



Finanțat de
Uniunea Europeană

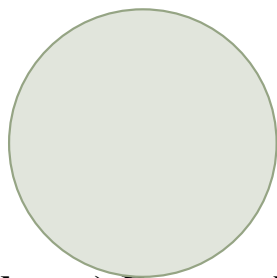


Managementul simptomelor frecvente în îngrijirea paliativă

- Tatiana Mîinea, medic
- Keystone Moldova

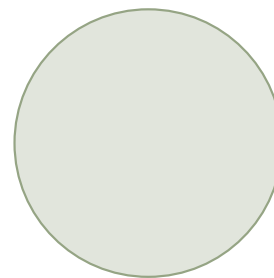
16 ianuarie, 2026

Managementul simptomelor respiratorii în îngrijirea paliativă



Dispnee (lipsa de aer): **Farmacologic:** Opioide la doze mici (morfină, fentanil), benzodiazepine (lorazepam) pentru anxietate, corticosteroizi, bronhodilatatoare, diuretice (dacă e cazul).

Non-farmacologic: Oxigenoterapie (chiar și la saturații normale), ventilație non-invazivă, poziționare (ridicarea capului), tehnici de relaxare, ventilație cu aer rece, eliberarea căilor aeriene



Tusea: **Cauze:** Obstrucție, inflamație, secreții, reflux gastroesofagian, efect secundar al medicamentelor (IECA).

Management: Tratarea cauzei (ex: antiinflamatoare, antitusive – codeina, morfină), hidratare,



Managementul simptomelor respiratorii în îngrijirea paliativă se concentrează pe ameliorarea dispneei (lipsa de aer), tusei și secrețiilor/remedii (bronhodilatatoare (oxigenoterapie, poziționare, tehnici de relaxare, managementul anxietății)

Managementul simptomelor respiratorii în îngrijirea paliativă

Secreții Bronșice

(expectorații):Management: Poziționare, expectorante (guaifenesină), mucolitice, aspirație traheală (dacă este necesar), evitarea sedativelor excesive care pot bloca tusea



Principiile îngrijirii paliative respiratorii:

Abordare multimodală:

Combinarea tratamentelor medicale cu suportul psihologic, spiritual și social.

Personalizare:

Adaptarea intervențiilor la nevoile specifice ale pacientului.

Educația pacientului și familiei:

Inrolarea lor în managementul simptomelor.

Managementul simptomelor respiratorii în îngrijirea paliativă se concentrează pe ameliorarea dispneei (lipsa de aer), tusei și secrețiilor/remedii (bronhodilatatoare (oxigenoterapie, poziționare, tehnici de relaxare, managementul anxietății)

Managementul simptomelor frecvente în îngrijirea paliativă/ digestive.

Greață și Vărsături:

- **Cauze:** Compresie, medicamente, constipație.
- **Tratament:**
- Antiemetice (Ondansetron, Metoclopramid), antiacide, controlul constipației, modificări dietetice

Constipație:

- **Cauze:**
- Opioide, imobilitate, dietă, deshidratare.
- **Tratament:**
- Laxative (stimulante și emoliente), hidratare, fibre, mobilizare, managementul opioidelor.

Diaree:

- **Cauze:** Infecții, medicamente, malabsorbție.
- **Tratament:**
- Antidiareice (Loperamid), probiotice, controlul cauzei, hidratare, dietă adecvată

Anorexie și Cașexie

(Pierdere în greutate):

Tratament:

Managementul simptomelor asociate (greață, durere), suport nutrițional, medicamente (Corticosteroizi), consiliere, focus pe calitatea vieții, nu pe creșterea în greutate

ANXIETATEA

(neurotism) este o stare afectivă caracterizată printr-un sentiment de insecuritate, de tulburare și lipsă de concentrare.

Simptome

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



Cauze/factori de risc

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



Recomandări pentru îngrijire:

- A rezerva timp suficient pentru ascultarea cu atenție a pacientului.
- Dezbateri problema, respectând confidențialitatea.
- Muzica liniștitoare sau masajul pot facilita relaxarea pacientului.
- Îndreptarea pacientului în grupuri de susținere.
- La creșterea anxietății sau a depresiei, a se îndrepta la medic.

Bezodiazepinele prescrise de medic pot sista rapid anxietatea, dar din cauza că pot dezvolta toleranță și dependență, acestea nu trebuie să fie utilizate mai mult de 2-4 săptămâni.

Managementul simptomelor frecvente în îngrijirea paliativă/ Insomniei ,confuziei , depresiei (epizod depresiv fără psihoză).

Episod depresiv sever fără psihoză

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



Recomandări pentru tratament:

- Se recomandă antidepresanți în combinație cu PCC.
- În funcție de gravitatea stării și de factorii de risc, psihiatrul ar putea indica **Venlafaxina** (doza inițială 75 mg timp de 24 de ore)



Recomandări pentru îngrijiri la domiciliu:

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

Managementul simptomelor frecvente în îngrijirea paliativă/ Insomniei ,confuziei , depresiei (epizod depresiv cu psihoză)

Episod depresiv cu psihoză

(Depresie severă cu halucinații, delir, inhibiție psihomotorie sau stupoare)

Recomandări pentru tratament:

- În cazul simptomelor de psihoză ar putea fi indicate neurolepticele, care ar putea fi administrate după consultul psihiatrului.

