

MINISTERUL
SĂNĂȚII
AL REPUBLICII MOLDOVA



МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ МОЛДОВА

ÎNGRIJIRI PALIATIVE ÎN DISPNEE, STARE TERMINALĂ

Protocol clinic național

Chișinău 2011

**Aprobat prin ședința Consiliului de experți al Ministerului Sănătății al Republicii Moldova
din 31.03.2011, Proces verbal nr. 2**

**Aprobat prin ordinul Ministerului Sănătății al Republicii Moldova nr. 454 din 02.06.2011
Cu privire la aprobarea Protocolului clinic național „Îngrijiri paliative în dispnee stare terminală”**

Elaborat de colectivul de autori:

Luminița Suveică, d.ș.m., director Direcția Sănătății al Consiliului Municipal Chișinău
Valerian Isac, medic, director executiv FFMS *Angelus* Moldova
Corneliu Prepelită, d. ș.m., Secția Pulmonologie, IMSP Institutul Oncologic
Natalia Lișița, colaborator științific stagiar, medic oncopediatru, IMSP Institutul Oncologic
Andrei Bradu, Medic rezident USMF „Nicolae Testemițanu”

Recenzenți oficiali:

Nicolae Ghidirim, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie “Nicolae Testemițanu”
Grigore Bivol, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie “Nicolae Testemițanu”
Victor Ghicavii, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie “Nicolae Testemițanu”
Valentin Gudumac, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie “Nicolae Testemițanu”
Ivan Zatușevski, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie “Nicolae Testemițanu”
Iurie Osoianu, Compania Națională de Asigurări în Medicină
Anatol Prisacari, Consiliul Național de Evaluare și Acreditare în Sănătate
Maria Cojocar-Toma, Agenția Medicamentului

Coordonator:

Maria Cumpănă, Ministerul Sănătății al Republicii Moldova

Redactor: Eugenia Mincu, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie “Nicolae Testemițanu”
Corector: Tatiana Gamanji, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie “Nicolae Testemițanu”

CUPRINS

CUPRINS	3
A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ	1
A.1. Diagnosticul	4
A.2. Codul bolii (CIM 10): D.50	4
A.3. Utilizatorii	4
A.4. Scopurile protocolului	4
A.8. Definițiile folosite în document	4
A.9. Informația epidemiologică	4
B. PARTEA GENERALĂ	5
B.1. Nivelul instituțiilor de asistență medicală primară	5
B.2. Nivelul consultativ specializat	6
(internist – niveluri raional și municipal / medic internist – specialist pneumoftiziolog, oncolog, alergolog)	6
B.3. Nivelul de staționar	7
C.1. ALGORITMI DE CONDUIȚĂ	9
<i>C 1.1. Algoritmul diagnostic în dispnee</i>	9
C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR	13
<i>C.2.1. Clasificarea</i>	13
<i>C.2.2. Etiologia dispneei în cancer</i>	13
C.2.3. Profilaxia	14
C.2.4. Conduita pacientului cu dispnee	14
C.2.7. Complicațiile	19
D. RESURSELOR UMANE ȘI MATERIALELE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR DIN PROTOCOL	20
D.1. Instituțiile de asistență medicală primară	20
D.2. Secțiile și instituțiile consultativ-diagnostice	20
D.3. Secțiile de profil general ale spitalelor raionale, municipale	20
D.4. Centrul sau clinicile specializate	20
E. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI	21
<i>Anexa 1. Ghidul pacientului cu dispnee</i>	23
<i>Anexa 2. Recomandări pentru implementare în conduita pacienților cu simptomatologie gastrointestinală</i>	23

ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT

PO	<i>Per os</i>
SC	Subcutanat
IV	Intravenos
FBS	Fibrobronhoscopie
BPCO	Bronhopneumopatie cronică obstructivă
SBP	Simptomatologie bronhopulmonară
BAAR	Bacili alchooloacidorezistenți

A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ

A.1. Diagnosticul:

Exemple de diagnostic clinic:

1. Dispnee acută.

A.2. Codul bolii (CIM 10): D.50

A.3. Utilizatorii:

- oficiile medicilor de familie (medicii de familie și asistentele medicilor de familie).
- oficiile de sănătate (asistentele medicilor de familie).
- centrele de sănătate (medicii de familie și asistentele medicilor de familie).
- centrele medicilor de familie (medicii de familie și asistentele medicilor de familie).
- secțiile asistență specializată de ambulatoriu ale spitalelor raionale.
- asociațiile medicale teritoriale (medicii de familie, medicii interniști).
- secțiile de boli interne ale spitalelor raionale, municipale și republicane (medici interniști).
- ONG-uri care prestează servicii de îngrijiri paliative.

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

A.4. Scopurile protocolului:

1. A spori proporția persoanelor din grupul de risc în dezvoltarea simptomatologiei respiratoare, care beneficiază de tratament sau de profilaxie.
2. A spori nivelul de calitate în diagnosticarea pacienților cu simptomatologie respiratoare.
3. A spori nivelul de calitate al tratamentului acordat pacienților cu simptomatologie respiratoare.
4. A micșora frecvența de apariție a simptomatologiei respiratorii.
5. A ameliora calitatea vieții pacienților cu simptomatologie respiratoare.

A.5. Data elaborării protocolului: 2011

A.6. Data revizuirii următoare: 2013

A.8. Definițiile folosite în document

Dispneea – respirație îngreuiată sau o senzație neplăcută de dificultate în timpul actului respirator.

A.9. Informație epidemiologică

Dispneea reprezintă un simptom care afectează sever funcția respiratoare. Dispneea este o tulburare destul de frecvent întâlnită în practica medicală, care poate fi determinată de foarte multe boli și care poate pune probleme foarte dificile de diagnostic și de tratament.

În cancerele în stadiul final (indiferent de localizare), incidența variază între 30 -50%.

În cancerele bronșice, ea este de 65%.

