



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA



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

ÎNGRIJIRI PALIATIVE ÎN DISPNEE

**Protocol clinic național
(ediția II)**

PCN-133

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. 431.din 15.05.2024
„Cu privire la aprobarea Protocolului clinic național „Îngrijiri paliative în dispnee”, ediția II**

CUPRINS

SUMARUL RECOMANDĂRILOR.....	3
Abrevierile folosite în document.....	5
Prefață	6
A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ	6
A.1. Diagnosticul:	6
A.2. Codul bolii (CIM 10)	6
A.3. Utilizatorii:	6
A.4. Obiectivele protocolului:.....	6
A.5. Elaborat: 2011	6
A.6. Revizuit: 2024.....	6
A.8. Lista și informațiile de contact ale autorilor și ale persoanelor care au participat la elaborarea protocolului:.....	6
A.9. Definițiile folosite în document	7
A.10. Informație epidemiologică	8
B. PARTEA GENERALĂ	9
B.1. Nivelul de asistență medicală primară	9
B.2. Nivelul de asistență medicală specializată de ambulator (nivelul raional, municipal, republican, inclusiv echipele multidisciplinare și centrele de zi specializate).....	10
B.3. Nivelul de asistență medicală spitalicească (secțiile curative ale spitalelor raionale, municipale și republicane, inclusiv unitățile cu paturi de tip hospice).....	12
C.1. ALGORITMII DE CONDUITĂ	13
C.1.1. Algoritmul de diagnostic în dispnee.....	13
C.1.2. Particularitățile clinice ale dispneei.....	14
C.2.1. Clasificarea.....	16
C.2.2. Etiologia dispneei.....	16
C.2.3. Profilaxia, recomandări generale.....	17
C.2.4. Conduita pacientului cu dispnee	17
C.2.4.1. Managementul dispneei	17
C.2.4.2. Scale de evaluare a dispneei	17
C.2.5.1. Anamneza	18
C.2.5.2. Examenul fizic	19
C.2.5.3. Investigațiile paraclinice	19
C.2.5.4. Diagnostic diferențial în dispnee	19
C.2.5.5. Criteriile de spitalizare	21
C.2.5.6. Tratamentul pacientului cu dispnee	21
D. RESURSELE UMANE ȘI MATERIALELE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR DIN PROTOCOL.....	27
D.1. Prestatori de servicii medicale la nivel de AMP	27
D.2. Prestatori de servicii medicale la nivel de AMSA (niveluri raional, municipal, republican, inclusiv echipele multidisciplinare și centrele de zi specializate).....	27
D.3. Prestatori de servicii medicale la nivel de AMS (secțiile curative ale spitalelor raionale, municipale și republicane, inclusiv unitățile cu paturi de îngrijiri paliative).....	28
D.4. Prestatori de servicii medicale specializate.....	29
E. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI	30
ANEXE	31
Anexa 1. GHIDUL PACIENTULUI CU DISPNEE	31
ANEXA 2. FIȘA STANDARDIZATĂ DE AUDIT MEDICAL BAZATĂ PE CRITERII PENTRU PCN - ÎNGRIJIRI PALIATIVĂ ÎN DISPNEE	32
BIBLIOGRAFIE	34

SUMARUL RECOMANDĂRILOR

1. Managementul actual al dispneei este axat pe tratamentul bolii de bază și pe intervențiile farmacologice, dacă acestea sunt inadecvat controlate.
2. Serviciile comprehensive pentru controlul dispneei integrează servicii de suport pentru auto-gestiunea simptomelor și îmbunătățirea calității vieții.
3. Medicii trebuie să efectueze o evaluare sistematică a dispneei la fiecare consult/vizită a pacientului cu boală avansată, aflați în îngrijiri paliative (III, B). Rezultatele raportate de pacient sunt standardul de aur pentru evaluarea dispneei. Evaluările fiziologice pot completa, dar nu înlocuiesc datele raportate de pacient (III, B). Pentru pacienții care nu pot efectua auto-evaluarea dispneei, clinicienii ar trebui să utilizeze o scală unidimensională validată.
4. Pacienții identificați cu patologii respiratorii cronice necesită o evaluare completă, care să includă cauzele potențiale, tipul și severitatea disfuncției respiratorii (IV, B). Pacienții cu dificultăți respiratorii episodice trebuie întrebați despre intensitatea, frecvența, durata și impactul acestor episoade, precum și potențialele evenimente declanșatoare (IV, B).
5. Ori de câte ori este posibil, pacienții cu dispnee trebuie să fie supuși unei evaluări comprehensive pentru a determina severitatea, cronicitatea, cauze potențiale, declanșatoare și simptomele asociate, precum și impactul emoțional și funcțional al dispneei. Pacienți cu dispnee din cauze potențial reversibile (de exemplu: revărsatul pleural, pneumonia, sindromul obstructiv asociat bronșiolitelor, anemia, astmul, exacerbaria bronhopneumopatiei cronice obstructive (BPOC), embolia pulmonară sau pneumonitele induse de medicația chimioterapică etc.) ar trebui să primească tratament în concordanță cu dorințele lor, prognosticul și starea generală de sănătate. Pacienții cu dispnee din cauza unei malignități subiacente (de exemplu: carcinomatoză limfangitică, atelectazie din volumul mare al tumorii, revărsat pleural malign) pot beneficia de tratamente contra cancerului dacă sunt în concordanță cu dorințele lor, prognosticul și starea generală de sănătate. Pacienții cu comorbidități subiacente, cum ar fi BPOC sau insuficiență cardiacă, ar trebui să beneficieze de o conduită optimă a acestor condiții patologice.
6. Pacienții cu boală sau cancer avansat și dispnee trebuie îndrumați către o echipă multidisciplinară de îngrijiri paliative.
7. Intervențiile non-farmacologice la pacienții cu dispnee, aflați în îngrijiri paliative, includ următoarele opțiuni:
 - intervenții privind fluxul de aer, cum ar fi direcționarea unui ventilator spre obraz (distribuția nervului trigemen), acest lucru poate fi util la persoanele fără hipoxemie sau ca adjuvant la cele care necesită suplimentare de oxigen pentru hipoxemie (II b);
 - consiliere cu privire la tehnicile relevante de reeducare a respirației și/sau referire ca să consulte servicii de specialitate, cum ar fi kinetoterapeutul (II b);
 - educație și informație cu privire la strategiile de autogestionare a dispneei, inclusiv ritmul activității, ameliorarea pozițiilor și de distragere a atenției (II b);
 - orientare către programele de reabilitare bazate pe exerciții fizice disponibile, inclusiv cele pulmonare sau cardiace, servicii de reabilitare pentru pacienții cu comorbidități cronice pulmonare sau cardiace (I a);
 - oferirea sfaturilor individualizate cu privire la exerciții aerobe și de rezistență, potrivite stării funcționalității pacientului și gradului dispneei (I b).
8. Pot fi oferite și alte măsuri non-farmacologice, cum ar fi tehnici de respirație, postură, relaxare, distragere a atenției, meditație, autogestionare, terapie fizică și terapie prin muzică (calitatea dovezilor: scăzută; puterea de recomandare: slabă). Pot fi recomandate presopunctura sau reflexoterapia, dacă sunt disponibile (II C).
9. Oxigenoterapia trebuie să fie disponibilă tuturor pacienților hipoxemici (cu $\text{SaO}_2 \leq 90\%$ în aerul ambiental) ce prezintă dispnee (II B). Nu se recomandă suplimentarea cu oxigen la pacienții cu $\text{SaO}_2 > 90\%$ (II D). În caz de disponibilitate, oxigenoterapia cu debit mare pe canulă nazală (high flow oxygen therapy), este o opțiune viabilă pentru pacienții cu dispnee și hipoxemie semnificativă (calitatea dovezilor: scăzută; puterea de recomandare: moderată). Ventilația non-invazivă, dacă este disponibilă, poate fi oferită pacienților care au dispnee semnificativă în ciuda măsurilor

standard și nu au contraindicații (II B).

10. Dovezile rămân insuficiente referitor la o recomandare pentru sau împotriva reabilitării pulmonare la pacienții cu cancer avansat și dispnee.

11. Intervențiile farmacologice pot include următoarele opțiuni:

- Opioidelor sistemice trebuie să fie oferite pacienților cu dispnee atunci, când intervențiile non-farmacologice sunt insuficiente pentru a oferi ameliorarea dispneei (II B). La pacienții care nu au primit opioide, poate fi utilizată o doză zilnică inițială de *Morfină* 10-30 mg timp de 24 de ore, cu titrare individuală în funcție de simptomele pacientului (II B). La pacienții toleranți la opioide cu dificultăți episodice de respirație asociate cu factori trigger cunoscuți, care conduc la tulburări funcționale semnificative și/sau stres, în ciuda tratamentelor standard, se va lua în considerare utilizarea profilactică a opioidelor înainte de aceste episoade. Pacienții trebuie să utilizeze doze profilactice (de exemplu: $\leq 2 \times / zi$) și numai cu o monitorizare atentă, având în vedere că riscul de siguranță pe termen lung nu este cunoscut (II C). Tuturor pacienților care inițiază tratamentul cu opioide trebuie să li se ofere profilaxie pentru constipație cu laxative și, după caz, antiemetice (I A). Pacienții care iau opioide pentru dispnee trebuie să fie școlarizați cu privire la utilizarea sigură a opioidelor și monitorizați cu aplicarea strategiilor de atenuare a riscurilor (III A).
- Din cauza riscului semnificativ de sedare și delir, benzodiazepinele nu trebuie utilizate pentru dificultățile de respirație ca terapie farmacologică de primă linie (III D). Benzodiazepinele cu acțiune scurtă pot fi oferite pacienților care suferă de anxietate legată de dispnee și continuă să prezinte dispnee în ciuda opioidelor și a altor măsuri non-farmacologice (V C). În ultimele zile de viață, benzodiazepinele pot fi luate în considerare pentru sedarea paliativă la pacienții cu dificultăți de respirație în ciuda altor tratamente (IV C).
- *Sertralinum* nu este recomandat pentru dispneea cronică (II D). Utilizarea altor antidepressive pentru dificultăți de respirație ar trebui să se limiteze doar la contextul studiilor clinice.
- Glucocorticoizii sistemici pot fi oferiti pentru pacienții cu obstrucție bronșică (astm, BPOC) sau obstrucție din cauza unei tumori, limfangită carcinomatoasă sau când inflamația este cauza probabilă a dispneei (II C).
- Bronhodilatatoarele trebuie utilizate pentru atenuarea dispneei atunci, când pacienții au obstrucție pulmonară confirmată sau dovezi de bronhospasm (calitate a dovezilor: scăzută; puterea recomandării: slabă).
- Pacienților cu dispnee refractară la toate tratamentele standard trebuie să li se ofere opțiunea de sedare continuă paliativă și toate opțiunile paliative aplicabile la pacienții cu o speranță de viață estimată la zile (calitatea dovezilor: scăzută; puterea de recomandare: moderată).

