

**GHID
ÎN ÎNGRIJIRI PALIATIVE
PENTRU MEDICII DE FAMILIE**

RECOMANDĂRI ÎN MANAGEMENTUL CLINIC

Chișinău 2011

**Acest Ghid a fost editat cu suportul financiar al fundației
Soros Moldova**

CUPRINS

CUPRINS	3
CUVÂNT ÎNAINTE.....	3
INTRODUCERE	4
PRINCIPII GENERALE DE MANAGEMENT AL SIMPTOMELOR	5
DUREREA	7
MITURI DESPRE MORFINĂ	10
ADJUVANȚI (COANALGEZCI) ÎN TRATAMENTUL PENTRU DURERI SPECIFICE	14
BLOCADELE NERVOASE ÎN DURERE DE PLEX.....	15
GREAȚA ȘI VOMA	16
OCLUZIA INTESTINALĂ.....	19
PROBLEME ALE CAVITĂȚII BUCALE	21
ANOREXIA.....	22
DIAREEA.....	23
FISTULELE	23
ASCITA	24
SERINGA-AUTOMAT	25
DISPNEEA.....	26
TUSEA	28
SUGHITUL	29
TENSIUNEA INTRACRANIANĂ CRESCUTĂ.....	30
CONVULSIILE	31
COMPRESIA MEDULARĂ	31
DEPRESIA	32
ANXIETATEA	33
INSOMNIA	34
SOMNOLENȚA	35
DELIRUL	36
AGITAȚIA TERMINALĂ	37
SLĂBICIUNEA/FATIGABILITATEA	38
ANEMIA	38
HEMORAGIA.....	39
HIPERCALCEMIA	40
FOLOSIREA CORTICOSTEROIZILOR	41
PROTOCOLUL DE UTILIZARE A DEXAMETAZONEI.....	42
ULTIMELE 48 DE ORE.....	44
PRURITUL.....	44
ESCARELE	46
LIMFEDEMUL.....	47
CONSILIEREA PSIHOLÓGICĂ	48
COMUNICAREA VEȘTILOR PROASTE	48
ÎNGRIJIREA SPIRITUALĂ.....	52
CULTURA	53
PIERDEREA GREA/DOLIU	53
SUFERINȚA NEREZOLVATĂ/ANORMALĂ.....	54
BIBLIOGRAFIE	56
REFERINȚE	56
ANEXE.....	57

CUVÂNT ÎNAINTE

Acest ghid de buzunar este rezultatul parteneriatului dintre Dorothy House Hospice Care din Marea Britanie și Fundația Filantropică Medico-Socială „Angelus Moldova” – Hospice „Angelus”.

Varianta originală reprezintă o broșură compactă de 80 de pagini axată pe managementul simptomelor în Îngrijiri Paliative elaborată de specialiști în Îngrijiri Paliative de la Dorothy House Hospice Care, editată deja în a VII-a ediție.

Specialiștii de la Hospice „Angelus” au efectuat traducerea acestor materiale, dar și ajustarea conținutului, a denumirilor de medicamente și dozelor actuale pentru Republica Moldova.

Cu acordul autorilor de la Dorothy House, în această broșură au fost introduse și alte materiale, pe care noi le-am considerat utile în abordarea problemelor bolnavilor cu maladii incurabile, progresive și avansate.

Scopul Ghidului -pentru a acorda suport în luarea deciziilor terapeutice în privința unui pacient incurabil pentru medicii de familie cât și alți prestatori de îngrijiri paliative.

Utilizatorii:

oficiile medicilor de familie (medicii de familie și asistentele medicale);

centrele de sănătate și îngrijire la domiciliu (medicii de familie și asistentele medicale);

centrele medicilor de familie (medicii de familie și asistentele medicilor de familie);

asociațiile medicale teritoriale (medici de familie, medici boli interne);

Secțiile de Îngrijiri Paliative ale spitalelor raionale, municipale și republicane;

Specialiști în Îngrijiri Paliative

Sincere mulțumiri tuturor colaboratorilor FFMS „Angelus Moldova” : dr. Andrei Bradu, dr. Natalia Carafizi, dr. Olga Svetco, dr. Aurelia Sarî, dr. Natalia Lișița, Viorica Chelban (nursă), Nina Grate (nursă), Aliona Isac (administrator), Cristina Soltan (office-manager), Victoria Condrat (fundraiser).

Deosebite mulțumiri Fundației Soros-Moldova pentru suportul financiar la editarea acestui ghid.

Directorul executiv
Valerian Isac

INTRODUCERE

Conform definiției Organizației Mondiale a Sănătății, **îngrijirea paliativă** este îngrijirea activă și totală a pacienților, a căror boală nu mai răspunde la tratament curativ. Controlul durerii și al simptomelor, asistența socială, psihologică și spirituală sunt esențiale. Scopul îngrijirii paliative este asigurarea calității vieții pacientului și a familiei acestuia.

Organizația Mondială a Sănătății a elaborat următoarele principii de bază, potrivit cărora îngrijirea paliativă:

- asigură înlăturarea/diminuarea durerii și a altor simptome;
- confirmă viața și consideră moartea ca un proces normal;
- nu grăbește și nici nu amână moartea;
- integrează aspectele psiho-sociale și spirituale ale îngrijirii pacientului;
- oferă un sistem de sprijin, pentru a ajuta pacientul să ducă o viață cât mai apropiată de cea normală până la moarte;
- oferă un sistem de suport, pentru a ajuta familia să facă față în timpul bolii pacientului și după decesul acestuia;
- se bazează pe o abordare de echipă pentru a putea răspunde tuturor nevoilor pacientului și familiei, inclusiv prin servicii de "bereavement" (suport în perioada de doliu), dacă este cazul;
- îmbunătățește calitatea vieții și poate influența pozitiv evoluția bolii;
- (este aplicabilă în stadii timpurii ale bolii, în corelație cu o serie de alte terapii menite să prelungească viața, cum ar fi chimioterapia, radioterapia, și include investigații necesare unei mai bune înțelegeri și abordări ale complicațiilor clinice.)*

În Republica Moldova, îngrijirile paliative sunt în faza de inițiere.

Abrevieri

Căi de administrare:

pssc = perfuzie subcutanată continuă (printr-o seringă automat)

s/l = sublingual

s/c = injecție subcutanată

i/m = injecție intramusculară

*Este actual pentru țările cu nivel înalt de dezvoltare a îngrijirilor paliative.

PRINCIPII GENERALE DE MANAGEMENT AL SIMPTOMELOR

Evaluarea completă este esențială atât pentru diagnostic cât și pentru tratament.

- Fiți conștienți de importanța simptomelor non-fizice, psihologice, sociale și spirituale care adesea sunt confundate cu simptome fizice.
- Atunci când simptomele sunt greu de controlat, pot exista mai multe cauze sau pot fi ascunși factorii psihologici, sociali și spirituali.
- Folosiți tratamente adecvate pentru a menține calitatea vieții, cât și pentru a permite pacientului și persoanelor care se ocupă de el de a se concentra asupra altor aspecte importante.
- Selectați cu grijă medicamentele administrate pacientului luând în considerație efectele adverse pe care acestea le provoacă.
- Explicați și implicați pacientul și persoanele care se ocupă de îngrijire în luarea deciziilor pentru controlul simptomelor.
- Abordarea multiprofesională este esențială și poate fi facilitată prin utilizarea ghidurilor de specialitate respectivă sau consultul colegilor de alte specialități.
- Luați în considerație posibilitatea de trimitere pentru consult la un specialist în domeniul îngrijirilor paliative în caz de :
 - există o problemă care nu se rezolvă, așa cum v-ați așteptat;
 - în situații complexe când nu aveți cunoștințe de specialitate;
 - necesitate de acordare de asistență spitalicească sau a unei echipe de asistență medicală primară.

Reevaluarea continuă

O majoritate semnificativă de oameni, care au avut o experiență de a avea un tip de durere, au relatat că problemele pe care le au, nu întotdeauna pot fi rezolvate de către medicii generaliști.

Aria care poate fi acoperită de către îngrijirile paliative include:

- simptome necontrolate și probleme psiho-sociale complexe pentru pacienții cu boală avansată;
- aspecte legate de sfârșitul vieții;
- probleme legate de doliu.

Îngrijirile paliative trebuie să fie disponibile pentru pacienții în stadiul avansat al bolii, care nu mai răspund la tratament curativ, atât oncologic, cât și pacienții cu patologie cronică avansată sau HIV pozitivi.

În rezolvarea problemelor acestei categorii de pacienți, esențial este evaluarea minuțioasă inițială și reevaluarea repetată la orice necesitate, pentru asigurarea unui bun control al simptomelor.

DUREREA

“Durerea este cel mai mare demon al omenirii, mai mare decât moartea”.

Albert Schweitzer

Diagnostic

Diagnosticarea precisă a cauzelor ce provoacă durerea sunt importante pentru o abordare rațională a terapiei. Există mai multe componente, care pot provoca un tip de durere, dar aspectele fizice, psiho-sociale și spirituale trebuie să fie luate în considerație tot timpul. Nu întotdeauna boala este factorul primar declanșator al durerii.

Medicația analgetică este esențială în toate tipurile de durere, dar se ține cont și de coanalgetice care ne ajuta în unele tipuri de durere.

Cauze

1. Fizice **Nociceptive**, cauzate de leziuni somatice, viscerale sau osoase.
Durere neuropatică, cauzată de lezarea trunchiurilor nervoase.
2. Non-fizice Mînie, anxietate, frică, tristețe, neputință.
Aspecte spirituale, sociale.

Evaluarea

Pacientul trebuie să facă singur o descriere a durerii pe care o are:

1. Ce și cum vă doare?
 - caracteristica (arsură, lancinantă, surdă) etc.;
 - intensitate (neseemnificativă, medie, puternică, insuportabilă);
 - efecte asupra regimului zilei și a somnului;
2. Ce provoacă durere?
 - boala, legată direct de invazie, presiune, etc;
 - tratament, de exemplu - constipație;
 - plăgi, crampe musculare;
 - patologii asociate;
3. Alți factori • psihologici, spirituali, sociali.

Controlul și managementul durerii cronice este diferit de cel în durerea acută.

Managementul

Organizația Mondială a Sănătății (OMS) subliniază că:

- medicamentele pentru controlul durerii **trebuie** să fie administrate pacienților cu regularitate, în dependență **de durata de acțiune - DUPA CEAS**;
- este esențial să se utilizeze un analgezic adecvat pentru severitatea durerii;
- pacienților li se administrează laxative;
- medicația se administrează de preferință pe calea orală;
- trebuie să fie luate în considerație și alte metode în tratamentul durerii cronice.

Conform recomandărilor OMS pentru evaluarea intensității durerii se recomandă de utilizat scara analgezică, care prevede evaluarea durerii numeric de la 0 la 10 (unde cifra 1 este durerea nesemnificativă, iar cifra 10 este durere severă).

Scala Vizual Analogică (VAS)

0____1____2____3____4____5____6____7____8____9____10

OMS, recomandă, ca controlul durerii să fie efectuat în dependență de intensitate(VAS) , utilizând medicația recomandată în trepte (vezi tab. 1).

Treapta 1		Treapta 2	Treapta 3
Durere slabă VAS < 4 analgetice neopioide		Durere moderată VAS 4 – 6 Opioizi slabi ± non-opioide	Durerea severă VAS > 7-10 Opioizi puternici ± non-opioide
± Co-analgezice Farmocologic nu au mecanism analgetic, dar folosite împreună cu analgetice, potentează acțiunea acestora			
± Terapii specifice Radioterapie, chimioterapie, chirurgie radicală sau paliativă			
± Soluționarea problemelor psihologice și spirituale			

Tabelul 1

Treapta 1 Analgetice neopioide (durere slabă)

Paracetamol: oral sau rectal (doza maximă 4–6 g/zi) recomandat de ghidurile americane.

AINS:

Atenție la riscuri/beneficiu;

În insuficiență renală reduceți dozele cu 30-50%;

Relativ contra-indicate în insuficiență cardiacă;

Se indică cu preparate ce protejează mucoasa gastrică: (Omeprazol, Ranitidină)

- Ibuprofen (200–400 mg) (2,4 g maxim/zi);
- Diclofenac (100–150 mg/zi);

Treapta 2 Opioizi slabi (durere moderată VAS 4 - 6)

Codeină: doza maximă 240–320 mg.

De obicei doza de inițiere a tratamentului constituie 30 mg la 6 ore.

Tramadol: capsule 50 mg , 100 mg; sol.inj. 50 mg/ml 2ml; supozitoare 100 mg; comp.elib.prel. 100 mg, 150 mg. (lista medicamentelor esențiale **(ordinul MS Nr.305 din 7.09.09)**). Doza maximă 600 mg/24 ore.

Inițierea tratamentului are loc de obicei cu forme orale 50 mg fiecare 6 ore. Este util și în dureri cu componenta neuropatică.

Constipația este efectul advers prezent în tratamentul cu opioizi. **Administrarea laxativilor este obligatorie.**

Treapta 3 Opioizi puternici

Analgezice opioide incluse în lista medicamentelor esențiale **(Ordinul MS Nr.305 din 7.09.09)**

Morfină:soluție 10 mg/ml, comprimate de 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 50 mg, 60 mg; sol. orală 2 mg/ml; soluție buvabilă 20mg/ml;

Fentanil:soluție 0,05%/ml; plasture transdermic 25 mcg/h, 50 mcg/h, 75 mcg/h, 100 mcg/h.

Promedol(Trimeperidină):soluție 2%-1ml - **NU SE INDICĂ ÎN DUREREA CRONICĂ**, deoarece în doze mari este toxic, iar durata de acțiune este 2-4 ore.

Omnopon:soluție 2%-1ml (**nu este indicat pentru controlul durerii cronice, deoarece are doză maximă datorită faptului că soluția reprezintă un amestec din mai multe componente (a se vedea anexa)**).

Metadona în curs de acceptare ca medicament pentru tratamentul durerii cronice.La moment în Republica Moldova Metadona se folosește ca medicament de substituție pentru tratamentul dependenței de droguri.

Preparatul de elecție pentru tratamentul durerii cronice este **Morfina** deoarece titrat corect, raportul beneficiu/risc este minim.

Instrucțiuni pentru pacient și rude sau însoțitor

- Puneți accentul pe necesitatea administrării regulate (la fiecare 4-6 ore).
- Administrați doze suplimentare, în cazul puseelor dureroase.
- Reevaluați regimul de dozare regulat.
- Avertizați despre posibilele efecte secundare (constipație, greață, vomă, depresie respiratorie).
- Explicați miturile despre morfină.

Efecte adverse la administrarea medicației opioide:

1. **Constipația** este practic inevitabilă – utilizați profilactic laxative.
2. **Greața** este des întâlnită la administrarea opioizilor, mai ales la pacienții opioizi naivi. Uneori, dispare după o săptămână, dar poate să reapară, dacă doza a fost mărită (administrați Metoclopramidă).
3. **Somnolența** dispare de regulă în termen de maxim 7 zile; dacă persistă se reduce doza de opioid cu 30%.
4. **Depresia** respiratorie este o reacție adversă, care se tratează cu antagoniști ai receptori opioizi (Naloxonă, Naltrexonă, Nalmefen) sau diminuarea dozei cu 30-50%.

5. Pot să apară **halucinații**, în special în cazul în care doza este prea mare (se reduce cu 30%).
6. Alte simptome: **gură uscată, prurit, transpirație** (de regulă sunt trecătoare).
7. Semne de supradozare:
 - creșterea somnolenței (diminuarea dozei cu 30%);
 - halucinații - utilizăm neuroleptice (ex. Haloperidol);
 - crampe musculare/mioclonii/convulsii (corijarea dozei dozei, miorelaxante, Midocalm);
 - hiperalgezie (diminuați doza).

