

Διατροφική υποστήριξη ασθενούς σε κρίσιμη κατάσταση

Σ. Ζέττα

Διατροφική υποστήριξη

2

- Στόχος:
 - ▣ Να αποκαλύψει προϋπάρχουσα πλημμελή διατροφή
 - ▣ Να αποτρέψει επιπλέον ελλείμματα πρωτεϊνών και θερμίδων
 - ▣ Να βελτιστοποιήσει την παρούσα κατάσταση του ασθενούς
 - ▣ Να περιορίσει την περαιτέρω νοσηρότητα
- Η έκβαση ασθενών με πλημμελή πρόσληψη πρωτεϊνικών θερμίδων χαρακτηρίζεται από υψηλή θνητότητα και νοσηρότητα όπως καταβολή, ανοσοκαταστολή, αδυναμία επούλωσης πληγών, λοιμώξεις

- Όταν ασθενείς με εγκαύματα, τραύματα, χειρουργικές επεμβάσεις, σήψη έχουν πλημμελή πρόσληψη πρωτεϊνών-θερμίδων τότε η νευροενδοκρινική αντίδραση του οργανισμού προκαλεί υπερμεταβολισμό, υπερκαταβολισμό, αντίσταση στην ινσουλίνη με υπεργλυκαιμία και ελάττωση της μυϊκής μάζας του σώματος
- Ο οργανισμός προσαρμόζεται στην πείνα με μια σειρά ορμονικών μεταβολών
- Αργότερα το σώμα χρησιμοποιεί τα συστατικά του με αποτέλεσμα απώλεια σκελετικών μυών και λιπώδους ιστού

Αξιολόγηση της διατροφικής κατάστασης

4

- διατροφικό ιστορικό
 - Αξιολόγηση της διατροφικής πρόσληψης –τροφικές αλλεργίες, απέχθεια τροφών, χρήση συμπληρωμάτων διατροφής κλπ
 - Πρόσφατη αλλαγή βάρους-εκούσια ή ακούσια
 - Δυσκολίες στη μάσηση/κατάποση
 - Ναυτία, έμετος ή πόνος κατά την λήψη
 - Χρόνιες παθήσεις που επηρεάζουν την αξιοποίηση θρεπτικών συστατικών –(π.χ. δυσαπορρόφηση, παγκρεατίτιδα, σακχαρώδης διαβήτης)
 - Ασθένειες/καταστάσεις που αυξάνουν τις ενεργειακές ανάγκες
 - Χρήση φαρμάκων (π.χ. υπακτικά, αντιόξινα, αντιβιοτικά κλπ)
 - Χρήση οиноπνευματωδών ή εξαρτησιογόνων ουσιών
 - Πολιτισμικές προτιμήσεις
 - Τροφικές ιδιοτροπίες

Αξιολόγηση της διατροφικής κατάστασης

5

- Αξιολόγηση φυσικής κατάστασης
 - ▣ Απώλεια μυϊκού και λιπώδους ιστού
 - ▣ Αλλαγές στην τριχοφυΐα και παρουσία δερματικών αλλοιώσεων
- Ανθρωπομετρικά χαρακτηριστικά
 - ▣ Ύψος
 - ▣ Βάρος
 - ▣ ΔΜΣ (kg/m²)
 - ▣ Περιφέρεια βραχιονίου μύος
 - ▣ Πάχος δερματικής πτυχής τρικεφάλου (TSF<3mm σοβαρή έλλειψη σε αποθήκες λίπους)