17. Echipa de îngrijiri paliative trebuie să evalueze în mod obișnuit starea psihologică, nevoile de informare și sprijin pentru îngrijitorii persoanelor cu dispnee aflați în îngrijiri paliative (III B). Se va lua în considerare trimiterea către un specialist în probleme de respirație pentru pacienții aflați în îngrijiri paliative care suferă de dispnee (I A).

Abrevierile folosite în document

BAAR	Bacili alcooloacidorezistenți
BPCO	Bronhopneumopatie cronică obstructivă
CT	Tomografie computerizată
DLCO	Difuziunea prin membrana alveolo-capilară a monoxidului de carbon
ECG	Electrocardiograma
EcoCG	Ecocardiogramă
FBS	Fibrobronhoscopie
HRCT	Tomografie computerizată de înaltă rezoluție
i.v.	Intravenos
OMS	Organizația Mondială a Sănătății
PO	Per os
RMN	Rezonanță magnetică nucleară
SBP	Simptomatologie bronhopulmonară
SC	Subcutanat
USMF	Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”

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 dispnee 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:

Dispnee acută.

A.2. Codul bolii (CIM 10)

R06-R06.8.

A.3. Utilizatorii:

- 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 ameliora calitatea vieții pacienților cu dispnee aflați în îngrijiri paliative.
2. A îmbunătăți procesul de diagnosticare a dispneei la pacienții din îngrijiri paliative.
3. A îmbunătăți tratamentul acordat pacienților cu simptomatologie respiratoare aflați în îngrijiri paliative

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
PCN a fost elaborat de colectivul de autori (2011)	
<i>Luminița Suveică</i>	dr.șt.biol., director Direcția Sănătății al Consiliului Municipal Chișinău
<i>Valerian Isac</i>	Director executiv, FFMS Angelus Moldova
<i>Corneliu Prepeliță</i>	dr.șt.med., Secția Pulmonologie, IMSP Institutul Oncologic
<i>Natalia Lisița</i>	Colaborator științific stagiar, medic oncopediatru, IMSP Institutul Oncologic
<i>Andrei Bradu</i>	Medic rezident, USMF „Nicolae Testemițanu”

PCN a fost revizuit de colectivul de autori (2023)	
Ghenadie Curocichin	dr.hab.șt.med., prof. univ., șef Catedră de medicină de familie, USMF „Nicolae Testemițanu”
Virginia Șalaru	dr.șt.med., conf. univ., Catedra de medicină de familie, USMF „Nicolae Testemițanu”
Diana Calaraș	dr.șt.med., conf. univ., Disciplina de pneumologie și alergologie, Departamentul de Medicină internă, USMF „Nicolae Testemițanu”
Andrei Bradu	dr.șt.med., conf. univ., Catedra de urologie și nefrologie chirurgicală, USMF „Nicolae Testemițanu”, membru al Comisiei de specialitate a MS în paliativă
Galina Buta	dr.șt.med., conf. univ., Catedra de medicină de familie, USMF „Nicolae Testemițanu”
Rodica Ignat	asistent universitar, Catedra de medicină de familie, USMF „Nicolae Testemițanu”
Vadim Pogoneț	asistent universitar, Catedra de anesteziologie și reanimatologie nr. 1 „Valeriu Ghereg”, USMF „Nicolae Testemițanu”, președintele Comisiei de specialitate a MS în paliativă
Natalia Carafizi	Fundația „Hospice Angelus Moldova”
Stela Adauji	dr.șt.farm., conf. univ., Catedra de farmacie socială „Vasile Procopișin”
Recenzenți oficiali	
Minodora Mazur	dr.hab.șt.med., prof. univ., Departamentul Medicină Internă, USMF „Nicolae Testemițanu”
Alexandru Corlăteanu	dr.hab.șt.med., prof. univ., Disciplina de Pneumologie și alergologie, Departamentul de Medicină internă, USMF „Nicolae Testemițanu”
Grigore Bivol	dr.hab.șt.med., prof. univ., Catedra de medicină de familie, USMF „Nicolae Testemițanu”

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
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

Dispneea – senzație subiectivă de greutate/disconfort în respirație în rezultatul interacțiunii multiplilor factori fiziologici, psihologici, sociali și de mediu. Există o componentă subiectivă (dificultatea de respirație) și o componentă obiectivă (modificări ale modelului fiziologic al respirației). Diagnosticul de dispnee se bazează atât pe severitatea, cât și pe persistența simptomelor, precum și pe nivelul deteriorării de ordin funcțional. Atunci când se încearcă a se

diagnostica dispneea, necesită a fi luate în considerație așa aspecte ca: etiologia, durata, etapa bolii și istoricul tratamentului.

Suferința pacientului va indica severitatea simptomului.

A.10. Informație epidemiologică

Dispneea reprezintă un simptom care afectează sever funcția respiratorie. Dispneea este o tulburare destul de frecvent întâlnită în practica medicală, care poate fi determinată de foarte multe boli și care poate fi o provocare în plan de diagnostic și de tratament. În cancerele terminale (indiferent de localizare), incidența dispneei variază între 50-60%. În cancerele bronșice, ea constituie 65%.

B. PARTEA GENERALĂ

B.1. Nivelul de asistență medicală primară		
Descriere	Motive	Pași
1. Profilaxia	Depistarea și evaluarea factorilor de risc endogeni și exogeni, care pot contribui la apariția dispneei la pacienții aflați în îngrijiri paliative, îmbunătățește calitatea vieții	Standard/Obligator: • Evaluarea factorilor de risc • Determinarea $IF > 10$ ca factor de risc veridic în BPOC și în cancer pulmonar • Depistarea persoanelor expuse la factori endogeni și exogeni și anamneză agravată pentru patologia sistemului respirator • Consilierea privind schimbarea comportamentului pentru un stil de viață cât mai optim, prin evitarea sau diminuarea factorilor de risc
	Tratamentul și prevenirea acutizărilor infecțiilor cronice respiratorii îmbunătățește calitatea vieții la pacienții aflați în îngrijiri paliative	Standard/Obligator: • Evaluarea severității dispneei și instruirea pacientului în autocontrolul bolii Recomandabil: • Depistarea și tratamentul cauzelor potențial reversibile a dispneei
2. Diagnosticul		
2.1. Identificarea dispneei	Menajarea dispneei ameliorează calitatea vieții pacientului.	Standard/Obligatoriu: • Anamneza • Examenul clinic • Evaluarea impactului dispneei asupra pacientului • Cuantificarea gradului de dispnee utilizând scările de dispnee Recomandabil: • Radiografia cutiei toracice • Hemoleucograma completă • Coagulograma • Spirografia, inclusiv cu testul bronhodilatator • EcoCG • Tomografia computerizată pulmonară • Consultul specialistului
2.2. Referirea la echipa de îngrijiri paliative	Evaluarea complexă a severității bolii, a stării generale a pacientului și a opțiunilor terapeutice, pentru determinarea nivelului optim de acordare a îngrijirilor medicale	• Determinarea nivelului optim de acordare a îngrijirilor medicale • Aprecierea necesității de spitalizare (Caseta 8)
3. Tratamentul		
3.1. Tratamentul medicamentos	Diminuarea/controlul eficient al dispneei	Standard/Obligatoriu: • Administrarea tratamentului conform schemelor terapeutice în funcție de simptomatologia prezentă și diagnosticul clinic

