17 ετών:** αρχική δόση 0,3mg/kg, 3 φορές ημερησίως, αυξανόμενη αν είναι απαραίτητο έως το μέγιστο του 1mg/kg, 3 φορές ημερησίως (ανώτατη εφάπαξ δόση: 50mg).

Μέσω ενδοφλέβιας έγχυσης:

- **Παιδιά 2-17 ετών:** 0,3-1mg/kg, 1-2 φορές ημερησίως. Ανώτατη δόση: 150mg/ημέρα και για μέγιστη διάρκεια 2 ημερών.

Σημειώσεις

Η χορήγηση της δικλοφαινάκης θα επιφέρει σύγκλειση του βοτάλειου πόρου και κατά συνέπεια αντενδείκνυται σε συγγενή καρδιοπάθεια που εξαρτάται από τη διατήρηση της βατότητας του πόρου.

- Δεν διαθέτει άδεια χορήγησης σε παιδιά κάτω του ενός έτους. Τα υπόθετα δεν έχουν άδεια χρήσης σε παιδιά κάτω των 6 ετών, με την εξαίρεση των παιδιών άνω του 1 έτους για την ένδειξη της νεανικής ιδιοπαθούς αρθρίτιδας. Οι στερεές μορφές με περιεκτικότητα φαρμάκου άνω των 25mg δεν έχουν άδεια χορήγησης σε παιδιά. Η ενέσιμη μορφή (που προορίζεται αποκλειστικά για ενδοφλέβια έγχυση) δεν διαθέτει επίσης άδεια χρήσης σε παιδιά.
- Ο κίνδυνος καρδιαγγειακών επεισοδίων δευτερογενώς λόγω της λήψης ΜΣΑΦ δεν έχει καθορισθεί για τον παιδιατρικό πληθυσμό. Στους ενήλικες, η χρήση όλων των ΜΣΑΦ (συμπεριλαμβανομένων των εκλεκτικών αναστολέων της κυκλοοξυγενάσης-2) μπορεί να συσχετισθεί, σε ποικίλο βαθμό, με μικρή αύξηση του κινδύνου θρομβωτικών επεισοδίων (π.χ. έμφραγμα μυοκαρδίου και εγκεφαλικό επεισόδιο) ανεξάρτητα από προϋπάρχοντες παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου ή από τη διάρκεια χορήγησης των ΜΣΑΦ. Ο κίνδυνος ωστόσο ενδέχεται να είναι μεγαλύτερος για τους ασθενείς εκείνους που λαμβάνουν υψηλές δόσεις για μακρό διάστημα. Μικρή αύξηση του κινδύνου θρόμβωσης δεν μπορεί να αποκλειστεί στα παιδιά.

- Όλα τα ΜΣΑΦ συνδέονται με γαστρεντερική τοξικότητα. Στους ενήλικες, τα δεδομένα σχετικής ασφάλειας των ΜΣΑΦ υποδεικνύουν διαφορές ως προς τον κίνδυνο εμφάνισης σοβαρών ανεπιθύμητων ενεργειών από το ανώτερο πεπτικό: η πιροξικάμη και η κετορολάκη συνδέονται με τον υψηλότερο κίνδυνο, η ινδομεθακίνη, η δικλοφαινάκη και η ναπροξένη με μέτριο κίνδυνο, ενώ η ιβουπροφαίνη με τον χαμηλότερο κίνδυνο (αν και οι υψηλές δόσεις ιβουπροφαίνης έχουν συνδεθεί με μέτριο κίνδυνο).
- Θα πρέπει να χορηγείται με προσοχή σε παιδιά με καρδιακή, ηπατική ή νεφρική ανεπάρκεια, όπως και σε παιδιά με άσθμα.
- Η μικρότερη δόση που μπορεί να δοθεί στην πράξη διά του ορθού είναι 3,125mg, τέμνοντας ένα υπόθετο των 12,5mg σε τέταρτα (τεκμηρίωση: NoRE).
- Για την ενδοφλέβια έγχυση του φαρμάκου, η αραίωση θα πρέπει να γίνεται με διάλυμα γλυκόζης 5% ή χλωριούχου νατρίου 0,9% (με ρυθμιστικό παράγοντα διττανθρακικό νάτριο) και η έγχυση να διενεργείται στη διάρκεια 30-120 λεπτών.
- Τα διασπειρόμενα δισκία (όπου είναι διαθέσιμα) μπορούν να χορηγηθούν μέσω σωλήνα εντερικής σίτισης, κατόπιν διάλυσης αμέσως πριν από τη χορήγηση. Δεν αναμένεται μείωση της βιοδιαθεσιμότητας όταν η χορήγηση του φαρμάκου πραγματοποιηθεί μέσω νηστιδοστομίας.
- Διατίθεται με τις ακόλουθες μορφές: γαστροανθεκτικά δισκία (25mg, 50mg), δισκία τροποποιημένης αποδέσμευσης (25mg, 50mg και 75mg), κάψουλες τροποποιημένης αποδέσμευσης (75mg και 100mg), ενέσιμη μορφή (25mg/ml, εμπορική ονομασία: *Voltarol*®, αποκλειστικά για ενδοφλέβια έγχυση) και υπόθετα (12,5mg, 25mg, 50mg και 100mg).

Τεκμηρίωση: [2, 6, 10, 89]

Διυδροκωδεΐνη

Χρήση

- Εναλλακτική αγωγή της χαμηλής δόσης μορφίνης σύμφωνα με την Κλίμακα Αναλγητικών του Π.Ο.Υ. για την αντιμετώπιση του ήπιου και μέτριου πόνου σε ασθενείς που είναι γνωστό ότι θα μπορέσουν να ωφεληθούν από τη χορήγησή της. Αντιμετώπιση πόνου σύμφωνα με τη βαθμίδα 2 της Κλίμακας του Π.Ο.Υ. (δηλ. μέτριος και/ή διαλείπων πόνος που μπορεί να αντιμετωπιστεί με οπιοειδή).

Δοσολογία και οδοί χορήγησης

Από του στόματος ή μέσω βαθιάς υποδόριας ή ενδομυϊκής ένεσης:

- **Παιδιά 1-3 ετών:** 500μg/kg, κάθε 4-6 ώρες.
- **Παιδιά 4-11 ετών:** αρχική δόση 500μg/kg (μέγιστο: 30mg/δόση) κάθε 4-6 ώρες. Η δόση μπορεί να αυξηθεί αν χρειάζεται έως το 1mg/kg κάθε 4-6 ώρες (μέγιστο: 30mg/δόση).
- **Παιδιά 12-17 ετών:** 30mg (ανώτατη δόση: 50mg μέσω ενδομυϊκής ή βαθιάς υποδόριας ένεσης) κάθε 4-6 ώρες. Από του στόματος μπορούν να χορηγηθούν δόσεις έως 40-80mg, 3 φορές ημερησίως (μέγιστο: 240mg/ημέρα).
- Τα δισκία τροποποιημένης αποδέσμευσης χρησιμοποιούνται ανά 12ωρο (χορηγήστε το ½ της τελευταίας ολικής ημερήσιας δόσης, που θα αποτελέσει την 12ωρη δοσολογία με τη μορφή δισκίων τροποποιημένης αποδέσμευσης). Σε παιδιά ηλικίας 12-18 ετών μπορούν να χορηγηθούν δόσεις έως τα 60-120mg κάθε 12 ώρες.

Σημειώσεις

- Τα περισσότερα σκευάσματα δεν έχουν άδεια χρήσης σε παιδιά κάτω των 4 ετών.
- Η ισχύς του φαρμάκου είναι περίπου το 1/5 της μορφίνης που χορηγείται από του στόματος (συντελεστής μετατροπής σε ισοδύναμη δόση μορφίνης από του στόματος: 0,2).
- Προκαλεί μέτρια δυσκοιλιότητα σε σύγκριση με τη μορφίνη/διαμορφίνη.
- Η διυδροκωδεΐνη αποτελεί η ίδια ενεργό ουσία και δεν συνιστά προφάρμακο.
- Η βιοδιαθεσιμότητα μετά τη λήψη από του στόματος είναι 20%, συνεπώς αναμένεται να εμφανίζει ισοδύναμη αναλγησία με την κωδεΐνη από του στόματος (οι απόψεις ωστόσο διίστανται). Η ενέσιμη μορφή διαθέτει δι-

πλάσια ισχύ σε σύγκριση με την κωδεΐνη.

- Ο χρόνος που απαιτείται για την έναρξη δράσης των δισκίων άμεσης αποδέσμευσης είναι 30 λεπτά και η διάρκεια δράσης τους 4 ώρες.
- Οι ανεπιθύμητες ενέργειες είναι εκείνες των άλλων οπιοειδών και επιπλέον: παραλυτικός ειλεός, κοιλιακό άλγος, παραισθησία.
- Προφυλάξεις: θα πρέπει να αποφύγεται η χορήγηση του φαρμάκου ή να ελαττώνεται η δοσολογία σε ηπατική ή νεφρική ανεπάρκεια.
- Το πόσιμο διάλυμα μπορεί να χορηγηθεί μέσω σωλήνα εντερικής σίτισης κατόπιν αραιώσης με ίσο όγκο ύδατος πριν από τη χορήγηση.
- Διατίθεται με τις ακόλουθες μορφές: δισκία άμεσης αποδέσμευσης (30mg, 40mg), πόσιμο διάλυμα (10mg/5ml), ενέσιμη μορφή (Ελεγχόμενο Φάρμακο Πίνακα 2) (50mg/ml σε φύσιγγες του 1ml) και δισκία τροποποιημένης αποδέσμευσης (60mg, 90mg, 120mg). Εκτός από την ενέσιμη μορφή, οι άλλες μορφές διυδροκωδεΐνης κατατάσσονται στα Ελεγχόμενα Φάρμακα του Πίνακα 5.

Τεκμηρίωση: [2, 5, 65, 89] ARE, NoRE για την ενέσιμη μορφή

Δοκουσάτη

Χρήση

- Δυσκοιλιότητα (μαλακτικό κοπράνων).

Δοσολογία και οδοί χορήγησης

Από του στόματος:

- **Παιδιά 6 μηνών-1 έτους:** αρχική δόση 12,5mg, 3 φορές ημερησίως και προσαρμογή της δόσης ανάλογα με την ανταπόκριση.
- **Παιδιά 2-11 ετών:** αρχική δόση 12,5mg, 3 φορές ημερησίως, η οποία μπορεί να αυξηθεί έως τα 25mg, 3 φορές ημερησίως ανάλογα με τις ανάγκες και ακολούθως να γίνει περαιτέρω προσαρμογή της δόσης σύμφωνα με την ανταπόκριση.
- **Παιδιά 12-17 ετών:** αρχική δόση 100mg, 3 φορές ημερησίως και ακολούθως προσαρμογή της δόσης σύμφωνα με τις ανάγκες και την ανταπόκριση, έως τα 500mg/ημέρα σε διαιρεμένες δόσεις.

Διά του ορθού:

- **Παιδιά 12-17 ετών:** 1 υποκλυσμός ως εφάπαξ χορήγηση.

Σημειώσεις

- Το πόσιμο διάλυμα για ενήλικες και οι κάψουλες δεν διαθέτουν άδεια χορήγησης σε παιδιά μικρότερα των 12 ετών.
- Τα σκευάσματα για λήψη από του στόματος δρουν εντός 1-2 ημερών.
- Τα σκευάσματα για χρήση διά του ορθού δρουν εντός 20 λεπτών.
- Ο μηχανισμός δράσης του φαρμάκου περιλαμβάνει γαλακτωματοποίηση, εισχώρηση νερού στα κόπρανα και ήπια διέγερση της κινητικότητας του εντέρου.
- Τα διεγερτικά υπακτικά θα πρέπει να αποφεύγονται σε εντερική απόφραξη.
- Για χορήγηση από του στόματος, το διάλυμα μπορεί να αναμειχθεί με γάλα ή χυμό. Το πόσιμο διάλυμα μπορεί να χορηγηθεί μέσω σωλήνα εντερικής σίτισης. Η άμεση χορήγηση διαμέσου της νήσιδας δεν επηρεάζει τη φαρμακολογική δράση.
- Μπορεί να γίνει υπέρβαση των συνιστώμενων δόσεων κατόπιν συμβουλής ειδικού ιατρού.

- Διατίθεται με τις ακόλουθες μορφές: κάψουλες (100mg), πόσιμο διάλυμα (12,5mg/5ml για παιδιατρική χρήση, 50mg/5ml για ενήλικες) και διάλυμα για υποκλυσμό (120mg σε συσκευασία των 10g για εφάπαξ χορήγηση).

Τεκμηρίωση: [2]

Δομπεριδόνη

Σύμφωνα με τη Ρυθμιστική Αρχή Φαρμάκων και Προϊόντων Υγείας (Απρίλιος 2014): υφίσταται συσχέτιση της δομπεριδόνης με μικρή αύξηση του κινδύνου σοβαρών ανεπιθύμητων ενεργειών από το καρδιαγγειακό σύστημα. Η χρήση της έχει πλέον περιοριστεί στην ανακούφιση των συμπτωμάτων της ναυτίας και του εμέτου, ενώ η δοσολογία και η διάρκεια χορήγησής της έχουν μειωθεί. Η δομπεριδόνη πλέον **αντενδείκνυται** σε άτομα με υποκείμενα καρδιολογικά νοσήματα και άλλους παράγοντες κινδύνου.

Η χρήση της δομπεριδόνης στην ανακουφιστική φροντίδα εξαιρείται από τις παραπάνω συστάσεις, ΩΣΤΟΣΟ θα πρέπει σε κάθε περίπτωση να χορηγείται με προσοχή.

Οι ενδείξεις και τα δοσολογικά σχήματα που παρατίθενται στη συνέχεια αφορούν κατά κανόνα μη αδειοδοτημένη χρήση σε συγκεκριμένο πληθυσμό. Θα πρέπει να χορηγείται η χαμηλότερη δόση που είναι αποτελεσματική. Το φάρμακο δεν θα πρέπει να χρησιμοποιείται σε άτομα με γνωστά καρδιολογικά προβλήματα ή άλλους παράγοντες κινδύνου.

Θα πρέπει να διενεργείται ηλεκτροκαρδιογραφικός έλεγχος πριν από την έναρξη χορήγησης του φαρμάκου και ακολούθως να παρακολουθείται το QTC διάστημα ώστε να εξασφαλιστεί η ασφάλεια λήψης της δομπεριδόνης.

Χρήση

- Ναυτία και έμετος, όπου ευθύνεται η πτωχή γαστρεντερική κινητικότητα
- Γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση ανθεκτική σε άλλη αγωγή.

Δοσολογία και οδοί χορήγησης

Για την αντιμετώπιση της ναυτίας και του εμέτου

Από του στόματος:

- **Νεογνά:** 250μg/kg, 3 φορές ημερησίως, δόση που μπορεί να αυξηθεί αν είναι απαραίτητο έως τα 400μg/kg, 3 φορές ημερησίως.
- **Παιδιά >1 μηνός και με σωματικό βάρος ≤ 35 kg:** αρχική δόση 250μg/kg, 3-4 φορές ημερησίως, η οποία μπορεί να αυξηθεί αν είναι απαραίτητο έως τα 500μg/kg, 3-4 φορές ημερησίως. Ανώτατη δόση: 2,4mg/kg (ή 80mg) το 24ωρο.

- **Παιδιά με σωματικό βάρος >35 kg:** αρχική δόση 10mg, 3-4 φορές ημερησίως, η οποία μπορεί να αυξηθεί αν είναι απαραίτητο έως τα 20mg, 3-4 φορές ημερησίως. Ανώτατη δόση: 80mg το 24ωρο.

Για την αντιμετώπιση της γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης και της γαστρεντερικής στάσης

Από του στόματος:

- **Νεογνά:** αρχική δόση 100μg/kg, 4-6 φορές ημερησίως πριν από τη σίτιση. Η δόση μπορεί να αυξηθεί αν είναι απαραίτητο έως την ανώτατη δοσολογία των 300μg/kg, 4-6 φορές ημερησίως.
- **Παιδιά 1 μηνός-11 ετών:** αρχική δόση 200μg/kg (ανώτατη εφάπαξ δόση: 10mg) 3-4 φορές ημερησίως πριν από τα γεύματα. Η δόση μπορεί να αυξηθεί αν είναι απαραίτητο έως τα 400μg/kg, 3-4 φορές ημερησίως. Ανώτατη εφάπαξ δόση: 20mg.
- **Παιδιά 12-17 ετών:** αρχική δόση 10mg, 3-4 φορές ημερησίως πριν από τα γεύματα. Η δόση μπορεί να αυξηθεί αν είναι απαραίτητο έως τα 20mg, 3-4 φορές ημερησίως.

Σημειώσεις

- Η δομπεριδόνη μπορεί να συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο σοβαρών κοιλιακών αρρυθμιών ή αιφνίδιου θανάτου καρδιακής αιτιολογίας.
- Το φάρμακο αντενδείκνυται σε άτομα:
 - με παθήσεις όπου η καρδιακή αγωγιμότητα είναι, ή θα μπορούσε να είναι, επηρεασμένη
 - με υποκείμενες καρδιολογικές παθήσεις, όπως η συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια
 - που λαμβάνουν άλλα φάρμακα τα οποία είναι γνωστό ότι παρατείνουν το διάστημα QT (π.χ. ερυθρομυκίνη, κετοконаζόλη) ή αποτελούν ισχυρούς αναστολείς του CYP3A4
 - που εμφανίζουν σοβαρή ηπατική ανεπάρκεια.
- Ο παραπάνω κίνδυνος μπορεί να είναι μεγαλύτερος όταν χορηγούνται ημερήσιες δόσεις υψηλότερες των 30mg. Θα πρέπει να χρησιμοποιείται η χαμηλότερη δόση που είναι αποτελεσματική.
- Το φάρμακο δεν διαθέτει άδεια χορήγησης για την ένδειξη της γαστρεντερικής στάσης, ούτε σε παιδιά με γαστροοισοφαγική παλινδρομική νόσο.

- Σε σύγκριση με τη μετοκλοπραμίδη, η πιθανότητα εξωπυραμидικών παρενεργειών είναι μικρότερη καθώς διαπερνά σε μικρότερο βαθμό τον αιματοεγκεφαλικό φραγμό.
- Προάγει τη γαστρεντερική κινητικότητα, συνεπώς η διάρροια μπορεί να αποτελέσει μη επιθυμητή (ή και επωφελή) παρενέργεια.
- Δεν θα πρέπει να χορηγείται σε ασθενείς με ηπατική δυσλειτουργία.
- Για χορήγηση μέσω σωλήνα εντερικής σίτισης: μπορεί να χρησιμοποιηθεί το εναιώρημα, αν και θα πρέπει να ληφθεί υπόψη η ολική ημερήσια δόση σορβιτόλης. Αν χορηγηθεί μέσω της νήστιδας, το εναιώρημα θα πρέπει να αραιωθεί με ίσο τουλάχιστον όγκο ύδατος, αμέσως πριν από τη χορήγηση.
- Διατίθεται με τις ακόλουθες μορφές: δισκία (10mg), πόσιμο εναιώρημα (5mg/5ml).

Τεκμηρίωση: [2, 3, 6, 10, 153-158]

Ερυθρομυκίνη

Χρήση

- Γαστρεντερική στάση (αγωνιστής υποδοχέων της μοτιλίνης).

Δοσολογία και οδοί χορήγησης

Από του στόματος ή μέσω ενδοφλέβιας έγχυσης:

- **Νεογνά:** 3mg/kg, 4 φορές ημερησίως
- **Παιδιά 1 μηνός-17 ετών:** 3mg/kg, 4 φορές ημερησίως
- **Ενήλικες:** 250-500mg, 3 φορές ημερησίως.

Σημειώσεις

- Δεν διαθέτει άδεια χορήγησης σε παιδιά για την ένδειξη της γαστρεντερικής στάσης.
- Η ερυθρομυκίνη αποβάλλεται κυρίως μέσω του ήπατος, απαιτείται συνεπώς προσοχή κατά τη χορήγηση του αντιβιοτικού σε ασθενείς με επηρεασμένη ηπατική λειτουργία ή όταν συγχορηγούνται δυνητικά ηπατοτοξικοί παράγοντες.
- Η ερυθρομυκίνη αποτελεί γνωστό αναστολέα του ενζυμικού συστήματος του κυτοχρώματος P450 και μπορεί να αυξήσει τη συγκέντρωση στον ορό των φαρμάκων που μεταβολίζονται από το σύστημα αυτό. Θα πρέπει να υφίσταται κατάλληλη παρακολούθηση του ασθενούς καθώς και προσαρμογή της δοσολογίας σύμφωνα με τις ανάγκες του. Ιδιαίτερη μέριμνα θα πρέπει να λαμβάνεται όσον αφορά τη λήψη φαρμάκων που είναι γνωστό ότι παρατείνουν το διάστημα QT του ηλεκτροκαρδιογραφήματος.
- Για χορήγηση μέσω σωλήνα εντερικής σίτισης, συνιστάται η χρήση του εναιωρήματος κατόπιν αραιώσης με ίσο όγκο νερού πριν από τη χορήγηση.
- Το φάρμακο απορροφάται από το λεπτό έντερο, συνεπώς δεν ανακύπτουν ζητήματα κατά τη χορήγησή του μέσω της νήσιδας.
- Διατίθεται με τις ακόλουθες μορφές: δισκία (250mg, 500mg) και πόσιμο εναιώρημα (125mg/5ml, 250mg/5ml, 500mg/5ml).

Τεκμηρίωση: [2, 162, 163] WRE

Ετορικοξίμπη

Χρήση

- Αντιφλεγμονώδες, αναλγητικό καθώς και συμπληρωματική αγωγή για την αντιμετώπιση του μυοσκελετικού πόνου.

Δοσολογία και οδοί χορήγησης

Από του στόματος:

- **Παιδιά 12-15 ετών:** αρχική δόση 30mg εφάπαξ ημερησίως, η οποία μπορεί να αυξηθεί σύμφωνα με τις ανάγκες και την ανοχή έως το μέγιστο των 60mg εφάπαξ ημερησίως.
- **Παιδιά 16 ετών και μεγαλύτερα:** συνήθης δόση 30-60mg, εφάπαξ ημερησίως. Δόση ίση με 90mg ημερησίως μπορεί να χορηγηθεί σε βραχυχρόνια βάση, μέχρι να ελεγχθούν τα συμπτώματα και ακολούθως να επιχειρηθεί η μείωση της δόσης στα 60mg ημερησίως. Δόσεις έως 120mg έχουν χρησιμοποιηθεί για βραχυχρόνια διαστήματα στην οξεία ουρική αρθρίτιδα σε ενήλικους.

Σημειώσεις

- Το φάρμακο αποτελεί εκλεκτικό αναστολέα της κυκλοοξυγενάσης-2 για χορήγηση από του στόματος.
- Η ετορικοξίμπη δεν διαθέτει άδεια χορήγησης σε παιδιά μικρότερα των 16 ετών. Η φαρμακοκινητική της σε παιδιά μικρότερα των 12 ετών δεν έχει μελετηθεί.
- Η ετορικοξίμπη μπορεί να συγκαλύψει τον πυρετό καθώς και άλλα σημεία φλεγμονής.
- Όλα τα ΜΣΑΦ θα πρέπει να χρησιμοποιούνται με προσοχή σε παιδιά με ιστορικό υπερευαισθησίας σε οποιοδήποτε ΜΣΑΦ καθώς και σε παιδιά με διαταραχές πήξης. Ωστόσο η ετορικοξίμπη ενδέχεται να γίνεται καλύτερα ανεκτή σε σύγκριση με άλλα ΜΣΑΦ, από ασθενείς με γνωστή υπερευαισθησία.
- Το φάρμακο αντενδείκνυται σε ασθενείς που εμφανίζουν ενεργό πεπτικό έλκος ή ενεργό αιμορραγία του πεπτικού, σοβαρή ηπατική ή νεφρική δυσλειτουργία, φλεγμονώδη νόσο του εντέρου ή συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια.
- Ο κίνδυνος καρδιαγγειακών συμβαμάτων δευτερογενώς λόγω της χορήγησης ΜΣΑΦ δεν έχει καθορισθεί επαρκώς στα παιδιά. Όλα τα ΜΣΑΦ συνδέονται με γαστρεντερική τοξικότητα. Σε ενήλικες, τα δεδομένα σχε-

τικής ασφάλειας των ΜΣΑΦ υποδεικνύουν διαφορές ως προς τον κίνδυνο σοβαρών παρενεργειών από το ανώτερο πεπτικό, με την πιροξικάμη και την κετορολόκη να συσχετίζονται με τον υψηλότερο κίνδυνο και την ιβουπροφαίνη, όταν χορηγείται σε χαμηλές και μέτριες δόσεις, με τον μικρότερο κίνδυνο. Τα παιδιά φαίνεται να ανέχονται τα ΜΣΑΦ καλύτερα από τους ενήλικες ενώ οι ανεπιθύμητες ενέργειες από το πεπτικό είναι λιγότερο συχνές στα παιδιά, ωστόσο υπαρκτές.

- Συχνές ανεπιθύμητες ενέργειες (1-10% ασθενών): φατνιακή οστεΐτιδα, οίδημα/κατακράτηση υγρών, ζάλη, κεφαλαλγία, αίσθημα παλμών, αρρυθμία, υπέρταση, βρογχόσπασμος, κοιλιακό άλγος, δυσκοιλιότητα, μετεωρισμός, γαστρίτιδα, αίσθημα καύσου/όξινες αναγωγές, διάρροια, δυσπεψία/επιγαστρικές διαταραχές, ναυτία, έμετοι, οισοφαγίτιδα, έλκη στόματος, αύξηση της ALT, αύξηση της AST, εκχυμώσεις, αδυναμία/κόπωση, συμπτωματολογία γρίπης.
- Υφίστανται δυνητικές αλληλεπιδράσεις με φαρμακευτικούς παράγοντες στους οποίους περιλαμβάνονται η βαρφαρίνη (αύξηση του INR), τα διουρητικά, οι αναστολείς του μετατρεπτικού ενζύμου της αγγειοτενσίνης και οι ανταγωνιστές της αγγειοτενσίνης II (αυξημένος κίνδυνος επιβλαβούς επίδρασης στη νεφρική λειτουργία). Η ετορικοξίμη ΔΕΝ φαίνεται να αναστέλλει ή να επάγει τα ισοένζυμα CYP, ωστόσο η κύρια οδός μεταβολισμού της εξαρτάται από τα ένζυμα CYP (κυρίως από το CYP3A4) και συνεπώς η συγχορήγηση φαρμάκων που επάγουν ή αναστέλλουν την οδό αυτή ενδέχεται να επηρεάσουν τον μεταβολισμό της.
- Τα δισκία ετορικοξίμης μπορούν να διαλυθούν σε 10ml ύδατος αποδίδοντας λεπτά κοκκία τα οποία καθιζάνουν ταχύτατα αλλά διαλύονται εύκολα και απομακρύνονται κατά την έπλυση ρινογαστρικού καθετήρα ή σωλήνα γαστροστομίας διαμέτρου 8Fr, χωρίς τον κίνδυνο απόφραξης. Δεν υφίστανται ειδικά δεδομένα όσον αφορά τη χορήγηση του φαρμάκου διαμέσου της νήστιδας. Στις περιπτώσεις αυτές, προτείνεται η χορήγηση να διενεργείται σύμφωνα με την παραπάνω διαδικασία και ο ασθενής να παρακολουθείται για τυχόν απώλεια της δραστηριότητας ή αύξηση των ανεπιθύμητων ενεργειών της ετορικοξίμης.
- Διατίθεται με τις ακόλουθες μορφές: δισκία επικαλυμμένα με υμένιο 30mg, 60mg, 90mg, 120mg. Τα δισκία περιέχουν λακτόζη.

Τεκμηρίωση: [1, 164, 165] WRE, ARE

Ιβουπροφαίνη

Χρήση

- Απλό αναλγητικό
- Αντιπυρετικό
- Συμπληρωματική αγωγή για την αντιμετώπιση του μυοσκελετικού πόνου.

Δοσολογία και οδοί χορήγησης

Από του στόματος:

- **Νεογνά:** 5mg/kg/δόση κάθε 12 ώρες.
- **Παιδιά 1-2 μηνών:** 5mg/kg, 3-4 φορές ημερησίως κατά προτίμηση μετά τη λήψη τροφής.
- **Παιδιά 3-5 μηνών:** 50mg, 3 φορές ημερησίως κατά προτίμηση μετά τη λήψη τροφής. Σε σοβαρές περιπτώσεις μπορούν να χορηγηθούν έως 30mg/kg ημερησίως, διαιρεμένα σε 3-4 δόσεις.
- **Παιδιά 6-11 μηνών:** 50mg, 3-4 φορές ημερησίως κατά προτίμηση μετά τη λήψη τροφής. Σε σοβαρές περιπτώσεις μπορούν να χορηγηθούν έως 30mg/kg ημερησίως σε 3-4 διαιρεμένες δόσεις.
- **Παιδιά 1-3 ετών:** 100mg, 3 φορές ημερησίως κατά προτίμηση μετά τη λήψη τροφής. Σε σοβαρές περιπτώσεις μπορούν να χορηγηθούν έως 30 mg/kg ημερησίως σε 3-4 διαιρεμένες δόσεις.
- **Παιδιά 4-6 ετών:** 150mg, 3 φορές ημερησίως κατά προτίμηση μετά τη λήψη τροφής. Σε σοβαρές περιπτώσεις μπορούν να χορηγηθούν έως 30mg/kg ημερησίως σε 3-4 διαιρεμένες δόσεις.
- **Παιδιά 7-9 ετών:** 200mg, 3 φορές ημερησίως κατά προτίμηση μετά τη λήψη τροφής. Σε σοβαρές περιπτώσεις μπορούν να χορηγηθούν έως 30mg/kg ημερησίως σε 3-4 διαιρεμένες δόσεις. Ανώτατη ημερήσια δόση: 2,4g.
- **Παιδιά 10-11 ετών:** 300mg, 3 φορές ημερησίως κατά προτίμηση μετά τη λήψη τροφής. Σε σοβαρές περιπτώσεις μπορούν να χορηγηθούν έως 30mg/kg ημερησίως σε 3-4 διαιρεμένες δόσεις. Ανώτατη ημερήσια δόση: 2,4g.
- **Παιδιά 12-17 ετών:** 300-400mg, 3-4 φορές ημερησίως κατά προτίμηση μετά τη λήψη τροφής. Σε σοβαρές περιπτώσεις η δόση μπορεί να αυξηθεί έως το μέγιστο των 2,4 g/24ωρο.

Πόνος και φλεγμονή (χορήγηση από του στόματος, με χρήση των μορφών τροποποιημένης αποδέσμευσης)

- **Παιδιά 12-17 ετών:** 1,6g εφάπαξ ημερησίως, δόση λαμβανομένη κατά προτίμηση τις πρώτες βραδινές ώρες και η οποία μπορεί να αυξηθεί έως τα 2,4g ημερησίως σε 2 διαιρεμένες δόσεις. Η αύξηση της δοσολογίας θα πρέπει να διενεργείται αποκλειστικά σε σοβαρές περιπτώσεις.

Πόνος και φλεγμονή σε ρευματικά νοσήματα, συμπεριλαμβανομένης της ιδιοπαθούς νεανικής αρθρίτιδας

- **Παιδιά 3 μηνών-8 ετών και με σωματικό βάρος >5kg:** 30-40mg/kg ημερησίως σε 3-4 διαιρεμένες δόσεις κατά προτίμηση μετά τη λήψη τροφής. Ανώτατη δόση: 2,4g ημερησίως.

Στη συστηματική νεανική ιδιοπαθή αρθρίτιδα

- Έως 60mg/kg ημερησίως σε 4-6 διαιρεμένες δόσεις μέχρι το μέγιστο των 2,4g ημερησίως (εκτός εγκεκριμένων ενδείξεων).

Σημειώσεις

- **Η χορήγηση θα επιφέρει σύγκλιση του βοτάλειου πόρου, συνεπώς αντενδείκνυται σε συγγενή καρδιοπάθεια που εξαρτάται από τη βατότητα του πόρου.**
- Διαθέτει άδεια ως «ορφανό» φάρμακο για την ένδειξη της σύγκλεισης του βοτάλειου πόρου σε πρόωρα νεογνά.
- Η χορήγηση σε παιδιά κάτω των 3 μηνών ή με σωματικό βάρος μικρότερο των 5kg διενεργείται εκτός εγκεκριμένων ενδείξεων. Εξαιρείται η ένδειξη του πυρετού κατόπιν ανοσοποίησης έως το μέγιστο των δύο δόσεων (50mg/δόση με ελάχιστο μεσοδιάστημα 6 ωρών).
- Τα σκευάσματα για τοπική χρήση και τα κοκκία για λήψη από του στόματος δεν διαθέτουν άδεια χορήγησης σε παιδιά.
- Η ιβουπροφαίνη συνδυάζει αντιφλεγμονώδεις, αναλγητικές και αντιπυρετικές ιδιότητες. Εμφανίζει λιγότερες ανεπιθύμητες ενέργειες από άλλα ΜΣΑΦ αλλά οι αντιφλεγμονώδεις ιδιότητές της είναι ασθενέστερες.
- Αποτελεί μη οπιοειδές αναλγητικό, ΜΣΑΦ καθώς και μη εκλεκτικό αναστολέα της κυκλοοξυγενάσης.
- Η αναλγητική της δράση ενδέχεται να είναι ίδιας ισχύος με τη χαμηλή δόση μορφίνης.
- Ο κίνδυνος καρδιαγγειακών συμβαμάτων δευτερογενώς λόγω της χορήγησης

ΜΣΑΦ δεν έχει καθορισθεί επαρκώς στα παιδιά. Στους ενήλικες, η χρήση όλων των ΜΣΑΦ (συμπεριλαμβανομένων των εκλεκτικών αναστολέων της κυκλοοξυγενάσης-2) μπορεί να συσχετιστεί, σε ποικίλο βαθμό, με μικρή αύξηση του κινδύνου θρομβωτικών επεισοδίων (π.χ. έμφραγμα μυοκαρδίου και εγκεφαλικό επεισόδιο), ανεξάρτητα από προϋπάρχοντες παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου ή από τη διάρκεια χορήγησης των ΜΣΑΦ. Ωστόσο, ο μεγαλύτερος κίνδυνος ενδέχεται να αφορά τους ασθενείς εκείνους που λαμβάνουν υψηλές δόσεις του φαρμάκου σε μακροχρόνια βάση. Μικρή αύξηση του κινδύνου θρομβώσεων δεν μπορεί να αποκλειστεί στα παιδιά.

- Όλα τα ΜΣΑΦ συνδέονται με γαστρεντερική τοξικότητα. Σε ενήλικες, τα δεδομένα σχετικής ασφάλειας των ΜΣΑΦ υποδεικνύουν διαφορές ως προς τον κίνδυνο σοβαρών παρενεργειών από το ανώτερο πεπτικό, με την πιροξικάμη και την κετορολόκη να συσχετίζονται με τον υψηλότερο κίνδυνο, την ινδομεθακίνη, τη δικλοφαινάκη και τη ναπροξένη με ενδιάμεσο και την ιβουπροφαίνη, με τον μικρότερο κίνδυνο (αν και υψηλές δόσεις ιβουπροφαίνης έχουν συσχετιστεί με ενδιάμεσο κίνδυνο).
- Απαιτείται προσοχή στο άσθμα όπως και κατά τη διάρκεια χημειοθεραπείας. Θα πρέπει να αναζητούνται συμπτώματα και σημεία γαστρίτιδας.
- Θα πρέπει να εκτιμάται η χρήση ενός αναστολέα της αντλίας πρωτονίων σε περιπτώσεις παρατεινόμενης χορήγησης της ιβουπροφαίνης.
- Για χορήγηση μέσω σωλήνα εντερικής σίτισης, θα πρέπει να χρησιμοποιείται η υγρή μορφή αφού αραιωθεί με ίσο όγκο νερού αμέσως πριν από τη χορήγηση, όπου είναι εφικτό. Δεν υφίστανται ειδικά δεδομένα όσον αφορά τη χορήγηση του φαρμάκου διαμέσου της νήστιδας, η οποία προτείνεται να διενεργείται σύμφωνα με την παραπάνω διαδικασία και ο ασθενής να παρακολουθείται για τυχόν απώλεια της δραστηριότητας ή αύξηση των ανεπιθύμητων ενεργειών του φαρμάκου.
- Η ιβουπροφαίνη μπορεί να χρησιμοποιηθεί τοπικά, ειδικά σε διαστρέμματα και εξάρθρατα, όπως και σε περιπτώσεις αρθρίτιδας.
- Διατίθεται με τις ακόλουθες μορφές: δισκία (200mg, 400mg, 600mg), δισκία τροποποιημένης αποδέσμευσης (800mg), δισκία διασπειρόμενα στο στόμα (200mg), μασώμενες κάψουλες (100mg), κάψουλες (200mg, 400mg), κάψουλες τροποποιημένης αποδέσμευσης (200mg, 300mg), πόσιμο σιρόπι (100mg/5ml), κοκκία (600mg/φακελίσκο), εκνέφωμα, αφρός (50mg ανά 1g), αλοιφή και γέλη (5%).

Τεκμηρίωση: [1-3, 10, 246-250]

Ιπρατρόπιο βρωμιούχο

Χρήση

- Συριγμός/δύσπνοια λόγω βρογχόσπασμου
- Τοπική χρήση για αντιμετώπιση της σιερόρροιας (λιγότερες συστηματικές παρενέργειες)
- Ρινόρροια που συσχετίζεται με ρινίτιδα αλλεργικής ή μη αιτιολογίας.

Δοσολογία και οδοί χορήγησης

Διάλυμα για εισπνοή μέσω νεφελοποιητή:

- **Παιδιά 1 μηνός-5 ετών:** 125-250μg σύμφωνα με τις ανάγκες, ανώτατη δόση: 1mg ημερησίως
- **Παιδιά 6-11 ετών:** 250μg σύμφωνα με τις ανάγκες, ανώτατη δόση: 1mg ημερησίως
- **Παιδιά 12-17 ετών:** 500μg σύμφωνα με τις ανάγκες, ανώτατη δόση: 2mg ημερησίως.

Αερόλυμα για εισπνοή:

- **Παιδιά 1 μηνός-5 ετών:** 20μg, 3 φορές ημερησίως
- **Παιδιά 6-11 ετών:** 20-40μg, 3 φορές ημερησίως
- **Παιδιά 12-17 ετών:** 20-40μg, 3-4 φορές ημερησίως.

Ρινόρροια που συσχετίζεται με ρινίτιδα αλλεργικής ή μη αιτιολογίας

Μέσω ενδορινικής χορήγησης:

- **Παιδιά 12-17 ετών:** 2 ψεκασμοί, 2-3 φορές ημερησίως, δόση που εφαρμόζεται εντός κάθε ρώθωνα.

Σημειώσεις

- Το εισπνεόμενο προϊόν θα πρέπει να χρησιμοποιείται με τον κατάλληλο αεροθάλαμο εισπνοών και το παιδί/ο φροντιστής θα πρέπει να εκπαιδευτούν στην ορθή χρήση του.
- Στο οξύ άσθμα, το φάρμακο θα πρέπει να χορηγείται μέσω νεφελοποιητή οξυγόνου.
- Μέγιστη δράση: 30-60 λεπτά μετά τη χορήγηση.
- Διάρκεια δράσης: 3-6 ώρες.
- Κατά κανόνα, η βρογχοδιαστολή μπορεί να διατηρηθεί με χορήγηση του

φαρμάκου 3 φορές ημερησίως.

- Σε σοβαρό οξύ άσθμα, η δόση μπορεί να επαναλαμβάνεται κάθε 20-30 λεπτά κατά τις δύο πρώτες ώρες και ακολούθως κάθε 4-6 ώρες, σύμφωνα με τις ανάγκες.
- Οι αντιμουςκαρινικές παρενέργειες του φαρμάκου εμφανίζονται με τη συστηματική απορρόφησή του. Σε αυτές περιλαμβάνονται οι εξής: δυσκοιλιότητα, κατακράτηση ούρων, ταχυκαρδία, θάμβος οράσεως.
- Διατίθεται με τις ακόλουθες μορφές: διάλυμα για εισπνοή μέσω εκνεφωτή (νεφελοποιητή) (250μg σε 1ml, 500μg σε 2ml), αερόλυμα για εισπνοή σταθερών δόσεων (inhaler) (20μg ανά ενεργοποίηση της συσκευής) και ρινικό εκνέφωμα σταθερών δόσεων (21μg ανά ενεργοποίηση της συσκευής).

Τεκμηρίωση: [2, 6, 251, 252] SRE

Καρβαμαζεπίνη

Χρήση

Νευροπαθητικός πόνος

- Ορισμένες διαταραχές κινητικότητας
- Αντιεπιληπτικό.

Δοσολογία και οδοί χορήγησης

Από του στόματος:

- **Νεογνά:** Η εμπειρία από τη χρήση του φαρμάκου είναι περιορισμένη. Αρχική δόση: 5mg/kg δύο φορές ημερησίως.
- **Παιδιά 1 μηνός-11 ετών:** αρχική δόση 5mg/kg το βράδυ ή 2,5mg/kg δύο φορές ημερησίως, δόση που μπορεί να αυξηθεί ανάλογα με τις ανάγκες κατά 2,5-5mg/kg ανά 3-7 ημέρες. Συνήθης δόση συντήρησης: 5mg/kg, 2-3 φορές ημερησίως. Έχει επίσης χρησιμοποιηθεί δοσολογία έως τα 20mg/kg/ημέρα σε διαιρεμένες δόσεις.
- **Παιδιά 12-17 ετών:** αρχική δόση 100-200mg, 1-2 φορές ημερησίως, η οποία μπορεί να αυξηθεί αργά έως τη συνήθη δόση συντήρησης των 200-400mg, 2-3 φορές ημερησίως. Ανώτατη δόση: 1,8g/ημέρα σε διαιρεμένες δόσεις.

Διά του ορθού:

- **Παιδιά 1 μηνός-17 ετών:** χορηγήστε περίπου 25% υψηλότερη δόση από εκείνη που λαμβάνεται από του στόματος (ανώτατη εφάπαξ δόση: 250mg), μέχρι 4 φορές ημερησίως.

Σημειώσεις

- Η χορήγηση σε παιδιά με νευροπαθητικό πόνο διενεργείται εκτός εγκεκριμένων ενδείξεων.
- Ενδέχεται να προκληθούν σοβαρές αιματολογικές, ηπατικές και δερματικές διαταραχές. Οι γονείς θα πρέπει να εκπαιδευτούν πώς να αναγνωρίζουν τις ενδείξεις αυτών των καταστάσεων, ιδιαίτερα της λευκοπενίας.
- Υφίστανται ποικίλες αλληλεπιδράσεις με άλλα φάρμακα, συμπεριλαμβανομένων των χημειοθεραπευτικών παραγόντων.
- Μπορεί να επέλθει υπεραλγησία κατά την απότομη διακοπή του φαρμάκου.

- Οι ασθενείς που λαμβάνουν καρβαμαζεπίνη, μόνη ή σε συνδυασμό με φανυτοΐνη, παρατηρείται ότι χρειάζονται υψηλότερη δόση φαιντανύλης από εκείνους που δεν λαμβάνουν τα παραπάνω αντιεπιληπτικά. Η καρβαμαζεπίνη φαίνεται ότι αυξάνει την παραγωγή ενός πιο ισχυρού μεταβολίτη της κωδεΐνης, της νορμορφίνης. Επίσης η καρβαμαζεπίνη μειώνει τις συγκεντρώσεις της τραμαδόλης, παρατηρείται επίσης ότι ελαττώνει τις συγκεντρώσεις της οξυκωδόνης, ενώ υπάρχουν δεδομένα ότι μειώνει τη συγκέντρωση και την αποτελεσματικότητα της βουπρενορφίνης.
- Τα διάφορα σκευάσματα ενδέχεται να εμφανίζουν διακυμάνσεις στη βιοδιαθεσιμότητα της καρβαμαζεπίνης, συνεπώς προτείνεται να αποφεύγεται η εναλλαγή σκευασμάτων ή εμπορικών ονομασιών.
- Τα υπόθετα των 125mg είναι περίπου ισοδύναμα με τα δισκία των 100mg.
- Το πόσιμο διάλυμα έχει χορηγηθεί διά του ορθού – στην περίπτωση αυτή θα πρέπει να παραμένει στην περιοχή για τουλάχιστον 2 ώρες αν είναι εφικτό, ενδέχεται ωστόσο να δράσει υπακτικά.
- Για χορήγηση μέσω σωλήνα εντερικής σίτισης, μπορεί να χρησιμοποιηθεί η υγρή μορφή, κατόπιν αραιώσης με ίσο όγκο ύδατος αμέσως πριν από τη χορήγηση. Λόγω του υψηλού ιξώδους, χρειάζεται να ασκηθεί πίεση στη σύριγγα ώστε να προωθηθεί το διάλυμα εντός του αυλού του σωλήνα. Αν χορηγείται δοσολογία υψηλότερη των 400mg/ημέρα, θα πρέπει να διαιρεθεί σε 4 ισόποσες δόσεις. Δόσεις υψηλότερες των 800mg/ημέρα ενδέχεται να προκαλέσουν μετεωρισμό λόγω του περιεχομένου του διαλύματος σε σορβιτόλη. Δεν υφίστανται ειδικά δεδομένα όσον αφορά τη χορήγηση της καρβαμαζεπίνης διαμέσου της νήστιδας, η οποία προτείνεται να διενεργείται με την παραπάνω διαδικασία. Είναι πιθανό να παρατηρηθεί αύξηση των ανεπιθύμητων ενεργειών, όπως της ζάλης, λόγω της ταχείας εισόδου του φαρμάκου στο λεπτό έντερο. Ο ασθενής θα πρέπει να παρακολουθείται για τυχόν αύξηση των παρενεργειών ή απώλεια της δραστηριότητας του φαρμάκου. Θα πρέπει να εκτιμηθεί η μείωση της δοσολογίας και η αύξηση της συχνότητας των χορηγήσεων σε περίπτωση που η εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών αποτελεί πρόβλημα.
- Διατίθεται με τις ακόλουθες μορφές: δισκία (100mg, 200mg, 400mg), υγρό διάλυμα (100mg/5ml), υπόθετα (125mg, 250mg) και δισκία τροποποιημένης αποδέσμευσης (200mg, 400mg).

Τεκμηρίωση: [2, 10, 63-68]

Κεταμίνη

Χρήση

- Συμπληρωματική αγωγή, σε συγχορήγηση με ένα ισχυρό οπιοειδές για την αντιμετώπιση του νευροπαθητικού πόνου.
- Σοβαρός σπλαχνικός πόνος/σπλαχνική υπεραλγησία [5].
- Πόνος λόγω ισχαιμίας.
- Για τη μείωση του πόνου που οφείλεται στο φαινόμενο του παρατεταμένου νευρωνικού ερεθισμού (wind-up) λόγω ενεργοποίησης των υποδοχέων N-μεθυλο-D-ασπαρτικού οξέος (NMDA), καθώς και για τη μείωση της ανοχής στα οπιοειδή.
- Υπό μελέτη η χρήση του φαρμάκου σε περιπτώσεις ανθεκτικού status epilepticus.
- Σε νεογνά, για επαγωγή και διατήρηση της αναισθησίας στη διάρκεια επεμβατικών διαδικασιών.
- Χρήση στην ψυχιατρική για την αντιμετώπιση της ανθεκτικής κατάθλιψης σε εφήβους (αποτελεί δευτερογενή δράση – συστήνεται έναρξη αγωγής με τα ενδεικνυόμενα ψυχιατρικά φάρμακα για τη συγκεκριμένη διάγνωση).

Δοσολογία και οδοί χορήγησης

Από του στόματος, διά του στοματικού βλεννογόνου ή υπογλωσσίως:

- **Νεογνά (διορθωμένη ηλικία κύησης >37 εβδομάδων)-Παιδιά 11 ετών:** δόση έναρξης 100μg/kg, χορηγούμενη σύμφωνα με τις ανάγκες ή σε τακτική βάση ανά 6-8 ώρες. Η δόση μπορεί να αυξάνεται κατά 100μg/kg έως τα 400μg/kg, σύμφωνα με τις ανάγκες. Δόσεις ίσες με 3mg/kg έχουν αναφερθεί σε ενήλικες ασθενείς.
- **Παιδιά άνω των 12 ετών και ενήλικες:** 5-10mg, δόση που χορηγείται σύμφωνα με τις ανάγκες, ή σε τακτική βάση ανά 6-8 ώρες. Η δόση μπορεί να αυξάνεται κατά 5-10mg έως τα 50mg, σύμφωνα με τις ανάγκες του ασθενή. Έχει αναφερθεί η χορήγηση σε ενήλικες ασθενείς δόσεων έως τα 200mg, 4 φορές ημερησίως.

Μέσω συνεχόμενης υποδόριας ή ενδοφλέβιας έγχυσης:

- **Παιδιά 1 μηνός-Ενήλικες:** δόση έναρξης 20-40μg/kg/ώρα, η οποία μπορεί να αυξηθεί ανάλογα με την ανταπόκριση. Συνήθης ανώτατη δοσολογία:

100μg/kg/ώρα. Έχει αναφερθεί χορήγηση έως 1,5mg/kg/ώρα σε παιδιά και έως 2,5mg/kg/ώρα σε ενήλικες ασθενείς.

Μέσω ενδοφλέβιας χορήγησης για την επίτευξη αναισθησίας:

- **Νεογνά:**

- **Επεμβατικές τεχνικές βραχείας διάρκειας:** δόσεις 1-2mg/kg αποδίδουν 5-10 λεπτά χειρουργικής αναισθησίας – η δοσολογία προσαρμόζεται ανάλογα με την ανταπόκριση. Η χορήγηση μέσω ενδοφλέβιας ένεσης θα πρέπει να πραγματοποιείται στη διάρκεια 60 δευτερολέπτων τουλάχιστον.
- **Επεμβατικές τεχνικές μεγαλύτερης διάρκειας:** αρχική δόση 0,5-2mg/kg μέσω ενδοφλέβιας ένεσης, ακολουθούμενη από συνεχή ενδοφλέβια έγχυση με ρυθμό 8μg/kg/λεπτό, η οποία θα προσαρμόζεται ανάλογα με την ανταπόκριση. Για την επίτευξη βαθιάς αναισθησίας, ενδέχεται να απαιτηθεί χορήγηση με ρυθμό έως 30μg/kg/λεπτό.

Σημειώσεις

- Αποτελεί ανταγωνιστή των υποδοχέων N-μεθυλο-D-ασπαρτικού οξέος (NMDA).
- Θα πρέπει να χορηγείται αποκλειστικά από εξειδικευμένο προσωπικό.
- Δεν διαθέτει άδεια χρήσης σε παιδιά για την ένδειξη του νευροπαθητικού πόνου.
- Η κεταμίνη αποτελεί ρακεμικό μείγμα: τα S(+) και R(-) στερεοϊσομερή της κεταμίνης συνδέονται με τη θέση της διζοκυλπίνης του υποδοχέα NMDA με διαφορετικούς βαθμούς συγγένειας, με το πρώτο στερεοϊσομερές να εμφανίζει περίπου 2 με 3 φορές μεγαλύτερη συγγένεια για τον υποδοχέα σε σχέση με το δεύτερο.
- Σε πολλές χώρες έχει αδειοδοτηθεί με τη μορφή της S-κεταμίνης. Για τη μετατροπή στη μορφή αυτή, συνήθως διαιρούμε τη δόση της κεταμίνης διά 2.
- Υψηλότερες δόσεις [εφάπαξ (bolus) ένεση 1-2mg/kg, έγχυση με ρυθμό 0,6-2,7mg/kg/ώρα] χορηγούνται όταν χρησιμοποιείται ως αναισθητικό, όπως π.χ. για βραχείας διάρκειας επεμβατικές τεχνικές.
- Η δόση για υπογλώσσια χορήγηση θα πρέπει να προετοιμάζεται με διάλυση σε μέγιστο όγκο 2ml. Η πικρή γεύση του φαρμάκου μπορεί να καταστήσει τη χορήγηση με τον τρόπο αυτό δύσληπτη. Στο Ηνωμένο Βασίλειο

διατίθενται ειδικά σκευάσματα για υπογλώσσια χρήση.

- Η ισοδύναμη δόση για εντερική χορήγηση μπορεί να είναι ακόμη και τριπλάσια της ενδοφλέβιας ή υποδόριας δόσης καθώς η κεταμίνη ενισχύεται από τον ηπατικό μεταβολισμό πρώτης διόδου. Σε ορισμένες μελέτες αναφέρεται 1:1 αναλογία μετατροπής της υποδόριας δόσης σε δόση από του στόματος και σε άλλες αναλογία 1:6 για την μετατροπή από την ενδοφλέβια σε δόση από του στόματος.
- Διέγερση, ψευδαισθήσεις, άγχος, δυσφορία, διπλωπία, νυσταγμός, έμετοι και διαταραχή του ύπνου αποτελούν γνωστές ανεπιθύμητες ενέργειες του φαρμάκου. Ενδέχεται να παρατηρούνται λιγότερο συχνά σε παιδιά καθώς και όταν χρησιμοποιούνται υποαναισθητικές δόσεις.
- Η κεταμίνη μπορεί να προκαλέσει συμπτώματα από το ουροποιητικό σύστημα, όπως συχνουρία, έπειξη, δυσουρία και αιματουρία. Στις περιπτώσεις αυτές, θα πρέπει να εκτιμάται η διακοπή χορήγησης του φαρμάκου.
- Απαιτείται προσοχή σε σοβαρή ηπατική δυσλειτουργία – θα πρέπει να εκτιμάται η μείωση της δοσολογίας.
- Με δεδομένο το προφίλ ανεπιθύμητων ενεργειών της κεταμίνης, στο οποίο περιλαμβάνονται η έκπτωση των γνωστικών λειτουργιών και η βλάβη του ουροποιητικού, θα πρέπει κατά το δυνατόν να αποφεύγεται η μακροχρόνια χορήγηση του φαρμάκου.
- Η χορήγηση της κεταμίνης δεν θα πρέπει να διακόπτεται απότομα καθώς μπορεί να επέλθει υπεραλγησία ή αλλοδυνία. Η δόση θα πρέπει να μειώνεται βαθμιαία στη διάρκεια 2-3 εβδομάδων.
- Μελέτες σε πειραματόζωα υποδηλώνουν ότι ενδέχεται να επάγει τον θάνατο των νευρωνικών κυττάρων στον ανώριμο εγκέφαλο. Καθώς δεν υφίστανται σαφή δεδομένα για τα πρόωρα βρέφη, η χορήγηση ενδείκνυται μόνο σε βρέφη με διορθωμένη ηλικία κύησης άνω των 37 εβδομάδων.
- Το φάρμακο θα πρέπει να διαλύεται σε φυσιολογικό ορό 0,9% προκειμένου να χορηγηθεί μέσω υποδόριας ή ενδοφλέβιας έγχυσης.
- Μπορεί να χορηγηθεί ανεξάρτητα μέσω έγχυσης ή να προστεθεί σε συσκευή έγχυσης οπιοειδών ή σε αντλία για παροχή αναλγησίας ελεγχόμενης από τον ασθενή ή τον επαγγελματία υγείας.
- Μπορεί επίσης να χορηγηθεί ενδορινικά καθώς και με τη μορφή γέλης για τοπική χρήση.
- Η ενδορινική μορφή της S-κεταμίνης έχει αδειοδοτηθεί στις ΗΠΑ για την αντιμετώπιση της ανθεκτικής κατάθλιψης.

- Το πόσιμο διάλυμα μπορεί να χορηγηθεί μέσω σωλήνα εντερικής σίτισης. Δεν υφίστανται ειδικά δεδομένα όσον αφορά τη χορήγηση της κεταμίνης διαμέσου της νήστιδας.
- Διατίθεται με τις ακόλουθες μορφές: ενέσιμο διάλυμα (10mg/ml, 50mg/ml, 100mg/ml) και πόσιμο διάλυμα 50mg σε 5ml (μέσω ειδικής παρασκευαστριας εταιρείας). Το ενέσιμο διάλυμα μπορεί να χορηγηθεί και από του στόματος κατόπιν ανάμειξης με ένα αρωματισμένο αναψυκτικό προκειμένου να καλυφθεί η πικρή γεύση του φαρμάκου. Ελεγχόμενο Φάρμακο Πίνακα 2.

Τεκμηρίωση: [2, 172, 237, 253-272] WRE, ARE

Κετορολάκη

Χρήση

- Βραχυχρόνια αντιμετώπιση μέτριου και σοβαρού οξέος μετεγχειρητικού πόνου, περιορισμένα δεδομένα για περαιτέρω χρήση στον χρόνιο πόνο.

Δοσολογία και οδοί χορήγησης

Βραχείας διάρκειας αντιμετώπιση του μέτριου και σοβαρού οξέος μετεγχειρητικού πόνου (Σημ.: διαθέτει άδεια χορήγησης για μέγιστο διάστημα 2 ημερών, ενώ δεν έχει αδειοδοτηθεί για χρήση σε εφήβους και παιδιά ηλικίας μικρότερης των 16 ετών)

Εφάπαξ (bolus) ενδοφλεβίως (στη διάρκεια τουλάχιστον 15 δευτερολέπτων) ή εφάπαξ (bolus) ενδομυϊκώς:

- **Παιδιά 1-15 ετών:** αρχική δόση 0,5-1 mg/kg (μέγιστο: 10mg), ακολούθως 500μg/kg (μέγιστο: 15mg) κάθε 6 ώρες, σύμφωνα με τις ανάγκες. Ανώτατη ημερήσια δόση: 60mg.
- **Παιδιά >16 ετών:** αρχική δόση 10mg, ακολούθως 10-30mg κάθε 4-6 ώρες, σύμφωνα με τις ανάγκες (έως και κάθε 2 ώρες κατά την άμεση μετεγχειρητική περίοδο). Ανώτατη ημερήσια δόση: 90mg (για ασθενείς με σωματικό βάρος μικρότερο των 50 κιλών, η ανώτατη ημερήσια δόση είναι 60mg).

Χρόνιος πόνος στο πλαίσιο της ανακουφιστικής φροντίδας (χορήγηση εκτός εγκεκριμένων ενδείξεων, περιορισμένα και χαμηλής ποιότητας δεδομένα. Υπάρχουν μη δημοσιευμένα στοιχεία για την αποτελεσματικότητα του φαρμάκου σε ασθενείς με οστικά άλγη που δεν ανταποκρίνονται στη χορήγηση ΜΣΑΦ από του στόματος)

Υπογλώσσια χορήγηση:

- **Παιδιά 4-18 ετών:** 0,5mg/kg έως τρεις φορές ημερησίως (χρήση του ενέσιμου διαλύματος).

Χορήγηση εφάπαξ (bolus) υποδορίως:

- **Παιδιά >16 ετών:** 15-30mg/δόση, τρεις φορές ημερησίως.

Μέσω συνεχούς υποδόριας έγχυσης:

- **Παιδιά >16 ετών:** αρχική δόση 60mg/24ωρο, η οποία μπορεί να αυξηθεί αν είναι απαραίτητο κατά 15mg/24ωρο έως το μέγιστο των 90mg/24ωρο.

Σημειώσεις

- Η κετορολάκη αποτελεί μη οπιοειδές, ΜΣΑΦ και εκλεκτικό αναστολέα της κυκλοοξυγενάσης-1. Διαθέτει ισχυρή αναλγητική αλλά μόνο μέτρια αντιφλεγμονώδη δράση.
- Έχει αδειοδοτηθεί μόνο για βραχυχρόνια χορήγηση (μέγιστη διάρκεια: 2 ημέρες) για την αντιμετώπιση του μέτριου και σοβαρού μετεγχειρητικού πόνου σε ενήλικες και εφήβους άνω των 16 ετών.
- Η υποδόρια χορήγηση αποτελεί μη αδειοδοτημένη οδό χορήγησης.
- Αντενδείξεις: προηγούμενη υπερευαισθησία στην κετορολάκη ή σε άλλα ΜΣΑΦ, ιστορικό άσθματος, ενεργό πεπτικό έλκος ή ιστορικό αιμορραγίας πεπτικού, σοβαρή καρδιακή, ηπατική ή νεφρική ανεπάρκεια, εικαζόμενη ή επιβεβαιωμένη αγγειακή εγκεφαλική αιμορραγία, διαταραχές πηκτικότητας. Το φάρμακο δεν θα πρέπει να χορηγείται σε συνδυασμό με οποιοδήποτε άλλο ΜΣΑΦ παράγοντα.
- Η δοσολογία σε ενήλικους με ήπια νεφρική ανεπάρκεια δεν θα πρέπει να υπερβαίνει τα 60mg/ημέρα.
- Όλα τα ΜΣΑΦ έχουν συσχετισθεί με γαστρεντερική τοξικότητα. Σε ενηλίκους, τα δεδομένα σχετικής ασφάλειας των ΜΣΑΦ υποδηλώνουν ότι η κετορολάκη και η πιροξικάμη συνδέονται με τον υψηλότερο κίνδυνο. Θα πρέπει να χρησιμοποιείται η χαμηλότερη αποτελεσματική δόση για το βραχύτερο χρονικό διάστημα. Επιπλέον, θα πρέπει να εκτιμάται η συγχορήγηση ενός γαστροπροστατευτικού φαρμάκου, ιδιαίτερα αν η κετορολάκη λαμβάνεται για παρατεταμένο διάστημα (πέραν της ενδεικνυόμενης διάρκειας χορήγησης). Η χρήση της κετορολάκης σε ενήλικους ενέχει 15 φορές υψηλότερο κίνδυνο επιπλοκών από το ανώτερο πεπτικό και 3 φορές υψηλότερο κίνδυνο σε σύγκριση με άλλους μη εκλεκτικούς ΜΣΑΦ παράγοντες.
- Σε ενήλικους, η χρήση όλων των ΜΣΑΦ μπορεί να συσχετισθεί, σε ποικίλο βαθμό, με μικρή αύξηση του κινδύνου θρομβωτικών επεισοδίων. Ο κίνδυνος καρδιαγγειακών επιπλώσεων δευτερογενώς λόγω της λήψης ΜΣΑΦ δεν έχει καθοριστεί επαρκώς για τον παιδιατρικό πληθυσμό, αλλά σύμφωνα με τα δεδομένα σε ενήλικες ασθενείς, η κετορολάκη συνδέεται με τον υψηλότερο κίνδυνο εμφράγματος μυοκαρδίου σε σύγκριση με όλα τα άλλα ΜΣΑΦ.

- Άλλες δυνητικές ανεπιθύμητες ενέργειες του φαρμάκου:
 - Πολύ συχνές (>10% ασθενών): κεφαλαλγία, δυσπεψία, ναυτία, κοιλιακός άλγος.
 - Συχνές (1-10% ασθενών): ζάλη, εμβοές, οίδημα, υπέρταση, αναιμία, στοματίτιδα, παθολογική νεφρική λειτουργία, κνησμός, πορφύρα, εξάνθημα, αιμορραγία και άλγος στη θέση της ένεσης. Ο κίνδυνος παρενεργειών είναι πιθανό να αυξηθεί με την παρατεταμένη χορήγηση του φαρμάκου.
- Στις φαρμακευτικές αλληλεπιδράσεις περιλαμβάνονται οι εξής: αντιπηκτικά (αντενδείκνυνται καθώς όταν συγχωρηγούνται με την κετορολόκη μπορεί να επέλθει ενίσχυση της αντιπηκτικής τους δράσης), κορτικοστεροειδή (αυξημένος κίνδυνος γαστρεντερικού έλκους και αιμορραγίας), διουρητικά (κίνδυνος μειωμένης διουρητικής δράσης καθώς και αύξησης της νεφροτοξικότητας που οφείλεται στη λήψη ΜΣΑΦ), άλλα δυνητικά νεφροτοξικά φάρμακα.
- Έναρξη δράσης σε 10-30 λεπτά όταν χορηγείται ενδοφλέβια/ενδομυϊκά, η μέγιστη αναλγησία επιτυγχάνεται εντός 1-2 ωρών και η μέση διάρκεια δράσης του φαρμάκου είναι 4-6 ώρες.
- Αποτελεί ισχυρό ΜΣΑΦ παράγοντα, ισοδύναμο με το διπλάσιο της ισχύος της ναπροξένης.
- Η υποδόρια ένεση μπορεί προκαλέσει ερεθισμό, συνεπώς το διάλυμα θα πρέπει να αραιώνεται στον μέγιστο δυνατό όγκο (προτείνεται η χρήση χλωριούχου νατρίου 0,9%). Καθώς το διάλυμα που αποδίδεται είναι αλκαλικό, υφίσταται υψηλός κίνδυνος μη συμβατότητας αν αναμειχθεί με όξινα φάρμακα. Διατίθενται ορισμένα δεδομένα συμβατότητας με τη διαμορφίνη και την οξυκωδόνη κατόπιν διάλυσης σε χλωριούχο νάτριο 0,9%. Στα μη συμβατά φάρμακα περιλαμβάνονται η κυκλιζίνη, το γλυκοπυρρόνιο, η αλοπεριδόλη, η λεβομεπρομαζίνη, η μιδαζολάμη και η μορφίνη.
- Διατίθεται ως ενέσιμη μορφή 30mg/ml (περιέχει αιθανόλη ως έκδοχο) και με τη μορφή οφθαλμικών σταγόνων (κολλύριο) με περιεκτικότητα 5mg σε 1ml, για την αντιμετώπιση της φλεγμονής μετά από οφθαλμολογική επέμβαση.
- Τα δισκία των 10mg για λήψη από το στόματος και η ενέσιμη μορφή 10mg/ml δεν είναι πλέον διαθέσιμα στο Ηνωμένο Βασίλειο (διακοπή κυκλοφορίας στις αρχές του 2013, λόγω έλλειψης ζήτησης).

Τεκμηρίωση: [1, 237, 273-285]

Κλομπαζάμη

Χρήση

- Συμπληρωματική αγωγή για την αντιμετώπιση της επιληψίας
- Βραχυχρόνια «επιπρόσθετη» αγωγή σε περιπτώσεις επίταξης των επιληπτικών κρίσεων εξαιτίας ορμονικών αλλαγών ή παρεμπύπτουσας νόσου.

Δοσολογία και οδοί χορήγησης

Χορήγηση από του στόματος:

- **Παιδιά 1 μηνός-5 ετών:** αρχική δόση 125μg/kg δύο φορές ημερησίως, η οποία μπορεί να αυξάνεται ανά 5 ημέρες σύμφωνα με τις ανάγκες και την ανοχή έως τη συνήθη δόση συντήρησης των 250μg/kg δύο φορές ημερησίως. Μέγιστη δόση: 500μg/kg (ανώτατη εφάπαξ δόση: 15mg), δύο φορές ημερησίως.
- **Παιδιά 6-17 ετών:** αρχική δόση 5mg ημερησίως, η οποία μπορεί να αυξάνεται ανά 5 ημέρες σύμφωνα με τις ανάγκες και την ανοχή έως τη συνήθη δόση συντήρησης των 0,3-1mg/kg ημερησίως. Μέγιστη δόση: 60mg ημερησίως. Ημερήσιες δόσεις έως τα 30mg μπορούν να ληφθούν εφάπαξ την ώρα της βραδινής κατάκλισης, ενώ υψηλότερες δόσεις θα πρέπει να διαιρούνται.

Σημειώσεις

- Η χορήγηση σε παιδιά μικρότερα των 6 ετών πραγματοποιείται εκτός εγκεκριμένων ενδείξεων.
- Αφού το φάρμακο τιτλοποιηθεί στη δόση που είναι αποτελεσματική, η αγωγή θα πρέπει να συνεχίζεται (εκτός αν χορηγείται για βραχύ διάστημα), ενώ απαιτείται προσοχή κατά την εναλλαγή ανάμεσα σε διαφορετικά σκευάσματα.
- Η εμφάνιση ανοχής κατά τη μακροχρόνια χορήγηση μπορεί να αντιμετωπιστεί με τη διαδικασία της εναλλαγής/αντικατάστασης βενζοδιαζεπινών.
- Τα δισκία μπορούν να χορηγηθούν ολόκληρα ή να θρυμματιστούν και να αναμειχθούν με πουρέ μήλου. Τα δισκία των 10mg μπορούν να τμηθούν σε ίσα ήμισυ των 5mg. Η κλομπαζάμη μπορεί να λαμβάνεται με ή χωρίς τροφή. Το πόσιμο διάλυμα καθώς και τα δισκία αφού διαλυθούν σε νερό, μπορούν να χορηγηθούν μέσω σωλήνα εντερικής σίτισης.
- Η ηλικία του ασθενή και η συγχορήγηση φαρμάκων ενδέχεται να επιδρά-

σουν στη φαρμακοκινητική μεταβλητότητα της κλομπαζάμης.

- Οι πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες είναι οι αναμενόμενες από τη χορήγηση βενζοδιαζεπινών. Τα παιδιά είναι πιο επιρρεπή στην εμφάνιση καταστολής και παράδοξων συναισθηματικών αντιδράσεων.
- Διατίθεται με τις ακόλουθες μορφές: δισκία 10mg (εμπορική ονομασία: *Frisium®*), δισκία 5mg (χωρίς αδειοδότηση και διαθέσιμα για εξατομικευμένη χορήγηση) και πόσιμο διάλυμα (5mg σε 5ml και 10mg σε 5ml – προσοχή στη διαφορά ισχύος των κυκλοφορούντων σκευασμάτων).
- Τα δισκία με την εμπορική ονομασία *Frisium®* κατατάσσονται στην αρνητική λίστα φαρμάκων του Εθνικού Συστήματος Υγείας της Μεγάλης Βρετανίας, με εξαίρεση την ένδειξη της επιληψίας όπως και κατόπιν ειδικής έγκρισης.
- Ελεγχόμενο Φάρμακο Πίνακα 4.

Τεκμηρίωση: [2, 6, 98-100]

Κλοναζεπάμη

Χρήση

- Τονικοκλονικοί σπασμοί
- Εστιακοί σπασμοί
- Επαναλαμβανόμενοι επιληπτικοί παροξυσμοί
- Μυόκλονος
- Status epilepticus (φάρμακο 3^{ης} γραμμής, ειδικά στα νεογνά)
- Νευροπαθητικός πόνος
- Σύνδρομο ανήσυχων ποδιών
- Αγωνιώδης αναπνοή
- Άγχος και κρίσεις πανικού
- Στοματική δυσαισθησία σε εφήβους
- Έχει επίσης χρησιμοποιηθεί σε Μονάδες Νεογνών για τον έλεγχο σοβαρών συνεχόμενων σπασμών που δεν ανταποκρίνονται στη χορήγηση άλλων αντιεπιληπτικών φαρμάκων.

Δοσολογία και οδοί χορήγησης

Από του στόματος (οι δόσεις που παρατίθενται αφορούν την αντιμετώπιση των σπασμών και θα πρέπει να μειωθούν για τις υπόλοιπες ενδείξεις):

- **Παιδιά 1 μηνός-11 μηνών:** αρχική δόση 250μg το βράδυ για 4 βράδια, η οποία μπορεί να αυξηθεί στη διάρκεια 2-4 εβδομάδων έως τη συνήθη δόση συντήρησης του 0,5-1mg το βράδυ (μπορεί να χορηγηθεί σε 3 διαιρεμένες δόσεις, αν είναι απαραίτητο).
- **Παιδιά 1-4 ετών:** αρχική δόση 250μg το βράδυ για 4 βράδια, η οποία μπορεί να αυξηθεί στη διάρκεια 2-4 εβδομάδων έως τη συνήθη δόση συντήρησης των 1-3mg το βράδυ (μπορεί να χορηγηθεί σε 3 διαιρεμένες δόσεις, αν είναι απαραίτητο).
- **Παιδιά 5-11 ετών:** αρχική δόση 500μg το βράδυ για 4 βράδια, η οποία μπορεί να αυξηθεί στη διάρκεια 2-4 εβδομάδων έως τη συνήθη δόση συντήρησης των 3-6 mg το βράδυ (μπορεί να χορηγηθεί σε 3 διαιρεμένες δόσεις, αν είναι απαραίτητο).
- **Παιδιά 12-17 ετών:** αρχική δόση 1mg το βράδυ για 4 βράδια, η οποία μπορεί να αυξηθεί στη διάρκεια 2-4 εβδομάδων έως τη συνήθη δόση συντήρησης των 4-8mg το βράδυ (μπορεί να χορηγηθεί σε 3 διαιρεμένες δόσεις, αν είναι απαραίτητο).

Για την αντιμετώπιση της στοματικής δυσαισθησίας (σύνδρομο καυσαλγίας στόματος): έκπλυση της στοματικής κοιλότητας με το διάλυμα 0,1mg/ml.

Για την αντιμετώπιση του status epilepticus (τεκμηρίωση: SRE)

Συνεχής υποδόρια έγχυση:

- **Παιδιά 1 μηνός-17 ετών:** αρχική δόση 20-25μg/kg/24ωρο
- Ανώτατες δόσεις έναρξης:
Παιδιά 1-5 ετών: 250μg/24ωρο
Παιδιά 5-12 ετών: 500μg/24ωρο
- Η δόση μπορεί να αυξηθεί ανά διαστήματα όχι μικρότερα των 12 ωρών, έως τα 200μg/kg/24ωρο (ανώτατη δόση: 8mg/24ωρο).
- Στο πλαίσιο της ΜΕΘ Παιδών, έχουν χρησιμοποιηθεί σε status epilepticus δόσεις έως 1,4mg/kg/24ωρο.

Μέσω ενδοφλέβιας ένεσης στη διάρκεια τουλάχιστον 2 λεπτών, ή μέσω ενδοφλέβιας έγχυσης:

- **Νεογνά:** 100μg/kg ενδοφλεβίως στη διάρκεια τουλάχιστον 2 λεπτών, δόση που μπορεί να επαναληφθεί μετά από 24 ώρες αν είναι απαραίτητο (να αποφεύγεται, εκτός αν δεν υφίσταται ασφαλέστερη εναλλακτική επιλογή). Έχει χρησιμοποιηθεί για την αντιμετώπιση σπασμών που δεν ελέγχονται με τη φαινοβαρβιτάλη ή τη φαινυτοΐνη.
- **Παιδιά 1 μηνός-11 ετών:** δόση φόρτισης 50μg/kg (μέγιστο: 1mg) μέσω ενδοφλέβιας ένεσης, ακολουθούμενη από ενδοφλέβια έγχυση με ρυθμό 10μg/kg/ώρα που μπορεί να προσαρμόζεται ανάλογα με την ανταπόκριση. Μέγιστο: 60μg/kg/ώρα.
- **Παιδιά 12-17 ετών:** δόση φόρτισης 1mg μέσω ενδοφλέβιας ένεσης, ακολουθούμενη από ενδοφλέβια έγχυση με ρυθμό 10μg/kg/ώρα που μπορεί να προσαρμόζεται ανάλογα με την ανταπόκριση. Μέγιστο: 60μg/kg/ώρα.

Σημειώσεις

- Διαθέτει άδεια χορήγησης σε παιδιά για τις ενδείξεις του status epilepticus και της επιληψίας. Η χορήγηση για περιπτώσεις νευροπαθητικού πόνου διενεργείται εκτός εγκεκριμένων ενδείξεων. Τα δισκία διαθέτουν άδεια χορήγησης σε παιδιά.
- Μη αδειοδοτημένο φάρμακο στη Μεγάλη Βρετανία για υποδόρια χορήγηση.

- Πολύ αποτελεσματικό αντιεπιληπτικό, συνήθως χορηγείται ως αγωγή 3^{ης} γραμμής λόγω των παρενεργειών και της ανάπτυξης ανοχής.
- Θα πρέπει να χορηγούνται χαμηλότερες δόσεις για τις κρίσεις πανικού, τον έλεγχο του άγχους, την καταστολή τελικού σταδίου, τον νευροπαθητικό πόνο και στο σύνδρομο ανήσυχων ποδιών.
- Το φάρμακο δεν θα πρέπει να χορηγείται σε οξεία ή σοβαρή αναπνευστική ανεπάρκεια, εκτός αν επίκειται ο θάνατος. Απαιτείται προσοχή σε ασθενείς με χρόνια αναπνευστική νόσο.
- Ως αγχολυτικό/κατασταλτικό, η κλοναζεπάμη που χορηγείται από του στόματος είναι περίπου 20 φορές ισχυρότερη της διαζεπάμης (π.χ. 250μg κλοναζεπάμης ισοδυναμούν με 5mg διαζεπάμης από του στόματος).
- Οι ποικίλες ενδείξεις της κλοναζεπάμης επιπροσθέτως της αντιεπιληπτικής δράσης της, μπορεί να την καταστήσουν ιδιαίτερα χρήσιμη στην ανακουφιστική φροντίδα παιδιών με νευρολογικές διαταραχές.
- Σε πολλές περιπτώσεις παιδιών με σύμπλοκα επιληπτικά σύνδρομα χορηγούνται διπλάσιες ημερήσιες δόσεις και γενικά υψηλότερες δοσολογίες του φαρμάκου από τις συνιστώμενες.
- Η ανοχή σε περιπτώσεις μακροχρόνιας χορήγησης μπορεί να αντιμετωπιστεί μέσω της διαδικασίας της εναλλαγής/αντικατάστασης βενζοδιαζεπινών.
- Η δόση μπορεί να αυξηθεί για βραχεία διαστήματα 3-5 ημερών, όταν παρατηρείται επίταση της συχνότητας των σπασμών, π.χ. λόγω ιογενούς νόσου.
- Ο χρόνος ημιζωής για την αποβολή του φαρμάκου είναι 20-40 ώρες, γεγονός που σημαίνει ότι μπορεί να χρειαστούν έως και 6 ημέρες προκειμένου να επιτευχθούν σταθερά επίπεδα στο αίμα, ενώ υφίσταται κίνδυνος άθροισης του φαρμάκου και τοξικότητας σε περιπτώσεις ταχείας αύξησης του ρυθμού έγχυσης. Συνεπώς θα πρέπει να εκτιμάται η χορήγηση δόσης φόρτισης προκειμένου να επιτευχθούν σταθερά επίπεδα ταχύτερα.
- Να αποφεύγεται η απότομη διακοπή του φαρμάκου.
- Η χρήση του φαρμάκου έχει συσχετιστεί με υπερέκκριση σιέλου και σιελόρροια.
- Για χορήγηση μέσω σωλήνα εντερικής σίτισης, τα δισκία μπορούν να διαλυθούν σε τουλάχιστον 30ml ύδατος, ή εναλλακτικά να χρησιμοποιηθεί ένα σκεύασμα σε υγρή μορφή (ειδικά για σωλήνες λεπτού αυλού). Απαιτείται σχολαστική έκπλυση του αυλού με νερό προκειμένου να αποτραπεί

η προσκόλληση του φαρμάκου στα τοιχώματα του σωλήνα. Δεν υφίστανται ειδικά δεδομένα όσον αφορά τη χορήγηση της κλοναζεπάμης διαμέσου της νήστιδας. Στις περιπτώσεις αυτές, η χορήγηση προτείνεται να διενεργείται με την παραπάνω διαδικασία και ο ασθενής να παρακολουθείται για τυχόν απώλεια της δραστικότητας ή αύξηση των ανεπιθύμητων ενεργειών του φαρμάκου.

- Το ενδοφλέβιο διάλυμα μπορεί να αραιωθεί και να χορηγηθεί μέσω σωλήνα εντερικής σίτισης. Ο αυλός του σωλήνα θα πρέπει να εκπλένεται σχολαστικά μετά από τη χορήγηση.
- Η σταθερότητα της διαλυμένης κλοναζεπάμης διαρκεί έως 12 ώρες, συνεπώς θα πρέπει να εκτιμάται από τους συνταγογράφους ιατρούς η σύσταση χορήγησης 12ωρων εγχύσεων.
- Θα πρέπει να χρησιμοποιούνται επεκτάσεις από υλικό διαφορετικό του πολυβινυλοχλωριδίου (PVC) όταν διενεργείται υποδόρια έγχυση του φαρμάκου.
- Η κλοναζεπάμη είναι συμβατή με τα περισσότερα φάρμακα που χορηγούνται συνήθως με συνεχή υποδόρια έγχυση μέσω αντλίας σύριγγας. Η διάλυση θα πρέπει να γίνεται με ενέσιμο ύδωρ ή χλωριούχο νάτριο 0,9%.
- Διατίθεται με τις ακόλουθες μορφές: εγχάρακτα δισκία (500μg, 2mg), πόσιμο διάλυμα (0,5mg σε 5ml και 2mg σε 5ml, πλέον διατίθενται ως αδειοδοτημένα σκευάσματα από την εταιρεία Rosemont αλλά δεν ενδείκνυνται για χρήση σε παιδιά λόγω της υψηλής περιεκτικότητάς τους σε αλκοόλη – από ειδικές παρασκευάστριες εταιρείες διατίθενται άλλες συσκευασίες πόσιμων διαλυμάτων για χορήγηση εκτός εγκεκριμένων ενδείξεων), ενέσιμη μορφή (1mg/ml, χρήση εκτός εγκεκριμένων ενδείξεων). Ελεγχόμενο Φάρμακο Πίνακα 4.

Τεκμηρίωση: [2, 3, 41, 65, 98, 101-106]

Κλονιδίνη

Χρήση

- Άγχος/καταστολή (πριν από παρεμβατικές τεχνικές)
- Πόνος/καταστολή/συγχωρήγηση για μείωση των αναγκών σε οπιοειδή/πρόληψη των συμπτωμάτων στέρησης οπιοειδών
- Περιοχικός αποκλεισμός νεύρου
- Σπαστικότητα/δυστονία
- Δυστονική κρίση
- Συμπεριφορικά συμπτώματα: ευερεθιστότητα, παρορμητικότητα, επιθετικότητα.

Δοσολογία και οδοί χορήγησης

Άγχος /καταστολή/πριν από παρεμβατικές τεχνικές

Από του στόματος/ενδορινική χορήγηση/διά του ορθού:

- **Νεογνά:** 4μg/kg από του στόματος (ή ενδορινικά, αν και η λήψη με τον τρόπο αυτό τείνει να προκαλεί αίσθημα νυγμού ενώ παρέχεται μικρό όφελος σε σχέση με τη χορήγηση από του στόματος), καθώς και 5μg/kg διά του ορθού, συνιστούν δόσεις με τις οποίες επιτυγχάνεται επαρκής καταστολή.
- **Παιδιά >1 μηνός:** 4μg/kg ως εφάπαξ δόση (ανώτατη συνιστώμενη δόση: 150μg ως εφάπαξ χορήγηση). Αν χρησιμοποιηθεί ως προκαταρκτική αγωγή πριν από τις παρεμβατικές τεχνικές, θα πρέπει να χορηγείται 45-60 λεπτά πριν από την έναρξη της παρέμβασης.

Πόνος/καταστολή/συγχωρήγηση για μείωση των αναγκών σε οπιοειδή/πρόληψη των συμπτωμάτων στέρησης οπιοειδών (η μεγαλύτερη εμπειρία υπάρχει σε πλαίσια ΜΕΘ Παίδων)

Από του στόματος/ενδοφλέβια εφάπαξ (bolus) χορήγηση:

- **Παιδιά >1 μηνός:** αρχική δόση 1μg/kg/δόση, 3-4 φορές ημερησίως. Η δόση θα πρέπει να αυξάνεται βαθμιαία σύμφωνα με τις ανάγκες και την ανοχή έως το μέγιστο των 5μg/kg/δόση, τέσσερις φορές ημερησίως.

Ενδοφλέβια έγχυση – μπορεί επίσης να χορηγηθεί μέσω συνεχούς υποδόριας έγχυσης:

- **Νεογνά με διορθωμένη ηλικία κύησης άνω των 37 εβδομάδων (αποκλειστικά υπό μηχανικό αερισμό):** αρχική δόση 0,25μg/kg/ώρα, η οποία μπορεί να αυξάνεται κατά 0,1μg/kg/ώρα μέχρι να επιτευχθεί επαρκής καταστολή. Στις περισσότερες περιπτώσεις θα απαιτηθεί χορήγηση 1μg/kg/ώρα, αλλά κάποιες φορές μπορεί να χρειαστεί δόση έως τα 2μg/kg/ώρα.
- **Παιδιά >1 μηνός:** 0,1-2μg/kg/ώρα
Συνήθεις δόσεις έναρξης:
 - **Παιδιά <6 μηνών:** 0,4μg/kg/ώρα
 - **Παιδιά >6 μηνών:** 0,6μg/kg/ώρα.

Για χρόνιο πόνο μακράς διάρκειας και αφότου επιτευχθεί αποτελεσματική δοσολογία χορηγούμενη από του στόματος, μπορεί να εκτιμηθεί η δυνατότητα μετάβασης σε φαρμακούχο έμπλαστρο (διαδερμικό αυτοκόλλητο) κλονιδίνης με περιεκτικότητα που θα αποδώσει κατά προσέγγιση δόση ισοδύναμη με την ημερήσια (από του στόματος) δόση κλονιδίνης (βλ. τις σημειώσεις παρακάτω).

Περιφερικός αποκλεισμός νεύρου – αποκλειστικά σε περιπτώσεις όπου υφίσταται επίβλεψη από ειδικό ιατρό

- **Παιδιά >3 μηνών:** 1-2μg/kg κλονιδίνης σε συνδυασμό με ένα τοπικό αναισθητικό.

Σπαστικότητα/Διαταραχές κινητικότητας

Από του στόματος:

- **Παιδιά >1 μηνός:** 1-5μg/kg/δόση, τρεις φορές ημερησίως. Η συχνότητα των δόσεων μπορεί να χρειαστεί να αυξηθεί και/ή να επιλεγεί μια εναλλακτική οδός χορήγησης, αν η εντερική οδός δεν είναι προσβάσιμη.

Προβλήματα συμπεριφοράς/τικ /σύνδρομο Tourette

Από του στόματος:

- **Παιδιά >4 ετών:** αρχική δόση από του στόματος ίση με 25μg το βράδυ, η οποία μπορεί να αυξηθεί σύμφωνα με τις ανάγκες μετά από 1-2 εβδομάδες, έως τα 50μg χορηγούμενα το βράδυ. Η δόση μπορεί να αυξηθεί περαιτέρω κατά 25μg ανά 2 εβδομάδες, με συνιστώμενη ανώτατη δόση τα 5μg/kg/ημέρα ή 300μg/ημέρα.

Σχετικά με τη χρήση διαδερμικού έμπλαστρου (αυτοκόλλητου) κλονιδίνης (σε παιδιά με σωματικό βάρος άνω των 10kg), επισημαίνονται τα εξής:

- Το διαδερμικό αυτοκόλλητο κλονιδίνης 2,5mg παρέχει 100μg/ημέρα
- Το διαδερμικό αυτοκόλλητο κλονιδίνης 5mg παρέχει 200μg/ημέρα
- Το διαδερμικό αυτοκόλλητο κλονιδίνης 7,5mg παρέχει 300μg/ημέρα.

Τα θεραπευτικά επίπεδα κλονιδίνης στο πλάσμα επιτυγχάνονται σε 2-3 ημέρες μετά από την αρχική εφαρμογή του διαδερμικού αυτοκόλλητου.

