



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA



UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
„NICOLAE TESTEMIȚANU” DIN REPUBLICA MOLDOVA

MANAGEMENTUL SEMNELOR ȘI SIMPTOMELOR GASTROINTESTINALE ÎN ÎNGRIJIRILE PALIATIVE

**Protocol clinic național
(ediția II)**

PCN-134

Chișinău, 2024

**Aprobat în cadrul ședinței Consiliului de Experți al Ministerului Sănătății
din 30.03.2023, proces verbal nr.1
Aprobat prin Ordinul Ministerului Sănătății al Republicii Moldova nr. 430 din 15.05.2024
„Cu privire la aprobarea Protocolului clinic național „Managementul semnelor și
simptomelor gastrointestinale în îngrijirile paliative”, ediția II**

CUPRINS

Sumarul recomandărilor	4
Abrevierile folosite în document	4
Prefață	5
A. PARTEA INTRODUCATIVĂ.....	5
A.1. Diagnosticul. Exemple de diagnostic clinic:	5
A.2. Codul bolii (CIM 10):	5
A.3. Utilizatorii protocolului:	5
A.4. Obiectivele protocolului:	5
A.5. Elaborat: 2011.....	5
A.6. Revizuit: 2024.....	5
A.7 Următoarea revizuire: 2029	5
A.8. Lista și informațiile de contact ale autorilor și ale persoanelor care au participat la elaborarea protocolului:	5
A.9. Definițiile folosite în document	6
A.10. Informație epidemiologică.....	7
A. 11. Nivelul de evidență și gradul de recomandare	7
B. PARTEA GENERALĂ	8
B.1. Prestatorii de servicii medicale la nivel de asistență medicală primară.....	8
B.2. Nivelul specializat ambulatoriu (niveluri raional, municipal, republican, inclusiv echipele multidisciplinare și centrele de zi specializate)	9
B.3. Nivelul de AMS (secțiile curative ale spitalelor raionale, municipale și republicane, inclusiv unitățile cu paturi de tip hospice)	10
C.1. ALGORITMII DE CONDUITĂ.....	11
C.1.1. Algoritmul de diagnostic în simptomatologia gastrointestinală	11
C.1.2. Algoritmul de tratament al simptomatologiei gastrointestinale.....	11
C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR.....	12
C.2.1. Diareea	12
C.2.1.1. Clasificarea.....	12
C.2.1.2. Factorii de risc	12
C.2.1.3. Profilaxia	13
C.2.1.4. Conduita pacientului cu diaree	13
C.2.1.5. Complicațiile.....	17
C.2.2. Constipația	17
C.2.2.1. Clasificarea.....	17

C.2.2.2. Factorii de risc	17
C.2.2.3. Profilaxia	18
C.2.2.4. Conduita pacientului cu constipație	18
C.2.2.5. Complicațiile.....	22
C.2.3. Disfagia	23
C.2.3.1. Clasificarea.....	23
C.2.3.3. Conduita pacientului cu disfagie	23
C.2.4. Greață și voma	26
C.2.4.1. Clasificarea.....	26
C.2.4.2. Factorii de risc	26
C.2.4.3. Profilaxia	27
C.2.4.4. Conduita pacientului cu greață și cu vomă	27
C.2.4.5. Complicațiile.....	31
D. RESURSELE UMANE ȘI MATERIALELE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI	33
D.1. Prestatorii de servicii medicale la nivel de AMP	33
D.2. Prestatorii de servicii medicale la nivel de AMSA (niveluri raional, municipal, republican, inclusiv echipele multidisciplinare și centrele de zi specializate)	33
D.3. Prestatorii de servicii medicale la nivel de AMS (secțiile curative ale spitalelor raionale, municipale și republicane, inclusiv unitățile cu paturi de tip hospice)	33
D.4. Prestatori de servicii de îngrijiri paliative indiferent de forma juridică de organizare	34
E. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI.....	35
ANEXE	36
Anexa 1. MEDICAMENTE ANTIDIAREICE	36
Anexa 2. MEDICAMENTE LAXATIVE	36
Anexa 3. GHIDUL PACIENTULUI CU SIMPTOMATOLOGIE GASTROINTESTINALĂ...38	
Anexa 4. RECOMANDĂRI PENTRU IMPLEMENTARE ÎN CONDUITA PACIENȚILOR CU SIMPTOMATOLOGIE GASTROINTESTINALĂ	41
Anexa 5. GHID GENERAL ÎN TERAPIA ANTIEMETICĂ.....	41
Anexa 6. FIȘA STANDARDIZATĂ DE AUDIT MEDICAL BAZATĂ PE CRITERII PENTRU SIMPTOMELE GASTRO-INTESTINALE	41
Anexa 7. INDICATORII DE PERFORMANȚĂ STABILIȚI DE GRUPUL COOPERATIV ESTIC DE ONCOLOGIE (EASTERN COOPERATIVE ONCOLOGY GROUP, ECOG)	43
BIBLIOGRAFIE.....	44

Sumarul recomandărilor

1. Semnele și simptome gastrointestinale, inclusiv greață, vărsături, obstrucție intestinală, ascită, constipație și anorexie, sunt frecvente și adesea refractare la pacienții aflați în îngrijiri paliative. Ameliorarea simptomelor tractului gastro-intestinal este importantă pentru îmbunătățirea calității vieții bolnavilor aflați în îngrijiri paliative, precum și a familiilor și a îngrijitorilor acestora.
2. Este necesară o abordare integrată a acestor pacienți, deoarece semnele și simptomele gastrointestinale sunt rareori doar fizice sau psihologice. Se vor evalua toate semnele și simptomele pentru a determina potențialele cauze ale acestora, ținând cont și de alte stări decât boala de bază. Comunicarea eficientă este esențială. Se vor explica în termeni simpli, cu evitarea celor medicali, informațiile despre cauzele și conduita simptomelor gastrointestinale.
3. Dacă greața și vomela nu sunt cauzate de chimioterapie sau radioterapie la un pacient aflat în îngrijiri paliative, se va aplica tratamentul etiologic și se va utiliza cel mai adecvat medicament antiemetic [II,D]. Se va efectua o evaluare complexă, luând în considerare toate cauzele posibile, inclusiv cele care pot necesita tratamente specifice (ex. hipercalcemie, gastrită, candidoză orală).
4. Dacă medicamentul antiemetic de primă linie este inefficient sau simptomul este refractar la tratament, se va selecta un alt medicament antiemetic în combinație sau un antiemetic de linia a doua [II, D]. Tratamentul antiemetic sa va prescrie în mod regulat, dacă există greață și/sau vărsături semnificative, calea orală poate fi temporar inefficientă și pot fi necesare antiemetice parenterale.
5. Toți pacienții aflați în îngrijiri paliative trebuie evaluați pentru constipație [VB]. Evaluarea ar trebui să includă întrebări pentru a determina posibilele cauze ale constipației [VB]. Dacă se confirmă prezența constipației, examenul fizic ar trebui să includă examenul abdominal, inspecția perineală și examenul rectal digital [VB]. În caz de constipație nu sunt necesare investigații de rutină [VB]. O investigație mai amplă este necesară la pacienții cu simptome severe, schimbări bruște în numărul și consistența scaunelor, apariția sângelui în scaun sau în cazul necorespunderii gradului de progresare a bolii cu simptomele prezente. Radiografia abdominală simplă, poate fi utilă pentru a vizualiza amplexarea încărcării fecale și pentru a exclude obstrucția intestinală [V,C]. Tratamentul constipației va avea o abordare etiopatogenetică. Tratamentul medicamentos va include laxative osmotice [V,C] și laxative stimulante [V,C].
6. Pacienților cu diaree de gradul 1 sau 2, fără alte semne sau simptome, li se aplică tratament conservator cu hidratare orală și *Loperamidum* [VA]. Terapia cu *Loperamidum* trebuie începută cu o doză inițială de 4 mg, urmată de 2 mg la fiecare 4 ore sau după fiecare scaun neformat (să nu depășește 16 mg/zi) [VA]. Pacienții cu diaree ușoară până la moderată, complicată de crampe moderate până la severe, greață și vome, scăderea stării de performanță, febră, sepsis, neutropenie, sângerare sau deshidratare, și pacienții cu diaree severă, sunt clasificați drept „complicați” și trebuie spitalizați și evaluați în continuare, monitorizați îndeaproape și tratați agresiv [V, A]

Abrevierile folosite în document

AMP	Asistența Medicală Primară
AMSA	Asistența Medicală Specializată de Ambulator
AMS	Asistența Medicală Spitalicească
PCN	Protocol clinic național
GI	Sistemul gastrointestinal
SGI	Simptomatologie gastrointestinală
CV	Centrul vomei
CTZ	Zona chimioreceptoare <i>trigger</i>
EP	Reacții adverse extrapiramidale
i.v.	Intravenos
i.m.	Intramuscular
p.o.	Per os

Prefață

Acest protocol a fost elaborat de un grup de lucru multidisciplinar constituit din angajații Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu” și angajații instituțiilor prestatoare de servicii de îngrijiri paliative.

Protocolul clinic național este elaborat în conformitate cu ghidurile internaționale actuale privind îngrijirile paliative în managementul semnelor și simptomelor gastrointestinale și va servi drept bază pentru elaborarea strategiilor actuale de abordare a pacienților cu nevoi de îngrijiri paliative, ținând cont de datele recente ale medicinei bazate pe dovezi.

A. PARTEA INTRODUCATIVĂ

A.1. Diagnosticul. Exemple de diagnostic clinic:

Tulburarea secreției salivare. Xerostomie.

Diaree și gastroenterită.

Colită datorită iradierii.

A.2. Codul bolii (CIM 10):

Diagnosticul va fi stabilit în dependență de condiția de bază care a determinat apariția semnelor și simptomelor gastrointestinale la pacientul aflat în îngrijiri paliative, astfel, codul maladiei poate varia (de ex. K00-K93 sau R00-R99 etc.). Actualmente în Republica Moldova se aplică clasificarea internațională a maladiilor CIM-10.

A.3. Utilizatorii protocolului:

- Prestatorii de servicii medicale la nivel de AMP
- Prestatorii de servicii medicale la nivel de AMSA
- Prestatorii de servicii medicale la nivel de AMS
- Prestatori de servicii de îngrijiri paliative indiferent de forma juridică de organizare
- Pacienții care necesită îngrijiri paliative, îngrijitorii și aparținătorii acestora

Notă: Protocolul, la necesitate, poate fi utilizat și de alți specialiști

A.4. Obiectivele protocolului:

1. A spori proporția pacienților aflați în îngrijiri paliative din grupul de risc în dezvoltarea simptomatologiei gastrointestinale, care beneficiază de tratament sau de profilaxie.
2. A spori nivelul de calitate în diagnosticarea pacienților aflați în îngrijiri paliative cu simptomatologie gastrointestinală.
3. A spori nivelul de calitate în tratamentul acordat pacienților aflați în îngrijiri paliative cu simptomatologie gastrointestinală.
4. A reduce frecvența de apariție a simptomatologiei gastrointestinale la pacienții aflați în îngrijiri paliative.
5. A ameliora calitatea vieții pacienților aflați în îngrijiri paliative cu simptomatologie gastrointestinală.

A.5. Elaborat: 2011

A.6. Revizuit: 2024

A.7 Următoarea revizuire: 2029

A.8. Lista și informațiile de contact ale autorilor și ale persoanelor care au participat la elaborarea protocolului:

Prenume, Nume	Funcția, instituția
Elaborat de colectivul de autori (ediția din 2011)	
<i>Lilian Antoci</i>	dr. șt. med., Catedra de hematologie, oncologie și terapie de campanie, USM „Nicolae Testemițanu”
<i>Valerian Isac</i>	director executiv FFMS Angelus Moldova
<i>Silvia Stratulat</i>	medic infecționist, CNȘPMP, Centrul SIDA

Prenume, Nume	Funcția, instituția
Andrei Bradu	medic rezident USMF „Nicolae Testemițanu”
Natalia Lisița	colaborator științific stagiar, medic oncopediatru, IMSP Institutul Oncologic
Revizuit de colectivul de autori (ediția din 2024)	
Ghenadie Curocichin	dr. hab. șt. med, prof. univ., șef Catedră de medicină de familie, USMF „Nicolae Testemițanu”,
Andrei Bradu	dr. șt. med., asis. univ., Catedra de urologie și nefrologie chirurgicală, USMF „Nicolae Testemițanu”, membru al Comisiei de specialitate a MS în paliative
Virginia Șalaru	dr. șt. med., conf. univ., Catedra de medicină de familie, USMF „Nicolae Testemițanu”
Galina Buta	dr. șt. med., conf. univ., Catedra de medicină de familie, USMF „Nicolae Testemițanu”
Rodica Ignat	asis. univ., Catedra de medicină de familie, USMF „Nicolae Testemițanu”
Vadim Pogonet	asis. univ., Catedra de anesteziologie și reanimatologie nr. 1 „Valeriu Ghereg”, USMF „Nicolae Testemițanu”, președintele Comisiei de specialitate a MS în paliative
Natalia Carafizi	Fundația Hospice Angelus Moldova, director executiv, Asociația Națională de Îngrijiri paliative
Recenzenți	
Minodora Mazur	dr. hab. șt. med, prof. univ., Departamentul Medicină Internă, USMF „Nicolae Testemițanu”
Eugen Tcaciuc	dr. hab. șt. med, prof. univ., șef Disciplină gastroenterologie și hepatologie, Departamentul Medicină Internă, USMF „Nicolae Testemițanu”,
Grigore Bivol	dr. hab. șt. med, prof. univ., Catedra de medicină de familie, USMF „Nicolae Testemițanu”
Tamara Adașan	Director, AO HOMECARE, membru al Comisiei de specialitate a MS în paliative

Protocolul a fost examinat, avizat și aprobat de:

Denumirea structurii/instituției	Persoana responsabilă/funcția
Comisia științifico-metodică de profil „Medicină Internă” a USMF „Nicolae Testemițanu”	Sergiu Matcovschi , dr.hab.șt.med., prof.univ., președinte
Catedra de medicină de laborator, USMF „Nicolae Testemițanu”	Anatolie Vișnevschi , dr.hab.șt.med., prof. univ., șef catedră
Catedra de farmacologie și farmacologie clinică, USMF „Nicolae Testemițanu”	Nicolae Bacinschi , dr.hab.șt.med., prof. univ., șef catedră
Asociația de Nursing din Republica Moldova	Elena Stempovscaia , președinte, dr.șt. psihopedagogice
Agenția Medicamentului și Dispozitivelor Medicale	Dragoș Guțu , director general
Compania Națională de Asigurări în Medicină	Ion Dodon , director general
Consiliul de Experți al Ministerului Sănătății	Aurel Grosu , dr. hab. șt. med., prof.univ., președinte

A.9. Definițiile folosite în document

Constipație - emisiunea rară de scaune în cantitate mică, dure, uscate, cu disconfort sau cu dificultate, asociate cu manifestări generale și abdominale, cu simptome de flatulență, meteorism, durere abdominală. Este o tulburare a funcției sistemului digestiv, caracterizată prin întârzierea scaunului mai mult de 3 zile. Persistența întârzierii scaunului duce la constipația cronică.

Diaree - eliminarea de scaune frecvente și moi (lichide), minim 3 scaune de consistență moale în 24 ore.

Greață - senzația subiectivă descrisă ca o necesitate imperioasă și neplăcută a nevoii de a vomita, adesea însoțită de simptome autonome, ex.: paloare, transpirație rece, salivă, tahicardie și diaree.

Eructație – eliminarea zgomotoasă, pe gură, a gazelor conținute în stomac, cauzată de mișcarea ritmică, dificilă, spastică a diafragmei și a mușchilor abdominali.

