

Τι είναι η υποθρεψία;

Η κατάσταση στην οποία περιέρχεται ο οργανισμός όταν αδυνατεί να καλύψει τις ανάγκες του σε θερμίδες και θρεπτικές ουσίες λόγω ανεπαρκούς λήψης τροφής, αυξημένων αναγκών, ή απώλειας μέσω εμέτων ή διαρροιών.

Πώς γίνεται η διάγνωση;

Η διάγνωση βασίζεται στη σύγκριση του βάρους και του ύψους του παιδιού, καθώς και της περιμέτρου του μέσου βραχίονα (Εικόνα 1) και των δερματικών πτυχών (Εικόνα 2) με τυποποιημένα διαγράμματα.



Πόσο συχνή είναι;

- ▶ Η συχνότητα της υποθρεψίας που δεν οφείλεται σε οργανικό νόσημα, υπολογίζεται στο γενικό παιδιατρικό πληθυσμό των αναπτυγμένων χωρών, σε ποσοστό 1,3-3,9%.
- ▶ Στα βρέφη με χαμηλό βάρος γέννησης (small for date), η συχνότητα της υποθρεψίας μπορεί να φθάσει σε ποσοστό 20%.
- ▶ Στα παιδιά με χρόνια νόσημα, η υποθρεψία είναι συχνότερη και υπολογίζεται σε ποσοστό ~30%. Ειδικότερα, στα βρέφη με συγγενή καρδιοπάθεια μπορεί να φθάσει σε ποσοστό 40-60%, με κυστική ίνωση σε 20-50%, στα παιδιά με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια ή εγκεφαλική παράλυση σε 30-40%, με συμπαγείς όγκους σε 20-30%, ενώ σε ασθενείς με νόσο του Crohn, η υποθρεψία κατά τη διάγνωση μπορεί να φθάσει σε ποσοστό ~80%, η δε σωματική καδυστέρευση μπορεί να αναπτυχθεί κατά την πορεία της νόσου σε ποσοστό ~40%.

Τι επιπτώσεις έχει στον οργανισμό;

Η υποθρεψία διαταράσσει τους μηχανισμούς άμυνας του οργανισμού και τη λειτουργία ποικίλων οργάνων και συστημάτων, όπως του πεπτικού, του καρδιαγγειακού, του αναπνευστικού, του μυϊκού συστήματος κ.ά. Αποτέλεσμα των παραπάνω, είναι οι συχνές λοιμώξεις και η ανάπτυξη ποικίλων επιπλοκών, που επιδεινώνουν την πορεία της νόσου και αυξάνουν το χρόνο και το κόστος νοσηλείας των ασθενών.

Πώς αντιμετωπίζεται;

- ▶ Με διαιτητική συμβουλευτική, όταν το παιδί σιτίζεται, αλλά αδυνατεί να καλύψει τις ανάγκες του σε θερμίδες.
- ▶ Με αύξηση της περιεκτικότητας του διαιτολογίου σε θερμίδες, η οποία επιτυγχάνεται με τους παρακάτω τρόπους:
 - α) Με χορήγηση ειδικών τροφών σε υγρή μορφή, πλούσιων σε θερμίδες (1ml=1-1,5Kcal), που παρέχουν πρωτεΐνη, λιπίδια, υδατάνθρακες, βιταμίνες, μέταλλα και ιχνοστοιχεία, και
 - β) Με πρόσδεση στο σύννηδες διαιτολόγιο του παιδιού ειδικών σκευασμάτων υδατανθράκων σε σκόνη και λιπιδίων (μακράς και μέσης αλύσου τριγλυκεριδίων) σε υγρή μορφή.
- ▶ Με σίτιση με καθετήρα ή στομία μέσω αντλίας συνεχούς έγχυσης, όταν το παιδί αποτυγχάνει με τους παραπάνω τρόπους να καλύψει τις δερμιδικές ανάγκες του.
- ▶ Η σίτιση μέσω αντλίας γίνεται συνήθως με στάγδην, συνεχή έγχυση, ώστε να είναι καλύτερα ανεκτή και πραγματοποιείται κατά τις ώρες του νυκτερινού ύπνου, ώστε να μην παρεμποδίζονται η ημερήσια σίτιση και οι δραστηριότητες του παιδιού (Εικόνα 3). Στα παιδιά που έχουν πλήρη αδυναμία σίτισης, η ρινογαστρική σίτιση εφαρμόζεται κατά τη διάρκεια όλου του εικοσιτετραώρου.



