



ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ & ΕΝΤΑΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

Έκδοση του Τομέα Επείγουσας και Εντατικής Νοσηλευτικής
του Εθνικού Συνδέσμου Νοσηλευτών Ελλάδας
Μεσογείων 2, Γ' κτίριο Πύργος Αθηνών, Αθήνα 115 27
ΤΕΥΧΟΣ 45, ΜΑΡΤΙΟΣ-ΑΠΡΙΛΙΟΣ 2013

EDITORIAL

Οι Νοσηλευτές στην εργασιακή τους πορεία εξελίσσονται σε υπευθύνους βάρδιας, αναπληρωτές προϊστάμενους, προϊστάμενους κοκ. και καλούνται να αναλάβουν θέση ευθύνης στο νοσηλευτικό ίδρυμα που απασχολούνται..

Από την θέση αυτή, η οποία είναι μια θέση υψίστης ευθύνης και απαιτεί δεξιότητες ηγετικής συμπεριφοράς, ο προϊστάμενος τμήματος θα πρέπει καθημερινά να διευθετεί, να προϊσταται και να ηγείται σε καταστάσεις οι οποίες κατηγοριοποιούνται σε αυτές που επικεντρώνονται στα εργασιακά ζητήματα (task-focused), στην νοσηλευτική φροντίδα, στην τήρηση κατευθυντηρίων οδηγιών και σε αυτές που επικεντρώνονται στο ανθρώπινο δυναμικό και στις σχέσεις μεταξύ τους¹. **Πως, όμως, ένας προϊστάμενος νοσηλευτικού τμήματος μπορεί να εξελιχθεί και αναδειχθεί σε “ηγέτη” (leader) στο χώρο του;**

Ο προϊστάμενος-ηγέτης ενός νοσηλευτικού τμήματος θα πρέπει να δίνει έμφαση σε μια από τις δυο μορφές ηγετικής συμπεριφοράς. Στην πρώτη μορφή, που αφορά στα εργασιακά ζητήματα, θα πρέπει να γνωρίζει τους εσωτερικούς κανόνες λειτουργίας του συστήματος υγείας και του οργανισμού στον οποίο εργάζεται και να αναγνωρίζει τους εξωτερικούς παράγοντες που επηρεάζουν την εργασία του, ώστε να είναι σε θέση να τους ελέγχει^{2,3}. Στην δεύτερη μορφή, θα πρέπει να ασκεί την τέχνη της παρακίνησης των υφισταμένων για την εκτέλεση των καθηκόντων τους με ζήλο και εμπιστοσύνη, συνεισφέροντας έτσι στους σκοπούς και στόχους του τμήματος, το μέγιστο δυναμικό τους, να βλέπει και να χρησιμοποιεί τα κατάλληλα κίνητρα για τον καθένα και τη καθεμιά και να έχει την ικανότητα να εμπνέει², ώστε να δημιουργείται ένα ελκυστικό περιβάλλον, προκειμένου οι εργαζόμενοι να είναι ικανοποιημένοι και να επιθυμούν να παραμείνουν σε αυτό².

Σύμφωνα με μελέτες⁴, που σύγκριναν τις δύο μορφές ηγεσίας, βρέθηκε σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο συμπεριφορών ηγεσίας. Στην δεύτερη περίπτωση, το προσωπικό ανέφερε περισσότερη ικανοποίηση από την εργασία και αφοσίωση, συνεργασία με τους συναδέλφους, ικανοποίηση από τον προϊστάμενο, αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα, καταβολή περισσότερης προσπάθειας να παρέχουν ολοκληρωμένη φροντίδα στους ασθενείς, καθώς και χαμηλότερα επίπεδα συναισθηματικής εξουθένωσης και τάση να εγκαταλείψουν το συγκεκριμένο επάγγελμα, συγκριτικά με τους συναδέλφους της πρώτης περίπτωσης. Οι προϊστάμενοι που έδιναν έμφαση στην μορφή ηγεσίας με επίκεντρο το ανθρώπινο δυναμικό, είχαν αναπτύξει ένα μηχανισμό όπου επένδυναν χτίζοντας αποτελεσματικές και υποστηρικτικές σχέσεις με το προσωπικό τους, διαχειριζόμενοι την συναισθηματική ισορροπία στον εργασιακό χώρο, έχοντας θετικά αποτελέσματα και για τους εργαζόμενους αλλά και για τους ίδιους τους ασθενείς, συγκριτικά με τους προϊστάμενους που έδιναν έμφαση στα εργασιακά ζητήματα.

