



ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ ΚΑΙ ΕΝΤΑΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

Τριμηνιαία έκδοση του Τομέα Επείγουσας και Εντατικής Νοσηλευτικής
του Εθνικού Συνδέσμου Νοσηλευτών Ελλάδας
Πύργος Αθηνών - Γ΄ κτίριο, Αθήνα 115 27

ΤΕΥΧΟΣ 21, ΦΘΙΝΟΠΩΡΟ 2006

«Ας καλωσορίσουμε το 2007»

Ηρθε επιτέλους ο καινούριος χρόνος που όλοι περιμέναμε με τόση αγωνία. Όχι για το αν θα ερχόταν... αλλά περισσότερο για τις προσδοκώμενες αλλαγές που θα φέρει. Θα τις φέρει άραγε; Δεν θα κάνω αναφορά σε όλα αυτά που το 2006 μας πρόσφερε απλόχερα ως εμπειρίες, αλλά σε όλα αυτά που το 2007 θα μάς φέρει. Δυστυχώς για όλους μας πριν καλά-καλά φύγει ο προηγούμενος χρόνος, είχαμε την ευκαιρία να παρακολουθήσουμε από την «εκπαιδευτική τηλεόραση», κατ' επανάληψη, τη διαδικασία απαγχονισμού ενός ανθρώπου και να μάθουμε με ποιους τρόπους μπορούμε να εξαφανίζουμε παραδειγματικά αυτούς οι οποίοι μας φέρνουν αντιρρήσεις ή δεν συμμορφώνονται με τα θέλω μας ή ακόμα και μας κάνουν κακό. Αυτό το εκπαιδευτικό πρόγραμμα δεν έπαψαν τα ΜΜΕ να μας το δείχνουν και το 2007.

Για πρώτη φορά φέτος, κανένας τηλεοπτικός σταθμός δεν έδωσε έκταση στο πρόβλημα που αντιμετωπίζουν όλα τα παιδιά εκείνα και οι οικογένειές τους, που πεθαίνουν γιατί δεν έχουν φαγητό να φάνε, δεν έχουν νερό να πιούν αλλά ούτε και φάρμακα για να γίνουν καλά. Κανείς δεν μίλησε για τα χιλιάδες παιδιά που χρειάζονται

άμεσα υποστήριξη και σωστή ιατρική περίθαλψη ώστε να μπορούν να ζήσουν αξιοπρεπώς. Για τα παιδιά εκείνα που χρειάζονται να αλλάξουν άμεσα κάποια πράγματα ζωτικής σημασίας, για να μπορέσουν να διεκδικήσουν ξανά τη ζωή τους. Βομβαρδιστικάμε όμως από ένα συνεχές παραλήρημα εκφοβισμού απέναντι σε «κακούς» που θα έμπαιναν στα σπίτια μας, θα μας έκλεβαν την τσάντα στο δρόμο ή στο ασανσέρ της πολυκατοικίας μας και θα μας έκαναν κακό προσπαθώντας να μας πάρουν τα χρήματά μας. Πήραμε αρκετή «δόση» από συνθήματα που μας απέτρεπαν ακόμη και να κυκλοφορούμε μόνοι στο δρόμο. Μήπως είμαι αρκετά σκληρή και δεν κατάλαβα καλά; Λέτε όλα αυτά να τα έκαναν για να ενδυναμώσουν τις σχέσεις των ανθρώπων έτσι ώστε να έχουν όλοι παρέα και να μην είναι κανείς μόνος του αυτές τις ημέρες;

Ίσφικα λοιπόν μέσα σε όλα αυτά και ενώ έχει ήδη προχωρήσει στα σκαλοπάτια το 2007, γίνεται μια αναφορά στο νοσηλευτικό προσωπικό των νοσοκομείων μας. Η αφορμή βέβαια ήταν η μείωση των εφημεριών των ιατρών. Όλοι γνωρίζουν, σχεδόν ένα χρόνο τώρα, για την εθελουσία έξοδο μεγάλης μάζας δημοσίων υπαλλήλων το 2007.

Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

- Σελ. 2-6: ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΣΤΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΑΠΟΔΕΣΜΕΥΣΗΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΜΗΧΑΝΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ
Σελ. 7-8: «3^ο ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ ΜΟΝΑΔΕΣ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ»
Σελ. 8: ΔΙΑΦΟΡΑ ΣΥΝΕΔΡΙΑ

ΤΡΙΜΗΝΙΑΙΑ ΕΚΔΟΣΗ ΤΟΥ ΤΟΜΕΑ ΕΠΕΙΓΟΥΣΑΣ ΚΑΙ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ ΣΥΝΔΕΣΜΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΕΛΛΑΔΑΣ

ΠΥΡΓΟΣ ΑΘΗΝΩΝ Γ΄ ΚΤΙΡΙΟ ΑΘΗΝΑ 115 27 - ΤΗΛ: 210 7702861 - FAX: 210 7790360

ΕΚΔΟΤΗΣ:

ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΣΙΩΧΟΣ (τηλ. 6976680373)

ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ:

ΜΑΡΙΑ ΚΑΛΑΦΑΤΗ (τηλ. 6932638407)

ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΓΙΑΚΗΣ (τηλ. 6977241851)

ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΓΕΩΡΓΙΑΔΗΣ (τηλ. 6937254716)

ΖΩΗ ΝΤΑΣΙΟΥ (τηλ. 6946060204)

ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ - ΠΑΡΑΓΩΓΗ ΕΚΔΟΣΗΣ: ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ ΑΒΕΕ

ΑΣΚΛΗΠΙΟΥ 80, ΤΗΛ.: 210 36.24.728, 210 36.01.605, info@papanikolaou.gr, www.papanikolaou.gr

ΓΡΑΨΕ ΚΙ ΕΣΥ ΓΙΑ ΤΗΝ «ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ ΚΑΙ ΕΝΤΑΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ»

