

Ingrijiri paliative in medicina de familie

**"STRESUL și FRICA sunt
jumătate din boală,**

**OPTIMISMUL și
SPERANȚA, jumătate din
medicament,**

**iar RĂBDAREA este primul
pas spre VINDECARE."**

(proverb arab)



- Conform definiției O.M.S., medicina paliativă reprezintă totalitatea îngrijirilor active ale bolnavilor ale căror afecțiuni nu mai răspund la tratament

Medicina paliativă trebuie să țină seama de următoarele aspecte:

- stabilirea diagnosticului de fază ireversibilă sau terminală;
- comunicarea acestui lucru familiei și bolnavului;
- asigurarea unui sfârșit decent;
- combaterea simptomelor care afectează calitatea vieții;
- îngrijirea și alimentația bolnavilor;
- susținerea psihică a familiei și bolnavului;
- respectarea autonomiei bolnavului;
- respectarea legilor în vigoare;
- colaborarea cu ceilalți factori implicați.

Principalele boli care ajung în mod frecvent în faze ireversibile sunt:

- Boli cardiovasculare: insuficiență cardiacă, cord pulmonar cronic, cardiomiopatii
- Boli respiratorii: fibroze pulmonare, insuficiență respiratorie cronică, hipertensiune pulmonară
- Boli digestive: hepatice cronice, ciroze hepatice –
- Boli renale: glomerulonefrite, sindrom nefrotic, boală renală cronică
- Boli neuropsihice: accidente cerebrale vasculare, boala Parkinson, scleroză în plăci, demențe degenerative și/sau vasculare
- Cancere: pulmonar, gastric, mamar, hepatic, pancreatic, de col, mielom multiplu, limfoame maligne, colon
- HIV/SIDA
- Boli degerative osteoarticulare deformante

Caracteristicile bolilor terminale:

- Prezența bolii avansate, progresive și incurabile;
- Lipsa de șanse rezonabile de răspuns la tratamentul specific;
- Prezența mai multor probleme sau simptome severe, multiple, multifactoriale și schimbătoare;
- Impact emoțional major asupra pacientului, familiei și echipei terapeutice, strâns legat de iminența morții;
- Prognostic mai puțin de 6 luni.

Persoanele cu boli în stadii terminale prezintă o serie de nevoi fizice, emoționale, sociale și spirituale

- Efectele fizice și emoționale pe care o boală în stadiu terminal le produce asupra unei persoane diferă de la om, la om. Vârsta, bagajul cultural, personalitatea, credința și sistemele de sprijin familial, toate influențează modul în care un individ răspunde și face față unei boli în stadiu terminal
- Oamenii cu boli în stadii terminale se confruntă cu o gamă largă de nevoi diferite, care sunt îndeplinite de abordarea holistică a îngrijirilor paliative.

Îngrijirea paliativă, fiind o îngrijire de tip holistic, urmărește să satisfacă următoarele nevoi ale fiecărui pacient:

- Nevoi fizice – nevoile fizice ale persoanelor cu boli în stadiu terminal se impart în două categorii:

- Nevoia de control al simptomelor - simptomele fizice comune asociate bolilor amenințătoare de viață includ durere, oboseală, pierdere a poftei de mâncare, greață, vărsături, dificultăți de respirație și insomnie. Multe dintre acestea pot fi ameliorate prin medicamente sau prin folosirea altor metode, cum ar fi radioterapia paliativă, fizioterapia și terapiile alternative, de exemplu: acupunctura și aromaterapia
- Nevoia de îngrijire de bază – pe măsură ce indivizii se apropie de sfârșitul vieții, ei vor avea nevoie, în mod frecvent, de ajutor în multe dintre activitățile normale ale vieții de zi cu zi, pe care înainte le făceau de unii singuri, de exemplu îmbăierea, deplasarea, folosiretoaletei, hrănirea și înghițirea de lichide. Aceste nevoi fizice ar putea fi împlinite cu ajutorul familiei sau s-ar putea să fie necesar un aport mai mare din partea echipei de îngrijiri paliative

