

# GHID ÎN ÎNGRIJIRI PALIATIVE





# **GHID**

## **ÎN**

# **ÎNGRIJIRI PALIATIVE**

(cu particularități în TB, HIV, pediatrie)

CHIȘINĂU - 2017

**Aprobat:**

la ședința Consiliului de Experți  
al Ministerului Sănătății al Republicii Moldova  
din 19.01.2016, proces verbal nr. 1

**Aprobat:**

prin Ordinul Ministerului Sănătății  
al Republicii Moldova  
nr. 219 din 30.03.2016

**AUTORI:**

**Andrei Bradu**, medic, specialist în medicina paliativă, lector superior la catedra de urologie și nefrologie chirurgicală a Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”

**Valerian Isac**, medic, director al Asociației Naționale de Tratament Paliativ, președintele comisiei pentru tratament paliativ a Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale

**Ornelia Ciobanu**, medic pediatru, Fundația Filantropică Medico-Socială „Angelus Moldova”

**Svetlana Popovici**, medic, coordonator ARV, IMSP Spitalul Dermatologie și Maladii Comunicabile, membru al grupului de lucru Tratament HIV al Consiliului Național de Coordonare HIV/TB

**Sofia Alexandru**, medic ftiziopulmonolog de categorie superioară, directoare a Institutului de Ftiziopneumologie „Chiril Draganiuc”

## CUPRINS

### **Introducere.....11**

#### Capitolul 1

### **Informații de bază despre îngrijirile paliative.....13**

1.1. Rolul îngrijirii paliative .....	15
1.2. Principiile generale ale îngrijirii paliative .....	16
1.3. Tipuri de îngrijiri paliative .....	17
1.4. Instituțiile și personalul care acordă servicii de îngrijiri paliative .....	18
1.5. Beneficiarii îngrijirii paliative .....	19
1.6. Actele normative care reglementează îngrijirile paliative în Republica Moldova .....	20

#### Capitolul 2


### **Diagnosticul și tratamentul durerii.....21**

2.1. Definirea durerii .....	23
2.2. Diagnosticul durerii .....	23
2.3. Durerea la pacienții infectați cu HIV .....	24
2.4. Diminuarea și tratarea durerii .....	25
2.4.1. Reguli generale de administrare a medicamentelor pentru controlul durerii.....	25
2.4.2. Tratamentul cu analgezice în dependență de intensitatea durerii .....	25
2.4.3. Instrucțiuni pentru pacient, rude sau însoțitor în cazul tratamentului cu analgezice .....	28
2.4.4. Mituri despre tratamentul cu opioide.....	29
2.4.5. Efecte adverse la administrarea medicației opioide .....	32
2.4.6. Administrarea opioidelor în insuficiența renală și hepatică.....	34
2.4.7. Adjuvanți coanalgezici în tratamentul durerii cronice .....	35
2.4.8. Abordări non-farmacologice pentru controlul durerii.....	36
2.4.9. Seringa-automat utilizată pentru tratamentul durerii cronice .....	37
2.4.10. Blocadele nervoase în durerea de plex.....	39
2.5. Dureri specifice și tratamentul lor.....	40
2.5.1. Durere osoasă .....	40
2.5.2. Dureri abdominale.....	41

2.5.3. Dureri rectale.....	41
2.5.4. Durere neuropată .....	41
2.5.5. Crampe musculare .....	43
2.5.6. Acutizarea durerii pe fon de medicație (Puseu dureros) .....	43

### Capitolul 3

## **Tratament simptomatic .....45**

3.1. Recomandări pentru efectuarea unei evaluări complexe a stării pacientului  .....	47
3.2. Îngrijire și tratament în cazul simptomelor digestive .....	47
3.2.1. Halitoza (miros neplăcut din cavitatea bucală) .....	47
3.2.2. Xerostomia (gura uscată) .....	48
3.2.3. Stomatita .....	50
3.2.4. Candidoza orală .....	51
3.2.5. Disgeuzia (modificările gustului) .....	52
3.2.6. Greța și voma.....	53
3.2.7. Ocluzia intestinală.....	57
3.2.8. Anorexia .....	58
3.2.9. Diareea .....	59
3.2.10. Constipația .....	61
3.2.11. Stoma .....	62
3.2.12. Fistula .....	64
3.2.13. Ascita.....	64
3.3. Simptome respiratorii.....	66
3.3.1. Dispneea .....	66
3.3.2. Tusea .....	69
3.3.3. Sughitul .....	70
3.4. Îngrijire și tratament în cazul simptomelor neurologice .....	72
3.4.1. Hipertensiunea intracraniană.....	72
3.4.2. Convulsii.....	73
3.4.3. Compresia medulară .....	74
3.5. Îngrijire și tratament în cazul simptomelor psihice/psihologice.....	75
3.5.1. Depresia .....	75
3.5.2. Anxietatea.....	79
3.5.3. Insomnia.....	81
3.5.4. Somnolența .....	82
3.5.5. Demența.....	83

3.5.6. Delirul.....	83
3.5.7. Agitația terminală.....	86
3.5.8. Slăbiciunea/fatigabilitatea.....	87
3.6. Simptome hematologice .....	88
3.6.1. Hemoragia .....	88
3.6.2. Hematemeza acută, melena proaspătă, sângerarea vaginală.....	88
3.6.3. Hemoptizia.....	89
3.6.4. Anemia .....	90
3.6.5. Hemoragia .....	91
3.6.6. Hipercalcemia .....	92
3.7. Îngrijire și tratament în cazul simptomelor țesutului cutanat.....	93
3.7.1. Erupecii cutanate .....	93
3.7.2. Escare .....	95
3.7.3. Limfedem.....	96

#### Capitolul 4

<b>Particularități ale îngrijirii paliative la pacienții cu TB .....</b>	<b>99</b>
4.1. Rolul îngrijirii paliative în controlul TB .....	101
4.2. Îngrijirea paliativă clinică a pacienților cu TB .....	102
4.2.1. Durerea.....	102
4.2.2. Greața și voma.....	103
4.2.3. Dereglări de glutiție și tuse.....	103
4.2.4. Droguri și efecte secundare.....	104
4.2.5. Transpirații nocturne .....	104
4.2.6. Suport nutrițional .....	104
4.2.7. Sănătatea familiei și a îngrijitorilor .....	104
4.3. Controlul infecției .....	104
4.4. Igiena tusei.....	106
4.5. Comportamentul rudelor și al persoanelor apropiate în cazul îngrijirii paliative a bolnavului TB.....	106

#### Capitolul 5

<b>Particularitățile îngrijirii paliative la copii.....</b>	<b>109</b>
5.1. Principii de bază în îngrijirea paliativă pediatrică.....	111
5.2. Importanța și rolul îngrijirii paliative pediatrice.....	111
5.3. Asemănări și deosebiri dintre îngrijirea paliativă a copiilor și cea a adulților .....	112
5.4. Criterii de eligibilitate a pacienților-copii pentru îngrijiri paliative.....	113

5.5. Durerea .....	114
5.5.1. Evaluarea durerii la copii.....	115
5.5.2. Tratatamentul farmacologic al durerii.....	122
5.6. Tratatament simptomatic.....	126
5.6.1. Dispneea .....	126
5.6.2. Tusea .....	128
5.6.3. Sughitul.....	128
5.6.4. Voma și grețurile .....	129
5.6.5. Reflux gastroesofagian .....	130
5.6.6. Constipația.....	133
5.6.7. Diareea .....	135
5.6.8. Pruritul.....	138
5.6.10. Convulsiile .....	140
5.6.11. Delirul și agitația terminală.....	141
5.6.12. Anorexia.....	141
5.6.13. Anxietatea .....	141
5.6.14. Traheostoma.....	141
5.6.15. Gastrostoma .....	142

## Capitolul 6

<b>Suport psihologic pentru pacienți și familiile acestora.....</b>	<b>145</b>
6.1. Consilierea psihologică.....	147
6.1.1. Evaluarea psihoemoțională necesită luarea în considerare a următorilor factori.....	147
6.1.2. Comunicarea veștilor triste .....	148
6.1.3. Consilierea spirituală - parte a susținerii psihologice .....	152
6.2. Respectarea particularităților culturale în îngrijirea paliativă.....	153
6.3. Îngrijirea muribunzilor .....	154
6.3.1. Pregătirea pentru deces .....	154
6.3.2. Participarea .....	155
6.3.3. Asigurați confortul pacientului.....	155
6.4. Susținerea rudelor pacientului după moartea acestuia.....	155
6.4.1. Etapele durerii sufletești trăite de persoană după o pierdere greă sunt descrise în literatura de specialitate astfel .....	155
6.4.2. Suferințe de durată/ nefrești .....	158



## LISTA TABELELOR

Tabelul 2.1. Indicarea preparatelor analgezice în dependență de intensitatea durerii .....	27
Tabelul 2.2. Recomandări pentru tratarea efectelor adverse la administrarea preparatelor opioide.....	30
Tabelul 2.3. Recomandări privind administrarea opioizilor pacienților cu insuficiență renală și hepatică.....	35
Tabelul 2.4. Clasele de medicamente utilizate ca terapie adjuvantă a durerii neoplazice.....	36
Tabelul 2.5. Medicamente care pot fi folosite în seringă-automat .....	38
Tabelul 3.1. Recomandări pentru indicarea medicamentelor împotriva greței și vomiei .....	55
Tabelul 3.2. Caracteristica farmacologică a medicamentelor împotriva greței și vomiei și dozele recomandate.....	56
Tabelul 3.3. Tratament în caz de diaree.....	60
Tabelul 3.4. Tratamentul depresiei și simptomelor depresive .....	77
Tabelul 3.5. Terapie anxietății .....	80
Tabelul 3.6. Tratamentul demenței.....	84
Tabelul 5.1. Lista instrumentelor pentru măsurarea intensității durerii la copii .....	121
Tabelul 5.2. Antiinflamatoare nesteroidiene pentru controlul durerii la copii.....	123
Tabelul 5.3. Cantitatea de SRO, administrată în 4 ore, în dependență de vârstă și de greutatea corporală.....	137
Tabelul 6.1. Principalele schimbări în starea pacienților muribunzi .....	156
Tabelul 6.2. Recomandări pentru membrii familiei și pentru alte persoane care îngrijesc de pacient, în cazul modificărilor premergătoare decesului.....	157

## LISTA FIGURILOR

Figura 2.1. Scala vizual analogică (VAS) .....	26
Figura 2.2. Scala de analgezie OMS și terapia antialgică în funcție de intensitatea durerii .....	26
Figura 3.1. Cauze care provoacă vomă și greața.....	54
Figura. 5.1. Scala OUCHER .....	116
Figura. 5.2. Scala cu chipuri simbolice „Face scale“ – revizuită .....	117
Figura. 5.3. Scala imaginilor durerii – revizuită (FPS-R) .....	117
Figura. 5.4. Scala analog vizuală (SAV) .....	118
Figura. 5.5. Scala de evaluare numerică.....	118

## ANEXE

Anexa 1. Recomandări pentru administrarea corticosteroizilor în îngrijirile paliative .....	163
Anexa 2. Măsurile de precauție în îngrijirea la domiciliu a pacienților cu HIV și acordarea asist enței în caz de expunere accidentală la HIV .....	168
Anexa 3. Interacțiuni medicamentoase între preparatele ARV și medicamentele non-HIV .....	171
Anexa 4. Reacții adverse frecvente/severe la medicamente ARV .....	173
Anexa 5. Interacțiuni între medicamentele antidepresive și medicamentele antiretrovirale .....	174
Anexa 6. Terapia reacțiilor adverse ale preparatelor utilizate în tratamentul TB DR .....	175
Anexa 7. Managementul farmaco-terapeutic al reacțiilor adverse la preparatele utilizate în tratamentul TB DR .....	182
Anexa 8. Instrucțiuni de îmbrăcare corectă a echipamentului de protecție respiratorie .....	184
Anexa 9. Preparatele prescrise în îngrijirea paliativă a copiilor (mic ghid farmaco-terapeutic).....	187
<b>Bibliografie .....</b>	<b>214</b>

## ABREVIERI

AİPP	Asociația pentru Îngrijiri Paliative Pediatriche
AINS	Antiinflamatoare nesteroidiene
ARV	Antiretroviral
AVC	Accident vascular cerebral
BPOC	Bronhopneumopatia cronică obstructivă
CDI	Consumatori de droguri injectabile
CID	Sindrom de coagulare intravasculară diseminată
CIMC	Conduită integrată a maladiilor la copii
ECG	Electrocardiografie
FPS-R	Scala cu chipuri simbolice revizuită
GABA	Acidul gamma-aminobutiric
GCS	Glucocorticosteroizi
GI	Gastrointestinal
Hb	Hemoglobină
HIV	Virusul Imunodeficienței Umane
H2Ras	Antagoniști H2 receptori
HTC	Hipertensiunea intracraniană
ISRS	Inhibitor Selectiv Recaptare Serotonină
i/m	Intramuscular
INNTI	Inhibitor nonnucleozidic al transcreptazei inverse
i/v	Intravenos
IP	Inhibitor al proteazei
IPP	Inhibitori ai pompei de protoni
OMS	Organizația Mondială a Sănătății
PTH	Persoane care trăiesc cu HIV
PCC	Psihoterapie cognitiv-compartamentală
RGE	Reflux gastro-esofagian
RM	Republica Moldova
RMN	Rezonanță Magnetică Nucleară
PCC	Psihoterapie Cognitiv Comportamentală
PEF-metria	Determinarea debitului expirator de vârf
PSCC	Perfuzie subcutanată continuă
Sa O2	Saturația O2
SDRA	Sindrom Distress Respirator Acut
SIRS	Sindrom Raspuns Inflamator Sistemic
s/c	Subcutanat
SNC	Sistem nervos central
SNR	Scala numerică
SRO	Soluție de rehidratare orală
TA	Tensiunea arterială
TARV	Tratament antiretroviral
TEAP	Trombembolia Arterei Pulmonare
tub PEG	Tub de gastrostomă endoscopică percutanată
VAS	Scala vizual analogă
TB	Tuberculoza
TB DR	Tuberculoza drogerezistentă

# INTRODUCERE

Ghidul în Îngrijiri Paliative a fost elaborat ca răspuns la necesitățile specialiștilor care activează în domeniul îngrijirilor paliative oferite pacienților ale căror boală nu mai răspunde la tratament curativ. Ghidul este adresat îndeosebi specialiștilor din Centrele medicilor de familie, din Centrele de sănătate și îngrijire la domiciliu, de la Asociațiile medicale teritoriale, secțiile de Îngrijiri Paliative, specialiștilor în Îngrijiri Paliative, Boli interne, Pediatrie.

Ghidul în Îngrijiri Paliative poate fi util și pentru asistentele medicale care oferă îngrijiri paliative, grație informațiilor detaliate legate de anumite proceduri de nursing pe care le conține. Totodată, atât pacienții de îngrijiri paliative, cât și membrii familiilor acestora pot consulta Ghidul în anumite privințe.

Ghidul a fost conceput să fie practic și ușor de utilizat. El conține informații succinte și explicite, structurate în 6 capitole și 9 anexe.

Capitolul 1 conține informații de bază despre îngrijirile paliative, principiile generale ale acestora, tipurile de îngrijiri paliative, mediile de acordare a îngrijirilor paliative, despre prestatorii și beneficiarii îngrijirilor paliative, precum și despre actele normative, care reglementează organizarea și prestarea îngrijirilor paliative în Republica Moldova.

În Capitolul 2 sunt expuse informații despre diagnosticul și tratamentul bolii, este oferită o informație vastă referitoare la administrarea preparatelor opioide.

Capitolul 3 este dedicat tratamentului simptomatic și include informații despre îngrijire și tratament în cazul simptomelor digestive, respiratorii, neurologice, psihice/psihologice, hematologice și dermatologice.

În Capitolul 4 este prezentată informația despre particularitățile îngrijirii paliative a pacienților cu TB, incluzând și controlul infecțiilor.

Capitolul 5 este dedicat în totalitate îngrijirilor paliative pediatrice. Aici se acordă o importanță deosebită metodelor de evaluare și de tratament al maladiilor, precum și tratamentul simptomatic.

Capitolul 6 este dedicat unor probleme destul de complexe, cum ar fi susținerea psihologică a pacientului și a familiei acestuia, precum și informație importantă cu privire la îngrijirea muribunzilor și la modalitatea de susținere în caz de pierdere a apropiaților.

În anexe sunt prezentate multiple indicații, care completează unele capitole, precum și un Îndrumar farmaceutic al preparatelor, utilizate în cazul îngrijirilor paliative pediatrice.

Autorii speră că acest Ghid, elaborat în concordanță cu standardele și recomandările moderne, va oferi lucrătorilor medicali cunoștințele necesare despre terapia simptomatică, fapt care va contribui la îmbunătățirea calității în îngrijirea paliativă a pacienților.

---

Opiniile exprimate în acest ghid nu reflectă neapărat opinia oficială a finanțatorului. Reproducerea parțială sau integrală a Ghidului este permisă doar cu acordul în scris al autorilor. Ghidul este elaborat și publicat în cadrul proiectului „Sporirea rolului pacientului și al comunității în controlul tuberculozei în Moldova”, finanțat de Fondul Global de Combatere a SIDA, Tuberculozei și Malariei, Recipient principal – Centrul pentru Politici și Analize în Sănătate.

# Informații de bază despre îngrijirile paliative



Îngrijirea paliativă reprezintă susținerea activă și complexă a pacienților, a căror boală nu mai răspunde la tratamentul curativ. Organizația Mondială a Sănătății (OMS) definește îngrijirile paliative drept „acțiuni întreprinse în vederea îmbunătățirii calității vieții pacienților și familiilor acestora, prin prevenirea și ameliorarea suferinței, prin identificarea precoce

a bolii, prin evaluarea corectă și tratamentul simptomatic, dar și prin rezolvarea problemelor de altă natură: fizice, psihosociale și spirituale”.





## 1.1. Rolul îngrijirii paliative

Îngrijirile paliative dau valoare vieții și consideră moartea ca fiind un proces firesc; ele nu grăbesc și nici nu amână moartea. Îngrijirile paliative își propun să mențină cea mai bună calitate posibilă a vieții până la moarte. Alinând eficient suferința și presupunând un cost relativ scăzut, îngrijirea paliativă nu se reduce la îngrijirile de la finalul vieții, deoarece s-a dovedit că inițierea timpurie a îngrijirilor paliative îmbunătățește calitatea vieții și reduce necesitatea unor tratamente dificile și agresive.

Astfel, îngrijirile paliative sunt tot mai mult recunoscute ca fiind o parte importantă a continuității procesului de îngrijire, atât pentru pacienții cu cancer, cât și pentru cei cu boli non-oncologice, cum ar fi pacienții cu HIV și TB. În țările cu epidemie concentrată a infecției cu HIV, OMS nu recomandă crearea structurilor separate pentru acordarea îngrijirilor paliative persoanelor infectate cu HIV. Particularitatea de bază a infecției cu HIV în aspectul îngrijirilor paliative este că administrarea tratamentului specific cu preparate ARV nu trebuie sistată atât timp, cât pacientul poate fi îngrijit. În același timp, la acordarea îngrijirilor paliative trebuie de ținut cont de interacțiunea preparatelor ARV cu medicamentele indicate pentru controlul simptomelor și ușurarea suferințelor pacientului. Toate măsurile de diminuare a suferinței pacientului, cauzată de boală, trebuie inițiate din momentul stabilirii diagnosticului și continuate, indiferent de succesul terapeutic al tratamentului.

Îngrijirea paliativă este o componentă esențială și indispensabilă a îngrijirii oferite pacienților - copiilor și adulților - cu TB XDR și TB MDR. Îngrijirea paliativă în contextul TB MDR și XDR trebuie să fie integrată în managementul TB MDR și XDR din momentul diagnosticului până la vindecarea pacientului sau până la decesul acestuia.

Îngrijirea paliativă:

- este o îngrijire deplină, activă a pacienților și familiilor lor, de obicei, atunci când boala nu mai răspunde la tratamentul potențial curativ, chiar dacă acesta a fost inițiat în faza timpurie a bolii;
- asigură ameliorarea durerii și a altor simptome;
- țintește să atingă calitatea cea mai înalt posibilă a vieții pentru pacienți și pentru familiile lor.
- corespunde nevoilor fizice, psihosociale și spirituale;
- este continuată, la necesitate, și pentru a asigura susținere în perioada de doliu.

## 1.2. Principiile generale ale îngrijirii paliative

### La baza îngrijirii paliative stau următoarele aspecte esențiale:

- controlul simptomelor;
- suportul psihologic, spiritual și emotional;
- sprijinul pentru familie;
- susținerea în perioada de doliu.

### OMS a elaborat următoarele principii de bază pentru îngrijirea paliativă, care:

- asigură înlăturarea durerii și a altor simptome;
- predispune spre optimism și consideră moartea drept un proces firesc; nu grăbește și nici nu amână decesul;
- integrează aspectele psiho-sociale și spirituale ale îngrijirii pacientului;
- oferă un sistem de sprijin pentru a ajuta pacientul să ducă o viață cât mai apropiată de cea obișnuită;
- oferă suport familiei pentru a depăși dificultățile în perioada bolii pacientului și după decesul acestuia;
- se bazează pe o abordare de echipă pentru a satisface toate nevoile pacientului și ale familiei, inclusiv prin servicii de „bereavement” (suport în perioada de doliu), dacă e cazul;
- îmbunătățește calitatea vieții și poate influența benefic evoluția bolii.

**Îngrijirea paliativă este aplicabilă în stadiile timpurii ale bolii**, în corelație cu o serie de alte terapii, menite să prelungească viața, cum ar fi: chimioterapia, radioterapia și include investigații necesare unei mai bune înțelegeri și abordări ale complicațiilor clinice.

Îngrijirea pacientului este efectuată de o echipă interdisciplinară (pentru a satisface nevoile complexe ale pacientului și familiei), în centrul acesteia aflându-se pacientul cu familia sa. Membrii echipei interdisciplinare interacționează cu pacientul și familia acestuia, dar și între ei, în funcție de complexitatea cazului sau evoluția bolii: medicul, asistentul medical, asistentul social, infirmiera/îngrijitorul la domiciliu, psihologul, preotul/pastorul, fizioterapeutul, terapistul ocupațional, terapistul prin joc, dieteticianul, farmacistul și, nu în ultimul rând, voluntarul.

### 1.3. Tipuri de îngrijiri paliative

**Îngrijirea clinică** (tratamentul) este oferită de personalul medical.

Îngrijirea clinică asimptomatică este orientată către persoanele care nu manifestă simptome specifice.

Acest tip de intervenție prevede: monitoringul de rutină și evaluarea clinică, inclusiv determinarea timpului optimal pentru inițierea terapiei specifice; activități de prevenire a tuberculozei și a altor infecții oportuniste; consilierea și evaluarea regimului alimentar; explicarea aspectelor igienice, atât personale, cât și menajeră, evaluarea problemelor de ordin psihologic, oferirea sfaturilor suplimentare privind îngrijirile de bază.

Îngrijirea clinică simptomatică este prevăzută pentru persoane care manifestă simptome specifice.

Acest tip de intervenție include: activitățile din cadrul îngrijirii clinice asimptomatice și tratamentul manifestărilor simptomatice.

**Îngrijirea la ultimele etape ale bolii și după decesul pacientului** este prevăzută atât pentru pacient, cât și pentru membrii familiei lui.

Îngrijirea în faza terminală este parte indispensabilă a îngrijirii paliative și se referă la îngrijirea pacienților a căror moarte este iminentă și poate surveni în decurs de câteva ore sau de câteva zile. Aceasta include controlul simptomelor și al durerii, îngrijirea propriu-zisă a persoanei.

**După decesul pacientului, membrii familiei beneficiază de suport, sfaturi și sprijin.** Serviciile în perioada de doliu cuprind: suportul familiei după decesul pacientului, consilierea individuală și familială, corespondență/telefoane, vizite la familiile îndoliate, consilierea spirituală, legătura cu alte surse de sprijin din comunitate. Serviciile în perioada de doliu sunt asigurate de către membrii echipei și voluntari, care activează în colaborare cu personalul medical și cu asistenții sociali, având o instruire specială.

**Suportul psihologic oferit pacienților și familiilor acestora.** Acest tip de intervenție include: consilierea privind starea psihologică și mintală a pacientului, consilierea familiei și prietenilor; suportul psihologic acordat pacientului și membrilor familiei, oferirea grupurilor de suport, păstrarea confidențialității, suportul acordat după deces, dezvoltarea și implementarea inițiativelor orientate spre suportul psihologic, tratamentul dereglărilor psihologice, cum ar fi depresia și starea de neliniște, riscul de suicid etc.

Consilierea este oferită de către fiecare membru al echipei interdisciplinare. În probleme psihologice complexe se va asigura accesul la specialiști calificați.

**Suportul spiritual/religios** este oferit în momentele critice. Serviciile de suport spiritual/religios cuprind: consiliere, rugăciune, servicii și ritualuri religioase specifice, ascultare activă, meditație, participare la servicii funerare. Intervențiile în aceste cazuri

sunt efectuate ținându-se cont de apartenența la religie, de cultura și obiceiurile persoanei date sau ale comunității. Serviciile de suport spiritual/religios sunt asigurate de slujitorii bisericii sau de reprezentanții cultelor religioase.



**portul social** prevede: evaluarea psihosocială, participarea la stabilirea și implementarea planului de îngrijire, relații cu alte servicii, educație, protecția drepturilor pacientului/familiei, sprijin pentru organizarea serviciilor funerare, suportul familiei în perioada de doliu, participarea la selectarea voluntarilor, promovarea îngrijirii paliative, supervizare, cercetare, reducerea stigmatizării, acordarea serviciilor legale, inclusiv în alcătuirea documentelor notariale (cum ar fi, moștenirea etc.), acordarea ajutorului în îngrijirea la domiciliu.

## 1.4. Instituțiile și personalul care acordă servicii de îngrijiri paliative

**Secțiile cu paturi pentru îngrijiri paliative/hospice.** În acest mediu există paturi special destinate oferirii serviciilor de îngrijiri paliative. În Republica Moldova astfel de secții sunt amenajate în instituții medico-sanitare publice și private. Echipa interdisciplinară specializată în îngrijiri paliative beneficiază de o instruire specială și asistă pacienți și familii cu nevoi complexe de îngrijire fizică, psihosocială și/sau spirituală.

**Echipe mobile de spital, specializate în îngrijiri paliative.** Echipele mobile, specializate în îngrijiri paliative au rol consultativ și de sprijin în spital, îngrijirea pacientului rămânând pe seama medicului specialist din spital, bolnavul beneficiind de consultul specialiștilor în îngrijiri paliative. În Republica Moldova o astfel de echipă funcțională își desfășoară activitatea în cadrul IMSP Institutul de Oncologie.

**Echipe de îngrijiri paliative la domiciliu.** Echipa specializată de îngrijiri paliative vizitează bolnavii la locul de reședință a acestora (domiciliu, cămin, instituție rezidențială, penitenciar) și le acordă îngrijire în aceste medii. Pentru perioade scurte de timp bolnavii pot fi internați în unitățile cu paturi pentru îngrijiri paliative pentru tratamentul complex al maladiilor apărute sau pentru a oferi răgaz familiei care îngrijește bolnavul.

**Cabinete de consultații pentru îngrijiri paliative în condiții de ambulator.** Este cunoscut faptul că organizarea unui cabinet de consultații de ambulator pentru pacienți este o componentă importantă într-un program de îngrijiri paliative. Cabinetele sunt situate, de regulă, în spitalele cu pacienți cu stări grave, consultațiile fiind acordate de echipa de specialiști din spital (consiliere pentru pacienții care se pot deplasa și urmează tratament ambulator).

## 1.5. Beneficiarii îngrijirii paliative

**Beneficiarii îngrijirii paliative sunt pacienții de toate vârstele**, cu maladii cronice în stadiu avansat și alte boli cu pronostic limitat, cu simptome necontrolate, suferință psihoemoțională sau spirituală semnificativă și/sau care prezintă un anumit nivel de dependență.

**Beneficiarii de îngrijiri paliative sunt pacientul și familia lui.** În Republica Moldova, conform documentelor normative în vigoare, pot beneficia de îngrijiri paliative pacienții cu speranța de viață sub 12 luni (cu excepția celor cu HIV/SIDA, TB și copii) confirmată de medicii specialiști, în cazurile când:

- tratamentul curativ este ineficient;
- se atestă simptome clinice necontrolate;
- există necesități psihosociale și spirituale;
- se atestă un anumit nivel de dependență.

Evaluarea inițială minuțioasă și reevaluarea, la necesitate, sunt absolut necesare pentru asigurarea unui bun control al simptomelor. Diminuarea suferinței este un imperativ etic și un drept al bolnavului.

Criteriile de eligibilitate sunt revizuite periodic, însă restricțiile legate de finanțare prezintă un impediment în extinderea listei.

Pacienții eligibili pentru îngrijire paliativă sunt:

- copiii sau adulții cu boli sau leziuni congenitale ce necesită tratamente pentru menținerea vieții sau îngrijire de lungă durată pentru realizarea activității cotidiene;
- persoanele de orice vârstă cu boală acută severă care amenință viața (traumatisme severe, leucemie acută, accident vascular), a căror vindecare este reală, însă boala în sine sau tratamentele asociate provoacă o suferință semnificativă;
- persoanele care suferă de boli cronice progresive (boală vasculară periferică, cancer, insuficiență renală sau hepatică, AVC cu deficit funcțional sever, boală cardiacă sau pulmonară avansată, fragilitate determinată de vârsta avansată, dereglări neurodegenerative și demență);
- persoane cu boli în faze terminale;
- persoane care suferă de boli cronice, survenite în urma unor accidente sau traumatisme severe, care limitează activitatea;
- bolnavii TB, HIV/SIDA.

## 1.6. Actele normative care reglementează îngrijirile paliative în Republica Moldova

Îngrijirile paliative în Republica Moldova sunt reglementate prin următoarele acte normative:

- Politica Națională de Sănătate. Hotărârea Guvernului 886 din 06.08.2007, capitolul XIV, unde sunt menționate implicit sau explicit îngrijirile paliative;
- Legea Nr. 382-XIV din 06.05.1999 cu privire la circulația substanțelor narcotice și psihotrope și a precursorilor, modificată; [Art.16 al.(4) în redacția LP246-XVI din 27.11.08, MO72-74/14.05.10 art.202];(în rețetă medicul indică cantitatea de preparate opioide necesare tratamentului pe un termen de până la 30 de zile);
- Ordinul Ministerului Sănătății nr.162 din 23.04.2007 „Cu privire la aprobarea regulamentului și listei medicamentelor esențiale”, modificat prin ordinul MS nr.144 din 28.02. 2011;
- Contractul-tip al Companiei Naționale de Asigurări în Medicină;
- Ordinul MS nr.234 din 09.06.2008 „Cu privire la dezvoltarea serviciilor de îngrijiri paliative în Republica Moldova”;
- Ordinul MS nr.154 din 01.06.2009 „Cu privire la organizarea sevicilor de îngrijiri paliative”;
- Ordinul MS nr.884 din 30.12.2010 „Cu privire la aprobarea Standardului Național de Îngrijiri Paliative”;
- Ordinul MS nr.960 din 01.10.2012 „Cu privire la modul de prescriere și eliberare a medicamentelor”;
- Ordinul MS nr.187 din 29.02.2012 „Instrucțiuni privind administrarea morfinei orale”; Ordinul MS nr.1022 din 30.12.2015 „Cu privire la organizarea serviciilor de îngrijiri paliative”.

# Diagnosticul și tratamentul durerii

Îngrijirea paliativă a modificat percepția despre boală și a făcut ca lumea medicală să accepte responsabilitatea de a transforma ultima parte a vieții pacientului într-o perioadă trăită cu demnitate și confort.







## 2.1. Defnirea durerii

Durerea este o experiență senzorială și emoțională neplăcută, ce apare ca urmare a leziunii tisulare reale sau potențiale, sau descrisă în termenii unei astfel de leziuni. Durerea este întotdeauna subiectivă. Durerea poate fi acută sau cronică. Durerea acută și cea cronică au semne fizice și fiziologice diferite și necesită abordări diferite. Durerea acută apare, de obicei, ca rezultat al unei leziuni/unui traumatism.

Durerea cronică este durerea care persistă mai mult decât durata obișnuită de vindecare a țesutului. Durerea cronică rezultă dintr-un proces patologic cronic și poate deveni tot mai severă. Este dificil de stabilit hotarul dintre durerea acută și cea cronică. Durerea cancerosă este considerată cronică, dacă persistă mai mult decât perioada necesară vindecării și are o durată mai mare de două săptămâni.

După spusele mai multor pacienți care sufereau din cauza durerii, medicii de profil general nu i-au putut ajuta întotdeauna s-o învingă.

## 2.2. Diagnosticul durerii

Diagnosticarea exactă a cauzelor ce provoacă durerea sunt importante pentru stabilirea unui tratament corect. Există mai mulți factori care pot provoca un anumit tip de durere, dar întotdeauna trebuie luate în considerație aspectele fizice, psihosociale și spirituale. Nu întotdeauna boala este factorul primar declanșator al durerii.

### **Cauzele durerii:**

#### ***Fizice:***

- nociceptive, cauzate de leziuni somatice, viscerale sau osoase;
- durere neuropată, cauzată de lezarea trunchiurilor nervoase.

#### ***Non-fizice:***

- furie, anxietate, frică, tristețe, neputință;
- aspecte spirituale, sociale.

**Evaluarea durerii.** Pacientul trebuie să facă singur o descriere a durerii pe care o are. Pentru aceasta trebuie să-i punem următoarele întrebări și să precizăm:

#### ***Ce și cum vă doare?***

- caracteristica durerii (arsură, lancinantă, surdă) etc.;
- intensitatea durerii (nesemnificativă, medie, puternică, insuportabilă);
- efectele durerii asupra regimului zilei și al somnului.

#### ***De ce este provocată durerea?***

- boala, legată nemijlocit de invazie, presiune etc.;

- tratament ( de exemplu – constipație);
- plăgi, crampe musculare;
- patologii asociate.

La evaluarea durerii trebuie să se precizeze și să se țină cont și de alți factori care provoacă durerea - psihologici, spirituali, sociali.

## 2.3. Durerea la pacienții infectați cu HIV

Circa 25% din pacienții cu HIV/SIDA în faza asimptomatică prezintă durere, la 40-50% dintre pacienții cu HIV/SIDA tratați în condiții de ambulator și 80% dintre cei spitalizați durerea poate fi acută și intermitentă sau cronică și persistentă. Tipuri de durere la pacienții infectați cu HIV/SIDA:

- **Durere asociată cu HIV/SIDA:**
  - neuropatie HIV;
  - mielopatie HIV;
  - sarcoma Kaposi;
  - infecții secundare;
  - artrită/vasculită;
  - miozie/miozită.
- **Dureri asociate cu tratamente:**
  - preparate ARV, antivirale;
  - preparate anti-TB, pentru profilaxia pneumoniei cu pneumocist;
  - chimioterapie;
  - radioterapie;
  - tratament chirurgical;
  - proceduri diagnostice și curative (bronhoscopie, biopsie etc.).
- **Dureri care nu sunt legate de HIV/SIDA:**
  - afecțiuni ale coloanei vertebrale;
  - neuropatie diabetică.
- **Dureri de altă etiologie**

### **Cauzele de bază ale durerii la pacienții cu HIV/SIDA, conform localizării:**

***Durerea în cavitatea bucală și faringe*** – candidoză, infecții virale (herpes simplex, CMV, varicela-zoster etc.), stomatită aftoasă, tumori maligne, gingivită, peridontită etc.

***Durerea în regiunea retrosternală*** – candidoză esofagiană, infecții virale (herpes simplex, CMV, varicela-zoster etc.), ulcere esofagiene, esofagită de reflux, pneumonie provocată de pneumocist.

**Cefalee** – toxoplasmoză, meningită criptococică, limfomul creierului.

**Durerea în abdomen** – diaree (de geneză infecțioasă sau neinfecțioasă), cholangită sclerozantă, tumori maligne (sarcoma Kaposi, limfom etc.), efecte adverse ale medicamentelor (INRT – Lactacidoza, Claritromicina etc.), constipație.

**Durearea în regiunea perianală** – infecție provocată de virusul herpes simplex, candidoză, iritarea pielii din cauza diareei.

## 2.4. Diminuarea și tratarea durerii

În majoritatea cazurilor pacienții se confruntă cu durere cronică diminuarea și tratarea căreia reprezintă cea mai importantă sarcină a îngrijirii paliative. Medicația analgezică este esențială în toate tipurile de durere, dar se ține cont și de coanalgezice, care ajută în unele tipuri de durere.

**2.4.1. Reguli generale de administrare a medicamentelor pentru controlul durerii.** În conformitate cu recomandările OMS:

- **medicamentele pentru controlul durerii** trebuie să fie administrate pacienților cu regularitate, în dependență de timpul de acțiune – **după ceas**;
- schema de analgezie este selectată în funcție de regimul de somn, pentru a evita trezirea pacientului pentru administrarea dozei ulterioare de analgezic;
- analgezicele se vor administra intern sau rectal (cu condiția că pacientul nu are în anamneză proctită, abcese ale rectului și alte contraindicații), iar în cazuri de dureri puternice – intramuscular, deși injecțiile de asemenea pot provoca durere. Dacă este necesar și accesibil, se pot administra analgezice puternice intravenos sau subcutanat, în special în condiții de staționar și la domiciliu;
- este esențial să se utilizeze un analgezic adecvat pentru severitatea durerii;
- la administrarea analgezicelor, pacienților li se administrează și laxative;
- trebuie să fie luate în considerație și alte metode în tratamentul durerii cronice.

**2.4.2. Tratamentul cu analgezice în dependență de intensitatea durerii.**

Conform recomandărilor OMS, pentru evaluarea intensității durerii se recomandă scara analgezică, care prevede evaluarea durerii numeric, de la 0 la 10, unde 1 înseamnă durere nesemnificativă, iar 10 - durere severă.

**Figura 2.1.** Scala vizual analogică (VAS)



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

**Figura 2.2.** Scala de analgezie OMS și terapia antialgică în funcție de intensitatea durerii

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

**Tabelul 2.1**

Indicarea preparatelor analgezice în dependență de intensitatea durerii

Intensitatea dureri	Preparate
<p><u>Treapta 1.</u> (durere slabă, VAS &lt; 4)</p>	<p><b>Analgezice neopioide:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Paracetamol:</b> oral sau rectal (doza maximă 4-6 g/zi);</li> <li>• <b>Ibuprofen</b> – 200-400 mg la fiecare 6 ore (max. 2,4 g /zi);</li> <li>• <b>Acid acetilsalicilic (aspirină)</b> – 325-500 mg la fiecare 4 ore sau 1000 mg la fiecare 6 ore.</li> </ul> <p><b>Antiinflamatorii non-steroidiene (AINS):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Ibuprofen</b> (200–400 mg) (max. 2,4 g/zi). Este contraindicat pacienților cu hemoragii gastrointestinale și dereglări de coagulare a sângelui;</li> <li>• Diclofenac (100–150 mg/zi).</li> </ul> <p><b>Notă.</b> La indicarea preparatelor AINS e necesar să fie corelate riscurile și beneficiile. În insuficiență renală trebuie reduse dozele AINS cu 30-50%; AINS sunt relativ contraindicate la pacienții cu insuficiență cardiacă; AINS sunt prescrise cu preparate ce protejează mucoasa gastrică (Omeprazol, Ranitidină).</p>
<p><u>Treapta 2.</u> (durere moderată, VAS-4-6)</p>	<p><b>Opioizi slabi:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Codeină</b>- doza inițială - 30 mg la fiecare 6 ore. Doza maximă - 240–320 mg;</li> <li>• <b>Tramadol:</b> capsule 50 mg, 100 mg; sol. inj. 50 mg/ml 2 ml; supozitoare 100 mg; comprimate cu eliberare prelungită 100 mg, 150 mg. Doza maximă 600 mg/24 ore. Inițierea tratamentului are loc, de obicei, cu forme orale: 50 mg la fiecare 6 ore. Este utilă administrarea tramadolului și în dureri cu componentă neuropată.</li> </ul>
<p><u>Treapta 3.</u> (durerea severă, VAS &gt; 7-10)</p>	<p><b>Opioizi puternici:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Morfină</b> - soluție 10 mg/ml, comprimate de 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 50 mg, 60 mg; sol. orală 2 mg/ml; soluție buvabilă 20 mg/ml;</li> <li>• <b>Fentanil</b> - soluție 0,05%/ml; plasture transdermic 25 mcg/oră, 50 mcg/oră, 75 mcg/oră, 100 mcg/oră;</li> <li>• <b>Trimeperidină</b> - soluție 2% -1ml - <b>nu se indică în durerea cronică</b>, deoarece în doze mari este toxic, iar timpul de acțiune este de 2-4 ore;</li> <li>• <b>Omnopon</b> - soluție 2% - 1 ml. <b>Nu se indică în durerea cronică</b>, deoarece soluția reprezintă un amestec din mai multe componente și are doză maximă.</li> </ul>

**Note:**

- Preparatele opioide se cuprind în lista medicamentelor de primă necesitate, recomandate de OMS și aprobate de Ministerul Sănătății al Republicii Moldova prin ordinul nr. 305 din 07.09.09.
- **Preparatul optimal selectat pentru tratamentul durerii cronice este Morfina.** În cazul dozării corecte a morfinei, raportul beneficiu/risc este minim.
- În perioada administrării Morfinei este contraindicată conducerea autovehiculelor și executarea lucrărilor potențial-periculoase, care necesită concentrarea atenției.
- Constipația este efectul advers în tratamentul cu opioizi. Administrarea laxativelor este obligatorie.
- Metadona este în curs de acceptare ca medicament pentru tratamentul durerii cronice. La moment, în Republica Moldova Metadona se folosește ca medicament de substituție pentru tratamentul dependenței de droguri opioide, dar și pentru tratamentul durerii cronice severe.
- La consumatorii de droguri injectabile administrarea analgezicelor opioide este efectuată similar, dar, de regulă, este nevoie de doze mai mari. Dacă pacientul urmează tratament substitutiv, el va fi prelungit și se va adăuga un analgezic narcotic. Trebuie să se țină cont de faptul că consumatorii de droguri injectabile aflați în tratament pot face abuz de Codeină și de alte preparate pe bază de Morfină.
- Micșorarea dozei de Morfină depinde de durata administrării. Dacă Morfina a fost administrată o perioadă scurtă, se sistează imediat administrarea, sau se micșorează semnificativ doza. Dacă Morfina s-a administrat mai mult de 2 săptămâni, doza trebuie redusă treptat și se monitorizează apariția simptomelor de abstenență.

**2.4.3. Instrucțiuni pentru pacient, rude sau însoțitor în cazul tratamentului cu analgezice:**

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

#### 2.4.4. Mituri despre tratamentul cu opioide.

Tratamentul cu Morfină este învăluit până în prezent de o multitudine de mituri. Faptul că Morfina a fost mult timp restricționată pentru administrare pacienților, fiind indicată doar celor în faze terminale, în special, celor cu boli neoplazice, a dus la perpetuarea concepției că Morfina este un medicament indicat numai în fază terminală sau pentru anestezie generală, că are multe efecte secundare și chiar că grăbește moartea. E de menționat că Morfina, la fel ca alte preparate, are avantaje evidente și îi sunt studiate minuțios reacțiile adverse. E de menționat că Morfina este un medicament ca și multe altele, care are beneficii clare și efecte adverse bine cunoscute și depistate. Administrarea științifică, bazată pe experiența medicală internațională, ne permite controlul durerii cronice, mai ales, în oncologie, plasând Morfina ca preparat de elecție în controlul durerii.

Grație cercetărilor medicale din ultimele decenii, precum și a utilizării pe scară largă a preparatelor pe bază de Morfină, multe din aceste prejudecăți au fost spulberate, dar în societate mai persistă unele mituri despre terapia cu Morfină. În aceste condiții, persoanele care prestează îngrijiri paliative trebuie să le dezmință prin argumente solide.

##### **Mitul 1. Dacă este nevoie de Morfină, înseamnă că sfârșitul este aproape.**

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

Morfina nu duce la moarte. Ea poate fi utilizată perioade îndelungate și, dacă este administrată corect, este compatibilă cu un stil normal de viață.

##### **Mitul 2. Morfina determină depresia respiratorie.**

Este puțin probabil să apară depresie respiratorie accentuată, excepție făcând pacienții care prezintă și alte cauze ce predispun la depresie respiratorie. Studiile au demonstrat că durerea este un stimulator al centrelor respiratorii. Morfina este administrată pentru ameliorarea dispneei pacienților cu cancer pulmonar în stadiul terminal.

Toleranța la depresie respiratorie se instalează rapid. Depresia respiratorie este precedată întotdeauna de somnolență, astfel încât o putem suspecta atunci când pacientul devine somnolent. O evaluare continuă și o dozare corectă a opioidelor reduce riscul apariției depresiei respiratorii. Este mai corectă afirmația că **supradozarea** de Morfină poate induce depresia respiratorie.

### **Mitul 3. Pacienții care administrează Morfină dezvoltă dependență (adicție).**

Riscul de adicție la pacienții cu cancer care au durere este extrem de scăzut. Teama de adicție este exagerată când opioidele sunt folosite corect pentru tratarea durerii. Adicția sau dependența psihologică se referă la folosirea opioidelor pentru efectul psihic al acestora. Studiile au arătat că pacienții cu cancer nu devin dependenți psihologic de analgezicele opioide, cu excepția câtorva pacienți cu istoric de tulburări psihice sau dependențe de medicamente.

Este important de evidențiat **diferența** dintre **adicție** (dependența psihologică) și **dependența fizică**. Dependența psihologică (adicție) este dependența față de un drog, cu tendința creșterii progresive a dozelor. Dependența fizică este o reacție normală a organismului la întreruperea bruscă a opioidului sau la administrarea unui antagonist. Rezultatul este apariția sindromului de sevraj. Dependența fizică este un efect scontat în cazul opioidelor ca și în cazul steroizilor. Sindromul de sevraj se evită prin întreruperea tratamentului scăzând treptat dozele administrate.

### **Mitul 4. Toleranța la opioide se dezvoltă rapid.**

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

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

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

### **Mitul 5. Morfina are efecte secundare nefavorabile, supărătoare.**

Cele mai frecvente reacții secundare ale opioidelor sunt greața, voma, somnolența și constipația. Greața și voma apar frecvent la începutul terapiei cu opioide. Acestea sunt, în general, ușoare și dispar după câteva zile.

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

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



Răspunsul la analgezice opioide este individual. Doza necesară pentru analgezice variază în limite largi și trebuie ajustată în funcție de reacția individuală a organismului. Doze maxime de Morfină nu există, dar sunt doze optime, adică astfel de doze care produc analgezie cu efecte secundare tolerabile.

### **Mitul 6. Durerea severă răspunde numai la tratament injectabil.**

Mult timp a persistat ideea că Morfina este eficientă doar administrată injectabil. Îngrijirea paliativă a demonstrat că Morfina și alte opioide au efect analgezic fiind administrate și pe cale orală. Chiar și pacienții care primesc Morfină injectabilă în spital (cale mai frecvent utilizată), vor fi capabili, ulterior, să primească medicația pe cale orală după externare. În plus, există preparate cu durată de acțiune îndelungată, care fac posibilă administrarea perorală odată la 12 ore sau la 72 ore, ceea ce simplifică schema terapeutică și sporește complianța la tratament.

### **Mitul 7. Prescrierea timpurie a Morfinei înseamnă epuizarea mijloacelor de luptă cu durerea în faza terminală.**

Dacă durerea crește, trebuie majorată și doza de Morfină, cu condiția controlării efectelor secundare. Folosirea Morfinei atunci când este nevoie, chiar și în faza mai timpurie a bolii, nu înseamnă că aceasta nu va fi eficientă și în fazele terminale.

### **Mitul 8. Dacă un opioid nu are efect, atunci niciunul nu va fi eficient.**

Fiecare pacient reacționează diferit la administrarea unui medicament. De aceea, dacă un opioid nu este eficient sau are efecte secundare severe, trebuie indicate alte opioide.

### **Mitul 9. Morfina face rău organismului și grăbește moartea.**

Ca orice medicament, și opioidele au efecte secundare. De cele mai multe ori acestea pot fi controlate. Tratamentul începe cu doze mici, care se majorează treptat până la obținerea analgeziei. Opioidelor nu afectează direct vreun organ. Ele pot fi administrate ani de zile fără să grăbească moartea. Acest lucru este verificat prin utilizarea îndelungată a opioidelor în cazul afecțiunilor cronice nononcologice.

Studii efectuate de Societatea Americană de Geriatrie au demonstrat că opioidele sunt mai sigure decât AINS pentru vârstnici și că efectele secundare ale AINS sunt mai greu de combătut decât cele ale opioidelor.

### **Mitul 10. Este indicat să reducem doza de opioide când pacientul este inconștient sau în stadiu terminal.**

Când un bolnav nu mai este capabil să comunice dacă durerea se face sau nu simțită, cel mai bine este să presupunem că bolnavul are dureri și să continuăm

administrarea regulată a medicamentelor. Ne asigurăm astfel că moartea va fi cât mai puțin dureroasă posibil.

### **Mitul 11. Opioidele trebuie administrate numai bolnavilor de cancer.**

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

Opioidele sunt utilizate pentru controlul durerii în cadrul multor afecțiuni nononcologice, cum sunt: HIV, TB, osteoartrite, dureri ale coloanei vertebrale, durere postoperatorie, fracturi, traumatisme, dureri de etiologie neuropatică.