Κανείς δεν αναρωτήθηκε μέχρι σήμερα πόσοι από το νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζονται στα δημόσια νοσοκομεία αυτής της χώρας θα αποχωρήσουν με σύνταξη; Πίστευε κανείς ότι με τις υπάρχουσες συνθήκες και την επαγγελματική εξουθένωση, στην οποία βρίσκεται όλο το νοσηλευτικό προσωπικό, τό οποία εργάζεται για να καλύψει τις θέσεις του διπλάσιου τουλάχιστον αριθμού εργαζομένων, ότι θα έμεναν περισσότερο χρονικό διάστημα; Επρεπε να τεθεί το πρόβλημα της νομίμως 48ωρης εβδομάδας εργασίας των ιατρών, για να αναρωτηθούμε ποιος θα στηρίξει το σύστημα υγείας; Πάνω από 3.000 άτομα νοσηλευτικό προσωπικό έχει υποβάλει τα χαρτιά του για σύνταξη το 2007 ενώ για τις προσλήψεις που έγιναν το 2004, 2005 και το 2006 ακόμη δεν έχουν κληθεί οι νοσηλευτές από τα νοσοκομεία για να αναλάβουν εργασία. Πότε άραγε περιμένουν να τους καλέσουν; Το σύστημα υγείας θα καταρρεύσει όχι μόνο από τους ιατρούς που δεν θα επαρκούν για να εφημερεύσουν, αλλά και γιατί το νοσηλευτικό προσωπικό που θα απομείνει στα νοσοκομεία θα χρειάζεται προσωπικά νοσηλεία το

ίδιο. Ένα θέμα που θα συζητηθεί επίσης μέσα στο 2007, είναι η αλλαγή του άρθρου 16 του Συντάγματος, που κατά κάποιο τρόπο δίνει τη δυνατότητα ανάπτυξης ιδιωτικής εκπαίδευσης. Φοιτητές και εκπαιδευτικοί έχουν εξαγριώσει κινητοποιήσεις και προσπαθούν να έρθουν σε διαπραγμάτευση, παραθέτοντας προτάσεις. Για πρώτη φορά βέβαια, αναγγέλθηκε επισήμως η πρόταση όλων των φορέων για ενιαία τριτοβάθμια εκπαίδευση στη Νοσηλευτική, τοποθετώντας τη στο χώρο του Πανεπιστημίου.

Ελπίζω το 2007 να είναι ένα έτος αλλαγών προς το καλύτερο για όλους μας. Θα τελειώσω με ένα μήνυμα του Κόφι Αννάν (ΓΓ ΟΗΕ, Μάρτιος 2006) που θέτει προβληματισμούς σε όλους τόσο στην προσωπική μας ζωή όσο και την επαγγελματική μας ευευθυνότητα: «*Ας είμαστε σαφείς για τις επιπτώσεις του να καθεί αυτή η ευκαιρία: εκατομμύρια ζωές που θα μπορούσαν να είχαν σωθεί, θα χαθούν, πολλές ελευθερίες που θα μπορούσαν να είχαν διασφαλιστεί θα εξαφανισθούν και θα κατοικούμε σε έναν περισσότερο επικίνδυνο και ασταθή κόσμο*»

Δρ. Μαρία Καλαφάτη

ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΣΤΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΑΠΟΔΕΣΜΕΥΣΗΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΜΗΧΑΝΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ (μέρος 2ο)

Ποντισίδης Γεώργιος, Νοσηλευτής Τ.Ε ΜΕΘ Π.Γ.Ν.ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥΠΟΛΗΣ
Μπατίλη Βασιλική, Νοσηλεύτρια Τ.Ε ΜΕΘ Π.Γ.Ν.ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥΠΟΛΗΣ

Αρχοντίδου Ελισάβετ, Προϊσταμένη Τ.Ε ΙΑΤΡΕΙΩΝ / ΝΟΣ.ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ Π.Γ.Ν.ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥΠΟΛΗΣ
Θεοδώρου Βασιλική, Επιμελήτρια Β ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ Π.Γ.Ν.ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥΠΟΛΗΣ Δ.Π.Θ.
Πνευματικός Ιωάννης, Αν.Καθηγητής ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ Π.Γ.Ν.ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥΠΟΛΗΣ Δ.Π.Θ.

1. Παθοφυσιολογία της εξάρτησης από τον αναπνευστήρα

Σύσταση 1:

Σε ασθενείς που απαιτούν μηχανικό αερισμό, περισσότερο από 24 ώρες, αναζητούνται οι πιθανές αιτίες που συμβάλουν στην εξάρτηση από το μηχανικό αερισμό, κυρίως μετά από αποτυχημένες προσπάθειες weaning. Η αναστροφή των πιθανών αιτιών, αναπνευστικών και μη, αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της διαδικασίας αποσύνδεσης από τον αναπνευστήρα. (Βαθμός Β)

Πίνακας 3. Πιθανές αιτίες εξάρτησης από τον αναπνευστήρα

1. Νευρικό σύστημα (κέντρα αναπνοής, περιφερικά νεύρα)
2. Αναπνευστικό σύστημα (μηχανική αναπνευστικού συστήματος, ισχύς και αντοχή αναπνευστικών μυών/μεταβολικές διαταραχές / θρέψη / παροχή και πρόληψη O₂, ανταλλαγή αερίων / σχέση αερισμού- αιμάτωσης).
3. Καρδιαγγειακό σύστημα (ανταπόκριση της καρδιακής παροχής στο έργο των αναπνευστικών μυών, περιφερικές ανάγκες σε οξυγόνο)
4. Ψυχολογικοί λόγοι

2. Εκτίμηση δυνατότητας απογαλακτισμού

Σύσταση 2:

Οι ασθενείς με μηχανική υποστήριξη της αναπνοής, λόγω αναπνευστικής ανεπάρκειας, εκτιμώνται για τη δυνατότητα αποδέσμευσης από τον αναπνευστήρα, εφόσον πληρούν τις παρακάτω προϋποθέσεις: (Βαθμός Β)

1. Μερική τουλάχιστον αναστροφή αιτίας αναπνευστικής ανεπάρκειας
2. Επαρκής οξυγόνωση (PaO₂/FiO₂>150-200, PEEP<5-8 cm H₂O, FiO₂< 0,4-0,5) και pH>7,25
3. Αιμοδυναμική σταθερότητα, δηλ. απουσία οξείας ισχαιμίας μυοκαρδίου και κλινικά σημαντικής υπότασης, καθόλου υποστήριξη από ινότροπα ή υποστήριξη με μικρές δόσεις αγγειοσυσπαστικών όπως ντοπαμίνη ή ντοπουταμίνη< 5μg/Kg/min και

4. Ικανότητα για αυτόματη εισπνευστική προσπάθεια. Η απόφαση για τη χρησιμοποίηση των παραπάνω κριτηρίων πρέπει να εξατομικεύεται. Ορισμένοι ασθενείς μπορεί να μην πληρούν όλα τα κριτήρια (πχ ασθενείς με χρόνια υποξαιμία), αλλά είναι δυνατό να αποσυνδεθούν.