Εικόνα 3

Στόχοι της εντερικής σίτισης

- ▶ Οι στόχοι της εντερικής σίτισης είναι η διόρθωση της υποθρεψίας, η αναστροφή της σωματικής καδυστέρευσης, και/ή η συντήρηση της κατάστασης της θρέψης σε περιόδους κατά τις οποίες ο ασθενής αδυνατεί να το πράξει ο ίδιος (π.χ. κατά τη διάρκεια χημειοθεραπείας κ.ά.).
- ▶ Για τη διόρθωση της υποθρεψίας είναι αναγκαία η χορήγηση θερμίδων κατά 20-30% αυξημένων σε σχέση με τις ημερήσιες ανάγκες του παιδιού, για διάστημα λίγων μηνών. Αντίθετα, η διόρθωση της σωματικής καδυστέρευσης απαιτεί διάστημα μεγαλύτερο του έτους. Στα παιδιά με σοβαρά νευρομυϊκά νοσήματα, η εντερική σίτιση μέσω αντλίας μπορεί να συνεχιστεί επί μακρόν.

Τι εξοπλισμός απαιτείται;

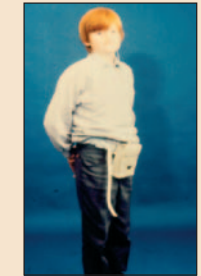
- ▶ Καθετήρας ή στομία και αντλία συνεχούς έγχυσης. Οι ρινογαστρικοί καθετήρες (Εικόνα 4) κατασκευάζονται συνήθως από πολυουραιθάνη ή σιλικόνη, γιατί δεν προκαλούν τοπικό ερεθισμό και απαιτούν αλλαγή του καθετήρα ανά μήνα. Προτιμούνται όταν η σίτιση προβλέπεται να διαρκέσει



Εικόνα 4



Εικόνα 5



Εικόνα 6

μικρό χρονικό διάστημα (< 3μήνες). Σε αντίθετη περίπτωση, προτιμάται η στομία (Εικόνα 5). Η τοποθέτηση του καθετήρα ή της στομίας στο δωδεκαδάκτυλο συνιστάται στις περιπτώσεις που υπάρχει κίνδυνος εισρόφησης, όπως π.χ. επί μη ελεγχόμενης γαστρο-οισοφαγικής παλινδρόμησης, επί ύπαρξης σοβαρού νευρομυϊκού νοσήματος κ.ά. Για τον ίδιο λόγο, η θέση του σώματος κατά τη ρινογαστρική σίτιση συνιστάται να είναι ανάρροπη στις 30°. Οι αντλίες είναι στατικές και φορητές. Οι τελευταίες χρησιμοποιούνται στις περιπτώσεις που το παιδί έχει ανάγκη σίτισης όλο το 24ωρο (Εικόνα 6).

Πότε διακόπτεται η εντερική σίτιση;

- ▶ Όταν το βάρος, το ύψος και οι λοιποί δείκτες της θρέψης του παιδιού (περίμετρος μέσου βραχίονα, δερματικές πτυχές κ.ά), έχουν αποκατασταθεί, με βάση τυποποιημένα διαγράμματα.
- ▶ Όταν η κατάσταση της υγείας του παιδιού έχει βελτιωθεί και το ίδιο είναι σε θέση να καλύπτει ποσοστό ~80-90% των αναγκών του σε θρεπτικές ουσίες και σε θερμίδες, με το σύννηδες διαιτολόγιό του.

Ποιές τροφές χρησιμοποιούνται;

Ειδικές τροφές σε υγρή μορφή ή σε σκόνη, πλούσιες σε θερμίδες, σχεδιασμένες για να καλύπτουν πλήρως τις ανάγκες των παιδιών σε θρεπτικές ουσίες, βιταμίνες και ιχνοστοιχεία. Οι τροφές αυτές κατατάσσονται στις παρακάτω ομάδες:

► Πολυμερείς δίαιτες

Πλήρεις τροφές που περιέχουν ολική πρωτεΐνη για παιδιά με φυσιολογική λειτουργία του εντέρου. Η περιεκτικότητά τους σε θερμίδες κυμαίνεται από 1 - 1,5 kcal/ml.

► Ολιγομερείς δίαιτες

Πλήρεις τροφές που περιέχουν ολιγοπεπίδια για παιδιά με επηρεασμένη λειτουργία του εντέρου και γι' αυτά που σιτίζονται μέσω νησιδοστομίας.

