

Daniela MOȘOIU

Vladimir POROCH

coord.

GHID NAȚIONAL DE PRACTICĂ MEDICALĂ ÎN ÎNGRIJIRI PALIATIVE



Editura
Universității
Transilvania
din Brașov

2026

EDITURA UNIVERSITĂȚII TRANSILVANIA DIN BRAȘOV

Adresa: Str. Iuliu Maniu nr. 41A

500091 Brașov

Tel.: 0268 476 050

Fax: 0268 476 051

E-mail: editura@unitbv.ro

Editură acreditată de CNCSIS, cod 81.

ISBN 978-606-19-1863-8 (ebook)

Copyright © Autorii, 2026

Referenți științifici:

Prof. univ. dr. med. Liliana ROGOZEA, Universitatea Transilvania din Brașov

Prof. univ. dr. Laurențiu SIMION, U.M.F. „Carol Davila” din București

Coordonatori științifici:

Prof. Univ. Dr. Med. Daniela Moșoiu

Prof. Univ. Dr. Med. Vladimir Poroch

Autori:

Conf. Univ. Dr. Med. Teodora Alexa-Stratulat

As. Univ. Drd. Camelia Ancuța

Asist. Univ. Dr. Med. Gema Bacoanu

As. Univ. Dr. Med. Adeline Băișanu-Țintilă

Șef Lucrări Abil. Dr. Med. Estera Boeriu

As. Med. Letiția Buzea

Dr. Emőke Theodora Csepán

As. Med. Cristina Elekes-Darabont

Dr. Gabriela Das

Psih. Drd. Mihaela Dumitrache

Psih. Doina Găman

As. Univ. Drd. Flavia Hurducaș

Dr. Drd. Alexandra Kovacs

Dr. Dan Malciolu

Șef lucrări. Dr. Med. Maria-Mirabela Mihăilescu-Marin

Șef lucrări. Dr. As Med. Nicoleta Mitrea

Dr. Drd. Monica Moarcăș

Prof. Univ. Dr. med. Daniela Moșoiu

Pr. Conf. Univ. Dr. Nicolae Moșoiu

Dr. Dana Nagy

Dr. Oana Nechifor

As. Univ. Dr. Med. Sorina Pop

Prof. Univ. Dr. Med. Vladimir Poroch

Dr. Laura Monica Radu

Dr. Liliana Stănciulescu

Conf. Univ. Dr. Med. Claudia Cristina Tărniceriu

UMF „Grigore T. Popa” Iași

Universitatea Transilvania, Brașov

UMF „Grigore T. Popa” Iași

UMF „Grigore T. Popa” Iași

Universitatea Transilvania, Brașov

HOSPICE Casa Speranței

HOSPICE Casa Speranței

HOSPICE Casa Speranței

HOSPICE Casa Speranței

Universitatea „Dunărea de Jos”, Galați

Universitatea Transilvania, Brașov

Universitatea Transilvania, Brașov

Universitatea Transilvania, Brașov

HOSPICE Casa Speranței

Universitatea Transilvania, Brașov

Universitatea Transilvania, Brașov

Universitatea Transilvania, Brașov

Universitatea Transilvania, Brașov

Universitatea „Lucian Blaga” Sibiu

Asociația OncoHelp, Timișoara

HOSPICE Casa Speranței

UMF „Iuliu Hațieganu”, Cluj-Napoca

UMF „Grigore T. Popa” Iași

HOSPICE Casa Speranței

UMF „Grigore T. Popa” Iași

Tehnoredactare și grafică:

Raluca Bîgiu, Otilia Cătoi, Sorina Hașu, Flavia Hurducaș, Laura Iosub, Bianca Stoian
HOSPICE Casa Speranței



Acest ghid a fost realizat în cadrul proiectului
**Creșterea accesibilității și a rezilienței la serviciile de îngrijiri
paliative prin formare profesională de bază și specializată**
Programul Operațional Sănătate 2021-2027
MySMIS 346635

Editura Universității Transilvania din Brașov

iulie 2026

*Acest material nu reprezintă poziția Comisiei Europene sau
a Guvernului României, care nu poartă răspunderea modului în care
informația conținută în acest ghid ar putea fi utilizată.*



**Universitatea
Transilvania
din Brașov**



CUPRINS

Prezentarea proiectului	5
Cuvânt înainte	6
Partea 1. ÎNGRIJIRILE PALIATIVE – UN DOMENIU ESENȚIAL AL ASISTENȚEI MEDICALE MODERNE	8
Capitolul 1.1 Introducere.....	9
Capitolul 1.2 Aspecte organizaționale și legislative	15
Partea 2. PRELUAREA ÎN ÎNGRIJIRE ȘI CONTINUITATEA ÎNGRIJIRII.....	22
Capitolul 2.1 Screening și triaj în serviciile de îngrijiri paliative	23
Capitolul 2.2	62
Evaluarea holistică în îngrijirea paliativă.....	62
Capitolul 2.3 Monitorizarea continuă	77
Partea 3. MANAGEMENTUL SIMPTOMELOR	84
Capitolul 3.1 Anemia.....	85
Capitolul 3.2 Anorexia. Cașexia	102
Capitolul 3.3 Anxietatea	120
Capitolul 3.4 Constipația	130
Capitolul 3.5 Delirium	145
Capitolul 3.6 Depresia.....	168
Capitolul 3.7 Diareea	182
Capitolul 3.8 Dispneea	198
Capitolul 3.9 Durerea	214
Capitolul 3.10 Fatigabilitatea	246
Capitolul 3.11 Greață și vărsături.....	264
Capitolul 3.12 Hidratarea	279
Capitolul 3.13 Mucozitele.....	291
Capitolul 3.14 Nutriția și dietetica în îngrijirea paliativă oncologică	302
Capitolul 3.15 Pruritul	312
Capitolul 3.16 Hemostaza.....	336
Capitolul 3.17 Tusea	351
Partea 4. ALGORITMI DE ÎNGRIJIRE.....	358
Capitolul 4.1 Cavitata bucală	359

Capitolul 4.2 Limfedemul	384
Capitolul 4.3 Plăgi cronice. Escare.....	398
Capitolul 4.4 Tumori exulcerate	428
Partea 5. URGENȚE ÎN ÎNGRIJIRI PALIATIVE	449
Capitolul 5.1 Crize epileptice	450
Capitolul 5.2 Hemoragii.....	474
Capitolul 5.3 Hipercalcemia secundară unei afecțiuni oncologice	494
Capitolul 5.4 Ocluzia intestinală	506
Capitolul 5.5 Sindromul de venă cavă	520
Capitolul 5.6 Sindromul de compresie medulară.....	529
Partea 6. ÎNGRIJIREA LA SFÂRȘITUL VIEȚII	536
Capitolul 6.1 Planificarea anticipată a îngrijirii	537
Capitolul 6.2 Sedarea paliativă	547
Capitolul 6.3 Starea terminală	560
Partea 7 ASPECTE PSIHO-SOCIALE ȘI SPIRITUALE	589
Capitolul 7.1 Comunicarea veștilor proaste.....	590
Capitolul 7.2 Înlăturarea conspirației tăcerii	603
Capitolul 7.3 Suportul familiei în îngrijiri paliative	613
Capitolul 7.4 Suportul spiritual în îngrijiri paliative	623
Capitolul 7.5 Doliul	649
Partea 8. ÎNGRIJIRE PALIATIVĂ PEDIATRICĂ	677
Capitolul 8.1 Îngrijirea paliativă pediatrică în România	678
Capitolul 8.2 Comunicarea cu copilul	685

Prezentarea proiectului

„Creșterea accesibilității și a rezilienței la serviciile de îngrijiri paliative prin formare profesională de bază și specializată”, COD MYSMIS 346635

Prioritatea de investiții: P2. Servicii de reabilitare, paliativă și spitalizări pentru boli cronice adaptate fenomenului demografic de îmbătrânire a populației, impactului dizabilității și profilului de morbiditate

Sursa de finanțare: Fondul Social European FSE+ Programul Sănătate 2021-2027

Perioada de implementare: 01.09.2025 – 31.08.2028

Bugetul proiectului: 42.617.215,47 RON, din care 41.998.773,34 RON nerambursabili

Lider proiect: UNIVERSITATEA DE MEDICINĂ și FARMACIE "GRIGORE T. POPA" DIN IAȘI

Partenerul 1: UNIVERSITATEA TRANSILVANIA DIN BRAȘOV

Partenerul 2: FUNDAȚIA HOSPICE CASA SPERANȚEI

Obiectivul general al proiectului este consolidarea și dezvoltarea capacității sistemului național de sănătate din România de a furniza servicii integrate, accesibile și de înaltă calitate în domeniul îngrijirilor paliative, prin elaborarea și implementarea unui cadru metodologic, educațional și instituțional unitar, sustenabil și adaptat contextului național, care să răspundă în mod eficient nevoilor pacienților aflați în stadii avansate ale bolilor cronice, oncologice, neuro degenerative sau terminale, precum și ale familiilor acestora.

Unul dintre **obiectivele specifice** ale proiectului constă în elaborarea ghidului național de practică medicală în îngrijiri paliative, adaptat contextului național, destinat medicilor, asistenților medicali și celorlalți profesioniști din echipele de paliativă, pentru a standardiza și îmbunătăți practica clinică în domeniu și pentru a răspunde eficient nevoilor crescânde ale populației.

Pe baza acestui ghid vor fi dezvoltate conținuturi educaționale și vor fi organizate și derulate activități de instruire, în scopul menținerii practicii clinice din domeniul îngrijirilor paliative în acord cu cele mai noi cercetări din domeniu.

În cadrul proiectului se va derula un program amplu de formare profesională continuă, destinat echipelor multidisciplinare de îngrijiri paliative, creditat, standardizat și adaptat nevoilor reale ale beneficiarilor și furnizorilor de îngrijiri paliative. Programul de instruire va fi unul complex, incluzând sesiuni aplicative, și va deveni un reper pentru profesioniști și instituții, asigurând coerență și calitate în furnizarea serviciilor de îngrijiri paliative.

Prof. Univ. Dr. Med. Vladimir Poroch
Manager de proiect

Cuvânt înainte

Îngrijirile paliative reprezintă o componentă esențială a sistemului de sănătate, având drept scop ameliorarea suferinței fizice, psihice, sociale și spirituale a pacienților cu boli cronice progresive, precum și sprijinul acordat familiilor acestora. Necesitatea unei abordări integrate, bazate pe dovezi și pe colaborarea interdisciplinară, devine tot mai evidentă în practica medicală modernă.

Ghidul Național de Practică Medicală în Îngrijiri Paliative a fost elaborat pentru a oferi profesioniștilor din domeniul sănătății un instrument practic și comprehensiv, structurat pe multiple niveluri de intervenție: de la conceptele generale și identificarea pacienților cu nevoi paliative, până la managementul simptomelor, algoritmi de îngrijire, îngrijirea la sfârșitul vieții. Un accent deosebit este pus și pe dimensiunea psiho-socială și spirituală, recunoscând importanța sprijinului emoțional și comunicării eficiente cu pacienții și familiile lor.

Acest Ghidul Național de Practică Medicală în Îngrijiri Paliative apare într-un moment crucial pentru dezvoltarea serviciilor paliative din România odată cu revizuirea Strategiei Naționale de Îngrijiri Paliative și aprobarea Programului Național de Îngrijiri Paliative. Reprezintă un salt semnificativ față de protocoalele naționale din 2014, oferind o abordare mai cuprinzătoare, actualizată, bazată pe evidențe științifice și aplicabilă în practica clinică. Fiecare temă abordată în ghid include elemente teoretice, recomandări de practică bazate pe dovezi științifice utilizând sistemul GRADE simplificat, algoritmi de intervenție, fișe practice, cazuri explicate, particularități clinice și, acolo unde este cazul, dozaje pediatrice. Această structură completă face ca ghidul să fie nu doar informativ, ci și un instrument practic, ușor de aplicat în diverse contexte clinice. În sistemul GRADE simplificat, recomandările sunt clasificate în recomandări puternice și recomandări condiționale, bazate pe nivelul dovezilor (înalt, moderat, scăzut, foarte scăzut) și pe balanța beneficii–riscuri (recomandare “puternică” exprimată prin **SE RECOMANDĂ** sau “condiționată/ slabă” exprimată prin **SE SUGEREAZĂ**).

Aceste documente au oferit o bază solidă pentru clasificarea calității dovezilor și pentru formularea recomandărilor terapeutice, punând accent pe echilibrul beneficii–riscuri, preferințele pacientului și aplicabilitatea clinică.

Contribuția autorilor și experților implicați în realizarea acestui ghid reflectă experiența și diversitatea interdisciplinară necesară în practica îngrijirilor paliative. Prin includerea secțiunilor dedicate pediatriei, se subliniază importanța adaptării intervențiilor la nevoile specifice ale copiilor și familiilor lor.

Sperăm ca acest ghid să servească nu doar ca reper clinic, ci și ca instrument de transformare a practicii medicale paliative în România, susținând un act medical efectuat cu compasiune, și competență.

Mulțumesc tuturor autorilor și colaboratorilor care au contribuit la realizarea acestui proiect, dedicându-și experiența și cunoștințele pentru a promova îngrijirea de calitate a pacienților ce se confruntă cu suferința complexă dată de boli cronice progresive.

Prof. Univ. Dr. Med. Daniela Moșoiu

Coordonator Științific activitate elaborare Ghid Național de Practica Medicală în Îngrijiri Paliative

Partea 1.

**ÎNGRIJIRILE PALIATIVE – UN DOMENIU ESENȚIAL AL
ASISTENȚEI MEDICALE MODERNE**

Capitolul 1.1

Introducere

Daniela Moşoiu

Definiția îngrijirii paliative

Îngrijirea paliativă reprezintă o abordare activă și holistică, orientată spre ameliorarea suferinței pacienților cu boli cronice progresive și amenințătoare de viață, prin prevenirea și tratamentul durerii, precum și al altor simptome fizice, psihologice, sociale și spirituale. Scopul principal este îmbunătățirea calității vieții pacientului și a familiei acestuia, indiferent de stadiul bolii sau de continuarea tratamentelor curative, incluzând totodată sprijinul acordat familiei în perioada de doliu (World Health Organization, 2020; Connor & Bermedo, 2014). Îngrijirea paliativă se adresează atât adulților, cât și copiilor și poate fi furnizată în spitale, în servicii ambulatorii, în hospice, la domiciliu sau prin telemedicină, asigurând continuitatea și integrarea serviciilor în cadrul sistemului de sănătate.

Principiile îngrijirii paliative

Îngrijirea paliativă se bazează pe următoarele principii fundamentale:

1. Orientarea către pacient și familie – toate intervențiile sunt centrate pe nevoile și preferințele pacientului, incluzând sprijinul familiei și participarea acesteia în planul de îngrijire.
2. Abordare multidisciplinară – îngrijirea este furnizată de o echipă de profesioniști din diferite domenii: medici, asistenți medicali, psihologi, asistenți sociali, voluntari și alți specialiști care colaborează pentru a oferi suport holistic.
3. Ameliorarea suferinței și controlul simptomelor – tratamentul durerii, managementul simptomelor fizice și suportul psihosocial sunt prioritare, indiferent de prognostic sau de opțiunile terapeutice curative.
4. Accesibilitate și continuitate a îngrijirii – serviciile trebuie să fie disponibile pacienților în diferite medii și să asigure tranziții sigure și coordonate între spitale, ambulator, domiciliu și comunitate.
5. Respect pentru preferințele și autonomia pacientului – deciziile privind îngrijirea trebuie să fie luate în acord cu valorile pacientului și familia sa, încurajând participarea activă și informarea completă.

Considerente etice în îngrijirea paliativă

Îngrijirea paliativă implică multiple considerente etice, care trebuie respectate de profesioniștii din sănătate:

1. Respectul pentru autonomie – pacientul are dreptul să participe la luarea deciziilor privind îngrijirea sa, inclusiv la alegerea tratamentelor simptomatice sau la refuzul anumitor intervenții.
2. Beneficentea și non-maleficiența – intervențiile trebuie să urmărească beneficiul pacientului și să minimizeze suferința, evitând orice procedură inutilă sau dăunătoare.
3. Justiția și echitatea – accesul la îngrijirea paliativă trebuie să fie echitabil, fără discriminare pe criterii de vârstă, sex, statut socio-economic sau diagnostic.

4. Confidențialitatea și respectul pentru intimitate – informațiile pacientului și ale familiei trebuie protejate, iar comunicarea trebuie realizată cu respect pentru demnitate.
5. Suportul etic și spiritual – pe lângă managementul simptomelor fizice, îngrijirea paliativă trebuie să ofere sprijin spiritual și psihologic, respectând valorile culturale și religioase ale pacientului și familiei.

Aplicarea acestor considerente etice garantează că îngrijirea paliativă nu este doar medicală, ci și umană, respectând drepturile fundamentale ale pacientului și principiile profesionale de conduită.

Componentele de bază ale îngrijirilor paliative

Îngrijirea paliativă se bazează pe o abordare holistică, menită să răspundă nevoilor fizice, emoționale, sociale, spirituale și legale ale pacientului și familiei. Aceasta include mai multe componente interconectate, fiecare cu obiective și intervenții specifice, integrate într-un plan de îngrijire individualizat. Toate aceste componente vor fi abordate în ghidul național de practică medicală în îngrijiri paliative

1. Îngrijirea fizică reprezintă nucleul îngrijirii paliative, având ca obiectiv principal ameliorarea suferinței fizice. Aceasta presupune evaluarea și managementul durerii, utilizând instrumente standardizate, precum scala analgezică a Organizația Mondială a Sănătății, precum și controlul altor simptome asociate bolilor limitative de viață, cum ar fi dispneea, greața sau oboseala. De asemenea, include managementul nutriției și al hidratării, esențial pentru menținerea confortului și a funcțiilor vitale ale pacientului.
2. Sprijinul psihologic și emoțional urmărește identificarea și reducerea suferinței mentale asociate bolii. Aceasta presupune screening pentru depresie, anxietate și doliu, acces la consiliere psihologică și, foarte important, comunicare deschisă și empatică cu pacientul și familia, pentru a sprijini adaptarea la boală și a facilita luarea deciziilor împreună cu pacientul. Protocoale precum SPIKES pot fi folosite pentru transmiterea veștilor dificile într-un mod structurat și empatic.
3. Sprijinul social și pentru familie implică evaluarea dinamicii familiale și sprijinirea îngrijitorilor în gestionarea sarcinilor cotidiene și emoționale. Asistența socială ajută la accesul la resurse comunitare, coordonarea serviciilor și planificarea logistică a îngrijirii, asigurând continuitatea și reducând stresul familiei.
4. Îngrijirea spirituală și existențială se concentrează pe nevoile legate de credință, valori și sensul vieții. Aceasta poate include sprijin religios sau duhovnicesc, precum și discuții despre speranță, demnitate și sensul existenței, contribuind la confortul emoțional și la susținerea pacientului și a familiei în fața suferinței.
5. Planificarea îngrijirii în avans presupune discuții privind obiectivele îngrijirii, documentarea directivelor anticipate și stabilirea ordinilor de tip „Nu Resuscitați” (DNR). Această componentă asigură respectarea autonomiei pacientului și ghidarea echipelor medicale în situații critice, oferind claritate și protecție etică și legală.
6. Îngrijirea la sfârșitul vieții se concentrează pe faza terminală a bolii. Aceasta include recunoașterea fazei terminale, controlul simptomelor în ultimele zile sau ore, sprijinirea

familiei în procesul de doliu și retragerii sau neinițierii tratamentelor inutile, respectând principiile etice și legale.

În cazul copiilor, îngrijirile paliative pediatrice necesită o abordare adaptată vârstei și îngrijire centrată pe familie, cu integrarea serviciilor pediatrice specializate. Comunicarea trebuie să fie adecvată nivelului de dezvoltare al copilului, iar suportul parental este esențial pentru a asigura confortul și susținerea emoțională.

Componentă	Intervenții principale	Instrumente/ Standarde	Beneficiu pentru pacient/ familie
Îngrijire fizică	Evaluarea și managementul durerii; controlul simptomelor (dispnee, greață, oboseală); nutriție și hidratare)	Scala OMS a durerii; protocoale clinice	Reducerea suferinței fizice; creșterea confortului; menținerea funcțiilor vitale
Sprijin psihologic și emoțional	Screening pentru depresie, anxietate, doliu; consiliere psihologică; comunicare deschisă și empatică cu pacientul și familia	Scale de screening pentru depresie/anxietate; protocoale de comunicare (ex: SPIKES)	Reducerea suferinței emoționale; adaptare la boală; implicarea pacientului și familiei în procesul decizional
Sprijin social și pentru familie	Analiza dinamicii familiale; sprijin pentru îngrijitori; coordonare cu asistența socială	Planuri sociale de îngrijire; resurse comunitare	Susținere în gestionarea sarcinilor; continuitatea îngrijirii; reducerea stresului familial
Îngrijire spirituală și existențială	Sprijin religios/duhovnicesc; abordarea sensului vieții, speranței și convingerilor	Consiliere spirituală; grupuri de suport	Creșterea confortului emoțional; menținerea demnității; sprijin în fața suferinței
Planificarea îngrijirii în avans	Discuții privind obiectivele îngrijirii; documentarea directivelor	Formulare de directive anticipate; protocoale clinice	Respectarea autonomiei pacientului; ghidarea echipelor medicale

	anticipate; ordine DNR		
Standarde de comunicare	Transmiterea veștilor proaste; decizii partajate; întâlniri regulate cu familia; standardizarea documentației	Protocol SPIKES; documentație standardizată	Claritate și transparență în comunicare; implicarea pacientului și familiei în decizii
Îngrijirea la sfârșitul vieții	Recunoașterea fazei terminale; controlul simptomelor în ultimele zile/ore; sprijin pentru familie; retragerea/neinițierea tratamentelor inutile	Protocoale pentru faza terminală; ghiduri etice și legale	Confort maxim la finalul vieții; suportul familiei; respectarea normelor etice și legale
Îngrijiri paliative pediatrice	Comunicare adaptată vârstei; îngrijire centrată pe familie; integrare cu serviciile pediatrice	Protocoale pediatrice; consiliere parentală	Adaptarea intervențiilor la dezvoltarea copilului; sprijin emoțional și familial complet

Scopul și domeniul de aplicare al Ghidului național de practică medicală în îngrijiri paliative

În România, până în prezent nu există un *ghid clinic de îngrijiri paliative* oficial publicat, similar ghidurilor pentru oncologie sau alte specialități. Cu toate acestea, cadrul normativ existent — în special Ordinul Ministrului Sănătății nr. 253/2018 pentru aprobarea *Regulamentului de organizare, funcționare și autorizare a serviciilor de îngrijiri paliative* — conține și secțiuni care definesc scopul și domeniul de aplicare ale îngrijirilor paliative în România, care sunt esențiale pentru un viitor ghid clinic și pentru practicile profesionale.

Ghidul Național de Practică Clinică în Îngrijiri Paliative reprezintă o revizuire și completare a protocoalelor naționale existente, ediția 2015, transformând recomandările anterioare într-un document unitar, structurat și aplicabil în practică. Transformarea protocoalelor într-un ghid clinic urmărește standardizarea intervențiilor, includerea recomandărilor bazate pe evidențe științifice de ultimă oră și asigurarea calității îngrijirii paliative în întreg sistemul de sănătate (Ministerul Sănătății, 2018).

Scopul unui ghid clinic privind îngrijirile paliative în România este:

1. Îmbunătățirea calității vieții pacienților cu boli limitative de viață și a familiilor acestora, prin orientarea actului medical spre îngrijirea holistică a persoanei bolnave și familiei

acesteia, ameliorarea simptomelor, suportul psihosocial și spiritual și comunicarea optimă în procesul decizional.

2. Orientarea profesioniștilor în evaluarea simptomelor, gestionarea durerii, suport psihosocial și spiritual, planificarea îngrijirilor și coordonarea echipei multidisciplinare.
3. Standardizarea intervențiilor clinice, astfel încât medicii și profesioniștii din sănătate să dispună de instrumente bazate pe dovezi pentru evaluare, tratamentul durerii, managementul simptomelor și îngrijirea holistică a pacientului paliativ — obiectiv comun al ghidurilor clinice internaționale și naționale.

Scopul ghidului este, în primul rând, unificarea protocoalelor existente într-un cadru coerent, care să ofere orientări bazate pe dovezi pentru evaluarea simptomelor, managementul durerii, suportul psihosocial și spiritual, planificarea îngrijirilor și coordonarea echipelor multidisciplinare. Prin aceste măsuri, documentul contribuie la îmbunătățirea calității vieții pacienților cu boli limitative de viață și a familiilor acestora, sprijinind în același timp dezvoltarea profesională și monitorizarea standardelor de calitate ale serviciilor (Ministerul Sănătății, 2018; National Coalition for Hospice and Palliative Care, 2020).

Domeniul de aplicare al ghidului este extins și include pacienți adulți și copii cu boli cronice progresive sau amenințătoare de viață, indiferent de diagnostic, care necesită îngrijire paliativă de bază sau specializată. Acesta este destinat profesioniștilor din domeniul sănătății, membrilor echipei de îngrijire paliativă: medici, asistenți medicali, psihologi, asistenți sociali, voluntari și alte cadre implicate în îngrijirea paliativă. Ghidul se aplică în toate locațiile de îngrijire: spitale, servicii ambulatorii, centre de zi, hospice, servicii la domiciliu și servicii oferite prin telemedicină. Ghidul clinic va fi utilizat și în planificarea serviciilor, educația continuă a personalului medical și monitorizarea calității serviciilor la nivel național, ca parte a unui mecanism integrat. (Ministerul Sănătății, 2018; Connor & Bermedo, 2014).

Bibliografie

1. Connor, S. R., & Bermedo, M. C. S. (Eds.). (2014). *Global atlas of palliative care at the end of life*. World Health Organization & Worldwide Hospice Palliative Care Alliance.
2. Ministerul Sănătății. (2018). *Ordinul nr. 253/2018 pentru aprobarea Regulamentului de organizare, funcționare și autorizare a serviciilor de îngrijiri paliative*. Monitorul Oficial al României.
3. National Coalition for Hospice and Palliative Care. (2020). *Clinical practice guidelines for quality palliative care* (4th ed.). National Coalition for Hospice and Palliative Care.
4. World Health Organization. (2020). *Palliative care*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>

Capitolul 1.2

Aspecte organizaționale și legislative

Daniela Moșoiu
Flavia Hurducaș

MODELE DE FURNIZARE A ÎNGRIJIRILOR PALIATIVE

Pe plan internațional, literatura de specialitate identifică mai multe modele conceptuale și practice de furnizare a îngrijirilor paliative, care servesc drept repere pentru dezvoltarea sistemelor naționale de sănătate. Organizații mondiale precum World Health Organization (WHO) și Worldwide Hospice Palliative Care Alliance (WHPCA) subliniază faptul că îngrijirea paliativă poate fi furnizată prin abordări diverse în funcție de resursele disponibile și nevoile populației (WHPCA, 2014).

Un model frecvent întâlnit este „modelul comunitar de îngrijire paliativă”, care presupune furnizarea de servicii în cadrul comunității, orientate spre identificarea timpurie a nevoilor pacienților și susținerea acestora în mediul lor de viață. Acest model a fost implementat cu succes în regiuni precum Kerala (India), unde rețeaua de voluntari și profesioniști locali oferă sprijin paliativ extensiv, demonstrând fezabilitatea integrării paliative la nivel primar de îngrijire .

Un alt model internațional este modelul hospice integrat, dezvoltat istoric în Marea Britanie și SUA, care include atât îngrijiri la domiciliu, cât și servicii în unități specializate. De exemplu, organizații precum Marie Curie din Regatul Unit oferă servicii hospice, îngrijire la domiciliu și suport psihosocial, ilustrând un model complex de servicii integrate adaptat la o populație diversă de pacienți cu boli limitative de viață (Marie Curie, 2022).

Un model distinct accentuat în literatura internațională este „Hospital Palliative Care Team” (echipa de spital de îngrijire paliativă), recomandat de Asociația Internațională pentru Hospice și Îngrijire Paliativă (IAHPC). Acest model presupune echipe multidisciplinare care colaborează cu serviciile spitalicești pentru monitorizarea simptomelor, consilierea pacientului și familiilor și coordonarea planurilor de îngrijire între spital și comunitate (IAHPC, 2025).

În țările cu resurse limitate, modele adaptate la context, precum cel implementat de Hospice Africa Uganda, demonstrează fezabilitatea unei îngrijiri paliative condusă de asistente medicale și integrate în serviciile de sănătate comunitare, inclusiv în gestionarea durerii și furnizarea de analgezice esențiale (Lima & Pastrana, 2016;).

De asemenea, modelele conceptuale propuse pentru sistemele de sănătate dezvoltate includ abordări integrate, precum „Community Palliative Care” (CPC), care își propun continuitate de la îngrijirile de bază până la cele specializate, coordonând tranzițiile între domiciliu, ambulator și spital pentru a reduce discontinuitățile în îngrijire (Kamali et al., 2025).

În contextul sistemului de sănătate din România, îngrijirile paliative sunt reglementate prin Ordinul Ministrului Sănătății nr. 253/2018, care aprobă „Regulamentul de organizare, funcționare și autorizare a serviciilor de îngrijiri paliative” și definește cadrul organizațional, resursele umane și structurile de furnizare ale serviciilor paliative în România (Ministerul Sănătății, 2018).

Un prim model de furnizare este îngrijirea paliativă de bază, care presupune integrarea serviciilor paliative la nivelul comunității și al asistenței primare, prin profesioniști care au o instruire de bază în îngrijiri paliative. În acest model se vizează în principal oferirea de

intervenții de îngrijiri paliative de bază prin medici de familie și asistenți comunitari. Acest model urmărește identificarea timpurie a nevoilor pacienților cu boli cronice progresive de la momentul în care complexitatea nevoilor de îngrijire este redusă și oferirea de intervenții paliative de bază în mediul familial, reducând dependența de spitale și facilitând continuitatea îngrijirii. În practică, nu este încă implementat un sistem de finanțare a îngrijirii paliative de bază. Un al doilea model este îngrijirea paliativă specializată, oferită de furnizori autorizați, conform aceluiași ordin, prin echipe multidisciplinare cu competențe aprofundate în paliativ. Acest serviciu este destinat pacienților cu simptome complexe și necesită management integrat al durerii și altor simptome, precum și suport psihosocial și spiritual. Conform Ordinului nr. 253/2018, acest model presupune existența unor structuri organizate, resurse umane specializate și proceduri standardizate de îngrijire, inclusiv consultanță pentru nivelurile inferioare de competență.

Serviciile specializate de îngrijire paliativă, conform legislației românești, pot fi oferite în mai multe locații

- a. la domiciliu – se pune accent pe furnizarea îngrijirii acolo unde se află pacientul, mai ales când statusul de performanță al acestuia se deteriorează și mobilitatea acestuia se reduce, pe personalizarea planului de îngrijire și adaptarea frecvenței intervențiilor la evoluția pacientului, pe sprijinul familiei pentru a gestiona complexitatea îngrijirii la domiciliu cu suportul echipei specializate de paliativ, evidențiind o abordare flexibilă și centrată pe pacient. Există mecanisme de finanțare pentru acest tip de servicii specializate.
- b. în ambulatorii și centrele de zi, care oferă îngrijiri paliative fără internare, fiind utile pentru pacienții care pot beneficia de evaluări periodice și intervenții punctuale la nivel ambulatoriu.
- c. în unități cu paturi, fie în regim de internare continuă, fie prin echipe mobile de spital, care sunt atașate spitalului, oferind consultanță pentru serviciile nespecializate din întregul spital, când se confruntă cu pacienți de îngrijire paliativă cu nevoi complexe.

În ansamblu, modelele de furnizare a îngrijirilor paliative în România sunt reglementate de cadre normative care specifică structurile autorizate, resursele umane necesare, condițiile de funcționare și mecanismele de planificare și monitorizare, precum și prin inițiative strategice și proiecte pilot care sprijină dezvoltarea integrată a acestor servicii. Aceste modele reflectă o tendință de trecere de la inițiative locale disperate la un sistem coordonat național de îngrijiri paliative.

CADRUL LEGAL, INTEGRAREA ÎN SISTEMUL DE SĂNĂTATE ȘI MECANISME DE FINANȚARE

Îngrijirea paliativă este recunoscută la nivel internațional ca intervenție esențială de sănătate publică și componentă integrată a sistemelor de sănătate moderne (World Health Organization [WHO], 2014).

În România, îngrijirea paliativă este organizată ca **domeniu de competență profesională**, dobândită prin atestat de studii complementare, și nu ca specialitate medicală distinctă. Această organizare permite integrarea transversală a competenței în multiple specialități clinice și susține caracterul interdisciplinar al practicii paliative.

La nivel strategic, dezvoltarea îngrijirii paliative este reflectată în strategiile și planurile naționale din domeniul sănătății - **Strategia Națională de Sănătate 2023–2030** (Ministerul Sănătății, 2023) și în **Planul Național de Combatere a Cancerului** (Ministerul Sănătății, 2022), care includ componente dedicate managementului durerii și îngrijirii suportive.

Cadrul legislativ național este fundamentat pe:

- **Legea nr. 46/2003** privind drepturile pacientului;
- **Legea 339/2005** privind regimul juridic al plantelor, substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope și **Normele metodologice din 22 decembrie 2006** de aplicare a prevederilor Legii nr. 339/2005;
- **Legea nr. 95/2006** privind reforma în domeniul sănătății (Legea nr. 95/2006, 2006);
- **Hotărârea de Guvern nr. 521/2023** pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sanatate;
- **Ordinul Ministrului Sănătății nr. 418/2005** pentru aprobarea Catalogului național de programe de studii complementare în vederea obținerii de atestate de către medici, medici dentiști și farmaciști, precum și a Normelor metodologice de organizare și desfășurare a acestora, cu completările ulterioare actualizat prin Ordinul 1965/11.12.2025
- **Ordinul Ministrului Sănătății nr. 253/2018**, care reglementează organizarea, funcționarea și autorizarea serviciilor de îngrijiri paliative (Ministerul Sănătății, 2018);
- **Ordinul Ministrului Sănătății nr. 1.076/2019** pentru aprobarea Normelor de organizare și desfășurare a programelor de specializare în vederea reconversiei profesionale, precum și în vederea dezvoltării abilităților profesionale pentru asistenți medicali generaliști, moașe și asistenți medicali, cu completările ulterioare.

Legea nr. 339/2005 stabilește cadrul juridic privind regimul de producere, prescriere, eliberare, utilizare și control al substanțelor stupefiante și psihotrope, inclusiv al opioidelor utilizate în tratamentul durerii. Normele metodologice din 22 decembrie 2006 detaliază procedurile de autorizare, evidență, prescripție și monitorizare a acestor substanțe. Pentru îngrijirile paliative, acest act normativ este esențial, întrucât reglementează accesul legal la analgezice opioide și stabilește responsabilitățile profesioniștilor din sănătate în gestionarea tratamentului durerii.

Legea nr. 95/2006 reprezintă cadrul general de organizare a sistemului de sănătate din România, reglementând structura instituțională, finanțarea serviciilor medicale și relațiile dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate. Legea stabilește principiile accesului la servicii medicale, inclusiv pentru pacienții cu boli cronice progresive și oferă baza juridică pentru includerea îngrijirilor paliative în sistemul public de sănătate.

Hotărârea Guvernului nr. 521/2023 aprobă pachetele de servicii medicale și Contractul-cadru care reglementează condițiile de acordare și decontare a asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate. Actul normativ stabilește mecanismele de finanțare și rambursare a serviciilor medicale, inclusiv a îngrijirilor paliative (la domiciliu, în regim spitalicesc sau ambulatoriu), definind condițiile de contractare și obligațiile furnizorilor.

Ordinul nr. 418/2005 aprobă Catalogul național al programelor de studii complementare pentru obținerea atestatelor profesionale de către medici, medici dentiști și farmaciști, precum și normele de organizare a acestora. În domeniul îngrijirilor paliative, acest ordin fundamentează cadrul de formare pentru obținerea atestatului de studii complementare în îngrijiri paliative, consolidând statutul domeniului ca și competență profesională recunoscută oficial.

Ordinul nr. 1.076/2019 reglementează organizarea și desfășurarea programelor de specializare și reconversie profesională pentru asistenți medicali generaliști, moașe și asistenți medicali. În contextul îngrijirilor paliative, acest act normativ permite dezvoltarea competențelor specifice personalului mediu sanitar, contribuind la formarea echipelor multidisciplinare și la creșterea calității serviciilor oferite pacienților cu boli progresive.

Prevederile Ordinului nr. 253/2018 reglementează organizarea și funcționarea serviciilor de îngrijiri paliative în România.

Actul normativ definește principiile îngrijirii paliative, printre care controlul durerii și al simptomelor, abordarea multidimensională (fizică, psihologică, socială și spirituală), considerarea pacientului și familiei ca unitate de îngrijire și asigurarea suportului în perioada de doliu.

Sunt prevăzute trei niveluri de îngrijire, în funcție de nivelul de complexitate a îngrijirilor paliative (nivelul 1 – educarea și sprijinul pacientului pentru autoîngrijire; nivelul 2 – îngrijirea paliativă de bază; nivelul 3 – îngrijirea paliativă specializată) și patru medii de îngrijire (la domiciliu, în ambulatoriu, în centre de zi, în secții / compartimente cu paturi sau în unități tip hospice), fiind reglementate condițiile de autorizare și funcționare.

Ordinul stabilește criteriile de eligibilitate pentru pacienți oncologici și non-oncologici, precum și pentru pacienți pediatrici, pe baza severității bolii, a progresiei și a gradului de dependență funcțională. De asemenea, sunt reglementate resursele umane și formarea profesională: medicii care furnizează îngrijiri paliative specializate trebuie să dețină competență/atestat în domeniu, asistentul medical – specializare / master în îngrijiri paliative, psihologul, asistentul social, kinetoterapeutul, consilierul spiritual/ preot – formare specifică în îngrijiri paliative.

Sunt stabilite normative minime de personal și cerințe privind infrastructura și dotarea unităților.

Ordinul prevede evaluarea periodică a nevoilor paliative, posibilitatea tranziției pacientului între niveluri de îngrijire și componenta de suport pentru familie în perioada de doliu.

Drepturile pacienților și ale familiilor

Îngrijirea paliativă este fundamentată pe respectarea drepturilor pacientului, consacrate prin **Legea nr. 46/2003 privind drepturile pacientului** (Legea nr. 46/2003, 2003).

În context îngrijirii paliative, aplicarea acestor drepturi presupune:

- acces la îngrijiri medicale adecvate stadiului bolii;
- evaluarea și tratamentul corespunzător al durerii și al simptomelor;
- informare completă și adaptată capacității de înțelegere;
- consimțământ informat și participare activă la luarea deciziilor;
- respectarea demnității și valorilor personale.

Rezoluția Adunării Mondiale a Sănătății privind consolidarea îngrijirii paliative subliniază obligația statelor membre de a asigura acces echitabil la tratamentul durerii și la servicii paliative integrate în sistemele de sănătate (WHO, 2014). Familia este recunoscută ca parte a unității de îngrijire, iar serviciile paliative includ sprijin psihologic, consiliere și suport în

perioada de doliu, în conformitate cu standardele internaționale (EAPC, 2010; WHO & Worldwide Hospice Palliative Care Alliance, 2014).

Integrarea îngrijirii paliative în sistemul de sănătate

În sistemul românesc de sănătate, îngrijirea paliativă este organizată ca serviciu dedicat pacienților cu boli progresive, fiind reglementată prin acte normative specifice și finanțată prin pachetul de servicii de bază.

Legături cu medicina de familie

Medicina de familie ar trebui să aibă un rol esențial în identificarea precoce a nevoilor paliative și în coordonarea îngrijirii la nivel comunitar. Integrarea îngrijirii paliative în asistența primară ar facilita astfel monitorizarea continuă a simptomelor, managementul la domiciliu și reducerea spitalizărilor evitabile (WHO, 2014).

Rolul îngrijirii paliative în programele naționale pentru cancer, boli netransmisibile și HIV/SIDA

Îngrijirea paliativă este parte integrantă a abordării oncologice moderne. Planul Național de Combatere a Cancerului include componente dedicate managementului durerii și îngrijirii suportive (Ministerul Sănătății, 2022).

La nivel global, OMS recomandă integrarea îngrijirii paliative în strategiile pentru bolile netransmisibile (WHO, 2014). În România, bolile cardiovasculare, respiratorii și neurologice degenerative generează nevoi paliative semnificative, justificând integrarea transversală a acestor servicii.

În domeniul HIV/SIDA, îngrijirea paliativă rămâne relevantă pentru cazurile cu complicații severe sau comorbidități asociate (WHO & Worldwide Hospice Palliative Care Alliance, 2024).

Finanțare și sustenabilitate

În România, serviciile de îngrijiri paliative sunt incluse în pachetul de servicii medicale de bază finanțate prin sistemul de asigurări sociale de sănătate, gestionat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate (CNAS, 2023a). Astfel, pacienții asigurați pot beneficia de servicii paliative decontate, atunci când acestea sunt furnizate de unități aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

Finanțarea se realizează în baza Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale, aprobat anual prin hotărâre de guvern și aplicat prin normele metodologice aferente (CNAS, 2023b). În cadrul acestui mecanism sunt decontate:

- îngrijirile paliative la domiciliu;
- serviciile acordate în regim de spitalizare continuă sau de zi;
- consultațiile și intervențiile specifice în ambulatoriu, în unități contractate.

Pentru îngrijirile paliative la domiciliu, normele CNAS prevăd perioade maxime de acordare a serviciilor într-un interval determinat, pe baza recomandării medicale și a încadrării în criteriile de eligibilitate stabilite prin reglementările în vigoare (CNAS, 2023b).

Contractarea serviciilor implică încheierea de convenții între furnizori (spitale, unități specializate, servicii la domiciliu) și casele teritoriale de asigurări de sănătate, cu obligația raportării activității și respectării standardelor stabilite prin reglementările specifice (CNAS, 2023b; Ministerul Sănătății, 2018).

Parteneriate și rolul societății civile

Dezvoltarea îngrijirii paliative în România a fost inițiată în principal de organizații non-guvernamentale și instituții cu profil confesional, care au înființat primele servicii specializate și au contribuit decisiv la formarea resurselor umane și la promovarea standardelor de bună practică. Un rol determinant în acest proces l-a avut **HOSPICE Casa Speranței**, organizație non-guvernamentală care a dezvoltat primele servicii de îngrijiri paliative din România și a contribuit semnificativ la profesionalizarea domeniului, la dezvoltarea programelor de formare și la susținerea cadrului normativ specific (Mosoiu et al., 2018).

Într-o etapă ulterioară, pe măsură ce cadrul normativ și mecanismele de finanțare au fost consolidate, serviciile de îngrijiri paliative au fost integrate progresiv în sistemul public de sănătate.

În prezent, sectorul non-guvernamental continuă să aibă un rol important în furnizarea serviciilor, în dezvoltarea profesională și în susținerea inovației organizaționale. Din perspectivă strategică, cooperarea dintre autoritățile publice și furnizorii non-profit contribuie la extinderea capacității rețelei naționale, la reducerea disparităților teritoriale și la diversificarea modelelor de îngrijire. Consolidarea acestui cadru colaborativ este relevantă pentru asigurarea sustenabilității și a accesului echitabil la îngrijiri paliative.

Bibliografie

1. Casa Națională de Asigurări de Sănătate. (2023). Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate. <https://www.cnas.ro/>
2. De Lima, L., & Pastrana, T. (2016). Opportunities for palliative care in public health. *Annual Review of Public Health*, 37, 357–374. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-032315-021448>
3. European Association for Palliative Care. (2010). White paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe. <https://eapcnet.eu/>
4. International Association for Hospice and Palliative Care. (n.d.). Guidelines and suggestions for starting hospice/palliative care services. <https://iahpc.org/resources/>
5. Legea nr. 46/2003 privind drepturile pacientului. (2003). Monitorul Oficial al României. <https://legislatie.just.ro/>
6. Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății. (2006). Monitorul Oficial al României. <https://legislatie.just.ro/>
7. Marie Curie. (2022). Annual report and accounts 2021/22. <https://www.mariecurie.org.uk/>
8. Ministerul Sănătății. (2018). Ordin nr. 253 din 23 februarie 2018 pentru aprobarea Regulamentului de organizare, funcționare și autorizare a serviciilor de îngrijiri paliative. Monitorul Oficial al României, nr. 199 bis. <https://legislatie.just.ro/>
9. Ministerul Sănătății. (2022). Planul național de combatere a cancerului. <https://www.ms.ro/>
10. Ministerul Sănătății. (2023). Strategia națională de sănătate 2023–2030. <https://www.ms.ro/>
11. Moșoiu, D., et al. (2018). Palliative care in Romania. *Journal of Pain and Symptom Management*, 55(2S), S67–S76. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.03.026>
12. World Health Organization. (2014). Strengthening of palliative care as a component of integrated treatment throughout the life course (WHA67.19). <https://www.who.int/>
13. World Health Organization. (2020). Palliative care. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
14. Worldwide Hospice Palliative Care Alliance, & World Health Organization. (2014). Global atlas of palliative care at the end of life. <https://www.thewhpc.org/resources/global-atlas-on-end-of-life-care>

Partea 2.

PRELUAREA ÎN ÎNGRIJIRE ȘI CONTINUITATEA ÎNGRIJIRII

Capitolul 2.1

Screening și triaj în serviciile de îngrijiri paliative

Autor: Gabriela Das
Revizor: Daniela Moșoiu

I. ASPECTE TEORETICE

La nivel global, dar și în România, în ciuda creșterii numărului de furnizori de servicii de îngrijiri paliative în ultimii ani, există concomitent o creștere accelerată a nevoii pentru acest tip de servicii; Pacienții care accesează serviciile de îngrijire paliativă specializată sunt așadar din ce în ce mai diverși, cu nevoi eterogene, de la gestionarea simptomelor la suport de tip psiho-social și îngrijire la sfârșitul vieții, atât în context oncologic, cât și non-oncologic (Bostwick et al., 2023; Knaul et al., 2023).

În ciuda faptului că îngrijirea paliativă este integrată în standardele de îngrijire pentru pacienții cu afecțiuni limitatoare de viață maligne sau non-maligne, rămâne neclar cât de precoce în traiectoria bolii ar trebui să fie asigurat accesul la aceste servicii. Recomandarea este ca acest lucru să se facă „cât mai devreme”, fără însă a se oferi indicații concrete asupra momentului optim pe traiectoria bolii (Ferrell et al., 2022; European Association for Palliative Care [EAPC], 2023). În plus, deoarece capacitatea serviciilor de paliatie – exprimată prin numărul de paturi, disponibilitatea serviciilor comunitare sau numărul de echipe multidisciplinare – este limitată, apare necesitatea prioritizării accesului la aceste servicii. Se ridică astfel întrebări practice privind criteriile de prioritate: pacientul aflat în stadiu terminal are prioritate față de pacientul cu durere severă necontrolată? Pacientul cu delir față de situația unui pacient îngrijit la domiciliu, al cărui aparținător principal este depășit de situație reprezintă o prioritate? Aceste situații sunt frecvent întâlnite în practica clinică a echipelor de îngrijiri paliative (Quill et al., 2023; Kamal et al., 2022).

În absența unei abordări sistematice și standardizate, există riscul apariției favoritismului sau al deciziilor influențate de oboseala profesională a celor care sunt nevoiți să ia constant decizii complexe, cu impact major asupra pacienților și familiilor acestora (Kamal et al., 2022). Identificarea pacienților cu nevoi de paliatie (screeningul), precum și ierarhizarea acestora pe baza unor criterii obiective (triajul) pentru accesul la serviciile de îngrijiri paliative reprezintă elemente critice pentru identificarea, prioritizarea și gestionarea pacienților cu boli care limitează viața (Dalgaard et al., 2023; Hawley et al., 2024).

Screeningul se referă la procesul de evaluare a nevoilor fizice, psihologice și legate de îngrijire ale diverselor categorii de pacienți, cu scopul de a identifica persoanele care pot beneficia de servicii de îngrijire paliativă. Prin identificarea cât mai timpurie a pacienților cu nevoi de paliatie se poate facilita direcționarea acestora către serviciile care oferă acest tip de îngrijire (Dalgaard et al., 2023; WHO, 2023).

Triajul în îngrijirea paliativă se referă la procesul de prioritizare a pacienților cu nevoi de paliatie identificați în urma procesului de screening, pe baza unor criterii specifice. Triajul are rolul de a asigura accesul pacienților la servicii în funcție de acuitatea și urgența nevoilor identificate, precum și de a sprijini alocarea eficientă și transparentă a resurselor specializate de îngrijire paliativă (Quill et al., 2023; Hawley et al., 2024).

Instrumentele utilizate în acest scop trebuie să răspundă unor provocări fundamentale în furnizarea îngrijirilor paliative, respectiv:

1. prioritizarea trimerilor către îngrijiri paliative specializate sau de bază, inclusiv identificarea pacienților care necesită intervenție imediată
2. alocarea resurselor specializate și gestionarea listelor de așteptare
3. distribuția pacienților către diferite tipuri de servicii, în funcție de nevoile identificate (unități cu paturi, servicii de îngrijiri paliative la domiciliu sau comunitare, ambulatorii de specialitate);
4. stabilirea frecvenței vizitelor și gestionarea volumului de muncă al echipei multidisciplinare (Kamal et al., 2022; EAPC, 2023).

Studiile au identificat o serie de factori care pot influența decizia privind ordinea în care pacienții accesează serviciile de îngrijire paliativă

Intensitatea diverselor simptome [MacDonald D.,1995][Eagle EM and De Vries K,2005][Fergus CJY et al.,2008][Philip JA et al., 2010][Duraysamy B et al., 2011][Tan H et al.,2012][Dhiliwal S. et al.,2016].
Nivelul de discomfort/ stres la nivel psihologic sau spiritual [Fergus CJY et al.,2008][Philip JA et al., 2010][Duraysamy B et al., 2011][Tan H et al.,2012][Dhiliwal S. et al.,2016].
Faza în care se află boala și apropierea momentului morții [MacDonald D.,1995][Eagle EM and De Vries K,2005][Philip JA et al., 2010][Tan H et al.,2012].
Statusul de performanță [Tan H et al.,2012].
Timpul de așteptare până la accesarea serviciilor de îngrijiri paliative [MacDonald D.,1995][Philip JA et al., 2010].
Anticiparea unui timp scurt petrecut în serviciile de paliatie [Eagle EM and De Vries K,2005].
Nivelul de distress al familiei și îngrijitorului principal [MacDonald D.,1995][Fergus CJY et al.,2008].
Existența sau nu a unui cadru adecvat de îngrijire [Eagle EM and De Vries K,2005][Fergus CJY et al.,2008][Philip JA et al., 2010].
Necesitatea administrării zilnice de medicație injectabilă subcutanată sau nevoi de igienă [Tan H et al.,2012].
Riscul unui eveniment negativ major [Tan H et al.,2012].
Potențialul reputațional negativ pentru instituție în cazul accesului întârziat la serviciile de paliatie [MacDonald D.,1995].
Legătura personală cu un clinician sau alt element de decizie care poate influența procesul de triaj [Eagle EM and De Vries K,2005].

În literatura de specialitate există numeroase studii, unele pe grupuri mari de pacienți, care au avut drept obiectiv dezvoltarea criteriilor pentru identificarea celor care necesită îngrijire paliativă specializată; numărul de studii care au investigat modul în care serviciile de paliatie prioritizează accesul acestora la serviciile de paliatie este mult mai mic (Dalgaard et al., 2023; Hawley et al., 2024).

În contextul resurselor finite, odată identificată nevoia, pacienții ar trebui să fie supuși unui „traij” pentru a decide într-un mod cât mai echitabil care dintre ei ar trebui tratați primii, în funcție de cât de urgente sunt nevoile lor și, de asemenea, care ar trebui să fie frecvența cu care trebuie reevaluați de către specialiștii din echipa multidisciplinară, venind astfel și în sprijinul managerilor de servicii în vederea stabilirii volumului de lucru și a necesarului de personal (Kamal et al., 2022; Quill et al., 2023); există un număr redus de studii și ghiduri care să abordeze aplicarea conceptelor sus-menționate în cadrul serviciilor de îngrijire paliativă (Quill et al., 2023; Hawley et al., 2024).

Contextul în care sunt implementate și utilizate aceste instrumente precum și scopul pentru care sunt utilizate diferă:

1. Spitale generale inclusiv secții de terapie intensivă și camere de garda precum și ambulatorii de specialitate sau medicină generală - pentru identificarea precoce a pacienților și trimiterea cât mai rapidă pentru a fi luați în evidența serviciilor de paliatie
2. Servicii comunitare și de îngrijire la domiciliu – pentru a facilita alocarea adecvată a resurselor în cadrul echipei multidisciplinare și managementul listelor de așteptare
3. Unități cu paturi de tip hospice și ambulatorii de îngrijiri palliative - pentru a prioritiza accesul la îngrijire, inclusiv managementul listelor de așteptare

II. RECOMANDĂRI

1. Algoritm de identificare și prioritizare pacienți în serviciile de îngrijire paliativă pentru adulți

În cazul serviciilor pentru adulți este recomandată o abordare în doi pași. Acest tip de abordare asigură atât identificarea (cine are nevoie de îngrijire paliativă?), cât și prioritizarea (cât de urgent și intensiv?), oferind în același timp îndrumări operaționale pentru alocarea resurselor.

Pasul 1 - Screening amplu

Se referă la implementarea unui instrument de screening validat pentru a identifica pacienții cu nevoi nesatisfăcute de îngrijiri paliative.

Sunt recomandate următoarele instrumente:

- SPICT - pentru screening în spitale și practica generală [Xie Z et. al., 2023].
- ID-PALL – oferă un element suplimentar de diferențiere între nevoile de îngrijiri palliative de bază vs. îngrijiri palliative de specialitate în cazul pacienților spitalizați [Teike Lüthi F et al., 2024].

- NECPAL – abordare holistică
- RADPAC – pentru screening în practica de medicină generală pentru pacienții cu boli oncologice, BPOC și insuficiență cardiacă
- GSF PIG – în spitale cu echipe clinic robuste , mai ales pentru pacienții oncologici specificitate mare dar sensibilitate moderată

Folosirea singulară a întrebării surpriză nu este recomandată datorită valorii predictive pozitive mici însă asocierea ei cu alte instrumente poate crește sensibilitatea.

Folosirea împreună cu cea de a doua întrebare DSQ poate servi ca proxy pentru prioritizarea trimiterii pacienților cu boli oncologice către servicii de paliatie.

Pasul 2 – Triaj și prioritizarea accesului la servicii în funcție de complexitatea cazurilor

Se referă la aplicarea unor instrumente validate pentru triaj în vederea prioritizării și programării intervențiilor de paliatie:

- **PALCOM** pentru pacienții cu cancer avansat- pentru a determina ordinea și frecvența/ intensitatea implicării echipelor de paliatie specializate [Tuca A et al., 2024], [Wood LJ, 2023] [Viladot M et al., 2023].
- **RUN-PC** pentru triajul operațional inclusiv cu timpi de răspuns recomandați- în cazul serviciilor de îngrijiri la domiciliu/ comunitare și de spitalizare de tip hospice [Russell B et al., 2021] [Russell B et al., 2023] [Pain L, Welch K., 2022].
- **PCTS** pentru triajul în urgență al pacienților cu cancer care necesită îngrijiri paliative de specialitate [Paiva CE et al., 2022].

Adaptări specifice contextului în care sunt aplicate

- Pentru pacienți spitalizați:
 - Screening folosind SPICT, ID-PALL, GSF PIG
 - Pentru prioritizarea accesului la servicii - PALCOM (pentru pacienții oncologici) sau RUN-PC (pentru toate categoriile de pacienți)
- În cazul serviciilor de îngrijiri paliative la domiciliu/ comunitare:
 - Screening folosind SPICT
 - Pentru prioritizarea accesului și programarea răspunsurilor - RUN-PC
- În cazul serviciilor de îngrijire paliativă de tip hospice: se pot lua în considerare și instrumente operaționale precum HEAT pentru gestionarea zilnică a personalului și a capacității acestor servicii [Rhys A., 2023], [Wallis R et al., 2023].

2.Serviciile de îngrijire paliativă pediatrică

Recomandarea principală se referă la folosirea unor instrumente specifice paliatiei pediatrice. Într-o descriere detaliată a avantajelor și limitărilor diverselor tipuri de instrumente Papa S et al. (2023) recomandă:

- **PaPaS (Scara de Screening Paliativ Pediatric)** a se folosi cu precădere pentru:
 - Screening inițial în vederea trimiterii către servicii de paliatie
 - Stratificarea nevoilor de îngrijire paliativă independent de prognostic

- Decizia privind continuarea serviciilor în diversele etapele de dezvoltare
- **ACCAPED** este mai degrabă indicat a fi folosit pentru:
 - Evaluarea detaliată a nevoilor clinice
 - Determinarea eligibilității pentru îngrijire paliativă pediatrică de specialitate
 - Alocarea resurselor și planificarea serviciilor

Adaptări specifice contextului

- Pentru pacienți spitalizați:
 - Pentru screening PaPaS
 - Pentru evaluare detaliată și prioritizare ACCAPED
- Pentru pacienți în terapie intensivă pediatrică: Instrument de screening PICU aplicat săptămânal pentru identificarea nevoilor de consult specializat de paliatie
- În cazul serviciilor comunitare și de îngrijiri paliative la domiciliu:
 - PaPaS pentru evaluare continuă și decizii privind continuarea serviciilor
- În cazul serviciilor de îngrijire paliativă de tip hospice:
 - ACCAPED pentru evaluarea cuprinzătoare a nevoilor la diagnostic sau tranziții semnificative

3.Limitări ale recomandărilor

Referitor la recomandările de implementare în cazul instrumentelor de screening și triaj, acestea sunt în general considerate a avea dovezi de gradul C (de calitate moderată-scăzută sau observaționale). Acest aspect nu este legat de valoarea instrumentului în sine ci mai degrabă indică de obicei o lipsă de dovezi standardizate la nivel înalt (de exemplu, studii la scară largă, randomizate, multicentrice) care sunt foarte greu de realizat în contextul specific al îngrijirilor paliative.

Altă categorie de limitări ale acestor recomandări este legată și de faptul că ele se bazează pe studii de validare disponibile, rapoarte de implementare și considerații pragmatice, mai degrabă decât pe dovezi definitive privind eficacitatea comparativă a diverselor instrumente descrise.

Nu există în prezent studii controlate randomizate care să compare, la nivelul aceleiași populații, rezultatele clinice obținute prin implementarea concomitentă a mai multor instrumente de acuitate. De asemenea nu există date privind impactul pe termen lung asupra pacienților și familiilor precum și analize de tip cost-beneficiu care compare diferite instrumente sau strategii de implementare.

O altă limitare este dată de faptul că studiile citate în validarea instrumentelor au fost făcute în principal în țări cu resurse mari și populații relative omogene fiind necesară extinderea acestor studii în țări cu venituri mici și medii sau în populații diverse din punct de vedere cultural.

4. Considerații privind implementarea

Pregătirea organizațională

Implementarea cu succes necesită:

- Angajamentul managementului organizației sau sistemului sanitar în care se implementează instrumentele pentru ca alocarea resurselor necesare pentru a adresa nevoile identificate să fie făcută în paralel cu rezultatele operațiunii de screening
- Acceptarea și însușirea instrumentelor de lucru de către profesioniști
- Suport tehnologic în vederea implementării
- Activități de monitorizare continuă și îmbunătățire a calității serviciilor în baza rezultatelor obținute

Formare și educație

Componente esențiale care trebuie luate în considerare în procesul de formare în vederea implementării sunt:

- Formare specifică instrumentului: înțelegerea criteriilor de notare, a interpretării și a protocoalelor de răspuns
- Principii de îngrijire paliativă: toți cei implicați în implementare înțeleg filozofia și serviciile de îngrijire paliativă
- Abilități de comunicare: capacitatea de a explica și discuta rezultatelor screening-ului și a îngrijirii paliative cu pacienții și familiile

Integrarea în fluxul de lucru

Strategiile eficiente de integrare trebuie să includă:

- Încorporarea screening-ului sau triajului în fluxurile de lucru de evaluare existente
- Desemnarea persoanei care finalizează screening-ul și a persoanei care răspunde la rezultate
- Algoritmi clari care leagă rezultatele screening-ului/ triajului de acțiuni concrete
- Monitorizarea continuă și folosirea observațiilor rezultate pentru a amenda procesul în vederea creșterii acurateții rezultatelor

Echitate și acces

Monitorizarea și abordarea echității trebuie să includă:

- Analiza demografică: revizuirea periodică a modelelor de screening și de trimitere după rasă, etnie, limbă, statut socioeconomic
- Identificarea barierelor: evaluarea calitativă a barierelor de acces pentru populațiile defavorizate

Indicatori monitorizare a procesului de screening și triaj

În procesul de implementare, pentru a asigura alinierea cu obiectivele initial stabilite, pentru a măsura în mod obiectiv performanța procesului de screening sau triaj și a identifica aria

unde este necesară amendarea proceselor este necesară dezvoltarea unor indicatori specifici de monitorizare.

Acestia pot fi:

- Indicatori de proces de ex. ratele de finalizare a screening-ului, timpul până la screening
- Indicatori de rezultat de ex. timpul de la identificarea nevoii până la accesarea serviciilor de îngrijiri paliative, respectarea obiectivelor privind timpul de răspuns pentru diverse tipuri de servicii, satisfacția pacientului și a familiei
- Indicatori de sistem de ex. utilizarea adecvată a diverselor tipuri de servicii de paliatie existente/ disponibile, este locul decesului în concordanță cu preferințele pacientului
- Valori de echitate: Screening și rate de trimitere către servicii de paliatie măsurate pe diferite grupuri referință de către grupurile demografice.

III. FIȘE SUPORT

Prezentare generală a instrumentelor de screening și triaj în îngrijirile paliative

Caracteristici generale ale instrumentelor de screening și triaj în serviciile de îngrijire paliativă pentru adulți

Parametrii de prioritizare și evaluare a pacientului

Cele mai multe instrumente includ în procesul de evaluare câțiva parametrii comuni:

- Povara și severitatea simptomelor: durere, dispnee, greață, suferință psihologică, etc.
- Starea funcțională: activități ale vieții de zi cu zi, scale de performanță
- Faza de boală/ traiectorie: stabil, instabil, în deteriorare, terminal
- Risc psiho-social și socio-familial: povara îngrijitorului, conflict familial, izolare socială
- Indicatori prognostici: markeri specifici bolii, modele de declin clinic

Identificare rapidă a nevoilor

Utilizarea sistematică a instrumentelor de screening crește substanțial șansa de identificare precoce a pacienților care necesită îngrijiri paliative. Un proiect de screening implementat în unități de terapie intensivă în spitale a concluzionat că screening-ul de rutină a dus la identificarea unei proporții mai mari de pacienți care au nevoie de consultații de paliatie (22% față de 11,6%) și a scurtat timpul până la accesarea acestui tip de servicii în comparație cu metodele tradiționale de trimitere. Studiile lui Wood LJ. Et al. (2023) precum și Haranis M et al. (2023) au arătat că încorporarea alertelor automate de screening reprezintă pași practici către identificarea mai timpurie a nevoilor de paliatie în rândul pacienților internați.

Stratificarea complexității cazurilor și alocarea resurselor în funcție de acest criteriu

Instrumentele care categorizează pacienții în funcție de complexitate sunt utile pentru anticiparea nevoilor de servicii de paliatie, utilizarea mai bună a resurselor și un mai bun

rezultat în ceea ce îi privește pe pacienți. Într-un studiu din 2022, Paiva CE et al. validează utilitatea clinică a triajului structurat demonstrând modul în care categoriile de urgență ale sistemului de triaj în îngrijirea paliativă PCTS au prezis probabilitatea de internare în spital și supraviețuirea la pacienții cu cancer. Tuca A et al. (2024) și Villadot M. et al. (2024) au demonstrat că nivelurile de complexitate ale scalei PALCOM (scăzut/ mediu/ înalt) au fost puternic asociate cu riscul de instabilitate, numărul zilelor de spitalizare, decesul în spital și supraviețuirea redusă la 6 luni, susținând utilizarea stratificării complexității cazurilor pentru a accesa resursele specializate de paliatie și a determina intensitatea și frecvența episoadelor de îngrijire.

Variabilitatea performanței în diferite situații

Performanța instrumentului de screening sau triaj variază semnificativ în funcție de instrument și de contextul clinic în care este implementat. Xie Z O et al., într-o revizie sistematică și o meta-analiză a instrumentelor de screening din 2023 publicată în BMJ Support Palliat Care au raportat o sensibilitate cumulată cuprinsă între 60-73.8% și o specificitate de la 70.4-90.2% pentru instrumentul SPICT, care prezintă performanțe superioare la implementare în spital în comparație cu mediile de practică generală.

Impactul asupra alocării resurselor și a muncii în echipă

Implementarea screening-ului standardizat are un impact asupra alocării resurselor și asupra volumului de muncă în echipă. Heitner R et al. evidențiază într-un studiu din 2020 consecințele practice ale implementării unui screening pe scară largă fără o expansiune corespunzătoare a resurselor capabile să preia acești pacienți. Programele care au implementat criterii standardizate de trimitere către servicii specializate de paliatie au raportat trimiteri precoce și rezultate pozitive percepute la nivelul pacienților; în același timp implementarea aceluiași măsuri a avut drept consecință creșterea volumului de muncă al personalului din serviciile de paliatie. Pe de altă parte Russell B. et al. (2021) (2023) și Pain L et al. (2022) au arătat în studiile lor că implementarea RUN-PC și PCTS a dus la creșterea transparenței decizionale precum și la alocarea mai bună a resurselor în ceea ce privește accesul la serviciile de paliatie acolo unde au fost implementate.

Instrumente de screening pentru identificarea pacienților ADULȚI cu nevoi de îngrijiri paliative				
	Scop	Populație țintă	Componente cheie	Nivel de evidenta
Scala SPICT Indicatori de îngrijire de susținere și paliativă	Identificarea timpurie a pacienților care ar putea beneficia de îngrijiri paliative	În principal adulți în diverse medii (spital, ambulatorii de specialitate sau medicină de familie)	Liste de indicatori ai bolilor cronice progresive, parametrii indicând degradarea clinică și nevoi nesatisfăcute	Revizia sistematică/ meta-analiza arată că SPICT este instrumentul cel mai frecvent utilizat, cu o sensibilitate de 60-74% și o specificitate de 70-90%, cu performanțe mai bune în spital față de ambulatorii <i>Xie Z et al.2023.</i>
Întrebarea Surpriză	Identificarea pacienților cu risc de deces în următoarele 12 luni și care pot beneficia de îngrijiri paliative	Pacienți oncologici sau cu alte afecțiuni cronice limitatoare de viață	Întrebare unică cu răspuns binar	Specificitate variabile în diverse revizii sistemantice cu performanțe scăzute la pacienții cu boli non-oncologice Asocierea cu PCST crește valoarea predictivă a amândurora
Întrebarea Surpriza Dublă	Cresterea sensibilității în a identifica pacienții cu risc mare de deces în următoarele 12 luni	Pacienți oncologici Pacienți vârstnici fragili, cu insuficiențe de organ	2 întrebări consecutive	Crește valoarea predictivă a întrebării surpriză
NECPAL	Instrument de screening dezvoltat de către Institutul Catalan de Oncologie din Spania	Pacienți oncologici Insuficiențe de organ (cardiacă,	Combină întrebarea surpriză cu alți 6 parametri:	Instrumentul a fost validat în mai multe țări inclusiv Israel (Fisher G et al., 2022), Cehia (Kabelka L et al 2022 Chile J. Troncoso et al., 2021)

	validat pentru identificarea timpurie a nevoilor de paliatie la pacienții cu boli cronice progresive	renală, pulmonară, hepatică) sau boli neurodegenerative		precum și pentru grupe specifice de pacienți de ex. HIV/SIDA (Marta Castro Peraza et al., 2022) și insuficiență cardiacă (R. Orzechowski et al., 2019).
RADPAC	Instrument de screening dezvoltat și validat de Universitatea Radboud în Olanda, dezvoltat ca parte a unui studiu menit să traducă în practică definițiile OMS referitoare la inițierea cât mai precoce a îngrijirii paliative în traiectoria bolii	Pacienți oncologici Insuficiență cardiac, BPOC	Indicatori specifici pentru fiecare categorie de patologie - BPOC – 6 indicatori - IC-7 Indicatori - Boli oncologice – 8 indicatori	Reducerea cu aproximativ 25% a ratei de spitalizare a pacienților în ultimele 3 luni de viață O rată mai mare a deceselor la domiciliu (67% vs 45%) și o scădere a ratei deceselor în spital (14 % vs. 32%) <i>Thoonsen B et al 2016</i> <i>Teike Luthi et al 2020.</i>
GSF PIG	Instrument aplicat pe scară largă de către serviciile de sănătate din Marea Britanie și aprobat ca un ghid practic pentru clinicieni pentru a declanșa discuțiile despre directiva planificării în avans	Pacienți cu afecțiuni cronice cu traiectorii diferite – declin rapid (ex. cancer) - declin gradual ex. demența), - evoluție impredictibilă	Masoară indicatori fizici și funcționali, psihologici, indice de performanță	Sensibilitate – 62.6 -74% Specificitate – 72%-91.9% Valoare predictivă pozitivă – 28-67.7% Valoare predictivă negativă – 90-94% <i>Joanne Wong et al., 2017</i> <i>A. Mudge et al., 2018.</i> <i>S. Pilsworth et al., 2017.</i> <i>T. Liyanage et al., 2018.</i>

		(insuficiență de organ)		
Instrumentul de screening ID-PALL	Instrument de screening în doi pași care permite identificarea pacienților spitalizați care necesită îngrijiri paliative de bază sau specializate	Pacienți adulți internați în serviciile de medicină internă	Elemente scurte de screening pentru a clasifica nevoile de paliatie generale vs. de specialitate	În studiul din 2023 <i>Teike Lüthi F et al.</i> constatata o rată de acord de aproximativ 70,5% pentru partea de îngrijire paliativă generală (ID-PALL G) și 61,5% pentru partea de îngrijire paliativă specializată (ID-PALL S) între diferiți profesioniști din domeniul sănătății (asistenți medicali și medici) care utilizează instrumentul
Instrument de screening pentru îngrijiri paliative (PCST)	Identificarea pacienților care se apropie de sfârșitul vieții și care au nevoie de îngrijiri paliative	Pacienți adulți internați în spital (studiu amplu de cohortă)	Algoritm de scor comparat cu evaluarea intuitivă a clinicienilor	<i>Hagiwara Y et al (2024)</i> într-un studiu comparativ a 3 instrumente clinice arată că PCST are o putere predictivă a mortalității la 6 luni mai mare decât intuiția clinicianului (72.3% vs față de 67.9%)
Instrumente de triaj pentru prioritizarea accesului la serviciile de îngrijiri paliative PACIENȚI ADULȚI				
Răspunsul la urgența nevoii de îngrijire paliativă (RUN-PC)	Triaj și prioritizare a trimerilor către servicii de paliatie specializate, standardizate, cu timpi de răspuns recomandați. Gestionarea listelor de așteptare	Adulți cu nevoi de îngrijiri paliative aflați în evidența serviciilor de îngrijiri la domiciliu/ în comunitate sau în unități cu paturi	Scor cu 7 elemente care rezultă în cuantificarea categoriilor de urgență legate de țintele de timp de răspuns	Literatura științifică care descrie procesul de dezvoltare și validare a instrumentului demonstrează fezabilitatea, complianța ridicată a clinicienilor în a-l aplica și arată că majoritatea internărilor au loc în intervalele de timp recomandate <i>Russell B et. all (2021)(2023)</i> <i>Pain L et al. 2022 .</i>

<i>Sistemul de triaj pentru îngrijire paliativă (PCTS)</i>	Triaj în departamentul de urgență al pacienților cu cancer cu nevoi de paliativă	Adulți cu cancer avansat în servicii de urgență.	Lista de verificare și patru categorii de urgență codificate pe culori și care includ timpii de răspuns recomandați	În testele clinice, PCTS a obținut o rată absolută de acord de 87,3% între observatorii independenți, indicând o fiabilitate excelentă. Corelație puternică a categoriilor de urgență cu internările și rata de supraviețuire demonstrează eficiența în identificarea pacienților cu risc crescut și prognostic prost. <i>Pain L et al. 2022.</i>
<i>Hospiscare HEAT (Instrument de calibrare a resurselor alocate în funcție de volumul de lucru în unități de tip hospice)</i>	Prezentare tip tablou de bord operațional folosit pentru a echilibra resursele cu complexitatea pacienților	Pacienți internați în unități de tip hospice sau în servicii de îngrijire la domiciliu/comunitare	Niveluri de escaladare (Roșu-Portocaliu-Verde) Evaluare zilnică a necesarului de personal Elemente de cuantificare a gradului de dependență/complexității cazurilor în îngrijire	Rapoartele de implementare arată o creștere a capacității de a lua decizii operaționale obiective bazate de evidențe clinice precum și o creștere a nivelului de înțelegere a tipului de pacienți aflați în îngrijire (complexitate, dependență, etc) <i>Rhys A et al (2023) și Wallis R et al (2023).</i>

Elemente specifice implementării instrumentelor în îngrijirea paliativă pediatrică

Papa S et al. (2023), Riera-Negre L et al. (2024) și Santini A et al. (2024) identifică în lucrările lor câteva aspecte particulare ale îngrijirii paliative pediatrice care nu se regăsesc în cazul serviciilor pentru adulți:

- Eterogenitatea diagnostică: există o gamă largă de afecțiuni congenitale, genetice, neurologice și oncologice grupate în spectrul diagnosticilor de paliatie
- Stadii de dezvoltare: nevoile fizice, cognitive și emoționale sunt în schimbare pe măsură ce pacientul crește
- Nevoile îngrijitorilor și ale familiei: părinții și frații sunt beneficiari integrali ai procesului de îngrijire, mai mult decât în cazul îngrijirilor paliative pentru adulți
- Durata pe care beneficiarii o petrec în servicii: nevoia de relații susținute cu echipa de îngrijire se desfășoară pe parcursul anilor, mai degrabă decât a lunilor
- Aspecte particulare educaționale și sociale: integrarea școlară și comunitară sunt obiective specifice în procesul de îngrijire

Acești factori pledează pentru dezvoltarea unor instrumente specifice pediatriei mai degrabă decât pentru adaptarea celor de la adulți precum și pentru validarea acestora în contextul specific al serviciilor de pediatrie.

Instrumentele pediatrice, spre deosebire de cele pentru adulți, prioritizează într-o măsură mai mare impactul asupra familiei, traiectoria de creștere/ dezvoltare a pacientului și criteriile de continuitate ale serviciilor, sprijinind abordarea personalizată în ceea ce privește trimiterea către serviciile de paliatie pediatrică precum și în ceea ce privește alocarea resurselor.

Scala de screening paliativ pediatric PaPaS prioritizează nevoia de îngrijire paliativă pediatrică independent de prognostic și a dovedit că este corelată la un nivel ridicat de sensibilitate și specificitate cu deciziile personalului clinic. Scala ajută în privința prioritizării accesului luând în considerare continuarea serviciilor adaptate diverselor etape de dezvoltare ale copilului, recunoscând că nevoile de îngrijire paliativă pediatrică evoluează odată cu înaintarea în vârstă și schimbarea circumstanțelor familiale.

Formularul de evaluare a nevoilor clinice complexe în pediatrie ACCAPED a fost validat folosind viniete clinice și a demonstrat de asemenea o concordanță foarte mare cu evaluările clinice ale experților în ceea ce privește trimiterea către serviciile de paliatie și raționalizarea resurselor. Papa S et al (2023) arată că această abordare bazată pe viniete este potrivită în special pentru populațiile pediatrice, unde eterogenitatea diagnosticilor și a prezentărilor clinice face ca validarea tradițională bazată pe prognostic să reprezinte o provocare.

Au fost evidențiate și particularități legate de implementarea în unități de îngrijire acută și de terapie intensivă pediatrice. Astfel, Hodge CH et al. conchid într-un studiu pilot în 2024 că screeningul în unitățile de terapie intensivă și în camere de gardă, utilizând un instrument adecvat paliatiei pediatrice, conduce la identificarea mai rapidă a pacienților cu nevoi de paliatie, în special în rândul copiilor cu comorbidități multiple sau al celor cu dependență mare de tehnologie pentru asigurarea funcțiilor vitale precum și pentru creșterea numărului consultațiilor de paliatie în terapie intensivă.

	Instrumente de screening și triaj în serviciile de îngrijire paliativă pediatrică			
	Scop	Populație țintă	Componente cheie	Nivel de evidență
<i>PaPaS (Scala de screening paliativ pediatric)</i>	Screening și stratificare a nevoilor și eligibilității pentru îngrijiri paliative pediatrice	Copiii și familiile acestora, care necesită îngrijire paliativă pediatrică	Scorul de screening multi-domeniu pentru deciziile de trimitere/ continuare a serviciilor	A demonstrat o sensibilitate bună (aproximativ 82,5%) și specificitate (100%) precum și o corelare puternică cu deciziile clinicienilor <i>Papa S et al., 2023.</i>
<i>ACCAPED (Formular de evaluare a nevoilor clinice complexe în pediatrie)</i>	Evaluarea nevoilor clinice și a eligibilității pacienților pentru îngrijiri paliative pediatrice	Copii care necesită servicii de paliție	Elemente bazate pe viniete cu nevoi clinice/ eligibilitate	Rezultatele arată o concordanță foarte mare între evaluarea vinietelor prin scara ACCAPED și evaluarea prin experiența clinică pentru experții în paliție pediatrică și pediatrii <i>Lazzarin P et al., 2021.</i>
<i>PIPPS (Instrument de screening al nevoilor de paliție în PICU)</i>	Screening în unități de terapie intensivă pediatrică pentru a identifica pacienții care au nevoie de consult paliție	Copii în unități de terapie intensivă pediatrică	Instrument de screening cu 7 întrebări	Studiul pilot într-un singur centru a crescut identificarea nevoii pentru consult de îngrijire paliativă și a demonstrat o asociație puternică cu comorbidități și dependența de tehnologie <i>Hodge CH et al., 2024.</i>
<i>NECPAL CCOMS-ICO</i>	Există dovezi insuficiente pentru a compara în mod definitiv instrumentele NECPAL și SPICT în îngrijirea paliativă pediatrică, cercetările existente fiind concentrate predominant pe populația adultă. Un studiu realizat de López-Alba și colab. a validat instrumentul NECPAL pentru identificarea nevoilor de îngrijire paliativă la copiii și adolescenții cu cancer din Columbia (López-Alba et al., 2020). Studiul a demonstrat că instrumentul este valid pentru copiii cu vârste cuprinse între 8 și 17 ani diagnosticați cu cancer, iar indicii de validitate a conținutului sugerează o utilitate potențială a acestuia în contextul oncologiei pediatrice.			

Considerații etice

Echitate și corectitudine - Heitner R et al (2020) și Hui DSC et al. (2022) atrag atenția asupra unor inechități care pot fi generate ca urmare a necorelării etapelor de identificare a nevoilor cu cea de răspuns. Introducerea ca standard a instrumentelor de screening poate reduce trimiterile întârziate către serviciile de paliatie precum și accesul aleatoriu, promovând o identificare mai echitabilă a nevoilor în rândul populațiilor de pacienți. Cu toate acestea, screeningul singur, fără suplimentarea corespunzătoare a resurselor menite să răspundă nevoilor identificate în etapa de screening riscă să perpetueze inechitatea dacă doar unii pacienți identificați ca având nevoie de îngrijire paliativă au acces la servicii; se creează astfel un sistem „cu două niveluri” în care deși nevoile au fost identificate, nu există un răspuns adecvat.

Screeningul standardizat poate de asemenea să rezulte în trimiteri inadecvate, ridicând întrebări etice cu privire la modul de distribuire echitabilă a timpului limitat al specialiștilor și de evitare a epuizării echipelor clinice, care ar putea reduce în cele din urmă capacitatea de răspuns.

Transparența alocării resurselor- Instrumentele de triaj care indică țintele de timp de răspuns (RUN-PC, PCTS) cresc transparența cu privire la criteriile de acces și pot sprijini prioritizarea echitabilă a paturilor sau a intervalelor de timp pentru consultație. Criteriile explicite permit pacienților, familiilor și medicilor trimițători să înțeleagă procesele de luare a deciziilor.

Potenziale prejudicii neintenționate

- Calibrarea instrumentelor a fost făcută pentru anumite populații: instrumentele calibrate în populații specifice (de exemplu, PALCOM în cancer avansat) pot clasifica greșit pacienții non-oncologici dacă sunt aplicate pe scară largă, riscând sub- sau supra-triaj.
- Performanță dependentă de context: revizia de literatură și metaanaliza efectuată de Xie Z et al. (2023) evidențiază performanțe clinice variabile în contexte diferite pentru instrumente precum SPICT.
- Considerații culturale și lingvistice: majoritatea instrumentelor validate au fost dezvoltate în țări cu venituri mari, vorbitoare de limbă engleză, ridicând întrebări cu privire la validitatea lor în alt tip de context lingvistic sau cultural. Studii sunt necesare pentru calibrarea adecvată în contexte.

Autonomia pacienților în procesul decizional și luarea deciziilor de comun acord cu clinicienii - deși nu este un subiect abordat pe larg în literatura de specialitate, conceptul de triaj în îngrijirile paliative poate ridica întrebări cu privire la autonomia pacientului și a familiei. Instrumentele care prioritizează pe baza urgenței clinice pot să nu țină pe deplin cont de preferințele, valorile sau obiectivele de îngrijire ale pacientului. Integrarea evaluării acuității cu procesele de luare a deciziilor în comun este esențială pentru a respecta autonomia pacienților în paralel cu gestionarea adecvată a resurselor.

Prezentare generală a instrumentelor de screening și triaj pentru adulți

A. Instrumente cu funcție principală de screening

Scala SPICT (Indicatori de îngrijire de susținere și paliativă)

SPICT (Supportive and Paliative Care Indicators Tool) este un instrument clinic utilizat pentru a identifica persoanele cu o stare de sănătate în degradare din cauza uneia sau mai multor afecțiuni care afectează durata și calitatea vieții. Servește pentru orientarea îngrijirii de la o abordare exclusiv curativă către o abordare integrată care ia în considerare dorințele pacienților având ca obiectiv creșterea calității vieții acestora.

Instrumentul are la bază 2 categorii de indicatori care ajută clinicienii să evalueze modificarea stării de sănătate a pacientului:

- **Indicatori generali** – include semne generale de deteriorare a sănătății, cum ar fi internările neplanificate în spital, indice de performanță prost (de exemplu, șederea în pat/ scaun pentru mai mult de jumătate din zi), scăderea semnificativă în greutate sau simptome persistente în ciuda tratamentului
- **Indicatori clinici** – se referă la semne specifice legate de stadiile avansate ale bolii în categorii cum ar fi cancerul, demența/ fragilitatea, bolile neurologice, bolile cardiace/ vasculare, bolile respiratorii, bolile renale și bolile hepatice

Parametrii	Caracteristici specifice
Validitate	Sensibilitate (60-74%) și specificitate (70-90%) rezonabile
Fidelitate	Variabilă în funcție de context; fidelitate mai bună în spitale decât în sistem ambulatoriu
Ușurință în utilizare	Bună (format de tip listă de indicatorilor)
Aplicabilitatea în practică	Instrument de screening pentru identificarea nevoilor în servicii de spitalizare, ambulatorii de specialitate și medicină generală pentru adulți
Nivelul de evidență	Grad C (dovezi de calitate moderată până la scăzută) – studii observaționale și transversal

Punctele tari/ oportunități:

- Cel mai frecvent utilizat instrument de screening adaptat și tradus în mai multe limbi
- Are o aplicabilitate largă pentru diferite afecțiuni și contexte clinice (spitale, ambulatorii de specialitate sau de medicină generală, îngrijiri la domiciliu)
- Formatul este simplu, bazat pe indicatori care facilitează comunicarea în cadrul echipei multidisciplinare referitor la starea generală nevoile și planificarea viitoare a îngrijirii pacientului dar și cu pacienții/ aparținătorii cu privire la obiectivele și locul preferat de îngrijire la sfârșitul vieții

- Creșterea calității vieții – implementarea sistematică are drept consecințe o îngrijire terminală aliniată dorințelor pacienților, mai puține internări neplanificate și o rată redusă a internărilor în serviciile de terapie intensivă

Puncte slabe/limitări:

- Are o sensibilitate moderată, poate rata identificarea unor pacienți cu nevoi de paliatie
- Nu ierarhizează cazurile în funcție de urgența sau complexitate.

Instrumentul SPICT poate fi accesat și folosit în practică la <https://www.spict.org.uk/>. SPICT nu poate fi modificat, tradus sau inclus în lucrări științifice fără acordul autorilor.

ID-PALL

ID-PALL (Instrumentul de identificare a pacienților care au nevoie de îngrijire paliativă) este un instrument de screening validat pentru profesioniștii din domeniul sănătății (asistenți medicali, medici) pentru a identifica rapid dacă un pacient are nevoie de îngrijire paliativă de bază sau specializată.

La modul ideal instrumentul ar trebui aplicat în primele 48 de ore după internare sau când se constată o modificare a stării generale.

Sunt evaluați factori precum boala progresivă, povara simptomelor și stresul psihosocial cu scopul de a ajuta la diferențierea nevoilor de îngrijire încă de la început.

ID-PALL G servește la identificarea nevoilor de bază (pacienți stabili, cu boli progresive) și ID-PALL S a celor specializate (pacienți în degradare, cu nevoi complexe).

Parametrii	Caracteristici specifice
Validitate	ID-PALL G (generală): sensibilitate de 80–87% și specificitate de 56–59%. ID-PALL S (specializată): sensibilitate de 82–94% și specificitate de 35–64%
Fidelitate	Rată de acord de aproximativ 70,5% pentru partea de îngrijire paliativă generală (ID-PALL G) și 61,5% pentru partea de îngrijire paliativă specializată (ID-PALL S) între diferiți profesioniști din domeniu
Ușurință în utilizare	93% dintre profesioniștii din domeniul sănătății au considerat că este ușor de completat, iar 90% au considerat că este compatibil cu activitățile clinice zilnice
Aplicabilitate în practică	Screening-ul pacienților spitalizați în secțiile de medicină internă pentru a determina nivelul adecvat de îngrijire paliativă de bază sau specializat
Nivelul de evidență	Grad C (dovezi de calitate moderată până la scăzută/vopinie a experților) – studii transversale/ metoda Delphi

Punctele pozitive/ oportunități:

- Instrumentul este scurt și poate fi finalizat rapid, poate fi integrat în fișiere medicale ale pacienților, făcându-l compatibil cu activitățile profesionale zilnice în spitale
- Identifică în mod eficient două grupuri distincte de pacienți: cei care au nevoie de îngrijiri paliative generale și cei care au nevoie de îngrijiri paliative specializate (furnizate de echipe specializate pentru situații complexe sau instabile)
- Este conceput pentru a fi utilizat de către diverși profesioniști din domeniul sănătății, inclusiv asistente medicale și medici fără formare specializată în îngrijirea paliativă, ceea ce reprezintă un avantaj major, deoarece asistentele medicale sunt de cele mai multe ori cele care cunosc mai bine nevoile pacienților
- Facilitează comunicarea între clinicieni: instrumentul este recunoscut ca fiind util pentru inițierea și facilitarea discuțiilor între profesioniștii din domeniul sănătății cu privire la nevoile de îngrijire paliativă ale unui pacient.

Puncte negative/limitări:

- Rata de acord între asistente medicale și medici în utilizarea instrumentului, deși acceptabilă, nu este perfectă (aproximativ 70% pentru partea generală și 64% pentru partea specializată).
- Valoarea predictivă pozitivă este scăzută, în special pentru partea de îngrijire paliativă specializată (ID-PALL S), ceea ce înseamnă că un rezultat pozitiv nu prezice întotdeauna cu exactitate necesitatea unei îngrijiri specializate, necesitând o reevaluare a cazului de către un specialist în paliativă.

Instrumentul ID PALL poate fi folosit după înregistrarea utilizatorilor la adresa www.chuv.ch/id-pall.

ID-PALL nu poate fi modificat fără acordul autorilor. Pentru traducerea instrumentului este necesară permisiunea autorilor inclusiv descrierea metodei de traducere.

Întrebarea surpriză standard (Standard Surprise Question)

"Surprise Question" (SQ) – "Aș fi surprins dacă acest pacient ar muri în următoarele 12 luni?" este un instrument de screening utilizat pe scară largă, cu o singură întrebare, conceput pentru a ajuta clinicienii să identifice pacienții care pot fi în ultimele 12 luni de viață și ar putea beneficia de îngrijire paliativă. Răspunsul negativ la această întrebare îi indică medicului curant faptul că pacientul ar putea beneficia de îngrijiri paliative. SQ face parte din programele Gold Standards Framework (Marea Britanie) și Necesidades Paliativas (NECPAL) din Spania.

Întrebarea poate fi utilizată pentru a facilita inițierea discuțiilor despre îngrijirile paliative dar nu are valoare clinică în determinarea prognosticului și are valoare limitată în identificarea nevoilor de paliativă la pacienții care nu au diagnostic oncologic. (C.Chu et al, 2023). Un studiu prospectiv al M. Davis et al., 2023 recomandă ca deciziile clinice să nu se bazeze exclusiv pe întrebarea surpriză nici măcar în cazul pacienților cu afecțiuni oncologice. A Gupta et al într-o metaanaliză din 2025 (56 cohorte, 68829 pacienți) arată o sensibilitate și specificitate

modeste ale SQ aplicate singular și recomandă studii prospective pentru a verifica supoziția inițială că aplicarea SQ are ca rezultat accesul timpuriu la servicii de paliative.

Atunci când este folosită complementar altor instrumente de screening precizia cu care anticipează nevoile de paliative crește (Y. Yen et al., 2020).

Parametrii	Caracteristici specifice
Validitate	Sensibilitate – 67.0% – 71.4% Specificitate – 69.0% – 80.2% Valoare predictivă pozitivă - 37%–47.8% Valoare predictivă negativă – 89%–93% Precizie – 71% -75%
Fidelitate	Întrebarea are performanță în populații cu număr mare de decese, pe intervale de timp mai scurte și atunci când respondenții/ clinicienii care răspund au experiență clinică importantă
Ușurință în utilizare	Foarte ușor de implementat
Aplicabilitate în practică	Performează mai bine la pacienții cu afecțiuni oncologice față de alte categorii de pacienți cu nevoi de paliative dar și în cazul acestora performanța este modestă
Nivelul de evidență	Grad C - Nu este recomandată implementarea SQ în izolare ca determinat unic al trimeriei către servicii de paliative Implementarea concomitentă a SQ cu alte instrumente (SPICt, DSQ, NECPAL) crește precizia

Punctele pozitive/ oportunități:

- Ușor de implementat

Puncte negative/ limitări:

- Deși poate fi aplicată și în cazul altor afecțiuni limitatoare de viață decât cancerul are totuși performanță limitată.
- Având o specificitate scăzută și un număr mare de fals pozitivi poate duce la identificarea unui număr mare de pacienți care nu ar avea neapărat nevoie de servicii de paliative
- Depinde în mare măsura de experiența personalului clinic.

Întrebarea surpriză dublă (Double Surprise Question)

Double Surprise Question (DSQ) – dacă răspunsul la prima întrebare (SQ1) este NU (clinicianul nu ar fi surprins dacă pacientul ar deceda) atunci se pune a doua întrebare (SQ2) "Aș fi surprins dacă pacientul ar fi încă în viață după 12 luni?" A fost dezvoltată ca metodă pentru a crește valoarea predictivă pozitivă a SQ1. În studiul original DSQ a demonstrat o sensibilitate de 42% și o specificitate de 91% (C. Veldhoven et al., 2019). Un alt studiu pe pacienți cu afecțiuni oncologice a crescut valoarea predictivă pozitivă de la 55% la 74% (Daisy

J. M. Ermers et al., 2021). În cazul pacienților cu afecțiuni cronice non-oncologice performanța rămâne însă modestă întrucât crește valoarea predictivă pozitivă dar scade valoarea predictivă negativă (M. Davis et al., 2022).

Parametrii	Caracteristici specifice
Validitate	Sensibilitate – 47% - mai mica decât SQ1 aplicată singură indicând că mulți pacienți care pot deceda în 12 luni nu sunt identificați Specificitate – 91% Valoare predictivă pozitivă – 45.5% Valoare predictivă negativă – 89%–93% Precizie – 71% -75%
Fidelitate	Întrebarea are performanță în populații cu număr mare de decese, pe intervale de timp mai scurte și atunci când respondenții/ clinicienii care răspund au experiență clinică importantă
Ușurință în utilizare	Foarte ușor de implementat
Aplicabilitate în practică	Performează mai slab la pacienți non oncologici cu nevoi de paliatie La pacienți cu boli cronice non-oncologice intuiția clinicianului este mai puțin corectă față de boli oncologice unde traiectoria bolii este mai predictibilă
Nivelul de evidență	Grad C - Nu este recomandată implementarea SQ în izolare ca determinat unic al trimiterii către servicii de paliatie Implementarea concomitentă a SQ cu alte instrumente (SPICT, DSQ, NECPAL) crește precizia

Punctele pozitive/ oportunități:

- Ușor de implementat

Puncte negative/ limitări:

- Deși poate fi aplicat și în cazul altor afecțiuni limitatoare de viață decât cancerul are totuși performanță limitată în cazul acestora.
- Având o specificitate scăzută și un număr mare de fals pozitivi poate duce la identificarea unui număr mare de pacienți care nu ar avea neapărat nevoie de servicii de paliatie
- Depinde în mare măsura de experiența personalului clinic

NECPAL (Necessidades Paliativas)

The NECPAL CCOMS-ICO® este un instrument de screening dezvoltat de către Institutul Catalan de Oncologie din Spania, pentru identificarea timpurie a pacienților cu nevoi de paliatie.

Instrumentul combină întrebarea surpriză cu alți 6 parametri:

1. Identificarea nevoilor clinice (în baza judecății clinice)
2. Declin funcțional
3. Scădere în greutate
4. Prezența comorbidităților
5. Spitalizări frecvente
6. Criterii specifice ale bolii (severitate/ progresie)

NECPAL și PCST (vezi mai jos) sunt singurele instrumente care includ evaluarea dimensiunii psihologice și spirituale.

Instrumentul a fost validat în mai multe țări inclusiv Israel (Fisher G et al., 2022), Cehia (Kabelka L et al, 2022), Chile (J. Troncoso et al., 2021), precum și pentru grupe specifice de pacienți de ex. HIV/SIDA (Marta Castro Peraza et al., 2022) și insuficiență cardiacă (R. Orzechowski et al., 2019).

Parametrii	Caracteristici specifice
Validitate	Sensibilitate în a anticipa decesul la 12/ 24 luni – 91.3% la 12 luni/, 87.5% la 24 de luni. Specificitate – 32.9% - 35.0%. Valoare predictivă pozitivă – 33.5% (12 luni) și 45.8% (24 luni). Valoare predictivă negativă – 91%
Fidelitate	Instrumentul este recunoscut în practică pentru abordarea holistică, multidimensională
Ușurință în utilizare	Foarte ușor de implementat
Aplicabilitate în practică	Mare. Este considerat o strategie adecvată pentru identificarea timpurie a pacienților cu nevoi de paliativ în medicina primară, spitale și instituții rezidențiale
Nivelul de evidență	Grad C – studii retrospective și observaționale

Punctele pozitive/ oportunități:

- Abordarea multifactorială combinând elementele de evaluare subiectivă (Întrebarea Surpriză) cu indicatori obiectivi legați de indicatori de progresie a boli și nevoile pacienților
- Sensibilitatea ridicată și valoarea predictivă negativă mare sunt elemente utile în identificarea și excluderea pacienților care nu au nevoi de paliativ
- Este un instrument versatil, aplicat în mai multe contexte – medicină primară, spitale
- Ultima versiune 4.0 încorporează elemente de prognostic al mortalității pentru 24 de luni inclusiv pentru pacienți cu boli cronice non-oncologice deși nu este recomandat de autori pentru a fi folosit ca instrument de anticipare a prognosticului ci doar de identificare a nevoilor de paliativ.

Puncte negative/ limitări:

- Specificitatea redusă poate duce la identificarea mai multor pacienți decât cei care au de fapt nevoi de paliatie. Ca instrument de prognostic la 24 de luni are valoare limitată în cazul pacienților cu boli non-oncologice

Instrumentul împreună cu cursuri pentru implementare sunt disponibile la <https://escolapostgrau.uvic.cat/curs/identificacio-i-atencio-de-persones-amb-necessitats-paliatives-serveis-de-salut-i-socials>. Pentru implementarea instituțională și pe scară largă se recomandă contactare Institutului Catalan de Oncologie.

PCST (Instrument de screening pentru îngrijire paliativă)

PCST este un instrument de evaluare clinică dezvoltat de Center to Advance Palliative Care (CAPC) și utilizat pentru identificarea timpurie a pacienților care ar putea beneficia de îngrijiri paliative, în special în mediul spitalicesc și cu precădere pentru pacienții cu boli oncologice, prevenind amânarea accesului la serviciile de paliatie până în ultimele zile de viață.

Prezintă avantajul unei abordări standardizate oferind o metodă obiectivă de triaj, reducând variațiile bazate pe intuiția subiectivă a medicului. De asemenea contribuie la optimizarea resurselor, direcționând echipele specializate către pacienții cu nevoile cele mai complexe. Un element important de valoare adăugată a PCST este estimarea prognosticului pacientului și a riscului de mortalitate în decurs de 6-12 luni.

Instrumentul evaluează starea pacientului pe baza a patru categorii principale, cumulând puncte pentru un scor final.

Cele 4 categorii de evaluare sunt:

- Diagnosticul principal: boli severe precum cancerul metastatic, BPOC avansat, insuficiența renală în stadiu terminal sau insuficiența cardiacă severă
- Diagnostic secundare: prezența altor afecțiuni cronice care complică tabloul clinic
- Status funcțional: evaluat prin scale precum ECOG sau Palliative Performance Scale (PPS)
- Frecvența episoadelor de decompensare: numărul de spitalizări recente sau urgențe medicale cauzate de boala de bază.

Ca și NECPAL, PCST include și evaluarea dimensiunii psihologice și spirituale.

Scorul total dictează conduita medicală:

- **0 – 2 puncte**: Nu există indicație imediată pentru îngrijiri paliative
- **3 puncte**: Pacientul trebuie menținut sub observație clinică atentă
- **≥ 4 puncte**: **Se recomandă** ferm inițierea unei consultații de îngrijire paliativă și discuții despre planificarea îngrijirii la finalul vieții.

Parametrii	Caracteristici specifice
Validitate	Valoare predictivă a mortalității la 12 luni bună (sensibilitate de 45-46% și specificitate de 92%) Un scor ≥4 este un factor independent predictor al mortalității la 6 si 12 luni (Zhang M, et al. 2024)

	<i>Yen Y-F, Lee YL, Hu H-Y, et al</i> într-un studiu din 2022 au arătat că scala PCST are o valoare predictivă a mortalității mai mare (68.9%) față de "Întrebarea surpriză" (68.0%) și că în combinație valoarea predictivă crește la 73.9%.
Fidelitate	Nu a fost raportată pe scară largă. Este folosit în principal pentru pacienții cu afecțiuni oncologice pentru a identifica nevoile de paliative.
Ușurință în utilizare	Relativă – este un algoritm de scorare care poate fi integrat cu ușurință în practica clinicienilor.
Aplicabilitate în practică	Identificarea adulților spitalizați (în principal cu afecțiuni oncologice) cu risc de mortalitate la 6-12 luni pentru luarea în discuție a îngrijirii paliative.
Nivelul de evidență	Grad C (dovezi de calitate moderată până la scăzută/ opinie a experților).

Punctele pozitive/ oportunități:

- Utilizează criterii obiective bazate pe afecțiuni specifice, comorbidități și status funcțional, care ajută la reducerea prejudecăților subiective în screening
- Identificarea precoce a nevoilor de îngrijiri paliative la pacienții care au încă un status de performanță bun, crescând astfel calitatea vieții acestora, reducând numărul spitalizărilor inutile și a intervențiilor terapeutice agresive, contrare dorințelor pacientului
- Un scor PCST ridicat (de obicei ≥ 4) este un predictor independent semnificativ al mortalității pe termen scurt (de exemplu, 3, 6 sau 12 luni), oferind un indicator fiabil pentru clinicieni pentru a iniția discuții despre obiectivele de îngrijire la sfârșitul vieții.

Puncte negative/ limitări:

- Deși poate fi aplicat și în cazul altor afecțiuni limitatoare de viață decât cancerul are totuși performanță limitată în cazul acestora
- Nu acoperă suficient complexitatea comorbidităților, care prezintă un factor major în determinarea nevoilor de îngrijire paliativă la mulți pacienți cu boli cronice avansate
- Studiile care utilizează versiuni adaptate ale PCST în diverse populații de pacienți prezintă adesea o consistență internă mai scăzută și o capacitate de screening variabilă în comparație cu versiunea originală, sugerând că performanța sa nu este uniformă în toate contextele
- Accentul prea mare pe prognostic în detrimentul altor elemente; este posibil să nu identifice pacienții care ar beneficia de îngrijire paliativă mai devreme în traiectoria bolii.

Pentru obtinerea permisiunii de utilizare în scop clinic, de cercetare precum și pentru a utiliza varianta actualizată la zi se recomandă contactul direct al Center to Advance Palliative Care (CAPC) la adresa www.capc.org.

RADPAC

Indicatorii Radbound pentru identificarea nevoilor de îngrijire paliativă (RADPAC) este un instrument de screening dezvoltat și validat de Universitatea Radbound din Olanda; ajută la identificarea timpurie a nevoilor de paliatie pentru pacienții cu insuficiență cardiacă, BPOC și boli oncologice. RADPAC a fost dezvoltat ca parte a unui studiu menit să traducă în practica definițiile OMS referitoare la inițierea cât mai precoce a îngrijirii paliative în traiectoria bolii. Există și o variantă specifică pentru pacienți cu boala Parkinson (RADPAC PD).

Fiecare grup de patologii are indicatori specifici care sunt evaluați:

- BPOC (6 indicatori): status funcțional exprimat prin scorul Karnofsky, scădere în greutate, comorbidități, dispnee/ ortopnee, comunicarea cu pacientul
- Insuficiența cardiacă (7 indicatori): gradul IC, exacerbările frecvente, spitalizările frecvente, eșecul terapeutic, statusul funcțional, gradul de conștientizare a pacientului cu privire la progresia bolii
- Cancer (8 indicatori): factorii de prognostic, statusul funcțional, prezența cașexiei/ anorexiei, nutriția, mobilitatea

Parametrii	Caracteristici specifice
Validitate	Sensibilitate 60.0% - 73.8% Specificitate 70.4% - 90.2%
Fidelitate	Nu a fost raportată pe scară largă. Este folosit în principal pentru pacienții cu afecțiuni oncologice pentru a identifica nevoile de paliatie
Ușurință în utilizare	Relativă – este un algoritm de scorare care poate fi integrat cu ușurință în practica clinicienilor.
Aplicabilitate în practică	Instrument practic util mai ales la nivelul medicilor generalști care au în grijă pacienți cu IC, BPOC, cancere
Nivelul de evidență	Grad B/C (opinie a experților, studii calitative și observaționale)

Punctele pozitive/ oportunități:

Deși performanțele în ceea ce privește identificarea pacienților cu nevoi de paliatie sunt modeste și variabile, Thoonsen B et al, 2016 și Teike Luthi et al, 2020 arată că utilizarea RADPAC a fost asociată cu:

- Reducerea cu aproximativ 25% a ratei de spitalizare a pacienților în ultimele 3 luni de viață
- Creșterea nivelului interacțiunii pacienților cu medicii de familie
- O rată mai mare a deceselor la domiciliu (67% vs 45%) și o scădere a ratei deceselor în spital (14 % vs. 32%)

Puncte negative/ limitări:

- RADPAC este destinată în principal evaluării pacienților din ambulatorii și medicină primară spre deosebire de SPICT care a demonstrat o performanță mai bună în spitale. Pentru obținerea permisiunii de utilizare în scop clinic, de cercetare precum și pentru a utiliza varianta actualizată la zi se recomandă contactul direct al autorilor studiului inițial Thoonsen et al., 2012, sau a Universității Radboud din Nijmegen Olanda.

GHIDUL DE IDENTIFICARE PROACTIVĂ A CADRULUI GOLD STANDARD (GSF PIG)

GSF PIG cunoscut anterior ca PIG (ghid de identificare proactivă) este un instrument de screening conceput pentru a ajuta clinicienii în identificarea pacienților în ultimul an de viață care pot beneficia de îngrijiri paliative. Este aplicat pe scară largă de către serviciile de sănătate din Marea Britanie și este aprobat ca un ghid practic pentru clinicieni pentru a declanșa discuțiile despre directiva planificării în avans.

Este utilizat în medicina primară, spitale, îngrijiri la domiciliu, instituții de îngrijire datorită specificității ridicate care minimalizează trimiterea către servicii de paliativ a mai mulți pacienți decât ar avea nevoie. În același timp are o sensibilitate modestă și performanțe variabile în contexte clinice diferite cu un grad mare de corelare cu experiența echipei clinice. Astfel Joanne Wong et al., 2017 a constatat că doar 1,6% dintre pacienții din departamentul de urgență au îndeplinit criteriile GSF PIG. Într-un studiu efectuat la pacienți spitalizați, GSF-PIG a demonstrat o sensibilitate de 78%, o specificitate de 72%, o valoare predictivă pozitivă de 38% și o valoare predictivă negativă de 94% (A. Mudge et al., 2018). Cu toate acestea, un alt studiu la pacienții cu BPOC a constatat o precizie mult mai mică, cu predicții corecte în doar 27% dintre cazuri (S. Pilsworth et al., 2017). Un studiu de îngrijire rezidențială a oferit o validare suplimentară, arătând o sensibilitate de 70% și o specificitate de 69,6% (T. Liyanage et al., 2018).

GSF-PIG a fost validat extern în trei studii. Haga et al. a evaluat pacienții ambulatori cu ICC NYHA III–IV, constatând cea mai mare sensibilitate (83%), dar cea mai mică specificitate 22%. OThergeCallaghan et al. a efectuat un studiu într-un cadru spitalicesc acut din Noua Zeelandă, raportând o sensibilitate mai mică (62,6%), dar o specificitate mai mare (91,9%) [33]. Un alt studiu a evaluat pacienții medicali spitalizați în regim acut în Africa de Sud (22% HIV și prevalența ridicată a ICC), raportând o sensibilitate de 74% și o specificitate de 85%.

Parametrii	Caracteristici specifice
Validitate	Sensibilitate – 62.6 -74% Specificitate – 72%-91.9% Valoare predictivă pozitivă – 28-67.7% Valoare predictivă negativă – 90-94%
Fidelitate	Influențată de nivelul de experiență al clinicienilor
Ușurință în utilizare	Relativă – necesită instruire dedicată
Aplicabilitate în practică	Deși teoretic are o aplicabilitate largă, performanța este dependentă de context. Instrumentul este mai

	precis în identificarea pacienților cu cancer decât al celor cu boli respiratorii (33% identificați).
Nivelul de evidență	Grad C (opinie a experților)

Punctele pozitive/ oportunități:

- Se poate aplica în cazul mai multor afecțiuni cronice cu traiectorii diferite – declin rapid (ex. cancer), declin gradual (ex. demența), evoluție imprevedibilă (ex. insuficiența de organ)
- Facilitează recunoașterea declinului progresiv al pacienților, în special cu afecțiuni non-oncologice
- Facilitează planificarea în avans și a fost legat de reducerea frecvenței internărilor în urgență
Prin facilitarea planificării anticipate a îngrijirii, acesta a fost asociat cu un număr mai redus de internări de urgență și cu o continuitate mai bună a îngrijirii.

Puncte negative/ limitări:

- Subiectivitate: "Întrebarea surpriză" se bazează pe viziunea profesională subiectivă, care nu poate standardiza pe deplin procesul de identificare
- Deși este ușor de utilizat, eficiența crește atunci când este integrată într-un program structurat și instruit, cum ar fi Programele de Îmbunătățire a Calității GSF.

Pentru obținerea permisiunii de utilizare în scop clinic, de cercetare precum și pentru a utiliza varianta actualizată la zi se recomandă contactul direct *al National GSF Centre*.

B. Instrumente cu funcție principală de triaj

Scala PALCOM

Scala PALCOM este un instrument de evaluare multidimensională cu 5 domenii, folosit în serviciile de paliativă pentru a evalua nevoile pacienților cu cancer în stadiu avansat.

Cele 5 domenii includ impactul simptomelor, durerea refractară, afectarea funcțională, riscul socio-familial și problemele etice/ existențiale. În urma cuantificării acestor domenii, scala clasifică pacienții pe 3 nivele de complexitate: scăzută (0-1), medie (2-3) sau ridicată (4-5) oferind astfel indicii cu privire la intensitatea și tipul de îngrijire paliativă necesare (de bază sau specializată).

Poate fi folosit în timpul evaluării inițiale a pacientului trimis către paliativă dar și ca parte a re-evaluărilor pentru a monitoriza în timp modificările stării pacientului.

Un nivel de complexitate mai mare este corelat cu o instabilitate clinică mai mare, justificând astfel implicarea mai intensă sau timpurie a specialiștilor pentru pacienții cu scoruri mari precum și reevaluări clinice mai frecvente pentru acest tip de pacienți. În timp ce algoritmi expliciti de frecvență a vizitelor nu sunt raportați în literatura de specialitate analizată, stratificarea oferă o bază rațională pentru o intensitate diferențiată de monitorizare a pacienților (Tuca A et al., 2024, Viladot M et al., 2023). În același timp nivelurile de

complexitate ridicată, fiind asociate cu o utilizare mai mare a resurselor echipelor de îngrijire și rate de supraviețuire mai mici, pot informa discuțiile despre obiectivele de îngrijire și prognostic.

Parametrii	Caracteristici specifice
Validitate	Ridicată în rândul pacienților cu cancer avansat dar limitată în cazul pacienților cu nevoi de paliatie non-cancer Are un grad de predictibilitate ridicat în identificarea nivelului de complexitate a cazului
Fidelitate	Grad ridicat de corelare cu rezultatele evaluărilor pe baza opiniei experților în domeniu
Ușurință în utilizare	Moderată (evaluarea multidimensională necesită instruire)
Aplicabilitate în practică	În cadrul serviciilor de paliatie pentru a ghida alocarea resurselor terapeutice în funcție de complexitatea cazului În procesul de decizie al clinicienilor (oncologi, medici de familie) pentru a orienta precoce pacienții cu nevoi de paliatie către servicii de paliatie de bază sau specializate

Punctele pozitive/oportunități

- Este un instrument simplu și practic, care ajută la identificarea pacienților cu risc mai mare de degradare și mortalitate pe termen scurt, facilitând trimeri timpurii și adecvate către serviciile de îngrijiri paliative de bază sau specializate
- Oferă indicii semnificative asupra prognosticului.

Puncte negative/limitări

- A fost dezvoltat în special pentru pacienții adulți cu cancer avansat într-un anumit context clinic; aplicabilitatea sa la alte populații de pacienți sau sisteme de asistență medicală nu poate fi confirmată fără studii suplimentare.

Scala PALCOM este un instrument dezvoltat și validat de o echipa de clinicieni si cercetători din Barcelona, care nu face parte din domeniul public. Poate fi consultat la <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10453100/figure/cancers-15-04182-f001/>.

Pentru a fi utilizat, adaptat și tradus necesită permisiunea autorilor. Persoana de contact este Albert Tuca la atuca@clinic.cat, Barcelona, Spain.

RUN-PC (Răspuns la urgența nevoii în îngrijirea paliativă)

RUN-PC (Responding to Urgency of Need in Paliative Care) Triage Tool este un instrument de triaj bazat pe dovezi, conceput pentru a prioritiza pacienții trimiși către serviciile de îngrijire paliativă specializate.

Utilizează un scor numeric cu 7 elemente corelat cu timpii de răspuns recomandați. Acesta abordare oferă o metodă standardizată, transparentă de evaluare a nevoilor unui pacient,

atribuind un scor din 100 și oferind ținte explicite de timp de răspuns pe care serviciile le-ar putea utiliza pentru a programa internările și a prioritiza volumul de muncă (roșu/ 24 de ore, portocaliu/ 72 de ore, verde/ 1 săptămână).

Studiile de implementare au arătat că mai mult de 80% dintre internări au respectat timpii de răspuns recomandați, cu o proporție măsurabilă de cazuri urgente identificate în mod adecvat, oferind o ordonare transparentă a internărilor și sprijinind accesul echitabil [Russell B et. all (2021)(2023) Pain L et al., 2022].

Parametrii	Caracteristici specifice
Validitate	Dezvoltat în urma unor studii calitative și cantitative ample
Fidelitate	Grad ridicat de corelare cu opiniile experților
Ușurință în utilizare	Ridică – se completează ușor și nu necesită timp
Aplicabilitate în practică	Instrument de triaj pentru adulți aplicabil atât în unități cu paturi cât și în servicii comunitare/ de îngrijire la domiciliu Foarte util în prioritizarea intervențiilor și timpilor de răspuns

Punctele pozitive/ oportunități:

- Vine în sprijinul serviciilor de paliatie pentru a aloca resursele în mod eficient, prioritizând transparent urgențele și reducând listele de așteptare
- Deși necesită instruire se bucură de un grad de acceptabilitate ridicat în rândul clinicienilor datorită faptului ca este ușor de aplicat și are un suport de învățare consistent (manual, module, calculator)
- Îmbunătățește experiența pacientului/ familiei întrucât standardizează procesul de îngrijire și recomandările oferite, îmbunătățește documentația și sprijină o mai bună gestionare a simptomelor.

Puncte slabe/ limitări:

- Utilizarea eficientă necesită un clinician cu experiență în îngrijirea paliativă care a finalizat module specifice de formare online
- Scorurile numerice mari pot fi dificil de realizat, ceea ce înseamnă că urgența ar putea exista deși scorul nu reflectă întotdeauna acest lucru.

Instrumentul, inclusiv un calculator interactiv pentru uz clinic, precum și materialele de suport (4 module de formare online precum și un manual care poate fi descărcat și care oferă definiții și descriere în detaliu a fiecărui element inclus în evaluare) sunt dezvoltate de Palliative Nexus (Universitatea din Melbourne și Spitalul Sf. Vincent) și se regăsesc pe site-ul Palliative Nexus (www.palliativenexus.org/run-pc-triage-tool-project).

PCTS (Sistem de triaj pentru îngrijire paliativă)

Sistemul de triaj pentru îngrijire paliativă (PCTS) este un instrument clinic validat utilizat în principal în serviciile de oncologie. Sistemul a fost dezvoltat pentru a prioritiza asistența medicală în funcție de severitatea simptomelor și necesitățile imediate ale pacienților aflați în faze terminale. Permite personalului medical (asistenți și medici) să identifice rapid cazurile care necesită spitalizare imediată față de cele care pot fi gestionate în ambulatoriu sau la domiciliu.

Este un instrument complementar instrumentului de triaj RUN-PC, care se poate folosi în contextul departamentelor de urgență pentru a optimiza răspunsul clinic în situații care implică complexitate ridicată a simptomatologiei și a celorlalte nevoi și care necesită intervenții rapide.

Parametrii	Caracteristici specifice
Validitate	Corelație puternică a categoriilor de urgență cu internările și rata de supraviețuire demonstrând eficiența în identificarea pacienților cu risc crescut și prognostic prost
Fidelitate	Rată de acord mare (87,3%) între observatori independenți
Ușurință în utilizare	Bună (listă, categorii codate în culori)
Aplicabilitate în practică	Triajul pacienților cu cancer în serviciile de oncologie/ secții de paliative specializate Util în prioritizarea pacienților

Punctele tari/ oportunități:

- Alocarea eficientă a resurselor - sistemul ajută la gestionarea fluxului de pacienți și se asigură că paturile de îngrijire paliativă specializate limitate ca număr, sunt utilizate pentru cei care au nevoie de ele cel mai urgent, ducând în final la reducerea costurilor
- Gestionarea promptă a pacientului- prin furnizarea unei evaluări structurate la momentul admiterii, aceasta permite o determinare rapidă a cadrului de îngrijire adecvat (îngrijire în unitatea cu paturi vs. îngrijire la domiciliu), ceea ce duce la un tratament prompt și la reducerea timpilor de așteptare
- Durata redusă a șederii: O evaluare a sistemului a arătat că ar putea reduce în mod eficient durata medie de timp în care pacienții au rămas într-o unitate de spitalizare, facilitând evacuarea timpurie și sigură înapoi în comunitate cu sprijinul adecvat
- Rezultate mai bune ale actului terapeutic - întrucât pacienții se află în mediul de îngrijire adecvat nevoilor lor și primesc îngrijiri în timp util și coordonate, implementarea PCTS contribuie la creșterea satisfacției pacienților și familiilor acestora.

Puncte slabe/ limitări:

- Este un instrument specific pentru camera de gardă și servicii de oncologie, pentru pacienții cu cancer; nu este conceput pentru alte situații și categorii de pacienți.

C. Alte tipuri de instrumente**Hospiscare HEAT (Instrument de calibrare a resurselor alocate în funcție de volumul de lucru în unități de tip hospice)**

Hospiscare Escalation in Activity Tool (HEAT) este un instrument specific conceput de organizația caritabilă Hospiscare din Marea Britanie pentru a triangula nivelurile de personal cu complexitatea pacientului și cererea de servicii rezultând niveluri de escaladare ex. Roșu-Portocaliu-Verde. Această abordare de tip tablou de bord permite managerilor de servicii să vizualizeze volumul de muncă în raport cu personalul disponibil, sprijinind alocarea proactivă mai degrabă decât reactivă, a resurselor. Instrumentul de astfel, ia în considerare nu numai siguranța pacienților, ci și bunăstarea personalului.

Parametrii	Caracteristici specifice
Validitate	Abordare pragmatică însă nu există dovezi concrete în privința validității Nu a fost evaluată formal pe scară largă și în contexte diferite
Fidelitate	Nu a fost evaluată formal
Ușurință în utilizare	Poate fi integrat cu ușurință în fluxurile de lucru
Aplicabilitate în practică	Managementul operational al serviciilor de tip hospice sau îngrijiri la domiciliu/ comunitare

Punctele pozitive/ oportunități:

- Oferă o vizibilitate bună și rapidă a stării serviciului tip tablou de bord (prin extrapolarea datelor din dosarele pacienților) ajutând managerii în procesul decizional și pentru a preveni riscurile atât pentru pacienți cât și pentru personal

Puncte slabe/ limitări:

- Instrumentul nu este un instrument de evaluare clinică; a fost conceput pentru managementul operațional intern și nu pentru deciziile directe, individuale de îngrijire a pacienților
- Informațiile publicate sunt mai degrabă studii descriptive care oferă detalii despre procesul de implementarea și insistă asupra utilității acestei abordări pentru managementul serviciilor, însă rezultatele nu au fost validate de studii riguroase care să confirme validitatea și fiabilitatea în alte context decât cel în care a fost dezvoltat.

HPBC acuity tool (Instrument de triaj pentru serviciile de îngrijirile paliative la domiciliu)

Este un instrument de tip algoritm dezvoltat de către Reed S.M, 2020 în baza ghidurilor National Consensus Project (NCP) și adaptat și implementat în servicii de paliativ în SUA și Liban, cu rezultate pozitive în ceea ce privește îmbunătățirea fluxurilor de lucru ale echipei multidisciplinare. În prezent instrumentul este adaptat și pilotat de către Reed SM și echipele Hospice din București și Adunații Copăceni în cadrul unei burse Fulbright.

În procesul de dezvoltare, care a implicat toți membrii echipei multidisciplinare s-a plecat de la definirea a ceea ce înseamnă pentru pacient o intensitate ridicată, moderată și scăzută în ceea ce privește suferința fizică, psiho/socială, spirituală/culturală și etică/juridică. Ulterior a fost dezvoltat instrumentul de clasificare a nevoilor pacienților și familiilor acestora în baza nivelurilor de intensitate descrise mai sus (și nu în baza scorurilor de severitate ale simptomelor, cum sunt definite în multe din celelalte instrumente similare).

De exemplu, în loc să evalueze un scor al simptomelor pacienților sau o descriere a simptomului de tip “absent”, “mediu”, “moderat” sau “sever”, simptomele au fost evaluate în baza percepției acestora de către pacient (dacă sunt peste capacitatea lui de a le tolera sau dacă s-a atins sau nu ținta de control). În etapa ulterioară scorării pacienților și în baza acestui scor de identificare a nevoilor s-a identificat membrul echipei care este cel mai potrivit în a adresa nevoile pacienților/ familiei și s-a stabilit și frecvența intervenției. Implementarea acestui tip de instrument a condus în contextul în care a fost aplicat la:

- O mai bună identificarea nevoilor pacientului/ familiei.
- O mai bună gestionare a listelor de așteptare.
- Creșterea accesului pacienților cu nevoi de intensitate mare fără a crește neapărat numărul resurselor, prin redistribuirea sarcinilor de lucru în interiorul echipelor multidisciplinare în baza competențelor acestora.

IV.PARTICULARITĂȚI ÎN PEDIATRIE

Prezentare generală a instrumentelor specifice îngrijirii paliative pediatrice

PaPaS (Scară pediatrică de screening paliativ)

Scala de Screening Paliativ Pediatric (PaPaPaS) este un instrument multidimensional conceput de către Eva Bergstraesser și Richard D. Hain și validat, pentru a identifica copiii și adolescenții care pot beneficia de îngrijire paliativă pediatrică. A fost implementată în practica clinică în Singapore și Coreea de Sud.

Scala evaluează 13 elemente în cinci domenii principale:

- **Traectoria bolii**: analizează progresia bolii și impactul acesteia asupra activităților zilnice ale copilului
- **Rezultatele intervențiilor terapeutice**: consideră povara și obiectivele tratamentelor
- **Încărcătura simptomatologică**: evaluează severitatea și frecvența simptomelor fizice sau psihologice
- **Preferințele pacientului/ familiei**: include dorințele pacientului, ale familiei și ale personalului medical

- Speranța de viață: Include "Întrebarea Surpriză"- "Sunteți surprins dacă acest copil ar muri brusc în 6 luni?".

Scorul total determină cursul de acțiune recomandat:

- Scor 10–14: nu este necesară o trimitere imediată către servicii de îngrijiri paliative
- Scor 15–24: trebuie luată în considerare îngrijirea paliativă de bază
- Scor ≥ 25 : este recomandată îngrijirea paliativă specializată.

Pentru sugarii cu vârsta sub un an există o versiune modificată a scalei care recomandă inițierea îngrijirii paliative la scor mai mic (de obicei 10).

Parametrii	Caracteristici specifice
Validitate	Sensibilitate ridicată (~82,5%) și specificitate (100%) în cohorta de validare
Fidelitate	Corelație bună cu opiniile clinicienilor
Ușurință în utilizare	Conceput pentru uz clinic; necesită expertiză pediatrică
Aplicabilitate în practică	Screening și clasificare în ordinea priorității trimerilor către îngrijiri paliative pediatrice și continuitatea în servicii

Punctele pozitive/ oportunități:

- Conceput special pentru populațiile pediatrice
- Nu se bazează exclusiv pe prognostic ci ia în considerare factorii de dezvoltare și de familie
- Vine în sprijinul deciziilor de continuare a îngrijirii paliative adaptate în diverse etape de dezvoltare ale copilului

Puncte negative/ limitări:

- Este necesară experiență în îngrijirea paliativă pediatrică
- Numărul de studii de validare este limitat în comparație cu instrumentele pentru adulți.

Scala poate fi consultată la <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7011544/table/Tab4/> sau versiuni suplimentare ale acesteia la <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3663726/>.

Pentru implementarea în practica clinică este necesară obținerea permisiunii din partea autorilor.

PIPPS (Instrument de screening al nevoilor de paliativă în PICU)

PIPPS este o versiune prescurtată, de 7 elemente a scalei PaPaS, optimizată special pentru fluxul de lucru PICU rapid. Hodge C. et al ,2024, arată că factorii corelați cei mai frecvent cu un screening sugestiv au fost:

- Prezența comorbidităților multiple (68% din pacienții cu screening sugestiv au avut 2 sau mai multe comorbidități în momentul internării în PICU față de 29% pacienți cu screening nesugestiv)

- Dependență de tehnologie în susținerea funcțiilor vitale (57% din pacienții cu screening sugestiv au avut 2 sau mai multe comorbidități în momentul internării în PICU față de 5% pacienți cu screening nesugestiv)
- Defecte congenitale (26% din pacienții cu screening sugestiv au avut 2 sau mai multe comorbidități în momentul internării în PICU față de 10% pacienți cu screening nesugestiv).

Studiul a concluzionat că screening-ul săptămânal folosind PIPPS poate identifica pacienții PICU care pot beneficia de consultații de paliativă pediatrică.

Scala ACCAPED

Scala ACCAPED (Accertamento dei bisogni Clinico-Assistenziali Complessi in PEDiatria) este un instrument clinic multidimensional utilizat în îngrijirea paliativă pediatrică pentru a cuantifica complexitatea îngrijirii copiilor cu boli limitatoare de viață. Este conceput pentru a semnaliza necesitatea includerii paliativei în planul de îngrijire precum și a determina dacă un pacient are nevoie de îngrijiri paliative de bază sau specializate, la domiciliu/ nivel comunitate sau în regim de internare.

Ajută la raționalizarea resurselor de asistență medicală și pentru a standardiza criteriile de eligibilitate. Este adesea folosit împreună cu Scala de Screening Pediatric Paliativ (PaPaS) pentru a oferi o evaluare bio-psiho-socială cuprinzătoare a copilului.

A fost dezvoltat în limba italiană de un grup multidisciplinar de experți și a fost validat de autori prin evaluarea vinietelor clinice. Este disponibilă și o versiune în limba engleză a chestionarului, deși nu a fost încă validată.

Scala evaluează 10 domenii clinice ale nevoilor unui copil.

Fiecărei zone i se atribuie un punctaj care crește odată cu complexitatea nivelului de asistență necesar:

- Respirație: Nevoie de oxigen, ventilație sau traheostomie
- Hrănire: Metode de nutriție, cum ar fi gastrostomia sau suportul parenteral
- Conștientă/ convulsii: Frecvența și severitatea evenimentelor neurologice
- Durere: Nivelul de gestionare a durerii necesar
- Mobilitate: Nivelul de asistență necesar pentru circulație
- Comunicare: Abilitatea de a interacționa și de a-și exprima nevoile
- Integritatea pielii: Riscul sau prezența rănilor de presiune sau a leziunilor tisulare
- Odihnă și somn: Caracteristicile somnului și ale nevoilor nocturne
- Evacuare: Necesități legate de gestionarea intestinului și a vezicii urinare
- Administrarea medicamentelor: Complexitatea regimului de medicamente, inclusiv polifarmacia.
- Întrebarea surpriză

Scorul final este obținut din fiecare domeniu, iar scorurile "întrebării surpriză" orientează în determinarea celei mai potrivite recomandări pentru îngrijiri paliative.

Copilul este îndrumat către servicii de îngrijire în comunitate în cazul nevoilor de complexitate redusă (scor ≤ 29), către îngrijiri paliative de bază în cazul nevoilor de complexitate medie

(scor 30–49) sau către un serviciu specializat atunci când sunt implicate nevoi de complexitate ridicată (scor ≥ 50).

În plus, “întrebarea surpriză” este considerate un indiciu pentru trimiterea timpurie către un serviciu specializat de paliativitate și poate fi de asemenea considerată un indicator de prognostic. Au fost furnizate mai multe formulări ale “întrebării” surpriză, iar cea mai frecvent utilizată este “Ați fi surprins dacă acest copil ar muri în următoarele 12 luni?”

Parametrii	Caracteristici specifice
Validitate	Concordanță ridicată cu vinietele clinice
Fidelitate	Bună în validarea bazată pe viniete
Ușurință în utilizare	Conceput pentru uz clinic; necesită expertiză pediatrică
Aplicabilitate în practică	Evaluarea detaliată a nevoilor clinice, determinarea eligibilității și a tipului de servicii de îngrijire paliativă pediatrică

Punctele pozitive/oportunități:

- Concordanță mare cu evaluarea clinică, confirmând că măsoară ceea ce este destinat să măsoare într-un context din lumea reală
- Ajută la îmbunătățirea raționalizării resurselor prin stabilirea unor criterii clare de eligibilitate pentru diferite niveluri de servicii PPC (comunitare, generale și specializate)
- Evaluare clinică exhaustivă în cele 10 domenii și sistem obiectiv de cuantificare.

Puncte negative/ limitări

- Mai complex decât alte instrumentele scurte de screening, necesitând timp și expertiză pentru a fi corect aplicat
- Nu există date din studii independente.

V. REZUMAT

Instrumentele de screening și triaj în îngrijire paliativă reprezintă instrumente esențiale pentru identificarea, prioritizarea și gestionarea pacienților cu boli care limitează viața. Pentru populațiile adulte, o abordare în două etape care combină screening-ul folosind instrumentele de tip SPICT, ID-PALL cu triajul folosind instrumente de tip PALCOM, RUN-PC, PCTS oferă atât identificarea cazurilor cât și prioritizarea acestora. Pentru populațiile pediatrice, instrumentele pediatrice dedicate (PaPaS, ACCAPED) care abordează etapele de dezvoltare, sistemele familiale și traiectoria unică a bolilor copilăriei sunt esențiale și nu ar trebui înlocuite cu instrumente adaptate pentru adulți. Considerațiile etice, inclusiv echitatea, transparența, potențialele prejudecăți, trebuie abordate în mod activ prin pregătirea procesului de implementare, monitorizarea continuă și alocarea resurselor necesare. Instrumentele ar trebui să îmbunătățească, mai

degrabă decât să limiteze procesul decizional asigurând în același timp respectul pentru autonomia pacientului și a familiei.

Implementarea cu succes necesită pregătire, formare interprofesională, integrarea fluxului de lucru, monitorizarea echității și angajamentul față de îmbunătățirea continuă a calității. Atunci când sunt implementate ținând cont de toți acești factori, pot îmbunătăți substanțial calitatea, promptitudinea și echitatea furnizării îngrijirilor paliative.