Διαγνωστικές εξετάσεις

6

- Επίπεδα πρωτεϊνών
 - Λευκωματίνη ορού: οι χαμηλές τιμές σχετίζονται με αυξημένη νοσηρότητα σε σοβαρές παθήσεις
 - Προλευκωματίνη: αξιόπιστος δείκτης της αντίδρασης στη διατροφική θεραπεία
 - Πρωτεΐνη συνδεόμενη με τη ρετινόλη (Retinol-binding protein): χρησιμοποιείται στην εκτίμηση της αντίδρασης στην διατροφή. Όχι πολύ αξιόπιστος δείκτης σε stress και βαριά νόσο.
 - Τρανσφερίνη: δείκτης με μεγάλο χρόνο ημίσειας ζωής (9 μέρες) και χρησιμοποιείται για δείκτης της βασικής πρωτεϊνικής πρόσληψης
- Ισοζύγιο αζώτου: χρησιμοποιείται για να καθορίσει κατά πόσο ο ασθενής είναι αναβολικός (αποθηκεύει ενέργεια στο σώμα) ή καταβολικός (καταστρέφει τις ενεργειακές αποθήκες του σώματος ή επιβαρύνεται)
 - Αναβολική κατάσταση: όταν η πρόσληψη του αζώτου είναι περισσότερη από την απέκκριση του και τότε έχουμε θετικό (+) ισοζύγιο
 - Καταβολική κατάσταση: όταν η αποβολή του αζώτου είναι μεγαλύτερη από την πρόσληψή του και υπάρχει αρνητικό (-) ισοζύγιο
 - Τα μεγαλύτερα ποσά αζώτου αποβάλλονται με τα ούρα ενώ ένα μικρό ποσοστό χάνεται συνεχώς από το δέρμα και με τα κόπρανα

Υπολογισμός διατροφικών αναγκών

7

- Ενεργειακές ανάγκες: βασικός στόχος της διατροφικής υποστήριξης για τη διατήρηση της θερμοκρασίας του σώματος, τις μεταβολικές διαδικασίες και την ιστική επιδιόρθωση
- Πρωτεϊνικές ανάγκες:
 - Για θεραπεία διατήρησης: 0,8g/kg/ημέρα
 - Κρίσιμη κατάσταση: 1,5-2g/kg/ημέρα
 - Σοβαρό stress ή εγκαύματα: 3g/kg/ημέρα
- υδατάνθρακες: 5mg/kg/min
- Πρωτεΐνες: για κάθε 150cal από υδατάνθρακες θα παίρνει 6,25g πρωτεΐνης
- Λίπη: μικρές ποσότητες μόνο για λιπαρά οξέα
- Παθολογική αύξηση ηπατικών ενζύμων

Υπολογισμός διατροφικών αναγκών

8

- Απαιτήσεις σε βιταμίνες και απαραίτητα μεταλλικά ιχνοστοιχεία
- Απαιτήσεις υγρών: περίπου 1 ml υγρών ανά cal
- Ειδικές δίαιτες για συγκεκριμένες παθολογικές καταστάσεις
 - Ηπατική ανεπάρκεια
 - Νεφροπάθειες
 - Αναπνευστικές παθήσεις
 - Διαβήτης

Παράγοντες διατροφικής υποστήριξης-εντερική σίτιση

9

- Η εντερική σίτιση εμποδίζει την δίοδο των βακτηριδίων από τον γαστρεντερικό σωλήνα στο λεμφικό σύστημα (βακτηριακή διαμετάθεση) και σε άλλα όργανα περιορίζοντας έτσι μια βασική αιτία για σήψη και πιθανή οργανική ανεπάρκεια
- Πλεονεκτήματα εντερικής σίτισης
 - ▣ Κόστος
 - ▣ Ασφάλεια
 - ▣ Ευκολία
 - ▣ Προάγει την ανοσοεπάρκεια
 - ▣ Προάγει την επούλωση των πληγών
 - ▣ Διατηρεί ανέπαφη την εντερική λειτουργικότητα

Συνταγές εντερικής σίτισης

10

- **Πρότυπες:** περιέχουν ολόκληρες πρωτεΐνες και κάποια πηγή θερμίδων
- **Τροποποιημένες:** περιέχουν ένα μόνο θρεπτικό στοιχείο που συνδυάζεται και διαμορφώνεται μια εξατομικευμένη συνταγή
- **Εξειδικευμένες:** αφορούν κάποια συγκεκριμένη νόσο