- Nevoi emoționale și necesitatea asistenței în depășirea problemelor apărute odată cu boala - Nevoile emoționale ale celor cu boli în stadii terminale și familiilor acestora pot fi considerabile

- Oamenii care se confruntă cu perspectiva sfârșitului vieții adesea au de a face cu o serie de emoții diferite. Depresia, anxietatea și frica sunt unele dintre problemele emoționale care pot fi ameliorate de către profesioniștii din îngrijirea paliativă, ce pot arăta o înțelegere a acestor nevoi și oferi sprijin, alinare și consiliere, dacă este necesar. Ei pot, de asemenea, recomanda resurse, grupuri de sprijin, organiza reuniuni de familie sau chiar face trimiteri la specialiștii din domeniul sănătății mintale, dacă este cazul.
- Familia bolnavului trebuie, de asemenea, să facă față unui număr de emoții pe durata bolii celui drag, dar și după moartea sa. În timp ce suferința datorită doliului este o reacție naturală la moarte, emoțiile pot include furie, anxietate, tristete, teamă, confuzie, deșertăciune și vinovăție, echipa de îngrijiri paliative putând fi de un real ajutor în depășirea acestora.

- Nevoi de ordin practic și social – Bolnavii în stadii terminale pot să aibă griji de natură financiară și juridică, întrebări cu privire la asigurări, preocupări legate de serviciu, scrierea testamentului și lucruri practice de zi cu zi, probleme în care echipa de îngrijire paliativă poate oferi asistență de specialitate

- Nevoi spirituale – Specialiștii din îngrijiri paliative îi pot ajuta pe oameni să-și exploreze convingerile și valorile spirituale, astfel încât cei din urmă să poată găsi un sentiment de pace sau să ajungă la un grad de acceptare, care este potrivit pentru situația lor.

O serie de servicii de îngrijiri paliative sunt necesare pentru a satisface nevoile persoanelor cu boli în stadii terminale

- Planificarea îngrijirii – planificarea și hotărârea împreună cu pacientul, familia (dacă se dorește acest lucru) și cu alte cadre medicale ce demersuri și obiective trebuie îndeplinite. Planificarea îngrijirii include:
 - Evaluarea - evaluarea nu este o activitate care să se facă numai o singură dată, ci mai degrabă este un proces interactiv și continuu de evaluare și re-evaluare, pe măsură ce condițiile/situația pacientului și a familiei se modifică pe durata bolii. Aceasta include evaluarea nevoilor fizice, psihologice, sociale și spirituale și este întreprinsă de către membrii echipei multidisciplinare de îngrijiri paliative.
 - Implementarea îngrijirii - aceasta poate fi efectuată de pacientul în sine (autoîngrijire), membrii de familie sau de cadrele medicale
 - Monitorizarea și evaluarea îngrijirii – din nou, această activitate trebuie să fie o muncă de echipă – pacienți, familiile acestora și personalul de îngrijire paliativă

- Controlul simptomelor – include controlul simptomelor fizice și emoționale pe care le experimentează bolnavul. Acestea diferă de la persoană, la persoană, în funcție de istoricul medical, vârsta, formația, caracteristicile personale, mecanismele de gestionare a problemelor și sprijinul social pe care pacientul îl primește de la cei din jur, precum și de starea medicală specifică a acestuia.
- Serviciile medicale – includ aportul medicului specialist de îngrijire paliativă adus în evaluarea și managementul simptomelor prin administrarea medicamentelor și furnizarea tratamentului adecvat.
- Îngrijirile de tip nursing – includ asistența și sprijinul în activitățile de zi cu zi, comunicarea eficientă cu pacientul și familia acestuia și activitățile specifice de nursing, de exemplu pansarea, puncția venoasă și suportul în managementul și administrarea tratamentului medicamentos
- Serviciile de terapie - includ fizioterapia, terapia ocupațională, terapia prin artă (muzică / pictură / teatru)

