

Ingrijiri paliative in medicina de familie

Comunicarea veștilor triste

- a. Cadrul medical trebuie să studieze fișa bolnavului sau chiar să se documenteze cu ultimele noutăți asupra bolii în privința tratamentului, evoluției și complicațiilor ei;
- b. Este bine să pregătim bolnavul corespunzător – să folosim mijloacele de comunicare astfel încât să evităm impactul sec și dur asupra psihicului lui;
- c. Să folosim în comunicare anumite evenimente nefericite pe care bolnavul le știe și despre care are anumite cunoștințe: semnificația unui nodul, metastază sau tratament oncologie recomandat după o cură chirurgicală;
- d. Testăm cât de mult vrea pacientul să știe despre boala lui, unii nu vor să știe decât pașii urmați în tratament, alții vor să știe doar lucruri generale despre boală, alții vor să cunoască boala în amănunt. În general, este bine să încurajăm bolnavul a cărui boală anticipăm că va evolua mai îndelungat că în viitor s-ar putea să beneficieze de noi posibilități terapeutice.

Anunțarea vești lor triste va respecta următorii pași:

- mai întâi se va face o sinteză a datelor despre boală atât cât știe pacientul până în acel moment;
- informațiile oferite vor fi relatate pas cu pas, folosind un limbaj cât mai pe înțelesul bolnavului;
- să ne asigurăm că pacientul urmărește discuția și înțelege ceea ce îi spunem;
- să repetăm punctele cheie, folosind schițe, desene și chiar exemple similare din activitatea personală.

- Este important să nu dăm răspunsuri categorice la întrebările care ni se pun, să planificăm tratamentul în acord cu pacientul pe etape, evoluție și în concordanță cu prioritățile pacientului; să explicăm tratamentul pacientului, înștiințând asupra modului de administrare și efectelor adverse posibile.

Reacțiile emoționale ale bolnavului terminal

- În fața morții, pacienții terminali au diferite reacții emoționale care îmbină furia cu melancolia, depresia cu acceptarea senină a fatalității, negarea importanței bolii cu negocierea numărului de zile pe care ar trebui să le trăiască.
- Există 5 reacții emoționale față de moarte: negarea, furia, negocierea, depresia și acceptarea.
- Negarea permite pacientului să minimalizeze realitatea prin ignorare și să-și ascundă teama, aspect care îl face să fie mai puternic în lupta cu boala.
- Furia poate fi o stare psihoemoțională la pacienții care nu acceptă boala și încearcă să-și descarce această energie negativă asupra personalului medical, asupra membrilor familiei și uneori chiar asupra lui Dumnezeu.
- Negocierea este sentimentul prin care bolnavul acceptă idea morții, dar încearcă să negocieze ideea de a mai trăi puțin.
- Depresia este o stare psihoemoțională prezentă la majoritatea acestor bolnavi, izolați, măcinați de durere, de nesiguranta zilei de mâine, cuprinși de sentimente de deznădejde.
- Acceptarea morții este o stare spirituală în care rațiunea domină starea emoțională, bolnavul fiind conștient de realitate.

- Medicul de familie și întreaga echipă care îngrijește un bolnav terminal trebuie să cunoască aceste aspecte psihoemoționale, să înțeleagă când un astfel de bolnav este furios, neliniștit și să încerce prin toate mijloacele de să-l scoată din această stare, aducându-i un minimum de speranță, optimism și încredere care să-i ușureze boala.

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

Ansamblul îngrijirilor paleative la domiciliu

- menținerea unui grad ridicat de igienă individuală:
- folosirea periei și a pastei de dinți cu truse strict individualizate
- încurajarea dușului zilnic pt.pacienții mobilizabili
- spălarea la pat a bolnavilor imobilizabili
- asigurarea unei lenjerii de pat și corp permanent curate
- asigurarea unui climat propice de comunicare:
- acces la informație: telefon, scrisori, ziare
- acceptarea vizitatorilor dacă bolnavul dorește
- informarea vizitatorilor asupra bolii doar cu acceptul pacienților
- prevenirea plictiselii și a însingurării: pasiuni, hobby-uri, preocupări speciale

Serviciile medicale la domiciliu:

- evaluarea starii de sanatate a pacientului.
- monitorizarea parametrilor fiziologici – temperatura, tensiune arteriala, puls, respiratie, diureza , scaun.
- toaleta pacientului cu probleme medicale.
- administrarea medicamentelor pe cale orala, injectii intramusculare si intravenoase, perfuzii.
- masurarea glicemiei cu glucometrul.
- recoltarea probelor pentru laborator.
- alimentatia artificiala.
- ingrijirea plagilor, escarelor, stomelor, fistulelor, drenajelor.
- sondaj vezical cu sonda permanenta sau cu scop evacuator.
- terapia durerii.
- educatia pacientilor si a familiei.