Σύσταση σε θρεπτικά συστατικά

11

- **Υδατάνθρακες:** τα πλέον εύπεπτα και απορροφήσιμα στις εντερικές συνταγές
- **Φυτικές ίνες:** περιέχονται σε πολλές εμπορικές συνταγές γιατί θεωρείται ότι βοηθούν στον έλεγχο του σακχάρου του αίματος. Τα πλούσια σε ίνες προϊόντα είναι παχύρρευστα και απαιτούν σωλήνα σίτισης μεγάλου διαμετρήματος
- **Πρωτεΐνη:**
 - Πολυμερή: πρωτεΐνες στην κανονική και πλήρη μορφολογία τους π.χ. εμπορικές και πολτοποιημένες τροφές
 - Ημιστοιχιακές: πρωτεΐνες που έχουν διασπαστεί σε μικρότερα τμήματα για να διευκολυνθεί η απορρόφησή τους
 - Στοιχιακές: περιέχουν πρωτεΐνη που δεν χρειάζεται περαιτέρω πέψη και είναι έτοιμη για απορρόφηση
- **Λίπη:**
 - Τριγλυκερίδια μακράς αλυσίδας
 - Τριγλυκερίδια μεγάλου μεγέθους αλυσίδας

Είδη σωλήνων σίτισης και θέσεις τοποθέτησης

Στομάχι

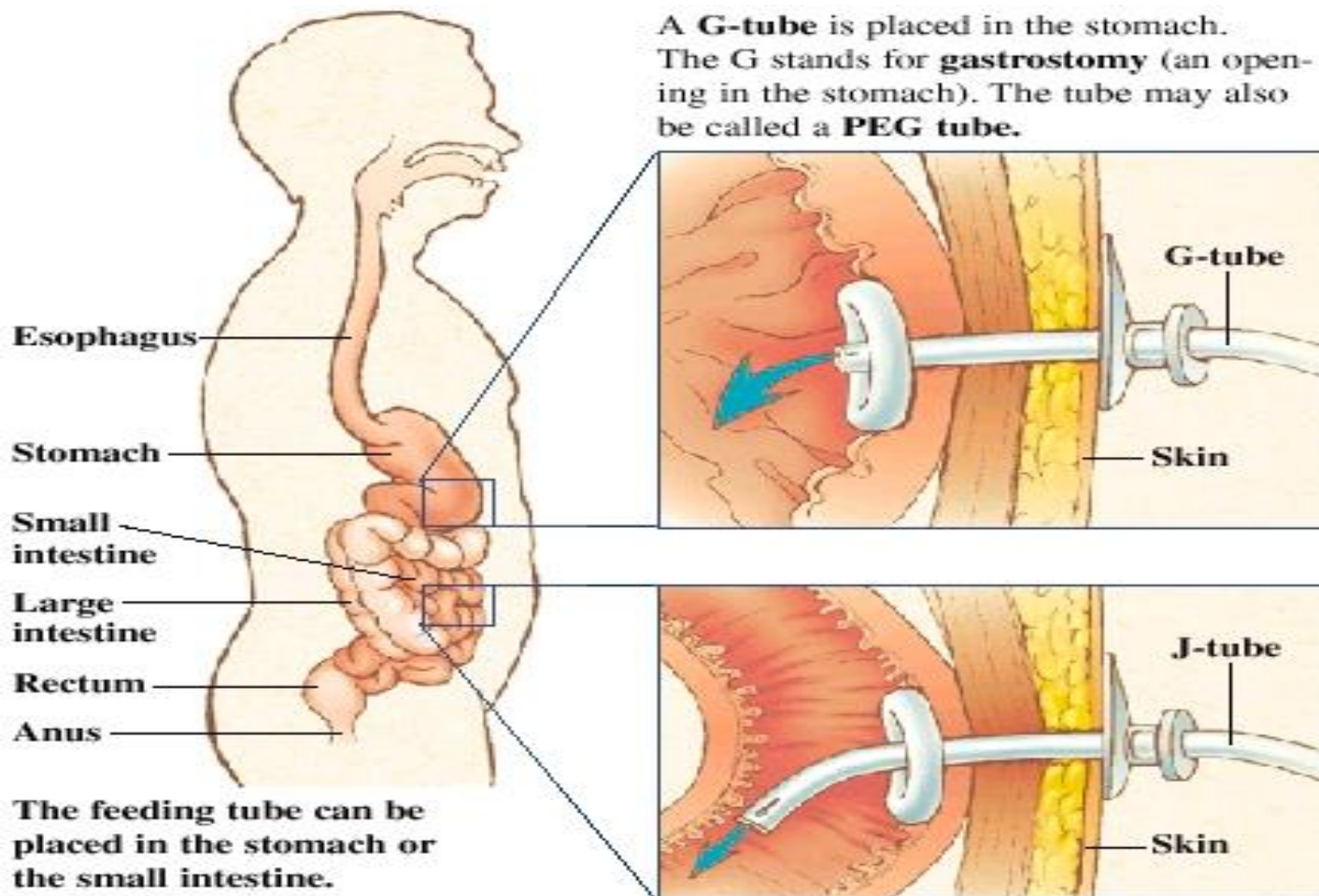
13

- η ευκολότερη θέση τοποθέτησης σωλήνα σίτισης
- Ενεργοποιεί τη φυσιολογική λειτουργία του γαστρεντερικού
- Χρησιμοποιείται για συνεχή ή διακοπτόμενη σίτιση
- Ο ασθενής πρέπει να διαθέτει αντανακλαστικά εμέτου και βήχα
- Εισάγονται διαρρινικά, διαστοματικά και διαδερμικά
 - Μικρού διαμετρήματος
 - Μεγάλου διαμετρήματος
 - Χειρουργική γαστροστομία
 - Διαδερμική ενδοσκοπική γαστροστομία – percutaneous endoscopic gastostomy PEG

Λεπτό έντερο (μεταπυλωρική σίτιση)

14

- Εφαρμόζεται σε ασθενείς με περιορισμένα φαρυγγικά αντανακλαστικά
- Το λεπτό έντερο επηρεάζεται λιγότερο από μετεγχειρητικούς ειλεούς σε σχέση με το στομάχι και το παχύ έντερο
- Η συνεχής σίτιση με διαρκής ενστάλαξη μιμείται καλύτερα τη φυσιολογική γαστρική κένωση προς το λεπτό έντερο



Esophagus

Stomach

Small intestine

Large intestine

Rectum

Anus

The feeding tube can be placed in the stomach or the small intestine.