#### **2.4.5. Efecte adverse la administrarea medicației opioide:**

- **Constipația** este practic inevitabilă – utilizați profilactic laxative.
- **Greața și/sau voma** sunt des întâlnite la administrarea opioizilor, mai ales, la pacienții opioizi naivi. Uneori dispăre după o săptămână, dar poate să reapară, dacă doza a fost mărită.
- **Depresia** respiratorie se întâlnește mai rar, dacă doza de morfină se mărește treptat.
- **Obnubilarea conștiinței** – de regulă, apar la începutul tratamentului sau dacă se mărește doza de morfină; poate dura câteva zile. Se pot dezvolta, de asemenea, în faza terminală a bolii la pacienții cu insuficiență renală.
- **Somnolență** - somnul prelungit este semn de istovire din cauza durerii. Somnolența pronunțată apare la începutul administrării preparatului sau la mărirea dozei; dispăre, de regulă, în termen de maxim 7 zile.
- **Halucinații**, pot să apară în special, în cazul în care doza este prea mare;
- **Mioclonie, crampe musculare, convulsii** - pot apărea în cazul depășirii dozei.
- **Hiperalgezie** – creșterea sensibilității la durere apare, de regulă, în cazul depășirii dozei.
- Alte simptome: **gură uscată, prurit, transpirație** (de regulă, sunt trecătoare).

**Tabelul 2.2**

Recomandări pentru tratarea efectelor adverse la administrarea preparatelor opioide

Reacții adverse	TRATAMENT
<b>Constipație</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mărirea cantității lichidelor și celulozei în alimente, folosirea fructelor, legumelor, cerealelor</li> <li>• De rând cu opioizii se indică: laxative emoliente și lubrifiante (<b>Docusat</b> 200-800 mg/zi) plus remedii care stimulează peristaltismul intestinului (<b>Senna glycosides</b>) - 2-4 comprimate câte 7,5- 8,6 mg de 2 ori/24 ore). În lipsa rezultatului pozitiv, administrarea comprimatelor se suplimentează cu <b>Lactuloză</b>: 10-20 ml de 3 ori/zi</li> <li>• În lipsa efectului, se indică <b>Bisacodil</b>: 5-15 mg în comprimate sau supozitoare rectale</li> <li>• A se efectua profilaxia constipației cu unul sau cu câteva dintre remediile enumerate mai sus (dacă pacientul nu are diaree cronică)</li> </ul>
<b>Greață și/sau vomă</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se indică antiemetice. De regulă, greața și voma dispar peste câteva zile; poate fi necesară administrarea continuă a preparatelor antiemetice. Vezi compartimentul respectiv 3.2.6 “Greața și voma”</li> </ul>
<b>Inhibarea respirației</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dacă frecvența respirației este mai mare decât 6-8 respirații pe minut, tratamentul, de regulă, nu se indică</li> <li>• Dacă inhibarea respirației este evidentă, se anulează doza următoare, apoi se micșorează doza cu 1/2</li> <li>• Pot fi, de asemenea, indicate antagoniști ai receptorilor opioizi: <b>Naloxon, Naltrexon, Nalmefen</b> (nu sunt înregistrate în Republica Moldova)</li> </ul>
<b>Obnubilarea conștiinței</b>	Se micșorează doza cu 1/2 și se mărește intervalul între administrări
<b>Mioclonus (dacă este pronunțat și dacă apare în timpul zilei), crampe, convulsii</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dacă doza preparatului este mare, se va încerca micșorarea acesteia, sau adaptarea schemei cu alternarea dozelor, sau administrarea a două analgezice opioide</li> <li>• Se va evalua repetat durerea și tratamentul; la unele tipuri de durere Morfina este ineficientă</li> <li>• Se va revedea doza și se va indica un miorelaxant, de exemplu, <b>Tolperizon</b></li> </ul>
<b>Somnolență</b>	Dacă somnolența patologică persistă mai mult de 2 zile, doza se va micșora cu 30-50%
<b>Halucinații</b>	E necesar să se prescrie un neuroleptic, de exemplu, <b>Galoperidol</b>
<b>Hiperalgezie</b>	Trebuie micșorată doza

#### **2.4.6. Administrarea opioidelor în insuficiența renală și hepatică**

În cazul insuficienței renale se acumulează un număr de metaboliți derivați de Morfină, care pot să conducă la sedare și excitație neuromusculară, și se pot manifesta prin următoarele simptome:

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

Insuficiența renală poate fi o cauză importantă de „agitație terminală”. La pacienții cu pierdere de masă musculară, nivelul creatininei serice poate subestima gradul de insuficiență renală. Orice grad de mioclonie în prezența unei uree plasmatice > 15mmol/l trebuie să trezească suspiciunea de toxicitate al metabolitului morfinei. Se tratează prin reducerea dozei și/sau frecvența de administrare, dar, de obicei, se recomandă trecerea la un opioid, care nu se acumulează în cazul insuficienței renale, cum ar fi Fentanil, Buprenorfină sau Metadonă.

Toxicitatea opioizilor poate apărea în cazul insuficienței hepatice, iar diagnosticul, de obicei, nu este dificil: timpul protrombinic (sau INR) este cel mai sensibil indicator. Este necesară revizuirea dozei. În caz de comă, întreținerea analgeziei rămâne prioritatea de bază.

#### **2.4.7. Adjuvanți coanalgezici în tratamentul durerii cronice**

Tratamentul adjuvant al durerii este definit drept medicație asociată terapiei cu opioizi sau cu alte medicamente analgezice, care nu are acțiune analgezică primară, însă are un rol aparte de stimulare a efectului acestor medicamente.

Alegerea tipului de medicație adjuvantă depinde de tipul de durere care se manifestă la pacient și de eventualele simptome asociate durerii, care trebuie lichidate.

În ceea ce privește posologia, este bine cunoscut că, indiferent de doza analgezică, inițierea tratamentului se face cu doze mici, majorate ulterior până la atingerea scopului dorit (remisiunea durerii), evitându-se astfel apariția efectelor colaterale nedorite.

Medicația adjuvantă poate fi clasificată în funcție de categoria farmacologică de care aparține sau după tipul de durere ce trebuie controlată.

**Tabelul 2.3**

Recomandări privind administrarea opioizilor pacienților cu insuficiență renală și hepatică

Opiacee	Insuficiență renală		Insuficiență hepatică	
	Moderată	Severă*	Moderată	Severă*
<b>Morfină</b>	Reduce doza	Nu se administrează	Doză normală	Reduce doza
<b>Diamorfină**</b>	Reduce doza	Nu se administrează	Doză normală	Reduce doza
<b>Fentanil</b>	Doză normală	Doză normală	Doză normală	Reduce doza
<b>Hidromorfonă**</b>	Reduce doza	Reduce doza	Doză normală	Reduce doza
<b>Oxycodonă**</b>	Reduce doza	Nu se administrează	Doză normală	Reduce doza
<b>Metadona**</b>	Doză normală	Doză normală	Doză normală	Reduce doza
<b>Alfentanil**</b>	Doză normală	Doză normală	Doză normală	Reduce doza
<b>Buprenorfină**</b>	Doză normală	Doză normală	Doză normală	Reduce doza

Note:

\* Întotdeauna solicită recomandările specialistului în îngrijiri paliative în cazuri de insuficiență renală severă sau insuficiență hepatică.

\*\* Nu sunt înregistrate în Nomenclatorul de Stat al medicamentelor cu denumiri comerciale.

## Tabelul 2.4

Clase de medicamente utilizate ca terapie adjuvantă a durerii neoplazice

Antagoniști de receptori NMDA	Ketamină
Antagoniști $\alpha$ -adrenergici	Clonidină
Antihistaminice	Difenhidramină
Antidepresive clasice	Amitriptilină, Clonazepam
Antidepresive noi	Fluoxetină, Paroxetină
Bisfosfonați	Acid zoledronic
Blocanți de canale de calciu	Nifedipin
Neuroleptice	Haloperidol
Anestezice orale locale	Lidocaină
Anticonvulsive	Carbamazepină
Psihostimulante:	Cofeină
Steroizi	Dexametazonă, Metilprednisolon, Prednison
Diverse	Capsaicină, L-triptofan

### 2.4.8. Abordări non-farmacologice pentru controlul durerii

**Srijin emoțional și spiritual.** Durerea este suportată mai greu, dacă e asociată cu depresia, cu senzația de vină, cu frica de moarte, cu anxietatea. Pacientul poate fi ajutat să învingă frica și neliniștea, purtând o discuție cu privire la temerile și sentimentele care-l copleșesc.

- Faceți o evaluare atentă a durerii:
  - evaluați fiecare tip de durere și identificați cauza probabilă;
  - luați în considerație impactul durerii asupra pacientului și asupra familiei.
- Faceți un diagnostic și explicați-l pacientului și familiei.
- Faceți un plan de management al durerii.
- Faceți ca ambele părți (pacient și rude/familie) să perceapă necesitatea utilizării raționale a medicamentelor.
- Luați în considerație ce înseamnă durerea pentru fiecare pacient în parte.

**Tehnici de relaxare și terapia ocupațională.** Acestea pot fi aplicate de specialiștii care cunosc tehnicile și metodele respective, efectuate prin intermediul terapiei ocupaționale. Sunt contraindicate în cazul când pacientul se află în stare de depresie gravă sau psihoză.

**Acupunctură sau stimulatoare nervoase transcutanate (TENS)** - sunt indicate când este posibil.

#### **2.4.9. Seringa-automat utilizată pentru tratamentul durerii cronice**

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

Seringa automat se utilizează când administrarea orală a preparatelor este dificilă sau nu este potrivită - în caz de: vomă și/sau greață severă; disfagie; tumori ale cavității bucale, plăgi severe sau infecție; dacă pacientul este astenic, inconștient sau neadecvat; de absorbție dificilă a medicamentelor administrate per os.

Dacă astfel de problemele sunt rezolvate, considerăm utilă revenirea la medicația orală.

#### **Sfaturi practice pentru utilizarea corectă a seringii-automat:**

- Seringa-automat trebuie instalată conform instrucțiunii.
- Viteza de administrare se stabilește conform **milimetrilor de mișcare** în unitatea de timp **și nu de volum**.
- Inflamația locului unde este plasat acul fluturașului se poate întâmpla din diferite cauze, inclusiv folosirea medicamentelor iritante și a soluțiilor hipertone. Locul infuziei trebuie să fie verificat o dată pe zi.
- Folosiți combinații simple de medicamente în seringă-automat (maxim 3, sau mai puține).
- Evitați Diazepamul, Proclorperazina și Clorpromazina, deoarece ele cauzează reacții locale severe.

**La modul ideal, seringă automat se recomandă pentru administrarea continuă a Morfinei.**

**Tabelul 2.5**

Medicamente care pot fi folosite în seringă-automat

Medicament	Caracteristică	Doză
<b>Haloperidol</b>	Neuroleptic, antiemetic antidopaminergic. Dozele mari se folosesc uneori pentru sedare. Efecte adverse extrapiramidale se atestă în cazul dozelor mai mari de 20 mg	2,5-10 mg timp de 24 de ore
<b>Dexametazonă</b>	Se folosește pentru a reduce tensiunea intracraniană crescută, durerea legată de distensia capsulei hepatice și durerea neuropată, precum și ca antiemetic. Poate precipita când se amestecă într-o seringă cu alte medicamente	Maxim 16 mg timp de 24 de ore
<b>Levomepromazină</b>	Face parte din grupa clorpromazinei, dar este mai puternic	12,5-25 mg (antiemetic) 25-100 mg (sedativ cu efect timp de 24 de ore)
<b>Metoclopramidă</b>	Antiemetic. Efectele extrapiramidale pot apărea la administrarea dozelor mari, în special, la femeile tinere	10-30 mg timp de 24 de ore
<b>Midazolam</b>	Benzodiazepina este un sedativ cu perioada de înjumătățire scurtă; anticonvulsiv. Dozele mari pot fi folosite numai pentru sedare în fază terminală	5-15 mg timp de 24 de ore
<b>Scopolamină</b>	Spasmolitic, se folosește pentru reducerea spasmului gastrointestinal, durerii, vomei. Este util pentru a reduce secrețiile	20-80 mg timp de 24 ore
<b>Ciclizină</b>	Antiemetic tip antihistaminic și antimuscarinic care acționează asupra centrului vomei. Cauzează des iritație locală	100-150 mg timp de 24 de ore



### 2.4.10. Blocadele nervoase în durerea de plex

Anestezia locală poate fi definită ca o blocare a transmisiei nociceptive, motorii și vegetative în regiuni precis delimitate. După nivelul la care se produce interceptarea transmisiei nervoase, blocadele pot fi împărțite în:

- **blocade neuraxiale centrale:**
  - anestezia rahidiană – A.R. (spinală, subarahnoidiană);
  - anestezia peridurală – A.P. (epidurală, extradurală);
- **blocadă de plex;**
- **blocadă de nervi periferici.**

Anestezia regională se utilizează pentru intervențiile chirurgicale, la terapia durerii acute și cronice, în scop diagnostic și de tratament.

#### Avantajele anesteziei regionale:

- pacientul rămâne conștient, cu respirația și căile respiratorii neafectate;
- recuperarea pacientului este lină și fără complicații, nursing-ul fiind redus mult, comparativ cu anestezia generală;
- posibilitatea extinderii blocadelor nervoase în faza postoperatorie, asigurând astfel cea mai eficientă formă de analgezie și eliminând necesitatea administrării preparatelor analgezice sistemice;
- minimalizarea reacției endocrine și metabolice la stresul chirurgical.

#### Dezavantajele anesteziei regionale:

- somnolența unor pacienți;
- necesitatea abilității în executarea tehnicilor pentru obținerea unor rezultate bune;
- durata efectuării unor blocade este de 30-40 de min., astfel, încât se impune o bună organizare pentru desfășurarea normală a programului operator;
- uneori analgezia nu este eficientă în totalitate, impunându-se administrarea analgezicelor sistemice;
- toxicitatea sistemică poate apărea în cazul injectării intravenoase sau al unei supradoze;
- blocada simpatică extinsă determină hipotensiune arterială în cazul unor tehnici regionale (bloc spinal sau epidural);
- existența unui mic procent de leziune neurologică prelungită.

### **Pentru anestezia regională cele mai utilizate anestezice sunt:**

<b>Bupivacaină</b>	Soluție de 0,5%, doza recomandată 2-4 ml
<b>Lidocaină</b>	În concentrație de maxim 2%
<b>Mepivacaină</b>	Soluție de 4%, doze recomandate 1-3 ml, 3-6 ml
<b>Procaină</b>	Doza recomandată 100-200 mg
<b>Tetracaină</b>	Soluție de 1%, doza recomandată 1-4 ml (5-20 mg)

Monitorizarea anesteziei se va realiza în funcție de locul unde s-a efectuat blocul. Dacă s-a efectuat la nivelul rădăcinii nervoase (de ex., blocul interscalenic), testarea eficienței se efectuează verificând dermatomul, iar dacă s-a practicat la nivelul unui nerv periferic, se verifică regiunea de distribuție al acestuia.

#### **Contraindicații pentru aplicarea anesteziei regionale:**

- refuzul pacientului;
- tulburări psihice;
- coagulopatii severe;
- infecție la locul injectării;
- deficit neurologic preexistent;
- dezechilibru metabolic necorectat.

#### **Pregătirea pacientului pentru anestezie regională.**

Anestezia regională presupune colaborarea activă a pacientului. Descrierea avantajelor anesteziei regionale (analgezie postoperatorie, reducerea grețurilor și a vomiei, reducerea somnolenței postoperatorii, posibilitatea reluării mai devreme a alimentației) diminuează împotrivirea și neîncrederea majorității pacienților. În caz contrar, pacienții nu trebuie obligați să accepte acest tip de anestezie. La un bolnav cu TB se vor respecta măsurile de control al infecției.

## **2.5. Dureri specifice și tratamentul lor**

### **2.5.1. Durere osoasă**

- Este recomandată radioterapia paliativă timpurie – de obicei, o singură cură este eficace. Pacienții cu metastaze multiple pot beneficia de tratament cu izotopi radioactivi.

- AINS pot fi eficiente, dar provoacă reacții adverse. Dacă lipsește efectul terapeutic – se întrerupe administrarea AINS. Agenții gastrici protectori (inhibitori ai pompei de protoni sau Misoprostol) trebuie prescriși pacienților, cărora li se administrează AINS, corticosteroizi, precum și celor cu boală ulceroasă cronică sau cu risc sporit de a face ulcer.
- Infuziile i/v de bifosonați pot reduce durerea pacienților cu metastaze osoase, în special, la cancerul de sân, de prostată și mielom: Pamidronat 60-90 mg sau Acid Zoledronic 4 mg la fiecare 3-4 săptămâni, în funcție de rezultat.

### 2.5.2. Dureri abdominale

- Constipația este o cauză comună; evitați dogma, conform căreia durerea apare numai din cauza cancerului.
- Pentru dureri de capsulă a ficatului se indică Dexametazonă 8-12 mg/zi în combinație cu opioide, cu sau fără AINS.
- Pentru dureri generate de o tumoră în partea superioară a abdomenului, se consideră ca poate fi atins plexul celiac și se indică Dexametazonă 16 mg sau derivați GABA-ergici.

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

### 2.5.3. Dureri rectale

- Excludeți tușeul rectal.
- Amitriptilină în doza de 25 mg poate provoca tenesmele sau chemări false.
- Se administrează glucocorticoizi, local sau sistemic.
- Medicamente folosite în spasme musculare: Nifedipina cu eliberare imediată (preparat de elecție) capsule 10-20 mg, care se administrează oral sau sublingval; Benzodiazepine, de exemplu, Diazepam 2-10 mg noaptea.
- Blocadele nervoase se folosesc ca alternativă.

### 2.5.4. Durere neuropată

De cele mai multe ori durerea neuropată are caracter lancelat, de arsură, uneori apar pusee pe timp de noapte. Nu reacționează într-un mod previzibil la Morfină și deseori, pe lângă Morfină, trebuie administrate și co-analgezice pentru alinarea durerii. Cauzele cele mai răspândite ale durerii neuropate sunt:

- infecția HIV, care provoacă neuropatia periferică;
- Herpes Zoster.

### **Medicația folosită în durerea neuropată:**

- **Amitriptilină** - inițial 10-25 mg pe noapte, apoi în creștere până la doza maximă tolerată (în mod normal, 75 mg). Efectul cupării durerii nu se dezvoltă rapid, de aceea se așteaptă minimum 5 zile; dacă nu se ameliorează, administrarea se sistează după 7 zile.
- **Gabapentină** 300 mg/zi (100 mg/zi la pacienții cu vârstă înaintată, cașexici). Doza de administrare este majorată la fiecare 1-3 zile până la maxim 3600 mg/zi. Doze reduse sunt prescrise în cazul insuficienței renale.
- **Carbamazepină** – 200-1200 mg/zi.
- **Diazepam 5 mg** – maxim 20 mg timp de 24 ore.
- **Valproat de sodiu** – 400-800 mg/zi.
- **Pregabalin** – 75 mg poate avea un rol benefic, dar experiența de administrare este limitată.
- **Dexametazonă** – 16-32 mg zilnic; se anulează dacă nu are efect după 3-5 zile.
- Alte abordări, care pot fi luate în considerație: acupunctură, blocade nervoase sau alte remedii farmacologice, inclusiv **Clonidină, Ketamina, Metadona, Midazolam.**

**Alte metode de tratament** care pot fi aplicate – acupunctură, blocadele nervoase. Blocadele nervoase cu blocarea temporară sau permanentă cu anestezice locale sunt eficiente pentru tratarea durerii neuropatice. Astfel de blocade trebuie să fie efectuate de către specialiști.

### **Indicații pentru efectuarea blocadelor nervoase:**

- Pentru reducerea inflamației locale, se pot administra glucocorticosteroizi, care sunt utili, în special, atunci când durerea este provocată de compresia nervului.
- Intratecal sau epidural, la dureri greu tratabile, se folosesc opioizii sau anestezice locale .
- Durerea provocată de metastaze adesea răspunde bine la injectarea epidurală de steroizi (8-12 mg) cu anestezice locale. Puncția în regiunea caudală este ușor de realizat și este utilă în durerile sacrale.
- În durerea pleurală se indică blocaje paravertebrale și intercostale.
- Durerile abdominale, mai ales din cauza tumorilor pancreatice, răspund la blocada plexului celiac în jur de 80%. Acest lucru se poate face în timpul laparotomiei.
- Durerea de șold poate fi rezolvată cu blocada nervului obturator împreună cu *quadratus femoris*.
- Pentru dureri de perineu se administrează intratecal Fenol.

### 2.5.5. Crampe musculare

- **Diazepam** - 10 mg. De indicat pentru o perioadă scurtă (nu mai mult de 6-8 zile).
- **Fizioterapie** – la necesitate.
- **Amitriptilin** – 10-75 mg seara.
- **AINS**.
- **Oxibutinin** (în cazul spasmelor vezicii urinare) - 2,5-5 mg/zi.

**Atenție !** Crampele musculare nu se tratează cu Morfină!

### 2.5.6. Acutizarea durerii pe fon de medicație (Puseu dureros)



Morfină cu eliberare imediată orală sau injectabilă: se administrează 1/6 din doza totală de Morfină pentru 24 de ore.



# Tratament simptomatic

Tratamentul simptomatic este o metodă de tratament, al cărei obiectiv constă în reducerea semnelor (simptomelor) exterioare ale durerii, indiferent de etiologia ei, și, deseori fără lichidarea cauzei, și atenuarea suferinței pacientului (curmarea durerii, a acceselor de sufocare și tuse, a tahicardiei etc.)







### 3.1. Recomandări pentru efectuarea unei evaluări complexe a stării pacientului:

- Fiți conștienți de importanța simptomelor non-fizice – psihologice, sociale și spirituale – care adesea sunt confundate cu simptomele fizice.
- Atunci când simptomele sunt greu de controlat, pot exista mai multe cauze sau pot fi ascunși factorii psihologici, sociali și spirituali.
- Indicați tratamente adecvate pentru a menține calitatea vieții, precum și pentru a permite pacientului și persoanelor care îngrijesc de el să se concentreze asupra altor aspecte importante.
- Selectați cu grijă medicamentele administrate pacientului, luând în considerație efectele adverse pe care acestea le provoacă.
- Implicați pacientul și persoanele care se ocupă de îngrijire în luarea deciziilor informate referitoare la tratamentul simptomatic.
- Abordarea multiprofesională este esențială și poate fi facilitată prin utilizarea ghidurilor de specialitate respective sau de consultul colegilor de alte specialități.
- Luați în considerație posibilitatea de trimitere pentru consult la un specialist în domeniul îngrijirilor paliative:
  - dacă există o problemă care nu se rezolvă în modul scontat;
  - în situații complexe, când nu aveți cunoștințe de specialitate;
  - dacă este necesară internarea sau intervenția unei echipe de asistență medicală primară.

### 3.2. Îngrijire și tratament în cazul simptomelor digestive

#### 3.2.1. Halitoza (miros neplăcut din cavitatea bucală)

**Principalele cauze** de halitoză sunt:

- igiena orală și dentară deficitară;
- infecții sau necroze localizate în cavitatea bucală, faringe, nas, sinusuri nazale sau plămâni;
- stază gastrică din diferite cauze;
- ingestie de substanțe ai caror produși volatili sunt eliminați prin plămâni sau salivă;
- (ceapa, usturoi, alcool);
- fumat.

**Tratament:**

- igiena corectă a cavității bucale;
- tratamentul stomatologic, atunci cand este necesar;
- consum de lichide;
- folosirea soluțiilor dezinfectante pentru spălături bucale;
- tratamentul candidozei orale.

În cazul tumorilor orofaringiene, tratamentul prezintă anumite particularități precum:

- administrarea de antibiotice în cazul infecției;
- spălarea cavității bucale și gargare dimineața la trezire, după fiecare masă și seara la culcare. Se pot folosi diverse soluții precum:
  - un amestec de cidru și sifon în părți egale;
  - soluție de apă oxigenată de 6%;
  - soluție de Fenol de 1,4%;
  - saliva artificială în cazul insuficienței secretorii salivare.

Infecțiile respiratorii însoțite de eliminarea unei spute patologice pot provoca, de asemenea, un miros neplăcut din cavitatea bucală. Se va recolta sputa pentru cultură și antibiogramă, iar până la sosirea rezultatelor se va începe un tratament de primă intenție cu Amoxicilina 500 mg x 3/zi, timp de 7 zile. Dacă germeni infecțioși sunt anaerobi, la apariția semnelor radiologice de necroză pulmonară, se va administra metronidazol în doze a câte 400 mg de 2-3 ori pe zi, timp de 10 zile. Candidoza pulmonară este rar întâlnită. Candidoza se tratează cu Ketoconazol 200 mg x 2/zi sau Fluconazol 100 mg/zi timp de 7 zile.

**3.2.2. Xerostomia (gura uscată)****Principalele cauze ale gurii uscate sunt:**

- secreția salivară scăzută;
- evaporarea crescută a lichidului salivar (respirație pe gură, febră);
- afectarea mucoasei bucale de geneză diferită:
  - cancer: eroziuni al mucoasei bucale, invazia tumorală a glandelor salivare, litiaza salivară prin hipercalcemie neoplazică;
  - tratament: postradioterapie locală după intervenții chirurgicale radicale locale, stomatita pe fundal neutropenic;
  - medicamente: anticolinergice, opioide, diuretice, oxigen insuficient umidifiat;

- diverse: anxietate, depresie, deshidratare, infecții (candidoză, parotidită), diabet zaharat necontrolat, afectare autoimună a glandelor salivare, amiloidoză, sarcoidoză.

**Tratamentul general** constă în următoarele:

- consumul repetat al apei reci sau al apei minerale (sifon). Apa carbonată se poate amesteca în diferite proporții cu apa plată (conform preferințelor pacientului), pentru a scădea gradul de sifonare și, în același timp, pentru a păstra calitatea de stimulare a secreției salivare;
- înlocuirea medicamentelor ce produc o scădere marcată a secreției salivare cu altele, care au efecte secundare mai reduse. De exemplu, Amitriptilina se poate înlocui cu Desipramină, care este mai puțin anticolinergică. Totodată, Haloperidolul poate înlocui proclorperazina sau Clorpromazina;
- efectuarea spălăturilor bucale la fiecare două ore. În acest scop se pot folosi soluții obținute prin dizolvarea în 100 ml de apă a unor pastile speciale care conțin esență de mentă, esență de usturoi, mentol, timol și acid metilsalicilic. Pastilele ce conțin timol și glicerină nu sunt recomandate, deoarece provoacă fenomene de rebound;
- periaj lingual ușor al limbii arse sau uscate, asociat cu clătirea gurii cu o soluție de cidru și sifon în părți egale sau cu o soluție de apă oxigenată de 6%;
- utilizarea stimulatoarelor secreției salivare: aplicarea pe limbă a 1/2 comprimate de acid ascorbinic, bucățele de ananas, în special cele proaspete, supte în gura (conțin o enzimă proteolitică);
- se pot aplica badijonaje ale cavității bucale cu puțin unt, margarină sau ulei vegetal, de 3 ori pe zi și seara înainte de culcare.

La pacienții muribunzi gura se umezește cu apă cu ajutorul unei picurători sau al unui burete. Pacientul poate ține în gură bucățele de gheață, administrate la fiecare 30 de min. Uscarea buzelor este prevenită prin badijonaj cu ulei de parafina la fiecare 4 ore. Dacă vremea este caldă și uscată, se vor lua măsuri de sporire a umidității aerului (eventual aer condiționat).

Stimularea fluxului salivar se face cu substanțe solide și acide, ca, de exemplu, bucățele de gheață, gumă de mestecat, dropsuri acidulate sau de lămâie, sirop, dulciuri concentrate, băuturi citrice reci sau carbonatate, soluție de acid citric 2%.

Pilocarpina este un agent parasimpaticomimetic, predominant muscarinic, cu o ușoară activitate betaadrenergică, ce stimulează secreția glandelor salivare exocrine, inclusiv postradioterapie, cu creșterea concentrației de mucină, care protejează mucoasa bucală împotriva traumatismelor accidentale și uscării. Este eficientă la 50%

dintre pacienți. Se începe administrarea cu doze de 2,5-5 mg x 3 ori/zi, ajungând până la 10 mg x 3 ori/zi. Este contraindicată în obstrucția intestinală, astm, BPOC. Efecte secundare: transpirații, greață, flush, creșterea frecvenței micțiunilor, colici intestinale, slăbiciune.

În cazurile refractare la tratamentul menționat anterior se recomandă utilizarea salivei artificiale. În absența preparatului, se poate utiliza un amestec de 10 g de Metilceluloză cu 0,2 ml esență de lămâie, dizolvată într-un litru de apă, administrat cu picurătoarea, câte 1 ml la fiecare oră.

Dacă se atestă candidoză orală, se va face tratamentul specific, descris la secțiunea 3.2.4.

### **3.2.3. Stomatita**

Stomatita este un termen folosit în general pentru afecțiunile inflamatorii, erozive și ulcerative ale mucoasei bucale.

#### **Principalele cauze ale stomatitei sunt:**

- medicamente: citostatice, corticosteroizi, antibiotice;
- infecții: candidoză, ulcere aftoase;
- gura uscată;
- malnutriție: hipovitaminoză, anemie, hipoproteinemie;
- imunitate deficitară.

#### **Tratamentul specific al stomatitei constă în:**

- tratamentul gurii uscate;
- modificarea medicației: sistarea sau reducerea dozelor de anticolinergice;
- tratamentul candidozei;
- tratamentul ulcerelor aftoase.

Ulcerulele aftoase pot avea o cauză autoimună sau pot fi provocate de infecții oportuniste. Terapia constă în administrarea de antibiotice și antiseptic sau supresori ai răspunsului imun:

- clătirea gurii cu câte 10 ml de soluție de Gluconat de Clorhexidina de 0,2%;
- administrarea de suspensie de Tetraciclină 250 mg de 3 ori pe zi, timp de 3 zile. (Suspensia se prepară amestecând conținutul unei capsule de Tetraciclină cu puțină apă. Soluția se ține în gură timp de 3 min., după care se scuipă);
- pastilele de 2,5 mg de Hidrocortizon, administrate de 4 ori pe zi. (Pastila se plasează intrabucal, în contact cu cel mai dureros ulcer);
- pastă dentară cu Triamcinolon 0,1%. (Se aplică într-un strat subțire la nivelul ulcerățiilor de 2-4 ori pe zi).

**Tratamentul simptomatic constă în:**

- utilizarea unui gel cu colina salicilat;
- gargara cu Benzidamină, un antiinflamator nesteroidian cu acțiune anestezică ușoară locală, care este absorbit prin piele și mucoasa bucală;
- gel cu Lidocaina de 2% aplicat pe mucoasa bucală înainte de mese și la necesitate;
- soluție Hidroclorică de Cocaină de 2%, preparată extemporaneu.
- clătirea cu difenhidramina (Difenhidramina Hidroclorică este un antihistaminic cu efecte analgezice topice. Se amestecă Difenhidramina (25 mg/5 ml) și Hidroxid de Magneziu în părți egale, dizolvate într-o soluție alcoolică cu un conținut cât mai redus de alcool. Se adminstrează câte 30 ml la fiecare 2 ore. Lichidul este plimbat prin gură, după care este înghițit sau scuipat).
- coctail pentru stomatită indicat de National Cancer Institute din SUA, ce conține părți egale de Lidocaină gel 2%, soluție de Difenhidramină (12,5 mg/ 5 ml) și Maalox (antacid). Amestecul se ține în gură timp de aproximativ 2 min., după care este scuipat.

**3.2.4. Candidoza orală**

Simptomele constau, în general, în apariția unor plăci albicioase fine și discrete la nivelul mucoasei bucale și, dimpotrivă, groase și confluențe la nivelul limbii. Uneori aspectul clinic este cel al unei limbi uscate, roșii, netede și dureroase, sau al unei stomatite angulare.

**Principalele cauze sunt:**

- infecția cu HIV;
- administrarea de corticosteroizi;
- tratamentul cu antibiotice antibacteriene;
- diabetul zaharat;
- gura uscată.

**Tratamentul este specific** și constă în administrarea de medicamente antifungice.

**Tratamentul local** constă în administrarea de:

- **Nistatin** în comprimate și suspensie, de 2-4 ori pe zi, după cum urmează:
  - 1-5 ml de suspensie cu concentrația de 100.000 U/ml;
  - pastile (100.000 U/pastilă), 5 zile.
- **Miconazol** în comprimate: 1 comprimat de Miconazol este administrat sublingual la fiecare 24 de ore, timp de 7 zile.

**Tratamentul sistemic** constă în administrarea de:

- **Ketoconazol** - 1 tabletă de 200 de mg pe zi, timp de 5 zile, luată după mese pentru a reduce iritația gastrică. Majoritatea pacienților reacționează la acest tratament, dar o treime dintre ei recidivează și necesită reluarea terapiei. Un tratament prelungit mai mult de 10 zile poate determina afectarea hepatică.
- **Fluconazol** (capsule de 150 mg). Rata de răspuns și de recurență este similară Ketoconazolului, care este mai scump. La pacienții imunosupresați doza inițială de atac 200 mg (în primele 24 de ore), doza de susținere: 100 mg timp de 24 de ore timp de 10-14 zile, sau până la dispariția simptomelor.

Ketoconazolul prezintă un efect inhibitor asupra enzimelor mediate de citocromul P-450, ceea ce determină o inhibare a sintezei de steroizi corticosuprenali (corticosteroizi, testosteron, estrogeni, progesteron) și a metabolismului anumitor medicamente. Miconazolul și Itraconazolul prezintă același efect, mult mai slab, în comparație cu Fluconazolul.

Tratamentul sistemic este mult mai convenabil decât administrarea de Nistatin și nu necesită înlăturarea protezei dentare în timpul administrării. Cu toate acestea, este necesară o igienă dentară corectă pentru a împiedica depunerea resturilor alimentare, posibila cauză de infecție.

### **3.2.5. Disgeuzia (modificările gustului)**

Aproape 50% dintre pacienți acuză alterări de gust. Clinic, pacientul poate acuza o scădere generală a sensibilității gustative (hipogezie, agezie) sau o modificare în sensul scăderii sau creșterii uneia dintre cele patru tipuri de sensibilitate gustativă.

**Principalele cauze** ale modificării gustului sunt:

- scăderea sensibilității papilelor gustative;
- micșorarea numărului de papile gustative;
- afectarea de natură toxică a papilelor gustative;
- deficitul nutrițional;
- administrarea unor medicamente ce determină alterări de gust:
  - Fenitoina scade sensibilitatea gustativă.
  - Insulina administrată în cantități mari scade sensibilitatea în registrul dulce și sărat.
  - Lidocaina scade sensibilitatea gustativă pentru dulce și sărat.
  - Benzocaina crește sensibilitatea pentru gustul acid.
  - 5-Fluoruracilul alterează sensibilitatea gustativă pentru amar și acid.
  - Doxorubicina, Flurazepamul, Levodopa determină apariția gustului metalic.

- litiul dă senzația că produsele lactate au gust ranced, împiedică consumul țelinei.

**Tratamentul modificărilor gustului** constă într-o serie de măsuri cu caracter general:

- îmbunătățirea igienei bucale și dentare;
- tratamentul candidozei orale, atunci când este prezentă;
- modificări ale dietei:
  - consumul unor alimente cu gust puternic;
  - modificarea conținutului de zahar în alimente, după gust;
  - reducerea cantității de uree din dietă prin consumul de carne albă, ouă, produse lactate;
  - mascarea gustului amar al alimentelor care conțin uree prin adăugarea de vin sau bere la supe sau sosuri;
  - consum de carne sărată, utilizarea unor condimente, consumul mâncării la temperatura camerei sau mai scăzută;
  - consum crescut de lichide.

### 3.2.6. Greța și voma

Greța este senzația neplăcută de vărsătură iminentă, asociind frecvent paloare, transpirații reci, salivăție, tahicardie și diaree. La pacienții cu HIV greța și senzațiile neplăcute în abdomen pot fi provocate de reacțiile adverse la preparatele ARV sau la preparatele care se utilizează în tratamentul infecțiilor oportuniste.

Voma este definită ca eliminare a alimentelor din stomac pe gură.

Voma este un act reflex ce include acțiuni coordonate de la nivelul tractului gastrointestinal, a diafragmei și a mușchilor abdominali, induse pe cale nervoasă somatică.

Peristaltismul retrograd se asociază cu atonia gastrică și relaxarea sfincterului esofagian inferior. Centrul nervos al vomei este situat la nivelul ariei postreme, în planșeul ventriculului IV, în afara barierei hemato-meningiene, ceea ce îl face sensibil la concentrația sangvină a diverselor substanțe hematogene, cum ar fi ionii de calciu, ureea, morfina, digoxinul. Acestea acționează asupra receptorilor dopaminergici de tip 5HT3 localizați la acest nivel. Aria postremă primește de asemenea impulsuri de la nivelul aparatului vestibular și pe cale vagală (vezi fig.3.1).

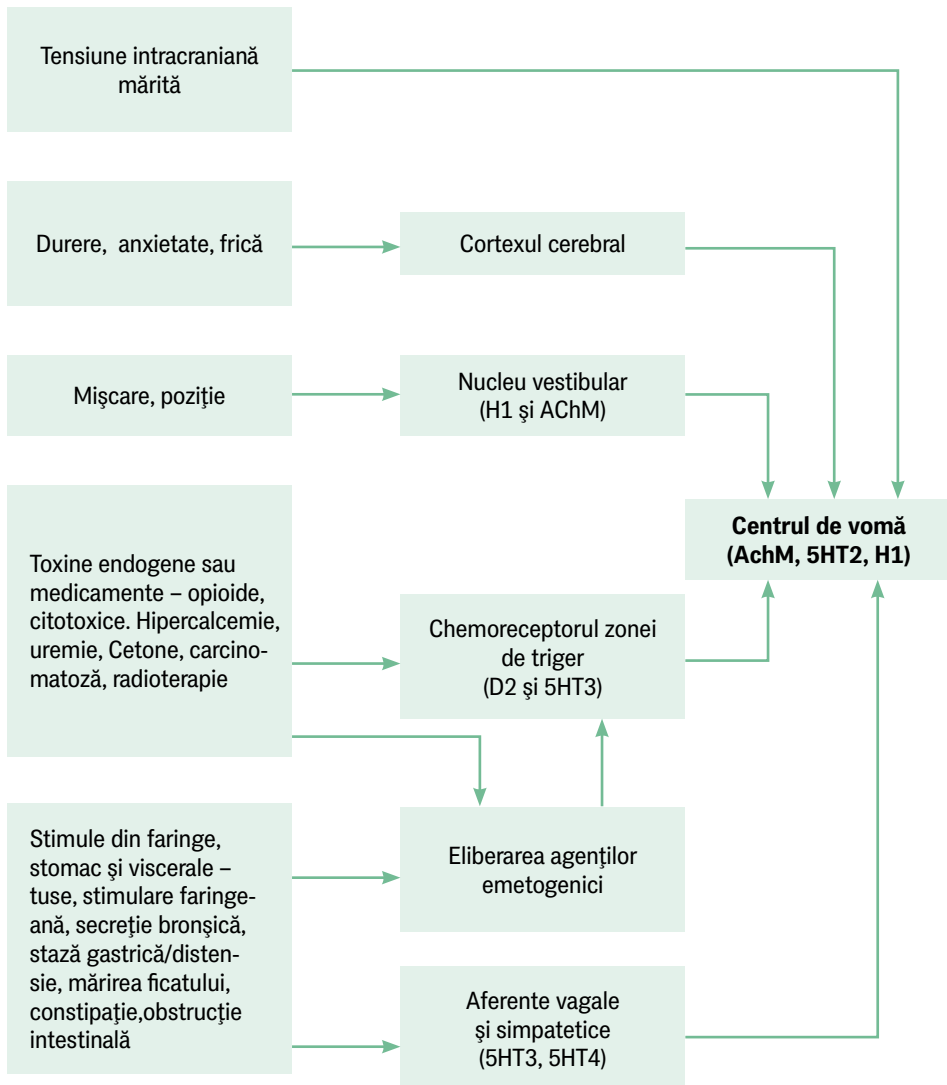
De regulă, la pacienți grața și voma apar din câteva motive.

Recomandări pentru indicarea medicamentelor în diverse situații sunt prezentate în tabelul 3.1, iar în tabelul 3.2 sunt prezentate caracteristicile farmacologice ale preparatelor, indicate în cazul vomei și grăturilor.

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

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

**Figura 3.1.** Cauze care provoacă voma și greața





**Tabelul 3.1**

Recomandări pentru indicarea medicamentelor împotriva greții și vomiei

Cauze care provoacă greața/voma	TRATAMENT
Tensiune craniană crescută	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Dexametazonă</b> – 16-24 mg în priză unică</li> <li>• <b>Diuretice osmotice</b> – (<b>Manitol</b> 25% 250 ml i/v lent)</li> </ul>
Anxietate	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Diazepam</b> – 10 mg</li> </ul>
Medicamente, toxine endogene	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Haloperidol</b> – 5 mg</li> <li>• <b>Levomepromazină</b> (Metotrimeperazină) – 25 mg</li> <li>• <b>Metoclopramidă</b> – 10 mg de 2-3 ori pe zi</li> </ul>
Chimioterapie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consultă colegii oncologi-chimioterapeuți</li> <li>• <b>5HT3 antagoniști: Ondansetron</b> – 8 mg i/v lent</li> <li>• <b>Dexametazonă</b> – 8 mg, 5 zile</li> <li>• <b>Metoclopramidă</b> – 10 mg de 2-3 ori pe zi</li> </ul>
Stază gastrică	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Domperidonă</b> – 10 mg, 3-4 ori pe zi</li> <li>• <b>Metoclopramidă</b> – 10 mg, 2-3 ori pe zi</li> </ul>
Iritație gastrică	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluarea medicamentelor administrate</li> <li>• <b>Antacide: Aluminii hydroxidum + Magnesii hydroxidum</b> – 1 linguriță de 2-3 ori</li> <li>• Inhibitori de pompă protonică:</li> <li>• <b>Omeprazol</b> – 20 mg dimineața</li> <li>• <b>Misoprostol</b> – 400 mcg 2 ori pe zi</li> </ul>
Nedeterminate	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Ciclizină</b> – 50 mg, 3 ori/zi, oral</li> <li>• <b>Haloperidol</b> – 2,5-10 mg în 2 prize</li> <li>• <b>Levomepromazină</b> – 25 mg în 24 de ore</li> </ul>
Constipație	Vezi secțiunea 3.2.10 „Constipație”
Obstrucție intestinală	Vezi secțiunea 3.2.7 „Obstrucție intestinală”

### Tabelul 3.2

Caracteristica farmacologică a medicamentelor împotriva greței și vomiei și dozele recomandate

<b>Ciclizină</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• H1 antihistaminic cu acțiune anticolinergică</li><li>• 50 mg 3 ori/zi per os sau prin injecții s/c (dureros)</li><li>• 100–150 mg timp de 24 de ore prin perfuzie subcutanată continuă</li></ul>
<b>Domperidonă</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• D2 antagonist și prokinetic</li><li>• Rar cauzează sedare sau efecte extrapiramidale</li><li>• 10-20 mg 3 ori/zi per os</li><li>• 30-60 mg în supozitoare 3 ori/zi, per rectum</li></ul>
<b>Haloperidol</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• D2 antagonist direct; medicament de elecție pentru vomă provocată de opioizi</li><li>• 1,5-5 mg/noapte, per os sau s/c</li><li>• 2,5-5 mg timp de 24 de ore prin perfuzie subcutanată continuă</li></ul>
<b>Levomepromazină</b> (Metotrimeperazină)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Acțiune pe receptori multipli (AchM, D2, H1, 5HT2); antiemetic în doze moderate (6-25 mg/zi)</li><li>• Folosiți doza minimal efectivă, dacă este necesară sedarea</li><li>• De obicei, se administrează per os seara sau prin PSCC</li></ul>
<b>Metoclopramid</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• D2 antagonist și prokinetic; în doze mari (&gt; 100 mg/zi) acționează ca antagonist al receptorilor 5HT3;</li><li>• 10-20 mg 3 ori/zi per os sau i/m; poate fi administrat prin perfuzie subcutanată continuă</li></ul>
<b>Ondansetron</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 5HT3 antagoniști</li><li>• 4-8 mg i/v sau i/m sau pe cale orală</li><li>• Se folosește pentru Controlul Emezisului Precoce după Chimioterapie sau Radioterapie</li><li>• De asemenea, este indicat pentru emezis postoperator</li><li>• Provoacă constipație</li><li>• Evitați administrarea îndelungată</li><li>• Un mare neajuns – este scump</li></ul>
<b>Prochlorperazină</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Prioritar D2 antagonist; slab anti-AChM, H1</li><li>• 5-10 mg 3 ori/zi per os sau 3-6 mg 2 ori/zi în comprimate mastecabile</li><li>• 25 mg în supozitoare 3 ori/zi per rectum</li><li>• 12,5 mg 3 ori/zi prin injecție i/m profund</li><li>• Nu se administrează s/c</li></ul>
<b>Scopolamină</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Anticolinergic antimuscarinic</li><li>• 10 mg max. 4 ori/zi sublingval sau s/c</li><li>• 10 mg timp de 24 de ore prin perfuzie subcutanată continuă (sedează)</li><li>• 1 mg la fiecare 72 de ore prin emplastru transdermal</li></ul>

### 3.2.7. Ocluzia intestinală

Sindromul de ocluzie intestinală este frecvent întâlnit și, de obicei, e greu de controlat. Se produce atât prin cauze mecanice, cât și funcționale (mobilitatea dificilă).

#### Diagnostic

- Simptome depind de nivelul ocluziei:
  - vomă, mai ales asociată cu greață;
  - constipație, cu toate că tranzitul de gaze poate fi permeabil;
  - disconfort și balonarea abdomenului;
  - garguiment intestinal accentuat sau diminuat;
  - spasme asociate.
- Verificați datele în privința intervențiilor chirurgicale precedente. Este recomandată Ro-grafia abdominală.
- Excludeți constipația simplă prin efectuarea tușeului rectal.

#### Cauze/factori de risc

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

#### Tratament

Depinde de locul obstrucției, starea generală și doleanțele pacientului.

- Intervenția chirurgicală este necesară, dacă:
  - obstrucția este într-un singur loc sau
  - distensia marcată, provocată de gaze, cere aplicarea paliativă a colostomei.
- Dacă tumora este inoperabilă, se recomandă controlul simptomelor prin:
  - aplicarea sondei nasogastrale sau aplicarea gastrostomei percutanate (este preferabilă la pacienți cu obstrucție gastroduodenală sau când terapia medicamentoasă n-a avut success);
  - hidratarea cu 1 litru/zi i/v sau s/c poate să creeze confort pacientului.
- Tratarea gurii uscate (cuburi de ananas înghețat).
- Tratarea simptomatică a refluxului gastroesofagian (Metoclopramidă 10 mg în 2-3 prize).

## **Terapia medicamentoasă**

### ***Durerea abdominală permanentă***

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

### **Spasme**

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

### **3.2.8. Anorexia**

Anorexia este definită ca fiind lipsa poftei de mâncare.

### **Diagnostic**

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

### **Cauze/factori de risc**

- Malignizarea rapidă.
- Simptome necontrolate.
- Stres psihologic, emoțional și spiritual, în special, depresie.
- Medicamente, în special, citotoxice, digoxină.

### **Tratament**

- Se tratează greața, durerea și alte simptome (greața se tratează cu Metoclopramid 10 mg de 2-3 ori/zi, durerea este tratată conform recomandărilor de analgezie a OMS).
- Se reduce stresul psihologic prin sprijin și consiliere psiho-emoțională.
- Se tratează depresia, administrându-se preparate antidepressive, acțiuni coordonate, de obicei, cu medicul psihiatru, când este posibil.
- Pacientului i se propune hrană în porții frecvente, mici, atractive, în anturaj plăcut.

**Terapia medicamentoasă:**

- Alcool înainte de masă, în cantități mici, în forma în care o preferă pacientul.
- Pentru stimularea poftei de mâncare – **Dexametazonă** – 2-4 mg, în fiecare dimineață sau Prednizolonă 10-30 mg în 24 de ore, până la 6 săptămâni.

**Atenție!** Glucocorticosteroizii se folosesc cu prudență (vezi anexa 1).

**Recomandări pentru îngrijiri la domiciliu:**

- a analiza cauzele pierderii ponderale (tumori, esofagită candidozică, TB, infecții cauzate de micobacterii atipice, colită citomegalovirotică, criptosporidioza etc.);
- a evita pregătirea alimentelor alături de pacient;
- a se permite pacientului să aleagă alimentele din cele ce sunt posibil de oferit;
- a se ține cont de faptul că, odată cu progresarea bolii, pacientul se va alimenta tot mai puțin;
- a se adresa la medic, dacă pacientul prezintă pierderi subite în pondere, dacă se dezice în permanență de alimente sau dacă nu poate înghiți hrana.

**3.2.9. Diareea**

Diareea este definită ca fiind creșterea frecvenței actelor de defecație și/sau a fluidității materiilor fecale. În cazuri foarte severe se poate manifesta ca o incontinență fecală.

Principalele cauze ale diareei în cazul cancerului avansat sunt:

- **cauze mecanice:** ocluzia intestinală, fecaloamele, intestinul scurtat prin intervenții chirurgicale, ileostomie, fistula ileocolică, colostomie;
- **cauze funcționale:** dieta: fibre, fructe, condimente, alcool, steatoree în cancerul pancreatic, icterul obstructiv, sindromul de ansă oarbă, neuropatie viscerală paraneoplazică, blocarea plexului celiac, simpatectomie lombară.

La pacienții cu HIV diareea poate apărea ca rezultat al efectelor adverse ale preparatelor ARV, de asemenea, ca manifestare a colitei provocate de criptosporidioză, microsporidioză, lamblioză, alte infecții, sarcom Kaposi și alte maladii.