Συγκεκριμένα, τα κριτήρια που χρησιμοποιούνται στις περισσότερες μελέτες για την αναγνώριση των ασθενών που μπορούν να απογαλακτισθούν είναι:

Κριτήρια ασθενών που μπορούν να αρχίσουν τη διαδικασία weaning:

Αντικειμενικά κριτήρια

- Ικανοποιητική οξυγόνωση ($PaO_2 > 60 \text{ mmHg}$ με $FiO_2 < 0,40$, $PEEP < 5-10 \text{ cm H}_2O$, $PaO_2/FiO_2 > 150-200$)
- Καρδιαγγειακή σταθερότητα ($HR < 140$, σταθερή BP χωρίς ή με μικρή υποστήριξη από ινότροπα)
- Απυρεξία ($< 38^0 \text{ C}$)
- Απουσία σημαντικής αναπνευστικής οξέωσης
- Επαρκής Hb ($> 8-10 \text{ g/dl}$)
- Καλό επίπεδο συνείδησης (GCS σε αφύπνιση > 13 , απουσία συνεχούς έγχυσης καταστολής)
- Σταθερή μεταβολική κατάσταση (καλοί ηλεκτρολύτες κ.λ.π.)

Υποκειμενικά κριτήρια

- Αναστροφή οξείας φάσης υποκείμενης νόσου
- Επαρκής βήχας
- Κλινική εκτίμηση

Σύσταση 3:

Η δυνατότητα αποσύνδεσης από το μηχανικό αερισμό εκτιμάται κατά τη διάρκεια δοκιμών αυτόματης αναπνοής (spontaneous breathing trial - SBT) και όχι υποχρεωτικής μηχανικής υποστήριξης. Η αρχική περίοδος κατά τη δόκιμη αυτόματης αναπνοής θεωρείται σημαντική (screening phase) γιατί καθορίζει αν μπορεί να συνεχιστεί με ασφάλεια η δοκιμή. Κατά τη φάση αυτή απαιτείται στενή παρακολούθηση του ασθενή. Κριτήρια εκτίμησης της επιτυχίας της δόκιμης θεωρούνται ο τύπος της αναπνοής, η επάρκεια της ανταλλαγής αερίων, η αιμοδυναμική σταθερότητα και η υποκειμενική άνεση του ασθενή.

Η επιτυχής ολοκλήρωση της δόκιμης αυτόματης αναπνοής μετά από 30-120 min θέτει το ενδεχόμενο πλήρους αποσύνδεσης (**Βαθμός A**)

Η δοκιμή αυτόματης αναπνοής πραγματοποιείται με χαμηλό επίπεδο C-PAP (5 cmH₂O) ή με χαμηλό επίπεδο Pressure-Support (5-7cmH₂O) ή με T-Piece.

Τα κριτήρια που χρησιμοποιούνται στις περισσότερες μελέτες για την αξιολόγηση της δοκιμής αυτόματης αναπνοής είναι:

Αντικειμενικά κριτήρια ανοχής/επιτυχίας

- Αποδεκτή ανταλλαγή αερίων ($SPO_2 > 85-90\%$, $PO_2 > 50-60 \text{ mmHg}$, $PH > 7,32$, αύξηση $PCO_2 < 10 \text{ mmHg}$)
- Αιμοδυναμική σταθερότητα ($HR < 120-140/\text{min}$, μεταβολή $HR < 20\%$, $\Sigma AP < 180-200 \text{ mmHg}$ ή $> 90 \text{ mmHg}$ και μεταβολή $AP < 20\%$ χωρίς ανάγκη αγγειοσπαστικών)
- Σταθερές αναπνευστικές παραμέτρους ($RR < 30-35 \text{ min}$, μεταβολή $RR < 50\%$)

Κλινικές εκτιμήσεις μη ανοχής/ αποτυχίας

- Μεταβολή του επιπέδου συνείδησης (υπνηλία, κώμα, άγχος, διέγερση)
- Έναρξη ή επιδείνωση δυσανεξίας από τον ασθενή
- Εφίδρωση
- Σημεία αυξημένου έργου της αναπνοής (χρήση επικουρικών μυών, παράδοση κινητικότητα θωρακοκοιλιακού τοιχώματος)

Ένα εύλογο ερώτημα είναι εάν η δοκιμή αυτόματης αναπνοής είναι ασφαλής. Είναι γνωστό ότι η ανατιολόγηση παράταση μιας ανεπιτυχούς δόκιμης αυτόματης αναπνοής μπορεί να προκαλέσει κόπωση των αναπνευστικών μυών, αιμοδυναμική αστάθεια, δύσπνοια και επιδείνωση της ανταλλαγής αερίων. Δεν υπάρχουν όμως στοιχεία ότι σε περίπτωση αποτυχίας, η δοκιμή αυτόματης αναπνοής σχετίζεται με αυξημένη νοσηρότητα, εφόσον τερματιστεί έγκαιρα. Σε μελέτη 1000 ασθενών που υποβλήθηκαν σε δοκιμασία αυτόματης αναπνοής καταγράφηκε ένα μόνο ανεπιθύμητο συμβάν που φαίνεται ότι σχετιζόταν με τη δοκιμασία. Όσο αφορά το χρονικό διάστημα της δοκιμής φαίνεται ότι θα πρέπει να είναι τουλάχιστον 30 min αλλά όχι μεγαλύτερο από 120 min, για να παρέχει τη μέγιστη ευαισθησία και ασφάλεια. Όπως προκύπτει από πολλές μελέτες, οι ασθενείς που ανέχονται επιτυχώς δοκιμές αυτόματης αναπνοής διάρκειας 30 - 120 min είναι ικανοί να αποδεσμευτούν από τη μηχανική υποστήριξη της αναπνοής σε ποσοστό 77%.