Componentele îngrijirii paliative în medicina de familie

Referitor la pacient

- comunicare cu pacientul
- vizite la domiciliu
- identificarea principalelor acuze ale pacientului și încercarea de a le ameliora, pentru a - asigura un anumit confort pacientului
- realizarea unui climat de încredere pacientului și asigurarea sprijinului până la sfârșitul vieții

Referitor la familie - educația familiei cu privire la principalele manevre de îngrijire:

- schimbarea frecventă a poziției bolnavului pentru a preveni apariția leziunilor de decubit, folosirea colacilor speciali
- ridicarea pacientului în șezut pe parcursul zilei și tapotaj al toracelui pentru a preveni apariția pneumoniilor
- masaj al membrelor inferioare pentru a ameliora hipotonia și hipotrofia musculară care se pot instala și pentru a preveni apariția tromboflebitelor
- igiena cavității bucale prin ștergerea cu comprese umede sau cu glicerină boraxată
- hidratarea corectă a pacientului
- asigurarea alimentației corespunzătoare (detalii privind alimentele permise, modul de preparare, spațierea meselor)
- folosirea chiloților absorbantți în cazul incontinenței urinare
- îngrijirea sondei urinare care va fi schimbată periodic de către un cadru medical
- îngrijirea colostomei, traheostomei, etc.
- pregătirea psihică a familiei
- suport moral pentru familie în cazul decesului bolnavului.

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.

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%.

Tratament farmaceutic

- Medicația antidepresivă are un rol principal în tratarea pacienților diagnosticați cu depresie majoră, mai ales că antidepresivele prezintă, în plus, un efect marcat în combaterea durerii, prezentă frecvent în simptomatologia de bază a bolnavilor aflați în stare terminală.
- Factori cum ar fi prognosticul și schema temporară pentru tratament pot juca un rol important în determinarea tipului de farmacoterapie pentru tratarea depresiei la pacienții în faza terminală.

- Un pacient depresiv cu o speranță de viață de câteva luni își poate permite să aștepte 2-4 săptămâni, timpul necesar pentru a reacționa la un antidepresiv standard.
- Un pacient cu o speranță de viață de mai puțin de 3 săptămâni ar putea reacționa cel mai bine la un psihostimulent cu acțiune rapidă.
- Pacienților aflați în ultimele zile sau ore de viață li se pot administra sedative sau perfuzii analgezice.

- Pentru pacienții în faza terminală, antidepresivele se administrează la început în aproximativ jumătate de doză față de doza normală, din cauza sensibilității pacientului la efectele secundare.
- Psihostimulentele sunt utile în mod special pentru pacienții aflați în faza terminală deoarece au o acțiune rapidă și efecte energizante; nu cauzează anorexie, pierdere în greutate sau insomnie la dozele terapeutice.

- Abuzul de psihostimulente este aproape întotdeauna irelevant în cazul acestor pacienți.
- Ocazional, tratamentul cu stabilizator de serotonină selectivă și psihostimulant poate fi început simultan, astfel încât pacientul depresiv să poată beneficia imediat de efectul psihostimulantului, deoarece stabilizatorul de serotonină are nevoie de câteva săptămâni pentru a-și face efectul.

Anxietatea

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

Tratament farmaceutic

- Pacienților li se poate administra diazepam, oral sau rectal, în situația în care nu este permisă administrarea pe altă cale, în doze similare administrării pe cale orală.
- Diazepamul rectal a fost folosit în mare măsură în tratamentul/terapia paliativă în vederea controlării anxietății, tulburărilor și agitației manifestate în faza terminală a bolii.
- Neurolepticele sunt, probabil, clasa cea mai sigură de anxiolitice, în cazul pacienților care au probleme cu respirația.
- Utilitatea antidepressivelor în tulburările de anxietate este deseori limitată, deoarece acești agenți necesită săptămâni în vederea obținerii unui efect terapeutic.

