

PROTOCOL CLINIC STANDARDIZAT PENTRU MEDICII DE FAMILIE

PEN nr. 5

Managementul integrat al pacienților care au nevoie de îngrijiri paliative în condiții de ambulatoriu/domiciliu

Îngrijirile paliative definite de OMS reprezintă „*abordarea de îmbunătățire a calității vieții pacienților și familiilor lor, care se confruntă cu patologii incurabile, amenințătoare de viață, pentru prevenirea și managementul suferinței prin identificarea, evaluarea și tratamentul durerii sau altor probleme de ordin biologic, psihologic sau spiritual*”.

PRIN ÎNGRIJIRILE PALIATIVE:	<ul style="list-style-type: none">- se asigură ameliorarea durerii și altor simptome deranjante;- se consideră viața și moartea drept procese normale;- nu se grăbește sau amână decesul;- se integrează aspecte psihologice și spirituale în asistența acordată;- se oferă un sistem de suport pentru pacienți, care ar asigura autonomie cât mai mult posibil;- se crește calitatea vieții;- se aplică în perioade precoce ale bolii, în combinație cu alte metode de prelungire a vieții;- se includ investigațiile necesare pentru a înțelege și trata complicațiile care apar;- se înțelege un sistem de suport pentru familie de a face față provocărilor pe parcursul bolii pacientului și a perioadei de doliu.
CÂND POATE FI APLICAT ACEST PROTOCOL:	Pacienților care necesită îngrijiri paliative în condiții de ambulator și domiciliu și aparținătorilor, și îngrijitorilor acestora, pentru susținerea activă și complexă a pacienților a căror boală nu mai răspunde la tratamentul curativ.
ACȚIUNILE REALIZATE DE PRESTATORUL DE ÎNGRIJIRI PALIATIVE:	<p>Prestatorii trebuie să dezvolte relații pozitive cu pacienții și familiile lor pentru a le asigura servicii bazate pe necesități, prin:</p> <ul style="list-style-type: none">- identificarea suportului și resurselor disponibile;- evaluarea nevoilor de îngrijire paliativă (Anexele 2, 3, 4).- elaborarea și implementarea planului de îngrijire bazat pe nevoile pacientului;- asigurarea îngrijirii inclusiv în ultimele săptămâni/zile de viață;- facilitarea disponibilității și accesului la medicamente (în special opioide) și dispozitive medicale necesare pentru efectuarea îngrijirilor paliative la domiciliu, din contul mijloacelor FAOAM în conformitate cu standardele aprobate de Ministerul Sănătății;- referirea în caz de necesitate la serviciile asistentului social, psihologului și altor specialiști;- referirea la necesitate pentru îngrijiri în condiții de hospice pe perioada de 30 zile (cumulativ pe parcursul a 6 luni);- referirea pentru spitalizare în secții specializate, în cazul prezenței unor condiții medicale, care pot fi soluționate doar în condiții de staționar;- identificarea nevoilor psihosociale/spirituale ale celor care oferă îngrijire (inclusiv autoîngrijire);- tratarea și/sau referirea când sunt necesare îngrijiri fizice (durere și alte semne și simptome).

Durerea

- Scopul tratamentului durerii în paliativ: un pacient fără durere, alert, cu senzoriul nealterat de medicamentele folosite.
 - Pentru evaluarea intensității durerii este utilizată scala vizual analogă sau scala vizual numerică, iar rezultatele sunt înregistrate în fișa medicală (Anexa 1).
 - La un pacient pot fi prezente mai multe tipuri de durere: nociceptivă, viscerală, neuropatică, psihogenă, este necesară evaluarea fiecărei dintre ele cu notarea datelor în fișa medicală.
 - Tratamentul analgezic trebuie administrat:
 - în mod constant, cu reevaluări repetate ce permit reajustarea sa în funcție de evoluția stării pacientului
 - în doze stabilite individual prin titrare, cu suplimentări la nevoie pentru puseuri dureroase, de preferat per os.
 - după schema recomandată de OMS: treapta I – nonopioide (antiinflamator nesteroidian); treapta II – opioide slabe (*Codeinum**, *Tramadolum*); treapta III – opioide puternice (*Morphinum*).
- Administrarea analgezicelor nonopioide va continua pe parcursul administrării opioidelor.

Treapta I

- *Paracetamolum* per os 500 – 1000 mg, 4 ori, max. 4 g/zi
- *Ibuprofenum* per os 200–600 mg, 3-4 ori, max. 2,4 g/zi
- *Ketoprofenum* per os 50 – 100 mg, 2-3 ori, max. 200 mg/zi
- *Ketorolacum* per os: 10 mg, 4-1 ori, max. 40 mg/zi; i/m: 10-30 mg, 1-4 ori, max. 90 mg/zi

Pacienților care primesc antiinflamatoare nesteroidiene și prezintă risc înalt de complicații gastrointestinale trebuie să li se prescrie profilactic *Misoprostolum* 800 μg/zi sau doze standard de inhibitori ai pompei de protoni, sau doze duble de antagoniști ai receptorilor H₂ histaminergici.

Treapta II

- *Codeinum*/Dihydrocodeinum** 30–60 mg, 4-6 ori, max. 240–360 mg/zi
- *Tramadolum* 50–100 mg, 4-6 ori, max. 400–600 mg/zi.

Treapta III

Acțiune de scurtă durată

- *Morphinum* tab. 5, 10, 15, 30 mg, per os, la fiecare 4 ore sau 10 mg s/c la fiecare 4 ore
- *Oxycodonum* 10 mg, per os, la fiecare 4 ore.

Acțiune prolongată

- *Methadone* - 2,5 – 3 mg, la fiecare 6 ore
- *Fentanylum* platură transdermic - patch 100μg, la fiecare 2-3 zile, nu este indicat pacienților opioid naivi.
- Dacă pacientul este naiv la opioide se va începe administrarea opioidului în doze mici cu titrarea ulterioară a dozei.
- Sunt preferabile căile de administrare non-invazive. Pentru durerea severă sau escaladarea rapidă a acesteia este nevoie de abord intravenos. Dacă administrarea orală, rectală sau transdermală nu mai este eficientă se va recurge la administrarea subcutanată.
- Terapia analgezică este parte integrantă a îngrijirii holistice și poate implica mai multe modalități de tratament.
- Titrarea dozei de opioid se va crește cu 25-50% pentru durerea moderată și cu 50-100% pentru durerea severă. Dacă doza de *Morphinum* administrată este mai puțin de 15 mg, se va majora cu 50%, dacă este mai mare cu 100%.