► Στοιχειακές δίαιτες

Τροφές που περιέχουν αμινοξέα, δεν αφήνουν υπόλειμμα και δεν περιέχουν αλλεργιογόνα για παιδιά με φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου ή άλλου τύπου χρόνιες εντεροπάθειες.

► Δίαιτες για ειδικές ομάδες ασθενών

Πρόκειται για ειδικές δίαιτες μέσης αλύσου τριγλυκεριδίων (για ασθενείς με δυσαπορρόφηση λίπους), ελαττωμένης πρωτεΐνης (για ασθενείς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια), διακλαδούμενης αλύσου αμινοξέων (για ασθενείς με ηπατική ανεπάρκεια), εμπλουτισμένες με ανοσοτροποποιητικές ουσίες (γλουταμίνη κ.ά.) για καταβολικούς ασθενείς (π.χ. μονάδων εντατικής νοσηλείας) κ.ά.

Η Ευρωπαϊκή Εταιρεία Παιδιατρικής Γαστρεντερολογίας, Ηπατολογίας & Διατροφής (ESPGHAN) συνιστά την ίδρυση Ομάδων Θρεπτικής Υποστήριξης σε όλα τα τριτοβάθμια νοσοκομεία. Οι Ομάδες αυτές αποτελούνται από εξειδικευμένους στο αντικείμενο επιστήμονες (ιατρό, νοσηλεύτρια, διαιτολόγο) και είναι επιφορτισμένες με τα παρακάτω: την ανάδειξη των ασθενών υψηλού κινδύνου για ανάπτυξη υποθρεψίας, τη διάγνωση της υποθρεψίας, την έναρξη εντερικής σίτισης με την ενδεικνυόμενη για το κάθε παιδί μέθοδο και δίαιτα, την εκπαίδευση των παιδιών και των γονέων τους για τη συνέχιση της σίτισης στο σπίτι, τη συχνή παρακολούθηση του παιδιού για την πρόληψη και την αντιμετώπιση των επιπλοκών και την ταχύτερη επίτευξη των στόχων της θεραπευτικής αυτής παρέμβασης.



Εκδοση του Δ.Σ. της Ελληνικής Εταιρείας
Παιδιατρικής Γαστρεντερολογίας,
Ηπατολογίας & Διατροφής

Με την ευγενική χορηγία των Εταιρειών



Οι παραπάνω συστάσεις έχουν χαρακτήρα γενικό ενημερωτικό και σε καμία περίπτωση δεν υποκαθιστούν την κλινική εκτίμηση, αναγκαία για την εξατομίκευση του εργαστηριακού ελέγχου και της θεραπείας σε κάθε ασθενή, πράγμα που είναι αποκλειστική ευθύνη του θεράποντος ιατρού του.

Για περαιτέρω πληροφορίες και για επικοινωνία μαζί μας μπορείτε να απευθυνθείτε στην ιστοσελίδα

www.helspghan.org

Διοικητικό Συμβούλιο

Πρόεδρος: Αλεξάνδρα Παπαδοπούλου (Αθήνα)

Αντιπρόεδρος: Μαρία Φωτουλάκη (Θεσσαλονίκη)

Γενική Γραμματέας: Παναγιώτα Καφρίτσα (Αθήνα)

Ειδικός Γραμματέας: Θεόδωρος Ζιαμπάρας (Πάτρα)

Ταμίας: Αίγλη Ζέλλου (Αθήνα)

Η εικονογράφηση του εντύπου είναι του Σάββα Λαμπούδη

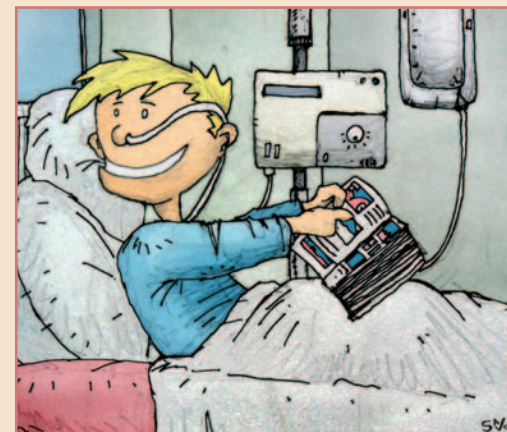
www.helspghan.org



Ελληνική Εταιρεία
Παιδιατρικής Γαστρεντερολογίας
Ηπατολογίας & Διατροφής

Υποστήριξη της θρέψης στα παιδιά

Πρακτικές οδηγίες
για τη χορήγηση
συμπληρωματικής
εντερικής σίτισης



ΑΘΗΝΑ 2007