Αν πρόκειται να εφαρμοστεί αυτοκόλλητο ισχύος υψηλότερης των 2,5mg, π.χ. όταν απαιτείται δόση 200μg/ημέρα, θα πρέπει να εκτιμηθεί η εφαρμογή δύο αυτοκόλλητων μικρότερης ισχύος τα οποία θα αντικατασταθούν σε διαφορετικές ημέρες της εβδομάδος προκειμένου να μειωθούν οι διακυμάνσεις του θεραπευτικού αποτελέσματος λόγω του φαινομένου του «τέλους της δόσης».

Μετατροπή δόσης σε ασθενείς που λαμβάνουν κλονιδίνη ενδοφλεβίως ή από του στόματος:

- Για ασθενείς που λαμβάνουν ενδοφλεβίως ή από του στόματος δόση μικρότερη των 150μg/ημέρα, επιλέξτε το επίθεμα κλονιδίνης των 2,5mg. Έπειτα ακολουθήστε το δοσολογικό σχήμα βαθμιαίας μείωσης που πα-
ρατίθεται στη συνέχεια.
- Για ασθενείς που λαμβάνουν ενδοφλεβίως ή από του στόματος δόση με-
ταξύ 150μg και 250μg/ημέρα, επιλέξτε το επίθεμα κλονιδίνης των 5mg.

Σχήμα βαθμιαίας μείωσης της ενδοφλέβιας/από του στόματος δόσης:

- Τοποθετήστε το διαδερμικό αυτοκόλλητο κλονιδίνης την Ημέρα 1
- Την Ημέρα 1 χορηγήστε το 100% της ενδοφλέβιας/από του στόματος δόσης
- Την Ημέρα 2 χορηγήστε το 50% της ενδοφλέβιας/από του στόματος δόσης
- Την Ημέρα 3 χορηγήστε το 25% της ενδοφλέβιας/από του στόματος δόσης [107]
- Την Ημέρα 4 ο ασθενής θα χρειασθεί μόνο το διαδερμικό αυτοκόλλητο κλονιδίνης.

Σημειώσεις

- Η κλονιδίνη αποτελεί μεικτό αγωνιστή των α -1 και α -2 υποδοχέων (κυρίως των α -2). Φαίνεται να εμφανίζει συνέργεια με τα οπιοειδή ως προς την αναλγητική δράση και να προλαμβάνει τα συμπτώματα στέρησης οπιοειδών. Επίσης αποτελεί χρήσιμο φάρμακο για την κατασταλτική του δράση. Η χρήση της κλονιδίνης έχει καθιερωθεί στο Σύνδρομο Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητας, σε προβλήματα συμπεριφοράς και τικ.
- Το φάρμακο δεν διαθέτει άδεια χορήγησης σε παιδιά.
- Η εγκεκριμένη ένδειξη της κλονιδίνης είναι για την αντιμετώπιση της υπέρτασης, συνεπώς η μείωση της αρτηριακής πίεσης αποτελεί πιθανή παρενέργεια της χορήγησης του φαρμάκου. Η δοσολογία της κλονιδίνης θα πρέπει να τιτλοποιείται με βάση τα συμπτώματα, καθώς και να παρακολουθείται η αρτηριακή πίεση και ο σφυγμός του ασθενούς κατά την έναρξη της αγωγής όπως και μετά από κάθε αύξηση της δόσης.
- Όταν χορηγείται για διάστημα μεγαλύτερο των λίγων ημερών, το φάρμακο θα πρέπει να διακόπτεται με αργό ρυθμό προκειμένου να προληφθούν συμπτώματα οξείας στέρησης του φαρμάκου, μεταξύ των οποίων η αντιδραστική (rebound) υπέρταση.
- Απαιτείται προσοχή κατά τη χορήγηση σε ασθενείς με βραδυαρρυθμία, σύνδρομο Raynaud ή άλλη αποφρακτική περιφερική αγγειακή νόσο.
- Το διαδερμικό έμπλαστρο θα πρέπει να αφαιρείται όταν πρόκειται να διενεργηθεί μαγνητική τομογραφία, καθώς υφίσταται κίνδυνος υπερθέρμανσής του και πρόκλησης εγκαύματος.
- Στις συχνές παρενέργειες της κλονιδίνης περιλαμβάνονται οι εξής: δυσκοιλιότητα, ναυτία, ξηροστομία, έμετος, ορθοστατική υπόταση, ζάλη, διαταραχές ύπνου και κεφαλαλγία.
- Οι δράσεις της κλονιδίνης εξαιλείονται από φάρμακα με δράση ανταγωνιστή των α -2 υποδοχέων, όπως τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά και τα αντιψυχωσικά. Η αντιυπερτασική δράση της κλονιδίνης ενδέχεται να ενισχυθεί από φάρμακα που χρησιμοποιούνται για την ελάττωση της αρτηριακής πίεσης.
- Βιοδιαθεσιμότητα μετά τη χορήγηση από του στόματος: 75-100%. Κατά κανόνα προτείνεται αναλογία μετατροπής δόσεων μεταξύ ενδοφλέβιας και από του στόματος χορήγησης ίση με 1:1 όσον αφορά τη δόση έναρξης (κυρίως με βάση δεδομένα χορήγησης σε ενήλικες. Να σημειωθεί ότι υπάρχουν αναφορές πως η βιοδιαθεσιμότητα του φαρμάκου μετά τη χορήγηση από του στόματος ενδέχεται να είναι χαμηλότερη στα παιδιά [108]).

- Υφίστανται ορισμένες αναφορές για τη χρήση της κλονιδίνης διά του ορθού. Οι φαρμακοκινητικές μελέτες δείχνουν σχεδόν 100% βιοδιαθεσιμότητα μέσω της οδού αυτής. Εφάπαξ δόσεις 2,5-4mg/kg έχουν χρησιμοποιηθεί διά του ορθού.
- Έναρξη δράσης: 30-60 λεπτά μετά τη χορήγηση από του στόματος. Χρόνος επίτευξης της μέγιστης συγκέντρωσης στο πλάσμα: 1,5-5 ώρες μετά τη χορήγηση από του στόματος, 20 λεπτά μετά από επισκληρίδια χορήγηση και 2 ημέρες από την έναρξη της εφαρμογής διαδερμικού αυτοκόλλητου.
- Η συνεχής υποδόρια έγχυση του φαρμάκου μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τη διατήρηση του ελέγχου της δυστονίας σε επίμονες περιπτώσεις.
- Η κλονιδίνη έχει χρησιμοποιηθεί με επιτυχία μέσω υποδόριας ένεσης και έγχυσης – θα πρέπει να ζητείται η συμβουλή ειδικού ιατρού.
- Το πόσιμο διάλυμα μπορεί να χορηγηθεί μέσω σωλήνα εντερικής σίτισης. Εναλλακτικά, αν η απαιτούμενη δόση αντιστοιχεί στις διαθέσιμες επιλογές ισχύος των δισκίων, τα δισκία μπορούν να θρυμματιστούν και να διαλυθούν σε νερό προκειμένου να χορηγηθούν μέσω του σωλήνα εντερικής σίτισης. Τα δισκία των 25mg δεν φαίνεται να διασπείρονται στο νερό τόσο εύκολα όσο τα δισκία των 100mg. Μπορεί επίσης να χορηγηθεί το ενδοφλέβιο διάλυμα μέσω του εντερικού σωλήνα. Δεν υφίστανται ειδικά δεδομένα όσον αφορά τη χορήγηση του φαρμάκου διαμέσου της νήστιδας. Στις περιπτώσεις αυτές, η χορήγηση προτείνεται να διενεργείται με την παραπάνω διαδικασία αλλά ο ασθενής θα πρέπει να παρακολουθείται για τυχόν απώλεια της δραστηριότητας ή αύξηση των παρενεργειών του φαρμάκου.
- Χρόνιες παθήσεις: για μεγαλύτερα παιδιά μπορεί να εκτιμηθεί η χρήση διαδερμικού αυτοκόλλητου, αφού επιτευχθεί μια αποτελεσματική δόση από του στόματος σε ποσότητα που να καθιστά εφικτή την κατά προσέγγιση μετατροπή της σε δόση που μπορεί να χορηγηθεί διαδερμικά (1:1).
- Διατίθεται με τις ακόλουθες μορφές: δισκία 25mg και 100mg, ενέσιμη μορφή 150mg/ml, διαδερμικά έμπλαστρα 2,5mg (=100mg κλονιδίνης/ημέρα, εφαρμογή για 7 μέρες), 5mg (=200mg κλονιδίνης/ημέρα, εφαρμογή για 7 ημέρες) και 7,5mg (= 300mg κλονιδίνης/ημέρα, εφαρμογή για 7 ημέρες) (τα διαδερμικά αυτοκόλλητα δεν διαθέτουν άδεια κυκλοφορίας στο Ηνωμένο Βασίλειο – διατίθενται μέσω εισαγωγικής εταιρείας), καθώς και πόσιμο διάλυμα 50mg/ml (κατόπιν ειδικής παραγγελίας).

Τεκμηρίωση: [3, 84, 108-130]

Κυκλιζίνη

Χρήση

- Αντιεμετικό εκλογής για περιπτώσεις αυξημένης ενδοκράνιας πίεσης
- Αντιμετώπιση ναυτίας και εμέτων όταν άλλα πιο ειδικά αντιεμετικά (π.χ. μετοκλοπραμίδη ή εκλεκτικοί ανταγωνιστές των υποδοχέων 5-HT₃) δεν είναι αποτελεσματικά.

Δοσολογία και οδοί χορήγησης

Από του στόματος ή μέσω αργής ενδοφλέβιας ένεσης στη διάρκεια 3-5 λεπτών:

- **Παιδιά 1 μηνός-5 ετών:** 0,5-1mg/kg έως 3 φορές ημερησίως, ανώτατη εφάπαξ δόση: 25mg
- **Παιδιά 6-11 ετών:** 25mg έως 3 φορές ημερησίως
- **Παιδιά 12-17 ετών:** 50mg έως 3 φορές ημερησίως.

Διά του ορθού:

- **Παιδιά 2-5 ετών:** 12,5mg έως 3 φορές ημερησίως
- **Παιδιά 6-11 ετών:** 25mg έως 3 φορές ημερησίως
- **Παιδιά 12-17 ετών:** 50mg έως 3 φορές ημερησίως.

Με συνεχή ενδοφλέβια ή υποδόρια έγχυση (**υφίστανται δεδομένα ότι η βιοδιαθεσιμότητα του φαρμάκου είναι ίση με το 50% σε σύγκριση με τη χορήγηση από του στόματος**):

- **Παιδιά 1 μηνός-23 μηνών:** 1,5-3mg/kg στη διάρκεια 24 ωρών (ανώτατη δόση: 25mg/24ωρο)
- **Παιδιά 2-5 ετών:** 25-50mg στη διάρκεια 24 ωρών
- **Παιδιά 6-11 ετών:** 37,5-75mg στη διάρκεια 24 ωρών
- **Παιδιά 12-17 ετών:** 75-150mg στη διάρκεια 24 ωρών.

ΣΗΜ.: Απαιτείται προσοχή κατά την υποδόρια ή ενδοφλέβια χορήγηση της κυκλιζίνης καθώς λόγω της οξύτητας του φαρμάκου ενδέχεται να προκληθούν τοπικές αντιδράσεις στο σημείο της ένεσης.

Σημειώσεις

- Αντιϊσταμινική, αντιμουςκαρινική, αντιεμετική δράση.
- Τα δισκία δεν έχουν άδεια χορήγησης σε παιδιά μικρότερα των 6 ετών.
- Η ενέσιμη μορφή δεν έχει άδεια χρήσης σε παιδιά.

- Στις αντιμουςκαρινικές παρενέργειες της κυκλιζίνης περιλαμβάνονται οι εξής: ξηροστομία, υπνηλία, κεφαλαλγία, κόπωση, ζάλη, πάχυνση βρογχικών εκκρίσεων, νευρική κατάσταση.
- Αυξημένη κατασταλτική δράση όταν συγχορηγείται με τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, αγχολυτικά, αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης.
- Αυξημένη αντιμουςκαρινική δράση όταν συγχορηγείται με τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, αντιμουςκαρινικά, αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης.
- Ανταγωνιστής (θεωρητικό μοντέλο) της βηταϊστίνης και της ισταμίνης.
- Να αποφεύγεται η χρήση της σε ασθενείς που λαμβάνουν μιδοδρίνη και σε παιδιά με σοβαρή ηπατική νόσο. Σε σοβαρή καρδιακή ανεπάρκεια μπορεί να προκληθεί μείωση της καρδιακής παροχής.
- Υφίσταται αυξημένος κίνδυνος παροδικής παράλυσης με την ενδοφλέβια χορήγηση του φαρμάκου σε ασθενείς με νευρομυϊκές παθήσεις.
- Η ταχεία (bolus) υποδόρια ή ενδοφλέβια χορήγηση του φαρμάκου ενδέχεται να οδηγήσει σε «ζαλάδα» – γεγονός που προκαλεί δυσφορία σε ορισμένα άτομα ενώ άλλα το βρίσκουν «συναρπαστικό», με επακόλουθο επανειλημμένα αιτήματα για παροχή κυκλιζίνης ενδοφλεβίως.
- Για συνεχή υποδόρια ή ενδοφλέβια έγχυση, η διάλυση του φαρμάκου θα πρέπει να γίνεται μόνο με ενέσιμο ύδωρ ή δεξτρόζη 5%. *Μη συμβατό με διάλυμα χλωριούχου νατρίου 0,9% με συνέπεια τη δημιουργία ιζήματος.*
- Ασυμβατότητα εξαρτώμενη από τη συγκέντρωση παρατηρείται με τη συγχορήγηση της κυκλιζίνης με την αλφαιντανύλη, τη δεξαμεθαζόνη, τη διαμορφίνη και την οξυκωδόνη.
- Τα υπόθετα θα πρέπει να διατηρούνται στο ψυγείο.
- Τα δισκία μπορούν να θρυμματιστούν για λήψη από το στόμα. Τα δισκία δεν διασπείρονται εύκολα στο νερό, ωστόσο κατόπιν ανατάραξης σε 10ml ύδατος για 5 λεπτά προκύπτει διάλυμα που μπορεί να χορηγηθεί άμεσα μέσω σωλήνα εντερικής σίτισης. Δεν υφίστανται ειδικά δεδομένα όσον αφορά τη χορήγηση της κυκλιζίνης διαμέσου της νήστιδας. Αν επιλεγεί η οδός αυτή, ο ασθενής θα πρέπει να παρακολουθείται για τυχόν απώλεια της δραστηριότητας ή αύξηση των ανεπιθύμητων ενεργειών του φαρμάκου.
- Διατίθεται με τις ακόλουθες μορφές: δισκία (50mg), υπόθετα (12,5mg, 25mg, 50mg, 100mg, διαθέσιμα από ειδικές παρασκευάστριες εταιρείες) και ενέσιμη μορφή (50mg/ml).

Τεκμηρίωση: [2, 10, 134-137]

Κωδεΐνη φωσφορική

Η κωδεΐνη δεν ενδείκνυται πλέον για χρήση στην ανακουφιστική φροντίδα παιδιών. Έχει αντικατασταθεί από άλλα οπιοειδή, κυρίως από τη μορφίνη χορηγούμενη από του στόματος, καθώς και από τη διαμορφίνη ή τη φαιτανύλη χορηγούμενες διά του στοματικού βλεννογόνου.

Τεκμηρίωση: [1-3, 65, 132, 133]

Λακτουλόζη

Χρήση

- Δυσκοιλιότητα, ακράτεια κοπράνων σχετιζόμενη με δυσκοιλιότητα
- Ηπατική εγκεφαλοπάθεια (πυλαιοσυστηματική εγκεφαλοπάθεια) και κώμα.

Δοσολογία και οδοί χορήγησης

Δυσκοιλιότητα

Από του στόματος: αρχικά χορήγηση δύο φορές ημερησίως και ακολούθως προσαρμογή ανάλογα με τις ανάγκες του ασθενούς

- **Νεογνά:** 2,5ml/δόση, δύο φορές ημερησίως
- **Παιδιά 1 μηνός-11 μηνών:** 2,5ml/δόση, 1-3 φορές ημερησίως
- **Παιδιά 1-4 ετών:** 5ml/δόση, 1-3 φορές ημερησίως
- **Παιδιά 5-9 ετών:** 10ml/δόση, 1-3 φορές ημερησίως
- **Παιδιά 10-17 ετών:** 15ml/δόση, 1-3 φορές ημερησίως.

Ηπατική εγκεφαλοπάθεια

- **Παιδιά 12-17 ετών:** 30-50ml τρεις φορές ημερησίως ως αρχική δόση. Προσαρμογή της δοσολογίας ώστε να παραχθούν 2-3 μαλακές κενώσεις την ημέρα.

Σημειώσεις

- Διαθέτει άδεια χορήγησης για την αντιμετώπιση της δυσκοιλιότητας σε όλες τις ηλικιακές ομάδες. Δεν έχει αδειοδοτηθεί για χρήση στην ηπατική εγκεφαλοπάθεια σε παιδιά.
- Αυξάνει τη βακτηριδιακή χλωρίδα του κόλου (αυτό δεν συμβαίνει όταν λαμβάνονται μακρογόλες).
- Στις ανεπιθύμητες ενέργειες περιλαμβάνονται ναυτία, αεροπλήθεια και κωλικοί του εντέρου, ιδιαίτερα με τη χορήγηση υψηλών δόσεων. Ο μετεωρισμός κατά τα αρχικά στάδια της αγωγής, συνήθως υποχωρεί ύστερα από λίγες ημέρες.
- Προφυλάξεις και αντενδείξεις: γαλακτοζαιμία, εντερική απόφραξη. Απαιτείται προσοχή όταν υπάρχει δυσανεξία στη λακτόζη.
- Η χρήση του φαρμάκου είναι περιορισμένη καθώς οι μακρογόλες ενδείκνυνται περισσότερο στο πλαίσιο της ανακουφιστικής φροντίδας. Ωστόσο, ο όγκος ανά δόση όταν χορηγούνται μακρογόλες είναι 5-10 φορές μεγα-

λύτερος από τον όγκο ανά δόση λακτουλόζης, συνεπώς μπορεί να μη γίνονται καλά ανεκτές από ορισμένους ασθενείς.

- Η λακτουλόζη είναι λιγότερο αποτελεσματική από τις μακρογόλες ή το πικοθειϊκό νάτριο στην αντιμετώπιση της δυσκοιλιότητας που οφείλεται στη λήψη οπιοειδών από περιπατητικούς ασθενείς, στο πλαίσιο της ανακουφιστικής φροντίδας.
- Έχει δυσάρεστη γεύση.
- Για την έναρξη δράσης του φαρμάκου μπορεί να χρειαστούν 36-48 ώρες.
- Μπορεί να ληφθεί με νερό και άλλα ροφήματα.
- Μπορεί να χορηγηθεί μέσω ρινογαστρικού καθετήρα ή γαστροστομίας, κατόπιν αραίωσης με διπλάσιο-τριπλάσιο όγκο ύδατος ώστε να μειωθεί το ιξώδες του διαλύματος και να διευκολυνθεί η χορήγησή του. Με δεδομένο ότι η θέση δράσης του φαρμάκου είναι το κόλον, η λακτουλόζη θα οδηγήσει σε θεραπευτικό αποτέλεσμα αν χορηγηθεί απευθείας στο στόμαχι ή τη νήστιδα. Στις περιπτώσεις αυτές, η χορήγηση προτείνεται να διενεργείται σύμφωνα με την παραπάνω διαδικασία.
- Δόση ίση με 15ml/ημέρα αποδίδει 14kcal, συνεπώς δεν είναι ιδιαίτερα πιθανό να επηρεάσει το διαιτολόγιο παιδιών με σακχαρώδη διαβήτη ή υπό κετογόνο διατροφή.
- Δεν ερεθίζει ούτε επιδρά άμεσα στον εντερικό βλεννογόνο.
- Διατίθεται ως πόσιμο διάλυμα 10g/15ml ή 680mg/1ml. Είναι πιο προσιτό οικονομικά από τις μακρογόλες (σκεύασμα με την εμπορική ονομασία: *Monicol*).

Τεκμηρίωση: [1, 2, 5, 6, 89, 286-290]

Λανσοπραζόλη

Χρήση

- Γαστροοισοφαγική παλινδρομική νόσος, διαβρωτική οισοφαγίτιδα, πρόληψη και αντιμετώπιση του γαστρικού και οισοφαγικού ερεθισμού λόγω λήψης ΜΣΑΦ, αντιμετώπιση του δωδεκαδακτυλικού και πεπτικού έλκους.
- Δυσασπορρόφηση λίπους παρά τη χορήγηση παγκρεατικών ενζύμων στην ινοκυστική νόσο.

Δοσολογία και οδοί χορήγησης

Από του στόματος:

- **Παιδιά με σωματικό βάρος <30kg:** 0,5-1mg/kg με ανώτατη δόση τα 15mg, εφάπαξ ημερησίως το πρωί
- **Παιδιά με σωματικό βάρος >30kg:** 15-30mg, εφάπαξ ημερησίως το πρωί.

Σημειώσεις

- Η λανσοπραζόλη δεν διαθέτει άδεια στο Ηνωμένο Βασίλειο για χορήγηση σε βρέφη, παιδιά και εφήβους. Έχει ωστόσο αδειοδοτηθεί στις ΗΠΑ για χρήση από την ηλικία του 1 έτους. Η ακριβής δοσολογία περιορίζεται από την περιεκτικότητα των διαθέσιμων σκευασμάτων.
- Η λανσοπραζόλη αποτελεί αναστολέα της γαστρικής αντλίας πρωτονίων. Εμποδίζει το τελικό στάδιο σχηματισμού γαστρικού οξέος αναστέλλοντας τη δραστηριότητα της αντλίας H^+/K^+ (H^+-K^+-ATP -άσης) των τοιχωματικών κυττάρων του στομάχου. Η αναστολή είναι δοσοεξαρτώμενη και αναστρέψιμη, ενώ το φάρμακο επιδρά τόσο στη βασική όσο και στην προκλητή έκκριση γαστρικού οξέος.
- Για βέλτιστη δράση, η εφάπαξ ημερήσια δόση είναι προτιμότερο να λαμβάνεται το πρωί.
- Η λανσοπραζόλη θα πρέπει να λαμβάνεται τουλάχιστον 30 λεπτά πριν από τη λήψη τροφής καθώς η ταυτόχρονη χορήγηση τροφής επιβραδύνει την απορρόφηση και μειώνει τη βιοδιαθεσιμότητα του φαρμάκου.
- Η δόση μπορεί να αυξηθεί αν τα συμπτώματα δεν υποχωρήσουν πλήρως (θα πρέπει να εκτιμηθεί η αύξηση της εφάπαξ ημερήσιας δόσης ή η χορήγηση του φαρμάκου σε δύο δόσεις ημερησίως).
- Μελέτες σε βρέφη και παιδιά υποδεικνύουν ότι απαιτείται υψηλότερη δόση (mg/kg) σε σύγκριση με τους ενήλικες προκειμένου να επιτευχθεί

καταστολή της έκκρισης γαστρικού οξέος σε θεραπευτικά επίπεδα.

- Το φάρμακο εμφανίζει καλή βιοδιαθεσιμότητα μετά τη χορήγηση από του στόματος, ίση με 80-90% και ευνοϊκότερη σε σύγκριση με την αντίστοιχη βιοδιαθεσιμότητα της ομεπραζόλης που είναι 60%.
- Υπάρχουν ορισμένα αδημοσίευτα δεδομένα ότι τα διασπειρόμενα στο στόμα δισκία (FasTab) λανσοπραζόλης μπορούν να διχοτομηθούν ώστε να προκύψει δόση ίση με 7,5mg.
- Δεν απαιτείται προσαρμογή της δόσης σε ασθενείς με νεφρική δυσλειτουργία. Μείωση της δόσης (κατά 50%) συνιστάται σε ασθενείς με μέτρια και σοβαρή ηπατική βλάβη.
- Μετά από παρατεταμένη χορήγηση του φαρμάκου μπορεί να εμφανισθεί υπομαγνησιαμία.
- Συχνές ανεπιθύμητες ενέργειες (>1 σε 100 ασθενείς έως <1 σε 10 ασθενείς): κεφαλαλγία, ζάλη, ναυτία, διάρροια, στομαχικό άλγος, δυσκοιλιότητα, έμετοι, μετεωρισμός, ξηροστομία, φαρυγγίτιδα, αύξηση των ηπατικών ενζύμων, κνίδωση, κνησμός, εξάνθημα.
- Η λανσοπραζόλη μπορεί να επηρεάσει την απορρόφηση φαρμάκων των οποίων η βιοδιαθεσιμότητα εξαρτάται από το γαστρικό pH (π.χ. αταζαναβίρη, ιτρακοναζόλη). Μπορεί να προκαλέσει αύξηση στα επίπεδα διγοξίνης καθώς και στη συγκέντρωση στο πλάσμα φαρμάκων που μεταβολίζονται από το ενζυμικό σύστημα CYP3A4 (όπως π.χ. θεοφυλλίνη και τακρόλιμους). Φάρμακα τα οποία αναστέλλουν ή επάγουν τα ενζυμικά συστήματα CYP2C19 και CYP3A4 ενδέχεται να επηρεάσουν τη συγκέντρωση της λανσοπραζόλης στο πλάσμα. Η σουκραλφάτη και τα αντιόξινα ενδέχεται να μειώσουν τη βιοδιαθεσιμότητα της λανσοπραζόλης.
- Οι αναστολές της αντλίας πρωτονίων αποτελούν ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου για λοίμωξη από *Clostridium difficile*.
- Προειδοποίηση ασφάλειας από τη Ρυθμιστική Αρχή Φαρμάκων και Προϊόντων Υγείας (MHRA, 2015): υφίσταται πολύ χαμηλός κίνδυνος υποξέος δερματικού ερυθρηματώδους λύκου, συσχετιζόμενος με τη λήψη αναστολέων της αντλίας πρωτονίων.
- Οι κάψουλες θα πρέπει να καταπίνονται ολόκληρες με ταυτόχρονη λήψη υγρών. Για ασθενείς με δυσκολία κατάποσης προτείνεται, με βάση τις μελέτες και την κλινική πρακτική, οι κάψουλες να ανοίγονται και τα κοκκία να αναμειγνύονται με μικρή ποσότητα νερού, χυμό μήλου ή τομάτας, ή με μικρή ποσότητα μαλακής τροφής (π.χ. γιαούρτι, πουρές μήλου) προ-

κείμενου να διευκολυνθεί η λήψη του φαρμάκου.

- Διασπειρόμενα στο στόμα δισκία (FasTab): Θα πρέπει να τοποθετούνται πάνω στη γλώσσα και να απομυζώνται ελαφρά. Τα δισκία αυτά διαλύονται ταχέως στο στόμα απελευθερώνοντας γαστροανθεκτικά μικροκοκκία τα οποία στη συνέχεια καταπίνονται. Τα δισκία FasTab μπορούν επίσης να καταποθούν ολόκληρα με νερό ή να αναμειχθούν με μικρή ποσότητα νερού, αν είναι προτιμότερο. Τα δισκία αυτά περιέχουν λακτόζη και ασπαρτάμη και θα πρέπει να χρησιμοποιούνται με προσοχή σε ασθενείς με γνωστή φαινυλκετονουρία.
- Για χορήγηση μέσω ρινογαστρικού καθετήρα ή γαστροστομίας, τα δισκία FasTab μπορούν να διαλυθούν σε 10ml νερού και να χορηγηθούν μέσω ρινογαστρικού καθετήρα διαμέτρου 8Fr χωρίς κίνδυνο απόφραξης. Για καθετρες μικρότερης διαμέτρου, το περιεχόμενο μιας κάψουλας λανσοπραζόλης θα πρέπει να διαλύεται σε διαττανθρακικό νάτριο 8,4%, πριν από τη χορήγηση. Αν αποφραχθεί ο καθετήρας, μπορεί να χρησιμοποιηθεί διαττανθρακικό νάτριο για να διαλυθούν τα εντεροδιαλυτά κοκκία που τυχόν έχουν ενσφηνωθεί στον αυλό. Η λανσοπραζόλη είναι λιγότερο πιθανό από την ομεπραζόλη (εμπορική ονομασία: *Losec MUPS*) να προκαλέσει απόφραξη καθετήρων με αυλό μικρής διαμέτρου. Η λανσοπραζόλη απορροφάται από το λεπτό έντερο και κατά συνέπεια η χορήγησή της διαμέσου της νήστιδας δεν αναμένεται να μειώσει τη βιοδιαθεσιμότητά της. Στην περίπτωση αυτή, η χορήγηση προτείνεται να διενεργείται σύμφωνα με την παραπάνω διαδικασία.
- Διατίθεται με τις ακόλουθες μορφές: κάψουλες των 15mg και 30mg, καθώς και δισκία διασπειρόμενα στο στόμα με περιεκτικότητες 15mg και 30mg.

Τεκμηρίωση: [1, 2, 5, 10, 291-305]

Λεβετιρακετάμη

Χρήση

- Επιληπτικοί σπασμοί.

Δοσολογία και οδοί χορήγησης

Αντιμετώπιση επιληπτικών σπασμών (τακτικό σχήμα χορήγησης)

Από του στόματος:

- **Παιδιά 1-5 μηνών:** αρχική δόση 7mg/kg εφάπαξ ημερησίως, ακολούθως βαθμιαία αύξηση όχι μεγαλύτερη από 7mg/kg δύο φορές ημερησίως (ανώτατη δόση: 21mg/kg, δύο φορές ημερησίως). Η αύξηση της δοσολογίας θα πρέπει να πραγματοποιείται ανά 2 εβδομάδες.
- **Παιδιά 6 μηνών-17 ετών (με σωματικό βάρος έως 50kg):** αρχική δόση 10mg/kg εφάπαξ ημερησίως, ακολούθως βαθμιαία αύξηση όχι μεγαλύτερη από 10mg/kg δύο φορές ημερησίως (ανώτατη δόση: 30mg/kg, δύο φορές ημερησίως). Η αύξηση της δοσολογίας θα πρέπει να πραγματοποιείται ανά 2 εβδομάδες.
- **Παιδιά 18 ετών και άνω, ή με σωματικό βάρος 50kg και άνω:** 250mg δύο φορές ημερησίως και ακολούθως βαθμιαία αύξηση κατά 500mg δύο φορές ημερησίως (ανώτατη δόση: 1,5g δύο φορές ημερησίως). Η αύξηση της δοσολογίας θα πρέπει να πραγματοποιείται ανά 2-4 εβδομάδες.

Μέσω της ενδοφλέβιας οδού:

- **Παιδιά με σωματικό βάρος έως 50kg:** 10mg/kg εφάπαξ ημερησίως, ακολούθως βαθμιαία αύξηση όχι μεγαλύτερη από 10mg/kg δύο φορές ημερησίως (ανώτατη δόση: 30mg/kg δύο φορές ημερησίως). Η αύξηση της δοσολογίας θα πρέπει να πραγματοποιείται ανά 2 εβδομάδες.
- **Παιδιά με σωματικό βάρος 50kg και άνω:** 250mg δύο φορές ημερησίως και ακολούθως βαθμιαία αύξηση κατά 500mg δύο φορές ημερησίως (ανώτατη δόση: 1,5g δύο φορές ημερησίως). Η αύξηση της δοσολογίας θα πρέπει να πραγματοποιείται ανά 2-4 εβδομάδες.

Μέσω συνεχούς υποδόριας ή ενδοφλέβιας έγχυσης:

- **Αναλογία μετατροπής δόσης από του στόματος: ενδοφλέβιας: υποδόριας = 1:1:1**

- Υπολογίστε την ολική ημερήσια δόση που χορηγείται από του στόματος ή ενδοφλεβίως και χορηγήστε τη μέσω υποδόριας ή ενδοφλέβιας έγχυσης στη διάρκεια 24 ωρών.

Αντιμετώπιση παροξυσμικού επεισοδίου σπασμών

Η λεβετιρακετάμη μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την αντιμετώπιση ενός παροξυσμικού επεισοδίου σπασμών στο πλαίσιο παρατεινόμενων σπασμών, συνήθως αφότου έχουν χρησιμοποιηθεί άλλοι φαρμακευτικοί παράγοντες πρώτης γραμμής (π.χ. μιδαζολάμη, παραλδεΐδη) χωρίς ανταπόκριση.

Δεν υφίσταται ανάγκη μέτρησης των επιπέδων του φαρμάκου στο πλάσμα. Μέσω εντερικής, υποδόριας ή ενδοφλέβιας οδού:

- **Νεογνά:** 10-20mg/kg, ακολουθώντας αύξηση μετά από 2-12 ώρες αν είναι απαραίτητο, σύμφωνα με τη δοσολογία 10-20mg/kg και με στόχο να μη χορηγηθεί δόση υψηλότερη από τα 40mg/kg/ημέρα (στον υπολογισμό συμπεριλαμβάνεται και η δοσολογία από τυχόν τακτική χορήγηση του φαρμάκου)
- **Παιδιά άνω του 1 μηνός:** 20mg/kg, ακολουθώντας αύξηση μετά από 2-12 ώρες αν είναι απαραίτητο, σύμφωνα με τη δοσολογία 10-20mg/kg και με στόχο να μη χορηγηθεί δόση υψηλότερη από τα 60mg/kg/ημέρα (στον υπολογισμό συμπεριλαμβάνεται και η δοσολογία από τυχόν τακτική χορήγηση του φαρμάκου).

Σημειώσεις

- Στα οφέλη της χορήγησης λεβετιρακετάμης έναντι της φαινοβαρβιτόνης ή της φαινυτοΐνης για το παροξυσμικό επεισόδιο σπασμών, περιλαμβάνονται οι λιγότερες ανεπιθύμητες ενέργειες και η διαθεσιμότητα μικρότερου όγκου δόσης για εντερική χορήγηση.
- Μπορεί να συνδυαστεί σε αντλία σύριγγας με τους εξής παράγοντες: μιδαζολάμη, μορφίνη, υοσκίνη βουτυλοβρωμιούχο, υδρομορφόνη, μεθοτριμεπραζίνη, μετοκλοπραμίδη, δεξαμεθαζόνη, αλοπεριδόλη, γλυκοπυρόνιο και κλονιδίνη.
- Να διαλύεται σε χλωριούχο νάτριο 0,9%. Οι ενδοφλέβιες δόσεις θα πρέπει να χορηγούνται σε διάστημα τουλάχιστον 15 λεπτών.
- Το φάρμακο θα πρέπει να αραιώνεται στον μεγαλύτερο δυνατό όγκο ώστε να ελαχιστοποιηθούν το άλγος και ο ερεθισμός κατά τη χορήγηση του

φαρμάκου. Η δόση που προορίζεται για ενδοφλέβια έγχυση θα πρέπει να αραιώνεται με έναν συμβατό διαλύτη έως τη συνιστώμενη συγκέντρωση των 15mg/ml (κατά προσέγγιση) και να χορηγείται στη διάρκεια 15 λεπτών. Για την υποδόρια χορήγηση, απαιτείται διάλυση του φαρμάκου έως τη συγκέντρωση των 15mg/ml (ή μικρότερη), καθώς η υψηλή ωσμωτικότητα μπορεί να προκαλέσει ιστική βλάβη. Είναι συνεπώς προτιμότερη η χρήση της ενδοφλέβιας ή της εντερικής οδού.

- Μπορεί να χορηγηθεί δύο φορές ημερησίως ως εφάπαξ (bolus) υποδόρια δόση, εφόσον το επιτρέπει ο όγκος του διαλύματος.
- Διατίθεται με τις ακόλουθες μορφές: δισκία (250mg, 500mg, 750mg και 1gr, πόσιμο διάλυμα 100mg/ml και διάλυμα για έγχυση με περιεκτικότητα 100mg/ml.

Τεκμηρίωση: [1, 2, 306-309] NoRE

Λεβομεπρομαζίνη

Χρήση

- Ευρέως φάσματος αντιεμετικό, όπου η αιτία των εμέτων δεν είναι σαφής ή ενδεχομένως πολυπαραγοντική
- Δεύτερης γραμμής φάρμακο όταν η ειδική αντιεμετική αγωγή αποτυγχάνει
- Αντιψυχωσική και αγχολυτική δράση
- Καταστολή σε περιπτώσεις διέγερσης τελικού σταδίου.

Δοσολογία και οδοί χορήγησης

Χρήση ως αντιεμετικό

Από του στόματος:

- **Παιδιά 2-11 ετών:** αρχική δόση 50-100μg/kg χορηγούμενη μία ή δύο φορές ημερησίως, η οποία μπορεί να αυξηθεί σύμφωνα με τις ανάγκες και την ανοχή. Δεν θα πρέπει να υπερβαίνεται το 1mg/kg/δόση (ή το μέγιστο των 25mg/δόση), χορηγούμενο μία ή δύο φορές ημερησίως.
- **Παιδιά 12-17 ετών:** αρχική δόση 3mg χορηγούμενη μία ή δύο φορές ημερησίως, η οποία μπορεί να αυξηθεί σύμφωνα με τις ανάγκες και την ανοχή έως το μέγιστο των 25mg, μία ή δύο φορές ημερησίως.

Μέσω συνεχούς ενδοφλέβιας ή υποδόριας έγχυσης στη διάρκεια 24 ωρών:

- **Παιδιά 1 μηνός-11 ετών:** αρχική δόση 100μg/kg/24ωρο αυξανόμενη σύμφωνα με τις ανάγκες έως το μέγιστο των 400μg/kg/24ωρο. Ανώτατη δόση: 25mg/24ωρο.
- **Παιδιά 12-17 ετών:** αρχική δόση 5mg/24ωρο αυξανόμενη σύμφωνα με τις ανάγκες έως το μέγιστο των 25mg/24ωρο.

Μέσω υποδόριας ή ενδοφλέβιας ένεσης:

- **Παιδιά 12-17 ετών:** αρχική δόση 2,5mg, χορήγηση αναλόγως των αναγκών, μία ή δύο φορές ημερησίως.

Χρήση για καταστολή και θόλωση συνείδησης

Μέσω συνεχούς υποδόριας ή ενδοφλέβιας έγχυσης στη διάρκεια 24 ωρών:

- **Παιδιά 1 έτους-11 ετών:** αρχική δόση 350μg/kg/24ωρο (ανώτατη αρχική δόση 12,5mg), αυξανόμενη σύμφωνα με τις ανάγκες μέχρι τα 3mg/kg/24ωρο.
- **Παιδιά 12-17 ετών:** αρχική δόση 12,5mg/24ωρο, αυξανόμενη σύμφωνα με τις ανάγκες μέχρι τα 200mg/24ωρο.

Μέσω υποδόριας ή ενδοφλέβιας ένεσης:

- **Παιδιά 12-17 ετών:** αρχική δόση
 - σε παιδιά <35kg: 2,5mg, χορήγηση αναλόγως των αναγκών, μία ή δύο φορές ημερησίως.
 - σε παιδιά >35kg: 5mg, χορήγηση αναλόγως των αναγκών, μία ή δύο φορές ημερησίως.

Σημειώσεις

- Διαθέτει άδεια χορήγησης σε παιδιά με νόσο τελικού σταδίου για την ανακούφιση του πόνου και των συνοδών συμπτωμάτων του άγχους και της δυσφορίας.
- Οι χαμηλές δόσεις είναι συνήθως αποτελεσματικές ως προς την αντιεμετική δράση. Μπορούν να τιτλοποιηθούν προς τα άνω, σύμφωνα με τις ανάγκες. Υψηλότερες δόσεις επιφέρουν σημαντική καταστολή και το γεγονός αυτό μπορεί να περιορίσει την περαιτέρω αύξηση της δοσολογίας.
- Αν το παιδί δεν ανταποκρίνεται στην υψηλή δοσολογία που λαμβάνεται για την αντιμετώπιση της ναυτίας και του εμέτου, η αιτία θα πρέπει να επανεκτιμηθεί και να συγχωρηθούν άλλοι φαρμακευτικοί παράγοντες (π.χ. δεξαμεθαζόνη).
- Υφίσταται ορισμένη εμπειρία σε ενηλίκους αναφορικά με τη χρήση χαμηλής δόσης του φαρμάκου διαμέσου του στοματικού βλεννογόνου, ως αντιεμετικό (π.χ. 1,5mg τρεις φορές ημερησίως, σύμφωνα με τις ανάγκες του ασθενή).
- Το φάρμακο μπορεί να προκαλέσει υπόταση, ειδικά όταν χορηγείται σε υψηλότερες δόσεις. Η υπνηλία και η καταβολή αποτελούν συχνές παρενέργειες.
- Η λεβομεπρομαζίνη και οι μη υδροξυλιωμένοι μεταβολίτες της αναφέρεται ότι αποτελούν ισχυρούς αναστολείς του ενζυμικού συστήματος του κυτοχρώματος P450 2D6. Η συγχορήγηση της λεβομεπρομαζίνης με φάρμακα που μεταβολίζονται κατά κύριο λόγο από το ενζυμικό αυτό σύστημα ενδέχεται να οδηγήσει σε αυξημένες συγκεντρώσεις των φαρμάκων αυτών στο πλάσμα.
- Η λεβομεπρομαζίνη ενδέχεται να μειώσει τον ουδό των σπασμών.
- Το φάρμακο θα πρέπει να αποφεύγεται ή να χορηγείται με προσοχή σε ασθενείς με ηπατική δυσλειτουργία ή καρδιολογικό νόσημα. Η έναρξη χορήγησης θα πρέπει να διενεργείται με χαμηλή δοσολογία σε ασθενείς

με σοβαρή νεφρική βλάβη, να λαμβάνεται εφάπαξ ημερησίως και να τιτλοποιείται ανάλογα με την ανταπόκριση.

- Τα δισκία μπορούν να τμηθούν στο ήμισυ ή σε τέταρτα ώστε να ληφθούν μικρότερες δόσεις. Τα δισκία (ή μέρη αυτών) μπορούν να διαλυθούν σε νερό ώστε να χορηγηθούν μέσω ρινογαστρικού καθετήρα ή γαστροστομίας. Ο αυλός θα πρέπει να εκπλένεται σχολαστικά μετά από τη χορήγηση. Δεν υφίστανται ειδικά δεδομένα όσον αφορά τη χορήγηση της λεβομεπρομαζίνης διαμέσου της νήστιδας, η οποία προτείνεται να πραγματοποιείται σύμφωνα με την παραπάνω διαδικασία και ο ασθενής να παρακολουθείται για τυχόν απώλεια της δραστηριότητας ή αύξηση των ανεπιθύμητων ενεργειών του φαρμάκου.
- Για υποδόρια έγχυση, το φάρμακο θα πρέπει να αραιώνεται με χλωριούχο νάτριο 0,9%. Μπορεί επίσης να χρησιμοποιηθεί ενέσιμο ύδωρ. Η δόση που χορηγείται υποδορίως εκτιμάται ότι είναι δύο φορές πιο δραστική από εκείνη που λαμβάνεται από του στόματος.
- Διατίθεται με τις ακόλουθες μορφές: δισκία (25mg) και ενέσιμη μορφή (25mg/ml). Διατίθενται επίσης δισκία των 6mg μέσω ειδικών εισαγωγικών εταιρειών καθώς και πόσιμο διάλυμα επιτόπιας παρασκευής.

Τεκμηρίωση: [1, 2, 5, 10, 310-313] NoRE, ARE

Λιδοκαΐνη (Λιγνοκαΐνη) - φαρμακούχο έμπλαστρο

Χρήση

- Εντοπισμένος νευροπαθητικός πόνος.

Δοσολογία και οδοί χορήγησης

Τοπική χορήγηση:

- **Παιδιά 3-17 ετών:** εφαρμόστε 1-2 διαδερμικά έμπλαστρα (αυτοκόλλητα) στην πάσχουσα περιοχή (ή στις πάσχουσες περιοχές). Το έμπλαστρο θα πρέπει να εφαρμόζεται εφάπαξ ημερησίως για 12 ώρες και στη συνέχεια να ακολουθεί διάστημα 12 ωρών ελεύθερο εφαρμογής (με στόχο τη μείωση του κινδύνου δερματικών αντιδράσεων).
- **Ενήλικες 18 ετών και άνω:** έως 3 διαδερμικά έμπλαστρα (αυτοκόλλητα) στην πάσχουσα περιοχή (ή στις πάσχουσες περιοχές). Το έμπλαστρο θα πρέπει να εφαρμόζεται εφάπαξ ημερησίως για 12 ώρες και στη συνέχεια να ακολουθεί διάστημα 12 ωρών ελεύθερο εφαρμογής (με στόχο τη μείωση του κινδύνου δερματικών αντιδράσεων).

Σημειώσεις

- Δεν διαθέτει άδεια χρήσης σε παιδιά και εφήβους κάτω των 18 ετών.
- Η λιδοκαΐνη που περιέχεται στο φαρμακούχο έμπλαστρο διαχέεται συνεχώς στο δέρμα ασκώντας τοπική αναλγητική δράση. Ο μηχανισμός με τον οποίο δρα είναι η σταθεροποίηση των νευρωνικών μεμβρανών μέσω υποδραστηριοποίησης (down-regulation) των διαύλων νατρίου με συνέπεια την αναστολή μεταβίβασης αλγεϊνών ερεθισμάτων.
- Το έμπλαστρο μπορεί να τηρηθεί στο μέγεθος και το σχήμα της επώδυνης περιοχής. ΔΕΝ θα πρέπει να εφαρμόζεται όπου υπάρχει λύση της συνέχειας του δέρματος, σε δερματικές αλλοιώσεις καθώς και πλησίον των οφθαλμών.
- Όταν χρησιμοποιείται φαρμακούχο έμπλαστρο λιδοκαΐνης 5%, σύμφωνα με την ανώτατη συνιστώμενη δόση (δηλ. 3 αυτοκόλλητα εφαρμοζόμενα ταυτόχρονα για 12 ώρες), περίπου το $3 \pm 2\%$ της ολικής χορηγούμενης δόσης λιδοκαΐνης μεταφέρεται στη συστηματική κυκλοφορία, ποσοστό όμοιο τόσο για την εφάπαξ όπως και για τις πολλαπλές χορηγήσεις.
- Ο μέγιστος συνιστώμενος αριθμός εμπλάστρων λιδοκαΐνης σε ενήλικες, σύμφωνα με τα τρέχοντα δεδομένα, είναι 3 ανά εφαρμογή.

- Το έμπλαστρο περιέχει προπυλενογλυκόλη η οποία μπορεί να προκαλέσει ερεθισμό του δέρματος. Περιέχει επίσης παραϋδροξυβενζοϊκό μεθυλεστέρα και παραϋδροξυβενζοϊκό προπυλεστέρα, ουσίες οι οποίες ενδέχεται να προκαλέσουν αλλεργικές αντιδράσεις (πιθανόν όψιμες). Περίπου 16% των ασθενών αναμένεται να εμφανίσουν ανεπιθύμητες αντιδράσεις, οι οποίες είναι τοπικές λόγω της φύσης του φαρμακευτικού προϊόντος.
- Το διαδερμικό έμπλαστρο θα πρέπει να χρησιμοποιείται με προσοχή σε ασθενείς με σοβαρή καρδιακή δυσλειτουργία, σοβαρή νεφρική ή ηπατική βλάβη.
- Επαρκής χρόνος αγωγής θεωρείται η ελάχιστη διάρκεια των 4 εβδομάδων. Θα πρέπει να εκτιμάται η διακοπή του φαρμάκου αν δεν διαπιστωθεί ανταπόκριση.
- Για μακροχρόνια χορήγηση, η αγωγή θα πρέπει να αξιολογείται τακτικά προκειμένου να εκτιμηθεί αν ο αριθμός των απαιτούμενων εμπλάστρων μπορεί να ελαττωθεί ή το ελεύθερο εφαρμογής διάστημα μπορεί να παραταθεί.
- Τα έμπλαστρα θα πρέπει να χρησιμοποιηθούν εντός 14 ημερών από το άνοιγμα του φακελίσκου της συσκευασίας.
- Σε μια πρόσφατη μελέτη αναφορικά με τις ανατομικές θέσεις εφαρμογής του διαδερμικού έμπλαστρου διαπιστώθηκε ότι η εφαρμογή στην περιοχή της κεφαλής γίνονταν λιγότερο καλά ανεκτή σε σύγκριση με την εφαρμογή στον κορμό και τα άκρα.
- Οι δόσεις λήφθηκαν από το Εθνικό Συνταγολόγιο της Βρετανίας στην ηλεκτρονική του μορφή (Αύγουστος 2019).
- Διατίθεται ως διαδερμικό έμπλαστρο με περιεκτικότητα 700mg/έμπλαστρο [5% w/v (περιεκτικότητα % βάρος κατ' όγκο) λιδοκαΐνης].

Τεκμηρίωση: [1, 5, 314-321] NoRE, ARE

Λοπεραμίδη

Χρήση

- Διάρροια από μη λοιμώδη αίτια
- Ακράτεια κοπράνων
- Αντιμετώπιση της υψηλής παροχής από την ειλεοστομία.

Δοσολογία και οδοί χορήγησης για την αντιμετώπιση της χρόνιας διάρροιας:
Από του στόματος:

- **Παιδιά 1 μηνός-11 μηνών:** αρχική δόση 100μg/kg δύο φορές ημερησίως, χορηγούμενη 30 λεπτά πριν από τα γεύματα. Η δόση μπορεί να αυξηθεί σύμφωνα με τις ανάγκες του ασθενούς, έως το μέγιστο των 2mg/kg/ημέρα σε διαιρεμένες δόσεις.
- **Παιδιά 1-11 ετών:** αρχική δόση 100μg/kg (ανώτατη εφάπαξ δόση: 2mg), 3-4 φορές ημερησίως, η οποία μπορεί να αυξηθεί σύμφωνα με τις ανάγκες του ασθενούς έως το μέγιστο των 1,25mg/kg/ημέρα σε διαιρεμένες δόσεις (ανώτατη δόση: 16mg/ημέρα).
- **Παιδιά 12-17 ετών:** αρχική δόση 2mg, 2-4 φορές ημερησίως, η οποία μπορεί να αυξηθεί σύμφωνα με τις ανάγκες του ασθενούς έως το μέγιστο των 16mg/ημέρα σε διαιρεμένες δόσεις.

Σημειώσεις

- Δεν διαθέτει άδεια χορήγησης σε παιδιά για την ένδειξη της χρόνιας διάρροιας.
- Οι κάψουλες δεν έχουν αδειοδοτηθεί για χρήση σε παιδιά <8 ετών.
- Το σιρόπι δεν έχει αδειοδοτηθεί για χρήση σε παιδιά <4 ετών.
- Συχνές παρενέργειες: δυσκοιλιότητα, ναυτία, μετεωρισμός.
- Ως αντιδιαρροϊκό, η λοπεραμίδη είναι περίπου 50 φορές πιο δραστική από την κωδεΐνη. Δρα για μεγαλύτερο διάστημα ενώ το μέγιστο θεραπευτικό αποτέλεσμα μπορεί να μην παρατηρηθεί πριν παρέλθουν 16-24 ώρες.
- Για χορήγηση μέσω ρινογαστρικού καθετήρα ή γαστροστομίας, θα πρέπει να χρησιμοποιείται η υγρή μορφή χωρίς αραίωση. Μετά τη χορήγηση, ο αυλός θα πρέπει να εκπλένεται σχολαστικά. Εναλλακτικά, μπορούν να χρησιμοποιηθούν τα δισκία χωρίς κίνδυνο απόφραξης του αυλού, αν και η αποτελεσματικότητά τους δεν είναι γνωστή. Η χορήγηση διαμέσου της

νήστιδας δεν θα επηρεάσει το θεραπευτικό αποτέλεσμα της λοπεραμίδης. Ωστόσο, λόγω πιθανής ωσμωτικής δράσης της υγρής μορφής, είναι σκόπιμο να γίνεται περαιτέρω αραίωση της δόσης με προσθήκη ύδατος αμέσως πριν από τη χορήγηση.

- Διατίθεται με τις ακόλουθες μορφές: δισκία (2mg), κάψουλες (2mg), δισκία διαλυόμενα στο στόμα (2mg) και πόσιμο σιρόπι (1mg/5ml).

Τεκμηρίωση: [1, 2, 10, 326-328]

Λοραζεπάμη

Χρήση

- Συνυπάρχον άγχος
- Διέγερση και δυσφορία
- Συμπληρωματική αγωγή σε περιπτώσεις εγκεφαλικής διέγερσης
- Μη ειδική αγωγή για την αντιμετώπιση της δύσπνοιας
- Μυϊκός σπασμός
- Status epilepticus.

Δοσολογία και οδοί χορήγησης για όλες τις ενδείξεις εκτός από το status epilepticus

Από του στόματος:

- **Παιδιά <2 ετών:** 25μg/kg, 2-3 φορές ημερησίως
- **Παιδιά 2-5 ετών:** 500μg, 2-3 φορές ημερησίως
- **Παιδιά 6-10 ετών:** 750μg, 3 φορές ημερησίως
- **Παιδιά 11-14 ετών:** 1mg, 3 φορές ημερησίως
- **Παιδιά 15-18 ετών:** 1-2mg, 3 φορές ημερησίως.

Υπογλώσσια χορήγηση:

- **Παιδιά όλων των ηλικιών:** 25μg/kg ως εφάπαξ δόση, η οποία μπορεί να αυξηθεί έως τα 50μg/kg (μέγιστο: 1mg/δόση), αν είναι απαραίτητο.
- **Συνήθης δόση ενηλίκου:** 500μg-1mg ως εφάπαξ δόση, επανάληψη ανάλογα με τις ανάγκες του ασθενούς.

Για την αντιμετώπιση του status epilepticus

Μέσω αργής ενδοφλέβιας ένεσης:

- **Νεογνά:** 100μg/kg για μία εφάπαξ δόση, ακολούθως μπορούν να χορηγηθούν 100μg/kg μετά από 10 λεπτά, αν είναι απαραίτητο.
- **Παιδιά 1 μηνός-11 ετών:** όπως παραπάνω, με ανώτατη εφάπαξ δόση τα 4mg.
- **Παιδιά 12-17 ετών:** 4mg για μία εφάπαξ δόση, ακολούθως μία ακόμη δόση των 4mg μετά από 10 λεπτά, αν είναι απαραίτητο.

Σημειώσεις

- Δεν διαθέτει άδεια χρήσης σε παιδιά για τις υπόλοιπες ενδείξεις πλην του status epilepticus.
- Τα δισκία έχουν αδειοδοτηθεί για χορήγηση σε παιδιά άνω των 5 ετών για την ένδειξη της προνάρκωσης. Η ενέσιμη μορφή δεν έχει άδεια χρήσης σε παιδιά μικρότερα των 12 ετών, με την εξαίρεση της αντιμετώπισης του status epilepticus.
- Η ισχύς της λοραζεπάμης είναι 10 φορές υψηλότερη της διαζεπάμης ανά mg, ως προς την ανχολυτική/κατασταλτική δράση της.
- Εμφανίζει καλή απορρόφηση κατά την υπογλώσσια χορήγηση με ταχεία έναρξη δράσης. Ενδέχεται ωστόσο να παρατηρηθεί κυμαινόμενη απορρόφηση κατά τη χορήγηση μέσω της οδού αυτής, ενώ είναι πιθανή επιπλέον διακύμανση της απορρόφησης ανάλογα με το χορηγούμενο σκεύασμα.
- Ειδικά υπογλώσσια δισκία δεν είναι διαθέσιμα στο Ηνωμένο Βασίλειο, αλλά τα δισκία γενόσημων της λοραζεπάμης (και συγκεκριμένα οι εμπορικές ονομασίες *Genus*, *PVL* και *TEVA*) διαλύονται στο στόμα και συνεπώς μπορούν να χορηγηθούν υπογλωσσίως.
- Τα δισκία μπορούν να διαλυθούν στο νερό για χορήγηση μέσω σωλήνα εντερικής σίτισης. Δεν υφίστανται ειδικά δεδομένα όσον αφορά τη χορήγηση του φαρμάκου διαμέσου της νήστιδας. Στην περίπτωση αυτή, ο ασθενής θα πρέπει να παρακολουθείται για τυχόν αύξηση των ανεπιθύμητων ενεργειών ή απώλεια της δραστηριότητας του φαρμάκου.
- Ενδέχεται να προκληθεί υπνηλία και αναπνευστική καταστολή, αν χορηγηθεί σε υψηλές δόσεις.
- Απαιτείται προσοχή σε ασθενείς με νεφρική ή ηπατική ανεπάρκεια.
- Διατίθεται με τις ακόλουθες μορφές: δισκία (1mg, 2,5mg) και ενέσιμη μορφή (2mg/ml και 4mg/ml).

Τεκμηρίωση: [2, 5, 10, 225, 329] NoRE, ARE

Μακρογόλες

Χρήση

- Δυσκοιλιότητα
- Ενσφήνωση κοπράνων
- Ενδείκνυνται για τη δυσκοιλιότητα που οφείλεται στη λήψη οπιοειδών.

Δοσολογία και οδοί χορήγησης (φακελίσκοι για παιδιατρική χρήση, απευθύνονται σε παιδιά ηλικίας μικρότερης των 12 ετών)

Από του στόματος για την αντιμετώπιση της δυσκοιλιότητας και την πρόληψη της ενσφήνωσης κοπράνων:

- **Παιδιά κάτω του 1 έτους:** ½-1 φακελίσκος για παιδιατρική χρήση ημερησίως.
- **Παιδιά 1-5 ετών:** 1 φακελίσκος για παιδιατρική χρήση ημερησίως (προσαρμογή της δόσης ανάλογα με την ανταπόκριση, ανώτατη δόση: 4 φακελίσκοι ημερησίως).
- **Παιδιά 6-11 ετών:** 2 φακελίσκοι για παιδιατρική χρήση ημερησίως (προσαρμογή της δόσης ανάλογα με την ανταπόκριση, ανώτατη δόση: 4 φακελίσκοι ημερησίως).
- **Παιδιά 12-17 ετών:** 1-3 φακελίσκοι **ενηλίκων** ημερησίως.

Από του στόματος για την αντιμετώπιση της ενσφήνωσης κοπράνων:

- **Παιδιά κάτω του 1 έτους:** ½-1 φακελίσκος για παιδιατρική χρήση ημερησίως.
- **Παιδιά 1-4 ετών:** 2 φακελίσκοι για παιδιατρική χρήση την πρώτη ημέρα και αύξηση κατά 2 φακελίσκους ανά 2 μέρες (ανώτατη δόση: 8 φακελίσκοι ημερησίως). Η αγωγή θα πρέπει να συνεχίζεται μέχρι να λυθεί η ενσφήνωση – στη συνέχεια θα γίνει μετάβαση σε υπακτική αγωγή συντήρησης.
- **Παιδιά 5-11 ετών:** 4 φακελίσκοι για παιδιατρική χρήση την πρώτη ημέρα και αύξηση κατά 2 φακελίσκους ανά 2 ημέρες (ανώτατη δόση: 12 φακελίσκοι ημερησίως). Η αγωγή θα πρέπει να συνεχίζεται μέχρι να λυθεί η ενσφήνωση – στη συνέχεια θα γίνει μετάβαση σε υπακτική αγωγή συντήρησης.
- **Παιδιά 12-17 ετών:** 4 φακελίσκοι ημερησίως του σκευάσματος **ενηλίκων**, έπειτα αύξηση κατά 2 φακελίσκους ημερησίως έως την ανώτατη δοσολο-

γία των 8 φακελίσκων (ενηλίκων) ημερησίως. Η ολική ημερήσια δόση θα πρέπει να λαμβάνεται μέσα σε χρονικό διάστημα 6 ωρών. Μετά την ανάταξη της ενσφήνωσης, στον ασθενή θα πρέπει να χορηγηθεί υπακτική αγωγή συντήρησης.

Σημειώσεις

- Το φάρμακο δεν διαθέτει άδεια χορήγησης σε παιδιά <5 ετών για την ένδειξη της ενσφήνωσης κοπράνων και σε παιδιά <2 ετών για την ένδειξη της χρόνιας δυσκοιλιότητας.
- Είναι απαραίτητο να διατηρηθεί η ενυδάτωση του ασθενούς. Απαιτείται προσοχή σε περίπτωση διαταραχής υγρών ή ηλεκτρολυτών.
- Απαιτείται επίσης προσοχή κατά τη χορήγηση υψηλών δόσεων (όγκων) σε άτομα με επηρεασμένο φαρυγγικό αντανakλαστικό, οισοφαγίτιδα από παλινδρόμηση ή επηρεασμένο επίπεδο συνείδησης.
- Δεν θα πρέπει να χορηγούνται στα παιδιά οι φακελίσκοι που απευθύνονται σε ενηλίκους καθώς υφίσταται κίνδυνος ηλεκτρολυτικών διαταραχών.
- Η σκόνη θα πρέπει να αναμειγνύεται με νερό: ακολουθήστε τις οδηγίες της παρασκευάστριας εταιρείας.
- Για χορήγηση μέσω σωλήνα σίτισης: η σκόνη (ή το συμπυκνωμένο υγρό διάλυμα) θα πρέπει να διαλύεται σε νερό σύμφωνα με τις οδηγίες και να προωθείται εντός του αυλού, ο οποίος θα πρέπει να εκπλένεται διεξοδικά μετά τη χορήγηση. Καθώς το φάρμακο δρα μέσω τοπικού μηχανισμού εντός του εντέρου, δεν αναμένεται η χορήγηση διαμέσου της νήστιδας να επηρεάσει τη δραστηριότητά του. Στην περίπτωση αυτή, η χορήγηση θα πρέπει να διενεργείται σύμφωνα με την παραπάνω διαδικασία.
- Η σκόνη μακρογόλης για χορήγηση από το στόματος διατίθεται με τις εμπορικές ονομασίες: *Movicol* και *Movicol Paediatric Sachets*, *CosmoCol* και *CosmoCol Paediatric Sachets*, *Laxido* και *Laxido Paediatric Sachets*, *Macilax* και *Macilax Paediatric Sachets*. Υπό την ονομασία *Movicol* διατίθεται επίσης συμπυκνωμένο υγρό διάλυμα (χορήγηση κατόπιν αραίωσης με νερό).

Τεκμηρίωση: [1, 2, 10, 287, 330, 331]

Μεθαδόνη

(ΠΡΟΣΟΧΗ: απαιτείται η συμβουλή εξειδικευμένου ιατρού)

Χρήση

- Μείζον οπιοειδές για περιπτώσεις μέτριου και σοβαρού πόνου, ειδικά για τον νευροπαθητικό πόνο και τον πόνο που δεν ανταποκρίνεται επαρκώς στη χορήγηση άλλων οπιοειδών.
- Κατά κανόνα, δεν χρησιμοποιείται ως αναλγητικό πρώτης γραμμής στο Ηνωμένο Βασίλειο.

Προσοχή:

Η έναρξη χορήγησης της μεθαδόνης θα πρέπει να γίνεται αποκλειστικά από επαγγελματίες υγείας με εμπειρία στη χρήση της.

Οι λόγοι αυτής της προειδοποίησης είναι η ευρεία διυποκειμενική διακύμανση ως προς την ανταπόκριση στο φάρμακο, η μεγάλη ποικιλία των συντελεστών μετατροπής από τη δοσολογία άλλων οπιοειδών, η σύμπλοκη φαρμακοκινητική και ο μακρός χρόνος ημιζωής του φαρμάκου. Είναι ιδιαίτερης σημασίας η παρακολούθηση του ασθενούς κατά τα αρχικά στάδια χορήγησης.

Δοσολογία και οδοί χορήγησης

Σε παιδιά ελεύθερα οπιοειδών (naïve)

Από του στόματος:

- **Παιδιά 1-12 ετών:** 30-100μg/kg, 1-3 φορές ημερησίως (ανώτατη αρχική δόση: 5mg/δόση).
- **Παιδιά >12 ετών:** 100-200μg/kg κάθε 8-12 ώρες (ανώτατη αρχική δόση: 5mg/δόση).
- Η μεθαδόνη εμφανίζει μακρό και ποικίλο χρόνο ημιζωής, ενώ ενδέχεται να επιφέρει καταστολή του νευρικού συστήματος, αναπνευστική καταστολή, ακόμη και θάνατο, εξαιτίας του φαινομένου της δευτερογενούς ανόδου των επιπέδων του φαρμάκου στο αίμα.
- Η τιτλοποίηση της μεθαδόνης θα πρέπει να γίνεται κάτω από στενή κλινική παρακολούθηση του ασθενή, ειδικά τις πρώτες ημέρες χορήγησης. Λόγω του μεγάλου όγκου κατανομής, μπορεί να χρειαστούν υψηλότερες δόσεις για τις πρώτες λίγες ημέρες χορήγησης, στη διάρκεια των οποίων γίνεται η πλήρωση των ιστών του οργανισμού. Όταν ολοκληρωθεί ο κορεσμός

των ιστών, ενδεχομένως να επαρκεί και χαμηλότερη δόση. Για την πρόληψη ανεπιθύμητων ενεργειών, οι αυξήσεις στη δόση που χορηγείται διά της εντερικής οδού θα πρέπει να πραγματοποιούνται πολύ προσεκτικά, να μην γίνεται αύξηση μεγαλύτερη από το 25% (κατά προσέγγιση) της χορηγούμενης δόσης, με μέγιστη αύξηση κατά 50%, ενώ η δοσολογία θα πρέπει να αυξάνεται ανά εβδομαδιαία διαστήματα (ιατροί με εμπειρία στη χρήση του φαρμάκου μπορεί να πραγματοποιήσουν πιο συχνές αυξήσεις της δοσολογίας).

- Απαιτείται διαρκής κλινική επανεκτίμηση για την αποφυγή τοξικότητας, καθώς ο χρόνος που απαιτείται για να επιτευχθούν σταθερές συγκεντρώσεις του φαρμάκου (steady-state) μετά από κάθε αλλαγή στη δοσολογία, μπορεί να φτάσει τις 12 ημέρες.
- Σε περίπτωση παροξυσμικού πόνου, συνιστάται η χρήση ενός οπιοειδούς με βραχύ χρόνο ημιζωής.

Για την αντικατάσταση/εναλλαγή (rotation) ή μετατροπή (switch) οπιοειδούς

Προσοχή:

Η αντικατάσταση, εναλλαγή ή μετατροπή άλλων οπιοειδών στη χορήγηση μεθαδόνης απαιτεί εξειδικευμένες γνώσεις και θα πρέπει να πραγματοποιείται αποκλειστικά σε στενή συνεργασία με επαγγελματίες υγείας που διαθέτουν εμπειρία στη χρήση του φαρμάκου. Υφίσταται κίνδυνος μη προβλέψιμου θανάτου λόγω υπερδοσολογίας.

- Είναι πιθανό να αποβεί δυσχερής η μετατροπή της δόσης ενός οπιοειδούς βραχείας ή μακράς δράσης στην ισοδύναμη δόση μεθαδόνης. Σύμφωνα με την τρέχουσα πρακτική, το σύνηθες είναι να γίνει εισαγωγή του ασθενούς στην ειδική νοσοκομειακή μονάδα για 5-6 ημέρες, ή να πραγματοποιηθεί τιτλοποίηση του φαρμάκου με χορήγηση από του στόματος κατ'οίκον με **πολύ στενή** παρακολούθηση του ασθενούς.
- Θα πρέπει να εκτιμάται η χορήγηση καταρχήν άλλων οπιοειδών όταν χρειάζεται να γίνει μετατροπή από τη μορφίνη εξαιτίας μη αποδεκτών παρενεργειών αυτής, ή ανεπαρκούς αναλγησίας.

Προτείνεται η αξιολόγηση του ασθενούς σε ιατρείο πόνου ή ειδική υπηρεσία ανακουφιστικής φροντίδας

Ισοαναλγητικές δόσεις:

Οι συντελεστές μετατροπής δόσεων από άλλα οπιοειδή δεν είναι στατικοί αλλά αποτελούν συνάρτηση της προηγηθείσας έκθεσης του ασθενούς στα οπιοειδή ενώ εμφανίζουν και ευρεία διακύμανση.

Οι δημοσιευμένοι πίνακες ισοαναλγητικών δόσεων οπιοειδών, οι οποίοι έχουν διαμορφωθεί κατόπιν χορήγησης σε υγιή άτομα δίχως ανοχή στα οπιοειδή, υποδεικνύουν ότι η μεθοδόνη είναι 1-2 φορές πιο ισχυρή από τη μορφίνη, όπως έχει διαπιστωθεί σε μελέτες εφάπαξ χορήγησης, αλλά σε άτομα που λαμβάνουν μορφίνη για μακρό διάστημα (και σε υψηλές δόσεις) είναι σχεδόν 10 φορές ισχυρότερη της μορφίνης – ενδεχομένως να είναι 30 φορές πιο ισχυρή ή, κατά περιπτώσεις, ακόμη περισσότερο. Η αναλογία ισχύος τείνει να αυξάνεται όσο η δόση μορφίνης αυξάνεται.

Παραπομπή [4]

Υφίστανται διάφορα πρωτόκολλα για εναλλαγή άλλων οπιοειδών στη χορήγηση μεθαδόνης τα οποία απευθύνονται σε ενήλικες ασθενείς και δεν έχουν τεκμηριωθεί για χρήση στον παιδιατρικό πληθυσμό.

- Σύμφωνα με μία προσέγγιση, περιλαμβάνεται μια περίοδος μετάβασης όπου η δόση του ήδη χορηγούμενου οπιοειδούς μειώνεται και αντικαθίσταται μερικώς από τη μεθαδόνη, η οποία στη συνέχεια τιτλοποιείται προς τα άνω [350]. Η προσέγγιση αυτή θεωρείται ως η ασφαλέστερη.
- Σύμφωνα με μία άλλη προσέγγιση, η ήδη χορηγούμενη αγωγή με οπιοειδή διακόπτεται πλήρως πριν από την έναρξη χορήγησης μιας σταθερής δόσης μεθαδόνης σε ποικίλα μεσοδιαστήματα [351]. Αυτή η προσέγγιση ενέχει μεγαλύτερους κινδύνους.

Για τη σταδιακή μετατροπή της δόσης του ήδη χορηγούμενου οπιοειδούς σε μεθαδόνη

Ημέρα 1: μείωση κατά 30% του χορηγούμενου οπιοειδούς και αντικατάσταση με μεθαδόνη από του στόματος, διαιρούμενη σε 3 δόσεις.

Λόγος μετατροπής (μορφίνη σε mg: μεθαδόνη σε mg):

Ισοδύναμη δόση μορφίνης από του στόματος 30-90mg/ημέρα = 4:1 [352]

Ισοδύναμη δόση μορφίνης από του στόματος 90-300mg/ημέρα = 6:1 [352]

Ισοδύναμη δόση μορφίνης από του στόματος 301-600mg/ημέρα = 8:1 [352]

Ισοδύναμη δόση μορφίνης από του στόματος 601-800mg/ημέρα = 12:1 [353]

Ισοδύναμη δόση μορφίνης από του στόματος 801-1000mg/ημέρα = 15:1 [353]

Για παράδειγμα: αν η ισοδύναμη δόση μορφίνης που χορηγείται από του στόματος είναι 900mg/ημέρα, το 1/3 αυτής είναι 300mg/ημέρα και η ισοαναλγητική δόση μεθαδόνης ίση με 20mg, άρα θα πρέπει να προστεθούν στα υπόλοιπα 600mg ισοδύναμης δόσης μορφίνης από του στόματος, 3 x 6,5mg μεθαδόνης.

Την επόμενη ημέρα, θα μειωθεί η δοσολογία σύμφωνα με το αποτέλεσμα της πρώτης μείωσης, δηλ. κατά άλλα 300mg ισοδύναμης δόσης μορφίνης από του στόματος.

Μετά από 3-5 ημέρες θα πρέπει να έχει ολοκληρωθεί πλήρως η μετατροπή της δόσης του προηγούμενου οπιοειδούς σε μεθαδόνη.

Η μεθαδόνη είναι 2,5-15 φορές πιο ισχυρή από τη μορφίνη.

Για την πλήρη μετατροπή της δόσης του ήδη χορηγούμενου οπιοειδούς σε μεθαδόνη

1. Υπολογίστε την ολική δόση μορφίνης (ή την ισοδύναμη δόση μορφίνης από του στόματος, αν χορηγείται άλλο οπιοειδές) που χρειάστηκε ο ασθενής τις προηγούμενες 48 ώρες και σημειώστε τη μέση απαιτούμενη δόση στη διάρκεια ενός 24ωρου. Δεν θα πρέπει να συνυπολογιστούν οι έκτακτες

δόσεις που λήφθηκαν για τον περιστασιακό πόνο. Όταν γίνεται υπολογισμός της ισοδύναμης δόσης μορφίνης από του στόματος, θα πρέπει να χρησιμοποιείται η χαμηλότερη δόση που προκύπτει με βάση την αναλογία μετατροπής δόσεων.

2. Μειώστε την ολική ημερήσια ισοδύναμη δόση μορφίνης από του στόματος κατά 30-50% ώστε να συνυπολογιστεί τυχόν ατελής διασταυρούμενη ανοχή.
3. Μετατρέψτε την προκύπτουσα τιμή της ημερήσιας δόσης μορφίνης από του στόματος σε ημερήσια δόση μεθαδόνης από του στόματος διαιρώντας με το 15 (στις περισσότερες οδηγίες αναφέρεται διαίρεση με το 10, συνεπώς η παραπάνω πρακτική είναι ιδιαίτερα προσεκτική).
4. Διαιρέστε το αποτέλεσμα σε τρεις δόσεις ημερησίως (ως γενικός κανόνας, η αρχική δόση δεν θα πρέπει γενικά να υπερβαίνει τα 10mg x 3 χορηγήσεις το 24ωρο σε έναν ενήλικα/ασθενή με σωματικό βάρος άνω των 50kg, ή τα 5mg x 3 χορηγήσεις το 24ωρο σε ένα παιδί/ασθενή με σωματικό βάρος μικρότερο των 50kg). Αρχικά θα πρέπει να χορηγηθούν είτε 2 είτε 3 δόσεις το 24ωρο.
5. Αν η μετατροπή πραγματοποιείται από ένα οπιοειδές μακράς διάρκειας δράσης, η πρώτη δόση μεθαδόνης θα πρέπει να χορηγηθεί 6 ώρες μετά από την τελευταία δόση του οπιοειδούς μακράς δράσης ή 10-12 ώρες μετά την αφαίρεση του διαδερμικού έμπλαστρου οπιοειδούς. Θα πρέπει να εκτιμηθεί η χρήση ενός εναλλακτικού οπιοειδούς βραχείας διάρκειας δράσης (όπως το σκεύασμα μορφίνης με την εμπορική ονομασία: *Oramorph*) για την αντιμετώπιση του παροξυσμικού πόνου καθώς και η μείωση της ήδη χορηγούμενης δόσης για τον παροξυσμικό πόνο στο 50%.

Ο ασθενής θα πρέπει να παρακολουθείται στενά για τις πρώτες 72 ώρες τουλάχιστον ενώ απαιτείται προσοχή σε κάθε αλλαγή της δοσολογίας για το χρονικό αυτό διάστημα. Κατά κανόνα, οι τροποποιήσεις της δόσης δεν θα πρέπει να υπερβαίνουν το 20% της ήδη χορηγούμενης δόσης.

Αν επέλθει υπερβολική καταστολή, θα πρέπει να μειωθεί η χορηγούμενη δόση κατά 25-50% ή να παραλειφθεί (η επόμενη) δόση. Αιφνίδια εμφάνιση καλού επιπέδου αναλγησίας ενδέχεται επίσης να υποδηλώνει υπερδοσολογία και θα πρέπει να κινητοποιεί προς αξιολόγηση του ασθενούς για τυχόν μείωση ή παράλειψη της επόμενης δόσης.

Μετατροπή της μεθαδόνης από του στόματος σε μεθαδόνη χορηγούμενη υποδορίως/ενδοφλεβίως ή μέσω συνεχούς υποδόριας ή ενδοφλέβιας έγχυσης

- Η κατά προσέγγιση αναλογία μετατροπής από τη δόση που χορηγείται από του στόματος σε παρεντερική/υποδόρια δόση είναι 2:1 (από του στόματος: παρεντερική χορήγηση).
- Υπολογίστε την ολική ημερήσια δόση μεθαδόνης που λαμβάνεται από του στόματος και μειώστε τη στο ήμισυ (50%). Αυτή θα είναι η 24ωρη δόση μεθαδόνης που θα χορηγηθεί παρεντερικά/υποδορίως.
- Αναζητείστε εξειδικευμένη καθοδήγηση αν πρόκειται να αναμείξετε τη μεθοδόνη με οποιοδήποτε άλλο φάρμακο.
- Αν η χορήγηση μεθαδόνης μέσω συνεχούς υποδόριας έγχυσης προκαλεί δερματική αντίδραση, θα πρέπει να εκτιμηθεί η αραίωση του φαρμάκου σε διπλάσιο όγκο και η αντικατάσταση της θέσης της σύριγγας κάθε 12 ώρες.
- Χορηγήστε την ενδοφλέβια μεθαδόνη αργά στη διάρκεια 3-5 λεπτών.

Σημειώσεις

- Το φάρμακο δεν διαθέτει άδεια χορήγησης σε παιδιά.
- Η μεθαδόνη αποτελεί ρακεμικό μείγμα: περιλαμβάνει το L-ισομερές που έχει αναλγητική δράση (λεβομεθαδόνη, εμπορική ονομασία: *L-Polamidon*®) και το R-ισομερές με άγνωστη δράση.
- Σε ορισμένες χώρες είναι διαθέσιμη η λεβομεθαδόνη, η οποία έχει διαφορετική ισχύ από τη μεθαδόνη.
- Τα δεδομένα για τη χρήση της μεθαδόνης σε παιδιατρικούς ασθενείς είναι περιορισμένα – είναι γνωστό ότι εμφανίζει ευρεία διυποκειμενική φαρμακοκινητική διακύμανση.
- Το φάρμακο θα πρέπει να χορηγείται με προσοχή καθώς η επίδραση της μεθαδόνης στην αναπνευστική λειτουργία διαρκεί περισσότερο από την αναλγητική της δράση.
- Οι ανεπιθύμητες ενέργειες της μεθαδόνης είναι όμοιες με εκείνες των άλλων ισχυρών οπιοειδών.
- Κατόπιν προβληματισμών σχετικά με τη μεθαδόνη και την εμφάνιση αιφνιδίου θανάτου λόγω παράτασης του QT διαστήματος ή πολύμορφης κοιλιακής ταχυκαρδίας («torsades des pointes») (ειδικά στις υψηλές δόσεις),

συνιστάται να ελέγχονται οι ασθενείς με ΗΚΓ πριν από την έναρξη της αγωγής καθώς και τακτικά στη διάρκεια λήψης του φαρμάκου, ειδικά όταν υφίστανται παράγοντες κινδύνου ή η μεθαδόνη χορηγείται ενδοφλεβίως.

- Οι ανταγωνιστές οπιοειδών ναλοξόνη και ναλτρεξόνη, θα επισπεύσουν την εμφάνιση οξέος συνδρόμου αποστέρησης σε άτομα με εξάρτηση από τη μεθαδόνη. Η ναλοξόνη θα ανταγωνιστεί επίσης τις αναλγητικές καθώς και τις κατασταλτικές δράσεις της μεθαδόνης στο κεντρικό νευρικό και το αναπνευστικό σύστημα.
- Η μεθαδόνη μπορεί δυνητικά να εμφανίσει σημαντικές αλληλεπιδράσεις με αρκετούς φαρμακευτικούς παράγοντες. Τα φάρμακα που επάγουν τα ένζυμα του κυτοχρώματος P450 3A4 (π.χ. καρβαμαζεπίνη, φαινοβαρβιτάλη, φαινοτοΐνη, ριφαμπικίνη και ορισμένα αντιρετροϊκά) αυξάνουν τον ρυθμό μεταβολισμού της μεθαδόνης και ενδέχεται να οδηγήσουν σε μειωμένα επίπεδα του φαρμάκου στον ορό. Φάρμακα που αναστέλλουν το ενζυμικό αυτό σύστημα (π.χ. αμιτριπτυλίνη, σιπροφλοξασίνη, φλουκοναζόλη) μπορεί να οδηγήσουν σε αυξημένα επίπεδα μεθαδόνης στον ορό.
- Νεφρική δυσλειτουργία: αν είναι σοβαρή (δηλ. $GFR < 10 \text{ ml/min}$ ή κρεατινίνη ορού $> 700 \text{ mmol/l}$), θα πρέπει να μειωθεί η δόση της μεθαδόνης κατά 50% και να τιτλοποιηθεί ανάλογα με την ανταπόκριση. Σημαντική άθροιση του φαρμάκου δεν είναι ιδιαίτερα πιθανή σε περίπτωση νεφρικής ανεπάρκειας καθώς η απομάκρυνση της μεθαδόνης πραγματοποιείται κατά κύριο λόγο μέσω του ήπατος.
- Καθώς η μεθαδόνη εμφανίζει μακρό χρόνο ημιζωής, μπορεί να απαιτηθεί έγχυση ναλοξόνης προκειμένου να αντιμετωπιστεί τυχόν υπερδοσολογία της μεθαδόνης.
- Διατίθεται με τις ακόλουθες μορφές: έκλειγμα (2mg/5ml), μείγμα (1mg/ml), πόσιμο διάλυμα (1mg/ml, 5mg/ml, 10mg/ml και 20mg/ml), δισκία (5mg) και ενέσιμη μορφή (10mg/ml, 50mg/ml και 50mg/2ml).
- Ελεγχόμενο Φάρμακο Πίνακα 2.

Τεκμηρίωση: [1, 2, 4, 5, 11, 48, 89, 354-369]

Μεθυλναλτρεξόνη

Χρήση

- Δυσκοιλιότητα οφειλόμενη στη λήψη οπιοειδών, όταν η ανταπόκριση σε άλλα υπακτικά δεν είναι επαρκής και έχουν αντιμετωπιστεί ή αντιμετωπίζονται τυχόν άλλοι αιτιολογικοί παράγοντες.

Δοσολογία και οδοί χορήγησης

Υποδορίως (συνήθης οδός) ή εφάπαξ (bolus) ενδοφλεβίως:

- **Παιδιά 1 μηνός-12 ετών:** 0,15mg/kg (μέγιστο: 8mg) ως εφάπαξ δόση
- **Παιδιά >12 ετών με σωματικό βάρος 38-61kg:** 8mg ως εφάπαξ δόση
- **Παιδιά >12 ετών με σωματικό βάρος 62-114kg:** 12mg ως εφάπαξ δόση
- **Παιδιά >12 ετών αλλά με σωματικό βάρος μικρότερο των 38kg:** 0,15mg/kg.

Μία εφάπαξ δόση μπορεί να είναι επαρκής. Ωστόσο μπορούν να χορηγηθούν επαναλαμβανόμενες δόσεις σύμφωνα με το σύνηθες σχήμα που περιλαμβάνει χορήγηση μίας εφάπαξ δόσης κάθε δεύτερη ημέρα. Οι χορηγήσεις μπορούν να πραγματοποιηθούν και σε μεγαλύτερα μεσοδιαστήματα, σύμφωνα με τις κλινικές ανάγκες του ασθενούς. Οι ασθενείς μπορούν να λάβουν 2 διαδοχικές δόσεις (με διαφορά 24 ωρών) μόνο αν δεν υπάρξει ανταπόκριση (δηλ. απουσία κένωσης) στη δόση της προηγούμενης ημέρας (30-50% των ασθενών που λαμβάνουν μεθυλναλτρεξόνη εμφανίζουν κένωση εντός 4 ωρών, χωρίς απώλεια αναλγησίας).

Σημειώσεις

- Το φάρμακο αποτελεί ανταγωνιστή των μ υποδοχέων των οπιοειδών που δρα αποκλειστικά στους περιφερικούς ιστούς, συμπεριλαμβανομένου του γαστρεντερικού σωλήνα (αύξηση της κινητικότητας του εντέρου και επίταση της γαστρικής κένωσης) ενώ δεν επηρεάζει την κεντρική αναλγητική δράση των οπιοειδών.
- Δεν διαθέτει άδεια χορήγησης σε παιδιά και εφήβους με ηλικία μικρότερη των 18 ετών.
- Μη αδειοδοτημένο φάρμακο για ενδοφλέβια χρήση – η συνήθης οδός χορήγησης είναι η υποδόρια.
- Η μεθυλναλτρεξόνη αντενδείκνυται σε περιπτώσεις γνωστής απόφραξης

εντέρου ή επί υποψίας αυτής, που οφείλεται σε άλλα αίτια πλην της δυσκοιλιότητας λόγω λήψης οπιοειδών.

- Η έναρξη δράσης του φαρμάκου μπορεί να επέλθει εντός 15-60 λεπτών.
- Στις συχνότερες παρενέργειες περιλαμβάνονται: κοιλιακό άλγος/κωλικός εντέρου, διάρροια, μετεωρισμός και ναυτία.
- Αν χορηγηθεί μέσω υποδόριας ένεσης, θα πρέπει να εναλλάσσεται η θέση της ένεσης. Δεν θα πρέπει να ενίεται σε περιοχές όπου το δέρμα είναι ευπαθές, εμφανίζει μελανιές, ερυθρότητα ή σκληρία.
- Η δυσκοιλιότητα στο πλαίσιο της ανακουφιστικής φροντίδας αποτελεί συνήθως κατάσταση πολυπαραγοντική και συχνά απαιτεί τη συγχορήγηση και άλλων υπακτικών.
- Η δόση θα πρέπει να μειώνεται κατά 50% στη σοβαρή νεφρική βλάβη.
- Το φάρμακο δεν διαπερνά τον αιματοεγκεφαλικό φραγμό.
- Διατίθεται ως φιαλίδιο εφάπαξ χορήγησης με περιεκτικότητα διαλύματος 12mg/0,6ml το οποίο προορίζεται για υποδόρια ένεση (εμπορική ονομασία: *Relistor®*).

Τεκμηρίωση: [1, 206, 370-375]

Μελατονίνη

Χρήση

- Διαταραχές ύπνου λόγω απορρύθμισης του κιρκάδιου ρυθμού (δεν έχει αγχολυτική δράση).

Δοσολογία και οδοί χορήγησης

Από του στόματος:

- **Παιδιά 1 μηνός-17 ετών:** αρχική δόση 2-3mg, η οποία μπορεί να αυξάνεται ανά 1-2 εβδομάδες ανάλογα με την αποτελεσματικότητα, έως την ανώτατη δόση των 10mg ημερησίως.