- Durerea în puseu se va controla cu administrarea a o șesime din doza de opioid de 24 de ore. Acesta se va administra nu mai devreme de 1 oră de la doza anterioară administrată per os, 15 minute de la doza administrată intravenos sau 30 min de la doza administrată subcutanat.
- La administrarea opioidelor se va ține cont de prevenirea efectelor adverse așa ca constipația, care este prezentă pe toata durata administrării acestora, greața și voma preponderent în primele 7 zile.
- Discontinuarea opioidelor se face gradual cu scăderea dozei cu aproximativ 10% pe săptămână pentru a evita simptomele de sevraj.
- Este necesară școlarizarea pacienților și a îngrijitorilor acestora despre medicația analgezică, efectele adverse, păstrarea și distrugerea în siguranță a acestora.
- Dacă controlul durerii nu este realizat, este necesară referirea fără întârziere către serviciul specializat. Pentru detalii vezi PCN-135 „Îngrijiri paliative. Durerea în cancer”.

*Nota. * nu este disponibil în Republica Moldova*

Durerea în stadiile terminale ale vieții

La observarea creșterii durerii și se vor majora dozele de medicamente.

Poate fi necesar să fie schimbată modalitatea de administrare dacă înghițirea este diminuată. Alternative: transdermic, lichide concentrate administrate oral în volume mici, parenteral.

Înteruperea bruscă a opioidelor sau benzodiazepinelor poate precipita sindromul de sevraj. Astfel, se va reduce doza cu 25% zilnic dacă nu există semne de durere la pacientul comat; se va reveni la doza anterioară, dacă apar semne de revenire a durerii.

Poate apărea mioclonie, care se va trata cu tab. *Clonazepamum* 0,5 mg, per os, 3 ori pe zi, max. 20 mg/zi sau *Lorazepamum* 0,5-2,0 mg, per os/intravenos, la 4 ore, dacă pacientul nu poate înghiți.

SIMPTOME RESPIRATORII

Dispneea

Identificați și tratați cauzele reversibile: obstrucția căilor respiratorii (de exemplu, bronhodilatatoare și/sau corticosteroizi), infecție (de exemplu, antibiotice), ICC sau supraîncărcare cu lichide (de exemplu, diuretice), anxietate (de exemplu, anxiolitice).

Cultivarea atitudinii calme, de încredere:

- poziționare a pacientului cât mai confortabil (ex.: pentru bolnavii cu BPCO/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 de acțiune de scurtă durată, dacă dispneea este asociată cu durere severă.

Abordări non-farmacologice

- 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.

Abordări farmacologice

Opioidele sunt terapie de primă linie. Se va începe cu *Morphinum* 2,5-5 mg, per os, la fiecare oră (orice opioid poate fie utilizat).

Lichidele pot fi mai ușor de înghițit sau pot fi plasate sublingual (deși absorbite enteral): lichid de *Morphinum*; lichid de *Oxycodonum*.

Opioide parenterale (subcutanat) - pot fi utilizate dacă pacientul nu poate înghiți.

Se vor adăuga anxiolitice (benzodiazepine) numai dacă există anxietate (de exemplu, *Lorazepamum* la fiecare 4 ore după cum este necesar).

Se va ridica capul patului (poate folosi un ventilator pentru confort).

Se va lua în considerare administrarea de oxigen numai dacă pacientul este hipoxemic.

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

- *Salbutamolium* 100μg la necesitate (nu mai mult de 6 pufuri în zi)
- *Ipratropii bromidum** – 1 puf la 6 ore.
- *Tiotropii bromidum** 18 μg (capsule), în spray 1,25 μg pentru astm bronșic sau 2,5 μg pentru BPOC - 1 dată în zi
- *Glycopyrronium** 300 μg – o dată în zi
- *Aclidinium bromidum* 322 μg - de 2 ori în zi
- *Formoterol + Aclidinium bromide*+ 340 μg/12 μg - de 2 ori în zi
- *Metilxantinele* (*Aminophylinum* sau *Theophylinum 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, carcinomatoza, 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 obstrucției a venei cava superior se vor administra *Dexamethasonum* 16 mg / 24 ore s/c, în stridor 8-16 mg/24 ore s/c.

Pentru Detalii vezi PCN-133 „Îngrijiri paliative în dispnee”

Tusea

• Se vor evalua cauzele și se aplică tratamentul etiologic, dacă e posibil: tumori nazofaringiene, laringiene, bronhopulmonare; candidoză; infecții cronice de tract respirator, bronșiectazii, abcese pulmonare, fibroze pulmonare; pleurezii; insuficiență cardiacă; valvulopatii, efecte secundare ale tratamentului cu inhibitorii enzimei de conversie, reflux gastric etc.

Tratament:

Tuse uscată:

- umidificarea aerului.
- antitusive: *Codeinum** 10 mg la 4-6 ore; *Morphinum* (numai dacă are indicație și pentru durere) se cresc dozele cu 30%; *Methadone* 2,5 mg x 2 ori pe zi.
- pe nebulizator: *Bupivacainum* 2ml din sol. 0.25% la 4-6 ore; *Lidocainum* 2%, 5ml

Atenție! Pacientul nu trebuie să mănânce nimic 30 minute după nebulizare, deoarece se abolește refluxul de deglutiție.

- corticoterapie: pentru tumori pulmonare *Dexamethasonum* 6-8 mg/zi.
- Radioterapie paliativă (eficiență în 40% din cazuri).

Tuse productivă:

- antibiotice
- inhalații

- mucolitice
- tapotaj, poziționare

Respirație stertoroasă terminală (când secrețiile nu mai pot fi expectorate): Hyoscini hydrobromidum* 0,4-0,8 mg subcutanat la fiecare 4 ore sau 0,8-2,4 mg/24 de ore infuzie subcutanat.

Sughitul

Se vor identifica cauzele: stimularea frenicului, iritația diafragmului – distensie gastrică, hepatomegalie, ascită, tumori voluminoase intraabdominale, tumori/adenopatii mediastinale, cauze de origine centrale (hipertensiune intracraniană, AVC, tumori în punte, uremie, encefalite).

Tratament

Nemedicamentos:

- Stimularea vălului palatin sau perete posterior nazofaringe cu un cateter 8-12 mm introdus pe nas.
- Manevra Valsalva
- Apă rece
- Respirație într-o pungă de hârtie (aer cu conținut crescut de CO₂)

Medicamentos:

- pentru cauzele periferice: *Metoclopramidum* 10 mg x 3 pe zi sau *Domperidonum* 10-20 mg x 3-4 pe zi.
- pentru cauzele centrale: *Haloperidolum* 0,5-1,5 mg pe zi sau *Chlorpromazinum* 25 mg x 3 pe zi sau *Levomepromazinum* 25 mg x 3 pe zi sau *Diazepamum* 2 mg x 3 pe zi.