B. PARTEA GENERALĂ

B.1. Nivelul instituțiilor de asistență medicală primară		
Descriere (măsuri)	Motivele (repere)	Pașii (modalități și condiții de realizare)
1. Profilaxia		
1.1. Profilaxia primară	<p>Determinarea factorilor de risc:</p> <p>1. Exogeni:</p> <p>a) Fumatul activ și cel pasiv.</p> <p>b) Noxele profesionale și poluarea atmosferică.</p> <p>c) Condițiile de microclimă.</p> <p>2. Endogeni.</p>	<p>Obligatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinarea IF>10 ca factor de risc veridic în BPCO și în cancer pulmonar • Depistarea persoanelor expuse la factori industriali ca pulbere organice, gaze toxice, asbest sau radiație, mine de uraniu, crom, fier, nichel • Anamneza, care confirmă prezența frigului, a umezelii, a mucegaiului în locuințe sau la serviciu. • Deficitul alfa -1 antitripsină. • Defectul ereditar: <ul style="list-style-type: none"> - alfa -1 antitripsină. - alfa -2 macroglobulină. • Prematuritatea la naștere. • Particularitățile constituționale și anatomice – anomalii și leziuni bronhopulmonare organice (mucovicioza, cifoscolioza). • Carența sau absența gamaglobulinelor și a IgA. • Prevenirea sensibilității persoanelor predispuse la astm.
1.2. Profilaxia secundară	Prevenirea acutizărilor BPOC și astmului bronșic în timpul epidemiilor virale.	<p>Obligatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utilizarea vaccinului antigripal. • Vaccinarea antipneumococică a persoanelor > 65 ani, o dată în 5 ani. • Indicarea imunostimuletoarelor. • Evitarea contactului cu alergenele. • Imunoprofilaxia specifică cu alergenele.
1.3. <i>Screening</i> -ul	Depistarea precoce a pacienților cu simptomatologie bronhopulmonară.	<p>Obligatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • MRG. • IF. • Peakflowmetria. • Spirometria. • Deficitul de alfa-1 antitripsină (la recomandarea specialistului).
2. Diagnostic		
2.1. Suspectarea și confirmarea diagnosticului de SBP (simptomatologie bronhopulmonară)	Anamneza și datele investigațiilor de bază pentru confirmarea diagnosticului.	<p>Obligatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anamneza • Radiografia cutiei toracice în 2 incidente. • Hemoleucograma completă. • Coagulograma. • Spirografia, inclusiv farmacotestul reversibilității bronhodilatatoare.

		<ul style="list-style-type: none"> • EcoCG, Tomografia pulmonară și mediastinală, Tomografia computerizată pulmonară (la recomandarea specialistului). • Consultul specialistului: ftizieumolog, alergolog, oncolog, endoscopist (FBS). • Diagnosticul diferențial.
2.2. Luarea deciziei consultația specialistului și/sau spitalizare		<ul style="list-style-type: none"> • Recomandarea consultației specialistului pacienților cu dificultăți în diagnostic. • Aprecierea necesității de spitalizare.
3. Tratamentul		
3.1. Tratamentul medicamentos	Tratamentul constă în administrarea preparatelor corespunzătoare.	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> • Preparatele se administrează conform schemelor terapeutice în funcție de simptomatologia prezentă.
4. Supravegherea		Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> • Periodicitatea supravegherii conform clasificării, după trepte, a astmului bronșic și a stadiilor BPCO. • Hemoleucograma completă. • Sputa. Examinarea microscopică a sputei-frotiu Gram și/sau BAAR. <ul style="list-style-type: none"> • Examenul radiologic. • Spirografia. • Electrocardiograma. Evaluarea continuă a pacientului.

B.2. Nivelul consultativ specializat

(internist – niveluri raional și municipal/medic intern – specialist pneumoftziolog, oncolog, alergolog)

Descriere (măsuri)	Motivele (reper)	Pași (modalități și condiții de realizare)
1. Profilaxia		
1.1. Profilaxia primară	Confirmarea și specificarea factorilor de risc exogeni și endogeni.	<ul style="list-style-type: none"> • Aprecierea impactului asupra gradului de severitate a maladiei și informarea pacienților. • Măsuri de plasare în câmpul muncii în afara impactului nociv și sistarea fumatului. • Tratamentul specializat conform gradului de severitate a maladiei.
1.2. Profilaxia secundară	Prevenirea exacerbărilor severe ale maladiilor bronhopulmonare în timpul epidemiilor virale.	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> • Utilizarea vaccinului antigripal. • Utilizarea vaccinului polivalent: Ribomunil, Bronhomunal. • Vaccinarea antipneumococică a persoanelor > 65 ani, o dată la 5 ani. • Indicarea imunomodulatorilor. • Tratamentul în secția Reabilitare
1.3. Screening-ul	Depistarea precoce a pacienților pentru prevenirea instalării complicațiilor.	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> • Supunerea populației din grupul de risc la: <ul style="list-style-type: none"> - MRG și Radiografia în 2 incidente. - Spirografie și farmacotestul reversibilității obstrucțiilor bronșice.