### Tabelul 3.3

Tratament în caz de diaree

#### Diaree

##### Tratament și dozaj pentru adulți:

- A majora consumul de lichide pentru profilaxia deshidratării. În caz de diaree severă a se utiliza soluții pentru rehidratare orală.
- A se administra alimentare terapeutică.
- În caz de lipsă de sînge în masele fecale și a febrei, pacientului cu vârsta mai mare de 5 ani a se administra remedii antidiareice, precum Loperamida. **Loperamidă** – 4 mg prima doză, ulterior 2 mg după fiecare scaun lichid (maxim 12 mg timp de 24 ore, deși unii pacienți necesită o doză mai mare). **Codeină** – 10 mg, 3 ori/24 ore (până la 60 mg la fiecare 4 ore), 3 zile. **Morfină** intern 2,5-5 mg la fiecare 4 ore (în caz de diaree severă)

##### Recomandări pentru îngrijirea la domiciliu:

- A se administra lichide pentru recuperarea pierderii lichidelor (a se da de băut des, dar puțin).
- A se majora frecvența administrării alimentelor, a se hrăni puțin; a oferi supă din orez, terciuri, soluții pentru rehidratare orală; a se abține de la lapte și ciocolată.
- A îngriji tegumentele regiunii perianale:
  - după fiecare act de defecație a șterge pielea cu hârtie igienică sau cu cârpă moale;
  - a spăla regiunea perianală cu apă cu săpun de 3 ori pe zi;
  - în cazul în care pacientul acuză durere în timpul actului de defecație, a se administra vaselină în regiunea perianală.
- A se adresa după ajutor medical în oricare din următoarele cazuri:
  - vomă și febră;
  - sânge în mase fecale;
  - diaree persistentă mai mult de 5 zile;
  - creșterea fatigabilității.

#### Sensibilitate în regiunea perianală

##### Tratament și dozaj pentru adulți:

- Unguent analgetic sau vaselină pentru prelucrarea tegumentelor.

#### Dereglarea retenției maselor fecale

##### Tratament și dozaj pentru adulți:

- Vaselină pentru protecția tegumentelor regiunii perianale.

### 3.2.10. Constipația

Constipația este definită ca fiind o tulburare a funcției sistemului digestiv, caracterizată prin întârzierea scaunului mai mult de trei zile. După unii, întârzierea scaunului mai mult de 48 de ore poate fi considerată deja constipație. Persistența întârzierii scaunului duce la constipație cronică.

#### Cauze

- **Datorate tumorii:**
  - ocluzie intestinală - intrinsecă; prin compresie.
  - leziunea măduvei spinării.
- **Datorate efectelor secundare ale bolii:**
  - alimentar insuficient;
  - dietă săracă în fibre;
  - deshidratare;
  - inactivitate;
  - confuzie;
  - slăbiciune;
  - condiții improprie de toaletă.

#### Tratamentul în caz de constipație cu durata mai mare de 2 zile

##### **Staza maselor fecale:**

- A efectua examenul rectal digital și a înlătura masele fecale.
- A recomanda consumul frecvent de lichide.
- A include în regimul alimentar mai multe fructe (inclusiv, fructe uscate) și legume, terci din semințe de in, alimente moi.

##### **Alte forme de constipații:**

- Administrarea remediilor de emoliere a maselor fecale sau care sporesc volumul conținutului intestinal. Inițial este recomandată administrarea laxativelor ce sporesc volumul conținutului intestinal, de exemplu, tărâță, 4 comprimate timp de 24 de ore, sau semințe de pătlagină (*Psyllium*) câte 2-3 lingurițe dizolvate în apă sau suc, consumate până la 3 ori pe zi.
- **Macrogol 13** -125g (doză unică) 1-2 ori/24 ore.
- **Lactuloză** – a câte 10-20 ml, 3 ori/24 ore.
- **Bisacodil** – 5-15 mg pe noapte.
- **Senna glycosides** – a se începe cu 2 comprimate (a câte 7,5-8,6 mg) de 3 ori/24 ore, ulterior până la 2 comprimate la fiecare 4 ore.

**Important!** La administrarea opioidelor, în special a Morfinei sau Codeinei, întotdeauna a se administra un remediu ce înmoaie masele fecale împreună cu un remediu de stimulare a peristalticii, sau fără acesta din urmă.

### **3.2.11. Stoma**

Stoma este definită ca fiind o deschidere artificială la suprafața corpului. Este prezentă la aproximativ 5% din pacienții paliativi. Stomele pot fi clasificate în funcție de rolul lor:

- stome de eliminare (colostomie după rezecție rectală abdominoperineală, ileostomie după colectomie totală sau panproctocolectomie, urostomie cu deschidere în ileon după cistectomie);
- stome de redirecționare: protecția unei anastomoze (temporară), ocolirea unei obstrucții (gastrostomie, traheostomie), pentru paliativa simptomelor (incontinența asociată unei fistule rectovaginale sau vezicovaginale);
- stome de introducere (gastrostomie de alimentare).

Complicațiile pe termen lung ale ileostomiei, cum ar fi urolitiază sau colelitiază, nu sunt observate în cancerul avansat, datorită speranței de viață foarte mici.

#### **Tratamentul stomei**

- **Reabilitarea socială**

Reabilitarea include o serie de repere importante, cum ar fi alegerea vestimentației, activitatea fizică, relațiile sexuale, efectuarea deplasărilor pe distanțe lungi. Familia va fi implicată în îngrijirea bolnavului.

Pregătirea psihologică înainte de realizarea stomei pe cale chirurgicală este foarte importantă și este, probabil, baza pentru reabilitarea postoperatorie. Explicarea rolului stomei îl va face pe pacient să se simtă mai bine și va diminua gradul de izolare a acestuia de societate.

- **Îngrijirea pielii**

Afectarea cutanată peristomală este frecventă atunci când materiile fecale lichide vin în contact direct cu pielea. Alți factori cauzali ai afectării cutanate sunt: aplicarea incorectă a pungii de colectare, igiena proastă a pielii, radioterapia abdominală, transpirația, alergiile cutanate.

Majoritatea pungilor de colectare conțin un hidrocoloid care protejează pielea la locul aplicării lor. La pacienții cu o speranță de viață de ordinul lunilor pungile pot fi manufacturate pentru fiecare pacient în parte, adaptându-le astfel fiecărui tip de stomă. Una dintre probleme o constituie scurgerile apărute la nivelul stomelor, ce pot duce la înroșirea și iritarea pielii. Utilizarea unor agenți de curățire cutanați este suficientă



pentru a stopa modificările pielii. Acești agenți se usucă rapid și nu lasă în urmă nici o suprafață unsuroasă.

Agenții nu se vor aplica pe pielea escoriată. În aceste cazuri, pungile pot fi lăsate pe loc timp de 4-5 zile, pentru a lăsa pielii un anumit interval de vindecare.

Pe pielea descumată se poate aplica o pudră protectoare (carmeloză, gelatină, pectină), excesul fiind îndepărtat prin suflare.

Îngrijirea pielii peristomale se efectuează în momentul schimbării pungilor. Curățarea se face cu solvenți ușori, la persoanele cu pielea sensibilă. Pielea din jurul stomei se curăță cu apă călduță și se usucă prin aplicarea șervețelilor de hârtie. Se îndală orice urmă de mucus, care altfel va reduce adeziunea pungii la piele.

Protectoarele cutanate se utilizează atât în cazul stomelor, cât și la scurgerile rectale.

**Infecțiile cutanate peristomale pot fi tratate cu creme** în compoziția cărora intră un antibiotic și un corticosteroid: Miconazol 2% + Hidrocortizon 1% - Acid fusidic 2% + Betametazona 0,1%

- **Normalizarea consistenței maselor fecale**

Majoritatea pacienților colostomizați prezintă o normalizare spontană a consistenței fecalelor sau cu ajutorul unui agent hidroflic.

Pierderea lichidiană prin ileostomă conduce la pierderi importante de sodiu și apă. Acestea pot fi corectate cu administrarea orală de săruri prin rehidratare. Eliminările pot fi reduse cu ajutorul unui opioid antidiareic, cum ar fi loperamida. Agenții hidroflici nu sunt eficienți. Cu un control eficient, pierderile de apă și sodiu printr-o ileostomă nu le depășesc mai mult de trei ori pe cele normale. Regimul alimentar este suficient pentru a compensa pierderile.

În cazul unui pacient cu stomă, care acuză diaree, în pofida tratamentului efectuat, se vor lua următoarele măsuri:

- modificarea medicației administrate, dacă este necesar;
- identificarea și eliminarea mâncărilor ce duc la creșterea eliminării prin stomă (sucuri de fructe, bere, alcool, produse ce conțin cafeină, ciocolată, fructe proaspete, fasole, zarzavaturi, mâncăruri condimentate, cereale, mâncăruri în cantități mari);
- se va încuraja consumul de alimente constipante (sos de mere, banane, orez fiert, brânză, unt de arahide, pâine albă, cartofi, paste, tăiței);
- dacă diareea persistă, se vor face culturi pentru identificarea unei posibile infecții.

**Constipația la pacienții cu colostomie** este, de regulă, legată de:

- consumul scăzut de lichide;
- lipsa din dietă a fibrelor vegetale;
- consumul de alimente constipante;
- utilizarea analgezicelor și a altor medicamente constipante.

Tratamentul inițial al constipației constă în efectuarea unei clisme evacuatoare, urmată de utilizarea regulată a unui laxativ oral. Dacă se suspectează existența fecaloamelor, acestea vor fi înlăturate manual prin orificiul de stomă. Clismele uleioase sau cu soluție de fosfat sunt foarte eficiente.

Majoritatea pungilor de colectare utilizate astăzi au un filtru special, inclus, care absoarbe gazele. Flatusurile urât mirositoare sunt eliminate prin evitarea alimentelor care produc exces de gaze intestinale (bere, sifon, lapte și produse lactate, fasole uscată, zarzavaturi, castraveți, ceapă).

### **3.2.12. Fistula**

Fistula este definită ca fiind o comunicare anormală între două organe cavitate sau între un organ cavitat și piele.

#### **Cauze**

La pacienții incurabili fistulele sunt cauzate cel mai frecvent de tumori invazive intraabdominale.

#### **Tratament**

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

Îngrijirea unui pacient cu fistulă constă în următoarele:

- efectuarea toaletei minuțioase a fistulei cu apă caldă fără detergent și prelucrarea cu sol. medronidazol pentru controlul mirosului;
- aplicarea pansamentului sau a colectorului special pentru absorbția eliminărilor din fistula. Adresați-vă specialiștilor din hospice.

### 3.2.13. Ascita

Ascita este definită ca fiind o acumulare de lichid patologic în cavitatea abdominală.

#### Cauze/factori de risc

- Metastaze peritoneale (carcinomatoză peritoneală).
- Hipoalbuminemie.
- Retenție secundară de sodium.
- Tromboza venelor hepatice (sindromul Budd-Chiari).
- Tumorile ovariene.
- Alte cauze.

#### Diagnostic

- Evaluarea clinică: distensie progresivă a abdomenului, matitate la percuție, fluctuație a lichidului.
- Ultrasonografie abdominală (pentru evaluarea volumului de lichid și efectuarea paracentezei, la necesitate).
- Excluderea maselor tumorale, organomegaliei, globului vezical, ocluziei intestinale.

#### Tratament

Dacă simptomele sunt minimale, nu se intervine cu medicație, de obicei, explicația pe înțelesul pacientului este suficientă. În cazuri mai severe, se recurge la terapie medicamentoasă.

#### Terapia medicamentoasă

- În cazul distensiei abdominale dureroase este recomandată analgezia (de obicei, opioizi puternici – sol. Morfină, conform principiilor generale de administrare a opioizilor).
- Chimeoterapia citotoxică (locală sau sistemică), poate fi indicată, în special, în cazurile carcinoamelor primare ale ovarelor, glandelor mamare sau intestinului gros. **Consultați oncologul!**
- Diuretice: **Furosemid** – 40-80 mg/zi (risc de hipokalemie), **Spironolactonă** – (mai ales, dacă este hipoalbuminemie) 100 mg 1-2 ori pe zi.
- Antiemetice: **Metoclopramidă** – 10 mg de 2-3 ori/zi, în cazul stazei gastrice.

**Paracenteza** poate fi indicată pacienților cu ascită în tensiune și disconfort, în special, dacă se asociază cu dispneea. Poate fi repetată. Se evacuează 2 litri de lichid la prima procedură, apoi maximum 6 litri/zi.

**Atenție!** Eliberarea rapidă a lichidului poate cauza colaps.

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

## 3.3. Simptome respiratorii

### 3.3.1. Dispneea

Dispneea este definită ca senzație subiectivă de insuficiență de aer/discomfort la respirație.

Specialiștii au delimitat 4 grupuri de patologii, la care apare dispneea:

- **Cauzate de cancer:**
  - epanșamente pleurale sau pericardice;
  - obstrucții la nivelul bronhiilor principale;
  - mase tumorale mari cu infiltrarea și distrugerea plămânilor;
  - limfangita carcinomatoasă;
  - obstrucție mediastinală;
  - ascită masivă, distensie abdominală.
- **Cauzate de tratament:**
  - fibroză postiradiere;
  - chimioterapie: Bleomicină, Doxorubicină.
- **Cauze secundare cancerului:**
  - anemie;
  - atelectazie;
  - embolie pulmonară;
  - pneumonie;
  - empiem;
  - sindrom de cașexie-anorexie;
  - slăbiciune.
- **Alte cauze asociate:**
  - BPOC;
  - astm bronșic;
  - insuficiență cardiacă;
  - acidoză.

### Cauzele dezvoltării dispneei

- Obstrucție a căilor respiratorii
  - **căile respiratorii principale:** tumoare; compresie extrinsecă de ganglion mediastinali; iritație a laringelui; structuri postradioterapie;
  - **căile respiratorii mici:** bronhopneumopatia cronică obstructivă; astmul bronșic; limfangită canceromatoasă.
- Volumul inspirator diminuat al plămânilor: fibroză pulmonară; lichid în cavitatea pleural pneumotorax; edem pulmonar, SDRA, SIRS; tumoare cu creștere extensivă; distensie abdominală marcată.
- Difuziunea scăzută a gazelor: embolism pulmonar (TEAP); emfizem pulmonar; pericardită exudativă.
- Durere: pleurezie; infiltrație în peretele toracic; fracturi costale/vertebrale; durere de capsulă a ficatului.
- Dereglări neuromusculare: paraplegie; iritație a nervului frenic; cașexie; sindroame paraneoplazice.

### Tratament nemedicamentos

- Evaluați cum acționează dispneea asupra pacientului. Explicați pacientului și familiei mecanismele dispneei.
- Asigurați flux de aer proaspăt spre pacient.
- Recomandați poziții anumite pentru a ușura respirația (aplecarea în față cu brațele/coatele sprijinite pe genunchi sau pe o masă; culcat întins pe burtă).
- Recomandați exerciții de respirație (respirație profundă, înceată și regulată) și metode de relaxare (ex., inspirație profundă cu expirație rapidă).
- Consiliere și reabilitare efectuată de fizioterapeut/soră medicală specializată (dacă este posibil).
- Acupunctură, aromaterapie, reflexoterapie (dacă este posibil și util).
- Consultul psihologic al pacientului are importanță majoră, deoarece dispneea întotdeauna îi sperie pe pacienți și se poate asocia cu frica de moarte.

### Tratament medicamentos

Tratamentul medicamentos simptomatic al dispneei se utilizează doar după ce tratamentul nemedicamentos a fost epuizat.

**Opioidele** deseori sunt utile în diminuarea senzației subiective de dispnee. Dispneea provoacă senzații de anxietate, iar aceasta poate induce hiperventilația, cu agravarea dispneei. Dispneea severă aparută brusc caracterizează, de obicei, perioada

terminală a maladiei. În acest caz se recomandă per os **Morfina** 0,1 mg/kg în combinație cu **Midazolam** sau **Diazepam**. Dacă pacientul nu a mai primit opioide, este opioid naiv, începem cu 2,5 mg de Morfină orală la fiecare 6 ore cu dozare ulterioară. Dacă pacientul deja primește morfina pentru controlul durerii, doza poate fi mărită cu 30-50% în cazul dispneei coasociate.

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

**Oxigenul** are efecte variabile, dar beneficiul psihologic este substanțial. E indicată utilizarea oxigenului în fazele terminale. Administrați oxigenul cu precauție, în cazuri cu pronostic de viață lung, la o saturație  $O_2 > 92\%$ .

#### **Tratament specific**

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

#### **A se lua în considerație:**

- Chiar în absența weezingului Salbutamolul și Ipratropiul (prin nebulizator) pot aduce beneficii.

- În cazul tumorilor intracraniene poate fi atins centrul de respirație în mod direct sau provocat de hipertensiune intracraniană. În asemenea cazuri se recomandă: Dexametazona în cure scurte.
- Dispneea este foarte frecventă în maladiile neurodegenerative din cauza afectării mușchilor respiratorii și incapacității de a îndepărta secrețiile. În asemenea caz e recomandată fizioterapia blândă. Aspirația secrețiilor uneori poate dăuna mai mult decât să aducă beneficii, aceasta urmând să fie efectuată cu atenție de personal instruit. **Atenție!** Unii copii pot prezenta bronhospasm reflector în urma inhalajiilor.
- În cazul secrețiilor foarte vâscoase se indică administrare de N-acetilcisteină.

### 3.3.2. Tusea

Tusea este un act reflex de apărare prin care se realizează eliminarea corpurilor străini, a particulelor iritante, a produselor exsudative datorate proceselor inflamatorii și secrețiilor abundente din căile respiratorii și, de regulă, nu trebuie combătută. Devine patologică când nu este eficientă și când efectele acesteia afectează somnul, alimentația, odihna și viața socială.

#### Diagnostic

- Precizați dacă tusea este umedă sau uscată, despre spută – cantitate, consistență, culoare.
- Tusea este cauzată de poziția corpului?
- Examinați cutia toracică. Ro-grafia cutiei toracice poate fi de folos (dacă este posibil).
- PEF-metria (dacă este posibil) pentru a controla reversibilitatea bronhospasmului.

#### Cauze/factori de risc:

- nazofaringeale – eliminări nazale posterioare, tumoare;
- laringeale – tumoare, inflamație, infecție;
- bronșice – inflamație, obstrucție, tumoare, infecție, inhibitori ai enzimei de conversie, fistule traheo-esofagiene;
- pulmonare – pneumonie, alveolită, abcese, bronșiectazie, edem, fibroză, metastaze pulmonare;
- pleurale – pleurezie, metastaze pleurale;
- maladii neurodegenerative;
- mediastinale – tumoare, limfadenopatie;
- cardiace – insuficiență cardiacă;
- reflux gastric – esofagian cu aspirație.

### **Tratament nemedicamentos**

- Este indicată poziția ridicată a corpului.
- Administrarea de aerosoli cu Dexametazonă, saline nebulizante de 4 ori/zi în cazuri de secreții dense.
- Fizioterapia cutiei toracice, când este indicată/accesibilă (cu sau fără aspirația sputei). În cazul unor maladii, în special ale celor neurodegenerative, pierderea abilității de a tuși este o problemă majoră. În asemenea cazuri sunt utile fizioterapia, drenajul postural cu aspirația secrețiilor, sputei.
- Tratarea infecției, dacă infecția persistă și pacientul nu este în fază terminală.
- Radioterapia poate ajuta, dacă tusea este cauzată de tumoare.
- Umidificarea aerului sau administrarea oxigenului sunt recomandate.

### **Tratament medicamentos (selecția depinde de tipul tusei)**

- General:
  - inhalatori (**tinctură de mentol cu eucalipt**);
  - doze mici de opioizi (**Codeină, Morfină**);
- Specific:
  - nazofaringial (antibiotice; glucocorticosteroizi sub formă de spray nazal)
  - laringeal (glucocorticosteroizi inhalatori sau prin nebulizare; anestezice locale prin nebulizare; **Bupivacaină** – 0,5 %, 5ml de 3 ori/zi, cu cel puțin 30 min. înainte de masă – risc de bronhospasm idiosincronic, uneori sever);
  - bronșial (bronhodilatatori în doze standart; inhalații cu salbutamometil; glucocorticosteroizi per os, inhalatori sau prin nebulizare;
  - anestezice locale);
  - reflux gastric (antacide care conțin Simeticonă; agenți prokinetici).

### **3.3.3. Sughitul**

Sughitul este o contracție bruscă, involuntară și spasmodică a musculaturii inspiratorii, în special, a diafragmei, care oprește fluxul de aer și produce un sunet caracteristic.

Mecanismul de producere a sughitului este inspirația spontană provocată de o contracție bruscă a diafragmei. Oprirea subită a inspirației cu zgomotul respectiv este cauzată de contracția clonică a glotei și vibrația corzilor vocale sub acțiunea curenților de aer care, absorbit brutal, trece vijelios prin orificiul glotic întredeschis. Factorii declanșatori pentru sughit sunt reprezentați de stimulii nervoși de la nivel visceral, periferic (diafragma, stomac, pleură, abdomen), conduși prin nervul frenic sau vag, pe cale umorală (uree, în insuficiența renală) sau prin stimuli care acționează direct asupra centrilor nervoși (procese patologice cerebrale).



**Cauze/factori de risc**

- **Periferice** (stimularea diafragmei, nervului frenic):
  - distenzie sau iritație gastrică;
  - hepatomegalie sau implicarea ficatului;
  - tumori sau ganglioni limfatici intratoracici.
- **Centrale** (stimularea măduvei spinale):
  - tensiune intracraniană crescută;
  - AVC/tumoare a trunchiului cerebral;
  - uremie;
  - dereglările biochimice, cum ar fi hiponatremia, hipocalcemia în tratamentul cu bifosonați.

**Tratament nemedicamentos**

- Respirație în pachet de hârtie (ridică nivelul de CO<sub>2</sub>) .
- Folosirea apei reci, înghițirea bucăților de gheață sau consumul unei lingurițe cu zahăr granulat pentru stimularea faringelui. Tot pentru stimularea faringelui se utilizează remedii medicamentoase cum ar fi: inhalajia a 2 ml de ser fiziologic timp de 5 min. sau masajul joncțiunii între palatul dur și palatul moale cu un bețișor cu vată.

**Tratament medicamentos**

- Cauze periferice:
  - **Metoclopramid** – 10 mg de 4 ori/zi;
  - **Domperidonă** –10-20 mg la fiecare 4-8 ore;
  - **Antacide** care conțin simeticonă;
  - **Dexametazonă** – 4-12 mg o dată/zi;
  - **Ranitidină** – 150 mg de 2 ori/zi;
- Cauze centrale:
  - **Clorpromazină** – 10-25 mg de 3 ori/zi;
  - **Haloperidol** – 0,5 mg de 3 ori/zi;
  - **Diazepam** – 2,5 mg de 3 ori/zi;
  - **Dexametazonă** – 4-12 mg o dată/zi;
  - **Nifedipină** – 10 mg de 3 ori/zi;
  - **Baclofen** – 5 mg de 3 ori/zi;
  - **GABA-agoniștii** – Valproat de sodiu în doze de 200-500 mg/zi;
  - **Nefopam** – 10 mg în cazuri refractare.

### **A se lua în considerație:**

- Niciunul din medicamentele enumerate mai sus nu este efectiv singur. Utilizați combinații!
- În perioada terminală cea mai frecventă cauză a sughitului este distensia gastrică, fiind recomandată terapia antiflatulentă: Simeticona. În caz de eșec, se recomandă de adăugat un preparat prokinetic – Metoclopramid, cu scop de golire a stomacului și acțiune centrală (antagonist al dopaminei).
- În afectarea diafragmei se va administra Baclofen, acesta fiind medicamentul de elecție datorită proprietăților sale miorelaxante. Stimularea faringelui poate avea o acțiune benefică în rezolvarea acestui simptom.
- Dacă sughitul persistă în pofida tuturor eforturilor, poate fi luată în considerație o infecție, sau afectare cerebrală, sau leziune intracraniană.

## **3.4. Îngrijire și tratament în cazul simptomelor neurologice**

### **3.4.1. Hipertensiunea intracraniană**

Hipertensiunea intracraniană (HIC) este definită drept creșterea presiunii intracraniene datorită dereglării mecanismelor de echilibru presional intracranian.

#### **Diagnostic**

- Cefalee severă, care se agravează în poziție culcată.
- Vomă, convulsii, diplopie, astenie.
- Poate fi atestat edemul papilar.
- Pot fi indicate – TC/RMN scanare.

#### **Cauze/factori de risc**

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

Simptomele neurologice progresive afectează grav starea pacienților cu HIV/SIDA. Cel puțin 40% dintre acești pacienți au manifestări clinice semnificative ale disfuncției sistemului nervos central, autopsia constatând lezarea creierului în 90% dintre cazuri.

### Tratament

- Ridicarea capului, poziție semiridicată a corpului. **Dexametazonă** – până la 16 mg/zi, nu mai mult de 7 zile. Evitați administrarea Dexametazonei după ora 14.00, fiindcă poate provoca insomnie. Reduceți treptat doza până la cea minim efectivă și monitorizați dacă simptomele sunt controlate. Anulați Dexametazona, dacă nu are efect după 5-7 zile.
- **Anticonvulsivele** pot fi utile pentru cei care au accese de convulsii. **Carbamazepina** poate reduce efectul terapeutic al unor medicamente până la 50% prin inducție enzimatică.
- **Midazolam** în doză de 10-60 mg (dozată până la atingerea efectului clinic), administrat prin perfuzie subcutanată continuă, în cazurile când calea orală nu poate fi folosită.
- **Diazepam** – tuburi rectale (10-20 mg) pot stopa convulsiile.
- **Analgezicele AINS** sunt indicate în cazuri de cefalee.

### 3.4.2. Convulsii

**Convulsiile** sunt spasme (constricții) necontrolate, produse de activitatea electrică anormală a creierului.

#### Cauze/factori de risc

- În cazul crizelor epileptice, traumelor/intervenției chirurgicale, tumorilor/metastazelor craniene.
- Dereglări metabolice – de ex., hipoxie, hiponatriemie, hipoglicemie, uremie.
- Infecții – HIV, TB, toxoplazmoză, infecția criptococică.
- Toxicitatea medicamentelor – antidepresante triciclice, Fenotiazine, Petidina. Anularea medicamentelor – benzodiazepine, barbiturice, opioide.

### Tratament

- **Prevenirea convulsiilor**
  - **Carbamazepină** – inițial 100-200 mg 1-2 ori/zi, majorând cu 100-200 mg la fiecare 2 săptămâni până la 800-1200 mg/zi;
  - **Valproat de sodiu** – inițial 200 mg 2-3 ori/zi, majorând la fiecare 3 zile până la 1-2 g/zi. Evitați terapia combinată, dacă este posibil. Dacă nu este posibil, este indicată administrarea medicamentului per os.
  - **Midazolam** – 10-60 mg/24 ore prin PSCC;
  - **Carbamazepină** – sub formă de supozitoare de 2 ori/zi (125 mg per rectum, este echivalent cu 100 mg per os);
  - **Dexametazonă** – 8-16 mg/zi în cazuri de tumori/metastaze cerebrale.

- **Convulsii grand mal:**
  - **Diazepam** – per rectum 10-20 mg;
  - **Midazolam** – 5-10 mg.
- **Status epilepticus:**
  - Ambulator: **Diazepam** – 10-20 mg per rectum, intramuscular;  
**Midazolam** – 5-10 mg intranasal sau i/v lent și repetăm, dacă este necesar după 15–20 min.;
  - În condiții de spital: **Lorazepam** – 4 mg i/v.

### 3.4.3 Compresia medulară

Compresia medulară sau lezarea integrității măduvei spinale apare ca rezultat al prezenței unor tumori în corpurile vertebrelor și este înregistrată la 3-5% dintre pacienții cu cancer în stadiu avansat. 40% din cazurile de compresie medulară apar ca rezultat al cancerului pulmonar, bronșic, mamar și de prostată.

#### Diagnostic

- Diagnosticarea precoce și tratamentul urgent (timp de ore) sunt importante pentru a îmbunătăți rezultatul tratamentului. Fiți atent la semnele precoce, care pot fi utile (ex. greutate în picioare). Dacă sindromul de compresie medulară se instalează, max. 5% dintre pacienți pot merge din nou și puțini supraviețuiesc mai mult de un an.
- Compresia medulară apare ca rezultat al afectării radiclei nervului respectiv, decurge cu durere în spate, cu sau fără iradiere (90%), urmată de slăbiciune în picioare (75%), schimbări senzoriale (50%) și dereglări de funcție ale vezicii urinare sau intestinului (40%).
- Dacă compresia este la nivelul toracelui (majoritatea apar la acest nivel), atunci reflexele senzoriale pot fi înviorate. Compresia la nivelul cozii de cal (coada equina) clinic se manifestă prin reflexe diminuate, disfuncții sfincteriene.

#### Cauze/factori de risc

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

## Tratament

Compresia medulară este o urgență medicală și trebuie abordată ca atare.

- Imediat:
  - **Dexametazonă** – 16-32 mg/zi (sau puls terapie);
  - RMN – investigație de elecție, deși radiografia standard depistează și arată metastazele și/sau colapsul vertebral în 80% din cazuri. TC cu mielografie poate fi benefică, dacă RMN nu e disponibilă;
  - Referire de urgență către radioterapeut sau neurochirurg.
- Dacă debutul este treptat sau rapid, iar paraplegia s-a instalat în mai puțin de 24 de ore, decompresia chirurgicală este posibilă sau se indică radioterapie (o singură cură).
- Dacă începutul este rapid și paraplegia este consolidată, radioterapia nu este de folos, cu excepția alinării durerii.
- Dacă începutul este treptat și paraplegia este consolidată:
  - îngrijiți regiunea de compresie;
  - aplicați un cateter urinar;
  - folosiți regulat clisme sau supozitorii la instalarea constipației;
  - utilizați căruciorul cu roțile, patul funcțional, saltele antiescare la domiciliu;
  - consiliați psihologic pacientul pentru readaptare la statutul de sănătate.
- Este recomandată evaluarea de către specialistul în îngrijire paliativă, pentru management și/sau reabilitarea ulterioară.

## 3.5. Îngrijire și tratament în cazul simptomelor psihice/psihologice

### 3.5.1. Depresia

Depresia este definită ca o stare patologică care se manifestă prin tristețe, pesimism, autodevalorizare, dezinteres, anxietate, încetinire psihomotorie, precum și alte simptome psihice sau somatice variabile. Ea apare la 5-15% dintre pacienții cu cancer, iar alte 10-15% prezintă unele simptome depresive. Simptome depresive se atestă la majoritatea pacienților cu HIV/SIDA la diverse etape ale bolii.

Este important să se facă distincția între depresia clinică, tristețe și demența profundă. Trebuie să fim conștienți de faptul că multe dintre simptomele somatice obișnuite ale depresiei, cum ar fi anorexia, scăderea în greutate, tulburări de somn, se pot atesta la pacienții cu boli maligne. Depresia poate fi ascunsă, iar pacienții să mimeze vigoare, să zâmbească și chiar să facă glume.

## **Diagnostic**

- ***Simptome biologice***
  - variații în starea de spirit pe parcursul zilei;
  - dereglări ale somnului, în special, cu treziri frecvente sau dimineața devreme;
  - anorexie, care nu răspunde la steroizi.
- ***Simptome psihologice***
  - starea de spirit scăzută persistent, cu pierderea plăcerii și bucuriei;
  - vinovăție morbidă, sentimente de neputință și inutilitate/pierderea propriei demnități;
  - idei și intenții suicidale.

## **Cauze/Factori de risc**

- Antecedente de depresie.
- Necesitatea pentru a se adapta la viața cu multe modificări, într-o perioadă scurtă de timp.
- Controlul slab al simptomelor.
- Imobilitate și izolare cu afectarea calității vieții și a lipsei de sprijin.
- Informații inexacte sau inadecvate despre boala sau prognosticul său.
- Medicamente – corticosteroizi, unele citotoxice, unele antihipertensive, unele neuroleptice, benzodiazepine, cauza depresiei ar putea-o constitui efavirenzul – preparat ARV de bază, pentru pacienții cu HIV/SIDA.

## **Tratament**

Recomandări pentru îngrijiri și tratament în cazul depresiei și simptomelor depresive sunt prezentate în tabelul 3.4.

**Tabelul 3.4**

Tratamentul depresiei și simptomelor depresive

<b>Depresia (generală)</b>
<p><b>Recomandări pentru tratament:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• A evalua și a clasifica depresia: riscul de suicid, starea de gravitate, reacția complicată la pierdere sau la alte evenimente grele de viață etc.</li> <li>• A consulta psihiatrul vis-à-vis de terapie.</li> <li>• A exclude efectele adverse ale remediilor medicamentoase.</li> </ul>
<p><b>Recomandări pentru îngrijiri la domiciliu:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• A asigura sprijinul și consultul specialistului.</li> <li>• A implica pentru susținere morală membrii familiei și prietenii; a referi pacientul în grupuri de autosusținere sau în grupuri de susținere a organizațiilor religioase.</li> <li>• A nu lăsa pacientul fără supravegherea necesară: a se discuta cu el, a-i ajuta să-și normalizeze somnul, a-l supraveghea în dinamică.</li> </ul>
<b>Episod depresiv ușor</b>
<p>(De regulă, se atestă 2 sau 3 din simptomele enumerate mai sus. Pacientul este depresiv, dar, în linii generale, este capabil să-și exercite activitățile sale de bază)</p>
<p><b>Recomandări pentru tratament:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Antidepresivele nu sunt recomandate, mai importante fiind supravegherea, soluționarea problemelor identificate și efortul fizic.</li> </ul>
<b>Episod depresiv moderat</b>
<p>(De regulă, se atestă 2 sau 3 din simptomele enumerate mai sus. Pacientul este depresiv, dar, în linii generale, este capabil să-și exercite activitățile sale de bază)</p>
<p><b>Recomandări pentru tratament:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• În caz de episod depresiv unic, se recomandă a continua tratamentul timp de 4-6 luni, în caz de accese repetate – timp mai îndelungat.</li> </ul>

- **Preparate de linia întâi:** ISRS, de exemplu, **Citalopramul**, 10-20 mg timp de 24 de ore. Doza poate fi majorată până la 60 mg timp de 24 de ore pe durata a câtorva săptămâni. Întotdeauna a se utiliza doza minimal eficientă. La începutul tratamentului cu ISRS a se monitoriza cu precauție pacientul; se poate manifesta anxietate, excitație, comportament suicidal. Multe PTHS consideră pierderea libidoului drept un efect advers inacceptabil.
- **Preparate de linia a doua:** urmează a fi indicate după 6-8 săptămâni, dacă ISRS sunt suportate rău sau sunt ineficiente. Pot fi administrate antidepresive din alte clase (de regulă, un antidepresiv triciclic sau un inhibitor al MAO, cu precauție, de exemplu, **Amitriptilina**, începând cu 25 mg de 3 ori timp de 24 de ore), respectând recomandările standard vis-a-vis de anularea sau substituția preparatului. Totuși, trebuie de ținut cont că antidepresivele triciclice sunt foarte toxice în caz de supradoză, de aceea sunt contraindicate pacienților cu înclinații suicidale. Drept alternativă poate servi un alt ISRS, de exemplu, **Sertralina**, începând cu doza de 50 mg timp de 24 de ore.

**Atenție!** Având acțiune antidepresivă, remediile din pojarniță interacționează cu IP și INNTI, micșorând concentrația acestora în sânge; aceasta poate condiționa apariția unor tulpini rezistente de HIV, de aceea remediile din pojarniță nu se recomandă pacienților cărora li se administrează IP și INNTI.

### Episod depresiv sever fără psihoză

(Unele simptome enumerate mai sus se manifestă pronunțat: sunt tipice simțul de inovăție, lipsa valorii personale și autoevaluarea scăzută; deseori gânduri și intenții suicidale, la fel ca și numeroase simptome „somatice”)

#### Recomandări pentru tratament:

- Se recomandă antidepresanți în combinație cu PCC.
- În funcție de gravitatea stării și de factorii de risc, psihiatrul ar putea indica **Carbonat** sau **Citrat de litiu** (nivelul plasmatic trebuie să constituie 0,4-1,0 mmol/L), terapia electroconvulsivă sau **Venlafaxina** (doza inițială 75 mg timp de 24 de ore); anterior administrării preparatelor se recomandă o discuție cu pacientul și următoarele investigații: ECG funcțiilor renale și ale glandei tiroide (litium), ECG și tensiunea arterială (Venlafaxina).

#### Recomandări pentru îngrijiri la domiciliu:

- A consulta pacientul și membrii familiei acestuia în vederea administrării preparatului și a efectelor adverse ale lui.
- Referirea pentru consultul specialistului.
- A face observații în dinamică.



<b>Episod depresiv sever cu psihoză</b>
(Depresie severă cu halucinații, delir, inhibiție psihomotorie sau stupoare)
<b>Recomandări pentru tratament:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• În cazul simptomelor de psihoză ar putea fi indicate neurolepticele, care ar putea fi administrate după consultul psihiatrului.</li> </ul>
<b>Gânduri suicidale</b>
<b>Recomandări pentru tratament:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• A evalua prezența la pacient a unui plan și mijloace de comitere a suicidului. Dacă acestea se confirmă, se recomandă internarea pacientului pe motiv de risc ridicat de suicide.</li> </ul>
<b>Recomandări pentru îngrijiri la domiciliu:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• A nu lăsa pacientul fără supraveghere. A limita accesul la obiectele potențial periculoase. A implica familia și prietenii în îngrijirea pacientului.</li> </ul>

### 3.5.2. Anxietatea

**Anxietatea (neurotism)** este o stare afectivă caracterizată printr-un sentiment de insecuritate, de tulburare și lipsă de concentrare. Tulburările de anxietate sunt foarte frecvente și afectează 14% din populație. Acuzele pacienților, foarte diverse de la un pacient la altul, sunt de natură fizică, ei nefiind conștienți că la baza problemelor apărute stă anxietatea. Anxietatea poate fi acută (trecătoare) sau cronică (persistentă).

#### Simptome

- Îngrijorare, iritabilitate.
- Insomnie sau agitație.
- Dificultate/imposibilitate de concentrare/relaxare.
- Efecte fizice, cum ar fi transpirație, tahicardie, tremor, greață, ochi mari cu pupile dilatate.
- Atac de panică.

### Cauze/factori de risc

- Organice: durere severă, tumori cerebrale, insomnie, controlul slab al simptomelor.
- Situaționale: griji pentru familie, teama de spital/tratamente, informații inadecvate/inexacte, incertitudinea cu privire la viitor, preocupare pentru familie/finanțe, probleme sociale.
- Psihatrice: antecedente de anxietate, depresie, delir, psihoză.
- Medicamentoase: tratament cu steroizi sau Salbutamol, sistarea administrării opioidelor, benzodiazepinelor.
- Altele.

### Tratament

Recomandările pentru îngrijiri și tratament în caz de anxietate sunt prezentate în tabelul 3.5.

**Tabelul 3.5**

Terapia anxietății

Neuroza anxietății
<p><b>Recomandări pentru tratament:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Discutarea modului de soluționare a anxietății, în corespundere cu situația concretă; instruirea în vederea însușirii metodelor de relaxare; ascultarea cu atenție și acordarea suportului moral. Este dezirabilă învățarea pacientului cum să-și depășească anxietatea, utilizând principiile <b>psihoterapiei cognitiv-comportamentale</b> (PCC) sau, dacă e posibil, referirea acestuia la specialistul corespunzător (ultima opțiune este preferabilă). În cazul PCC, după o cură scurtă de ședințe cu psihoterapeutul sau psihiatrul, sunt determinate cauzele și prodromele anxietății, la fel ca și formarea deprinderilor pentru depășirea acesteia.</li><li>• Inhibitorii selectivi ai recaptării serotoninei (ISRS) pot fi utilizați în calitate de preparate de linia întâi, de exemplu, <b>Citalopramul</b> –10 mg, 1 priză în 24 de ore timp de o săptămână, ulterior majorând doza, timp de câteva săptămâni, până la 20 mg și mai mult (doza maximală – 60 mg timp de 24 de ore).</li><li>• <b>Benzodiazepinele</b> pot sista rapid anxietatea, dar din cauza că pot dezvolta toleranță și dependență, acestea nu trebuie să fie utilizate mai mult de 2-4 săptămâni. Pot fi utile la inițierea tratamentului cu ISRS pentru prevenirea agravării simptomatice în această perioadă .</li></ul>
<p><b>Recomandări pentru îngrijire:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• A rezerva timp suficient pentru ascultarea cu atenție a pacientului.</li><li>• Dezbateră problema, respectând confidențialitatea.</li><li>• Muzica liniștitoare sau masajul pot facilita relaxarea pacientului.</li><li>• Îndreptarea pacientului în grupuri de susținere.</li><li>• La creșterea anxietății sau a depresiei, a se îndrepta la medic.</li></ul>

Sfârșitul tabel. 3.5

Atacuri de panică
<p><b>Recomandări pentru tratament:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ISRS trebuie să fie utilizați ca preparate de preferință.</li> <li>• În cazul în care aceștia sunt contraindicați sau ineficienți, ar putea fi administrată <b>Clomipramina</b> (inițial 25 mg o dată timp de 24 de ore, în decursul a 2 săptămâni a se majora treptat doza până la 100-150 mg în 24 de ore).</li> <li>• Pentru a ajuta pacientul să facă față atacurilor de panică, urmează a se utiliza principiile PCC; preferabil este ca pacientul să urmeze cursul de PCC.</li> </ul>
Fobii
<p><b>Recomandări pentru tratament:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pot fi administrați ISRS. Un rol important îl joacă PCC, de exemplu, metodele cu majorarea treptată a iritantului.</li> </ul>

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

### 3.5.3. Insomnia

Insomnia reprezintă o tulburare a somnului care se manifestă prin reducerea duratei și/sau profunzimii lui.

#### Diagnostic

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

#### Cauze/Factori de risc

- Psihologice: anxietate, depresie, frica de moarte, de coșmaruri. Evitați să-i vorbiți pacientului sau să-l asigurați intenționat că „va muri în somn”.
- Controlul neadecvat al simptomelor.
- Fiziologice: stimuli de trezire (zgomot, lumină, micțiuni frecvente), somn în timpul zilei.
- Modificări de mediu: spitalizarea, întreruperi ale somnului (deranjări) de către personal.

- Medicamentoase: administrarea stimulentei (cafeina), steroizilor, diureticilor, opioidelor, fluoxetinei, propranololului (coșmaruri); sistarea bruscă a administrării unor medicamente – benzodiazepine, barbiturice, (alcool).

### Tratament

- Reducerea la minim a cauzei insomniei.
- Controlul simptomelor.
- Consiliere la tema anxietate.
- Inițierea/testarea unui model de somn bun – formarea deprinderii de a merge la culcare mai târziu ca de obicei și evitarea somnului de zi, încurajarea unui ritual înainte de culcare. (Laptele cald, băut înainte de culcare, poate ajuta). Utilizarea diverselor tehnici de relaxare.

### Terapia medicamentoasă

Preparatele medicamentoase pot fi administrate în doză unică, seara:

- **Temazepam** (10-20 mg) – pentru utilizare pe termen scurt.
- **Zopiclonă** (3,75-7,5 mg) sau **Zolpidemă** (5-10 mg) pot avea mai puține efecte adverse decât benzodiazepinele.
- **Amitriptilină** (12,5-75 mg) – în cazuri de deșteptare prea timpurie dimineața.

### 3.5.4. Somnolența

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

### Cauze/Factori de risc

- Organice: gânduri despre iminența morții; infecție, în special a căilor respiratorii și a 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, insomnie, izolare psihologică.

### Tratament

- Evaluarea cu exactitate a cauzelor. În cazul în care pacientul este aproape de moarte, intervențiile invazive nu sunt indicate.
- Terapia medicamentoasă: **Dexametazonă** – 16 mg/zi; **Paroxetină** – 20 mg, pentru depresie greu de tratat.

#### 3.5.5. Demența

Demența este un sindrom de dereglare a memoriei, gândirii, orientării, înțelegerii, capacităților de învățare, vorbirii, judecății și altor funcții ale scoarței cerebrale, determinate de boli ale creierului, de regulă, cu caracter cronic și progresiv.

Dereglarea funcțiilor cognitive deseori este însoțită (iar uneori anticipată) de înrăutățirea controlului emoțiilor, comportamentului social (de exemplu, inhibarea) sau dereglarea motivării.

Dereglarea funcțiilor cognitive la persoanele cu infecția HIV poate avea diferite cauze:

- scăderea memoriei și dereglarea concentrării atenției deseori pot fi manifestări ale depresiei și neliniștii, de aceea la stabilirea diagnosticului de demență ele trebuie excluse în primul rând;
- infecțiile acute pot decurge cu conștiința dereglată (delir), ceea ce, de asemenea, trebuie luat în considerare la stabilirea diagnosticului diferențial;
- în același timp, în stadiile tardive ale infecției HIV cu nivel redus de limfocite CD dereglările cognitive pot fi determinate de acțiunea nemijlocită a virusului HIV asupra SNC sau de răspunsul imun la prezența virusului în organism.

### Tratament

Recomandările pentru tratamentul demenței sunt prezentate în tabelul 3.6.

#### 3.5.6. Delirul

Delirul se caracterizează prin confuzie, deseori cu iluzii vizuale sau halucinații, cu creșterea sau scăderea activității psihomotorii și fluctuații la nivel de conștiință. Delirul este, de regulă, o stare reversibilă, dacă este identificată corect cauza și administrat tratamentul corespunzător.

Delirul poate fi:

- hiperactiv – se manifestă prin halucinații și iluzii;
- hipoactiv – se manifestă prin confuzie și sedare,
- mixt – se manifestă prin alternarea stărilor de agitație și letargie.

Delirul trebuie diferențiat de demență.

**Tabelul 3.6**

Tratamentul demenței

### **Demență cu dereglări comportamentale**

(Agresivitate sau neliniște)

#### **Recomandări pentru tratament:**

- Excluderea altor cauze, cum ar fi depresia și delirul.
- Depistarea cauzelor reversibile ale demenței, în particular a hidrocefaliei normotensive, tumorilor operabile, hipotireozei, neurosifilisului, deficitului de vitamină B12 și de acid folic. Administrarea tratamentului corespunzător.
- Posibil, cauzele dereglărilor sunt durerea sau frica. Administrarea tratamentului corespunzător.
- Baza tratamentului complexului „SIDA – demență” este TARV.

**Notă.** Preferință se acordă metodelor nemedicamentoase, de exemplu, tentativa de liniștire a pacientului. Dacă pacientul se comportă liniștit și are nevoie de tratament medicamentos, pot fi utilizate doze mici de **Quetiapină** (12,5 mg timp de 24 de ore). Dacă pacientul se află la domiciliu, familiei trebuie să i se acorde asistență, în particular, pacientul ar putea fi spitalizat pentru o anumită perioadă, pentru a oferi o pauză rudelor. Tratamentul devierilor comportamentale înregistrate la pacienții îngrijii la domiciliu este deosebit de important, deoarece cu trecerea timpului acest lucru se reflectă negativ asupra membrilor familiei.

#### **Recomandări pentru îngrijiri la domiciliu:**

- Pacientul trebuie să se afle cât mai mult posibil într-un mediu cunoscut.
- Păstrarea lucrurilor la locurile obișnuite, pentru ca pacientul să le poată găsi mai ușor.
- Respectarea regimului obișnuit al zilei.
- Îndepărtarea obiectelor cu care pacientul se poate răni sau își poate face rău; utilizarea propozițiilor simple, rostirea clară a cuvintelor cu interval bine delimitat; evitarea vorbirii concomitente a două persoane.
- Diminuarea intensității sunetelor și atenuarea celor străine.
- Supravegherea continuă a pacientului.

### **Stări paranoice, excitație pronunțată sau activitate nocturnă**

(Comportamentul neliniștit al pacientului, în particular delirul paranoic sau alte simptome de psihoză)

#### **Recomandări pentru tratament:**

- Preferință se acordă metodelor nemedicamentoase. Consilierea și liniștirea pacientului sunt preferabile. Dacă totuși pacientul are un comportament neliniștit, după o evaluare minuțioasă de către psihiatru a naturii simptomelor, pot fi indicate, de exemplu, doze mici de **Quetiapină** (12,5 mg timp de 24 de ore). În cazul tratamentului cu neuroleptice există riscul de decădere.

### Simptome

- Tulburări de conștiință, cu capacitatea redusă de a-și concentra atenția.
- Depreciere generalizată de cogniție, care afectează memoria, orientarea, atenția și abilitățile de planificare și de organizare.
- Simptome afective.
- Anormalități corticale și motorii.
- Precizari din anamneză, care ar arăta că poate exista o cauză fizică.

### Cauze/Factori de risc

- Vârsta și deficiență cognitivă pre-existentă.
- Medicamentoase – opioizi, antidepressive triciclice, anticolinergice, orice sedativ.
- Infecții.
- Dezechilibru biochimic – în special, hipercalcemia, uremia, hiponatriemia.
- Modificări ale mediului – conflicte familiale, spitalizare, izolare socială.
- Controlul prost al simptomelor – durere, constipație, retenție de urină, anxietate, depresie.
- Privarea de alcool sau de medicamente.
- Cauze cerebrale: tumoare, leziuni de proporții, infecții, AVC.
- Toxicitatea opioizilor exacerbată de uremie este o cauză importantă a confuziei. Controlați pupilele contractate, spasmele mioclonice, hiperestezia pielii.

### Tratament

- Tratăm sau minimalizăm cauzele posibile, îndeosebi medicamente și infecții.
- Minimalizăm stimulenții externi pentru pacienți: plasarea într-un salon cu lumină difuză, zgomote reduse și mai puține schimbări de personal.
- Încercăm să ținem pacientul în legătură cu realitatea și mediul – contactul vizual și atingerile sunt deseori de ajutor.
- Diminuăm frica și suspiciunea – explicăm toate procedurile, nu schimbăm poziția patului pacientului, dacă este posibil, ar fi bine să aveți o rudă sau prieten al pacientului alături.
- Pacientul nu este supărat permanent și pot apărea și intervale lucide – identificați-le.