A **G-tube** is placed in the stomach. The G stands for **gastrostomy** (an opening in the stomach). The tube may also be called a **PEG tube**.

A **J-tube** is placed in the small intestine. The J stands for **jejunum** (a section of the small intestine). The tube may also be called a **PEJ tube**.

In certain situations, the tube may be placed in the stomach and passed through to the jejunum.



Ρυθμός χορήγησης για εντερικά σκευάσματα

17

- **Κατά ώσεις (bolus):** 250-400ml 4-6 φορές/μέρα
- **Περιοδική:** 120ml ισοτονικού σκευάσματος με 30-50ml H₂O 30-60min
- **Συνεχής:** 40-50ml/ώρα πλήρες ισοτονικό σκεύασμα

Παρεντερική διατροφή

- «Η εφαρμογή διατροφικής υποστήριξης μέσα σε 48 ώρες με χορήγηση θρεπτικών ουσιών που αποτρέπουν τον καταβολισμό των σκελετικών και σπλαχνικών αποθηκών πρωτεΐνης μπορεί να ελαττώσει τη νοσηρότητα σε ένα προηγουμένως επαρκώς διατρεφόμενο άτομο που βρίσκεται σε κρίσιμη κατάσταση»
- Χρησιμοποιείται όταν το γαστρεντερικό σύστημα δεν είναι λειτουργικό π.χ. διαταραχές της κινητικότητας
- Μπορεί να υποκαταστήσει όλες τις διατροφικές των ασθενών
- Χορηγείται μέσω περιφερικού ή κεντρικού φλεβικού καθετήρα

Παρεντερικά διαλύματα

19

- Προέρχονται από συνδυασμούς δεξτρόζης, αμινοξέων, λιπιδίων, ηλεκτρολυτών, νερού, βιταμινών και ιχνοστοιχείων
- Ολοκληρωμένα Θρεπτικά Μείγματα (Total Nutrient Admixtures-TNA)
- Υδατάνθρακες: διαλύματα δεξτρόζης χρησιμοποιούνται για να ικανοποιήσουν μέρος των ενεργειακών αναγκών. Η υπερβολική χορήγηση αυξάνει τις ανάγκες σε ινσουλίνη, την παραγωγή CO₂ και την κατανάλωση O₂
- Πρωτεΐνη: υπάρχουν σε σκευάσματα αμινοξέων σε συγκεντρώσεις 3-15%
- Λίπη: αποτελούν ισοτονικό διάλυμα και χορηγούνται μαζί με υδατάνθρακες και πρωτεΐνες για περισσότερο από 8 ώρες