SIMPTOME DIGESTIVE

Greața și voma

- Se vor explica cauzele probabile a 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 stenoză pilorică, se va face o spălătură 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 tamponelor curate. Excluziți cauzele potențial reversibile: constipație, boli ale sistemului nervos central, durere, electroliți alterați, obstrucție, antibiotice, chimioterapie, radioterapie, opioide, Digoxinum.

NB! Selectarea antiemeticelelor se va face în dependență de mecanismul de apariție a greții și/sau vomei

Induse de medicamente

Metoclopramidum 10 mg de 3 ori pe zi

Haloperidolum 1.5-2.5 mg de 2 ori pe zi

Radioterapie/chimioterapie:

Ondansetronum – 8 mg de 3 ori pe zi

Dexamethasonum 4-8 mg 1, 2 ori pe zi

Metoclopramidum – 10 mg de 3 ori pe zi

Olanzapinum - 5-10 mg o dată pe zi

Stază gastrică cauzată de hepatomegalie sau ascită

Metoclopramidum – 10 mg de 3 ori pe zi

Domperidonum – 10 mg de 3 ori pe zi

Gastrită

Omeprazolum 20 mg o dată pe zi/IV

Pantoprazolum 40 mg o dată pe zi/IV

Uremie metabolică, hipercalcemia

Haloperidolum 1.5-5 mg în 24 de ore

Hipertensiune intracraniană

Dexamethasonum 16-24mg în 24 ore

Probleme ale aparatului vestibular

Cinnarizinum 25-50 mg de 3 ori pe zi

Dozajul antiemeticelelor în funcție de calea de administrare

Medicamentul	Oral	Injectabil, subcutanat intermitent	Subcutanat în siringa automată
<i>Metoclopramidum</i>	10 mg de 4 ori pe zi	30-60 mg pe zi	40-100 mg/zi
<i>Haloperidolum</i>	1,5 mg seara	1,5-3 mg/zi	5 mg/zi
<i>Domperidonum</i>	10-20 mg la 6 ore	-	-
<i>Levomepromazinum</i>	12,5-25 mg /zi	5-25 mg/zi	12,5-75 mg/zi
<i>Chlorpromazinum</i>	12,5-25 mg la 8 ore	prezintă iritație la administrarea subcutanată	-
<i>Dexamethasonum</i>	4-16 mg/zi, se scade până la 2-6 mg/zi	4-16 mg/zi	4-16 mg/zi

Anorexia

Se va educa și consilia pacientul/familia cu privire la anorexia ca răspuns natural la boală; Se va interveni numai atunci când pierderea poftei de mâncare deranjează pacientul:

- mese mici, frecvente, alimente lichide sau semilichide, care necesită mai puțină energie pentru a le mânca,
- asistență la pregătirea mesei, controlul mirosurilor.

Se va identifica cauza – reversibilă sau ireversibilă.

Măsuri generale:

- tratarea cauzelor reversibile: controlul simptomelor, revizuirea medicației.
- explicații oferite despre cauze și despre necesarul energetic redus al acestor bolnavi.
- sfaturi dietetice: alimente în cantitate mică, la cerere, pe gustul bolnavului, cu valoare calorică mare, prezentare agreabilă. **NB! Nu se forțează pacientul să mănânce.**

- băuturi alcoolice, în cantitate mică, înainte de masa principală. Contraindicat la pacienții cu istoric de alcoolism, confuzie, ulcer gastric, posibile interacțiuni medicamentoase.

Tratament medicamentos:

- Corticoterapie orală: Dexamethasonum 4 mg pe zi o săptămână, apoi 2 mg pe zi sau Prednisolonum 15-30 mg pe zi, mai ales la un prognostic < 6 săptămâni;

Atenție! Aveți în vedere efectele secundare, deși acestea sunt rare la aceste doze. Se întrerupe după 2 săptămâni deoarece își pierde eficiența.

- Dronabinolum* 2-10 mg per os la fiecare 4 ore, utilizat cu prudență la adulții în vârstă.
- Mirtazapinum 15 mg per os seara înainte de somn pentru a îmbunătăți somnul, de asemenea, îmbunătățește apetitul.
- Hormonoterapie este indicată când corticoterapia e contraindicată sau nu e tolerată. Efectul se instalează la 1-2 săptămâni după începerea tratamentului: Megestrolum acetate* 160 mg pe zi sau Medroxyprogesteronum* 100-200 mg pe zi.

Notă: Alimentația parenterală nu îmbunătățește apetitul sau prognosticul, nu crește greutatea corporală și nu este indicată ca tratament al anorexiei.

Constipația

Se vor evalua frecvența, volumul, consistența și modelele normale ale tranzitului intestinal.

Vor fi identificați factorii cauzali potențiali care pot fi abordați: opioide, anticolinergice, antihistaminice, fenotiazine, antidepresive triciclice, diuretice, fier, chimioterapie, Ondansetronum, antiacide, deshidratare, inactivitate, hipercalcemie, hipokaliemie, obstrucție parțială a intestinului, compresia măduvei spinării, neuropatie autonomă, depresie, anorexie, hipotiroidism.

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 prezenței unei reacții alergice la produsele menționate.

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: Docusati sodium* – 240-480 mg, seara, sau Bisacodylum – 10-20 mg, seara, +/- Sennae extractum siccum – 15 mg pe noapte, +/- Lactulosum – 30 mg ziua. Ajustarea dozei se face în funcție de efectul clinic.

Evacuarea intestinului se va realiza prin administrarea de: Magnesii hydroxidum* 30 ml per os o data pe zi, sau Magnesii citras* 150-300 ml pe zi, Bisacodylum 2-3 comprimate per os o dată pe zi sau 10 mg supozitor sau clismele cu un volum mic așa ca Microlax* - 5 ml.

Pentru detalii PCN - 134 „Managementul semnelor și simptomelor gastrointestinale în îngrijirile paliative”

Constipația (prevenirea)

Toți pacienții care administrează opioide trebuie să primească tratament profilactic cu laxative

Se va adăuga o combinație de Sennae extractum siccum /Docusati sodium* și se va titra doza până la efectul dorit. Dacă persistă, se va lua în considerare adăugarea Bisacodylum 2-3 comprimate per os x 1/zi sau 1 supozitor rectal x1/zi;

Lactulosum 30-60 ml per os;

Metoclopramidum 10 mg per os x 2 ori pe zi;

Când constipația este legată de opioide, schimbarea dietei sau adăugarea suplimentele de fibre sunt rareori de ajutor.

Educarea pacienților/familiilor; există mult stigmat despre discutarea funcției intestinale.

Chiar și atunci când nu mănâncă, pacienții ar trebui să facă mișcări intestinale la fiecare 1-2 zile. Netratată constipația poate duce la disconfort și durere crescută, precum și agitație la un pacient cu deficiențe cognitive.