Vomă - expulzarea forțată a conținutului gastric prin cavitatea bucală, prin relaxarea stomacului și a sfincterului esofagian și al pilorului, cu contracția simultană a mușchilor abdominali și mișcării antiperistaltice a intestinului subțire.

Halitoză – miros neplăcut din cavitatea bucală.

Xerostomie – (gură uscată) senzația de uscăciune în gură, care poate fi asociată cu schimbarea în compoziția salivei, reducerea fluxului salivar sau fără cauză identificată.

Disgeuzie – modificarea gustului. O scădere generală a sensibilității gustative sau o modificare în sensul scăderii sau creșterii a unei dintre cele patru tipuri de sensibilitate gustativă.

Recomandabil - nu are caracter obligatoriu. Decizia va fi luată de către fiecare medic/prestator de servicii medicale în parte.

A.10. Informație epidemiologică

Simptomatologia gastrointestinală este cea mai frecventă manifestare clinică la pacientul în îngrijire paliativă. Aproximativ 30-40% dintre pacienții cu cancer avansat au greață și/sau vărsături. Obstrucția intestinală se dezvoltă la aproximativ 3% din toți pacienții cu cancer; complicație mai frecventă dacă pacienții suferă de cancer intraabdominal avansat (de exemplu, colon -10%; ovar - 25%).

Prevalența diareei este de 4% dintre pacienții cu cancer avansat. Simptomele gastrointestinale pot fi manifestări ale bolii de bază, ale complicațiilor, dar și reacții adverse ale tratamentului administrat. Acestea pot să apară la toate grupurile de vârstă

A. 11. Nivelul de evidență și gradul de recomandare

Nivelul de evidență	Recomandări
I	Dovezi de la cel puțin un studiu randomizat, controlat, de bună calitate metodologică (potențial scăzut de părtinire) sau meta-analize ale studiilor randomizate bine conduse, fără eterogenitate
II	Studii randomizate mici sau studii randomizate mari cu suspiciune de părtinire (calitate metodologică mai scăzută) sau meta-analize ale astfel de încercări sau a unor studii cu eterogenitate demonstrată
III	Studii de cohortă prospective
IV	Studii retrospective de cohortă sau studii caz-control
V	Studii fără grup de control, rapoarte de caz, opinii ale experților
Gradul de recomandare	
A	O dovadă puternică pentru eficacitate cu un beneficiu clinic substanțial, recomandată cu fermitate
B	Dovezi puternice sau moderate pentru eficacitate, dar cu un beneficiu clinic limitat, recomandate în general
C	Dovezi insuficiente pentru eficacitate sau beneficiu nu depășesc riscul sau dezavantajele (evenimente adverse, costuri, ...), opțional
D	Dovezi moderate împotriva eficacității sau a rezultatelor adverse, în general nu sunt recomandate
E	Dovezi puternice împotriva eficacității sau a rezultatelor adverse, niciodată recomandate

B. PARTEA GENERALĂ

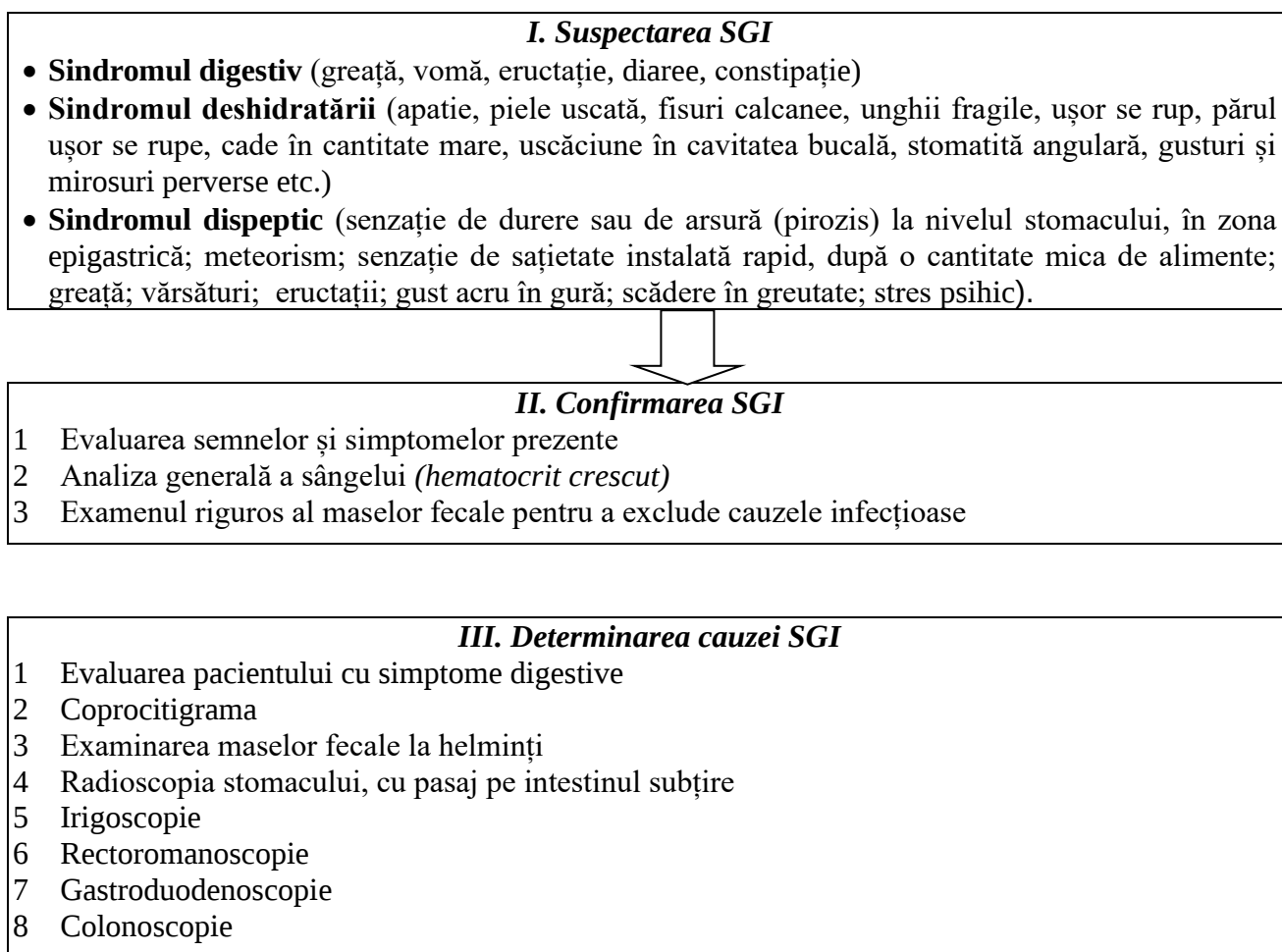
Descrierea măsurilor	Motive	Pași
B.1. Prestatorii de servicii medicale la nivel de asistență medicală primară		
1. Profilaxia		
1.1. Profilaxia primară	Identificarea și diminuarea factorilor de risc, care pot contribui la apariția simptomelor gastro-intestinale (SGI)	Standard/Obligatori: • Evaluarea persoanelor care prezintă semne digestive • Diminuarea factorilor de risc • Efectuarea manevrelor și administrarea preparatelor corespunzătoare pentru a preveni simptomele evitabile
1.2. Profilaxia secundară (Screening-ul)	Depistarea precoce a pacienților cu SGI	Standard/Obligatori: • Evaluarea acuzelor, colectarea datelor anamnestice și efectuare examenului clinic
1.3. Profilaxia terțiară	Prevenirea recidivelor și exacerbarilor SGI	Standard/Obligatori: • Educarea pacienților și îngrijitorilor în managementul optimal al simptomelor gastrointestinale • Tratament medicamentos pentru prevenirea recidivelor • Efectuarea investigațiilor paraclinice pentru depistarea complicațiilor: ✓ analiza generală a sângelui ✓ examenul materiilor fecale
2. Diagnosticul		
2.1. Suspectarea și confirmarea diagnosticului	Confirmarea precoce a diagnosticul de SGI asigură o conduită optimală	Standard/Obligatori: • Anamneza (casetele 8, 9) • Examenul fizic (casete 10) • Investigațiile paraclinice (casete 7) ✓ analiza generală a sângelui ✓ coprocitograma ✓ examen coproparazitologic • Diagnosticul diferențial (casetele 12,13)
2.2. Referirea	Evaluarea gradului de severitate a SGI și luarea deciziei despre managementul acestora	• Recomandarea consultației la specialistul gastroenterolog a pacienților cu stabilirea dificilă a diagnosticului • Aprecierea necesității de spitalizare (casete 9)
3. Tratamentul		
3.1. Tratamentul medicamentos	Administrarea tratamentului medicamentos pentru controlul SGI	Standard/Obligatori: • Preparatele se administrează conform schemelor terapeutice în funcție de simptomatologia prezentă
3.2. Referire	Referirea la echipa multidisciplinară de îngrijiri paliative pentru oferirea tratamentului specializat	Standard/Obligatori: • Se vor preciza volumul și complexitatea îngrijirilor necesare în funcție de simptomatologia prezentă
4. Supravegherea	Stabilirea planului de monitorizarea a persoanele cu SGI	Standard/Obligatori: • Evaluarea continuă a pacientului • La necesitate investigații paraclinice ✓ analiza generală a sângelui, ✓ coprocitograma, ✓ examenul coproparazitologic

Descrierea măsurilor	Motive	Pași
B.2. Nivelul specializat ambulatoriu (niveluri raional, municipal, republican, inclusiv echipele multidisciplinare și centrele de zi specializate)		
1. Profilaxia		
1.1. Profilaxia primară	Prevenirea apariției SGI	Standard/Obligativ: • Evaluarea persoanelor care prezintă semne digestive • Diminuarea factorilor de risc • Efectuarea manevrelor și administrarea preparatelor corespunzătoare pentru a preveni simptomele evitabile (<i>casetele 2, 3</i>).
1.2. Profilaxia secundară (screening)	Depistarea precoce a pacienților cu SGI pentru prevenirea dezvoltării complicațiilor	Standard/Obligativ: • Evaluarea acuzelor, colectare datelor anamnestice și efectuare examenului clinic, paraclinic și instrumental.
1.3. Profilaxia terțiară	Administrarea preparatelor corespunzătoare, care permit prevenirea recidivelor	Standard/Obligativ: • Stabilirea și aplicarea planului de intervenții pentru prevenirea recidivelor Recomandabil: • La populația din grupul de risc: ✓ analiza generală a sângelui ✓ coprocitogramă ✓ examenul coproparazitologic ✓ examenul coprobacteriologic ✓ evaluarea continuă
2. Diagnosticul		
2.1. Confirmarea diagnosticului	Identificarea precoce a cauzei apariției simptomelor specifice gastrointestinale pentru optimizarea conduitei	Standard/Obligativ: • Anamneza (<i>casetele 8, 9</i>). • Examenul fizic (<i>caseta 10</i>). • Investigațiile paraclinice (<i>caseta 11</i>). ✓ analiza generală a sângelui ✓ investigațiile pentru determinarea cauzei SGI • Diagnosticul diferențial (<i>casetele 12, 13</i>) Recomandabil: • Investigațiile suplimentare speciale (indicate de medicul internist/chirurg)
2.2. Referirea la echipa de îngrijiri paliative	Referirea la echipa multidisciplinară de îngrijiri paliative pentru stabilirea diagnosticului	Standard/Obligativ: • Recomandarea consultației specialistului gastroenterolog pacienților cu o stabilire dificilă a diagnosticului • Consultația altor specialiști în funcție de necesitate • Aprecierea necesității de spitalizare (<i>caseta 14</i>)
3. Tratamentul		
3.1. Tratamentul medicamentos	Diminuarea/ controlul semnelor și simptomelor gastrointestinale	Standard/Obligativ: • Preparate specifice în funcție de simptomatologia prezentată
3.2. Referire	Referirea la echipa multidisciplinară de îngrijiri paliative pentru oferirea tratamentului specializat	Standard/Obligativ: • Se vor preciza volumul și complexitatea îngrijirilor necesare în funcție de severitatea semnelor și simptomelor gastrointestinale

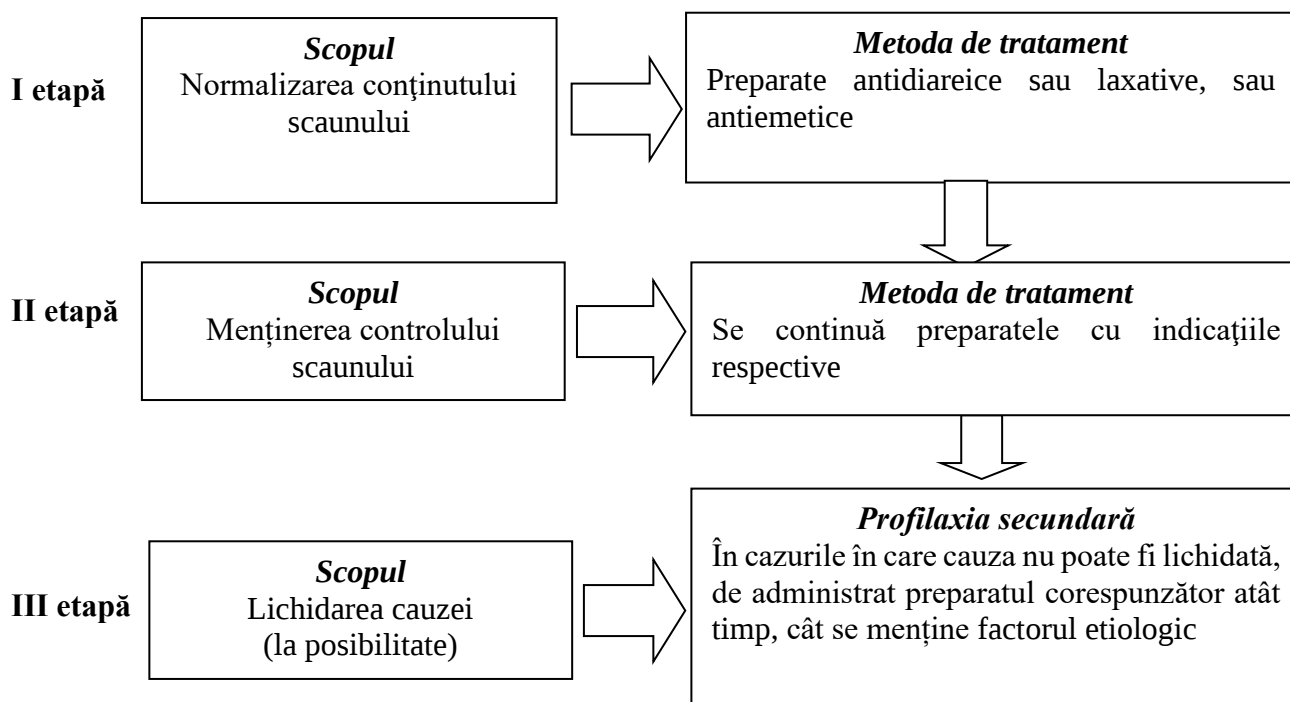
Descrierea măsurilor	Motive	Pași
B.3. Nivelul de AMS (secțiile curative ale spitalelor raionale, municipale și republicane, inclusiv unitățile cu paturi de tip hospice)		
1. Spitalizarea	Prestarea serviciilor specialitate în cazul dificultății în controlul SGI la etapele anterioare	Standard/Obligatori: • Evaluarea criteriilor de spitalizare (<i>casetele 9,23,51</i>) - <i>Criterii de spitalizare în secțiile profil terapeutic general (raional, municipal):</i> ✓ simptome necontrolate la etapele anterioare de îngrijire ✓ pacienții care necesită investigații în plan de determinare a cauzei SGI, care nu pot fi efectuate în condiții de ambulatoriu ✓ pacienții cu gradul de dependență 3 și 4 ECOG, care necesită îngrijiri ce nu pot fi efectuate în condiții de ambulatoriu (<i>anexa 7</i>); - <i>Secțiile gastroenterologie (nivel republican)</i> ✓ cazurile în care nu este posibilă stabilirea diagnosticului SGI la nivel raional sau municipal
2. Diagnostic		
2.1. Confirmarea diagnosticului de SGI	Stabilirea precoce a cauzei SGI pentru tratament centrat pe nevoi	Standard/Obligatori: • Anamneza (<i>casetele 8, 9</i>). • Examenul fizic (<i>caseta 10</i>). • Investigațiile paraclinice (<i>caseta 11</i>): ✓ pentru confirmarea SGI ✓ pentru determinarea cauzei SGI • Diagnosticul diferențial (<i>casetele 12, 13</i>). Recomandabil: • Investigațiile recomandate • Investigațiile suplimentare speciale (<i>indicate de medicii gastroenterologi</i>) (<i>caseta 11</i>). • Consultația altor specialiști, la necesitate
3. Tratamentul		
3.1. Tratamentul medicamentos	Administrarea tratamentului pentru diminuarea/ controlul SGI și asigurarea calității vieții pacientului	Standard/Obligatori: • Preparate specifice semnelor și simptomelor gastrointestinale (<i>casetele 10,11,12,13,24,25,26,27,28,38,39,40,41,51,52</i>)
4. Externarea și referirea către echipa multidisciplinară de îngrijiri paliative	La externare este necesar de elaborat și de recomandat pentru echipa multidisciplinară, în cazul lipsei acesteia pentru echipa medicul de familie, tactica ulterioară de management al îngrijirii pacientului cu SGI pentru supravegherea centrată pe nevoile pacientului	Extrasul obligatoriu va conține: ✓ diagnosticul precizat desfășurat; ✓ rezultatele investigațiilor; ✓ tratamentul efectuat; ✓ recomandările explicite pentru echipa de îngrijire, pacient și aparținătorii.