- Serviciile farmaceutice - includ consilierea privind rețetele și prepararea și distribuirea medicamentelor
- Serviciul de asistență psihologică - include consilierea, sprijinul în serviciile de management al durerii și serviciile de sprijin în perioada doliului
- Serviciile sociale - includ asistența în problemele de natură financiară, în obținerea de echipamente specializate și în organizarea de perioade de respiro și pauze de vacanță pentru aparținători
- Serviciile religioase - sprijin spiritual ce poate fi furnizat de către toți îngrijitorii. În funcție de convingerile și nevoile spirituale ale fiecăruia, se pot solicita serviciile unui preot/pastor/capelan etc.
- Serviciile de informare – furnizează o serie de informații de tipul îngrijirii medicale (ex. referitor la boli, controlul simptomelor), până la informații de tipul asistenței sociale (beneficii și resurse)
 - Servicii educaționale și de instruire pentru pacienți și familiile/ îngrijitorii lor și personalul medical
 - Specialiștii din domeniul medical

Bolnavul care primește îngrijiri paliative va avea parte, în procesul de îngrijire, de mai multe lucruri care vor realiza îmbunătățirea calității vieții:

- Faptul de a fi tratat ca o persoană normală, cu demnitate și cu respect pentru cultura, stilul de viață, dar și credințele sale
- Faptul de a avea 'vocea' auzită și de a fi valorificat pentru ceea ce reprezintă
- Faptul de a avea șansa de a celebra viața și de a se bucura de ea cât încă este suficient de puternic pentru a o face
- Faptul de a avea atât oportunitatea, cât și sprijinul de a iniția discuții în cadrul familiei despre boala și prognosticul său, dacă așa decide

- Participarea la discuții productive, pe toată durata îngrijirii, cu profesioniștii de îngrijiri paliative și cu asistenții sociali cu privire la starea sa, îngrijirea, tratamentul, aspirațiile, temerile, grijile și preocupările sale
- Primirea de informații reale cu privire la starea sa și tratamentele posibile, într-o manieră integră, în timp util și într-un mod grijuliu în toate etapele bolii sale
- Conștientizarea opțiunilor care există pentru condiția sa, inclusiv opțiunile disponibile legate de îngrijire și tratament, locații unde poate fi îngrijit, persoane care îl pot îngriji, dar și ce alte servicii mai există pentru sprijinirea și ajutarea sa și a familiei
- Participarea, împreună cu familia și specialiștii de îngrijiri paliative, la dezvoltarea planului și obiectivelor de îngrijire
- Faptul de a ști că simptomele sale fizice vor fi gestionate într-un mod acceptabil pentru sine și în concordanță cu starea sa

- Alinarea simptomele fizice și emoționale, în modul cel mai potrivit pentru nevoile sale - Sprijin emoțional din partea unor profesioniști care au timp să îl asculte și care arată empatie și înțelegere a preocupărilor sale
- Reasigurarea că va trece numai prin acele intervenții pentru care și-a dat consimțământul informat
- Servicii bine coordonate și de înaltă calitate, ce sunt furnizate de către specialiștii din domeniu și personalul neprofesionist, care are însă un nivel adecvat de educație și pregătire profesională
- Sprijin și consiliere privind problemele de natură financiară și, dacă este cazul, de natură profesională
- Sprijin adecvat, care să-i permită explorarea problemelor de natură spirituală, dacă își dorește acest lucru
- Companie, dacă își dorește, și pace de-a lungul bolii și procesului morții
- Faptul de a muri în locul ales, fără durere, anxietate și alte simptome supărătoare
- Faptul de a primi asigurări că familia și îngrijitorii săi vor fi sprijiniți pe durata bolii și a doliului.

Drepturile pacienților în boala terminală

- dreptul de a fi tratat ca o ființă umană;
- dreptul de a menține speranța;
- dreptul de a-și exprima sentimentele și emoțiile în ceea ce privește modul de abordare a morții;
- dreptul de a obține atenția medicilor și asistentelor medicale, chiar dacă obiectivele de vindecare sunt schimbate în obiective de confort;
- dreptul de a nu muri singur;
- dreptul de a fi lipsit de durere;
- dreptul de a primi un răspuns sincer, indiferent de întrebarea care va fi pusă;
- dreptul de a primi ajutor din partea familiei și al acesteia de a accepta moartea sa;
- dreptul de a muri în pace și cu demnitate;
- dreptul de a păstra individualitatea și de a nu fi judecat pentru deciziile sale, care ar putea fi contrare convingerilor altora;
- dreptul de a fi îngrijit de oameni competenți și de bun-simț, care vor încerca să înțeleagă nevoile lor și de a fi în stare să găsească o anumită satisfacție ajutându-i să facă față morții;
- dreptul de a fi respectat corpul după moarte.