Doze maxime de morfină nu există dar există doze optime(Protocol clinic național Durerea în cancer, ABC-ul medicinei paliative sub redacția Dr.Daniela Moșoiu pag 53;Durerea în Cancer sub redacția Roger Woodruff,Editura PHOENIX 2002,pag 45):

MITURI DESPRE MORFINĂ

(după Ghidul practic “Prescrierea și utilizarea opioidelor în managementul durerii”, editor Dr.Daniela Moșoiu, a.2007)

Dacă am nevoie de morfină înseamnă că sfârșitul este aproape

Nu stadiul bolii este cel care dictează introducerea opioidelor ci durerea și severitatea ei. Morfina se introduce atunci când este nevoie. Introducerea tratamentului opioid nu înseamnă că pacientul este în faza terminală. Morfina nu doar controlează durerea, dar și îmbunătățește confortul bolnavului și, implicit al familiei.

Morfina nu conduce la moarte. Ea poate fi utilizată perioade lungi de ani de zile, iar dacă este administrată corect este compatibilă cu un stil de viață normal.

Morfina determină depresie respiratorie

Depresia respiratorie accentuată este puțin probabil să apară, excepție făcând pacienții care prezintă și alte cauze predispozante la depresie respiratorie. Studiile au demonstrat că durerea este un stimulator al centrilor respiratori. Morfina se administrează pacienților cu cancer pulmonar în stadiu terminal pentru ameliorarea dispneei.

Toleranța la depresie respiratorie se instalează rapid. Depresia respiratorie este precedată întotdeauna de somnolență, astfel încât, o putem suspiciiona atunci când pacientul devine somnolent.

O evaluare continuă și o titrare corectă a opioidelor reduce riscul apariției depresiei respiratorii. Este mai corectă afirmația că **supradozarea** de morfină poate induce depresie respiratorie.

Pacienții care primesc morfină dezvoltă dependență

Riscul de adicție la pacienții cu cancer care au durere este extrem de scăzut. Teama de adicție este exagerată când opioidele sunt folosite adecvat pentru tratarea durerii.

Adicția sau dependența psihologică se referă la folosirea opioidelor pentru efectul psihic al acestora. Studiile au arătat că pacienții cu cancer nu devin dependenți psihologic de analgezicele opioide, cu excepția câtorva pacienți cu istoric de tulburări psihice sau dependențe de medicamente. Este important de evidențiat **diferența** dintre **adicție** (dependența psihologică) și **dependența fizică**. Dependența fizică este o reacție normală a organismului la întreruperea bruscă a opioidului sau la administrarea unui antagonist.

Rezultatul este apariția sindromului de sevraj. Dependența fizică este un efect de așteptat în cazul opioidelor ca și în cazul steroizilor. Sindromul de sevraj se evită prin întreruperea tratamentului scăzând treptat dozele administrate.

Toleranța la opioide se dezvoltă rapid

Toleranța se instalează destul de lent în timpul tratamentului opioid. Acest lucru nu compromite utilitatea clinică a opioidelor. Toleranța este un răspuns fiziologic la terapia cronică, exprimat prin necesitatea creșterii dozelor pentru a se obține același efect. Prin contrast, la persoanele care nu au durere și își administrează intravenos opioide, toleranța apare rapid.

La pacienții cu cancer nevoia creșterii dozelor se asociază, în general, cu progresarea bolii nu cu instalarea toleranței.

Teama de toleranță nu justifică neadministrarea opioidelor până în faza terminală. Toleranța nu este sinonimă cu dependența psihologică.

Morfina are efecte secundare nefavorabile, supărătoare

Cele mai frecvente reacții secundare ale opioidelor sunt greața, vărsăturile, somnolența și constipația.

Greața și vărsăturile apar frecvent la începutul terapiei cu opiacee. Acestea sunt, în general, ușoare și dispar după câteva zile.

Când pacienții încep tratamentul opioide adesea sunt somnolenți pentru câteva zile. Organismul dezvoltă, de obicei, rezistență la acest efect secundar și pacienții sunt capabili să ducă o viață activă. Cei mai mulți pacienți cu durere nu sunt deranjați de somnolență atunci când durerea este controlată. Sedarea apare, mai probabil, din cauza altor medicamente administrate concomitent cu opioidele - tranchilizante sau anxiolitice - prescrise pentru alte motive.

La **constipație** nu apare toleranța, de aceea în momentul inițierii tratamentului opioid **se administrează și laxative**.

Doza de opioide necesară pentru controlul durerii este similară pentru aproape toți pacienții

Răspunsul la analgezicele opioide este individual. Doza necesară pentru analgezice variază în limite largi și trebuie ajustată în funcție de răspunsul individual. Doza **optimă** de opioid este doza care produce analgezie cu efecte secundare **tolerabile**.

Durerea severă răspunde numai la tratament injectabil

Mult timp a existat părerea că morfina nu este eficientă decât în administrare injectabilă. Îngrijirea paliativă a demonstrat că morfina și alte opioide au efect analgezic pe cale orală. Chiar și pacienții care primesc morfina injectabilă în staționar (calea cea mai frecvent utilizată), vor fi capabili, ulterior, să primească medicația per cale orală după externare. În plus, există preparate cu eliberare continuă care fac posibilă administrare la 12 ore sau la 72 ore, ceea ce simplifică schema terapeutică și crește complianța, iar eficiența acestora a fost dovedită.

Prescrierea precoce a morfinei duce la epuizarea mijloacelor analgezice în faza terminală

Dacă durerea crește, se crește și doza de morfina, cu condiția controlării efectelor secundare. Folosirea morfinei atunci când este nevoie, chiar și devreme în cursul bolii, nu înseamnă că nu va fi eficientă și în stadiile terminale.

Dacă un opioid nu are efect, atunci nici unul nu va fi eficient

Fiecare pacient răspunde diferit la administrarea unui medicament. De aceea, dacă un opioid nu este eficient sau are efecte secundare severe, este indicată schimbarea pe un alt tip de opioid.

Morfina face rău organismului și grăbește moartea

Ca orice medicament opioididele au efecte secundare. De cele mai multe ori acestea pot fi controlate. Tratamentul începe cu doze mici, care se cresc treptat până la obținerea analgeziei. Opioididele nu afectează direct vreun organ. Ele pot fi administrate ani de zile fără să grăbească moartea. Acest lucru este dovedit de utilizarea timp îndelungat a opioididelor pentru afecțiuni cronice nononcologice.

Studii efectuate de Societatea Americană de Geriatrie au demonstrat că opioididele sunt mai sigure decât AINS pentru vârstnici și că efectele secundare ale AINS sunt mai greu de combatut decât cele ale opioididelor.

Este indicat să reducem doza de opioid când pacientul este inconștient sau în stadiu terminal

Când un bolnav nu mai este capabil să comunice dacă durerea este sau nu prezentă, cel mai bine este să presupunem că durerea este încă prezentă și să continuăm administrarea regulată a medicației. Ne asigurăm, astfel, că moartea va fi cât mai puțin dureroasă posibil.

Opioididele trebuie administrate numai în cancer

Opioididele pot fi folosite pentru toate tipurile de durere de intensitate moderată sau severă, inclusiv durerea cronică nononcologică. Decizia de folosire a opioididelor în terapia durerii trebuie luată în funcție de intensitatea durerii și nu în funcție de boală. În timp ce opioididele cu durată scurtă de acțiune se folosesc în durerea acută, temporară, preparatele cu eliberare controlată sunt utilizate în durerea cronică de intensitate moderată sau severă.

Opioididele sunt utilizate pentru controlul durerii în mai multe afecțiuni nononcologice, cum sunt: osteoartrite, dureri ale coloanei vertebrale, durerea postoperatorie, fracturi, traumatisme, dureri de etiologie neuropatică.

Ținem să menționăm, că în primul rând, Morfina este un medicament, ca și multe altele, care are beneficii clare și efecte adverse bine determinate. Administrarea științifică, bazată pe experiența medicală internațională, ne permite controlul durerii cronice, mai ales în cancer, plasând morfina ca preparat de elecție în controlul durerii.

Administrarea opioididelor în insuficiența renală și hepatică

Un număr de metaboliți derivați de Morfină se acumulează în insuficiență renală, care pot să conducă la sedare și excitație neuromusculară și se pot manifesta ca:

- creșterea somnolenței;
- halucinații;
- crampe musculare/mioclonii/convulsii;
- hiperalgezie.

Insuficiența renală poate fi o cauză importantă de "agitație terminală". La pacienții cu pierderea de masă musculară, nivelul creatininei serice poate subestima gradul de insuficiență renală. Orice grad de mioclonie în prezența unei uree plasmatice > 15 mmol/l, trebuie să ridice suspiciunea de toxicitate al metabolitului morfinei. Se tratează cu reducerea dozei și/sau frecvența de administrare, dar de obicei este mai bine pentru a

trece la un opioid, care nu se acumulează în insuficiență renală, cum ar fi Fentanil, Buprenorfină sau Metadona.

Toxicitatea opioizilor poate să apară în insuficiența hepatică, iar diagnosticul de obicei nu este dificil: timpul protrombinic (INR) este cel mai sensibil indicator. Este necesară revizuirea dozei. În comă, întreținerea analgeziei rămâne cea mai mare prioritate.

Opiacee	Insuficiență renală		Insuficiență hepatică	
	Moderată	Severă*	Moderată	Severă*
Morfină	Reduce doza	Evită administrarea	Doza normală	Reduce doza
Diamorfină	Reduce doza	Evită administrarea	Doza normală	Reduce doza
Fentanil	Doza normală	Doza normală	Doza normală	Reduce doza
Hidromorfonă	Reduce doza	Reduce doza	Doza normală	Reduce doza
Oxycodonă	Reduce doza	Evită administrarea	Doza normală	Reduce doza
Metadonă	Doza normală	Doza normală	Doza normală	Reduce doza
Alfentanil	Doza normală	Doza normală	Doza normală	Reduce doza
Buprenorfină	Doza normală	Doza normală	Doza normală	Reduce doza

* Întotdeauna caută recomandările specialistului în îngriiri paliative în cazuri de insuficiență renală severă sau insuficiență hepatică.

Opioizii și conducerea autovehiculelor

La utilizarea Morfinei ca medicament, trebuie să se țină cont de următoarele:

- La inițierea tratamentului cu Morfină, este **contraindicată** conducerea autovehiculelor;

Atenție: Conducerea vehiculelor sub influența unui drog este o infracțiune.

Abordari non-farmacologice pentru controlul durerii

A. Sprijin emoțional și spiritual

1. Faceți o evaluare atentă a durerii:

- Evaluați fiecare tip de durere și identificați cauza probabilă;
- Luați în considerație impactul durerii asupra pacientului și familiei;
- Faceți un diagnostic și explicați acest diagnostic pacientului și familiei;
- Faceți un plan de management al durerii;
- Faceți ca ambele părți - pacient și rude/familie să înțeleagă utilizarea rațională a medicamentelor.

2. Luați în considerație ce înseamnă durerea pentru fiecare pacient în parte.

B. Tehnici de relaxare și terapia ocupațională

Acestea pot fi disponibile cu ajutorul specialiștilor care cunosc tehnicile respective și modalitatea de aplicare a lor în practică, prin intermediul terapiei ocupaționale.

C. Acupunctură sau stimulatoare nervoase transcutanate (TENS).

(Acolo unde este posibil.)

ADJUVANȚI (COANALGEZCI) ÎN TRATAMENTUL PENTRU DURERI SPECIFICE

A. Durere osoasă

1. Recomandați radioterapia paliativă precoce – de obicei o singură cură este eficace. Pacienții cu metastaze multiple, pot beneficia de tratament cu izotopi radioactivi.
2. AINS pot fi eficiente, dar provoacă reacții adverse: dacă lipsește efectul - se întrerupe. Castro-agenții de protecție (inhibitori ai pompei de protoni sau Misoprostol) trebuie prescriși și pacienților cărora li se administrează corticosteroizi sau AINS, precum și celor cu un istoric de boală ulceroasă.
3. Infuziile i/v de bifosonați pot reduce durerea la pacienții cu metastaze osoase, în special în cancer de sân, de prostată și mielom multiplu: Pamidronat 60 – 90 mg sau Acid Zoledronic(Zometa) 4 mg fiecare 3 – 4 săptămâni, în funcție de rezultat.

B. Dureri abdominale

1. Constipația este o cauză comună; evitați dogma, care spune că durerea trebuie să fie numai din cauza cancerului.
2. Pentru dureri de capsulă a ficatului se indică Dexametazonă 8-12 mg/zi în combinație cu opioide, cu sau fără de AINS.
3. Pentru dureri generate de o tumoră abdominală superioară, se consideră ca mecanism posibil implicarea plexului celiac și se indică Dexametazonă 16 mg sau derivați GABA-ergici.

Atenție: AINS sunt o cauză comună iatrogenă de dureri abdominale!

C. Dureri rectale

1. Exclueți tușeul rectal.
2. Tenesmele sau chemări false pot răspunde la Amitriptilină în doza de 25 mg.
3. Se administrează glucocorticoizi local sau sistemic.
4. Medicamente folosite în spasme musculare:
 - Nifedipină cu eliberarea imediată (preparat de elecție) capsule 10–20mg oral sau sublingval.
 - Benzodiazepine, de exemplu, Diazepam 2–10 mg noaptea.
5. Blocadele nervoase se folosesc ca alternativă.

D. Durerea neuropatică

De cele mai multe ori are caracter lancelat, de arsură, uneori apar puseuri pe timp de noapte. Nu răspunde într-un mod previzibil la Morfină și deseori este necesar de a administra pe lângă Morfină și co-analgetice pentru alinarea durerii.

Medicația folosită în durerea neuropatică:

- **Amitriptilină** inițial 10–25 mg pe noapte, apoi se crește doza maximă tolerată (în mod normal, 75 mg) și se stopează dacă nu este nici un beneficiu după 7 zile.
- **Gabapentină** 300 mg/zi (100 mg/zi la pacienți cu vârstă înaintată, cașexici). Se crește la fiecare 1 – 3 zile până la maxim 3600 mg/zi. Doze reduse în insuficiență renală;
- **Carbamazepină** 200–1200 mg/zi;

- **Clonazepam** începând cu 500 mcg pe noapte;
- **Valproat de sodiu** 400–800 mg/zi;
- **Pregabalin** poate avea un rol benefic, dar experiența de administrare este limitată;
- **Dexametazonă** 16-32 mg zilnic – se anulează dacă nu este efect după 3-5 zile;
- Alte abordări, care pot fi luate în considerație: acupunctură, blocaje nervoase sau alte remedii farmacologice inclusiv **Clonidină, Ketamină, Metadonă, Midazolam.**

E. Crampe musculare

1. Relaxante musculare: **Diazepam 10 mg.**
2. **Fizioterapie** la necesitate.
3. Spazme ale vezicii urinare: se prescrie **Oxibutinină** 2,5–5 mg/zi.
4. **Amitriptilină** - 10–75 mg seara.
5. **AINS.**

G. Acutizarea durerii pe fon de medicație (Puseu dureros)

1. Morfină cu eliberare imediată sau injectabilă: se administrează 1/6 din doza totală de Morfină din doza nictemirală.

Atenție ! Crampele musculare nu răspund tratamentului cu Morfină !

BLOCADELE NERVOASE ÎN DURERE DE PLEX

De multe ori, pentru a trata efectiv durerea neuropatică, este necesar de a folosi blocajele nervoase cu blocarea temporară sau permanentă cu anestezice locale. Pentru reducerea inflamației locale, se pot administra glucocorticosteroizi, care sunt utili, în special, atunci, când durerea este provocată de compresia nervului.