Η προσέγγιση στα θέματα **ηγετικής συμπεριφοράς** προϋποθέτει αρχικά την αυτοκυριαρχία, την εκπαίδευση στην αυτογνωσία και στην προσωπική **εξέλιξη** των συμπεριφορικών δεξιοτήτων,

έχοντας όραμα και ξεκάθαρο πλαίσιο αρχών. Στην προσέγγιση αυτή έπεται η καθοδήγηση της ομάδας ή του οργανισμού. Η υιοθέτηση συμπεριφορών ηγεσίας προϋποθέτει τη λήψη αποφάσεων, πρωτοβουλιών, ρίσκων, την υποστήριξη και εμπύχωση καινοτομιών από τα μέλη της ομάδας, την επικοινωνία με τα μέλη της ομάδας, όπου ο προϊστάμενος περισσότερο πρέπει να “**ακούει**” παρά να “**μιλάει**”, ελέγχοντας την πρόοδο μέσω της ανατροφοδότησης⁵.

«Στους οργανισμούς, η πραγματική ισχύς και η ενέργεια παράγεται μέσα από τις διαπροσωπικές σχέσεις. Ο σχηματισμός των προτύπων, των σχέσεων και των δυνατοτήτων τους είναι πιο σημαντική από τα καθήκοντα, αρμοδιότητες, ρόλους και θέσεις»⁶.

Για τον TEEN
Δρ. Άννα Κορομπέλη
Αν. Γραμματέας

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Cummings GG, MacGregor T, Davey M, Lee HP, Wong C, Lo E, Muise M & Stafford E (2010a) Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environments: a systematic review. *International Journal of Nursing Studies* 47, 363–385.
2. Αποτελεσματική Ηγεσία και Διοίκηση στις Υπηρεσίες Υγείας, Eleanor J. Sullivan, Phillip J. Decker, Μετάφραση και Επιστημονική Επιμέλεια: Δρ. Θάλεια Μπελλάλη, 2009, εκδόσεις Μ. Γκιούρδας.
3. Μοντέλα Ηγεσίας και τεχνικές παρακίνησης στις ελληνικές επιχειρήσεις, Μαλαγκονιάρη Ευγενία, Σχολή Διοίκηση Επιχειρήσεων, Μεταπτυχιακό πρόγραμμα: Νέες Αρχές Διοίκησης Επιχειρήσεων (MBA) Διπλωματική εργασία, Πάτρα, 2010.
4. Cummings GG, Hayduk L & Estabrooks CA. (2005) Mitigating the impact of hospital restructuring on nurses: the responsibility of emotionally intelligent leadership. *Nursing Research* 54, 2–12.
5. Sharlow J, Langenhoff P, Bhatti A, Spiers J & Cummings GG (2009) Learning together: a cohort approach to organizational leadership development. *Leadership in Health Services* 22, 319–328.
6. Madsen SR (2008) *On Becoming a Woman Leader: Learning from the Experiences of University Presidents*. Jossey Bass Wiley, San Francisco, CA.

Νέα Επιτροπή TEEN

Το Σεπτέμβριο του 2012, στα πλαίσια διεξαγωγής του 6^{ου} Συμποσίου του TEEN πραγματοποιήθηκαν εκλογές για την ανάδειξη νέας Επιτροπής. Η σύνθεση της νέας Επιτροπής του TEEN την οποία καλωσορίζομαι και ευχόμαστε καλορίζικη είναι:

Πρόεδρος: Δρ. Μαρία Καλαφάτη (υπεύθυνη για EfCCNa)

Αντιπρόεδρος: Νικόλαος Γιάκης

Γραμματέας: Μαργίτσα Σκοπελίτου

Ταμίας: Αλκέτα Σπύρου

Αν. Γραμματέας: Δρ. Άννα Κορομπέλη

Μέλη (υπεύθυνοι για EuSEN): Δρ. Φωτεινή Τολίκα και Δημήτριος Ξυθάλης



**Η Επιτροπή του TEEN
σας εύχεται
Καλό Πάσχα
γεμάτο ευτυχία
και Υγεία**

Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΚΑΛΙΟΥ (K⁺) ΣΤΗΝ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΠΙΕΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΔΙΟΥΡΗΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Τρικοίλης Ιωάννης
Νοσηλεύτης ΠΕ, ΜΗΑ, MSc
Φαρσαλινός Κωνσταντίνος
Ιατρός

Σπύρου Αλκέα
Νοσηλεύτρια ΠΕ, MSc, Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο, Αθήνα