Diareea

Se consideră instalarea diareii atunci când în 24 ore se elimină cel puțin 3 scaune de consistență moale /lichidă.

Se vor evalua potențiale cauze frecvente de diaree în îngrijirea paliativă și se vor corecta/trata când este fezabil: medicamentos (utilizarea excesivă de laxative, antibiotice, magneziu, chimioterapie), infecția, dieta, fitoterapia (ex. ghimbirul), sindroame de malabsorbție cauzate de intervenții chirurgicale sau tumorale, radioterapie în regiunea abdomenului, boala inflamatorie intestinală și alte tulburări comorbide.

Menținerea igienei generale și îngrijirea perineală.

Menținerea echilibrului hidric este importantă la toți pacienții, cu excepția celor care se află în stadiul terminal al bolii.

Loperamidum 2 mg per os – se începe cu 4 mg, urmate de 2 mg după fiecare scaun, nu depășește 16 g (8 capsule)/24 ore

- Codeinum* 10-60 mg/6 ore;
- Anticolinergicele scad secreția și peristaltismul, dar utilizarea lor este limitată de efectele secundare
Difenoxylate
- Diphenoxylate + Atropini sulfas* 1-2 comprimate per os 4 ori pe zi, maxim 8 pe 24 de ore

Diareea postradioterapică: *Colestiraminum* – 4-12 g x 3 ori/zi.

Rectită radică, în sindrom carcinoid: *Cyproheptadinum** – inițial, 12 mg/zi.;

- Glucocorticoizi administrați rectal: microclisme cu 125 mg *Hydrocortisonum*.

- Malabsorbție lipidică sau sindromul de malabsorbție: Pancreatinum (Lipasum+Amylasum+Proteasum) 500 – 2500 unități lipază/kg per os la mese
- Diaree cologenică:
 - *Colestiraminum* 4-12 g de 3 ori/zi (în special pentru diareea cauzată de c. difficile)
- Sindromul Zollinger-Elison:
 - *Omeprazolom* 20-120 mg/zi (sau doză individualizată).
- Colita pseudomembranoasă:
 - *Vancomycinum* 125 mg de 4 ori/zi sau *Metronidazolom* 500 mg de 3 ori/zi.

Colita ulceroasă nespecifică: *Mesalazinum* 0,25-0,59 g/zi; glucocorticosteroizi.

Pentru detalii PCN 134 Managementul semnelor și simptomelor gastrointestinale în îngrijirile paliative

SIMPOTOME LA NIVELUL CAVITĂȚII BUCALE

Gură dureroasă sau ulcerată

- Îngrijirea regulată esențială a gurii este cea mai importantă parte a managementului.
- Se va identifica și trata cauza acolo unde este posibil (de ex. traumatisme, ulcere aftoase, infecție, malignitate, induse de chimioterapie sau radioterapie, deficiențe nutriționale, afecțiuni GI, hematopoietice tulburări și induse de medicamente). În cazul stomatitelor: **virale** - Aciclovirum 200 mg x 6 ori pe zi, 5 zile; **afte** - suspensie de Tetracyclinum la 6 ore (250 mg/10 ml), se clătește gura 2 minute apoi se înghite; **ulcerații maligne** – Flucloxacillinum* per os 250-500 mg la 6 ore; pentru anaerobi - Metronidazolom 400-500 mg la 12 ore, p/o sau rectal, sau aplicații locale
- Se va crește frecvența îngrijirii cavității bucale. Clătirea din oră în oră cu apă sau ser fiziologic poate fi de ajutor.
- Un agent de acoperire, cum ar fi Gelclair®, fără alcool, Apa de gură poate fi utilă și poate ajuta atunci când este folosit cu 30-60 de minute înainte de masă.
- Opțiuni de analgezie topică: Benzydaminum, Cholini salicylas.

Dacă nu răspunde la măsurile de mai sus, se va lua în considerare utilizarea de anestezice topice și se vor aplica direct la zonă dureroasă, de ex. Lidocainum spray 10%. aplicat folosind discuri de cotton. Dacă sunt foarte dureroase se administrează sistemic Morphinum sau Methadone.

- Se va evita anestezia faringelui înainte de mese/băuturi.
- Pentru dureri bucale severe, se va lua în considerare utilizarea combinată a preparate topice și sistemice.
- Se va reevalua pacientul în mod regulat.
- În caz de ineficiență a tratamentului se va face referirea la un specialist.

Xerostomia (Gură uscată)

Îngrijirea regulată esențială a gurii este cea mai mare parte importantă a managementului.

Vor fi identificate și abordate cauzele reversibile:

- Se vor revizui medicamentele administrate care cauzează gură uscată (ex. anticolinergice, opioide, corticosteroizi și antiemetice), se lua în considerare deshidratarea și umiditatea aerului.
- Se recomandă înghițituri frecvente de băutură rece neîndulcită dacă persoana este capabilă să înghită.
- Se va lua în considerare utilizarea de gheață zdrobită și cuburi de gheață. Gumă de mestecat fără zahăr/pastile cu conținut scăzut de zahăr pentru a stimula producția de salivă.
- Înlocuitori artificiali de salivă: Biotene oral-balance®, AS Saliva Orthana® (conține carne de porc).

Limbă saburată

- Adesea cauzate de funcția salivară inadecvată deci asociate cu gura uscată.
- Se va gestiona ca pentru gură uscată.
- Va crește frecvența îngrijirii gurii. Clătire din oră în oră cu apă sau ser fiziologic poate fi de ajutor.
- Periajul delicat al limbii cu dinți moi, periajul de mai multe ori pe zi poate ajuta la debridare / îndepărtarea lubrifianților aplicați anterior.
- Se va reevalua pacientul în mod regulat.

Candidoza orofaringiană

Se vor identifica cauzele.

Măsuri generale (vezi Xerostomia)

- Profilaxie prin igienă riguroasă
- Îndepărtarea protezelor peste noapte și lăsarea lor într-o soluție antiseptică
- Se sug felii de ananas (conțin substanțe cu acțiune debridantă)

Tratament medicamentos:

- medicație locală:
 - Nystatinum suspensie 100.000 UI/ml, 4-6 ml x 4 pe zi
 - Clotrimazolum 10 mg x 5 pe zi
 - Miconazolum gel 2-4 aplicații pe zi
- medicație sistemică:
 - Ketoconazolum 200 mg/zi, doză unică, 7-10 zile
 - Fluconazolum 50-150 mg pe zi, 7 zile sau 150 mg doză unică la pacienți cu stare generală alterată și prognostic scurt.