Σημειώσεις

- Τα δισκία τροποποιημένης αποδέσμευσης με περιεκτικότητες 1mg και 5mg (εμπορική ονομασία: *Slenyto*®) διαθέτουν άδεια χορήγησης σε παιδιά για την ένδειξη της αϋπνίας στο πλαίσιο των διαταραχών αυτιστικού φάσματος και του συνδρόμου Smith-Magenis. Όλες οι άλλες μορφές μελατονίνης δεν έχουν αδειοδοτηθεί για χρήση σε παιδιά ή παρέχονται κατόπιν ειδικής παραγγελίας για χορήγηση εκτός εγκεκριμένων ενδείξεων.
- Το φάρμακο θα πρέπει να χορηγείται αποκλειστικά από εξειδικευμένο προσωπικό.
- Η κάθαρση της μελατονίνης είναι ελαττωμένη στην ηπατική ανεπάρκεια.
- Μερικοί συνταγογράφοι ιατροί χρησιμοποιούν συνδυασμό δισκίων άμεσης και τροποποιημένης αποδέσμευσης με σκοπό τη βελτιστοποίηση των συνηθειών ύπνου.
- Οι κάψουλες άμεσης αποδέσμευσης μπορούν να ανοιχτούν και το περιεχόμενο να αναμειχθεί με κρύα τροφή, αν προτιμάται αυτός ο τρόπος. Οι κάψουλες παρατεταμένης αποδέσμευσης, αν είναι διαθέσιμες, μπορούν επίσης να ανοιχτούν αλλά το περιεχόμενο δεν θα πρέπει να μασιέται. Αν το φάρμακο χρειάζεται να χορηγηθεί μέσω σωλήνα εντερικής σίτισης, προτιμάται το υγρό διάλυμα που διατίθεται για χρήση εκτός εγκεκριμένων ενδείξεων και κατόπιν ειδικής παραγγελίας.
- Σκευάσματα με άδεια κυκλοφορίας στο Ηνωμένο Βασίλειο: δισκία τροποποιημένης αποδέσμευσης 1mg και 5mg (εμπορική ονομασία: *Slenyto*®), δισκία τροποποιημένης αποδέσμευσης 2mg (εμπορική ονομασία: *Circadin*®) και πόσιμο διάλυμα 1mg/ml (εμπορική ονομασία: *Colonis*®). Διάφορες

μη αδειοδοτημένες μορφές, όπου περιλαμβάνονται κάψουλες άμεσης αποδέσμευσης και πόσιμο διάλυμα, διατίθενται από εξειδικευμένες παρασκευάστριες ή εισαγωγικές εταιρείες.

Τεκμηρίωση: [1, 2, 332-349] NoRE

Μετοκλοπραμίδη

Για την ελαχιστοποίηση του κινδύνου ανεπιθύμητων ενεργειών από το νευρικό σύστημα που συσχετίζονται με τη λήψη μετοκλοπραμίδης, ο Ευρωπαϊκός Οργανισμός Φαρμάκων εξέδωσε το έτος 2013 τις ακόλουθες συστάσεις **(ΣΗΜ.: η χρήση της μετοκλοπραμίδης στην ανακουφιστική φροντίδα εξαιρέθηκε από τις συστάσεις αυτές, ΩΣΤΟΣΟ σε κάθε περίπτωση απαιτείται προσοχή)**.

Η χρήση της μετοκλοπραμίδης αντενδείκνυται σε παιδιά μικρότερα του 1 έτους.

Σε παιδιά ηλικίας 1-18 ετών, η μετοκλοπραμίδη θα πρέπει να χρησιμοποιείται αποκλειστικά ως επιλογή δεύτερης γραμμής για την πρόληψη της όψιμης ναυτίας και του εμέτου λόγω χημειοθεραπείας καθώς και για την αντιμετώπιση της ναυτίας και του εμέτου που εμφανίζονται μετεγχειρητικά, μόνο εφόσον άλλοι φαρμακευτικοί παράγοντες δεν είναι αποτελεσματικοί ή δεν μπορούν να χρησιμοποιηθούν.

Η μετοκλοπραμίδη θα πρέπει να συνταγογραφείται αποκλειστικά για βραχυ-χρόνια χορήγηση (διάρκειας έως 5 ημερών).

Χρήση

- Αντιεμετικό σε περιπτώσεις που ο έμετος οφείλεται σε συμπίεση του στομάχου ή σε ηπατική νόσο.
- Προκινητικό για περιπτώσεις καθυστερημένης προώθησης του περιεχομένου του γαστρεντερικού σωλήνα (δεν θα πρέπει να χορηγείται σε περιπτώσεις πλήρους απόφραξης ή να συγχορηγείται με αντιχολινεργικά).
- Λόξυγκας.

Δοσολογία και οδοί χορήγησης

Από του στόματος, μέσω ενδομυϊκής, υποδόριας ή ενδοφλέβιας ένεσης (στη διάρκεια τουλάχιστον 3 λεπτών):

- **Νεογνά:** 100μg/kg κάθε 6-8 ώρες (αποκλειστικά από του στόματος ή ενδοφλεβίως).
- **Παιδιά 1 μηνός-11 μηνών και με σωματικό βάρος έως 10kg:** 100μg/kg (μέγιστο: 1 mg/δόση) δύο φορές ημερησίως.

- **Παιδιά 1-18 ετών:** 100-150μg/kg, δόση που μπορεί να επαναληφθεί έως 3 φορές ημερησίως. Η ανώτατη δόση 24ωρου είναι 500μg/kg (μέγιστο: 10mg/δόση, 30mg ημερησίως).

Αν είναι προτιμότερο, η ενδεικνυόμενη ολική ημερήσια δόση μπορεί να χορηγηθεί ως συνεχής υποδόρια ή ενδοφλέβια έγχυση στη διάρκεια 24 ωρών.

Σημειώσεις

- Δεν διαθέτει άδεια χορήγησης σε βρέφη μικρότερα του 1 έτους. Τα δισκία δεν έχουν αδειοδοτηθεί για χρήση σε παιδιά <15 ετών (<61kg).
- Μη αδειοδοτημένο φάρμακο για συνεχή ενδοφλέβια ή υποδόρια έγχυση.
- Η μετοκλοπραμίδη μπορεί να επάγει την εμφάνιση οξέων δυστονικών αντιδράσεων, όπως μυϊκές συσπάσεις στο πρόσωπο και τους σκελετικούς μύες και οφθαλμογυρικές κρίσεις, στις οποίες τα παιδιά είναι ιδιαίτερα επιρρεπή (ιδιαίτερα τα κορίτσια, οι νεαρές γυναίκες και τα παιδιά με σωματικό βάρος μικρότερο των 10 kg). Κατά τη λήψη μετοκλοπραμίδης, οι δυστονικές αντιδράσεις συνήθως συμβαίνουν σύντομα μετά την έναρξη της αγωγής και υποχωρούν εντός 24 ωρών από τη διακοπή του φαρμάκου.
- Οι ενδοφλέβιες δόσεις θα πρέπει να χορηγούνται ως αργή εφάπαξ (bolus) χορήγηση στη διάρκεια τουλάχιστον 3 λεπτών, προκειμένου να μειωθεί ο κίνδυνος ανεπιθύμητων ενεργειών.
- Η χορήγηση πόσιμων διαλυμάτων στα παιδιά θα πρέπει να γίνεται μέσω διαβαθμισμένης σύριγγας για λήψη φαρμάκων από του στόματος, ώστε να εξασφαλιστεί η ακρίβεια της δόσης. Το πόσιμο διάλυμα μπορεί να χορηγηθεί μέσω σωλήνα εντερικής σίτισης. Δεν υφίστανται ειδικά δεδομένα όσον αφορά τη χορήγηση του φαρμάκου διαμέσου της νήστιδας. Στην περίπτωση αυτή, η χορήγηση θα πρέπει να διενεργείται σύμφωνα με την παραπάνω διαδικασία και να παρακολουθείται η αποτελεσματικότητα της αγωγής.
- Διατίθεται με τις ακόλουθες μορφές: δισκία (10mg), πόσιμο διάλυμα (5mg/5ml) και ενέσιμη μορφή (5mg/ml).

Τεκμηρίωση: [1-3, 10, 89, 91, 93, 96, 153, 155, 376-380]

Μετρονιδαζόλη (τοπική χρήση)

Χρήση

- Δυσάρεστη οσμή που προκαλείται από αναερόβια βακτήρια τα οποία επιμολύνουν τραύματα ή δερματικές βλάβες.

Δοσολογία και οδοί χορήγησης

Με τοπική εφαρμογή:

- Εφαρμόστε 1-2 φορές ημερησίως σε καθαρό τραύμα και καλύψτε με επίθεμα μη επικολλητικό.
- Κοιλότητες: απλώστε τη γέλη σε γάζα παραφίνης και εφαρμόστε μη πιεστικό επιπωματισμό.

Σημειώσεις

- Η παραπάνω χρήση του φαρμάκου διενεργείται εκτός εγκεκριμένων ενδείξεων.
- Το σκεύασμα με την εμπορική ονομασία *Anabact*® δεν διαθέτει άδεια χρήσης σε παιδιά <12 ετών.
- Το σκεύασμα με την εμπορική ονομασία *Metrogel*® δεν διαθέτει άδεια χρήσης σε παιδιά.
- Διατίθεται με τις ακόλουθες μορφές: κρέμα και γέλη (εμπορική ονομασία: *Anabact*® 0,75% και εμπορική ονομασία: *Metrogel*® 0,75%) καθώς και υγρό διάλυμα.

Τεκμηρίωση: [1, 2, 381, 382]

Μιδαζολάμη

Χρήση

- Για τον έλεγχο του status epilepticus και των σπασμών στο τέλος της ζωής
- Αντιμετώπιση άγχους/διέγερσης που σχετίζονται με συμπτώματα τελικού σταδίου
- Άγχος που συνοδεύει τη δύσπνοια
- Συμπληρωματική αγωγή για την αντιμετώπιση του πόνου λόγω εγκεφαλικού ερεθισμού.

Δοσολογία και οδοί χορήγησης

Οι δόσεις του φαρμάκου διαφοροποιούνται σημαντικά ανάλογα με την υποκείμενη πάθηση, όπως π.χ. σε παιδιά με καρκίνο ή ανεπάρκεια οργάνου και σε παιδιά με σοβαρή νευρολογική βλάβη. Θα πρέπει να χορηγούνται χαμηλότερες δόσεις σε παιδιά με καρκίνο ή ανεπάρκεια οργάνου και υψηλότερες σε παιδιά με σοβαρή νευρολογική βλάβη.

Μέσω υποδόριας ή ενδοφλέβιας έγχυσης στη διάρκεια 24 ωρών για τον έλεγχο των σπασμών στο τέλος της ζωής:

- **Νεογνά-Παιδιά έως 18 ετών:** δόση έναρξης 1-3mg/kg/24ωρο, η οποία μπορεί να αυξηθεί έως τα 7mg/kg/24ωρο (ανώτατη δόση: 60mg/24ωρο ή 150mg/24ωρο σε μονάδες εξειδικευμένες στη φροντίδα ασθενών με ανθεκτική επιληψία).

Θα πρέπει να αναζητείται η γνώμη ειδικού ιατρού όπως και να εκτιμάται το ενδεχόμενο προσθήκης άλλων φαρμακευτικών παραγόντων, όπως η φαινοβαρβιτάλη, αν η μιδαζολάμη δεν είναι αποτελεσματική.

Διά του στοματικού βλεννογόνου ή μέσω ενδορινικής χορήγησης για την αντιμετώπιση του *status epilepticus*:

- **Νεογνά:** 300μg/kg ως εφάπαξ δόση, η οποία μπορεί να επαναληφθεί μία φορά ακόμη, αν είναι απαραίτητο.
- **Παιδιά 1-2 μηνών:** 300μg/kg (ανώτατη δόση έναρξης: 2,5mg), δόση που μπορεί να επαναληφθεί μία φορά ακόμη, αν είναι απαραίτητο.
- **Παιδιά 3-11 μηνών:** 2,5mg, δόση που μπορεί να επαναληφθεί μία φορά ακόμη, αν είναι απαραίτητο.

- **Παιδιά 1-4 ετών:** 5mg, δόση που μπορεί να επαναληφθεί μία φορά ακόμη, αν είναι απαραίτητο.
- **Παιδιά 5-9 ετών:** 7,5mg, δόση που μπορεί να επαναληφθεί μία φορά ακόμη, αν είναι απαραίτητο.
- **Παιδιά 10-17 ετών:** 10mg, δόση που μπορεί να επαναληφθεί μία φορά ακόμη, αν είναι απαραίτητο.

Στην περίπτωση του **status epilepticus**, όταν το φάρμακο χορηγείται διά του στοματικού βλεννογόνου ή ενδορινικά, περιμένετε 10 λεπτά πριν από την επανάληψη της δόσης.

ΣΗΜ.: Σε εφάπαξ χορήγηση για την αντιμετώπιση των σπασμών, η μιδαζολάμη είναι δύο φορές πιο ισχυρή από την διαζεπάμη που χορηγείται διά του ορθού. Σε ασθενείς που συνήθως λαμβάνουν διαζεπάμη διά του ορθού για την αντιμετώπιση του status epilepticus, θα πρέπει να εκτιμάται η χορήγηση μιας αρχικής δόσης μιδαζολάμης διά του στοματικού βλεννογόνου, η οποία θα αντιστοιχεί στο 50% της συνήθους δόσης της διαζεπάμης που λαμβάνεται διά του ορθού, προκειμένου να ελαχιστοποιηθεί ο κίνδυνος αναπνευστικής καταστολής.

Καταστολή με διατήρηση της συνείδησης (θα πρέπει να χορηγείται 30-60 λεπτά πριν από την επεμβατική τεχνική, ενώ σε περίπτωση αιμορραγίας τελικού σταδίου, να συνδυάζεται με ένα οπιοειδές)

Χορήγηση από του στόματος:

- **Παιδιά:** 500μg/kg (μέγιστο: 20mg) ως εφάπαξ δόση.

Διά του στοματικού βλεννογόνου ή ενδορινικά:

- **Παιδιά 6 μηνών-9 ετών:** 200-300μg/kg (μέγιστο: 5mg) ως εφάπαξ δόση
- **Παιδιά 10-17 ετών:** 6-7mg ως εφάπαξ δόση.

Διά του ορθού:

- **Παιδιά 6 μηνών-11 ετών:** 300-500μg/kg (μέγιστο: 20mg) ως εφάπαξ δόση.

Μέσω ενδοφλέβιας ή υποδόριας ένεσης:

Τα παρακάτω αναφερόμενα δοσολογικά σχήματα βασίζονται στο Εθνικό Συνταγολόγιο της Βρετανίας για την Παιδιατρική (BNFc [2]). Εντούτοις, τα ερευνητικά δεδομένα όπως και οι φαρμακευτικοί οδηγοί που αφορούν

δόσεις ενηλίκων [5] επισημαίνουν ότι η χορήγηση διά του στοματικού βλεννογόνου ή ενδορινικά και η υποδόρια ένεση του φαρμάκου εμφανίζουν βιοδιαθεσιμότητα παρεμφερή σε μεγάλο βαθμό. Συνεπώς σε πολλά πλαίσια χορηγούνται δόσεις του φαρμάκου ίσες με 100μg/kg.

- **Παιδιά 1 μηνός-5 ετών:** αρχική δόση 25-50μg/kg, η οποία θα πρέπει να χορηγείται στη διάρκεια 2-3 λεπτών, 5-10 λεπτά πριν από την παρεμβατική τεχνική. Η δόση μπορεί να αυξηθεί αν είναι απαραίτητο ανά μικρές ποσότητες έως την ανώτατη ολική δόση ανά συνεδρία που είναι τα 6mg (ανά συνεδρία).
- **Παιδιά 6-11 ετών:** αρχική δόση 25-50μg/kg, η οποία θα πρέπει να χορηγείται στη διάρκεια 2-3 λεπτών, 5-10 λεπτά πριν από την παρεμβατική τεχνική. Η δόση μπορεί να αυξηθεί αν είναι απαραίτητο ανά μικρές ποσότητες έως την ανώτατη ολική δόση ανά συνεδρία που είναι τα 7,5mg (ανά συνεδρία).
- **Παιδιά 12-17 ετών:** αρχική δόση 25-50μg/kg, η οποία θα πρέπει να χορηγείται στη διάρκεια 2-3 λεπτών, 5-10 λεπτά πριν από την παρεμβατική τεχνική. Η δόση μπορεί να αυξηθεί αν είναι απαραίτητο ανά μικρές ποσότητες έως την ανώτατη ολική δόση ανά συνεδρία που είναι τα 10mg (ανά συνεδρία).

Για την αντιμετώπιση του άγχους/της διέγερσης/της δύσπνοιας

Θα πρέπει να χορηγείται το 25-50% της δόσης που αναφέρθηκε για την επίτευξη καταστολής με διατήρηση της συνείδησης.

Σημειώσεις

- Η μιδαζολάμη που χορηγείται διά του στοματικού βλεννογόνου (εμπορική ονομασία: *Buccolam*®, διάλυμα για χορήγηση διά του στοματικού βλεννογόνου) δεν διαθέτει άδεια χρήσης σε βρέφη μικρότερα των 3 μηνών. Η ενέσιμη μορφή μιδαζολάμης δεν έχει αδειοδοτηθεί για τις ενδείξεις της αντιμετώπισης των σπασμών και του άγχους. Δεν διαθέτει επίσης άδεια για χρήση στην προνάρκωση και την επίτευξη καταστολής με διατήρηση της συνείδησης, σε παιδιά μικρότερα των 6 μηνών.
- Το φάσμα των δυνητικών ενδείξεων της μιδαζολάμης στην παιδιατρική ανακουφιστική φροντίδα είναι πολύ ευρύ, αλλά για τις περισσότερες

ενδείξεις δεν διαθέτει άδεια χορήγησης σε βρέφη και παιδιά. Ο αναγνώστης παρακαλείται να ανατρέξει στα ενημερωτικά έντυπα του φαρμάκου.

- Οι συνιστώμενες δόσεις υποδόριας και ενδοφλέβιας χορήγησης κυμαίνονται ευρέως στη βιβλιογραφία. Επί αμφιβολιών, η έναρξη της αγωγής θα πρέπει να διενεργείται με τη χαμηλότερη συνιστώμενη δόση και να ακολουθεί ταχεία τιτλοποίηση.
- Η έναρξη δράσης του φαρμάκου όταν χορηγείται διά του στοματικού βλεννογόνου ή ενδορινικά, είναι 5-15 λεπτά. Ο χρόνος μέχρι την επίτευξη της μέγιστης συγκέντρωσης είναι 30 λεπτά και ο χρόνος ημιζωής του φαρμάκου 2-5 ώρες. Για χορήγηση διά του στοματικού βλεννογόνου, η δόση θα πρέπει να διαιρείται, αν είναι εφικτό, με τρόπο ώστε το ήμισυ να εφαρμόζεται στο εσωτερικό της μίας παρειάς και το υπόλοιπο ήμισυ στην άλλη πλευρά του στόματος.
- Η έναρξη δράσης του φαρμάκου όταν χορηγείται από του στόματος ή διαμέσου γαστροστομίας είναι 10-30 λεπτά. Αν ενδείκνυται η χορήγηση μέσω σωλήνα εντερικής σίτισης, μπορεί να χρησιμοποιηθεί το πόσιμο διάλυμα ή η ενέσιμη μορφή.
- Η έναρξη δράσης του φαρμάκου στην ενδοφλέβια χορήγηση είναι 2-3 λεπτά και στην υποδόρια 5-10 λεπτά.
- Τόσο οι υψηλές όσο και οι χαμηλές δόσεις ενδέχεται να επιφέρουν παράδοξη διέγερση.
- Απαιτείται προσοχή σε περιπτώσεις γνωστής υπερευαισθησίας στο φάρμακο, νεφρικής ανεπάρκειας, ηπατικής ή καρδιακής βλάβης, αδυναμίας των αναπνευστικών μυών λόγω νευρομυϊκής νόσου καθώς και σε αναπνευστική ανεπάρκεια.
- Σημαντικές φαρμακευτικές αλληλεπιδράσεις: η μιδαζολάμη αποτελεί μείζον υπόστρωμα του ενζυμικού συστήματος CYP3A4. Ανατρέξτε στην τρέχουσα έκδοση του Εθνικού Συνταγολογίου της Βρετανίας αναφορικά με τις σημαντικές φαρμακευτικές αλληλεπιδράσεις της μιδαζολάμης. Έχουν σημειωθεί θανατηφόρα συμβάματα κατόπιν συγχορήγησης του φαρμάκου με υψηλότερες από τις ενδεδειγμένες δόσεις ολανζαπίνης.
- Διατίθεται με τις ακόλουθες μορφές: πόσιμο διάλυμα (2mg/ml, ειδική εισαγωγή από τις ΗΠΑ, χορήγηση εκτός εγκεκριμένων ενδείξεων), διάλυμα για χορήγηση διά του στοματικού βλεννογόνου (προγεμισμένη σύριγγα με περιεκτικότητες: 10mg σε 2ml, 7,5mg σε 1,5ml, 5mg σε 1ml και 2,5mg σε 0,5ml, εμπορική ονομασία: *Buccolam*®), ενέσιμο διάλυμα (1mg/ml,

2mg/ml, 5mg/ml). Διατίθενται επίσης άλλα πόσιμα διαλύματα καθώς και διαλύματα για χορήγηση διά του στοματικού βλεννογόνου (π.χ. το σκεύασμα με την εμπορική ονομασία *Epistatus*[®] με περιεκτικότητα 10mg/ml) από ειδικές παρασκευάστριες ή εισαγωγικές εταιρείες (χρήση εκτός εγκεκριμένων ενδείξεων).

- Τα διαθέσιμα σκευάσματα για χορήγηση από του στόματος ή διά του στοματικού βλεννογόνου ενδέχεται να διαφέρουν σε ισχύ – απαιτείται προσοχή κατά τη συνταγογράφηση.
- Ελεγχόμενο Φάρμακο Πίνακα 3 (εξαιρούμενο από τους κανονισμούς ασφαλούς φύλαξης).

Τεκμηρίωση: [2, 6, 145, 147, 149, 385-392]

Μικοναζόλη (στοματική γέλη)

Χρήση

- Μυκητιασική λοίμωξη στόματος και εντέρου.

Δοσολογία και οδοί χορήγησης

Από του στόματος:

Πρόληψη και αντιμετώπιση της στοματικής καντιντίασης

- Νεογνά:** 1ml, 2-4 φορές ημερησίως – επάλειψη εντός του στόματος μετά από τη λήψη τροφής.
- Παιδιά 1 μηνός-1 έτους:** 1,25ml, 4 φορές ημερησίως – επάλειψη εντός του στόματος μετά από τη λήψη τροφής.
- Παιδιά 2-17 ετών:** 2,5ml, 4 φορές ημερησίως μετά από τα γεύματα. Το φάρμακο θα πρέπει να παραμένει στις αλλοιώσεις πριν την κατάποσή του (τυχόν ορθοδοντικές συσκευές θα πρέπει να αφαιρούνται τη νύχτα και να βουρτσίζονται επαλειφόμενες με τη γέλη).

Πρόληψη και αντιμετώπιση της εντερικής καντιντίασης

- Παιδιά 4 μηνών-17 ετών:** 5mg/kg, 4 φορές ημερησίως. Ανώτατη δόση: 250mg (περίπου 10ml), 4 φορές ημερησίως.

Σημειώσεις

- Να λαμβάνεται μετά από τη λήψη τροφής και να παραμένει στην προσβεβλημένη περιοχή όσο το δυνατόν περισσότερο πριν καταποθεί.
- Η αγωγή θα πρέπει να συνεχίζεται για 7 ημέρες μετά την επούλωση των βλαβών.
- Δεν διαθέτει άδεια χορήγησης σε παιδιά ηλικίας μικρότερης των 4 μηνών καθώς και στη διάρκεια των πρώτων 5-6 μηνών της ζωής ενός πρόωρου βρέφους.
- Βρέφη και νήπια: η γέλη δεν θα πρέπει να εφαρμόζεται στον οπισθοφάρυγγα λόγω της πιθανότητας πνιγμού. Δεν θα πρέπει επίσης να καταπίνεται αμέσως, αλλά να παραμένει στο στόμα όσο το δυνατόν περισσότερο.
- Αντενδείκνυται σε βρέφη με προβλήματα κατάποσης.
- Διατίθεται με τις ακόλουθες μορφές: στοματική γέλη [20mg/gr ή 124mg ανά 5ml (~ 24mg/ml)], σε σωληνάκια των 15g και 80g.
- Διατίθεται πλέον δισκίο μικοναζόλης για λήψη διαμέσου του στοματικού

βλεννογόνου, το οποίο ενδείκνυται για την αντιμετώπιση της στοματο-φαρυγγικής καντινίωσης σε ανοσοκατεσταλμένους ενήλικες. Το σκεύασμα με την εμπορική ονομασία *Loramyс*[®] περιέχει βλεανοπροσκολλητικά δισκία των 50mg για χορήγηση διαμέσου του στοματικού βλεννογόνου τα οποία θα πρέπει να εφαρμόζονται στο ούλο της άνω γνάθου ακριβώς πάνω από τον τομέα, εφάπαξ ημερησίως για 7-14 ημέρες. Προς το παρόν δεν υπάρχει εμπειρία για τη χρήση τους σε παιδιά, ωστόσο έχουν αδειοδοτηθεί στις ΗΠΑ για χρήση σε παιδιά άνω των 16 ετών. Ενδέχεται να αποτελέσει μια χρήσιμη επιλογή για την περίπτωση των εφήβων.

- Να σημειωθεί ότι έχουν αναφερθεί αύξηση του INR και αιμορραγίες κατά τη συγχορήγηση μικοναζόλης διά του στοματικού βλεννογόνου και αντιπηκτικών από του στόματος.

Τεκμηρίωση: [2, 383-385]

Μορφίνη

Χρήση

- Μείζον οπιοειδές
- Οπιοειδές πρώτης γραμμής για την αντιμετώπιση του πόνου
- Αντιμετώπιση της δύσπνοιας
- Κατασταλτικό του βήχα.

Δοσολογία και οδοί χορήγησης

Ασθενείς ελεύθεροι οπιοειδών: χρησιμοποιήστε τις ακόλουθες δόσεις έναρξης (οι ανώτερες δόσεις που παρατίθενται αφορούν αποκλειστικά τις δόσεις έναρξης).

Μετατροπή οπιοειδών: όταν γίνεται μετατροπή από το ήδη χορηγούμενο οπιοειδές, θα πρέπει να διενεργείται με χρήση της ισοδύναμης δόσης μορφίνης από του στόματος (OME: Oral Morphine Equivalent).

Από του στόματος ή διά του ορθού:

- **Νεογνά:** αρχική δόση 25-50μg/kg κάθε 6-8 ώρες, προσαρμοζόμενη ανάλογα με την ανταπόκριση.
- **Παιδιά 1-2 μηνών:** αρχική δόση 50μg/kg κάθε 4 ώρες, προσαρμοζόμενη ανάλογα με την ανταπόκριση.
- **Παιδιά 3-5 μηνών:** αρχική δόση 50-100μg/kg κάθε 4 ώρες, προσαρμοζόμενη ανάλογα με την ανταπόκριση.
- **Παιδιά 6-11 μηνών:** αρχική δόση 100-200μg/kg κάθε 4 ώρες, προσαρμοζόμενη ανάλογα με την ανταπόκριση.
- **Παιδιά 1-11 ετών:** αρχική δόση 200-300μg/kg (ανώτατη αρχική δόση: 5-10mg) κάθε 4 ώρες, προσαρμοζόμενη ανάλογα με την ανταπόκριση.
- **Παιδιά 12-17 ετών:** αρχική δόση 5-10mg κάθε 4 ώρες, προσαρμοζόμενη ανάλογα με την ανταπόκριση.

Μέσω εφάπαξ υποδόριας ένεσης ή μέσω ενδοφλέβιας ένεσης (χορηγούμενης στη διάρκεια τουλάχιστον 5 λεπτών):

- **Νεογνά:** αρχική δόση 25μg/kg κάθε 6-8 ώρες, προσαρμοζόμενη ανάλογα με την ανταπόκριση.
- **Παιδιά 1-5 μηνών:** αρχική δόση 50-100μg/kg κάθε 6 ώρες, προσαρμοζόμενη ανάλογα με την ανταπόκριση.

- **Παιδιά 6 μηνών-1 έτους:** αρχική δόση 50-100μg/kg κάθε 4 ώρες, προσαρμοζόμενη ανάλογα με την ανταπόκριση.
- **Παιδιά 2-11 ετών:** αρχική δόση 100μg/kg κάθε 4 ώρες, προσαρμοζόμενη ανάλογα με την ανταπόκριση (ανώτατη αρχική δόση: 2,5mg).
- **Παιδιά 12-17 ετών:** αρχική δόση 2,5-5mg κάθε 4 ώρες, προσαρμοζόμενη ανάλογα με την ανταπόκριση (ανώτατη αρχική δόση: 20mg/24ωρο).

Μέσω συνεχούς υποδόριας ή ενδοφλέβιας έγχυσης:

- **Νεογνά:** 120μg/kg/24ωρο, δόση που θα προσαρμόζεται ανάλογα με την ανταπόκριση.
- **Παιδιά 1-2 μηνών:** 240μg/kg/24ωρο, δόση θα προσαρμόζεται ανάλογα με την ανταπόκριση.
- **Παιδιά 3 μηνών-17 ετών:** 480μg/kg/24ωρο (ανώτατη αρχική δόση: 20mg/24ωρο), δόση που θα προσαρμόζεται ανάλογα με την ανταπόκριση.

Αντιμετώπιση του παροξυσμικού πόνου

- Για τον παροξυσμικό πόνο, θα πρέπει να χρησιμοποιείται το 10-16% της ολικής ημερήσιας δόσης μορφίνης, κάθε 1-4 ώρες ανάλογα με τις ανάγκες του ασθενή.
- Επικοινωνήστε με την ιατρική ομάδα ανακουφιστικής φροντίδας σε περίπτωση που ένας ασθενής χρειασθεί τρεις διαδοχικές δόσεις, καθώς θα απαιτηθεί επανεκτίμηση του πλάνου αντιμετώπισης του πόνου του.

Αντιμετώπιση της δύσπνοιας

Θα πρέπει να χορηγείται το 30-50% της δόσης που χρησιμοποιείται για την αντιμετώπιση του πόνου.

Σημειώσεις

- Το διάλυμα με την εμπορική ονομασία *Oramorph*® δεν διαθέτει άδεια χορήγησης σε παιδιά κάτω του 1 έτους, τα φιαλίδια εφάπαξ χορήγησης με την εμπορική ονομασία *Oramorph*® δεν έχουν επίσης αδειοδοτηθεί για χρήση σε παιδιά κάτω των 6 ετών, τα δισκία με την εμπορική ονομασία *Sevredol*® δεν διαθέτουν άδεια χορήγησης σε παιδιά κάτω των 3 ετών και τα δισκία με την εμπορική ονομασία *Filnarine*® SR δεν έχουν άδεια για χρήση σε παιδιά κάτω των 6 ετών. Τα σκευάσματα με την εμπορική ονομασία *MST Continus*® διαθέτουν άδεια χορήγησης σε παιδιά για την ένδειξη

του καρκινικού πόνου (το ηλικιακό εύρος δεν προσδιορίζεται από την παρασκευάστρια εταιρεία), οι κάψουλες με την εμπορική ονομασία *MXL*[®] δεν έχουν άδεια χορήγησης σε παιδιά κάτω του 1 έτους και τα υπόθετα δεν έχουν αδειοδοτηθεί για χρήση σε παιδιά.

- Απαιτείται προσοχή σε ασθενείς με νεφρική ή ηπατική ανεπάρκεια. Στις περιπτώσεις αυτές θα πρέπει να μειώνεται η δόση και/ή η συχνότητα χορήγησης του φαρμάκου.
- Όπου πραγματοποιείται αντικατάσταση ή εναλλαγή οπιοειδών σε δοσολογία μορφίνης, θα πρέπει να χρησιμοποιείται η ισοδύναμη δόση μορφίνης από του στόματος.
- Στις ιδιαίτερες ανεπιθύμητες ενέργειες που παρατηρούνται στον παιδιατρικό πληθυσμό περιλαμβάνονται η κατακράτηση ούρων και ο κνησμός, επιπροσθέτως των δεδομένων παρενεργειών της δυσκοιλιότητας, της ναυτίας και του εμέτου.
- Η τοξικότητα της μορφίνης συχνά εμφανίζεται με τη μορφή μυοκλονικών συσπάσεων.
- Η χορήγηση διά του ορθού θα πρέπει να αποφεύγεται κατά το δυνατόν, ενώ κατά κανόνα αντενδείκνυται σε παιδιά με χαμηλά αιμοπετάλια και/ή ουδετεροπενία.
- Σε περίπτωση επείγοντος, όταν η λήψη από του στόματος δεν ενδείκνυται, τα δισκία με την εμπορική ονομασία *MST Continus*[®] μπορούν να χορηγηθούν διά του ορθού.
- Χορήγηση μέσω σωλήνα εντερικής σίτισης: για την άμεση ανακούφιση από τον πόνο θα πρέπει να χρησιμοποιηθεί το πόσιμο διάλυμα, για το οποίο δεν απαιτείται περαιτέρω αραιώση για ενδογαστρική χορήγηση. Για χορήγηση μέσω νησιδοστομίας, το πόσιμο διάλυμα θα πρέπει να αραιώνεται με ίσο όγκο νερού. Ο αυλός θα πρέπει να εκπλένεται σχολαστικά μετά από τη χορήγηση προκειμένου να διασφαλιστεί ότι λήφθηκε το σύνολο της δόσης. Για διατήρηση του αναλγητικού αποτελέσματος, μπορούν να χρησιμοποιηθούν οι φακελίσκοι του σκεύασματος *MST Continus*[®] (αποκλειστικά μέσω γαστροστομίας) αφού το περιεχόμενο διαλυθεί σε τουλάχιστον 10ml ύδατος. Στη συνέχεια, ακολουθεί διεξοδική έκπλυση του αυλού ώστε να εξασφαλιστεί ότι χορηγήθηκε το σύνολο της δόσης. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι τα κοκκία που τυχόν παραμένουν εντός του αυλού θα υποστούν διάσπαση για κάποιο διάστημα και όταν ο αυλός εκπλυθεί εκ νέου, αυτό θα οδηγήσει σε μια εφάπαξ (bolus) δόση μορφίνης

– σε μια τέτοια περίπτωση έχει αναφερθεί θανατηφόρος έκβαση. Θα πρέπει να εξασφαλίζεται, όπου είναι δυνατόν, ότι η συνταγογραφούμενη δόση μπορεί να επιτευχθεί με χρήση όλου του περιεχομένου κάθε φακελίσκου. Η χορήγηση των καψουλών με την εμπορική ονομασία *Zomorph*[®] που ανοίγονται για την απελευθέρωση των κοκκίων, θα πρέπει να γίνεται με προσοχή στα παιδιά εξαιτίας ζητημάτων που μπορεί να ανακύψουν όσον αφορά την ακρίβεια των δόσεων, ενώ τα κοκκία θα πρέπει να χορηγούνται αποκλειστικά μέσω γαστροστομίας με διάμετρο αυλού που απευθύνεται σε ενήλικες ασθενείς.

Διατίθεται με τις ακόλουθες μορφές: (όλες αποτελούν Ελεγχόμενα Φάρμακα Πίνακα 2, πλην του πόσιμου διαλύματος με ισχύ 10mg σε 5ml)

- Δισκία (10mg, 20mg, 50mg).
- Πόσιμο διάλυμα [10mg/5ml (διατίθεται με απλή ιατρική συνταγή), 100mg/5ml].
- Δισκία και κάψουλες τροποποιημένης αποδέσμευσης για χορήγηση ανά 12ωρο (5mg, 10mg, 15mg, 30mg, 60mg, 100mg, 200mg).
- Εναιώρημα τροποποιημένης αποδέσμευσης για χορήγηση ανά 12ωρο (20mg, 30mg, 60mg, 100mg, 200mg).
- Κάψουλες τροποποιημένης αποδέσμευσης για χορήγηση ανά 24ωρο (30mg, 60mg, 90mg, 120mg, 150mg, 200mg).
- Υπόθετα (10mg) – άλλες περιεκτικότητες ενδέχεται να διατίθενται από ειδικές παρασκευάστριες εταιρείες.
- Ενέσιμη μορφή (1mg/ml, 10mg/ml, 15mg/ml, 20mg/ml και 30mg/ml).

Τεκμηρίωση: [1-3, 6, 10, 46, 48, 144, 171, 253, 393-412]

Ναλοξόνη

Χρήση

- Επείγουσα χορήγηση με στόχο την αναστροφή της αναπνευστικής καταστολής που οφείλεται σε λήψη οπιοειδών ή σε οξεία υπερδοσολογία οπιοειδών.

Δοσολογία και οδοί χορήγησης

Για την πλήρη αναστροφή της αναπνευστικής καταστολής λόγω οξείας υπερδοσολογίας οπιοειδών

Μέσω ενδοφλέβιας ένεσης (η διάγνωση θα πρέπει να επανεξετάζεται – ενδέχεται να απαιτηθούν υψηλότερες δόσεις αν η αναπνευστική καταστολή επιδεινώνεται):

- **Νεογνά-Παιδιά 11 ετών:** 100μg/kg, δόση που μπορεί να επαναληφθεί, αν δεν υπάρξει ανταπόκριση, ανά διαστήματα του 1 λεπτού έως τη χορήγηση της ανώτατης δόσης των 2mg.
- **Παιδιά 12-17 ετών:** αρχική δόση 400μg και αν δεν υπάρξει ανταπόκριση, μπορούν να χορηγηθούν 800μg έως το μέγιστο των 2 δόσεων ανά μεσοδιαστήματα του 1 λεπτού. Αν ακόμη δεν διαπιστώνεται ανταπόκριση, η δόση μπορεί να αυξηθεί έως τα 2mg για μία εφάπαξ χορήγηση (είναι πιθανό να χρειαστεί δόση ίση με 4mg σε ασθενείς με σοβαρή δηλητηρίαση).

Μέσω συνεχούς ενδοφλέβιας έγχυσης (δοσολογία που θα προσαρμόζεται ανάλογα με την ανταπόκριση):

- **Νεογνά-Παιδιά 17 ετών:** ο ρυθμός έγχυσης προσαρμόζεται ανάλογα με την ανταπόκριση (κατά την έναρξη χορήγησης ο ρυθμός μπορεί να τεθεί στο 60% της αρχικής ενδοφλέβιας δόσης ανάνηψης, ανά ώρα).
- **Η αρχική ενδοφλέβια δόση ανάνηψης είναι εκείνη η δόση με την οποία ο ασθενής διατηρεί ικανοποιητικό μη υποβοηθούμενο αερισμό για τουλάχιστον 15 λεπτά.**

Σημειώσεις

- Ισχυρός ανταγωνιστής των οπιοειδών.
- Η ναλοξόνη εμφανίζει βραχεία διάρκεια δράσης, συνεπώς ενδέχεται να απαιτηθούν επαναλαμβανόμενες δόσεις ή έγχυση του φαρμάκου προ-

κειμένου να αναστραφούν οι ανεπιθύμητες ενέργειες των οπιοειδών με μακρό χρόνο δράσης.

- Σημαντική σημείωση: το φάρμακο θα πρέπει να χορηγείται μέσω της υποδόριας ή ενδομυϊκής οδού, μόνο αν η ενδοφλέβια πρόσβαση δεν είναι εφικτή. Η έναρξη δράσης του φαρμάκου είναι ταχύτερη όταν χορηγείται ενδοφλεβίως.
- Δείτε επίσης: Μεθυλναλτρεξόνη.
- Η ναλοξόνη δρα εντός 2 λεπτών από την ενδοφλέβια χορήγησή της και εντός 3-5 λεπτών μετά από υποδόρια ή ενδομυϊκή ένεση.
- Αν και η βιοδιαθεσιμότητα της ναλοξόνης μετά τη χορήγησή της από του στόματος είναι σχετικά χαμηλή, θα πρέπει να υπάρχει επαγρύπνηση για τυχόν συμπτώματα αποστέρησης οπιοειδών, συμπεριλαμβανομένης της επανεμφάνισης του πόνου, όταν η ναλοξόνη χορηγείται σε υψηλότερες δόσεις.
- Διατίθεται ως ενέσιμη μορφή (20μg/ml, 400μg/ml, 1mg/ml).

Τεκμηρίωση: [2, 416, 417] ARE

Ναμπιλόνη

Χρήση

- Ναυτία και έμετοι που προκαλούνται από κυτταροτοξική χημειοθεραπεία (δεν αποτελεί αγωγή πρώτης ή δεύτερης γραμμής)
- Ναυτία και έμετοι που δεν ανταποκρίνονται στα συνήθη αντιεμετικά.

Δοσολογία και οδοί χορήγησης

Από του στόματος:

- **Παιδιά <18kg:** 0,5mg δύο φορές ημερησίως
- **Παιδιά 18-30kg:** 1mg δύο φορές ημερησίως
- **Παιδιά >30kg:** 1mg τρεις φορές ημερησίως
- **Δόση ενήλικα:** 1-2mg δύο φορές ημερησίως (ανώτατη δόση: 6mg/ημέρα σε 2-3 διαιρεμένες δόσεις).

Σημειώσεις

- Δεν διαθέτει άδεια χορήγησης σε παιδιά.
- Η ναμπιλόνη αποτελεί συνθετικό κανναβινοειδές.
- Υφίσταται διακύμανση της βιοδιαθεσιμότητας από άτομο σε άτομο, εξαιτίας της οποίας απαιτείται στενή ιατρική παρακολούθηση του ασθενούς κατά την έναρξη χορήγησης του φαρμάκου καθώς και κατά τις προσαρμογές της δοσολογίας.
- Οι επιδράσεις της ναμπιλόνης ενδέχεται να παραμείνουν για ποικίλο και μη προβλέψιμο χρονικό διάστημα μετά τη χορήγησή της από του στόματος.
- Στις παρενέργειες του φαρμάκου περιλαμβάνονται η υπνηλία και η ζάλη.
- Τυχόν ανεπιθύμητες ψυχιατρικές αντιδράσεις ενδέχεται να επιμείνουν για 48-72 ώρες μετά τη διακοπή της αγωγής.
- Θα πρέπει να χορηγείται αποκλειστικά από εξειδικευμένο προσωπικό υγείας.
- Διατίθεται με την ακόλουθη μορφή: κάψουλες (250μg, 1mg).
- Ελεγχόμενο Φάρμακο Πίνακα 2.

Τεκμηρίωση: [1, 2, 5, 413-415] ARE

Ναπροξένη

Χρήση

- Μη στεροειδές αντιφλεγμονώδες με αναλγητική δράση, χορήγηση για την ανακούφιση των συμπτωμάτων της φλεγμονώδους αρθρίτιδας καθώς και για την αντιμετώπιση των οξέων μυοσκελετικών συνδρόμων.

Δοσολογία και οδοί χορήγησης

Από του στόματος:

- Παιδιά 1 μηνός-17 ετών:** 5-7,5mg/kg/δόση δύο φορές ημερησίως (ανώτατη δόση: 1g/ημέρα).

Δόσεις έως και 10mg/kg δύο φορές ημερησίως (δεν θα πρέπει να υπερβαίνεται το 1g/24ωρο) έχουν χρησιμοποιηθεί σε σοβαρές καταστάσεις. Οι υψηλές δόσεις θα πρέπει να χορηγούνται κατά προτίμηση μόνο για βραχύ χρονικό διάστημα. Κατά κανόνα, θα πρέπει να χρησιμοποιείται η χαμηλότερη αποτελεσματική δόση για το βραχύτερο δυνατό χρονικό διάστημα.

Σημειώσεις

- Η ναπροξένη έχει άδεια χορήγησης στη νεανική ιδιοπαθή αρθρίτιδα από την ηλικία των 5 ετών, ενώ δεν διαθέτει άδεια χρήσης σε παιδιά μικρότερα των 16 ετών για άλλες ενδείξεις.
- Αντενδείκνυται σε ασθενείς με ιστορικό υπερευαισθησίας σε οποιοδήποτε από τα ΜΣΑΦ καθώς και σε άτομα με διαταραχές πηκτικότητας.
- Θα πρέπει να χορηγείται με προσοχή σε νεφρική, καρδιακή ή ηπατική ανεπάρκεια καθώς μπορεί να προκληθεί επιδείνωση της νεφρικής λειτουργίας. Η δόση θα πρέπει να διατηρείται όσο το δυνατόν πιο χαμηλή και να παρακολουθείται η νεφρική λειτουργία. Θα πρέπει να αποφεύγεται η χορήγηση του φαρμάκου σε ασθενείς με $GFR < 20 \text{ ml/min/1,73 m}^2$ καθώς και σε άτομα με σοβαρή ηπατική ή καρδιακή ανεπάρκεια.
- Η ναπροξένη γενικά θεωρείται ότι συνδυάζει καλή αποτελεσματικότητα με χαμηλή συχνότητα εμφάνισης ανεπιθύμητων ενεργειών.
- Ο κίνδυνος καρδιαγγειακών συμβαμάτων δευτεροπαθώς λόγω της χρήσης ΜΣΑΦ δεν έχει καθοριστεί στα παιδιά. Σε ενηλίκους, οι εκλεκτικοί αναστολείς της κυκλοοξυγενάσης-2, δικλοφαινάκη (150mg ημερησίως) και ιβουπροφαίνη (2,4g ημερησίως) συνδέονται με αυξημένο κίνδυνο θρομ-

βωτικών επεισοδίων (π.χ. έμφραγμα του μυοκαρδίου και εγκεφαλικό επεισόδιο). Η ναπροξένη (1gr ημερησίως σε ενήλικους) σχετίζεται με χαμηλότερο κίνδυνο θρομβώσεως. Ο υψηλότερος κίνδυνος ενδέχεται να επιταθεί με την αύξηση της δόσης και της διάρκειας έκθεσης στο φάρμακο, συνεπώς θα πρέπει να χορηγείται η χαμηλότερη αποτελεσματική δόση για το βραχύτερο δυνατό χρονικό διάστημα.

- Όλα τα ΜΣΑΦ συνδέονται με γαστρεντερική τοξικότητα. Σε ενήλικους, τα δεδομένα σχετικής ασφάλειας των ΜΣΑΦ υποδεικνύουν διαφορές ως προς τον κίνδυνο σοβαρών ανεπιθύμητων αντιδράσεων από το ανώτερο πεπτικό: η πιροξικάμη και η κετορολόκη συνδέονται με τον υψηλότερο κίνδυνο, η ινδομεθακίνη, η δικλοφαινάκη και η ναπροξένη με ενδιάμεσο κίνδυνο, ενώ η ιβουπροφαίνη με τον χαμηλότερο. Τα παιδιά φαίνεται να ανέχονται τα ΜΣΑΦ καλύτερα από τους ενήλικες και οι ανεπιθύμητες ενέργειες από το γαστρεντερικό να είναι λιγότερο συχνές, ωστόσο είναι υπαρκτές και ενδεχομένως να αποβούν σοβαρές.
- Στις υπόλοιπες δυνητικές ανεπιθύμητες ενέργειες του φαρμάκου περιλαμβάνονται: κεφαλαλγία, ζάλη, ίλιγγος, κατακράτηση υγρών και αντιδράσεις υπερευαισθησίας.
- Οι αντιπυρετικές και αντιφλεγμονώδεις δράσεις της ναπροξένης ενδέχεται να μειώσουν τον πυρετό και τη φλεγμονή, ελαττώνοντας κατά συνέπεια τη χρησιμότητά τους ως διαγνωστικά σημεία.
- Στα φάρμακα που δυνητικά αλληλεπιδρούν με τη ναπροξένη, περιλαμβάνονται τα εξής: βαρφαρίνη (αύξηση του INR), διουρητικά, αναστολείς μετατρεπτικού ενζύμου της αγγιοτενσίνης και ανταγωνιστές της αγγιοτενσίνης II (αυξημένος κίνδυνος επηρεασμένης νεφρικής λειτουργίας). Η ναπροξένη αποτελεί υπόστρωμα των ενζυμικών συστημάτων CYP1A2 και CYP2C8/9 και μπορεί να οδηγήσει σε αύξηση των συγκεντρώσεων στο πλάσμα της μεθοτρεξάτης και του λίθιου.
- Για χορήγηση μέσω σωλήνα εντερικής σίτισης, μπορεί να χρησιμοποιηθεί το πόσιμο εναιώρημα, αν είναι διαθέσιμο. Τα δισκία ναπροξένης μπορούν να θρυμματιστούν και να αναμειχθούν με νερό προκειμένου να χορηγηθούν μέσω του σωλήνα σίτισης. Ωστόσο, η ναπροξένη είναι ελάχιστα διαλυτή στο νερό και τα δισκία θα πρέπει να θρυμματιστούν μέχρι τον σχηματισμό λεπτής σκόνης πριν από την ανάμειξή τους με νερό, προκειμένου να αποφευχθεί η απόφραξη του αυλού. Αν η χορήγηση μέσω σωλήνα σίτισης είναι απαραίτητη και το πόσιμο εναιώρημα δεν είναι διαθέσιμο,

ενδεχομένως να ενδείκνυνται άλλοι ΜΣΑΦ παράγοντες. Τα επικαλυμμένα εντεροδιαλυτά δισκία ναπροξένης θα πρέπει να καταπίνονται ολόκληρα και να ΜΗΝ θρυμματίζονται ούτε να μασώνται. Η ναπροξένη θα πρέπει να λαμβάνεται μαζί με τροφή ή μετά από τη λήψη αυτής.

- Διατίθεται με τις ακόλουθες μορφές: δισκία (250mg και 500mg), δισκία εντεροδιαλυτά επικαλυμμένα (250mg, 375mg και 500mg) και πόσιμο εναιώρημα 25mg/ml.

Τεκμηρίωση: [1, 2, 5, 10]

Νάτριο κιτρικό

Χρήση

- Δυσκοιλιότητα: δρα ως ωσμωτικό υπακτικό. Συνήθως συνδυάζεται με μαλακτικό κοπράνων σε συσκευασία μικροκλυσμάτων.

Δοσολογία και οδοί χορήγησης

Μικροκλύσμα με την εμπορική ονομασία *Micolette*:

Υποκλυσμός, κιτρικό νάτριο 450mg, νάτριο λαουροθειοξικό 45mg, γλυκερόλη 625mg, με προσθήκη κιτρικού οξέος, σορβικού καλίου και σορβιτόλης, ιξώδες διάλυμα όγκου 5ml.

- Διά του ορθού: **Παιδιά 3-17 ετών**: 5-10ml ως εφάπαξ δόση.

Μικροκλύσμα με την εμπορική ονομασία *Micralax*:

Υποκλυσμός, κιτρικό νάτριο 450mg, αλκυλοθειοξικό νάτριο 45mg, σορβικό οξύ 5mg, με προσθήκη γλυκερόλης και σορβιτόλης, ιξώδες διάλυμα όγκου 5ml.

- Διά του ορθού: **Παιδιά 3-17 ετών**: 5ml ως εφάπαξ δόση.

Μικροκλύσμα με την εμπορική ονομασία *Relaxit*:

Υποκλυσμός, κιτρικό νάτριο 450mg, λαουροθειϊκό νάτριο 75mg, σορβικό οξύ 5mg, με προσθήκη γλυκερόλης και σορβιτόλης, ιξώδες διάλυμα όγκου 5ml σε συσκευασία με ρύγχος για εφάπαξ χορήγηση.

- Διά του ορθού: **Παιδιά 1 μηνός-17 ετών**: 5ml ως εφάπαξ δόση (να εισάγεται μόνο το ήμισυ του μήκους του ρύγχους όταν χορηγείται σε παιδιά 2 ετών ή μικρότερα).

Σημειώσεις

- Το κιτρικό νάτριο αποτελεί ωσμωτικό παράγοντα. Το λαουροθειοξικό νάτριο αποτελεί μαλακτικό κοπράνων.
- Ως μικροκλύσμα χρησιμοποιείται συχνά σε συνδυασμό με υπακτικά από του στόματος, ειδικά σε νευρομυϊκές διαταραχές, σε υπερπλήρωση εντέρου και στην ενσφήνωση κοπράνων.

- Συνήθως δρα εντός 15 λεπτών από τη χορήγηση.
- Η χορήγηση αντενδείκνυται σε οξείες γαστρεντερικές παθήσεις.
- Απαιτείται προσοχή καθώς μπορεί να επέλθει επικίνδυνη κατακράτηση νατρίου και ύδατος σε επιρρεπείς ασθενείς.
- Διατίθεται με τη μορφή μικροκλύσματος (5ml). Όλες οι μορφές που διατίθενται σήμερα στο εμπόριο περιέχουν κιτρικό νάτριο 90mg/ml, άλλα τα λοιπά συστατικά ποικίλουν.
- Στις κλινικές οδηγίες του Εθνικού Ινστιτούτου για την Αριστεία στην Υγεία και την Περίθαλψη (NICE), με τίτλο «Constipation in children and young people: diagnosis and management», συνιστάται η χρήση υπακτικών που περιέχουν πολυαιθυλενογλυκόλη 3350 καθώς και διεγερτικών υπακτικών, πριν από τη χρήση σκευασμάτων διά του ορθού. Το κιτρικό νάτριο θεωρείται φάρμακο πρώτης γραμμής για διορθική χορήγηση και θα πρέπει να προτιμάται έναντι του υποκλυσμού φωσφορικών διαλυμάτων.

Τεκμηρίωση: [1, 2, 492, 517-519]

Νάτριο πικοθειϊκό

Χρήση

- Δυσκοιλιότητα (διεγερτικό υπακτικό).

Δοσολογία και οδοί χορήγησης

Από του στόματος:

- **Παιδιά 1 μηνός-3 ετών:** αρχική δόση 2,5mg εφάπαξ ημερησίως, η οποία μπορεί να αυξηθεί αν είναι απαραίτητο και ανάλογα με την ανταπόκριση, έως το συνιστώμενο μέγιστο των 10mg ημερησίως.
- **Παιδιά 4-17 ετών:** αρχική δόση 2,5mg εφάπαξ ημερησίως, η οποία μπορεί να αυξηθεί αν είναι απαραίτητο και ανάλογα με την ανταπόκριση, έως το συνιστώμενο μέγιστο των 20mg ημερησίως.

Σημειώσεις

- Το ελιξήριο διαθέτει άδεια χορήγησης σε παιδιά, αλλά οι κάψουλες δεν έχουν αδειοδοτηθεί για λήψη από παιδιά μικρότερα των 4 ετών.
- Δρα ως διεγερτικό υπακτικό.
- Στις κλινικές οδηγίες του Εθνικού Ινστιτούτου για την Αριστεία στην Υγεία και την Περίθαλψη (NICE), με τίτλο «Constipation in children and young people: diagnosis and management» (CG 99), συνιστάται η χρήση υπακτικών που περιέχουν πολυαιθυλενογλυκόλη 3350 πριν από τη χορήγηση ενός διεγερτικού υπακτικού.
- Έναρξη δράσης σε 6-12 ώρες.
- Αντενδείκνυται σε περιπτώσεις εντερικής απόφραξης και αφυδάτωσης.
- Η αποτελεσματικότητα εξαρτάται από τη διάσπαση του φαρμάκου από την εντερική χλωρίδα, συνεπώς η διαπιστωθείσα προηγούμενη δραστηριότητα του φαρμάκου ενδέχεται να μην παρατηρηθεί κατά τις περιόδους χορήγησης αντιβιοτικών λόγω των συνεπαγόμενων επιπτώσεων στη χλωρίδα του εντέρου.
- Για τη χορήγηση μέσω σωλήνα εντερικής σίτισης, θα πρέπει να χρησιμοποιείται η υγρή μορφή κατόπιν αραιώσης με ίσο όγκο νερού. Το πικοθειϊκό νάτριο φθάνει στο κόλον χωρίς να υφίσταται σημαντικού βαθμού απορρόφηση, συνεπώς το θεραπευτικό αποτέλεσμα δεν αναμένεται να επηρεαστεί από τη χορήγηση του φαρμάκου διαμέσου της νήστιδας.
- Διατίθεται με τις ακόλουθες μορφές: ελιξήριο (5mg/5ml) και κάψουλες (2,5mg).

Τεκμηρίωση: [1, 2, 10, 492, 517-519]

Νυστατίνη

Χρήση

- Μυκητιασικές λοιμώξεις στόματος και περιστοματικής περιοχής.

Δοσολογία και οδοί χορήγησης

Από του στόματος:

- **Νεογνά:** 100.000 μονάδες, 4 φορές ημερησίως
- **Παιδιά 1 μηνός-1 έτους:** 200.000 μονάδες, 4 φορές ημερησίως
- **Παιδιά 2-17 ετών:** 400-600.000 μονάδες, 4 φορές ημερησίως.

Σημειώσεις

- Διαθέτει άδεια χορήγησης σε όλες τις ηλικίες. Στα νεογνά, η νυστατίνη έχει αδειοδοτηθεί ως αγωγή προφύλαξης έναντι της στοματικής καντιντίασης, χορηγούμενη σε μία δόση του 1ml ημερησίως.
- Το φάρμακο θα πρέπει να παραμένει σε επαφή με τις αλλοιώσεις, πριν από την κατάποσή του.
- Θα πρέπει να χορηγείται μετά τη λήψη τροφής ή τη σίτιση του βρέφους. Αν είναι εφικτό, η δόση θα πρέπει να διαμοιράζεται στο εσωτερικό και των δύο πλευρών του στόματος.
- Η αγωγή διαρκεί για 7 ημέρες, ενώ θα πρέπει να συνεχίζεται για 48 ώρες μετά την επούλωση των βλαβών.
- Διατίθεται με την ακόλουθη μορφή: πόσιμο εναιώρημα 100.000 μονάδες/ml σε συσκευασία των 30ml με πιπέτα μέτρησης.

Τεκμηρίωση: [2, 191, 418]

Οκτρεοτίδη

Χρήση

- Αιμορραγία κισών οισοφάγου ή στομάχου
- Ναυτία και έμετοι
- Απόφραξη εντέρου
- Επίμονη διάρροια
- Ορμονοεκκριτικοί όγκοι, ασκίτης, βρογχόρροια.

Δοσολογία και οδοί χορήγησης

Μέσω υποδόριας ένεσης:

- **Νεογνά:** αρχική δόση 2-5μg/kg κάθε 6-8 ώρες η οποία μπορεί να προσαρμόζεται ανάλογα με την ανταπόκριση. Η δόση μπορεί να αυξηθεί αν είναι απαραίτητο έως τα 7μg/kg κάθε 4 ώρες (δόσεις έως 7μg/kg ενδέχεται σπανίως να απαιτηθούν).
- **Παιδιά 1 μηνός-17 ετών:** αρχική δόση 1-2μg/kg κάθε 4-6 ώρες η οποία μπορεί να προσαρμόζεται ανάλογα με την ανταπόκριση. Η δόση μπορεί να αυξηθεί αν είναι απαραίτητο έως τα 7μg/kg κάθε 4 ώρες (δόσεις έως 7μg/kg ενδέχεται σπανίως να απαιτηθούν).

Μέσω συνεχούς ενδοφλέβιας ή υποδόριας έγχυσης:

- **Παιδιά 1 μηνός-17 ετών:** 1μg/kg/ώρα. Υψηλότερες δόσεις μπορεί να χρειαστούν στην έναρξη της αγωγής. Όταν δεν υπάρχει ενεργός αιμορραγία, η δόση θα πρέπει να μειώνεται σε διάστημα 24 ωρών. Η συνήθης ανώτατη δόση είναι 50μg/ώρα.

Σημειώσεις

- Το φάρμακο δεν διαθέτει άδεια χορήγησης στα παιδιά.
- Η οκτρεοτίδη αποτελεί συνθετικό ανάλογο της σωματοστατίνης με μεγαλύτερη διάρκεια δράσης και δρα ως ανασταλτική ορμόνη σε όλο τον οργανισμό αλλά ιδιαίτερα στον γαστρο-εντερο-ηπατικό άξονα, αυξάνοντας την απορρόφηση ύδατος και ηλεκτρολυτών.
- Αν η χορήγηση δεν πραγματοποιείται σε ασθενή τελικού σταδίου, θα πρέπει να παρακολουθούνται τα επίπεδα γλυκόζης στο αίμα.
- Για χορήγηση μέσω ενδοφλέβιας ένεσης ή έγχυσης, θα πρέπει να προηγείται διάλυση με χλωριούχο νάτριο 0,9%. Σχετικά με τη διάλυση του

φαρμάκου, θα πρέπει να ανατρέξετε στις συστάσεις της παρασκευάστριας εταιρείας. Για εφάπαξ (bolus) υποδόρια ένεση, το φάρμακο μπορεί να χορηγηθεί χωρίς αραίωση αλλά με τον τρόπο αυτό ενδέχεται να προκληθεί άλγος στη θέση της ένεσης (πιθανόν να είναι μικρότερου βαθμού αν η φύσιγγα ζεσταθεί στα χέρια μας σε θερμοκρασία σώματος, πριν από τη χορήγηση). Για υποδόρια έγχυση, το φάρμακο θα πρέπει να διαλύεται σε χλωριούχο νάτριο 0,9%.

- Θα πρέπει να αποφεύγεται η απότομη διακοπή του φαρμάκου (γεγονός που έχει συσχετιστεί με κωλικό χοληφόρων και παγκρεατίτιδα).
- Διατίθεται με τις ακόλουθες μορφές: ενέσιμη μορφή για υποδόρια ή ενδοφλέβια χορήγηση (50μg/ml, 100μg/ml, 200μg/ml, 500μg/ml) και ενέσιμη μορφή μακράς δράσης (depot) για ενδομυϊκή χορήγηση κάθε 28 ημέρες (10mg, 20mg και 30mg, εμπορική ονομασία: *Sandostatin Lar®*). Συνιστάται η αναζήτηση της συμβουλής ειδικού στην ανακουφιστική φροντίδα.

Τεκμηρίωση: [2, 89, 419]

Ολανζαπίνη

Χρήσεις

- Ψυχώσεις, παραλήρημα, διέγερση, ανορεξία, όταν οποιαδήποτε άλλη αγωγή δεν είναι αποτελεσματική.
- Ναυτία και έμετοι.

Δοσολογία και οδοί χορήγησης

Από του στόματος:

Ψυχώσεις/μανία

- **Παιδιά <12 ετών και <25kg:** αρχική δόση 2,5mg το βράδυ
- **Παιδιά <12 ετών και >25kg:** αρχική δόση 2,5-5mg το βράδυ
- **Παιδιά 12-17 ετών:** αρχική δόση 5mg πριν από τον βραδινό ύπνο.

Η δόση θα πρέπει να αυξάνεται σταδιακά σύμφωνα με τις ανάγκες και την ανοχή έως το μέγιστο των 20mg/ημέρα. Το σύνηθες σχήμα είναι μία εφάπαξ χορήγηση το βράδυ, ενώ μπορεί να ληφθεί και δύο φορές ημερησίως, αν είναι απαραίτητο.

Διέγερση/παραλήρημα

- **Παιδιά <12 ετών:** αρχική δόση 1,25mg το βράδυ και ακολούθως σύμφωνα με τις ανάγκες.
- **Παιδιά 12-17 ετών:** αρχική δόση 2,5mg το βράδυ και ακολούθως σύμφωνα με τις ανάγκες.

Η δόση θα πρέπει να αυξάνεται σταδιακά σύμφωνα με τις ανάγκες και την ανοχή, έως το μέγιστο των 10mg/ημέρα.

Ναυτία και έμετοι, ανορεξία

- **Παιδιά <12 ετών:** αρχική δόση 1,25mg (ή 0,625mg αν τα δισκία των 2,5mg μπορούν να τμηθούν σε τέταρτα), χορηγούμενη το βράδυ και ακολούθως σύμφωνα με τις ανάγκες.
- **Παιδιά 12-17 ετών:** αρχική δόση 1,25-2,5mg το βράδυ και ακολούθως σύμφωνα με τις ανάγκες.

Η δόση μπορεί να αυξηθεί σύμφωνα με τις ανάγκες και την ανοχή έως το συνιστώμενο μέγιστο των 7,5mg/ημέρα.

Σημειώσεις

- Η ολανζαπίνη δεν διαθέτει άδεια χρήσης σε παιδιά και εφήβους ηλικίας μικρότερης των 18 ετών, αν και είναι γενικά αποδεκτή η χορήγησή της εκτός εγκεκριμένων ενδείξεων σε εφήβους για την αντιμετώπιση της ψύχωσης και της σχιζοφρένειας, καθώς και της μανίας στο πλαίσιο της διπολικής διαταραχής.
- Η χορήγηση του φαρμάκου για την αντιμετώπιση της διέγερσης, του παρληρήματος, της ναυτίας, του εμέτου και της ανορεξίας στην ανακουφιστική φροντίδα διενεργείται σε όλες τις περιπτώσεις εκτός εγκεκριμένων ενδείξεων.
- Η ολανζαπίνη αποτελεί άτυπο (δεύτερης γενιάς) αντιψυχωσικό παράγοντα καθώς και ανταγωνιστή των υποδοχέων ντοπαμίνης D1, D2, D4, των υποδοχέων σεροτονίνης τύπου 2 (5-HT₂), των ισταμινεργικών υποδοχέων H1, καθώς και των μουσκαρινικών υποδοχέων.
- Η ολανζαπίνη εμφανίζει 5 φορές μεγαλύτερη συγγένεια για τους υποδοχείς σεροτονίνης τύπου 2 (5-HT₂) σε σύγκριση με τους υποδοχείς ντοπαμίνης D2 με αποτέλεσμα λιγότερες εξωπυραμιδικές ανεπιθύμητες ενέργειες.
- Η δράση της ολανζαπίνης σε πολλαπλούς υποδοχείς είναι παρεμφερής με τη δράση της λεβομεπρομαζίνης και συνεπώς έχει δυνητικά θέση στην αντιμετώπιση της ναυτίας και των εμέτων που δεν ανταποκρίνονται στη συνήθη αγωγή.
- Απαιτείται προσοχή στη χορήγηση του φαρμάκου σε άτομα με καρδιαγγειακή νόσο ή επιληψία (και σε καταστάσεις που προδιαθέτουν σε σπασμούς, καθώς μειώνει τον ουδό των σπασμών).
- Πολύ συχνές ανεπιθύμητες ενέργειες (>10% των ασθενών): πρόσληψη βάρους, αυξημένα επίπεδα τριγλυκεριδίων, αύξηση της όρεξης, καταστολή, αύξηση των επιπέδων των ALT και AST, μείωση της χολερυθρίνης, αυξημένη επίπεδα γ-GT και προλακτίνης στο πλάσμα. Συχνές ανεπιθύμητες ενέργειες (1-10% των ασθενών): αυξημένα επίπεδα χοληστερόλης, ξηροστομία.
- Στις σπάνιες αλλά δυνητικά σοβαρές παρενέργειες περιλαμβάνονται οι εξής: κακόηθες νευροληπτικό σύνδρομο, καρδιαγγειακή νόσος, σοβαρή αναπνευστική πάθηση, καταστολή μυελού των οστών, ηπατίτιδα και παγκρεατίτιδα. Μπορεί να εμφανιστούν επίσης υπεργλυκαιμία και ενίοτε σακχαρώδης διαβήτης.
- Η τιτλοποίηση της δόσης θα πρέπει να πραγματοποιείται με αργό ρυθμό

προκειμένου να ελαχιστοποιηθεί το ενδεχόμενο καταστολής.

- Η πρόσληψη βάρους καθώς και οι επιδράσεις στα επίπεδα λιπιδίων και προλακτίνης έχουν αναφερθεί σε μεγαλύτερο βαθμό σε εφήβους σε σύγκριση με τους ενήλικες. Αν πιθανολογείται παρατεταμένη χορήγηση του φαρμάκου, θα πρέπει να εκτιμηθεί η δυνατότητα παρακολούθησης των λιπιδίων του αίματος, του σωματικού βάρους, των επιπέδων γλυκόζης νηστείας στο αίμα και της προλακτίνης. Θα πρέπει να προγραμματιστεί επίσης η διενέργεια ηλεκτροκαρδιογραφήματος καθώς και η μέτρηση της αρτηριακής πίεσης πριν από την έναρξη χορήγησης του φαρμάκου.
- Θα πρέπει ακόμη να εξετασθεί η χορήγηση χαμηλότερης δόσης έναρξης (μέγιστο: 5mg σε ενήλικες) σε ασθενείς με νεφρική και/ή ηπατική δυσλειτουργία.
- Η ολανζαπίνη εμφανίζει καλή βιοδιαθεσιμότητα κατά τη χορήγηση από το στόματος, με τις μέγιστες συγκεντρώσεις στο πλάσμα να επιτυγχάνονται εντός 5-8 ωρών. Η απορρόφηση του φαρμάκου δεν επηρεάζεται από τη λήψη τροφής. Ο χρόνος ημιζωής για την αποβολή του φαρμάκου είναι παρατεταμένος, της τάξεως των 33 ωρών περίπου. Για την έναρξη δράσης του φαρμάκου απαιτούνται ώρες/ημέρες σε περιπτώσεις παραληρήματος και ημέρες/εβδομάδες στις ψυχώσεις.
- Η ολανζαπίνη δεν αναστέλλει ούτε επάγει τα κύρια ισοένζυμα του κυτοχρώματος CYP450. Μεταβολίζεται μέσω του CYP1A2, συνεπώς φάρμακα/ουσίες που επάγουν ή αναστέλλουν ειδικά αυτό το ισοένζυμο (όπως π.χ. η καρβαμαζεπίνη, η φλουβοξαμίνη και η νικοτίνη) ενδέχεται να επηρεάσουν τη φαρμακοκινητική της ολανζαπίνης.
- Δισκία διασπειρόμενα στο στόμα: το δισκίο θα πρέπει να τοποθετείται εντός της στοματικής κοιλότητας όπου θα διαλυθεί ταχέως στο σίελο ή να διαλύεται σε ένα ποτήρι γεμάτο με νερό (ή άλλο ρόφημα) αμέσως πριν από τη χορήγηση. Τα δισκία μπορούν επίσης να διαλυθούν στο νερό για χορήγηση μέσω ρινογαστρικού καθετήρα σίτισης ή γαστροστομίας. Δεν υφίστανται ειδικά δεδομένα αναφορικά με τη χορήγηση της ολανζαπίνης μέσω της νήστιδας. Στις περιπτώσεις αυτές, η χορήγηση θα πρέπει να διενεργείται σύμφωνα με την παραπάνω διαδικασία και ο ασθενής να παρακολουθείται για τυχόν απώλεια της δραστηριότητας ή αύξηση των παρενεργειών του φαρμάκου. Μη δημοσιευμένα δεδομένα αναφέρουν ότι τα διασπειρόμενα στο στόμα δισκία των 5mg μπορούν να διχοτομηθούν ώστε να προκύψει δόση 2,5mg. Το δισκίο θα πρέπει να διχοτομείται

αμέσως πριν από τη λήψη, ενώ το υπόλοιπο ήμισυ δεν θα πρέπει να φυλάσσεται για επόμενη χορήγηση.

- Επικαλυμμένα δισκία: θα πρέπει να καταπίνονται ολόκληρα με τη λήψη κάποιου υγρού ή να θρυμματίζονται και να αναμειγνύονται με μαλακή τροφή.
- Τα διασπειρόμενα στο στόμα δισκία περιέχουν ασπαρτάμη και πιθανόν να είναι επιβλαβή για άτομα με φαινυλκετονουρία.
- Τα επικαλυμμένα δισκία περιέχουν λακτόζη.
- Διατίθεται με τις ακόλουθες μορφές: δισκία (2,5mg, 5mg, 7,5mg, 10mg, 15mg, 20mg) και δισκία διασπειρόμενα στο στόμα/λυοφιλοποιημένα (2,5mg, 5mg, 7,5mg, 10mg, 15mg, 20mg).

Τεκμηρίωση: [1, 2, 420-436]

Ομεπραζόλη

Χρήση

- Γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση
- Ώξινη δυσπεψία
- Προφύλαξη του γαστρεντερικού (π.χ. σε συνδυασμό με ΜΣΑΦ/στεροειδή).
- Αντιμετώπιση ελκών δωδεκαδακτύλου και στομάχου.

Δοσολογία και οδοί χορήγησης

Από του στόματος:

- **Νεογνά:** 700μg/kg εφάπαξ ημερησίως, δόση που μπορεί να αυξηθεί αν χρειάζεται έως το μέγιστο των 1,4mg/kg εφάπαξ ημερησίως (ανώτατη δόση: 2,8mg/kg εφάπαξ ημερησίως).
- **Παιδιά 1 μηνός-1 έτους:** 700μg/kg εφάπαξ ημερησίως, δόση που μπορεί να αυξηθεί αν χρειάζεται έως το μέγιστο των 3mg/kg εφάπαξ ημερησίως (ανώτατη δόση: 20mg εφάπαξ ημερησίως).
- **Παιδιά με σωματικό βάρος 10-19kg:** 10mg εφάπαξ ημερησίως, δόση που μπορεί να αυξηθεί αν χρειάζεται έως το μέγιστο των 20mg εφάπαξ ημερησίως.
- **Παιδιά με σωματικό βάρος 20kg και άνω:** 20mg εφάπαξ ημερησίως, δόση που μπορεί να αυξηθεί αν χρειάζεται έως το μέγιστο των 40mg εφάπαξ ημερησίως.

Ενδοφλεβίως (έγχυση στη διάρκεια 20-30 λεπτών):

- **Παιδιά 1 μηνός-11 ετών:** αρχική δόση 500μg/kg (ανώτατη δόση: 20mg) εφάπαξ ημερησίως, δόση που μπορεί να αυξηθεί αν χρειάζεται έως τα 2mg/kg (ανώτατη δόση: 40mg) εφάπαξ ημερησίως.
- **Παιδιά 12-17 ετών:** 40mg εφάπαξ ημερησίως.

Σημειώσεις

- Τα πόσιμα σκευάσματα δεν έχουν άδεια χορήγησης σε παιδιά, εκτός από την ένδειξη της σοβαρής ελκωτικής οισοφαγίτιδας από παλινδρόμηση σε παιδιά ηλικίας >1 έτους.
- Η έγχυση του φαρμάκου δεν έχει αδειοδοτηθεί για χρήση σε παιδιά με ηλικία μικρότερη των 12 ετών.
- Πολλά παιδιά με απειλητικές για τη ζωή καταστάσεις εμφανίζουν γαστρο-

οισοφαγική παλινδρομική νόσο και μπορεί να απαιτηθεί η συνέχιση της θεραπείας σε μακροχρόνια βάση.

- Μπορεί να προκαλέσει διέγερση.
- Περιστασιακά έχει συσχετιστεί με διαταραχή των ηλεκτρολυτών.
- Σύμφωνα με την προειδοποίηση ασφάλειας της Ρυθμιστικής Αρχής Φαρμάκων και Προϊόντων Υγείας (2015), υφίσταται πολύ μικρός κίνδυνος συσχέτισης υποξέος δερματικού ερυθρηματώδους λύκου με τη χρήση αναστολέων της αντλίας πρωτονίων.
- Για χορήγηση από του στόματος, τα δισκία μπορούν να διαλυθούν σε νερό ή να ληφθούν με χυμό φρούτων ή γιαούρτι. Οι κάψουλες μπορούν να ανοιχτούν και το περιεχόμενο να αναμειχθεί με χυμό φρούτων ή γιαούρτι.
- Απαιτείται προσοχή κατά τη χορήγηση μέσω σωλήνα εντερικής σίτισης προκειμένου να ελαχιστοποιηθεί ο κίνδυνος απόφραξης. Οι κάψουλες θα πρέπει να ανοίγονται και το περιεχόμενο να διαλύεται σε διττανθρακικό νάτριο 8,4% πριν από τη χορήγηση. Κατά τη διάλυση των διασπειρόμενων δισκίων προκύπτει ένα διάλυμα μικρών κοκκίων, τα οποία καθιζάνουν ταχέως και ενδέχεται να αποφράξουν τους καθετήρες με αυλό μικρής διαμέτρου (μικρότερης από 8Fr). Για χορήγηση μέσω καθετήρων μικρής διαμέτρου συνιστάται η χρήση του πόσιμου εναιωρήματος (χρήση εκτός εγκεκριμένων ενδείξεων). Η ομепραζόλη απορροφάται όταν χορηγείται διαμέσου της νήστιδας χωρίς να εμφανίζεται μείωση της βιοδιαθεσιμότητάς της. Η επιλογή της χορηγούμενης μορφής του φαρμάκου θα εξαρτηθεί από τη διάμετρο του αυλού.
- Διατίθεται με τις ακόλουθες μορφές: γαστροανθεκτικά δισκία (με την ένδειξη: *MUPS*, 10mg, 20mg, 40mg), κάψουλες (10mg, 20mg, 40mg), διάλυμα για ενδοφλέβια έγχυση (40mg) και πόσιμο εναιώρημα, το οποίο διατίθεται ως ειδικό παρασκεύασμα για χρήση εκτός εγκεκριμένων ενδείξεων (10mg σε 5ml, ωστόσο μπορεί να διατίθενται και άλλης ισχύος σκευάσματα, απαιτείται συνεπώς προσοχή).

Τεκμηρίωση: [1-3, 10, 304, 437-443]

Ονδανσετρόνη

Χρήση

- Αντιεμετικό, για την αντιμετώπιση του εμέτου που προκαλείται από βλάβη στον γαστρεντερικό βλεννογόνο (π.χ. από χημειοθεραπεία ή ακτινοθεραπεία).
- Αμιγής ανταγωνιστής των υποδοχέων σεροτονίνης τύπου 3 (5-HT₃), συνεπώς το προφίλ υποδοχέων σύνδεσης της ονδανσετρόνης είναι συμπληρωματικό εκείνου της λεβομεπρομαζίνης και η χορήγηση της ονδανσετρόνης θα πρέπει να εκτιμάται σε περιπτώσεις ναυτίας και εμέτων που εμφανίζονται παρά την τακτική χορήγηση λεβομεπρομαζίνης.
- Έχει χρησιμοποιηθεί για την αντιμετώπιση του κνησμού εξαιτίας της λήψης οπιοειδών.
- Αντιμετώπιση γαστρεντερίτιδας σοβαρού βαθμού.

Δοσολογία και οδοί χορήγησης

Πρόληψη και αντιμετώπιση της ναυτίας και των εμέτων λόγω χημειοθεραπείας ή ακτινοθεραπείας

Ο τελικός χρόνος ημιζωής του φαρμάκου είναι 3 ώρες. Η κάθαρση της ονδανσετρόνης είναι μειωμένη σε νεαρά βρέφη και συγκεκριμένα κατά 75% στα νεογνά και κατά 50% στην ηλικία των 3 μηνών. Τα παιδιά ηλικίας μικρότερης των 4 μηνών θα πρέπει να παρακολουθούνται στενά.

Μέσω ενδοφλέβιας έγχυσης στη διάρκεια τουλάχιστον 15 λεπτών:

- **Παιδιά 6 μηνών-17 ετών:** είτε 5 mg/m² αμέσως πριν από τη χημειοθεραπεία (ανώτατη εφάπαξ δόση: 8mg) και ακολούθως χορήγηση από του στόματος, ή 150μg/kg αμέσως πριν από τη χημειοθεραπεία (ανώτατη εφάπαξ δόση: 8mg), ακολούθως επανάληψη κάθε 4 ώρες για 2 ακόμη δόσεις και στη συνέχεια λήψη από του στόματος. Ανώτατη ολική ημερήσια δόση: 32mg.

Από του στόματος (αγωγή που ακολουθεί την ενδοφλέβια χορήγηση):

Σημείωση: Η χορήγηση από του στόματος μπορεί να αρχίσει 12 ώρες μετά την (τελευταία) ενδοφλέβια δόση.

- **Παιδιά 6 μηνών-17 ετών:**

- Επιφάνεια σώματος μικρότερη από $0,6\text{m}^2$ ή σωματικό βάρος 10kg ή μικρότερο: 2mg κάθε 12 ώρες έως και 5 ημέρες (ανώτατη ολική ημερήσια δόση: 32mg).
- Επιφάνεια σώματος $0,6\text{m}^2$ - $1,2\text{m}^2$ ή μεγαλύτερη ή σωματικό βάρος άνω των 10kg: 4mg κάθε 12 ώρες έως και 5 ημέρες (ανώτατη ολική ημερήσια δόση: 32mg).
- Επιφάνεια σώματος μεγαλύτερη από $1,2\text{m}^2$ ή σωματικό βάρος άνω των 40kg: 8mg κάθε 12 ώρες έως και 5 ημέρες (ανώτατη ολική ημερήσια δόση: 32mg).

Αντιμετώπιση της ναυτίας και των εμέτων

Από του στόματος ή μέσω αργής ενδοφλέβιας ένεσης στη διάρκεια 2-5 λεπτών ή μέσω ενδοφλέβιας έγχυσης στη διάρκεια 15 λεπτών:

- **Παιδιά 1-17 ετών:** 100μg/kg/δόση κάθε 8-12 ώρες. Ανώτατη εφάπαξ δόση: 4mg.

Σημειώσεις

- Η ενέσιμη ονδανσετρόνη έχει αδειοδοτηθεί για την αντιμετώπιση της ναυτίας και των εμέτων λόγω χημειοθεραπείας σε παιδιά ≥ 6 μηνών, καθώς και για την πρόληψη και την αντιμετώπιση (ως εφάπαξ χορήγηση) της ναυτίας και των εμέτων που εμφανίζονται μετεγχειρητικά σε παιδιά ηλικίας ≥ 1 μηνός. Η ονδανσετρόνη για λήψη από του στόματος έχει άδεια χορήγησης από την ηλικία των 6 μηνών για την αντιμετώπιση της ναυτίας και των εμέτων λόγω χημειοθεραπείας, αλλά το πόσιμο σκεύασμα δεν συνιστάται για την αντιμετώπιση της ναυτίας και των εμέτων που εμφανίζονται μετεγχειρητικά σε παιδιά, λόγω έλλειψης δεδομένων.
- Έναρξη δράσης του φαρμάκου: <30 λεπτά μετά τη χορήγηση από του στόματος, <5 λεπτά μετά από ενδοφλέβια χορήγηση. Διάρκεια δράσης: 12 ώρες.
- Αντενδείκνυται στο συγγενές σύνδρομο μακρού QT. Η ονδανσετρόνη παρατείνει το διάστημα QT με δόσοεξαρτώμενο τρόπο. Επιπροσθέτως, μετά την κυκλοφορία του φαρμάκου αναφέρθηκαν περιπτώσεις πολύμορφης κοιλιακής ταχυκαρδίας («torsades de pointes») σε ασθενείς που λάμβαναν ονδανσετρόνη. Το φάρμακο θα πρέπει να χορηγείται με προσοχή σε ασθενείς που έχουν ή μπορεί να εμφανίσουν παράταση του QTc, συμπεριλαμβανόμενων των ασθενών με συγγενές σύνδρομο μακρού QT.

βανομένων εκείνων με διαταραχές ηλεκτρολυτών, συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια, βραδυαρρυθμίες καθώς και των ασθενών που λαμβάνουν άλλους φαρμακευτικούς παράγοντες που προκαλούν παράταση του QT ή ηλεκτρολυτικές διαταραχές.

- Η υποκαλιαιμία και η υπομαγνησιαιμία θα πρέπει να διορθώνονται πριν από τη χορήγηση ονδανσετρόνης.
- Το φάρμακο προκαλεί έντονη δυσκοιλιότητα.
- Η κεφαλαλγία αποτελεί συχνή ανεπιθύμητη ενέργεια.
- Η επανάληψη των ενδοφλέβιων δόσεων ονδανσετρόνης θα πρέπει να γίνεται σε χρονικό διάστημα όχι μικρότερο των 4 ωρών.
- Για την ενδοφλέβια έγχυση, το φάρμακο θα πρέπει να αραιώνεται με διάλυμα γλυκόζης 5%, χλωριούχου νατρίου 0,9% ή Ringer, ώστε να επιτευχθεί συγκέντρωση 320-640μg/ml. Η χορήγηση θα πρέπει να διενεργείται στη διάρκεια τουλάχιστον 15 λεπτών.
- Το πόσιμο διάλυμα μπορεί να χορηγηθεί μέσω σωλήνα εντερικής σίτισης. Θα πρέπει ωστόσο να συνυπολογιστεί η μεγάλη περιεκτικότητα σε σορβιτόλη των υψηλών δόσεων του φαρμάκου. Δεν υφίστανται ειδικά δεδομένα όσον αφορά τη χορήγηση διαμέσου της νήστιδας, η οποία προτείνεται να διενεργείται σύμφωνα με την παραπάνω διαδικασία και ο ασθενής να παρακολουθείται για τυχόν απώλεια της δραστηριότητας ή αύξηση των ανεπιθύμητων ενεργειών του φαρμάκου.
- Μπορεί να χορηγηθεί με υποδόρια έγχυση μέσω αντλίας σύριγγας.
- Διατίθεται με τις ακόλουθες μορφές: δισκία (4mg, 8mg), υμένια/δισκία διασπειρόμενα στο στόμα (4mg, 8mg), πόσιμο σιρόπι (4mg/5ml) και ενέσιμη μορφή (2mg/ml, φύσιγγες των 2ml και 4ml). Διατίθενται επίσης υπόθετα των 16mg.

Τεκμηρίωση: [2, 3, 6, 90, 142, 377, 444-447]

Οξυγόνο

Χρήση

- Αίσθημα δύσπνοιας λόγω υποξαιμίας
- Δράση ως «εικονικό φάρμακο» (placebo), ειδικά όπου η οικογένεια έχει την αίσθηση ότι απαιτείται μια άμεση παρέμβαση
- Εναλλακτική επιλογή της εμφύσησης αέρα στο πρόσωπο του ασθενούς σε περίπτωση αισθήματος δύσπνοιας.

Δοσολογία και οδοί χορήγησης

Με εισπνοή μέσω ρινικού καθετήρα:

- Ρυθμός ροής 1-2,5L/min, προσαρμοζόμενος ανάλογα με την ανταπόκριση. Το εύρος αυτό αποδίδει οξυγόνο μεταξύ 24-35%, ανάλογα με τον αναπνευστικό ρυθμό του ασθενούς και άλλους παράγοντες. Μπορεί να ενδεικνύεται επίσης και χαμηλότερος ρυθμός ροής, ειδικά στην περίπτωση πρόωγων νεογνών.

Με εισπνοή μέσω μάσκας προσώπου:

- Το ποσοστό του εισπνεόμενου οξυγόνου καθορίζεται από τον ρυθμό ροής οξυγόνου και/ή τον τύπο της μάσκας. Κατά κανόνα η συνιστώμενη πυκνότητα οξυγόνου είναι 28% για αερισμό μέσω συνεχούς παροχής οξυγόνου.

Σημειώσεις

- Τα δεδομένα που υποστηρίζουν τη χρήση οξυγόνου σε μη υποξαιμικούς ασθενείς είναι στην καλύτερη περίπτωση περιορισμένα, γεγονός που εξηγεί γιατί είναι προτιμότερο να χορηγηθεί με εξατομικευμένο τρόπο: ο ασθενής θα κρίνει αν είναι αποτελεσματικό ή όχι. Η γενική εμπειρία δηλώνει ότι η ανταπόκριση στη χορήγηση οξυγόνου για την αντιμετώπιση του αισθήματος της δύσπνοιας έχει ίσες πιθανότητες να παρατηρηθεί ή όχι, ανεξάρτητα από την τιμή PaO_2 του ασθενούς, συνεπώς μπορεί να χορηγηθεί δοκιμαστικά και αν δεν προκύπτει όφελος, να διακοπεί.
- Οι τιμές κορεσμού οξυγόνου δεν αντιστοιχούν απαραίτητα στη σοβαρότητα της δύσπνοιας. Όπου η μαρτυρία του ίδιου του ασθενή δεν είναι εφικτή, η παρατήρηση του έργου της αναπνοής αποτελεί έναν πιο αξιόπιστο δείκτη δύσπνοιας.
- Συχνή ή συνεχόμενη μέτρηση του κορεσμού του οξυγόνου μπορεί να οδη-

γήσει σε υπέρμετρη εξάρτηση από τεχνικά δεδομένα και απόσπαση της προσοχής από την αξιολόγηση της συνολικής άνεσης του παιδιού, της ανακούφισής του από τα συμπτώματα και της γενικότερης ευεξίας του.