Servicii de bază de îngrijiri paliative

- Evaluare
 - o Pacient
 - o Competență
- Planificarea îngrijirii
- Controlul simptomelor
- Controlul durerii
- medicație
- Consiliere
- Monitorizare
- Îngrijire în stadiu terminal
- Educație
- Suport spiritual
- Asistență psihologică

- Evaluarea la nivel local este de două tipuri:
 - Evaluarea bolii și a nevoilor de servicii ale pacientului
 - Evaluarea disponibilității și abilităților capabilităților locale de a îndeplini aceste nevoi
- Controlul simptomelor și durerii – utilizând instrumente sigure pentru evaluarea și măsurarea simptomelor și a durerii
- Medicația - potrivit protocoalelor agreeate
- Îngrijirea în stadiu terminal – îngrijire competentă de tip nursing, asistență medicală și sprijin oferit la sfârșitul vieții

Servicii specializate de îngrijiri paliative

- Evaluare (Pacient)
- Planificarea îngrijirii
- Controlul simptomelor/durerii
- Servicii medicale
- Îngrijire de tip nursing
- Consiliere
- Diagnostic
- Servicii terapeutice
- Servicii farmaceutice
- Servicii psihologice
- Servicii sociale
- Asistență spirituală
- Educație & training – pacient și personal

Serviciile specializate de îngrijiri paliative includ:

- Planificarea îngrijirii – care se face împreună cu pacientul, familia sa și personalul medico-sanitar - cuprinde o evaluare a nevoilor fizice, psihologice, sociale și spirituale, dezvoltarea / implementarea planului de îngrijire și monitorizarea și evaluarea îngrijirii
- Controlul simptomelor – controlul simptomelor fizice și emoționale. Acestea vor diferi de la o persoană la alta, în funcție de istoricul medical, vârsta, formația, caracteristicile personale, mecanismele de gestionare a problemelor și sprijinul social pe care pacientul îl primește de la cei din jur, precum și de starea medicală specifică a acestuia
- Serviciile medicale – includ aportul medicului specialist de îngrijire paliativă adus în evaluarea și managementul simptomelor prin administrarea medicamentelor și furnizarea tratamentului adecvat.
- Îngrijirile de tip nursing – includ asistența și sprijinul în activitățile de zi cu zi, comunicarea eficientă cu pacientul și familia acestuia și activitățile specifice de nursing

- Serviciile de terapie - includ fizioterapia, terapia ocupațională, terapia prin artă (muzică / pictură / teatru)
- Serviciile farmaceutice - includ consilierea privind rețetele și prepararea și distribuirea medicamentelor
- Serviciul de asistență psihologică - include consilierea, sprijinul în serviciile de management al durerii și serviciile de sprijin în perioada doliului
- Serviciile sociale - includ asistența în problemele de natură financiară, în obținerea de echipamente specializate și în organizarea de perioade de respiro și pauze de vacanță pentru aparținători
- Serviciile religioase - sprijinul spiritual poate fi furnizat de de toți îngrijitorii
- Serviciile de informare – furnizează o serie de informații începând cu tipul îngrijirii medicale (ex. referitor la boli, controlul simptomelor), până la informații de tipul asistenței sociale (beneficii și resurse)

Serviciile de îngrijiri paliative trebuie să fie asigurate de patru categorii de îngrijitori

- Auto-îngrijirea (pacientul însuși): activități de zi cu zi, terapie ocupațională și recreativă, luarea deciziilor, tehnici de management al durerii, administrarea de medicamente și modificarea dozei de medicament (în limitele convenite cu medicul)
- Familia și îngrijitorii la domiciliu: asistență în activitățile de zi cu zi, administrarea de medicamente, informare, oferirea sprijinului, încurajarea și liniștirea pacientului.