C.1. ALGORITMI DE CONDUIȚĂ

C.1.1. Algoritm de diagnostic în simptomatologia gastrointestinală



C.1.2. Algoritm de tratament al simptomatologiei gastrointestinale



C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR

C.2.1. Diareea

C.2.1.1. Clasificarea

Caseta 1. Clasificarea diareei în funcție de timp (durată)

- *Acută* – mai puțin de 3 săptămâni
- *Cronică* – 3 săptămâni și mai mult

Caseta 2. Clasificarea diareei în funcție de cauză

- *Alimentare*
 - ✓ exces de alimente greu digerabile,
 - ✓ fibre alimentare deficit sau surplus
 - ✓ alimentare nazogastrică
 - ✓ suplimente enterale
- *Medicamente*
 - ✓ laxative
 - ✓ antacide de magneziu
 - ✓ Misoprostol
 - ✓ antibiotice, citotoxice, altele
- *Chirurgicale*
 - ✓ gastrectomie, vagotomie
 - ✓ anastomoză enterocolică

Caseta 3. Clasificarea diareei în funcție de mecanismul de dezvoltare

- Diareea osmotică este provocată prin atragerea apei în lumenul intestinal de către soluțiile sau laxativele osmotice active.
- Diareea secretorie se datorează secreției abundente gastrointestinale și se asociază cu infecția, inflamația și cu sindroamele hormonale.

C.2.1.2. Factorii de risc

Caseta 4. Factori de risc declanșabili

- Cea mai frecventă cauză în îngrijirea paliativă este abuzul de laxative. Diareea se oprește în mod normal în 24-48 de ore, dacă nu se mai administrează laxative. După aceea tratamentul laxativ trebuie reluat, dar la doze mai mici.
- Ocluzia intestinală și fecaloamele fixate sunt a 2-a cauză în ordinea descrescătoare a frecvenței. Ocluzia incompletă se poate manifesta ca diaree sau alternanță diaree – constipație.
- Radioterapia pe abdomen/pelvis poate produce diaree ca efect secundar imediat sau tardiv. Colica intestinală de geneză postradică imediată apare cu incidența maximă în săptămânile a 2-a, a 3-a de tratament și cu o durată care poate depăși durata iradierii. Mecanismul constă în lezarea mucoasei intestinale, cu eliberare de prostaglandine, serotonină și malabsorbția sărurilor biliare care cresc peristaltismul intestinal. Efectele secundare tardive apar fie în continuarea celor acute, fie după 6-12 luni de la tratament.
- Rezecția iliacă reduce posibilitatea reabsorbției acizilor biliari (care sunt recirculați în mod normal), ceea ce crește secreția de apă și electroliți în colon, ducând la o diaree apoasă și explozivă, numită „cologenică”. La o rezecție de peste 100 cm ileon terminal, apare și malabsorbția grăsimilor (prin deficitul relativ de acizi biliari secundar pierderii) și malabsorbția hidraților de carbon (prin deficit de dizaharidaze proporțional cu lungimea rezecției), care accentuează diareea. Rezecțiile colice totale sau aproape totale se însoțesc și ele de diaree (de multe ori de aceea se practică o ileostomie), iar pacienții trebuie să suplimenteze compensator dieta cu apă și cu sare.
- Tumoare colică/rectală poate produce diaree prin obstrucție incompletă a lumenului colic sau prin secreție excesivă de mucus.

- Tumorile pancreasului endocrin și tumorile carcinoide produc diaree prin secreția unor substanțe ca: serotonină, prostaglandine, bradikinină, gastrină.
- Multe antibiotice pot cauza diaree prin stimularea directă a intestinului și prin modificarea florei intestinale. Cursul tipic al acestui tip de diaree este autolimitat, totuși poate să apară enterocolita pseudomembranoasă, aproape întotdeauna cauzată de tulpini toxice de *Clostridium difficile*, care netratată poate duce la complicații. Cele mai frecvente antibiotice și chimioterapice incriminate sunt: Ampicilinum, cefalosporinele, Clindamycinum, penicilinele, antimetaboliții (Metotrexatum, 5-Fluorouracilum, Irinotecanum), agenții alchilanți (Ciclofosfamid), antibioticele antineoplazice (Doxorubicinum).

C.2.1.3. Profilaxia

Caseta 5. Profilaxia diareii

- Alimentarea rațională, cu limitarea produselor alimentare greu digerabile, fibrelor alimentare
- Administrarea preventivă de Acid acetilsalicilic sau sucralfat pentru minimizarea diareii ca efect secundar al radioterapiei
- Regim laxativ echilibrat
- Utilizarea rațională a antibioticelor

C.2.1.4. Conduita pacientului cu diaree

C.2.1.4.1. Anamneza

Caseta 6. Întrebările ce trebuie examinate la simptomul diareii în identificarea cauzei

- Numărul de scaune în 24 ore și durata de timp instalată.
- În anamneză:
 - Administrarea medicamentelor: laxative, antacide (care conțin magneziu), antibiotice, citostatice (5- Fluorouracilum, Irinotecanum), AINS, elixirurile ce conțin dizaharide (sorbitol).
 - Radioterapia efectuată.
 - Prezintă constipație severă (fecaloame fixate) cu pseudodiareea din obstrucția intestinală incompletă.
 - În diagnostic – cancer: tumori colorectale, carcinoide, insulinoame.
 - Malabsorbție: cancer de pancreas, gastrectomie, rezecții ileale, colectomie.
 - Prezintă boli concomitente: diabet zaharat, hipertiroidie, boli inflamatorii intestinale, sindromul de colon iritabil, infecții gastrointestinale.
 - Dieta: tărațe, fructe, condimente, alcool.
 - Psihologic – anxietate.

C.2.1.4.2. Examenul fizic (datele obiective)

Caseta 7. Datele obiective în diaree

- Creșterea numărului de scaune și scăderea consistenței lor (moi, lichide)
- Modificările sunt apreciate comparativ cu anamneza și examinarea actului de defecație la pacientul respectiv
- Se consideră instalarea diareii atunci când în 24 ore se elimină cel puțin 3 scaune de consistență moale /lichidă

C.2.1.4.3. Investigațiile paraclinice

Caseta 8. Investigațiile în simptomul de diaree

- Pacienților diareici și febrili trebuie să li se recolteze culturi din scaun și este recomandabilă începerea administrării empirice de antibiotice active pe *Cl. difficile* (Metronidazolum), oricare alt antibiotic fiind oprit dacă este posibil.
- La pacienții la care în 2-3 zile diareea nu e controlată, trebuie efectuată analiza scaunului.

- Câteodată (în funcție de simptomatologie) sunt utile și analize serice: ionogramă, biochimie, hemogramă.
- Investigații mai ample (endoscopii, tranzit baritat) sunt utile când se suspectă este un proces inflamator/tumoral care merită investigat în vederea instituirii unui tratament absolut țintit.

C.2.1.4.4. Criteriile de spitalizare

- **Caseta 9. Criteriile de spitalizare** Diareea necontrolată
- Deshidratare severă
- Pacienții cu patologii concomitente
- Sânge în scaun
-

C.2.1.4.5. Tratamentul

Caseta 10. Principiile de tratament general în simptomul de diaree

1. Educarea și comunicare cu pacientul cu referire la cauza probabilă a diarei.
2. Menținerea igienei generale și îngrijirea perineală.
3. Menținerea echilibrului hidric este importantă la toți pacienții, cu excepția celor care se află în stadiul terminal al bolii. Pot fi utilizate băuturi fără alcool sau soluții rehidratate. Se evită băuturile care conțin cofeina (stimulează peristaltismul) și cele dietetice care conțin sorbitol (laxativ).
4. Rehidratarea intravenoasă se folosește în diaree severă sau când apare voma. Dacă diareea este severă (hipotensiune ortostatică, pliu cutanat persistent, oligurie), hidratarea se face parenteral, cu soluții saline și soluție Ringer.
5. Sunt importante măsurile alimentare care reduc diareea și asigură o nutriție adecvată. Este utilă asistența dieteticianului. Dieta este importantă mai ales în diareea cronică: săracă în fibre – se indică consumul de fructe bogate în pectină (banane, mere rase), orez fiert, evitarea condimentelor, alcoolului, mâncărilor grase, deserturilor copioase. Alimentele servite să fie la temperatura camerei, mesele să fie mici și dese.
6. Protecția regiunii perianale cu creme ce conțin zinc.
7. Controlul durerii, conform scării OMS, inclusiv cu opioide dacă diareea este însoțită de durere severă.
8. În îngrijirea paliativă este indicată hidratarea subcutanată cu ser fiziologic, mai ales în stările terminale.
9. **Administrarea de medicamente se va face în corespundere cu cauza diareii**

Cauze	Management specific
Indusă de medicamente (laxative, purgative osmotice pe bază de magneziu, IPP, AINS)	Revizuirea tratamentului administrat, stoparea acestora dacă este posibil
Antibioticoterapie cu alterarea florei intestinale	Suspendarea antibioticilor dacă e posibil, examinarea maselor fecale pentru depistarea eventualei infecții cu <i>Clostridium difficile</i>
Infecție	Administrare adecvată de lichide și electroliți Coprocultura pentru identificarea agentului patogen
Debordare (constipație, obstrucție parțială)	Identificați și tratați constipația. În caz de obstrucție parțială se aplică manevre de înmuiere a scaunului, evitați tratamentele specifice constipației
Enterita acută cauzată de iradiere	Evaluarea oncologului / radioterapeutului
Chimioterapie	Evaluarea oncologului / chimioterapeutului

Diaree secretorie (SIDA, Tumori, fistule)	Evaluarea oncologului
Rezecție chirurgicală (stomac, ilială, colon), diaree cu săruri biliare	Consultul specializat, Colesterolamina
Steatorie	Enzime pancreatice, IPP

Caseta 11. Principiile de tratament cu antidiareice nespecifice în sindromul de diaree

- **Antidiareicele nespecifice** necesită atenție la utilizarea lor în prezența infecțiilor (*Shigella*, *Cl. difficile*)
- Adsorbante = agenți hidrofilici care absorb apa și formează o masă care dă consistență scaunelor diareice. Sunt mai degrabă „normalizatoare” de consistență a scaunului decât antidiareice. Sunt utile pentru cei cu colostomă. Ex.: Metilcelulosum – 1-3 g x 2 ori/zi.
- Adsorbante = agenți chimici inerți care pot absoarbe bacteriile și toxinele din intestin. Ex.: Dlosmectitum – 3 x 3,76 g în 24 de ore.
- Inhibitoare ale sintezei de prostaglandine – Acidum acetilsalicilicum și AINS sunt utile în tratamentul diareei cauzate de inflamație (enterita radică).
- Unele AINS (Acidum mefenamicum, Indometacinum și Flurbiprofenum) pot determina diareea paradoxală.
- Mesalazinum este utilizată ca tratament specific în colita ulcerosă.
- Opioidul scad peristaltismul și, prin creșterea tonusului sfincterului anal, pot scădea și incontinența la cei cu diaree: Loperamidum, Codeinum, Morfinum. Loperamidum este opioidul utilizat de elecțiune ca antidiareic. Loperamidă 2 mg după fiecare scaun moale. Doza maximă este de 16 mg pe zi. În cazul în care diareea nu este controlată se va trece la 2 mg de patru ori pe zi, care poate fi crescută la 4 mg de patru ori pe zi dacă este necesar.
- Codeinum este utilizată cu succes, pentru că, având în vedere reactivitatea individuală a pacienților, pentru unii ea este mai eficientă și mai bine tolerată. Doza 10-60 mg/6 ore – pentru Codeinum;
- Anticolinergicele scad secreția și peristaltismul, dar utilizarea lor este limitată de efectele secundare.

Caseta 12. Principiile de tratament cu antidiareice specifice în sindromul de diaree

- Diareea postradioterapică:
 - *Colestiramina* – 4-12 g x 3 ori/zi.
- Rectită radică, în sindrom carcinoid:
 - *Ciproheptadinum* – inițial, 12 mg/zi.
 - Glucocorticoizi administrați rectal: microclisme cu 125 mg *Hidrocortizonum*.
- Malabsorbție lipidică sau sindromul de malabsorbție:
 - *Pancreatinum*.
- Diaree cologenică :
 - *Colestiraminum* 4-12 g de 3 ori/zi.
- Sindromul Zollinger-Elison:
 - *Omeprazolum* 20-120 mg/zi (sau doză individualizată).
- Colita pseudomembranoasă:
 - *Vancomycinum* 125 mg de 4 ori/zi sau *Metronidazolum* 500 mg de 3 ori/zi.
- Colita ulcerosă nespecifică: *Mesalazinum* 0,25-0,59 g/zi; glucocorticosteroizi.

Caseta 13. Tratamentul specific etiotrop (al cauzelor menționate)

- Alimentare: modificarea dietei, alimentare enterală mai diluată
- Medicamente: ajustarea dozei sau sistarea medicației
- Infecție

- colită pseudomembranoasă: Vancomycinum – 125 mg la 6 ore sau Metronidazolum – 500 mg la fiecare 8 ore - proliferarea excesivă a bacteriilor: Tetracilinum – 250 mg la 6 ore sau Metronidazolum 500 mg la fiecare 8 ore
● <i>Inflamație</i> - radiație: regim alimentar hiporezidual, Acid acetilsalicilic sau medicamente antiinflamatoare nesteroidiene, Sucralfat ● <i>Steatoze</i> - icter mecanic: terapie adecvată - rezeecția, șuntarea ileonului: Colestiraminum – 12-16 g/zi, regim alimentar hipolipidic - insuficiență pancreatică: enzime pancreatice de substituție, H₂-histaminoblocante, consultația dieticianului pentru stabilirea unui regim alimentar individualizat - sindromul Zollinger-Ellison: Omeprazolum - carcinoid: Ciproheptadinum, Octreotidum - Vipomă: Octreotidum

Caseta 14. Asistența în stările terminale

Diareea trebuie oprită prin administrarea per orală a Loperamidum sau, la pacienții la care administrarea per orală prezintă dificultăți, prin administrarea subcutanată a sol. Morfinum. Investigațiile suplimentare și hidratarea activă sunt inoportune.