Cercetările viitoare ar trebui să se concentreze pe studii comparative directe de eficacitate, studii pe termen lung privind rezultatele pentru pacienți și familii, analize de rentabilitate și validare în diverse contexte culturale și sisteme de sănătate, pentru a rafina în continuare selecția și implementarea bazate pe dovezi ale acestor instrumente critice

Bibliografie

1. A Gupta, R. Burgess, M Drozd et al The Surprise Question and clinician predicted prognosis: systematic review and meta-analysis *BMJ Supportive & Palliative Care* 2025;15:12–35.
2. Bostwick, D., Wolf, S., Samsa, G., Bull, J., Taylor, D. H., Johnson, K. S., & Kamal, A. H. (2023). Comparing the palliative care needs of patients with cancer and those with non-cancer serious illness. *Journal of Pain and Symptom Management*, 65(2), 250–259. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2022.08.016>
3. Christina Chu, Yvonne Engels, Sang-Yeon Suh, Sun-Hyun Kim, Nicola White Should the Surprise Question be Used as a Prognostic Tool for People With Life-limiting Illnesses? *Journal of Pain and Symptom Management*, 2023
4. C. M. M. Veldhoven N. Nutma¹ W. De Graaf et al Screening with the double surprise question to predict deterioration and death: an explorative study *BMC Palliative Care* (2019) 18:118
5. Daisy J. M. Ermers, E. Kuip, C. Veldhoven et al Timely identification of patients in need of palliative care using the Double Surprise Question: A prospective study on outpatients with cancer *Palliative Medicine* 2021
6. Dalgaard, K. M., Bergenholtz, H., Espenhain, L., & Timm, H. (2023). Early identification of palliative care needs: A systematic review of screening tools. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 13(3), e801–e810. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2021-003413>
7. Davis MP, Vanenkevort E. The Surprise Question. *BMJ Support Palliat Care*. 2022 Dec;12(4):403-406. doi: 10.1136/spcare-2022-003853. Epub 2022 Aug 29. PMID: 36038254.
8. Davis M, Vanenkevort E, Young A, Wojtowicz M, Lagerman B, Gupta M, Adonizio C, Panikkar R. Validation of the Surprise Question and the Development of a Multivariable Model. *J Pain Symptom Manage*. 2023 May;65(5):456-464.
9. Dhaliwal S, Salins N, Deodhar J, et al. Pilot testing of triage coding system in home-based palliative care using Edmonton Symptom Assessment Scale. *Indian J Palliat Care* 2016; 22: 19–24.
10. Duraisamy B, Muckaden M, Dighe M, et al. Triage system in a high-volume domiciliary palliative care unit in urban India. *J Clin Oncol* 2011; 29: e19663
11. Eagle LM and de Vries K. Exploration of the decision-making process for inpatient hospice admissions. *J Adv Nurs* 2005; 52: 584–591.
12. European Association for Palliative Care. (2023). *EAPC recommendations on the integration of palliative care*. <https://www.eapcnet.eu>
13. Eva Bergstraesser^{1*}, Richard D Hain² and José L Pereira The development of an instrument that can identify children with palliative care needs: the Paediatric Palliative Screening Scale (PaPaS Scale): a qualitative study approach *BMC Palliative Care* 2013

14. Fergus CJY, Nicol JS and Russell PB. Is a STAS-based tool valid to triage patients at a specialist palliative care inpatient unit? *Int J Palliat Nurs* 2008; 14: 24–29.
15. Ferrell, B. R., Temel, J. S., Temin, S., Smith, T. J., & Peppercorn, J. M. (2022). Integration of palliative care into standard oncology care: ASCO clinical practice guideline update. *Journal of Clinical Oncology*, 40(8), 880–890. <https://doi.org/10.1200/JCO.21.02717>
16. Fisher G, Shadmi E, Porat-Packer T, Zisberg A. Identifying patients in need of palliative care: Adaptation of the Necesidades Paliativas CCOMS-ICO® (NECPAL) screening tool for use in Israel. *Palliat Support Care*. 2024 Feb;22
17. Hagiwara Y. Prognostication Tools in Older Hospitalized Adults for Identification of Patients with Potential Palliative Care Needs: A Review of Three Instruments. *Illness Crisis Loss*. 2024. doi:10.1177/10541373241231443
18. Haranis M, Lampkin N, Roche-Green A, et al. Development and Implementation of a Real-Time Inpatient Palliative Care Screening Process to Promote Earlier Palliative Care Referrals. *J Hosp Palliat Nurs*. 2023;25(1). doi:10.1097/NJH.0000000000000932
19. Hawley, P., Barwich, D., & Bakitas, M. (2024). Screening for palliative care needs across healthcare settings: Current evidence and future directions. *Healthcare*, 12(1), 46. <https://doi.org/10.3390/healthcare12010046>
20. Heitner R, Rogers M, Silvers A, et al. Palliative Care Team Perceptions of Standardized Palliative Care Referral Criteria Implementation in Hospital Settings. *J Palliat Med*. 2020;24(5). doi:10.1089/JPM.2020.0296
21. Hodge CH, Kerris EWJ, Freeman MC, Eckman ST, Deeter DM, Even KM. Implementation of an Innovative Palliative Care Screening Tool in the Pediatric Intensive Care Unit: A Pilot Study. *J Palliat Med*. 2024 Mar;27(3):307-315. doi: 10.1089/jpm.2023.0292. Epub 2023 Oct 10. PMID: 37815840.
22. Hough E, Lucey MF, O'Reilly M, et al. Using a validated case mix tool for use in the telephone-assisted triage of patients in a specialist palliative care community setting: a consecutive case series. *BMJ Support Palliat Care*. 2023. doi:10.1136/spcare-2022-004102
23. Hui DSC, Heung Y, Bruera E. Timely Palliative Care: Personalizing the Process of Referral. *Cancers*. 2022;14(4):1047. doi:10.3390/cancers14041047
24. Kabelka L, Dušek L. NECPAL Tool Aids Early Identification of Palliative Care Needs. *J Palliat Med*. 2022 Sep;25(9):1398-1403.
25. Kamal, A. H., Wolf, S. P., Troy, J., Leff, V., Dahlin, C., Rotella, J., ... Abernethy, A. P. (2022). Policy changes key to promoting sustainability and growth of the specialty palliative care workforce. *Health Affairs*, 41(5), 725–733. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2021.01492>
26. Knaul, F. M., Farmer, P. E., Krakauer, E. L., De Lima, L., Bhadelia, A., Jiang Kwete, X., ... Foley, K. M. (2023). Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief—An imperative of universal health coverage. *The Lancet*, 402(10411), 1612–1625. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)01616-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)01616-3)
27. Lazzarin P, Giacomelli L, Terrenato I, Benini F; behalf of the ACCAPED Study Group. A Tool for the Evaluation of Clinical Needs and Eligibility to Pediatric Palliative Care: The Validation of the ACCAPED Scale. *J Palliat Med*. 2021 Feb;24(2):205-210. doi: 10.1089/jpm.2020.0148. Epub 2020 Jul 8. PMID: 32640899.
28. Liyanage T, Mitchell G, Senior H. Identifying palliative care needs in residential care. *Aust J Prim Health*. 2018 Jan;24(6):524-529.
29. MacDonald D. SARP: a value-based approach to hospice admissions triage. *Hosp J* 1995; 10: 1–13.
30. Marta Castro Peraza, Karen Valdés, Lilia Maria Ortega Gonzales Need for palliative care in HIV/aids patients in a tertiary hospital in Havana. Usefulness of the NECPAL questionnaire *Med Paliat*. 2022; 29(2)
31. Mudge AM, Douglas C, Sansome X, Tresillian M, Murray S, Finnigan S, Blaber CR. Risk of 12-month mortality among hospital inpatients using the surprise question and SPICT criteria: a prospective study. *BMJ Support Palliat Care*. 2018 Jun;8(2):213-220.
32. Orzechowski R, Galvão AL, Nunes TS, Campos LS. Palliative care need in patients with advanced heart failure hospitalized in a tertiary hospital. *Rev Esc Enferm USP*. 2019;53:e03413.
33. Pain L, Welch K. P-131 Improving a hospice admission process with the Responding to Urgency of Need in Palliative Care (RUN-PC) triage tool. doi:10.1136/spcare-2022-hunc.148. Published November 2022.

34. Paiva CE, de Freitas Seriacio FLG, de Oliveira MA, et al. The palliative care triage system in advanced cancer emergency care: development and initial validation. *BMJ Support Palliat Care*. 2022. doi:10.1136/spcare-2022-003713
35. Papa S, Mercante A, Giacomelli L, et al. Pediatric Palliative Care: Insights into Assessment Tools and Review Instruments. *Children (Basel)*. 2023;10(8):1406. doi:10.3390/children10081406
36. Petra. Increasing Equitable Access to Care: Implementation of Universal Palliative Care Screening in the Intensive Care Unit. doi:10.46409/sr.tcvw6941. Published February 9, 2023.
37. Philip JA, Le BH, Whittall D, et al. The development and evaluation of an inpatient palliative care admission triage tool. *J Palliat Med* 2010; 13: 965–972.
38. Phillips TN, Gormley DK, Donaworth S. Integrating Palliative Care Screening in the Intensive Care Unit: A Quality Improvement Project. *Crit Care Nurse*. 2024;44(2). doi:10.4037/ccn2024652
39. Quill, T. E., Byock, I. R., & Arnold, R. M. (2023). Generalist plus specialist palliative care—Creating a more sustainable model. *New England Journal of Medicine*, 388(13), 1173–1175. <https://doi.org/10.1056/NEJMp2300307>
40. Reed, S. M. (2020, September 14). Scaling home-based palliative care to better serve the seriously ill population. Center to Advance Palliative Care Palliative in Practice Blog. <https://www.capc.org/blog/scaling-home-based-palliative-care-better-serve-seriously-ill-population/>
41. Riera-Negre L, Rosselló MR, Verger S. Enhancing Quality of Life in Pediatric Palliative Care: Insights, Challenges, and Future Directions—A Systematic Review. doi:10.1155/2024/6532492. Published April 23, 2024.
42. Rhys A. O-12 Hospiscare escalation in activity tool (HEAT) – balancing safe staffing with palliative patient complexity. *Oral Presentations*. doi:10.1136/spcare-2023-hunc.12. Published November 2023.
43. Russell B, Philip J, Phillips J, et al. Pilot Implementation of the Responding to Urgency of Need in Palliative Care (RUN-PC) Triage Tool. *J Pain Symptom Manage*. 2023. doi:10.1016/j.jpainsymman.2023.12.012
44. Russell B, Philip J, Wawryk O, et al. Validation of the responding to urgency of need in palliative care (RUN-PC) triage tool. *Palliat Med*. 2021;35(2):259-267. doi:10.1177/0269216320986730
45. Santini A, Avagnina I, Affinita MC, et al. Is it early enough? The authentic meaning of the pediatric palliative approach between early and late referral in pediatric oncology: a case study. *Front Oncol*. 2024;14:1397983. doi:10.3389/fonc.2024.1397983
46. Sleeman, K. E., de Brito, M., Etkind, S., Nkhoma, K., Guo, P., Higginson, I. J., & Gomes, B. (2023). The escalating global burden of serious health-related suffering: Projections to 2060. *The Lancet Global Health*, 11(9), e1327–e1335. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(23\)00279-3](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(23)00279-3)
47. S. Pilsworth, J. Crane, D. Wat, S. Sibley, M. Shaw P30 A service evaluation to assess the accuracy of the gold standard framework proactive indicator guidance (gsf pig) in predicting 12 month mortality in patients with a diagnosis with chronic obstructive pulmonary disease Thorax 2017
48. Tan H, O'Connor M, Wearne H, et al. The evaluation of a triage tool for a community palliative care service provider. *J Palliat Care* 2012; 28: 141–148.
49. Teike Lüthi F, Bernard M, Behaghel G, et al. Implementation of the ID-PALL Assessment Tool for Palliative Care Needs: A Feasibility and Prevalence Study in a Tertiary Hospital. *Palliat Med Rep*. 2024;5(1). doi:10.1089/pmr.2023.0080
50. Teike Lüthi, F et al Instruments for the identification of patients in need of palliative care: protocol for a systematic review of measurement properties. *JB1 Evidence Synthesis* 18(5):p 1144-1153, May 2020.
51. Thoonsen B, Groot M, Verhagen S, van Weel C, Vissers K, Engels Y. Timely identification of palliative patients and anticipatory care planning by GPs: practical application of tools and a training programme. *BMC Palliat Care*. 2016 Apr 5
52. Thoonsen B, Gerritzen SHM, Vissers KCP, et al. Training general practitioners contributes to the identification of palliative patients and to multidimensional care provision secondary outcomes of an RCTBMJ Supportive & Palliative Care 2019

53. Troncoso J, Morales-Meyer T, Villarroel L, Turrillas P, Rodríguez-Nuñez A. Adaptation and validation in Chile of the patient identification instrument needing palliative care: NECPAL-CCOMS-ICO 3.1©]. *Aten Primaria*. 2021
54. Tuca A, Viladot M, Carrera G, et al. Evolution of Complexity of Palliative Care Needs and Patient Profiles According to the PALCOM Scale (Part Two): Pooled Analysis of the Cohorts for the Development and Validation of the PALCOM Scale in Advanced Cancer Patients. *Cancers*. 2024;16(9):1744. doi:10.3390/cancers16091744
55. Tuca A, Viladot M, Carrera G, et al. Evolution of Complexity of Palliative Care Needs and Patient Profiles according to the PALCOM Scale: Pooled Analysis of the Cohorts for the Development and Validation of the PALCOM Scale in Advanced Cancer Patients. doi:10.20944/preprints202403.1240.v1. Published March 21, 2024.
56. Viladot M, Gallardo-Martínez JL, Hernandez-Rodríguez F, et al. Validation Study of the PALCOM Scale of Complexity of Palliative Care Needs: A Cohort Study in Advanced Cancer Patients. *Cancers*. 2023;15(16):4182. doi:10.3390/cancers15164182
57. Wallis R, Tamura-Rose G, Strawson J. P-144 To admit or not to admit, that is the question – developing a hospice inpatient unit nursing acuity score to guide safer admission decisions. doi:10.1136/spcare-2023-hunc.165. Published November 2023.
58. Wong, Joanne & Gott, Merryn & Frey, Rosemary & McLay, Jessica & Jull, Andrew. (2017). Palliative care presentations to emergency departments in a secondary and a sub-acute hospital: A one year incidence study. *Progress in Palliative Care*. 10.1080/09699260.2017.1365407.
59. Wood LJ. Development and Implementation of a Real-Time Inpatient Palliative Care Screening Process to Promote Earlier Palliative Care Referrals. doi:10.1097/njh.0000000000000932. Published January 25, 2023.
60. World Health Organization. (2023). *Palliative care*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
61. Xie Z, Ding J, Jiao J, et al. Screening instruments for early identification of unmet palliative care needs: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Support Palliat Care*. 2023. doi:10.1136/spcare-2023-004465
62. Y. Yen, Ya-Ling Lee, Hsiao-Yun Hu et al Early palliative care: the surprise question and the palliative care screening tool—better together *BMJ Supportive & Palliative Care* 2020
63. Yen Y-F, et al. Early palliative care: the surprise question and the palliative care screening tool—better together *BMJ Supportive & Palliative Care* 2022;12:211–217
64. Zhang M, Zhao Y, Peng M Palliative care screening tools and patient outcomes: a systematic review *BMJ Supportive & Palliative Care* 2024;14:e1655-e1662.
65. Zhishan Xie Ding J, Jiao J et al., Screening instruments for early identification of unmet palliative care needs: a systematic review and meta-analysis *BMJ Supportive & Palliative Care* 2024;14:256–268.

Capitolul 2.2

Evaluarea holistică în îngrijirea paliativă

Autor: Oana Nechifor
Revizor: Daniela Moșoiu

I. ASPECTE TEORETICE

Îngrijirea paliativă integrează o abordare centrată pe pacient, familie și îngrijitorul acestuia, adaptată la nevoile, valorile, credințele și contextul lor cultural, precum și la terapia specifică bolii de bază, conform ghidului american National Comprehensive Cancer Network (NCCN), 2025. Această abordare, prin natura sa complexă, necesită o evaluare holistică în orice moment al traiectoriei bolii, integrând atât dimensiunile fizice, cât și pe cele non-fizice ale „durerii totale” (García-Soler et al., 2025).

Persoanele care trăiesc cu afecțiuni limitatoare de viață pot prezenta niveluri diferite ale nevoii de îngrijire paliativă. Pacienții cu nevoi complexe trebuie să poată accesa servicii de îngrijire paliativă specializată, furnizate de echipe interdisciplinare care dispun de competențe, abilități, experiență și formare avansată în domeniul îngrijirii paliative (Palliative Care Australia, 2022). Literatura de specialitate arată că îndrumarea precoce către serviciile de îngrijire paliativă contribuie la îmbunătățirea calității vieții, prin evaluarea și asistarea holistică a pacientului (Zhang et al., 2023; National Comprehensive Cancer Network, 2025) și prin oferirea unei îngrijiri paliative de bază sau specializate conform complexității nevoii de îngrijiri paliative identificate (**Fișa 1, Fișa 2**). Terapia de specialitate oncologică sau non-oncologică poate fi integrată concomitent cu îngrijirile paliative, atunci când beneficiul clinic este proporțional cu povara tratamentului (NCCN, 2023). Colaborarea precoce cu echipa specializată de îngrijire paliativă, inițiată încă de la diagnosticarea unei boli incurabile, ameliorează calitatea vieții pacientului de asemenea prin controlul simptomelor, sprijin decizional și îngrijire centrată pe persoană (Temel et al., 2010; WHO, 2002). Consultarea echipei specializate de îngrijiri paliative și coordonarea cu alți furnizori de servicii medicale asigură continuitatea îngrijirii și gestionarea situațiilor clinice complexe (Ferrell et al., 2017).

Evaluarea holistică reprezintă un proces sistematic și continuu pentru identificarea și analiza nevoilor fizice, psihologice, sociale și spirituale ale pacientului (și ale familiei acestuia). Această evaluare se bazează pe conceptul de „durere totală” și presupune colaborarea interdisciplinară, comunicare eficientă și revizuire periodică a obiectivelor de îngrijire, în acord cu valorile și preferințele pacientului (Saunders, 1964; WHO, 2002; NCCN, 2023).

Dimensiuni - cheie ale evaluării holistice sunt:

- Fizică: simptome (durere, dispnee, fatigabilitate, greață), funcționalitate, comorbidități
- Psihologică: anxietate, depresie, mecanisme de coping, disconfort emoțional
- Socială: suport familial, roluri sociale, resurse, aspecte financiare
- Spirituală/ existențială: sens, credințe, speranțe, temeri, nevoi spirituale.

Managementul simptomelor reprezintă nucleul îngrijirilor paliative și presupune evaluarea și tratarea continuă a simptomelor fizice și psihice, în vederea reducerii suferinței și menținerii funcționalității (NCCN, 2023). Tratamentul comorbidităților fizice, psihosociale și spirituale reflectă abordarea holistică a pacientului, recunoscând interdependența acestor dimensiuni în experiența bolii și a suferinței totale (Saunders, 1964).

Suportul psihosocial și spiritual oferă pacientului și familiei resurse emoționale și existențiale necesare adaptării la boală, pierdere și incertitudine (Puchalski et al., 2009). Comunicarea cu compasiune și claritate este fundamentală în îngrijirile paliative, susținând luarea deciziilor informate și relația terapeutică pe tot parcursul bolii (Back et al., 2007). Promovarea

strategiilor de coping adaptativ sprijină ajustarea emoțională a pacientului și familiei în fața bolii și a pierderilor asociate (Lazarus & Folkman, 1984).

Gestionarea resurselor și sprijinul social contribuie la reducerea poverii socio-economice și la asigurarea accesului la servicii medicale și comunitare adecvate (WHO, 2002).

Îngrijirea pacientului aflat în stadiu terminal se concentrează pe confort, demnitate și respectarea dorințelor pacientului, precum și pe sprijinirea familiei în perioada de final al vieții (Cherny & Radbruch, 2009). Normalizarea suferinței anticipative și suportul acordat familiei și îngrijitorilor în procesul de doliu contribuie la prevenirea complicațiilor psihologice și la facilitarea unui doliu adaptativ (Worden, 2018).

Evaluare holistică efectuată în orice moment al traiectoriei bolii incurabile, integrează atât dimensiunile fizice, cât și pe cele non-fizice ale suferinței, pentru asigurarea unei îngrijiri paliative optime. Utilizarea instrumentelor de evaluare holistică în paliatie favorizează identificarea, evaluarea, monitorizarea și documentarea aspectelor esențiale cu acuratețe crescută.

II. RECOMANDĂRI

Recomandări	Referință	Puterea recomandării
1. Se recomandă evaluarea cuprinzătoare, interdisciplinară (ITD) a pacientului și a familiei, fiind fundamentală pentru elaborarea unui plan individualizat de îngrijire paliativă.	(Sawatzky et al., 2023; National Consensus Project for Quality Palliative Care, 2018).	<i>Puternică</i> Organizația Mondială a Sănătății afirmă, de asemenea, că îngrijirea paliativă constituie o componentă esențială a serviciilor de sănătate integrate și centrate pe persoană.
2. Se recomandă analiza nevoilor și intervențiilor specifice, care țin cont de obiectivele personale, valorile și așteptările pacientului.	(<i>National Comprehensive Cancer Network, 2025</i>).	<i>Puternică</i> Este esențială evaluarea înțelegerii de către pacient și familie a severității bolii, obiectivelor îngrijirii, precum și a preferințelor terapeutice.
3. Se recomandă includerea în evaluare a discuțiilor cu pacientul, familia, îngrijitorii acestuia, medicul curant și alte persoane relevante.	(National Consensus Project for Quality Palliative Care, 2018).	<i>Puternică</i> O evaluare comprehensivă, precoce a pacientului este primordială. Include și discuția cu familia (family meeting), îngrijitorii, dar și cu medicul curant al acestuia.
4. Se recomandă evaluarea	(<i>National Comprehensive Cancer Network, 2025</i> ;	<i>Puternică</i> Ghidurile de paliatie

comprehensivă a aspectelor fizice, psiho-sociale și spirituale, pentru fiecare caz.	National Consensus Project for Quality Palliative Care, 2018).	recomandă evaluarea comprehensivă a aspectelor fizice și non-fizice, indiferent de patologia primară incurabilă și include aspectele menționate în Algoritm 1.2.
5. Se recomandă implicarea echipei interdisciplinare pentru evaluarea atentă a fiecărei dimensiuni a evaluării.	(Center to Advance Palliative Care, 2025).	<i>Puternică</i> Echipa ITD, implicată în îngrijirea unui pacient, asigură identificarea și abordarea nevoilor fizice și non-fizice. Acest proces integrează contribuția coordonată a medicului, asistentului medical, psihologului, asistentului social, kinetoterapeutului și a preotului sau consilierului spiritual.
6. Se sugerează utilizarea instrumentelor în evaluarea holistică (vezi 4. <i>Instrumente pentru facilitarea evaluării holistice</i>)	(Solar et al., 2023; Brooks et al., 2020).	Moderată În practică, utilizarea nestandardizată a instrumentelor de evaluare holistică conduce la rezultate limitate în literatură. Prin IPOS (Integrated Palliative Care Outcome Scale), s-a evidențiat o ameliorare a calității vieții. ESAS (Edmonton Symptom Assessment Scale) a fost sugerat ca instrument util pentru stabilirea priorităților în controlul simptomelor.

III. ALGORITM PENTRU EVALUAREA HOLISTICĂ ÎN ÎNGRIJIRI PALIATIVE

Nevoia investigării aspectelor suferinței în integralitatea sa, asociată cu absența instrumentelor standardizate pentru acest scop în paliative, impune formularea unui algoritm (Tabel 1 și Algoritm 2). Astfel, prin elementele esențiale ale evaluării holistice, conturând rețeaua de sprijin a pacientului și stabilind o colaborare interdisciplinară a specialiștilor, se formulează obiectivele clare și adecvate nevoilor pacientului pentru acordarea îngrijirii paliative optime.

Tabel 1. Evaluarea holistica în îngrijiri paliative

Componentă principală	Elemente incluse	Descriere
Domenii de evaluare	- Stadiul bolii - Prognostic - Managementul urgențelor - Managementul simptomelor - Scopurile și așteptările familiei - Suport psihosocial - Suport spiritual	Evaluarea completă a pacientului din perspectivă medicală, psihologică, socială și spirituală
Obiectivele îngrijirii	- Prevenirea și reducerea suferinței - Promovarea copingului adaptative - Îmbunătățirea calității vieții - Intervenții adaptate nevoilor pacientului - Colaborare cu rețeaua de suport	Stabilirea direcției îngrijirii centrate pe pacient și familie
Furnizori de îngrijire	- Familie - Îngrijitori informal - Echipa medicală	Actorii implicați în îngrijirea pacientului
Rolul pacientului și familiei	- Implicare în decizii - Participare la planificarea intervențiilor - Exprimarea preferințelor	Îngrijirea este centrată pe pacient și respectă autonomia acestuia
Colaborare interdisciplinară	- Medici- Asistenți medicali- - Psihologi- Asistenți sociali- - Kinetoterapeuți	Integrarea expertizei multiple pentru o îngrijire completă
Coordonarea îngrijirii	- Comunicare între specialiști- Plan de îngrijire unitar- Obiective comune	Asigură coerența intervențiilor
Reevaluare	- Periodică- La nevoie	Adaptarea continuă a îngrijirii în funcție de evoluția pacientului

2. Algoritm de evaluare

Stadiul bolii primare și perspectiva terapeutică de specialitate

- Evoluția naturală a patologiei primare și rezultatele așteptate ale tratamentului specific patologiei primare
- Riscul de toxicități asociate tratamentului
- Afectarea organelor vitale
- Statusul de performanță
- Comorbidități severe

Managementul urgențelor

- Sindrom de venă cavă superioară
- Hipercalcemie
- Compresiune medulară
- Hemoragii masive
- Convulsii

Managementul simptomelor

- Durere
- Dispnee
- Anorexie/ cașexie
- Greață/ vărsături
- Diaree/ constipație/ ocluzie intestinală
- Fatigabilitate/ astenie
- Sedare
- Delir
- Convulsii
- Depresie și anxietate
- Plăgi și escare
- Îngrijirea stomelor
- Limfedem
- Disconfort la mobilizare

Scopurile și așteptările familiei:

- Luarea deciziilor alături de pacient/ familie/ îngrijitor
- Documentarea persoanei desemnate pentru decizii și discutarea planificării anticipate a îngrijirii
- Valorile și preferințele pacientului/ familiei/ îngrijitorilor, pentru informare și comunicare adecvate
- Nivelul de înțelegere al acestora cu privire la prognosticul bolii primare și așteptările personale

- Calitatea vieții
- Documentarea sensului vieții și obiectivelor
- Planificarea avansată

Suport psiho-social

- Locuință
- Transport
- Acces la servicii și resurse
- Financiar
- Izolare socială/ însingurare sau suport comunitar
- Obstacole la locul de muncă
- Componentă culturală
- Anxietate și depresie
- Tulburări psihiatrice
- Abuz de substanțe

Suport spiritual

- Spiritualitate, incluzând credința, religia și practicile asociate

IV. FIȘE SUPORT

Fișa1. Factori trigger care îndrumă spre solicitarea consultului specializat de îngrijire paliativă la pacienții oncologici (National Comprehensive Cancer Network, 2025)

Deși majoritatea profesioniștilor din domeniul medical au capacitatea de a asigura servicii de paliativă de bază, dacă beneficiază de o instruire adecvată în îngrijiri paliative, anumite circumstanțe necesită intervențiile echipei specializate de îngrijiri paliative și pot face oportună colaborarea între diverse discipline.

- Boală în stadiu avansat sau răspuns inadecvat la tratamentul specific
- Prognostic rezervat
- Nevoi complexe persistente sau inadecvat gestionate (fizice, psiho-sociale, spirituale)
- Comunicare dificilă cu pacientul/ familia/ îngrijitorii
- Urgențe în paliativă
- Riscul de a se supune spitalizării intempestive în secții de terapie intensivă (ATI) sau intervențiilor invazive inutile la sfârșitul vieții
- Dorința pacientului/ familiei/ îngrijitorului
- Abuz de substanțe
- Solicitare de suspendare/ prelungire a tratamentelor de susținere a vieții
- Dificultăți în conștientizarea prognosticului
- Neînțelegeri familiale sau cu îngrijitorul
- Risc de doliu complicat

- Suport social inadecvat
- Epuizarea emoțională a echipei de îngrijire paliativă de ba

Fișa 2. Rezultate urmărite la reevaluarea pacientului în îngrijirea paliativă

- a) Nivel acceptabil de control asupra situației – pacientul își exprimă sentimentul de control și înțelegere a situației clinice.
Indicatori: exprimarea clară a obiectivelor de îngrijire; scor redus al distresului; participare activă la decizii (*Back et al., 2007; NCCN, 2023*).
- b) Management adecvat al simptomelor – simptomele fizice și psihice sunt evaluate sistematic și controlate proporțional.
Indicatori: scoruri stabile sau ameliorate la ESAS; reducerea intensității durerii; scăderea frecvenței simptomelor refractare (*NCCN, 2023; Temel et al., 2010*).
- c) Autocunoaștere și formulare a sensului existențial/ al vieții, prin spiritualitate – pacientul își exprimă valori, credințe și surse de sens.
Indicatori: verbalizarea preocupărilor existențiale; scoruri îmbunătățite la instrumente de evaluare spirituală (ex. FICA); reducerea anxietății existențiale (*Puchalski et al., 2009; Saunders, 1964*).
- d) Menținere a capacității decizionale – pacientul își păstrează abilitatea de a înțelege informațiile medicale și de a lua decizii informate.
Indicatori: evaluare cognitivă adecvată; capacitatea de a explica opțiunile terapeutice; documentarea consimțământului informat (*NCCN, 2023*).
- e) Optimizarea calității vieții – îngrijirea urmărește confortul și bunăstarea globală a pacientului.
Indicatori: scoruri îmbunătățite la instrumente de evaluare a calității vieții (ex. EORTC QLQ-C15-PAL); satisfacția pacientului privind îngrijirea (*WHO, 2002; Ferrell et al., 2017*).
- f) Adaptarea perspectivei pacientului asupra efectului terapiei specifice patologiei primare (non-oncologică/ oncologică) – pacientul are așteptări realiste privind beneficiile și limitele tratamentului.
Indicatori: exprimarea clară a scopului terapiei; concordanța dintre planul terapeutic și obiectivele pacientului (*Quill & Byock, 2000; NCCN, 2023*).
- g) Diminuarea stresului pacientului, familiei și îngrijitorilor – intervențiile reduc povara emoțională asociată bolii.
Indicatori: scoruri reduse la scale de anxietate/ depresie (ex. HADS); solicitări mai rare de intervenții de criză (*Lazarus & Folkman, 1984; Worden, 2018*).
- h) Consolidarea relațiilor interpersonale – relațiile familiale și de suport sunt menținute sau îmbunătățite.
Indicatori: comunicare eficientă pacient – familie; implicarea familiei în planul de îngrijire; reducerea conflictelor decizionale (*Back et al., 2007; Ferrell et al., 2017*).

Fișa 3. Instrumente pentru facilitarea evaluării holistice

Instrumentele de evaluare holistică îi ajută pe clinicieni să identifice în mod sistematic nevoile fizice, psihologice, spirituale și sociale ale persoanelor aflate în îngrijire paliativă și să monitorizeze comparativ evoluția acestora pe parcursul bolii. Documentarea obiectivă și repetată a acestor informații susține atât fundamentarea deciziilor clinice, cât și consolidarea cercetării științifice în domeniul paliatiei.

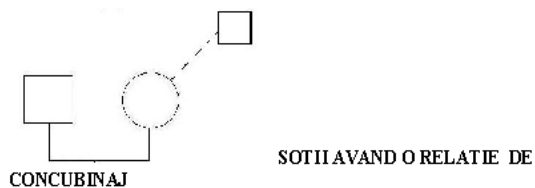
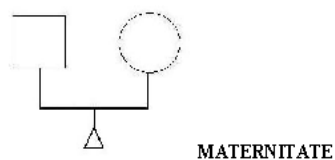
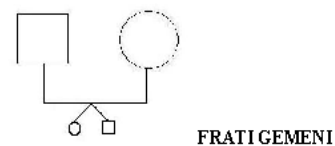
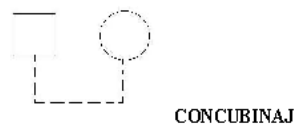
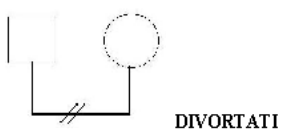
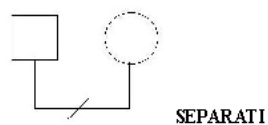
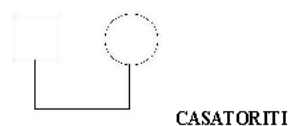
În practica paliativă cel mai frecvent se utilizează instrumentele următoare: statusul de performanță Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG), statusul de performanță paliativ (PPS), scala de evaluare a durerii Visual Analogue Scale (VAS) (vezi DUREREA), evaluarea spirituală prin F.I.C.A. (Faith, Importance/ Influence, Community, Action/Address) (vezi SUPTORT SPIRITUAL), evaluarea comprehensivă paliativă IPOS (Integrated Palliative Care Outcome Scale), genograma pentru evaluarea socială, scala de prognostic, scala pentru statusul anxietății și depresiei la pacienții internați (HAD), PHQ-9, statusul de confuzie – agitație - sedare CAM-RASS și examinarea minimă a stării mentale.

STATUS DE PERFORMANȚĂ ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group) (Moșoiu, 2013)

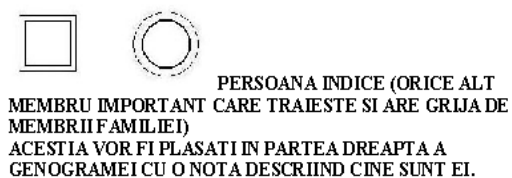
SCOR	ECOG
0	Activ complet; capabil să desfășoare toate activitățile dinainte de boală, fără restricții
1	Restricții în desfășurarea activităților fizice solicitante dar mobil, capabil să desfășoare munci ușoare/ sedentare/ de birou
2	Mobil și capabil de autoîngrijire dar incapabil de orice fel de muncă. Peste 50% din timp activ
3	Capabil de autoîngrijire limitată, imobilizat la pat/ fotoliu >50% timp.
4	Complet imobilizat la pat, incapabil de autoîngrijire.
5	Decedat

GENOGRAMA (Moşoiu, 2013–2014)

SEMNE CONVENTIONALE – GENOGRAMA STRUCTURA FAMILIEI



SIMBOLURI OPTIONALE



FACTORI CARE INFLUENȚEAZĂ PROGNOSTICUL (Emanuel, Ferris, von Gunten, & von Roenn, 2017)

LOCALIZARE	% SUPRAVIEȚUIRE LA 1 AN	SUPRAVIEȚUIRE MEDIE SUB TRATAMENT CITOSTATIC
TUMORĂ VEZICALĂ	26%	12 LUNI
GLIOBLASTOM MULTIFORM	30%	14 LUNI
SÂN	72%	24 LUNI
COL UTERIN (CC. SCUAMOS)	20%	9 LUNI
COLON/ RECT	36%	20-24 LUNI
ESOFAG	20%	10-12 LUNI
STOMAC	23%	6-12 LUNI
CAP ȘI GÂT	26%	7-10 LUNI
RINICHI	-	15-24 LUNI
FICAT	-	8-10 LUNI
PLAMÂN NSCL	25%	6-15 LUNI
PLAMÂN SCLC AVANSAT	-	6-12 LUNI
MELANOM	70-80%	20-24 LUNI
OVAR	59%	15-24 LUNI
PANCREAS	27%	6-11 LUNI
PROSTATĂ	-	49 LUNI
SARCOM	-	12-14 LUNI
PUNCT DE PLECARE NEPRECIZAT	35%	8-13 LUNI

FACTORI DE PROGNOSTIC		
FACTOR	CRITERII	SUPRAVIEȚUIRE MEDIE
KPS	50-60%	90 de zile
KPS	20-30%	50 de zile
KPS	10-20%	17 zile
ECOG	3	3 luni
ECOG	4	1 lună
Anorexia	Persistentă	<6 luni
Albumina serică	<2,5 mg/dl	<6 luni
Scădere în greutate	>10%	<6 luni
Metastaze cerebrale multiple	RT	7 luni
Metastaze cerebrale multiple	Tratament cu corticosteroizi	3 luni
Metastaze cerebrale multiple	Netratate	1 lună
Delirium	Persistent	6 săptămâni
Dispnee	Persistentă	<6 luni
Hipercalcemie	Persistentă	1 lună
Pleurezie malignă	Persistentă	4 luni

IPOS - Integrated Palliative Care Outcomes Scale (Moşoiu, 2013)

Pentru personalul medical

Numărul pacientului:

Numele pacientului:

Data:

 / /

Vă rugăm să scrieți lizibil, o singură literă sau cifră / casetă. Răspunsurile dvs. ne vor ajuta să îmbunătățim îngrijirea dvs. și a celorlalți pacienți.

Vă mulțumim.

1. Care sunt principalele dvs. probleme sau îngrijorări în prezent?

- a).....
b).....
c).....

	Nu, deloc	Ocazional	Uneori	Mare parte din timp	Da, întotdeauna
2. În ultimele 3 zile, v-ați simțit neliniștit sau îngrijorat în legătură cu boala sau tratamentul dumneavoastră?	0	1	2	3	4
3. În ultimele 3 zile, a fost cineva din familia sau dintre prietenii dvs. îngrijorat sau neliniștit în legătură cu dvs.?	0	1	2	3	4
4. În ultimele 3 zile, v-ați simțit deprimat / ă?	0	1	2	3	4

5. Mai jos este o listă cu simptome, pe care s-ar putea să le fi avut sau nu. Pentru fiecare simptom bifați o singură casetă care descrie cel mai bine modul în care v-a afectat acest simptom în ultimele 3 zile.

	Deloc Nu am avut acest simptom în ultimele 3 zile	Ușor Influență redusă sau deloc asupra activităților sau capacității de concentrare	Moderat Influență parțială asupra activităților sau capacității de concentrare	Sever Influență accentuată asupra activităților sau capacității de concentrare	Copleșitor Incapabil/ă de a mă gândi la altceva
Durere	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
Dificultăți de respirație (senzație de lipsă de aer)	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
Slăbiciune sau lipsă de energie	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
Greață - simțiți ca și cum urmează să vărsați	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
Vărsături	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
Lipsa poftei de mâncare	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
Constipație	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
Probleme la nivelul gurii	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
Somnolență	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
Mobilitate redusă	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐

Vă rugăm să enumerați mai jos alte simptome care nu sunt menționate mai sus și bifați o singură casetă pentru a arăta cum v-a afectat în ultimele 3 zile.

1.	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
2.	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
3.	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐

	Da, tot timpul	Mare parte din timp	Uneori	Ocazional	Nu, deloc
6. În ultimele 3 zile, v-ați simțit mulțumit/ă de dvs. ca persoană?	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐

	Da, atât cât mi-am dorit	Mare parte din timp	Uneori	Ocazional	Nu, deloc cu nimeni
7. În ultimele 3 zile, ați reușit să comunicați cu prietenii sau familia referitor la felul în care vă simțiți?	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐

8. În ultimele 3 zile, câte informații vi s-au oferit dumneavoastră, familiei, sau prietenilor?	Informație completă sau atât de mult cât am dorit	Informația a fost oferită pentru majoritatea întrebărilor	Informația a fost oferită la cerere, dar mi-a fi dorit mai mult	Foarte puțină oferită și unele aspecte nu au fost abordate	Deloc - ne-am dorit informații mai multe
	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐

9. În ultimele 3 zile, au fost abordate de către echipa de îngrijire probleme medicale generate de boala dumneavoastră, financiară sau personale?	Nu am avut probleme medicale	Probleme ocazionale/ problemele au fost abordate	Unele probleme/ probleme parțial abordate	Probleme grave/ probleme care nu au fost abordate	Probleme coplesitoare/ Probleme care nu au fost abordate deloc
	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐

10. Cum ai completat acest chestionar?	Singur	Cu ajutorul unui prieten sau al unei rude	Cu ajutorul unui membru al echipei de îngrijire
	0 ☐	1 ☐	2 ☐

Bibliografie

- Aslakson, R. A., Dy, S. M., & Wilson, R. F. (2017). *Assessment tools for palliative care*. In Agency for Healthcare Research and Quality (US). NCBI Bookshelf. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK447774/>
- Back, A. L., Arnold, R. M., & Tulsky, J. A. (2007). *Mastering communication with seriously ill patients*. Cambridge University Press.
- Brooks, J. V., Poague, C., Formagini, T., Sinclair, C. T., & Nelson-Brantley, H. V. (2020). The role of a symptom assessment tool in shaping patient–physician communication in palliative care. *Journal of Pain and Symptom Management*, 59(1), 30–38. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2019.08.012>
- Center to Advance Palliative Care. (2025). *Recommendations for palliative care program standards*. <https://www.capc.org/documents/download/946/>
- Cherny, N. I., & Radbruch, L. (2009). European Association for Palliative Care (EAPC) recommendations for sedation in palliative care. *The Lancet Oncology*, 10(7), 622–630.
- Emanuel, L. L., Ferris, F. D., von Gunten, C. F., & von Roenn, J. (2017). EPEC-O: Education in Palliative and End-of-Life Care for Oncology
- Ferrell, B. R., Twaddle, M. L., Melnick, A., & Meier, D. E. (2017). National consensus project clinical practice guidelines for quality palliative care. *Journal of Palliative Medicine*, 20(1), 1–9.
- García-Soler, N., Martínez-Muñoz, M., & Centeno, C. (2025). Early identification of palliative care needs in primary care: A scoping review. *BMC Palliative Care*, 24, Article 17. <https://doi.org/10.1186/s12904-025-01719-0>
- Gold Standards Framework. (n.d.). *Use of GSF needs based coding*. <https://www.goldstandardsframework.org.uk/training-accreditation/free-resources-professionals/>
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer.
- Lewis, T. (2020). *Enhanced Supportive Care: LTHTR Enhanced Supportive Care Service* [Presentation]. Lancashire Teaching Hospitals NHS Foundation Trust. <https://healthacademy.lancsteachinghospitals.nhs.uk/app/uploads/2020/09/TOMOKO-ESC-for-LSC-End-of-Life-Care-Conference.pdf>
- Moșoiu, D. (2013). *Protocoale clinice pentru îngrijiri paliative* (ed. a 2-a, rev.). Haco International. National Comprehensive Cancer Network. (2023). *NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Palliative Care*. NCCN.

13. National Comprehensive Cancer Network. (2025, October 27). *NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®): Palliative Care* (Version 1.2026). <https://www.nccn.org>
14. National Consensus Project for Quality Palliative Care. (2018). *Clinical practice guidelines for quality palliative care* (4th ed.). National Coalition for Hospice and Palliative Care. <https://www.nationalcoalitionhpc.org/ncp>
15. Puchalski, C. M., et al. (2009). Improving the quality of spiritual care. *Journal of Palliative Medicine*, 12(10), 885–904.
16. Saunders, C. (1964). The symptomatic treatment of incurable malignant disease. *Prescriber's Journal*, 4, 68–73.
17. Sawatzky, R., Porterfield, P., Donald, E., Tayler, C., Stajduhar, K., & Thorne, S. (2023). Voices lost: Where is the person in evaluating a palliative approach to care? *Palliative Care and Social Practice*, 17, 26323524231193041. <https://doi.org/10.1177/26323524231193041>
18. Solar, S., Wieditz, J., Lordick, F., Mehnert-Theuerkauf, A., Oechsle, K., van Oorschot, B., Thomas, M., Asendorf, T., Nauck, F., & Alt-Epping, B. (2023). Screening versus multidimensional assessment of symptoms and psychosocial distress in cancer patients from the time of incurability. *Frontiers in Oncology*, 13, 1002499. <https://doi.org/10.3389/fonc.2023.1002499>
19. Temel, J. S., et al. (2010). Early palliative care for patients with metastatic non–small-cell lung cancer. *New England Journal of Medicine*, 363(8), 733–742.
20. Vitorino, J. V., Duarte, B. V., & Laranjeira, C. (2023). When to initiate early palliative care? Challenges faced by healthcare providers. *Frontiers in Medicine*, 10, 1220370. <https://doi.org/10.3389/fmed.2023.1220370>
21. Worden, J. W. (2018). *Grief counseling and grief therapy* (5th ed.). Springer.
22. World Health Organization. (2002). *National cancer control programmes: Policies and managerial guidelines* (2nd ed.). WHO.

Capitolul 2.3

Monitorizarea continuă

Autor: Daniela Moşoiu

I. ASPECTE TEORETICE

Monitorizarea clinică continuă reprezintă evaluarea sistematică și periodică a simptomelor și stării generale a pacientului, permițând ajustarea promptă a intervențiilor și prevenirea complicațiilor (Cherny et al., 2022). Aceasta include evaluarea durerii, dispneei, anxietății, depresiei, suferinței spirituale și a funcționalității pacientului, precum și identificarea factorilor de risc care pot necesita intervenții urgente. Conceptul de „suferință totală” subliniază importanța considerării simultane a componentelor fizice și non-fizice în monitorizarea paliativă (Saunders, 2001).

Monitorizarea continuă în îngrijirile paliative are un caracter predominant proactiv, deoarece urmărește anticiparea deteriorării clinice și prevenirea intensificării suferinței, într-un context de evoluție progresivă și imprevizibilă a bolii. Prin evaluări regulate și sistematice, echipa medicală poate ajusta precoce intervențiile terapeutice, reducând crizele simptomatice, internările neplanificate și distresul pacientului și familiei.

Principii ale monitorizării clinice continue

1. **Evaluare comprehensivă:** Monitorizarea trebuie să includă simptome fizice, psihologice, sociale și spirituale, folosind instrumente validate.
2. **Individualizare:** Frecvența și intensitatea evaluării depind de nevoile pacientului și de severitatea simptomelor.
3. **Continuitatea îngrijirii:** Monitorizarea trebuie să asigure continuitatea îngrijirii între vizitele la domiciliu și ambulatoriu.
4. **Interdisciplinaritate:** Evaluarea și deciziile clinice se realizează în colaborare cu echipa interdisciplinară (medic, asistent, psiholog, asistent social).
5. **Documentare sistematică:** Fiecare evaluare trebuie consemnată clar în fișa pacientului pentru a permite urmărirea evoluției și a intervențiilor.

Frecvența monitorizării pacienților în îngrijirile paliative este determinată de mai mulți factori clinici și sociali. **Severitatea simptomelor** influențează necesitatea intervențiilor imediate și a ajustării terapiei, pacienții cu durere sau alte simptome severe necesitând reevaluări mai frecvente. **Stabilitatea clinică** se referă la predictibilitatea evoluției bolii și la controlul simptomelor; pacienții instabili necesită monitorizare intensivă pentru a preveni complicațiile. **Faza bolii** determină intensitatea supravegherii, pacienții aflați în fază terminală necesitând vizite mai frecvente comparativ cu cei aflați în fază stabilă sau progresivă. **Suportul familial** reprezintă capacitatea îngrijitorilor de a răspunde nevoilor zilnice ale pacientului, influențând planificarea vizitelor și implicarea echipei interdisciplinare. În final, **riscul de complicații**, inclusiv deteriorarea rapidă sau apariția evenimentelor acute, determină necesitatea unei monitorizări proactive și adaptate fiecărui pacient, asigurând astfel continuitatea și calitatea îngrijirii.

Monitorizarea continuă necesită colaborarea între:

- Medic: ajustează tratamentele și coordonează planul de îngrijire
- Asistent medical: evaluează simptomele, monitorizează semnele vitale și sprijină pacientul în activitățile zilnice
- Psiholog/ consilier spiritual: identifică și gestionează suferința non-fizică
- Asistent social: sprijină familia și facilitează accesul la resurse sociale și juridice
- Preot/ consilier spiritual: adresează nevoile spirituale, oferă îngrijire sacramentală și spirituală de bază.

Rolul echipei este să asigure decizii clinice rapide și adaptate la nevoile pacientului, menținând continuitatea îngrijirii.

Monitorizarea clinică continuă în îngrijirile paliative este esențială pentru identificarea timpurie a complicațiilor și pentru ameliorarea suferinței fizice și non-fizice. Stratificarea pacienților în funcție de risc permite adaptarea frecvenței vizitelor la domiciliu și în ambulatoriu, iar implicarea unei echipe interdisciplinare garantează continuitatea și calitatea îngrijirii. Implementarea sistematică a documentării și respectarea principiilor etice asigură un cadru sigur și eficient de îngrijire paliativă.

II. RECOMANDĂRI GRADE PENTRU MONITORIZAREA CONTINUĂ ÎN ÎNGRIJIRI PALIATIVE

Recomandare 1. Se recomandă utilizarea instrumentelor standardizate și validate (de exemplu *Edmonton Symptom Assessment System – ESAS*, *Numeric Rating Scale – NRS*) pentru evaluarea simptomelor la fiecare vizită.

Justificare: Aceste instrumente oferă măsurători obiective ale simptomelor, facilitând monitorizarea evoluției și ajustarea terapeutică în timp real, ceea ce duce la îmbunătățirea controlului simptomatic (Bruera, E., et al).

Recomandare 2. Se recomandă evaluarea funcțională sistematică (de exemplu, *Palliative Performance Scale – PPS*) la intervale regulate.

Justificare: Evaluările funcționale cuantificabile permit stratificarea pacienților în funcție de severitatea bolii și adaptarea monitorizării, ceea ce optimizează alocarea resurselor și planificarea vizitelor (World Health Organization 2020).

Recomandare 3. Se recomandă ca pacienții cu simptome instabile sau terminali să beneficieze de vizite la domiciliu frecvente, stabilite în funcție de evoluția simptomelor.

Justificare: Datele din practică arată că vizitele regulate la domiciliu reduc internările neplanificate, crizele simptomatice și contribuie la stabilitatea pacientului.

Recomandare 4. Se sugerează reevaluarea pacienților stabili în unități ambulatorii la intervale programate, cu reevaluări suplimentare la apariția simptomelor noi sau agravare.

Justificare: Monitorizarea ambulatorie permite ajustarea planului terapeutic și educația pacientului/ familiei fără necesitatea deplasărilor repetate la domiciliu atunci când starea este stabilă (Cherny et al. 2022; *Oxford textbook of palliative medicine*).

Recomandare 5. **Se recomandă** identificarea sistematică a factorilor de risc pentru complicații (de exemplu: episoade acute repetate, deteriorare rapidă, polimorbiditate) și adaptarea frecvenței monitorizării în consecință.

Justificare: Detectarea precoce a factorilor de risc permite intervenții proactive care previn complicațiile severe, sporește controlul simptomatic și optimizează alocarea resurselor

III. ALGORITM CLINIC

Flux decizional pentru frecvența vizitelor în îngrijiri paliative

1. Evaluare inițială a pacientului:

- Verifică simptomele fizice
- Evaluează suferința psihologică și spirituală
- Evaluează suportul familial și funcționalitatea.

2. Decizie: Pacient stabil?

- Da → 1 vizită/ săptămână la domiciliu; vizite ambulator la nevoie; monitorizare telefonică opțională
- Nu → treci la pasul următor.

3. Decizie: Pacient instabil?

- Da → 2–3 vizite/ săptămână la domiciliu; vizite ambulator mai frecvente; monitorizare telefonică zilnică
- Nu → consideră pacient terminal/ acut.

4. Pacient terminal/ acut:

- Vizite zilnice sau la cerere
- Monitorizare ambulator combinată cu telemonitorizare
- Echipa interdisciplinară disponibilă pentru intervenții urgente.

IV. FIȘE SUPORT

Fișa 1. Stratificarea pacienților în funcție de risc

Pacienții pot fi clasificați în trei categorii pentru a ghida frecvența vizitelor și intensitatea monitorizării:

1. **Pacienți stabili:** Simptomele sunt controlate, funcționalitatea este conservată (PPS 70-100%), suport familial adecvat. Vizitele pot fi programate regulat (ex. săptămânal sau la 10 zile).
2. **Pacienți instabili:** Simptome intermitente sau progresive, PPS 40–60%, risc de complicații, suferință non-fizică moderată. Necesită vizite mai frecvente (2–3 ori pe săptămână) și monitorizare telefonică între vizite.
3. **Pacienți în fază terminală/ cu suferință acută:** Simptome severe, risc de decompensare rapidă, suferință psihologică sau spirituală accentuate, PPS $\leq 30\%$. Necesită vizite zilnice sau acces rapid la echipă pentru intervenții urgente.

Frecvența vizitelor la domiciliu

Frecvența vizitelor se adaptează în funcție de stratul de risc și tipul simptomelor:

- **Pacienți stabili:** 1 vizită săptămânală; evaluare telefonică la nevoie.
- **Pacienți instabili:** 2–3 vizite/ săptămână; plus monitorizare telefonică zilnică dacă există simptome fluctuante.
- **Pacienți terminali sau cu suferință acută:** vizite zilnice sau la cerere; echipa trebuie să fie disponibilă pentru intervenții urgente.

Fiecare vizită trebuie să includă minim evaluarea simptomelor fizice și non-fizice, ajustarea medicației și consiliere psihologică pentru pacient și familie.

Monitorizarea în ambulator

În ambulatoriu, monitorizarea se realizează prin vizite programate sau la cerere. Principiile sunt similare celor de la domiciliu, însă accentul este pus pe:

- Reevaluarea simptomelor cronice
- Ajustarea planului terapeutic
- Educația pacientului și familiei privind administrarea medicației și recunoașterea semnelor de agravare
- Coordonarea cu alte servicii medicale (laborator, imagistică, specialiști).

Frecvența vizitelor ambulatorii depinde de stabilitatea pacientului, dar pacienții cu risc crescut pot fi recomandați pentru vizite mai frecvente sau combinarea cu telemonitorizare.

Tabel 1 Stratificarea pacienților și frecvența vizitelor în îngrijiri paliative

Categorie pacient	Simptome și risc	Suferință non-fizică	Frecvența vizitelor la domiciliu	Monitorizare ambulatoriu	Observații
Stabil	Simptome fizice controlate, funcționalitate conservată	Suferință minimă sau bine gestionată	1 vizită/ săptămână	Vizite programate, la nevoie	Monitorizare telefonică opțională
Instabil	Simptome intermitente sau progresive; risc moderat de complicații	Suferință psihologică/ emoțională moderată	2–3 vizite/ săptămână	Vizite mai frecvente; reevaluare simptome	Telefon zilnic recomandat pentru monitorizare
Instabil	Simptome intermitente sau progresive; risc moderat de complicații	Suferință psihologică/ emoțională moderată	2–3 vizite/ săptămână	Vizite mai frecvente; reevaluare simptome	Telefon zilnic recomandat pentru monitorizare

Fișa 2. Definiții operaționale și indicatori măsurabili pentru factorii determinanți ai monitorizării

Stabilitatea clinică:

- **Indicator măsurabil:** Număr de simptome necontrolate în ultimele 24-48 de ore.
- **Interpretare:** Pacientul este considerat stabil dacă simptomele sunt minime și stabile. Scor ESAS total ≤ 4 pentru majoritatea simptomelor. Fără creștere recentă a necesarului de opioide; Fără episoade acute; Fără internări neplanificate recente.

Severitatea simptomelor:

- **Indicator măsurabil:** Scor pe scale standardizate (de exemplu, ESAS, NRS pentru durere 0-10, HADS pentru anxietate/ depresie).
- **Interpretare:** Simptome ≥ 7 pe NRS sau ESAS $\rightarrow$ necesită intervenție rapidă; 4–6 $\rightarrow$ monitorizare frecventă; $\leq 3 \rightarrow$ stabil.

Faza bolii:

- **Indicator măsurabil:** Durata estimată până la deteriorare sau prognostic estimat (de exemplu, >6 luni: stabil; 1-6 luni: progresiv; <1 lună: terminal).
Scor Palliative Performance Scale (PPS) 70-100% = stabil
PPS 40-60% = progresiv
PPS $\leq 30\%$ = terminal.
- **Interpretare:** Ajută la planificarea frecvenței vizitelor și intensitatea monitorizării.

Suportul familial:

- **Indicator măsurabil:** Număr de ore/ zi disponibile pentru îngrijire; scor pe instrumente de evaluare a suportului familial (ex. Family Caregiver Support Scale).
- **Interpretare:**
Suport suficient $\rightarrow$ Îngrijitor disponibil ≥ 8 ore/ zi; Capacitate de administrare corectă a medicației; Nivel redus de suprasolicitare
Suport insuficient $\rightarrow$ vizite mai frecvente și implicare echipă suplimentară.

Riscul de complicații:

- **Indicator măsurabil:** Număr de evenimente clinice recente (ex. spitalizări, crize de durere, deshidratare, infecții, necesitate frecventă de medicație la nevoie, fragilitate clinică avansată; scor de risc clinic adaptat pentru îngrijiri paliative).
- **Interpretare:** Pacient cu ≥ 1 eveniment recent $\rightarrow$ categorie instabilă sau terminal-acut.

Bibliografie

1. Bruera, E., Kuehn, N., Miller, M. J., Selmsler, P., & Macmillan, K. (1991). The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): A simple method for the assessment of palliative care patients. *Journal of Palliative Care*, 7(2), 6–9.
2. Cherny, N. I., Fallon, M., Kaasa, S., & Portenoy, R. K. (2022). *Oxford textbook of palliative medicine* (6th ed.). Oxford University Press.
3. Saunders, C. (2001). *Hospice and palliative care: The essential guide*. Oxford University Press.
4. World Health Organization. (2020). *Palliative care*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>

Partea 3.
MANAGEMENTUL SIMPTOMELOR

Capitolul 3.1

Anemia

Autor: Claudia Cristina Tărniceriu

Revizor: Vladimir Poroach

I. ASPECTE TEORETICE

1. Definiție

Anemia este definită ca scăderea concentrației hemoglobinei sub limitele normale ($< 12 \text{ g/dL}$ la femei, $< 13 \text{ g/dL}$ la bărbați) (Organizația Mondială a Sănătății, 2024).

2. Prevalență și incidență

Anemia este extrem de frecventă în bolile oncologice, cu prevalențe ridicate raportate la pacienții tratați pentru neoplazii solide sau hematologice (Bozzini și colab., 2024). De asemenea, este foarte frecventă în boli non-oncologice avansate, cum sunt insuficiența cardiacă cronică, boala cronică de rinichi și bronhopneumopatia cronică obstructivă, unde se asociază cu prognostic nefavorabil și povară simptomatică crescută (Siddiqui și colab., 2022; Prapaiwong și colab., 2025; Rimal și colab., 2023).

În cancer, prevalența anemiei variază în general între 50–80%, în funcție de stadiul bolii și de tratamentele administrate, crescând odată cu progresia bolii și cu expunerea cumulativă la chimioterapie și radioterapie (Bozzini și colab., 2024; Badheeb și colab., 2023). În cancerul avansat, prevalența anemiei este remarcabil de ridicată, fiind raportate valori de aproximativ 77% la bărbați și 68% la femeile aflate în îngrijiri paliative (Marelli și colab., 2025).

În patologia hemato-oncologică, anemia este de asemenea foarte prevalentă: aproximativ 60% dintre pacienții cu neoplasme hematologice prezintă anemie la momentul diagnosticului, cu rate de peste 50% în limfoame și de 60–70% în mielomul multiplu (Hari și colab., 2023).

3. Impactul asupra calității vieții

Anemia reprezintă un sindrom clinic care contribuie major la povara simptomatică a pacienților cu boli avansate, accentuând oboseala, dispneea și limitarea funcțională (Bozzini și colab., 2024; Hari și colab., 2023).

Pacienții descriu adesea anemia ca un factor central al scăderii calității vieții, interferând cu activitățile cotidiene și cu autonomia (Bozzini și colab., 2024; Hari și colab., 2023).

Prezența anemiei se corelează cu un prognostic mai prost și cu toleranță redusă la tratamentele specifice oncologice sau paliative (Badheeb și colab., 2023).

4. Mecanisme și cauze principale

În îngrijirea paliativă, anemia este de obicei multifactorială, rezultând din interacțiunea mai multor mecanisme fiziopatologice, care includ inflamația cronică, deficitul de fier, insuficiența de organ, infiltrația medulară, efectele tratamentelor oncologice și deficitul nutrițional (Khalaf și colab., 2019; Nairz și colab., 2016; Koh și Song, 2024; Camaschella, 2020). Anemia din boală cronică și inflamație cu deficit de fier funcțional este frecvent întâlnită la pacienții cu cancere solide sau hematologice, insuficiență cardiacă, boală cronică de rinichi, BPOC avansată și infecții cronice, fiind mediată de creșterea hepcidinei și blocarea fierului în depozite (Khalaf și colab., 2019; Nairz și colab., 2016; Koh și Song, 2024). Aceste mecanisme sunt sintetizate în tabelul 1.

Tabelul 1. Principalele mecanisme care intervin în producerea anemiei în îngrijirea paliativă

Tip de anemie	Exemple tipice în îngrijiri paliative	Mecanism fiziopatologic principal
Anemie din boală cronică/ inflamație cu deficit de fier funcțional	- cancere solide avansate - cancere hematologice - insuficiență cardiacă - insuficiență renală cronică - BPOC avansată - infecții cronice asociate.	IL-6 și alte citokine cresc hepcidina → fier „blocat” în depozite, ↓ eliberare din macrofage, ↓ utilizare pentru eritropoieză, ↓ producție EPO în contextul inflamației.
Deficit de fier absolut	- pierderi cronice digestive - sângerări ginecologice - hematurii cronice - aport alimentar foarte redus - malabsorbție.	Depozite de fier epuizate: feritină scăzută, → sinteză insuficientă de Hb și eritrocite microcitare.
Anemie post-chimioterapie/ tratamente oncologice	- chimioterapie - radioterapie - terapii țintite/ imunoterapie mielosupresoare.	Mielosupresie medicamentoasă: ↓ proliferare și maturare eritroidă, adesea suprapusă peste inflamație și deficit de fier.
Infiltrare medulară	- leucemii acute - mielom multiplu - limfoame cu infiltrare medulară - metastaze osoase extinse.	Măduvă „înlocuită” de celule maligne - producție redusă și ineficientă de eritrocite.
Insuficiență renală cronică	- BCR stadiile 3-5 (cu sau fără dializă).	↓ sinteză de EPO în rinichi + toxine uremice care deprimă eritropoieza; frecvent asociată cu inflamație și deficit de fier funcțional.
Anemie hemolitică autoimună	- LLC, limfoame non-Hodgkin - alte neoplazii hematologice.	Autoanticorpi anti-eritrocitari → distrucție accelerată a eritrocitelor.
Deficite nutriționale (B12, folat, proteino-caloric)	- cașexie tumorală - aport alimentar foarte redus - gastrectomie, rezecții ileale - alcoolism cronic.	Aport/ absorbție redusă de B12, folat sau proteine → eritropoieză ineficientă (adesea macrocitară) și sinteză deficitară de Hb.
Sindroame mielodisplazice (SMD) – eritropoieză ineficientă	- SMD cu risc scăzut sau intermediar.	Hematopoieză clonală cu eritropoieză ineficientă: creșterea precursorilor eritroizi displastici în măduvă, dar cu apoptoză crescută și producție scăzută de eritrocite mature.

II. RECOMANDĂRI CU PRIVIRE LA MANAGEMENTUL ANEMIEI ÎN ÎNGRIJIREA PALIATIVĂ

Tabelul 2 rezumă recomandările practice pentru managementul anemiei la pacienții aflați în îngrijirea paliativă, pe baza dovezilor disponibile și a consensului de experți. Recomandările se sprijină pe studii clinice randomizate privind strategia transfuzională restrictivă, ghiduri internaționale (AABB, Patient Blood Management) și revizuii sistematice dedicate pacienților cu cancer avansat (Carson și colab., 2023; Pöyhiä și colab., 2024; Marelli și colab., 2025).

1. Evaluarea proporțională cu prognosticul

Se recomandă investigarea cauzei anemiei într-o manieră proporțională cu prognosticul și cu povara investigațiilor, evitând explorările agresive care nu modifică conduita terapeutică (Neoh și colab., 2022). În majoritatea situațiilor, este suficient un screening de bază care să includă hemoglobina, indicii eritrocitari (VEM, CHEM), numărul de reticulocite, parametrii metabolismului fierului (fier seric, feritină, capacitate totală de legare a fierului), creatinină și, la nevoie, vitamina B12 și foliați (Neoh și colab., 2022)- tabel 2.

2. Corectarea cauzelor reversibile

Se recomandă corectarea cauzelor reversibile ale anemiei (deficit de fier, deficit de vitamina B12/folat, hemoragii controlabile) **atunci când există o probabilitate rezonabilă de beneficiu simptomatic într-un orizont de timp compatibil cu prognosticul pacientului** (Camaschella, 2020; Neoh și colab., 2022). Dovezile sunt mai solide în oncologie și în populații cu boli cronice, fiind ulterior extrapolate în contextul îngrijirii paliative (Camaschella, 2020; Bozzini și colab., 2024) tabel 2.

3. Decizia partajată cu pacientul și familia

Pentru orice intervenție legată de anemie (investigații, transfuzii, fier intravenos, EPO), **se sugerează** discutarea cu pacientul și familia a beneficiilor așteptate, riscurilor, disconfortului și poverii logistice, în cadrul unui proces de decizie partajată (Neoh și colab., 2022). Ghidurile de oncologie și îngrijiri paliative subliniază importanța alinierii intervențiilor la obiectivele de îngrijire și la preferințele pacientului (Neoh și colab., 2022; Marelli și colab., 2025)- tabel 2.

4. Strategia transfuzională restrictivă

La pacientul stabil hemodinamic, **se recomandă** o politică transfuzională restrictivă, cu luarea în considerare a transfuziei, de regulă, la valori ale hemoglobinei sub 7 g/ dL, integrând severitatea simptomelor și comorbiditățile (Carson și colab., 2023; Pöyhiä și colab., 2024). La pacienții cu boală cardiovasculară ischemică sau cu simptome severe (dispnee marcată, angină), pragul de 8 g/ dL poate fi adecvat, cu individualizare în funcție de statusul funcțional și obiectivele de îngrijire (Carson și colab., 2023) tabel 2.

Transfuzia de masă eritocitară trebuie privită în îngrijirea paliativă ca intervenție simptomatică, nu ca mijloc de normalizare a hemoglobinei. Se recomandă principiul „single-unit transfusion”: administrarea unei singure unități de concentrat eritocitar urmată de reevaluarea simptomelor și a necesității unor unități suplimentare (Pöyhiä și colab., 2024). Ținta post-transfuzie este, în general, o hemoglobină între 7–9 g/ dL, evitându-se corectarea la valori „normale” la pacienții cu prognostic limitat (Carson și colab., 2023; Pöyhiä și colab., 2024)- tabel 2.

Transfuziile de rutină la sfârșitul vieții, când speranța de viață este de ordinul zilelor–săptămânilor și beneficiul simptomatic este improbabil sau tranzitoriu, ar trebui evitate (Marelli și colab., 2025). Date observaționale la pacienți cu cancer avansat arată beneficii limitate și de scurtă durată, cu o povară logistică semnificativă (Marelli și colab., 2025)- tabel 2.

5. Utilizarea eritropoietinei (EPO)

Utilizarea de rutină a agenților stimulatori ai eritropoiezei (EPO) nu este recomandată în îngrijirea paliativă (Bozzini și colab., 2024; Bohlius și colab., 2019). Conform ghidurilor ESMO și ASCO pentru anemia la pacienții cu cancer, EPO se rezervă pacienților selectați, aflați sub tratament oncologic activ, cu anemie simptomatică și fără contraindicații majore, în special tromboembolism recent (Bozzini și colab., 2024; Girelli și colab., 2025; Bohlius și colab., 2019). În context strict paliativ, fără tratament oncologic curativ sau de control tumoral, riscul trombotic și timpul până la apariția răspunsului reduc utilitatea EPO (Bozzini și colab., 2024; Neoh și colab., 2022).

6. Utilizarea fierului (oral și intravenos)

Administrarea de rutină a fierului per os la pacienții în îngrijire paliativă nu este recomandată, mai ales în prezența unui sindrom inflamator cu proteină C reactivă crescută, când absorbția este redusă și efectul clinic este improbabil (Camaschella, 2020; Neoh și colab., 2022). Fierul oral poate fi luat în considerare doar la pacienții cu deficit de fier absolut documentat, cu inflamație minimă și prognostic care permite un interval de câteva săptămâni până la apariția beneficiului (Camaschella, 2020)- tabel 2.

Fierul intravenos se ia în considerare doar la pacienții cu deficit de fier absolut dovedit (ferritină scăzută, CTLF crescută), inflamație asociată și prognostic suficient pentru a permite apariția unui beneficiu simptomatic, evitându-se utilizarea sa de rutină în îngrijirea paliativă (Van Doren și Auerbach, 2023; Neoh și colab., 2022). Datele privind fierul intravenos în paliatie sunt limitate, dar fiziopatologia și studiile efectuate în insuficiență cardiacă, boală cronică de rinichi și oncologie susțin această abordare selectivă (Van Doren și Auerbach, 2023; Maguire, 2022)- tabel 2.

7. Revizuirea tratamentelor care agravează anemia sau cresc riscul de sângerare

Se recomandă revizuirea atentă a medicației care poate crește riscul de sângerare sau agrava anemia, cum sunt antiinflamatoarele nesteroidiene și anticoagulatele, în special la pacienții vârstnici și fragili (Neoh și colab., 2022). Strategiile implicate subliniază reducerea factorilor iatrogeni care contribuie la pierderile de sânge și la necesarul transfuzional, prin optimizarea medicației și limitarea recoltărilor de sânge inutile (Carson și colab., 2023; Pöyhiä și colab., 2024)- tabel 2.

Tabelul 2. Recomandările în managementul anemiei în îngrijirea paliativă

Recomandare	Nivel de evidență (A–D)	Forța recomandării (1–4)	Observații
Investigarea cauzei anemiei într-o manieră proporțională cu prognosticul și povara investigațiilor (Neoh și colab., 2022).	C	2	Studii observaționale + consens experți: screening de bază (Hb, VEM, fier/ ferritină, ± B12/ folat,

			creatinină) dacă poate schimba conduita.
Corectarea cauzelor reversibile atunci când există o probabilitate rezonabilă de beneficiu simptomatic (Neoh și colab., 2022).	B	1	Dovezi mai bune în oncologie, extrapolate în paliativă (deficit B12/ folat, deficit de fier, hemoragii controlabile).
Discutarea cu pacientul și familia despre opțiunile, beneficiile așteptate și povara intervențiilor (Neoh și col., 2022; Marelli și col., 2025).	D	2	Consens etic în ghidurile de oncologie și paliativă; sprijină decizia partajată.
Aplicarea unei politici transfuzionale restrictive (de regulă Hb < 7 g/ dL, la pacient stabil hemodinamic sau < 8 g/ dL la pacienți cu boală cardiovasculară/ simptome severe) (Carson și colab., 2016; Neoh și colab., 2022; Marelli și colab., 2025). În context de hemoragie acută sau instabilitate hemodinamică, decizia de transfuzie se bazează pe severitatea sângerării, starea generală și prognostic, în acord cu obiectivele de îngrijire discutate cu pacientul și familia, nu strict pe valoarea hemoglobinei.	A	1	Trialuri randomizate controlat mari + ghiduri AABB/ PBM.
Transfuzarea unei singure unități de concentrat eritrocitar și reevaluarea simptomelor după fiecare unitate („single-unit transfusion”) (Neoh și colab., 2022).	B	1	Susținută de ghidurile PBM.
Evitarea transfuziilor de rutină la sfârșitul vieții, când beneficiul este improbabil sau tranzitoriu (Neoh și colab., 2022; Marelli și colab., 2025).	C	2	Studii observaționale în cancer avansat arată beneficii limitate și de scurtă durată, cu povară logistică importantă.
Evitarea utilizării de rutină a EPO (Bohlius și colab., 2019; Girelli și colab., 2025).	B	1	Ghiduri ESMO/ ASCO pentru anemie la pacienți cu cancer; risc trombotic.

Evitarea administrării de rutină a fierului per os la pacienții în îngrijire paliativă, în special când există sindrom inflamator (CRP crescut); se poate lua în considerare doar în deficit de fier absolut, la pacienți selecționați (Camaschella, 2020; Neoh și colab., 2022).	B	2	Dovezi limitate în paliatie; date mai bune în CIC/ oncologie.
Luarea în considerare a administrării fierului intravenos doar la pacienții cu deficit de fier absolut documentat (feritină scăzută), inflamație prezentă și prognostic suficient pentru a permite apariția beneficiului, evitând utilizarea sa de rutină în îngrijirea paliativă (Camaschella, 2020; Neoh și colab., 2022).	C	2-3	Date limitate în paliatie, dar susținute de fiziopatologie și de studii/ ghiduri în alte populații – IC, BCR, oncologie.
Revizuirea terapiei care crește riscul de sângerare sau agravează anemia (AINS, anticoagulante) (Neoh și colab., 2022).	C	3	Date indirecte (PBM) + consens; raționament fiziopatologic.

Nivelul de evidență (A–D) și forța recomandării (1–4) sunt definite în acest ghid printr-un sistem intern, simplificat, de evaluare a calității dovezilor și a recomandărilor, inspirat din clasificările internaționale (OCEBM, GRADE/AABB), dar adaptat pragmatic pentru contextul îngrijirilor paliative și resursele disponibile, fără a reprezenta aplicarea formală a unui anumit sistem standard. Nivelul de evidență (A–D) indică calitatea dovezilor: A – înaltă (studii clinice randomizate, meta-analize robuste), B – moderată (studii nerandomizate, observaționale bine conduse), C – scăzută (studii observaționale mici, serii de cazuri, date indirecte), D – foarte scăzută (lipsă de dovezi solide, consens de experți și raționament fiziopatologic). Forța recomandării (1–4) reflectă intensitatea cu care este sugerată intervenția: 1 – recomandare puternică, 2 – recomandare condiționată/moderată, 3 – recomandare slabă (pentru situații selectate), 4 – recomandare foarte slabă sau de tip „numai în context de cercetare.

III. ALGORITM DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT – FLUX DECIZIONAL ÎN ANEMIA DIN ÎNGRIJIREA PALIATIVĂ

Algoritmul urmărește decizii rapide și clare, aplicabile la patul bolnavului în îngrijirea paliativă (fig. 1). Acesta este completat de fișele din anexă (Fișa 1-6), care oferă instrumente practice pentru aplicarea etapelor decizionale: evaluarea clinică și paraclinică inițială, selecția investigațiilor de laborator, stabilirea gradului de severitate, alegerea tratamentului farmacologic și implementarea protocolului transfuzional în îngrijirea paliativă.

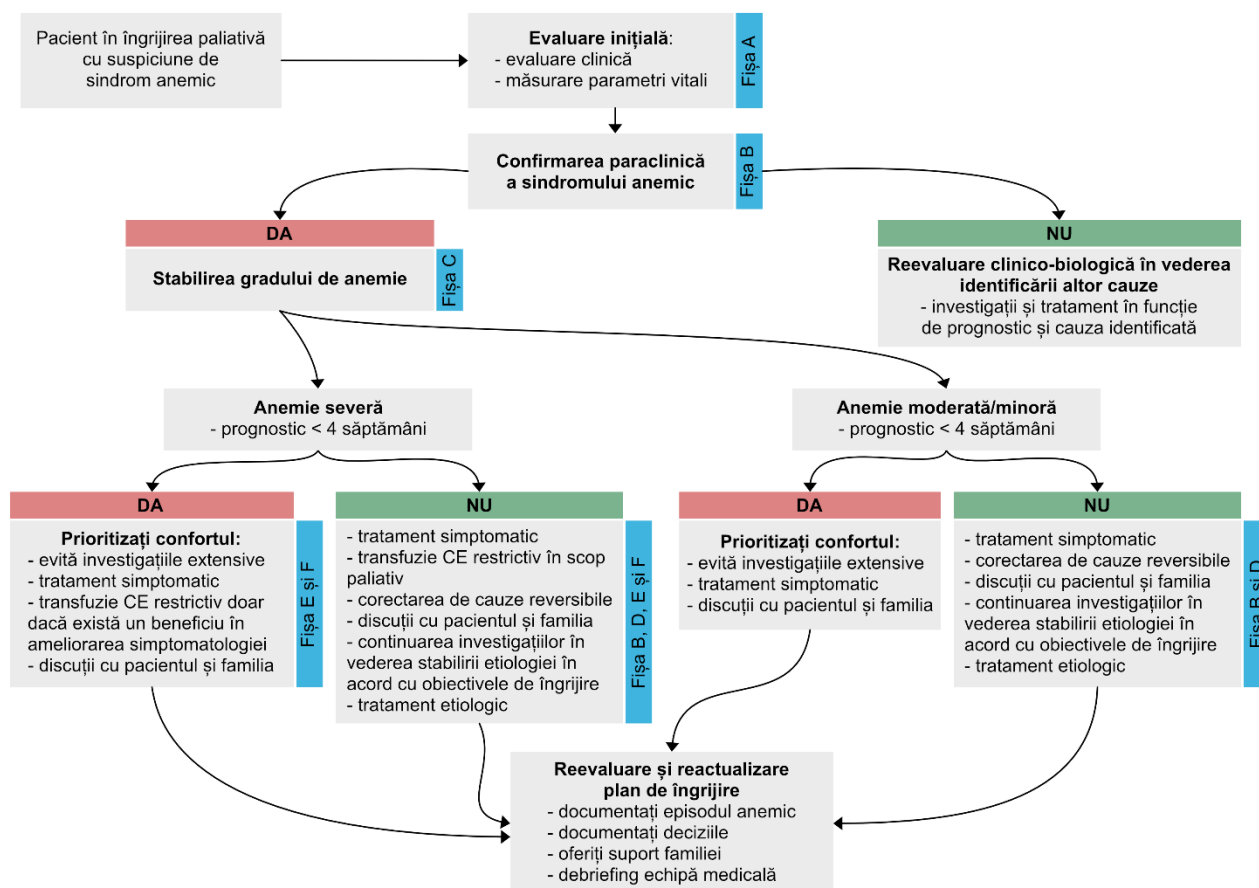


Fig. 1. Fluxul decizional în abordarea și managementul anemiei în îngrijirea paliativă

IV. FIȘE SUPORT

Fișa 1. Evaluarea clinică inițială a anemiei

Element	Item
Simptome	Oboseală marcată
	Paloare sclero-tegumentară
	Dispnee la efort/ repaus
	Amețeli/ lipotimii/ sincopă
	Angină/ durere toracică
	Cefalee/ confuzie
Factori de risc	Sângerare recentă (digestivă, ginecologică, hematurie, epistaxis)
	Chimioterapie/ radioterapie recentă
	Tratament anticoagulant/ antiagregant/ AINS
	Boli cronice (IC, BCR, BPOC, hemopatii)
Impact funcțional	Limitarea efortului
	Simptome la repaus

Fișa 2. Investigații pentru stabilirea diagnosticului paraclinic de anemie

Categorie	Investigație
Confirmare anemie	Hemoglobină (Hb), Hematocrit (Ht)
	Indici eritrocitari (VEM, HEM, CHEM)
Orientare mecanism	Număr de reticulocite
	Fier seric, CTLF, ferritină
	Creatinină, uree
	Vitamina B ₁₂ , folat
Investigații suplimentare (dacă schimbă conduita)	Frotiu periferic
	Test Coombs direct (suspiune de anemie hemolitică autoimună)

Fișa 3. Gradele de severitate ale anemiei la adulți conform OMS (adaptat)

Categoria	Bărbat adult (≥15 ani)	Femeie adultă (negravidă, ≥15 ani)
Fără anemie	Hb ≥ 13,0 g/ dL	Hb ≥ 12,0 g/ dL
Anemie ușoară	Hb 11,0–12,9 g/ dL	Hb 11,0–11,9 g/ dL
Anemie moderată	Hb 8,0–10,9 g/ dL	Hb 8,0–10,9 g/ dL
Anemie severă	Hb < 8,0 g/ dL	Hb < 8,0 g/ dL

Fișa 4. Doze orientative ale tratamentului farmacologic utilizat în anemia în IP

Mecanism	Medicament	Doze orientative
Deficit de fier absolut	Fier oral (ex. sulfat feros)	~50–100 mg fier elementar o dată/ zi (ex. sulfat feros 200 mg 1 cp/ zi), dacă

		este tolerat și există timp pentru răspuns.
	Fier intravenos (preparate i.v. variate)	-cure totale 500–1000 mg fier, administrate în una sau mai multe perfuzii, conform RCP al preparatului și statusului pacientului.
Anemie din boală cronică/ inflamație cu deficit de fier funcțional	Fier i.v. (dacă deficit documentat și prognostic suficient)	500–1000 mg/ cure, fracționat; reevaluare clinică și a Hb la 4–6 săptămâni.
Anemie post tratamentelor oncologice (pacienți selectați)	EPO (epoetin alfa/ darbepoetin)	Doze conform RCP și ghidurilor ASCO/ ESMO; inițiere de obicei la Hb < 10 g/ dL, cu țintă sub 12 g/ dL; ajustare la 2–4 săptămâni în funcție de creșterea Hb.
Deficite de vitamina B12	Vitamina B12 (ciano-/ hidroxocobalamină)	Regim uzual: 1000 µg i.m. zilnic 1 săptămână, apoi săptămânal 1 lună, apoi lunar, adaptat la prognostic și context.
Deficit de folat	Acid folic	1–5 mg/ zi per os, pe durata corectării deficitului sau cât timp factorul cauzal persistă.
Anemie hemolitică autoimună (cazuri selectate)	Prednison/ prednisolon	~1 mg/ kg/ zi per os (sau echivalent), cu scădere treptată dacă se obține răspuns, ținând cont de fragilitate și efecte adverse.
Eritropoeză inefficientă (SMD low-risk, talasemii transfuziodependente selectate)- pentru pacienți selectați	Luspatercept	-doză inițială 1 mg/ kg s.c. la 3 săptămâni; se poate crește treptat până la 1,33–1,75 mg/ kg în funcție de răspunsul Hb și reducerea necesarului transfuzional, conform RCP.

Fișa 5. Protocol de transfuzie de masă eritocitară- indicații

Aspect	Recomandare practică
Indicație principală	Transfuzie pentru ameliorarea simptomelor (oboseală, dispnee, angină), nu pentru normalizarea Hb.
Prag orientativ de Hb (pacient stabil, fără cardiopatie ischemică)	Se ia în considerare transfuzia de obicei la Hb < 7 g/ dL, integrând simptomele și comorbiditățile.
Prag orientativ de Hb (cardiopatie ischemică, simptome severe)	Se poate considera transfuzia la Hb < 8 g/ dL, cu individualizare în funcție de status și scopul îngrijirii.
Unitate transfuzată	„Single-unit transfusion”: 1 unitate CE, urmată de reevaluare clinică și a Hb înainte de a decide alte unități.

Țintă post-transfuzie	De regulă Hb 7-9 g/ dL, evitând supracorectarea la valori „normale” la pacienții în IP.
Situații în care transfuzia se evită de rutină	Fază terminală, speranță de viață estimată în zile– săptămâni, fără beneficii simptomatice probabile; pacient asimptomatic în ciuda Hb scăzute.
Context special	Decizia de transfuzie se ia după discuție privind scopurile îngrijirii și riscurile procedurii.

Fișa 6. Protocol de transfuzie de masă eritrocitară- elemente practice în IP

Etapă	Element practic
Înainte de transfuzie	Verificarea indicației și a obiectivului (simptome țintă, Hb-țintă). Se verifică și se respectă opțiunile religioase și valorile pacientului (de exemplu, pacienți care, din motive de credință, nu acceptă transfuzia de sânge), iar planul de tratament se stabilește prin decizie partajată și consimțământ informat.
	Confirmarea grupei sanguine, a testelor de compatibilitate și a termenului de valabilitate al unității de masă eritrocitară (inclusiv testele de compatibilitate serologică efectuate conform procedurilor laboratorului de transfuzie).
Setare și ritm	Folosirea unei linii venoase dedicate (ideal periferică), filtru standard pentru CE. Ritm inițial lent (ex. ~1 ml/ kg/ h în primele 15-30 minute), apoi adaptare dacă bine tolerat.
Monitorizare	TA, puls, FR, saturație: la început, după 15 minute, apoi periodic (de exemplu la 30-60 minute) și la finalul transfuziei. În primele 24 de ore se recomandă monitorizarea periodică a parametrilor vitali conform protocolului local și vigilență clinică pentru semne de reacție întârziată (febră, icter, agravarea dispneei, hemoglobinurie).
Durata	O unitate de CE în 1,5-3 ore, evitând perfuzia prelungită peste 4 ore (risc de contaminare bacteriană). Adaptare la status cardiac/ volumic.
Medicație asociată	Considerarea diureticelor la pacienți cu risc de supraîncărcare volemică (IC, BCR), conform practicii locale. Premedicație doar dacă există istoric de reacții transfuzionale.
După transfuzie	Reevaluare clinică (oboseală, dispnee, angină) la 24-48 ore; repetarea Hb doar dacă modifică deciziile ulterioare. Notarea beneficiului perceput de pacient (da/ nu, cât timp a durat).

V. PARTICULARITĂȚI DE DIAGNOSTIC ȘI MANAGEMENT ÎN FUNCȚIE DE TIPURILE DE SINDROAME ANEMICE ÎN ÎNGRIJIREA PALIATIVĂ

Principalele particularități ale diferitelor sindroame anemice în îngrijirea paliativă (anemia inflamatorie, deficitul de fier, anemia post tratament oncologic, sindroamele mielodisplazice, anemia hemolitică autoimună și deficitale nutriționale) sintetizate în tabelul 3, se bazează pe date fiziopatologice și clinice provenite din literatura de specialitate privind anemia în cancer, bolile

cronice și sindroamele mielodisplazice (Camaschella, 2020; Huang și colab., 2020; Barcellini și Fattizzo, 2021; Bozzini și colab., 2024; Neoh și colab., 2022).

Tabel 3. Particularitățile sindroamelor anemice în îngrijirea paliativă (diagnostic de laborator, obiective terapeutice, tratament farmacologic)

Tip de anemie	Diagnostic paraclinic	Obiective terapeutice	Tratament
Anemie din boală cronică/ inflamație cu deficit de fier funcțional	- Hb scăzută - VEM normal/ scăzut - feritină normală/ crescută - fier seric scăzut - CTLF scăzută/ normală - PCR crescută.	- reducerea simptomelor - evitarea investigațiilor disproporționate - nu se urmărește normalizarea completă a HLG.	- specific adresat cauzei inflamatorii dacă este realist - fier i.v - agenți stimulatori ai eritropoiezei (EPO) conform ghidurilor oncologice.
Deficit de fier absolut	- Hb scăzută - VEM mic - feritină scăzută - fier seric scăzut - CTLF crescută.	- ameliorarea oboselei și funcționalității - reducerea sângerărilor cronice când este posibil - limitarea transfuziilor repetate.	- fier oral - fier i.v - transfuzie CE restrictivă (o unitate și apoi reevaluare).
Anemie post tratamente oncologice	- Hb scăzută - VEM variabil - reticulocite scăzute - leucopenie/ ± trombocitopenie.	- menținerea toleranței la tratament și a calității vieții - reducerea poverii transfuziilor.	- EPO (epoetin/darbepoetin) la pacienți selectați, Hb < 10 g/ dl - transfuzie de masă eritrocitară restrictivă.
SMD (eritropoieză ineficientă)	- Hb scăzută ± alte citopenii; - VEM adesea mare; - reticulocite scăzute; - frotiu cu displazie - puncție medulară - examen citogenetic - inumofenotipare.	- control simptomatic - reducerea necesarului transfuzional când este realist - decizie proporțională privind terapiile specifice.	- transfuzie, individualizată - EPO la un subgrup de SMD low-risk - Luspatercept la SMD low-risk inițial.
Anemie hemolitică autoimună	- Hb scăzută; - VEM normal/ ușor crescut - reticulocite crescute; - LDH crescut - bilirubină indirectă crescută - haptoglobină scăzută; - Coombs direct pozitiv.	- controlul hemolizei și al simptomelor - limitarea toxicității corticoterapiei în context de prognostic limitat.	- corticosteroid (prednison/ prednisolon) - transfuzie de masă eritrocitară în hemoliză severă, preferabil în centre cu experiență.

Deficite nutriționale	- Hb scăzută - VEM crescut - leucopenie - trombocitopenie; - B₁₂ sau folat scăzute.	- corectarea deficitului atunci când se pot obține beneficii în câteva săptămâni.	- vitamina B₁₂ (adaptat prognosticului) - acid folic în funcție de severitate - suport nutrițional adaptat posibilităților pacientului.

VI. PARTICULARITĂȚI ÎN INSUFICIENȚELE DE ORGAN

Particularitățile mecanismelor de producere a anemiei și ale deciziilor terapeutice în insuficiența renală cronică, insuficiența cardiacă și insuficiența hepatică, sintetizate în tabelul 4, se bazează pe datele prezentate în revizuirile și ghidurile dedicate acestor patologii (Siddiqui și colab., 2022; Prapaiwong și colab., 2025; Lingas, 2023; UK Kidney Association, 2024; Neoh și colab., 2022).

Tabel 4. Particularități în managementul anemiei în insuficiențele de organ în îngrijirea paliativă

Insuficiență de organ	Mecanisme principale ale anemiei	Particularități și principii în IP
Insuficiență renală cronică (BCR)	- ↓EPO - inflamație cronică - deficit de fier funcțional.	- simptome, nu Hb „normală” - corectare deficite (fier, B₁₂, folat) - EPO doar la pacienți selectați - transfuzie restrictivă.
Insuficiență cardiacă	- inflamație - BCR asociată - deficit de fier absolut/ funcțional.	- transfuzie doar la simptome severe și Hb < 8 g/ dL- prudență la supraîncărcare - fier i.v. doar cu deficit documentat și există timp pentru beneficiu.
Insuficiență hepatică	- hemoragii digestive - hipersplenism - deficit de fier - alcoolism și deficite nutriționale.	- control minim invaziv al sângerărilor - corectare deficite (fier, B₁₂, folat) - transfuzie restrictivă, cu atenție la volum - se evită investigațiile agresive fără impact simptomatic.

VII. PARTICULARITĂȚI ÎN PEDIATRIE

Particularitățile anemiei la copil în contextul îngrijirii paliative, prezentate în tabelul 5 (adaptarea pragurilor OMS la vârstă, cauzele frecvente, strategia transfuzională, utilizarea suplimentelor de fier și vitamine, rolul EPO și al altor terapii), se bazează pe recomandările Organizației Mondiale a Sănătății pentru definirea anemiei la vârste pediatrice și pe datele din literatura de specialitate privind transfuzia și tratamentul antianemic în oncologia pediatrică și bolile hematologice (Organizația Mondială a Sănătății, 2024; Shah și colab., 2015; Knops și colab., 2015).

Tabel 5. Particularitățile anemiei la copil în îngrijirea paliativă

Aspect	Particularitate în pediatrie (IP)
Definiția și severitatea	Pragurile OMS pentru anemie se adaptează strict la vârstă iar interpretarea Hb se face folosind tabele specifice de vârstă și sex, nu valorile de adult.
Cauze frecvente	Mecanismele sunt adesea mixte: infiltrare medulară, chimioterapie/ radioterapie, anemie de boală cronică, malnutriție, hemoragii, hemoliză.
Transfuzie	Strategii restrictive (de regulă Hb - 7 g/ dL la copil stabil, cu adaptare la cardiopatii și simptome); de obicei 10-15 ml/ kg concentrat eritrocitar, apoi reevaluare clinică.
Tratament cu fier/ vitamine	Fier, B12, folat se administrează doar cu adaptare strictă la greutate și după confirmarea deficitului; se evită suplimentarea „de rutină” fără diagnostic clar.
EPO și alte tratamente	EPO sau agenți precum luspatercept se folosesc rar în paliatia pediatrică, doar în contexte oncologice/ hematologice selectate și conform ghidurilor de specialitate.
Obiective	Beneficiu simptomatic clar, reducerea internărilor și a numărului de puncții/ v aborduri.
Comunicare	Implicarea copilului (după vârstă) și a familiei în decizie; clarificarea faptului că transfuzia și suplimentele nu opresc evoluția bolii, ci atenuează temporar simptomele.

VIII. STUDIU DE CAZ

1. Prezentarea cazului clinic

Pacient de 68 de ani

- *Diagnostic*- cu cancer pulmonar non-microcelular stadiul IV, în îngrijire paliativă, tratat anterior cu chimioterapie și imunoterapie.
- *Status funcțional*: ECOG 3
- *Simptomatologie*: oboseală marcată la efort minim și dispnee de efort, fără sângerări evidente.
- *Investigații paraclinice*:
 - ✓ Hemogramă: Hb 8,3 g/dL, VEM 86 fL, leucocite 7.000/μL, trombocite 250.000/μL.
 - ✓ examen bibiochimic -fier seric scăzut, feritină 450 ng/mL, CTLF scăzută, PCR crescută; creatinină normală, B₁₂ și folat în limite.

2. Managementul cazului clinic- tabel 6

Tabel 6. Managementul etapizat al cazului clinic prezentat

Etapă	Situație clinică	Intervenții principale în IP
Faza de evaluare	- oboseală și dispnee de efort - Hb 8,3 g/ dL - VEM normal - feritină crescută - fier scăzut - PCR crescută - fără sângerări evidente.	Diagnostic: anemie inflamatorie cu deficit de fier funcțional Obiective de îngrijire: ✓ se discută cu pacientul și familia ameliorarea oboselii, nu normalizarea Hb.

Decizia de investigații	- nu există semne de sângerare activă sau alte cauze acute reversibile.	- se evită investigațiile extensive - se limitează screeningul la cele câteva analize deja efectuate.
Decizie terapeutică inițială	- anemie moderat-severă, simptomatică, pe fond de inflamație și boală avansată.	- se optimizează tratamentul simptomatic (management al dispneei) - se ia în considerare o cură de fier i.v. - EPO se evită, nefiind un context curativ sau de tratament oncologic activ - nu se administrează fier per os deoarece inflamația și hepcidina blochează absorbția.
Decizia privind transfuzia	- pacient cu Hb 8,3 g/ dL, dispnee la efort, fără instabilitate hemodinamică.	- se decide neefectuarea transfuziei.
Reevaluare (săptămânile următoare)	- reevalaurea clinică și paraclinică a anemiei, prognostic.	- dacă hemoglobina scade și dispneea și oboseala devin persistente și prognosticul este de săptămâni sau luni se poate lua în discuție transfuzia restrictivă – o unitate de masă eritocitară în scop paliativ de ameliorare a simptomelor nu de normalizare a Hb.

3. Puncte de învățare din cazul clinic

- În anemiile inflamatorii din cancer avansat, scopul este controlul simptomelor și menținerea funcționalității, nu normalizarea valorilor de hemoglobină.
- Investigațiile se limitează la acele teste care diferențiază grosier mecanismul (fier/ feritină, creatinină, B₁₂/ folat, PCR), evitând explorările invazive care nu schimbă conduita.
- Fierul i.v. și EPO se iau în calcul doar la pacienți selectați, cu prognostic suficient și obiectiv clar de reducere a poverii transfuzionale.
- Transfuzia eritocitară trebuie privită ca intervenție paliativă, aplicată restrictiv (single-unit, bazată pe simptome), și întreruptă atunci când beneficiul subiectiv devine minim sau tranzitoriu.

IX. REZUMAT

- Anemia în îngrijirea paliativă trebuie abordată ca o problemă clinică complexă, cu impact major asupra simptomelor și calității vieții, și nu doar ca o valoare modificată la analizele de laborator.
- Anemia este extrem de frecventă în cancerul avansat și bolile cronice progresive și se asociază cu un impact negativ asupra calității vieții.
- Mecanismele sunt de obicei mixte (inflamație, hemoliză, deficit de fier, insuficiență de organ, tratamente).
- Investigațiile pentru anemie trebuie proporționate la prognostic și la scopurile îngrijirii.
- Tratamentul vizează în primul rând ameliorarea simptomelor, nu normalizarea Hb.
- Se corectează cauzele reversibile când este realist (deficit de fier, B₁₂/ folat, sângerări controlabile) și se evită rutinele „de laborator”.

- Strategia transfuzională la pacientul în IP este restrictivă, având scop paliativ de ameliorare a simptomelor, nu de normalizare a Hb - se folosește tehnica „single unit transfusion”.
- Medicamente precum EPO, fier i.v. sau luspatercept se rezervă pentru pacienți atent selectați.
- În insuficiențele de organ (renală, cardiacă, hepatică) și la copil, pragurile, investigațiile și tratamentele se adaptează strict la contextul clinic, cu prioritate acordată confortului.

Bibliografie

1. Alhajjahjeh, A., Woite, N. L., Rolles, B., Stempel, J. M., Mina, A., Mendez, L., Kewan, T., Podoltsev, N. A., Stahl, M., Grimshaw, A. A., Zeidan, A. M., & Bewersdorf, J. P. (2025). Luspatercept for patients with lower-risk myelodysplastic syndromes/neoplasms: a systematic review and meta-analysis. *Blood advances*, 9(24), 6511–6523. <https://doi.org/10.1182/bloodadvances.2025017611>
2. Australian Red Cross Lifeblood. (2023). Red blood cell transfusion: 2023 AABB international guidelines. Lifeblood. <https://www.lifeblood.com.au/news-and-stories/health-professionals-news/red-blood-cell-transfusion-2023-aabb-international>
3. Badheeb, A. M., Ahmed, F., Badheeb, M. A., Obied, H. Y., Seada, I. A., Al Jumman, A., Alyami, N. H., Elhadi, M., Almakrami, A. H., & Mokhtar, I. (2023). Anemia profiles in cancer patients: Prevalence, contributing factors, and insights from a retrospective study at a single cancer center in Saudi Arabia. *Cureus*, 15(7), e42400.
4. Barcellini, W., & Fattizzo, B. (2021). Autoimmune complications in hematologic neoplasms. *Cancers* (Basel), 13(7), 1532.
5. Bohlius, J., Bohlke, K., Castelli, R., Djulbegovic, B., Lustberg, M. B., Martino, M., Mountzios, G., Peswani, N., Porter, L., Tanaka, T. N., Trifirò, G., Yang, H., & Lazo-Langner, A. (2019). Management of cancer-associated anemia with erythropoiesis-stimulating agents: ASCO/ASH clinical practice guideline update. *Blood Advances*, 3(8), 1197–1210.
6. Bozzini, C., Busti, F., Marchi, G., Vianello, A., Cerchione, C., Martinelli, G., & Girelli, D. (2024). Anemia in patients receiving anticancer treatments: Focus on novel therapeutic approaches. *Frontiers in Oncology*, 14, 1380358.
7. Camaschella, C. (2020). Diagnosis and management of iron deficiency in chronic inflammatory conditions (CIC): Is too little iron making your patient sick? Hematology. *American Society of Hematology Education Program*, 2020(1), 478–486.
8. Carson, J. L., Stanworth, S. J., Guyatt, G., et al. (2023). Red blood cell transfusion: 2023 AABB international guidelines. *JAMA*, 330(19), 1892–1902.
9. Girelli, D., Marchi, G., Sapkota, D., et al. (2025). Anaemia in cancer patients: Advances and challenges in the era of precision oncology. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*, 193, 104186.
10. Go, R. S., Winters, J. L., & Kay, N. E. (2017). How I treat autoimmune hemolytic anemia. *Blood*, 129(22), 2971–2979.
11. Hari, O., Mahtat, E. M., Hawa, M. B., Doghmi, O., Jennane, S., El Maaroufi, H., & Kamal, D. (2023). PB2693: Anemia in hematologic malignancies: Not only a symptom. *HemaSphere*, 7(Suppl), e8385.
12. Huang, H., Xu, C., Gao, J., Li, B., Qin, T., Xu, Z., Ren, S., Zhang, Y., Jiao, M., Qu, S., Pan, L., Hu, N., Liu, J., Cai, W., Zhang, Y., Wu, D., Zhang, P., Gale, R. P., Huang, G., ... Shi, L. (2020). Severe ineffective erythropoiesis discriminates prognosis in myelodysplastic syndromes: Analysis based on 776 patients from a single centre. *Blood Cancer Journal*, 10(8), 83.
13. Justin J. Sanders, El-Jawahri, A., Lagman, R., et al. (2024). Palliative care for patients with cancer: ASCO guideline update. *Journal of Clinical Oncology*, 42, 2336–2357.
14. Khalaf, W., Al-Rubaie, H. A., & Shihab, S. (2019). Studying anemia of chronic disease and iron deficiency in patients with rheumatoid arthritis by iron status and circulating hepcidin. *Hematology Reports*, 11(1), 7708.
15. Knops, R. R., Kremer, L. C., Verhagen, A. A., & Dutch Paediatric Palliative Care Guideline Group for Symptoms. (2015). Paediatric palliative care: Recommendations for treatment of symptoms in the Netherlands. *BMC Palliative Care*, 14, 57.
16. Koh, J. S., & Song, I. C. (2024). Functional iron deficiency anemia in patients with cancer. *Blood Research*, 59(1), 26.
17. Lingas, E. C. (2023). Hematological abnormalities in cirrhosis: A narrative review. *Cureus*, 15(5).
18. Maguire, L. (2022). Iron deficiency anaemia in adults: Oral and intravenous iron therapy treatment. NHS Greater Glasgow and Clyde.
19. Marelli, D., Romelli, M., Cornali, C., et al. (2025). Red blood cell transfusions in advanced cancer near the end-of-life: Narrative review. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 1–8.

20. Nairz, M., Theurl, I., Wolf, D., & Weiss, G. (2016). Iron deficiency or anemia of inflammation? Differential diagnosis and mechanisms of anemia of inflammation. *Wiener Medizinische Wochenschrift*, 166(13–14), 411–423.
21. Neoh, K., Page, A., Chin-Yee, N., et al. (2022). Evidence-based and effective management of anaemia in palliative care patients. *Palliative Medicine*, 36(6), 945–959.
22. Osmola, M., Tyszka, M., Jirka, A., Ciepiela, O., Kapała, A., Lenti, M. V., & Matysiak-Budnik, T. (2025). Vitamin B12 in cancer patients: Clinical insights into deficiency, excess, diagnosis, and management. *Nutrients*, 17(20), 3272.
23. Pöyhiä, R., Hämäläinen, S., Neoh, K., & Lamminmäki, A. (2024). Restrictive blood transfusion policy for the management of anemia in palliative care in Finland. *Palliative Medicine Reports*, 5(1), 578–584.
24. Prapaiwong, P., Ruksakulpiwat, S., Jariyasakulwong, P., Kasetkala, P., Puwarawuttipanit, W., & Pongsuwun, K. (2025). Determinants of anemia among patients with chronic kidney disease: A systematic review of empirical evidence. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 18, 3765–3780.
25. Rimal, S., Das, S. K., Basnet, A., Rauniyar, T. P., Pandey, K. R., & Kuikel, S. (2023). Prevalence and clinical impact of anemia in patients diagnosed with chronic obstructive pulmonary disease: A cross-sectional study. *Health Science Reports*, 6(6), e1371.
26. Shah, N., Andrews, J., & Goodnough, L. T. (2015). Transfusions for anemia in adult and pediatric patients with malignancies. *Blood Reviews*, 29(5), 291–299.
27. Siddiqui, S. W., Ashok, T., Patni, N., Fatima, M., Lamis, A., & Anne, K. K. (2022). Anemia and heart failure: A narrative review. *Cureus*, 14(7), e27167.
28. Țica, O., & Țica, O. (2025). Anemia in heart failure: Diagnostic insights and management patterns across ejection fraction phenotypes. *Diagnostics (Basel)*, 15(16), 2079.
29. UK Kidney Association. (2024). Clinical practice guideline: Anaemia of chronic kidney disease. UK Kidney Association.
30. Using Blood Wisely. (2020). Guidelines: Red cells – adult inpatient. Using Blood Wisely. https://usingbloodwisely.ca/wp-content/uploads/2020/07/Guidelines_UBWEN.pdf
31. Van Doren, L., & Auerbach, M. (2023). IV iron formulations and use in adults. Hematology. *American Society of Hematology Education Program*, 2023(1), 622–629.
32. Vollbracht, C., Schneider, B., Leendert, V., Weiss, G., & Kölle, E. (2019). Blood concentrations of vitamins B1, B6, B12, C and D and folate in palliative care patients: Results of a cross-sectional study. *International Medical Research*, 33(4), 1241–1250.
33. Wondmneh, W., Dagnew, B., Kassie, B., et al. (2024). Determinants of anemia among patients receiving cancer chemotherapy in Northwest Ethiopia. *Frontiers in Medicine (Lausanne)*, 11, 1415877.
34. World Health Organization. (2024). Guideline on haemoglobin cutoffs to define anaemia in individuals and populations. World Health Organization.

Capitolul 3.2

Anorexia. Cașexia

Autor: Nicoleta Mitrea
Revizor: Daniela Moșoiu

I. ASPECTE TEORETICE

Anorexia reprezintă lipsa apetitului.

Cașexia este un sindrom complex care combină pierderea în greutate, lipoliza, pierderea de proteine musculare și viscerale, anorexia, greața cronică și slăbiciunea (Saura et al, 2025, Arends et al, 2021, Bruera, 1997). Evoluția cașexiei este progresivă și se desfășoară în mai multe stadii, cu implicații importante pentru prognostic și conduita terapeutică.

Pre-cașexia este considerată stadiul incipient precoce al sindromului de cașexie, caracterizat prin inflamație sistemică și modificări metabolice precoce, frecvent asociate cu anorexie și fatigabilitate, în prezența unei pierderi ponderale minime ($\leq 5\%$) în ultimele 6 luni (Fearon et al., 2011; Arends et al., 2021). Acest stadiu este adesea subdiagnosticat, deși reprezintă o fereastră terapeutică importantă pentru intervenții nutriționale și simptomatice timpurii.

Cașexia propriu-zisă este definită prin pierdere involuntară semnificativă de greutate și masă musculară, asociată cu inflamație sistemică, dezechilibre metabolice și deteriorare funcțională progresivă. În acest stadiu, pierderea ponderală este $>5\%$ în ultimele 6 luni sau $>2\%$ în ultimele 6 luni în asociere cu IMC $<20 \text{ kg/m}^2$ ori sarcopenie. Intervențiile nutriționale izolate sunt insuficiente, fiind necesară o abordare multimodală (Fearon et al., 2011; Muscaritoli et al., 2021).

Cașexia refractară reprezintă stadiul final, apărând la pacienții cu boală avansată refractară la tratamentul specific, caracterizată prin catabolism activ persistent, status funcțional sever afectat și speranță de viață limitată (de obicei <3 luni). În acest stadiu, obiectivul îngrijirii nu mai este reversibilitatea pierderii ponderale, ci controlul simptomelor, confortul și calitatea vieții, în cadrul îngrijirilor paliative (Arends et al., 2021; Oxford Textbook of Palliative Medicine, 2021).

Malnutriția este definită de trei criterii: un test de screening pentru malnutriție (ex. MST, **Malnutrition Screening Tool**; MUST, **Malnutrition Universal Screening Tool**; NRS- 2002, **Nutrition Risk Screening 2002**; SARC-F, **Strength, Assistance with walking, Rise from a chair, Climb stairs and Falls**; SNAQ, **Short Nutritional Assessment Questionnaire**) combinat cu un criteriu fenotipic (pierdere în greutate $>5\%$ în 6 luni, indice de masă corporală sub 20 kg/m^2 , masă musculară scăzută) și unul etiologic (aport alimentar $<50\%$ timp de >1 săptămână, orice reducere a aportului alimentar timp de >2 săptămâni, malabsorbție cronică; inflamație sistemică acută sau cronică crescută) (Arends et al, 2021).

Prevalența: Peste 80% dintre pacienții cu cancer sau SIDA prezintă anorexie și dezvoltă cașexie înainte de deces. La momentul diagnosticării, aproximativ 80% dintre pacienții cu cancer gastrointestinal superior și 60% dintre pacienții cu cancer pulmonar prezintă anorexie și o pierdere semnificativă în greutate. Anorexia și cașexia sunt frecvente la copii afectați de boli limitatoare de viață și la pacienții vârstnici diagnosticați cu boli cronice progresive. Ambele devin mai pronunțate pe măsură ce boala progresează. (Saura et al, 2025, Arends et al, 2021, Bruera, 1997)

II. RECOMANDĂRI

PRE-CAȘEXIE (pierdere în greutate $\leq 5\%$, anorexie și/sau modificări metabolice (inflamație), masă musculară relativ conservată)

Recomandare 1: **Se recomandă** screening nutrițional sistematic și monitorizarea periodică a greutății, aportului alimentar și masei musculare la pacienții oncologici. *(recomandare puternică, calitate moderată a dovezilor)*

Recomandare 2: **Se recomandă** inițierea precoce a intervenției nutriționale, incluzând dietă adecvată energetic și hiperproteică ($\geq 1,2$ g proteine/kg/zi) pentru a preveni progresia spre cașexie. *(recomandare puternică, calitate moderată)*

Recomandare 3: **Se sugerează** consultarea unui dietetician pentru consiliere nutrițională specializată la pacienții cu apetit scăzut și pierdere de greutate. Clinicienii pot trimite pacienții cu cancer în stadiu avansat și pierderea poftelor de mâncare și/sau a greutății corporale către un clinician cu competențe dobândite în evaluare și consiliere nutrițională, cu scopul de a oferi pacienților și îngrijitorilor acestora sfaturi practice și sigure privind alimentația; informații privind alimentele bogate în proteine, calorii și nutrienți; și sfaturi împotriva dietelor la modă și a altor diete neprobate sau extreme. *(recomandare condiționată, calitate moderată)*

Recomandare 4: **Se sugerează** identificarea și corectarea simptomelor care limitează aportul alimentar (anorexie, greață, durere, constipație, alterarea gustului). *(recomandare condiționată, calitate scăzută)*

Recomandare 5: **Se sugerează** activitate fizică, adaptată statusului funcțional, pentru prevenirea pierderii masei musculare. *(recomandare condiționată, calitate scăzută)*

CAȘEXIE (pierdere $> 5\%$ în ultimele 6 luni sau IMC < 20 kg/m² + pierdere $> 2\%$ sau sarcopenie + pierdere $> 2\%$)

Recomandare 6: **Se recomandă** o abordare multimodală care să includă intervenție nutrițională individualizată, control simptomatic și tratamentul bolii oncologice de bază. *(recomandare puternică, calitate înaltă)*

Recomandare 7: **Se recomandă** dietă hipercalorică și hiperproteică, cu utilizarea suplimentelor nutriționale orale atunci când aportul alimentar este insuficient. *(recomandare puternică, calitate înaltă)*

Recomandare 8: **Se sugerează** nutriția enterală la pacienții selectați, atunci când aportul oral rămâne insuficient și nu există contraindicații. Clinicienii nu ar trebui să recomande de rutină alimentația enterală prin sondă sau nutriția parenterală pentru tratarea cașexiei la pacienții cu cancer în stadiu avansat. O încercare pe termen scurt de nutriție parenterală poate fi recomandată unui grup foarte select de pacienți, cum ar fi pacienții care au o obstrucție intestinală reversibilă, sindromul intestinului scurt sau alte probleme care contribuie la malabsorbție, dar care în rest sunt

în stare fizică rezonabilă. Întreruperea nutriției enterale sau parenterale inițiate anterior, aproape de sfârșitul vieții, este adecvată. *(recomandare condiționată, calitate moderată)*

Recomandare 9: **Se sugerează** includerea exercițiilor fizice adaptate (în special exerciții de rezistență), în funcție de toleranță și status funcțional. *(recomandare condiționată, calitate moderată)*

Recomandare 10: **Se sugerează** considerarea olanzapinei în doze mici pentru îmbunătățirea apetitului și creșterea în greutate la pacienții cu apetit redus, dacă este tolerată. *(recomandare condiționată, calitate moderată — asco rapid update)*

Recomandare 11: **Se sugerează** utilizarea tratamentelor farmacologice adjuvante (ex. corticosteroizi, progestative) doar în cazuri selectate și pe termen limitat, evaluând riscurile vs beneficii. Pentru pacienții care nu tolerează olanzapina în doze mici, medicii pot recomanda un tratament pe termen scurt cu un analog al progesteronului sau un corticosteroid celor care suferă de pierdere în greutate și/sau apetit. *(recomandare condiționată, calitate scăzută)*

Recomandare 12: **Nu se recomandă** folosirea de cannabis sau derivați pentru ameliorarea anorexiei/cachexiei din cauza dovezilor insuficiente. *(recomandare condiționată / negativă)*

CACHEXIE REFRACTARĂ (stare catabolică avansată, răspuns minim la tratament, speranță de viață <3 luni, status funcțional sever afectat)

Recomandare 13: **Se recomandă** orientarea managementului către confort și calitatea vieții, cu integrarea îngrijirilor paliative. *(recomandare puternică, calitate înaltă)*

Recomandare 14: **Se recomandă** controlul simptomatic complet (durere, dispnee, greață, anxietate, delir). *(recomandare puternică, calitate înaltă)*

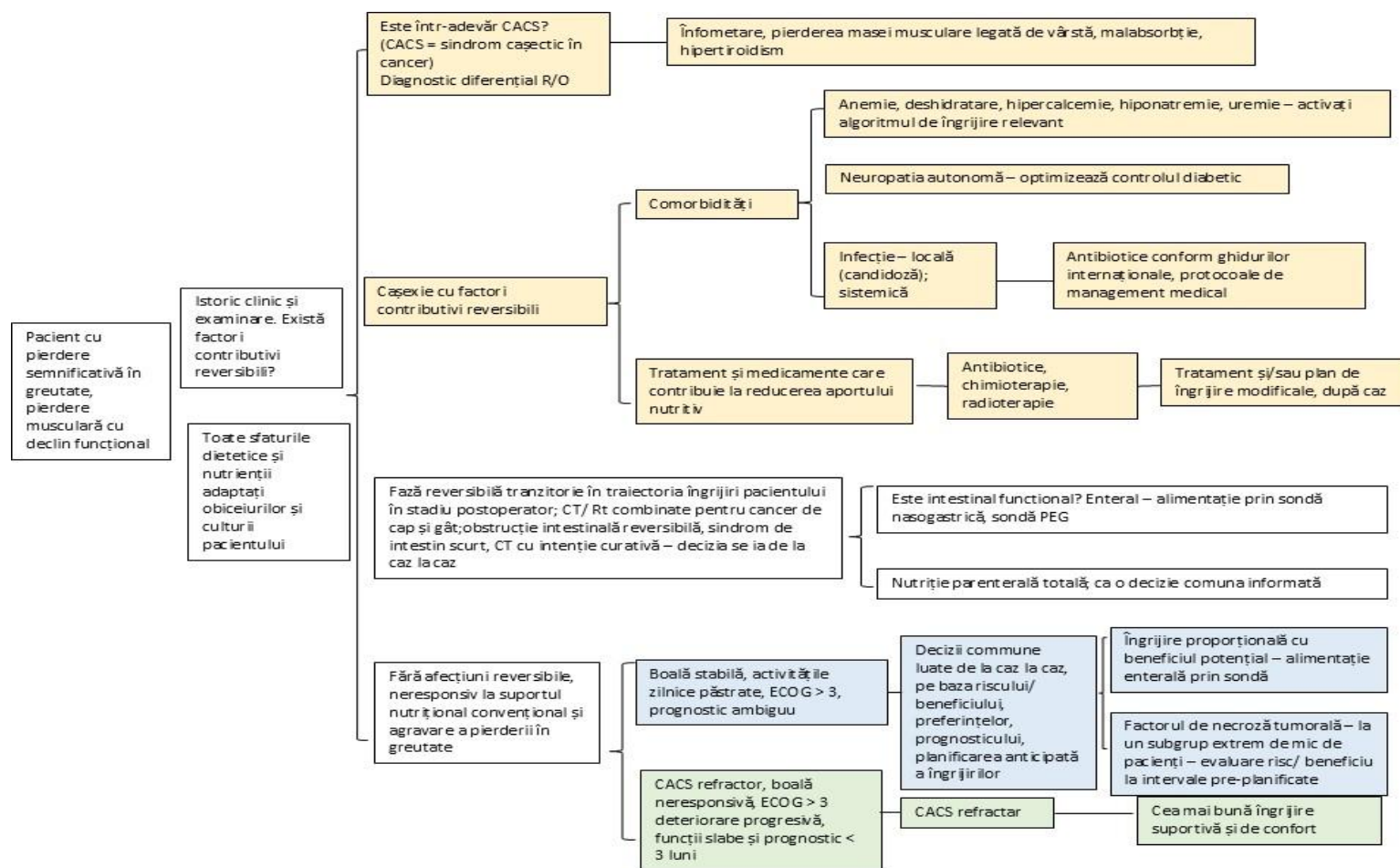
Recomandare 15: **Se sugerează** evitarea nutriției artificiale sau a intervențiilor nutriționale invazive, în absența unui beneficiu clinic clar. *(recomandare condiționată, calitate moderată)*

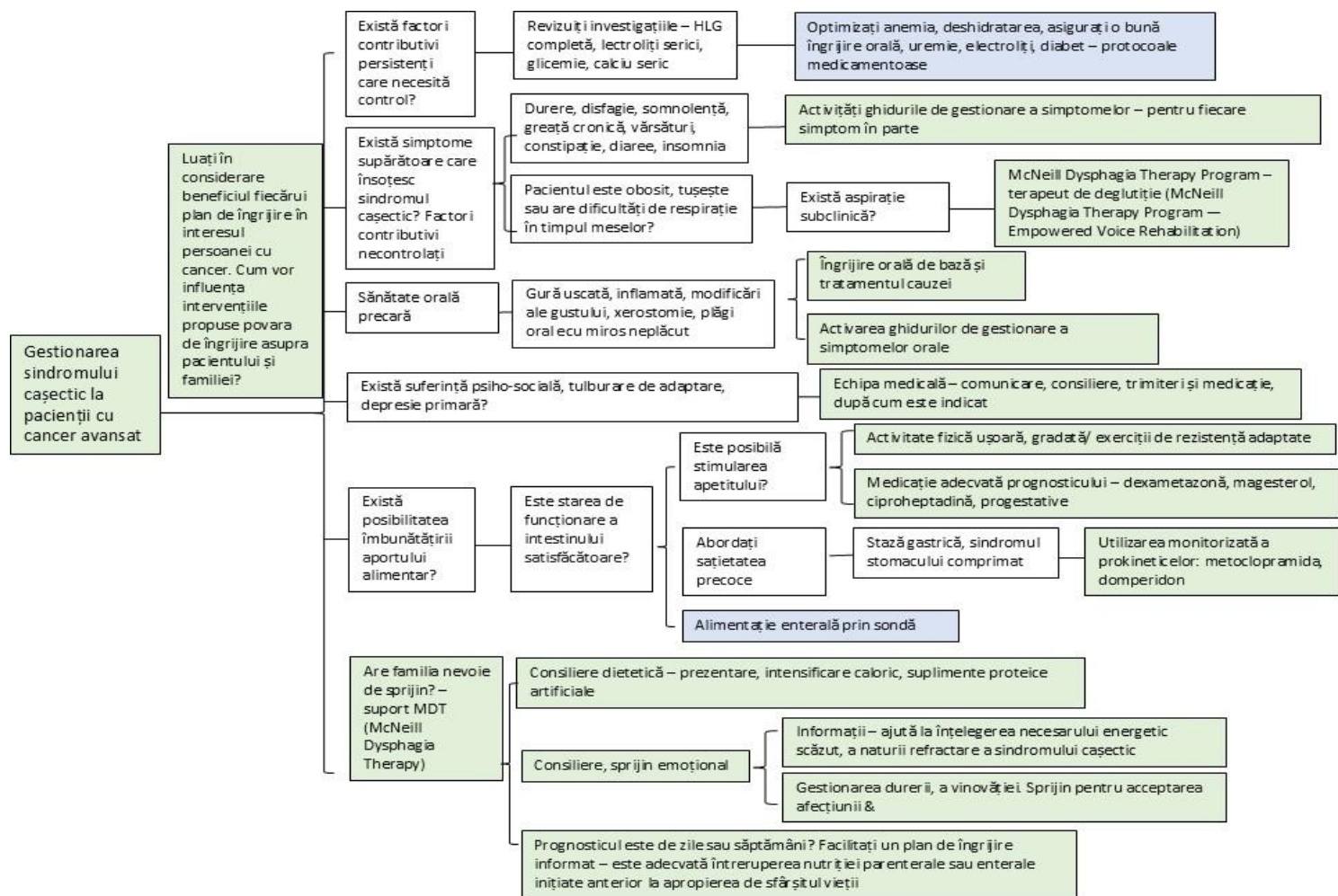
Recomandare 16: **Se sugerează** luarea deciziilor terapeutice prin proces de decizie partajată cu pacientul și familia. *(recomandare condiționată, calitate moderată)*

Recomandare 17: **Nu se recomandă** nutriția artificială de rutină în cachexia refractară, accentul fiind pe confort

Intervenție	Puterea recomandării	Calitatea dovezilor	Nivel beneficii	Nivel riscuri
Intervenții nutriționale				
Consiliere dietetică	Moderat în favoare	Scăzută	Moderat	Scăzut
Nutriție enterală și parenterală (de rutină)	Moderat împotriva	Scăzută	Scăzut	Moderat spre înalt
Acizi grași Omega-3	Nu se recomandă	Scăzută	Scăzut	Scăzut
Vitamine, minerale alte suplimente alimentare	Nu se recomandă	Scăzută	Scăzut	Scăzut
Intervenții farmacologice				
Progesteron analogi	Moderat în favoare	Intermediară	Moderat	Moderat
Corticosteroizi	Moderat în favoare	Intermediară	Moderat	Moderat
Anamorelin	Nu se recomandă (nu se comercializează)	Intermediară	Moderat	Scăzut
Olanzapine	Moderat în favoare	Scăzută	Moderat	Scăzut
Androgeni	Nu se recomandă	Scăzută	Moderat	Scăzut
Talidomide	Nu se recomandă	Scăzută	Scăzut	Scăzut
AINS	Nu se recomandă	Scăzută	Scăzut	Scăzut
Ciproheptadine	Nu se recomandă	Scăzută	Nici unul	Scăzut
Canabinoizi	Scăzut împotriva	Scăzută	Nici unul	Scăzut
Melatonin	Scăzut împotriva	Scăzută	Nici unul	Scăzut
Inhibitori factori necrotici tumorali	Moderat împotriva	Intermediară	Nici unul	Moderat
Sulfat de hidrazină	Puternic împotriva	Intermediară	Nici unul	Moderat
Alte intervenții				
Exerciții	Scăzut în favoarea	Scăzută	Necunoscut	Necunoscut

III. ALGORITM ANOREXIE/ CAȘEXIE





IV. FIȘE SUPORT

Fișa 1. Evaluare prezență anorexie/ cașexie folosind acronim-ul/ mnemonic-ul O, P, Q, R, S, T, U, V

Litera din acronim	Întrebările de evaluare. Ori de câte ori este posibil, întrebați pacientul direct. Implicați familia doar atunci când este cazul și cu acordul pacientului.
Onset (DEBUT)	Când a apărut lipsa apetitului, cum vă face să vă simțiți? De cât timp a apărut lipsa apetitului?
Provoking/ Palliating (DETERMINANT/ AMELIORATOR)	Ce credeți că a determinat apariția lipsei apetitului (poftei de mâncare)/ pierderii în greutate? Ce factori ameliorează? Ce factori agravează?
Quality (CALITATE)	Cum vă face să vă simțiți? Cum puteți descrie starea?
Region/ Radiation (REGIUNEA/ IRADIEREA)	Ce alte aspecte fizice sunt afectate de lipsa apetitului (poftei de mâncare)/ scăderea în greutate?
Severity (SEVERITATEA)	Cât de sever vă influențează starea generală prezența lipsei apetitului (a poftei de mâncare)/ pierderea în greutate? Pe o scală de la 0 – deloc, la 10 – cel mai cumplit, ce scor le-ați da? Pentru momentul acum? Pentru momentul când are cea mai mare intensitate? În medie? Cât de deranjant este pentru dumneavoastră lipsa apetitului/ scăderea în greutate?
Treatment (TRATAMENT)	Ce medicamente și intervenții de îngrijire ați implementat până acum? Folosiți medicamente date la liber de la farmacie? Dar tablete tip suplimente alimentare, remedii naturiste sau practici tradiționale de vindecare? Cât de eficiente le găsiți a fi în cazul dumneavoastră? Sunt efecte secundare ale acestor medicamente/ intervenții de îngrijire/ practici naturiste sau tradiționale de vindecare? Ce altceva ați mai încercat în trecut? Aveți îngrijorări cu privire la eventuale efecte secundare sau cu privire la costurile acestora?
Understanding (ÎNȚELEGERE)	Ce credeți că provoacă / determină lipsa apetitului (poftei de mâncare)/ scăderea în greutate? Cum vă afectează pe dumneavoastră personal? Dar pe familia dumneavoastră? Ce anume din situația de lipsă a apetitului/ scădere în greutate vă îngrijorează cel mai mult? Cum vă afectează lipsa poftei de mâncare (apetitului)/ scăderea în greutate echilibrul emoțional și spiritual, cât și interacțiunile sociale? A trebuit să vă adaptați sau să renunțați la unele activități din rutina vieții dumneavoastră zilnice din cauza lipsei apetitului/ scăderii în greutate? Vă afectează capacitatea de a munci? De a vă manifesta hobbyurile/ obiceiurile/ activitățile plăcute de peste zi? Activitatea fizică? Activitățile de interacțiune socială cu membrii familiei lărgite, cu prietenii, cu vecinii? Sunt prezente și alte simptome care acompaniază lipsa apetitului/ scăderea în greutate (ex. durere, slăbiciune, fatigabilitate, astenie, greață, vărsături, constipație, gură uscată (xerostomie), candidoză orală, etc?)

Values (VALORI)	Ce obiective doriți să avem în vedere atunci când ne gândim la managementul terapeutic al lipsei apetitului/ scăderii în greutate? Care este un nivel acceptabil/ tolerabil pentru Dumneavoastră pentru prezența lipsei poftei de mâncare/ scăderii în greutate (0 – 10)? Sunt valori, sistem de credințe, sentimente despre care ar trebui să știm când vine vorba să stabilim un plan de îngrijire pentru lipsa apetitului/ scăderea în greutate în cazul dumneavoastră și al familiei dumneavoastră?

Fișa 2. Cauze anorexie/cașexie (Saura et al, 2025, Arends et al, 2021, Bruera, 1997)

Anorexia și/ sau cașexia se întâlnesc frecvent ca urmare a unor situații clinice precum:

- Anomalii endocrine - Hipotiroidism, hipogonadism, insuficiență suprarenală
- Tulburări neurologice și musculare - demență, accident vascular cerebral, scleroză multiplă, miopatii etc.
- Insuficiență cardiacă congestivă
- Boală pulmonară obstructivă cronică
- Boală renală cronică
- Cancer (tumori maligne solide și hematologice)
- Boală hepatică, inclusiv ciroză
- Stare inflamatorie cronică - infecțioasă, autoimună
- Efecte secundare ale medicamentelor (ex. agenți antineoplazici)
- Lipsa sprijinului sau a accesului la nutriție, îngrijire
- Simptome necontrolate, cum ar fi greață, durere, depresie, anxietate

Deși anomaliile metabolice sunt cauza principală a malnutriției, aportul caloric redus și malabsorbția contribuie, de asemenea, la sindromul cașexiei.

La majoritatea pacienților, cașexia este cauzată de anomalii metabolice datorate producției de produse tumorale și citokine de către sistemul imunitar. Anorexia este un factor major care contribuie la cașexie la o minoritate de pacienți, dar la majoritatea este pur și simplu un simptom al cașexiei.

1. Scăderea aportului caloric

Anorexia este o componentă aproape universală a cașexiei. Reducerea aportului caloric poate fi mai severă la pacienții cu disfagie cauzată de dureri la nivelul capului și gâtului sau carcinom esofagian, depresie psihologică, anomalii ale gustului sau greață cronică. Ultima este un simptom frecvent în bolile maligne și poate fi cauzată de insuficiență autonomă, opioide și alte medicamente, constipație sau obstrucție intestinală.

2. Disfuncții/ anomalii metabolice

În mod tradițional, se considera că boala oncologică provoacă cașexie prin consumul de energie și prin eliberarea de factori capabili să provoace anorexie. Această interpretare justifică o alimentație agresivă ca abordare pentru restabilirea echilibrului energetic.

Opinia care se conturează în prezent este că în cazul cancerului, cașexia se datorează apariției unor anomalii metabolice majore. Acestea sunt cauzate în principal de citokine eliberate de sistemul imunitar ca răspuns la prezența cancerului (factor de necroză tumorală cachectină și interleukine 1 și 6) și sunt probabil legate și de cașexia altor boli, cum ar fi SIDA, tuberculoza și lepra.

Au fost identificate și produse tumorale (cum ar fi hormonii lipolitici). Acești factori provoacă lipoliză profundă, echilibru negativ al azotului și anorexie. La majoritatea pacienților, anorexia este mai degrabă rezultatul procesului catabolic, decât cauza cașexiei. Această opinie explică eșecul nutriției agresive în schimbarea rezultatelor clinice, a simptomelor și a stării nutriționale a pacienților cu cancer.

3. Malabsorbția

Aceasta trebuie suspectată la pacienții cu insuficiență pancreatică cauzată de cancer pancreatic sau alte tipuri de cancer gastrointestinal, sau la pacienții care au urmat recent un tratament agresiv cu radioterapie la nivelul abdomenului. Este o cauză mai puțin frecventă de malnutriție.

Fișa 3. Obiective de îngrijire în acord cu supraviețuirea preconizată (Arends et al, 2021, Bruera 1997)

Probabilitatea de supraviețuire	Obiectivul de îngrijire
Mai mult de câteva luni ($\geq 3 - 6$ luni)	Screening regulat al malnutriției și intervenții nutriționale dacă/ când este necesar
Mai puțin de câteva luni ($\leq 3 - 6$ luni)	Scăderea invazivității intervențiilor nutriționale, preferința pentru consiliere și suplimente nutriționale orale (SNO)
Mai puțin de câteva săptămâni ($\leq 3 - 6$ săptămâni)	Îngrijire orientată spre confort, alinarea disconfortului legat de alimentație și sete, dacă este cazul

Factori legați de pacient, efectele locale ale tumorii și tratament			
↓ ↓ ↓ ↓			
Simptome cu impact pe nutriție	Incactivitate fizică	Efecte secundare ale tratamentului anticancer	Situația psiho-socială, vârsta
↓			
Pierdere în greutate în cancer			
↑			
Schimbări de apetit, gust și miros ↑	Schimbări în motilitatea gastro-intestinală ↑	Reducerea funcției musculare și scăderea masei musculare ↓	Scăderea masei adipoase ↑
↑			
Inflamație sistemică, disfuncție endocrină și metabolism alterat			
↑			
Fiziopatologia cașexiei prin factori induși de prezența unei tumori			

Fișa 4. Medicația și intervenții de nursing (îngrijire) (NCG, 2021)

Stimulante ale apetitului - Poate fi administrat în stadiile incipiente, în funcție de valorile și preferințele individuale ale pacienților și de alte considerente, cum ar fi gradul de anorexie sau pierderea în greutate, comorbidități, riscul de efecte adverse, speranța de viață și obiectivele de îngrijire. Principalele beneficii asociate cu aceste medicamente sunt creșterea apetitului și creșterea modestă în greutate, nu îmbunătățirea supraviețuirii.

1. *Analog de progesteron - Acetat de megestrol* – se preferă formula lichidă - 160 mg până la 800 mg/zi pare să stimuleze apetitul și să crească greutatea corporală după câteva săptămâni de administrare. Creșterea în greutate se datorează adesea retenției de apă și creșterii depunerilor de grăsime. Riscuri - edem, evenimente tromboembolice, suprimarea HPA (axa hipotalamic-pituitar-adrenală), creșterea mortalității;
2. *Dexametazonă* 2–4 mg/zi – îmbunătățește apetitul în câteva zile. Recomandată pentru pacienții cu o speranță de viață de câteva zile până la câteva săptămâni. (Efecte adverse pe termen lung – miopatie, habitus cushingoid, suprimarea HPA și boală peptică acidă);
3. *Mirtazapină* 15–30 mg – pentru grupuri de simptome – stare depresivă, insomnie, apetit scăzut.
4. Se poate administra o doză mică de olanzapină (5 mg pe zi) pentru o perioadă scurtă de probă, în cazul în care apar greață/vărsături concomitente care nu au legătură cu CT/RT.

Dovezi insuficiente pentru a recomanda în tratamentul cașexiei – ciproheptadină, androgeni și modulatori selectivi ai receptorilor androgenici, medicamente antiinflamatoare nesteroidiene (celecoxib, ibuprofen), talidomidă și abordări combinate.