Εισαγωγή

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η αρτηριακή υπέρταση (ΑΥπ) είναι το συνηθέστερο αίτιο θανάτου που θα μπορούσε να προληφθεί στις αναπτυσσόμενες χώρες.¹ Η επίπτωση της υπέρτασης αυξάνει ανάλογα με την ηλικία,² ενώ ο κίνδυνος εμφάνισης της σε όλη την διάρκεια της ζωής είναι περίπου 90% για άτομα ηλικίας 80- 85ετών.³ Βιβλιογραφικά αναφέρεται ότι, η ΑΥπ είναι από τα συνηθέστερα αίτια προσέλευσης των ασθενών στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών ενός γενικού νοσοκομείου,⁴ όπου εκτός από τα πρωτοδιαγνωσμένα περιστατικά ΑΥπ υπάρχουν και περιστατικά με ανεξέλεγκτη ΑΥπ δηλαδή ασθενείς σε αντι-υπερτασική αγωγή που μπορούν να επωφεληθούν από τροποποίηση της θεραπείας.

Όμως, η αντιυπερτασική αγωγή δεν είναι χωρίς επιπλοκές. Η υποκαλιαίμια είναι μια συχνά εμφανιζόμενη επιπλοκή αυτών των φαρμάκων, συνδυαζόμενη ως επί των πλείστων με διουρητική θεραπεία.⁵ Αυτό έχει αναφερθεί ότι αυξάνει τον κίνδυνο καρδιακών συμβάντων σε υπερτασικούς ασθενείς.⁶

Σκοπός αυτής της μελέτης είναι να διερευνηθεί η εμφάνιση της υποκαλιαίμιας και η σχέση της με την αρτηριακή πίεσης του αίματος. Επιπρόσθετα θα αξιολογηθούν τα χαρακτηριστικά των ασθενών (φύλο, ηλικία, η μέτρηση της συστολικής και της διαστολικής αρτηριακής πίεσης, και η φαρμακευτική αγωγή αυτών) που προσέρχονται στα έκτακτα ιατρεία του νοσοκομείου μας λόγω ανεξέλεγκτης υπέρτασης.

Υλικό και Μέθοδος

Στην μελέτη πήραν μέρος όλοι οι ασθενείς που προσήλθαν στο ΤΕΠ του νοσοκομείου μας από τον Ιανουάριο του 2008 έως τον Ιανουάριο του 2011 και είχαν διαγνωσθεί με υπέρταση τουλάχιστον 3 μήνες πριν την προσέλευσή τους στα ΤΕΠ. Τα κριτήρια αποκλεισμού ασθενών στη μελέτη περιελάμβαναν πρόσφατη λοίμωξη (λιγότερο από δύο εβδομάδες), πρόσφατο διαρροϊκό ή εμετικό σύνδρομο, χρόνια νεφρική ή ηπατική πάθηση και χρήση συμπληρωμάτων καλίου και μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών φαρμάκων NSAIDs. Η συστολική (SBP) και η διαστολική (DBP) πίεση αίματος μετρήθηκαν με τους ασθενείς καθιστούς και τον βραχίονα στο ύψος της καρδιάς. Χρησιμοποιήθηκε αυτόματο πιεσόμετρο και η περιχειρίδα τοποθετήθηκε ακριβώς πάνω από την βραχιόνιο αρτηρία. Έγινε ηλεκτροκαρδιογράφημα (ECG) σε όλους τους ασθενείς καθώς επίσης και εργαστηριακές βιοχημικές εξετάσεις συμπεριλαμβανομένων της κρεατινίνης ορού και των επιπέδων καλίου. Η αγωγή που λάμβαναν για την υπέρταση καταγράφηκε ανάλογα με το φάρμακο που τους χορηγούταν και κατηγοριοποιήθηκε ως: *διουρητικά θειαζίδης, διουρητικά της αγκύλης, καλιοπροστατευτικά διουρητικά, αναστολείς ανατρεπτικού ενζύμου της αγγιοτενσίνης (ACEi/ARBs), β-αποκλειστές και αποκλειστές διαύλων του ασβεστίου*. Η οποιαδήποτε τυχόν πρόσφατη τροποποίηση στη δοσολογία των φαρμάκων ή προσθήκη φαρμάκων ορίστηκε ως *αλλαγή φαρ-*

μακευτικής αγωγής στην ανάλυση. Οι ασθενείς χωρίστηκαν σε δύο ομάδες, ανάλογα με τα επίπεδα καλίου: την ομάδα φυσιολογικού επιπέδου καλίου (με επίπεδο καλίου ορού ≥ 3.5 mEq/l, αποκαλούμενη ομάδα NK) και την ομάδα υποκαλιαιμίας (με επίπεδο καλίου ορού < 3.5 mEq/l, αποκαλούμενη ομάδα HK).