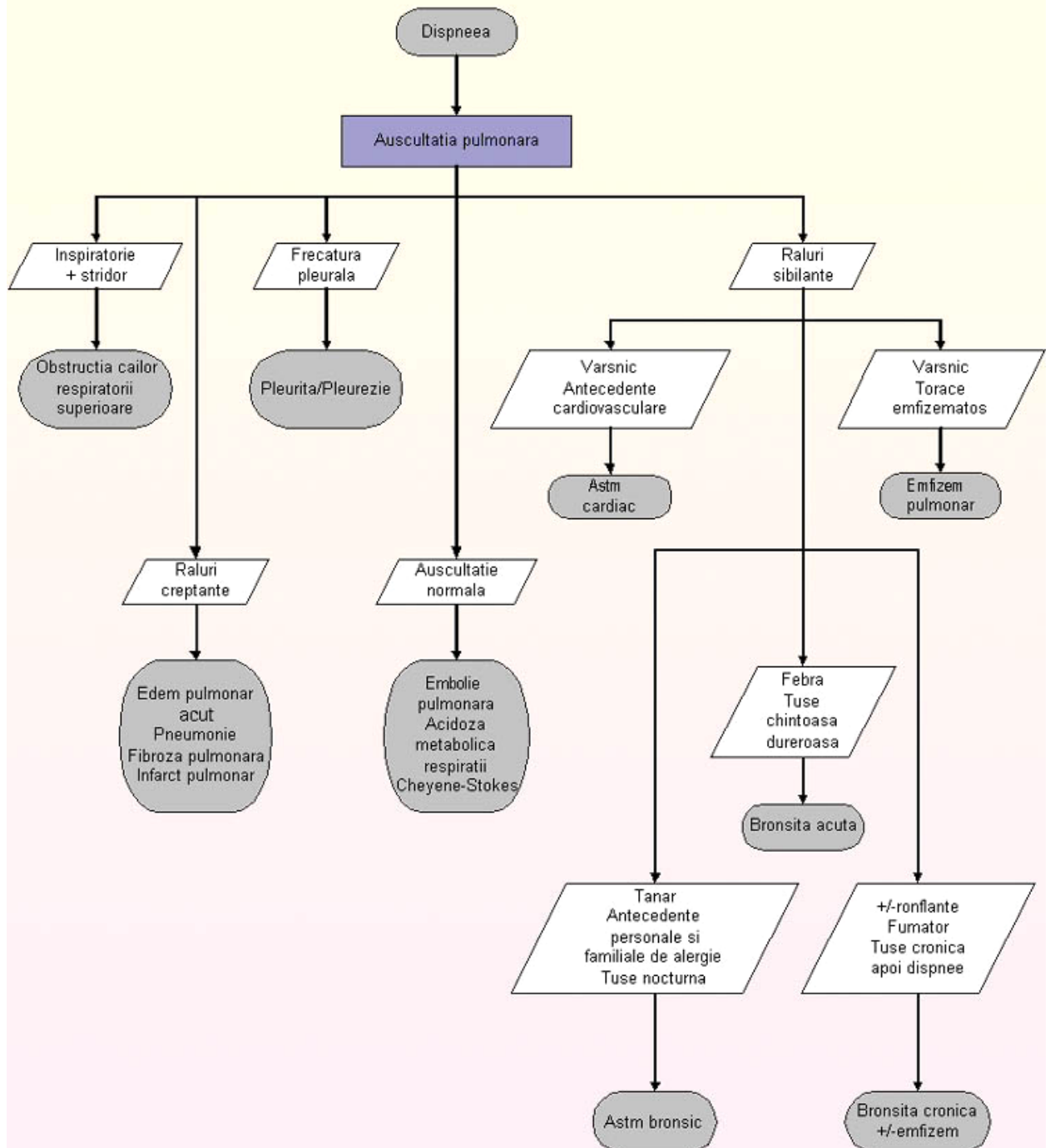
		<ul style="list-style-type: none"> - Microscopia sputei. - Hemoleucogramă.
2. Diagnosticul		
2.1. Confirmarea diagnosticului de simptomatologie bronhopulmonară	Evaluarea anamnezei, a datelor fizice clinice și a investigațiilor suplimentare instrumentale.	<p>Obligatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anamneza. • Examenul fizic. • Investigațiile paraclinice: <ul style="list-style-type: none"> - Hemoleucograma completă. - Coagulograma. - Sputa. • Examinarea microscopică a sputei-frotiu Gram și sau a BAAR. <ul style="list-style-type: none"> - Investigațiile pentru determinarea cauzei SBP (simptom bronhopulmonar). - Spirografia și testul reversibilității bronhodilatatoare. - Radiografia toracelui în 2 incidente. • Diagnosticul diferențial. <p>Recomandabil:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Investigațiile suplimentare speciale (indicate de către medicii specialiști): <ul style="list-style-type: none"> - FBS. - TC mediastinului. - TC pulmonară. - EcoCG și biopsie. - Puncție transbronșică, transtoracică, puncție a ganglionului limfatic pentru colectarea materialului patologic.
2.2. Luarea deciziei versus consultația specialistului și/sau spitalizare		<ul style="list-style-type: none"> • Respectarea recomandărilor specialistului de către pacienții cu o stabilire dificilă a diagnosticului. • Consultația altor specialiști în funcție de necesitate. • Aprecierea necesității de spitalizare.
3. Tratamentul		
3.1. Tratamentul medicamentos	Tratamentul corect în exacerbările inflamațiilor cronice. Tratamentul SBP constă în reducerea hipoxemiei cronice, IR cronice, prevenirea instalării cordului pulmonar și tratamentul cordului pulmonar	<p>Obligatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Preparate specifice în funcție de simptomatologia prezentă.
B.3. Nivelul de staționare		
Descriere (măsuri)	Motivele (repere)	Pași (modalități și condiții de realizare)
1. Spitalizarea	Dificultăți în controlul simptomelor la domiciliu	<p>Criteriile de spitalizare în secții profil terapeutic general (raional, municipal) sau profil specializat (pulmonologie, chirurgie toracică, fiziologie, oncologie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pacienții în stare gravă la care nu este posibilă investigarea în condiții de ambulatoriu pentru stabilirea diagnosticului.

