

ap

pielęgniarstwo i położnictwo

www.pzwl.pl

 PZWL

Stres w pracy

Cena 17 PLN (w tym 5% VAT)

ISSN 2391-9515



9 772391 951803 05

Jakość życia pacjenta ze stomią przełykową w warunkach domowych

mgr piel. Irena Sikora-Mysiek

mgr pedagogiki opiekuńczo-wychowawczej, doktorantka Uniwersytetu Opolskiego
Z-ca Dyrektora Medycznego „HOSP-MED” Pielęgniarskiej Opieki Długoterminowej w Częstochowie, specjalista pielęgniarstwa rodzinnego, Prezes Towarzystwa Stomijnego „POL-ILKO” Oddziału Regionalnego w Częstochowie, Przewodnicząca Koła Terenowego Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego

Ezożagostomia, czyli przetoka przełykowa, wykonywana jest u pacjentów z powodu niedrożności przełyku wywołanej m.in. przez: nowotwory gardła i szyi, pozapalne zwężenie oraz uszkodzenie przez ciało obce. Często towarzyszy jej wytworzenie przetoki żołądkowej (gastrostomii). Dla przypomnienia – stomia odżywcza to chirurgicznie wykonane połączenie między górnym odcinkiem przewodu pokarmowego a skórą na powłokach brzusznych.

Rozpoczęcie i prowadzenie leczenia żywieniowego w warunkach domowych wymaga od całego zespołu terapeutycznego ustalenia, wdrożenia i przestrzegania szeregu działań.

Najważniejsze z nich to:

- ocena kondycji pacjenta oraz stwierdzenie, iż nie jest możliwe jego skuteczne odżywianie drogą doustną,
- określenie poziomu intelektualnego chorego lub jego opiekuna (konieczne jest przeszkolenie w zakresie zasad leczenia),
- dobranie odpowiedniego programu leczenia zapewniającego stabilny stan metaboliczny chorego,
- ocena stanu układu pokarmowego – musi istnieć możliwość podawania pacjentowi co najmniej 1000 kcal,
- zapewnienie transportu do ośrodka, w celu wykonania badań ze wskazań medycznych,
- zapewnienie wizyt domowych (pielęgniarskiej i lekarskiej) zgodnie z harmonogramem wizyt domowych zdefiniowanym w załącznikach do rozporządzenia,

➤ dostarczanie preparatów, sprzętu i niezbędnych środków opatrunkowych do domu pacjenta specjalnie do tego przeznaczonym transportem, w sposób i w warunkach zapewniających ich dowóz bez narażenia na zanieczyszczenie lub zmianę właściwości fizykochemicznych i farmakologicznych.

Leczenie żywieniowe pacjentów z ezożagostomią w każdym przypadku powinno być integralną częścią terapii prowadzonej w celu poprawy stanu odżywienia pacjenta, jego rokowania oraz przyspieszenia powrotu do zdrowia. Terapia żywieniowa powinna być kompletna, tak aby dostarczała organizmowi wszystkich składników odżywczych. Na poziomie komórkowym są one niezbędne, natomiast niedobór któregośkolwiek z nich uniemożliwia skuteczne wykorzystanie pozostałych.

Ryzyko niedożywienia

Opieka nad pacjentem powinna przebiegać zgodnie ze standardem Polskiego Towarzystwa Żywienia Pozajelitowego (parenteralne) i Dojelitowego (enteralne). W kwestii podwyższenia jakości życia pacjenta z ezożagostomią istotą jest zapobieganie niedożywieniu. Przypomnijmy – niedożywienie (ang. *malnutrition*) to stan metaboliczny spowodowany niedostateczną podażą pokarmową lub znaczną utratą substancji odżywczych, dotyczący głównie niedoborów energii i białka. Wyróżniamy trzy rodzaje niedożywienia:

1. **Kwashiorkor** – charakteryzuje się spadkiem stężenia białek w surowicy, zwłaszcza

albumin i innych białek o krótkim okresie półtrwania, oraz spadkiem odporności komórkowej.

2. Marasmus – to zmniejszenie masy ciała z zachowaniem prawidłowych stężeń białka i albumin w surowicy, które ulegają obniżeniu dopiero w końcowym stadium niedożywienia. Ten typ jest następstwem przewlekłego, niepowikłanego głodzenia. Określany jest mianem łagodnego, ale może być źródłem poważnych powikłań po operacji lub po urazie.

3. Mieszane – polega na obniżeniu stężenia wszystkich rodzajów białek i zawartości tkanki tłuszczowej w wyniku niedostatku białek i składników energetycznych albo wysokiego katabolizmu w następstwie urazu czy choroby.

Niedożywienie możemy podzielić na pierwotne i wtórne.

Niedożywienie pierwotne:

- upośledzenie odporności,
- niedokrwistość niedobarwliwa,
- zaburzenia gospodarki wodno-elektrolitowej,
- osłabienie perystaltyki jelit, atrofia błony śluzowej, zmniejszenie masy jelit,
- powikłania pooperacyjne ze strony układu oddechowego, krążenia czy układu moczowego.

Niedożywienie wtórne:

- wzrost częstości zakażeń,
- zaburzenia gojenia ran,
- rozejście zespołów przewodu pokarmowego.

