



# **ACTUALITĂȚI ȘI INTERFERENȚE ÎN MANAGEMENTUL PRINCIPALELOR SIMPTOME.**

**Șef lucrări dr.Albu Sorin Adrian.  
UMFST "George Emil Palade" Tg.Mureș.**

## **ANXIETATEA.**

### **DOVEZI CONEXE.**

-Tulburările de anxietate coexistă frecvent cu depresia și apar la până la două treimi dintre pacienții care au nevoie de îngrijire paliativă.

Preocupările conexe la sfârșitul vieții includ:

un sentiment de povară.

pierderea demnității.

o frică de moarte.

-Există scale pentru screening, cum este scala HAD dar care nu este specifică pentru pacienții de IP.

-The Geriatric Anxiety Inventory (GAI) este o scală validată pentru pacienții vârstnici din centrele de bătrâni.

-PROMIS Paediatric Anxiety Scale and the STAI (State-Trait Anxiety Inventory) este validată pentru utilizarea la copii oncologici.

### **SUMARUL DOVEZILOR.**

#### **DEFINIȚIE ȘI INCIDENȚĂ.**

-Anxietatea apare la 15 până la 23% din pacienții diagnosticați cu cancer, într-o treime cu boli de inimă și două treimi dintre cei cu boală pulmonară obstructivă cronică, cu boală renală sau cu cancer în stadiu terminal.

-Ratele de anxietate sunt ușor mai mari la persoanele în vârstă și cresc la trei sferturi dintre persoanele în vârstă cu disfuncții cognitive. Acesta poate fi un răspuns la moartea iminentă, dar poate rezulta din alte condiții netratate sau simptome. Frica de moarte este frecventă la pacienții cu cancer avansat, dar a fost observată și la persoanele în vârstă și la pacienții cu cancer în stadiu incipient.

-Anxietatea poate fi rezultatul unei tulburări de anxietate subiacente, a durerii netratate sau a altor simptome netratate sau prost gestionate și coexistă frecvent cu depresia.

-Există multe motive pentru care o persoană care este îngrijită în cadrul îngrijirii paliative ar dezvolta anxietate, acestea includ simptome prost gestionate, antecedente de anxietate sau ca reacție la medicamente.

teamwork  
is that th

## EVALUAREA.

- Cel mai utilizat instrument de screening pentru anxietate este Scala de anxietate și depresie a spitalului (HADS), care are întrebări separate pentru depresie și anxietate și este un instrument util pentru evaluarea inițială.
- Nu există scale specifice pentru evaluarea anxietății la pacienții din IP.
- Instrumentele de screening identificate pentru a fi utilizate în îngrijirea pacientului cu cancer pot fi utile, dar au dovezi limitate pentru valabilitatea lor în îngrijirea paliativă.
- Screening-ul precoce poate fi benefic pentru pacienți. Un interviu clinic structurat este considerat abordarea \"standard de aur\" pentru diagnosticarea tulburărilor de anxietate.
- Luarea în considerare timpurie și continuă a aspectelor psihologice și psihiatrice ale îngrijirii persoanelor este utilă în îngrijirea paliativă.
- The Death and Dying Anxiety Scale (DADDS) a fost dezvoltat special pentru a măsura anxietatea de deces la pacienții cu cancer avansat, dar necesită o validare suplimentară pentru utilizarea în paliatie.

## TRATAMENT.

- Trimiterea la servicii specializate poate fi utilă dacă anxietatea devine severă.
- Abordările generale de tratament pentru anxietate pot fi utile la pacienții cu îngrijire paliativă, dar există dovezi limitate pentru a susține recomandări specifice.

## IMPLICAȚII PRACTICE.

- Instrumentele de screening care au fost validate în diverse setări includ:
  - Scala de anxietate și depresie a spitalului (HADS) care are scale separate pentru depresie și anxietate și este un instrument util pentru evaluarea inițială.
  - The Geriatric Anxiety Inventory (GAI) pentru utilizarea la persoanele în vârstă în facilități rezidențiale.
  - The PROMIS Paediatric Anxiety Scale and the STAI (State-Trait Anxiety Inventory) pentru copii cu cancer.
- Trimiterea la servicii specializate poate fi utilă dacă anxietatea devine severă.
- anxietatea față de moarte este frecventă la pacienții cu cancer avansat, dar poate fi observată la persoanele în vârstă și la pacienții cu cancer în stadiu incipient.

teamwork  
is that th

-Death and Dying Anxiety Scale (DADDS) a fost testat la pacienții cu cancer avansat, dar necesită o validare suplimentară.  
-Intervenții care vizează bunăstarea spirituală, menținerea speranței, demnitatea și respectul de sine s-au dovedit a avea un efect pozitiv, deși lipsesc concrete în acest domeniu.

### **DOVEZI INSUFICIENTE.**

-Au fost exprimate preocupări cu privire la sensibilitatea și specificitatea HADS. Sunt necesare mai multe dovezi pentru a testa acest instrument în populația de îngrijire paliativă.

-Instrumentele de screening pentru anxietate identificate pentru a fi utilizate în îngrijirea pacienților cu cancer, cum ar fi cele menționate mai sus, nu au fost validate într-un context de îngrijire paliativă.

-Instrumentele de examinare pot fi utile atunci când sunt utilizate în scopuri de evaluare comparativă sau pentru a monitoriza progresul individual.

-Având în vedere că nu există suficiente dovezi pentru a trage o concluzie cu privire la eficacitatea farmacoterapiei pentru anxietate la pacienții bolnavi în fază terminală sunt necesare studii clinice prospective controlate.

-Există cercetări limitate cu privire la rolul intervențiilor psihoterapeutice în paliativă, dar unele dovezi sugerează că acest lucru ar putea fi util.

-Death and Dying Anxiety Scale (DADDS) a fost testat la pacienții cu cancer avansat, dar necesită o validare suplimentară.

teamwork  
is that th

## **DEPRESIA.**

### **SUMARUL DOVEZILOR.**

#### **DEFINIȚIE ȘI INCIDENȚĂ.**

- Simptome psihiatrice, cum ar fi starea de spirit scăzută, suferință emoțională sau suferință psihologică nespecifică și condiții psihiatrice, cum ar fi tulburările depresive de dispoziție sunt mai frecvente la pacienții cu boli care limitează viața decât în populația generală.
- În lume aproximativ 6,2% din populația adultă este dgs și tratată de depresie.  
Incidența depresiei la pacienții cu cancer terminal este estimată la 21%, la pacienții cu demență 15%, la cei cu insuficiența cardiacă 20% și la cei cu boli renale terminale de 25% și la cei cu insuficiența hepatică în stadiu terminal de peste 64%.
- De asemenea depresia a fost identificată ca fiind prezentă la pacienții din centre rezidențiale într-o proporție de peste 44%.
- Depresia a fost identificată ca fiind unul dintre cele 11 simptome comune într-o revizuire a simptomelor pacientului în stadiu terminal în cinci boli terminale.
- Prevalența depresiei la îngrijitorii pacienților este, de asemenea, mai mare decât populația generală, estimările fiind de până la 46 la sută.
- Pacienții și îngrijitorii acestora care accesează servicii de îngrijire paliativă au fost identificați ca având simptome psihiatrice nediagnosticate și afecțiuni psihiatrice.

#### **EVALUAREA.**

- În cadrul îngrijirii paliative, prezența suferinței emoționale și a simptomelor psihologice nespecifice este comună, și considerată frecventă.
- Screening-ul și gestionarea suferinței psihologice este o parte integrantă a abordării îngrijirii paliative.
- Clasificarea diferitelor niveluri de suferință emoțională, anxietate și depresie poate fi dificilă și diagnosticarea condițiilor psihiatrice, cum ar fi tulburarea de dispoziție depresivă poate fi mai dificilă în boala paliativă avansată, deoarece simptomele altor afecțiuni, cum ar fi avansarea în boală sau boala comorbidă, pot fi similare cu simptomele depresiei.

teamwork  
is that th



- Screening-ul inițial pentru simptome sau afecțiuni psihiatrice a necesită o evaluare clinică cuprinzătoare care se bazează pe DSM.
- Nu există instrumente de screening sau de evaluare specific pentru depresie în îngrijirea paliativă.
- O serie de revizuri sistematice au examinat utilizarea unor instrumente validate în diferite populații din îngrijirea paliativă sau în boala în stadiu terminal.
- The Edmonton Symptom Assessment System, the Beck Depression Inventory și the Hospital Anxiety and Depression Scale sunt instrumente bine cunoscute și au fost aplicate în IP. atenție când se utilizează aceste scale (uneori furnizează informații limitate și cu caracter confuziv).
- Alte scale au fost studiate pentru a fi folosite la copii inclusiv the Beck Depression Inventory, the Hospital Anxiety and Depression Scale și the Children's Depression Inventory.

teamwork  
is that th

## TRATAMENT.

- abordarea tratamentului pentru tratarea depresiei unui pacient va fi ghidată de severitatea simptomelor și de evoluția estimată a lor.
- multe intervenții farmacologice necesită timp pentru a ajunge la un efect terapeutic și, ca urmare, nu sunt adecvate în ultimele săptămâni de viață.
- pentru inhibitorii recaptării serotoninei și noradrenalinei-Serotonin-norepinephrine reuptake inhibitors (SNRIs) efectul optim apare după 4-6 săptămâni,
- pentru inhibitorii selectivi ai recaptării serotoninei-(serotonin reuptake inhibitors (SSRIs),efectul este puțin mai rapid.
- nici un medicament nu s-a dovedit a fi mai eficace decât altul (de luat în considerare efectele secundare).
- Similar cu abordările farmacologice, abordările non-farmacologice de tratament al depresiei necesită timp pentru a oferi o terapie optimă.
- Terapia cognitiv-comportamentală, terapia de acceptare și angajament sunt toate recunoscute ca intervenții terapeutice potențiale în depresie, dar necesită personal specializat, timp pentru a oferi o terapie optimă și sunt cel mai bine utilizate în combinație cu farmacoterapia când simptomele sunt severe.
- Trimiterea timpurie la servicii specializate poate fi benefică.
- există puține dovezi ale tratamentelor non-farmaceutice ale depresiei la pacienții din IP. Totuși pot avea beneficii individuale în funcție de severitatea depresiei și particularitățile clinice.
- recent o meta-analiză a demonstrat că terapia cognitivă are unele beneficii în cazul familiei sau a îngrijitorilor la pacienții cu demență.
- Depresia nediagnosticată sau netratată are efecte negative asupra calității vieții persoanelor care se adresează serviciilor de paliativă și influențează negativ prognosticul bolii.

teamwork  
is that th

### **DOVEZI INSUFICIENTE (pt.IP).**

-există o cercetare limitată pentru a trage concluzii clare sau să existe un consens cu privire la conceptualizarea, evaluarea și gestionarea depresiei în IP.