- Personalul medical trebuie să fie în măsură să ofere servicii de bază de îngrijiri paliative, incluzând aici:
 - o Evaluarea nevoilor fizice, psihologice, sociale, spirituale și a necesităților de informare ale fiecărui pacient și familiilor lor
 - o Satisfacerea acestor nevoi în măsura cunoștințelor, abilităților și competențelor dobândite în domeniul îngrijirilor paliative
 - o Faptul de a ști când să ceară consiliere de la servicii specializate de îngrijiri paliative sau să facă trimitere la aceste servicii
- Personalul de îngrijiri paliative va furniza servicii de bază și de specialitate de îngrijiri paliative prin echipe multi-disciplinare formate din asistenții medicali, terapeuți, asistenți sociali, consultanți specializați în medicina paliativă

Serviciile de îngrijiri paliative trebuie să fie oferite în mai multe medii

- La domiciliu, prin servicii de bază sau specializate: asistență intensivă coordonată pentru persoanele cu nevoi complexe, ce trebuie să fie furnizată de către personalul de specialitate la domiciliul pacientului, în cazul în care acest lucru este dorit și este și practic:
 - Acest lucru poate implica ca echipa specializată de îngrijiri paliative să furnizeze consiliere alături de medicul de familie al pacientului și servicii de îngrijire de tip nursing la domiciliu, care să permită unei persoane să stea în casa pacientului
 - Echipele de îngrijire paliativă specializată trebuie să ofere, de asemenea, îngrijire de tip nursing, asistență medicală, socială și sprijin emoțional la domiciliul pacientului, de multe ori cunoscut sub numele de “hospice la domiciliu”.
- În cabinetele MF/dispensare
- În facilitățile de îngrijire în ambulator / cabinete de consultații în ambulator/centre de zi
- În centrele de îngrijire paliativă și spitalele de specialitate
- În hospice-uri

Principalele simptome care afectează calitatea vieții în fazele terminale sunt:

- durerea,
- dispneea,
- greața, vărsăturile, constipația, anorexia,
- scăderea în greutate,
- depresia, insomnia,
- confuzia și delirul,
- escarele.

- Cele mai comune simptome sunt:
 - în sfera somatică: durerea, dispneea, constipația, confuzia, anorexia.
 - în sfera emoțională: depresia, frica, anxietatea.
 - în sfera socială: pierderea statutului social, schimbarea rolurilor, frica de dependență – de a fi o povară pentru membrii familiei.
- Cele mai importante simptome ale pacientului sunt: durerea, dispneea, dependența.
- Cele mai stresante pentru cei care îi îngrijesc sunt: confuzia și incontinența

Depresia

- Depresia este tranzitorie, secundară îngrijorării pacientului, legată de gravitatea și prognosticul incert al bolii. Depresia din stadiile terminale trebuie diferențiată de depresia boală, insistând asupra datelor anamnestice sugestiv.
- Prevalența depresiei pacienților în timpul ultimelor săptămâni sau luni de viață variază de la 9% la 18%.

Diagnostic

- pierderea interesului pentru viață, afectivitate scăzută, sentimente de neajutorare, pierderea respectului pentru sine;
- gânduri persistente legate de moarte, gânduri suicidare;
- facies inexpressiv, scăderea concentrației;
- tulburări ale somnului, trezire matinală, transpirații.

- Existența unor situații depresive anterioare în familia bolnavului (ereditare) pot crește riscul dezvoltării unei asemenea stări.
- Există o corelație între depresie, durere și statut funcțional.
- În plus, evaluarea depresiei trebuie să includă obligatoriu examinarea tratamentelor și a condițiilor fizice care ar putea reprezenta cauza depresiei.