### Terapia medicamentoasă

Dacă pacientul este paranoic, dezamăgit, agitat sau cu halucinații:

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

- **Levomepromazină** – 12,5-50 mg până la 3 ori/zi; poate fi administrat per os, i/m sau perfuzie subcutanată continuă;
- **Risperidonă** – 10-20 mg pe noapte;
- **Oxigen** – în caz de cianoză/hipoxie;
- **Dexametazonă** – până la 16 mg/zi în caz de tumoare/presiune intracraniană crescută;
- **Midazolam** – 10-60 mg prin seringă-automat, dacă pacientul continuă să fie foarte agitat în ciuda măsurilor întreprinse anterior.

Reexaminăm din timp pacientul, deoarece simptomele pot fi exacerbate de către efectele sedative ale medicamentelor. Căutăm efectele secundare extrapiramidale, mai ales la bătrâni.

### 3.5.7. Agitația terminală

Agitația terminală poate fi asemănătoare cu delirul, la pacientul care este foarte aproape de deces; alteori agitația reflectă suferința psihologică sau spirituală nerezolvată, mai ales dacă aceste probleme persistă.

#### Cauze/Factori de risc

- Disconfort fizic – durere necontrolată, glob vezical, fecaloame, incapacitate de a se mișca, insomnie, pat neconfortabil, respirație dificilă.
- Infecții.
- Tensiune intracraniană mărită.
- Anomalii biochimice, cum ar fi hipercalcemia, uremia, hipoxia.
- Medicamentoase: toxicitatea opioizilor (în deosebi, în legătură cu insuficiența renală).
- Extenuare psihologică/spirituală – furie, frică, vină. Atenție, mai ales, dacă pacientul nu dorește să discute despre boală.

#### Tratament

- Implicarea familiei sau a rudelor apropiate pentru o abordare multiprofesională și complexă. E de menționat că prezența familiei, în unele cazuri, poate înrăutăți starea pacientului.
- Evaluarea pacientului.
- Abordarea și soluționarea disconfortului fizic, dacă este posibil, de exemplu, analgezia, cateterizarea.
- Ascultare activă a pacientului și discuții cu privire la furie, frică și vină, dacă este posibil.



**Terapia medicamentoasă**

- **Midazolam** - 10-60 mg în 24 ore, PSCC sau i/m în doze separate.
- **Levomepromazină** - 25-100 mg în 24 ore, per os sau PSCC.
- **Fenobarbital** - 200-1200 mg în 24 ore în doze separate, perioada de acțiune lungă, astfel doza poate fi administrată la intervale mai mari.
- **Diazepam** - 10-60 mg în 24 ore, per os sau per rectum.

**3.5.8. Slăbiciunea/fatigabilitatea**

Slăbiciunea poate fi localizată (compresie medulară, neoplasm, leziuni ale nervilor periferici) sau generalizată (poate sugera apropierea decesului).

**Cauze/Factori de risc**

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

**Tratament**

- Evaluare minuțioasă.
- Revizuirea regimului medicamentos și suspendarea unor medicamente, dacă este posibil.
- Corectăm orice anomalie metabolică/biochimică, pe cât este posibil.
- Oferim suport dietetic, pe cât este posibil și dacă este necesar.
- Programele de reabilitare și exerciții pentru insuficiență cardiacă cronică, BPOC, miopatie steroid indusă și alte dereglări.
- Dacă face parte din sindromul de cașexie/istovire/anorexie, (vezi, de asemenea, secțiunea 3.2.8 „Anorexia”).

## 3.6. Simptome hematologice

### 3.6.1. Hemoragia

Hemoragia este scurgerea abundentă de sânge în urma ruperii sau tăierii peretelui unui vas sangvin.

**La un pacient aproape de deces, hemoragia** va fi percepută ca un eveniment terminal și nu vor fi efectuate măsuri de resuscitare a bolnavului. Când apare nesiguranța în privința pronosticului și conduita pacientului se stabilizează, este indicată transfuzia sanguină după 24 ore.

**Hemoragia prin erodarea unei artere sau prin evoluția locală a unei tumori maligne** (gât, axilă, regiune inghinală) poate fi foarte gravă și necesită acțiuni prompte.

Hemostaza locală este obținută prin aplicarea unui pansament strâns, schimbat la intervale regulate. Pacientul va fi sedat cu **Midazolam** 10 mg subcutanat sau **Diazepam** 10 mg intrarectal. Pacientul nu va fi lăsat singur până când sângerarea nu este ținută sub control.

Hemoragia masivă din artera carotidă, în caz de cancer ORL recidivant, apare, în special, după intervenții chirurgicale sau după radioterapie. Decesul poate surveni în câteva minute. Pacientul va fi supravegheat cu atenție, este singura metodă prin care pierderea de sânge poate fi prevenită.

Apariția unor hemoragii în antecedente este o indicație de administrare profilactică a unui anxiolitic, cum ar fi Diazepam 5-10 mg seara, înainte de culcare.

### 3.6.2. Hematemeza acută, melena proaspătă, sângerarea vaginală

Hematemeza acută, provenită de la nivelul unui ulcer peptic sau a unui cancer gastric, poate fi precipitată prin consumul de AINS și/sau corticosteroizi. Dacă pacientul este supus unui astfel de tratament care e necesar să fie continuat, se vor reduce dozele medicamentelor și regimul de administrare. Poate fi asociat misoprostolul, un inhibitor de pompă protonică, un antagonist de receptori H2 sau sucralfat.

În cazul hematemezei poate fi administrat Midazolam 10 mg, subcutanat, sau Diazepam 10 mg, intrarectal. În cazul melenei sau al sângerării vaginale, Diazepamul poate fi administrat și per os.

Pacientul va fi supravegheat continuu până la remediarea simptomelor sau până la deces. Se va monitoriza pulsul la fiecare 30 de min. Dacă pulsul e stabil sau descrește, acest fapt indică încetarea sângerării. Măsurarea tensiunii arteriale nu este necesară.

Pacientului i se va recolta sânge pentru stabilirea grupei sanguine în eventualitatea unei transfuzii.

Dacă pacientul supraviețuiește mai mult de 24 de ore, se va lua în calcul posibilitatea efectuării unei transfuzii de sânge.

**Indicațiile pentru transfuzii în cadrul tratamentelor paliative sunt:**

- prezența unor simptome caracteristice anemiei, cum ar fi oboseala, slăbiciunea, dispneea de efort, care sunt obositoare pentru pacient, limitând mult activitatea acestuia, și care pot fi corectate prin efectuarea unei transfuzii;
- posibilitatea ca transfuzia de sânge să instaleze un efect durabil de cel puțin 2 săptămâni;
- se impune determinarea grupei sangvine și transfuzia de sânge.

**Contraindicațiile efectuării unei transfuzii de sânge sunt:**

- absența oricărui beneficiu după o transfuzie anterioară;
- pacient muribund, aflat în faza terminală;
- simpla amânare a morții și prelungirea chinurilor pacientului;
- insistența familiei, care susține că trebuie de întreprins ceva.

Măsurile de profilaxie sunt preferabile tratamentelor curative.

Se va indica întotdeauna cea mai mică doză eficace de AINS. Pe termen scurt, aspirina poate fi combinată cu bicarbonatul de sodiu. Prevenirea efectelor secundare gastrice se face prin administrarea de tablete de aspirina tamponată.

Se va utiliza antiinflamatorul nesteroidian cu cele mai scăzute efecte secundare asupra mucoasei gastrice, cum ar fi, de exemplu, Ibuprofenul sau Diclofenacul. Diminuarea efectelor secundare se obține prin utilizarea unui inhibitor specific de ciclooxigenază-2: Meloxicam, Nimesulid.

La pacienții cu probleme grave se va da preferință Paracetamolului în loc de AINS.

### 3.6.3. Hemoptizia

Expectorația de sânge prin tuse poate să nu fie consecința unei hemoragii pulmonare. La pacienții cu tendință spre trombocitopenie, sângerarea poate să apară în special la nivelul nasului sau al faringelui.

#### Tratament

- Medicul va asculta cu atenție istoricul pacientului, va încerca să nu subestimeze situația.
- Va încerca să calmeze pacientul, asigurându-l ca, deși hemoptizia este un episod neplăcut și anxios, riscul letal este foarte redus.

### **Tratament medicamentos**

- Administrarea de corticosteroizi, care suprimă sau reduce intensitatea hemoptiziilor mici.
- Medicamente antifibrinolitice.
- Medicamente hemostatice.

**Hemoptizia masivă** este definită ca pierderea a 400 ml de sânge în 3 ore sau 600 ml în 24 de ore. La hemoptizia masivă se atestă un grad sporit de mortalitate – circa 75%.

Hemoptizia masivă trebuie tratată ca o urgență medicală, cu rezerva aplicării unor manevre invazive în cazurile de tratament cu valoare paliativă (bronhoscopie, intubare, embolizarea arterelor bronșice).

Menținerea liberă a căilor respiratorii are o mare importanță. Dacă este identificat locul sângerării, pacientul va fi culcat pe partea plămânului afectat. Dacă originea sângerării este necunoscută, pacientul va fi plasat într-o poziție cu capul mai jos decât corpul, asociind administrarea de oxigen și aspirația căilor respiratorii. Dacă pacientul nu suportă această poziție, el poate fi plasat pe un scaun cu spătar și cu bărbia plasată pe piept. Tragerea capului spre spate poate redeclanșa sângerarea. După 1–2 ore pacientul se poate ridica în picioare.

Prin aplecarea corpului înainte și respirația profundă, se va reuși, prin manevre de tuse, să se disloce cheagul și, în consecință, să fie redus wheezingul. În cazul hemoptiziilor cu risc letal vor fi administrați opioizii. Doza opioidului va depinde de tratamentele anterioare cu opioizi. Pacienților, cărora nu li s-a administrat anterior morfină, o doză de 10 mg le va fi suficientă, administrată la fiecare 4 ore. Scopul tratamentului este de a reduce frica pacientului. Dacă pacientul este în stare de șoc, prezentând vasoconstricție periferică, medicația va fi administrată intravenos, intramuscular sau intrarectal.

Scăderea tensiunii arteriale poate conduce la oprirea hemoptiziei, deși creșterea ei ulterioară poate redeclanșa pierderea ulterioară de sânge. Cel mai important este ca pacientul să nu fie lăsat singur până la înlăturarea pericolului.

#### **3.6.4. Anemia**

Anemia este definită ca o deficiență calitativă sau cantitativă a hemoglobinei, moleculă ce se găsește în globulele roșii. Până la 80% din pacienții cu HIV/SIDA dezvoltă anemie, incidența și severitatea acestuia fiind direct proporțională cu agravarea imunodeficienței.

**Diagnostic**

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

**Cauze/Factori de risc**

- Pierderi de sânge:
  - hemoragie – acută (anemia nu poate fi depistată imediat); cronică (microcitoză, reticulocite, trombocitoză);
  - hemoliză – primară sau secundară (procesul autoimun, medicamente, infecții), (macrocitoză, reticulocite, bilirubină crescută).
- Sinteza medulară scăzută:
  - boli cronice și patologia renală (normocromie, normocite sau microcite);
  - invazie medulară – leucemie, limfom, carcinom (al prostatei, al glandei mamare);
  - aplazie – din cauza medicamentelor (AINS, antibiotice, anticonvulsive, psihotrope, antidiabetice);
  - invazie malignă sideroblastică secundară;
  - infecții, slăbiciune;
  - deficit de fier (microcitoză), B12 sau acid folic (macrocitoză).

**Tratament**

- Dacă este posibil – tratarea cauzei specific.
- Dacă Hb < 9,5 g/dl se recomandă transfuzie de sânge.
- La pacienții slăbiți și vârstnici transfuzia de sânge poate provoca insuficiență cardiacă acută. Maximal se folosesc 2-4 unități de masă eritrocitară/zi. Totodată, este administrat concomitent și furosemid. În cazul anemiei cronice, pacientul se adaptează și la hemoglobină de 8,0-9,5 g/dl.

**3.6.5. Hemoragia****Cauze/Factori de risc**

- Patologia trombocitelor, sindromul CID, heparinizarea masivă a pacientului, trombocitopenia, tumori, inclusiv cele exulcerate.
- Infecții, în special, cele ce decurg cu septicemie.
- Medicamente ca Heparina, Warfarina, Aspirina, AINS.
- Ulcerațiile sistemului digestiv.

### **Tratament general**

- Anularea anticoagulantelor, cu administrarea plasmei proaspăt congelate și vitamina K – 5 mg i/v (acțiune peste câteva ore).
- Se recomandă infuzii cu cristalizi, masă trombocitară, ser fiziologic.
- Tratarea infecției.
- Se recomandă radioterapia, atunci când cauza este tumoarea.
- În cazul hemoragiilor masive terminale se recomandă supravegherea pacientului. Dacă hemoragia este minimală, se recomandă folosirea materialelor absorbante și terapia intravenoasă, iar dacă hemoragia este abundentă, se recomandă administrarea i/v sau i/m de midazolam și morfină.
- Pentru a diminua/masca volumul hemoragiei se evită lenjeria de culoare deschisă și se recomandă prosoape și cearșafuri de culoare verde, roz sau roșie.

### **Terapie simptomatică**

- **Acid tranexamic 500 mg** –1,5 g de 2-4 ori/zi per os (facilitează formarea trombului).
- **Etamsilat 12,5%** – 4 ml i/m mărește gradul de agregabilitate a trombocitelor.
- **Acid aminocapronic 5%** – 100 ml.

### **3.6.6. Hipercalcemia**

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

### **Diagnostic**

- Concentrația de calciu plasmatic crescută > 2,6 mmol/l.
- Simptomele devin deranjabile la nivelul > 2,9 mmol/l.
- Hipercalcemia severă > 4 mmol/l este, în general, fatală.
- Hipercalcemia poate fi suspectată la orice combinație de simptome, precum: greață, oboseală, anorexie, confuzie sau dereglări emoționale, polidipsie, poliurie, constipație și durere abdominală.

### **Cauze/Factori de risc**

- Metastaze osoase.
- Tumori ce produc PTHrP (proteina hormonală paratiroidă), ex., cancerul pulmonar.

- Dehidratare, dereglări ale funcției renale.
- Tratament cu Tamoxifen.

### Tratament

- **Evaluarea cauzei** – poate fi consecința tratamentului medicamentos sau este stare terminală?
- **Controlul simptomelor asociate.**
- **Hidratare corectă:**
  - Hipercalcemia ușoară – moderată (2,7–3,0 mmol/l) – rehidratarea orală sau i/v cu 1,5-2 litri soluție fiziologică, timp de 24 ore;
  - Hipercalcemia moderată – severă (> 3,0 mmol/l) – rehidratarea i/v cu 2–4 litri de soluție fiziologică, timp de 24 de ore.
- **Tratamentul cu bifosfonați:**
  - **Pamidronat** – 90 mg, dizolvat în 500 ml de soluție fiziologică, timp de 2 ore, sau
  - **Clodronat de sodiu 1500 mg**, dizolvat în 500 ml de soluție fiziologică, timp de 2–4 ore;
  - **Acid zoledronic 4 mg**, dizolvat în 50–100 ml de soluție fiziologică, timp de 15 min.

După administrarea bifosfonaților efectul apare timp de 48-72 de ore. Din acest considerent reexaminarea nivelului de calciu plasmatic nu este recomandată înainte de a patra zi. Efectul durează 20-30 de zile, iar determinarea nivelului de calciu trebuie să fie făcută peste 3 săptămâni după administrarea tratamentului cu bifosfonați.

**Notă.** Managementul simptomatologiei sistemului hematopoetic la bolnavul cu TB se va efectua cu respectarea măsurilor de control infecțios.

## 3.7. Îngrijire și tratament în cazul simptomelor țesutului cutanat

### 3.7.1. Erupții cutanate

#### Cauze/Factori de risc

- **Provocate de histamină**
  - alergie, urticarie acută, mușcături de insecte, parazitoze, scabie.
- **Histamin independente (fără implicarea mecanismului histaminei)**
  - boli ale ficatului (ex., obstrucția biliară);
  - insuficiență renală cronică;
  - limfoame;

- fenomene paraneoplazice;
- boli de piele (ex., exeme, psoriazis);
- reacție de rejet după transplant medular ;
- insuficiență de fier;
- tratament sistemic cu opioizi.

La pacienții cu HIV erupțiile cutanate, atât de gravitate ușoară, cât și cele severe, ar putea constitui efectul advers al preparatelor ARV.

### **Tratament**

- Evitați cauza pe cât e posibil (în special, medicamente ce pot provoca pruritul).
- Protejați regiunea afectată cu stofă de bumbac, șervețele, bandaje cu pasta.
- Comprese cu bicarbonat de Na, folosirea săpunului cu pH neutru.
- Emolienți locali pentru prevenirea scărpinatului.
- Folosirea emolientelor antiprurit (ex., mentol de 1%).

### **Terapia medicamentoasă**

- **Antihistaminice:**
  - Clorfenamină 4 mg de 4 ori/zi;
  - Loratidină 10 mg doză unică (nu provoacă sedafie).
- **În icterul obstructiv:**
  - Stenturi în cazuri de obstrucție totală;
  - Hidroxid de aluminiu, în mixtură, 15 ml de 2 ori/zi;
  - Rifampicină 150-300 mg, ca inductor enzimatic;
  - Danazol 200 mg;
  - Naltrexon 25 mg.
- **În uremie:**
  - Terapia cu lumină ultravioletă;
  - Naltrexon 25 mg.
- **În limfoame:**
  - Chimioterapie/radioterapie, corticosteroizi;
  - Ranitidină 150 mg de 2 ori/zi.
- **În policitemie:**
  - Aspirină 75 mg.
- **Prurit de etiologie paraneoplazică:**
  - Paroxetină 5-20 mg/zi;
  - Mitrazapină 7,5-15 mg/noapte.



- **Alte medicamente:**
  - Ondansteron 8 mg pe zi (pentru pruritul opioid indus);
  - Gabapentină 100–300 mg de 2 ori pe zi (pentru pruritul neuropatic).

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

### 3.7.2. Escare

Escarele reprezintă o leziune a pielii care apare atunci când țesuturile moi sunt comprimate între o proeminență osoasă și un plan dur extern pentru o perioadă mai lungă de timp. Planul extern poate fi o saltea, un scaun cu roțile sau chiar unele părți ale corpului. Prin comprimarea țesuturilor moi (piele și mușchi) se întrerupe circulația sângelui care le hrănește, în final ajungându-se la moartea acestora.

#### Clasificarea escarelor

- Gradul I – eritem (la digitopresiune tegumentul se decolorează).
- Gradul II – eritemul nu dispare la digitopresiune. Se atestă escoriații, vezicule, discontinuitate la nivelul epidermei, tegument cald.
- Gradul III – ulcerație la nivelul tegumentului până la țesutul celular subcutanat, cu producerea de exudat serosanguinolent.
- Gradul IV – ulcerație extinsă în țesutul subcutanat, fascie, mușchi și os. Frecvent necroză și infecție.

#### Cauze /Factori de risc

- Factori extrinseci – presiune, compresie, fricțiune, măcerare, incontinență.
- Imobilizare, malnutriție, deshidratare, dereglări de inervație, vârstă înaintată.
- Ca rezultat al unor maladii: diabet zaharat sau tratament cu steroizi.
- Cașexia și astenia, comune cancerului.

#### Principii generale de tratament

- Menținerea integrității tegumentului, păstrându-l curat și scăzând la maximum timpul de contact cu urina și masele fecale.
- Diminuarea presiunii la nivelul proeminențelor osoase.
- Mobilizarea activă sau pasivă a pacientului.
- Nu se fac masaj riguroase sau fricțiuni cu alcool.
- Se asigură o hidratare și o nutriție adecvată.
- Se evită căldura excesivă.
- Se aplică cremă hidratantă pe zonele de risc.
- Se asigură controlul durerii.

## **Tratament**

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

În cazul plăgilor infectate se folosesc sol. antiseptice de Rivanol 1%, Betadină. Soluția de apă oxigenată se folosește pe termen scurt, deoarece pe termen lung favorizează apariția și progresia escarelor.

## **Pansamentul**

- Escare fără exudat de gradele I-II – se folosesc pansamente hidrocoloidale (granuflex, comfeel, aqucel) care facilitează procesul de granulație.
- Escare cu exudat abundent de gradele III-IV – se folosesc pansamente sterile absorbante, iar dacă persistă sau sunt semne de infecție, se face antibioticograma, iar antibioticul se administrează sub formă de unguent sau pulbere. Dacă se atestă necroză, aceasta se excizează.

Pansamentul ideal trebuie:

- să fie absorbabil;
- să fie non aderent;
- să mențină umiditatea;
- să fie impermeabil pentru bacterii;
- să nu-l deranjeze pe pacient;
- să nu fie toxic;
- să protejeze rana de alte traumatisme.

### **3.7.3. Limfedem**

Limfedemul reprezintă o acumulare anormală a unui lichid bogat în proteine (limfă) în interstițiu, datorită unui defect în sistemul de drenaj limfatic. Cel mai frecvent afectează extremitățile, dar poate implica fața, organele genitale sau trunchiul.

**Diagnosticul** se bazează pe anamnezic și examenul clinic. De diferențiat de edemul din insuficiența cardiacă și renală, obstrucție venoasă, hipoalbuminemie.

## **Cauze/Factori de risc**

- Primar, congenital sau familial.
- Secundar, cauzat de tumoare, postchirurgical, postradioterapie.
- Recurent infecției streptococice.

## **Tratament nemedicamentos**

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

- Compresia extrinsecă – bandaj care se aplică până la 12 ore.
- Masajul se efectuează fără creme sau uleiuri, se începe cu masarea zonelor proxime, terminând cu extremitățile.
- Exerciții fizice pe care pacientul le tolerează. Se vor face încet și ușor.

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

**Notă.** Managementul modificărilor cutanate la bolnavul cu TB se va efectua respectându-se măsurile de control infecțios.



# Particularități ale îngrijirii paliative la pacienții cu TB

Deși TB este o boală care poate fi tratată, ea constituie totuși cauza principală a decesului persoanelor cu HIV/SIDA, conform OMS. Îngrijirea paliativă prestată persoanelor cu TB contribuie la îmbunătățirea calității vieții acestora, precum și la reducerea răspândirii maladiei.





## 4.1. Rolul îngrijirii paliative în controlul TB

Serviciile de îngrijiri paliative prestate persoanelor cu TB contribuie la îmbunătățirea calității vieții acestora și generează beneficii atât la nivel de individuum, cât și la nivel de comunitate, prin:

- îmbunătățirea imaginii de sine și reducerea stigmei asociate cu TB prin oferirea îngrijirii holistice pacientului și familiei;
- reducerea răspândirii TB prin realizarea controlului eficient al infecției la domiciliu și în spital;
- identificarea cazurilor noi prin screening-ul periodic al persoanelor cu risc sporit de infecție cu TB. Acesta se aplică tuturor pacienților noi, pacienților în program și membrilor de familie/prietenilor care au simptome asociate cu boala, cum ar fi tusea, transpirații nocturne, febră și pierderea în greutate;
- asigurarea suportului eficient al tratamentului prin informarea pacienților și a familiilor lor despre maladie. Informațiile trebuie să cuprindă date despre răspândirea tuberculozei, despre controlul infecției, inclusiv igiena tusei, despre colectarea în condiții de siguranță și eliminarea sputei, despre tratamentul tuberculozei și gestionarea efectelor secundare.
- integrarea îngrijirilor în HIV și TB;
- promovarea terapiei de prevenire a TB la persoanele cu HIV, la care TB activă a fost exclusă;
- colaborarea cu angajații din sectorul de sănătate pentru a oferi o îngrijire continuă optimă pentru pacienții cu TB MDR și TB XDR;
- evaluarea riscului de îmbolnăvire a membrilor familiei, în special al copiilor, și capacitatea de a asigura controlul infecției eficient acasă, înainte de externarea pacientului cu TB MDR și XDR;
- asigurarea îngrijirii cu compasiune la sfârșitul vieții și oferirea de suport familiei în perioada de doliu;
- instruirea personalului medical din spitalele TB în îngrijiri paliative, astfel încât pacienții cu TB rezistentă la medicamente să beneficieze de îngrijire holistică și respectuoasă;
- sprijinul instituțiilor medico-sanitare în îmbunătățirea managementului TB prin: suport cu privire la aderența la tratament, controlul infecției, educație pentru sănătate, urmărirea contactărilor și screening-ului, livrarea medicamentelor.

Îngrijirea paliativă trebuie să fie oferită pacienților cu TB MDR din momentul stabilirii diagnosticului. Îngrijirea paliativă oferită acestor pacienți urmează să complementeze tratamentul medicamentos, dar să nu-l substituie. Îngrijirea paliativă include, dar nu se limitează la „îngrijirea de la sfârșitul vieții”. Îngrijirea paliativă este o necesitate absolută atunci când calitatea vieții pacientului contează.

Pacienții cu TB, în special, dacă aceștia sunt HIV pozitivi sau au TB rezistentă la medicamente, trebuie să beneficieze de serviciile de îngrijiri paliative.

Provocări asociate tuberculozei în contextul îngrijirilor paliative:

- frica de infectare cu TB. Atitudine rezervată în vederea utilizării măștii de protecție la contactul cu pacientul bolnav de TB, pentru a nu-l face pe pacient să se simtă stigmatizat;
- combinarea obiectivelor de vindecare cu îngrijirile paliative poate provoca incertitudine în ceea ce privește posibilitatea unui bolnav cu TB MDR de a contacta cu membrii familiei în stadiul avansat al bolii;
- decizia cu privire la separarea forțată de familie la „sfârșitul vieții” din cauza riscului de expunere a persoanelor dragi pericolului de infectare cu TB MDR sau TB XDR.

## 4.2. Îngrijirea paliativă clinică a pacienților cu TB

Menținerea emisiei de bacili, confirmată microscopic și/sau prin cultură după 8-10 luni de tratament, proces bilateral extins, evolutiv, tratament chirurgical contraindicat, prezența rezistenței extinse (XDR), starea gravă a pacientului (pierdere ponderală, insuficiență respiratorie avansată, insuficiență poliorganică) – toate acestea sunt criterii pentru a suspenda tratamentul antituberculos. Chiar și în astfel de situații, asigurarea managementului adecvat al simptomelor supărătoare rămâne o prioritate absolut necesară.

### 4.2.1. Durerea

**Trebuie stabilită cauza durerii:**

- inflamația din cauza infiltrării TB în plămâni, pleură sau în alte organe interne;
- contracție musculară din cauza tusei excesive;
- durere osoasă cauzată de infiltrarea TB în coloana vertebrală sau os;
- dureri articulare în caz de gută (precipitat) sau artrită septică;
- durere de picioare: neuropatie periferică indusă de medicamente.



**Recomandări pentru tratament:**

- durere ușoară: **Paracetamol** – 2x 500 mg, la fiecare 4-6 ore;
- durere moderată : **Codeină fosfat** – 30-60 mg, la fiecare 4 ore;
- durere severă: **Sulfat de morfină** – 5-10 mg, la fiecare 4 ore;
- dureri osoase: **Ibuprofen** – 200-400 mg, la fiecare 8 ore;
- durere neuropată: **vitamina B6** ( Piridoxina ) – 100 mg (cu excepția sarcinii) și **Amitriptilină** –25 mg nocte.

**4.2.2. Greăța și voma**

Greăța și voma la pacientii cu TB pot avea multiple cauze și e necesară identificarea cauzei specifice:

- efecte secundare la administrarea medicamentelor antituberculoase (unele medicamente, cum ar fi izoniazida, rifampicină sau pirazinamida pot provoca hepato– toxicitate). Verificați semnele de icter și, dacă este posibil, examinați enzimele hepatice ale pacientului (ALAT este adecvată);
- efecte secundare la administrarea preparatelor ARV (luați în considerare acidoză lactică). Consultați astfel de pacienți la spital pentru investigații și management;
- infecții oportuniste sau alte complicații;
- dacă pacientul acuză dureri de cap persistente severe, trebuie exclusă tensiunea intracraniană mărită sau meningita. Astfel de pacienți trebuie îndreptați la investigații.

**Terapia senzației de greață ușoară și a vomei** după ce condițiile de mai sus au fost excluse:

- **Metoclopramid** –10 mg la fiecare 8 ore pentru o zi sau două și apoi reevaluare.

Medicamentele TB ar trebui, în mod ideal, să fie luate pe stomacul gol, dar în unele cazuri de greață și vărsături supărătoare este recomandată o masă ușoară în prealabil pentru o zi sau două, pentru a vedea dacă medicamentele sunt mai bine tolerate. (O informație detaliată despre tratarea efectelor adverse a preparatelor antituberculoase, precum și informație despre interacțiunea preparatelor antituberculoase și antivirale a se vedea în anexele 3-7).

**4.2.3. Dereglări de glutiție și tuse**

Dereglările de glutiție și tusea excesivă pot fi abordate administrând o doză mică de morfină pe cale orală. Începeți cu 5 mg, la fiecare 4 ore și creșteți doza treptat, dacă este necesar.

#### 4.2.4. Droguri și efecte secundare

Durere: vezi mai sus.

Greață: vezi mai sus.

Erupții cutanate: urticarie – **Chlortrimeton** 2-4 mg timp de 2 zile, apoi reevaluare.

Erupții generalizate, însoțite de ulceratii în cavitatea bucală și conjunctivită (sindromul Steven–Johnson) - consultați unitatea medicală.

#### 4.2.5. Transpirații nocturne

Acest lucru poate necesita schimbarea frecventă a cearșafurilor și a pijamalelor. Când pacientul începe să răspundă la tratamentul antituberculos, acestea dispar.

#### 4.2.6. Suport nutrițional

- Încurajarea administrării mai frecvente a alimentelor în cantități mici până când pacientului îi revine apetitul.
- Administrarea vitaminelor B și C zilnic.
- Identificarea posibilității de oferire a unui suport nutrițional pacienților (pachete alimentare).

#### 4.2.7. Sănătatea familiei și a îngrijitorilor

Echipele de îngrijiri paliative pot asigura screening-ul tuturor membrilor familiei la TB. Orice persoană suspectă la TB trebuie referită pentru o examinare minuțioasă la TB. Familia ar trebui să fie asistată pentru a maximaliza controlul infecției la domiciliu.

### 4.3. Controlul infecției

Controlul infecției TB este realizat printr-o combinație de măsuri care vizează reducerea riscului de transmitere a TB, la baza căreia stă diagnosticarea precoce și rapidă, precum și managementul adecvat al pacienților cu TB.

Măsurile de control ale transmiterii infecției tuberculoase se clasifică în: măsuri manageriale/administrative, ingineresti (de mediu) și de protecție respiratorie individuală. În ordinea importanței, instituirea măsurilor administrative reduce cel mai mult riscul de expunere la infecția tuberculoasă.

**Activitățile manageriale/Controlul administrativ** prevăd elaborarea politicilor, a programelor și a altor activități manageriale în domeniul controlului infecției tuberculoase, care contribuie la reducerea riscului de expunere a persoanelor neinfectate cu TB la sursa de infecție prin intermediul politicilor și al bunelor practici. Deoarece expunerea la aerosolii infecțioși nu poate fi eliminată doar prin măsurile administrative

menționate mai sus, diferite metode de control ingineresc pot fi folosite în locurile cu risc înalt, pentru a reduce concentrația aerosolilor infecțioși în aerul din saloane/încăperi la domiciliu.

**Controlul ingineresc (sau de mediu)** previne răspândirea și reducerea concentrației aerosolilor infecțioși în mediul ambiant. Controlul ingineresc sau de mediu include următoarele tehnologii care suprimă sau neutralizează *M.tuberculosis*:

- ventilația naturală;
- ventilația mecanică;
- filtrele HEPA (filtrare de eficiență înaltă a particulelor) elimină particulele infecțioase din aerul ce trece prin filtru;
- radiația ultravioletă (UV) cu efect germicid (distrugerea micobacteriilor).

Radiația ultravioletă este utilizată ca măsură inginerescă adițională atunci când ventilația singură nu este suficientă pentru controlul transmiterii infecției tuberculoase. Dispozitivele medicale care generează acest tip de radiație sunt numite generic lămpi UV sau lămpi bactericide.

Radiația ultravioletă de protecție este recomandată în spații cu risc crescut de transmitere a infecției tuberculoase (săli de așteptare, camere de primiri urgențe, holuri aglomerate, saloane cu pacienți contagioși, spații cu ventilație insuficientă) și trebuie utilizată permanent (24 ore/zi).

La domiciliu, camerele unde se află pacienții cu tuberculoză trebuie să fie înșorite și aerisite periodic.

**Protecția respiratorie individuală** presupune folosirea echipamentelor de protecție respiratorie (mască, respirator) în situațiile cu risc înalt de expunere, când concentrația particulelor infecțioase nu poate fi redusă în mod adecvat prin intermediul controlului administrativ și ingineresc. Protecția respiratorie individuală oferă protecție personalului medical și îngrijitorilor în spațiile unde concentrația particulelor infecțioase nu poate fi redusă la un nivel minim prin intermediul controlului administrativ și de mediu.

Echipamentul individual de protecție respiratorie este conceput în așa fel încât să acopere gura și nasul persoanei, asigurând filtrarea particulelor infecțioase prezente în aer.

**Măștile chirurgicale** au fost inițial create să protejeze pacientul de aerosolii eliminați de medic și asistenta medicală în timpul procedurilor medicale. Deși, de obicei, măștile chirurgicale sunt utilizate de către personalul medical pentru asigurarea protecției respiratorii, acestea nu oferă 100% protecție persoanelor care le poartă când e vorba de *M.tuberculosis* și nu trebuie utilizate cu acest scop. Măștile chirurgicale trebuie oferite pacienților suspecți și celor baciliferi. Folosirea corectă a măștii reduce cantitatea

de aerosoli infecțioși eliminați de pacienții cu TB. Iată de ce distribuirea/oferirea măștilor trebuie să fie însoțită de instruirea pacienților privind utilizarea corectă a acestora.

**Respiratorul** este un mijloc individual de protecție respiratorie, care acoperă gura și nasul și are o capacitate specifică de filtrare a aerului. Spre deosebire de masca chirurgicală, respiratorul conține un filtru și este conceput astfel încât să acopere etanș fața, pentru a preveni pătrunderea particulelor infecțioase sub mască. Respiratoarele sunt utilizate doar în instituțiile specializate, de obicei, spitale de tuberculoză, în complex cu măsurile administrative și de mediu. De asemenea, vor fi recomandate prestatorilor de servicii paliative la domiciliu/membrilor familiei care îngrijesc de bolnav (îndeosebi, celor cu imunosupresie), în cazul bolnavilor contagioși.

**Important!** Dacă un membru al familiei cu TB este îngrijit paliativ la domiciliu și aici sunt copiii mai mici de cinci ani, aceștia urmează să petreacă cât mai puțin timp în încăperea unde se află bolnavul. Totodată, copiii contactați vor fi monitorizați conform cerințelor Protocolului Clinic National „Tuberculoza copilului”.

## 4.4. Igiena tusei

Principii de bază:

- a nu tuși în direcția cuiva;
- a nu permite ca cineva să tușească în direcția dumneavoastră;
- a nu permite ca cineva să tușească în direcția altora;
- învățați-vă singuri și învățați apropiații și pacienții să folosească în timpul tusei șervețele de unică folosință sau să-și acopere gura cu partea externă a palmei;
- nu uitați să discutați despre igiena tusei cu toți membrii familiei;
- nu rămâneți timp îndelungat în încăperile unde cineva tușește;
- aerisiți cât mai frecvent camera în care cineva tușește.

## 4.5. Comportamentul rudelor și al persoanelor apropiate în cazul îngrijirii paliative a bolnavului TB

Particularitățile regimului și caracterul infecțios al bolii presupun izolarea bolnavului la etapa inițială a tratamentului. În acest moment bolnavul are cea mai mare nevoie de susținerea persoanelor apropiate. Atenția și grija celor din jur îi permit pacientului să depășească disconfortul psihoemoțional, îi creează emoții pozitive bolnavului și

favorizează vindecarea mai rapidă. Persoanele apropiate pot participa activ în tratamentul bolnavului, îndemnându-l să respecte regimul și vizitele prestabilite la medic.

Persoanele din anturajul bolnavului, cel puțin o dată pe an, trebuie să viziteze medicul de familie pentru un control profilactic, iar în cazul apariției simptomelor bolii, trebuie să consulte medicul specialist cât mai curând posibil.

### **Cine este receptiv la TB?**

Sunt expuse riscului ridicat de transmitere a infecției:

- persoanele care se află în contact permanent cu bolnavii de tuberculoză pulmonară contagioasă;
- persoanele cu imunitate scăzută, cauzată de subnutriție și de condiții nefavorabile de viață, de afecțiuni cronice;
- persoanele infectate cu HIV;
- persoanele care consumă tutun, alcool și/sau droguri;
- copiii nevaccinați contra tuberculozei.

Dacă în casă sunt persoane bolnave de tuberculoză, pentru a evita contaminarea celor din jurul lor este necesară aerisirea frecventă a încăperii și curățarea umedă a acesteia de 2-3 ori pe zi. Bolnavul, în timpul tusei și strănutului, trebuie să-și acopere nasul și gura cu o batistă sau cu un șervețel, să utilizeze scuipătoare, care urmează a fi dezinfectate. Batistele și șervețelele cu spută trebuie distruse prin ardere. Este important să fie respectate măsurile de control al infecției prin asigurarea cu un vas cu capac ermetic, ce conține soluție dezinfectantă, utilizat pentru colectarea sputei.

### **Cum să evităm infectarea cu TB a rudelor și a celor apropiați?**

#### **Să reținem:**

- Micobacteria tuberculozei se distruge repede sub acțiunea razelor solare directe, a substanțelor ce conțin clor și la temperaturi înalte.
- Încăperea, în care se află pacientul cu tuberculoză, necesită aerisire cât mai frecventă, de 2-3 ori pe zi; este recomandată prelucrarea suprafețelor cu substanțe dezinfectante.
- În timpul tusei și strănutului, bolnavul trebuie să-și acopere gura și nasul cu batista. Sputa eliminată trebuie colectată într-un container special cu dezinfectarea ulterioară a acestuia. Batistele și șervețelele la fel trebuie colectate și nimicite.
- Preferabil este ca bolnavul să folosească veselă individuală. Hainele bolnavului necesită aerisire și expunere la razele solare.



# Particularitățile îngrijirii paliative la copii

În pediatrie îngrijirea paliativă se prestează copiilor care suferă de maladii grave (inclusiv dereglări genetice, cancer, nașteri premature, dereglări neurologice, maladii cardiace și pulmonare) și familiilor care cresc acești copii. Îngrijirea paliativă trebuie să asigure controlul unor simptome ca durerea, dispneea, fatigabilitatea, constipația, greața, pierderea poftei de mâncare, dereglările



de somn etc., pentru a îmbunătăți calitatea vieții copilului și a părinților acestuia.





## 5.1. Principii de bază în îngrijirea paliativă pediatrică

E important ca tratamentul să înceapă cât mai curând, având în vedere că în vizorul îngrijirii paliative a copiilor, în primul rând se află familia, valorile sale, tradițiile și cultura.

E necesar să se stabilească cu fiecare copil o comunicare deschisă și sinceră despre maladie și despre situațiile specifice, ținându-se cont de particularitățile de vârstă.

Pentru a susține copilul în vederea depășirii problemelor de ordin emoțional, e necesar să-i creăm condiții pentru dezvoltare personală și pentru afirmarea talentului.

Copilul trebuie să fie încadrat în procesul educațional cât mai mult timp (respectiv, și instruire individuală la domiciliu), să participe la viața socială, care i-ar permite să interacționeze cu alți copii de aceeași vârstă, cu grupele și organizațiile de voluntari, să beneficieze de susținere spirituală în conformitate cu specificul religios și cultural al familiei sale.

Îngrijirea paliativă presupune cooperarea între copil, familie, școală și specialiștii din domeniul sănătății, incluzând surorile medicale, pedagogii sociali, medicii de la urgență, medicii specialiști și specialiștii în îngrijiri paliative și se realizează de către echipa de îngrijiri paliative.

## 5.2. Importanța și rolul îngrijirii paliative pediatrice

Echipa de îngrijiri paliative susțin copilul și pe părinții acestuia, ajutându-i nu doar să asigure controlul simptomelor, dar și să înțeleagă și să selecteze schema de tratament.

Cooperând cu medicul curativ, echipa de îngrijiri paliative oferă următoarele tipuri de sprijin:

- tratamentul profesional al simptomelor, inclusiv atenuarea durerii prin metode medicamentoase și nemedicamentoase;
- realizarea potențialului fizic și intelectual de dezvoltare a copilului (de acest aspect se ține cont în cazul tuturor formelor de tratament);
- îngrijirea de către sora medicală;
- ajutor în alegerea schemei de tratament;
- comunicare și sprijin emoțional pentru copil și pentru părinții acestuia.

Specialiștii în îngrijiri paliative conștientizează că maladia copilului îl afectează nu doar pe le personal, ci și pe părinți, pe frați și surori, alți membri ai familiei. Aici se includ și rudele apropiate ale copilului, precum și colegii de clasă și prietenii. A oferi susținere

fiecărei persoane apropiate copilului bolnav constituie o componentă importantă în îngrijirea paliativă. Anumiți membri ai familiei necesită consultații individuale sau în familie, alora le ajută terapia de grup, arta etc.

Mulți părinți încearcă să găsească modalitatea cea mai potrivită de a discuta cu copilul despre maladie. Echipa de îngrijiri paliative poate oferi sfaturi utile în acest sens și poate recomanda surse de informare acestor, care participă în viața copilului, inclusiv școlii și comunității.

### **5.3. Asemănări și deosebiri dintre îngrijirea paliativă a copiilor și cea a adulților**

Deși la baza îngrijirii paliative a copiilor și a adulților stau principii asemănătoare, e de menționat diferența dintre serviciile prestate acestor două categorii de vârstă.

Copiii pot suferi din cauza diferitor maladii complicate, care nu se întâlnesc la adulți. Iar maladiile care se atestă la persoane de toate vârstele, la copii se pot manifesta diferit din cauza particularităților anatomice și fiziologice. Mai mult, organismul copilului în fază de creștere și dezvoltare poate modifica manifestările și decurgerea bolii. Astfel, orice îngrijire medicală specializată, inclusiv îngrijirea paliativă, trebuie să se adapteze, ținând cont de necesitățile sugarilor, copiilor și adolescenților.

#### **Asemănări:**

- îngrijirea paliativă se prestează de la începutul bolii și împreună cu tratamentul de bază;
- îngrijirea paliativă este orientată spre îmbunătățirea calității vieții prin ușurarea simptomelor;
- echipa de îngrijiri paliative contribuie la informarea și educarea pacienților și a rudelor acestora și îi ajută să ia decizii referitoare la îngrijirea corectă;
- echipa de îngrijiri paliative întrunește diferiți specialiști, inclusiv medici, surori medicale, lucrători sociali etc.

#### **Deosebiri:**

- pentru majoritatea copiilor o maladie severă nu reprezintă o situație firească, de aceea îngrijirea copiilor grav bolnavi și susținerea familiilor lor reprezintă o greutate deosebită;
- cauzele decesului la copii și adulți sunt diferite, ceea ce face ca îndrumările pentru îngrijiri paliative ale adulților să nu fie potrivite pentru copii;
- în pediatrie există multe maladii rare, care presupun o durată diferită a vieții – de la câteva zile la câțiva ani. Copilul poate atinge vârsta maturității, ceea ce

înseamnă necesitatea unei îngrijiri paliative cu o abordare multidisciplinară și de durată;

- dezvoltarea fizică, emoțională, cognitivă a copilului continuă, presupunând necesități medicale și sociale complexe, la fel ca și conștientizarea maladiei și a morții;
- dificultăți deosebite apar la rezolvarea problemelor etice și juridice în cazul copiilor;
- în îngrijirea paliativă a copiilor se implică întreaga familie, angajamentul privind îngrijirea revenind nu doar părinților, ci și bunicelor și bunicii, fraților și surorilor. Mai mult, într-o familie se pot îmbolnăvi câțiva copii – în asemenea cazuri se impune consultul medicului-genetician;
- decizia despre tratamentul copiilor o iar, de regulă, părinții sau tutorii, în timp ce adulții pot decide singuri când e vorba despre sănătatea lor;
- în pediatrie îngrijirea paliativă poate include și terapia jocurilor.

## 5.4. Criterii de eligibilitate a pacienților-copii pentru îngrijiri paliative

Patologiile eligibile pentru îngrijirea paliativă pediatrică sunt multiple, iar durata îngrijirilor este deseori variabilă și dificil de prevăzut. Conform Ghidului pentru Dezvoltarea Serviciilor de îngrijirea paliativă pediatrică, propus de Asociația de îngrijirea paliativă pediatrică (ACT) și de Colegiul Regal de Pediatrie și Sănătate a Copilului din Marea Britanie, maladiile cu pronostic nefavorabil și maladiile ce amenință viața, pe durata cărora pacientul are nevoie de îngrijiri paliative, pot fi clasificate în 4 grupuri:

1. Patologii, ce pun în pericol viața, pentru care tratamentul curativ poate fi fezabil, dar poate eșua. Accesul la servicii de îngrijiri paliative poate fi necesar concomitent cu încercările de tratament curativ și/sau dacă acesta eșuează.
2. Maladii, în cazul cărora decesul prematur este inevitabil, unde pot exista perioade lungi de tratament intensiv destinate prelungirii vieții, care să permită participarea la activitățile de zi cu zi.
3. Patologii progresive, fără opțiuni de tratament curativ existent; tratamentul este exclusiv paliativ și poate continua o perioadă îndelungată (de obicei, mai mulți ani).
4. Maladii ireversibile, dar nu și progresive, care pot da complicații, cu probabilitate de deces prematur; acestea necesită îngrijiri complexe.

Nu doar diagnosticul constituie un criteriu de eligibilitate pentru beneficiarii de îngrijire paliativă pediatrică. Alte criterii de eligibilitate a copiilor care necesită îngrijiri paliative pediatrice sunt:

- evoluția bolii;
- situația clinică curentă;
- opțiunile terapeutice;
- resursele sistemului de sănătate local;
- disponibilitatea îngrijirii paliative pediatrice.

## 5.5. Durerea

Durerea este unul dintre simptomele cel mai frecvent întâlnite la copiii ce necesită îngrijiri paliative pediatrice. Majoritatea pacienților reacționează bine la aplicarea câtorva principii farmacologice esențiale, precum și în urma implicării întregii echipe multidisciplinare. Studiarea durerii începe prin a conștientiza că ea este un simptom netratat la copii. Trebuie luat în considerație că:

- copiii suferă un timp îndelung în urma durerii provocate de traumă, de maladii și de factori psihologici;
- copiii sunt capabili să simtă durerea de la naștere, iar controlul insuficient al durerii poate duce la suferință inutilă, precum și la consecințe psihologice nefaste;
- copiii pot simți mai multe tipuri de durere: acută și recurentă, cronică și persistentă;
- copiii pot descrie durerea lor;
- există multe metode și instrumente disponibile pentru evaluarea durerii la copiii mici și chiar la nou-născuți. Pentru copiii în stadiu preverbal sau non-verbal, evaluarea durerii include observarea expresiei faciale, a plânsului, a mișcărilor corpului și monitorizarea semnelor vitale;
- durerea la copii trebuie să fie evaluată și monitorizată regulat;
- copiii ce prezintă durere severă au nevoie de analgezice puternice;
- copiii pot ascunde prezența durerii când consideră că poate urma ceva neplăcut (ex.: internare în spital, manipulații neplăcute, înfrustarea părinților), dar mascarea durerii nu înseamnă inexistența acesteia.

Ameliorarea durerii poate fi obținută în urma abordării holistice a problemei și administrării tratamentului integrat.

### 5.5.1. Evaluarea durerii la copii.

La selectarea scalelor de durere și a instrumentelor de măsurare a ei ar trebui să ne ghidăm de următoarele criterii:

- metoda aleasă trebuie să corespundă categoriei de vârstă, nivelului de dezvoltare și contextului socio-cultural și să cuprindă toate dimensiunile durerii persistente la copii;
- posibilitatea de a explica accesibil metoda, pentru a fi înțeleasă ușor de copil, de părinți / îngrijitori și de prestatorii de servicii de sănătate;
- proces ușor, scurt și rapid de fixare a rezultatelor;
- înregistrarea și interpretarea facilă a datelor obținute;
- accesibile și necostisitoare;
- necesitate minimă de materiale sau echipament, cum ar fi: hârtie, creioane, culori etc.;
- posibilitatea dezinfectării facile în cazul unui instrument reutilizabil;
- ușor transportabil;
- bazate pe dovezi (valabilitate, fiabilitate, receptivitate la schimbare, interpretabilitate și fezabilitate stabilite prin cercetare);
- testare pe mai multe populații și culturi și utilizare pe scară largă.

Furnizorii de servicii de sănătate ar trebui să fie instruiți în vederea administrării instrumentelor pentru măsurarea durerii și interpretarea datelor obținute.

**Evaluarea durerii se realizează prin metode unidimensionale și multidimensionale. De obicei, prin metodele unidimensionale este evaluat un singur parametru.**

Tipuri de scalele unidimensionale:

- scala de evaluare numerică;
- scala analog-vizuală;
- alte scale: descrierea verbală, evaluarea facială.