- Κορεσμός οξυγόνου 92-96% μπορεί να αποτελεί ενδεικνυόμενο στόχο στο πλαίσιο της οξείας νόσου, αλλά δεν ισχύει απαραίτητα στο πλαίσιο της ανακουφιστικής φροντίδας. Οι συνηθέστερες τιμές-στόχοι για τον κορεσμό οξυγόνου είναι άνω του 92% σε μακροχρόνια χορήγηση οξυγόνου και 88-92% σε παιδιά με κίνδυνο να εμφανίσουν υπερκαπνική αναπνευστική ανεπάρκεια. Χαμηλότερα επίπεδα κορεσμού μπορεί να γίνονται ανεκτά από παιδιά με κυανωτική συγγενή καρδιοπάθεια.
- Είναι σημαντικό να τεθούν με σαφήνεια οι γενικότεροι στόχοι της οξυγονοθεραπείας, όπως και οι ρεαλιστικές τιμές κορεσμού οξυγόνου για το συγκεκριμένο παιδί, οι οποίες θα επηρεάσουν τις αποφάσεις για τον επιδιωκόμενο βαθμό οξυγόνωσης.
- Στην κυανωτική συγγενή καρδιοπάθεια, η χορήγηση οξυγόνου ασκεί μικρή επίδραση στην αύξηση του SaO_2 και γενικά δεν ενδείκνυται. Σε περιπτώσεις πνευμονικής υπέρτασης στα αρχικά στάδια, είναι πιθανό να υπάρξει ανταπόκριση στη χορήγηση οξυγόνου, συνεπώς μπορεί να έχει ένδειξη η οξυγονοθεραπεία στο πλαίσιο της ανακουφιστικής φροντίδας.
- Ο κινούμενος αέρας, π.χ. από έναν ανεμιστήρα, είναι πιθανό να είναι εξίσου αποτελεσματικός για τη μείωση του αισθήματος δύσπνοιας, όταν το παιδί δεν είναι υποξαιμικό.
- Οι ρινικοί καθετήρες είναι κατά κανόνα προτιμότεροι καθώς επιτρέπουν στο παιδί να μιλά και να τρώει, με ελάχιστους περιορισμούς. Ωστόσο η συνεχιζόμενη χορήγηση οξυγόνου μέσω ρινικών καθετήρων μπορεί να προκαλέσει ξήρανση του ρινικού βλεννογόνου και δερματίτιδα.
- Η χορήγηση οξυγόνου μέσω μάσκας ή μη επεμβατικού μηχανικού αερισμού θετικής πίεσης, μπορεί να προκαλέσει κλειστοφοβία και/ή βλάβες στο δέρμα του προσώπου, ενδεχόμενα που μπορούν να ελαττωθούν με τη χρήση ρινικής μάσκας. Η διάρκεια της παροχής μέσω κυλίνδρου οξυγόνου θα εξαρτηθεί από το μέγεθος του κυλίνδρου και τον ρυθμό ροής.
- Συνιστάται η χρήση συμπτωκνωτή οξυγόνου σε ασθενείς που χρειάζονται πάνω από 8 ώρες οξυγονοθεραπεία την ημέρα.
- Το υγρό οξυγόνο είναι πιο ακριβό αλλά δίνει τη δυνατότητα μεγαλύτερης διάρκειας παροχής μέσω φορητής συσκευής. Διατίθενται πλέον και φορητοί συμπτωκνωτές οξυγόνου.

- Αν είναι απαραίτητο, μπορούν να συνδεθούν δύο συμπυκνωτές οξυγόνου (σύνδεση Υ) ώστε να αποδίδονται πολύ υψηλές συγκεντρώσεις οξυγόνου.
- Υψηλότερες συγκεντρώσεις οξυγόνου απαιτούνται κατά τη διάρκεια αεροπορικού ταξιδιού.
- Έντυπα για παραγγελία οξυγόνου κατ'οίκον και περισσότερες πληροφορίες μπορούν να αναζητηθούν στον σύνδεσμο: www.bprs.co.uk
- Η διάθεση μιας επιπλέον συσκευής παροχής οξυγόνου για παιδιά που περνούν μεγάλα χρονικά διαστήματα εκτός σπιτιού, όπως π.χ. συμβαίνει σε ολιγοήμερες αποδράσεις, σε διακοπές ή μακρές περιόδους διαμονής σε συγγενείς, απαιτεί δεύτερο έντυπο (βλ. στον παραπάνω ιστότοπο).

Τεκμηρίωση: [1, 2, 5, 456-461]

Οξυκωδόνη

Χρήση

- Εναλλακτικό οπιοειδές για την αντιμετώπιση του σοβαρού πόνου
- Πόνος κάθε είδους, εκτός αν δεν είναι ευαίσθητος στα οπιοειδή

Δοσολογία και οδοί χορήγησης

Μετατροπή οπιοειδών: διενεργείται με βάση την ισοδύναμη δόση μορφίνης από του στόματος σε σχέση με το ήδη χορηγούμενο οπιοειδές. Χρησιμοποιήστε τις ακόλουθες **δόσεις έναρξης** σε ασθενείς ελεύθερους οπιοειδών (naïve). Οι ανώτερες δόσεις που παρατίθενται αφορούν αποκλειστικά τη δόση **έναρξης**.

Από του στόματος:

Αναλογία μετατροπής:

Μορφίνη από του στόματος 1,5: οξυκωδόνη από του στόματος 1, για παράδειγμα: 15mg μορφίνης: 10mg οξυκωδόνης.

- **Παιδιά 1 μηνός-11 ετών:** δόση έναρξης 200μg/kg (ανώτατη εφάπαξ δόση: 5mg) κάθε 4-6 ώρες
- **Παιδιά 12-17 ετών:** δόση έναρξης 5mg κάθε 4-6 ώρες.

Η τιτλοποίηση θα διενεργείται με τον τρόπο που γίνεται η τιτλοποίηση της μορφίνης: η δόση θα αυξάνεται ανάλογα με τις ανάγκες του ασθενούς και τη σοβαρότητα του πόνου του.

- **Δισκία τροποποιημένης αποδέσμευσης χορηγούμενα σε παιδιά 8-11 ετών:** δόση έναρξης 5mg κάθε 12 ώρες, η οποία μπορεί να αυξάνεται αν είναι απαραίτητο.
- **Δισκία τροποποιημένης αποδέσμευσης χορηγούμενα σε παιδιά 12-17 ετών:** δόση έναρξης 10mg κάθε 12 ώρες, η οποία μπορεί να αυξάνεται αν είναι απαραίτητο.

Μέσω ενδοφλέβιας ένεσης, υποδόριας ένεσης ή συνεχούς υποδόριας έγχυσης:
Συντελεστές μετατροπής:

- Οξυκωδόνη από του στόματος σε ενδοφλέβια ή υποδόρια εφάπαξ (bolus) χορήγηση οξυκωδόνης: διαιρέστε τη δόση της οξυκωδόνης που χορηγείται από του στόματος με το 1,5 (σε ορισμένα εγχειρίδια προτείνεται να διαιρείται διά του 2 αλλά στην κλινική πράξη χρησιμοποιείται ο συντελεστής 1,5).
- Οξυκωδόνη από του στόματος σε συνεχή υποδόρια έγχυση οξυκωδόνης χορηγούμενη στη διάρκεια 24 ωρών: διαιρέστε την ολική ημερήσια δόση οξυκωδόνης που λαμβάνεται από του στόματος με το 1,5 (σε μερικά εγχειρίδια προτείνεται να διαιρείται διά του 2, αλλά στην κλινική πράξη χρησιμοποιείται ο συντελεστής 1,5).
- Η αναλογία μετατροπής της δόσης της μορφίνης που χορηγείται υποδορίως/ενδοφλεβίως σε υποδόρια/ενδοφλέβια δόση οξυκωδόνης είναι περίπου 1:1, δηλ. χρησιμοποιείται ποσοτικά η ίδια δόση.
- Οι παραπάνω ιδιάζοντες λόγοι μετατροπής αιτιολογούνται από τη βιοδιαθεσιμότητα του φαρμάκου καθώς και από στρογγυλοποιήσεις για λόγους ασφάλειας.

Σημειώσεις

- Δεν διαθέτει άδεια χορήγησης σε παιδιά ηλικίας μικρότερης των 12 ετών.
- Δεν υφίστανται δεδομένα για τη δοσολογία σε νεογνά.
- Δεν υφίσταται τεκμηρίωση υπέρ οποιουδήποτε οφέλους σε σχέση με τη μορφίνη ενώ αποτελεί εξαιρετικά πιο δαπανηρό φάρμακο.
- Η χορήγηση του φαρμάκου συσχετίζεται με δοσοεξαρτώμενη παράταση του διαστήματος QTc.
- Διατίθεται σε συνδυασμό με ναλοξόνη ως εναλλακτική υπακτική αγωγή για την αντιμετώπιση της δυσκοιλιότητας που προκαλείται από τη λήψη οπιοειδών [εμπορικό σκεύασμα με την ονομασία *Targinact*[®] (της εταιρείας Napp)] – δεν διαθέτει άδεια χρήσης σε παιδιά.
- Είναι σημαντικό να έχει συνταγογραφηθεί η δόση που θα χορηγείται για την αντιμετώπιση του παροξυσμικού πόνου, η οποία θα πρέπει να είναι ίση με το 5-10% της ολικής 24ωρης δόσης της οξυκωδόνης και θα λαμβάνεται κάθε 1 έως 4 ώρες.
- Η οξυκωδόνη διαφέρει σε μέτριο βαθμό από τη μορφίνη ως προς τη δομή της, γεγονός που την καθιστά δυνητικά κατάλληλο φάρμακο για τη διαδικασία αντικατάστασης οπιοειδών.

- Απαιτείται προσοχή σε ηπατική ή νεφρική βλάβη.
- Η ενέσιμη οξυκωδόνη μπορεί να χορηγηθεί ενδοφλεβίως ή υποδορίως ως εφάπαξ (bolus) δόση καθώς και μέσω έγχυσης διά των οδών αυτών. Για συνεχή υποδόρια έγχυση, θα πρέπει να αραιωθεί με ενέσιμο ύδωρ, χλωριούχο νάτριο 0,9% ή γλυκόζη 5%.
- Το πόσιμο διάλυμα οξυκωδόνης μπορεί να χορηγηθεί μέσω σωλήνα εντερικής σίτισης. Δεν υφίστανται ειδικά δεδομένα όσον αφορά τη χορήγηση του φαρμάκου διαμέσου της νήστιδας. Στην περίπτωση αυτή, ο ασθενής θα πρέπει να παρακολουθείται για τυχόν απώλεια της δραστηριότητας του φαρμάκου καθώς και για την εμφάνιση παρενεργειών.
- Δεδομένα ασφάλειας: τα δισκία τροποποιημένης αποδέσμευσης διατίθενται σε μορφές 12ωρης και 24ωρης χορήγησης. Απαιτείται συνεπώς προσοχή κατά τη συνταγογράφηση ώστε να παρέχεται το σωστό σκεύασμα.
- Ελεγχόμενο Φάρμακο Πίνακα 2.
- Διατίθεται με τις ακόλουθες μορφές: κάψουλες (5mg, 10mg, 20mg), πόσιμο διάλυμα (5mg/5ml, 10mg/ml), δισκία τροποποιημένης αποδέσμευσης (5mg, 10mg, 15mg, 20mg, 30mg, 40mg, 60mg, 80mg, 120mg) και ενέσιμη μορφή (10mg/ml και 50mg/ml).

Τεκμηρίωση: [1, 2, 5, 10, 54, 168, 448-455]

Παμιδρονάτη (δινατριούχος)

Χρήση

- Συμπληρωματική αγωγή για τα οστικά άλγη που προκαλούνται από μεταστατική νόσο
- Συμπληρωματική αγωγή για τα οστικά άλγη λόγω οστεοπενίας ή οστεοπόρωσης που σχετίζονται με νευρομυϊκά νοσήματα
- Υπερασβεστιαμία λόγω νεοπλασίας
- Αντιμετώπιση δευτερογενούς οστεοπόρωσης με στόχο να μειωθεί ο κίνδυνος κατάγματος
- Ατελής οστεογένεση.

Σημ.: Αναζητήστε τη συμβουλή ειδικού ιατρού πριν από τη χορήγηση του φαρμάκου.

Δοσολογία και οδοί χορήγησης

Για τα οστικά άλγη (οστική μεταστατική νόσος ή οστεοπενία) και τη δευτεροπαθή οστεοπόρωση

Επίδραση στον πόνο μπορεί να διαπιστωθεί εντός 2 εβδομάδων, αλλά μπορεί να χρειαστεί ένα έτος πριν από την οριστική εκτίμηση της κατάστασης. Η χορήγηση συνεχίζεται για όσο διάστημα είναι αποτελεσματική και ανεκτή, ή μέχρι να επέλθει σημαντική πτώση στο επίπεδο λειτουργικής κατάστασης του ασθενούς.

Μέσω ενδοφλέβιας έγχυσης:

- 1mg/kg ως εφάπαξ δόση, η οποία θα πρέπει να εγχύεται στη διάρκεια 4-6 ωρών και να επαναλαμβάνεται σε μηνιαία βάση, σύμφωνα με τις ανάγκες. Η συγκέντρωση του φαρμάκου δεν θα πρέπει να υπερβαίνει τα 90mg σε 250ml.
Ή
- 1mg/kg, δόση που θα πρέπει να εγχύεται στη διάρκεια 4-6 ωρών για 3 διαδοχικές ημέρες και να επαναλαμβάνεται κάθε 3 μήνες, σύμφωνα με τις ανάγκες. Η συγκέντρωση του φαρμάκου δεν θα πρέπει να υπερβαίνει τα 90mg σε 250ml.

Κακοήθης υπερασβεστιαμία (Αναζητήστε τη συμβουλή ειδικού ιατρού)

Μέσω ενδοφλέβιας έγχυσης:

- 1mg/kg, δόση που θα πρέπει να εγχύεται στη διάρκεια 6 ωρών. Η συγκέντρωση δεν θα πρέπει να υπερβαίνει τα 90mg σε 250ml. Ακολούθως μπορεί να επαναλαμβάνεται με βάση τα διορθωμένα επίπεδα ασβεστίου στο αίμα.

Ατελής οστεογένεση:

Μέσω ενδοφλέβιας έγχυσης:

Συνολικά όλοι οι ασθενείς λαμβάνουν 12mg/kg στη διάρκεια ενός έτους, ως εξής:

- Σχήμα 1 ημέρας: 1mg/kg/ημέρα, δόση που χορηγείται σε μία μόνο ημέρα και επαναλαμβάνεται ανά μήνα.
- Σχήμα 2 ημερών: 1,5mg/kg/ημέρα, δόση που χορηγείται για 2 διαδοχικές ημέρες και επαναλαμβάνεται ανά 3 μήνες.
- Σχήμα 3 ημερών: 1mg/kg/ημέρα, δόση που χορηγείται για 3 διαδοχικές ημέρες και επαναλαμβάνεται ανά 3 μήνες.
- Η συνήθης ανώτατη εφάπαξ δόση είναι 90mg (ενδέχεται ωστόσο να χορηγηθούν υψηλότερες δόσεις κατά περίπτωση).
- Αν υφίσταται προβληματισμός αναφορικά με τη δόση έναρξης, δοσολογία ίση με 0,5mg/kg μπορεί να αποτελέσει την εναρκτήρια δόση του πρώτου κύκλου αγωγής.

Σημειώσεις

- Δεν διαθέτει άδεια χορήγησης σε παιδιά. Είναι καλά ανεκτή από τα παιδιά, αλλά οι μακροχρόνιες επιπτώσεις του φαρμάκου δεν είναι γνωστές.
- Οι κατά τόπους οδηγίες ποικίλουν. Σε ορισμένα κέντρα προτείνεται μέτρηση της οστικής πυκνότητας (DEXA scan) και εργαστηριακός έλεγχος του μεταβολισμού του ασβεστίου, πριν και μετά την αγωγή. Η αποτελεσματικότητα της παμιδρονάτης στον οστικό πόνο δεν εξαρτάται απαραίτητως από τη διαπίστωση τυχόν οστεοπόρωσης, αλλά η απόδειξη ότι δεν έχει εντέλει επέλθει ιατρογενής οστεοπέτρωση, αποτελεί γεγονός καθησυχαστικό. Συμπτώματα τύπου γρίπης συχνά συνοδεύουν την πρώτη έγχυση, αλλά κατά κανόνα δεν παρατηρούνται με τις επόμενες δόσεις.
- Τα διφωσφονικά άλατα έχουν χρησιμοποιηθεί για κάποια χρόνια σε ενήλικες με οστικές μεταστάσεις. Καθίσταται όλο και περισσότερο σαφές ότι έχουν θέση στην ευρύτερη αντιμετώπιση του οστικού πόνου που εμφα-

νίζεται στα παιδιά, ιδιαίτερα στο πλαίσιο ενός νευρολογικού νοσήματος.

- Στις τρέχουσες κατευθυντήριες οδηγίες προτείνεται η αρχική δόση να χορηγείται στη διάρκεια ενδοноσοκομειακής νοσηλείας του ασθενούς. Οι επόμενες δόσεις μπορούν να χορηγηθούν κατ'οίκον, αν είναι διαθέσιμη η κατάλληλη ιατρονοσηλευτική υποστήριξη. Στα αρχικά στάδια της αγωγής, ενδέχεται να εμφανιστεί επίταση του πόνου.
- Το ζολεδρονικό οξύ μπορεί επίσης να χορηγηθεί ενδοφλεβίως σε ποσότητα 25-50μg/kg/δόση (μέγιστο: 4-5mg) και να επαναλαμβάνεται, αν είναι απαραίτητο, κάθε 6-12 μήνες. Η χορήγηση θα πρέπει να γίνεται αποκλειστικά υπό την επίβλεψη ειδικού ιατρού.
- Η ρισεδρονάτη και η αλενδρονάτη που χορηγούνται από του στόματος χρησιμοποιούνται περιορισμένα για τις παρούσες ενδείξεις, λόγω πτωχής και ποικίλης βιοδιαθεσιμότητας.
- Αν η ενδοφλέβια οδός δεν είναι διαθέσιμη, τα διφωσφονικά άλατα μπορούν να χορηγηθούν μέσω συνεχούς υποδόριας έγχυσης στη διάρκεια 12-24 ωρών, ταυτόχρονα με υποδόρια ενυδάτωση.
- Πολλά διφωσφονικά διατίθενται ως σκευάσματα διαφορετικών μορφών, μεταξύ των οποίων και η πόσιμη μορφή, αν και η απορρόφηση τείνει να είναι περιορισμένη όταν λαμβάνονται από του στόματος, ενώ μειώνεται περαιτέρω από τη λήψη τροφής ή άλλων υγρών πλην του νερού.
- Προσοχή: απαιτείται παρακολούθηση της νεφρικής λειτουργίας και των επιπέδων των ηλεκτρολυτών, ενώ θα πρέπει να εξασφαλίζεται επαρκής ενυδάτωση του ασθενούς.
- Ενδέχεται να εμφανιστούν παρατεταμένη υπασβεστιαμία και υπομαγνησισαιμία με την ταυτόχρονη χορήγηση αμινογλυκοσίδης και ενός διφωσφονικού άλατος. Θα πρέπει να εκτιμηθεί η χορήγηση συμπληρωμάτων ασβεστίου και βιταμίνης D από του στόματος προκειμένου να ελαχιστοποιηθεί το ενδεχόμενο υπασβεστιαμίας σε ασθενείς με λυτικές κυρίως οστικές μεταστάσεις και σε κίνδυνο να αναπτύξουν ανεπάρκεια ασβεστίου ή βιταμίνης D (π.χ. λόγω δυσαπορρόφησης ή μη έκθεσης στο ηλιακό φως).
- Ο κίνδυνος νεφρικής βλάβης αυξάνεται με την ταυτόχρονη χορήγηση άλλων νεφροτοξικών φαρμάκων.
- Υφίσταται κίνδυνος άτυπων καταγμάτων μηριαίου οστού καθώς και οστεονέκρωσης, ιδιαίτερα στη γνάθο και τον εξωτερικό ακουστικό πόρο. Δεν παρατηρούνται ευρέως σε παιδιά αλλά συνιστάται οδοντιατρικός έλεγχος πριν από τη χορήγηση του φαρμάκου καθώς και καλή στοματική υγιεινή.

Θα πρέπει να εκπαιδεύονται σχετικά, τόσο ο ασθενής όσο και η οικογένεια.

- Διατίθεται με τις ακόλουθες μορφές: ενέσιμη μορφή για έγχυση, σε φιαλίδια διαφόρων όγκων και με περιεκτικότητες: 3mg/ml, 6mg/ml, 9mg/ml και 15mg/ml.

Τεκμηρίωση: [1, 5, 462-471]

Παρακεταμόλη

(Στις ΗΠΑ: Ακεταμινοφαίνη)

Χρήση

- Ήπιος και μέτριος πόνος (βαθμίδα 1 της Κλίμακας Αναλγητικών του Π.Ο.Υ.)
- Πυρετός.

Δοσολογία και οδοί χορήγησης

Οι συνιστώμενες ενδείξεις και δόσεις της παρακεταμόλης έχουν επικαιροποιηθεί προκειμένου να ληφθούν υπόψη οι οδηγίες της Ρυθμιστικής Αρχής Φαρμάκων και Προϊόντων Υγείας καθώς και του Εθνικού Κέντρου Δηλητηριάσεων της Μεγάλης Βρετανίας (υπηρεσία: *Toxbase*), στις οποίες αναφέρεται ότι η τοξικότητα της παρακεταμόλης μπορεί να εμφανιστεί με δόσεις μεταξύ 75-150mg/kg/ημέρα (λήψη άνω των 150mg/kg/ημέρα θεωρείται βέβαιος κίνδυνος τοξικότητας).

Από του στόματος:

- **Νεογνά με διορθωμένη ηλικία κύησης 28-32 εβδομάδων:** 20mg/kg ως εφάπαξ χορήγηση και ακολούθως 10-15mg/kg κάθε 8-12 ώρες, σύμφωνα με τις ανάγκες (μέγιστο: 30mg/kg/ημέρα σε διαιρεμένες δόσεις).
- **Νεογνά με διορθωμένη ηλικία κύησης άνω των 32 εβδομάδων:** 20mg/kg ως εφάπαξ χορήγηση και ακολούθως 10-15mg/kg κάθε 6-8 ώρες, σύμφωνα με τις ανάγκες (μέγιστο: 60mg/kg/ημέρα σε διαιρεμένες δόσεις).
- **Παιδιά 1 μηνός-5 ετών:** 20-30mg/kg ως εφάπαξ χορήγηση και ακολούθως 15-20mg/kg κάθε 4-6 ώρες, σύμφωνα με τις ανάγκες (μέγιστο: 75mg/kg/ημέρα σε διαιρεμένες δόσεις).
- **Παιδιά 6-11 ετών:** 20-30mg/kg (ανώτατη δόση: 1gr) ως εφάπαξ χορήγηση και ακολούθως 15-20mg/kg κάθε 4-6 ώρες, σύμφωνα με τις ανάγκες (μέγιστο: 75mg/kg/ημέρα ή 4gr/ημέρα σε διαιρεμένες δόσεις).
- **Παιδιά άνω των 12 ετών:** 15-20mg/kg (ανώτατη δόση: 500mg-1gr) κάθε 4-6 ώρες, σύμφωνα με τις ανάγκες (μέγιστο: 4gr/ημέρα σε διαιρεμένες δόσεις).

Διά του ορθού:

- **Νεογνά με διορθωμένη ηλικία κύησης 28-32 εβδομάδων:** 20mg/kg ως εφάπαξ χορήγηση και ακολούθως 10-15mg/kg κάθε 12 ώρες, σύμφωνα με τις ανάγκες (μέγιστο: 30mg/kg/ημέρα σε διαιρεμένες δόσεις).
- **Νεογνά με διορθωμένη ηλικία κύησης άνω των 32 εβδομάδων:** 30mg/kg ως εφάπαξ χορήγηση και ακολούθως 15-20mg/kg κάθε 8 ώρες, σύμφωνα με τις ανάγκες (μέγιστο: 60mg/kg/ημέρα σε διαιρεμένες δόσεις).
- **Παιδιά 1-2 μηνών:** 30mg/kg ως εφάπαξ χορήγηση και ακολούθως 15-20mg/kg κάθε 4-6 ώρες, σύμφωνα με τις ανάγκες (μέγιστο: 75mg/kg/ημέρα σε διαιρεμένες δόσεις).
- **Παιδιά 3 μηνών-11 ετών:** 30mg/kg ως εφάπαξ χορήγηση (ανώτατη δόση: 1gr) και ακολούθως 15-20mg/kg κάθε 4-6 ώρες, σύμφωνα με τις ανάγκες (μέγιστο: 75mg/kg/ημέρα ή 4gr/ημέρα σε διαιρεμένες δόσεις).
- **Παιδιά άνω των 12 ετών:** 15-20mg/kg (ανώτατη δόση: 500mg-1gr) κάθε 4-6 ώρες, σύμφωνα με τις ανάγκες (μέγιστο: 4gr/ημέρα σε διαιρεμένες δόσεις).

Ενδοφλέβια έγχυση στη διάρκεια 15 λεπτών:

- **Πρόωρα νεογνά με διορθωμένη ηλικία κύησης άνω των 32 εβδομάδων:** 7,5mg/kg κάθε 8 ώρες, ανώτατη δόση: 25mg/kg/ημέρα.
- **Νεογνά:** 10mg/kg κάθε 4-6 ώρες (ανώτατη δόση: 30mg/kg/ημέρα).
- **Βρέφη και παιδιά με σωματικό βάρος <10kg:** 10mg/kg κάθε 4-6 ώρες (ανώτατη δόση: 30mg/kg/ημέρα).
- **Παιδιά με σωματικό βάρος 10-50kg:** 15mg/kg κάθε 4-6 ώρες (ανώτατη δόση: 60mg/kg/ημέρα).
- **Παιδιά με σωματικό βάρος άνω των 50kg:** 1gr κάθε 4-6 ώρες (ανώτατη δόση: 4gr/ημέρα).

Σημειώσεις

- Πολλά παιδιά και νεαρά άτομα με παθήσεις περιορισμένης πρόγνωσης, έχουν χαμηλό σωματικό βάρος για την ηλικία τους και για τον λόγο αυτοί οι παραπάνω δοσολογίες παρατίθενται σύμφωνα με το σωματικό βάρος κι όχι την ηλικία (σε αντίθεση με τις περισσότερες αναφορές στο Εθνικό Συνταγολόγιο της Βρετανίας καθώς και στο Εθνικό Συνταγολόγιο της Βρετανίας για την Παιδιατρική), με σκοπό να ελαχιστοποιηθεί ο κίνδυνος υπερδοσολογίας σε αυτή την ομάδα ασθενών.

- Δεν διαθέτει άδεια χορήγησης από του στόματος σε παιδιά κάτω των 2 μηνών, μέσω ενδοφλέβιας έγχυσης σε πρόωρα νεογνά και διά του ορθού σε παιδιά κάτω των 3 μηνών. Η δοσολογία χορήγησης σε σοβαρού βαθμού συμπτώματα δεν έχει αδειοδοτηθεί ενώ το πόσιμο ελαιώρημα παρακεταμόλης με περιεκτικότητα 500mg/5ml δεν διαθέτει άδεια χορήγησης σε παιδιά κάτω των 16 ετών.
- Οι πόσιμες μορφές και όσα σκευάσματα χορήγησης διά του ορθού έχουν άδεια χρήσης, διαθέτουν έγκριση χορήγησης σε βρέφη μεγαλύτερα των 2 μηνών για την αντιμετώπιση του πυρετού μετά από ανοσοποίηση (εφάπαξ δόση 60mg που μπορεί να επαναληφθεί μία φορά μετά από 4-6 ώρες, αν είναι απαραίτητο), καθώς και σε βρέφη από την ηλικία των 3 μηνών για την αντιμετώπιση του πυρετού και του πόνου.
- Η ενδοφλέβια παρακεταμόλη έχει αδειοδοτηθεί για βραχείας διάρκειας χορήγηση για την αντιμετώπιση του μέτριου πόνου καθώς και του πυρετού, όταν η χορήγηση μέσω άλλων οδών δεν είναι εφικτή.
- Θα πρέπει να εκτιμάται η χρήση μη φαρμακευτικών μεθόδων για την ανακούφιση από τον πόνο, ως εναλλακτική επιλογή ή επιπλέον της χορήγησης αναλγητικών.
- Υφίσταται κίνδυνος ηπατοτοξικότητας στην υπερδοσολογία ή κατά την παρατεταμένη χορήγηση υψηλών δόσεων.
- Σε μέτρια νεφρική βλάβη, θα πρέπει να χορηγείται με μέγιστη συχνότητα δόσεων ανά 6ωρο, ενώ σε σοβαρή νεφρική ανεπάρκεια ανά 8ωρο.
- Η έναρξη δράσης της παρακεταμόλης είναι 15-30 λεπτά μετά τη λήψη από του στόματος, 5-10 λεπτά μετά την ενδοφλέβια χορήγηση για την αναλγητική δράση και 30 λεπτά μετά την ενδοφλέβια χορήγηση για την αντιπυρετική δράση. Διάρκεια δράσης: 4-6 ώρες μετά τη λήψη από του στόματος όπως και μετά την ενδοφλέβια χορήγηση. Η βιοδιαθεσιμότητα του φαρμάκου μετά τη λήψη από του στόματος είναι 60-90% και μετά τη χορήγηση διά του ορθού είναι περίπου τα 2/3 της βιοδιαθεσιμότητας που υφίσταται μετά τη λήψη από του στόματος. Ωστόσο, η απορρόφηση διά του ορθού είναι πλέον γνωστό ότι είναι ασταθής και ατελής, ενώ συνεπάγεται βραδύτερη απορρόφηση του φαρμάκου σε σχέση με τη χορήγηση από του στόματος (εξαιρούνται τα βρέφη στα οποία, όταν χρησιμοποιείται το πόσιμο διάλυμα διά του ορθού, παρατηρείται ταχύτερη απορρόφηση σε σύγκριση με τα υπόθετα). Η απέκκριση της παρακεταμόλης είναι βραδύτερη σε βρέφη ηλικίας μικρότερης των 3 μηνών.

- Τα διασπειρόμενα δισκία έχουν υψηλή συγκέντρωση νατρίου (άνω των 14mmol ανά δισκίο), συνεπώς απαιτείται προσοχή κατά την τακτική χορήγησή τους (θα πρέπει να εκτιμάται η αντικατάστασή τους με την υγρή μορφή του φαρμάκου).
- Για χορήγηση μέσω σωλήνα εντερικής σίτισης, μπορούν να χρησιμοποιηθούν τα δισκία που διασπείρονται στο νερό για τη χορήγηση του φαρμάκου ενδογαστρικά ή διαμέσου της νήστιδας. Αν προβληματίζει το περιεχόμενό τους σε νάτριο, μπορεί να χρησιμοποιηθεί η υγρή μορφή. Η μορφή αυτή μπορεί να χορηγηθεί ενδογαστρικά χωρίς προηγούμενη αραιώση, ωστόσο το ιξώδες των υγρών μορφών για παιδιατρική χρήση είναι πολύ υψηλό και καθιστά δυσχερή τη χορήγησή τους μέσω καθετήρα μικρής διαμέτρου χωρίς αραιώση. Αν χορηγηθούν διαμέσου της νήστιδας, θα πρέπει να αραιωθούν με ίσο τουλάχιστον όγκο ύδατος προκειμένου να μειωθεί η ωσμωτικότητα και το ιξώδες του διαλύματος.
- Για την αντιμετώπιση εμπύρετου νοσήματος σε παιδιά, βλ. την επικαιροποιημένη σχετική κλινική οδηγία (CG 160) του Εθνικού Ινστιτούτου για την Αριστεία στην Υγεία και την Περίθαλψη (NICE). (Θα πρέπει να εκτιμάται η χρήση *είτε* παρακεταμόλης *ή* ιβουπροφαίνης σε παιδιά με πυρετό τα οποία εμφανίζονται *καταπονημένα*, καθώς και η αντικατάσταση του ενός από το άλλο φάρμακο, αν η δυσφορία του παιδιού δεν ανακουφίζεται. Δεν θα πρέπει ωστόσο να χρησιμοποιούνται αντιπυρετικοί παράγοντες με μόνο στόχο τη μείωση της θερμοκρασίας του σώματος). Σε μία πρόσφατη συστηματική ανασκόπηση της συλλογής συστηματικών ανασκοπήσεων Cochrane, δηλώνονται πάντως τα εξής: «υφίστανται ορισμένα δεδομένα ότι τόσο η εναλλαγή όσο και ο συνδυασμός αντιπυρετικών φαρμάκων μπορεί να είναι πιο αποτελεσματικά στη μείωση της θερμοκρασίας, σε σύγκριση με τη μονοθεραπεία».
- Διατίθεται με τις ακόλουθες μορφές: δισκία και καψάκια (500mg), κάψουλες (500mg), διαλυόμενα δισκία (120mg, 500mg), πόσιμο εναιώρημα (120mg/5ml, 250mg/5ml), δισκία διασπειρόμενα στο στόμα (Fastab, 250mg), υπόθετα (60mg, 125mg, 250mg, 500mg, καθώς και σκευάσματα άλλης ισχύος διαθέσιμα από εξειδικευμένες παρασκευάστριες ή εισαγωγικές εταιρείες) και διάλυμα για ενδοφλέβια έγχυση (10mg/ml σε φιαλίδια των 50ml και 100ml).

Τεκμηρίωση: [1-3, 6, 10, 247, 472-475] WRE

Παραλδεΰδη (διά του ορθού)

Χρήση

- Αντιμετώπιση παρατεταμένων σπασμών και status epilepticus.

Δοσολογία και οδοί χορήγησης

Χορήγηση διά του ορθού **(οι δόσεις που παρατίθενται στη συνέχεια αφορούν διάλυμα με προανάμειξη σε αναλογία 50:50 με ελαιόλαδο):**

- **Νεογνά:** 0,8ml/kg ως εφάπαξ δόση
- **Παιδιά 1 μηνός-17 ετών:** 0,8ml/kg (μέγιστο: 20ml) ως εφάπαξ δόση.

Σημειώσεις

- Η χορήγηση διά του ορθού μπορεί να προκαλέσει δερματικό ερεθισμό.
- Αντενδείκνυται σε γαστρικές διαταραχές και σε κολίτιδα.
- Ο υποκλυσμός παραλδεΰδης για χρήση διά του ορθού δεν διαθέτει αδειοδότηση τόσο ως σκεύασμα όσο και ως οδός χορήγησης.
- Διατίθεται ως υποκλυσμός παραλδεΰδης: διάλυμα με προανάμειξη παραλδεΰδης και ελαιόλαδου σε ίσους όγκους, διαθέσιμο κατόπιν ειδικής παραγγελίας από παρασκευάστριες ή ειδικές εισαγωγικές εταιρείες.

Τεκμηρίωση: [2, 6, 476-482] WRE

Πρεγκαμπαλίνη

Χρήση

- Επιληψία (εστιακοί σπασμοί με ή χωρίς δευτεροπαθή γενίκευση)
- Περιφερικός και κεντρικός νευροπαθητικός πόνος
- Γενικευμένη αγχώδης διαταραχή.

Δοσολογία και οδοί χορήγησης

Επιληψία (συμπληρωματική αγωγή για την αντιμετώπιση των εστιακών σπασμών)

- **Παιδιά:** προτεινόμενη δόση συντήρησης 5-10mg/kg/ημέρα. Η αγωγή θα πρέπει να αρχίζει με χαμηλή δόση και να αυξάνεται βαθμιαία κάθε 3-7 ημέρες, σύμφωνα με την ανοχή. Ανώτατη δοσολογία: 600mg/ημέρα, χορηγούμενη σε 2-3 διαιρεμένες δόσεις. Μικρότερα παιδιά κάτω των 6 ετών μπορεί να χρειαστούν έως 15mg/kg/ημέρα.

Νευροπαθητικός πόνος

• Παιδιά:

Ημέρες 1-3: 1mg/kg εφάπαξ ημερησίως

Ημέρες 4-6: 1mg/kg ανά 12 ώρες

Ημέρα 7: αύξηση ανά 3-7 ημέρες κατά 1mg/kg μέχρι:

1. να επιτευχθεί αποτελεσματική αναλγησία, ή
2. να εμφανιστούν ανεπιθύμητες αντιδράσεις, ή
3. να χορηγηθεί η ανώτατη ολική ημερήσια δόση των 6mg/kg/ημέρα (αν και έχουν χρησιμοποιηθεί υψηλότερες δόσεις της τάξεως των 12mg/kg).

Μετατροπή δόσης από γκαμπαπεντίνη σε πρεγκαμπαλίνη για την αντιμετώπιση του νευροπαθητικού πόνου

Ανατρέξτε στο Παράρτημα 3.

Σημειώσεις

- Δεν διαθέτει άδεια χορήγησης σε παιδιά και εφήβους ηλικίας μικρότερης των 18 ετών.
- Έχει αδειοδοτηθεί η χορήγηση σε ενήλικες ως συμπληρωματική αγωγή για την αντιμετώπιση των εστιακών σπασμών, για την ανακούφιση του

νευροπαθητικού πόνου περιφερικής ή κεντρικής αιτιολογίας καθώς και για την αντιμετώπιση της γενικευμένης αγχώδους διαταραχής.

- Σύμφωνα με τη σχετική κλινική οδηγία (CG 173) του Εθνικού Ινστιτούτου για την Αριστεία στην Υγεία και την Περιθαλψη (NICE) με θέμα τον νευροπαθητικό πόνο ενηλίκων ασθενών, συνιστώνται τα εξής: «θα πρέπει να υφίσταται δυνατότητα επιλογής μεταξύ της αμιτριπτυλίνης, της ντουλοξετίνης, της γκαμπαπεντίνης και της πρεγκαμπαλίνης για την αρχική αντιμετώπιση του νευροπαθητικού πόνου. Αν η αρχική αγωγή δεν είναι αποτελεσματική ή δεν γίνεται ανεκτή, θα πρέπει να χορηγείται ένα από τα υπόλοιπα 3 φάρμακα και να εκτιμάται η εναλλαγή εκ νέου, αν και το φάρμακο που χορηγείται δεύτερο ή τρίτο δεν είναι επίσης αποτελεσματικό ή δεν γίνεται ανεκτό».
- Η Ρυθμιστική Αρχή Φάρμακων και Προϊόντων Υγείας (MHRA) και η Επιτροπή Φαρμάκων Ανθρώπινης Χρήσης (CMH) εξέδωσαν τον Απρίλιο του 2019 προειδοποίηση προς τους συνταγογράφους ιατρούς, επισημαίνοντας τον κίνδυνο κατάχρησης της πρεγκαμπαλίνης και ανάπτυξης εξάρτησης. Η πρεγκαμπαλίνη αναταξινομήθηκε ως Ελεγχόμενο Φάρμακο του Πίνακα 3. Θα πρέπει να λαμβάνεται επίσης υπόψη ο δυνητικά σοβαρός κίνδυνος αλληλεπίδρασης μεταξύ της πρεγκαμπαλίνης και άλλων φαρμάκων τα οποία ενδέχεται να προκαλέσουν καταστολή του κεντρικού νευρικού συστήματος, ιδιαίτερα των οπιοειδών.
- Η πρεγκαμπαλίνη συνδέεται με την α2 υπομονάδα των ενεργοποιούμενων από διαφορά δυναμικού διαύλων ασβεστίου στο κεντρικό νευρικό σύστημα, αναστέλλοντας με τον τρόπο αυτό την απελευθέρωση διεγερτικών νευροδιαβιβαστών.
- Η πρεγκαμπαλίνη διαθέτει συγγένεια σύνδεσης 6 φορές υψηλότερη από εκείνη της γκαμπαπεντίνης.
- Η βιοδιαθεσιμότητα του φαρμάκου μετά τη λήψη από του στόματος είναι 90% ή υψηλότερη και μπορεί να ληφθεί με ή χωρίς τροφή. Οι μέγιστες συγκεντρώσεις στο πλάσμα επιτυγχάνονται εντός 1,5 ώρας.
- Περιορισμένα φαρμακοκινητικά δεδομένα σε παιδιά υποδηλώνουν ότι η ολική έκθεση στην πρεγκαμπαλίνη είναι 30% χαμηλότερη σε παιδιατρικούς ασθενείς με σωματικό βάρος <30kg (σε σύγκριση με παιδιά βάρους 30kg και άνω) λόγω της αυξημένης κάθαρσης του φαρμάκου. Ο τελικός χρόνος ημιζωής του φαρμάκου εκτιμάται κατά μέσο όρο σε 3-4 ώρες στα παιδιά έως την ηλικία των 6 ετών και σε 4-6 ώρες στα παιδιά 7 ετών και άνω.

- Η πρεγκαμπαλίνη δεν συνδέεται με τις πρωτεΐνες του πλάσματος. Υποβάλλεται σε αμελητέο ηπατικό μεταβολισμό και δεν επηρεάζει τα κυριότερα ένζυμα του συστήματος CYP450, συνεπώς δεν αναμένεται να οδηγήσει σε σημαντικές φαρμακευτικές αλληλεπιδράσεις.
- Απεκκρίνεται κατά κύριο λόγο αμετάβλητη από τους νεφρούς και συνεπώς αθροίζεται όταν η νεφρική λειτουργία είναι επηρεασμένη. Απαιτείται μείωση της δόσης σε ασθενείς με νεφρική δυσλειτουργία.
- Δεν απαιτείται προσαρμογή της δόσης σε ηπατική βλάβη.
- Υφίστανται αναφορές περιστατικών όπου παρατηρούνται σοβαρότερες ανεπιθύμητες ψυχολογικές αντιδράσεις με τη λήψη πρεγκαμπαλίνης σε σύγκριση με την γκαμπαπεντίνη.
- Για χορήγηση μέσω εντερικού σωλήνα, θα πρέπει να χρησιμοποιείται κατά προτίμηση το πόσιμο διάλυμα. Δεν υφίστανται ειδικά δεδομένα όσον αφορά τη χορήγηση της πρεγκαμπαλίνης διαμέσου της νήστιδας, η οποία θα πρέπει να διενεργείται με χρήση του πόσιμου διαλύματος και ο ασθενής να παρακολουθείται για τυχόν απώλεια της δραστηριότητας του φαρμάκου ή αύξηση των ανεπιθύμητων ενεργειών.
- Οι πιο συχνά αναφερόμενες ανεπιθύμητες ενέργειες είναι η ζάλη, η υπνηλία και η κεφαλαλγία, οι οποίες είναι κατά κανόνα παροδικές και ήπιου ή μέτριου βαθμού, ενώ μπορούν να ελαττωθούν με σταδιακή αύξηση της δόσης μέχρι την επίτευξη θεραπευτικών επιπέδων.
- Διατίθεται με τις ακόλουθες μορφές: κάψουλες για λήψη από του στόματος (25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg, 200mg, 225mg, 300mg) και πόσιμο διάλυμα (20mg/ml).
- Ελεγχόμενο Φάρμακο Πίνακα 3, εξαιρούμενο όμως από τους κανονισμούς περί ασφαλούς φύλαξης.

Τεκμηρίωση: [1, 494-498] WRE

Προμεθαζίνη

Η Ρυθμιστική Αρχή Φάρμακων και Προϊόντων Υγείας (MHRA) και η Επιτροπή Φαρμάκων Ανθρώπινης Χρήσης (CMH) εξέδωσαν οδηγίες τον Μάρτιο του 2008 και τον Φεβρουάριο του 2009, συνιστώντας να μη δίνονται χωρίς ιατρική συνταγή σκευάσματα που περιέχουν προμεθαζίνη σε παιδιά ηλικίας μικρότερης των 6 ετών. Η σύσταση αυτή βασίζεται σε σοβαρά συμβάντα, συμπεριλαμβανομένου του θανάτου.

Χρήση

- Διαταραχές ύπνου
- Ήπια καταστολή (υπναγωγό)
- Αντιϊσταμινικό
- Μπορεί επίσης να χρησιμοποιηθεί για την αντιμετώπιση της ναυτίας και των εμέτων (συμπεριλαμβάνονται η «ναυτία των ταξιδιωτών» και η οφειλόμενη στη λήψη οπιοειδών), καθώς και του ιλίγγου
- Επίτευξη καταστολής στο πλαίσιο της Μονάδας Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών.

Δοσολογία και οδοί χορήγησης (για την υδροχλωρική προμεθαζίνη)

Από του στόματος:

Συμπτωματική ανακούφιση από την αλλεργία

- **Παιδιά 2-4 ετών:** 5mg δύο φορές ημερησίως ή 5-15 mg το βράδυ
- **Παιδιά 5-9 ετών:** 5-10mg δύο φορές ημερησίως ή 10-25 mg το βράδυ
- **Παιδιά 10-17 ετών:** 10-20mg, 2-3 φορές ημερησίως ή 25mg το βράδυ, δόση που μπορεί να αυξηθεί στα 25mg δύο φορές ημερησίως, αν είναι απαραίτητο.

Καταστολή (βραχυχρόνια χορήγηση)

- **Παιδιά 2-4 ετών:** 15-20mg το βράδυ
- **Παιδιά 5-9 ετών:** 20-25mg το βράδυ
- **Παιδιά 10-17 ετών:** 25-50mg το βράδυ.

Ναυτία και έμετοι (ιδίως για την πρόληψη της «ναυτίας των ταξιδιωτών»)

- **Παιδιά 2-4 ετών:** 5mg δύο φορές ημερησίως
- **Παιδιά 5-9 ετών:** 10mg δύο φορές ημερησίως
- **Παιδιά 10-17 ετών:** 20-25mg δύο φορές ημερησίως.

Επίτευξη καταστολής στο πλαίσιο της Μονάδας Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών
Από του στόματος ή μέσω αργής ενδοφλέβιας ένεσης:

- **Νεογνά με διορθωμένη ηλικία κύησης >37 εβδομάδων:** 0,5-1mg/kg, 4 φορές ημερησίως, δόση που μπορεί να προσαρμόζεται ανάλογα με την ανταπόκριση.

Σημειώσεις

- Αντιϊσταμινικό, παράγωγο της φαινοθειαζίνης (ανταγωνιστής των H1 υποδοχέων), μέτριος ανταγωνιστής των μουςκαρινικών και των D2 υποδοχέων. Έχει επίσης χρησιμοποιηθεί από του στόματος για την αντιμετώπιση της δύσπνοιας σε ενήλικες.
- Δεν διαθέτει άδεια χορήγησης για την ένδειξη της καταστολής σε παιδιά μικρότερα των 2 ετών.
- Σε μονάδες νεογνών, έχει χορηγηθεί από του στόματος στα μεγαλύτερα βρέφη με σκοπό την πρόκληση καταστολής, όταν οι συνήθεις επιλογές ενδοφλέβιας καταστολής δεν είναι αποτελεσματικές. Θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη οι φαρμακευτικές αλληλεπιδράσεις, ιδιαίτερα εκείνες που συνεπάγονται αύξηση των αντιμουςκαρινικών και κατασταλτικών επιδράσεων.
- Απαιτείται προσοχή σε περιπτώσεις επιληψίας, άσθματος, νεφρικής και σοβαρής ηπατικής ανεπάρκειας. Υφίσταται κίνδυνος εμφάνισης υπότασης αν συγχωρηγηθεί με οπιοειδές.
- Απαιτείται επίσης προσοχή κατά τη συνταγογράφηση: η υποδόρια δόση θα πρέπει να είναι χαμηλότερη από την αντίστοιχη για λήψη από του στόματος, καθώς η προμεθαζίνη υπόκειται σε σημαντικού βαθμού μεταβολισμό πρώτης διόδου.
- Η προμεθαζίνη γενικά δεν συνιστάται για υποδόρια χορήγηση λόγω του κινδύνου τοπικής νέκρωσης, ωστόσο κατόπιν διάλυσης σε επαρκή όγκο χλωριούχου νατρίου 0,9% είναι κατά κανόνα εφικτό να χορηγηθεί μέσω συνεχούς υποδόριας έγχυσης στη διάρκεια 24 ωρών. Το φάρμακο δεν θα πρέπει να χορηγείται με εφάπαξ (bolus) υποδόρια ένεση.

- Η πόσιμη μορφή μπορεί να είναι δραστική έως 12 ώρες (η μέγιστη συγκέντρωση στο πλάσμα επιτυγχάνεται 2-3 ώρες μετά από τη λήψη). Η υπνηλία μπορεί να μειωθεί σταδιακά μετά από μερικές ημέρες αγωγής.
- Για χορήγηση μέσω σωλήνα σίτισης: το ελιξήριο είναι ελαφρά ιξώδες. Δεν απαιτείται περαιτέρω αραιώση για ενδογαστρική χορήγηση, αλλά για χορήγηση διαμέσου της νήστιδας θα πρέπει να αραιωθεί με ίσο όγκο ύδατος ώστε να μειωθεί το ιξώδες όπως και η αντίσταση στην έκπλυση του αυλού. Τα δισκία μπορούν να διαλυθούν αν ανακινηθούν σε νερό για 5 λεπτά.
- Διατίθεται με τις ακόλουθες μορφές: δισκία υδροχλωρικής προμεθαζίνης (10mg, 25mg), πόσιμο ελιξήριο (5mg/5ml) και ενέσιμη μορφή (25mg/ml). Διατίθενται επίσης δισκία θεοκλικής προμεθαζίνης των 25mg, με άδεια χρήσης για τη ναυτία, τον ίλιγγο και τις διαταραχές λαβυρίνθου. Διαθέτουν ελαφρά μεγαλύτερη διάρκεια δράσης από την υδροχλωρική προμεθαζίνη και ακολουθούν εν μέρει διαφορετικό δοσολογικό σχήμα).

Τεκμηρίωση: [2, 3, 10, 450, 499] NoRE, ARE

Ρανιτιδίνη

Χρήση

- Οισοφαγίτιδα λόγω γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης, δυσπεψία
- Αντιμετώπιση γαστρίτιδας, καλοήθων γαστρικών και δωδεκαδακτυλικών ελκών
- Γαστροπροστασία (π.χ. κατά τη συγχορήγηση ΜΣΑΦ/στεροειδών και την πρόληψη ελκών λόγω στρες)
- Άλλες καταστάσεις όπου απαιτείται μείωση της γαστρικής οξύτητας.

Δοσολογία και οδοί χορήγησης

Από του στόματος:

- **Νεογνά:** 2mg/kg, 3 φορές ημερησίως, δόση που μπορεί να αυξηθεί αν είναι απαραίτητο έως το μέγιστο των 3mg/kg, 3 φορές ημερησίως (ασταθής απορρόφηση).
- **Παιδιά 1-5 μηνών:** 1mg/kg, 3 φορές ημερησίως, δόση που μπορεί να αυξηθεί αν είναι απαραίτητο έως το μέγιστο των 3mg/kg, 3 φορές ημερησίως.
- **Παιδιά 6 μηνών-2 ετών:** 2-4mg/kg, δύο φορές ημερησίως.
- **Παιδιά 3-11 ετών:** 2-4mg/kg (ανώτατη εφάπαξ δόση: 150mg) δύο φορές ημερησίως. Η δόση μπορεί να αυξηθεί έως τα 5mg/kg (μέγιστο: 300mg/δόση) χορηγούμενα δύο φορές ημερησίως, στη σοβαρή γαστροοισοφαγική παλινδρομική νόσο.
- **Παιδιά 12-18 ετών:** 150mg δύο φορές ημερησίως ή 300mg το βράδυ. Η δόση μπορεί να αυξηθεί, αν είναι απαραίτητο, σε μέτρια και σοβαρή γαστροοισοφαγική παλινδρομική νόσο έως τα 300mg δύο φορές ημερησίως ή τα 150mg, 4 φορές την ημέρα, για μέγιστο διάστημα 12 εβδομάδων.

Μέσω αργής ενδοφλέβιας ένεσης, κατόπιν διάλυσης του φαρμάκου ως τη συγκέντρωση των 2,5mg/ml – χορήγηση διάρκειας τουλάχιστον 3 λεπτών [σε μερικά κέντρα που απευθύνονται σε ενηλίκους χορηγείται μέσω υποδόριας ένεσης (μη εγκεκριμένη οδός)]:

- **Νεογνά:** 0,5-1mg/kg κάθε 6-8 ώρες (ενδέχεται να χρειαστούν 2mg/kg ανά 8 ώρες καθώς ο κυμαινόμενος μεταβολισμός πρώτης διόδου του φαρμάκου επηρεάζει την πρόσληψή του).
- **Παιδιά 1 μηνός-17 ετών:** 1mg/kg (ανώτατη δόση: 50mg) κάθε 6-8 ώρες (μπορεί να χορηγηθεί και ως διαλείπουσα έγχυση με ρυθμό 25mg/ώρα).

Σημειώσεις

- Οι μορφές χορήγησης από του στόματος δεν έχουν άδεια χορήγησης σε παιδιά <3 ετών, ούτε η ενέσιμη μορφή σε παιδιά μικρότερα των 6 μηνών.
- Η βέλτιστη δόση στην πρώιμη βρεφική ηλικία θα καθοριστεί με βάση το γαστρικό pH.
- Η ρανιτιδίνη αποτελεί H₂-ανταγωνιστή.
- Οι αναστολείς της αντλίας πρωτονίων, οι H₂-ανταγωνιστές και τα προκινητικά αποτελούν φάρμακα που ανακουφίζουν από τα συμπτώματα της μη ελκώδους δυσπεψίας και της όξινης παλινδρόμησης, μεταξύ των οποίων οι αναστολείς της αντλίας πρωτονίων συνιστούν τα πιο αποτελεσματικά φάρμακα. Οι αναστολείς της αντλίας πρωτονίων και οι H₂-ανταγωνιστές είναι επίσης φάρμακα αποτελεσματικά για την πρόληψη των πεπτικών ελκών που σχετίζονται με τη χρήση ΜΣΑΦ. Η προσθήκη μίας δόσης H₂-ανταγωνιστή πριν από την βραδινή κατάκλιση ενώ ήδη λαμβάνεται ένας αναστολέας της αντλίας πρωτονίων σε υψηλή δόση, μπορεί να βελτιώσει τη νυκτερινή όξινη παλινδρόμηση, ωστόσο τα δεδομένα είναι περιορισμένα.
- Ο χρόνος για την επίτευξη της μέγιστης συγκέντρωσης της ρανιτιδίνης στο πλάσμα είναι 2-3 ώρες, ο χρόνος ημιζωής της 2-3 ώρες (μεγαλύτερος σε νεογέννητα και σε πρόωρα βρέφη) και η διάρκεια δράσης της 8-12 ώρες.
- Η ρανιτιδίνη μπορεί να αυξήσει τη συγκέντρωση της μιδαζολάμης στο πλάσμα.
- Ενδέχεται να προκληθεί νυκτερινή υπεροξύτητα (φαινόμενο rebound).
- Για χορήγηση μέσω σωλήνα σίτισης, μπορούν να χρησιμοποιηθούν τα αναβράζοντα δισκία ως πρώτη επιλογή, εκτός αν προβληματίζει το περιεχόμενό τους σε νάτριο. Εναλλακτικά, μπορεί να χρησιμοποιηθεί το πόσιμο διάλυμα (τα κοινά δισκία δεν διαλύονται εύκολα στο νερό).
- Αν είναι απαραίτητο, μπορεί να χορηγηθεί ενδοφλεβίως σε σοβαρή ναυτία και εμέτους. Σε μερικά πλαίσια χρησιμοποιείται η υποδόρια χορήγηση σε σχήματα των 2-4 δόσεων ημερησίως.
- Διατίθεται με τις ακόλουθες μορφές: δισκία και αναβράζοντα δισκία (75mg, 150mg, 300mg), πόσιμο διάλυμα (75mg/5ml, απαιτείται προσοχή καθώς περιέχει αιθανόλη) και ενέσιμη μορφή (25mg/ml).

Τεκμηρίωση: [1-3, 5, 10, 500-503]

Ρισπεριδόνη

Χρήση

- Σοβαρή ευερεθιστότητα του νευρικού συστήματος
- Δυστονία και δυστονικοί σπασμοί ανθεκτικοί στην αγωγή πρώτης και δεύτερης γραμμής
- Ψυχωτικές τάσεις/κρίσεις στη νόσο του Batten
- Έχει αντιεμετική δράση (υφίσταται ορισμένη εμπειρία χορήγησης του φαρμάκου σε επίμονη ναυτία και εμέτους σε ενηλίκους, δεν έχει αξιολογηθεί η χρήση της στα παιδιά)
- Παραλήρημα
- Αντιμετώπιση της μανίας και της ψύχωσης, χορηγούμενο υπό την επίβλεψη ειδικού ιατρού
- Βραχυχρόνια αγωγή για την εμμένουσα επιθετικότητα στο πλαίσιο διαταραχών συμπεριφοράς στα παιδιά, σε περιπτώσεις αυτισμού καθώς και σε μέτριου ή σοβαρού βαθμού άνοια.

Δοσολογία και οδοί χορήγησης

Από του στόματος:

- **Παιδιά 5-17 ετών (με σωματικό βάρος 20-50kg):** 250μg εφάπαξ ημερησίως, δόση που μπορεί να αυξάνεται, αν είναι απαραίτητο, κατά 250μg κάθε δεύτερη ημέρα έως την ανώτατη δοσολογία των 750μg ημερησίως.
- **Παιδιά 5-17 ετών (με σωματικό βάρος >50kg):** 500μg εφάπαξ ημερησίως, δόση που μπορεί να αυξάνεται κατά 500μg κάθε δεύτερη ημέρα έως την ανώτατη δοσολογία του 1,5mg ημερησίως.

Στη νεανική μορφή της νόσου του Batten είναι πιθανό να απαιτηθεί δόση 500μg ημερησίως, αυξανόμενη έως τα 1,5mg τρεις φορές ημερησίως στη διάρκεια κρίσεων που συνοδεύονται από ψευδαισθήσεις: η δόση αυτή μπορεί να μειωθεί ή και να διακοπεί καθώς τα συμπτώματα υποχωρούν (τα επεισόδια συνήθως διαρκούν για 1-6 εβδομάδες).

Στη σοβαρή ευερεθιστότητα του νευρικού συστήματος η αύξηση της δοσολογίας θα πρέπει να διενεργείται σύμφωνα με το παρακάτω σχήμα μέχρι να επιτευχθεί ο έλεγχος και ακολούθως η δόση σταθεροποιείται:

Ημέρες 1-2: 10 μg/kg/ημέρα

Ημέρες 3-7: 20 μg/kg/ημέρα

Ημέρες 8-14: 40 μg/kg/ημέρα

Ημέρες 15-42: 60 μg/kg/ημέρα.

Σημειώσεις

- Η ρισπεριδόνη αποτελεί ανταγωνιστή των υποδοχέων ντοπαμίνης D2, των υποδοχέων σεροτονίνης 5-HTA, των α1-αδρενεργικών και των H1-ισταμινικών υποδοχέων.
- Διαθέτει άδεια για βραχείας διάρκειας (έως 6 εβδομάδες) συμπτωματική αντιμετώπιση της εμμένουσας επιθετικότητας στο πλαίσιο διαταραχών της συμπεριφοράς σε παιδιά από την ηλικία των 5 ετών, χορηγούμενη σύμφωνα με τις παραπάνω αναφερόμενες δόσεις. Δεν διαθέτει άδεια χορήγησης σε παιδιά για τις ενδείξεις της μανίας, της ψύχωσης και του αυτισμού (ποικίλη δοσολογία, υπό την επίβλεψη ειδικού ιατρού).
- Η βιοδιαθεσιμότητα του φαρμάκου είναι 99% και οι μέγιστες συγκεντρώσεις στο πλάσμα επιτυγχάνονται σε 1-2 ώρες. Για την έναρξη δράσης του φαρμάκου απαιτούνται ώρες ή ημέρες στην περίπτωση του παραληρηματος και ημέρες έως εβδομάδες για περιπτώσεις ψύχωσης. Ο χρόνος ημιζωής του φαρμάκου στο πλάσμα είναι 24 ώρες και η διάρκεια δράσης του 12-48 ώρες.
- Απαιτείται προσοχή στην επιληψία (μειώνει τον ουδό των σπασμών) καθώς και σε ασθενείς με καρδιαγγειακά νοσήματα. Εξωπυραμидικά συμπτώματα παρατηρούνται λιγότερο συχνά σε σύγκριση με τα παλαιότερα αντιψυχωσικά φάρμακα. Μπορεί να επιφέρει ορθοστατική υπόταση, ενώ το φάρμακο θα πρέπει να διακόπτεται βαθμιαία μετά από παρατεταμένη χορήγηση.
- Η ρισπεριδόνη μπορεί να προκαλέσει σημαντική αύξηση του σωματικού βάρους. Στις υπόλοιπες συχνές παρενέργειές της περιλαμβάνονται το άγχος, η κατάθλιψη, οι διαταραχές ύπνου, η υπέρταση, το οίδημα και η κακουχία.
- Η αρχική δοσολογία όπως και οι επόμενες δόσεις θα πρέπει να μειωθούν στο ήμισυ σε περίπτωση νεφρικής ή ηπατικής δυσλειτουργίας.

- Το πόσιμο διάλυμα αποτελεί την προτιμώμενη μορφή του φαρμάκου για χορήγηση μέσω σωλήνα εντερικής σίτισης. Επίσης τα δισκία μπορούν να διαλυθούν στο νερό εντός 5 λεπτών ώστε να καταστεί ευχερής η χορήγησή τους μέσω σωλήνα εντερικής σίτισης. Δεν υφίστανται ειδικά δεδομένα όσον αφορά τη χορήγηση της ρισπεριδόνης διαμέσου της νήστιδας, η οποία προτείνεται να διενεργείται σύμφωνα με την παραπάνω διαδικασία και ο ασθενής να παρακολουθείται για τυχόν απώλεια της δραστηριότητας ή αύξηση των ανεπιθύμητων ενεργειών του φαρμάκου. Το πόσιμο διάλυμα μπορεί να αραιωθεί με οποιοδήποτε μη αλκοολούχο ρόφημα, εκτός από το τσάι.
- Διατίθεται με τις ακόλουθες μορφές: δισκία (500μg, 1mg, 2mg, 3mg, 4mg, 6mg), δισκία διασπειρόμενα στο στόμα (500μg, 1mg, 2mg, 3mg, 4mg) και πόσιμο διάλυμα με συγκέντρωση 1mg/ml.

Τεκμηρίωση: [2, 10, 224, 504-509] NoRE

Σακχαρόζη

Χρήση

- Αναλγησία στη διάρκεια παρεμβατικών τεχνικών σε βρέφη.

Δοσολογία και οδοί χορήγησης

Από του στόματος:

- **Νεογνά >32 εβδομάδων:** 0,5-2ml διαλύματος σακχαρόζης 24% από του στόματος, 2 λεπτά πριν από την παρεμβατική τεχνική. Μπορεί να χορηγηθεί και τμηματικά σε δόσεις του 0,1ml έως την ανώτατη δοσολογία των 2ml. Επίσης είναι δυνατό να πραγματοποιηθούν πολλαπλές χορηγήσεις σακχαρόζης στη διάρκεια της ίδιας παρέμβασης. Η σακχαρόζη μπορεί να χορηγηθεί έως και 4 φορές το 24ωρο σε πρόωρα βρέφη και έως 8 φορές το 24ωρο σε νεογνά και μεγαλύτερα βρέφη.

Σημειώσεις

- Η δράση της σακχαρόζης ενισχύεται όταν συνδυάζεται με άλλες μη φαρμακευτικές μεθόδους για την παροχή αναλγησίας, όπως η χρήση πιπίλας και διάφορες συμπεριφορικές τεχνικές όπως το σπαργάνωμα του βρέφους.
- Χορηγείται από του στόματος τοποθετώντας το φιαλίδιο όπου έχει προσαρμοστεί ρύγχος, κατευθείαν πάνω στο πρόσθιο μέρος της γλώσσας. Αν χρειαστεί, το φιαλίδιο μπορεί μετά το άνοιγμα να κλειστεί, να τοποθετηθεί σε οριζόντια θέση και να χρησιμοποιηθεί ξανά στο ίδιο βρέφος εντός χρονικού διαστήματος 8 ωρών.
- Αντενδείκνυται σε βρέφη με ατρησία οισοφάγου, τραχειοοισοφαγικό συρίγγιο, ενδοκοιλιακή παθολογία, επιβεβαιωμένη ή πιθανολογούμενη (π.χ. νεκρωτική εντεροκολίτιδα), δυσανεξία στη φρουκτόζη.
- Θα πρέπει να χορηγείται με προσοχή σε βρέφη με επηρεασμένο αντανεκλαστικό φάρυγγα ή κατάποσης, με προβλήματα κατάποσης, καρδιοαναπνευστική αστάθεια ή άλλη μείζονα παθολογία του γαστρεντερικού συστήματος.
- Κατόπιν ιατρικής έγκρισης, στα βρέφη που δεν πρέπει να λαμβάνουν οτιδήποτε από του στόματος, μπορεί να χορηγηθεί η δόση της πόσιμης σακχαρόζης εφαρμόζοντάς τη με ένα μικρό τολύπιο κατευθείαν πάνω στη γλώσσα.

- Υπογλυκαιμία ή υπεργλυκαιμία: η σακχαρόζη που χορηγείται από του στόματος εντός της συνιστώμενης δοσολογίας για την αντιμετώπιση του πόνου εξαιτίας ιατρικών παρεμβάσεων, δεν μεταβάλλει τα επίπεδα γλυκόζης αίματος.
- Σε νεογνά και βρέφη μητέρων που βρίσκονται σε πρόγραμμα μεθαδόνης μπορεί να έχει αλλοιωθεί το σύστημα των ενδογενών οπιοειδών με συνέπεια την απουσία αναλγητικής δράσης της σακχαρόζης που χορηγείται από του στόματος τις πρώτες ημέρες ή εβδομάδες της ζωής.
- Ενδοτραχειακός σωλήνας *in situ*: η δόση της σακχαρόζης σε βρέφη που δεν πρέπει να λαμβάνουν οτιδήποτε από του στόματος, μπορεί να εφαρμοσθεί κατευθείαν πάνω στη γλώσσα του βρέφους με τη χρήση ενός στοματικού στυλεού.
- Το σκεύασμα με την εμπορική ονομασία *Algopedol*® έχει άδεια χορήγησης σε τελειόμηνα και πρόωρα βρέφη ηλικίας μικρότερης των 4 μηνών.
- Διατίθεται ως διάλυμα σακχαρόζης 24% για χρήση από του στόματος, ελεύθερο συντηρητικών (εμπορική ονομασία: *Algopedol*®) σε φιαλίδια των 2ml, καθένα από τα οποία χορηγείται σε ένα μόνον ασθενή.

Τεκμηρίωση: [3, 526-530]

Σαλβουταμόλη

Χρήση

- Συριγμός/δύσπνοια εξαιτίας βρογχόσπασμου, συμπεριλαμβανομένων των εξάρσεων που σχετίζονται με αναπνευστική λοίμωξη
- Επίσης χρησιμοποιείται στην υπερκαλιαιμία
- Πρόληψη και αντιμετώπιση της χρόνιας πνευμονικής νόσου σε πρόωρα βρέφη
- Περιστασιακά χορηγείται σε μυϊκές διαταραχές όπου εκτιμάται ότι εμφανίζει κάποια δράση στη μυϊκή αδυναμία που οφείλεται σε αποδόμηση πρωτεϊνών στους κινητικούς νευρώνες (αναζητήστε τη συμβουλή ειδικού ιατρού καθώς σχετική πληροφόρηση δεν παρέχεται στο παρόν εγχειρίδιο).

Δοσολογία και οδοί χορήγησης για τις εξάρσεις της αναστρέψιμης απόφραξης των αεραγωγών και την πρόληψη του βρογχόσπασμου που προκαλείται από αλλεργιογόνους παράγοντες ή εμφανίζεται λόγω άσκησης.

(ΣΗΜ.: βλ. συγκεκριμένες λεπτομερείς οδηγίες σε κλασικά συγγράμματα όσον αφορά τη χορήγηση του φαρμάκου στο οξύ άσθμα καθώς και ενδοφλεβίως, δεδομένου ότι δεν συμπεριλαμβάνονται στο εγχειρίδιο αυτό).

Εισπνοή αερολύματος:

- **Παιδιά 1 μηνός-17 ετών:** 100-200μg (1-2 ενεργοποιήσεις της συσκευής) για την ανακούφιση των συμπτωμάτων, έως και 4 φορές ημερησίως. Ανατρέξτε στις δοσολογικές οδηγίες που αφορούν το εκάστοτε σκεύασμα.

Νεφελοποιημένο διάλυμα:

- **Νεογνά:** 1-2,5mg, χορηγούμενα έως και τέσσερις φορές ημερησίως.
- **Παιδιά 1 μηνός-4 ετών:** 2,5mg και ακολούθως 2,5mg κάθε 20-30 λεπτά, ή σύμφωνα με τις ανάγκες. Η χορήγηση μπορεί να πραγματοποιηθεί με νεφελοποίηση μέσω παροχής οξυγόνου, αν διατίθεται.
- **Παιδιά 5-11 ετών:** 2,5-5mg και ακολούθως 2,5-5mg κάθε 20-30 λεπτά, ή σύμφωνα με τις ανάγκες. Η χορήγηση μπορεί να πραγματοποιηθεί με νεφελοποίηση μέσω παροχής οξυγόνου, αν διατίθεται.
- **Παιδιά 12-17 ετών:** 5mg και ακολούθως 5mg κάθε 20-30 λεπτά, ή σύμφωνα με τις ανάγκες. Η χορήγηση μπορεί να πραγματοποιηθεί με νεφελοποίηση μέσω παροχής οξυγόνου, αν διατίθεται.

Διατίθεται επίσης πόσιμο διάλυμα σαλβουταμόλης αλλά το φάρμακο θα πρέπει κατά κανόνα να χορηγείται από του στόματος μόνο στο πλαίσιο νευρομυϊκής πάθησης όπου εκτιμάται ότι υφίσταται συστηματική δράση της σαλβουταμόλης επί του ρυθμού αποδόμησης των πρωτεϊνών στους κινητικούς νευρώνες.

Σημειώσεις

- Η σαλβουταμόλη αποτελεί βραχείας δράσης αγωνιστή των βήτα-2 αδρενεργικών υποδοχέων.
- Δεν διαθέτει άδεια χρήσης σε υπερκαλιαιμία, ενώ η ενέσιμη μορφή δεν έχει αδειοδοτηθεί για χορήγηση σε παιδιά.
- Στην ανακουφιστική φροντίδα, αν υπάρχει υποψία απόφραξης της ροής του αέρα, μια δόκιμη προσέγγιση θα ήταν η δοκιμαστική χορήγηση (π.χ. για 1-2 εβδομάδες) ενός βρογχοδιασταλτικού και κατόπιν να εκτιμηθεί η επίδραση στα συμπτώματα. Θα πρέπει κατά κανόνα να χρησιμοποιείται η σπιρομέτρηση προκειμένου να επιβεβαιωθεί πιθανή διάγνωση συνυπάρχοντος άσθματος.
- Η κλινική αποτελεσματικότητα της σαλβουταμόλης σε βρέφη <18 μηνών είναι αβέβαιη, πιθανόν λόγω ανωριμότητας των υποδοχέων. Το ιπρατρόπιο μπορεί να είναι περισσότερο επιβοηθητικό σε παιδιά με ηλικία μικρότερη από τα 1-2 έτη.
- Σε περίπτωση οξέος επεισοδίου, πολλοί παιδίατροι προτείνουν πλέον πολλαπλές δόσεις σαλβουταμόλης των 100μg, έως και 10 φορές, μέσω αεροθαλάμου αν η λήψη με τον τρόπο αυτό είναι πιο πρακτική από τη χορήγηση μέσω νεφελοποιητή.
- Η έναρξη δράσης επέρχεται σε 5 λεπτά μετά την εισπνοή του φαρμάκου και σε 3-5 λεπτά με τη χορήγησή του μέσω νεφελοποίησης. Μέγιστη δράση: 0,5-2 ώρες. Διάρκεια δράσης: 4-6 ώρες. Μόνο το 10-20% της εισπνεόμενης δόσης φθάνει στους κατώτερους αεραγωγούς.
- Ανεπιθύμητες ενέργειες: αυξημένη καρδιακή συχνότητα, νευρική ή διέγερση, τρόμος.
- Οι παρενέργειες που προαναφέρθηκαν μπορεί να αποτρέψουν τη χρήση του φαρμάκου και σε αυτές τις περιπτώσεις το βρωμιούχο ιπρατρόπιο συνιστά καλή εναλλακτική επιλογή.
- Συμβουλευτέ την οικογένεια να απευθυνθεί για περαιτέρω εκτίμηση σε περίπτωση που η αποτελεσματική κατά το παρελθόν δοσολογία του φαρ-

μάκου δεν επαρκεί για την παροχή ανακούφισης διάρκειας τουλάχιστον 3 ωρών και φροντίστε να επιστήσετε την προσοχή τους όσον αφορά τους κινδύνους υπέρβασης της δοσολογίας που τους έχει συνταγογραφηθεί για χορήγηση μέσω αεροθαλάμου ή νεφελοποιητή.

- Απαιτείται προσοχή για την εμφάνιση ταχυκαρδίας και κινδύνου παράτασης του QT με την αύξηση της δόσης.
- Αλληλεπιδράσεις: αυξημένος κίνδυνος υπογλυκαιμίας με συγχορήγηση κορτικοστεροειδών, διουρητικών και θεοφυλλίνης.
- Το εισπνεόμενο σκεύασμα θα πρέπει να χρησιμοποιείται με τον κατάλληλο αεροθάλαμο εισπνοών και το παιδί/φροντιστής να έχουν εκπαιδευτεί στην ορθή χρήση του. Η τεχνική χορήγησης του εισπνεόμενου φαρμάκου θα πρέπει να επεξηγείται και να αξιολογείται η ορθότητα εφαρμογής της. Το προωθητικό υδροφθοραλκάνιο που χρησιμοποιείται σήμερα στις πολυδοσικές συσκευές τείνει να αποφράσσει το επιστόμιο της συσκευής, συνεπώς προτείνεται εβδομαδιαίος καθαρισμός του.
- Το διάλυμα σαλβουταμόλης για εισπνοή με εκνεφωτή μίας δόσης (nebu) έχει προβλεφθεί να χρησιμοποιείται αδιάλυτο. Αν ωστόσο απαιτείται παρατεταμένος χρόνος χορήγησης (πάνω από 10 λεπτά), το διάλυμα θα πρέπει να αραιώνεται με αποστειρωμένο διάλυμα χλωριούχου νατρίου 0,9%. Η σαλβουταμόλη μπορεί να αναμειχθεί με διάλυμα βρωμιούχου ιπρατρόπιου για εισπνοή με νεφελοποιητή.
- Διατίθεται με τις ακόλουθες μορφές: διάλυμα προς νεφελοποίηση (2,5mg σε 2,5ml, 5mg σε 2,5ml), διάλυμα προς νεφελοποίηση (με την ονομασία *Respirator Solution*) περιεκτικότητας 5mg σε 1ml, αερόλυμα προς εισπνοή (100μg/ενεργοποίηση συσκευής) σε δοσιμετρική συσκευή (MDI) για λήψη μέσω αεροθαλάμων διαφόρων μεγεθών. Διατίθενται επίσης συσκευές εισπνοής ξηρής σκόνης με περιεκτικότητες 100μg και 200μg ανά ενεργοποίηση της συσκευής, ενέσιμη μορφή (500μg/ml) και μορφή για ενδοφλέβια έγχυση (1mg/ml).

Τεκμηρίωση: [1-3, 510-515]

Σελεκοξίμπη

Χρήση

- Αντιμετώπιση πόνου, πόνου λόγω φλεγμονής, οστικών αλγών, δυσκαμψίας. Δεν χρησιμοποιείται ως φάρμακο πρώτης γραμμής
- Η δοσολογία βασίζεται στην αντιμετώπιση της νεανικής ρευματοειδούς αρθρίτιδας.

Δοσολογία και οδοί χορήγησης

Από του στόματος:

- **Παιδιά άνω των 2 ετών:**
 - Σωματικό βάρος 10-25kg: 2-3mg/kg/δόση δύο φορές ημερησίως (ανώτατη δόση: 50mg δύο φορές ημερησίως ή 100mg την ημέρα)
 - Σωματικό βάρος άνω των 25kg: 100mg δύο φορές ημερησίως.
- **Παιδιά άνω των 16 ετών:** δόση ενήλικα ίση με 100mg δύο φορές ημερησίως, η οποία μπορεί να διπλασιαστεί σε περιπτώσεις σοβαρού πόνου έως τα 200mg δύο φορές ημερησίως.

Σημειώσεις

- Η σελεκοξίμπη αποτελεί εκλεκτικό αναστολέα της κυκλοοξυγενάσης-2.
- Δεν διαθέτει άδεια κυκλοφορίας στη Μεγάλη Βρετανία για χορήγηση σε παιδιά.
- Η χρήση όλων των ΜΣΑΦ (συμπεριλαμβανομένων των εκλεκτικών αναστολέων της κυκλοοξυγενάσης-2) ενδέχεται να συσχετιστεί, σε ποικίλο βαθμό, με μικρή αύξηση του κινδύνου θρομβωτικών επεισοδίων (π.χ. έμφραγμα μυοκαρδίου και εγκεφαλικό επεισόδιο), ανεξάρτητα από προϋπάρχοντες παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου ή από τη διάρκεια χρήσης των ΜΣΑΦ. Είναι ωστόσο πιθανό, ο μεγαλύτερος κίνδυνος να αφορά ασθενείς που λαμβάνουν υψηλές δόσεις για μακροχρόνιο διάστημα. Οι αναστολείς της κυκλοοξυγενάσης-2 συσχετίζονται επίσης με αυξημένο κίνδυνο θρομβωτικών επιδράσεων.
- Όλα τα ΜΣΑΦ συσχετίζονται με σοβαρή γαστρεντερική τοξικότητα. Οι αναστολείς της κυκλοοξυγενάσης-2 συνδέονται με χαμηλότερο κίνδυνο σοβαρών παρενεργειών από το ανώτερο πεπτικό, σε σχέση με τα ΜΣΑΦ που δεν έχουν εκλεκτική δράση. Μπορεί να επιφέρουν έξαρση της νόσου Crohn.

- Δεν έχουν διαπιστωθεί διαφορές στην ανοχή ή την αποτελεσματικότητα ανάμεσα στην ετορικοξίμπη, τη ναπροξένη και τη σελεκοξίμπη.
- Θα πρέπει να χορηγείται με προσοχή σε ασθενείς με νεφρική δυσλειτουργία και να αποφεύγεται στη σοβαρή νεφρική βλάβη.
- Να χορηγείται επίσης με προσοχή στην ηπατική ανεπάρκεια.
- Η σελεκοξίμπη αλληλεπιδρά με ιδιαίτερα μεγάλο αριθμό από τα συνήθως χορηγούμενα φάρμακα – ανατρέξτε στο Εθνικό Συνταγολόγιο της Βρετανίας (η τρέχουσα έκδοση είναι διαθέσιμη στο διαδίκτυο). Η δοσολογία του φαρμάκου θα πρέπει να μειώνεται κατά 50% όταν συγχορηγείται φλουκοναζόλη.
- Οι κάψουλες μπορούν να ανοιχθούν και το περιεχόμενο να αναμειχθεί με μαλακή τροφή αμέσως πριν από τη χορήγηση. Για τη χορήγηση μέσω καθετήρα εντερικής σίτισης, η κάψουλα μπορεί να ανοιχθεί και το περιεχόμενο να αναμειχθεί με νερό ώστε να σχηματιστεί ένα γαλακτώδες εναιώρημα. Για δόση ίση με 50mg, χρησιμοποιήστε περίπου το μισό περιεχόμενο μίας κάψουλας των 100mg ώστε να προσεγγιστεί κατά το δυνατόν η δόση των 50mg. Ωστόσο, καθώς οι κάψουλες είναι μικρού μεγέθους, είναι δύσκολο κάτι τέτοιο να γίνει με ακρίβεια.
- Διατίθεται με τη μορφή κάψουλας 100mg και 200mg.
- Για χορήγηση υποδορίως ή ενδομυϊκά θα πρέπει να χρησιμοποιείται η παρεκοξίμπη σε εφήβους, με δοσολογία 40-80mg/24ωρο ως συνεχή υποδόρια έγχυση, ή 20mg υποδορίως κατ' επίκληση (*prn*). Για συνεχή υποδόρια έγχυση, προτείνεται να χορηγείται η παρεκοξίμπη ως μόνο φάρμακο, κατόπιν διάλυσης σε χλωριούχο νάτριο 0,9% έως την επίτευξη όγκου 22ml, προκειμένου να μειωθεί ο κίνδυνος τοπικής αντίδρασης.

Τεκμηρίωση: [1, 69-76] WRE

Σέννα

Χρήση

- Δυσκοιλιότητα.

Δοσολογία και οδοί χορήγησης

Από του στόματος:

Οι παρακάτω αναφερόμενες αρχικές δόσεις μπορούν να προσαρμοστούν ανάλογα με την ανταπόκριση και την ανοχή.

Σιρόπι

- **Παιδιά 1 μηνός-3 ετών:** 2,5-10ml εφάπαξ ημερησίως
- **Παιδιά 4-17 ετών:** 2,5-20ml εφάπαξ ημερησίως.

Δισκία

- **Παιδιά 2-3 ετών:** 0,5-2 δισκία εφάπαξ ημερησίως
- **Παιδιά 4-5 ετών:** 0,5-4 δισκία εφάπαξ ημερησίως
- **Παιδιά 6-17 ετών:** 1-4 δισκία εφάπαξ ημερησίως.

Σημειώσεις

- Αποτελεί κυρίως διεγερτικό υπακτικό το οποίο δρα στο παχύ έντερο. Βελτιώνει την κινητικότητα του εντέρου και αυξάνει την απέκκριση ύδατος στον εντερικό αυλό. Η σέννα διέρχεται αδιάσπαστη στο παχύ έντερο (με συνέπεια να παραμένει δραστική ακόμη κι αν χορηγηθεί μέσω της νήστιδας). Υφίσταται υδρόλυση από τη βακτηριακή χλωρίδα του παχέος εντέρου προκειμένου να αποδοθεί το ενεργό συστατικό του φαρμάκου.
- Για τη δυσκοιλιότητα που προκαλείται από οπιοειδή στο πλαίσιο της ανακουφιστικής φροντίδας, μια δόκιμη προσέγγιση θα ήταν η χορήγηση αρχικά μόνο ενός διεγερτικού υπακτικού σε πλήρη δοσολογία και ακολούθως η προσθήκη ενός δεύτερου παράγοντα μόνο αν δεν υπάρξει επαρκής ανταπόκριση.
- Το σιρόπι δεν έχει αδειοδοτηθεί για χορήγηση σε παιδιά <2 ετών και τα δισκία δεν διαθέτουν άδεια χρήσης σε παιδιά <6 ετών.
- Έναρξη δράσης σε 8-12 ώρες.
- Η αρχική δόση θα πρέπει να είναι χαμηλή και ακολούθως μπορεί να αυξηθεί αν είναι απαραίτητο, συνήθως ανά διαστήματα 12-24 ωρών.

- Υπέρβαση των συνιστώμενων δόσεων μπορεί να γίνει κατόπιν σύστασης ειδικού ιατρού: για τη δυσκοιλιότητα που οφείλεται στα οπιοειδή απαιτούνται συνήθως υψηλότερες δόσεις από αυτές που αναγράφονται στο Φύλλο Οδηγιών του φαρμάκου.
- Το πόσιμο διάλυμα μπορεί να χορηγηθεί μέσω σωλήνα εντερικής σίτισης. Ο αυλός θα πρέπει να εκπλένεται σχολαστικά πριν και μετά τη χορήγηση. Η θεραπευτική δράση του φαρμάκου παραμένει αναλλοίωτη αν χορηγηθεί διαμέσου της νήστιδας.
- Διατίθεται με τις ακόλουθες μορφές: δισκία (7,5mg σεννοσίδης Β) και πόσιμο σιρόπι (7,5mg/5ml, σεννοσίδη Β).
- Στις κλινικές οδηγίες του Εθνικού Ινστιτούτου για την Αριστεία στην Υγεία και την Περίθαλψη (NICE), με τίτλο «Constipation in children and young people: diagnosis and management», συνιστάται η χρήση υπακτικών με βάση την πολυαιθυλενογλυκόλη 3350 πριν από τη χορήγηση διεγερτικών υπακτικών όπως η σέννα.

Τεκμηρίωση [1, 2, 6, 10, 155, 492, 516-519]

Σουκραλφάτη

Χρήση

- Προφύλαξη από τα έλκη λόγω στρες.
- Προφύλαξη από αιμορραγία εξαιτίας κισών οισοφάγου ή στομάχου. Συμπληρωματική αγωγή για την αντιμετώπιση της οισοφαγίτιδας με ενδείξεις εξέλκωσης του βλεννογόνου, του έλκους στομάχου ή δωδεκαδακτύλου, καθώς και της αιμορραγίας από το ανώτερο πεπτικό άγνωστης αιτιολογίας.
- Αιμόσταση (τοπική χρήση).

Δοσολογία και οδοί χορήγησης

Από του στόματος:

Προφύλαξη από τα έλκη λόγω στρες, προφύλαξη από αιμορραγία εξαιτίας κισών οισοφάγου ή στομάχου, συμπληρωματική αγωγή για την αντιμετώπιση της οισοφαγίτιδας με ενδείξεις εξέλκωσης του βλεννογόνου, του έλκους στομάχου ή δωδεκαδακτύλου, καθώς και της αιμορραγίας από το ανώτερο πεπτικό άγνωστης αιτιολογίας.

- **Παιδιά 1 μηνός-1 έτους:** 250mg, 4-6 φορές ημερησίως
- **Παιδιά 2-11 ετών:** 500mg, 4-6 φορές ημερησίως
- **Παιδιά 12-14 ετών:** 1gr, 4-6 φορές ημερησίως
- **Παιδιά 15-17 ετών:** 1gr, 6 φορές ημερησίως (μέγιστο: 8gr/ημέρα).