NU se recomandă - canabinoizi inhalabili, cannabis, inhibitori ai factorului de necroză tumorală, insulină sau melatonină

Opțiuni farmacologice pentru managementul cașexiei oncologice

Medicament	Doze sugerate	Beneficii	Riscuri
Megestrol acetate/ medroxiprogesteron	200 – 600 mg/d; forma lichidă poate fi mai puțin costisitoare și are o mai mare bio-disponibilitate față de tablete	Ameliorează apetitul și poate determina creșterea în greutate	Edeme, tromboembolism, insuficiență suprarenaliană
Corticosteroizi	3 – 4 mg dexametazonă	Ameliorează apetitul	Toxicități multiple

Corticosteroizii pot îmbunătăți apetitul și oboseala și au un efect antiinflamator, dar provoacă o pierdere a masei musculare și, prin urmare, agravează cașexia. Progestinele pot duce la îmbunătățirea apetitului și la creșterea în greutate în unele studii, dar nu s-a demonstrat o creștere semnificativă a masei musculare sau a calității vieții. Datorită efectelor secundare potențial grave ale progestinelor, cum ar fi tromboembolismul și retenția de lichide (creșterea în greutate), acestea sunt rareori utilizate pentru tratarea cașexiei în cazul cancerului. Există unele dovezi că olanzapina poate îmbunătăți apetitul și există semne că AINS pot reduce inflamația sistemică, dar niciunul dintre aceste medicamente nu a fost benefic în studiile clinice mai ample privind cașexia. Studiile

clinice care au investigat combinații ale medicamentelor menționate mai sus au rămas negative sau neconcludente. (Roeland et al, 2020)

Îngrijire pentru managementul simptomelor cu impact pe nutriție

Anorexie (lipsa apetitului/ lipsa poftei de mâncare)	Încurajați consumul frecvent de mese cu cantități mici de alimente, bogate în proteine și energie, calorii suplimentare în alimente: lapte praf degresat, suplimente proteice; gustări bogate în energie, suplimente lichide, supe, milkshake-uri. Încercați diferite arome, consistențe și temperaturi.
Cavitate bucală dureroasă	Mâncăruri cu sosuri fade, piureuri sau milkshake-uri, alimente/lapte umezite, caș proaspăt, smântână; alimente moi: alimente ușor prea fierte sau înmuiate; evitați alimentele citrice, picante, aspre sau uscate; tăiați alimentele în bucăți mici și zdrobiți-le/înmuiați-le. Alimente călduțe: nici reci, nici fierbinți. Folosiți paiul pentru a bea lichide; sorbitul lichidelor este mai răcoritor decât înghițitul.
Greață/vărsături	Alimente fade și uscate – lipie, orez, pâine prăjită. Alimentele mai reci și mai uscate, fără miros, sunt mai acceptabile; mâncați cantități mici și mâncați încet; evitați alimentele grase; stați în poziție verticală în timpul mesei și timp de 2 ore după masă; beți lichide în înghițături mici după masă. Închideți ușa bucătăriei pentru a îndepărta mirosul de gătit; folosiți ventilatoare pentru a îndepărta mirosul. Păstrați la îndemână mirosuri tolerabile – de exemplu, lămâie tăiată.
Modificări ale gustului	Clătiți gura cu apă proaspătă înainte și după masă; folosiți ierburi și condimente; fructele citrice și sucurile sunt mai acceptabile; mese frecvente, de preferință reci; evitați îndulcitorii artificiali, deoarece pot avea un gust amar. Ustensile din sticlă sau plastic dacă pacientul simte gust metalic.
Constipația	Lichide și fibre adecvate – legume, sucuri de fructe nefiltrate, supe dense din legume mixate. Creșteți consumul de fasole, nuci, fulgi de ovăz și pâine integrală/multicereale; cereale.
Diareea	Rehidratare orală; evitați ceaiul/cafeaua tare și alimentele picante; evitați alimentele grase și cele care provoacă gaze. Evitați laptele, alimentele grase și alimentele bogate în fibre. Verificați/ modificați utilizarea laxativelor.
Gură uscată	A se consuma multe lichide. Alimente umede – lapte, caș proaspăt, smântână; bomboane pentru supt sau gumă de mestecat; bucăți congelate de ananas, desert, înghițături de apă; a se evita apa de gură care conține alcool.

Informarea și consilierea membrilor familiei/ îngrijitorilor principali

<u>Gestionarea preocupărilor legate de speranță și pierderea acesteia</u>	
- Speranța este legată în mod natural de alimentație. Recunoașteți suferința / contextul socio-emoțional al alimentației - deoarece alimentația și împărțirea mâncării sunt echivalente cu demonstrarea iubirii și speranței - Cerințe reduse ale organismului - Lipsa dovezilor privind creșterea supraviețuirii, reducerea tumorii - Dovezi privind stimulii anabolici - activitate fizică graduală - Riscuri / povara nutriției artificiale	

• Consiliere specifică TPN - Nicio îmbunătățire a supraviețuirii globale • Asigurați-vă că îngrijitorul din familie are grijă de sine – identificați orice sentiment de vinovăție și gestionați-l (legat de faptul că poate mânca) • Sfaturi comportamentale – adaptați hainele pentru a se potrivi mai bine; nu verificați greutatea în mod rutinier (evitați suferința)
Consiliere nutrițională Se pune accentul pe plăcerea gustării alimentelor, mai degrabă decât pe aportul caloric total; Planificarea meselor, prezentarea - cantități mici, mese frecvente; Sincronizarea meselor cu momentele de energie, odihna înainte de mese; Încurajarea experimentării cu compoziția, gustul/consistența și frecvența; Mese bogate în calorii, adaptate obiceiurilor și culturii pacientului (acceptare/aspecte economice); Hrănirea forțată este contraproductivă, putând duce la creșterea aspirației, greață și/sau vărsături. Acest lucru poate duce la evitarea mesei, conflicte și creșterea stresului pacientului; Alimente bogate în proteine, calorii și nutrienți - sincronizarea cu ora de culcare.

Sondă nazo-gastrică versus gastrostomă – nu se recomandă utilizarea lor decât în cazuri selectate pentru tratarea cașexiei.

Tehnica pentru alimentația enterală	Gastrostomă	Sondă nazo-gastrică
Avantaje	Apreciată din punct de vedere cosmetic; Asigură o mai bună mobilitate, deci o mai bună calitate a vieții.	Se poate întrerupe în vederea trecerii la alimentație normal; Mai puțin costisitoare; Nicio diferență în ceea ce privește rezultatele nutriționale.
Dezavantaje	De 10 ori mai costisitoare; Utilizare semnificativ mai îndelungată; Determină disfagie majoră și dependență de PEG după tratament.	Efecte cosmetice negative; Eroziune; Poziționare nesigură.
Nu există diferențe semnificative în ceea ce privește rata complicațiilor sau impact pe calitatea vieții pacientului		

V. STUDIU DE CAZ:

Pacientul dl. I. Popescu 68 ani
 Diagnostic: Cancer de colon metastazat, în tratament oncologic paliativ.
 Greutate inițială (6 luni în urmă): 78 kg; greutate actuală: 70 kg (pierdere 8 kg în 6 luni; 10%); IMC: 22 kg/m²; status ECOG: 2 (capabil să desfășoare activități zilnice, dar cu oboseală); simptome: anorexie, oboseală marcată, greață ocazională, pierdere masei musculare vizibilă (sarcopenie)

Rezolvare

Clasificare cașexie : Pierdere în greutate >5% în ultimele 6 luni → cașexie (IMC >20 kg/m², dar Cu sarcopenie + pierdere >2% → confirmă diagnosticul de cașexie. Nu este refractară (pacientul

răspunde la tratament paliativ și nutrițional).

Screening și instrumente

- Evaluare nutrițională: MNA / PG-SGA → scor = 8 (risc crescut de malnutriție)
- Evaluare funcțională: ECOG 2
- Analize: albumină serică 3,4 g/dL, CRP moderat crescut → inflamație minoră

Obiective de management

- Încetinirea progresiei cașexiei
- Creșterea aportului caloric și proteic
- Menținerea masei musculare
- Creșterea calității vieții
- Managementul simptomelor care afectează alimentația

Plan de tratament aplicând recomandările GRADE

Intervenție	Recomandare GRADE	Justificare
Intervenție nutrițională individualizată (dieta hiperproteică, calorii suplimentare)	Se recomandă (puternică, moderată)	Rivas + ESMO: prevenirea progresiei pierderii în greutate, creșterea aportului de proteine
Suplimente nutriționale orale (shake proteic 2x/zi)	Se recomandă (puternică, înaltă)	ESMO + NCCN: când aportul oral insuficient
Exerciții fizice adaptate (mers, exerciții de rezistență cu benzi elastice 15 min/zi)	Se sugerează (condiționată, moderată)	Rivas + ESMO: menținerea masei musculare
Tratament simptomatic (antiemetice pentru greață, corectarea durerii)	Se recomandă (puternică, înaltă)	NCCN + ASCO: reducerea simptomelor care limitează aportul alimentar
Stimularea apetitului (progestative sau olanzapină 2,5 mg/zi)	Se sugerează (condiționată, moderată)	ASCO: pentru pacienți selectați cu anorexie și pierdere ponderală
Monitorizare periodică (greutate, IMC, PG-SGA, CRP)	Se recomandă (puternică, moderată)	Rivas + ESMO: ajustarea intervențiilor în funcție de răspuns
Educație pacient/familie (mese frecvente, ajustarea gustului)	Se sugerează (condiționată, scăzută)	ASCO: implicarea pacientului pentru creșterea aderenței

Evoluție anticipată

După 4 săptămâni:

- Aport caloric crescut → menținerea greutății sau câștig de 1–2 kg;
- Oboseala ușor redusă → creștere toleranță la exerciții ușoare;
- Simptome controlate → creșterea apetitului și calității vieții.

După 8 săptămâni:

1. Masa musculară stabilizată, scor PG-SGA îmbunătățit;
2. Pacient și familie raportând satisfacție crescută cu managementul simptomatic și nutrițional.

VI. REZUMAT

Evaluati toti pacientii cu risc ridicat de caşexie prin măsurarea şi înregistrarea greutateii corporale în mod regulat, pentru a diagnostica rapid şi a trata problema într-un stadiu incipient.

Sarcopenia este un criteriu diagnostic cheie pentru caşexia canceroasă, dar poate fi dificil de detectat în contextul clinic.

Caşexia poate apărea în cazul multor boli cronice progresive, tipuri de cancer, stadii ale cancerului şi fenotipuri clinice şi se întâlneşte frecvent în cazul cancerului gastrointestinal, al cancerului de cap şi gât şi al cancerului pulmonar.

Caşexia este un sindrom de atrofie musculară care duce la atrofie musculară şi afectează ţesutul adipos, SNC şi ţesutul muscular cardiac; astfel, cachexia joacă un rol important în simptomele severe cu care se confruntă pacienţii paliativi.

Evaluati funcţionalitatea şi statusul inflamator al pacienţilor folosind ECOG-PS (Eastern Cooperative Oncology Group – Performance Status) şi MGSP (Glasgow Prognostic Score modificat).

În cazul unor tipuri de cancer cu prevalenţă ridicată a caşexiei, (ex. neo pancreas) consideraţi abordarea proactivă şi tratament înainte de apariţia semnelor evidente de caşexie.

Pacienţii cu risc de caşexie sau diagnosticaţi cu caşexie trebuie îndrumaţi şi sprijiniţi să menţină şi să crească activitatea fizică zilnică şi trebuie să li se ofere cantităţi adecvate de substraturi şi energie, dacă este necesar, prin nutriţie artificială.

Suferinţa asociată cu caşexia canceroasă are un impact negativ asupra calităţii vieţii; pentru a atenua suferinţa, colaboraţi cu membrii echipei interdisciplinare, pentru a educa pacienţii şi membrii familiilor acestora cu privire la posibilele cauze ale problemelor alimentare şi pierderii în greutate în cazul cancerului şi al altor afecţiuni cronice progresive, precum şi la factorii pe care aceştia îi pot controla.

În cazul caşexiei refractare, accentul se pune pe îngrijire paliativă; încercările de a creşte aportul nutriţional şi activitatea fizică sunt de obicei inutile, iar reducerea suferinţei este esenţială.

Caşexia rămâne o provocare din cauza dificultăţii de măsurare, a multiplelor cauze şi a lipsei tratamentelor eficiente. Gestionarea caşexiei necesită colaborarea multiprofesională interdisciplinară între medici, asistenţi medicali, nutriţionişti, fizioterapeuţi şi alţi membri ai echipei specializate de îngrijire paliativă. Identificarea timpurie şi tratamentul multimodal, în colaborare cu pacienţii şi familiile acestora, sunt esenţiale. Strategia de tratament trebuie modificată pe parcursul evoluţiei bolii, pentru a evita maleficenţa şi provocarea de suferinţă suplimentară.

Bibliografie

1. Amano, K., Maeda, I., Morita, T., Okajima, Y., Hama, T., Aoyama, M., Kizawa, Y., Tsuneto, S., Shima, Y., & Miyashita, M. (2016). Eating-related distress and need for nutritional support of families of advanced cancer patients: a nationwide survey of bereaved family members. *Journal of cachexia, sarcopenia and muscle*, 7(5), 527–534. <https://doi.org/10.1002/jcsm.12102>
2. Arends, J., Baracos, V., Bertz, H., Bozzetti, F., Calder, P. C., Deutz, N. E. P., Erickson, N., Laviano, A., Lisanti, M. P., Lobo, D. N., McMillan, D. C., Muscaritoli, M., Ockenga, J., Pirlich, M., Strasser, F., de van der Schueren, M., Van Gossum, A., Vaupel, P., & Weimann, A. (2017). ESPEN expert group recommendations for action against cancer-related malnutrition. *Clinical nutrition (Edinburgh, Scotland)*, 36(5), 1187–1196. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2017.06.017>
3. Arends, J., Strasser, F., Gonella, S., Solheim, T. S., Madeddu, C., Ravasco, P., Buonaccorso, L., de van der Schueren, M. A. E., Baldwin, C., Chasen, M., Ripamonti, C. I., & ESMO Guidelines Committee. Electronic address: clinicalguidelines@esmo.org (2021). Cancer cachexia in adult patients: ESMO Clinical Practice Guidelines[☆]. *ESMO open*, 6(3), 100092. <https://doi.org/10.1016/j.esmoop.2021.100092>
4. Arends, J., Strasser, F., Gonella, S., Solheim, T. S., Madeddu, C., Ravasco, P., et al. (2021). *Cancer cachexia in adult patients: ESMO Clinical Practice Guidelines*. *Annals of Oncology*, 32(7), 824–848. <https://doi.org/10.1016/j.annonc.2021.04.012>
5. Bianchini, C., Bonomo, P., Bossi, P., Caccialanza, R., & Fabi, A. (2024). Bridging gaps in cancer cachexia Care: Current insights and future perspectives. *Cancer treatment reviews*, 125, 102717. <https://doi.org/10.1016/j.ctrv.2024.102717>
6. Blum, D., Stene, G. B., Solheim, T. S., Fayers, P., Hjermstad, M. J., Baracos, V. E., Fearon, K., Strasser, F., Kaasa, S., & Euro-Impact (2014). Validation of the Consensus-Definition for Cancer Cachexia and evaluation of a classification model—a study based on data from an international multicentre project (EPCRC-CSA). *Annals of oncology : official journal of the European Society for Medical Oncology*, 25(8), 1635–1642. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdu086>
7. Braun, T. P., Zhu, X., Szumowski, M., Scott, G. D., Grossberg, A. J., Levasseur, P. R., Graham, K., Khan, S., Damaraju, S., Colmers, W. F., Baracos, V. E., & Marks, D. L. (2011). Central nervous system inflammation induces muscle atrophy via activation of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis. *The Journal of experimental medicine*, 208(12), 2449–2463. <https://doi.org/10.1084/jem.20111020>
8. Bruera E. (1997). ABC of palliative care. Anorexia, cachexia, and nutrition. *BMJ (Clinical research ed.)*, 315(7117), 1219–1222. <https://doi.org/10.1136/bmj.315.7117.1219>
9. Cederholm, T., Compher, C., Correia, M. I. T. D., Gonzalez, M. C., Fukushima, R., Higashiguchi, T., Van Gossum, A., & Jensen, G. L. (2019). Response to the letter: Comment on "GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition - A consensus report from the global clinical nutrition community". Some considerations about the GLIM criteria - A consensus report for the diagnosis of malnutrition by Drs. LB da Silva Passos and DA De-Souza. *Clinical nutrition (Edinburgh, Scotland)*, 38(3), 1480–1481. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2019.02.033>
10. de Castro, G. S., Simoes, E., Lima, J. D. C. C., Ortiz-Silva, M., Festuccia, W. T., Tokeshi, F., Alcântara, P. S., Otoch, J. P., Coletti, D., & Seelaender, M. (2019). Human Cachexia Induces Changes in Mitochondria, Autophagy and Apoptosis in the Skeletal Muscle. *Cancers*, 11(9), 1264. <https://doi.org/10.3390/cancers11091264>
11. Dolan, R. D., Daly, L. E., Simmons, C. P., Ryan, A. M., Sim, W. M., Fallon, M., Power, D. G., Wilcock, A., Maddocks, M., Bennett, M. I., Osborne, C., Laird, B. J., & McMillan, D. C. (2020). The Relationship between ECOG-PS, mGPS, BMI/WL Grade and Body Composition and Physical Function in Patients with Advanced Cancer. *Cancers*, 12(5), 1187. <https://doi.org/10.3390/cancers12051187>
12. Fearon, K., Strasser, F., Anker, S. D., Bosaeus, I., Bruera, E., Fainsinger, R. L., Jatoi, A., Loprinzi, C., MacDonald, N., Mantovani, G., Davis, M., Muscaritoli, M., Ottery, F., Radbruch, L., Ravasco, P., Walsh, D., Wilcock, A., Kaasa, S., & Baracos, V. E. (2011). Definition and classification of cancer cachexia: an international consensus. *The Lancet. Oncology*, 12(5), 489–495. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(10\)70218-7](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(10)70218-7)
13. Fearon K. C. (2008). Cancer cachexia: developing multimodal therapy for a multidimensional problem. *European journal of cancer (Oxford, England : 1990)*, 44(8), 1124–1132. <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2008.02.033>
14. Garcia, J. M., Dunne, R. F., Santiago, K., Martin, L., Birnbaum, M. J., Crawford, J., Hendifar, A. E., Kochanczyk, M., Moravek, C., Piccinin, D., Picozzi, V., Roeland, E. J., Selig, W. K. D., & Zimmers, T. A. (2022). Addressing unmet needs for people with cancer cachexia: recommendations from a multistakeholder workshop. *Journal of cachexia, sarcopenia and muscle*, 13(2), 1418–1425. <https://doi.org/10.1002/jcsm.12910>

15. Hopkinson J. B. (2021). The Psychosocial Components of Multimodal Interventions Offered to People with Cancer Cachexia: A Scoping Review. *Asia-Pacific journal of oncology nursing*, 8(5), 450–461. <https://doi.org/10.4103/apjon.apjon-219>
16. Hui, D., Dos Santos, R., Chisholm, G., Bansal, S., Souza Crovador, C., & Bruera, E. (2015). Bedside clinical signs associated with impending death in patients with advanced cancer: preliminary findings of a prospective, longitudinal cohort study. *Cancer*, 121(6), 960–967. <https://doi.org/10.1002/cncr.29048>
17. Laird, B. J., Fallon, M., Hjermstad, M. J., Tuck, S., Kaasa, S., Klepstad, P., & McMillan, D. C. (2016). Quality of Life in Patients With Advanced Cancer: Differential Association With Performance Status and Systemic Inflammatory Response. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology*, 34(23), 2769–2775. <https://doi.org/10.1200/JCO.2015.65.7742>
18. Laird, B. J., Kaasa, S., McMillan, D. C., Fallon, M. T., Hjermstad, M. J., Fayers, P., & Klepstad, P. (2013). Prognostic factors in patients with advanced cancer: a comparison of clinicopathological factors and the development of an inflammation-based prognostic system. *Clinical cancer research : an official journal of the American Association for Cancer Research*, 19(19), 5456–5464. <https://doi.org/10.1158/1078-0432.CCR-13-1066>
19. Maddocks, M., Hopkinson, J., Conibear, J., Reeves, A., Shaw, C., & Fearon, K. C. (2016). Practical multimodal care for cancer cachexia. *Current opinion in supportive and palliative care*, 10(4), 298–305. <https://doi.org/10.1097/SPC.0000000000000241>
20. McGovern, J., Dolan, R. D., Horgan, P. G., Laird, B. J., & McMillan, D. C. (2021). Computed tomography-defined low skeletal muscle index and density in cancer patients: observations from a systematic review. *Journal of cachexia, sarcopenia and muscle*, 12(6), 1408–1417. <https://doi.org/10.1002/jcsm.12831>
21. McGovern, J., Dolan, R. D., Skipworth, R. J., Laird, B. J., & McMillan, D. C. (2022). Cancer cachexia: a nutritional or a systemic inflammatory syndrome?. *British journal of cancer*, 127(3), 379–382. <https://doi.org/10.1038/s41416-022-01826-2>
22. McKeaveney, C., Maxwell, P., Noble, H., & Reid, J. (2021). A Critical Review of Multimodal Interventions for Cachexia. *Advances in nutrition (Bethesda, Md.)*, 12(2), 523–532. <https://doi.org/10.1093/advances/nmaa111>
23. Meza-Valderrama, D., Marco, E., Dávalos-Yerovi, V., Muns, M. D., Tejero-Sánchez, M., Duarte, E., & Sánchez-Rodríguez, D. (2021). Sarcopenia, Malnutrition, and Cachexia: Adapting Definitions and Terminology of Nutritional Disorders in Older People with Cancer. *Nutrients*, 13(3), 761. <https://doi.org/10.3390/nu13030761>
24. National Cancer Grid, NCG Palliative Care Guidelines – Anorexia-Cachexia, 2021
25. National Comprehensive Cancer Network. (2024). *NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Palliative Care*.
26. Orsso, C. E., Montes-Ibarra, M., Findlay, M., van der Meij, B. S., de van der Schueren, M. A. E., Landi, F., Laviano, A., & Prado, C. M. (2022). Mapping ongoing nutrition intervention trials in muscle, sarcopenia, and cachexia: a scoping review of future research. *Journal of cachexia, sarcopenia and muscle*, 13(3), 1442–1459. <https://doi.org/10.1002/jcsm.12954>
27. Petruzzelli, M., Schweiger, M., Schreiber, R., Campos-Olivas, R., Tsoi, M., Allen, J., Swarbrick, M., Rose-John, S., Rincon, M., Robertson, G., Zechner, R., & Wagner, E. F. (2014). A switch from white to brown fat increases energy expenditure in cancer-associated cachexia. *Cell metabolism*, 20(3), 433–447. <https://doi.org/10.1016/j.cmet.2014.06.011>
28. Prado, C. M., Anker, S. D., Coats, A. J. S., Laviano, A., & von Haehling, S. (2021). Nutrition in the spotlight in cachexia, sarcopenia and muscle: avoiding the wildfire. *Journal of cachexia, sarcopenia and muscle*, 12(1), 3–8. <https://doi.org/10.1002/jcsm.12673>
29. Prado, C. M., Purcell, S. A., & Laviano, A. (2020). Nutrition interventions to treat low muscle mass in cancer. *Journal of cachexia, sarcopenia and muscle*, 11(2), 366–380. <https://doi.org/10.1002/jcsm.12525>
30. Roeland, E. J., Bohlke, K., Baracos, V. E., Bruera, E., Del Fabbro, E., Dixon, S., Fallon, M., Herrstedt, J., Lau, H., Platek, M., Rugo, H. S., Schnipper, H. H., Smith, T. J., Tan, W., & Loprinzi, C. L. (2020). Management of Cancer Cachexia: ASCO Guideline. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology*, 38(21), 2438–2453. <https://doi.org/10.1200/JCO.20.00611>
31. Roeland, E. J., Bohlke, K., Baracos, V. E., Smith, T. J., Loprinzi, C. L., & Cancer Cachexia Expert Panel (2023). Cancer Cachexia: ASCO Guideline Rapid Recommendation Update. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology*, 41(25), 4178–4179. <https://doi.org/10.1200/JCO.23.01280>
32. Saura, I., Silva, J. B., Cunha, D., Ramos, I., Semedo, V., Andrade, J. P., Dourado, M., & Ribeiro, H. (2025). Management of Anorexia-Cachexia Syndrome in a Community Palliative Care Support Team. *Journal of clinical medicine*, 14(17), 6167. <https://doi.org/10.3390/jcm14176167>
33. Soria Rivas, A., Escobar Álvarez, Y., Blasco Cordellat, A., Majem Tarruella, M., Molina Mata, K., Motilla de la Cámara,

- M., Del Mar Muñoz Sánchez, M., Zafra Poves, M., Beato Zambrano, C., & Cabezón Gutierrez, L. (2024). SEOM clinical guidelines for cancer anorexia-cachexia syndrome (2023). *Clinical & translational oncology : official publication of the Federation of Spanish Oncology Societies and of the National Cancer Institute of Mexico*, 26(11), 2866–2876. <https://doi.org/10.1007/s12094-024-03502-8>
34. Vagnildhaug, O. M., Balstad, T. R., Almberg, S. S., Brunelli, C., Knudsen, A. K., Kaasa, S., Thronæs, M., Laird, B., & Solheim, T. S. (2018). A cross-sectional study examining the prevalence of cachexia and areas of unmet need in patients with cancer. *Supportive care in cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 26(6), 1871–1880. <https://doi.org/10.1007/s00520-017-4022-z>
 35. van de Worp, W. R. P. H., Schols, A. M. W. J., Theys, J., van Helvoort, A., & Langen, R. C. J. (2020). Nutritional Interventions in Cancer Cachexia: Evidence and Perspectives From Experimental Models. *Frontiers in nutrition*, 7, 601329. <https://doi.org/10.3389/fnut.2020.601329>
 36. Vanhoutte, G., van de Wiel, M., Wouters, K., Sels, M., Bartolomeeussen, L., De Keersmaecker, S., Verschueren, C., De Vroey, V., De Wilde, A., Smits, E., Cheung, K. J., De Clerck, L., Aerts, P., Baert, D., Vandoninck, C., Kindt, S., Schelfhaut, S., Vankerkhoven, M., Troch, A., Ceulemans, L., ... Peeters, M. (2016). Cachexia in cancer: what is in the definition?. *BMJ open gastroenterology*, 3(1), e000097. <https://doi.org/10.1136/bmjgast-2016-000097>
 37. von Haehling, S., Anker, M. S., & Anker, S. D. (2016). Prevalence and clinical impact of cachexia in chronic illness in Europe, USA, and Japan: facts and numbers update 2016. *Journal of cachexia, sarcopenia and muscle*, 7(5), 507–509. <https://doi.org/10.1002/jcsm.12167>
 38. Vudatha, V., Devarakonda, T., Liu, C., Freudenberger, D. C., Riner, A. N., Herremans, K. M., & Trevino, J. G. (2022). Review of Mechanisms and Treatment of Cancer-Induced Cardiac Cachexia. *Cells*, 11(6), 1040. <https://doi.org/10.3390/cells11061040>
 39. Webster, J. M., Kempen, L. J. A. P., Hardy, R. S., & Langen, R. C. J. (2020). Inflammation and Skeletal Muscle Wasting During Cachexia. *Frontiers in physiology*, 11, 597675. <https://doi.org/10.3389/fphys.2020.597675>
 40. Wheelwright, S. J., Darlington, A. S., Hopkinson, J. B., Fitzsimmons, D., White, A., & Johnson, C. D. (2016). A systematic review to establish health-related quality-of-life domains for intervention targets in cancer cachexia. *BMJ supportive & palliative care*, 6(3), 307–314. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2014-000680>
 41. Yoshikawa, T., Noguchi, Y., Doi, C., Makino, T., & Nomura, K. (2001). Insulin resistance in patients with cancer: relationships with tumor site, tumor stage, body-weight loss, acute-phase response, and energy expenditure. *Nutrition (Burbank, Los Angeles County, Calif.)*, 17(7-8), 590–593. [https://doi.org/10.1016/s0899-9007\(01\)00561-5](https://doi.org/10.1016/s0899-9007(01)00561-5)

Capitolul 3.3

Anxietatea

Autori: Laura Monica Radu, Liliana Stănciulescu
Revizor: Daniela Moșoiu

I. ASPECTE TEORETICE

Potrivit definițiilor clinice moderne, anxietatea este o stare emoțională anticipatorie de neliniște și îngrijorare față de amenințări viitoare, însoțită de simptome psihologice și somatice; aceasta devine maladaptativă atunci când este excesivă și cauzează suferință sau afectare funcțională semnificativă (Manual *DSM-5*, 2026).

Îngrijirile paliative vizează îmbunătățirea calității vieții pacienților și familiilor acestora prin prevenirea și ameliorarea suferinței, prin identificarea precoce și tratamentul impecabil al durerii și al altor probleme fizice, psihosociale și spirituale (World Health Organization [WHO], 2018).

Anxietatea este un simptom frecvent în îngrijirile paliative, cu prevalență estimată între 10–40% în rândul pacienților cu boli avansate (Mitchell et al., 2011). Anxietatea în acest context poate avea manifestări variabile, de la neliniște ușoară până la atacuri de panică sau agitație severă. Netratată, aceasta agravează percepția durerii, dispneea, insomniile și poate afecta procesul decizional și relația cu familia.

Anxietatea poate fi determinată de factori biologici (durere, dispnee, dezechilibre metabolice), psihologici (frica de moarte, pierderea autonomiei), sociali și spirituali. Managementul optim presupune o abordare multidimensională, incluzând evaluarea cauzelor reversibile, intervenții non-farmacologice și tratament farmacologic individualizat, integrat într-un model de îngrijire centrat pe pacient.

Comunicarea deschisă privind prognosticul și obiectivele îngrijirii reduce incertitudinea și anxietatea. Advance care planning este asociat cu scăderea distresului psihologic și creșterea satisfacției familiei (NCCN, 2023).

Managementul anxietății în îngrijiri paliative necesită o abordare integrată biopsihosocială. Identificarea cauzelor reversibile, intervențiile psihologice timpurii și utilizarea judicioasă a tratamentului farmacologic sunt esențiale. În cazurile refractare, sedarea paliativă proporțională reprezintă o intervenție etică și justificată.

II. RECOMANDĂRI PENTRU MANAGEMENTUL ANXIETĂȚII ÎN ÎNGRIJIRI PALIATIVE

Recomandare 1: **Se recomandă** evaluarea sistematică a anxietății la toți pacienții aflați în îngrijiri paliative, utilizând instrumente validate atunci când este posibil (ESAS, HADS, GAD-7) (*forța recomandării: puternică, calitatea dovezilor: moderată*)

Justificare: Identificarea precoce a anxietății îmbunătățește calitatea vieții și permite intervenția timpurie. Dovezile provin din studii observaționale și ghiduri clinice consensuale (NCCN, 2023).

Recomandare 2: **Se recomandă** evaluarea și tratarea cauzelor reversibile (durere, dispnee, delir, dezechilibre metabolice) înaintea inițierii terapiei anxiolitice specifice. (*forța recomandării: puternică, calitatea dovezilor: moderată*)

Justificare: Controlul simptomelor fizice reduce semnificativ anxietatea secundară. Dovezile provin din studii clinice privind controlul simptomelor în boala avansată.

Recomandare 3: **Se recomandă** intervenții psihosociale și de suport ca tratament de primă linie în anxietatea ușoară până la moderată. *(forța recomandării: puternică, calitatea dovezilor: moderată)*

Justificare: Intervențiile psihologice reduc distresul fără riscurile farmacoterapiei. Beneficiile depășesc riscurile minime asociate.

Recomandare 4: **Se sugerează** utilizarea benzodiazepinelor pentru anxietate severă, atacuri de panică sau dispnee cu componentă anxioasă. *(forța recomandării: slabă (condiționată), calitatea dovezilor: scăzută)*

Justificare: Dovezile directe sunt limitate; utilizarea se bazează pe experiență clinică și studii indirecte. Există risc de sedare și delir.

Recomandare 5: **Se sugerează** utilizarea SSRI sau mirtazapinei la pacienții cu anxietate persistentă și prognostic > 4–6 săptămâni. *(forța recomandării: slabă (condiționată), calitatea dovezilor: scăzută–moderată)*

Justificare: Dovezile provin în principal din populația generală, extrapolate la contextul paliativ.

Opioide pentru dispnee asociată cu anxietate

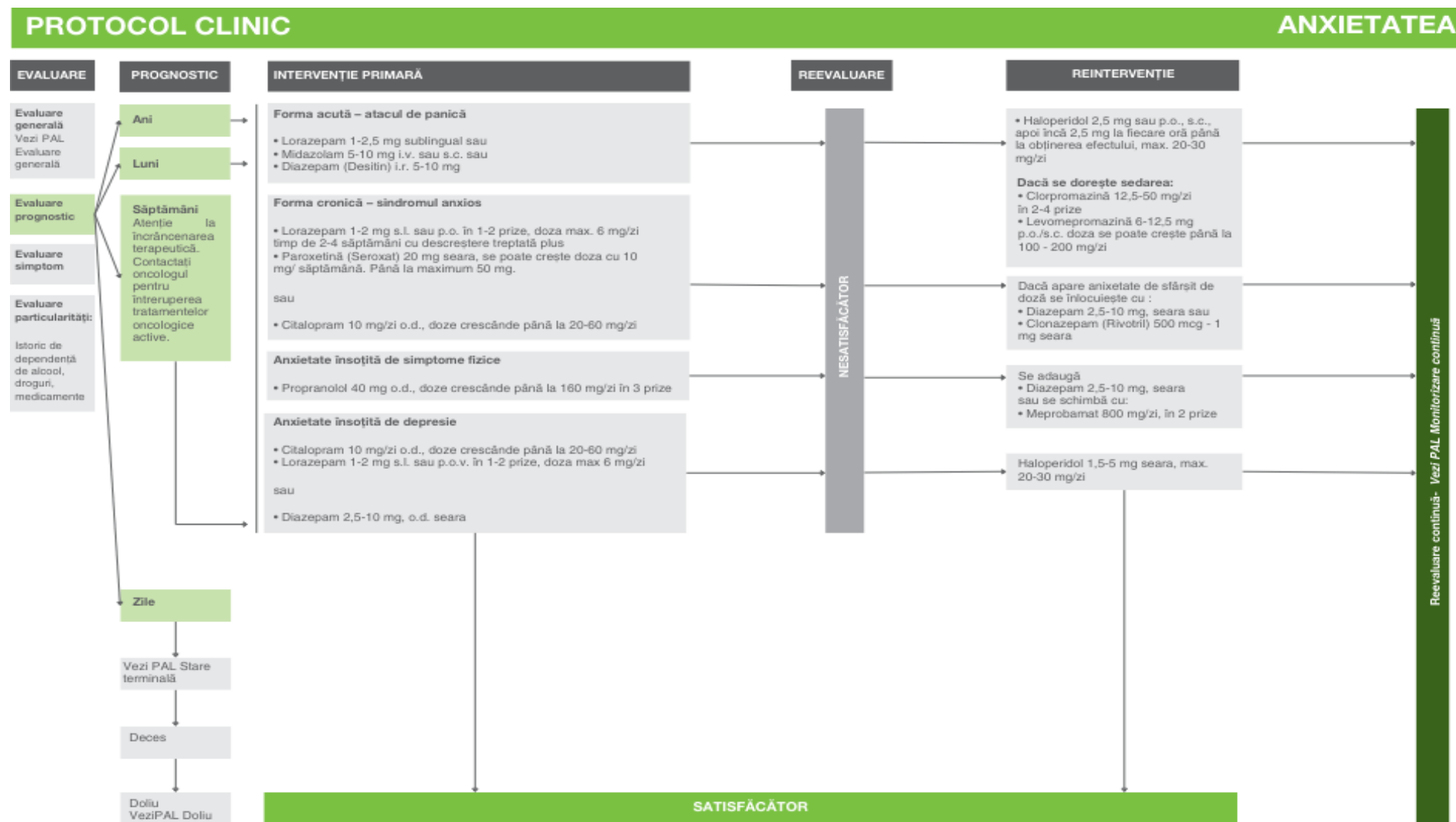
Recomandare 6: **Se recomandă** utilizarea opioidelor pentru controlul dispneei care contribuie la anxietate. *(forța recomandării: puternică, calitatea dovezilor: moderată)*

Justificare: Eficacitatea opioidelor în dispnee este susținută de studii clinice și ghiduri internaționale.

Recomandare 8: **Se sugerează** sedarea paliativă proporțională în cazurile de anxietate refractară, asociată cu suferință intolerabilă. *(forța recomandării: slabă (condiționată), calitatea dovezilor: scăzută)*

Justificare: Bazată pe consens expert și recomandări EAPC; lipsesc trialuri randomizate din motive etice (Cherny & Radbruch, 2009)

III. ALGORITM ANXIETATE (Mosoiu, 2013)



IV. FIȘE SUPORT

Fișa 1. Evaluarea anxietății în îngrijiri paliative

Anxietatea este o emoție frecventă în îngrijirile paliative, definită ca o stare anticipatorie de neliniște și tensiune față de posibile amenințări viitoare, însoțită de manifestări cognitive și somatice (American Psychiatric Association, 2022; Barnhill, 2024).

Obiectivele evaluării sunt:

- Identificarea severității și tipului de anxietate
 - Forma ușoară se caracterizează printr-o afectare minimă, pacientul fiind cooperant și capabil să participe activ la tratament
 - În formele moderate, distresul resimțit de pacient este semnificativ, necesitând intervenții mai susținute pentru ameliorarea simptomelor
 - Forma severă se manifestă prin atacuri de panică sau agitație marcată, care pot pune în pericol siguranța pacientului sau a celor din jur
 - În situațiile refractare, simptomele persistă și rămân necontrolabile chiar și sub tratamentele standard, reprezentând provocări majore în managementul clinic (Cherny & Radbruch, 2009).
- Diferențierea anxietății primare de delir sau alte tulburări neurocognitive (Bush et al., 2014).
- Detectarea cauzelor reversibile, cum ar fi durerea, dispneea sau dezechilibrele metabolice.
- Evaluarea impactului asupra funcționării pacientului și calității vieții.
- Ghidarea deciziilor terapeutice individualizate.

Pentru o evaluare comprehensivă, se recomandă utilizarea **instrumentelor standardizate**, care permit cuantificarea severității simptomelor și monitorizarea evoluției lor.

- **Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)** oferă o evaluare globală a simptomelor fizice și psihologice, inclusiv anxietate și depresie, fiind ușor de administrat în practica clinică (Bruera et al., 1991).
- **Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)** constituie un instrument de screening rapid, validat pentru detectarea anxietății și depresiei la pacienții cu boli grave (Snaith, 2003).
- **GAD-7** permite evaluarea standardizată a anxietății generalizate, fiind util în ghidarea intervențiilor terapeutice (Spitzer et al., 2006; [GAD-7 PDF](#)).

Pe lângă instrumentele standardizate, evaluarea anxietății trebuie să includă **monitorizarea clinică directă**, care permite detectarea simptomelor subtile sau emergente. Aceasta presupune observarea **neliniștii psihomotorii**, **tulburărilor de somn** și **manifestărilor vegetative**, precum palpitațiile, tremorul, diaforeza sau tensiunea musculară (Mitchell et al.,

2011). Evaluarea holistică implică de asemenea interviul clinic și comunicarea empatică cu pacientul, pentru a identifica temerile legate de boală, moarte sau pierderi funcționale, precum și implicarea familiei în observarea simptomelor (Cherny & Radbruch, 2009; World Health Organization, 2018).

Instrument	Tip simptome evaluate	Modalitate / Scor	Interpretare scor
Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)	Simptome fizice și psihologice: durere, oboseală, anxietate, depresie, greață, dispnee, somn, apetit	Auto-raport, scor 0–10 pentru fiecare simptom (0 = niciun simptom, 10 = sever)	0–3 ușor, 4–6 moderat, 7–10 sever; permite monitorizare evoluție simptome
Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)	Anxietate și depresie	14 itemi (7 anxietate, 7 depresie), fiecare 0–3 puncte	0–7 normal, 8–10 ușor, 11–14 moderat, 15–21 sever
GAD-7	Anxietate generalizată	7 itemi, fiecare 0–3 puncte	0–4 ușor, 5–9 moderat, 10–14 sever, 15–21 foarte sever
Evaluare clinică directă	Neliniște psihomotorie, tulburări de somn, manifestări vegetative (palpitații, tremor, diaforeză, tensiune musculară), temeri existențiale	Observație și interviu structurat	Semne de anxietate ușoară, moderată sau severă; ghid pentru inițierea tratamentului

Note practice

- Instrumentele standardizate permit cuantificarea și monitorizarea simptomelor în timp.
- Observația clinică este esențială pentru simptomele subtile sau refractare, mai ales la pacienții cu comunicare dificilă.
- Combinația dintre aceste instrumente și evaluarea clinică permite o abordare holistică și personalizată a anxietății în îngrijirea paliativă (Mitchell et al., 2011; Cherny & Radbruch, 2009).

Fișa 2. Tratamentul farmacologic al anxietății

Principii generale

Managementul anxietății trebuie să țină cont de tratamentul cauzelor reversibile, de prognosticul pacientului și de riscul de sedare sau interacțiuni medicamentoase (EAPC, 2010; NCCN, 2023). În continuare prezentăm un **tabel orientativ** cu medicația utilizată frecvent pentru managementul anxietății în îngrijiri paliative, cu doze uzuale la adult. Dozele trebuie individualizate în funcție de vârstă, status funcțional, insuficiență hepatică/renală și tratamente asociate.

Medicație utilizată în managementul anxietății în îngrijiri paliative

Clasa / Medicament	Doza uzuală inițială	Doza uzuală de întreținere	Observații clinice
Benzodiazepine			Precauții: sedare excesivă, depresie respiratorie, risc de delir (Bush et al., 2014)
Lorazepam	0,5–1 mg PO/ SL la 8–12 h	0,5–2 mg la 6–8 h	Util în anxietate acută; preferat în insuficiență hepatică (metabolizare prin conjugare)
Midazolam	0,5–2 mg SC/ IV la nevoie	10–60 mg/ 24 h în perfuzie continuă SC/ IV	Indicat în anxietate severă, agitație terminală
Diazepam	2–5 mg PO la 8–12 h	5–10 mg la 8 h	Timp de înjumătățire lung; risc de acumulare la vârstnici
Antidepresive anxietate persistentă			Debutul efectului: 2–4 săptămâni
Sertralină	25–50 mg/ zi	50–150 mg/ zi	Efect după 1–2 săpt.; util în anxietate generalizată
Citalopram	10–20 mg/ zi	20–40 mg/ zi	Atenție la QT >40 mg/ zi
Mirtazapină	7,5–15 mg seara	15–45 mg/ zi	Benefic dacă coexistă insomnie/anorexie
Antipsihotice anxietate cu delir			
Haloperidol	0,5–1 mg PO/ SC la 8–12 h	1–5 mg/ 24 h	Util în delir cu anxietate

Quetiapină	12,5–25 mg seara	25–200 mg/ zi	Alternativă în delir hiperactiv
Alte opțiuni			
Propranolol	10–20 mg PO la 8–12 h	20–40 mg la 8 h	Pentru simptome somatice (tahicardie, tremor)
Hidroxizină	12,5–25 mg la 8 h	25–100 mg/ zi	Sedativ ușor; efect anticolinergic
Pregabalin	25–75 mg/ zi	75–300 mg/ zi	Util în anxietate + durere neuropată

Note practice

- Benzodiazepinele sunt indicate în anxietate acută sau severă.
- Pentru anxietate persistentă, se preferă inhibitori selectivi recaptare serotonină sau mirtazapină.
- În context terminal sau agitație refractară, se utilizează midazolam în perfuzie continuă.
- Se începe cu doze mici („start low, go slow”), mai ales la pacienții vârstnici sau fragili.
- Se monitorizează sedarea excesivă și depresia respiratorie (în special asociată opioidelor).

Monitorizare

- Reevaluare la 24–72 h.
- Monitorizarea sedării (scala RASS).
- Observarea semnelor de delir sau reacții adverse la medicamente (Cherny & Radbruch, 2009).

Fișa 3. Tratamentul non-farmacologic al anxietății în îngrijiri paliative

Intervențiile non-farmacologice reprezintă prima linie terapeutică în cazurile de anxietate ușoară și moderată și constituie o componentă esențială a abordării integrate în îngrijirile paliative. Acestea vizează reducerea distresului emoțional, existențial și ambiental, contribuind la creșterea confortului și a sentimentului de siguranță al pacientului.

Intervenții psihologice

Intervențiile psihologice au rolul de a sprijini pacientul în gestionarea emoțiilor intense și a incertitudinii asociate bolii avansate. Printre cele mai utilizate strategii se numără:

- Ascultarea empatică și validarea emoțională
- Tehnici de respirație controlată
- Relaxare progresivă sau ghidată
- Tehnici de grounding pentru reducerea ruminării și a panicii
- Intervenții cognitiv-comportamentale adaptate contextului paliativ

Aceste intervenții contribuie la diminuarea simptomelor anxioase și la consolidarea sentimentului de control (Cherny & Radbruch, 2009; WHO, 2018).

Suport spiritual și existențial

Distresul existențial este frecvent în stadiile avansate ale bolii și poate amplifica anxietatea. Intervențiile orientate spre identificarea sensului, valorilor personale și reconectarea cu resursele spirituale ale pacientului pot reduce semnificativ frica de moarte și suferința psihologică. Implicarea consilierilor spirituali, a preoților sau a psihologilor specializați este recomandată atunci când pacientul exprimă preocupări legate de sens, vinovăție sau teamă existențială (Cherny & Radbruch, 2009; WHO, 2018).

Intervenții de mediu

Optimizarea mediului de îngrijire joacă un rol important în reducerea anxietății. Măsurile recomandate includ:

- Reducerea zgomotului și a stimulilor perturbatori
- Asigurarea unei iluminări adecvate
- Stabilirea unor rutine previzibile
- Implicarea familiei în îngrijire
- Comunicarea clară și consecventă privind procedurile medicale

Un mediu sigur, previzibil și suportiv contribuie la diminuarea distresului și la creșterea sentimentului de control al pacientului (NCCN, 2023).

Bibliografie

1. American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.; DSM-5-TR). American Psychiatric Association.
2. Atkins, D., Best, D., Briss, P. A., Eccles, M., Falck-Ytter, Y., Flottorp, S., Guyatt, G. H., Harbour, R. T., Haugh, M. C., Henry, D., Hill, S., Jaeschke, R., Leng, G., Liberati, A., Magrini, N., Mason, J., Middleton, P., Mrukowicz, J., O'Connell, D., Oxman, A. D., ... Zaza, S. (2004). Grading quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ*, 328, 1490. <https://doi.org/10.1136/bmj.328.7454.1490>
3. Bruera, E., Kuehn, N., Miller, M. J., Selmsler, P., & Macmillan, K. (1991). The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): A simple method for the assessment of palliative care patients. *Journal of Palliative Care*, 7(2), 6–9.
4. Bush, S. H., Tierney, S., & Lawlor, P. G. (2014). Clinical assessment and management of delirium in the palliative care setting. *Drugs*, 74(9), 951–965. <https://doi.org/10.1007/s40265-014-0234-4>
5. Cherny, N. I., & Radbruch, L. (2009a). European Association for Palliative Care (EAPC) recommendations for standards and norms for palliative sedation. *The Lancet Oncology*, 10(6), 581–593. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(09\)70158-9](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(09)70158-9)
6. Cherny, N. I., & Radbruch, L. (2009b). European Association for Palliative Care (EAPC) recommendations for the treatment of suffering in advanced cancer. *The Lancet Oncology* 10(5), 493–493. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(09\)70123-0](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(09)70123-0)
7. European Association for Palliative Care. (2010). *White paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe*. EAPC.
8. Fallon, M., Hanks, G., Cherny, N., e al. (Eds.). (2011). *Oxford textbook of palliative medicine* (4th ed.). Oxford University Press.
9. Ferrell, B. R., Coyle, N., & Paice, J. A. (Eds.). (2015). *Oxford textbook of palliative nursing* (4th ed.). Oxford University Press.
10. Guyatt, G. H., Oxman, A. D., Vist, G. E., Kunz, R., Falck-Ytter, Y., Alonso-Coello, P., & Schünemann, H. J. (2008). GRADE: An emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ*, 336, 924–926. <https://doi.org/10.1136/bmj.39489.470347.AD>
11. Mitchell, A. J., Chan, M., Bhatti, H., Halton, M., Grassi, L., Johansen, C., & Meader, N. (2011). Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: A meta-analysis of 94 interview-based studies. *The Lancet Oncology*, 12(2), 160–174. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(11\)70002-X](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(11)70002-X)
12. National Comprehensive Cancer Network. (2023). *NCCN clinical practice guidelines in oncology: Distress management*. <https://www.nccn.org>
13. Snaith, R. P. (2003). The hospital anxiety and depression scale. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1, 29. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-1-29>
14. Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092–1097. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>
15. Teunissen, S. C. C. M., Wesker, W., Kruitwagen, C., de Haes, H. C. J. M., Voest, E. E., & de Graeff, A. (2007). Symptom prevalence in patients with incurable cancer: A systematic review. *Journal of Pain and Symptom Management*, 34(1), 94–104. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2006.10.015>
16. Twycross, R., Wilcock, A., & Howard, P. (2017). *Palliative care formulary* (6th ed.). Palliativedrugs.com.
17. World Health Organization. (2018). *Palliative care*. <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/palliative-care>

Capitolul 3.4

Constipația

Autor: Gema Bacoanu

Revizor: Vladimir Porocho

I. ASPECTE TEORETICE

Constipația este o tulburare frecvent întâlnită în practica medicală, definită prin dificultatea în eliminarea scaunului, reducerea frecvenței acestuia sub trei ori pe săptămână, sau scaune dure și uscate, care pot provoca disconfort sau durere. Deși este adesea considerată o problemă benignă, constipația poate afecta semnificativ calitatea vieții pacientului, fiind asociată cu simptome precum balonare, senzație de plenitudine abdominală și chiar dureri abdominale intense.

În contextul îngrijirii paliative, constipația are o importanță deosebită, deoarece este o problemă comună în rândul pacienților cu boli cronice avansate sau în stadii terminale. Cauzele constipației în această categorie includ utilizarea medicamentelor opioide pentru durere, reducerea mobilității, modificările dietetice, deshidratarea și afectarea funcției intestinale prin boala de bază. Astfel, constipația poate fi atât o consecință directă a tratamentelor, cât și o manifestare a deteriorării generale a stării pacientului.

Evaluarea constipației trebuie să fie riguroasă și să includă istoricul detaliat, examinarea fizică și, dacă este necesar, investigații suplimentare pentru a exclude cauzele secundare sau complicațiile, cum ar fi fecalomul. Managementul constipației în îngrijirea paliativă trebuie să fie individualizat, cu accent pe prevenție și tratament adaptat nevoilor pacientului. Intervențiile pot include modificări dietetice (creșterea aportului de fibre și lichide), mobilizarea pacientului, precum și utilizarea laxativelor, care trebuie alese în funcție de mecanismul constipației și toleranța pacientului.

II. RECOMANDĂRI ÎN MANAGEMENTUL CONSTIPAȚIEI ÎN ÎNGRIJIREA PALIATIVĂ

Recomandările pentru managementul constipației în îngrijirea paliativă se bazează pe ghidurile ESMO/ MASCC (Larkin et al., 2018), NCCN Adult Cancer Pain (National Comprehensive Cancer Network [NCCN], 2025) și Scottish Palliative Care Guidelines (2024).

1. Recomandări cu privire la evaluarea pacientului cu constipație

Recomandare	Nivel evidență	Putere recomandare
Evaluarea proactivă a tuturor pacienților oncologici pentru constipație.	V	B
Identificarea cauzelor posibile (medicamente, factori dietetici, metabolici).	V	B
Utilizarea PROMs (Patient-Reported Outcome Measures)	V	B
Efectuarea investigațiilor nu este necesară sistematic.	V	B
Examenul fizic obligatoriu: palparea abdomenului, inspecția perineală și tușeul rectal.	V	B/ C
Analize de laborator specifice: Calciu corectat și funcția tiroidiană (dacă există suspiciune).	V	B

Radiografia abdominală simplă: utilă pentru diagnosticul de fecalom sau excluderea ocluziei.	V	C

SISTEM ESMO: Nivel evidență (LoE): I=RCT mari/ meta-analize; II=trialuri mici/ cohorte; III=studii caz-control; IV=serii cazuri; V=consens experți.

Putere: A=fermă; B=recomandată (consens); C=condiționată; D=precauție (Larkin et al., 2018)

2. Recomandări cu privire la tratamentul non- farmacologic

Recomandare	Nivel de evidență	Forța recomandării
Profilaxia obligatorie în constipația indusă de opioide: Toți pacienții care încep un tratament cu opioide trebuie să primească automat și un laxativ (cu excepția celor care au deja diaree).	V	B
Tratamentul inițial în constipația indusă de opioide: Pentru constipația cauzată de opioide, prima linie terapeutică constă tot în laxative osmotice (polietilenglicol) sau stimulante (Senna).	V	B
Terapii de linia a doua în constipația indusă de opioide (PAMORA): Dacă laxativele clasice eșuează, se recomandă antagoniști de receptori opioizi periferici (Naloxegol 25mg oral/ zi; Metilnaltrexonă 12mg s.c)	II	B
Prevenția prin combinația Opioid/ Naloxonă: Utilizarea medicamentelor care combină un agonist opioid cu naloxonă reduce incidența constipației din start.	II	B
Utilizarea laxativelor osmotice/ stimulante: Se recomandă polietilenglicol, lactuloză sau senna/ bisacodil ca opțiuni standard pentru constipația generală.	V	C
Laxativul de elecție la vârstnici: Administrarea a 17 g/ zi de Polietilenglicol este eficientă și bine tolerată, având un profil de siguranță superior.	V	B
Intervenții rectale de primă linie: Supozitoarele și clismele trebuie utilizate imediat ce tușeul rectal confirmă prezența fecalelor în ampula rectală sau un fecalom.	V	B
Siguranța clismelor la vârstnici: Se recomandă utilizarea clismelor saline izotonice în locul celor cu fosfat, pentru a evita dezechilibrele electrolitice grave la bătrâni.	V	B

SISTEM ESMO: Nivel evidență (LoE): I=RCT mari/ meta-analize; II=trialuri mici/ cohorte; III=studii caz-control; IV=serii cazuri; V=consens experți.

Putere: A=fermă; B=recomandată (consens); C=condiționată; D=precauție. (Larkin et al., 2018)

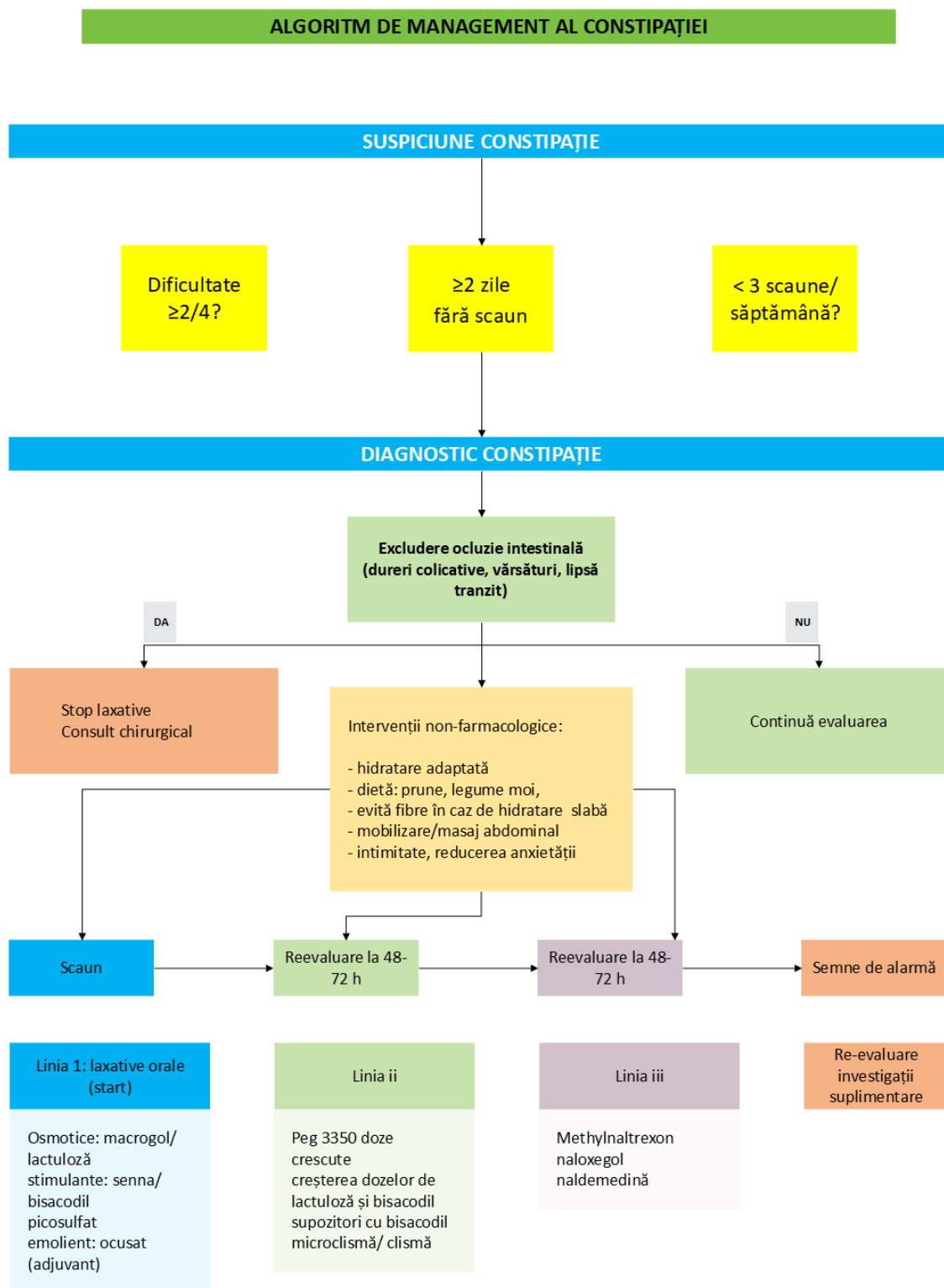
3. Recomandări cu privire la tratamentul non-farmacologic în constipație

Recomandare	Nivel de evidență	Forța recomandării
Asigurarea intimității și a confortului: Crearea unui mediu care să permită pacientului să defeca normal, respectându-i demnitatea, este esențială pentru succesul tratamentului.	V	B
Poziționarea fiziologică (ghemuit): Utilizarea unui scăunel sub picioare pentru a ridica genunchii deasupra șoldurilor ajută gravitația și facilitează evacuarea prin îndreptarea unghiului anorectal.	V	B
Suport dietetic și hidratare: Creșterea aportului de lichide este necesară pentru a menține consistența moale a scaunului, în special când se folosesc laxative osmotice.	V	B
Încurajarea mobilității: Creșterea activității fizice în limitele permise de starea pacientului (chiar și simpla mobilizare de la pat la scaun) stimulează peristaltismul intestinal.	V	B
Fragmentarea manuală: Fragmentarea digitală și extracția manuală a scaunului reprezintă prima etapă necesară înainte de regimul de menținere.	V	B
Anticiparea preventivă: Implementarea măsurilor de stil de viață simultan cu începerea tratamentului opioid pentru a preveni instalarea constipației.	V	B

SISTEM ESMO: Nivel evidență (LoE): I=RCT mari/ meta-analize; II=trialuri mici/ cohorte; III=studii caz-control; IV=serii cazuri; V=consens experți.

Putere: A=fermă; B=recomandată (consens); C=condiționată; D=precauție (Larkin et al., 2018)

III. ALGORITM DE MANAGEMENT AL CONSTIPAȚIEI



IV. FIȘE SUPORT

Fișa 1. Evaluarea inițială

Definiție: Nu există o definiție diagnostică unitară convenită pentru constipație în îngrijiri paliative, însă a fost propus un algoritm pentru diagnosticarea constipației, ce ia în considerare următoarele criterii, cu referire la ultimele 7-14 zile:

1. dificultatea la defecație ≥ 2 pe scala 0–4 (nivel moderat până la sever)
2. intervalul de timp de la ultimul scaun ≥ 2 zile
3. frecvența scaunelor ≤ 3 pe săptămână (Dzierzanowski, T., & Larkin, P., 2020)

Dacă cel puțin unul dintre aceste criterii atinge sau depășește valoarea de referință, se stabilește diagnosticul de constipație și este necesară ajustarea tratamentului laxativ (Clark K, & Currow DC, 2013).

Simptome ce pot însoți constipația: dureri abdominale, greață, vărsături, distensie abdominală, pierderea poftei de mâncare, și dureri de cap (Sizar O, et al, 2025).

Excluderea ocluziei intestinale: dacă există dureri colicative, greață, vărsături, absența tranzitului intestinal pentru gaze și materii fecale, se solicită consult chirurgical și nu se administrează laxative.

Evaluarea constipației: factori cheie în evaluarea constipației, cfr. ghidului ESMO 2018:

- ✓ Data ultimului scaun
- ✓ Frecvența scaunelor
- ✓ Consistența scaunului
- ✓ Modificări recente ale tiparelor intestinale
- ✓ Nevoia urgentă de a defeca (prezență sau absență)
- ✓ Senzația de evacuare (completă sau incompletă)
- ✓ Incontinență fecală (prezență sau absență, inclusiv scurgeri rectale)
- ✓ Prezența de sânge sau mucus în scaun
- ✓ Utilizarea actuală și anterioară de laxative
- ✓ Necesitatea manipulării digitale pentru a ajuta sau gestiona evacuarea (ESMO, 2018).

Fișa 2. Cauzele constipației în îngrijiri paliative

Înțelegerea cauzelor ajută la prevenirea complicațiilor și la alegerea celor mai potrivite măsuri de îngrijire. Cele mai frecvente cauze ale constipației în îngrijiri paliative sunt (Chen, J., et al., 2025):

- ✓ Status funcțional al pacientului: Imobilitate, inactivitate fizică

- ✓ **Medicație:** Opioide, antiacide, anticolinergice, antidepresive și neuroleptice, diuretice, antitusive, antiepileptice, antihistaminice, fier, bariu, antihipertensive, chimioterapie, etc.
- ✓ **Neuropatie și gastropareză:** Neuropatie autonomă datorată cașexiei, infiltrației plexului celiac, SLA, scleroză multiplă, carcinomatoză peritoneală, fibroză post-radioterapie, diabet zaharat cu neuropatie vegetativă, miopatie, neuropatie după leziuni/ parapareză spinală, boala Parkinson, demență.
- ✓ **Modificări anatomice:** Leziuni ano-rectale dureroase (fisuri, hemoroizi, abcese)
- ✓ **Modificări metabolice:** Deshidratare datorată aportului insuficient de lichide sau pierderii excesive de lichide, hipokaliemie, hipercalcemie, hipotiroidism, insuficiență renală.
- ✓ **Modificări ale dietei:** creșterea aportului de fibre, fără o creștere consecutivă a aportului de lichide, disgeuzie, modificări ale dietei, spitalizarea.
- ✓ **Factori psihologici:** stres și anxietate, depresie.
- ✓ **Factori sociali și de mediu:** lipsa intimității în spital, repaus la pat etc (Gill,V. et al., 2024).

Fișa 3. Intervenții non-farmacologice în managementul constipației

Intervențiile non-farmacologice au rolul de a sprijini confortul pacientului și de a reduce necesarul de intervenții medicamentoase. Alegerea și aplicarea lor se realizează individualizat, în funcție de starea generală, prognostic, aportul hidric și capacitatea de mobilizare (Li, J. et al, 2025).

1. Optimizarea aportului de lichide și ajustarea alimentației:

- ✓ Se încurajează consumul de lichide pe cât permite pacientul: apă, ceai, supe clare, compot
- ✓ Se preferă administrarea în înghițituri mici și dese pentru a evita oboseala și suprasolicitarea
- ✓ În situațiile cu aport foarte redus, creșterea consumului de fibre nu este recomandată, deoarece poate agrava constipația
- ✓ Se indică introducerea treptată a unor alimente cu ușor efect laxativ, ex. prune, legume moi (Schnitker, L. M., et al, 2025)
- ✓ Se evită fibrele crude sau cantitățile mari de cereale integrale la pacienții cu hidratare insuficientă
- ✓ Consistența alimentelor se adaptează la statusul de înghițire și toleranță digestivă (Alexandrescu, L et al., 2025).

2. Stimularea mobilității, în limitele toleranței

- ✓ Mobilizarea progresivă (ridicat în șezut, transfer la scaun, mers asistat).â
- ✓ La pacienții imobilizați complet se pot efectua mobilizări pasive ale membrilor inferioare pentru stimularea reflexă a tranzitului (Dzierzanowski T. & Mercadante, 2022)
- ✓ Masaj abdominal blând, circular, în sensul acelor de ceasornic, 5–10 minute, 1–2 ori/ zi, dacă nu există contraindicații (durere severă, suspiciune de obstrucție) (Cai, M. et al, 2025).

3. Îngrijirea zonei perianale

- ✓ Se utilizează creme emoliente pentru prevenirea fisurilor și reducerea disconfortului

- ✓ Sprijinul pacientului în relaxarea musculaturii (respirație lentă, mediu calm) poate reduce anxietatea asociată defecației.

4. Suport emoțional și comunicare

- ✓ Se abordează temerile legate de eliminare (durere, rușine, pierderea controlului)
- ✓ Se acordă timp, intimitate și un mediu liniștit pentru actul fiziologic
- ✓ Se respectă ritmul pacientului
- ✓ Obiectivul este confortul, nu regularitatea strictă a tranzitului (Dzierzanowski T. & Mercadante, 2022; Cai, M. et al, 2025).

Fișa 4. Prevenția constipației la pacienții care primesc opioide

Prevenția constipației la pacienții ce primesc opioide este recomandată, cu excepția cazului în care sunt contraindicate de diareea preexistentă; tuturor pacienților care primesc analgezice opioide trebuie să li se prescrie laxative concomitent.

Laxativele osmotice și stimulante sunt în general preferate. În caz de eșec se pot folosi antagoniștii opioizi periferici, cum ar fi metilnaltrexona sau naloxegolul. (vezi Tratament de linia a III-a)

Medicația combinată cu opiacee/ naloxonă s-a dovedit a reduce riscul de constipație indusă de opioide.

Se evită agenții de volum la pacienții cu aport lichidian scăzut sau mobilitate redusă.

Fișa 5. Intervenții farmacologice

- ✓ Pasul 1. Tratament de primă linie: (vezi tabel I)

Tabel I. Tratament de primă linie în managementul constipației

Tipul laxativului	Exemplu	Doze recomandate	Comentarii
osmotic	Macrogol	13-26g/ zi (1-2plicuri)	Titrat în funcție de efect: scop-scaun moale în 24-48 ore
	Lactuloză	15-30 ml x1-2/ zi	
	Săruri de magneziu: -Sulfat de magneziu	5g dimineața (laxativ) 10-15 g (purgativ)	Dozele excesive pot duce la hipermagneziemie Administrate cu prudență în insuficiența renală
	- Hidroxid de magneziu	25-50 ml/ zi (3g/ zi)	

	Sorbitol	5-15g/ zi	Acționează prin atragerea apei în intestine, înmuierea scaunului și stimularea mișcărilor intestinale
stimulant	Senna	7,5-15 mg/ zi seara	Creștere progresivă a dozelor până la efectul scontat
	Picosulfat sodic (Dulcopic)	5-10 mg/ zi	
	Bisacodil	5-10 mg/ zi seara	
emolient	Docusat sodic (Sintolax)	50-200 mg/ zi	Adjuvant; nu ca monoterapie

- ✓ Pasul 2. REEVALUARE LA 48–72 H. Dacă nu apare scaun, se crește doza sau se trece la pasul următor.
- ✓ Pasul 3. MEDICAȚIE DE LINIA A II-A (vezi tabel II) când răspunsul este insuficient:
 - Creșterea dozelor sau trecerea la un agent osmotice mai eficient, de tip polietilen glicol (PEG / Macrogol 3350), folosit regulat
 - Adăugarea unei intervenții rectale dacă este necesar: bisacodil- supozitoare sau microclisme/ clisme în scop evacuator
 - Clismă fosfatică: soluție hiperosmotice pe bază de fosfați de sodiu pentru a extrage apa din colon, înmuind astfel scaunele și provocând evacuarea rapidă.
 - Poate fi necesar și dezimpactare manuală cu analgezie adecvată și extragere manuală de fecaloame
 - Continuă laxativele oral.

Tabel II. Medicație de linia a II-a în managementul constipației

Laxativ	Doze	Comentarii
Bisacodil, supozitoare 10mg	1-2 supozitoare/ zi	Contraindicat în ocluzie intestinală, constipație spastică
Macrogol 3350, plic cu 13,3g	1 plic de 1-3 ori pe zi.	Contraindicat în obstrucție intestinală, stenoza sau perforație intestinală, boli inflamatorii intestinale

Clismă fosfatică 120ml	1 fl/ 120 ml, la nevoie	Contraindicații: neutropenie sau trombocitopenie, ileus paralytic sau obstrucție intestinală, intervenție chirurgicală colorectală sau ginecologică recentă, traumatisme anale sau rectale recente, colită severă, inflamație sau infecție abdominală, megacolon toxic, durere abdominală nedagnosticată, radioterapie recentă în zona pelviană (ESMO, 2018).
Microclismă 1flacon 10g (ex: Melilax)	10-20 g, la nevoie	

✓ Pasul 4. MEDICAȚIE DE LINIA A III-A:

În constipația indusă de opioide, dacă aceasta nu răspunde la laxative din liniile I-II, se recomandă utilizarea unui **antagonist periferic al receptorilor opioizi** (vezi tabel III) (Kistemaker, K.R.J. et al., 2024).

Tabel III. Medicație de linia a III-a în managementul constipației

Laxativ	Doze	Observații
Methylnaltrexon	0,15 mg/ kg SC , la 48 de ore	În afectare renală: dacă clearance-ul creatininei este mic (ex: < 60 mL/ min), doza SC se reduce la jumătate
Naloxegol	12,5-25 mg/ zi oral, o dată pe zi,	Pentru insuficiență renală (ex: CrCl < 60 mL/ min): se recomandă 12,5 mg/ zi, cu eventual creștere la 25 mg dacă este tolerat și este nevoie
Naldemedină	0,2 mg/ zi, oral	Nu se cere ajustare a dozei la insuficiență renală ușoară sau moderată În afectare hepatică severă: se evită utilizarea.

✓ Pasul 5. REEVALUARE LA 48–72 H. Dacă nu apare scaun se poate solicita consult de gastroenterologie/chirurgie, la nevoie.

V. PARTICULARITĂȚI ÎN MANAGEMENTUL CONSTIPAȚIEI ÎN INSUFICIENȚELE DE ORGAN

1. Insuficiență renală cronică (IRC):

Constipația poate fi accentuată de limitarea aportului oral de potasiu în dietă prin reducerea consumului fructe și legume proaspete.

Se recomandă:

- ✓ Creșterea aportului de alimente bogate în fibre și controlul hiperkalemiei fără a restricționa fructele și legumele (Kalantar-Zadeh, K. et al., 2022).

În IRC, anumite laxative pot determina acumularea de electroliți și complicații metabolice.

Se evită:

- ✓ Laxativele ce conțin magneziu (hidroxid de magneziu, citrat de magneziu), din cauza riscului de hipermagneziemie
- ✓ Clisme pe bază de fosfați, care pot conduce la hiperfosfatemie și hipocalcemie.

Preferate:

- ✓ Macrogol (PEG / Macrogol 3350), sigur și fără absorbție sistemică relevantă
- ✓ Lactuloza, cu monitorizarea posibilului disconfort prin balonare
- ✓ Senna sau Bisacodil, în doze ajustate în funcție de răspuns (Cha, R.R. et al., 2023).

În constipația indusă de opioide, Methylnaltrexon poate fi utilizat în IRC, însă doza trebuie adaptată în funcție de filtrarea glomerulară (FG).

2. Insuficiență hepatică (IH)

Pacienții cu IH au risc crescut de encefalopatie, iar managementul constipației joacă un rol terapeutic suplimentar.

- ✓ Lactuloza reprezintă prima opțiune, datorită capacității de a reduce absorbția amoniacului și de a preveni episoadele de encefalopatie hepatică
- ✓ Se monitorizează apariția balonării sau a diareei, care pot duce la deshidratare
- ✓ Senna și Bisacodil pot fi folosite cu prudență, iar PEG este o alternativă sigură, ajustată după toleranță și consistența scaunului.

Principiul cheie: menținerea unui echilibru adecvat hidro-electrolitic.

3. Insuficiență cardiacă (IC)

- ✓ Atenție la lichide: evităm recomandări standard de creștere a aportului de apă, deoarece poate agrava retenția

Preferate:

- ✓ Macrogol (PEG) este bun, deoarece crește conținutul de apă în scaun local, fără a impune hidratare mare
- ✓ Senna sau bisacodil rămân opțiuni valabile.

Se evită:

- ✓ Clisme voluminoase → pot crește stresul circulator.

4. Insuficiență respiratorie severă

Balonarea poate crește dispneea, deci:

- ✓ Preferăm PEG în locul lactulozei (care poate fermenta)
- ✓ Evităm clisme repetitive (obosesc pacientul).

De preferat:

- ✓ Suport fizic/ gimnastică pe pat, masaj abdominal, poziționare laterală pot ajuta.

5. Constipație în context neurologic (ex. demență, AVC, medular)

Constipația poate accelera declinul cognitiv prin afectarea axei creier–intestin, unde microbiota intestinală, inflamația și modificările neurotransmițătorilor joacă un rol esențial. Interacțiunea dintre constipație și insuficiența cognitivă amplifică povara bolii și crește stresul legat de îngrijire în rândul persoanelor vârstnice (Wang, Q., Yi, T., & Jiang, X., 2025).

Motilitatea colonului poate fi lentă:

- ✓ De preferat: Senna regulat + PEG

Dacă reflexul rectal e pierdut:

- ✓ De preferat: Supozitoare cu bisacodil sau microclisme programate, la ore fixe.

VI. MEDICAȚIE PEDIATRICĂ PENTRU CONTROLUL CONSTIPAȚIEI ÎN ÎNGRIJIRI PALIATIVE PEDIATRICE (TRAN DL, & Sintusek P, 2023; GHID PcERC, 2023)

Prevenția constipației la pacienții care primesc opioide:

- ✓ Asocierea unui laxativ de înmuiere cu un laxativ de stimulare, administrate zilnic:
 - **Senna:** 2-6 ani: 1/ 4-1/ 2 l-țe x2/ zi; 6-12 ani 1-2 l-țe/ zi sau 1-2 tb seara +lactuloză:
 - **Lactuloză:** Adolescenți cu vârsta peste 14 ani: 15-30 ml pe zi, timp de 2-3 zile. Copii cu vârsta între 6 și 12 ani și adolescenți cu vârsta sub 14 ani: 15 ml pe zi, timp de 2-3 zile. Sugari și copii cu vârsta sub 6 ani: 5-10 ml pe zi.

Dacă este prezentă constipația se tratează alte cauze care au determinat constipația: hipercalcemia, dizabilitatea, medicamente, etc. ⁱ

- ✓ Creșterea dozei de laxative cu scopul de a obține o defecație fără efort la 1-2 zile:
 - **Bisacodyl** comprimate: 6-12 ani 1 tb/ zi (5 mg/ zi); >12 ani 2-3 tb/ zi (5-15 mg/ zi)- timp de acțiune 6-12 ore
 - **Bisacodyl** supozitoare: 6-12 ani: 5 mg i.r. odata/ zi; >12 ani: 10 mg (1 supozitor) o dată/ zi – timp de acțiune 50-60 minute + lactuloză până la obținerea unui scaun ușor de eliminat la 1-2 zile.

In caz de fecalom: examenul clinic abdominal și tușeul rectal sunt esențiale.

- ✓ Eliminarea manuală a fecalomului după o premedicație cu un analgetic și anxiolitic.
 - **Lactuloza:** Adolescenți cu vârsta peste 14 ani: 15-30 ml pe zi, timp de 2-3 zile. Copii cu vârsta între 6 și 12 ani și adolescenți cu vârsta sub 14 ani: 15 ml pe zi, timp de 2-3 zile. Sugari și copii cu vârsta sub 6 ani: 5-10 ml/ zi
 - **Supozitor cu glicerină + supozitor bisacodil:** 6-12 ani: 5mg i.r. o dată/ zi; >12 ani: 10 mg (1 supozitor) o dată/ zi

În caz de persistență a constipației: se cresc dozele de laxative sau se adaugă alte laxative sau sub altă formă de administrare

- ✓ Se poate adăuga un medicament prokinetic:
 - **Metoclopramid:** sub 1 an: 1 mg de 2 ori/ zi (5 ml sirop de 2 ori/ zi); 3 ani si 10-14 kg: 1 mg clorhidrat de metoclopramid anhidru de 3 ori/ zi (5 ml sirop de 3 ori/ zi); 3-5 ani si

15-19 kg: 2 mg clorhidrat de metoclopramid anhidru de 3 ori/ zi (10 ml sirop de 3 ori/ pe zi); 5-9 ani si 20-29 kg: 2,5 mg clorhidrat de metoclopramida anhidru de 3 ori/ zi (12,5 ml sirop de 3 ori/ zi)

- **Bisacodil** sup. (efect în 15-60 min)
- Plicuri de **Macrogol**: Adolescenți peste 12 ani: 2-6 plicuri/ zi de macrogol (Movicol) pentru 1-3 zile și se întrerupe administrarea altor laxative pe durata aceasta. **Macrogol** (Movicol): la copii 2-6 ani: doza inițială este 1 plic/ zi; la copii 7-11 ani: 2 plicuri/ zi (se poate în două prize)
- **Clismă cu ulei de parafină** seara la culcare
- **Soluție apoasă alcalină** (Clisma Lax) conține 133ml de soluție salină hiperosmotică de fosfați de sodiu, stabilizată și tamponată la pH 5,5. La copii de peste 12 ani doza este de un flacon: în caz de nevoi speciale, se pot administra consecutiv două sau trei flacoane. Copii între 3 și 12 ani, jumătate de flacon.
Administrarea cotidiană de ClismaLax nu trebuie să depășească 7 zile.

VII. STUDIU DE CAZ

Pacient în vârstă de 67 ani, diagnosticat cu neoplasm de pancreas cu MTS hepatice, este sub tratament antalgic cu Vendal 30 mg/ 12h + 10 mg la nevoie. Se prezintă pentru absența scaunului de 4 zile; acuză balonare, greață ușoară și dificultate la defecație.

Context relevant: aport hidric redus (≈ 500 ml/ zi), mobilitate limitată, lactuloză luată ocazional, subdozat, creștere recentă a dozei de opioide.

La examenul clinic: abdomen moderat distens, zgomote hipoactive.

Tușeu rectal: fecale dure (fecalom incipient).

Fără semne de ocluzie completă.

Diagnostic probabil: Constipație indusă de opioide (>2 zile fără scaun, dificultate crescută la defecație, scaune tari).

Întrebări pentru evaluare:

1. Care sunt criteriile prin care confirmăm constipația?

(Ghid: dificultate defecație, >2 zile fără scaun, <3 scaune/ săptămână)

2. Ce diagnostic diferențial trebuie exclus înainte de tratament?

(Ocluzie intestinală, fecalom complicat, deshidratare severă, dezechilibre electrolitice)

3. Ce factori contribuie la constipația acestui pacient?

(Opioide, imobilitate, aport hidric insuficient, neutilizarea corespunzătoare a laxativelor)

4. Ce tratament inițial este recomandat?

(Creșterea tratamentului laxativ, tratament rectal -supozitor bisacodil / microclismă, corectarea hipokalemiei, masaj abdominal, recomandări privind lichide, mobilizare, intimitate, managementul fecalomului (eventual dezimpactare).

Laxativ osmotik + stimulant administrat zilnic, nu la nevoie.

5. Când devine necesar consultul chirurgical?

(Dureri colicative intense, vărsături repetate, absența totală a gazelor, abdomen acut)

Conduită recomandată:

- Non-farmacologic: Creșterea aportului hidric, masaj abdominal, mobilizare, consiliere și educația pacientului și a familiei acestuia pentru prevenția constipației indusă de opioide
- Corectarea hipokaliemiei
- medicație indicată: Lactuloză 10 ml x 3/ zi +bisacodil 1cp x 2/ zi
- Reevaluare în 48–72 h
- PEG/ macrogol 1–3 plicuri/ zi
- Microclismă dacă nu apare scaun în 24 h

REZUMAT

Constipația în îngrijiri paliative se diagnostichează dacă apare cel puțin una dintre următoarele:

- dificultate la defecație $\geq 2/4$,
- fără scaun ≥ 2 zile,
- < 3 scaune/ săptămână.

Evaluare: frecvență, consistență, modificări recente, senzația de evacuare, laxative folosite, necesitatea manevrelor.

Tratament:

- **Non-farmacologic:** hidratare adaptată, dietă, mobilizare, masaj, suport emoțional
- **Linia I:** macrogol, lactuloză; senna, bisacodil; docusat (adjuvant)
- **Linia II:** macrogol 3350 doze mari, supozitoare, microclisme, clisme fosfatice, dezimpactare
- **Linia III:** metilnaltrexonă / naloxegol / naldemedină (constipație indusă de opioide).

Reevaluare la 48–72h după fiecare pas.

Particularități:

- IRC → evită Mg, fosfați; preferă PEG
- IH → lactuloza prima alegere
- IC → limitează lichidele; preferă PEG
- Boli neurologice → Senna + PEG; supozitoare dacă reflexul rectal e absent
- Pediatrie → laxativ de înmuiere + stimulant; adaptare doze; tratament fecalom.

Bibliografie

1. Alexandrescu, L., Iordache, I. E., Stanigut, A. M., et al., (2025). Rehabilitation for Chronic Constipation: Integrative approaches to diagnosis and treatment. *Gastrointestinal Disorders*. 2025;7(1):11. <https://doi.org/10.3390/gidisord7010011>
2. Cai, M., Yin, J., Fang, X., Li, Y., Hu, L., & Xu, Y. (2025). The efficacy of non-pharmacological interventions for treating constipation symptoms in lung cancer patients: a systematic review and network meta-analysis. *Frontiers in oncology*, 15, 1633167. <https://doi.org/10.3389/fonc.2025.1633167>

3. Cha, R. R., Park, S. Y., Camilleri, M., & Constipation Research Group of Korean Society of Neurogastroenterology and Motility (2023). Constipation in Patients With Chronic Kidney Disease. *Journal of neurogastroenterology and motility*, 29(4), 428–435. <https://doi.org/10.5056/jnm23133>
4. Chen J, Good P, Stokes C, Gurgenci T. Management of constipation in people receiving palliative care. *Aust J Gen Pract*. 2025 Aug;54(8):524-529. doi: 10.31128/AJGP-08-24-7393. PMID: 40754961.
5. Clark K, Currow DC. Constipation in palliative care: what do we use as definitions and outcome measures? *J Pain Symptom Manage*. 2013 Apr;45(4):753-62. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2012.03.016. Epub 2012 Aug 30. PMID: 22940559.
6. Dzierzanowski T., Mercadante S. (2022). Constipation in cancer patients - an update of clinical evidence. *Current Treatment Options in Oncology*, 23(7), 936–950. <https://doi.org/10.1007/s11864-022-00976-y>
7. Dzierzanowski, T., & Larkin, P. (2020). Proposed Criteria for Constipation in Palliative Care Patients. A Multicenter Cohort Study. *Journal of clinical medicine*, 10(1), 40. <https://doi.org/10.3390/jcm10010040>
8. GHID PcERC, Palliative Care Education and Research Consortium, Paediatric Palliative Care Guidelines, 2023, available here: <https://icpcn.org/wp-content/uploads/2023/02/Peatric-protocols-Final.pdf>
9. Gill, V., Badrzadeh, H., Williams, S., Crouch, N. M., Buga, S., Mooney, S., & Fasolino, T. (2024). A Rapid Review on the Management of Constipation for Hospice and Palliative Care Patients. *Journal of hospice and palliative nursing : JHPN : the official journal of the Hospice and Palliative Nurses Association*, 26(3), 122–131.
10. Kalantar-Zadeh, K., Lockwood, M. B., Rhee, C. M., et al., (2022). Patient-centred approaches for the management of unpleasant symptoms in kidney disease. *Nature reviews. Nephrology*, 18(3), 185–198. <https://doi.org/10.1038/s41581-021-00518-z>
11. Kistemaker, K.R.J. et al., (2024) Pharmacological prevention and treatment of opioid-induced constipation in cancer patients: A systematic review and meta-analysis, *Cancer Treatment Reviews*, Volume 125, 102704
12. Larkin, P.J. et al. Diagnosis, assessment and management of constipation in advanced cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines[†] *Annals of Oncology*, Volume 29, iv111 - iv125
13. Li, J., Zhang, D., Zhang, Y., Li, C., et al., (2025). Improving the nursing quality of non-pharmacological interventions for elderly patients with constipation in hospital: a best practice implementation project. *JB I evidence implementation*, 23(4), 453–461. <https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000478>
14. National Comprehensive Cancer Network. (2025). *NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®): Constipation (Version 1.2025). https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/pain.pdf
15. Schnitker, L. M., Alrababah, S., Young, A., et al., (2025). Best Practice to Prevent Constipation in People Living With Dementia: A Scoping Review. *International journal of older people nursing*, 20(4), e70033. <https://doi.org/10.1111/opn.70033>
16. Scottish Palliative Care Guidelines. (2024). *Constipation*. <https://www.palliativecareguidelines.scot.nhs.uk/guidelines/pain-and-symptoms/constipation.aspx>
17. Sizar O, Genova R, Gupta M. Opioid-Induced Constipation. [Updated 2023 Aug 7]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK493184/>
18. Tran DL, Sintusek P. Functional constipation in children: What physicians should know. *World J Gastroenterol*. 2023 Feb 28;29(8):1261-1288. doi: 10.3748/wjg.v29.i8.1261. PMID: 36925458; PMCID: PMC10011959.
19. Wang, Q., Yi, T., & Jiang, X. (2025). Constipation and risk of cognitive impairment and dementia in adults: a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in neurology*, 16, 1600952. <https://doi.org/10.3389/fneur.2025.1600952>

Capitolul 3.5

Delirium

Autor: Monica Moarcăș
Revizor: Daniela Moșoiu

I. ASPECTE TEORETICE

Deliriumul este un sindrom neurocognitiv care se datorează unei disfuncții cerebrale globale acute. Este frecvent întâlnit în paliative, având o prevalență de 42% la pacienții din unități de spitalizare în îngrijiri paliative (Bush, S.H., et al, 2017). Reprezintă cel mai frecvent sindrom neuropsihiatric la pacienții cu cancer în stadii avansate (Hui, D., et al, 2024).

Definiție

Deliriumul este o alterare acută a conștienței, cu afectarea orientării și atenției, scădere a funcțiilor cognitive și anomalii de percepție, care fluctuează în timp.

Diagnosticul de delirium se stabilește face conform criteriilor Manualului DSM-V.

Pentru stabilirea diagnosticului, sunt necesare:

1. O tulburare a atenției (capacitate redusă de a îndrepta, concentra, menține și comuta atenția) și a conștientizării (orientare redusă la mediu).
2. Tulburarea se dezvoltă într-un interval scurt de timp (de obicei, de la ore la zile) și prezintă fluctuații pe parcursul zilei.
3. O tulburare suplimentară a funcțiilor cognitive (deficit de memorie, confuzie, tulburări de limbaj, tulburări de percepție).
4. Simptomele de la punctele 1 și 3 nu sunt mai bine explicate de o tulburare neurocognitivă preexistentă, stabilită sau aflată în evoluție și nu apar în contextual unei alterări severe a conștienței, precum coma.
5. Există dovezi anamnestice, din examenul clinic și teste de laborator că modificările reprezintă consecința fiziopatologică directă a unei afecțiuni medicale, abuzului sau sevrajului la un toxic sau a mai multor etiologii (Cheshire and Merseyside Palliative & End of Life Care Network Audit Group, 2019).

Clasificare și manifestări clinice

1. Delirium Hiperactiv (minim 3 dintre următoarele): agitație, hipervigilență, furie, iritabilitate, limbaj injurios, combativitate, răspunsuri motorii rapide, distractibilitate, euforie, deplasare necontrolată, gânduri persistente, insomnie, coșmaruri.
2. Delirium Hipoactiv (minim 4 dintre următoarele): bradilalie, bradipsihie, letargie, mișcări lente, apatie, privire fixă, scăderea conștienței – somnolență.
3. Delirium Mixt – manifestări din ambele categorii (The American Psychiatry Association, 2025, Rosen, H. et al, 2024).

Epidemiologie

- Deliriumul se întâlnește la 9-57% dintre pacienții vizitați de echipe de îngrijiri paliative de spital (Hui, D., et al, 2024).
- Deliriumul apare la 6-74% dintre pacienții spitalizați în unități de îngrijiri paliative (Hui, D., et al, 2024).
- În perioada terminală, 42-88% dintre pacienți vor dezvolta delirium (Hui, D., et al, 2024).

- Deliriumul terminal se consideră a fi ireversibil (Hui, D., et al, 2024).
- Prezența tulburării neurocognitive crește de 5 ori riscul de a dezvolta delirium.

Diagnosticul diferențial cu demența (Fong, T.G. & Inouye, S.K., 2022)

Caracteristică	Delirium	Demența din cadrul bolii Alzheimer	Demența frontotemporală	Boală cu corpi Lewy difuză	Demența vasculară
Elemente specifice	Afectare a atenției Memoria imediată este profund afectată	Tulburări ale memoriei și deficite în alte domenii cognitive	Tulburări comportamentale Dificultate în a menține atenția	Fluctuații cognitive și ale atenției	Deteriorare abruptă sau în trepte Alterări ale personalității Fluctuații dispoziționale Deficite cognitive
Debut	Acut, episodic	Insidios	Insidios	Insidios	Insidios
Durata	Ore-zile	Luni-ani	Luni-ani	Luni-ani	Luni-ani
Evoluție	Fluctuantă Simptomatologia poate fi mai gravă pe durata nopții sau dimineața, la trezire	Cronică, progresivă	Cronică, progresivă	Cronică, progresivă	Cronică, progresivă
Atenția	Alterarea atenției face parte din definiția deliriumului conform manualului DSM-V	În general normală Afectată în stadii avansate	Afectare persistentă, precoce în evoluția bolii	Fluctuantă	Poate fi alterată precoce în evoluția bolii Poate fi persistent afectată

Orientare	Fluctuează, dar în general dezorientare temporospațială, allopsihică, uneori și autopsihică	Dezorientare temporospațială, ulterior allopsihică și autopsihică	Tipic intactă	Fluctuantă	Fluctuantă
Gândire	Laxitate a asociațiilor de idei, "fugă de idei"	Gândirea abstractă este afectată	Impulsivitate, judecată redusă	Gândire dezorganizată	Funcție executivă anormală, judecată redusă, rigiditate mentală
Percepție/senzoriu	Iluzii, idei delirante, halucinații frecvent vizuale, tactile sau nedefinite	Idei delirante de persecuție sau prejudiciu, apar în special în stadii avansate. Halucinații auditive, vizuale rar întâlnite.	Idei delirante paranoide, religioase sau bizare	Halucinații vizuale recurente, bine definite, detaliate	Idei delirante mai frecvente în stadii avansate.
Ritm somn-veghe	Inversare ritm somn-veghe.	Fragmentare a somnului. În general se inversează ritmul somn-veghe.	Somn fragmentat sever	Tulburări ale comportamentului în somn REM	Tulburări de somn frecvente.
Manifestări fizice asociate	Agitație psihomotorie în delirium hiperactiv	Rare	Hiperoralitate	Parkinsonism	Retard psihomotor

II. RECOMANDĂRI

Recomandare 1: **Se sugerează** la pacienții vârstnici cu cancer eliminarea medicamentelor care pot favoriza delirium pentru prevenția acestuia (V, B; nivel scăzut de recomandare). (Bush, S.H.; et al, 2018).

Recomandare 2: **Se recomandă** rotația opioidelor la fentanil sau metadonă în cazul deliriumului asociat opioidelor, cu o reducere a dozei echianalgezice opioide cu 30-50% (V, B; nivel scăzut de recomandare) (Bush, S.H.; et al, 2018).

Recomandare 3: **Se recomandă** rotația opioidelor poate fi o opțiune potrivită când sunt prezente semne de toxicitate indusă de opioide, cu manifestări neurologice (V, B: nivel scăzut de recomandare) (Bush, S.H.; et al, 2018).

Recomandare 4: **Nu se recomandă** administrarea de haloperidol sau risperidonă în deliriumul ușor-moderat, deoarece nu au un beneficiu demonstrabil în gestionarea simptomatică (I, D; nivel înalt de recomandare) (Bush, S.H.; et al, 2018).

Recomandare 5: **Se recomandă** administrarea olanzapinei pentru gestionarea simptomatică a delirului (III, C; nivel mediu de recomandare) (Bush, S.H.; et al, 2018).

Recomandare 6: **Se recomandă** administrarea quetiapinei în gestionarea simptomatică a delirului (V, C; nivel scăzut de recomandare) (Bush, S.H.; et al, 2018).

Recomandare 7: Administrarea aripiprazolului poate oferi beneficii în gestionarea simptomatică a deliriumului (IV, C; nivel scăzut de recomandare) (Bush, S.H.; et al, 2018).

Recomandare 8: **Se sugerează** administrarea de metilfenidat pentru îmbunătățirea funcției cognitive la pacienții cu delirium hipoactiv în care nu sunt prezente nici idei delirante, nici tulburări de percepție și pentru care nu a fost identificată nicio cauză (V, C; nivel scăzut de recomandare) (Bush, S.H.; et al, 2018).

Recomandare 9: **Se recomandă** utilizarea benzodiazepinelor pentru sedare și anxioliză pentru gestionarea acută a disconfortului simptomatic sever asociat cu deliriumul (II, C; nivel moderat-înalt de recomandare) (Bush, S.H.; et al, 2018).

Recomandare 10: **Se sugerează** utilizarea hidratării parenterale sau orale prin sondă nazogastrică pentru gestionarea simptomatică a deliriumului la pacienții la care deshidratarea contribuie la apariția deliriumului, după evaluarea atentă a balanței efecte negative-beneficii; decizia se va lua individualizat, de la caz la caz, luând în calcul preferințele și valorile pacientului (V, C) (Bush, S.H.; et al, 2018).

Recomandare 11: **Se sugerează** hidratarea parenterală sau orală prin sondă nazogastrică la pacienții cu delirium hipoactiv, care nu consumă alcool, în paralel cu alte intervenții clinice cu scopul de a reversibiliza episodul de delirium (Bush, S.H.; et al, 2018).

Recomandare 12: **Se recomandă** tratamentul antibiotic pentru controlul unei infecții când aceasta se consideră factor declanșator al deliriumului și se află în concordanță cu obiectivele de îngrijire ale pacientului și cu traiectoria bolii (V, C; nivel scăzut de recomandare] (Bush, S.H.; et al, 2018).

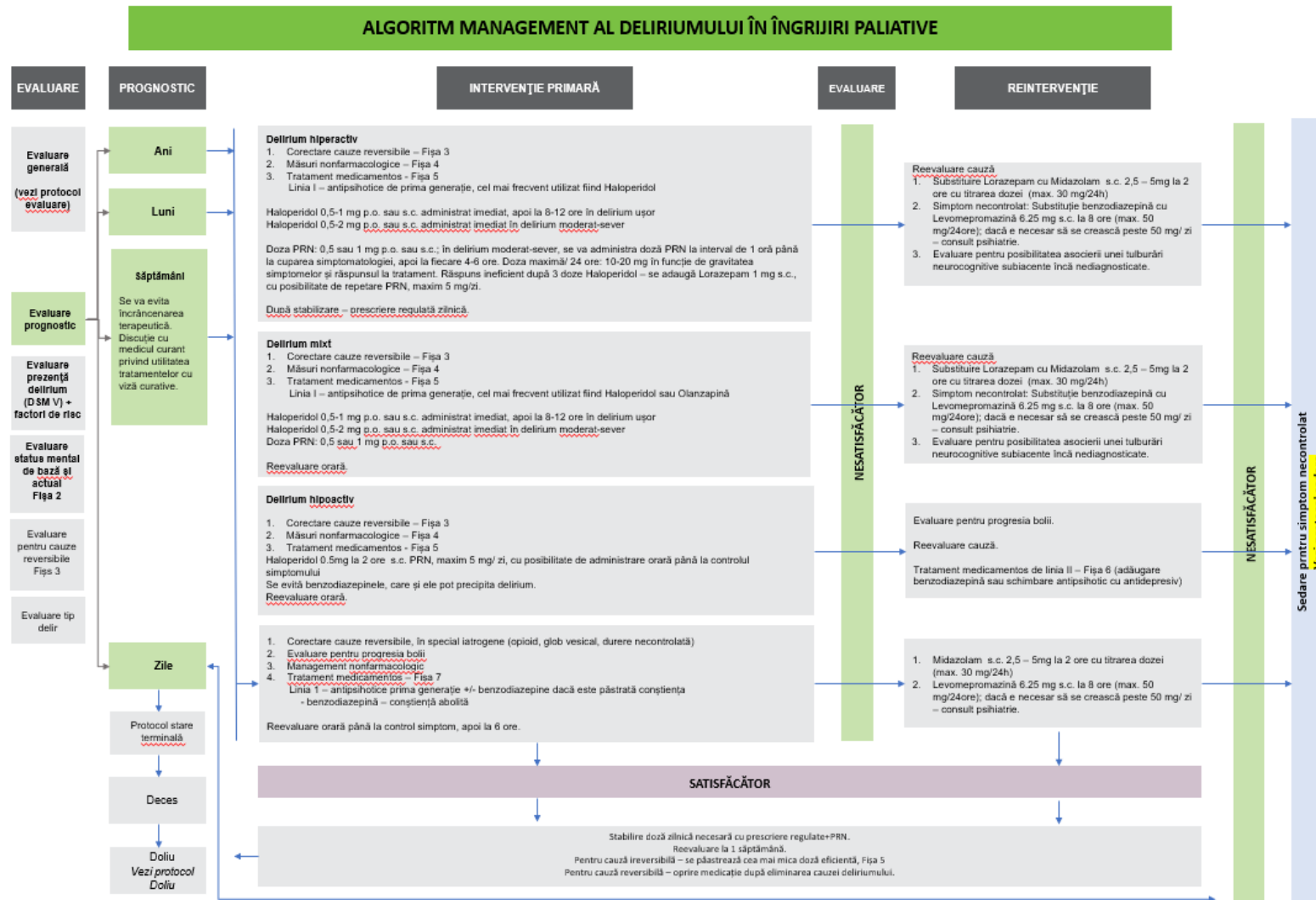
Recomandare 13: **Se recomandă** administrarea de bisfosfonații (de exemplu pamidronatul și acidul zoledronic – acidul zoledronic se inițiază în doză de 4 mg, doza de 8 mg se va administra în cazuri recidivante sau refractare) la pacienții cu hipercalemie, întrucât s-a dovedit că pot reversibiliza deliriumul într-un număr substanțial de cazuri (I, A: nivel înalt de recomandare) (Bush, S.H.; et al, 2018).

Recomandare 14: **Se recomandă** întreruperea administrării medicamentelor implicate, restricția de lichide și un aport oral adecvat de sare pentru gestionarea SIADH confirmat la pacienții cu delirium; nu se recomandă restricția strictă de lichide la pacienții cu prognostic scurt, în special când nu este în concordanță cu obiectivele lor de îngrijire (V, C; nivel scăzut de recomandare) (Bush, S.H.; et al, 2018).

Recomandare 15: **Se recomandă** suplimentare cu magneziu pentru gestionarea hipomagneziemiei la pacienții cu delirium, în special dacă prezintă patologie oncologică (V, C; nivel scăzut de recomandare) (Bush, S.H.; et al, 2018).

Recomandare 16: **Se recomandă** întreruperea chimioterapiei și imunoterapiei la pacienții cu patologie oncologică și delirium asociat acestor tratamente (V, C; nivel scăzut de recomandare) (Bush, S.H.; et al, 2018).

III. ALGORITM MANAGEMENT AL DELIRIUMULUI ÎN ÎNGRIJIRI PALIATIVE



IV. FIȘE SUPORT

Fișa 1. Evaluarea inițială a pacientului cu delirium (Bush, S.H.; et al, 2018, Bush, S.H.; et al 2017, AMDA, 2023).

La un pacient cu boală oncologică la care se suspicionează prezența delirului, evaluarea inițială riguroasă se va concentra pe identificarea factorilor predispozanți și precipitanți [III, A]. (Bush, S.H.; et al, 2018).

Factori de risc pentru delirium

Este importantă cunoașterea factorilor de risc pentru instalarea deliriumului, în special când este vorba de deliriumul hipoactiv, care poate fi paucisimptomatic și poate reprezenta o provocare ca identificare. De asemenea, se vor adresa factorii precipitanți potențial reversibili în mod specific. Este necesară proactivitate în evaluarea prezenței acestor factori de risc la pacienții din îngrijiri paliative.

a) Factori predispozanți – caracteristici intrinsece ale pacientului

1. Vârstă peste 75 de ani
2. Bariere culturale (de exemplu, limbă; obiceiuri legate de vârstă sau sănătate)
3. Prezența dispozitivelor medicale (de exemplu, linii intravenoase, catetere Foley, restricții fizice)
4. Antecedente familiale de delirium, depresie, demență sau o afecțiune psihiatrică primară la o rudă de gradul întâi
5. Istoric de pierdere personală recentă (de exemplu, pierderea nouă a autonomiei, a unei părți a corpului, a unui membru al familiei, a unui prieten, a statutului funcțional, soț/soție/partener semnificativ)
6. Afectare a analizatorilor (de exemplu, vedere, auz)
7. Izolare, restricții sociale (de exemplu, în scopuri de control al infecțiilor)
8. Bariere de comunicare (de exemplu, afazie)
9. Tulburări de mobilitate
10. Antecedente personale de delirium, depresie, tulburări de dispoziție, psihoză, spitalizare psihiatrică, tentativă de suicid
11. Pierdere în greutate, anorexie
12. Fragilitate
13. Comorbidități – insuficiențe de organ, tumori cerebrale primare sau secundare, sindroame paraneoplazice

b) Factori precipitanți

1. Dezechilibre hidroelectrolitice, inclusiv SIADH
2. Deshidratare
3. Tulburări metabolice (hipoglicemie)
4. Traumatisme, în special craniocerebrale
5. Infecții sau sepsis

6. Tulburări gastrointestinale (de exemplu, constipație/impactare fecală, diaree, vărsături)
 7. Deficiențe nutriționale (vitamina B1, vitamina B6)
 8. Efecte ale radioterapiei cerebrale
 9. Chimioterapice: metotrexat, cisplatin, vincristină, procarbazină, citarabină, etoposide în doză mare, compuși nitrozoureici, agenți alkilanți
 10. Scheme terapeutice complexe (în special medicamente cu efecte asupra SNC)*
 11. Uz și abuz de toxice nutriționale (alcool) sau sevraj de substanțe (alcool, opioide, benzodiazepine, barbiturice etc.)
 12. Privare de somn
 13. Tranziții de îngrijire (de exemplu, spitalizare recentă)
 14. Intervenții chirurgicale recente
 15. Patologie vasculară recentă – accident vascular cerebral, infarct miocardic
 16. Simptome necontrolate – **durere!**
- (Bush, S.H., et al, 2018, Wilson, J.E., 2020)

* **Medicamente care pot induce delirium:** (Bush, S.H., et al, 2018).

1. Agenți cu acțiune centrală
 - Anticonvulsivante (de exemplu, barbiturice)
 - Hipnotice sedative (de exemplu, benzodiazepine)
2. Analgezice
 - Opioide în special majore
3. Antihistaminice
4. Anticolinergice
5. Agenți gastrointestinali
 - Antispastice (de exemplu, dicyclomină)
 - Blocante H2
6. Antiemetice (de exemplu, meclizină, proclorperazină, prometazină)
7. Antibiotice
 - Fluorochinolone
8. Psihotrope
 - Antidepresive triciclice (de exemplu, amitriptilină)
9. Diverse
 - Corticosteroizi
 - Relaxante musculare scheletice

Evaluarea simptomului

- Se va utiliza protocolul OPQRSTUV adaptat.
- O (Onset=Debut) – De când a debutat simptomatologia? A fost un debut acut sau progresiv?
- P (Factori declanșatori sau amelioratori) – Ce elemente au determinat, agravează sau ameliorează simptomatologia?

- Q (Calitatea) – Ce manifestări prezintă pacientul – alterări ale stării de conștiență – somnolență, obnubilare, agitație psihomotorie; alterări ale senzoriului – dezorientare temporo-spațială, confuzie, fenomene psihotice; tulburări de atenție și de memorie, în special, de scurtă durată? Sunt prezente fluctuații diurne sau nocturne ale simptomatologiei?
- S (Severitatea) – Care este intensitatea simptomatologiei? Pentru agitație, se poate utiliza scala RASS-PAL.
- T (Tratament) – Se află pacientul sub un tratament care ar putea precipita deliriumul?
- U (Understanding=Înțelegere) – Ce consideră familia și îngrijitorii că determină simptomatologia pacientului?
- V (Valori) – Care sunt așteptările și valorile pacientului (în limita posibilităților de evaluare ale acestora, se poate face indirect prin discuția cu familia) și familiei sau îngrijitorilor săi legate de acest simptom și controlul lui?

Evaluarea inițială complexă va include:

- Istoricul medical – se vor obține detalii de la familie și/ sau personal
- Revizuirea întregii scheme de medicație
- Identificarea factorilor de risc
- Examen clinic obiectiv general și neurologic
- Investigații de laborator sau imagistice specifice – pentru identificarea cauzelor reversibile de delir; acestea se vor indica în funcție de starea clinică, elementele identificate prin examenul obiectiv și obiectivele de îngrijire ale pacientului, respectând principiile utilității intervenției (Va influența rezultatul investigației tratamentul și management-ul ulterior al pacientului? Este aliniată intervenția cu dorințele pacientului și obiectivele de îngrijire ale acestuia?) și alocării juste a resurselor (Bush, S.H.; et al, 2018).

Fișa 2. Evaluare status mental de bază și actual

Se va efectua evaluarea statusului mental de bază prin teste de memorie precum Mini Mental State Exam la pacienți cu risc de a dezvolta delirium sau care prezintă simptomatologie cognitivă (tulburări de memorie, atenție, deficite funcționale în viața cotidiană).

Se vor utiliza scale validate pentru screening-ul deliriumului și evaluarea severității acestuia.

Scale frecvent utilizate:

1. Confusion Assessment Method – CAM

- 9 criterii operaționalizate bazate pe manualul DSM-III R
- varianta scurtă include 4 criterii
- sensibilitate: 0,94-1
- specificitate: 0,90-0,95
- poate fi aplicat de personal medical mediu instruit sau medic
- capacitate de diferențiere între demență și delirium (Casarett, D. J., Inouye, S. K., 2001).

2. Delirium Rating Scale

- 10 criterii
- se aplică de către psihiatru după evaluare psihiatrică completă
- poate evalua severitatea deliriumului
- capacitate de diferențiere între demență și delirium (Casarett, D. J., Inouye, S. K., 2001).

3. Nursing Delirium Screening Scale - Nu-DESC

4. Delirium Observation Screening (DOS) Scale

5. Memorial Delirium Assessment Scale (MDAS)

- 10 criterii comportamentale și cognitive
- utilizată pentru evaluarea severității deliriumului, initial, a fost ulterior validată pentru diagnostic la scoruri peste 7 puncte (Casarett, D. J., Inouye, S. K., 2001, Bramati, P., & Bruera, E., 2021).

Fișa 3. Cauze reversibile de delirium

Se vor identifica și evalua paraclinic cauzele reversibile de delirium de primă intenție, în concordanță cu valorile și dorințele pacientului și familiei acestuia, respectiv prognosticul pacientului.

Investigații suplimentare în funcție de semne clinice:

- Culturi din sânge sau spută dacă sunt prezente febră, tuse sau modificări pe radiografia toracică
- Saturația arterială în oxigen sau gaze sanguine arteriale în caz de dispnee, tuse, modificări auscultatorii toracice
- Puncție lombară în caz de meningism, febră
- Dozare amoniac seric dacă se suspicionează afectare hepatică severă
- Glicemie, hormoni tiroidieni, vitamina B1, vitamina B12, folat seric (Bush, S.H., et al, 2018).

Cauză reversibilă	Management
Schemă terapeutică complexă	Reevaluare medicație Testare funcție hepatică și renală Eliminare treptată a medicației în special psihotrope care contribuie la simptomatologie sau nu aduce beneficii.
Neurotoxicitate indusă de opioid Clinic: mioclonii, sedare, halucinații	Testare funcție renală Rotație a opioidului Reducere a dozei de opioid.
Deshidratare sau insuficiență renală	Testare uree, creatinină, sodiu seric, potasiu seric, hematocrit Se va lua în considerare hidratarea parenterală sau asistată medical.
Infecții Semne clinice sau simptome	Testare hemogramă completă, procalcitonină, PCR, urocultură, examen sumar de urină Tratament antibiotic și/ sau antifungic La finalul vieții, se va lua în calcul o încercare terapeutică limitată în timp.
Hipercalcemie Somnolență, astenie, fatigabilitate marcată, hipotonie musculară	Testare calciu total corectat în funcție de albumină serică și calciu ionic Se vor lua în calcul hidratarea parenterală și bisfosfonații.
Sindrom de secreție inadecvată de ADH	Testare sodiu seric și urinar, osmolaritatea urinară Se va lua în calcul tratamentul specific al hiposodemiei.
Hipomagneziemie	Testare magneziu seric

Clinic – sedare, convulsii, iritabilitate, contracturi musculare Revizuire medicație – inhibitori pompă protoni, cisplatin, cetuximab.	Administrare i.v. sulfat magneziu.
Tumori cerebrale primare sau secundare	Efectuare CT cerebral cu substanță de contrast i.v. Administare dexametazonă pentru scăderea presiunii intracerebrale Se va lua în calcul tratament specific (chirurgical, radioterapie etc).
Tratament oncologic specific (chimioterapie sau imunoterapie)	Se va elimina medicația incriminată.
Durere	Evaluare prezență durere și tratament conform Ghidului management durere.
Retenție acută de urină	Sondare vezicală.
Constipație/ fecalom	Management conform Ghidului de constipație.
Patologie psihiatrică preexistentă	Tratament specific.
Afecțiuni neurologice acute (accident vascular cerebral, traumatism craniocerebral, infecții)	Efectuare imagistică cerebrală nativă și cu substanță de contrast Management specific al fiecărei patologii.
Afecțiuni cardiovasculare (salt hipertensiv, infarct miocardic acut)	Monitorizare TA, EKG Management specific al fiecărei patologii.

(Bush, S.H., et al, 2018)

Fișa 4. Management-ul nonfarmacologic al deliriumului

1. Optimizarea ritmului somn-veghe

Ziua: se va crește expunerea la lumina zilei; se va încuraja pacientul să fie activ, să nu aibă perioade de așipire pe durata zilei. Noaptea se va asigura o încăpere întunecată, fără zgomote. Se vor utiliza pijamale comode, familiare pacientului.

2. Orientarea pacientului

- Reorientarea pacientului: explicați unde se află, cine este, cine sunteți dumneavoastră și rolul dumneavoastră.
- Orientarea temporală – ceas vizibil, suficient de lizibil.
- Nu se va schimba salonul pacientului.

3. Optimizarea comunicării – utilizare ochelari, aparate auditive, proteze dentare acolo unde este necesar.

4. Se va încuraja mobilizarea în condiții de siguranță unde e posibil.

5. Se vor efectua activități stimulente cognitive.

6. Masa se va servi în afara patului când e posibil. Se va încuraja autonomia acestuia pentru alimentare și hidratare
7. Se vor monitoriza hidratarea și eliminările.
8. Se vor evita mijloacele de contenționare fizică.
9. Pacientul va fi reasigurat și liniștit cu o voce calmă.
10. Se vor evita multiple vizite ale aparținătorilor.
11. Se va încerca să fie constant personalul de îngrijire.
12. Controlul durerii sau oricăror simptome nou apărute.
13. Revizuirea constantă a medicației.
14. Se vor oferi informații orale și scrise familiei despre delirium (Bush, S.H., et al, 2017. Bush, S.h., et al, 2018, Bramati, P. & Bruera, E., 2021).

Fișa 5. Management-ul farmacologic al deliriumului

Utilizarea intervențiilor farmacologice în gestionarea deliriumului la adulți trebuie limitată la:

- pacienții care prezintă simptome de delirium supărătoare (cum ar fi tulburări de percepție)
- dacă există preocupări legate de siguranță, în cazul în care pacientul reprezintă un risc potențial pentru sine sau pentru ceilalți
- la pacienții cu delirium hipoactiv, manifestările pot fi mai puțin evidente, dar pot apărea și persista fenomene psihotice – se va prefera prescriere PRN.

Pentru a obține echilibrul adecvat între beneficii și potențialele daune, medicamentele trebuie utilizate în cea mai mică doză eficientă și numai pentru o perioadă scurtă de timp, ideal sub 1 săptămână. Medicația se va întrerupe imediat ce pacientul își revine (Bush, S.H., et al, 2018, Ghid NICE, 2025).

Medicament	Dozaj	Observații
ANTIPSIHOTICE DE PRIMĂ GENERAȚIE		
HALOPERIDOL	Când este necesară administrarea regulată, intervalul între administrări va fi de 8-12 ore în delirium ușor și de 4-6 ore în delirium moderat-sever. În deliriumul moderat-sever, doza de întreținere este de 50% din doza care a fost necesară pentru controlul simptomatologiei. La vârstnici, se va începe cu doze mai mici 0,25-0,5 mg, cu titrare	Risc de efecte secundare extrapiramidale și sindrom neuroleptic malign Poate prelungi intervalul QTc – monitorizare EKG la pacienții la risc; la pacienții cu interval QTc mai mare de 440 msec, este recomandabil consult psihiatrie Scade pragul convulsivant Alte efecte secundare: somnolență, confuzie,

	progresivă. Doza maximă este de 5 mg/ 24 ore. Se poate administra în infuzie subcutanată continuă pe seringă automată pentru un control mai eficient al simptomatologiei în doze de 5 mg/ 24 ore în deliriumul ușor (se poate crește până la 10 mg/ 24 ore; dacă răspunsul nu e favorabil, se va lua în considerare înlocuirea Haloperidol cu un antipsihotic de altă generație) și 5-10 mg/ 24 ore în deliriumul moderat/sever. Echivalența dozelor administrare oral-subcutanat este de 1 : 2/3-1. Se va administra cea mai mică doză posibil, pentru cea mai scurtă perioadă posibil. Este recomandabil ca Haloperidol să fie administrat pentru perioade mai scurte decât 1 săptămână. La pacienții în stare terminală, Haloperidolul este medicație de primă linie în monoterapie sau în asociere cu benzodiazepine; se vor administra 1-2 mg la fiecare 2-4 ore s.c. sau 2-20 mg/ 24 ore p.o. cât timp este patentă calea orală.	hipotensiune ortostatică, retenție urinară. Atenție la riscul de cădere! De evitat la pacienții cu: boală Parkinson sindroame extrapiramidale de tip Parkinson-plus, în special demența cu corpi Lewy datorită riscului major de sindrom neuroleptic malign și chiar deces, alături de agravarea fenomenelor extrapiramidale tulburări neurocognitive – risc de agravare a confuziei, risc crescut de mortalitate și evenimente cerebrovasculare ischemice. Este compatibil în administrare în aceeași seringă automată cu: Metoclopramid, Morfină, Tramadol, Midazolam, Hioscin butilbromid.
LEVOMEPROMAZINĂ	5-12,5 mg p.o. sau s.c. administrat imediat Doza PRN: 5-12,5 mg p.o. sau s.c. la 2 ore Doza maximă 50 mg/ 24 ore. Se poate crește doza până la 100 mg/ 24 ore, dar pentru depășirea dozei de 50 mg/ 24 ore este necesar consult psihiatric.	Efecte secundare importante: Hipotensiune ortostatică – risc de cădere Efect sedativ Fotosensibilizare cutanată Rar prelungire interval QTc Rar sindrom neuroleptic malign

	Rata de conversie s.c.-p.o. este 1:2 (doza administrate oral se va înjumătăți pentru a identifica doza de administrare subcutanată).	Xerostomie, distonii, parkinsonism Scade pragul convulsivant Iritație tegumentară la locul administrării Necesită acoperirea seringii de infuzie continuă, pentru că apare modificare a culorii substanței sub influența luminii.
CLORPROMAZINĂ	12.5–25 mg p.o. sau i.r. administrare imediată. Se administrează la 6-12 ore dacă e necesară administrare regulate. Se începe cu doze mai mici la vârstnici.	Efecte secundare: Efect sedativ Prelungire interval QTc Efecte anticolinergice Risc hipotensiune ortostatică.
ANTIPSIHOTICE DE GENERAȚIA A DOUA		
OLANZAPINĂ	2.5–5 mg p.o. sau s.c. administrare imediată. În administrarea regulate – 2,5-5 mg p.o. seara. La vârstnici, se utilizează doze mai mici.	Efecte secundare anticolinergice. Efecte secundare extrapiramidale mai reduse decât Haloperidolul. Determină creștere în greutate. Efect sedativ mai marcat decât Haloperidolul.
QUETIAPINĂ	25 mg cu eliberare rapidă p.o. cu administrare imediată. Dozele regulate se administrează la 12 ore. Se reduc dozele la vârstnici Disponibil doar pentru administrare orală.	Efect sedativ semnificativ Risc de fenomene extrapiramidale mai redus decât alte antipsihotice Risc de hipotensiune ortostatică simptomatică.
RISPERIDONĂ	0.5 mg p.o. cu administrare imediată. Dozele regulate se administrează la 12 ore. Se reduc dozele la vârstnici. Disponibil doar pentru administrare orală.	Risc de fenomene extrapiramidale la doze peste 6 mg/ 24 ore. Poate determina agitație paradoxală, insomnia, hipotensiune ortostatică.

ANTIPSIHOTICE DE GENERAȚIA A TREIA		
ARIPIPAZOL	5 mg p.o. sau i.m. cu eliberare rapidă cu administrare imediată. Dozele regulate se administrează la 24 ore. Se reduc dozele la vârstnici și metabolizatorii citocromului P450 2D6 slabi.	Atenție la interacțiunile cu alte medicamente metabolizate prin citocromul P450 2D6.
BENZODIAZEPINE –DE ELECȚIE CA MONOTERAPIE ÎN DELIRIUMUL SECUNDAR SEVRAJULUI DE SUBSTANȚE (ALCOOL, BENZODIAZEPINE) NU SE VOR UTILIZA ÎN MONOTERAPIE ÎN ALTE CAZURI DECÂT CEL ANTERIOR MENȚIONAT, CI ÎN ASOCIERE CU ANTIPSIHOTIC PENTRU A EVITA EXACERBAREA PARADOXALĂ A SIMPTOMATOLOGIEI		
MIDAZOLAM	2.5 mg s.c. sau i.v. PRN la intervale de 1 oră până la maxim 5 mg. La vârstnici sau pacienți cu BPOC se administrează 0,5-1 mg s.c. PRN la intervale de 1 oră.	Risc de cădere Determină somnolență, sedare Risc de agitație paradoxală, anxietate, insomnie.
LORAZEPAM	1 mg s.c. sau i.v. PRN la intervale de 1 oră până la maxim 5 mg. La vârstnici sau pacienți cu BPOC se administrează 0,25-0,5 mg s.c. PRN la intervale de 1 oră.	Risc de cădere Determină somnolență, sedare Risc de agitație paradoxală, anxietate, insomnie.

(Bush, S.H., et al, 2016, Bush, S.H., et al, 2018, NCCN guidelines Palliative Care, 2025, NICE Delirium Guideline, 2025, Te Era Whakapiri, 2017, Casarett, D. J., Inouye, S. K., 2001, Bramati, P., & Bruera, E., 2021, Hui, D., et al, 2024, Rose, J.H., et al, 2024).

Fișa 6. Management-ul deliriumului la pacientul terminal

1. Cu delirium și stare de conștiență păstrată

- Prima linie: Haloperidol
- 0,5 mg Haloperidol s.c. administrare imediată, apoi 0,5-1 mg s.c. PRN la intervale de 1 oră până la cuparea simptomelor

Doza maximă: 5 mg/ 24 ore

Alternativă la prima linie: Olanzapină 5-10 mg seara + Midazolam 2,5 mg s.c. PRN orar până la cuparea simptomelor

Reevaluare la 6 ore - dacă Haloperidol este inefficient, schimbare cu Midazolam 2,5 mg s.c. administrare imediată, apoi 2,5-5 mg s.c. PRN la intervale de 30 minute până la cuparea simptomelor, doza maximă 60 mg/ 24 ore

2. Cu delirium și stare de conștiență abolită

- Prima linie: Midazolam

- 2,5 mg Midazolam s.c. administrare imediată, apoi 2,5-5 mg s.c. la intervale de 30 minute până la cuparea simptomelor, doza maximă 60 mg/ 24 ore

Reevaluare la 6 ore - dacă inefficient, schimbare cu Levomepromazină 6,25 mg s.c. administrare imediată, apoi 6,25 mg s.c. PRN la intervale de 4-6 ore, doza maximă 50 mg/ 24 ore.

Dacă sunt necesare doze PRN multiple, se va trece la administrare regulată a medicației prin infuzie subcutanată continuă, astfel:

- Haloperidol 3 mg/ 24 ore + doze PRN 0,5-1 mg, doza maximă 5 mg/ 24 ore
- Midazolam 10-30 mg/ 24 ore + doze PRN 2,5 mg, doza maximă 60 mg/ 24 ore
- Levomepromazină 12,5-25 mg/ 24 ore + doze PRN 6,25 mg, doza maximă 50 mg/ 24 ore
- Se pot asocia Haloperidol+Midazolam sau Levomepromazină+Midazolam.

3. Prescripție anticipatorie (delirium absent)

- Haloperidol 0,5 mg s.c. PRN la intervale de 2 ore, doza maximă: 5 mg/ 24 ore SAU
- Midazolam 2,5 mg s.c. PRN la intervale de 30 minute, maxim 20 mg/ 24 ore

Dacă se instalează delirium, se va trece la recomandările de la punctele 1. și 2 (Casarett, D. J., et al, 2001, Hui, D., et al, 2024).

V. STUDIU DE CAZ

Pacient în vârstă de 55 ani, cunoscut cu adenocarcinom de prostată stadiul IV A cu metastaze ganglionare, diagnosticat în urmă cu 2 ani, pentru care s-au practicat intervenție chirurgicală radicală și limfadenectomie și radioterapie, aflat în curs de hormonoterapie, hepatopatie cronică cu fenomene de colestază, hipertensiune arterială esențială stadiul II controlată terapeutic se internează în Secție Îngrijiri Paliative pentru control al simptomelor – astenie, inapetență, scădere ponderală, tulburări de mers și echilibru dinamic debutate de peste 2 luni, cu accentuare progresivă, vărsături precoce postprandiale de aproximativ 2 săptămâni, insomnie mixtă, cu accentuare în ultima lună. Pacientul locuiește singur, la casă, aflată în aceeași curte cu locuința mamei, care este vârstnică și cu probleme cardiovasculare semnificative; este divorțat și nu are copii. Declară că, în ultimii ani, cercul său de contacte sociale s-a redus semnificativ din cauza frecventelor probleme de sănătate și resimte izolarea socială ca pe o povară. Și-ar dori să iasă mai des din casă, dar se simte nesigur în deplasare în afara curții și îl obosește mersul. Mare parte din zi preferă activitățile statice sau repausul în fotoliu. Este pensionar, având un istoric profesional de tehnician constructor. De când are dificultăți de alimentare și toleranță orală redusă, a observat că este mai nervos decât de obicei și transpiră abundent chiar în repaus, în încăpere cu temperatură ambientală de confort.

1. Ce date anamnestice solicitați suplimentar? Cui solicitați aceste date?

Examenul clinic relevă pacient în stadiul ECOG 3, conștient, cooperant, orientat allopsihic și autopsihic, parțial orientat temporal și spațial, tegumente palide, transpirații profuze, limbă

saburală, fără adenopatii superficiale palpabile, sistem muscular hipokinetic, sistem osteoarticular aparent integru, torace normal conformat, murmur vezicular prezent bilateral, diminuat bazal bilateral, fără raluri, sonoritate pulmonară diminuată bazal bilateral, zgomote cardiace ritmice, sincrone cu pulsul periferic, fără sufluri sau zgomote supraadăugate, artere periferice pulsatile, edeme perimaleolare, abdomen depresibil, sensibil la palpare profundă în etajul superior, fără mase palpabile, tranzit intestinal încetinit, oligurie, cu urini hipercrome, manevra Giordano negativă bilateral, hiperexcitabilitate musculară, tremor de repaus, pozițional și intențional de frecvență mare și amplitudine medie-mare la nivelul tuturor membrilor, reflexe osteotendinoase vii global, hipoestezie vibratorie și mioartrokinetică predominant la nivelul membrilor inferioare, mers cu baza largită de susținere, risc de cădere prezent.

Pe durata primelor 2 zile de internare, pacientul dezvoltă halucinații vizuale, dezorientare temporospațială, agitație extremă, accentuare a insomniei; comunicarea devine foarte dificilă, pacientul prezentând distractibilitate importantă, dificultăți în a comuta și concentra atenția. Pacientul devine agresiv cu personalul medical.

2. Ce instrumente utilizați pentru evaluarea nivelului de conștiență, senzoriului și atenției?
3. Ce diagnostic explică manifestările fizice și psihice ale pacientului din primele 2 zile? Cum se stabilește diagnosticul acestei condiții medicale?
4. Enumerați intervenții nonfarmacologice pentru management-ul pacientului.
5. Este necesar și tratament farmacologic? Dacă da, argumentați și indicați ce medicație alegeți și modul de administrare (cale de administrare, doze, titrare, durata tratamentului).
6. Evaluați holistic pacientul după rezolvarea urgenței medicale.

Răspunsuri:

1. Se vor investiga consumul de substanțe toxic-nutriționale ca tip, frecvență, cantitate, respectiv tipurile de toxice profesionale la care a fost pacientul expus. Anamneza se va completa prin discuția cu aparținătorii, membrii ai familiei care cunosc pacientul și stilul de viață al acestuia.

În cazul pacientului prezentat, membrii familiei au relatat consum cronic, zilnic de băuturi alcoolice, în special spirtoase, de peste 10 ani.

Din punct de vedere profesional, nu a prezentat expunere la metale grele sau alte substanțe chimice cu impact negativ asupra sistemului nervos central în cazul expunerii ocupaționale prelungite.

2. Se va utiliza scala CAM pentru evaluarea prezenței deliriumului.
3. Datorită asocierii alterării atenției, deficitelor de percepție cu fenomene psihotice (halucinații), tulburărilor de memorie (sindrom confuzional), debutului acut al simptomatologiei, în absența unei tulburări neurocognitive preexistente care să explice mai bine simptomele, se stabilește diagnosticul de delirium. În cazul acestui pacient, este vorba de delirium hiperactiv.

Diagnosticul se stabilește conform criteriilor din manualul DSM-V. Este un diagnostic clinic.

4. Măsurile nonfarmacologice aplicate pacientului prezentat au fost:
 - asigurarea unui mediu ambient cu minime stimulări – temperatură, luminozitate moderate, asigurarea unui iluminat natural sau cât mai apropiat acestuia, evitarea zgomotelor bruște, a intensității prea mari a sunetelor (TV, radio, tonul vocii personalului)
 - orientarea pacientului – prezența unui ceas de perete, reasigurarea blândă că se află la spital, sub îngrijire medicală
 - evitarea constrângerilor fizice
 - igiena somnului pentru menținerea unui ritm nictemeral corect
 - stimulare activității cognitive pe durata zilei
 - monitorizare eliminări
 - încurajare hidratare orală.
5. Se interpretează cazul ca delirium în context de sevraj etanolic, motiv pentru care s-a inițiat de primă intenție benzodiazepină. Datorită asocierii agresivității, se decide inițiere de urgență a tratamentului farmacologic, în paralel cu măsurile de management nonfarmacologic.

Se administrează pacientului Midazolam 2,5 mg s.c. ca doză inițială.

După a doua doză de Midazolam la 30 minute de la prima, s-a adăugat 1 mg Haloperidol s.c. ca doză inițială. S-au titrat dozele până la ameliorarea semnificativă a simptomatologiei – 2,5 mg Midazolam la 30 minute, 0,5 mg Haloperidol la 1 oră, fiind necesare 3 doze din fiecare medicație.

S-a trecut la administrare regulată astfel: 1 mg Haloperidol la 12 ore s.c. și 5 mg/ 24 ore infuzie s.c. continuă Midazolam.

S-au administrat perfuzii cu NaCl 0,9% cu suplimentare vitamine B1 și B6.

Simptomatologia s-a remis în 48 ore, cu ulterioară scădere progresivă a dozelor de medicație, pentru numărul minim de zile posibil.

S-a efectuat consult psihiatric pentru tratamentul de fond al tulburărilor de comportament asociate consumului cronic de alcool.
6. Evaluarea holistică se va face pe cele 4 domenii:
 - a) Fizic: simptome gastrointestinale, probleme de nutriție confuzie, tulburări de senzoriu, agitație, transpirații profuze, tremor al membrelor, insomnie
 - b) Psihoemoțional – suferință cauzată de izolarea socială, de scăderea autonomiei, simptomele fizice și pierderea rolurilor.
 - c) Spiritual
 - d) Social – tendință la izolare socială, pierdere a rolurilor.

VI.SITUAȚII PARTICULARE DIN PUNCT DE VEDERE AL MANAGEMENTULUI FARMACOLOGIC

1. Boala Parkinson și sindroamele extrapiramidale tip Parkinson-plus

Se va evita administrarea de antipsihotice de primă generație și se vor utiliza antipsihotice atipice (cea mai recomandată variantă este quetiapina) sau benzodiazepine.

2. Tulburări neurocognitive

Se va evita utilizarea Haloperidol datorită creșterii riscului de mortalitate și accidente vasculare cerebrale ischemice.

3. Insuficiențe de organ

- La pacienții cu istoric de torsadă a vârfurilor, se va evita haloperidol și se vor administra olanzapină, risperidonă sau quetiapină.
- La pacienții cu insuficiență hepatică, se va începe cu jumătate din doza de Haloperidol și creșterile de doză se vor efectua cu maximă prudență.
- Haloperidolul necesită ajustare a dozei la pacienții cu clearance al creatininei sub 10 ml/min. Doza maximă la pacienții cu afectare renală este de 5 mg/ 24 ore.
- La pacienții cu afectare hepatică, se vor administra doze mici, cu titrare lentă de Levomepromazină.
- Se va utiliza cu prudență în afectare renală sau hepatică Clorpromazina.
- Olanzapina se va administra cu prudență în afectare hepatică avansată, dar nu necesită ajustare a dozelor în insuficiența renală. Se administrează doar la copiii peste 13 ani.
- Quetiapina se va administra cu prudență în afectare hepatică avansată.
- Se vor ajusta dozele de Risperidonă în insuficiențele hepatică sau renală grave.
- Benzodiazepinele se administrează cu maximă precauție în insuficiența respiratorie severă, afectare hepatică severă și miastenii gravis (dacă nu este pacient în stare terminală).

4. Pacientul vârstnic

- Trebuie avută atenție particulară la funcțiile renală și hepatică, respectiv la asocierea patologiei cardiovasculare sau neuropsihiatrice (în special tulburări neurocognitive).
- Doza de Haloperidol de administrat la această categorie de pacienți reprezintă jumătate din doza cea mai mică recomandată pentru pacientul adult (Bush, S.H., et al, 2016, Bush, S.H., et al, 2018, NCCN guidelines Palliative Care, 2025, NICE Delirium Guideline, 2025, Te Era Whakapiri, 2017, Casarett, D. J., Inouye, S. K., 2001, Bramati, P., & Bruera, E., 2021, Hui, D., et al, 2024, Rose, J.H., et al, 2024).

VII. Doze pediatrice

• Haloperidol

Doza încărcare: 0,15-0,25 mg i.v. lent în 30-45 minute

Doză întreținere: 0,015-0,025 mg/kg/doză i.v. la 6 ore

Doză maximă: 0,45 mg/kg/zi

• Olanzapină

Sub 3 ani: doza inițială 0,625 mg p.o. seara

Peste 3 ani: 1,25-2,5/zi mg p.o. seara

Doza maxima 10 mg/zi

- **Quetiapină**

Nu este recomandată la copii sub 18 ani.