### Cum se folosește scala OUCHER?

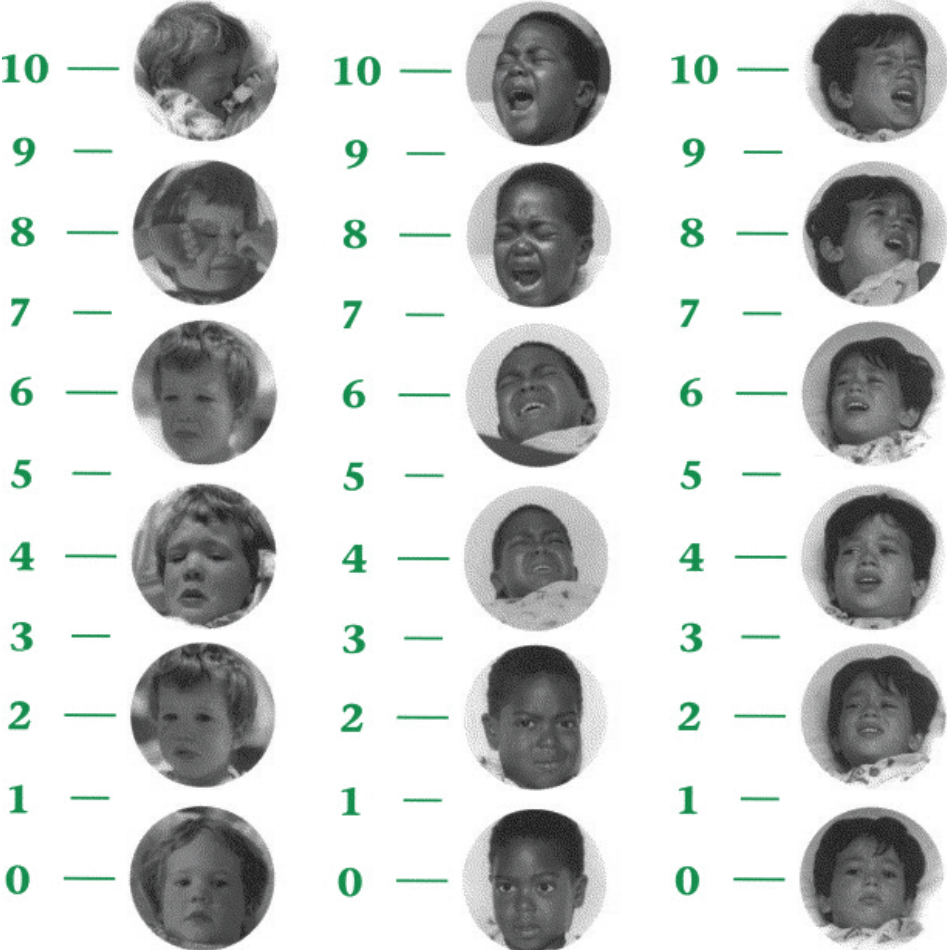
#### **Scală Imagine (explicație pentru pacienți )**

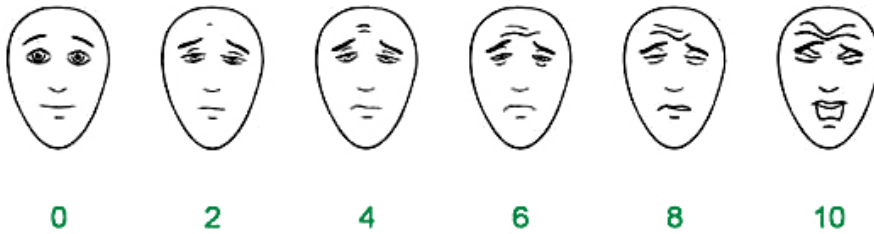
Acesta este un poster numit OUCHER. Scala ajută copiii să-și descrie durerea pe care o au. Iată cum funcționează: această imagine înseamnă că durerea lipsește (indicăm imaginea de jos), această imagine prezintă doar un pic de durere (indicăm a doua imagine), această imagine prezintă o durere mai mare (imaginea a treia) etc.

Mai apoi întrebăm: „Poți puncta imaginea care arată cât de mult te doare acum?”.

Odată ce copiii selectează o imagine, alegerea lor este echivalată la un scor numeric 0-10.

Fig. 5.1. Scala OUCHER

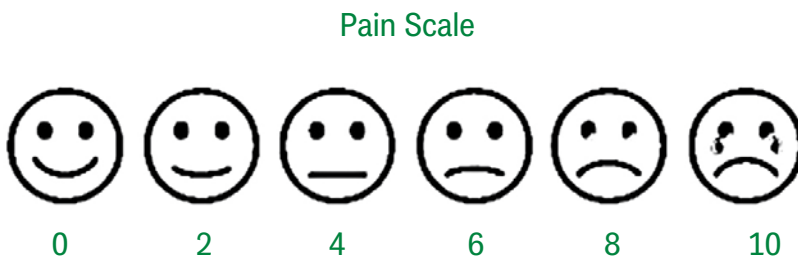


**Fig. 5.2.** Scala cu chipuri simbolice „Face scale” – revizuită**Scală numerică (explicație pentru pacienți)**

Acesta este un poster numit OUCHER. El ajută copiii să exprime durerea pe care o au. Iată cum funcționează: 0 înseamnă că nu doare. Această parte (se indică treimea inferioară a grilei, aproximativ de la 1 la 3) înseamnă că durerea este nesemnificativă; această parte (indicăm treimea mijlocie a scalei, aproximativ de la 3 până la 6) înseamnă că ai durere medie. În cazul în care alegi această porțiune a scalei (treimea din partea superioară a scalei, aproximativ de la 6 la 9), înseamnă că ai o durere mare. Dacă indică punctul 10, înseamnă că ai cea mai mare durere pe care o poți avea vreodată.

Poți să-mi indică numărul care exprimă durerea ta acum?

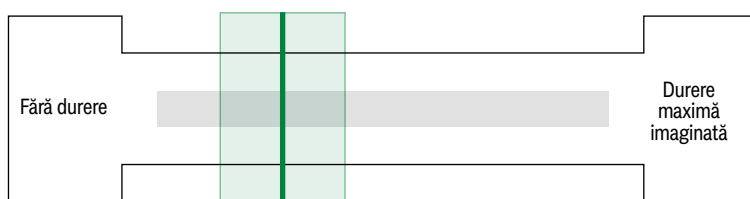
Scalele faciale sunt reprezentate de o serie de figuri așezate într-o consecutivitate progresivă a intensității durerii, respectiv, de la „fără durere” până la „cea mai mare durere posibilă”. În literatură sunt aproximativ 20 de tipuri de scale faciale. Numărul mare de tipuri de scale faciale se datorează absenței unei versiuni general acceptate. Scalele faciale sunt elaborate astfel încât copiii să le înțeleagă ușor. Această modalitate de evaluare a durerii are avantajul că nu trebuie să fie echivalată cu o valoare numerică, care ar putea depăși capacitatea de înțelegere a copilului.

**Fig. 5.3.** Scala imaginilor durerii – revizuită (FPS-R)

Numerotarea de la stânga la dreapta este 0, 2, 4, 6, 8 sau 10. „0” înseamnă „absența durerii”, iar „10” indică „o durere foarte puternică”. Nu folosiți cuvinte precum „trist” și „vesel”. Scala își propune să evalueze cum se simt copiii și nu cum arată chipul din imagine.

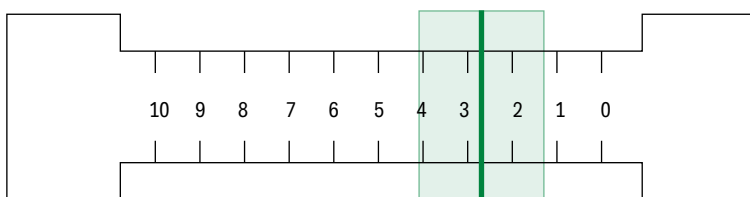
În cadrul instrucțiunilor următoare, folosiți cuvintele „durere” sau „suferință”, după cum considerați adecvat pentru fiecare copil în parte. De ex.: „Aceste imagini arată cât de puternică este durerea pe care o poate simți cineva. Această imagine (arătați imaginea din stânga) indică pe cineva care nu are nicio durere. Celelalte imagini reprezintă o persoană la care durerea se manifestă din ce în ce mai puternic (arătați-le pe rând de la stânga la dreapta) până la aceasta (arătați figura din dreapta), care reprezintă o persoană cu o durere foarte puternică. Indică-mi imaginea care arată cât de puternică este durerea ta acum.”

**Fig. 5.4.** Scala analog vizuală (SAV)



Scala analog vizuală cuprinde o linie, de obicei de 10 cm, fie verticală, fie orizontală, marcată prin cuvinte sau imagini, indicând o continuitate de la absența durerii până la durere severă. SAV este un instrument simplu, sigur, sensibil, care permite pacientului să-si descrie durerea, marcând intensitatea acesteia de-a lungul liniei cu ajutorul unui dispozitiv glisant.

**Fig. 5.5.** Scala de evaluare numerică





Scala de evaluare numerică este cel mai des folosită. Pacienții își evaluează durerea pe o scală de la 0 la 10 sau de la 0 la 5, unde 0 reprezintă „fără durere”, iar 5 sau 10 înseamnă „cea mai mare durere imaginabilă”. Numerele utilizate pe aceste scale (ex.: 0-5; 0-10; 0-100) sunt așezate în ordine crescătoare, indicând astfel creșterea graduală a intensității durerii. Pentru a folosi acest tip de scale, copilul trebuie să înțeleagă conceptul numerelor.

**Metode multidimensionale** (mai des utilizate la adolescenți, adulți): chestionarele multidimensionale disponibile permit evaluarea durerii prin aprecierea intensității, frecvenței, duratei, calității și sensibilității durerii pacientului. De asemenea, sunt estimate strategiile de estompere a durerii, precum și impactul durerii asupra activității zilnice.

**Evaluarea durerii la copiii care nu pot vorbi** (inclusiv, la copiii cu deficiențe cognitive) se bazează pe observarea simptomelor comportamentale prin cuantificarea lor. În prezent, toate metodele de evaluare a modificărilor comportamentale au fost dezvoltate pentru dureri acute legate de procedurile de diagnostic, cum ar fi: aspirație de măduvă osoasă, puncție lombară sau dureri post-operatorii. Se atestă, de asemenea, variabilitate în exprimarea durerii la copilul preverbal și la copiii cu deficiențe cognitive. Modul de exprimare a durerii poate fi influențat în plus de boala și starea copilului, de ex., la copiii malnutriți. Pentru a identifica comportamentul care exprimă durerea, copilul trebuie respectat și abordat individual. Principalii indicatori comportamentali în durerea acută:

- expresia facială;
- mișcarea corpului și poziția corpului;
- incapacitatea de a fi consolată;
- plânsul;
- gemetele.

Aceste reacții comportamentale pot fi diminuate la durere persistentă, cu excepția perioadei de acutizare a bolii.

### **Indicatorii utilizați pentru evaluarea durerii**

#### ***Indicatori comportamentali:***

- mișcările corpului;
- adaptarea la ventilația mecanică;
- expresiile faciale;
- reacția la examinare și nursing.

**Indicatori biologici:**

- frecvența cardiacă;
- tensiunea arterială (TA);
- frecvența respiratorie;
- saturația cu oxigen (SaO<sub>2</sub>);
- transpirații;
- hipertensiune intracraniană.

Comportamentul copiilor cu durere cronică poate include:

- poziție anormală a corpului;
- teama de a fi mutat;
- inexpresivitate facială;
- dezinteres față de anturaj;
- tăcere nejustificată;
- iritabilitate crescută;
- demoralizare;
- perturbare a somnului;
- furie;
- modificări ale poftei de mâncare;
- rezultate școlare slabe.

Copiii subnutriți nu-și pot exprima durerea prin expresii faciale și plâns, ci doar prin scâncete slabe sau gemete, iar reacțiile fizice poate fi diminuate din cauza subdezvoltării și a apatiei. Îngrijitoarele deseori reprezintă principala sursă de informare, în special în cazul copiilor cu vârstă preverbală.

**Recomandări generale în utilizarea scalelor de evaluare a durerii:**

- dacă-i posibil, prezentați-i copilului scala durerii atunci când el n-are dureri, pentru că durerea va afecta concentrarea copilului;
- explicați-i copilului că se măsoară severitatea durerii și nu anxietatea sau frica de durere;
- oferiți-i copilului șansa de a utiliza scala în situații ipotetice, care indică un nivel scăzut sau ridicat al durerii;
- atunci când este posibil, evaluați periodic durerea și urmăriți efectul intervențiilor de atenuare a ei;
- luați în considerare notițele făcute la planificarea tratamentului;
- aplicați măsuri de observație a copiilor foarte mici sau a celor cu deficiențe cognitive;
- discrepanțele care apar în calcularea durerii, evaluată de copil, mamă și clinician pot fi de multe ori rezolvate prin discuții.

**Tabelul 5.1**

Lista instrumentelor pentru măsurarea intensității durerii la copii

Instrumentul	Scala cu chipuri simbolice „Face scale”- revizuită	Scala vizuală analogă (VAS)	Scala Oucher	Scala de evaluare numerică (0-10)
<b>Intervalul de vârstă aplicabil al metodei</b>	4-12 ani	> 8 ani	3-12 ani	> 8 ani
<b>Comentarii (puncte forte, puncte slabe și limite, determinare culturală)</b>	<p>Fețele sunt desene fără a avea distincții etnice. Încep cu o expresie neutră până la una ce exprimă durere intensă, dar fără lacrimi. Simplu, rapid de utilizat și necesită instrucțiuni minime.</p> <p>Tradusă în &gt;35 limbi</p>	Sensibil la schimbare, necesită un grad ridicat de abstractizare pentru a indica, pe o linie, diferitele expresii verbale pentru diferite intensități ale durerii	O scală fotografică cu diferite expresii de durere pentru copii mai mici; include scala de evaluare numerică (0-10) care poate fi utilizată de către copii mai mari. Există patru versiuni ale scalei fotografice: (în dependență de cultură) pentru afroamericani, hispanici, asiatici și caucazieni	SEN poate fi utilizată prin solicitarea de a exprima verbal nivelul de durere pe o scală de la 0 la 10; 0 reprezentând lipsa durerii, iar 10 reprezentând durerea cea mai puternică
<b>Simplu (complicat) de utilizat</b>	Ușor de administrat și de calculat punctajul, ușor de reprodus prin fotocopiere	Ușor de administrat, ușor de reprodus, dar fotocopierea poate modifica scala prin creșterea sau scăderea lungimii liniei	Scala fotografică Oucher necesită imprimare color costisitoare	SEN poate fi utilizate oral fără nici un material imprimat

### 5.5.2. Tratamentul farmacologic al durerii.

Utilizarea corectă a medicamentelor analgezice ameliorează durerea la majoritatea copiilor cu durere persistentă și se bazează pe următoarele concepte-cheie:

- tratarea durerii conform strategiei în 2 trepte;
- administrare dozată la intervale regulate;
- utilizarea unei căi de administrare adecvate;
- adaptarea tratamentului la fiecare copil în parte.

Ultimele 3 principii au fost introduse de OMS în 1986, împreună cu introducerea strategiei de control al durerii în 3 etape. Această scală în trei etape a fost abandonată în cazul copiilor în favoarea unei abordări în 2 etape.

**Controlul durerii folosind strategia în 2 etape.** Se recomandă să utilizați tratamentul analgezic în două etape în funcție de severitatea durerii la copil:

- **etapa1 – durere ușoară – AINS** (Acetaminofen, Ibuprofen)
- **etapa 2 – durere moderată sau severă – opioide** (Morfină, Fentanil)

**Etapa 1, durere ușoară.** Paracetamolul și Ibuprofenul sunt medicamente de elecție în prima etapă (durere ușoară). La copiii în vârstă de peste 3 luni, care pot lua medicamente pe cale orală și a căror durere este evaluată ca fiind ușoară, Paracetamolul și Ibuprofenul sunt medicamentele de elecție.

Pentru copiii mai mici de 3 luni singura opțiune este Paracetamolul.

N-a fost demonstrată suficient siguranța nici a unui alt medicament AINS pentru a fi recomandat în pediatrie ca o alternativă Ibuprofenului și Paracetamolului. Ambele medicamente ar trebui să fie la dispoziție în managementul durerii ușoare în pediatrie. Acestea sunt disponibile pe scară largă în forme de dozare adecvată pentru copii, cum ar fi soluții orale, supozitorii rectale, comprimate.

**Tabelul 5.2**

Antiinflamatoare nesteroidiene pentru controlul durerii la copii

Medicament (forma orală)	Nou-născuți (0-29 zile)	Copii de 1-3 luni de viață	Copii de 3-12 luni, copii de 1-12 ani	Doza maximă în 24 de ore
Paracetamol	5-10 mg/kg la fiecare 6-8 ore	10 mg/kg la fiecare 4-6 ore	10-15 mg/kg la fiecare 4-6 ore	4 doze/zi
Ibuprofen			5-10 mg/kg la fiecare 6-8 ore	40 mg/kg/zi

**Atenție!** Copiii subnutriți sunt mai susceptibili la toxicitatea medicamentelor în regimuri de dozaj standard.

**Etapă 2, durere moderată sau severă.** Dacă severitatea durerii este evaluată ca fiind moderată sau severă, este necesară administrarea unui opioid puternic. Morfina este medicamentul de elecție pentru a doua etapă, cu toate că și alte opioide puternice trebuie luate în considerație și puse la dispoziția pacientului pentru a asigura o alternativă Morfinei în caz de efecte secundare intolerabile.

Tratarea durerii la intervale regulate. Când durerea este constantă, analgezicele trebuie administrate la intervale regulate („la ceas”, nu „la necesitate”), monitorizând în permanență apariția efectelor secundare.

Medicația trebuie administrată regulat, cu excepția cazului în care episoadele de durere sunt cu adevărat intermitente și imprevizibile (vor fi introduse prizele „la necesitate”). Copiii trebuie, prin urmare, să primească analgezice la intervale regulate, cu introducerea dozelor suplimentare pentru durerea intermitentă și progresivă.

Alegerea căii adecvate de administrare. Medicamentele trebuie administrate copiilor pe calea cea mai simplă, cea mai eficientă, și cel mai puțin dureroasă. Administrarea orală a opioidelor este calea recomandată de administrare. Alegerea unei căi alternative de administrare (cum ar fi: intravenoasă (i/v), subcutanată (s/c), rectală sau transdermică) se examinează atunci când calea orală nu este posibilă. Trebuie să luăm în considerație decizia clinică, disponibilitatea, fezabilitatea și preferința pacientului. Calea de administrare intramusculară (i/m) este dureroasă și trebuie evitată la copii.

Analgezicele opioide trebuie ajustate în mod individual, astfel încât doza să fie adaptată etapizat până la identificarea dozei adecvate, bazată pe reacția pacientului la medicament. Doza corectă trebuie determinată în colaborare cu pacientul pentru a obține cel mai bun control al durerii, cu efecte secundare acceptabile pentru pacient.

La selectarea formei de Morfină pentru gestionarea durerii moderate până la severă la copii, ar trebui acordată prioritate formelor cu eliberare imediată (comprimate și lichide). Comprimatele cu eliberare imediată sunt utilizate pentru stabilirea dozei adecvate de morfină în controlul durerii. Ele sunt indispensabile pentru gestionarea durerii episodice sau progresive. Comprimatele de morfină cu eliberare prelungită ar trebui administrate după utilizarea formelor cu eliberare imediată. Formele de morfină cu eliberare prelungită nu permit dozarea opioidelor.

Avantajul formelor de Morfină cu eliberare prelungită este că permit intervale mai lungi între prize, prin urmare, îmbunătățesc complianța pacientului la tratament. Formele orale de morfină cu eliberare prelungită sunt administrate la fiecare 8-12 ore, iar cele cu eliberare imediată la fiecare 4 ore.

Dezavantajul comprimatelor de Morfină cu eliberare prelungită: nu pot fi mestecate, zdrobite sau tăiate. Ele nu sunt potrivite pentru tratamentul durerii episodice. Prin urmare, disponibilitatea de forme cu eliberare imediată are prioritate față de formele cu eliberare prelungită de Morfină.

**Tratamentul durerii în puseu („breakthrough”).** Durerea în puseu („breakthrough”) este cea cu debut brusc, care apare pentru perioade scurte de timp și este, de obicei, severă. Acest tip de durere este frecvent la pacienții cu cancer, care au adesea un fond al durerii controlat de medicamente, dar durerea apare periodic pe fond de analgezice. Aceasta nu trebuie confundată cu durerea incidentă din cauza procedurilor și mișcărilor.

În prezent, formele de morfină cu eliberare imediată și Morfina injectabilă sunt cele mai frecvent utilizate pentru asemenea dureri. Dozele de opioide pot fi calculate în raport de 5-10% din necesarul zilnic total de opioide. Dacă sunt necesare doze repetate, trebuie revăzută doza de Morfină pentru 24 ore.

**Medicația adjuvantă.** Alegerea tipului de medicație adjuvantă depinde de tipul de durere prezentă la pacient și de eventualele simptome asociate durerii, care trebuie combătute. În ceea ce privește posologia, este bine cunoscut că, indiferent de doza analgezică, inițierea tratamentului se face cu doze mici, crescute ulterior până la atingerea scopului dorit (remisiunea durerii), evitându-se astfel apariția efectelor colaterale nedorite. Medicația adjuvantă poate fi clasificată în funcție de categoria farmacologică de care aparține sau după tipul de durere ce trebuie controlată.

**Steroizii.** Corticosteroizii, în special Dexametazon, sunt indicați în gestionarea condițiilor specifice cum ar fi reducerea edemului peritumoral, a presiunii intracraniene crescute în tumorile SNC, precum și pentru tratamentul durerii neuropate din cauza compresiei/distrucției măduvei spinării sau compresiei nervului periferic. Nu există studii la copii pentru a sprijini utilizarea adjuvanților corticosteroizi cu scop de ameliorare a durerii. Aceste preparate pot avea efecte adverse cunoscute, în special, în caz de administrare de durată.

**Durerea osoasă** - bifosfonați. Nu există studii randomizate de control sau alte studii privind utilizarea bifosfonaților în tratamentul durerii osoase la copii.

**Durerea neuropată.** Datele privind evaluarea și incidența durerii neuropate la copii sunt limitate. Multe dintre condițiile neuropate atestate la adulți, cum ar fi neuropatia diabetică, neuralgia postherpetică, neuralgia de trigemen sunt rare la copii. Dar ei pot fi afectați de alte sindroame de durere neuropată, inclusiv sindromul complex de durere regională, dureri fantomă la nivelul membrelor, leziuni ale coloanei vertebrale, traumă, durerea neuropată postoperatorie și neuropatii degenerative (de exemplu, sindromul Guillain-Barré).

Durerea datorată compresiei sau distrucției de nerv poate fi ameliorată cu ajutorul antidepresantelor, de ex., Amitriptilină, Imipramină. Efectul apare în 1-4 săptămâni, iar dacă lipsește, se indică/administrează un anticonvulsiv. În prezent, nu pot fi făcute recomandări exacte în favoarea sau împotriva folosirii antidepresivelor triciclice și inhibitorilor selectivi ai recaptării serotoninei ca medicamente adjuvante în tratamentul durerii neuropate la copii.

**Anticonvulsivele.** Printre anticonvulsivele care pot atenua durerea neuropată se numără Carbamazepina, Fenitoina. De asemenea, este utilizată Gabapentina, înregistrată pentru utilizare ca un anticonvulsiv la copii cu vârsta mai mare de 3 ani, dar promovată și pentru utilizare în durerea neuropată. Dacă nu se atestă efectul scontat timp de 4 săptămâni, anticonvulsivele pot fi substituite cu un antidepresiv.

În prezent, nu există recomandări clare referitoare la vreun preparat anticonvulsiv, utilizat ca adjuvant în managementul durerii neuropate la copii. Nu există dovezi sau studii randomizate de control în cazul utilizării anticonvulsivelor în gestionarea durerii neuropate la copii.

**Anestezice locale.** Lidocaina este recomandată în formă de emplastru pentru managementul durerii localizate. În prezent, nu există recomandări exacte cu privire la beneficiile și riscurile utilizării sistemice a anestezicelor locale pentru durerea neuropată persistentă la copii.

**Supradoze de opioid.** Supradozajul poate fi cauzat de o eroare de calcul al dozei inițiale necesare unui copil. Acest lucru se poate întâmpla și atunci când formele cu eliberare prelungită sunt utilizate în mod eronat în loc de cele cu durată scurtă de acțiune. Este foarte important ca prestatorii de servicii de sănătate să fie instruiți să prescrie corect formele analgezice opioide pentru ameliorarea durerii, evitându-se astfel erorile în manipularea acestor medicamente. Orice analgezic opioid nou și orice formă nouă ar trebui să fie introduse într-un serviciu de sănătate după o instruire adecvată a personalului medical cu privire la utilizarea rațională.

În caz de supradozaj de opioid, copilul poate avea depresie respiratorie. Naloxona este un antidot specific, dar administrarea lui trebuie să se facă atent, pentru a nu precipita sindromul de abinență opioidală. Supradozajul moderat de opioid poate fi gestionat cu ventilație asistată, în timp ce dozele de Naloxonă, începând de la 1 microgram (mcg)/kg, se titrează în timp, de ex., la fiecare 3 min., până se atinge doza necesară. Pentru a menține starea de veghe până la rezolvarea supradozei de opioid se administrează o perfuzie în doze mici sub monitorizare atentă.

În cazul copiilor cărora li se administrează tratament cu opioide regulat și copiilor care sunt opioido-toleranți, Naloxona trebuie utilizată cu precauție, pentru a nu le provoca durere sau reacții puternice de abinență. Dozele necesare trebuie să fie mai mici decât cele indicate în mod normal la intoxicarea cu opioid și supradozaj la copiii opioid-naivi.

Consumul de opiacee pe termen lung este, de obicei, asociat cu constipația și pacienții trebuie să primească, de asemenea, un laxativ sau o combinație de laxative.

## 5.6. Tratament simptomatic

### 5.6.1. Dispneea

#### **Cauzele dispneei pot fi:**

- tumori cerebrale;
- malformații cardiace congenitale;
- ascita;
- anxietate, frică, claustrofobie;
- fibroză chistică;
- infecție;
- cauze metabolice;
- durere;
- afectare renală, hepatică;
- pneumotorax, spre exemplu, la copii cu metastaze pulmonare;
- pleurezie;



- edem pulmonar în urma insuficienței cardiace;
- hipertensiune intracraniană;
- maladii neurodegenerative, patologia mușchilor respiratori;
- tumori secundare (limfom);
- anemie.

Vor fi stabilite cauzele declanșatoare și va fi luat în considerație tratamentul etiologic:

- radioterapie sau chimioterapie, precum și tratament cu GCS în cazul tumorilor maligne;
- drenaj toracic în cazul pneumotoraxului;
- diuretice în insuficiența cardiacă;
- antibioticoterapie în infecția pulmonară etc.

#### **A se lua în considerație:**

- chiar în absența dispneei, Salbutamolul și Ipratropiul (prin nebulizator) pot aduce beneficii;
- dispneea provoacă senzații de anxietate, iar aceasta din urmă poate induce hiperventilația, cu agravarea dispneei. În acest caz se recomandă Diazepam sau Midazolam în doze mici;
- în cazul tumorilor intracraniene poate fi atins direct centrul de respirație sau dispneea poate fi provocată de hipertensiune intracraniană. În asemenea cazuri se recomandă Dexametazona în cure scurte;
- dispneea este foarte frecventă în cazul maladiilor neurodegenerative, din cauza afectării mușchilor respiratori și a incapacității de a îndepărta secrețiile. În asemenea situații e recomandată fizioterapia blândă. Aspirația secrețiilor uneori mai mult poate dăuna decât să aibă beneficii, de aceea această procedură trebuie efectuată cu atenție de personal bine instruit;
- în cazul secrețiilor foarte vâscoase se indică administrare de N-acetilcisteină;
- dispneea severă, apărută brusc, de obicei, caracterizează perioada terminală a maladii. În acest caz se recomandă per os Morfina 0,1 mg/kg în combinație cu Midazolam sau Diazepam.

**Atenție!** Unii copii pot prezenta bronhospasm reflector în urma inhalațiilor.

### 5.6.2. Tusea

#### Cauzele tusei pot fi:

- fibroză chistică;
- infecție;
- reflux gastro-esofagian;
- maladii neurodegenerative;
- metastaze pulmonare;
- pleurezie;
- insuficiență cardiacă.

**Tratamentul inițial** constă în a trata cauza declanșatoare (ex.: diuretice în insuficiența cardiacă, antibiotic în infecția pulmonară etc.). Totuși, deseori este necesar tratamentul simptomatic:

- umidificarea aerului sau administrarea oxigenului;
- inhalatii cu salbutamol sau atrovent;
- fizioterapie (cu sau fără aspirația sputei);
- antitusive: Codeină, Morfină.

În cazul unor maladii, în special al celor neurodegenerative, pierderea abilității de a tuși este o problemă majoră. În asemenea cazuri sunt utile fizioterapia, drenajul postural cu aspirația secrețiilor, a sputei.

### 5.6.3. Sughitul

Sughitul devine un simptom atunci când este supărător, sever, greu de rezolvat, necontrolat.

În perioada terminală, cea mai frecventă cauză a sughitului este distensia gastrică, astfel e recomandată terapia antiflatulentă: Simeticona. În caz de eșec, se recomandă adăugarea unui preparat prokinetic-metoclopramid, cu scop de golire a stomacului și acțiune centrală (antagonist al dopaminei).

O altă cauză poate fi refluxul gastroesofagian (vezi capitolul 5.6.5 “Refluxul gastroesofagian”).

Afectarea diafragmei este o altă cauză ce provoacă sughitul. În acest caz se va administra Baclofen (nu este înregistrat în Nomenclatorul de Stat), fiind medicamentul de elecție datorită proprietăților sale miorelaxante.

Stimularea faringelui poate avea o acțiune benefică la înlăturarea acestui simptom. La această etapă se includ metodele tradiționale, cum ar fi înghițirea bucăților de gheață, aplicarea unor obiecte reci pe partea posterioară a gâtului. Tot pentru stimularea faringelui se utilizează remedii medicamentoase, cum ar fi: inhalatia a 2 ml de ser

fiziologic timp de 5 min. sau masarea joncțiunii între palatul dur și palatul moale cu un bețișor cu vată.

Alte medicamente cu acțiune centrală ce pot fi utilizate: Haloperidol, Clorpromazina, GABA-agoniștii, de ex., Valproat de sodiu, în doze de 200-500 mg/zi, care, de asemenea, are acțiune supresivă de tip central a acestui simptom.

O altă cauză posibilă a sughițului sunt dereglările biochimice, cum ar fi: hiponatremia, hipocalcemia în tratamentul cu bifosfonați sau insuficiența renală.

Dacă sughițul persistă în pofida tuturor eforturilor, trebuie luată în considerație o posibilă infecție, afectare cerebrală sau leziune intracraniană.

#### 5.6.4. Voma și grețurile

La apariția grețurilor și a vomei la pacienți, trebuie identificate și înlăturate cauzele care le provoacă (ex., durerea, infecția, grețuri și vome induse de medicamente etc.). Unele mirosuri pot provoca sau, din contra, atenua grețurile, de aceea nu se recomandă utilizarea parfumurilor puternice de către părinți, rude.

Alegerea primului preparat trebuie să fie în strânsă corelație cu cauzele apariției simptomului.

Antiemeticele trebuie administrate regulat și la necesitate. În cazul în care un singur preparat de primă linie nu înlătură greața și vărsăturile, tratamentul trebuie să fie revizuit, cu luarea în considerație a altor mecanisme fiziopatologice posibile, absorbția, doza corespunzătoare, compleanța la tratament.

Uneori poate fi necesară combinarea diferitor medicamente antiemetice. Important este ca acestea să aibă acțiune complementară, dar nu antagonistă.

**Grupele de medicamente indicate în tratamentul medicamentos al grețurilor și vomei la copii:**

**Antipsihotice tipice:** Haloperidol, Levomepromazină, Clorpromazină.

- **Haloperidolul** este un puternic antagonist al receptorilor D2 și are proprietăți antiemetice cu acțiune pe zona postremă. Se recomandă în caz de greață și vomă, induse de medicamente sau dereglări metabolice și prezintă efect anxiolitic.
- **Levomepromazina** are spectru larg cu puternice proprietăți antiemetice și este mai puțin sedativ decât Clorpromazina la doze echivalente antiemetice. Se recomandă în cazul vomelor din cauze psihologice, din cauze nedeterminate sau din perioada terminală. Există o experiență considerabilă de utilizare a Levomepromazinei în managementul greții și vărsăturilor refractare la tratamentul de prima linie la pacienții adulți și, într-o măsură mai mică, în îngrijirea paliativă pediatrică.

**Antihistaminice antiemetice – Cyclizina** este un antihistaminic antimuscarinic antiemetic (nu este înregistrat în Republica Moldova). Se consideră mai puțin sedativ decât Difenhidramina. Includerea Cyclizinei este recomandată la greață și vărsături când centrul vomei este stimulat de presiunea intracraniană ridicată, în caz de dereglări vestibulare, de tumori abdominale sau pelviene, de ocluzie intestinală mecanică (dacă persistă simptomul, se poate adăuga Haloperidol sau Levomepromazină).

**Antagoniști 5HT<sub>3</sub> – Ondansetron** (la vome cauzate de chimioterapie, radioterapie). Un efect mai pronunțat se obține în combinație cu Dexametazona.

**Corticosteroizi – Dexametazonă.** Reduce edemul cerebral și meningeal, are un efect antiemetic central, deși zona precisă de acțiune este necunoscută. Se recomandă în cazul hipertensiunii intracraniene. A se prescrie în cure scurte, pentru a evita efectele adverse.

**Antiemetice prokinetice** – Metoclopramida, Domperidona sunt de primă linie în caz de greață și vărsături asociate cu golirea gastrică întârziată. Metoclopramida poate cauza dereglări extrapiramidale. **Octreotidul** poate fi util ca tratament adjuvant de inhibare a peristaltismului tractului gastrointestinal de la stomac la intestin și pentru reducerea volumului secreției gastro-intestinale.

### 5.6.5. Reflux gastroesofagian

Refluxul gastroesofagian (RGE) este unul dintre cele mai frecvente și mai puțin identificate simptome la copiii cu deficiențe neurologice. Copiii cu paralizie cerebrală au un risc deosebit de ridicat pentru reflux gastroesofagian. În mod similar, copiii cu sindroame genetice, cum ar fi, Cornelia de Lange și sindromul Down, sunt predispuși la refluxul gastroesofagian.

Copii cu risc sporit pentru reflux gastroesofagian sunt cei cu:

- tulburări neurologice;
- obezitate;
- istoric de atrezie de esofag (operat), hernie hiatală;
- acalazie;
- tulburări respiratorii cornice;
- displazie bronhopulmonară;
- fibroză interstițială idiopatică;
- fibroză chistică;
- istoric de transplant pulmonar.

Nou-născuții prematuri la fel prezintă risc pentru refluxul gastro-esofagian.

**Simptome****Manifestări gastrointestinale:**

- refuzul alimentelor;
- vomă (în deosebi în timpul/după masă și în timpul nopții);
- disfagie, odinofagie;
- sațietate precoce;
- scădere ponderală/curbă ponderală aplatizată;
- hematemeză/melenă.

**Manifestări respiratorii:**

- tuse cronică nocturnă sau postprandială;
- secreții chinuitoare;
- pneumonie de aspirație;
- astm bronșic;
- bronșite recurente;
- tuse;
- wheezing
- faringite, laringite recurente;
- disfonie.

**Altele:**

- iritabilitate, în special, în poziție culcată;
- durere;
- poziție (hiperextensiune);
- sindromul Sandifer (extensiunea gâtului, rotația capului în timpul sau după luarea mesei la copii și tineri);
- anemie.

Simptomele sunt deosebit de semnificative, dacă sunt câteva și persistă în timpul și după mâncare.

**Tratament****Terapie posturală:**

- evitarea alimentării copilului în poziție culcată, înclinația trebuie să fie între 30-45 grade (pentru copiii care nu își susțin capul), respectiv – poziție verticală pentru copilul capabil să stea pe scaun;
- evitarea manipulațiilor după masă;
- controlul spasticității musculare.

### **Tratament igienico-dietetic:**

- fracționarea meselor (mese mai reduse cantitativ, dar administrate la intervale de timp mai mici); pentru copiii ce consumă amestecuri de lapte praf se indică un amestec antireflux;
- evitarea supraalimentării, în special în caz de alimentație prin sonda nazogastrică sau gastrostomă;
- condensare alimentară (ex.,cu amidon).

### **Tratament medicamentos:**

**Antacide** – potrivit noilor directive, terapia antiacida cronică nu este recomandată în pediatrie pentru tratamentul refluxului gastroesofagian. Hidroxidul de aluminiu și hidroxidul de magneziu sunt administrate:

- copiilor cu vârsta cuprinsă între 18 luni -10 ani: 5 ml, per os, 4-6 prize, 7-10 zile;
- copiilor cu vârsta cuprinsă între 10-15 ani: 10-15ml, per os, 4-6 prize, 7-10 zile.

**Inhibitorii pompei de protoni (IPP)** - tratamentul pe termen lung cu IPP este adesea eficace pentru controlul simptomelor și întreținere. Cei mai mulți pacienți necesită IPP doar o dată pe zi. Nu este indicată folosirea unor doze de două ori pe zi. IPP sunt superioare H2RAs, pentru că nu produc tahiflaxie. Se indică:

#### **Omeprazol:**

- 0,6-1,2 mg/kg/zi, per os, 1 priză, sau
- copiilor cu greutatea de 5-10 kg – 5 mg, per os, 1 priză;
- copiilor cu greutatea de 10-20 kg – 10 mg, per os, 1 priză;
- copiilor cu greutatea > 20 kg – 0 mg, per os, 1 priză.

În cazul în care copiii nu pot înghiți capsule sau comprimate, capsula se desface, iar granulele sunt dizolvate în suc (trebuie înghițite fără a fi mestecate).

#### **Lansoprazol:**

- 0,7-2,0 mg/kg/zi, per os, 1 priză, dimineața.

#### **Esomeprazol:**

- copiilor cu vârsta cuprinsă între 1-11 ani – 10-20 mg, per os, 1 priză;
- copiilor cu vârstă >12 ani – 20-40 mg, per os, 1 priză.

**H2 antihistaminice** - spre deosebire de IPP, antagoniștii receptorilor H2 dezvoltă tahiflaxie destul de rapid, limitând potențialul său pentru utilizarea pe termen lung.

**Ranitidina** - copiilor cu vârsta cuprinsă între 1 lună-16 ani – 5-10mg/kg/zi, divizat în 2-3 prize.

**Famotidina:**

- copiilor cu vârstă < 3 luni – 0,5 mg/kg/zi, per os, 1 priză;
- copiilor cu vârsta cuprinsă între 3-12 luni – 0,5 mg/kg/zi, per os, 2 prize;
- copiilor cu vârsta cuprinsă între 1-16 ani – 1-1,2 mg/kg/zi, per os, 2 prize, maxim 40 mg/zi.

**Prokinetice** - Metoclopramid, Domperidon. Atenție la efectele adverse potențiale ale prokineticelor disponibile în prezent. Acestea sunt mai mari decât beneficiile potențiale ale acestor medicamente pentru tratamentul refluxului gastroesofagian. Nu există dovezi suficiente de eficacitate clinică pentru a justifica utilizarea de rutină a Metoclopramidei ori a Domperidonei pentru RGE.

H2RAs prezintă tahiflaxie sau toleranță, iar IPP - nu. Tahiflaxia este un dezavantaj pentru utilizarea cronică. H2RAs au un debut rapid al acțiunii și, ca agenți de tamponare, sunt utili pentru tratamentul la cerere.

Baclofenul poate fi util pentru reducerea vărsăturilor, dar atenție în ceea ce privește dozarea și efectele secundare.

**5.6.6. Constipația**

Constipația este unul dintre simptomele cele mai supărătoare și persistente la pacienții ce beneficiază de îngrijiri paliative. **Cauze:**

- maladii neurodegenerative, genetice, copil țintuit la pat, în scaun cu rotile;
- odată cu progresarea maladiilor neurodegenerative sunt afectați nervii sau mușchii ce țin de defecație;
- metabolică – deshidratarea poate afecta orice copil în termen scurt, hipercalcemia și hipokaliemia, în deosebi, în oncologia pediatrică, fibroza chistică (ilius meconial), hipotiroidia;
- scăderea aportului alimentar;
- frica de defecație în cazul defecațiilor dureroase;
- lipsa fructelor și legumelor în alimentație;
- medicamentele – una dintre cauzele frecvente ale constipației la pacienții îngrijiți paliativ este cea iatrogenă; ex.: opioidele și anticonvulsivele pot induce constipația, precum și antidepressivele, chimioterapicele;
- intoxicație cu metale grele;
- boala celiacă, alergii la proteina laptelui de vaci;
- malformații anatomice, anomalii ale coloanei vertebrale, teratom sacral, neoplazii endocrine, boala Hirschsprung.

### **Diagnosticul constipației**

Pentru constipația funcțională în pediatrie, în prezent cele mai larg acceptate definiții sunt definițiile Roma III. Conform Criteriilor Roma III, diagnosticul se stabilește în absența unei patologii organice, în prezența a 2 simptome dintre cele enumerate mai jos:

**Copii în vârstă de până la 4 ani** (pe parcursul a 2 luni până la stabilirea diagnosticului):

- 2 sau mai puține defecații pe săptămână;
- cel puțin un episod de incontinență pe săptămână după dobândirea competenței de a merge la toaletă;
- istoric de retenție excesivă de scaun (prezența maselor fecale în cantitate mare în rectum);
- istoric de mișcări dureroase intestinale;
- prezența unei mase mari de materii fecale în rect, formarea “pietrelor de fecalii” care pot agrava actul defecației;
- istoric de scaune cu diametru mare, care ar putea împiedica defecația.

Semnele sus-numite sunt însoțite de irascibilitate, micșorarea apetitului și/sau senzație de sațietate precoce.

**Copii cu o vârstă  $\geq 4$  ani**, cu criterii insuficiente pentru sindromul de colon iritabil (pe parcursul a cel puțin 1 lună):

- 2 defecații pe săptămână;
- cel puțin un episod de incontinență fecală pe săptămână;
- istoric de retenție voluntară a scaunului;
- istoric de mișcări intestinale dureroase;
- prezența unei mase mari fecale în rect;
- istoric de scaune cu diametru mare, care ar putea împiedica defecația.

Semne alarmante în caz de constipație:

- constipația stabilită extrem de devreme (vârsta  $<1$  lună);
- eliminarea de meconiu  $> 48$  de ore;
- scaune cu sânge în absența fisurilor anale;
- febră;
- vărsături cu bilă;
- distensie abdominală severă;
- fistulă perianală;
- poziție anormală de anus;
- defect sacral;
- frică extremă în timpul inspecției anusului;
- cicatrice anale.



### Tratamentul constipației

În tratamentul constipației sunt utilizate laxativele. **Tipuri de laxative:**

- lubrefiante (ulei de arahide, ulei de măsline, parafină);
- surfactante (Docusat de sodiu);
- osmotice (lactuloză, Glicerină);
- saline (Sulfat sau Hidroxid de magneziu);
- stimulente (Bisacodil, *Senna glycosides*).

### Algoritmul de tratament:

1. Colectați anamneza și efectuați examinarea clinică a copilului. Examenul abdomenului poate indica acumulări de mase fecale în fosa iliacă stângă. Examinarea rectală poate indica rect plin cu mase fecale dure, sau mase fecale moi, sau rect liber.
2. Începeți cu Lactuloza, creșteți dozele peste 1 săptămână.
3. Dacă nu s-a atins efectul, adăugați *Senna glycosides*.
4. Dacă copilul administrează opioide, puteți începe cu Macrogol, Movicol.
5. Dacă, în urma examinării rectului, scaunul este dur, utilizați supozitorii cu Glicerină, dacă este moale – Bisacodil în supozitorii.
6. Dacă este necesară îndepărtarea manuală a maselor fecale, se va utiliza un gel anestezic local sau pacientul va fi transportat în staționar.

### 5.6.7. Diareea

#### Cauzele diareii:

- gastroenterite;
- diaree falsă (prezența de fecaloame);
- malabsorbția;
- medicamente (ex.: antibiotice);
- după chimioterapie, radioterapie;
- maladii concomitente (ex.: colită).

Vor fi înlăturate și tratate cauzele declanșatoare, pe cât este posibil. Se va asigura rehidratarea organismului, conform planului de rehidratare OMS, cu soluții rehidratante orale (SRO).

## **Tratamentul diareii:**

### **Planul A. Tratați diareea la domiciliu**

#### **Consultați mama referitor la cele 3 reguli de tratament la domiciliu:**

1. oferirea lichidelor suplimentare;
2. continuarea alimentării;
3. consultul medical după o anumită perioadă.

**Oferirea lichidelor suplimentare** (atât cât copilul poate consuma). Sfaturi pentru mama copilului:

- alăptarea la sân va fi mai frecventă și mai îndelungată ca de obicei;
- dacă copilul este alimentat exclusiv la sân, acestuia i se va administra SRO sau apă curată ca adaos la laptele matern;
- dacă copilul nu este alimentat exclusiv la sân, acestuia i se va administra unul sau câteva din următoarele tipuri de lichide: soluție SRO, lichide ce au la bază produse alimentare (ex.: supă, fiertură de orez, amestecuri acidolactice) sau apă curată.

Este deosebit de important de a administra SRO la domiciliu, atunci când:

- copilul a făcut tratament conform planului B sau C în timpul vizitei curente;
- nu este posibil de a consulta copilul ambulator, iar diareea evoluează.

### **Instruiți mama cum să dizolve și să administreze SRO copilului.**

Cantitatea de SRO care trebuie administrată:

- copiilor cu vârstă de până la 2 ani – 50-100 ml, după fiecare scaun lichid;
- copiilor cu vârstă de 2 ani și mai mult – 100-200 ml, după fiecare scaun lichid.

Lichidele sunt oferite cu cana, recomandându-se înghițituri mici, frecvente. Dacă copilul are vomă, se face un repaus de 10 min. în administrare. Ulterior, administrarea lichidului este continuată, dar este efectuată mai lent. Administrarea lichidelor suplimentare trebuie continuată până la încetarea diareei.

### **Alimentarea copilului nu se întrerupe.**

**Consultul** repetat al copilului este recomandat după 2 zile. În diareea persistentă – după 5 zile. Consultul imediat al medicului este necesar, dacă:

- starea se agravează;
- copilul nu poate bea sau nu poate suga piept;
- apare febra;
- apare sânge în scaun;
- copilul bea puțin.

**Planul B. Tratați deshidratarea moderată cu ajutorul SRO** (administrați cantitatea recomandată de SRO timp de 4 ore).

**1. Determinați cantitatea de SRO care trebuie administrată în 4 ore** (vezi tab. 5.3).

**Tabelul 5.3**

Cantitatea de SRO, administrată în 4 ore, în dependență de vârstă și de greutatea corporală

<b>Vârsta</b>	< 4 luni	4-12 luni	12 luni-2 ani	2-5 ani
<b>Greutatea corporală</b>	< 6 kg	6 < 10 kg	10-12 kg	12-19 kg
<b>SRO, ml</b>	200-400	400-700	700-900	900-1400

**Note:**

- Utilizați vârsta copilului doar atunci, când nu este cunoscută greutatea lui. Cantitatea aproximativă de SRO (în ml) mai poate fi calculată prin înmulțirea greutății copilului (kg) la 75.
- Dacă copilul dorește să bea mai multă SRO decât este indicat în tabel, atunci dați-i mai multă SRO.
- Copiilor mai mici de 6 luni, care nu sunt alăptați, oferiți-le 100-200 ml de apă pentru aceeași perioadă de timp (4 ore).

**2. Demonstrați-i mamei modul de administrare a SRO copilului:**

- să administreze lichidele din cană prin înghițituri mici și mai frecvente;
- dacă la copil a apărut voma, să aștepte 10 min., apoi să continue, dar mai lent;
- să continue alăptarea, la solicitarea copilului.

**3. După 4 ore evaluați repetat starea copilului**, clasificați gradul de deshidratare și alegeți planul de tratament:

- starea s-a ameliorat – treceți la planul A de tratament;
- starea se menține aceeași – de repetat planul B de tratament încă 4 ore;
- starea s-a agravat – semnele de deshidratare progresează (copil letargic, nu poate să bea sau bea puțin, ochi înfundați, plica cutanată persistă mai mult de 2 sec), copilul se spitalizează pentru rehidratarea perfuzională – planul C de tratament.

**4. Alegeți un plan potrivit pentru continuarea tratamentului.**

**5. Începeți alimentarea copilului în condiții de ambulator.**

## **6. Dacă mama trebuie să părăsească ambulatorul până la sfârșitul tratamentului:**

- demonstrați-i modul de pregătire a soluției SRO la domiciliu;
- arătați-i câtă soluție de SRO trebuie administrată copilului pentru a termina tratamentul de 4 ore la domiciliu.

## **7. Explicați-i mamei cele trei reguli de tratament la domiciliu (vezi supra):**

În cazul eșecului tratamentului etiologic în cadrul îngrijirii paliative, se va utiliza **Loperamid**.

### **5.6.8. Pruritul**

**Pruritul** este definit ca o senzație neplăcută la nivelul pielii și care provoacă dorința de scărpinare. Pruritul poate deregla somnul, activitatea cotidiană, dezvoltarea cognitivă normală și poate avea drept urmări excoriații și infecție secundară a pielii, de asemenea, poate induce prin căile neuronale senzația de durere. Mulți copii cu maladii incurabile au pielea uscată, indicând dereglarea stratului lipidic. Aceasta induce absorbția crescută a alergenilor și a substanțelor iritante. Cauzele specifice pot fi identificate în urma examinării pacientului, a culegerii anamnezei, inclusiv a celei medicamentoase, precum și istoricul călătoriilor.