Τοπική χρήση:

Για αιμόσταση

- Το εναιώρημα σουκραλφάτης 2gr σε 10ml μπορεί να εφαρμοστεί τοπικά δύο φορές ημερησίως – για παράδειγμα, ως στοματικό διάλυμα για λήψη από του στόματος σε οισοφαγικές αλλοιώσεις ή διά του ορθού σε ορθικές βλάβες.
- Η πάστα σουκραλφάτης μπορεί να εφαρμοστεί τοπικά σε άλλου είδους αλλοιώσεις: μπορεί να παρασκευαστεί με τον θρυμματισμό 2 δισκίων του 1gr σε 5ml υδατικής λιπαντικής γέλης (όπως π.χ. το εμπορικό σκεύασμα με την ονομασία: *K-Y Jelly*) ή ύδατος.

Σημειώσεις

- Αποτελεί σύμπλοκη ένωση υδροξειδίου του αργιλίου και θειϊκής σακχαρώζης. Στο έντερο φαίνεται να δρα προστατεύοντας τον βλεννογόνο από τη βλαπτική επίδραση οξέος και πεψίνης. Διαθέτει ελάχιστες αντιόξινες ιδιότητες.
- Η σουκραλφάτη δρα τοπικά και απορροφάται ελάχιστα.
- Δεν διαθέτει άδεια χορήγησης σε παιδιά μικρότερα των 15 ετών, ενώ τα δισκία δεν έχουν αδειοδοτηθεί για χρήση στην προφύλαξη από τα έλκη λόγω στρες.
- Οι δόσεις θα πρέπει να κατανέμονται ομοιόμορφα σε όλο το διάστημα που ο ασθενής είναι σε εγρήγορση.
- Κατόπιν αναφορών για σχηματισμό πιλήματος (bezoar) που συσχετίζεται με τη χρήση σουκραλφάτης, η Επιτροπή Ασφάλειας Φαρμάκων εφιστά την προσοχή στις περιπτώσεις σοβαρά άρρωστων ασθενών, ειδικά εκείνων που λαμβάνουν ταυτόχρονα εντερική σίτιση ή εμφανίζουν προδιαθεσικούς παράγοντες, όπως η καθυστερημένη γαστρική κένωση.
- Απαιτείται προσοχή καθώς η απορρόφηση του αλουμίνιου που περιέχεται στη σουκραλφάτη μπορεί να είναι σημαντικού βαθμού σε περιπτώσεις ασθενών υπό αιμοκάθαρση ή με νεφρική δυσλειτουργία.
- Η λήψη του εναιωρήματος σουκραλφάτης και η εντερική σίτιση μέσω ρινογαστρικού καθετήρα ή σωλήνα γαστροστομίας θα πρέπει να απέχουν **τουλάχιστον** 1 ώρα, προκειμένου να μειωθεί ο κίνδυνος σχηματισμού ενός αδιάλυτου συμπλέγματος το οποίο ενδέχεται να αποφράξει τους σωλήνες σίτισης με αυλό μικρής διαμέτρου. Η σουκραλφάτη από του στόματος θα πρέπει να χορηγείται 1 ώρα πριν από τα γεύματα ώστε να μειωθεί η πιθανότητα σχηματισμού πιλήματος. Προτείνεται η αραίωση του εναιωρήματος με νερό πριν από τη χορήγηση. Το φάρμακο δεν ενδείκνυται για χορήγηση διαμέσου της νήστιδας καθώς οι θέσεις δράσης του είναι το στομάχι και το δωδεκαδάκτυλο.
- Τα δισκία μπορούν να θρυμματιστούν και να διαλυθούν σε 10-15ml ύδατος.
- Διατίθεται με τις ακόλουθες μορφές: πόσιμο εναιώρημα (1gr σε 5ml, κατόπιν ειδικής παραγγελίας) και δισκία (1gr). Διατίθενται επίσης κατόπιν ειδικής παραγγελίας οι εξής μορφές: πόσιμο εναιώρημα, αλοιφή, σκόνη και διάλυμα για υποκλυσμό.

Τεκμηρίωση: [1, 2, 5, 6, 10, 520-525]

Ταπενταδόλη

Χρήση

- Οπιοειδές αναλγητικό

Δοσολογία και οδοί χορήγησης

Ασθενής ελεύθερος οπιοειδών: χρησιμοποιήστε τις ακόλουθες δόσεις έναρξης

Από του στόματος:

Μέτριος και σοβαρός οξύς πόνος (χορήγηση των σκευασμάτων άμεσης αποδέσμευσης)

- **Παιδιά 2-17 ετών (σωματικό βάρος >16kg):** 1,25 mg/kg/δόση κάθε 4 ώρες (ανώτατη εφάπαξ δόση: 50mg). Η δόση για παιδιά με υψηλό Δείκτη Μάζας Σώματος (BMI) δεν θα πρέπει να υπερβαίνει τη δόση που υπολογίζεται για σωματικό βάρος που αντιστοιχεί στην 97,5^η εκατοστιαία θέση για τη συγκεκριμένη ηλικία. Η ανώτατη ημερήσια δόση είναι 7,5mg ανά kg σωματικού βάρους (να μην υπερβαίνονται οι έξι δόσεις ημερησίως) (βλ. τις σημειώσεις που ακολουθούν).
- **Παιδιά 18 ετών και άνω:** αρχική δόση 50mg κάθε 4-6 ώρες, προσαρμοζόμενη ανάλογα με την ανταπόκριση. Την πρώτη ημέρα αγωγής μπορεί να ληφθεί μία επιπλέον δόση των 50mg, 1 ώρα μετά από την αρχική δόση. Ανώτατη δόση: 700mg τις πρώτες 24 ώρες και ακολούθως 600mg ημερησίως.

Σοβαρός χρόνιος πόνος (χορήγηση των σκευασμάτων τροποποιημένης αποδέσμευσης)

- **Παιδιά 18 ετών και άνω:** αρχική δόση 50mg κάθε 12 ώρες, προσαρμοζόμενη ανάλογα με την ανταπόκριση. Ανώτατη δόση: 500mg ημερησίως.

Η ταπενταδόλη είναι περίπου 3 φορές ΛΙΓΟΤΕΡΟ ισχυρή από τη μορφίνη.

50mg ταπενταδόλης από του στόματος = 15mg μορφίνης

Σημειώσεις

- Οπιοειδές αναλγητικό που δρα στο κεντρικό νευρικό σύστημα, με διπλό μηχανισμό δράσης: αγωνιστής των μ-υποδοχέων των οπιοειδών και ανα-

στολέας της επαναπρόσληψης της νοραδρεναλίνης. Η τελευταία δράση ενισχύει την ενέργεια των κατιόντων ανασταλτικών οδών του πόνου, συμβάλλοντας με τον τρόπο αυτό σε ένα αθροιστικό αναλγητικό αποτέλεσμα.

- Το πόσιμο διάλυμα ταπενταδόλης έχει άδεια χορήγησης για την ανακούφιση του μέτριου και σοβαρού οξέος πόνου σε παιδιά από την ηλικία των 2 ετών (σωματικού βάρους >16kg) για μέγιστη διάρκεια αγωγής ίση με 72 ώρες. Η χορήγηση των δισκίων, η χρήση του φαρμάκου για την αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου καθώς και για διάρκεια μεγαλύτερη των 72 ωρών σε παιδιά, διενεργούνται εκτός εγκεκριμένων ενδείξεων. Τα δεδομένα ασφάλειας και αποτελεσματικότητας αναφορικά με τη μακροχρόνια χορήγηση του φαρμάκου στα παιδιά δεν είναι ακόμη διαθέσιμα και οι σχετικές κλινικές μελέτες βρίσκονται σε εξέλιξη.
- Το πόσιμο διάλυμα ταπενταδόλης όπως και τα δισκία άμεσης και τροποποιημένης αποδέσμευσης διαθέτουν άδεια χρήσης σε ενηλίκους για την αντιμετώπιση του μέτριου και σοβαρού οξέος και χρόνιου πόνου.
- Η ταπενταδόλη μπορεί να ληφθεί με ή χωρίς τροφή.
- Το πόσιμο διάλυμα με περιεκτικότητα 20mg/ml μπορεί να ληφθεί αδιάλυτο ή να αραιωθεί με νερό ή οποιοδήποτε μη αλκοολούχο ρόφημα. Θα πρέπει να χρησιμοποιείται η δοσιμετρική πιπέτα [5ml, βαθμονομημένη ανά 0,1ml (=2mg)] που παρέχεται στη συσκευασία, προκειμένου να εξασφαλιστεί η ακρίβεια των δόσεων.
- Το πόσιμο διάλυμα ταπενταδόλης μπορεί να χορηγηθεί μέσω σωλήνα εντερικής σίτισης.
- Το πόσιμο διάλυμα περιέχει προπυλενογλυκόλη 2mg/ml.
- Τα δισκία τροποποιημένης αποδέσμευσης θα πρέπει να καταπίνονται ολόκληρα καθώς ο θρυμματισμός ή η μάσησή τους θα οδηγήσει σε ταχεία απελευθέρωση υπερβολικής δόσης ταπενταδόλης.
- Δεν απαιτείται προσαρμογή της δοσολογίας σε ήπια και μέτρια νεφρική δυσλειτουργία. Δεν συνιστάται η χρήση του φαρμάκου σε σοβαρή νεφρική ανεπάρκεια.
- Δεν απαιτείται προσαρμογή της δοσολογίας σε ήπια ηπατική βλάβη. Η δόση έναρξης θα πρέπει να μειώνεται σε μέτρια ηπατική δυσλειτουργία. Δεν συνιστάται η χρήση του φαρμάκου σε σοβαρή ηπατική ανεπάρκεια.
- Με βάση τα δισκία αμέσου αποδέσμευσης, για την έναρξη δράσης του φαρμάκου απαιτείται λιγότερο από 1 ώρα και για την επίτευξη των μέγιστων συγκεντρώσεων στον ορό χρειάζονται περίπου 75 λεπτά. Διάρκεια

δράσης: 4-6 ώρες. Διάρκεια δράσης των δισκίων τροποποιημένης αποδέσμευσης: 12 ώρες.

- Η ταπενταδόλη απορροφάται ταχέως και πλήρως μετά τη χορήγησή της από το στόματος. Ωστόσο η μέση απόλυτη βιοδιαθεσιμότητα του φαρμάκου μετά από χορήγηση μίας εφάπαξ δόσης είναι περίπου 32% καθώς η ταπενταδόλη υποβάλλεται σε εκτενή μεταβολισμό πρώτης διόδου.
- Η κύρια οδός απέκκρισης της ταπενταδόλης είναι η σύζευξη με το γλυκουρονικό οξύ. Η ταπενταδόλη δεν διαθέτει ενεργούς μεταβολίτες. Η πιθανότητα φαρμακευτικών αλληλεπιδράσεων είναι χαμηλή. Η σύνδεση με τις πρωτεΐνες του πλάσματος είναι περιορισμένη.
- Οι δυνητικές ανεπιθύμητες ενέργειες του φαρμάκου είναι όμοιες με εκείνες των άλλων οπιοειδών. Αναφέρονται ωστόσο λιγότερο συχνά παρενέργειες από το πεπτικό σε σύγκριση με την οξυκωδόνη ή τη μορφίνη.
- Οδηγίες από τη Ρυθμιστική Αρχή Φάρμακων και Προϊόντων Υγείας (MHRA) και την Επιτροπή Φαρμάκων Ανθρώπινης Χρήσης (CMH) αναφορικά με την ταπενταδόλη (εμπορική ονομασία: *Palexia*®): υφίσταται κίνδυνος σπασμών ενώ έχουν αναφερθεί περιπτώσεις σεροτονινεργικού συνδρόμου όταν συγχρηγείται με άλλα φάρμακα (Ιανουάριος 2019). Η ταπενταδόλη ενδέχεται να επάγει την εμφάνιση σπασμών και θα πρέπει να συνταγογραφείται με προσοχή σε ασθενείς με ιστορικό σπασμών ή επιληψίας. Ο κίνδυνος εμφάνισης σπασμών ενδέχεται να είναι αυξημένος σε ασθενείς που λαμβάνουν άλλους φαρμακευτικούς παράγοντες οι οποίοι μειώνουν τον ουδό των σπασμών, όπως για παράδειγμα τα αντικαταθλιπτικά (εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης, αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης και νοραδρεναλίνης, τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά) και τα αντιψυχωσικά.
- Απαιτείται προσοχή όταν πραγματοποιείται εναλλαγή από έναν άλλο αγωνιστή των μ-υποδοχέων στην ταπενταδόλη, καθώς η πρακτική αυτή μπορεί να οδηγήσει σε μικρού βαθμού σύνδρομο αποστέρησης. Θα πρέπει να χορηγούνται δόσεις του οπιοειδούς που λαμβάνονταν προηγουμένως, σύμφωνα με τις ανάγκες και προκειμένου να προληφθεί το φαινόμενο αυτό (για παράδειγμα, μπορεί να χορηγηθεί μία μορφή άμεσης αποδέσμευσης σε δόση ίση με το 25-50% της δόσης του οπιοειδούς που λαμβάνονταν πριν την έναρξη της ταπενταδόλης, π.χ. αν επρόκειτο για τη μορφίνη, 25-50% της δόσης που χορηγούνταν ανά 4ωρο).
- Διατίθεται με τις ακόλουθες μορφές (όλες ανήκουν στα Ελεγχόμενα Φάρ-

μακα Πίνακα 2): πόσιμο διάλυμα 20mg/ml (άδεια χρήσης από την ηλικία των 2 ετών, εμπορική ονομασία: *Palexia*®), δισκία άμεσης αποδέσμευσης 50mg και 75mg (άδεια χρήσης αποκλειστικά από την ηλικία των 18 ετών, εμπορική ονομασία: *Palexia*®) και δισκία τροποποιημένης αποδέσμευσης (50mg, 100mg, 150mg, 200mg, 250mg) (άδεια χρήσης αποκλειστικά από την ηλικία των 18 ετών, εμπορική ονομασία: *Palexia*®).

Τεκμηρίωση: [2, 5, 531-536]

Τεμαζεπάμη

Χρήση

- Διαταραχές ύπνου (βραχυχρόνια χορήγηση), ειδικά όταν οφείλονται σε άγχος.
- Προνάρκωση σε περιπτώσεις χειρουργικής επέμβασης και παρεμβατικών τεχνικών.

Δοσολογία και οδοί χορήγησης

Από του στόματος:

- **Παιδιά 12-17 ετών:** 10-20mg, 1 ώρα πριν από την παρεμβατική τεχνική.
- **Ενήλικες:** 10-20mg το βράδυ, δόση που μπορεί να αυξηθεί ως τα 40mg το βράδυ, σε εξαιρετικές περιπτώσεις.

Σημειώσεις

- Τα δισκία δεν διαθέτουν άδεια χορήγησης σε παιδιά.
- Η τεμαζεπάμη μιμείται τη δράση του γ-αμινοβουτυρικού οξέος (GABA) και αποτελεί αγχολυτικό και κατασταλτικό φάρμακο.
- Η βιοδιαθεσιμότητα του φαρμάκου μετά τη λήψη από του στόματος είναι τουλάχιστον 90% και οι μέγιστες συγκεντρώσεις στο πλάσμα επιτυγχάνονται εντός 50 λεπτών από τη χορήγηση από του στόματος. Διαθέτει μακρό χρόνο ημιζωής στο πλάσμα, διάρκειας 8-15 ωρών.
- Εκτός από την περίπτωση του επικείμενου θανάτου, αντενδείκνυται η χορήγηση της τεμαζεπάμης σε ασθενείς που εμφανίζουν αναπνευστική καταστολή, επηρεασμένη βατότητα των αεραγωγών καθώς και σύνδρομο αποφρακτικής άπνοιας στον ύπνο, που δεν μπορεί να αντιμετωπιστεί.
- Αν είναι εφικτό, θα πρέπει να αντιμετωπιστούν παράγοντες που συμβάλλουν στην αϋπνία. Η αγωγή θα πρέπει να χρησιμοποιείται σε συνδυασμό με μη φαρμακευτικές μεθόδους.
- Είναι πιθανό να προκληθεί παράδοξη αύξηση της εναντιωματικής και επιθετικής συμπεριφοράς, καταστάσεις που απαιτούν προσαρμογή της δόσης. Ενδέχεται επίσης να παρατηρηθεί παράδοξη αύξηση του άγχους. Το φάρμακο μπορεί να έχει επίπτωση στην ικανότητα κρίσης και τον χρόνο αντίδρασης του ασθενούς.
- Το πόσιμο διάλυμα μπορεί να χορηγηθεί μέσω σωλήνα εντερικής σίτισης. Αν χορηγηθεί διαμέσου της νήστιδας, ο ασθενής θα πρέπει να παρακο-

λουθείται για τυχόν απώλεια της δραστικότητας του φαρμάκου ή αύξηση των ανεπιθύμητων αντιδράσεων.

- Διατίθεται με τις ακόλουθες μορφές: δισκία (10mg, 20mg) και πόσιμο διάλυμα (10mg/5ml).
- Ελεγχόμενο Φάρμακο Πίνακα 3.

Τεκμηρίωση: [1, 2, 5, 10]

Τιζανιδίνη

Χρήση

- Χαλαρωτικό σκελετικών μυών
- Χρόνιος σοβαρός μυϊκός σπασμός ή σπαστικότητα.

Δοσολογία και οδοί χορήγησης

Παιδιατρικές δόσεις με βάση ασθενή και περιορισμένα ερευνητικά δεδομένα (WRE)

- **Παιδιά 18 μηνών-6 ετών:** 1mg/ημέρα, δόση που μπορεί να αυξηθεί αν είναι απαραίτητο σύμφωνα με την ανταπόκριση.
- **Παιδιά 7-11 ετών:** 2mg/ημέρα, δόση που μπορεί να αυξηθεί αν είναι απαραίτητο σύμφωνα με την ανταπόκριση.
- **Παιδιά >12 ετών:** δοσολογία όπως στους ενήλικες [1]: αρχικά 2mg και αύξηση κατά 2mg ανά διαστήματα 3-4 ημερών. Η ολική ημερήσια δόση μπορεί να χορηγηθεί σε διαιρεμένες δόσεις έως και 3-4 φορές ημερησίως. Συνήθης ολική ημερήσια δόση: 24mg. Ανώτατη ολική ημερήσια δόση: 36mg.

Παιδιατρικές δόσεις με βάση ασθενή και περιορισμένα ερευνητικά δεδομένα (WRE)

- **Παιδιά 2-15 ετών:** 50μg/kg/ημέρα σε διαιρεμένες δόσεις.

Σημειώσεις

- Δεν διαθέτει άδεια χορήγησης σε παιδιά.
- Θα πρέπει να παρακολουθείται η ηπατική λειτουργία σε μηνιαία βάση για τους πρώτους 4 μήνες της αγωγής.
- Συνήθως συνταγογραφείται και τιτλοποιείται από νευρολόγους.
- Το δοσολογικό σχήμα εξατομικεύεται για κάθε συγκεκριμένο ασθενή καθώς η μέγιστη δράση του φαρμάκου εμφανίζεται μετά από 2-3 ώρες και είναι βραχείας διάρκειας.
- Θα πρέπει να χορηγείται με προσοχή σε ασθενείς με ηπατική νόσο και να παρακολουθείται τακτικά η ηπατική λειτουργία.
- Θα πρέπει να συγχωρηγείται με προσοχή με φάρμακα που είναι γνωστό ότι παρατείνουν το διάστημα QT.
- Η απότομη διακοπή του φαρμάκου θα πρέπει να αποφεύγεται καθώς

υφίσταται κίνδυνος εμφάνισης αντιδραστικής (rebound) υπέρτασης και ταχυκαρδίας.

- Οι συγκεντρώσεις τιζανιδίνης στο πλάσμα αυξάνονται με τη συγχορήγηση φαρμάκων που αναστέλλουν το ένζυμο CYP1A2, με πιθανότητα εμφάνισης σοβαρής υπότασης.
- Συχνές ανεπιθύμητες ενέργειες: υπνηλία, αδυναμία, υπόταση και ξηροστομία.
- Τα δισκία μπορούν να θρυμματιστούν και να χορηγηθούν με νερό, αν προτιμάται η λήψη με αυτόν τον τρόπο. Μπορούν επίσης να χορηγηθούν μέσω σωλήνα εντερικής σίτισης. Τα δισκία δεν διαλύονται άμεσα, αλλά διασπώνται αν ανακινηθούν σε 10ml ύδατος για 5 λεπτά. Το διάλυμα που προκύπτει μπορεί να προωθηθεί σε ρινογαστρικό καθετήρα διαμέτρου 8Fr χωρίς κίνδυνο απόφραξης. Δεν υφίστανται ειδικά δεδομένα όσον αφορά τη χορήγηση του φαρμάκου διαμέσου της νήστιδας, η οποία προτείνεται να διενεργείται σύμφωνα με την παραπάνω διαδικασία και ο ασθενής να παρακολουθείται για τυχόν αύξηση των ανεπιθύμητων ενεργειών ή απώλεια της δραστηριότητας του φαρμάκου.
- Διατίθεται με την ακόλουθη μορφή: δισκία (2mg, 4mg).

Τεκμηρίωση: [1, 10, 37, 42, 537-542]

Τραμαδόλη

Σύμφωνα με πρόσφατες οδηγίες του Π.Ο.Υ. δεν υφίστανται επαρκείς ενδείξεις προκειμένου να διατυπωθούν συστάσεις χορήγησης ενός εναλλακτικού της κωδεΐνης οπιοειδούς (δηλ. της τραμαδόλης) και προτείνεται άμεση μετάβαση από τα μη οπιοειδή (βαθμίδα 1 της Κλίμακας Αναλγητικών του Π.Ο.Υ.) στη χαμηλή δόση ισχυρών οπιοειδών για την αντιμετώπιση του μέτριου μη ελεγχόμενου πόνου στα παιδιά.

Χρήση

- Έλασσον οπιοειδές με επιπρόσθετες μη οπιοειδείς αναλγητικές δράσεις.

Δοσολογία και οδοί χορήγησης

Από του στόματος:

- **Παιδιά 5-11 ετών:** 1-2mg/kg κάθε 4-6 ώρες (ανώτατη αρχική εφάπαξ δόση: 50mg. Μέγιστος αριθμός δόσεων: έως 4 δόσεις/24ωρο). Η δόση μπορεί να αυξηθεί αν είναι απαραίτητο έως την ανώτατη δοσολογία των 2mg/kg (ανώτατη εφάπαξ δόση: 100mg) κάθε 6 ώρες.
- **Παιδιά 12-17 ετών:** αρχική δόση 50mg κάθε 4-6 ώρες, η οποία μπορεί να αυξηθεί αν είναι απαραίτητο έως την ανώτατη δοσολογία των 400mg/ημέρα, χορηγούμενο σε διαιρεμένες δόσεις κάθε 4-6 ώρες.

Μέσω ενδομυϊκής ή ενδοφλέβιας ένεσης ή έγχυσης:

- **Παιδιά 5-11 ετών:** 1-2mg/kg κάθε 4-6 ώρες (ανώτατη αρχική εφάπαξ δόση: 50mg. Μέγιστος αριθμός δόσεων: έως 4 δόσεις/24ωρο). Η δόση μπορεί να αυξηθεί αν είναι απαραίτητο έως την ανώτατη δοσολογία των 2mg/kg (ανώτατη εφάπαξ δόση: 100mg) κάθε 6 ώρες.
- **Παιδιά 12-17 ετών:** αρχική δόση 50mg κάθε 4-6 ώρες, η οποία μπορεί να αυξηθεί αν είναι απαραίτητο έως την ανώτατη δοσολογία των 100mg κάθε 4-6 ώρες. Ανώτατη δοσολογία: 600mg/ημέρα σε διαιρεμένες δόσεις.

Σημειώσεις

- Δεν διαθέτει άδεια χορήγησης σε παιδιά <12 ετών.
- Η τραμαδόλη από του στόματος διαθέτει κατά προσέγγιση το 1/10 της ισχύος της μορφίνης.

- Η έναρξη δράσης του φαρμάκου μετά από λήψη μίας δόσης από του στόματος είναι 30 έως 60 λεπτά. Διάρκεια δράσης: 4-9 ώρες.
- Προκαλεί μικρότερου βαθμού δυσκοιλιότητα και αναπνευστική καταστολή σε σύγκριση με την ισοδύναμη δόση μορφίνης.
- Στις ανεπιθύμητες ενέργειες του φαρμάκου περιλαμβάνονται: διάρροια, τάση προς έμετο, κόπωση και παραισθησία.
- Η αναλγητική δράση της μειώνεται όταν συγχωρηγείται ονδανσετρόνη.
- Τα διαλυτά ή διασπειρόμενα στο στόμα δισκία μπορούν να διαλυθούν σε νερό προκειμένου να χορηγηθούν μέσω σωλήνα εντερικής σίτισης, ή εναλλακτικά να χρησιμοποιηθούν οι πόσιμες σταγόνες ή το περιεχόμενο της κάψουλας, κατόπιν διάλυσης. Δεν υφίστανται ειδικά δεδομένα όσον αφορά τη χορήγηση της τραμαδόλης διαμέσου της νήστιδας, αλλά δεδομένου ότι διατίθενται μορφές τροποποιημένης αποδέσμευσης, είναι πιθανό το φάρμακο να απορροφάται από όλο το μήκος του λεπτού εντέρου. Η χορήγηση στην περίπτωση αυτή θα πρέπει να διενεργείται σύμφωνα με την παραπάνω διαδικασία και ο ασθενής να παρακολουθείται για τυχόν αύξηση των ανεπιθύμητων ενεργειών.
- Διατίθεται με τις ακόλουθες μορφές: κάψουλες (50mg, 100mg), διαλυόμενα δισκία (50mg), δισκία διασπειρόμενα στο στόμα (50mg), δισκία και κάψουλες τροποποιημένης αποδέσμευσης (50mg, 100mg, 150mg, 200mg, 300mg, 400mg), πόσιμες σταγόνες (100mg/ml) και ενέσιμη μορφή (50mg/ml). Απαιτείται προσοχή κατά τη συνταγογράφηση καθώς διατίθενται μορφές τροποποιημένης αποδέσμευσης για 12ωρη και για 24ωρη χορήγηση.
- Ελεγχόμενο Φάρμακο Πίνακα 3 (εξαιρούμενο από τους κανονισμούς ασφαλούς φύλαξης).

Τεκμηρίωση: [1, 2, 10, 48, 65, 409, 543-546]

Τρανεξαμικό οξύ

Χρήση

- Επίσταξη αίματος (π.χ. από βλεννογόνους/τριχοειδή αγγεία), ειδικά όταν οφείλεται σε χαμηλά ή δυσλειτουργικά αιμοπετάλια
- Μηνορραγία.

Δοσολογία και οδοί χορήγησης

Από του στόματος:

Αναστολή της ινωδόλυσης

- **Παιδιά 1 μηνός-17 ετών:** 15-25mg/kg (ανώτατη δόση: 1,5gr) 2-3 φορές ημερησίως.

Μηνορραγία

- **Παιδιά 12-17 ετών:** 1gr, 3 φορές ημερησίως για μέγιστη διάρκεια 4 ημερών. Αν η αιμορραγία είναι αθρόα, μπορεί να χορηγηθεί ανώτατη ημερήσια δοσολογία 4gr (σε διαιρεμένες δόσεις). Η αγωγή δεν πρέπει να αρχίζει αν δεν έχει ξεκινήσει η έμμηνος ρύση.

Μέσω ενδοφλέβιας ένεσης στη διάρκεια τουλάχιστον 10 λεπτών:

Αναστολή της ινωδόλυσης

- **Παιδιά 1 μηνός-17 ετών:** 10mg/kg (ανώτατη δόση: 1gr) 2-3 φορές ημερησίως.

Μέσω συνεχούς ενδοφλέβιας έγχυσης:

Αναστολή της ινωδόλυσης

- **Παιδιά 1 μηνός-17 ετών:** 45mg/kg στη διάρκεια 24 ωρών.

Διαμέσου άλλων οδών χορήγησης:

Στοματικό διάλυμα 5%

- **Παιδιά 6-17 ετών:** 5-10ml, 4 φορές ημερησίως για 2 ημέρες. Δεν θα πρέπει να καταπίνεται.

Τοπική αγωγή

- Εφαρμόστε στην πληγείσα περιοχή γάζα εμποτισμένη με το ενέσιμο διάλυμα περιεκτικότητας 100mg/ml.

Σημειώσεις

- Η ενέσιμη μορφή δεν διαθέτει άδεια χορήγησης σε παιδιά μικρότερα του 1 έτους καθώς και μέσω ενδοφλέβιας έγχυσης.
- Μπορεί να προκληθεί κωλικός νεφρού λόγω σχηματισμού πηγμάτων, αν το φάρμακο χορηγηθεί σε έδαφος αιματοουρίας.
- Η δόση θα πρέπει να μειώνεται στην ήπια και μέτρια νεφρική βλάβη και να αποφεύγεται η χορήγηση σε σοβαρή νεφρική δυσλειτουργία.
- Για τη χορήγηση μέσω σωλήνα εντερικής σίτισης, είναι προτιμότερη η χρήση του πόσιμου εναιωρήματος (εκτός εγκεκριμένων ενδείξεων) ή του ενέσιμου διαλύματος. Τα δισκία μπορούν να διαλυθούν σε νερό προκειμένου να χορηγηθούν μέσω σωλήνα σίτισης, αλλά η χρήση τους δεν ενδείκνυται σε περιπτώσεις σωλήνων με αυλό μικρής διαμέτρου. Δεν υφίστανται ειδικά δεδομένα όσον αφορά τη χορήγηση του φαρμάκου διαμέσου της νήστιδας.
- Το παρεντερικό διάλυμα μπορεί να εφαρμοσθεί τοπικά.
- Διατίθεται με τις ακόλουθες μορφές: δισκία (500mg), σιρόπι (500mg/5ml, διατίθεται από ειδικές παρασκευάστριες εταιρείες) και ενέσιμη μορφή (100mg/ml σε φύσιγγες των 5ml). Το στοματικό διάλυμα διατίθεται αποκλειστικά κατόπιν επιτόπιας παρασκευής.

Τεκμηρίωση: [2, 6, 547-552]

Τριεξυφαινιδύλη

Χρήση

- Δυστονία, σιελόρροια, αντισπασμωδική δράση.

Δοσολογία και οδοί χορήγησης

Από του στόματος:

- **Παιδιά 3 μηνών-17 ετών:** αρχική δόση 1-2mg ημερησίως χορηγούμενη σε 1-2 διαιρεμένες δόσεις, η οποία μπορεί να αυξάνεται ανά 3-7 ημέρες κατά 1mg ημερησίως και να προσαρμόζεται ανάλογα με την ανταπόκριση του ασθενούς και τις τυχόν ανεπιθύμητες ενέργειες. Μέγιστο: 2mg/kg/ημερησίως (ανώτατη δόση: 70mg/ημέρα).

Κατά κανόνα, οι δόσεις που απαιτούνται για τον έλεγχο της σιελόρροιας είναι πολύ μικρότερες από εκείνες που χρειάζονται για την αντιμετώπιση της δυστονίας.

Σημειώσεις

- Αντιχολινεργικός παράγοντας, θεωρείται ότι δρα μέσω μερικού αποκλεισμού των κεντρικών (στην περιοχή του ραβδωτού σώματος) χολινεργικών υποδοχέων.
- Δεν διαθέτει άδεια χορήγησης σε παιδιά.
- Ο ασθενής θα πρέπει να παρακολουθείται στενά στη διάρκεια της χορήγησης και να εφαρμόζεται ταυτόχρονα πλήρες πρόγραμμα μη φαρμακευτικής αντιμετώπισης που περιλαμβάνει σωστή θέση σώματος, μασάζ, κατάλληλο κράτημα, απόσπαση προσοχής, διερεύνηση για τις αιτίες των εξάρσεων κ.λπ. Προτείνεται να ζητηθεί η γνώμη του ειδικού νευρολόγου πριν από τη χρήση της τριεξυφαινιδύλης.
- Οι ανεπιθύμητες ενέργειες είναι πολύ συχνές – είναι σημαντικό να αρχίσει η χορήγηση με χαμηλή δόση και να αυξάνεται σταδιακά προκειμένου να ελαχιστοποιηθεί η συχνότητα και η σοβαρότητα των παρενεργειών. Ξηροστομία, γαστρεντερικές διαταραχές, θάμβος οράσεως, ζάλη και ναυτία ενδέχεται να παρατηρηθούν στο 30-50% των ασθενών. Στις λιγότερο συχνές ανεπιθύμητες ενέργειες περιλαμβάνονται η κατακράτηση ούρων και η ταχυκαρδία, ενώ σε πολύ υψηλές δόσεις, οι διαταραχές από το κεντρικό νευρικό σύστημα.

- Θα πρέπει να χορηγείται με προσοχή σε παιδιά με νεφρική ή ηπατική δυσλειτουργία.
- Η έναρξη δράσης του φαρμάκου συνήθως επέρχεται εντός μίας ώρας, η μέγιστη δράση του επιτυγχάνεται εντός 2-3 ωρών και η διάρκεια δράσης του είναι περίπου 6-12 ώρες.
- Ενδέχεται να απαιτηθούν αρκετές εβδομάδες για να διαπιστωθεί η μέγιστη επίδραση του φαρμάκου στις δυστονικές κινήσεις.
- Δεν πρέπει να διακόπτεται απότομα το φάρμακο σε παιδιά που λαμβάνουν μακροχρόνια αγωγή.
- Τα δισκία μπορούν να θρυμματιστούν και να αναμειχθούν με μαλακή τροφή.
- Για τη χορήγηση μέσω γαστροστομίας, μπορεί να χρησιμοποιηθεί το υγρό διάλυμα και εναλλακτικά τα δισκία καθώς διαλύονται εύκολα στο νερό. Δεν υφίστανται ειδικά δεδομένα όσον αφορά τη χορήγηση της τριεξυφαινιδύλης διαμέσου της νήστιδας. Αν επιλεγεί η οδός αυτή, ο ασθενής θα πρέπει να παρακολουθείται για τυχόν απώλεια της δραστηριότητας ή αύξηση των ανεπιθύμητων ενεργειών του φαρμάκου.
- Διατίθεται με τις ακόλουθες μορφές: δισκία 2mg και 5mg, καθώς και πόσιμο διάλυμα (σιρόπι ροζ χρώματος) περιεκτικότητας 5mg σε 5ml.

Τεκμηρίωση: [1, 2, 10, 216, 553-561]

Υδρομορφόνη

Χρήση

- Εναλλακτικό οπιοειδές αναλγητικό για την αντιμετώπιση του σοβαρού πόνου, ειδικά αν δεν γίνονται ανεκτά άλλα ισχυρά οπιοειδή
- Αντιβηχικό.

Δοσολογία και οδοί χορήγησης

Κατά κανόνα, η μετατροπή από την ήδη χορηγούμενη αναλγητική αγωγή πραγματοποιείται με βάση την ισοδύναμη δόση μορφίνης από του στόματος. Χρησιμοποιήστε τις ακόλουθες δόσεις **έναρξης** σε ασθενείς ελεύθερους οπιοειδών (naïve). Οι ανώτερες δόσεις που παρατίθενται αφορούν αποκλειστικά τις δόσεις **έναρξης**.

Από του στόματος:

- **Παιδιά 1-17 ετών:** 30μg/kg ανά δόση (μέγιστο: 2mg ανά δόση) κάθε 3-4 ώρες και αύξηση σύμφωνα με τις ανάγκες. Οι κάψουλες τροποποιημένης αποδέσμευσης μπορούν να χρησιμοποιηθούν από την ηλικία των 12 ετών, με αρχική δόση τα 4mg κάθε 12 ώρες.

Μέσω ενδοφλέβιας ή υποδόριας ένεσης:

- **Παιδιά 1-17 ετών:** αρχικά 12μg/kg ανά δόση, χορηγούμενη αργά στη διάρκεια τουλάχιστον 2-3 λεπτών, κάθε 3-6 ώρες.

Σημειώσεις

- Η ενέσιμη υδρομορφόνη διαθέτει άδεια χορήγησης για την ανακούφιση του σοβαρού καρκινικού πόνου σε ενήλικες καθώς και σε εφήβους ηλικίας άνω των 12 ετών. Μπορεί να χορηγηθεί μέσω ενδοφλέβιας ή υποδόριας ένεσης ή έγχυσης.
- Η μορφή για λήψη από του στόματος διαθέτει άδεια χορήγησης για την αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου σε παιδιά από την ηλικία των 12 ετών.
- Η βιοδιαθεσιμότητα μετά τη χορήγηση από του στόματος είναι 37-62% (ευρεία διακύμανση από άτομο σε άτομο).
- 1mg υδρομορφόνης που χορηγείται ενδοφλεβίως είναι ισοδύναμο με 2,5mg υδρομορφόνης χορηγούμενα από του στόματος.
- Η έναρξη δράσης του φαρμάκου είναι 15 λεπτά μετά από υποδόρια χορήγηση και 30 λεπτά μετά τη λήψη από του στόματος. Η μέγιστη συγκέντρωση

στο πλάσμα επιτυγχάνεται σε μία ώρα από τη χορήγηση από του στόματος.

- Ο χρόνος ημιζωής του φαρμάκου στο πλάσμα είναι 2,5 ώρες στην αρχική (ταχεία) φάση, ενώ η βραδεία φάση είναι παρατεταμένη. Διάρκεια δράσης: 4-5 ώρες.
- Οι αναλογίες ισχύος του φαρμάκου φαίνεται να κυμαίνονται περισσότερο σε σχέση με άλλα οπιοειδή. Το γεγονός αυτό μπορεί να οφείλεται στη διακύμανση από άτομο σε άτομο όσον αφορά τον μεταβολισμό ή τη βιο-διαθεσιμότητα της υδρομορφόνης.
- Έχει αναπτυχθεί επίσης ένα σύστημα ελεγχόμενης από την ωσμωτική πίεση αποδέσμευσης του φαρμάκου, για λήψη από του στόματος εφάπαξ ημερησίως (osmotic-release oral delivery system, εμπορική ονομασία: *OROS®*), αλλά δεν έχει ακόμη λάβει άδεια κυκλοφορίας στη Μεγάλη Βρετανία και την Ιρλανδία.
- Μετατροπή της μορφίνης από του στόματος σε υδρομορφόνη από του στόματος: διαιρέστε τη δόση της μορφίνης με το 7,5.
- Μετατροπή της ενδοφλέβιας μορφίνης σε ενδοφλέβια υδρομορφόνη: διαιρέστε τη δόση της μορφίνης με το 7,5.
- Διακοπή χορήγησης: μετά από βραχεία θεραπεία (7-14 ημέρες), η χορηγούμενη δόση μπορεί να μειωθεί κατά 10-20% κάθε 8 ώρες, με σταδιακή αύξηση του μεσοδιαστήματος των δόσεων. Μετά από μακροχρόνια χορήγηση, η δόση θα πρέπει να μειώνεται με ρυθμό όχι μεγαλύτερο του 10-20% ανά εβδομάδα.
- Απαιτείται προσοχή σε ηπατική βλάβη: θα πρέπει να χορηγούνται χαμηλότερες δόσεις έναρξης.
- Οι κάψουλες τροποποιημένης αποδέσμευσης χορηγούνται ανά 12ωρα διαστήματα.
- Οι κάψουλες (και οι δύο διαθέσιμες μορφές) μπορούν να ανοιχτούν και το περιεχόμενο να αναμειχθεί με μαλακή τροφή. Το περιεχόμενο της κάψουλας δεν θα πρέπει ωστόσο να χορηγείται μέσω σωλήνα εντερικής σίτισης καθώς είναι πιθανό να προκληθεί απόφραξη.
- Διατίθεται με τις ακόλουθες μορφές: κάψουλες (1,3mg, 2,6mg), κάψουλες τροποποιημένης αποδέσμευσης (2mg, 4mg, 8mg, 16mg, 24mg), ενέσιμη μορφή (2mg/ml, 10mg/ml, 20mg/ml και 50mg/ml) και πόσιμο διάλυμα (διαθέσιμο κατόπιν ειδικής παραγγελίας).

Τεκμηρίωση: [1, 2, 4, 5, 48, 65, 171, 172, 234-239] NoRE, ARE

Υοσκίνη βουτυλοβρωμιούχος

Χρήση

- Συμπληρωματική αγωγή σε περιπτώσεις που ο πόνος προκαλείται από σπασμό του πεπτικού ή του ουρογεννητικού σωλήνα (σπασμός λείων μυϊκών ινών)
- Αντιεκκριτική δράση σε περιπτώσεις εντερικής απόφραξης
- Αντιμετώπιση των εκκρίσεων, ειδικά όπου αντενδείκνυται η χρήση φαρμάκων που διαπερνούν τον αιματοεγκεφαλικό φραγμό
- Αντιμετώπιση των θορυβωδών εκκρίσεων στο τέλος της ζωής (ενδέχεται το φάρμακο να είναι πιο αποτελεσματικό αν η χορήγησή του αρχίσει εγκαίρως).

Δοσολογία και οδοί χορήγησης

Από του στόματος ή μέσω ενδομυϊκής ή ενδοφλέβιας ένεσης:

- **Παιδιά 1 μηνός-4 ετών:** 300-500μg/kg (μέγιστο: 5mg/δόση), 3-4 φορές ημερησίως
- **Παιδιά 5-11 ετών:** 5-10mg, 3-4 φορές ημερησίως
- **Παιδιά 12-17 ετών:** 10-20mg, 3-4 φορές ημερησίως.

Μέσω συνεχόμενης υποδόριας έγχυσης:

- **Παιδιά 1 μηνός-4 ετών:** 1,5mg/kg/24ωρο (ανώτατη δόση: 15mg/24ωρο)
- **Παιδιά 5-11 ετών:** 30mg/24ωρο
- **Παιδιά 12-17 ετών:** έως 60-80mg/24ωρο
- Είναι πιθανό να χρειαστούν υψηλότερες δόσεις – οι δόσεις που χρησιμοποιούνται σε ενήλικες κυμαίνονται μεταξύ 20-120mg/24ωρο (ανώτατη δοσολογία: 300mg/24ωρο).

Σημειώσεις

- Δεν διαπερνά τον αιματοεγκεφαλικό φραγμό (σε αντίθεση με την υδροβρωμιούχο υοσκίνη), συνεπώς δεν ασκεί αντιεμετική δράση σε επίπεδο κεντρικού νευρικού συστήματος και δεν προκαλεί υπνηλία.
- Υφίσταται αυξημένος κίνδυνος πρόκλησης καρδιακών αρρυθμιών και αναφυλακτικής αντίδρασης σε ασθενείς με υποκείμενη καρδιακή πάθηση.
- Η ενέσιμη μορφή της βουτυλοβρωμιούχου υοσκίνης αντενδείκνυται σε ασθενείς με ταχυκαρδία ενώ θα πρέπει να χορηγείται με προσοχή σε

ασθενείς με καρδιολογικά νοσήματα. Η Ρυθμιστική Αρχή Φαρμάκων και Προϊόντων Υγείας (MHRA) συνιστά οι ασθενείς αυτοί να παρακολουθούνται και να υφίσταται άμεσα διαθέσιμος εξοπλισμός ανάνηψης καθώς και εκπαιδευμένο προσωπικό.

- Έναρξη δράσης σε <10 λεπτά για την υποδόρια/ενδοφλέβια χορήγηση και σε 1-2 ώρες μετά τη λήψη από του στόματος. Χρόνος που απαιτείται για τη μέγιστη συγκέντρωση του φαρμάκου στο πλάσμα: 15 λεπτά-2 ώρες, μετά τη λήψη από του στόματος. Χρόνος ημίσειας ζωής στο πλάσμα: 1-5 ώρες. Διάρκεια δράσης: <2 ώρες σε ενήλικες εθελοντές αλλά ενδέχεται να είναι μεγαλύτερη σε θνήσκοντες ασθενείς.
- Η βιοδιαθεσιμότητα μετά τη χορήγηση από του στόματος βασίζεται στη νεφρική απέκκριση του φαρμάκου και είναι <1%. Συνεπώς, τυχόν αντισπασμωδική δράση που παρατηρείται μετά τη λήψη από του στόματος, πιθανόν να οφείλεται σε τοπική δράση λόγω επαφής του φαρμάκου με τον γαστρεντερικό βλεννογόνο.
- Ενδέχεται να επιτείνει την όξινη παλινδρόμηση.
- Τα δισκία δεν διαθέτουν άδεια χορήγησης σε παιδιά <6 ετών.
- Η ενέσιμη μορφή δεν έχει αδειοδοτηθεί για χρήση σε παιδιά.
- Το ενέσιμο διάλυμα μπορεί να χορηγηθεί από του στόματος ή μέσω σωλήνα εντερικής σίτισης. Αν ο σωλήνας απολήγει στη νήστιδα, θα πρέπει να εκτιμηθεί η χορήγηση του φαρμάκου παρεντερικά. Το ενέσιμο διάλυμα μπορεί να φυλαχθεί στο ψυγείο για 24 ώρες.
- Η ενδοφλέβια ένεση θα πρέπει να χορηγείται αργά σε διάρκεια ενός λεπτού. Το ενέσιμο διάλυμα μπορεί να αραιωθεί με γλυκόζη 5% ή χλωριούχο νάτριο 0,9%.
- Διατίθεται με τις ακόλουθες μορφές: δισκία (10mg) και ενέσιμο διάλυμα (20mg/ml).

Τεκμηρίωση: [1, 2, 10, 30, 223, 240-245]

Υοσκίνη υδροβρωμιούχος

Χρήση

- Έλεγχος των εκκρίσεων από τους ανώτερους αεραγωγούς καθώς και της υπερσειelőρροιας
- Πόνος λόγω κωλικού εντέρου
- Εφίδρωση και πυρετός στο πλαίσιο παρανεοπλασματικού συνδρόμου.

Δοσολογία και οδοί χορήγησης

Από του στόματος ή υπογλώσσια:

- **Παιδιά 2-11 ετών:** 10μg/kg (μέγιστο: 300μg ως εφάπαξ δόση), 4 φορές ημερησίως
- **Παιδιά 12-17 ετών:** 300μg, 4 φορές ημερησίως.

Διαδερμική χορήγηση:

- **Νεογνά με διορθωμένη ηλικία κύησης >32 εβδομάδων - Παιδιά 2 ετών:** ένα τέταρτο του διαδερμικού εμπλάστρου κάθε 72 ώρες
- **Παιδιά 3-9 ετών:** το ήμισυ ενός διαδερμικού εμπλάστρου κάθε 72 ώρες
- **Παιδιά 10-17 ετών:** ένα διαδερμικό έμπλαστρο κάθε 72 ώρες.

Μέσω υποδόριας ή ενδοφλέβιας ένεσης ή έγχυσης:

- **Παιδιά 1 μηνός-17 ετών:** 10μg/kg (ανώτατη δόση: 600μg) κάθε 4-8 ώρες. Μέσω συνεχούς υποδόριας ή ενδοφλέβιας έγχυσης: 40-60μg/kg/24ωρο. Ανώτατη συνιστώμενη δόση: 2,4mg σε 24 ώρες, αν και συνήθως χρησιμοποιούνται υψηλότερες δόσεις στα ειδικά τμήματα.

Σημειώσεις

- Δεν διαθέτει άδεια χορήγησης σε παιδιά για τον έλεγχο των εκκρίσεων από τους ανώτερους αεραγωγούς ή της υπερσειelőρροιας.
- Συνήθως χορηγούνται υψηλότερες δόσεις κατόπιν συμβουλής ειδικού ιατρού.
- Το φάρμακο μπορεί να προκαλέσει παραλήρημα ή καταστολή (και άλλοτε παράδοση διέγερση) μετά από επαναλαμβανόμενη χορήγηση.
- Προκαλεί δυσκοιλιότητα. Μπορεί να επιδεινώσει την όξινη παλινδρόμηση.
- Το διαδερμικό έμπλαστρο θα πρέπει να εφαρμόζεται σε άτριχο δέρμα πίσω από το αυτί.

- Η χρήση του διαδερμικού έμπλαστρου μπορεί να προκαλέσει μεταβολή του μεγέθους της ίριδας στην πλευρά που θα εφαρμοστεί.
- Τα διαδερμικά έμπλαστρα περιέχουν μέταλλο στο υπόστρωμά τους, συνεπώς θα πρέπει να αφαιρούνται πριν από τη διενέργεια μαγνητικής τομογραφίας για την αποφυγή εγκαυμάτων.
- Ορισμένοι ειδικοί προτείνουν τα διαδερμικά αυτοκόλλητα να μην κόβονται – ωστόσο έχει επιβεβαιωθεί από την παρασκευάστρια εταιρεία του αυτοκόλλητου με την εμπορική ονομασία *Scopoderm TTS* ότι είναι ασφαλές να τμηθεί, αν και η πρακτική αυτή δεν περιλαμβάνεται στην άδεια του προϊόντος.
- Το ενέσιμο διάλυμα μπορεί να χορηγηθεί από του στόματος.
- Διατίθεται με τις ακόλουθες μορφές: δισκία (150μg, 300μg), διαδερμικό αυτοκόλλητο (φαρμακούχο έμπλαστρο) (απελευθερώνει 1mg/72 ώρες) και ενέσιμη μορφή (400μg/ml, 600μg/ml). Διατίθεται επίσης πόσιμο διάλυμα από ειδικές παρασκευάστριες εταιρείες.

Τεκμηρίωση: [1, 2, 30, 89, 222, 223, 243]

Φαινοβαρβιτάλη

Χρήση

- Συμπληρωματική αγωγή για την αντιμετώπιση του πόνου εξαιτίας εγκεφαλικού ερεθισμού.
- Έλεγχος των σπασμών τελικού σταδίου.
- Επίτευξη καταστολής (υπνωτικό και αγχολυτικό).
- Επιληπτικοί σπασμοί καθώς και status epilepticus. Συχνά χρησιμοποιείται ως φάρμακο πρώτης γραμμής για την αντιμετώπιση των σπασμών σε νεογνά (η φαιнуτοϊνή και η βενζοδιαζεπίνη αποτελούν τις κυριότερες εναλλακτικές).
- Διέγερση ανθεκτική στη μιδαζολάμη, στο πλαίσιο της φροντίδας τελικού σταδίου.

Δοσολογία και οδοί χορήγησης

Status epilepticus/σπασμοί τελικού σταδίου/διέγερση

Οι δόσεις φόρτισης δεν είναι συνήθως απαραίτητες εκτός από την περίπτωση ελέγχου των σπασμών τελικού σταδίου σε ασθενή που δεν λαμβάνει τακτική αντιεπιληπτική αγωγή. Αυτό συμβαίνει γιατί στο πλαίσιο της παιδιατρικής ανακουφιστικής φροντίδας το φάρμακο συνήθως δεν χρησιμοποιείται για την αντιμετώπιση των σπασμών σε περίπτωση επείγοντος αλλά για τον εγκεφαλικό ερεθισμό. Για την περίπτωση των σπασμών, κατά κανόνα χορηγείται ως αγωγή προφύλαξης ή προστίθεται στο ήδη υπάρχον σχήμα χορήγησης άλλων αντιεπιληπτικών φαρμάκων. Σε αυτές τις περιπτώσεις δεν είναι συνήθως επιτακτική η επίτευξη αποτελεσματικής συγκέντρωσης του φαρμάκου στον ορό.

Δόση φόρτισης, στις περιπτώσεις που απαιτείται

Από του στόματος, ή μέσω ενδοφλέβιας ή υποδόριας ένεσης:

Σε όλες τις ηλικίες: 20mg/kg/δόση (μέγιστο: 1gr) χορηγούμενη στη διάρκεια 20 λεπτών αν διενεργείται μέσω ενδοφλέβιας ή υποδόριας ένεσης (ανατρέξτε ωστόσο στις σημειώσεις που ακολουθούν).

Υποδόρια ή ενδοφλέβια ένεση ή έγχυση:

- **Νεογνά για τον έλεγχο συνεχιζόμενων σπασμών:** 2,5-5mg/kg μία ή δύο φορές ημερησίως ως δόση συντήρησης.

- **Παιδιά 1 μηνός-11 ετών:** 2,5-5mg/kg (ανώτατη εφάπαξ δόση: 300mg) μία ή δύο φορές ημερησίως – εναλλακτικά μπορεί να χορηγηθεί ως συνεχόμενη έγχυση στη διάρκεια 24 ωρών.
- **Παιδιά 12-17 ετών:** 300mg δύο φορές ημερησίως – εναλλακτικά μπορεί να χορηγηθεί ως συνεχόμενη έγχυση στη διάρκεια 24 ωρών.

Επιληψία

Από του στόματος:

- **Νεογνά για τον έλεγχο συνεχιζόμενων σπασμών:** 2,5-5mg/kg μία ή δύο φορές ημερησίως ως δόση συντήρησης.
- **Παιδιά 1 μηνός-11 ετών:** 1-1,5mg/kg δύο φορές ημερησίως, δόση που μπορεί να αυξάνεται κατά 2mg/kg την ημέρα, σύμφωνα με τις ανάγκες (συνήθης δόση συντήρησης: 2,5-4mg/kg μία ή δύο φορές ημερησίως).
- **Παιδιά 12-17 ετών:** 60-180mg εφάπαξ ημερησίως.

Σημειώσεις

- Η άδεια χρήσης του φαρμάκου αφορά αποκλειστικά την αντιμετώπιση των σπασμών. Δεν έχει αδειοδοτηθεί για την αντιμετώπιση της διέγερσης στο πλαίσιο της φροντίδας τελικού σταδίου.
- Είναι απαραίτητη η χορήγηση εφάπαξ δόσης φόρτισης κατά την έναρξη της αγωγής, αν απαιτείται άμεσο αποτέλεσμα. Η χορήγηση θα πρέπει να διενεργείται μέσω της εντερικής οδού, αν είναι εφικτό. Η δόση φόρτισης μπορεί να χορηγηθεί ενδοφλεβίως στη διάρκεια 20 λεπτών ή ως αργή υποδόρια δόση φόρτισης, ωστόσο ο όγκος του τελικού διαλύματος θα περιορίσει τη συχνότητα με την οποία μπορούν να χορηγούνται οι εφάπαξ (bolus) υποδόριες δόσεις.
- Η δόση φόρτισης είναι απαραίτητη για να επιτευχθεί ταχέως σταθερή συγκέντρωση του φαρμάκου στο αίμα και να αποφευχθεί η όψιμη τοξικότητα λόγω άθροισης της φαινοβαρβιτάλης στους ιστούς.
- Για ασθενείς που ήδη λαμβάνουν φαινοβαρβιτάλη από του στόματος και στους οποίους απαιτείται η χορήγηση του φαρμάκου παρεντερικά, μπορούν να χρησιμοποιηθούν δόσεις ισοδύναμες με τη συνήθη ολική ημερήσια δόση φαινοβαρβιτάλης που λαμβάνει ο ασθενής από του στόματος.
- Ο χρόνος ημιζωής για την απέκκριση του φαρμάκου είναι 2-6 ημέρες σε ενήλικους ασθενείς και 1-3 ημέρες στα παιδιά.
- Η φαινοβαρβιτάλη επάγει διάφορα ένζυμα του συστήματος CYP450 και

κατά συνέπεια ενδέχεται να οδηγήσει σε μείωση των συγκεντρώσεων στο πλάσμα τυχόν συγχωρηγούμενων φαρμάκων που μεταβολίζονται από το σύστημα αυτό.

- Θα πρέπει να εκτιμάται η συμπληρωματική χορήγηση βιταμίνης D σε ασθενείς που είναι ακινητοποιημένοι για μακρά διαστήματα, δεν εκτίθενται επαρκώς στον ήλιο ή δεν προσλαμβάνουν επαρκείς ποσότητες ασβεστίου με την τροφή.
- Τα δισκία μπορούν να θρυμματιστούν πριν από τη λήψη τους, αν είναι προτιμότερο.
- Οι υγρές μορφές του φαρμάκου μπορούν να χορηγηθούν μέσω σωλήνα εντερικής σίτισης. Για χορήγηση μέσω νησιδοστομίας, συνιστάται αραιώση με νερό ώστε να μειωθεί το ιξώδες του διαλύματος.
- Θα πρέπει να χρησιμοποιείται διαφορετική θέση για την έναρξη της υποδόριας έγχυσης. Οι εφάπαξ (bolus) υποδόριες ενέσεις θα πρέπει να αποφεύγονται διότι, λόγω του υψηλού pH, μπορεί να προκαλέσουν νέκρωση των ιστών.
- Είναι απαραίτητη η διάλυση της ενέσιμης μορφής σε όγκο 10 φορές μεγαλύτερο του όγκου του φιαλιδίου ενέσιμου ύδατος, πριν από την ενδοφλέβια ή υποδόρια ένεση του φαρμάκου (δηλ. έως την ανώτατη συγκέντρωση των 20mg/ml).
- Διατίθεται με τις ακόλουθες μορφές: δισκία (15mg, 30mg, 60mg), πόσιμο ελιξήριο (15mg/5ml) και ενέσιμη μορφή (15mg/ml, 30mg/ml, 60mg/ml και 200mg/ml). Το αδειοδοτημένο πόσιμο ελιξήριο των 15mg σε 5ml περιέχει αλκοόλη 38% – είναι ωστόσο προτιμότερο να ληφθεί ένα πόσιμο διάλυμα ελεύθερο αλκοόλης, το οποίο μπορούν να προμηθεύσουν ειδικές παρασκευάστριες εταιρείες.
- Ελεγχόμενο Φάρμακο Πίνακα 3.

Τεκμηρίωση: [2, 3, 149, 206, 483]

Φαιντανύλη

Χρήση

- Αναλγητικό βαθμίδας 2 στην Κλίμακα Αναλγητικών του Π.Ο.Υ. (μέτριος και σοβαρός πόνος).

Δοσολογία και οδοί χορήγησης

Κατά κανόνα, η μετατροπή από την ήδη χορηγούμενη αναλγητική αγωγή πραγματοποιείται με βάση την ισοδύναμη δόση μορφίνης από του στόματος. Χρησιμοποιήστε τις ακόλουθες **δόσεις έναρξης** σε ασθενείς ελεύθερους οπιοειδών (naïve). Οι ανώτερες δόσεις που παρατίθενται αφορούν αποκλειστικά τις δόσεις **έναρξης**.

Ενημέρωση από τη Ρυθμιστική Αρχή Φάρμακων και Προϊόντων Υγείας (MHRA) και την Επιτροπή Φαρμάκων Ανθρώπινης Χρήσης (CMH): κατά τη χορήγηση του διαδερμικού έμπλαστρου φαιντανύλης υφίσταται κίνδυνος απειλητικής για τη ζωή και θανατηφόρου τοξικότητας λόγω ακούσιας έκθεσης στα οπιοειδή, ιδιαίτερα στα παιδιά (Οκτώβριος 2018).

Ακούσια έκθεση στη διαδερμική φαιντανύλη μπορεί να συμβεί αν ένα διαδερμικό έμπλαστρο καταποθεί ή μεταφερθεί σε άλλο άτομο. Θα πρέπει πάντοτε να ενημερώνονται οι ασθενείς και οι φροντιστές τους για τις οδηγίες ασφαλούς χρήσης των εμπλάστρων φαιντανύλης, ιδιαίτερα ως προς τη σημασία των εξής:

- Να μην υπερβαίνεται η δόση που έχει συνταγογραφηθεί.
- Να ακολουθείται με ακρίβεια η συχνότητα εφαρμογής των διαδερμικών εμπλάστρων, να αποφεύγεται το άγγιγμα της συγκολλητικής επιφάνειας του έμπλαστρου και να πλένονται τα χέρια μετά την εφαρμογή του.
- Να μην τέμνονται τα έμπλαστρα και να αποφεύγεται η έκθεσή τους στη θερμότητα, συμπεριλαμβανομένου του ζεστού νερού.
- Να διασφαλίζεται ότι έχει αφαιρεθεί το προηγούμενο έμπλαστρο φαιντανύλης πριν από την εφαρμογή του επόμενου.
- Να ακολουθούνται οι οδηγίες ασφαλούς φύλαξης και κατάλληλης απόρριψης των χρησιμοποιημένων εμπλάστρων ή εκείνων που δεν είναι πλέον απαραίτητα.

Οι ασθενείς και οι φροντιστές τους θα πρέπει να ενημερώνονται ώστε να αναζητήσουν άμεσα ιατρική συμβουλή σε υποψία υπερδοσολογίας – για περαιτέρω πληροφόρηση, ανατρέξτε στις παραγράφους για τις ανεπιθύμητες ενέργειες και τις οδηγίες για ασθενείς και φροντιστές στο Φύλλο Οδηγιών του φαρμάκου.

Μέσω διαδερμικού έμπλαστρου ή συνεχούς έγχυσης:

- Με βάση την ισοδύναμη δόση μορφίνης από του στόματος (χορηγούμενη ως ολική δόση 24ωρου).

Τα διαδερμικά έμπλαστρα φαιτανύλης για χορήγηση διάρκειας 72 ωρών είναι κατά προσέγγιση ισοδύναμα με τις ακόλουθες 24ωρες δόσεις μορφίνης από του στόματος:

- Άλας μορφίνης 30mg ημερησίως $\equiv$ Έμπλαστρο φαιτανύλης 12μg/ώρα
- Άλας μορφίνης 60 mg ημερησίως $\equiv$ Έμπλαστρο φαιτανύλης 25μg/ώρα
- Άλας μορφίνης 120 mg ημερησίως $\equiv$ Έμπλαστρο φαιτανύλης 50μg/ώρα
- Άλας μορφίνης 180 mg ημερησίως $\equiv$ Έμπλαστρο φαιτανύλης 75μg/ώρα
- Άλας μορφίνης 240 mg ημερησίως $\equiv$ Έμπλαστρο φαιτανύλης 100μg/ώρα

Διά του στοματικού βλεννογόνου (τροχίσκος με εξάρτημα εφαρμογής στον βλεννογόνο του στόματος):

- **Παιδιά 2-18 ετών και με σωματικό βάρος άνω των 10 kg:** 15μg/kg ως εφάπαξ δόση, τιτλοποιούμενη έως την ανώτατη δόση των 400μg (υψηλότερες δόσεις μπορούν να χορηγηθούν υπό την επίβλεψη ειδικού ιατρού).

Μέσω ενδορινικής χορήγησης (δόσεις έναρξης σε ασθενείς ελεύθερους οπιοειδών που εμφανίζουν οξύ πόνο):

- **Νεογνά-Παιδιά <2 ετών:** 1μg/kg ως εφάπαξ δόση
- **Παιδιά 2-18 ετών:** 1-2μg/kg ως εφάπαξ δόση, ανώτατη αρχική εφάπαξ δόση: 50μg.

Μέσω συνεχούς ενδοφλέβιας/υποδόριας έγχυσης:

- **Νεογνά και βρέφη:** 0,15-0,5μg/kg/ώρα
- **Παιδιά:** 0,25-1μg/kg/ώρα.

Μέσω ενδοφλέβιας/υποδόριας ένεσης (απαιτούνται χαμηλότερες δόσεις σε νεογνά που δεν υποβάλλονται σε μηχανικό αερισμό καθώς και σε ασθενείς ελεύθερους οπιοειδών)

- **Νεογνά και βρέφη:**
 - **Δεν υποβάλλονται σε μηχανικό αερισμό:** 0,15-0,25μg/kg ανά δόση, αργή χορήγηση στη διάρκεια 3-5 λεπτών, επανάληψη της δόσης σε 30-60 λεπτά.
 - **Υποβάλλονται σε μηχανικό αερισμό:** 0,25-0,5μg/kg ανά δόση, αργή χορήγηση στη διάρκεια 3-5 λεπτών, επανάληψη της δόσης κάθε 30-60 λεπτά.
- **Παιδιά άνω του 1 έτους:** 0,25-0,5μg/kg ανά δόση, αργή χορήγηση στη διάρκεια 3-5 λεπτών, επανάληψη της δόσης κάθε 30-60 λεπτά.

Σημειώσεις

- Η ενέσιμη μορφή δεν διαθέτει άδεια χορήγησης σε παιδιά μικρότερα των 2 ετών. Οι τροχίσκοι και τα ρινικά εκνεφώματα δεν έχουν αδειοδοτηθεί για χρήση σε παιδιά.
- Αναφορικά με τη χρήση του φαρμάκου στη νεογνολογία, δεν υφίσταται μικρότερη διορθωμένη ηλικία κύησης για τη χορήγηση της φαιντανύλης, δεδομένου ότι το φάρμακο χρησιμοποιείται κατά την ενδοτραχειακή διασωλήνωση νεογνών ανεξαρτήτως ηλικίας κύησης.
- Μπορεί να χρησιμοποιηθεί με ασφάλεια σε ασθενείς με πτωχή, επιδεινούμενη ή απύουσα νεφρική λειτουργία.
- Θα πρέπει να αποφεύγεται η χορήγηση ή να μειώνεται η δόση στην ηπατική δυσλειτουργία.
- Αποτελεί συνθετικό οπιοειδές με πολύ διαφορετική δομή από τη μορφίνη, συνεπώς ιδανικό σε περιπτώσεις που απαιτείται εναλλαγή οπιοειδών.
- Οι ενδείξεις ότι προκαλεί σε μικρότερο βαθμό δυσκοιλιότητα συγκριτικά με τη μορφίνη δεν επιβεβαιώθηκαν σε πιο πρόσφατες μελέτες [166].
- Θα πρέπει να εκτιμάται η μείωση των δόσεων έναρξης σε παχύσαρκα παιδιά καθώς και να χρησιμοποιείται στους υπολογισμούς το ιδανικό και όχι το πραγματικό βάρος σώματος.
- Τα σκευάσματα φαιντανύλης για την αντιμετώπιση του παροξυσμικού πόνου δεν μπορούν να αντικατασταθούν μεταξύ τους. Αν οι ασθενείς μεταβαίνουν σε ένα διαφορετικό σκεύασμα φαιντανύλης, η δόση θα πρέπει να επανατιτλοποιείται.

- Για την αντιμετώπιση του παροξυσμικού πόνου, η δραστηριότητα της φαιντανύλης εμφανίζει ιδιαιτερότητες: αρχίστε με σημαντικά χαμηλότερη δόση από αυτή που υπολογίζεται με βάση την ισοδυναμία μορφίνης από του στόματος. Η χορήγηση θα πρέπει να αρχίζει πάντοτε με τις χαμηλότερες δόσεις οι οποίες ακολούθως θα τιτλοποιούνται προς τα άνω.

Μορφές για ενδορινική χορήγηση

- Η έναρξη δράσης του φαρμάκου όταν χορηγείται μέσω της ενδορινικής οδού είναι ταχύτερη και διαρκεί λιγότερο σε σχέση με τη χορήγηση διά του στοματικού βλεννογόνου.
- Η φαρμακοκινητική της φαιντανύλης που χορηγείται ενδορινικά είναι ικανοποιητική αλλά η χορήγηση δια της οδού αυτής δεν είναι πάντοτε πρακτική και/ή καλά ανεκτή από τα παιδιά.
- Η ενδορινική οδός έχει επίσης χρησιμοποιηθεί για την αντιμετώπιση της αναπνευστικής δυσχέρειας στο πλαίσιο της παιδιατρικής ανακουφιστικής φροντίδας.
- Το ενέσιμο διάλυμα μπορεί να χορηγηθεί ενδορινικά όταν απαιτούνται δόσεις μικρότερες των 50μg, που αποτελεί τη χαμηλότερη ισχύ από τις διαθέσιμες μορφές ρινικού εκνεφώματος.
- Το ενέσιμο διάλυμα μπορεί να χορηγηθεί διά της ρινικής οδού υπό μορφή σταγόνων (ενδέχεται να προκληθεί δυσάρεστο αίσθημα) ή με τη χρήση συσκευής ψεκασμού, όπως π.χ. εκείνη που χρησιμοποιείται στα Τμήματα Επειγόντων για τη χορήγηση διαμορφίνης ενδορινικά.

Τροχίσκοι

- Η χρησιμότητα των τροχίσκων και των δισκίων για χορήγηση διά του στοματικού βλεννογόνου/υπογλωσσίως είναι περιορισμένη στα παιδιά εξαιτίας αφενός των διαθέσιμων δοσολογικών μορφών και αφετέρου της απουσίας ενός αξιόπιστου συντελεστή μετατροπής. Στην πράξη, υπάρχει επίσης διακύμανση μεταξύ των διαφόρων σκευασμάτων καθώς και μεταξύ των ατόμων.
- Ένα άλλο σημείο όπου απαιτείται προσοχή είναι ότι η δόση μορφίνης από του στόματος που είναι κατά προσέγγιση ισοδύναμη με τη μικρότερη περιεκτικότητα τροχίσκου (200μg) είναι 30mg, γεγονός που σημαίνει ότι

η χρήση του τροχίσκου ενδείκνυται για την αντιμετώπιση του παροξυσμικού πόνου μόνο σε παιδιά που λαμβάνουν ολική ημερήσια δόση ισοδύναμη με 180mg μορφίνης και άνω.

- Τα μεγαλύτερα παιδιά συχνά επιλέγουν να σταματήσουν τη χρήση του τροχίσκου πριν διαλυθεί πλήρως, γεγονός που έχει ιδιαίτερη σημασία για αυτά ως δυνατότητα ελέγχου της αναλγητικής τους αγωγής.
- Ο τροχίσκος θα πρέπει να περιστρέφεται στο βλεννογόνο του εσωτερικού της παρειάς (δηλ. σαν «γλειφιτζούρι») και να μη λαμβάνεται με εκμύζηση.

Διαδερμικά έμπλαστρα (αυτοκόλλητα) φαιντανύλης

- Τα διαδερμικά έμπλαστρα κατά κανόνα δεν ενδείκνυνται για την έναρξη χορήγησης ή για τη διαδικασία τιτλοποίησης των οπιοειδών στην ανακουφιστική φροντίδα, δεδομένου ότι η χρήση τους απαιτεί υψηλή αύξηση των δόσεων ανά εφαρμογή ενώ πρέπει να μεσολαβήσει ορισμένο χρονικό διάστημα για την επίτευξη σταθερών συγκεντρώσεων του φαρμάκου.
- Τα έμπλαστρα φαιντανύλης απαιτούν συνήθως έως 17 ώρες για την επίτευξη σταθερών συγκεντρώσεων του φαρμάκου. Η εφαρμογή του διαδερμικού έμπλαστρου φαιντανύλης θα πρέπει να αρχίζει ταυτόχρονα με την τελευταία δόση μορφίνης ελεγχόμενης αποδόσεως.
- Τα έμπλαστρα φαιντανύλης θα πρέπει να αντικαθίστανται κάθε 72 ώρες και η θέση εφαρμογής να εναλλάσσεται. Σε ορισμένες περιπτώσεις παιδιών που μεταβολίζουν ταχέως το φάρμακο, η δράση του διαδερμικού έμπλαστρου μπορεί να μη διαρκέσει για 72 ώρες και να απαιτείται αντικατάστασή του κάθε 36-48 ώρες.
- Η αναλογία μετατροπής από τη διαδερμική προς την ενδοφλέβια/υποδόρια χορήγηση φαιντανύλης είναι 1:1.
- Η φαιντανύλη αθροίζεται στους ιστούς και σημαντικές συγκεντρώσεις του φαρμάκου παραμένουν για τουλάχιστον 24 ώρες μετά τη διακοπή της διαδερμικής χορήγησης. Απαιτούνται 17 ή και περισσότερες ώρες προκειμένου να μειωθεί η συγκέντρωση της φαιντανύλης στο πλάσμα κατά 50% – συνεπώς η αντιρροπιστική χορήγηση οπιοειδών θα πρέπει να αρχίζει με χαμηλή δοσολογία η οποία θα αυξάνεται σταδιακά.
- Για την αντιμετώπιση συμπτωμάτων που επιδεινώνονται ταχέως κατά τις τελευταίες λίγες ώρες ή ημέρες της ζωής, θα πρέπει να συνεχίζεται η χορήγηση διαδερμικής φαιντανύλης και να παρέχεται επιπλέον υποδοριώς

μορφίνη κατ'επίκληση (*prn*). Αν χρειαστούν πάνω από 2 κατ'επίκληση δόσεις σε 24 ώρες, θα πρέπει να χορηγηθεί μορφίνη μέσω συνεχούς υποδόριας έγχυσης ενώ θα συνεχίζεται η διαδερμική φαιντανύλη. Η έγχυση μορφίνης θα πρέπει να αρχίζει με δόση ίση με το άθροισμα όλων των κατ'επίκληση δόσεων του τελευταίου 24ωρου. Αν χρειαστεί, μπορεί να προσαρμοστεί η κατ'επίκληση δόση, συνυπολογίζοντας την ολική δοσολογία οπιοειδών (δηλ. διαδερμικής φαιντανύλης + μορφίνης σε συνεχή υποδόρια έγχυση).

Διαθέσιμες μορφές

- Εκνέφωμα για ενδορινική χορήγηση, εμπορική ονομασία: *Instanyl*® (50μg/ψεκασμό δοσομετρικής συσκευής, 100μg/ψεκασμό δοσομετρικής συσκευής και 200μg/ψεκασμό δοσομετρικής συσκευής), εμπορική ονομασία: *PecFent*® (100μg/ψεκασμό δοσομετρικής συσκευής και 400μg/ψεκασμό δοσομετρικής συσκευής).
- Τροχίσκοι με εξάρτημα εφαρμογής στον στοματικό βλεννογόνο, εμπορική ονομασία: *Actiq*® (200μg, 400μg, 600μg, 800μg, 1,2mg και 1,6mg).
- Υπογλώσσια δισκία/δισκία για χορήγηση διά του στοματικού βλεννογόνου, εμπορική ονομασία: *Abstral*® (100μg, 200μg, 300μg, 400μg, 600μg και 800μg), εμπορική ονομασία: *Recivit*® (133μg, 267μg, 400μg και 800μg) και δισκία παρειάς με την εμπορική ονομασία: *Effentora*® (100μg, 200μg, 400μg, 600μg και 800μg) και *Breakyl*® (200μg, 400μg, 600μg, 800μg και 1200μg).
- Διαδερμικά έμπλαστρα: διάφορες παρασκευάστριες εταιρείες (12μg/ώρα, 25μg/ώρα, 50μg/ώρα, 75μg/ώρα και 100μg/ώρα). Σύστημα διαδερμικής εφαρμογής με την εμπορική ονομασία: *Ionsys*® (40μg/δόση).
- Ενέσιμη μορφή: 50μg ανά ml.
- Ελεγχόμενο Φάρμακο Πίνακα 2.

Τεκμηρίωση: [2, 4, 5, 13, 144, 167-190]

Φαινοτοΐνη

Χρήση

- Επιληψία (αντιεπιληπτικό 3^{ης} ή 4^{ης} γραμμής για λήψη από του στόματος), συμπεριλαμβανομένου του status epilepticus.
- Νευροπαθητικός πόνος (αποτελεσματικό, τουλάχιστον σε βραχυχρόνια χορήγηση, δεν ενδείκνυται ως φάρμακο πρώτης γραμμής).

Δοσολογία και οδοί χορήγησης

Όλες οι μορφές επιληψίας (συμπεριλαμβάνονται οι τονικοκλονικοί, οι εστιακοί και οι νεογνικοί σπασμοί) εκτός από τις αφαιρέσεις. Νευροπαθητικός πόνος.

Από του στόματος ή μέσω αργής ενδοφλέβιας ένεσης:

- **Νεογνά:** αρχική δόση φόρτισης μέσω αργής ενδοφλέβιας ένεσης: 18mg/kg **ΚΑΙ ΑΚΟΛΟΥΘΩΣ από του στόματος** 2,5-5mg/kg δύο φορές ημερησίως, δόση που θα προσαρμόζεται ανάλογα με την ανταπόκριση του ασθενούς και τα επίπεδα φαινοτοΐνης στο πλάσμα. Συνήθης ανώτατη δόση: 7,5mg/kg δύο φορές ημερησίως.
- **Παιδιά 1 μηνός-11 ετών:** αρχική δόση 1,5-2,5mg/kg δύο φορές ημερησίως, η οποία ακολουθώντας θα προσαρμόζεται ανάλογα με την ανταπόκριση του ασθενούς και τα επίπεδα φαινοτοΐνης στο πλάσμα, έως τη δόση των 2,5-5mg/kg δύο φορές ημερησίως, η οποία κατά κανόνα αποτελεί και τη συνήθη δόση συντήρησης. Συνήθης ανώτατη δόση: 7,5mg/kg δύο φορές ημερησίως ή 300 mg ημερησίως.
- **Παιδιά 12-17 ετών:** αρχική δόση 75-150mg δύο φορές ημερησίως, η οποία ακολουθώντας θα προσαρμόζεται ανάλογα με την ανταπόκριση του ασθενούς και τα επίπεδα φαινοτοΐνης στο πλάσμα, έως τη δόση των 150-200mg δύο φορές ημερησίως, η οποία κατά κανόνα αποτελεί και τη συνήθη δόση συντήρησης. Συνήθης ανώτατη δόση: 300mg δύο φορές ημερησίως.

Status epilepticus, οξείες συμπτωματικές εξάρσεις σπασμών

Αργή ενδοφλέβια ένεση ή έγχυση:

- **Νεογνά:** δόση φόρτισης 20mg/kg χορηγούμενη στη διάρκεια τουλάχιστον 20 λεπτών και ακολουθώντας 2,5-5mg/kg/δόση (στη διάρκεια 30 λεπτών)

κάθε 12 ώρες, η οποία αποτελεί και τη συνήθη δόση συντήρησης στην πρώτη εβδομάδα της ζωής. Η δόση μπορεί να προσαρμόζεται ανάλογα με την ανταπόκριση, ενώ σε βρέφη μεγαλύτερης ηλικίας είναι πιθανό να απαιτηθούν υψηλότερες δόσεις. Μετά την πρώτη δόση, η χορήγηση από του στόματος είναι συνήθως εξίσου αποτελεσματική με την ενδοφλέβια, σε βρέφη άνω των 2 εβδομάδων ζωής.

- **Παιδιά 1 μηνός-11 ετών:** δόση φόρτισης 20mg/kg χορηγούμενη στη διάρκεια τουλάχιστον 20 λεπτών και ακολούθως 2,5-5mg/kg δύο φορές ημερησίως, η οποία αποτελεί και τη συνήθη δόση συντήρησης.
- **Παιδιά 12-17 ετών:** δόση φόρτισης 20mg/kg χορηγούμενη στη διάρκεια τουλάχιστον 20 λεπτών και στη συνέχεια αύξηση ως τα 100mg (χορηγούμενα στη διάρκεια 30 λεπτών), 3 έως 4 φορές ημερησίως, η οποία αποτελεί και τη συνήθη δόση συντήρησης.

Σημειώσεις

- Κατάσταση αδειοδότησης: το εναιώρημα με περιεκτικότητα 90mg/5ml αποτελεί ειδικό σκεύασμα και χορηγείται εκτός εγκεκριμένων ενδείξεων. Οι υπόλοιπες μορφές διαθέτουν άδεια χορήγησης σε παιδιά ως αντιεπιληπτικά (το ηλικιακό εύρος δεν καθορίζεται).
- Η φαινυτοΐνη δρα ως σταθεροποιητικός παράγοντας της μεμβράνης των νευρικών κυττάρων.
- Διαθέτει στενό θεραπευτικό δείκτη, απρόβλεπτο χρόνο ημιζωής, ενώ η σχέση ανάμεσα στη δόση και τη συγκέντρωση του φαρμάκου στο πλάσμα δεν είναι γραμμική. Επιπλέον, ο ρυθμός αποβολής του φαρμάκου κυμαίνεται ευρύτατα, ιδιαίτερα στις πρώτες λίγες εβδομάδες και τους πρώτους μήνες ζωής. Η συγχορήγηση με τα συνήθη χρησιμοποιούμενα φάρμακα, μπορεί να μεταβάλλει σημαντικά τον χρόνο ημιζωής της φαινυτοΐνης.
- Η φαινυτοΐνη εμφανίζει πολλές αλληλεπιδράσεις με άλλους φαρμακευτικούς παράγοντες λόγω της επαγωγής των ηπατικών ενζύμων. Η μακροχρόνια χρήση της συσχετίζεται με σημαντικές παρενέργειες. Δεν είναι περισσότερο αποτελεσματική από άλλα αντιεπιληπτικά και άρα δεν χρησιμοποιείται ως αγωγή πρώτης γραμμής, αν και διευκολύνει η ταχεία τιτλοποίησή της.
- Κατά την ενδοφλέβια χορήγηση του φαρμάκου απαιτείται συνεχής λήψη ηλεκτροκαρδιογραφήματος καθώς και παρακολούθηση της αρτηριακής πίεσης του ασθενούς.

- Η βιοδιαθεσιμότητα της φαινυτοΐνης μετά τη λήψη από του στόματος είναι 90-95%, περίπου ισοδύναμη με τη βιοδιαθεσιμότητά της μετά την ενδοφλέβια χορήγηση. Ο χρόνος ημιζωής του φαρμάκου στο πλάσμα είναι 7-42 ώρες. Εμφανίζει πτωχή απορρόφηση κατά τη χορήγηση διά του ορθού.
- Η δόση θα πρέπει να μειώνεται στην ηπατική δυσλειτουργία. Απαιτείται προσεκτική παρακολούθηση σε περίπτωση μειωμένης σύνδεσης του φαρμάκου με την αλβουμίνη ή τις πρωτεΐνες του πλάσματος, όπως π.χ. στη νεφρική ανεπάρκεια.
- Απαιτείται προσοχή καθώς έχει αναφερθεί διασταυρούμενη ευαισθησία με την καρβαμαζεπίνη.
- Η απότομη διακοπή του φαρμάκου θα πρέπει να αποφεύγεται.
- Θα πρέπει να εκτιμάται η συμπληρωματική χορήγηση βιταμίνης D σε ασθενείς που είναι ακινητοποιημένοι για μακρά διαστήματα, δεν εκτίθενται επαρκώς στο ηλιακό φως ή δεν προσλαμβάνουν επαρκείς ποσότητες ασβεστίου με την τροφή.
- Πριν και μετά από τη χορήγηση, η ενδοφλέβια γραμμή θα πρέπει να εκπλένεται με διάλυμα χλωριούχου νατρίου 0,9%.
- Για *ενδοφλέβια ένεση*, η χορήγηση θα πρέπει να γίνεται σε μεγάλη φλέβα και με ρυθμό που δεν θα υπερβαίνει το 1mg/kg/λεπτό (μέγιστο: 50mg/λεπτό).
- Για *ενδοφλέβια έγχυση*, το φάρμακο θα πρέπει να αραιώνεται με διάλυμα χλωριούχου νατρίου 0,9% σε συγκέντρωση που δεν θα υπερβαίνει τα 10mg/ml και να χορηγείται σε μεγάλη φλέβα μέσω φίλτρου σε σειρά (in-line) (μέγεθος πόρων 0,22-0,50μm) με ρυθμό που δεν θα υπερβαίνει το 1mg/kg/λεπτό (μέγιστο: 50mg/λεπτό) – η χορήγηση θα πρέπει να ολοκληρωθεί εντός μίας ώρας από την παρασκευή του διαλύματος.
- Οι συνταγές για τις πόσιμες μορφές θα πρέπει να περιλαμβάνουν και την εμπορική ονομασία ενώ θα πρέπει να συνταγογραφείται συγκεκριμένο είδος σκευάσματος προκειμένου να εξασφαλιστεί η σταθερότητα στην παρεχόμενη ποσότητα φαρμάκου.
- Οι μορφές που περιλαμβάνουν νατρίουχο φαινυτοΐνη **δεν** είναι βιοϊσοδύναμες με εκείνες που περιέχουν βάση φαινυτοΐνης (όπως τα δισκία με την εμπορική ονομασία *Epanutin Infatabs*® και το εναιώρημα με την εμπορική ονομασία *Epanutin*®). Τα 100mg νατρίουχου φαινυτοΐνης είναι κατά προσέγγιση ισοδύναμα σε θεραπευτική δράση με 92mg βάσης φαινυτοΐνης.

Η δοσολογία είναι ίδια για όλα τα σκευάσματα φαινυτοΐνης κατά την έναρξη της αγωγής, ωστόσο αν υπάρξουν εναλλαγές μεταξύ διαφορετικών σκευασμάτων, η διαφορά στην περιεκτικότητα της φαινυτοΐνης μπορεί να αποβεί κλινικά σημαντική. Απαιτείται προσοχή όταν πραγματοποιούνται εναλλαγές σκευασμάτων φαινυτοΐνης – προτείνεται η παρακολούθηση της συγκέντρωσης του φαρμάκου στο πλάσμα.

- Η βιοδιαθεσιμότητα της φαινυτοΐνης μπορεί να μειωθεί με μη προβλέψιμο τρόπο εξαιτίας της χορήγησης τροφής διά της εντερικής οδού και/ή μέσω ρινογαστρικού καθετήρα, απαιτείται συνεπώς έκπλυση του καθετήρα με νερό ώστε να ενισχυθεί η απορρόφηση, διακοπή της εντερικής σίτισης για τουλάχιστον 1-2 ώρες πριν και μετά τη χορήγηση του φαρμάκου, καθώς και διατήρηση σταθερού χρονοδιαγράμματος δόσεων και σίτισης καθημερινά. Το πόσιμο εναιώρημα μπορεί να χορηγηθεί μέσω σωλήνα εντερικής σίτισης, ενώ για χορήγηση μέσω γαστροστομίας συνιστάται να αραιώνεται με ίσο όγκο νερού. Η απορρόφηση είναι εξαιρετικά πτωχή όταν η φαινυτοΐνη χορηγείται διαμέσου της νήστιδας και θα πρέπει να παρακολουθείται στενά η συγκέντρωσή της στο πλάσμα όταν χρησιμοποιείται η οδός αυτή. Η αραιώση του εναιωρήματος είναι σημαντική καθώς το εναιώρημα φαινυτοΐνης είναι υπερωσμωτικό και μπορεί να προκαλέσει διάρροια όταν χορηγηθεί κατευθείαν στη νήστιδα.
- Διατίθεται με τις ακόλουθες μορφές: δισκία (νατριούχος φαινυτοΐνη 100mg, γενόσημο φάρμακο), κάψουλες (νατριούχος φαινυτοΐνη 25mg, 50mg, 100mg, 300mg), εμπορικό σκεύασμα με την ονομασία *Epanutin® Infatabs* (μασώμενα δισκία βάσης φαινυτοΐνης των 50mg), πόσιμο εναιώρημα (εμπορική ονομασία: *Epanutin®*, βάση φαινυτοΐνης με περιεκτικότητες 30mg/5ml και 90mg/5ml – διατίθενται ως σκευάσματα «ειδικής χρήσης» εκτός εγκεκριμένων ενδείξεων) και ενέσιμη μορφή (νατριούχος φαινυτοΐνη 50mg/ml, γενόσημο φάρμακο).

Τεκμηρίωση: [2, 3, 5, 6, 10, 66, 451, 484-488] WRE

Φλουκοναζόλη

Χρήση

- Λοίμωξη βλεννογόνων από κάντιντα, διεισδυτικές λοιμώξεις από κάντιντα, πρόληψη μυκητιασικών λοιμώξεων σε ανοσοκατεσταλμένους ασθενείς.