- **Risperidonă**

Sub 5 ani: 0,1-0,2 mg p.o. seara

Peste 5 ani: 0,2-0,5 mg p.o. seara

Doza maximă: 1 mg sub 20 kg, 2,5 mg între 20 și 45 kg, 3 mg peste 45 kg. (Texas MD Anderson Cancer center, 2025)

VIII. REZUMAT

- 1.Diagnosticul deliriumului se stabilește conform criteriilor DSM V.
- 2.Screening-ul pentru delirium va fi mai intens la categoriile vulnerabile, care prezintă factori de risc. Se folosesc scale de screening și evaluare.
- 3.Metodele nonfarmacologice sunt de primă intenție.
- 4.Se vor folosi metode farmacologice doar când agitația este extremă sau simptomele pun în pericol pacientul sau pe cei din jur.
- 5.Se vor evita benzodiazepinele ca monoterapie, excepție - deliriumul prin sevraj de substanțe.
- 6.La vârstnici și în insuficiențele de organ, se vor ajusta dozele antipsihotice și benzodiazepine, se începe cu doze mai mici, cu titrare progresivă.
- 7.Medicația se va administra pe durată de timp cât mai scurtă.

Bibliografie

1. AMDA — The Society for Post-Acute and Long-Term Care Medicine. (2023). Delirium, Depression and Dementia (3Ds) in the Post-Acute and Long-Term Care Setting Clinical Practice Guideline.
2. Bramati, P., & Bruera, E. (2021). Delirium in Palliative Care. *Cancers*, 13(23), 5893. <https://doi.org/10.3390/cancers13235893>
3. Bush, S. H., Tierney, S., & Lawlor, P. G. (2017). Clinical Assessment and Management of Delirium in the Palliative Care Setting. *Drugs*, 77(15), 1623–1643. <https://doi.org/10.1007/s40265-017-0804-3>
4. Bush, S. H., Lawlor, P. G., Ryan, K., Centeno, C., Lucchesi, M., Kanji, S., Siddiqi, N., Morandi, A., Davis, D. H. J., Laurent, M., Schofield, N., Barallat, E., Ripamonti, C. I., & ESMO Guidelines Committee (2018). Delirium in adult cancer patients: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Annals of oncology : official journal of the European Society for Medical Oncology*, 29(Suppl 4), iv143–iv165. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdy147>
5. Casarett, D. J., Inouye, S. K., & American College of Physicians-American Society of Internal Medicine End-of-Life Care Consensus Panel (2001). Diagnosis and management of delirium near the end of life. *Annals of internal medicine*, 135(1), 32–40. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-135-1-200107030-00011>
6. Cheshire and Merseyside Palliative & End of Life Care Network Audit Group, Medicines Management Group, Willowbrook Hospice. (2019). Guidelines for the Management of Agitation and Delirium, https://www.palliativedrugs.org/download/170525_Guidelines_for_the_Management_of_Agitation_Delirium_Jan_2017.pdf
7. Fong, T. G., & Inouye, S. K. (2022). The inter-relationship between delirium and dementia: the importance of delirium prevention. *Nature reviews. Neurology*, 18(10), 579–596. <https://doi.org/10.1038/s41582-022-00698-7>

8. Hui, D., Cheng, S. Y., & Paiva, C. E. (2024). Pharmacologic Management of End-of-Life Delirium: Translating Evidence into Practice. *Cancers*, 16(11), 2045. <https://doi.org/10.3390/cancers16112045>
9. <https://www.psychiatryonline.org/doi/epdf/10.1176/appi.books.9780890428023> – The American Psychiatry Association Practice guideline for prevention and treatment of delirium, 2025
10. NICE Guideline Delirium: prevention, diagnosis and management in hospital and long-term care, 2025
11. NCCN Guidelines Palliative Care, Version 2, 2025
12. Rosen, J. H., Bieber, E., Matta, S. E., Sayde, G. E., Fedotova, N. O., deVries, J., Rafferty, M., & Stern, T. A. (2024). Hypoactive Delirium: Differential Diagnosis, Evaluation, and Treatment. *The primary care companion for CNS disorders*, 26(1), 23f03602. <https://doi.org/10.4088/PCC.23f03602>
13. Te Ora Whakapiri, Principles and guidance for the last days of life (Ministry of Health, 2017) by the South Island Palliative Care Workstream. https://www.tewhatauora.govt.nz/assets/For-health-professionals/Clinical-guidance/Palliative-care/Agitation-delirium-restlessness-flow-chart_SIAPO.pdf
14. Texas MD Anderson Cancer Center. (2025). <https://www.mdanderson.org/content/dam/mdanderson/documents/for-physicians/algorithms/clinical-management/clin-management-pedi-delirium-algorithm.pdf>
15. Wilson, J. E., Mart, M. F., Cunningham, C., Shehabi, Y., Girard, T. D., MacLulich, A. M. J., Slooter, A. J. C., & Ely, E. W. (2020). Delirium. *Nature reviews. Disease primers*, 6(1), 90. <https://doi.org/10.1038/s41572-020-00223-4>

Capitolul 3.6

Depresia

Autor: Dan Malciolu
Revizor: Daniela Moşoiu

I. ASPECTE TEORETICE

Depresia este una dintre cele mai frecvente și, totodată, insuficient recunoscute tulburări psihice în rândul pacienților cu boli avansate aflați în îngrijire paliativă. Prezența depresiei contribuie semnificativ la creșterea suferinței globale, la afectarea calității vieții, la scăderea aderenței la tratament și la modificarea procesului decizional la finalul vieții (Rayner et al., 2011; Meier et al., 2017). Distincția dintre depresia clinică și reacțiile emoționale adaptative la boala severă reprezintă o provocare majoră pentru practicienii din domeniul îngrijirii paliative.

Tulburarea depresivă reprezintă un simptom cu prevalență crescută la pacienții aflați în îngrijire paliativă, fiind estimată între 15% și 50%, în funcție de criteriile diagnostice utilizate, tipul bolii de bază și stadiul evolutiv al acesteia (Mitchell et al., 2011; Periyakoil et al., 2015). Simptomele depresive subclinice sunt și mai frecvente și pot avea un impact clinic comparabil asupra funcționării și suferinței pacientului (Lloyd-Williams et al., 2014).

Depresia netratată reduce în mod semnificativ calitatea vieții, crește povara simptomelor și scade complianța la tratament. Aceasta este asociată cu intensificarea simptomelor fizice, în special durerea și fatigabilitatea, precum și cu dorința exprimată de a accelera moartea, independent de severitatea bolii somatice (Emanuel et al., 2016; Rodin et al., 2018). Depresia coexistă frecvent cu anxietatea, cele două tulburări contribuind cumulativ la sporirea suferinței totale.

Diagnosticul depresiei în context paliativ este complicat de suprapunerea simptomelor somatice, precum anorexia, insomnia, pierderea ponderală și fatigabilitatea, cu manifestările bolii terminale. Modelele diagnostice actuale recomandă accentuarea simptomelor afective și cognitive (dispoziție depresivă persistentă, anhedonie, sentiment de inutilitate și disperare), mai degrabă decât a celor somatice (Endicott, 2012; Rayner et al., 2011). Identificarea riscului prin screening, evaluarea riscului suicidar, diagnosticul precoce și instituirea timpurie a unui tratament adecvat pot contribui semnificativ la îmbunătățirea calității vieții pacientului.

II. RECOMANDĂRI

Recomandare 1: *Se recomandă* screening inițial și periodic pentru depresie la toți pacienții aflați în îngrijire paliativă.

Tăria recomandării: puternică.

Consens clinic (NCCN, EAPC, NICE) care susține screeningul de rutină, în ciuda lipsei studiilor randomizate ample. Cele mai multe ghiduri stabilesc o recomandare puternică, bazată pe valori, preferințe și fezabilitate. Beneficiile (creșterea calității vieții, controlul simptomelor) depășesc potențialele dezavantaje (risc minim în urma screening-ului).

Certitudine dovezi: moderat-scăzută.

Dovezile privind screening-ul de rutină în îngrijirea paliativă sunt majoritar bazate pe studii observaționale și pe opinia experților; lipsesc studiile randomizate. Instrumentele de

screening sunt validate, dar dovezile directe ca screening-ul îmbunătățește rezultatele finale în populația-țintă sunt limitate.

Raționament: Prevalența mare împreună cu impactul negativ major, în condițiile existenței tratamentului eficient indică un beneficiu net semnificativ.

Resurse: Necesită includerea de rutină a screening-ului în evaluarea inițială și ulterioară a pacientului; folosirea de scale validate în îngrijirea paliativă (PHQ2, PHQ 9, ESAS, HAD).

Screening-ul se poate face cu întrebări simple, ca:

“În ultima lună v-ați simțit trist, lipsit de speranță sau fără viitor?”

“În ultima lună ați mai simțit bucurie în activitățile curente?”

Recomandare 2: Se recomandă ca pacienții cu rezultat pozitiv la screening să fie diagnosticați în baza criteriilor clinice în vigoare.

Tăria recomandării: puternică.

Recomandarea este susținută de consensul experților și ghiduri internaționale (NCCN, EAPC, NICE), chiar dacă dovezile directe sunt limitate. Beneficiile confirmării clinice a diagnosticului (tratament adecvat instituit precoce mai ales în condițiile unei supraviețuiri estimative scurte-reducerea suferinței, îmbunătățirea calității vieții) depășesc riscurile.

Certitudine dovezi: moderat-scazută.

Dovezile provin în principal din studii observaționale și din consensul experților și nu din studii randomizate mari. Există date solide despre prevalența depresiei și impactul negativ asupra pacienților, dar lipsesc studii care să demonstreze beneficiul universal al diagnosticării sistematice.

Raționament: Screening-ul identifică cazurile suspecte, dar diagnosticul confirmat este esențial pentru inițierea tratamentului adecvat. Dovezile directe pentru diagnostic universal sunt limitate, este necesară confirmarea diagnosticului la pacienții cu screening pozitiv. Beneficiile depășesc riscurile (risc diagnostic eronat, fals pozitiv sau fals negativ).

Resurse: Dacă screening-ul este pozitiv, evaluare clinică detaliată conform criteriilor DSM-5 sau ICD-11. Necesită trasee și resurse clare pentru trimitere către psihiatrie. Necesită instruirea personalului pentru recunoașterea simptomelor și utilizarea criteriilor diagnostice.

Recomandare 3: Se recomandă evaluarea riscului suicidar la toți pacienții ce intrunesc criteriile de diagnostic ale tulburării depressive.

Tăria recomandării: puternică.

Recomandarea este susținută de toate ghidurile internaționale (NCCN, NICE, EAPC). Evaluarea riscului de suicid este esențială pentru siguranța pacientului și prevenirea decesului. Beneficiile (identificarea riscului, intervenție rapidă) depășesc riscurile.

Certitudine dovezi: moderată.

Dovezile provin din studii observaționale și consensul experților. Există date solide despre asocierea depresiei cu suicidul, dar lipsesc studiile randomizate pentru eficiența universală a evaluării. Puține studii care să evalueze riscul suicidar în îngrijirea paliativă.

Raționament: Depresia este principalul factor de risc pentru suicid în îngrijirea paliativă. Abordarea subiectului nu sporește riscul. Evaluarea sistematică permite intervenții rapide (suport psihologic/ intervenții psihoterapeutice, abord farmacologic, asigurarea siguranței pacientului). Este practică standard în ghidurile internaționale. Distres suplimentar pentru pacient, risc de subestimare sau supraestimare a riscului, stigmatizare.

Resurse: De utilizat instrumente validate (ex. Columbia Suicide Severity Rating Scale – C-SSRS); acestea nu sunt validate în îngrijirea paliativă. Includerea de întrebări directe despre idei/ planuri suicidare în evaluarea clinică. Stabilirea de protocoale clare pentru intervenție (supraveghere, trimitere urgentă). Documentarea evaluării și a planului de siguranță pentru pacient. Instruire periodică a personalului pentru gestionarea situațiilor de criză.

Existența riscului suicidar reprezintă o URGENȚĂ. Evaluarea acestuia se face cu întrebări simple, adresate prudent:

“V-ați gândit să vă faceți rău?”

Răspunsul “da” trebuie urmat de întrebarea referitoare la existența unui plan sau a unei tentative.

“V-ați făcut un plan pe care să-l puneți în practică?”

“Dacă ați dori să vă sinucideți, cum ați face-o?”

Identificarea riscului impune măsuri imediate de suport pentru pacient, asigurarea siguranței acestuia și trimiterea urgentă către serviciul de psihiatrie.

Recomandare 4: Se recomandă tratamentul farmacologic și nefarmacologic al depresiei moderat-severe cu o speranță de viață de peste 4 săptămâni.

- **Recomandare 4.1: Se recomandă tratamentul cu inhibitori de recaptare a serotoninei și nefarmacologic al depresiei moderat-severe.**

Tăria recomandării: puternică.

Certitudine dovezi: moderat-înaltă.

Consens clinic (NCCN, EAPC, NICE NG222), studii robuste.

Raționament: profil de clasă favorabil, necesită monitorizare risc suicidar la inițiere.

Resurse: posibile interacțiuni cu medicația antialgică, se inițiază cu doze mici și se titrează progresiv.

- **Recomandare 4.2: Se recomandă tratamentul cu inhibitori de recaptare a noradrenalinei și nefarmacologic al depresiei moderat-severe și cu durere neuropatică.**

Tăria recomandării: puternică.

Certitudine dovezi: moderată.

Raționament: Eficiență în durerea neuropatică, posibil beneficiu pe fatigabilitate.

Resurse: Posibile interacțiuni cu medicația antialgică, sunt substanțe de linia a 2-a după SSRIs.

- **Recomandare 4.3: Se sugerează tratamentul cu mirtazapină mai ales la pacienții cu anorexie, insomnie, pierdere ponderală.**

Tăria recomandării: condiționată.

Certitudine dovezi: scăzută.

- **Recomandare 4.4: Se sugerează** tratamentul cu antidepresive tricilice mai ales la pacienții cu durere neuropatică.

Tăria recomandării: medie.

Certitudine dovezi: moderat-scazută.

Raționament: Eficiența în durerea neuropatică, posibil beneficiu în tulburări de somn.

- **Recomandare 4.5: Se recomandă** tratament nefarmacologic (intervenții psihologice de suport și psihoterapie, intervenții psiho-sociale și spirituale).

Tăria recomandării: puternică.

Consens clinic: EAPC, NCCN, NICE

Certitudine dovezi: moderată.

Recomandare 5: Se sugerează tratamentul cu psiho-stimulante pentru ameliorarea rapidă a simptomelor depresiei la pacienții cu speranță de viață limitată.

Tăria recomandării: condiționată.

Certitudine dovezi: scăzută.

Recomandare experți: fără consens clinic, puține studii.

Resurse: Substanțe cu regim special, date limitate, posibil utile în îngrijirea terminală.

Recomandare 6: Se recomandă tratamentul nefarmacologic al depresiei ușoare cu o speranță de viață de peste 4 săptămâni.

Tăria recomandării: puternică.

Consens clinic: EAPC, NCCN, NICE.

Certitudine dovezi: moderată.

Raționament: Severitatea redusă nu necesită agenți farmacologici, este necesară aderența la tratament și reevaluare periodică.

Resurse: Necesită psihoterapeut, acces la asistență socială. În literatură se descriu efecte benefice pentru: CBT, activarea comportamentală, suportul psiho-social, yoga, meloterapia, exerciții de relaxare ghidată, mindfulness, imaginația ghidată.

III. FIȘE SUPORT

Fișa 1. Intervenții recomandate în raport cu severitatea depresiei și speranța de viață

RECOMANDARE		INTERVENȚIE		TĂRIA RECOMANDĂRII	CERTITUDINE DOVEZI	RAȚIONAMENT	RESURSE
4. DEPRESIA IDENTIFICATĂ LA PACIENTUL DIN ÎNGRIJIRE PALIATIVĂ AR TREBUI SĂ PRIMEASCĂ TRATAMENT DE SPECIALITATE, ÎN RAPORT CU SEVERITATEA DEPRESIEI ȘI SPERANȚA DE VIAȚĂ.		NEFARMACOLOGICĂ	FARMACOLOGICĂ				
SEVERITATE DEPRESIE	SUPRAVIE-ȚUIRE						
UȘOARĂ	< 4 SĂPTĂMÂNI	SUPORT PSIHO-SOCIAL, TERAPII SCURTE	/	MODERATĂ Consens clinic (NCCN, EAPC, NICE)	SCĂZUTĂ	Severitatea redusă și durată scurtă de supraviețuire nu permit alte intervenții	Necesită psihoterapeut, consilier spiritual
UȘOARĂ	> 4 SĂPTĂMÂNI	CBT ȘI ACTIVARE COMPORTAMENTALĂ	/	PUTERNICĂ Consens clinic (NCCN, EAPC, NICE)	MODERAT-ÎNALTĂ	Severitatea redusă nu necesită agenți farmacologici, este necesară aderența la tratament și reevaluare periodică	Necesită psihoterapeut
UȘOARĂ	> 4 SĂPTĂMÂNI	CBT ȘI SUPORT PSIHO-SOCIAL	/	PUTERNICĂ Consens clinic (NCCN, EAPC, NICE)	SCĂZUT-MODERATĂ	Severitatea redusă nu necesită agenți farmacologici, este necesară aderența la tratament și	Necesită psihoterapeut, acces la asistență socială

						reevaluare periodică		
UȘOARĂ	> 4 SĂPTĂMÂNI	IMAGINAȚIE GHIDATĂ, YOGA, MELOTERAPIE, EXERCIȚII DE RELAXARE GHIDATĂ, MIDFULNESS	/		PUTERNICĂ	SCĂZUT-MODERATĂ	Severitatea redusă nu necesită agenți farmacologici, este necesară aderența la tratament și reevaluare periodică	Necesită acces la specialist complementar (psihoterapeut etc.)
MODERAT-SEVERĂ	< 4 SĂPTĂMÂNI	PSIHOTERAPIE	METILFENIDAT / DEXTROAMFETAMINE/ MODAFINIL		CONDIȚIONAT Recomandare experți, fără consens clinic, puține studii	MODERAT-SCĂZUTĂ	Substanțe cu regim special, date limitate, posibil utile în îngrijirea terminală	
MODERAT-SEVERĂ	< 4 SĂPTĂMÂNI	PSIHOTERAPIE	KETAMINA IV/ INTRANAZAL		MEDIU-SCĂZUTĂ Recomandare experți, fără consens clinic, puține studii	MODERAT-SCĂZUTĂ	Substanțe cu regim special, date limitate, posibil utile în îngrijirea terminală	
MODERATĂ	> 4 SĂPTĂMÂNI	PSIHOTERAPIE	SAU	MEDICAȚIE	MEDIU-SCĂZUTĂ	SCĂZUTĂ		Medicația antidepresivă ar trebui aleasă în raport cu tipologia clinică, comorbidități și accesul la suport psihologic.
MODERAT-SEVERĂ	> 4 SĂPTĂMÂNI	PSIHOTERAPIE	ȘI	SSRI: SERTRALINĂ, CITALOPRAM, ESCITALOPRAM, PAROXETINĂ, FLUOXETINĂ	PUTERNICĂ Consens clinic (NCCN, EAPC, NICE NG222), studii robuste	MODERAT-ÎNALTĂ	Profil de clasă favorabil, necesită monitorizare risc suicidar la inițiere	Posibile interacțiuni cu medicația antialgică, se inițiază cu doze mici și se

								titrează progresiv
MODERAT- SEVERĂ	> 4 SĂPTĂMÂNI	PSIHOTERAPIE	ȘI	SNRI: DULOXETINĂ, VENLAFAXINĂ	PUTERNICĂ Consens clinic (NCCN, EAPC, NICE), studii robuste	MODERATĂ	Eficiență în durerea neuropatică, posibil beneficiu pe fatigabilitate	Posibile interacțiuni cu medicația antialgică sunt substanțe de linia a 2-a după SSRIs
MODERAT- SEVERĂ	> 4 SĂPTĂMÂNI	PSIHOTERAPIE	ȘI	NASSA: MIRTAZAPINA	CONDITIONATA	MODERATA	Efect benefic sedativ, orexigen	Posibil somnolența și risc crescut cadere
MODERAT- SEVERĂ	> 4 SĂPTĂMÂNI	PSIHOTERAPIE	ȘI	ATC	MEDIE	MODERATĂ- SCĂZUTĂ	Reacții adverse importante, interacțiuni frecvente	De rezervă când SSRI sau SNRI sunt contraindicate; efecte adverse semnificative; necesită monitorizare cardiacă

Alegerea antidepressivului se face în raport cu comorbiditățile pacientului, coexistența altor simptome și alte tratament administrate simultan. Unele dintre ele sunt activatorii, altele inhibitorii, sedative, aceste caracteristici indicând momentul administrării. Unele antidepressive prezintă un efect anxiolitic, altele au efect orexigen, unele sunt indicate în tratamentul durerii neuropatice ca și co-analgezice.

Fișa 2. Agenți farmacologici pentru tratamentul depresiei în îngrijirea paliativă

AGENT FARMACOLOGIC	DENUMIRE COMERCIALĂ	INDICAȚII	DOZA	REAȚII ADVERSE, PRECAUȚII, OBSERVAȚII
METILFENIDAT	Ritalin, Concerta	Depresie în faze terminale cu supraviețuire estimată sub 4 săptămâni, somnolență indusă de opioide, fatigabilitate	5-50 mg/zi, fracționat, în prima parte a zilei	Anxietate, insomnie, palpitații, vertij, iritabilitate, agitație, prudență: vârstnic, cașexie, insuficiență hepatică și renală avansate, nerecomandate peste 65 ani
MODAFINIL	Provigil	Depresie în faze terminale cu supraviețuire estimată sub 4 săptămâni, somnolență indusă de opioide, fatigabilitate, alternativă la Metilfenidat	50-400 mg/ zi, în prima parte a zilei	Cefalee, anxietate, greață, insomnie
DEXTROAMFETAMINA	Dexedrin	Depresie, somnolență indusă de opioide, fatigabilitate	2,5-40 mg/ zi, în prima parte a zilei	Risc cardiovascular important, nerecomandate peste 65 ani
KETAMINA		Depresie, sedare paliativă	50-100 mg	Confuzie, halucinații, delir, dezorientare, convulsii, depresie respiratorie, efecte cardiovasculare
SSRI		Depresie cu anxietate	Se titrează lent	Disfuncții sexuale, QT prelungit, cefalee, risc crescut de suicid la inițiere, risc

				sindrom serotoninergic, efectul antidepresiv se instalează în săptămâni, interacțiuni cu opioide
SERTRALINA	Zoloft, Serlift	Depresie, anxietate, prurit colestatic, posibil durere neuropatică	25-200 mg/ zi	
CITALOPRAM	Celexa	Depresie, anxietate	20-60 mg/ zi	
ESCITALOPRAM	Cipralex, Lexapro	Depresie, anxietate	10-20 mg/ zi	
PAROXETINA	Paxil, Seroxat	Depresie, anxietate, prurit, tuse, efect ușor sedativ	10-40 mg/ zi	Risc convulsivant
FLUOXETINA	Prozac		10-60 mg/ zi	Anxietate, risc cardiovascular
SNRI				Nerecomandate în insuficiența renală sau hepatică severă
DULOXETINA	Cymbalta	Depresie, anxietate, durere neuropatică	30-120 mg/ zi	Greață, cefalee, hipersudorație, hepatocitoliză, risc hemoragic, glaucom, hipotensiune ortostatică
VENLAFAXINA	Effexor	Depresie, anxietate, durere neuropatică	37,5-225 mg/ zi	Greață, vertij, somnolență
NASSA				
MIRTAZAPINA		Depresie, insomnie, anorexie	15-45 mg/ zi	Hipotensiune ortostatică, somnolență, risc

				cădere, creștere în greutate; se administrează seara la culcare
ANTIDEPRESIVE TRICICLICE		Depresie, insomnie, durere neuropatică		Prelungire QT, confuzie, somnolență, xerostomie, risc convulsivant, hepatocitoliză, sindrom serotoninergic, constipație, contraindicate în insuficiența renală, de evitat în Parkinson, prudență în asociere cu opioide
AMITRIPTILINA			10-150 mg/ zi	
ANTIDEPRESIVE ATIPICE				
TIANEPTIN	Coaxil	Depresie cu anxietate	12,5-37,5 mg/ zi	Potențial de dependență și sevraj, nerecomandat – necesită studii
BUPROPION	Welbutrin	Depresie, fatigabilitate	150-300 mg/ zi	Pro-convulsivant, contraindicat în insuficiența renală avansată, nerecomandat – necesită studii

IV. STUDIU DE CAZ

MP, femeie în vârstă de 48 de ani, necăsătorită, în parteneriat civil, fără alergii, cu antecedente personale patologice de hipertensiune arterială esențială, insomnie cronică, istoric familial (mama, mătușa cu neoplasm de sferă genitală - sân, ovar, ambele decedate) este diagnosticată inițial imagistic (sonoelastografie, apoi mamografie) cu formațiune tumorală sân drept. Intervenție chirurgicală (mastectomie totală cu limfadenectomie). Examen histopatologic pozitiv, imunohistochimie în lucru, ECOG 1.

Are primul contact cu medicul de îngrijiri paliative, căruia îi relatează că de la primul examen ecografic au survenit tulburări de dispoziție, insomnie, lipsă de speranță pentru viitor, lipsa oricărei

plăceri în activitățile cotidiene, retragere socială progresivă, inapetență fluctuantă, severă ocazional și gânduri repetitive legate de moartea ce se apropie. În viitor poate proiecta doar imaginile femeilor din familie care au decedat prin cancer după suferințe lungi, semnificative.

Tabloul prezentat este înalt sugestiv pentru depresie. Neagă intenție sau plan suicidal.

Ar dori să scape de povara emoțiilor negative pentru a începe tratamentul specific, mai ales în condițiile în care medicul chirurg i-a spus că prognosticul ar putea fi bun luând în considerare stadiul incipient și aparenta lipsă de extindere în ganglionii limfatici.

Conform criteriilor DSM V cazul poate fi diagnosticat ca tulburare depresivă, formă medie-severă. Prognosticul (estimativ) este de cel puțin luni/ ani.

Evaluarea holistică a nevoilor pacientului:

1. Fizic: fără nevoi
2. Psiho-emoțional: tulburare depresivă cu elemente anxioase
3. Social: sistem de suport precar
4. Spiritual: de evaluat și dezvoltat.

Se recomandă psihoterapie cognitiv-comportamentală și consult psihiatrie pentru inițiere tratament antidepresiv cu Paroxetină, cp 20 mg, 1/ zi sub stricta supraveghere și eventuala creștere progresivă (săptămânală a dozelor până la doza zilnică minim eficace pentru întreținere).

V. REZUMAT

Tulburarea depresivă are o prevalență semnificativă la pacientul din îngrijirea paliativă, sporind suferința totală. Screening-ul pentru depresie aplicat pacienților permite identificarea precoce a situațiilor de risc (mai ales al celui suicidal) și inițierea măsurilor farmacologice și non-farmacologice de control.

Tratamentul recomandat în ghidurile de practică este dependent de severitatea depresiei și de durata estimată de supraviețuire a pacientului.

Abordul non-farmacologic (psihoterapie cognitiv-comportamentală, alte forme de terapii de suport) este rezervat formelor clinice ușoare sau medii.

Abordul farmacologic pentru depresia mediu-severă este asigurat prin mai multe clase de antidepresive, fiecare cu mai mulți reprezentanți care pot fi aleși în funcție de particularitățile pacientului. Este important de reținut faptul că efectul antidepresiv se instalează relativ lent, în săptămâni. Efectele sunt sinergice pentru asocierea de tratament farmacologic cu psihoterapie. Pentru depresia moderată-severă la pacientul cu o supraviețuire scurtă, de sub 4 săptămâni, pe lângă terapii scurte de suport se pot folosi agenți farmacologici cu acțiune rapidă, activatori.

Bibliografie:

1. Cambridge University Press (2024) *Venlafaxine and anhedonia improvement in palliative patients*.. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/S1092852924000245>
2. Candy, B., et al. (2018). Methylphenidate for depression in palliative care. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 15(Suppl 2), A68.1. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2018-ASPabstracts.194>
3. Dazzi, T., Gribble, R., Wessely, S., & Fear, N. T. (2014). Does asking about suicide and related behaviours induce suicidal ideation? *Psychological Medicine*, 44(16), 3361–3363. <https://doi.org/10.1017/S0033291714001299>
4. Emanuel, E. J., Onwuteaka-Philipsen, B. D., Urwin, J. W., & Cohen, J. (2016). Attitudes and practices of euthanasia and physician-assisted suicide in the U.S., Canada, and Europe. *JAMA*, 316(1), 79–90. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.8499>
5. Endicott, J. (2012). Depression in the medically ill. *Psychiatric Clinics of North America*, 35(1), 1–13. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2011.11.002>
6. Fagiolini, A. et al. (2025) Residual symptoms & venlafaxine in MDD. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 28(Suppl 1), i313–i314. <https://doi.org/10.1093/ijnp/pyae059>
7. Getie, A., Ayalneh, M. & Bimerew, M. (2025) Global prevalence and determinant factors of pain, depression, and anxiety among cancer patients: An umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *BMC Psychiatry*, 25, 156. <https://doi.org/10.1186/s12888-025-06599-5>
8. Grassi, L., Caruso, R., Riba, M.B., Lloyd-Williams, M., Kissane, D., Rodin, G., McFarland, D., Campos-Ródenas, R., Zachariae, R., Santini, D. & Ripamonti, C.I. (and ESMO Guidelines Committee) (2023) *Anxiety and depression in adult cancer patients: ESMO Clinical Practice Guideline*. *ESMO Open*, 8(2), Article 101155. doi:10.1016/j.esmoop.2023.101155
9. Köhler-Forsberg O, Stiglbauer V, Brasanac J, et al. Efficacy and Safety of Antidepressants in Patients With Comorbid Depression and Medical Diseases: An Umbrella Systematic Review and Meta-Analysis. *JAMA Psychiatry*. 2023;80(12):1196–1207. doi:10.1001/jamapsychiatry.2023.2983
10. Kishi, T. et al. (2022) 'Antidepressants for maintenance phase of MDD', *Molecular Psychiatry*, 28, pp.402–409. doi:10.1038/s41380-022-01824-z
11. Kishi, T., Ikuta, T., Sakuma, K. et al. Antidepressants for the treatment of adults with major depressive disorder in the maintenance phase: a systematic review and network meta-analysis. *Mol Psychiatry* 28, 402–409 (2023). <https://doi.org/10.1038/s41380-022-01824-z>
12. Krijnen-de Bruin, E. et al. (2022) Psychological relapse prevention in MDD. *PLOS ONE*, 17(8), e0272200. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0272200>
13. Lee, W. et al. (2022) Caring for depression in the dying is complex and challenging: Survey of palliative physicians. *BMC Palliative Care*, 21, 11. <https://doi.org/10.1186/s12904-022-00901-y>
14. Lloyd-Williams, M., Dennis, M., & Taylor, F. (2014). Depression in palliative care patients. *European Journal of Palliative Care*, 21(3), 113–117.
15. Meier, D. E., Isaacs, S. L., & Hughes, R. G. (2017). *Palliative care: Transforming the care of serious illness*. Jossey-Bass.
16. Mitchell, A. J., Chan, M., Bhatti, H., Halton, M., Grassi, L., Johansen, C., & Meader, N. (2011). Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, hematological, and palliative-care settings: A meta-analysis. *The Lancet Oncology*, 12(2), 160–174. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(11\)70002-X](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(11)70002-X)
17. Moșoiu, D. (ed.) (2014) *Protocoale clinice pentru îngrijiri paliative*. Ediția a II-a. București: HOSPICE Casa Speranței.
18. **NCCN**. (2025). *NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Palliative Care*. National Comprehensive Cancer Network. <https://www.nccn.org/guidelines>
19. Nevin, M., Payne, S. & Smith, V. (2024) Identification of core indicators for integration of palliative care: International Delphi study. *Palliative Medicine*, 38(10), 1169–1183. <https://doi.org/10.1177/02692163241283540>
20. Palliative Care Network of Wisconsin. (2024a). Fast Fact #146: Depression screening in palliative care. <https://www.mypcnow.org/fast-fact/146>
21. Palliative Care Network of Wisconsin. (2024b). Fast Fact #309: Psychostimulants for depression in advanced illness. <https://www.mypcnow.org/fast-fact/309>
22. Palliative Care Network of Wisconsin. (2025). Fast Fact #61: Modafinil and methylphenidate for fatigue. <https://www.mypcnow.org/fast-fact/61>

23. Pastrana, T., de Lima, L., Portenoy, R., Dudgeon, D., Voeuk, A., Ahmed, E. & Radbruch, L. (2023) Manual on the Use of Essential Palliative Care Medicines for Adults. International Association for Hospice & Palliative Care (IAHPC).
24. Periyakoil, V. S., Neri, E., & Kraemer, H. (2015). Assessment of depression and anxiety in patients receiving palliative care. *Journal of Palliative Medicine*, 18(12), 1027–1033. <https://doi.org/10.1089/jpm.2015.0169>
25. Perusinghe, M., Chen, K.Y. & McDermott, B. (2021) 'Evidence-Based Management of Depression in Palliative Care: A Systematic Review', *Journal of Palliative Medicine*, 24(5), pp.767–781. doi:10.1089/jpm.2020.0659
26. Rayner, L., Price, A., Hotopf, M., & Higginson, I. J. (2011). The development of evidence-based European guidelines on the management of depression in palliative care. *European Journal of Cancer*, 47(5), 702–712. <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2010.11.027>
27. Rodin, G., Lo, C., Rydall, A., Shnall, J., & Zimmermann, C. (2018). Managing cancer and living meaningfully (CALM): A randomized controlled trial of a psychological intervention for patients with advanced cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 36(23), 2422–2432. <https://doi.org/10.1200/JCO.2017.77.1097>
28. UpToDate (2024) 'Assessment and management of depression in palliative care', last updated 30 July. Available at: <https://www.uptodate.com/contents/assessment-and-management-of-depression-in-palliative-care>
29. UpToDate (2024) Assessment and management of depression in palliative care (last updated 30 July). <https://www.uptodate.com/contents/assessment-and-management-of-depression-in-palliative-care>
30. Voderholzer, U. et al. (2024) Depression in palliative care: screening, diagnosis, and management. <https://www.uptodate.com>

Capitolul 3.7

Diareea

Autor: Gema Bacoanu
Revizor: Vladimir Poroach

I. ASPECTE TEORETICE

Diareea este definită ca un scaun frecvent, apos sau lichid, care depășește volumul și consistența normală. În contextul îngrijirii paliative, diareea poate fi un simptom comun și adesea debilitant, afectând calitatea vieții pacientului prin deshidratare, malnutriție, dezechilibre electrolitice și disconfort psihosocial (Clark & Currow, 2013; Dzierzanowski & Larkin, 2020).

Etiologie

Diareea la pacienții paliativi poate avea multiple cauze, care includ:

- Farmacologică: opioide, antibiotice, chimioterapice sau medicamente antineoplazice pot provoca diaree ca efect secundar (Kistemaker et al., 2024; Sizar et al., 2025).
- Maladie de bază: afectarea gastrointestinală directă de către cancer sau metastaze, inflamații, insuficiență pancreatică sau afectare hepatică (Dzierzanowski & Mercadante, 2022).
- Infecțioasă: imunocompromiterea pacientului crește riscul infecțiilor enterice, inclusiv *Clostridioides difficile* (Chen et al., 2025).
- Nutrițională: aport alimentar insuficient sau administrarea de suplimente cu efect laxativ (Cai et al., 2025).

Manifestări clinice

Simptomele diareei includ scaune lichide, frecvente sau urgente, crampe abdominale, senzație de greutate, balonare și, uneori, incontinență fecală. Complicațiile pot fi severe, mai ales la pacienții fragili, incluzând deshidratarea, dezechilibrele electrolitice și scăderea capacității de a lua medicamente orale (Clark & Currow, 2013; Gill et al., 2024).

Evaluare și diagnostic

Evaluarea trebuie să fie completă și să includă:

- Anamneza detaliată: debut, frecvență, consistența scaunului, asocierea cu medicamente sau alimentație (Chen et al., 2025).
- Examen fizic: semne de deshidratare, sensibilitate abdominală, distensie (Dzierzanowski & Larkin, 2020).
- Investigații: testarea fecalelor pentru infecții, sânge ocult, electroliți și funcție renală, dacă este indicat (Kalantar-Zadeh et al., 2022).

Principii de management

Managementul diareei în îngrijirea paliativă urmărește ameliorarea simptomelor și prevenirea complicațiilor:

- Modificarea medicației: ajustarea medicamentelor care provoacă diaree, cum ar fi laxativele (Sizar et al., 2025).
- Terapia farmacologică: utilizarea de antidiarice (ex. loperamidă) după evaluarea cauzei (Chen et al., 2025).
- Suport hidroelectrolitic și nutrițional: hidratare orală sau parenterală, ajustarea dietei (Cai et al., 2025).
- Managementul cauzei subiacente: tratarea infecțiilor sau optimizarea tratamentului oncologic (Dzierzanowski & Mercadante, 2022).

Importanța abordării paliative

În contextul îngrijirii paliative, scopul nu este doar corectarea diareei, ci și menținerea confortului pacientului și prevenirea complicațiilor care ar putea reduce calitatea vieții. Intervențiile trebuie să fie individualizate, având în vedere prognosticul, preferințele pacientului și impactul asupra confortului și demnității (Clark & Currow, 2013; Gill et al., 2024).

II. RECOMANDĂRI ÎN MANAGEMENTUL DIAREEI ÎN ÎNGRIJIREA PALIATIVĂ

Recomandările pentru managementul diareei în îngrijirea paliativă se bazează pe ghidurile ESMO/ MASCC (Bossi și col., 2018), NCCN Adult Cancer Pain (National Comprehensive Cancer Network [NCCN], 2025) și Scottish Palliative Care Guidelines (2024).

1. Recomandări cu privire la evaluarea pacientului cu diaree

Recomandare	Nivel evidență	Putere recomandare
Gradarea severității (NCI/ CTCAE v5): Definirea diareei ca >3 scaune neformate în 24h, cu debut recent.	V	B
Anamneza completă: Investigarea frecvenței, consistenței, prezenței sângelui/ mucusului, istoricului de călătorii, utilizării recente de antibiotice sau laxative.	V	B
Examenul fizic detaliat: Evaluarea semnelor de deshidratare, TA ortostatică, auscultația abdominală și tușeul rectal obligatoriu pentru excluderea „diareei prin prea plin”	V	B
Evaluarea biologică: Monitorizarea electrolitilor (K, Na, Ca, Mg) și a hemogramei (neutrofile pentru risc infecțios, Hb pentru sângerări).	V	B
Testarea pentru C. difficile: Screening pentru toxinele A/ B în cazul utilizării recente de antibiotice sau în diareea persistentă.	V	B
Culturi de scaun (Coprocultură): Indicată pentru Salmonella, Shigella, Campylobacter doar în prezența febrei sau a neutropeniei.	V	C
Radiografia abdominală (RX): Indicată strict în cazul suspiciunii de obstrucție intestinală sau peritonită.	V	C

SISTEM ESMO: Nivel evidență (LoE): I=RCT mari/ meta-analize; II=trialuri mici/ cohorte; III=studii caz-control; IV=serii cazuri; V=consens experți.

Putere: A=fermă; B=recomandată (consens); C=condiționată; D=precauție (Bossi și col., 2018).

Grad, Severitate, Descriere Clinică conform NCI-CTCAE v5:

Grad 1, Ușoară, Creștere de < 4 scaune/ zi față de numărul normal al pacientului. Grad 2, Moderată, Creștere de 4 – 6 scaune/ zi; limitează activitățile obișnuite. Grad 3, Severă, Creștere de ≥ 7 scaune/ zi; necesită spitalizare; limitează auto-îngrijirea.

Grad 4, Critică, Pericol de moarte (șoc hipovolemic); necesită intervenție medicală urgentă.

Grad 5, Deces, Deces cauzat direct de complicațiile diareei.

2. Recomandări cu privire la tratamentul non- farmacologic

Recomandare	Nivel de evidență	Forța recomandării
Hidratarea orală: Rehidratare cu soluții de electroliți și apă pentru Gradul 1 (ușor).	V	B
Loperamid: Prima linie de tratament pentru diareea non-infecțioasă (4 mg inițial, apoi 2 mg la fiecare scaun moale).	I	A
Octreotid: Recomandat pentru diareea refractară la Loperamid sau diareea severă indusă de chimioterapie/ radioterapie (Grad 2-3).	II	A
Spitalizare și hidratare I.V.: Obligatorie pentru Gradul 3 sau 4 (complicații, deshidratare severă, febră, neutropenie).	V	B
Antibiotice empirice: Indicate doar dacă diareea este însoțită de febră sau neutropenie severă.	V	B
Sistarea laxativelor și a alimentelor iritante: Oprirea imediată a medicamentelor prokinetice și a dietei bogate în fibre/ lactoză.	V	B
Monitorizarea greutății și a debitului urinar: Pentru evaluarea obiectivă a stării de hidratare la pacienții fragili.	V	B

SISTEM ESMO: Nivel evidență (LoE): I=RCT mari/ meta-analize; II=trialuri mici/ cohorte; III=studii caz-control; IV=serii cazuri; V=consens experți.

Putere: A=fermă; B=recomandată (consens); C=condiționată; D=precauție (Bossi și col., 2018)

3. Recomandări cu privire la tratamentul non-farmacologic în constipație

Recomandare	Nivel de evidență	Forța recomandării
Rehidratarea orală fracționată: Administrarea de cantități mici și frecvente de lichide (apă, supe clare, soluții de rehidratare) pentru a compensa pierderile și a evita deshidratarea.	V	B
Modificarea dietei (Dieta de cruțare): Trecerea la alimente ușor digerabile (orez, banane, pâine prăjită, mere coapte) și evitarea lactatelor, a grăsimilor și a alimentelor picante.	V	B
Evitarea iritanților gastrointestinali: Suspendarea consumului de cafeină, alcool, băuturi carbogazoase și alimente bogate în fibre (fructe și legume crude, cereale integrale).	V	B
Protecția zonei perianale: Aplicarea de creme barieră (pe bază de oxid de zinc) și utilizarea șervețelilor umede fără alcool pentru a preveni eroziunile cutanate și durerea locală.	V	B
Monitorizarea semnelor de deshidratare: Verificarea turgorului cutanat, a mucoaselor (gura uscată) și a volumului urinar (oligurie) pentru a detecta precoce agravarea stării.	V	B

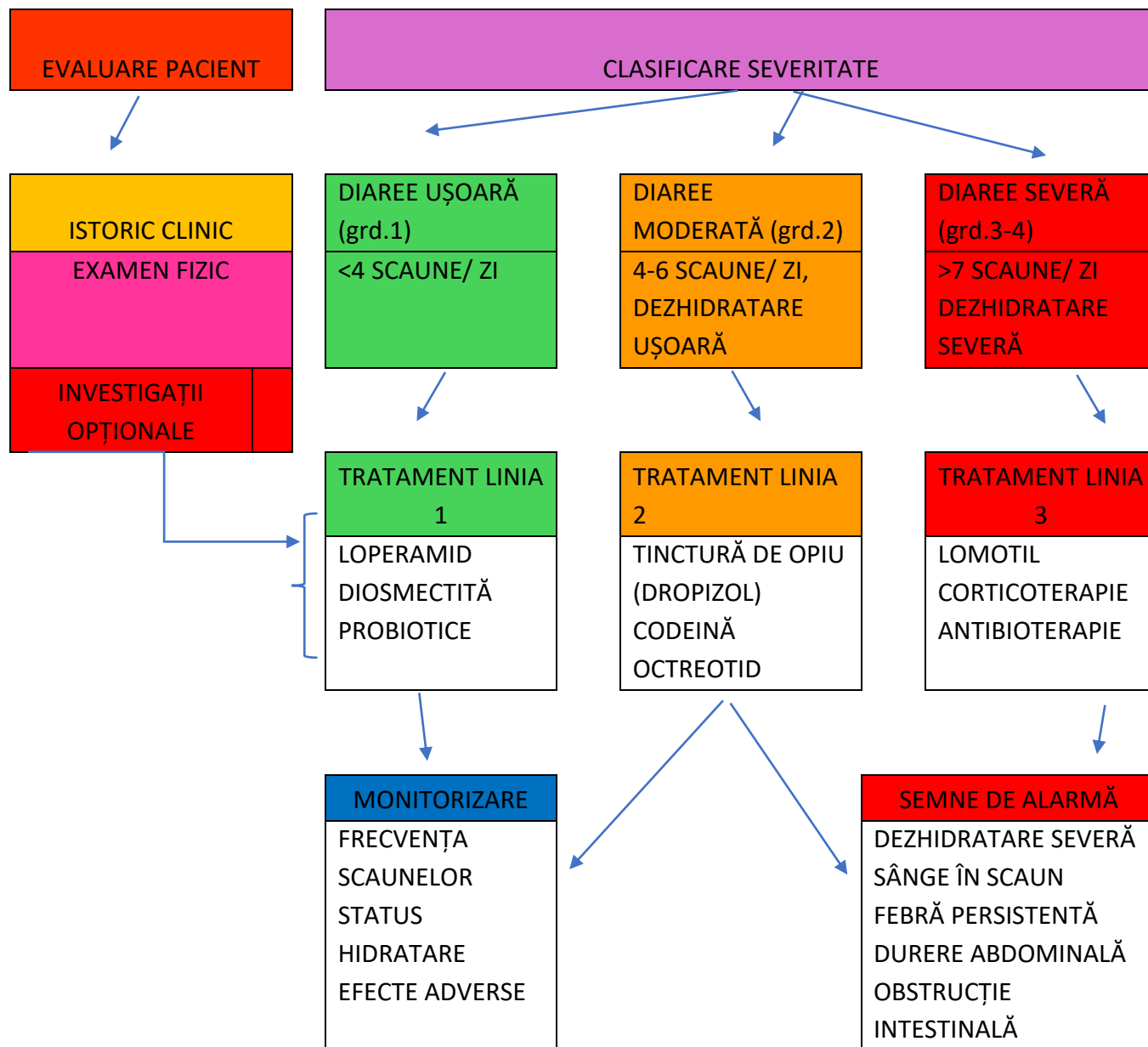
<i>Mese mici și frecvente:</i> Repartizarea aportului alimentar în 5-6 porții mici pe parcursul zilei pentru a nu suprasolicita tranzitul intestinal.	V	C

SISTEM ESMO: Nivel evidență (LoE): I=RCT mari/ meta-analize; II=trialuri mici/ cohorte; III=studii caz-control; IV=serii cazuri; V=consens experți.

Putere: A=fermă; B=recomandată (consens); C=condiționată; D=precauție (Bossi și col., 2018)

III. ALGORITM DE MANAGEMENT AL DIAREEI

ALGORITM DE MANAGEMENT AL DIAREEI ÎN ÎNGRIJIRI PALIATIVE



IV. FIȘE SUPORT

Fișa 1. Definiție

Diareea reprezintă eliminarea a ≥ 3 scaune/ zi cu consistență redusă și/ sau creșterea volumului și frecvenței scaunelor (Bossi et al., 2018). În îngrijiri paliative, diareea afectează calitatea vieții și poate duce la deshidratare, dezechilibre electrolitice, iritații perianale, malnutriție sau disfuncție renală și cardiacă (Akbarali et al., 2022).

Fișa 2. Evaluarea pacientului

Evaluarea pacientului cu diaree în îngrijiri paliative cuprinde istoricul clinic, medicația de fond, debutul simptomului, frecvența acestuia, culoarea și consistența scaunelor, factori declanșatori. Se notează dacă sunt alte simptome asociate, istoric de constipație (posibil fecalom) și tratament oncologic recent (chimioterapie, radioterapie, chirurgie) (Gould Rothberg et al., 2022).

Examenul fizic evaluează gradul de hidratare, include examenul clinic al abdomenului și evaluarea regiunii perianale.

Investigații utile și proporționale: ionogramă, uree/ creatinină, CRP, coprocultură în caz de febră/ imunosupresie, prezența toxinelor A/ B Clostridium difficile, ecografie la suspiciune de obstrucție, colonoscopie (Ihara et al., 2024).

Fișa 3. Evaluarea gradului de severitate

- Diaree ușoară (grad 1): 1–3 scaune/ zi, fără deshidratare
- Diaree moderată (grad 2): 4–6 scaune/ zi, deshidratare ușoară
- Diaree severă (grad 3): ≥ 7 scaune/ zi, deshidratare severă, impact funcțional major
- Diaree de severitate extremă (grad 4): consecințe care pun viața în pericol, colaps hemodinamic (Bossi et al., 2018).

Fișa 4. Cauze

Cele mai frecvente cauze ale diareei în îngrijiri paliative:

- Medicamentoase (antibiotice, chimioterapie, laxative, antiacide)
- Tumorale (infiltrație tumorală, obstrucție parțială)
- Metabolice (hipertiroidism, hipokalemie)
- Radioterapie
- Chirurgicale
- Infecțioase (bacteriene, virale, Clostridium difficile)
- Alimentația enterală

(Bossi et al., 2018; Senderovich & Vierhout, 2021).

Fișa 5. Măsuri profilactice

Măsuri profilactice pentru managementul diareei în îngrijiri paliative: hidratare adecvată, evitarea alimentelor iritante, ajustarea laxativelor, probiotice când sunt indicate, protecție perianală.

Fișa 6. Măsuri non-farmacologice

Măsurile non-farmacologice în managementul diareei în îngrijiri paliative:

- Dieta BRAT (banane, orez, măr copt și pâine prăjită), evitarea lactatelor și alimentelor grase

- Hidratare orală
- Îngrijire perianală
- Ajustarea medicației implicate în apariția simptomului (ex: laxative, domperidonă, metoclopramid, antiacide pe bază de magneziu)

Fișa 7. Tratament medicamentos

Medicația antidiareică utilizată în îngrijiri paliative este sintetizată în Tabelul 1 (Dans et al., 2021; Graven-Nielsen et al., 2023; Riddle et al., 2016).

7.1. Linia 1 (grad 1-2)

- Loperamidă 4 mg inițial, apoi 2 mg după fiecare scaun (max 16 mg/ zi)
- Diosmectită 2–3 plicuri/ zi
- Probiotice la pacienți selecționați

7.2. Linia 2 (grad 2-3)

- Tinctură de opiu deodorată 0,5–1 mL la 6 h
- Codeină 15–60 mg la 4–6 h
- Octreotid 100–150 µg SC la 8 h sau 10–50 µg/h perfuzie continuă

7.3. Linia 3 (grad 3-4)

- Atropină–difenoxilat (Lomotil) 1–2 comprimate de 4×/ zi
- Corticoterapie (Dexametazonă 4–8 mg/ zi)
- Antibiotice dacă există criterii clinice (ex. *C. difficile*)
- Tratament etiologic specific (enzime pancreatice, tratament fecalom, etc.)

Tabel 1. Medicație antidiareică utilizată în îngrijiri paliative

Grad de severitate	Medicament	Doză uzuală/ adult	Observații	Contraindicații
Ușoară (grad 1)	Diosmectită	1-3 plicuri/ zi.	Poate fi utilizat și în pediatrie Adjuvant.	Nu este recomandată utilizarea pe termen lung.
	Loperamid	4 mg inițial, apoi 2mg la fiecare scaun diareic Maxim: 16 mg/ zi.	Este agonist opioid periferic. Este inhibitor al peristaltismului, antipropulsiv Indicat doar în diareea neinfecțioasă.	-Diaree infecțioasă, Infecție cu <i>C. difficile</i> , Colită pseudomembranoasă, Colită ulcerativă acută severă, Megacolon toxic Obstrucție intestinală, Fecalom. Precauție În insuficiență hepatică severă, Pacienți vârstnici, fragili

				Diaree asociată antibioticelor (până la excluderea <i>C. difficile</i>) Diaree în context neurologic (risc de fecalom și constipație severă).
	Lomotil (diphenoxylate/atropine)	1-2 tb la 6 ore, maxim 8 tb/ zi.	indicat ca terapie adjuvantă în tratamentul diareei la pacienții cu vârsta de 13 ani și peste.	Copii sub 6 ani, din cauza riscurilor de deprimare respiratorie și a sistemului nervos central (SNC) Pacienți cu diaree asociată cu enterocolită pseudomembranoasă (<i>Clostridium difficile</i>) sau alte bacterii producătoare de enterotoxine, din cauza riscului de complicații gastrointestinale, inclusiv sepsis Pacienți cu icter obstructiv.
Moderată (grad 2)	Loperamid	4 mg inițial, apoi 2 mg la fiecare scaun diareic Maxim 16 mg/ zi.	Inițiere/ continuare.	-
	Lomotil (diphenoxylate/atropine)	1-2 tb la 6 ore, maxim 8 tb/ zi.	Inițiere/ continuare.	-
	Bismut subsalicilat	524 mg la fiecare 30–60 minute, la nevoie sau 524 mg la 6–8 ore Doza maximă: 4,2 g/ zi.	Antisecretor, antiinflamator, antibacterian Alternativ / adjuvant.	Contraindicat la copii și adolescenți cu infecții virale și în caz de insuficiență renală severă Alergie la salicilați, ulcer activ.

Diaree cu C. difficile/ bacteriană	Codeină	15-60 mg la 4-6 ore.	Se recomandă în diareea persistentă, neinfecțioasă, în lipsa răspunsului la loperamidă în doze corecte.	Diaree infecțioasă (inclusiv <i>Clostridium difficile</i>) Obstrucție intestinală, ileus, fecalom, Insuficiență respiratorie severă Insuficiență hepatică severă.
	Antibiotera pie țintită		Evaluare boli infecțioase.	-
Severă/ refractară (grad 3-4)	Tinctură de opium (dropizol 10 mg/ ml, sol. orală).	5-10 picături x 2-3 ori/ zi Doza maximă 6 ml/ zi.	Efect antipropulsiv Medicație alternativă.	Precauție în insuficiența hepatică și renală.
	Crofelemer	125 mg x 2/ zi	Indicație: diaree HIV/ SIDA, sub terapie antiretrovirală.	Nu este aprobat pentru utilizare pediatrică Neadekvat în caz de insuficiență renală și hepatică severă, sângerare activă intestinală, în puseu acut de infecție intestinală.
	Octreotidă	100–200 µg la 8 ore, sc.	Utilă în diaree refractară/ oncologică Este un compus sintetic derivat din somatostatina.	Precauție în diabet zaharat, litiază biliară, insuficiență renală și hepatică severă, tulburări de ritm cardiac.
	Levsin (hyoscyamine)	Adulți și copii peste 12 ani: 0,125 mg x 4/ zi sau la nevoie, maxim 1,5 mg/ zi.	Agent blocant colinergic Poate fi luat sub forma de tablete sublinguale, PO. Se poate administra și SC, IM sau IV.	Doze reduse la vârstnici.
	Dexametazonă	4-8 mg/ zi,	Tratament adjuvant antidiareic	Diaree infecțioasă netratată

		uneori până la 16 mg/ zi , pe termen scurt.	Reduce edemul și inflamația peritumorală Reduce secreția și tranzitul intestinal.	Suspiciune de <i>Clostridium difficile</i> . Diaree pur secretorie fără componentă inflamatorie Utilizare prelungită fără reevaluare.

Fișa 8. Semne de alarmă

Semne de alarmă în evaluarea severității diareii: deshidratare severă, sânge în scaun, febră, durere intensă, semne de obstrucție, dezechilibre electrolitice.

Fișa 9. Monitorizare

- Monitorizarea zilnică a scaunelor
- Evaluarea hidratării
- Ajustarea tratamentului
- Observarea efectelor adverse

V. PARTICULARITĂȚI ÎN MANAGEMENTUL DIAREEI ÎN DIFERITE INSUFICIENȚE DE ORGAN

V.1 INSUFICIENȚA RENALĂ CRONICĂ (IRC)

Probleme specifice:

- ✓ Risc crescut de deshidratare și tulburări electrolitice (hiperkaliemie, hiponatremie)
- ✓ Eliminarea renală redusă a unor medicamente
- ✓ Uremia poate agrava tulburările digestive (Cooper et al., 2021).

Principii de management:

- ✓ Rehidratare cu prudență (monitorizarea balanței hidrice)
- ✓ Corectarea atentă a electroliților
- ✓ Evitarea laxativelor sau antidiareicelor cu eliminare renală importantă
- ✓ Ajustarea dozelor de medicamente
- ✓ Investigarea cauzelor: infecții, medicamente (ex. antibiotice, fosfați) (Cooper et al., 2023).

V.2 INSUFICIENȚA HEPATICĂ (IH)

Probleme specifice:

- ✓ Metabolism hepatic afectat al medicamentelor
- ✓ Risc de encefalopatie hepatică
- ✓ Hipoproteinemie și edeme

Principii de management:

- ✓ Evitarea medicamentelor cu metabolizare hepatică intensă
- ✓ Corectarea dezechilibrelor hidroelectrolitice
- ✓ Atenție la diareea indusă de lactuloză (folosită în encefalopatia hepatică)
- ✓ Menținerea tranzitului intestinal regulat pentru prevenirea encefalopatiei
- ✓ Tratamentul cauzei (infecțioase, toxice, medicamentoase) (Pomej et al., 2025; Rogal et al., 2022).

V.3 INSUFICIENȚA CARDIACĂ (IC)

Probleme specifice:

- ✓ Intoleranță la supraîncărcarea volemică
- ✓ Perfuzie intestinală redusă → ischemie intestinală posibilă
- ✓ Tratament diuretic asociat

Principii de management:

- ✓ Rehidratare lentă și controlată
- ✓ Monitorizarea atentă a greutății și diurezei
- ✓ Evitarea soluțiilor hipotonice sau hipertotonice
- ✓ Corectarea dezechilibrelor electrolitice (mai ales potasiu)
- ✓ Evaluarea ischemiei mezenterice dacă diareea este severă/ persistentă

V.4 INSUFICIENȚĂ RESPIRATORIE SEVERĂ

Probleme specifice:

- ✓ Creșterea consumului energetic
- ✓ Hipoxie tisulară
- ✓ Dificultăți de alimentație orală

Principii de management:

- ✓ Menținerea unei hidratări adecvate fără suprasarcină
- ✓ Corectarea acidozei metabolice asociate
- ✓ Nutriție adaptată (enterală/ parenterală, dacă este necesar)
- ✓ Evitarea distensiei abdominale care poate agrava respirația
- ✓ Tratamentul prompt al cauzei diareei (infecțioasă, medicamentoasă)
- ✓ Mobilizare precoce, dacă este posibil.

VI. MEDICAȚIE PEDIATRICĂ PENTRU CONTROLUL DIAREEI ÎN ÎNGRIJIRILE PALIATIVE PEDIATRICE

(Aburn et al., 2024; Muckaden et al., 2011)

- *Loperamidă* - Cea mai frecvent utilizată
 - Poate fi folosită la copii >2 ani (cu prudență)
 - Utilă mai ales în diaree non-infecțioasă (ex: secundară tratamentului)

Doze:

- Copii 1–11 luni: Inițial 100 mcg/ kg de 2 ori/ zi. Creșterea dozei la maximum 2 mg/ kg/ zi.
- Copii 1–11 ani: Inițial 100 mcg/ kg (maxim 2 mg) 3-4 ori/ zi. Creșterea la nevoie la maxim 1.25 mg/ kg / zi (maximum 16 mg/ zi)
- Copii 12–17 ani: Inițial 2 mg 2-4 ori/ zi. Creșterea dozei până la maxim 16 mg/ zi în doze divizate.

- *Racecadotril*: antisecretor intestinal

Doze: 1,5 mg/ kg per administrare, cu o administrare inițială, urmată de 3 administrări în cursul zilei, la intervale de timp regulate.

Tratamentul trebuie continuat până la apariția a două scaune normale.

Durata tratamentului nu trebuie să depășească 7 zile.

Nu se recomandă administrarea la sugarii cu vârsta sub 3 luni.

Nu se recomandă administrarea la sugari sau copii cu insuficiență renală sau hepatică.

- *Diosmectită* (Smecta): bine tolerată, inclusiv la copii mici

Doze:

- La sugari si copii sub vârsta de 1 an: un plic/ zi, diluat în apa.- copii între 1 si 2 ani: 2 plicuri/zi, diluate în apa.
- Copii peste vârsta de 2 ani: 2-3 plicuri/ zi, diluate în apa.

- *Probiotice* (selectiv): pot fi utile ca adjuvant, efect variabil; nu sunt esențiale în toate cazurile paliative

- *Octreotid*: administrare subcutanată

Doze:

- Nou-născut: inițial 2-5 mcg/ kg la fiecare 6-8 ore, ajustată în funcție de răspuns; crescută, dacă este necesar, până la 7 mcg/ kg la fiecare 4 ore, rareori fiind necesară o doză de până la 7 mcg/ kg.
- Copil 1 lună-17 ani: Inițial 1-2 mcg/ kg la fiecare 4-6 ore, ajustată în funcție de răspuns; crescută, dacă este necesar, până la 7 mcg/ kg la fiecare 4 ore, rareori fiind necesară o doză de până la 7 mcg/ kg.

Prin perfuzie intravenoasă continuă sau subcutanată

- Copil 1 lună-17 ani: 1 mcg/ kg/ oră. Inițial pot fi necesare doze mai mari. Când nu există sângerări active, se reduce doza pe parcursul a 24 de ore.

Doza maximă uzuală este de 50 mcg/ oră.

VII. STUDIU DE CAZ

Pacientă: femeie, 64 de ani,

Diagnostic oncologic: adenocarcinom de colon sigmoid, stadiul IV, cu metastaze hepatice și peritoneale

Status terapeutic: tratament oncologic sistat; în îngrijiri paliative

Comorbidități: insuficiență hepatică ușoară, anemie cronică

Status funcțional: ECOG 3 (mobilizare limitată, dependentă parțial)

Context de îngrijire: internată într-o unitate de îngrijiri paliative

VII.1 Evaluare pacient

- **Evaluare inițială:** Pacienta prezintă de 7 zile cca. 8–10 scaune apoase/ zi, urgență defecațională severă, scădere ponderală, disconfort major și anxietate. Diareea afectează semnificativ calitatea vieții, cu risc de deshidratare, dezechilibre electrolitice, iritații perianale, agravarea insuficienței hepatice.
- **Evaluare clinică:** Istoric: debut subacut, fără febră, fără sânge în scaun, radioterapie pelvină efectuată anterior, tratament recent cu laxative osmotice pentru constipație, alimentație orală redusă. Examen fizic: mucoase uscate, hipotensiune ortostatică ușoară, abdomen difuz sensibil, fără semne de abdomen acut, tegumente perianale iritate. Investigații proporționale (paliative): ionogramă: hipokalemie moderată, uree/ creatinină: normale, CRP: ușor crescut, test toxină *Clostridium difficile*: negativ, ecografie abdominală: infiltrație tumorală peritoneală, fără obstrucție completă.
- **Evaluarea severității:** Diaree severă, cu ≥ 8 scaune/ zi, semne de deshidratare, cu impact funcțional major.

Cauze probabile: infiltrație tumorală colonică, enterită post-radioterapie, abuz de laxative, malabsorbție secundară, afectare hepatică cu tulburări metabolice.

VII.2 Management conform protocolului

1. *Măsurii non-farmacologice:* oprirea laxativelor, regim alimentar antidiareic, fracționat, evitarea lactatelor și alimentelor grase, hidratare orală + IV cu prudență, îngrijire perianală intensivă.

2. *Tratament medicamentos:*

Linia 2 (direct, dată fiind severitatea):

- Loperamidă inițial, fără răspuns suficient
- Octreotid 100 μ g SC la 8 h
- Diosmectită 3 plicuri/ zi
- Corecție electrolitică (K^+)

Ajustări speciale (IH asociată): evitarea medicamentelor cu metabolizare hepatică intensă și monitorizarea atentă a statusului mental (encefalopatie hepatică).

Evaluare după 72 h: scaune reduse la 3–4/ zi, fără urgență

3. *Monitorizare:* frecvența și consistența scaunelor, status hidroelectrolitic, toleranța tratamentului, confortul pacientei.

VII.3 Elemente-cheie de discuție a cazului:

- Diareea oncologică este adesea multifactorială
- Decizia de tratament se bazează pe severitate și obiective paliative
- Octreotidul este esențial în diareea tumorală/ refractară
- Investigațiile sunt proporționale cu prognosticul
- Tratamentul urmărește controlul simptomului, nu cauza definitivă

VIII. REZUMAT

Definiție: ≥3 scaune/ zi cu consistență redusă; afectează semnificativ calitatea vieții.

Evaluare: debut, frecvență, consistență, medicamente, istoric de constipație; evaluarea hidratării și a regiunii perianale.

Severitate:

- - ușoară (3–4/ zi)
- - moderată (5–7/ zi)
- - severă (≥8/ zi, deshidratare)

Cauze frecvente: medicamentoase, tumorale, post-radioterapie/ chirurgie, infecțioase (*C. difficile*), nutriție enterală, neurologice.

Măsurile generale: hidratare, dietă adaptată, oprirea laxativelor, îngrijire perianală.

Tratament:

- Linia 1: loperamidă ± diosmectită
- Linia 2: codeină/ tinctură de opiu/ octreotid
- Linia 3: atropină–difenoxilat, corticosteroizi, tratament etiologic

Atenție: ajustare în insuficiențe de organ.

Obiectiv: control simptomatic și confort, nu normalizarea perfectă a tranzitului.

Bibliografie

1. Aburn, G. E., Gott, M., Moeke-Maxwell, T., & Drake, R. (2024). Paediatric palliative care in Aotearoa New Zealand-current state and future direction. *The New Zealand Medical Journal*, 137(1605), 92–99. <https://doi.org/10.26635/6965.6693>
2. Akbarali, H. I., Muchhala, K. H., Jessup, D. K., & Cheatham, S. (2022). Chemotherapy induced gastrointestinal toxicities. *Advances in Cancer Research*, 155, 131–166. <https://doi.org/10.1016/bs.acr.2022.02.007>
3. Bossi, P., Antonuzzo, A., Cherny, N. I., Rosengarten, O., Pernot, S., Trippa, F., Schuler, U., Snegovoy, A., Jordan, K., Ripamonti, C. I., & ESMO Guidelines Committee. (2018). Diarrhoea in adult cancer patients: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Annals of Oncology*, 29(Suppl 4), iv126–iv142. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdy145>
4. Cai, M., Yin, J., Fang, X., Li, Y., Hu, L., & Xu, Y. (2025). The efficacy of non-pharmacological interventions for treating constipation symptoms in lung cancer patients: A systematic review and network meta-analysis. *Frontiers in Oncology*, 15, 1633167. <https://doi.org/10.3389/fonc.2025.1633167>
5. Chen, J., Good, P., Stokes, C., & Gurgenci, T. (2025). Management of constipation in people receiving palliative care. *Australian Journal of General Practice*, 54(8), 524–529. <https://doi.org/10.31128/AJGP-08-24-7393>
6. Clark, K., & Currow, D. C. (2013). Constipation in palliative care: What do we use as definitions and outcome measures? *Journal of Pain and Symptom Management*, 45(4), 753–762. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2012.03.016>
7. Cooper, T. E., Dalton, A., Kieu, A., Howell, M., Jayanti, S., Khalid, R., Lim, W. H., Scholes-Robertson, N., Craig, J. C., Teixeira-Pinto, A., Bourke, M. J., Tong, A., & Wong, G. (2021). The CKD bowel health study: understanding the bowel health and gastrointestinal symptom management in patients with chronic kidney disease: a mixed-methods

- observational longitudinal study (protocol). *BMC Nephrology*, 22(1), 388. <https://doi.org/10.1186/s12882-021-02600-x>
8. Cooper, T. E., Khalid, R., Chan, S., Craig, J. C., Hawley, C. M., Howell, M., Johnson, D. W., Jaure, A., Teixeira-Pinto, A., & Wong, G. (2023). Synbiotics, prebiotics and probiotics for people with chronic kidney disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10(10), CD013631. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013631.pub2>
 9. Dans, M., Kutner, J. S., Agarwal, R., Baker, J. N., Bauman, J. R., Beck, A. C., Campbell, T. C., Carey, E. C., Case, A. A., Dalal, S., Doberman, D. J., Epstein, A. S., Fecher, L., Jones, J., Kapo, J., Lee, R. T., Loggers, E. T., McCammon, S., Mitchell, W., ... Campbell, M. (2021). NCCN guidelines® insights: palliative care, version 2.2021. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, 19(7), 780–788. <https://doi.org/10.6004/jnccn.2021.0033>
 10. Dzierzanowski, T., & Mercadante, S. (2022). Constipation in cancer patients—An update of clinical evidence. *Current Treatment Options in Oncology*, 23(7), 936–950. <https://doi.org/10.1007/s11864-022-00976-y>
 11. Dzierżanowski, T., & Larkin, P. (2020). Proposed criteria for constipation in palliative care patients: A multicenter cohort study. *Journal of Clinical Medicine*, 10(1), 40. <https://doi.org/10.3390/jcm10010040>
 12. Gould Rothberg, B. E., Quest, T. E., Yeung, S.-C. J., Pelosof, L. C., Gerber, D. E., Seltzer, J. A., Bischof, J. J., Thomas, C. R., Akhter, N., Mamtani, M., Stutman, R. E., Baugh, C. W., Anantharaman, V., Pettit, N. R., Klotz, A. D., Gibbs, M. A., & Kyriacou, D. N. (2022). Oncologic emergencies and urgencies: A comprehensive review. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 72(6), 570–593. <https://doi.org/10.3322/caac.21727>
 13. Graven-Nielsen, C. S., Knoph, C. S., Okdahl, T., Høyer, K. L., Krogh, K., Hellström, P. M., & Drewes, A. M. (2023). Opioids in the Treatment of Chronic Idiopathic Diarrhea in Humans-A Systematic Review and Treatment Guideline. *Journal of Clinical Medicine*, 12(7). <https://doi.org/10.3390/jcm12072488>
 14. Ihara, E., Manabe, N., Ohkubo, H., Ogasawara, N., Ogino, H., Kakimoto, K., Kanazawa, M., Kawahara, H., Kusano, C., Kuribayashi, S., Sawada, A., Takagi, T., Takano, S., Tomita, T., Noake, T., Hojo, M., Hokari, R., Masaoka, T., Machida, T., ... Higuchi, K. (2024). Evidence-Based Clinical Guidelines for Chronic Diarrhea 2023. *Digestion*, 105(6), 480–497. <https://doi.org/10.1159/000541121>
 15. Kalantar-Zadeh, K., Lockwood, M. B., Rhee, C. M., et al. (2022). Patient-centred approaches for the management of unpleasant symptoms in kidney disease. *Nature Reviews Nephrology*, 18(3), 185–198. <https://doi.org/10.1038/s41581-021-00518-z>
 16. Muckaden, M., Dighe, M., Balaji, P., Dhaliwal, S., Tilve, P., Jadhav, S., & Goswami, S. (2011). Paediatric palliative care: theory to practice. *Indian Journal of Palliative Care*, 17(Suppl), S52–60. <https://doi.org/10.4103/0973-1075.76244>
 17. National Comprehensive Cancer Network. (2025). *NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®): Constipation (Version 1.2025). https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/pain.pdf
 18. Pomej, K., Masel, E. K., & Kreye, G. (2025). Palliative care in terminally ill advanced chronic liver disease patients. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 137(11–12), 342–350. <https://doi.org/10.1007/s00508-024-02436-z>
 19. Riddle, M. S., DuPont, H. L., & Connor, B. A. (2016). ACG clinical guideline: diagnosis, treatment, and prevention of acute diarrheal infections in adults. *The American Journal of Gastroenterology*, 111(5), 602–622. <https://doi.org/10.1038/ajg.2016.126>
 20. Rogal, S. S., Hansen, L., Patel, A., Ufere, N. N., Verma, M., Woodrell, C. D., & Kanwal, F. (2022). AASLD Practice Guidance: Palliative care and symptom-based management in decompensated cirrhosis. *Hepatology*, 76(3), 819–853. <https://doi.org/10.1002/hep.32378>
 21. Scottish Palliative Care Guidelines. (2024). *Constipation*. <https://www.palliativecareguidelines.scot.nhs.uk/guidelines/pain-and-symptoms/constipation.aspx>
 22. Senderovich, H., & Vierhout, M. (2021). Is there a role for bismuth in diarrhea management? *Rambam Maimonides Medical Journal*, 12(1). <https://doi.org/10.5041/RMMJ.10422>

Capitolul 3.8

Dispneea

Autor: Maria-Mirabela Mihăilescu-Marin

Revizor: Daniela Moşoiu

I. ASPECTE TEORETICE

Dispneea este o senzație subiectivă de lipsă de aer, a cărei intensitate se corelează slab cu parametrii obiectivi măsurabili (saturația oxigenului, frecvență respiratorie, aliura ventriculară) (Aotearoa Palliative Care Network, 2023; Crombeen & Lilly, 2020).

Anxietatea resimțită în timpul dispneei nu se reflectă în parametrii biologici, deși contribuie semnificativ la suferința pacientului (Aotearoa Palliative Care Network, 2023; Crombeen & Lilly, 2020).

II. RECOMANDĂRI

Evaluarea inițială

Recomandare 1: **Se recomandă** identificarea și tratarea cauzelor potențial reversibile de dispnee (Hui et al., 2020).

Recomandare 2: **Se sugerează** utilizarea instrumentelor de evaluare a nevoilor (NAT) pentru o evaluare comprehensivă, centrată pe pacient, cu luarea deciziilor în comun la pacienții cu boli respiratorii severe și nevoi de îngrijiri paliative (Holland et al., 2024).

Recomandare 3: **Se sugerează** formarea personalului medical în utilizarea instrumentelor de evaluare și integrarea nevoilor identificate la pacienții cu boli respiratorii severe și nevoi de îngrijiri paliative (Holland et al., 2024).

Intervenții non-farmacologice

Recomandare 4: **Se sugerează** utilizarea unui ventilator portabil orientat spre față pentru reducerea senzației de lipsă de aer; util singur la pacienții fără hipoxemie sau complementar oxigenoterapiei (Hui et al., 2020).

Recomandare 5: **Se sugerează** utilizarea influxului crescut de aer (ventilator de mână sau de masă) la pacienți cu boli respiratorii severe (Holland et al., 2024).

Recomandare 6: **Se sugerează** utilizarea tehnicilor de respirație (respirația cu buzele strânse, respirația diafragmatică, exerciții de control respirator, yoga) pentru reducerea dispneei și îmbunătățirea calității vieții la pacienții cu boli respiratorii severe (Holland et al., 2024).

Recomandare 7: **Se sugerează** educarea pacienților privind autogestionarea dispneei, dozarea efortului, pozițiile de ameliorare și tehnici de relaxare/distragere (Hui et al., 2020).

Recomandare 8: **Se sugerează** testarea dispozitivelor de sprijin la mers (baston, cadru) pentru reducerea dispneei la efort (Hui et al., 2020).

Recomandare 9: **Se recomandă** includerea în programe de reabilitare pulmonară/cardiacă la pacienți cu boli respiratorii sau cardiace cronice asociate (Hui et al., 2020).

Recomandare 10: **Se sugerează** utilizarea unei consilieri personalizate privind exercițiile aerobice și de forță, ajustate în funcție de capacitatea funcțională și severitatea dispneei pacientului (Hui et al., 2020).

Intervenții farmacologice

Recomandare 11: **Se sugerează** utilizarea Morfinei orale în doză mică, administrată regulat, ca fiind tratamentul farmacologic de primă linie pentru dispneea cronică severă refractară la măsuri non-farmacologice (Hui et al., 2020).

Recomandare 12: **Se sugerează** administrarea profilactică a unei doze mici de opioid înainte de efort la pacienții cu dispnee de efort (cel mult de 2 ori pe zi) atent selecționați, cu monitorizare atentă (Hui et al., 2020).

Recomandare 13: **Se recomandă** profilaxia efectelor secundare la toți pacienții la care se inițiază tratament opioid (Hui et al., 2020).

Recomandare 14: **Se sugerează** utilizarea benzodiazepinelor cu prudență la pacienții oncologici, atent selecționați, care asociază anxietate, atunci când opioidele sunt insuficiente (Hui et al., 2020).

Recomandare 15: **Se sugerează** utilizarea sedării paliative la pacienții cu dispnee refractară, atent selecționați, aflați în ultimele zile de viață (Hui et al., 2020).

Recomandare 16: **Se sugerează** utilizarea corticosteroizilor, în cazuri selecționate, ca opțiune terapeutică pentru ameliorarea dispneei asociate cancerului, atunci când tratamentele standard nu sunt eficiente (Hui et al., 2020).

Recomandare 17: **Se sugerează** utilizarea bronhodilatatoarelor pentru ameliorarea dispneei la pacienții cu cancer avansat și boli pulmonare obstructive sau semne de bronhospasm, atent selecționați (Hui et al., 2021).

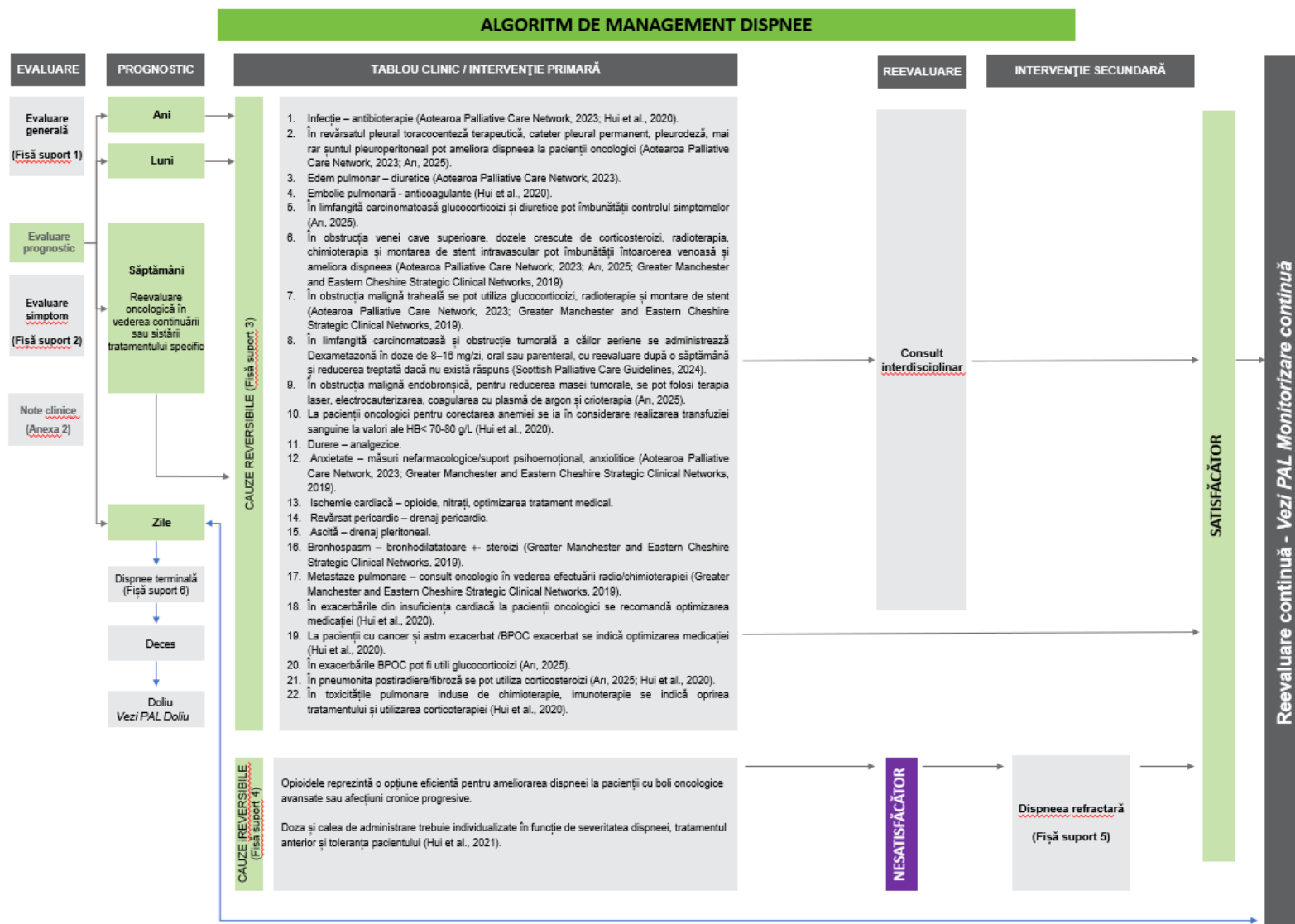
Oxygenoterapia și suportul ventilator

Recomandare 18: **Se sugerează** utilizarea Oxygenoterapia în dispneea severă cu desaturare la efort la pacienții cu boli respiratorii severe (Holland et al., 2024).

Recomandare 19: **Se sugerează** a fi luat în considerare Oxigenul cu debit crescut (high-flow oxygen) la pacienții cu insuficiență respiratorie hipoxemică (Hui et al., 2020).

Recomandare 20: **Se sugerează** a fi utilizată Ventilația non-invazivă (NIV) la pacienții cu cancer și dispnee cronică severă, mai ales în contextul insuficienței respiratorii hipercapnice acute (Hui et al., 2020).

III. ALGORITM DE MANAGEMENT DISPNEE



IV. FIȘE SUPORT

Fișa 1. Evaluare generală

Dispneea are, de cele mai multe ori, cauze multifactoriale, rezultând din interacțiunea factorilor fizici, psihologici, sociali și spirituali (Greater Manchester and Eastern Cheshire Strategic Clinical Networks, 2019).

Dispneea este un simptom multidimensional, influențat și agravat de prezența altor simptome precum depresia, anxietatea, oboseala sau inapetența, reflectând complexitatea și încărcătura pacientului oncologic. Primul pas în abordarea pacientului cu dispnee este identificarea și corectarea cauzelor determinante (Crombeen & Lilly, 2020).

Cauzele fizice pot coexista, motiv pentru care este necesară o abordare structurată a investigațiilor, a tratamentului și o efectuare riguroasă a diagnosticului diferențial (Crombeen & Lilly, 2020).

În evaluarea dispneei, trebuie identificate și tratate cauzele reversibile, în acord cu obiectivele stabilite împreună cu pacientul. La unii pacienți, însă, poate persista o dispnee cronică refractară, care nu se ameliorează în ciuda tratamentului optim al factorilor corectabili (Aotearoa Palliative Care Network, 2023).

Aprecierea subiectivă a dispneei de către pacient reprezintă standardul de referință pentru evaluarea severității simptomului și pentru monitorizarea răspunsului la tratament. Instrumente validate de autoevaluare, precum Edmonton Symptom Assessment System (ESAS), pot fi utilizate cu ușurință de pacient sau de îngrijitor pentru a evalua dispneea și simptomele asociate (Crombeen & Lilly, 2020).

Fișa 2. Evaluare simptom

Anamneză

1. Debut (la efort, în repaus, la schimbarea poziției),
2. Durată, frecvența (intermitentă, permanentă, intervalul între episoade),
3. Factori amelioratori și precipitanți (postură, factori de mediu, emoționali, medicație asociată, citostatice),
4. Intensitate (scale de evaluare: sav, scala numerică gradată, scala verbală descriptivă),
5. Semne și simptome asociate: tuse, secreții, wheezing, durere toracică/junghi, febră, tahipnee, anxietate,
6. Impact asupra funcționalității și calității vieții,
7. Nivelul de înțelegere privind cauzele dispneei/însemnătatea dată prezenței acestui simptom, temerile sale cu privire la prezența acestui simptom (healthcare improvement scotland, 2025).

Examen clinic general

- I. Semne/ Simptome asociate și cauze posibile: tuse, wheezing, fără durere: astm bronșic, pneumotorax, edem pulmonar;
- II. Durere toracică centrală non-pleuritică: infarct miocardic, embolie pulmonară masivă;
- III. Durere toracică pleuritică: pleurezie, fractură costală, pneumonie, pneumotorax, tumoră pulmonară/pleurală;
- IV. Durere în zonele de distribuție C8, T1, T2 asociată cu ptoza palpebrală, mioză, anhidroză și enoftalmie: sindrom Pancoast Tobias;

- V. Amețeli, tremurături: sindrom de hiperventilație;
- VI. Edeme: Sindrom de Venă Cavă Superioară, embolie pulmonară (Tromboză Venoasă Profundă), ICC, BPOC (cord pulmonar) (Moșoiu & Grup de lucru elaborare protocoale terapeutice, 2013).

Examenе paraclinice: se recomandă în funcție de evaluarea fizică, stadiul bolii și prognostic, raportul risc/beneficiu, dorința pacientului/familiei.

Pentru diagnosticul diferențial al cauzelor reversibile (orientativ):

- radiografie toracică (se evită dacă există RX sau CT torace recent)
- puls-oximetrie,
- HLG completă,
- EKG (Moșoiu & Grup de lucru elaborare protocoale terapeutice, 2013).

Fișa 3. Principalele cauze reversibile de dispnee și tratamentul specific al acestora la pacienții oncologici

1. Infecție – antibioterapie (Aotearoa Palliative Care Network, 2023; Hui et al., 2020).
2. În revărsatul pleural toracocenteză terapeutică, introducerea unui cateter pleural permanent, pleurodeză, mai rar șuntul pleuroperitoneal pot ameliora dispneea la pacienții oncologici (Aotearoa Palliative Care Network, 2023; Ari, 2025).
3. Edem pulmonar - diuretice (Aotearoa Palliative Care Network, 2023).
4. Embolie pulmonară - anticoagulante (Hui et al., 2020).
5. În limfangită carcinomatoasă glucocorticoizi și diuretice pot îmbunătăți controlul simptomelor (Ari, 2025).
6. În obstrucția venei cave superioare, dozele crescute de corticosteroizi, radioterapia, chimioterapia și montarea de stent intravascular pot îmbunătăți întoarcerea venoasă și ameliora dispneea (Aotearoa Palliative Care Network, 2023; Ari, 2025; Greater Manchester and Eastern Cheshire Strategic Clinical Networks, 2019).
7. În obstrucția malignă traheală se pot utiliza glucocorticoizi, radioterapie și montare de stent (Aotearoa Palliative Care Network, 2023; Greater Manchester and Eastern Cheshire Strategic Clinical Networks, 2019).
8. În limfangită carcinomatoasă și obstrucție tumorală a căilor aeriene se administrează Dexametazonă în doze de 8–16 mg/zi, oral sau parenteral, cu reevaluare după o săptămână și reducerea treptată dacă nu există răspuns (Scottish Palliative Care Guidelines, 2024).
9. În obstrucția malignă endobronșică, pentru reducerea masei tumorale, se pot folosi terapia laser, electrocauterizarea, coagularea cu plasmă de argon și crioterapia (Ari, 2025).
10. La pacienții oncologici pentru corectarea anemiei se ia în considerare realizarea transfuziei sanguine la valori ale HB < 70-80 g/L (Hui et al., 2020).
11. Durere – analgezice.
12. Anxietate – măsuri nefarmacologice/suport psihoemoțional, anxiolitice (Aotearoa Palliative Care Network, 2023; Greater Manchester and Eastern Cheshire Strategic Clinical Networks, 2019).
13. Ischemie cardiacă – opioide, nitrați, optimizarea tratament medical.
14. Revărsat pericardic – drenaj pericardic.
15. Ascită – drenaj peritoneal.

16. Bronhospasm – bronhodilatatoare +/- steroizi (Greater Manchester and Eastern Cheshire Strategic Clinical Networks, 2019).
17. Metastaze pulmonare – consult oncologic în vederea efectuării radio/chimioterapiei (Greater Manchester and Eastern Cheshire Strategic Clinical Networks, 2019).
18. În exacerbările din insuficiența cardiacă la pacienții oncologici se recomandă optimizarea medicației (Hui et al., 2020).
19. La pacienții cu cancer și astm exacerbant /BPOC exacerbant se indică optimizarea medicației (Hui et al., 2020).
20. În exacerbările BPOC pot fi utili glucocorticoizi (Ari, 2025).
21. În pneumonita postiradiere/fibroză se pot utiliza corticosteroizi (Ari, 2025; Hui et al., 2020).
22. În toxicitățile pulmonare induse de chimioterapie, imunoterapie se indică oprirea tratamentului și utilizarea corticoterapiei (Hui et al., 2020).

Fișa 4. Cauze ireversibile de dispnee și tratamentul specific

Opioidele reprezintă o opțiune eficientă pentru ameliorarea dispneei la pacienții cu boli oncologice avansate sau afecțiuni cronice progresive. Doza și calea de administrare trebuie individualizate în funcție de severitatea dispneei, tratamentul anterior și toleranța pacientului (Hui et al., 2021).

Vezi Anexa 1 Utilizarea morfinei pentru dispnee în trei trepte și Anexa 2 Note clinice

Fișa 5. Dispnee refractară

La pacienții la care cauzele de dispnee nu sunt corectabile sau dispneea devine refractară în ciuda tratamentului adecvat, opioidele rămân tratamentul de bază. Se administrează morfină orală cu eliberare imediată (2,5–5 mg la fiecare 4–6 ore) în funcție de răspuns și toleranță, cu trecerea la formele de administrare prelungită după atingerea unui nivel stabil (Crombeen & Lilly, 2020).

Benzodiazepine cu acțiune scurtă pot fi administrate la pacienții cu un control inadecvat la opioide care prezintă anxietate (Hui et al., 2020).

Fișa 6. Dispnee terminală

1. Oxigenul este util doar la pacienții hipoxici (Scottish Palliative Care Guidelines, 2024).
2. Pentru controlul simptomelor, canulele nazale sunt preferate deoarece sunt mai bine tolerate decât masca (Scottish Palliative Care Guidelines, 2024).
3. Utilizarea unui ventilator (de masă sau portabil) poate reduce senzația de sufocare (Scottish Palliative Care Guidelines, 2024).
4. Poziția mai ridicată a trunchiului poate ameliora dispneea (Scottish Palliative Care Guidelines, 2024).
5. În dispneea intermitentă la pacientul opioid naiv se utilizează Morfină administrată subcutanat în doză de 2 mg până la maxim 6 doze /24 ore și cu reevaluare de către medic peste doza maximă. În cazul în care pacientul este tratat cu opioide, se utilizează aceeași doză de rezervă pentru durere și dispnee, administrată la nevoie până la o dată pe oră, cu revizuirea dozei în funcție de necesități (Scottish Palliative Care Guidelines, 2024).
6. În dispneea intermitentă se utilizează midazolam administrat subcutanat în doze de 2–5 mg, la nevoie, până la o dată pe oră; dacă sunt necesare 3 sau mai multe doze în 4 ore, sau peste 6 doze

în 24 de ore, fără beneficiu semnificativ, este necesară reevaluarea pacientului sau consultul medical (Scottish Palliative Care Guidelines, 2024).

7. În dispnee persistentă se administrează subcutanat din seringă automată morfină 5–10 mg/ 24 h la pacientul opioid naiv împreună cu midazolam 5–20 mg/ 24 h (Scottish Palliative Care Guidelines, 2024).
8. Sedarea paliativă poate fi considerată o opțiune la pacienții cu dispnee severă rezistentă la intervențiile paliative anterioare pentru reducerea suferinței, în ultimele zile de viață. Administrarea atent titrată de benzodiazepine, precum midazolam (în perfuzie) sau lorazepam, are ca scop obținerea confortului maxim cu diminuarea minimă a stării de conștiență (Hui et al., 2020).
9. Pentru reducerea secrețiilor asociate dispneei terminale se recomandă măsuri non-farmacologice, precum poziționarea pacientului în decubit lateral pentru a facilita drenajul, evitarea aspirării excesive și limitarea aportului de fluide, asociate cu administrarea subcutanată de anticolinergice. Prima opțiune este hioscina butilbromidică (20 mg subcutanat, la nevoie, la interval de minim 1 oră între administrări, până la maximum 120 mg/ zi), iar în caz de răspuns insuficient se pot utiliza glicopiriniu bromidic (200 micrograme subcutanat, la nevoie, la interval de 6-8 ore) sau hioscină hidrobromidică (400 micrograme subcutanat, la nevoie, la interval de minim 2 ore) (Scottish Palliative Care Guidelines, 2024).

V. PARTICULARITĂȚILE ÎN INSUFICIENȚE DE ORGAN / BOLI NON-ONCOLOGICE

BOALĂ RENALĂ CRONICĂ

○ Opioide

Datorită afectării farmacocineticii opioidelor și creșterii riscului de toxicitate prin efect cumulativ este necesară utilizarea cu precauție a acestora și adaptarea dozelor la stadiu bolii renale.

Morfina poate determina efecte toxice prin acumularea metabolitului său activ (3-glucuronide-morphine), fapt care impune prudență în administrare și ajustări în funcție de diureză și RFG. Astfel, la RFG între 20-50 ml/ min se va administra 75% din doza inițială, la RFG între 10-20 ml/ min se reduce doza inițială la 50%, iar sub 10 ml/ min sau la pacienții dializați se recomandă 25 % din doza zilnică.

Dacă Morfina nu este tolerată datorită efectelor secundare, Metadona poate constitui o alternativă, deși nu există studii pe loturi mari de pacienți care să confirme rolul acesteia în cuparea dispneei, prin blocarea receptorilor NMDA contribuie suplimentar la ameliorarea dispneei prin reducerea percepției asupra senzației de sufocare (Ari, 2025; Hui et al., 2021).

Metadona este relativ sigură în boala renală cronică, deoarece se elimină predominant pe cale digestivă. Totuși, datorită timpului de înjumătățire foarte lung, necesită prudență la inițiere și titrare (Palliative Care Network of Wisconsin, 2018; Roy et al., 2020). Dozele trebuie ajustate în funcție de clearance-ul creatininei, iar când RFG scade sub 10 ml/ min se administrează jumătate din doza zilnică (Ashley & Dunleavy, 2019).

Fentanylul poate constitui o altă opțiune în managementul dispneei datorită prezenței metabolizilor inactivi care nu determină toxicitate prin acumulare (Ari, 2025; Palliative Care Network of Wisconsin, 2018). Dozele se reduc la 75 % dacă RFG este între 10-50 ml/ min, iar la o RFG sub 10 ml/ min se scade doza cu 50% (Ashley & Dunleavy, 2019).

- **Benzodiazepinele**

Lorazepamul și Midazolamul nu necesită reducerea dozelor până la o RFG de 10 ml/ min (Ashley & Dunleavy, 2019). La pacientul cu RFG < 10 ml/ min Midazolamul se administrează doar în bolus (Ashley & Dunleavy, 2019).

- **Anticolinerigece**

Pentru Hioscina butilbromidică nu se ajustează dozele în funcție de RFG (Ashley & Dunleavy, 2019).

- **Bronhodilatatoarele administrate inhalator**

Nu necesită ajustarea dozei în insuficiența renală.

INSUFICIENȚA HEPATICĂ

- **Opioide**

În insuficiența hepatică, clearance-ul opioidelor este diminuat, motiv pentru care tratamentul trebuie inițiat cu doze reduse și cu intervale de administrare prelungite, pentru a limita riscul de acumulare și apariția reacțiilor adverse.

Morfina poate fi utilizată în doze și intervale obișnuite în stadiile precoce ale bolii hepatice; pe măsura progresiei disfuncției hepatice, se menține doza inițială, dar se crește intervalul dintre administrări.

Metadona este considerată sigură în insuficiența hepatică ușoară și moderată, fără necesitatea ajustării dozelor sau a frecvenței administrării, însă nu este recomandată în insuficiența hepatică severă.

Administrarea transdermică de Fentanyl nu a fost adecvat studiată la pacienții cu afectare hepatică, deoarece permeabilitatea cutanată și absorbția medicamentului pot fi alterate în aceste stadii de boală (Soleimanpour et al., 2016).

- **Bronhodilatatoarele**

În insuficiența hepatică, bronhodilatatoarele inhalatorii nu impun de rutină modificarea dozelor.

- **Benzodiazepinele**

La inițierea acestora poate crește riscul de encefalopatie hepatică în funcție de durata administrării de 5 ori dacă s-au utilizat mai mult de 2 zile (Grønbaek et al., 2018).

Lorazepamul este cel mai bine tolerat la pacienții cu suferință hepatică cronică (National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases [NIDDK], 2012/2023).

Midazolamul poate fi utilizat la pacienții în stare terminală cu insuficiență hepatică severă în doze de 1-2.5 mg s.c. la nevoie, la intervale de 1 ora (Wilcock et al., 2019).

- **Parasimpatomimetice**

La pacienții aflați în ultimele zile de viață, Scopolamina se poate administra în doze de 20 mg s.c., la nevoie, la interval de 1 oră (Wilcock et al., 2019).

VI.PARTICULARITĂȚI ÎN PEDIATRIE (Victorian Paediatric Palliative Care Program, 2023)

1. Cauzele reversibile (infecții, anemie) sunt mai frecvente la copii cu posibilitatea de tratament țintit (antibiotic, transfuzii sânge).
2. Preferințele părinților influențează conduita terapeutică, părinții fiind implicați în mod direct.
3. Copiii au o toleranță redusă la ventilația non-invazivă și la oxigenoterapia în flux crescut, din cauza disconfortului produs de măști și canule.

4. Revărsatele pleurale sunt rare în boli non-oncologice.
5. Dispneea cardiacă la copil necesită ajustarea atentă a medicației (diuretice) și colaborarea cu medicul cardiolog pediatru.
6. Măsurile non-farmacologice constau în:
 - adordarea într-un mod calm și liniștitor,
 - utilizarea tehnicilor de relaxare și exercițiilor de respirație la copilul mare,
 - creșterea fluxului de aer cu un ventilator portabil,
 - aerisirea camerei,
 - poziționarea confortabilă și verticalizarea copilului în pat sau scaun,
 - umidificarea aerului și
 - îngrijirea mucoasei bucale pentru tratarea xerostomiei.
7. Măsurile farmacologice
 - Bronhodilatatoarele sunt eficiente dacă există bronchospasm sau antecedente de astm bronșic. Salbutamolul este cel mai utilizat, ușor de administrat prin spacer sau nebulizare.
 - Corticosteroizii sunt utili în hiperreactivitatea bronșică în combinație cu bronhodilatatoarele, cu mențiunea de a fi utilizați în cure scurte datorită efectelor adverse și a eficienței scăzute în timp.
 - Opioidele în doze mici pot îmbunătăți eficiența respirației și toleranța la efort. Morfina poate fi administrată oral, subcutanat, enteral sau mai rar prin nebulizare. Dozele de Morfină utile în ameliorarea dispneei sunt mai mici decât cele utilizate pentru cuparea durerii. Dozele și intervalele între administrări se stabilesc în funcție de severitatea dispneei, funcția renală și alte considerente clinic. Poate fi asociată cu Midazolam într-o seringă cu administrare subcutanată în dispneea terminală.
 - Anxioliticele sunt utile deoarece anxietatea amplifică senzația de sufocare, iar opțiunile terapeutice includ Clonazepamul în picături, Midazolamul administrat subcutanat sau intravenos și Diazepamul administrat pe cale orală.
 - Oxigenoterapia trebuie administrată în funcție de nivelul dispneei, toleranța copilului și dorințele copilului și părinților, deoarece unii copii tolerează saturații scăzute fără stres respirator. La cei cu insuficiență respiratorie cronică de tip 2 trebuie avut în vedere riscul de hipercarbie. Administrarea la domiciliu necesită echipamente adecvate și măsuri stricte de siguranță.
8. Dozaje pediatrice (Dana-Farber Cancer Institute & Boston Children's Hospital, 2020)

Morfina

Forme uzuale: 10 mg/ 5 mL sau 20 mg/ mL.

Dozaj:

Oral (PO): 0,05–0,1 mg/ kg la 3–4 ore, la nevoie (ex.: ~5 mg PO pentru un copil de 50 kg).

Intravenos/ Subcutanat (IV/SC): 0,015–0,03 mg/ kg la 3–4 ore, la nevoie (ex.: ~2,5 mg IV pentru un copil de 50 kg).

Lorazepam

Administrare: PO/ SL/ IV/ subcutanat

Dozaj: 0,02–0,05 mg/ kg la fiecare 4–6 ore, la nevoie. Doza maximă per administrare: 2 mg.

Ippratropium

Administrare: nebulizare sau cu spacer

Dozaj: 250–500 micrograme (μg) prin nebulizare sau MDI, la nevoie, la intervale de 4-6 ore

Glicopirolat

Forme disponibile:

0,2 mg/ ml soluție injectabilă

1 mg și 2 mg comprimate

Administrare orală: 40–100 micrograme/ kg/ doză (0,04–0,1 mg/ kg), la nevoie, la intervale de 4-8 ore. Echivalent 1–2 mg PO la copilul mare.

Administrare intravenoasă (IV) 0,004–0,005 mg/ kg (4–10 micrograme/ kg) IV, la nevoie, la intervale de 3–4 ore.

Atropină 1% – picături oftalmice utilizate off-label pentru reducerea secrețiilor respiratorii

Dozaj:

Inițial: 1–2 picături la fiecare 2–4 ore

Doza uzuală: 2–4 picături la fiecare 2–4 ore, în funcție de răspuns.

Scopolamina 1,5 mg plasture transdermic

La adolescenți un plasture la fiecare 72 de ore.

VII. STUDIU DE CAZ

Pacientă în vârstă de 50 de ani cunoscută cu Neoplasm de col uterin radio, chimiotratat cu determinări secundare hepatice, pulmonare, cerebrale, actualmente în afara resurselor oncologice, prezintă dispnee cu ortopnee, de intensitate 8/10 pe scala numerică, tuse seacă la mobilizare și inspir profund. Pacienta este dependentă total de O₂ cu saturația de 85% cu 2 l O₂/minut în momentul evaluării.

La examenul obiectiv se evidențiază: facies anxios, ECOG 4, edeme gambiere moderate, tegumente palide, uscate, cașexie, limba saburală, murmur vezicular diminuat difuz bilateral, raluri sibilante difuze, TA= 110/60 mmHg, AV=85 bpm, SaO₂=85%, OTS.

Cerințe

Stabiliți cauzele de dispnee și conduita terapeutică

Rezolvare

1. Excluderea posibilelor cauze reversibile de dispnee: anemie, revărsat pleural, infecție pulmonară, edem pulmonar, embolie pulmonară
2. Pacienta se află în stadiu avansat de boală oncologică, având un prognostic <30 zile prin statusul de performanță (ECOG) 4 și prezența dispneei ca factori independenți de prognostic.
3. Principala cauza de dispnee la pacienta noastră este prezența metastazelor pulmonare care modifică schimburile gazoase și determină restricție pulmonară, infiltrate difuze și atelectazii.
4. Cauzele secundare de dispnee sunt reprezentate de:
 - cașexie și slăbiciune musculară, pacienta fiind cu scădere ponderală de 10 kg în 6 luni, imobilizare la pat de 2 săptămâni, fapt care îi accentuează greutatea respiratorie la ușoara mobilizare și determină o respirație superficială, rapidă și ineficientă;
 - prezența metastazelor cerebrale: prin afectarea controlului centrilor respiratorii apare o respirație neregulată asociată cu anxietate care accentuează senzația de dispnee.
5. Măsurile non-farmacologice utilizate sunt: aerisirea intermitentă a încăperii, utilizarea unui ventilator de mână îndreptat spre fața pacientei, poziționarea aplecat înainte pentru reducerea

efortului respirator, executarea unor tehnici de respirație (respirație diafragmatică, respirație cu buzele strânse) sub îndrumarea kinetoterapeutului

6. Utilizarea oxigenoterapiei pentru menținerea unei saturații peste 90% cu creșterea nivelului inhalator la 3-4 l/min și reevaluare continuă pentru evidențierea eficacității.
7. Morfină fiolă 2.5 mg administrat subcutanat la 12 ore și 2.5 mg la nevoie cu ajustarea treptată, în funcție de controlul dispneei și toleranță.
8. Midazolam f 2.5 mg administrat subcutanat seara pentru controlul anxietății
9. Salbutamol 100 micrograme 1 puf x 3/zi pentru controlul bronhospasmului
10. Dexametazonă f 8 mg 1 fiolă administrată subcutanat pentru reducerea edemului bronșic și cerebral cu scădere graduală cu 2 mg în funcție de răspunsul clinic.

VIII. REZUMAT

Depistarea și tratamentul dispneei la pacienții cu cancer sunt esențiale pentru reducerea suferinței și îmbunătățirea calității vieții (Crombeen & Lilly, 2020).

Abordarea structurată, care include excluderea cauzelor reversibile și utilizarea corectă a opioidelor, este cheia controlului eficient al dispneei la pacienții cu cancer (Crombeen & Lilly, 2020).

Managementul dispneei la pacienții cu boli respiratorii severe trebuie să fie personalizat, progresiv și centrat pe pacient, bazându-se în primul rând pe intervenții non-farmacologice (controlul respirației, exercițiu fizic gradat, creșterea fluxului de aer) și pe o evaluare repetată a nevoilor (Holland et al., 2024).

Măsurile non-farmacologice și strategiile de autogestionare a dispneei sunt esențiale pentru a ajuta pacientul și familia să facă față acestui simptom și să reducă disconfortul (Scottish Palliative Care Guidelines, 2024).

Tratamentul farmacologic (opioide, oxigen) se rezervă cazurilor selectate, cu simptome refractare, în stadiile avansate ale bolii (Holland et al., 2024).

Inițierea tratamentului opioid cu doze mici, urmată de o titrare treptată, este considerată sigură și nu crește riscul de depresie respiratorie la pacienții cu boli care pot genera dispnee, inclusiv cancer, boală pulmonară obstructivă cronică sau insuficiență cardiacă (Scottish Palliative Care Guidelines, 2024).

Opioidele sunt medicamentele indicate de primă linie pentru controlul dispneei refractare la pacienții cu cancer (Crombeen & Lilly, 2020).

Intervențiile multimodale, care combină suportul fizic, psihologic și educațional, sunt eficiente în reducerea dispneei și a distresului emoțional, fiind recomandată implicarea timpurie a echipelor de îngrijiri paliative (Hui et al., 2020).

ANEXA 1. Utilizarea morfinei pentru dispnee în trei trepte (Scottish Palliative Care Guidelines, 2024)

1. Inițiere (pacient opioid-naiv)

- Oral: morfină 2 mg la nevoie, max. 6 doze/zi.
 - Subcutanat: morfină 1 mg la nevoie, max. 6 mg/zi.
-

2. Dacă pacientul are nevoie de ≥ 3 doze/zi și există beneficiu

- Oral: începeți morfină 2 mg regulat, de 4–6 ori/zi.
 - Subcutanat: perfuzie continuă 5 mg/24 h.
-

3. Dacă sunt necesare ≥ 3 doze suplimentare/zi peste doza regulată

- Creșteți doza regulată cu 30–50%.
- Dacă doza totală orală depășește 10 mg/24 h, treceți la morfina cu eliberare prelungită.

ANEXA 2. Note clinice

1. Utilizarea opioidelor:
 - Pacienții aflați deja pe opioide: ajustați dozele prin creștere cu 25–50% în funcție de răspuns.
 - Pacienți pe codeină/tramadol: converțiți la morfină orală.
 - ≥ 3 doze de salvare/24 h: reevaluare și ajustarea schemei regulate.
 - Crize acute: morfină IV 2,5–5 mg, repetată la 15–30 min.
 - Dispnee cronică severă: luați în considerare morfina cu eliberare prelungită (5–15 mg BID la inițiere).
 - Oferiți laxative și, dacă este necesar, medicație antiemetică (Ari, 2025).
2. Benzodiazepinele pot fi folosite ca adjuvante în dispneea cu anxietate sau panică (Hui et al., 2020). Acestea pot reprezenta o opțiune de linia a treia, după măsurile non-farmacologice și opioide; opțiuni uzuale includ lorazepam 500 μ g sublingual la 4–6 ore, diazepam 2–5 mg oral seara sau midazolam 2 mg subcutanat la 4–6 ore când administrarea orală nu este posibilă (Scottish Palliative Care Guidelines, 2024).
3. În supraîncărcarea lichidiană, se recomandă reducerea aportului de fluide și folosirea furosemidului în doze mici; la pacienții cu insuficiență cardiacă refractară la diuretice orale, furosemidul poate fi administrat și prin perfuzie subcutanată continuă, în doză echivalentă celei orale (1:1) (National Comprehensive Cancer Network, 2024; Scottish Palliative Care Guidelines, 2024).
4. Medicația anticolinergică (scopolamină, atropină, hioscină, glicopirolat) poate reduce secrețiile la pacienții cu dispnee; în fazele terminale se preferă administrarea subcutanată, iar glicopirolatul este util datorită riscului redus de delir (National Comprehensive Cancer Network, 2024).
5. Oxigenoterapia se indică doar în hipoxemie documentată ($SpO_2 < 92\%$) și se administrează în cea mai mică concentrație eficientă; nu este recomandată dacă nu aduce beneficia (Moșoiu & Grup de lucru elaborare protocoale terapeutice, 2013). În boli respiratorii severe se rezervă dispneei severe cu desaturare (Hui et al., 2021). Ventilația non-invazivă poate fi utilă selectiv, mai ales în hipercapnie (Hui et al., 2020).
6. Soluție salină 0,9% nebulizată (5 ml la nevoie) poate fi utilizată pentru a facilita eliminarea secrețiilor (Scottish Palliative Care Guidelines, 2024).
7. Bronhodilatatoarele pot ameliora dispneea la pacienții cu BPOC; salbutamolul în doze de 2,5–5 mg, de patru ori pe zi, administrat prin nebulizare este prima opțiune, iar dacă wheezingul persistă, se poate adăuga ipratropium bromide în doză de 250–500 micrograme, administrat prin nebulizare de patru ori pe zi (Scottish Palliative Care Guidelines, 2024).

Bibliografie

1. Aotearoa Palliative Care Network. (2023). Aotearoa specialist adult palliative care guidelines: Management of dyspnoea and respiratory distress (Version 1.0). New Zealand. Retrieved October 20, 2025, from <https://www.tewhatuora.govt.nz>
2. Ari, E. (2025). Dyspnea management in palliative care: Current approaches and treatment strategies. *Journal of Medical Palliative Care*, 6(2), 167–173.
3. Ashley, C., & Dunleavy, A. (Eds.). (2019). *The renal drug handbook: The ultimate prescribing guide for renal practitioners* (5th ed.). Boca Raton, FL: CRC Press/Taylor & Francis Group. https://medicinainterna.net.pe/sites/default/files/The_Renal_Drug_Handbook_The_Ultimate.pdf
4. Crombeen, A. M., & Lilly, E. J. (2020). Management of dyspnea in palliative care. *Current oncology* (Toronto, Ont.), 27(3), 142–145. <https://doi.org/10.3747/co.27.6413>
5. Dana-Farber Cancer Institute & Boston Children's Hospital. (2020). Pediatric palliative care approach to pain & symptom management. Boston, MA: Pediatric Advanced Care Team. <https://pinkbook.dfci.org/assets/docs/blueBookv2.pdf>
6. Greater Manchester and Eastern Cheshire Strategic Clinical Networks. (2019). *Palliative care pain & symptom control guidelines for adults: For staff providing generalist palliative care* (5th ed.). Manchester, UK: GMMMG. Retrieved October 20, 2025, from <https://gmmmg.nhs.uk>
7. Grønbaek, L., Watson, H., Vilstrup, H., & Jepsen, P. (2018). Benzodiazepines and risk for hepatic encephalopathy in patients with cirrhosis and ascites. *United European gastroenterology journal*, 6(3), 407–412. <https://doi.org/10.1177/2050640617727179>
8. Healthcare Improvement Scotland. (2025). *Breathlessness: Scottish Palliative Care Guidelines*. Right Decision Service. Retrieved November 24, 2025, from <https://www.rightdecisions.scot.nhs.uk/scottish-palliative-care-guidelines/symptom-management/breathlessness/>
9. Holland, A. E., Spathis, A., Marsaa, K., Bausewein, C., Ahmadi, Z., Burge, A. T., Pascoe, A., Gadowski, A. M., Collis, P., Jelen, T., Reilly, C. C., Reinke, L. F., Romero, L., Russell, A. M., Saggi, R., Solheim, J., Vagheggini, G., Vandendungen, C., Wijsenbeek, M., Tonia, T., ... Ekström, M. (2024). European Respiratory Society clinical practice guideline on symptom management for adults with serious respiratory illness. *The European respiratory journal*, 63(6), 2400335. <https://doi.org/10.1183/13993003.00335-2024>
10. Hui, D., Bohlke, K., Bao, T., Campbell, T. C., Coyne, P. J., Currow, D. C., Gupta, A., Leiser, A. L., Mori, M., Nava, S., Reinke, L. F., Roeland, E. J., Seigel, C., Walsh, D., & Campbell, M. L. (2021). Management of Dyspnea in Advanced Cancer: ASCO Guideline. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology*, 39(12), 1389–1411. <https://doi.org/10.1200/JCO.20.03465>
11. Hui, D., Maddocks, M., Johnson, M. J., Ekström, M., Simon, S. T., Ogliari, A. C., Booth, S., Ripamonti, C., & ESMO Guidelines Committee. Electronic address: clinicalguidelines@esmo.org (2020). Management of breathlessness in patients with cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines†. *ESMO open*, 5(6), e001038. <https://doi.org/10.1136/esmoopen-2020-001038>
12. Moşoiu, D., & Grup de lucru elaborare protocoale terapeutice. (2013). *Protocoale clinice pentru îngrijiri paliative* (2nd ed., rev.). Braşov, România: Haco International. (ISBN: 978-973-7706-28-7)
13. National Comprehensive Cancer Network. (2024). *NCCN clinical practice guidelines in oncology (NCCN Guidelines®): Palliative care* (Version 1.2024). Plymouth Meeting, PA: Author. Retrieved October 21, 2025, from https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/palliative.pdf
14. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. (2012). *LiverTox: Clinical and research information on drug-induced liver injury. Lorazepam* (updated June 22, 2023). Bethesda, MD: Author. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK548563/>
15. Palliative Care Network of Wisconsin. (2018). Opioid use in renal failure (Fast Fact #161). Retrieved January 15, 2025, from <https://www.mypcnow.org/fast-fact/opioid-use-in-renal-failure/>
16. Roy, P. J., Weltman, M., Dember, L. M., Liebschutz, J., Jhamb, M., & HOPE Consortium (2020). Pain management in patients with chronic kidney disease and end-stage kidney disease. *Current opinion in nephrology and hypertension*, 29(6), 671–680. <https://doi.org/10.1097/MNH.0000000000000646>
17. Scottish Palliative Care Guidelines. (2024). *Care in the last days of life*. Edinburgh, Scotland: NHS Scotland. Retrieved January 14, 2025, from <https://www.rightdecisions.scot.nhs.uk/scottish-palliative-care-guidelines/last-days-of-life/care-in-the-last-days-of-life/>

18. Soleimanpour, H., Safari, S., Shahsavari Nia, K., Sanaie, S., & Alavian, S. M. (2016). Opioid Drugs in Patients With Liver Disease: A Systematic Review. *Hepatitis monthly*, 16(4), e32636. <https://doi.org/10.5812/hepatmon.32636>
19. Victorian Paediatric Palliative Care Program. (2023). A practical guide to palliative care in paediatrics (4th ed.). Melbourne, Australia: The Royal Children's Hospital. <https://palliativecare.org.au/resource/a-practical-guide-to-palliative-care-in-paediatrics-4th-edition/>
20. Wilcock, A., Charlesworth, S., Prentice, W., Selby, P., McKenna, M., Cripps, S., Considine, A., Orr, A., Wright, M., Mihalyo, M., & Oxberry, S. (2019). Prescribing in chronic severe hepatic impairment. *Journal of Pain and Symptom Management*, 58(3), 515–537. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2019.04.034>

Capitolul 3.9

Durerea

Autor: Daniela Moşoiu

I. ASPECTE TEORETICE

Conform *International Association for the Study of Pain*, **durerea este definită** ca: „o experiență senzorială și emoțională neplăcută asociată cu o leziune tisulară reală sau potențială, sau descrisă în termenii unei astfel de leziuni” (IASP, 2020). Această definiție evidențiază caracterul subiectiv al durerii și recunoaște faptul că durerea nu este exclusiv determinată de leziuni tisulare obiectiv identificabile. De asemenea, IASP subliniază că incapacitatea de a comunica verbal nu exclude existența durerii, aspect deosebit de relevant în îngrijirea paliativă (IASP, 2020).

Durerea reprezintă unul dintre cele mai frecvente și invalidante simptome întâlnite la pacienții cu boli progresive avansate, în special în context oncologic. Controlul inadecvat al durerii are un impact major asupra calității vieții, funcționalității, stării psihologice și relațiilor sociale ale pacientului. În îngrijirea paliativă, managementul durerii constituie o prioritate clinică și etică, fiind esențial pentru asigurarea confortului și demnității pacientului.

În îngrijirea paliativă, evaluarea durerii trebuie realizată în contextul conceptului de „durere totală”, care include dimensiuni fizice, psihologice, sociale și spirituale ale suferinței pacientului (IASP, 2020; ESMO, 2018). Ghidurile ESMO recomandă o abordare etapizată a durerii, cu escaladarea tratamentului în funcție de severitatea simptomului și utilizarea combinată a terapiilor farmacologice și adjuvante (ESMO, 2018). Conform ghidului ASCO, opioidele trebuie oferite pacienților adulți cu durere asociată cancerului sau tratamentului oncologic, în absența contraindicațiilor (ASCO, 2023).

Managementul durerii în îngrijirea paliativă implică o responsabilitate etică majoră. Comunicarea deschisă și empatică cu pacientul și familia este esențială pentru stabilirea obiectivelor terapeutice, discutarea beneficiilor și riscurilor tratamentului și susținerea procesului decizional partajat (ESMO, 2018).

II. RECOMANDĂRI CU NIVELURI DE EVIDENȚĂ PRIVIND MANAGEMENTUL DURERII ÎN ÎNGRIJIRI PALIATIVE UTILIZÂND SISTEMUL GRADE SIMPLIFICAT

Actualizarea ghidurilor de management al durerii în îngrijirile paliative în ultimii ani a fost profund influențată de apariția unor revizuri sistematice și ghiduri internaționale recente, care au reanalizat eficacitatea intervențiilor analgezice, siguranța opioidelor și rolul strategiilor multimodale. Organizații precum OMS (2018), NCCN (2024), ESMO (2022) și grupurile Cochrane au publicat evaluări riguroase ale literaturii, integrând dovezi clinice moderne într-un cadru GRADE transparent. Un aport esențial îl aduc lucrările recente care au evaluat critic utilizarea opioidelor în durerea cronică non-oncologică. Overview-ul Cochrane din 2023 (Els et al., 2023) privind utilizarea opioidelor în doze mari a evidențiat lipsa dovezilor de calitate pentru beneficiile pe termen lung la pacienții cu patologii non-oncologice, și a subliniat riscurile crescute, determinând o reevaluare globală a forței

recomandărilor pentru această categorie de pacienți. Această schimbare a influențat direct modul în care sistemul GRADE clasifică recomandările legate de durerea non-malignă: multe intervenții analgezice au devenit “recomandări condiționale”, având la bază dovezi de calitate scăzută–moderată și rezultate heterogene între studii.

În același timp, ghidurile europene ESMO (2022) și actualizările recenziilor narative (2023–2024) privind terapiile adjuvante și non-farmacologice au adus dovezi noi despre eficiența strategiilor multimodale, incluzând adjuvanți pt durere neuropatică, psihoterapie, fizioterapie și tehnici mind–body. Acestea au întărit recomandările de tip „Puternică” pentru tratamentele cu eficacitate demonstrată (de exemplu, gabapentinoidele pentru durerea neuropatică) și au susținut recomandările „Condiționale” pentru intervenții complementare, unde dovezile rămân emergente, dar beneficiile potențiale sunt relevante în context paliativ.

În continuare sunt prezentate cele 23 de recomandări pentru managementul durerii oncologice și non-oncologice în îngrijiri paliative grupate în 3 categorii .

A. PRINCIPII GENERALE DURERE ONCOLOGICĂ ȘI NON-ONCOLOGICĂ

EVALUARE

Recomandare 1: Se recomandă utilizarea evaluării regulate a durerii la pacienții din îngrijiri paliative folosind instrumente standardizate (ex. Scala Analog Vizuală – VAS, Scala Numerică – NRS, sau inventarul scurt al durerii – BPI) (calitatea dovezilor: moderată, forța recomandării: puternică) (Bennett et al., 2019; Hui et al., 2018; WHO, 2018, 2019).

Motivație: Evaluarea repetată reduce erorile terapeutice, permite titrarea adecvată a analgezicelor și scade riscul de tratament inefficient.

MANAGEMENT MULTIMODAL ȘI INDIVIDUALIZAT

Recomandare 2: Se recomandă individualizarea tratamentului durerii în funcție de mecanism (nociceptiv, neuropat, mixt) (calitatea dovezilor: înaltă, forța recomandării: puternică) (Paice et al., 2023; NCCN, 2025; Finnerup et al., 2015).

Motivație: Adaptarea terapiei la tipul specific de durere optimizează eficiența analgeziei și minimizează efectele adverse.

Recomandare 3: Se recomandă o abordare multimodală a durerii, care să includă intervenții farmacologice, non-farmacologice, psihosociale și de reabilitare, adaptate obiectivelor și preferințelor pacientului (calitatea dovezilor: moderată, forța recomandării: puternică) (Bennett et al., 2019; Caraceni et al., 2019).

Motivație: Durerea în îngrijirea paliativă este frecvent complexă și multifactorială, iar abordarea multimodală permite un control mai eficient al simptomelor, reducerea reacțiilor adverse și îmbunătățirea funcționalității și confortului pacientului.

LUAREA DECIZIILOR ÎN COMUN

Recomandare 4: **Se recomandă** luarea deciziilor în comun cu pacientul și aparținătorii, prin alinierea obiectivelor controlului durerii (confort, funcționalitate, toleranța efectelor adverse) cu rezultatele anticipate ale intervențiilor terapeutice (Elwyn et al., 2016; Paice et al., 2023; NCCN, 2025).

Motivație: Luarea deciziilor în comun asigură concordanța între tratamentul administrat și valorile pacientului, îmbunătățește aderența la tratament și reduce riscul intervențiilor disproporționate sau nedorite în context paliativ.

B. MANAGEMENTUL DURERII ÎN CANCER

STRATEGII DE MANAGEMENT ANTALGIC

Recomandare 5: **Se recomandă** utilizarea Scării Analgezice OMS ca bază a tratamentului farmacologic (calitatea dovezilor: moderată, forța recomandării: puternică) (Paice et al., 2023; Bennett et al., 2019; WHO, 2019).

Motivație: Scara OMS oferă un cadru clar pentru escaladarea terapiei în funcție de severitatea durerii, facilitând o abordare standardizată și sigură.

Recomandare 6: **Se recomandă** administrarea analgezicelor la intervale regulate („by the clock”) (calitatea dovezilor: moderată, forța recomandării: puternică) (Paice et al., 2023; NCCN, 2025; WHO, 2018).

Motivație: Menținerea concentrației terapeutice constante previne fluctuațiile durerii și reduce riscul episoadelor de durere acută.

Recomandare 7: **Se recomandă SĂ NU se utilizeze placebo-ul în controlul durerii** (calitatea dovezilor: moderată, forța recomandării: puternică) (Paice et al., 2023; Guyatt et al., 2015).

MOTIVAȚIE: Utilizarea placebo-ului nu aduce beneficii clinice și ridică probleme etice, nefiind justificată în tratamentul durerii.

UTILIZAREA OPIOIDELOR

Recomandare 8: **Se recomandă** administrarea opioidelor la pacienții cu durere moderată–severă legată de cancer sau tratament oncologic, dacă nu există contraindicații. (Forța recomandării: puternică; Calitatea dovezilor: moderată) – (ASCO guidelines Paice et al., 2023; NCCN, 2025).

Motivație: Opioidele sunt eficiente în ameliorarea durerii moderate și severe la pacienții cu cancer, iar beneficiile depășesc în mod clar riscurile în majoritatea situațiilor clinice. Opioidele reduc suferința și îmbunătățesc calitatea vieții, cresc confortul pacientului și permit continuarea activităților zilnice.

Recomandare 9: Se recomandă morfina ca opioid de primă linie pentru durerea severă, cu ajustarea individuală a dozei și monitorizarea efectelor adverse (calitatea dovezilor: înaltă, forța recomandării: puternică) (Paice et al., 2023; Bennett et al., 2019).

Motivație: Morfina are eficacitate dovedită, profil bine cunoscut și permite controlul sigur al durerii severe.

Recomandare 10: Se sugerează inițierea opioidelor la pacienții opioid-naivi cu doze mici și preparate opioide cu acțiune scurtă, ajustând doza în funcție de răspunsul analgezic; se pot include opioide cu acțiune lungă administrate programat, cu doze de salvare dacă este necesar, atunci când este adecvat. (Recomandare condiționată; NCCN susține titrarea atentă și administrarea dozelor de salvare conform ghidului) (NCCN, 2025; Medscape eMedicine, 2023).

Motivație: Titrarea atentă a opioidelor minimizează riscul reacțiilor adverse și permite identificarea dozei optime pentru controlul durerii. Administrarea planificată a opioidelor cu acțiune lungă și dozele de salvare asigură stabilitatea analgeziei și managementul episoadelor de durere intensă (NCCN, 2025; Medscape eMedicine, 2023).

Recomandare 11: Se recomandă monitorizarea efectelor adverse legate de utilizarea opioidelor și implementarea de strategii pentru prevenirea și managementul acestora. (Forța recomandării: puternică; Calitatea dovezilor: moderată).

Motivație: Efectele adverse ale opioidelor (ex. constipație, greață, sedare) sunt bine caracterizate și pot afecta semnificativ confortul pacientului. Monitorizarea sistematică și intervențiile preventive îmbunătățesc toleranța la tratament și rezultatele clinice (Paice et al., 2023; The ASCO Post, 2023).

Recomandare 12: Se recomandă profilaxia constipației la inițierea terapiei cu opioide (calitatea dovezilor: înaltă, forța recomandării: puternică) (Paice et al., 2023; NCCN, 2025).

Motivație: Prevenirea constipației reduce disconfortul pacientului și crește aderarea la tratament.

Recomandare 13: Se recomandă ca în cazul pacienților cu istoric de tulburări de consum de substanțe, clinicianul să colaboreze cu specialiști în durere, îngrijiri paliative sau specialiști în adicție pentru a determina cel mai potrivit plan de management al durerii. (Forța recomandării: puternică; Calitatea dovezilor: moderată).

Motivație: Pacienții cu istoric de consum problematic necesită abordări adaptate pentru a echilibra eficacitatea analgeziei cu riscurile de abuz și dependență, ceea ce se asigură prin management interdisciplinar. (Paice et al., 2023).

ADJUVANTE ȘI SUPT MULTIMODAL

Recomandare 14: Se recomandă utilizarea co-analgezicelor (gabapentinoide, antidepresive) pentru durerea neuropată (calitatea dovezilor: înaltă, forța recomandării: puternică) (Bennett et al., 2019; Paice et al., 2023; Finnerup et al., 2015).

Motivație: Analgezicele adjuvante sporesc eficiența terapiei, reduc intensitatea durerii neuropatice și permit scăderea dozelor de opioide (Paice et al., 2023; Caraceni et al., 2019).

Recomandare 15: **Se sugerează** utilizarea corticosteroizilor ca adjuvanți în durerea cauzată de compresie tumorală sau inflamație (calitatea dovezilor: moderată, forța recomandării: slabă/ condiționată) (Paice et al., 2023; NCCN, 2025).

Motivație: Corticosteroizii pot reduce inflamația și compresia, dar utilizarea trebuie individualizată datorită efectelor adverse posibile.

Recomandare 16: **Se sugerează** integrarea intervențiilor non-farmacologice (suport psihologic, fizioterapie) (calitatea dovezilor: moderată, forța recomandării: slabă/ condiționată) (Paice et al., 2023; Caraceni et al., 2019).

Motivație: Aceste intervenții completează tratamentul farmacologic, reduc percepția durerii și îmbunătățesc calitatea vieții pacientului.

Recomandare 17: **Se sugerează** procedurile intervenționale (blocuri nervoase) pentru durerea refractară (calitatea dovezilor: scăzută, forța recomandării: slabă/ condiționată)

Motivație: Procedurile intervenționale pot oferi ameliorare în cazurile în care tratamentele farmacologice nu sunt suficiente, dar dovezile sunt limitate.

DURERI GREU TRATABILE

Recomandare 18: **Se sugerează** rotația opioidelor (schimbul de la un opioid la altul) pentru pacienții a căror durere este refractară la titrare, care au efecte adverse semnificative sau probleme legate de administrare sau absorbție a opioidului curent. (*Forța recomandării: puternică; Calitatea dovezilor: moderată*) (Paice et al., 2023; End the Epidemic, 2023, Paice et al., 2022).

Motivație: Rotația opioidelor poate îmbunătăți tolerabilitatea și eficacitatea analgeziei în cazurile în care un opioid nu este optim, deși dovezile specifice sunt mai limitate și se bazează parțial pe consens expert.

Recomandare 19: **Se sugerează** implicarea timpurie a echipei de îngrijire paliativă și a specialiștilor în durere pentru cazurile de durere complexă sau simptome refractare. (*Recomandare condiționată; conform accentului NCCN pe consultul de specialitate*) (NCCN, 2025; Bennett et al., 2019).

Motivație: Implicarea precoce a specialiștilor permite o evaluare completă a durerii, optimizarea strategiilor terapeutice și reducerea riscurilor asociate tratamentului, îmbunătățind controlul simptomelor și calitatea vieții pacientului.

C. DUREREA CRONICĂ NON-ONCOLOGICĂ ÎN ÎNGRIJIREA PALIATIVĂ

Eficacitatea pe termen lung a opioidelor este limitată și este asociată cu riscuri semnificative în populațiile cu durere non-oncologică în afara contextelor paliative, astfel încât abordările terapeutice ar trebui să prioritizeze siguranța și metodele alternative.

Recomandare 20: **Se recomandă** prioritizarea terapiei farmacologice non-opioide (de exemplu, AINS, agenți pentru durerea neuropată) și a terapiei non-farmacologice pentru durerea cronică non-oncologică în îngrijirea paliativă, înainte de a lua în considerare opioidele, cu excepția cazurilor în care durerea este severă și refractară (*Recomandare puternică; dovezi moderate privind beneficiul terapiei non-opioide și riscurile opioidelor*) (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2022; Busse et al., 2017).

Motivație: Dovezile arată că opioidele au beneficii limitate pe termen lung în durerea cronică non-oncologică, în timp ce sunt asociate cu un risc crescut de reacții adverse și complicații. Terapiile non-opioide și non-farmacologice oferă un profil de siguranță mai favorabil și pot asigura un control adecvat al durerii la o proporție semnificativă de pacienți (CDC, 2022; Häuser et al., 2021).

Recomandare 21: **Se sugerează** că opioidele pot fi luate în considerare doar dacă beneficiile anticipate asupra durerii și funcționalității depășesc riscurile (de exemplu, potențial de toleranță, dependență, supradozaj), în asociere cu terapii non-farmacologice și sub monitorizare atentă (*Recomandare condiționată; dovezi scăzute până la moderate*) (CDC, 2022; Busse et al., 2017).

Motivație: Datele disponibile indică un raport beneficiu–risc variabil și adesea nefavorabil pentru opioide în durerea cronică non-oncologică. Utilizarea lor trebuie limitată la situații selectate, cu evaluare atentă și continuă a eficacității și siguranței (CDC, 2022; Busse et al., 2017).

Recomandare 22: **Se sugerează** monitorizarea atentă a reacțiilor adverse, a rezultatelor funcționale, a semnelor de utilizare necorespunzătoare și reevaluarea regulată a planului terapeutic (*Recomandare condiționată; accent pe siguranță*) (CDC, 2022).

Motivație: Monitorizarea sistematică permite identificarea precoce a efectelor adverse, a lipsei de beneficiu clinic sau a utilizării problematice a opioidelor și contribuie la reducerea riscurilor asociate tratamentului.

Recomandare 23: **Se sugerează** trimiterea către specialiști în terapia durerii atunci când durerea cronică non-oncologică este complexă, refractară sau atunci când sunt avute în vedere regimuri de tratament cu opioide cu risc crescut (*Recomandare condiționată; bazată pe consens*) (Hui et al., 2023).

Motivație: Cazurile complexe necesită expertiză specializată pentru evaluarea completă a mecanismelor durerii, optimizarea strategiilor terapeutice și reducerea riscurilor asociate tratamentelor cu potențial nociv.