Situații asociate care pot cauza simptome depresive

- corticosteroizii,
- agenții chimioterapeutici,
- radiația cerebrală totală,
- complicațiile metabolico-endocrine la nivelul sistemului nervos central
- sindroamele neoplazice

Evaluare

- Stările depresive și tristețea se manifestă pe măsură ce pacientul se confruntă cu moartea. Aceste sentimente pot fi manifestările unei suferințe anticipate datorate pierderii iminente a vieții, sănătății, a unor persoane dragi și a autonomiei.
- În ciuda acestui fapt, depresia majoră este comună în cadrul îngrijirii paliative unde a fost nediagnosticată și netratată.
- Minimalizarea simptomelor depresive, considerate „reacții normale” și dificultățile de diagnosticare corectă a depresiei contribuie la nediagnosticarea depresiei;
- Neadministrarea tratamentului se datorează în mare parte faptului că bolnavii aflați în grad sever de boală nu vor putea tolera efectele secundare ale antidepresivelor

Anxietatea

- Simptomele de anxietate la pacienții aflați în ultima perioadă a vieții pot apărea datorită unor complicații medicale ale bolii sau tratamentului.

Stări asociate anxietății:

- hipoxia
- embolie pulmonară
- stop respirator sau cardiac iminent
- durerea slab controlată
- deshidratare
- dezechilibru electrolitic
- reacția la anumite tratamente
- stările de respingere și reticență din partea bolnavului

- Pe parcursul fazei terminale de boală, când pacienții devin mai puțin agitați, există o tendință de a reduce folosirea sedativelor.
- Este foarte importantă de luat în considerare nevoia de a scădea treptat benzodiazepinele și opioidele, folosite în doze mari pentru ameliorarea anxietății sau durerii, cu scopul de a preveni stările acute de reticență.

- Stările de respingere la pacienții în faza terminală se manifestă deseori, mai întâi, sub forma agitației și anxietății și devin evidente din punct de vedere clinic, după câteva zile, spre deosebire de stările manifestate de pacienții mai tineri și mai sănătoși, stări manifestate datorită unui metabolism slăbit.
- În ciuda faptului că anxietatea manifestată în faza terminală a bolii rezultă cel mai frecvent din complicații medicale, este important de luat în considerare factorii psiho-sociali care ar putea juca un rol, în special la pacienții care nu sunt confuzi.
- Pacienții deseori suferă de teama de izolare și moarte.

Insomnia

- Insomnia este un simptom frecvent întâlnit la bolnavul terminal, fiind accentuată de durere, depresie, dispnee, prurit, transpirație, dar și de condițiile de mediu inadecvate.
- Insomnia se poate manifesta fie ca un deficit de somn sau somn neodihnitor (superficial), insomnie la culcare sau trezire manitală.
- Uneori insomnia poate fi de cauză medicamentoasă: teofilină, cofeină, antagoniști H₂, clonidină, opioide.

Durerea

Durerea este un fenomen fiziologic complex, rezultat a 2 procese:

- senzorial- descriptiv (perceptiv);
- afectiv- emoțional;

Procesul senzorial- perceptiv

- se realizează ca urmare a impulsurilor nervoase nociceptive dureroase la nivelul trunchiului cerebral;
- se sistează atât intensitatea, cât și localizarea în timp și spațiu a durerii.

Procesul afectiv- este dependent de experiența personală și de particularitățile reactive individuale;

- este capabil să modifice cantitativ și calitativ caracterul primar al reacției la durere;
- există 3 moduri de răspuns la durere:
- hiposensibilitate - nu acuză durere deși au leziuni întinse;
- indiferența - bolnavi psihici care prezintă indiferență la durere (analgatimici);
- hipersensibilitate: dureri dramatice în condițiile unor leziuni minime.

- Evaluarea durerii cuprinde descrierea localizării, iradierii, caracterului, intensității, mecanismului probabil, a duratei, a factorilor ce influențează intensitatea durerii (ce ameliorează și ce produc durerea), consecințele durerii.
- Pacientul poate avea dureri localizate în zone diferite (dureri abdominale colicative, sindrom subocluziv, asociate cu dureri osoase prin metastază coloană lombară) sau același tip de durere localizată în zone diferite (durere osoasă prin metastază de coloană vertebrală lombară și epifiza proximală a femurului).