Disfagia

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

- 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 prelingerea ei din cavitatea bucală și poate duce la aspirație; pentru a reduce salivarea se administrează anticolinergicele Scopolaminum* – 1,5 mg/3 zile, sol. Atropini sulfas 0,1% – 0,3-0,5 ml, de 1-2 ori per zi.
- Corticoterapie cu Dexamethasonum – 8-16 mg pe zi sau Prednisolonum – 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 hidratari adecvate. Se indică Natrii chloridum (ser fiziologic) 0,9% sau sol. Glucosum 5% – 500 ml pentru 8-10 ore, cu un ritm aproximativ de 20 pic. pe min în zona abdominală sau partea anterioară a coapsei.

ÎNGRIJIREA PIELII

Transpirația

Potențiale cauze: cameră supraîncălzită, menopauză, anxietate, AVC, tireotoxicoză, hipoglicemie, diabet zaharat, diabet insipid, neuropatii periferice, infecții, limfoame, metastaze hepatice, sindrom carcinoid (frecvent febră și transpirație), cancer avansat etc

Tratament:

- Cauzal unde este posibil: ex: Paracetamol pentru febră;
- AINS: Indometacinum 25 mg x 3-4 pe zi, p/o; Naproxenum 250 mg x 2 pe zi, p/o; Efectul poate dura câteva săptămâni sau luni. Se pot alterna.
- Antagoniști H₂: Cimetidinum* 400 mg x 2 pe zi sau 800 mg seara; Propranololum 20-40 mg la 6 ore (atenție la tensiunea arterială).
- Corticoterapie: Dexamethasonum 2-4 mg pe zi sau Prednisolonum 10-30 mg pe zi,

Măsurile generale: îmbrăcăminte din bumbac, hidratare adecvată p/o, igiena corespunzătoare.

Răni, ulcere, erupții cutanate și leziuni ale pielii

Evaluarea riscului de escare cât mai curând posibil după admiterea în serviciul de îngrijire și ulterior, periodic, pentru a identifica persoanele cu risc de a dezvolta leziuni de presiune

Pentru evaluarea riscului este necesară o abordare structurată care ia în considerare factorii de risc locali și generali și se va aplica fișa Waterlow (*vezi PCN-136 „Îngrijiri paliative în escare”, ediția II*).

Dezvoltarea și implementarea unui plan de prevenire bazat nivelul de risc al pacientului.

1. Implementarea unui regim de îngrijire a pielii care include: menținerea tenului curat și hidratat corespunzător; curățarea rapidă a pielii după episoade de incontinență; evitarea folosirii săpunurilor și demachiantelor alcaline; protejarea pielii de umezeală cu un produs de barieră.
2. Reducerea presiunii prin folosirea paturilor speciale cu saltele antidecubit sau cu saltele cu apă; saltele pneumatice, saltele cu puf sau siliconice.
3. Pernele umplute cu lână naturală sau sintetică, cu puf, aer, apă sau cu gel, cerc antiescare se aplică sub regiunea sacrală.
4. Pielea și mucoasele să fie curate și uscate. Frecvența curățării ar trebui să fie individualizată După spălare, se vor usca tegumentele și se va aplica după caz un produs de barieră, se va evita masajul puternic sau frecarea pielii care poate deteriora pielea.
5. Lenjeria de corp și de pat să fie curată, uscată, fără cute și fărâmituri.
6. Evitarea iritării și frecării pielii. Evitarea masajului pielii hiperemiate.
7. Poziționarea corectă a pacientului în pat folosind anexele respective.
8. În locurile cu risc de formare a escarelor, zilnic se alică pe piele cu unguent pe bază de zinc.
9. Folosirea de rulouri, perne pentru suport și inele speciale pentru umere, coate, genunchi, călcâie.

Schimbarea posturii pentru a reduce presiunea. Se respectă orarul de poziționare, din 2 în 2 ore sau mai frecvent (schimbarea activă sau pasivă). Se vor repositiona toate persoanele cu sau cu risc escare în baza unui program individualizat, cu excepția cazului în care este contraindicat.

1. Evitarea spălării pielii cu săpun dur – se va folosi săpun cu pH 5,5.
2. Promovarea și menținerea continenței, combaterea incontinenței de urină și de fecale.
3. Examinarea zilnică a pielii în locurile cu risc de formare a escarelor.
4. Acordarea asistenței educative a pacientului și aparținătorilor în formarea deprinderilor îngrijirilor corecte, igienice ale pielii și ale mucoaselor.

Monitorizarea în mod regulat pielea de sub și din jurul dispozitivelor medicale pentru semne de escare (declarație de bună practică).

Îngrijirea:

- Se va spăla atent, prin jet, pielea cu escara de stadiul I cu apă fiartă răcorită sau soluție Natrii Chloridum 0,9%.

În caz de escare de gradul II locul ulcerăției se va prelucra la distanță în jet cu Natrii Chloridum 0,9%, în caz de eliminări purulente sau sângerări din plagă cu soluție de Hydrogenii peroxidum 3%.

- Pentru escare de gradul II-IV se aplică pansament steril, cu unguent, care vor controla infecția în plagă/escară și/sau liza/înmuia masele necrotice.

SIMPTOME NEUROLOGICE

Somnolența

Somnolența excesivă poartă numele și de hipersomnie. Hipersomnia reprezintă o tulburare în cantitatea, calitatea sau reglarea somnului.

Cauze/Factori de risc:

Organice - moarte iminentă, infecție, în special ale căilor respiratorii și ale tractului urinar, tensiune intracraniană crescută.

Biochimice - dereglări metabolice (uremia, mai ales dacă pacientului îi sunt administrate opioide, hiper/hipoglicemia, hipercalcemia, insuficiența hepatică, insuficiența respiratorie)

Medicamentoase - opioide, antidepressive triciclice, benzodiazepine, anticolinergice, antihistaminice.

Altele – oboseală, insomnia, izolare psihologică.

Management

- Evaluarea cu exactitate a cauzelor. În cazul în care pacientul este aproape de moarte, intervențiile invazive nu sunt indicate.
- **Terapia medicamentoasă:** Dexamethasonum – 16 mg/zi sau Paroxetinum – 20 mg, pentru depresie dificilă la tratament.

Insomnia / probleme ale somnului

- Se vor evalua tiparele de somn actuale și înainte de diagnosticare.
- Vor fi sugerate măsuri de igienă a somnului: reduceți cofeina după-amiază / seara, nu vă uitați la televizor / computer / telefon mobil / tablete în pat, limitați consumul de alcool, cameră răcoroasă, baie caldă înainte de culcare.
- Terapie de relaxare, cum ar fi exerciții de mindfulness, meditație, imagini ghidate.
- Pentru unii pacienți, terapiile farmacologice devin inefficiente dacă sunt folosite zilnic.
- Zolpidemum 5-10 mg per os înainte de somn; doze mai mici pentru femei; Atenție la potențialele probleme de siguranță cum ar fi mersul în somn.
- Mirtazapinum 15 mg per os înainte de somn pentru a îmbunătăți somnul, îmbunătățește, de asemenea, apetitul și starea de spirit.
- Buspironum* 5-20 mg per os de 3 ori pe zi.
- Trazodonum 25-50 mg per os înainte de somn.
- Vor fi evitate antihistaminice (Diphenhydraminum) pentru somn, în special la persoanele în vârstă sau fragile.