Μετά το επιτυχημένο SBT, τι γίνεται με τον αεραγωγό;

Σύσταση 4:

Στην αφαίρεση του τεχνητού αεραγωγού, μετά από μία επιτυχημένη δοκιμασία αυτόματης αναπνοής, θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η βατότητα των αεραγωγών και η ικανότητα του ασθενούς να τους προστατέψει. (**Βαθμός C**)



Η αποτυχημένη αποσωλήνωση μπορεί να οφείλεται σε διαφορετικούς λόγους από αυτούς της αποτυχημένης προσπάθειας αποδέσμευσης από τον αναπνευστήρα όπως η αδυναμία προστασίας των αεραγωγών και απομάκρυνσης των εκκρίσεων.

Παράγοντες κινδύνου για απόφραξη των αεραγωγών μετά την αποσωλήνωση φαίνεται να είναι η διάρκεια του μηχανικού αερισμού, το γυναικείο φύλο, το τραύμα, οι πολλαπλές και τραυματικές προσπάθειες διασωλήνωσης.

Σε ασθενείς με πιθανό οίδημα ανώτερου αεραγωγού χορηγούνται κορτικοστεροειδή ή και επινεφρίνη πριν την αποσωλήνωση. Το τροχίλατο έκτακτης ανάγκης, (διασωλήνωσης/τραχειοτομίας) θα πρέπει να είναι άμεσα διαθέσιμο.

Τι γίνεται μετά από μία αποτυχημένη δοκιμασία αυτόματης αναπνοής;

Σύσταση 5:

Αναγνώριση της αιτίας που οδήγησε σε αποτυχία. Εφόσον η αιτία αναστραφεί και εκπληρώνονται τα κριτήρια (βλ. σύσταση 2), η δοκιμή αυτόματης αναπνοής επαναλαμβάνεται κάθε 24 ώρες. **(Βαθμός A)**

Ποιος τύπος μηχανικού αερισμού χρησιμοποιείται μετά την αποτυχημένη δοκιμασία;

Σύσταση 6:

Οι ασθενείς που βρίσκονται σε μηχανικό αερισμό για αναπνευστική ανεπάρκεια και αποτυγχάνουν σε ένα SBT, θα πρέπει να υποστηρίζονται στη συνέχεια με ένα σταθερό, ξεκούραστο και άνετο μοντέλο μηχανικού αερισμού. **(Βαθμός B)**

Τι πρέπει να γίνεται με τους μετεγχειρητικούς ασθενείς;

Σύσταση 7:

Ο στόχος κατά τη χορήγηση της αναισθησίας-καταστολής και το χειρισμό της μηχανικής υποστήριξης της αναπνοής, θα πρέπει να είναι η πρωιμότερη δυνατή αποσωλήνωση σε μετεγχειρητικούς ασθενείς. **(Βαθμός A)**

Ποιος είναι ο ρόλος του μη ιατρικού προσωπικού;

Σύσταση 8:

Στις ΜΕΘ θα πρέπει να αναπτυχθούν και να εφαρμοσθούν πρωτόκολλα απογαλακτισμού από το μηχανικό αερισμό, σχεδιασμένα για το μη ιατρικό προσωπικό **(Βαθμός A)**.

Τα τελευταία χρόνια από τρεις μεγάλες τυχαίοποιημένες μελέτες προκύπτει ότι η έκβαση των μηχανικά αεριζόμενων ασθενών βελτιώνεται με τη χρησιμοποίηση ειδικών πρωτοκόλλων αποδέσμευσης από τον αναπνευστήρα από το νοσηλευτικό προσωπικό. Συγκεκριμένα, φαίνεται ότι η διαδικασία απογαλακτισμού με τον τρόπο αυτό είναι αποδοτικότερη και λιγότερο δαπανηρή, αφού μειώνεται η συνολική διάρκεια παραμονής στον αναπνευστήρα και οι σχετιζόμενες με το μηχανικό αερισμό επιπλοκές. Σκοπός του πρωτοκόλλου είναι, οι νοσηλεύτριες, σε συνεργασία με το ιατρικό προσωπικό, να επιτύχουν την αποσύνδεση του ασθενούς από το μηχανικό αερισμό και την αποσωλήνωσή του. Οι νοσηλεύτριες της ΜΕΘ θα πρέπει να εφαρμόζουν πρωτόκολλα, να παρατηρούν και να καταγράφουν τις επιπτώσεις αυτής της στρατηγικής, να αναφέρουν τις παρατηρήσεις τους με σκοπό την τροποποίηση της μεθόδου, ανάλογα με τις ανάγκες του ασθενή και τα υπάρχοντα βιβλιογραφικά δεδομένα.

Νοσηλευτικό πρωτόκολλο αποδέσμευσης ασθενούς από τον αναπνευστήρα:

Ένα από τα διαθέσιμα πρωτόκολλα, που μπορεί να μας βοηθήσει, είναι αυτό που εφαρμόζεται σε 4 Μονάδες Εντατικής Θεραπείας στην Βρετανία. Αναπτύχθηκε από μια ομάδα νοσηλευτών ΜΕΘ και είναι βασισμένο στον νοσηλευτικό οδηγό απογαλακτισμού από τη μηχανική υποστήριξη της αναπνοής του Salisbury. Το πρωτόκολλο αυτό επιτηρείται από την αντιπροσωπεία εκσυγχρονισμού υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου (NHS Modernisation Agency, 2004). Σύμφωνα με το πρωτόκολλο που εφαρμόζεται στην Αγγλία, η πλήρης διαδικασία του απογαλακτισμού από τον μηχανικό αερισμό περιλαμβάνει 4 στάδια:

Στάδιο I. Αξιολόγηση ικανότητας του ασθενή για την έναρξη του weaning

I. Απαραίτητα κριτήρια για την έναρξη του weaning

- i. Η υποκείμενη αιτία αναπνευστικής ανεπάρκειας έχει αναστραφεί.
- ii. Αιμοδυναμική σταθερότητα με ελάχιστη ή καθόλου υποστήριξη από ινότροπα (ΣΑΠ>90 mmHg, MAP>60 mmHg).
- iii. Φυσιολογική θερμοκρασία σώματος (36° - 38° C).
- iv. Ικανοποιητικά αέρια αρτηριακού αίματος $PCO_2 < 50\text{mmHg}$, $PO_2 > 60\text{mmHg}$ και $FiO_2 < 0,6$.
- v. Αναπνοές < 30 min, πίεση αεραγωγών < 30 cmH₂O και $peep < 8$ cmH₂O.
- vi. Απουσία σοβαρών ηλεκτρολυτικών διαταραχών
- vii. Απουσία σοβαρής μεταβολικής διαταραχής. Η περίσσεια βάσης κυμαίνεται από +5 έως -5
- viii. Απουσία σοβαρής διαταραχής της πήξης
- ix. Απουσία - αναστροφή υπολειπόμενου νευρομυϊκού αποκλεισμού