Επιλογή θέσης χορήγησης

- **Κεντρικός φλεβικός καθετήρας:** χρησιμοποιείται για την έγχυση μεγάλων ποσοτήτων θρεπτικών ουσιών ή υπέρτονων ηλεκτρολυτικών διαλυμάτων.
 - Ο όγκος της κυκλοφορίας του αίματος αραιώνει γρήγορα τα υπέρτονα διαλύματα και περιορίζει τον ερεθισμό των τοιχωμάτων
- **Περιφερικός φλεβικός καθετήρας:** λιγότερο αποτελεσματικός από τον ΚΦΚ

Μεταβατική σίτιση

- Περίοδος προσαρμογής πριν από την διακοπή της διατροφικής υποστήριξης
- Ελαττώνεται σταδιακά η εντερική και η παρεντερική σίτιση καθώς αυξάνεται η σίτιση από το στόμα
- Οι ασθενείς σε παρεντερική σίτιση μπορεί να παρουσιάσουν κάποια ατροφία στο βλεννογόνο του παχέος εντέρου και η μεταβατική σίτιση τους δίνει το περιθώριο να επανέλθει το έντερο στη φυσιολογική του λειτουργία



Νοσηλευτικές Διαγνώσεις και Παρεμβάσεις

Διατροφική Διαταραχή

- Πλημμελής πρόσληψη θρεπτικών ουσιών που οφείλεται σε αδυναμία κατάποσης, πέψης ή απορρόφησης
- **Στόχος:** σε 7 μέρες από την εφαρμογή της εντερικής ή παρεντερικής διατροφής ο ασθενής παρουσιάζει βελτίωση στη διατροφική του κατάσταση που αποδεικνύεται από την σταθεροποίηση του βάρους του, τις φυσιολογικές τιμές στις αποθήκες πρωτεϊνών, το θετικό ισοζύγιο αζώτου, από την επούλωση των πληγών και την απουσία λοίμωξης

Διατροφική Διαταραχή - παρεμβάσεις

24

- Διατροφική αξιολόγηση
- Επίπεδα ηλεκτρολυτών
- Ζύγισμα ασθενή
- Προσεκτική καταγραφή της πρόσληψης και απέκκρισης τροφής με χρήση ισοζυγίου υγρών
- Ελέγχουμε τον όγκο και τον ρυθμό χορήγησης ανά ώρα
- Διασφαλίζουμε ότι ο ασθενής λαμβάνει τις απαραίτητες ποσότητες θρεπτικών συστατικών

Κίνδυνος για εισρόφηση

25

- Σχετίζεται με γαστρορραγία, με καθυστέρηση της γαστρικής εκκένωσης ή με τη θέση εισαγωγής του σωλήνα σίτισης
- **Στόχος:** ο ασθενής δεν παρουσιάζει προβλήματα εισρόφησης που επιβεβαιώνεται από τους φυσιολογικούς αναπνευστικούς ήχους και τα φυσιολογικά ζωτικά σημεία. Δεν υπάρχουν συμπτώματα αναπνευστικής δυσχέρειας

Κίνδυνος για εισρόφηση - παρεμβάσεις

26

- Ελέγχουμε ακτινογραφικά τη θέση του σωλήνα σίτισης
- Αξιολογούμε την αναπνευστική κατάσταση κάθε 4 ώρες
- Ελέγχουμε την θερμοκρασία κάθε 4 ώρες
- Ανασηκώνουμε το προσκέφαλο >30 μοίρες
- Ελέγχουμε το υπολειπόμενο γαστρικό περιεχόμενο
- Διακόπτουμε την σίτιση ½-1 ώρα πριν από φυσιοθεραπεία
- Χορηγούμε παράγοντες που προάγουν την κινητικότητα του εντέρου π.χ. μετοκλοπραμίδη

Διάρροια

27

- Σχετίζεται με την κατά ώσεις διατροφή, με δυσανεξία στη λακτόζη, με βακτηριακή επιμόλυνση, με δυσανεξία στις υπερωσμητικές, με φάρμακα και με χαμηλή περιεκτικότητα της τροφής σε ίνες
- Σκοπός: ο ασθενής να έχει σχηματισμένα κόπρανα μέσα σε 24-48 ώρες από την παρέμβαση