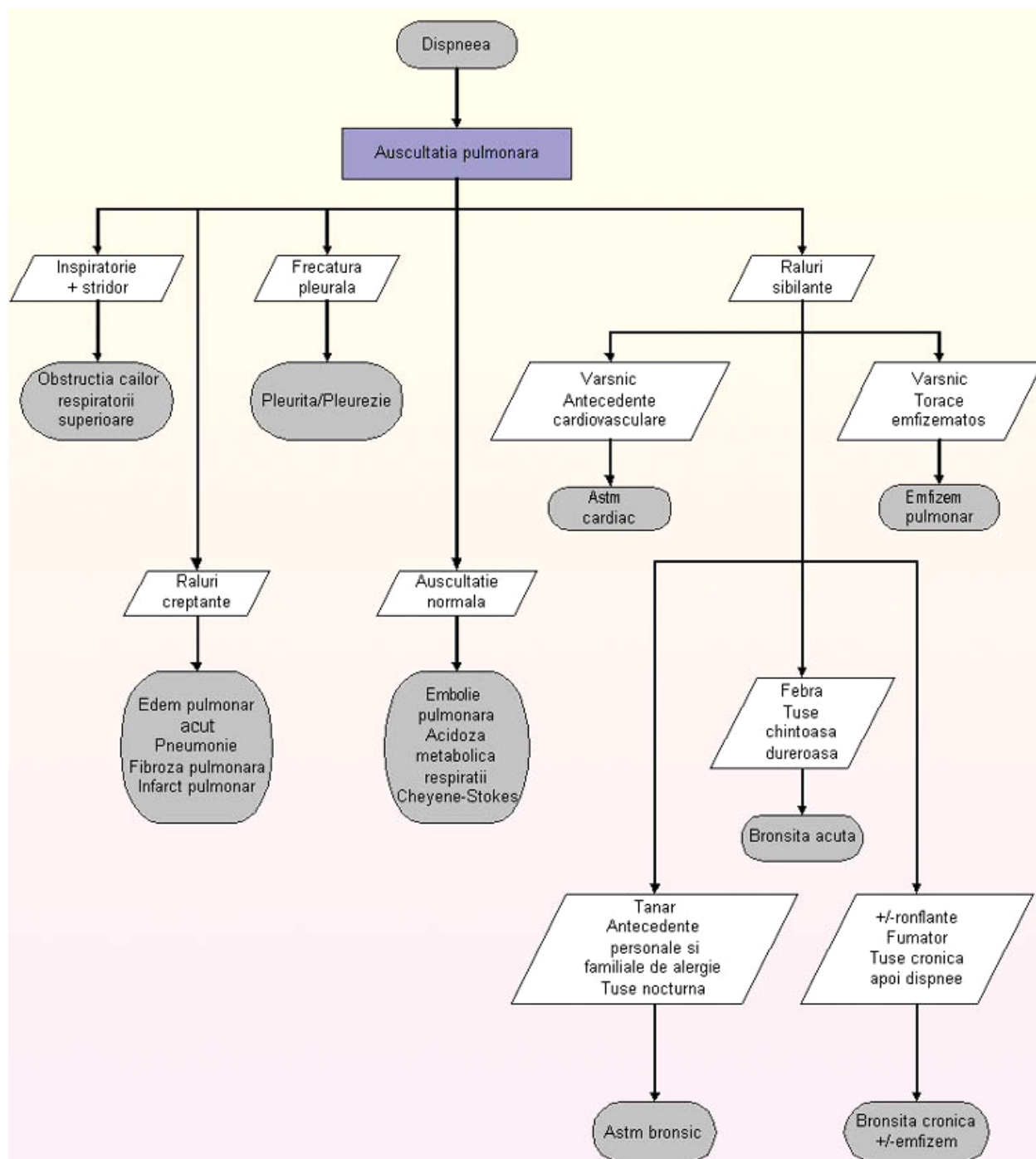
		Tratamentul cauzelor reversibile cu măsuri non-farmacologice și medicamentoase (<i>Caseta 10</i>).
3.2. Referire la echipa multidisciplinară de îngrijiri paliative	Asigurarea îngrijirilor necesare, ca volum și complexitate, în funcție de semnele și simptomele respiratorii, ameliorează prognosticul evoluției acestora.	Standard/Obligatoriu: Oferirea tratamentului specializat.
4. Supravegherea	Monitorizarea respectării tuturor indicațiilor în tratament și în îngrijire, îmbunătățește calitatea vieții la pacienții aflați în îngrijiri paliative	Standard/Obligatoriu: - Orientarea intervenției pe trepte - Intervenții inițiale în caz de dispnee ușoară - Monitorizarea activă a semnelor clinice și a efectelor remediilor medicamentoase - Prescrierea remediilor medicamentoase - Trimiterea pentru evaluare, în caz de necesitate
B 2. Nivelul de asistență medicală specializată de ambulator (nivelul raional, municipal, republican, inclusiv echipele multidisciplinare și centrele de zi specializate)		
1. Profilaxia		
1.1. Profilaxia primară	Confirmarea și specificarea factorilor de risc exogeni și endogeni, care pot contribui la apariția dispneei la pacienții aflați în îngrijiri paliative, îmbunătățește calitatea vieții	Standard/Obligatoriu: - Aprecieri impactului factorilor de risc exogeni și endogeni asupra gradului de severitate a maladiei și informarea pacienților. - Măsuri de ameliorare a condițiilor de viață în afara impactului nociv și sistarea fumatului.
1.2. Profilaxia secundară <i>Screening-ul</i>	Depistarea precoce a pacienților din grupul de risc pentru prevenirea instalării complicațiilor	Standard/Obligatoriu: - Identificarea și evaluarea precoce a dispneei Recomandabil: - Populației din grupul de risc: - Radiografie în 2 incidente - Spirografie cu testul bronhodilatator - Sputa la BAAR - Hemoleucograma
1.3. Profilaxia terțiară	Prevenirea exacerbărilor severe ale maladiilor bronhopulmonare	Recomandabil, după caz: - Gimnastică respiratorie - Utilizarea vaccinului antigripal - Vaccinarea tuturor persoanelor cu afecțiune pulmonară cronică avansată cu vaccinul antipneumococic, o dată la 5 ani.
2. Diagnosticul		
2.1. Confirmarea diagnosticului care a cauzat dispneea	Depistarea precoce a simptomatologiei bronhopulmonare vor	Standard/Obligatoriu: - Evaluarea multidisciplinară - Evaluarea severității - Anamneza

	permite eficientizarea intervențiilor	• Examenul fizic • Investigațiile paraclinice: - Hemoleucograma - Coagulograma, D dimerii. - Examinarea microscopică a sputei-frotiu Gram și/sau a BAAR - Spirografia și testul bronhodilatator - Radiografia toracelui în 2 incidențe • Diagnosticul diferențial Recomandabil: • Investigații suplimentare speciale (indicate de către medicii specialiști): - Bronhoscopia cu biopsie transbronșică, lavaj bronhoalveolar - TC pulmonară - TC pulmonară cu contrast în caz de suspiciune de malignitate - TC în regim angiografic în caz de suspiciune de tromboembolie pulmonară - HRCT pentru excluderea exacerbării pneumopatie interstițială difuză (PID) preexistente, sau indusă medicamentos, sau postactinică - EcoCG - Puncție transtoracică, puncție/biopsie a ganglionului limfatic pentru colectarea materialului patologic
3. Tratamentul		
3.1.Tratamentul	Asigurarea diminuării / controlului dispneei.	Standard/Obligativ: • Selectarea tratamentului medicamentos (<i>Casetele 9, 10</i>) • Realizarea intervențiilor de terapie comportamentală și de sporire a complianței la tratament
3.2. Referirea la echipa multidisciplinară de îngrijiri paliative	Precizarea volumului și complexității îngrijirilor necesare în funcție de semnele și simptomele respiratorii.	Standard/Obligativ: • Tratament specializat în funcție de severitatea manifestărilor clinice. • Aprecierea necesității de spitalizare (<i>Caseta 8</i>).
4. Supravegherea clinică continuă		
4.1.Monitorizarea stării generale a pacientului	Monitorizarea stării generale, prin evaluarea datelor clinice și paraclinice ale pacientului, îmbunătățește calitatea vieții la pacienții aflați în îngrijiri paliative	Standard/Obligativ: • Elaborare unui plan individualizat de monitorizare a stării de sănătate a pacientului • Managementul complicațiilor

B.3. Nivelul de asistență medicală spitalicească (secțiile curative ale spitalelor raionale, municipale și republicane, inclusiv unitățile cu paturi de tip hospice)		
1. Spitalizarea	Dificultăți în controlul simptomelor la domiciliu sau în condiții de ambulatoriu.	Standard/Obligatori • Evaluarea criteriilor de spitalizare a pacienților cu dispnee (<i>Caseta 8</i>).
2. Diagnosticul		
2.1. Precizarea diagnosticului ce a contribuit la agravarea dispneei	Identificarea cauzei dispneei pentru optimizarea managementului centrat pe nevoile pacientului.	Standard/Obligatori: • Anamneza • Examenul fizic • Investigațiile paraclinice: - Hemoleucograma, Coagulograma, D dimerii - Examinarea microscopică a sputei-frotiu Gram și sau a BAAR - Spirografia și testul bronhodilatator - Radiografia toracelui în 2 incidente. • Diagnosticul diferențial Recomandabil: • Investigațiile suplimentare speciale (indicate de către medicii specialiști: pneumoftiziolog, oncolog, alergolog): • Gazometria sângelui arterial • Bronhoscopia cu biopsie transbronșică, lavaj bronhoalveolar • TC pulmonară (eventual HRCT, cu contrast sau în regim angiografic) • EcoCG și Doppler • Puncție transtoracică, puncție/biopsie a ganglionului limfatic pentru colectarea materialului patologic. • Toracoscopie videoasistată, eventual toracotomie clasică diagnostică, EBUS (în caz de disponibilitate) • Consultul altor specialiști, la necesitate
3. Tratamentul		
3.1. Tratamentul medicamentos	Diminuarea/controlul tuturor simptomelor posibile (reversibile) și sporirea nivelului de calitate a vieții pacientului.	Obligatori: • Tratament specializat în funcție de severitatea manifestărilor clinice.
4. Externarea și referirea către echipa multidisciplinară specializată	Recomandările pentru echipa multidisciplinară, în cazul lipsei acesteia pentru echipa medicul de familie, cu privire la managementul îngrijirii pacientului, asigură continuitatea serviciilor centrate pe nevoile acestuia.	Extrasul obligatoriu va conține: ✓ diagnosticul precizat desfășurat; ✓ rezultatele investigațiilor; ✓ tratamentul efectuat; ✓ recomandările explicite pentru echipa de îngrijire, pacient și aparținători.