#### **Cauze posibile:**

- eczemă;
- scabie;
- insuficiență renală;
- icter colestatic;
- unele limfoame (semn precoce);
- pansamentele și aplicarea topică a preparatelor medicamentoase etc.

#### **Recomandări generale:**

- respectarea igienei tegumentelor și a măsurilor generale de îngrijire și hidratare a pielii;
- evitarea unor asemenea factori vasodilatatori ca: cofeina, alcoolul, apa fierbinte;
- evitarea hainelor mulate și a celor confecționate din lână, în favoarea celor largi, din bumbac, în special, pe timp de noapte, când pruritul se poate accentua;
- să facă baie cu apă caldă timp de până la 30 de min. (efect calmant), după care să se șteargă cu un prosop moale și să utilizeze remedii emoliente pentru a restabili balanța fiziologică a pielii. Această procedură este mai eficientă, dacă este efectuată înainte de somn.

### Terapia medicamentoasă

**GCS topici** nu au indicații generale în cazul pruritului. GCS topici pot fi aplicați doar în cazul prezenței inflamației pielii: dermatita atopică sau de contact. De asemenea, ele vor fi aplicate pe termen scurt pentru a evita reacțiile adverse.

**GCS orali** (ex., Prednisolon – vor fi utilizați în ultimă instanță în cure de la 1 la 2 săptămâni).

Tratamentul sistemic cu efect benefic include următoarele medicamente: Ondansetron; Naltrexon; Cimetidina.

AINS vor fi utilizate în caz de inflamație.

În cazul colestazei, opțiunile sunt:

- stentarea ductului biliar comun;
- se indică Naltrexon, Rifampicina, Colestiramina.

**Naltrexona, Naloxona** reduc substanțial pruritul la pacienții cu ciroză biliară primară și patologii cronice ale ficatului, însoțite de colestază. Pot prezenta efecte adverse tranzitorii ca: grețuri, xeroză bucală, vome, somnolență, cefalee, vertij, crampe.

Poate apărea sindromul de abstenență, ceea ce denotă că pacienții cu ciroză sunt expuși permanent la nivele crescute de agoniști opioizi endogeni. Pentru a scădea intensitatea acestui sindrom se va începe cu perfuzie cu Naloxona 0,002 mkg/kg/min. și doza se va dubla la fiecare 3-4 ore. Dacă nu apare acest sindrom, doza se mărește până la 0,2 mkg/kg/min. Dozele efective de Naloxonă sunt: 25-250 mg – o data/zi. Dacă pacientul administrează opioizi, există riscul ca durerea să devină necontrolată.

Acest preparat reduce circulația enterohepatică a acizilor biliari și reduce total sau parțial pruritul. Nu induce schimbări esențiale în funcția hepatică și renală.

**Colestiramina:** 240 mg/kg divizate în 3 prize. Medicamentul leagă acizii biliari, prevenind absorbția lor la nivelul circulației enterohepatice. De asemenea, poate fi utilizat în pruritul din policitemia vera sau uremie. Inițial doza maximă constituie 1g/zi, apoi doza poate fi mărită până 4 g/zi la copii < 10 ani și 8 g/zi la copii >10 ani. Colestiramina poate influența absorbția altor medicamente. Efectele adverse posibile sunt: constipația, malabsorbția lipidelor, discomfort abdominal, gust neplăcut.

### 5.6.9.Retenția urinară

**Cauzele cele mai frecvente sunt:**

- efect advers al Morfinei;
- compresia măduvei osoase;
- tumori solide;
- constipație.

### **Măsuri generale:**

- a se identifica și înlătura, pe cât este posibil, cauzele;
- se recomandă baie caldă și încurajarea copilului să se urineze în apă (adesea este una dintre cele mai eficiente metode în cazul retenției urinare induse de Morfină);
- crearea unei atmosfere relaxante și masarea blândă în zona vezicii urinare;
- cateterizarea este necesară în cazul vezicii urinare pline (glob vezical). Această metodă este necesară, de obicei, pe timp scurt în cazul retenției urinare induse de morfină;
- cateterizarea vezicii urinare va fi efectuată cu precauție la copiii ce prezintă tumori solide ale tractului urinar. În aceste cazuri poate fi necesară cateterizarea suprapubiană.

### **5.6.10. Convulsiile**

#### ***Suportul inițial***

Primul pas în gestionarea pacientului cu criză convulsivă este de a evalua și a asigura suportul căilor respiratorii, respirației și circulației. Acest lucru nu va permite ca convulsia să compromită furnizarea de oxigen la creier și să apară secundar hipoxia și/sau ischemia.

***Terapia de prima linie:*** Diazepam, Midazolam, lorazepam.

**Diazepamul** se folosește atât intravenos, cât și rectal din 1965, ca preparat de primă intenție în controlul statusului convulsiv. Administrarea i/v permite controlul rapid al convulsiei la aproximativ 80 % dintre pacienți. După administrarea rectală, nivelul seric terapeutic este atins în termen de 5 min. Convulsiile rezistente la o doză unică rectală au nevoie frecvent de a doua linie de tratament.

**Midazolamul** a înlocuit Diazepamul ca medicament de primă alegere. Înainte de a administra Midazolamul intravenos, el poate fi folosit per os. Midazolamul a fost folosit inițial ca un preparat de a doua intenție în stări de status epileptic refractar. Este, totuși, deosebit de eficient ca anticonvulsiv de primă linie, oprind majoritatea convulsiilor într-un minut după injectarea i/v și în 5-10 min. după administrare i/m. Are o absorbție superioară în comparație cu Diazepamul și Lorazepamul atunci când este administrat i/m.

Majoritatea autorilor recomandă administrarea rectală a 1/2 din doza obișnuită copiilor cu anomalii ale SNC care sunt pacienți-naivi la Diazepam. Un dezavantaj potențial este slăbirea aparentă a eficienței Diazepamului, cu doze repetate, comparativ cu Lorazepamul.

**Terapia anticonvulsivă de linia a doua** pentru statusul epileptic: Fenitoină, Fenobarbital, Fosfenitoină, Valproat.

**Convulsiile rezistente la tratament** vor fi considerate drept urgență medicală:

**Treapta 1:** se va recurge la Midazolam în perfuzie continuă. Se recomandă a începe de la doze mici și a mări doza la 4-6 ore în caz de necesitate.

**Treapta 2:** dacă convulsiile continuă, se adăugă Fenobarbital. Dacă copilul nu administrează aceste medicamente, începeți cu doza de 15 mg/kg peste 30-60 min., apoi continuați cu perfuzie continuă 500 mcg/kg/oră. A mări doza cu 20% la fiecare 6 ore până la încetarea convulsiilor.

Pentru copiii cu maladii neurologice severe, care administrează tratament complex cu anticonvulsive, poate fi omisă treapta 1 (administrarea de Midazolam).

#### 5.6.11. Delirul și agitația terminală

**Delirul** (confuzie acută) este comun în etapele terminale ale bolii avansate și este asociat cu un pronostic scurt. Stările de delir au debut acut, fluctuant, însoțite de gândire dezorganizată, lipsă de concentrare, tulburări de memorie și dezorientare. Delirul la sfârșitul vieții poate fi asociat cu agitație (agitație terminală) sau letargie.

**Tratamentul include preparatele antipsihotice:** Benzodiazepine, Haloperidol și Midazolam.

**Agitația este** cauzată de: anxietate, frică, durere, constipație, deshidratare, hipoxie, anemie, medicație. Pentru diminuarea agitației se recomandă administrarea de Midazolam, Diazepam.

#### 5.6.12. Anorexia

**Cauze:** durere; anxietate; grețuri, vomă; dispepsie; constipație; medicamente; radioterapie; schimbări de gust; cașexie; depresie.

Este important de avut în vedere că copiii imobilizați sau mai puțin activi pot avea nevoie de mai puțină mâncare, iar simțul foamei poate fi atenuat. Nu se recomandă tratamentul medicamentos. Nu este justificată administrarea GCS din cauza efectelor adverse posibile.

#### 5.6.13. Anxietatea

Benzodiazepinele sunt considerate tratamentul farmacologic de bază pentru anxietatea acută la adulți și copii. Preparatele de elecție sunt: Diazepam și Midazolam.

#### 5.6.14. Traheostoma

Indicații pentru traheostomă - căi aeriene superioare îngustate.

Tumorile cu creștere intrabronhială pot restricționa respirația (cancer pulmonar central).

**Atenție!** Se va evita nebulizarea în apropierea traheostomei a deodoranțelor, dezodorizantelor.

### 5.6.15. Gastrostoma

Există diferite tuburi de gastrostomă:

- Tub PEG (gastrostomă endoscopică percutanată);
- Dispozitiv balon.

**Prevenirea infectării.** Pentru a preveni introducerea de infecție este esențial ca, înainte de manipulare, să se respecte toate principiile standard pentru controlul infecției. Acestea includ:

- igiena mâinilor;
- utilizarea echipamentului individual de protecție, în cazul în care este necesar;
- decontaminarea echipamentului;
- depozitarea corectă a hranei;
- curățenia mediului;
- eliminarea în siguranță a deșeurilor.

Îngrijirea cotidiană a pielii este necesară pentru a preveni infecția și a menține integritatea pielii. Echipamente necesare:

- șorț;
- mănuși;
- apă caldă, cu săpun în cantități moderate (dar nu în primele 2 săptămâni de inserție).

**Administrarea alimentelor în bolus** și/sau medicație printr-un dispozitiv de gastrostomă. Principiile alimentației prin intermediul unei gastrostome sunt aceleași ca și cele pentru utilizarea unei sonde nazogastrice. În ambele cazuri alimentele pot fi administrate în următoarele moduri:

- bolusuri pe parcursul zilei;
- flux continuu, uneori cu o pauză;
- combinație a celor două.

Gastrostoma poate fi folosită pentru a furniza cerințele nutriționale complete ale unui copil. Tipul de hrană trebuie să fie prescris de medic.

Data de expirare trebuie să fie verificată înainte de utilizarea produselor. Amestecurile curative și adaptate trebuie să fie agitate bine. După deschidere, cele mai multe amestecuri preambalate pot fi stocate în frigider pentru o anumită perioadă de



timp. Citiți informația de pe ambalaj oferită de producător. Toate alimentele stocate în frigider trebuie să fie etichetate cu numele copilului, data și timpul de deschidere.

**Reguli de administrare a medicamentelor prin intermediul unui tub de gastrostomă:**

- nu amestecați niciodată medicamentele cu hrana;
- asigurați-vă că tubul este spălat cu apă, înainte de administrarea medicamentelor prin intermediul tubului. Folosiți medicamente lichide ori de câte ori este posibil;
- dacă medicamentele sunt disponibile doar sub formă de comprimate, concretizați la farmacist dacă se permite ca comprimatul să fie zdrobit;
- spălați tubul după fiecare medicament. Dacă sunt administrate mai multe medicamente consecutiv, spălați tubul de gastrostomă cu apă după administrarea ultimului medicament.

Îngrijirea cavității bucale. Dacă alimentele nu se administrează pe cale orală, gura poate deveni uscată și poate apărea placa pe dinți. Îngrijirea și curățarea cavității bucale, a dinților trebuie să fie efectuată cel puțin de două ori pe zi folosind periuța de dinți a copilului și o cantitate de pastă de dinți de mărimea unui bob de mazăre. Balsamul de buze sau parafina moale (parafină moale galbenă nu trebuie utilizată în cazul în care copilul primește oxigen printr-o mască sau canale nazale) pot fi aplicate pe buze pentru a preveni uscarea și fisurarea acestora.

**Complicațiile generate de gastrostomă pot fi următoarele:** vărsături, greață; diaree; constipație; distensie abdominală; crampe; deshidratare; scădere în greutate; creștere rapidă în greutate; aspirație pulmonară; formarea fistulei; iritație gastrică; RGE; blocarea tubului de alimentare; hipergranulația.



# Suport psihologic pentru pacienți și familiile acestora.

## Ajutor în ultimele stadii ale maladei și după decesul pacientului

O componentă esențială în ajutorul paliativ o reprezintă necesitatea de a acorda susținere/ajutor psihologic și spiritual ambelor părți, adică atât pacienților, cât și familiilor acestora. Consilierea psihologică, din punct de vedere paliativ, reprezintă mult mai mult decât eliberarea de dureri sau calmarea simptomelor.





## 6.1.Consilierea psihologică

Toți medicii și surorile medicale implicate în paliative trebuie să fie gata să răspundă tuturor provocărilor și să fie capabili să facă o evaluare psihoemoțională a situației.

### 6.1.1. Evaluarea psihoemoțională necesită luarea în considerare a următorilor factori:

- istoricul/decurgerea bolii și faptul că pacientul își dă seama de ceea ce i se întâmplă, precum și reacțiile emoționale și psihologice ale pacientului;
- în ce mod boala influențează asupra capacității persoanelor care îngrijesc de bolnavi de a-și exercita rolul de părinte, mamă, iubit etc;
- istoricul familiei: cine-i este alături, unde sunt membrii familiei, cât de importanți sunt aceștia și cât suport pot oferi;
- stresul: situația financiară, serviciul, proprietatea/casa, copiii, sursele de ajutor etc.;
- speranțele și fobiile (temerile) – cele mai grave/rele lucruri care se pot întâmpla – care-i sunt planurile de viitor, la ce pierderi și dezamăgiri a făcut fața deja, ce fel de afaceri nu sunt încă definitive, ce ar dori persoana în cauză să mai realizeze.

Evaluarea psihoemoțională servește drept bază pentru susținerea optimal a familiei pacientului. În procesul de evaluare convingeți-vă că pacientului i se va oferi ajutorul necesar și că membrii familiei, precum și personalul medical vor respecta metodele de îngrijire corespunzătoare stării pacientului (planul de îngrijire). **Arborele genealogic** deseori este de mare ajutor în situațiile complicate. Aceasta îi încurajează pe oameni să-și lărgească sfera preocupărilor, iar medicului/psihologului să perceapă /înțeleagă conflictele familiale. Arborele genealogic nu numai că informează, dar poate fi folosit drept instrument terapeutic, oferind bolnavilor posibilitatea de a discuta despre prezentul și trecutul lor, despre evaluarea pierderii în trecut a unei persoane dragi. Atât evaluările sociale, cât și cele psihologice sunt importante, deoarece ele servesc drept bază pentru acordarea suportului optimal la domiciliu pacientului și familiei acestuia. Înainte de aceasta, asigurați-vă de faptul că pacientului i se va oferi asistența necesară și că familia lui, precum și echipa de îngrijire va urma calea de îngrijire proprie pacientului respectiv (planul de îngrijire).

### **6.1.2. Comunicarea veștilor triste.**

Constituie una dintre cele mai mari dificultăți cu care se confruntă specialiștii care îngrijesc pacienți incurabili. Aspectul-cheie al comunicării este dezmințirea informațiilor neplăcute. Informație neplăcută se consideră orice informație care modifică/schimbă viziunea de viitor a pacientului în ceva rău/malefic: cu cât mai mare este discrepanța dintre speranțe/așteptări și realitate, cu atât informațiile sunt mai triste în perceperea pacientului și, deseori, a familiei.

Modul în care noutățile/informațiile sunt oferite pacientului, ameliorează/afectează cooperarea dintre pacient, familia lui și specialiști. Pacienții deseori conștientizează că pierd controlul asupra situației în care se află. Prin oferirea unor posibilități adecvate de a discuta, e posibil:

- să se reducă nesiguranța cu privire la viitor, sau, cel puțin, să se discute despre aceasta;
- să se reducă demoralizarea;
- să se încurajeze oportunitatea de a alege opțiunile de management;
- să se permită adaptarea la noile realități;
- să se mențină încrederea dintre pacient, persoana care-l îngrijește și specialiști.

Evitarea discuțiilor și limbajul negativ al corpului lasă pacientului, de obicei, senzația și sentimentul de abandonare, vină, depresie și neliniște. Tăcerea specialiștilor este pentru pacienți fatală, ei interpretând-o ca pe o condamnare la moarte sigură și neputința specialiștilor de a face față problemelor cu care se confruntă pacientul și familia lui. Astfel, pacientul este tentat să creadă că nu va mai putea să-și folosească timpul rămas cum dorește.

#### **La comunicarea veștilor triste puneți accentul pe următorii pași:**

##### ***Pregătirea pentru întâlnire:***

- informați-vă despre starea de fapt/ reală a pacientului;
- aranjați locul discuției/comunicării veștilor triste, asigurând intimitatea discuției, locul potrivit și excludeți factorii care ar întrerupe discuția;
- impuneți din start limite de timp (ex. discuția va dura 20, 40 sau 60 de min.; în dependență de cât timp dispuneți);
- aflați cine ar trebui să fie prezent la discuție. Faceți posibilă prezența unui membru al familiei, ori de câte ori este posibil.

**Ce cunoaște pacientul?**

- începeți discuția clarificând ce cunoaște pacientul despre starea lui/despre boala sa și în ce mod percepe situația. Întrebați-l „Cum credeți dvs., ce se întâmplă cu dvs.?”. Observați felul în care vorbește pacientul, ascultați-i temerile, cuvintele, frazele și așteptările lui. Fiți atenți la contextul emoțional, verbal și non-verbal;
- dacă pacientul (sau părintele copilului-pacient) se închide în sine, încercați să distindeți situația și să faceți posibilă comunicarea. Dacă simțiți că pacientul nu este în stare să vorbească și are nevoie de ajutorul cuiva, transferați discuția pentru altă dată.

**Este necesară mai multă informație sau nu?**

- stabiliți ce informație mai dorește să afle pacientul?
- cât de mult dorește să cunoască pacientul despre boală (pacientului îi poate fi frică să afle mai multă informație). Întrebați-l, de ex.: „Doriți să vă povestesc mai multe despre boala D-voastră?”

**Refuză să accepte informația:**

- permiteți pacientului să controleze cantitatea și etapele de asimilare a informației;
- dacă pacientul nu dorește să cunoască mai multe despre boala sa, ar dori ca D-voastră să-i explicați totul unui membru al familiei?

**Transmiterea informației:**

- rețineți că scopul este de a diminua vacuumul informațional al pacientului;
- începeți cu originea bolii și nu folosiți jargoane (termeni medicali);
- oferiți posibilitatea de asimilare a informației, făcând pauze în comunicare;
- oferiți informația câte puțin;
- fiți clar și explicit;
- controlați dacă informația este înțeleasă. Întrebați-l, de ex.: „Dvs. înțelegeți ce vă povestesc eu? ”;
- fiți amabil/prietenos;
- evitați presupunerile. Dacă pacientul vă pune o întrebare, dvs. trebuie să clarificați și să înțelegeți ce are acesta în vedere. Spre exemplu, întrebarea: „Cât timp poate dura?” poate să însemne durata consultației, discuției, pronosticul bolii etc. Trebuie să știți când să vă opriți. Fiecare pacient are dreptul de a cunoaște și de a nu cunoaște.

### **Identificarea problemelor**

- Ce îl preocupă mai mult pe pacient?

### **Fiți empatici la sentimentele/emoțiile pacientului:**

- identificați sentimentele/emoțiile pacientului și confirmați-le, utilizând expresii de felul: „Îmi pare rău că trebuie să vă dau niște vești nu prea plăcute”, „Eu împărtășesc îngrijorările dvs. și vreau să vă ajut” etc.;
- încurajați discuția/dialogul, întrebând, de ex.: „Dvs. sunteți surprins de ceea ce v-am spus? Cum vă simțiți?”;
- folosiți următoarele sugestii: „Dvs. sunteți îngrijorat de ceva? Doriți să mă mai întrebați despre ceva?”;
- ascultați pacientul și oferiți-i timp să se gândească despre ce să vă mai întrebe;
- luați aminte că abilitatea de a asculta îi oferă persoanei posibilitatea să fie auzită și înțeleasă, iar răspunsul empatic la sentimentele/emoțiile pacienților este cheia succesului în comunicarea cu ei.

### **Concluziile:**

- rezumați preocupările, dar încercați să păstrați o abordare pozitivă. Optimismul asigură suportul. De ex., dvs. puteți zice: „Noi nu putem să tratăm boala, dar există lucruri pe care le-am putea face pentru ca dvs. să vă simțiți mai bine și împreună să ținem piept bolii”;
- stabiliți acțiunile de viitor. Acestea pot include oferirea informației suplimentare, sugestii pentru părinți cum să informeze copiii-pacienți etc. Informația printată este mai folositoare;
- mențineți speranța;
- convingeți-vă dacă pacientul a înțeles informația oferită până acum, întrebându-l: „Toate acestea vă sunt pe clare?” (Un procedeu destul de popular și eficient de a asigura înțelegerea este de a-l oferi pacientului înregistrarea audio/video a discuției, dacă există posibilitate) .

### **Planificarea următorii pași:**

- conveniți referitor la data/ziua și la ora următoarei întâlniri, dacă e posibil. O astfel de întâlnire oferă posibilitatea descoperirii altor fapte și-i oferă timp pacientului pentru a înțelege situația;
- clarificați, pe cine puteți informa despre diagnostic. N-ar fi etic să povestiți rudelor despre boala pacientului fără consimțământul acestuia, iar din punct de vedere tehnic ar fi o încălcare a principiilor de confidențialitate.

### **Informarea altor membri-consulanți despre întâlnirile/discuțiile cu pacientul:**

- informați medicul curant și alți membri ai echipei despre ce s-a discutat la interviu. Țineți minte că ceea ce s-a discutat și ceea ce a înțeles bolnavul poate fi diferit.



**Recomandările pentru comunicarea veștilor triste**, expuse mai jos vă vor ajuta să îndepliniți această sarcină dificilă:

***Ce urmează să facem:***

- atunci când e posibil, așezați-vă lângă pacient, fiți la același nivel cu acesta – semn care denotă că îi sunteți alături;
- petreceți prima parte a interviului prin a asculta întrebările pacientului;
- notați toate întrebările și ceea ce vă spune pacientul;
- urmăriți mesajele non-verbale, de ex., poziția lui, contactul vizual, felul cum își privește mâinile, expresia feței;
- respectați dreptul pacientului de a nega ceva. Pacienții deseori vor accepta anume acea informație, cu care se pot confrunta în momentul dat;
- țineți minte că 60% din informația transmisă de dvs. se realizează non-verbal: prin poziția corpului, contactul vizual, atitudinea etc.;
- faceți pauze pentru ca pacientul să asimileze/înțeleagă ceea ce ați spus până acum;
- tineți minte că majoritatea pacienților înțeleg/percep ceea ce li s-a comunicat pe rând/gradual, de aceea nu e cazul să le spuneți totul dintr-o dată;
- rețineți că adevărul trebuie spus într-o manieră mai diplomatică, evidențiind posibilele aspecte pozitive ale prezentului și viitorului;
- pacienții trebuie să conștientizeze adevărul despre boala lor;
- dacă folosiți termeni medicali în descrierea bolii, asigurați-vă că pacientul îi înțelege;
- înlocuiți cuvântul „cancer” prin „tumoare”;
- acceptați că, dacă pacientul a refuzat sau n-a acceptat o anumită informație în trecut, la momentul dat/în prezent s-ar putea să vrea s-o cunoască, pentru că este pregătit să se informeze;
- nu există reguli generale referitoare la ce fel de informație trebuie să-i comunicăm pacientului;
- încercați să includeți toată familia (și copiii) în procesul de transmitere a informației;
- sugerați-i că speranța este prioritară, primordială și că îngrijirea medicală este necesară indiferent de evoluția/dezvoltarea de mai departe a bolii;
- expuneți propriile temeri;
- trebuie să conștientizați că deseori pacienții vor fi șocați de veștile proaste și că întrebările pot apărea mai târziu;
- finalizați întâlnirea cu recapitularea informațiilor și stabiliți data și ora pentru următoarea întrevvedere;
- notați toată informația obținută de la pacient în foaia de observație a acestuia.

### **Ce nu trebuie să facem:**

- nu întrebați membrii familiei ce fel de informații ar trebui să-i comunicați pacientului;
- dacă familia interzice comunicarea unei informații, nu fiți de acord cu aceasta;
- nu vă temeți, dacă îi vedeți pe membrii familiei sau pe pacient că plâng. Această reacție este firească și nu este cauzată de dvs.;
- nu mințiți niciodată, deoarece pacientul poate pierde încrederea în dvs.;
- nu oferiți mai multă informație, dacă pacientul nu o cere;
- nu folosiți un limbajul prea tehnic (metalimbaj), care nu este pe înțelesul pacientului și al familiei lui;
- nu folosiți eufemisme, cuvinte neplăcute/jignitoare/necenzurate;
- nu trebuie să generalizați când comunicați cu pacienții sau cu rudele acestora, folosind expresii de tipul „Fiecare trebuie să cunoască/să știe...”.

### **6.1.3. Consilierea spirituală - parte a susținerii psihologice**

Toți pacienții au necesități spirituale. Religia este legată de practica înțelegerii spirituale din exteriorul ori de cadrul aceluiasi sistem de credință, de valori, de coduri comportamentale și de ritualuri. Termenul „spiritualitate” ar însemna credința persoanei într-o putere din exterior, ori în altceva decât propria sa existență. Unii oameni pot folosi cuvântul „Dumnezeu”, alții pot fi mai puțin concreți. Când o persoană trăiește experiența unei crize în viața sa, ea percepe sistemul său de credință ca pe o speranță de a înțelege sensul acestei credințe. Aceasta devine o sursă spirituală, ce poate fi exprimată prin întrebări ca: „De ce mi se întâmplă asta tocmai mie?”.

Dacă valorile spirituale, credința, atitudinile și practicile religioase ale unei persoane nu îi permit să dea un răspuns satisfăcător la întrebările cu privire la realitățile infinite, la înțelegerea principiilor și a scopului vieții aceasta poate duce la dezvoltarea unei dureri sufletești.

Indicatorii posibili ai bolii spirituale includ:

- o pauză în acceptarea spiritual-religioasă;
- un sentiment de disperare;
- un sentiment de rușine, vinovăție, de pierdere a identității;
- o suferință intensă;
- probleme irezolvabile, frică de moarte;
- furie.

Sunt multe căi, directe sau indirecte, prin care poate fi ajutată o persoană care manifestă durere sufletească. Ele cuprind un spectru larg de metode de îngrijire, care îl ajută pe pacient să afle sensul și scopul vieții. Este important să întrebăm pacientul/

familia dacă doresc să fie vizitați de un preot. De asemenea, este foarte important să le explicăm - pacientului/familiei - că preoții pot ajuta oamenii să-și rezolve aceste probleme.

## 6.2. Respectarea particularităților culturale în îngrijirea paliativă

Cultura are o influență deosebită în viața și moartea fiecărui individ. Societatea noastră se constituie din oameni care împărtășesc diferite credințe, fac parte din diferite grupuri etnice și țări de origine. În cadrul fiecărui grup etnic religios, fiecare persoană își exprimă atitudinea sa culturală unică. Aceasta este influențată de educație, de mediul înconjurător, de credință și de experiența de viață.

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

Profesioniștii implicați în îngrijiri paliative pot diminua conflictele cauzate de influențele culturale, prin:

- înlăturarea barierei lingvistice;
- manifestarea unei dorințe puternice de a respecta și a înțelege o anumită cultură;
- susținerea dialogului și menținerea controlului asupra chestiunilor cu implicații culturale;
- predispunerea de a negocia volumul și cadrul îngrijirii care se oferă și cea acceptată.

Trebuie luat considerare faptul că nu întotdeauna e posibil de soluționat toate necesitățile culturale. Specialiștii trebuie să identifice necesitățile individuale ale fiecărui pacient. În pofida celor menționate, se merită încercarea de a negocia în acest sens. Nu vă grăbiți să afirmați – întrebați!

## 6.3. Îngrijirea muribunzilor

Membrii familiei, care pierd un om apropiat, vor suporta mai ușor, dacă vor fi informați din timp despre apariția simptomelor bolii, despre schimbările medicale, emoționale și spirituale cu care se confruntă muribunzii în ultimele luni ale vieții (vezi tabelele 6.1 și 6.2).

Persoanele muribunde au dreptul:

- să fie tratate ca persoane încă în viață;
- să fie susținute în exprimarea sentimentelor și emoțiilor cu privire la moarte, ținând cont de resursele psihologice proprii;
- să participe la luarea deciziilor în privința îngrijirii lor;
- să primească răspunsuri oneste la întrebările puse;
- să li se ofere susținere spirituală;
- să înțeleagă procesul morții;
- să nu fie discriminate din cauza infecției cu HIV sau TB, să moară cu demnitate;
- să nu moară singure.

### 6.3.1. Pregătirea pentru deces:

- străduiți-vă să facilitați inițierea/comunicarea între membrii familiei și pacient. O atare comunicare este utilă pentru aplanarea fricii, pe care o prezintă membrii familiei și pacientul deopotrivă;
- vorbiți cu pacientul despre maladie; este important ca acesta să înțeleagă ce se întâmplă în jurul său și să-și cunoască pronosticul;
- discutați întrebările ce-l preocupă pe pacient, de exemplu, tutoratul asupra copiilor, achitarea studiilor acestora, sursele de suport pentru familie, problemele nesoluționate, cheltuielile funerare;
- spuneți pacientului despre faptul că este iubit și că va fi memorat;
- vorbiți despre deces, dacă pacientul dorește acest lucru. Posibil, pacientul a trăit experiența decesului unei persoane care a suferit mult și îi este frică să nu se confrunte cu suferințe similar;
- asigurați-vă că pacientului îi este acordat suportul pentru a face față sentimentului de vinovăție sau regret;
- pentru a face față nevoilor spirituale ale pacientului, luați legătură cu duxovnicul său spiritual sau organizațiile religioase, potrivit alegerii acestuia (în cazul în care el manifestă o atare dorință).

### 6.3.2. Participarea:

- fiţi alături, manifestaţi empatie şi participare;
- vizitaţi pacientul cu regularitate, ţineţi-l de mână, ascultaţi-l şi discutaţi cu el;
- îngrijiţi-l.

### 6.3.3. Asiguraţi confortul pacientului:

- umeziţi-i buzele, gura, ochii;
- aveţi grijă ca lenjeria să fie întotdeauna curată şi uscată;
- trataţi durerea şi febra (la necesitate, administraţi preparatele necesare, după ore); contribuiţi la ameliorarea simptomelor, utilizând remedii simptomatice;
- oferiţi produse alimentare şi apă pacientului în cantităţi mici de câte ori e necesar;
- asiguraţi contactul fizic.

## 6.4. Susţinerea rudelor pacientului după moartea acestuia

După decesul pacientului, este important a oferi suport apropiaţilor acestuia pentru a face faţă pierderii. Deşi durerea este o manifestare firească a celui care a suferit o pierdere grea, acesta trebuie să înţeleagă ce i se întâmplă, pentru ca susţinerea ce i se oferă să fie cea optimă.

**6.4.1. Etapele durerii sufleteşti trăite de persoană după o pierdere grea** sunt descrise în literatura de specialitate astfel:

- **şocul iniţial** reprezintă amorţeala şi neacceptarea realităţii cu privire la pierderea grea;
- **durerea despărţirii** afectează comportamentul şi emoţiile. Îndoliatul suferă perioade copleşitoare de tristeţe, confruntându-se zilnic cu realitatea pierderii;
- **disperare sau depresie**. Când se diminuează frecvenţa şi severitatea durerii şi îngrijorării, îndoliatul poate pierde interesul faţă de viaţă. El îşi pierde speranţa şi se închide în sine. Aceasta poate dura până la câteva luni;
- **acceptarea pierderii** şi continuarea vieţii.

Reorganizarea vieţii începe când energia emoţională este reinvestită în noi relaţii şi activităţi, deşi comemorările deseori reînnoiesc suferinţa.

Anumiţi oameni încep să sufere înainte de moartea reală a persoanei apropiate (suferinţă anticipată). Dar aceste suferinţe de cele mai multe ori nu se structurează conform descrierii de mai sus.

**Tabelul 6.1**

Principalele schimbări în starea pacienților muribunzi

Tipul de schimbări	Ultimele luni de viață	Ultimele săptămâni de viață	Ultimele zile de viață	Ultimele 24-48 de ore de viață
Medicale	<ul style="list-style-type: none"> <li>Accentuarea slăbiciunii</li> <li>Prelungirea somnului</li> <li>Pierderea poftei de mâncare</li> <li>Accentuarea durerii sau a altor simptome</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Creșterea timpului de aflare la pat</li> <li>Insomnie</li> <li>Reducerea interesului față de produsele alimentare și apă</li> <li>Creșterea slăbiciunii</li> <li>Mers dificil</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Incontinență urinară și fecală</li> <li>Stare de veghe pe timp de noapte, somnolență în cursul zilei</li> <li>Diaforeză</li> <li>Obnubilarea conștiinței</li> <li>Dereglarea intelctului</li> <li>Paliditate</li> <li>Dereglarea respirației</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Somnolență</li> <li>Anxietate</li> <li>Agitație</li> <li>Pierderea conștiinței treptată sau subită</li> <li>Accentuarea schimbării culorii tegumentelor cutanate</li> <li>Respirație periodică</li> <li>Respirație „clocotindă”</li> <li>Suspine</li> <li>Delire</li> </ul>
Emoționale	<ul style="list-style-type: none"> <li>Creșterea nevoilor de comunicare activă, vorbă, contact fizic</li> <li>Izolarea socială</li> <li>Accentuarea tristeții, plânsului</li> <li>Tendențe de comunicare activă, manifestarea dragostei</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Doriința de a vorbi despre organizarea funerariilor</li> <li>Perioade cu manifestare a emoțiilor puternice „Negocieri”</li> <li>Rememorarea celor trăite, discutarea evenimentelor trecute</li> <li>Îmbărbătarea celor apropiați</li> <li>Frica de somn</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Creșterea comunicabilității</li> <li>Semne de plecare din viață, cuvinte de adio</li> <li>Accentuarea anxietății</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pacientul poa te să nu răspundă sau aproape să nu răspundă la stimuli verbali.</li> <li>Conștiință obnubilată, delir, incapacitate de a-și exprima explicit emoțiile</li> </ul>
Spirituale	<ul style="list-style-type: none"> <li>Creșterea interesului față de aspectele spirituale</li> <li>Rugăciuni</li> <li>Doriința de comunicare cu un tutore spiritual sau religios</li> <li>Convertirea în credință</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gânduri frecvente despre rudele decedate</li> <li>Fortificarea credinței în Dumnezeu</li> <li>Perioade de refugiu în sine</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Clarificarea gândurilor și emoțiilor</li> <li>Împăcare și reconceptualizare</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Perceperea altor dimensiuni ale vieții</li> <li>Împăcare</li> <li>Somn liniștit, profund</li> </ul>

**Tabelul 6.2**

Recomandări pentru membrii familiei și pentru alte persoane care îngrijesc de pacient, în cazul modificărilor premergătoare decesului

<b>Ultimele luni de viața</b>	Permiteți-i pacientului să-și aleagă produsele alimentare care îi plac. • Convingeți-l pe pacient să consume apă și să ingereze produse alimentare, dar nu-l forțați și nu insistați. • Asistați-l să se deplaseze. • Asistați-l să-și creeze un anturaj confortabil și inofensiv. • Colaborați activ cu echipa medicală, comunicați-le acestora despre simptomele noi și accentuarea simptomelor prezente. • Acordați suport moral, ascultați. • Nu vă străduiți să negați boala, să nu spuneți că „totul va fi bine”. • Permiteți pacientului să plângă și să-și manifeste emoțiile. • Nu încercați să mascați tristețea. • Să vă rugați împreună cu pacientul și, după posibilitate, asistați-l să stabilească comunicarea cu tutorele său spiritual.
<b>Ultimele săptămâni de viața</b>	Observarea oricăror schimbări în somn, alimentație etc. • Sprijinirea dorinței pacientului de a discuta întrebările, legate de decesare. • Limitarea vizitelor, fapt ce permite pacientului să se odihnească. • Oferiți-i posibilitatea de a discuta cele trăite, să și le amintească. • Asigurați-i contactul fizic: masarea spinării, membrilor. • Vorbiți despre dragoste, iertare. • Dacă pacientul se teme de întuneric, lăsați lumina aprinsă în încăperea. • Vorbiți deseori despre faptul că cei apropiați vor fi mereu alături de dânsul. • Discutați împreună aspectele spirituale.
<b>Ultimele zile de viață</b>	Aveți grijă ca patul/îmbrăcămintea pacientului să fie curată și uscată. • Schimbați frecvent poziția pacienților țintuiți la pat. • Oferiți-le apă și alimente, dar nu insistați. • Urmăriți nivelul conștiinței; înainte de alimentare asigurați-vă că pacientul poate înghiți. • Mențineți contactul fizic. • Umeziți buzele cu bucățele mici de gheață sau cu șervețele umede. • Continuați discuția cu pacientul, inclusiv puneți-i muzica liniștită favorită. • Membrii familiei pot pe rând să vegheze la patul pacientului. • La necesitate, a reaminti persoanelor ce îngrijesc de bolnav despre alimentare și odihnă. • Rugați-vă împreună cu pacientul.
<b>Ultimele 24-48 de ore de viață</b>	Dacă pacientul are febră sau friguri, aplicați-i comprese calde sau reci. • Discutați cu pacientul (chiar dacă acesta nu răspunde). • Informați lucrătorii medicali despre schimbările în respirație (membrii familiei trebuie să știe că anterior decesului sunt posibile dereglări ale respirației). • Informați lucrătorii medicali despre semnele de suferință (grimasa durerii). • Administrați medicamentele după posibilitate, potrivit indicațiilor medicale. Discutați cu pacientul, manifestați-vă emoțiile. • Verbal sau non-verbal sprijiniți pacientul. • Luați-vă rămas bun și permiteți-i pacientului să decedeze. • Asigurați-l pe pacient că acesta va fi iubit și i se va cinste memoria. • Vorbiți-i despre dragoste și iertare. • Participați la ritualurile de suport.

Senzația de gol, aferentă pierderii unui membru al familiei, care a decedat ca urmare a infecției HIV, TB poate fi deosebit de mare din câteva motive:

- persoanele cu HIV/SIDA, TB pot deceda la o vârstă relativ tânără, de aceea această pierdere este și mai dureroasă pentru cei apropiați;
- este și mai dificil de depășit criza pierderii din cauza caracterului „stigmatizant” al bolii;
- este posibil ca alți membri ai familiei să fi decedat de HIV/SIDA, TB sau ca membrii familiei să fie și ei infectați și, eventual, să decedeze în viitor.

#### **6.4.2. Suferințe de durată/ nefirești**

Au nevoie de ajutorul specialistului acele persoane a căror suferință este de durată/nefirească. Necesitățile copiilor și adolescenților deseori sunt destul de complexe și ei pot beneficia de sprijin din partea specialistului. Identificarea persoanelor care pot să dezvolte reacție anormală la pierderea unui apropiat necesită intervenție timpurie de susținere și prevenire a dezvoltării unei astfel de reacții.

#### **Factorii de risc includ:**

- deces neașteptat;
- deces chinuitor;
- relații contradictorii;
- relații excesiv de dependente;
- participarea copilului/adolescentului (poate fi protejat/exclus);
- izolare socială;
- mânie nerezolvată;
- pierderi anterioare nerezolvate;
- boală psihică în antecedente;
- alte evenimente stresante ale vieții.

Pentru mulți, un voluntar bine antrenat, care știe să asculte, poate fi tot de ce este nevoie ca îndoliatul să mărturisească și să-și exprime sentimentele și temerile. Convingerea că experiența prin care trece omul care a pierdut pe cineva apropiat este „normală”, este extrem de folositoare. Un preot poate, de asemenea, fi de folos celor, a căror credință se clatină, e distrusă sau slăbită. Pentru unii întâlnirea cu un grup de indivizi, care au trecut prin experiențe similare, poate fi de ajutor.



Nu există limite clare între suferința „normală” și „anormală” și deseori aceste noțiuni depind de intensitatea suferinței, de reacțiile la pierdere sau de timp. **O intervenție profesională este necesară în următoarele cazuri:**

- **suferință amânată**, definită prin absența suferinței în primele săptămâni sau luni după deces. Este posibil să devină mai accentuată și cronică când, în sfârșit, apare. Deseori, este necesară consilierea pentru acceptarea realității;
- **suferința inhibată** apare când îndoliatul evită să pomenească sau să-și amintească de decedat. Pentru unii acest mecanism al evitării poate funcționa, dar poate prezenta nervozitate, îngrijorare sau depresie. Consilierea constă în încurajarea îndoliatului să accepte realitatea pierderii;
- **ipocondria persistentă** poate apărea și poate bloca suferința. Îndoliatul poate prelua simptomele decedatului. În acest caz e necesar să i se explice pacientului ceea ce i se întâmplă. Totuși, e de reținut că rata mortalității văduvelor și a văduvilor este mai mare în primul an după deces, în majoritatea cazurilor datorită bolilor cardiovasculare;
- **dereglarea psihică**. Se pot dezvolta stări depresive grave din cauza unui sentiment iluzoriu de vinovăție, fapt ce poate conduce la suicid. În aceste situații se impune spitalizarea. Sentimentul de **mânie** poate fi amplificat, ca și **dereglările fobice**, de alcoolism și dependență de medicamente, în special, de somnifere.

În caz de manifestare a unei suferințe anormale poate fi acordat ajutorul medical primar, pot fi implicați lucrătorii sociali sau consilieri antrenați. În alte cazuri, implicarea specialiștilor psihiatri și psihoterapeuților este inevitabilă.



ANEXE



# Recomandări pentru administrarea corticosteroizilor în îngrijirile paliative

**Corticosteroizii este denumirea generală a hormonilor cortexului suprarenalelor, la care se atribuie glucocorticoizi și mineralocorticoizi.** Glucocorticoizii care se formează în cortexul suprarenalelor omului sunt cortizon și hidrocortizon, iar din mineralocorticoizi – aldosteronul. Corticosteroizii îndeplinesc funcții foarte importante în organism. Glucocorticoizii sau glucocorticosteroizii (GCS) au acțiune antiinflamatorie, participă la reglarea metabolismului glucidelor, lipidelor și proteinelor, controlează dezvoltarea sexuală, funcția renală, reacția organismului la stres etc.

În medicina modernă se folosesc corticosteroizi artificiali, care au aceleași proprietăți, ca și cei naturali. Astfel de preparate sunt: Dexametazon, Sinalar, Prednizolon etc. Ele se utilizează pentru a reduce inflamațiile în multe patologii. Preparatele corticosteroide, reducând inflamațiile, au și acțiune analgezică. Dar corticosteroizii, reducând inflamațiile, nu înlătură și cauzele acestora, nu acționează asupra agenților patogeni.

Corticosteroizii trebuie administrați doar la indicațiile medicului.

## **Reguli generale de administrare a GCS:**

1. GCS poate fi administrat sistemic (sub formă de pastile sau injecții), local (intraarticular , rectal), (unguenți, picături, aerosoli, creme). **Doza și perioada administrării este indicată de medic.**
2. Preparatul în tablete poate fi administrat de la ora 6.00 (prima doză), și nu mai târziu de ora 14.00 următoarele. Intervalul dintre administrarea dozelor – nu mai mic de 4 ore. Aceste condiții sunt necesare pentru apropierea de concentrația fiziologică a GCS în sânge la metabolizarea lor în cortexul suprarenalelor.
3. Uneori, în cazul dozelor mari și în funcție de caracterul maladiei, doza este distribuită de medic în părți egale pentru 3-4 prize pe zi.

4. Pastilele se administrează în timpul sau imediat după masă; se beau cu o cantitate mică de apă.
5. Tratamentul cu GCS trebuie să fie complementat cu preparate de calciu, vitamina D pentru profilaxia osteoporozei. Dieta pacientului trebuie să fie bogată în proteine, calciu; trebuie redusă cantitatea de glucide și de sare alimentară (până la 5 g pe zi). E necesar să se consume 1,5 l de lichid pe zi.
6. Se impun măsuri profilactice pentru prevenirea leziunilor tractului gastro-intestinal (prescrierea anumitor preparate, de ex., almagel, sau corecția alimentării - folosirea chiselului etc.).
7. Nistatin – pentru profilaxia pacientului – să nu dezvolte candidoză (doza > 8 mg în cachexie și deshidratare), suspensie de 100.000 u/ml, 1 ml de 4 ori pe zi.
8. Profilaxia ulcerului gastric în perioada tratamentului cu GCS este indicată în următoarele cazuri:
  - la combinarea inhibitorilor pompei de protoni cu steroizii;
  - la depistarea ulcerului gastric în faza de acutizare sau la prezanța ulcerului recent;
  - la administrarea concomitentă a steroizilor și a anicoagulanților orali.

**Notă.** Se administrează inhibitori ai pompei protonice, de ex., Omeprazol – 20 mg pe zi.

9. La indicarea GCS se impune observarea zilnică a pacientului.

### **Reguli generale de anulare a administrării a corticosteroizilor**

- După o administrare îndelungată a GCS sistarea trebuie să fie treptată. GCS anihilează funcția cortexului suprarenalelor, de aceea la o anulare rapidă sau bruscă a preparatului se poate dezvolta insuficiența suprarenală.
- O schemă unificată de anulare al GCS nu există. Regimul de anulare și micșorare a dozei depinde de durata perioadei de tratament.
- Se recomandă micșorarea treptată a dozei cu 2 mg la fiecare 3 zile, până la întreriperea definitivă, pentru a evita efectele adverse.

### **Echivalența dintre steroizi (aproximativă):**

Dexametazonă 2 mg = Betamethazonă 2 mg = Prednisolonă 15 mg = Hidrocortisonă 50 mg.

## Doze ale preparatelor antiinflamatorii echivalente cu ale corticosteroizilor

Prednison 5 mg	Prednisolon 5 mg
Prednison 5 mg	Metilprednisolon 4 mg
Prednison 5 mg	Betametazona 0,75 mg
Prednison 5 mg	Dexametazona 0,75 mg
Prednison 5 mg	Cortizon acetat 25 mg
Prednison 5 mg	Hidrocortizon 20 mg
Prednison 5 mg	Triamcinolon 4 mg

### Protocolul de administrare a dexametazonei

**Dexametazona** este preparatul de elecție din grupa steroizilor (medicament preferabil). Dexametazona – derivat cortizonic cu acțiune antiinflamatorie, antireumatismală, imunosupresivă, antialergică, cu efect mineralocorticoid minim.

### Indicații pentru administrarea dexametazonei și dozele calculate pentru 24 de ore

Indicații specifice	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Tumoră cerebrală, HIC</li> <li>Sindromu compresiei medulare</li> <li>Sindromul de venei cave superioare</li> </ul>	Doze mari $\geq 16$ mg
<ul style="list-style-type: none"> <li>Compresia nervului,</li> <li>Limfanguită malignă</li> <li>Dispnee (în tumori/ limfanguită)</li> <li>Hepatomegalie cu sindrom algic, determinată de tumoră</li> <li>Edem peritumoral cu ocluzie intestinală: dereglări de deglutiție, icter, durere</li> </ul>	Doze medii – 8 mg-12 mg
Indicații nespecifice	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Stimularea poftei de mâncare (4 mg timp de o săptămână, apoi 2 mg timp de o săptămână, după care se sistează administrarea preparatului)</li> <li>Fatigabilitate/ astenie</li> </ul>	Doze mici – 2-4 mg

**Recomandări generale:**

- Administrarea se începe cu doza maximal recomandată (indicată).
- Se recomandă utilizarea matinală, în doză unică, sau divizată în 2 prize (dimineața și la prânz).
- Tratamentul se indică pentru 5-7 zile.
- Dacă nu observăm ameliorare după maximum 3 zile, tratamentul se întrerupe (vezi mai jos).
- Dacă s-au obținut efecte benefice, după 5-7 zile, micșorăm treptat doza până la cea minimal efectivă (cu 2 mg la fiecare 3 zile), pe care o menținem, reevaluând regulat starea pacientului.
- Adăugăm preparate de protecție gastrică, dacă pacientul urmează concomitent tratament cu AINS.
- Majorăm doza (dublăm), dacă pacientului îi este administrată fenitoină sau carbamazepină.

**Recomandări pentru administrarea dexametazonei în tumorile cerebrale:**

- Tratamentul se inițiază cu doze  $\geq 16$  mg la 24 de ore.
- Dacă nu se observă ameliorare după maximum 3 zile, tratamentul se întrerupe brusc.
- În caz de ameliorare – se continuă cu doza selectată timp de 5-7 zile.
- Apoi se reduce doza cu 2 mg la fiecare 3 zile, urmărindu-se efectul.
- Dacă simptomele reapar, se revine la doza precedentă.
- dacă este posibil, se asigură administrarea dozei de întreținere – doza cea mai mică eficientă (ideal - sub 4 mg ).

**Atenție!** La folosirea îndelungată a Dexametazonei pot apărea efecte secundare care nu trebuie neglijate:

- modificări cushingoide;
- modificări ale tegumentelor – fragilitate, peteșii, echimoze, vindecarea lentă a plăgilor;
- infecții, candidoză orală;
- osteoporoză;
- edeme periferice;
- miopatie proximală;
- modificări psihologice – neliniște, agitație, depresie, psihoze; hiperglicemie (dezechilibrarea unui diabet zaharat preexistent/declanșarea unui diabet zaharat latent);
- ulcer peptic;
- HTA.



**Recomandări generale pentru întreruperea administrării Dexametazonei:**

- Dacă nu obținem efectul scontat și dacă tratamentul a durat mai puțin de 3 săptămâni, iar doza Dexametazonei a fost mai mică de 6 mg, este recomandată sistarea bruscă a administrării. La administrarea dozelor mai mari, micșorăm doza cu 2 mg la fiecare 5-7 zile până la 2 mg, apoi cu 0,5 mg la fiecare 5-7 zile.
- Administrarea preparatului se sistează, de asemenea, respectând recomandările aduse mai sus, în cazul:
  - apariției problemelor de ordin general (de obicei, legate de doze mari sau tratament de lungă durată);
  - complicațiilor precoce: stomatită orală, dificultăți în controlul diabetului zaharat, dereglarea somnului;
  - complicațiilor tardive: miopatie proximală, atrofia pielii, sindromul Cushing.