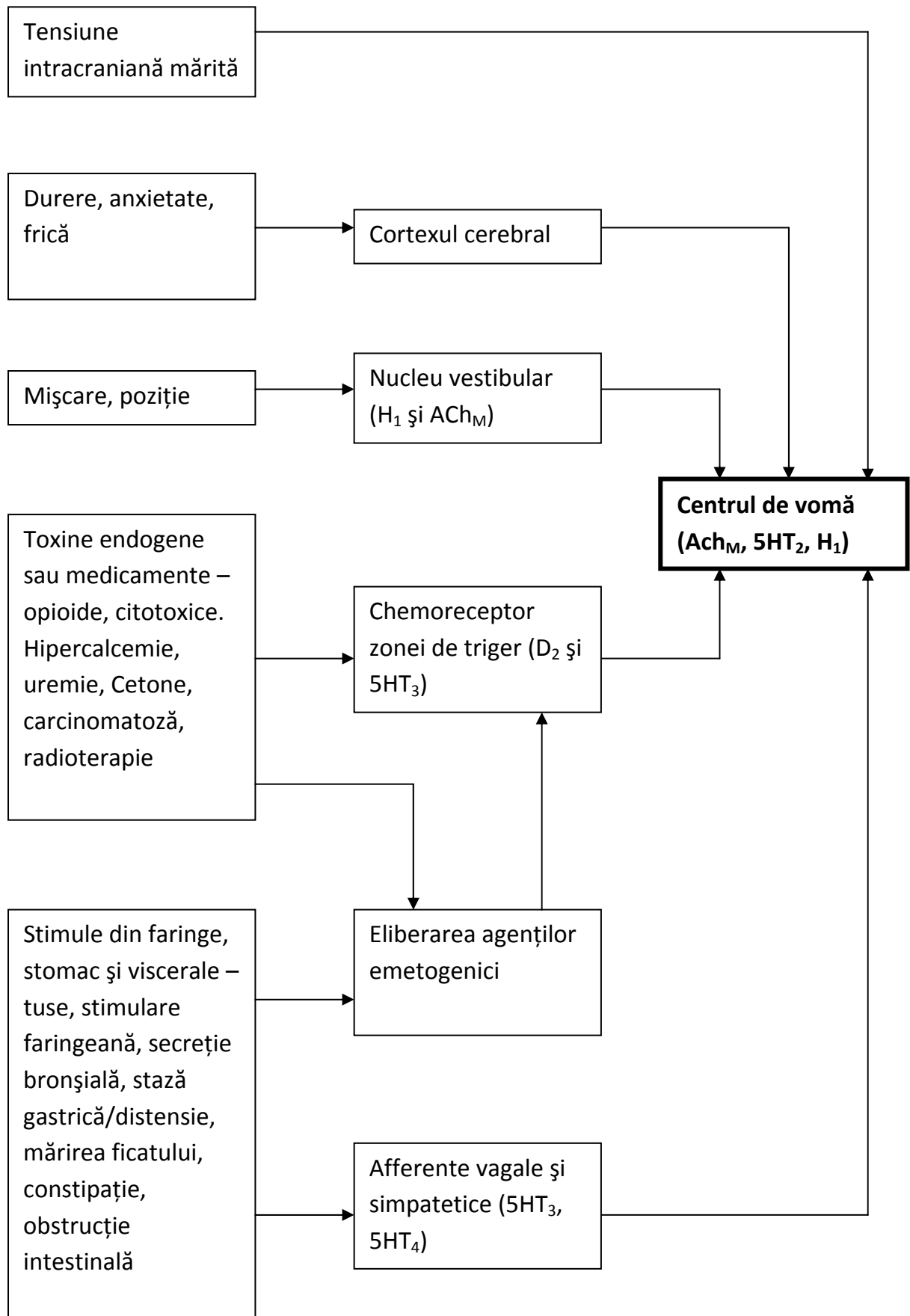
Metode folosite

1. Intratecal sau epidural - opioizii sau anestezice locale - se folosesc la dureri greu tratabile.
2. Durerea, provocată din cauza metastazelor, adesea răspunde bine la injectarea epidurală de doze mari de corticosteroizi cu anestezice locale. Puncția în regiunea caudală este ușor de realizat și este utilă în durerile sacrale.
3. În durerea pleurală se indică blocaje paravertebrale și intercostale.
4. Durerile abdominale, mai ales din cauza tumorilor pancreatice, răspund la blocada plexului celiac în jur de 80%. Acest lucru se poate face în timpul laparotomiei.
5. Durerea de șold poate fi rezolvată cu blocadă a nervului obturator împreună cu quadratus femoris.
6. Dureri de perineu – utilizăm intratecal Fenol.

Se recomandă, efectuarea acestor blocaje de un specialist.

GREAȚA ȘI VOMA

Mecanisme



Sunt multe cauze, care pot provoca greață și vomă și la fiecare pacient în parte pot fi identificate mai multe cauze.

Administrarea medicamentelor opioide necesită și administrarea antiemeticilor, mai ales la pacienții care primesc pentru prima dată opioizi. Folosim calea orală pentru profilaxia greții, iar în caz dacă persistă voma, folosim calea parenterală.

Dacă simptomele de greață și vomă sunt **cauzate** de medicamente, se **anulează** medicamentul sau **schimbăm** calea/metoda de administrare.

Cauze	Tratament
Tensiune intracraniană crescută	<ul style="list-style-type: none">• Dexametazonă 16-24 mg în priză unică• Diuretice osmotice - Manitol 25% 250 ml i/v lent
Anxietate	<ul style="list-style-type: none">• Diazepam 10 mg
Medicamente, toxine endogene	<ul style="list-style-type: none">• Haloperidol - 5 mg• Levomepromazină - 25 mg (metotrimeperazină)• Metoclopramidă - 10 mg de 2-3 ori/zi
Chimioterapie	<ul style="list-style-type: none">• Consultează colegii oncologi-chimioterapeuți• 5HT₃ antagoniști: Ondansetron - 8 mg i/v lent• Dexametazonă - 8 mg /zi 5 zile• Metoclopramidă - 10 mg de 2-3 ori/zi
Stază gastrică	<ul style="list-style-type: none">• Domperidonă - 10 mg 3-4 ori / zi• Metoclopramidă - 10 mg 2-3 ori/ zi
Iritație gastrică	<ul style="list-style-type: none">• Evaluarea medicamentelor• Antacide: Almagel - 1 linguriță de 2-3 ori• Inhibitori de pompă protonică: Omeprazol - 20 mg dimineața• Misoprostol - 400 mcg 2 ori/zi
Nedeterminate	<ul style="list-style-type: none">• Ciclizină - 50 mg 3 ori/zi per os• Haloperidol - 2,5-10 mg în două prize.• Levomepromazină - 25 mg
Constipație	<ul style="list-style-type: none">• Vezi capitol aparte
Obstrucție intestinală	<ul style="list-style-type: none">• Vezi capitol aparte

Caracteristica farmacologică a medicamentelor

Ciclizină

- H₁ antihistaminic cu acțiune anticolinergică
- 50 mg 3 ori/zi per os sau prin injecții s/c (dureros)
- 100–150mg timp de 24 ore prin perfuzie subcutanată continuă

Domperidonă

- D₂ antagonist și prokinetic
- Rar cauzează sedare sau efecte extrapiramidale
- 10–20 mg 3 ori/zi per os

Haloperidol	<ul style="list-style-type: none"> • 30–60 mg în supozitoare 3 ori/zi per rectum • D₂ antagonist direct • Medicament de elecție pentru vomă provocată de opioizi • 1,5–5 mg/noapte, per os sau s/c • 2,5–5 mg timp de 24 ore prin perfuzie subcutanată continuă
Scopolamină	<ul style="list-style-type: none"> • anticolinergic antimuscarinic • 10 mg max 4 ori/zi sublingual sau s/c • 10 mg timp de 24 ore prin perfuzie subcutanată continuă (sedează) • 1 mg la fiecare 72 ore prin emplastru transdermal
Levomepromazină (metotrimeperazină)	<ul style="list-style-type: none"> • acțiune pe receptori multipli (ACh_M, D₂, H₁, 5HT₂) • antiemetic în doze moderate (6 – 25 mg/zi) • folosiți doza minimal efectivă dacă este necesară sedația • de obicei se administrează per os seara sau prin pscc
Metoclopramidă	<ul style="list-style-type: none"> • D₂ antagonist și prokinetic • în doze mari (> 100 mg/zi) acționează ca antagonist al receptorilor 5HT₃ • 10–20 mg 3 ori/zi per os sau i/m; poate fi administrat prin perfuzie subcutanată continuă
Prochlorperazină	<ul style="list-style-type: none"> • preponderent D₂ antagonist; slab anti-ACh_M, H₁ • 5–10 mg 3 ori/zi per os sau 3–6 mg 2 ori/zi în comprimate mastecabile • 25 mg în supozitoare 3 ori/zi per rectum • 12,5 mg 3 ori/zi prin injecție i/m profund • nu se administrează s/c
Ondansetron 4-8 mg	<p>5HT₃ antagoniști ,</p> <ul style="list-style-type: none"> • se folosește pentru controlul emezisului precoce după chimioterapie • de asemenea este indicat pentru emezis postoperator • provoacă constipație • evitați administrarea îndelungată • un mare neajuns – este scump

OCLUZIA INTESTINALĂ

În cancerul avansat sindromul de ocluzie intestinală este frecvent întâlnit și, de obicei, este dificil de controlat. Se produce atât prin cauze mecanice cât și funcționale (mobilitatea dificilă).

Diagnostic

1. Un șir de simptome depind de nivelul ocluziei:

- vomă, mai ales asociată cu greață;
- constipație, cu toate că tranzitul de gaze poate fi permeabil;
- disconfort și balonarea abdomenului;
- garguiment intestinal accentuat sau diminuat;
- se poate asocia cu spasme.

2. Verificați datele în privința intervențiilor chirurgicale precedente; Ro-grafia abdominală este recomandată.

3. Exclueți constipația prin examinarea rectului (tușeul rectal).

Cauze/factori de risc

- Mai des este întâlnită în tumorile primare ovariene și a intestinului gros.
- Poate fi întâlnită în orice tip de tumori primare, inclusiv în cancerul mamar.
- Masa tumorală în lumenul intestinului.
- Tumoare peritoneală, care cauzează compresie sau aderențe.
- Infiltrare în straturi musculare, dereglând peristaltismul normal intestinal.
- Leziune a plexurilor nervoase autonome, cu infiltrarea tumorală mezenterială.
- Carcinomul pancreatic poate cauza stază gastrică, mecanismul căruia nu este cunoscut.
- Aderențe, fibroză postiradiantă, dereglări metabolice, constipație, septicemie.

Management

Depinde de locul obstrucției, starea generală și doleanțele pacientului.

1. Intervenția chirurgicală este necesară dacă:

- a) Obstrucția este într-un singur loc **sau**
- b) Distensia marcată, provocată de gaze, cere aplicarea paliativă a colostomei.

2. Dacă tumora este inoperabilă, se recomandă controlul simptomelor prin:

- a) aplicarea sondei nasogastrale sau aplicarea gastrostomei percutanate - poate fi preferabilă la pacienți cu obstrucție gastroduodenală sau când terapia medicamentoasă nu a avut succes;
- b) hidratarea cu 1 litru lichid/zi i/v sau s/c poate să creeze confort pacientului.

3. Tratați gura uscată (cuburi de ananas înghețat).

4. Tratați simptomatic refluxul gastro-esofagian (Metoclopramidă 10 mg în 2-3 prize).

Terapia medicamentoasă

Durerea abdominală permanentă

- Opioizi puternici, exemplu sol. Morfină 5 mg s/c la fiecare 4 ore cu reevaluare zilnică și la necesitate se mărește doza cu 30-50%.

Spasme

- Evitați sau anulați laxativele stimulante și de volum.
- Evitați antiemeticele prokinetice (Metoclopramidă, Domperidon), care acționează asupra peristalticeii intestinale.
- **Scopolamină** 40 – 80 mg/zi prin perfuzie subcutanată continuă.
- **Loperamid max 16 mg**, poate fi util, dacă pacientul poate primi medicamentul per os.

Greața și voma

Scopul terapiei constă în combaterea sau reducerea la minimum a senzației de greață și vomă.

- **Ciclizină** - 50 mg 3 ori/zi per os sau injectabilă, sau 150 mg/zi prin perfuzie subcutanată continuă.
- **Levomepromazină** (Metotrimeperazină) - 25 mg/zi.
- **Haloperidol - 2,5-5 mg/zi.**
- **Metoclopramidă - 10 mg de 2-3 ori pe zi** – poate ajuta în cazul stazei gastrice, dar este contraindicată în cazul smazmelor prezente sau dacă a fost aplicată gastrojejunostoma.
- **Agenți antisecretorici** se folosesc de obicei în următoarele cazuri;

a) dacă obstrucția este înaltă (gastroduodenală):

- **Scopolamină** - 80 mg zilnic, reduce secreția gastrică;
- H2 blocatori (**Ranitidină 75 mg**) reduce volumul secreției gastrice.

b) dacă obstrucția este la nivelul intestinului subțire;

- **Octreotid** - inițial 300 mcg/zi, favorizează reabsorbția în intestinul subțire. Efectul poate apărea peste câteva zile. Doza terapeutică efectivă constituie 200 – 800 mcg/zi.

Laxative

- Verificați dacă porțiunea inferioară a rectului este liberă (tușeu rectal).
- Laxativele sunt indicate dacă este obstrucție parțială.
- **Docusat de sodiu** doza maximă 200 mg 3 ori/zi;
Mixtură de **Magneziu hidroxid** - 20 – 30 ml 1 – 2 ori/zi;
Polietilen glicol (Movicol) 1 pliculeț de 3 ori/zi.

Pentru reducerea volumului masei tumorale din lumenul intestinal se indică:

- a) **Dexametazonă** - 4–8 mg zilnic, favorizează reducerea edemului peri-tumoral și a obstrucției.
- b) Terapia **hormonală/citotoxică** este indicată, dacă starea generală a pacientului este bună, mai ales în tumori primare ovariene, intestinului gros sau a glandei mamare.
- c) **Radioterapia** este indicată în cazul tumorilor intestinului gros.

PROBLEME ALE CAVITĂȚII BUCALE

Îngrijirea bună a cavității bucale este importantă pentru bunăstarea pacienților terminali.

Diagnostic

1. Examinați zilnic cavitatea bucală folosind lanterna sau spatula. Atenție la starea buzelor, dinților/protezelor dentare, starea mucoaselor și a limbii, cât și la tipul și volumul de salivă.
2. Evaluați starea nutritivă a pacientului.
3. Evaluați starea psihologică a pacientului – se determină abilitatea și dorința pacienților de a participa în îngrijirea proprie.

Cauze/factori de risc

1. Igiena cavității bucale proastă.
2. Starea nutritivă proastă, deshidratare, somnolență/sedare, anemie.
3. Candidoza orală și alte infecții.
4. Tumori ale cavității bucale.
5. Medicamentele – opioizii, antidepressivii triciclici pot cauza gura uscată, preparatele citotoxice pot cauza ulcerații ale mucoasei bucale.
6. Radioterapia locală poate fi cauza ulcerațiilor bucale și poate diminua producerea salivei.

Management

1. Excluderea medicamentelor care pot cauza gura uscată/ulcerații.
2. Tratarea infecțiilor orale.
3. Terapia medicamentoasă.
4. Frecvența îngrijirii cavității bucale, depinde de starea pacientului.

Îngrijirea generală

- **Igiena cavității bucale.** Se face regulat, după fiecare masă, concomitent cu curățirea dinților.
- **Betadină** are efecte antibacteriene și antifungice și poate fi utilizată în igiena cavității bucale.
- **Peroxid de hidrogen 3%**, - se curăță cu tifon limba cu depuneri.

Tratament specific

Insuficiență de salivă

Se recomandă apă cu cuburi mici de gheață.

Stimulatori de salivă – suc de lămâie, ananas, gumă de mestecat, care nu conține zahăr.

Substituente de salivă – spray cu Glandozan, Saliva – Ortana (spray sublingval) (scump).