Στατιστική ανάλυση

Για την στατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το SPSS v.18, Chicago, USA. Οι αριθμητικές μεταβλητές, όπως η ηλικία, η συστολική και η διαστολική πίεση αίματος, εκφράζονται ως μέση $\pm$ τυπική απόκλιση. Οι συσχετίσεις μεταξύ των ομάδων έγιναν με τη χρήση t-test ανεξάρτητου δείγματος. Οι κατηγορηματικές μεταβλητές, όπως το φύλο και η χρήση διαφόρων αντι-υπερτασικών φαρμάκων, μελετήθηκαν μέσω του χ^2 test. Οι συσχετίσεις αξιολογήθηκαν με τη χρήση των μεθόδων Spearman και Pearson, όπως χρειαζόταν.

Αποτελέσματα

Το σύνολο των ασθενών που προσήλθαν στο τμήμα επειγόντων περιστατικών από τον Ιανουάριο 2008 έως τον Ιανουάριο 2011 ήταν 12678 ασθενείς. Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 519 ασθενείς με μέση ηλικία 68,6 έτη ($SD \pm 9,4$ έτη). Στον **πίνακα 1** παρουσιάζονται τα δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά του δείγματος στο σύνολο των ασθενών αλλά και ως προς τις υποομάδες κατηγοριοποιημένα ανάλογα με τα επίπεδα καλίου. Υποκαλιαιμία παρουσιάζουν 11% του δείγματος όπου η πλειοψηφία αυτών ήταν άτομα μεγάλης ηλικίας (72,5 έτη, $SD=8.6$; έτη).

Πίνακας 1
Χαρακτηριστικά του πληθυσμού και των επιπέδων καλίου των υπό-ομάδων

	Total			Φυσιολογικά επίπεδα Καλίου			Υποκαλιαιμία			
	n=519			n=462			n=57			
	Mean	SD	N%	Mean	SD	N%	Mean	SD	N%	p*
Ηλικία	68,6	9,4		68,2	9,4		72,5	8,6		0,001
Άνδρες			60,5%			60,2%			57,3%	0,698
Συστολική αρτηριακή πίεση	169,9	12,9		169,6	12,7		172,4	14,5		0,126
Διαστολική πίεση	89,4	10,6		89,3	10,5		89,8	10,9		0,724
Επίπεδα Καλίου	4,27	0,48		4,4	0,31		3,2	0,18		<0,001
Θειαζιδικά διουρητικά			32,8%			26,6%			82,5%	<0,001
Διουρητικά αγκύλης			5%			4,1%			12,3%	0,008
Καλιοπροστατευτικά διουρητικά			6%			7%			0	0,044
Αναστολείς ACEi/ARB			75%			75,8%			68,4%	0,228
β-αναστολείς			27,9%			28,6%			22,8%	0,36
Αποκλειστές διαύλων ασβεστίου			33,3%			34%			28,1%	0,372
Αριθμός φαρμάκων	1,8	0,8		1,8	0,8		2,1	0,7		0,001
Συνδυασμός φαρμακευτικής αγωγής			62,8%			60,6%			80,7%	0,003
Αλλαγή αγωγής			8,1%			7,1%			15,8%	0,024

Οι χρήστες διουρητικών είχαν χαμηλότερα επίπεδα και οι χρήστες καλιοπροστατευτικών διουρητικών είχαν υψηλότερα επίπεδα καλίου ορού (**Πίνακας 2**).

Πίνακας 2
Επίπεδα καλίου σύμφωνα με την κατηγορία φαρμάκων που χρησιμοποιούνται

	Φυσιολογικά Επίπεδα Καλίου				
	Mean	SD	Mean	SD	
Χρήση φαρμακευτικής αγωγής	Ναι		Όχι		p
Θειαζιδικά διουρητικά	4,05	0,57	4,38	0,38	<0,001
Διουρητικά αγκύλης	4,02	0,59	4,28	0,47	0,032
Καλιοπροστατευτικά διουρητικά	4,5	0,24	4,25	0,48	<0,001
Αναστολείς ACEi/ARB	4,3	0,45	4,19	0,54	0,024
β-αναστολείς	4,3	0,44	4,26	0,49	0,382
Αποκλειστές διαύλων ασβεστίου	4,29	0,46	4,26	0,49	0,467
Συνδυασμός φαρμακευτικής αγωγής	4,22	0,49	4,35	0,45	0,00
Αλλαγή φαρμάκων	4,1	0,58	4,28	0,47	0,047