- Sedativele, cum ar fi analgezicele narcotice sunt folosite, inițial, pentru controlul durerii, dar sunt eficiente și în cazul dispneei și anxietății.
- Administrarea intravenoasă continuă a morfinei sau a altor sedative analgezice permite dozarea atentă și controlul tulburărilor respiratorii, a anxietății, durerii și agitației.
- În mod ocazional, este obligatorie menținerea pacientului într-o stare de inconștiență sau indiferență, pentru a maximiza ușurarea suferinței.
- Când tulburările respiratorii nu reprezintă o problemă majoră, este preferată folosirea sedativelor doar pentru analgezice și adăugarea de anxiolitice specifice pentru a controla anxietatea concomitentă

Tratament nonfarmaceutic

- Intervențiile nonfarmaceutice pentru anxietate includ psihoterapia de susținere a moralului și intervenții comportamentale ce pot fi folosite separat sau în combinații.
- Psihoterapia scurtă de susținere este deseori folosită atât în tratarea crizelor, cât și a problemelor existențiale cu care se confruntă bolnavul.
- Ar trebui luată în considerare și includerea familiei în cadrul intervențiilor psihoterapeutice, în special pentru faptul că pacientul aflat în stare avansată de boală devine din ce în ce mai neputincios și incapabil să interacționeze

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.

Măsuri generale de tratament

- asigurarea unui confort de somn: mediu curat, aerisit, cu temperatură adecvată, liniște;
- controlul simptomelor: durere, dispnee, prurit etc.;
- identificarea medicamentelor care asociază insomnie;
- evitarea somnului în timpul zilei.

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

Principii generale de tratament al durerii cronice

- fiecare tip de durere se tratează și evoluează separat
- se face inițial o evaluare complexă a durerii, inclusive factorii psihoemoționali, sociali și spirituali
- este necesară reevaluarea repetată
- tratamentul se administrează oral ori de câte ori este posibil, iar dacă nu este posibil - intrarectal sau subcutanat
- administrarea se face regulat, în funcție de farmacocinetica fiecărui medicament, cu suplimentări “la nevoie” pentru puseele dureroase (aceste suplimentări trebuie să fie 1/6 din doza totală/24 h) - conform scării de analgezie OMS
- se utilizează analgezicele și tehnicile anestezice, neurochirurgicale și nefarmacologice
- monitorizarea și educarea familiei
- se are în vedere și managementul efectelor secundare.

- **Scara de analgezie OMS**
- Pentru ca durerea unui pacient sa poata fi evaluata in conditii optime, trebuie precizat mai intai daca pacientul nu are un deficit cognitiv, pentru ca acesta poate face autoevaluarea imposibila si este un criteriu de dificultate in tratamentul durerii.

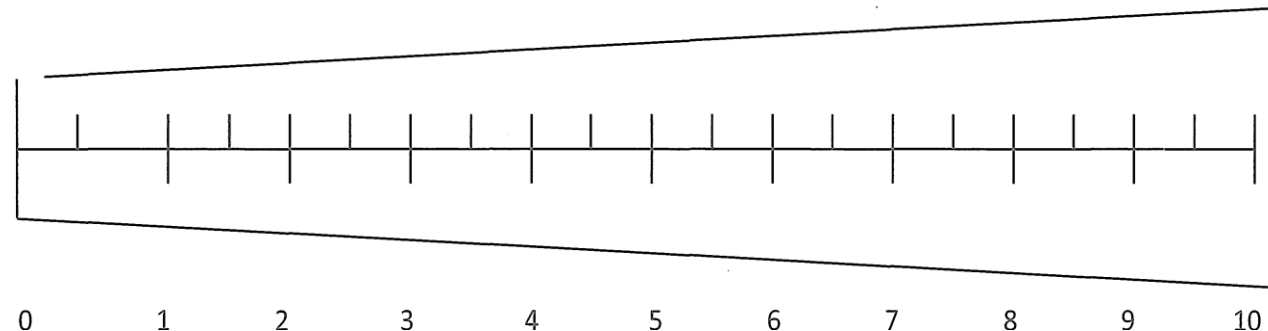
- Pentru verificarea functiei cognitive, se recomanda utilizarea unor teste ca MMSE.
- Daca pacientul are un deficit cognitiv, se utilizeaza elemente ajutatoare, care trebuie corect interpretate:
 - observatiile apartinatorilor,
 - alte semne verbale (gemete, suspine),
 - expresii faciale (incrunatarea) sau posturi neobisnuite,
 - apasarea/masarea zonei dureroase,
 - modificarea unor valori fiziologice (TA, AV),
 - raspunsul la o doza test de analgezic.