-instrumentele de screening pentru depresie pentru IP au fost adaptate din alte grupuri populaționale și este nevoie de mai multe cercetări pentru a le valida în IP.

-influența culturală asupra depresiei de la sfârșitul vieții nu este înțeleasă în mod clar.

-

teamwork  
it is that th



## **PROBLEME ALE APETITULUI.**

### **DOVEZI CONEXE.**

- pierderea în greutate (cașexia) și inapetența (anorexia) sunt semnificative pentru mulți pacienți din IP și prezic independent un prognostic mai prost.
- scala Pacient Generated Global Assesment Tool este validată și recomandată pentru evaluarea nutrițională la pacienții oncologici cu cașexie.
- frecvent cașexia este mai slab manageriată de furnizorii de IP datorită unor lipsuri ale cunoștințelor despre screening și tipul de intervenții, o lipsă a resurselor și mai ales o lipsă de protocoale clare.
- există unele dovezi cu privire la folosirea unor preparate de tip progesteroni sau corticoizi ca stimulante ale apetitului în cancerul avansat, dar exist mai puține dovezi care să sugereze că acestea sunt asociate cu orice îmbunătățire a calității vieții.
- guidelines-uri pt. managementul cașexiei și anorexiei în cc. avansat sunt disponibile.
- s-a demonstrat că consilierea nutrițională îmbunătățește unele obiective cum ar fi calitatea vieții, dar dovezile sunt limitate.
- hrănirea artificială în demența avansată este problematică din punct de vedere etic și nu oferă o bună paliativă.
- în general, accentul ar tr. să fie pe oferirea de orice aport oral pe care pacientul îl acceptă, precum și pe o bună îngrijire a cavității bucale.
- cu toate acestea, familiile și personalul de îngrijire pot avea nevoie atât de sprijin cât și de educație în acest domeniu.

teamwork  
is that th

## **DOVEZI CONEXE.**

### **DEFINIȚIE ȘI PREVALENȚĂ.**

- pierderea în greutate (cașexia) și al apetitului (anorexia) reprezintă motive de îngrijorare pt. pacienții din IP.
- aceste condiții apar mai frecvent în boli oncologice progresive, HIV, insuficiență cardiacă avansată, stări terminale ale bolilor pulmonare, IRC, demență avansată.
- concentrarea pe creșterea în greutate ca atare cel mai probabil nu va avea un efect pe starea clinică.
- potențialele probleme reversibile care contribuie la anorexie tr. căutate și tratate corespunzător.
- aceste cauze pot fi: mucozita, probleme orale, greața, durere, disfagie, constipația, depresia, familia, așteptări ale societății sau culturale privind dieta, alimentația, prezentarea necorespunzătoare a alimentelor, lipsa de motivare sau scăderea activității, disgeuzia (schimbarea mirosului, a gustului), malabsorbția, dispneea, efecte ale medicației.

### **EVALUARE ȘI TRATAMENT.**

- relația dintre starea metabolică, hiper-metabolism, anorexie și nutriție este extrem de variabilă, complexă și imprevizibilă.
- apetitul este un simptom subiectiv.
- o scală simplă de evaluare este disponibilă ex. Pacient Generated Subjective Assessment. Totuși experții nu recomandă folosirea doar a unei scale de evaluare.
- cu o mai bună înțelegere a sindromului de anorexie, cașexie, tratamentele viitoare sunt susceptibile de a fi multidimensionale și pot fi inițiate mai devreme.
- acestea includ stimulente ale apetitului, suport nutrițional adaptat și exerciții fizice și tratamente pentru fenomenul inflamator asociat cașexiei.

### **SUMARUL DOVEZILOR.**

- în evaluarea și managementul cașexiei un rol important în are stadializarea (pre-cașexie, cașexia și cașexia refractară).
- identificarea factorilor reversibili (simptome secundare impactului nutrițional-secondary nutritional impact symptoms-S-NIS).
- evaluarea tr. să includă și investigarea markerilor inflamatori. Rolul lor în practica clinică este de a identifica pacienții mai devreme în traiectoria lor paliativă și de a fi încorporate în ghidurile de practică clinică cu privire la gestionarea sindromului.

teamwork  
is that th

- neurofiziologia apetitului este încă în mare măsură o necunoscută.
- poate să fie diferită față de mecanismul cașexiei/pierderii în greutate.
- în prezent este studiat polimorfismul genetic și este o cale de a identifica markerii susceptibili.
- profilul metabolic al cașexiei este diferit de profilul existen în foamente.
- cașexia de cauză oncologică evoluează cu sdr/ inflamator, hipermetabolism, schimbări neuro-hormonale, producție de factori proteolitici și lipolitici.
- la pacienții cu demență avansată pierderea poftei de mâncare, scăderea aportului oral-poate fi un marker la tranziției bolii în stadiu terminal.
- există puține dovezi convingătoare care să susțină folosirea diferitelor regimuri nutriționale pt. pacienții care pierd în greutate.
- au fost identificate două abordări, prima implică strategii de maximizare a aportului, a doua concentrându-se pe a permite pacientului să /”mănânce cea ce îi place”/. Sunt necesare dovezi suplimentare pt. a înțelege dacă și în ce stadiu anumite subgrupuri pot beneficia de un sprijin nutrițional mai intensiv.

## **IMPLICAȚII PRACTICE.**

- apetitul este un simptom subiectiv.
- există o scală simplă de ex. Patient Generated Subjective Global Assessment.
- obiectivele suportului nutrițional sunt atât fizice cât și psihosociale.
- frecvent cașexia este prost gestionată de profesioniștii din domeniul sănătății din cauza lipsei de cunoștințe despre screening și intervenții, lipsei de resurse disponibile.

teamwork  
is that th

## DOVEZI INSUFICIENTE.

- Asociația Europeană pentru Îngrijiri Paliative (EAPC) rafinează definițiile cașexiei pentru îngrijirea paliativă, revizuiind importanța sindroamelor cu impact nutriționar secundar și studierea rezultatelor psihosociale ale cașexiei și anorexiei și dezvoltarea unui instrument de decizie.
- unele scale folosite pentru screening care evaluează apetitul necesită o validare suplimentară, iar scale pt. evaluarea calității vieții sunt necesare.
- studii privind diferențele între cașexia din cancer, din insuficiențele renale și cele cardiace sunt în curs de desfășurare.
- multe studii care au avut ca rezultat o creștere în greutate nu au identificat cum anume s-a câștigat în greutate (pe seama musculaturii, a grăsimii sau a edemelor).
- masa musculară scheletică, mai degrabă decât greutate totală, este cel mai strâns corelată cu starea funcțională.
- alte puncte importante, cum ar fi calitatea vieții, starea de performanță, exercițiile fizice și nivelurile de activitate sunt acum studiate în plus față de modificările în greutate.
- pierderea de masă musculară semnificativă (sarcopenia) poate apărea la pacienții cu greutate corporeală menținută datorită grăsimii; posibilitatea de a evalua acest lucru prin scanare CT este studiată pentru a identifica acei pacienți în stadii incipiente de cașexie care ar putea beneficia de intervenții ulterioare.
- "/sațietatea timpurie"/- este atunci când o persoană dorește să mănânce, dar poate servi doar mici cantități din cauza apariției precoce a sațietății. Este frecventă la pacienții cu cancer și poate fi separată de alte probleme ale apetitului sau poate coexista cu anorexie sau greață.
- neuropatia autonomă poate și o cauză contribuatoare.
- sațietatea timpurie nu este bine înțeleasă dar a fost identificată ca un domeniu pentru cercetări ulterioare.
- disgeuzia (anormalități în simțul gustului) este un simptom comun întâlnit în timpul tratamentului pentru cancer (56-76% incidență estimată). Frecvent asociată cu probleme ale cavității bucale și se asociază cu o calitate slabă a vieții. Studii privind tratamentul cu zinc sau amifostine (citoprotector folosit în radio-și chimioterapie) au arătat beneficii mici.
- consilierea dietei și consilierea educațională pot fi de ajutor.
- beneficiile AINS pot fi îmbunătățite atunci când sunt utilizate în combinație cu alți stimulatori ai apetitului, deși dovezile pentru anumite combinații rămân scăzute.

teamwork  
is that th

- markerii inflamatori, inclusiv proteina C reactivă și altele sunt studiați pentru o potențială utilizare clinică ca instrumente de screening și monitorizare în sindromul anorexiei/cașexiei.
- polimorfismele genetice sunt investigate în căutarea biomarkerilor susceptibili.

## **CONSTIPAȚIA.**

### **DOVEZI CONEXE.**

- constipația în IP este definită în principal de către pacient.
- dacă pacientul se plânge de constipație înseamnă că frecvența este redusă sau are dificultăți la defecație și evaluarea tranzitului este justificată.
- un istoric aprofundat al pacientului și un examen fizic sunt esențiale.
- o listă de factori cheie ar trebui utilizați pentru a evalua factorii cauzatori și impactul constipației-această evaluare ar trebui să fie continuă pe tot parcursul îngrijirii pacientului.
- dacă se suspectează o obstrucție intestinală malignă trebuie investigată radiologic.
- măsurile preventive, cum ar fi asigurarea confortului, încurajarea activității și creșterea aportului de lichide ar trebui să fie desfășurate în timpul îngrijirii pacientului.
- în general o combinație de laxative de înmuiere și stimulante ale peristaltismului intestinal este recomandată.
- profilactic prescrierea regulată a laxativelor în cursul trat. opioid este cea mai bună soluție.
- la pacienții din IP există o limită a potențialului de prevenire și gestionare a constipației prin strategii dietetice, stil de viață sau prevenire.

teamwork  
is that th



## **SUMARUL DOVEZILOR.**

### **DEFINIȚIE ȘI INCIDENȚĂ.**

- constipația este definită ca /”trecerea rară și cu dificultate a materiilor fecale mici, dure”/.
- pacienții variază în ceea ce privește importanța pe care o dau diferitelor componente ale acestei definiții ATUNCI când își evaluează propria constipație și pot introduce noi factori cum ar fi durerea și disconfortul la defecație, flatulență sau o senzație de evacuare incompletă.
- constipația cronică este unul din cele mai frecvente efecte secundare ale opioidelor și apare la 40-70% dintre pacienții tratați cu morfină orală pentru durerea din cancer.
- alte cauze de constipație ar trebui căutate și evaluate.