**Sfaturi utile pentru îngrijire în cazul administrării Dexametazonei:**

- Se recomandă igiena riguroasă a cavității bucale și administrarea postprandială.
- Ora de administrare: dimineața +/- prânz, nu mai târziu de ora 15.00 (poate produce insomnie, agitație).
- Respectarea schemei de tratament (informarea medicului la orice modificare neprevăzută a dozei precum și la apariția simptomelor gastrice (vărsături, disfagie, greață etc.).

# Măsurile de precauție în îngrijirea la domiciliu a pacienților cu HIV și acordarea asistenței în caz de expunere accidentală la HIV

Îngrijirile la domiciliu reprezintă o parte obligatorie a asistenței paliative. Persoanele ce îngrijesc de pacienți trebuie să beneficieze de explicații exhaustive la întrebările puse, dacă îi preocupă îndeosebi siguranța lor, precum și prevenirea infectării. Ei trebuie să cunoască măsuri simple și verificate în timp, ce diminuează riscul contaminării cu HIV și alte microorganisme patogene cu transmitere hematogenă. Aceste măsuri vis-a-vis de persoanele cu HIV/SIDA sunt identice cu îngrijirile acordate în cadrul spitalelor, ambulatoriilor și la domiciliu. Acestea se bazează pe principiile standard de control al infecțiilor, care urmează a fi respectate întotdeauna și oriunde. Respectarea acestor principii minimizează riscul contaminării cu sânge și cu alte lichide biologice, deoarece ele se consideră potențial infecțioase și trebuie să fie prelucrate și nimicite prin utilizarea continuă a unor metode simple.

Îngrijirile pacientului **cu SIDA este inofensivă** pentru membrii familiei și pentru alte persoane care îngrijesc de bolnav. **Riscul infectării cu HIV este foarte redus, dacă sunt respectate următoarele reguli:**

- la contactul cu sângele și lichidele biologice ale bolnavului trebuie să fie purtate mănuși din latex;
- plăgile și leziunile cutanate trebuie să fie acoperite cu pansamente (atât la bolnav, cât și la cei ce îngrijesc de acesta); în cazul în care pansamentul este îmbibat cu sânge sau lichide biologice, el trebuie să fie schimbat imediat și distrus în modul corespunzător;
- impurificările cu sânge, mase fecale și urină urmează a fi înlăturate, folosind un dezinfectant de uz casnic simplu și purtând mănuși;

- lenjeria de pat și vestimentația cu urme de sânge, mase fecale sau alte lichide biologice trebuie să fie păstrate separat; schimbarea lenjeriei trebuie efectuată în mănuși;
- se interzice folosirea în comun a periștelor de spălat pe dinți, lamelor, acelor și a altor obiecte ascuțite;
- după schimbarea vestimentației impurificate și a lenjeriei de pat a pacientului, la fel ca și după orice contact cu lichidele biologice se spală pe mâini cu săpun.

Contactele casnice obișnuite sunt inofensive (nu sunt necesare mănuși). La spălarea produselor alimentare și a veselei, la spălarea lenjeriei de pat și a vestimentației necontaminate cu lichide biologice, la curățarea veceurilor pot fi utilizați detergenți obișnuți.

**Acordarea asistenței în caz de expunere accidentală la HIV** reprezintă complexul de măsuri care trebuie întreprins imediat după expunere. Scopul acestora constă în reducerea timpului de expunere la lichidele biologice infectate (inclusiv la sânge) și țesuturi, precum și prelucrarea corectă a locului expus, diminuând astfel riscul infectării.

**În caz de leziuni cauzate cu ace sau cu alte instrumente ascuțite** trebuie respectată următoarea ordine a acțiunilor:

- spălarea imediată cu apă și săpun a locului expunerii;
- plasarea suprafeței lezate sub un get de apă (timp de câteva minute sau până când se oprește hemoragia), pentru a permite sângelui să curgă liber din plagă.
- în lipsa apei curgătoare, locul lezat trebuie prelucrat cu gel dezinfectant sau cu soluție pentru spălarea pe mâini.

**Atenție! Nu se recomandă:**

- utilizarea remediilor cu acțiune puternică sau concentrate: spirtul, dezinfectantele și iodul pot cauza iritarea suprafeței lezate și pot agrava starea rănii;
- comprimarea sau frecarea suprafeței lezate;
- absorbția sub presiune a sângelui din plagă cu ajutorul seringii.

În cazul stropirii cu sânge sau cu alte lichide biologice sunt întreprinse următoarele acțiuni:

**Stropi pe tegumentele cutanate intacte:**

- spălarea imediată sub apă curgătoare a porțiunii expuse;
- în lipsa apei curgătoare, prelucrarea cu gel sau soluție pentru spălarea pe mâini.

**Atenție! Nu se recomandă:**

- utilizarea agenților cu acțiune puternică sau concentrată: spirt, dezinfectante sau iod, deoarece aceștia ar putea cauza iritarea suprafeței lezate. E indicat să se utilizeze remedii dezinfectante slabe, de exemplu, soluție de 2-4% de Gluconat de Clorhexidină;
- frecarea sau excorierea locului expus;
- aplicarea unui bandaj.

**Stropi în ochi:**

- spălarea imediată a ochilor cu apă sau soluție fiziologică. În poziție așezată, aplecați capul pe spate și rugați colegul să vă toarne atent apă sau soluție fiziologică pe ochi, astfel încât apa și soluția să nimerescă și sub pleoape, (pe care le puteți întinde cu precauție);
- nu înlăturați lentilele de contact în timpul spălării, deoarece acestea formează o barieră de protecție. După ce ochii au fost spălați, înlăturați lentilele de contact și prelucrați-le ca de obicei; după aceasta ele sunt absolut inofensive pentru utilizarea în continuare.

**Atenție! Nu se recomandă** spălarea ochilor cu săpun sau soluție dezinfectantă.

**Stropi în gură:**

- scuiparea imediată a lichidului care a nimerit în gură;
- clătirea minuțioasă a gurii cu apă sau soluție fiziologică cu scuiparea repetată. Procedura de clătire a cavității bucale se repetă de câteva ori.

**Atenție! Nu se recomandă** utilizarea pentru spălături a săpunului și a soluției dezinfectante.

Decizia finală despre administrarea sau neadministrarea profilaxia postexpunere (PPE) urmează a fi luată de către medicul infecționist în baza evaluării riscului și reieșind din faptul că PPE în niciun caz nu trebuie să fie considerată drept strategie primară de profilaxie. PPE trebuie începută în primele ore după expunere, fără a se aștepta rezultatele testării; de preferință, în primele 2 ore și nu mai târziu de 72 ore. PPE trebuie să fie administrată timp de 4 săptămâni.

## ANEXA 3

## Interacțiuni medicamentoase între preparatele ARV și medicamentele non-HIV

	Preparate antiretrovirale (ARV)								
	Atazanavir ATV	Darunavir DRV	Лопинавир LPV	Ritonavir RTV (II)	Efavirenz EFV	Etravirin ETV	Nevirapin NVP	Maraviroc MVC	Raltegravir RAL
<b>Medicamente cardiovasculare</b>									
Atorvastatină	↑	↑	↑	↑	↓	↓	↓*	↔	↔
Fluvastatină	↔*	↔*	↔*	↔*		↑*		↔*	↔*
Pravastatină	↔*	↑	↔	↔	↓	↓*	↔*	↔	↔
Rosuvastatină	↑	↑*	↑	↑	↔	↑*	↔	↔	↔
Simvastatină	↑	↑	↑	↑	↓	↓*	↓*	↔	↔
Amlodipină	↑*(iii)	↑*	↑*	↑*	↓*	↓*	↓*	↔*	↔
Diltiazem	↑(iii)	↑*	↑	↑	↓	↓*	↓	E*	↔
Metoprolol	↑*	↑*	↑*	↑*	↔*	↔*	↔*	↔*	↔*
Verapamil	↑*(iii)	↑*	↑*	↑*	↓*	↓*	↓*	E*	↔*
Warfarină	↑ sau ↓*	↓	↓	↓	↑ sau ↓*	↑*	↑ sau ↓*	↔*	↔*
<b>Medicamente pentru tratamentul SNC</b>									
Diazepam	↑*	↑*	↑*	↑*	↓*	↑*	↓*	↔*	↔*
Midazolam	↑	↑	↑	↑	↑			↔	↔
Triazolam	↑	↑	↑	↑	↑			↔*	↔*
Citalopram	↑*	↑*	↑*	↑*	↓*	↑*	↓*	↔*	↔*
Mirtazapină	↑*	↑*	↑*	↑*	↓*	↓*	↓*	↔*	↔*
Paroxetină	↑*	↓	↑*	↑	↔	↔	↔*	↔*	↔*
Sertralină	↑*	↓	↑*	↑	↓	↓*	↓*	↔*	↔*
Pimozid	↑	↑	↑	↑	↑			↔*	↔*
Carbamazepină	↑D	↑	↑D	↑	↓D	<b>D</b>	↓D	D	D
Lamotrigină	↔**	↔*	↓	↓	↔*	↔*	↔*	↔*	↔*
Fenitoină	D	D	D	↓	↓D	<b>D</b>	↓D	D	D

	Preparate antiretrovirale (ARV)								
	Atazanavir ATV	Darunavir DRV	Лопинавир LPV	Ritonavir RTV (ii)	Efavirenz EFV	Etravirin ETV	Nevirapin NVP	Maraviroc MVC	Raltegravir RAL
<b>Medicamente anti-infecțioase</b>									
Claritromicină	↑E	↑	↑	↑	↓	↓E	↓	E	↔*
Fluconazol	↔	↔*	↔	↔	↔	E	E	↔	↔
Itraconazol	↑E	↑E	↑E	↑	↓	↓E	↓	E	↔
Rifabutină	↑	↑E	↑	↑	↓	D			↔
Rifampicină	<b>D</b>	<b>D</b>	<b>D</b>	D	D	<b>D</b>	<b>D</b>	D	D
Voriconazol	↓	↓	↓	↓	↓E	↓E	↓E	E	↔
<b>Alte preparate</b>									
Antiacide	D	↔	↔		↔	↔*	↔	↔*	E
IPP	<b>D</b>	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔*	E
Blocanți H2	D	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔*	E
Alfuzosin	↑	↑	↑	↑	↓*	↓*	↓*	↔*	↔*
Buprenorfină	↑	↑	↔	↑	↓	↓*	↓*	↔	↔
Budesonid inhal.	↑	↑	↑	↑	↔*	↔*	↔*	↔*	↔*
Derivați de ergotamină	↑	↑	↑	↑	↑	↑*		↔*	↔*
Etinilestradiol	↑**	↓	↓	↓		↔	↓	↔	↔
Fluticazonă inhal.	↑	↑	↑	↑	↔*	↔*	↔*	↔*	↔*
Metadonă	↔	↓	↓	↓	↓	↔	↓	↔*	↔
Sunătoare	<b>D</b>	<b>D</b>	<b>D</b>	<b>D</b>	<b>D</b>	<b>D</b>	<b>D</b>	<b>D</b>	↔

Notă: Acest tabel rezumă interacțiunile medicamentoase între terapia anti-HIV și unele medicamente prescrise frecvent concomitent, ca și interacțiunile medicamentoase de relevanță clinică deosebită. El nu este exhaustiv; pentru interacțiuni medicamentoase suplimentare și pentru date farmacocinetice mai detaliate și ajustări ale dozelor consultați [www.hiv-druginteractions.org](http://www.hiv-druginteractions.org)

#### Legendă

↑ = expunere crescută a medicamentului non-HIV;

↓ = expunere scăzută a medicamentului non-HIV;

↔ = niciun efect semnificativ;

E = expunere crescută a medicamentului HIV;

D = expunere scăzută a medicamentului HIV;

\* = predicție numai pe baza profilurilor metabolice ale medicamentelor, nu există date clinice din studiile privind interacțiunile, absența \* indică faptul că sunt disponibile date clinice;

\*\* = efect cu ATV non-bustat (nepotențat). ATV bustat ↓ lamotrigină și etinilestradiol.

verde = aceste medicamente nu ar trebui administrate concomitent.

[ii] Ritonavir dozat ca potențator farmacocinetic sau ca medicament antiretroviral.

[iii] Se recomandă monitorizarea ECG.

## Reacții adverse frecvente/severe la medicamente ARV

	Cutănate	Digestive	Hepatice	CV	Urinare	Sistem nervos	Tesut adipos	Metabolice	Altele
AZT	Pigmentarea unghiilor	Greața	Steatoză		Miopatie		Lipo-atrofie	Dislipidemie/ <b>Hiperlactemie</b>	Anemie
3TC									
ABC	<b>Erupție cutanată</b>			BCI					<b>Hipersensibilitate sistemică</b>
TDF					<b>Sindrom Fanconi</b>				
EFV	Erupție cutanată		Hepatică			Depresie, <b>ideeație suicidară</b> , ameteți, tulburări de somn		Dislipidemie, genecomastie	
NVP	<b>Erupție cutanată</b>		<b>Hepatică</b>						
LPV		Greața, diaree		BCI				<b>Dislipidemie</b>	
DRV	Erupție cutanată							Dislipidemie	

Evenimentele severe (care pot pune în pericol viața și care reprezintă urgențe medicale) sunt marcate cu verde

# Interacțiuni între medicamentele antidepresive și medicamentele antiretrovirale

Antidepresant	ARV preparat	Efectul interacțiunii	Recomandare
Sertralină	EFV	ASC a sertralinei scăzută cu 39%	În toate cazurile se corectează doza (se mărește sau se micșorează) <b>treptat</b> până la obținerea efectului scontat
	DRV	ASC a sertralinei scăzută cu 49%	
Paroxetină	FPV	ASC a paroxetinei scăzută cu 50%	
	DRV	ASC a paroxetinei scăzută cu 40%	
	RTV	Poate crește concentrația paroxetinei	
Venlafaxină	RTV	Poate crește concentrația venlafaxinei	
Citalopram	RTV	Poate crește concentrația citalopramului	
Mirtazapină	IP Pls	Poate crește concentrația mirtazapinei	


**Notă.** Antidepresivele nu modifică concentrațiile IP și INNRT. Medicamentele antiretrovirale pot modifica concentrațiile antidepresivelor conform celor prezentate în rezumat. Nu se anticipează interacțiuni între antidepresive și raltegravir. Venlafaxina (și în măsură mai mică Mirtazapina) a fost asociată cu prelungirea intervalului QT. Acest lucru poate fi relevant pentru pacienții cărora li se administrează IP și/sau metadonă și care necesită antidepresive.



## Anexa 6

# Terapia reacțiilor adverse ale preparatelor utilizate în tratamentul TB DR

Mai jos sunt prezentate recomandările referitoare la terapia următoarelor reacții adverse:

A	G	M	P
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alopecie</li> <li>• Altralgii</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gastrită și dureri abdominale</li> <li>• Ginecomastie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manifestări psihotice </li> <li>• Modificări în hemoleicogramă</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pierderea auzului, dereglări vestibulare</li> </ul>
<p><b>C</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Convulsii</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Greață și vomă</li> </ul>	<p><b>N</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nefrotoxicitate</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preungirea intervalului QTc</li> </ul>
<p><b>D</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Depresie,</li> <li>• Dereglări electrolitice (hipokaliemie și hipomagneziemie)</li> <li>• Dureri musculare</li> </ul>	<p><b>H</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hepatită</li> <li>• Hipotirioză</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Neurita nervului optic</li> <li>• Neuropatie periferică</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prurit cutanat, erupții cutanate severe, șoc anafilactic</li> </ul>

<b>Alopecie</b>	
Medicamentul	Izoniazidă, Etionamidă/Protionamidă
Acțiuni terapeutice	Încurajați pacientul să tolereze acest efect secundar
Comentarii	Poate cauza căderea părului sau numai subțierea acestuia. Acest efect este temporar și reversibil după stoparea medicației.
<b>Artralgii</b>	
Medicamentul	Pirazinamidă, Bedaquilină, Fluorchinolone
Acțiuni terapeutice	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indicați AINS.</li> <li>• Micșorați doza sau anulați preparatul cauzal, dacă aceasta nu va dăuna tratamentului anti-TB.</li> </ul>
Comentarii	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cu timpul, artralgiiile se diminuează fără intervenții suplimentare.</li> <li>• În timpul administrării pirazinamidei poate crește nivelul acidului uric. Alopurinolul nu corijează această deviere.</li> </ul>
<b>Convulsii</b>	
Medicamentul	Cicloserină, Izoniazidă, Fluorchinolone
Acțiuni terapeutice	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anulați preparatul cauzal, până se va reuși controlul convulsiilor.</li> <li>• Inițiați administrarea anticonvulsivelor (Fenitoină, Valproat).</li> <li>• Indicați Piridoxină în doza zilnică maxim admisibilă (200 mg/zi).</li> <li>• Reintroducerea preparatului sau micșorarea dozei acestuia, în cazul necesității păstrării schemei tratamentului anti-TB.</li> <li>• Anulați complet preparatul, dacă aceasta nu va dăuna tratamentului.</li> </ul>
Comentarii	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamentul anticonvulsiv va fi continuat până la încheierea tratamentului TB MDR, sau până la anularea preparatului cauzal. Prezența convulsiilor în anamneză nu servește drept contraindicație pentru administrarea preparatului cauzal, dacă se reușește controlul acestora și/sau pacientul administrează anticonvulsivante.</li> <li>• Pacienții cu convulsii în anamneză prezintă un risc sporit de reapariție a acestora pe parcursul tratamentului anti-TB MDR.</li> </ul>
<b>Dureri musculare</b>	
Medicamentul	Linezolid
Acțiuni terapeutice	Stoparea temporară a administrării preparatului.
Comentarii	Monitorizarea nivelului acidului lactic în sânge.

<b>Depresie</b>	
Medicamentul	Cicloserină, Fluorchinolone, Isoniazidă, Etionamidă/ Protionamidă
Acțiuni terapeutice	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indicați tratament cu antidepresante.</li> <li>• Micșorați doza sau anulați preparatul cauzal, dacă aceasta nu va dăuna tratamentului anti-TB.</li> <li>• Oferiți consiliere individuală sau de grup.</li> </ul>
Comentarii	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Simptomele depresiei pot fi periodice și se pot micșora odată cu tratamentul eficient.</li> <li>• Prezența în anamneză a perioadelor de depresie nu reprezintă o contraindicație pentru administrarea preparatelor nominalizate, dar indică o posibilitate crescută de apariție a depresiei pe parcursul tratamentului anti-TB MDR.</li> <li>• Nu trebuie subestimat rolul condițiilor socio-economice, ele fiind un factor important în dezvoltarea depresiei.</li> </ul>
<b>Deregări electrolitice (hipokaliemie și hipomagneziemie)</b>	
Medicamentul	Capreomicină, Kanamicină, Amicacină, Streptomicină
Acțiuni terapeutice	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificați nivelul K<sup>+</sup></li> <li>• În caz de hipokaliemie verificați nivelul Mg<sup>++</sup> și Ca<sup>++</sup> (în caz de suspjecție la hipocalcemie).</li> <li>• Compensați deregările electrolitice.</li> </ul>
Comentarii	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Spitalizare, în caz de hipokaliemie severă.</li> <li>• Spironolactona (25 mg pe zi) și Amiloridul (5-10 mg pe zi) pot reduce pierderile de kaliu și magneziu.</li> <li>• Ele pot fi indicate în cazurile cele mai severe.</li> </ul>
<b>Gastrită și dureri abdominale</b>	
Medicamentul	Paser, Etionamidă/Protionamidă, Clofazemină, Fluorchinolone, Isoniazidă, Etambutol, Pirazinamidă
Acțiuni terapeutice	<ul style="list-style-type: none"> <li>• H2- blocante, inhibitori ai pompei protonice, antacide.</li> <li>• Anulați pentru o perioadă scurtă (1-7 zile) preparatele anti-TB respective.</li> <li>• Micșorați doza sau anulați preparatul cauzal, dacă aceasta nu va influența rezultatul tratamentului anti-TB.</li> </ul>
Comentarii	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formele grave de gastrită sunt însoțite de hematemeză și/sau melenă (sunt rare).</li> <li>• Antacidele trebuie indicate la ore fixe, pentru a evita dereglarea absorbției preparatelor anti-TB (cu 2 ore până, sau 3 ore după administrarea preparatelor anti-TB).</li> <li>• Deregările sunt reversibile după anularea preparatului.</li> </ul>

<b>Ginecomastie</b>	
Medicamentul	Etionamidă/Protionamidă.
Ațiuni terapeutice	Incurajați pacientul să tolereze acest efect secundar.
Comentarii	Rezoluția efectului are loc după stoparea medicației.
<b>Greață și vomă</b>	
Medicamentul	Etionamidă/Protionamidă, Paser, Bedaquilină, Isoniazidă, Etambutol, Pirazinamidă, Amoxicilin/Clavulanic acid, Clofazimină.
Ațiuni terapeutice	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apreciați gradul de deshidratare; la necesitate efectuați rehidratare.</li> <li>• Indicați antimimetice.</li> <li>• Micșorați doza sau anulați preparatul cauzal, dacă aceasta nu va influența rezultatul tratamentului anti-TB.</li> </ul>
Comentarii	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Greața și voma sunt destul de frecvente în primele săptămâni de tratament, dar ele se reduc pe parcurs sau se supun tratamentului simptomatic.</li> <li>• În caz de vomă severă este necesară monitorizarea și corecția electroliților serici.</li> </ul>
<b>Gust metalic</b>	
Medicamentul	Etionamidă/Protionamidă, Claritromicină, Fluorchinolone
Ațiuni terapeutice	Incurajați pacientul să tolereze acest efect secundar.
Comentarii	Rezoluția efectului are loc după stoparea medicației.
<b>Hepatită</b>	
Medicamentul	Prirazinamidă, Isoniazidă, Rifampicină, Etionamidă/Protionamidă, Paser, Etambutol, Fluorchinolone
Ațiuni terapeutice	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sistați tratamentul până la dispariția manifestărilor hepatitei.</li> <li>• Exclueți alte cauze de hepatită.</li> <li>• Anulați preparatele cu hepatotoxicitate maximă, reîncepeți administrarea medicamentelor cu hepatotoxicitate redusă, monitorizând testele funcției hepatice.</li> </ul>
Comentarii	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Culegeți o anamneză detaliată în vederea suportării hepatitei în trecut și identificați preparatul cu hepatotoxicitate maximă.</li> <li>• Testarea serologică la hepatita virală A,B,C.</li> <li>• Cel mai frecvent dereglările sunt reversibile după anularea preparatului respectiv.</li> </ul>

<b>Hipotirioză</b>	
Medicamentul	Etionamida/Protionamida, Paser
Acțiuni terapeutice	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inițiați tratament cu levothyroxina.</li> <li>• Monitorizarea TSH odata în 2 luni la necesitate, în caz de modificari.</li> </ul>
Comentarii	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Restabilire completă după anularea Ps și Eto.</li> <li>• Tratamentul combinat cu Ps și Eto se asociază mai frecvent cu hipotirioza decât cu administrarea separată a acestor preparate.</li> </ul>
<b>Manifestări psihotice</b>	
Medicamentul	Cicloserină, Isoniazidă, Fluorchinolone, Etionamidă/Protionamidă
Acțiuni terapeutice	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pentru a înlătura manifestările psihotice, anulați preparatul pentru o perioadă scurtă (1-4 săptămâni).</li> <li>• Începeți tratamentul psihozei.</li> <li>• Micșorați doza sau anulați preparatul cauzal, dacă aceasta nu va dăuna tratamentului anti-TB.</li> </ul>
Comentarii	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unii bolnavi vor necesita psihoterapie pe toată durata tratamentului anti-TB MDR.</li> <li>• Prezența în anamneză a afecțiunilor psihice nu reprezintă o contraindicație pentru administrarea preparatelor nominalizate, dar indică o posibilitate crescută de apariție a manifestărilor psihotice pe parcursul tratamentului anti-TB MDR.</li> <li>• Simptomele psihotice, de obicei, sunt reversibile și dispar după finalizarea tratamentului anti-TB MDR sau anularea preparatului.</li> </ul>
<b>Modificari în hemoleicogramă</b>	
Medicamentul	Linezolid
Acțiuni terapeutice	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anularea medicamentului cauză.</li> <li>• Dacă este necesară administrarea Lzd – doza indicată este de 300 mg.</li> <li>• În cazul mielosupresiei se evaluează necesitatea preparatului în schema de tratament.</li> <li>• În anemie severă – transfuzie de sânge.</li> </ul>
Comentarii	Modificări în hemoleucogramă (leucopenie, trombocitopenie, anemie, coagulopatii, eozinofilie).

<b>Nefrotoxicitate</b>	
Medicamentul	Streptomicină, Canamicină, Amicacină, Capreomicină
Acțiuni terapeutice	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anulați medicamentul corespunzător.</li> <li>• Evaluați posibilitatea administrării capriomicinei, dacă anterior au fost indicate aminoglicozide. În caz de extremă necesitate, indicați preparatul de 2 sau 3 ori pe săptămână, dacă pacientul suportă o astfel de schemă (monitorizați obligatoriu nivelul creatininei serice).</li> <li>• Reduceți dozele altor preparate antituberculoase în corespundere cu clearance-ul creatininei.</li> </ul>
Comentarii	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diabetul zaharat sau afecțiunile renale în anamneză nu constituie o contraindicație pentru administrarea preparatelor nominalizate, cu toate acestea comorbiditățile enumerate determină un risc crescut pentru dezvoltarea insuficienței renale.</li> <li>• Insuficiența renală poate fi ireversibilă.</li> </ul>
<b>Neurita nervului optic</b>	
Medicamentul	Etambutol, Etionamidă/Protionamidă, Linezolid, Clofazimină, Rifabutin, Isoniazidă, Streptomicină
Acțiuni terapeutice	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anulați Etambutolul.</li> <li>• Consultați oftalmologul.</li> </ul>
Comentarii	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De obicei, dereglările dispar după anularea Etambutolului.</li> <li>• Sunt descrise cazuri rare de neurită a nervului optic, cauzate de Streptomicină.</li> </ul>
<b>Neuropatie periferică</b>	
Medicamentul	Cicloserină, Linezolid, Isoniazidă, Streptomicină, Kanamicină, Amicacină, Capreomicină, Fluorchinolone, Etionamidă/Protionamidă, Etambutol
Acțiuni terapeutice	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indicați Piridoxină în doză zilnică maxim admisibilă (200 mg/zi).</li> <li>• Capreomicina va fi indicată parenteral, dacă se păstrează sensibilitatea la aceasta.</li> <li>• Inițiați tratamentul cu antidepresante triciclice (Amitriptilină), AINS sau Acetamenofen (Paracetamol) pot îmbunătăți simptomatice.</li> <li>• Micșorați doza sau anulați preparatul cauzal, dacă aceasta nu va dăuna tratamentului anti-TB.</li> </ul>
Comentarii	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unele comorbidități (diabetul zaharat, HIV, alcoolismul) pot determina instalarea mai frecventă a neuropatiei periferice, dar aceasta nu trebuie să servească drept impediment pentru indicarea preparatelor anti-TB corespunzătoare.</li> <li>• Neuropatia poate fi ireversibilă, dar la o serie de pacienți, după anularea preparatului cauzal, survine ameliorarea simptomelor.</li> </ul>

<b>Pierderea auzului, dereglări vestibulare</b>	
Medicamentul	Streptomicină, Kanamicină, Amicacină, Capreomicină, Claritromicină
Acțiuni terapeutice	<p>Documentați gradul hipoacuziei și, după posibilitate, comparați-l cu datele audiometriei inițiale.</p> <p>Capreomicina va fi indicată parenteral, dacă se păstrează sensibilitatea la aceasta.</p> <p>Măriți frecvența administrării și/sau micșorați doza preparatului cu condiția că aceasta nu va dăuna tratamentului anti-TB (evaluați posibilitatea administrării preparatului de 3 ori pe săptămână).</p> <p>Anulați preparatul, dacă el nu va dăuna tratamentului anti-TB.</p>
Comentarii	<p>Dereglările auditive inițiale se pot manifesta la bolnavii tratați anterior cu aminoglicozide. În astfel de situații e necesară efectuarea audiogramei înainte de inițierea tratamentului anti-TB MDR.</p> <p>Pierderea auzului poate fi ireversibilă.</p> <p>Riscul avansării gradului de hipoacuzie trebuie estimat vis-a-vis de riscul anulării medicamentului injectabil în schema respectivă de tratament.</p>
<b>Preungirea intervalului QTc</b>	
Medicamentul	Bedaquilină, Fluorchinolone, Claritromicină, Clofazimină.
Acțiuni terapeutice	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorizarea ECG.</li> <li>• Monitorizarea electroliților.</li> <li>• Atenție la pacienții cu IR în ajustarea dozelor de fluorquinolone.</li> </ul>
Comentarii	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patologic, intervalul QTc este prelungit în hipercalcemie, hiperpotasemie și mai scurt în hipocalcemie.</li> <li>• Anumite medicamente antiaritmice modifică durata intervalului QTc.</li> </ul>
<b>Prurit cutanat, erupții cutanate severe, șoc anafilactic</b>	
Medicamentul	Toate medicamentele
Acțiuni terapeutice	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prurit fără erupții cutanate în lipsa unei cauze evidente a acesteia: <ul style="list-style-type: none"> <li>- tratament simptomatic cu antihistaminice și unguente hidratante;</li> <li>continuarea tratamentului antituberculos cu supravegherea nemijlocită a pacientului.</li> </ul> </li> <li>• Erupții cutanate – stoparea administrării preparatelor antituberculoase.</li> </ul>
Comentarii	După dispariția simptomelor alergice preparatele antituberculoase sunt reintroduse treptat; se începe cu doze mici ale preparatului cel mai sigur, care nu va produce erupții alergice; după 3 zile, doza se mărește treptat.

# Managementul farmaco-terapeutic al reacțiilor adverse la preparatele utilizate în tratamentul TB DR

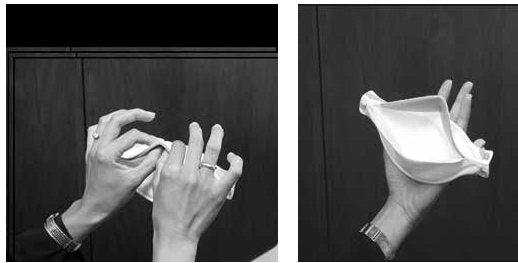
Reacția adversă	Medicamente recomandate pentru corecție
Greață, vomă, dispepsie	Metoclopramid
Pirozis, eructații, dureri gastrice	H2-histaminoblocante (Ranitidină, Famotidină etc.) inhibitorii pompei protonice (lansoprazol, omeprazol etc). Evitați antacidel – reduce absorbția Fluorchinolone
Candidoza bucală (nu în cadrul SIDA)	Fluconazol, Cotrimazol (forme tabletate)
Diaree	Loperamid
Depresie	Inhibitori selectivi ai serotoninei (Fluoxetină, Sertralină), antidepresante triciclice (Amitriptilină)
Excitație psihomotorie	Lorazepam, Diazepam, Clonazepam
Insomnie	Dimenhidrinat
Psihoză	Haloperidol, Torazin, Risperidon (pentru prevenirea efectelor adverse extrapiramidale – Biperiden)
Profilaxia reacțiilor adverse neurologice la Cicloserină	Amitriptilină
Neuropatie periferică	Piridoxină (vitamina B6)
Simptome vestibulare	Meclicină, Dimenhidrinat, Proclorperazin, Prometazin
Mialgii, artralгии, cefalee	Ibuprofen, Paracetamol, Codeină
Reacții cutanate, prurit	Unguent cu Hidrocortizon



Reacția adversă	Medicamente recomandate pentru corecție
Reacții sistemice de hipersensibilitate	Antihistaminice, corticosteroizi (Prednisolon, Dexametazon)
Bronhospasm	Beta-agoniști inhalatorii (Salbutamol, Albuterol etc.) corticosteroizi inhalatorii (Beclometazon, Fluticazon etc.), corticosteroizi „per os” (Prednisolon), corticosteroizi intravenos (Dexametazon, Metilprednisolon)
Hipoteroză	Levotiroxină
Pierderi electrolitice	Substituirea K <sup>+</sup> , Mg <sup>++</sup>

# Instrucțiuni de îmbrăcare corectă a echipamentului de protecție respiratorie

1. Asigurați-vă că aveți mâinile curate, până la utilizarea echipamentului. Țineți masca cu partea posterioară îndreptată spre dvs., separați marginile de sus și de jos ale măștii și creați o cupă. Îndoți ușor masca la mijlocul clipsului pentru nas.



2. Asigurați-vă că ambele secțiuni ale măștii sunt complet desfăcute.  
3. Apucați masca de protecție respiratorie cu o mână, poziționând verso-ul acesteia în dreptul feței dvs. Apucați ambele benzi de fixare cu cealaltă mână. Țineți masca de protecție sub bărbie, cu partea frontală în sus și aplicați benzile în jurul capului.



4. Fixați banda de sus și banda de jos.

5. Cu ambele mâini, modelați clipsul pentru nas în așa fel încât acesta să fie plasat pe cel mai îngust spațiu al nasului dvs. și pentru a garanta o bună potrivire și etanșeitate.



6. Verificați etanșeitatea măștii de protecție înainte de a pătrunde în zona de lucru.



- Acoperiți partea anterioară a măștii respiratorii cu ambele mâini.
- **EXPIRAȚI ADÂNC**, dacă masca de protecție respiratorie este **FĂRĂ SUPAPĂ**;
- **INSPIRAȚI ADÂNC**, dacă masca de protecție respiratorie este **CU SUPAPĂ**.
- În cazul în care există pierderi de aer în jurul nasului, reajustați poziția clipsului pentru nas pentru a le elimina.
- Repetați testul de etanșeitate de mai sus.
- În cazul în care există pierderi de aer înspre marginile măștii, rearanjați benzile de fixare pe lateralele capului dvs. pentru a elimina aceste goluri.



## NOTIȚE

A series of horizontal dotted lines for writing notes, spanning the width of the page.

## Anexa 9

# Preparatele prescrise în îngrijirea paliativă a copiilor (mic ghid farmaco-terapeutic)

Infra sunt prezentate recomandările pentru administrare în îngrijirea paliativă a copiilor a următoarelor preparate (în ordine alfabetică):

<b>A</b>	<b>E</b>	<b>I</b>	<b>N</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acidul tranexamic</li> <li>• Amitriptilină</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Epinephrină</li> <li>• Etamsilat</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ipratropium bromid</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Naloxonă</li> <li>• Nistatină</li> </ul>
<b>B</b>	<b>F</b>	<b>L</b>	<b>O</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Baclofen</li> <li>• Bisacodil</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fentanil</li> <li>• Fluconazol</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lactuloză</li> <li>• Levomepromazină</li> <li>• Loperamid</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Octreotid</li> <li>• Ondansetron</li> </ul>
<b>C</b>	<b>G</b>	<b>M</b>	<b>R</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Carbamazepină</li> <li>• Clorpromazină</li> <li>• Clonazepam</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gabapentină</li> <li>• Glicerol (Glicerină)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Melatonină</li> <li>• Midazolam</li> <li>• Metoclopramid</li> <li>• Morfină</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ranitidină</li> </ul>
<b>D</b>	<b>H</b>		<b>S</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dexametazonă</li> <li>• Diazepam</li> <li>• Domperidon</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Haloperidol</li> <li>• Hyoscină Butylbromidum</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Salbutamol</li> </ul>
			<b>T</b>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tramadol</li> </ul>

## Acidul tranexamic

### Indicații:

- scurgeri de sânge (de exemplu, ale mucoaselor/capilare), în special din cauza trombocitopeniei sau trombocitelor disfuncționale;
- menoragia.

### Doze și căi de administrare:

Per os:

**Inhibarea fibrinolizei.** Copiilor cu vârstă între 1 lună-18 ani – 15-25 mg/kg (max. 1,5g) de 2-3 ori pe zi.

**Menoragia.** Copiilor cu vârstă între 12-18 ani – 1g de 3 ori pe zi, timp de până la 4 zile, doză zilnică maximă de 4 g (în doze divizate).

Prin injecție i/v (timp de cel puțin 10 min.).

**Inhibarea fibrinolizei:** Copiilor cu vârstă între 1 lună-18 ani – 10 mg/kg (max. 1 g) de 2-3 ori pe zi.

Prin perfuzie intravenoasă continuă :

**Inhibarea fibrinolizei.** Copiilor cu vârstă între 1 lună-18 ani – 45 mg/kg la 24 de ore.

Apă de gura 5%, soluție: Copiilor cu vârstă între 6-18 ani: 5-10 ml de 4 ori pe zi timp de 2 zile (a nu fi înghițită).

**Tratamentul topic.** Aplicați pe zona afectată tifon înmuiat în soluție.

## Amitriptilină

**Indicații:** durere neuropată.

**Doze și căi de administrare:** per os. Copiilor cu vârstă între 2-12 ani: doză inițială – 200 mcg/kg (max. 10 mg) o singură dată, seara; dozele pot fi mărite la necesitate – max. 1 mg/kg/zi în 2 prize (sub supravegherea specialistului). Copiilor cu vârstă între 12-18 ani: inițial 10 mg o dată/zi, seara, cu posibilitatea de mărire treptată a dozei la 3-5 zile până la max. 75 mg/zi, pe noapte.

### Note:

- indicarea preparatului în pediatrie în cazul sughitului greu de rezolvat nu este atestată în instrucțiunea autorizată de folosire a preparatului (*off-label use*);
- nu trebuie administrat concomitent cu IMAO (monoamino inhibitori) sau în termen de 2 săptămâni de la încetarea tratamentului. Atenție la utilizarea concomitentă cu medicamente care inhibă sau induc enzimele CYP2D6.

## Baclofen

**Indicații:** spasticitate severă cronică a mușchilor voluntari.

**Doze și căi de administrare:** per os. Doza inițială pentru copii cu vârstă mai mică de 18 ani: 300 mcg/kg /zi divizate în 4 doze (doză unică maximă – 2,5 mg) cu creștere treptată, la interval de o săptămână până la doză de întreținere de 0,75-2 mg/kg/zi cu următoarele doze zilnice maxime: copiilor cu vârstă de până la 8 ani – doză totală zilnică maximă de 40 mg/zi; copiilor cu vârstă între 8-18 ani – doză totală zilnică maximă de 60 mg/zi.

### Note:

- sunt foarte limitate datele clinice privind utilizarea baclofenului la copiii cu vârsta de până la un an. Utilizarea în acest grup de pacienți trebuie să se bazeze pe luarea în considerare a beneficiilor individuale și a riscului de terapie;
- monitorizați tonusul muscular și posibilele efecte adverse asupra deglutiției și protejați căile respiratorii;
- evitați întreruperea bruscă;
- risc de toxicitate în insuficiența renală; utilizați doze orale mai mici și măriți intervalul, dacă este necesar;
- este contraindicat în cazul ulcerului gastro-duodenal activ;
- administrarea în timpul mesei sau după masă poate reduce iritația gastrică;
- poate fi administrat prin tuburi de alimentare enterală.

## Bisacodil

**Indicații:** constipație.

**Doze și căi de administrare:** per os: copiilor cu vârstă între 4-8 ani – 5-20 mg o dată pe zi; a adapta în funcție de răspuns; per rectum (supozitoare): copiilor cu vârstă între 2-18 ani – 5-10 mg o dată pe zi; a ajusta în funcție de răspuns.

### Note:

- pastilele acționează în 10-12 ore;
- supozitoarele acționează în 20-60 min.; supozitoarele trebuie să fie în contact direct cu mucoasa peretelui;
- utilizarea prelungită sau excesivă poate provoca tulburări electrolitice.

## Carbamazepină

### Indicații:

- durere neuropată;
- unele tulburări de circulație;
- preparat anticonvulsiv.

**Doze și căi de administrare:** per os: copiilor cu vârstă între 1 lună-12 ani – doza inițială de 5 mg/kg pe noapte sau 2,5 mg/kg de 2 ori pe zi, a mări doza, dacă este necesar, cu 2,5-5 mg/kg la fiecare 3-7 zile. Doza uzuală de întreținere este 5 mg/kg de 2-3 ori pe zi. Copiilor cu vârstă între 12-18 ani – doză inițială de 100-200 mg de 1-2 ori pe zi; a mări lent până la doza uzuală de întreținere de 200-400 mg de 2-3 ori pe zi.

### Note:

- poate provoca tulburări grave ale sistemului sanguin, tulburări hepatice și de piele. Părinții trebuie să fie învățați cum să recunoască, în special leucopenia;
- creează numeroase interacțiuni cu alte medicamente, inclusiv medicamente chimioterapice.

## Clorpromazină

### Indicații:

- sughiț;
- greață și vărsături în fazele terminale.

### Doze și căi de administrare:

În caz de sughiț

Per os:

- copiilor cu vârstă între 1-6 ani – 500 mcg/kg la fiecare 4-6 ore, ajustat în funcție de răspuns (max. 40 mg pe zi);
- copiilor cu vârstă între 6-12 ani – 10 mg de 3 ori pe zi, ajustat în funcție de răspuns (doza maxima zilnică de 75 mg);
- copiilor cu vârstă între 12-18 ani – 25 mg de 3 ori pe zi (sau 75 mg pe timp de noapte), ajustat în funcție de răspuns, doze mai mari pot fi utilizate de către unitățile de specialitate.



***Greață și vărsături în faza terminală*** (în cazul în care alte medicamente sunt improprii)

Per os:

- copiilor cu vârstă între 1-6 ani – 500 mcg/kg la fiecare 4-6 ore; max. 40 mg pe zi;
- copiilor cu vârstă între 6-12 ani – 500 mcg/kg la fiecare 4-6 ore; max. 75 mg pe zi;
- copiilor cu vârstă între 12-18 ani – 10-25 mg la fiecare 4-6 ore.

***Pe cale i/m (profund):***

- copiilor cu vârstă între 1-6 ani – 500 mcg/kg la fiecare 6-8 ore; max. 40 mg/zi;
- copiilor cu vârstă între 6-12 ani – 500 mcg/kg la fiecare 6-8 ore; max. 75 mg/zi;
- copiilor cu vârstă între 12-18 ani – inițial 25 mg, apoi 25-50 mg la fiecare 3-4 ore, până se opresc vărsăturile.

**Note:**

- indicarea preparatului în pediatrie în cazul sughitului greu de rezolvat nu este atestată în instrucțiunea autorizată de folosire a preparatului (*off-label use*);
- atenție la copiii cu insuficiență hepatică (poate precipita coma), insuficiență renală (începeți cu o doză mică, are loc creșterea sensibilității cerebrale), boli cardiovasculare, epilepsie (afecțiuni care predispun la epilepsie), depresie, miastenia gravis;
- atenție, de asemenea, în cazul maladiilor respiratorii severe și la copiii cu antecedente de icter sau care au discrazii sanguine (efectuați hemoleucograma dacă se atestă infecție sau dezvoltă febră);
- la doze mari poate apărea fotosensibilitate. Copiii trebuie să evite lumina directă a soarelui.

## Clonazepam

**Indicații:**

- convulsii (tonico-clonice, parțiale, cluster);
- mioclonie;
- stare de rău epileptic (linia a 3-a, în special, la nou-născuți);
- durerea neuropată;
- picioare neliniștite;
- gasping;
- anxietate și panică.

**Doze și căi de administrare:** per os (doze anticonvulsive):

- copiilor cu vârstă între 1 lună -1 an – inițial 250 mcg pe timp de noapte pentru 4 nopți, a mări timp de 2-4 săptămâni până la doza de întreținere uzuală de 0,5-1 mg pe timp de noapte (pot fi date în 3 prize, dacă este necesar);
- copiilor cu vârstă între 1-5 ani: inițial 250 mcg pe timp de noapte pentru 4 nopți, a mări peste 2-4 săptămâni până la doza de întreținere uzuală de 1-3 mg pe timp de noapte (poate fi dată în 3 doze divizate, dacă este necesar);
- copiilor cu vârstă între 5-12 ani – inițial 500 mcg pe timp de noapte pentru 4 nopți, a mări timp de 2-4 săptămâni până la doza de întreținere uzuală de 3-6 mg pe timp de noapte (poate fi dată în 3 prize dacă este necesar);
- copiilor cu vârstă între 12 -18 ani – inițial 1 mg pe timp de noapte pentru 4 nopți, a mări doza peste 2-4 săptămâni până la doza de întreținere uzuală de 4-8 mg pe timp de noapte (poate fi dată în 3 prize, dacă este necesar).

**Note:**

- licențiat pentru utilizarea la copii în status epilepticus și epilepsie;
- indicarea preparatului pentru copii cu durere neuropatică nu este atestată în instrucțiunea autorizată de folosire a preparatului (*off-label use*);
- remediu anticonvulsiv foarte eficient, de obicei, de linia a 3-a din cauza efectelor secundare și dezvoltarea toleranței;
- **utilizați doze mai mici** în panică, anxioză, sedare terminală, durere neuropată, și picioare neliniștite;
- **nu se utilizează** în caz de insuficiență respiratorie acută sau severă, cu excepția cazului de moarte iminentă;
- **fiți prudenți** la cei cu afecțiuni respiratorii cronice;
- ca anxiolitic/sedativ Clonazepamul este de aproximativ 20 de ori mai puternic decât Diazepamul (adică 250 mcg de Clonazepam e echivalent cu 5 mg de Diazepam oral).
- doza poate fi mărită pentru perioade scurte de 3-5 zile, dacă crizele s-au intensificat, de ex., în cazul bolilor virale;
- evitați întreruperea bruscă;
- tabletele pot fi dizolvate în apă pentru administrarea printr-un tub de alimentare enterală.

## Dexametazonă

**Indicații:**

- cefalee asociată cu tensiune intracraniană ridicată cauzată de o tumoră;
- tumori care cauzează presiune asupra nervilor, oaselor sau obstrucții;

- compresia nervului, compresia măduvei spinării și durere osoasă;
- antiemetic, fie ca un adjuvant în terapiile citotoxice sau cu potențial emetogen mare.

**Doze și căi de administrare:** per os sau i/v:

În cefalee asociată cu tensiune intracraniană ridicată: copiilor cu vârstă între 1 lună-12 ani – 250 mcg/kg de 2 ori pe zi, timp de 5 zile; apoi se reduce sau se oprește.

Antiemetic, doza inițială:

- copiilor cu vârstă <1 an: – doza inițială 250 mcg de 3 ori pe zi. Această doză poate fi mărită, dacă este necesar, până la 1 mg de 3 ori pe zi;
- copiilor cu vârstă între 1-5 ani – doza inițială de 1 mg de 3 ori pe zi. Această doză poate fi mărită până la 2 mg de 3 ori pe zi;
- copiilor cu vârstă între 6-12 ani: doza inițială de 2 mg de 3 ori pe zi. Această doză poate fi mărită până la 4 mg de 3 ori pe zi;
- copiilor cu vârstă între 12-18 ani – 4 mg de 3 ori pe zi.

**Note:**

- indicarea preparatului pentru copii în calitate de remediu împotriva văomei nu este atestată în instrucțiunea autorizată de folosire a preparatului (*off-label use*);
- Dexametazona are activitate glucocorticoidă puternică, dar activitatea mineralocorticoidă e nesemnificativă, astfel este potrivită, în special, pentru doze mari în terapia antiinflamatoare;
- dexametazona poate fi dată în doză zilnică unică în fiecare dimineață pentru majoritatea indicațiilor; aceasta reduce insomnia și agitația;
- dexametazona 1 mg = 7mg Prednisolon (echivalență antiinflamatorie);
- problemele de creștere în greutate și aspectul cushingoid sunt majore, în special, la copii;
- alte reacții adverse includ: diabet, osteoporoză, atrofie musculară, ulcer gastroduodenal și probleme de comportament deosebit, agitație, insomnie, candidoză orală și esofagiană;
- dexametazona poate fi întreruptă brusc în cazul administrării pe o durată scurtă de timp (<7 zile), în caz contrar, se recomandă retragerea treptată;
- tabletele pot fi dizolvate în apă și administrate printr-un tub de alimentare enterală.

## Diazepam

### Indicații:

- reducerea anxietății pe termen scurt;
- agitație;
- atacuri de panică;
- ameliorarea spasmelor muscular;
- tratamentul statusului epileptic.

### Doze și căi de administrare:

**Anxietate pe termen scurt**, atacuri de panică și agitație: per os:

- copiilor cu vârstă între 2-12 ani – 1-2 mg 3 ori pe zi;
- copiilor cu vârstă între 12-18 ani – doza inițială de 2 mg de 3 ori pe zi, a se mări, dacă este necesar, pâna la doza maximă de 10 mg de 3 ori pe zi.

**Spasme musculare**: per os: doza inițială:

- copiilor cu vârstă între 1-12 luni – doza inițială de 250 mcg/kg de 2 ori pe zi;
- copiilor cu vârstă între 1 - 5 ani – doza inițială de 2,5 mg de 2 ori pe zi,
- copiilor cu vârstă între 5-12 ani – doza inițială de 5 mg de 2 ori pe zi,
- copiilor cu vârstă între 12-8 ani – doza inițială de 10 mg de 2 ori pe zi; doză zilnică maximă – 40 mg.

**Stare de rău epileptic** : prin injecție i/v:

- perioada neonatală – 300-400 mcg/kg doză unică, poate fi repetat încă o dată după 10 min.;
- copiilor cu vârstă între 1 lună-12 ani – 300-400 mcg/kg (max. 10 mg) repetat o dată după 10 min., dacă este necesar;
- copiilor cu vârstă între 12-18 ani – 10 mg o dată, se repetă după 10 min., dacă este necesar (în spital poate fi utilizat pâna la 20 mg ca doză unică).