		<ul style="list-style-type: none"> • Pacienții în vârstă, cu comorbidități asociate severe. • Pacienți cu cancer avansat. • Pacienți după radioterapie sau după chimioterapie. <p>Secțiile specializate – nivel republican (pneumologie, fizioterapie, chirurgie toracică, oncologie):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cazurile în care nu este posibilă stabilirea diagnosticului SBP la nivel raional sau la cel municipal.
2. Diagnosticul		
2.1. Confirmarea diagnosticului de SPB (sintomatologie bronhopulmonară)	Depistarea precoce a pacienților cu SBP	<p>Obligatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anamneza. • Examenul fizic. • Investigațiile paraclinice pentru confirmarea diagnosticului (Ro-grafia toracelui, tomografia pulmonară, mediastinală, FBS, spirometria). • Diagnosticul diferențial. <p>Recomandabil:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Investigațiile suplimentare speciale (indicate de medicul specialist – pneumofiziolog, oncolog, alergolog). • Consultul altor specialiști, la necesitate.
3. Tratamentul		
3.1. Tratamentul medicamentos	Tratamentul SBP constă în înlăturarea tuturor simptomelor posibile (reversibile) și sporirea nivelului de calitate a vieții pacientului.	<p>Obligatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Preparatele specifice conform diagnosticului.
4. Externarea, cu îndreptarea la nivelul primar pentru continuarea tratamentului și supravegherea	La externare, este necesar de elaborat și de recomandat pentru medicul de familie tactica ulterioară de management al pacientului.	<p>Extrasul obligatoriu va conține:</p> <ul style="list-style-type: none"> • diagnosticul precizat desfășurat; • rezultatele investigațiilor; • tratamentul efectuat; • recomandările explicite pentru pacient; • recomandările pentru medicul de familie.