Delirul și / sau agitația

Se vor identifica și trata cauzele reversibile: vezică plină, impact fecal, durere, dispnee (hipoxemie, secreții, edem pulmonar), anxietate severă, greață, prurit, medicamente (de exemplu, corticosteroizi, neuroleptice, anticolinergice), deshidratare, infecție.

Pot fi necesare medicamente dacă tehnicile verbale și non-verbale de de-escaladare nu sunt adecvate sau nu au rezolvat simptomele:

- Distres ușor sau moderat al pacientului, luați în considerare utilizarea pe termen scurt (până la 1 săptămână) începând cu cea mai mică doză adecvată clinic și titrarea cu precauție; Haloperidolum 0.5 mg, zilnic maxim 5 mg mai ales la vârstnici. Pentru pacienții care nu pot lua medicamente orale, doze similare pot fi administrate subcutanat.

- Olanzapinum poate fi mai bine tolerat dacă este necesar să fie utilizat pe perioade mai lungi de timp. 2,5-5 mg, maxim 20 mg zilnic (10 mg la vârstnici). Sunt disponibile forme dispersabile.

- Pentru pacienții cu boala Parkinson, interval QT prelungit, sevraj de alcool sau convulsii preexistente, benzodiazepinele pot fi utilizate în primă linie – Lorazepamum 0,5-1 mg, maxim 4 mg zilnic și antipsihoticele atipice pot fi, de asemenea, luate în considerare, deși baza de dovezi este limitată.

- Pentru pacienții cu demență, medicamentele antipsihotice nu sunt de obicei recomandate. În demența cu corpi Lewy, acestea sunt legate de agravarea caracteristicilor extrapiramidale sau de deteriorare fizică acută și severă. În boala Alzheimer, demența vasculară sau demența mixtă, medicamentele antipsihotice sunt legate de evenimente adverse cerebrovasculare și deces. Cu toate acestea, în urma unei analize robuste risc-beneficiu, utilizarea precaută a antipsihoticelor poate fi luată în considerare pentru psihozele severe și/sau comportamentul agitat.

- Distres grav sau pericol pentru sine sau pentru alții: Haloperidolum 1,5-3 mg, până la 10 mg maxim, dacă este necesar, combinat cu o benzodiazepină, Lorazepamum 1-2 mg.

Recomandări de bună practică:

- Atenția asupra mediului înconjurător este esențială.
- Toxicitatea de opioizi este o cauză comună a delirului, în special la vârstnici.
- Corticosteroizii pot provoca delirium cu agitație crescută.
- Se va încuraja pacientul să continue să administreze lichide oral, dacă este posibil.
- Prezența unei rude apropiate sau a unui prieten poate ajuta la liniștea pacientului.

Managementul farmacologic al „neliniștii terminale” – delir progresiv, ireversibil, hiperactiv la sfârșitul vieții: Haloperidolum 0,5-2,5 mg poate fi utilizat în prima linie și trece la 2,5-10 mg/24 ore dacă sunt necesare ≥ 2 doze în 24 de ore. A doua linie, în plus, se va utiliza Midazolamum 2,5-5 mg și apoi, dacă sunt necesare ≥ 2 doze în 24 de ore, se recomandă să se înceapă cu 5-15 mg. Dacă pacientul continuă să fie agitat, se va crește doza de Midazolamum la 20-60 mg. Dacă agitația continuă în ciuda perfuziilor adecvate, non-stop, atât cu Haloperidolum, cât și cu Midazolamum, se va lua în considerare trecerea Haloperidolum la Levomepromazinum 25-50 mg, cu 25 mg și titrarea de la 50-75 mg în 24 ore până la simptome severe, maxim 200 mg pe zi. Dacă agitația pare refractară, se va lua în considerare utilizarea fenobarbitalului cu sfatul unui specialist.

Ocazional, pacienții pot lua medicamente antipsihotice sau benzodiazepine pe termen lung. Dozele echivalente aproximative sunt prezentate mai jos, deși, ca întotdeauna, dozele ar trebui să se bazeze pe o evaluare globală a nevoilor individuale ale pacientului. Schimbarea antipsihoticelor sau benzodiazepinelor, deși nu este recomandată, este uneori necesară în cadrul îngrijirilor paliative, mai ales dacă calea orală anterioară nu mai este disponibilă.

Doza echivalentă și durata de acțiune la benzodiazepine: Diazepamum 5 mg 3-30 ore, Clonazepamum 250 μ g 12 ore, Midazolamum 2,5-5 mg < 4 ore, Lorazepamum 500 mg 6-72 ore, Temazepamum* 10 mg 6-8 ore.

Doza echivalentă la antipsihotice: Chlorpromazinum 100 mg, Haloperidolum 2-3 mg, Levomepromazinum 25-50 mg, Olanzapinum 2,5-5 mg, Risperidonum 0,5-1 mg.

Pentru detalii vezi PCN 432 „Îngrijiri paliative în boli și simptome neurologice și mintale”.

SIMPTOME GENERALE

Fatigabilitatea

Cel mai frecvent simptom raportat în caz de boala avansată.

Se vor exclude posibili factori cauzali și se vor evalua care ar putea fi tratabili, având în vedere obiectivele îngrijire: anemie, deficit de fier, dezechilibre electrolitice, hipotiroidism, hipoxie, deficiențe de nutriție, medicamente, anxietate/depresie, anomalii ale somnului.

Se vor recomanda: exerciții fizice, kinetoterapie, terapie ocupațională; dispozitive de asistență, suport pentru îngrijire (igiena, curățare, mese), stimulante precum:

Methylphenidatum* 2,5-5 mg per os x 1 sau x 2 ori pe zi pentru a începe, apoi se titrează după necesitate.

Dexamethasonum 2-8 mg per os x 1, nu se administrează seara.

Mirtazapinum 15 mg per os seara înainte de somn pentru a îmbunătăți somnul, de asemenea, îmbunătățește apetitul și dispoziția.

ÎNGRIJIRI SPECIALE

Îngrijirea spirituală

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

Indicatorii posibili ai bolii spirituale includ:

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

Principiile de evaluare și abordare a durerii spirituale

Este important de întrebare pacientul/familia dacă ei doresc să fie vizitați de un preot. De asemenea, este foarte important de explicat pacientului/familiei că preoții pot ajuta pacienții să înțeleagă aceste lucruri.