C.1. ALGORITMI DE CONDUITĂ

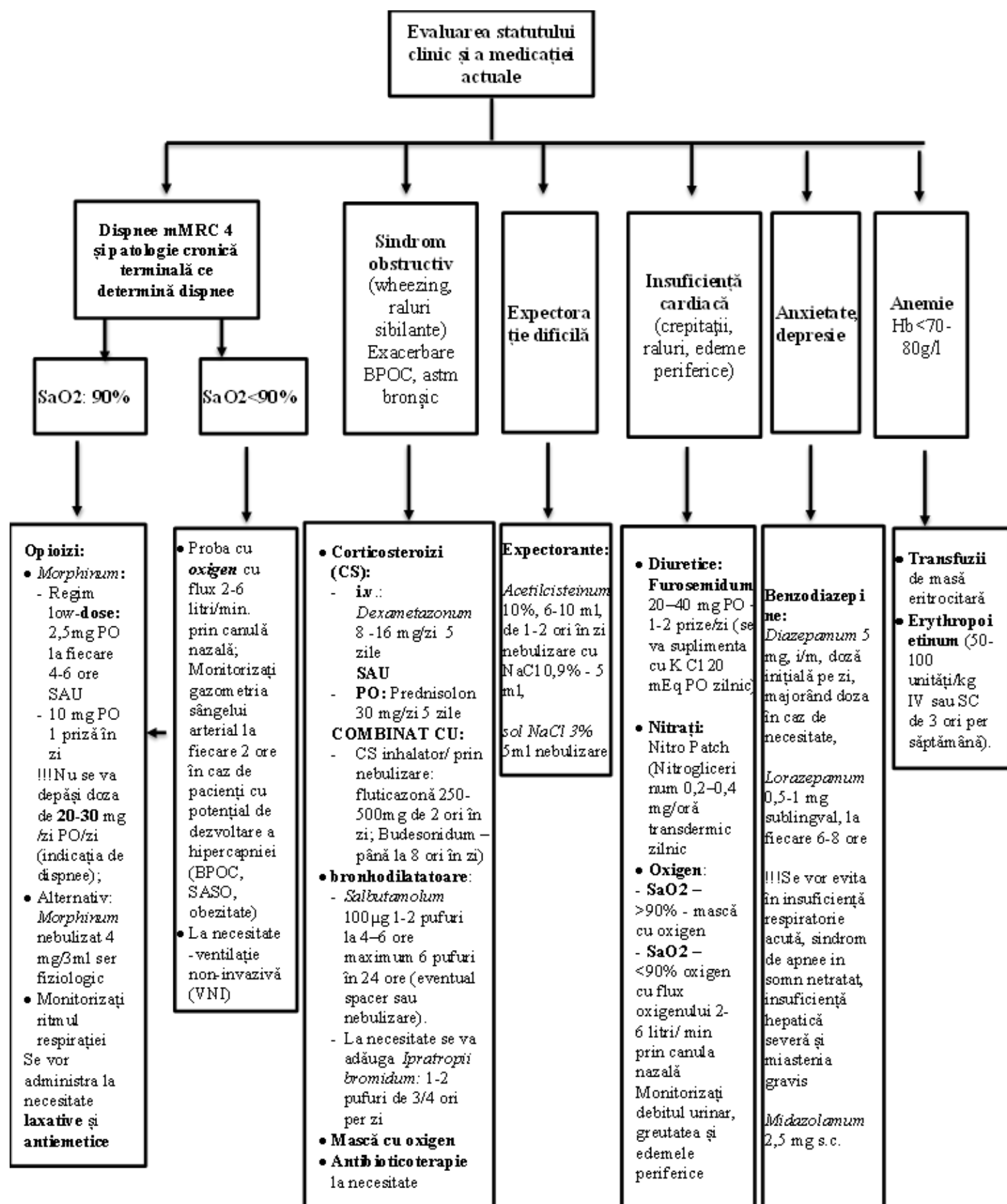
C. 1.1. Algoritmul de diagnostic în dispnee



C.1.2. Particularitățile clinice ale dispneei

Particularități		Exemple
Mod de debut	Brusc	Corpi străini, embolie pulmonară, pneumonie, pneumotorax, astm bronșic, traumatisme.
	Progresiv	Pleurezie, emfizem pulmonar, fibroză pulmonară, pneumopatie interstițială fibrozantă, insuficiență cardiacă.
Condiții de apariție	Factori declanșatori	Efort fizic, stres psihic, infecții respiratorii, traumatisme, alergene, substanțe toxice, iritante.
Modificări ale frecvenței respirației	Polipnee	Stres, eforturi fizice, febră, afecțiuni pulmonare fibrozante, afecțiuni ale pleurei, ale cordului, anemii, hipertiroidism, alcaloză, hipoxie.
	Bradipnee	Obstrucția căilor respiratorii, edem glotic, astm bronșic, bronșită cronică, bronhopneumopatie cronică obstructivă.
Modificări ale ritmului respirator	Cheyne-Stokes	Insuficiență circulatorie cerebrală, insuficiență cardiacă, tulburări metabolice, accidente vasculare cerebrale.
	Kussmaul	Comă diabetică uremică, hepatică, intoxicații cu substanțe acidifiante.
	Biot	Traumatisme craniocerebrale, encefalite, tulburări metabolice, intoxicații.
	Respirație de tip invers	Bronhopneumonie.
	Sindromul de apnee în somn	Sindrom de apnee centrală, sindrom de apnee obstructivă.
Poziție a bolnavului	Ortopnee	Insuficiență cardiacă stângă.
	Inspirație forțată	Astm bronșic.
Simptome asociate	În funcție de boală	Tiraj, cornaj, wheezing, tuse, expectorație seroasă, rozată, spumoasă, raluri, modificări ale murmurului vezicular, matitate pulmonară, cardiomegalie, tulburări de ritm cardiac, edeme, febră, stare de șoc, pierderea cunoștinței, cianoză, hipocratism digital.

C1.3 Algoritmul de conduită a cauzelor uzuale de dispnee



2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR

C.2.1. Clasificarea

Caseta 1. Clasificarea dispneei după tipul patogenetic

- Inspiratorie
- Expiratorie
- Mixtă

Caseta 2. Clasificarea dispneei după etiologie

- Pulmonară
- Cardiacă
- Neuromusculară
- Psihogenă
- Mixtă
- Alte cauze (anemie, cetoacidoză, etc)

C.2.2. Etiologia dispneei

Tabelul 1. Etiologia dispneei în tumori și afecțiunile pulmonare cronice

	Mecanisme	Exemple
Cancer	Bronhopulmonare	● Tumori ale laringelui, ale glandei tiroide, ale mediastinului ● Fistulă esofagotraheală ● Bronșită cronică ● Tumoare ● Infecția acută (bronșită, pneumonie) ● Bronhospasm (bronșită, astm bronșic)
	Reducerea suprafeței țesutului pulmonar funcțional	● Tumoare ● Rezecție chirurgicală ● Fibroză: preexistentă, postactinică ● Efuzie pleurală ● Embolism pulmonar ● Emfizem pulmonar ● Infecții ● Hemoragie Deficiența mișcărilor ventilatorii ● Dereglări motorii ● Fatigabilitate generală ● Slăbiciunea mușchilor toracici ● Poziție ridicată a diafragmei: ascită, hepatomegalie, paralizia frenică ● Distensie gastrică ● Durere toracică ● Atelectazie ● Pneumotorax
Consecință a tratamentului specific oncologic	Cardiovasculare	● Cardiomiopatie ● Insuficiență cardiacă congestivă ● Pericardită exudativă ● Obstrucția venei cave superioare ● Pericardită constrictivă ● Trombemboliile metastatice

		● Septicemie, șoc, hemoragie
	Anemie	● Anemie de diversă etiologie
	Psihogene	● Depresie ● Anxietate
	Metabolice	● Uremie ● Febră ● Acidoză ● Hipocalcemie ● Efort fizic
Boli pulmonare obstructive/ pulmonare interstițiale	Pulmonare	● Obstrucție severă/ Restricție severă ● Hipersecreție de mucus ● Imobilizarea diafragmului (poziție joasă a diafragmului din hiperinflație pulmonară) ● Atelectazie ● Hipoxemie / hipercapnie ● Hemoragie ● Infecție
	Vasculare	● Hipertensiune pulmonară ● Cord pulmonar cronic ● Embolie pulmonară
	Hematologice	● Eritrocitoză secundară
	Psihogene	● Anxietate/ depresie ● Confuzie, obnubilare

C.2.3. Profilaxia, recomandări generale

Caseta 3. *Recomandări generale în profilaxia dispneei*

- Utilizarea vaccinului antigripal
- Vaccinarea antipneumococică
- Evitarea contactului cu alergenii
- Evitarea contactului cu aerul poluat
- Reducerea și abandonarea fumatului
- Poziționare, care atenuează dispneea
- Oxigenoterapie de lungă durată / ventilare mecanică non-invazivă

C.2.4. Conduita pacientului cu dispnee

C.2.4.1. *Managementul dispneei*

Caseta 4. *Scopul managementului dispneei la pacienții cu boală avansată*

1. A recunoaște și a asista prompt dispneea.
2. A recunoaște influențele psihologice și spirituale în percepția și în managementul dispneei.
3. A controla dispneea nocturnă, în repaus și la mișcare.
4. A păstra la maxim posibil Calitatea Vieții și independența pacientului.
5. A reduce din frica, actuală și ulterioară, legată de dispnee
6. A acorda suport și încurajare aparținătorilor pacienților cu dispnee.