C.1. ALGORITMI DE CONDUITĂ

C 1.1. Algoritm diagnostic în dispnee

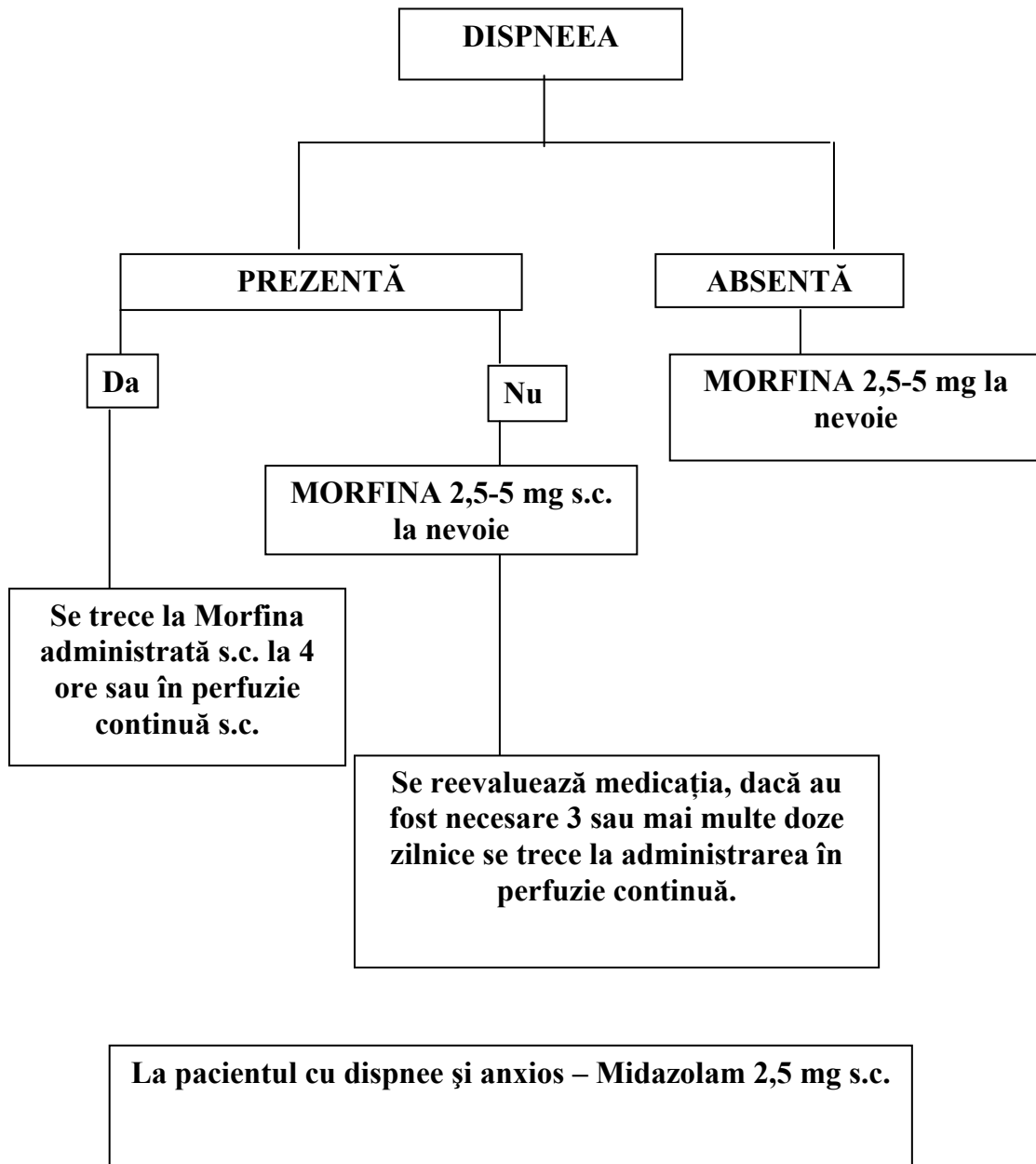
(032-B) Dispneea



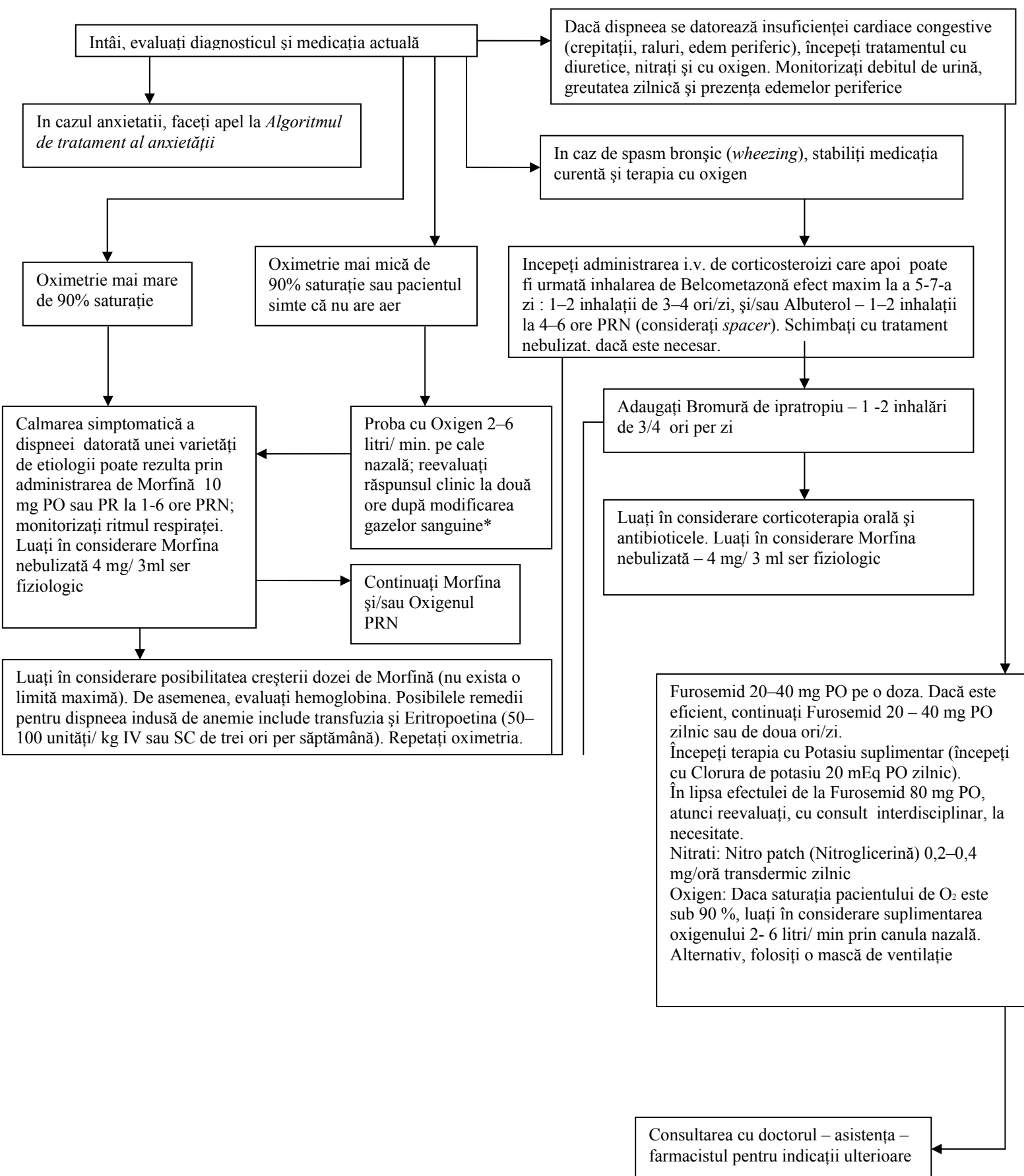
C.1.2. Particularitățile clinice ale dispneei

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

C. 1.3. Algoritmul de tratament al dispneei



Algoritmul de tratament al dispneei



C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR

C.2.1. Clasificarea

Caseta 1. Clasificarea dispneei

- Inspiratorie
- Expiratorie

Caseta 2. Clasificarea dispneei

- De efort
- De repaus

Caseta 3. Stadiile de evaluare ale dispneei după OMS:

Gradul I – dispnee apărută la eforturi neobișnuite

Gradul II – dispnee apărută la eforturi importante dar obișnuite (mers rapid, urcarea pe scări mai multe etaje)

Gradul III – dispnee apărută la eforturi ușoare

Gradul IV – dispnee de repaus

C.2.2. Etiologia dispneei în cancer

Tabelul 1. Etiologia dispneei în cancer

A. Cauzată de cancer	
Bronhopulmonare	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Traheală <ul style="list-style-type: none"> • Tumori ale laringelui, ale glandei tiroide, ale mediastinului • Fistulă esofagotraheală ▪ Bronșică <ul style="list-style-type: none"> • Bronșită cronică • Tumoare • Infecția acută (bronșită, pneumonie) • Bronhospasm (bronșită, astm bronșic)
Reducerea suprafeței țesutului pulmonar funcțional	<ul style="list-style-type: none"> • Tumoare • Rezecție chirurgicală • Fibroză: preexistentă, radiație • Efuzie pleurală • Embolism pulmonar • Emfizem cronic • Infecții • Hemoragie ▪ Deficiența mișcărilor ventilatorii <ul style="list-style-type: none"> • Dereglări motorii • Debilitate generală • Slăbiciunea mușchilor toracici • Poziție ridicată a diafragmei: ascită, hepatomegalie, paralizia frenică • Distensie gastrică • Durere toracică

	<ul style="list-style-type: none"> • Atelectazie • Pneumotorax
B. Consecință a tratamentului specific oncologic	
Cardiovasculare	<ul style="list-style-type: none"> • Cardiomiopatie • Insuficiență cardiacă congestivă • Efuzie pericardială • Obstrucția venei cave superioară • Pericardită constrictivă • Trombemboliile metastatice • Septicemie, șoc, hemoragie
Anemie	
Psihogene	<ul style="list-style-type: none"> • Depresie • Anxietate
Metabolice	<ul style="list-style-type: none"> • Uremie • Febră • Acidoză • Hipocalciemie • Efort fizic

C.2.3. Profilaxia

Caseta 4. *Profilaxia dispneei*

- Întrerupere a acțiunii poluării interne și externe a aerului
- Suport psihologic
- Prevenirea și întreruperea fumatului
- Oxigenoterapie
- Poziționare, care atenuează dispneea

C.2.4. Conduita pacientului cu dispnee

C. 2. 4.1. *Managementul dispneei*

Caseta 5. *Scopul managementului dispneei la pacienții cu cancer*

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

Scale de evaluare a dispnee

Scala vizuală analogă

Fără dispnee

dispnee maximă

Scala verbală descriptivă

Fără

Ușoară

Moderată

Severă

Insuportabilă

Scala lui Borg

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

Efort foarte mic

Efort foarte mare



Evaluarea

Locuința/ Situație Socială/ Familială (condiții de viață, familie, alt sprijin, scări, baie/duș, ferestre, lift).