Δοσολογία και οδοί χορήγησης

Λοίμωξη βλεννογόνων από κάντιντα

Χορήγηση από του στόματος ή μέσω ενδοφλέβιας έγχυσης:

- **Νεογνά έως 13 ημερών:** 3-6mg/kg την πρώτη ημέρα, έπειτα 3mg/kg κάθε 72 ώρες.
- **Νεογνά 14-28 ημερών:** 3-6mg/kg την πρώτη ημέρα, έπειτα 3mg/kg κάθε 48 ώρες.
- **Παιδιά 1 μηνός-11 ετών:** 3-6mg/kg την πρώτη ημέρα, έπειτα 3mg/kg (ανώτατη δόση: 100mg) ημερησίως.
- **Παιδιά 12-17 ετών:** 50mg/ημέρα, δόση που μπορεί να αυξηθεί έως τα 100mg/ημέρα σε επίμονες λοιμώξεις.

Διεισδυτικές λοιμώξεις από κάντιντα και λοιμώξεις από κρυπτόκοκκο

Χορήγηση από του στόματος ή μέσω ενδοφλέβιας έγχυσης:

- **Νεογνά έως 13 ημερών:** 6-12mg/kg κάθε 72 ώρες
- **Νεογνά 14-28 ημερών:** 6-12mg/kg κάθε 48 ώρες
- **Παιδιά 1 μηνός-17 ετών:** 6-12mg/kg (ανώτατη δόση: 800mg) κάθε 24 ώρες.

Πρόληψη μυκητιασικών λοιμώξεων σε ανοσοκατεσταλμένους ασθενείς

Χορήγηση από του στόματος ή μέσω ενδοφλέβιας έγχυσης:

- **Νεογνά έως 13 ημερών:** 3-12mg/kg κάθε 72 ώρες
- **Νεογνά 14-28 ημερών:** 3-12mg/kg κάθε 48 ώρες
- **Παιδιά 1 μηνός-17 ετών:** 3-12mg/kg (ανώτατη δόση: 400mg) κάθε 24 ώρες.

Σημειώσεις

- Διάρκεια χορήγησης 7-14 ημερών σε στοματοφαρυγγική καντιντίαση.
- Διάρκεια χορήγησης 14-30 ημερών σε άλλες λοιμώξεις των βλεννογόνων.
- Η διάρκεια χορήγησης διαφέρει σε ασθενείς με σοβαρή ανοσοκαταστολή.

- Η φλουκοναζόλη αποτελεί ισχυρό αναστολέα του ενζύμου CYP2C9, μέτριο αναστολέα του CYP3A4, ενώ αναστέλλει και το ένζυμο CYP2C19. Ασθενείς που λαμβάνουν φλουκοναζόλη και στους οποίους συγχωρηγούνται φαρμακευτικοί παράγοντες με στενό θεραπευτικό εύρος που μεταβολίζονται μέσω των ηπατικών ενζύμων CYP2C9, CYP2C19 και CYP3A4, θα πρέπει να παρακολουθούνται στενά.
- Στις πιο συχνά (>1/10) αναφερόμενες ανεπιθύμητες αντιδράσεις περιλαμβάνονται: κεφαλαλγία, κοιλιακό άλγος, διάρροια, ναυτία, έμετοι, αύξηση της αμινοτρανσφεράσης της αλανίνης (ALT), αύξηση της ασπαρτικής αμινοτρανσφεράσης (AST), αύξηση της αλκαλικής φωσφατάσης αίματος και εξάνθημα.
- Κατά την ενδοφλέβια έγχυση, η χορήγηση θα πρέπει να διενεργείται στη διάρκεια 10-30 λεπτών – δεν θα πρέπει να υπερβαίνεται ο ρυθμός έγχυσης 5-10ml/λεπτό.
- Το πόσιμο εναιώρημα μπορεί να χορηγηθεί μέσω ρινογαστρικού καθετήρα, γαστροστομίας ή νησιδοστομίας. Η βιοδιαθεσιμότητα του φαρμάκου δεν επηρεάζεται κατά τη χορήγησή του διαμέσου της νήστιδας. Ο αυλός θα πρέπει να εκπλένεται σχολαστικά μετά από τη χορήγηση του εναιωρήματος.
- Διατίθεται με τις ακόλουθες μορφές: κάψουλες (50mg, 150mg, 200mg), πόσιμο εναιώρημα (50mg/5ml, 200mg/5ml) και διάλυμα για ενδοφλέβια έγχυση (2mg/ml, ασκοί έγχυσης των 50ml, 100ml και 200ml).

Τεκμηρίωση: [2, 10, 191, 192]

Φλουοξετίνη

Χρήση

- Μείζων κατάθλιψη.

Δοσολογία και οδοί χορήγησης

Από του στόματος:

- **Παιδιά 8-17 ετών:** αρχική δόση 10mg εφάπαξ ημερησίως, η οποία μπορεί να αυξηθεί μετά από 1-2 εβδομάδες αν είναι απαραίτητο έως την ανώτατη δοσολογία των 20mg, εφάπαξ ημερησίως.

Σημειώσεις

- Διαθέτει άδεια χορήγησης σε παιδιά από την ηλικία των 8 ετών.
- Θα πρέπει να χορηγείται με προσοχή στα παιδιά, ιδανικά κατόπιν συμβουλής ειδικού ψυχιάτρου.
- Αυξημένος κίνδυνος εμφάνισης άγχους κατά τις πρώτες δύο εβδομάδες χορήγησης.
- Έναρξη θεραπευτικού οφέλους σε 3-4 εβδομάδες.
- Κατά την προσαρμογή της δοσολογίας θα πρέπει να συνυπολογίζεται ο μακρός χρόνος ημιζωής του φαρμάκου. Δεν θα πρέπει να διακόπτεται απότομα η λήψη του.
- Μπορεί επίσης να είναι επιβοηθητικό στην αντιμετώπιση του νευροπαθητικού πόνου και του ανθεκτικού βήχα.
- Συμπεριφορές σχετιζόμενες με αυτοκτονία έχουν παρατηρηθεί συχνότερα σε παιδιά και εφήβους, σε κλινικές μελέτες χορήγησης αντικαταθλιπτικών σε σύγκριση με τη λήψη εικονικού φαρμάκου (placebo). Η μανία και η υπομανία έχουν αναφερθεί συχνά σε παιδιατρικές μελέτες.
- Οι πιο συχνά αναφερόμενες ανεπιθύμητες αντιδράσεις σε ασθενείς που έλαβαν φλουοξετίνη ήταν οι εξής: κεφαλαλγία, ναυτία, αϋπνία, κόπωση και διάρροια. Οι ανεπιθύμητες επιδράσεις του φαρμάκου ενδέχεται να μειωθούν ως προς την ένταση και τη συχνότητά τους με τη συνέχιση της χορήγησης και κατά κανόνα δεν οδηγούν στη διακοπή της αγωγής.
- Καθώς στον μεταβολισμό της φλουοξετίνης (όπως και στην περίπτωση των τρικυκλικών αντικαταθλιπτικών και άλλων εκλεκτικών αναστολέων επαναπρόσληψης της σεροτονίνης) συμμετέχει το σύστημα ισοενζύμων του ηπατικού κυτοχρώματος CYP2D6, η συγχορήγηση φαρμάκων τα οποία

επίσης μεταβολίζονται από το ενζυμικό αυτό σύστημα ενδέχεται να οδηγήσει σε φαρμακευτικές αλληλεπιδράσεις.

- Η φλουοξετίνη δεν πρέπει να χορηγείται σε συνδυασμό με αναστολέα της μονοαμινοξειδάσης.
- Το πόσιμο διάλυμα μπορεί να χορηγηθεί μέσω ρινογαστρικού καθετήρα ή γαστροστομίας. Δεν υφίστανται ειδικά δεδομένα όσον αφορά τη χορήγηση της φλουοξετίνης διαμέσου της νήστιδας. Στην περίπτωση αυτή, ο ασθενής θα πρέπει να παρακολουθείται για τυχόν απώλεια της δραστηκότητας ή αύξηση των παρενεργειών του φαρμάκου.
- Διατίθεται με τις ακόλουθες μορφές: κάψουλες (20mg, 60mg), διασπειρόμενα δισκία (20mg) και πόσιμο διάλυμα (20mg/5ml).

Τεκμηρίωση: [1, 2, 193-200]

Φωσφορικό άλας (υποκλυσμός)

Χρήση

- Δυσκοιλιότητα που δεν ανταποκρίνεται σε άλλους παράγοντες.

Δοσολογία και οδοί χορήγησης

Υποκλυσμός φωσφορικών αλάτων (εμπορική ονομασία: *Phosphates enema BP Formula B*) (με συμβατικό ή μακρό ρύγχος):

- **Παιδιά 3-6 ετών:** 45-65ml εφάπαξ ημερησίως
- **Παιδιά 7-11 ετών:** 65-100ml εφάπαξ ημερησίως
- **Παιδιά 12-17 ετών:** 100-128ml εφάπαξ ημερησίως.

Υποκλυσμός (εμπορική ονομασία: *Fleet®*), διάλυμα έτοιμο προς χρήση:

- **Παιδιά 3-6 ετών:** 40-60ml εφάπαξ ημερησίως
- **Παιδιά 7-11 ετών:** 60-90ml εφάπαξ ημερησίως
- **Παιδιά 12-17 ετών:** 90-118ml εφάπαξ ημερησίως.

Σημειώσεις

- Θα πρέπει να διατηρείται καλή ενυδάτωση του ασθενούς, ενώ απαιτείται προσοχή για τυχόν διαταραχές ηλεκτρολυτών.
- Έναρξη δράσης: 30 λεπτά έως 6 ώρες.
- Αντενδείκνυνται σε οξείες παθήσεις του γαστρεντερικού συστήματος (όπως σε γαστρεντερική απόφραξη, φλεγμονώδη νόσο του εντέρου και καταστάσεις που συνδέονται με αυξημένη απορρόφηση από το κόλον).
- Έχουν υπάρξει αναφορές περιστατικών υπερφωσφαταιμίας και τετανίας σε παιδιά μετά τη χρήση υποκλυσμών φωσφορικών αλάτων.
- Σύμφωνα με τη σχετική κλινική οδηγία (CG 99) του Εθνικού Ινστιτούτου για την Αριστεία στην Υγεία και την Περίθαλψη (NICE) με θέμα τη δυσκοιλιότητα σε παιδιά και νεαρούς ενήλικες, υφίσταται σύσταση μη χρήσης του φαρμάκου: «να μη χορηγούνται υποκλυσμοί φωσφορικών αλάτων για την ανάταξη της ενσφήνωσης κοπράνων, εκτός αν η χορήγηση διενεργείται υπό την εποπτεία εξειδικευμένου προσωπικού σε νοσοκομείο/κέντρο υγείας/ιατρείο και μόνο όταν δεν έχει διαπιστωθεί ανταπόκριση στη λήψη όλων των λοιπών σκευασμάτων από του στόματος καθώς και του κιτρικού νατρίου».
- Το φάρμακο θα πρέπει να χρησιμοποιείται αποκλειστικά κατόπιν συμβουλής ειδικού ιατρού.

Τεκμηρίωση: [1, 2, 489-493] WRE

Χλωράλη ένυδρος

Χρήση

- Αϋπνία
- Διέγερση
- Σπασμοί σε σοβαρή επιληπτική εγκεφαλοπάθεια (αναζητήστε τη γνώμη ειδικού ιατρού)
- Δυστονική κρίση (αναζητήστε τη γνώμη ειδικού ιατρού)
- Νεογνά: καταστολή σε επώδυνες παρεμβατικές τεχνικές.

Δοσολογία και οδοί χορήγησης

Από του στόματος ή διά του ορθού:

- **Νεογνά:** αρχική δόση 30mg/kg ως εφάπαξ χορήγηση το βράδυ, η οποία μπορεί να αυξηθεί έως τα 45mg/kg, το βράδυ ή όταν απαιτηθεί.
- **Καταστολή σε νεογνά που υποβάλλονται σε επώδυνες παρεμβάσεις στη MENN:** 30-50mg/kg, 45-60 λεπτά πριν από την παρεμβατική τεχνική. Μπορούν να χορηγηθούν δόσεις έως 100mg/kg υπό παρακολούθηση της αναπνευστικής λειτουργίας.
- **Παιδιά 1 μηνός-11 ετών:** αρχική δόση 30mg/kg ως εφάπαξ χορήγηση το βράδυ, η οποία μπορεί να αυξηθεί έως τα 50mg/kg, το βράδυ ή όταν απαιτηθεί. Ανώτατη εφάπαξ δόση: 1g.
- **Παιδιά 12-17 ετών:** αρχική δόση 500mg ως εφάπαξ χορήγηση το βράδυ ή όταν απαιτηθεί, η οποία μπορεί να αυξηθεί αν είναι απαραίτητο έως τα 1-2g. Ανώτατη εφάπαξ δόση: 2g.

Σημειώσεις

- Δεν έχει αδειοδοτηθεί για χορήγηση σε περιπτώσεις διέγερσης, ούτε σε βρέφη κάτω των 2 ετών για την ένδειξη της αϋπνίας.
- Εμφανίζει παρατεταμένο χρόνο ημιζωής όταν χορηγείται σε νεογνά.
- Χορήγηση από του στόματος: αναμείξτε με άφθονο χυμό, νερό ή γάλα, προκειμένου να μειωθεί ο γαστρικός ερεθισμός και να επικαλυφθεί η δυσάρεστη γεύση του φαρμάκου. Δεν πρέπει να εκτίθεται στο φως, συνεπώς θα πρέπει να χορηγείται αμέσως μετά τη διάλυσή του.
- Χορήγηση διά του ορθού: χρησιμοποιήστε το πόσιμο διάλυμα ή τα υπόθετα (διατίθενται από ειδικές παρασκευάστριες εταιρείες).
- Το πόσιμο διάλυμα ένυδρης χλωράλης μπορεί να χορηγηθεί μέσω σωλήνα

εντερικής σίτισης, αν και τα διαθέσιμα δεδομένα είναι περιορισμένα, ενώ είναι σημαντικό να λαμβάνεται υπόψη ότι μπορεί να προκαλέσει γαστρικό ερεθισμό. Προτείνεται η δόση να αραιώνεται με νερό προκειμένου να μειωθεί ο παραπάνω κίνδυνος. Δεν υφίστανται ειδικά δεδομένα όσον αφορά τη χορήγηση του φαρμάκου διαμέσου της νήστιδας. Στην περίπτωση αυτή, ο ασθενής θα πρέπει να παρακολουθείται για τυχόν μείωση της δραστηριότητας ή αύξηση των ανεπιθύμητων ενεργειών του φαρμάκου.

- Αθροίζεται σε παρατεταμένη χορήγηση και θα πρέπει να αποφεύγεται σε σοβαρή νεφρική ή ηπατική δυσλειτουργία.
- Διατίθεται με τις ακόλουθες μορφές: δισκία (χλωραλοβεταΐνη 707mg = ένυδρος χλωράλη 414mg – εμπορική ονομασία: *Welldorm*®), πόσιμο διάλυμα (143,3mg/5ml – εμπορική ονομασία: *Welldorm*®, καθώς και 200mg/5ml, 500mg/5ml – και οι δύο αυτές περιεκτικότητες διατίθενται από ειδικές παρασκευάστριες εταιρείες ή εξειδικευμένους εισαγωγείς) και υπόθετα (διαθέσιμα σε διάφορες περιεκτικότητες: 25mg, 50mg, 60mg, 100mg, 200mg, 500mg, από ειδικές παρασκευάστριες εταιρείες).

Τεκμηρίωση: [2, 3, 6, 77-87]

Χλωροπρομαζίνη

Χρήση

- Λόξυγκας
- Ναυτία και έμετοι τελικού σταδίου (όπου άλλα φάρμακα δεν ενδείκνυνται)
- Παραλήρημα με διέγερση, στο τέλος της ζωής.

Δοσολογία και οδοί χορήγησης

Λόξυγκας

Από του στόματος:

- **Παιδιά 1-5 ετών:** 500μg/kg κάθε 4-6 ώρες, προσαρμογή της δόσης ανάλογα με την ανταπόκριση (ανώτατη δοσολογία: 40mg ημερησίως).
- **Παιδιά 6-11 ετών:** 10mg, 3 φορές ημερησίως και προσαρμογή της δόσης ανάλογα με την ανταπόκριση (ανώτατη δοσολογία: 75mg ημερησίως).
- **Παιδιά 12-17 ετών:** 25mg, 3 φορές ημερησίως (ή 75mg το βράδυ) και προσαρμογή της δόσης ανάλογα με την ανταπόκριση – ενδέχεται να χορηγηθούν υψηλότερες δόσεις σε εξειδικευμένες μονάδες.

Ναυτία και έμετοι τελικού σταδίου (όπου άλλα φάρμακα δεν ενδείκνυνται)

Από του στόματος:

- **Παιδιά 1-5 ετών:** 500μg/kg κάθε 4-6 ώρες, ανώτατη δόση: 40mg ημερησίως
- **Παιδιά 6-11 ετών:** 500μg/kg κάθε 4-6 ώρες, ανώτατη δόση: 75mg ημερησίως
- **Παιδιά 12-17 ετών:** 10-25mg κάθε 4-6 ώρες.

Με βαθειά ενδομυϊκή ένεση:

- **Παιδιά 1-5 ετών:** 500μg/kg κάθε 6-8 ώρες, ανώτατη δόση: 40mg ημερησίως
- **Παιδιά 6-11 ετών:** 500μg/kg κάθε 6-8 ώρες, ανώτατη δόση: 75mg ημερησίως
- **Παιδιά 12-17 ετών:** αρχική δόση 25mg, ακολούθως 25-50mg κάθε 3-4 ώρες μέχρι την ύφεση των εμέτων.

Σημειώσεις

- Η χορήγηση σε παιδιά για τον ανθεκτικό λόξυγκα διενεργείται εκτός εγκεκριμένων ενδείξεων.
- Απαιτείται προσοχή στη χρήση του φαρμάκου σε παιδιά με ηπατική δυσλειτουργία (μπορεί να οδηγήσει σε κώμα), με νεφρική ανεπάρκεια (η

έναρξη θα πρέπει να γίνεται με χαμηλή δοσολογία, κίνδυνος αύξησης της ευπάθειας του εγκεφάλου), με καρδιαγγειακό νόσημα, επιληψία (και καταστάσεις που προδιαθέτουν σε επιληπτικές κρίσεις), καταστολή και βαριά μυασθένεια (μυασθένεια gravis).

- Προσοχή απαιτείται επίσης σε σοβαρή αναπνευστική πάθηση όπως και σε παιδιά με ιστορικό ικτέρου ή με δυσκρασίες του αίματος (θα πρέπει να διενεργείται αιματολογικός έλεγχος όταν παρατηρηθεί ανεξήγητη λοίμωξη ή πυρετός).
- Σε υψηλότερες δόσεις μπορεί να επέλθει φωτοευαισθησία – τα παιδιά θα πρέπει να αποφεύγουν την άμεση έκθεση στο ηλιακό φως.
- Τα αντιψυχωσικά φάρμακα μπορεί να αντενδείκνυνται σε περιπτώσεις καταστολής του κεντρικού νευρικού συστήματος.
- Υφίσταται κίνδυνος ευαισθητοποίησης (δερματίτιδας) εξ επαφής, συνεπώς τα δισκία δεν θα πρέπει να θρυμματίζονται και οι χειρισμοί του πόσιμου διαλύματος θα πρέπει να γίνονται με προσοχή.
- Το πόσιμο διάλυμα μπορεί να χορηγηθεί μέσω σωλήνα εντερικής σίτισης. Δεν διατίθενται ειδικά δεδομένα όσον αφορά τη χορήγηση της χλωροπρομαζίνης διαμέσου της νήστιδας. Στην περίπτωση αυτή, ο ασθενής θα πρέπει να παρακολουθείται για τυχόν απώλεια της δραστηριότητας ή αύξηση των ανεπιθύμητων ενεργειών του φαρμάκου.
- Διατίθεται με τις ακόλουθες μορφές: επικαλυμμένα δισκία (25mg, 50mg, 100mg), πόσιμο διάλυμα (25mg/5ml, 100mg/5ml), ενέσιμη μορφή (25mg/ml σε φύσιγγες των 2ml).
- Σε παιδιά άνω των 16 ετών μπορούν να χορηγηθούν 100mg χλωροπρομαζίνης (αλκαλική μορφή) διά του ορθού. Ισοδύναμες θεραπευτικά δόσεις ως εξής: 100mg χλωροπρομαζίνης (αλκαλική μορφή) χορηγούμενα *διά του ορθού* με τη μορφή υποθέτου = 20-25mg υδροχλωρικής χλωροπρομαζίνης μέσω *ενδομυϊκής ένεσης* = 40-50mg χλωροπρομαζίνης (υδροχλωρική ή αλκαλική) *από του στόματος*. Ωστόσο η διορθική αποτελεί μη αδειοδοτημένη οδό χορήγησης του φαρμάκου.
- Διατίθενται επίσης υπόθετα από ειδικές παρασκευάστριες εταιρείες.

Τεκμηρίωση: [1, 2, 88-97]

Co-danthramer (δαντρόνη και πολοξαμερές 188)

Χρήση

- Δυσκοιλιότητα, αποκλειστικά σε νόσο τελικού σταδίου.

Δοσολογία και οδοί χορήγησης

Από του στόματος:

5ml εναιωρήματος με την εμπορική ονομασία: *Co-danthramer 25/200* = μία κάψουλα του σκευάσματος *Co-danthramer 25/200* (25mg δαντρόνη και 200mg πολοξαμερές 188). Χορήγηση ως εξής:

- **Παιδιά 2-11 ετών:** 2,5-5ml, το βράδυ
- **Παιδιά 6-11 ετών:** 1 κάψουλα, το βράδυ
- **Παιδιά 12-17 χρόνων:** 5-10ml ή 1-2 κάψουλες, το βράδυ. Η δοσολογία μπορεί να αυξηθεί μέχρι τα 10-20ml, δύο φορές ημερησίως.

5ml από το υψηλότερης ισχύος εναιώρημα με την εμπορική ονομασία: *Co-danthramer 75/1000* = δύο κάψουλες του σκευάσματος υψηλότερης ισχύος με την ονομασία: *Co-danthramer 37,5/500*. Χορήγηση ως εξής:

- **Παιδιά 12-17 ετών:** 5ml ή 1-2 κάψουλες, το βράδυ.

Σημειώσεις

- Το φάρμακο *Co-danthramer* συντίθεται από δαντρόνη και πολοξαμερές 188.
- Δρα ως διεγερτικό υπακτικό.
- Θα πρέπει να αποφεύγεται η παρατεταμένη επαφή του φαρμάκου με το δέρμα λόγω του κινδύνου ερεθισμού και εκδορών (να αποφεύγεται η χορήγηση όταν υπάρχει ακράτεια ούρων ή κοπράνων καθώς και σε παιδιά που φορούν πάνες).
- Δεν χρησιμοποιείται πλέον στην ανακουφιστική φροντίδα ενηλίκων λόγω του κινδύνου εκδορών του δέρματος στην περιοχή του πρωκτού.
- Η δαντρόνη μπορεί να χρωματίσει τα ούρα κόκκινα/καφέ.
- Το εναιώρημα μπορεί να χρησιμοποιηθεί μέσω σωλήνα εντερικής σίτισης αλλά καθώς έχει σχετικά ιξώδη υφή απαιτείται άσκηση πίεσης στη σύριγγα όπως και σχολαστική έκπλυση του αυλού μετά από τη χορήγηση του φαρμάκου. Η χορήγηση διαμέσου της νήστιδας δεν αναμένεται να επηρεάσει τη φαρμακολογική ανταπόκριση.
- Μελέτες σε πειραματόζωα υποδηλώνουν δυνητική καρκινογόνο δράση.

Τεκμηρίωση: [1, 2]

Co-danthrusate (δαντρώνη και νατριούχος δοκουσάτη)

Χρήση

- Δυσκοιλιότητα, αποκλειστικά σε νόσο τελικού σταδίου.

Δοσολογία και οδοί χορήγησης

Από του στόματος:

5ml εναιωρήματος με την εμπορική ονομασία: *Co-danthrusate 50/60* = μία κάψουλα του σκευάσματος *Co-danthrusate 50/60* (50mg δαντρώνης και 60mg νατριούχου δοκουσάτης). Χορήγηση ως εξής:

- **Παιδιά 6-11 ετών:** 5ml ή 1 κάψουλα, το βράδυ
- **Παιδιά 12-17 ετών:** 5-15ml ή 1-3 κάψουλες, το βράδυ.

Σημειώσεις

- Δεν συνιστάται για παιδιά μικρότερα των 6 ετών.
- Το φάρμακο *Co-danthramer* συντίθεται από δαντρώνη και νατριούχο δοκουσάτη.
- Δρα ως διεγερτικό υπακτικό.
- Θα πρέπει να αποφεύγεται η παρατεταμένη επαφή του φαρμάκου με το δέρμα λόγω του κινδύνου ερεθισμού και εκδορών (να αποφεύγεται η χορήγηση όταν υπάρχει ακράτεια ούρων ή κοπράνων καθώς και σε παιδιά που φορούν πάνες).
- Η δαντρώνη μπορεί να χρωματίσει τα ούρα κόκκινα/καφέ.
- Δεν υφίστανται ειδικά δεδομένα όσον αφορά τη χορήγηση του φαρμάκου μέσω σωλήνα εντερικής σίτισης. Αν είναι απαραίτητο, προτείνεται να χρησιμοποιηθεί το εναιώρημα και να εκπλυθεί σχολαστικά ο αυλός μετά από τη χορήγηση. Θα πρέπει να εκτιμηθεί η αραίωση με νερό προκειμένου να διευκολυνθεί η χορήγηση του εναιωρήματος.
- Μελέτες σε πειραματόζωα υποδηλώνουν δυνητική καρκινογόνο δράση.

Τεκμηρίωση: [1, 2, 131]

Entonox (υποξείδιο του αζώτου 50% - οξυγόνο 50%)

Χρήση

- Αναλγησία ρυθμιζόμενη από τον ασθενή με διατήρηση του επιπέδου συνείδησης
- Ιδιαίτερα χρήσιμο για επώδυνες αλλαγές επιθεμάτων.

Δοσολογία και οδοί χορήγησης

Μέσω εισπνοής:

- **Παιδιά:** θα πρέπει να χορηγείται σε συγκέντρωση έως 50% μέσω κατάλληλης συσκευής αναισθησίας σε ανάμειξη με οξυγόνο, ανάλογα με τις ανάγκες του ασθενή. Η αυτορρυθμιζόμενη παροχή είναι συνήθως εφικτή σε παιδιά άνω των 5 ετών.

Σημειώσεις

- Κατά κανόνα χρησιμοποιείται ως ήπιο αναισθητικό.
- Ταχεία έναρξη και εξάλειψη της δράσης του φαρμάκου.
- Θα πρέπει να χρησιμοποιείται αποκλειστικά ως αυτοχορηγούμενο φάρμακο με χρήση κατ'επίκληση βαλβίδας, ενώ σε όλες τις άλλες περιπτώσεις απαιτείται παρουσία αναισθησιολόγου με παιδιατρική εξειδίκευση.
- Η χρήση είναι επικίνδυνη όταν υπάρχει πνευμοθώρακας ή αέρας ενδοκρανιακά μετά από κάκωση της κεφαλής.
- Αμέσως μετά τη χορήγηση μπορεί να επέλθει υποξία, συνεπώς θα πρέπει πάντοτε να παρέχεται επιπλέον οξυγόνο για αρκετά λεπτά μετά τη χορήγηση του φαρμάκου.
- Θα πρέπει να αποφεύγεται η συγχορήγηση μεθοτρεξάτης καθώς ενδέχεται το φάρμακο να επιτείνει την ανταγωνιστική στο φυλλικό οξύ δράση της.
- Όταν συγχορηγείται με άλλους φαρμακευτικούς παράγοντες, υφίσταται κίνδυνος ενίσχυσης της υποτασικής δράσης τους.
- Η παρατεταμένη χορήγηση μπορεί να προκαλέσει μεγαλοβλαστική αναιμία. Θα πρέπει να εκτιμάται η δυνατότητα μέτρησης της συγκέντρωσης της βιταμίνης B12 στο πλάσμα σε παιδιά με κίνδυνο εμφάνισης ανεπάρκειας B12.
- Διατίθεται με τη μορφή ιατρικού αερίου σε κυλίνδρους διαφόρων μεγεθών με περιεκτικότητα 1ml υποξειδίου του αζώτου ανά 1ml. Παρέχεται από προμηθευτές ιατρικών αερίων (π.χ. Linde Gas UK Ltd και BOC Ltd). Ανα-

τρέξτε στο Εθνικό Συνταγολόγιο της Βρετανίας για την Παιδιατρική, για περαιτέρω πληροφόρηση.

- Η διάθεση του φαρμάκου στο πλαίσιο του ξενώνα ενδέχεται να είναι δυσχερής (ιδίως αν δεν χρησιμοποιείται συχνά) για λόγους εκπαίδευσης στη χρήση του φαρμάκου, διαχείρισης και προμήθειάς του.

Τεκμηρίωση: [2, 159-161]

Gaviscon® (αλγινικό νάτριο, διαττανθρακικό νάτριο, ανθρακικό ασβέστιο)

Χρήση

- Γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση, δυσπεψία και αίσθημα στομαχικού καύσου.

Δοσολογία και οδοί χορήγησης

Από του στόματος:

- **Νεογνά-Παιδιά έως 2 ετών, με σωματικό βάρος <4,5kg:** 1 δόση (το ήμισυ του διπλού φακελίσκου) όποτε χρειάζεται, κατόπιν ανάμειξης με τροφή ή με νερό για θηλάζοντα βρέφη. Μέγιστη χορήγηση: 6 δόσεις το 24ωρο.
- **Νεογνά-Παιδιά έως 2 ετών, με σωματικό βάρος >4,5kg:** 2 δόσεις (1 διπλός φακελίσκος) όποτε χρειάζεται, κατόπιν ανάμειξης με τροφή ή με νερό για θηλάζοντα βρέφη και μεγαλύτερα νήπια. Μέγιστη χορήγηση: 6 δόσεις το 24ωρο.

Πόσιμο διάλυμα και δισκία Gaviscon

- **Παιδιά 2-11 ετών:** 1 δισκίο ή 5-10ml διαλύματος μετά από τα γεύματα και κατά την κατάκλιση
- **Παιδιά 12-17 ετών:** 1-2 δισκία ή 10-20ml διαλύματος μετά από τα γεύματα και κατά την κατάκλιση.

Gaviscon Advance

- **Παιδιά 2-11 ετών:** 1 δισκίο ή 2,5-5ml εναιωρήματος μετά από τα γεύματα και κατά την κατάκλιση (αποκλειστικά κατόπιν ιατρικής συμβουλής)
- **Παιδιά 12-17 ετών:** 1-2 δισκία ή 5-10ml εναιωρήματος μετά από τα γεύματα και κατά την κατάκλιση.

Σημειώσεις

- Το προϊόν με την εμπορική ονομασία *Gaviscon Infant Sachets* διαθέτει άδεια χορήγησης σε βρέφη και μικρά παιδιά μέχρι την ηλικία των 2 ετών, αλλά η χρήση του σε βρέφη κάτω του 1 έτους θα πρέπει να διενεργείται αποκλειστικά υπό ιατρική επίβλεψη. Το πόσιμο διάλυμα και τα δισκία με την εμπορική ονομασία *Gaviscon* διαθέτουν άδεια χρήσης σε παιδιά από την ηλικία των 2 ετών, αλλά σε παιδιά ηλικίας 2-6 ετών θα πρέπει να χορηγούνται μόνο κατόπιν ιατρικής σύστασης. Το εναιώρημα και τα δισκία με

την εμπορική ονομασία *Gaviscon Advance* διαθέτουν άδεια χρήσης σε παιδιά από την ηλικία των 12 ετών ενώ σε παιδιά μικρότερα των 12 ετών θα πρέπει να χορηγούνται μόνο κατόπιν ιατρικής συμβουλής.

- Το σκεύασμα με την ονομασία *Gaviscon Infant* δεν θα πρέπει να χορηγείται με πυκνωτικά τροφών ούτε σε περιπτώσεις υπερβολικής απώλειας υγρών (π.χ. πυρετός, διάρροια, έμετοι).
- Το πόσιμο διάλυμα περιέχει 3,1mmol νατρίου ανά 5ml. Τα δισκία *Gaviscon* περιέχουν 2,65mmol νατρίου καθώς και ασπαρτάμη. Οι φακελίσκοι *Gaviscon Infant* περιέχουν 0,92mmol νατρίου ανά δόση (δηλ. στο ήμισυ του διπλού φακελίσκου του σκευάσματος για βρέφη).
- Διατίθεται με τις ακόλουθες μορφές: πόσιμο διάλυμα και δισκία *Gaviscon*, εναιώρημα και δισκία *Gaviscon Advance* και φακελίσκοι για βρέφη *Gaviscon Infant* (διατίθενται ως διπλοί φακελίσκοι, έκαστο ήμισυ ενός διπλού φακελίσκου θεωρείται ως μία δόση).
- Μπορεί να χορηγηθεί διαμέσου ρινογαστρικού καθετήρα ή γαστροστομίας. Δεν ενδείκνυται για χρήση μέσω νησιδοστομίας.

Τεκμηρίωση: [1-3]

Lomotil® (Co-Phenotrope)

(Διφαινοξυλάτη υδροχλωρική/ατροπίνη θειϊκή)

Χρήση

- Διάρροια από μη λοιμώδη αίτια
- Έλεγχος της ακράτειας κοπράνων μετά από κολοστομία ή ειλεοστομία.

Δοσολογία και οδοί χορήγησης

Τα δισκία περιέχουν υδροχλωρική διφαινοξυλάτη 2,5mg και ατροπίνη 25μg.

Από του στόματος:

- **Παιδιά 2-3 ετών:** το ήμισυ του δισκίου, 3 φορές ημερησίως
- **Παιδιά 4-8 ετών:** 1 δισκίο, 3 φορές ημερησίως
- **Παιδιά 9-11 ετών:** 1 δισκίο, 4 φορές ημερησίως
- **Παιδιά 12-15 ετών:** 2 δισκία, 3 φορές ημερησίως
- **Παιδιά 16-17 ετών:** αρχικά 4 δισκία και ακολούθως 2 δισκία, 4 φορές ημερησίως.

Σημειώσεις

- Αποτελεί μείγμα υδροχλωρικής διφαινοξυλάτης και θειϊκής ατροπίνης σε αναλογία 100:1.
- Η χορήγηση σε παιδιά <4 ετών διενεργείται εκτός εγκεκριμένων ενδείξεων.
- Τα δισκία μπορούν να θρυμματίζονται. Για τη χορήγηση μέσω ρινογαστρικού καθετήρα ή γαστροστομίας, τα δισκία μπορούν να θρυμματιστούν και να διαλυθούν σε νερό αμέσως πριν από τη χορήγηση. Δεν υφίστανται ειδικά δεδομένα όσον αφορά τη χορήγηση διαμέσου της νήστιδας, η οποία προτείνεται να διενεργείται σύμφωνα με την παραπάνω διαδικασία.
- Τα μικρά παιδιά είναι ιδιαίτερα επιρρεπή στην υπερδοσολογία, η οποία αποτελεί κατά κύριο λόγο δηλητηρίαση από τα οπιοειδή (καταστολή του κεντρικού νευρικού και του αναπνευστικού συστήματος, μύση των κορών), ενίοτε συνδυαζόμενη με τοξικότητα της ατροπίνης (διέγερση κεντρικού νευρικού συστήματος, υπέρταση, πυρετός, ερυθματώδες ξηρό δέρμα). Οι δράσεις της ατροπίνης εμφανίζονται πριν, στη διάρκεια ή μετά από τις επιδράσεις του οπιοειδούς. Τα συμπτώματα ενδέχεται να εμφανιστούν με καθυστέρηση, συνεπώς απαιτείται παρακολούθηση του ασθενούς για

τουλάχιστον 48 ώρες μετά τη λήψη του φαρμάκου. Η υπερδοσολογία μπορεί να είναι δύσκολο να αντιμετωπιστεί λόγω της μεικτής δηλητηρίασης από οπιοειδή και ατροπίνη. Επιπλέον, η παρουσία υποθεραπευτικών δόσεων ατροπίνης είναι πιθανό να πυροδοτήσει την εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών της ατροπίνης σε ευπαθή άτομα.

- Διατίθεται αποκλειστικά με τη μορφή δισκίων *Co-Phenotrope* (γενόσημο φάρμακο, με περιεκτικότητα 2,5mg υδροχλωρικής διφαινοξυλάτης και 25μg θειϊκής ατροπίνης).

Τεκμηρίωση: [1, 2, 322-325]

Παράρτημα 1: Ισοδυναμία εφάπαξ δόσης μορφίνης

[1, 2, 5, 419]

Αναλγητικό	Δόση
Μορφίνη από του στόματος	10mg
Μορφίνη υποδορίως/ενδοφλεβίως	5mg
Διαμορφίνη υποδορίως/ενδοφλεβίως	3mg
Υδρομορφόνη από του στόματος ¹	1,5mg
Οξυκωδόνη από του στόματος ²	5mg
Μεθαδόνη	Κυμαίνεται

1. Η παρασκευάστρια εταιρεία της υδρομορφόνης συνιστά 2mg, ωστόσο ανεξάρτητα δεδομένα υποστηρίζουν ότι είναι προτιμότερη η χορήγηση 1,5mg.
2. Η παρασκευάστρια εταιρεία της οξυκωδόνης συνιστά 6,6mg, ωστόσο ανεξάρτητα δεδομένα υποστηρίζουν ότι είναι προτιμότερη η χορήγηση 5mg.

Παράρτημα 2: Συμβατότητα φαρμάκων για χορήγηση μέσω υποδόριας έγχυσης

Ερευνητικά δεδομένα υποστηρίζουν ότι στη διάρκεια του τελικού σταδίου στα παιδιά, όταν η χορήγηση φαρμάκων μέσω της εντερικής οδού δεν είναι πλέον εφικτή, η πλειονότητα των συμπτωμάτων μπορούν να ελεγχθούν από ένα συνδυασμό έξι «βασικών φαρμάκων» (Σ.τ.Μ: οπιοειδές, μιδαζολάμη, κυκλιζίνη, αλοπεριδόλη, λεβομεπρομαζίνη και υοσκίνη) [562].

Η κεταμίνη μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως συμπληρωματικό οπιοειδές κατόπιν συμβουλής ειδικού ιατρού, είναι δε χρήσιμη για την αντιμετώπιση του πόνου με νευροπαθητική συνιστώσα ή για την πρόληψη της ανάπτυξης ανοχής στα οπιοειδή ή της κλιμάκωσης της δοσολογίας οπιοειδών [261].

Η συμβατότητα των έξι προαναφερθέντων φαρμάκων παρατίθεται στον Πίνακα 1 που ακολουθεί [5].

Το ενέσιμο ύδωρ αποτελεί κατά κανόνα τη συνήθη επιλογή διαλύτη προκειμένου να ελαχιστοποιηθεί η πιθανότητα μη συμβατότητας. Θα πρέπει ωστόσο να εκτιμάται η χρήση χλωριούχου νατρίου 0,9% όταν παρατηρηθεί φλεγμονή στο σημείο της ένεσης, με την προϋπόθεση ότι τα συγχορηγούμενα φάρμακα είναι συμβατά [5]. Για πιο λεπτομερή πληροφόρηση, προτείνεται οι επαγγελματίες υγείας να ανατρέξουν σε κατάλληλο εγχειρίδιο αναφοράς [11].

Πίνακας 1: Συμβατότητα δύο φαρμάκων με διάλυση σε ενέσιμο ύδωρ χορηγούμενα υποδορίως μέσω αντλίας σύριγγας [5, 11, 563, 564]

Συμβατότητα σε ενέσιμο ύδωρ - χορήγηση διάρκειας 24ωρών									
Διαμορφίνη									
-	Θειική Μορφίνη								
-	-	Οξυκωδόνη *							
+	A	+	Μιδαζολάμη						
A	+	A	+	Κυκλιζίνη					
A	A	+	+	+	Αλοπεριδόλη				
+	+	+	+	A	-	Λεβομεπροαζίνη			
+	+	+	+	+	+	+	Υδροβρωμιούχος υοσκίνη		
Συμβατότητα σε χλωριούχο νάτριο 0,9% - χορήγηση διάρκειας 24ωρών									
+	+	+	+	-	+	+	Δεν υπάρχουν δεδομένα	Κεταμίνη	

* Δεδομένα για την ενέσιμη οξυκωδόνη με περιεκτικότητα 10mg/ml. Η ενέσιμη μορφή οξυκωδόνης περιεκτικότητας 50mg/ml εμφανίζει διαφορετικό προφίλ συμβατότητας σε σύγκριση με τη μορφή μικρότερης ισχύος, συνεπώς η συμβατότητα θα πρέπει να εκτιμάται ανεξάρτητα και να μην ανάγονται δεδομένα από τη μία μορφή στην άλλη [5].

A	Εργαστηριακά δεδομένα, φυσική και χημική συμβατότητα σε ενέσιμο ύδωρ, μπορεί ωστόσο να επέλθει κρυστάλλωση με την αύξηση της συγκέντρωσης οποιουδήποτε από τα δύο φάρμακα
+	Συμβατότητα σε ενέσιμο ύδωρ με όλες τις συνήθεις συγκεντρώσεις (φυσική και/ή χημική σταθερότητα)
-	Ο συνδυασμός δεν συνιστάται - φάρμακα παρόμοιας κατηγορίας ή δράσης

Παράρτημα 3: Μετατροπή δόσης από γκαμπαπεντίνη σε πρεγκαμπαλίνη για την αντιμετώπιση του νευροπαθητικού πόνου

Η γκαμπαπεντίνη και η πρεγκαμπαλίνη εμφανίζουν παρόμοιους μηχανισμούς δράσης (βλ. σχετικές μονογραφίες της Ένωσης APPM). Ωστόσο, η απορρόφηση της γκαμπαπεντίνης φτάνει σε επίπεδα κορεσμού με αποτέλεσμα μη γραμμική φαρμακοκινητική, ενώ η πρεγκαμπαλίνη εμφανίζει γραμμική φαρμακοκινητική. Κατά συνέπεια, η μετατροπή δόσεων μεταξύ γκαμπαπεντίνης και πρεγκαμπαλίνης δεν είναι άμεση, τα σχετικά βιβλιογραφικά δεδομένα είναι πολύ περιορισμένα ενώ απουσιάζουν όσον αφορά τον παιδιατρικό πληθυσμό [565]. Σε πολλά πλαίσια στο Ηνωμένο Βασίλειο έχουν παρ' όλα αυτά αναπτυχθεί τοπικά πρωτόκολλα για τη μετατροπή δόσεων των παραπάνω οπιοειδών σε ενήλικες, ενώ δεν έχουν αναφερθεί ανεπιθύμητα συμβάντα [566, 567]. Έχουν χρησιμοποιηθεί οι ακόλουθοι συντελεστές μετατροπής:

- Ο συντελεστής 1/6 είναι γενικά αποδεκτός ως ο συνήθης λόγος μετατροπής αν και έχει χρησιμοποιηθεί ευρύ φάσμα τιμών από το 1/4 έως το 1/9, με στόχο να εξυπηρετηθούν πρακτικά δοσολογικά σχήματα.
- Οι χαμηλότεροι συντελεστές μετατροπής από το εύρος μεταξύ 1/6 και 1/9 χρησιμοποιούνται για τις υψηλότερες δόσεις γκαμπαπεντίνης ώστε να αντισταθμιστεί η μη γραμμική κινητική του φαρμάκου.

Στον Πίνακα 2 παρατίθεται λεπτομερώς ένα παράδειγμα μετατροπής δόσης από την γκαμπαπεντίνη στην πρεγκαμπαλίνη για την αντιμετώπιση του νευροπαθητικού πόνου στα παιδιά, με δεδομένα που έχουν ανακτηθεί από ενήλικες ασθενείς. Χρειάζεται ωστόσο προσοχή καθώς η αποτελεσματικότητα και η ασφάλεια δεν έχουν τεκμηριωθεί, συνεπώς απαιτείται κλινική αξιολόγηση και στενή παρακολούθηση του ασθενούς. Οι συντελεστές μετατροπής που έχουν χρησιμοποιηθεί στον Πίνακα 2 επιτρέπουν τη διαμόρφωση πρακτικών δοσολογικών σχημάτων

Πίνακας 2: Μετατροπή δόσης από γκαμπαπεντίνη σε πρεγκαμπαλίνη			
Ηλικία	Γκαμπαπεντίνη	Συντελεστής μετατροπής	Πρεγκαμπαλίνη
2-11 ετών	5-10mg/kg δύο φορές ημερησίως	1/5	1-2mg/kg δύο φορές ημερησίως (ανώτατη εφάπαξ δόση: 100mg δύο φορές ημερησίως)
	5-20mg/kg τρεις φορές ημερησίως	1/5	1,5-6mg/kg δύο φορές ημερησίως (ανώτατη εφάπαξ δόση: 100mg δύο φορές ημερησίως)
	Για τη μετατροπή δόσης: - Υπολογίστε την ολική ημερήσια δόση γκαμπαπεντίνης πολλαπλασιάζοντας επί 2 ή 3 ανάλογα αν το δοσολογικό σχήμα περιλαμβάνει 2 ή 3 χορηγήσεις ημερησίως - Διαιρέστε το αποτέλεσμα με το 5 προκειμένου να προκύψει η ολική ημερήσια δόση πρεγκαμπαλίνης - Διαιρέστε το αποτέλεσμα με το 2 για να λάβετε τη δόση της πρεγκαμπαλίνης που θα χορηγείται δύο φορές ημερησίως - Μην ξεχάσετε να πολλαπλασιάσετε επί το σωματικό βάρος		
>12 ετών	300mg τρεις φορές ημερησίως	1/4,5	100mg δύο φορές ημερησίως
	400-1200mg τρεις φορές ημερησίως	1/6 – 1/9	200mg δύο φορές ημερησίως
	Δόσεις γκαμπαπεντίνης άνω των 400mg τρεις φορές ημερησίως αντιστοιχούν σε ανώτατη ισοδύναμη δόση πρεγκαμπαλίνης όχι μεγαλύτερη από 200mg δύο φορές ημερησίως, εξαιτίας της μετάβασης από ένα φάρμακο με μη γραμμική σε ένα άλλο με γραμμική φαρμακοκινητική. Ωστόσο η πρεγκαμπαλίνη μπορεί να αυξηθεί περαιτέρω με βάση την ανταπόκριση του ασθενούς και την ανοχή του φαρμάκου, έως την ανώτατη δόση των 300mg δύο φορές ημερησίως.		

Δεν παρέχονται στοιχεία μετατροπής δόσεων για περιπτώσεις παιδιών κάτω των 2 ετών καθώς η Ένωση APPM δεν διαθέτει επί του παρόντος δεδομένα για τη χρήση της πρεγκαμπαλίνης σε αυτή την ηλικιακή ομάδα (βλ. και τη μονογραφία του φαρμάκου).

Το ζήτημα της μετατροπής δόσεων από την γκαμπαπεντίνη στη πρεγκαμπαλίνη με στόχο τον έλεγχο των σπασμών δεν εμπίπτει στους σκοπούς της Εταιρείας – ωστόσο οι φαρμακευτικές παρασκευάστριες εταιρείες συνιστούν με έμφαση ότι οι δόσεις θα πρέπει να μειώνονται σταδιακά παρά να διενεργείται άμεση μετατροπή δόσεων. Θα πρέπει να αναζητείται η συμβουλή νευρολόγου.

Παράρτημα 4: Βενζοδιαζεπίνες

(1) Κατά προσέγγιση ισοδύναμες δόσεις από του στόματος (αγχολυτική-κατασταλτική δράση)^{1,2}

Βενζοδιαζεπίνη	Δόση
Κλομπαζάμη	10mg ^{1,2}
Κλοναζεπάμη	250μg ^{1,2}
Διαζεπάμη	5mg ^{1,2}
Λοραζεπάμη	500μg ^{1,2}
Μιδαζολάμη	5mg ²
Νιτραζεπάμη	5mg ^{1,2}

(2) Συγκριτικά δεδομένα φαρμακοκινητικής

Διαζεπάμη

	Βιοδιαθεσι- μότητα	Έναρξη δράσης (λεπτά)	Χρόνος για την επίτευξη μέγιστων συγκεντρώσεων στο πλάσμα (λεπτά)	Διάρκεια δράσης (ώρες)	Χρόνος ημιζωής (ώρες) (συμπερι- λαμβάνονται οι ενεργοί μεταβολίτες)
Διαζεπάμη από του στόματος	>90% ²	15-30 ³ 30-90 ²	30-90 ²	3-30 ²	25-50 ² 20-100 ³
Διαζεπάμη ενδοφλεβίως		1-5 ²	≤15 (ελαιώδες διάλυμα) ² ≥15 (ενέσιμο γαλάκτωμα) ²	15-60 ²	
Διαζεπάμη διά του ορθού	65-85% ² 90%	<30 ²	10-30 λεπτά <30 ²		

*Ο μεταβολισμός και η απέκκριση της διαζεπάμης στα νεογνά έχουν σημαντικά μεγαλύτερη διάρκεια σε σύγκριση με τα μεγαλύτερα παιδιά. Ο χρόνος ημιζωής της διαζεπάμης είναι μειωμένος σε νεαρούς ενήλικες και σε παιδιά (ίσος περίπου με 18 ώρες).

Λοραζεπάμη

	Βιοδιαθεσι- μότητα	Έναρξη δράσης (λεπτά)	Χρόνος για την επίτευξη μέγιστων συγκεντρώσεων στο πλάσμα (λεπτά)	Διάρκεια δράσης (ώρες)	Χρόνος ημιζωής (ώρες) (συμπεριλαμβάνονται οι ενεργοί μεταβολίτες)
Λοραζεπάμη υπογλωσσίως		5 ²	150 ²		
Λοραζεπάμη από του στόματος	90% ^{2,3}	10-15 ²	150 ² 120 ³	6-72 8 ³	10-20 ^{2,3}
Λοραζεπάμη ενδοφλεβίως		2-5 ³ 10		4-6 ³	12-16

Μιδαζολάμη

	Βιοδιαθεσι- μότητα	Έναρξη δράσης (λεπτά)	Χρόνος για την επίτευξη μέγιστων συγκεντρώσεων στο πλάσμα (λεπτά)	Διάρκεια δράσης (ώρες)	Χρόνος ημιζωής (ώρες) (συμπεριλαμβάνονται οι ενεργοί μεταβολίτες)
Μιδαζολάμη διά του στοματικού βλεννογόνου	85% ²	15 ² 5 ³	≤30 ²		
Μιδαζολάμη από του στόματος	40% ²	20-30 10-30 ³	30-60 ²	<4 ² 20-90 λεπτά ³	1-4 ² 2-5 ^{2,3}
Μιδαζολάμη υποδορίως	95% ²	5-10 ²	30 ²		
Μιδαζολάμη ενδοφλεβίως		2-3 ^{2,3}		30-60 λεπτά ³	

Παραπομπές

1. = [1]
2. = [5]
3. = [6]

Παράρτημα 5*: Υπόδειγμα για ένα «Πλάνο Αντιμετώπισης Συμπτωμάτων»

ΟΝΟΜΑ:

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:

ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ:

ΣΩΜΑΤΙΚΟ ΒΑΡΟΣ:

ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΑΛΛΕΡΓΙΕΣ:

ΙΑΤΡΟΣ/ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ ΠΟΥ ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΙ ΤΟ ΕΝΤΥΠΟ:

ΔΙΑΓΝΩΣΗ:

ΤΟ ΕΥΝΟΪΚΟΤΕΡΟ, ΤΟ ΠΙΘΑΝΟΤΕΡΟ ΚΑΙ ΤΟ ΔΥΣΜΕΝΕΣΤΕΡΟ ΣΕΝΑΡΙΟ:

ΛΙΣΤΑ ΚΥΡΙΟΤΕΡΩΝ ΖΗΤΗΜΑΤΩΝ:

*. Σ.τ.Μ.: Το Παράρτημα 5 δεν ανήκει στο Συνταγολόγιο Αναφοράς αλλά αποτελεί μέρος του εγχειριδίου.

Υπόδειγμα για ένα «Πλάνο Αντιμετώπισης Πόνου»

Πιθανά αίτια πόνου

Τα παιδιά μπορεί να υποφέρουν από πόνο εξαιτίας τοπικής ιστικής βλάβης, φλεγμονής, μυϊκού σπασμού, ερεθισμού ή βλάβης νεύρου, διάτασης οργάνου ή αύξησης της πίεσης εντός ενός κλειστού χώρου (όπως το κρανίο και η κάψα του ήπατος), λόγω μεταστάσεων στα οστά ή σε άλλες θέσεις, κωλικού/δυσκοιλιότητας, κατακράτησης ούρων, καθώς και από ψυχολογικά αίτια.

Μη φαρμακευτική αντιμετώπιση

Δεν είναι δυνατόν ούτε απαραίτητο όλα τα είδη πόνου να αντιμετωπιστούν με φάρμακα. Τα παιδιά είναι εξαιρετικά δεκτικά σε μη φαρμακευτικές προσεγγίσεις, όπως η απόσπαση της προσοχής, η ύπνωση, η προοδευτική μυϊκή χαλάρωση, το τραγούδι, η προσευχή και (βέβαια) οι πολλές αγκαλιές. Προσεγγίσεις της συμπληρωματικής ιατρικής, όπως μασάζ, ρεφλεξολογία, βελονισμός και βοτανοθεραπεία, μπορεί να είναι επίσης επιβοηθητικές. Δεν υπάρχουν αυστηροί κανόνες στην παιδιατρική ανακουφιστική φροντίδα – παραμένουμε κατά βάση πρακτικοί, συνεπώς ενεργούμε με οποιονδήποτε τρόπο βοηθά αποτελεσματικά το παιδί.

Φαρμακευτική αντιμετώπιση

Ακολουθούμε την Κλίμακα Αναλγητικών του Π.Ο.Υ.:

- Βαθμίδα 1: παρακεταμόλη και ιβουπροφαίνη ή δικλοφαινάκη
- Βαθμίδα 2: ισχυρά οπιοειδή, όπως μορφίνη, διαμορφίνη, οξυκωδόνη, φαιντανύλη και βουπρενορφίνη.
- Σε όλες τις βαθμίδες: επικουρικά φάρμακα, όπως η αμιτριπτυλίνη και τα αντισπασμωδικά για τον νευροπαθητικό πόνο, η δεξαμεθαζόνη για τον πόνο λόγω άσκησης πίεσης ή εξαιτίας συμπίεσης ιστών, η υοσκίνη για τον πόνο που προέρχεται από τους λείους μύες, καθώς και ορισμένα ειδικά φάρμακα, όπως η κεταμίνη και το υποξείδιο του αζώτου.

ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΟ ΠΛΑΝΟ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΠΟΝΟΥ

Τρέχοντα προβλήματα που αφορούν το συγκεκριμένο παιδί

**Εξατομικευμένο πλάνο αντιμετώπισης πόνου
(παρακαλώ αναγράψτε τις ακριβείς δόσεις)**

Βήμα 1:

Βήμα 2:

Βήμα 3:

Αν το παιδί συνεχίζει να υποφέρει από τα παραπάνω προβλήματα παρά τα βήματα αυτά, παρακαλώ καλέστε xxx

Υπόδειγμα για ένα «Πλάνο Αντιμετώπισης Ναυτίας και Εμέτων»

Πιθανά αίτια ναυτίας και εμέτων

Τα παιδιά μπορεί να εμφανίσουν ναυτία λόγω άγχους, λόγω προβλημάτων τοπικά στο στομάχι και το έντερο, εξαιτίας ορισμένων φαρμάκων, γενικών συστηματικών παθήσεων, λόγω διαταραχών των ηλεκτρολυτών και άλλων παραγόντων, βλάβης στο αιθουσαίο σύστημα, καθώς και λόγω αύξησης της ενδοκράνιας πίεσης.

Μη φαρμακευτική αντιμετώπιση

- Όπως και με τον πόνο, η ναυτία και οι έμετοι δεν είναι πάντοτε απαραίτητο να αντιμετωπιστούν με φαρμακευτική αγωγή.
- Οι προαναφερθείσες μη φαρμακευτικές προσεγγίσεις εφαρμόζονται και στην περίπτωση αυτή, όπως η απόσπαση της προσοχής, η ύπνωση, η προοδευτική μυϊκή χαλάρωση, το τραγούδι, η προσευχή και (βέβαια) οι πολλές αγκαλιές.
- Προσεγγίσεις της συμπληρωματικής ιατρικής, όπως μασάζ, ρεφλεξολογία, βελονισμός και βοτανοθεραπεία, μπορεί να είναι επίσης επιβοηθητικές.
- Στα υπόλοιπα πρακτικά βήματα περιλαμβάνονται: απομάκρυνση δυσάρεστων οσμών και υπολειμμάτων τροφής, αποφυγή έντονων αρωμάτων και προσφορά μικρών ποσοτήτων φαγητού σε συχνά διαστήματα.

Φαρμακευτική αντιμετώπιση

- Ο έμετος ενεργοποιείται μέσω ποικίλων οδών στις οποίες συμμετέχουν το έντερο, το έσω ους, το κέντρο του εμέτου στον εγκέφαλο, καθώς και ανώτερα φλοιώδη κέντρα.
- Σε καθεμία από αυτές τις οδούς εμπλέκονται διαφορετικοί υποδοχείς και χημικοί διαβιβαστές, συνεπώς σε κάθε περίπτωση απαιτείται διαφορετικό φάρμακο: κυκλιζίνη για αιτίες από τα ανώτερα εγκεφαλικά κέντρα και το αιθουσαίο σύστημα, μετοκλοπραμίδη και δομπεριδόνη για αιτίες που προέρχονται από το ανώτερο πεπτικό, αλοπεριδόλη και ονδανσετρόνη για βιοχημικά αίτια και λεβομεπρομαζίνη για όλες τις περιπτώσεις (αν και το φάρμακο αυτό είναι ιδιαίτερα κατασταλτικό).

ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΟ ΠΛΑΝΟ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΝΑΥΤΙΑΣ – ΕΜΕΤΩΝ

Τρέχοντα προβλήματα που αφορούν το συγκεκριμένο παιδί

**Εξατομικευμένο πλάνο αντιμετώπισης ναυτίας και εμέτων
(παρακαλώ αναγράψτε τις ακριβείς δόσεις)**

Βήμα 1:

Βήμα 2:

Βήμα 3:

Αν το παιδί συνεχίζει να υποφέρει από τα παραπάνω προβλήματα παρά τα βήματα αυτά, παρακαλώ καλέστε xxx

Υπόδειγμα για ένα «Πλάνο Αντιμετώπισης Σπασμών»

Πιθανά αίτια σπασμών

- Τα παιδιά μπορεί να εμφανίσουν σπασμούς ως αποτέλεσμα της υποκείμενης πάθησης, καθώς και εξαιτίας υψηλού πυρετού, εγκεφαλικού ερεθισμού, λοίμωξης ή αυξημένης ενδοκράνιας πίεσης. Συνήθως οι σπασμοί διακόπτονται χωρίς παρέμβαση, θα πρέπει ωστόσο να αντιμετωπιστούν αν διαρκούν πέραν των 3-4 λεπτών (χρόνος που μοιάζει υπερβολικά μεγάλος όταν ένα παιδί εμφανίζει σπασμούς).
- Στο πλαίσιο της παιδιατρικής ανακουφιστικής φροντίδας, τα παιδιά ανήκουν σε μια από τις εξής δύο κατηγορίες:
 - Παιδιά με γενικευμένες νευρολογικές διαταραχές που εμφανίζουν σπασμούς σε μακροχρόνια βάση, λαμβάνουν πολλά φάρμακα και των οποίων οι οικογένειες αισθάνονται επαρκείς και έχουν τον κατάλληλο εξοπλισμό για να χειριστούν την κατάσταση.
 - Παιδιά χωρίς ιστορικό σπασμών, των οποίων η πάθηση έχει αρχίσει να προκαλεί σπασμούς που μπορεί να φοβίζουν ιδιαίτερα τις οικογένειες, καθώς και το προσωπικό φροντίδας.

Μη φαρμακευτική αντιμετώπιση

- Τα πλέον επιβοηθητικό μέτρο είναι η εκπαίδευση και προετοιμασία των οικογενειών με ήρεμο, σαφή και υπομονετικό τρόπο έτσι ώστε να γνωρίζουν τι να περιμένουν και τι να πράξουν. Είναι πολύ χρήσιμο επίσης η οικογένεια και το σχολείο να διαθέτουν ένα γραπτό πλάνο αντιμετώπισης των σπασμών.
- Αν το παιδί εμφανίσει σπασμούς, βεβαιωθείτε ότι βρίσκεται σε ασφαλή θέση και δεν πρόκειται να τραυματιστεί πάνω σε αντικείμενα του περιβάλλοντος. Μην προσπαθήσετε να σταματήσετε τις κινήσεις του παιδιού και μην προσπαθήσετε να βάλετε οτιδήποτε μέσα στο στόμα του. Χορηγήστε οξυγόνο (αν είναι διαθέσιμο). Αναζητήστε αντιστρεπτές αιτίες επίταξης των σπασμών και προσπαθήστε να τις διορθώσετε, π.χ. λοίμωξη, ηλεκτρολυτικές και άλλες βιοχημικές διαταραχές, υπογλυκαιμία, αυξημένη ενδοκράνια πίεση και μη κατάλληλη αντιεπιληπτική αγωγή. Δεν απαιτείται σε όλες τις περιπτώσεις σπασμών η χορήγηση φαρμάκων, συνεπώς συνιστάται αναμονή για 5 λεπτά (που μπορεί να μοιάζουν ατελείωτα) προκειμένου να διαπιστωθεί αν οι σπασμοί σταματήσουν αυτόματα.

Φαρμακευτική αντιμετώπιση

- Αν ένα παιδί αρχίζει να κάνει σπασμούς και είναι διαθέσιμο οξυγόνο, χορηγήστε το στην υψηλή ροή.
- Αν οι σπασμοί δεν υποχωρούν, χορηγήστε μιδαζολάμη από του στόματος (ή διαζεπάμη διά του ορθού, ή παραλδεΐδη αναμειγμένη με ελαιόλαδο, επίσης διά του ορθού).
- Αν δεν επέλθει βελτίωση μετά από άλλα 10 λεπτά, χορηγήστε μία δεύτερη δόση και καλέστε ασθενοφόρο ή την ομάδα παιδιατρικής ανακουφιστικής φροντίδας.

Δόσεις μιδαζολάμης διά του στοματικού βλεννογόνου, για την αντιμετώπιση των σπασμών:

- Νεογνά: 300μg/kg ως εφάπαξ δόση.
- Παιδιά 1-6 μηνών: 300μg/kg (μέγιστο: 2,5mg), η δόση μπορεί να επαναληφθεί μία φορά ακόμη, αν είναι απαραίτητο.
- Παιδιά 6 μηνών-1 έτους: 2,5mg, η δόση μπορεί να επαναληφθεί μία φορά ακόμη, αν είναι απαραίτητο.
- Παιδιά 1-5 ετών: 5mg, η δόση μπορεί να επαναληφθεί μία φορά ακόμη, αν είναι απαραίτητο.
- Παιδιά 5-10 ετών: 7,5mg, η δόση μπορεί να επαναληφθεί μία φορά ακόμη, αν είναι απαραίτητο.
- Παιδιά 10-18 ετών: 10mg, η δόση μπορεί να επαναληφθεί μία φορά ακόμη, αν είναι απαραίτητο.

Δόσεις διαζεπάμης διά του ορθού, για την αντιμετώπιση των σπασμών:

- Νεογνά: 1,25-2,5mg, η δόση μπορεί να επαναληφθεί μία φορά μετά από 10 λεπτά, αν είναι απαραίτητο.
- Παιδιά 1 μηνός-2 ετών: 5mg, η δόση μπορεί να επαναληφθεί μία φορά μετά από 10 λεπτά, αν είναι απαραίτητο.
- Παιδιά 2-12 ετών: 5-10mg, η δόση μπορεί να επαναληφθεί μία φορά μετά από 10 λεπτά, αν είναι απαραίτητο.
- Παιδιά 12-18 ετών: 10mg-20mg, η δόση μπορεί να επαναληφθεί μία φορά μετά από 10 λεπτά, αν είναι απαραίτητο.

ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΟ ΠΛΑΝΟ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΣΠΑΣΜΩΝ

Τρέχοντα προβλήματα που αφορούν το συγκεκριμένο παιδί

**Εξατομικευμένο πλάνο αντιμετώπισης σπασμών
(παρακαλώ αναγράψτε τις ακριβείς δόσεις)**

Βήμα 1:

Βήμα 2:

Βήμα 3:

Αν το παιδί συνεχίζει να υποφέρει από τα παραπάνω προβλήματα παρά τα βήματα αυτά, παρακαλώ καλέστε xxx

Υπόδειγμα για ένα «Πλάνο Αντιμετώπισης Οξείας Δύσπνοιας»

Πιθανά αίτια δύσπνοιας

- Τα παιδιά μπορεί να εμφανίσουν δύσπνοια ως αποτέλεσμα της υποκείμενης νόσου. Η δύσπνοια αποτελεί το υποκειμενικό βίωμα της αναπνευστικής δυσχέρειας και ποικίλει σε ένταση.
- Η αντιμετώπιση της υποκείμενης κατάστασης είναι επομένως σημαντική (π.χ. άγχος, βρογχόσπασμος, πίεση στο διάφραγμα λόγω ασκίτη, αναιμία, πλευριτική συλλογή κ.λπ.).

Μη φαρμακευτική αντιμετώπιση

- Κυκλοφορία του αέρα: χρήση ενός ανεμιστήρα ή μέσω ενός ανοιχτού παράθυρου.
- Το άγχος μπορεί να προκαλέσει επιδείνωση της δύσπνοιας, συνεπώς θα πρέπει να δώσουμε τις απαραίτητες εξηγήσεις στους γονείς και το παιδί, όπως και να τους καθησυχάσουμε.
- Θέση του παιδιού: το σώμα του θα πρέπει να βρίσκεται κατά το δυνατό σε κατακόρυφη θέση.
- Η απόσπαση προσοχής του παιδιού ανάλογα με την ηλικία του, αποτελεί σημαντική μέθοδο: εδώ περιλαμβάνεται το παιχνίδι όπως και οι ασκήσεις αναπνοής (για τα μεγαλύτερα παιδιά).

Φαρμακευτική αντιμετώπιση

- **Οξυγόνο**
 - Οι μελέτες έχουν δείξει ότι η οξυγονοθεραπεία μπορεί να μην είναι αποτελεσματική εκτός αν η δύσπνοια συσχετίζεται με αιφνίδια πτώση του κορεσμού του οξυγόνου, ωστόσο ενδέχεται να είναι ωφέλιμη για την ανακούφιση και τον καθησυχασμό του παιδιού.
- **Μορφίνη**
 - Μειώνει το άγχος, τον πόνο και την πνευμονική αρτηριακή πίεση. Αρχίστε με το ήμισυ της αναλγητικής δόσης και τιτλοποιήστε μέχρι να επιτευχθεί αποτέλεσμα (βλ. την ενότητα για την αντιμετώπιση του πόνου).

- **Μιδαζολάμη**

- Διά του στοματικού βλεννογόνου σε παιδιά 1 μηνός-18 ετών: 200-500μg/kg (μέγιστο: 10mg)
- Διά του ορθού: 500-750μg/kg
- **Συνεχής ενδοφλέβια/υποδόρια έγχυση σε παιδιά 1 μηνός-18 ετών: 10-300μg/kg/ώρα.**

- **Λοραζεπάμη**

- Σε όλες τις ηλικίες: 25-50μg/kg ως εφάπαξ δόση.
- Τα περισσότερα παιδιά δεν θα χρειαστούν περισσότερο από 0,5-1mg για μια δοκιμαστική δόση. Η απορρόφηση είναι καλή και σε υπογλώσσια χορήγηση.

ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΟ ΠΛΑΝΟ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΔΥΣΠΝΟΙΑΣ

Τρέχοντα προβλήματα που αφορούν το συγκεκριμένο παιδί

**Εξατομικευμένο πλάνο αντιμετώπισης της δύσπνοιας
(παρακαλώ αναγράψτε τις ακριβείς δόσεις)**

Βήμα 1:

Βήμα 2:

Βήμα 3:

Αν το παιδί συνεχίζει να υποφέρει από τα παραπάνω προβλήματα παρά τα βήματα αυτά, παρακαλώ καλέστε xxx

Υπόδειγμα για ένα «Πλάνο Αντιμετώπισης Υπέρμετρων Αναπνευστικών Εκκρίσεων»

Πιθανά αίτια αναπνευστικών εκκρίσεων

- Οι υπερβολικές αναπνευστικές εκκρίσεις μπορεί να προκαλέσουν συχνά δυσφορία στο παιδί και τους φροντιστές κατά το τελικό στάδιο της νόσου.

Μη φαρμακευτική αντιμετώπιση

- Η προσεκτική τοποθέτηση του σώματος του παιδιού συνήθως μειώνει τη θορυβώδη αναπνοή σε σημαντικό βαθμό.
- Η αναρρόφηση ενδέχεται να βοηθήσει ορισμένα παιδιά, αλλά προτείνεται να διενεργείται μόνο στη στοματική κοιλότητα.
- Η επεξήγηση και ο καθησυχασμός αποτελούν επωφελή μέτρα.

Φαρμακευτική αντιμετώπιση

- Οι υπερβολικές αναπνευστικές εκκρίσεις μπορούν να μειωθούν με τη χρήση υδροβρωμιούχου υοσκίνης με τη μορφή διαδερμικών έμπλαστρων ή μέσω υποδόριας ένεσης ή έγχυσης του φαρμάκου. Η χρήση βρωμιούχου γλυκοπυρρονίου μπορεί να εκτιμηθεί επίσης.

Δοσολογία για τα διαδερμικά έμπλαστρα υδροβρωμιούχου υοσκίνης:

- Παιδιά 1 μηνός-3 ετών: 250μg κάθε 72 ώρες (ένα τέταρτο του αυτοκόλλητου έμπλαστρου)
- Παιδιά 3-10 ετών: 500μg κάθε 72 ώρες (το ήμισυ ενός αυτοκόλλητου έμπλαστρου)
- Παιδιά 10-18 ετών: 1mg κάθε 72 ώρες (1 αυτοκόλλητο έμπλαστρο).

Υποδόρια/ενδοφλέβια έγχυση υδροβρωμιούχου υοσκίνης:

- 10μg/kg κάθε 4-8 ώρες, ανώτατη δόση: 600μg.
- Εναλλακτικά: 60μg/kg στη διάρκεια 24ωρών.

Δόσεις βρωμιούχου γλυκοπυρρονίου από του στόματος:

- Παιδιά 1 μηνός-18 ετών: 40-100μg/kg (ανώτατη δόση: 2mg), 3-4 φορές ημερησίως.

Υποδόρια έγχυση βρωμιούχου γλυκοπυρρονίου:

- Παιδιά 1 μηνός-12 ετών: 12-40μg/kg/24ωρο (ανώτατη δόση: 1,2mg)
- Παιδιά 12-18 ετών: 0,6-1,2mg/24ωρο.

ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΟ ΠΛΑΝΟ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΩΝ ΕΚΚΡΙΣΕΩΝ

Τρέχοντα προβλήματα που αφορούν το συγκεκριμένο παιδί

**Εξατομικευμένο πλάνο αντιμετώπισης υπέρμετρων αναπνευστικών
εκκρίσεων (παρακαλώ αναγράψτε τις ακριβείς δόσεις)**

Βήμα 1:

Βήμα 2:

Βήμα 3:

Αν το παιδί συνεχίζει να υποφέρει από τα παραπάνω προβλήματα παρά τα
βήματα αυτά, παρακαλώ καλέστε xxx

Υπόδειγμα για ένα «Πλάνο Αντιμετώπισης Σοβαρής Αιμορραγίας»

Πιθανά αίτια αιμορραγίας

- Τα παιδιά μπορεί να εμφανίσουν αιμορραγία εξαιτίας ορισμένων φαρμάκων, νεοπλασιών, ηπατικών παθήσεων, διαταραχών της πήξης, ελκών, νεφρικής ανεπάρκειας, γενικευμένων συστηματικών λοιμώξεων, ουλορραγίας.

Μη φαρμακευτική αντιμετώπιση

- Η σοβαρή αιμορραγία φοβίζει πολύ το παιδί και την οικογένεια. Προσπαθήστε να μην πανικοβληθείτε.
- Εφαρμόστε πίεση στις βλάβες που αιμορραγούν.
- Τοποθετήστε το παιδί έτσι ώστε το αίμα να μπορεί να παροχετεύεται ευκολότερα.
- Χρησιμοποιήστε σκουρόχρωμα σεντόνια και πετσέτες για να απορροφηθεί το αίμα χωρίς να προκληθεί αναστάτωση στους παριστάμενους.
- Εφαρμόστε τεχνικές απόσπασης της προσοχής του παιδιού, όπως το τραγούδι, οι ασκήσεις αναπνοής ή χαλάρωσης, το παιχνίδι καθώς και πνευματικές δραστηριότητες όπως η προσευχή.

Φαρμακευτική αντιμετώπιση

- Αν συμβεί μια οξεία ή σοβαρή αιμορραγία, θα πρέπει να χορηγηθεί επείγοντως κατασταλτική αγωγή ταχείας δράσης με χρήση μιδαζολάμης και διαμορφίνης. Τα φάρμακα αυτά θα πρέπει να είναι εύκολα και άμεσα διαθέσιμα στο σπίτι του παιδιού.
- Όσο το δυνατόν πιο σύντομα, ξεκινήστε συνεχή υποδόρια ή ενδοφλέβια έγχυση μιδαζολάμης σε δόση 0,3mg/kg/24ωρο και μορφίνης ή διαμορφίνης σε δόση τουλάχιστον ισοδύναμη της δόσης που χορηγείται ενδοφλεβίως για την αντιμετώπιση του παροξυσμικού πόνου. Μη φοβηθείτε να αυξήσετε ταχέως τη δοσολογία, αν χρειαστεί.
- Θυμηθείτε ότι δεν υπάρχει μέγιστη δόση μορφίνης για τον πόνο, καθώς και ότι οι συνθήκες μπορεί να αλλάξουν ταχύτατα κατά το τελικό στάδιο.

Προετοιμαστείτε προκειμένου να αναμένετε και να αντιμετωπίσετε τυχόν παρενέργειες της μορφίνης (ναυτία, έμετοι, δυσκοιλιότητα κ.λπ.) που ενδέχεται να εμφανιστούν.

- Μπορούν να εφαρμοστούν στα σημεία της αιμορραγίας εξωτερικά επιθέματα ως έχουν ή αφού εμποτιστούν με αδρεναλίνη ή τρανεξαμικό οξύ.
- Η εσωτερική αιμορραγία μπορεί να ελεγχθεί με φαρμακευτικούς παράγοντες που σχετίζονται με την πήξη, όπως η βιταμίνη Κ. Αν η απώλεια αίματος είναι εκτενής, μπορεί να εκτιμηθεί το ενδεχόμενο της μετάγγισης αίματος/αιμοπεταλίων.

Μιδαζολάμη: 100μg/kg ενδοφλεβίως (ή διά του στοματικού βλεννογόνου ή ενδορινικά, αν δεν υπάρχει ενδοφλέβια πρόσβαση) (τα παιδιά κάτω των πέντε ετών μπορεί να χρειαστούν πολύ μεγαλύτερη δόση έως και 600mg/kg αλλά αρχίστε με χαμηλή δόση και να είστε σε ετοιμότητα να επαναλάβετε τη δόση ή να τιτλοποιήστε περαιτέρω το φάρμακο). Επαναλάβετε κάθε 10 λεπτά μέχρι να επιτευχθεί πλήρης καταστολή. Για λιγότερο έντονη αιμορραγία, εκτιμήστε την περίπτωση χορήγησης διαζεπάμης διά του ορθού.

Διαμορφίνη: 0,1mg/kg ενδοφλεβίως (ή διά του στοματικού βλεννογόνου ή ενδορινικά, αν δεν υπάρχει ενδοφλέβια πρόσβαση) (θα πρέπει να χορηγείται η μισή δόση σε παιδιά μικρότερα των έξι μηνών) και επαναλάβετε όπως παραπάνω.

ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΟ ΠΛΑΝΟ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑΣ

Τρέχοντα προβλήματα που αφορούν το συγκεκριμένο παιδί

**Εξατομικευμένο πλάνο αντιμετώπισης αιμορραγίας
(παρακαλώ αναγράψτε τις ακριβείς δόσεις)**

Βήμα 1:

Βήμα 2:

Βήμα 3:

Αν το παιδί συνεχίζει να υποφέρει από τα παραπάνω προβλήματα παρά τα βήματα αυτά, παρακαλώ καλέστε xxx

Υπόδειγμα για ένα «Πλάνο Αντιμετώπισης Μυϊκού Σπασμού (Δυστονίας)»

Πιθανά αίτια δυστονίας

- Οι μυϊκές συσπάσεις μπορεί να προκληθούν λόγω πίεσης ή ερεθισμού νεύρου. Οι συσπάσεις μπορεί επίσης να οφείλονται σε ορισμένες παθήσεις περιορισμένης πρόγνωσης, όπως τα νευροεκφυλιστικά νοσήματα. Παρατεταμένες περίοδοι καθήλωσης στο κρεβάτι ή έλλειψης σωματικής δραστηριότητας μπορούν επίσης να προκαλέσουν μυϊκές συσπάσεις.

Μη φαρμακευτική αντιμετώπιση

- Είναι σημαντικό να γνωρίζει κανείς τον φαύλο κύκλο που μπορεί να ανακύψει: η δυστονία είναι πολύ επώδυνη και φοβίζει, ο πόνος και το άγχος οδηγούν σε μυϊκή υπερένταση, με αποτέλεσμα η δυστονία και άρα ο πόνος και το άγχος να επιδεινώνονται.
- Είναι θεμελιώδες επομένως για την αντιμετώπιση της δυστονίας να προσπαθήσει κανείς να διαρρήξει αυτόν τον φαύλο κύκλο.
- Η αντιμετώπιση οποιασδήποτε αιτίας άγχους ή πόνου θα είναι κατά πάσα πιθανότητα επιβοηθητική.
- Οι μυϊκές συσπάσεις δεν χρειάζεται πάντοτε να αντιμετωπιστούν μόνο με τη χορήγηση φαρμάκων, η δε φαρμακευτική αγωγή δεν είναι συνήθως ιδιαίτερα αποτελεσματική ή ενδέχεται να οδηγήσει σε πλήθος ανεπιθύμητων ενεργειών.
- Η προσπάθεια να βοηθηθεί το παιδί να χαλαρώσει τοποθετώντας το σώμα του στην κατάλληλη θέση και στον σωστό τρόπο καθίσματος, καθώς και με το μασάζ, τη φυσιοθεραπεία, τα θερμά λουτρά και τη διάσπαση της προσοχής του, αποτελούν τουλάχιστον εξίσου σημαντικά μέτρα με τη φαρμακευτική αγωγή, ίσως και μεγαλύτερης σημασίας.

Φαρμακευτική αντιμετώπιση

- Τα χαλαρωτικά των σκελετικών μυών μπορεί να είναι βοηθητικά, αλλά τείνουν να έχουν πολλές παρενέργειες.
- Στο τέλος της ζωής, οι βενζοδιαζεπίνες όπως η διαζεπάμη και η μιδαζολάμη

αποτελούν ενδεχομένως τα πιο χρήσιμα και εύχρηστα φάρμακα, αλλά η μακροχρόνια χορήγησή τους είναι ιδιαίτερα δυσχερής στα παιδιά καθώς μπορεί να αναπτύξουν ανοχή. Στις περιπτώσεις αυτές, μπορούν να χρησιμοποιηθούν η βακλοφαίνη (από του στόματος ή ενδοθηκικά), η τιζανιδίνη, το δαντρολένιο, οι ενέσεις βοτουλινικής τοξίνης καθώς και η τοπική χειρουργική επέμβαση.

Διαζεπάμη:

- Παιδιά 1 μηνός-2 ετών: αρχίστε με 0,25mg/kg δύο φορές ημερησίως και τιτλοποιήστε προς τα άνω σύμφωνα με τις ανάγκες.
- Παιδιά 2-5 ετών: 2,5mg δύο φορές ημερησίως και τιτλοποιήστε προς τα άνω σύμφωνα με τις ανάγκες.
- Παιδιά 5-12 ετών: 5mg δύο φορές ημερησίως και τιτλοποιήστε προς τα άνω σύμφωνα με τις ανάγκες.
- Παιδιά 12-18 ετών: 5-15mg δύο φορές ημερησίως και τιτλοποιήστε προς τα άνω σύμφωνα με τις ανάγκες.

ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΟ ΠΛΑΝΟ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΔΥΣΤΟΝΙΑΣ

Τρέχοντα προβλήματα που αφορούν το συγκεκριμένο παιδί

**Εξατομικευμένο πλάνο αντιμετώπισης δυστονίας
(παρακαλώ αναγράψτε τις ακριβείς δόσεις)**

Βήμα 1:

Βήμα 2:

Βήμα 3:

Αν το παιδί συνεχίζει να υποφέρει από τα παραπάνω προβλήματα παρά τα βήματα αυτά, παρακαλώ καλέστε xxx

Υπόδειγμα για ένα «Πλάνο Αντιμετώπισης Πόνου Στοματικής Κοιλότητας»

Πιθανά αίτια πόνου στη στοματική κοιλότητα

- Η φροντίδα του στόματος συχνά παραμελείται στην ανακουφιστική φροντίδα παιδιών. Στα πιθανά αίτια πόνου περιλαμβάνονται τα εξής: καντιντίαση στόματος, ξηροστομία λόγω στοματικής αναπνοής, χορήγηση οξυγόνου, παρενέργειες φαρμάκων, τραυματικά/αφθώδη/λοιμώδη έλκη, ουλορραγίες, οδοντική τερηδόνα και υπερπλασία ούλων.

Μη φαρμακευτική αντιμετώπιση

- Όπως και με άλλα συμπτώματα, ο πόνος στη στοματική κοιλότητα δεν είναι πάντοτε απαραίτητο να αντιμετωπιστεί με φαρμακευτικούς παράγοντες.
- Η διατήρηση του στόματος καθαρού και υγρού μπορεί να προλάβει την ξηροστομία. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί εκμυζώντας ένα παγάκι ή ένα κομμάτι ανανά, τρώγοντας παγωτό ξυλάκι, πίνοντας γουλιές κρύου νερού, ή χρησιμοποιώντας γάζα ή σφουγγαράκι εμποτισμένα με νερό ή στοματικό διάλυμα.
- Μπορούν να τοποθετηθούν μικρά κομμάτια σοκολάτας στο στόμα, αν δεν αντενδείκνυται, κάτι που μπορεί να είναι και ευχάριστο.
- Στις άλλες μη φαρμακευτικές προσεγγίσεις περιλαμβάνονται: απόσπαση προσοχής, ύπνωση, προσοδευτική μουσική χαλάρωση, τραγούδι, προσευχή και, βέβαια, άφθονες αγκαλιές.
- Παρεμβάσεις της συμπληρωματικής ιατρικής, όπως μασάζ, ρεφλεξολογία, βελονισμός και βοτανοθεραπεία, μπορεί να είναι επίσης επιβοηθητικές.

Φαρμακευτική αντιμετώπιση

Για την ανακούφιση του στοματικού πόνου, είναι απαραίτητο να αναγνωριστεί και να αντιμετωπιστεί η αιτία. Ο αναγνώστης παρακαλείται να συμβουλευτεί επίσης το πλάνο αντιμετώπισης πόνου, αν θεωρηθεί απαραίτητο.

Ξηροστομία	Γουλιές υγρών, γλειφιτζούρια, τεχνητό σάλιο
Καντίντιαση στόματος	Στοματική γέλη μικοναζόλης ή φλουκοναζόλη
Στοματικά έλκη	Στοματικό διάλυμα, γέλη με την εμπορική ονομασία <i>Bonjela</i> (σαλικυλική χολίνη και χλωριούχο κετακόνιο), τροχίσκοι στεροειδών
Αιμορραγία ούλων	Τρανεξαμικό οξύ, στοματικά διαλύματα, ή αιμοστατικοί παράγοντες, π.χ. αφρώδης γέλη/μεμβράνη γέλης. Συμβουλευτείτε το πλάνο αντιμετώπισης αιμορραγίας

ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΟ ΠΛΑΝΟ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΠΟΝΟΥ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑΣ

Τρέχοντα προβλήματα που αφορούν το συγκεκριμένο παιδί

**Εξατομικευμένο πλάνο αντιμετώπισης πόνου στοματικής κοιλότητας
(παρακαλώ αναγράψτε τις ακριβείς δόσεις)**

Βήμα 1:

Βήμα 2:

Βήμα 3:

Αν το παιδί συνεχίζει να υποφέρει από τα παραπάνω προβλήματα παρά τα βήματα αυτά, παρακαλώ καλέστε xxx

Υπόδειγμα για ένα «Πλάνο Αντιμετώπισης Συμπίεσης Νωτιαίου Μυελού»

Πιθανά αίτια συμπίεσης νωτιαίου μυελού

- Η συμπίεση νωτιαίου μυελού αποτελεί επείγουσα ιατρική κατάσταση. Ο στόχος της αγωγής είναι να προλάβει την απώλεια κινητικότητας και/ή την ακράτεια. Ενδέχεται ωστόσο αυτός ο στόχος να μην αφορά όλες τις περιπτώσεις ασθενών, συνεπώς η επιλογή της αγωγής εξαρτάται από τις απαντήσεις στα 2 επόμενα ερωτήματα:
 1. Αποτελεί η συμπίεση νωτιαίου μυελού ένα πιθανό συμβάν; Να είστε σε εγρήγορση σε κάθε περίπτωση παιδιού με παθολογία στην περιοχή του νωτιαίου μυελού, το οποίο παρουσιάζει επιδεινούμενο πόνο, νευρολογικά συμπτώματα στα κάτω άκρα ή αλλαγές στις συνήθειες του εντέρου ή της ουροδόχου κύστης.
 2. Εξυπηρετεί το βέλτιστο συμφέρον του παιδιού η διενέργεια επείγουσας διερεύνησης (π.χ. μαγνητικής τομογραφίας) και η αντιμετώπιση της κατάστασης (π.χ. χειρουργικά ή με ακτινοβολία);
- Η πιθανότερη αιτία πρόκλησης συμπίεσης νωτιαίου μυελού είναι οι μεταστάσεις στη σπονδυλική στήλη. Στα σημεία της συμπίεσης νωτιαίου μυελού περιλαμβάνονται: πόνος στη ράχη, αδυναμία στα κάτω άκρα, αλλοιωμένα αντανάκλαστικά, μειωμένη αισθητικότητα στα κάτω άκρα, διαταραχές στη λειτουργία της κύστης και του σφιγκτήρα του πρωκτού.

Μη φαρμακευτική αντιμετώπιση

- Διαχείριση της κινητικότητας
- Φροντίδα δέρματος
- Διαχείριση λειτουργίας ουροποιητικού
- Ψυχοκοινωνική στήριξη
- Άλλες μη φαρμακευτικές προσεγγίσεις, όπως απόσπαση προσοχής, ύπνωση, προοδευτική μυϊκή χαλάρωση, τραγούδι, προσευχή και, βέβαια, άφθονες αγκαλιές.
- Παρεμβάσεις της συμπληρωματικής ιατρικής, όπως μασάζ, ρεφλεξολογία, βελονισμός και βοτανοθεραπεία, μπορεί να είναι επίσης επιβοηθητικές.