### **EVALUARE.**

- constipația indusă de opiacee trebuie luată în considerare în timpul evaluării constipației.
- alți factori posibili includ:
  - medicația cu 5-HT<sub>3</sub> (ex.granisetron, ondansetron etc.), anticolinergice, trat. cu fier, unele antihipertensive (ex.blocante Ca), scăderea aportului alimentar oral, deshidratare, modificări ale dietei, anormalități metabolice (hipercalcemia, uremia, hipotirodismul, hipokalemia, diabetul), scăderea mobilității pacientului, astenia, dificultatea de a accesa facilitățile toaletei, ocluziile intestinale, probleme neurologice (ex. leziune de coadă de cal), neuropatia S.autonom, depresia, faza terminală.
- deși este frecvent întâlnită la pacienții din IP, este subdiagnosticată și subtrată.
- examinarea pacientului tr. să fie concentrată pe examenul rectal, inclusiv evaluarea planșeului pelvin și structurilor ano-rectale.
- Rtg. abdominal poate fi necesară dacă se suspicionează o ocluzie dar nu este necesară pt. dgs. constipației.

teamwork  
is that th

## **TRATAMENT.**

- pe lângă abordarea și modificarea oricăror cauze posibile ale constipației, laxativele sunt de obicei necesare.
- dovezi care să susțină un anumit laxativ sunt slabe, nuci pentru populație în general și nici specific pentru IP.
- cu toate acestea, recomandările generale pentru prevenirea și tratamentul constipației la pacienții din IP au fost făcute pe baza opiniei experților și aceștia sugerează o combinație dintre un stimulent și un agent de înmuiere este de obicei necesară.
- intervenții la nivel rectal pot fi, de asemenea, necesare când există o cauză neuropată sau când există o miopatie. Acest lucru trebuie evaluat individual.

## **DOVEZI INSUFICIENTE.**

- una din dificultățile privind studiul constipației este lipsa unui consens al definiției.
- definiția EAPC se bazează pe propria evaluare subiectivă a pacientului dacă sunt sau nu constipați, mai degrabă decât frecvența defecării.
- există diferențe considerabile între indivizi ceea ce face dificilă propunerea unei descrieri generale a obiceiurilor intestinale normale și anormale. ca urmare, cercetările privind prevalența constipației și rezultatele tratamentului sunt dificil de interpretat.
- studiile clinice privind managementul disfuncțiilor intestinale induse de opioide sunt promițătoare. Antagoniști ai acțiunii opioidelor care au efect local pe tractul gastro-intestinal (ex.methylnaltrexone) au rezultate încurajatoare în trialuri clinice. Methylnaltrexone are și beneficii afiționale pe motilitatea gastrică, dar cercetări viitoare sunt necesare.
- alte substanțe medicamentoase pentru managementul constipației cronice includ agoniștii selectivi ai canalelor de calciu (ex.lubiprostone) și agoniști ai receptorilor de serotonină 5-HT3(ex.tegaserod). Nu au fost studiate încă pe populația din IP.
- a fost sugerată o relație între deteriorarea stării de performanță, opioide, efecte anticolinergice, apropierea de deces și prescrierea laxativelor.

teamwork  
is that th

## **SIMPTOME RESPIRATORII.**

### **INFORMAȚII CHEIE.**

- incidența și severitatea simptomelor respiratorii variază în funcție de pacient.
- între 50 și 70% din pacienții cu cancer.
- 50% din insuf. cardiacă.
- 95% din cei cu boli pulmonare.
- evaluarea funcției respiratorii include identificarea potențialelor cauze pt. problemele respiratorii.
- evaluarea regulată-esențială la pacientul din IP,iar asta include măsurarea intensității simptomului și a oricărei suferințe sau deficiențe asociate.
- managementul include metode farmacologice și non-farmacologice.
- opioidele, oral sau injectabil, au efect favorabil în simptomele respiratorii, în boli onco-și non-oncologice.
- opioidele în nebulizare nu au ovedit beneficii semnificative.
- rolul benzodiazepinelor în trat. dispneei nu este bine documentată, deși reducerea anxietății în dispnee este o practică curentă.
- deși terapia cu oxigen nu s-a dovedit a avea avantaje majore comparativ cu terapia fără oxigen la pacienții cu boli pulmonare cronice terminale, există subpopulații de pacienți în care are beneficii. terapia cu oxigen trebuie individualizată, bazat pe prezența hipoxiei și o evaluare formală a beneficiului terapeutic după o probă terapeutică.
- medicația pentru problemele secretorii nu a arătat mai multe beneficii decât placebo,dar este folosită uzual.

-

teamwork  
is that th

## **SUMARUL DOVEZILOR.**

### **DEFINIȚIE ȘI INCIDENȚĂ.**

- problemele respiratorii pun importante probleme la pacienții din IP și apar cu o frecvență tot mai mare în stadiul terminal sau avansat al bolii.
- incidența și severitatea variază în funcție de condiții dar este apreciată între 50 și 70% a pacienții cu cancer, 50% la cei cu IC, 95% la cei cu cc. pulmonar sau BPOC.
- principalele dgs. paliative care cauzează probleme de respirație sunt: cc.pulmonar primar, alte cc. care implică plămânul, peretele toracic,obstrucție de căi respiratorii sau mediastin, limfangică carcinomatoasă, IC în stadiu terminal, insuf.respiratorie în stadiu terminal, boli neuromusculare ex. boala neuronilor motori.

### **EVALUARE ȘI TRATAMENT.**

- potențialii factori care se pot trata ar trebui identificați și tratați.
- acești factori includ: embolia pulmonară, co-morbidități pulmonare (ex.BPOC), anemia, slăbiciunea musculară și pierderea de masă musculară datorită cașexiei, revărsatul pleural, pericardita și tamponada cardiacă, ascita, toxicitatea pulmonară prin chimio-sau radioterapie, anxietatea/atacurile de panică/depresia, nevoia de prim ajutor, echipamente, creșterea suportului la domiciliu sau modificarea activității zilnice, pentru a minimiza dispneea.
- principalele simptome respiratorii care pot fi întâlnite într-un context de IP sint dispneea și obstrucția.

teamwork  
is that th

## **IMPLICAȚII PRACTICE.**

- pe baza puținelor dovezi actuale, recomandările sunt de a lua în considerare tratamentul în funcție de boală pt. a trat. să se adreseze cauzelor potențial reversibile ale tusei sau dispneei.
- evaluarea de rutină a pacienților din IP este esențială, iar evaluarea tr. să includă o măsură a intensității simptomului cât și a oricărei suferințe sau deficiențe constatate.
- opioidele sunt prima linie de management farmacologic pentru pacienții cu dispnee și boală avansată sau cancer.
- celor cu hemoptizie semnificativă dintr-o malignitate pulmonară se recomandă radioterapie și/sau antifibrinolitice după caz.
- chimioterapia trebuie considerată, dacă este cazul din punct de vedere clinic, ca tratament de primă linie pt. tumorile chemosensibile care cauzează obstrucție.

## **DOVEZI INSUFICIENTE.**

- există puțin consens cu privire la modul de măsurare și evaluare a dispneei la pacienții din IP, atât pentru cercetare cât și pentru îngrijire.
- sunt necesare instrumente și abordări convenite pentru măsurarea acestui simptom.
- hipoxia nu este adesea corelată cu dispneea la pacienții din IP, iar corectarea hipoxemiei cu O<sub>2</sub> poate sau nu să îmbunătățească simptomele. Dispneea este un simptom complex și subiectiv și dificil de studiat în cadrul IP.
- dispnea episodică pare a fi un aspect comun dar prost înțeles al dispneei. Este necesară o definiție convenită și cercetări suplimentare.
- o serie de strategii non-farmacologice pentru gestionarea dispneei sunt investigate și s-au dovedit a fi eficiente în cancerul avansat și boli pulmonare avansate.
- studiile sunt în curs pt. a stabili o strategie pentru titrarea de morfină și fentanil pentru dispnee.
- sunt necesare studii suplimentare pentru a evalua beneficiile potențiale ale furosemidului nebulizat în dispnee.
- cercetări ulterioare sunt necesare pentru a clarifica rolul medicației în managementul secrețiilor pulmonare în stadiile terminale. În absența unor recomandări din guidilines-uri există incertitudini legate de necesitatea de a trata aceste secreții.

teamwork  
is that th



Cercetări recente în managementul tusei descoperă noi medicamente cum ar fi gabapentinul aflat în prezent în trialuri. Nu există încă studii privind managementul tusei la pacienții din IP. Brahiterapia arată promițător ca un tratament pentru tuse la pacienții cu cancer pulmonar. Pe baza dovezilor actuale, trebuie utilizată cea mai mică doză radioterapică eficace. Există cercetări promițătoare privind utilizarea gabapentinului în tusea persistentă.

teamwork  
it is that th

## **DELIRUL.**

### **DOVEZI CONEXE.**

- în ciuda prevalenței, este frecvent subdiagnosticat, în special delirul hipoactiv.
- Dgs- important pentru management, prognostic și consiliere.
- debutul- poate fi asociat cu un prognostic prost.
- în IP poate avea cauze reversibile.
- mai frecvent la pacienții cu probleme anterioare cognitive sau demență.
- cauzează stress semnificativ la pacient, familie, furnizori de sănătate și face mai dificilă evaluarea și tratamentul durerii sau depresiei.
- fluctuațiile simptomelor obligă necesitatea de evaluare de rutină și este mai precisă efectuată periodic decât intermitent.
- există mai multe scale de evaluare ex. Confusion assesment Method.
- frecvent există mai mulți factori precipitanți pentru delirul din IP.
- există dovezi limitate privind utilizarea barbituricelor și a benzodiazepinelor în trat. delirului din IP.
- reducerea unor factori declanșatori, ex. camera/mediul/condițiile de îngrijire, perturbările din timpul zilei/noptii, reducerea polimedicației cu accent pe subs.psihoactive pot reduce delirul.
- educarea și consilierea îngrijitorilor esue un important aspect al managmentului pacienților cu risc de delir sau cu delir diagnosticat.

teamwork  
is that th

## REZUMATUL DOVEZILOR.

### Definiție și prevalență.

- delirul este definit ca o perturbare a stării de conștiență,cu capacitate redusă de concentrare, de susținere și schimbare a atenției.
- criteriile revizuite din DSM necesită:- perturbare a stării de conștiență,cu capacitate redusă de concentrare, de susținere și schimbare a atenției.
  - alterarea cogniției sau tulburări ale percepției.
  - simptomele apar și se dezvoltă în ore sau zile cu tendințe fluctuante în cursul unei zile.
- delirul poate fi -hiperactiv (cu agitație, stare de neliniște generală, stare de agitație accentuată).
  - hipoactiv (cu letargie, somnolență și reducerea nivelului de conștiență).
  - mixt în care simptomele variază de la hiper-la hipoactiv.
- întâlnit frecvent în IP, incidența estimată fiind de peste 40% și crește la 80% în stările terminale.
- în stările terminale, dacă este combinată cu starea de agitație poate fi menționată ca o stare de neliniște terminală.
- delirul este un predictor independent al mortalității.