Comprimate de **Pilocarpină** 5–10 mg -3 ori/zi în cazuri de xerostomie provocată de radioterapie.

Candidoză orală

Suspensie orală de Nistatină: pacienții trebuie să fie instruiți în privința folosirii corecte:

- Se administrează câte 1 ml de cel puțin 4 ori/zi, după masă și după primirea lichidelor;
- cavitatea bucală se prelucrează bine, apoi se înghite;
- igiena protezelor dentare este obligatorie.

Fluconazol - 150 mg, la 3 zile, maxim 3 capsule sau **Ketokonazol** - 200 mg zilnic per os timp de 7 zile.

Durerea în cavitatea bucală

Prelucrarea cavității bucale cu spray cu Lidocaină – are acțiune anestetică.

AINS – Piroxicam 7,5 mg zilnic, dacă durerea este legată de cancer în cavitatea bucală.

Suspensie de Sucralfat – în caz de ulceratii provocate de chimioterapie.

Salivarea abundentă

Amitriptilină – 12,5 mg pe noapte.

Scopolamină - 80 mg , p/o sau sublingval.

În cazuri severe de salivare abundentă, poate fi indicată radioterapia glandelor salivare.

N.B.: **Scopolamină** poate face saliva viscoasă.

Atenție ! Gura uscată provoacă disconfort enorm tuturor pacienților. Îngrijirea cavității bucale joacă un rol important în îmbunătățirea calității vieții pacienților, mai ales în faza terminală !

ANOREXIA

„Pacientul nu moare pentru că nu mănâncă, ci nu mănâncă pentru că moare”

Diagnostic

- Scăderea interesului față de mâncare, care în cele mai severe cazuri se poate manifesta prin greață.
- Frecvent se asociază cu schimbări de gust.
- Poate fi legată de problemele din cavitatea bucală, disfagie, senzația de săturare precoce din cauza stazei gastrice.

Cauze/factori de risc

1. Malignizarea rapidă.
2. Simptome necontrolate.
3. Stres psihologic, emoțional și spiritual, în special depresie.
4. Medicamente, în special citotoxice, Digoxină.

Management

1. Se tratează greața, durerea și alte simptome (greața se tratează cu Metoclopramid 10 mg de 2-3 ori/zi, durerea – se administrează medicația conform recomandărilor de analgezie a OMS).
2. Se reduce stresul psihologic, prin sprijin și consiliere psiho-emoțională.

3. Se tratează depresia, administrând preparate antidepressive, acțiuni coordonate, de obicei, cu medicul psihiatru când este posibil.
4. Pacientului i se propune hrana în porții frecvente, mici, atractive, în anturaj social plăcut.
5. **Terapia medicamentoasă:**

Alcool înainte de masă, în cantități mici, în forma în care o preferă pacientul.

Dexametazonă - 2–4 mg fiecare dimineață sau Prednizolonă 10–30 mg.

N.B.: Glucocorticosteroidii se folosesc cu prudență.

DIAREEA

Diagnostic

Diareea este sindrom clinic, care se manifestă prin emisia de scaune apoase de 4-5 ori pe zi.

Pacientul, care acuză diaree, trebuie să se afle în vizorul personalului medical, deoarece pentru un pacient terminal, diareea este foarte deranjantă.

Cauze/factori de risc

1. Supradozare de laxative.
2. Infecții, inclusiv *Clostridium difficile*, *Candida spp.*
3. Fecaloame cu eliminări lichide (diareea falsă).
4. Ocluzie intestinală.
5. Tratamente în antecedente: radioterapie, rezecția extensivă a intestinului.

Management

1. Tratament specific

- Asigurați-vă că laxativele nu sunt un surplus.
- Depistați sau excludeți infecția și la necesitate tratați-o conform principiilor generale de administrare a antibioticilor.
- Clistere cu **steroidi**, în cazuri de diaree provocate de radioterapie.
- **Enzimele pancreatice** în cazuri de steatoree.

2. Tratament simptomatic

Loperamid - 2–4 mg fiecare 6 ore maxim 16 mg/zi;

Fosfat de codeină - 30–60 mg 3 – 4 ori/zi.

FISTULELE

Definiție: **Comunicare patologică dintre un organ cu alt organ sau cu mediul exterior.**

CAUZE

La pacienții incurabili, cel mai frecvent, sunt cauzate de complicațiile unor tumori intraabdominale.

Scopul managementului unei fistule pentru pacienții incurabili de cancer nu este de a trata fistula, ci de a minimaliza simptomatologia și a asigura pacientului confortul, de care are nevoie.

Îngrijirea unui pacient cu fistulă constă din următoarele:

- Controlul mirosului se face cu:
 1. Toaleta minuțioasă cu apă caldă fără detergent și prelucrarea cu Sol. Medronidazol.
 2. Aplicarea pansamentului sau colectorului special pentru eliminările din fistulă, - adresați-vă specialiștilor din Hospice

ASCITA

Definiție: **Acumulare de lichid patologic în cavitatea abdominală.**

Cauze/factori de risc

1. Metastaze peritoneale (carcinomatoză peritoneală).
2. Hipoalbuminemie.
3. Retenție secundară de sodiu.
4. Tromboza venelor hepatice (sindromul Budd -Chiari).
5. Tumorile ovariene.
6. Poate proveni din alte cauze .

Diagnostic

- Evaluarea clinică: distensie progresivă, matitate la percuție, fluctuație a lichidului.
- Ultrasonografie abdominală (pentru evaluarea volumului de lichid și paracenteză la necesitate).
- Excluderea maselor tumorale, organomegalie, glob vezical, ocluzie intestinală.

Management

1. Dacă simptomele sunt minimale, nu se intervine cu medicație, de obicei explicația pe înțelesul pacientului sunt suficiente.

2. **Terapia medicamentoasă**

Analgezia (de obicei opioizi puternici – sol. Morfină, conform principiilor generale de administrare a opioizilor) în cazul distensiei abdominale dureroase.

Chimioterapia citotoxică (locală sau sistemică), poate fi indicată, în special în cazurile carcinoamelor primare ale ovarelor, glandelor mamare sau intestinului gros. **Consultați oncologul!**

Diuretice: **Furosemid** 40–80 mg /zi (risc de hipokalemie).

Spirolactonă (mai ales dacă este hipoalbuminemie) 100 mg 1 - 2 ori/zi.

Antiemetice: **Metoclopramidă - 10 mg de 2-3 ori/zi,** în cazul stazei gastrice.

3. **Paracenteza**

Poate fi indicată la pacienții cu ascită în tensiune și disconfort, în special dacă se asociază cu dispnee. Poate fi repetată. Se evacuează 2 litri de lichid la prima procedură, apoi max 6 litri/zi.

Atenție!: eliberarea rapidă a lichidului poate cauza colaps.

4. **Șuntul peritoneo-venos** poate fi considerat ca o oportunitate pentru pacienți bine selectați (pronostic de viață favorabil, mai mult de 12 luni).

SERINGA-AUTOMAT

Seringa-automat este o pompă portativă, care funcționează cu ajutorul unei baterii și introduce medicamente prin infuzie continuă, cu ajutorul fluturașului. Este o alternativă a căii de administrare a medicamentelor, cu un impact minim asupra mobilității sau independenței pacientului. În Republica Moldova dispozitive portabile tip seringă-automat există în cantități limitate.

Indicații

- **Calea orală este dificilă sau nu este potrivită**

1. Vomă și/sau greață severă.
2. Disfagie.
3. Tumori ale cavității bucale, plăgi severe sau infecție.
4. Pacient astenic, inconștient sau neadecvat.
5. Absorbție dificilă a medicamentelor administrate per os.

Dacă problemele sunt rezolvate, considerăm utilă întoarcerea la medicația orală.

- **Sfaturi practice**

1. Seringa-automat trebuie să fie instalată la pacient conform instrucțiunii corespunzătoare.
2. Viteza de administrație se instalează conform **milimetrilor de mișcare** în unitatea de timp **și nu de volum**, - consultați.
3. Inflamația locului, unde este plasat acul fluturașului, poate avea loc din diferite cauze, inclusiv folosirea medicamentelor iritante și soluțiilor hipertonică. Locul infuziei trebuie să fie verificat o dată în zi.
4. Folosiți combinații simple de medicamente în seringă-automat (maxim 3 sau mai puține).
5. **Evitați** Diazepam, Proclorperazină și Clorpromazină, care cauzează reacții locale severe.

În varianta ideală, seringă automat este recomandată pentru administrarea continuă a Morfinei.

Medicamente care pot fi folosite în seringă-automat

Ciclizină 100–150 mg timp de 24 ore

Antiemetic tip antihistaminic și antimuscarinic care acționează asupra centrului vomei. Descauzează iritație locală.

Dexametazonă **maxim** 16 mg timp de 24 ore

Se folosește pentru a reduce tensiunea intracraniană crescută, durere legată de distensia capsulei hepatice și durere neuropatică, și ca antiemetic. Poate precipita când se amestecă într-o seringă cu alte medicamente.

Haloperidol 2,5–10 mg timp de 24 ore

Neuroleptic, antiemetic antidopaminergic. Doze mari uneori se folosesc pentru sedare. Efecte adverse extrapiramidale se întâlnesc în doze mai mari de 20 mg.

Scopolamină 20–80 mg timp de 24 ore

Antispastic se folosește pentru reducerea spasmului gastrointestinal, durere, greață și vomă. Este util pentru a reduce secrețiile.

Levomepromazină 12,5 – 25 mg (antiemetic)

25–100 mg (sedativ cu efect pe timp de 24 ore)

Face parte din grupa clorpromazinei, dar este mai puternic.

Metoclopramidă 10–30 mg timp de 24 ore

Antiemetic. Efectele extrapiramidale pot avea loc la doze mari, în special la femeile tinere.

Midazolam 5–15 mg timp de 24 ore

Benzodiazepina este un sedativ cu perioada de înjumătățire scurtă; anticonvulsivant. Dozele mari pot fi folosite numai pentru sedație terminală.

DISPNEEA

Definiție: **Senzație de insuficiență de aer.**

Componentul psihologic al dispneei este de importanță majoră, deoarece întotdeauna îi sperie pe pacienți și de obicei se asociază cu frica de moarte.

Cauze/factori de risc

Schimbul slab de gaze

1. Obstrucție a căilor respiratorii

- a) Căile respiratorii principale: tumoare;
compresie extrinsecă de ganglionii mediastinali;
iritație a laringelui;
stricturi postradioterapie;
- b) Căile respiratorii mici: bronhopneumopatia cronică obstructivă);
limfangită canceromatoasă;

2. Volumul inspirator diminuat al plămânilor: exudat în cavitatea pleurală;

- pneumotorax;
- tumoarea cu creștere extensivă;
- SIRS (sindrom de răspuns inflamator sistemic);
- distensie abdominală marcată;

3. Respirația aspră în plămâni:

- fibroză pulmonară;
- edem pulmonar;

4. Difuziunea scăzută a gazelor:	limfangită canceromatoasă; embolism pulmonar (TEAP); tromboză tumorală ; pericardită exudativă;
5. Durere:	pleurezie; infiltrație în peretele toracic; fracturi de coste/vertebre; durere de capsulă a ficatului;
6. Dereglări neuromusculare:	paraplegie; iritație a nervului frenic; cașexie; sindroame paraneoplazice;

Management

A. Tratament ne medicamentos

Reevaluarea generală.

Explicați pacientului și familiei mecanismele dispneei.

Asigurați curent de **aer rece** spre față.

Recomandați **poziții anumite** pentru a ușura respirația.

Evaluati **importanța** dispneei pentru pacient.

Exerciții de respirație, **metode** de relaxare.

Consiliere și readaptare efectuată de fizioterapeut/nursă specializată (dacă este posibil).

Acupunctură, aromaterapie, reflexoterapie (dacă este posibil și util).

B. Tratament medicamentos

Saline nebulizante ajută deseori în cazul secreției abundente.

Opioidele deseori sunt utile în diminuarea senzației subiective de dispnee. Dacă pacientul nu a mai primit opioide, începem cu 2,5 mg de **Morfină** orală la fiecare 6 ore cu titrare ulterioară. Dacă pacientul deja primește Morfina pentru controlul durerii, doza poate fi mărită cu 30- 50% pentru o dispnee co-asociată.

Benzodiazepinele sunt folosite în combinație cu opioide, pentru a atinge efectul anxiolitic. Folosim **Diazepam** 5–10 mg/zi pentru controlul de bază cu adăugarea la necesitate a **Lorazepamului** 1–2 mg sublingval, care are efect imediat în crize acute de panică. **Midazolam** 2,5 – 10 mg s/c, sau 5 – 15 mg, timp de 24 ore prin perfuzie subcutanată continuă, dacă pacientul nu poate lua medicamentul per os.

Atenție: Provoacă reacții alergice!

Oxigenul are efecte variabile, dar beneficiul psihologic este substanțial. Este indicat în stările terminale. Administrați cu precauție, în cazuri cu pronostic de viață lung.

Tratament specific

1. **Steroizi: Dexametazon** 4–8 mg/zi, în cazuri de compresie a căilor aeriene de către tumorile cu creștere intrinsecă sau extrinsecă, stricturi/fibroză postradică, bronhospasm și limfangită canceromatoasă.
2. **Radioterapie/brăhiterapie, diatermie endoscopică cu laser**, pot fi utile în cazuri de obstrucție a căilor aeriene mari și ca urmare a compresiei intrinsecă sau extrinsecă.
3. **Antibiotice cu spectrul larg**, în cazuri de infecție.
4. **Drenarea revărsatului pleural.**
5. **Paracenteză** în cazuri de ascită, și/sau diuretice în/fără combinație cu steroizi.
6. **Toracocenteză**, în cazuri de pneumotorax.
7. **Diuretice**, în caz de edem pulmonar.
8. **Inhalarea bronhodilatatorilor în sindromul obstructiv - Salbutamol sau glucocorticosteroizi în aerosol.**
9. **Scolpolamină**, pentru a reduce secreția excesivă a căilor respiratorii superioare.
10. **Fizioterapie** în cazuri de secreții din bronșectazii (dacă este posibil).
12. **Traheostoma** poate contribui la îmbunătățirea calității vieții la pacienți atent selectați (pronostic de viață lung).

TUSEA

Diagnostic

1. Întrebați despre spută – cantitate, consistență, culoare.
2. Dacă tusea este cauzată de postura corpului?
3. Examinăm cutia toracică. Ro-grafia cutiei toracice poate fi de folos (dacă este posibil).
4. PEF METRIA (dacă este posibil) pentru a controla reversibilitatea bronhospasmului.

Cauze/factori de risc

1. Nazofaringeale – eliminări nazale posterioare, tumoare.
2. Laringeale – tumoare, inflamație, infecție.
3. Bronșice – inflamație, tumoare, infecție, inhibitori enzimei de conversieC, fistule traheo-esofagiene.
4. Pulmonare – pneumonie, alveolită, abcese, bronșectazie, edem, fibroză.
5. Mediastinale – tumoare, limfadenopatie.
6. Relux gastric cu aspirație.

Management

1. Poziția ridicată a corpului.
2. Aerosoli, saline nebulizante de 4 ori/zi în cazuri de secreții dense.
3. Fizioterapia cutiei toracice, acolo unde este indicată/accesibilă.
4. Tratarea infecției, dacă infecția persistă și pacientul nu este terminal.
5. Radioterapia poate ajuta dacă tusea este cauzată de tumoare.

6. Tratamentul medicamentos.

General:

- a) Inhalatori: **Tinctura de Mentol cu Eucalipt.**
- b) Doze mici de opioizi: **Codeină, Morfină.**

Specific:

- a) Nazofaringial
 - antibiotice,
 - glucocorticosteroizi sub formă de spray nazal,
- b) Laringeal
nebulizare,
 - glucocorticosteroizi inhalatori sau prin nebulizare
 - anestetice locale prin nebulizare
 - Bupivacaină 0,5 %, 5 ml 3 ori/zi, cu cel puțin 30 minute înainte de masă - risc de bronhospasm idiosincrazic, uneori sever.
- c) Bronșial
 - bronhodilatatoare în doze standard,
 - glucocorticosteroizi per os, inhalatori sau prin nebulizare.
 - anestetice locale (vezi mai sus).
- d) Reflux gastric
 - antacide care conțin simeticonă,
 - agenți prokinetici .