Η κρίσιμη υποκαλιαιμία, οριζόμενη ως «επίπεδα καλίου $\leq 3,0$ mEq/l», εντοπίστηκε σε 13 ασθενείς. Οι 42 ασθενείς ανέφεραν πρόσφατη αλλαγή στη δοσολογία των φαρμάκων ή πρόσθεση νέου αντι-υπερτασικού φαρμάκου. Ο **Πίνακας 3** δείχνει τα χαρακτηριστικά των ασθενών που είχαν κάνει αλλαγή στην φαρμακευτική αγωγή τους σε σχέση με αυτούς που δεν είχαν αλλάξει τίποτα. Αυτοί οι ασθενείς είχαν χαμηλότερα επίπεδα καλίου ορού και χαμηλότερες τιμές SBP και DBP, λάμβαναν περισσότερα αντι-υπερτασικά φάρμακα και λάμβαναν συχνότερα διουρητικά θειαζιδής. Αρνητικές συσχετίσεις βρέθηκαν μεταξύ των επιπέδων καλίου και της συστολικής ΑΠς ($R = -0,14$, $p = 0,002$), της διαστολικής ΑΠς ($R = -0,148$, $p = 0,001$) και της μέσης πίεσης αίματος ($R = -0,163$, $p < 0,001$).

Πίνακας 3
Χαρακτηριστικά ασθενών σύμφωνα με πρόσφατη αλλαγή στην αντιυπερτασική αγωγή

	Αλλαγή στην φαρμακευτική αγωγή						
	Όχι (n=477)			Ναι (n=42)			
	Mean	Standard Deviation	N%	Mean	Standard Deviation	N%	p
Ηλικία	68,7	9,5		68,1	8,7		0,672
Άνδρες			61,8%			59,5%	0,767
Συστολική αρτηριακή πίεση	170,2	13		166,3	10,2		0,023
Διαστολική πίεση	89,7	10,6		85,7	9,3		0,018
Επίπεδα Καλίου	4,28	0,47		4,1	0,58		0,047
Υποκαλιαιμία			10,1%			21,4%	0,024
Διουρητικά (Θειαζίδες)			30,2%			61,9%	<0,001
Διουρητικά αγκύλης			4,4%			11,9%	0,033
Καλιοπροστατευτικά διουρητικά			5,2%			14,3%	0,018
Αναστολείς ACEi/ARB			74,2%			83,3%	0,19
β-αναστολείς			28,5%			21,4%	0,327
Αποκλειστές διαύλων του ασβεστίου			33%			33,3%	1
Αριθμός φαρμάκων	1,82	0,83		2,52	0,8		<0,001
Συνδυασμός φαρμακευτικής αγωγής			61,2%			81%	0,011

Συζήτηση

Η υποκαλιαμμία είναι ένα συχνό εύρημα σε ασθενείς που προσέρχονται στα ΤΕΠ με διαγνωσμένη αλλά ανεξέλεγκτη υπέρταση. Η ηλικία, όπως προβλεπόταν¹, η χρήση διουρητικών θειαζίδης και διουρητικών αγκύλης ήταν παράγοντες που προδιέθεταν για την υποκαλιαμμία. Επίσης, τα καλιοπροστατευτικά διουρητικά και σε μικρότερο ποσοστό, τα ACEi/ARBs έδειξαν προστατευτικά αποτελέσματα. Η υποκαλιαμμία ήταν πιο συχνή σε ασθενείς με πρόσφατη αλλαγή φαρμακευτικής αγωγής, εξαιτίας των υψηλών επιπέδων διουρητικών θειαζίδης. Οι 13 ασθενείς (2,5%) είχαν κρίσιμα χαμηλά επίπεδα καλίου ορού, όπου απαιτήθηκε άμεση παρέμβαση.