C.2.4.2. *Scale de evaluare a dispneei*

Scala vizuală analogă

Fără dispnee

dispnee maximă

Scala verbală descriptivă

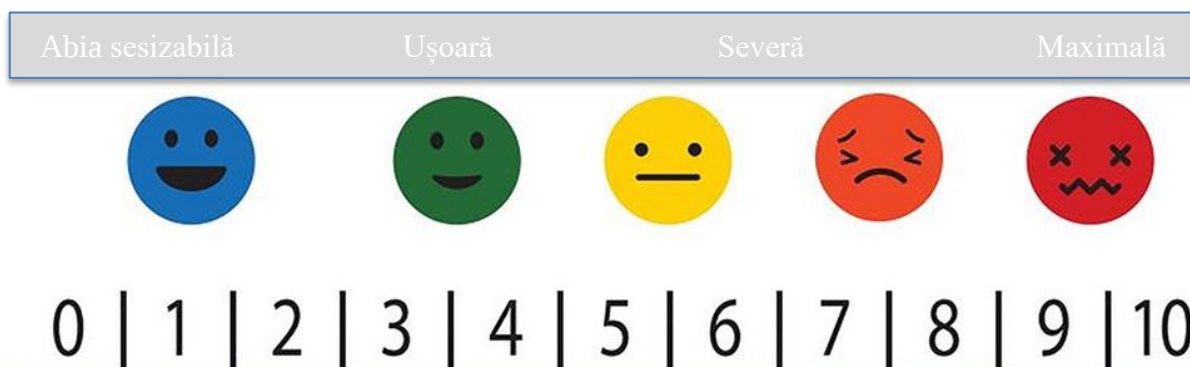
Fără Ușoară Moderată Severă Insuportabilă

Scala Analizatorului vizual (SAV)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Scala Borg

Scala Borg gradează percepția dispneei de către pacienți, în funcție de nivelul efortului fizic tolerat.



Scala de dispnee modificată după Medical Research Council (mMRC)

Gradul 0 – dispnee apărută la eforturi neobișnuite

Gradul I – dispnee apărută la mers rapid pe suprafață plană, sau urcarea în pantă ușoară)

Gradul II – merge la mai lent decât persoanele de aceeași vârstă pe suprafață plană din cauza dispneei, sau trebuie să se oprească atunci când merge în ritmul propriu

Gradul III – se oprește după parcurgerea a cca 100 m din cauza dispneei, sau după câteva minute de mers

Gradul IV – dispnee la îmbrăcat și dezbrăcat, nu părăsește locuința din cauza dispneei

Evaluarea Locuinței/ Situației Sociale/ Familiale (condiții de viață, familie, alt sprijin, scări, baie/duș, ferestre, lift).

Frecvența dispneei:

În general / Tot timpul De câteva ori pe zi O dată sau de două ori pe zi

De câteva ori pe săptămână O dată pe săptămână Mai rar decât o dată pe săptămână

Altele (specificați):

Momentul dispneei:

Continuă Intermitentă Dimineata Seara Noaptea

C.2.5.1. Anamneza

Caseta 5. Repere din anamneză ce ar sugera cauza apariției/agravării dispneei

- Modul de apariție a dispneei (debut brusc, indolent, etc).
- Caracterul dispneei: în accese, permanent, la efort, în repaus, etc
- Prezența semnelor clinice: wheezing, junghi toracic, edeme gambiene, hemoptizie, etc
- Ce ușurează dispneea: poziția așezată, decubitul lateral, bronhodilatatoarele, etc

C.2.5.2. Examenul fizic

Caseta 6. Datele obiective în dispnee

- Semnele clinice ale dispneei, cu modificări ale frecvenței respiratorii
- Semnele clinice ale dispneei, cu modificări ale ritmului respirator

Ea este caracterizată prin următoarele semne:

1. Semne fizice

➤ Principale:

- Modificarea frecvenței respiratorii (la adult, frecvența normală este între 15-20/min.); ea poate fi crescută (polipnee, tahipnee) sau diminuată – bradipnee. Modificarea raportului timpilor respiratori; respirația Cheyne-Stokes, Biot, Kussmaul.
- Modificarea amplitudinii respiratorii: hiperpneea, respirația superficială.

➤ Secundare:

- Respiratorii: bătaia aripilor nazale, respirație bucală, utilizarea mușchilor respiratori accesorii.
- Cardiace: tahicardie, tahiaritmie.
- Generale: paloare, cianoză, transpirații.

2. Psihice

Anxietatea, angosta, frica, atacul de panică, senzația de moarte iminentă însoțesc și amplifică dispneea.

C.2.5.3. Investigațiile paraclinice

Caseta 7. Investigațiile în simptomul de dispnee

- Examenul radiologic
- Spirometria
- Testarea pulmonară funcțională și aprecierea capacității de difuziune a gazelor (DLCO)
- Pulsoximetria
- Gazometria sângelui arterial
- Bronhoscopia
- Tomografia computerizată
- Echocardiografie

C.2.5.4. Diagnostic diferențial în dispnee

Cauza dispneei	Entitatea	Istoric	Semne clinice	Investigații
Pulmonară				
<i>Alveolară</i>	Pneumonie	Febră, tuse cu expectorație, dispnee	Febră, auscultativ crepitații, freamăt vocal accentuat, bronhofonie	Radiografie toracică, CT pulmonară, bronhoscopie, LAB, sputocultura
	Cancer pulmonar	Fumător înveterat, BPOC, fibroză pulmonară, pneumoconioză	Scădere ponderală, hemoptizie, hipersecreție de mucus, auscultativ crepitații, freamăt vocal accentuat, bronhofonie	Radiografie toracică, CT pulmonară cu contrast, bronhoscopie cu bisopsie, LAB

<i>Interstițială</i>	Patologiile pulmonare fibrozante (fibroza pulmonară idiopatică, pneumopatiile asociate colagenozelor, pneumonitele interstițiale idiopatice, pneumonită de hipersensibilitate etc.), pneumoconiozele	Dispnee progresivă, cu debut insidios, tuse seacă, istoric de malignitate, utilizare de medicamente cu toxicitate pulmonară, expuneri ocupaționale, habituale	Hipoxemie, hipocratism digital, crepitații sonore	Radiografie toracică, HRCT pulmonară, bronhoscopie, LAB, biopsie, teste serologice la colagenoze, precipitine serice
<i>Obstrucția căilor aeriene</i>	BPOC Tumoare bronșică	Fumat >10 pachet/an/, tuse cronică, hipersecreție de spută, hemoptizie, scădere ponderală asociată malignității	Torace în butoi, wheezing, raluri sibilante și ronflante, utilizare de musculatură accesorie, hipocratism digital, aspect pletoric/cianoză	PEF-metria, spirometria, Radiografia toracică, Bodyplethismografia și DLCO CT pulmonar Bronhoscopie
<i>Restricție</i>	Pleurezie Pneumotorax	Durere toracică la debut, dispneea nu se ameliorează la suplimentare cu oxigen	Murmur vezicular diminuat/abolit. Frecătură pleurală, matitate bazală (în pleurezie)/ timpanism la percuție (pneumotorax)	Radiografie toracică (pleurezie, diformitate anatomică), spirometrie
<i>Vasculară</i>	Embolie pulmonară	Fatigabilitate, durere toracică pleuretică, tromboză venoasă profundă, sincopă	Wheezing, edeme la membrele inferioare, frecătură pleurală, accentuarea Zg II la AP, distensia jugularelor	D-dimeri, Angiografie CT, echocardiografie, cateterism cardiac
Cardiacă				
<i>Aritmie</i>	Fibrilație atrială	Palpitații, sincopă	Ritm neregulat, pauze	ECG, Holter ECG, test cu efort
<i>Insuficiență cardiacă</i>	Cardiopatie ischemică	Dispnee la efort, dispnee nocturnă	Edeme gambiene, distensia	ECG, Pro-BNP, Echocardiografie, test

		paroxismală, ortopnee, durere toracică, angină pectorală sau fibrilație atrială	jugularelor, reflux hepatojugular, crepitații la auscultație, wheezing, tahicardie	cu efort, coronaroangiografie
<i>Pericardită restrictivă/constrictivă</i>	Tumori metastatice	Infecție virală, malignități, iradierea toracelui, boli inflamatorii	Zgomote cardiace atenuate	Echocardiografie
<i>Valvulară</i>	Stenoză de aortă	Dispnee la efort	Distensia jugularelor	Echocardiografie
Neuromusculară				
Astenia musculaturii respiratorii	Paralizia nervului frenic	Tulburări neuromusculare cunoscute	atrofie	Presiunea inspiratorie și expiratorie maximală

C.2.5.5. Criteriile de spitalizare

Caseta 8. Criteriile de spitalizare a pacienților cu dispnee

- Creșterea hipoxemiei ce necesită suplimentar oxigen sau semne clinice de insuficiență respiratorie acută
- Dificultăți în diagnosticare
- Lipsa de efect al tratamentului la domiciliu
- Agravarea dispneei
- Forma severă de evoluție
- Apariția simptomelor noi (cianoza, edeme periferice)
- Riscul înalt de patologii concomitente, pulmonare (pneumonie, embolie pulmonară, decompensare cardiacă etc.)
- Tulburările de ritm cardiac apărute (sau reapărute)

C.2.5.6. Tratamentul pacientului cu dispnee

Caseta 9. Principiile de tratament general în simptomul de dispnee

Opțiuni în abordarea dispneei:

Tratamentele specifice utilizate în medicina paliativă, în funcție de categoria clinică:

- pacienți terminali;
- cu dispnee în repaus;
- cu dispnee la activitate.