- x. Διακοπή καταστολής ή ελάχιστη καταστολή
- xi. Απουσία κοιλιακής διάτασης
- xii. Απουσία αντενδείξεων από το ΚΝΣ για την έναρξη της διαδικασίας αφύπνισης

II. Εάν ο ασθενής δεν ικανοποιεί τα παραπάνω κριτήρια, ενημερώνεται ο γιατρός της ΜΕΘ, ο οποίος θα αποφασίσει εάν θα προχωρήσει η διαδικασία ή όχι.

Στάδιο 2. Σταδιακή ελάττωση της μηχανικής υποστήριξης της αναπνοής

I. Κριτήρια- στόχοι:

Ο αλγόριθμος που προτείνεται από το πρωτόκολλο θέτει τέσσερα κριτήρια στόχους, βασισμένα στις αρχές της τεκμηριωμένης ιατρικής (Evidence Based Medicine), τα εξής:

- Σταδιακή ελάττωση του $FiO_2 < 0,4$.
 - Σταδιακή ελάττωση της $PEEP < 5 \text{ cmH}_2\text{O}$.
 - Εφόσον είναι εφικτό, σταδιακή ελάττωση της υποχρεωτικής υποστήριξης της αναπνοής < 6 αναπνοές/min
 - Εάν χρησιμοποιείται ως μοντέλο αποσύνδεσης το pressure support, σταδιακή ελάττωση $< 10 \text{ cmH}_2\text{O}$.
- Η ασφαλής σταδιακή ελάττωση της μηχανικής υποστήριξης της αναπνοής προϋποθέτει τη διατήρηση:
- Αριθμού αναπνοών $< 30/ \text{min}$
 - Αναπνεόμενου όγκου $V_t > 5\text{ml/Kg}$
 - $PO_2 > 60 \text{ mmHg}$ και $PCO_2 < 50 \text{ mmHg}$

Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι οι κατευθυντήριες οδηγίες ισχύουν συνήθως για την πλειοψηφία και όχι για όλους τους ασθενείς. Σε κάθε περίπτωση τα κριτήρια - στόχοι εξατομικεύονται ανάλογα με την ιδιαιτερότητα του κάθε ασθενή. Ιδιαίτερη προσοχή θα πρέπει να δίνεται κατά το weaning χρόνιων αναπνευστικών ασθενών, καθώς και των ασθενών μετά από παρατεταμένο μηχανικό αερισμό. Αξίζει επίσης να σημειωθεί η ποικιλία σε τύπους αναπνευστήρων και η προτίμηση των κλινικών γιατρών σε συγκεκριμένο μοντέλο αποσύνδεσης από τον αναπνευστήρα.

Σε οποιοδήποτε στάδιο της δοκιμασίας, εάν ο νοσηλευτής παρατηρήσει ότι ο ασθενής δεν ικανοποιεί τις απαραίτητες προϋποθέσεις ή δεν ανταποκρίνεται κατάλληλα στις σταδιακές αλλαγές, ενημερώνει τον υπεύθυνο νοσηλευτή του τμήματος ή την ιατρική ομάδα και καταγράφει τις λεπτομέρειες στο νοσηλευτικό φύλλο πορείας.

Στάδιο 3. Αποσωλήνωση

I. Ποιοι ασθενείς είναι έτοιμοι για αποσωλήνωση;

Εφόσον ο ασθενής ικανοποιεί τα παραπάνω κριτήρια-στόχους μένει η κλινική απόφαση ότι ο ασθενής μπορεί να αποσωληνωθεί. Για το λόγο αυτό προτείνεται η δοκιμασία με T- piece διάρκειας 30 min. Η δοκιμασία με T- piece πριν την αποσωλήνωση μπορεί κάποιες φορές να παραλείπεται, όπως σε νέους ασθενείς με καλό μυϊκό σύστημα και μικρό χρόνο μηχανικής υποστήριξης της αναπνοής.

Ασθενείς με ΧΑΠ ή με παρατεταμένη μηχανική υποστήριξη της αναπνοής και μυϊκή αδυναμία είναι λογικό να υποστηρίζονται με CPAP (continuous positive airway pressure),

πριν τη δοκιμασία T- piece. Αρχικά το CPAP ρυθμίζεται $7,5 \text{ cmH}_2\text{O}$ και εφόσον γίνεται καλά ανεκτό από τον ασθενή ελαττώνεται σε $5 \text{ cmH}_2\text{O}$ και στη συνέχεια ακολουθεί η δοκιμασία T- piece. Σε κάποιες ΜΕΘ συνηθίζεται πριν την αποσωλήνωση να χρησιμοποιείται το μοντέλο **BIPAP** στον αναπνευστήρα.

II. Διαδικασία αποσωλήνωσης

Για να διασφαλισθεί η επιτυχία της διαδικασίας αποσωλήνωσης θα πρέπει να ικανοποιούνται τα παρακάτω κριτήρια

Πίνακας 4. Κριτήρια ασφαλούς αποσωλήνωσης:

1. Αιμοδυναμική σταθερότητα
 $\Sigma\text{ΑΠ} > 90 \text{ mmHg}$
 $\Delta\text{ΑΠ} > 60 \text{ mmHg}$ και
 μικρή ή καθόλου υποστήριξη από ινότροπα
2. Ικανοποιητικά αέρια αρτηριακού αίματος $PCO_2 < 50 \text{ mmHg}$, $PO_2 > 60 \text{ mmHg}$ και $SaO_2 > 90\%$ με $FiO_2 < 0,4$
3. Σταθερή αναπνοή
 - a. Σε υποχρεωτικό αναπνευστικό μοντέλο ο αριθμός των υποχρεωτικών αναπνοών $< 6 \text{ min}$
 - b. ο αριθμός των αυτόματων αναπνοών $> 8/\text{min}$ και $< 30/\text{min}$
 - c. Ο αναπνεόμενος όγκος $V_t > 5\text{ml/Kg}$
 - d. $PEEP < 5 \text{ cm H}_2\text{O}$ και
 - e. $\text{Pressure support} < 10 \text{ cm H}_2\text{O}$
4. Η εντερική σίτιση σταματά 4 ώρες πριν. Ο ρινογαστρικός σωλήνας αφαιρείται πριν την αποσωλήνωση ή αν πρόκειται για λεπτό καθετήρα σίτισης παραμένει στη θέση του.
5. Ο ασθενής έχει τη δυνατότητα ικανοποιητικού βήχα και απομάκρυνσης των εκκρίσεων.
6. Ικανοποιητική αναλγησία