Το θέμα των ασθενών που προσέρχονται στα έκτακτα περιστατικά με αυξημένη πίεση αίματος έχει συζητηθεί και μελετηθεί εκτενώς. Το Αμερικανικό Κολλέγιο Επειγόντων Περιστατικών (The American College of Emergency Physicians) έχει δημοσιεύσει κατευθυντήριες οδηγίες για τη διαχείριση αυτών των ασθενών.⁷ Όμως, αυτή η κλινική πολιτική και άλλες μελέτες έχουν εστιάσει στην ανίχνευση της υπέρτασης σε μη διαγνωσμένους ασθενείς. Λίγες έρευνες έχουν γίνει σε ασθενείς με διαγνωσμένη αλλά ανεξέλεγκτη υπέρταση στα έκτακτα περιστατικά. Υπάρχουν μελέτες σχετικά με επείγοντα περιστατικά υπέρτασης^{8,9} όπου η ανεξέλεγκτη υπέρταση είναι συνήθως ασυμπτωματική, από την στιγμή που γνωρίζουμε ότι, κάθε αύξηση 20 mmHg στη SBP ή 10 mmHg στη DBP διπλασιάζει τον κίνδυνο καρδιαγγειακών συμβάντων.¹⁰ Ο Baumann και συν. αναφέρουν ότι από τους ασθενείς που προσέρχονται στα έκτακτα περιστατικά με αυξημένη πίεση αίματος, το 49% είχε γνωστή, θεραπευμένη αλλά ανεξέλεγκτη υπέρταση.¹⁰ Ο Fleming και συν. ανέφεραν ότι 32,8% των ασθενών με αυξημένα επίπεδα πίεσης αίματος στα έκτακτα περιστατικά ήδη λάμβαναν αντι-υπερτασικά φάρμακα.¹¹ Από την ανακάλυψή τους περισσότερο από 50 χρόνια πριν, τα διουρητικά έχουν παραμείνει ο ακρογωνιαίος λίθος στη διαχείριση της υπέρτασης.¹² Αρκετές μελέτες έχουν επίσης δείξει ότι η αντι-υπερτασική θεραπεία που βασίζεται σε διουρητικά μειώνει την εμφάνιση ανεπιθύμητων αποτελεσμάτων.^{13,14} Η υποκαλιαμμία αυξάνει τον κίνδυνο ξαφνικού θανάτου¹⁵ και ελαχιστοποιεί την επίπτωση της μείωσης της πίεσης του αίματος στην πρόληψη των καρδιακών νοσημάτων.¹⁶ Σε μελέτη SHEP, οι ασθενείς με υποκαλιαμμία έχασαν όλα τα οφέλη από την αντι-υπερτασική θεραπεία και ο κίνδυνός τους για καρδιαγγειακά συμβάντα ήταν όμοιος με τον κίνδυνο ασθενών που λάμβαναν placebo¹⁷. Η επιπλοκή που παρατηρείται από τις χαμηλές δόσεις θειαζίδης στην αύξηση του κινδύνου εμφάνισης διαβήτη μπορεί να οφείλεται, εν μέρει, στην υποκαλιαμμία.¹⁸ Τα χαμηλά επίπεδα καλίου ορού μπορεί επίσης να μειώσουν την αντι-υπερτασική αποτελεσματικότητα της θεραπείας, με τη συμπλήρωση καλίου να έχει φανεί σε κάποιες μελέτες ότι συμβάλλει στη μείωση της πίεσης αίματος. Στη δική μας μελέτη έχει επίσης βρεθεί μία σημαντική αρνητική συσχέτιση μεταξύ πίεσης αίματος και επιπέδων καλίου ορού.

Συμπερασματικά, η υποκαλιαμμία είναι συχνό φαινόμενο σε ασθενείς που προσέρχονται στο ΤΕΠ με απορρύθμιση της ΑΥπ ιδιαιτέρως σε πιο ηλικιωμένους και σε εκείνους που λαμβάνουν διουρητικά. Επίσης, εμφανίζεται συχνά σε ασθενείς που έχουν τροποποιήσει πρόσφατα την αντι-υπερτασική τους αγωγή. Με δεδομένο ότι η υποκαλιαμμία αποτελεί παράγοντα κινδύνου για καρδιαγγειακά συμβάματα και ελαττώνει το όφελος της αντι-υπερτασικής θεραπείας, είναι αναγκαίο να πραγματοποιείται έλεγχος των επιπέδων K⁺ σε ασθενείς με απορρύθμιση της ΑΠ και μετά από αλλαγή της φαρμακευτικής αγωγής.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Elliott W. Management of hypertension in the very elderly patient. *Hypertension*, 2004; 44: 800–804.
2. Burt VL, Whelton P, Roccella EJ, Brown C, Cutler JA, Higgins M, et al. Prevalence of hypertension in the US adult population. Results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988–1991. *Hypertension*. 1995; 25: 305–313.
3. Vasan RS, Beiser A, Seshadri S, Larson MG, Kannel WB, D'Agostino RB, et al. Residual lifetime risk for developing hypertension in middle-aged women and men: The Framingham Heart Study. *JAMA*. 2002; 287: 1003–1010.