SUGHIȚUL

Cauze/factori de risc

1. Periferice (stimularea diafragmului, nervului frenic):

- Distenzie sau iritație gastrică.
- Hepatomegalie sau implicarea ficatului.
- Tumori sau ganglioni limfatici intratoracici.

2. Centrale (stimularea măduvei spinale):

- Tensiune intracraniană crescută.
- AVC/tumoare a trunchiului cerebral.
- Uremie.

Management

1. Respirație în colet de hârtie (ridică nivelul de pCO₂), (Consultați medicul din Hospice!).
2. Folosirea apei reci sau luarea unei lingurițe cu zahăr granulat (stimularea faringelui).

Tratament medicamentos

Cauze periferice:

Metoclopramid 10 mg de 4 ori/zi.

Domperidonă 10–20 mg la fiecare 4 – 8 ore.

antacide care conțin simeticonă.

Cauze centrale:	Dexametazonă 4–12 mg o dată/zi.
	Ranitidină 150 mg de 2 ori/zi.
	Clorpromazină 10–25 mg de 3 ori/zi.
	Haloperidol 0,5 mg de 3 ori/zi.
	Diazepam 2,5 mg de 3 ori/zi.
	Dexametazonă 4–12 mg o dată/zi.
	Nifedipină 10 mg 3 ori/zi.
	Baclofen 5 mg 3 ori/zi.
	Nefopam 10 mg în cazuri refractare.

N.B.: Nici unul din medicamentele enumerate mai sus nu este efectiv de unul singur.

Utilizați combinații!!

TENSIUNEA INTRACRANIANĂ CRESCUTĂ

Diagnostic

1. Cefalee severă, care se agravează în poziție culcată.
2. Vomă, convulsii, diplopie, astenie.
3. Edemul papilar poate fi prezent.
4. TC/RMN scanare - pot fi indicate.

Cauze/factori de risc

1. Metastaze cerebrale (comune cu cele primare).
2. Tumori cerebrale primare.
3. Alte cauze – abces, accident cerebro-vascular, hipertensiune arterială.

Management

1. Ridicarea capului, poziție semi ridicată a corpului.
2. **Tratament medicamentos.**

Dexametazonă până la 16 mg/zi, - până la 7 zile. Evitați administrarea după 14:00, fiindcă poate provoca insomnie. Treptat reduceți doza până la cea minimal efectivă, monitorizați dacă simptomele sunt controlate. Anulați Dexametazona, dacă nu este efect după 5- 7 zile.

Anticonvulsivantele pot fi utile pentru cei care au accese convulsive. Carbamazepina poate reduce efectul terapeutic al unor medicamente până la 50% prin inducție enzimatică.

Midazolam prin perfuzie subcutanată continuă, ca anticonvulsivant în cazuri când calea orală nu poate fi folosită; doza de 10–60 mg prin perfuzie subcutanată continuă, timp de 24 ore va fi titrată până la atingerea efectului clinic.

Diazepam - tuburi rectale (10–20 mg) pot stopa convulsiile.

Analgezicele sunt indicate în cazuri de cefalee.

CONVULSIILE

Cauze/factori de risc

1. În antecedente epilepsie, traumă/intervenție chirurgicală, tumori/metastaze craniene.
2. Dereglări metabolice - ex. hipoxie, hiponatriemie, hipoglicemie.

Management

1. Prevenirea convulsiilor

Carbamazepină, inițial 100–200, mg 1–2 ori/zi, majorând cu 100–200 mg la fiecare 2 săptămâni până la 800–1200 mg/zi;

Valproat de sodiu, inițial 200 mg ,2–3 ori/zi, majorând la fiecare 3 zile până la 1–2g/zi.

Evitați terapia combinată dacă este posibil.

2. Dacă nu este posibil administrarea medicamentelor per os:

Midazolam 10–60 mg/24 ore prin psc;

Carbamazepină sub formă de supozitoare de 2 ori/zi (125 mg per rectum este echivalent cu 100 mg per os)

3. **Dexametazonă** 8–16 mg/zi în cazuri de tumori/metastaze cerebrale

4. Convulsii grand mal:

Diazepam tub rectal 10–20 mg;

Midazolam 5–10 mg.

5. Status epilepticus:

În afară de spitalului: **Diazepam** per rectum 10–20 mg;

Midazolam 5–10 mg intranasal sau i/v lent se repetă dacă este necesar după 15–20 minute.

În condiții de spital: **Lorazepam** 4 mg i/v;

COMPRESIA MEDULARĂ

Diagnostic

Fiți atent la semnele precoce, care pot fi utile (ex. greutate în picioare). Diagnosticarea precoce și tratamentul urgent (timp de ore) sunt importante pentru a îmbunătăți rezultatul. Dacă sindromul de compresie medulară se instalează, max. 5% din pacienți pot merge din nou, iar mai mult de un an supraviețuiesc puțini.

1. Compresia medulară poate decurge cu durere în spate cu, sau fără iradiere, este legată de afectarea radiclei nervului respectiv, urmată de slăbiciune în picioare, schimbări senzoriale și dereglări de funcție ale vezicii urinare sau intestinului.

2. Dacă compresia este la nivel toracic, atunci reflexele senzoriale pot fi înviorate, compresia la nivelul cozii de cal (coada equina) clinic se manifestă prin reflexe diminuate.

Cauze/factori de risc

1. Invazia epidurală din partea metastazelor care provin din corpul vertebral sau ganglionii paravertebrali.
2. Deformație osoasă din cauza colapsului corpului vertebrei.
3. Metastaze epidurale sau subdurale răspândite pe cale hematogenă.
4. Tumori primare ale medulei spinale.

Management

1. Imediat:
 - **Dexametazonă** 16-32 mg/zi (sau puls terapie)
 - TC/RMN scanare
 - Îndreptare urgentă către radioterapeut sau neurochirurg.
2. a) Dacă începutul este treptat sau rapid, iar paraplegia s-a instalat în mai puțin de 24 ore, **decompresia** chirurgicală **poate fi posibilă** sau se indică **radioterapia** (o singură cură).
b) Dacă începutul este rapid și paraplegia este consolidată, radioterapia nu poate fi de folos, cu excepția alinării durerii.
3. Dacă începutul este treptat și paraplegia este consolidată:
 - îngrijim regiunea de compresie;
 - aplicați un cateter urinar;
 - La instalarea constipației regulat folosiți clisme sau supozitorii;
 - modificății la domiciliu - cărucior cu roțile, paturi funcționale, saltele antiescare;
 - readaptarea psihologică.
4. Este recomandată evaluarea de către specialistul în îngrijire paliativă, pentru management și/sau reabilitare.

DEPRESIA

Este important să se facă distincția între depresia clinică, tristețe și demența profundă. Trebuie să fim conștienți de faptul că multe dintre simptomele somatice obișnuite ale depresiei, cum ar fi anorexia, scădere în greutate, tulburări de somn, pot fi deja prezente la pacienții cu boli maligne. Depresia poate fi ascunsă în spatele unui pacient curajos, dar poate fi la fel ascunsă și la un pacient cu zâmbet sau chiar a unei fețe glumețe

Diagnostic

Simptome biologice

- variații diurne în starea de spirit;
- dereglări ale somnului, în special cu treziri frecvente sau dimineața devreme;
- anorexie, care nu răspunde la corticosteroizi.

Simptome psihologice

- starea de spirit omniprezentă, persistent scăzută cu pierderea plăcerii și bucuriei.

- vinovăție morbidă, sentimente de neputință și inutilitate/pierderea propriei demnități.
- idei și intenții suicidale.

Cauze/Factori de risc

1. Antecedente de depresie.
2. Necesitatea pentru a se adapta la viața cu multe modificări, într-o perioadă scurtă de timp.
3. Controlul slab al simptomelor.
4. Imobilitate și izolare cu afectarea calității vieții și a lipsei de sprijin.
5. Informații inexacte sau inadecvate despre boala sau prognosticul său.
6. Medicamente – glucocorticosteroizi, unele citotoxice, unele antihipertensive, unele neuroleptice, benzodiazepine.

Management

1. Minimizarea cauzelor.
2. Asigurarea suportului psihologic.

3. Terapia medicamentoasă:

- Pentru depresia cu agitații sau insomnie:

Amitriptilină sau **Dozulepină** (Dotiepin) 25–100mg (rareori 150 mg) pe noapte (începeți cu doze mici); **Lofepramină** și **Mianserină** pot fi mai indicate în cazul adulților sau pacienților senili.

- Pentru depresie retardată:

Paroxetină 20 mg zilnic

- Dacă nu este răspuns la cele de mai sus:

Sertralină 50 mg, majorând până la 100 mg zilnic sau **Fluoxetine** 20 mg zilnic, însă acestea pot duce la anorexie sau stare de greață; titrarea dozei nu este necesară.

- Pentru depresia cu nevroze sau panică: **Paroxetină** (20–40mg zilnic).

ANXIETATEA

Diagnostic

1. Sentimentul de marginalizare, insomnie sau agitație.
2. Imposibilitatea de a se concentra.
3. Efecte fizice, cum ar fi transpirație, tahicardie, ochi speriați cu pupile dilatate.

Factori de risc

1. Antecedente de anxietate.
2. Controlul slab al simptomelor.
3. Informații inadecvate/inexacte.
4. Probleme familiare.

5. Tratament cu glucocorticosteroizi sau Salbutamol.
6. Anularea de medicamente, de exemplu, opioide/benzodiazepine.
7. Incertitudinea cu privire la viitor.
8. Preocupare pentru familie/finanțe, probleme sociale, etc.

Management

1. Suport pentru pacient și familie.
2. Informații adecvate și comunicarea cu pacientul și familia.
3. Tehnici de relaxare și de terapii complementare.
4. **Terapia medicamentoasă**

Diazepam –5 mg seara – pentru utilizare pe termen scurt.

Propranolol – 40 mg 2–3 ori/zi pentru simptomele somatice.

Lorazepam – 1–2mg, administrat sublingual, poate fi util în atacuri de panică.

Dacă pacientul nu este în măsură să înghită și are un dispozitiv cu seringă-automat din alte motive, considerăm utilă posibilitatea de administrare a **Midazolamului**, 10–20mg zilnic prin perfuzie subcutanată continuă.

INSOMNIA

Diagnostic

Insomnia este senzația subiectivă de somn prost. Acest lucru poate însemna somn insuficient, întrerupt sau dormit la timp nepotrivit. Este important să se distingă între **incapacitatea** de a adormi (**parte a spectrului de anxietate**; răspunde la anxiolitice) și **tendința** de a se trezi mai devreme sau în mod repetat (**parte a spectrului de depresie**; răspunde la unele antidepresive).

Cauze/Factori de risc

1. Anxietate sau depresie.
2. Controlul neadecvat al simptomelor.
3. Nicturia.
4. Modificări de mediu – spitalizarea, întreruperea somnului de către personal.
5. Frica – de exemplu, de a merge la culcare sau de coșmaruri. Feriți-vă să vorbiți pacientului sau să-l asigurați intenționat că "va muri în somn".
6. Medicamente – stimulante (Cafeină), steroizi, diuretice, opioizi (coșmaruri și halucinații), Fluoxetină, Propranolol (coșmaruri).
7. Suspendarea bruscă a unor medicamente –benzodiazepine, barbiturice, (alcool).

Management

1. Reducerea la minim a cauzei – controlul simptomelor.
2. Consiliere pe problema anxietate.
3. Inițierea/incercarea unui model de somn bun – prevenirea de a merge la culcare prea devreme.

4. Încurajăm un ritual de culcare.
5. Laptele cald, băut înainte de culcare, poate ajuta.
6. Încurajăm tehnicile de relaxare.
7. **Terapia medicamentoasă** (preparatele pot fi administrate în doză unică pe timp de noapte).

Lormetazepam (0,5–1,5 mg) sau **Temazepam** (10–20 mg) – pentru utilizare pe termen scurt.

Zopiclonă (3,75–7,5 mg) sau **Zolpidemă** (5–10 mg) pot avea mai puține efecte adverse decât benzodiazepinele.

Clometiazol (1–2 capsule) are o durată scurtă de acțiune.

Amitriptilină (12,5–75 mg) sau **Dosulepină** (25–75 mg) în cazuri de deșteptare prea timpurie dimineața.

SOMNOLENȚA

Cauze/Factori de risc

Organice

1. Moarte iminentă.
2. Infecție, în special ale căilor respiratorii și ale tractului urinar.
3. Tensiune intracraniană crescută.

Biochimice

1. Anomalii metabolice:
 - uremia, mai ales dacă pacientului îi sînt administrate opioide;
 - hiper/hipoglicemia;
 - hipercalcemia;
 - insuficiența hepatică;
 - insuficiență respiratorie.
2. Medicație:
 - opioide, antidepresive triciclice, benzodiazepine, anticolinergice, antihistaminice.

Alte

- Oboseală.
- Insomnie.
- Izolare psihologică.

Management

1. Evaluarea cu exactitate a cauzelor.
2. În cazul în care pacientul este aproape de moarte, intervenții invazive nu sunt indicate.
3. Terapia medicamentoasă:
 - Dexametazonă** - 16 mg/zi.
 - Paroxetină** - 20 mg, pentru depresie retardată.

DELIRUL

Delirul se caracterizează prin confuzie, deseori cu iluzii vizuale sau halucinații, cu creșterea sau scăderea activității psihomotorii și fluctuații la nivel de conștiință. Trebuie să se diferențieze cu **demența**.

Diagnostic

1. Tulburări de conștiință, cu capacitatea redusă de a concentra atenția.
2. Tulburări generalizată de cogniție, care afectează memoria, orientarea, atenția și abilitățile de planificare și de organizare.
3. Precizari din anamneză, care ar arăta că poate exista o cauză fizică.

Cauze/Factori de risc

1. Vârsta și deficiență cognitivă pre-existentă;
2. Medicamente, de exemplu: opioide, antidepressive triciclice, anticolinergice, orice sedativ;
3. Infecții;
4. Dereglări biochimice – în special, hipercalcemia, uremia, insuficiența hepatică;
5. Modificări ale mediului – conflicte familiare, spitalizare, izolare socială;
6. Controlul prost al simptomelor – durere, constipație, retenție de urină, anxietate, depresie;
7. Privarea de alcool sau medicamente;
8. Cauze cerebrale: leziuni ce ocupă spații, infecții, AVC.

Toxicitatea opioizilor exacerbată de uremie este o cauză importantă a confuziei. Controlați pupilele contractate, spasmele mioclonice, hiperestezia pielii.

Management

1. Tratăm sau minimizăm cauzele posibile, în deosebi medicamentele și infecțiile.
2. Minimizăm stimulânții externi pentru pacienți: plasarea într-un salon cu lumină difuză, zgomote reduse și mai puține schimbări de personal.
3. Încercăm să ținem pacientul în legătură cu realitatea și mediul – contactul vizual și atingerile sunt deseori de ajutor.
4. Calmăm frica și suspiciunea – explicăm toate procedurile, nu schimbăm poziția patului pacientului, dacă este posibil, ar fi bine să aveți o rudă sau prieten al pacientului alături.

Terapia medicamentoasă

Dacă este paranoic, dezamăgit, agitat sau cu halucinații:

Haloperidol - 1,5–5 mg până la 4 ori/zi; poate fi administrat per os, i/m sau perfuzie subcutanată continuă

Levomepromazină - 12,5–50 mg până la 3 ori/zi; poate fi administrat per os, i/m sau perfuzie subcutanată continuă.