### Evaluare.

- delirul este frecvent subdiagnosticat, în parte datorită dificultăților de evaluare.
- rămâne o provocare dgs. la copii și pacienți în vârstă.
- în particular delirul hipoactiv este subdiagnosticat și este cel mai frecvent întâlnit în IP.
- cel mai frecvent folosit este Confusion Assesment Method, dar care necesită o expertiză corespunzătoare pt. a fi folositor.
- Delirium Rating Scale care este cel mai uzitat pt. a măsura severitatea delirului.
- mai sunt recomandate Observational Scale of Level of Arousal și Richmond Agitation and Sedation Scale sunt ușor de folosit și recomandate la vârstnici.
- evaluare la copii este dificilă și sunt puține dovezi cu privire la scalele de evaluare pentru acești pacienți.

teamwork  
is that th

-neliniștea terminală cuprinde o serie de simptome și probabil este puțin înțeleasă și exagerat de folosită în IP.  
-cel mai frecvent este descrisă ca o agitație în combinație cu aterarea stării de conștiință care apar la sfârșitul vieții și sunt numite ca delir agitat. Nu există o definiție agreată ale acestei stări. În legătură cu delirul și managementul și potențialul reversibil este încă necunoscut.

-Dgs. diferențial include:delirul, control inadecvat al simptomelor ca de ex. al durerii prurit, retenția urinară, fecalom la un pacient obnubilat,acatizia, miocloniile sau alte tulburări de motilitate, convulsiile, encefalita limbică paraneoplazică, alte tulburări psihotice.

## TRATAMENT.

-delirul poate fi reversibil, deși sunt dovezi că la unii pacienți poate fi persistent, în special la cei cu probleme cognitive pe termen lung.

-cele mai multe dovezi despre tratament și prognostic- din îngrijirea vârstnicilor. Poate fi diferit pt cei din IP, în special în boli cronice avansate.

-în IP delirul este frecvent multifactorial iar când factorii sunt ireversibili se poate decide să nu se investigheze activ.

-factori de luat în considerare care contribuie la delirul din IP și se pot trata:

-infecții.

-tulburări metabolice (insuf.renală,hiperCa,hipoNa, deshidratarea,hipoxia,hipercapnia).

-encefalopatia hepatică.

-probleme cerebrale (tu primar sau metastaze, boli ale leptomeningelui,rtg. la nivel cerebral).

-medicația (psihoactive:benzodiazepine, opioide, corticosteroizi, antidepressive,medicație cu efect anticolinergic).

-dependență de alcool, benzodiazepine, nicotină.

-factori de mediu (ex.internări în spital sau procedee asociate cu internarea, deficit senzorial ex.auz, vâz.

-când delirul este factor deranjant pt. cei terminali sedarea este cel mai realist obiectiv și frecvent sunt folosite benzodiazepinele sau antipsihoticele.

se pot implementa și măsuri non-farmacologice în ultimele zile de viață.

teamwork  
is that th

- delirul –factor de stress pt. familie și îngrijitori. Niveluri mari de stress-în special datorită ireversibilității factorilor ce au determinat delirul și de posibilitatea decesului pacientului înainte de terminarea delirului.
- educarea și informarea din timp – factor important ce reduce stressul.

### **Tratamentul medicamentos.**

#### **Dovezi conexe.**

- patofiziologia delirului nu este pe deplin înțeleasă și verosimil este complexă.
- trat farmacologic a evoluat empiric și a evidențiat folosirea antipsihoticelor.
- în IP-dacă există risc de rănire sau un stress mare pentru îngijitori-sedarea ușoară pe termen scurt este recomandată cu ajutorul sedativelor.
- folosirea antipsihoticelor este documentată în studii, unele mai mici concentrându-se pe populația din IP.
- se folosesc la tratament și profilaxie.
- deși revizia de literatură sugerează un beneficiu în trat.delirului, totuși nu sunt suficient de solide pentru a susține recomandări specifice.
- alegerea trebuie făcută bazându-se pe responsabilitatea individuală. Rezultatele sunt limitate de lipsa studiilor placebo.
- orevizie de literatură recentă concentrată pe trat. delirului sugerează dovezi pentru trat.farmacologic în delirul moderat și sever. Susține trat pe bază de benzodiazepine precum și a haloperidolului în delirul agitat.

teamwork  
is that th



## **IMPLICAȚII PRACTICE.**

- în evaluare trebuie identificați factori potențiali reversibili și trat. lor.
- managementul farmacologic este recomandat în delirul moderat sau sever. Nu există diferențe notabile între haloperidol, olanzapine sau risperidone, alegerea unuia fiind o opțiune individuală.
- există recomandări contradictorii privind managementul delirului agitat în starea terminală. O revizuire recentă privind medicația de la sfârșitul vieții a remarcat cercetări limitate privind delirul agitat și există încă puține dovezi- astfel încât recomandări nu pot fi făcute.
- altă revizuire recentă sugerează că în delirul agitat benzodiazepinele pot fi asociate cu haloperidol.

## **TRATAMENTUL NON-FARMACOLOGIC.**

### **DOVEZI CONEXE.**

- este recunoscut că în populația în vârstă aspectele legate de mediu spitalicesc contribuie la apariția delirului iar modificările de mediu pot preveni delirul.
- un număr de studii folosesc intervenții multicomponente pt. a preveni delirul la cei cu risc. Intervențiile medicului geriatru și ai asistentelor din domeniu au fost studiate.
- intervențiile pe mediu se referă la normalizarea somnului, activități regulate care mențin stimularea cognitivă, limitarea folosirii de catetere, încurajarea mișcării, menținerea hidratării, utilizarea vizualului și a protezelor auditive.
- aceste schimbări implică schimbări în organizarea asistenței medicale, iar instituționalizarea acestor schimbări este o provocare semnificativă.
- există întrebări despre modul cum aceste schimbări afectează mental pacienții din IP vulnerabili cognitiv, care aspect al acestor schimbări contribuie la delirul pacienților din IP.
- revizii sistematice au demonstrat că abordarea multifactorială a mediului are efecte benefice pe populația în vârstă.
- un studiu care a implicat pacienții din IP a cercetat stimularea cognitivă, tehnici de orientare sfaturi de susținere a familiei și informații pentru personal. Autorii nu au putut demonstra beneficii clare prin acest gen de abordare a pacienților cu delir, dar studiind riscul, cost/beneficiu recomandă totuși implementarea acestor tehnici.

teamwork  
is that th

## IMPLICAȚII PRACTICE.

- există dovezi ale factorilor de mediu și cognitivi asupra pacienților vulnerabili.
- este important de luat în calcul caracteristicile mediului de IP care pot crește riscul sau severitatea delirului, pot agrava dezorientarea și de a le minimiza (ex.schimbare frecventă a camerei sau personalului, întreruperi în timpul zilei sau nopții, evitarea imobilizării sau a cateterismului, asigurarea că pacientul are ochelari sau proteza auditivă).
- minimizare medicației când este posibil, cu atenție în special pe medicația psihoactivă.
- este necesar o evaluare atentă a medicației pentru paliative administrând medicația doar necesară.
- educarea și consilierea îngrijitorilor esue un aspect important al managmentului pacientului cu risc de delir sau când delirul a fost diagnosticat.

teamwork  
is that th

## **FATIGABILITATEA.**

### **DOVEZI CONEXE.**

- simptom frecvent în IP, stresant care afectează semnificativ calitatea vieții.
- aproximativ jumătatea din adulții și copii din IP au experimentat fatigabilitatea.
- frecvent este evaluat inadecvat deși sunt instrumente de evaluare.
- evaluarea regulată, atenția la factorii reversibili și abordarea multidisciplinară pt. tratament sunt esențiale.
- intervențiile care includ exerciții fizice, abordări psiho-sociale sunt promițătoare în oboseala indusă de cancer, deși studiile focusate pe populația din IP nu au fost concludente.
- guidline-uri pentru fatigabilitate sunt disponibile dar nu se adresează nevoilor specifice paliativei sau celor cu afecțiuni non-maligne.

### **SUMARUL DOVEZILOR.**

#### **DEFINIȚIE ȘI INCIDENȚĂ.**

-fatigabilitatea, definită ca o senzație de oboseală care nu se ameliorează la somn sau odihnă, este o problemă frecventă în IP și cauzează un stress important.

- o revizie sistematică demonstrează că jumătate din adulții și copii din IP prezintă acest simptom.
- incidența este aceeași sau chiar mai mare la pacienți cu boli care limitează supraviețuirea de ex. HIV, boli cardiace, BPOC, parkinson, boli renale.

o evaluare atentă este necesară pentru a face diferența clară între fatigabilitate și alte condiții ca de ex. depresia.

Factori care contribuie la fatigabilitate în IP, dintre care unii sunt tratabili sau reversibili includ:

- anemia.
- cașexia și alte deficiențe nutriționale.
- dispneea.
- hipotiroidism, hipogonadism, insuficiențe adrenergice.
- dezordini metabolice.
- durerea.
- depresia și alte probleme psihice.
- insomnia.
- chemo-și radioterapia, efecte adverse ale medicației.

teamwork  
is that th

- cel mai frecvent prezența și intensitatea fatigabilității crește cu progresia bolii.
- Efectul negativ pe QOL este semnificativ.
- deși este un simptom frecvent și este un element stresant la cei din IP, este frecvent evaluat inadecvat.
- problemele culturale sunt importante pentru neînțelegerea fatigabilității pentru pacient ca individ, ca persoană.

## **EVALUAREA.**

- o scală de autoevaluare a pacientului ar trebui să fie suficientă pentru evaluarea de rutină.
- într-un review recent pentru evaluarea diferitelor scale, doar patru au îndeplinit standardele impuse de autori.
- The Brief Fatigue Inventory (BFI),
- The Functional Assessment of Cancer Therapy (FACT-F),
- The Multidimensional Fatigue Inventory 20 (MFI-20)
- Piper Fatigue Scale (PFS).

Nu au fost încă validate pentru IP dar se pot folosi.

- pentru screening se poate folosi scala Edmonton care a fost validată pentru IP.
- și pentru adolescenți există scale.
- o întrebare simplă pentru copii este "ești obosit sau nu"?

teamwork  
is that th

## TRATAMENT.

- evaluarea periodică, atenția la factorii reversibili și abordarea multidisciplinară sunt esențiale.
- intervențiile legate de exercițiile fizice (ex. mersul pe jos sau intervențiile multimodale) și abordarea psiho-socială (ex. managementul stresului, consilierea sau intervenții pentru o recuperare) sunt promițătoare în abordarea fatigabilității din cancer, deși studii privind activitatea fizică în IP nu au fost concludente.
- în timp ce liniile directe pentru managementul oboselei în cancer sunt disponibile, ele nu se adresează specific nevoilor pacienților din IP sau bolilor non-maligne.