Comunicarea cu pacientul terminal

Se va comunica i cu pacientul, familia și îngrijitorii despre diagnostic, prognostic, tratamentul, simptomele și gestionarea acestora, și problemele legate de îngrijire în ultimele zile/săptămâni de viață.

Se vor identifica și stabili prioritățile împreună cu pacientul și familie/îngrijitori.

Se vor oferi informații și îndrumare pacienților și îngrijitorilor în funcție de disponibilitatea resurselor.

Cum ascultăm „activ”?

- Creăm mediul ambiant:
 - Intimitate
 - Ne prezentăm ± strângem mâna (întâi pacientului apoi aparținătorului, pentru a sublinia prioritatea pacientului)
 - Ne așezăm la același nivel cu pacientul (sau eventual mai jos dacă acesta este furios), atitudine relaxată, umerii coborâți, mâinile eventual pe genunchi (nu cu brațele încrucișate), la 50-90 cm de pacient ± cuprindem mâna pacientului, corpul ușor aplecat înainte
 - Oprim televizorul sau radioul (explicăm de ce)
 - Să nu existe o masă, birou între pacient și noi
- Tehnici de facilitare a dialogului:
 - Lăsăm pacientul să vorbească, nu-l întrerupem în mijlocul frazei
 - Menținem contactul vizual
 - Încurajăm pacientul să vorbească prin ușoare înclinări afirmative și aprobări
 - Punem întrebări deschise (cele modale: Cum?, De când?....)
 - Evităm utilizarea jargonului medical
 - Acceptăm „tăcerile” de scurtă durată sau le întrerupem cu întrebări de genul „Ce v-a determinat să....?”, la ce vă gândiți?”

<ul style="list-style-type: none"> - Repetăm și interpretăm ceea ce ne spune pacientul • Răspundem empatic, identificăm și recunoaștem emoțiile trăite de pacient și le acceptăm ca firești. <p>Răspunsul empatic are trei componente:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identificarea emoției, stării sufletești pe care pacientul o trăiește 2. Identificarea originii și cauzei acestei emoții 3. Răspundem într-un mod care permite pacientului să înțeleagă că am făcut legătura 1 și 2 și îi acceptăm trăirea ca firească. <p>Ex.: ”Trebuie să fie foarte greu pentru dvs. să aflați că tot tratamentul agresiv pe care l-ați făcut nu aduce o remisiune de lungă durată și e firesc să fie așa.</p>
<p>Grupul de autori ai Protocolului clinic standardizat pentru medicii de familie PEN nr.5 „Managementul integrat al pacienților aflați în îngrijiri paliative în condiții de ambulatoriu/domiciliu”, elaborat în baza protocolului PEN al OMS, 2022.</p> <p>Ghenadie Curocichin, dr. hab. șt. med., prof. univ., șef Catedra de medicină de familie, USMF „Nicolae Testemițanu”</p> <p>Virginia Șalaru, dr. șt. med., conf. univ., Catedra de medicină de familie, USMF „Nicolae Testemițanu”</p> <p>Ludmila Postica, asist. univ., Catedra de medicină de familie, USMF „Nicolae Testemițanu”</p>
<p>Aprobat prin Ordinul Ministerului Sănătății nr.310 din 31.03.2025 cu privire la aprobarea Protocolului clinic standardizat pentru medicii de familie PEN nr.5 „Managementul integrat al pacienților care au nevoie de îngrijiri paliative”</p>

Anexa 1. FIȘA DE EVALUARE A DURERII

1. Durere prezentă ?

NU

DA

2. Debutul durerii

Acut

Cronică acutizată

3. Localizare și iradiere a durerii
pacientul sau asistenta marchează
locul pe imagine

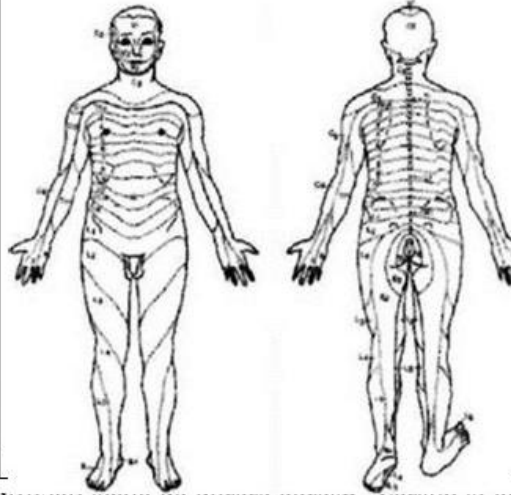
4. Caracterul durerii (bifati)

Caracter durere:

- Crampă
- Arsură
- Presiune
- Întepătură
- Înjunghiere
- Altul :

Simptome asociate: NU DA

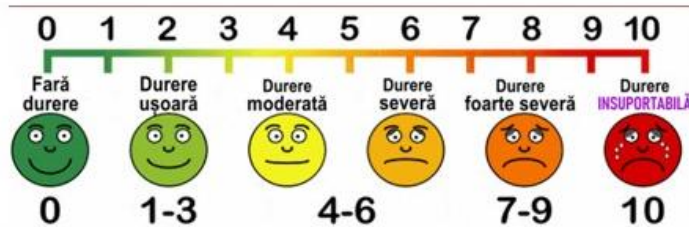
Specificați: _____



Factori de ameliorare (enumerati)	NU	DA
Factori de agravare (enumerati)	NU	DA

Evaluarea intensitatii durerii (utilizați scara de durere coresp. vârstei și condiției fizice a pacientului)

Scala VAS 0 – 10 (pacient cu vârsta > 7 ani) – incercuiti cifra indicata de pacient



Scala de durere NON –VERBALA (pacienti intubați , afazici) – calculati SCOR TOTAL =

1. Facies	0- relaxat	1- încruntat , grimase	2 – mandibula încleștată
2. Agitație	0- relaxat	1- ocazional mișcări agitate	2 – frecvent mișcări agitate
3. Tonus muscular *	0- normal	1- crescut, flectează degete	2 – rigiditate
4. Vocalizare	0- fără sunete anormale	1- ocazional țipete, plâns, geme	2 – frecvent sau permanent, geme plânge
5. Consolabilitate	0- mulțumit	1- liniștit prin atingere sau voce	2 – nu poate fi liniștit prin atingere sau voce

Durerea influențează/produce:

- Disconfort
- Deficit de igienă

- Pofta de mâncare
- Alterarea mobilității fizi

Altele _____

Diagnostic de durere _____

Evaluator: _____

Data și ora _____

Anexa 2. SCALA DE PERFORMANȚĂ KARNOFSKY (estimarea prognosticului pacientului)

index	Descriere	Apreciere
100%	Normal; fără simptome, fără evidență de evoluție a bolii.	
90%	Capabil să continue activitatea normală; semne și simptome minore de boală.	
80%	Activitate normală, cu efort; unele semne și simptome de boală prezente.	
70%	Autoîngrijire; incapabil să desfășoare activități nici măcar casnice.	
60%	Nevoia ocazională de asistență, pentru a satisface nevoile de bază.	
50%	Este necesară asistență personală considerabilă, îngrijiri medicale frecvente.	
40%	Invalid; nevoie de îngrijire și asistență medicală de specialitate.	
30%	Dezactivat complet; indicație de spitalizare, fără risc iminent de deces.	
20%	Foarte bolnav; spitalizare, îngrijire, tratament activ sau de susținere.	
10%	Muribund; deznodământ aproape fatal.	