Tratamentul preventiv:

- Tratamentul psihosocial:

Vor fi explicate pacientului toate aspectele pe care le prezintă patologia sa respiratoare. Nu se va ezita să i se ofere și câteva noțiuni de anatomie și de fiziologie. Se va încerca stabilirea unui climat de încredere propice dialogului. Se vor trece în revistă diversele posibilități de evoluție ulterioară a afecțiunii, inclusiv atitudinea în fața unei posibile crize de dispnee paroxistică cataclismică.

- Tratamentul medical:

Kinetoterapia respiratoare: pacientul va fi învățat să-și dezvolte capacitatea respiratorie, să învețe modalitatea de diminuare a tusei neproductive, precum și eficientizarea tusei productive, evitându-se oboseala excesivă. Kinetoterapia de mobilizare: masaj, exerciții de gimnastică respiratorie.

Cultivarea atitudinii calme, de încredere:

- poziționare a pacientului cât mai confortabil (ex.: pentru bolnavii cu BPCO sau cu afecțiune unilaterală);
- fizioterapie;
- psihoterapie ;
- aerisire a încăperii;
- terapie de distragere;
- exerciții de relaxare pentru încurajarea respirației profunde, cu buzele strânse;
- tehnici de control al respirației;
- consiliere;
- controlul durerii, conform scării OMS, inclusiv cu opioide, dacă dispneea este asociată cu durere severă.

Abordări non-farmacologice ale dispneei

Crearea sentimentului că dispneea se poate ține sub control:

- Sfaturi pentru controlul respirației – evitați să vă aplecați!
- Tehnici de relaxare, distragerea atenției sau terapie hipnotică.
- Plan de acțiune pentru episoadele acute:
 - instrucțiuni scrise simple – plan pas cu pas;
 - creșterea încrederii în propriile forțe, în a face față episoadelor acute.
- Folosirea ventilatorului, deschiderea ferestrei – umiditate suficientă.
- Terapiile complementare pot fi utile unor pacienți.
- Reducerea temperaturii în cameră (fără a-i fi frig pacientului).
- Eliminarea factorilor ambientali iritanți.

Reducerea sentimentului de izolare socială și în familie:

- Întâlniri cu alte persoane în situații similare.
- Frecventarea unui centru de zi.

Abordarea dispneei la pacienții cu cancer

Se vor lua în considerare următoarele aspecte:

- Dispneea se datorează unei cauze reversibile?
- Dispneea este efect secundar al tratamentului?
- Dispneea se datorează în mod direct cancerului?

Caseta 10. Principiile de tratament medicamentos simptomatic

Tratamentul dispneei în funcție de cauză

Cauza specifică	Cauze	Opțiuni terapeutice
Obstrucția venei cave superioare	Tumori pulmonare Limfom Tumoare a glandei mamare	Radioterapie, glucocorticoizi (Dexamethasonum soluție injectabilă 4 ml/mg-1ml, 8mg/2ml, Dexamethasonum comprimate 2, 4 mg per os), chimioterapie
Obstrucția bronhiilor cu masă tumorală	Tumori pulmonare	Radioterapie, chimioterapie, terapie cu laser
Limfangită carcinomatoasă	Tumori pulmonare Tumoare a glandei mamare Tumoare gastrointestinală	Chimioterapie, glucocorticoizi (Dexamethasonum soluție injectabilă 4 ml/mg-1ml, 8mg/2ml, Dexamethasonum comprimate 2, 4 mg per os), sedative (Diazepamum comprimate filmate 5 mg, Diazepamum soluție injectabilă 5mg/ml, Diazepamum soluție

		rectală 2.5 mg, 5mg, 10 mg; Midazolamum 2,5 mg s.c.), opioide (Morphinum 2.5-5 mg)
Efuzie pleurală	Tumori pulmonare Tumoare a glandei mamare Tumoare ovariană Tumoare gastrică Limfom Leucemie Infecție Insuficiență cardiacă	Drenaj, pleurodeză, chimioterapie, antibioticoterapie, diuretice
Efuzie pericardică	Tumori pulmonare	Drenaj, glucocorticoizi (Dexamethasonum soluție injectabila 4 ml/mg-1ml, 8mg/2ml, Dexamethasonum comprimate 2, 4 mg per os), AINS (Acidum acetylsalicylicum 500 – 1000 mg fiecare 6 - 8 ore (1,5 – 4 g/zi; Ibuprofenum 600 mg fiecare 8 ore (1200 – 2400 mg/zi)), chirurgie
Ascită	Tumoare ovariană Cancer de endometru Tumoare a glandei mamare Tumoare gastrointestinală Cancer pancreatic	Diuretice în dependentă de gradul ascitei (Spironolactonum 100-400 mg /zi (în combinație cu Furosemidum – 40-160 mg / zi sau Torasemidum de la 5 la 20 mg/zi), Paracenteză, la necesitate
Embolism pulmonar (TEP)	Sindrom paraneoplazic Tromboză venoasă profundă Patologii pulmonare cronice hipoxemice	Inițierea cât mai precoce a anti coagulării la pacienții cu diagnosticul de TEP confirmat sau suspectat (în perioada de confirmare a diagnosticului) conform PCN-148 Tromboembolismul pulmonar
Anemie	Sindrom paraneoplazic	Transfuzii
Eritrocitoză secundară	BPOC Patologii pulmonare interstițiale fibrozante	Exfuzie de sânge
Infecții pulmonare	Bronșectazii în exacerbare Pneumonie Supurații pulmonare, etc	Alegerea antibioticului utilizat pentru tratament antibacterian oral va fi ghidată de tipul bacteriei identificate în sputoculturile anterioare. Tratamentul empiric poate fi cu Amoxicillinum 500 mg x 3 ori/zi sau Amoxicillinum+ Acidum clavulanicum 625mg x 3ori/zi la suspectarea organismelor secretante de

		betalactamaze [B]; Clarithromycinum 500 mg x 2 ori pe zi este tratamentul de alternativă la pacienții cu alergii la peniciline [C]; Ciprofloxacinum 750 mg x 2 ori pe zi se va indica la pacienții suspecti de infecție cu Pseudomonas aeruginosa, cu precauție la pacienții vârstnici. Vezi PCN-3 Pneumonia comunitară la adult; PCN-2 pneumonia nosocomială la adult; PCN-275 Bronșectaziile la adult.
Obstrucția căilor aeriene	BPOC Astm bronșic Bronșectazii	Bronhodilatatoare de durată scurtă și lungă de acțiune, corticosteroizi inhalatori. Beclometazonum efect maxim la a 5-7-a zi : 1-2 inhalatii de 3-4 ori/zi, și/sau Albuterolum – 1-2 inhalatii la 4-6 ore. Vezi PCN-18 Brohopneumopatia obstructivă cronică; PCN-2 Astm bronșic la adult; PCN-275 Bronșectaziile la adult.
Insuficiență cardiacă	Cord pulmonar, Insuficiență cardiacă globală	Diuretice (Spironolactonum 25-50 mg pe zi), inhibitori ai enzimei de conversie (Captoprilum 6,25mg x 3 ori/zi sau, Enalaprilum 2,5-20 mg x2 ori pe zi; Lisinoprilum 2,5-35mg o dată/zi; Ramiprilum 2.5-5 mg X 2 ori/zi); Digoxinum (62.5 mcg la 250 mcg o dată pe zi) Vezi PCN-82 Insuficiența cardiacă cronică și acută la adult

Oxygenoterapia se indică în dispneea acută și dispneea cronică.

Oxygenoterapia de lungă durată (mai mult de 15 ore în zi) se indică la pacienții cu hipoxemie cronică.

Indicații:

- BPOC cu SaO₂ <88% în repaus și stare clinică stabilă
- BPOC cu SaO₂ < 89% dacă sunt semne de cord pulmonar, insuficiență cardiacă dreaptă sau policitemie (hematocrit mai mare de 55%) și stare clinică stabilă
!!! Se va utiliza cu prudență la pacienții hipercapnici
- pneumopatii interstițiale fibrozante cu SaO₂ <88% în repaus
- hipertensiune pulmonară severă
- fibroză chistică cu SaO₂ <88% în repaus

Oxigenoterapia de lungă durată poate fi realizată cu ajutorul concentratorului de oxigen portabil, care, utilizat în condiții de domiciliu este cel sigur și comod. Se utilizează atât în repaus, cât și la efort. Modalitatea de administrare fie prin mască fie prin canulă nazală.

Bronhodilatatoarele se indică în patologiile pulmonare obstructive. Calea preferată de administrare este inhalatorie:

- Salbutamol 100μg la necesitate (nu mai mult de 6 pufuri în zi)
- Ipratropii bromidum– 1 puf la 6 ore.
- Tiotropii bromidum* 18mcg (capsule), 1,25/2,5 μg - 1 dată în zi
- Glycopyrronium* 300 mg– o dată în zi
- Metilxantinele (Aminofilinum sau Theophyllinum* *per os*) mai puțin preferate din cauza toxicității cardiace înalte.