Evaluare	Screening pentru durere	Evaluare comprehensivă	Tratament inițial	Doza start	Reevaluare	Titrare
Ani Luni Săptămâni Zile Protocol stare terminală - vezi PAL Deces Doliu – vezi PAL	FĂRĂ (reevaluare la fiecare vizită) PREZENTĂ Stabilire nivel de urgență Intensitate (fișa1) Caracterul durerii URGENTĂ NU → pacient conștient → Pacient confuz → Heteroevaluare (fișa3) DA → Fractura Meta cerebrale Meta meningeale Obstrucție/perforație viscer Infecție Durere insuportabilă Proceduri, manevre terapeutice dureroase	Stabilim: (fișa2) Etiologia cancer tratament pt cc nelegata de cc Mecanism fiziopatologic Nociceptivă Neuropatică Mixtă Existența sdr. dureroase specifice Obiectivele pacientului vizând confortul și funcționalitatea Componenta non fizică Tratament specific (chirurgical, RT, steroizi, antibiotice, etc) plus analgezie specificate alăturat Explicații Anestezice locale (fișa 4) Metode nefarmacologice	Indiferent de intensitatea durerii Recunoașteți și tratați efectele adverse ale medic (fișa 5) Considerați folosirea unui co-analgezic (fișa 6) Oferiți suport psihoemoțional (fișa 7) Luați în considerare metodele non-farmacologice Durere ușoară (0-3) TREAPTA I (fișa 8) AINS sau Paracetamol Ex. Ibuprofen 400-800 mg la 6-8 ore Paracetamol 500 mg-1000 mg la 6 ore Durere moderată (4-6) TREAPTA II (fișa 9) ORAL Tramadol 50 mg la 6-8 ore (se scrie pe rețeta uzuală) + Tramadol 50 mg prn pentru puseul dureros + Metoclopramid 10 mg la 6-8 ore, 5-7 zile laxativ (fișa 4) Sau Dihidrocodeină 60 mg la 12 ore (se scriu pe rețeta verde) + Codeină 15 mg prn pentru puseul dureros Metoclopramid 10 mg la 6-8 ore 5-7 zile + laxativ (fișa 8) SUBCUTANAT (Calea orala impracticabilă) Tramadol 50 mg sc la 6-8 ore + Tramadol 50 mg sc prn pentru puseul dureros + Metoclopramid 10 mg sc la 6-8 ore 5-7 zile + laxativ (fișa 4) DURERE SEVERĂ (7-10) TREAPTA III (fișa 9) PACIENT OPIOID NAIV (nu a avut anterior opioide în tratament) ORAL - Pacient sub 65 de ani Morfină cu eliberare imediata 10 mg la 4-6 ore (atenție la funcția renală) (se scrie pe rețeta galbenă) Morfină 10 mg prn pentru puseul dureros Metoclopramid 10 mg sc la 6-8 ore 5-7 zile + laxativ (fișa 4) - Pacient peste 65 de ani Morfină cu eliberare imediată 5mg la 4-6 ore (atenție la funcția renală) Morfină 5 mg prn pentru puseul dureros Metoclopramid 10 mg sc la 6-8 ore 5-7 zile + laxativ (fișa 4) SUBCUTANAT Dozele de morfină orală se divid la 2 Eventual, în caz de durere acută severă, prima doza se va adm. iv PACIENT OPIOID TOLERANT (a avut opioid de treapta II la doza maximă). Se calculează și se administrează doza echivalentă de morfină, oxycodon, fentanyl (fișa 9) Ex: Morfina retard 30 mg la 12 ore plus morfină cu eliberare imediată 10 mg prn pt puseu dureros plus laxativ	ÎN SPITAL la 1 oră după administrarea orală sau 30 minute după administrarea subcutanată și apoi la fiecare tură cât timp durerea nu e controlată sau zilnic dacă durerea este controlată ÎN AMBULATOR ȘI LA DOMICILIU la 24 de ore după inițiere preparat cu eliberare imediată sau 72 ore în cazul preparatelor retard și apoi în același ritm până când durerea este controlată iar ulterior se individualizează	Durerea controlată sau intensitatea a scăzut cu 3 puncte pe scara VAS se menține aceeași doză și se monitorizează Durerea necontrolată sau accentuată se crește cu 50-100% până la doza maximă a preparatului cu care s-a inițiat titrarea (fișa 8,9) pentru durerea ușoară și moderată și apoi se trece la treapta următoare. Se poate menține antiinflamatorul sau paracetamolul cu opioidul. Durerea severă necontrolată sau accentuată se crește cu 50-100% până la controlul durerii sau apariției efectelor secundare intolerabile pentru pacient când e necesară rotația opioidelor (fișa 9)	
S a t i s f ă c a t o r						

IV. FIȘE SUPOORT

Fișa 1. Evaluarea intensității durerii

Scalele de evaluare a intensității durerii pot fi folosite ca parte din screening-ul și evaluarea generală a durerii. Pacienții trebuie întrebați cel puțin despre durerea actuală (la momentul prezent), cât și despre durerea maximă- cea mai intensă și despre durerea medie în ultimele 24 de ore.

Tabelul 1: Scala numerică

Scala numerică:

1. Verbală: “ce număr descrie durerea cea mai mare pe care ați avut-o în ultimele 24 de ore, de la 0 (nici o durere) la 10 (durerea cea mai mare pe care v-o puteți imagina).
2. Scrisă: “Încercuiți numărul care descrie durerea cea mai mare pe care ați avut-o în ultimele 24 de ore.”

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nici o durere

Cea mai mare durere imaginabilă

Scala categorială:

“Care este durerea cea mai mare pe care ați avut-o în ultimele 24 de ore?”

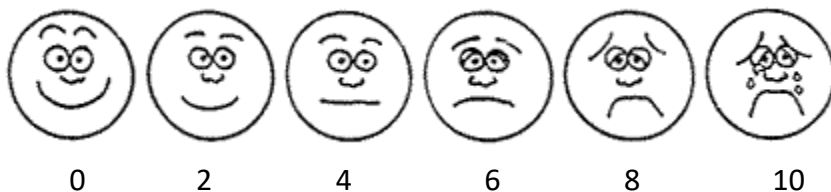
Nici una (0)

Ușoară (1-3)

Moderată (4-6)

sau Severă (7-10)

Tabelul 2: Scala facială de evaluare a intensității durerii (Ware et al 2006)



Instrucțiuni: “Aceste fețe arată cât de mare este durerea. Această față (indicați fața din extrema stângă) nu exprimă nici o durere. Fiecare față exprimă din ce în ce mai multă durere. Indicați fața care exprimă cel mai bine cât de tare vă doare acum.”

Fișa 2. Evaluarea comprehensivă a durerii

Raportarea durerii de către pacient este standardul îngrijirii. Dacă pacientul nu este capabil să raporteze verbal durere se face heteroevaluare (Fișa 3).

Experiența dureroasă

- Localizare, iradierea durerii/ durerilor, durere referită.
- Intensitate (vezi Fișa 2):
 - Ultimele 24 de ore și durerea curentă
 - În stare de repaus și de mișcare.
- Interferența cu activitățile zilnice:
 - A. Activitatea generală, starea de spirit, relațiile cu ceilalți, somn, apetit (vezi Brief Pain Inventory Modificat).
- Variația în timp: începutul, durata, cursul, persistența sau intermitența.
- Descrierea sau calitatea:
 - Dureroasă, junghi, pulsatilă/ zvâcnind, presiune deseori asociată cu durerea somatică la nivelul pielii, mușchilor, oaselor
 - Chinuitoare, crampă, colică, ascuțită, deseori asociată cu durerea viscerală în organe sau viscere
 - Ascuțită, cu furnicături, lancinantă, curent electric, deseori asociată cu durerea neuropată cauzată de leziunea nervilor.
- Factori care agravează și atenuează durerea.
- Alte simptome curente.
- Planul actual de management al durerii, atât farmacologic cât și non-farmacologic. Dacă este utilizată medicația, determinați:
 - Ce medicament/ medicamente, cumpărate cu rețete și/sau fără rețetă de la farmacie?
 - Ce doze?
 - Cât de des?
 - Cine prescrie medicamentele în prezent?
- Răspuns la terapia curentă:
 - Ușurarea durerii
 - Aderența pacientului la tratament
 - Efectele secundare ale medicației, cum ar fi constipația, sedarea, încetinirea proceselor cognitive, greața, altele.
- Terapii anterioare împotriva durerii:
 - Motivul utilizării, durata utilizării, răspunsul, motivul întreruperii.
- Aspecte speciale legate de durere:
 - Însemnătatea și consecințele durerii pentru pacient și familie
 - Cunostințele și credințele pacientului și ale familiei privind durerea și medicația pentru durere
 - Atitudini culturale privind durerea și exteriorizarea acesteia
 - Considerații spirituale, religioase, și suferința existențială
 - Obiectivele și așteptările pacientului privind managementul durerii.

Dimensiunea psihosocială (vezi abordare fișă 7):

- Suferința pacientului
- Familia și alte surse de sprijin

- Istoria psihiatrică, inclusiv utilizarea actuală sau istoricul anterior privind abuzul de medicamente, alcool
- Factori de risc privind utilizarea aberantă sau abaterea de la medicația pentru durere:
 - Factori privind pacientul, mediul sau factori sociali.
- Factori de risc pentru subtratarea durerii:
 - Pediatrie, geriatrie, minorități, femei, bariere de comunicare, istoricul privind abuzul de substanțe, durerea neuropată și factori culturali.

Istoricul medical:

- Tratamentul oncologic, incluzând chimioterapia, radioterapia și intervențiile chirurgicale curențe sau anterioare
- Alte boli sau condiții medicale semnificative
- Durerea cronică pre-existentă.

Examinarea fizică

Studii relevante de laborator și imagistică pentru a evalua progresia bolii

Scopul evaluării este de a stabili “diagnosticul durerii” și planul individualizat de tratament al durerii bazat pe obiective stabilite de comun acord cu pacientul. “Diagnosticul durerii” include intensitatea, etiologia și patofiziologia durerii:

- Etiologia:
 - Cancer
 - Terapia cancerului (radioterapie, chimioterapie, intervenții chirurgicale) sau proceduri
 - Coincidența sau non-cancer.
- Patofiziologia:
 - Nociceptivă
 - Neuropată
 - Mixtă.

INVENTARUL SCURT AL DURERII MODIFICAT

DURERE: Da ☐ Nu ☐

Caracterul durerii (cum resimte pacientul durerea):

Data (zz/ll/aaaa) ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Localizare și iradiere

Mecanism probabil

Durere neuropată:

☐ Prin compresie

☐ Prin distracție

Durere nociceptivă:

☐ Viscerală

☐ Somatică

Intensitatea durerii (medie/ 24h,
maximă)

Clasificarea temporală (De când e
durerea?)

Ce produce/ Ce agravează durerea?

.....

Ce ameliorează? (Medicație: doza,
frecvența administrării, eficiența, toxicitate)

Ce consecințe are durerea?

Interferează cu starea generală ☐ Interferează cu abilitatea de a merge ☐ Indispoziție ☐

Limitează activitățile curente ☐ Interferează cu relațiile cu alte persoane ☐ Insomnie ☐ Împiedică
autoîngrijirea ☐

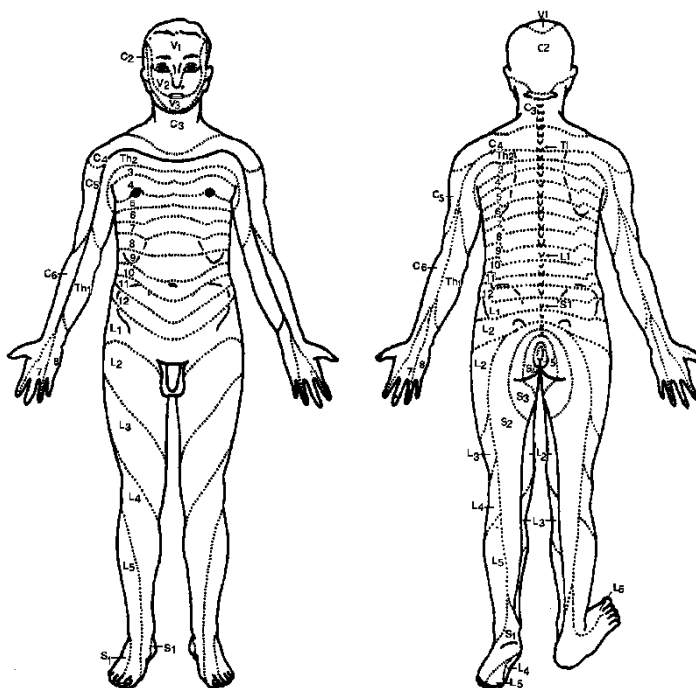
Altele

Diagnostic durere:

Exemplu: Durere cronică hemitorace stg posterior, mixtă, prin invazie tumorală a peretelui toracic
și leziuni nervi intercostali, intensitate medie, cu durere incidentă la tuse și mobilizare, suferință
emoțională intensă! Atenție la factorii de durere greu tratabilă sub diagnostic: durere neuropată,
durere incidentă, componentă non-fizică de durere, pacient confuz.

Ministerul Sănătății - ORDIN nr. 253 din 23 februarie 2018 pentru aprobarea Regulamentului de
organizare, funcționare și autorizare a serviciilor de îngrijiri paliative, Publicat în MONITORUL
OFICIAL nr. 199 din 5 martie 2018

<https://legislatie.just.ro/Public/DetaliuDocumentAfis/198281>



Fișa 3. Evaluarea durerii la pacienții cu tulburări de conștiență

Incapacitatea pacienților de a exprima verbal intensitatea durerii din cauza unor factori cognitivi sau psihologici reprezintă o barieră majoră în evaluarea și managementul durerii.

În absența unei autoevaluări, observarea comportamentului constituie o abordare validă de evaluare a durerii, cu mențiunea că uneori, comportamentele pot indica alte surse de stres, precum stresul emoțional. Cauzele potențiale și contextul în care are loc comportamentul trebuie luate în considerare atunci când se iau decizii legate de tratamentul durerii.

Se recomandă o abordare ce include mai multe puncte de vedere, care să combine observarea directă, observațiile familiei/ îngrijitorului și o evaluare a reacției la medicația pentru durere sau la alte intervenții non-farmacologice.

Instrumentele de evaluare a durerii la pacienții cu demență care pot fi utilizate **liber, fără restricții de licență**, includ **PAINAD (Pain Assessment in Advanced Dementia)**, **Abbey Pain Scale**, **CNPI (Checklist of Nonverbal Pain Indicators)**, **MOBID-2 (Mobilization–Observation–Behavior–Intensity–Dementia)** și **NOPPAIN (Non-Communicative Patient’s Pain Assessment Instrument)**. Aceste instrumente se bazează pe observarea comportamentelor nonverbale precum expresiile faciale, vocalizările, modificările posturale și reacțiile la mobilizare și sunt recomandate atunci când auto-raportarea durerii nu este posibilă, situație frecvent întâlnită în demența moderată și severă (Warden et al., 2003; Feldt, 2000). PAINAD și Abbey Pain Scale sunt frecvent utilizate pentru evaluarea rapidă a durerii în îngrijiri geriatrice și paliative (Abbey et al., 2004), în timp ce MOBID-2 este considerat deosebit de util pentru identificarea durerii musculo-scheletale și viscerale prin mobilizare ghidată (Husebo et al., 2010). CNPI și NOPPAIN sunt instrumente simple, aplicabile în repaus și la mișcare, fiind adecvate pentru personalul medical și auxiliar în contexte clinice diverse (Feldt, 2000; Snow et al., 2004). Ele sunt disponibile gratuit pentru uz clinic și academic și sunt larg utilizate internațional, inclusiv în îngrijiri geriatrice și paliative, cu mențiunea că traduceri locale trebuie declarate ca nevalidate atunci când nu există studii de adaptare culturală publicate.

Pentru pacienții critici intubați, sedați și/ sau inconștienți, la care auto-raportarea durerii nu este posibilă, au fost dezvoltate și testate instrumente de evaluare a durerii bazate pe observația comportamentală, utilizabile liber în practica clinică. Dintre acestea, **Behavioral Pain Scale (BPS)** și **Critical-Care Pain Observation Tool (CPOT)** sunt cele mai studiate și recomandate în unitățile de terapie intensivă. BPS evaluează expresia facială, mișcarea membrelor superioare și adaptarea la ventilatorul mecanic, fiind validată inițial la pacienți adulți intubați, cu creșteri semnificative ale scorului în timpul procedurilor dureroase (Payen et al., 2001). CPOT evaluează expresia facială, mișcările corporale, tensiunea musculară și conformitatea cu ventilatorul (sau vocalizarea la pacienții neintubați) și a demonstrat o bună validitate și fiabilitate inter-evaluatori în populația de pacienți critici non-comunicativi (Gélinas et al., 2006; Gélinas et al., 2013).

Alte instrumente liber accesibile utilizate la pacienți non-verbali includ **Nonverbal Pain Scale (NVPS)** și, mai rar, **FLACC**, aceasta din urmă fiind adaptată ocazional pentru adulți, deși a fost dezvoltată inițial pentru pediatrie. NVPS combină indicatori comportamentali cu parametri fiziologici, însă studiile arată că performanța sa psihometrică este inferioară BPS și CPOT, motiv pentru care ghidurile internaționale recomandă prioritar utilizarea acestora din urmă în terapie intensivă (Barr et al., 2013;

Devlin et al., 2018). Este important de menționat că niciun instrument comportamental nu este valid la pacienții aflați sub blocaj neuromuscular complet, situație în care evaluarea durerii se bazează pe protocoale de analgo-sedare și pe contextul clinic (Barr et al., 2013).

Clinicienii sunt încurajați să consulte literatura de specialitate pentru a afla noutățile și noi instrumente de evaluare a durerii la pacienții care au dificultăți în a raporta nivelul durerii.

Fișa 4. Durerea legată de proceduri diagnostice și manevre terapeutice

Evenimente care sunt considerate că ar cauza disconfort pacientului, precum diagnosticul și proceduri terapeutice (ex. îngrijirea plăgilor, montare branulă, cateter IV, linie arterială, linie centrală, injecții, aspirație de măduvă osoasă, puncție lombară, biopsie cutanată, biopsie de măduvă osoasă), dar și transportul/ modificarea poziției pacientului cu fractură ar trebui precedate de un pretratament cu analgezic. Profesioniștii ar trebui să dispună de analgezice adiționale și/ sau anestezice locale pentru titrare în caz de nevoie.

O analgezie consistentă adecvată pentru toate procedurile legate de durere și pentru anxietate e critică. Intervenția poate fi multi-modală și poate include una sau mai multe din tehnicile următoare, în funcție de situație.

Anestezice locale, precum:

- Creme topice locale cu efect anestezic (conțin lidocaină, prilocaină, tetracaină) aplicate pe pielea intactă cu timp suficient pentru acțiune conform prescrierii.
- Abordările fizice (ultrasunete, încălzire cutanată, laser) ar putea accelera debutul anesteziei cutanate.
- Administrarea subcutanată de lidocaină cu ac de G 27.

Administrarea de sedative/ analgezice/ anestezie generală de către personal calificat.

Alte intervenții nonfarmacologice.

Furnizarea de informații legate de toate aceste tehnici analgezice înainte de procedură e un ideal, pentru că îi acordă pacientului și familiei acestuia timpul să asimileze toată informația, să pună întrebări și să-și însușească tehnica reducând astfel anxietatea anticipativă.

Fișa 5. Managementul efectelor secundare ale opioidelor

Principiile managementului efectelor secundare ale opioidelor

- Efectele adverse ale opioidelor se ameliorează în general de-a lungul timpului, excepție făcând constipația. Maximizați intervențiile nonfarmacologice și medicația non-opioidă pentru limitarea dozei opioidelor și tratați efectele adverse. Dacă efectele adverse persistă, luați în considerare rotația opioidelor.
- Este necesară evaluarea multisistemică.
- Recunoașteți că durerea este rareori tratată izolat în cancer și că efectele secundare pot fi de la alte tratamente sau de la cancer.

Constipația

- Măsuri preventive:
 - **Medicație profilactică pt prevenirea constipatiei este obligatorie la toti pacientii care au in tratament opioide:**
 - Laxativ stimulant ± de înmuiere a scaunului (ex. Bisacodil ± lactuloză, 1-2 tablete în fiecare seară; maximum 6-8 tablete pe zi, lactuloză 15 ml maxim 90-120 ml/ zi)
 - Creșterea dozelor de laxative odată cu creșterea dozei de opioide.
 - Menținerea unui consum adecvat de fluide
 - Menținerea unui consum adecvat de fibre în dietă. Este improbabil ca unii compuși conținând fibre să controleze constipația indusă de opioide și nu sunt recomandați
 - Exercițiul fizic, dacă este fezabil.
- Dacă apare constipația:
 - Evaluarea cauzei și severității constipației
 - Eliminarea obstrucției intestinale ca și cauză
 - Tratarea altor cauze
 - Titarea medicamentelor de înmuiere a scaunului/ laxativelor după cum este nevoie cu scopul de a obține un scaun evacuat cu ușurință la fiecare 1-2 zile.
- Dacă constipația persistă:
 - Reevaluarea cauzei și severității constipației, eliminarea obstrucției intestinale
 - Excluderea existenței unui fecalom
 - Luați în considerare adăugarea unui alt agent, cum ar fi hidroxidul de magneziu, 30-60 ml zilnic; bisacodil 1-3 supozitoare rectal zilnic; sorbitol, 30 ml la fiecare 2 ore x 3, apoi după cum este necesar, sau citrat de magneziu, 28 g per oral zilnic, polietilen glicol (1 capac/ 224 ml apă de două ori pe zi)
 - Clismă salină sau cu apă
 - Luați în considerare utilizarea unui agent prokinetic (ex. metoclopramid, 10-20 mg per oral, de patru ori pe zi)
 - Luarea în considerare a rotării **analgezicelor**. **Vezi și Protocol Constipatie**

Greață

- Măsuri preventive:
 - Pentru pacienții cu o istorie anterioară de greață indusă de opioide, tratamentul profilactic cu agenți antiemetici (vedeți mai jos). **E bine să administrați profilactic antiemetic tuturor pacienților la care începeți tratamentul cu opioide în prima săptămână!**

- Dacă apare greața:
 - Evaluarea altor cauze ale greței (ex. constipația, patologia sistemului nervos central, chimioterapia, radioterapia, hipercalcemia).
 - Luarea în considerare a proclorperazinei, 10 mg per os la nevoie (nu mai repede de 6 ore); sau tietilperazinei, 10 mg per os la nevoie (nu mai repede de 6 ore); sau haloperidol, 0,5-1 mg per os la nevoie (nu mai repede de 6-8 ore); sau metoclopramid, 10-20 mg per os la nevoie (nu mai repede de 6 ore).
 - Dacă greața persistă în ciuda regimului la nevoie se trece la administrarea regulată la 6 ore a antiemeticelelor pentru o săptămână, apoi schimbarea la administrare la nevoie.
 - Considerarea adăugării unui antagonist serotoninergic (ex. granisetron, 2 mg oral zilnic, sau ondasetron 300 mcg/ kg intravenos. Folosirea cu precauție, având în vedere că constipația este un posibil efect secundar.
 - Dexametazona poate fi luată în considerare.
- Dacă greața persistă pentru mai mult de o săptămână:
 - Reevaluarea cauzei și severității greței.
 - Luarea în considerare a rotației opioidelor.
- Dacă greața persista după încercarea mai multor opioide și măsurile de mai sus:
 - Reevaluarea cauzei și severității greței.
 - Luarea în considerare a **analgezicelor administrate spinal**.

Vezi și Protocol Greața- Varsaturi

Pruritul

- Dacă apare pruritul:
 - Evaluarea altor cauze (alte medicații etc.).
 - Considerarea antihistaminicelor precum difenhidramina, 25-50 mg per os la fiecare 6 ore; sau prometazina, 12,5-25 mg oral la fiecare 6 ore.
- Dacă pruritul persistă:
 - Considerarea schimbării la un alt opioid dacă managementul simptomelor a eșuat.
- Considerarea perfuziei continue cu naloxon, 0,25 mcg/ kg/ oră și titrarea până la 1 mcg/ kg/ oră pentru alinarea pruritului fără scăderea eficienței analgezicului. Doar dacă nu aveți altă soluție!

Vezi și Protocol Prurit

Delirul

- Evaluarea altor cauze ale delirului (ex. hipercalcemia, metastaze ale cancerului în sistemul nervos central, alte medicații psihoactive etc.)
- Considerarea haloperidolului, 0,5-2 mg per oral sau subcutanat la fiecare 12 ore; sau olanzapina, 2,5-5 mg per oral sau sub lingual la fiecare 6-8 ore
- Dacă nu se pot determina alte posibile cauze ale delirului, considerați schimbarea opioidului
- Vezi și Protocol Delir.

Depresia respiratorie

- Folosirea cu precauție a agenților reversori (naloxon-antagonist opioid). Dacă este necesară reversarea efectului unui opioid cu timp de înjumătățire prelungit cum ar fi metadona, luați în considerare folosirea perfuziei cu naloxon.

- Dacă apar probleme respiratorii sau schimbări acute ale stării de conștiență, luați în considerare administrarea de naloxon. Diluați o ampulă de naloxon (0,4 mg/ 1 ml) în 9 ml de soluție salină normală pentru a obține un volum total de 10 ml. Dați 1-2 ml (0,04-0,08 mg) la fiecare 30-60 secunde până când se constată îmbunătățiri ale simptomelor. Fiți pregătiți pentru repetarea procesului (timpul de înjumătățire al opioidelor este în general mai lung decât cel al naloxonului). Dacă pacientul nu reacționează la tratament într-un interval de 10 minute și doza totală de naloxon este de 1 mg, luați în considerare un alt motiv pentru schimbarea statusului neurologic.

Sedarea

- Dacă sedarea se dezvoltă și persistă pentru mai mult de o săptămână după inițierea opioidelor:
 - Evaluarea altor cauze ale sedării (ex. patologia sistemului nervos central, alte medicamente cu efect sedativ, hipercalcemie, deshidratare, sepsis, hipoxie).
 - Scădeți doza opioidelor dacă controlul durerii poate fi menținut cu o doză mai mică.
 - Luați în considerare schimbarea opioidului.
 - Luați în considerare analgezicele non-opioide pentru a permite reducerea dozei opioidelor.
 - Luați în considerare administrarea frecventă a unei doze mai scăzute de opioide pentru a scădea concentrațiile maxime din plasmă.
 - Luați în considerare adăugarea cafeinei, 100-200 mg per oral la fiecare 6 ore; când sunt folosiți stimulanți pentru sistemul nervos central pentru combaterea sedării, limitați dozarea pentru dimineață și după-amiaza devreme, pentru a evita insomnia în cursul nopții.
- Dacă sedarea persistă în ciuda mai multor schimbări a opioidelor și a măsurilor de mai sus:
 - Reevaluați cauza și severitatea sedării.
 - Luați în considerare administrarea analgezicelor administrate spinal.

Fișa 6. Co-analgezice pentru durerea neuropată (antidepresive, anticonvulsionante și agenți locali)

Principii de utilizare

- Antidepresivele și anticonvulsionantele sunt co-analgezice de primă intenție pentru tratamentul durerii neuropatice din cancer. Utilizarea eficientă este bazată pe o evaluare care să clarifice natura durerii.
- Ca și în cazul opioidelor, este posibil ca răspunsul la diferite co-analgezice să varieze în funcție de tipurile de durere neuropatică și de fiecare pacient în parte.
- Alegerea medicamentelor poate fi influențată de prezența anumitor simptome și de comorbidități. De exemplu, un medicament cu efect secundar hipnotic poate fi de ajutor la un pacient la care insomnia este o problemă.
- Dozele ar trebui crescute până când este obținut efectul analgezic, efectele adverse devin greu de gestionat sau sunt atinse dozele maxime convenționale.

Folosirea antidepresivelor

Eficiența ca și co-analgezic a antidepresivului nu este dependentă de activitatea sa antidepresivă. Doza eficientă co-analgezică este adesea mai mică decât cea indicată pentru tratarea depresiei. Debutul acțiunii analgezice este de obicei mai rapid. Frecvent folosite ca un co-analgezic, în combinație cu un opioid pentru componenta neuropatică a durerii:

Antidepresive triciclice (ex. Amitriptilina, Imipramina, Nortriptilina, Desipramina)

- Începeți cu doze mici și creșteți la fiecare 3-5 zile, dacă este tolerat (ex. Nortriptilina și Desipramina -doza de start 10-25 mg la culcare, se crește la 50-150 mg. Aminele terțiare - Amitriptilina, Imipramina -pot avea eficacitate mai mare, dar aminele secundare - Nortriptilina, Desipramina- sunt mai bine tolerate. Efectele adverse anticolinergice ca sedarea, uscarea gurii, retenția urinară sunt mai probabil să apară la Amitriptilina și Imipramina).

Alte atidepresive utilizate

- Duloxetin -doza de start 30-60 mg/ zi, se crește la 60-120 mg/ zi
- Velafaxin -doza de start 50-75 mg/ zi, se crește la 75-225 mg /zi
- Mirtazapina -doza de start 15-30 mg/ zi, se crește la 30 mg /zi.

Folosirea anticonvulsionantelor

Frecvent folosit ca un co-analgezic, în combinație cu un opioid pentru componenta neuropatică a durerii:

- Gabapentin –doza de start 100-300 mg la culcare, se crește la 900-3600 mg/ zi. Creșterea dozei cu 50-100% la fiecare 3 zile. Titrare mai lentă pentru persoane în vârstă sau fragile. Ajustarea dozelor este necesară pentru cei cu insuficiență renală.
- Pregabalin -doza de start 50 mg de 3 ori pe zi, se crește la 100 mg de 3 ori pe zi. Titrare mai lentă pentru persoane în vârstă. Ajustarea dozelor este necesara pentru cei cu insuficiență renală. Pregabalinul este absorbit mai eficient prin tractul gastro-intestinal decât Gabapentinul. Se mai poate crește până la o doză maximă de 600 mg împărțit în 2 sau 3 prize pe zi.

- Luați în considerare și alte medicamente anticonvulsionante, multe dintre acestea s-au dovedit a avea eficacitate în durerea neuropatică non canceroasă (Carbamazepin, Acid Valproic etc.).

Folosirea tratamentelor topice

Acționează local și pot fi folosite ca un co-analgezic în combinație cu un opioid, antidepressiv și/ sau un anticonvulsionant.

Exemple de tratamente topice:

- Lidocaina plasture 5% -se aplică zilnic pe partea dureroasă. Absorbție sistemică minimă.
- Luați în considerare AINS -Diclofenac gel 1%, de 4 ori pe zi.

Folosirea corticosteroizilor

Timpul lung de înjumătățire al acestor medicamente permite administrarea o dată pe zi. Utile în gestionarea crizelor acute de durere, când sunt implicate structuri neuronale sau oasele. Efectele adverse pe termen lung sunt semnificative.

Fișa 7. Suport psiho-social

Suport

- Informați pacientul și familia că reacțiile emoționale la durere sunt normale și sunt evaluate și tratate ca parte a tratamentului pentru durere.
- Asigurați sprijin emoțional pacienților și familiilor care recunosc că durerea creează probleme și solicită sprijin.
- Ajutați pacienții, familiile, să aibă acces spre tratamente farmacologice și non farmacologice necesare.
- Specificați că veți lucra împreună cu pacientul și familia, ca parte a echipei, în abordarea holistică a durerii.
- Explicați planul de acțiune și când pot fi așteptate rezultate.
- Exprimați-vă angajamentul de a rămâne disponibil până când durerea va fi mai bine gestionată.
- Repetați verbal preocuparea dumneavoastră și planul de acțiune.
- Informați pacientul și familia că TOT TIMPUL există altceva ce poate fi făcut în încercarea de a gestiona adecvat durerea și alte simptome nocive.
- Evaluați impactul durerii asupra familiei și a altor persoane apropiate și oferiți educație și sprijin.

Educați anumite abilități

- Învățați pacienții tehnici de adaptare pentru a asigura alinarea durerii, îmbunătățiți sentimentul de control personal și reorientați energia în scopul îmbunătățirii calității vieții.
- Tehnicile de adaptare pentru durerea acută includ exercițiile de respirație tip Lamaze, tehnici de distragere a atenției etc. Tehnicile de adaptare la durerea cronică (nu cea considerată urgentă) includ toate cele mai de sus plus tehnici de relaxare, de imaginație ghidată, atribuire de sarcini graduale, și hipnoză pentru maximizarea funcției.
- Educați pacientul și familia că gestionarea durerii reprezintă o muncă de echipă. Aceasta poate fi formată din: oncolog, asistent medical, specialist în durere, clinician cu atestat în îngrijire paliativă, kinetoterapeut, neurolog, psiholog, asistent social, psihiatru, fizioterapeut și preot.

Educația pacientului și a familiei

- Evaluați nivelul cunoștințelor pacientului și familiei pentru a asigura înțelegerea educației.
- Mesajele care vor fi transmise pacientului și familiei:
 - Alinarea durerii este importantă din punct de vedere medical și nu există niciun beneficiu medical pentru suferința datorată durerii.
 - Durerea poate fi controlată de obicei cu medicamentele pentru durere. Pentru durerile persistente, luarea analgezicelor după un program regulat va îmbunătăți controlul durerii.
 - Dacă aceste medicamente nu funcționează, sunt disponibile multe alte opțiuni.
 - Analgezicele potente ar trebui să fie administrate numai după cum au fost prescrise și de către persoana pentru care au fost prescrise; nu ajustați dvs. doza sau frecvența decât dacă discutați cu furnizorul de îngrijire medicală.
 - Morfina și medicamentele similare cu morfina sunt deseori utilizate pentru a alina durerea:
 - Când aceste medicamente sunt folosite pentru a trata durerea în cancer, dependența este rareori o problema.
 - Dacă luați aceste medicamente acum, își vor face efectul și mai târziu.

- Acestea sunt substanțe controlate care trebuie păzite adecvat în locuință.
- Aceste medicamente trebuie să fie folosite cu precauție și să nu fie amestecate cu alcool sau substanțe ilegale.
- Comunicarea cu furnizorul de îngrijire medicală este crucială:
 - Furnizorii de îngrijire medicală nu își pot da seama câtă durere resimțiți decât dacă le spuneți.
 - Furnizorii de îngrijire medicală vor să afle despre orice probleme credeți că ar fi cauzate de medicamentele pentru durere, având în vedere că sunt probabil căi de a le îmbunătăți.
 - Spuneți-le furnizorilor de îngrijire medicală dacă aveți dificultăți cu procurarea medicamentelor sau îngrijorări privind utilizarea lor. Aceștia s-au confruntat anterior cu astfel de probleme și vă vor ajuta.
 - Așteptați-vă la un management optim al durerii și efectelor secundare.
- Următoarele trebuie să fie **discutate cu fiecare pacient și familie și furnizate în formă scrisă**, pe care să fie însemnată data:
 - listă cu fiecare medicament prescris, o descriere care să spună pentru ce este fiecare medicament, și instrucțiuni pentru cum și când să fie administrat fiecare.
 - listă cu efectele secundare potențiale ale acestor medicamente și ce ar fi de făcut în cazul în care acestea apar.
 - listă cu toate medicamentele care ar trebui întrerupte.
 - listă cu numere de telefon pentru a putea contacta furnizorul de îngrijire medicală potrivit și instrucțiuni specifice pentru a suna privind:
 - Orice probleme privind procurarea medicamentelor sau utilizarea lor.
 - Noi dureri, schimbări în durere, sau dureri care nu sunt alinate de medicamente.
 - Greața și vărsături care împiedică luarea meselor timp de o zi.
 - Lipsa scaunelor pentru 3 zile.
 - Dificultăți în trezirea cu ușurință a pacientului din somn pe parcursul zilei.
 - Confuzie.
 - Un plan pentru vizite și/ sau telefoane de control.

Fișa 8. Prescrierea anti-inflamatoarelor nesteroidiene AINS) și Acetaminofenului

AINS

Folosiți cu prudență AINS la pacienții cu risc ridicat de toxicitate renală, GI, cardiacă, trombocitopenie sau cu tulburări de coagulare. Rețineți că efectele secundare potențiale ale chimioterapiei, ca toxicitățile hematologice, renale, hepatice și cardiovasculare pot fi accentuate de prescrierea concomitentă a AINS. Analgezicele opioide sunt o alternativă analgezică sigură și eficientă la AINS.

Folosiți orice AINS care a fost eficient și bine tolerat în trecut de pacient, altfel considerați Ibuprofen la doză maximă.

- Ibuprofen, 400 mg de 4 ori pe zi (maxim pe zi = 3200 mg).
- Dacă este necesar, luați în considerare utilizarea pe termen scurt a Ketorolac, 15-30 mg IV la 6 ore pentru maxim 5 zile.
- Compuși care nu inhibă agregarea plachetară:
 - Salicilat nonacetilat.
 - Coline + combinații de magneziu salicilat, 1.5-4.5 g/ zi împărțit în 3 doze.
 - Inhibitor COX-2 selectiv.

Toxicitatea AINS

- Pacienți cu risc mare de *toxicitate renală*: vârstă > 60, ingestie de fluide redusă, nefrită interstițială, necroză papilară și administrarea concomitentă de alte medicamente nefrotoxice (inclusiv cyclosporine, cisplatin) și chimioterapice excretate pe cale renală:
 - Tratamentul *toxicității renale*: întrerupeți AINS dacă ureea serică sau creatinina se dublează sau dacă dezvoltă hipertensiune arterială sau se agravează o hipertensiune arterială preexistentă.
- Pacienți cu risc mare de *toxicități GI*: vârstă > 60, istoric de ulcer peptic sau consum semnificativ de alcool (3 sau mai multe băuturi alcoolice/ zi), disfuncție majoră de organ, incluzând disfuncția hepatică, doze mari de AINS date pe perioade lungi:
 - Tratamentul *toxicității GI*: dacă pacientul dezvoltă probleme gastrice sau vomită, luați în considerare să întrerupeți AINS sau să schimbați cu inhibitor COX-2 selectiv. Inhibitorii COX-2 sunt asociați cu incidență mică de efecte adverse GI și nu inhibă agregarea plachetară. Cu toate acestea, nu a fost demonstrat să aibă efecte adverse renale reduse.
 - Luați în considerare să adăugați, misoprostol, omeprazol (alți inhibitori pompă protoni). Dacă pacientul dezvoltă ulcer peptic gastrointestinal sau hemoragie gastrointestinală, întrerupeți AINS.
 - Întrerupeți AINS dacă parametrii hepatici cresc de 1,5 ori peste limita superioară a valorilor normale.
- Pacienți cu risc mare de *toxicitate cardiacă*: istoric de boală cardiovasculară sau risc de boală cardiovasculară sau complicații. AINS luate cu anticoagulante prescrise, precum warfarina sau heparina, pot crește semnificativ riscul de complicații de sângerare:
 - Tratamentul *toxicității cardiace*: întrerupeți AINS dacă dezvoltă hipertensiune arterială sau se agravează.
- Monitorizare toxicități AINS: tensiunea arterială, uree serică, creatinină, funcția ficatului (fosfatază alcalină, LDH, GTP, GOT), sângerare ocultă în scaun. Repetați la fiecare 3 luni pentru a vă asigura de lipsa de toxicitate.

Alte consideratii privind AINS:

- Dacă sunt folosite succesiv 2 AINS fără eficacitate, luați în considerare altă abordare pentru analgezie.
- Dacă AINS sunt eficiente, dar tratamentul este limitat de toxicități, care nu sunt considerate serioase, luați în considerare să încercați alt AINS.
- Când administrarea sistemică nu este fezabilă, luați în considerare preparate AINS topice.
- Toxicitatea tratamentelor anti-cancer poate crește riscul de toxicitate a tratamentului anti-inflamator.

Paracetamolul

- Paracetamol, 500 mg la 4 ore sau 1 g la 6 ore (doză maximă zilnică 3 g). Din cauza îngrijorărilor referitoare la toxicitatea hepatică, ar trebui folosit cu precauție sau mai ales combinație opioid-paracetamol, pentru a preveni supradoza de paracetamol.

Fișa 9. Principiile, prescrierea, titrarea și menținerea opioidelor

PRINCIPII GENERALE

- **Doza optimă este doza care ușurează durerea pacientului pe tot parcursul intervalului titrat fără a cauza efecte secundare necontrolabile.**
- În general, administrarea orală este cea mai frecventă; totuși alte căi de administrare (IV, subcutan, rectal, transdermal, transmucos, bucal) pot fi luate în considerare pt a mari confortul pacientului.
- Creșterea dozei se face bazându-se pe doza totală de opioid luată în ultimele 24 de ore (dozele administrate la intervale fixe plus doza/ dozele date la nevoie).
- Trebuie crescută atât doza titrată la intervale fixe, cât și cea la nevoie. Rapiditatea escaladării dozei ar trebui legată de severitatea simptomelor. **Creșterea dozelor se face cu 30-50-100%.**
- Starea stabilă plasmatică e obținută cam după 5 timpi de înjumătățire.
- Dacă pacientul se confruntă cu efecte secundare necontrolate și durerea este <4, aveți în vedere scăderea dozei cu aprox 25% și faceți o reevaluare. Pacientul însă va necesita o observare atentă pentru a fi siguri că durerea nu escaladează.
- Luați în considerare rotația opioidelor dacă durerea nu este controlată sau dacă efectele secundare sunt persistente cu terapia curentă.

PRINCIPII IN TERAPIA CU OPIOIDE DE DURATĂ

- Pentru durerea continuă, este indicat să dați medicație pentru durere la intervale orare fixe cu doze suplimentare (la nevoie) pentru puseele dureroase.
- Administrați preparate cu eliberare prelungită pentru a asigura analgezia de fond pentru controlul durerii cronice persistente după ce ați titrat și ați stabilit doza zilnică necesară folosind opioid cu acțiune imediată.
- Dați doze la nevoie de opioide folosind preparate cu eliberare imediată pentru durerea în puseu sau exacerbări acute ale durerii, durerea legată de activitate sau poziție sau durerea de la finalul intervalului dintre doze:
 - Când e posibil, folosiți același opioid în preparatul cu eliberare imediată și în cel cu eliberare prelungită.
 - **Doza pentru opioidul la nevoie este de 1/6 din doza zilnică.** Se pot administra doze la nevoie la interval de 1 oră până când durerea este controlată. Folosirea frecventă a medicației la nevoie poate indica faptul că trebuie modificat dozajul zilnic de fond.
- Creșteți doza de opioid cu eliberare prelungită dacă pacientul cere persistent doze la nevoie sau când dozele de la ore fixe eșuează în a ușura durerea la o oră după administrare sau când apare durere de sfârșit de doză.

Doze echianalgezice

Tabelul 1 - Echivalențele între opioide orale și parenterale și potențe relative comparativ cu morfina în studiile bazate pe o singură administrare

Opioizi agoniști	Doza parenterală	Doza orală	Factor (IV→PO)	Durata acțiunii ⁷
Codeina ^{1,2}	130 mg	200 mg	1,5	3-4 h
Fentanyl ³	100 mcg	--	--	1-3 h
Hydromorphon	1,5 mg	7,5 mg	5	2-3 h
Metadona ^{5,4}	--	--	--	--
Morfina ^{2,5}	10 mg	30 mg	3	3-4 h
Oxycodon ¹	--	15-20 mg	--	3-5 h
Tramadol ⁶	50-100mg	50-100mg	1	3-7 h

NU SE RECOMANDA

Petidina⁸

Propoxyphenul⁸

Combinăția agoniști-antagoniști (pentazocina)

Notă specială: combinarea între agoniști și antagoniști este puțin utilă în durerea în cancer. Nu ar trebui să fie folosite în combinație cu medicație opioidă agonistă. Trecerea de la un agonist la un agonist-antagonist ar putea declanșa o criză de sevraj la pacientul dependent de opioid.

¹ Dozajul trebuie monitorizat în limitele de siguranță și ar trebui să fie disponibil în combinație cu acidul acetilsalicilic (ASA) sau acetaminophen. Dozele afișate se referă doar la componenta de opioid.

² Evitați utilizarea codeinei și a morfinei la pacienții cu insuficiență renală datorită acumulării de metaboliți activi care se elimină renal.

³ Doza echianalgetică afișată se aplică doar la fentanyl IV, comparativ cu alte opioide IV.

⁴ Conversia orală a metadonei variază. PROFESIONIȘTII SUNT SFĂTUIȚI SĂ CONSULTE UN SPECIALIST ÎN DURERE SAU ÎN ÎNGRIJIRI PALIATIVE DACĂ NU SUNT FAMILIARI CU PRESCRIEREA METADONEI.

⁵ Conversia factorilor afișată pentru dozarea cronică

⁶ Agonist slab al receptorilor opioizi cu o oarecare activitate antidepresivă. Pentru durere ușoară și moderată. Doza recomandată 100 mg x 4/ zi (doza zilnică maximă, 400 mg) pentru a evita toxicitatea CNS.

⁷ Timpul mai scurt se referă la opioidele administrate parenteral (cu excepția produselor cu eliberare controlată care au o oarecare variabilitate); timpii mai lungi se aplică în cazul dozelor orale.

⁸ Nu e recomandat pentru controlul durerii în cancer datorită metaboliților toxici de la nivelul CNS (normeperidina, norpropoxyphen)

CONVERSIA SAU ROTATIA DE LA UN OPIOID LA ALTUL

Pentru a trece sau a roti un opioid cu un altul:

- I. Determinați cantitatea totală actuală de opioid luat pe o perioada de 24 h cu care s-a obținut controlul durerii (includeți și dozele de medicație prn dacă durerea nu era controlată și pacientul lua doze prn).
- II. Calculați doza echianalgetică a noului opioid.
- III. Dacă durerea a fost controlată eficient, reduceți doza cu 25% pentru a permite toleranță încrucișată incompletă între diferitele opioide. În timpul primelor 24 de ore, titrați de câte ori e nevoie și rapid până la efectul analgezic. Dacă doza anterioară nu a fost eficientă, puteți începe cu 100% din doza echianalgetică sau puteți s-o creșteți pe aceasta cu 25%.
- IV. La sfârșit, pentru opioidele orale împărțiți doza zilnică totală a noului opioid la numărul dozelor pe zi pentru a determina doza individuală (ex. 6 doze pentru morfina PO regulat la 4 ore; 2 doze de morfină cu eliberare prelungită la fiecare 12 h).

CONVERSIA SAU ROTATIA UNUI ALT OPIOID CU FENTANYLUL TRANSDERMAL

- Pentru conversia sau rotația unui alt opioid cu fentanylul transdermal:
 - Determinați nevoia de analgezic pe 24 de ore din opioidul curent. Tabelul 2 poate fi utilizat direct pentru pacienți cu oxycodon, hydromorphon și codeină. Dacă nu e niciunul dintre acești opioizi, convertiți la doza echianalgetică de morfină necesară.
 - Din Tabelul 2, alegeți doza de fentanyl transdermal/ h în mcg bazându-vă pe doza pe 24 h de morfină, oxycodon, hydromorphon sau codeină, după cum e afișată. Pentru o doză de fentanyl >100 mcg/ h, se vor folosi mai mulți plasturi.

Notă: Ca și doză la nevoie (prn) ar trebui prescrisă morfină sau alt opioid cu eliberare imediată și va fi nevoie în special în primele 8-24 de ore. De îndată ce s-a ajuns la un nivel stabil după cel puțin 2-3 zile, creșteți doza per plasture bazându-vă pe media zilnică stabilă a cantității de opioid la nevoie. Continuați medicația la nevoie odată ce dozajul din plasture s-a stabilizat.

Tabelul 2 - Dozele recomandate la conversia dintr-un alt opioid cu fentanylul transdermal (Breitbart et al 2000, Foley 1985).

Fentanyl transdermal	Morfină		Oxycodon	Hydromorphon		Codeina	
	IV	Orală	Orală	IV/SC*	Orală	IV/SC*	Orală
25 mcg/ h	20 mg/ zi	60 mg/ zi	30 mg/ zi	1,5 mg/ zi	7,5 mg/ zi	130 mg/ zi	200 mg/ zi
50 mcg/ h	40 mg/ zi	120 mg/ zi	60 mg/ zi	3 mg/ zi	15 mg/ zi	260 mg/ zi	400 mg/ zi
75 mcg/ h	60 mg /zi	180 mg/ zi	90 mg/ zi	4,5 mg/ zi	22,5 mg/ zi	390 mg/ zi	600 mg/ zi
100 mcg/ h	80 mg/ zi	240 mg/ zi	120 mg/ zi	6 mg/ zi	30 mg/ zi	520 mg/ zi	800 mg/ zi

*Dozele parenterale precum IV (intravenous)

Notă: datorită varietății individuale a pacienților dozele sugerate în acest ghid sunt aproximative și e nevoie de monitorizare și titrare pentru a obține efectul dorit.

Note speciale legate de fentanylul transdermal:

- Durerea ar trebui să fie relativ bine controlată cu un opioid cu eliberare imediată înainte de tratamentul cu fentanyl transdermic. Fentanylul transdermic nu se recomandă pentru o durere instabilă care necesită frecvente modificări de doze. Folosiți fentanyl transdermic doar pentru pacienții care sunt deja în terapia cu opioide.
- Febra sau aplicarea locală de căldură (precum căldura de la lămpile de căldură, paturi electrice etc.) ar putea să accelereze absorbția de fentanyl și sunt contraindicate când se utilizează fentanyl transdermic.
- Când faceți conversia de la fentanyl administrat parenteral infuzie continuă la fentanyl transdermic, se aplică un raport (Kornick 2001) de 1:1, de exemplu, numărul de mcg de fentanyl parenteral pe oră trebuie să fie aprox. egal cu numărul de mcg de fentanyl transdermic pe oră. La unii pacienți, s-ar putea să fie nevoie de un adaos la titrarea dozei de fentanyl transdermic.
- Durata analgeziei unui plasture de fentanyl este de 72 de ore, dar unii pacienți necesită înlocuirea plasturelui la fiecare 48 de ore.

Exemplu de utilizare directă a Tabelului 2:

Studiu de caz pentru conversia de oxycodon oral cu plasture de fentanyl transdermal

Un pacient are 30 de mg de oxycodon oral cu eliberare prelungită la fiecare 12 ore și are nevoie să treacă pe plasture cu fentanyl transdermal.

1. Calculați cantitatea curentă totală de oxycodon oral pe 24 de ore:
(oxycodon oral 30 mg x 2 = 60 mg/ zi de oxycodon oral)
2. Folosind Tabelul 2, selectați doza în mcg/ h de fentanyl transdermal:
(60 mg/ zi oxycodon oral e aprox. 50 mcg/ h de fentanyl transdermal plasture).

CONVERSIA MORFINĂ ORALĂ – METADONĂ ORALĂ (Manfredi 2003)

Pentru a trece de la morfina orală la metadona orală

1. Calculați doza zilnică totală de morfină orală (sau doza echivalentă de morfină) pe care o are pacientul.
2. Bazându-vă pe doza de morfină orală, folosiți Tabelul 3 de mai jos pentru a determina doza cea mai apropiată pentru raportul de conversie și calculați doza de metadonă orală.
3. Reduceți doza echianalgetică calculată de metadona orală cu 25% justificată de toleranță încrucișată incompletă, de variabilitatea raportului de dozare și de particularitățile individuale ale pacientului.
4. Împărțiți doza zilnică totală de metadonă orală în 3-4 doze zilnice.

Tabelul 3 - Raportul de conversie morfină orală - metadonă orală

Morfină orală	Raportul de conversie (morfină orală - metadonă orală)
30-90 mg	4:1
91-300 mg	8:1
>300 mg	12:1

Notă: Dacă doza zilnică echivalentă de morfină e mai mare de 800 mg, e nevoie de un raport mai mare de conversie. Un specialist în durere sau în paliativă ar trebui să fie consultat.

Note speciale privind metadona orală:

- Raportul de conversie variază în funcție de cantitatea de morfină (sau alt opioid) pe care o folosește un pacient în timp. Cu cât doza de morfină e mai mare cu atât metadona este mai eficientă.
- Comparativ cu alte opioide, metadona este asociată cu multiple interacțiuni cu alte medicamente. Posibilitatea apariției acestor interacțiuni trebuie verificată la fiecare pacient în parte înainte de inițierea cu metadonă.
- Metadona este cel mai frecvent disponibilă în comprimate de 2,5 mg, dar recent au apărut și comprimate de 5 mg și 20 mg.
- Metadona poate fi titrată la fiecare 5-7 zile, cu o creștere de aprox. 5 mg/ doză.
- Pentru că metadona este asociată cu prelungirea intervalului QTc, se recomandă un EKG inițial și apoi urmărirea lui pentru doze de metadonă >100 mg/ zi și pentru pacienții cu boli cardiace sau când metadona este folosită la pacienți care iau și alte medicamente care de asemenea dau prelungirea intervalului QTc (inclusiv antidepressivele triciclice).
- Aceste rapoarte de conversie nu ar trebui să fie folosite la conversia metadonei spre alte opioide. După ce metadona este întreruptă, va dura câteva zile să fie eliminată, datorită timpului de eliminare prelungit; așadar, cantitatea necesară de alt opioid pentru un efect echivalent se va modifica pe măsură ce metadona reziduală este eliminată. În prima zi de conversie (când există încă o cantitate semnificativă de metadonă), poate fi folosit un raport de conversie conservator de metadonă orală în morfină orală de 1:1, și suplimentat cu opioid cu eliberare imediată la nevoie. Pe măsură ce metadona este eliminată, doze de morfină (sau alt opioid) vor necesita ajustare frecventă (zilnic sau la 2 zile).

Studiu de caz pentru conversia de morfină orală în metadonă orală

Un pacient ia morfină orală de 30 mg la fiecare 4 ore și are nevoie să fie trecut pe metadonă orală.

1. Calculați cantitatea curentă totală de morfină orală în 24 de ore
($30 \text{ mg} \times 6 = 180 \text{ mg/ zi}$)
(Cantitatea totală de morfină orală pentru acest pacient este de 180 mg/ zi).
2. Din Tabelul 3 calculați doza echianalgetică de metadonă orală
(Pentru 180 mg/ zi de morfină orală în metadonă orală, raportul de conversie este de 8:1, așadar
 $180 \text{ mg/ zi morfină} = 22,5 \text{ mg/ zi metadonă}$).
3. Reduceți doza echianalgetică de metadonă orală cu 25% justificată de toleranța încrucișată incompletă, de variabilitatea raportului de dozare și de particularitățile individuale ale pacientului
(De ex. $22,5 \text{ mg/ zi metadonă orală redusă cu } 25\% = 16,875 \text{ mg/ zi metadonă orală}$ aprox. egal cu 15 mg/ zi metadonă orală).
4. Împărțiți doza totală zilnică de metadonă la 3 doze/ zi
(De ex. reducerea dozei de 15 mg/ zi de metadonă orală împărțită la 3 doze zilnice = 5 mg de metadona orala la fiecare 8 h).

Fișa 10. Opioidे dozaj pediatric pe grupe de vârstă

Grupă de vârstă	Substanță	Cale	Doză	Interval / Administrare	Observații	Ref
0–28 zile	Morfină	IV	0,025–0,05 mg/kg	la 4–6 h	Clearance hepatic și renal redus	¹
1–12 luni	Morfină	IV	0,05 mg/kg	la 4 h	Monitorizare respiratorie	¹
1–12 ani	Morfină	IV	0,05–0,1 mg/kg	la 2–4 h	Titrare progresivă	^{1, 2}
1–12 ani	Morfină	PO	0,2–0,3 mg/kg	la 4–6 h	Max uzual: 10–15 mg/doză	^{1, 2}
>12 ani	Morfină	PO/IV	Doze de adult tânăr	—	Conform toleranței	²
Nou-născut	Fentanyl	IV bolus	0,5–1 µg/kg	lent	Utilizat frecvent în ATI neonatal	¹
Nou-născut	Fentanyl	Perfuzie IV	0,5–1 µg/kg/oră	continuu	Monitorizare continuă	¹
Sugar / Copil	Fentanyl	IV bolus	1–2 µg/kg	la nevoie	Proceduri dureroase	^{1, 2}
Copil / Adolescent	Fentanyl	Perfuzie IV	1–2 µg/kg/oră	continuu	Postoperator / ATI	¹
<12 ani	Tramadol	—	Nerecomandat	—	Risc de depresie respiratorie	^{3, 4}
≥12 ani	Tramadol	PO / IV	1–2 mg/kg	la 6–8 h	Max: 8 mg/kg/zi sau 400 mg/zi	^{3, 4}
≥1 an	Oxicodonă	PO	0,05–0,15 mg/kg	la 4–6 h	Durere moderat-severă	²
Adolescent	Oxicodonă	PO	5–10 mg	la 4–6 h	Doze adulte	²
Toate vârstele	Codeină	—	—	—	Contraindicată: metabolizare imprevizibilă (CYP2D6) → risc vital	^{3, 4}

¹ Parikh, J., et al. (2019). *An update on the safety of prescribing opioids in pediatrics*. *Pediatric Drugs*, 21(4), 223–235. <https://doi.org/10.1007/s40272-019-00351-2>

² Royal Children’s Hospital. (2023). *Clinical Practice Guideline: Acute Pain Management in Children*. Retrieved from https://www.rch.org.au/clinicalguide/guideline_index/Analgesia_and_sedation/

³ American Academy of Pediatrics. (2024). *Opioid prescribing for acute pain management in children and adolescents*. *Pediatrics*, 154(5), e2024068752. <https://doi.org/10.1542/peds.2024068752>

⁴ European Medicines Agency. (2013). *Restrictions on the use of codeine in children*. Retrieved from https://www.ema.europa.eu/en/documents/referral/codeine-article-31-referral-restrictions-use-codeine-pain-relief-children-cmdh-endorses-prac-recommendation_en.pdf

V. REZUMAT

Evaluarea durerii reprezintă fundamentul managementului eficient și trebuie realizată într-o manieră sistematică și repetitivă. Aceasta include: evaluarea intensității durerii prin scale validate (Numeric Rating Scale, Visual Analogue Scale); caracterizarea tipului de durere (nociceptivă, neuropatică sau mixtă); identificarea factorilor agravanți și amelioranți; evaluarea impactului durerii asupra funcționalității, somnului și stării emoționale.

Tratamentul durerii în îngrijiri paliative trebuie să fie: individualizat; proporțional cu intensitatea durerii; flexibil și adaptabil în funcție de evoluția clinică; reevaluat frecvent pentru optimizarea eficacității și reducerea efectelor adverse.

Pentru **durerea ușoară**, se recomandă utilizarea **analgezicelor non-opioide**, precum paracetamolul sau antiinflamatoarele nesteroidiene, luând în considerare profilul de siguranță și comorbiditățile pacientului

Opioidele reprezintă baza tratamentului durerii moderate și severe în îngrijirea paliativă.

Principii esențiale includ: inițierea tratamentului la cea mai mică doză eficientă; titrarea progresivă în funcție de răspunsul clinic; reevaluarea frecventă a eficacității și tolerabilității; utilizarea dozelor la nevoie pentru durerea de tip „breakthrough”.

Pentru durerea neuropatică sau mixtă, se recomandă utilizarea **medicamentelor co-analgezice**, precum antidepressivele triciclice sau anticonvulsivantele. Acestea pot fi utilizate în asociere cu opioidele pentru optimizarea controlului durerii

Monitorizarea continuă a pacienților este esențială pentru **prevenirea și gestionarea efectelor adverse** ale tratamentului analgezic. Cele mai frecvente efecte adverse asociate opioidelor includ constipația, greața, sedarea și depresia respiratorie. Se recomandă: inițierea profilactică a tratamentului pentru constipația indusă de opioide; ajustarea dozelor sau rotația opioidelor în caz de efecte adverse persistente; educarea pacientului și familiei privind recunoașterea reacțiilor adverse . **În cazurile refractare, rotația opioidelor și implicarea timpurie a echipelor specializate** în durere și îngrijire paliativă permit optimizarea tratamentului și creșterea confortului pacientului.

În durerea cronică non-oncologică, opioidele sunt recomandate doar când durerea este severă și refractară la alternative non-opioide, prioritizând siguranța pacientului. Evaluarea continuă, monitorizarea reacțiilor adverse și implicarea specialiștilor în cazurile complexe sunt esențiale pentru reducerea riscurilor, asigurarea eficienței terapiei și menținerea funcționalității pacientului. Astfel, managementul durerii în îngrijirea paliativă trebuie să fie întotdeauna centrat pe pacient, flexibil și adaptat la mecanismul durerii și la contextul clinic.

În paralel, **luarea deciziilor împreună cu pacientul și aparținătorii** garantează că obiectivele tratamentului—confort, funcționalitate și toleranța efectelor adverse—sunt respectate și integrate în planul de îngrijire.

Bibliografie

1. Abbey, J., Piller, N., De Bellis, A., Esterman, A., Parker, D., Giles, L., & Lowcay, B. (2004). The Abbey Pain Scale: A 1-minute numerical indicator for people with end-stage dementia. *International Journal of Palliative Nursing*, 10(1), 6–13. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2004.10.1.12013>
2. American Society of Clinical Oncology. (2023). Use of opioids for adults with pain from cancer or cancer treatment: ASCO guideline. *Journal of Clinical Oncology*. <https://doi.org/10.1200/JCO.22.02198>
3. Barr, J., Fraser, G. L., Puntillo, K., Ely, E. W., Gélinas, C., Dasta, J. F., Devlin, J. W., & Jaeschke, R. (2013). Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the intensive care unit. *Critical Care Medicine*, 41(1), 263–306. <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e3182783b72>
4. Breitbart, W., Chandler, S., Egel, B., et al. (2000). An alternative algorithm for dosing transdermal fentanyl for cancer-related pain. *Oncology*, 14, 695–702.
5. Busse, J. W., Wang, L., Kamaleldin, M., Craigie, S., Riva, J. J., Couban, R. J., ... Guyatt, G. H. (2017). Opioids for chronic noncancer pain: A systematic review and meta-analysis. *CMAJ*, 189(18), E659–E666. <https://doi.org/10.1503/cmaj.170363>
6. Caraceni, A., Hanks, G., Kaasa, S., Bennett, M. I., Brunelli, C., Cherny, N., ... Radbruch, L. (2019). Use of opioid analgesics in the treatment of cancer pain: Evidence-based recommendations from the EAPC. *The Lancet Oncology*, 20(1), e61–e73. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(18\)30529-2](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(18)30529-2)
7. Centers for Disease Control and Prevention. (2022). *CDC clinical practice guideline for prescribing opioids for pain — United States, 2022*. <https://www.cdc.gov/opioids/guideline>
8. Devlin, J. W., Skrobik, Y., Gélinas, C., Needham, D. M., Slooter, A. J. C., Pandharipande, P. P., ... Alhazzani, W. (2018). Clinical practice guidelines for the prevention and management of pain, agitation/sedation, delirium, immobility, and sleep disruption in adult patients in the ICU. *Critical Care Medicine*, 46(9), e825–e873. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000003299>
9. Elwyn, G., Frosch, D., Thomson, R., Joseph-Williams, N., Lloyd, A., Kinnersley, P., ... Barry, M. (2016). Shared decision making: A model for clinical practice. *Journal of General Internal Medicine*, 31(10), 1361–1367. <https://doi.org/10.1007/s11606-016-3726-3>
10. European Society for Medical Oncology. (2018). *Cancer pain: ESMO clinical practice guidelines*. *Annals of Oncology*, 29(Suppl. 4), iv166–iv191. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdy152>
11. Feldt, K. S. (2000). The Checklist of Nonverbal Pain Indicators (CNPI). *Pain Management Nursing*, 1(1), 13–21. <https://doi.org/10.1053/jpmn.2000.5831>
12. Finnerup, N. B., Kuner, R., & Jensen, T. S. (2015). Neuropathic pain: From mechanisms to treatment. *Physiological Reviews*, 95(4), 1203–1249. <https://doi.org/10.1152/physrev.00029.2014>
13. Foley, K. M. (1985). The treatment of cancer pain. *The New England Journal of Medicine*, 313(2), 84–95. <https://doi.org/10.1056/NEJM198507113130205>
14. Gélinas, C., Puntillo, K. A., Joffe, A. M., & Barr, J. (2013). A validated approach to evaluating pain in critically ill patients. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 25(2), 153–164. <https://doi.org/10.1016/j.ccell.2013.03.007>
15. Guyatt, G., Oxman, A. D., Vist, G., Kunz, R., Falck-Ytter, Y., Alonso-Coello, P., & Schünemann, H. J. (2015). GRADE guidelines: Rating the quality of evidence—study limitations (risk of bias). *Journal of Clinical Epidemiology*, 64(4), 407–415. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2010.03.013>
16. Hui, D., Bruera, E., & Parsons, H. (2018). Pain assessment and management in advanced cancer. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 68(2), 123–135. <https://doi.org/10.3322/caac.21499>
17. Hui, D., Paice, J. A., & Davis, M. P. (2023). Complex pain management in palliative care. *Journal of Pain and Symptom Management*, 65(1), 1–20.
18. Husebo, B. S., Ostelo, R., & Strand, L. I. (2010). The MOBID-2 Pain Scale: Reliability and validity of a pain assessment tool for people with dementia. *European Journal of Pain*, 14(4), 438–445. <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2009.07.010>
19. Joint Formulary Committee. (2024). *British National Formulary for Children (BNFC)*. BMJ Group & Pharmaceutical Press.
20. Kliegman, R. M., St. Geme, J. W., Blum, N. J., Shah, S. S., Tasker, R. C., & Wilson, K. M. (Eds.). (2023). *Nelson textbook of pediatrics* (21st ed.). Elsevier.
21. Kornick, C. A., Santiago-Palma, J., Khojainova, N., et al. (2001). A safe and effective method for converting patients from intravenous to transdermal fentanyl. *Cancer*, 92(12), 3056–3061.

22. Manfredi, P. L., & Houde, R. W. (2003). Prescribing methadone, a unique analgesic. *Journal of Supportive Oncology*, 1(3), 216–220.
23. Ministerul Sănătății. (2018). *Ordinul nr. 253 din 23 februarie 2018 pentru aprobarea Regulamentului de organizare, funcționare și autorizare a serviciilor de îngrijiri paliative*. Monitorul Oficial al României, nr. 199.
24. National Comprehensive Cancer Network. (2025). *NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Adult cancer pain*. <https://www.nccn.org>
25. Paice, J. A., Ferrell, B., & Lyon, D. (2023). Management of cancer pain in adults. *Journal of Pain and Symptom Management*, 65(1), 1–20. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2022.09.015>
26. Payen, J. F., Bru, O., Bosson, J. L., Lagrasta, A., Novel, E., Deschaux, I., ... Jacquot, C. (2001). Assessing pain in critically ill sedated patients using a behavioral pain scale. *Critical Care Medicine*, 29(12), 2258–2263.
27. Royal College of Paediatrics and Child Health. (2021). *Evidence-based guideline for the management of pain in children*.
28. Snow, A. L., Weber, J. B., O'Malley, K. J., Cody, M., Beck, C., Bruera, E., ... Kunik, M. E. (2004). NOPPAIN: A nursing assistant-administered pain assessment instrument for use in dementia. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 17(3), 240–246.
29. Takemoto, C. K., Hodding, J. H., & Kraus, D. M. (2023). *Pediatric & neonatal dosage handbook* (30th ed.). Lexicomp.
30. Warden, V., Hurley, A. C., & Volicer, L. (2003). Development and psychometric evaluation of the Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) scale. *Journal of the American Medical Directors Association*, 4(1), 9–15.
31. World Health Organization. (2012). *WHO guidelines on the pharmacological treatment of persisting pain in children with medical illnesses*.
32. World Health Organization. (2020). *IASP definition of pain*. <https://www.iasp-pain.org/resources/terminology/>

Capitolul 3.10

Fatigabilitatea

Autor: Nicoleta Mitrea
Revizor: Daniela Moşoiu

I. ASPECTE TEORETICE

Definiție: Fatigabilitatea în îngrijirile paliative este o stare persistentă, subiectivă, de epuizare fizică, emoțională și/sau cognitivă, disproporționată față de nivelul de activitate desfășurat și care nu se ameliorează semnificativ prin repaus, având un impact major asupra calității vieții pacientului cu boală cronică progresivă sau incurabilă. Aceasta este frecvent multifactorială, fiind asociată cu boala de bază, tratamentele oncologice sau non-oncologice, durerea, anemia, tulburările de somn, depresia și inflamația sistemică (Cherny N et al. 2021).

Manifestările includ: oboseală cu ușurință, capacitate redusă de desfășurare a unor activități, slăbiciune generalizată, capacitate de concentrare limitată, cu pierderi de memorie și labilitate emoțională (BC Center for Palliative Care, 2019).

Prevalența: Fatigabilitatea este simptomul cel mai frecvent și debilitant în toate afecțiunile cronice progresive (75-99%), precum cancerul (60-90%) (BC Center for Palliative Care, 2019).

Impactul: Fatigabilitatea este predictibil să apară pe parcursul progresiei afecțiunilor cronice și este parte a schimbărilor clinice normale ce apar către sfârșitul vieții. Interferează cu funcționalitatea, starea de bine și calitatea vieții persoanei, având impact și consecințe economice și suferință semnificativă pentru pacient și familie. Educația și ghidare anticipativă în procesul de îngrijire sunt esențiale pentru asigurarea sprijinului necesar în auto-managementul fatigabilității și dobândirea de abilități de a face față situației de fatigabilitate, abilitând pacienții, familiile și profesioniștii medicali (asistenți medicali, medici, kineto-fizio-terapeuți) să stabilească obiective și așteptări realiste. (BC Center for Palliative Care, 2019)

II. RECOMANDĂRI PENTRU INTERVENȚIILE DE MANAGEMENT AL FATIGABILITĂȚII

INTERVENȚII NON-FRMACOLOGICE

Intervenții disponibile în mediul de îngrijiri la domiciliu

Recomandare 1: **Se recomandă** activitatea fizică și exercițiile adaptate capacității pacientului pentru menținerea independenței funcționale, a funcțiilor fizice, a stării de bine și a nivelului de energie, cu beneficiu moderat asupra fatigabilității asociate cancerului (BC Centre for Palliative Care, 2019; NCCN, 2024; NCCN, 2025; Mustian et al., 2017).

Recomandare 2. **Se sugerează** activitatea fizică moderată la pacienții cu cancer în stadiu avansat pentru menținerea forței și a performanței funcționale; nu se recomandă utilizarea acesteia exclusiv pentru reducerea fatigabilității (BC Centre for Palliative Care, 2019; NCCN, 2025; Oldervoll et al., 2011).

Recomandare 3. **Se recomandă** educația pacienților și familiilor, asociată cu intervenții de tip terapie cognitiv-comportamentală, pentru reducerea fatigabilității și îmbunătățirea somnului (NCCN, 2024; NCCN, 2025; Mochamat et al., 2023).

Recomandare 4: **Se sugerează** restructurarea cognitivă pentru reducerea convingerilor disfuncționale legate de oboseală (catastrofare, sentiment de disperare) (ASCO–SIO, 2024; Mochamat et al., 2023).

Recomandare 5: **Se recomandă** implicarea unei echipe multiprofesionale pentru suport psihosocial, emoțional și spiritual acordat pacienților și familiilor acestora (BC Centre for Palliative Care, 2019; Mochamat et al., 2023).

Recomandare 6: **Se recomandă** fizioterapia pentru îmbunătățirea stării fizice, mobilității funcționale, calității vieții și pentru reducerea fatigabilității, anxietății și depresiei (NCCN, 2025; ASCO–SIO, 2024; Cheville et al., 2015).

Recomandare 7: **Se sugerează** exercițiile pasive de mobilitate la pacienții imobilizați pentru menținerea flexibilității și prevenirea retracțiilor dureroase (BC Centre for Palliative Care, 2019; Mochamat et al., 2023).

Recomandare 8: **Se recomandă** terapia ocupațională pentru conservarea energiei, adaptarea activităților zilnice și prevenirea complicațiilor imobilizării (NCCN, 2025; BC Centre for Palliative Care, 2019).

Recomandare 9: **Se sugerează** utilizarea tehnicilor minte–corp, muzicoterapiei, art-terapiei și practicilor spirituale ca intervenții complementare, în funcție de preferințele pacientului (ASCO–SIO, 2024; NCCN, 2024).

Recomandare 10: **Se sugerează** masajul ca terapie complementară pentru ameliorarea senzației subiective de oboseală și a confortului general (ASCO–SIO, 2024; BC Centre for Palliative Care, 2019).

Intervenții care necesită echipament suplimentar sau admisie într-o unitate de îngrijire

Recomandare 11: **Se sugerează** transfuzia de concentrat eritrocitar la pacienții cu anemie severă (Hb <8 g/dl), după evaluarea obiectivelor de îngrijire și a beneficiului pe termen scurt (NCCN, 2025; BC Centre for Palliative Care, 2019).

Recomandare 12: **Se sugerează** acupunctura pentru reducerea fatigabilității asociate cancerului și îmbunătățirea calității vieții (ASCO–SIO, 2024; NCCN, 2025).

Recomandare 13: **Nu se recomandă** hidratarea parenterală pentru tratamentul fatigabilității, din cauza beneficiilor incerte și a riscurilor potențiale (BC Centre for Palliative Care, 2019; Mochamat et al., 2023).

INTERVENȚII FARMACOLOGICE

Recomandare 14: **Se sugerează** utilizarea corticosteroizilor pe termen scurt pentru fatigabilitate severă, cu limitarea duratei tratamentului și monitorizarea efectelor adverse. Se utilizează cel mai frecvent în doze de 2-4 mg/zi, sau Metilprednisolon, 16 mg de două ori pe zi timp de o săptămână (NCCN, 2025; BC Centre for Palliative Care, 2019).

Recomandare 15: **Se sugerează** un trial terapeutic individual cu metilfenidat la pacienți selectați, cu monitorizarea atentă a eficacității și a reacțiilor adverse. Luați în considerare utilizarea lui în cazul **fatigabilității cauzate de opioide sau depresie**. Începeți cu 5 mg pe zi (2,5 mg pentru persoanele în vârstă), crescând doza la două ori pe zi: dimineața și la prânz. A doua doză se administrează nu mai târziu de ora 14:00, pentru a minimiza insomnia și agitația nocturnă. Un răspuns favorabil apare în decurs de una până la câteva zile. Dacă nu se observă niciun răspuns, întrerupeți tratamentul (NCCN, 2025; Mochamat et al., 2023).

Recomandare 16: **Se sugerează** utilizarea modafinilului exclusiv la pacienții cu **fatigabilitate severă (intensitate mai mare sau egală cu 7/10)**. **Nu se recomandă** utilizarea modafinilului în **fatigabilitate ușoară sau moderată** (NCCN, 2025; Jean-Pierre et al., 2010).

Recomandare 17: **Nu se recomandă** utilizarea agenților stimulatori ai eritropoiezei din cauza riscurilor majore pentru sănătate (NCCN, 2025; BC Centre for Palliative Care, 2019).

EDUCAȚIA PACIENTULUI ȘI FAMILIEI

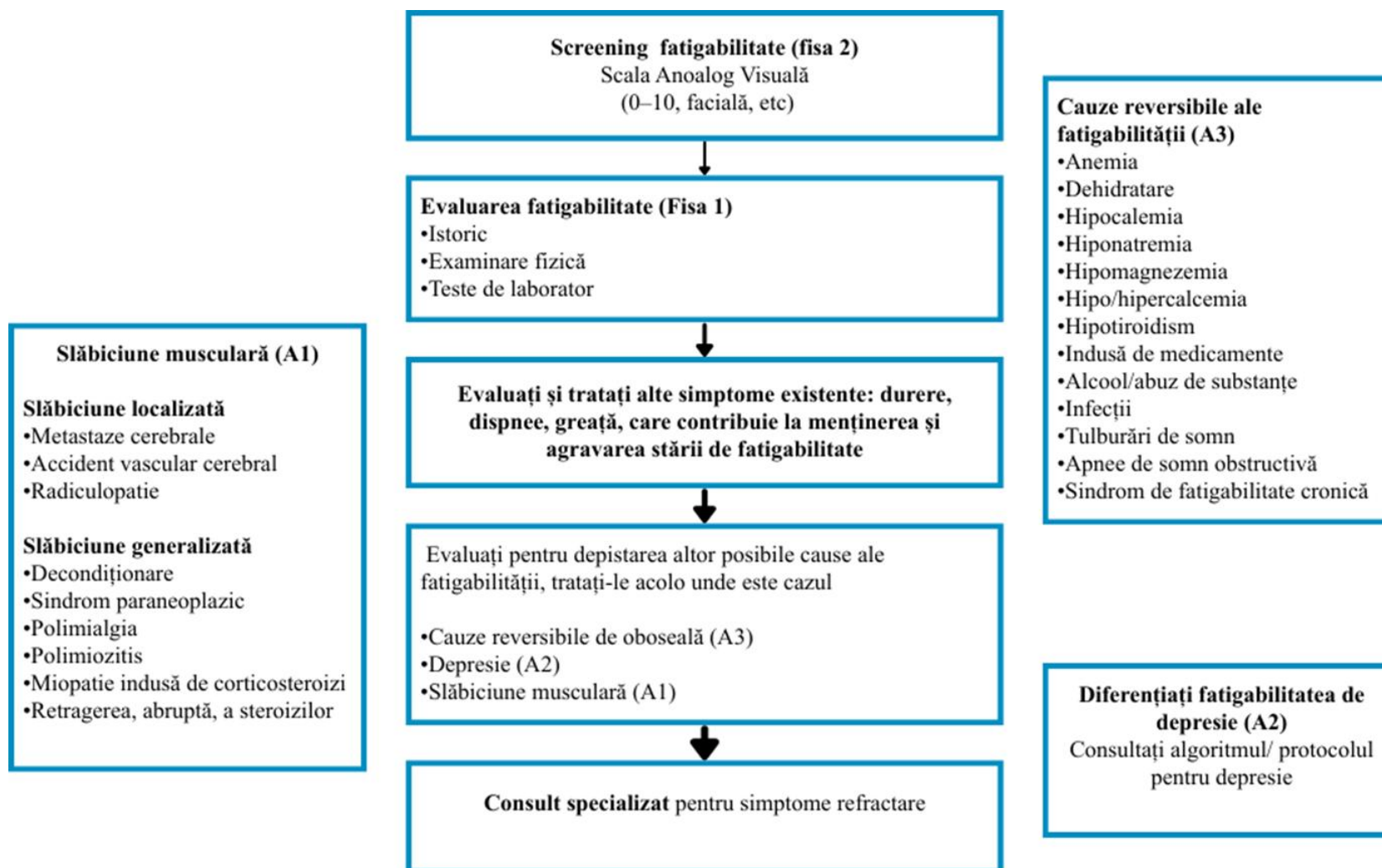
Recomandare 18: **Se recomandă** educația și consilierea pacientului și familiei pentru gestionarea **fatigabilității, stabilirea unor obiective realiste de îngrijire și echilibrarea activității cu odihnă**. (NCCN, 2024; Mochamat et al., 2023).

Educația și consilierea le permit pacienților și familiilor/îngrijitorilor acestora să facă față într-un mod eficient oboselii și le dezvoltă capacitatea de a-și stabili obiective de îngrijire/așteptări realiste. Furnizați informații despre simptome și evoluția preconizată a bolii pentru a reduce sentimentele de anxietate și vinovăție legate de fatigabilitatea pacientului. Încurajați exercițiile fizice adecvate capacității pacientului. Instruiți pacientul cu privire la îngrijirea personală în caz de oboseală prin conservarea energiei și gestionarea activităților.

Educați în vederea echilibrării activității și odihnei: prea multă odihnă poate crește senzația de fatigabilitate. Recomandați realizarea de exerciții fizice în măsura posibilităților.

III. ALGORITM DE MANAGEMENT AL FATIGABILITĂȚII (Mochamat et al., 2023)

(echipă multi-profesională de îngrijire paliativă: medic, asistent medical specializat, kineto-fizio-terapeut, psiholog, asistent social, voluntar)



IV. FIȘE SUPORT

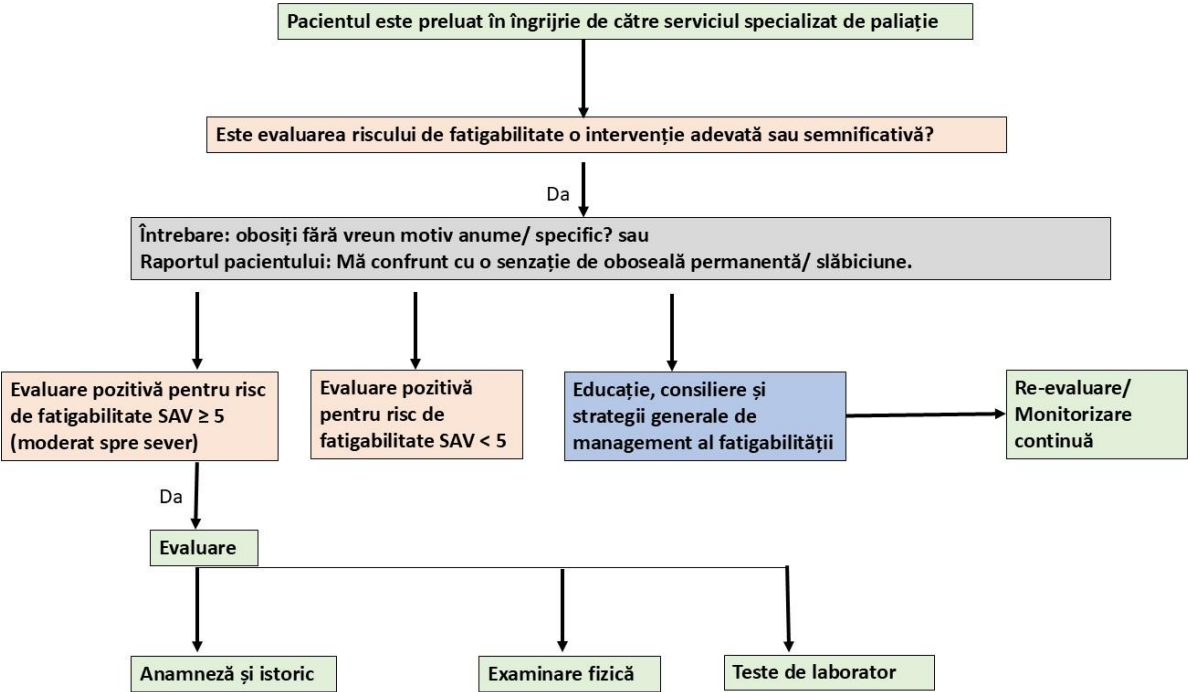
Fișa 1. Evaluare fatigabilitate folosind acronim-ul/ mnemonic-ul **O, P, Q, R, S, T, U, V**

Litera din acronim	Întrebările de evaluare. Ori de câte ori este posibil, întrebați pacientul direct. Implicați familia doar atunci când este cazul și cu acordul pacientului.
Onset (DEBUT)	Când ați început să resimțiți oboseală, să vă simțiți obosit? Cât timp durează? Cât de des apare/ resimțiți fatigabilitate?
Provoking/ Palliating (determinant/ ameliorator)	Ce declanșează apariția fatigabilității/ senzației de oboseală? Ce factori o ameliorează? Ce factori o agravează?
Quality (CALITATE)	Cum vă face să vă simțiți? Cum puteți descrie starea?
Region/ Radiation (regiunea/ iradierea)	Nu se aplică
Severity (SEVERITATEA)	Cât de sever este acest simptom? Pe o scală de la 0 – deloc, la 10 – cel mai cumplit, ce scor i-ați da? Pentru momentul acum? Pentru când are cea mai mare intensitate? În medie? Cât de deranjant este pentru Dumneavoastră acest simptom?
Treatment (TRATAMENT)	Ce medicamente și intervenții de îngrijire ați implementat până acum? Folosiți medicamente date la liber de la farmacie? Dar tablete tip suplimente alimentare, remedii naturiste sau practici tradiționale de vindecare? Cât de eficiente le găsiți a fi în cazul Dumneavoastră? Sunt efecte secundare ale acestor medicamente/ intervenții de îngrijire/ practici naturiste sau tradiționale de vindecare? Ce altceva ați mai încercat în trecut? Aveți îngrijorări cu privire la eventuale efecte secundare sau cu privire la costurile acestora?
Understanding (ÎNȚELEGERE)	Ce credeți că cauzează/ determină acest simptom? Cum vă afectează pe Dumneavoastră personal? Dar pe familia Dumneavoastră? Ce anume din situația de fatigabilitate vă îngrijorează cel mai mult? Cum vă afectează fatigabilitatea echilibrul emoțional și spiritual, cât și interacțiunile sociale? A trebuit să vă adaptați sau să renunțați la unele activități din rutina vieții dumneavoastră zilnice din cauza acestui simptom? Vă afectează capacitatea de a munci? De a vă manifesta hobbyurile/ obiceiurile/ activitățile plăcute de peste zi? Activitatea fizică? Activitățile de interacțiune socială cu membrii familiei lărgite, cu prietenii, cu vecinii? Sunt prezente și alte simptome care acompaniază/ sunt prezente împreună cu fatigabilitatea (ex. dispnee/ sufocare/ lipsă de aer?
Values (VALORI)	Ce obiective doriți să avem în vedere atunci când ne gândim la managementul terapeutic al fatigabilității? Care este un nivel acceptabil/ tolerabil pentru Dumneavoastră pentru acest simptom (0 – 10)? Sunt valori, sistem de credințe, sentimente despre care ar trebui să știm când vine vorba

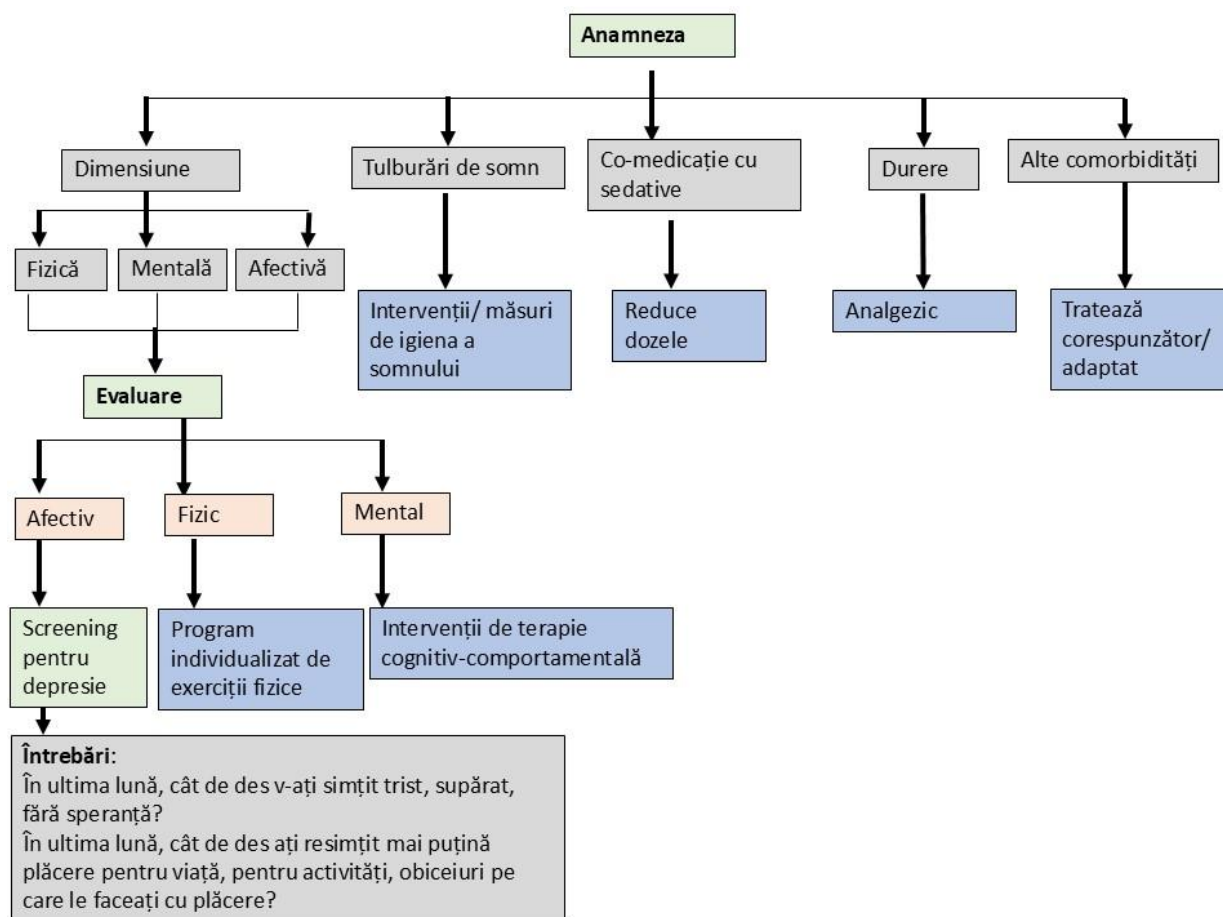
	să stabilim un plan de îngrijire pentru acest simptom în cazul Dumneavoastră și al familiei Dumneavoastră?

Fișa 2. Diagnostic clinic și de laborator (NCCN, 2025, Mochamat et al., 2023)

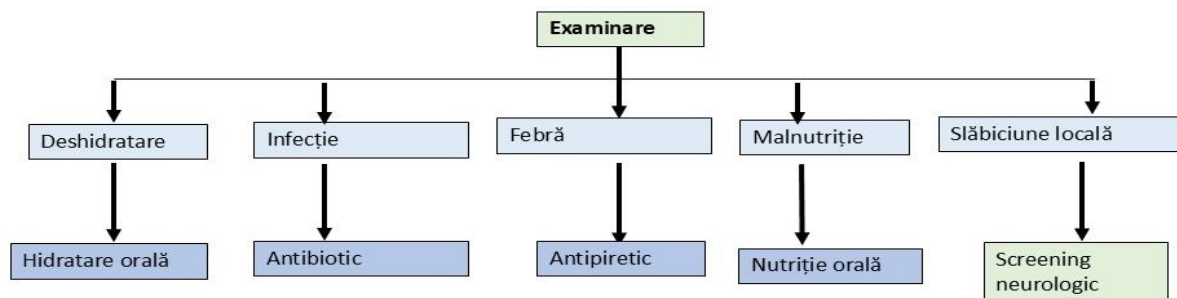
DIAGNOSTIC - Proces SCREENING



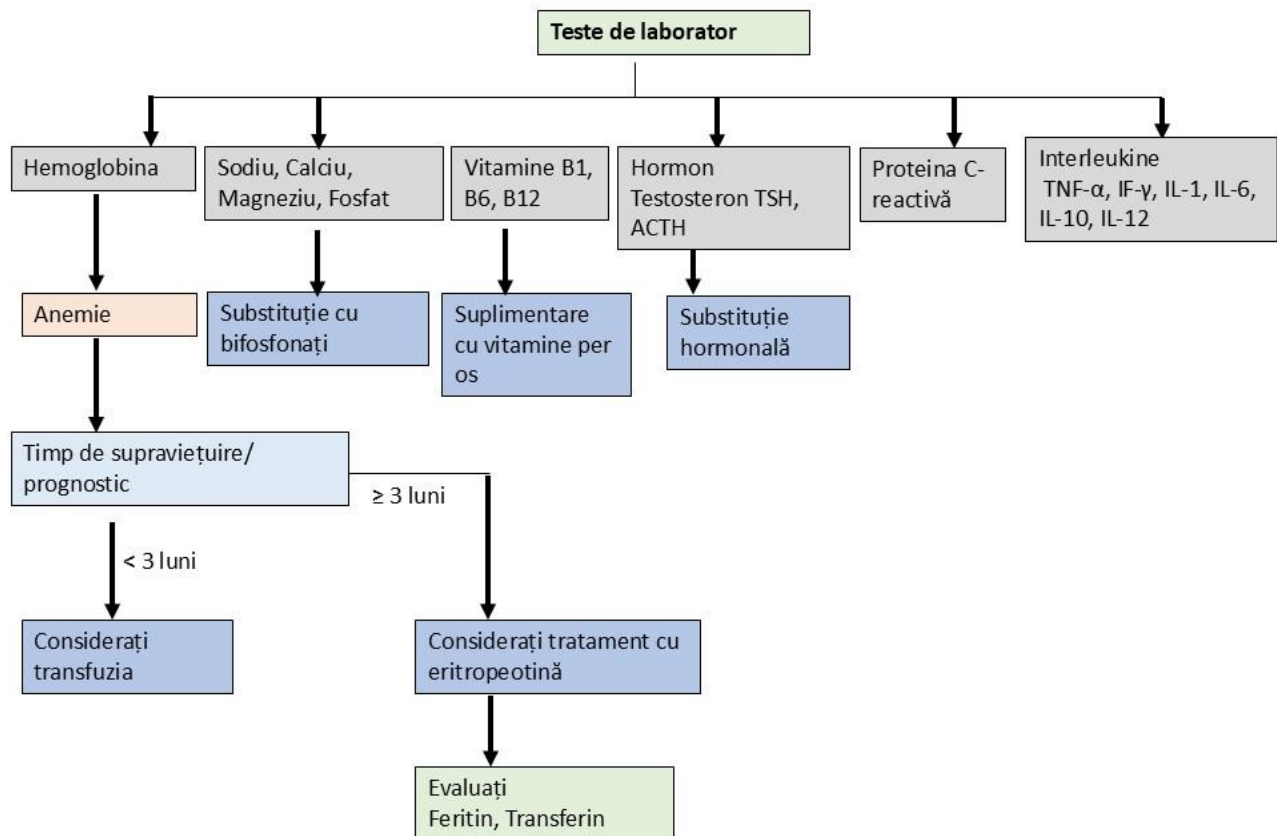
DIAGNOSTIC - Proces ANAMNEZĂ



DIAGNOSTIC - Proces EXAMINARE FIZICĂ



DIAGNOSTIC - Proces TESTE de LABORATOR



Fișă 3. Principii generale de management al **fatigabilității** (ASCO, 2024)

- Întotdeauna începeți prin a pune în balanță intervențiile disponibile cu posibilele beneficii/riscuri ale intervențiilor.
- Focalizați-vă pe identificarea și optimizarea cauzelor subiacente simptomului de fatigabilitate, inclusiv alte simptome.
- Pentru fatigabilitate ușoară (1 – 3/10), educați pacientul și familia/ îngrijitorul cu privire la metode de conservare a energiei, consiliere și sprijin pentru auto-management. Încurajați activitatea fizică moderată pentru conservarea funcției musculare.
- Pentru fatigabilitate moderată (4 – 6/10), colaborați cu fizio-kineto-terapeutul și/ sau terapeutul ocupațional pentru a promova siguranța și confortul în desfășurarea activităților. Includeți intervenții farmacologice și non-farmacologice corespunzătoare.
- Pentru fatigabilitate majoră (7 – 10/10), asigurați consilierea anticipatorie pentru viitorul imediat, astfel încât pacientul să poată face mai ușor față schimbărilor/ modificărilor ce urmează a se instala. Ghidați în vederea stabilirii de așteptări realiste.
- Implicarea echipei multi-profesionale este absolut necesară: medic, asistent medical, fizio-kineto-terapeut, psiholog, asistent social.
- În cazul pacienților aflați la sfârșitul vieții, redirecționați atenția pacientului, familiei/ îngrijitorilor/ profesioniștilor din echipă către aspecte de confort/ demnitate d.p.d.v. fizic, emoțional, social și spiritual (ex. activități precum ascultare muzică, masaj).
- Încurajați pacientul și familia să prioritizeze activitățile zilnice, ghidându-i către a-și da lor înșile permisiunea de a renunța la unele roluri/ activități.

V. PARTICULARITĂȚI ÎN PEDIATRIE (NCCN, 2024, NCCN, 2025)

PEDIATRIE **SCREENING** FATIGABILITATE particularități pentru pacienții copii cu afecțiuni limitatoare sau amenințătoare de viață

Vârsta > 12 ani: folosiți scala analog vizuală 0 – deloc.....10 – cea mai cumplită stare/ senzație de oboseală imaginabilă sau deloc – ușoară – moderată – severă

Vârsta 7 – 12 ani: severitate pe o scală de la 1= deloc obosit(ă) la 5= cea mai cumplită stare/ senzație de oboseală

Vârsta 5-6 ani: folosiți pentru screening severitate fatigabilitate: deloc obosit - obosit

PEDIATRIE **INTERVENȚII** FATIGABILITATE în funcție de scorurile de mai sus:

Vârsta > 12 ani: deloc spre ușoară (0 – 3) Vârsta 7 – 12 ani: 1 – 2 Vârsta 5 – 6 ani: deloc obosit	Educație, consiliere, strategii generale de management al fatigabilității, cu accent pe evaluarea și monitorizarea continuă	Evaluare și monitorizare continuă
Vârsta > 12 ani: moderată (4 – 6) spre severă (7 – 10) Vârsta 7 – 12 ani: moderată (3) sau severă (4 – 5) Vârsta 5 – 6 ani: obosit	Educație, consiliere, strategii generale de management al fatigabilității	Evaluare primară

În cazul fatigabilității moderate–severe persistente, se poate iniția o probă terapeutică farmacologică. --Dexametazona este considerată opțiunea de primă linie (0,05–0,1 mg/kg/zi, maxim 4–8 mg/zi), administrată dimineața, pe termen scurt, cu reevaluarea beneficiului după 3–5 zile.

Metilfenidatul poate fi utilizat ca opțiune de linia a doua la copilul mai mare sau adolescent, în doze inițiale mici (2,5 mg PO dimineața), cu titrare atentă, sub monitorizare cardiovasculară și neuropsihiatrică.

Modafinilul NU este recomandat de rutină din cauza datelor limitate și a profilului de siguranță incomplet în pediatrie, fiind rezervat situațiilor excepționale, în centre specializate. Tratamentul trebuie individualizat, orientat spre creșterea confortului și a calității vieții copilului, cu implicarea activă a familiei și reevaluare periodică a raportului beneficiu–risc.

Dexametazona D: 0,05–0,1 mg/kg/zi, PO sau IV de obicei o singură priză dimineața.

Doza maximă uzuală: 4–8 mg/zi (rar peste, doar în situații speciale). În practică paliativă, se începe frecvent cu: **0,05 mg/kg/zi**, apoi se reevaluează după 3–5 zile.

Durata: **scurtă** de câteva zile până la 1–2 săptămâni, dacă se continuă >7–10 zile se impune **scădere treptată**, nu oprire bruscă.

Metilfenidatul poate fi util pentru **fatigabilitate severă**, apatie sau somnolență **după ce cauzele reversibile au fost corectate**.

Se folosește **cu prudență**, de obicei la **copilul mai mare/adolescent**, în echipe cu experiență.

D: Copil/ adolescent: 0,1–0,3 mg/kg/doză, administrat **dimineața**.

Doză inițială uzuală: 2,5 mg PO dimineața reevaluare după **2–3 zile**. Titrare treptată cu 2,5 mg/doză la 2–3 zile interval în funcție de răspuns și toleranță. Doza uzual eficientă 5–10 mg/zi, uneori divizat în 1–2 prize.

! Atenție de evitat: dacă există anxietate severă, delir, aritmii cardiace cunoscute, hipertensiune necontrolată.

! De regulă se evită la copil mic < 6 ani!

Modafinilul - datele în îngrijirea paliativă pediatrică sunt limitate. NU există studii clinice randomizate dedicate modafinilului pentru fatigabilitate în **paliatia pediatrică. Dovezile sunt slabe** în paliatia pediatrică **utilizare off-label, excepțională NU de rutină.**

VI. STUDIU DE CAZ

Pacienta A.B., femeie, 68 ani, pensionară, cunoscută cu hipertensiune arterială și infarct miocardic vechi (acum 5 ani). Se prezintă la cabinetul Dvs. de medicină de familie pentru **oboseală marcată la eforturi minime**, dispnee la urcatul scărilor și edeme gambiere apărute în ultimele săptămâni. Este căsătorită, locuiește împreună cu soțul care este cu 10 ani mai mare decât pacienta și care depinde în totalitate de îngrijirea asigurată de d-na A.B. dat fiind diagnosticul acestuia de Boală Parkinson. Cuplul are împreună doi copii căsătoriți, care împreună cu familiile lor sunt stabiliți în afara țării, locuiesc și lucrează în Spania, respectiv Italia. Cei doi soți sunt conectați la o familie lărgită suportivă, care uneori poate fi obositoare. Locuiesc la bloc, într-un apartament cu două camere la etajul 1 din 4, fără lift. Pacienta este cea care asigură curățenia, cumpărăturile și gătitul, și este declarată oficial îngrijitorul principal al soțului, de mai bine de doi ani. Copii sunt implicați prin sprijin financiar regulat pe care îl transmit lunar părinților, fără a cunoaște neapărat nevoile financiare totale ale cuplului, d-na A.B. nevrând să îi împovăreze pe aceștia cu situația lor reală.

Din istoricul medical al pacientei cunoașteți următoarele:

1. Hipertensiune arterială de 15 ani, tratată neregulat;
2. Infarct miocardic acut anterior, tratat medicamentos;
3. Fumătoare până acum 2 ani;
4. Fără diabet zaharat cunoscut.

La momentul consultului Dvs., prezintă:

- Fatigabilitate accentuată, care a evoluat progresiv în ultimele luni, cu exacerbare în ultimele 2-3 săptămâni;
- Dispnee la eforturi mici (NYHA III);
- Ortopnee, treziri nocturne pentru a respira („dispnee paroxistică nocturnă”);
- Edeme gambiere, care se accentuează seara.

Împreună cu asistentul medical de cabinet de medicina de familie, realizați consultul clinic și constatați următoarele:

- TA: 110/70 mmHg, Puls: 96/min, regulat;
- Facies cianotic, dispnee de repaus ușor;
- Jugulare turgescențe;
- Torace: raluri umede bazale bilateral, congestie pulmonară;
- Cord: zgomote cardiace diminuate, galop protodiastolic (S3);
- Abdomen: ficat mărit, sensibil (hepatomegalie de stază);
- Edeme gambiere moi, godeu pozitiv bilateral.

Pentru că dispuneți de cele necesare la cabinetul dvs. de medicină de familie, realizați cu implicarea asistentei medicale EKG și ecocardio și constatați următoarele:

- **EKG:** Unde Q vechi în peretele anterior, semne de suprasolicitare ventriculară stângă.
- **Echocardiografie:** FE = 35%, dilatare de ventricul stâng, hipokinezie difuză, cord mărit (cardiomegalie), congestie pulmonară.

Date fiind aceste rezultate ale examenului clinic, diagnosticul medical este: **insuficiență cardiacă cronică, stadiul C, cu fracție de ejeție redusă (HFrEF), clasa NYHA III, post-infarct miocardic**, având ca cel mai probabil mecanism de producere a fatigabilității **scăderea debitului cardiac**, ceea ce duce la:

- perfuzie tisulară inadecvată;
- hipoxie musculară;
- afectarea metabolismului energetic la nivel periferic;
- acumulare de lactat în mușchi la efort minim.

Rezolvare:

Pentru evaluarea cât mai corectă și în detaliu a fatigabilității veți folosi instrumente de evaluare a fatigabilității:

Inventarul scurt al fatigabilității

Scala FACIT pentru Fatigue (The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Fatigue, FACIT-Fatigue)

Mnemonic-ul **O, P, Q, R, S, T, U, V**

Dintre măsurile non-farmacologice, de informare, suport și stil de viață, pentru pacienții care se confruntă cu simptomul fatigabilității, la acest caz sunt indicate următoarele, mai puțin cele marcate cu galben-portocaliu:

Baia – Îmbăierea ·Luați în considerare reducerea frecvenței cu care faceți duș sau baie; ·Depozitați articolele de toaletă la o înălțime cuprinsă între șold și umăr, astfel încât să le puteți ajunge cu ușurință; ·Folosiți un ventilator sau lăsați ușa băii deschisă pentru a reduce umiditatea; ·Poziționați capul de duș astfel încât să nu vă stropească apa direct pe față; ·Folosiți o burete/ perie cu mâner lung; ·Purtați un halat de baie din bumbac în loc de prosop pentru a vă usca; ·Folosiți o periuță de dinți electrică; ·Un scaun de toaletă ridicat ar putea fi util; ·Rămâneți așezat în timpul dușului/ spălării, adică: așezați-vă pe pat cu un bol cu apă lângă pat sau folosiți un scaun lângă chiuvetă.	Bucătăria – Pregătirea meselor ·Pregătiți suficient pentru 2 sau 3 mese și congelați restul pentru zilele în care s-ar putea să aveți mai puțină energie; ·Organizați amenajarea bucătăriei pentru a evita aplecarea, ridicarea și transportul de exemplu, păstrați ceștile, pliculețele de ceai și lingurițele aproape de ceainic; ·Puneți obiectele folosite frecvent pe suprafața de lucru; ·Păstrați ceainicul lângă chiuvetă și umpleți-l doar cu cantitatea necesară; ·Păstrați obiectele la înălțimea taliei; ·Folosiți un dispozitiv de prindere/ ridicare pentru a ridica obiectele; ·Folosiți un scaun cu suport pentru a evita perioadele lungi de stat în picioare.	Cumpărături ·Luați în considerare utilizarea unui cărucior de cumpărături și/ sau a unui rucsac; ·Cereți ajutor pentru împachetarea și transportul sacoșelor. Fiți conștient de cantitatea de cumpărături pe care va trebui să o transportați; ·Profitați de facilitățile de mobilitate ale magazinului, unde puteți închiria scutere electrice sau scaune cu roțile; ·Încercați să faceți cumpărături online sau să utilizați opțiunile de livrare; ·Evitați orele aglomerate și orele de vârf; ·Faceți o pauză și beți o ceașcă de ceai; ·Luați în considerare diferite opțiuni de transport sau solicitați un permis de parcare; ·Luați în considerare opțiunea „Meals on Wheels” (mese la domiciliu) sau unele opțiuni congelate care pot fi încălzite la cuptorul cu microunde.	Grădinărit ·Așezați scaune în grădină pentru odihnă; ·Luați cu voi în grădină un termos cu ceai/ apă; ·Folosiți unelte de grădinărit cu mâner lung; ·Plantați flori în ghivece sau în straturi ridicate pentru a reduce aplecarea; ·Dacă tundeți gazonul, lucrați încet și împărțiți sarcina în sesiuni scurte.

Dormitorul - Rutina de dimineață ·Treziți-vă ușor – evitați ceasurile deșteptătoare cu sunet strident; ·Faceți câteva exerciții ușoare de întindere și relaxare înainte de a vă da jos din pat; ·Folosiți o plapumă și faceți patul în timp ce sunteți încă în el; ·Lăsați hainele și papucii la îndemână; ·Puneți obiectele pe care le folosiți cel mai des în locuri ușor accesibile, pentru a evita să vă aplecați, de exemplu, pe noptiera de lângă pat sau în primul sertar al comodei; ·Îndepărtați cuverturile sau perdelele inutile, deoarece acestea creează muncă suplimentară și adună praf.	Echipamente de asistență ·Luați în considerare utilizarea echipamentelor de asistență pentru a vă gestiona oboseala; ·Dispozitivele de asistență cu mâner lung reduc necesitatea de a vă apleca; ·Scaunele speciale, la o înălțime adecvată pentru dvs., vă vor ajuta să economisiți energie atunci când efectuați activitățile zilnice; ·Terapeutul dvs. ocupațional vă poate sfătui cum să contactați terapeutul ocupațional de îngrijire primară pentru a vă furniza echipamente de asistență în mediul dvs. domestic.	Gestionarea vizitatorilor ·Rugați vizitatorii/familia să sune înainte de a veni și să le comunicați ora estimată a sosirii; ·Folosiți un calendar/agendă pentru a vă ajuta să espațiați vizitele; ·Delegați unui membru al familiei sarcina de a gestiona vizitatorii; ·Limitați numărul de vizitatori, dacă este necesar; ·Comunicați vizitatorilor despre oboseala dumneavoastră; ·Ce frază ați putea folosi dumneavoastră sau familia dumneavoastră în relația cu vizitatorii?	Ieșiri sociale ·Rezervați restaurantele în avans și solicitați o masă lângă ușă/toaletă/ parter, după cum este necesar; ·Luați în considerare ora din zi, evitați orele de vârf; ·Luați în considerare modul în care veți ajunge acolo; ·Cine merge și dacă sunt ei conștienți de oboseala dvs.? Dacă nu, încercați să le comunicați acest lucru în prealabil; ·Există locuri de parcare în apropiere? ·Cât timp credeți că veți putea sta înainte de a obosi?

Dintre recomandările de terapie medicamentosă, la acest caz sunt indicate următoarele:

IECA (ex. enalapril) → scade post-sarcina, îmbunătățește prognosticul;

Beta-blocant (ex. bisoprolol) → reduce mortalitatea;

Diuretic de ansă (ex. furosemid) → controlează edemele și congestia;

Antagonist al receptorilor mineralocorticoizi (ex. spironolactonă);

Eventual: SGLT2 inhibitor (dapagliflozin) – benefic în HfrEF.

Evoluție și prognostic

După instituirea tratamentului și ajustarea diureticelor, pacientul prezintă ameliorarea fatigabilității și dispneei. Prognosticul depinde de aderență, controlul comorbidităților și fracția de ejeecție.

VII. REZUMAT (BC Center for Palliative Care, 2019; NCCN, 2024; NCCN, 2025; ASCO, 2024; Mochamat et al., 2023)

Fatigabilitatea este rareori un simptom izolat și apare cel mai frecvent împreună cu alte simptome și semne, cum ar fi durerea, suferința emoțională, anxietatea, depresia, anemia, tulburările de somn și modificările funcției cognitive în grupuri de simptome. Prin urmare, pacienții trebuie examinați pentru a depista multiple simptome și semne care pot varia în funcție de diagnostic, tratament și stadiul bolii.

Fatigabilitatea este o experiență subiectivă care trebuie evaluată sistematic pe baza raportărilor pacienților și a altor surse de date.

Fatigabilitatea trebuie depistată, evaluată și gestionată în conformitate cu ghidurile de practică clinică.

Toți pacienții trebuie interogați/ examinați pentru fatigabilitate folosind scale adecvate vârstei, la prima vizită, la intervale regulate de timp, după implementarea de măsuri terapeutice și a altor intervenții de îngrijire, conform ghidurilor și protocoalelor clinice.

Fatigabilitatea trebuie recunoscută, evaluată, monitorizată, documentată și tratată prompt pentru toate grupele de vârstă, în toate stadiile bolii și ținând seama de activitățile zilnice ale pacientului, înainte, în timpul și după implementarea intervențiilor terapeutice sau de îngrijire corespunzătoare.

Pacienții și familia/ îngrijitorii trebuie informați că gestionarea fatigabilității este o parte integrantă a îngrijirii holistice și că fatigabilitatea poate persista după implementarea de măsuri terapeutice și de îngrijire, ținta noastră fiind încercarea de a menține, pe cât posibil, funcționalitatea generală, confortul și demnitatea persoanei împreună cu încercarea de a maximiza pe cât posibil calitatea vieții.

Pacienții trebuie informați să mențină un nivel optim de activitate, luând în considerare impactul semnificativ pe care fatigabilitatea îl poate avea asupra capacității de a performa la locul de muncă, la școală și în orice alte activitățile zilnice.

Implementarea liniilor directe pentru evaluarea și gestionarea fatigabilității se realizează cel mai bine de către echipe interprofesionale (medic, asistent medical, kineto-fizio-terapeut, psiholog, asistent social, voluntar) care sunt capabile să adapteze intervențiile la nevoile fiecărui pacient în parte. Luați în considerare trimiterea către un specialist sau un furnizor de îngrijiri de suport (de exemplu: medicină integrativă, psihologie, psihiatrie, kinetoterapie, specialist în exerciții fizice, terapie ocupațională, medicină fizică și de recuperare) pe tot parcursul bolii, de la diagnostic până la sfârșitul vieții. Ar trebui implementate programe educaționale și de formare pentru a se asigura că profesioniștii din domeniul sănătății au cunoștințe și abilități în evaluarea și gestionarea fatigabilității.

Fatigabilitatea asociată afecțiunilor cronice progresive ar trebui inclusă în studiile clinice privind rezultatele medicale ca variabilă independentă și potențial moderator al rezultatelor. Calitatea gestionării fatigabilității ar trebui inclusă în proiectele instituționale de îmbunătățire continuă a calității îngrijirilor paliative. Contractele de îngrijire medicală ar trebui să includă rambursarea costurilor pentru gestionarea fatigabilității.

Gradul de handicap/ statutul de invaliditate ar trebui să includă acoperirea efectelor continue ale fatigabilității.

Bibliografie

1. American Society for Clinical Oncology (ASCO), ASCO – Society for Integrative Oncology Guideline Update, Management of FATIGUE in Adult Survivors of Cancer, 2024
2. American Society of Clinical Oncology & Society for Integrative Oncology. (2024). Management of fatigue in adult survivors of cancer: Guideline update. *Journal of Clinical Oncology*
3. BC Center for Palliative Care, B.C. Inter-Professional Palliative Symptom Management Guidelines: FATIGUE, March 2019
4. Beck AT. *Cognitive Therapy and Emotional Disorders*. New York: International Universities Press; 1976
5. Beck AT. Cognitive therapy : nature and relation to behavior therapy. *J Psychother Pract Res*. 1993 Fall;2(4):342-56. PMID: 22700159; PMCID: PMC3330349.
6. Beck JS. Introduction to cognitive behavior therapy. In: Beck JS, editor. *Cognitive Behavior Therapy: Basics and Beyond*. 2nd ed. New York: The Guilford Press; 2011.p. 1-14
7. Berger, A. M., Mooney, K., Alvarez-Perez, A., Breitbart, W. S., Carpenter, K. M., Cella, D., Cleeland, C., Dotan, E., Eisenberger, M. A., Escalante, C. P., Jacobsen, P. B., Jankowski, C., LeBlanc, T., Ligibel, J. A., Loggers, E. T., Mandrell, B., Murphy, B. A., Palesh, O., Pirl, W. F., Plaxe, S. C., ... National comprehensive cancer network (2015). Cancer-Related Fatigue, Version 2.2015. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network: JNCCN*, 13(8), 1012–1039. <https://doi.org/10.6004/jnccn.2015.0122>
8. British Columbia Centre for Palliative Care. (2019). Inter-professional palliative care symptom management guidelines: Fatigue. BC Centre for Palliative Care
9. Bruera, E., Hui, D., Dalal, S., Torres-Vigil, I., Trumble, J., Roosth, J., Krauter, S., Strickland, C., Unger, K., Palmer, J. L., Allo, J., Frisbee-Hume, S., & Tarleton, K. (2013). Parenteral hydration in patients with advanced cancer: a multicenter, double-blind, placebo-controlled randomized trial. *Journal of clinical oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology*, 31(1), 111–118. <https://doi.org/10.1200/JCO.2012.44.6518>
10. Bruera E. (2015). The Role of Methylphenidate in Cancer-Related Fatigue. Commentary on Mitchell et al. *Journal of pain and symptom management*, 50(3), 287. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2015.07.003>
11. Bruera E, Yennurajalingam S. Palliative care: Overview of fatigue, weakness, and asthenia, 2016
12. Cherny, Nathan I., and others, 'Fatigue', in Nathan I. Cherny, and others (eds), *Oxford Textbook of Palliative Medicine*, 6 edn (Oxford, 2021; online edn, Oxford Academic, 1 Aug. 2021), <https://doi.org/10.1093/med/9780198821328.003.0066>, accessed 30 Jan. 2026
13. Cheville, A. L., Kollasch, J., Vandenberg, J., Shen, T., Grothey, A., Gamble, G., & Basford, J. R. (2013). A home-based exercise program to improve function, fatigue, and sleep quality in patients with Stage IV lung and colorectal cancer: a randomized controlled trial. *Journal of pain and symptom management*, 45(5), 811–821. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2012.05.006>
14. Cheville, A. L., Mustian, K., Winters-Stone, K., et al. (2015). Cancer rehabilitation. *Journal of Clinical Oncology*, 33(31), 3622–3632. <https://doi.org/10.1200/JCO.2015.61.6768>
15. Eguchi, K., Honda, M., Kataoka, T., Mukouyama, T., Tsuneto, S., Sakamoto, J., Oba, K., & Saji, S. (2015). Efficacy of corticosteroids for cancer-related fatigue: A pilot randomized placebo-controlled trial of advanced cancer patients. *Palliative & supportive care*, 13(5), 1301–1308. <https://doi.org/10.1017/S1478951514001254>
16. Fraser Health. Hospital Palliative Care Program. Symptoms Guidelines. Depression in the Terminally Ill. 2006 <http://www.fraserhealth.ca/media/08FHSymptomGuidelinesDepression.pdf>
17. Innominato, P. F., Lim, A. S., & Palesh, O. (2016). Circadian rhythm and fatigue in cancer patients. *Cancer Treatment Reviews*, 45, 1–10. <https://doi.org/10.1016/j.ctrv.2016.02.003>
18. Innominato, P. F., Lim, A. S., Palesh, O., Clemons, M., Trudeau, M., Eisen, A., Wang, C., Kiss, A., Pritchard, K. I., & Bjarnason, G. A. (2016). The effect of melatonin on sleep and quality of life in patients with advanced breast cancer. *Supportive care in cancer: official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 24(3), 1097–1105. <https://doi.org/10.1007/s00520-015-2883-6>
19. Jean-Pierre, P., Morrow, G. R., Roscoe, J. A., Heckler, C., Mohile, S., Janelins, M., Peppone, L.,

- Hemstad, A., Esparaz, B. T., & Hopkins, J. O. (2010). A phase 3 randomized, placebo-controlled, double-blind, clinical trial of the effect of modafinil on cancer-related fatigue among 631 patients receiving chemotherapy: a University of Rochester Cancer Center Community Clinical Oncology Program Research base study. *Cancer*, 116(14), 3513–3520. <https://doi.org/10.1002/cncr.25083>
20. Jean-Pierre, P., Morrow, G. R., Roscoe, J. A., et al. (2010). Modafinil for cancer-related fatigue. *Journal of Clinical Oncology*, 28(30), 4685–4691. <https://doi.org/10.1200/JCO.2010.28.1346>
21. Kwekkeboom, K. L., Abbott-Anderson, K., Cherwin, C., Roiland, R., Serlin, R. C., & Ward, S. E. (2012). Pilot randomized controlled trial of a patient-controlled cognitive-behavioral intervention for the pain, fatigue, and sleep disturbance symptom cluster in cancer. *Journal of pain and symptom management*, 44(6), 810–822. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2011.12.281>
22. Litterini, A. J., Fieler, V. K., Cavanaugh, J. T., & Lee, J. Q. (2013). Differential effects of cardiovascular and resistance exercise on functional mobility in individuals with advanced cancer: a randomized trial. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 94(12), 2329–2335. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2013.06.008>
23. Lund Rasmussen, C., Klee Olsen, M., Thit Johnsen, A., Petersen, M. A., Lindholm, H., Andersen, L., Villadsen, B., Groenvold, M., & Pedersen, L. (2015). Effects of melatonin on physical fatigue and other symptoms in patients with advanced cancer receiving palliative care: A double-blind placebo-controlled crossover trial. *Cancer*, 121(20), 3727–3736. <https://doi.org/10.1002/cncr.29563>
24. Lundström, S. H., & Fürst, C. J. (2006). The use of corticosteroids in Swedish palliative care. *Acta oncologica (Stockholm, Sweden)*, 45(4), 430–437. <https://doi.org/10.1080/02841860500401167>
25. Mochamat, M., Przyborek, M., Jaspers, B., Cuhls, H., Conrad, R., Mücke, M., & Radbruch, L. (2023). Development of Care Pathway for Assessment and Treatment of Fatigue in Palliative Care. *Indian journal of palliative care*, 29(3), 256–265. https://doi.org/10.25259/IJPC_194_2022
26. Molassiotis, A., Bardy, J., Finnegan-John, J., Mackereth, P., Ryder, D. W., Filshie, J., Ream, E., & Richardson, A. (2012). Acupuncture for cancer-related fatigue in patients with breast cancer: a pragmatic randomized controlled trial. *Journal of clinical oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology*, 30(36), 4470–4476. <https://doi.org/10.1200/JCO.2012.41.6222>
27. Mücke, M., Mochamat, Cuhls, H., Peuckmann-Post, V., Minton, O., Stone, P., & Radbruch, L. (2015). Pharmacological treatments for fatigue associated with palliative care. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2015(5), CD006788. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006788.pub3>
28. Mustian, K. M., Alfano, C. M., Heckler, C., Kleckner, A. S., Kleckner, I. R., Leach, C. R., Mohr, D., Palesh, O. G., Peppone, L. J., Piper, B. F., Scarpato, J., Smith, T., Sprod, L. K., & Miller, S. M. (2017). Comparison of Pharmaceutical, Psychological, and Exercise Treatments for Cancer-Related Fatigue: A Meta-analysis. *JAMA oncology*, 3(7), 961–968. <https://doi.org/10.1001/jamaoncol.2016.6914>
29. National Comprehensive Cancer Network (NCCN), NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines), Cancer Related Fagigue, 2025
30. National Comprehensive Cancer Network (NCCN), NCCN Guidelines for Patients, Fagigue and Cancer, 2024
31. O’Neil-Page E, Anderson PR, Dean GE. Fatigue. In: Ferrell BR, Coyle, N.; Paice, J., editor. *Oxford Textbook of Palliative Nursing*. Oxford Medicine Online: Oxford University Press; 2015
32. Oldervoll, L. M., Loge, J. H., Lydersen, S., Paltiel, H., Asp, M. B., Nygaard, U. V., Oredalen, E., Frantzen, T. L., Lesteberg, I., Amundsen, L., Hjermstad, M. J., Haugen, D. F., Paulsen, Ø., & Kaasa, S. (2011). Physical exercise for cancer patients with advanced disease: a randomized controlled trial. *The oncologist*, 16(11), 1649–1657. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.2011-0133>
33. Paulsen, O., Klepstad, P., Rosland, J. H., Aass, N., Albert, E., Fayers, P., & Kaasa, S. (2014). Efficacy of methylprednisolone on pain, fatigue, and appetite loss in patients with advanced cancer using opioids: a randomized, placebo-controlled, double-blind trial. *Journal of clinical oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology*, 32(29), 3221–3228. <https://doi.org/10.1200/JCO.2013.54.3926>
34. Salakari, M. R., Surakka, T., Nurminen, R., & Pylkkänen, L. (2015). Effects of rehabilitation among patients with advances cancer: a systematic review. *Acta oncologica (Stockholm, Sweden)*, 54(5), 618–628. <https://doi.org/10.3109/0284186X.2014.996661>
35. Siu, S. W., Law, M., Liu, R. K., Wong, K. H., Soong, I. S., Kwok, A. O., Ng, K. H., Lam, P. T., & Leung, T. W. (2014). Use of methylphenidate for the management of fatigue in Chinese patients with cancer. *The*

American journal of hospice & palliative care, 31(3), 281–286.
<https://doi.org/10.1177/1049909113487022>

36. Yennurajalingam SB, E. Fatigue and asthenia. In: Cherny NF, M.; Kaasa, S.; Portenoy, R.K.; Currow, D.C., editor. Oxford Textbook of Palliative Medicine. 5 ed. Oxford Medicine Online: Oxford University Press; 2015
37. Yennurajalingam, S., Frisbee-Hume, S., Palmer, J. L., Delgado-Guay, M. O., Bull, J., Phan, A. T., Tannir, N. M., Litton, J. K., Reddy, A., Hui, D., Dalal, S., Massie, L., Reddy, S. K., & Bruera, E. (2013). Reduction of cancer-related fatigue with dexamethasone: a double-blind, randomized, placebo-controlled trial in patients with advanced cancer. *Journal of clinical oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology*, 31(25), 3076–3082. <https://doi.org/10.1200/JCO.2012.44.4661>
38. Yennurajalingam, S., Palmer, J. L., Chacko, R., & Bruera, E. (2011). Factors associated with response to methylphenidate in advanced cancer patients. *The oncologist*, 16(2), 246–253. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.2010-0214>

Capitolul 3.11

Greață și vărsături

Autor: Adeline Băișanu-Țintilă

Revizor: Vladimir Porocho

I. RECOMANDĂRI ÎN MANAGEMENTUL GREȚEI ȘI VĂRSĂTURILOR ÎN ÎNGRIJIRI PALIATIVE

1.Recomandări cu privire la evaluarea pacientului cu vărsături

Recomandare	Certitudine evidență (A–D)	Putere recomandare (1–2)
Evaluarea cauzelor metabolice (hipercalcemia, uremia) prin analize de sânge, dacă este în acord cu obiectivele de îngrijire (ESMO Clinical Practice Guidelines, 2021).	B	1
Screening-ul pentru impactare fecală (fecalom)/ constipație - examen clinic obiectiv înainte de inițierea antiemeticeilor (Leach și col., 2019.)	C	1
Evitarea investigațiilor imagistice de rutină (CT, IRM) în ultimele zile de viață (Spatisch, 2019.)	B	1

Sistem GRADE simplificat, adaptat: A – studii randomizate/ metaanalize, B – studii observaționale mari, C – studii observaționale cu limitări/ serii de cazuri, D – opinia experților; 1 – recomandare puternică, 2 – recomandare condiționată.

2. Recomandări cu privire la tratamentul farmacologic în vărsături

Recomandare	Nivel de evidență	Forța recomandării
Metoclopramid ca primă linie pentru greață asociată cu gastropareză (în absența obstrucției mecanice) (BEST Palliative Care Group, 2024).	A	1
Olanzapină (doze mici 2,5–5 mg/ zi) pentru greața cronică asociată cancerului sau refractară la alte antiemetice (Navari și col., 2020).	B	1
Haloperidol pentru greața de cauză biochimică (medicamente/ toxine, insuficiență renală, hipercalcemie), cu monitorizarea intervalului QT (Digges și col., 2017).	B	2
Ondansetron – recomandat în principal pentru greața/ vărsăturile induse de chimioterapie/ radioterapie sau postoperator (ESMO Clinical Practice Guidelines, 2021).	A	1
Evitarea utilizării ondansetronului ca antiemetic „nespecific” în paliatia generală, din cauza riscului crescut de constipație și lipsei de dovezi în acest context (Piechotta și col., 2012)	C	2

Sistem GRADE simplificat, adaptat: A – studii randomizate/ metaanalize, B – studii observaționale mari, C – studii observaționale cu limitări/ serii de cazuri, D – opinia experților; 1 – recomandare puternică, 2 – recomandare condiționată.

3.Recomandări cu privire la tratamentul non-farmacologic în vărsături

Recomandare	Nivel de evidență	Forța recomandării
Intervenții dietetice: mese mici, reci, sărate, fără mirosuri puternice, evitarea alimentelor grase/ acide (ESMO Clinical Practice Guidelines, 2021).	D	1
Ghimbir (1-2 g/ zi sub formă de capsule/ ceai) ca adjuvant la antiemeticele standard (nu monotherapy) (Crichton și col., 2019).	C	2
Acupunctura sau presopunctura P6 (punct Neiguan) pentru greața acută indusă de chimioterapie (Greenlee și colb., 2018).	B	2

Sistem GRADE simplificat, adaptat: A – studii randomizate/ metaanalize, B – studii observaționale mari, C – studii observaționale cu limitări/ serii de cazuri, D – opinia experților; 1 – recomandare puternică, 2 – recomandare condiționată.

II. ALGORITM DE MANAGEMENT

Evaluare	Prognostic	Cauza+ Intervenție primară/ linia 1	Reevaluare la 24-48h și intervenție secundară/ linia 2 în caz de persistență a simptomatologiei	
Evaluare simptom și cauze	Ani/ luni/ săptămâni (Atenție la încrâncenarea terapeutică!)	1. Constipație severă- vezi protocol Constipație 2. Candidoză oro- faringiană- vezi protocol Candidoză 3. Ascita în cantitate mare: paracenteză evacuatorie 4. Dezechilibre hidro- electrolitice (hipercalcemie/ hiponatriemie) retenție azotată: tratamentul cauzei. 5. Indusă medicamentos de către: - Antibiotice	± Evaluare interdisciplinară. ± Asociere de medicamente antiemetice (Fișa nr. 3): - Haloperidol- dozele mai mari de 3 mg/ 24h aduc un beneficiu terapeutic minim. - administrarea a două medicamente din aceeași clasă (ex- Metoclopramid cu Domperidon sau Haloperidol) – nu este recomandată (crește riscul producerii sindr. extrapiramidal) - Meclozina poate inhiba efectul prokinetic al Metoclopramidului. - Se va utiliza cu precauție asocierea Ondasetron- Metoclopramid- risc de creștere a intervalului QT. ± Olanzapină 2,5–10 mg PO seara	Reevaluare/ monitorizar e continuă

		- Opioide: Metoclopramid 10 mg x 3/ zi sau Haloperidol 1-2,5 mg PO/ SC/ 24h, 3-7 zile. - Chimio/ radioterapie (FIȘA DE SUPORT 1) 6. Ocluzie intestinală- vezi management ocluzie intestinală. 7. Staza gastrică/ coprostaza: - Metoclopramid 30-40 mg/ 24h sau Domperidone 10-20 x 3/ zi, PO. (pentru doza de 20 mg x 3/ zi- atenție la aritmie cardiacă). - Reducerea secreției gastrice: Omeprazol 20-40 mg/ 24h. Pantoprazol 40-80 mg/ 24h. 8. Hipertensiune intracraniană: - tratamentul cauzei dacă este posibil - Dexametazonă 16-24 mg/ zi IV, SC, PO - +/- consult radioterapie 9. Cauză vestibulară (rău de mișcare, afecțiuni ale urechii interne): Meclozină 25-50 mg/ 24h Cinarizina 25 mg x 3/ zi PO	- greața postchimioterapie: 5–10 mg PO/ zi, 3–4 zile - Greață indusă de opioide: • Excluderea altor factori care pot determina greață. • Strategii: - Inițierea tratamentului cu antiemetice: Metoclopramid 10 mg i.v./ p.o. la 8 ore. - De luat în considerare rotația opioidelor. - Utilizarea terapiei combinate dacă persistă simptomatologia. - Opriți sau reduceți medicamentul responsabil în caz de greață indusă medicamentos; - Greață psihogenă: tehnici comportamentale, anxiolitice, suport psihologic.	

		10. Cauză psihogenă (anxietate, greață anticipatorie): - Lorazepam 0,5-1 mg la 6 h SL, PO. 11. Greață multifactorială: Olanzapina 2.5–10 mg PO/ SL/SC + Management non-farmacologic		
	Zile (Atenție la înrâncenarea terapeutică!)	Vezi Starea terminală		

III. FIȘE SUPORT

Fișa 1. Definiție și etiologie

Greața este o senzație subiectivă, neplăcută, de iminență a vărsăturii, fără expulzia conținutului gastric, iar **vărsătura** reprezintă expulzia forțată a conținutului gastric prin cavitatea bucală (Harrison, 2017).

Greața și vărsăturile reprezintă simptome gastro-neurologice determinate de activarea centrului vomei și a zonei chemoreceptoare declanșatoare de la nivelul trunchiului cerebral, ca răspuns la stimuli periferici sau centrali, cu impact semnificativ asupra calității vieții și statusului clinic al pacientului. Acestea pot afecta semnificativ statusul nutrițional și de hidratare și calitatea vieții. Abordarea terapeutică este adesea complexă, având în vedere cauzele multiple implicate, prezența comorbidităților și utilizarea concomitentă a mai multor medicamente și a obiectivelor individualizate de îngrijire. Identificarea precoce a simptomelor și aplicarea unui tratament în funcție de etiologie sunt esențiale pentru managementul optim al simptomelor (Herrstedt et al., 2024; Hesketh et al., 2020; ASCO, 2024; Falconi & Kashan, 2025; NCCN, 2025).

ETIOLOGIE

Cauze de apariție a greței și vărsăturilor:

- Legate de cancer: obstrucție intestinală, metastaze hepatice, metastaze cerebrale
- Legate de tratament: chimioterapie, radioterapie, opioide, antibiotice
- Metabolice/ endocrine: uremie, hipercalcemie, hiponatremie
- Altele: tulburări vestibulare, gastroenterite, factori declanșatori psihogeni (ASCO, 2024; NCCN, 2025; Herrstedt et al., 2024; Smith & Laufer, 2014; Sanger & Andrews, 2018; Camilleri et al., 2022).

Fișa 2. Evaluare clinică

Managementul optim începe cu o evaluare complexă, menită să identifice etiologia și care, ulterior, să poată ghida tratamentul (Camilleri et al., 2022; Gaertner et al., 2012; Falconi & Kashan, 2025).