## IMPLICAȚII PRACTICE.

- fatigabilitatea trebuie recunoscută ca o problemă majoră în IP și pacienții de turină trebuie chestionați în acest sens.
- scalele de evaluare pt. pacienții cu cancer sunt disponibile și sunt folositoare pt. acești pacienți.
- copii mici pot fi întrebați dacă sunt oboșiți sau nu.
- o abordare multidisciplinară permit clinicienilor să managerizeze în totalitate problemele pacienților cu oboseală.
- strategia include:- o activitate mai mare/exerciții fizice.
  - conservarea energiei și asigurarea de echipamente (chiar de prim ajutor).
  - evaluarea nutrițională și suport nutrițional.
  - problemele de concentrare și tehnici de concentrare.
  - rezolvarea problemelor legate de somn.
- exercițiile fizice au dovedit beneficii pt. scăderea fatigabilității dar un program individualizat are cele mai mari beneficii.
- există puține dovezi privind managementul farmacologic al fatigabilității. Doze mici de metilfenidate au arătat beneficii în studii mai mici.
- tratamentul depresiei cu antidepressive nu a arătat îmbunătățirea fatigabilității în trialuri de control.
- abordarea farmacologică a fatigabilității evoluează.
- pe lângă metilfenidate și modafinilul pare promițător.
- steroizii și donezepilul nu au prezentat beneficii.

teamwork  
is that th



- agenții stimulatori ai eritropoiezei au prezentat beneficii la pacienții cu cancer cu anemii induse de chimioterapie.
- cu toate acestea, studii recente au arătat că ar trebui folosite numai la pacienți cu chimioterapie mielosupresivă, unde scopul tratamentului nu este vindecarea.
- până acum cercetările s-au axat pe pacienții cu cancer sau HIV. Există puține dovezi în managementul fatigabilității în alte boli cronice non-oncologice.
- fatigabilitatea poate fi și o reacție de protecție la pacientul terminal. Tratamentul activ al oboselii și încurajarea activității fizice sunt cel mai adesea improprii în acel moment.
- există încă puține dovezi privitor la intervențiile de tip psiho-social pt. a manageria fatigabilitatea.

### **DOVEZI INSUFICIENTE.**

- fatigabilitatea a fost identificată în IP ca un important simptom pentru cercetări.
- experiența trăită de pacienți cu boli progresive privind oboseala este diferită de cea a pacienților oncologici.
- anumite studii asupra tratamentului oboselii induse de cancer ar trebui evaluate și din punctul de vedere individual al paliativei.
- problemele culturale în evaluarea și tratamentul fatigabilității au fost recunoscute ca fiind importante, multe limbi din Europa nu au cuvântul fatigabilitate.
- alte aspecte studiate au fost: mecanisme și cauze, prevalența unor tipare, efectele oboselii la oncologici, impactul social și economic asupra pacienților și îngrijitorilor lor.
- există o suprapunere între oboseală și problemele de suferință psihologică, capacitate funcțională redusă și durere.
- legăturile cauzale între aceste probleme nu au fost încă clarificate.
- cercetări ulterioare trebuie să valideze instrumentele de screening și evaluare pentru fatigabilitate în IP.
- trialuri randomizate sunt în curs de desfășurare privind metilfenidatul pt. a identifica pacienții care pot beneficia de acest tratament.
- bupropionul, terapia cu hormoni androgeni au înlocuit terapia cu L-carnitină și studierea potențialilor agenți farmacologici pentru tratamentul fatigabilității în IP sunt promițătoare.
- trialuri sunt în curs de desfășurare privind clarificarea riscurilor privind tratamentul anemiei la pacienții cu fatigabilitate secundar anemiei.
- noi cercetări privind melatonina în managementul fatigabilității nu au arătat efecte pozitive.

teamwork  
is that th

## **GREATA.**

### **DOVEZI CONEXE.**

- în IP este întâlnit frecvent ±vărsături în tumori intra-sau gastrointestinale.
- nu există instrumente de evaluare universal acceptate în IP.
- Guidline-uri pentru managementul paliativ al obstrucției intestinale sunt disponibile.
- hidratarea parenterală este uneori indicată pentru trat.grețurilor mai ales când există xerostomie și este trat. ales.
- dovezi pentru trat. grețurilor în IP cu antiemetice nu sunt încă solide și nu este clar în recomandări care medicație este de folosit.
- dovezi evidente sunt pentru tratamentul cu metoclopramid și 5HT# antagoniști la pacienții oncologici.
- dacă grețurile sunt determinate de trat. cu opioide există dovezi limitate cu privire la rotația sau schimbarea opioidelor.
- este probabil ca tratamentul steroidian să ajute la ameliorarea obstrucției intestinale dar această concluzie se bazează pe studii mici iar efectul a fost mic.
- opțiunea de stent rectal sau gastroduodenal în stenozele maligne par să ofere o paliatie bună la o categorie selectată de pacienți.
- intervențiile chirurgicale pentru obstrucții intestinale nu ar trebui să fie de rutină la pacienți cu prognostic prost ex. la cei cu carcinomatoză peritoneală, ascită masivă, vârstnici.

teamwork  
is that th

## **SUMARUL DOVEZILOR.**

### **DEFINIȚIE ȘI INCIDENȚĂ.**

- grețurile pot fi acute sau cronice și nu totdeauna sunt asociate cu vărsăturile.
- în multe cazuri este posibil identificarea factorilor cauzatori, dar altminteri în IP grețurile sunt multifactoriale.
- dgs. în IP care cauzează grețuri și/sau vărsături includ tumori maligne intraabdominale sau de tract gastro-intestinal, în special în obstrucții intestinale, tumori cerebrale (care determină HIC), simptome cerebelare sau vestibulare, HIV.
- alți factori determinanți trebuie luați în considerare și tratați (dacă este posibil): dezechilibre metabolice (inclusiv hipercalcemiile, uremia, insuficiența hepatică), condiții care afectează motilitatea tubului digestiv (constipația, intervenții chirurgicale anterioare, gastropareze ori probleme ale sistemului autonom), refluxul din ulcerul peptic, medicație și tratamente cu aceste efecte adverse (inclusiv opioide și alte medicații, chimioterapie, radioterapie), anxietate, depresie, grețuri anticipatorii, prezentări ale mâncării inadecvate.

### **EVALUARE.**

- nu există instrumente de evaluare acceptate pe scară largă pentru grețuri/vărsături în IP, nici pentru cercetare.
- greața este auto-evaluată de pacient în timp ce vărsăturile pot fi monitorizate obiectiv.
- greața este evaluată împreună cu alte simptome, de ex. scala Edmonton.

### **TRATAMENT.**

- revizii sistematice de literatură au demonstrat rolul pozitiv al metoclopramidului și al 5HT3 antagoniști în cancerul avansat.
- sunt și alte antiemetice folosite dar lipsesc dovezile solide.
- alegerea antiemetice este frecvent empirică sau etiologică- în funcție de mecanismul de producere.
- nu există dovezi evidente care să susțină o abordare sau alta (afirmație bazată pe revizii ale trialurilor randomizate).

teamwork  
is that th

- greața este un efect comun al tratamentului cu opioide și multe din cercetările generate de greața indusă de opioide au apărut datorită condițiilor acute sau situațiilor postoperatorie.
- o revizie sistematică recentă a grețurilor și vărsăturilor asociate cu trat. opioid a identificat o limitare a dovezilor privind rotația sau schimbarea opioidului.
- există guidelines-uri care recomandă abordări clinice ale grețurilor în cancer.
- există puține dovezi cu privire la alegerea antiemeticului la copii și vârstnici.

### **DOVEZI INSUFICIENTE.**

- nu există instrumente de evaluare universal acceptate pentru grețuri și vărsături în IP.
- deși mult folosit în paliativ, în prezent nu există dovezi evidente de suport pentru folosirea haloperidolului ca antiemetic.
- o meta-analiză recentă a folosirii canabisului ca medicație nu a găsit că este superior față de antiemeticele convenționale.
- există în prezent studii de tip trial randomizat privind prescrierea de tratamente în conformitate cu guidelines-uri conform cu mecanismul presupus al grețurilor este eficientă, iar la pacienții cu greață rezistentă la tratament (alt studiu) o comparație a efectelor levomepromazinei, ondansetronului sau cu alte antiemetice.
- rolul diferitelor terapii complementare continuă să fie investigat.

teamwork  
is that th

## **TULBURĂRI DE SOMN. DOVEZI CONEXE.**

- problemele de somn au o incidență crescută la pacienți cu boli avansate care necesită IP.
- evaluarea clinică trebuie să se concentreze pe evaluarea factorilor influențabili care contribuie la problemele de somn precum și asupra prognosticului pentru a determina durata probabilă a tratamentului.
- sedativele hipnotice, în special benzodiazepinele, sunt frecvent prescrise în IP. sunt eficiente pe termen scurt dar există puține dovezi pe termen lung privind utilizarea sau alegerea acestei medicații.
- efectele adverse ale hipnoticelor sedative includ alterarea cogniției și somnolență diurnă.
- există dovezi limitate privind suportul non-farmaceutic în problemele de somn din IP.

## **REZUMATUL DOVEZILOR.**

- problemele de somn sau somnul calitativ slab este comun în IP, cu impact semnificativ pe calitatea vieții.
- în particular este comun pacienților cu BPOC, cu insuficiență cardiacă, boli renale terminale, boli hepatice terminale, cancere asociate cu plămâni sau cu sistemul nervos central.
- problemele pot fi datorită asociației de dificultăți de a merge la somn, somn fragmentat sau trezirea dis-de-diminează.
- pacienții se plâng de un somn neodihnitor sau somn tulburat de alte simptome ca de ex.durerea.
- insomnia poate fi problematică și pentru îngrijitori și asta contribuie la povara îngrijirii.
- problemele de somn la îngrijitori pot continua și în perioada de doliu, fie ca parte tranzitorie al durerii pierderii sau o problemă mai semnificativă dacă decesul este mai complex sau se asociază cu depresia.
- multe condiții care limitează viața sau tratamente asociate acestor condiții pot cauza tulburări de somn.
- există potențiali factori influențabili care duc la tulburări de somn: depresia, anxietatea, durerea, delirul, apnea în somn, dispneea, tusea, revărsate pleurale, greața, vărsăturile, sindromul picioarelor neliniștite, akatisia, transpirații nocturne, pruritul, perturbări ale mediului familial, schimbarea activităților normale ale pacienților, medicație (ex.steroidian) incontinența nocturnă.

teamwork  
is that th



## **EVALUAREA.**

- există o serie de instrumente de evaluare și screening.
- una din cele mai comune, instrument validat în populația generală este Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI).
- scala Edmonton Symptom Assesment System (ESAS) a fost recent studiată pentru screening și problemele de somn la pacienții cu cancer avansat.
- autorii studiilor au găsit că ESAS este adecvat și îl recomandă la pacienții din IP.