Διάρροια - παρεμβάσεις

28

- Γενικά
 - Αξιολογούμε την κατάσταση της κοιλιάς και του γαστρεντερικού γενικά:
 - Εντερικοί ήχοι
 - Διάταση της κοιλιάς
 - Κοιλιακές συσπάσεις
 - Σύσταση κοπράνων
 - Συχνότητα κενώσεων
 - Άλλα σημεία ενυδάτωσης
 - Ελέγχουμε προσεκτικά το ισοζύγιο πρόσληψης και απέκκρισης

Διάρροια-ειδικά προβλήματα

29

- Κατά ώσεις διατροφή: αλλάζουμε σε περιοδική ή συνεχή μέθοδο σίτισης
- Αποφεύγουμε προϊόντα που περιέχουν λακτόζη
- Βακτηριακή επιμόλυνση
 - Δείγμα κοπράνων
 - Χρησιμοποιούμε άσηπτη τεχνική
 - Αλλάζουμε όλες τις συσκευασίες κάθε 24 ώρες
 - Διατηρούμε στο ψυγείο όλα τα ανοιγμένα προϊόντα και τα απορρίπτουμε μετά από 24 ώρες
 - Απορρίπτουμε όλες τις τροφές που έμειναν εκτός ψυγείου για >8 ώρες

Διάρροια-ειδικά προβλήματα

30

- Διαταραχές ωσμωτικότητας
 - Προσδιορίζουμε την ωσμωτικότητα της διατροφικής συνταγής
- Φάρμακα
 - Ελέγχουμε την περιεκτικότητα αντιβιοτικών, αντιόξινων, χλωριούχου καλίου στα φάρμακα και τα αραιώνουμε με νερό
 - Χορηγούμε προϊόντα για την αποκατάσταση της εντερικής χλωρίδας
 - Προσθέτουμε παράγοντες εμπλουτισμού σε φυτικές ίνες

Διαταραχές της ακεραιότητας του δέρματος

31

- Σχετίζονται με μηχανικούς ερεθισμούς (παρουσία εντερικού σωλήνα σίτισης)
- **Σκοπός:** κατά την έξοδο από την ΜΕΘ το δέρμα του ασθενούς είναι ακέραιο, χωρίς εκδορές, ερεθισμούς και διαβρώσεις γύρω από τα ανοίγματα και χωρίς παρουσία τραυματισμού των βλεννογόνων

Ρινογαστρικός σωλήνας /μεταπυλωρικός σωλήνας σίτισης

32

- Εξετάζουμε τους ρώθωνες για ερεθισμούς και μετακινούμε το σωλήνα για να αποφεύγεται η συνεχής πίεση. Χρησιμοποιούμε υποαλλεργική ταινία για την ακινητοποίηση του σωλήνα σίτισης
- Χρησιμοποιούμε μικρού διαμετρήματος σωλήνα (εάν ενδείκνυται)
- Εάν χρειάζεται μακροχρόνια υποστήριξη, συζητάμε το ενδεχόμενο εφαρμογής γαστροστομίας ή νηστιδοστομίας
- Παρέχουμε στον ασθενή παγάκια, τσίχλα ή σκληρές καραμέλες, εάν επιτρέπεται
- Τοποθετούμε βαζελίνη στα χείλια κάθε 2 ώρες
- Βουρτσίζουμε δόντια και γλώσσα κάθε 8 ώρες

Σωλήνας γαστροστομίας/PEG

33

- Αξιολογούμε την περιοχή για ερυθρότητα, εκροή, ευαισθησία και οσμές κάθε 4 ώρες
- Ελέγχουμε την θέση του σωλήνα
- Στερεώνουμε το σωλήνα έτσι ώστε να μην δημιουργείται τάση στο δέρμα και τους ιστούς
- Για τις πρώτες 3 μέρες μετά την εισαγωγή καθαρίζουμε το δέρμα με διάλυμα 1:1 νερού και οξυζενέ και στερεώνουμε με γάζα. Μετά την 3^η μέρα καθαρίζουμε με νερό και σαπούνι καθημερινά και το στεγνώνουμε καλά