Φαρμακευτική αντιμετώπιση

- Κάθε πόνος θα πρέπει να αντιμετωπίζεται (βλ. τη σχετική ενότητα). Περαιτέρω διερεύνηση και θεραπευτική αντιμετώπιση θα πρέπει να εκτιμηθούν με βάση το βέλτιστο συμφέρον του παιδιού.
- Θα πρέπει να χορηγείται δεξαμεθαζόνη ενδοφλεβίως και το παιδί να εισάγεται άμεσα στο νοσοκομείο.

Δεξαμεθαζόνη

- Σωματικό βάρος μικρότερο των 35kg: 6-8mg
- Σωματικό βάρος άνω των 35kg: 12-16mg

ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΟ ΠΛΑΝΟ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΗΣ ΣΥΜΠΙΕΣΗΣ ΝΩΤΙΑΙΟΥ ΜΥΕΛΟΥ

Τρέχοντα προβλήματα που αφορούν το συγκεκριμένο παιδί

**Εξατομικευμένο πλάνο αντιμετώπισης της συμπίεσης νωτιαίου μυελού
(παρακαλώ αναγράψτε τις ακριβείς δόσεις)**

Βήμα 1:

Βήμα 2:

Βήμα 3:

Αν το παιδί συνεχίζει να υποφέρει από τα παραπάνω προβλήματα παρά τα βήματα αυτά, παρακαλώ καλέστε xxx

Υπόδειγμα για ένα «Πλάνο Αντιμετώπισης Διέγερσης, Ανησυχίας, Παραληρήματος και Άγχους»

Πιθανά αίτια διέγερσης και άγχους

- Υπάρχουν πολλές πιθανές αιτίες διέγερσης, ανησυχίας, άγχους και παραληρήματος στο πλαίσιο της ανακουφιστικής φροντίδας.
- Σε αυτές περιλαμβάνονται οι εξής: κατακράτηση ούρων, δυσκοιλιότητα, γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση, σπασμοί, μυϊκές συσπάσεις, φαρμακευτικοί παράγοντες, κάκωση/κάταγμα που δεν έχει εντοπιστεί, σηψαιμία, εγκεφαλικά αίτια, υποξία, περιβαλλοντικά αίτια, φόβος, ναυτία, μη ελεγχόμενος πόνος και ακατάλληλη θέση σώματος.

Μη φαρμακευτική αντιμετώπιση

Αντιμετωπίστε την υποκείμενη αιτία, αν διαπιστωθεί ότι υφίσταται κάποιο αίτιο. Εξετάστε εφαρμογή μίας ή περισσότερων από τις ακόλουθες παρεμβάσεις:

- Καθησύχαση του ασθενή
- Αλλαγή της θέσης του σώματος
- Συμμετοχή των γονέων
- Μέριμνα ώστε να παραμείνει ο ασθενής ασφαλής
- Κατάλληλη προσαρμογή του περιβάλλοντος χώρου
- Χαλαρωτική μουσική.

Φαρμακευτική αντιμετώπιση

Αντιμετωπίστε την ειδική αιτία αν είναι γνωστή, καθώς επίσης και τις σοβαρές περιπτώσεις, χορηγώντας:

- Μιδαζολάμη διά του στοματικού βλεννογόνου: 200-500μg/kg
- Διαζεπάμη:
 - Παιδιά μικρότερα των 4 ετών: 50μg/kg δύο φορές ημερησίως
- Αλοπεριδόλη: 12,5-25μg/kg (ανώτατη δόση: 10mg/24ωρο)
- Λεβομεπροζαμίνη:
 - Παιδιά 2-12 ετών: 0,25-1mg/kg το βράδυ
 - Παιδιά >12 ετών: 6,25-25mg το βράδυ

- Παιδιά 5-12 ετών: 1,5-10mg, δύο φορές ημερησίως
- Παιδιά >12 ετών: 2-10mg, δύο φορές ημερησίως.
- Η λεβομεπρομαζίνη είναι περισσότερο κατασταλτικό φάρμακο αλλά μπορεί να χορηγηθεί σε τακτική βάση.

ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΟ ΠΛΑΝΟ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΔΙΕΓΕΡΣΗΣ, ΑΝΗΣΥΧΙΑΣ, ΠΑΡΑΛΗΡΗΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΑΓΧΟΥΣ

Τρέχοντα προβλήματα που αφορούν το συγκεκριμένο παιδί

**Εξατομικευμένο πλάνο αντιμετώπισης
(παρακαλώ αναγράψτε τις ακριβείς δόσεις)**

Βήμα 1:

Βήμα 2:

Βήμα 3:

Αν το παιδί συνεχίζει να υποφέρει από τα παραπάνω προβλήματα παρά τα βήματα αυτά, παρακαλώ καλέστε xxx

Υπόδειγμα για ένα «Πλάνο Αντιμετώπισης Δυσκοιλιότητας»

Πιθανά αίτια δυσκοιλιότητας

Ο ορισμός της δυσκοιλιότητας σε παιδιά στο πλαίσιο της ανακουφιστικής φροντίδας μπορεί να περιγραφεί ως αλλαγή στις κανονικές συνήθειες του εντέρου αναφορικά με το συγκεκριμένο παιδί. Τα σκευάσματα για λήψη από του στόματος συνήθως προτιμώνται έναντι της αγωγής διά του ορθού. Είναι σημαντικό να έχουμε κατά νου ότι η δακτυλική εξέταση μπορεί να μην γίνεται ανεκτή από το παιδί.

- Έλλειψη δραστηριότητας
- Αφυδάτωση (πυρετός/έμετοι)
- Διατροφικά αίτια
- Οφειλόμενη στο υποκείμενο νόσημα/κατάσταση (νευρολογική/μεταβολική πάθηση)
- Απόφραξη εντέρου, ραγάδες περιοχής ορθού
- Φαρμακευτικά αίτια.

Μη φαρμακευτική αντιμετώπιση

- Λήψη περισσότερων υγρών (π.χ. νερό, χυμός δαμάσκηνου, γάλα πλούσιο σε φυτικές ίνες)
- Μασάζ
- Αλλαγή θέσης σώματος
- Καθησυχασμός/απόσπαση προσοχής
- Θερμοφόρα.

Φαρμακευτική αντιμετώπιση

- Υπόθετο βισακοδύλης ή υποκλυσμός (πρώτης γραμμής αγωγή για την ανακούφιση από τη σοβαρή δυσκοιλιότητα).
- Σέννα (διεγερτικό υπακτικό, χορηγείται για βραχύ διάστημα).
- Μακρογόλες και/ή λακτουλόζη (ωσμωτικά υπακτικά, με στόχο να προληφθούν μελλοντικά επεισόδια δυσκοιλιότητας).

ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΟ ΠΛΑΝΟ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΔΥΣΚΟΙΛΙΟΤΗΤΑΣ

Τρέχοντα προβλήματα που αφορούν το συγκεκριμένο παιδί

**Εξατομικευμένο πλάνο αντιμετώπισης δυσκοιλιότητας
(παρακαλώ αναγράψτε τις ακριβείς δόσεις)**

Βήμα 1:

Βήμα 2:

Βήμα 3:

Αν το παιδί συνεχίζει να υποφέρει από τα παραπάνω προβλήματα παρά τα βήματα αυτά, παρακαλώ καλέστε xxx

Παραπομπές Συνταγολογίου

1. *British National Formulary (BNF)* (77^η έκδοση) [επιμ.: British Medical Association (BMA)]. Λονδίνο: BMJ Publishing Group & Royal Pharmaceutical Society (RPS), 2019.
2. *British National Formulary for Children (BNFc)* [επιμ.: BMA, Royal College of Paediatrics and Child Health (RCPCH), & Neonatal and Paediatric Pharmacists Group (NPPG)]. Λονδίνο: BMJ Publishing Group, RPS, & RCPCH, 2018-19.
3. *Neonatal Formulary 7 (NNF7): Drug Use in Pregnancy and the First Year of Life*. Λονδίνο: BMJ Books & Blackwell Wiley Publishing, 2015.
4. WHO, *WHO guidelines on the pharmacological treatment of persisting pain in children with medical illnesses*. Γενεύη: WHO, 2012 (Σ.τ.Μ.: Ελληνική μετάφραση: Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας. Κατευθυντήριες Οδηγίες για τη φαρμακευτική αντιμετώπιση του επίμονου πόνου σε παιδιά με διάφορες παθήσεις. Μετάφραση-επιμέλεια: Μ. Μπούρη. Αθήνα: Μέρμηνα, 2013).
5. Twycross, R., Wilcock, A., & Howard, P. (επιμ). *Palliative Care Formulary (PCF 5)* (5^η έκδοση). Νότιγχαμ: Palliativedrugs.com Ltd, 2014.
6. RCPCH, *Medicines for Children* (2^η έκδοση). Λονδίνο: RCPCH Publications limited, 2003.
7. Markey, K.A., et al. *Understanding idiopathic intracranial hypertension: mechanisms, management, and future directions*. Lancet Neurol, 2016. **15**(1): 78-91.
8. Shinnar, S., et al. *Management of hydrocephalus in infancy: use of acetazolamide and furosemide to avoid cerebrospinal fluid shunts*. J Pediatr, 1985. **107**(1): 31-7.
9. Asiedu, M.N., et al. *Inhibition of carbonic anhydrase augments GABAA receptor-mediated analgesia via a spinal mechanism of action*. J Pain, 2014. **15**(4): 395-406.
10. White, R., & Bradnam, V. *Handbook of Drug Administration via Enteral Feeding Tubes* (3^η έκδοση) [επιμ.: British Pharmaceutical Nutrition (BPN) Group]. Λονδίνο: Pharmaceutical Press, 2015.
11. Dickman, A. & Schneider, J. *The Syringe Driver. Continuous Subcutaneous Infusions in Palliative Care* (4^η έκδοση). Οξφόρδη: Oxford University Press, 2016.
12. Von Heijne, M., et al. *Propofol or propofol-alfentanil anesthesia for painful procedures in the pediatric oncology ward*. Paediatr Anaesth, 2004. **14**(8): 670-5.
13. Duncan, A. *The use of fentanyl and alfentanil sprays for episodic pain*. Palliat Med, 2002. **16**(6): 550.

14. The Royal Bournemouth and Christchurch Hospital, *Prescribing and administration information for alfentanil spray* (επικαιροποίηση: 2016). Διατίθεται στον σύνδεσμο: <http://www.dorsetformulary.nhs.uk/docs/bnf04/RBCH%20Alfentanil%20Spray%20prescribing%20and%20administration%20guidelines.pdf>
15. Urch, C., Carr, S., Minton, O. *Retrospective review of use of alfentanil in hospital palliative care settings*. Palliat Med, 2004. **18**: 516-19.
16. Hershey, A.D., et al. *Effectiveness of amitriptyline in the prophylactic management of childhood headaches*. Headache, 2000. **40**(7): 539-49.
17. Heiligenstein, E. & Steif, B.L. *Tricyclics for pain*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 1989. **28**(5): 804-5.
18. Kaminski, A., et al. *Antidepressants for the treatment of abdominal pain-related functional gastrointestinal disorders in children and adolescents*. Cochrane Database Syst Rev, 2011(7): CD008013.
19. Korterink, J., et al. *Childhood functional abdominal pain: mechanisms and management*. Nat Rev Gastroenterol Hepatol, 2015. **12**(3): 159-71.
20. Gibson, P. & Vertigan, A. *Management of chronic refractory cough*. BMJ, 2015. **51**: h5590.
21. Gore, L., et al. *Aprepitant in adolescent patients for prevention of chemotherapy-induced nausea and vomiting: a randomized, double-blind, placebo-controlled study of efficacy and tolerability*. Pediatr Blood Cancer, 2009. **52**(2): 242-7.
22. Murphy, D., et al. *Aprepitant is efficacious and safe in young teenagers*. Pediatr Blood Cancer, 2011. **57**(5): 734-735.
23. Williams, D., et al. *Extended use of aprepitant in pediatric patients*. Biol Blood Marrow Transplant, 2012. **18**(2): Suppl 2 S378.
24. Choi, M.R., Jiles, C. & Seibel, N.L. *Aprepitant use in children, adolescents, and young adults for the control of chemotherapy-induced nausea and vomiting (CINV)*. J Pediatr Hematol Oncol, 2010. **32**(7): e268-71.
25. Murphy, C., et al. *NK1 receptor antagonism ameliorates nausea and emesis in typical and atypical variants of treatment refractory cyclical vomiting syndrome*. J Pediatr Gastroenterol Nutr, 2006. **42**(5): e13-14.
26. Kang, H.J., et al. *Aprepitant for the prevention of chemotherapy-induced nausea and vomiting in children: a randomised, double-blind, phase 3 trial*. Lancet Oncol, 2015. **16**(4): 385-94.
27. Heisler, M., et al. *Randomized double-blind trial of sublingual atropine vs. placebo for the management of death rattle*. J Pain Symptom Manage, 2013. **45**(1): 14-22.
28. Kintzel, P.E., et al. *Anticholinergic medications for managing noisy respirations in adult hospice patients*. Am J Health Syst Pharm, 2009. **66**(5): 458-64.

29. Norderyd, J., et al. *Sublingual administration of atropine eyedrops in children with excessive drooling - a pilot study*. Int J Paediatr Dent, 2017. **27**(1):22-29.
30. Wee, B. & Hillier, R. *Interventions for noisy breathing in patients near to death*. Cochrane Database Syst Rev, 2008. **1**: CD005177.
31. Dias, B.L.S., Fernandes, A.R. & Maia, H.S.F. *Treatment of drooling with sublingual atropine sulfate in children and adolescents with cerebral palsy*. Arq Neuropsiquiatr, 2017. **75**(5): 282-287.
32. Norderyd, J., et al. *Sublingual administration of atropine eyedrops in children with excessive drooling - a pilot study*. Int J Paediatr Dent, 2017. **27**(1): 22-29.
33. Azapagasi, E., et al. *Sublingual atropine sulfate use for sialorrhea in pediatric patients*. Pediatr Pulmonol, 2017. **52**: S100-S176 (Poster #K6).
34. Rapoport, A. *Sublingual atropine drops for the treatment of pediatric sialorrhea*. J Pain Symptom Manage, 2010. **40**(5): 783-8.
35. Dachy, B. & Dan, B. *Electrophysiological assessment of the effect of intrathecal baclofen in dystonic children*. Clin Neurophysiol, 2004. **115**(4): 774-8.
36. Campistol, J. [*Orally administered drugs in the treatment of spasticity*]. Rev Neurol, 2003. **37**(1): 70-4.
37. Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the Practice Committee of the Child Neurology Society, Delgado, M.R., et al. *Practice parameter: pharmacologic treatment of spasticity in children and adolescents with cerebral palsy (an evidence-based review): report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the Practice Committee of the Child Neurology Society*. Neurology. **74**(4): 336-43.
38. Gormley, M.E., Jr., Krach, L.E. & Piccini, L. *Spasticity management in the child with spastic quadriplegia*. Eur J Neurol, 2001. **8 Suppl 5**: 127-35.
39. Hansel, D.E., et al. *Oral baclofen in cerebral palsy: possible seizure potentiation?* Pediatr Neurol, 2003. **29**(3): 203-206.
40. Jones, R.F. & Lance, J.W. *Baclofen (Lioresal) in the long-term management of spasticity*. Med J Aust, 1976. **1** (18): 654-7.
41. Pascual-Pascual, S.I. [*The study and treatment of dystonias in childhood*]. Rev Neurol, 2006. **43 Suppl 1**: S161-8.
42. Patel, D.R. & Soyode, O. *Pharmacologic interventions for reducing spasticity in cerebral palsy*. Indian J Pediatr, 2005. **72**(10): 869-72.
43. Coffey, R.J., et al. *Abrupt withdrawal from intrathecal baclofen: recognition and management of a potentially life threatening syndrome*. Arch Phys Med Rehabil, 2002. **83**(6):735-41.
44. Remi, C. & Albrecht, E. *Subcutaneous use of baclofen*. J Pain Symptom Manage, 2014. **48**(2): e1-3.

45. Drugs.com, βλ.: <http://www.drugs.com/cons/bethanechol-oral-subcutaneous.htm> , 2014.
46. Durant, P.A. & Yaksh, T.L. *Drug effects on urinary bladder tone during spinal morphine-induced inhibition of the micturition reflex in unanesthetized rats.* Anesthesiology, 1988. **68**(3): 325-34.
47. Kamm, M.A., et al. *Oral bisacodyl is effective and well-tolerated in patients with chronic constipation.* Clin Gastroenterol Hepatol, 2011. **9**(7): 577-83.
48. Zernikow, B., et al. *Pediatric palliative care: use of opioids for the management of pain.* Paediatr Drugs, 2009. **11**(2): 129-51.
49. Dahan, A., Aarts, L. & Smith, T.W. *Incidence, reversal, and prevention of opioid-induced respiratory depression.* Anesthesiology, 2010. **112**(1): 226-38.
50. Ruggiero, A., et al. *Efficacy and safety of transdermal buprenorphine in the management of children with cancer-related pain.* Pediatr Blood Cancer, 2013. **60**(3): 433-7.
51. Michel, E., Anderson, B.J. & Zernikow, B. *Buprenorphine TTS for children--a review of the drug's clinical pharmacology.* Paediatr Anaesth, 2011. **21**(3): 280-90.
52. Davis, M.P. *Twelve reasons for considering buprenorphine as a frontline analgesic in the management of pain.* J Support Oncol, 2012. **10**(6): 209-19.
53. Kress, H.G., *Clinical update on the pharmacology, efficacy and safety of transdermal buprenorphine.* Eur J Pain, 2009. **13**(3): 219-30.
54. Cooper, T.E., et al. *Opioids for chronic non-cancer pain in children and adolescents.* Cochrane Database Syst Rev, 2017. **7**: CD012538.
55. Wiffen, P.J., et al. *Opioids for cancer-related pain in children and adolescents.* Cochrane Database Syst Rev, 2017. **7**: CD012564.
56. Chang, K.Y., et al. *Comparison of intravenous patient-controlled analgesia with buprenorphine versus morphine after lumbar spinal fusion--a prospective randomized clinical trial.* Acta Anaesthesiol Taiwan, 2006. **44**(3): 153-9.
57. Zanette, G., et al. *Respiratory depression following administration of low dose buprenorphine as postoperative analgesic after fentanyl balanced anaesthesia.* Paediatr Anaesth, 1996. **6**(5): 419-22.
58. Maunuksela, E.L., Korpela, R. & Olkkola, K.T. *Double-blind, multiple-dose comparison of buprenorphine and morphine in postoperative pain of children.* Br J Anaesth, 1988. **60**(1): 48-55.
59. Olkkola, K.T., Leijala, M.A. & Maunuksela, E.L. *Paediatric ventilatory effects of morphine and buprenorphine revisited.* Paediatr Anaesth, 1995. **5**(5): 303-5.
60. Hamunen, K., Olkkola, K.T. & Maunuksela, E.L. *Comparison of the ventilatory effects of morphine and buprenorphine in children.* Acta Anaesthesiol Scand, 1993. **37**(5): 449-53.

61. van Dorp, E., et al. *Naloxone reversal of buprenorphine-induced respiratory depression*. *Anesthesiology*, 2006. **105**(1): 51-7.
62. Yassen, A., et al. *Mechanism-based pharmacokinetic-pharmacodynamic modelling of the reversal of buprenorphine-induced respiratory depression by naloxone: a study in healthy volunteers*. *Clin Pharmacokinet*, 2007. **46**(11): 965-80.
63. Colvin, L. & Fallon, M. *Challenges in cancer pain management--bone pain*. *Eur J Cancer*, 2008. **44**(8): 1083-90.
64. Kienast, H.W. & Boshes, L.D. *Clinical trials of carbamazepine in suppressing pain*. *Headache*, 1968. **8**(1): 1-5.
65. Klepstad, P., et al. *Pain and pain treatments in European palliative care units. A cross sectional survey from the European Association for Palliative Care Research Network*. *Palliat Med*, 2005. **19**(6): 477-84.
66. Swerdlow, M. *The treatment of "shooting" pain*. *Postgrad Med J*, 1980. **56**(653): 159-61.
67. Ren, Z., et al. *Carbamazepine withdrawal-induced hyperalgesia in chronic neuropathic pain*. *Pain Physician*, 2015. **18**(6): E1127-30.
68. Due, M.R., et al. *Carbamazepine potentiates the effectiveness of morphine in a rodent model of neuropathic pain*. *PLoS One*, 2014. **9**(9): e107399.
69. Lynch, P.M., et al. *The safety and efficacy of celecoxib in children with familial adenomatous polyposis*. *Am J Gastroenterol*. **105**(6): 1437-43.
70. Foeldvari, I., et al. *A prospective study comparing celecoxib with naproxen in children with juvenile rheumatoid arthritis*. *J Rheumatol*, 2009. **36**(1): 174-82.
71. Stempak, D., et al. *Single-dose and steady-state pharmacokinetics of celecoxib in children*. *Clin Pharmacol Ther*, 2002. **72**(5): 490-7.
72. Drugs.com, βλ.: <http://www.drugs.com/dosage/celecoxib.html> , 2014.
73. Song, G.G., et al. *Relative efficacy and tolerability of etoricoxib, celecoxib, and naproxen in the treatment of osteoarthritis: A Bayesian network meta-analysis of randomized controlled trials based on patient withdrawal*. *Z Rheumatol*, 2016. **75**(5): 508-516.
74. Rattray, B., Nugent, D.J. & Young, G. *Celecoxib in the treatment of haemophilic synovitis, target joints, and pain in adults and children with haemophilia*. *Haemophilia*, 2006. **12**(5): 514-7.
75. Krishnaswami, S., et al. *Dosing celecoxib in pediatric patients with juvenile rheumatoid arthritis*. *J Clin Pharmacol*, 2012. **52**(8): 1134-49.
76. Murto, K., et al. *Celecoxib pharmacogenetics and pediatric adenotonsillectomy: a double-blinded randomized controlled study*. *Can J Anaesth*, 2015. **62**(7): 785-97.

77. Jones, D.P. & Jones, E.A. *Drugs for Insomnia*. Can Med Assoc J, 1963. **89**: 1331.
78. Pandolfini, C. & Bonati, M. *A literature review on off-label drug use in children*. Eur J Pediatr, 2005. **164**(9): 552-8.
79. Weiss, S. *Sedation of pediatric patients for nuclear medicine procedures*. Semin Nucl Med, 1993. **23**(3): 190-8.
80. Hindley, D., et al. *Audit of the use of chloral hydrate as an acute treatment for childhood seizures*. Dev Med Child Neurol, 2005. **47**(3): 212-3.
81. Krsek, P., et al. *Successful treatment of Ohtahara syndrome with chloral hydrate*. Pediatr Neurol, 2002. **27** (5): 388-91.
82. Lampl, Y., et al. *Chloral hydrate in intractable status epilepticus*. Ann Emerg Med, 1990. **19**(6): 674-6.
83. Vaillancourt, R., et al. *Successful treatment of a seizure disorder with chronic high-dose chloral hydrate: a pediatric case report*. J Palliat Care, 2010. **26**(4): 311-3.
84. Allen, N.M., et al. *Status dystonicus: a practice guide*. Dev Med Child Neurol, 2014. **56**(2): 105-12.
85. Powell, T.G. & Rosenbloom, L. *The use of chloral hydrate for refractory childhood epilepsy*. Dev Med Child Neurol, 1983. **25**(4): 524-6.
86. Pranzatelli, M.R. & Tate, E.D. *Chloral hydrate for progressive myoclonus epilepsy: a new look at an old drug*. Pediatr Neurol, 2001. **25**(5): 385-9.
87. Joffe, A.R., et al. *Chloral hydrate enteral infusion for sedation in ventilated children: the CHOSEN pilot study*. Crit Care, 2017. **21**(1): 290.
88. Friedman, N.L. *Hiccups: a treatment review*. Pharmacotherapy, 1996. **16**(6): 986-95.
89. Jassal, S. (επμ.) *Basic Symptom Control in Paediatric Palliative Care. The Rainbows Children's Hospice Guidelines* (9^η έκδοση). Μπρίστολ: Together for Short Lives, 2013 [Σ.τ.Μ: επικαιροποιημένη έκδοση (2016) διατίθεται στον σύνδεσμο: <https://www.togetherforshortlives.org.uk/resource/basic-symptom-control-paediatric-palliative-care/>].
90. Culy, C.R., Bhana, N. & Plosker, G.L. *Ondansetron: a review of its use as an antiemetic in children*. Paediatr Drugs, 2001. **3**(6): 441-79.
91. Graham-Pole, J., et al. *Antiemetics in children receiving cancer chemotherapy: a double-blind prospective randomized study comparing metoclopramide with chlorpromazine*. J Clin Oncol, 1986. **4**(7): 1110-3.
92. Launois, S., et al. *Hiccup in adults: an overview*. Eur Respir J, 1993. **6**(4): 563-75.
93. Lewis, J.H. *Hiccups: causes and cures*. J Clin Gastroenterol, 1985. **7**(6): 539-52.
94. Lipsky, M.S. *Chronic hiccups*. Am Fam Physician, 1986. **34**(5): 173-7.
95. Roila, F., Aapro, M. & Stewart, A. *Optimal selection of antiemetics in children receiving cancer chemotherapy*. Support Care Cancer, 1998. **6**(3): 215-20.

96. Williamson, B.W. & MacIntyre, I.M. *Management of intractable hiccup*. Br Med J, 1977. **2**(6085): 501-3.
97. Bascom, P.B., Bordley, J.L. & Lawton, A.J. *High-dose neuroleptics and neuroleptic rotation for agitated delirium near the end of life*. Am J Hosp Palliat Care, 2014. **31**(8): 808-11.
98. Chatha, R., et al. *Using the "benzodiazepine switch" in difficult childhood epilepsy*. Dev Med Child Neurol, 2008. **50**(8): 635-6.
99. Burns, M.L., et al. *Therapeutic drug monitoring of clobazam and its metabolite-impact of age and comedication on pharmacokinetic variability*. Ther Drug Monit, 2016. **38**(3): 350-7.
100. Lwin, E.M., et al. *Stability studies of extemporaneously compounded clobazam oral suspension*. Ann Pharmacother, 2016. **50**(2): 155-6.
101. Martindale: *The Complete Drug Reference* (επιμ.: Sweetman, S.C.). Λονδίνο: Pharmaceutical Press, χ.χ., βλ.: <https://about.medicinescomplete.com/publication/martindale-the-complete-drug-reference/>
102. Ashton, H. *Guidelines for the rational use of benzodiazepines. When and what to use*. Drugs, 1994. **48**(1): 25-40.
103. Schneider, J.J., Good, P. & Ravenscroft, P.J. *Effect of tubing on loss of clonazepam administered by continuous subcutaneous infusion*. J Pain Symptom Manage, 2006. **31**(6): 563-7.
104. Hugel, H., Ellershaw, J.E. & Dickman, A. *Clonazepam as an adjuvant analgesic in patients with cancer-related neuropathic pain*. J Pain Symptom Manage, 2003. **26**(6): 1073-4.
105. Cui, Y., et al. *Efficacy evaluation of clonazepam for symptom remission in burning mouth syndrome: a meta-analysis*. Oral Dis, 2016. **22**(6): 503-11.
106. Kuten-Shorrer, M., et al. *Safety and tolerability of topical clonazepam solution for management of oral dysesthesia*. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol, 2017. **124**(2): 146-151.
107. Bowman, V. *Guidelines for the use of Clonidine patches at British Columbia Hospital (BCH)* [επιμ.: BCH]. Βανκούβερ: BCH, 2015.
108. Larsson, P., et al. *Oral bioavailability of clonidine in children*. Paediatr Anaesth, 2011. **21**(3): 335-40.
109. Lambert, P., et al. *Clonidine premedication for postoperative analgesia in children*. Cochrane Database Syst Rev, 2014. **1**: CD009633.
110. Dahmani, S., et al. *Premedication with clonidine is superior to benzodiazepines. A meta analysis of published studies*. Acta Anaesthesiol Scand, 2010. **54** (4): 397-402.
111. Bergendahl, H., Lonnqvist, P.A. & Eksborg, S. *Clonidine in paediatric*

- anaesthesia: review of the literature and comparison with benzodiazepines for premedication.* Acta Anaesthesiol Scand, 2006. **50** (2): 135-43.
112. Mitra, S., Kazal, S. & Anand, L.K. *Intranasal clonidine vs. midazolam as premedication in children: a randomized controlled trial.* Indian Pediatr, 2014. **51**(2): 113-8.
 113. Mukherjee, A. *Characterization of alpha 2-adrenergic receptors in human platelets by binding of a radioactive ligand [3H]yohimbine.* Biochim Biophys Acta, 1981. **676**(2): 148-54.
 114. Freeman, K.O., et al. *Analgesia for paediatric tonsillectomy and adenoidectomy with intramuscular clonidine.* Paediatr Anaesth, 2002. **12**(7): 617-20.
 115. Arenas-Lopez, S., et al. *Use of oral clonidine for sedation in ventilated paediatric intensive care patients.* Intensive Care Med, 2004. **30**(8): 1625-9.
 116. Ambrose, C., et al. *Intravenous clonidine infusion in critically ill children: dose-dependent sedative effects and cardiovascular stability.* Br J Anaesth, 2000. **84**(6): 794-6.
 117. Honey, B.L., et al. *Alpha2-receptor agonists for treatment and prevention of iatrogenic opioid abstinence syndrome in critically ill patients.* Ann Pharmacother, 2009. **43**(9): 1506-11.
 118. Schnabel, A., et al. *Efficacy and safety of clonidine as additive for caudal regional anesthesia: a quantitative systematic review of randomized controlled trials.* Paediatr Anaesth, 2011. **21**(12): 1219-30.
 119. Lubisch, L., et al. *Oral baclofen and clonidine for treatment of spasticity in children.* J Child Neurol, 2006. **21**(12): 1090-2.
 120. Nguyen, M., et al. *A review of the use of clonidine as a sleep aid in the child and adolescent population.* Clin Pediatr (Phila), 2014. **53**(3): 211-6.
 121. Potts, A.L., et al. *Clonidine disposition in children; a population analysis.* Paediatr Anaesth, 2007. **17**(10): 924-33.
 122. Sassarini, J. & Lumsden, M.A. *Non-hormonal management of vasomotor symptoms.* Climacteric, 2013. **16 Suppl 1**: 31-6.
 123. Hunseler, C., et al. *Continuous infusion of clonidine in ventilated newborns and infants: a randomized controlled trial.* Pediatr Crit Care Med, 2014. **15**(6): 511-22.
 124. Sanger, T.D., et al. *Definition and classification of hyperkinetic movements in childhood.* Mov Disord, 2010. **25**(11): 1538-49.
 125. Basker, S., Singh, G. & Jacob, R. *Clonidine in paediatrics - a review.* Indian J Anaesth, 2009. **53**(3): 270-80.
 126. Bartz, L., et al. *Subcutaneous administration of drugs in palliative care:*

- results of a systematic observational study.* J Pain Symptom Manage, 2014. **48**(4): 540-7.
127. Goldenberg, G., Bharathan, T. & Shifrin, I. *Transdermal clonidine in patients with swallowing dysfunction.* J Palliat Med, 2014. **17**(9): 1042-4.
 128. McCluggage, H.L. *Changing from continuous SC to transdermal clonidine to treat dystonia in a teenage boy with end-stage leucodystrophy.* BMJ Support Palliat Care, 2018. **8**(4): 433-435.
 129. Ragnarsson, C. & Norman, E. *Implementation of Clonidine as a new sedative and analgesic drug in the NICU-A Retrospective report on medical records.* Arch Dis Child, 2016. **101**:e1.
 130. Neubert, A. & Baarslag, M.A. *The CLOSED trial; Clonidine compared with midazolam for SEDation of paediatric patients in the intensive care unit: study protocol for a multicentre randomised controlled trial.* BMJ Open, 2017. **7**(6):e016031.
 131. Harland, C.C. & Mortimer, P.S. *Laxative-induced contact dermatitis.* Contact Dermatitis, 1992. **27**(4): 268-9.
 132. Smith, H.S. *Opioid metabolism.* Mayo Clin Proc, 2009. **84**(7): 613-24.
 133. Williams, D.G., Patel, A. & Howard, R.F. *Pharmacogenetics of codeine metabolism in an urban population of children and its implications for analgesic reliability.* Br J Anaesth, 2002. **89**(6): 839-45.
 134. Drake, R., et al. *Impact of an antiemetic protocol on postoperative nausea and vomiting in children.* Paediatr Anaesth, 2001. **11**(1): 85-91.
 135. Sandhu, S., et al. *Transient paralysis after administration of a single dose of cyclizine.* Anaesthesia, 2005. **60**(12): 1235-6.
 136. Walker, R.B. *HPLC analysis and pharmacokinetics of cyclizine.* Grahamstown (Νότιος Αφρική): Rhodes University, 1995.
 137. Kanfer, I. & Walker, R. *Pharmacokinetics of cyclizine after single dose oral administration to human volunteers.* Pharm Sci, 1998. **Suppl 1**: S146. [Abstract no. 2029].
 138. Krach, L.E. *Pharmacotherapy of spasticity: oral medications and intrathecal baclofen.* J Child Neurol, 2001. **16**(1): 31-6.
 139. Pinder, R.M., et al. *Dantrolene sodium: a review of its pharmacological properties and therapeutic efficacy in spasticity.* Drugs, 1977. **13**(1): 3-23.
 140. Dupuis, L.L., Lau, R. & Greenberg, M.L. *Delayed nausea and vomiting in children receiving antineoplastics.* Med Pediatr Oncol, 2001. **37**(2): 115-21.
 141. de Vries, M.A., et al. *Effect of dexamethasone on quality of life in children with acute lymphoblastic leukaemia: a prospective observational study.* Health Qual Life Outcomes, 2008. **6** (1): 103.

142. Tramer, M.R. [*Prevention and treatment of postoperative nausea and vomiting in children. An evidence-based approach*]. Ann Fr Anesth Reanim, 2007. **26** (6): 529-34.
143. Dupuis, L.L., et al. *Guideline for the prevention of acute nausea and vomiting due to antineoplastic medication in pediatric cancer patients*. Pediatr Blood Cancer, 2013. **60**(7): 1073-1082.
144. Hewitt, M., et al. *Opioid use in palliative care of children and young people with cancer*. J Pediatr, 2008. **152**(1): 39-44.
145. Grimshaw, D., et al. *Subcutaneous midazolam, diamorphine and hyoscine infusion in palliative care of a child with neurodegenerative disease*. Child Care Health Dev, 1995. **21**(6): 377-81.
146. MHRA, *Ayendi 720 µg/actuation Nasal Spray and Ayendi 1600 µg/actuation Nasal Spray (Diamorphine hydrochloride)*. Medicines and Healthcare Products Regulatory Agency (MHRA), 2014.
147. Camfield, P.R. *Buccal midazolam and rectal diazepam for treatment of prolonged seizures in childhood and adolescence: a randomised trial*. J Pediatr, 1999. **135**(3): 398-9.
148. Mathew, A., et al. *The efficacy of diazepam in enhancing motor function in children with spastic cerebral palsy*. J Trop Pediatr, 2005. **51**(2): 109-13.
149. Mitchell, W.G. *Status epilepticus and acute repetitive seizures in children, adolescents, and young adults: etiology, outcome, and treatment*. Epilepsia, 1996. **37 Suppl 1**: S74-80.
150. O'Dell, C. & O'Hara, K. *School nurses' experience with administration of rectal diazepam gel for seizures*. J Sch Nurs, 2007. **23**(3): 166-9.
151. O'Dell, C., et al. *Emergency management of seizures in the school setting*. J Sch Nurs, 2007. **23**(3): 158-65.
152. Srivastava, M. & Walsh, D. *Diazepam as an adjuvant analgesic to morphine for pain due to skeletal muscle spasm*. Support Care Cancer, 2003. **11**(1): 66-9.
153. Cinquetti, M., Bonetti, P. & Bertamini, P. [*Current role of antidopaminergic drugs in pediatrics*]. Pediatr Med Chir, 2000. **22**(1): 1-7.
154. [Δεν αναφέρονται συγγραφείς] *Domperidone: an alternative to metoclopramide*. Drug Ther Bull, 1988. **26**(15): 59-60. [Διόρθωση: Drug Ther Bull 1988 Aug 22;26(17):68].
155. Demol, P., Ruoff, H.J. & Weihrauch, T.R. *Rational pharmacotherapy of gastrointestinal motility disorders*. Eur J Pediatr, 1989. **148**(6): 489-95.
156. Keady, S. *Update on drugs for gastro-oesophageal reflux disease*. Arch Dis Child Educ Pract Ed, 2007. **92**(4): ep114-8.
157. Pritchard, D.S., Baber, N. & Stephenson, T. *Should domperidone be used for*

- the treatment of gastro-oesophageal reflux in children? Systematic review of randomized controlled trials in children aged 1 month to 11 years old.* Br J Clin Pharmacol, 2005. **59**(6): 725-9.
158. MHRA, *Domperidone: small risk of serious ventricular arrhythmia and sudden cardiac death.* 2012, σελ. Α2.
 159. Gubbay, A. & Langdon, K. *Effectiveness of sedation using nitrous oxide compared with enteral midazolam for botulinum toxin A injections in children.* Dev Med Child Neurol, 2009. **51**(6): 491-2 [απάντηση συγγραφέων, σελ. 492].
 160. Heinrich, M., et al. *Self-administered procedural analgesia using nitrous oxide/oxygen (50:50) in the pediatric surgery emergency room: effectiveness and limitations.* Eur J Pediatr Surg, 2015. **25**(3): 250-6.
 161. Ingelmo, P., A. Wei, & Rivera, G. *Nitrous oxide for procedural analgesia at home in a child with epidermolysis bullosa.* Paediatr Anaesth, 2017. **27**(7): 776-778.
 162. Bellomo-Brandao, M.A., Collares, E.F. & da-Costa-Pinto, E.A. *Use of erythromycin for the treatment of severe chronic constipation in children.* Braz J Med Biol Res, 2003. **36**(10): 1391-6.
 163. Novak, P.H., et al. *Acute drug prescribing to children on chronic antiepilepsy therapy and the potential for adverse drug interactions in primary care.* Br J Clin Pharmacol, 2005. **59**(6): 712-7.
 164. Tsoukas, C., et al. *Evaluation of the efficacy and safety of etoricoxib in the treatment of hemophilic arthropathy.* Blood, 2006. **107**(5): 1785-90.
 165. Corzo, J.L., et al. *Tolerance to COX-2 inhibitors in children with hypersensitivity to nonsteroidal anti-inflammatory drugs.* Br J Dermatol, 2014. **170**(3): 725-9.
 166. Grape, S., et al. *Formulations of fentanyl for the management of pain.* Drugs. 2010, **70**(1): 57-72.
 167. Cappelli, C., et al. *[Transdermal Fentanyl: news in oncology.].* Clin Ter, 2008. **159**(4): 257-260.
 168. Weschules, D.J., et al. *Toward evidence-based prescribing at end of life: a comparative analysis of sustained-release morphine, oxycodone, and transdermal fentanyl, with pain, constipation, and caregiver interaction outcomes in hospice patients.* Pain Med, 2006. **7**(4): 320-9.
 169. Borland, M., et al. *A randomized controlled trial comparing intranasal fentanyl to intravenous morphine for managing acute pain in children in the emergency department.* Ann Emerg Med, 2007. **49**(3): 335-40.
 170. Borland, M.L., Jacobs, I. & Geelhoed, G. *Intranasal fentanyl reduces acute pain in children in the emergency department: a safety and efficacy study.* Emerg Med (Fremantle), 2002. **14**(3): 275-80.

171. Drake, R., Longworth, J. & Collins, J.J. *Opioid rotation in children with cancer*. J Palliat Med, 2004. **7**(3): 419-22.
172. Friedrichsdorf, S.J. & Kang, T.I. *The management of pain in children with life-limiting illnesses*. Pediatr Clin North Am, 2007. **54**(5): 645-72.
173. Hunt, A., et al. *Transdermal fentanyl for pain relief in a paediatric palliative care population*. Palliat Med, 2001. **15** (5): 405-12.
174. Kanowitz, A., et al. *Safety and effectiveness of fentanyl administration for prehospital pain management*. Prehosp Emerg Care, 2006. **10**(1): 1-7.
175. Mercadante, S., et al. *Transmucosal fentanyl vs intravenous morphine in doses proportional to basal opioid regimen for episodic-breakthrough pain*. Br J Cancer, 2007. **96**(12): 1828-33.
176. Noyes, M. & Irving, H. *The use of transdermal fentanyl in pediatric oncology palliative care*. Am J Hosp Palliat Care, 2001. **18**(6): 411-6.
177. Weschules, D.J., et al. *Are newer, more expensive pharmacotherapy options associated with superior symptom control compared to less costly agents used in a collaborative practice setting?* Am J Hosp Palliat Care, 2006. **23**(2): 135-49.
178. Harlos, M.S., et al. *Intranasal fentanyl in the palliative care of newborns and infants*. J Pain Symptom Manage, 2013. **46**(2): 265-74.
179. Mercadante, S., et al. *Fentanyl pectin nasal spray versus oral morphine in doses proportional to the basal opioid regimen for the management of breakthrough cancer pain: A comparative study*. J Pain Symptom Manage, 2016. **52** (1): 27-34.
180. Mercadante, S., et al. *Breakthrough pain and its treatment: critical review and recommendations of IOPS (Italian Oncologic Pain Survey) expert group*. Support Care Cancer, 2016. **24**(2): 961-8.
181. Tobias, J.D. *Subcutaneous administration of fentanyl and midazolam to prevent withdrawal after prolonged sedation in children*. Crit Care Med, 1999. **27**(10): 2262-5.
182. Hunt, R., et al. *A comparison of subcutaneous morphine and fentanyl in hospice cancer patients*. J Pain Symptom Manage, 1999. **18**(2): 111-9.
183. McNair, C., Graydon, B. & Taddio, A. *A cohort study of intranasal fentanyl for procedural pain management in neonates*. Paediatr Child Health, 2018. **23**(8): e170-e175.
184. Oshikoya, K.A., et al. *Serious adverse events associated with off-label use of azithromycin or fentanyl in children in Intensive Care Units: A retrospective chart review*. Paediatr Drugs, 2019. **21**(1): 47-58.
185. Setlur, A. & Friedland, H. *Treatment of pain with intranasal fentanyl in pediatric patients in an acute care setting: a systematic review*. Pain Manag,

2018. **8**(5): 341-352.
186. Pieper, L., Wager, J. & Zernikow, B. *Intranasal fentanyl for respiratory distress in children and adolescents with life-limiting conditions*. BMC Palliat Care, 2018. **17**(1): 106.
 187. Lim, S.Y., et al. *Dosing for fentanyl infusion in obese children: Just because it's what we have always done doesn't mean it is right*. J Pediatr Pharmacol Ther, 2018. **23**(3): 223-226.
 188. Coombes, L., Burke, K. & Anderson, A.K. *The use of rapid onset fentanyl in children and young people for breakthrough cancer pain*. Scand J Pain, 2017. **17**: 256-259.
 189. Fein, D.M., et al. *Intranasal fentanyl for initial treatment of vaso-occlusive crisis in sickle cell disease*. Pediatr Blood Cancer, 2017. **64**(6): e26332.
 190. Zernikow, B., Michel, E. & Anderson, B. *Transdermal fentanyl in childhood and adolescence: a comprehensive literature review*. J Pain, 2007. **8**(3): 187-207.
 191. Pienaar, E.D., Young, T. & Holmes, H. *Interventions for the prevention and management of oropharyngeal candidiasis associated with HIV infection in adults and children*. Cochrane Database Syst Rev, 2006. **3**: CD003940.
 192. Pfizer. *DIFLUCAN U.S. Physician Prescribing Information*, 2014. Διατίθεται στον σύνδεσμο: <http://www.pfizer.com/products/product-detail/diflucan>
 193. Emslie, G.J., et al. *Fluoxetine versus placebo in preventing relapse of major depression in children and adolescents*. Am J Psychiatry, 2008. **165**(4):459-67.
 194. Birmaher, B., et al. *Fluoxetine for the treatment of childhood anxiety disorders*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 2003. **42**(4): 415-23.
 195. Hetrick, S., et al. *Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) for depressive disorders in children and adolescents*. Cochrane Database Syst Rev, 2007. **3**: CD004851.
 196. Jick, H., Kaye, J.A. & Jick, S.S. *Antidepressants and the risk of suicidal behaviors*. JAMA, 2004. **292**(3): 338-43.
 197. Millet, B., et al. *Obsessive-compulsive disorder: evaluation of clinical and biological circadian parameters during fluoxetine treatment*. Psychopharmacology (Berl), 1999. **146**(3): 268-74.
 198. Monteleone, P., et al. *Plasma melatonin and cortisol circadian patterns in patients with obsessive-compulsive disorder before and after fluoxetine treatment*. Psychoneuroendocrinology, 1995. **20**(7): 763-70.
 199. Roth, D., et al. *Depressing research*. Lancet, 2004. **363**(9426): 2087.
 200. Whittington, C.J., et al. *Selective serotonin reuptake inhibitors in childhood depression: systematic review of published versus unpublished data*. Lancet, 2004. **363**(9418): 1341-5.

201. Caraceni, A., et al. *Gabapentin for neuropathic cancer pain: a randomized controlled trial from the Gabapentin Cancer Pain Study Group*. J Clin Oncol, 2004. **22**(14): 2909-17.
202. Butkovic, D., Toljan, S. & Mihovilovic-Novak, B. *Experience with gabapentin for neuropathic pain in adolescents: report of five cases*. Paediatr Anaesth, 2006. **16**(3): 325-9.
203. Pfizer. *NEURONTIN U.S. Physician Prescribing Information*, 2014. Διατίθεται στον σύνδεσμο: <http://www.pfizer.com/products/product-detail/neurontin>
204. van den Beuken-van Everdingen, M.H., et al. *Pharmacological treatment of pain in cancer patients: the role of adjuvant analgesics, a systematic review*. Pain Pract. 2017. **17**(3):409-419.
205. Siemens, W., et al. *Drug treatments for pruritus in adult palliative care*. Dtsch Arztebl Int, 2014. **111**(50): 863-70.
206. Βλ.: www.palliativedrugs.com , 2016.
207. Edwards, L., et al. *Gabapentin use in the Neonatal Intensive Care Unit*. J Pediatr, 2016. **169**: 310-2.
208. Hauer, J.M. & Solodiuk, J.C. *Gabapentin for management of recurrent pain in 22 nonverbal children with severe neurological impairment: a retrospective analysis*. J Palliat Med, 2015. **18**(5): 453-6.
209. Hauer, J.M., Wical, B.S. & Charnas, L. *Gabapentin successfully manages chronic unexplained irritability in children with severe neurologic impairment*. Pediatrics, 2007. **119**(2): e519-22.
210. Allegaert, K. & Naulaers, G. *Gabapentin as part of multimodal analgesia in a newborn with epidermolysis bullosa*. Paediatr Anaesth, 2010. **20**(10): 972-3.
211. Behm, M.O. & Kearns, G.L. *Treatment of pain with gabapentin in a neonate*. Pediatrics, 2001. **108**(2): 482-4.
212. Hauer, J. & Mackey, D. *Treatment with gabapentin associated with resolution of apnea in two infants with neurologic impairment*. J Palliat Med, 2013. **16**(4): 455-8.
213. NICE Quality Standard [GS27]. *Epilepsy in children and young people*, 2013. Διατίθεται στον σύνδεσμο: <https://www.nice.org.uk/guidance/qs27>
214. Public Health England & NHS England. *Advice for prescribers on the risk of the misuse of pregabalin and gabapentin*, 2014. Διατίθεται στον σύνδεσμο: <https://www.gov.uk/government/publications/pregabalin-andgabapentin-advice-for-prescribers-on-the-risk-of-misuse>
215. Lumsden, D.E., et al. *Pharmacological management of abnormal tone and movement in cerebral palsy*. Arch Dis Child, 2019. **104**(8):775-780.
216. Fehlings, D., et al. *Pharmacological and neurosurgical interventions for managing dystonia in cerebral palsy: a systematic review*. Dev Med Child

- Neurol, 2018. **60**(4): 356-366.
217. Brown, S., et al. *A randomized controlled trial of amitriptyline versus gabapentin for complex regional pain syndrome type I and neuropathic pain in children*. Scand J Pain, 2016. **13**: 156-163.
 218. Cooper, T.E., et al. *Antidepressants for chronic non-cancer pain in children and adolescents*. Cochrane Database Syst Rev, 2017. **8**: CD012535.
 219. Electronic Medicines Compendium (EMC), βλ.:
<https://www.medicines.org.uk/emc/product/5003/smpc>
 220. MedicinesComplete, βλ.: <https://about.medicinescomplete.com/#/interactions/stockley>
 221. PharmacyTimes, βλ.: <https://www.pharmacytimes.com/view/how-gabapentin-differs-from-pregabalin>
 222. Back, I.N., et al. *A study comparing hyoscine hydrobromide and glycopyrrolate in the treatment of death rattle*. Palliat Med, 2001. **15**(4): 329-36.
 223. Bennett, M., et al. *Using anti-muscarinic drugs in the management of death rattle: evidence-based guidelines for palliative care*. Palliat Med, 2002. **16**(5): 369-74.
 224. Dumortier, G., et al. *[Prescription of psychotropic drugs in paediatrics: approved indications and therapeutic perspectives]*. Encephale, 2005. **31**(4 Pt 1): 477-89.
 225. Breitbart, W., et al. *A double-blind trial of haloperidol, chlorpromazine, and lorazepam in the treatment of delirium in hospitalized AIDS patients*. Am J Psychiatry, 1996. **153**(2): 231-7.
 226. Breitbart, W. & Strout, D. *Delirium in the terminally ill*. Clin Geriatr Med, 2000. **16**(2): 357-72.
 227. Negro, S., et al. *Physical compatibility and in vivo evaluation of drug mixtures for subcutaneous infusion to cancer patients in palliative care*. Support Care Cancer, 2002. **10**(1): 65-70.
 228. Saito, T. & Shinno, S. *[How we have treated and cared patients with Duchenne muscular dystrophy and severe congestive heart failure]*. No To Hattatsu, 2005. **37**(4): 281-6.
 229. Murray-Brown, F. & Dorman, S. *Haloperidol for the treatment of nausea and vomiting in palliative care patients*. Cochrane Database Syst Rev, 2015. **11**: CD006271.
 230. Masman, A.D., et al. *Medication use during end-of-life care in a palliative care centre*. Int J Clin Pharm, 2015. **37**(5): 767-75.
 231. Goncalves, F., Almeida, A. & Pereira, S. *A protocol for the control of agitation in palliative care*. Am J Hosp Palliat Care, 2016. **33**(10):948-951.
 232. Hodgins, G.E., et al. *Steroid-induced psychosis in the pediatric population: A new case and review of the literature*. J Child Adolesc Psychopharmacol, 2018. **28**(5): 354-359.

233. Sagreiya, H., et al. *Differences in antipsychotic-related adverse events in adult, pediatric, and geriatric populations*. Cureus, 2017. **9**(2): e1059.
234. Bell, R.F., et al. *Controlled clinical trials in cancer pain. How controlled should they be? A qualitative systematic review*. Br J Cancer, 2006. **94**(11):1559-67.
235. Quigley, C. & Wiffen, P. *A systematic review of hydromorphone in acute and chronic pain*. J Pain Symptom Manage, 2003. **25**(2): 169-78.
236. Bosilkovska, M., et al. *Analgesics in patients with hepatic impairment: pharmacology and clinical implications*. Drugs, 2012. **72**(12): 1645-69.
237. Busse, J., Phillips, L. & Schechter, W. *Long-term intravenous ketamine for analgesia in a child with severe chronic intestinal graft versus host disease*. Case Rep Anesthesiol, 2015. **2015**: 834168.
238. Wang, L., et al. *Ketamine added to morphine or hydromorphone patient-controlled analgesia for acute postoperative pain in adults: a systematic review and meta-analysis of randomized trials*. Can J Anaesth, 2016. **63**(3): 311-25.
239. Reddy, A., et al. *The conversion ratio from intravenous hydromorphone to oral opioids in cancer patients*. J Pain Symptom Manage, 2017. **54**(3): 280-288.
240. Tytgat, G.N. *Hyoscine butylbromide: a review of its use in the treatment of abdominal cramping and pain*. Drugs, 2007. **67**(9): 1343-57.
241. Herxheimer, A. & de Groot, A.C. *Some effects of injected hyoscine butylbromide: a versatile class experiment in human pharmacology*. Br J Clin Pharmacol, 1977. **4**(3): 337-42.
242. Herxheimer, A. & Misiewicz, J.J. *Oral hyoscine butylbromide for irritable bowel syndrome?* Br Med J, 1979. **1**(6165): 752.
243. NICE guideline [NG31]. *Care of dying adults in the last days of life*, 2015. [Σ.τ.Μ.: Διατίθεται στον σύνδεσμο: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng31>].
244. Mercadante, S., et al. *Hyoscine butylbromide for the management of death rattle: sooner rather than later*. J Pain Symptom Manage, 2018. **56**(6): 902-907.
245. MHRA, *Hyoscine butylbromide (Buscopan) injection: risk of serious adverse effects in patients with underlying cardiac disease*. 2017. Διατίθεται στον σύνδεσμο: <https://www.gov.uk/drug-safety-update/hyoscine-butylbromide-buscopan-injection-risk-of-serious-adverse-effects-in-patients-with-underlying-cardiac-disease>
246. Titchen, T., Cranswick, N. & Beggs, S. *Adverse drug reactions to nonsteroidal anti-inflammatory drugs, COX-2 inhibitors and paracetamol in a paediatric hospital*. Br J Clin Pharmacol, 2005. **59**(6): 718-23.
247. NICE Clinical Guideline [CG 160]. *Feverish Illness in Children: Assessment and Initial Management in Children Younger Than 5 Years*, 2013. Διατίθεται στον σύνδεσμο: <https://www.nice.org.uk/guidance/CG160> [Σ.τ.Μ.: επικαιροποίηση: NICE Guideline

- NG143, 2019. Διατίθεται στον σύνδεσμο: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng143>].
248. NICE [KTT13]. *Non-steroidal anti-inflammatory drugs*, 2015. [Σ.τ.Μ.: Διατίθεται στον σύνδεσμο: <https://www.nice.org.uk/advice/ktt13>].
249. Chlud, K. & Wagener, H. *Percutaneous nonsteroidal anti-inflammatory drug (NSAID) therapy with particular reference to pharmacokinetic factors*. EULAR Bulletin, 1987. **2**: 40-43.
250. Poonai, N., et al. *Oral morphine versus ibuprofen administered at home for postoperative orthopedic pain in children: a randomized controlled trial*. CMAJ, 2017. **189**(40): E1252-E1258.
251. Castro-Rodriguez, J.A., Rodrigo, G.J. & Rodríguez-Martínez, C.E. *Principal findings of systematic reviews of acute asthma treatment in childhood*. J Asthma, 2015. **52**(10): 1038-45.
252. Calderon, J., Rubin, E. & Sobota, W.L. *Potential use of ipatropium bromide for the treatment of clozapine-induced hypersalivation: a preliminary report*. Int Clin Psychopharmacol, 2000. **15**(1): 49-52.
253. Anderson, B.J. & Palmer, G.M. *Recent developments in the pharmacological management of pain in children*. Curr Opin Anaesthesiol, 2006. **19**(3): 285-92.
254. Anghelescu, D.L. & Oakes, L.L. *Ketamine use for reduction of opioid tolerance in a 5-year-old girl with end-stage abdominal neuroblastoma*. J Pain Symptom Manage, 2005. **30**(1): 1-3.
255. Campbell-Fleming, J.M. & Williams, A. *The use of ketamine as adjuvant therapy to control severe pain*. Clin J Oncol Nurs, 2008. **12**(1): 102-7.
256. Legge, J., Ball, N. & Elliott, D.P. *The potential role of ketamine in hospice analgesia: a literature review*. Consult Pharm, 2006. **21**(1): 51-7.
257. Tsui, B.C., et al. *Intravenous ketamine infusion as an adjuvant to morphine in a 2-year-old with severe cancer pain from metastatic neuroblastoma*. J Pediatr Hematol Oncol, 2004. **26**(10): 678-80.
258. Fitzgibbon, E.J., et al. *Low dose ketamine as an analgesic adjuvant in difficult pain syndromes: a strategy for conversion from parenteral to oral ketamine*. J Pain Symptom Manage, 2002. **23**(2): 165-70.
259. Benitez-Rosario, M.A., et al. *A strategy for conversion from subcutaneous to oral ketamine in cancer pain patients: effect of a 1:1 ratio*. J Pain Symptom Manage, 2011. **41**(6): 1098-105.
260. Bell, R.F., Eccleston, C. & Kalso, E.A. *Ketamine as an adjuvant to opioids for cancer pain*. Cochrane Database Syst Rev, 2012. **11**: CD003351.
261. Taylor, M., et al. *Ketamine PCA for treatment of end-of-life neuropathic pain in pediatrics*. Am J Hosp Palliat Care, 2015. **32**(8): 841-8.

262. Bredlau, A.L., et al. *Oral ketamine for children with chronic pain: a pilot phase 1 study*. J Pediatr, 2013. **163**(1): 194-200 e1.
263. Downing, J., et al., *Pediatric pain management in palliative care*. Pain Manag, 2015. **5**(1): 23-35.
264. Graudins, A., et al. *The PICHFORK (Pain in Children Fentanyl or Ketamine) trial: a randomized controlled trial comparing intranasal ketamine and fentanyl for the relief of moderate to severe pain in children with limb injuries*. Ann Emerg Med, 2015. **65**(3): 248-254 e1.
265. Roelofse, J.A. *The evolution of ketamine applications in children*. Paediatr Anaesth, 2010. **20**(3): 240-5.
266. Niesters, M., Martini, C. & Dahan, A. *Ketamine for chronic pain: risks and benefits*. Br J Clin Pharmacol, 2014. **77**(2): 357-67.
267. Morgan, C.J., Curran, H.V. & Independent Scientific Committee on Drugs. *Ketamine use: a review*. Addiction, 2012. **107**(1): 27-38.
268. Morgan, C.J., Muetzelfeldt, L. & Curran, H.V. *Consequences of chronic ketamine self-administration upon neurocognitive function and psychological wellbeing: a 1-year longitudinal study*. Addiction, 2010. **105**(1): 121-33.
269. Mitchell, A.C. *Generalized hyperalgesia and allodynia following abrupt cessation of subcutaneous ketamine infusion*. Palliat Med, 1999. **13**(5): 427-8.
270. Golub, D., et al. *Potential consequences of high-dose infusion of ketamine for refractory status epilepticus: case reports and systematic literature review*. Anaesth Intensive Care, 2018. **46**(5): 516-528.
271. Cullen, K.R., et al. *Intravenous ketamine for adolescents with treatment-resistant depression: An open-label study*. J Child Adolesc Psychopharmacol, 2018. **28**(7): 437-444.
272. Majidi, S., et al. *Onset and effect duration of intrabuccal space and intramuscular ketamine in pediatrics*. Adv Biomed Res, 2018. **7**: 91.
273. Aldrink, J.H., et al. *Safety of ketorolac in surgical neonates and infants 0 to 3 months old*. J Pediatr Surg, 2011. **46**(6): 1081-5.
274. Cohen, M.N., et al. *Pharmacokinetics of single-dose intravenous ketorolac in infants aged 2-11 months*. Anesth Analg, 2011. **112**(3): 655-60.
275. Zuppa, A.F., et al. *Population pharmacokinetics of ketorolac in neonates and young infants*. Am J Ther, 2009. **16**(2): 143-6.
276. Hong, J.Y., et al. *Fentanyl sparing effects of combined ketorolac and acetaminophen for outpatient inguinal hernia repair in children*. J Urol, 2010. **183**(4): 1551-5.
277. Jo, Y.Y., et al. *Ketorolac or fentanyl continuous infusion for post-operative analgesia in children undergoing ureteroneocystostomy*. Acta Anaesthesiol Scand, 2011. **55**(1): 54-9.

278. Keidan, I., et al. *Intraoperative ketorolac is an effective substitute for fentanyl in children undergoing outpatient adenotonsillectomy*. Paediatr Anaesth, 2004. **14**(4): 318-23.
279. Moreno, M., Castejon, F.J. & Palacio, M.A. *Patient-controlled analgesia with ketorolac in pediatric surgery*. J Physiol Biochem, 2000. **56**(3): 209-16.
280. Shende, D. & Das, K. *Comparative effects of intravenous ketorolac and pethidine on perioperative analgesia and postoperative nausea and vomiting (PONV) for paediatric strabismus surgery*. Acta Anaesthesiol Scand, 1999. **43**(3): 265-9.
281. Chiaretti, A., et al. *[Analgesic efficacy of ketorolac and fentanyl in pediatric intensive care]*. Pediatr Med Chir, 1997. **19**(6): 419-24.
282. Forrest, J.B., Heitlinger, E.L. & Revell, S. *Ketorolac for postoperative pain management in children*. Drug Saf, 1997. **16**(5): 309-29.
283. Gillis, J.C. & Brogden, R.N. *Ketorolac. A reappraisal of its pharmacodynamic and pharmacokinetic properties and therapeutic use in pain management*. Drugs, 1997. **53**(1): 139-88.
284. Neri, E., et al. *Sublingual ketorolac versus sublingual tramadol for moderate to severe post-traumatic bone pain in children: a double-blind, randomised, controlled trial*. Arch Dis Child, 2013. **98**(9): 721-4.
285. Cozzi, G., et al. *Administering analgesia sublingually is a suitable option for children with acute abdominal pain in the emergency department*. Acta Paediatr, 2019. **108**(1): 143-148.
286. Urganci, N., Akyildiz, B. & Polat, T.B. *A comparative study: the efficacy of liquid paraffin and lactulose in management of chronic functional constipation*. Pediatr Int, 2005. **47**(1): 15-9.
287. Candy, D.C., Edwards, D. & Geraint, M. *Treatment of faecal impaction with polyethylene glycol plus electrolytes (PGE + E) followed by a double-blind comparison of PEG + E versus lactulose as maintenance therapy*. J Pediatr Gastroenterol Nutr, 2006. **43**(1): 65-70.
288. Lee-Robichaud, H., et al. *Lactulose versus polyethylene glycol for chronic constipation*. Cochrane Database Syst Rev, 2010. **7**: CD007570.
289. Chen, S.L., et al. *Efficacy and complications of polyethylene glycols for treatment of constipation in children: a meta-analysis*. Medicine (Baltimore), 2014. **93**(16): e65.
290. Wirz, S., et al. *Laxative management in ambulatory cancer patients on opioid therapy: a prospective, open-label investigation of polyethylene glycol, sodium picosulphate and lactulose*. Eur J Cancer Care (Engl), 2012. **21**(1): 131-40.

291. Orenstein, S.R., et al. *Multicenter, double-blind, randomized, placebo-controlled trial assessing the efficacy and safety of proton pump inhibitor lansoprazole in infants with symptoms of gastroesophageal reflux disease.* J Pediatr, 2009. **154**(4): 514-520 e4.
292. Khoshoo, V. & Dhume, P. *Clinical response to 2 dosing regimens of lansoprazole in infants with gastroesophageal reflux.* J Pediatr Gastroenterol Nutr, 2008. **46**(3): 352-4.
293. Gremse, D., et al. *Pharmacokinetics and pharmacodynamics of lansoprazole in children with gastroesophageal reflux disease.* J Pediatr Gastroenterol Nutr, 2002. **35 Suppl 4**: S319-26.
294. Tolia, V., et al. *Efficacy of lansoprazole in the treatment of gastroesophageal reflux disease in children.* J Pediatr Gastroenterol Nutr, 2002. **35 Suppl 4**: S308-18.
295. Tolia, V., et al. *Safety of lansoprazole in the treatment of gastroesophageal reflux disease in children.* J Pediatr Gastroenterol Nutr, 2002. **35 Suppl 4**: S300-7.
296. Tolia, V. & Vandenplas, Y. *Systematic review: the extra-oesophageal symptoms of gastro-oesophageal reflux disease in children.* Aliment Pharmacol Ther, 2009. **29**(3): 258-72.
297. Heyman, M.B., et al. *Pharmacokinetics and pharmacodynamics of lansoprazole in children 13 to 24 months old with gastroesophageal reflux disease.* J Pediatr Gastroenterol Nutr, 2007. **44**(1): 35-40.
298. Tran, A., et al. *Pharmacokinetic-pharmacodynamic study of oral lansoprazole in children.* Clin Pharmacol Ther, 2002. **71**(5): 359-67.
299. Gunasekaran, T., et al. *Lansoprazole in adolescents with gastroesophageal reflux disease: pharmacokinetics, pharmacodynamics, symptom relief efficacy, and tolerability.* J Pediatr Gastroenterol Nutr, 2002. **35 Suppl 4**: S327-35.
300. Zhang, W., et al. *Age-dependent pharmacokinetics of lansoprazole in neonates and infants.* Paediatr Drugs, 2008. **10**(4): 265-74.
301. Springer, M., et al. *Safety and pharmacodynamics of lansoprazole in patients with gastroesophageal reflux disease aged <1 year.* Paediatr Drugs, 2008. **10**(4): 255-63.
302. Franco, M.T., et al. *Lansoprazole in the treatment of gastro-oesophageal reflux disease in childhood.* Dig Liver Dis, 2000. **32**(8): 660-6.
303. Faure, C., et al. *Lansoprazole in children: pharmacokinetics and efficacy in reflux oesophagitis.* Aliment Pharmacol Ther, 2001. **15**(9): 1397-402.
304. Litalien, C., Theoret, Y. & Faure, C. *Pharmacokinetics of proton pump inhibitors in children.* Clin Pharmacokinet, 2005. **44**(5): 441-66.

305. Messaouik, D., et al. *Comparative study and optimisation of the administration mode of three proton pump inhibitors by nasogastric tube*. Int J Pharm, 2005. **299**(1-2): 65-72.
306. Remi, C., et al. *Continuous subcutaneous use of levetiracetam: a retrospective review of tolerability and clinical effects*. J Pain Palliat Care Pharmacother, 2014. **28**(4): 371-7.
307. Kim, J.S., et al. *Effectiveness of intravenous levetiracetam as an adjunctive treatment in pediatric refractory status epilepticus*. Pediatr Emerg Care, 2014. **30**(8): 525-8.
308. Lyttle, M.D., et al. *Emergency treatment with levetiracetam or phenytoin in status epilepticus in children-the EcLiPSE study: study protocol for a randomised controlled trial*. Trials, 2017. **18**(1): 283.
309. Dalziel, S.R., et al. *A multicentre randomised controlled trial of levetiracetam versus phenytoin for convulsive status epilepticus in children (protocol): Convulsive Status Epilepticus Paediatric Trial (ConSEPT) - a PREDICT study*. BMC Pediatr, 2017. **17**(1): 152.
310. Skinner, J. & Skinner, A. *Levomepromazine for nausea and vomiting in advanced cancer*. Hosp Med, 1999. **60**(8): 568-70.
311. O'Neill, J. & Fountain, A. *Levomepromazine (methotrimeprazine) and the last 48 hours*. Hosp Med, 1999. **60**(8): 564-7.
312. Hohl, C.M., et al. *Methotrimeprazine for the management of end-of-life symptoms in infants and children*. J Palliat Care, 2013. **29**(3): 178-85.
313. Dietz, I., et al. *Evidence for the use of Levomepromazine for symptom control in the palliative care setting: a systematic review*. BMC Palliat Care, 2013. **12**: 2.
314. Hans, G., et al. *Management of neuropathic pain after surgical and non-surgical trauma with lidocaine 5% patches: study of 40 consecutive cases*. Curr Med Res Opin, 2009. **25**(11): 2737-43.
315. Garnock-Jones, K.P. & Keating, G.M. *Lidocaine 5% medicated plaster: a review of its use in postherpetic neuralgia*. Drugs, 2009. **69**(15): 2149-65.
316. BMJ Group. *Lidocaine plasters for postherpetic neuralgia?* Drug Ther Bull, 2008. **46**(2): 14-6.
317. Binder, A., et al. *Topical 5% lidocaine (lignocaine) medicated plaster treatment for post-herpetic neuralgia: results of a double-blind, placebo-controlled, multinational efficacy and safety trial*. Clin Drug Investig, 2009. **29**(6): 393-408.
318. Hans, G., et al. *Efficacy and tolerability of a 5% lidocaine medicated plaster for the topical treatment of post-herpetic neuralgia: results of a long-term study*. Curr Med Res Opin, 2009. **25**(5): 1295-305.

319. Nalamachu, S., et al. *Influence of anatomic location of lidocaine patch 5% on effectiveness and tolerability for postherpetic neuralgia*. Patient Prefer Adherence, 2013. **7**: 551-7.
320. Goddard, J.M. & Reaney, R.L. *Lidocaine 5%-medicated plaster (Versatis) for localised neuropathic pain: results of a multicentre evaluation of use in children and adolescents*. Br J Pain, 2018. **12**(3): 189-193.
321. Sommer, C. & Cruccu, G. *Topical treatment of peripheral neuropathic pain: Applying the evidence*. J Pain Symptom Manage, 2017. **53**(3): 614-629.
322. Karan, S. *Lomotil in diarrhoeal illnesses*. Arch Dis Child, 1979. **54**(12): 984.
323. Bala, K., Khandpur, S.S. & Gujral, V.V. *Evaluation of efficacy and safety of lomotil in acute diarrhoeas in children*. Indian Pediatr, 1979. **16**(10): 903-7.
324. Waterston, A.J. *Lomotil in diarrhoeal illnesses*. Arch Dis Child, 1980. **55**(7): 577-8.
325. McCarron, M.M., Challoner, K.R. & Thompson, G.A. *Diphenoxylate-atropine (Lomotil) overdose in children: an update (report of eight cases and review of the literature)*. Pediatrics, 1991. **87**(5): 694-700.
326. Li, S.T., Grossman, D.C. & Cummings, P. *Loperamide therapy for acute diarrhea in children: systematic review and meta-analysis*. PLoS Med, 2007. **4**(3): e98.
327. Kaplan, M.A., et al. *A multicenter randomized controlled trial of a liquid loperamide product versus placebo in the treatment of acute diarrhea in children*. Clin Pediatr (Phila), 1999. **38**(10): 579-91.
328. Omar, M.I. & Alexander, C.E. *Drug treatment for faecal incontinence in adults*. Cochrane Database Syst Rev, 2013. **6**: CD002116.
329. Burtles, R. & Astley, B. *Lorazepam in children. A double-blind trial comparing lorazepam, diazepam, trimeprazine and placebo*. Br J Anaesth, 1983. **55**(4): 275-9.
330. Hanson, S. & Bansal, N. *The clinical effectiveness of Movicol in children with severe constipation: an outcome audit*. Paediatr Nurs, 2006. **18**(2): 24-8.
331. NICE Clinical Guideline [CG99]. *Constipation in children and young people: diagnosis and management*, 2010. Διατίθεται στον σύνδεσμο: <http://guidance.nice.org.uk/CG99>
332. Braam, W., et al. *Melatonin treatment in individuals with intellectual disability and chronic insomnia: a randomized placebo-controlled study*. J Intellect Disabil Res, 2008. **52**(Pt 3): 256-64.
333. Andersen, I.M., et al. *Melatonin for insomnia in children with autism spectrum disorders*. J Child Neurol, 2008. **23**(5): 482-5.
334. Guerrero, J.M., et al. *Impairment of the melatonin rhythm in children with Sanfilippo syndrome*. J Pineal Res, 2006. **40**(2): 192-3.
335. Gupta, R. & Hutchins, J. *Melatonin: a panacea for desperate parents? (Hype or truth)*. Arch Dis Child, 2005. **90**(9): 986-7.

336. Ivanenko, A., et al. *Melatonin in children and adolescents with insomnia: a retrospective study*. Clin Pediatr (Phila), 2003. **42**(1): 51-8.
337. Mariotti, P., et al. *Sleep disorders in Sanfilippo syndrome: a polygraphic study*. Clin Electroencephalogr, 2003. **34**(1): 18-22.
338. Masters, K.J. *Melatonin for sleep problems*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 1996. **35**(6): 704.
339. Owens, J.A., Rosen, C.L. & Mindell, J.A. *Medication use in the treatment of pediatric insomnia: results of a survey of community-based pediatricians*. Pediatrics, 2003. **111**(5 Pt 1): e628-35.
340. Paavonen, E.J., et al. *Effectiveness of melatonin in the treatment of sleep disturbances in children with Asperger disorder*. J Child Adolesc Psychopharmacol, 2003. **13**(1): 83-95.
341. Smits, M.G., et al. *Melatonin for chronic sleep onset insomnia in children: a randomized placebo-controlled trial*. J Child Neurol, 2001. **16**(2): 86-92.
342. Smits, M.G., et al. *Melatonin improves health status and sleep in children with idiopathic chronic sleep-onset insomnia: a randomized placebo-controlled trial*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 2003. **42**(11): 1286-93.
343. van der Heijden, K.B., et al. *Prediction of melatonin efficacy by pretreatment dim light melatonin onset in children with idiopathic chronic sleep onset insomnia*. J Sleep Res, 2005. **14**(2): 187-94.
344. Van der Heijden, K.B., et al. *Effect of melatonin on sleep, behavior, and cognition in ADHD and chronic sleep-onset insomnia*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 2007. **46**(2): 233-41.
345. Wasdell, M.B., et al. *A randomized, placebo-controlled trial of controlled release melatonin treatment of delayed sleep phase syndrome and impaired sleep maintenance in children with neurodevelopmental disabilities*. J Pineal Res, 2008. **44**(1): 57-64.
346. Zhdanova, I.V. *Melatonin as a hypnotic: pro*. Sleep Med Rev, 2005. **9**(1): 51-65.
347. Zucconi, M. & Bruni, O. *Sleep disorders in children with neurologic diseases*. Semin Pediatr Neurol, 2001. **8**(4): 258-75.
348. Gringras, P., et al. *Melatonin for sleep problems in children with neurodevelopmental disorders: randomised double masked placebo controlled trial*. BMJ, 2012. **345**: e6664.
349. Ferracioli-Oda, E., Qawasmi, A. & Bloch, M.H. *Meta-analysis: melatonin for the treatment of primary sleep disorders*. PLoS One, 2013. **8**(5): e63773.
350. Moksnes, K., et al. *How to switch from morphine or oxycodone to methadone in cancer patients? a randomised clinical phase II trial*. Eur J Cancer, 2011. **47**(16): 2463-70.

351. Poulain, P., et al. *Efficacy and safety of two methadone titration methods for the treatment of cancer-related pain: The EQUI METH2 Trial (Methadone for Cancer-Related Pain)*. J Pain Symptom Manage, 2016. **52**(5): 626-636 e1.
352. Ripamonti, C., et al. *Switching from morphine to oral methadone in treating cancer pain: what is the equianalgesic dose ratio?* J Clin Oncol, 1998. **16**(10): 3216-21.
353. Ayonrinde, O.T. & Bridge, D.T. *The rediscovery of methadone for cancer pain management*. Med J Aust, 2000. **173**(10): 536-40.
354. Benitez-Rosario, M.A., et al. *Morphine-methadone opioid rotation in cancer patients: analysis of dose ratio predicting factors*. J Pain Symptom Manage, 2009. **37**(6): 1061-8.
355. Bruera, E., et al. *Methadone versus morphine as a first-line strong opioid for cancer pain: a randomized, double-blind study*. J Clin Oncol, 2004. **22**(1): 185-92.
356. Berens, R.J., et al. *A prospective evaluation of opioid weaning in opioid-dependent pediatric critical care patients*. Anesth Analg, 2006. **102**(4): 1045-50.
357. Colvin, L., Forbes, K. & Fallon, M. *Difficult pain*. BMJ, 2006. **332**(7549): 1081-3.
358. Dale, O., Sheffels, P. & Kharasch, E.D. *Bioavailabilities of rectal and oral methadone in healthy subjects*. Br J Clin Pharmacol, 2004. **58**(2): 156-62.
359. Davies, D., DeVlaming, D. & Haines, C. *Methadone analgesia for children with advanced cancer*. Pediatr Blood Cancer, 2008. **51**(3): 393-7.
360. Ripamonti, C. & Bianchi, M. *The use of methadone for cancer pain*. Hematol Oncol Clin North Am, 2002. **16**(3): 543-55.
361. Weschules, D.J. & Bain, K.T. *A systematic review of opioid conversion ratios used with methadone for the treatment of pain*. Pain Med, 2008. **9**(5): 595-612.
362. Weschules, D.J., et al. *Methadone and the hospice patient: prescribing trends in the home-care setting*. Pain Med, 2003. **4**(3): 269-76.
363. Heppe, D.B., Haigney, M.C. & Krantz, M.J. *The effect of oral methadone on the QTc interval in advanced cancer patients: a prospective pilot study*. J Palliat Med, 2010. **13**(6): 638-9.
364. Mercadante, S., Ferrera, P. & Arcuri, E. *The use of fentanyl buccal tablets as breakthrough medication in patients receiving chronic methadone therapy: an open label preliminary study*. Support Care Cancer, 2011. **19**(3):435-8.
365. Mercadante, S., et al. *Changes of QTc interval after opioid switching to oral methadone*. Support Care Cancer, 2013. **21**(12): 3421-4.
366. Habashy, C., et al. *Methadone for pain management in children with cancer*. Paediatr Drugs, 2018. **20**(5): 409-416.
367. Madden, K., et al. *The frequency of QTc prolongation among pediatric and young adult patients receiving methadone for cancer pain*. Pediatr Blood Cancer, 2017. **64**:e26614.

368. Ray, W.A., et al. *Out-of-hospital mortality among patients receiving methadone for noncancer pain*. JAMA Intern Med, 2015. **175**(3): 420-7.
369. Fife, A., et al. *Methadone conversion in infants and children: Retrospective cohort study of 199 pediatric inpatients*. J Opioid Manag, 2016. **12**(2): 123-30.
370. Rodriques, A., et al. *Methylnaltrexone for opioid-induced constipation in pediatric oncology patients*. Pediatr Blood Cancer, 2013. **60**(10):1667-70.
371. Laubisch, J.E. & Baker, J.N. *Methylnaltrexone use in a seventeen-month-old female with progressive cancer and rectal prolapse*. J Palliat Med, 2013. **16**(11): 1486-8.
372. Garten, L. & Buhrer, C. *Reversal of morphine-induced urinary retention after methylnaltrexone*. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed, 2012. **97**(2): F151-3.
373. Garten, L., Degenhardt, P. & Buhrer, C. *Resolution of opioid-induced postoperative ileus in a newborn infant after methylnaltrexone*. J Pediatr Surg, 2011. **46**(3): e13-5.
374. Kissling, K.T., Mohassel, L.R. & Heintz, J. *Methylnaltrexone for opioid-induced constipation in a pediatric oncology patient*. J Pain Symptom Manage, 2012. **44**(1): e1-3.
375. Lee, J.M. & Mooney, J. *Methylnaltrexone in treatment of opioid-induced constipation in a pediatric patient*. Clin J Pain, 2012. **28**(4): 338-41.
376. Madanagopalan, N. *Metoclopramide in hiccup*. Curr Med Res Opin, 1975. **3**(6): 371-4.
377. Alhashimi, D., Alhashimi, H. & Fedorowicz, Z. *Antiemetics for reducing vomiting related to acute gastroenteritis in children and adolescents*. Cochrane Database Syst Rev, 2006. **3**: CD005506.
378. Craig, W.R., et al. *Metoclopramide, thickened feedings, and positioning for gastro-oesophageal reflux in children under two years*. Cochrane Database Syst Rev, 2004. **4**:CD003502.
379. Yis, U., et al. *Metoclopramide induced dystonia in children: two case reports*. Eur J Emerg Med, 2005. **12**(3): 117-9.
380. European Medicines Agency (EMA). *European Medicines Agency recommends changes to the use of metoclopramide*, 2013.
381. Trindade, L.C., et al. *Evaluation of topical metronidazole in the healing wounds process: an experimental study*. Rev Col Bras Cir, 2010. **37**(5): 358-63.
382. Castro, D., & Santos V. *Odor management in fungating wounds with metronidazole: a systematic review*. JHPN, 2015. **17**(1): 73-79.
383. Collins, C.D., Cookinham, S. & Smith, J. *Management of oropharyngeal candidiasis with localized oral miconazole therapy: efficacy, safety, and patient acceptability*. Patient Prefer Adherence, 2011. **5**: 369-74.

384. De Pauw, A. & De Backer, T. *Miconazole buccal gel and risk for systemic bleeding: how certain topical formula can interfere with anticoagulants*. Acta Clin Belg, 2015. **70**(2): 121-3.
385. Lalla, R.V. & Bensadoun, R.J. *Miconazole mucoadhesive tablet for oropharyngeal candidiasis*. Expert Rev Anti Infect Ther, 2011. **9**(1): 13-7.
386. Mpimbaza, A., et al. *Comparison of buccal midazolam with rectal diazepam in the treatment of prolonged seizures in Ugandan children: a randomized clinical trial*. Pediatrics, 2008. **121**(1): e58-64.
387. Scott, R.C., Besag, F.M. & Neville, B.G. *Buccal midazolam and rectal diazepam for treatment of prolonged seizures in childhood and adolescence: a randomised trial*. Lancet, 1999. **353**(9153): 623-6.
388. Castro Conde, J.R., et al. *Midazolam in neonatal seizures with no response to phenobarbital*. Neurology, 2005. **64**(5): 876-9.
389. Harte, G.J., et al. *Haemodynamic responses and population pharmacokinetics of midazolam following administration to ventilated, preterm neonates*. J Paediatr Child Health, 1997. **33**(4): 335-8.
390. Lee, T.C., et al. *Population pharmacokinetic modeling in very premature infants receiving midazolam during mechanical ventilation: midazolam neonatal pharmacokinetics*. Anesthesiology, 1999. **90**(2): 451-7.
391. Hu, K.C., et al. *Continuous midazolam infusion in the treatment of uncontrollable neonatal seizures*. Acta Paediatr Taiwan, 2003. **44**(5): 279-81.
392. Burger, B. *Paradoxical reactions from benzodiazepines – A review of the literature*. SPS [Society for Pediatric Sedation] News, 2014. **3**.
393. Berde, C.B. & Sethna, N.F. *Drug therapy - Analgesics for the treatment of pain in children*. NEJM, 2002. **347**(14): 1094-1103.
394. Boyle, E.M., et al. *Assessment of persistent pain or distress and adequacy of analgesia in preterm ventilated infants*. Pain, 2006. **124**(1-2): 87-91.
395. Cohen, S.P. & Dawson, T.C. *Nebulized morphine as a treatment for dyspnea in a child with cystic fibrosis*. Pediatrics, 2002. **110**(3): e38.
396. Dougherty, M. & DeBaun, M.R. *Rapid increase of morphine and benzodiazepine usage in the last three days of life in children with cancer is related to neuropathic pain*. J Pediatr, 2003. **142**(4): 373-6.
397. Flogegard, H. & Ljungman, G. *Characteristics and adequacy of intravenous morphine infusions in children in a paediatric oncology setting*. Med Pediatr Oncol, 2003. **40**(4): 233-8.
398. Hain, R.D., et al. *Strong opioids in pediatric palliative medicine*. Paediatr Drugs, 2005. **7**(1): 1-9.
399. Hall, R.W., et al. *Morphine, hypotension, and adverse outcomes among*

- preterm neonates: Who's to blame? Secondary results from the NEOPAIN Trial.* Pediatrics, 2005. **115**(5): 1351-1359.
400. Lundeberg, S., et al. *Perception of pain following rectal administration of morphine in children: a comparison of a gel and a solution.* Paediatr Anaesth, 2006. **16**(2): 164-9.
 401. Miser, A.W., et al. *Continuous subcutaneous infusion of morphine in children with cancer.* Am J Dis Child, 1983. **137**(4): 383-5.
 402. Nahata, M.C., et al. *Analgesic plasma concentrations of morphine in children with terminal malignancy receiving a continuous subcutaneous infusion of morphine sulfate to control severe pain.* Pain, 1984. **18**(2): 109-14.
 403. Sittl, R. & Richter, R. *[Cancer pain therapy in children and adolescents using morphine].* Anaesthesist, 1991. **40**(2): 96-9.
 404. Van Hulle Vincent, C. & Denyes, M.J. *Relieving children's pain: nurses' abilities and analgesic administration practices.* J Pediatr Nurs, 2004. **19**(1): 40-50.
 405. Viola, R., et al. *The management of dyspnea in cancer patients: a systematic review.* Support Care Cancer, 2008. **16**(4): 329-37.
 406. Wiffen, P.J. & McQuay, H.J. *Oral morphine for cancer pain.* Cochrane Database Syst Rev, 2007. **4**: CD003868.
 407. Zeppetella, G., Paul, J. & Ribeiro, M.D. *Analgesic efficacy of morphine applied topically to painful ulcers.* J Pain Symptom Manage, 2003. **25**(6): 555-8.
 408. Zernikow, B. & Lindena, G. *Long-acting morphine for pain control in paediatric oncology.* Med Pediatr Oncol, 2001. **36**(4): 451-458.
 409. Zernikow, B., et al. *Paediatric cancer pain management using the WHO analgesic ladder--results of a prospective analysis from 2265 treatment days during a quality improvement study.* Eur J Pain, 2006. **10**(7): 587-95.
 410. Kaiko, R.F., et al. *The bioavailability of morphine in controlled-release 30-mg tablets per rectum compared with immediate-release 30-mg rectal suppositories and controlled-release 30-mg oral tablets.* Pharmacotherapy, 1992. **12**(2): 107-13.
 411. Wilkinson, T.J., et al. *Pharmacokinetics and efficacy of rectal versus oral sustained-release morphine in cancer patients.* Cancer Chemother Pharmacol, 1992. **31**(3): 251-4.
 412. Campbell, W.I. *Rectal controlled-release morphine: plasma levels of morphine and its metabolites following the rectal administration of MST Continus 100 mg.* J Clin Pharm Ther, 1996. **21**(2): 65-71.
 413. Dalzell, A.M., Bartlett, H. & Lilleyman, J.S. *Nabilone: an alternative antiemetic for cancer chemotherapy.* Arch Dis Child, 1986. **61**(5): 502-5.
 414. Dupuis, L.L. & Nathan, P.C. *Options for the prevention and management of*

- acute chemotherapy-induced nausea and vomiting in children.* Paediatr Drugs, 2003. **5**(9): 597-613.
415. Chan, H.S., Correia, J.A. & MacLeod, S.M. *Nabilone versus prochlorperazine for control of cancer chemotherapy-induced emesis in children: a double-blind, crossover trial.* Pediatrics, 1987. **79**(6): 946-52.
 416. Tofil, N.M., et al. *The use of enteral naloxone to treat opioid-induced constipation in a pediatric intensive care unit.* Pediatr Crit Care Med, 2006. **7**(3): 252-4.
 417. Liu, M., & Wittbrodt, E. *Low-dose oral naloxone reverses opioid-induced constipation and analgesia.* J Pain Symptom Manage, 2002. **23**(1): 48-53.
 418. Glenny, A.M., et al. *A survey of current practice with regard to oral care for children being treated for cancer.* Eur J Cancer, 2004. **40**(8): 1217-24.
 419. Twycross, R., Wilcock, A., & Howard, P. (επιμ.) *Palliative Care Formulary (PCF6)* (6^η έκδοση). Νότινγχαμ: Palliativedrugs.com Ltd., 2017.
 420. Sassano-Higgins, S., et al. *Olanzapine reduces delirium symptoms in the critically ill pediatric patient.* J Pediatr Intensive Care, 2013. **2**(2): 49-54.
 421. Beckwitt-Turkel, S., et al. *The diagnosis and management of delirium in infancy.* J Child Adolesc Psychopharmacol, 2013. **23**(5): 352-56.
 422. Turkel, S.B., et al. *Atypical antipsychotic medications to control symptoms of delirium in children and adolescents.* J Child Adolesc Psychopharmacol, 2012. **22**(2): 126-130.
 423. Kaneishi, K., Kawabata, M. & Morita, T. *Olanzapine for the relief of nausea in patients with advanced cancer and incomplete bowel obstruction.* J Pain Symptom Manage, 2012. **44**(4): 604-7.
 424. Passik, S.D., et al. *A pilot exploration of the antiemetic activity of olanzapine for the relief of nausea in patients with advanced cancer and pain.* J Pain Symptom Manage, 2002. **23**(6): 526-32.
 425. Licup, N. *Olanzapine for nausea and vomiting.* Am J Hosp Palliat Care, 2010. **27**(6): 432-4.
 426. Elsayem, A., et al. *Subcutaneous olanzapine for hyperactive or mixed delirium in patients with advanced cancer: a preliminary study.* J Pain Symptom Manage, 2010. **40**(5): 774-82.
 427. Jackson, K.C. & Lipman, A.G. *Drug therapy for delirium in terminally ill adult patients.* Cochrane Database Syst Rev, 2004. **2**: CD004770.
 428. Breitbart, W., Tremblay, A. & Gibson, C. *An open trial of olanzapine for the treatment of delirium in hospitalized cancer patients.* Psychosomatics, 2002. **43**(3): 175-82.
 429. Khojainova, N., et al. *Olanzapine in the management of cancer pain.* J Pain

- Symptom Manage, 2002. **23**(4): 346-50.
430. Navari, R.M. & Brenner, M.C. *Treatment of cancer-related anorexia with olanzapine and megestrol acetate: a randomized trial*. Support Care Cancer, 2010. **18**(8): 951-6.
 431. Chelkeba, L., et al. *Olanzapine for chemotherapy-induced nausea and vomiting: systematic review and meta-analysis*. Pharm Pract (Granada), 2017. **15**(1): 877.
 432. Cole, J.B., et al. *The use, safety, and efficacy of olanzapine in a Level I Pediatric Trauma Center Emergency Department over a 10-year period*. Pediatr Emerg Care, 2020. **36**(2):70-76.
 433. Flank, J., et al. *Olanzapine for prevention of chemotherapy-induced nausea and vomiting in children and adolescents: a multi-center, feasibility study*. Support Care Cancer, 2018. **26**(2): 549-555.
 434. Navari, R.M. *Management of chemotherapy-induced nausea and vomiting in pediatric patients*. Paediatr Drugs, 2017. **19**(3): 213-222.
 435. Flank, J., et al. *The safety of olanzapine in young children: a systematic review and meta-analysis*. Drug Saf, 2014. **37**(10): 791-804.
 436. Flank, J., et al. *Olanzapine for treatment and prevention of acute chemotherapy-induced vomiting in children: a retrospective, multi-center review*. Pediatr Blood Cancer, 2015. **62**(3): 496-501.
 437. Gold, B.D. *Review article: epidemiology and management of gastro-oesophageal reflux in children*. Aliment Pharmacol Ther, 2004. **19 Suppl 1**: 22-7.
 438. Chang, A.B., et al. *Gastro-oesophageal reflux treatment for prolonged non-specific cough in children and adults*. Cochrane Database Syst Rev, 2005. **2**: CD004823.
 439. Simpson, T. & Ivey, J. *Pediatric management problems. GERD*. Pediatr Nurs, 2005. **31**(3): 214-5.
 440. Cohen, S., Bueno de Mesquita, M. & Mimouni, F.B. *Adverse effects reported in the use of gastroesophageal reflux disease treatments in children: a 10 years literature review*. Br J Clin Pharmacol, 2015. **80**(2): 200-8.
 441. Illueca, M., et al. *Proton pump inhibitor prescribing patterns in newborns and infants*. J Pediatr Pharmacol Ther, 2014. **19**(4): 283-7.
 442. Karami, S., et al. *Pharmacokinetic comparison of omeprazole granule and suspension forms in children: A randomized, parallel pilot trial*. Drug Res (Stuttg), 2016. **66**(3): 165-8.
 443. Tighe, M., et al. *Pharmacological treatment of children with gastro-oesophageal reflux*. Cochrane Database Syst Rev, 2014. **11**: CD008550.