Risperidonă - 10–20 mg pe noapte.

Revizuiți timpuriu, deoarece simptomele pot fi exacerbate de către efectele sedative. Căutați efectele secundare extrapiramidale, mai ales la bătrâni.

- Oxigen** - dacă este cianoză/hipoxie
- Dexametazonă** - până la 16 mg/zi în caz de tumoare/presiune intracraniană crescută.
- Midazolam** - 10–60mg prin seringă-automat dacă încă mai este foarte agitat în ciuda măsurilor întreprinse anterior.

AGITAȚIA TERMINALĂ

Poate fi asemănătoare cu delirul, la cineva, care este foarte aproape de deces, sau poate reflecta în mod ocazional, suferința psihologică sau spirituală nerezolvată, mai ales dacă aceasta a fost și anterior o problemă.

Cauze/Factori de risc

1. Disconfort fizic – durere necontrolată, glob vezical, fecaloame, incapacitatea de a se mișca, insomnia, patul neconfortabil, respirația dificilă.
2. Infecții.
3. Tensiune intracraniană mărită.
4. Anomalii biochimice, cum ar fi hipercalcemia, uremia, hipoxia.
5. Medicamente: toxicitatea opioizilor (în deosebi în legătură cu insuficiența renală).
6. Extenuare psihologică/spirituală – furie, frică, vină. Atenție, mai ales dacă pacientul nu a dorit să discute despre boală.

Management

1. Trebuie să fie o abordare multi-profesională, implicând familia sau rude.
2. Evaluarea cu exactitate a pacientului.
3. Ameliorarea tuturor elementelor fizice dacă este posibil, de exemplu analgezia, cateterizarea.
4. Ascultați pacientul și discutați despre furie, frică și vină dacă este posibil.
5. Poate fi extrem de dureros pentru familie, care necesită un suport major. Prezența lor poate ajuta sau înrăutăți starea pacientului.
6. Terapia medicamentoasă:

Midazolam – 10–60 mg timp de 24 ore psc sau i/m în doze separate (dar care durează doar cca 2 ore)

Levomepromazină – 25–100 mg timp de 24 ore oral sau psc

Fenobarbital – 200–1200 mg timp de 24 ore în doze separate perioada de acțiune este lungă, astfel doza poate fi administrată la intervale mai mari)

Diazepam – 10–60 mg timp de 24 ore oral sau per rectum.

SLĂBICIUNEA/FATIGABILITATEA

Cauze/Factori de risc

1. Istovirea (cașexia): legată de cancer, nutriție neadecvată, insuficiență cardiacă cronică, BPOC.
2. Metabolice: hiponatremia, hipokalemia, uremia, hipercalcemia, anemia, diabetul zaharat, insuficiență suprarenală, hipertiroidism, hipotiroidism, insuficiență hepatică.
3. Deteriorări neuromusculare: tumoare intracraniană, în măduva spinării sau nervii periferici, miopatie, neuropatie periferică, miastenia gravis.
4. Medicamente: corticosteroizi, sedative, diuretice, antihipertensive.
5. Emoțional: anxietate, depresie, frică, izolare, apatie.
6. Repaus în pat prea îndelungat.
7. Infecții.

Management

1. Evaluare minuțioasă.
2. Revizuim regimul medicamentos și reducem din preparate dacă este posibil.
3. Corectăm orice dereglare metabolică/biochimică pe cât este posibil.
4. Oferim suport dietetic pe cât este posibil și dacă este necesar.
5. Programele de reabilitare și exerciții pentru insuficiență cardiacă cronică, BPOC, miopatie steroid indusă și alte dereglări.
6. Dacă face parte din sindromul de cașexie/istovire/anorexie, (vezi de asemenea capitolul Anorexia).

ANEMIA

Diagnostic

1. Simptome – oboseală, slăbiciune, dispnee.
2. Analiză de sânge – hemoglobină, indicii eritrocitari, leucocite, trombocite.

Cauze/Factori de risc

1. Pierderi de sânge:
 - Hemoragie – acută (anemia nu poate fi depistată imediat)
– cronică (microcitoză, reticulocite, trombocitoză)
 - Hemoliză – primară sau secundară (procesul autoimun, medicamente, infecții), (macrocitoză, reticulocite, bilirubină crescută).
2. Sinteza medulară scăzută:
 - Boli cronice și patologia renală (normocromie, normocite sau microcite).
 - Invazie medulară – leucemia, limfom, carcinom (a prostatei, a glandei mamare).

- Aplazia – din cauza medicamentelor (AINS, antibiotice, anticonvulsivante, psihotrope, antidiabetice).
- Invazie malignă sideroblastică secundară.
- Infecții, slăbiciune.
- Deficit de fier (microcitoză), B-12 sau acid folic (macrocitoză).

Management

1. Dacă este posibil – tratarea cauzei.
2. Dacă hemoglobina HB < 95 g/l se recomandă transfuzie de sânge.
3. La pacienții slăbiți și vârstnici transfuzia de sânge poate provoca insuficiență cardiacă acută. Maximal se folosesc 2 – 4 unități de masă eritrocitară/zi împreună cu Furosemid. În anemie cronică pacientul se adaptează chiar și la hemoglobina de 8,0 – 9,5 g/dl.

HEMORAGIA

Cauze/Factori de risc

1. Patologia trombocitelor, sindromul CID, heparinizarea masivă a pacientului, trombocitopenia, tumori, inclusiv cele exulcerate.
2. Infecții, în special, cele ce decurg cu septicemie.
3. Medicamente ca Heparină, Warfarină, Aspirină, AINS.
4. Ulcerațiile sistemului digestiv.

Management

General

1. Anularea anticoagulantelor, cu administrarea plasmei proaspăt congelate și Vit. K- 5 mg i/v (acțiune peste câteva ore).
2. Se recomandă infuzii cu cristaloizi, masă trombocitară, ser fiziologic.
3. Tratarea infecției.
4. Se recomandă radioterapia, atunci când cauza este tumoarea.
5. În hemoragiile masive terminale, se recomandă de a supraveghea pacientul. Dacă hemoragia este minimală, se recomandă folosirea materialelor adsorbante și terapia intravenoasă, dar dacă hemoragia este abundentă se recomandă administrarea i/v sau i/m de Midazolam și Morfină.
6. Pentru a diminua/masca volumul hemoragiei se evită lenjeria de culoare deschisă și se recomandă prosoape și cearșafuri de **culoare verde, roz sau roșie**.

7. Terapie simptomatică

Acid tranexamic 500 mg – 1,5g de 2–4 ori/zi per os (facilitează formarea trombului).

Etamsilat 12,5 % 4 ml i/m mărește gradul de agregabilitate al trombocitelor.

Acid Aminocapronic 5% 100 ml

Măsurile specifice.

- | | |
|---------------------|---|
| 1. Hemoragii nazale | • aplicarea tamponajului nazal anterior sau posterior |
| 2. Hemoragii bucale | • Oxicheluloză (Surgicell), suspensie de sucralfat |

3. Sputa cu sânge
 - radioterapia în Neo pulmonar
4. Hemoragie din porțiunea superioară a tractului gastrointestinal
 - anularea AINS
 - se indică H₂ blocatori sau inhibitori ai pompei de protoni
5. Hemoragie din porțiunea inferioară a tractului digestiv
 - Acid Tranexamic 500–1000 mg
6. Hemoragii din țesuturile cutanate
 - burete hemostatic
 - Epinefrină 1:1000

HIPERCALCEMIA (în îngrijirea paliativă este considerată o urgență)

Hipercalcemia este un sindrom comun în metastazele osoase (ex. cancer pulmonar, glanda mamară, de prostată) și apare din cauza producției ectopice a proteinei similare PTH (hormonul paratiroid). În 30% cazuri de mielom multiplu, hipercalcemia este prezentă.

Diagnostic

1. Concentrația de Ca plasmatic crescută > 2,6 mmol/l;
2. **Simptomele devin deranjante la nivelul > 2,9 mmol/l;**
3. **Hipercalcemia severă > 4 mmol/l este în general fatală;**
4. Orice combinație de simptome, pot face suspiciunea la hipercalcemie: greață, oboseală, anorexie, confuzie sau dereglări emoționale, polidipsia, poliuria, constipație și durerea abdominală.

Cauze/Factori de risc

1. Metastaze osoase.
2. Tumori ce produc PTHrP (proteina hormonală paratiroidă), ex. cancerul pulmonar.
3. Dehidratare, dereglări ale funcției renale.
4. Tratament cu Tamoxifen.

Management

1. **Evaluăm cauza** – poate fi tratamentul medicamentos sau este stare terminală?
2. **Controlul simptomelor asociate.**
3. **Hidratare corectă:**

Hipercalcemia ușoară – moderată (2,7–3,0 mmol/l) – rehidratarea orală sau i/v cu 1,5-2 litri soluție fiziologică timp de 24 ore.

Hipercalcemia moderată – severă (> 3,0 mmol/l) – rehidratarea i/v cu 2–4 litri de soluție fiziologică timp de 24 de ore.

4. **Tratamentul cu bifosfonați:**

Pamidronat – 90 mg dizolvat în 500 ml de soluție fiziologică timp de 2 ore, sau

Clodronat de sodiu 1500 mg dizolvat în 500 ml de soluție fiziologică timp de 2–4 ore

Acid zoledronic 4 mg dizolvat în 50–100 ml de soluție fiziologică timp de 15 minute

După tratament cu bifosfonați efectul apare timp de 48-72 de ore, de aceea, reevaluarea nivelului de Ca plasmatic nu este necesară înainte de a patra zi. Efectul durează 20-30 de zile ce înseamnă că recalcularea nivelului de Ca trebuie să fie făcută peste 3 săptămâni după tratament cu bifosfonați.

FOLOSIREA CORTICOSTEROIZILOR

Management general

- **Dexametazona** este preparatul de elecție (medicament preferabil).
- Se administrează 8 mg în 1 sau 2 prize (doze) matinale.
- Inițiați un tratament de 5-7 zile și evaluați efectele benefice așteptate.
- Dacă efectele benefice au fost obținute, micșorați după 5-7 zile doza treptat, până la cea minimal efectivă, pe care o menținem, reevaluând regulat.
- Dacă tratamentul nu a fost efectiv după 3-5 zile, stopăm administrarea, (vezi mai jos).
- Adăugăm preparate de protecție gastrice, dacă concomitent pacientul are tratament cu AINS.
- Majorăm doza (dublăm) dacă pacientului îi este administrat Fenitoină sau Carbamazepină.

Indicație	Doze inițiale de Dexametazonă	Doza max
Tumoră cerebrală, HIC, compresie medulară	8-16 mg	32mg
Durerea cauzată de compresia nervului, distensia capsulei ficatului, ocluzia intestinală, obstrucție bronșială, limfangită canceromatoasă, inflamația postradică, efect antivomitiv	4-8 mg	16mg
Anorexia, oboseală	2-4 mg	4mg

Cînd se întreprinde administrarea glucocorticoizilor

- Oprim brusc dacă nu avem efectul scontat și dacă tratamentul a durat mai puțin de 3 săptămâni și doza Dexametazonei a fost < 6 mg/zi.
- În alte cazuri micșorăm doza cu 2 mg în fiecare 5-7 zile până la 2 mg, apoi - cu 0,5 mg - fiecare 5-7 zile.

Probleme generale (de obicei legate cu dozele mari sau tratament de lungă durată).

- Complicații precoce: stomatită orală, dificultăți în controlul diabetului zaharat, dereglarea somnului.
- Complicații tardive: miopatie proximală, atrofia pielii, sindromul Cushing.

Echivalența dintre steroizii (aproximativă):

Dexametazonă = Betamethazonă = Prednisolonă = Hidrocortison

2 mg

2 mg

15 mg

50 mg

PROTOCOLUL DE UTILIZARE A DEXAMETAZONEI

Dexametazona - derivat cortizonic cu acțiune antiinflamatorie, antireumatismală, imunosupresivă, antialergică, cu efect mineralocorticoid minim.

Indicatii/ doza/24 h

Indicatii specifice

Doze mari ≥ 16 mg - Tumori cu hipertensiune intracraniană
- Sindrom de compresie medulară
- Sindrom de vena cava superioară

Doze medii 8 mg-12 mg - Compresie nervoasă
- Limfangita carcinomatoasă
- Dispnee (datorata tumorii/ limfangita)
- Hepatomegalie dureroasă
- Edem peritumoral cu: ocluzie intestinală
disfagie
icter
durere

Indicatii nespecifice

Doze mici 2-4 mg - stimulare apetit, 4 mg timp de 1 săptămână, apoi 2 mg timp de o săptămână după care se intrerupe
- fatigabilitate/astenie 2-4 mg/zi - 7-10 zile

Recomandări generale

1. Se recomandă utilizarea matinală, în doză unică, sau divizată dimineața + prânz
 2. Se incepe cu doza maximă recomandată (indicată)
 3. Dacă nu observăm beneficiu după maximum 3 zile, se intrerupe
 4. Se reduce rapid doza la cea mai mică doză eficientă
- A. Conduita generală la tratamentul cu steroid
- se reduce progresiv doza, cu 2 mg la 3 zile, până la întreruperea completă, în scopul evitării efectelor secundare
 - dacă este posibil se asigură administrarea dozei de întreținere - doza cea mai mică eficientă (ideal sub 4 mg)

În tumorile cerebrale

- tratamentul se inițiază cu doze ≥ 16 mg/24 h
 - fără ameliorare la 3 zile - se intrerupe brusc
 - cu ameliorare - se continuă cu doza selectată timp de 5-7 zile
- se reduce doza cu 2 mg la 3 zile observând efectul
- se revine la doza precedentă, dacă simptomele reapar

→ dacă este posibil se asigură administrarea dozei de întreținere - doza cea mai mică eficientă (ideal sub 4 mg)

5. **Nistatin** – profilactic: la pacienții cu risc de dezvoltare a candidozei suspensie 100000 U.I./ml , 1 ml x 4/zi.

6. Profilaxia ulcerului peptic, pe durata tratamentului cortizonic:

- se asociază inhibitori ai pompei protonice + steroid
- diagnostic de ulcer activ sau în antecedente recente de ulcer
- se utilizează concomitent steroid + anticoagulant oral

N.B. se utilizează inhibitori de pompa de protoni ex: Omeprazol – 20 mg/zi

7. Se monitorizează pacientul zilnic.

Sfaturi utile:

- se recomandă igiena riguroasă a cavității bucale.
- se recomandă administrarea postprandială.
- ora de administrare dimineața +/- prânz, nu mai târziu de ora 15 (poate produce insomnie, agitație)
- respectarea schemei de tratament (informarea medicului la orice modificare neprevăzută a dozei precum și la apariția simptomelor gastrice (vărsături, disfagie, greață, etc.).

Atenție: – La folosirea îndelungată a Dexametazonei pot apărea o serie de efecte secundare care nu trebuie neglijate:

- modificari cushingoide
- modificări ale tegumentelor – fragilitate, petesii, echimoze, vindecarea lentă a plăgilor
- infecții, candidoza orală
- osteoporoza
- edeme periferice
- miopatie proximală
- modificari psihotice – neliniște, agitație, depresie, psihoze
- hiperglicemie (dezechilibrarea unui diabet zaharat preexistent/declanșarea unui dz latent)
- ulcer peptic
- HTA

Doze antiinflamatorii echivalente ale corticosteroizilor

Acest tabel nu ține cont de efectele mineralocorticoide și nici de variațiile în durată ale acțiunii medicamentului

- Prednison 5 mg =
- = Prednisolon 5 mg
- = Metilprednisolon 4 mg
- = Betametazona 0,75 mg

- = Dexametazona 0,75 mg
- = Cortizon acetat 25 mg
- = Hidrocortizon 20 mg
- = Triamcinolon 4 mg

ULTIMELE 48 DE ORE

Principii generale

- Dificultăți în controlul simptomelor.
- Reevaluarea tuturor medicamentelor și selectarea celor mai necesare.
- Evitați intervențiile nedorite/nejustificate.
- Asigurați comunicarea efectivă între toți cei implicați în îngrijire.
- Asigurați suportul (practic și emoțional) familiei și persoanelor care îngrijesc.
- Luați în considerație necesitățile pacientului (atunci când este posibil).