Prin rect (soluție rectală):

- perioada neonatală – 1,25-2,5 mg , se repetă după 10 min., dacă este necesar;
- copiilor cu vârstă între 1 lună-2 ani – 5 mg, se repetă încă o dată după 10 min., dacă este necesar;
- copiilor cu vârstă între 2-12 ani – 5-10 mg, se repetă încă o dată după 10 min., dacă este necesar;
- copiilor cu vârstă între 12-18 ani – 10 mg, se repetă încă o dată după 10 min., dacă este necesar (în spital poate fi utilizată până la 20 mg în doză unică).

**Note:**

- nu folosiți în insuficiența respiratorie acută sau severă, cu excepția cazului de iminență de moarte;
- indicarea preparatului sub formă de tuburi rectale pentru copii cu vârsta de până la un an nu este atestată în instrucțiunea autorizată de folosire a preparatului (*off-label use*);
- utilizați cu precauție în boala hepatică ușoară-moderată.

**Domperidon****Indicații:**

- greață și vărsături cauzate de motilitate gastrointestinală insuficientă;
- reflux gastroesofagian rezistent la altă terapie.

**Doze și căi de administrare:****Greață și vărsături:** per os:

- copiilor cu greutatea corporală ≤ 35 kg – doza inițială 250 mcg/kg de 3-4 ori pe zi, crescând, dacă este necesar, până la 500 mcg/kg de 3-4 ori pe zi.

Maxim 2,4 mg/kg (sau 80 mg) în 24 de ore.

- copiilor cu greutatea corporală >35 kg – inițial 10 mg de 3-4 ori pe zi, dacă este necesar, în creștere până la 20 mg de 3-4 ori pe zi. Maxim 80 mg în 24 de ore.

Per rectum:

- copiilor cu greutatea corporală de 15-35 kg – 30 mg de 2 ori pe zi,
- copiilor cu greutatea >35 kg – 60 mg de 2 ori pe zi.

**Reflux gastroesofagian și stază gastrointestinală:** per os:

- perioada neonatală – doza inițială 100 mcg/kg de 4-6 ori pe zi, înainte de mâncare. Doza poate fi mărită, dacă este necesar, până la maxim 300 mcg/kg de 4-6 ori pe zi.
- copiilor cu vârstă între 1 lună-12 ani – doza inițială de 200 mcg/kg (doză unică maximă 10 mg) de 3-4 ori pe zi, înainte de masă. Doza poate fi mărită, dacă este necesar, până la 400 mcg/kg de 3-4 ori pe zi. Doză unică maximă - 20 mg.
- copiilor cu vârstă între 12-18 ani – doza inițială de 10 mg de 3-4 ori pe zi înainte de masă. Doza poate fi mărită, dacă este necesar, până la 20 mg de 3-4 ori pe zi.

**Note:**

- Domperidonul poate fi asociat cu un risc crescut de aritmii ventriculare grave sau moarte subită de cauză cardiacă;
- **Domperidonul este contraindicat în:**
  - condiții în care sistemul de conductibilitate cardiacă este sau ar putea fi depreciat;
  - boli subiacente cardiace, cum ar fi insuficiența cardiacă congestivă;
  - administrarea altor medicamente cunoscute că prelungesc intervalul QT (de ex., Eritromicină, Ketoconazol);
  - insuficiența hepatică severă.

**Epinephrină (topic);**

**Indicații:** hemoragii ușoare externe.

**Doze și căi de administrare:** se aplică direct pe zona de hemoragie pe un tifon (sol 1:1000).

**Etamsilat**

**Indicații:** tratamentul hemoragiei, inclusiv de suprafață (sângerarea tumorilor ulcerative).

**Doze și căi de administrare:** per os:

- copiilor cu vârstă >18 ani – 500 mg de 4 ori pe zi, pe termen nelimitat sau până la o săptămână după încetarea sângerării.

**Fentanil**

**Indicații:** treapta a doua de control al durerii (OMS), durere moderată și severă.

**Doze și căi de administrare:**

Prin plasure transdermic sau perfuzie continuă:

Plasturele de fentanil este aproape echivalent cu următoarele doze de morfină orală administrată în 24 de ore:

- Morfină 45 mg/zi = plasure de Fentanil „12,5”;
- Morfină 90 mg/zi = plasure de Fentanil „25”;
- Morfină 180 mg/zi = plasure de Fentanil „50”;
- Morfină 270 mg/zi = plasure de Fentanil „75”;
- Morfină 360 mg/zi = plasure de Fentanil „100”.

Plasturele de Fentanil și locul de aplicare trebuie schimbate după fiecare 72 de ore.

Injecție i/v:

Doza de pornire pentru pacienții opioid- naiv:

- nou-născuților sau sugarilor – 1-2 mcg/kg per doză lent, timp de 3-5 min.; se repetă la fiecare 2-4 ore;
- copiilor – 1-2 mcg/kg per doză, se repetă la fiecare 30-60 de min.

Perfuzie i/v continuă, doză inițială:

- nou-născuților sau sugarilor – inițial i/v bolus de 1-2 mcg/kg (încet, timp de 3-5 min.), urmat de 0,5-1 mcg/kg/oră;
- copiilor de alte vârste – inițial i/v bolus de 1-2 mcg/kg (încet, timp de 3-5 min.), urmat de 1 mcg /kg/oră (doza se titrează ascendent, dacă este necesar).

În continuare: după o doză inițială, ea trebuie ajustată până la nivelul optim (dar nu până la cel maxim), iar creșterea maximă de dozare este de 50% timp de 24 de ore în ambulator. Medicii cu experiență pot crește până la 100%, monitorizând pacientul. Doza i/v uzuală este de 1-3 mcg/kg /oră, unii copii necesită până la 5 mcg /kg /oră.

Înteruperea administrării: după tratamentul pe termen scurt (7-14 zile), doza inițială poate fi scăzută cu 10-20% din doza inițială la fiecare 8 ore, crescând treptat intervalul de timp. În caz de terapie pe termen lung, doza trebuie redusă cu doar 10-20% pe săptămână.

**Note:**

- plasturele de Fentanil trebuie să fie schimbat la fiecare 72 de ore și locul de aplicare trebuie schimbat;
- principalul avantaj al Fentanilului este disponibilitatea acestuia în formă transdermică;
- insuficiență renală: moderată (rată de filtrare glomerulară (RFG) 10-20 ml/min sau a creatininei serice 300-700 mmol/l – a se reduce doza cu 25%; severă (RFG <10 ml/min sau creatininei serice (> 700 mmol / l) – a se reduce doza cu 50%;
- insuficiență hepatică: evitarea sau reducerea dozei poate precipita coma.

## Fluconazol

**Indicații:**

- infecție candidozică a mucoaselor;
- infecții candidozice invazive;
- infecții fungice la pacienții imunocompromiși.

**Doze și căi de administrare:*****Infecție candidozică a mucoaselor***

Per os sau perfuzie intravenoasă:

- nou-născuților până la 2 săptămâni – 3-6 mg/kg în prima zi, apoi 3 mg/kg la fiecare 72 de ore;
- perioada neonatală între 2-4 săptămâni – 3-6 mg/kg în prima zi, apoi 3 mg/kg la fiecare 48 de ore;
- copiilor cu vârstă între 1 lună-12 ani – 3-6 mg/kg în prima zi, apoi 3 mg/kg (100 mg max.) zilnic;
- copiilor cu vârstă între 12-18 ani – 50 mg/zi. A mări până la 100 mg/zi în caz de infecții dificile.

***Infecții candidozice invazive și infecții criptococice***

Pe os sau perfuzie intravenoasă:

- nou-născuților până la 2 săptămâni – 6-12 mg/kg la fiecare 72 de ore;
- nou-născuților între 2-4 săptămâni – 6-12 mg /kg la fiecare 48 de ore;
- copiilor cu vârstă între 1 lună-18 ani – 6-12 mg /kg (max. 800 mg) la fiecare 24 de ore.

***Prevenirea infecțiilor fungice la pacienții imunocompromiși***

Per os sau perfuzie intravenoasă:

- nou-născuților până la 2 săptămâni – 3-12 mg/kg la fiecare 72 de ore;
- nou-născuților între 2-4 săptămâni – 3-12 mg/kg la fiecare 48 de ore;
- copiilor cu vârstă între 1 lună-18 ani – 3-12 mg/kg (max. 400 mg) la fiecare 24 de ore.

**Note:**

- utilizarea pentru 7-14 zile în candidoze orofaringiene;
- utilizarea pentru 14-30 de zile în cazul altor infecții ale mucoaselor;
- durata diferită de utilizare la pacienții sever imunocompromiși.

## Gabapentina

**Indicații:** adjuvant în durerea neuropată.

**Doze și căi de administrare:** per os: pentru copii > 2 ani: ziua 1 – 10 mg/kg doză unică (max. 300 mg în doză unică); ziua 2 – 10 mg/kg de 2 ori pe zi (doza maximă per priză de 300 mg); ziua 3 – începând cu 10 mg/kg de 3 ori pe zi (doză unică maximă de 300 mg);



Mărirea în continuare, dacă este necesar, până la maxim 20 mg/kg /doză (doză unică maximă de 600 mg). De la 12 ani – doza zilnică maximă poate fi mărită în funcție de răspuns, la maxim 3600 mg/zi.

**Note:**

- indicarea preparatului pentru copii cu durere neuropatică nu este atestată în instrucțiunea autorizată de folosire a preparatului (*off-label use*);
- viteza de titrare după primele 3 zile variază;
- reducerea dozei este necesară în insuficiența renală.

## Glicerol (glicerină)

**Indicații:** constipație.

**Doze și căi de administrare:** per rectum, supozitoare. Perioada neonatală: un vârf de supozitor (o felie mică de supozitor de 1 g tăiat cu o lamă); copiilor cu vârstă între 1 lună-1 an – 1 g; copiilor cu vârstă între 1-12 ani – supozitor 2 g; copiilor cu vârstă între 12-18 ani – supozitor 4 g.

**Note:**

- a se umezi cu apă înainte de introducere;
- are acțiune hidroscoptică și lubrifiantă. Poate fi, de asemenea, un stimulent rectal;
- răspunsul, de obicei, apare în 20 de min. și durează până la 3 ore.

## Haloperidol

**Indicații:**

- greață și vărsături de cauză metabolică sau în cazuri dificil de gestionat;
- neliniște și confuzie;
- sughit greu de rezolvat;
- psihoză, halucinații.

**Doze și căi de administrare:**

**Per os:**

Greață și vărsături:

- copiilor cu vârstă între 1 lună-12 ani – doza inițială de 50 mcg/kg/24 ore (doza maximă inițială 3 mg/24 ore) în doze divizate. Doza poate fi mărită, la necesitate, până la max. 170 mcg/kg/24 ore în doze divizate;

- copiilor cu vârstă între 12-18 ani – 1,5 mg o dată pe zi, seara; a se mări, la necesitate, până la 1,5 mg de 2 ori pe zi; max. 5 mg de 2 ori pe zi.

Neliniște și confuzie:

- copiilor cu vârstă între 1 lună-12 ani – doza inițială de 50 mcg/kg/24 ore (inițial – max. 3 mg/24 ore) în doze divizate. Doza poate fi mărită, la necesitate, până la max. 170 mcg/kg/ 24 de ore, în doze divizate;
- copiilor cu vârstă între 12-18 ani – 10-20 mcg/kg la fiecare 8-12 ore; max.10 mg/zi.

Sughit greu de rezolvat:

- copiilor cu vârstă între 1 lună-12 ani – doza inițială de 50 mcg/kg/24 ore (doza maximă inițială – 3 mg/24 ore) în doze divizate. Doza poate fi mărită, la necesitate, până la max. 170 mcg/kg/24 de ore, în doze divizate;
- copiilor cu vârstă între 12-18 ani – 1,5 mg de 3 ori pe zi.

**Perfuzie i/v continuă sau SC (pentru orice indicație):**

- copiilor cu vârstă între 1 lună-12 ani – doza inițială de 25 mcg/kg/24 ore (max. 1,5 mg/24 ore, inițial). Doza poate fi mărită, dacă este necesar, până la max. 85 mcg/kg/ 24 ore;
- copiilor cu vârstă între 12-18 ani – doza inițială 1,5 mg/24 ore, poate fi mărită, dacă este necesar, până la max. 5 mg/24 oră.

**Note:**

- antagonist al receptorilor D2 și antipsihotic tipic;
- indicarea preparatului pentru copii în caz de greață și vomă, neliniște și confuzii sau în caz de sughit greu de rezolvat nu este atestată în instrucțiunea autorizată de folosire a preparatului (*off-label use*).

## Hyoscina butylbromidum

**Indicații:**

- adjuvant în durerea cauzată de spasmul tractului gastrointestinal sau genitourinar;
- managementul hipersecrețiilor.

**Doze și căi de administrare:****Per os sau injecție i/m sau i/v:**

- copiilor cu vârstă între 1 lună-4 ani – 300-500 mcg/kg (max. 5 mg/doză) de 3-4 ori pe zi,
- copiilor cu vârstă între 5-12 ani – 5-10 mg de 3-4 ori pe zi,
- copiilor cu vârstă între 12-18 ani – 10-20 mg de 3-4 ori pe zi.

**Prinperfuzie subcutanată continuă:**

- copiilor cu vârstă între 1 lună-4 ani – 1,5 mg/kg/24 ore (max. 15 mg/24 ore),
- copiilor cu vârstă între 5-12 ani – 30 mg/24 ore,
- copiilor cu vârstă între 12-18 ani – până la 60-80 mg/24 ore.

Pot fi necesare doze mai mari; dozele utilizate la adulți variază de la 20-120 mg/24 ore (doză maximă 300 mg /24 ore).

**Note:**

- nu trece bariera hematoencefalică, prin urmare, nu are nici efect central antiemetic și nu provoacă somnolență;
- prescrierea tabletelor pentru copii mai mici de 6 ani nu este atestată în instrucțiunea autorizată de folosire a preparatului (*off-label use*);
- tabletele nu sunt licențiate pentru a fi administrate;
- formele injectabile nu sunt licențiate pentru a fi administrate copiilor.

**Ipratropium bromid**

**Indicații:** wheezing/respirație dificilă cauzată de bronhospasm.

**Doze și căi de administrare:**

Soluție nebulizare:

- copiilor mai mici de 1 an – 62,5 mcg de 3-4 ori pe zi;
- copiilor cu vârstă între 1-5ani – 125-250 mcg de 3-4 ori pe zi;
- copiilor cu vârstă între 5-12ani – 250-500 mcg de 3-4 ori pe zi;
- copiilor cu vârstă de peste 12 ani – 500 mcg de 3-4 ori pe zi.

Aerosol inhalare

- copiilor cu vârstă între 1 lună-6 ani – 20 mcg de 3 ori pe zi;
- copiilor cu vârstă între 6-12 ani – 20-40 mcg de 3 ori pe zi;
- copiilor cu vârstă între 12-18 ani – 20-40 mcg de 3-4 ori pe zi.

**Note:**

- produsul inhalat trebuie utilizat cu un dispozitiv adecvat, iar copilului/îngrijitorului trebuie să se asigure o formare adecvată.
- în caz de astm acut, folosiți prin intermediul unui nebulizator, cu aport de O<sub>2</sub>.

## Lactuloză

**Indicații:**

- constipație, incontinență fecală legată de constipație;
- encefalopatie și comă hepatică.

**Doze și căi de administrare:** per os:Doza inițială la constipație:

- perioada neonatală – 2,5 ml/doză de 2 ori pe zi;
- copiilor cu vârstă între 1 lună - 1 an – 2,5 ml/doză de 1-3 ori pe zi;
- copiilor cu vârstă între 1 an - 5 ani – 5 ml/doză de 1-3 ori pe zi;
- copiilor cu vârstă între 5-10 ani – 10 ml/doză de 1-3 ori pe zi;
- copiilor cu vârstă între 10-18 ani – 15 ml/doză de 1-3 ori pe zi.

Apoi doza poate fi ajustată potrivit stării pacientului.

Doza inițială la encefalopatia hepatică:

- copiilor cu vârstă între 12-18 ani – 30-50 ml de 3 ori pe zi ca doză inițială.

Ajustați doza pentru a produce 2-3 scaune moi pe zi.

**Note:**

- licențiat pentru tratamentul constipației în toate grupele de vârstă;
- indicarea preparatului pentru tratamentul encefalopatiei hepatice la copii nu este atestată în instrucțiunea autorizată de folosire a preparatului (*off-label use*);
- reacțiile adverse pot fi: greață și flatulență, colici, în special, la doze mari. Meteorismul dispare, de obicei, după câteva zile;
- precauții și contraindicații: galactozemie, obstrucție intestinală. Atenție la intoleranța la lactoză.
- debutul acțiunii poate fi peste 36-48 de ore;
- poate fi luat cu apă sau cu alte băuturi;
- relativ ineficiente în constipații induse de opiacee (au nevoie de un stimulent);
- 15 ml/zi este echivalent cu 14 kcal (puțin probabil să afecteze diabeticii).

## Levomepromazină

### Indicații:

- antiemetic cu spectru larg în cazuri neclare, sau dacă cauza probabilă este multifactorială (antiemetic de a doua linie);
- durere severă care nu răspunde la alte măsuri;
- sedare pentru agitație terminală.

### Doze și căi de administrare:

#### **Antiemetic**

Per os, doza inițială:

- copiilor cu vârstă între 2-12 ani – doza inițială 50-100 mcg/kg administrată o dată sau de 2 ori pe zi. Această doză poate fi mărită în funcție de necesități, dar să nu depășească 1mg/kg/doză (sau max. de 25 mg/doză) administrată o dată sau de 2 ori pe zi.
- copiilor cu vârstă între 12-18 ani – 3 mg doză inițială o dată sau de 2 ori pe zi. Această doză poate fi mărită în funcție de necesități până la max. 25 mg o dată sau de 2 ori pe zi.

Prin perfuzie i/v continuă sau SC timp de 24 de ore:

- copiilor cu vârstă între 1 lună-12 ani – doza inițială de 100 mcg/kg poate fi mărită în funcție de necesități max. până la 400 mcg/kg/24 ore. Maxim 25 mg/24 ore;
- copiilor cu vârstă între 12 -18 ani – doza inițială de 5 mg/24 ore poate fi mărită în funcție de necesități până la max. 25 mg/24 ore.

#### **Sedare:**

Prin perfuzie SC timp de 24 de ore:

- copiilor cu vârstă între 1 an-12 ani – doza inițială de 350 mcg/kg/24 ore (doza maximă inițială 12,5 mg), poate fi mărită în funcție de necesități până la 3 mg/kg/ 24 ore;
- copiilor cu vârstă între 12-18 ani – doza inițială de 12,5 mg/24 ore poate fi mărită în funcție de necesități până la 200 mg/24 ore.

#### **Note:**

- licențiat pentru a fi administrat copiilor cu boli terminale pentru ameliorarea durerii și anxietății;
- doza mică este de multe ori eficace ca antiemetic. Se dozează după cum este necesar. Dozele mai mari au efect sedativ pronunțat și acest lucru poate limita creșterea dozei.

- în cazul în care greața și vărsăturile la copil nu s-au rezolvat la doze mari, trebuie determinată cauza și se combină cu alte medicamente.

## Loperamid

### Indicații:

- diaree din cauză non-infecțioasă;
- incontinență fecală.

**Doze și căi de administrare:** per os, daza inițială:

- copiilor cu vârstă între 1 lună-1 an – doza inițială 100 mcg/kg de 2 ori pe zi, administrat cu 30 min. înainte de masă. Mărirea dozei până la maxim 2 mg/kg/zi, administrat în doze divizate;
- copiilor cu vârstă între 1-12 ani – doza inițială de 100 mcg/kg (maxim doză unică de 2 mg) 3-4 ori pe zi. Mărirea dozei până la max. 1,25 mg/kg/zi, administrat în doze divizate (max. 6 mg/zi),
- copiilor cu vârstă între 12-18 ani – doza inițială de 2 mg de 2-4 ori pe zi. Mărirea dozei până la maxim 16 mg/zi, administrat în doze divizate.

### Note:

- nu este autorizat pentru a fi administrat copiilor cu diaree cronică;
- capsulele nu sunt licențiate pentru a fi administrate copiilor < 8 ani;
- indicarea preparatului sub formă de sirop copiilor mai mici de 4 an nu este atestată în instrucțiunea autorizată de folosire a preparatului (*off-label use*);
- reacții adverse frecvente: constipație, greață, flatulență.

## Melatonină

**Indicații:** tulburări de somn din cauza perturbării ritmului circadian.

**Doze și căi de administrare:** per os. Copiilor cu vârstă între 1 lună-18 ani – doza inițială 2-3 mg, crescând la fiecare 1-2 săptămâni, în funcție de eficacitate, până la maxim 12 mg pe zi.

### Note:

- indicarea preparatului pentru copii nu este atestată în instrucțiunea autorizată de folosire a preparatului (*off-label use*);
- a se utiliza în urma consultului unui specialist.

## Midazolam

### Indicații:

- stare de rău epileptic și controlul convulsiilor terminale;
- atacuri de panică;
- adjuvant pentru durere de iritație cerebrală;
- dispnee indusă de anxietate;
- agitație terminală.

### Doze și căi de administrare:

#### *Status epilepticus*

Per os:

- perioada neonatală – 300 mcg/kg doză unică, repetată o dată, dacă este necesar;
- copiilor cu vârstă între 1-3 luni – 300 mcg/kg (maxim doza inițială de 2,5mg), care se poate repeta o dată, dacă este necesar;
- copiilor cu vârstă între 3 luni-1 an – 2,5 mg, care se repetă o dată, dacă este necesar;
- copiilor cu vârstă între 1-5 ani – 5 mg, care se repetă o dată, dacă este necesar;
- copiilor cu vârstă între 5-10 ani – 7,5 mg, care se repetă o dată, dacă este necesar;
- copiilor cu vârstă între 10-18 ani – 10 mg, repetată încă o dată, dacă este necesar.

Prin perfuzie SC sau i/v timp de 24 ore :

- perioada neonatală (controlul convulsiilor) – 150 mcg/kg i/v doza de încărcare, urmată de o perfuzie i/v continuă de 60 mcg/kg/oră. Doza poate fi crescută cu 60 mcg/kg/oră la fiecare 15 min., până când convulsiile vor fi controlate (doză maximă de 300 mcg/kg/oră);
- copiilor cu vârstă între 1 lună-8 ani – doza inițială de 50 mcg/kg/oră, crescând până la 300 mcg/kg/oră (max. 100 mg/24 de ore sau 150 mg/24 de ore, în unitățile specializate).

**Anxietate sau sedare:** per os: copiilor cu vârstă între 1 lună-18 ani – 500 mcg/kg (max. 20 mg) doză unică.

**Anxietate acută:** per os: orice vârstă – 100 mcg/kg ca doză unică (maxim doza inițială 5 mg).

Prin perfuzie SC sau i/v timp de 24 de ore: dozele de 30-50% din doza de control al convulsiilor pot fi folosite pentru a controla anxietatea, agitația terminală și dispneea terminală.

**Notă.** Indicarea preparatului sugarilor mai mici de 3 luni nu este atestată în instrucțiunea autorizată de folosire a preparatului (*off-label use*);

## Metoclopramid

Pentru a reduce la minimum riscul de reacții adverse neurologice asociate cu Metoclopramid, Agenția Europeană pentru Medicamente în 2013 a emis următoarele recomandări:

- utilizarea de Metoclopramid este contraindicată la copii cu vârsta de până la 1 an;
- la copiii cu vârsta cuprinsă între 1-18 ani Metoclopramid ar trebui folosit doar ca o opțiune de-a doua linie de prevenire a grețurilor și vărsăturilor induse de chimioterapie și pentru tratamentul grețurilor și vărsăturilor postoperatorii;
- Metoclopramidul trebuie prescris numai pentru utilizare pe termen scurt (până la 5 zile).

**Utilizarea Metoclopramidei în îngrijirea paliativă nu include aceste recomandări; totuși, a se utiliza cu prudență.**

### Indicații:

- antiemetic, dacă vărsăturile sunt cauzate de compresie gastrică sau boli hepatice;
- prokinetic, în caz de tranzit lent prin tract GI (în obstrucție incompletă);
- sughit.

**Doze și căi de administrare:** per os, injecție i/m sau i/v:

- perioada neonatală – 100 mcg/kg la fiecare 6-8 ore (per os sau i/v);
- copiilor cu vârstă între 1 lună-1 an și greutate corporală de până la 10 kg-100 mcg/kg (max. 1mg/doză) de 2 ori pe zi;
- copiilor cu vârstă între 1-18 ani –100-150 mcg/kg repetate de până la 3 ori pe zi. Doza maximă în 24 de ore este de 500 mcg/kg (max. 10 mg/doză).

Doza totală zilnică poate fi administrată printr-o perfuzie SC continuă sau i/v în 24 de ore.

### Note:

- indicarea preparatului pentru a fi administrat copiilor mai mici de 1 an nu este atestată în instrucțiunea autorizată de folosire a preparatului (*off-label use*);
- nu trebuie indicat preparatul pentru perfuzie i/v sau SC continuă;
- Metoclopramidul poate induce reacții acute distonice, cum ar fi: spasme musculare faciale și scheletice, precum și crize oculogire.



## Morfină

### Indicații:

- durere moderată și severă;
- dispnee, tuse.

### Doze și căi de administrare:

#### ***Durere moderată și severă***

La pacienții opioid-naivi folosiți următoarele doze de pornire (doza maximă indicată este valabilă numai pentru cea inițială):

Per os (eliberare imediată):

- copiilor cu vârstă între 1-12 luni – inițial 80-200 mcg/kg la fiecare 4 ore, ajustat în funcție de răspuns;
- copiilor cu vârstă între 1-2 ani – 200-400 mcg/kg la fiecare 4 ore, ajustat în funcție de răspuns;
- copiilor cu vârstă între 2-12 ani – 200-500 mcg/kg (5 mg doză maximă inițială) la fiecare 4 ore, ajustat în funcție de răspuns;
- copiilor cu vârstă între 12-18 ani – 5-10 mg inițial la fiecare 4 ore, ajustat în funcție de răspuns.

Per os (eliberare prelungită):

- copiilor cu vârstă între 1-12 ani – inițial 200-800 mcg/kg la fiecare 12 ore.

Prin injecție SC sau injecție i/v:

- perioada neonatală – inițial 25 mcg/kg la fiecare 6 ore, ajustat în funcție de răspuns;
- copiilor cu vârstă între 1-6 luni – inițial 50-100 mcg/kg la fiecare 6 ore, ajustat în funcție de răspuns;
- copiilor cu vârstă între 6 luni -2 ani – inițial 100 mcg/kg la fiecare 4 ore, ajustat în funcție de răspuns;
- copiilor cu vârstă între 2-12 ani – inițial 100-200 mcg/kg la fiecare 4 ore, ajustat în funcție de răspuns, doza maximă inițială de 2,5 mg;
- copiilor cu vârstă între 12-18 ani – inițial 2,5-5 mg a fiecare 4 ore ajustat în funcție de răspuns (doza maximă inițială de 20 mg/24 ore).

Prin perfuzie SC sau i/v continuă:

- perioada neonatală – 5 mcg/kg/oră ajustat în funcție de răspuns;
- copiilor cu vârstă între 1-6 luni – 10 mcg/kg /oră ajustat în funcție de răspuns;
- pentru copii cu vârstă între 6 luni-18 ani – 20 mcg/kg/oră (doză maximă inițială de 20 mg/24 ore) ajustat în funcție de răspuns.

### **Continuarea terapiei:**

După doza de pornire, conform dozelor de mai sus, se va ajusta la nivelul eficient, dar creșterea maximă de dozare este de 50% în 24 de ore în spital. Medicii cu experiență o pot mări până la 100%, monitorizându-se atent pacientul. Doza parenterală constituie 30-50% din doza orală de morfină.

### **Doza în durere breakthrough**

Oral (formule cu eliberare imediată), injecție i/v sau SC;

Morfina poate fi administrată suplimentar atât de frecvent, cât este necesar, cu un maxim de 5-10% din doza zilnică. Dacă sunt necesare doze repetate, revizuiți cantitatea de morfină necesară în 24 ore, cu o creștere maximă de 50%.

### **Dispnee:**

30-50% din doza utilizată pentru durere.

### **Note:**

- **Contraindicații:**
  - hipersensibilitate la agoniști opioizi sau la oricare component al preparatului;
  - deprimare respiratorie acută;
  - astm acut;
  - ileus paralitic;
  - presiune intracraniană ridicată și/sau traumă cranio-cerebrală, dacă ventilația nu este supusă controlului;
  - comă;
  - utilizare în decurs de 24 de ore înainte sau după intervenția chirurgicală.
- **Efecte adverse:**
  - comune – greață, vărsături, constipație, delir, somnolență, amețeli, sedare, transpirație, disforie, euforie, gură uscată, anorexie, spasm de urinare și al tractului biliar, prurit, erupții cutanate, transpirație, palpitații, bradicardie, hipotensiune arterială posturală, mioza;
  - mai puțin frecvente – deprimare respiratorie (în funcție de doză), tahicardie, palpitații;
  - rare – sindrom de secreție inadecvată de hormon antidiuretic, anafilaxie.

## Naloxonă

### Indicații:

- depresia respiratorie indusă de opioide sau supradozaj acut de opioid;
- constipația cauzată de opioide dacă Metilnaltrexona nu este disponibilă și laxativele au fost ineficiente.

### Doze și căi de administrare:

#### **Depresie respiratorie din cauza supradozei de opioid**

Prin injecție i/v:

- perioada neonatală - 10 mcg/kg; dacă nu se atinge rezultatul scontat, se introduce doza ulterioară de 100 mcg/kg (se revizuieste diagnosticul);
- copiilor cu vârstă între 1 lună-12 ani – 10 mcg/kg; în cazul în care nu apare nici un răspuns, se va administra o doză ulterioară de 100 mcg/kg (revizuirea diagnosticului);
- copiilor cu vârstă între 12-18 ani – 400 mcg-2 mg; în cazul în care nu există nici un răspuns, se repetă la intervale de 2-3 min. până la doza maximă totală de 10 mg (revizuirea diagnosticului).

Perfuzie i/v continuă, folosind o pompă de perfuzie: nou-născuților, sugariilor sau copiilor – 5-20 mcg/ kg/oră, ajustată în funcție de răspuns.

Prin injecție SC sau i/m, numai dacă calea i/v nu este fezabilă.

**Constipație indusă de opioide:** per os doză unică maximă de 5 mg.

### Note:

- antagonist opioid puternic;
- indicarea preparatului la copii cu constipație nu este atestată în instrucțiunea autorizată de folosire a preparatului (*off-label use*).

## Nistatină

**Indicații:** infecție fungică orală și periorală.

**Doze și căi de administrare:** per os perioada neonatală – 100.000 de unități de 4 ori pe zi; copiilor cu vârstă între 1 lună-18 ani – 100.000 de unități de 4 ori pe zi.

## Octreotid

### Indicații:

- sângerare din varice esofagiene sau gastrice;
- greață și vărsături;
- obstrucție intestinală;
- diaree greu de rezolvat.

### Doze și căi de administrare:

#### **Sângerare din varice esofagiene.**

Prin perfuzie intravenoasă sau subcutanată continuă: copiilor cu vârstă între 1 lună-18 ani – 1mcg/kg/oră. Doze mai mari pot fi necesare inițial. Atunci când nu există nici o sângerare activă, doza se reduce timp de 24 de ore. Doza maximă uzuală este de 50 mcg/oră.

### Note:

- indicarea preparatului pentru copii nu este atestată în instrucțiunea autorizată de folosire a preparatului (*off-label use*);
- administrare – pentru injectare i/v sau perfuzie se diluează cu clorură de sodium 0,9% la o concentrație de 10-50% (adică nu mai puțin de 1:1 și cel mult 1:9);
- pentru injecții SC bolus, poate fi administrat pur, dar acest lucru poate fi dureros (el poate fi redus, dacă fiola este încălzită în mână la temperatura corpului înainte de injectare);
- pentru perfuzie SC se diluează cu 0,9% NaCl;
- evitați întreruperea bruscă.

## Ondansetron

### Indicații:

- antiemetic, dacă starea de vomă a fost provocată de chimioterapie sau radioterapie;
- poate fi utilizat în gestionarea pruritului indus de opiacee.

### Doze și căi de administrare:

#### **Prevenirea și tratamentul grețurilor și vărsăturilor induse de radioterapie, chimioterapie**

Prin perfuzie i/v (timp de cel puțin 15 min.): pentru copii cu vârstă între 6 luni-18 ani: fie 5 mg/m<sup>2</sup>, imediat înainte de chimioterapie (doză unică maximă de 8 mg), apoi

per os, fie 150 mcg/kg imediat înainte de chimioterapie (doză unică maximă de 8 mg) repetată la fiecare 4 ore, (doză maximă zilnică totală de 32 mg).

Administrarea per os poate începe la 12 ore după administrarea intravenoasă, pentru copii cu vârstă între 6 luni-18 ani:

- suprafața corporală mai mică de 0,6 m<sup>2</sup> sau greutatea de 10 kg: 2 mg la fiecare 12 ore până la 5 zile (max. 32 mg doză zilnică totală);
- suprafața corporală 0,6 m<sup>2</sup>-1,2 m<sup>2</sup> sau greutatea de peste 10 kg – 4 mg la fiecare 12 ore până la 5 zile (max. 32 mg doză zilnică totală);
- suprafața corporală mai mare de 1,2 m<sup>2</sup> sau greutatea corporală peste 40 kg – 8 mg la fiecare 12 ore până la 5 zile (max. 32 mg doză zilnică totală).

### ***Greață și vărsături***

Per os sau injecție i/v lentă timp de 2-5 min. sau prin perfuzie i/v timp de 15 min., copiilor cu vârstă între 1-18 ani – 100-150 mcg/kg/doză la fiecare 8-12 ore. Doză unică maxima de 4 mg.

## **Ranitidină**

### **Indicații:**

- reflux gastro-esofagian;
- ulcer duodenal, gastric, gastrite;
- protecție gastrică (de exemplu, în combinație cu AINS/steroidi);
- alte condiții care necesită reducerea acidului gastric.

### **Doze și căi de administrare:**

Per os:

- perioada neonatală – 2-3 mg/kg de 3 ori pe zi;
- copiilor cu vârstă între 1-6 luni – 1 mg/kg de 3 ori pe zi, dacă este necesar – până la max. 3 mg/kg de 3 ori pe zi;
- copiilor cu vârstă între 6 luni-3 ani – 2-4 mg/kg de două ori pe zi;
- copiilor cu vârstă între 3-12 ani – 2-4 mg/kg (doză unică maximă de 150 mg) de 2 ori pe zi. Doza poate fi mărită până la 5 mg/kg (max. 300 mg/doză) de 2 ori pe zi în boala de reflux gastro-esofagian sever;
- copiilor cu vârstă între 12-18 ani – 150 mg de 2 ori pe zi sau 300 mg pe timp de noapte. Doza poate fi mărită, dacă este necesar, în boala de reflux gastro-esofagian sever până la 300 mg de 2 ori pe zi sau 150 mg de 4 ori pe zi, timp de până la 12 săptămâni.

## Salbutamol

### Indicații:

- wheezing/dispnee cauzată de bronhospasm;
- hiperkaliemie,
- bolilor pulmonare cronice la prematuri, și, uneori, în afecțiuni musculare sau slăbiciune musculară (solicitați consiliere de specialitate).

### Doze și căi de administrare:

#### ***Pentru exacerbaria obstrucției reversibile a căilor aeriene și prevenirea bronhospasmului indus de alergen sau de efort***

Aerosol inhalare, copiilor cu vârstă între 1 lună-18 ani: 100-200 mcg (1-2 pufuri) pentru simptome persistente, până la 4 ori pe zi.

Per os:

- copiilor cu vârstă între 1 lună-2 ani – 100 mcg/kg (max. 2 mg) 3-4 ori pe zi;
- copiilor cu vârstă între 2-6 ani – 1-2 mg de 3-4 ori pe zi;
- copiilor cu vârstă între 6-12 ani – 2 mg de 3-4 ori pe zi;
- copiilor cu vârstă între 12-18 ani – 2-4 mg de 3-4 ori pe zi.

### Note:

- vezi recomandări detaliate în literatura standard pentru utilizarea în astm acut;
- pentru tratamentul bronhospasmului este preferabil prin inhalare.

## Tramadol

OMS recomandă trecerea direct de lanon-opioide (etapa 1) la opioide puternice pentru gestionarea durerii necontrolate moderate la copii.

**Indicații:** durerii necontrolate moderate la copii.

### Doze și căi de administrare:

Per os:

- copiilor cu vârstă între 5-12 ani – 1-2 mg/kg la fiecare 4-6 ore (maxim doză unică inițială de 50 mg; maxim de 4 doze în 24 de ore). Mărirea, dacă este necesară, la o doză maximă de 3 mg/kg (doză unică maximă de 100 mg) la fiecare 6 ore;
- copiilor cu vârstă între 12 – 18 ani – doză inițială de 50 mg la fiecare 4-6 ore. Mărirea, dacă este necesară, până la max. 400 mg/zi, administrat în doze divizate la fiecare 4-6 ore.

Prin injecție i/v sau infuzie:

- copiilor cu vârstă între 5-12 ani – 1-2 mg/kg la fiecare 4-6 ore (maxim doză inițială unică de 50 mg; maxim 4 doze în 24 de ore). Mărirea, dacă este necesar, la o doză maximă de 3 mg/kg (100 mg maxim doză unică) la fiecare 6 ore;
- copiilor cu vârstă între 12-18 ani: doza inițială de 50 mg la fiecare 4-6 ore. Doza poate fi mărită, dacă este necesar, la 100 mg la fiecare 4-6 ore. Maxim 600 mg/zi în doze divizate.

## Bibliografie

1. The Palliative Care Handbook (advice on clinical management) Sixth edition, Dorothy House Hospice Care.
2. **Îngrijiri Paliative.** Ghid elaborat în cadrul proiectului Dezvoltarea Îngrijirilor paliative în Republica Moldova. Programul Sănătate Publică. Fundația Soros-Moldova, 2002, editura EPIGRAF SRL.
3. „Guidelines for treating of cancer pain”, the pocket edition of the Final Report of the Texas Cancer Council’s Workgroup on Pain Control. Texas Cancer Council, 2003.
4. International Association for the Study of Pain (IASP): [www.iasp-pain.org](http://www.iasp-pain.org).
5. Moșoiu D. *Prescrierea și utilizarea opioidelor în managementul durerii.* Ghid practic. Brașov, România, Lux Libris, 2007.
6. Twycross R., Wilckock A. *Controlul simptomelor în cancerul avansat.* Brașov. România, Lux Libris, 2007, Copyright 2001. Traducerea în limba română de Corin Gazdoiu și Daniela Moșoiu (cu permisiunea autorilor).
7. Twycross R., Wilckock A., Thorp S., „Palliative care formulary”, Radcliffe Medical Press, 1998.
8. Dragotă Maria. Sinteze de îngrijiri paliative. 27 Iunie 2014.
9. Woodroof R., „Cancer pain”, 1997. Traducerea în limba română de Corin Gazdoiu și Daniela Moșoiu (cu permisiunea autorilor), Editura PHOENIX, 2002.
10. Woodroof R., „Controlul simptomelor în formele avansate de cancer”, Asperula Pty Ltd., Melbourne, 1997, ed. ULYSSE, Chișinău, 2002. Traducere de Alexandru și Pavel Jalba.
11. Protocol Clinic Național „Îngrijiri paliative în dispnee, stare terminală”.
12. Protocol Clinic Național „Îngrijiri paliative în patologia gastrointestinală”.
13. Protocol Clinic Național „Îngrijiri paliative – durerea în cancer”.
14. Protocol Clinic Național „Îngrijiri paliative în escare”.
15. Recomandarea REC (2003) 24 a Comitetului de Miniștri ai statelor membre privind îngrijirea paliativă
16. Standardul „Îngrijirea paliativă a persoanelor infectate cu HIV și bolnave de SIDA”, aprobat Ministerul Sănătății , 2010.
17. AIDS: Palliative Care UNAIDS, Technical update, 2000.
18. Palliative Care for AIDS at a large Urban Teaching Hospital: Program description and preliminary Outcomes, JOURNAL OF PALLIATIVE MEDICINE, Volum 6, Number 3, 2003.
19. HIV /AIDS Palliative Care Guidance for the United States Government in country Staff and Implementing Partners, 2006.



20. Breitbart W. „Pain.” A Clinical Guide to Supportive and Palliative Care for HIV/AIDS, 2003, ed. O’Neill JF, Selwyn P, Schietinger H. 85 -122. Washington, DC: Health Resources and Services Administration. <http://www.hab.hrsa.gov/tools/palliative/chap4.html> Accessed July 5, 2006.
21. Foley KM, Aulino F, Stjernsward J. „Palliative Care in Resource-Poor Settings.” A Clinical Guide to Supportive and Palliative Care for HIV/AIDS, 2003 ed. O’Neill JF, Selwyn, Schietinger H. 387-407. Washington, DC: Health Resources and Services Administration. (Accessed July 5 2006 <http://www.hab.hrsa.gov/tools/palliative/chap19.html>).
22. Selwyn PA et al. Palliative care for AIDS at a large urban teaching hospital: program description and preliminary outcomes. *Innovations in End-of-Life Care*, 2002, 4 (accessed July 5 2006 <http://www2.edc.org/lastacts/archives/archivesMay02/featureinn.asp>) (Reprinted in *J Palliative Medicine* 2003; 6: 461-74).
23. World Health Organization. WHO definition of palliative care. (Accessed 5 July 2006).
24. World Health Organization. *Cancer Pain Relief and Palliative Care, Report of a WHO Expert Committee*. Geneva: World Health Organization, 1990.
25. Jean R. Anderson, MD „ A Guide to the Clinical Care of Women with HIV”, edition 2001.
26. Rober Twycross, Andrew Wilcock. *Controlul simptomelor în cancerul avansat. Traducere în limba română*, 2003.
27. Roger Woodruff. *Durerea în cancer. Traducere în limba română*, 2002.
28. Паллиативная помощь при ВИЧ инфекции, ГАЛЕН, Global AIDS learning Evolution Network, Модуль Гален 13.
29. Протоколы Всемирной организации здравоохранения для стран СНГ по предоставлению помощи и лечения при ВИЧ инфекции и СПИДе, 2010.
30. *Gidul EACS* 2013.
31. IMAI district clinician manual: hospital care for adolescents and adults, guidelines for the management of illnesses with limited-resources; WHO 2010.
32. *Companion handbook to the WHO guidelines for the programmatic management of drug-resistant tuberculosis*. WHO, 2014. *Guidelines on the management of latent tuberculosis infection*. WHO, 2015.
33. *Management of tuberculosis and HIV coinfection. Clinical Protocol for the WHO European Region (2013 revision)*. WHO, 2013.
34. *Ghid de ingrijiri paliative pentru medicii de familie*. Chisinau, 2013.

35. Guidelines for Providing Palliative Care to Patients with Tuberculosis, HPCA TB Guidelines May 2011.
36. World Health Organization. Definition of Palliative Care. World Health Organization Web site: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en>.
37. Committee on Bioethics and Committee on Hospital Care(2000). Palliative Care for Children, *Pediatric* Vol 106 (2) August 1, 2000, pp.351-357.
38. European Association of Palliative Care (EAPC) Taskforce:IMPaCCT: standards for paediatric palliative care in Europe. *European Journal of Palliative Care*2007,14:2-7.
39. Franca Benini, Marco Spizzichino, Manuela Trapanottoand, Anna Ferrante. Pediatric palliative care, *Italian Journal of Pediatrics* 2008, 34:4.
40. A Mancini, S Uthaya, C Beardsley, D Wood and N Modi. Practical guidance for the management of palliative care on neonatal units 1st Edition February 2014, Chelsea and Westminster Hospital, NHS Foundation Trust.
41. Alison Twycross, Stephanie J Dowden, Elizabeth Bruce, *Managing pain in children a clinical guide*, 2009, pp. 39-67.
42. *Basic Symptom Control in Paediatric Palliative Care: The Rainbows Children's Hospice Guidelines* 8th ed. 2011.
43. Max Watson, Caroline Lucas, Andrew Hoy, Jo Wells. *The essential and holistic guide to palliative care*, Oxford Handbook of Palliative care, the 2d edition, 2009.
44. M.M. Tabbers, C. DiLorenzo, M.Y. Berger, C. Faure, M.W. Langendam, S. Nurko,A. Staiano, Y. Vandenplas, and M.A. Benninga. Evaluation and Treatment of Functional Constipation in Infants and Children: Evidence-Based Recommendations From ESPGHAN and NASPGHAN In: *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition* 2014;58: 258–274.
45. Deborah Tomlinson, Carl L. Von Baeyer, Jennifer N. Stinson, Lillian Sung, A Systematic Review of Faces Scales for the Self-report of Pain Intensity in Children. In *Pediatrics* November 1, 2010 vol. 126 no. 5 e1168-e1198 doi: 10.1542/peds.2010-1609.
46. Jenifer R. Lightdale, David A. Grems. Clinical Report. Gastroesophageal Reflux: Management Guidance for the Pediatrician. Published online April 29, 2013 *Pediatrics* Vol. 131 No. 5 May 1, 2013 pp. e1684 -e1695 (doi: 10.1542/peds.2013-0421) From the American Academy of Pediatrics.
47. W. Hulse, *Guideline for the care of a gastrostomy in children*, Gastrostomy Care-Paediatrics 1.0 Final (March 2012). Gastrostomy tube care in children and young people, Children With Complex Needs Nurse. TAMESIDE HOSPITAL NHS FOUNDATION TRUST.

48. Solange Tamara Roșu, Duma Odetta, Goția Stela. *Evaluarea și autoevaluarea durerii acute la copil*. Revista Română de Pediatrie – Volumul LXI, NR. 3, AN 2012, pag.225-258.
49. Moiceanu Mariana, Plesca Doina, Buruiana Felicia, Dragomir D., Popescu V. *Metode de evaluare a durerii la copii și adolescenți*. Revista Română de pediatrie – VOL. LV, NR. 1, AN 2006, pag. 54-64.
50. Carl L. Von Baeyer, Children's self-reports of pain intensity: Scale selection, limitations and interpretation, Pain Research and Management. 2006 Autumn; 11(3): 157–162.
51. Rusu Galina, Juravliov Tatiana, Vămășescu Angela, Ana Kirilova. Boala diareică acută la copil. Protocol clinic național PCN-67, Chișinău 2013.
52. Mișu Ion, Tighineanu Olga. Refluxul gastroesofagian la copil. Protocol clinic național PCN-128, Chișinău 2013.
53. Keith Howard, Leanne Crittenden, Rob Smith. Bart Cavalletto, Matthew O`Meara, Infants and children: Acute Management of Seizures Clinical Practice Guidelines, Second edition, September 2009, NSW Health.
54. Palliative Care: symptom management and end-of-life care. INTEGRATED MANAGEMENT OF ADOLESCENT AND ADULT ILLNESS, WHO/CDS/ IMAI/2004. 4 Rev. 1.
55. Emily Harrop, Clare Edwards. How and when to refer a child for specialist paediatric palliative care. Arch Dis Child Educ Pract Ed 2013;0:1–7. doi:10.1136/archdischild-2012-303325.
56. Sarah Friebert, Mary Jo Gilmer, Stacy Remke, Maria Riggs, David Steinhorn, Suzanne Toce. Standards of practice for pediatric Palliative Care and Hospice, 2009.
57. Pocket book of Hospital care for children Guidelines for the management of common childhood illness second edition, World Health Organization, 2013.
58. WHO Guidelines on the Pharmacological Treatment of Persisting Pain in Children with Medical Illnesses, Geneva: World Health Organization; 2012.
59. Anita Aindow, Dr Lynda Brook. Essential Medicines List for Children (EMLc); Palliative Care. World Health Organisation, 2008.
60. Yvan Vandenplas and Colin D. Rudolph. Pediatric Gastroesophageal Reflux Clinical Practice Guidelines: Joint Recommendations of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (NASPGHAN) and the European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN). J Pediatr Gastroenterol Nutr, Vol. 49, No. 4, October, 2009.
61. Satbir Singh, Anita Aindow. Association for Paediatric Palliative Medicine Master Formulary 2015 (3rd Edition). August, 2014.







**Asociația Națională de Tratament Paliativ** este o organizație neguvernamentală din Republica Moldova, fondată în anul 2001, în scopul sporirii accesului la îngrijire paliativă pentru pacienții incurabili prin crearea unei rețele integrate de servicii de îngrijire paliativă de calitate și accesibile în întreaga țară. Obiectivele asociației sunt: promovarea conceptului de îngrijire paliativă, consolidarea capacităților furnizorilor și facilitarea accesului la formarea profesională în contextul abordării interdisciplinare și ameliorarea cadrului de politici în domeniul paliativilor. Responsabilitatea, competența, susținerea și colaborarea reprezintă valorile de care se ghidează echipele specializate ale celor 12 organizații membre, oferind excelență prin serviciile prestate și dezvoltare continuă a personalului de îngrijire. Asociația a devenit membru colectiv al Asociației Internaționale de Hospice și Ingrijiri Paliative (International Association for Hospice & Palliative Care IAHPC) în anul 2012.

**Centrul pentru Politici și Analize în Sănătate** este o organizație neguvernamentală, independentă și non-profit, creată în 1999. Misiunea sa este de a institui o societate democrațică prin dezvoltarea sectorului social și de sănătate, prin promovarea și evaluarea politicilor, prin consolidarea capacităților și prin suportul reformelor.