Σωλήνας νησιδοστομίας/ ΡΕJ

34

- Αξιολογούμε την περιοχή για ερυθρότητα, εκροή, ευαισθησία και οσμές κάθε 4 ώρες
- Στερεώνουμε το σωλήνα έτσι ώστε να μην δημιουργείται τάση στο δέρμα και τους ιστούς. Εάν είναι απαραίτητο στερεώνουμε τον σωλήνα πάνω στους επιδέσμους
- Για τις πρώτες 3 μέρες μετά την εισαγωγή καθαρίζουμε το δέρμα με διάλυμα 1:1 νερού και οξυζενέ και στερεώνουμε με γάζα. Μετά την 3^η μέρα καθαρίζουμε με νερό και σαπούνι καθημερινά και το στεγνώνουμε καλά

Κίνδυνος για λοίμωξη

35

- Σχετίζεται με την κεντρική φλεβική γραμμή ή με πλημμελή διατροφή
 - ▣ **Σκοπός:** ο ασθενής δεν παρουσιάζει σημεία λοίμωξης όπως αποδεικνύεται από τα ζωτικά σημεία, τη θερμοκρασία και τις εργαστηριακές αναλύσεις καθώς και την απουσία κλινικών εκδηλώσεων σήψης

Κίνδυνος για λοίμωξη - παρεμβάσεις

36

- Εξασφαλίζουμε την απαραίτητη διατροφική υποστήριξη
- Ελέγχουμε 2 φορές την εβδομάδα των ολικό αριθμό λευκών αιμοσφαιρίων και λευκοκυττάρων
- Ελέγχουμε το σάκχαρο του αίματος κάθε 6 ώρες
- Ελέγχουμε το σημείο εισόδου του καθετήρα κάθε 8 ώρες για ερυθρότητα, οίδημα ή πυώδη εκροή
- Χρησιμοποιούμε άσηπτη τεχνική όταν αλλάζουμε τους επιδέσμους της κεντρική γραμμής, το δοχεία ή τους σωλήνες
- Αποφεύγουμε να χρησιμοποιούμε το καθετήρα διατροφικής υποστήριξης για λήψη δειγμάτων αίματος, για έλεγχο πίεσης ή για χορήγηση φαρμάκων
- Αλλάζουμε όλες τις συσκευές χορήγησης καθώς και το σημείο εισαγωγής του καθετήρα σύμφωνα με το πρωτόκολλο της κλινικής
- Τα διαλύματα δεν πρέπει να αφήνονται στα στατώ για >24 ώρες

Διαταραχές στην καρδιοπνευμονική αιμάτωση

37

- ..που σχετίζονται με τα έμβολα του αέρα – διακοπή της αρτηριακής κυκλοφορίας
- **Σκοπός:** ο ασθενής παρουσιάζει επαρκή καρδιοπνευμονική αιμάτωση που αποδεικνύεται από τα ΖΣ, τα αέρια αίματος και την απουσία δύσπνοιας, κυάνωσης, ταχύπνοιας, πόνου στο στήθος, ταχυκαρδίας και υπότασης

Διαταραχές στην καρδιοπνευμονική αιμάτωση - παρεμβάσεις

38

- Ελέγχουμε την θέση του καθετήρα για να επιβεβαιώσουμε την θέση του καθετήρα
- Τοποθετούμε τον ασθενή σε θέση Trendelenburg όταν αλλάζουμε σωλήνες ή τοποθετούμε/απομακρύνουμε ΚΦ καθετήρες
- Χρησιμοποιούμε συνδέσεις Luer-Lock σε όλους τους καθετήρες
- Χρησιμοποιούμε κλειστούς επιδέσμους πάνω από την θέση εισαγωγής για 24 ώρες μετά από την απομάκρυνση του καθετήρα
- Ελέγχουμε τον ασθενή για δύσπνοια, κυάνωση, ταχύπνοια, πόνο στο στήθος, ταχυκαρδία και υπόταση
- Εάν υπάρχει υποψία εμβολής αέρα, διακόπτουμε την παροχή και γυρίζουμε τον ασθενή σε αριστερή πλάγια θέση Trendelenburg για να παγιδέψουμε τον αέρα στην δεξιά κοιλία. Χορηγούμε οξυγόνο και επικοινωνούμε με τον γιατρό