Cele 6 „A” ale managementului

Anticipare

- Accesul la medicamente și echipament necesar pentru tratament a durerii, dispneei, greței, vomei, confuziei, hemoragiei, retenției urinare, îngrijirea cavității bucale și a pielii.

Analgezice

- AINS, opioizi.

Antiemetice

- Cyclizină, Metoclopramidă, Levomepromazină, Haloperidol.

Anxiolitice

- Diazepam, Midazolam, Lorazepam, Levomepromazină, Haloperidol.

Antisecretoare

- Hioscină butil/Hidrobromid, Glicopiron.

Administrarea (căile de administrare)

- Orală majoritatea medicamentelor.
- Sublingvală Hioscină Hidrobromid (Kwells), Prochlorperazină.
- Transdermală Fentanil, Hioscină Hidrobromid (Scopoderm).
- Rectal Diclofenac, Morfină, Domperidonă.
- Subcutanat psc priviți capitolul despre seringă automată.

PRURITUL

Cauze/Factori de risc

Mediate de histamină

1. Alergie, urticarie acută, mușcăături de insecte, parazitoze, scabie.

Histamin independente (fără implicarea mecanismului histaminei)

1. Boli ale ficatului (ex. obstrucția biliară)
2. Insuficiența renală cronică
3. Limfoame
4. Fenomene paraneoplazice
5. Boli de piele (ex. exeme, psoriazis)
6. Reacție de rejecție după transplant medular
7. Insuficiență de fier
8. Tratament sistemic cu opioizi

Managementul

1. Evitați cauza pe cât e posibil (în special medicamente ce pot provoca pruritul);
2. Protejați regiunea afectată cu stofă de bumbac, șervețele, bandaje cu pastă;
3. Comprese cu Bicarbonat de Na, folosirea săpunului cu pH neutru;
4. Emolienți locali pentru prevenirea scărpinatului;
5. Folosirea emolientelor anti prurit (ex. Mentol de 1%).

Terapia medicamentoasă

Antihistaminice

- Clorfenamină 4 mg de 4 ori/zi.
- Loratadină 10 mg doză unică (nu provoacă sedație)

În icterul obstructiv.

- Stenturi în cazuri de obstrucție totală
- Hidroxid de aluminiu în mixtură 15 ml de 2 ori/zi
- Rimfampicină 150-300 mg, ca inductor enzimatic
- Danazol 200 mg
- Naltrexon 25 mg

În uremie

- Terapia cu lumină ultravioletă.
- Naltrexon 25 mg

În limfoame

- Chimioterapie/radioterapie, corticosteroizi
- Ranitidină 150 mg de 2 ori/zi

În policitemie

- Acid acetilsalicilic 75 mg

Prurit de etiologie paraneoplazică

- Paroxetină 5-20 mg/ zi
- Mirtazapină 7,5-15 mg pe noapte

Alte medicamente

- Ondansteron 8 mg pe zi (pentru pruritul opioid indus)
- Gabapentină 100-300 mg de 2 ori pe zi (pentru pruritul neuropatic)

La necesitate consultăm un dermatolog sau un specialist în îngrijire paliativă.

ESCARELE

Cauze /Factori de risc

1. Factori extrinseci – presiune, compresie, fricțiune, macerare, incontinență.
2. Imobilizare, malnutriție, deshidratare, dereglări de inervație, vârstă înaintată.
3. Ca rezultat a unor maladii: diabetul zaharat sau tratament cu steroizi.
4. Cașexia și astenia comune cancerului.

Managementul general

1. Menținerea integrității tegumentelor, păstrându-le curate și scăzând la maximum timpul de contact cu urina și masele fecale.
2. Diminuarea presiunilor la nivelul proeminențelor osoase.
3. Mobilizarea activă sau pasivă a pacientului.
4. **Nu se fac** masaje riguroase sau **fricții cu alcool**.
5. Se asigură o hidratare și o nutriție adecvată.
6. Se evită căldura excesivă.
7. Se aplică cremă hidratantă pe zonele de risc.
8. Se asigură controlul durerii.

Clasificarea escarelor

Gr I – eritem (la digitopresiune tegumentul se decolorează).

Gr II – eritemul nu dispare la digitopresiune.

Pot fi prezente escoriații, vezicule, discontinuitate la nivelul epidermei, tegument cald.

Gr III – ulcerație la nivelul tegumentului până la țesutul celular subcutanat, cu producerea de exudat serosanguinolent.

Gr IV – ulcerație extinsă în țesutul subcutanat, fascie, mușchi și os. Frecvent necroză și infecție.

Tratament

Principii

În cazul escarelor neinfectate, toaleta plăgii se face cu soluție sterilă, izotonică (ser fiziologic);

În cazul plăgilor infectate, se folosesc sol. antiseptice de Rivanol 1%, Betadină;

Soluția de apă oxigenată se folosește pe termen scurt, deoarece pe termen lung, favorizează apariția și progresia escarelor.

Pansamentul

Escare fără exudat:

Gr I-II - se folosesc pansamente hidrocoloidale (Granuflex, Comfeel, Aqucel) - facilitează procesul de granulație.

Escare cu exudat abundent:

Gr III-IV - se folosesc pansamente sterile adsorbante, dar dacă persistă sau sunt semne de infecție, se face antibioticograma, iar antibioticul se administrează sub formă de unguent sau pulbere. Dacă există necroză, aceasta se excizează.

Criterii de pansament ideal

- Să fie adsorbabil;
- Să fie non aderent;
- Să mențină umiditatea;
- Să fie impermeabil pentru bacterii;
- Să nu deranjeze pacientul;
- Să nu fie toxic;
- Să protejeze rana de alte traumatisme.

LIMFEDEMUL

Diagnostic

Anamnezic și cu examen clinic. De diferențiat de edemul din insuficiența cardiacă și renală, obstrucție venoasă, hipoalbuminemia.

Cauze/factori de risc

1. Primar congenital sau familial.
2. Secundar cauzat de tumoare, post chirurgical, post radioterapie.
3. Recurent infecției streptococice.

Managementul

Managementul este bazat pe îngrijirea tegumentului, drenaj limfatic, bandaje compresive, exerciții.

Tratamentul medicamentos - foarte descurajant. Se recomandă diuretice care pot ameliora senzația de tensiune, sau Dexametaxonă 8 mg, la asocierea infecției - antibioticoterapie.

Tratament nemedicamentos

Igienă locală, spălarea ușoară cu folosirea unei creme pentru a preveni uscarea tegumentului.

Compresia extrinsecă - bandaj care se aplică până la 12 ore.

Masajul se efectuează fără creme sau uleiuri, se începe cu masarea zonelor **proximale**, terminând cu **extremitățile**.

Exerciții fizice pe care pacientul le tolerează. Se vor face încet și ușor.

CONSILIEREA PSIHOLAGICĂ

Consilierea psihologică, din punct de vedere paliativ, reprezintă mult mai mult decât eliberarea de dureri sau calmarea simptomelor. O componentă esențială în ajutorul paliativ o reprezintă necesitatea de-a acorda susținere/ajutor psihologic și spiritual ambelor părți, adică atât pacienților cât și familiilor lor. De fapt acest ajutor nu constă într-o îngrijire specială. Toți medicii și nursele implicate în paliativ trebuie să fie gata să răspundă tuturor provocărilor și să poată să facă niște evaluări.

Există o multitudine de factori care influențează modalitatea prin care pacienții și familiile lor fac față bolii. Așadar, în momentul unei evaluări psiho-emoționale, trebuie evidențiați următorii factori:

- istoria/desfășurarea bolii și faptul, dacă pacientul își dă seama de ceia ce i se întâmplă și include răspunsurile emoționale și psihologice ale pacientului;
- în ce mod boala afectează abilitatea persoanelor care îngrijesc de bolnavi să-și exercite rolul, spre exemplu rolul de părinte, mamă, iubit, etc.
- istoria familiei: cine-i este alături, unde sunt membrii familiei, cât de importanți sunt aceștia și cât suport pot oferi;
- stresul de viața: ce se întâmplă ținând cont de situația financiară, serviciu, proprietate/casă, copii, sursele de ajutor etc.
- speranțele și fobiile (temerile) – cele mai grave/rele lucruri care se pot întâmpla – care-i sunt planurile pe viitor, la ce pierderi și dezamăgiri s-a făcut deja, ce fel de afaceri nu sunt încă finite, ce ar dori persoana în cauză să mai realizeze.

Arborele familial/genealogic deseori este de ajutor în situațiile complexe. Aceasta încurajează oamenii de a lărgi sfera preocupărilor, iar medicului/psihologului să perceapă/înțeleagă conflictele familiale. Arborele genealogic nu numai ca informează, dar poate fi folosit drept instrument terapeutic, oferind bolnavilor posibilitatea de-a discuta despre prezentul și trecutul lor, despre evaluarea pierderii în trecut a unei persoane dragi. Atât evaluările sociale, cât și cele psihologice sunt importante, deoarece ele vă asigură că pacientului și familiei lui i se acordă suportul optimal la domiciliu. Înainte de aceasta, asigurați-vă de faptul că pacientului i se va oferi asistența necesară și că familia lui precum și echipa de îngrijire va urma calea de îngrijire proprie cazului pacientului (planul de îngrijire).

COMUNICAREA VEȘTILOR PROASTE

O comunicare/discuție cu pacientul poate avea un succes în îngrijirea pacientului, în cazul în care pacientul este grav bolnav (incurabil). Majoritatea momentelor neplăcute pe care le sesizează profesioniștii - descriu lipsa/dificultatea în comunicare. Aspectul cheie al comunicării este dezmințirea informațiilor neplăcute. Informațiile neplăcute sunt orice informație care modifică/schimbă viziunea de viitor a pacientului în ceva rău/malefic: **cu cât mai mare este prăpastia dintre speranțe/așteptări și realitate, cu atât informațiile sunt mai rele în perceperea pacientului și deseori a familiei.**

Modul în care noutățile/informațiile sunt oferite pacientului, ameliotează/afectează cooperarea dintre pacient și familia lui și profesioniști. Pacienții deseori simt lipsa controlului asupra situațiilor în care se află. Prin oferirea unei posibilități adecvate de a discuta, este posibil ca:

- să se reducă nesiguranța de viitor, sau cel puțin de a discuta despre aceasta;
- să se reducă demoralizarea;

- să se încurajeze o oportunitate de a alege opțiunile de management;
- să se permită adaptarea la o nouă situație a realității;
- să se mențină încrederea dintre pacient, persoana care-l îngrijește și profesioniști.

Rețineți: - Este posibilă și lipsa comunicării. **Evitarea** discuțiilor și **a limbajului** negativ al corpului **lasă** pacientului de obicei senzația și **simțământul de abandonare**, vină, depresie și neliniște. Tăcerea profesioniștilor este pentru pacienți fatală, ei interpretând-o ca o condamnare la moarte sigură și neputința profesioniștilor de a face față problemelor cu care se confruntă pacientul și familia lui. Astfel, nu va mai putea să-și folosească timpul rămas în modul în care acesta dorește. În comunicarea veștilor proaste, puneți accentul pe următorii pași:

1. Pregătirea pentru întâlnire:

- Informați-vă despre fapte/starea reală a pacientului;
- Aranjați locul discuției/comunicării veștilor proaste, asigurând intimitatea discuției, locul potrivit și să nu fiți întrerupți;
- Impuneți din start granițele de timp (ex- **Vom discuta 20, 40 sau 60 de minute**; în dependență de cât timp dispuneți)
- Vedeți cine ar trebui să fie prezent. Oricând vă oferă situația, faceți posibilă prezența unui membru al familiei.

2. Ce este cunoscut?

- Ce cunoaște pacientul și în ce mod el/ea percepe situația: **“Cum credeți D-voastră ce se întâmplă?”**. Observați stilul în care vorbește pacientul, **ascultați** neliniștea lui, cuvintele, frazele și **așteptările** lui. Observați conținutul emoțional, verbal și non-verbal.

3. Este necesară mai multă informație?

- Ce informație pacientul mai dorește să afle?
- Care nivel al bolii pacientul dorește să cunoască (pacientului ii poate fi frică să afle mai multă informație): **D-voastră doriți să vă povestesc mai mult despre boala D-voastră?**

4. Permiteți refuzul

- Permiteți pacientului să controleze cantitatea informației receptionate. Dacă pacientul nu dorește să știe despre boala sa, ar dori ca D-voastră să-i explicați totul unui membru al familiei?

5. Distribuirea informației

- Scopul este de a diminua vacuumul informațional al pacientului;
- Începeți cu originea bolii și nu folosiți jargoanele (termeni medicali);
- Oferiți posibilitatea de asimilare a informației, folosind pauze în comunicare;
- Oferiți informația câte puțin;
- Fiți clar și simplu;
- Controlați dacă informația este înțeleasă: D-voastră înțelegeți ce vă povestesc eu?
- Fiți amabil/prietenos;

- Evitați presupunerile. Dacă pacientul vă pune o întrebare D-voastră trebuie să fiți foarte clar și să înțelegeți ce se are în vedere. Spre exemplu întrebarea, Cât timp poate dura? Poate să însemne mai mult durata consultărilor, decât prognozele.
- Trebuie să știți când să vă opriți. Fiecare pacient are dreptul de a cunoaște și dreptul de a nu cunoaște.

6. Evidențierea problemelor

- Ce îl preocupă pe pacient mai mult?

7. Fiți empatici la simțirile/emoțiile pacientului

- Identificați simțirile/emoțiile pacientului și confirmați-le;
- Încurajați discuția/dialogul, de exemplu: D-voastră sunteți surprins de ceea ce vam spus?
- Cum vă simțiți? Îmi pare rău.
- Folosiți următoarele sugestii: D-voastră sunteți îngrijorat de ceva? Ați dori să mă mai întrebați despre ceva?
- Ascultați pacientul și oferiți-i timp să se gândească cum să vă întrebe.
- Luați aminte că o ascultare bună oferă posibilitatea persoanei că ea a fost auzită și să înțeleasă.
- Răspunsul empatic la simțirile/emoțiile pacienților este cheia succesului în comunicarea cu pacienții.

8. Concluziile și planificarea

- Concluzionați preocupările, dar încercați să fiți pozitiv. Optimismul oferă suport. De exemplu D-voastră puteți zice: Noi nu am putea să tratăm boala, dar există lucruri pe care le-am putea face pentru ca D-voastră să vă simțiți mai bine și împreună să facem față bolii.
- Evidențiați tratamentul de viitor dacă este necesar. Informația printată este mai folositoare.
- **Susțineți speranța.**
- Controlați dacă pacientul a înțeles informația de până acum: Toate acestea vă sunt pe înțelese/clare?

9. Stabilirea/planificarea următorii pași.

- Conveniți la o dată/zi și la o oră dacă e posibil. O astfel de întâlnire oferă posibilitatea unei viitoare descoperiri de fapte și oferă timp pentru înțelegere.
- Întrebați cine poate să fie informat despre diagnoză. N-ar fi etic, ar fi o încălcare a principiilor de confidențialitate să povestești rudelor despre boala pacientului fără consimțământul acestuia.

10. Asigurați-vă că și alți membri-consultanți au fost informați despre cele discutate anterior

- Spuneți-i medicului curant și altor membri ai echipei ceea ce s-a discutat la interviu;
- Țineți minte că ceea ce s-a discutat și ceea ce a înțeles bolnavul poate fi diferit;
- Un mijloc foarte popular și efectiv este să-i oferiți pacientului o înscrisoare audio a interviului (dacă este posibil).