Istoric:

- Debutul, frecvența, severitatea, durata grețurilor și vărsăturilor
- Eventuala corelație cu aportul alimentar, medicamente, terapie oncologică sau radioterapie
- Factori declanșatori (mirosuri, mișcare, stres psihologic)
- Impactul asupra alimentației, greutății, hidratării și calității vieții
- Răspunsul anterior la antiemetice sau alte intervenții (ASCO, 2024; Hesketh et al., 2020; Herrstedt et al., 2024; DiPiro et al., 2013).

Examen clinic

- Semne vitale: tensiune arterială, frecvență cardiacă, temperatură
- Starea de hidratare: mucoase, turgescență a tegumentului
- Examen abdominal: distensie, borborisme, durere
- Examen neurologic: semne de presiune intracraniană crescută sau patologie a sistemului nervos central (SNC)
- Revizuirea medicației curente și a potențialelor interacțiuni medicamentoase (Harrison, 2017; Camilleri et al., 2022; Gaertner et al., 2012; Falconi & Kashan, 2025).

Investigații

- Analize de laborator: ionograma, funcție renală, funcție hepatică, calciu, glicemie
- Imagistică, după cum este indicat: radiografie abdominală sau computer tomografie pentru suspiciunea de obstrucție, imagistică cerebrală pentru semne neurologice
- Teste suplimentare ghidate de contextul clinic (Harrison, 2017; Camilleri et al., 2022; ASCO, 2024; NCCN, 2025).

Semne de alarmă pentru urgențe medico-chirurgicale:

- Vărsături persistente sau agravate cu deshidratare sau dezechilibru electrolitic
- Suspiciunea de obstrucție intestinală malignă
- Simptome neurologice care indică afectarea SNC (ASCO, 2024; NCCN, 2025; Harrison, 2017; Herrstedt et al., 2024).

Documentație și evaluarea simptomelor

- Utilizați instrumente validate (de exemplu, Sistemul de evaluare a simptomelor Edmonton [ESAS], scale numerice de evaluare) pentru a cuantifica severitatea.
- Documentați evaluarea, intervențiile și răspunsul pacientului pentru monitorizare continuă și îmbunătățirea calității vieții (Global Handbook of Children's Palliative Care, 2025; ASCO, 2024).

Fișa 3. Management farmacologic și non-farmacologic

1. Principii generale:

1. Evaluare precoce și identificarea cauzelor - tratați cauzele reversibile ori de câte ori este posibil:
 - Constipație
 - Dezechilibre hidro-electrolitice (hipercalcemie, hiponatremie), sindrom de retenție azotată, leziuni obstructive, ascită, candidoză oro-faringiană (ASCO, 2024; NCCN, 2025; Herrstedt et al., 2024; DiPiro et al., 2013).
2. Terapie bazată pe mecanismul de producere:
 - Alegeți antiemetice care vizează receptorul dominant (serotonină, dopamină, neurokinină, histamină, muscarinic) (Herrstedt et al., 2024; Hesketh et al., 2020; Navari, 2013).
3. Terapie combinată pentru greață/ vărsături refractare sau multifactoriale (Herrstedt et al., 2024; Hesketh et al., 2020).
4. Aliniați intervențiile cu prognosticul și obiectivele de îngrijire ale pacientului, în special în ceea ce privește hidratarea, nutriția sau procedurile invazive (ASCO, 2024; NCCN, 2025; Falconi & Kashan, 2025).
5. Monitorizați frecvent eficacitatea și efectele secundare.
 - reevaluați și ajustați terapia după cum este necesar (ASCO, 2024; Hesketh et al., 2020; Navari, 2013).

2. Măsuri non-farmacologice.

Modificări ale dietei. **Se recomandă** mese mici și frecvente; se evită alimentele grase, picante sau cu miros puternic.

- **Nivel de evidență:** scăzut. Această intervenție este susținută în principal de experiența clinică.
- **Forța recomandării:** puternică (consens) (ASCO, 2024; Herrstedt et al., 2024; Global Handbook of Children's Palliative Care, 2025).

Hidratare. Menținerea unei hidratări adecvate, prin administrare orală atunci când este tolerată sau prin căi parenterale în situațiile selecționate, trebuie individualizată în funcție de statusul clinic și de obiectivele de îngrijire ale pacientului. Beneficiile sunt variabile, în special în stadiile avansate de boală.

- **Nivel de evidență:** scăzut–moderat.
- **Forța recomandării:** condiționată (ASCO, 2024; Herrstedt et al., 2024; NCCN, 2025; Global Handbook of Children’s Palliative Care, 2025; Falconi & Kashan, 2025).

Intervenții comportamentale/ de mediu.

Poziționare verticală după mese.

Evitați mirosurile puternice, mediile înăbușitoare sau mișcările bruște.

- **Nivel de evidență:** scăzut.
- **Forța recomandării:** puternică (consens).(ASCO, 2024; NCCN, 2025; Global Handbook of Children’s Palliative Care, 2025; Herrstedt et al., 2024)

Tehnici de relaxare și suport psihologic

Intervențiile orientate spre reducerea anxietății și a stresului pot fi utile în controlul greței, în special în formele anticipatorii sau multifactoriale. Există date clinice care susțin eficacitatea acestora ca adjuvant terapeutic.

- **Nivel de evidență:** moderat.
- **Forța recomandării:** condiționată (ASCO, 2024; Global Handbook of Children’s Palliative Care, 2025; Smith & Laufer, 2014)

Terapii integrative.

- **Ghimbir:** dovezi clinice moderate sugerează un beneficiu modest în reducerea greței
- **Aromaterapia cu ulei de mentă:** date limitate, cu utilizare adjuvantă
- **Acupunctură / presopunctură (PC6):** studii controlate indică un efect favorabil asupra greței și vărsăturilor, în special ca terapie complementară
- **Nivel de evidență:** moderat
- **Forța recomandării:** moderată/ condiționată (Herrstedt et al., 2024; Global Handbook of Children’s Palliative Care, 2025; ASCO, 2024).

3. Managementul farmacologic

Medicamentele utilizate în managementul greței și vărsăturilor în îngrijiri paliative sunt prezentate în tabelul 1.

Tabel 1. Clase de medicamente

Clasă	Mecanism	Exemple	Căi uzuale	Recomandare în ghid	Observații	Calitatea dovezilor (CD)/ Recomandare (R)
Antagoniști 5-HT3	Blocarea receptorilor de serotonină	Ondansetron, Granisetron, Palonosetron	PO, IV, Transdermal	Primă linie pentru chimioterapiile	Atenție la prelungirea intervalului QT	CD: Înaltă/ R: Puternică (Herrstedt et al., 2024; Hesketh et al.,

Clasă	Mecanism	Exemple	Căi uzuale	Recomandare în ghid	Observații	Calitatea dovezilor (CD)/ Recomandare (R)
						2020; Navari, 2013; NCCN, 2025).
Antagoniști dopaminergici	Blocarea receptorilor D2	Metoclopramid, Haloperidol	PO, IV, SC	Primă linie pentru greață multifactorială, CNS sau medicație	Risc reacții extrapiramidale Ajustați doza în insuficiență renală	CD: Moderată R: Puternică <i>Herrstedt et al., 2024 ; EMA, n.d.; Camilleri et al., 2022).</i>
Antagoniști NK1	Blocarea receptorilor neurokininei-1	Aprepitant, Fosaprepitant	PO, IV	Linia a doua/asociere cu 5-HT3 pentru chimioterapie cu risc ridicat	Combinație frecvent utilizată în chimioterapie cu risc emetogen mare	CD: Înaltă R: Puternică (<i>Herrstedt et al., 2024; NCCN, 2025; EMA, n.d.</i>).
Corticosteroizi	Anti-inflamator/antiemetice	Dexametazonă	PO, IV, SC	Primă linie în CNS sau obstrucție intestinală	Suport adjuvant pentru greață multifactorială	CD: Moderată R: Puternică (<i>Herrstedt et al., 2024; Hesketh et al., 2020; NCCN, 2025).</i>
Anticolinergice/ Antihistaminice	Blocarea receptorilor M1/H1	Meclozină	PO	Pentru greață vestibulară	Atenție la sedare, confuzie la vârstnici	CD: Moderat R: Condiționată (<i>Herrstedt et al., 2024; Harrison, 2017; EMA, n.d.</i>)
Antipsihotice atipice	Ținte multiple de receptori	Olanzapină	PO	Linia a doua/refractară	Ideal pentru greață multifactorială, refractară	CD: Moderat R: Puternică (<i>Herrstedt et al., 2024;</i>

Clasă	Mecanism	Exemple	Căi uzuale	Recomandare în ghid	Observații	Calitatea dovezilor (CD)/ Recomandare (R)
						Hesketh et al., 2020; NCCN, 2025).
Benzodiazepine	Reduc anxietatea	Lorazepam	PO/ SL	Greață psihogenă anticipatorie	Suport adjuvant	CD:Moderat R: Condiționată (adjuvant) (ASCO, 2024; Smith & Laufer, 2014; NCCN, 2025).

PO: per os, IV: intravenos, SC: subcutanat, SL: sublingual.

IV. STUDIU DE CAZ

Pacienta L.A., în vârstă de 67 de ani, cunoscută cu neoplasm bronho-pulmonar stadiul IV cu metastaze osoase, se internează în secția de îngrijiri paliative, pentru controlul sindromului algic. Starea generală este influențată, pacienta este conștientă, cooperantă, ECOG 3. Prezintă durere la nivelul arcurilor costale, care a devenit progresiv severă, atingând un scor de 8/10 pe scala numerică a durerii, în ciuda tratamentului analgezic non-opioid.

În acest context, s-a decis inițierea tratamentului cu morfină orală cu eliberare imediată, în doză de 5 mg la 4 ore. În primele 24 de ore de la inițierea opioidului, pacienta prezintă greață, însoțită de două episoade de vărsături alimentare. Simptomele au determinat reducerea aportului oral și anxietate marcată, pacienta exprimând teama de a continua tratamentul analgezic.

Durerea este parțial controlată, cu scor de 6/ 10, greață moderată, aport hidric și alimentar redus și un nivel crescut de anxietate. Examenul clinic a arătat o stare generală degradată, mucoase ușor deshidratate, tensiune arterială de 110/65 mmHg, puls de 85 bătăi pe minut, afebrilă și abdomen suplu, nedureros spontan și la palpare. Mobilitate limitată, predominant de durerea osoasă.

1. Care poate fi cauza apariției greței și vărsăturilor?

R: În urma evaluării, s-a stabilit că greața și vărsăturile sunt induse de opioide la inițierea tratamentului, asociate cu durere oncologică severă și risc de deshidratare.

2. Care sunt obiectivele terapeutice în acest moment?

R: Obiectivele terapeutice: controlul greței și vărsăturilor, controlul durerii și creșterea calității vieții.

3. Cum ați manageria simptomatologia?

R: Tratament antiemetic cu Metoclopramid administrat intravenos/ subcutanat 10 mgx3/ zi;

- Menținerea morfinei în doză inițială cu titrare lentă în funcție de toleranță. Asocierea medicației de treapta 1, inclusiv Dexametazonă și coanalgezice.

- Reevaluare prin ionogramă. Hidratare IV/ SC adaptată nevoilor.
- Măsuri non-farmacologice, precum poziționarea confortabilă, evitarea mirosurilor iritante și încurajarea meselor mici.
- Suport psiho-emoțional și informarea despre caracterul tranzitoriu al greței induse de opioide și importanța continuării tratamentului pentru controlul durerii.
- Reevaluare.

V. PARTICULARITĂȚI ÎN GREAȚA ȘI VĂRSĂTURILE CHIMIO/ RADIO-INDUSE

Profilaxia emezei chimio-induse:

- **Risc emetogen înalt:**

Pacienții tratați cu cisplatin sau cu combinația antraciclina–ciclofosfamidă trebuie să primească o schemă cu 4 medicamente (antagonist NK1, antagonist 5-HT3, dexametazonă și olanzapină). Dexametazona și/ sau olanzapina se continuă câteva zile după ziua 1.

- **Risc emetogen moderat:**

- Pentru carboplatină (AUC $\geq$ 4): se recomandă 3 medicamente (NK1, 5-HT3, dexametazonă).
- Pentru alte chimioterapice cu risc moderat: se recomandă 2 medicamente (5-HT3 + dexametazonă).
- În cazul unor agenți cu risc de greață/vărsături întârziate, dexametazona poate fi continuată 2–3 zile.

- **Risc emetogen scăzut:**

Se recomandă o singură doză de antagonist 5-HT3 sau dexametazonă înainte de tratament.

- **Risc emetogen minim:**

Nu este necesară profilaxia antiemetică de rutină.

- **Medicație adjuvantă:** Lorazepamul poate fi utilizat ca adjuvant (Herrstedt et al., 2024; Hesketh et al., 2020; Navari, 2013, ASCO, 2024; Smith & Laufer, 2014; NCCN, 2025).

Profilaxia emezei radio-induse:

- **Radioterapia cu risc emetogen crescut** necesită administrarea preventivă a unui antagonist al receptorilor 5-HT3 asociat cu dexametazonă, înainte de fiecare ședință de iradiere și, atunci când este cazul, și în ziua următoare.
- **Radioterapia cu risc moderat** presupune profilaxie antiemetică cu un antagonist 5-HT3, cu sau fără dexametazonă, în special în primele ședințe de tratament.
- **Radioterapia cu risc scăzut** impune tratament antiemetic doar la nevoie: dexametazonă pentru iradierea cerebrală și pentru iradierea capului și gâtului, toracelui sau pelvisului, antagoniste 5-HT3, dexametazonă sau medicație cu acțiune dopaminergică.
- **Radioterapia cu risc minim** nu necesită profilaxie de rutină, fiind suficientă administrarea antiemeticelor doar în caz de apariție a simptomelor.
- **Asocierea radioterapiei cu tratament antineoplazic** impune alegerea strategiei antiemetice în funcție de terapia cu cel mai mare risc emetogen (Herrstedt et al., 2024; NCCN, 2025; Hesketh et al., 2020).

VI. PARTICULARITĂȚI ÎN INSUFICIENȚE DE ORGAN

Antagoniști 5-HT3

1. Ondansetron

- Insuficiență renală (IR): nu necesită ajustare (inclusiv IR severă)
- Insuficiență hepatică (IH): necesară ajustare doar în IH moderată–severă (Child-Pugh B–C): Doza maximă: 8 mg/ zi
- Precauții: risc de prelungire QT, mai ales în IH.

2. Granisetron

- IR: nu necesită ajustare
- IH: de obicei nu necesită ajustare, dar prudență în IH severă
- Precauții: QT prelungit (rar)

3. Palonosetron

- IR: nu necesită ajustare (inclusiv IR severă).
- IH: nu necesită ajustare.
- Avantaj: cel mai sigur din clasa 5-HT3 în IR/ IH (EMA, n.d.; Herrstedt et al., 2024; NCCN, 2025).

Antagoniști dopaminergici

1. Metoclopramid

- IR: necesară ajustare
- ClCr <40 ml/ min → 50% din doză
- ClCr <10 ml/ min → 25% din doză
- IH: reducere doză (≈50% în IH severă).
- Precauții: reacții extrapiramidale.

2. Haloperidol

- IR: nu necesită ajustare
- IH: prudență / doze mici
- metabolizare hepatică
- Precauții: QT prelungit, sedare (EMA, n.d.; Herrstedt et al., 2024; Gaertner et al., 2012)

Antagoniști NK1

1. Aprepitant

- IR: nu necesită ajustare (inclusiv dializă)
- IH:
- IH ușoară: fără ajustare
- IH moderat- severă: date insuficiente. A se utiliza cu prudență
- Interacțiuni: inhibitor/ inductor CYP3A4

2. Fosaprepitant

- IH: aceleași recomandări ca la aprepitant.
- IR: fără ajustare. (EMA, n.d.; Herrstedt et al., 2024; NCCN, 2025)

Corticosteroizi

1. Dexametazonă

- IR: Nu necesită ajustare
- IH: Prudență (clearance redus)

- Precauții: hiperglicemie, retenție hidrosalină, infecții, multiple interacțiuni medicamentoase
- În cazul în care tratamentul urmează să fie întrerupt, se va reduce treptat doza (insuficiență acută a glandei suprarenale) (Herrstedt et al., 2024; Hesketh et al., 2020; NCCN, 2025).

Antihistaminice

Meclozină

- IR: Prudență (date limitate).
- IH: Prudență
- Precauții: sedare, efecte anticolinergice (EMA, n.d.; Harrison, 2017).

Antipsihotice atipice

Olanzapină

- IR și/ sau IH: trebuie luată în considerare o doză inițială mai mică (5 mg)
- IH moderată- doză inițială trebuie să fie de 5 mg pe zi și poate fi crescută numai cu prudență
- **Precauții:** sedare, creștere ponderală, hiperglicemie (Herrstedt et al., 2024; Hesketh et al., 2020; NCCN, 2025)

Benzodiazepine

Lorazepam

- Se recomandă utilizarea unor doze mai mici, de exemplu, jumătate din doza uzuală pentru adulți.
- Administrarea la pacienții cu IH severă este contraindicată. (ASCO, 2024; Smith & Laufer, 2014; NCCN, 2025)

VII.DOZE UTILIZATE LA PACIENȚII PEDIATRICI

Dexametazonă

- PO/ IV/ SC 0.1-0.25mg/kgc q6-24h
- Doza max/ zi 16mg.

Domperidone

- PO 0.4-0.8mg/ kgc q8h sau 0.3-0.6mg/ kgc q6h
- Doza max/ zi: 10mg/ doză.

Haloperidol

- PO/ IV/ SC: < 12 ani: 50mcg/ kgc/ zi, împărțit BID; 12-18 ani: 1.5mg o dată pe zi, înainte de culcare; posibilitate de a crește la 1.5 mg q12h.
- Doza max/ zi: 5mg/ zi.

Lorazepam:

- PO/ SL/ SC: 0.02-0.05mg/ kgc/ doză q6h PRN
- Doza max: 1-2mg/ doză.

Metoclopramid:

- PO/ IV/ SC: 0.1-0.2mg/ kgc/ doză q6-8h
- Doza max: 10mg/ doză sau 0.5mg/ kgc/ zi.

Olanzapină:

- PO/SL <12 ani: doza inițială 0.625-1.25mg o dată/ zi, înainte de culcare și PRN; 12-18 ani: doza inițială 1.25-2.5mg o dată/ zi, înainte de culcare și PRN
- Doza max: 10mg/ zi.

Ondasetron:

- PO/ IV: 0.15-0.2mg/ kgc/ doză q8-12h
- Doza max: 8mg/ doză.
- Doza unică pentru greață indusă de chimio/ radio-terapie PO: 8-14 kg: 2 mg; 15-30 kg: 4 mg; >30 kg: 8 mg.

Tratament non-farmacologic: terapie prin joacă, consiliere, meloterapie (Herrstedt et al., 2024; EMA, n.d., Global Handbook of Children's Palliative Care, 2025).

VIII. REZUMAT

Greața este senzația de nevoie de a vomita, iar **vărsătura** este eliminarea conținutului gastric prin cavitatea bucală. Acestea reprezintă simptome frecvente, care pot afecta hidratarea, nutriția și calitatea vieții.

Cauze principale:

- boli oncologice
- tratamente
- dezechilibre metabolice
- alte cauze: tulburări vestibulare, infecții, factori psihogeni

Evaluarea include istoricul simptomelor, examen clinic (hidratare, abdomen, neurologic), analize de sânge și imagistică la nevoie.

Semne de alarmă: vărsături persistente cu deshidratare, suspiciune de obstrucție intestinală, simptome neurologice.

Managementul depinde de cauză, iar monitorizarea simptomelor este esențială pentru tratament eficient.

Principiul de bază în management: caută și tratează **cauza reversibilă** + alege antiemeticul după **mecanism**. Revaluează des.

Managementul este atât non-farmacologic, cât și farmacologic.

Măsurile simple utile: mese mici și dese, evită mirosuri puternice, poziție verticală după masă, hidratare adaptată, reducerea anxietății.

Medicamente cel mai frecvent utilizate:

Ondansetron → chimioterapie

Metoclopramid / Haloperidol → greață multi-factorială, medicamentoasă

Dexametazonă → hipertensiune intracraniană, obstrucție

Meclozină → cauză vestibulară

Olanzapină → greață refractară

Lorazepam → greață anticipatorie/ anxietate.

Se vor adapta dozele în funcție de particularitățile cazurilor.

Bibliografie

1. American Society of Clinical Oncology. (2024). Chapter 8: Pain and symptom management. În *ASCO-SEP® medical oncology self-evaluation program* (2024 ed.). American Society of Clinical Oncology

2. BEST Palliative Care Group. (2024). Palliative care formulary 2024–2027. Barnsley Clinical Commissioning Group. <https://best.barnsleyccg.nhs.uk/media/ppnb1qbj/palliative-care-formulary.pdf>
3. Camilleri, M., Kuo, B., Nguyen, L., Vaughn, V. M., Petrey, J., Greer, K., Yadlapati, R., & Abell, T. L. (2022). ACG clinical guideline: Gastroparesis. *The American Journal of Gastroenterology*, 117(8), 1197–1220. <https://doi.org/10.14309/ajg.0000000000001874>
4. Crichton, M., Marshall, S., Marx, W., McCarthy, A. L., & Isenring, E. (2019). Efficacy of ginger (*Zingiber officinale*) in ameliorating chemotherapy-induced nausea and vomiting and chemotherapy-related outcomes: A systematic review update and meta-analysis. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 119(12), 2035–2049.
5. Digges, M., Hussein, A., Johnson, M. J., et al. (2017). Pharmacovigilance in hospice/palliative care: Net effect of haloperidol for nausea or vomiting. *Journal of Palliative Medicine*, 20(12), 1384–1390.
6. DiPiro, J. T., Talbert, R. L., Yee, G. C., Matzke, G. R., Wells, B. G., & Posey, L. M. (2013). Chapter 20, pp. 375–388. In *Pharmacotherapy: Principles and practice* (3rd ed.). McGraw-Hill Education.
7. European Medicines Agency. (n.d.). *Aprepitant: Summary of product characteristics*. European Union.
8. European Medicines Agency. (n.d.). *Granisetron: Summary of product characteristics*. European Union.
9. European Medicines Agency. (n.d.). *Haloperidol: Summary of product characteristics*. European Union.
10. European Medicines Agency. (n.d.). *Lorazepam: Summary of product characteristics*. European Union.
11. European Medicines Agency. (n.d.). *Metoclopramide: Summary of product characteristics*. European Union.
12. European Medicines Agency. (n.d.). *Ondansetron: Summary of product characteristics*. European Union.
13. European Society for Medical Oncology. (2021). *ESMO clinical practice guidelines: Supportive and palliative care*. ESMO.
14. Falconi, G., & Kashan, S. (2025). Drug interactions in palliative care. In *StatPearls*. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK551619/>
15. Gaertner, J., Ruberg, K., Schlesiger, G., Frechen, S., & Voltz, R. (2012). Drug interactions in palliative care—it's more than cytochrome P450. *Palliative Medicine*, 26(6), 813–825. <https://doi.org/10.1177/0269216311412231>
16. Global Handbook of Children's Palliative Care. (2025). https://twoworldscancer.ca/s/2025-GHCPC_eVersion.pdf
17. Greenlee, H., DuPont-Reyes, M. J., Balneaves, L. G., et al., & Society for Integrative Oncology Clinical Practice Guidelines Working Group. (2018). Clinical practice guidelines on the integrative therapies for supportive care of patients with cancer. *Journal of the National Cancer Institute. Monographs*, 2018(52), 1–34.
18. Harrison, T. R. (2017). Nausea & vomiting. In *Harrison's manual of medicine* (17th ed., secțiunea 3, pp. 244–247). McGraw-Hill.
19. Herrstedt, J., Clark-Snow, R., Ruhlmann, C. H., Molassiotis, A., Olver, I., Rapoport, B. L., Aapro, M., Dennis, K., Hesketh, P. J., Navari, R. M., Schwartzberg, L., Affronti, M. L., Garcia-Del-Barrio, M. A., Chan, A., Celio, L., Chow, R., Fleury, M., Gralla, R. J., Giusti, R., Jahn, F., ... participants of the MASCC/ESMO Consensus Conference 2022. (2024). 2023 MASCC and ESMO guideline update for the prevention of chemotherapy- and radiotherapy-induced nausea and vomiting. *ESMO Open*, 9(2), 102195. <https://doi.org/10.1016/j.esmoop.2023.102195>
20. Hesketh, P. J., Kris, M. G., Basch, E., et al. (2020). Antiemetics: ASCO guideline update. *Journal of Clinical Oncology*, 38(24), 2782–2797. <https://doi.org/10.1200/JCO.20.01296>
21. Leach, C., & Colleagues. (2019). Nausea and vomiting in palliative care. *Clinical Medicine*, 19(1), 57–61.
22. Navari, R. M. (2013). Management of chemotherapy-induced nausea and vomiting: Focus on newer agents and new uses for older agents. *Drugs*, 73(3), 249–262. <https://doi.org/10.1007/s40265-013-0019-1>
23. Navari, R. M., Pywell, C. M., Le-Rademacher, J. G., et al. (2020). Olanzapine for the treatment of advanced cancer-related chronic nausea and/or vomiting: A randomized pilot trial. *JAMA Oncology*, 6(6), 895–902.
24. Piechotta V, Adams A, Haque M, Scheckel B, Kreuzberger N, Monsef I, Jordan K, Kuhr K, Skoetz N. Antiemetics for adults for prevention of nausea and vomiting caused by moderately or highly emetogenic chemotherapy: a network meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2021 Nov 16;11(11)
25. Sanger, G. J., & Andrews, P. L. R. (2018). A history of drug discovery for treatment of nausea and vomiting and the implications for future research. *Frontiers in Pharmacology*, 9, 913. <https://doi.org/10.3389/fphar.2018.00913>
26. Smith, H. S., & Laufer, A. (2014). Opioid induced nausea and vomiting. *European journal of pharmacology*, 722, 67–78. <https://doi.org/10.1016/j.ejphar.2013.09.074>
27. Spathis, A. (2019, January). Nausea and vomiting management: Palliative care service update Palliative and End of Life Care Study Day, Cambridge, UK <https://www.phpc.cam.ac.uk/files/media/nausea-and-vomiting-a-spathis-jan-2019.pdf>

Capitolul 3.12

Hidratarea

Autor: Alexandra Kovacs

Revizor: Daniela Moşoiu

I. ASPECTE TEORETICE

Hidratarea în îngrijirea paliativă – în special în fazele avansate și terminale ale bolii – rămâne un subiect complex, cu dezbateri privind beneficiile și riscurile pentru pacienți. Deciziile clinice trebuie ghidate de principiile îngrijirii centrate pe pacient, dovezile științifice disponibile, preferințele pacientului și ale familiei, precum și considerentele etice și culturale.

Hidratarea asistată clinic, cunoscută și sub denumirea de **hidratare asistată medical sau hidratare artificială**, este procesul prin care „lichidele” sunt administrate parenteral printr-o canulă (fie intravenos, fie subcutanat) sau enteral printr-un tub (în stomac sau intestin subțire sau, mai rar, în rect).

Hipodermocliza – Administrarea fluidelor prin perfuzie în țesuturile subcutanate (*Royal Marsden 2020*).

Hidratarea artificială nu are ca scop corectarea parametrilor fiziologici standard sau prelungirea supraviețuirii, ci ameliorarea simptomelor care sunt percepute ca suferință de pacient (*Davies et al., 2023*). Scopurile includ:

1. Alinarea senzației de sete sau disconfort oral
2. Reducerea delirului sau disconfortului asociat deshidratării (când este reversibil)
3. Menținerea confortului general al pacientului (*McCann et al., 1994; Davies et al., 2023*).

Indicatorii de succes ai hidratării în paliatie sunt subiectivi și orientați spre confort, nu parametri biologici.

II. RECOMANDĂRI (CU NIVELE DE EVIDENȚĂ)

Dovezi actualizate privind hidratarea asistată:

- O revizuire recentă indică o lipsă generală de dovezi solide care să susțină utilizarea rutinară a hidratării asistate la sfârșitul vieții; *calitatea datelor este moderată – scăzută* și studiile sunt limitate ca număr și metodologie (*Kingdon et al., 2020*). În plus, ghidajele recente ale Multinational Association of Supportive Care in Cancer (MASCC) oferă consens expert mai degrabă decât dovadă directă puternică.
- Un proiect de studiu clinic multicentric privind menținerea hidratării la sfârșitul vieții a fost finalizat recent (2024–2025), reflectând eforturile de generare a dovezilor empirice privind această practică, deși rezultatele nu sunt încă publicate pe scară largă (CHELsea II Trial <https://doi.org/10.1186/ISRCTN65858561>).

Ghiduri clinice recente

- Ghidul GuíaSalud (2024) recomandă în general neadministrarea hidratării artificiale în ultimele zile de viață, cu excepția cazurilor în care simptome specifice, refractare la alte măsuri, ar putea fi ameliorate prin hidratare controlată și timp limitat.
- Ghidurile de practică clinică pentru îngrijirea pacientului cu cancer în fază terminală subliniază că hidratarea artificială nu a demonstrat prevenirea sau ameliorarea simptomelor de sete sau delir, iar lichidele pot agrava edemele, secrețiile respiratorii și disconfortul.
- Practici și linii directoare clinice recente sugerează evaluarea atentă a beneficiilor versus riscurilor înainte de a oferi hidratare asistată, iar dacă se decide hidratarea, aceasta să fie monitorizată atent pentru semne de efecte adverse (ex: edem, creșterea secrețiilor), (*NICE, 2024; Buchan et al., 2023; EAPC, 2023*).

- **Hidratarea asistată medical comparativ cu placebo pentru adulții care primesc îngrijire paliativă** (Buchan et al., 2023; Bruera et al., 2013; Bruera et al., 2005; Davies et al., 2023).

Recomandare 1: Se sugerează să nu se utilizeze de rutină hidratarea asistată medical la pacienții aflați în îngrijiri paliative, având în vedere certitudinea foarte scăzută a dovezilor privind beneficiile asupra calității vieții și supraviețuirii, precum și incertitudinea privind potențialele efecte adverse. (Recomandare condiționată împotriva intervenției; certitudine foarte scăzută a dovezilor)

Rezultate	Risc comparativ (95% CI)		Efect relativ (95% CI)	Număr participanți (studii)	Certitudinea dovezilor (GRADE)
	Risc asumat	Risc corespondent			
	Placebo	MAH			
Calitatea vieții FACT-G (scală de la 0 la 108; scor mai mare = calitate a vieții mai bună) Urmărire: 7 zile	DM în ceea ce privește calitatea vieții în grupul de control a fost de 2,6.	DM în ceea ce privește calitatea vieții în grupul de intervenție a fost de 4,10 (de la -1,63 la 9,83).	-	93 (1 studiu)	FOARTE SCAZUTĂ
Supraviețuire Analiza log-rank Înscrierea în studiu până la ultima dată de urmărire sau deces.	Nu s-a putut estima RR. Nu au existat dovezi clare pentru un efect.			93 (1 studiu)	FOARTE SCAZUTĂ
Evenimente adverse NRS (scală de la 0 la 10; scor mai mic = toxicitate mai mică) Urmărire: 2 zile	Durerea medie la locul injectării în grupul de control a fost de 1,75.	Durerea medie la locul injectării în grupul de intervenție a fost de 0,35 (de la -1,19 la 1,89).	-	49 (1 studiu)	FOARTE SCAZUTĂ
	Edemul mediu a locului de injectare în grupul de control a fost de 1,41.	Edemul mediu a locului de injectare în grupul de intervenție a fost de -0,59 (de la -1,40 la 0,22).	-		

IC: interval de confidență; **FACT-G:** Evaluarea funcțională a terapiei oncologice - Generalități; **HR:** raport de risc; **MAH:** hidratare asistată medical; **DM:** diferență medie; **NRS:** scală numerică de evaluare; **QoL:** calitatea vieții.

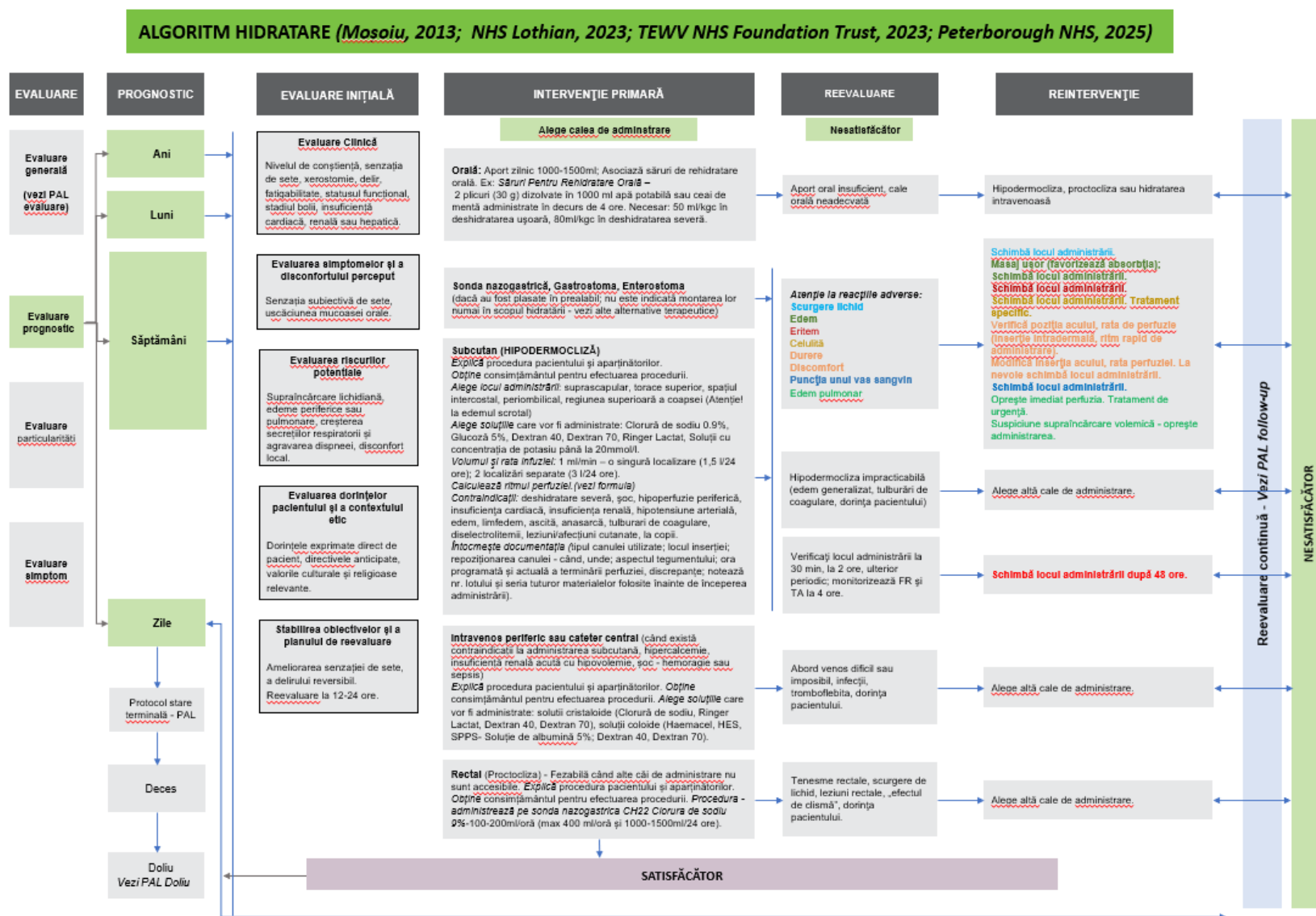
- **Hidratarea asistată medical comparativ cu îngrijirea standard pentru adulții care primesc îngrijiri paliative** (Buchan et al., 2023; Bruera et al., 2013; Bruera et al., 2005; Davies et al., 2023)

Recomandare 2: Având în vedere incertitudinea privind efectele administrării medicale de fluide asupra calității vieții, duratei de viață și asupra riscului de efecte nedorite, precum și certitudinea foarte scăzută a dovezilor, **se sugerează** să nu se utilizeze de rutină administrarea medicală de fluide. (Recomandare condiționată împotriva intervenției; certitudine foarte scăzută a dovezilor)

Rezultate	Risc comparativ (95% CI)		Efect relativ (95% CI)	Nr. de participanți (studii)	Certitudinea dovezilor (GRADE)	Comentarii
	Risc asumat	Risc corespunzător				
	Îngrijire standard	MAH				
Calitatea vieții	-	-	-	-	-	Nu au fost disponibile date pentru acest rezultat.
Supraviețuire Model de regresie Cox Înscrierea în studiu până la ultima dată de urmărire la 14 zile sau deces	Nu au existat dovezi clare ale unui efect (grupul MAH la 3 zile: RR 0,36, CI 95% 0,22 până la 0,59).			200 (1 studiu)	FOARTE SCĂZUT	
Evenimente adverse	Populația studiată		RR 11.62 (1.62 la 83.41)	242 (2 studii)	FOARTE SCĂZUT	
	0/149	7/93				

Evenimente la participanți						
Urmărire: interval 2 până la 14 zile						
CI: interval de confidență; HR: raport de risc; MAH: hidratare asistată medical; RR: rata de risc.						

III. ALGORITM HIDRATARE (Moșoiu, 2013; NHS Lothian, 2023; TEWV NHS Foundation Trust, 2023; Peterborough NHS, 2025)



IV. FIȘE SUPORT

Fișa 1. Evaluarea în vederea deciziei de hidratare

Decizia de a iniția hidratarea (orală sau asistată) în îngrijirea paliativă trebuie să fie precedată de o evaluare clinică sistematică și multidimensională, orientată spre identificarea potențialelor beneficii pentru confortul pacientului și a riscurilor asociate intervenției. Ghidurile internaționale subliniază faptul că hidratarea asistată nu trebuie utilizată de rutină la sfârșitul vieții, ci doar în urma unei evaluări individualizate riguroase (NICE, 2024; Buchan et al., 2023).

Evaluarea clinică a pacientului

Evaluarea inițială trebuie să includă:

- nivelul de conștiență și capacitatea de a exprima senzația de sete
- prezența simptomelor potențial asociate deshidratării (xerostomie, delir, fatigabilitate)
- statusul funcțional și stadiul bolii (stabil, avansat, fază terminală)
- prezența comorbidităților relevante (insuficiență cardiacă, renală sau hepatică)
- În faza terminală, beneficiile hidratării asistate sunt limitate, iar riscurile pot depăși potențialele efecte pozitive asupra confortului (Kingdon et al., 2020).

Evaluarea simptomelor și a disconfortului perceput

Este esențială diferențierea între:

- senzația subiectivă de sete
- uscăciunea mucoasei orale, care poate fi eficient ameliorată prin îngrijire orală, fără necesitatea hidratării parenterale
- Studiile arată că uscăciunea orală nu este corelată direct cu deshidratarea sistemică și nu reprezintă, în sine, o indicație pentru hidratare asistată (McCann et al., 1994; Buchan et al., 2023).

Evaluarea riscurilor potențiale

Înainte de inițierea hidratării asistate, trebuie evaluate riscurile de:

- supraîncărcare lichidiană
- edeme periferice sau pulmonare;
- creșterea secrețiilor respiratorii și agravarea dispneei
- disconfort local (în cazul administrării subcutanate sau intravenoase)
- Ghidurile NICE recomandă ca hidratarea să fie inițiată doar dacă beneficiile anticipate depășesc aceste riscuri și să fie întreruptă prompt în cazul apariției semnelor de prejudiciu (NICE, 2024).

Evaluarea dorințelor pacientului și a contextului etic

Decizia trebuie să respecte principiul autonomiei pacientului și să ia în considerare:

- dorințele exprimate direct de pacient
- directivele anticipate, dacă sunt disponibile
- valorile culturale și religioase relevante.
- În absența capacității decizionale a pacientului, decizia se bazează pe interesul superior al acestuia, în urma discuțiilor cu familia și echipa interdisciplinară.

Stabilirea obiectivelor și a planului de reevaluare

Dacă se decide inițierea hidratării, obiectivele trebuie clar definite (de exemplu, ameliorarea senzației de sete sau a delirului reversibil) și însoțite de un plan de monitorizare regulată. Recomandările actuale sugerează reevaluarea la intervale de 12–24 de ore pentru a identifica beneficiile sau efectele adverse și pentru a decide continuarea sau oprirea intervenției (NICE, 2024; Buchan et al., 2023).

Aport redus de fluide (< 75% alimente sau lichide consumate la mese)
Demență/ depresie
Restricții dietetice
Disfagie
Febră, transpirații excesive
Medicație (IECA, diuretice, laxative, Litiu, Fenitoină)
Greață/ vărsături/ diaree/ anorexie

Tabel 1. Lista de control indicatori potențiali pentru evaluarea riscului deshidratării

Caracteristici clinice	Deshidratare ușoară	Deshidratare moderată	Deshidratare severă
Stare generală	Fatigabilitate	Fatigabilitate	Neliniște, iritabilitate, transpirații reci, cianoză periferică
Puls	Normal	Tahicardie ușoară	Tahicardie
Respirație	Normală	Normală	Profundă, tahipnee
Turgor	Aspect normal	Ușor diminuat	Foarte diminuat
Ochi	Aspect normal	Înfundați în orbite	Înfundați în orbite
Membrane mucoase	Ușor uscate	Uscate	Foarte uscate
Flux urinar	Diureza normală; urina hipercromă	Oligurie; urina hipercromă	Anurie; vezica urinară goală

Tabel 2. Lista de control evaluare clinică

Biochimie
Uree
Creatinină
Glicemie
Bicarbonat seric
Sodiu
Potasiu
Calciu
Osmolaritate plasmatică

Fișa 2. Aspecte etice, argument pro și contra, beneficii și riscuri (Moșoiu, 2013; NICE, 2017; GuiaSalud Guideline, 2024)

- Pacienții competenți sau reprezentanții lor legali au dreptul de a accepta sau refuza hidratarea pe baza unor informații relevante
- Pacienții, familiile lor și îngrijitorii ar trebui să fie informați că decizia menținerii sau întreruperii hidratării se bazează pe principii etice
- În cazurile în care există incertitudini cu privire la beneficiile hidratării se recomandă proba terapeutică
- Impactul emoțional asupra familiei și îngrijitorilor declanșat de decizia inițierii sau opririi hidratării artificiale trebuie recunoscut
- Avantajele hidratării artificiale pentru familie și îngrijitori pot influența procesul de decizie al pacientului competent / pentru pacientul incompetent
- Pacienții care nu prezintă alterare cognitivă și urmează tratament cu medicație care ar putea induce apariția delirului, ar trebui să beneficieze de hidratare corespunzătoare pentru a asigura metabolizarea și excreția acestor agenți farmacologici
- Hidratarea artificială este o intervenție medicală a cărei aplicabilitate se va lua în discuție numai după ce se vor pune în balanță beneficiile și riscurile acesteia
- **Argument pro hidratare artificială:**
 - I. Deshidratarea poate determina azotemie pre-renală, acumularea metaboliților medicamentoși (Ex: opioide), favorizând apariția delirului, miocloniilor și convulsiilor. Hidratarea poate ameliora aceste simptome asigurând îmbunătățirea calității vieții
 - II. Nu există evidențe că hidratarea ar prelungi starea terminală
 - III. Asigurarea unei hidratări adecvate îmbunătățește confortul pacienților în stare terminală
 - IV. Asigurarea hidratării poate menține aparența că “facem ceva”, chiar dacă valoarea medicală a acestei intervenții nu este semnificativă, ajută la ușurarea anxietății familiei înaintea decesului
- **Argumente contra hidratării:**
 - V. Pacienții comatoși nu au senzația de sete
 - VI. Administrarea parenterală de lichide poate prelungi starea terminală
 - VII. Reducerea diurezei nu va necesita montarea unei sonde vezicale
 - VIII. Reducerea lichidelor la nivel gastrointestinal va diminua senzația de greață și incidența vărsăturilor
 - IX. Reducerea secrețiilor bronhopulmonare va diminua considerabil tusea și edemul pulmonar
 - X. Deshidratarea poate favoriza diminuarea edemelor și a lichidului de ascită
 - XI. Deshidratarea poate fi un anestezic “natural” care ușurează procesul morții
 - XII. Administrarea parenterală a fluidelor creează disconfort (ex: ace, catetere) și limitează mobilitatea pacienților
- La ora actuală nu există consens referitor la abordarea terapeutică standard în cazul pacienților care necesită hidratare artificială

Fișa 3. Aspecte practice (NICE, 2017; GuiaSalud Guideline, 2024; Morita et al., 2005; Peterborough NHS, 2025; Dalal et al., 2004)

Modalități de administrare:

Hidratarea orală

Hidratarea orală rămâne metoda preferată datorită non-invazivității și adaptabilității acesteia la preferințele pacientului. În paliativ, se recomandă:

- înghițituri mici și frecvente
- gheață zdrobită sau bețișoare înghețat
- îngrijirea orală de rutină pentru reducerea uscăciunii mucoaselor.

Aceasta maximizează confortul fără riscurile asociate tehnicilor invazive.

Hidratarea subcutanată

Hipodermocliza este o abordare frecvent utilizată, cu riscuri reduse de complicații comparativ cu administrarea intravenoasă. Se pot administra volume moderate (de exemplu, până la ~1000 ml/zi) atunci când este necesar pentru ameliorarea simptomelor specifice, dar nu ca rutină în ultimele zile de viață.

Se utilizează de obicei ser fiziologic 0,9% sau Ringer lactat; în cazuri selectate, se pot adăuga electroliți conform indicației medicale. Volumul recomandat: 500–1000 ml/ 24h pentru adulți, administrat lent, în general 8–12 ore (sau continuu cu pompă subcutanată). Volumul poate fi ajustat în funcție de starea clinică, vârsta pacientului și riscul de supraîncărcare lichidiană.

Se va alege locul administrării la nivelul abdomenului sau toracelui, la cei imobilizați la pat la nivelul regiunii antero-laterale a coapsei sau abdomenului, iar la pacienții cu delir la nivelul toracelui posterior). Atenție la plasarea acului subombilical și în regiunea superioară a coapsei - poate favoriza apariția edemului scrotal. Nu se va administra hipodermocliza la nivelul brațelor, sânilor, axilar, subombilical, în apropierea cicatricilor post-mastectomie, zonelor cu limfedem, zonelor cu leziuni/afecțiuni cutanate, proeminențelor osoase, articulațiilor, ariilor de presiune, vaselor sangvine.

Se folosește un cateter subcutanat (de obicei 24–26 G, lungime 8–12 mm). Pielea se dezinfectează înainte de inserție. Cateterul se fixează cu bandaj hipoalergen pentru a preveni deplasarea și infecțiile locale. Tubulatura se conectează la ser fiziologic prin pompă sau gravitațional, cu debit controlat.

Administrarea intravenoasă

Administrarea intravenoasă este rezervată situațiilor selectate și temporare, de exemplu pentru corectarea dezechilibrelor semnificative sau în prezența unor condiții reversibile. În mod obișnuit, nu este recomandată în ultimele zile de viață datorită riscurilor de supraîncărcare lichidiană și disconfort asociat.

Se optează pentru administrarea intravenoasă numai dacă celelalte căi de administrare nu sunt accesibile. (Necesită spitalizare, schimbarea frecventă a locului administrării, abord venos dificil, imobilizarea brațului, limitarea mobilității, risc de îndepărtare a cateterului la pacienții cu delir, monitorizare permanentă de către personal specializat, complicații frecvente - tromboflebită, infecții, cost crescut).

Nu se va monta gastrostomă, enterostomă în ultimele săptămâni de viață.

V. STUDIU DE CAZ

Pacientul IB, în vârstă de 56 de ani, cunoscut cu cancer gastric, cu metastaze hepatice și pulmonare, a fost internat pe secția Îngrijiri Paliative. Pacientul nu mai primește tratament oncologic activ, și starea lui s-a deteriorat semnificativ acasă. Soția lui a confirmat că a mâncat foarte puțin în ultimele săptămâni și a luat înghițituri mici de lichide în ultima săptămână. Pacientul a devenit foarte agitat în ultimele 3 zile.

Prognosticul a fost evaluat ca fiind de câteva zile până la câteva săptămâni.

Echipa multidisciplinară a evaluat pacientul și a identificat deshidratare ușoară (turgor diminuat, xerostomie) care ar putea contribui la agitație și delir. Nu au fost identificate semne de supraîncărcare lichidiană. S-a considerat ca administrarea hidratării intravenoase ar putea provoca disconfort și stres suplimentar pacientului.

Obiectivele îngrijirii au fost convenite ca fiind axate pe confort, fără intenția de a prelungi viața.

În urma discuțiilor cu familia pacientului, au fost luate în considerare potențialele beneficii și riscuri ale hidratării asistate clinic. În lipsa altor contraindicații, s-a convenit asupra unui studiu clinic limitat în timp de hidratare subcutanată prin hipodermocliză având ca obiective ameliorarea simptomelor (agitație/ delir), menținerea confortului.

S-a convenit că hidratarea va fi întreruptă dacă nu se observă niciun beneficiu sau dacă apar efecte adverse.

S-a administrat Clorură de Sodiu 0,9%, 500 ml pe parcursul a 24 de ore, subcutan la nivelul peretelui toracic anterior.

S-a continuat îngrijirea cavității bucale. Intervenția a fost documentată ca un studiu clinic limitat în timp, reevaluat zilnic.

După 48 de ore, starea pacientului s-a deteriorat, în concordanță cu procesul de deces. Hidratarea subcutanată a fost întreruptă în conformitate cu obiectivele de îngrijire convenite.

Pacientul s-a simțit confortabil și a decedat liniștit la scurt timp după aceea. Nu s-au observat efecte adverse legate de hidratarea subcutanată.

VI. REZUMAT

Hidratarea este o componentă complexă în îngrijirea paliativă, care poate include **hidratare orală, parenterală sau subcutanată**, în funcție de dificultățile de înghițire și de simptomele asociate. Decizia privind hidratarea trebuie făcută în contextul obiectivelor de îngrijire centrate pe pacient, respectând valorile, preferințele și situația clinică individuală.

Îngrijirea paliativă pune accent pe **confortul pacientului**, iar **hidratarea orală adecvată și îngrijirea cavității bucale** pot fi mai importante pentru ameliorarea setei și a uscăciunii mucoaselor decât volumul de lichide administrat parenteral.

Revizia sistematică a literaturii referitor la hidratarea asistată medical arată că **nu există dovezi suficiente** de înaltă calitate care să indice că hidratarea asistată îmbunătățește calitatea vieții sau prelungeste supraviețuirea în îngrijirea paliativă comparativ cu îngrijirea standard sau placebo. Dovezile disponibile sunt de **certitudine foarte scăzută**.

Ghidurile recente recomandă evitarea rutinei în administrarea de lichide parenterale în ultimele zile de viață, cu excepția situațiilor selectate în care simptomele de deshidratare rămân severe și necontrolabile prin alte mijloace și după discuții clare cu pacientul și familia. Decizia trebuie reevaluată frecvent și adaptată pe baza răspunsului și preferințelor pacientului.

Bibliografie

1. Bruera, E., Hui, D., Dalal, S., Torres-Vigil, I., Trumble, J., Roosth, J., Krauter, S., Strickland, C., Unger, K., Palmer, J. L., Allo, J., Frisbee-Hume, S., & Tarleton, K. (2013). Parenteral hydration in patients with advanced cancer: a multicenter, double-blind, placebo-controlled randomized trial. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology*, 31(1), 111–118. <https://doi.org/10.1200/JCO.2012.44.6518>
2. Buchan, E. J., Haywood, A., Symmis, W., & Good, P. (2023). Medically assisted hydration for adults receiving palliative care. *The Cochrane database of systematic reviews*, 12(12), CD006273. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006273.pub4>
3. Bruera, E., Sala, R., Rico, M. A., Moyano, J., Centeno, C., Willey, J., & Palmer, J. L. (2005). Effects of parenteral hydration in terminally ill cancer patients: a preliminary study. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology*, 23(10), 2366–2371. <https://doi.org/10.1200/JCO.2005.04.069>
4. Dalal S., Bruera E. Dehydration in cancer patients: To treat or not to treat . *J Support Oncol* 2004;2:467-487.
5. Davies, A., Barry, C., & Barclay, S. (2023). What is the role of clinically assisted hydration in the last days of life?. *BMJ (Clinical research ed.)*, 380, e072116. <https://doi.org/10.1136/bmj-2022-072116>
6. Buchan, E. J., Haywood, A., Symmis, W., & Good, P. (2023). Medically assisted hydration for adults receiving palliative care. *The Cochrane database of systematic reviews*, 12(12), CD006273. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006273.pub4>
7. GuíaSalud. (2024). *Clinical practice guideline on palliative care for adults in the last days of life: Hydration*. Ministry of Health, Spain. Available at : <https://portal.guiasalud.es> (Accessed on 02 February, 2026).
8. Kingdon, A., Spathis, A., Brodrick, R., Clarke, G., Kuhn, I., & Barclay, S. (2021). What is the impact of clinically assisted hydration in the last days of life? A systematic literature review and narrative synthesis. *BMJ supportive & palliative care*, 11(1), 68–74. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2020-002600>
9. McCann, R. M., Hall, W. J., & Groth-Juncker, A. (1994). Comfort care for terminally ill patients. The appropriate use of nutrition and hydration. *JAMA*, 272(16), 1263–1266. <https://doi.org/10.1001/jama.272.16.1263>
10. Moşoiu, D. (Ed.). (2013). *Protocoale clinice pentru îngrijiri paliative* (ediția a II-a). Haco International.
11. Morita, T., Hyodo, I., Yoshimi, T., Ikenaga, M., Tamura, Y., Yoshizawa, A., Shimada, A., Akechi, T., Miyashita, M., Adachi, I., & Japan Palliative Oncology Study Group (2005). Association between hydration volume and symptoms in terminally ill cancer patients with abdominal malignancies. *Annals of oncology : official journal of the European Society for Medical Oncology*, 16(4), 640–647. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdi121>
12. National Institute for Health and Care Excellence. (2017). *Care of dying adults in the last days of life: Quality standard (QS144)*. NICE. Available at: <https://www.nice.org.uk/guidance/qs144> (Accessed on 02 February, 2026).
13. National Institute for Health and Care Excellence. (2024). *Care of dying adults in the last days of life* (NICE guideline NG31). <https://www.nice.org.uk/guidance/ng31>.
14. NHS Lothian. (2023). *Subcutaneous fluid administration procedure and guidelines* [Policy]. NHS Lothian. Available at: <https://policyonline.nhslothian.scot/wp-content/uploads/2023/03/Subcutaneous%20Fluid%20administration%20Procedure%20and%20Guidelines.pdf> (Accessed on 03 February, 2026).
15. Peterborough Community Services. (2025). *Administration of subcutaneous fluid replacement for adults: Policy and procedure*. Peterborough NHS. Available at: <https://www.stpetershospice.org/media/dc3dovot/sirona-policy-administration-subcutaneous-fluids.pdf> (Accessed on 03 February, 2026).
16. TEWV NHS Foundation Trust. (2023). *Subcutaneous fluid administration*. Available at: <https://www.tewv.nhs.uk/wp-content/uploads/2021/11/Subcutaneous-fluid-administration.pdf> (Accessed on 03 February, 2026).

Capitolul 3.13

Mucozitele

Autor: Adeline Băișanu-Țintilă

Revizor: Vladimir Poroach

I. ASPECTE TEORETICE

- Mucozita reprezintă o inflamație și/ sau ulcerare a mucoasei orale și/ sau gastrointestinale, indusă de tratamente oncologice (chimioterapie, radioterapie, terapii țintite) (Sonis, 2004; Peterson și col., 2011; Lalla și col., 2014).
- Mucozita moderat–severă apare la aproximativ 75–85% dintre pacienții iradiați pentru cancer de cap și gât și până la 75% dintre cei supuși transplantului de celule stem (Elting și col., 2008; Bensinger și col., 2008; Lalla și col., 2014).
- Mucozita severă determină durere intensă, imposibilitatea alimentației orale, risc de infecții și întreruperi ale tratamentului, cu impact major negativ asupra calității vieții (Bensinger și col., 2008; Elting și col., 2008; Lalla și col., 2014).
- Fiziopatologic, mucozita este un proces în cinci faze care implică leziune de ADN, stres oxidativ, cascada citokinelor proinflamatorii, ulcerare, colonizare microbiană și regenerarea mucoasei (Sonis, 2004; Peterson și col., 2011; Lalla și col., 2014).

II. RECOMANDĂRI CU PRIVIRE LA MANAGEMENTUL MUCOZITEI ÎN ÎNGRIJIREA PALIATIVĂ

Principalele intervenții au la bază nivelul de evidență și forța recomandărilor care vizează managementul mucozitei. Sistemul de nivel de evidență (I–V) este preluat din ghidurile ESMO și MASCC/ ISOO pentru mucozită, unde: I = dovezi de înaltă calitate (studii randomizate, metaanalize), II = studii clinice bine concepute, III = studii observaționale sau serii de cazuri, IV–V = consens expert/ opinie specialist. Forța recomandării (A–D) reprezintă o adaptare, bazată pe verdictul *recommendation/ suggestion* din ghidurile MASCC/ISOO și pe consensul experților, în concordanță cu schema utilizată în alte ghiduri ESMO (A = recomandare puternică; B = recomandare moderată; C = recomandare slabă; D = insuficiente date) (Bensinger și col., 2008; Peterson și col., 2011, 2015; Lalla și col., 2014; Elad și col., 2020, Xia și col., 2025).

II.1. Recomandări cu privire la evaluarea și monitorizarea pacientului cu mucozită

Recomandările din tabelul 2.1 vizează evaluarea sistematică și monitorizarea mucozitei, utilizând instrumente standardizate și adaptând planul terapeutic (inclusiv tratamentele oncologice, acolo unde este cazul) la severitatea simptomelor și obiectivele de îngrijire paliativă.

Tabel 2.1 Evaluarea și monitorizarea pacientului cu mucozită în îngrijiri paliative

Recomandare	Nivel evidență	Forța recomandării
Evaluarea sistematică a cavității orale la fiecare vizită (inspecție pentru eritem, ulcere, sângerare, edem) (Peterson și col., 2011; Lalla și col., 2014; Elad și col., 2020).	III	A
Utilizarea unei scale standardizate de gradare (grade OMS) pentru severitatea mucozitei (Peterson și col., 2011; Lalla și col., 2014; Elad și col., 2020).	II–III	A
Monitorizarea zilnică a durerii orale și a capacității de alimentație la pacienții cu mucozită moderat–severă (Bensinger și col., 2008; Peterson și col., 2011; Sanders și col., 2024).	III	B

Reevaluarea împreună cu pacientul a raportului beneficiu–risc al tratamentului oncologic și, la nevoie, adaptarea dozelor sau temporizarea acestuia în mucozita severă (grad 3–4), ținând cont de prognostic și de obiectivele de îngrijire paliativă (Bensinger și col., 2008; Peterson și col., 2011; Sanders și col., 2024).	III	B

II.2. Recomandări cu privire la tratamentul farmacologic în mucozită

Recomandările din tabelul 2.2 se referă la tratamentele farmacologice utilizate pentru controlul durerii și al complicațiilor mucozitei, integrate într-o abordare paliativă centrată pe confortul pacientului și pe prevenirea intervențiilor disproporționate.

Tabel 2.2 Tratamentul farmacologic al mucozitei

Recomandare	Nivel evidență	Forța recomandării
Utilizarea analgezicelor sistemice (inclusiv opioide) proporțional cu intensitatea durerii orale, cu ajustarea dozelor în funcție de vârstă, comorbidități și insuficiențe de organ (Bensinger și col., 2008; Peterson și col., 2011; Sanders și col., 2024).	III	A
Se poate utiliza morfină topică (clătiri orale cu morfină) la pacienții cu mucozită orală dureroasă grad 3–4, atunci când analgezia sistemică este insuficientă sau malabsorbția limitează eficacitatea orală (Lalla și col., 2014; Elad și col., 2020; Epstein și Schubert, 2003; Vayne-Bossert și col., 2010).	II	B
Utilizarea de benzidamină topică (clătiri/ spray) la pacienții cu radioterapie de cap și gât pentru reducerea severității și duratei mucozitei (Rubenstein și col., 2004; Lalla și col., 2014; Elad și col., 2020).	II	A
Utilizarea paliferminului la pacienții supuși chimioterapiei intensive și transplantului de celule stem, în special când obiectivul este menținerea intensității terapiei și reducerea mucozitei severe (Spielberger și col., 2004; Lalla și col., 2014; Elad și col., 2020).	I	A
Tratament antifungic (local și/ sau sistemic) doar în cazul candidozei orale documentate clinic și/ sau micologic, evitând utilizarea profilactică de rutină (Pappas și col., 2016; Lalla și col., 2014; Elad și col., 2020).	II–III	A

II.3. Recomandări cu privire la tratamentul non-farmacologic în mucozită

Recomandările din tabelul 2.3 includ intervenții non-farmacologice cu rol profilactic și de suport, menite să reducă severitatea mucozitei, să mențină funcția cavității orale și să susțină alimentația și comunicarea.

Recomandare	Nivel evidență	Forța recomandării
Igienă orală de bază standardizată (periaj cu periuță moale, clătiri cu ser fiziologic/ soluție salină) pe toată durata tratamentului oncologic (Peterson și col., 2011; Lalla și col., 2014; Elad și col., 2020).	II	A
Educarea pacientului (și, după caz, a familiei) pentru auto-monitorizarea cavității orale și raportarea precoce a durerii sau leziunilor, cu adaptarea intervențiilor la obiectivele de îngrijire paliativă (Bensinger și col., 2008; Lalla și col., 2014; Elad și col., 2020).	III	B
Crioterapie orală (gheață în cavitatea orală ~30 de minute) în timpul administrării de 5-fluorouracil în bolus, acolo unde statusul pacientului permite (Rubenstein și col., 2004; Lalla și col., 2014; Elad și col., 2020).	II	A
Utilizarea terapiei LLLT în centrele cu expertiză, pentru prevenția și tratamentul mucozitei moderate–severe (Bjordal și col., 2011; Zadik și col., 2019; Elad și col., 2020).	II	A
Utilizarea gelurilor mucoadezive (de exemplu pe bază de acid hialuronic) pentru protecția mucoasei și reducerea disconfortului oral, în special la pacienții cu dificultăți de alimentație (Bardellini și col., 2016; Ripamonti și col., 2007, Vokurka și col., 2011).	II–III	B
Utilizarea de rutină a clorhexidinei pentru prevenția mucozitei; se poate utiliza restrictiv în suprainfecție bacteriană documentată (Lalla și col., 2014; Elad și col., 2020; Epstein și Schubert, 2003).	III	C

III. ALGORITM DE MANAGEMENT AL MUCOZITEI

Algoritmul de mai jos (figura 1) propune o abordare etapizată a mucozitei în îngrijirea paliativă, iar fișele suport (A-F) asociate fiecărui pas (evaluare clinică, gradare OMS, intervenții profilactice și simptomatice, managementul complicațiilor) facilitează aplicarea practică și documentarea consecventă la patul bolnavului.

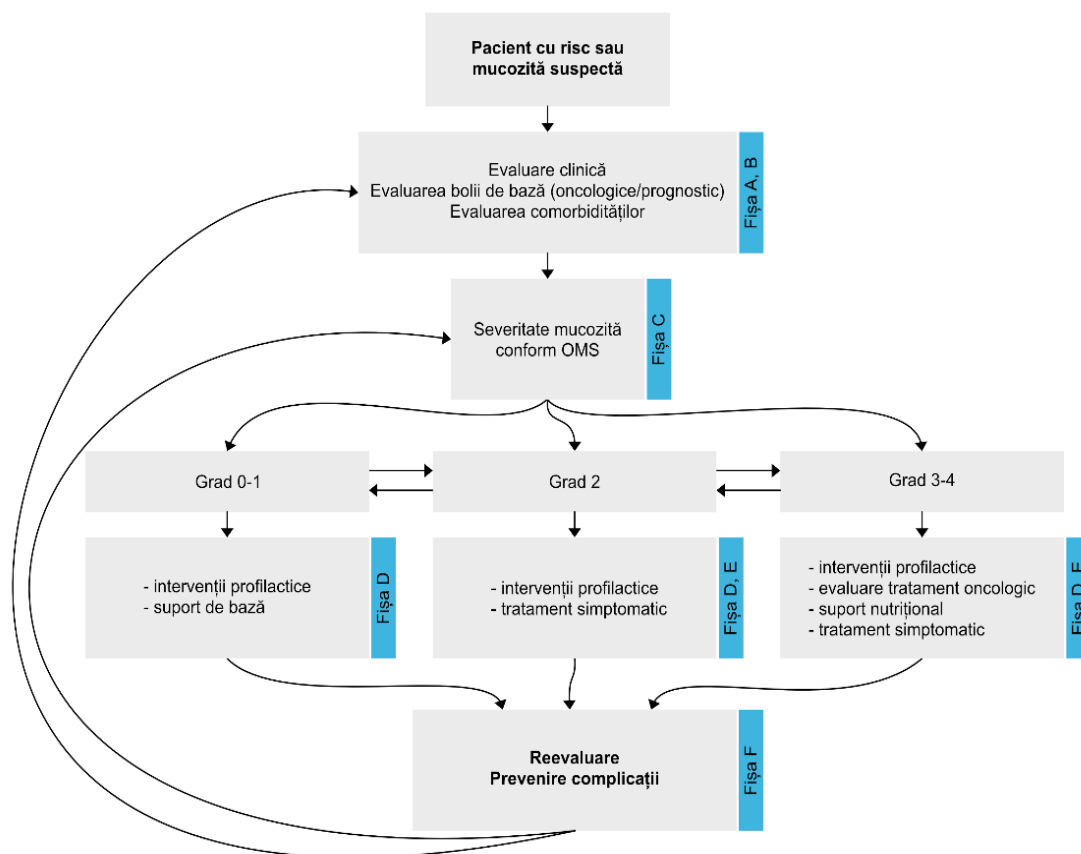


Figura 1. Algoritm de management al mucozitei

IV. FIȘE SUPORT

Fișa 1. Evaluarea clinică a pacientului cu mucozită

Element evaluat	Detalii de urmărit
Anamneză	Debutul simptomelor, tipul tratamentului oncologic (chimioterapie, radioterapie, terapii țintite), ciclul curent, episoade anterioare de mucozită
Simptome principale	Durere orală (intensitate), dificultăți la masticăție și deglutiție, tulburări de vorbire, modificarea gustului, scăderea aportului alimentar și hidridic
Inspekția cavității orale	Buze, gingii, mucoasă jugală, limbă, palat dur/ moale, orofaringe: eritem, edem, ulceratii, pseudomembrane, zone de sângerare, traumatisme (dinți fracturați, proteze)
Elemente de severitate	Imposibilitatea alimentației solide/ lichide, dificultate majoră la vorbire, hipersalivație sau xerostomie marcată
Context general	Temperatura, frison, stare generală, semne de deshidratare (mucoase uscate, hipotensiune ortostatică), scădere ponderală recentă

Fișa 2. Evaluare boală de bază și comorbidități

Element evaluat	Detalii de urmărit
Status de performanță	Scale funcționale (ex. ECOG/ Karnofsky), nivel de autonomie, capacitatea de autoîngrijire și de alimentație independentă
Prognostic estimat	Orizont de timp aproximativ (zile–săptămâni–luni), tratamente oncologice active sau finalizate, răspuns la terapiile anterioare
Obiective de îngrijire	Preferințele pacientului: control tumoral activ vs. focalizare pe confort, dorința de a continua/ opri tratamentele agresive
Comorbidități majore	Boli cardiovasculare, diabet, BPOC, insuficiență renală/ hepatică, tulburări de coagulare, infecții active
Medicație concomitentă	Opioide, AINS, anticoagulante, antiagregante, imunosupresoare, medicamente cu potențial de interacțiune sau efecte asupra mucoasei
Stare nutrițională și hidratare	IMC (indice de masă corporală) aproximativ, scădere ponderală recentă, aport alimentar și hidric zilnic, semne clinice de malnutriție și deshidratare
Suport familial și social	Prezența îngrijitorilor, capacitatea familiei de a susține igiena orală, alimentația și monitorizarea simptomelor la domiciliu

Fișa 3. Gradarea OMS a mucozitei

Grad OMS	Descriere clinică	Impact funcțional principal
0	Fără modificări ale mucoasei	Fără simptome, alimentație normală
1	Eritem, disconfort ușor	Alimentație solidă posibilă, disconfort minim
2	Ulcere, dar alimentația solidă încă posibilă	Durere moderată, pacientul poate mânca solide cu dificultate
3	Ulcere extinse, necesară alimentația lichidă	Durere severă, alimentația solidă imposibilă, doar lichid
4	Alimentație imposibilă, necesar suport nutrițional enteral/ parenteral	Durere foarte severă, imposibilitate alimentație orală

Fișa 4. Intervenții profilactice în mucozită

Domeniu	Intervenție profilactică
Igienă orală de bază	Periaj de 2 ori/zi cu periuță moale și pastă blândă cu fluor; clătiri frecvente cu ser fiziologic/soluție salină; evitarea apei de gură iritante.
Corectarea factorilor locali	Ajustarea/îndepărtarea protezelor necorespunzătoare, netezirea dinților fracturați sau margini ascuțite; consult stomatologic înainte și în timpul tratamentului.
Educația pacientului	Informare privind semnele precoce (eritem, arsură, durere), evitarea alimentelor iritante (picante, acide, dure), importanța raportării rapide a simptomelor.
Dietă și hidratare	Încurajarea consumului de alimente moi/ semisolide, reci sau la temperatura camerei; hidratare adecvată, fracționată; evitarea băuturilor foarte fierbinți sau acide.

Intervenții specifice	Crioterapie orală la administrarea de 5- fluorouracil în bolus, acolo unde este fezabil;
Prevenția infecțiilor	Supravegherea candidozei orale și tratamentul precoce dacă apare; evitarea utilizării profilactice de rutină a clorhexidinei

Fișa 5 - Tratamentul simptomatic al mucozitei

Componentă	Intervenții simptomatice recomandate
Durere (principiu general)	Tratament conform scalei de analgezie OMS, adaptat contextului paliativ: de la analgezice non-opioide la opioide slabe și opioide puternice, în funcție de intensitatea durerii
Analgezie sistemică	Alegerea și titrarea analgezicelor (non-opioide, opioide slabe, opioide puternice) în funcție de scorul durerii, vârstă, funcție de organ și tratamente concomitente
Analgezie locală	Clătiri cu morfină (ex. 10–20 mg în 10 ml soluție, clătire 2–5 minute și scuipare); geluri mucoadezive (acid hialuronic) pentru protecție și reducerea contactului dureros
Suport dietetic și hidratare	Preferință pentru alimente reci/ semisolide, evitarea alimentelor fierbinți sau iritante; suplimente orale și, în forme severe, nutriție enterală/ parenterală conform obiectivelor de îngrijire
Adjuvanți psihologici/farmacologici	La nevoie, suport psihologic și/ sau medicație adjuvantă pentru anxietate și tulburări de somn

Fișa 6 - Complicațiile mucozitei

Complicație urmărită	Elemente de monitorizat/ intervenții
Suprainfecție fungică	Plăci albicioase aderente, arsură, disfagie; recoltare de frotiu dacă este necesar; inițiere tratament antifungic local/ sistemic doar la candidoză documentată
Suprainfecție bacteriană	Febră, eritem intens, exsudat purulent, halitoză severă; evaluare clinică și paraclinică; antibiotice țintite în funcție de suspiciunea clinică
Sepsis	Febră/ potențial hipotermie, tahicardie, alterarea stării generale, hipotensiune arterială; criterii de spitalizare și tratament de urgență conform protocolului local
Malnutriție	Scădere ponderală recentă, aport alimentar insuficient, fatigabilitate; evaluare nutrițională, suplimente orale, nutriție enterală/ parenterală dacă este în acord cu obiectivele paliative.
Deshidratare / tulburări electrolitice	Mucoase uscate, hipotensiune ortostatică, oligurie; necesar de hidratare orală/ i.v și monitorizarea electroliților (Na, K) la pacienții cu risc
Impact psihologic	Anxietate, depresie, izolare socială din cauza durerii și dificultății de vorbire/ alimentație; oferirea de suport psihologic și/ sau intervenții farmacologice adecvate.

V. STUDIU DE CAZ

Prezentarea cazului

- **Context clinic-** pacient de 70 de ani, cu sindrom mieloproliferativ cronic tip policitemie vera (PRV) tratat cu hidroxiuree și cu poliartrită reumatoidă în tratament cronic cu metotrexat săptămânal, se prezintă cu durere orală intensă (8/ 10 SAV), imposibilitatea alimentației solide și lichide și scădere ponderală recentă, episoade diareice.
- **Examenul clinic obiectiv:** se evidențiază eritem difuz și ulcerații extinse la nivelul mucoasei jugale, limbii și palatului dur, acoperite de depozite fibrinoase, fără leucoplazii sau leziuni suspecte tumoral.
- **Investigații paraclinice:** neutropenie ușoară și anemie moderată, retenție azotată moderată.

Managementul etapizat al cazului

- **Confirmare diagnostic:** mucozită grad. 3 OMS, în contextul tratamentului cu metotrexat
- **Revizuire tratamente:** suspendarea temporară a metotrexatului și reevaluarea indicației sale împreună cu medicul reumatolog; verificarea dozelor de hidroxiuree și a altor medicamente cu potențial mielotoxic sau interacțiuni
- **Îngrijire orală de bază:** igienă orală blândă (periuță moale, clătiri cu ser fiziologic/ bicarbonat)
- **Controlul durerii:** analgezie conform scalei OMS de evaluare a durerii: morfină 2,5 mg s.c. la 6 ore cu 2,5 mg la nevoie plus analgezie locală (gel mucoadeziv)
- **Suport nutrițional:** nutriție parenterală- soluții perfuzabile – glucoză 10%, aminoplasma- 1 fl/ zi, i.v
- **Monitorizare complicații:** supravegherea candidozei orale și a infecțiilor bacteriene (culturi la nevoie) și tratament țintit; monitorizarea semnelor de sepsis, deshidratare și dezechilibre electrolitice
- **Reevaluare:** reevaluarea periodică a durerii, aportului oral și a gradului mucozitei, reluarea sau schimbarea tratamentului cu metotrexat doar după remisia mucozitei și stabilizarea funcției renale.

VI. PARTICULARITĂȚI ÎN INSUFICIENȚE DE ORGAN

- Ghidurile ESMO/ MASCC pentru mucozită subliniază că alegerea analgezicelor, antifungicelor și a suportului nutrițional trebuie individualizată în funcție de comorbidități și de funcția hepatică/ renală, mai ales la pacienții vârstnici și fragili (Peterson și col., 2011; Peterson și col., 2015; Elad și col., 2020).
- Ghidul ASCO de paliativ pentru pacienții cu cancer recomandă adaptarea dozelor de opioide și a medicației adjuvante la clearance-ul renal și funcția hepatică, cu ajustări treptate și reevaluare frecventă a efectelor adverse (Sanders și col., 2024).
- Manualele de farmacoterapie atrag atenția că AINS, unele antifungice sistemice și nutriția parenterală pot agrava o insuficiență renală sau hepatică preexistentă, motiv pentru care, la pacienții cu mucozită în IP, accentul trebuie pus pe măsuri locale, suport nutrițional prudent și analgezie adaptată funcției de organ (DiPiro și col., 2013).

VII. PARTICULARITĂȚI ÎN PEDIATRIE

- La copii mucozita este foarte frecventă, în special în leucemii acute și regimuri mieloablativă, cu rate de mucozită moderat–severă de peste 70% uneori, ceea ce duce frecvent la spitalizare prelungită și suport nutrițional (Bahari și col., 2021).
- Evaluarea severității trebuie adaptată vârstei, folosind scale validate și implicând părinții în observarea zilnică a cavității orale și raportarea durerii, mai ales la copilul mic care nu poate descrie clar simptomele (Miranda-Silva și col., 2021).
- Protocolul de igienă orală de bază (periaj blând, clătiri non-iritante, evitarea alimentelor dure /iritante) este esențial și trebuie integrat în rutina zilnică a copilului, cu suport educațional pentru familie (Bahari și col., 2025; Miranda- Silva și col., 2021).
- Intervenții precum fotobiomodularea sau anumiți agenți topici au date promițătoare la copii, dar ghidurile atrag atenția că dovezile rămân limitate și recomandă individualizarea deciziilor terapeutice în centre cu experiență (Miranda-Silva și col., 2021).

VIII. REZUMAT

În îngrijirea paliativă, mucozita este o cauză importantă de durere, malnutriție și afectare a comunicării, iar managementul ei trebuie să fie orientat spre controlul simptomelor, prevenirea infecțiilor și menținerea confortului și a calității vieții, prin măsuri simple de îngrijire orală, analgezie sistemică/ locală și suport nutrițional adaptat pacientului.

Mesaje cheie

Mucozita este frecventă la pacienții cu boală avansată și se asociază cu durere intensă, dificultăți la alimentație și vorbire, izolare socială și suferință psihologică, evaluarea regulată fiind esențială. Îngrijirea orală de bază (clătiri blânde, menținerea umidității orale, adaptarea/ îndepărtarea protezelor) este o intervenție cu impact mare, ce poate fi efectuată de echipa de îngrijire și familie, cu instruire minimă.

Controlul durerii trebuie să fie multimodal: pe cale sistemică conform scalei de analgezie OMS, în asociere cu topice analgezice sau protectoare mucozale acolo unde sunt disponibile și bine tolerate.

Deciziile legate de nutriție (textura alimentelor, hidratare parenterală/ enterală) trebuie individualizate, echilibrând beneficiul simptomatic, prognosticul și preferințele pacientului, cu scop predominant de confort.

Bibliografie

1. Bahari, H., Ghanam, A., Hajaj, H., Elouali, A., Babakhouya, A., & Rkain, M. (2025). Chemotherapy-induced mucositis in pediatric oncology: Experience from 145 cases at the Mohammed VI University Hospital, Oujda. *Cureus*, 17(4), e82885.
2. Bardellini, E., Amadori, F., Schumacher, R. F., D'Ippolito, C., Porta, F., & Majorana, A. (2016). Efficacy of a solution composed by verbascoside, polyvinylpyrrolidone, and sodium hyaluronate (Mucosyte) in the treatment of chemotherapy-induced oral mucositis in children with acute lymphoblastic leukemia. *Supportive Care in Cancer*, 24(6), 2413–2420.

3. Bensinger, W., Schubert, M., Ang, K. K., Brizel, D., Brown, E., Eilers, J. G., Elting, L., Mittal, B. B., Schattner, M. A., Spielberger, R., Treister, N. S., & Trotti, A. M. (2008). NCCN Task Force report: Prevention and management of mucositis in cancer care. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, 6(Suppl. 1), S1–S21. <https://doi.org/10.6004/jnccn.2008.2001>
4. Bjordal, J. M., Bensadoun, R.-J., Tunér, J., Frigo, L., Gjerde, K., & Lopes-Martins, R. Á. B. (2011). A systematic review with meta-analysis of the effect of low-level laser therapy (LLLT) in cancer therapy-induced oral mucositis. *Supportive Care in Cancer*, 19(8), 1069–1077.
5. DiPiro, J. T., Talbert, R. L., Yee, G. C., Matzke, G. R., Wells, B. G., & Posey, L. M. (2013). *Pharmacotherapy: Principles and practice* (3rd ed., pp. 1725–1726). McGraw-Hill Education.
6. Elad, S., Cheng, K. K. F., Lalla, R. V., Yarom, N., Hong, C., Logan, R. M., Bowen, J., Gibson, R., Saunders, D. P., Zadik, Y., Ariyawardana, A., Correa, M. E., Ranna, V., & Bossi, P. (2020). MASCC/ISOO clinical practice guidelines for the management of mucositis secondary to cancer therapy: 2019/2020 update. *Cancer*, 126(19), 4423–4431.
7. Elting, L. S., Cooksley, C. D., Chambers, M. S., & Garden, A. S. (2008). Risk, outcomes, and costs of radiation-induced oral mucositis among patients with head-and-neck malignancies. *Cancer*, 113(10), 2704–2713.
8. Epstein, J. B., & Schubert, M. M. (2003). Oral mucositis in cancer therapy. *Oral Oncology*, 39(5), 429–438.
9. Lalla, R. V., Bowen, J., Barasch, A., Elting, L., Epstein, J., Keefe, D. M., McGuire, D. B., Migliorati, C., Nicolatou-Galitis, O., Peterson, D. E., & Sonis, S. T. (2014). MASCC/ISOO Clinical Practice Guidelines for the management of mucositis secondary to cancer therapy. *Cancer*, 120(10), 1453–1461.
10. Miranda-Silva, W., Gomes-Silva, W., Zadik, Y., Yarom, N., Al-Azri, A. R., Hong, C. H. L., Ariyawardana, A., Saunders, D. P., Correa, M. E., Arany, P. R., Bowen, J., Cheng, K. K. F., Tissing, W. J. E., Bossi, P., & Elad, S.; Mucositis Study Group of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer / International Society for Oral Oncology (MASCC/ISOO). (2021). MASCC/ISOO clinical practice guidelines for the management of mucositis: Sub-analysis of current interventions for the management of oral mucositis in pediatric cancer patients. *Supportive Care in Cancer*, 29(7), 3539–3562.
11. Pappas, P. G., Kauffman, C. A., Andes, D. R., Clancy, C. J., Marr, K. A., Ostrosky-Zeichner, L., Reboli, A. C., Schuster, M. G., Vazquez, J. A., Walsh, T. J., Zaoutis, T. E., & Sobel, J. D. (2016). Clinical practice guideline for the management of candidiasis: 2016 update by the Infectious Diseases Society of America. *Clinical Infectious Diseases*, 62(4), e1–e50.
12. Peterson, D. E., Bensadoun, R.-J., & Roila, F. (2011). Management of oral and gastrointestinal mucositis: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Annals of Oncology*, 22(Suppl. 6), vi78–vi84. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdr391>
13. Peterson, D. E., Boers-Doets, C. B., Bensadoun, R. J., & Herrstedt, J. (2015). Management of oral and gastrointestinal mucosal injury: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment, and follow-up. *Annals of Oncology*, 26(Suppl. 5), v139–v151.
14. Ripamonti, C. I., Zecca, E., Brunelli, C., Fagnoni, E., Maltoni, M., Ricchini, F., Ferrari, D., & Pizzuto, M. (2007). Comparing pain control and ability to eat and drink with standard therapy vs. Gelclair in patients with radiotherapy-induced oral mucositis. *Supportive Care in Cancer*, 15(4), 427–435.
15. Rubenstein, E. B., Peterson, D. E., Schubert, M., Keefe, D., McGuire, D., Epstein, J., Elting, L. S., Fox, P. C., Cooksley, C., & Sonis, S. T. (2004). Clinical practice guidelines for the prevention and treatment of cancer therapy-induced oral mucositis. *Cancer*, 100(9 Suppl), 2026–2046.
16. Sanders, J. J., Temin, S., Ghoshal, A., Alesi, E. R., Vunoro Ali, Z., & Chauhan, C. (2024). Palliative care for patients with cancer: ASCO guideline update. *Journal of Clinical Oncology*, 42(19), 2336–2357.
17. Sonis, S. T. (2004). The pathobiology of mucositis. *Nature Reviews Cancer*, 4(4), 277–284.
18. Spielberger, R., Stiff, P., Bensinger, W., Gentile, T., Weisdorf, D., Kewalramani, T., Shea, T., Yanovich, S., Hansen, K., Noga, S., McCarty, J., LeMaistre, C. F., Sung, E. C., Blazar, B. R., Elhardt, D., Chen, M. G., & Emmanouilides, C. (2004). Palifermin for oral mucositis after intensive therapy for hematologic cancers. *The New England Journal of Medicine*, 351(25), 2590–2598.
19. Vayne-Bossert, P., Escher, M., de Vautibault, C. G., Dulguerov, P., Allal, A., Desmeules, J., Herrmann, F. R., & Pautex, S. (2010). Effect of topical morphine (mouthwash) on oral pain due to chemotherapy- and/or radiotherapy-induced mucositis: A randomized double-blinded study. *Journal of Palliative Medicine*, 13(2), 125–128.
20. Vokurka, S., Skardová, J., Hrušková, R., Kabátová-Maxová, K., Svoboda, T., Bystrická, E., Steinerová, K., & Koza, V. (2011). The effect of polyvinylpyrrolidone–sodium hyaluronate gel (Gelclair) on oral microbial colonization and pain control compared with other rinsing solutions in patients with oral mucositis after allogeneic stem cell transplantation. *Medical Science Monitor*, 17(10), CR572–CR578.

21. Xia, J., Tao, X., Hu, Q., Zhang, S., Li, Y., Wang, L., Chen, H., Liu, J., Zhao, X., & Zhou, Y. (2025). Expert consensus on the prevention and treatment of radiochemotherapy-induced oral mucositis. *International Journal of Oral Science*, 17, 54.
22. Zadik, Y., Arany, P. R., Fregnani, E. R., Bossi, P., Antunes, H. S., Bensadoun, R.-J., Gueiros, L. A., Majorana, A., Nair, R. G., Ranna, V., Tissing, W. J. E., Vaddi, A., Lubart, R., Migliorati, C. A., & Lalla, R. V. (2019). Systematic review of photobiomodulation for the management of oral mucositis in cancer patients and clinical practice guidelines. *Supportive Care in Cancer*, 27(10), 3969–3983.

Capitolul 3.14
Nutriția și dietetica în
îngrijirea paliativă oncologică

Autor: Vladimir Poroach

I. ASPECTE TEORETICE

În oncologie, malnutriția este frecvent întâlnită la pacienții cu boală avansată, afectând între 60% și 80% dintre aceștia și fiind asociată cu scăderea calității vieții, deteriorarea statusului funcțional și creșterea mortalității (Arends et al., 2017). În îngrijirea paliativă, nutriția nu are ca scop corectarea completă a deficitului nutrițional, ci adaptarea alimentației la nevoile, toleranța și dorințele pacientului (Davis & Panikkar, 2017).

Scopul prezentului ghid clinic este de a oferi un cadru standardizat pentru evaluarea și intervenția nutrițională la pacienții oncologici aflați în îngrijire paliativă, prin identificarea precoce a riscului de malnutriție, adaptarea intervențiilor nutriționale la simptomatologia pacientului, susținerea deciziilor clinice și etice privind nutriția artificială, precum și prin îmbunătățirea confortului și a calității vieții pacientului.

Ghidul a fost elaborat pe baza analizei literaturii de specialitate, incluzând: ghidurile ESPEN (The European Society for Clinical Nutrition and Metabolism) privind nutriția în cancer (Arends et al., 2017); ghidurile ESMO (European Society of Medical Oncology) pentru suportul nutrițional al pacienților oncologici (Arends et al., 2021); ghidurile NCCN pentru îngrijire paliativă (National Comprehensive Cancer Network [NCCN], 2023); studii clinice și articole de sinteză publicate în reviste indexate.

Abordarea nutrițională în paliatie necesită colaborarea unei echipe multidisciplinare, incluzând medicul, dieteticianul, asistentul medical, psihologul și familia pacientului. Intervenția nutrițională trebuie să fie individualizată și flexibilă, centrată pe pacient și orientată predominant spre confort și plăcerea alimentației, fiind lipsită de restricții dietetice nejustificate. Forțarea alimentației trebuie evitată, în special în stadiile avansate ale bolii, întrucât nu s-a demonstrat un beneficiu asupra supraviețuirii și poate contribui la accentuarea disconfortului fizic și psihologic al pacientului (Radbruch et al., 2009).

Nutriția artificială este considerată o intervenție medicală care trebuie indicată doar atunci când beneficiile anticipate asupra confortului și calității vieții depășesc riscurile și povara intervenției (Bruera et al., 2013). Studiile arată că în stadiile terminale ale bolii oncologice nutriția artificială nu îmbunătățește supraviețuirea și poate agrava simptomatologia (Arends et al., 2017).

Deciziile privind nutriția în îngrijirea paliativă trebuie să respecte principiile autonomiei, beneficiului, non-maleficenței și proporționalității (Beauchamp & Childress, 2019). Neinițierea sau întreruperea nutriției artificiale nu reprezintă abandon terapeutic și este acceptată etic și profesional în îngrijirea paliativă (Radbruch et al., 2009).

Nutriția și dietetica în îngrijirea paliativă oncologică trebuie abordate într-o manieră individualizată, empatică și bazată pe dovezi. Intervențiile nutriționale trebuie aliniate obiectivelor de îngrijire paliativă, având ca scop principal confortul și calitatea vieții pacientului.

II. RECOMANDĂRI

În elaborarea acestor recomandări au fost prioritizate datele provenite din meta-analize recente (2023-2025) și ghiduri clinice internaționale (ESPEN, ESMO, NCCN), conform standardelor de practică bazată pe dovezi.

Recomandare 1: Se recomandă un aport proteic crescut, de 1.2 – 1.5 g/ kg corp/ zi (ideal 1.5 g/ kg), la pacienții oncologici aflați în tratament activ sau în fază de boală cronică stabilă, pentru a menține masa musculară și a reduce riscul de toxicitate a tratamentului (Delsoglio et al., 2025).

Criteriu	Evaluare	Explicație scurtă
Calitatea dovezilor	Înaltă	Meta-analiză din 2024 pe 3700 de pacienți a confirmat că suplimentarea proteică (și adăugarea de Omega-3) reduce pierderea în greutate și inflamația sistemică. Studiile arată constant că un aport <1.2 g/ kg duce la pierderea masei musculare.
Beneficii	Menținerea masei musculare, reducerea complicațiilor post-operatorii, toleranță mai bună la chimioterapie.	
Riscuri / Daune	Minime la pacienții cu funcție renală normală.	
Valori și preferințe ale pacientului	Pacienții prioritizează menținerea forței fizice și a autonomiei.	
Resurse necesare	Consiliere dietetică, acces la alimente bogate în proteine sau suplimente orale hiperproteice.	
Forța recomandării	Puternică	Beneficiile depășesc clar riscurile. Este o intervenție esențială pentru a preveni instalarea cașexiei refractare.

Recomandare 2: NU se recomandă inițierea nutriției parenterale (pe venă) la pacienții cu o speranță de viață estimată sub 2-3 luni, cu status de performanță alterat (Karnofsky < 50) sau cu cașexie refractară, decât în cazuri strict selecționate (ex. obstrucție intestinală) (Chow et al., 2025).

Criteriu	Evaluare	Explicație scurtă
Calitatea dovezilor	Moderată	O meta-analiză actualizată din 2025 (49 studii, n=6361) confirmă că nutriția parenterală prezintă un risc semnificativ mai mare de complicații infecțioase comparativ cu alte metode, fără a reduce mortalitatea.
Beneficii	Limitare: poate prelungi viața cu câteva săptămâni strict în insuficiența intestinală benignă, dar nu în cancerul terminal.	
Riscuri/ Daune	Risc dovedit de sepsis de cateter (infecții de flux sanguin), tromboze și imobilizare.	

Valori și preferințe ale pacientului	Există adesea un conflict: familiile insistă pentru nutriție („să facem totul”), în timp ce pacienții conștienți preferă adesea confortul acasă, fără dispozitive invazive.	
Resurse necesare	Foarte ridicate: costuri mari (soluții perfuzabile, pompe), necesită echipă medicală specializată sau instruire complexă pentru domiciliu.	
Forța recomandării	Puternică	Riscul de infecție și povara spitalizării depășesc beneficiile pentru pacienții cu prognostic scurt.

Recomandare 3: Nu se recomandă postul intermitent ca standard de practică pentru pacienții oncologici cu risc nutrițional sau sarcopenie. Deși există date preliminare privind reducerea toxicității, riscul de a agrava malnutriția și pierderea de masă musculară este preponderent (Maes et al., 2025).

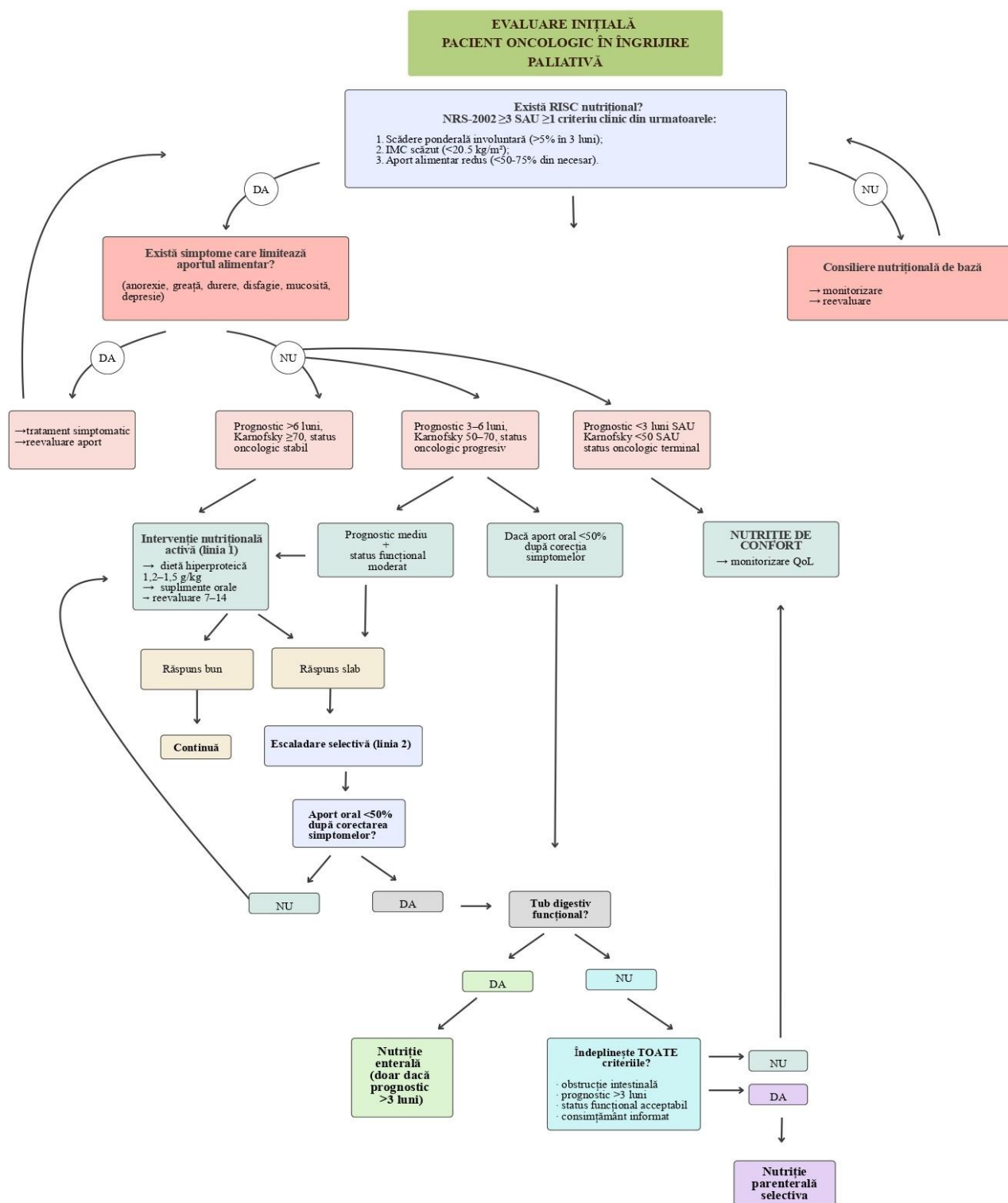
Criteriu	Evaluare	Explicație scurtă
Calitatea dovezilor	Scăzută	Dovezile sunt contradictorii. Meta-analizele recente (2025) concluzionează că nu există dovezi robuste care să susțină superioritatea postului în reducerea toxicității chimioterapiei. Unele studii mici pe cancer mamar sugerează beneficii, dar datele nu pot fi generalizate.
Beneficii	Posibilă reducere a greții/ oboselii (neconfirmată la scară largă).	
Riscuri/ Daune	Risc major de pierdere în greutate și masă musculară, hipoglicemie, slăbiciune accentuată la pacienții deja fragili.	
Valori și preferințe ale pacientului	Unii pacienți doresc să încerce postul pentru a avea un sentiment de control, dar adesea subestimează riscul de slăbire.	
Resurse necesare	Monitorizare atentă pentru a preveni malnutriția severă.	
Forța recomandării	Slabă	Decizia trebuie individualizată strict. Este contraindicat total la pacienții cu cașexie sau IMC scăzut.

Recomandarea 4: Nu se recomandă administrarea de rutină a vitaminelor și micronutrienților în doze mari (multivitamine orale sau „cocktail-uri” perfuzabile) cu scopul de a trata cancerul sau de

a preveni recidiva. Utilizarea antioxidantilor în timpul chimioterapiei și radioterapiei este contraindicată, din cauza riscului de a reduce eficacitatea tratamentului oncologic (Loftfield et al., 2024; Woldeselassie & Tamene, 2024).

Criteriu	Evaluare	Explicație scurtă
Calitatea dovezilor	Înaltă	Un studiu de cohortă major din 2024 (n=390.124) a demonstrat că utilizarea multivitaminelor nu reduce mortalitatea globală sau prin cancer (Loftfield et al., 2024). Review-urile recente (2024) avertizează că antioxidanții pot proteja celula tumorală de efectul citotoxic al tratamentului (Woldeselassie & Tamene, 2024).
Beneficii	Nu s-a demonstrat prelungirea supraviețuirii sau îmbunătățirea calității vieții prin suplimentare de rutină (Loftfield et al., 2024).	
Riscuri / Daune	Majore în timpul tratamentului: Dozele mari de antioxidanți (Vit. C, E) pot neutraliza efectul citotoxic al chimioterapiei și al radioterapiei, scăzând șansele de control al bolii (Woldeselassie & Tamene, 2024). Risc de flebite și supraîncărcare volemică la perfuzii.	
Valori și preferințe ale pacientului	Pacienții și familiile solicită frecvent „perfuzii de întărire”, având convingerea eronată că acestea le vor reda energia sau imunitatea. Este necesară consilierea pentru a corecta această percepție.	
Resurse necesare	Costuri financiare inutile și semnificative pentru pacient sau sistemul sanitar. Timp suplimentar alocat personalului medical pentru administrări care nu aduc beneficiu.	
Forța recomandării	Puternică (împotriva)	Lipsa beneficiului vital și riscul teoretic de a proteja tumora justifică oprirea acestei practici costisitoare.

III. ALGORITMUL DE MANAGEMENT AL NUTRIȚIEI ÎN ÎNGRIJIREA PALIATIVĂ ONCOLOGICĂ



IV. FIȘE SUPORT

Fișa 1

A. Tabel comparativ: Mituri nutriționale și balanța riscurilor

Intervenție	Efect în PREVENȚIE (Om sănătos)	Efect în ONCOLOGIE (Pacient aflat în tratament activ/paliativ)
Postul intermitent (Clifton et al., 2021; Liu et al., 2025; Maes et al., 2025)	Reduce inflamația și rezistența la insulină.	Tumora are un metabolism exclusiv glicolitic și consumă glucoză continuu („efectul Warburg”). În perioadele în care pacientul nu se alimentează (post alimentar), în lipsa aportului exogen de glucoză, necesarul de glucoză al celulelor tumorale este asigurat din surse endogene, prin procesul de neoglucogeneză din aminoacizi glucoformatori (glucogeni), lactat, piruvat și glicerol; sursa primară de aminoacizi glucogeni este catabolismul proteinelor musculare (proteoliză). Activarea acestei căi metabolice duce la pierderea masei musculare (Arends et al., 2021; Faiad et al., 2025).
Excluderea proteinelor animale (Faiad et al., 2025)	Scade riscul unor cancere digestive.	Pacientul oncologic are rezistență anabolică. Proteinele animale (bogate în leucină) sunt esențiale pentru refacerea țesuturilor afectate de tratament.
Antioxidanți (doze mari) (Muscaritoli et al, 2021)	Protecție celulară	Pot interfera cu mecanismul de acțiune oxidativ al radioterapiei și chimioterapiei, protejând celula tumorală.

B. Informații cheie (“de reținut”)

* Mecanismul cetozei: În faza terminală, lipsa aportului alimentar induce cetoză, care are efect natural analgezic. Nutriția forțată poate întrerupe acest confort. (Muscaritoli et al, 2021)
Intervențiile de tipul nutriției în această fază sunt așadar non-benefice pacientului.

* Riscul hiperhidratării: Administrarea de lichide i.v. > 1L/zi la pacientul muribund (în stare terminală) poate cauza secreții bronșice excesive ("death rattle") și supraîncărcarea volumică a ventriculului stâng, precipitând riscul de edem pulmonar (Chow et al., 2025; Muscaritoli et al, 2021).

Fișa 2. Evaluarea nutrițională

Evaluarea nutrițională trebuie efectuată la inițierea îngrijirii paliative și repetată periodic, în funcție de evoluția clinică a pacientului (Davis & Panikkar, 2017).

Componentele evaluării nutriționale:

- pierdere ponderală involuntară;
- aport alimentar redus;

- prezența anorexiei;
- simptome digestive (greață, vărsături, disfagie, constipație, diaree);
- status funcțional (ECOG sau Karnofsky);
- preferințele și dorințele pacientului privind alimentația.

Se recomandă utilizarea instrumentelor validate, precum:

MUST <https://www.bapen.org.uk/screening-and-must/must-calculator>,

NRS-2002 <https://clinicalnutrition.science/en/nutriscreen/screenings/nrs-2002.html?utm>

Mini Nutritional Assessment (MNA) <https://www.mna-elderly.com/mna-forms> la pacienții vârstnici (Stratton et al., 2004).

V. PARTICULARITĂȚI ÎN INSUFICIENȚE DE ORGAN

Insuficiență Renală: La pacientul cu cașexie, se evită restricția proteică severă. Se utilizează formule renale specializate (sărace în K, P) cu aport controlat (0.8 - 1.0 g/kg pre-dializă; >1.2 g/kg în dializă).

Insuficiență Hepatică: Nu se restricționează proteinele decât în encefalopatia refractară, unde se preferă suplimente cu aminoacizi cu catenă ramificată (BCAA) (Arends et al., 2021; Muscaritoli et al, 2021).

VI. PARTICULARITĂȚI ÎN PEDIATRIE

Prezentul ghid se adresează exclusiv patologiei adulte. Necesarul nutrițional pediatric se calculează conform curbilor de creștere și protocoalelor SIOP.

VII. CAZ CLINIC

Pacientul G.T., 68 ani, sex M., diagnosticat cu neoplasm gastric avansat, inoperabil.
Motivul consultului: scădere severă în greutate și incapacitatea de a termina mesele.

ETAPA 1: EVALUARE ȘI DIAGNOSTIC (Secvențial)

Pasul 1: Evaluarea riscului nutrițional (Screening)

Se aplică NRS-2002.

Scor = 4 (Risc Sever).

Criteriu clinic: Scădere în greutate 12% în ultimele 3 luni.

Pasul 2: Evaluarea simptomelor care limitează aportul

Se identifică barierele specifice care împiedică pacientul să se alimenteze normal:

Sațietate precoce: Pacientul se simte „plin” după doar 2-3 linguri (din cauza tumorii gastrice care micșorează volumul stomacului).

Anorexie: Lipsa totală a poftei de mâncare.

Greață: Intermitentă, post-prandială.

Pasul 3: Estimare prognostic

Medicul oncolog estimează o speranță de viață de 3 - 6 luni (faza paliativă activă, dar nu terminală imediată).

Decizie: Pacientul nu este în faza terminală (când nu am mai aplica intervenții de tip nutrițional), însă, pe de altă parte, speranța sa de viață este limitată. Este nevoie de o intervenție care să îi susțină calitatea vieții în aceste luni, fără a fi excesiv de agresivă.

ETAPA 2: INTERVENȚIE PRIMARĂ (LINIA 1)

Având în vedere simptomele (sațietate precoce) și prognosticul intermediar, se încearcă optimizarea orală:

Management simptomatic:

Prokinetice (Metoclopramid) înainte de masă pentru a goli stomacul mai repede și a reduce greața. Corticoterapie (Dexametazonă) în doze mici pentru stimularea apetitului.

Plan dietetic:

Regim de tip „Finger Food” (volume foarte mici, concentrate caloric, la fiecare 2 ore).

Suplimentare orală (ONS):

Suplimente hipercalorice „Shot” (volum mic, 125 ml), băute cu paiul, foarte încet, între mese.

ETAPA 3: REEVALUARE (la 10-14 zile)

Status:

Simptomele de sațietate s-au ameliorat parțial, dar pacientul tot nu reușește să acopere mai mult de 50% din necesar.

Greutatea continuă să scadă rapid.

Slăbiciunea fizică se accentuează, limitând timpul petrecut cu familia.

Decizie: EȘEC al liniei 1.

*Deoarece pacientul are o speranță de viață estimată la 3-6 luni, a-l lăsa să se înfometeze ar însemna o degradare rapidă în următoarele săptămâni. Se justifică așadar o intervenție mai susținută.

ETAPA 4: INTERVENȚIE SECUNDARĂ (LINIA 2)

Se discută cu pacientul opțiunea nutriției artificiale pentru a „ocoli” pasajul gastric blocat.

Intervenție: Montare sondă nazo-jejunală / sau instituire jejunostomie (în funcție de preferința pacientului, dar și de condițiile locale care pot contraindica intervenția de instituire a sondei de jejunostomie) pentru a putea administra direct alimentele (evident, pasate / prelucrate sau soluțiile de nutriție enterală) direct la nivelul intestinului, evitând astfel pasajul prin stomacul invadat de tumoră.

Obiectiv: Menținerea energiei pentru lunile rămase, permițând pacientului să fie activ în familie, fără presiunea de a se forța / sau de a fi forțat să mănânce.

Monitorizare: Se administrează nutriție enterală pe timpul nopții, lăsând ziua liberă pentru confort.

VIII.REZUMAT

Nutriția în paliativă necesită o abordare duală: agresivă (energetică) în faza de tratament activ (pentru a preveni cașexia și a susține terapia) și conservatoare în faza terminală (pentru a maximiza confortul). Dovezile actuale nu susțin utilizarea postului alimentar sau a dietelor restrictive în timpul tratamentului oncologic activ.

Bibliografie

1. Arends, J., Bachmann, P., Baracos, V., et. al. (2017). ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients. *Clinical Nutrition*, 36(1), 11–48. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2016.07.015>
2. Arends, J., Strasser, F., Gonella, S., Solheim, T. S., Madeddu, C., Ravasco, P., Buonaccorso, L., de van der Schueren, M. A. E., Baldwin, C., Chasen, M., Ripamonti, C. I., & ESMO Guidelines Committee. Electronic address: clinicalguidelines@esmo.org (2021). Cancer cachexia in adult patients: ESMO Clinical Practice Guidelines[☆]. *ESMO open*, 6(3), 100092. <https://doi.org/10.1016/j.esmoop.2021.100092>
3. Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2019). *Principles of biomedical ethics* (8th ed.). Oxford University Press.
4. Bruera, E., Hui, D., Dalal, S., Torres-Vigil, I., & Parsons, H. A. (2013). Parenteral hydration in patients with advanced cancer: A multicenter, double-blind, placebo-controlled randomized trial. *Journal of Clinical Oncology*, 31(1), 111–118. <https://doi.org/10.1200/JCO.2012.44.6518>
5. Chow, R., Im, J. H. B., Arends, J., Del Fabbro, E., Mortensen-Truscott, L., Qeska, D., Balaji, S., Walsh, C., Watson, G., Lock, M., Prsic, E., Eng, L., Zimmermann, C., & Bruera, E. (2025). Enteral and parenteral nutrition in patients with cancer: complication rates compared-updated systematic review and meta-analysis. *BMJ supportive & palliative care*, 15(3), 281–290. <https://doi.org/10.1136/spcare-2024-005244>
6. Clifton, K. K., Ma, C. X., Fontana, L., & Peterson, L. L. (2021). Intermittent fasting in the prevention and treatment of cancer. *CA: a cancer journal for clinicians*, 71(6), 527–546. <https://doi.org/10.3322/caac.21694>
7. Davis, M. P., & Panikkar, R. (2017). Palliative medicine and nutrition. *Nutrition in Clinical Practice*, 32(2), 151–155. <https://doi.org/10.1177/0884533617692391>
8. Delsoglio, M., Capener, R., Smith, T. R., Donald, M., Hubbard, G. P., & Stratton, R. J. (2025). High-protein oral nutritional supplement use in patients with cancer reduces complications and length of hospital stay: a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in nutrition*, 12, 1654637. <https://doi.org/10.3389/fnut.2025.1654637>
9. Faiad, J., Andrade, M. F., de Castro, G., de Resende, J., Coêlho, M., Aquino, G., & Seelaender, M. (2025). Muscle loss in cancer cachexia: what is the basis for nutritional support?. *Frontiers in pharmacology*, 16, 1519278. <https://doi.org/10.3389/fphar.2025.1519278>
10. Liu, X., Meng, Q., Fan, W., Ning, L., & Ge, L. (2025). The effects of intermittent fasting on anthropometric indices, glycemic profile, chemotherapy-related toxicity, and subjective perception in gynecological and breast cancer patients: a systematic review and meta-analysis. *BMC cancer*, 25(1), 419. <https://doi.org/10.1186/s12885-025-13806-9>
11. Loftfield, E., O'Connell, C. P., Abnet, C. C., Graubard, B. I., Liao, L. M., Beane Freeman, L. E., Hofmann, J. N., Freedman, N. D., & Sinha, R. (2024). Multivitamin Use and Mortality Risk in 3 Prospective US Cohorts. *JAMA network open*, 7(6), e2418729. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.18729>
12. Maes, J., Durieux, V., Liebmman, M., Salmon, M., & Preiser, J. C. (2025). Impact of intermittent fasting on patients with cancer undergoing chemotherapy and/or targeted therapies: a systematic review of the literature. *Supportive care in cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 33(10), 863. <https://doi.org/10.1007/s00520-025-09907-7>
13. Muscaritoli, M., Arends, J., Bachmann, P., et. al. (2021). ESPEN practical guideline: Clinical Nutrition in cancer. *Clinical nutrition (Edinburgh, Scotland)*, 40(5), 2898–2913. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2021.02.005>
14. National Comprehensive Cancer Network. (2023). NCCN clinical practice guidelines in oncology: Palliative care. NCCN.
15. Woldeselassie, M., & Tamene, A. (2024). Therapeutic controversies over use of antioxidant supplements during cancer treatment: a scoping review. *Frontiers in nutrition*, 11, 1480780. <https://doi.org/10.3389/fnut.2024.1480780>

Capitolul 3.15

Pruritul

Autor: Alexandra Kovacs

Revizor: Vladimir Porocho

I. ASPECTE TEORETICE

Context și relevanță clinică

Pruritul reprezintă un simptom frecvent întâlnit la pacienții cu boli cronice avansate și constituie o problemă clinică importantă în îngrijirea paliativă. Deși este adesea subraportat sau subevaluat, pruritul poate avea un impact major asupra calității vieții, determinând tulburări de somn, anxietate, iritabilitate și afectarea stării psihologice (Seccareccia & Gebara, 2011).

Literatura din domeniul îngrijirilor paliative și dermatologiei subliniază faptul că pruritul este frecvent asociat cu afecțiuni sistemice precum insuficiența renală cronică, bolile hepatice colestatice, afecțiunile hematologice maligne și unele neoplazii solide (Weisshaar et al, 2025). În aceste situații, pruritul este adesea multifactorial și poate fi determinat atât de mecanisme periferice cutanate, cât și de mecanisme centrale neurologice sau neurochimice.

Etiologia pruritului în îngrijirea paliativă

Studiile din îngrijirea paliativă indică faptul că pruritul este frecvent asociat cu următoarele condiții clinice: insuficiența renală cronică (prurit uremic), colestaza hepatică, limfoame și alte boli hematologice, neoplazii solide, infecția HIV, reacții adverse medicamentoase, inclusiv cele induse de opioide (Seccareccia & Gebara, 2011).

Pruritul uremic și cel colestatic sunt printre cele mai frecvente forme întâlnite în practica clinică paliativă și sunt adesea rezistente la tratamentele convenționale antihistaminice (Xander et al, 2013).

Evaluarea clinică a pruritului

Literatura de specialitate subliniază importanța unei evaluări sistematice a pruritului în cadrul îngrijirii paliative. Aceasta trebuie să includă o anamneză detaliată, examinarea clinică a pielii și, atunci când este necesar, investigații de laborator orientative (Weisshaar et al, 2025).

Evaluarea intensității pruritului se poate realiza prin instrumente validate, precum scala analogă vizuală (VAS) sau scala numerică de evaluare a simptomelor (NRS). Aceste instrumente permit monitorizarea evoluției simptomului și evaluarea răspunsului la tratament.

Strategii terapeutice

Intervenții non-farmacologice

Măsurile generale de îngrijire a pielii constituie prima linie de management și includ hidratarea adecvată a pielii, utilizarea emolientelor, evitarea iritanților cutanați și menținerea unui mediu ambiental confortabil (Twycross et al, 2003).

Xeroza cutanată este frecventă la pacienții vârstnici și la cei cu boli cronice avansate și poate exacerba pruritul. Prin urmare, hidratarea pielii este o intervenție esențială în managementul simptomului.

• Tratamentul farmacologic

Tratamentul farmacologic al pruritului în îngrijirea paliativă depinde de etiologia și mecanismul patogenetic al simptomului. Tratamentul topic include emoliente, preparate cu mentol sau camfor și corticosteroizi topici în cazul inflamației cutanate. În pruritul neuropatic localizat pot fi utilizate preparate cu Capsaicină (Weisshaar et al, 2025).

În cazul pruritului generalizat sau sever, sunt utilizate tratamente sistemice. Antihistaminicele sunt frecvent prescrise, însă eficacitatea lor este limitată în multe forme de prurit sistemic. În schimb, antidepresivele precum Paroxetina sau Mirtazapina au demonstrat efecte benefice în unele studii (Seccareccia & Gebara, 2011).

Anticonvulsivantele, în special Gabapentinul și Pregabalinul, sunt considerate opțiuni terapeutice eficiente în pruritul neuropatic și în pruritul uremic (Xander et al, 2013).

Pentru pruritul colestatic pot fi utilizate medicamente precum Rifampicina sau antagoniștii opioizi (de exemplu Naltrexona). În cazul pruritului indus de opioide, poate fi necesară ajustarea terapiei analgezice sau utilizarea unor medicamente adjuvante precum Ondansetronul (Weisshaar et al, 2025).

Lacune în literatură

În ciuda numărului tot mai mare de studii privind pruritul, literatura din domeniul îngrijirilor paliative evidențiază existența unor limitări importante ale dovezilor disponibile. Majoritatea studiilor sunt de dimensiuni reduse sau au un design heterogen, ceea ce limitează generalizarea rezultatelor (Xander et al, 2013).

De asemenea, există relativ puține studii randomizate controlate care să evalueze eficacitatea intervențiilor terapeutice în populația paliativă.

II. RECOMANDĂRI CU NIVELE DE EVIDENȚĂ

• Eficiența cremelor hidratante pentru managementul pruritului

Nivel de recomandare: Moderat

Recomandare: Utilizarea cremelor hidratante poate reduce pruritul în cazul pruritului generalizat însoțit de xeroză cutanată. Cu toate acestea, efectele asupra pruritului fără xeroză cutanată sunt neclare. Dacă cremele hidratante topice sunt ineficiente, se recomandă trecerea la alte opțiuni terapeutice.

Comentariu: Există mai multe rapoarte clinice privind efectele cremelor hidratante asupra pruritului la pacienții cu xeroză cutanată. Utilizarea heparinoidului timp de 2 săptămâni a fost raportată ca ameliorând pruritul într-un număr limitat de cazuri (Nivel de evidență Redus) (Satoh et al, 2021). Cremele hidratante pe bază de plante și cele care conțin uree, acid lactic și propilen glicol pot reduce pruritul în toate grupurile (Nivel de evidență Moderat) (Satoh et al, 2021). Pentru pruritul asociat cu insuficiență renală, scorul scalei analog vizuale (VAS) pentru prurit al grupului care a utilizat o cremă hidratantă topic (de două ori/zi, timp de 2 săptămâni) a scăzut comparativ cu cel al grupului care nu a utilizat o cremă hidratantă topic (Nivel de evidență Scăzut) (Satoh et al, 2021).

Pe baza celor de mai sus, se recomandă utilizarea clinică a cremelor hidratante pentru pruritul cauzat de xeroză cutanată. Pe de altă parte, nu există rapoarte privind efectele clinice ale cremelor hidratante topice asupra pruritului fără xeroză cutanată. Prin urmare, se recomandă trecerea la o altă metodă de tratament, dacă cremele hidratante sunt ineficiente pentru pruritul fără xeroză cutanată.

• Eficiența antihistaminicelor pentru managementul pruritului

Nivel de recomandare: Scăzut

Recomandare: Nu există studii cu un nivel ridicat de dovezi. Utilizarea sa poate fi luată în considerare, deși dovezile clinice nu sunt suficiente.

Comentariu: Deși au existat mai multe studii clinice care au implicat antihistaminice pentru bolile cutanate pruriginoase, inclusiv pruritul generalizat, aceste studii au avut niveluri scăzute de dovezi (Andreassi et al, 2004). Cu toate acestea, într-o analiză a bolilor cutanate pruriginoase, antihistaminicele au fost recomandate ca medicament de primă linie (Satoh et al, 2021), prin urmare acestea sunt recomandate ca fiind unul dintre medicamentele de primă linie chiar și pentru pruritul

generalizat. Ghidurile recomandă, de asemenea, administrarea suplimentară a altor antihistaminice, observând în același timp efectele secundare suplimentare și efectele antipruriginoase (Satoh et al, 2021). O analiză recentă privind pruritul cutanat a afirmat că utilizarea antihistaminicelor poate fi luată în considerare ca tratament inițial, deși nu au fost efectuate studii dublu-orb privind antihistaminicele pentru pruritul cutanat (Ashida et al, 2001). Clinic, selecția medicamentelor necesită o analiză detaliată, acordând atenție glaucomului, hiperplaziei prostatice și afectării hepatice sau scăderii funcției renale, care sunt observate cu o incidență ridicată la pacienții vârstnici. Nu există studii cu un nivel ridicat de dovezi. Utilizarea sa poate fi luată în considerare, deși dovezile clinice nu sunt suficiente.

- **Eficiența steroizilor topici pentru managementul pruritului**

Nivel de recomandare: Foarte Scăzut

Moderat pentru pruritul asociat leziunilor eczematoase

Recomandare: Efectele steroizilor topici asupra pruritului cutanat sunt neclare și nu există rapoarte cu niveluri ridicate de dovezi. În ceea ce privește pruritul anogenital, au existat rapoarte despre steroizii topici corespunzător nivelului de evidență moderat. Steroizii topici sunt recomandați numai dacă există leziuni eczematoase secundare.

Comentariu: În prezent, steroizii topici acoperiți de asigurări pentru pruritul cutanat includ doar Valeratul de Betametazonă, Acetonidul de Fluocinolonă și Dexametazona. Ghidurile Academiei Americane de Dermatologie pentru utilizarea glucocorticosteroizilor topici afirmă că „steroizii topici pot fi, de asemenea, eficienți pentru simptomele cutanate, cum ar fi senzațiile de arsură și prurit” (Satoh et al, 2021). Cu toate acestea, ghidurile nu au furnizat dovezi clare (Nivel de evidență Foarte Scăzut). Deși Valeratul de Betametazonă poate fi utilizat ca steroid topic pentru prurit, toate efectele menționate mai sus se pot baza pe boli din grupul prurigo (cum ar fi urticaria perstans și strophulus), dar nu este clar dacă este eficient pentru pruritul cauzat de urticarie sau pentru pruritul generalizat/localizat. Într-adevăr, utilizarea steroizilor topici nu este menționată în ghidurile globale pentru urticarie (Nivel de evidență Foarte Scăzut).

- **Eficiența Crotamiton topic pentru managementul pruritului**

Nivel de recomandare: Scăzut

Recomandare: Nu există studii privind efectele antipruriginoase ale Crotamitonului topic cu un nivel ridicat de dovezi. Utilizarea sa poate fi luată în considerare, dar nu există suficiente dovezi. De asemenea, nu este acoperit de asigurare.

Comentariu: Nu au fost efectuate analize de nivel înalt referitor la efectele antipruriginoase ale Crotamitonului asupra pruritului cutanat și sunt disponibile doar câteva serii de cazuri (Nivel de evidență Foarte Scăzut). În plus, într-un studiu dublu-orb, controlat cu placebo, care a evaluat efectele antipruriginoase ale Crotamitonului administrat singur în 31 de cazuri de dermatită atopică și înțepături de insecte (Satoh et al, 2021), nu a existat nici o diferență semnificativă în comparație cu substanța vehicul (Nivel de evidență Moderat).

- **Eficiența terapiei UV pentru managementul pruritului**

Nivel de recomandare Moderat pentru UV-B

Nivel de recomandare Foarte Scăzut pentru UV-A cu bandă îngustă, UV-A și excimeri

Recomandare: Nu au existat studii cu un nivel ridicat de dovezi care să analizeze utilitatea UV pentru pruritul generalizat/localizat. Cu toate acestea, rapoarte de caz recente au relevat utilitatea UV-B cu bandă largă pentru pruritul generalizat asociat cu disfuncție renală, sugerând că este o modalitate potențială de tratament. Pe de altă parte, studiile privind utilitatea UV-B și UV-A cu bandă îngustă au furnizat un nivel scăzut de dovezi. Terapia cu lumină UV nu este acoperită de asigurări.

Comentariu: Studii clinice randomizate controlate care au examinat utilitatea terapiei UV-B în bandă largă (290–320 nm) administrat de 6-8 ori, de două ori pe săptămână, pentru pruritul cauzat de insuficiența renală (Nivel de evidență Moderat și Scăzut) (Satoh et al, 2021) au raportat eficiență clinică. Mai mult, efectele au acoperit întregul corp, chiar dacă doar jumătate din corp a fost iradiată. Conform unei serii de cazuri efectuate pe 10 pacienți cu prurit generalizat asociat cu policitemia vera (Nivel de evidență Foarte Scăzut) (Satoh et al, 2021), iradierea cu UV-B cu bandă îngustă timp de 2-10 săptămâni (doză totală, 3271-7366 mJ/cm²) a obținut o remisie completă. Singurul efect secundar a fost eritemul la locul iradierii; cu toate acestea, la 8 luni după întreruperea tratamentului, a existat o recurență, pentru care iradierea continuă de aproximativ o dată pe săptămână a fost utilă. Pe de altă parte, o serie de cazuri a raportat că UV-B cu bandă largă, dar nu cu bandă îngustă, a fost utilă pentru pruritul generalizat asociat cu disfuncție renală (Nivel de evidență Foarte Scăzut) (Satoh et al, 2021).

Terapia Goeckerman s-a dovedit a fi eficientă la pacienții la care s-a obținut remisiune de 20% cu UV-B. Dintre cazurile la care s-a obținut doar o remisie de 20% prin radiațiile UV-B cu bandă largă, un caz a prezentat ameliorarea pruritului prin terapia Goeckerman, care a fost efectuată de 23 de ori. (Nivel de evidență Foarte Scăzut) (Satoh et al, 2021).

Efectele luminii excimer asupra pruritului nu au fost încă examinate. Terapia cu lumină excimer poate fi considerată o opțiune pentru tratamentul pruritului generalizat/localizat.

- **Eficiența tratamentului imunosupresiv topic și oral pentru managementul pruritului**

Nivel de recomandare: Foarte Scăzut

Recomandare: Utilizarea imunosupresoarelor nu este recomandată din cauza lipsei de dovezi clinice. De asemenea, nu este acoperită de asigurare.

Comentariu: Unguentul cu Tacrolimus 0,1% a fost evaluat într-un studiu randomizat, dublu-orb, efectuat pe 22 de pacienți dializați cu prurit (Nivel de evidență Moderat) (Satoh et al, 2021). Nu s-a observat nici o diferență în ceea ce privește gradul pruritului între unguentul cu Tacrolimus și grupul de control. În schimb, există un raport de caz care afirmă că unguentul cu Tacrolimus 0,03% a suprimat pruritul la pacienții dializați cu prurit sever (Satoh et al, 2021). Prin urmare, nu recomandăm utilizarea imunosupresoarelor din cauza dovezilor insuficiente. Cu toate acestea, o analiză recentă a afirmat că imunosupresoarele pot fi luate în considerare, acordând o atenție deosebită efectelor secundare atunci când pruritul este sever. (Ashida et al, 2001)

- **Eficiența unguentelor cu Capsaicină pentru managementul pruritului**

Nivel de recomandare: Scăzut

Recomandare: Unguentul cu Capsaicină nu este recomandat în principiu, dar utilizarea sa poate fi luată în considerare dacă pruritul este persistent și alte medicamente sunt ineficiente. Unguentul cu Capsaicină nu este acoperit de asigurare.

Comentariu: Există doar câteva studii anterioare privind eficacitatea unguentului cu Capsaicină (0,025–0,075%) pentru pruritul generalizat și prurigo nodular la pacienții dializați (Nivel de evidență

Moderat până la Scăzut) (Satoh et al, 2021). Au existat, de asemenea, studii privind pacienții supuși dializei din cauza insuficienței renale și cei cu prurit indus de psoriazis (Nivel de evidență Moderat)(Satoh et al, 2021). S-a raportat că crema cu Capsaicină 0,025% este eficientă pentru notalgia parestetică, care este un tip special de prurit localizat (Nivel de evidență Moderat) (Satoh et al, 2021). În ultimii ani, au fost raportate efectele terapeutice ale plasturelui cu Capsaicină 8% asupra notalgiei parestetice și a pruritului brahioradial (Nivel de evidență Foarte Scăzut) (Satoh et al, 2021). Deși nu există rapoarte care să demonstreze efectele sale asupra pruritului asociat cu alte boli și nu este acoperit de asigurare, unguentul cu Capsaicină poate fi o opțiune în cazurile de prurit rezistent la tratament.

- **Eficiența tratamentului anxiolitic și antidepressiv pentru managementul pruritului**

Nivel de recomandare: Foarte Scăzut

Recomandare: Administrarea de medicamente anxiolitice și antidepressive poate fi luată în considerare în cazurile rezistente la alte tratamente.

Comentariu: Paroxetina a ameliorat pruritul la pacienții cu cancer terminal, policitemie vera și anxietate psihologică (Nivel de evidență Foarte Scăzut)(Satoh et al , 2021), pruritul primar, indus medicamentos, paraneoplazic și colestatic (Nivel de evidență Moderat) (Satoh et al et al, 2021). Conform unei analize statistice Cochrane, Paroxetina a fost o opțiune de tratament utilă (Satoh et al, 2021) la pacienții care primesc îngrijiri paliative, într-un studiu randomizat, controlat cu placebo, dublu-orb (n = 48). Mirtazapina a oferit o îmbunătățire semnificativă a pruritului paraneoplazic și a pruritului nocturn fără depresie (Nivel de evidență Foarte Scăzut) (Satoh et al, 2021), a pruritului asociat cancerului hepatic și la pacienții depresivi cu dermatită atopică (Nivel de evidență Foarte Scăzut și respectiv Scăzut) (Satoh et al, 2021).

Nitrazepam a suprimat semnificativ pruritul și comportamentul de grataj nocturn (Nivel de evidență Moderat) (Satoh et al, 2021).

Trebuie acordată atenție efectelor secundare, care includ simptome gastrointestinale precum greață, vărsături, pierderea poftei de mâncare și constipație, pe lângă simptomele cardiovasculare, acțiunii supresoare asupra sistemului nervos central și erupțiilor medicamentoase (Nivel de evidență Moderat) (Satoh et al, 2021).

- **Eficiența Nalfurafine Hydrochloride pentru managementul pruritului**

Nivel de recomandare: Moderat pentru pacienții cu hemodializă și pacienții cu boli hepatice cronice și Foarte Scăzut pentru pruritul asociat cu alte cauze

Recomandare: Nu există studii care să examineze eficacitatea Clorhidratului de Nalfurafină pentru pruritul generalizat asociat cu boli subiacente, altele decât hemodializa și bolile hepatice cronice. Este recomandată pacienților hemodializați și pacienților cu boli hepatice cronice, dar nu și în alte cazuri, din cauza lipsei de dovezi. De asemenea, nu este acoperită de asigurările de sănătate.

Comentariu: Într-un studiu randomizat controlat, Nalfurafina a atenuat pruritul la pacienții cu prurit generalizat supuși hemodializei și la cei cu insuficiență hepatică cronică (Nivel de evidență Moderat) (Satoh et al, 2021).

Naloxona, un antagonist al receptorilor μ , a fost eficientă pentru prurigo nodularis (Nivel de evidență Foarte Scăzut), (Satoh et al, 2021) dar aceste raportări necesită o validare suplimentară.

- **Eficiența Rezerpinei pentru managementul pruritului**

Nivel de recomandare: Foarte Scăzut

Recomandare: Nu există dovezi suficiente care să susțină eficacitatea și siguranța Rezerpinei pentru tratamentul pruritului. De asemenea, nu este acoperită de asigurări. Deși poate avea acțiune antipruriginoasă datorită efectelor sale farmacologice, administrarea Rezerpinei nu este recomandată în această etapă.

Comentariu: Există rapoarte de caz (Lodén et al, 2001), și serii de cazuri (Satoh et al, 2021) de nivel de evidență Foarte Scăzut care demonstrează eficacitatea Rezerpinei în cazul bolilor cutanate pruriginoase, inclusiv prurigo cronic multiformis, urticaria refractară și vasculita urticariană, sugerând că Rezerpina este eficientă pentru pruritul generalizat.

- **Eficiența Pregabalin pentru managementul pruritului**

Nivel de recomandare: Scăzut

Recomandare: Există dovezi solide că Pregabalin este eficient pentru pruritul generalizat asociat cu dializa și există rapoarte de caz și serii care demonstrează eficacitatea sa pentru pruritul generalizat indus de alte cauze. Utilizarea sa poate fi o opțiune bună de tratament.

Comentariu: Pregabalin s-a dovedit eficient în controlul pruritului la pacienții dializați (Nivel de evidență Moderat, respectiv Foarte Scăzut), (Satoh et al, 2021), la pacienții cu policitemia vera (Nivel de evidență Foarte Scăzut) (Satoh et al, 2021), la pacienții cu sindrom Brown-Séquard posttraumatic (Nivel de evidență Foarte Scăzut) (Satoh et al, 2021).

- **Eficiența Gabapentin pentru managementul pruritului**

Nivel de recomandare: Scăzut

Recomandare: Există dovezi solide care arată că Gabapentin este eficient în cazul pruritului cauzat de anumite boli și utilizarea sa poate fi luată în considerare.

Comentariu: Gabapentin este eficient în tratamentul pruritului la pacienții dializați (Nivel de evidență Moderat) (Satoh et al, 2021; Held et al, 2001), a pruritului nefrogen chiar și la pacienții fără dializă (Nivel de evidență Foarte Scăzut) (Satoh et al, 2021), în pruritul brahioradial la doze mari (900–1800 mg/zi) (Buraczewska et al, 2005), în pruritul colestatic în doze mari 100–2400 mg/zi (Nivel de evidență Moderat) (Satoh et al, 2021).

Pentru nevralgia parestetică, administrarea orală de Gabapentin (300 mg/zi) a demonstrat efect de suprimare a pruritului mai mare decât unguentul topic cu Capsaicină (Nivel de evidență Moderat) (Kucharekova et al, 2002).

- **Eficiența medicației Kampo pentru managementul pruritului**

Nivel de recomandare: Scăzut

Recomandare: Având în vedere rezistența la tratament, utilizarea lor poate fi luată în considerare.

Comentariu: Următoarele studii randomizate controlate au investigat pruritul generalizat la vârstnici (Nivel de evidență Moderat).