4. Karras DJ, Ufberg JW, Heilpern KL, Cienki JJ, Chiang WK, Wald MM, Harrigan RA, Wald DA, Shayne P, Gaughan J, Kruus LK. Elevated blood pressure in urban emergency department patients. *Acad Emerg Med*. 2005 Sep;12(9):835-43
5. Cohen JD, Neaton JD, Prineas RJ, Daniels KA. Diuretics, serum potassium and ventricular arrhythmias in the Multiple Risk Factor Intervention Trial. *Am J Cardiol* 1987; 60: 548-54
6. Decker WW, Godwin SA, Hess EP, Lenamond CC, Jago-da AS. Clinical policy: critical issues in the evaluation and management of adult patients with asymptomatic hypertension in the emergency department. *Ann Emerg Med* 2006; 47: 237-249
7. Vlcek M, Bur A, Woisetschlöger C, Herkner H, Laggner AN, Hirschl MM. Association between hypertensive urgencies and subsequent cardiovascular events in patients with hypertension. *J Hypertens*. 2008 ;26: 657-62.
8. Bender SR, Fong MW, Heitz S, Bisognano JD. Characteristics and management of patients presenting to the emergency department with hypertensive urgency. *J Clin Hypertens (Greenwich)*. 2006 Jan;8(1):12-8.,
9. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, et al. The seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure [the JNC 7 report]. *JAMA*. 2003; 289: 2560-2572.
10. Baumann BM, Cienki JJ, Cline DM, Egging D, Lehrmann JF, Tanabe P. Evaluation, management, and referral of elderly emergency department patients with elevated blood pressure. *Blood Press Monit*. 2009; 14: 251-256.
11. Fleming J, Meredith C, Henry J. Detection of hypertension in the emergency department. *Emerg Med J* 2005; 22: 636-639
12. Moser M, Macauley AI. Chlorothiazide as an adjunct in the treatment of essential hypertension. *Am J Cardiol*. 1959;3(2):214-219.
13. Carter BL, Ernst ME, Cohen JD: Hydrochlorothiazide versus chlorthalidone: Evidence supporting their interchangeability. *Hypertension* 43: 4-9, 2004
14. Psaty BM, Smith NL, Siscovick DS, Koepsell TD, Weiss NS, Heckbert SR, Lemaître RN, Wagner EH, Furberg CD: Health outcomes associated with antihypertensive therapies used as first-line agents. A systematic review and meta-analysis. *JAMA* 2004; 277: 739-745..
15. Cohen HW, Madhavan S, Alderman MH. High and low serum potassium associated with cardiovascular events in diuretic-treated patients. *J Hypertens* 2001;19:1315-1323.
16. Franse LV, Pahor M, Di Bari M, Somes GW, Cushman WC, Applegate WB. Hypokalemia associated with diuretic use and cardiovascular events in the Systolic Hypertension in the Elderly program. *Hypertension*. 2000; 35: 1025-30..
17. Verdecchia P, Reboldi G, Angeli F, et al. Adverse prognostic significance of new diabetes in treated hypertensive subjects. *Hypertension* 2004;43:963-969
18. Zillich AJ, Garg J, Basu S, et al. Thiazide diuretics, potassium, and the development of diabetes: a quantitative review. *Hypertension* 2006;48:219-224.
19. Kaplan NM, Carnegie A, Raskin P, Heller JA, Simmons M. Potassium supplementation in hypertensive patients with diuretic-induced hypokalemia. *N Engl J Med*. 1985; 312: 746 -749

Εκπαίδευση στην Επείγουσα και Εντατική Νοσηλευτική Φροντίδα Πρώτος Κύκλος Μαθημάτων

Η Επιτροπή του TEEN ανέπτυξε μελέτη online που αφορούσε στις ανάγκες εκπαίδευσης του νοσηλευτικού προσωπικού εργαζόμενου ΜΕΘ και ΤΕΠ. Συνολικά συμμετείχαν 189 νοσηλεύτριες που εργάζονται σε χώρους παροχής επείγουσας και εντατικής φροντίδας και τα αποτελέσματα από την ανάλυση των απαντήσεών τους οδήγησαν την Επιτροπή του TEEN να συνθέσει τον πρώτο **Κύκλο Μαθημάτων** που ένα μέρος αυτών θα αφορά στη «Διαχείριση των Λοιμώξεων σε ΜΕΘ και ΤΕΠ νοσοκομείων Ενηλίκων και Παιδών».