Εφόσον ο ασθενής ικανοποιεί όλα τα παραπάνω κριτήρια θεωρείται έτοιμος για αποσωλήνωση και ενημερώνεται ο υπεύθυνος γιατρός. Στις περιπτώσεις που για ειδικούς λόγους δεν ακολουθείται πιστά το πρωτόκολλο κατά το στάδιο της αποσωλήνωσης ή σε οποιαδήποτε άλλο στάδιο, καταγράφονται οι λόγοι αυτοί στο νοσηλευτικό φύλλο πορείας.

Κατά το στάδιο της αποσωλήνωσης ο ρόλος του νοσηλευτή είναι πολύ σημαντικός. Ιδιαίτερη έμφαση θα πρέπει να δίνεται στα εξής επιμέρους στάδια:

- **Ψυχολογική προετοιμασία του ασθενούς**
- **Φυσική προετοιμασία του ασθενούς**
- **Προετοιμασία απαραίτητου εξοπλισμού**
- **Διαδικασία αποσωλήνωσης**

Στάδιο 4. Παρακολούθηση ασθενούς μετά την αποσωλήνωση

Η περίοδος αμέσως μετά την αποσωλήνωση, θεωρείται ιδιαίτερως σημαντική. Η κατάργηση της υποβοηθούμενης αναπνοής συνεπάγεται αύξηση του έργου της αναπνοής για τον ασθενή. Για το λόγο αυτό η συνεχής παρακολούθηση και αξιολόγηση του ασθενή μέχρι να σταθεροποιηθεί κρίνεται απαραίτητη.

Η παρακολούθηση σύμφωνα με το πρωτόκολλο είναι στενή για τις πρώτες επτά ώρες μετά την αποσωλήνωση. Ανά τέταρτο την πρώτη ώρα, ανά μισή ώρα για τις επόμενες δύο ώρες και ανά μία ώρα στη συνέχεια.

Τα συστήματα στα οποία θα πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη βαρύτητα και οι παράμετροι που θα πρέπει να αξιολογούνται είναι:

- **Αναπνευστικό σύστημα**
Ο αριθμός των αναπνοών, η χρησιμοποίηση επικουρικών αναπνευστικών μυών, οι αναπνευστικοί ήχοι, η ικανότητα για βήχα και απομάκρυνση των εκκρίσεων.
- **Καρδιαγγειακό σύστημα**
Ο αριθμός των σφύξεων και ο τύπος του καρδιακού ρυθμού, η ΑΠ, στοιχεία περιφερικής αιμάτωσης όπως η κατάσταση και το χρώμα του δέρματος.
- **Κ Ν Σ**

Η επικοινωνία του ασθενούς, η απουσία διέγερσης ή σύγχυσης, η ικανοποιητική αναλγησία.

Οποιαδήποτε αλλαγή στην κατάσταση του ασθενούς, πρέπει να καταγράφεται και να συζητείται με τον γιατρό και τον υπεύθυνο νοσηλευτή της ΜΕΘ.

Καταλήγοντας, τα πρωτόκολλα διαχείρισης του ασθενή στη ΜΕΘ, αποτελούν μοναδικό δείγμα αντιμετώπισής του ως ένα βιοψυχοκοινωνικό ον με την ενεργοποίηση όλων των επιστημονικών ομάδων, τον έγκαιρο σχεδιασμό και προγραμματισμό όλων των σταδίων αποκατάστασης της υγείας του, την παροχή υψηλής ποιότητας υπηρεσιών και τη συνολική μείωση του κόστους νοσηλείας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ:

1. Evidence-Based Guidelines for Weaning and Discontinuing Ventilatory Support : A Collective Task Force Facilitated by the American College of Chest Physicians; the American Association for Respiratory Care; and the American College of Critical Care Medicine. *Chest* 2001; 120:375-395
2. Irene E. Martensson and Bengt Fridlund. Factors influencing the patient during weaning from mechanical ventilation: a national survey. *Intensive and Critical Care Nursing* 2002; 18:219-229
3. Paul Fulbrook RN, Nalini Delaney RN, Joanne Rigby RN. Developing a Network protocol: nurse-led weaning from ventilation. *The World of Critical Care Nursing: contents* 2004;V3(2):28-37.

«Επαγγελματική αυτονομία και ικανοποίηση των Ελλήνων νοσηλευτών Μονάδων Εντατικής Θεραπείας»

Η επαγγελματική αυτονομία έχει εδώ και καιρό αναγνωρισθεί ως ο ακρογωνιαίος λίθος του νοσηλευτικού επαγγέλματος καθώς επίσης και η κύρια πηγή επαγγελματικής ικανοποίησης του νοσηλευτικού προσωπικού. Για το θέμα αυτό πρόκειται να εκπονηθεί ερευνητική μελέτη το Φεβρουάριο του 2007, στην οποία θα συμμετέχουν νοσηλευτές Μονάδων Εντατικής Θεραπείας Δημοσίων Νοσοκομείων (Γενικές, Εμφραγματών, Καρδιοχειρουργικές, Νεογνών και Παίδων) που διαθέτουν περισσότερα από 4 κρεβάτια.

Θα είμαι ευγνώμων εάν θελήσετε να συμμετάσχετε στην έρευνα. Η συμμετοχή των νοσηλευτών περιλαμβάνει την συμπλήρωση ανώνυμου ερωτηματολογίου. Τα αποτελέσματα της έρευνας θα αντιμετωπιστούν με **απόλυτη εμπιστευτικότητα** και θα ανακοινωθούν στο νοσηλευτικό προσωπικό της κάθε ΜΕΘ ξεχωριστά καθώς και στο εφημεριδάκι του TEEN το δεύτερο εξάμηνο του 2007.