Orengedokuto (pattern mediu spre excesiv) și Goshajinkigan (pattern mediu spre deficitar), au demonstrat aceleași efecte ca și Fumaratul de Clemantină (Lodén et al, 2000). Tokiinshi și pulberile de baie care conțin extract de lemn dulce, au îmbunătățit conținutul de apă al stratului cornos. Cu toate acestea, printre pacienții a căror uscăciune a fost ameliorată, mai puțin de jumătate au experimentat ameliorarea pruritului (Satoh et al, 2021). Într-un studiu clinic randomizat controlat

care a utilizat o metodă crossover cu Hachimijiogan și Fumarat de Ketotifen, a fost confirmată o eficacitate de 78%, fără nici o diferență semnificativă între tratamente (Thornfeldt, 2000). Combinația de Tokiinshi și Orengedokuto a avut același efect ca un medicament antihistaminic pentru pacienții cu prurit (Satoh et al, 2021). Rapoartele privind efectele clinice ale medicamentelor Kampo pentru pruritul generalizat la pacienții cu insuficiență renală și supuși dializei sunt în mare parte studii descriptive. Efectele Orengedokuto, (Chamlin et al, 2002; Tabata et al, 2000), Unseiin, (Chamlin et al, 2002; Holden et al, 2002) și Tokiinshi (Chamlin et al, 2002; Holden et al, 2002) au fost raportate sub forma unei serii de cazuri (Nivel de evidență Foarte Scăzut).

III. ALGORITMUL DE MANAGEMENT AL PRURITULUI (Moșoiu, 2013; Weisshaar et al, 2025)

EVALUARE	INTERVENȚIE PRIMARĂ/ LINIA I	RE- INTERVENȚIE	MONITORIZARE
Diagnostic Abordarea I (Fișa 4) Screening Laborator Linia I (Fișa 4)	Treapta I Măsurile Non-Farmacologice Măsurile terapeutice generale (Fișa 6), în special terapie de bază cu creme hidratante Treapta II Pruritul nespecific Cetirizina 10 mg/zi PO Hidroxizin 10-25 PO seara; Titrare la 25 mg la 6-8 ore Difenhidramina 25-50mg PO la 6 ore PRN Clorfeniramin 4 mg PO la 4-6 ore (max 24 mg/zi) Pruritul Colectatic (insuficiența hepatică, obstrucție biliară) Colestiramina 4 g PO zilnic; Titrare la 4 g x 2-4/zi Rifampicina 2x150 mg PO sau 300 mg PO zilnic Naltrexona Start 12.5 mg PO zilnic x 3 zile; Titrare la 25-50 mg PO zilnic Naloxona 0.2mcg/kg/min IV Sertralina 50-100 mg PO zilnic Paroxetin 10-20 mg PO zilnic Ondansetron 4-8 mg PO/IV la 8 ore Pruritul Uremic (Boala Cronică Renală, Boala Renală Stadiul Terminal) Gabapentin 100 mg PO seara; Titrare la 300 mg seara Pregabalin 25 mg PO seara; Titrare la 50-75 mg/zi Fototerapia UVB 2-3 ședințe săptămânale	Talidomida 50-100 mg seara Doxepin oral 10 mg seara; Titrare la 25-50 mg seara Doxepin cremă 5% aplicați 3-4x/zi Ketamina crema 0.5-1% aplicați 2-3x/zi Steroizi sistemici Prednison 10-20 mg/zi, 3-5 zile	Impact asupra somnului și funcției Calitatea somnului (treziri nocturne, capacitatea de a adormi) Impactul asupra activităților zilnice Suferința/anxietatea pacientului cauzată de prurit Leziuni ale pielii cauzate de grataj (excoriații, sângerări) Evaluarea tolerabilității tratamentului și a parametrilor de siguranță Monitorizarea efectelor adverse (funcției hepatice și renale, evaluarea durerii, sedării, vertijului, a efectelor anticolinergice, gastrointestinale, a riscului de hiponatremie la vârstnicii fragili). Monitorizarea leziunilor cutanate (a severității și localizării excoriațiilor, a semnelor de infecție, a intensității xerozei, dermatitei sau lichenificării, a răspunsului la agenții topici). Reevaluarea periodică a cauzei subiacente dacă

	Mirtazapina 7.5-15 mg PO seara Pruritul indus de opioide Rotația opioidului la Fentanyl sau Hidromorfonă Naltrexona (doze reduse) 12.5-25 mg PO zilnic Naloxona 0.25-1 mcg/kg/h IV Ondansetron 4-8 mg PO/IV la 8 ore Difenhidramina 25-50 mg PO/IV la 6 ore PRN Pruritul neuropatic Gabapentin 100 mg seara; Titrare la 3x300 mg/zi Pregabalin 25 mg seara; Titrare la 2x75 mg/zi Mirtazapina 7.5-15 mg seara Lidocaina 5% plasture topic se aplică 12 ore/zi Capsaicină cremă 0.025-0.075% aplicați de 3-4x/zi Pruritul Dermatologic/ Cauze cutanate locale Hidrocortizon 1% topic aplicați în strat subțire 1-2x/zi , 5-7 zile Triamcinolon 0.1% aplicați 2x/zi, 1-2 săptămâni Menthol 0.5-1% cremă aplicați 2-3x/zi Pramoxine 1% loțiune aplicați 3-4x/zi		răspunsul este inadecvat Definirea succesului tratamentului Răspuns semnificativ Reducere $\geq 30\%$ a scorului NRS sau VAS Scădere cu 1-2 puncte pe scala 0-10 Somn îmbunătățit Excoriații reduse Comfort și dispoziție mai bune Răspuns minim Reducere $< 30\%$ a scorului Se va lua în considerare ajustarea dozei, schimbarea medicamentului sau terapia combinată Când se intensifică tratamentul Nu există o îmbunătățire semnificativă după 1-2 săptămâni Medicamentul nu este tolerat Pacientul prezintă simptome nocturne supărătoare Leziunile cutanate se agravează în ciuda terapiei Următorii pași: rotația opioidelor, gabapentinoide, ISRS, Rifampicina, fototerapia sau trimiterea la un specialist.

FIȘE SUPORT

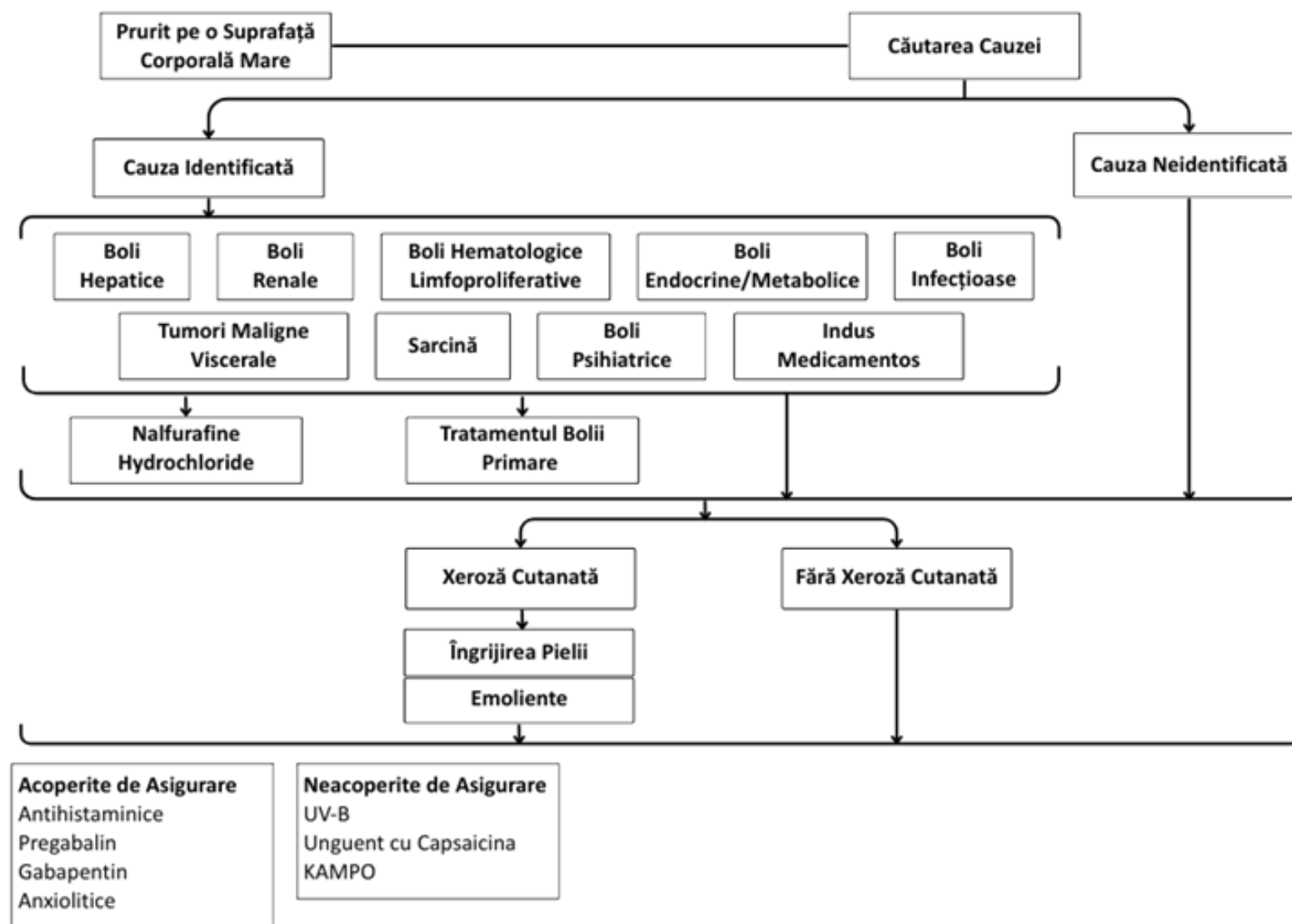
Fișa 1. Cauze prurit generalizat (Satoh et al, 2021)

- Patologie renală: insuficiență renală cronică, hemodializă
- Patologie hepatobiliară: colangită biliară primară, boli biliare obstructive, ciroză hepatică, hepatită cronică
- Patologie endocrină și metabolică: disfuncție tiroidiană, diabet zaharat, sarcină, postmenopauză, gută, disfuncție paratiroidiană
- Patologie hematologică: policitemia vera, anemie feriprivă, limfom malign, hemocromatoză
- Patologie malignă: limfom malign, leucemie cronică, tumoră viscerală malignă
- Patologie neurologică: scleroză multiplă, boli cerebrovasculare, tumoră cerebrală, ataxie locomotorie, paralizie progresivă
- Patologie psihiatrică și cardiacă: parazitoze delirante, nevroze, boli cardiace
- Altele: SIDA, parazitoze

Fișa 2. Medicație pruritogenă (Satoh et al, 2021)

- Opioide: Morfină, Heroină, Codeină, Cocaină
- Medicamente pentru sistemul nervos central: benzodiazepine, Meproamat, Carbamazepină, Imipramină, Barbitol
- Medicamente antimalarice: Clorochină
- Analgezice antiinflamatoare: Fenoprofen, Aspirină, alte medicamente antiinflamatoare nesteroidiene, preparate cu aur
- Chimioterapie: Bleomicină
- Medicamente cardiovasculare: Captopril, Enalapril, Clonidină, Amiodaronă, Dopamină, Chinidină, preparate digitalice
- Diuretice: Furosemid, Hidroclorotiazidă
- Antibiotice: antibiotice β -lactamice, Rifampicină, Polimixină B
- Agenți hormonal: Progesteron, Estrogen, contraceptive orale, Dexametazonă
- Altele: Hidroxietilamidon, Etreinat

Fișa 3. Algoritm de tratament în managementul pruritului (Satoh et al, 2021)



Fișa 4. Diagnostic: screening de laborator, diverse abordări și investigații (Weisshaar et al, 2025)

Abordarea I	Istoric personal și familial detaliat: modificări ale pielii și/ sau alergii/ atopie anterioare? Pierdere în greutate, febră, transpirații nocturne, oboseală? Stress emoțional, depresie, anxietate, tulburări psihiatrice? Istoric de călătorii? Contacte sexuale neprotejate? Ocupație, animale de companie? Abuz de medicamente, droguri? Examen complet al pielii și examen fizic, inclusive sistem ganglionar, tușeu rectal. Acordați atenție afecțiunilor primare ale pielii: xeroză, scabie „bine îngrijită”, pemfigoid bulos pre-bulos. Luați în considerare efectuarea unei biopsii cutanate dacă sunt prezente leziuni cutanate primare și/ sau secundare sau dacă se suspectează o dermatoză „invizibilă” (inclusiv imunofluorescență directă, de exemplu dacă se consideră posibilă o boală buloasă autoimună, lupus sau vasculită). Luați în considerare măsuri generale.
Screening Laborator Linia I	Hemoleucogramă completa, VSH, creatinină, uree, transaminaze (ASAT, ALAT), AP, γ-GT, bilirubină (in)directă, LDH, TSH, HbA1c, glicemie à jeun, feritină, CRP. Dacă rezultatele sunt patologice, se ia în considerare o investigație detaliată conform Fișei 5. Dacă rezultatele sunt neconcludente și PC persistă, se trece la „Abordarea II” și „Investigații suplimentare”
Abordarea II	Reînnoirea istoricului detaliat. Repetarea examenului fizic general detaliat. Teste de laborator suplimentare, așa cum este indicat la secțiunea „Investigații suplimentare” de mai jos. Depistarea paraziților (microscopie fecală sau PCR fecală, serologie sangvină). Radiografie toracică: limfadenopatie, infecții cronice, neoplazie? Ecografie abdominală: limfadenopatie, neoplazie, patologie/ neoplazie hepatobiliară, renală, pancreatică sau splenică? Reconsiderarea beneficiului diagnostic a unei (a doua) biopsii cutanate, dacă sunt prezente leziuni cutanate primare și/ sau secundare sau dacă se suspectează o dermatoză „invizibilă”

Investigații Suplimentar	(inclusiv imunofluorescență directă, de exemplu, dacă se consideră posibilă o boală buloasă autoimună, lupus sau vasculită) Electroforeza proteinelor serice și imunofixare Screening pentru hepatita B și C Calciu, parathormon Tampon pentru candida în cazul pruritului mucocutanat genital și/ sau oral. Triptază serică (studii imagistice și investigații ale măduvei osoase pentru mastocitoză, dacă este indicat). Urina: metaboliți ai mastocitelor. Dacă constatările sunt patologice, se ia în considerare o investigație detaliată conform Fișei 5.

Fișa 5. Investigații recomandate în pruritul cronic cauzat de boli sistemice (Weisshaar et al, 2025)

Boli metabolice și endocrine Insuficiența Renală	Laborator I: creatinină (și uree pentru vârstnici) Laborator II: Calciu, fosfat, parathormon, bicarbonat, analiză de urină, proteinurie, ANA, anticorpi anti-ADN, ANCA, anticorpi anti-GBM Imagistică: ecografie renală, CT sau RMN
Boli hepatice cu sau fără colestază	Laborator I: serologie ALAT, ASAT, γ-GT, AP, VHB și VHC Laborator II: bilirubină, LDH, AMA, ASMA, AAA, ANA, ANCA Imagistică: ecografie hepatică, CT sau RMN
Hiperparatiroidism	Laborator II: numai dacă calciul seric este crescut, calciu, parathormon, fosfat, vitamina D (1,25-vitamina D, 25-vitamina D) Imagistică: ecografie a glandelor paratiroide, scintigrafie, RMN
Hipertiroidism și hipotiroidism	Laborator I: TSH Laborator II: FT3, FT4, anticorpi anti-peroxidază tiroidiană; anticorpi anti-tiroglobulină; anticorpi antireceptor TSH Imagistică: ecografie a glandei tiroide
Anemie	Laborator I: hemoleucogramă completă, inclusiv MCV și MCHC, LDH, feritină Laborator II: reticulocite, haptoglobină, vitamina B12, acid folic Laborator II: aspirat de măduvă osoasă

Deficit de fier	Laborator I: feritină Laborator II: fier seric, receptor solubil de transferină, transferină, TSAT Imagistică: endoscopie gastrointestinală
Malabsorbție	Teste de laborator numai în cazul antecedentelor tipice (boală pancreatică cunoscută, antecedente de intervenții chirurgicale intestinale) sau simptome precum diaree cronică sau steatoree și pierdere în greutate Laborator II: Proteine serice și albumină serică, anticorpi antiigliadină, vitamina A (hiperkeratoză datorată deficitului de vitamina A), vitamina B12 (neuropatie datorată deficitului de Vitamina B), anticorpi antitransglutaminază Imagistică: Endoscopie cu biopsie
Alte boli	
Pruritul la vârstnici	Laborator I: hemoleucogramă completă, creatinină, uree, eGFR, ALAT, ASAT, AP, TSH, luați în considerare malnutriția (indicele de masă corporală, albumina, colesterol total, zinc, vitamina D)
Boli infecțioase	În caz de suspiciune clinică și/ sau antecedente de contacte sexuale cu risc crescut: screening pentru HIV, hepatită B și C. În caz de suspiciune clinică din cauza antecedentelor și/ sau când s-a constatat eozinofilie în hemoleucograma completă: cultură de scaun, PCR și examen microscopic pentru paraziți sau serologie sangvină
Tulburări hematologice	
Boală mieloproliferativă	Laborator I: hemoleucograma (hematocrit și hemoglobină crescute, creșterea numărului de globule roșii, leucocitoză, trombocitoză), VSH Laborator II: pentru a exclude eritrocitoza secundară: EPO, JAK2, V617F, testare citogenetică, aspirație de măduvă osoasă etc. Imagistică: ecografie abdominală, CT sau RMN
Limfom	Laborator I: hemoleucograma, VSH Laborator II: biopsie directă sau extirparea ganglionilor limfatici suspecti, măduvă osoasă, citometrie în flux Imagistică: ecografie, CT toraco-abdominal sau RMN

Mielom multiplu	Măsurarea cantitativă a imunoglobulinelor serice și a lanțurilor ușoare. Aspirat de măduvă osoasă etc.
Boli neurologice	În cazul suspiciunii de tulburare neurologică (de exemplu, componente neuropatice precum furnicăături, parestezii, senzații “curent electric”, semnul compresei cu gheață). Distribuția disesteziei/ hiposteziei în “mănuși” și “șosete”
Polineuropatie senzorială	Teste de senzație tactilă (de exemplu, monofilament), test de senzație vibratorie, testarea reflexului tendinos, electroneurografie și miografie, screening de laborator conform recomandării neurologului. Dacă toate sunt nesemnificative: luați în considerare neuropatia cu fibre mici
Neuropatia cu fibre mici:	Testare senzorială cantitativă (vibrații, frig, căldură, durere la căldură și durere la rece) Biopsie cutanată pentru a determina IENFD (densitatea fibrelor nervoase intra-epidermice)
Scleroză multiplă	Laborator: analiza lichidului cefalorahidian (benzi oligoclonale) Imagistică: RMN (CT) cerebral
Tumori cerebrale	Laborator: analiza lichidului cefalorahidian cu histopatologie Imagistică: RMN (CT) cerebral
Notalgie parestetică	RMN al coloanei vertebrale toracice
Prurit brahioradial	RMN al coloanei vertebrale toracice și cervicale
Boli psihiatrice sau psihosomatice	Evaluarea psihiatrică, chestionarele pentru tulburările depresive și anxioase pot fi utile și includ PHQ-8 (depresie), GAD-7 (anxietate), SSS-8, SSD-12 și HADS
Sarcină cu sau fără colestază	Laborator I: ASAT, ALAT, AP, γ-GT Laborator II: acizi biliari, bilirubină, serologie pentru HAV, HBV, HCV, EBV, CMV, screening autoimun pentru hepatită cronică activă și colangită biliară primară (ASMA și AMA) Imagistică: ecografie hepatică
Prurit paraneoplazic	Se recomandă consultarea unui oncolog, hematolog sau specialist în îngrijiri paliative
Prurit indus de medicamente	Laborator I: Eozinofilie, γ-GT, AP, bilirubină, AST, ALAT, LDH Biopsie cutanată în cazul expunerii la

Fișa 6. Măsurile recomandate pentru îngrijirea pielii (Satoh et al, 2021; Weisshaar et al, 2025)**Aplicați:**

Îmbrăcămintă moale, permeabilă la aer, de ex. bumbac.

Îmbrăcați-vă în straturi, pentru a evita transpirația.

Temperatură scăzută a camerei noaptea.

Săpunuri blânde, alcaline, fără parfum, uleiuri hidratante și uleiuri de duș/baie.

Cremă hidratantă pentru piele aplicată zilnic, în special după duș și baie.

Apă caldă, baie (max. 20 min), uscare prin tamponare.

Unguent, creme/ loțiuni/emolienți/ spray-uri (în special noaptea) cu uree/ camfor/ mentol/ polidocanol.

În leziuni erozive/excoriate postgrataj: plasturi și/ sau pansamente ocluzive.

Evitați:

Factori care pot contribui la uscăciunea pielii, cum ar fi climatul uscat, sauna, compresele cu alcool, spălarea și băile frecvente.

Efort, stres.

Alimente foarte picante și fierbinți, cantități mari de băuturi calde și alcool.

Contactul cu substanțe iritante (de exemplu, comprese cu rivanol, mușetel, ulei de arbore de ceai).

Alergeni specifici din aer la pacienții atopici sensibilizați, de exemplu, acarienii din praful de casă.

Tehnici de relaxare:

Training autogen, terapie de relaxare, educație psihosocială

Educație:

Programe de instruire educațională pentru gestionarea ciclului vicios prurit-grataj-prurit, menținând unghiile scurte.

Fișa 7. medicație topică/hidratantă (Satoh et al, 2021)**(1) Antipruriginoase topice**

Formulări cu Crotamiton

Formulări cu Difenhidramină

(2) Cremă hidratantă

Formulări cu Heparinoid

Formulări cu uree

Vaselină

Unguent hidrofil

Fișa 8. Clasificarea antihistaminicelor în funcție de efectul sedativ (Satoh et al, 2021)

(1) NON-SEDATIV

Clorhidrat de Fexofenadină
Clorhidrat de Epinastină
Diclorhidrat de Levocetirizină
Ebastină
Loratadină
Clorhidrat de Cetirizină (10 mg)
Clorhidrat de Olopatadină
Besilat de Bepotastină
Desloratadină
Bilastină
Rupatadină

(2) SEDATIV UȘOR

Clorhidrat de Azelastină
Mequitazină
Clorhidrat de Cetirizină (20 mg)

(3) SEDATIV

Maleat de d-Clorfeniramină
Oxatomidă
Clorhidrat de Difenhidramină
Fumarat de Ketotifen

Tabel 9. Medicația Kampo (Satoh et al, 2021)

Unseiin
Orengedokuto
Goshajinkigan
Tokiinshi
Hachimijiogan
Rokumigan

IV. PARTICULARITĂȚI ÎN INSUFICIENȚE DE ORGAN (Twycross et al, 2018; EASL, 2009; EASL, 2017; EASL, 2022; KDIGO, 2015;)

1. Antihistaminice

Medicație	Insuficiența Renală	Insuficiența Hepatică	Comentariu
<i>Cetirizina</i>	CrCl =30-49 mL/ min → 5 mg/ zi doză unică; CrCl <30 mL/ min → 5 mg/ zi doză unică la 2 zile	Nu necesită modificarea dozei	Metabolizat preponderant renal
<i>Hidroxizina</i>	Nu necesită reducerea dozei; crește riscul sedării	Insuficiența hepatică severă → reduceți doza cu 50%	Evitați în encefalopatia hepatică
<i>Difenhidramina</i>	Nu necesită reducerea dozei	Insuficiența hepatică severă → reduceți doza 25–50%. Se va administra doza minimă eficientă	Toxidrom anticolinergic
<i>Clorfeniramina</i>	Nu necesită reducerea dozei	Insuficiența hepatică severă → reduceți doza	Alternative mai sigure

2. Agenți prurit colestatic

Medicație	Insuficiența Renală	Insuficiența Hepatică	Comentariu
<i>Colestiramina</i>	Nu necesită reducerea dozei	Nu necesită reducerea dozei	Evitați în insuficiența hepatică severă necolestatică, obstrucția biliară completă
<i>Rifampicina</i>	Nu necesită reducerea dozei	Evitați sau utilizați cu prudență în insuficiența hepatică moderată - severă	Monitorizați funcția hepatică la inițiere+ 1–2 săptămâni
<i>Naltrexona</i>	CrCl <30ml/ min →25 mg/ zi sau 50 mg/ 48 ore	25 mg/ zi; evitați în insuficiența hepatică severă	Poate precipita sevrajul opioid
<i>Sertralina</i>	Nu necesită reducerea dozei	Start 25 mg/ zi, titrare lentă	SSRI preferat
<i>Paroxetina</i>	Nu necesită reducerea dozei	Start 10 mg/ zi	Se recomanda evitarea în insuficiența hepatică severă
<i>Ondansetron</i>	Nu necesită reducerea dozei	Max 8 mg/ zi	Evitați combinațiile care prelungesc intervalul QT

3. Gabapentinoizi (Prurit Uremic și Neuropatic)

Medicație	Insuficiența Renală	Insuficiența Hepatică	Comentariu
<i>Gabapentin</i>	CrCl <30 ml/ min → 200-700 mg/ zi; CrCl =15 ml/ min - 100-300 mg/ zi ESRD → 100–300 mg numai după dializă	Nu necesită reducerea dozei	Eliminare renală completă
<i>Pregabalin</i>	CrCl <30ml/ min → 25-150 mg/ zi; CrCl <15ml/ min → 25-75 mg/ zi; ESRD → 25–100 mg numai după dializă	Nu necesită reducerea dozei	Fereastră terapeutică largă

4. Prurit indus de opioide

Medicație	Insuficiența Renală	Insuficiența Hepatică	Comentariu
<i>Rotatia Opioidului</i>	De preferință Fentanyl, Buprenorfina	De preferință Fentanyl	Morfina nu este recomandată în insuficiența renală
<i>Naltrexona (doze reduse)</i>	CrCl <30ml/ min →25 mg/ zi sau 50 mg/ 48 ore	25 mg/ zi; evitați în insuficiența hepatică severă	Monitorizați pentru sevraj
<i>Naloxona</i>	Nu necesită reducerea dozei	Nu necesită reducerea dozei	Doza mică menține analgezia
<i>Ondansetron</i>	Nu necesită reducerea dozei	Max 8 mg/ zi	Adjuvant

5. Antidepresive utilizate pentru prurit cronic

Medicație	Insuficiența Renală	Insuficiența Hepatică	Comentariu
<i>Mirtazapina</i>	Monitorizare în insuficiența severă	Start 7.5 mg seara, titrare lentă	Prurit nocturn
<i>Sertralina</i>	Nu necesită reducerea dozei	Start 25 mg/ zi	Colestază
<i>Paroxetina</i>	Nu necesită reducerea dozei	Start 10 mg/ zi	Sedativ si anticolinergic
<i>Doxepin</i>	Nu necesită reducerea dozei	Start 3 mg/ zi	Antihistaminic foarte potent

6. Agenți topici

Agent Topic	Insuficiența Renală	Insuficiența Hepatică	Comentariu
<i>Hidrocortizon 1%</i>	Nu necesită reducerea dozei	Nu necesită reducerea dozei	Evitați utilizarea zilnică pe termen lung
<i>Triamcinolon 0.1%</i>	Nu necesită reducerea dozei	Nu necesită reducerea dozei	Evitați pe pielea fragilă

<i>Mentol / Pramoxine</i>	Nu necesită reducerea dozei	Nu necesită reducerea dozei	Absorbție sistemică minimă
<i>Capsaicina 0.025–0.075%</i>	Nu necesită reducerea dozei	Nu necesită reducerea dozei	Senzație arsură locală
<i>Lidocaina 5% plasture</i>	Nu necesită reducerea dozei	Evitați >3 plasturi/ zi	Metabolizare hepatică

7. Opțiuni prurit refractar

Medicație	Insuficiența Renală	Insuficiența Hepatică	Comentariu
<i>Talidomida</i>	Nu necesită reducerea dozei	Nu necesită reducerea dozei	Monitorizați neuropatia
<i>Prednison</i>	Nu necesită reducerea dozei	Precauție; Agravează retenția de fluide	Durată scurtă
<i>Ketamina cremă</i>	Nu necesită reducerea dozei	Nu necesită reducerea dozei	Topic
<i>Ketamina IV/sistemic</i>	Nu necesită reducerea dozei	Reduceți doza în boala hepatică moderată-severă	Referați la specialist

V. DOZE PEDIATRICE (Paediatric Palliative Care Australia & New Zealand, 2024)

• Gabapentin

cp 600 mg, 800 mg; caps 100 mg, 300 mg, 400 mg; soluție 100mg/ ml

5-10 mg/ kgc zilnic – 8 ore

Doza se va titra în funcție de nevoi și toleranță

Doza inițială 300 mg

Doza de menținere 60 mg/ kgc/zi sau 3.6 g/ zi

Titrare dozei pe parcursul zilelor:

Ziua 1 – zilnic

Ziua 2 – la 12 ore

Ziua 3 – la 8 ore

• Naloxona

F 400 mcg/ ml; 20 mcg/ ml neonatal; spray nazal 1.8 mg/ 0.1 ml

IV/ SC/ IM 1-10 mcg/ kgc

Poate fi administrat în pev continuă

Precauții la copiii care primesc tratament opioid cronic poate induce crize dureroase și/sau sevraj

• Prometazina

Tb 10 mg/ 25mg; soluție 1 mg/ ml; f 25mg/ ml

PO/IV

>2 ani 0.125-0.5 mg/ kgc/ doza la 6-8 ore la nevoie

Doza maximă 100 mg/ zi

Copiii și adolescenții pot prezenta risc mai mare decât adulții pentru reacții distonice acute.

VI. CAZ CLINIC

Pacient în vârstă de 78 de ani este cunoscut cu hipotiroidism, hipertensiune arterială, decompensat cardiac și diabet zaharat de tip II. A fost diagnosticat în urmă cu două luni cu neoplasm pancreas cefalic, cu metastaze hepatice progresive, în pofida chimioterapiei administrate. La evaluarea inițială de către echipa de îngrijire paliativă pacientul prezenta icter generalizat și acuza prurit sever. Pacientul a negat prezenta greței și vărsăturilor. Acuză durere moderată la nivelul toracelui inferior și la nivelul hipocondrului drept pentru care a primit Morfină Clorhidrat 30 mg la 6 ore, respectiv 20 mg Morfină Sulfat la nevoie. Administrarea de Clorfeniramin 4 mg la 6 ore anterior internării nu a avut succes. La internare, tratamentul de fond al pacientului includea: Glimepiridă, Nifedipin, Furosemid, Losartan, L-tiroxină, Diazepam și Rivaroxaban. La examinare, prezenta o epuizare clară, icter, hepatomegalie, prurit sever, excoriații și cruste la nivelul membrelor inferioare. Pacientul și-a evaluat severitatea pruritului cu un scor de 9 pe o scară de la 1 la 10.

Pe tot parcursul internării, pielea a fost tratată în mod regulat cu emoliente și a făcut băi regulate cu bicarbonat de sodiu, cu efect considerabil, dar de scurtă durată.

S-a aplicat unguent cu Hidrocortizon 1 % de două ori pe zi.

În ciuda întreruperii administrării mai multor medicamente, pruritul a rămas sever. Pruritul a fost tratat cu Rifampicină 300 mg/ zi po, Paroxetină 20 mg zilnic, dar fără ameliorare. S-a asociat Ondansetron 8 mg la 8 ore iv, dar efectul a fost de durată scurtă, aproximativ 3-4 ore.

S-a administrat Gabapentin inițial 100 mg/ zi po seara, cu titrarea ulterioară a dozei la 3x300 mg/ zi po. S-a rotit opioidul la Fentanyl, inițial 50 mcg/ h td, cu titrarea ulterioară a dozei la 75 mcg/ h td. Scorurile de prurit au scăzut la 5/10 pentru două săptămâni. Pacientul a început să fie mai confuz, s-a accentuat durerea la nivelul abdomenului superior, a crescut intensitatea pruritului la 7/10. Administrarea Mirtazapinei 15 mg seara a părut să nu aibă succes.

Starea pacientului s-a deteriorat, a devenit tot mai confuz, durerea abdominală a fost tot mai accentuată, nu a mai putut înghiți medicația per os. A fost sedat cu o perfuzie subcutanată de Haloperidol, Morfină și Midazolam. A decedat liniștit trei zile mai târziu, la 6 săptămâni de la internare.

VII. REZUMAT

Mecanismele care stau la baza pruritului nu sunt pe deplin înțelese. Medicii întâmpină de obicei dificultăți în controlul pruritului generalizat. Deoarece doar un procent mic de pacienți cu prurit generalizat răspunde la antihistaminice (antagoniști ai receptorilor H1), o varietate de mediatori ai pruritului și mecanisme, altele decât semnalele histaminergice, sunt considerați a fi implicați în prurit la acești pacienți neresponsivi la tratament. Pruritul generalizat (fără inflamația pielii) este definit ca prezența simptomului pe o suprafață largă și nu este localizat la o anumită parte a corpului. Această entitate include pruritul idiopatic, pruritul la vârstnici, pruritul simptomatic, pruritul asociat sarcinii, pruritul indus de medicamente și pruritul psihogen. Pruritul localizat (fără inflamația pielii) la o anumită parte a corpului include pruritul anogenital, pruritul scalpului, notalgia parestetică și pruritul brahioradial. Acest ghid prezintă conceptele actuale și specifică metodele de diagnostic/tratament pentru pruritul cutanat.

Bibliografie

1. Andreassi, M., Stanghellini, E., Ettore, A., Di Stefano, A., & Andreassi, L. (2004). Antioxidant activity of topically applied lycopene. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology : JEADV*, 18(1), 52–55. <https://doi.org/10.1111/j.1468-3083.2004.00850.x>
2. Ashida, Y., Ogo, M., & Denda, M. (2001). Epidermal interleukin-1 alpha generation is amplified at low humidity: implications for the pathogenesis of inflammatory dermatoses. *The British journal of dermatology*, 144(2), 238–243. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2133.2001.04007.x>
3. Buraczewska, I., & Lodén, M. (2005). Treatment of surfactant-damaged skin in humans with creams of different pH values. *Pharmacology*, 73(1), 1–7. <https://doi.org/10.1159/000081068>
4. Chamlin, S. L., Kao, J., Frieden, I. J., Sheu, M. Y., Fowler, A. J., Fluhr, J. W., Williams, M. L., & Elias, P. M. (2002). Ceramide-dominant barrier repair lipids alleviate childhood atopic dermatitis: changes in barrier function provide a sensitive indicator of disease activity. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 47(2), 198–208. <https://doi.org/10.1067/mjd.2002.124617>
5. European Association for the Study of the Liver (2009). EASL Clinical Practice Guidelines: management of cholestatic liver diseases. *Journal of hepatology*, 51(2), 237–267. <https://doi.org/10.1016/j.jhep.2009.04.009>
6. European Association for the Study of the Liver (2022). EASL Clinical Practice Guidelines on sclerosing cholangitis. *Journal of hepatology*, 77(3), 761–806. <https://doi.org/10.1016/j.jhep.2022.05.011>
7. European Association for the Study of the Liver (2017). EASL Clinical Practice Guidelines: The diagnosis and management of patients with primary biliary cholangitis. *Journal of hepatology*, 67(1), 145–172. <https://doi.org/10.1016/j.jhep.2017.03.022>
8. Held, E., Lund, H., & Agner, T. (2001). Effect of different moisturizers on SLS-irritated human skin. *Contact dermatitis*, 44(4), 229–234. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0536.2001.044004229.x>
9. Holden, C., English, J., Hoare, C., Jordan, A., Kownacki, S., Turnbull, R., & Staughton, R. C. (2002). Advised best practice for the use of emollients in eczema and other dry skin conditions. *The Journal of dermatological treatment*, 13(3), 103–106. <https://doi.org/10.1080/09546630260199442>
10. Davison, S. N., Levin, A., Moss, A. H., Jha, V., Brown, E. A., Brennan, F., Murtagh, F. E., Naicker, S., Germain, M. J., O'Donoghue, D. J., Morton, R. L., Obrador, G. T., & Kidney Disease: Improving Global Outcomes (2015). Executive summary of the KDIGO Controversies Conference on Supportive Care in Chronic Kidney Disease: developing a roadmap to improving quality care. *Kidney international*, 88(3), 447–459. <https://doi.org/10.1038/ki.2015.110>
11. Kucharekova, M., Schalkwijk, J., Van De Kerkhof, P. C., & Van De Valk, P. G. (2002). Effect of a lipid-rich emollient containing ceramide 3 in experimentally induced skin barrier dysfunction. *Contact dermatitis*, 46(6), 331–338. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0536.2002.460603.x>
12. Lodén, M., Andersson, A. C., Andersson, C., Frödin, T., Oman, H., & Lindberg, M. (2001). Instrumental and dermatologist evaluation of the effect of glycerine and urea on dry skin in atopic dermatitis. *Skin research and technology : official journal of International Society for Bioengineering and the Skin (ISBS) [and] International Society for Digital Imaging of Skin (ISDIS) [and] International Society for Skin Imaging (ISSI)*, 7(4), 209–213.
13. Lodén, M., & Bárány, E. (2000). Skin-identical lipids versus petrolatum in the treatment of tape-stripped and detergent-perturbed human skin. *Acta dermato-venereologica*, 80(6), 412–415. <https://doi.org/10.1080/000155500300012774>
14. Moșoiu, D. (Ed.). (2013). *Protocoale clinice pentru îngrijiri paliative* (ediția a II-a). Haco International.
15. Paediatric Palliative Care Australia & New Zealand. (2024). *A practical guide to palliative care in paediatrics* (4th ed.). Paediatric Palliative Care Australia.
16. Satoh, T., Yokozeki, H., Murota, H., Tokura, Y., Kabashima, K., Takamori, K., Shiohara, T., Morita, E., Aiba, S., Aoyama, Y., Hashimoto, T., & Katayama, I. (2021). 2020 guidelines for the diagnosis and treatment of cutaneous pruritus. *The Journal of dermatology*, 48(9), e399–e413. <https://doi.org/10.1111/1346-8138.16066>
17. Seccareccia, D., & Gebara, N. (2011). Pruritus in palliative care: Getting up to scratch. *Canadian family physician Medecin de famille canadien*, 57(9), 1010–e319.
18. Tabata, N., O'Goshi, K., Zhen, Y. X., Kligman, A. M., & Tagami, H. (2000). Biophysical assessment of persistent effects of moisturizers after their daily applications: evaluation of corneotherapy. *Dermatology (Basel, Switzerland)*, 200(4), 308–313. <https://doi.org/10.1159/000018393>
19. Thornfeldt, C. (2000). Critical and optimal molar ratios of key lipids. In M. Lodén & H. I. Maibach (Eds.), *Dry skin and moisturizers: Chemistry and function* (pp. 337–347). CRC Press.

20. Twycross, R., Greaves, M. W., Handwerker, H., Jones, E. A., Libretto, S. E., Szepietowski, J. C., & Zylicz, Z. (2003). Itch: scratching more than the surface. *QJM : monthly journal of the Association of Physicians*, 96(1), 7–26. <https://doi.org/10.1093/qjmed/hcg002>
21. Millington, G. W. M., Collins, A., Lovell, C. R., Leslie, T. A., Yong, A. S. W., Morgan, J. D., Ajithkumar, T., Andrews, M. J., Rushbook, S. M., Coelho, R. R., Catten, S. J., Lee, K. Y. C., Skellett, A. M., Affleck, A. G., Exton, L. S., Mohd Mustapa, M. F., & Levell, N. J. (2018). British Association of Dermatologists' guidelines for the investigation and management of generalized pruritus in adults without an underlying dermatosis, 2018. *The British journal of dermatology*, 178(1), 34–60. <https://doi.org/10.1111/bjd.16117>
22. Weisshaar, E., Müller, S., Szepietowski, J. C., Dalgard, F., Garcovich, S., Kupfer, J., Gimenez-Arnau, A., Lambert, J., Mettang, T., Misery, L., Savk, E., Tschachler, E., Wallengren, J., & Ständer, S. (2025). European S2k Guideline on Chronic Pruritus. *Acta dermato-venereologica*, 105, adv44220. <https://doi.org/10.2340/actadv.v105.44220>
23. Xander, C., Meerpohl, J. J., Galandi, D., Buroh, S., Schwarzer, G., Antes, G., & Becker, G. (2013). Pharmacological interventions for pruritus in adult palliative care patients. *The Cochrane database of systematic reviews*, (6), CD008320. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008320.pub2>

Capitolul 3.16

Hemostaza

Autor: Claudia Cristina Tărniceriu

Revizor: Vladimir Poroach

I. ASPECTE TEORETICE

1. Definiție

Dezechilibrele hemostatice în îngrijirea paliativă reprezintă perturbări ale balanței vasculare, plachetare, coagulării și fibrinolizei, manifestate prin sângerări majore sau tromboze la pacienții cu boli cronice progresive (cancer avansat, insuficiențe cronice de organ în stadiul terminal) (More & Garg, 2025).

2. Epidemiologie și caracteristici clinice

Această patologie include tromboză, trombocitopenie centrală, trombocitopenie imună (PTI)/ purpură trombotică trombocitopenică (PTT) secundare, hemofilie dobândită și coagulare intravasculară diseminată (CID), cu distribuție specifică oncologică (cancere solide: tromboză/ CID; hematologie - trombocitopenie). Tabelul 1.1 ilustrează prevalența, asocierile și factorii de risc, inclusiv tratamente oncologice / paliative.

Tabel 1 Epidemiologie, factori de risc și fiziopatologia dezechilibrului hemostazei în îngrijirea paliativă

Patologie	Prevalență	Asociere cu boli oncologice	Asociere cu boli non oncologice	Factori de risc asociați/ tratament	Mecanism fiziopatologic	Referințe
<i>Tromboza</i>	15-30%	Tumori solide	Insuficiență cardiacă	Imunoterapie Cisplatină Imobilizare prelungită	Factor tisular tumoral - activarea căii extrinseci a coagulării	(Allende-Pérez și col., 2022; Franchini și col., 2024).
<i>Trombocitopenia centrală</i>	20-50%	Neoplazii hematologice Metastaze medulare	Insuficiența hepatică Insuficiența renală	Chimioterapie Carbamazepină	Infiltrare medulară Apotoză Supresie medulară	(Hsu și col, 2023; Kuter, 2022; Li și col., 2021).
<i>PTI secundar</i>	3-10% - tumori 5-30% - HIV	Neoplazii hematologice Tumori solide	HIV	Chimioterapie Carbamazepină	Autoanticorpi antiplachetari	(Zawar și col., 2017; Lee și col., 2014; Liu și col, 2023; Arnaud și col., 2021).
<i>PTT secundar</i>	Rară - tumori 1-3% - HIV	Cancere solide	HIV	Chimioterapie - gemcitabină	Ac. Anti ADAMTS-13	(Upreti și col., 2023; D'Souza și col., 2023).

<i>Hemofilia dobândită</i>	10-30% - tumori Rar - HIV	Cancere solide	HIV	Vârstnici Chimioterapie	Ac. anti factor de coagulare (anti factor VIII)	(Franchini și col, 2024).
<i>CID</i>	10-20% - tumori solide 30-50% neoplazii hematologice	Cancere solide Neoplazii hematologice	Insuficiența renală	Chimioterapie Sepsis	Consum de factori de coagulare Fibrinoliză secundară	(Elmi și col., 2020; Akatsuka și col., 2020).

3. Impactul asupra calității vieții

- tromboza asociată cancerului (TAC) reduce calitatea vieții prin sindrom post-trombotic (50%), durere cronică și limitarea mobilității (Alcalde-Oteiza și col., 2024).
- trombocitopenia centrală și PTI induc anxietate prin frica de sângerare (Khorana și col., 2022).
- CID multisistemică agravează durerea viscerală, fatigabilitatea extremă și determină spitalizări repetate (Elmi și col., 2020).
- manifestările neurologice acute (confuzie, cefalee) în PTT induc stres psihologic sever și dependență totală îngrijire (D'Souza și col., 2023).
- hemoragiile recurente din hemofilia dobândită impun imobilizare prelungită și transfuzii frecvente (Franchini și col, 2024).

II. RECOMANDĂRI CU PRIVIRE LA MANAGEMENTUL PATOLOGIEI HEMOSTAZEI ÎN ÎNGRIJIREA PALIATIVĂ

a. Profilaxia și tratamentul trombozei venoase și a bolii trombo-embolice

- în îngrijirea paliativă, deciziile privind profilaxia și tratamentul trombozei venoase trombo-embolice se bazează pe un echilibru fin între riscul trombotic, riscul hemoragic și prognosticul estimat, precum și pe percepția pacientului asupra beneficiului tratamentului
- în practica clinică se utilizează în principal heparine cu greutate moleculară mică și anticoagulante orale directe, în doze profilactice sau terapeutice, adaptate duratei de viață estimate și simptomatologiei (durere, edem, dispnee)
- în fazele avansate, tratamentul anticoagulant este menținut doar atât timp cât beneficiul perceput (prevenirea sau ameliorarea unui episod simptomatic) depășește disconfortul administrării și riscul de sângerare, iar principiile de utilizare, ajustare sau oprire sunt sintetizate în Tabelul 2.1.

b. Managementul trombocitopeniei și al complicațiilor hemoragice

- managementul trombocitopeniei în îngrijirea paliativă urmărește prevenirea și controlul sângerărilor clinice relevante, mai degrabă decât normalizarea numărului de plachete

- deciziile sunt individualizate în funcție de nivelul trombocitelor, simptomatologie, comorbidități și preferințele pacientului, iar pragurile orientative și strategiile terapeutice sunt prezentate în Tabelul 2.1
- c. Particularități în faza terminală (ultimele 48–72 de ore)**
- în ultimele 48–72 de ore de viață, obiectivul principal devine confortul maxim, iar intervențiile asupra hemostazei se concentrează pe prevenirea și controlul simptomelor supărătoare, nu pe modificarea evoluției bolii
 - în această fază se recomandă, de regulă, oprirea anticoagulantelor și a monitorizării INR, evitarea transfuziilor și a investigațiilor invazive, cu excepția situațiilor în care o intervenție punctuală aduce un beneficiu imediat clar perceput de pacient. Recomandările specifice pentru gestionarea trombozei, trombocitopeniei și a hemoragiilor în faza terminală sunt integrate în scenariile corespunzătoare din Tabelul 2.1.

Tabelul 2 Recomandările în managementul patologiei hemostazei în îngrijirea paliativă

Scenariu clinic	Obiectivul îngrijirii	Intervenție terapeutică	Nivel de evidență și forța recomandării
<i>Profilaxia bolii trombo-embolice</i>	Prevenție primară la pacient cu cancer avansat, imobilizat, cu prognostic estimat de cel puțin câteva săptămâni–luni	-HGMM (sau, selectiv, DOAC) dacă nu există risc major de sângerare, -se menține doar atât timp cât beneficiul perceput (prevenția unui episod simptomatic) depășește disconfortul medicației	1B - adaptat din ghidul ASH 2021 pentru pacienți cu cancer spitalizați, aplicat în context paliativ (Lyman și col., 2021).
<i>TVP/TEP confirmat Prognostic > 3 luni</i>	Prevenție secundară Se menține doar dacă beneficiul perceput depășește disconfortul tratamentului	HGMM/ DOAC dacă prognostic >3 luni, durata minimum 3-6 luni cu prelungire cât timp cancerul este activ și pacientul consideră tratamentul util	1A – în concordanță cu ghidul ASH 2021 pentru managementul TVP/ TEP la pacienții cu cancer, cu adaptări pentru contextul paliativ (Lyman și col., 2021).
<i>TVP/TEP confirmat Prognostic < 4 săptămâni</i>	Individualizat: dacă risc TVP >> sângerare	-HGMM în doză terapeutică dacă simptomele (dispnee, durere) sunt severe -evaluare zilnică	2C - decizie bazată pe consens de experți și extrapolare din ghidul ASH 2021, în lipsa studiilor specifice la pacienții în fază terminală (Lyman și col., 2021).

<i>Trombocitopenie (<20.000/μL) asimptomatică</i>	Evitarea transfuziei inutile, focalizare pe prevenirea sângerărilor clinice relevante	NU se transfuzează de rutină Monitorizare clinică (peteșii)	2B – adaptare paliativă a pragului clasic de 10.000/ μ L recomandat de ghiduri pentru trombocitopenia de cauză centrală (Falanga și col., 2022).
<i>Trombocitopenie cu sângerare activă</i>	Obținerea hemostazei și controlul simptomelor, nu normalizarea numărului de plachete	Transfuzie de masă trombocitară pentru oprirea simptomului NU pentru normalizarea numărului de plachete	2B - în acord cu principiile ghidurilor EHA - 2022 privind transfuzia de plachete și managementul tratamentelor antitrombotice (Falanga și col, 2022).
<i>Trombocitopenie + TVP/ TEP</i>	Tratament individualizat cu cuantificarea riscului hemoragic/ trombotic vs beneficiu clinic	Anticoagulant în doză redusă la jumătate Număr minim de TR- 25.000/ mmc	2B – în acord cu minirevizii bazate pe dovezi și ghiduri pentru managementul VTE la pacienți cu cancer și trombocitopenie (Patell & Zwicker, 2022; Falanga și col., 2022).
<i>CID</i>	Controlul simptomelor hemoragice/ trombotice și, când este realist, tratamentul cauzei.	PPC/ plachete + radioterapie	2C – în concordanță cu ghidul ISTH 2018 pentru diagnosticul și managementul CID
<i>Sângerare minoră</i>	Controlul sângerării	Acid tranexamic local (comprese) sau sistemic (de exemplu 1 gr de 3 ori/ zi)	1B – în concordanță cu recomandările ESMO pentru managementul simptomatic al hemoragiei la pacientul oncologic la sfârșit de viață (Crawford și col., 2021).
<i>Hemoragie masivă (catastrofală)</i>	Sedare imediată	Protocol de sedare de urgență:	Consens de experți și ghiduri de bune practici în îngrijirea

		midazolam i.v./ i.m. + opioid i.v/ s.c Prosoape închise la culoare	paliativă (SPAGG; West Midlands Palliative Care; Sood și col., 2019).
Faza terminală (ultimele 48-72h)	Confort maxim	OPRIREA tuturor anticoagulantelor și a monitorizării INR	2C – consens de experți și recomandări pentru anticoagulare la sfârșit de viață (Parks, 2024).

Gradele și forța recomandărilor sunt adaptate după schema GRADE: 1A – recomandare puternică, dovezi înalte; 1B – recomandare puternică, dovezi moderate; 1C – recomandare puternică, dovezi scăzute; 2A – recomandare slabă, dovezi înalte; 2B – recomandare slabă, dovezi moderate; 2C – recomandare slabă, dovezi scăzute/ consens de experți.

III. ALGORITM DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT – FLUX DECIZIONAL ÎN PATOLOGIA HEMOSTAZEI DIN ÎNGRIJIREA PALIATIVĂ

Algoritmul urmărește decizii rapide și clare, aplicabile la patul bolnavului în îngrijiri paliative (fig. 3.1). Acest algoritm este susținut în decizia terapeutică de fișele 1 și 2.

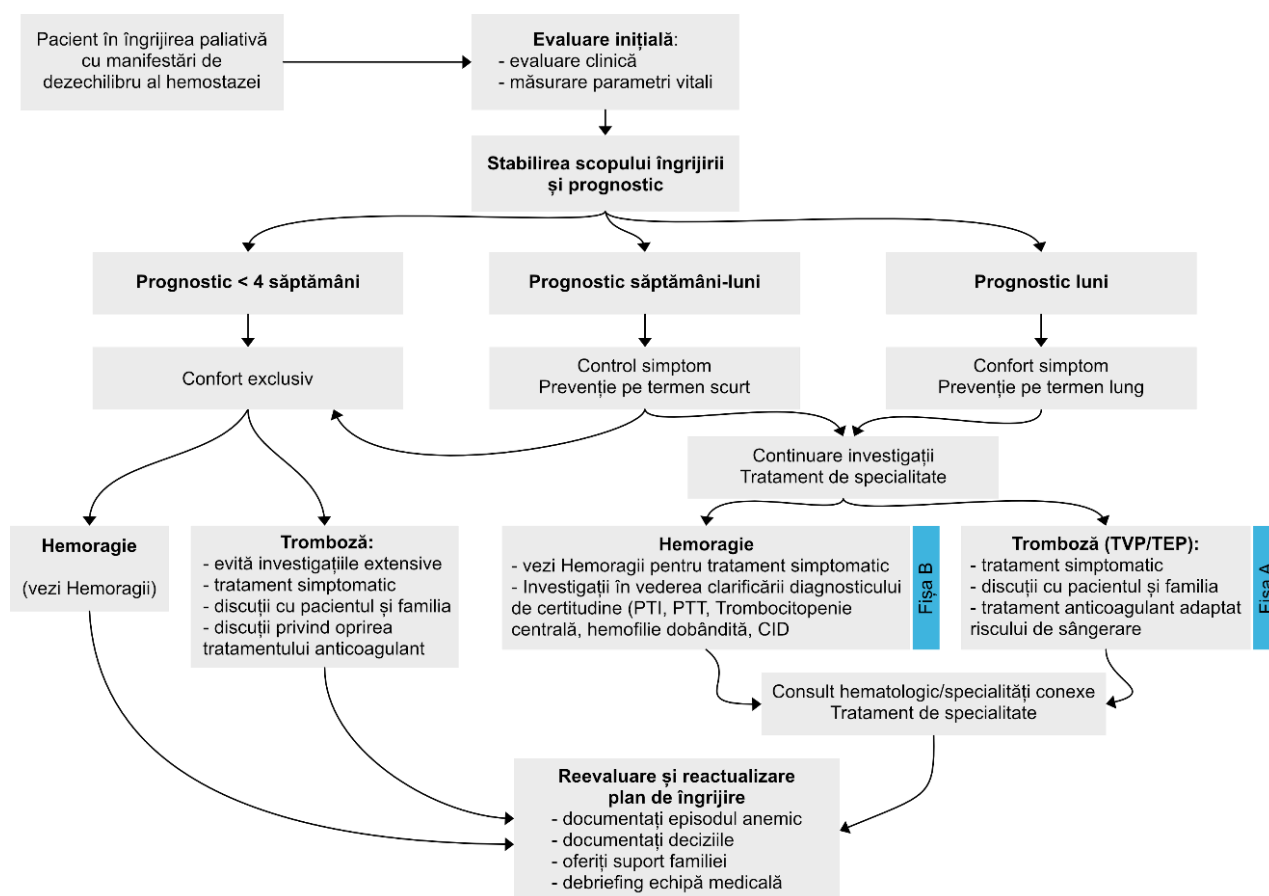


Fig. 3.1 Flux decizional în abordarea dezechilibrului hemostazei în îngrijirea paliativă

IV. FIȘE SUPORT

Fișa 1. Managementul trombozei- tratamentul anticoagulant în IP

Secțiune fișă	Element	Conținut sintetic (tratament farmacologic al trombozelor în IP)
Date de bază	Tip tromboză	TVP / TEP / tromboză de cateter / altă localizare
	Context	Cancer activ / altă boală; eGFR; funcție hepatică; trombocite
Indicație anticoagulare	Când oferă un beneficiu	Simptome supărătoare (durere, dispnee), prognostic > 4–6 săptăm, risc hemoragic acceptabil, pacient/ familie acceptă tratamentul
	Când NU	Prognostic de zile–săptămâni, hemoragie activă majoră, trombocite foarte scăzute, povară mare a tratamentului → doar tratament simptomatic
Alegerea anticoagulantului	HGMM (preferat)	Enoxaparină doze terapeutice, ajustate în insuficiența renală severă

	DOAC	Opțiune orală selectată (apixaban, rivaroxaban etc.) la risc hemoragic moderat, fără tumori cu sângerare activă, funcție renală acceptabilă
	HNF	Util mai ales spitalicesc, când e nevoie de reversibilitate rapidă sau insuficiență renală extremă; rar în ÎP
Ajustări după trombocite	> 50.000/ μ L	Se poate folosi doză terapeutică dacă restul riscurilor sunt acceptabile
	25–50.000/ μ L	Se consideră doză redusă (profilactică) sau pauză, în funcție de simptome și obiective
	< 25.000/ μ L sau hemoragie majoră	De obicei se oprește anticoagularea; focus pe controlul simptomelor și corecții hemostatice țintite
Durată	Prognostic > 3 luni	Țintă 3–6 luni
	Prognostic < 3 luni	Reevaluare la 4–6 săptăm pentru a decide dacă se continuă sau se simplifică schema
	Prognostic zile–săpt	Se ia în considerare oprirea anticoagulării și documentarea orientării exclusive pe confort
Reevaluare	Interval	Control la 1–2 săptăm după inițiere, apoi la 4–6 săptăm sau mai devreme la sângerare/ agravare
	De urmărit	Simptome trombotice, episoade de sângerare, modificarea preferințelor pacientului/ familiei, decizia de a menține/ reduce/ opri tratamentul

Fișa 2. Interpretarea principalelor teste de coagulare și a hemoleucogramei în îngrijirea paliativă pentru diagnosticarea patologiei hemostazei

Test/parametru	Modificări paraclinice asociate	Diagnostic orientativ	Entități probabile
Plachete scăzute	Coagulogramă relativ normală Hb - scăzută, GA - scăzute	Trombocitopenie de cauză centrală (medulară)	Trombocitopenie centrală, infiltrație medulară, chimioterapie
Plachete scăzute/ foarte scăzute (sub 50.000/ mmc)	Hb și coagulogramă normale	Trombocitopenie periferică imună	PTI secundar (limfoproliferări, HIV, tumori solide)
Plachete scăzute	+ schizocite pe frotiul de sânge periferic	Microangiopatie trombotică	PTT secundar (HIV, gemcitabină, tumori solide)
PT/ INR prelungit	aPTT normal sau ușor modificat	Deficit factori vitamină K–dependenți, în special factor VII, sinteză hepatică afectată	Coagulopatie din insuficiența hepatică, Tratament anticoagulant oral

<i>aPTT izolat prelungit</i>	INR- normal Test de mixtură a plasmei - necorectat	Prezența de inhibitori factor VIII, IX, XI cu scăderea consecutivă a activității acestora	Hemofilie dobândită Prezență de anticoagulant lupic dacă nu se constată scăderea activității factorilor de coagulare și se exclude tratamentul cu heparină nefracționată
<i>PT/ INR și aPTT</i>	Ambele prelungite	Tulburare de coagulare globală	CID Coagulopatie severă din insuficiența hepatică, Supradozaj anticoagulante
<i>Fibrinogen scăzut</i>	INR crescut Hb, TR, GA - valori variabil scăzute	Consum de factori de coagulare, fibrinoliză crescută	CID Insuficiență hepatică avansată
<i>D-dimeri</i>	Marcat crescuți	Activare a coagulării și fibrinolizei	Tromboză (TVP/ TEP) CID Cancer avansat cu status protrombotic
<i>TT (timp trombină)</i>	Prelungit	Deficit fibrinogen, Inhibitori direcți ai trombinei	CID sever Tratament cu DOAC de tip dabigatran Coagulopatie hepatică
<i>Hb scăzută</i>	Plachete scăzute	Hemoragie activă sau cronică + afectare medulară	Trombocitopenie centrală/ periferică cu sângerare CID
<i>Hb scăzută</i>	Plachete normale	Sângerare cronică ocultă Anemie inflamatorie	Anemie prin boală cronică în cancer avansat, IRC, BPOC, Sângerare digestivă cronică

IV. STUDIU DE CAZ

MANAGEMENTUL TROMBOZEI VENOASE PROFUNDE LA PACIENT ONCOLOGIC ÎN ÎNGRIJIRE PALIATIVĂ

IV.1. Prezentarea cazului clinic

- **Profil:** domnul I.M., 68 de ani, internat pe o secție de medicină internă
- **Diagnostic de bază:** Adenocarcinom pancreatic metastatic (stadiul IV), cu metastaze hepatice și peritoneale
- **Status actual:** pacientul, prezintă un prognostic estimat la 3-4 săptămâni (ECOG 3, cașexie neoplazică) și i se recomandă îngrijirea paliativă
- **Simptomatologia actuală:** edem masiv, durere intensă și cianoză la nivelul membrului inferior stâng, instalate brusc în ultimele 24 de ore
- **Ecografie Doppler-** tromboză venoasă la nivelul venei femurale stîngi cu extindere spre vena iliacă externă stg

- **Hemoleucograma**- TR- 30.000/ mmc, Hb- 8,9 g/ dl
- **Profil de coagulare**- normal

IV.2. Managementul cazului clinic- tabel 7.1

Tabel 3 Managementul etapizat al cazului clinic prezentat

Aspect	Decizie concretă	Argument / detalii practice
Trombocitopenie 30.000/ mmc	Se acceptă HGMM în doză redusă, fără transfuzie profilactică de plachete	Se discută cu pacientul și familia riscul hemoragic
Tip și doză HGMM	Enoxaparină aprox. 0,5 mg/ kg s.c. la 12 h sau 1 mg/ kg s.c. o dată/ zi (jumătate din doză)	Se discută cu pacientul și familia și se dorește această abordare
Durata tratamentului	Probă terapeutică 7–14 zile, apoi oprire sau continuare în funcție de beneficii/ risc	Nu se urmăresc „3 luni standard”, ci un interval scurt, orientat pe efectul clinic asupra durerii și edemului.
Monitorizare hemoragică	Supraveghere zilnică pentru: hemoragii mucoase, echimoze extinse, hematurie, melenă, hematemeză, cefalee bruscă, hipotensiune	Se va opri imediat anticoagulantul la apariția fenomenelor hemoragice
Analgezice/ măsuri locale	Escaladarea opioidelor, +/- corticosteroid pentru edem, poziționare confortabilă, evitarea conținției dureroase	Tratamentul anticoagulant nu înlocuiește controlul durerii; analgezia rămâne pilonul principal
Transfuzii de sânge	Nu se indică	Absența fenomenelor hemoragice active Nu este anemie severă - probabil este inflamatorie cu deficit de fier funcțional
Reevaluare 48–72 h	Se evaluează: durere, edem, semne de sângerare, percepția pacientului/ familiei	Dacă nu există beneficiu simptomatic clar sau apare hemoragie, anticoagulantul se oprește și se continuă exclusiv tratamentul simptomatic
Documentare și comunicare	Se consemnează: „LMWH în doză redusă, scop simptomatic, în context de trombocitopenie și prognostic limitat; oprire la primul semn de sângerare sau lipsă de beneficiu”	Comunicare cu pacientul și familia

IV.3. Puncte de învățare din cazul clinic

- Anticoagularea nu este „automată”: decizia se ia pornind de la prognostic, simptome și preferințele pacientului/ familie

- La trombocitopenie severă dacă se optează totuși pentru tratament, se folosește HGMM în doză redusă, pe durată limitată și cu monitorizarea foarte atentă a sângerării
- Obiectivul central rămâne calitatea vieții: controlul durerii și al edemului, precum și comunicarea clară a motivelor pentru inițierea/ oprirea anticoagulării sunt la fel de importante ca alegerea moleculei sau a dozei.

V. PARTICULARITĂȚI CU PRIVIRE LA ENTITĂȚILE CLINICE CARE REFLECTĂ AFECTAREA HEMOSTAZEI ÎN ÎNGRIJIREA PALIATIVĂ

Aceste particularități completează recomandările generale și algoritmul, fără a înlocui judecata clinică și dialogul cu pacientul și familia. Principalele principii de diagnostic și tratament sunt reunite în tabelul 4.1

Tabel 4 Sinteză a principalelor dezechilibre hemostatice în îngrijirea paliativă: manifestări, diagnostic și obiective de tratament orientate pe confort

Entitate	Simptomatologii țintită	Diagnostic de laborator (tipic)	Obiectivul îngrijirii în IP	Strategia de tratament în IP
<i>Tromboză (TVP/ TEP)</i> (Allende-Pérez și col., 2022; Franchini și col., 2024).	-durere și edem membre inferioare -dispnee -durere toracică -limitarea mobilității	-D-dimer crescut -ecografie Doppler/ angio-CT confirmă TVP/ TEP	-reducerea durerii și dispneei -prevenirea recurenței simptomatice -minimizarea spitalizărilor	-anticoagulare (HGMM/ DOAC) dacă prognostic >1–3 luni și simptome semnificative -individualizare și posibilă oprire dacă prognostic <4 săpt sau risc hemoragic mare
<i>Trombocitopenie centrală</i> (Hsu și col., 2023; Kuter, 2022; Li și col., 2021).	-sdr. hemoragipar cutaneo- mucos -oboseală prin anemie asociată	-plachete scăzute -coagulogramă relativ normală -eventual pancitopenie	-limitarea sângerărilor clinice relevante -reducerea nevoii de internări	-transfuzii plachetare țintite -ajustarea chimioterapiei -evitarea medicamentelor trombocitopeniante (carbamazepină)
<i>PTI secundar</i> (Zawar și col., 2017; Lee și col., 2014; Liu și col., 2023; Arnaud și col., 2021).	-sdr. hemoragipar cutaneo-mucos	-plachete foarte scăzute - GA, Hb – valori normale -coagulogramă normală	-controlul sângerărilor	-corticosteroizi ± IVIG /rituximab/ ARTPO în funcție de statusul general și prognostic -în IP avansate tratament minimalist și transfuzii doar la sângerare semnificativă
<i>PTT secundar</i>	-febră	-anemie hemolitică (schistocite)	-confort	-standard: plasmafereză + steroizi/ caplacizumab

(Upreti și col., 2023; D'Souza și col., 2023).	-sdr. hemoragipar cutaneo-mucos -fenomene neurologice -afectare renală -anemie	-trombocitopenie LDH ↑ -reticulocitoză ADAMTS13 scăzut		-în context paliativ sever, deseori se renunță la strategii agresive și se prioritizează confortul
Hemofilie dobândită (Franchini și col., 2024).	-hemoragii la nivelul țesuturilor moi	-aPTT izolat prelungit -FVIII - activitate scăzută -inhibitor FVIII (test Bethesda) pozitiv	-control durere -control hemoragie -prevenirea episoadelor majore	-rFVIIa/ aPCC ± concentrat FVIII porc și eradicare inhibitor (steroizi ± rituximab) -în IP avansate, se pot limita la control simptomatic
CID (Elmi și col., 2020; Akatsuka și col., 2020).	-sdr. hemoragipar -tromboze	-TP/ aPTT prelungite -fibrinogen scăzut -D-dimeri crescuți -trombocitopenie	-controlul simptomelor	-tratament cauză în funcție de prognostic — PPC, plachete, fibrinogen ghidate de simptome -în IP terminală, suport minim și sedare dacă este catastrofal

VI. PARTICULARITĂȚI ÎN INSUFICIENȚELE DE ORGAN

Particularitățile insuficiențelor de organ în îngrijirea paliativă influențează semnificativ riscul hemoragic și trombotic, precum și farmacocinetica tratamentelor anticoagulante și hemostatice, necesitând ajustarea dozelor și a obiectivelor terapeutice în funcție de funcția renală, hepatică, cardiacă și respiratorie - Tabel 5.1

Tabel 5 Particularități în managementul dezechilibrului hemostazei în insuficiențele de organ în îngrijirea paliativă

Tip insuficiență	Particularități hemostatice specifice	Implicații practice în IP
Insuficiență renală (Saeed și col., 2024)	-disfuncție plachetară uremică (sângerare cu plachete normale) -risc mixt trombotic/ hemoragic -clearance redus pentru HGMM/ DOAC	-doze ajustate de anticoagulant -transfuzie plachetară cu răspuns variabil -tratament simptomatic prioritar
Insuficiență cardiacă (Lee și col., 2024)	-stază venoasă (↑ TVP) -tratamente multiple anticoagulante/ antiagregante	-balanță fină între tromboză și sângerare

	-risc de CID în șoc cardiogen și microangiopatie de consum	-deseori simplificarea regimului anticoagulant și focus pe controlul simptomelor (dispnee, edem)
Insuficiență hepatică (Premkumar și Sarin, 2020)	-factori procoagulanți și anticoagulanți ↓ -trombocitopenie prin hipersplenism -INR prelungit -risc de CID cronic	-decizii individualizate -corecții (PPC/ fibrinogen) doar dacă există sângerare clinic relevantă -INR prelungit nu oferă protecție antitrombotică
Insuficiență respiratorie/ BPOC (Barbar și col., 2020)	-hipercoagulabilitate prin inflamație și hipoxie, imobilizare, corticoterapie cronică -infecții care precipită CID	-prag mai scăzut pentru suspiciune de TVP/ TEP, dar tratamentul se adaptează prognosticului și riscului de sângerare -evitarea investigațiilor agresive dacă nu schimbă conduita

VII. PARTICULARITĂȚI ÎN PEDIATRIE

În pediatrie, particularitățile fiziologiei hemostazei, etiologiile specifice (malformații congenitale, catetere centrale, boli hemato-oncologice) și lipsa datelor robuste din studii clinice impun prudență sporită și adaptarea recomandărilor la ghidurile dedicate trombozei și coagulopatiilor la copil. În tabelul 6.1 sunt punctate principalele particularități ale abordării dezechilibrului hemostazei la copil în contextul îngrijirii paliative orientate pe confort și discuția cu familia.

Tabel 6 Particularitățile managementului dezechilibrului hemostazei la copil în îngrijirea paliativă

Aspect	Particular la copil în IP	Implicații practice
Risc de tromboză (Monagle și col., 2018)	-majoritar legat de catetere venoase centrale și imobilizare -TVP aproape întotdeauna pe fond de boală severă	-profilaxă/ tratament numai dacă aduce beneficii clare de confort sau previne complicații majore
Dozare anticoagulant (Goldenberg și col., 2017)	-farmacocinetică dependentă de vârstă, greutate și funcția renală/ hepatică -multe recomandări extrapolate de la adult	-necesită monitorizare mai atentă (anti-Xa, INR) și ajustări frecvente -se preferă scheme simple, ușor de explicat părinților
Risc de sângerare (Biss și col., 2020)	-rezerve fiziologice diferite (nou-născut vs. adolescent) -frecvent trombocitopenie/ mucosite legate de tratamente oncologice	-transfuzii țintite pentru simptome nu strict după praguri numerice -minimizarea gesturilor invazive
Decizii împreună cu familia (Biss și col., 2020)	-accent pe suferința copilului și încărcarea familiei (injecții repetate, recoltări, internări)	-discuții clare despre scop: confort vs. prevenție pe termen lung -se acceptă mai ușor renunțarea la anticoagulare dacă procedurile sunt percepute ca prea agresive

VIII. REZUMAT

Abordarea dezechilibrului hemostazei în îngrijirea palitivă rămâne o provocare, fiind necesară personalizarea managementului în funcție de prognostic, obiective de îngrijire, dorințele pacientului.

Mesaje Cheie

- ținta principală este calitatea vieții: orice decizie de (anti)coagulare se judecă prin filtrul „aduce sau nu confort pacientului?”
- în abordarea pacientului cu risc crescut de tromboză și de sângerare; nu există răspuns standard, ci doar balanță individuală risc–beneficiu
- prognosticul scurt (săptămâni/ zile) și dorința de a evita spitalizările justifică frecvent oprirea sau neinițierea anticoagulantelor, chiar dacă riscul trombotic rămâne
- trombocitopenia severă schimbă decisiv decizia: sub 50.000/ mmc se ia în calcul doză redusă sau oprirea anticoagulantului, iar sub 25.000/ mmc, anticoagularea este în general evitată
- transfuziile (plachete, PPC) se folosesc în principal pentru sângerare activă sau simptome deranjante, nu doar pentru a „permite” tratamente agresive la pacientul terminal
- fiecare pacient ar trebui să aibă un plan simplu, discutat și documentat, pentru ce ar trebui să facem dacă apare tromboză nouă sau hemoragie (când tratăm activ, când ne oprim și trecem la confort exclusiv).

Bibliografie

1. Alcalde-Oteiza, P., Bosch, A., Huguet, A., & Vidal, L. (2024). Quality of life in oncological patients with venous thromboembolic disease. *Thrombosis Research*, 230, 99–107.
2. Allende-Pérez, S. R., Cesarman-Maus, G., Peña-Nieves, A., Arcos, A., Baz-Gutiérrez, P., Robles, J., & LeBlanc, T. W. (2022). Venous thromboembolism in patients with cancer receiving specialist palliative care. *Clinical and Applied Thrombosis/Hemostasis*, 28, 10760296221081121.
3. Arnaud, P., Chen, W., Goraya, J. S., & Viridi, V. S. (2021). Carbamazepine-induced immune thrombocytopenia confirmed by modified MASPAT test. *Transfusion and Apheresis Science*, 60(5), 103200.
4. Barbar, S., Darzi, A. J., Cushman, M., Elalamy, I., Gibson, C. M., Lyman, G. H., Nieto, J. A., Paolisso, P., Spyropoulos, A. C., Wells, P. S., & Mazzolai, L. (2020). Prognostic factors for VTE and bleeding in hospitalized medical patients: A systematic review and meta-analysis. *Blood*, 135(20), 1788–1810.
5. Biss, T. T., Albisetti, M., Bosch, A., Goldenberg, N. A., Kenet, G., Monagle, P., & van Ommen, H. (2020). Management of venous thromboembolism in children: Current recommendations and therapeutic options. *Children*, 7(6), 60.
6. Crawford, G. B., Dzierżanowski, T., Hauser, K., Larkin, P., Luque-Blanco, A. I., Murphy, I., Puchalski, C. M., Ripamonti, C. I., & ESMO Guidelines Committee. (2021). Care of the adult cancer patient at the end of life: ESMO Clinical Practice Guidelines. *ESMO Open*, 6(4), 100225.
7. D'Souza, A., Smith, J., Brown, K., & Patel, R. (2023). Thrombotic thrombocytopenic purpura in a patient with metastatic HER2-positive breast cancer. *Clinical Case Reports*, 11(3), e70395.
8. Elmi, M., Ahmed, A., Hassan, M., & Yusuf, A. (2020). Disseminated intravascular coagulation and malignancy: A case report and literature review. *Case Reports in Oncology and Medicine*, 2020, 9147105.
9. Falanga, A., Leader, A., Ambaglio, C., Bagoly, Z., Castaman, G., Elalamy, I., Lecumberri, R., Niessner, A., Pabinger, I., Szmit, S., Trincherio, A., Ten Cate, H., & Rocca, B. (2022). EHA guidelines on management of antithrombotic treatments in thrombocytopenic patients with cancer. *HemaSphere*, 6(8), e750.
10. Franchini, M., Cretti, A., Ciceri, F., Bonfanti, C., Mannucci, P. M., & Lippi, G. (2024). Cancer-associated thrombosis: Pathophysiology, laboratory assessment, and current guidelines. *Cancers*, 16(11), 2082.
11. Franchini, M., Tagliaferri, A., Bonfanti, C., Mannucci, P. M., & Lippi, G. (2024). Haemophilia and cancer: A literature review. *Journal of Clinical Medicine*, 13(6), 1770.
12. Goldenberg, N. A., Kruip, M. J. H. A., Lensing, A. W. A., Bosch, A., Kenet, G., Monagle, P., & van Ommen, H. (2017). Treatment of venous thromboembolism in pediatric patients. *Frontiers in Pediatrics*, 5, 26.

13. Hsu, C., Patell, R., & Zwicker, J. I. (2023). The prevalence of thrombocytopenia in patients with acute cancer-associated thrombosis. *Blood Advances*, 7(17), 4721–4727.
14. Khorana, A. A., Zwicker, J. I., Patell, R., Carrier, M., Ay, C., Di Nisio, M., Lee, A. Y. Y., Macbeth, F., Noble, S., & Lyman, G. H. (2022). Management of cancer-associated thrombosis with thrombocytopenia: Impact of ISTH guidance. *Research and Practice in Thrombosis and Haemostasis*, 6(4), e12739.
15. Kuter, D. J. (2022). Treatment of chemotherapy-induced thrombocytopenia in patients with non-hematologic malignancies. *Haematologica*, 107(6), 1243–1263.
16. Lee, D. H., Lee, B. K., Ryu, S. J., Lee, J. H., Bae, S. J., & Choi, Y. H. (2024). The association between disseminated intravascular coagulation profiles and neurologic outcome in patients with in-hospital cardiac arrest. *Reviews in Cardiovascular Medicine*, 25(9), 340.
17. Lee, H. S., Park, P. W., Kim, H. K., Kim, J. H., Lee, J. H., & Yoon, S. S. (2014). Immune thrombocytopenic purpura in a patient with renal cell carcinoma. *Korean Journal of Internal Medicine*, 29(5), 671–673.
18. Li, Y., Zhang, Y., Wang, X., Liu, J., Chen, Z., & Li, J. (2021). Carbamazepine induces platelet apoptosis and thrombocytopenia through protein kinase A. *Frontiers in Pharmacology*, 12, 749930.
19. Liu, Y., Wang, H., Zhang, L., Chen, X., Li, J., & Zhou, Y. (2023). Clinical features and treatment effect of HIV-associated immune thrombocytopenia: Single-center ten-years data summary. *Platelets*, 34(1), 2200836.
20. Lyman, G. H., Carrier, M., Ay, C., Di Nisio, M., Hicks, L. K., Khorana, A. A., Leavitt, A. D., Lee, A. Y. Y., Macbeth, F., Morgan, R. L., Noble, S., Sexton, E. A., Stenehjem, D., Wiercioch, W., & Kahale, L. A. (2021). American Society of Hematology 2021 guidelines for management of venous thromboembolism: Prevention and treatment in patients with cancer. *Blood Advances*, 5(4), 927–974.
21. Monagle, P., Cuello, C. A., Augustine, C., Bonduel, M., Brandão, L. R., Capman, T., Chan, A. K. C., Goldenberg, N. A., Journeyake, J., Kahr, W. H. A., Kenet, G., Kuhle, S., Male, C., Newall, F., Revel-Vilk, S., van Ommen, H., Williams, S., Witt, D. M., Younas, S., Zivkovic, T., Mitchell, L. G., Monreal, M., Montiel, M., Murin, S., Pai, M., Prandoni, P., Prins, M. H., Raskob, G., Sood, N., Wells, P., & Woller, S. C. (2018). American Society of Hematology 2018 guidelines for management of venous thromboembolism: Treatment of pediatric venous thromboembolism. *Blood Advances*, 2(22), 3292–3316.
22. More, S., & Garg, R. (2025). Bleeding and coagulopathy in cancer: A narrative review. *Journal of Onco-Anaesthesiology and Perioperative Medicine*, 2(2), 51–61.
23. Papageorgiou, C., Jourdi, G., Adjambri, E., Walborn, A., Patel, P., Fareed, J., Elalamy, I., Hoppensteadt, D., & Gerotziafas, G. T. (2018). Disseminated intravascular coagulation: An update on pathogenesis, diagnosis, and therapeutic strategies. *Clinical and Applied Thrombosis/Hemostasis*, 24(9_suppl), 8S–28S.
24. Parks, A. L. (2024). Anticoagulation at the end of life: Whether, when, and how to treat. *Blood Advances*, 8(23), 6359–6368.
25. Patell, R., & Zwicker, J. I. (2022). Full dose, modified dose, or no anticoagulation for patients with cancer and acute VTE and thrombocytopenia: An evidence-based minireview. *Hematology: American Society of Hematology Education Program*, 2022(1), 312–315.
26. Premkumar, M., & Sarin, S. K. (2020). Current concepts in coagulation profile in cirrhosis and acute-on-chronic liver failure. *Clinical Liver Disease (Hoboken)*, 16(4), 158–167.
27. Saeed, Z., Sirolli, V., Bonomini, M., Gallina, S., & Renda, G. (2024). Hallmarks for thrombotic and hemorrhagic risks in chronic kidney disease patients. *International Journal of Molecular Sciences*, 25(16), 8705.
28. Sood, R., Mancinetti, M., Betticher, D., Cantin, B., & Ebnetter, A. (2019). Management of bleeding in palliative care patients in the general internal medicine ward: A systematic review. *Annals of Medicine and Surgery*, 50, 14–23.
29. Specialist Palliative Care Audit and Guidelines Group. (2024). Major haemorrhage management in palliative care (SPAGG guideline). West Midlands Palliative Care Physicians. <https://www.westmidspallcare.co.uk>
30. Upreti, V., Naidoo, S., Gounden, R., & Cassim, N. (2023). Thrombotic thrombocytopenic purpura in the era of HIV: A single-centre experience. *Southern African Journal of HIV Medicine*, 24(1), 1279.
31. Zavar, G. P., Patil, M. V., Deshpande, S. R., & Kulkarni, U. (2017). A concise review of autoimmune cytopenias in chronic lymphocytic leukemia. *Current Hematologic Malignancy Reports*, 12(1), 30–38.

Capitolul 3.17

Tusea

Autor: Maria-Mirabela Mihăilescu-Marin

Revizor: Daniela Moşoiu

ASPECTE TEORETICE

Tusea reprezintă o manevră expulzivă puternică, realizată de obicei împotriva unei glote închise și însoțită de un sunet caracteristic. Ea are un rol protector esențial, contribuind la menținerea permeabilității căilor respiratorii și la îndepărtarea particulelor, secrețiilor sau altor agenți iritanți din arborele traheobronșic (Scottish Palliative Care Guidelines, n.d.).

Tusea este un simptom frecvent întâlnit la pacienții cu cancer pulmonar avansat. Tusea apărută în context oncologic este persistentă, având o durată mai mare de 6 luni. Aceasta este frecvent precedată de o senzație de mâncărime la nivelul gâtului (Santini et al., 2020).

I. RECOMANDĂRI (CU NIVELE DE EVIDENȚĂ)

Se sugerează utilizarea, în cazuri atent selecționate, a Codeinei (30–60 mg/zi) sau Morfinei în doze mici, în tusea asociată cancerului pulmonar (Santini et al., 2020).

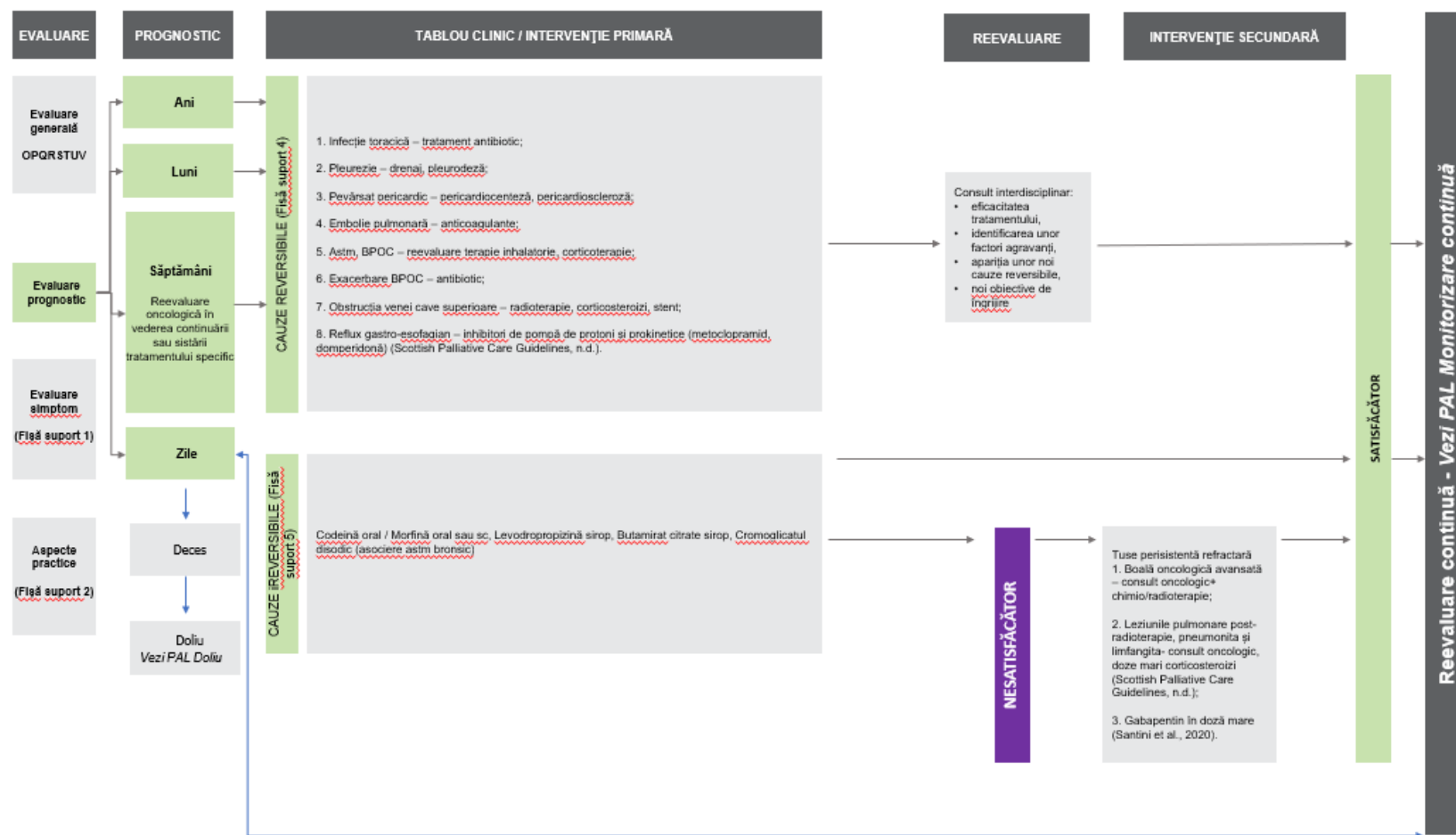
Se recomandă administrarea de Morfină în doză de 5-10 mg la 12 ore în tusea cronică refractară cu monitorizare la 1 săptămână și oprirea tratamentului în cazul lipsei de răspuns (Morice et al., 2020).

Se sugerează utilizarea, în cazuri atent selecționate, a Dihidrocodeinei în doză de 10 mg oral la 12 ore, Cromoglicatului de sodiu 10 mg x 4/zi prin nebulizare, Hidropropizinei sau Levodropropizinei 75 mg x 3/zi pentru ameliorarea tusei asociate cancerului pulmonar (Santini et al., 2020).

Se sugerează utilizarea, în cazuri atent selecționate, a Gabapentinei în doză de 1800 mg/zi în tusea cronică refractară la pacienții oncologici (Santini et al., 2020).

II. ALGORITM TUSE

ALGORITM DE MANAGEMENT TUSE



III. FIȘE SUPORT

Fișă 1. Evaluare simptom

Evaluarea tusei trebuie să fie amplă cuprinzând informații legate de etiologie, severitate și impactul asupra pacientului și familiei.

Aceasta cuprinde următoarele aspecte:

1. Explorarea percepțiilor și impactului asupra pacientului
 - Gradul de înțelegere a cauzelor tusei de către pacient,
 - Temerile asociate, inclusiv teama de sufocare,
 - Impactul tusei asupra abilităților funcționale (inclusiv continența), calității vieții, familiilor și îngrijitorilor.
2. Identificarea caracteristicilor clinice ale tusei
 - Modul de manifestare, caracterul și durata tusei,
 - Factorii care precipită sau ameliorează tusea,
 - Simptomele asociate (spută purulentă, hemoptizie, bronhoree, dispnee, rinoree)/afecțiuni asociate (paralizia de nerv laringeu recurent stâng sau cu paralizia abductoare a corzilor vocale),
 - Istoricul ocupațional.
3. Identificarea cauzelor potențial reversibile
 - infecții,
 - revărsat pleural sau pericardic,
 - embolie pulmonară,
 - reflux gastro-esofagian,
 - bronhospasm,
 - tratament cu Inhibitori enzimă conversie.
4. Analiza sputei (caracter, eventual examinare microbiologică)
5. Investigații suplimentare (investigații imagistice în funcție de contextual clinic) (Santini et al., 2020; Scottish Palliative Care Guidelines, n.d.).

Fișă 2. Aspecte practice (Cauze tuse la pacienții oncologici)

1. Boală oncologică: metastazele pulmonare, obstrucție tumorală a căilor aeriene, acumulare lichidiană pleurală sau prindere secundară tumorală, obstrucție de venă cavă superioară, limfangită carcinomatoasă, tuse paraneoplazică;
2. Tratament efectuat: chimio, radio, imuno, terapii biologice;
3. Comorbidități: BRGE, Astm, ICC;
4. Afecțiuni asociate: infecții, TEP, pneumothorax (Santini et al., 2020).

Fișă 3. Măsuri non-farmacologice în tuse

1. Hidratare adecvată pentru fluidizarea secrețiilor,
2. Terapie de igienă bronhopulmonară (fizioterapie respiratorie) pentru a favoriza eliminarea secrețiilor,
3. Îmbunătățirea respirației prin aerisirea încăperii și utilizarea unui ventilator,
4. Aspirarea secrețiilor în cazuri selecționate,
5. Utilizarea unor strategii de coping: poziționarea care să faciliteze respirația și să permită tusea, tehnici de relaxare pentru reducerea anxietății asociate și tehnici de control al respirației,

6. Renunțarea la fumat,
7. Utilizarea unui jurnal al tusei care să cuprindă caracteristicile tusei, factori declanșatori, răspuns la tratament (Scottish Palliative Care Guidelines, n.d.).

Fișă 4. Cauze reversibile de tuse și tratament specific

1. Infecție toracică – tratament antibiotic;
2. Pleurezie – drenaj, pleurodeză;
3. Pevărsat pericardic – pericardiocenteză, pericardioscleroză;
4. Embolie pulmonară – anticoagulante;
5. Astm, BPOC – reevaluare terapie inhalatorie, corticoterapie;
6. Exacerbare BPOC – antibiotic;
7. Obstrucția venei cave superioare – radioterapie, corticosteroizi, stent;
8. Reflux gastro-esofagian – inhibitori de pompă de protoni și prokinetice (metoclopramid, domperidonă) (Scottish Palliative Care Guidelines, n.d.).

Fișă 5. Cauze ireversibile de tuse și tratament

Deși dovezile provin din studii puține și metodologic limitate, există medicamente care pot contribui la ameliorarea tusei în cancerul pulmonar. Acestea sunt:

1. Codeina între 30–60 mg/zi, Dihidrocodeina 10 mg la 12 ore sau Morfina în doze mici (5-10 mg oral) (Santini et al., 2020). La pacientul opioid naiv se pot administra 2 mg Morfină oral la 4-6 ore. La pacienții în tratament cronic cu Morfină, pentru controlul tusei se utilizează medicația la nevoie cu eliberare imediată administrată (oral sau s.c) pentru durere sau dispnee cu ajustarea dozelor în funcție de răspuns și tolerabilitate (efecte secundare). Se vor administra maxim 6 doze în 24 de ore (Scottish Palliative Care Guidelines, n.d.).
2. Cromoglicat disodic 10mg x 4/zi inhalat prin nebulizare (Santini et al., 2020).
3. Hidropropizină sau Levodropropizină 75 mg x3/zi (Santini et al., 2020).
4. Butamirat citrat 15 ml x3/zi (Santini et al., 2020).
5. Gabapentin în doze mari în tusea cronică refractară (Santini et al., 2020).

IV. PARTICULARITĂȚILE ÎN INSUFICIENȚE DE ORGAN

În boala renală cronică, Codeina nu necesită modificări ale dozelor dacă RFG >50 ml/min. La o RFG între 10-50 ml/min se pot administra 30 mg la 4 ore. La o scădere a RFG <10 ml/min se mărește intervalul la 6 ore. DHC se administrează fără ajustare a dozelor dacă RFG este >50 ml/min. La RFG < 50 ml/min se reduc dozele și se titrează în funcție de răspunsul clinic (Ashley & Dunleavy, 2019). La pacienții opioid naivi, Morfina se poate administra în doză de 2 mg oral la 6-8 ore în insuficiența renală sau hepatică (Scottish Palliative Care Guidelines, n.d.).

În insuficiența hepatică moderată și severă nu se recomandă administrarea de Codeină sau DHC (Wilcock et al., 2019).

Acetilcisteina nu necesită ajustarea dozelor în insuficiența renală (Ashley & Dunleavy, 2019).

Acetilcisteina poate fi administrată în condiții de siguranță în insuficiența hepatică îmbunătățind profilul hepatic (Hatami et al., 2023).

V. PARTICULARITĂȚI LA COPII

La copiii cu vârsta peste 12 ani se poate administra (off label) Codeină 7,5 -30 mg oral, la nevoie, la intervale de 4-6 ore. Se evită administrarea Codeinei la copii sub 12 ani (Medscape, 2025).

Morfina este rezervată cazurilor cu durere moderată și severă care asociază tuse (Mayo Clinic, 2025).

Gabapentina nu se recomandă în tuse la copii datorită efectelor adverse, toxicității și lipsa de evidențe în trialuri clinice (Morice et al., 2020).

Pentru controlul bronhospasmului se poate utiliza Salbutamol prin nebulizare sau inhalare (Victorian Paediatric Palliative Care Program, 2023).

Aerosolii cu ser fiziologic au efect mucolitic prin reducerea vâscozității secrețiilor (Victorian Paediatric Palliative Care Program, 2023).

Siropurile de tuse pot fi benefice prin efectul emolient (Victorian Paediatric Palliative Care Program, 2023).

În tusea refractară se pot utiliza anestezicele locale nebulizate (lidocaina 2% sau bupivacaina 0,25%) (Victorian Paediatric Palliative Care Program, 2023).

Măsurile non-farmacologice reprezentate de: poziție semișezândă, umidificarea aerului și evitarea băuturilor reci pot constitui o soluție ușor de utilizat (Victorian Paediatric Palliative Care Program, 2023).

VI. STUDIU DE CAZ

Pacient de 58 ani cunoscut cu BPOC și Insuficiență respiratorie cronică, diagnosticat de a 1 an cu Neoplasm bronho-pulmonar stâng cu progresie prin invazie plămân contralateral și mediastin, care este dependent total de O₂ (saturație 85-90%) și un status de performanță (ECOG 3) prezintă dispnee cu ortopnee (intensitate 8/10), tuse seacă intermitentă și anxietate.

Cerințe:

Abordează pacientul din punct de vedere holistic.

Rezolvare:

1. Se exclud cauzele reversibile de dispnee (pleurezie, infecție asociată, exacerbare BPOC) și impactul dispneei asupra calității vieții.
2. Se evaluează severitatea, factorii declanșatorii și impactul dispneei și tusei asupra somnului, funcționalității și implicit asupra calității vieții.
3. Se confirmă absența secrețiilor abundente sau a fistulelor traheo-esofagiene.
4. Măsurile non-farmacologice: aerisirea camerei, utilizarea unui ventilator de mână, adoptarea unei poziții semisezândă cu trunchiul ușor aplecat în față, efectuarea efortului în limita toleranței cu conservarea energiei pentru momentele importante pentru pacient, suport psihologic pentru reducerea anxietății și explicarea prognosticului, respirație controlată cu buzele ținute pentru facilitarea respirației.
5. Măsurile farmacologice: Morfină 2.5 mg s.c administrat la 4-6 ore în funcție de nevoie, Midazolam 2.5 mg s.c la nevoie, Dexametazonă 8 mg 1 fiolă s.c diminuează, continuarea oxigenoterapie atâta timp cât asigură scăderea senzației de sufocare cu minimul de efecte secundare.
6. Reevaluare zilnică pentru stabilirea continuă a obiectivelor de îngrijire în funcție de starea de sănătate și prognosticul pacientului.

VII. REZUMAT

Tusea este frecventă și deranjantă la pacienții cu cancer avansat, afectând sever calitatea vieții și putând fi însoțită de simptome precum spută, hemoptizie și dispnee (Santini et al., 2020). Evaluarea completă (severitate, durată, tip, simptome asociate) este esențială pentru stabilirea cauzei și a impactului asupra pacientului (Santini et al., 2020). Măsurile non-farmacologice sunt esențiale pentru pacient și familie să facă față acestui simptom (Scottish Palliative Care Guidelines, n.d.). Tratamentul medicamentos devine necesar odată cu progresia bolii oncologice (Scottish Palliative Care Guidelines, n.d.). Inițierea tratamentului opioid în doze mici și ajustarea treptată face administrarea sigură (Scottish Palliative Care Guidelines, n.d.).

Bibliografie

1. Ashley, C., & Dunleavy, A. (Eds.). (2019). The renal drug handbook: The ultimate prescribing guide for renal practitioners (5th ed.). CRC Press/Taylor & Francis Group. https://medicinainterna.net.pe/sites/default/files/The_Renal_Drug_Handbook_The_Ultimate.pdf
2. Hatami, B., Abdi, S., Pourhoseingholi, M. A., Eghlimi, H., Rabbani, A. H., Masoumi, M., & Hajimohammadebrahim-Ketabforoush, M. (2023). The effects of N-acetylcysteine on hepatic, hematologic, and renal parameters in cirrhotic patients: a randomized controlled trial. Gastroenterology and hepatology from bed to bench, 16(4), 432–440. <https://doi.org/10.22037/ghfbb.v16i4.2443>
3. Mayo Clinic. (2025). Morphine (oral route). Drugs & Supplements. Retrieved November 26, 2025, from <https://www.mayoclinic.org/drugs-supplements/morphine-oral-route/description/drg-20074216>
4. Medscape. (2025). Codeine. Retrieved November 26, 2025, from <https://reference.medscape.com/drug/codeine-343310>
5. Morice, A. H., Millqvist, E., Bieksiene, K., Birring, S. S., Dicpinigaitis, P., Domingo Ribas, C., Hilton Boon, M., Kantar, A., Lai, K., McGarvey, L., Rigau, D., Satia, I., Smith, J., Song, W. J., Tonia, T., van den Berg, J. W. K., van Manen, M. J. G., & Zacharasiewicz, A. (2020). ERS guidelines on the diagnosis and treatment of chronic cough in adults and children. The European respiratory journal, 55(1), 1901136. <https://doi.org/10.1183/13993003.01136-2019>
6. Santini, D., Armento, G., Giusti, R., Ferrara, M., Moro, C., Fulfaro, F., Bossi, P., Arena, F., Ripamonti, C. I., & ESMO Guidelines Committee. Electronic address: clinicalguidelines@esmo.org (2020). Management of orphan symptoms: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis and treatment†. ESMO open, 5(6), e000933. <https://doi.org/10.1136/esmoopen-2020-000933>
7. Scottish Palliative Care Guidelines. (n.d.). Cough – symptom management. Right Decisions NHS Scotland. Retrieved from <https://www.rightdecisions.scot.nhs.uk/scottish-palliative-care-guidelines/symptom-management/cough/>
8. Victorian Paediatric Palliative Care Program. (2023). A practical guide to palliative care in paediatrics (4th ed.). The Royal Children's Hospital. <https://palliativecare.org.au/resource/a-practical-guide-to-palliative-care-in-paediatrics-4th-edition>
9. Wilcock, A., Charlesworth, S., Prentice, W., Selby, P., McKenna, M., Cripps, S., Considine, A., Orr, A., Wright, M., Mihalyo, M., & Oxberry, S. (2019). Prescribing in Chronic Severe Hepatic Impairment. Journal of pain and symptom management, 58(3), 515–537. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2019.04.034>

Partea 4.
ALGORITMI
DE ÎNGRIJIRE

Capitolul 4.1

Cavitatea bucală

Autor: Letiția Buzea
Revizor: Vladimir Porocho

I. RECOMANDĂRI

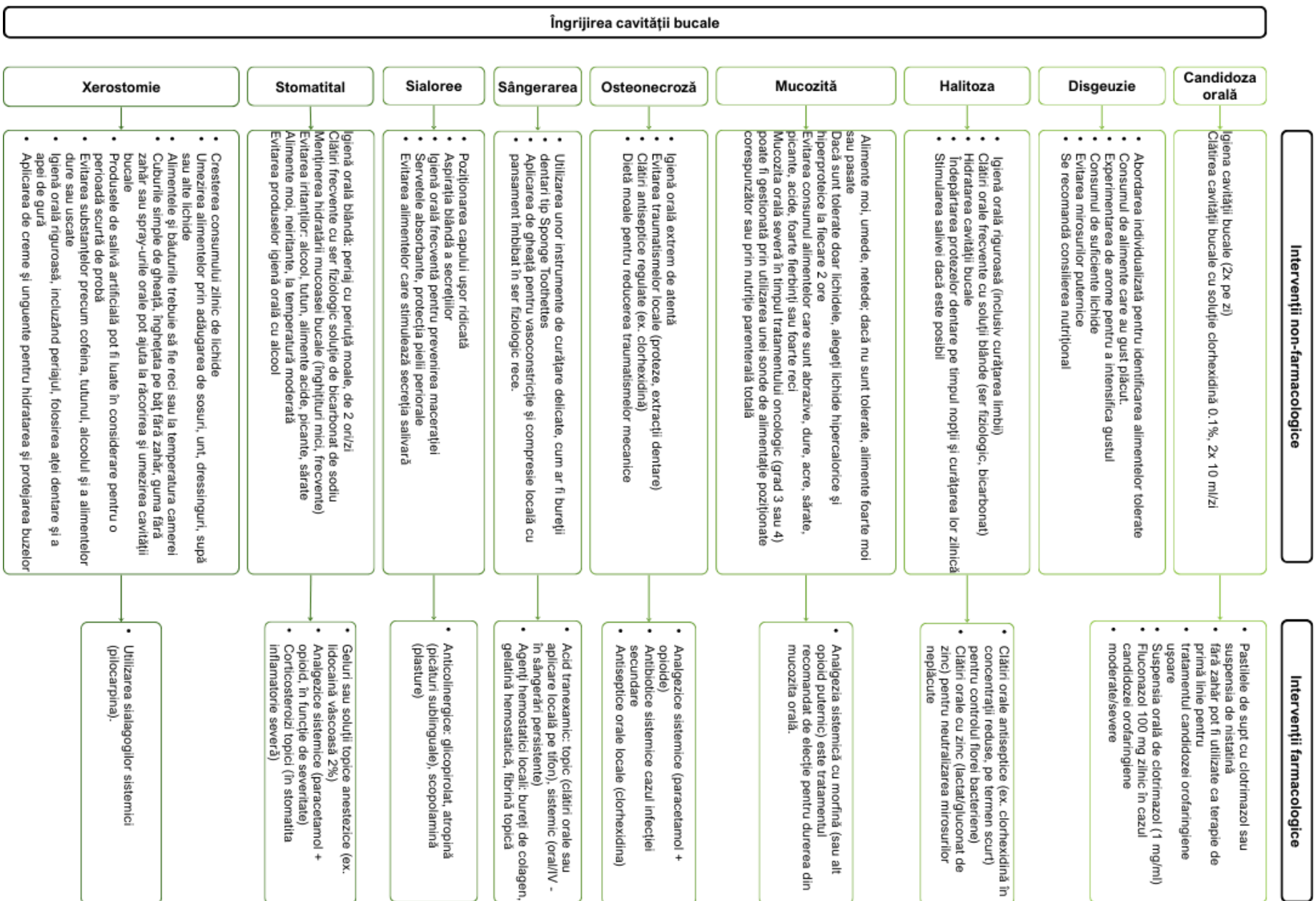
Tabel 1. Recomandări (GRADE simplificat) - îngrijirea cavității bucale/ complicații orale

Problemă/ intervenție	Recomandare (formulare de ghid)	Forța recomandării	Certitudinea dovezilor (GRADE simplificat)
Îngrijire orală generală - evaluare + educarea îngrijitorilor (Ontario, 2012)	Se recomandă evaluare inițială + plan educațional sistematic; îngrijitorii să verifice zilnic cavitatea bucală pentru complicații.	Puternică	Moderată
Periaj dentar (Ontario, 2012)	Se recomandă periaj 2-4 x/ zi , cu periuță extra-moale , minim 2 minute; înlocuirea periuței când periile se deteriorează; schimbarea periuței după infecție orală rezolvată.	Puternică	Moderată
Dacă nu se pot peria dinții (Ontario, 2012)	Se recomandă curățarea cu tifon umed/ tampon spumă/ bureți orali, cu clătiri blânde.	Condiționată	Scăzută
Clătiri blânde (salină/ bicarbonat/ combinație) (Ontario, 2012)	Se recomandă clătiri blânde pentru menținerea gurii curate și umede (rețete tip: salină, bicarbonat, salină + bicarbonat).	Puternică	Moderată
După vărsături (Ontario, 2012)	Se recomandă clătire imediată cu soluție blândă pentru neutralizare și reducerea demineralizării smalțului.	Puternică	Scăzută-moderată
Ape de gură comerciale cu alcool/ iritante (Ontario, 2012)	Nu se recomandă să se utilizeze ape de gură comerciale cu alcool și agenți iritanți (ex. peroxid, iod etc.) în îngrijirea de rutină.	Puternică	Moderată
Îngrijirea buzelor (Ontario, 2012)	Se recomandă emoliente (lanolină/ unguente compatibile) după îngrijirea orală, la culcare și ori de câte ori e nevoie.	Puternică	Scăzută-moderată
Proteze dentare - purtare/ îngrijire (Elad et al., 2020)	Se recomandă curățare după mese și înainte de culcare; îndepărtare dacă prezintă disconfort/ fit prost; la pacienți cu	Puternică	Scăzută-moderată

	durere/ sensibilitate - purtare doar la masă.		
Mucozită orală - prevenție cu crioterapie (bolus 5-FU) (Miranda-Silva et al., 2021)	Se recomandă 30 min. crioterapie orală (gheață) la pacienții care primesc bolus 5-FU pentru prevenția mucozitei orale.	Puternică	Moderată
Crioterapie - contraindicație (oxaliplatin) (Miranda-Silva et al., 2021)	Nu se recomandă să se utilizeze crioterapia când regimul include oxaliplatin (risc disestezie faringolaringiană indusă de frig).	Puternică	Moderată
Mucozită orală - prevenție cu LLLT în HSCT (Miranda-Silva et al., 2021)	Se recomandă terapia cu laser de nivel scăzut (LLLT) pentru prevenția mucozitei la pacienți cu chimioterapie în doze mari pentru HSCT (în setări specifice).	Puternică	Moderată
Mucozită orală - clorhexidină pentru prevenție (Elad et al., 2020)	Nu se recomandă să se utilizeze clorhexidina pentru prevenția mucozitei orale (nu există beneficiu vs. placebo/ no treatment).	Puternică	Moderată
Xerostomie - prevenție prin IMRT cu protejarea parotidelor (Elad et al., 2020)	Se recomandă IMRT cu protejarea parotidelor pentru prevenția hipofuncției salivare și xerostomiei la cancer cap-gât.	Puternică	Moderată
Xerostomie - pilocarpină după radioterapie (Elad et al., 2020)	Se recomandă pilocarpină orală după RT pentru ameliorarea xerostomiei (beneficiu variabil pentru hiposalivație).	Condiționată	Moderată
Xerostomie - substituenți salivari/ lubrifianți orali (Elad et al., 2020)	Se recomandă substituenți salivari/ lubrifianți pentru ameliorare pe termen scurt .	Condiționată	Moderată
Disgeuzie - prevenție: excluderea vârfului limbii din câmpul de iradiere (Elad et al., 2020)	Se sugerează tehnici RT care evită iradierea vârfului limbii când este fezabil (poate reduce disgeuzia).	Condiționată	Scăzută-moderată
Disgeuzie - zinc gluconat (prevenție) (Elad et al., 2020)	Nu se recomandă să se utilizeze zinc gluconat pentru prevenția disgeuziei la cancer cap-gât.	Puternică	Moderată

Disgeuzie - amifostină (prevenție) (Elad et al., 2020)	Nu se recomandă să se utilizeze amifostina doar pentru prevenția disgeuziei la cancer cap-gât.	Puternică	Moderată
Candidoză orală ușoară - tratament topic	Se recomandă tratament topic (nistatină etc.) ca primă linie în forme ușoare/ localizate; fluconazol oral în forme severe/ extinse sau eșec topic.	Puternică	Moderată
Sângerare orală - tranexamic acid topic (clătiri/ compresă) (Right Decision Service: supporting decisions for Scotland's health and care, n.d.)	Se sugerează tranexamic acid topic (clătiri 4-5% sau compresă) pentru sângerare orală (mai ales paliativ), dacă este disponibil și adecvat clinic.	Condiționată	Scăzută
Protocol de îngrijire orală (consistență) (Oral Care Protocol for Mucositis , 2025)	Se recomandă aplicarea consecventă a unui protocol de îngrijire orală; consistența este componenta cheie.	Puternică	Moderată

II. ALGORITM

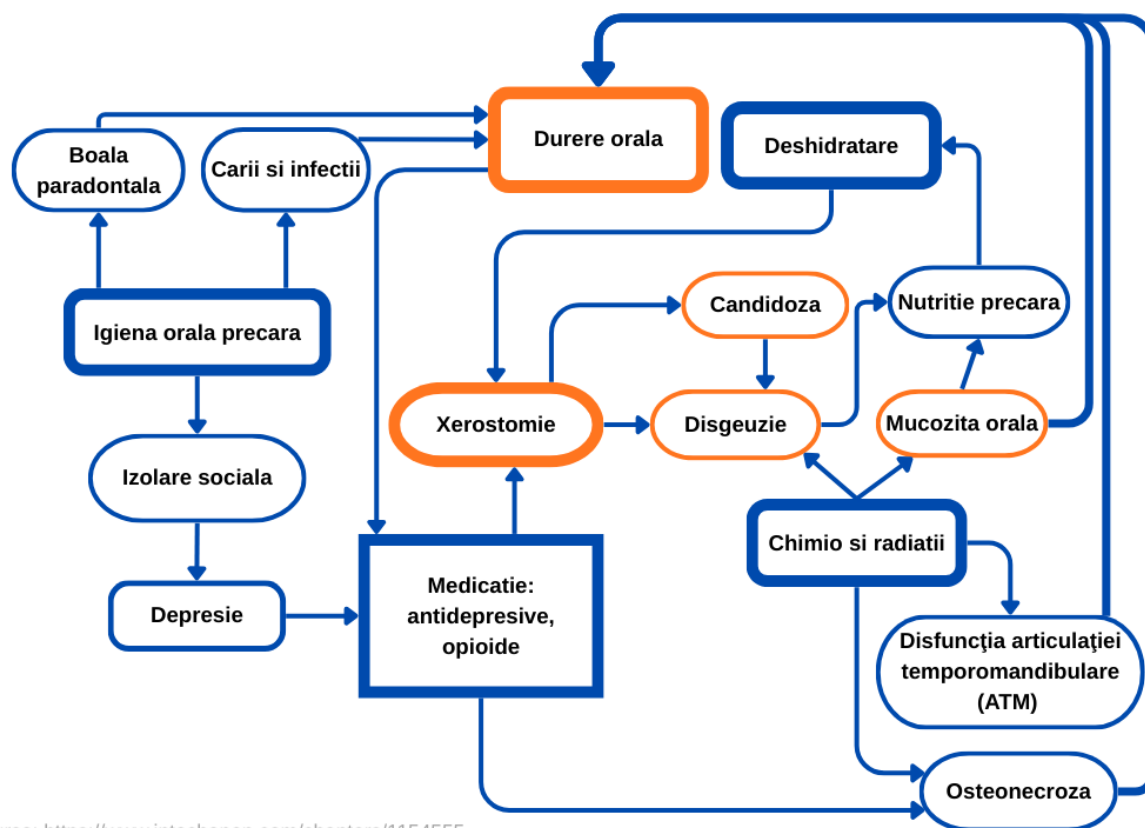


III. FIȘE SUPORT

Fișa 1. Factori de risc pentru apariția problemelor cavității bucale

Efectele secundare ale tratamentului curativ	Chimioterapia, radioterapia și imunoterapia afectează regenerarea epiteliului, cauzând mucozită (Miranda-Silva et al., 2021)
Cauze medicamentoase	● Opioid (morfină, fentanyl, oxicodonă) ● Anticolinergice (scopolamina) ● Antidepresive (amitriptilina) ● Antipsihotice (haloperidol, olanzapina) ● Antiemetice (metoclopramid, ondasetron) ● Diuretice (determină deshidratare sistemică). (Kvalheim & Strand, 2022)
Cauze infecțioase	● Candidoza orală favorizată de xerostomie, antibiotice, proteze, imunitate scăzută ● Infecții bacteriene: plăgi necrotice, gingivită, halitoză. (Samim et al., 2024)
Cauze locale	● Proteze dentare necorespunzătoare ● Placă bacteriană și igienă deficitară ● Cariile dentare, mobilitate dentară ● Oxigenoterapie: uscarea mucoasei bucale ● Lipsa igienei orale: tehnici de curățare ineficiente ● Alimente și băuturi iritante. (Samim et al., 2024)
Cauze psihologice și sociale	● Depresia și anxietatea - reduc motivația pentru igienă ● Izolarea socială - lipsa suportului în îngrijirea zilnică. (Ann-Yi & Bruera, 2022)

Fişa 2. Problemele cavităţii bucale



Sursa: <https://www.intechopen.com/chapters/1154555>

Cele mai comune complicatii orale în corelatie cu pacientii aflatii în îngrijire paliativă.

AFECTIUNE	SIMPTOME
Infecții fungice - candidoză orală	● Incidența: ~75% la pacienții din serviciile de îngrijire paliativă ● Se caracterizează prin roșeață sau înveliș alb abraziv ● Factori favorizanți: ○ Infecții fungice ○ Igiena bucală precară ○ Hiposalivația ○ Medicamente ○ Diabet ○ Imunitate scăzută ○ Alimentație redusă. (Samim et al., 2024)
Disgeuzie	● O modificare neplăcută a percepției gustului ● Este descrisă prin: gust amar metilic, sărat sau neplăcut

	care duce la pierderea plăcerii de a mânca. (Hannon et al., 2023)
Halitoză	● Respirație urât mirositoare ● Determinată de o igienă orală precară, infecții, stomac gol. (Arias-Casais et al., 2019)
Mucozită	● Apare la 40% dintre pacienții în curs de chimioterapie sau radioterapie ● Se manifestă în 5-7 zile după tratament; cu durere severă, dificultate în înghițire ● Duce la scăderea dozei de chimioterapie sau la oprirea radioterapiei ● Scara OMS pentru toxicitate orală: ○ Grad 1: Durere + eritem  ○ Grad 2: Durere + eritem + ulcere (pacientul poate înghiți alimente solide)  ○ Grad 3: Durere + eritem + ulcere adânci (pacientul nu poate înghiți alimente) 

	○ Grad 4: Mucozita într-o măsură în care alimentația nu este posibilă → alimentație parenterală  (Elad et al., 2020)
Osteonecroză mandibulară	● Leziune necrotică a osului maxilar sau mandibular ● Factori de risc: ○ Terapie cu bisfosfonați ○ Radioterapie în regiunea cap-gât ○ Extracții dentare sau alte proceduri chirurgicale orale ○ Igienă orală deficitară, infecții dentare cronice ○ Proteze prost adaptate ○ Corticoterapie cronică. (Ruggiero et al., 2022)
Sialoree (hipersalivație)	● Salivare excesivă din cauza incapacității de a înghiți saliva ● Este frecventă în bolile neurodegenerative (boala Parkinson, scleroză multiplă). (Squires et al., 2012)
Stomatită	● Afectarea mucoasei bucale prin apariția leziunilor inflamatorii difuze, ulcerative ● Cauze: infecție de origine virală (herpes, varicelă, zona zoster) sau bacteriană, ulceratie mecanică (frecarea dinților de gingie, proteza dentară prost adaptată), micoză, cancer bucal.  Stomatită aftoasă  Stomatită herpetică (Koshy et al., 2020)
Xerostomie	● Scade secreția salivară, îngreunând masticția și

	înghițirea și ducând la dificultăți de vorbire (limba se lipește de mucoasa care poate determina și retragerea socială). (Jensen et al., 2010)

Fișa 3. Evaluarea cavității bucale la pacienții cu cancer folosind acronim-ul/ mnemonic-ul O, P, Q, R, S, T, U, V

Debut (Onset)	Când a început simptomul? Cât de des apare? Cât timp durează?
Factori declanșatori/ de ameliorare (Provoking/ Palliating)	- Ce credeți că ar putea cauza simptomul? - Care sunt factorii care îl agravează sau îl ameliorează (ex: medicamente, tratament activ, modificări alimentare)?
Calitate (Quality)	- Aveți gură uscată? (ex: scăderea cantității sau consistenței salivei) - Ce tip de modificări ale gustului experimentați (ex.: dulce, acru, sărat etc.)? - Aveți roșeață, vezicule, ulcerații, fisuri sau zone albicioase? Dacă da, sunt izolate, generalizate, grupate sau dispersate?
Regiune (Region/ Radiation)	Ce zonă este afectată?
Severitate (Severity)	- Care este intensitatea acestui simptom (pe o scară de la 0 la 10, unde 0 înseamnă absent și 10 cel mai grav posibil)? - Chiar acum? În cel mai bun caz? În cel mai rău caz? În medie?
Tratament (Treatment)	Dacă există gură uscată: - Aportul de lichide? - Folosiți soluții de clătire orală? Ce tip? Sunt eficiente? - Folosiți substituenți sau stimulenți salivari? Ce tip? Sunt eficienți? Dacă există durere asociată la nivelul gurii: - Folosiți medicamente pentru durere? Ce tip - topic/ local, oral/ injectabil? - Sunt eficiente? Există și alte tratamente pe care le

	utilizați pentru durere? • Modificări ale texturii alimentelor? Dacă există sângerare orală asociată: • Apare spontan? Unde este localizată? Ce o agravează? • Ce tratamente au fost recomandate și utilizate? • Care este rutina dumneavoastră actuală de îngrijire orală? Cât de eficientă este? • Ați avut infecții orale? Ce tratamente ați folosit? Cât de eficiente au fost? • Aveți reacții adverse de la medicamentele/ tratamentele utilizate pentru cele de mai sus? • Ce investigații ați făcut pentru simptomele orale, dacă există?
Înțelegere (Understanding)	• Cât de deranjant este acest simptom pentru dumneavoastră? • Vă afectează capacitatea de a mânca sau bea? În ce măsură? • Ați avut scădere în greutate? Cât? Pe ce perioadă de timp? • Vă afectează capacitatea de a purta proteze dentare? • Cum vă afectează acest simptom viața de zi cu zi?
Valori (Values)	• Care este un nivel acceptabil de severitate pentru acest simptom (scala 0-10)? • Ce înseamnă acest simptom pentru dumneavoastră? • Cum v-a afectat pe dumneavoastră și familia și/ sau îngrijitorul?

Notă: Atunci când pacientul nu se poate evalua singur, personalul medical sau îngrijitorul poate efectua evaluarea. Evaluarea fizică trebuie să includă semnele vitale și un examen oral, inclusiv evaluarea dentară (Dans et al., 2017).

Fișa 4. Tratament

Tehnica îngrijirii cavității bucale

- Evaluarea inițială a pacientului.
- Educarea îngrijitorilor să evalueze zilnic cavitatea bucală pentru descoperirea potențialelor probleme.
- Menținerea unei bune hidratări a cavității bucale.
- Sfaturi privind menținerea igienei orale: folosirea pastei de dinți cu fluor, apă de gură cu clorhexidină.
- Folosirea salivei artificiale, geluri orale sau bomboane de gât.
- Reducerea disconfortului prin folosirea anestezicelor locale (lidocaină).
- Infecția locală poate fi controlată cu preparate de nistatin sau clotrimazol.
- Periajul dentar de 2-4 ori pe zi în decurs de 30 min. de la masă timp de cel puțin 2 minute cu o periuță extra-moale.
- Folosirea unei paste de dinți cu fluor cu gust neutru.
- Curățarea periutei cu apă fierbinte după fiecare utilizare.
- Dacă nu se pot peria dinții, se folosește un tifon curat și umed, tampon din spumă sau bureți de curățare pentru gură (Fig. 1).



Figura 1. Burete de curățare pentru gură

- Dacă există infecție orală, se recomandă schimbarea periutei după ce infecția s-a rezolvat.
- Pentru menținerea gurii umede și curate, se folosește apă de gură sau soluțiile:
 - Soluție salină normală (1/2 linguriță sare + 240 ml apă).
 - Soluție bicarbonat de sodiu (1/2 linguriță bicarbonat + 240 ml apă).
 - Soluție bicarbonat de sodiu și sare (1/4 linguriță bicarbonat + ¼ linguriță sare + 240 ml apă).
- De evitat apa de gură cu alcool, tampoane cu iod, peroxid de hidrogen, sucralfat sau glicerină (pot determina uscăciunea gurii) (Elad et al., 2020).

Îngrijirea buzelor

- Se aplică unguente cu lanolină, miere sau pe bază de ulei de pește.

- Se aplică după îngrijirea cavității bucale, la culcare, sau de câte ori este nevoie (Peterson et al., 2011).

Protezele dentare

- Periajul protezelor după fiecare masă și înainte de culcare.
- Clătirea protezelor înainte de introducerea în gură.
- Purtarea lor doar în timpul mesei dacă există sensibilitate orală sau durere (Peterson et al., 2011).

Crioterapie

- Pacienții trebuie instruiți să țină bucăți de gheață în gură cu 5 minute înainte, în timpul și timp de 30 de minute după chimioterapie, cum ar fi administrarea în bolus de fluorouracil (5-FU), pentru a reduce riscul și severitatea mucozitei orale.
- Crioterapia este contraindicată în regimurile care includ oxaliplatin, din cauza posibilei agravări a disesteziei faringolaringiene induse de frig (Peterson et al., 2011).

Dieta

- Consum zilnic de lichide (2-3 l apă, supă, înghețată fără zahăr)
- Alimente bogate în proteine, vitamina B și C
- Alimente moi (sosuri neacide, unt, dressinguri pentru salată).
- De evitat:
 - Alimente picante sau fierbinți
 - Alimente uscate/ crocante (chipsuri, pâine prăjită)
 - Alimente și lichide acide (pastile cu vitamina C)
 - Alimente bogate în zahăr (sucuri, băuturi răcoritoare acidulate)
 - Cafea, tutun, alcool (Care, 2021).

Fișa 4.1 Îngrijirea orală generală

Îngrijirea orală generală (Ontario, 2012)	Tratament non-farmacologic
	Managementului îngrijirii orale: evaluarea statusului nutrițional, inclusiv adecvarea aportului oral de alimente solide și lichide.
	Mucoasa orală și buzele trebuie să fie menținute curate, moi, umede și intacte, prevenind astfel infecțiile.
	O bună îngrijire dentară.
	Soluția de clătire recomandată este o clătire blândă (1 linguriță de sare, 1 linguriță de bicarbonat de sodiu în 1 litru/ 4 căni de apă).
	După episoade de vărsături, pacienții trebuie instruiți să își clătească imediat gura cu soluția blândă pentru a neutraliza cavitatea bucală, minimizând demineralizarea smalțului dentar.
	Pacienții pot mesteca gumă cu xylitol sau pot suge pastile cu xylitol, până la 6 grame pe zi.

	evitarea băuturilor carbogazoase din cauza pH-ului acid, rezultat al conținutului de acid carbonic prezent în băuturile carbogazoase.
	Punerea la dispoziție de resurse și suport pentru persoanele care doresc să renunțe la fumat.
Îngrijirea orală generală (Ontario, 2012)	Analgezice
	În cazul durerii continue (de ex. mucozită orală moderată până la severă), se recomandă luarea în considerare a unui analgezic oral prescris administrat regulat, pentru a permite un periaj dentar mai eficient.
	Atunci când este necesar, analgezicele opioide orale se administrează preferabil cu 60 de minute înainte de periajul dentar.
	Anestezicele topice (de ex. lidocaină vâscoasă 2% sau xylocaină vâscoasă 2%, 2-5 ml) pot fi aplicate cu 10 minute înainte de masă, pentru a oferi suficient confort astfel încât pacientul să poată mânca sau bea.
	La pacienții cu cancer de cap și gât, cu funcție cognitivă intactă, care urmează radioterapie, se pot înghiți 2-5 ml de lidocaină vâscoasă 2%, de până la 6 ori pe zi.
	Dacă anestezicele topice sunt utilizate doar pentru clătire, fără înghițire, doza maximă zilnică recomandată de lidocaină vâscoasă 2% este de 60 ml/ zi.
	Dacă pacientul este alergic la lidocaină, se poate utiliza diclonină 0,5-1% (5 ml la fiecare 6-8 ore, clătire și înghițire la nevoie).

Fișa 4.2 Tratamentul mucozitei orale

	Tratament non - farmacologic	Tratament farmacologic
Mucozită orală (Oral Care Protocol for Mucositis , 2025)	Există unele dovezi care susțin utilizarea bucăților de gheață pentru prevenirea mucozitei orale.	Trebuie urmată o abordare sistematică a îngrijirii orale pentru a reduce cantitatea de floră microbiană, a diminua durerea și sângerarea, a preveni infecțiile și a reduce riscul complicațiilor dentare.
	Alegerea texturii alimentelor în funcție de toleranță și modifi-cați-o după necesități.	Analgezia sistemică cu morfină (sau alt opioid puternic) este tratamentul recomandat de elecție pentru durerea din mucozita orală la pacienții care urmează transplant de celule stem hematopoietice (HSCT).
	Poate fi necesar începerea cu alimente moi, umede, netede; dacă nu sunt tolerate, încercați alimente foarte moi sau pasate.	
	Dacă sunt tolerate doar lichidele, alegeți lichide hipercalorice și hiperproteice la fiecare 2 ore.	

	Alegeți alimente bogate în calorii și proteine; consumați 6-8 mese/ gustări mici pe zi.	
	Gătiți alimentele solide până devin fragede, folosiți sosuri umede și alegeți alimente moi, fade.	
	Evitați consumul alimentelor care sunt abrazive, dure, acre, sărate, picante, acide, foarte fierbinți sau foarte reci.	
	Mucozita orală severă în timpul tratamentului oncologic (gradul 3 sau 4) poate fi gestionată prin utilizarea unei sonde de alimentație poziționate corespunzător sau prin nutriție parenterală totală (TPN), în funcție de obiectivele de îngrijire ale pacientului. Tipul sondei (de exemplu, gastrostomie sau jejunostomie) și metoda de plasare (chirurgicală sau radiologică) trebuie stabilite în funcție de gradul și extinderea mucozitei și de posibila agravare a simptomelor ca urmare a tratamentului oncologic planificat.	

Fișa 4.3 Tratamentul xerostomiei

Xerostomie (Mercadante et al., 2021)	Prevenție	
	Tratament non-farmacologic	
	Se recomandă utilizarea radioterapiei cu intensitate modulată (IMRT) cu protejarea glandelor parotide pentru prevenirea hipofuncției glandelor salivare și a xerostomiei la pacienții cu cancer de cap și gât.	
	O abordare eficientă constă în stimularea masticăției și a gustului, împreună cu utilizarea Pilocarpinei (care stimulează glandele salivare să producă salivă).	
Xerostomie (Hong et al., 2024)	Management	
	Tratament non-farmacologic	Tratament farmacologic
	Creșterea consumului zilnic de lichide.	Pilocarpina orală (sialogog) 5 mg de 3 ori pe zi, administrată după radioterapie, este recomandată la pacienții cu cancer de cap și gât pentru ameliorarea xerostomiei.
	Clătirile orale pot îmbunătăți deglutiția și problemele de gust.	
	Alimentele moi, cu gust blând, sunt adesea mai bine tolerate.	

	Umezirea alimentele prin adăugarea de sosuri, unt, dressinguri, supă sau alte lichide.	Salivă artificială: produsele de salivă artificială pot luate în considerare pentru o perioadă scurtă de probă (ex: spray de gura tip gel pentru gura uscată BioXtra).
	Alimentele și băuturile trebuie să fie reci sau la temperatura camerei.	
	Cuburile simple de gheață, înghețata pe băț fără zahăr, guma fără zahăr, înghițiturile frecvente de apă rece sau spray-urile orale pot crește aportul de lichide și pot ajuta la răcorirea și umezirea cavității bucale.	
	Evitați alimentele, lichidele și alte produse care pot usca sau irita gura și dinții, inclusiv alimentele și băuturile foarte acide, alimentele bogate în zahăr, cofeină și alcool.	
	Pentru a stimula secreția salivară reziduală și pentru a ameliora starea mucoasei, se poate utiliza în mod regulat fructe proaspete ușor acide, felii de castravete rece, roșii sau felii subțiri de mere reci, atât timp cât pacientul nu prezintă mucozită.	
	Se recomandă, de asemenea, utilizarea laptelui, jeleului, șerbetului, piureului de mere și înghețatei.	
	Ape de gură preparate la domiciliu: soluție salină (NaCl 0,9%), soluție cu bicarbonat. Ape de gură comerciale.	

Fișa 4.4 Tratamentul disgeuziei

	Prevenție	
	Tratament non-farmacologic	Tratament farmacologic
	Excluderea vârfului limbii din câmpul de iradiere în timpul radioterapiei poate preveni disgeuzia.	Gluconatul de zinc nu este recomandat pentru prevenirea disgeuziei la pacienții cu cancer de cap și gât.
Disgeuzie (Ontario, 2012)		Amifostina nu este recomandată pentru prevenirea disgeuziei la pacienții cu cancer de cap și gât.
	Management	
	Tratament non-farmacologic	
	Deoarece modificările gustului sunt specifice fiecărei persoane și pot varia în timp, este necesară o abordare individualizată pentru identificarea alimentelor tolerate.	
	Pentru a preveni reducerea aportului alimentar, pacienții pot avea nevoie de încurajare și sprijin pentru a reîncerca alimentele care au determinat aversiuni alimentare secundare modificărilor gustului.	
	Încurajarea pacienților să consume alimente care au gust plăcut, să experimenteze arome pentru a intensifica gustul, să consume suficiente lichide și să evite mirosurile puternice.	
Disgeuzie (Nair et al., 2024)		

Fișa 4.5 Tratamentul candidozei orale

	Management	
	Tratament non-farmacologic	
	Menținerea unei igiene orale riguroase , cu periaj blând de 2 ori/ zi.	
	Utilizarea unei periute de dinți moi pentru a evita lezarea mucoasei.	
	Clătiri orale frecvente cu apă sau soluții neiritante.	
	Îndepărtarea zilnică a depozitelor de pe limbă , cu grijă.	
	Menținerea unei hidratări adecvate pentru prevenirea uscăciunii orale.	
Candidoza orală (Pappas et al., 2015)	Curățarea și dezinfectarea zilnică a protezelor dentare (dacă există).	
	Management	
	Tratament farmacologic	
	Agenții topici sunt considerați preferabili față de agenții sistemici pentru managementul infecțiilor fungice intraorale ușoare, datorită riscului mai scăzut de efecte adverse și interacțiuni medicamentoase (de exemplu, clătiri cu nistatină fără zahăr).	
Candidoza orală (Ontario, 2012)	Pastilele de supt cu clotrimazol sau suspensia de nistatină fără zahăr pot fi utilizate ca terapie de primă linie pentru tratamentul candidozei orofaringiene ușoare.	

	Suspensia de nistatină fără zahăr 100.000 unități/ ml poate fi utilizată astfel: clătiți cavitatea bucală și mențineți soluția în gură timp de cel puțin un minut, apoi înghițiți; utilizați 5 ml de 4 ori pe zi timp de 7-14 zile (acționează prin contact direct).
	Protezele dentare trebuie ținute peste noapte într-o soluție de nistatină fără zahăr 100.000 unități/ ml sau tratate cu cremă de nistatină fără zahăr 100.000 unități/ ml.
	Utilizați pastile de supt cu nistatină fără zahăr (pentru efect de răcorire).
	Suspensia orală de clotrimazol (1 mg/ ml) poate fi utilizată astfel: clătiți gura timp de 1 minut, apoi înghițiți; utilizați 10 ml de 4 ori pe zi.
	Dacă agenții topici nu sunt bine tolerați sau răspunsul terapeutic este insuficient, se recomandă trecerea la utilizarea agenților sistemici.
	Managementul candidozei orofaringiene moderate până la severe: fluconazol 100 mg zilnic ca terapie de primă linie este la fel de eficient sau mai eficient decât nistatina sau clotrimazolul la pacienții oncologici.
	Pentru prevenirea recăderilor după tratamentul inițial, se poate lua în considerare terapia de întreținere cu fluconazol 50 mg zilnic (până la 400 mg).
	Dacă anestezicele topice sunt folosite exclusiv pentru clătire, fără a fi înghițite, doza zilnică maximă recomandată de lidocaină vâscoasă 2% este de 60 ml.

Fișa 4.6 Tratamentul sângerării

Sângerarea (Geist et al., 2017)	Prevenție	
	Tratament non-farmacologic	
	Menținerea unei igiene orale blânde (periuță cu peri moi, evitarea traumatismelor locale).	
	Evitarea alimentelor dure, fierbinți sau iritante și protezarea adecvată a zonelor traumatizante.	
Sângerarea (Geist et al., 2017)	Umezirea mucoasei orale (salivă artificială, hidratare frecventă) poate preveni fisurile și sângerarea secundară xerostomiei.	
	Management	
	Tratament non-farmacologic	Tratament farmacologic
	Compresie locală cu tifon steril, preferabil îmbibat cu ser fiziologic rece sau acid tranexamic.	Acid tranexamic: topic (clătiri orale sau aplicare locală pe tifon), sistemic (oral/ IV - în sângerări persistente).
	Aplicarea locală de gheață (extern sau intraoral, dacă pacientul tolerează) pentru vasoconstricție.	Agenți hemostatici locali: bureți de collagen, gelatină hemostatică, fibrină topică.
	Poziționarea pacientului în decubit lateral sau cu capul ușor ridicat pentru a preveni aspirația sângelui.	Adrenalină topică diluată, aplicată local cu mare prudență.