Frecvența dispneei:

- În general / Tot timpul De câteva ori per zi O dată sau de două ori per zi
 De câteva ori per săptămână O dată per săptămână Mai rar decât o dată per săptămână

Altele (specificați):

Momentul dispneei:

- Continuă Intermitentă Dimineata Seara Noaptea
-

C.2.5.1. Anamneza

Caseta 6. Întrebările ce trebuie examinate în dispnee pentru identificarea cauzei

În anamneză:

- Modul de apariție a dispneei.
- Modul de afectare a frecvenței, a ritmului, a amplitudinii respirației.
- Gradul de implicare a mușchilor respiratori auxiliari în procesul respirației.
- Este o dispnee cu polipnee sau cu bradipnee.

C.2.5.2. Examenul fizic (datele obiective)

Caseta 7. Datele obiective în dispnee

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

Dispneea este o dificultate a respirației. Ea este caracterizată prin următoarele semne:

1. Semne fizice

➤ *Principale:*

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

Modificarea amplitudinii respiratoare: hiperpneea, respirația superficială.

➤ *Secundare:*

- Respiratoare: bătaia aripilor nazale, respirație bucală, utilizarea mușchilor respiratori voluntari.

- Cardiace: tahicardie, tahiaritmie.

- Generale: paloare, cianoză, transpirații.

2. Psihice

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

C.2.5.3. Investigațiile paraclinice

Caseta 8. Investigațiile în simptomul de dispnee

- Examenul radiologic poate confirma diagnosticul
- Spirometria
- Volumul expirator maxim în prima secundă VEMS (FEV1) indice pentru aprecierea precoce a obstrucției bronșice
- Indicele Tiffeneau (indicele de permeabilitate bronșică) VEMS / CV% (FEV1 / FVC%)
- Tomografia computerizată
- Analiza gazelor sanguine
- Aprecierea deficitului de $\alpha 1$ antitripsină

C.2.5.5. Criteriile de spitalizare

Caseta 9. Criteriile de spitalizare a pacienților cu dispnee

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

C.2.5.6. *Tratamentul*

Caseta 10. Principiile de tratament general în simptomul de dispnee

Opțiuni în abordarea dispneei:

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

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

Tratamentul preventiv:

- *Tratamentul psihosocial:*

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

- *Tratamentul medical:*

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

Cultivarea atitudinii calme, de încredere:

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

Abordări nefarmacologice ale dispneei

Crearea sentimentului că dispneea se poate ține sub control:

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

Reducerea sentimentului de izolare socială și în familie:

- Întâlniri cu alte persoane în situații similare.
- Frecventarea unui centru de zi.
- Internări pentru „respice”.

Abordarea dispneei la pacienții cu cancer

Aveți în vedere următoarele întrebări:

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

Caseta 11. Principiile de tratament medicamentos simptomatice**Tratamentul dispneei în funcție de cauză**

Cauza specifică	Tumori asociate	Opțiuni terapeutice
Obstrucția venei cave superioare	Pulmonar Limfom Mamar	Radioterapie, corticosteroizi (Dexametazonă), chimioterapie
Obstrucția bronhiilor	Pulmonar	Radioterapie, chimioterapie, terapie cu laser
Limfagită carcinomatoasă	Pulmonar Mamar Gastrointestinal	Chimioterapie, corticosteroizi, sedative, opioide,
Efuzie pleurală	Pulmonar Mamar Ovarian Stomac Limfom Leucemie	Drenaj, pleurodeză, chimioterapie
Efuzie pericardică	Pulmonar	Drenaj, corticosteroizi, AINS, chirurgie
Ascită	Ovarian Endometrial Mamar Intestinal Stomac Pancreatic	Diuretice (Furosemid sau Spironolactonă) Paracenteză, la necesitate
Embolism pulmonar	General	Anticoagulante heparine sau heparine cu o masă moleculară mică
Anemie	General	Transfuzii
Infecții pulmonare	General	Antibiotice după dotare individuală
Boală cronică a bolilor aeriene BPCO		Bronhodilatatoare, Aminofilină, sedative
Insuficiență cardiacă		Diuretice, inhibitor al enzimelor de conversie, Digoxină

Oxygenoterapia se indică mai mult în dispneea acută sau la exacerbarea dispneei cronice după efort. Trebuie utilizată cu prudență la bolnavii cu BPCO (pot avea hipercapnie cronică ce depinde de hipoxie). Concentratorul de oxigen portabil este cel mai benefic, utilizat în condiții de domiciliu.

Bronhodilatatoarele se indică, dacă obstrucția bronșică este cu caracter reversibil. Ele se utilizează în inhalatoare atât timp cât pacientul le poate folosi independent. De obicei, se folosește:

- Salbutamol inhalator fiecare 4-6 ore.
- Ipratropium bromid, inhalator la 6 ore.
- Aminofilina sau Teofilina *per os*, evitând supradozarea prin monitorizarea frecvenței contracțiilor cardiace.

Corticosteroizii posedă efecte bronholitice accentuate și, de asemenea, pot fi folosiți pentru ameliorarea dispneei, îndeosebi de origine metastatică, carcinomatoasă, limfangită și pneumonite. În îngrijiri paliative, pentru a nu rata efectul terapeutic, se inițiază tratamentul cu doze mari de corticosteroizi pentru ca, ulterior, în decursul câtorva zile, doza să fie micșorată până la doza minimă eficientă. De obicei, se utilizează Prednisolon – 40-60 mg pe zi *per os*, sau Dexametazonă – 8-12 mg pe zi *per os*.