## **TRATAMENT.**

- un număr de revizii sistematice au examinat metodele farmacologice și non-farmacologice pentru tulburările de somn.
- o meta-analiză nu a identificat suficiente dovezi pentru a trage o concluzie privind utilizarea benzodiazepinelor în paliative.
- midazolamul este cel mai folosit benzodiazepin în IP, deși este rar folosit pentru tulburările de somn și nu există dovezi care să susțină utilizarea sa în acest sens.
- melatonina a fost folosită în populație ca adjuvant în problemele de somn. a fost studiată la cei cu cancer avansat cu o eficacitate limitată.
- au fost studiate și metodele non-farmacaceutice ca de ex. exercițiile fizice, igiena somnului, schimbarea mediului de somn pentru a vedea eficacitatea lor.
- există puține dovezi care să susțină folosirea lor.
- o revizie sistematică a literaturii privind terapiile complementare pentru tulburările de somn nu a găsit dovezi pentru asemenea intervenții în managementul somnului.

teamwork  
is that th

## IMPLICAȚII PRACTICE.

- bazat pe dovezi, se sugerează că evaluarea clinică a problemelor de somn trebuie să se concentreze pe:
- factorii reversibili care contribuie la probleme.
- prognosticul, care determină timpul necesar pentru sedarea nocturnă, este necesar, pentru a minimiza utilizarea pe termen lung (mai mult de 8 săptămâni) a sedativelor hipnotice.

teamwork  
it is that th

# COMPLICATII HEMORAGICE IN CANCER

## Date generale

- Hemoragia apare la aproximativ 6%-10% dintre pacienții cu cancer avansat și poate fi ocultă sau vizibilă prin exteriorizare, se poate manifesta la nivelul diferitelor organe și sisteme, pe mucoase și cutanat.
- Hemoragia poate apărea ca un eveniment catastrofal acut, sângerări majore episodice sau scurgeri de volum scăzut. Aceste caracteristici oferă indicii cu privire la cauza de bază și ghidează managementul

dr. Nagy Dana

Asociatia OncoHelp Timisoara.

- Sângerările existente pot fi exacerbate de
  - medicamente precum bevacizumab,
  - medicamente antiinflamatoare nesteroidiene (AINS)
  - anticoagulante
  - chimioterapia, radioterapia, interventia chirurgicala
  - insuficienta hepatica
  - ocazional tromboitopenie idiopatica

teamwork

is that th

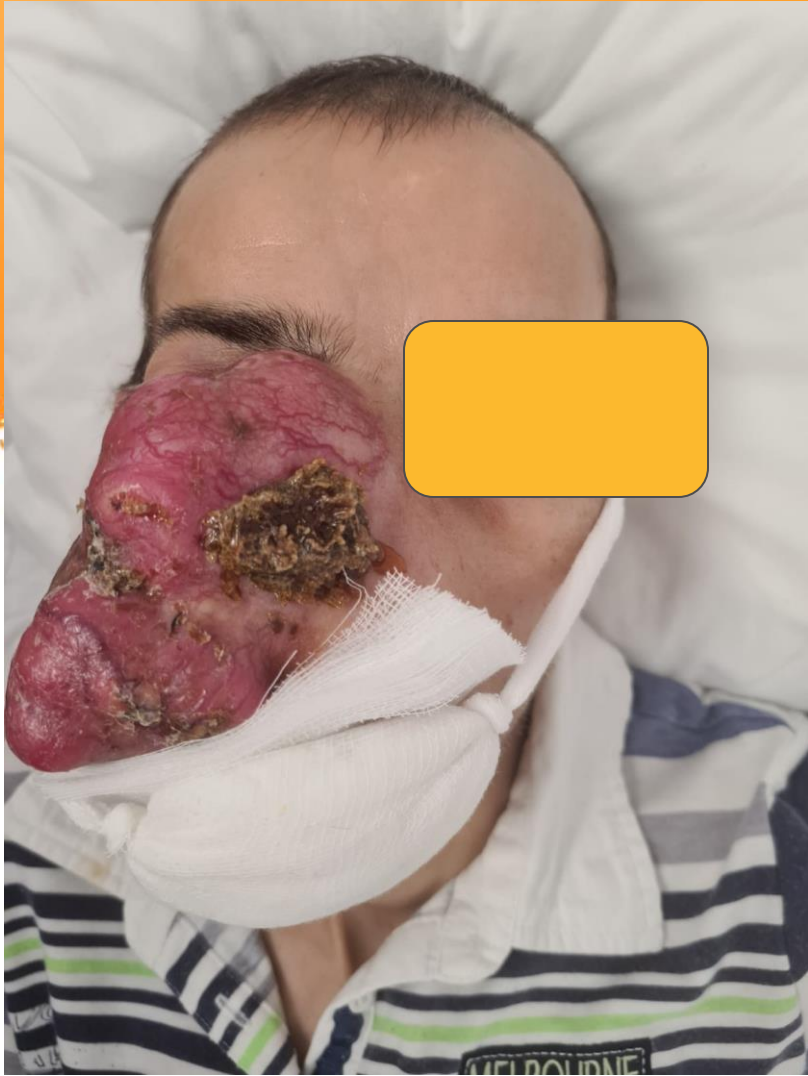
# Mecanisme generale de sangerare

## I Invazia tumorală cu afectarea locală a vaselor sanguine



ork  
at th





tear  
it is that th  
ork



tea  
is that un



# Mecanisme de sangerare

## II. Anomalii în funcționarea și numărul trombocitelor

### Hemostaza primara- mecanism vasculo-plachetar

- a) contracția vasului secționat-fenomen reflex ce poate fi eficient în oprirea hemoragiei la nivelul vaselor de calibru mic

teamwork  
t is that th

- **b) adeziunea trombocitară**-fixarea lor la structurile subendoteliale ( colagen, microfibrile, membrana bazală); procesul necesită prezența factorului von Willebrand ce realizează legatura între trombocite și structurile subendoteliale; fixarea se face pe complexul Ib-IX, dar și pe IIb-IIIa în funcție de modalitatea de activare a trombocitelor.

teamwork  
is that th

- c) **activarea trombocitară**-urmează imediat adeziunii trombocitare și constă în activitatea de sinteză și eliminarea conținutului granulațiilor plachetare alfa, dense și lizozomale.
- d) **agregarea trombocitară**- reprezintă proprietatea acestora de a se uni între ele. Inductorii agregării (ADP, serotonina, tromboxanul A<sub>2</sub>, PAF, trombina) provoacă modificări membranare, ce duc la gruparea complexelor IIb-IIIa cu modificarea lor conformațională ce permite fixarea fibrinogenului și calciului.

teamwork  
is that th



- Numar normal de trombocite = 150.000- 450. 000/ mmc
- Frecventa si severitatea hemoragiilor cresc pe masura ce numarul de trombocite scade sub 20.000/mmc, iar riscul de sangerare severa creste numai cand numarul este sub 5- 10.000/ mmc
- - Durata medie de viata in sangele periferic = 5- 7 zile
- T1/2 scurt al Tr scade si mai mult pe masura ce nr lor scade, limiteaza utilizarea adm de MT la pacietii cu trombocitopenie severa cu boala terminala

teamwork

is that th

- Transfuzia de trombocite in cadrul cancerului avansat ar trebui sa fie de la caz la caz, cu scopul de a controla simptomele
- 1 U MT – ar trebui sa creasca nr TR cu aproximativ 6000- 10.000/ mmc, presupunand o acumulare normala a splinei
- De obicei sunt necesare 4- 6 U MT pentru a controla sangerarea
- Tr sunt elemente celulele sanguine fragile greu de conservat, cu scaderea viabilitatii lor rapid in primele 24 ore de la conservare, ajungand practic la 0 dupa 24 ore

teamwork  
is that th

# Probleme etice

- Problema continuarii sau nu a transfuziilor de trombocite la pacienti trombocitopenici cu boala in stadiu terminal reprezinta o dilema etica
- In timp ce transfuziile de trombocite in curs pot fi inutile, pacientii si familiile pot percepe incetarea transfuziilor ca retragerea terapiei de sustinere a vietii
- Planificarea in avans a ingrijirii

teamwork  
is that th

# Hemostaza secundara

- III Coagulopatii
  - Deficite ereditare a factorilor de coagulare
  - Hepatopatii
  - CID

Tratamentul cu PPC este rezervat pacientilor cu sperante de viata mai mari de cateva zile pana la saptamani cu

- Deficiente specifice ale anumitor factori de coagulare
- Pacienti cu interventii invazive urgente/ toracocenteze
- Dupa caz, tratament CID

teamwork  
is that th

# Management

Intervenția terapeutică pentru sângerare ar trebui să înceapă prin **stabilirea obiectivelor de îngrijire**, iar alegerea tratamentului ar trebui să fie ghidată de **speranța de viață și calitatea vieții**.

teamwork

is that th



# Management

- Intervențiile pentru oprirea sau încetinirea sângerării pot include
  1. agenți sistemici sau transfuzii de produse sanguine
  2. opțiunile de tratament local
    - neinvaziv: includ presiune aplicată, pansamente, ambalare și radioterapie.
    - Invaziv: includ embolizarea percutanată, procedurile endoscopice și tratamentul chirurgical.

teamwork  
is that th

# Prezentare caz

- Pacienta PL, 65 ani, internata in 03.06.2022 la IP
- Dg -11.05.22- Metastaze osoase CV si bazin cu ppn. Sindrom algic secundar osos sub opioid major Oxycodona cp 60 mg/ 8 ore initiat in urma cu 3 saptamani, cu cresteri succesive de doze raportat la intensitatea durerii. Diabet zaharat sub insulinoterapie. Trombocitopenie secundara severa TR= 8000/ mmc
- Oncologie - s-a suspiciionat dg de mielom multiplu si neo de san infirmate, s-a investigat EDS si EDI fara pp digestiv, fara metastaze cerebrale
- la intranare IP – metastaze hepatice evidentiate echo, biol- citoliza hepatica si sdr. de colestaza

# Diagnostic de sangerare

- clinic - pe tegument cu rare petesii la nivelul membrelor inferioare si mucos de tip gingivoragii
- constineta, cooperanta, fara cefalee, fara tulburari de vedere, fara melena, fara alte semne clinice evidente de sangerare
- Terapeutic
  - tratament sistemic transfuzional: CTS, hemostatice pev, corticoterapie
  - tratament local pentru gingivoragii- clatiri bucale cu apa + Adrenostazin/ Adrenalina