C.2.1.4.6. Îngrijirea pacienților

Obiective	Măsurile de realizare
1. Pregătirea condițiilor de îngrijire	● Pacientul va fi plasat într-un pat comod, pentru a fi îngrijit. ● Patul se acoperă cu mușama și cu traversă. ● În caz de incontinență de materii fecale, se va așeza sub pacient o ploscă pneumatică de cauciuc care se va schimba periodic. ● Se pregătește un număr suficient de aleze și comprese pentru a le avea la dispoziție.
2. Supravegherea tranzitului intestinal și a igienei locale	● Dacă numărul de scaune este mic și starea pacientului este bună, acesta va fi însoțit la toaletă. ● Numărul de scaune poate ajunge la 10-20 pe zi, însoțite și de dureri, epuizând rapid forțele pacientului. De aceea pacientul trebuie asigurat cu plosca la pat (Este bine să se lucreze cu două ploști, pentru a se putea rezerva timp suficient pentru spălarea lor). ● Se notează numărul și caracterul scaunelor. ● Pentru analiza maselor fecale, unele emisii vor fi colectate în bazinet. ● Se recomandă ca pacienților cu incontinență de fecale sau cu diaree intensă, să li se așeze între picioare comprese uscate care să acopere regiunea anală, pentru ca materiile fecale să nu se împrăști pe suprafața patului. Schimbarea se face ori de câte ori este necesar. ● Toaleta anusului se face de mai multe ori pe zi.

Obiective	Măsuri de realizare
3. Corectarea tulburărilor hidroelectrolitice, recoltarea de produse biologice și monitorizare a funcțiilor vitale și vegetative	• În diaree, rehidratarea se poate face pe cale orală, completată cu perfuzii intravenoase. Se urmărește înlocuirea pierderilor de ioni. Prin diaree se pierde mai mult sodiu și potasiu. • În caz de infecții, se recoltează sânge pentru hemocultură și scaun – pentru coprocultură.
4. Asigurarea repausului și menținerea temperaturii corporale constante	• Repausul la pat se impune în cazurile cu stare generală alterată. • Diareea intensă conduce la mari pierderi de energie calorică. • Pacienții vor fi încălziți cu termofoare, pături.
Atenție! Îngrijirea acestor pacienți se va face cu multă înțelegere, bunăvoință și răbdare, având în permanență grijă de a le respecta intimitatea, a le menaja pudora și a-i liniști din punct de vedere psihic.	

C.2.1.5. Complicațiile

Caseta 15. Complicațiile

- deshidratare
- dereglări electrolitice
- iritații ale anusului

C.2.2. Constipația

C.2.2.1. Clasificarea

Caseta 16. *Clasificarea constipației în funcție de cauze* (în general, multifactoriale)

- *Cauze generale* – imobilitate, inactivitate, slăbiciune musculară, cașexie, stupoare, sedație, teama de ploscă, incapacitatea de a accesa sau a utiliza atributele de toaletă.
- *Cauze alimentare* – alimentare scundă, dieta săracă în substanțe de balast, consum scăzut de lichide.
- *Cauze metabolice* – deshidratare, hipercalcemie, hipokaliemie, uremie.
- *Cauze neurologice* – tumoare cerebrală, afectare medulară, infiltrație a rădăcilor nervoase sacrale.
- *Cauze psihologice* – depresie, teamă de diaree, incontinență.
- *Cauze colorectale* – ocluzie, tumoare pelviană, fibroză/strictură postradică, stări algice anorectale.
- *Cauze medicamentoase* – analgezice opioide, analgezice neopioide, antidiareice, medicamente sau reacții adverse anticolinergice, spasmolitice, antidepresive, neuroleptice fenotiazinice și buterofenonice (Haloperidol), antacide, antiemetice, antitumorale, diuretice, altele – fier, bariu.

C.2.2.2. Factorii de risc

Caseta 17. *Factori de risc declanșabili ai constipației*

- Administrarea analgezicelor opioide

C.2.2.3. Profilaxia

Caseta 18. Profilaxia constipației

Tratamentul profilactic trebuie inițiat cu mult înainte de apariția problemelor clinice. Aceasta este deosebit de important pentru pacienții care administrează Morfină și alte medicamente opioide.

- Asigurarea consumului unui volum adecvat de lichide.
- Utilizarea alimentelor sau a lichidelor cu proprietăți laxative, cum ar fi sucul de prune și fructe, legume, cereale integrale, rădăcinoase, nuci, unt de arahide.
- În lipsa ocluziei intestinale, se recomandă administrarea alimentelor ce conțin multă celuloză, cantitatea hranei ce conține celuloză trebuie majorată lent, deoarece regimul alimentar bogat în celuloză este greu tolerat de pacienții în vârstă și de cei cașectizați.
- Lipsa accesului liber la facilitățile de toaletă sau a posibilității de a le utiliza poate cauza sau agrava constipația, în special, la pacienții în vârstă sau slăbiți. Încurajarea pacientului în necesitatea de defecație.
- Administrarea laxativelor la pacienții în tratament cu opioide: Docusat – 240-480 mg, seara, sau Bisacodilum – 10-20 mg, seara, +/- Extract de Sennae – 15 mg pe noapte, +/- Lactuloză – 30 mg ziua. Ajustarea dozei se face în funcție de efectul clinic.

C.2.2.4. Conduita pacientului cu constipație

C.2.2.4.1. Anamneza

Caseta 19. Întrebările ce trebuie examinate în simptomul de constipație:

1. Când a fost ultimul scaun?
2. Care erau caracteristicile ultimului scaun (legat/nu, apos, format, subțire, liniar sau fecaloame mici și tari)?
3. Defecația a fost dificilă?
4. Durere la defecație?
5. Caracteristica scaunelor din ultima perioadă de timp, ultimul scaun?
6. Care este actuala frecvență a scaunelor?
7. Care a fost frecvența scaunelor după boală.
8. Pacientul are senzația de a avea scaun, dar nu poate (tenesme)? Ceea ce sugerează materii fecale tari sau tumoră/inflamație rectală.
9. Nu are senzația de defecație? Ceea ce sugerează hipomotilitate/plegie colică.
10. Scaunul trece prin zona anală, cu efort mare din partea pacientului? Ceea ce sugerează hemoroizi/prolaps rectal.
11. Prezența sângelui/mucusului în scaun, sugerează obstrucție tumorală, hemoroizi, colită coexistentă
12. Scaunul constă din fecaloame mici și tari, sugerează tranzit redus, scaun liniar sugerează stenoza sau hemoroizi.

C.2.2.4.2. Evaluarea

Caseta 20. Informații utile în evaluarea simptomului de constipație

1. Experiența anterioară legată de constipație (metode sau laxative care au avut rezultat)
2. Dieta obișnuită sau actuală (ingestie de lichide, ingestia de fibre, modificări de apetit, gust, dentiție)
3. Modificările recente ale stilului de viață (activitate, dispoziție, stres, mobilitate, schimbări fizice care afectează defecația)
4. Simptomele asociate (durere abdominală, plenitudine, anorexie)
5. Medicația curentă (inclusiv, laxative utilizate)
6. Factorii de risc (tratamente cu analgezice opioide, antineoplazice)
7. Cunoștințele și înțelegerea individuală a problemei
8. Investigațiile de laborator (trombocitopenie, leucopenie, hiperkaliemie, hipokaliemie)

C.2.2.4.3. Examenul clinic (datele obiective)

Caseta 21. Examenul clinic

Pe măsura progresiei constipației este prezentă senzația de plenitudine și distensie abdominală, de obicei, însoțită de colici, apare durerea rectală.

Frecvent sunt asociate constipației severe anorexia, greața și vărsăturile, este posibilă retenția urinară (mai ales, la bărbați) și confuzie.

Tușeul rectal este foarte important (de evitat în trombocitopenie/leucopenie).

Constipația severă cu fecaloame fixate poate avea un tablou clinic foarte asemănător cu ocluzia intestinală. Pacienții cu constipație au, de obicei, rectul plin cu fecaloame, care sunt palpabile și pe cadrul colic. La palparea abdomenului, fecaloamele apar cu contur neregulat și dau senzația de crepitație datorită aerului prins între ele. De asemenea, își modifică poziția în timp (se mișcă).

Rectul gol și sfîcterul anal lax pot indica leziunea medulară asociată unei hipotonii colice. Tușeul rectal poate identifica și tumori sau alte afecțiuni rectale (rectocel, ulceratie, hemoroizi, stenoza anală).

Progresia constipației poate conduce la acumularea unei cantități mari de materii fecale uscate în rect, care nu mai poate fi eliminată normal (fecaloame fixate). Materiile fecale aflate mai sus în colon, proximal de obstrucție, sunt transformate sub acțiunea bacteriană locală într-o formă semilichidă, care se scurge printre fecaloame, ca o falsă diaree, la care se adaugă și producția crescută de mucus de la nivelul rectului obstruat.

Examenul clinic (tușeul rectal) va identifica problema rectală, fecaloamele putând să ocupe și colonul pe o porțiune mai mare sau mai mică (radiografia abdominală simplă).

C.2.2.4.4. Investigațiile paraclinice

Caseta 22. Investigațiile în simptomul de constipație

Foarte rar necesare

- Radiografia abdominală de ansamblu se efectuează în scop de excludere a ocluziei intestinale
- Analizele biochimice – în cazul în care examenul clinic sugerează hiperkaliemia și hipertiroidismul
- Frecvența și aspectul scaunului rămân metode de bază în stabilirea diagnosticului

C.2.2.4.5. Criteriile de spitalizare

Caseta 23. Criteriile de spitalizare în secții de profil chirurgical

- Ocluzie intestinală, demonstrată clinic și paraclinic.

C.2.2.4.6. Tratamentul

Caseta 24. Principiile de tratament general în simptomul de constipație

- Scopul tratamentului este o defecație confortabilă și nu o frecvență anumită a evacuărilor
- Tratamentul laxativ se administrează de preferință pe cale orală, supozitoarele se pot adăuga în constipația rebelă.
- Clismele evacuatoare și supozitoarele de înmuiere se administrează doar după efectuarea unui tușeu rectal care să confirme prezența de materii fecale în ampula rectală.
- În constipația cronică, medicația laxativă se administrează cu regularitate. Medicația în doze mici se administrează preferențial seara, în cazul necesității administrării în doze mari, laxativele se vor administra divizat.
- La apariția diareei, se întrerupe administrarea laxativelor pentru 24-48 de ore și se reia tratamentul cu o doză mai „mică” de laxativ.
- Scaunele „tari” necesită predominant înmuiere, stimularea excesivă (laxative emoliente și lubrefiante de propulsie) poate cauza colici.
- La pacienții cu colostomă și cu constipație rebelă în tratamentul oral, se pot administra, la necesitate, supozitoare, clisme medicamentoase sau clisme evacuatoare pe colostomă.
- Constipația refractară/severă este tratată cu creșterea agresivă a dozelor de laxativ.

- Clismele, supozitoarele sunt rezervate pentru situațiile în care nu este posibilă administrarea orală a laxativelor.
- Tratamentul constipației instalate constă în utilizarea supozitoarelor și a clismelor pentru golirea/eliberarea intestinului gros până la normalizarea activității intestinale pentru medicația perorală.
- Pacienții cu obstrucție fecaloidă pot necesita efectuarea manuală a fecaloamelor care este efectuată sub analgezie sau sub sedatie adecvată.
- Dacă un pacient constipat are nevoie de ajutor pentru ușurarea evacuării scaunului, sunt de ales supozitoarele sau o clismă mică (cu Fosfat de sodiu sau cu microclismă) succedată de un supozitor. Ambele procedee ajută la înmuierea scaunului și la evacuarea lui. Dacă nu se obține niciun rezultat, se poate face o clismă (lavaj rectal) cu soluție salină, preferabil caldă sau se poate face evacuarea manuală a fecaloamelor (după ce se introduce intrarectal, pe noapte, ulei de măsline pentru înmuiere).
- Recurgerea la intervențiile locale rectale impune revizuirea tratamentului laxativ oral, cu creșterea dozelor sau asocierea unui alt laxativ, pentru a preveni repetarea situației.
- Pentru fecaloame fixate soluția terapeutică este înmuierea scaunului și lubrifierea colonului astfel, încât să poată fi eliminate: supozitoare cu glicerina (plasate între mucoasa rectală și fecalom) clismele cu fosfat sau cu ulei de măsline.
- Laxativele care măresc peristaltismul (ex. ulei de ricin, rezine vegetale, crușin, Bysacodilum) pot provoca crampe și nu sunt indicate până la eliminarea fecaloamelor.
- Eliminarea manuală a fecaloamelor din rect se face după înmuierea lor și cu utilizarea unui anestezic local (unguent cu *Lidocainum* 5%), fiind utilă chiar administrarea unei doze suplimentare de opioid și/sau de anxiolitic, care să reducă durerea dată de manevră. După eliminarea celei mai mari părți, se face o clismă.

În linii generale, un ghid pentru controlul constipației ar fi următorul:

1. Excluderea ocluziei intestinale. Când există dubii, se administrează numai laxative, predominant de emoliente și lubrifiante (*Lactuloza*, *Docusat*), pentru a nu provoca dureri colicative, nu se administrează laxative de volum.
2. Dacă la tușeul rectal rectul este încărcat cu materii fecale dure, este necesar fie evacuarea manuală (de preferat doar la pacienții incontinenți), fie de înmuierea fecalelor cu ajutorul unui supozitor cu glicerină sau al unei microclisme cu ulei de arahide sau de măsline, sau spălături rectale cu soluție salină.
3. Dacă la tușeul rectal rectul e plin cu materii fecale moi, se utilizează un stimulator al peristaltismului (extract de *Sennae*). Dacă există disconfort rectal, o clismă mică pentru a ajuta inițierea defecației.
4. Dacă la tușeul rectal rectul este gol sau destins – obstrucție de grad mai înalt prin fecalom, trebuie de administrat un laxativ de propulsie (extract de *Sennae*) împreună cu un laxativ de emolient (*Lactuloza*), deoarece e foarte probabil ca fecaloamele să fie dure sau, alternativ, se efectuează o clismă înaltă.
5. Dacă la tușeul rectal sfincterul este relaxat, fără tonus, pacientul prezintă leziuni ale rădăcinilor nervoase sacrale.
6. Când sunt administrate opioide, obligatoriu se administrează, profilactic, și laxative combinate de înmuiere și de propulsie.

Caseta 25. Tratamentul cu laxative în constipație

Laxativele de volum

<i>includ</i>	semințe de in, pătlagină metilceluloza, suplimente alimentare bogate în fibre alimentare, laminaria, agar
<i>acțiune</i>	retenția intralumenală a lichidelor înmoaie conținutul intestinal și stimulează peristaltismul
<i>precauții</i>	pacienții trebuie să consume un volum mare de lichide; sunt nepotrivite pentru pacienții în vârstă și pentru cei cașectizați
<i>reații adverse</i>	gust neplăcut, colică, meteorism (variații considerabile individuale)

Laxativele lubrefiante și emoliente

includ Docusat, Lactuloză

acțiune efect lubrifiant, înmoaie fecalele

reacții adverse – pneumonie lipoidă, dacă este aspirată

precauții – pacienții care nu pot ingera lichide

Pugative iritante

includ polifenoli: Isapheninum, Ulei de ricin,
antraglicozide: senna, crușin

acțiune favorizează secreția lichidelor – înmoaie fecalele și stimulează peristaltismul

reacții adverse deshidratare și dereglări electrolitice la pacienții cașectizați sau în faza terminală; se recomandă hidratarea subcutanată cu ser fizilogic 1-1,5 l/24 de ore

Laxativele/purgative osmotice

includ săruri de Magneziu: sulfatul, hidroxidul

hidrați de carbon neabsorbabili: lactuloză, sorbitol, manitol, polietilen glicol

acțiune atrag lichidele în lumenul intestinal prin majorarea presiunii osmotice –
înmoaie fecalele și stimulează peristaltismul

precauții pacienții trebuie să consume un volum mare de lichide sunt nepotrivite pentru
pacienții în vârstă și pentru cei cașectizați

reacții adverse colică, meteorism (variații considerabile individuale), deshidratare și
dereglări electrolitice la pacienții cașectizați.