Opioidele în doze mici sunt cei mai utili agenți în tratamentul dispneei. Administrarea de stupefiante pacienților cu afecțiuni pulmonare cronice severe necesită precauții, însă detresa respiratoare indusă de opioide apare rareori. Doza recomandată de Morfină este de 5-10 mg *per os* fiecare 4 ore și trebuie titrată în funcție de efect și de toxicitate. Pentru pacienții care au administrat

Morfină în scopul jugulării durerilor, doza ei trebuie ridicată până la 7,5-15 mg. Printre efectele opioizilor, de-asemena, se numără și reducerea anxietății, îmbunătățirea funcției cardiace, controlul durerii asociate și diminuarea sensibilității centrului respirator și a receptorilor periferici.

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

- Diazepam 5 mg, *per os*, doză inițială pe zi, majorând doza în caz de necesitate.
- Lorazepam 0,5-1 mg sublingval, la fiecare 6-8 ore (eficace în jugularea episodului de panică).

Mucoliticele se indică în caz de spută vâscoasă: aer umezit (aburi salini), Acetilcisteină 10%, 6-10 ml nebulator, la fiecare 6-8 ore. Anticolinergicele se folosesc în caz de secreție excesivă: Hioscină hidrobromid 0,4-0,8 mg SC la fiecare 4 ore sau 0,8-2,4 mg/24 de ore infuzie subcutanată. Antitusivle se utilizează, dacă dispneea este exacerbată de tuse chinuitoare. Anestezicii locali prin inhalare se indică unor pacienți care au dispnee asociată cu tuse: Bupivacaină 0,25%-5 ml, prin pulverizator, pentru 15-20 minute, la fiecare 4 ore.

Caseta 12. Asistența în stările terminale

Medicația în dispneea terminală

Medicamentul	Doza inițială	Doza maximă	Calea de administrare
Morfina	10 mg / 24 h	Titrare în funcție de eficiență și toleranță	subcutanat
Midazolam pentru sedare	10-30 mg / 24 h	200-260 mg / 24 h (doza maximă pentru agitație)	subcutanat
Clorpromazina	12,5 mg IV la fiecare 4 ore 25 mg PR la fiecare 8-12 ore	300-900 mg / 24 h	Intravenos sau rectal

C.2.7. Complicațiile

Tratamentul narcozei și a depresiei respiratorii

Terapia inițială	
Cauza	Tratamentul
Depresie respiratoare iatrogenă	Naloxon – 0,1-0,2mg i.v., la fiecare 3 minute, maxim 5 doze
Supradoză identificată sau suspectată	Naloxon – 0,4-2mg i.v., la fiecare 3 minute, maxim 5 doze
Notă:	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ trebuie utilizată doza minimă eficientă de Naloxon, pentru reducerea riscului de recurență a durerii și de apariție a sindromului de sevraj; ✓ Naloxon poate fi administrat i.m. sau s.c., cu o ușoară creștere a intervalelor dintre injecții; ✓ dacă dozele de mai sus sau în total de 10mg i.v. sunt ineficiente, opioidul este improbabil factorul cauzator; ✓ poate fi necesară o doză mai mare în cazul Buprenorfinei (8-16 mg). 	
Terapia continuă	
<ul style="list-style-type: none"> • Pentru durata acțiunii medicamentului cauzator. • Injecții i.v. sau i.m. repetate, cu aceeași cantitate de Naloxon, care a produs răspunsul inițial, cât de des este nevoie pentru a menține o respirație adecvată sau infuzie continuă cu 2/3 din doza care a produs răspunsul inițial, per oră și titrată în funcție de efect. 	

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

D.1. Instituțiile de asistență medicală primară	Personal:
	Dispozitive medicale și consumabile:
	Medicamente:
D.2. Secțiile și instituțiile consultativ-diagnostice	Personal:
	Dispozitive medicale și consumabile:
	Medicamente:
D.3. Secțiile de profil general ale spitalelor raionale, municipale	Personal:
	Dispozitive medicale și consumabile: aparate sau acces pentru efectuarea examinărilor și procedurilor:
	Medicamente:
D.4. Centrul sau clinicile specializate	Personal:
	Dispozitive medicale și consumabile: aparate sau acces pentru efectuarea examinărilor și a procedurilor:

	<ul style="list-style-type: none"> • rectoromanoscop • aparatăj radiologic • aparatăj endoscopic
	Medicamente: <ul style="list-style-type: none"> • din grupele de mai sus care sunt disponibile dotării instituției

E. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI

Nr.	Scopul	Indicatorul	Metoda de calcul a indicatorului	
			Numărător	Numitor
1.	A spori proporția persoanelor din grupul de risc în dezvoltarea simptomatologiei respiratoare care beneficiază de tratament sau de profilaxie	1.1. Proporția persoanelor/pacienților din grupul de risc în dezvoltarea simptomatologiei respiratoare, cărora li s-a administrat tratament	Numărul de persoane/pacienți din grupul de risc în dezvoltarea simptomatologiei respiratoare cărora li s-a administrat tratament	Numărul total de persoane/pacienți din grupul de risc pentru dezvoltarea simptomatologiei respiratoare, care se află sub supravegherea medicului de familie, pe parcursul ultimului an
2.	A spori nivelul de calitate în diagnosticarea pacienților cu simptomatologie respiratoare	2.1. Proporția persoanelor/pacienților din grupul de risc în dezvoltarea simptomatologiei respiratoare, conform recomandărilor PCN, pe parcursul unui an	Numărul de persoane/pacienți din grupul de risc în dezvoltarea simptomatologiei respiratoare, cărora li s-a efectuat <i>screening</i> -ul conform recomandărilor din <i>Îngrijiri paliative în dispnee stare terminală</i> , pe parcursul ultimului an	Numărul total de persoane/pacienți din grupul de risc în dezvoltarea simptomatologiei respiratoare, care se află sub supravegherea medicului de familie, pe parcursul ultimului an
3.	A spori nivelul de calitate a tratamentului acordat pacienților cu simptomatologie respiratoare	3.1. Proporția pacienților cu simptomatologie respiratoare, la care s-a efectuat tratamentul cu preparate specifice	Numărul de pacienți cu simptomatologie respiratoare, la care s-a efectuat tratamentul cu preparate specifice	Numărul total de pacienți cu simptomatologie respiratoare, supuși tratamentului de către medicul de familie, pe parcursul ultimului an
4.	A micșora frecvența de apariție a simptomatologiei respiratoare	4.1. Proporția pacienților cu simptomatologie respiratoare, la care persistă cauza și li s-a administrat tratament	Numărul de pacienți cu simptomatologie respiratoare, la care persistă cauza și cărora li s-a administrat tratament	Numărul total de pacienți cu simptomatologie respiratoare, la care persistă cauza și au fost supravegheați de către medicul de familie, pe parcursul ultimului an.