Ευχαριστώ εκ των προτέρων για τη συνεργασία.

Κατερίνα Ηλιοπούλου, Προϊσταμένη ΜΕΘ, 401 Γενικό Στρατιωτικό Νοσοκομείο Αθηνών

Επιστημονικό Συμπόσιο Τομέα Επείγουσας και Εντατικής Νοσηλευτικής του ΕΣΝΕ, Αλεξανδρούπολη 2006

«Άτυχοι όσοι δεν ήταν παρόντες για να το ζήσουν...»

Το 3^ο Επιστημονικό Συμπόσιο του Τομέα Επείγουσας και Εντατικής Νοσηλευτικής με θέμα «Επείγουσα και Εντατική Νοσηλευτική: Παρόν και Μέλλον» πραγματοποιήθηκε στην Αλεξανδρούπολη στις 09 έως 11 Νοεμβρίου του 2006, με τη συμμετοχή 500 συναδέλφων από όλη την Ελλάδα και την Κύπρο.

Η τριήμερη επιστημονική εκδήλωση, περιλάμβανε ένα πλούσιο σε εισηγήσεις πρόγραμμα, αποτελούμενο από 75 ελεύθερες ανακοινώσεις, στρογγυλά τραπέζια, διαλέξεις και κλινικά φροντιστήρια. Το πρόγραμμα καλύπτονταν παράλληλα σε δύο διαφορετικές αίθουσες διαλέξεων όπου αναπτύσσονταν ξεχωριστές θεματικές ενότητες κάθε φορά, με εισηγήσεις που αναφέρονταν σε επείγουσα και εντατική νοσηλευτική αντίστοιχα.

Η μεγάλη ποικιλία των Ελεύθερων Ανακοινώσεων περιελάμβανε πολύ καλά μεθοδολογικά δομημένες μελέτες, αναφορές κλινικών καταστάσεων, ανάλυση ειδικών περιπτώσεων (case reports), θέματα της επείγουσας και εντατικής καρδιολογικής νοσηλευτικής, παρουσίαση εμπειριών από νοσηλευτές και ασθενείς της ΜΕΘ, αλλά και εισηγήσεις που αναφέρονταν στην ολοκληρωμένη νοσηλευτική φροντίδα και στη διοίκηση. Οι περισσότερες από τις ελεύθερες ανακοινώσεις βρίσκονται στον τόμο των πρακτικών του Συμποσίου, ο οποίος δόθηκε στους συνέδρους κατά την εγγραφή τους.

Οι χαιρετισμοί στο συμπόσιο έλαβαν χώρα την πρώτη ημέρα και ξεκίνησαν από τις προέδρους του Τοπικού Περιφερειακού Τμήματος του ΕΣΝΕ και του TEEN. Ακολούθησαν χαιρετισμοί από το Δήμαρχο της πόλης της Αλεξανδρούπολης, τη Διευθύντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Αλεξανδρούπολης, την εκπρόσωπο του Πανεπιστημίου της Ιατρικής Σχολής της Αλεξανδρούπολης καθώς και διευθυντικά στελέχη του νοσοκομείου. Επίσης χαιρετισμό και ευχές για την άριστη διεξαγωγή του Συμποσίου απέστειλε ο Υπουργός Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Επίσης στο συμπόσιο παρευρέθηκαν και χαιρέτησαν ο Πρόεδρος του Τμήματος Νοσηλευτικής του Παν/μιου Αθηνών και η Β' Αντιπρόεδρος του ΔΣ του ΕΣΝΕ. Την έναρξη των εργασιών του Συμποσίου κήρυξε ο καθηγητής Πνευματικός Ιωάννης, Δ/ντής της ΜΕΘ του ΠΓΝ Αλεξανδρούπολης, ο οποίος προσέφερε αμέριστη βοήθεια στην οργανωτική Επιτροπή για τη διεξαγωγή του Συμποσίου.

Η εναρκτήρια ομιλία πραγματοποιήθηκε από τη προϊσταμένη-νοσηλεύτρια κ. Αρχοντίδου Ελισάβετ που κατόρθωσε να κάνει μια μικρή αναδρομή στην ιστορία συνδέοντας το παρόν με το παρελθόν της νοσηλευτικής ενώ ταυτόχρονα να προσπάθησε να «προφητεύσει» το μέλλον, έτσι όπως άλλωστε ήταν και ο τίτλος του Συμποσίου. Η πρώτη ημέρα του Συμποσίου ολοκληρώθηκε με την παρουσίαση ενός στρογγυλού τραπεζιού, όπου σκοπός των εισηγητών και συντονιστών ήταν να προκαλέσουν διάλογο μεταξύ των παρευρισκομένων πάνω σε ένα πολύ ενδιαφέρον θέμα, όπως η «παρουσία ή όχι συγγενών κατά την καρδιο-ανάταξη σε ΜΕΘ». Η πρώτη ημέρα όμως συνεχίστηκε με τη δεξίωση υποδοχής στην οποία παρευρέθησαν 360 περίπου άτομα. Εκεί η επιτροπή του TEEN απένεμε βραβεία σε νοσηλευτές και ιατρούς που συνέβαλαν στην οργάνωση και διεξαγωγή του συμπόσιου, αλλά και σε άτομα τα οποία έχουν συμβάλλει και συμβάλλουν στην ανάπτυξη της νοσηλευτικής επιστήμης. Επίσης τιμήθηκε η κα Μαρία Τσερώνη ως ένα από τα σημαντικά μέλη του TEEN και της απονεμήθηκε ο τίτλος της Επίτιμης Προέδρου, καθώς και η πρώην Δ/ντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας του ΠΓΝ Αλεξανδρούπολης για τη μέχρι σήμερα προσφορά της, με την ευχή να έχει υγεία για να απολαύσει ως συνταξιούχος τον από εδώ και στο εξής χρόνο της. Μετά το φαγητό όλοι οι παρευρισκόμενοι χόρεψαν και τραγούδησαν μαζί με το παραδοσιακό συγκρότημα, και την ορχήστρα.