Caseta 26. Laxative de uz rectal

Administrarea rectala a laxativelor este practică pentru inițierea evacuării intestinului gros până când apare efectul medicației administrate oral. Administrarea regulată nu este necesară decât la pacienții cu intestin neurogen.

Supozitoarele rectale:

- *Includ* Glicerină, Docusat, Bisacodilum
- *Acțiune* înmoaie fecalele (Glicerina), efect de contact sau stimulant (Docusat, Bisacodilum)
- *Utilizare* Glicerina se inserează în materiile fecale, Docusatul și Bisacodilul acționează pe mucoasă

Caseta 27. Tratatamentul cu clisme în constipație

- Clisme sunt folosite pentru ameliorarea constipației, atunci când supozitoarele sunt ineficiente. Clisme cu un volum mic așa ca Microlax* - 5 ml sunt mai puțin stresante pentru pacienți și mai ușor de efectuat în condiții de domiciliu.
- La pacienții cu constipații mai pronunțate, pot fi utilizate clisme cu fosfat de sodiu, de volum mic, dar acestea pot fi responsabile de dereglări hidroelectrolitice la pacienții cașectizați sau deshidratați.
- Clisme cu săpun și cu apă pot cauza hiperhidratare și nu sunt recomandate.
- În constipații rezistente la tratament, se poate solda cu succes clisma de retenție cu ulei de măsline, aplicată pe noapte.

Notă: *preparat compus.

Caseta 28. Managementul intestinului neurogen

Scopul îngrijirii este evacuarea la fiecare una sau două zile (în funcție de activitatea intestinală precedentă) sau pe noapte sau dimineața (în funcție de dorința pacientului).

Managementul intestinului neurogen:

Leziunea măduvei spinării – intestin spastic, sfîcter anal hipertonic, reflexe sacrale intacte
ingestie adecvată de lichide și alimente bogate în celuloză
laxative orale (sunt evitate laxativele care cauzează înmuierea excesivă)

supozitoarele rectale sau stimularea duce la intensificarea peristaltismului și relaxarea sfincterului

Leziunea radiculelor nervilor sacrali – *peristaltism redus, sfincter flasc, reflexe sacrale absente*, ingestie adecvată de lichide și de alimente bogate în celuloză, laxative orale, supozitoarele rectale sau stimularea pot duce la evacuare, eforturi și masaj abdominal, medicamente colinergice (de exemplu, Betanecolum 10 mg *per os* la 8 fiecare ore).

Caseta 29. Asistența în stările terminale

În ultimele zile și săptămâni de viață, rareori apar simptome semnificative care se datorează constipațiilor. Frecvent, administrarea orală a alimentelor și a lichidelor este limitată și laxativele, de obicei, pot fi sistate. Supozitoarele sau microclisme pot fi utilizate atunci, când pacientul acuză dureri, simte chemarea la defecație, dar nu se poate defeca sau există o incontinență fecală prelungită datorită obstrucției fecaloide.

C.2.2.4.7. Îngrijirea pacienților

Obiective	Măsuri de realizare
1. Pregătirea condițiilor de îngrijire	● Pacientul va fi plasat într-un pat comod, pentru a fi îngrijit ● Patul se acoperă cu mușama ● În caz de incontinență de materii fecale, se va așeza sub pacient o ploscă pneumatică de cauciuc care se va schimba periodic ● Se pregătește un număr suficient de comprese pentru a le avea la dispoziție.
2. Supravegherea tranzitului intestinal și a igienei locale	● Dacă numărul scaunelor este mic și starea pacientului este bună, acesta va fi însoțit la toaletă ● Pacientul trebuie asigurat cu plosca la pat. (Este bine să se lucreze cu două ploști pentru a se putea rezerva timp suficient pentru spălarea lor) ● Se notează numărul și caracterul scaunelor ● Pentru analiza de fecale, unele emisiunii vor fi colectate în bazinet
3. Corectarea tulburărilor hidroelectrolitice, recoltarea de produse biologice și monitorizarea funcțiilor vitale și vegetative	● În diaree, rehidratarea se poate face pe cale orală, completată cu perfuzii intravenoase. Se urmărește înlocuirea pierderilor de ioni. Prin diaree se pierd mai mult sodiu și potasiu ● În caz de infecții, se recoltează sânge pentru hemocultură și scaun pentru coprocultură.
4. Asigurarea repausului și menținerea temperaturii corporale constante	● Repausul la pat se impune în cazurile în care starea generală alterată
Atenție! Îngrijirea acestor pacienți se va face cu multă înțelegere, bunăvoință și cu răbdare, având în permanență grijă de a le menaja pudora și a-i liniști din punct de vedere psihic.	

C.2.2.5. Complicațiile

Caseta 30. Complicațiile

Ocluzia intestinală totală sau parțială

C.2.3. Disfagia

C.2.3.1. Clasificarea

Caseta 31. Clasificarea disfagiei în funcție de gradul de deglutiție

- Completă pentru lichide și pentru solide
- Incompletă:
 - Inițial, pentru solide și, progresiv, pentru lichide în obstrucții esofagiene
 - pentru lichide și solide mai mult sau mai puțin simultan în boli neuromusculare

Caseta 32. Clasificarea disfagiei în funcție de faza de deglutiție afectată (cauze)

Faza bucală („disfagia de transfer”) – hrana este voluntar împinsă de limbă și de palatul moale

- tumoare: obstrucție intrinsecă, deficit funcțional
- stomatită: infecție, radiație, chimioterapie
- xerostomie
- dereglări neuromusculare: intervenție chirurgicală, dereglări din partea nervilor cranieni, leziuni cerebrale sau ale trunchiului cerebral, slăbiciune generală sau cașexie

Faza faringiană („disfagia de transport”) – inițierea reflexului de deglutiție, închiderea glotei

- tumoare: obstrucție intrinsecă, compresie extrinsecă
- faringită: infecție, radiație
- dereglări neuromusculare: intervenție chirurgicală, dereglări din partea nervilor cranieni, leziuni cerebrale sau ale trunchiului cerebral, slăbiciune generală sau cașexie
- fibroză sau strictură radiațională

Faza esofagiană („disfagia de livrare”) – hrana parcurge esofagul datorită peristaltismului

- tumoare: obstrucție intrinsecă, compresie extrinsecă
- esofagită: infecție, radiație, reflux
- dereglări neuromusculare: intervenție chirurgicală, infiltrație a plexului intramural
- fibroză sau strictură radiațională, anxietate

Caseta 33. Clasificarea disfagiei în funcție de mecanismul de dezvoltare

- **Obstrucția mecanică prin:**
 - tumori intrinseci;
 - compresii extrinsecă;
 - fibroze postradioterapie sau chirurgicale.
- **Cauzele neuromusculare:**
 - boală de neuron motor periferic sau central;
 - scleroză multiplă;
 - miopatie severă.
- **Odinofagia:** disfagia este secundară durerii (prin tumoare sau leziuni ale mucoasei bucale, infecțioase, post-chimioterapie sau post-radioterapie).

C.2.3.3. Conduita pacientului cu disfagie

C.2.3.3.1. Anamneza

Caseta 34. Aspectele ce trebuie examinate la simptomul de disfagie în evaluarea cauzei

- ✓ Disfagia este intermitentă sau zilnică.
- ✓ Disfagia apare la consumul de alimente solide sau la lichide.
- ✓ Pacientul se îneacă sau tușește.
- ✓ Disfagia provoacă dureri toracice.

C.2.3.3.2. Examenul clinic (datele obiective)

Caseta 35. Datele obiective în disfagie

- ✓ Tulburarea deglutiției (dificultate de înghițire)
- ✓ În dereglarea fazei bucale a actului de deglutiție, hrana se reține în cavitatea bucală și frecvent se prelinge în exterior, are loc scurgerea salivei între mese
- ✓ În disfagia faringiană, alimentele se opresc în faringe, iar tentativele de deglutiție provoacă sufocare, vome, tuse și regurgitația alimentelor prin nas.
- ✓ Pacienții cu dereglări esofagiene acuză reținerea retrosternală a alimentelor.
- ✓ În candidoza esofagiană, este caracteristică durerea la înghițirea băuturilor fierbinți (candidoza orală poate fi uneori absentă)
- ✓ Obstrucțiile tumorale provoacă o disfagie care inițial este mult mai accentuată pentru alimentele solide, decât pentru cele lichide; disfagia legată de patologia neuromusculară afectează în aceeași măsură deglutiția alimentelor solide și lichide.

Examenul clinic include:

- ✓ examinarea orofaringelui poate arăta tumoră, infecție;
- ✓ examinarea funcției nervilor cranieni.

C.2.3.3.3. Investigațiile paraclinice

Caseta 36. Investigațiile în simptomul de disfagie

Actul de deglutiție poate fi evaluat radiologic utilizând soluția diluată de Bariu sau de Lopoidol. Pacienții cu disfagie esofagiană necesită efectuarea radiografiei cutiei toracice sau a tomografiei computerizate pentru determinarea patologiei mediastinale, iar, pentru diferențierea patologiei intrinsece de cea extrinsecă, este utilizată endoscopia.

C.2.3.3.4. Tratamentul

Caseta 37. Principiile de tratament

- ✓ Menținerea căii orale de deglutiție atâta timp, cât este posibil
- ✓ Menținerea unei nutriții adecvate
- ✓ Reabilitarea fizică și cea socială
- ✓ Menținerea unei căi de administrare pentru fluide și pentru medicație

Caseta 38. Disfagia: măsuri generale opțiuni de tratament

- ✓ Când obstrucția este cauzată de o tumoră, tratamentul este cel antitumoral direct (radioterapie, chimioterapie și, mai puțin probabil, excizie chirurgicală) sau procedee mecanice de restabilire a pasajului (*stent*). Alegerea se face în funcție de sensibilitatea tumorii la chimioterapie, accesibilitatea la tehnicile de radioterapie și chirurgie și de starea bolnavului.
- ✓ Acumularea salivei la pacienții cu obstrucție completă cauzează prelungirea ei din cavitatea bucală și poate duce la aspirație; pentru a reduce salivarea se administrează anticolinergicele Scopolaminum – 1,5 mg/3 zile, sol. Atropinum 0,1% – 0,3-0,5 ml, de 1-2 ori pe zi.
- ✓ Corticoterapie cu Dexametazonum – 8-16 mg pe zi sau Prednizolonum – 50-100 mg/zi subcutanat este indicat în scopul reducerii edemului peritumoral, în obstrucțiile esofagiene complete, care poate da ameliorări de scurtă durată.

Dacă pacientul are simptome datorate deshidratării, perfuzia subcutanată poate fi folosită pentru menținerea unei hidratări adecvate. Se indică Natrii chloridum (ser fiziologic) 0,9% sau sol. Glucoză 5% – 500 ml pentru 8-10 ore, cu un ritm aproximativ de 20 pic. pe min în zona abdominală sau partea anterioară a coapsei.

• bucală și faringiană

- ✓ tumoare obstructivă – intervenție chirurgicală, rezecție laser, radioterapie
- ✓ compresii extrinsecă – glucocorticoizi, radioterapie
- ✓ dereglări neuromusculare – glucocorticoizi, radioterapie
- ✓ stomatită, faringită, xerostomie – terapie standard
- ✓ tratament general – instruire referitoare la alimentație, consultații dietetice, nutriție enterală

- **esofagiană**

- ✓ esofagită – terapie standard
- ✓ strictură cronică – dilatare în cazul unui prognostic îndelungat adică mai mult de 12 luni.
- ✓ dereglări neuromusculare – consultații dietetice, glucocorticoizi,
- ✓ compresii extrinsecă – glucocorticoizi, radioterapie, terapie sistemică
- ✓ tumoare intrinsecă – tub endoesofagian, radioterapie, terapie sistemică, rezecție endoscopică laser

Caseta 39. Nutriția enterală

Pacienții cu disfagie oro-esofagiană severă și cu risc mare de aspirație, pentru care nutriția și hidratarea sunt de continuat, pot necesita o alimentare pe căi alternative: tub nazogastric, gastrostomă.

- Tubul nazogastric este indicat pentru cei, cărora le este sete sau foame și au esofagul permeabil. Este indicat pentru o perioadă de timp scurt, pentru că în 2-3 săptămâni intervine deplasarea și apare disconfortul, cât și complicațiile nazale/esofagiene.
- Dat fiind faptul că intubația nazogastrică de lungă durată necesită a fi evitată, e preferabilă aplicarea endoscopică sub anestezie locală a tubului gastrostomic subcutanat. Rata complicațiilor gastrostomei este mică, dar nu este oportună la pacienții cu ascită, ulcere peptice sau cu diateză hemoragică.

Caseta 40. Principiile de tratament în Obstrucția esofagiană

Obstrucția esofagiană tumorală poate răspunde la terapia cu glucocorticoizi.

Dacă este tehnic posibilă, rezecția endoscopică cu laser este tratamentul de elecție pentru tumoarea intrinsecă. Avantajul ei constă în ameliorarea imediată a disfagiei (spre deosebire de una sau de câteva săptămâni după radioterapie) și această procedură poate fi repetată ori de câte ori există necesitatea clinică. Faptul că trebuie repetată la 4-5 săptămâni limitează utilitatea.

Dilatarea este o măsură simplă pentru stricturile benigne. Repetarea ei prezintă risc de perforare. Pentru tumorile maligne, se poate utiliza ca măsură pe termen scurt (efect sub 2 săptămâni) înainte de iradiere-rezecție cu laser sau montarea unui stent.

Brahiterapia endoluminală cu 10Gy plus terapia cu laser crește intervalul liber de disfagie cu 50%.

Caseta 41. Principiile de tratament - tuburile endoesofagiene

- Tubul endoesofagian (de exemplu, Celestin, Atkinson) poate fi plasat fie prin endoscopie, fie printr-o mică incizie abdominală superioară; ultima procedură este preferențială, deoarece poate fi introdus un tub mai mare și acest tub poate fi fixat într-o poziție în care se evită dislocarea lui.
- Intubația ameliorează imediat disfagia, dar poziționarea pacientului este foarte importantă deoarece tubul facilitează refluxul gastroesofagian.
- Inițial dieta pacientului constă din alimente lichide, pentru ca apoi, într-un ritm lent, să treacă spre sfârșitul săptămânii la cele semisolide sau solide. Pacienților li se recomandă alimentarea fracționată frecventă în cantități mici, consumând după mese băuturi gazoase.
- Sunt evitate alimentele care pot obtura tubul cum ar fi bucățile mari de hrană de consistență fibroasă sau pâinea proaspătă.
- Dacă tubul se obturează, atunci pacientul poate încerca să-l curețe, consumând apă gazoasă sau prin mișcări fizice, dacă nu se reușește înghițituri mici de Hidrogenii peroxidum 3% la fiecare ½ oră, care de obicei curăță tubul în câteva ore. Uneori este necesară o curățare endoscopică.

Caseta 42. Asistența în stările terminale

Pacienții cu disfagie orofaringiană trebuie tratați conservativ, prin manipulări dietetice.

În obstrucția esofagiană completă, trebuie folosită intubarea endoesofagiană, întrucât introducerea tubului nu provoacă vreo suferință majoră și plasarea lui îmbunătățește semnificativ calitatea vieții pacientului, făcând posibilă înghițirea salivei.