Tabelul 2. Particularitățile clinice ale dispneei

Particularități		Exemple
Mod de debut	brusc	Corpi străini, embolie pulmonară, pneumotorax, astm bronșic, traumatisme
	progresiv	Pleurizie, pneumonie, emfizem pulmonar, fibroză pulmonară, insuficiență cardiacă
Condiții de apariție	factori declanșatori	Efort fizic, stres psihic, infecții respiratoare, traumatisme, alergeni, substanțele toxice, iritante
Modificări ale frecvenței respirației	polipnee	Stres, eforturi fizice, febră, afecțiuni pulmonare, ale pleurei, ale cordului, anemii, hipertiroidism, alcaloză, hipoxie
	bradipnee	Obstrucție a căilor respiratoare, edem glotic, astm bronșic, bronșită cronică, bronhopneumopatie cronică obstructivă
Modificări ale ritmului respirator	Cheyne-Stokes	Insuficiență circulatorie cerebrală, insuficiență cardiacă, tulburări metabolice, accidente vasculare cerebrale
	Kussmaul	Comă diabetică uremică, hepatică, intoxicații cu substanțe acidifiante
	Biot	Traumatisme craniocerebrale, encefalite, tulburări metabolice, intoxicații
	respirație de tip invers	bronhopneumonia
	sindromul de apnee în somn	Sindromul de apnee centrală, sindromul de apnee obstructivă
Poziție a bolnavului	ortopneea	Insuficiență cardiacă stângă
	Inspirație forțată	Astm bronșic
Simptome asociate	În funcție de boală	Tiraj, cornaj, <i>wheezing</i> , tuse, expectorație seroasă, rozată, spumoasă, raluri, modificări a murmurului vezicular, matitate pulmonară, cardiomegalie, tulburări de ritm cardiac, edeme, febră, stare de șoc, pierderea cunoștinței

ANEXE

Anexa 1. Ghidul pacientului cu dispnee

Simptomatologia

Cuprins

Asistența medicală de care trebuie să beneficiați

Diagnosticul simptomatologiei respiratoare

Tratamentul dispneei

Introducere

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

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

Indicațiile din ghidul pentru pacient acoperă:

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

Asistența medicală de care trebuie să beneficiați

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

Anexa 2. Recomandările pentru implementare în conduita pacienților cu simptomatologie respiratoare

1. Considerăm necesară implementarea obligatorie la nivelul de medici de familie, medici interniști și specialist (pneumoftiziolog) investigația pacienților, stabilirea diagnosticului și tratamentul adecvat.
2. Considerăm necesară aprovizionarea pacienților cu medicamente respective pentru tratamentul simptomelor gastrointestinale.

BIBLIOGRAFIE

1. Anthonisen N.R., Manfreda J., Warren C.P. et al. Antibiotic therapy in exacerbations of chronic obstructive disease//Ann.Intern.Med.1987, p.106-204.
2. Botnaru V. Astmul bronșic. Chișinău, 2000, 94 p.
3. Botnaru V. Bolile aparatului respirator. Chișinău, 2001, 637 p.
4. Botnaru V. Semiologia radiologică a toracelui. Chișinău, 2005, 400 p.
5. Bruckner I. I. sub redacția Semiologie medicală, Editura medicală, București, 2002, p.462.
6. Gherasim L. Medicină internă. Vol. I, Bolile aparatului respirator și aparatului locomotor. Editura Medicală, București, 1995.
7. Global strategy for asthma management and prevention, NHLB/WHO Workshop report, National Heart, Lung and Blood Institute publication, 1995; 2006; 2007.
8. Global Initiative for Asthma. Medical Communications Resources, Inc. 2006
9. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. – Bethesda National Heart, Lung and Blood Institute, April 2001.
10. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. NHLBI/WHO workshop report.- Bethesda, National Heart, Lung and Blood Institute, April 2001; NIH Publication No 2701:1-100.
11. Global strategy for the diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. National Institutes of Health, National Heart, Lung and Blood Institute, updated 2003.
12. Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (UPDATED 2007) Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease
13. Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (UPDATED 2006) Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease.
14. Juniper E., Bousquet J., Abetz L., Bateman E. Identifying ‘well controlled’ and ‘not well controlled’ asthma using the Asthma Control Questionnaire. *Respir. Med.*, 2006; 100(4):616-21.
15. Highlights of the Expert Panel Report: Guidelines for diagnosis and management of asthma, National Heart, Lung and Blood Institute publication nr. 97-4051A. 1997.
16. Leru P. Astmul bronșic: 200 întrebări și răspunsuri. Amaltea, 1999, 112 p.
17. Masoli M., Fabian D., Holt S., Beasley R. The global burden of asthma: executive summary of the GINA Dissemination Committee report. *Allergy*, 2004; 59(5):469-78.
18. Popescu F. Farmacoterapie inhalatorie. Ed. Sitech, 1996.
19. Thomson N., Chaudhuri R., Livingston E. Asthma and cigarette smoking. *Eur. Respir. J.*, 2004; 24(5):822-33.
20. 14. Чучалин А. Бронхиальная астма. Москва, 1997.