Glucocorticoizii posedă efecte bronholitice accentuate și, de asemenea, pot fi folosiți pentru controlul dispneei, îndeosebi de origine metastatică, carcinomatoasă, limfangită și pneumonite. În îngrijiri paliative, pentru a nu rata efectul terapeutic, se inițiază tratamentul cu doze mari de corticosteroizi pentru ca, ulterior, în decursul câtorva zile, doza să fie micșorată până la doza minimă eficientă. De obicei, se utilizează Dexamethasonum – 8-12 mg s/c pe zi. În cazul sindromului de obstrucție a venei cava superior se vor administra Dexamethasonum 16 mg / 24 ore s/c, în stridor 8-16 mg/24 ore s/c.

Glucocorticoizii sistemici se utilizează în diverse pneumopatii interstițiale difuze cu doza și schemele de administrare indicate în Protocolul clinic național - Pneumonitele interstițiale idiopatice la adult.

Patologiile pulmonare obstructive beneficiază de tratamentul cu corticosteroizi inhalatori în diferite doze și formule medicamentoase în conformitate cu recomandările prevăzute în Protocolul clinic național BPOC și Astmul bronșic la adult.

Opioidele în doze mici sunt cei mai utili agenți în controlul dispneei. Administrarea de opioide pacienților cu afecțiuni pulmonare cronice severe necesită precauții, însă detresa respiratorie indusă de opioide apare rareori. Doza recomandată de Morphinum este de 5-10 mg *per os* fiecare 4 ore și trebuie titrată în funcție de eficiență și de efectele adverse. Pentru pacienții care au administrat Morphinum în scopul jugulării durerilor, doza se va majora până la 7,5-15 mg. Printre efectele opioizilor, de asemenea, se numără și reducerea anxietății, îmbunătățirea funcției cardiace, controlul durerii asociate și diminuarea sensibilității centrului respirator și a receptorilor periferici.

La pacienții naivi la opioide se va administra Morphinum *per os* cu eliberare imediată 2,5 – 5 mg la patru ore, cu titrarea în funcție de răspuns. Dacă pacientul necesită mai mult de 2 doze în 24 ore, se va lua în considerare utilizarea unui opioid cu acțiune prelungită.

Pacienții care administrează opioizi puternici pentru managementul durerii, vor administra la necesitate doza de 25-100% din doza regulată de la fiecare 4 ore în funcție de severitate dispneei. Se va titra doza necesară, luându-se în considerare creșterea dozei obișnuite cu maxim 25-50% dacă „atunci când este necesar”.

Sedarea pacienților se efectuează cu anxiolitice din grupul benzodiazepinelor și al fenotiazinelor, care prin acest mecanism sunt eficace în dispneea ce este supusă greu controlului. Sunt administrate în funcție de necesități: sistematic pe parcursul a 24 de ore, doar noaptea sau pentru a contracara crizele de anxietate. Se utilizează:

- Diazepamum 5 mg, i/m , doză inițială pe zi, majorând doza în caz de necesitate.
- Lorazepamum 0,5-1 mg sublingval, la fiecare 6-8 ore (eficace în jugularea episodului de panică).
- Benzodiazepinele sunt contraindicate în insuficiență respiratorie acută, sindrom de apnee în somn netratat, insuficiență hepatică severă și miastenia gravis.

Mucoliticele se indică în caz de spută vâscoasă: nebulizare cu NaCl 0,9% - 5 ml, nebulizare cu sol NaCl 3% 5ml, nebulizare cu Acetilcisteinum 10%, 6-10 ml, de 1-2 ori în zi.

În caz de secreție excesivă se utilizează anticolinergicele: Hioscina hidrobromid 0,4-0,8 mg SC la fiecare 4 ore sau 0,8-2,4 mg/24 de ore infuzie subcutanată.

Antitusivele centrale (Codeinum*15-30 mg de 3-4 ori pe zi) sau periferice (Dextrometorfan 60-120 mg pe zi divizat 2-3 prize) se utilizează dacă dispneea este exacerbată de tuse chinuitoare. Anestezicele locale prin inhalare se indică pacienților care au dispnee asociată cu tuse: Bupivacainum* 0,25%-5 ml, prin pulverizator, pentru 15-20 minute, la fiecare 4 ore.

NOTĂ: (*) Produse neînregistrate în Nomenclatorul de Stat al medicamentelor.

Caseta 11. Asistența în stările terminale

Medicația în dispneea terminală

<i>Medicamentul</i>	<i>Doza inițială</i>	<i>Doza maximă</i>	<i>Calea de administrare</i>
Morphinum	10 mg / 24 h	Titrare în funcție de eficiență și toleranță	subcutanat
Midazolamum pentru sedare	10-30 mg / 24 h	200-260 mg / 24 h (doza maximă pentru agitație)	subcutanat
Chlorpromazinum	12,5 mg i.v. la fiecare 4 ore 25 mg per rectum la fiecare 8-12 ore	300-900 mg / 24 h	Intravenos sau rectal

D. RESURSELE UMANE ȘI MATERIALELE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR DIN PROTOCOL

D.1. Prestatori de servicii medicale la nivel de AMP	
Personal:	● medic de familie ● medic cu competență în îngrijiri paliative ● asistenta medicului de familie ● medic de laborator și laborant cu studii medii
Dispozitive medicale și consumabile:	● fonendoscop ● tonometru ● peakflowmetru ● pulsoximetru ● laborator clinic standard pentru determinarea: hemoleucogramei complete, coagulograma
Medicamente:	● Care sunt disponibile dotării instituției din următoarele grupe: - Opioide (Morphinum) - Benzodiazepine (Diazepamum) - AINS (Acidum acetylsalicylicum, Ibuprofenum) - Mucolitice (Acetilcisteinum) - Antitusive (Codeinum*, Dextromerorfanum) - Glucorticoizi (Dexametazonum, Beclometazonum) - Bronhodilatoatori (Salbutamolum, Ipratropii bromidum) - Metilxantine (Aminofilinum, Theophyllinum*) - Diuretice (Furosemidum, Torasemidum, Spironolactonum) - Nitrați (Nitroglicerinum) - Anticoagulante (Fraxiparinum)
D.2. Prestatori de servicii medicale la nivel de AMSA (niveluri raional, municipal, republican, inclusiv echipele multidisciplinare și centrele de zi specializate)	
Personal:	● medic internist ● medic endoscopist ● medic imagist ● medic ginecolog ● echipe multidisciplinare de îngrijiri paliative la domiciliu și de spital ● asistente medicale
Dispozitive medicale și consumabile:	● fonendoscop ● tonometru ● pulsoximetru ● spirometru ● bronhoscop ● aparat radiologic ● ecocardiograf ● laborator standard pentru determinarea: Hemoleucograma completă. ● Coagulograma, D dimerii, examinarea microscopică a sputei-frotiu Gram și sau a BAAR.
Medicamente:	● Care sunt disponibile dotării instituției din următoarele grupe: - Opioide (Morphinum) - Benzodiazepine (Diazepamum, Midazolamum, Lorazepamum) - AINS (Acidum acetylsalicylicum, Ibuprofenum) - Mucolitice (Acetilcisteinum) - Antitusive (Codeinum*, Dextromerorfanum) - Inhibitori ai enzimei de conversie (Captoprilum, Lisinoprilum, Ramiprilum)

	- Digitalice (Digoxinum) - Antibiotice (Amoxicillinum, Amoxicillinum+ Acidum clavulanicum, Clarithromycinum, Ciprofloxacinum) - Glucorticoizi (Dexametazonum, Beclometazonum) - Bronhodilatoatori (Salbutamolum, Ipratropii bromidum) - Metilxantine (Aminofilinum, Theophyllinum*) - Diuretice (Furosemidum, Torasemidum, Spironolactonum) - Nitrați (Nitroglicerinum) - Anticoagulante (Fraxiparinum, Heparini)
D.3. Prestatori de servicii medicale la nivel de AMS (secțiile curative ale spitalelor raionale, municipale și republicane, inclusiv unitățile cu paturi de îngrijiri paliative)	
Personal:	● medic internist ● echipa de îngrijiri paliative ● medic de laborator ● medic imagist ● medic endoscopist ● medic ginecolog ● medic reabilitolog ● kinetoterapeut ● asistente medicale
Dispozitive medicale și consumabile:	● aparate sau acces pentru efectuarea examinărilor și procedurilor: ● fonendoscop ● pulsoximetru ● tonometru ● aparat radiologic ● bronhoscop ● ecocardiograf+doppler ● set pentru puncție toracică ● laborator standard pentru determinarea: Hemoleucograma completă. Coagulograma, D dimerii, examinarea microscopică a sputei-frotiu Gram și sau a BAAR, gazometria sanguină
Medicamente:	● Oxigen ● Care sunt disponibile dotării instituției din următoarele grupe: - Opioide (Morphinum) - Benzodiazepine (Diazepamum, Midazolamum, Lorazepamum) - AINS (Acidum acetylsalicylicum, Ibuprofenum) - Mucolitice (Acetilcisteinum) - Anticolinergicele (Hioscina hidrobromid) - Inhibitori ai enzimei de conversie (Captoprilum, Lisinoprilum, Ramiprilum) - Digitalice (Digoxinum) - Antibiotice (Amoxicillinum, Amoxicillinum+ Acidum clavulanicum, Clarithromycinum, Ciprofloxacinum) - Antitusive (Codeinum. Dextromerorfanum, Bupivacainum) - Glucorticoizi (Dexametazonum, Beclometazonum) - Bronhodilatoatori (Salbutamolum, Ipratropii bromidum, Tiotropium, Glicopirionium) - Metilxantine (Aminofilinum, Theophyllinum*) - Diuretice (Furosemidum, Torasemidum, Spironolactonum) - Nitrați (Nitroglicerinum) - Anticoagulante (Fraxiparinum, Heparini)