Gânduri suicidale

Recomandări pentru tratament:

- A evalua prezența la pacient a unui plan și mijloace de comitere a suicidului.

Dacă acestea se confirmă, se recomandă internarea pacientului pe motiv de risc ridicat de suicide.

Recomandări pentru îngrijiri la domiciliu:

- A nu lăsa pacientul fără supraveghere.

A limita accesul la obiectele potențial periculoase.

A implica familia și prietenii în îngrijirea pacientului.

Managementul Stărilor paranoice, excitație pronunțată sau activitate nocturnă (Comportamentul neliniștit al pacientului, în particular delirul paranoic sau alte simptome de psihoză)

Recomandări pentru tratament:

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

Simptome

- Tulburări de conștiință, cu capacitatea redusă de a-și concentra atenția.
 - Depreciere generalizată de cogniție, care afectează memoria, orientarea, atenția și abilitățile de planificare și de organizare.
 - Simptome afective.
 - Anormalități corticale și motorii.
- Terapia medicamentoasă Risperidon • Midazolam indicat de medic psihiatru

TRATAMENT

Managementul Stărilor paranoice, excitație pronunțată sau activitate nocturnă

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

Managementul stărilor de Insomnie

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

Este important să se distingă între

- 
- incapacitatea de a adormi (parte a spectrului de anxietate; răspunde la anxiolitice) și
 - tendința de a se trezi mai devreme sau în mod repetat (parte a spectrului de depresie; răspunde la unele antidepresive).

Cauze/Factori de risc

- 
- psihologice: anxietate, depresie, frica de moarte, de coșmaruri.
 - controlul neadecvat al simptomelor.
 - fiziologice: stimuli de trezire (zgomot, lumină, micțiuni frecvente), somn în timpul zilei.
 - modificări de mediu: spitalizarea, întreruperi ale somnului (deranjări) de către personal.

TRATAMENT

Managementul stărilor de Insomnie

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

Standardul de îngrijire paliativă pentru pacienții cu HIV/SIDA

Managementul Simptomelor:

Controlul eficient al durerii, oboselii, dispneei, grețurilor, problemelor digestive, etc, pentru a îmbunătăți confortul.

Îngrijire Holistică:

Abordarea integrală a pacientului (corp, minte, spirit), nu doar a bolii.

Suport Psihosocial și Spiritual:

Abordarea anxietății, depresiei, izolării sociale, dar și a credințelor și valorilor pacientului

Echipă Multidisciplinară:

Colaborarea medicilor, asistenților, psihologilor, asistenților sociali, preoților, voluntarilor.

Continutul Îngrijirii:

Îngrijire la domiciliu, în spitale, în centre specializate, asigurând continuitatea.

Ingrijire la Sfârșitul Vieții (Terminală):

Asigurarea unei morți demne, fără suferință.

Comunicare și Informare:

Transparență, implicarea familiei, respectarea autonomiei pacientului.

Ingrijirile pacientului cu SIDA este inofensivă pentru membrii familiei și pentru alte persoane care îngrijesc de bolnav.
Riscul infectării cu HIV este foarte redus

La contactul cu sangele și lichidele biologice ale bolnavului trebuie să fie purtate

mănuși din latex;

- plăgile și leziunile cutanate trebuie să fie acoperite cu pansamente (atat la bolnav, cat și la cei ce îngrijesc de acesta);

in cazul in care pansamentul este imbibat cu sange sau lichide biologice, el trebuie să fie schimbat imediat și distrus in modul

corespunzător;

- impurificările cu sange, mase fecale și urină urmează a fi înlăturate, folosind un dezinfectant de uz casnic simplu și purtand mănuși;

lenjeria de pat și vestimentația cu urme de sânge, mase fecale sau alte lichide

biologice trebuie să fie păstrate separat; schimbarea lenjeriei trebuie efectuată în mănuși;

- se interzice folosirea în comun a periutelelor de spălat pe dinți, lamelor, acelor și a altor obiecte ascuțite;
- după schimbarea vestimentației impurificate și a lenjeriei de pat a pacientului, la fel ca și după orice contact cu lichidele biologice se spală pe mâini cu săpun.

Contactele casnice obișnuite sunt inofensive (nu sunt necesare mănuși).

Suținere a familiei în perioada de doliu

Etapele durerii sufletești trăite de persoană după o pierdere grea

șocul inițial reprezintă amorteala și neacceptarea realității cu privire la pierderea grea;

- durerea despărțirii afectează comportamentul și emoțiile. Îndoliatul suferă perioade copleșitoare de tristețe, confruntându-se zilnic cu realitatea pierderii;
- disperare sau depresie. Când se diminuează frecvență și severitatea durerii și îngrijorării, îndoliatul poate pierde interesul față de viață. El își pierde speranța și se închide în sine. Aceasta poate dura până la câteva luni;
- acceptarea pierderii și continuarea vieții.