Status de performanță ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group)

Grad	Status de performanță (descriere)
0	Complet activ; capabil să ducă la bun sfârșit activitățile desfășurate înainte de a se îmbolnăvi
1	Restricții în îndeplinirea activităților fizice solicitante, dar mobil și capabil să desfășoare munci ușoare sau sedentare (ex. munca de birou)
2	Mobil și capabil să se îngrijească singur, dar incapabil să muncească; treaz și activ mai mult de 50% din timpul efectiv
3	Parțial capabil să se îngrijească singur; imobilizat în scaun sau la pat peste 50% din timpul efectiv
4	Imobilizat complet la pat sau în scaun; nu se poate îngriji singur deloc

- ECOG: 0-1 corespunde lui Karnofsky 80% - 100%
- ECOG: 2 corespunde lui Karnofsky 60% - 70%
- ECOG: 3-4 corespunde lui Karnofsky 10% - 50%.

Anexa 3. FIȘA DE EVALUARE INIȚIALĂ

Data _____

Coordonator de caz: _____

1. Tegumente/ Țesut celular subcutanat

- | | | | |
|--|---|----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Scor Waterlow | <input type="checkbox"/> Icter | <input type="checkbox"/> Paloare | <input type="checkbox"/> Tumori ulcerate/nu |
| <input type="checkbox"/> Escare/plagă | <input type="checkbox"/> Hipersudorație | <input type="checkbox"/> Febră | <input type="checkbox"/> Cianoză |
| <input type="checkbox"/> Limfedem/edem | <input type="checkbox"/> Erupții | <input type="checkbox"/> Prurit | <input type="checkbox"/> Fistula |

2. Aparat Osteoarticular

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Fără patologie | <input type="checkbox"/> Fracturi / luxații / amputații | <input type="checkbox"/> Durere osoasă |
|---|---|--|

3. Aparat respirator

- | | | | |
|---|--|--------------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Fără patologie | <input type="checkbox"/> Durere toracică | <input type="checkbox"/> Dispnee | <input type="checkbox"/> Tuse |
| <input type="checkbox"/> Hemoptizie | <input type="checkbox"/> Pleurezie | <input type="checkbox"/> Traheostomă | |

4. Aparat digestiv

- | | | | |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Fără patologie | <input type="checkbox"/> Inapetență | <input type="checkbox"/> Hipersalivație | <input type="checkbox"/> Absența tranzit pt. gaze |
| <input type="checkbox"/> Deshidratare | <input type="checkbox"/> Stare dentiție | <input type="checkbox"/> Pirozis | <input type="checkbox"/> Disgeuzie |
| <input type="checkbox"/> Cașexie | <input type="checkbox"/> Xerostomie | <input type="checkbox"/> Rectoragie | <input type="checkbox"/> Sughit |
| <input type="checkbox"/> Ascită | <input type="checkbox"/> Vărsături | <input type="checkbox"/> Diaree | |
| <input type="checkbox"/> Candidoză bucală | <input type="checkbox"/> Disfagie | <input type="checkbox"/> Hematemeză | |
| <input type="checkbox"/> Halenă | <input type="checkbox"/> Greață | <input type="checkbox"/> Melena | |
| <input type="checkbox"/> Constipație | <input type="checkbox"/> Elemente patologice în scaun | | |

5. Aparat uro-genital

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Fără patologie | <input type="checkbox"/> Diureza |
| <input type="checkbox"/> Incontinență urinară | <input type="checkbox"/> Hematurie |
| <input type="checkbox"/> Infecție urinară | <input type="checkbox"/> Hemoragie vaginală |
| <input type="checkbox"/> Fistula vezico-vaginală/rectală | <input type="checkbox"/> Secreții vaginale/uretrale |
| <input type="checkbox"/> Stoma | <input type="checkbox"/> Sondă urinară/pampers/condon |

6. Sistem nervos

- Fără patologie
- Tulburări motorii
- Tulburări senzitive
- Tulburări senzoriale

Organe de simț

- Compresie medulară
- Spasticitate/crampe musculare
- Convulsii

Psihiatrice

- | | | | |
|--|-----------------------------------|------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Status normal | <input type="checkbox"/> Insomnie | <input type="checkbox"/> Anxietate | <input type="checkbox"/> Panică |
| <input type="checkbox"/> Depresie | <input type="checkbox"/> Confuzie | <input type="checkbox"/> Delir | <input type="checkbox"/> OTS |

Grad de dependență

Mobilizare Alimentație

- | | | |
|---------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Activă | <input type="checkbox"/> Cu sprijin | <input type="checkbox"/> Sonda nazogastrică |
| <input type="checkbox"/> Pasivă | <input type="checkbox"/> Cu ajutor | <input type="checkbox"/> Dieta |
| <input type="checkbox"/> Singur | <input type="checkbox"/> Gastrostoma/jejunost. | |

Capabil de autoîngrijire

- Da Nu

Anexa 4.
SISTEMUL DE EVALUARE SIMPTOMATICĂ EDMONTON (ESAS)

Pacient _____

DURERE

Fără											Cea mai mare imaginabilă	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Data												
Scor												

OBOSEALĂ

Fără											Cea mai mare imaginabilă	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Data												
Scor												

GREȚĂ

Fără											Cea mai intensă	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Data												
Scor												

DEPRESIE

Fără											Cea mai mare imaginabilă	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Data												
Scor												

ANXIETATE

Fără											Cea mai mare imaginabilă	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Data												
Scor												

SOMNOLENȚĂ

Fără											Cea mai mare imaginabilă	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Data												
Scor												

APETIT

Cu											Lipsă totală	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Data												
Scor												

CONFORT

Cel mai bun											Cea mai rău imaginabil	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Data												
Scor												

DISPNEE

Fără											Cea mai severă imaginabilă	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Data												
Scor												

Completat de Pacient Aparținător Pacient ajutat de aparținător

- In cazul completării de către aparținător, oboseala, neliniștea și starea „de bine” nu se evaluează!
- Se va completa zilnic în (UP) sau de 2 ori pe saptamana la (ÎD).