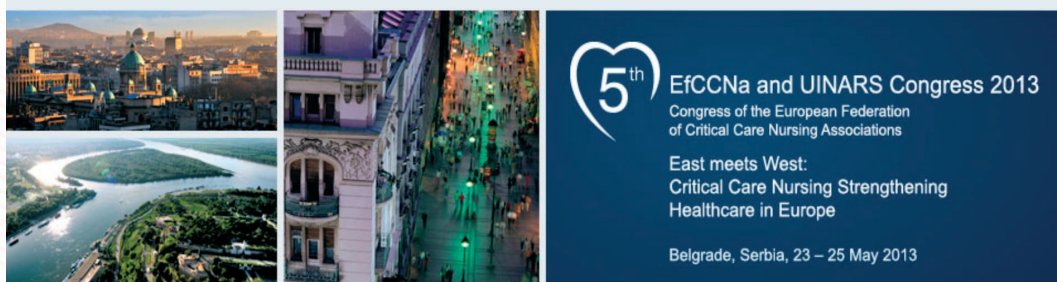
Α. Η έναρξη των μαθημάτων θα γίνει τον Οκτώβριο του 2013 και η θεματολογία που θα αναπτυχθεί θα αναρτηθεί στο site του ΕΣΝΕ.

Β. Θα πραγματοποιηθούν 3ωρα μαθήματα στο χώρο του ΕΣΝΕ, τις ημερομηνίες:

- 2 Οκτωβρίου 2013, ημέρα Τετάρτη και ώρα 16.00-19.00
- 16 Οκτωβρίου 2013, ημέρα Τετάρτη και ώρα 16.00-19.00
- 6 Νοεμβρίου 2013, ημέρα Τετάρτη και ώρα 16.00-19.00
- 20 Νοεμβρίου 2013, ημέρα Τετάρτη και ώρα 16.00-19.00
- 4 Δεκεμβρίου 2013, ημέρα Τετάρτη και ώρα 16.00-19.00
- 18 Δεκεμβρίου 2013, ημέρα Τετάρτη και ώρα 16.00-19.00

Περισσότερες πληροφορίες τόσο για τη θεματολογία όσο και για τους όρους συμμετοχής στον Κύκλο Μαθημάτων θα αναρτηθούν σύντομα στο site του ΕΣΝΕ www.esne.gr όπου θα υπάρχει φόρμα που θα πρέπει να συμπληρώσουν οι ενδιαφερόμενοι με τα προσωπικά τους στοιχεία. Τα μαθήματα θα πραγματοποιηθούν σε συνεργασία του TEEN και της Ελληνικής Εταιρείας Λοιμώξεων, η οποία θα συνυπογράφει τα πιστοποιητικό παρακολούθησης. Θα υπάρξει διαδραστική συμμετοχή όσων παρακολουθούν και παρέμβαση από νοσηλεύτες που εργάζονται σε χώρους (Ελλάδα ή εξωτερικό) όπου εφαρμόζονται **Βέλτιστες Πρακτικές (Best Practices)** έτσι ώστε να δοθούν κατευθύνσεις επίτευξης του επιθυμητού στόχου. Επίσης όλοι οι συμμετέχοντες θα λαμβάνουν ηλεκτρονικό υλικό που θα τους δώσει τη δυνατότητα εφαρμογής των πρακτικών στους χώρους εργασίας τους. Η συμμετοχή όλων θεωρείται πολύ σημαντική έτσι ώστε να αλλάξουμε τις συνθήκες εργασίας **ΒΕΛΤΙΩΝΟΝΤΑΣ ΤΗΝ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ**

Για την Επιτροπή του TEEN
Η Πρόεδρος
Δρ. Μαρία Καλαφάτη



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

Μεσογείων 2, Γ' Κτίριο Πύργος Αθηνών, Αθήνα 115 27, Τηλ.: 210 7702861, Fax: 210 7790360

Εκδότες:

Μαρία Τσερώνη, Δημήτρης Δημητράλλης

Συντακτική Επιτροπή:

**Μαρία Καλαφάτη, Νικόλαος Γιάκης, Μαργίτα Σκοπελίτου, Άννα Κορομπέλη,
Δημήτριος Ξυθάλης, Αλκέτα Σπύρου, Φωτεινή Τολίκα**

Επιμέλεια - Παραγωγή έκδοσης

ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ Α.Β.Ε.Ε.

ΓΡΑΨΕ ΚΑΙ ΕΣΥ ΓΙΑ ΤΗΝ

ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ ΚΑΙ ΕΝΤΑΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