După decesul pacientului, este important a oferi suport apropiaților acestuia pentru a face față pierderii.

Reorganizarea vieții începe când energia emoțională este reinvestită în noi relații și activități, deși comemorările deseori reînnoiesc suferința.

Susținere a familiei în perioada de doliu.

Simptomele apărute se referă la:

- Retrăirea evenimentului traumatic /eveniment dificil, durează prea mult și este prea sever (poate fi asemuită cu o rană fizică, care nu se vindecă în mod natural)

- dacă nu se acordă atenție stresului postraumatic, stresului cumulativ, atunci acesta poate duce la **sindromul de epuizare nervoasă**

o astfel de persoană putând, de exemplu, fie să evite munca și să nu mai poată face față sarcinilor cotidiene, fie deseori să devină total implicată în muncă și să excludă orice alte aspecte ale vieții.

Suținere a familiei în perioada de doliu.

diferențele individuale de reacție la agenții stresori se pot datora alegerii diferitelor strategii de adaptare cât și eficienței acestor strategii

- | | | |
|--------------------------|---------|-------------------------|
| • Personalitatea | Alegere | Strategiile de adaptare |
| • Evenimentele stresante | Reacție | Efectele stresului |

Strategia de adaptare se referă la eforturile pe care le fac oamenii pentru a face față evenimentului stresant

Sugestii referitoare la managementul stresului traumatic în perioada de doliu

În simptomatică anormală(pierderea sensului vieții, dificultăți de a lua decizii, consum de alcool în creștere)

consiliere sau trimitere către un specialist

- ☐ Nu suferiți în liniște, vorbiți despre emoțiile pe care le trăiți
- ☐ Vorbiți despre eveniment cu cineva de încredere. Solicitați ajutorul unui psiholog
- ☐ Înțelegeți faptul că este normal să suferiți după un eveniment traumatic
- ☐ Nu uitați cât este de important să deveniți puternic pentru a depăși evenimentul trăit, iar cel mai rău scenariu este să experimentați o formă de stres căreia nu-i veți putea face singur.

Sedarea terapeutică (sau paliativă)

- ☐ Sedarea terapeutică (sau paliativă) în contextul medicinei paliative constă în utilizarea monitorizată a medicamentelor destinate inducerii unei stări de conștiență redusă sau absentă (inconștiență) cu scopul de a înlătura povara suferinței netratabile, într-o manieră care este etic acceptabilă pentru pacient, familie și furnizorii de îngrijire.

Sedarea este utilizată în îngrijirea paliativă în mai multe situații:

- ☐ sedare tranzitorie în cazul procedurilor invazive;
- ☐ sedare ca parte a îngrijirii pacienților cu arsuri;
- ☐ sedare folosită la sfârșitul vieții în momentul deconectării suportului ventilator;
- ☐ sedare în controlul simptomelor refractare la sfârșitul vieții;
- ☐ sedare în caz de urgență;
- ☐ sedare ca respite;
- ☐ sedare pentru suferința psihologică sau existențială..

Sedarea terapeutică (sau paliativă)

Folosirea abuzivă a sedării paliative: apare atunci când profesioniștii sedază pacienții în stadiu terminal cu scopul primar de a grăbi decesul. Acest lucru a fost denumit „eutanasie lentă”

Tipuri de sedări inadmisibile

-folosirea deliberată a dozelor care depășesc cu mult limita necesară asigurării unui confort adecvat (compromite funcțiile fiziologice, precum respirația spontană sau echilibrul hemodinamic)/ deviație inacceptabilă și adesea ilegală de la normele etice

Cazul unui angajat depășit de situație, care apelează la sedare deoarece este obosit și frustrat de îngrijirea unui pacient

Situații în care cererea pentru sedare este făcută de către familia pacientului și nu de pacientul însuși.

evitare a sedării și tratamente inutile; fobii cu accentuarea disconfortului pentru pacient .

Folosirea imprudentă a sedării paliative/ intenția de a ameliora simptomele, însă în circumstanțe clinice care nu sunt adecvate.

Concluzii

- ☐ Pacientul în boli incurabile avansate trebuie asistat cu dragoste și devotament.
- ☐ Nu v-a fi forțat să mănânce și nu se vor indica manevre agresive de restabilire a aportului nutritiv: tubaj, nutriție parientală pe vene cu intenții de tratament activ pentru prelungirea vieții.
- ☐ Decizia terapeutică v-a ține cont în primul rind de confortul pacientului, în condițiile în care încercările de suplimentare calorică a pacienților cu cancer în fază terminală nu au demonstrat un impact semnificativ asupra supraviețuirii și a calității vieții.
- ☐ Se v-a insista predominant asupra ameliorării simptomelor dominante (dispnee, diaree, somnolență, vărsături, hipersecreții, respirație zgomotoasă, insuficiență sfincteriană), lăsând aportul alimentar în plan secundar.
- ☐ Explicarea situației și implicarea, pe cât posibil, a pacientului și familiei în deciziile terapeutice ameliorează stresul psihologic.