Τη δεύτερη και τρίτη μέρα του Συμποσίου συνεχίστηκαν οι εισηγήσεις και τα κλινικά φροντιστήρια με αθρόα προσέλευση παρευρισκομένων γεγονός που έκανε εντύπωση στους δημοσιογράφους που κάλυπταν όλες τις ημέρες την εκδήλωση. Με τη λήξη του Συμποσίου ανακοινώθηκε η απονομή 2 βραβείων στις καλύτερες ερευνητικές ελεύθερες ανακοινώσεις με θέματα: α) «Βραχεία νοσηλεία, απαραί-



τητο εργαλείο της οργανωμένης αντιμετώπισης των ασθενών στο ΤΕΠ) Μπόνη Α. και συν (ΓΝΘ Παπαγεωργίου) και β) «Σύγκριση των διαθέσιμων μεθόδων μέτρησης της θερμοκρασίας σε βαρέως πάσχοντες ασθενείς της ΜΕΘ» Σιδερούδη Στ. και συν. (ΠΓΝ Αλεξανδρούπολης). Ο κος Φραγκιουδάκης προϊστάμενος στο ΓΝ Χανίων παρουσίασε τα συμπεράσματα του Συμποσίου, τονίζοντας ότι το 3ο Επιστημονικό Συμπόσιο του TEEN, ολοκληρώθηκε με επιτυχία προσφέροντας νέα γνώση και ευρεία ανταλλαγή απόψεων μεταξύ των Συνέδρων. Το Συμπόσιο έκλεισε με ένα μικρό γεύμα, έτσι ώστε να δημιουργηθούν εστίες συζήτησης και καλοπροαίρετης κριτικής.

Ο Τομέας επιμελήθηκε για την έκδοση πρακτικών τα οποία θα αποσταλούν σε όλες τις ΜΕΘ και ΤΕΠ της χώρας. Η αγάπη του κόσμου αλλά και η ενεργή συμμετοχή του μας δίνει την αίσθηση ότι μπορούμε κάθε φορά να διοργανώνουμε κάτι καλύτερο. Όλοι όσοι παρευρέθηκαν θα πρέπει να αισθάνονται τυχεροί γιατί είχαν την ευκαιρία να το ζήσουν. Ευχαριστούμε θερμά τους συντονιστές και εισηγητές, τα μέλη της Επιστημονικής και Οργανωτικής Επιτροπής, τους χορηγούς, αλλά κυρίως τους Συνέδρους που συνέβαλλαν στην επιτυχή διεξαγωγή του Συμποσίου.

Για την Επιτροπή του TEEN
Η Πρόεδρος
Δρ. Μαρία Καλαφάτη

Ευχαριστήρια Επιστολή

Αλεξανδρούπολη 15/11/06

Η τοπική οργανωτική επιτροπή του 3ου Πανελληνίου Συμποσίου Επείγουσας και Εντατικής Νοσηλευτικής ευχαριστεί και συγχαίρει δημόσια τον πρόεδρο της οργανωτικής επιτροπής κ. Γεωργιάδη Γεώργιο και τα μέλη αυτής για την άρτια συνδιοργάνωση και την αμέριστη βοήθειά τους ώστε να επιτευχθεί το Συμπόσιο με τον καλύτερο δυνατό τρόπο. Πιστεύουμε ότι φανήκαμε ανάξιοι της εμπιστοσύνης τους όσον αφορά την τοπική οργάνωση του Συμποσίου και ότι ξεπεράσαμε κατά πολύ τις προσδοκίες τους.

Ευχαριστούμε τον κ. Μπαλτόπουλο Γεώργιο και την κ. Μπροκαλάκη Ηρώ που μας τίμησαν με την παρουσία τους και εμπύχωσαν τις προσπάθειες όλων ημών και των συνέδρων με τον λόγο τους στην τελετή έναρξης. Η παρουσία τους ήταν έντονη καθ' όλη τη διάρκεια του Συμποσίου.

Ευχαριστούμε όλους τους συνέδρους που με την παρουσία τους συνέβαλλαν στην επιτυχία του Συμποσίου.

Θέλουμε να πιστεύουμε και ελπίζουμε ότι με την ελάχιστη εμπειρία που αποκομίσαμε, κερδίσαμε την εμπιστοσύνη σας για μελλοντικές συνδιοργανώσεις

Με εκτίμηση

Εκ μέρους της τοπικής οργανωτικής επιτροπής

Η πρόεδρος

Σοφία Νάνου

ΔΙΑΦΟΡΑ ΣΥΝΕΔΡΙΑ

☎ **25-27 Ιανουαρίου 2007**, 7^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Προληπτικής Ιατρικής ΑΘΗΝΑ Ξενοδοχείο «Holiday Inn» Πληροφορίες : PRC Congress & Travel, Τηλ. 210 7711273, Fax: 210 7711289

☎ **22-24 Φεβρουαρίου 2007**, 4^ο Συνέδριο Ελληνικής Εταιρείας Τραύματος, ΑΘΗΝΑ Αίγλη Ζαπτείου. Πληροφορίες : ERA ΕΠΕ. Τηλ. 210 3634944, Fax: 210 3631690 e-mail: info@era.gr www.era.gr

☎ **15/16/17 Μαρτίου 2007**, Πανελλήνιο Συνέδριο Επούλωσης Ελκών και Κατακλίσεων, Ίδρυμα Ευγενιδίου, Πλανητάριο Αθηνών, Λ. Συγγρού 387,

Παλ. Φάληρο Πληροφορίες: Ελληνική Εταιρεία Επούλωσης Τραυμάτων και Ελκών τηλ. 210-7783451, 210-7709831 και e-mail: www.hswg.gr

☎ **20-22 Απριλίου 2007**, 11^ο State of the Art, ΑΘΗΝΑ Αίγλη Ζαπτείου Πληροφορίες Triaena Tours & Congress S.A. Τηλ 210-7499304 & 7499300.

☎ **27-28 Απριλίου 2007**, Διημερίδα ΓΝΘ «Παπαγεωργίου, Αυξημένη Φροντίδα» Πληροφορίες για υποβολή περιλήψεων: Εξουζίδου Σοφία 2310693159, Ζάρβαλη Φανή 2310693973, Ντινούλης Κων/νος 2310693161, e-mail: nursepap@otenet.gr

ΤΟ ΠΑΡΟΝ ΕΝΤΥΠΟ ΕΚΔΟΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΕΥΓΕΝΙΚΗ ΧΟΡΗΓΙΑ ΤΗΣ

A. KYNTH & ΣΙΑ Ο.Ε - COLOPLAST