C.2.3.3.5. Îngrijirea pacienților

Caseta 43. Îngrijirea pacienților

Poziționarea corectă a pacientului, pentru a face actul de deglutiție cât mai ușor – ridicând capătul patului (60-90), capul puțin flectat, evitând poziția culcată 1-2 ore după masă (pentru evitarea refluxului).

Mentținerea igienei bune a cavității bucale și controlul după masă (resturile rămase necesită a fi aspirate).

Selecția alimentelor: semilichidele sunt mai ușor de înghițit decât lichidele, alimentele la temperatura camerei sunt mai ușor de înghițit, este mai ușor de înghițit o cantitate mai mică de mâncare la o masă, dar trebuie de mâncat de mai multe ori per zi, pentru a avea un aport caloric suficient.

Alimentele cu conținut proteic înalt, eventual mixate pentru a ușura înghițitul mâncării.

Lichidele se beau dintr-un recipient plin pentru a evita flexiunea posterioară a capului.

C.2.4. Greața și voma

C.2.4.1. Clasificarea

Caseta 44. Clasificarea greții și vomei în funcție de mecanismele vomei

Prin activarea

aferenței periferice

- iritație
- obstrucție gastrointestinală (inclusiv, faringele și sistemul hepatobiliar)
- cancer
- tuse cronică
- esofagită
- gastrită
- ulcer peptic
- distensiune gastrică
- compresie gastrică
- evacuare gastrică întârziată
- ocluzie intestinală
- constipație
- hepatită
- obstrucție biliară
- chimioterapie
- radioterapie

Prin activarea zonei chemoreceptoare trigger

- anomalii biochimice
- hipercalcemie
- hiponatriemie
- insuficiență hepatică, insuficiență renală
- sepsis
- medicamente: chimioterapie, opioide, Digoxină antibiotice alte cauze

Prin dereglări vestibulare

- infiltrație malignă vestibulară
- medicamente: Acid acetilsalicilic, săruri de platină

Prin activarea centrelor corticale

- factorii psihologici
- anxietatea
- senzații vizuale
- mirosuri
- gusturi
- tensiune intracraniană

C.2.4.2. Factorii de risc

Caseta 45. Factori de risc declanșabili (cauze)

● Factori chimici

Stimularea directă a chemoreceptorilor *trigger* de către medicamente: opioide, chimioterapie, anestezice

Disfuncții metabolice: hipercalcemie, uremie

Stări toxice

Radioterapie – în funcție de zona iradiată

● Factori viscerali

Inflamații – apendicită, peritonită, colecistită

Obstrucții și disfuncții mecanice-constipație, tumori, ascită

- **Factori centrali**

Stimuli fizici și psihici: teamă, stres

Modificări fizice ce au loc la nivel central: meningită, tumori

Stimuli olfactivi

Vomă anticipativă (înaintea chimioterapiei)

- **Factori vestibulari**

Migrene

Infecții

Creșterea tensiunii intracraniene

C.2.4.3. Profilaxia

Caseta 46. Profilaxia

- Igiena cavității bucale
- Igiena generală
- Aerisirea camerei
- Îndepărtarea tuturor stimulilor olfactivi sau vizuali ce influențează
- Nu forțați pacientul să mănânce
- Regim alimentar adecvat
- Medicamente antiemetice corespunzătoare

C.2.4.4. Conduita pacientului cu greață și cu vomă

C.2.4.4.1. Anamneza

Caseta 47. Anamneza modului de manifestare a vomelor

Evaluarea implică o anamneză detaliată a modului de manifestare a vomelor

- Bruschețea debutului
- Modul în care se manifestă
- Factorii declanșatori
- Antiemeticele folosite

Este necesar de precizat:

- Care este cauza?
- Poate fi îndepărtată aceasta?
- Dacă nu atunci trebuie aleasă o terapie rațională, care să fie bazată pe locul de acțiune a medicamentului

Se examinează alte aspecte la:

- Intervențiile chirurgicale în regiunea abdominală
- Medicamentele utilizate
- Refluxul gastric și sughitul
- Dispepsie
- Constipație
- Sete sau somnolență (hipercalemie)
- Disurie

C.2.4.4.2. Examenul fizic (datele obiective)

Caseta 48. Examenul fizic

- Senzația neplăcută ce poate preceda apariția vomelor, care se asociază cu salivă, transpirație sau cu tahicardie, uneori mai neplăcută decât voma, pacientul o consideră la fel de greu de suportat ca și durerile.
- Mișcările ritmice, dificile, de natură spastică ale diafragmei și ale mușchilor abdominali, care apar, de obicei, în prezența unei senzații de greață.
- Expulzia puternică a conținutului gastric prin gură.

C.2.4.4.3. Evaluarea vomelor

Caseta 49. Evaluarea greții și vomelor

Datele obiective în evaluarea vomelor, însoțite de o senzație redusă de greață sugerează:

- Staza gastrică (volum crescut și reflux gastric)
- Sindromul de compresiune gastrică (volum redus și reflux gastric)
- Obstrucția gastrică (volum crescut, vărsături puternice)
- Creșterea tensiunii intracraniene
- **Determinarea severității greții și vomei**

	Grad 1	Grad 2	Grad 3	Grad 4
Greață	Pierdere a poftei de mâncare fără modificarea obiceiurilor alimentare	Aportul oral a scăzut fără pierdere semnificativă în greutate, deshidratare sau malnutriție	Aport caloric sau lichidian insuficient; alimentare prin tub; este indicată nutriție parenterală totală sau spitalizare	
Vomă	1 - 2 episoade (separate prin 5 minute) în 24 de ore	3-5 episoade (separate prin 5 minute) în 24 de ore	>=6 episoade (separate prin 5 minute) în 24 de ore; alimentare prin tub, este indicată nutriție parenterală totală sau spitalizare	Consecințele pun viața în pericol; este indicată intervenția de urgență

C.2.4.4.4. Investigațiile paraclinice

Caseta 50. Investigațiile paraclinice

- Analiza generală a sângelui
- Biochimia sângelui
- Ionograma
- Examenul ultrasonografic al abdomenului
- Examenul radiologic

C.2.4.4.5. Criteriile de spitalizare

Caseta 51. Criteriile de spitalizare a pacienților cu senzație de greață și cu vomă

- Simptome greu de controlat
- Stare generală foarte gravă
- Vârstă înaintată, cu patologie cronică concomitentă
-

C.2.4.4.6. Tratamentul

Caseta 51. Principiile de tratament în senzație de greață și de vomă

Evaluarea și tratarea cauzelor menționate

Utilizarea antiemeticeilor

- remediul se selectează în baza mecanismului presupus de apariție a vomei
- administrarea înainte de începutul vomei, atunci când este posibil
- în doze adecvate
- în combinații medicamentoase, dacă este necesar/indicat
- la necesitate administrare pe cale parenterală sau rectală

În vome rezistente (incoercibile)

- evaluarea factorilor psihologici
- reevaluare pentru depistarea cauzelor somatice neobservate
- tentative de administrare a altor antiemetice și /sau a combinațiilor lor

Caseta 52. Managementul cauzelor reversibile/tratabile de greață și vomă

Cauze	Managementul specific
Durere necontrolată	Analgezice cu evitarea căii de administrare pers os în caz de vomă
Anxietate	Determinați temerile; explicați; administrarea de anxiolitice
Tuse	Antitusive
Retenție urinară	Cateterizarea vezicii urinare
Constipație	Laxative
Metastaze hepatice	Glucocorticoizi și tratamentul oncologic
Creșterea presiunii intracraniene	Glucocorticoizi
Tulburări electrolitice	Corectarea acestora dacă este posibil
Hipercalcemia	Rehidratarea și bifosfonați intravenos
Uremia-hidronefroză	Deviere urinară sau stent
Candidoza orală/esofagiană	Antimicotice
Infecții ale sistemului respirator sau urinar	Antibiotice
Gastrită	Stoparea administrării medicamentelor iritante și Inhibitorii pompei de protoni
Obstrucție intestinală	Vezi secțiunea obstrucție intestinală

Caseta 53. Antiemeticele

Antiemeticele

- Antiemeticele sunt selectate în baza mecanismului presupus de apariție a senzației de greață și a vomei
- Greața și voma apărute din cauza excitării zonei chimioreceptoare *trigger* (CTZ) sunt bine controlate prin administrarea antiemeticeilor cu acțiune dopaminoblocantă
- Staza și distensia gastrică sânt susceptibile la acțiunea gastrochinetică a prokineticilor Metoclopramidului și Domperidonului.
- La pacienții care sunt supuși chimioterapiei sau radioterapiei, este utilizat antagoistul receptorilor 5-HT₃ (Ondansetron).
- Cauzele corticale ale greții și ale vomei pot fi contracarate prin administrarea anxioliticilor.
- Dacă tratamentul este inefficient, atunci pot fi încercate alte antiemetice și combinații ale lor.

Neuroleptice sau antipsihotice Fenotiazine	Proclorperazinum, Clorpromazinum, Levomepromazinum
<i>Acțiune</i>	Efect antidopaminergic asupra CTZ
<i>Reacții adverse</i>	Acțiune sedativă (Proclorperazinum), acțiune sedativă și hipotensivă (Clorpromazinum)
Butirofenone	Haloperidolum
<i>Acțiune</i>	Efect antidopaminergic asupra CTZ
<i>Reacții adverse</i>	Acțiune sedativă și hipotensivă
Dopaminoblocante	Metoclopramidum, Domperidonum
<i>Acțiune</i>	Efect antidopaminergic asupra CTZ și acțiune gastrochinetică directă
<i>Precauții</i>	Poate agrava ocluzia intestinală înaltă
<i>Reacții adverse</i>	Acțiune sedativă (Metoclopramidum)
M-colinoblocante	Hioscinum

<i>Acțiune</i>	Efect anticolinergic asupra sau în apropierea CV, reduce secreția GI și motilitatea
<i>Reacții adverse</i>	Tot spectrul reacțiilor adverse anticolinergice
H1-antihistamine	Difenhidraminum
<i>Acțiune</i>	Efect asupra CV printr-un mecanism necunoscut
<i>Utilizare</i>	Potențiază efectul antiemetic al antagoniștilor dopaminei și previne EP
<i>Reacții adverse</i>	Includ acțiune sedativă și uscăciunea mucoasei bucale
Glucocorticoizi	Prednisolonum, Dexamethazonum, Hidrocortizonum
<i>Acțiune</i>	Mecanism necunoscut
<i>Utilizare</i>	Sunt de o valoare deosebită în vomele asociate cu tensiunea intracraniană mărită
Benzodiazepine	Diazepamum, Lorazepamum
<i>Acțiune</i>	La nivel cortical
<i>Utilizare</i>	Sunt utilizate în asociere cu alte antiemetice la pacienții supuși chimioterapiei
Antagoniștii 5HT 3	Ondansetronum, Granisetronum, Tropisetronum
<i>Acțiune</i>	Previn stimularea vagală în tractul GI, este posibil și un efect central
<i>Utilizare</i>	Voma legată de chimio- sau radioterapie
<i>Reacții adverse</i>	Constipații, cefalee
Agenți prokinetici	Metoclopramidum, Domperidonum
<i>Acțiune</i>	Eliberarea acetilcolinei în plexul intramural intestinal majorează peristaltismul intestinal
<i>Reacții adverse</i>	Colică intestinală, diaree

- **N.B! Selectarea antiemeticelelor se va face în dependență de mecanismul de apariție a greței și sau vome**

Induse de medicamente

Metoclopramidum 10mg de 3 ori pe zi

Haloperidolum 1.5-2.5mg de 2 ori pe zi

Radiotherapie/chimioterapie:

Ondaensetronum - 8mg de 3 ori pe zi

Dexamethasonum 4-8mg 1, 2 ori pe zi

Metoclopramidum - 10mg de 3 ori pe zi

Olanzapinum - 5-10 mg o dată pe zi

Stază gastrică cauzată de hepatomegalie sau ascită

Metoclopramidum - 10mg de 3 ori pe zi

Domperidonum - 10mg de 3 ori pe zi

Gastrită

Omeprazolum 20mg o dată pe zi/IV

Pantoprazolum 40mg o dată pe zi/IV

Uremie metabolică, hipercalcemia

Haloperidolum 1.5-5mg în 24 de ore

Hipertensiune intracraniană

Dexamethasonum 16-24mg în 24 ore

Probleme ale aparatului vestibular

Cinarizinum 25-50 mg de 3 ori pe zi

Anxietate

Lorazepamum 1mg/2 mg la necesitate

Caseta 54. Asistența în stările terminale

- Pe parcursul ultimei zile sau săptămâni de viață, tratamentul etiotrop poate fi inoportun.
- Se continuă tratamentul simptomatic cu antiemetice și este rațională administrarea medicamentelor cu efecte adverse sedative.
- Unele medicamente antiemetice pot fi administrate *per rectum*, iar Metoclopramidum și Haloperidolum pot fi adăugate în seringă utilizată pentru administrarea subcutanată a sol.Morfinum.
- Intubația nazogastrică trebuie evitată.

C.2.4.4.7. Îngrijirea pacienților

Caseta 55. Îngrijirea pacienților

- Se vor explica cauzele probabile o vomei/ greții, evitarea hrănirii forțate de aparținători.
- Se vor evita mirosurile neplăcute și alte condiții care provoacă greața și voma.
- Se va face alimentarea pacientului cu porții regulate mici, gustoase.
- Se vor evita alți factori declanșatori (miros neplăcut de la rană malignă, ulcere, stomă).
- Pacienții cu grețuri și cu vărsături vor fi amplasați în camere bine aerisite.
- Poziția pacientului (dacă-i permite starea) va fi semișezândă sau șezândă.
- Dacă pacientul nu poate fi ridicat în pat, va fi așezat în poziție de decubit dorsal, cu capul într-o parte, aproape de marginea patului.
- Se va realiza o îngrijire adecvată a cavității bucale.
- Se protejează lenjeria cu o aleză (mușama) și traversă. În funcție de poziția pacientului aleza și traversa se fixează de gâtul pacientului aflat în poziție șezândă sau se fixează sub cap și sau gât, în cazul poziției de decubit.
- Când apar vărsăturile se ține cu o mână tăvița renală sub gură și sub bărbie, iar cu cealaltă parte se susține fruntea pacientului. Pentru a atenua greața pacientul este îndemnat să inspire profund.
- La pacienții inconștienți vărsăturile devin periculoase prin posibilitatea de aspirație a conținutului gastric. Pentru a preveni acest lucru, capul pacientului se întoarce în partea stângă.
- În caz de necesitate, se va aspira conținutul stomacal prin sonda gastrică sau se va face aspirație gastrică continuă.
- Dacă conținutul stomacal a pătruns în căile respiratorii, se procedează imediat la aspirația acestuia și se așază pacientul în poziție de drenaj postural.
- Dacă voma este cauzată de ingestia unor substanțe toxice sau de stenoza pilorică, se va face o spălare gastrică.
- Se va prefera administrarea medicamentelor pe cale parenterală (Injecție intravenoasă sau perfuzie/Injecție subcutanată).

Îngrijirea pacientului după oprirea vărsăturilor:

- Se îndepărtează tăvița renală.
- Se șterge gura pacientului cu un șervet.
- Pacientului i se dă un pahar cu apă pentru a-și clăti gura.
- Se așază pacientul în repaus.
- Se calmează pacientul.
- Dacă pacientul este inconștient, i se vor îndepărta toate resturile din gură și din faringe cu ajutorul tampoanelor curate.