1. Din punctul de vedere al evoluției, durerea se clasifică în:

A. Durerea acută (durata sub 1 lună)

- este o stare de disconfort sau un semnal cu debut brusc
- este utilă deoarece este un semnal de alarmă
- are o patologie cauzatoare identificabilă
- se atenuează pe măsură ce cauza sa este tratată
- acompaniată de semne autonome, fenomene vegetative

B. Durerea cronică (durata peste 1 lună)

- este persistentă
- cauza sa nu poate fi înlăturată
- este asociată cu deficit funcțional și psihologic pe termen lung
- nefolositoare organismului, chiar dăunătoare
- asociată cu manifestări comportamentale (insomnie, depresie)

2. Din punct de vedere fiziopatologie durerea poate fi:

- de tip radicular: compresiuni sau iritații ale rădăcinilor nervilor rahidieni;
 - durere viscerală de tip parietal: tumori care invadează plexurile nervoase;
 - de tip cavitat: prin distensie sau contracție rapidă;
 - a organelor parenchimatoase - distensie a capsule sau ischemie.
- durere a extremității cefalice: cefalgii superficiale sau profunde
- durere canceroasă: este o entitate complexă care necesită nu numai un tratament somatic, ci și psihoafectiv emoțional (depresie, insomnie, furie, izolare).
 - durerea în cancer asociază un complex de componente: fizic, psihologic și social-spiritual.

Durerea din procesele tumorale poate fi de 2 tipuri:

- durerea nociceptivă- care apare prin stimularea receptorilor din tegument, mușchi, oase, țesut celular subcutanat, viscere etc.

- durerea neuropatică- din cauza leziunilor nervului, plexurilor nervoase prin compresie sau distrugere.

- Dacă durerea este produsă de mișcare are origine osoasă sau neuropată; anumite poziții determină apariția durerii în caz de compresie tumorală pe structuri moi sau pe nerv.
- Uneori durerea este produsă de funcții obișnuite ca deglutiția (în caz de invazie tumorală, mucozită postchimioterapie sau radioterapie) sau micțiune (invazie tumorală, infecții, inflamația mucoasei postchimioterapie sau radioterapie).

- Puseul dureros reprezintă creșterea bruscă a intensității durerii, cu un vârf de durere pe un fond de durere relativ controlată la care nu putem determina cauza declanșatoare.
- Durerea incidentă este puseul dureros a căruia cauză o putem determina.
- Durerea interferează cu starea generală, creează indispoziție, limitează activitățile curente, mobilitatea, interacțiunea socială, generează o serie de consecințe psiho-emoționale și sociale.

Principii de bază ale managementului durerii sunt:

- Evaluarea afecțiunii care provoacă durerea
- Evaluarea stării pacientului
- Discutarea obiectivelor tratamentului
- Stabilirea planului terapeutic (selectarea terapiei celei mai potrivite)
- Reevaluare de câte ori este necesar

Statusul de performanță

- Statusul de performanță reprezintă capacitatea pacientului de a desfășura activități, de a se autoîngriji, simptomatologia specifică bolii.
- Se folosesc mai multe scări de evaluare
 - - Index Karnofsky,
 - - ECOG- cea mai folosită scară de performanță paliativă].

Resuscitarea cardio-respiratorie în asistența medicală terminală

- Pacienții și familia trebuie informați despre succesul resuscitării cardio-respiratorii și despre posibilele complicații (fracturi costale, dilacerări ale organelor interne, deficite neurologice). Studiile arată că rata supraviețuirii după o resuscitare, până la externarea pacientului, este doar de 15%.
- Cea mai scăzută rată de supraviețuire după resuscitare o au următoarele afecțiuni: neoplaziile, afecțiunile neurologice, boala cronică de rinichi în stadiul terminal, afecțiunile respiratorii, septicemia.
- Pacienții pot cere medicului să nu-i resusciteze (ordin cunoscut sub formula “nu încerca resuscitarea”, pentru a sublinia probabilitatea mică de succes a resuscitării).