- Durerea unui pacient se “masoara” conventional folosind scale, care trebuie utilizate de pacient, nu de apartinatori.
- Scalele sunt:
 - 1) unidimensionale masoara intensitatea, “cantitatea” de durere.
 - 2) multidimensionale evalueaza si “calitatea” durerii.

Scalele unidimensionale masoara intensitatea, “cantitatea” de durere.

- Avantajul lor este usurinta de utilizare.
- Dezavantajul este ca nu ofera nici o informatie despre caracterul durerii.
- Cele mai utilizate sunt: scala verbala, scala numerica, scala analog vizuala.

- Scara de analgezie OMS prevede utilizarea analgezicelor în funcție de intensitatea durerii, măsurată pe o scară analogvizuală (VAS).
- Se solicită pacientului să evalueze intensitatea durerii pe o scară de la 1 la 10: 1 însemnând absența durerii, iar 10 durerea cea mai cumplită pe care și-o poate imagina.



Scalele multidimensionale evalueaza si “calitatea” durerii.

- In practica sunt mai greu de utilizat.
- Cele mai cunoscute sunt
 - chestionarul Mc Gill pentru durere (McGill Pain Questionnaire)
 - inventarul scurt al durerii (Brief Pain Inventory)

- Tratatamentul antialgic va avea în vedere o doză regulată pentru durerea de fond și o doză la nevoie pentru puseele dureroase, care este de 1/6 din doza zilnică de antialgic.
- Se începe cu treapta de medicație corespunzătoare intensității dureroase (ex: pentru o durere VAS 5 se administrează inițial Tramadol 50 mg la 6 ore). Dozele se cresc până la înlăturarea durerii sau până la atingerea dozei maxime pentru medicamentele de pe treapta I și II, și apoi se trece la treapta următoare.

<i>Treapta I</i> <i>Durere ușoară (VAS<4)</i>	<i>Treapta a II-a</i> <i>Durere moderată (4≤VAS <7)</i>	<i>Treapta a III-a</i> <i>Durere severă (VAS≥7)</i>
– A.I.N.S. (doza max. variază în funcție de preparat) <i>sau</i> – Paracetamol (doză max. 4-6 g)	– Codeina (doză max.240-360 mg) – DHC (doză max.240-360 mg) – Tramadol (doză max.400-600 mg) – Oxycodon	– Morfina – Metadona – Hidromorfon simplu – Fentanyl

- Medicamentele utilizate pe treapta a III-a nu au doza maximă deoarece doza curbă- efect este de tip liniar.
- Doza pentru aceste medicamente este uneori limitată de apariția unor efecte secundare greu de tolerat pentru pacienți.
- Medicamentele din treapta I se pot combina cu medicamentele din treapta II-a și treapta a III-a, dar este contraindicată combinarea medicamentelor din treapta a II-a cu treapta a III-a.

- Reevaluarea trebuie facuta la intervale regulate dupa inceperea/schimbarea tratamentului si la orice schimbare a caracterului sau a intensitatii durerii.
 - probabilitatea ca tratamentul initial sa fie neadecvat creste cu intensitatea durerii
 - cei cu dureri severe ar trebui reevaluati la 12 ore,
 - cei cu dureri moderate la 12 zile,
- Scopul este calmarea durerii, (obtinerea unei intensitati mai mici de 4 din 10 pe scala analog vizuala) și prevenirea reaparitiei ei

Durerea nociceptivă apare prin stimularea receptorilor din tegument, periost, viscere etc.

- Durerea osoasă
 - răspunde incomplet la opioide:
 - AINS-+ opioid slab+ AINS-+ opioid puternic+ AINS în funcție de intensitatea durerii
- Durerea viscerală
 - răspunde total la opioide:
 - antispastic -> opioid slab-+ opioid puternic- în funcție de intensitatea durerii
- Durerea musculară (crampă)
 - nu răspunde la opioide
 - se administrează miorelaxant

Statusul de performanță - Gradul ECOG

- 0. Complet activ; capabil să ducă la bun sfârșit toate activitățile desfășurate înainte de a se îmbolnăvi, fără restricții
- 1 Restricții în îndeplinirea activităților fizice solicitante, dar mobil și capabil să desfășoare munci ușoare/sedentare/de birou
- 2 Mobil și capabil să se îngrijească singur, dar incapabil să muncească; trează și activ mai mult de 50% din timpul efectiv
- 3 Parțial capabil să se îngrijească singur; peste 50% din timpul efectiv este imobilizat în scaun /fotoliu/la pat
- 4 Complet imobilizat la pat, incapabil de autoîngrijire
- 5 Decedat