C.2.4.5. Complicațiile

Caseta 56. Complicațiile

Reacții adverse extrapiramidale întâlnite în tratamentul cu antiemetice

Reacții distonice acute	
----------------------------	--

<i>Debut</i>	În câteva zile după începutul terapiei per orale, în câteva minute după administrarea i.v.
<i>Manifestări clinice</i>	Trismus, torticollis, spasm facial, criză oculomotorie, opistotonus, anxietate
<i>Tratament</i>	Benzatropinum – 1-2 mg i.v. sau i.m. sau Difenhidraminum – 25-50 mg i.v. sau i.m.
Acatizie	
<i>Debut</i>	În câteva săptămâni după începutul terapiei per orale, în câteva minute după administrarea i.v.
<i>Manifestări clinice</i>	excitație motorie, mișcări convulsive, anxietate
<i>Tratament</i>	Identice cu cel din reacțiile distonice acute
Parkinsonism	
<i>Debut</i>	De obicei, după câteva săptămâni de tratament
<i>Manifestări clinice</i>	Tremor intențional, rigiditate musculară, bradikinezie
<i>Tratament</i>	Sistarea agentului cauzal Benzatropinum – 1-2 mg i.v. sau i.m., apoi 2 mg la 12 ore p.o. sau Prociclidinum – 5-10 mg i.v. sau i.m. , apoi 2,5-5 mg la 8 fiecare ore.
Dischinezia tardivă	
<i>Debut</i>	De obicei, după luni de tratament
<i>Manifestări clinice</i>	Mișcări masticatoare involuntare, mișcări vermiculare ale limbii
<i>Tratament</i>	Sistarea agentului cauzal Anticolinergic, anti-Parkinsoniene pot exacerba simptomele

D. RESURSELE UMANE ȘI MATERIALELE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI

D.1. Prestatorii de servicii medicale la nivel de AMP	
Personal:	● medic de familie; ● asistentă a medicului de familie; ● medic de laborator și laborant cu studii medii. ●
Dispozitive medicale și consumabile:	● fonendoscop; ● tonometru; ● dispozitive medicale și consumabile pentru laborator.
Medicamente:	● antidiareice; ● laxative; ● glucorticoizi; ● anxiolitice; ● antiemetice.
D.2. Prestatorii de servicii medicale la nivel de AMSA (niveluri raional, municipal, republican, inclusiv echipele multidisciplinare și centrele de zi specializate)	
Personal:	● medic specializat în îngrijiri paliative; ● psiholog; ● medic internist; ● medic endoscopist; ● medic imagist; ● asistente medicale.
Dispozitive medicale și consumabile:	● fonendoscop; ● tonometru; ● aparat radiologic; ● dispozitive medicale și consumabile pentru laborator; ● aparat endoscopic (fibrogastrosco, fibrocolonosco, rectoromanosco).
Medicamente:	● antidiareice; ● laxative; ● glucorticoizi; ● anxiolitice; ● antiemetice.
D.3. Prestatorii de servicii medicale la nivel de AMS (secțiile curative ale spitalelor raionale, municipale și republicane, inclusiv unitățile cu paturi de tip hospice)	
Personal:	● medic internist; ● medic de laborator; ● medic imagist; ● medic endoscopist; ● medic ginecolog; ● asistente medicale.
Dispozitive medicale și consumabile:	● aparate sau acces pentru efectuarea examinărilor și procedurilor; ● fonendoscop; ● tonometru; ● aparat radiologic; ● dispozitive medicale și consumabile pentru laborator; ● aparat endoscopic (fibrogastrosco, fibrocolonosco, rectoromanosco).

Medicamente:	● antidiareice; ● laxative; ● glucorticoizi; ● anxiolitice; ● antiemetice.
D.4. Prestatori de servicii de îngrijiri paliative indiferent de forma juridică de organizare	
Personal:	● Medic specializat în îngrijiri paliative ● Asistent medical ● Psiholog.
Dispozitive medicale și consumabile:	● aparate sau acces pentru efectuarea examinărilor și procedurilor: ● tonometru; ● fonendoscop;
Medicamente:	● antidiareice; ● laxative; ● glucorticoizi; ● anxiolitice; ● antiemetice.

E. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI

Nr	Obiective	Indicatorul	Metoda de calcul a indicatorului	
			Numărător	Numitor
1.	A spori proporția pacienților aflați la îngrijiri paliative din grupul de risc în dezvoltarea simptomatologiei gastrointestinale, care beneficiază de tratament sau de profilaxie	1.1. Proporția persoanelor/pacienților aflați la îngrijiri paliative din grupul de risc pentru dezvoltarea simptomatologiei gastrointestinale, cărora li s-a administrat tratament	Numărul de persoane/pacienți aflați la îngrijiri paliative din grupul de risc pentru dezvoltarea simptomatologiei gastrointestinale, cărora li s-a administrat tratament profilactic	Numărul total de persoane/pacienți aflați la îngrijiri paliative din grupul de risc în dezvoltarea simptomatologiei gastrointestinale, care se află sub supravegherea medicului de familie, pe parcursul ultimului an
2.				
3.	A spori numărul pacienților aflați în îngrijiri paliative care beneficiază de tratament pentru controlul simptomatologiei gastrointestinale	3.1. Proporția pacienților aflați la îngrijiri paliative cu simptomatologie gastrointestinală, la care s-a efectuat tratamentul cu preparate specifice	Numărul de pacienți aflați la îngrijiri paliative cu simptomatologie gastrointestinală, la care s-a efectuat tratamentul cu preparate specifice	Numărul total de pacienți aflați la îngrijiri paliative cu simptomatologie gastrointestinală, supuși tratamentului de către medicul de familie, pe parcursul ultimului an
4	A reduce frecvența de apariție a simptomatologiei gastrointestinale la pacienții aflați la îngrijiri paliative	4.1. Proporția pacienților aflați la îngrijiri paliative cu simptomatologie gastrointestinală, la care persistă factorul cauzal și cărora li s-a administrat tratament	Numărul de pacienți aflați la îngrijiri paliative cu simptomatologie gastrointestinală, la care persistă factorul cauzal și cărora li s-a administrat tratament	Numărul total de pacienți aflați la îngrijiri paliative cu simptomatologie gastrointestinală, la care persistă factorul cauzal și au fost supravegheați de către medicul de familie, pe parcursul ultimului an

ANEXE

Anexa 1. MEDICAMENTE ANTIDIAREICE

medicamente absorbante	
<i>includ</i>	agenții hidrofilici de volum; de exemplu, Metilceluloza, Ispaghula
<i>acțiune</i>	absorb excesul de lichid
medicamente adsorbante	
<i>includ</i>	preparatele de caolină
<i>acțiune</i>	adsorb bacteriile, toxinele și excesul de lichid
inhibitorii de ciclooxygenază	
<i>includ</i>	Acid acetilsalicilic, medicamentele antiinflamatoare nesteroidiene (cu excepția Acidului mefenamic, Indometacinei)
<i>acțiune</i>	reduc secreția gastrointestinală prin inhibiția sintezei prostaglandinelor
<i>utilizare</i>	enterită radiațională
opioide	
<i>includ</i>	Loperamidum, Difenoxilatum, Codeinum
<i>acțiune</i>	inhibă peristaltismul
<i>utilizare</i>	Loperamidum: 4 mg, inițial, 2-4 mg la 8-12 ore sau după scaun neoformat până la 16 mg/zi, Difenoxilatum (2,5 mg cu Atropinum 25 mg): 5-10 mg inițial, 2,5-5,0 mg la 4-8 ore sau după scaun neoformat până la 20 mg/zi, Codeină: 15-60 mg la 4 ore
<i>reacții adverse</i>	Loperamidum: provoacă puține reacții adverse semnificative, nu inhibă sistemul nervos central (SNC) Difenoxilatum: inhibă SNC fiind administrat în doze > 20 mg/zi Codeinum: greață, posedă efect sedativ și, fiind administrată în doze mari, inhibă SNC

Anexa 2. MEDICAMENTE LAXATIVE

Modalitate de acțiune	Exemple	Doză inițială	Latență	Comentarii
Laxative/purgative osmotice: Rețin apa în colon.	Lactoluză Sulfat de magneziu Hidroxid de magneziu	15 ml x 2 /zi 2-4 g/zi. dimineța 25-50 ml/zi (3g./zi)	1-2 zile 1-3 ore	Acționează în special la nivelul intestinului subțire. Disociază în anioni și cationi care cresc presiunea osmotică cu retenție reabsorbției apei și/sau atrag apa din țesuturi. Acționează pe întreg intestinul, pare să stimuleze direct peristaltismul posibilă mediere prin colecistokinină
Surfactanți: acționează ca agenți tensioactivi măbind pătrunderea apei în materiile fecale.	Docusat sodic Poloxamer	300 mg/zi	1-3 zile	Se folosesc cu predilecție, sub formă de combinații
Lubrifianți: Pătrunde în bolul fecal și ușurează progresiul lui.	Docusat sodic, Ulei de arahide Ulei de măsline	10 ml/zi, seara Pe cale rectală Pe cale rectală	1-3 zile	Parafina se poate folosi în suspensie apoasă 25% cu MgOH6%

Modalitate de acțiune	Exemple	Doză inițială	Latență	Comentarii
Laxative de volum: cresc volumul materiilor fecale.	Tărâțe Semințe de pătlagină Metilceluloză Sterculia	8 g/zi, dimineața 4-16 g/zi 1-1,5 g/zi	1-3 zile	Sunt "normalizatoare" ale tranzitului intestinal, eficiente în constipații ușoare necesită cantități mari de apă (200-300 ml.)
Stimulante ale motilității intestinale: prin acțiune directă pe plexul mienteri; reduce reabsorbția apei din colon.	Sena, Bisacodilum Picosulfat Ulei de ricin	7,5 mg x 2 /zi 50 mg x 2 /zi 10 mg/zi 5-20 mg/zi seara 15-30 ml dimineața	6-12 ore 2-6 ore	În funcție de doză, pot cauza diaree și colici abdominale. Dozele eficiente variază în funcție de individ.
Combinații: stimulant/agent de înmuiere	Poloxamer 200 mg <i>Codantramer forte</i> (5 ml, suspensie): Dantron 75 mg, Poloxamer 1 g <i>Codantrusat</i> (capsule): Dantron 50 mg Docusat 60 mg	5 ml/zi, seara 1-3 caps./zi, seara		Au eficiență certă versus fiecare componentă luată în parte.
Laxative rectale: stimularea reflexului anocolic – acțiunea specifică.	<i>De lubrifiere:</i> Ulei de măsline Ulei de parafină Ulei de arahide Docusat Glicerina <i>Saline:</i> Citrat de sodiu, Fosfat de sodiu, Tartrat de sodiu și potasiu <i>Polifenoli:</i> Bisacodilum		15-60 min	Indicate ca laxative de rezervă în fecaloame. Efecte secundare: gangrene rectale la pacienții cu hemoroizi.

Anexa 3. GHIDUL PACIENTULUI CU SIMPTOMATOLOGIE GASTROINTESTINALĂ

Cuprins

Asistența medicală de care trebuie să beneficiați
Simptomatologia gastrointestinală
Diagnosticul simptomatologiei gastrointestinale
Tratamentul simptomelor gastrointestinale

Introducere

Acest ghid descrie asistența medicală și tratamentul persoanelor cu simptomatologie gastrointestinală în cadrul Sistemului de Sănătate din Republica Moldova. Aici se explică indicațiile, adresate persoanelor cu simptomatologie gastrointestinală. Ghidul poate fi util și pentru familiile acestora și pentru cei care doresc să afle mai multe despre această afecțiune.

Ghidul vă va ajuta să înțelegeți mai bine opțiunile de conduită și de tratament care trebuie să fie disponibile în Sistemul de Sănătate.

Indicațiile din ghidul pacientului acoperă:

- ✓ modul în care medicii trebuie să stabilească dacă o persoană are simptome gastrointestinale;
- ✓ modul în care cauzele simptomelor gastrointestinale pot influența în continuare evoluția bolii;
- ✓ prescrierea medicamentelor pentru tratarea simptomelor gastrointestinale;
- ✓ modul în care trebuie să fie supravegheat un pacient cu simptomatologie gastrointestinală.

Asistența medicală de care trebuie să beneficiați

Tratamentul și asistența medicală de care beneficiați trebuie să fie în deplin volum. Aveți dreptul să fiți informat și să luați decizii împreună cu cadrele medicale care vă tratează. În acest scop, cadrele medicale trebuie să vă ofere informații pe care să le înțelegeți și care să fie relevante pentru starea dvs. Toate cadrele medicale trebuie să vă trateze cu respect, sensibilitate, înțelegere și să vă explice simplu și clar care este tratamentul cel mai potrivit pentru dvs.

Îngrijirea reușită impune o colaborare apropiată și o comunicare transparentă despre temerile dvs. și despre modul în care vă simțiți. Iată câteva sfaturi utile pentru comunicarea cu medicul dvs. despre aceste aspecte importante.

Din păcate, aflați în îngrijiri paliative suferă adesea de mai multe simptome, ce le îngreunează viața. Durează ceva timp până vă hotărâți să vorbiți despre acestea. Totuși, merită efortul să vă luați răgazul să vorbiți despre aceste probleme, odată ce pot exista tratamente care să vă ajute să vă simțiți mai bine. Este important să informați medicul dacă suferiți de:

- ✓ Constipație sau diaree
- ✓ Febră sau frisoane
- ✓ Lipsa apetitului și pierderea greutatei
- ✓ Dificultăți la ingerarea hranei sau băuturii
- ✓ Somnolență
- ✓ Oboseală
- ✓ Sughiț
- ✓ Greață, vertij sau vomă sau oricare alte simptome

Dacă aveți grețuri sau vome:

Greața este atunci când o persoană simte nevoia de a vomita sau pur și simplu se simte rău. Cauza greață poate fi legată de boală, medicamente, chimioterapie, radioterapie, constipație sau un dezechilibru al substanțelor chimice din organism.

Asigurați-vă că un bol sau o găleată sunt la îndemână în cazul în care vomitați.

Apreciați greața pe o scară de la 1 la 5. (1 fiind greață „foarte mică” și 5 fiind greață „extremă”).

Dacă au fost prescrise medicamente anti-greață, verificați dacă au fost luate conform instrucțiunilor. Dacă prescripția permite, luați medicamentul anti-greață – cu excepția cazului în care gândul de a încerca să luați un comprimat vă face să vă simțiți mai rău.

Dacă preferați, nu le luați nimic de mâncare sau de băut până nu trece greața. Alternativ, puteți utiliza cantități mici de alimente sau băuturi care vă ajută să vă simțiți mai bine.

Includeți în rația alimentară produse care vă plac. Gusturile se pot schimba odată cu boala. Utilizați alimente de dimensiuni mici și băuturile care vă plac (ex. apă, suc sau ceai; băuturile cu ghimbir). Luați băuturi încet și mai des.

Monitorizați procesul de defecație, dacă eliberarea intestinului a avut loc cu mai mult de două zile în urmă, urmați instrucțiunile „Tratamentul constipației”.

Încercați să vă odihniți adecvat. Puteți utiliza tehnici de respirație profundă sau ascultați muzică. Un masaj ușor al membrelor și gâtului, sau dacă e posibil o baie sau un duș vă poate ajuta.

Dacă greața nu este ameliorată după o oră sau dacă se agravează, contactați echipa de îngrijiri paliative.

Apelați la un lucrător medical calificat pentru vărsături mai mult de o zi, sau limba uscată, sau mai puțină urina sau dureri abdominale.

Constipație

Constipația este caracterizată de eliminarea materiilor fecale (scaune) de consistență crescută, tari, uscate, greu de evacuat sau de eliminarea scaunelor de consistență normală, dar la un interval de timp crescut (de regulă sub 3 evacuări spontane pe săptămână). Acest simptom poate provoca greață, durere și oboseală. Constipația poate apărea din cauza scăderii aportului de lichide, a mobilității limitate, a alimentației proaste sau a bolii persoanei. Poate fi, de asemenea, un efect secundar al medicamentelor sau al unor tratamente. În cele mai multe cazuri, constipația poate fi prevenită.