## Interferenata sangerare + durere + f.hepatice

- Din ziua a 4 de la internare divine confuza, dezorientata temporo-spaatial cu perioade de agitatie psiho-motorie

### Etiologie??

- S-a suspconat un supradojaz opioid, functia renala este normala, dar se decdie reducerea dozelor cu adm de Oxiconda cp 40 mg/ 12 ore
- ? Exista sangererare oculta la nivel cerebral in context de simptomatologie neurologica?
- ? Prezinta afectare metastatica hepatica – are deficit pe coagulograma
- ? Potentiali agenti cauzali – NU (AINS, noac)

teamwork

is that th

# Interferenta simptomatologica

- Timp de 2 zile – fara elemente noi in taboulul clinic, fara aparitia de alte leziuni hemoragice, a continuat terapia de suport, durere de fond controlata, fara crize dureroase, poate inghiti
- Prezinta afectare metastatica hepatica dar cu coagulograma normala, TQ - N
- **Din ziua 3-a – se instaleaza coma cerebrala si febra in platou**
- ??? Se mentine dilema – supradozaj opioid – se trece pe MHCL si in doza subechivalenta 5 mg sc/ 6 ore

teamwork  
is that th



# Provocari

- Povara si nelinistea familiei- care este diagnosticul cert de boala oncologica, care e cauza comei cerebrale – precis morfina – presiunea pe personalul medical
- Biologic – TR= 10.000, timpi de coagulare normali
- se mentine supozitia clinica de sangerare oculta la nivel cerebral
- Discutia privin continuarea administrarii de MT ? Este stadiul terminal ?! Da, nu mai are potential reversibil

teamwork  
+ is that th

# Deznodamant

- - ziua a 4 – deces

Se dispune autopsie anatomo-patologica

Dg necroptic – hemoragie cerebrala, metastaze hepatice si ganglionare, pleurezie dreapta. Sunt prelevate biopsii din diferite organe pentru ex HP si ulterior dg complet

teamwork  
is that th

# Reflectii

- efectuarea autopsiei anatomo-patologica a confirmat diagnosticul de hemoragie cerebrala inlaturand astfel fara dubiu o alterarea cerebrala din cauza tratamentului opioid/ determinari secundare
- Succesiunea rapida a evenimentelor, in interval de aproximativ 3 saptamani de la stabilirea diagnosticului
- Familia a fost instiintata de rezultatele autopsiei si inca asteptata formularea diagnosticului, a ramas cu neintelegere si o neimpacare legat de acest aspect si poate chiar si cu indoliala ca *otravirea cu opioid* i-a agravat suferinta

teamwork

is that th

# Reflectii

- Importanta evaluarii holistice si necesitatea de reflectare aprivind cauzele potentiale si posibilitatea de reversibilitate
- Primum non nocere
- Autoingrijire pentru personalul medical



teamwork  
t is that th

# Dispneea și COVID-19

Dr. Roxana Chiriș

teamwork

is that th



# STUDIU DE CAZ

- BE, 84 ani
- Internat în Spitalul Clinic de Pneumoftiziologie și Boli Infecțioase Brașov, în perioada 16-24.08.2022

**Motivele internării** : dispnee la eforturi minime , tuse cu expectorație purulentă, astenofatigabilitate marcată, febră , inapetență

Testat Ag SARS COV2 pozitiv în 01.08.2022, cu debutul simptomelor de 4-5 zile

**La internare:** stare generală mediocră, conștient, cooperant, SpO<sub>2</sub> 74% spontan, 94% cu 8l O<sub>2</sub>/min la 30 min , FR=30 resp/min, TA 130/70 mmHg, AV =82/min ritmic

teamwork

is that th

# STUDIU DE CAZ

## APP

- BPOC/Astm bronșic? Silicoză
- HTA esențială gr II risc adițional foarte înalt
- Plavix / BCI cu angioplastie percutanată transluminală și implantare de stent în 2010
- Sintrom, Cordarone/ Fibrilație atrială paroxistică în antecedente
- 2020-ultima evaluare cardiologică
  
- **Îngrijitorul principal** – Margareta, 82 ani, concubină
- 1 fiu în Germania

teamwork  
is that th

## Modified Medical Research Council

### The modified MRC Scale

Description	Grade
I only get breathless with strenuous exercise	0
I get short of breath when hurrying on level ground or walking up a slight hill	1
On level ground, I walk slower than people of my age because of breathlessness, or I have to stop for breath when walking at my own pace on the level	2
I stop for breath after walking about 100 yards or after a few minutes on level ground	3
I am too breathless to leave the house or I am breathless when dressing/undressing	4

### La internare

Grad 4 – prea dispneic pentru a părăsi domiciliul /la acțiunile de îmbrăcat-dezbrăcat

teamwork  
it is that th

# Fatigue severity scale

	Scores						
	1 = Strongly Disagree; 7 = Strongly Agree						
1. My motivation is lower when I am fatigued.	1	2	3	4	5	6	7
2. Exercise brings on my fatigue.	1	2	3	4	5	6	7
3. I am easily fatigued.	1	2	3	4	5	6	7
4. Fatigue interferes with my physical functioning.	1	2	3	4	5	6	7
5. Fatigue causes frequent problems for me.	1	2	3	4	5	6	7
6. My fatigue prevents sustained physical functioning.	1	2	3	4	5	6	7
7. Fatigue interferes with carrying out certain duties and responsibilities.	1	2	3	4	5	6	7
8. Fatigue is among my three most disabling symptoms.	1	2	3	4	5	6	7
9. Fatigue interferes with my work, family, or social life.	1	2	3	4	5	6	7

60  
9-----→63

teamwork  
is that th

# Paraclinic –Biologic (17.08.2022)

- leucocitoză cu neutrofilie și limfopenie severă
- sdr inflamator marcat (Fg 1108mg/dl, VSH 103 mm/h, PCR 86mg/l)
- Feritina 3862mmol/l (VN=30-220)
- Retenție azotată (ClCr=35ml/min)
- D-dimeri cu valori normale