444. [Δεν αναγράφονται συγγραφείς] *5HT₃-receptor antagonists as antiemetics in cancer*. Drug Ther Bull, 2005. **43**(8): 57-62.
445. Kyriakides, K., Hussain, S.K. & Hobbs, G.J. *Management of opioid-induced pruritus: a role for 5-HT₃ antagonists?* Br J Anaesth, 1999. **82**(3): 439-41.
446. MHRA Drug Safety Update. *Ondansetron for intravenous use: dose-dependent QT interval prolongation – new posology*. 2013. **6**(12). Διαθέσιμο στον σύνδεσμο: <https://www.gov.uk/drug-safety-update/ondansetron-for-intravenous-use-dose-dependent-qt-interval-prolongation>
447. Phillips, R.S., et al. *Antiemetic medication for prevention and treatment of chemotherapy-induced nausea and vomiting in childhood*. Cochrane Database Syst Rev, 2016. **2**: CD007786.
448. Kokki, H., et al. *Comparison of oxycodone pharmacokinetics after buccal and sublingual administration in children*. Clin Pharmacokinet, 2006. **45**(7): 745-54.
449. Kokki, H., et al. *Pharmacokinetics of oxycodone after intravenous, buccal, intramuscular and gastric administration in children*. Clin Pharmacokinet, 2004. **43**(9): 613-22.
450. Zin, C.S., et al. *A randomized, controlled trial of oxycodone versus placebo in patients with postherpetic neuralgia and painful diabetic neuropathy treated with pregabalin*. J Pain. **11**(5): 462-71.
451. Zin, C.S., et al. *An update on the pharmacological management of post-herpetic neuralgia and painful diabetic neuropathy*. CNS Drugs, 2008. **22**(5): 417-42.
452. Czarnecki, M.L., et al. *Controlled-release oxycodone for the management of pediatric postoperative pain*. J Pain Symptom Manage, 2004. **27**(4): 379-86.
453. Behzadi, M., Joukar, S. & Beik, A. *Opioids and cardiac arrhythmia: A literature review*. Med Princ Pract, 2018. **27**(5): 401-414.
454. Meents, J.E., et al. *The opioid oxycodone use-dependently inhibits the cardiac sodium channel NaV 1.5*. Br J Pharmacol, 2018. **175**(14): 3007-3020.
455. Fanoë, S., et al. *Oxycodone is associated with dose-dependent QTc prolongation in patients and low-affinity inhibiting of hERG activity in vitro*. Br J Clin Pharmacol, 2009. **67**(2): 172-9.
456. Villa, M.P., et al. *Nocturnal oximetry in infants with cystic fibrosis*. Arch Dis Child, 2001. **84**(1): 50-54.
457. Balfour-Lynn, I.M. *Domiciliary oxygen for children*. Pediatr Clin North Am, 2009. **56**(1): 275-96, xiii.
458. Cachia, E. & Ahmedzai, S.H. *Breathlessness in cancer patients*. Eur J Cancer, 2008. **44**(8): 1116-23.

459. Currow, D.C., et al. *Does palliative home oxygen improve dyspnoea? A consecutive cohort study*. Palliat Med, 2009. **23**(4): 309-16.
460. Saugstad, O.D. *Chronic lung disease: oxygen dogma revisited*. Acta Paediatr, 2001. **90**(2): 113-5.
461. Hardinge, M., et al. *British Thoracic Society guidelines for home oxygen use in adults*. Thorax, 2015. **70 Suppl 1**: i1-43.
462. Ross, J.R., et al. *A systematic review of the role of bisphosphonates in metastatic disease*. Health Technol Assess, 2004. **8**(4): 1-176.
463. Howe, W., Davis, E. & Valentine, J. *Pamidronate improves pain, wellbeing, fracture rate and bone density in 14 children and adolescents with chronic neurological conditions*. Dev Neurorehabil, 2010. **13**(1): 31-6.
464. Wagner, S., et al. *Tolerance and effectiveness on pain control of Pamidronate(R) intravenous infusions in children with neuromuscular disorders*. Ann Phys Rehabil Med, 2011. **54**(6): 348-58.
465. Ringe, J.D. & Body, J.J. *A review of bone pain relief with ibandronate and other bisphosphonates in disorders of increased bone turnover*. Clin Exp Rheumatol, 2007. **25**(5): 766-74.
466. Duncan, A.R. *The use of subcutaneous pamidronate*. J Pain Symptom Manage, 2003. **26**(1): 592-3.
467. Hain, R. & Jassal, S. *Paediatric Palliative Medicine (Oxford Specialist Handbooks in Paediatrics)* (2^η έκδοση). Οξφόρδη: Oxford University Press, 2016.
468. Ward, L., et al. *Bisphosphonate therapy for children and adolescents with secondary osteoporosis*. Cochrane Database Syst Rev, 2007. **4**: CD005324.
469. Scottish Dental Clinical Effectiveness Programme. *Oral Health Management of Patients Prescribed Bisphosphonates: Dental Clinical Guidance*. Απρίλιος 2011. Διατίθεται στον σύνδεσμο: www.sdcep.org.uk
470. Phillipi, C.A., Remington, T. & Steiner, R.D. *Bisphosphonate therapy for osteogenesis imperfecta*. Cochrane Database Syst Rev, 2008. **4**: CD005088.
471. Leblcq, C., et al. *Effectiveness of pamidronate as treatment of symptomatic osteonecrosis occurring in children treated for acute lymphoblastic leukemia*. Pediatr Blood Cancer, 2013. **60**(5): 741-7.
472. Pillai Riddell, R.R., et al. *Non-pharmacological management of infant and young child procedural pain*. Cochrane Database Syst Rev, 2011. **10**: CD006275.
473. Uman, L.S., et al. *Psychological interventions for needle-related procedural pain and distress in children and adolescents*. Cochrane Database Syst Rev, 2006. **4**: CD005179.

- 474. Wong, I., St John-Green, C. & Walker, S.M. *Opioid-sparing effects of perioperative paracetamol and nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) in children*. Paediatr Anaesth, 2013. **23**(6): 475-95.
- 475. Wong, T., et al. *Combined and alternating paracetamol and ibuprofen therapy for febrile children*. Cochrane Database Syst Rev, 2013. **10**: CD009572.
- 476. Rowland, A.G., et al. *Review of the efficacy of rectal paraldehyde in the management of acute and prolonged tonic-clonic convulsions*. Arch Dis Child, 2009. **94**(9): 720-3.
- 477. Ahmad, S., et al. *Efficacy and safety of intranasal lorazepam versus intramuscular paraldehyde for protracted convulsions in children: an open randomised trial*. Lancet, 2006. **367**(9522): 1591-7.
- 478. Armstrong, D.L. & Battin, M.R. *Pervasive seizures caused by hypoxic-ischemic encephalopathy: treatment with intravenous paraldehyde*. J Child Neurol, 2001. **16**(12): 915-7.
- 479. Giacoia, G.P., et al. *Pharmacokinetics of paraldehyde disposition in the neonate*. J Pediatr, 1984. **104**(2): 291-6.
- 482. Koren, G., et al. *Intravenous paraldehyde for seizure control in newborn infants*. Neurology, 1986. **36**(1): 108-11.
- 481. Appleton, R., Macleod, S. & Martland, T. *Drug management for acute tonic-clonic convulsions including convulsive status epilepticus in children*. Cochrane Database Syst Rev, 2008. **3**: CD001905.
- 482. Yoong, M., Chin, R.F. & Scott, R.C. *Management of convulsive status epilepticus in children*. Arch Dis Child Educ Pract Ed, 2009. **94**(1): 1-9.
- 483. Holmes, G.L. & Riviello, Jr., J.J. *Midazolam and pentobarbital for refractory status epilepticus*. Pediatr Neurol, 1999. **20**(4): 259-64.
- 484. Osorio, I., Reed, R.C. & Peltzer, J.N. *Refractory idiopathic absence status epilepticus: A probable paradoxical effect of phenytoin and carbamazepine*. Epilepsia, 2000. **41**(7): 887-94.
- 485. Bourgeois, B.F. & Dodson, W.E. *Phenytoin elimination in newborns*. Neurology, 1983. **33**(2): 173-8.
- 486. Tudur Smith, C., Marson, A.G. & Williamson, P.R. *Phenytoin versus valproate monotherapy for partial onset seizures and generalized onset tonic-clonic seizures*. Cochrane Database Syst Rev, 2001. **4**: CD001769.
- 487. Tudur Smith, C., et al. *Carbamazepine versus phenytoin monotherapy for epilepsy*. Cochrane Database Syst Rev, 2002. **2**: CD001911.
- 488. McClean, G.J., *Intravenous infusion of phenytoin relieves neuropathic pain: a randomized, double-blinded, placebo-controlled, crossover study*. Anesth Analg, 1999. **89**(4): 985-8.

489. Mendoza, J., et al. *Systematic review: the adverse effects of sodium phosphate enema*. Aliment Pharmacol Ther, 2007. **26**(1): 9-20.
490. Miles C, F.D., Goodman, M.L., & Wilkinson, S. *Laxatives for the management of constipation in palliative care patients*. Cochrane Database Syst Rev, 2006, **4**:CD003448.
491. Biebl, A., Grillenberger, A. & Schmitt, K. *Enema-induced severe hyperphosphatemia in children*. Eur J Pediatr, 2009. **168**(1): 111-2.
492. NICE Clinical guideline [CG99]. *Constipation in children and young people: diagnosis and management*, 2010 [Σ.τ.Μ.: Διατίθεται στον σύνδεσμο: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg99>].
493. Munez-Sanchez, M.J., Leughton Swaneck, S., & Diaz, F. *Tetany secondary to phosphate enema toxicity, case report*. Rev Child Pediatr 2017. **88**(3): 383-387.
494. Vondracek, P., et al. *Efficacy of pregabalin in neuropathic pain in paediatric oncological patients*. Eur J Paediatr Neurol, 2009. **13**(4): 332-6.
495. Kalita, J., et al. *An open labeled randomized controlled trial of pregabalin versus amitriptyline in chronic low backache*. J Neurol Sci, 2014. **342**(1-2): 127-32.
496. Felicia, B. *Pregabalin: a new approach to treatment of the dysautonomic crisis*. . Pediatrics, 2009. **124**(2): 743-746.
497. Saltik, S., et al. *Pregabalin treatment of a patient with complex regional pain syndrome*. Pediatr Neurol, 2016. **54**: 88-90.
498. NICE Clinical guideline [CG173]. *Neuropathic pain in adults: pharmacological management in non-specialist settings*, 2019 [Σ.τ.Μ.: Διατίθεται στον σύνδεσμο: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg173>].
499. Dickman, A. & Schneider, J. *The Syringe Driver. Continuous Subcutaneous Infusions in Palliative Care* (3^η έκδοση). Οξφόρδη: Oxford University Press, 2011.
500. Bell, S.G. *Gastroesophageal reflux and histamine2 antagonists*. Neonatal Netw, 2003. **22**(2): 53-7.
501. Tighe, M.P., et al. *Current pharmacological management of gastro-esophageal reflux in children: an evidence-based systematic review*. Paediatr Drugs, 2009. **11**(3): 185-202.
502. Moayyedi, P., et al. *Pharmacological interventions for non-ulcer dyspepsia*. Cochrane Database Syst Rev, 2006. **4**:CD001960.
503. Wang, Y., et al. *Additional bedtime H2-receptor antagonist for the control of nocturnal gastric acid breakthrough*. Cochrane Database Syst Rev, 2009. **4**: CD004275.
504. Grassi, E., et al. *Risperidone in idiopathic and symptomatic dystonia: preliminary experience*. Neurol Sci, 2000. **21**(2): 121-3.

505. Kenrick, S., f.S., *Treatment guidelines for symptom crises in Juvenile Batters Disease*, 2011.
506. Okamoto, Y., et al. *A retrospective chart review of the antiemetic effectiveness of risperidone in refractory opioid-induced nausea and vomiting in advanced cancer patients*. J Pain Symptom Manage, 2007. **34**(2): 217-22.
507. Turkel, S.B., Jacobson, J.R. & Tavare, C.J. *The diagnosis and management of delirium in infancy*. J Child Adolesc Psychopharmacol, 2013. **23**(5): 352-6.
508. Brahmabhatt, K. & Whitgob, E. *Diagnosis and management of delirium in critically ill infants: Case report and review*. Pediatrics, 2016. **137**(3): e20151940.
509. Schievel, J.N., et al. *Pediatric delirium in critical illness: phenomenology, clinical correlates and treatment response in 40 cases in the pediatric intensive care unit*. Intensive Care Med, 2007. **33**(6): 1033-40.
510. British Thoracic Society (BTS)/SIGN. *British Guideline on the management of asthma. A national clinical guideline*. Αναθεώρηση: 2019. Διατίθεται στον σύνδεσμο: <https://brit-thoracic.org.uk/quality-improvement/guidelines/asthma/>
511. Chavasse, R., et al. *Short acting beta agonists for recurrent wheeze in children under 2 years of age*. Cochrane Database Syst Rev, 2002. **3**: CD002873.
512. Khirani, S., et al. *Effect of salbutamol on respiratory muscle strength in spinal muscular atrophy*. Pediatr Neurol, 2017. **73**: 78-87 e1.
513. Pane, M., et al. *Daily salbutamol in young patients with SMA type II*. Neuromuscul Disord, 2008. **18**(7): 536-40.
514. Frongia, A.L., et al. *Salbutamol tolerability and efficacy in patients with spinal muscular atrophy type II*. Neuromuscul Disord, 2019. **29**(7): 517-524.
515. Burke, G., et al. *Salbutamol benefits children with congenital myasthenic syndrome due to DOK7 mutations*. Neuromuscul Disord, 2013. **23**(2): 170-5.
516. Candy, B., et al. *Laxatives for the management of constipation in people receiving palliative care*. Cochrane Database Syst Rev, 2015. **5**: CD003448.
517. Larkin, P.J., et al. *The management of constipation in palliative care: clinical practice recommendations*. Palliat Med, 2008. **22**(7): 796-807.
518. Sykes, N.P. *Constipation and diarrhoea*, in *Oxford Textbook of Palliative Medicine*, Cherny, N.I., Fallon, M.T., et al. (επιμ.). Οξφόρδη: Oxford University Press, 2015, σελ. 675-685.
519. Twycross, R., et al. *Stimulant laxatives and opioid-induced constipation*. J Pain Symptom Manage, 2012. **43**(2): 306-13.
520. Kochhar, R., et al. *Rectal sucralfate in radiation proctitis*. Lancet, 1988. **2**(8607): 400.
521. NHS Scotland, *Scottish Palliative Care Guidelines – Bleeding*, 2014.

522. Regnard, C. & Makin, W. *Management of bleeding in advanced cancer: a flow diagram*. Palliat Med, 1992. **6**: 74-8.
523. Stockley, I.H. *Stockley's Drug Interactions* (6^η έκδοση). Λονδίνο: Pharmaceutical Press, 2002.
524. McCullough, R.W. *Practice insights on patient care-management overview for chemoradiation toxic mucositis-guidelines, guideline-supported therapies and high potency polymerized cross-linked sucralfate (ProThelial)*. J Oncol Pharm Pract, 2019. **25**(2): 409-422.
525. McElvanna, K., Wilson, A. & Irwin, T. *Sucralfate paste enema: a new method of topical treatment for haemorrhagic radiation proctitis*. Colorectal Dis, 2014. **16**(4): 281-4.
526. Harrison, D., et al. *Utilization of analgesics, sedatives, and pain scores in infants with a prolonged hospitalization: a prospective descriptive cohort study*. Int J Nurs Stud, 2009. **46**(5): 624-32.
527. Harrison, D., et al. *Efficacy of sweet solutions for analgesia in infants between 1 and 12 months of age: a systematic review*. Arch Dis Child, 2010. **95**(6): 406-13.
528. Shah, P.S., et al. *Breastfeeding or breast milk for procedural pain in neonates*. Cochrane Database Syst Rev, 2012. **12**: CD004950.
529. Stevens, B., et al. *Sucrose for analgesia in newborn infants undergoing painful procedures*. Cochrane Database Syst Rev, 2013. **1**: CD001069.
530. Stevens, B., et al. *The minimally effective dose of sucrose for procedural pain relief in neonates: a randomized controlled trial*. BMC Pediatr, 2018. **18**(1): 85.
531. Finkel, J.C., et al. *First evaluation of tapentadol oral solution for the treatment of moderate to severe acute pain in children aged 6 to <18*. J Pain Res, 2019. **12**: 1925-1936.
532. Muse, D., et al. *Pharmacokinetics, safety, and efficacy of tapentadol oral solution for treating moderate to severe pain in pediatric patients*. J Pain Res, 2019. **12**: 1777-1790.
533. Kress, H.G. & Coluzzi, F. *Tapentadol in the management of cancer pain: current evidence and future perspectives*. J Pain Res, 2019. **12**: 1553-1560.
534. Freo, U., Romualdi, P. & Kress, H.G. *Tapentadol for neuropathic pain: a review of clinical studies*. J Pain Res, 2019. **12**: 537-1551.
535. Dickenson, A.H. & Kress, H.G. *Tapentadol: a new option for the treatment of cancer and noncancer pains*. J Pain Res, 2019. **12**: 1509-1511.
536. Wiffen, P.J., et al. *Oral tapentadol for cancer pain*. Cochrane Database Syst Rev, 2015(9): CD011460.
537. Henney, H.R., 3rd & Chez, M. *Pediatric safety of tizanidine: clinical adverse*

- event database and retrospective chart assessment. *Paediatr Drugs*, 2009. **11**(6): 397-406.
538. Palazon Garcia, R., Benavente Valdepenas, A. & Arroyo Riano, O. [*Protocol for tizanidine use in infantile cerebral palsy*]. *An Pediatr (Barc)*, 2008. **68**(5): 511-5.
 539. Vasquez-Briceno, A., et al. [*The usefulness of tizanidine. A one-year follow-up of the treatment of spasticity in infantile cerebral palsy*]. *Rev Neurol*, 2006. **43**(3): 132-6.
 540. Dai, A.I., Aksoy, S.N & Demiryurek, A.T. *Comparison of efficacy and side effects of oral baclofen versus tizanidine therapy with adjuvant Botulinum Toxin Type A in children with cerebral palsy and spastic equinus foot deformity*. *J Child Neurol*, 2016. **31**(2): 184-9.
 541. Chung, C.Y., Chen, C.L. & Wong, A.M. *Pharmacotherapy of spasticity in children with cerebral palsy*. *J Formos Med Assoc*, 2011. **110**(4): 215-22.
 542. Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the Practice Committee of the Child Neurology Society, Delgado, M. R., et al. *Practice parameter: pharmacologic treatment of spasticity in children and adolescents with cerebral palsy (an evidence-based review): report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the Practice Committee of the Child Neurology Society*. *Neurology*, 2010. **74**(4): 336-43.
 543. Friedrichsdorf, S.J., et al. *Tramadol versus codeine/acetaminophen after pediatric tonsillectomy: A prospective, double-blinded, randomized controlled trial*. *J Opioid Manag*, 2015. **11**(4): 283-94.
 544. Dancel, R., Liles, E.A. & Fiore, D. *Acute pain management in hospitalized children*. *Rev Recent Clin Trials*, 2017. **12**(4): 277-283.
 545. Kluger, M., et al. *Accuracy of dispersing tramadol capsules for oral administration in young children*. *Anaesth Intensive Care*, 2016. **44**(6): 742-744.
 546. Calligaris, L., Marzuillo, P. & Barbi, E. *Re: Tramadol can selectively manage moderate pain in children following European advice limiting codeine use*. *Acta Paediatr*, 2014. **103**(11): e466.
 547. Chauhan, S., et al. *Tranexamic acid in paediatric cardiac surgery*. *Indian J Med Res*, 2003. **118**: 86-9.
 548. Frachon, X., et al. *Management options for dental extraction in hemophiliacs: a study of 55 extractions (2000-2002)*. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*, 2005. **99**(3): 270-5.
 549. Graff, G.R. *Treatment of recurrent severe hemoptysis in cystic fibrosis with tranexamic acid*. *Respiration*, 2001. **68**(1): 91-4.
 550. Mehta, R. & Shapiro, A.D. *Plasminogen deficiency*. *Haemophilia*, 2008. **14**(6): 1261-8.

551. Morimoto, Y., et al. *Haemostatic management of intraoral bleeding in patients with von Willebrand disease*. Oral Dis, 2005. **11**(4): 243-8.
552. Pereira, J. & Phan, T. *Management of bleeding in patients with advanced cancer*. Oncologist, 2004. **9**(5): 561-70.
553. Fahn, S. *High dosage anticholinergic therapy in dystonia*. Neurology, 1983. **33**(10): 1255-61.
554. Ben-Pazi, H. *Trihexyphenidyl improves motor function in children with dystonic cerebral palsy: a retrospective analysis*. J Child Neurol, 2011. **26**(7): 810-6.
555. Rice, J. & Waugh, M.C. *Pilot study on trihexyphenidyl in the treatment of dystonia in children with cerebral palsy*. J Child Neurol, 2009. **24**(2): 176-82.
556. Hoon, A.H., Jr., et al. *Age-dependent effects of trihexyphenidyl in extrapyramidal cerebral palsy*. Pediatr Neurol, 2001. **25**(1): 55-8.
557. Tsao, C.Y. *Low-dose trihexyphenidyl in the treatment of dystonia*. Pediatr Neurol, 1988. **4**(6): p. 381.
558. Marsden, C.D., Marion, M.H. & Quinn, N. *The treatment of severe dystonia in children and adults*. J Neurol Neurosurg Psychiatry, 1984. **47**(11): 1166-73.
559. Sanger, T.D., et al. *Prospective open-label clinical trial of trihexyphenidyl in children with secondary dystonia due to cerebral palsy*. J Child Neurol, 2007. **22**(5): 530-7.
560. Masson, R., Pagliano, E. & Baranello, G. *Efficacy of oral pharmacological treatments in dyskinetic cerebral palsy: a systematic review*. Dev Med Child Neurol, 2017. **59**(12): 1237-1248.
561. Jankovic, J. *Medical treatment of dystonia*. Mov Disord, 2013. **28**(7): 1001-12.
562. Brook, J., Vickers, J., & Osborne, C. *Paediatric palliative care drug boxes; facilitating safe & effective symptom management at home at end of life*. Arch Dis Child, 2007. **92** (Suppl 1): A58.
563. Healthcare Improvement Scotland. *Scottish Palliative Care Guidelines*. NHS Scotland, 2014.
564. palliativedrugs.com.Ltd. *Essential independent palliative drug information for palliative and hospice care*, 2018.
565. Zekry O., & Schug, S.A. *Conversion of gabapentin to pregabalin*. The Australian Pain Society Newsletter, 2013. **33** (5).
566. Healthcare Improvement Scotland. *Scottish Palliative Care Guidelines. Neuropathic pain*. NHS Scotland, 2019. Διατίθεται στον σύνδεσμο: <http://www.palliativecareguidelines.scot.nhs.uk/guidelines/pain/neuropathic-pain.aspx>
567. Tayside Prescriber. *Management of Neuropathic Pain*, 2010. **118**. Διατίθεται στον σύνδεσμο: <https://www.nhstaysideadtc.scot.nhs.uk/approved/bulletin/taypres/2010/Tayside%20Prescriber%20Management%20of%20Neuropathic%20pain%20118%20November%202010.pdf>

Παραπομπές Εγχειριδίου

1. Field, M.J. & Behrman, R.E. (επιμ.). Communication, goal setting, and care planning, στο Field, M.J. & Behrman, R.E. (επιμ.) *When Children Die: Improving Palliative And End-Of-Life Care For Children and Their Families*. Ουάσινγκτον: The National Academies Press, 2003.
2. Buckman, R. *How to break bad news: A guide for health care professionals*. Βαλτιμόρη: Johns Hopkins University Press, 1992.
3. Bluebond-Langner, M. *The private worlds of dying children*. Πρίνστον: Princeton University Press, 1980.
4. Together for Short Lives. *A Framework for the Development of Integrated Multi-agency Care Pathways for Children with Life-threatening and Life-limiting Conditions*. Μπρίστολ: Together for Short Lives, 2004. [Σ.τ.Μ.: Επικαιροποιημένη έκδοση (2013) υπό τον τίτλο: *A Core Care Pathway for Children with Life-limiting and Life-threatening Conditions*, διατίθεται στον σύνδεσμο: <https://www.togetherforshortlives.org.uk/wp-content/uploads/2018/01/ProRes-Core-Care-Pathway.pdf>].
5. Together for Short Lives. *Stepping Up. A guide to enabling a good transition to adulthood for young people with life-limiting and life-threatening conditions*. Μπρίστολ: Together for Short Lives, 2015. Διατίθεται στον σύνδεσμο: <https://www.togetherforshortlives.org.uk/resource/transition-adult-services-pathway/>
6. Στο: Tindyebwa, D., Kayita, J., Musoke, P., et al. (επιμ.) & African Network For Care of Children Affected by HIV/AIDS (ANECCA). *Handbook on Paediatric AIDS in Africa* (αναθεωρημένη έκδοση). Καμπάλα, 2006 (βλ. και: <https://anecca.org/>).
7. Together for Short Lives. *A Perinatal Pathway for Babies with Palliative Care Needs*. Μπρίστολ: Together for Short Lives, 2009. [Σ.τ.Μ.: επικαιροποιημένη έκδοση (2017) διατίθεται στον σύνδεσμο: <https://www.togetherforshortlives.org.uk/wp-content/uploads/2018/01/ProRes-Perinatal-Pathway-for-Babies-With-Palliative-Care-Needs.pdf>].
8. Larue, F., Brasseur, L., Musseault, P., et al. *Pain and symptoms in HIV disease: A national survey in France*. Περίληψη στο 3^ο Συνέδριο της European Association For Palliative Care. J Palliat Care, 1994. **10**: 95.
9. Foley, F. *AIDS Palliative Care*. Περίληψη στο 10^ο International Congress on the Care of the Terminally Ill. J Palliat Care, 1994. **10**: 132.
10. Moss, V. *Palliative care in advanced HIV disease: Presentation, problems, and palliation*. AIDS, 1990. **4** (S): S235-42.
11. Fontaine, A., Larue, F., Lassauniere, J.M. *Physicians' recognition of the symptoms experienced by HIV children: How reliable?* J Pain Symptom Manage, 1999.**18**:263-70.

12. Breitbart, W., McDonald, M.V., Rosenfeld, B., Monkman, N.D., Passik, S. *Fatigue in ambulatory AIDS children*. J Pain Symptom Manage, 1998. **15**: 159-67.
13. Department for International Development (DFID). Διατίθεται στον σύνδεσμο: <https://www.gov.uk/government/organisations/departement-for-international-development>
14. WHO. World Health Report – *Shaping The Future*. Γενεύη: WHO, 2003. Διατίθεται στον σύνδεσμο: <https://www.who.int/whr/2003/en/>
15. Πηγή: *Conditions suggestive of less than six months prognosis in children with AIDS. Recommendations for managing HIV infection in children*. Republic of South Africa Department of Health, Οκτώβριος 2001.
16. Strafford, M., Cahill, C., Schwartz, T., et al. *Recognition and treatment of pain in pediatric patients with AIDS*. J Pain Symptom Manage, 1991. **6**: 146.
17. Mathews, W., Mccutcheon, J.A., Asch, S., et al. *National estimates of HIV-related symptom prevalence from the HIV cost and services utilization study*. Med Care, 2000. **38**: 762.
18. Ανατύπωση κατόπιν αδείας από: Hewitt, D., McDonald, M., Portenoy, R., et al. *Pain syndromes and etiologies in ambulatory AIDS children*. Pain, 1997. **70**: 117-23.
19. Amery, J. *Children's Palliative Care in Africa*. Οξφόρδη: Oxford University Press, 2009.
20. Eland, J.M. *Pediatrics*. Στο: *Nursing Now Series, Pain*. Σπρινγκχάουζ: Springhouse Corporation, 1985.
21. Όπως για παράδειγμα τα εξής: «Wong Faces» (www.wongbakerfaces.org), «Faces Scale» (https://www.nhpco.org/wp-content/uploads/2019/04/NHPCO_Pediatric-Pain-Assessment.pdf), «Visual Analogue Scale» (βλ. και: <https://www1.health.gov.au/internet/publications/publishing.nsf/Content/triageqrg~trriageqrg-pain>).
22. Για παράδειγμα το εργαλείο «Eland Body Tool», βλ. Eland, J., Anderson, J. The experience of pain in children, στο: Jacox, A. (επιμ.) *Pain: A Sourcebook for Nurses and Other Health Professionals*. Βοστώνη: Little Brown, 1977, σελ. 453-78.
23. Βλ.: <http://pain.about.com/od/testingdiagnosis/ig/pain-scales/Flacc-Scale.htm>
24. Βλ.: <http://www.bmj.com/content/315/7111/801.full> (ιδίως: Part XXX, Spiritual needs).
25. Texas Children's Cancer Centre, Texas Children's Hospital. Χιούστον, Τέξας. Βλ.: www.childcancerpain.org
26. Uman, L.S., Chambers, C.T., McGrath, P.J., Kisely, S.R. *Psychological Interventions for Needle-Related Procedural Pain and Distress in Children and Adolescents* Cochrane Database Syst Rev. **10**: 2013 [Σ.τ.Μ.: επικαιροποιημένη έκδοση: 2018].
27. Von Baeyer, C.L., Marche, T.A., Rocha, E.M., Salmon, K. *Children's memory for pain: Overview and implications for practice*. J Pain, 2004. **5**(5): 241-249.

28. Βλ.: <http://specialchildren.about.com/od/mentalhealthissues/a/breathing.htm>
29. Βλ.: <http://www.yourfamilyclinic.com/adhd/relax.htm>
30. Βλ.: www.who.int/cancer/palliative/painladder/en/
31. Finkel, J.C., Finley, A., Greco, C., et al. *Transdermal fentanyl in the management of children with chronic severe pain: results from an international study*. Cancer. 2005, **104**(12): 2847-57.
32. Πηγή: Εθνικό Συνταγολόγιο για την Παιδιατρική (BNF for Children), 2013-2014.
33. Dunphy, K. et al. *Rehydration in palliative and terminal care: if not, why not?* Palliat Med, 1995. **9**: 221-8.
34. Burge, F.I. *Dehydration and provision of fluids in palliative care. What is the evidence?* Can Fam Physician. 1996; **42**: 2383-8.
35. Bruera, E., Belzile, M., Watanabe, S., & Fainsinger, R.L. *Volume of hydration in terminal cancer patients*. Support Care Cancer. 1996, **4** (2): 147-50.
36. Burge, F.I. *Dehydration symptoms of palliative care*. J Pain Symptom Manage. 1993, **8**(7): 454-464.
37. McCann, R.M., Hall, W.J., & Groth-Juncker, A. *Comfort care for terminally ill patients. The appropriate use of nutrition and hydration*. JAMA. 1994, **272**(16): 1263-6.
38. Bruera, E., Belzile, M., Watanabe, S., & Fainsinger, R.L. *Volume of hydration in terminal cancer patients*. Support Care Cancer. 1996, **4**(2): 147-50.
39. Chadfield-Mohr, S.M. & Byatt, C.M. *Dehydration in the terminally ill: iatrogenic insult or natural process?* Postgrad Med J. 1997, **73**(862): 476-80
40. Fox, E.T. *IV hydration in the terminally ill: ritual or therapy?* Br J Nurs. 1996, **5**(1): 41-5.
41. Parkash, R. & Burge, F. *The family's perspective on issues of hydration in terminal care*. J Palliat Care. 1997, **13**(4): 23-7.
42. Parkash, R. & Burge, F. *The family's perspective on issues of hydration in terminal care*. J Palliat Care. 1997, **13**(4): 23-7.
43. Steiner, N. & Bruera, E. *Methods of hydration in palliative care patients*. J Palliat Care. 1998, **14**(2): 6-13.
44. Tindyebwa, D., Kayita, J., Musoke, P., et al. (επιμ.) & African Network For Care Of Children Affected by HIV/AIDS (ANECCA). *Handbook on Paediatric AIDS in Africa* (αναθεωρημένη έκδοση). Καμπάλα, 2006 (βλ. και: www.anecca.org).
45. Amery, J.M. & Rose, C.J. *Quantitative evaluation of children's palliative care service in Uganda*. Cardiff Children's Palliative Care Conference. Κάρντιφ, 2008.
46. WHO. *Management of severe malnutrition: A manual for physicians and other senior health workers*. World Health Organization. Γενεύη: WHO, 1999. ISBN 92 4 1545119. Διατίθεται στον σύνδεσμο:
www.who.int/nutrition/publications/malnutrition/en/index.html

47. Merriman, A. *Pain and symptom control in the cancer and/or AIDS Patients in Uganda and other African countries* (4^η έκδοση). P.O. Box 7757, Καμπάλα. ISBN 9970-830-01-0. Καμπάλα: Hospice Africa Uganda, 2006.
48. Pearl, R.H., Robie, D.K., Ein, S.H., et al. *Complications of gastroesophageal antireflux surgery in neurologically impaired versus neurologically normal children*. J Pediatr Surg. 1990, **25**(11): 1169-73.
49. Hsia, R. *Pediatrics. Gastrointestinal Bleeding*, E-Medicine, <https://emedicine.medscape.com/article/1955984-overview>
50. Βλ.: www.palliativedrugs.com
51. Βλ.: <http://www.mhra.gov.uk/safetyinformation/DrugSafetyUpdate/CON300404>
52. Clayden, G.S. *Management of chronic constipation*. Arch Disease Child. 1992, **67**: 340-44.
53. Meuser, T., Pietruck, C., Radbruch, L., Stute, P., Lehmann, K.A., Grond, S. *Symptoms during cancer pain treatment following WHO-Guidelines: A longitudinal follow-up study of symptom prevalence, severity and etiology*. Pain, 2001. **93**(3): 247-57.
54. Sullivan, P.B. *Gastrointestinal problems in the neurologically impaired child*. Baillieres Clin Gastroenterol. 1997, **11**(3): 529-46
55. Merriman, A. *Pain and symptom control in the cancer and/or AIDS patients in Uganda and other African countries* (4^η έκδοση). P.O. Box 7757, Καμπάλα. ISBN 9970-830-01-0. Καμπάλα: Hospice Africa Uganda, 2006.
56. Tindyebwa, D., Kayita, J., Musoke, P., et al (επιμ.) & African Network For Care Of Children Affected by HIV/AIDS (ANECCA). *Handbook on Paediatric AIDS in Africa*, σελ. 95 (αναθεωρημένη έκδοση). Καμπάλα, 2006 (βλ. και: www.anecca.org).
57. Gwyther, L., Merriman, A., Mpanga Sebuyira, L., Schietinger, H. (επιμ.) *A clinical guide to supportive and palliative care for HIV/AIDS in sub-Saharan Africa*. Foundation for Hospices in Sub-Saharan Africa, 2006 (βλ. και: www.fhssa.org).
58. WHO/UNICEF. *Joint Statement on clinical management of acute diarrhoea*. Μάιος 2004.
59. Alexander, C.S. *Palliative and end of life care*. Στο: Anderson, J.R. (επιμ.) *A guide to the clinical care of women with HIV*. Ρόκβιλ: U.S. Department of Health and Human Services, Health Resources and Services Administration, 2001, σελ. 349-82.
60. Gwyther, L., Adams, V., Wilson, D., Mandwa, D. *Κεφάλαιο 6: Pulmonary Symptoms*. Στο: Gwyther, L., Merriman, A., Mpanga Sebuyira, L., Schietinger, H. (επιμ.) *A clinical guide to supportive and palliative care for HIV/AIDS in sub-Saharan Africa*. Foundation for Hospices in Sub-Saharan Africa, 2006 (βλ. και: www.fhssa.org).

61. British Thoracic Society. *Guidelines for assessment of persistent cough in children*. Διατίθεται στον σύνδεσμο: https://thorax.bmj.com/content/thoraxjnl/63/Suppl_3/iii1.full.pdf
62. Reuben, D.B., Mor, V., Hiris, J. *Clinical symptoms and length of survival in patients with terminal cancer*. Arch Int Med. 1988, **148**(7): 1586
63. Alexander, C.S. Palliative and end of life care. Στο: Anderson, J.R. (επιμ.) *A guide to the clinical care of women with HIV*. Ρόκβιλ: U.S. Department of Health and Human Services, Health Resources and Services Administration, 2001, σελ. 349-82.
64. Gwyther, L., Merriman, A., Mpanga Sebuyira, L., Schietinger, H. (επιμ.) *A clinical guide to supportive and palliative care for HIV/AIDS in sub-Saharan Africa*. Foundation for Hospices in Sub-Saharan Africa, 2006, σελ. 125 (βλ. και: www.fhssa.org).
65. Hartshorne, S.T. *Common dermatological problems among HIV/AIDS patients*. CME: Your SA Journal of CPD. 2000, **18**: 321-326.
66. Tuthill, J. & Garnier, S. *Prevention of skin breakdown*. Στο: Gwyther, L., Merriman, A., Mpanga Sebuyira, L., Schietinger, H. (επιμ.) *A clinical guide to supportive and palliative care for HIV/AIDS in sub-Saharan Africa*. Foundation for Hospices in Sub-Saharan Africa, 2006 (βλ. και: www.fhssa.org).
67. Merriman, A. *Pain and symptom control in the cancer and/or AIDS patients in Uganda and other African countries* (4^η έκδοση). P.O. Box 7757, Καμπάλα. ISBN 9970-830-01-0. Καμπάλα: Hospice Africa Uganda, 2006.
68. Kandel, E.R., Schwartz, J.H., & Jessell, T.M. *Principles of Neural Science*, 3^η έκδοση. Νέα Υόρκη: Elsevier, 1991.
69. Hartley, R.E., Frank, L.K., Goldenson, R.M. *Understanding children's play*. Λονδίνο: Routledge, 1999.
70. Βλ.: National Institute for Play: www.nifplay.org
71. Βλ.: Child Development Institute: www.childdevelopmentinfo.com
72. Schore, A.N. *The seventh annual John Bowlby memorial lecture. Minds in the making: attachment, the self-organizing brain, and developmentally-oriented psychoanalytic psychotherapy*. Br J Psychother, 2006. **17**: 299-328.
73. Sheets-Johnstone, M. *The primacy of movement* [Advances in Consciousness Research, Τόμος 14]. Άμστερνταμ: John Benjamins Publishing Company, 1999.
74. Opie, I. *The people in the playground*. Νέα Υόρκη: Oxford University Press, 1993.
75. Pelligrini, A.D. *Rough-and-Tumble play from childhood through adolescence*. Στο: Fromberg, D. & Bergen, D. (επιμ.) *Play from birth to twelve and beyond: Contexts, perspectives, and meanings*. Νέα Υόρκη: Garland, 1988, σελ. 401-408.
76. Paley, V.G. *You Can't Say You Can't Play*. Κέμπριτζ: Harvard University Press, 1992.

77. Wilson, F. *The hand: How its use shapes the brain, language, and human culture*. Νέα Υόρκη: Vintage Books, 1999.
78. Singer, D.G. & Singer, J.L. *The house of make-believe: Children's play and the developing imagination*. Κέμπριτζ: Harvard University Press, 1990.
79. Winnicott, D.W. *Playing and reality*. Λονδίνο: Routledge, 1999.
80. Evans, M. *Teenagers and cancer*. Paediatr Nurs. 1993, **5**(1): 14-15.
81. Weller, B. *Paediatric Nursing and Techniques*. Λονδίνο: Harper & Row, 1985.
82. Mackenzie, H. *Teenagers in hospital*. Nurs Times. 1988, **84** (32): 58-61.
83. Evans, M. *Teenagers and cancer*. Paediatr Nurs. 1993, **5**(1): 14-15.
84. Denholm, C. *The adolescent patient at discharge and the post-hospitalisation environment*. MCN Am J Matern Child Nurs. 1987, **16**: 95-101.
85. Viner, R. & Keane, M. *Youth Matters: Evidence-based best practice for the care of young people in hospital*. Λονδίνο: Caring for Children in the Health Services, 1998.
86. Stevens, M. Care of the dying child and adolescent – family adjustment and support. Στο: Doyle, D., Hanks, G., Cherny, N. & Calman K. (επιμ.) *Oxford Textbook of Palliative Medicine* (3^η έκδοση). Οξφόρδη: Oxford University Press, 2005.
87. Stevens, M. Care of the dying child and adolescent – family adjustment and support. Στο: Doyle, D., Hanks, G., Cherny, N. & Calman K. (επιμ.) *Oxford Textbook of Palliative Medicine* (3^η έκδοση). Οξφόρδη: Oxford University Press, 2005.
88. Module 7: Working with adolescents. Στο: *Psychosocial Care & Counselling for HIV Infected Children and Adolescents: A Training Curriculum*. Catholic Relief Services 228 W. Lexington St. Βαλτιμόρη, Μέριλαντ 21201-3413, 888-277-7575, info@crs.org. Μέριλαντ: Catholic Relief Services, 2008. Διατίθεται στον σύνδεσμο: <https://www.crs.org/our-work-overseas/research-publications/psychosocial-care-and-counseling-hiv-infected-children-and>
89. Blomquist, K.B., Brown, G., Peersen, A., & Presler, E.P. *Transitioning to independence: challenges for young people with disabilities and their caregivers*. Orthop Nurs. 1998, **17**(3): 27-35.
90. Stevens, S.E., Steele, C.A., et al. *Adolescents with physical disabilities: some psychosocial aspects of health*. J Adolesc Health. 1997, **19**(2): 157-64.
91. UNICEF, UNAIDS, & WHO. *Young People and HIV/AIDS: Opportunities in Crisis*. Νέα Υόρκη: UNICEF, 2002.
92. Njovana, E. & Watts, C. *Gender violence in Zimbabwe: A need for collaborative action*. Reprod Health Matters. 1996, **4**(7): 46-55.
93. Bohmer, L. *Adolescent reproductive health in Ethiopia: An investigation of*

- needs, current policies and programs.* Λος Άντζελες: Pacific Institute of Women's Health, 1995.
94. WHO. *World Health Report 2003 – Shaping The Future.* Γενεύη: WHO, 1999.
Βλ.: <https://www.who.int/whr/2003/en/>
 95. Wjau, W. & Radeny, S. *Sexuality among adolescents in Kenya.* Ναϊρόμπι: Kenya Association for the Promotion of Adolescent Health, 1995.
 96. Catholic Relief Services: *Psychosocial Care & Counselling for HIV Infected Children and Adolescents: A Training Curriculum.* Catholic Relief Services 228 W. Lexington St. Βαλτιμόρη, Μέριλαντ 21201-3413 | 888-277-7575 | info@crs.org. Μέριλαντ: Catholic Relief Services, 2008.
 97. Carr-Gregg, M., Sawyer, S., Clarke, C., & Bowes, G. *Caring for the terminally ill adolescent.* MJA. 1997, **166**(5): 255-258.
 98. Corr, C. & Balk, D. (επιμ.) *Handbook of adolescent death and bereavement.* Νέα Υόρκη: Springer Publishing Company, 1996.
 99. Papadatou D. *Caring for dying adolescents.* Nurs Times, 1989. **85**(18): 28-31.
 100. Papadatou D. *Caring for dying adolescents.* Nurs Times, 1989. **85**(18): 28-31.
 101. Βλ.: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11648226>
 102. Βλ.: <https://www.bma.org.uk/advice-and-support/ethics/adults-who-lack-capacity/mental-capacity-act-toolkit>
 103. Βλ.: <http://www.patient.co.uk/doctor/Consent-to-Treatment-in-Children.htm>
 104. *Children's Palliative Care Guidelines.* Λονδίνο: Royal College of Paediatrics and Child Health, χ.χ.
 105. Stoter, D. *Spiritual aspects of health care.* Λονδίνο: Wipf & Stock Publishers, 1995.
 106. Khaneja, S. & Milrod, B. *Educational needs among pediatricians regarding caring for terminally ill children.* Arch Pediatr Adolesc Med, 1998. **152**(9): 909-14.
 107. General Medical Council: *Treatment and care towards the end of life: good practice in decision making.* Διατίθεται στον σύνδεσμο: <https://www.gmc-uk.org/ethical-guidance/ethical-guidance-for-doctors/treatment-and-care-towards-the-end-of-life> & *Together for Short Lives, A Parent's Guide: Making critical care choices for your child.* Μπρίστολ: Together for Short Lives, 2011.
 108. Βλ.: <http://www.schloss-hartheim.at/index.php/en/>
 109. Gold Standards Framework, βλ.: <https://www.goldstandardsframework.org.uk/>
 110. Στον σύνδεσμο που ακολουθεί διατίθενται παραδείγματα «Advance Care Plan» που αναπτύχθηκαν από τον φορέα South Central SHA: <http://tvscn.nhs.uk/wp-content/uploads/2015/06/Child-and-Young-Persons-ACP-Form-and-Policy.pdf>
 111. Royal College of Paediatrics and Child Health (RCPCH). *Withholding or withdrawing life saving medical treatment in children: A framework for*

- practice*, 2^η έκδοση. Λονδίνο: Royal College of Paediatrics and Child Health, 2004 [Σ.τ.Μ.: επικαιροποιημένη έκδοση διατίθεται στον σύνδεσμο: https://adc.bmj.com/content/100/Suppl_2/s1.full.pdf+html].
112. Βλ.: <https://www.palliativedrugs.com/download/Palliative%20Care%20Box%20protocol%20Feb%2003.pdf>
 113. Worden, J.W. *Grief counselling and grief therapy: A handbook for mental health practitioners*. Νέα Υόρκη: Springer, 2009.
 114. Foxall, M.J., Zimmerman, L., Standley, R., Bené, B. *A comparison of frequency and sources of nursing job stress perceived by Intensive Care, hospice and medical-surgical nurses*. J Adv Nursing. 1990, **15**: 577-84.
 115. Bené, B. & Foxall, M.J. *Death anxiety and job stress in hospice and medical-surgical nurses*. Hosp J. 1991, **7**(3): 25-41.
 116. Woolley, H., Stein, A., Forrest, G.C., Baum, J.D. *Staff stress and job satisfaction at a childrens hospice*. Arch Disease Child. 1989, **64**: 114-118
 117. Amery, J., & Lapwood, S. *A study into the educational needs of children's hospice doctors*. Palliat Med. 2004, **18**(8): 727-733.
 118. Papadatou D. *Healthcare providers' responses to the death of a child*. Στο: Goldman, A., Hain, R., & Liben, S. *Oxford Textbook of Palliative Care for Children*. Οξφόρδη: Oxford University Press, 2006.
 119. Amery, J. & Lapwood, S. *A study into the educational needs of children's hospice doctors*. Palliat Med. 2004, **18**(8): 727-733.
 120. Dunwoodie, D.A., & Auret, K. *Psychological morbidity and burnout in palliative care doctors in Western Australia*. Intern Med J. 2007, **37**(10): 693-8.

Κύριο ευρετήριο

- Άγχος/αγχώδης 45, 48, 73, 83, 90-100, 120-121, 123, 135, 147-148, 161-165, 173, 175, 189, 192, 215, 225, 240, 246, 250-252, 254, 301, 310, 337, 344, 346, 348, 365, 371, 384, 389, 391, 445, 462, 493, 520, 525, 534, 543, 545
- Αγωγή
 απόσυρση (μη κλιμάκωση) 260, 219-223, 232
 προφύλαξης 94, 158-159, 409, 416, 456-457, 478
 υποστηρικτική της ζωής 129, 206, 220, 223
- Αγωνία/ες 55, 73, 212, 224
- Αδέρφια 55, 66, 172, 191, 194-195, 210, 212, 222, 236-239, 243
- Αδυναμία 139, 306, 311, 327, 392, 449, 465
- AIDS 69-73, 78, 82, 101, 109, 111-112, 129, 133, 151, 154, 156, 158-159, 161, 192, 197
- Αιματέμεση 114, 137
- Αιματοουρία 337, 469
- Αιμοπετάλια 119, 138, 175, 398, 468, 532
- Αιμόπτυση 136-138
- Αιμορραγία 99, 117-119, 136, 138, 146, 168, 173-175, 225, 269, 293, 326, 340-341, 390, 410, 456, 468, 531-533
- Αιμοστατικός/αιμόσταση 138, 456
- Ακράτεια
 ούρων 103, 500-501, 540
 κοπράνων 130, 356, 369, 500-501, 506, 540
- Ακρόαση 33-34, 211
- Ακτινοθεραπεία 90, 97, 101-102, 119, 124, 130, 135, 138, 141, 158, 160, 418
- Αναγωγή/ές 327
- Αναιμία 174, 341, 525
- Αναλγησία 90, 149, 276-277, 318, 337, 341, 376, 379, 382, 436, 447
- Ανάνηψη 138, 216, 222-225, 229, 400, 475
- Ανεξαρτησία 63, 188, 192
- Ανησυχία 56, 86, 94, 174, 272-273, 543, 545
- Ανθεκτικότητα 162, 247-248
- Ανορεξία 73, 106, 108, 283, 412-413
- Ανοσοκαταστολή 110, 157, 491
- Ανοχή 145, 287, 342, 346, 377, 379, 510, 535
- Αντανακλαστικό, φαρυγγικό 112, 122, 135, 274
- Αντιμετώπιση, μη φαρμακευτική 90-91, 100, 139-140, 147, 433, 462, 518, 520, 522, 525, 528, 531, 534, 537, 540, 543, 546
- Απειλητική για τη ζωή
 πάθηση, κατάσταση 36, 46, 48, 53, 70, 179-181, 187, 190, 195, 200, 217, 416
- Άπνοια 311, 462
- «Αποδιοπομπαίος τράγος» 247
- Απομόνωση 188, 194
- Αποπροσανατολισμός 94
- Αποτέφρωση 233, 241
- Αποφάσεις 37, 44, 46, 61, 63, 71-72, 103, 137, 175, 189-190, 195, 199, 200-205, 216-217, 219, 221, 224-225, 229

- Απώλεια 239, 242-243
 Αρθρίτιδα 316, 326, 329-330, 403, 452
 Αρρυθμία 281, 323, 351, 420, 474
 Ασκίτης 410, 525
 Αταξία 301
 Αϋπνία 308, 384, 462, 493, 496
 Αυτοεκτίμηση 191, 193
 Αυτοκτονία 493
 Αυτονομία 193, 199-200
 Αφυδάτωση 103-104, 131, 125-126, 408, 546
 Βελονισμός 92, 518, 520, 537, 540
 Βήχας 73, 112, 122-123, 133-134, 136-138, 280, 301, 396, 493
 Βλατίδες 154, 157
 Βοτανοθεραπεία 518, 520, 537, 540
 Βρογχόσπασμος 134-135, 139-140, 142, 327, 331, 449, 525
 Γαλήνη 164, 194
 Γαστρίτιδα 74, 99, 117-118, 124, 327, 330, 442
 Γαστροστομία 108, 113, 274, 302, 312, 327, 357, 360, 366, 369, 392, 398-399, 414, 457, 471, 490, 492, 494, 505-506
 Γλώσσα 34, 36, 45, 55, 61, 181, 211
 Γονείς 34, 36-37, 41, 44-46, 84-85, 87, 103, 107, 181, 188, 191, 193-194, 202, 204, 212, 215, 218, 222, 224, 236-237, 333, 525
 Δερματίτιδα 153, 154, 156, 422, 499
 Δερματοφυτίαση 157
 Διαδερμικός 92, 95-96, 294-297, 350-352, 367-368, 379, 476-477
 Δίαιτα 115, 123, 130
 Διάρροια 129-132, 283, 306, 324, 327, 359, 369, 383, 410, 467, 490, 492-493, 505-506
 Διατροφή/σίτιση 101, 103, 106, 108-109, 113-115, 125-127, 131, 220, 357, 409
 Διέγερση 73, 94, 104-105, 121, 124, 148, 165, 168, 174, 225, 272-273, 308-310, 364, 371, 389, 391-392
 Δικαιώματα 106, 186, 191, 199-200, 202-203
 Δυσανεξία 129-130, 356, 447
 Δυσαπορρόφηση 129, 358, 429
 Δυσκινησία (εντέρου) 111, 114, 121, 124, 129, 130, 147
 Δυσουρία 337
 Δυσπεψία 124, 213, 341, 416, 442-443, 504
 Δύσπνοια 134-135, 137, 139-142, 172, 176, 307, 313-314, 331, 371, 389, 391, 396-397, 421-422, 440, 449, 525, 527
 Δυστονία 99, 101, 114, 126, 146-150, 348, 352, 444, 470, 534, 536
 Δυσφαγία 111-112, 118, 135
 Δωρεά/μεταμόσχευση οργάνων 222, 230-232
 Εγκεφαλοπάθεια 69, 72-73, 126, 146, 356, 496
 Εθνικός, εθνικότητα 61, 96, 214
 Είλεός 319
 Ειλικρίνεια 36, 56, 162, 164, 189, 191, 199, 203, 205, 216, 250, 252

Εισρόφηση 111-114, 124, 135, 139, 144, 175	246, 248 μέθοδος S.P.I.K.E.S. 51
Εκκρίσεις υπέρμετρες 112, 133, 147, 176, 225, 285, 304, 528	μη λεκτική 33, 38, 48-49, 53, 211 Επιληψία 147, 270, 290, 298-299, 342-343, 345, 389, 413, 436, 440, 445, 460, 479, 487, 499
Εκπαίδευση 66, 70, 189, 192-193, 522	Επισκληρίδιος 97, 352
Έλκος/η 159-160, 290, 309, 326, 340	Επίσταξη 175, 468
Εμβοές 341	Εποπτεία 249, 495
Έμετοι 73, 78, 94, 114, 120-124, 126-127, 272, 327, 337, 359, 402, 410, 412, 440, 443-444, 492, 498, 505, 520, 532, 546	Έρπης 109-110, 151 Ευερεθιστότητα 246, 298, 348, 444-445
Εμπιστευτικότητα 44, 62	Ευθανασία 170-171, 174
Έμπλαστρο (φαρμακούχο) 95-96, 170, 177, 294-297, 349-352, 367-368, 476-477, 481-482, 485-486, 528	Εφηβεία, έφηβος 40, 63, 164, 187-197, 298, 335, 339, 344, 395, 414, 453, 493
Ενοχή 63, 71, 73, 171, 239	Εφίδρωση 86, 126, 137, 156, 161, 301, 476
Ενσυναίσθηση 203, 205, 246, 248	Ζάλη 78, 283, 301, 306, 327, 334, 341, 351, 354, 359, 402, 404, 438, 470
Ενσφήνωση 94, 111-112, 130-131, 284, 360, 373-374, 406, 495	Ηθικά ζητήματα 63, 103-105, 137-138, 170, 199-205
Εξάνθημα 77-151, 156, 341, 359, 492	Ηπατίτιδα 71, 74, 413
Εξάρτηση 59, 188, 191, 194, 250, 287, 294, 301, 381, 422	Θάνατος 35, 73, 76-77, 91, 103, 115, 138, 163, 167, 170-171, 173, 175-176, 181, 191-192, 195-196, 205, 212, 216, 218-219, 247-248, 311, 323, 346, 375, 439, 462
Εξίδρωμα 159-160	Θέατρο 195-196
Εξουθένωση επαγγελματική 204, 245, 246-247, 248-249, 250-251, 254-255	Θέση (σώματος) 115, 470, 543
Εξωπυραμικός 324, 413, 445	Θλίψη 53, 236, 238, 240
Επανυδάτωση/ενυδάτωση 127, 101, 103, 105, 108, 131, 374, 429, 495	Θνήσκειν 36, 107, 167, 233, 247
Επείγοντα, ανακουφιστική 95, 167, 175, 200, 398, 478, 484, 540	Θνητότητα 37, 233
Επιθετικότητα 181, 272, 444-445	Θρήνος 105, 193, 230, 235-242
Επικοινωνία 33-40, 43-50, 53, 60, 83, 86, 162, 171, 179-180, 189-191, 194-195, 205, 210-212, 220, 229, 239,	Θρησκεία, θρησκευτικός 55, 66, 204, 209, 214, 222, 224, 237

- Θυλακίτιδα 151, 154-155
- Ικανότητα (δικαιοπρακτική) 199-202
- Ίκτερος 153, 499
- Ίλιγγος 404, 439, 441
- Καθετήρας 74, 104, 113, 271, 312, 417, 421-422, 436
- ρινογαστρικός 114-115, 105-106, 108, 127, 306, 327, 357, 360, 366, 369, 414, 457, 465, 490, 492, 494, 505-506
- Κακοήθεια/καρκίνος 36, 72, 102, 108, 111-112, 134, 136-137, 160, 192, 200, 266, 389
- Κάντιντα 123, 109-113, 123, 127, 130, 132-133, 151, 394-395, 409, 491, 537
- Καρδιαγγειακός 305, 316, 322, 326, 329-330, 340, 403, 413, 445, 452, 499
- Κατάθλιψη 37, 73, 194, 250-252, 254, 355, 337, 445, 493
- Κατακλίσεις 174
- Κατακράτηση (ούρων) 93-94, 148-149, 174, 290, 322, 398, 470, 518, 543
- Κατάποση 106-107, 109, 114, 117, 175, 288, 359, 394, 447
- Καταστολή/κατασταλτικός 77, 98, 122, 138, 150, 173, 175-176, 278, 296, 298, 300, 306, 311, 346, 348, 359, 364-365, 372, 375, 379, 390-391, 400, 414, 437, 439-440, 467, 476, 478, 496, 499, 506, 532
- Καχεξία 107
- Κεφαλαλγία 73-74, 307, 327, 341, 351, 354, 359, 404, 420, 438, 492-493
- Κηδεία 194, 222, 240-241
- Κιρσοί 117, 138, 225
- Κλόνος 93-94, 344
- Κνησμός 94, 110, 153-154, 156-158, 282, 301, 341, 359, 398, 418
- Κνίδωση 154, 359
- Κοινότητα 11, 13, 61, 64, 149, 204, 210, 216
- Κόπωση 73, 147, 301, 327, 354, 467, 493
- Κουλτούρα 34-35, 181, 233, 235, 240
- Κρυπτοκοκκικός 73, 491
- Κυτόχρωμα P450, CYP 278, 325, 381, 493
- Κυτταροτοξικός 109-110, 123-124, 402
- Λαρυγγομαλακία 133
- Λέμφωμα 72, 151
- Λοίμωξη, ευκαιριακή 70, 73-74, 142
- Λόξυγκας 272-273, 283, 287, 301, 386, 498
- Μανία 412-413, 444-445, 493
- Μασάζ 92, 101-102, 470, 518, 520, 534, 537, 540, 546
- Μετάγγιση 119, 138, 532
- Μετεωρισμός 334, 359, 369, 383
- Μηνιγγίτιδα 73
- Μνήμη, εκδήλωση μνήμης 196, 233, 242
- Μοναξιά 120, 212, 246
- Μουσική 118, 164, 183-185, 195-196, 543
- Μυασθένεια 499
- Μυκητιασικός 151, 154-157, 394, 409
- Μυκητοειδής 151, 159
- Μυοκαρδιοπάθεια 69, 72
- Μυοσκελετικός 101, 316, 326, 328, 403
- Ναυτία 73, 84, 94, 100, 106-108, 120-126, 147, 173, 225, 272-273, 282, 288, 290, 306, 322, 327, 341, 351,

353, 356, 359, 365, 369, 383, 386,	Όρεξη 107-108, 280, 413
398, 402, 410, 412-413, 418-419,	Ουλίτιδα 73
439-441, 443-444, 470, 492-493,	Ουροποιητικός 337, 540
498, 520-521, 532, 543	
Νεκροθάλαμος 230, 232	Παγκρεατίτιδα 74, 411, 423
Νεκροψία 230-231	Παιχνίδι 12, 34, 39, 66, 164, 179-186, 195-
Νεογνά 154, 278, 285, 315, 329, 335, 344,	196, 230, 240, 525, 531
409, 418, 425, 433, 440, 448, 478,	Παλινδρόμηση (γαστροοισοφαγική) 106,
483, 496	111-115, 117, 122-123, 133, 135,
Νευραλγία 98	148, 322-323, 358, 374, 416-417,
Νευροδιαβιβαστής NMDA 99, 335-336	442-443, 475-476, 504, 543
Νευροεκφυλιστικός 534	Παλμών, αίσθημα 78, 327
Νευρομυϊκός 111, 139, 354, 392, 406, 427	Πανικός 138, 167-168, 310, 344, 346
Νευροπαθητικός 74, 89, 98-99, 101-102,	Παππούδες, γιαγιάδες 65, 222, 236
280, 287, 298-301, 333, 335-336,	Παράδοση 232-233, 235
344-346, 367, 375, 436-437, 487,	Παραλήρημα 174, 412, 444-445, 476, 498,
510, 512, 518	543, 545
Νησιδοστομία 289, 312, 317, 398, 480,	Παρασιτώσεις 151, 154
492, 505	Πένθος 235-238, 242-243, 247
Ξενώνες 63, 145, 169, 201, 503	Πεποιθήσεις 56, 164, 203-204, 209, 214,
	224
Οδηγίες μη ανάνηψης 222-225, 229	Περιβάλλον 39, 46, 54, 66, 67, 149, 162, 180-
Οίδημα 99, 103, 105, 140, 142, 176, 269,	181, 188, 191, 194, 223, 251, 543
327, 341, 445	Πλάνο
Οικογένεια 118, 123, 128, 131, 138-139,	αντιμετώπισης συμπτωμάτων 45, 50,
143-145, 148-149, 152, 155, 161-	62, 170-172, 194-195, 215-216,
164, 168, 170-173, 175, 179, 181,	225-227, 397, 517
188, 191-192, 194-196, 209-211,	φροντίδας τελικού σταδίου 217, 220-
215-226, 230-240, 242-243, 246,	221, 223, 225
252, 421, 430, 450, 522, 531	Πνευματικός, πνευματικότητα 56, 62, 65-
Οισοφαγίτιδα 117-118, 123-124, 327, 358,	66, 89-90, 101, 120, 187, 190,
374, 416, 442, 456	194, 209-213, 217, 219, 222
Οξυγόνο 133, 135, 137, 140-142, 144, 176,	Πνευμοθώρακας 140-141, 502
331, 421-423, 449, 502, 522-523,	Πνευμονική καρδιά 139, 142
525, 537	Πνευμονίτιδα 69, 133, 135, 142
	Ποίηση 195-196

- Πόνος 287, 306, 371, 444, 464, 518, 534
 ανθεκτικός 98, 211
 «ηθμός» 84-85
 «προκαταβολικός» 91
 Πρόγνωση 44, 46, 63, 65, 72, 89, 104, 107,
 138, 162, 187, 194-195, 218, 432,
 534
 Προσευχή 518, 520, 531, 537, 540
 Πρόωρα (βρέφη) 293, 329, 337, 394, 432-
 433, 443, 447-449
 Πρωκτίτιδα 132
 Πρωκτόκλυση 105
 Πυρετός 73, 130, 133-134, 137, 139, 143,
 147, 296, 301, 326, 329, 404, 431,
 433-434, 476, 499, 505-506, 522,
 546
 Ρεφλεξολογία 518, 520, 537, 540

 Σεβασμός 188, 191
 Σιγμός 133, 139, 141
 Σιελόρροια 109, 112, 114, 147, 150, 280,
 304, 331, 470, 476
 Σίτιση, εντερική 271, 281, 289-290, 292,
 305, 309, 317, 319-320, 324-325,
 330, 334, 338, 342, 346-347, 352,
 354, 372, 384, 387, 392, 398, 404,
 408, 417, 420, 434, 446, 453, 455,
 457, 459, 462, 465, 467, 469, 473,
 475, 480, 490, 497, 499-501
 Σπασμοί 114, 126, 143-145, 148, 168-170,
 173, 225, 299-300, 344-346, 361-
 362, 365, 389-391, 413, 435-436,
 445, 460, 478-479, 487, 496, 514,
 522-524, 543
 Σπασμός (μυϊκός) 102, 111, 128, 146-148,
- 287, 306, 371, 444, 464, 518, 534
 Σπαστικότητα 99, 101, 146-150, 287-288,
 306, 348-349, 464
 Στίγμα 71, 90, 192
 Στοματίτιδα 106-107, 109-110
 Συγκατάθεση, ενημερωμένη 201
 Σύγχυση 55-56, 63, 92, 103, 105, 272-273
 Συζητήσεις 34, 36, 44, 46-47, 54, 56, 59-60,
 63, 170, 183, 194-196, 213, 217-
 219, 221, 224, 249, 251, 307
 Συμβουλευτική 66, 165, 236, 255
 Συμμόρφωση 35, 71, 98, 190, 192-193, 196
 Συμπεριφορά 41, 48, 85-87, 91, 99, 164,
 181, 190, 192, 218, 236, 238, 250,
 252, 273, 348, 349, 351, 444-445,
 447, 462, 493
 Συμπονετικός, συμπόνια 37, 104, 107, 205
 Συνείδηση (επίπεδο) 94, 103-104, 107,
 171, 364, 374, 390-391, 502
 Συντονισμός 60, 64, 181, 263
 «Συνωμοσίες» 37
 Σύριγγας, αντλία 95, 278, 296, 347, 362,
 420, 511
 Συριγμός 114, 133-134, 140, 331, 449
 Σχέση 38, 191, 194, 238, 248
 Σχολείο 63, 67, 70, 86, 162-163, 189, 192,
 212, 239, 522
 Ταρίχευση 230
 Ταυτότητα 59, 209
 Ταχυκαρδία 78, 104, 137, 273, 306, 332,
 380, 419, 451, 456, 470, 474
 Ταχύπνοια 104, 137, 139
 Τελετουργίες 230, 232, 239
 Τέρμινθος, μολυσματική 151, 157-158
 Τέχνη 184, 191, 195-196

Τικ 349	Φαντασία 56, 92, 169, 181-182, 184, 240
Τοξοπλάσμωση 72	Φάρμακα
Τραύμα, ψυχολογικό 49, 138, 181, 189, 232, 238-239, 246, 248	αγχολυτικά 100, 165, 346, 354, 364, 372, 382, 462, 478, 515
Τραχειοστομία 141	αναστολές κυκλοοξυγενάσης 316, 326, 329-330, 340, 403, 452
Υδροθεραπεία 149	αντιεμετικά 94, 120-122, 124, 126, 170, 307-308, 353, 364-365, 386, 402, 418, 444, 474
Υπασβεστιαμία 429	αντιεπιληπτικά 98, 333-334, 344, 346, 378, 487-488, 522
Υπερασβεστιαμία 126, 427-428	αντιϊσταμινικά 76, 126, 135, 153, 155, 311, 353, 439-440
Υπεργλυκαιμία 74, 413, 448	αντικαταθλιπτικά 76, 98, 126, 311, 351, 354, 460, 493
Υπερδοσολογία 278, 296, 376, 379, 381, 400, 432-433, 482, 506-507	αντιμουσκαρινικά 161, 285, 332, 353- 354, 440
Υπερευαισθησία 130, 326, 340, 392, 403- 404	αντιρετροϊκά 69-72, 74-76, 129-130, 135, 142, 156-158, 160, 192, 295, 381
Υπερθυρεοειδισμός 290	αντισπασμωδικά 99, 127, 132, 300, 470, 518
Υπεριδρωσία 151, 161, 305	αντιφλεγμονώδη 99, 114-115, 307- 308, 326, 329, 340, 403-404
Υπνηλία 77, 94, 281, 301, 306, 311, 354, 365, 372, 402, 441, 465, 474	αντιχολινεργικά 100, 109, 113-115, 126, 150, 285, 386, 470
Ύπνος 55, 86-87, 98, 114-115, 184, 239, 280, 337, 351, 384, 439, 445, 462	αντιψυχωσικά 273, 364, 413, 460, 499
Ύπνωση 91, 518, 520, 537, 540	βρογχοδιασταλτικά 135, 142, 450
Υποαερισμός 139	εκτός εγκεκριμένων ενδείξεων 270, 273, 277, 280, 290, 295, 308, 329, 339, 342, 345, 347, 384, 388, 392, 413, 417, 459, 469, 488, 490, 498, 506
Υπογλυκαιμία 448, 451, 522	οπιοειδή 92-93, 95-96, 99, 108, 123, 126, 275-276, 294-295, 298, 314- 315, 318, 335, 348, 351, 355, 377, 424, 454-455, 466, 472-473, 506-
Υποδερμόκλυση 105	
Υποθερμία 278	
Υποθυρεοειδισμός 273	
Υποκλυσμός 125, 127, 132, 284, 311-312, 406-407, 435, 495, 546	
Υποξία 137, 143, 146, 502, 543	
Υποσιτισμός 106-107, 131	
Υποστήριξη 39, 41, 43, 54, 64, 66, 71, 104, 149, 162, 165, 175, 188-190, 192, 216, 222, 235-236, 238, 242, 249- 250, 255	
Υπόταση 278, 351, 365, 440, 445, 465	

- 507, 510, 518
στεροειδή 90, 99, 102, 110, 112-115,
119, 123-124, 132, 135, 142, 154-
157, 270, 272, 282, 416, 442, 451
συμπληρωματικά/συνοδά/επικου-
ρικά 89, 92, 100, 102, 120, 275,
277, 294, 298-299, 307, 326, 328,
335, 342, 371, 389, 427, 436, 456,
474, 478, 510, 518
υπακτικά 94, 125, 127-128, 130, 284,
292, 320, 334, 373-374, 382-383,
406-408, 425, 454-455, 500-501,
546
υπνωτικά 311, 478
Φαρμακοκινητική 278, 296, 300, 326, 343,
352, 380, 414, 437, 484, 512, 515
Φίλοι 193, 222, 237
Φλεγμονή 97, 99, 111, 133, 156-157, 269,
307, 316, 326, 329, 341, 404, 452,
510, 518
Φόβος 36-37, 44, 49, 53, 63, 65, 90-91,
111, 120, 125, 163-164, 171, 179,
188-189, 193-195, 205, 212, 218,
247, 250, 543
Φροντίδα
ποιμαντική 209-210
προγραμματισμός, ενδεχόμενα σενά-
ρια 59-62, 216
σχεδιασμός εκ των προτέρων 45, 169,
175, 217, 221-222
τέλους της ζωής/τελικού σταδίου 215-
219, 229
Φυσαλίδες 110, 158
Φυσιοθεραπεία 134-135, 142, 149, 534
Φυσιολογικότητα 162-163, 189, 237, 239
Χαλάρωση 101, 140, 149, 164, 168, 249,
288, 310, 518, 520, 531, 534, 537,
540
Χημειοθεραπεία 90, 97, 102, 108, 122,
141, 282, 330, 386, 402, 418-419
Ψευδαισθήσεις 174, 337, 444
Ψυχοκοινωνικός 90, 104, 248, 540
Ψυχολογία, ψυχολογικός 43, 62, 65, 70, 89,
103, 120, 180, 187, 189, 194, 219,
239, 246-248, 250, 438, 518
Ψύχωση 272-273, 412, 414, 444-445
Ψώρα 151, 153-155
Ψωρίαση 156-157

Ευρετήριο φαρμάκων

Αδρεναλίνη 118, 141, 269, 532	Δαντρώνη 500-501
Ακεταζολαμίδη 270-271	Δεξαμεθαζόνη 99, 113, 121, 124, 141, 226, 282-283, 307-309, 354, 362, 365, 518, 541
Αλοπεριδόλη 76-77, 121, 124, 174, 226, 272-274, 341, 362, 510, 520, 543	Διαζεπάμη 128, 141, 144-145, 150, 173, 287, 310-312, 346, 372, 390, 515, 518, 523, 532, 534-535, 543
Αλφαιντανύλη 98, 275-279, 354	Διαμορφίνη 95, 97, 102, 173, 226, 276, 279, 313-315, 318, 354-355, 484, 518, 531-532
Αμιτριπτυλίνη 76, 98, 102, 126, 161, 280, 301, 381, 437, 518	Διγοξίνη 142, 359
Αμφοτερικίνη 110	Δικλοφαινάκη νατριούχος 316-317, 330, 403-404, 518
Απρεπιτάντη 282	Διυτιαζέμη 76
Αραχιδέλαιο (υποκλυσμός) 125, 128, 284	Διυδροκωδεΐνη 90, 97, 318-319
Ατροπίνη 131, 506-507	Διφαινοξυλάτη 131, 506-507
Βακλοφαίνη 99, 102, 150, 287-288, 535	Διφαινουδραμίνη 153
Βαρβιτουρικά 311	Διφωσφονικά 90, 428-429
Βαρφαρίνη 119, 283, 327, 404	Δοκουσάτη 125, 320, 501
Βεθανεχόλη 290	Δομπεριδόνη 113, 116, 121, 124, 322- 323, 520
Βενζοδιαζεπίνες 77, 99, 102, 115, 135, 138, 140-141, 161, 165, 174, 342-343, 346, 478, 515, 534	Ερυθρομυκίνη 76, 113, 116, 155, 323, 325
Βενζτροπίνη 150	Ετορικοξίμπη 326-327, 453
Βεραπαμίλη 76	Ιβουπροφαίνη 317, 328-330, 403-404, 434, 518
Βισακοδύλη 125, 292, 546	Ινδομεθακίνη 317, 330, 404
Βιταμίνη Κ (φυτομεναδιόνη) 293, 532	Ιπρατρόπιο βρωμιούχο 135, 331, 450-451
Βοτουλινική τοξίνη 150, 535	Ιτρακοναζόλη 157, 282, 359
Βουπρενορφίνη 95-96, 294-296, 334, 518	Καλσιποτριόλη 157
Γκαμπαπεντίνη 98, 298-302, 436-438, 512-514	Καρβαμαζεπίνη 75, 98, 281-282, 333-334, 381, 489
Γκριζεοφουλβίνη 157	
Γλυκερόλη (γλυκερίνη) 303, 406	
Γλυκοπυρρόνιο βρωμιούχο 161, 176-177, 285, 294, 304-305, 341, 528-529	
Δαντρολένιο 150, 306, 535	

- Κεταμίνη 335-338, 510, 518
 Κετοконаζόλη 155-157, 323
 Κετορολάκη 317, 327, 330, 339-341, 404
 Κεφαλοσπορίνες 142
 Κινίνη 77
 Κλομπαζάμη 342-343
 Κλοναζεπάμη 344-347
 Κλονιδίνη 348-352, 362
 Κλοτριμαζόλη 155-157
 Κορτικοστεροειδή 99, 156, 282, 451
 Κοτριμοξαζόλη 77, 108, 131
 Κυκλιζίνη 121-122, 124, 226, 278, 341, 353-354, 510, 520
 Κωδεΐνη φωσφορική 90, 96, 134, 318-319, 334, 355, 369, 466
 Λακτουλόζη 94, 125, 127, 356-357, 546
 Λανσοπραζόλη 116, 358-360
 Λεβετιρακετάμη 361-362
 Λεβομεπρομαζίνη 121, 124, 165, 170, 174, 226, 341, 364-365, 413, 418, 510, 520, 544
 Λιδοκαΐνη (Λιγνοκαΐνη) (έμπλαστρο) 113, 134-135, 367-368
 Λοπεραμίδη 131, 369-370
 Λοραζεπάμη 99-100, 124, 144, 161, 170, 371-372, 516, 526
 Μακρογόλη 127, 374
 Μαννιτόλη 125
 Μεγεστρόλη 108
 Μεθαδόνη 375-381, 448
 Μεθοτρεξάτη 157, 404, 502
 Μεθυλναλτρεξόνη 382, 401
 Μελατονίνη 384
 Μετοκλοπραμίδη 113, 116, 122, 146, 324, 353, 362, 386-387
 Μετρονιδαζόλη 108, 110, 131-132, 155, 159, 388
 Μιδαζολάμη 389-392, 442, 478, 510, 516, 523, 526, 531-532, 534, 543
 Μικοναζόλη 394-395
 Μορφίνη 31, 90-93, 95-98, 102, 134, 140-142, 159, 170, 173, 226, 275-276, 278-279, 294, 296, 301, 313, 315, 318, 329, 334, 341, 355, 362, 376-379, 396-398, 424-425, 458, 460, 466-467, 472-473, 481-486, 509, 518, 525, 531-532
 Ναλοξόνη 94, 295, 381, 400-401, 425
 Ναλτρεξόνη 381
 Ναμπιλόνη 402
 Ναπροξένη 317, 330, 341, 403-405, 453
 Νάτριο κιτρικό 127, 406-407, 495
 Νάτριο πικοθειϊκό 125, 357, 408
 Ντοπαμίνη 146, 150, 413, 445
 Νυστατίνη 110, 113, 409
 Οκτρεοτίδη 127, 138, 410
 Ολανζαπίνη 392, 412-414
 Ομεπραζόλη 75-76, 116, 359-360, 416-417
 Ονδανσετρόνη 121-122, 124, 282, 418-420, 467, 520
 Οξυγόνο 133, 135, 137, 140-142, 449, 502, 522-523, 525, 537
 Οξυκωδόνη 93-95, 97-98, 144, 176, 331, 334, 341, 354, 424-426, 460, 509, 518
 Παμιδρονάτη (δινατριούχος) 427-428
 Παρακεταμόλη 90, 109, 413-434, 518

Παραδεϋδη (υποκλυσμός) 144-145, 362, 435, 523	Υοσκίνη υδροβρωμιούχος 124, 226, 305, 474, 476, 528
Παραφίνη 388	
Πιροξικάμη 317, 327, 330, 340, 404	Φαινοβαρβιτάλη/φαινοβαρβιτόνη 75, 144-145, 282, 345, 362, 381, 478-479
Πολοξαμερή 125, 500	Φαιντανύλη 95-96, 98, 275, 277-278, 315, 334, 481-486, 518
Πρεγκαμπαλίνη 436-438, 512-514	Φαινυτοΐνη 75, 144-145, 345, 362, 381, 478, 487-490
Πρεδνιζολόνη 75, 110, 308	Φλουβοξαμίνη 414
Προλακτίνη 413-414	Φλουκλοξακιλλίνη 142, 154-155
Προμεθαζίνη 439-440, 441	Φλουκοναζόλη 76, 110, 113, 157, 381, 453, 491-492
Προπρανολόλη 161	Φλουοξετίνη 76, 493-494
	Φουροσεμίδα 142, 176
Ρανιτιδίνη 99, 113, 116, 442-443	Φωσφορικό άλας (υποκλυσμός) 127, 495, 407
Ρισπεριδόνη 444-446	
ΡΙφαμπικίνη 75, 282, 381	Χλωράλη ένυδρος 77, 496-497
	Χλωραμφενικόλη 142
Σακχαρόζη 447-448	Χλωροκίνη 77
Σαλβουταμόλη 134-135, 449-451	Χλωροπρομαζίνη 498-499
Σελεκοξίμπη 452-453	Χλωροφαιнуραμίνη 153, 155
Σέννα 125, 127, 454-455, 546	
Σουκραλφάτη 359, 456-457	Ψύλλιο (ισπάνγκουλα) 125

Ταπενταδόλη 458-460	Co-danthramer 500
Τεμαζεπάμη 462	Co-danthrusate 501
Τερβιναφίνη 157	Entonox 502
Τερφεναδίνη 76	Gaviscon 115, 124, 504-505
Τετραβенаζίνη 150	Heliox 135, 141
Τιζανιδίνη 150, 464-465	Lomotil (Co-Phenotrope) 506
Τραμαδόλη 95, 97, 334, 466-467	
Τρανεξαμικό οξύ 118-119, 175, 532, 468	
Τριεξυφαινιδύλη 470	
Τριμεθοπρίμη/σουλφομεθοξαζόλη 76-77, 142	
Υδρομορφόνη 97, 362, 472-473, 509	
Υοσκίνη βουτυλοβρωμιούχος 100, 132, 176, 305, 362, 474, 528	

Στο βιβλίο αυτό προσφέρονται πραγματικά πρακτικές λύσεις στα συνήθη προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι επαγγελματίες υγείας που παρέχουν φροντίδα σε παιδιά με καταληκτικές παθήσεις και στις οικογένειές τους, σε οποιοδήποτε πολιτισμικό και κοινωνικοοικονομικό πλαίσιο. Αφού διέθεσε πάνω από είκοσι χρόνια στη φροντίδα παιδιών με παθήσεις τελικού σταδίου, ο ιατρός Justin Amery συγκέντρωσε σε αυτή την επιτομή πρακτικών συμβουλών, την κλινική του εμπειρία και τους καρπούς της έρευνάς του.

Στα δεκαπέντε κεφάλαια του βιβλίου συζητώνται όχι μόνο τα ποικίλα πρακτικά ζητήματα που ανακύπτουν κατά την παροχή ανακουφιστικής φροντίδας σε παιδιά, αλλά επίσης οι δυσπρόσιτες, ζωτικής ωστόσο σημασίας, πρακτικές που αφορούν τη μετάδοση δυσάρεστης πληροφόρησης, την υποστήριξη των οικογενειών στις συναισθηματικές τους αντιδράσεις, τη συμπαράσταση παιδιών και οικογενειών σε ηθικά και πνευματικά ζητήματα, καθώς και τη στήριξη των μελών της οικογένειας στη διάρκεια του πένθους τους. Στην παρούσα έκδοση συμπεριλαμβάνεται επίσης το Συνταγολόγιο Αναφοράς της Επιστημονικής Ένωσης Association for Paediatric Palliative Medicine.

Το παρόν βιβλίο, του οποίου η ηλεκτρονική μορφή παρέχεται δωρεάν και η έντυπη με ελάχιστο κόστος, προσφέρει τις θεμελιώδεις γνώσεις που χρειάζονται οι επαγγελματίες υγείας προκειμένου να φροντίσουν με ενσυναίσθηση και επάρκεια τα παιδιά και τις οικογένειές τους.

Ο **Justin Amery**, ένας Βρετανός ιατρός που εργάζεται με παιδιά σε όλο τον κόσμο, έχει ειδικευθεί για πάνω από δύο δεκαετίες στην παροχή ανακουφιστικής φροντίδας σε παιδιά. Έχει επίσης διεξάγει έρευνα που προάγει την παιδιατρική ανακουφιστική φροντίδα. Η συγγραφική, εκπαιδευτική και διδακτική του δραστηριότητα εστιάζει στη συνδρομή των επαγγελματιών υγείας ως προς την εφαρμογή των διαπιστώσεών του στην κλινική τους πράξη.