Toate afirmațiile și negațiile comunicării veștilor proaste din continuare sunt reproduse cu permisiune dintr-un raport „Îmbunătățirea Comunicării dintre Medici și Pacienți: un raport de lucru în grup”, Londra, Colegiul Regal, 1997.

Partea pozitivă și negativă a comunicării veștilor proaste

Partea pozitivă:

- Atunci când e posibil luați loc alături de pacient, să fiți la același nivel cu acesta – semn care denotă că sunteți alături de el;
- Petreceți prima parte a interviului prin a asculta întrebările pacientului;
- Notați toate întrebările și ceea ce vă zice pacientul;
- Urmăriți mesajele non-verbale, de ex. postura lui, contactul cu ochii, cu mâinile, expresia feței;
- Respectați dreptul pacientului de a nega ceva. Pacienții deseori vor accepta acea informație cu care anume ei se pot confrunta la acel moment.
- Țineți minte că 60% din ceea ce D-voastră spuneți reprezintă comunicarea non-verbală, adică postura, contactul ocular, atitudinea etc.
- Lăsați pauze pentru ca pacientul să asimileze/înțeleagă ceea ce ați spus până acum;
- Țineți minte că majoritatea pacienților înțeleg/recunosc ceea ce i s-a comunicat pe rând/gradual, decât să i se spună totul dintr-odată;
- Țineți minte că adevărul trebuie spus într-o manieră mai diplomatică, evidențiind posibilele aspecte pozitive ale prezentului și viitorului;
- Pacienții trebuie să accepte adevărul bolii lor;
- În momentul în care folosiți limbajul medical al bolii lor, asigurați-vă că pacientul înțelege toată terminologia;
- Înlocuiți cuvântul „cancer”, prin cuvântul „tumoare” ;
- Înțelegeți că dacă pacientul a renunțat sau a negat o anumită informație în trecut, la momentul dat/în prezent el poate vrea deja să o cunoască, deja este gata să se informeze;
- Nu există reguli generale pentru a spune ceva și ce fel de informație este necesară de comunicat;
- Încercați să includeți toată familia (și copiii) în distribuirea informației;
- Infiltrații că speranța reprezintă ceva primar, ceva primordial și că îngrijirea medicală este necesară indiferent de evoluția/dezvoltarea de mai departe a bolii;
- Expuneți-vă propriile temeri;
- Trebuie să conștientizați că deseori pacienții vor fi șocați de ascultarea/auzirea noutăților proaste și că întrebările lor vor apărea mai târziu;
- Finalizați întâlnirea cu recapitularea informațiilor și stabiliți următoarea data când vă veți întâlni;
- Scrieți toată informația primită de la pacient în foaia de observație a pacientului.

Pe de alta parte:

- Nu întrebați membrii familiei ce fel de informații să-i comunicați pacientului;
- Dacă familia interzice comunicarea unei informații, nu fiți de acord cu aceasta;
- Nu vă temeți, dacă vedeți membrii familiei sau pacientul că plâng. Aceasta reacție este proprie și nu este cauzată de D-voastră;
- Nu spuneți minciuni, deoarece mai târziu pacientul deja poate pierde încrederea în D-voastră;
- Nu oferiți mai multă informație, dacă pacientul nu o cere;
- Nu folosiți limbajul care este prea tehnic și nu este pe înțelesul pacientului și familiei lui;
- Nu folosiți eufemisme (cuvinte neplăcute/jignitoare) care pot duce în eroare, ca de exemplu ulcer, cateter, etc.;
- Nu trebuie să aveți reguli generale când comunicați ceva, nu folosiți cuvinte de genul "Fiecare trebuie să cunoască/știe..."

Spre final:

Trebuie să conștientizați faptul că nu este profesional și etic să comunicați rudelor informații despre pacient fără consimțământul acestuia.

ÎNGRIJIREA SPIRITUALĂ

Toți pacienții au necesități (nevoi) spirituale (sufletești), pe când doar unii pacienți au necesități religioase. Religia este legată de practica din exterior a înțelegerii spirituale ori de cadrul pentru un sistem de credință, de valori, coduri de conduită și ritualuri.

Termenul spiritual ar însemna credința persoanei într-o putere din exterior ori altceva decât existența lor proprie.

Unii oameni pot folosi cuvântul „Dumnezeu”, alții pot fi mai puțini specifici. Când o persoană are experiența unei crize a vieții, ea privește la sistemul său de credință, în speranța să fie ajutorată să înțeleagă sensul acestei credințe. Această credință devine o sursă spirituală, ce poate fi exprimată prin întrebări ca: "De ce se întâmplă asta cu mine?".

Dacă valorile spirituale, credințele, atitudinile și practicile religioase a unei persoane nu îi permite să dea un răspuns satisfăcător la întrebările cu privire la realitățile infinite, înțelesul fundamental și scopul vieții, aceasta poate duce la o stare de boală spirituală.

Indicatorii posibili ai bolii spirituale includ:

- O pauză în acceptarea spiritual-religioasă;
- Sentimentul disperării;
- Sentiment de rușine, vinovăție, pierderea identității;
- Suferință intensă;
- Probleme nerezolvabile, frica de moarte;
- Mânie.

Principiile de evaluare și ajutorarea durerii spirituale

Sunt multe căi, directe sau indirecte, prin care se poate ajuta o persoană în durerea spirituală. Ele includ o vastă variație de aspecte ale grijii, ce îl ajută pe pacient să afle sensul și scopul vieții. Este important de întrebă pacientul/familia dacă ei doresc să fie vizitați de un preot. De asemenea, este foarte important de explicat pacientului/familiei că preoții pot ajuta oamenii să lămurească aceste lucruri.

CULTURA

Cultura are o influență deosebită în viața și moartea fiecărui individ.

În societatea noastră sunt oameni ce au diferite credințe, educații etnice și originea țării de unde vin. În cadrul fiecărui grup etnic de credință, fiecare persoană aparte își va exprima atitudinea sa culturală unică. Aceasta este influențată de educație, mediu înconjurător, credințe și experiențe de viață.

Domeniile, unde influențele culturale joacă un rol deosebit, includ: atitudinea față de mâncare/dietă; cum sunt descrise simptomele, limba vorbită și utilizarea expresiilor; rolul familiei; structura ierarhică a familiei; importanța autonomiei și confidențialitatea; atitudinea către un om bolnav-sănătos, terapia vestică și medicamentele acesteia; atitudinea separată către moarte.

Profesiile legate de grija de sănătate pot minimiza conflictele, dincolo de sursele culturale prin:

- A asigura că limba nu este o barieră, folosind o interpretare potrivită a serviciilor;
- Demonstrarea unei puternice voințe de a asculta și dorința de a înțelege cultura;
- Menținerea unui dialog și control despre implicațiile culturale;
- A fi pregătit să negociați hotarele și detaliile în privința îngrijii bolnavilor.

Luați în considerație, că nu este întotdeauna posibil să rezolvați toate necesitățile culturale. Profesioniștii trebuie să balanseze între necesitățile individuale a fiecărui pacient. În pofida celor menționate, este posibil de a încerca aceasta negociere.

La toate cele spuse mai sus, trebuie să realizăm că fiecare persoană este unică, în proveniență culturală, etnică și în credință.

Nu faceți afirmații – mai bine ÎNTREBAȚI

PIERDEREA GREA/DOLIU

Suferința este un proces natural experimentat de cineva care trebuie să se conformeze cu o pierdere semnificativă. O apreciere a ce este „normal” este cerută pentru a recunoaște când și ce fel de intervenție este necesară. Parkes descrie pierderea grea în termeni de **faze ale suferinței**:

1. **Șoc inițial**, este simțită amorțeala și necredința față de realitatea emoțională a pierderii.
2. **Durerea separării** afectează comportamentul și emoțiile. Îndoliatul suferă perioade copleșitoare de tristețe, confruntându-se cu realitatea zilnică a pierderii. Poate apărea o hipocondrie trecătoare, dar este anormal ca aceasta să persiste.

3. **Disperare sau depresie.** Când durerea și îngrijorarea se reduc în frecvență și severitate, îndoliatul poate pierde interesul și scopul în viață. El se simte fără speranță și devine retras. Aceasta poate dura luni.
4. Eventual pierderea și viața fără decedat este **acceptată**.
5. Faza finală a **reorganizării** este atinsă când energia emoțională este reinvestită în noi relații și activități, deși aniversările deseori provoacă reînnoirea suferinței.
Pentru cineva, suferința poate fi trăită înainte de moartea reală a decedatului (suferință anticipată). Deși descrise în consecutivitate, reacțiile pierderii grele, de obicei, oscilează între faze.
6. Pentru acei cu suferință nerezolvată/ anormală este necesară intervenția profesională. Necesitățile copiilor și adolescenților sunt deseori destul de complexe și ei pot beneficia de sprijin din partea specialistului. Depistarea acelor persoane, care pot să dezvolte reacție anormală de suferință, poate permite intervenție timpurie de susținere și prevenire a dezvoltării acesteia.

Factorii de risc includ:

- deces neașteptat;
- deces chinuitor;
- relații contradictorii;
- relații excesiv de dependente;
- copil/adolescent (poate fi protejat/exclus);
- izolare socială;
- mânie nerezolvată;
- pierderi anterioare nerezolvate;
- boală psihiatrică anterioară;
- alte evenimente stresante ale vieții.

Pentru mulți, un voluntar bine antrenat, care știe să asculte, poate fi tot de ce este nevoie pentru ca îndoliatul să recunoască și să-și exprime sentimentele și temerile. Asigurarea că ceea ce ei experimentează este „normal”, este extrem de folositor. Un preot poate, de asemenea, fi de folos acelor a căror credință se clatină, este distrusă sau slăbită.

Pentru cineva, întâlnirea cu un grup de indivizi, care au trecut prin experiențe similare, poate fi de ajutor.

SUFERINȚA NEREZOLVATĂ/ANORMALĂ

Nu există limite clare între care suferința este „normală” și care e „anormală”, și deseori, aceasta este o întrebare de o intensitate neobișnuită, de reacții sau de timp. Următorul ghid indică când poate fi necesară o intervenție profesională.

1. **Suferința amânată** este definită prin absența suferinței în primele săptămâni sau luni după deces. Este posibil să devină mai accentuată și cronică când în sfârșit apare. Deseori, este necesară consilierea pentru acceptarea realității pierderii.
2. **Suferința inhibată** apare când toate amintirile îndoliatului sunt evitate. Pentru cineva acest mecanism al evitării poate funcționa, dar poate prezenta nervozitate, îngrijorare

sau depresie. Consilierea constă în încurajarea îndoliatului să accepte realitatea pierderii.

3. **Hipocondria persistentă** poate apărea și poate bloca suferința. Îndoliatul poate prelua simptomele decedatului. Explicarea pacientului a ceea ce se întâmplă, poate fi tot de ce este nevoie. Totuși, notați, că mortalitatea văduvelor și a văduvilor este în creștere în primul an după deces, în majoritate datorită bolii cardiovasculare.
4. **Dereglare psihiatrică**. O boală depresivă severă se poate dezvolta cu idei amăgitoare de vinovăție și încercări de sinucidere. Poate fi necesară spitalizare. **Mânia** poate fi accelerată ca și **dereglările fobice**, de alcoolism și dependență de medicamente, în special somnifere.

De câteva dintre aceste reacții ale suferinței anormale se pot ocupa echipe de îngrijire primară, lucrători sociali sau consilieri antrenați. În celelalte cazuri, recomandăm implicarea specialiștilor în psihiatrie și psihanaliză, acolo unde este posibil.

Bibliografie:

1. The palliative care handbook(advice on clinical management)Sixth edition,Dorothy house hospice care.
2. Ghid « Ingrijiri Paliative », Elaborat în cadrul Proiectului Dezvoltarea Îngrijirilor Paliative in Republica Moldova, Programul Sanatate Publica, Fundatia Soros – Moldova, 2002, editura EPIGRAF S.R.L.
3. “Guidelines for treating of cancer Pain”, the pocket edition of the Final Report of the Texas Cancer Council’s Workgroup on Pain Control. Texas Cancer Council, 2003
4. International Association for the Study of Pain (IASP): www.iasp-pain.org
5. Mosoiu D. “Prescrierea si utilizarea opioidelor în managementul durerii”, ghid practic. Brasov, Lux Libris, 2007.
6. Twycross R., Wilcock A. “Controlul simptomelor în cancerul avansat”, Brasov, Lux Libris, 2007, Copyright 2001. Traducere în română cu permisiunea autorilor de Corin Gazdoiu si Daniela Mosoiu.
7. Twycross, R., Wilcock A., Thorp S. “Palliative care formulary”, Radcliffe Medical Press, 1998
8. Woodroof R. « Cancer Pain », 1997. Traducere cu permisiunea autorului Daniela Mosoiu, Corin Gazdoiu. Brasov, Editura PHOENIX, 2002.
9. Woodroof R., “Controlul simptomelor în formele avansate de cancer”, Asperula Pty Ltd, Melbourne 1997, ed. ULYSSE, Chisinau, 2002. Traducere de Alexandru si Pavel Jalba
10. Protocolului clinic național „Îngrijiri paliative în dispnee, stare terminală”;
11. Protocolului clinic național „Îngrijiri paliative în patologia gastrointestinală”;
12. Protocolului clinic național „Îngrijiri paliative – durerea în cancer”;
13. Protocolului clinic național „Îngrijiri paliative în esacare”;

REFERINȚE:

1. Legea Nr. 382-XIV din 06.05.1999, cu privire la circulația substanțelor narcotice și psihotrope și a precursorilor, modificată.
[Art.16 al.(4) în redacția LP246-XVI din 27.11.08, MO72-74/14.05.10 art.202]
(4) O prescripție include cantitatea de preparate necesare tratamentului pe un termen de până la 30 de zile.
2. Echivalența opioidelor puternice (Anexa 1).
3. Ordinul MS nr. 154 din 01.06.2009, cu privire la organizarea serviciilor de îngrijiri paliative.
4. Ordinul MS nr. 234 din 09.06.2008, cu privire la dezvoltarea serviciilor de îngrijiri paliative în Republica Moldova.
5. Ordin MS nr. 884 din 30.12.2010, cu privire la aprobarea Standardului Național de Îngrijiri Paliative.
6. Ordin MS nr. 875 din 27.12.2010, cu privire la aprobarea costului unui caz asistat de îngrijiri medicale paliative prestate în condiții de staționar/hospice pentru anul 2011.
7. Ordin MS nr. 877 din 27.12.2010, despre modificarea și completarea ordinului nr. 100 din 10.03.2008, „Cu privire la normativele de personal medical”

Opioide puternice: Omnopon

Sol. Omnopon 1%-1ml

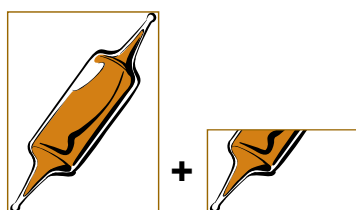
- Morfină hidroclorid **6,7mg**
- Narcotină 2,7 mg
- Papaverină hidroclorid 0,36 mg
- Codeină 0,72 mg
- Tebaină 0,05 mg

Sol. Omnopon 2%-1ml

- Morfină hidroclorid **13,4 mg**
- Narcotină 5,4 mg
- Papaverină hidroclorid 0,72 mg
- Codeină 1,44 mg
- Tebaină 0,1 mg

Echivalența opioidelor puternici

- Sol. Omnopon 2% -1ml (**13,4 mg**)



10 mg

3,4 mg

- Sol. Morfină hidroclorid 1% -1ml (**10mg**)



10 mg

Fundația Filantropică Medico-Socială „Angelus Moldova”

Str. Alexei Mateevici, 46, Chișinău, MD-2004

Republica Moldova

Tel.: (+373 22) 235628

Fax.: (+373 22) 925315

e-mail: info@hospiceangelus.md

www.hospiceangelus.md