teamwork  
is that th

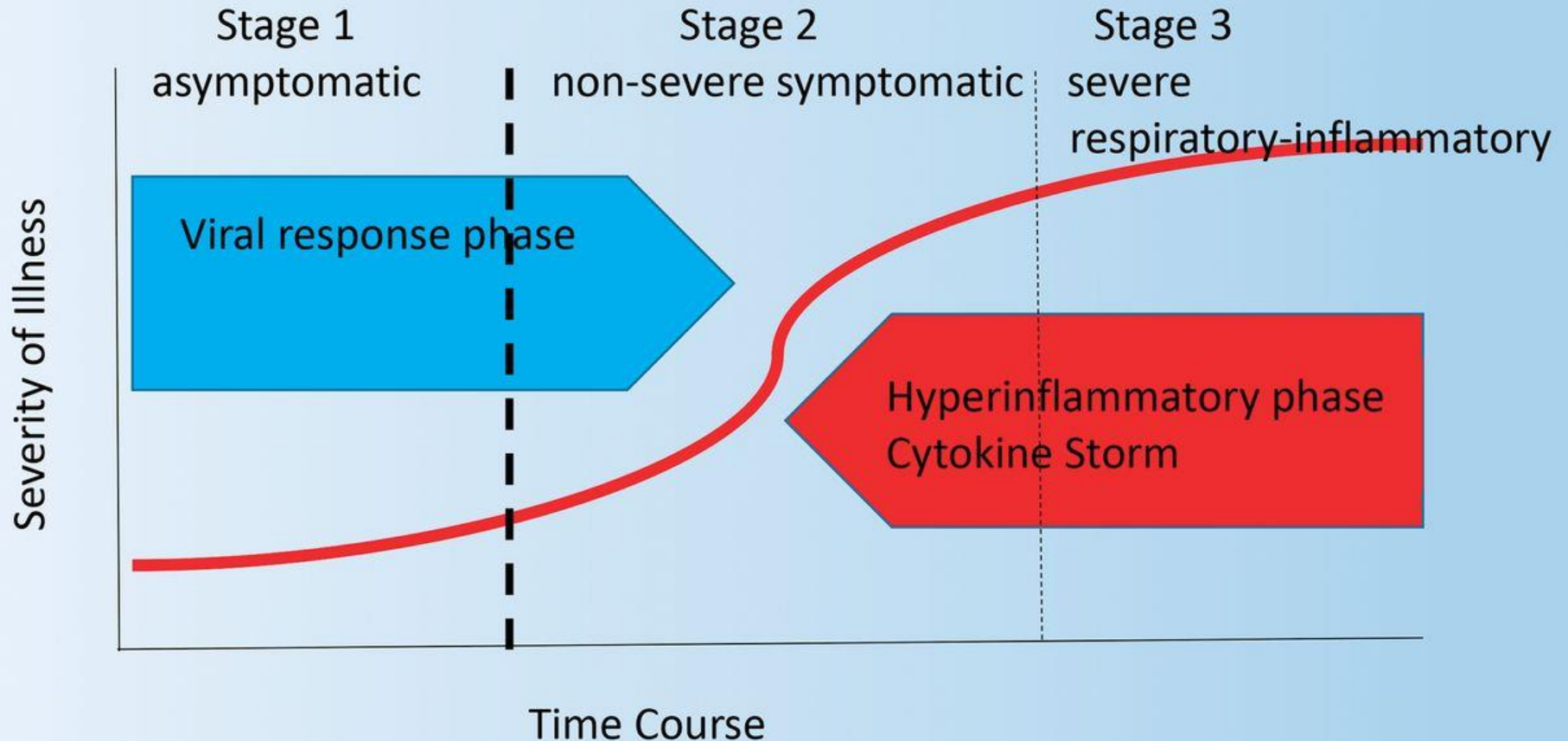


# Paraclinic - Imagistic

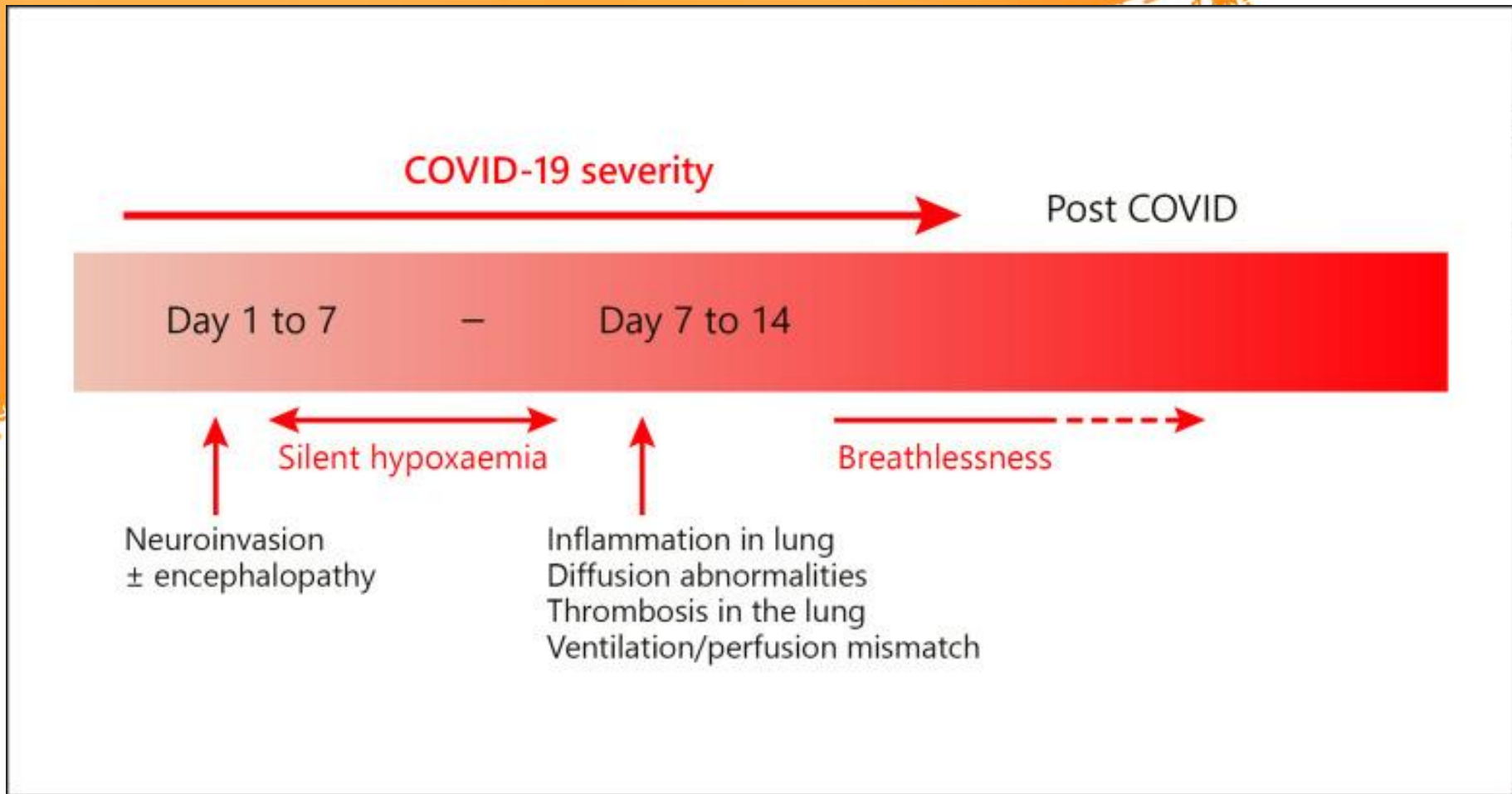
- ECG (17.08.2022) : ritm sinusal , AV 74 bpm, PR 160ms, ax QRS  $-30^{\circ}$ , BRD minor, T aplatizat in DIII
- Rgrafia pulmonară AP (18.08.2022) – opacități în geam mat bazal bilateral și latero-toracic drept-modificări de tip covid-19, afectare medio-severă

teamwork  
it is that th

# Course of COVID-19 Infection



Leonard H. Calabrese. Cytokine storm and the prospects for immunotherapy with COVID-19. Cleveland Clinic Journal of Medicine June 2020.



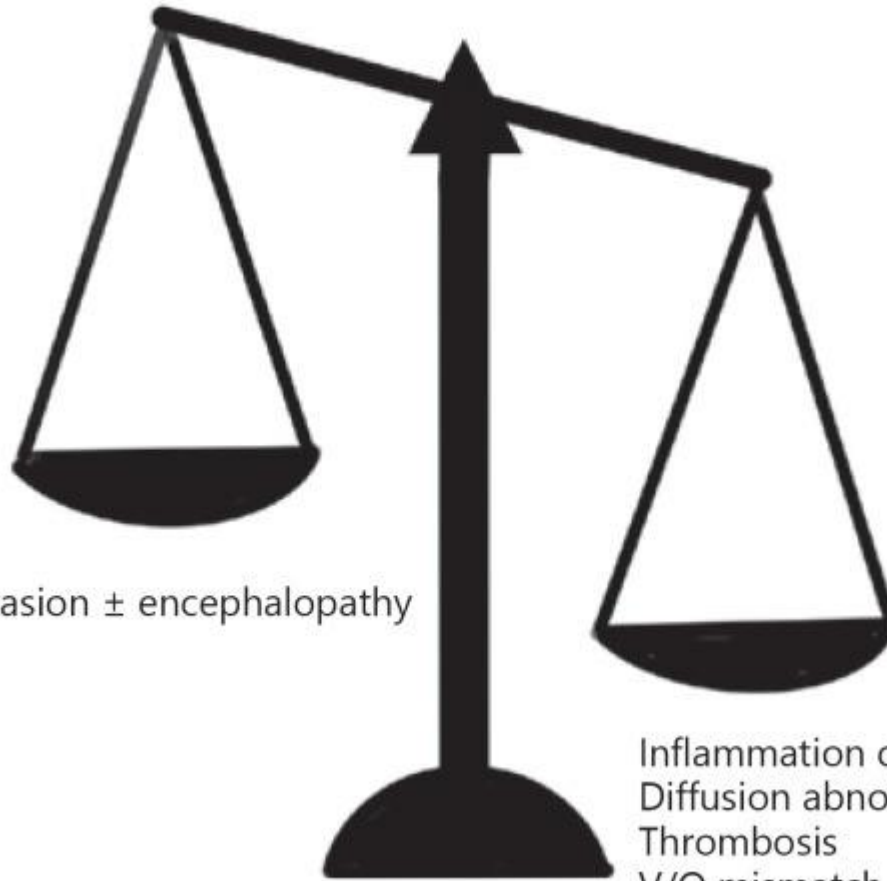
Color version available online

Lisa Hentsch. Breathlessness and COVID-19: A call for research. Respiration 2021.

teamwork  
is that th

Non-breathless

Breathless



Neuroinvasion ± encephalopathy

Inflammation of the lung  
Diffusion abnormalities  
Thrombosis  
V/Q mismatch

Lisa Hentsch. Breathlessness and COVID-19: A call for research. Respiration 2021.

work  
is that th

# Tratament

- Antibiotic –Cefalosporină gen. III
- AIS-Dexametazonă 8mg/24h
- Simptomatice /Roborante
- Benzodiazepina-Lorazepam 1mg seara
- O2 terapie 8l/min
- Medicație proprie cardiacă- antiagregant și anticoagulant (Sintrom)
- Kinetoterapie respiratorie/consiliere psihologică specializată

**Din 17.08.2022**

- Antagonist de IL1- kineret
- Roborante

teamwork  
is that th



# Evoluția

- Clinică

în primele 48h favorabilă, se scade necesarul de O<sub>2</sub> la 5l/min (SpO<sub>2</sub>=95%), crește toleranța la efort , ulterior nefavorabilă:

- scade SpO<sub>2</sub> la 91% cu 10l O<sub>2</sub>/min
- edeme gambiere si perimaleolare
- dispnee accentuată

-se menține expectorație purulentă sub antibiotic

teamwork  
is that th

# Evoluția

- **Biologică** (la 72h -19.08.2022):

-se menține leucocitoza, procalcitonină pozitivă (>2ug/l), sdr inflamator crescut, feritina cu valori crescute, INR = 5, citoliză hepatică moderată (TGP=120UI/ml,TGO=89UI/ml), D-dimeri cu valori ușor crescute

## Intervenții

Se recoltează spută pentru ex. bacteriologic;

Se schimbă antibioticul – carbapenem;

Hepatoprotectoare;

Stop Sintrom , consult telefonic cardiologic;

Se introduce Clexane 0,4ml sc x2/zi din 20.08

# Evoluția

**Biologică** (23.08.2022) favorabilă

NL cu valori normale, nr. limfocite în creștere, sdr inflamator în remisie marcată (PCR 18 mg/l, Fg 668mg/dl), feritina 558ug/l, retenție azotată remisă (ClCr=48ml/min), citoliza hepatică în remisie

**Clinic** - dispnee , apar echimoze extinse la nivelul membrelor superioare, accentuarea edemelor (decompensare cardiacă???) D-dimeri cu valori N  
-perioade tranzitorii de confuzie

teamwork  
is that th

# Comunicare

- Comunicare cu aparținătorii dificilă
- Lipsa actelor medicale relevante pentru comorbidități și medicația proprie

teamwork  
it is that th

# Evoluția

- 23.08.2022-Consult cardiologic la Spitalul Județean Brașov, reevaluarea tratamentului cardiologic și anticoagulant
- 24.08.2022-Transfer pe secția Interne, cu dg. Insuficiență respiratorie cronică acutizată  
Pneumonie SARS COV2, forma clinică severă.  
Silicoză. BPOC.  
Insuficiență cardiacă congestivă II NYHA  
Sdr.coronarian cronic- PTCA cu stent  
HTA esențială gr II  
Fibrilație atrială paroxistică în antecedente

teamwork  
is that th



# Dyspnea

	“Usual” Palliative Care	Palliative care for COVID-19 +ve patients
<b>Fans:</b>	Fans are sometimes recommended	Fans are not to be used as they aerosolize the virus
<b>High flow oxygen:</b> E.g. $\geq 60\%$ O <sub>2</sub> , or as per CAEP > 6 lpm	In some cases, high flow oxygen may be required, titrated to clinical effect.	High flow O <sub>2</sub> aerosolizes virus; use PPE
<b>Non-invasive ventilation:</b>	BiPAP or CPAP is used in select cases; e.g. end-stage ALS or COPD; OSA	Use PPE when NIV used

# Dyspnea

	“Usual” Palliative Care	Palliative care for COVID-19 +ve patient
<b>Airway secretion management</b>	Secretions are usually from the upper airway. In severe cases, scopolamine or glycopyrrolate PRN	In severe COVID disease, ARDS and pulmonary edema is more common. Need furosemide and ARDS approaches for that
<b>Opioids</b>	Opioids are useful in the management of severe dyspnea. They are safe and effective (see LEAP online module on Dyspnea for guidelines on doses).	Opioids are very useful in the management of severe dyspnea. They are safe and effective In COVID, they may need to be initiated sooner for their physiological and symptom-relief benefits
	Morphine remains a useful first-line opioid. Hydromorphone is preferred if a patient has moderate to severe renal impairment. Fentanyl is preferred over morphine or hydromorphone in severe renal impairment	

teamwork  
is that th