D.4. Prestatori de servicii medicale specializate	
Personal:	● medici interniști sau medici cu competențe în îngrijiri paliative ● medici de laborator ● medici imagiști ● medici endoscopiști ● medici ginecologi ● laboranți cu studii medii în laboratorul clinic și biochimic ● medici specialiști în diagnostic funcțional
Dispozitive medicale și consumabile:	● aparate sau acces pentru efectuarea examinărilor și a procedurilor: ● tonometru ● fonendoscop ● pulsoximetru ● electrocardiograf ● ultrasonograf ● aparataj radiologic ● aparataj endoscopic ● ecocardiograf+doppler ● Set pentru puncție toracică ● Laborator standard pentru determinarea: Hemoleucograma completă. Coagulograma, D dimerii, examinarea microscopică a sputei-frotiu Gram și sau a BAAR, gazometria sanguină
Medicamente:	● Oxigen ● Care sunt disponibile dotării instituției din următoarele grupe: - Opioide (Morphinum) - Benzodiazepine (Diazepamum, Midazolamum, Lorazepamum) - AINS (Acidum acetylsalicylicum, Ibuprofenum) - Mucolitice (Acetilcisteinum) - Anticolinergicele (Hioscina hidrobromid) - Inhibitori ai enzimei de conversie (Captoprilum, Lisinoprilum, Ramiprilum) - Digitalice (Digoxinum) - Antibiotice (Amoxicillinum, Amoxicillinum+ Acidum clavulanicum, Clarithromycinum, Ciprofloxacinum) - Antitusive (Codeinum. Dextromerorfanum, Bupivacainum) - Glucorticoizi (Dexametazonum, Beclometazonum) - Bronhodilatoatori (Salbutamololum, Ipratropii bromidum, Tiotropium, Glicopironium) - Metilxantine (Aminofilinum, Theophyllinum*) - Diuretice (Furosemidum, Torasemidum, Spironolactonum) - Nitrați (Nitroglicerinum) - Antigoagulante (Fraxiparinum, Heparini)

E. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI

Nr.	Obiectivele	Indicatorul	Metoda de calcul a indicatorului	
			Numărător	Numitor
1.	A ameliora calitatea vieții pacienților cu dispnee aflați în îngrijiri paliative	1.1. Proporția persoanelor/pacienților din grupul de risc în dezvoltarea simptomatologiei respiratoare aflați în îngrijiri paliative, cărora li s-a administrat tratament	Numărul de persoane/pacienți din grupul de risc în dezvoltarea simptomatologiei respiratoare cărora li s-a administrat tratament	Numărul total de persoane/pacienți din grupul de risc pentru dezvoltarea simptomatologiei respiratoare, care se află sub supravegherea la îngrijiri paliative, pe parcursul ultimului an
2.	A îmbunătăți procesul de diagnosticare a dispneei la pacienții din îngrijiri paliative	2.1. Proporția persoanelor/pacienților din grupul de risc în dezvoltarea simptomatologiei respiratoare aflați în îngrijiri paliative, pe parcursul unui an	Numărul de persoane/pacienți din grupul de risc în dezvoltarea simptomatologiei respiratoare, aflați în îngrijiri paliative cărora li s-au aplicat măsuri de evaluare/diagnosticare a simptomatologiei respiratoare pe parcursul ultimului an	Numărul total de persoane/pacienți din grupul de risc în dezvoltarea simptomatologiei respiratoare, care se află la îngrijiri paliative, pe parcursul ultimului an
3.	A îmbunătăți tratamentul acordat pacienților cu simptomatologie respiratoare aflați în îngrijiri paliative	3.1. Proporția pacienților cu simptomatologie respiratoare aflați la îngrijiri paliative, la care s-a efectuat tratamentul cu preparate specifice	Numărul de pacienți cu simptomatologie respiratoare aflați la îngrijiri paliative, la care s-a efectuat tratamentul cu preparate specifice	Numărul total de pacienți cu simptomatologie respiratoare aflați în îngrijiri paliative

ANEXE

Anexa 1. GHIDUL PACIENTULUI CU DISPNEE

Cuprins

Asistența medicală de care trebuie să beneficiați

Diagnosticul simptomatologiei respiratoare

Tratamentul dispneei

Introducere

Acest ghid descrie asistența medicală și tratamentul persoanelor cu simptomatologie respiratoare în cadrul Sistemului de Sănătate din Republica Moldova. Aici se explică indicațiile, adresate persoanelor cu simptomatologie respiratoare. 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 pentru pacient acoperă:

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

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.

Recomandări pentru îngrijitori:

- Ajutați persoana bolnavă să stea în cea mai bună poziție.
- Folosiți perne suplimentare sau un sprijin pentru spate.
- Deschideți ferestrele pentru a lăsa aer curat în cameră.
- Ventilați cu un ziar sau o cârpă curată.
- Educați cu privire la utilizarea cea mai eficientă a funcției pulmonare rămase:
 - Cum să planificați activitățile pentru a face față lipsei de aer.
- Evitați aglomerația, gătitul și fumatul în camera pacientului.
- Oferiți suport respirator
- Evaluați și monitorizați căile respiratorii, respirația și circulația; mențineți o supraveghere atentă pentru a identifica precoce deteriorarea.
- Mențineți căile respiratorii deschise cu utilizarea poziționării, adjuvanților căilor respiratorii și clearance-ul secreției. Selectați poziția corpului pentru a minimiza riscul de aspirație, nepotrivire ventilație-perfuzie și lipsă de aer.
- Minimizați consumul și cererea de oxigen; limitați activitatea, reduceți febra și utilizați tehnici de respirație.
- Asigurați oxigenoterapie în mod judicios; titrate pentru a preveni hiperoxemia.
- Luați în considerare agonistul beta-1 sau beta-2 inhalat, mai ales în prezența stridorului sau a respirației șuierătoare.
- Implementați ventilația neinvazivă sau invazivă cu presiune pozitivă pentru a sprijini oxigenarea și ventilația, precum și pentru a ameliora detresa respiratorie.

**ANEXA 2. FIȘA STANDARDIZATĂ DE AUDIT MEDICAL BAZATĂ PE CRITERII PENTRU
PCN - ÎNGRIJIRI PALIATIVĂ ÎN DISPNEE**

Nr.	Domeniul prompt	Definiții și note
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	Dispnee, stare terminală
	Asistența medicală de tip ambulatoriu <i>(pentru instituțiile care contactează servicii de îngrijiri paliative)</i>	
10.	Data adresării primare după ajutor	DD.LL.AAAA, necunoscut=9
11.	Data debutului dispneei	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.	Dispneea evaluată conform recomandărilor PCN	0 – nu; 1- da, 9 – nu se cunoaște
13.	Rezultatele evaluării documentate	0 – nu; 1 – da; 9 - nu se cunoaște
14.	Dispneea reevaluată	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.	Aprecieri criteriilor de inițiere a tratamentului în condiții de ambulatoriu	Aplicate: 0 – da; 1- nu, 9 – nu se cunoaște
18.	Tratamentul pentru dispneea instituită	După inițierea tratamentului în condiții de ambulatoriu: 0 – nu; 1- da, 9 – nu se cunoaște
19.	Controlul dispneei realizat	După inițierea tratamentului în condiții de ambulatoriu: 0 – nu; 1- da, 9 – nu se cunoaște
20.	Efectele adverse ale tratamentului dispneei 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.	Aprecieri criteriilor de spitalizare	Aplicate: 0 – da; 1- nu, 9 – nu se cunoaște
	DIAGNOSTICUL	
32.	Data debutului dispneei	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.	Dispneea evaluată conform recomandărilor PCN	0 – nu; 1- da, 9 – nu se cunoaște
34.	Rezultatele evaluării documentate	0 – nu; 1 – da; 9 - nu se cunoaște

Nr.	Domeniul prompt	Definiții și note
35.	Dispneea reevaluată	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 dispneea instituită	După internare: 0 – nu; 1- da, 9 – nu se cunoaște
42.	Controlul dispneei realizat	După internare: 0 – nu; 1- da, 9 – nu se cunoaște
43.	Efectele adverse ale tratamentului dispneei controlate	După internare: 0 – nu; 1- da, 9 – nu se cunoaște
44.	Tratamentul pentru dispneea instituită	După internare: 0 – nu; 1- da, 9 – nu se cunoaște
45.	Controlul dispneei realizat	După internare: 0 – nu; 1- da, 9 – nu se cunoaște

ANEXA 3. Indicatorii de performanță stabiliți 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 un 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 autoîngrijire; imobilizat la pat sau în scaun mai mult de 50% din orele de veghe.
4	Pacientul incapabil de autoîngrijire, 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, 219 pagini
2. Cernețchi 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
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. Global Initiative for Asthma. Medical Communications Resources, Inc. 2022
5. Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (UPDATED 2022) Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease.
6. Idiopathic Pulmonary Fibrosis (an Update) and Progressive Pulmonary Fibrosis in Adults. An Official ATS/ERS/JRS/ALAT Clinical Practice Guideline, 2022
7. The IAHPC Manual of Palliative Care 3rd Edition
8. David Hui, et al. Management of Dyspnea in Advanced Cancer: ASCO Guideline, published at ascopubs.org/journal/jco on February 22, 2021: DOI <https://doi.org/10.1200/JCO.20.03465> Hui D, Maddocks M, Johnson MJ, et al. Management of breathlessness in patients with cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines†. ESMO Open 2020;5:e001038. doi:10.1136/esmoopen-2020-001038
9. 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>