Pentru a preveni constipația:

- ✓ Beți multe lichide, cum ar fi apă și sucuri
- ✓ Mâncați dacă este posibil alimente bogate în fibre
- ✓ Dacă vă simțiți în stare, faceți plimbări scurte în fiecare zi
- ✓ Cereți medicului să vă prescrie un laxativ dacă vi s-au prescris medicamente puternice pentru durere (cum ar fi morfina).
- ✓ Nu presupuneți că, dacă nu vă alimentați, nu trebuie aveți scaune – constipația poate apărea chiar și atunci când se mănâncă puțină mâncare. Dacă credeți puteți avea constipație, păstrați o evidență a momentului în care apare scaun. Observați natura scaunelor (sunt tari, moi, mici sau lichide?).

Tratarea constipației

Dacă nu ați avut scaune (eliminare intestinală) de câteva zile mai mult decât este obișnuit pentru dvs, discutați cu echipa de îngrijiri paliative, care va stabili un plan specific centrat pe nevoile dvs. Există multe remedii naturale și fără prescripție medicală care poate fi utilizată împreună cu medicamentele prescrise pentru tratarea constipației. Solicitați sugestii unui membru al echipei de îngrijiri paliative.

Tratarea constipației poate include:

- ✓ modificări ale dietei – cum ar fi creșterea cantității de fibre din dieta zilnică
- ✓ mai multe lichide – lichidele ajută la eliminarea fecalelor, cu toate acestea, este important să restricționați aportul de băuturi diuretice, cum ar fi ceaiul, cafeaua și alcoolul
- ✓ suplimente de fibre – acestea pot fi utile dacă persoana este reticentă sau nu poate include mai multe alimente integrale, fructe sau legume proaspete în dieta sa zilnică
- ✓ exercițiul fizic, dacă este posibil – unul dintre numeroasele beneficii ale exercițiilor fizice regulate este îmbunătățirea motilității intestinale
- ✓ îndepărtarea fecalelor afectate – care poate implica clisme, balsam de scaun și un curs de scurtă durată de laxative.

Pentru informații mai detaliate despre constipație consultați un membru al echipei de îngrijiri paliative constipație.

Diareea

Diareea reprezintă creșterea frecvenței actelor de defecație și/sau a fluidității materiilor fecale (scaune lichide și sau neprelucrate). Pacienții cu diaree pot pierde cantități importante de lichid din organism, ceea ce poate duce la deshidratare și alte complicații. Diareea la pacientul aflat în îngrijiri paliative poate avea cauze multiple.

În caz de diaree acută

Creșteți aportul de lichide pentru a preveni deshidratarea:

- ✓ Bea frecvent lichide suplimentare, frecvent în mici cantități, cum ar fi supă de orez, terci, apă (cu alimente), alte supe sau rehidratare orală soluție (SRO), dar evitați băuturile dulci
- ✓ Continuați să mâncați

Solicitați ajutor de la un lucrător medical dacă :

- ✓ Apare febră, sau vărsături
- ✓ Sânge în scaun.
- ✓ Diareea continuă mai mult de 5 zile.
- ✓ Dacă pacientul devine și mai slab
- ✓ Dacă pielea este ruptă în jurul zonei rectale

În caz de diaree cronică, utilizați o dietă de susținere.

- ✓ Supă de morcovi ajută la înlocuirea vitaminelor și minerale. Supă de morcovi conține pectină. Aceasta calmează intestinele și stimulează apetitul.
- ✓ Alimentele care pot ajuta la reducerea diareii sunt orezul și cartofi.
- ✓ Mâncați banane și roșii (pentru a spori aportul de potasiu).
- ✓ Mâncați 5-6 mese mici în loc de 3 mari.
- ✓ Evitați:
 - cafeaua, ceaiul tare și alcoolul.
 - alimentele crude, alimentele reci, alimente bogate în fibre, alimentele conținând multă grăsime.

Anexa 4. RECOMANDĂRI PENTRU IMPLEMENTARE ÎN CONDUITA PACIENȚILOR CU SIMPTOMATOLOGIE GASTROINTESTINALĂ

1. Considerăm necesară implementarea obligatorie, la nivelul medicului de familie, al medicilor interniști și al specialistului (gastroenterolog), investigația pacienților, diagnosticul și tratamentul adecvat.
2. Considerăm necesară aprovizionarea pacienților cu medicamente corespunzătoare pentru tratamentul simptomelor gastrointestinale.

Anexa 5. GHID GENERAL ÎN TERAPIA ANTIEMETICĂ

- Determinarea cauzei, dacă e posibil
- Determinarea factorilor favorizanți și reducerea sau înlăturarea lor
- Alegerea medicamentului adecvat
- Reevaluarea regulată pentru optimizarea tratamentului
- Terapiile complementare
- Terapiile ocupaționale
- Scopul – distragerea atenției de la starea de boală, concentrarea asupra unei alte activități (de ex.: aromoterapie, meloterapie, socializare în centrele de zi).

Anexa 6. FIȘA STANDARDIZATĂ DE AUDIT MEDICAL BAZATĂ PE CRITERII PENTRU SIMPTOMELE GASTRO-INTESTINALE

Nr.	Domeniul prompt	Definiții și note
FIȘA MEDICALĂ DE AUDIT BAZAT PE CRITERII		
1	Denumirea IMSP evaluată prin audit	
2	Persoana responsabilă de completarea fișei	Numele prenumele, telefon de contact
3	Perioada de audit	DD.LL.AAAA
4	№ FM a bolnavului	
5	Mediul de reședință a pacientului	1 – urban; 2- rural
6	Data de naștere a pacientului	DD.LL.AAAA sau 9 –nu-i cunoscută
7	Sexul pacientului	1 – masculin; 2- feminin, 9 – nu este specificat
8	Numele medicului curant	
9	Patologia	Simptome gasto-intestinale
ASISTENȚA MEDICALĂ DE TIP AMBULATORIU <i>(instituții care contractează servicii de îngrijiri plitve)</i>		
10	Data adresării primare după ajutor	DD.LL.AAAA, necunoscut=9
11	Data debutului simptomelor gasto-intestinale	DD.LL.AAAA; 0- până la 2 săptămâni (3 luni în durerea necanceroasă); 1- mai mult de 2 săptămâni (3 luni în durerea necanceroasă) sau 9 –necunoscută
12	Simptomele gasto-intestinale evaluate conform recomandărilor OMS	0 – nu; 1- da, 9 – nu se cunoaște
13	Rezultatele evaluării documentate	0 – nu; 1 – da; 9 - nu se cunoaște
14	Simptomele gasto-intestinale reevaluate	0 – nu; 1 – da; 9 - nu se cunoaște
15	Starea pacientului la adresare pentru consultație	Satisfăcătoare=2; grav-medic=3; gravă=4; foarte gravă=5; extrem de gravă=6
16	Maladii concomitente	Nu=0; da=1; necunoscut=9
17	Aprecierii criteriilor de inițiere a tratamentului în condiții de ambulatoriu	Aplicate: 0 – da; 1- nu, 9 – nu se cunoaște
18	Tratamentul simptomelor gasto-intestinale instituit	După inițierea tratamentului în condiții de ambulatoriu: 0 – nu; 1- da, 9 – nu se cunoaște

Nr.	Domeniul prompt	Definiții și note
19	Controlul simptomelor gastro-intestinale instituite realizat	După inițierea tratamentului în condiții de ambulatoriu: 0 – nu; 1- da, 9 – nu se cunoaște
20	Efectele adverse ale tratamentului simptomelor gastro-intestinale controlate	După inițierea tratamentului în condiții de ambulatoriu: 0 – nu; 1- da, 9 – nu se cunoaște
INTERNAREA		
21	Instituția medicală unde a fost solicitat ajutor medical primar	AMP=1, AMU=2, secția consultativă=3, spital=4, instituția medicală privată=6, alte instituții =7, necunoscut=9
22	Data adresării primare după ajutor	DD.LL.AAAA, necunoscut=9
23	Data internării în spital/preluării în serviciu	DD.LL.AAAA sau 9 –necunoscută
24	Ora internării la spital/preluării în serviciu	OO:MM sau 9 –necunoscută
25	Secția de internare/Serviciul de îngrijiri paliative	DMU – 1; secția de îngrijiri paliative – 1; secția de profil terapeutic – 2; secția reanimare -3
26	Timpul până la transfer în secția specializată	≤ 30 minut – 0; 30minute-1 oră -1; ≥1 oră -2; nu se cunoaște -9
27	Data și ora internării în reanimare, TI	DD.LL.AAAA, ora(00:00); nu a fost necesar=5; 9 –necunoscută
28	Durata aflării în reanimare, TI (zile)	Număr de ore/zile Nu a fost necesar=5; necunoscut=9
29	Durata internării în spital/ Serviciul de îngrijiri paliative (zile)	Număr de zile; necunoscut=9
30	Transfer în alte spitale/servicii	Nu=0; da=1(denumirea instituției); nu a fost necesar=5; necunoscut=9
31	Aprecierea criteriilor de spitalizare	Aplicate: 0 – da; 1- nu, 9 – nu se cunoaște
DIAGNOSTICUL		
32	Data debutului simptomelor gastro-intestinale	DD.LL.AAAA; 0- până la 2 săptămâni (3 luni în durerea necanceroasă); 1- mai mult de 2 săptămâni (3 luni în durerea necanceroasă) sau 9 –necunoscută
33	Simptomele gastro-intestinale evaluate conform recomandarilor OMS	0 – nu; 1- da, 9 – nu se cunoaște
34	Rezultatele evaluării documentate	0 – nu; 1 – da; 9 - nu se cunoaște
35	Simptomele gastro-intestinale reevaluate	0 – nu; 1 – da; 9 - nu se cunoaște
<i>În cazul răspunsului afirmativ indicați rezultatul</i>		
ISTORICUL MEDICAL AL PACIENTULUI		
36	Internat în mod programat	nu=0; da=1; necunoscut=9
37	Internat în mod urgent	nu=0; da=1; necunoscut=9
38	Starea pacientului la internare	Satisfăcătoare=2; grav-medic=3; gravă=4; foarte gravă=5; extrem de gravă=6
39	Complicații înregistrate la internare	nu=0; da=1; necunoscut=9
40	Maladii concomitente	nu=0; da=1; necunoscut=9
TRATAMENTUL		
41	Tratamentul pentru simptomele gastro-intestinale instituite	După internare: 0 – nu; 1- da, 9 – nu se cunoaște
42	Controlul realizat al simptomelor gastro-intestinale	După internare: 0 – nu; 1- da, 9 – nu se cunoaște
43	Efectele adverse ale tratamentului simptomelor gastrointestinale controlate	După internare: 0 – nu; 1- da, 9 – nu se cunoaște
44	Tratamentul pentru simptomele gastro-intestinale instituite	După internare: 0 – nu; 1- da, 9 – nu se cunoaște
45	Controlul simptomelor gastro-intestinale realizat	După internare: 0 – nu; 1- da, 9 – nu se cunoaște

**Anexa 7. INDICATORII DE PERFORMANȚĂ STABIȚI DE GRUPUL
COOPERATIV ESTIC DE ONCOLOGIE (EASTERN COOPERATIVE
ONCOLOGY GROUP, ECOG)**

ECOG Indicator de performanță

Aceste criterii sunt folosite de medici pentru a evalua modul în care progresează o anumită boală, modul în care aceasta afectează abilitățile vitale de zi cu zi a pacientului și de a stabili anumite prognoze și iun tratament adecvat.

Gradul	Criteriile de stabilire
0	Complet activ, capabil să desfășoare toate activitățile pre-boală fără restricție.
1	Restricționat în activități fizice solicitante, dar care nu necesită spitalizare, capabil să desfășoare activități de intensitate ușoară sau sedentară, de exemplu, activități casnice sau muncă de birou.
2	Pacientul este capabil de auto-îngrijire, dar nu poate desfășura activități de muncă în mai mult de jumătatea de orele de veghe.
3	Pacientul are capacitatea limitată de îngrijire personală; imobilizat la pat sau în scaun mai mult de 50% din orele de veghe.
4	Pacientul nu poate avea grijă de sine; total imobilizat la pat sau scaun.
5	Pacientul este decedat.

BIBLIOGRAFIE

1. Bradu A., Isac V., Ciobanu O., Popovici Sv., Alexandru S. Ghid de îngrijiri paliative. Chisinau. 2017, 2019 p
2. Cernetchi O., Gramma R., Medicina paliativă : Ghid pentru medicii de familie /; Univ. de Stat de Medicină și Farmacie “Nicolae Testemițanu”, Școala de Management în Sănătatea Publică. – Chișinău : S. n., 2017 (Tipogr. „T-Par”). – 248 pagini
3. Fifth edition of the Greater Manchester and Eastern Cheshire Strategic Clinical Networks Palliative Care Pain and Symptom Control Guidelines.PALLIATIVE CARE PAIN & SYMPTOM CONTROL GUIDELINES FOR ADULTS, Review date: November 2022.
4. Moșoiu D. ABC-ul Medicinii paliative, Brașov: Ed.Lux Libris, 2012.
5. Moșoiu D. Ghid de Îngrijire paliativă de baza. Brasov. HOSPICE casa speranței, 2016, 70 p. ISBN 978-973-0-22042-1
6. Protocolul Clinic Național „Îngrijiri paliative în patologia gastrointestinală”, aprobat prin ordinul MS nr. 455 din 02 iunie 2011
7. The IAHPC Manual of Palliative Care 3rd Edition
8. Hisanaga T, Shinjo T, Imai K, Katayama K, Kaneishi K, Honma H, Takagaki N, Osaka I, Matsuo N, Kohara H, Yamaguchi T, Nakajima N. Clinical Guidelines for Management of Gastrointestinal Symptoms in Cancer Patients: The Japanese Society of Palliative Medicine Recommendations. J Palliat Med. 2019 Aug;22(8):986-997. doi: 10.1089/jpm.2018.0595. Epub 2019 Apr 2. PMID: 30939064.
9. P. J. Larkin^{1,2}, N. I. Cherny³, D. La Crippa⁴, M. Guglielmo⁵, C. Ostgathe⁶, F. Scotte⁷ & C. I. Ripamonti⁵, on behalf of the ESMO Guidelines Committee Diagnosis, assessment and management of constipation in advanced cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines. In: Annals of Oncology 29 (Supplement 4): iv111–iv125, 2018 doi:10.1093/annonc/mdy148.
10. A Guide to Symptom Management in Palliative Care Supported by Health Education England Version 7 Publication date: June 2019 Review date: June 2023
11. Carta Albă privind standardele și normele de îngrijire paliativă și hospice în Europa: partea 1, In: *European Journal of Palliative Care* 2009; **16**(6): 278–289 and 2010; **17**(1): 22-33.<http://www.ejpc.eu.com>
12. Hisanaga T, Shinjo T, Imai K, Katayama K, Kaneishi K, Honma H, Takagaki N, Osaka I, Matsuo N, Kohara H, Yamaguchi T, Nakajima N. Clinical Guidelines for Management of Gastrointestinal Symptoms in Cancer Patients: The Japanese Society of Palliative Medicine Recommendations. J Palliat Med. 2019 Aug;22(8):986-997. doi: 10.1089/jpm.2018.0595. Epub 2019 Apr 2. PMID: 30939064.
13. Kumar M. Management of gastrointestinal symptoms in palliative care. *InnovAiT*. 2020;13(5):273-279. doi:[10.1177/1755738020906182](https://doi.org/10.1177/1755738020906182)
14. Bossi P, Antonuzzo A, Cherny NI, Rosengarten O, Pernot S, Trippa F, Schuler U, Snegovoy A, Jordan K, Ripamonti CI; ESMO Guidelines Committee. Diarrhoea in adult cancer patients: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Ann Oncol*. 2018 Oct 1;29(Suppl 4):iv126-iv142. doi: 10.1093/annonc/mdy145. PMID: 29931177.