Przyczyny niedożywienia

Etiologia niedożywienia ma różne podłoże, m.in.:

1. Patofizjologiczne:

- brak łaknienia (choroba nowotworowa, anoreksja, bulimia, depresja, pasożyty przewodu pokarmowego),
 - zaburzenia odruchu połykania (zaburzenia świadomości),
 - trudności w połykaniu (zwężenie lub niemożność przełyku, wpustu lub odźwiernika),
 - przeciwwskazania do karmienia doustnego (ciężki uraz lub zabieg operacyjny w obrębie przełyku oraz przewodu pokarmowego).
- 2. Związane z rozpoznaną jednostką chorobową i leczeniem, np.:**
- choroba Parkinsona,
 - choroba Alzheimera,

- stwardnienie rozsiane,
- stwardnienie zanikowe boczne,
- porażenie mózgowe,
- miastenia.

3. Czynniki rozwojowe:

- młodociani: nerwica anorektyczna,
- wady wrodzone,
- osoby w wieku podeszłym: problemy z gryzieniem, zmniejszony zmysł smaku, obniżony apetyt, demencja starcza.

Sposoby podaży diety

Podawanie diety zależy nie tylko od jej temperatury, tempa podaży, jej gęstości energetycznej (kcal/ml), podawania płynów obojętnych, sposobu ich podawania i osmolarności, ale także od umiejscowienia końca zgłębnika w przewodzie pokarmowym, rodzaju zgłębnika oraz rodzaju diety. W żywieniu dojelitowym (enteralnym) wykorzystujemy następujące metody: pojedyncze porcje (bolusy), metodę przerywaną, ciągłą, cykliczną i nocną.

Należy pamiętać o płukaniu zgłębnika płynem obojętnym o objętości 20–30 ml. Pompy perystaltyczne wykorzystywane w celu żywienia dojelitowego mają wbudowaną funkcję płukania żołądka. Nieprawidłowe płukanie zgłębnika lub jego brak najczęściej prowadzi do zatkania i konieczności jego wymiany, szczególnie w przypadku diet zawierających włókna pokarmowe.

Prawo i praktyka

Domowe żywienie dojelitowe realizowane jest w Polsce przez ośrodki posiadające umowę z NFZ. Są to ośrodki przyszpitalne, poradnie ambulatoryjne, sieci poradni prowadzące domowe żywienie jelitowe. Jednostki te mają różne struktury organizacyjne, ale prowadząc domowe żywienie dojelitowe należące do świadczeń odrębnie kontraktowanych, podlegają takim samym zasadom kontraktowania w ramach umowy z NFZ.

Podstawy prawne dotyczące wymogów merytorycznych oraz finansowania zawarte są w ustawie z dn. 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2004, nr 210, poz. 2135) oraz Zarządzeniu nr 88/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dn. 18 grudnia 2013 roku (zał. nr 4 do tego zarządzenia). Zmiany w tych

wymogach są zwykle ustalane w porozumieniu z towarzystwami naukowymi.

Podczas III Kongresu Wyzwań Zdrowotnych w Katowicach (8–10 marca 2018 r.) eksperci podkreślali, iż od 1 stycznia 2012 roku jest obowiązek oceny stanu odżywiania pacjenta zaraz przy przyjęciu, na podstawie skal NRS lub SGA. Po analizie osoby z niedożywieniem powinny być wsparte odpowiednią dietą. Ponieważ chorzy mają słabszą odporność, zwiększa się u nich liczba infekcji w ciągu roku, częściej mają po nich powikłania, zmuszeni są do korzystania z pomocy osób trzecich, ich jakość życia jest obniżona i skraca się długość życia pacjenta. Ważną kwestią jest również zwiększenie świadczeń w ramach umowy z NFZ, gdyż zapotrzebowanie na nie wzrasta, a obecnie jest ono limitowane. Systematycznie zwiększa się liczba chorych, u których należałoby wdrożyć domowe żywienie dojelitowe. Dzięki temu świadczeniu pacjenci – pomimo swojej dysfunkcji, jaką jest ezofagostomia spowodowana zwykle chorobą podstawową – mają szansę funkcjonować prawidłowo.

Ważne wnioski

Podsumowując, częstotliwość spotkań i rozmów z pacjentem zespół powinien ustalać indywidualnie z chorym w zależności od rozpoznanych potrzeb w tym zakresie. Na życzenie pacjenta w procesie edukacyjnym możemy zapraszać bliskie mu osoby.

Powstało wiele organizacji pomagających pacjentom ze stomią w przystosowaniu się do życia z przetoką i readaptacji społecznej. Ich głównymi zadaniami są: edukacja pacjentów, ich rodzin i personelu medycznego w zakresie prawidłowej opieki nad pacjentem stomijnym oraz integrowanie stomików umożliwiające im wymianę doświadczeń i wzajemne wsparcie.

Na uwagę zasługują też bezpłatne programy pomocy pacjentom stomijnym, gdzie pacjenci regularnie otrzymują pocztą porady medyczne i pielęgnacyjne, mogą korzystać z telefonicznej linii informacyjnej, porad pielęgniarki stomijnej, psychologa, seksuologa i chirurga. Organizowane są również spotkania osób ze stomią i turnusy sanatoryjne.

REKLAMA

 PWN  PZWL
INSTYTUT



II OGÓLNOPOLSKA KONFERENCJA

**POŁOŻNA W ŚWIECIE
NAUKI I PRAKTYKI**

22-23 MARCA 2019 r.

Warszawa, Golden Floor Tower, ul. Chłodna 51, 32 piętro



KIEROWNIK NAUKOWY KONFERENCJI
Prof. dr hab. n. med. Ewa Dmoch-Gajzlerska

*Nie może Cię
tam zabraknąć!*