	Îndepărtarea protezelor dentare sau a corpurilor străine care pot traumatiza mucoasa.	Vitamina K, dacă sângerarea este asociată cu deficit documentat.
	Igienă orală atraumatică (periuță foarte moale sau bețișoare orale, fără periaj agresiv).	

Fișa 4.7 Tratamentul stomatitei orale

Stomatita orală (Bossi et al., 2024)	Prevenție	
	Tratament non-farmacologic	
	Menținerea unei igiene orale riguroase, dar blânde (periuță cu peri moi, periaj delicat).	
	Evitarea alimentelor acide, condimentate, fierbinți sau dure.	
	Menținerea unei hidratări adecvate a mucoasei orale.	
	Ajustarea sau îndepărtarea protezelor dentare neadaptate.	
Stomatita orală (Bossi et al., 2024)	Educarea pacientului privind evitarea alcoolului și tutunului.	
	Management	
	Tratament non-farmacologic	Tratament farmacologic
	Menținerea unei igiene orale blânde pentru limitarea suprainfectării și agravării leziunilor.	Anestezice locale (ex. lidocaină vâscoasă) pentru ameliorarea durerii și facilitarea alimentației.
	Clătiri frecvente cu soluții saline sau bicarbonat de sodiu pentru curățarea mucoasei și reducerea iritației.	Analgezice sistemice (paracetamol, opioide conform scala OMS) pentru controlul durerii moderate-severe.
	Preferarea unei diete moi, reci sau la temperatura camerei.	Benzydamină sub formă de clătiri orale pentru reducerea inflamației și durerii, în special la pacienții iradiați.

Fișa 4.8 Tratamentul halitozei

Halitoza (Kumar & Byrne, 2010)	Prevenție	
	Tratament non-farmacologic	
	Menținerea unei igiene orale riguroase, dar blânde (periaj regulat, inclusiv al limbii).	
	Curățarea mecanică a limbii cu racletă sau periuță moale.	
	Menținerea unei hidratări adecvate a mucoasei orale previne halitoza asociată xerostomiei.	
	Evitarea alimentelor cu miros intens, a alcoolului și tutunului.	
Halitoza	Management	
	Tratament farmacologic	

(Kumar & Byrne, 2010)	Clătiri orale antiseptice (ex. clorhexidină în concentrații reduse, pe termen scurt) pentru controlul florei bacteriene.
	Clătiri orale cu zinc (lactat/ gluconat de zinc) pentru neutralizarea mirosurilor neplăcute.

Fișa 4.9 Tratamentul sialoreei

Sialoree (Ontario, 2012)	Management	
	Tratament non-farmacologic	Tratament farmacologic
	Poziționarea pacientului cu capul ușor ridicat și schimbarea frecventă a poziției pentru a reduce acumularea salivei.	Anticolinergice (ex. glicopironiu, atropină sublinguală, scopolamină transdermică) pentru reducerea secreției salivare.
	Stimularea înghițirii voluntare și exerciții de deglutiție, atunci când statusul neurologic permite.	
	Aspirație orală blândă a secrețiilor la pacienții cu risc de aspirație.	
	Utilizarea de materiale absorbante (șervețele, bavete).	

Fișa 4.10 Tratamentul osteonecrozei

Osteonecroza (Ruggiero et al., 2022)	Prevenție	
	Tratament non-farmacologic	
	Evaluare stomatologică completă înainte de inițierea tratamentelor cu risc (bifosonați, denosumab, antiangiogenice).	
	Menținerea unei igiene orale riguroase și atraumatice.	
	Evitarea procedurilor stomatologice invazive (extracții, implanturi) pe durata tratamentelor cu risc crescut.	
	Adaptarea sau corectarea protezelor dentare pentru a preveni traumatismul cronic al mucoasei.	
	Educația pacientului privind semnele precoce (durere, expunere osoasă, mobilitate dentară) și prezentarea timpurie la medic.	
Osteonecroza (Ruggiero et al., 2022)	Management	
	Tratament non-farmacologic	Tratament farmacologic
	Abordare conservatoare ca primă linie (monitorizare, îngrijire locală) pentru menținerea confortului și prevenirea complicațiilor.	Analgezice (paracetamol, opioide conform scala OMS) pentru controlul durerii.
	Evitarea procedurilor stomatologice invazive (extracții, chirurgie) dacă nu sunt strict necesare.	Clătiri orale antiseptice (ex. clorhexidină 0,12-0,2%) pentru reducerea încărcăturii bacteriene.

	Debridare minimă, non-chirurgicală, doar pentru îndepărtarea fragmentelor osoase mobile, dacă provoacă durere.	
	Suport nutrițional (dietă moale) și educarea pacientului pentru evitarea traumatismelor locale.	

Fișa 4.11 Îngrijirea cavității bucale când pacientul este inconștient sau semiconștient

Recomandăm utilizarea:

- Periuță de dinți cu cap mic și peri moi (tip pediatric).
- Dacă se utilizează pastă de dinți, aceasta trebuie să fie nespumantă (cereți sfatul unui asistent/ medic).
- Șervețele de hârtie sau prosop.

Pregătire:

- Vorbiți cu persoana și spuneți-i că urmează să îi curățați gura și dinții.
- Spălați-vă bine pe mâini și uscați-le.
- Dacă sunteți îngrijitor profesionist, purtați mănuși și șorț de unică folosință.
- Așezați pacientul în cea mai confortabilă poziție posibilă, susținând partea superioară a corpului și capul cu perne sau ridicând capul patului.
- Dacă persoana poartă proteze, consultați instrucțiunile privind îndepărtarea și curățarea acestora.
- Limba, gingiile, cerul gurii și interiorul obrajilor trebuie, de asemenea, curățate.

Tehnica:

- Folosiți o cantitate mică de pastă de dinți nespumantă pe o periuță uscată; dacă nu aveți o astfel de pastă, înmuiați periuța în apă curată și scuturați excesul.
- Periați ușor dinții și gingiile folosind mișcări circulare mici și vibrații blânde.
- Periați limba de la vârf spre centru, nu introduceți periuța prea adânc, deoarece poate provoca reflex de vomă.
- Dacă persoana strânge periuța între dinți, nu intrați în panică. Țineți periuța și nu trageți brusc. Așteptați relaxarea maxilarului, apoi îndepărtați-o ușor.
- Curățați delicat cerul gurii și interiorul obrajilor cu periuța.
- Folosiți un prosop pentru a șterge gura dacă apare scurgere de apă.
- Dacă este prescris, aplicați gel hidratant pentru gură uscată pe limbă, buze și cerul gurii, folosind periuța.
- Curățați periuța cu apă curată și lăsați-o să se usuce la aer, în poziție verticală.
- Spălați-vă pe mâini și uscați-le bine cu un prosop curat (Team, 2025).

IV. STUDIU DE CAZ



Pacient M.G. - 70 de ani

Pacient diagnosticat în iunie 2025 cu tumoră malignă hemilimbă și planșeu bucal drept. Se intervine chirurgical pentru excizia tumorii, urmând radioterapie și imunoterapie.

La evaluarea inițială a echipei IPD (îngrijiri paliative la domiciliu), pacientul prezintă disfagie pentru solide, durere locală, ulceratie, depozite albicioase la nivelul limbii, halenă. Din cauza problemelor locale, pacientul intenționează întreruperea imunoterapiei.

Planul de tratament al echipei paliative are ca obiective controlul durerii, ameliorarea simptomelor locale orale, îmbunătățirea alimentației și creșterea confortului. Pentru controlul durerii, pacientul a primit tratament antialgic conform intensității durerii, asociat cu medicație pentru durerea neuropată.

Local, s-a recomandat:

- Igienă orală riguroasă dar blândă (periuță cu peri moi).
- Evitarea consumului de alimente dure, acre, sărate, picante, acide, foarte fierbinți sau foarte reci.
- Menținerea unei hidratări adecvate a mucoasei orale.
- Recomandarea de lichide hipercalorice și hiperproteice.
- Administrarea de antifungic (Fluconazol 150 mg, 1 tb/ zi) pentru 5 zile.

De asemenea, se acordă suport psihologic pacientului și familiei pentru reducerea anxietății și acceptarea diagnosticului.

Ulterior, pacientul prezintă un episod de hemoragie tumorală și este operat de urgență - ligatura carotidei externe drepte și montarea unei gastrostome, alimentația orală devenind imposibilă. La externare, pacientul este reevaluat de echipa de îngrijiri paliative la domiciliu.

Planul de tratament urmărește prevenirea reapariției sângerării, siguranța pacientului și menținerea nutriției. Se recomandă igienă locală atentă, aplicarea de gheață pentru vasoconstricție și compresie locală cu pansament îmbibat în ser fiziologic rece. În caz de sângerare, pacientul este poziționat în decubit lateral sau cu capul ușor ridicat pentru a preveni aspirarea sângelui.

Nutriția se realizează exclusiv prin gastrostomă, iar echipa IPD asigură îngrijirea stomei și educarea îngrijitorului privind alimentația, igiena, cu scopul menținerii calității vieții pacientului.

V. REZUMAT

Îngrijirea cavității bucale reprezintă o componentă esențială a paliatiei, având un impact major asupra confortului, alimentației, comunicării și calității vieții pacienților cu boli oncologice avansate. Pacienții aflați în îngrijire paliativă prezintă un risc crescut de apariție a problemelor orale din cauza tratamentelor oncologice (chimioterapie, radioterapie, imunoterapie), medicației adjuvante, imunosupresiei, infecțiilor, igienei orale deficitare, precum și a factorilor psihologici și sociali.

Principalele afecțiuni ale cavității bucale identificate includ mucozita orală, xerostomia, candidoza orală, disgeuzia, halitoza, stomatita, sialoreea, sângerările orale și osteonecroza maxilară. Acestea pot conduce la durere severă, dificultăți de alimentație și hidratare, risc de infecții, întreruperea tratamentelor oncologice și deteriorarea semnificativă a stării generale a pacientului.

Algoritmul de îngrijire propus se bazează pe o evaluare sistematică și continuă a cavității bucale, adaptată capacității pacientului de autoevaluare, urmată de intervenții individualizate, non-farmacologice și farmacologice. Algoritmul include menținerea unei igiene orale blânde, hidratarea mucoasei, utilizarea soluțiilor de clătire neiritante, controlul durerii, tratamentul infecțiilor locale, adaptarea dietei și, atunci când este necesar, suport nutrițional enteral sau parenteral. Un rol esențial îl are educarea îngrijitorilor și implicarea unei echipe multidisciplinare pentru asigurarea continuității îngrijirii.

Îngrijirea cavității bucale la pacienții aflați în îngrijire paliativă nu reprezintă doar o intervenție de rutină, ci un element fundamental al abordării centrate pe pacient, orientate spre alinarea suferinței și menținerea demnității. Implementarea unui algoritm structurat, bazat pe evaluare corectă, prevenție și tratament precoce, contribuie semnificativ la reducerea complicațiilor orale, la creșterea toleranței la tratamentele oncologice și la îmbunătățirea calității vieții.

Cazul clinic prezentat ilustrează importanța intervenției timpurii, a adaptării continue a planului de îngrijire și a colaborării interdisciplinare în managementul complicațiilor orale severe. Printr-o abordare holistică, care integrează îngrijirea fizică, suportul nutrițional și sprijinul psihologic, echipa de îngrijiri paliative poate oferi un nivel optim de confort și siguranță pacientului și familiei sale, chiar și în contexte clinice complexe și evolutive.

Bibliografie

1. Ann-Yi, S., & Bruera, E. (2022). Psychological Aspects of Care in Cancer Patients in the Last Weeks/Days of Life. In *Cancer Research and Treatment* (Vol. 54, Issue 3). <https://doi.org/10.4143/CRT.2022.116>
2. Arias-Casais, N., Garralda, E., Rhee, J. Y., De-Lima, L., Pons, J. J., Clark, D., Hasselaar, J., Ling, J., Mosoiu, D., & Centeno, C. (2019). *EAPC Atlas of Palliative Care in Europe 2019*. Vilvoorde: EAPC Press.
3. Bossi, P., Tellone, V., Di Loreto, G., Fioravanti, S., Salvatori, E., & Comandini, A. (2024). Phase IV study on the use of benzydamine mouthwash in radiation-induced oral mucositis in patients with head and neck cancer. *Frontiers in Oncology*, 14. <https://doi.org/10.3389/fonc.2024.1345129>
4. Care, C. (2021). *Nutrition in Cancer Care (PDQ ®)* Health Professional Version. In National Cancer Institute.

5. Dans, M., Smith, T., Back, A., Baker, J. N., Bauman, J. R., Beck, A. C., Block, S., Campbell, T., Case, A. A., Dalal, S., Edwards, H., Fitch, T. R., Kapo, J., Kutner, J. S., Kvale, E., Miller, C., Misra, S., Mitchell, W., Portman, D. G., ... Scavone, J. L. (2017). NCCN Guidelines Insights: Palliative Care, Version 2.2017. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, 15(8). <https://doi.org/10.6004/jnccn.2017.0132>
6. Elad, S., Cheng, K. K. F., Lalla, R. V., Yarom, N., Hong, C., Logan, R. M., Bowen, J., Gibson, R., Saunders, D. P., Zadik, Y., Ariyawardana, A., Correa, M. E., Ranna, V., Bossi, P., Arany, P., Al-Azri, A. R., Blijlevens, N., Hovan, A., Fregnani, E., ... Zur, E. (2020). MASCC/ISOO clinical practice guidelines for the management of mucositis secondary to cancer therapy. *Cancer*, 126(19). <https://doi.org/10.1002/cncr.33100>
7. Geist, M. J. P., Kessler, J., Frankenhauser, S., & Bardenheuer, H. J. (2017). Bleeding control in palliative care patients with the help of tranexamic acid. In *Journal of Palliative Care* (Vol. 32, Issue 2). <https://doi.org/10.1177/0825859717731701>
8. Hannon, M., Shaw, A., Connolly, M., & Davies, A. (2023). Taste disturbance in patients with advanced cancer: a scoping review of clinical features and complications. In *Supportive Care in Cancer* (Vol. 31, Issue 10). <https://doi.org/10.1007/s00520-023-08012-x>
9. Hong, C., Jensen, S. B., Vissink, A., Bonomo, P., Santos-Silva, A. R., Gueiros, L. A., Epstein, J. B., & Elad, S. (2024). MASCC/ISOO Clinical Practice Statement: Management of salivary gland hypofunction and xerostomia in cancer patients. In *Supportive Care in Cancer* (Vol. 32, Issue 8). <https://doi.org/10.1007/s00520-024-08688-9>
10. Jensen, S. B., Pedersen, A. M. L., Vissink, A., Andersen, E., Brown, C. G., Davies, A. N., Dutilh, J., Fulton, J. S., Jankovic, L., Lopes, N. N. F., Mello, A. L. S., Muniz, L. V., Murdoch-Kinch, C. A., Nair, R. G., Napeñas, J. J., Nogueira-Rodrigues, A., Saunders, D., Stirling, B., Von Bültzingslöwen, I., ... Brennan, M. T. (2010). A systematic review of salivary gland hypofunction and xerostomia induced by cancer therapies: Prevalence, severity and impact on quality of life. In *Supportive Care in Cancer* (Vol. 18, Issue 8). <https://doi.org/10.1007/s00520-010-0827-8>
11. Koshy, S. J., Madhulaxmi, M., & Sivakumar. (2020). Oral and maxillofacial pathologies — an institutional study. *International Journal of Research in Pharmaceutical Sciences*, 11(Special Issue 3). <https://doi.org/10.26452/ijrps.v11iSPL3.3502>
12. Kumar, S. K. S., & Byrne, G. (2010). Some evidence shows that certain mouthrinses can reduce halitosis. In *Journal of the American Dental Association* (Vol. 141, Issue 8). <https://doi.org/10.14219/jada.archive.2010.0315>
13. Kvalheim, S. F., & Strand, G. V. (2022). A Narrative of Oral Care in Palliative Patients. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(10). <https://doi.org/10.3390/ijerph19106306>
14. Mercadante, V., Jensen, S. B., Smith, D. K., Bohlke, K., Bauman, J., Brennan, M. T., Coppes, R. P., Jessen, N., Malhotra, N. K., Murphy, B., Rosenthal, D. I., Vissink, A., Wu, J., Saunders, D. P., & Peterson, D. E. (2021). Salivary Gland Hypofunction and/or Xerostomia Induced by Nonsurgical Cancer Therapies: ISOO/MASCC/ASCO Guideline. *Journal of Clinical Oncology*, 39(25). <https://doi.org/10.1200/JCO.21.01208>
15. Miranda-Silva, W., Gomes-Silva, W., Zadik, Y., Yarom, N., Al-Azri, A. R., Hong, C. H. L., Ariyawardana, A., Saunders, D. P., Correa, M. E., Arany, P. R., Bowen, J., Cheng, K. K. F., Tissing, W. J. E., Bossi, P., & Elad, S. (2021). MASCC/ISOO clinical practice guidelines for the management of mucositis: sub-analysis of current interventions for the management of oral mucositis in pediatric cancer patients. *Supportive Care in Cancer*, 29(7). <https://doi.org/10.1007/s00520-020-05803-4>
16. Nair, A. H., Patel, T., Nair, A. R., Krishnan, N. A., Balasubramanian, D., Iyer, S., & Thankappan, K. (2024). Oral Management of Patients Undergoing Head and Neck Cancer Treatment. In *Journal of Maxillofacial and Oral Surgery* (Vol. 23, Issue 4). <https://doi.org/10.1007/s12663-023-01911-w>
17. Ontario, C. C. (2012). Symptom Management Pocket Guides: Oral Care.
18. Oral Care Protocol for Mucositis . (2025, November 20). Retrieved from ONS: <https://www.ons.org/clinical-tools/pep/mucositis/oral-care-protocol>
19. Pappas, P. G., Kauffman, C. A., Andes, D. R., Clancy, C. J., Marr, K. A., Ostrosky-Zeichner, L., Reboli, A. C., Schuster, M. G., Vazquez, J. A., Walsh, T. J., Zaoutis, T. E., & Sobel, J. D. (2015). Clinical Practice Guideline for

- the Management of Candidiasis: 2016 Update by the Infectious Diseases Society of America. In *Clinical Infectious Diseases* (Vol. 62, Issue 4). <https://doi.org/10.1093/cid/civ933>
20. Peterson, D. E., Bensadoun, R. J., & Roila, F. (2011). Management of oral and gastrointestinal mucositis: ESMO clinical practice guidelines. *Annals of Oncology*, 22(SUPPL. 6). <https://doi.org/10.1093/annonc/mdr391>
 21. Right Decision Service: supporting decisions for Scotland's health and care. (n.d.). Retrieved from NHS Scotland: <https://www.rightdecisions.scot.nhs.uk/scottish-palliative-care-guidelines/palliative-emergencies/bleeding/>
 22. Ruggiero, S. L., Dodson, T. B., Aghaloo, T., Carlson, E. R., Ward, B. B., & Kademani, D. (2022). American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons' Position Paper on Medication-Related Osteonecrosis of the Jaws—2022 Update. In *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery* (Vol. 80, Issue 5). <https://doi.org/10.1016/j.joms.2022.02.008>
 23. Samim, F., Abdolrahmani, A., Akbari, E., & Naksho, A. (2024). Oral and dental care for patients on palliative care. In *Palliative Care - Current Practice and Future Perspectives*. <https://doi.org/10.5772/intechopen.1003046>
 24. Squires, N., Wills, A., & Rowson, J. (2012). The management of drooling in adults with neurological conditions. In *Current Opinion in Otolaryngology and Head and Neck Surgery* (Vol. 20, Issue 3). <https://doi.org/10.1097/MOO.0b013e32835328ec>
 25. Team, W. S. (2025). Oral hygiene in the last days of life: A practical guide to performing mouthcare. NHS Foundation Trust.

Capitolul 4.2

Limfedemul

Autor: Camelia Ancuța
Revizor: Vladimir Porocho

I. ASPECTE TEORETICE

Definiție Limfedemul este o afecțiune cronică, progresivă și adesea invalidantă, caracterizată prin acumularea anormală de limfă în spațiul interstițial. Această acumulare apare ca urmare a unei deficiențe sau a unei blocări în sistemul limfatic, determinând umflarea persistentă a unei părți a corpului, cel mai frecvent a membrelor (Rankin et al., 2022). Limfedemul secundar apare atunci când sistemul limfatic este deteriorat în urma tratamentului oncologic sau a evoluției bolii. Atunci când ganglionii limfatici sunt îndepărtați chirurgical sau afectați de radioterapie, limfa nu mai poate circula eficient, acumulându-se în țesuturi (Greene & Sudduth, 2021).

Factori favorizanți pentru apariția limfedemului

Membrul superior/ trunchi	Membrul inferior
• Intervențiile chirurgicale cu extirparea ganglionilor axilari • Formarea de cicatrici, fibroze post-operator • Complicații postoperatorii la nivelul sânelui/ axilei • Radioterapia sânelui, axilei • Cancer în stadiu avansat • Obezitate • Predispoziții congenitale • Traumatism pe brațul predispus la apariția limfedemului: recoltare sânge, măsurarea tensiunii, injecții • Tulburări cornice tegumente și inflamații.	• Intervențiile chirurgicale cu extirparea ganglionilor inghinali • Radioterapia pelvină post-operatorie • Infecții recurente ale țesuturilor moi în același loc • Obezitate • Cancer în stadiu avansat • Tumoră intrapelvină sau intr-abdominală care comprimă vasele limfatice • Insuficiență cronică venoasă și tromboflebită • Boli dermatologice cronice și inflamații • Boli concomitente cardiace și renale • Imobilizarea și dependența prelungită a membrelor. (Liu et al., 2023)

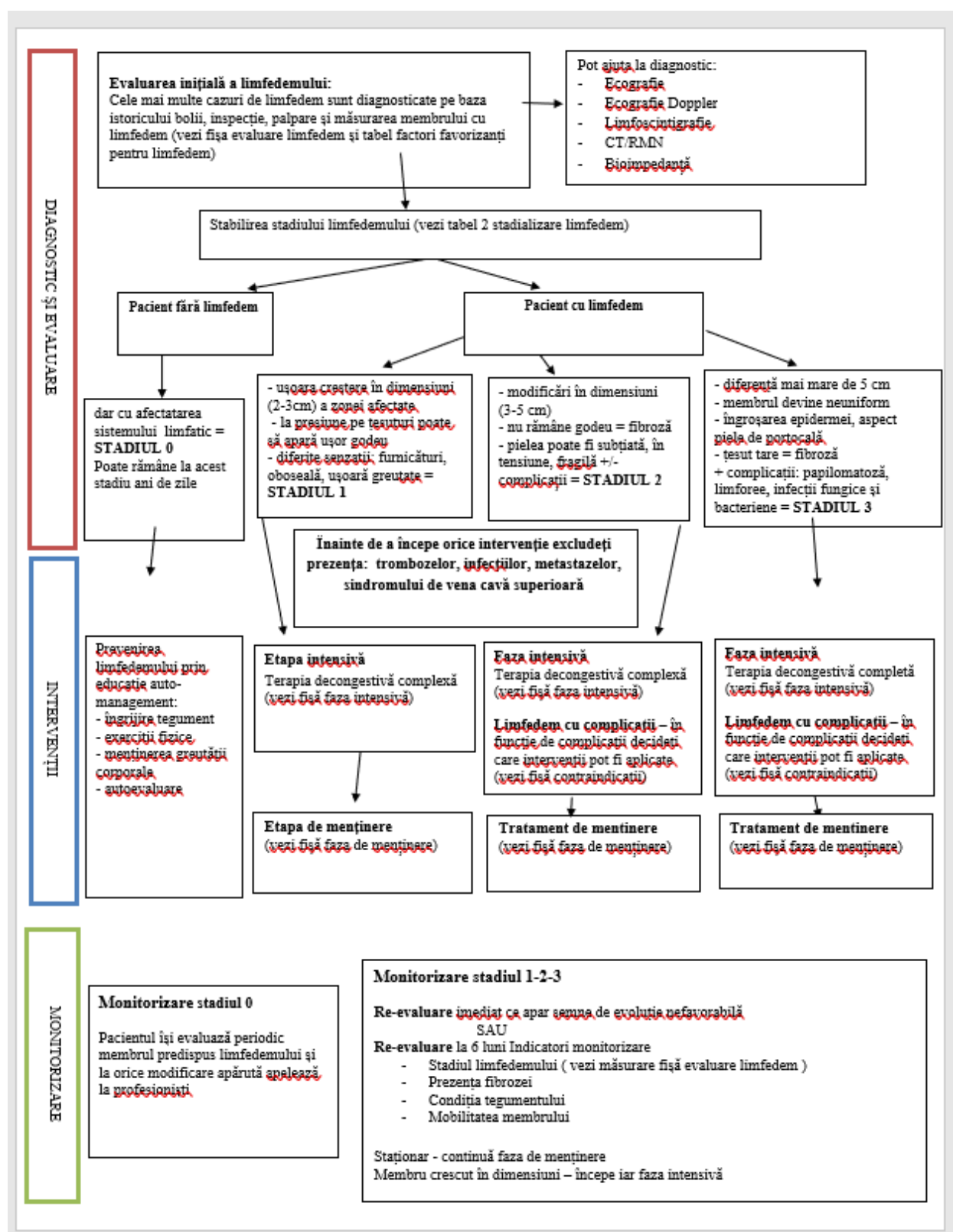
II. RECOMANDĂRI

Recomandări	Nivel de evidență	Puterea recomandării
Se recomandă inițierea intervențiilor pentru îngrijirea limfedemului cât mai repede după apariția acestuia.	Înalt Pentru limfedem secundar (în special cel secundar cancerului mamar, există evidențe (RCT și revizii sistematice) care susțin beneficiul intervenției timpurii și strategiei de reducere a riscului.	Puternică Cu cât încep mai repede intervențiile pentru limfedem, cu atât rezultatele vor fi mai eficiente (Johansson et al., 2023; Shah et al., 2016).

Se sugerează evitarea utilizării membrului cu risc de dezvoltare a limfedemului pentru recoltare sânge și administrarea medicației și măsurarea tensiunii arteriale.	Scăzut Nu există dovezi consistente privind creșterea riscului de limfedem asociat procedurilor medicale (de exemplu, analize de sânge, injecții și măsurarea tensiunii arteriale) pe partea cu risc. Decizia de a efectua proceduri medicale pe zona cu risc trebuie să depindă de necesitatea clinică și de posibilitatea existenței unor alternative.	Puternică Nu este recomandată ca regulă rigidă universală - doar ca opțiune de precauție, adaptată la pacient. Evaluați riscului, informați pacientul, monitorizați. Folosiți membrul “la risc” doar dacă este necesar și nu există alternative (Brophy et al., 2022; Rankin et al., 2022).
Se sugerează ca pacienții cu risc de a dezvolta limfedem să fie educați cum să-și îngrijească tegumentul pentru prevenirea infecțiilor și a complicațiilor.	Scăzut Studii observaționale și cohorte clinice arată o reducere semnificativă a riscului de celulită prin hidratarea adecvată a pielii, prevenirea rănilor și intervenție rapidă la semne de infecție.	Puternică Educația privind îngrijirea pielii este sigură, ieftină, ușor de implementat și reduce riscul de complicații potențial severe precum celulita recurentă. Beneficiile sunt consistente (Hobday, 2023; https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK614153/, n.d.).
Se recomandă pentru limfedemul subclinic intervenții precum: educație, autodrenaj limfatic și utilizarea ciorap/ mânecă compresivă.	Moderat spre înalt Dovezile provin din RCT-uri, dar și din studii observaționale, cohorte mici și consensul experților.	Puternică Intervențiile sunt sigure și pot preveni progresia către limfedem clinic (Dietrich et al., 2023; Temur & Kapucu, 2019).
Se recomandă reducerea greutateii la pacienții supraponderali/ obezi pentru a ameliora simptomele limfedemului și a	Moderat Studii clinice observaționale, recomandări din ghiduri internaționale.	Puternică Obezitatea este un factor de risc major care agravează funcția limfatică (Burian et al., 2024; Greene & Sudduth, 2021).

îmbunătăți funcționalitatea.		
Se recomandă utilizarea terapia decongestivă complexă (TDC) ca tratament de primă linie în limfedemul confirmat.	Moderat spre înalt Dovezile provenite din RCT-uri, revizii, studii observaționale, cohorte mici și ghiduri internaționale arată că TDC reduce volumul membrului și ameliorează simptomele.	Puternică Deoarece TDC este considerată standardul de aur, are beneficii clinice clare, îmbunătățește calitatea vieții, iar riscurile asociate sunt minime atunci când terapia este efectuată corect (Executive Committee of the International Society of Lymphology, 2020; Zhang et al., 2022).
Se recomandă utilizarea bandajului multistratificat și a mânecii/ ciorapului compresiv pe termen lung pentru menținerea reducerii edemului.	Înalt Studiile clinice, ghidurile internaționale și revizuirile sistematice arată constant că terapia compresivă este cea mai eficientă intervenție pentru controlul volumului membrului.	Compresia este sigură, eficientă, bine tolerată și are un rol central în managementul pe termen lung al limfedemului. Avantajele depășesc cu mult riscurile, iar neutilizarea compresiei duce frecvent la agravarea edemului (Jeffs et al., 2024; Reissbauer et al., 2025).

III. ALGORITMUL DE MANAGEMENT AL LIMFEDEMULUI



IV. FIȘE SUPORT

Fișa 1. Evaluarea limfedemului

Diagnostic

Dacă diagnosticul nu se poate stabili pe baza istoricului bolii și a examenului clinic (vezi fișă evaluare limfedem) se pot face următoarele investigații:

- Ecografie – evaluarea caracteristicilor țesuturilor
- Ecografie Doppler – excluderea trombozei
- Limfoscintigrafie – identificarea insuficienței limfatice în cazul pacienților la care cauza nu este clară, pentru diferențierea lipoedemului și limfedemului
- CT/ IRM – pentru a detecta îngroșarea pielii și obstrucția limfatică cauzată de tumoră
- Bioimpedanță– pentru a detecta riscul de apariție a limfedemului edemul și a monitoriza rezultatul tratamentului.

(Executive Committee of the International Society of Lymphology, 2020; Greene & Goss, 2018; Vargo et al., 2024)

Fișă evaluare limfedem

FORMULAR DE EVALUARE A LIMFEDEMULUI

Numele și prenumele pacientului _____ vârstă _____ FO _____
CNP _____

Ocupația _____ Adresa _____
Telefon _____
Diagnostic _____ Greutate _____ Înălțime _____
Antecedente personale patologice _____
Istoric medicamentos _____
Tratament actual _____
Alergie _____

Istoricul bolii de cancer

- când a fost diagnosticat _____
- recidive _____
- intervenție chirurgicală _____
- radioterapie _____
- chimioterapie _____
- hormonoterapie _____
- metastaze _____

Evaluarea durerii

Prezent: ☐ DA ☐ NU

Locație/caracter/sorul durerii: _____

Stare funcțională

Abducție ☐ DA ☐ NU
Flexia ☐ DA ☐ NU
Extensie ☐ DA ☐ NU
Mobilitate: ☐ DA ☐ NU
Forță: ☐ DA ☐ NU
Adducție: ☐ DA ☐ NU

EVALUAREA MEMBRULUI

Aria afectată	da	nu
- degete		
- mână		
- antebraț		
- braț		
- axilă		
- sân		
- torace		

Aria afectată	da	nu
- degete		
- picior		
- gambă		
- coapsă		
Alte zone:		

Condiția tegumentului

- Tesut subcutanat _____
- Semnul godeului da / nu _____
- Infecție da / nu _____
- Episoade inflamatorii da / nu / Obs _____
- Insuficiență circulatorie venoasă/arterială da / nu _____ Tromboflebită da / un _____
- Compresie nervoasă da / nu _____

Evaluare psihologică

- Efectele asupra vieții _____
- Restricții _____
- Sentimente legate de acest simptom _____

Harta limfedemului

INTERVENȚII

Educație da / nu _____ Exerciții da / nu _____ Îngrijirea pielii da / nu _____
Masaj da / nu _____

Bandaj compresiv da / nu _____

Observatii _____

TABEL CU MĂSURĂTORI

data ->		Art. RC = articulația radiocarpiană				data ->					
		Stg	Drpt	Stg	Drpt			Stg	Drpt	Stg	Drpt
Mana						1/2 laba piciorului					
Art. RC						Glezna					
1						1					
2						2					
3						3					
4						4					
5						5					
6						6					
7						7					
8						8					
9						9					
10						10					
11						11					
12						12					
13						13					
14						14					
15						15					
16						16					
17						17					
18						18					
19						19					
20						20					

Stadializarea limfedemului

Stadializarea limfedemului se poate realiza cu ajutorul măsurătorilor din fișa de evaluare a limfedemului și semnelor specifice fiecărui stadiu descris în tabel stadializare limfedem. Este necesară pentru a decide tipurile de intervenții în funcție de stadiul limfedemului.

Stadii limfedem

Stadiul 0 Sub-clinic	Stadiul 1 Ușor	Stadiul 2 Moderat	Stadiul 3 Sever
- afectarea vaselor limfatice - asimptomatic - poate rămâne în acest stadiu mulți ani	- edemul poate fi prezent intermitent (dimineța membrul afectat poate fi la aceleași dimensiuni ca cel sănătos) - ușor godeu la presiune - 2-3 cm diferență în circumferința - senzație de oboseală, greutate, rigiditate, furnicături	Inițial - 3-5 cm diferență în circumferința membrului - pielea poate fi lucioasă, fragilă, în tensiune - deformarea membrului - godeu ce poate rămâne minute după presiune - semnul Stemmer pozitiv Mai târziu - edemul nu se ameliorează când membrul este ținut mai sus - la presiune nu mai apare godeu - țesut fibrotic - hiperkeratoză, papilomatoză, limforee	- mai mult de 5 cm în circumferința membrului - deformare însemnată a membrului - la presiune nu rămâne godeu, țesut tare, indurat - fibroza - piele îngroșată - pliuri cutanate adânci - culoare pielii cianotică sau maronie - aspect piele de portocală - limforee

(<https://www.nortonschool.com/blog/navigating-the-journey-understanding-the-four-stages-of-lymphedema/>, n.d.)

Fișa 2. Intervenții limfedem

Fișa 2.1 Prevenirea limfedemului

- Toți pacienții cu risc (stadiul 0, sub-clinic) trebuie să aibă acces la informații privind prevenirea, auto-îngrijirea și auto-detectarea limfedemului.
- Măsuri pentru reducerea riscului de apariție a limfedemului.

Educație pacienți/ familie:

- Îngrijirea tegumentului
- Exerciții fizice
- Menținere IBM în limite normale
- Purtare ciorap/ mânecă compresivă (vezi tabel 3. Recomandări clase compresie mânecă/ ciorap compresiv).

(Burian et al., 2024; Dietrich et al., 2023; León-Díaz & Medina-Otero, 2025; Temur & Kapucu, 2019)

Fișa 2.2 Faza intensivă

Se aplică pacienților cu limfedem stadiul 1,2,3.

Obiective

- Restabilirea independenței funcționale și a echilibrului postural
- Oferirea de sprijin psihologic
- Reducerea riscului de infecție
- Reducerea în dimensiuni a membrului afectat
- Îmbunătățirea formei membrelor, acolo unde este posibil
- Îmbunătățirea aspectului tegumentului.

Tratamentul intensiv trebuie adaptat nevoilor pacienților fragili, cu comorbidități, boală în evoluție sau care nu au acces la un serviciu medical care oferă tratamentul intensiv al limfedemului.

Intervenții

Terapia decongestivă complexă (TDC) Succesiunea intervențiilor este:

1. Drenaj limfatic manual
2. +/- Compresie pneumatică intermitentă
3. Compresie cu bandaj multistratificat.

Alte intervenții:

- Educarea privind auto-îngrijirea limfedemului în faza de menținere
- Managementul greutatei corporale
- Benzile kinesiologice, îngrijirea tegumentului (vezi tabel îngrijire tegument), exerciții fizice.

(O'Donnell et al., 2020; Dzipina et al., 2025; Su et al., 2025; Zhang et al., 2022)

Durata fazei intensive

- În general: 2 - 6 săptămâni
- Frecvența: intervenții zilnice (5 zile/ săptămână)
- Durata variază în funcție de:
 - Gravitatea și stadiul limfedemului
 - Răspunsul pacientului la terapie
 - Posibilitatea pacienților de a ajunge în serviciul de limfedem (Borman et al., 2021; Jeffs et al., 2024).

Fișa 2.3 Faza de menținere

Pentru pacienții cu limfedem stadiile 1-3 se aplică după terminarea fazei intensive. Pentru pacienții cu limfedem sub-clinic se recomandă intervențiile specifice fazei de menținere pentru a preveni apariția limfedemului.

Obiective

- Menținerea membrului la aceleași dimensiuni cât mai mult timp posibil
- Menținerea integrității pielii
- Dezvoltarea abilităților care permite auto-îngrijirea limfedemului.

Intervenții

- Auto-drenaj limfatic (pacientul îl învață în faza intensivă)
- Compresie externă pacientul poartă ciorap/ mânecă compresivă (vezi tabel 3. Recomandări clase compresie mânecă/ ciorap compresiv)
- Exerciții fizice
- Managementul greutății
- Îngrijirea tegumentului (Neely et al., 2024).

Pacientul revine la faza intensivă dacă din stadiul 0 trece în stadiul 1/2 sau dacă membrul cu limfedem crește iar în dimensiuni și pacientul nu poate gestiona singur situația.

Fișa 2.4 Recomandări clasă compresie mânecă/ ciorap compresiv

Prescrierea articolelor de compresie trebuie efectuată numai după evaluarea completă a pacientului și trebuie să țină cont de factori precum stadiul și gravitatea limfedemului, confortul pacientului, preferințele, stilul de viață, starea psihosocială, bolile asociate și capacitatea de a aplica și a îndepărta articolele. Mărimea pentru mânecă/ ciorap compresiv se stabilește după măsurarea membrului afectat. Măsurarea se face în funcție de recomandările fiecărui producător de produse compresive.

Compresie 15-20 mmHg	Compresie 20-30 mmHg (Clasa I)	Compresie 30-40 mmHg (Clasa II)	Compresie 40-50 mmHg (Clasa III)
Limfedem precoce sau stadiul 1	Stadiul 0-I și stadiul Stadiul II ca tratament de menținere după faza intensivă.	Stadiul II al limfedemului Limfedemul membrelor inferioare atunci când este necesar controlul formei.	Limfedem sever (adesea la membrele inferioare)
Recomandări: Prevenirea limfedemului în cazul membrelor cu risc (de exemplu, călătorii cu avionul, atunci când medicul recomandă acest lucru. Persoane care au nevoie de compresie mai mare și care trebuie să se obișnuiască	Recomandări: Purtare zilnică când pacienții au nevoie de un echilibru între eficacitate și confort. Poate fi insuficient pentru țesuturi fibrotice persistente, sau membrele inferioare. Este mai ușor de purtat	Recomandări: Țesutul fibrotic Flebolimfedemul (venos + limfatic) Atenție la: dificultăți la îmbrăcare (luați în considerare utilizarea de dispozitive de îmbrăcare/ bandaje), neuropatie senzorială, piele fragilă și probleme de termoreglare, confort.	Recomandări: Modificări fibrotice semnificative sau cazuri în care nivelurile inferioare de compresie eșuează în mod evident. Atenție la: Risc crescut de disconfort, dificultăți la îmbrăcare și potențiale probleme dacă alimentarea arterială este marginală <i>(https://www.nortonschool.com/blog/compression-levels-explained-15-20-20-30-30-40-mmhg/).</i>

să poarte compresie.	decât dispozitivele cu compresie mai puternică și mai ușor de îmbrăcat/ dezbrăcat în mod constant de către pacienți.		

Fișa 3. Contraindicații intervenții limfedem

Bandajare/ Compresie externă	Drenaj limfatic manual	Compresie pneumatică intermitentă
Contraindicații: • Erizipel/ celulită • Insuficiență arterială severă • Neuropatie periferică severă. Precauții: • HTA • Diabet • Aritmie/ stenoza cardiac • Insuficiență cardiac • Sclerodermie • Poliartrite cronice • Paralizii • Limfedem malign • Tulburări senzoriale.	• Erizipel/ celulită • Insuficiență renală • HTA instabilă • Insuficiență arterială severă • Ascită • Obstrucția venei cave superioare	Contraindicații: • Insuficiență arterială necontrolată • Insuficiență cardiacă necontrolată • Neuropatie periferică severă. Precauții: • Cunoscut/ suspect de tromboză venoasă profundă • HTA • Embolism pulmonar • Tromboflebite • Erizipel/celulită • Edem pulmonar • Bolile vasculare ischemice • Boală cu metastaze.

V. STUDIU DE CAZ

Pacientă de 56 de ani cu cancer mamar stâng tratat chirurgical prin mastectomie radicală cu limfadenectomie axilară și radioterapie adjuvantă. La aproximativ 8 luni postoperator, pacienta observă creșterea progresivă în volum a membrului superior stâng, senzație de tensiune și greutate, limitarea mobilității umărului, disconfort funcțional în activitățile zilnice. La examenul clinic pacienta prezintă edem la nivelul brațului și antebrăului, semnul godeului prezent parțial, diferență de circumferință între 3-4 cm față de membrul contralateral, tegument ușor îngroșat, fără leziuni cutanate, fără semne de infecție.

Cerințe:

- a. Care sunt criteriile pe baza cărora stabiliți diagnosticul de limfedem și stadiul?
- b. Stabiliți obiectivele pentru îngrijirea limfedemului
- c. Care sunt intervențiile recomandate?

Abordarea cazului:

- a. Evalure - Diagnosticul de limfedem secundar al membrului superior stâng, stadiul II s-a stabilit pe baza:
 - istoricului oncologic
 - examinării clinice
 - măsurarea membrelor pentru a stabili stadiul.
- b. Stabilirea obiectivelor terapeutice:
 - Reducerea volumului edemului
 - Prevenirea complicațiilor (infecții, fibroză)
 - Îmbunătățirea funcționalității membrului
 - Creșterea calității vieții.
- c. Intervenții aplicate

Faza intensivă Terapie decongestivă complexă (TDC) care s-a aplicat timp de 4 săptămâni:

- drenaj limfatic manual (5 ședințe/ săptămână) după care s-a aplicat bandaj compresiv multistratificat
- pacienta a efectuat exerciții cu membrul afectat, îngrijirea pielii și educație pentru prevenirea infecțiilor
- tot în această etapă pacienta a fost educată în privința efectuării auto-drenajului.

Re-evaluare După 4 săptămâni pacienta a fost reevaluată și membrul cu limfedem a scăzut în dimensiuni cu 1.5 cm și s-a diminuat senzația de tensiune.

S-a decis trecerea la **faza de menținere** în care pacienta a efectuat următoarele intervenții:

- a purtat zilnic manșon compresiv clasa II de elasticitate
- auto-drenaj limfatic zilnic
- exerciții fizice și îngrijirea tegumentului.

Evoluția în timp

La 6 luni de la terminarea fazei intensive pacienta s-a prezentat pentru reevaluare. S-a constatat că: membrul afectat a rămas la aceleași dimensiuni, fără episoade de infecție; calitatea vieții s-a îmbunătățit semnificativ.

VI. REZUMAT

Acest algoritm oferă o abordare structurată pentru identificarea precoce, evaluarea și monitorizarea limfedemului, integrând intervenții terapeutice standardizate pentru fiecare stadiu al limfedemului și măsuri de educație a pacientului, cu scopul reducerii edemului, prevenirii complicațiilor și menținerii funcționalității pe termen lung.

Bibliografie

1. Borman, P., Koyuncu, E. G., Yaman, A., Calp, E., Koç, F., Sargut, R., & Karahan, S. (2021). The Comparative Efficacy of Conventional Short-Stretch Multilayer Bandages and Velcro Adjustable Compression Wraps in Active Treatment Phase of Patients with Lower Limb Lymphedema. *Lymphatic Research and Biology*, 19(3), 286–294. <https://doi.org/10.1089/lrb.2020.0088>
2. Brophy, L., Bales, A., Ziemann, J. K., Navigato, K., & Contreras, C. (2022). A Review of the Literature Related to Limb Precautions After Lymph Node Dissection. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 26(1), 86–92. <https://doi.org/10.1188/22.CJON.86-92>
3. Burian, E. A., Rungby, J., Karlsmark, T., Nørregaard, S., Cestari, M., Franks, P. J., & Moffatt, C. J. (2024). The impact of obesity on chronic oedema/lymphoedema of the leg – an international multicenter cross-sectional study (LIMPRINT). *International Journal of Obesity*, 48(9), 1238–1247. <https://doi.org/10.1038/s41366-024-01544-0>
4. Dietrich, M. S., Gaitatzis, K., Koelmeyer, L., Boyages, J., Abramson, V. G., McLaughlin, S. A., Ngui, N., Elder, E., French, J., Hsu, J., Hughes, T. M., Stollendorf, D. P., Shah, C., & Ridner, S. H. (2023). Prospective Surveillance with Compression for Subclinical Lymphedema: Symptoms, Skin, and Quality-of-Life Outcomes. *Lymphatic Research and Biology*, 21(3), 304–313. <https://doi.org/10.1089/lrb.2022.0020>
5. Dzipina, A., Yaluri, N., Singh, J., & Jankajova, M. (2025). Predictors of the Efficacy of Lymphedema Decongestive Therapy. *Medicina*, 61(2). <https://doi.org/10.3390/medicina61020231>
6. Executive Committee of the International Society of Lymphology. (2020). The diagnosis and treatment of peripheral lymphedema: 2020 Consensus Document of the International Society of Lymphology. *Lymphology*, 53(1), 3–19.
7. Greene, A. K., & Goss, J. A. (2018). Diagnosis and Staging of Lymphedema. *Seminars in Plastic Surgery*, 32(1), 12–16. <https://doi.org/10.1055/s-0038-1635117>
8. Greene, A. K., & Sudduth, C. L. (2021). Lower extremity lymphatic function predicted by body mass index: A lymphoscintigraphic study of obesity and lipedema. *International Journal of Obesity (2005)*, 45(2), 369–373. <https://doi.org/10.1038/s41366-020-00681-6>
9. Hobday, A. (2023). Skin care protocol: Suggesting a routine. *British Journal of Community Nursing*, 28(Sup4), S12–S14. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2023.28.Sup4.S12>
10. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537239/>. (n.d.).
11. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK614153/>. (n.d.).
12. <https://www.nortonschool.com/blog/compression-levels-explained-15-20-20-30-30-40-mmhg/>. (n.d.).
13. <https://www.nortonschool.com/blog/navigating-the-journey-understanding-the-four-stages-of-lymphedema/>. (n.d.).
14. Jeffs, E., Ream, E., Taylor, C., Purushotham, A., & Bick, D. (2024). Evidence for the clinical effectiveness of decongestive lymphoedema treatment for breast cancer-related arm lymphoedema, a systematic review. *Supportive Care in Cancer: Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 32(8), 568. <https://doi.org/10.1007/s00520-024-08759-x>

15. Johansson, K., Blom, K., Nilsson-Wikmar, L., & Brogårdh, C. (2023). Early Intervention with a Compression Sleeve in Mild Breast Cancer-Related Arm Lymphedema: A 12-Month Prospective Observational Study. *Cancers*, 15(10), 2674. <https://doi.org/10.3390/cancers15102674>
16. Liu, X., Sun, K., Yang, H., Xia, L., Lu, K., Meng, X., & Li, Y. (2023). Risk factors for the development of severe breast cancer-related lymphedema: A retrospective cohort study. *BMC Cancer*, 23(1), 361. <https://doi.org/10.1186/s12885-023-10814-5>
17. O'Donnell, T. F., Allison, G. M., & lafrati, M. D. (2020). A systematic review of guidelines for lymphedema and the need for contemporary intersocietal guidelines for the management of lymphedema. *Journal of Vascular Surgery: Venous and Lymphatic Disorders*, 8(4), 676–684. <https://doi.org/10.1016/j.jvsv.2020.03.006>
18. Rankin, J., Morris, K., & Reilly, A. (2022). The All-Ireland Guidelines for the diagnosis, assessment and management of lymphoedema. *British Journal of Community Nursing*, 27(Sup10), S22–S26. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2022.27.Sup10.S22>
19. Reissbauer, A., Tsatrafilis, E., Kornappel, S., Huscher, D., & Liebl, M. E. (2025). A randomized, controlled noninferiority study of adjustable compression wraps compared with inelastic multilayer bandaging used in the intensive complex decongestive therapy of lower leg lymphedema. *Journal of Vascular Surgery: Venous and Lymphatic Disorders*, 13(4), 102214. <https://doi.org/10.1016/j.jvsv.2025.102214>
20. Shah, C., Arthur, D. W., Wazer, D., Khan, A., Ridner, S., & Vicini, F. (2016). The impact of early detection and intervention of breast cancer-related lymphedema: A systematic review. *Cancer Medicine*, 5(6), 1154–1162. <https://doi.org/10.1002/cam4.691>
21. Su, L., Huang, H., Tong, Y., Dong, L., Gu, C., Zhuang, S., Bai, S., & Jin, Y. (2025). Intermittent pneumatic compression devices for the prevention and treatment of breast cancer-related lymphedema—A systematic review and meta-analysis. *Supportive Care in Cancer*, 33(12), 1113. <https://doi.org/10.1007/s00520-025-10159-8>
22. Temur, K., & Kapucu, S. (2019). The effectiveness of lymphedema self-management in the prevention of breast cancer-related lymphedema and quality of life: A randomized controlled trial. *European Journal of Oncology Nursing: The Official Journal of European Oncology Nursing Society*, 40, 22–35. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2019.02.006>
23. Vargo, M., Aldrich, M., Donahue, P., Iker, E., Koelmeyer, L., Crescenzi, R., & Cheville, A. (2024). Current diagnostic and quantitative techniques in the field of lymphedema management: A critical review. *Medical Oncology*, 41(10), 241. <https://doi.org/10.1007/s12032-024-02472-9>
24. Zhang, H.-Z., Zhong, Q.-L., Zhang, H.-T., Luo, Q.-H., Tang, H.-L., & Zhang, L.-J. (2022). Effectiveness of six-step complex decongestive therapy for treating upper limb lymphedema after breast cancer surgery. *World Journal of Clinical Cases*, 10(25), 8827–8836. <https://doi.org/10.12998/wjcc.v10.i25.8827>

Capitolul 4.3

Plăgi cronice. Escare

Autor: Nicoleta Mitrea
Revizor: Vladimir Porocho

I. GHIDURI PRELUATE CA REFERINȚE

Titlu referință	Autor(i)/ Jurnal	Referință	An	GRADE
1. Defining palliative wound care: A scoping review by European Association for Palliative Care wound care taskforce.	Sezgin D, Geraghty J, Graham T, Blomberg K, Charnley K, Dobbs S, McElvaney A, Probst S, Beeckman D, Grocott P, Gethin G. J Tissue Viability. 2023 Nov;32(4):627-634.	 EAPC wound care taskforce_definition https://doi.org/10.1016/j.itv.2023.07.002	2023	Calitatea dovezilor: mixtă (B, C, D). Beneficii: numeroase studii clinice și revizuri sistematice de literatură arată eficiența intervențiilor enumerate în sensul minimizării intensității disconfortului și simptomelor de la nivelul plăgii și maximizării confortului și calității vieții pacientului și familiei.
2. A narrative review of management of wounds in palliative care setting	Koumaki D, Kostakis G, Boumpoucheropoulos S, Ioannou P, Katoulis C.A., <i>Ann Palliat Med</i> 2023;12(5):1089-1105	 Review managem of wounds in PC 20: https://dx.doi.org/10.21037/apm-23-138	2023	Forța recomandării: puternică
3. NHS Wound Assessment and Management Guideline	Worcestershire Acute Hospital Trust (WAHT)	 Wound assessment and management gu TITLE	2025	Riscuri: minime; este necesară instruirea profesioniștilor în vederea educației corespunzătoare a pacientului și familiei pentru implementarea

4. The Wound Care Pathway – an evidence-based and step-by-step approach towards wound healing	Dowsett C, Bain K, Hoffmann C, Brennan MR, Greco A, Karlsmark T, Keast D, Ruettimann Liberato de Moura M, Lázaro-Martíne J-Lz, Münter K-C, Swanson T, Vuagnat H & Bain M	 Wound care pathway 2021.pdf The Wound Care Pathway – an evidence-based and step-by-step approach towards wound healing – Wounds International	2021	intervențiilor în cazul îngrijirii plăgilor. Valori și preferințe ale pacientului: majoritatea pacienților și familiilor prioritizează controlul disconfortului local și general, cât și al simptomelor de la nivelul plăgii (durere, miros, exudat abundent, inflamație, sângerare, prurit local) pe același palier de semnificație/ importanță cu alte simptome precum durerea, constipația, greață/ vărsături etc.
5. Palliative Wound Care	Hospice and Palliative Nursing Association (HPNA)	 Palliative-Wound-Care-2020.pdf Palliative-Wound-Care-2.pdf	2020	

Definiții: Rănile cronice sunt definite ca fiind răni cu vindecare deficitară și fără evoluție normală pentru menținerea integrității fiziologice și structurale a țesuturilor în termen de 12 săptămâni. Îngrijirea paliativă a plăgilor cronice este definită ca „îngrijirea holistică și interdisciplinară, centrată pe persoană și familie, a rănilor care se pot vindeca sau nu, sau care pot fi prea dificil de tratat; incluzând, dar fără a se limita la controlul și gestionarea simptomelor, pentru persoanele care sunt adesea vulnerabile și au calitatea vieții afectată”. (Sezgin D et al, 2023)

Prevalența: O treime dintre pacienții cu nevoi de îngrijiri paliative, afectați de diverse afecțiuni cronice progresive, prezintă cel puțin o rană pe parcursul acordării îngrijirilor. Cele mai frecvente tipuri de plăgi sunt ulcerele de presiune. În cazul pacienților oncologici, pe lângă ulcerele de presiune, în funcție de organul afectat și tipul de celulă canceroasă care se dezvoltă, sunt întâlnite tumori exulcerate. Algoritmul de față este recomandat a se folosi în practica clinică pentru îngrijirea leziunilor reprezentate de ulcere de presiune și tumori exulcerate (Sezgin D et al, 2023).

II. FIȘE SUPORT

Fișa 1. Evaluare prezență plăgi folosind acronim-ul/ mnemonic-ul **O, P, Q, R, S, T, U, V**

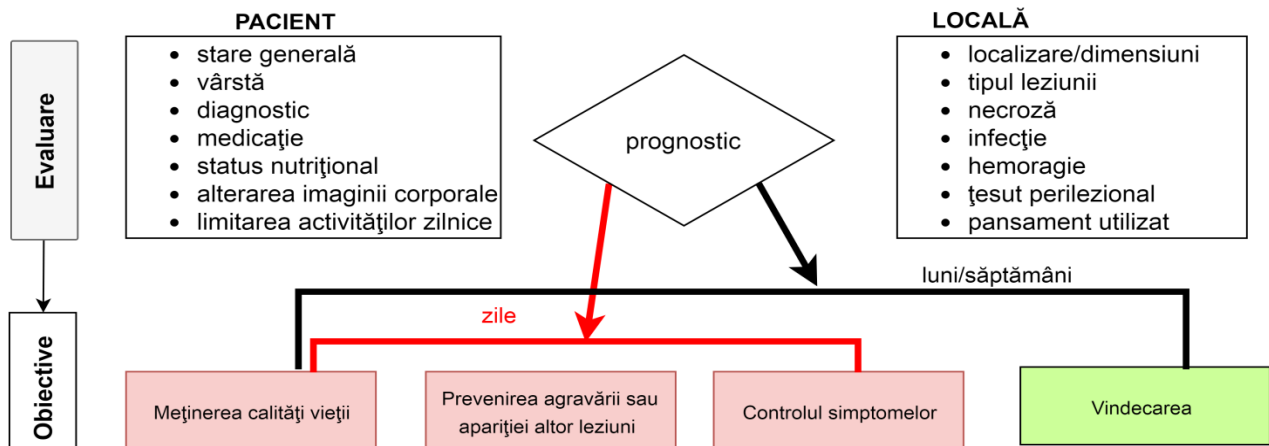
Litera din acronim	Întrebările de evaluare. Ori de câte ori este posibil, întrebați pacientul direct. Implicați familia doar atunci când este cazul și cu acordul pacientului.
Onset (DEBUT)	Când a apărut plaga, cum vă face să vă simțiți? De cât timp a apărut plaga?
Provoking/ Palliating (determinant/ ameliorator)	Ce credeți că a determinat apariția plăgii? Ce factori ameliorează? Ce factori agravează?
Quality (CALITATE)	Cum vă face să vă simțiți? Cum puteți descrie starea?
Region/ Radiation (regiunea/ iradierea)	Ce zonă/ zone sunt afectate de leziune/ leziuni?
Severity (SEVERITATEA)	Cât de sever vă influențează starea prezența plăgii? Pe o scală de la 0 – deloc, la 10 – cel mai cumplit, ce scor i-ați da? Pentru momentul acum? Pentru când are cea mai mare intensitate? În medie? Cât de deranjant este pentru dumneavoastră prezența plăgii?
Treatment (TRATAMENT)	Ce medicamente și intervenții de îngrijire ați implementat până acum? Folosiți medicamente date la liber de la farmacie? Dar tablete tip suplimente alimentare, remedii naturiste sau practici tradiționale de vindecare? Cât de eficiente le găsiți a fi în cazul dumneavoastră? Sunt efecte secundare ale acestor medicamente/ intervenții de îngrijire/ practici naturiste sau tradiționale de vindecare? Ce altceva ați mai încercat în trecut? Aveți îngrijorări cu privire la eventuale efecte secundare sau cu privire la costurile acestora?
Understanding (ÎNȚELEGERE)	Ce credeți că provoacă/ determină prezența plăgii? Cum vă afectează pe dumneavoastră personal? Dar pe familia dumneavoastră? Ce anume din situația de prezență a plăgii vă îngrijorează cel mai mult? Cum vă afectează prezența plăgii echilibrul emoțional și spiritual, cât și interacțiunile sociale? A trebuit să vă adaptați sau să renunțați la unele activități din rutina vieții dumneavoastră zilnice din cauza prezenței acestei plăgi? Vă afectează capacitatea de a munci?

	De a vă manifesta hobbyurile/ obiceiurile/ activitățile plăcute de peste zi? Activitatea fizică? Activitățile de interacțiune socială cu membrii familiei lărgite, cu prietenii, cu vecinii? Sunt prezente și alte simptome care acompaniază/ sunt prezente împreună cu plaga (ex. durere, miros, exudat, temperatură locală crescută, inflamație locală etc.?).
Values (VALORI)	Ce obiective doriți să avem în vedere atunci când ne gândim la managementul terapeutic al plăgii? Care este un nivel acceptabil/ tolerabil pentru dumneavoastră pentru prezența acestei plăgi (0 – 10)? Sunt valori, sistem de crenințe sentimente despre care ar trebui să știm când vine vorba să stabilim un plan de îngrijire pentru această plagă în cazul dumneavoastră și al familiei dumneavoastră?

Fișa 2. Protocol plăgi (Koumaki D. et al, 2023; WAHT, 2025; Dowsett C, 2021, HPNA, 2020)

Algoritm de îngrijirea plăgilor cronice

Definiție: Plăgă cronică - orice leziune ce durează de mai mult de 3 luni



Frecvența schimbării pansamentului se va stabili în funcție de obiectivele de îngrijire și proprietățile tipului de pansament ales.

Intervenții	Problemă identificată	Intervenții la pacienții cu prognostic de zile	Intervenții la pacienții cu prognostic de săptămâni/luni
	Infecție locală	pansament absorbant (ex. spuma poliuretanică, alginat de Ca)	recoltare secreție plaga antibiotic conform antibiogramei pansamente antimicrobiene (ex. pansamente cu ioni de Ag) pansament absorbant (ex. spuma poliuretanică, alginat de Ca)
	Hemoragie	pansament cu alginat de Ca	pansament cu alginat de calciu considerați consult oncologic - radioterapie locală măsurile locale - aplicații reci/compresie medicație hemostatică
	Necroză	pansament impregnat cu vaselină	debridare mecanică debridare autolitică (pansamente cu hydrogel)
	Exudat în exces	pansament absorbant schimbarea pansamentului la nevoie	pansament absorbant (ex. spuma poliuretanică, pansament cu hydrofibre, pansament cu alginat) schimbarea pansamentului la nevoie
	Miros	pansament cu cărbune/ metronidazol local	
	Durere la pansat	Schimbarea pansamentului după administrarea medicației antialgice	
	Plăgă uscată	Pansament impregnat cu vaselină	Pansament cu hidrocoloid Pansament impregnat cu vaselină
	Deficit nutrițional	Asigurarea confortului	Recomandare de suplimente nutritive
	Probleme psihoemoționale	Informare și educație legate de îngrijirile pacientului/familiei	
	Țesut perilezional	Aplicare cremă barieră sau pansament hydrofilm	

Reevaluare	Reevaluare generală - la o lună /schimbarea stării generale a pacientului - evoluție favorabilă/staționar NU → Reconsiderați obiectivele și tipul de pansament DA → Reevaluare obiective și intervenții	Reevaluare locală - la 3 zile - evoluție favorabilă NU → Reconsiderați tipul de pansament DA → Continuă pansamentul

Fișa 3. Evaluarea riscului de apariție a ulcerelor de presiune/ escare (Koumaki D. et al, 2023; WAHT, 2025; Dowsett C, 2021, HPNA, 2020)

Screening inițial

Toate persoanele cu nevoi de îngrijiri paliative trebuie să fie evaluate din punct de vedere al riscului de apariție a ulcerelor de presiune (escare) utilizând instrumentul Scala Norton (vezi anexa 1):

- Screeningul trebuie să urmeze o abordare structurată și replicabilă și să ia în considerare, cel puțin, limitările de mobilitate și activitate, starea pielii și alți factori de risc care sunt predictivi în anumite condiții.
- Screeningul și evaluarea pielii trebuie să se bazeze pe o combinație informații ce țin de temperatură a pielii, textura pielii, afirmațiile pacienților privind durerea și disconfortul, precum și evaluarea vizuală/ observațională a integrității și aspectului pielii.

Evaluarea riscului

Evaluarea riscului pentru persoanele internate în unități cu paturi de îngrijire paliativă trebuie efectuată în termen de maxim 6 ore de la internare sau, în cazul serviciilor medicale comunitare de îngrijiri paliative la domiciliu, la prima vizită față în față. Aceasta include contactul virtual prin telefon sau video și se poate baza pe întrebări adresate pacientului cu privire la starea pielii sale. Documentați în mod clar evaluarea riscului și dacă aceasta a fost efectuată față în față sau virtual.

Documentați rezultatul evaluării riscurilor în dosarul clinic sau medical, împreună cu o dată prestabilită pentru revizuirea riscurilor și a îngrijirii planificate.

Reevaluați dacă există o schimbare în starea, circumstanțele sau mediul acelei persoane.

Pentru cei a căror stare este stabilă, efectuați revizui la intervale regulate pentru a monitoriza schimbările mai subtile ale nivelului de risc.

Dacă profesionistul din echipa multidisciplinară de îngrijiri paliative care identifică o persoană ce necesită o evaluare completă a riscului de presiune nu are cunoștințele/ abilitățile adecvate pentru a efectua această evaluare a riscului, aceasta trebuie să acorde imediat îngrijiri preventive care să reducă orice risc identificat și să transmită informația respectivă către un profesionist cu pregătirea adecvată.

Fișa 4. Evaluarea holistică: a) pacient, b) plagă

a) Evaluarea holistică a pacientului	b) Evaluarea holistică a plăgii
• Identificarea comorbidităților, a factorilor care determină deteriorarea necontrolată a integrității pielii, a istoricului de apariție a plăgilor în general, a ulcerelor de presiune în particular;	• Etiologia plăgii/ leziunii tegumentare (cauza); • Localizarea leziunii; • Istoricul plăgii, durata (de când) și vindecarea;

• Factori de risc ce țin de stilul de viață, precum fumat, nutriție, sedentarism și abuz de alcool sau de alte substanțe adictive; • Nutriție și extreme de greutate corporală (cașexie/ supraponderalitate/ obezitate); • Insuficiență circulatorie; • Afecțiuni dermatologice și complicații la nivelul pielii (ex. psoriazis, alergii dermatologice); • Aspecte sociale precum instabilitate financiară, șomaj, locuință, rețea socială de suport, izolare socială și calitatea vieții în general; • Aspecte psiho-emoționale ca depresie, anxietate; • Istoric clinic ce ține de intervenții chirurgicale anterioare, plăgi și alte afecțiuni anterioare, alergii la medicamente etc.; • Tratamentul medicamentos actual și precedent; • Vârstă, mobilitate, dexteritate, capacitate mentală și abilitatea pacientului de auto-îngrijire.	• Dimensiunile plăgii (lungime/ lățime, profunzime/ adâncime, extindere); • Aspecte locale ca structura țesutului vizat și topografia zonei afectate; • Prezența exudatului, culoarea, vâscozitatea, mirosul, cantitate, acumularea de exudat; • Marginile plăgii (lipite, rulate, inflamate, subminate, extinse, macerate); • Tegumentul din jurul plăgii (intact, fragil, inflammat, macerat); • Intensitatea durerii locale; • Încărcătura microbiană din plagă sau semne de infecție; • Istoricul în imagini al plăgii, dacă este disponibil.

Fișa 5. Cauze incriminate pentru apariția ulcerelor de presiune (Koumaki D. et al, 2023; WAHT, 2025; Dowsett C, 2021, HPNA, 2020)

Principalii factori de risc pentru apariția escarelor sunt reprezentați de imobilitate sau de nivelul scăzut de activitate, care pot fi determinate de:

- o stare de sănătate precară sau slăbiciune generalizată ce limitează mobilitatea;
- paralizie;
- leziuni sau afecțiuni care necesită repaus la pat pe perioade îndelungate;
- recuperare după o intervenție chirurgicală;
- stare de sedare, comă.

În consecință, persoanele imobilizate la pat sau cu o capacitate limitată de mișcare (de ex. cele condiționate de un scaun cu roțile) trebuie evaluate în vederea determinării riscului de apariție a escarelor.

Alți factori de risc pentru apariția escarelor includ:

- Pielea fragilă, în special în cazul persoanelor vârstnice;
- Prezența unei afecțiuni cronice, precum diabetul sau o boală vasculară, care împiedică alimentarea corectă cu sânge a unor regiuni din corp;
- Incapacitatea de a mișca unele părți ale corpului fără ajutor, ca urmare a unui traumatism cerebral sau vertebral sau din cauza unei boli neuro-musculare (cum ar fi scleroza multiplă);
- Alimentația și hidratarea necorespunzătoare;
- Diferite forme de demență senilă precum boala Alzheimer – pacientul pierde treptat contactul cu realitatea, nemaiputând să prevină sau să trateze corect escarele;
- Vârsta înaintată;
- Incontinența urinară și/ sau fecală.

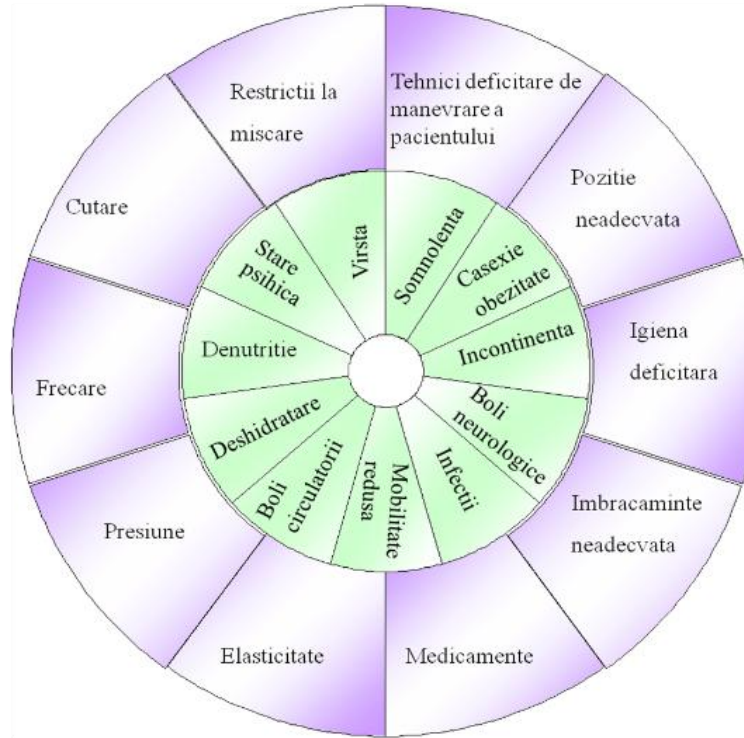


Figura 1. Posibile cauze ale ulcerelor de presiune

Fișa 6. Zone predispușe pentru apariția ulcerelor de presiune (Koumaki D. et al, 2023; WAHT, 2025; Dowsett C, 2021, HPNA, 2020)

Există anumite regiuni anatomice cu risc mult mai mare pentru dezvoltarea escarelor de decubit, datorită simplului fapt că se află în zonele de presiune maximă. Aceste zone sunt marcate în figura de mai jos cu culoarea roșie. În funcție de poziția în care este așezat pacientul, aceste zone sunt:

- în decubit dorsal: occiput, omoplați, regiunea sacrată, regiunea fesieră, coate, călcâi.

- în decubit lateral: regiunea temporală, regiunea retroauriculară, umăr, regiunea trohanteriană, regiunea internă și externă a genunchilor, maleola medială și maleola laterală.
- în decubit ventral: regiunea claviculară, stern, creste iliace, genunchi, haluce.
- în poziție șezând: regiunea ischiatică.

Pacienții vârstnici și diabeticii dezvoltă frecvent ulcere ale călcâiului.

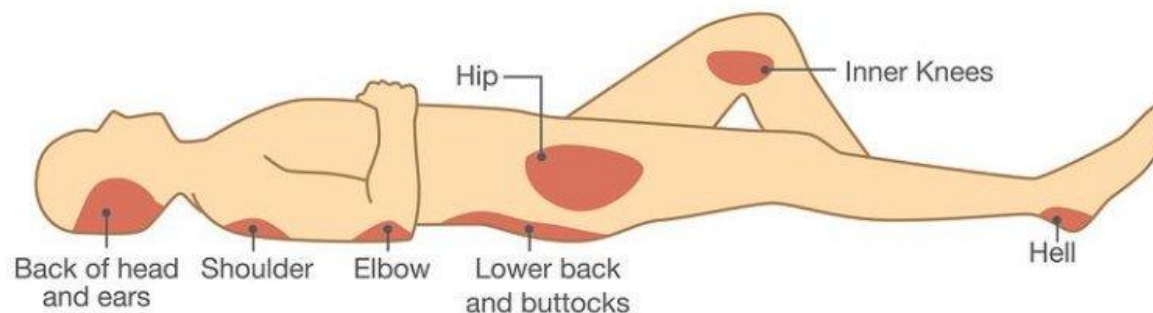


Figura 2. Zone cu risc pentru apariția ulcerelor de presiune

Fișa 7. Diagnostic. Clasificarea escarelor (Koumaki D. et al, 2023; WAHT, 2025; Dowsett C, 2021, HPNA, 2020)

Gradul 1: Eritem

Piele intactă - În cazul tenurilor mai deschise, aceasta se manifestă sub forma unei roșeți care nu se albește într-o zonă localizată, de obicei peste o proeminență osoasă. Pielea cu pigmentare închisă poate să nu prezinte albire vizibilă, dar culoarea sa poate diferi de cea a zonei înconjurătoare. Zona poate fi dureroasă, fermă, moale, mai caldă sau mai rece în comparație cu țesutul adiacent.

Este reprezentat de un eritem local stabil mai mult de 2 ore. Apare ca o leziune superficială. La nivel tegumentar se evidențiază o congestie vizibilă datorită ischemiei de la nivelul pielii. Pielea nu este încă lezată, însă țesutul muscular și adipos sunt afectate. Eritemul persistă și la aplicarea unei presiuni digitale.



De multe ori escarele trec neobservate în acest stadiu, deoarece escara de gradul I poate fi dificil de diagnosticat mai ales la pacienții cu pigment mai închis al pielii.

La acest nivel, vindecarea naturală este încă posibilă, însă este obligatorie și scăderea presiunii asupra țesuturilor, în special prin mobilizare.

Gradul 2: Pierdere parțială din grosimea pielii

Pierdere parțială din grosimea dermei, care se manifestă sub forma unui ulcer deschis superficial, cu un pat al plăgii roșu/ roz, fără escoriații. Se poate manifesta și sub forma unei vezicule intacte sau deschise/ rupte, umplute cu ser, sau sub forma unui ulcer superficial lucios sau uscat, fără escoriații sau vânătăi. Această categorie nu trebuie utilizată pentru a descrie rupturi ale pielii, arsuri provocate de bandă adezivă, dermatită perineală, macerare sau excoriații.

Apare flictena - veziculă ce conține lichid seros. Se observă apariția unei soluții de discontinuitate la nivel tegumentar și se evidențiază și stratul subcutanat. Epidermul și dermul sunt afectate însă leziunea este superficială și arată ca o bășică sau ca o zgârietură. Zona afectată este foarte dureroasă și trebuie tratată profesional. Plaga trebuie pansată și supravegheată cu atenție întru-cât din acest stadiu se poate infecta.



Gradul 3: Pierdere completă a grosimii pielii cu afectarea țesutului muscular

Pierdere completă a grosimii pielii cu afectarea țesutului muscular. Grăsimea subcutanată poate fi vizibilă, dar oasele, tendoanele sau mușchii nu sunt expuși. Poate apărea necroză sau exudat. Poate include stratificare și tunelare. Adâncimea unui ulcer de presiune de gradul 3 variază în funcție de localizarea anatomică. Podul nasului, urechea, zona occipitală și maleola nu au țesut subcutanat, deci ulcerele de gradul 3 pot fi superficiale. În schimb, zonele cu adipozitate semnificativă pot dezvolta ulcere de presiune de gradul 3 extrem de adânci. Osul/ tendonul nu este vizibil sau palpabil direct.

Este reprezentat de ulcerarea profundă până la nivelul fasciei musculare. Tegumentul este distrus în totalitate. Această rană este de obicei extinsă pe o zonă considerabilă în profunzime, însă la exterior, poate apărea doar ca o deschizătură mică. Țesutul subcutanat este afectat sau moare, iar zona erodată se poate extinde la ligamente. Leziunea apare ca un crater datorită presiunii mari. Dezintegrarea tisulară afectează țesuturile subcutanate mai mult decât este vizibil superficial, la suprafața pielii. Escara de gradul III



reprezintă o problemă serioasă pentru sistemul imunitar al pacientului, fiind însoțită de obicei de infecții masive.

Gradul 4: Pierdere completă în profunzimea țesutului muscular

Pierdere completă în profunzimea țesutului muscular, cu expunerea osului, tendonului sau mușchiului. Pe unele părți ale patului plăgii pot fi prezent exudat sau țesut necrozat. Adesea include stratificare și tunelarea. Adâncimea unui ulcer de presiune de gradul 4 variază în funcție de localizarea anatomică. Podul nasului, urechea, zona occipitală și maleola nu au țesut subcutanat, iar aceste ulcere pot fi superficiale. Ulcerele de gradul 4 se pot extinde în mușchi și/ sau structuri de susținere (de exemplu, fascia, tendonul sau capsula articulară), făcând posibilă apariția osteomielitei. Osul/ tendonul expus este vizibil sau direct palpabil.

Se referă la leziunile profunde care ating inclusiv mușchiul și osul.

Toate țesuturile moi de la nivelul pielii sunt distruse, până la os. Aceste plăgi sunt însoțite de probleme majore, pacienții fiind predispuși septicemiei. Riscul de infecție la nivel osos (osteomielită) este foarte mare. Osificarea heterotrofă poate să apară la nivel osos, aceasta fiind o creștere de os patologică care, după vindecarea leziunii cutanate poate determina apariția unei alte escare de decubit prin creșterea presiunii realizate de către os asupra tegumentului.



Fișa 8. Tipuri de pansamente (Koumaki D et al, 2023; WAHT, 2025; Dowsett C, 2021, HPNA, 2020)



Film transparent

- fabricat din poliuretan, non-alergic
- este un pansament ocluziv, semi-permeabil, rezistent la apă dar permeabil pentru oxigen
- folosit pentru plăgi superficiale, fără exudat
- previne contaminarea plăgii cu bacterii exogene
- permite evaluarea plăgii fără îndepărtarea pansamentului
- mecanism de acțiune – protejează tegumentul (urină, materii fecale, secreții).

	Pansament hidrocoloid - fabricat din hidrocoloid fibre - pansament ocluziv și adeziv, rezistent la apă, confortabil - folosit pentru plăgi cu exsudat în cantitate redusă, neinfectate - debridează și ajută la granulara plăgii - ajută la drenarea exsudatului în cantitate mică - mecanism de acțiune - exsudatul plăgii împreună cu particulele hidrocoloidale se gelifică - condiții favorabile vindecării în mediu umed.
	Pansamente cu hidrogel - fabricate din polymer gel - folosite pentru plăgi cu exsudat redus ce trebuiesc debrideate, necroză uscată - pot fi găsite ca gel în diferite recipiente, dar și sub alte forme de prezentare - promovează un mediu umed ideal vindecării - au conținut mare de apă, deci capacitatea de a absorbi exsudatul este redusă - sunt pansamente hidrofilice și vor permite evaporarea exsudatului.
	Pansament tip spumă poliuretanică - fabricate din spuma hidrofilică poliuretan - unele sunt rezistente la apă, adezive sau non-adezive. Se folosesc pentru plăgi exsudative - atraumatice, confortabile, pot lua forma cavitații - absorbante, chiar și sub pansament compresiv - lasă cavitatea curată după îndepărtare (nu apar reziduri) - pot fi lăsate pe loc 4-5 zile.

	Pansament tip alginat de Ca - fabricate din fibre de alginat de Calciu - au o capacitate mare de absorbție (aproximativ 20 de ori propria greutate) - au proprietăți hemostatice - se folosesc pentru curățarea rănilor cavitare (adânci) cu secreții moderate/ abundente. - se poate utiliza inclusiv pe plăgi infectate - la îndepărtare este atraumatic - mecanism de acțiune: în prezența exsudatului, fibrele de alginat de calciu se transformă într-un gel vâscos. Acest gel înglobează celulele moarte, țesuturile distruse și germenii, menținând în același timp un mediu umed echilibrat, care permite regenerarea țesuturilor.
	Pansament de tip tulle (impregnat) - reprezintă o țesătură de tip plasă din bumbac impregnată cu substanțe grase - substanța grasă păstrează marginile plăgii suple, stimulând formarea țesutului de granulație și epitelizarea - previne aderarea pansamentului de plagă, este atraumatic - pentru tratamentul plăgilor exsudative (abraziuni, dilacerări, plăgi tăiate, arsuri cu lichide fierbinți, arsuri acide, pentru acoperirea site-ului donor sau acceptor în grefele de piele, chirurgia cosmetică și plastică).
	Pansament gras (unguent gălbenele) - pansament non-toxic - înmoaie țesutul necrozat - menține umiditatea necesară în plagă - acțiune antiinflamatoare și cicatrizantă - necostisitor financiar.

	Pansamente cu ioni de Ag - stratificat cu argint și impregnat cu unguent neutru - util în plăgi intens colonizate sau infectate pentru efectul bactericid cu spectru larg - previne proliferarea germenilor din plagă - util în procesul de curățare a plăgii și în combinație cu diferite pansamente hidroactive - previne macerarea tegumentului perilezional - poate fi lăsat în plagă mai multe zile - profilaxia infecțiilor la plăgile cronice și acute - poate fi folosit inclusiv în plăgi cavitare.

Fișa 8. Soluții de irigare a plăgii (adaptat după International Wound Infection Institute, 2022)

Soluții de irigare a plăgii (adaptat după International Wound Infection Institute, 2022).			
Tipul de lichid	Profilul de siguranță	Comentarii	Caracteristici cheie
Apă potabilă de la robinet	hipoton	Fără toxicitate Nu este steril	■ Soluție în general inertă, cu conținut variabil ■ Efect obținut prin detașarea mecanică a contaminanților ■ Alternativă sigură atunci când soluțiile sterile nu sunt disponibile sau fezabile (de ex. în medii cu resurse limitate sau comunități izolate) ■ În medii cu resurse limitate, unde apa nu este potabilă, apa fiertă și răcită reprezintă o alternativă Când se utilizează apă potabilă de la robinet, lăsați apa să curgă pentru a elimina contaminanții înainte de a o utiliza
Soluție salină normală sterilă 0.9%	Izotonic	Fără toxicitate	■ Soluție inertă, izotonică, fără proprietăți antimicrobiene ■ Efect obținut prin detașarea mecanică a contaminanților

			■ Odată deschis, produsul nu mai este steril
Apă sterilă	Hipotonic	Fără toxicitate	■ Soluție inertă, izotonică, fără proprietăți antimicrobiene ■ Efect obținut prin detașarea mecanică a contaminanților ■ Odată deschis, produsul nu mai este steril
Surfactant (detergenți tensioactivi) pentru curățarea plăgilor (ex. Poloxamer 407, undecilenamido- propil betaină și macrogolum)	Surfactant/ Surfactiv	Citotoxicitate redusă pentru fibroblaste și keratinocite <i>in vitro</i>	■ Clasificate în funcție de tipul de încărcătură chimică ■ Combinate în mod obișnuit cu agenți/ conservanți antimicrobieni, inclusiv dihidroclorură de octenidină (OCT) sau polihexametilen biguanidă (PHMB) ■ Elimină bacteriile fără a deteriora țesuturile în curs de vindecare ale plăgilor
Soluții superoxidate (acidul hipocloros și hipocloritul de sodiu sunt prezenți ca și conservanți antimicrobieni)	Hipotonic	Variază	■ Conține agenți hipotonici și oxidanți naturali ■ Acțiunea antimicrobiană și antibiofilm variază
Betadina (iod povidonă)	Antiseptic iodofor	Efect citotoxic asupra osteoblastelor, mioblastelor și fibroblastelor, în funcție/ dependent de doză	■ Soluție antiseptică ■ Acțiune antimicrobiană și antibiofilm cu spectru larg
Alți agenți care conțin antimicrobiene și/ sau conservanți activi	Variază	Variază	■ Gama de soluții antimicrobiene/ cu conservanți antimicrobieni, mai puțin utilizate exclusiv ca agenți de curățare

Fișa 9. Tipuri de debridare (adaptat după Nair HKR, Balasubramaniam S, Frescos N et al, 2024)

Tipuri de debridare (adaptat după Nair HKR, Balasubramaniam S, Frescos N et al (2024) Autolytic continuous debridement with a focus on biofilm management: Consensus document for the APAC region. London: Wounds International Disponibil la: www.woundsinternational.com).

Tip	Mecanism de acțiune	Avantaje	Dezavantaje	Cine/ unde
Autolitic	Utilizează propriile enzime și umiditatea corpului pentru a rehidrata, înmuia și lichefia escara dură și țesutul necrozat, folosind pansamente ocluzive sau semi-ocluzive și/ sau produse antimicrobiene pentru a crea un mediu echilibrat și umed al plăgii, fie prin donarea sau absorbția umidității.	Poate fi utilizat pentru pre-debridare, atunci când există o cantitate mică de țesut neviabil și când alte forme de debridare sunt inadecvate. Poate fi folosit pentru debridarea de întreținere.	• Procesul este lent, crescând riscul de infecție și macerare.	Poate fi folosit atât în îngrijirea comunitară, cât și în unități specializate, de către clinicieni (asistenți medicali, medici cu nivelul adecvat de calificare, pregătire și competență).
Bio chirurgical	Larvele muștei verzi sunt utilizate pentru a îndepărta țesutul necrozat și devitalizat din rană. Larvele sunt, de asemenea, capabile să ingereze organismele patogene din rană (Thomas et al, 1998).	• Foarte selectiv și rapid • Poate fi folosit în răni infectate.	• Costurile inițiale pot fi mai mari decât în cazul debridării autolitice • Accesul la larve poate fi o problemă • Nu este potrivit pentru toți pacienții sau toate rănilor (de ex. la pacienții cu răni cu exsudat abundent, răni care necesită ocluzie,	Poate fi folosit atât în îngrijirea comunitară, cât și în unități specializate, de către clinicieni (asistenți medicali, medici cu nivelul adecvat de calificare, pregătire și competență).

			pacienți cu probleme de coagulare, afecțiuni maligne sau răni situate în apropierea vaselor de sânge mari).	
Hidro chirurgical	Îndepărtarea țesutului mort folosind un jet salin puternic ca instrument de tăiere.	• Timp de tratament scurt și selectiv capabil să îndepărteze cea mai mare parte, dacă nu chiar tot țesutul devitalizat din patul plăgii, fără a compromite țesutul sănătos.	• Necesită echipament specializat • Există posibilitatea răspândirii în aer a picurilor, deci este asociat cu costuri mari.	Trebuie efectuată de un medic specialist cu pregătire relevantă. Potrivită într-o varietate de medii cu un mediu controlat, datorită riscului de aerosolizare bacteriană.
Mecanic	Metoda tradițională implică utilizarea unei tifon umed-uscă care se usucă și aderă la stratul superior al patului plăgii, care este „smuls” atunci când pansamentul este îndepărtat; această metodă nu mai este recomandată.	• Alte metode noi, inclusiv tampoane de debridare din monofilament/ microfibră și irigarea terapeutică, sunt mai selective, mai rapide și relativ nedureroase.	• Metodele tradiționale (ex. tifonul uscat-umed) necesită schimbare frecventă a pansamentelor și pot fi dureroase pentru pacient.	Poate fi folosit atât în îngrijirea comunitară, cât și în unități specializate, de către clinicieni (asistenți medicali, medici cu nivelul adecvat de calificare, pregătire și competență).

Bisturiu	Îndepărtarea țesutului mort sau devitalizat folosind un bisturiu, o chiuretă, foarfece și/ sau forceps până la nivelul țesutului viabil.	• Selectiv și rapid. De obicei nu este necesară administrarea de analgezice • Poate fi combinat cu alte terapii (de ex. debridarea autolitică).	• Clinicienii (asistenți medicali, medici) sunt capabili să distingă tipurile de țesuturi și să înțeleagă anatomia, deoarece există riscul de a leza vasele de sânge, nervii sau tendoanele.	Poate fi realizat la patul pacientului, atât în comunitate, cât și în regim de internare, de către un profesionist medical (asistent medical sau medic) cu pregătire de specialitate.
Chirurgical	Excizia sau rezecția mai largă a țesutului neviabil, inclusiv îndepărtarea țesutului sănătos de la marginile plăgii, până la obținerea unui pat sanguin sănătos al plăgii.	• Selectiv și se utilizează cel mai bine pe suprafețe mari, unde este necesară îndepărtarea rapidă.	• Poate fi dureros pentru pacient și, de obicei, este necesară anestezia (atenție suplimentară în zonele sensibile). • Poate fi asociată cu costuri mărite.	Trebuie efectuată într-o sală de tratament de către un medic, chirurg, podolog sau asistent medical specializat, cu pregătire și competențe adecvate.
Ultrasonic	Dispozitivele emit ultrasunete fie prin contact direct cu patul plăgii, fie prin intermediul unei soluții atomizate (ceață). Majoritatea dispozitivelor includ un sistem de irigare încorporat și sunt furnizate cu o varietate de sonde pentru diferite tipuri de plăgi.	• Imediat și selectiv. • Poate fi utilizat pentru debridarea excizională și/ sau debridarea de întreținere pe parcursul mai multor ședințe.	• Probleme de disponibilitate din cauza costurilor mari și a necesității de echipamente specializate. • Necesită timp pentru pregătire și curățare instrumente (sterilizarea pieselor de mână).	Trebuie efectuată de un profesionist (asistent medical, medic) competent, cu pregătire specializată într-o varietate de contexte.

Fișa 10. Tratament local, în funcție de problema întâlnită: miros, sângerare, prurit, exudat abundents, durere (Koumaki D. et al, 2023; WAHT, 2025; Dowsett C, 2021, HPNA, 2020)

Scopul tratamentului local este de a reduce disconfortul, de a preveni infecția și sângerarea plăgii și de a trata cele mai dificile probleme ale plăgilor cronice care au un impact psihologic și fizic negativ asupra pacientului, cum ar fi durerea locală, pruritul și exsudatul excesiv care poate produce mirosuri neplăcute.

Mirosul: încărcătura microbiană de pe suprafața plăgii poate fi redusă prin debridarea mecanică periodică, medicamente antimicrobiene topice (cum ar fi metronidazolul) și/ sau pansamente care absorb mirosul, cum ar fi cele care conțin cărbune absorbant (de exemplu, Actisorb, Carboflex). Soluția Dakin, acidul hipocloros sau acidul acetic diluat pot reduce, de asemenea, mirosul. Nu se recomandă utilizarea regulată a substanțelor potențial citotoxice la nivel local pentru o perioadă îndelungată, cum ar fi soluția Dakin sau soluții pe bază de iod.

Sângerare: pentru a opri sângerarea și a reduce disconfortul provocat de schimbarea pansamentelor, se poate aplica direct pe rana friabilă un pansament neaderent. Sângerarea poate fi redusă și mai mult prin aplicarea unui al doilea strat de pansamente cu alginat care conțin coagulant. Rănile cronice care sunt predispuse la scurgerea de lichid din patul ulcerului (cum ar fi rănila maligne care nu pot fi excizate) pot fi tratate cu agenți hemostatici topici sau sucralfat și presiune ușoară sub formă de bandaje elastice. Punctele focale de sângerare pot fi tratate cu azotat de argint, cauter portabil sau anestezic local cu epinefrină.

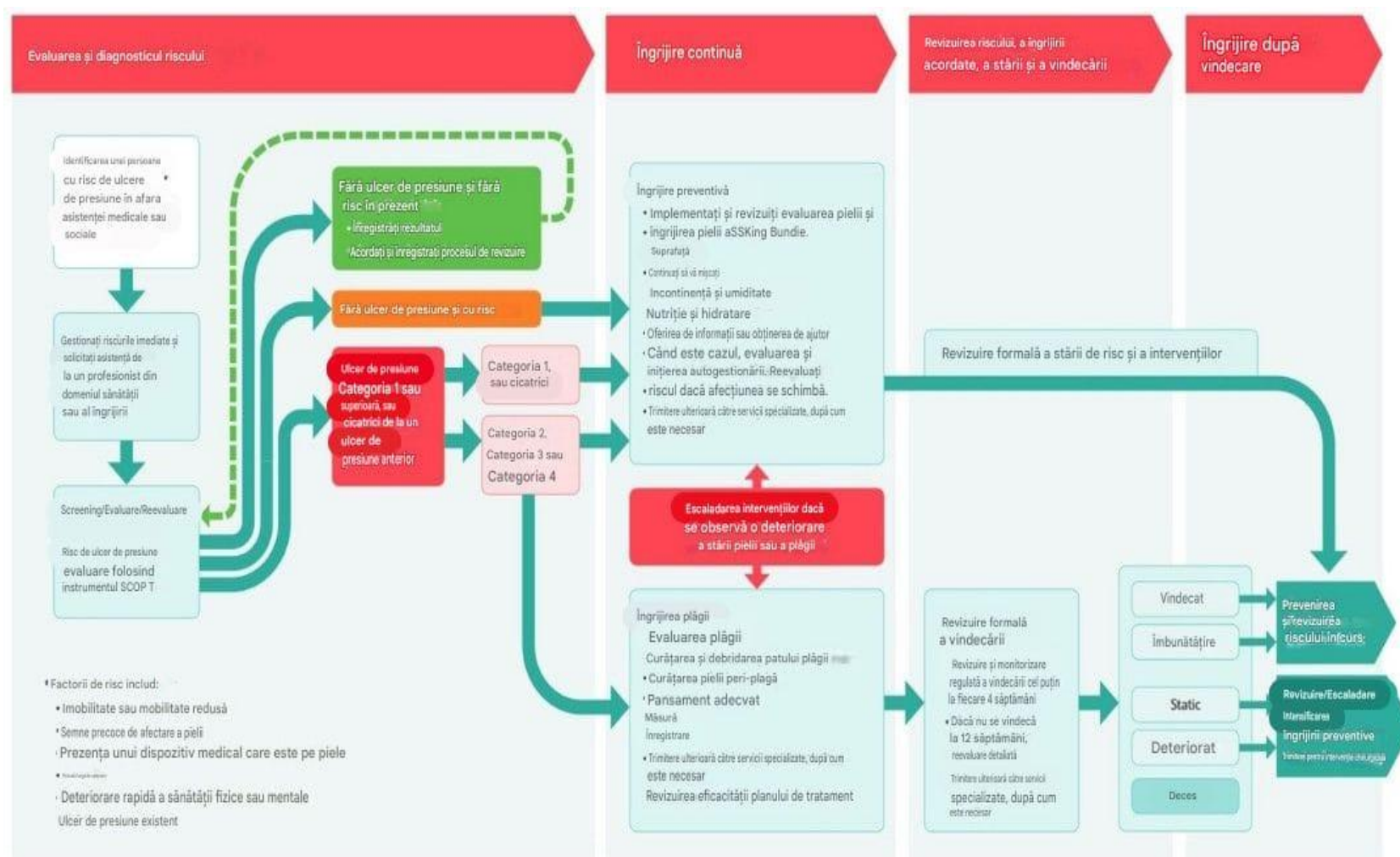
Prurit: rănila cronice pot provoca mâncărime ca simptom. Pielea uscată sau umedă, precum și dermatita de contact sunt cauzele obișnuite ale mâncărimii și iritației. Mâncărimea și iritația pielii pot fi atenuate prin menținerea unui echilibru hidric sănătos, protejarea pielii și, dacă este necesar, utilizarea tratamentelor topice cu corticosteroizi.

Exsudat: un pansament absorbant, care trebuie adaptat la poziția anatomică precisă și la adâncimea plăgii, trebuie aplicat peste pansamentul neaderent pentru a controla drenajul, a reduce macerarea peri-plagă și a gestiona cantitatea de exsudat din plagă.

Dacă nu există contraindicații, drenajul plăgii poate fi îndepărtat și cu ajutorul unui dispozitiv de colectare (cum ar fi un dispozitiv de stomie sau un dispozitiv de terapie a plăgii cu presiune negativă). Produsele topice absorbante de exsudat, cum ar fi cadexomerul iodat și preparatele medicinale pe bază de miere, pot fi utile pentru curățarea suprafeței plăgii de exsudat ușor până la moderat.

Durerea: este important să se acorde atenție oricărei dureri asociate plăgii, în special la schimbarea pansamentului. Alte tipuri de durere cronică pot fi gestionate utilizând scara analgezică a Organizației Mondiale a Sănătății, creată pentru tratamentul durerii asociate cancerului (vezi protocol durere). În cazul pacienților care iau în mod continuu doze constante de opioide cu acțiune îndelungată, înainte de schimbarea pansamentului trebuie luată în considerare administrarea de doze suplimentare (doza la nevoie/ PRN) de medicamente cu acțiune rapidă, de scurtă durată. Deși pot fi utilizate, anestezicele topice sau locale pot avea doar un efect modest.

III. ALGORITM SCURT PENTRU ÎNGRIJIREA PLĂGILOR – ULCERE DE PRESIUNE (ESCARE) (Sezgin D. et al, 2023; Koumaki D. et al, 2023; WAHT, 2025; Dowsett C, 2021, HPNA, 2020)



Fișa 11. Grade de recomandare pentru intervențiile de management al plăgilor ulcere de presiune (escare) (National Wound Care Strategy Programme, 2023)

1. Identificarea persoanelor expuse riscului de apariție a escarelor și îngrijirea imediată a acestora

1.1 Observați prezința factorilor de risc pentru ulcere de presiune la fiecare contact al pacienților cu un profesionist medical.

1.2 Răspundeți la solicitarea pacientului, a familiei acesteia sau a îngrijitorului principal care a identificat factori de risc pentru apariția ulcerelor de presiune.

1.3 Factori de risc sunt:

- Tegumentul de deasupra unei proeminențe osoase este fierbinte, decolorat și umflat sau pacientul se plânge de apariția sau modificarea/ intensificarea durerii sau prezența amorțelii, iar aceste simptome nu dispar atunci când pacientul este repositionat.
- Un ulcer de presiune existent sau o cicatrice de la un ulcer de presiune sau altă rană într-o zonă cu risc.
- Persoana a stat întinsă (a căzut și a rămas pe podea) mai mult de 1 oră. Deteriorarea rapidă a stării clinice a pacientului.
- Există un dispozitiv medical în contact prelungit cu pielea.

1.4 Îngrijire imediată:

- Repoziționați pacientul în afara zonei afectate și înregistrați poziția în care a fost găsit pacientul.
- Dacă pielea este ruptă, curățați și pansați rana folosind un pansament steril, conform politicii locale.
- Asigurați-vă că toate echipamentele existente funcționează și sunt utilizate.
- Faceți o fotografie digitală a oricărei leziuni a pielii.
- Solicitați asistență/ escaladați îngrijirea/ consultați un specialist, dacă este necesar.
- Oferiți pacientului, familiei și îngrijitorilor informații despre ce pot face pentru a ajuta la gestionarea leziunilor cutanate, inclusiv ce ar trebui să evite să facă.
- Documentați orice intervenții, conversații sau planuri de îngrijire și asigurați-vă că acestea sunt transmise altor profesioniști/ îngrijitori pentru a asigura continuitatea îngrijirilor acordate.
- Verificați dacă dispozitivele medicale utilizate sunt încă necesare. Dacă da, potriviți-le și poziționați-le corect.

2. Screening, evaluarea riscurilor și diagnosticarea

Screening inițial:

2.1 Dacă clinicianul care identifică pacientul expus riscului de a dezvolta un ulcer de presiune (sau care răspunde la o solicitare de evaluare a riscului) nu are cunoștințele/ abilitățile adecvate pentru a efectua screeningul, aceasta trebuie să acorde imediat

îngrijiri preventive care să reducă orice risc identificat și să se adreseze unui profesionist cu pregătirea adecvată.

2.2 Toți pacienții care primesc îngrijiri medicale trebuie să fie evaluați din punct de vedere al riscului de apariție a ulcerelor de presiune utilizând instrumente validate (ex. scala Waterlow sau alt instrument validat de evaluare a riscului care conține, cel puțin, aceiași factori de risc):

- Screeningul trebuie să urmeze o abordare structurată și replicabilă și să ia în considerare, cel puțin, limitările de mobilitate și activitate, starea pielii și alți factori de risc care sunt foarte predictivi în anumite populații.
- Screeningul și evaluarea pielii trebuie să se bazeze pe o combinație între temperatura pielii, textura pielii, raportările pacienților privind durerea și disconfortul, precum și evaluarea vizuală a pielii. Acest lucru este deosebit de important în cazul pielii de culoare și ton închis.

Evaluarea riscului:

2.3 Pacienții identificați ca fiind potențial expuși riscului în urma screening-ului, ar trebui să beneficieze de o evaluare completă a riscului de ulcere de presiune utilizând Scala Waterlow sau un alt instrument de evaluare a riscului de apariție a ulcerelor de presiune validat.

2.4 Evaluarea riscului pentru pacienții internați în spital sau în orice altă instituție ce oferă îngrijire medicală trebuie efectuată în termen de 6 ore de la internare sau, în cazul serviciilor medicale comunitare, la prima vizită față în față. Aceasta include și contactul virtual prin telefon sau video și se poate baza pe întrebări adresate pacientului cu privire la starea integrității tegumentelor sale. Documentați în mod clar evaluarea riscului și dacă aceasta a fost efectuată față în față sau virtual.

2.5 Documentați rezultatul evaluării riscurilor în dosarul clinic al pacientului, împreună cu o dată prestabilită pentru revizuirea riscurilor și a îngrijirii planificate.

2.6 Reevaluați dacă există o schimbare în starea, circumstanțele sau mediul pacientului.

2.7 Pentru cei a căror stare este stabilă, efectuați revizuri la intervale regulate pentru a monitoriza schimbările mai subtile ale nivelului de risc.

2.8 Dacă profesionistul medical care identifică pacientul care are nevoie de o evaluare completă a riscurilor nu are cunoștințele/ abilitățile necesare pentru a efectua această evaluare, aceasta trebuie să acorde imediat îngrijiri preventive care să reducă orice risc identificat și să trimită pacientul respectiv la un profesionist cu pregătirea adecvată.

Diagnostic:

2.9 Diagnosticul primar al leziunilor cauzate de presiune

Documentați cu acuratețe ulcerarele de presiune, evitând confuzia cu etiologii similare, dar diferite (de ex. dermatita asociată incontinenței).

Diagnosticul diferențial al ulcerului de presiune trebuie să ia în considerare:

- Există dovezi de presiune sau forfecare?
- Rana sau leziunea cutanată se află deasupra unei proeminențe osoase sau sub un dispozitiv?

- Marginile sunt distincte?

2.10 Clasificarea ulcerelor de presiune:

- Clasificați ulcerele de presiune utilizând categoriile de ulcere de presiune 1 – 4 (vezi Fișa 6).

Rezultatul evaluării riscurilor:

2.11 Combinați rezultatele evaluării riscurilor și ale diagnosticului pentru a identifica care dintre următoarele căi ar trebui urmate.

- Fără ulcere de presiune, fără risc în prezent, *sau*
- Fără ulcere de presiune, dar cu risc, *sau*
- Ulcere de presiune gradul 1 sau superioară sau cicatrici de la ulcere de presiune anterioare.

3. Îngrijire continuă

Îngrijire pentru prevenirea apariției ulcerelor de presiune:

3.1 Planificați și furnizați îngrijiri personalizate care să abordeze factorii de risc individuali pentru orice persoană identificată ca fiind expusă riscului de apariție a ulcerelor de presiune.

3.2 Acordați îngrijiri în conformitate cu categoria de ulcer de presiune identificată.

Fără ulcere de presiune și fără riscuri în prezent:

- Documentați rezultatul riscului în dosarul clinic.
- Revizuiți riscul la intervale regulate, care ar trebui să se bazeze pe:
 - schimbare în starea persoanei respective,
 - schimbare în locul de îngrijire,
 - schimbare în circumstanțele persoanei respective sau
 - la intervalul planificat în prealabil, care ar trebui să fie de cel puțin o dată pe săptămână în cazuri acute și o dată pe lună în comunitate sau în centrele de îngrijire.

Fără ulcere de presiune, dar cu riscuri:

Cele de mai sus, și:

- Implementați un plan individualizat de îngrijire preventivă care să abordeze factorii de risc prezenți și să urmeze protocolul de îngrijire de mai sus (vezi Fișa 2).
- Asigurați-vă că starea integrității tegumentului este monitorizată regulat și intensificați îngrijirea preventivă dacă se observă o deteriorare a integrității tegumentului.
- Documentarea rezultatului riscului în dosarul pacientului.
- Furnizarea de informații pacientului și/ sau îngrijitorului acestuia cu privire la nivelul de risc și la măsurile pe care le pot lua pentru a reduce riscul.

Ulcer de presiune de categoria 1 sau mai mare sau cicatrici rezultate din ulcere de presiune anterioare:

Cele de mai sus, și:

- Dacă se observă deteriorarea pielii sau a plăgii, intensificați intervențiile, inclusiv

revizuirea echipamentelor (paturi, saltele, perne și dispozitive de descărcare) și programele de re poziționare.

- Efectuați o evaluare completă a plăgii și documentați-o în dosarul de îngrijire.
- Conveniți asupra unui obiectiv de îngrijire centrat pe pacient.
- Implementați îngrijirea plăgii bazată pe dovezi, în funcție de obiectivul îngrijirii.

3.3 Documentați în planul de îngrijire din dosarul clinic al pacientului

Îngrijire pentru promovarea vindecării ulcerelor de presiune nou apărute sau deja existente. Anunțați imediat echipa multiprofesională de îngrijire interdisciplinară la apariția unuia dintre condițiile de mai jos:

- Infecție acută (ex. eritem pronunțat, ulcerație, durere, temperatură locală crescută)
- Simptome de sepsis.

3.4 Efectuați și documentați o evaluare completă a plăgii, în conformitate cu setul minim de date privind plăgile, care include:

- Istoric complet, inclusiv orice antecedente de ulcerații de presiune.
- Revizuirea medicației.
- Nevoile de analgezie și tratarea durerii.
- Nevoile psihosociale.
- Posibile infecții.
- Nutriție.
- Înregistrați imagini ale ulcerului (ulcerelor) utilizând imagistica digitală.

3.5 Planificați și acordați îngrijiri personalizate care să abordeze factorii de risc existenți și:

- Dacă este cazul, tratați infecția în conformitate cu recomandările (a se consulta Algoritm tumori exulcerate)
- Oferiți analgezice la nevoie pentru ameliorarea durerii (vezi Fișa 10 și protocolul de management al durerii)
- Utilizați soluțiile corespunzătoare pentru curățarea patului plăgii și a tegumentului din jurul plăgii și luați în considerare debridarea, dacă este cazul (vezi Fișa 9 și Fișa 10)
- Aplicați un pansament adecvat, cu o capacitate de absorbție suficientă (vezi Fișa 8).

3.6 La fiecare schimbare de pansament:

- Revizuirea îngrijirii și identificarea, discutarea și integrarea oportunităților de autogestionare asistată în planul de tratament, în conformitate cu capacitatea, abilitățile și dorințele pacientului și ale îngrijitorilor acesteia.
- Revizuirea periodică a eficacității planului de îngrijire.

3.7 Toți pacienții cu escare de categoria 3 și 4 trebuie luate în considerare pentru o eventuală revizie chirurgicală, pe baza următoarelor criterii:

- Au fost încercate toate metodele conservatoare/ non-chirurgicale rezonabile pentru a închide escara?

- Pacientul ar lua în considerare o revizie chirurgicală?
- Pacientul este capabil și motivat să respecte regimurile postoperatorii pentru a preveni reapariția ulcerăției de presiune sau deteriorarea reparației chirurgicale?
- Pacientul are tegumentul/ mușchi disponibili pentru revizia chirurgicală (de evaluat de către un membru al echipei chirurgicale)?
- Pacientul este apt pentru operație sau poate deveni apt pentru operație (de ex. prin tratamentul infecției, prin îmbunătățirea alimentației)?

4. Revizuirea periodică a stadiului vindecării, respectiv a obiectivului de îngrijire

4.1 La intervale de 4 săptămâni (dacă prognosticul permite) sau mai frecvent dacă este cazul, monitorizați vindecarea prin:

- Evaluare
- Imagini digitale.

4.2 Verificați eficacitatea planului de tratament

Plăgile care se agravează trebuie raportate echipei multiprofesionale, cu excepția cazului în care acest lucru este anticipat (de ex, în ultimele zile de viață), și trebuie intensificate intervențiile preventive, inclusiv regimul de protecție a suprafeței și re poziționare.

4.3 Efectuați o reevaluare holistică atotcuprinzătoare la 12 săptămâni (dacă prognosticul permite), pentru pacienții cu ulcere de presiune nevindecate.

5. Îngrijire după vindecare/ Îngrijire pentru menținerea confortului și a calității vieții

5.1 Stabiliți un proces convenit de evaluare a rezultatelor îngrijirii și de revizuire a nivelului de risc la toți pacienții expuși unui risc continuu.

5.2 Discutați cu toți cei vizați despre factorii de risc specifici și despre rolul pe care fiecare dintre aceștia îl pot juca în îngrijirea preventivă.

5.3 Furnizați tuturor pacienților expuși riscului de ulcere de presiune informații despre factorii de risc și planul de tratament. Acestea pot fi furnizate în formă scrisă, utilizând mijloace digitale sau verbal, dar forma de transmitere și conținutul trebuie să fie documentate în mod clar.

5.4 Identificați, discutați și încorporați oportunități de îngrijire personală asistată în planurile de tratament, în conformitate cu capacitatea, abilitățile și dorințele fiecărui pacient.

IV. REZUMAT

A acțiune	Bune practici
Evaluati riscul	Urmăriți factorii de risc incriminați în compromiterea integrității pielii; Realizați screening-ul pentru riscul de escare la fiecare pacient și evaluați-l folosind un instrument validat (ex. Norton, Waterlow, etc); Cooptați în îngrijire membrii corespunzători din echipa multiprofesională de îngrijire paliativă; Fiți atenți la procedurile de îngrijire în vigoare din instituția dvs și acționați

	conform acestora; Documentați în foaia de observație clinică de îngrijire paliativă a pacientului riscul de apariție a escarelor și notați data următoarei revizuiți a acestui aspect de îngrijire.
Evaluati integritatea pielii și întreprindeți îngrijiri preventive	Realizați o evaluare amănunțită a integrității pielii, inclusiv a pielii aflate sub influența diverselor dispozitive medicale; Urmăriți culoare, textura și temperatura pielii; Rugați pacientul să vă indice eventuale zone tegumentare unde resimte durere, prurit, amorțeală sau orice alt discomfort; Sesizați factorii asociați cu alterarea integrității tegumentului; Identificați posibile comorbidități care afectează integritatea pielii; Păstrați pielea curată, uscată și bine hidratată; Implementați intervenții de îngrijire bazate pe evidențe științifice care să mențină pielea integră și sănătoasă; Documentați în foaia de observație clinică de îngrijire paliativă a pacientului orice informație relevantă despre existența de zone cu piele vulnerabilă, acolo unde se constată schimbări de culoare, temperatură, textură/consistență sau pacientul raportează schimbări în percepția senzitivității.
Suprafața	Observați factorii de risc asociați cu suprafețe suport, precum: saltele, scaune, perne, scaune cu rotile, etc; Verificați impactul pe care îl au dispozitivele asupra integrității pielii; Evaluați beneficiile și riscurile folosirii de dispozitive în funcție de riscul determinat de acestea asupra integrității pielii; Cooptați în îngrijire membrii corespunzători din echipa multiprofesională de îngrijire paliativă; Documentați în foaia de observație clinică de îngrijire paliativă a pacientului cele constatate.
Mișcarea	Evaluați nivelul de funcționalitate și de mobilitate al pacientului; Folosiți instrumente validate pentru evaluarea nivelului de funcționalitate și de mobilitate a pacientului; Observați impactul pe care îl are nivelul de funcționalitate și mobilitate a pacientului asupra posturii, angajării în activități de trai zilnic și a funcționalității psiho-emoționale (stare generală, poftă de viață, izolare socială etc.); Încurajați folosirea diverselor dispozitive de mobilizare în măsura în care beneficiile sunt superioare dezavantajelor folosirii acestora din perspectiva integrității pielii; Cooptați în îngrijire membrii corespunzători din echipa multiprofesională de îngrijire paliativă; Documentați în foaia de observație clinică de îngrijire paliativă a pacientului cele constatate.

Incontinență sau umiditate la nivelul tegumentului	Identificați cauza creșterii umidității de la nivelul tegumentului (ex. incontinența, transpirația, saliva, scurgeri pe stomă, exudat din plagă etc.); Acolo unde este posibil, eliminați cauza umidității tegumentare; Implementați intervenții preventive și de management al umidității tegumentare; Mențineți tegumentele afectate de umiditate exagerată curate, uscate și bine hidratate; Asigurați-vă că pacientul se hidratează corespunzător pe cale orală.
Nutriție	Monitorizați impactul nutriției adecvate asupra vindecării tegumentului; Urmăriți impactul bolii de bază asupra stării de nutriție și absorbției elementelor nutritive de bază; Folosiți instrumente relevante de evaluare a stării de nutriție MUST, GLIM, BMI etc.; Sfătuiți în vederea fortificării cu elemente nutritive și energie a aportului de hrană pentru pacient; Cooptați în îngrijire membrii corespunzători din echipa multiprofesională de îngrijire paliativă; Asigurați-vă că este menținut aportul de hidratare și nutriție atâta timp cât calea orală este abordabilă.
Informare	Comunicați cu pacientul și familia în vederea înțelegerii de către aceștia a situației referitoare la integritatea tegumentului și informați cu privire la informațiile de care aceștia au nevoie pentru asigurarea complianței cu intervențiile de îngrijire implementate; Verificați capacitatea pacientului și familiei de a urma recomandările; Insistați asupra măsurilor de prevenire a apariției ulcerelor de presiune și asupra necesității urmăririi indicațiilor; Asigurați-vă că sunt implementate resursele materiale și umane necesare; Folosiți limbaj corespunzător nivelului de înțelegere al pacientului și familiei; Țineți cont de procedurile interne cu privire la menținerea integrității tegumentare la pacient și respectiv la recomandările de management al plăgilor din acest algoritm de îngrijire a ulcerelor de presiune; Documentați permanent în foaia de observație clinică de îngrijire paliativă a pacientului.

Bibliografie

1. Dowsett C, Bain K, Hoffmann C, Brennan MR, Greco A, Karlsmark T, Keast D, Ruettimann Liberato de Moura M, Lázaro-Martíne J-Lz, Münter K-C, Swanson T, Vuagnat H & Bain M, The Wound Care Pathway – an evidence-based and step-by-step approach towards wound healing; *Wounds International*, 2021, vol 12, issue 3
2. Hospice and Palliative Nursing Association (HPNA), Palliative Wound Care, 2020.

3. International Wound Infection Institute (IWII) Wound Infection in Clinical Practice, *Wounds International*, 2022.
4. Koumaki D, Kostakis G, Boumpoucheropoulos S, Ioannou P, Katoulis C.A, A narrative review of management of wounds in palliative care setting; *Ann Palliat Med* 2023;12(5):1089-1105 |
5. Nair HKR, Balasubramaniam S, Frescos N et al (2024) *Autolytic continuous debridement with a focus on biofilm management: Consensus document for the APAC region*. London: Wounds International. Available to download from: www.woundsinternational.com
6. National Wound Care Strategy Programme: (2023) Pressure Ulcer Recommendations and Clinical Pathway.
7. Sezgin D, Geraghty J, Graham T, Blomberg K, Charnley K, Dobbs S, McElvaney A, Probst S, Beeckman D, Grocott P, Gethin G., Defining palliative wound care: A scoping review by European Association for Palliative Care wound care taskforce; *J Tissue Viability*. 2023 Nov;32(4):627-634
8. Worcestershire Acute Hospital Trust (WAHT), *NHS Wound Assessment and Management Guideline*, 2025

Capitolul 4.4

Tumori exulcerate

Autor: Letiția Buzea
Revizor: Vladimir Porocho

I. RECOMANDĂRI

Tabel 1. Recomandări

Problemă	Recomandare	Forța recomandării	Calitatea dovezilor	Referințe
Durere asociată plăgilor maligne	Se recomandă evaluarea sistematică a durerii înainte, în timpul și după schimbarea pansamentului, utilizând scala OMS pentru pacienții cooperanți.	Puternică	Înaltă	(WHO, 2018)
Durere procedurală	Se recomandă administrarea de analgezice cu acțiune scurtă înainte de schimbarea pansamentului la pacienții aflați pe opioide cu eliberare prelungită.	Puternică	Moderată	(Gomes-Ferraz et al., 2022)
Traumă locală dureroasă	Se sugerează utilizarea pansamentelor atraumatice neaderente (ex. silicon) pentru reducerea durerii.	Slabă	Scăzută	(Networks, 2022)
Miros persistent	Se recomandă aplicarea topică a gelului cu metronidazol (0,75-1%) pentru controlul bacteriilor anaerobe.	Puternică	Moderată	(Gethin et al., 2023)
Control adjuvant al mirosului	Se sugerează utilizarea pansamentelor cu cărbune activ ca pansament secundar.	Slabă	Scăzută	(da Costa Ferreira et al., 2023)
Colonizare bacteriană severă	Se sugerează utilizarea antibioticelor sistemice doar în prezența semnelor clinice de infecție.	Slabă	Scăzută	(Nigrelli et al., 2025)
Macerație peritumorală	Se recomandă utilizarea filmelor barieră fără alcool sau a cremelor cu oxid de zinc.	Puternică	Moderată	(Voegeli & Hillery, 2021)

Excoriații	Se sugerează identificarea cauzei și schimbarea tipului de pansament în caz de suspiciune de alergie.	Slabă	Scăzută	(Nigrelli et al., 2025)
Prurit rezistent	Se sugerează utilizarea medicamentelor pentru durere neuropatică sau benzodiazepine în cazuri selectate.	Slabă	Foarte scăzută	(Palkar et al., 2018)
Infecție locală suspectată	Se recomandă evaluarea clinică atentă și curățarea/debridarea prudentă a plăgii.	Puternică	Moderată	(Nigrelli et al., 2025)
Infecție bacteriană locală	Se recomandă utilizarea metronidazolului topic pe termen scurt (5-7 zile).	Puternică	Moderată	(Nigrelli et al., 2025)
Exudat abundent persistent	Se sugerează utilizarea algi-naților sau pansamentelor din fibre gelifiante.	Slabă	Scăzută	(Sharon Gardener, 2024)
Sângerare ușoară	Se recomandă aplicarea presiunii locale timp de 10-15 minute cu pansament neaderent.	Puternică	Moderată	(Timmons, 2009)
Sângerare intermitentă	Se sugerează utilizarea algi-naților, agenților hemostatici topici sau acidului tranexamic topic.	Slabă	Scăzută	(Hospice, 2024)
Risc de sângerare majoră	Se recomandă plan de urgență paliativ și utilizarea pansamentelor neaderente.	Puternică	Moderată	(Hospice, 2024)
Stres psihologic pacient	Se recomandă evaluarea holistică continuă și suport emoțional activ.	Puternică	Moderată	(Sharon Gardener, 2024)

II. ALGORITM

ÎNGRIJIREA PALIATIVĂ A PLĂGILOR ONCOLOGICE

DURERE

- Curățați plaga doar atunci când este necesar pentru a îndepărta excesul de exudat
- Alegeți pansamente care minimizează traumatismele și durerea în timpul aplicării și îndepărtării
- Administrați analgezice continuu sau înainte de schimbarea pansamentului, în funcție de necesități
- Evaluați procedurile farmacologice și non-farmacologice pentru a minimiza durerea asociată plăgii

MIROS

- Dacă cauza mirosului este țesut devitalizat, atunci se recomandă debridarea autolitică
- Luați în considerare pansamentele cu cărbune activ, aplicându-l peste pansamentul absorbant
- Irigați plaga cu soluție salină la schimbarea pansamentului
- Măriți frecvența schimbării pansamentului dacă este necesar
- Luați în considerare și terapia complementară

PIELE

- MACERAȚIE**
 - Protejați pielea din jur cu o peliculă protectoare
 - Selectați un pansament secundar absorbant adecvat
- EXCORIERE:**
 - Analizați cauza, de exemplu, exudat, descumare a pielii, alergii
 - Protejați pielea din jur cu o crema barieră
 - Selectați un pansament alternativ dacă se suspectează o alergii
 - Utilizați un agent de îndepărtare a adezivului dacă cauza este descumarea pielii
- PRURIT:**
 - Analizați cauza - exudat, alergii, endogen
 - Aplicați steroizi topici
 - Solicitați sfaturi suplimentare, dacă este necesar

INFECȚIE

- Dacă plaga este infectată, trebuie aplicat un pansament antimicrobian:
 - Pentru exudat uscat/scăzut - pansamente sau unguent pe bază de miere. Gelul de metronidazol poate fi utilizat pe termen scurt (maxim 7 zile)
 - Pentru exudat moderat/ridicat - pansamente din hidrofibre pe bază de argint.
- Dacă există semne clinice de infecție (durere crescută, exudat, febră etc.), se recomandă cultura din plaga pentru antibiogramă

EXUDAT

- Evaluați aspectul plăgii maligne, deoarece modificările pot indica o infecție
- Folosiți un pansament secundar superabsorbant
- Protejați pielea din jur cu o crema barieră în zonele cu exudat
- Luați în considerare trimiterea la un nutriționist dacă exudatul este excesiv/pentru corectarea pierderilor de proteine prin plaga

HEMORAGIE

- Aplicați întotdeauna un pansament nonaderent pentru a reduce riscul de sângerare
- UȘOARĂ - aplicați presiune timp de 10-15 minute cu un pansament umed neaderent și aplicați un pansament cu alginat/hemostatic
- PUTERNICĂ - aplicați presiune pe plagă. Utilizați alți agenți hemostatici; solicitați sfatul urgent dacă nu există deja un plan de tratament
- Tumorile exulcerate cu risc de sângerare pot beneficia de intervenții, inclusiv radioterapie pe embolizare radiologică, cauterizare chirurgicală sau ligatura vaselor pentru a gestiona sângerarea.

ÎNCREDEREA ÎN SINE

- Evaluați continuu nevoile psihologice și sociale ale pacientului în timpul fiecărei vizite/programare printr-o evaluare holistică amănunțită
- Trebuie luate în considerare și nevoile familiilor și ale îngrijitorilor

III. FIȘE SUPORT

Suferința reprezintă o experiență dinamică de stres profund, caracterizată prin afectarea calității vieții și manifestată prin dimensiuni fizice, psihologice, sociale și spirituale. În contextul cancerului avansat, tumorile exulcerate constituie o expresie vizibilă a progresiei bolii și reprezintă o sursă majoră de suferință pentru pacient.

Plăgile maligne au un impact semnificativ asupra imaginii corporale și a stimei de sine, generând frecvent sentimente de rușine, jenă și retragere socială. Aceste trăiri pot determina pacienții să evite solicitarea ajutorului specializat și să încerce gestionarea plăgii în mod autonom, ceea ce poate agrava atât simptomatologia fizică, cât și stresul emoțional. În lipsa unui suport adecvat, aceste mecanisme pot favoriza apariția disperării, depresiei și izolării sociale (Alexander, 2010).

Majoritatea tumorilor maligne exulcerate sunt nevindecabile, iar povara simptomelor asociate, precum durerea, mirosul neplăcut, exsudatul și sângerarea este strâns legată de declinul funcției fizice, pierderea autonomiei și diminuarea sentimentului de control asupra propriei vieți. În acest context, îngrijirea paliativă urmărește nu vindecarea, ci ameliorarea suferinței și menținerea demnității pacientului.

Implementarea unui suport holistic, multidisciplinar, alături de îngrijirea specializată a plăgilor maligne, este esențială, dar implică provocări semnificative de ordin clinic, emoțional și etic. Modelul POSIES oferă un cadru structurat pentru evaluarea și abordarea integrată a nevoilor pacientului, facilitând intervenții centrate pe persoană (Sharon Gardener, 2024).

O relație terapeutică bazată pe încredere, empatie și susținere continuă între pacient și echipa de îngrijire constituie un element fundamental al îngrijirii paliative (National Institute for Health Care and Excellence, 2019).

Evaluarea pacienților cu tumori exulcerate

Evaluarea plăgii:

- Localizare: cap și gât, torace, abdomen, perineu, membre.
- Aspectul plăgii: nodular, ulcerativ, necrotic, friabil, cu depozite de țesut mort, structuri expuse/ subiacente.
- Dimensiune și adâncime: superficială, profundă, straturi implicate.
- Aspectul marginilor plăgii și al pielii din jur.
- Complicații: infecție, formarea de fistule, cavități, limfedem.

Simptome:

- Durere: intensitate (scară numerică 1-10), debut, caracter (pulsator, arzător), evoluție în timp, factori de agravare și ameliorare, eficiența analgeziei.
- Sângerare: cantitate, tip (la atingere, spontan, scurgere).
- Exudat: cantitate, culoare, calitate (seroasă, purulentă).
- Miros neplăcut: intensitate, impact asupra pacientului/ îngrijitorilor.
- Alte simptome: greață, oboseală, dispnee, durere, anorexie.

Impact asupra stării generale:

- Plăgi la cap și gât: impact asupra înghițirii, vorbirii, auzului, vederii.
- Plăgi anale/ perineale: continența fecală și urinară.
- Capacitatea de a se mobiliza, a desfășura activități zilnice, impact asupra somnului.
- Evaluarea nutrițională: istoricul alimentar, dacă a existat o pierdere recentă în greutate, se recomandă supliment nutritiv bogat în proteine și trimitere la un dietetician.

Impact psihologic:

- Impact asupra dispoziției, depresie, anxietate, imaginea corporală, stima de sine, sentimente de neputință/ deznădejde, furie, frustrare, frică.

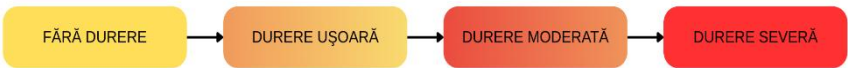
Impact social:

- Izolare socială, retragerea din familie/ din relațiile cu prietenii, sentimentul de singurătate și izolare, impact asupra sexualității, capacitatea de a îndeplini rolurile sociale (parental, ocupațional, hobby-uri).
- Acordarea îngrijirii: specialiști, medic de familie, îngrijitori (disponibilitate, abilități, dorință).
- Probleme financiare: costul materialelor pentru pansamente, sprijin financiar pentru îngrijitori.

Impact spiritual:

- Analiza rolului spiritualității în viața pacientului.
- Folosirea fisei de evaluare FICA (White & Kondasinghe, 2022).

Modelul **POSIES** reprezintă un instrument în îngrijirea paliativă a plăgilor oncologice, fiind utilizat pentru a ghida managementul terapeutic al tumorilor exulcerate. Spre deosebire de protocoalele standard de vindecare a plăgilor (cum este modelul TIME), POSIES prioritizează calitatea vieții și controlul simptomatic, recunoscând faptul că, în stadii avansate, vindecarea completă a leziunii nu mai este un obiectiv clinic realist (Ousey K, 2024).

P - DURERE (PAIN)	Durerea fizică este un fenomen semnificativ și complex în cazul plăgilor maligne. Durerea poate depinde de zona în care se află plaga, de adâncimea plăgii, de invazia și deteriorarea țesuturilor acesteia și de afectarea nervilor. Durerea poate fi cauzată și de macerarea pielii și inflamația, precum și de schimbarea pansamentelor. Este important să se ia în considerare tipul și durata durerii. Severitate: Întrebați pacientul care cuvânt descrie cel mai bine nivelul său actual de durere (folosiți o scală de evaluare a durerii recunoscută) (White & Kondasinghe, 2022). 
O - MIROS (ODOUR)	Aceasta se întâmplă atunci când țesutul din plagă a fost lipsit de oxigen și nutrienți și devine necrotic, cu creștere bacteriană pe țesut. Plăgile cu miros urât pot avea un impact negativ asupra calității vieții pacienților (White & Kondasinghe, 2022).
S - PIELE (SKIN)	Pielea din jurul plăgii este foarte vulnerabilă la inflamație și macerare din cauza exudatului și a schimbărilor frecvente ale pansamentului, mai ales dacă se utilizează un pansament adeziv. Pielea poate prezenta, de asemenea, prurit intens, care poate fi din cauza creșterii tumorii (Karen Triggs, 2021).
I - INFECȚIE (INFECTION)	Leziunile tumorale exulcerate prezintă un risc crescut la complicații infecțioase, țesutul nu mai primește suficient oxigen, ceea ce duce inevitabil la degradarea acestuia. Aceste zone devin foarte vulnerabile, oferind un mediu ideal pentru dezvoltarea bacteriilor. Prezența acestor microorganisme nu doar că provoacă infecții, dar accelerează deteriorarea plăgii, transformând îngrijirea într-o provocare constantă pentru confortul pacientului (Karen Triggs, 2021).
E - EXUDAT ȘI SÂNGERARE (EXUDATE AND BLEEDING)	Exudat: Plăgile maligne, în funcție de caracteristicile lor, au tendința de a produce niveluri moderate și ridicate de exudat. Exudatul se datorează deteriorării țesuturilor și creșterii scurgerilor din vasele de sânge și poate varia în cantitate (White & Kondasinghe, 2022). Sângerare: Sângerarea reprezintă unul dintre cele mai sensibile aspecte ale plăgilor tumorale, fiind cauzată fie de presiunea tumorii asupra vaselor de sânge, fie de fragilitatea capilară extremă. De multe ori, episoadele hemoragice sunt provocate involuntar de pansamentele care aderă la

	suprafața plăgii. Dincolo de aspectul clinic, sângerarea are un impact emoțional puternic, fiind traumatizantă atât pentru pacient, cât și pentru familie. Din acest motiv, prevenția - prin utilizarea materialelor atraumatice și manipularea delicată a plăgii - rămâne cea mai eficientă strategie de îngrijire. Plăgile maligne sunt o sursă comună de sângerare datorită vascularizației crescute și neregulate a tumorii subiacente. Tumorile pot provoca invazie directă a vaselor de sânge, formarea de țesut fragil și friabil; în plus, terapiile pot duce la trombocitopenie, anemie aplastică, coagulopatie hepatică și/ sau coagulare intravasculară diseminată (White & Kondasinghe, 2022).
S - ÎNCREDERE ÎN SINE (SELF)	Prezența unei tumori exulcerate declanșează adesea o arie complexă de emoții și nevoi psihosociale. Pacienții se confruntă frecvent cu stări de anxietate și depresie, scăderea stimei de sine sau pierderea intimității, aspecte care le afectează profund calitatea vieții și percepția asupra propriei identități (Karen Triggs, 2021).

PROBLEMĂ	CAUZE:
DURERE	● Localizarea și adâncimea plăgii. ● Invazia țesuturilor și afectarea nervilor. ● Piele macerată sau inflamată. ● Traume în timpul schimbării pansamentului. (Networks, 2022)
	EVALUARE: ● Este important să se acorde atenție oricărei dureri asociate cu plaga mai ales atunci când este schimbat pansamentul, folosind scala analgezică a Organizației Mondiale a Sănătății, care a fost creată pentru tratamentul durerii legate de cancer. ● Cereți pacientului să descrie nivelul durerii (WHO, 2018).

În cazul pacienților cu afectare cognitivă, inclusiv demență sau alte tulburări neurocognitive asociate stadiilor avansate de boală, capacitatea de a descrie intensitatea, localizarea și caracteristicile durerii este frecvent limitată.



Demența este o afecțiune progresivă care afectează memoria, raționamentul, comunicarea și capacitatea de a participa activ la procesul decizional, ceea ce face dificilă utilizarea exclusivă a scalelor standard de autoevaluare a durerii. În aceste situații, evaluarea durerii trebuie realizată printr-o abordare multidimensională, care să includă observarea modificărilor comportamentale, a expresiilor faciale, a limbajului corporal și a reacțiilor la manevrele de îngrijire a plăgii.

Se recomandă utilizarea unor instrumente de evaluare observaționale validate, adaptate pacienților cu deficit cognitiv, precum și corelarea acestora cu datele clinice (aspectul plăgii, prezența infecției, exsudatul, mirosul, sângerarea). Implicarea echipei multidisciplinare, a aparținătorilor și a personalului de îngrijire este esențială pentru identificarea semnelor non-verbale de durere și disconfort.

P - observă schimbările de dispoziție

A - evaluează indiciile verbale

I - analizează expresiile faciale

N - observă limbajul corporal

PAIN este un instrument observațional destinat evaluării durerii prin analiza indicatorilor comportamentali, fiind util în special la pacienții cu dificultăți de comunicare verbală.

Scala PAIN este alcătuită din cinci itemi, fiecare fiind punctat de la 0 la 2, în funcție de severitatea comportamentului observat, rezultând un scor total cuprins între 0 și 10. Interpretarea scorului se realizează astfel: durere ușoară (1-3), durere moderată (4-6) și durere severă (7-10).

Utilizarea scalei PAIN pentru evaluarea indicatorilor comportamentali ai durerii înainte, în timpul și după schimbarea pansamentului a evidențiat o creștere semnificativă a comportamentelor asociate durerii în timpul procedurii. Dintre acestea, expresiile faciale au fost cel mai frecvent

	observate, urmate de modificările limbajului corporal și de diminuarea capacității pacientului de a fi liniștit. O evaluare corectă și continuă a durerii permite individualizarea intervențiilor de îngrijire a plagilor maligne, optimizarea controlului durerii și îmbunătățirea calității vieții pacientului, obiectiv prioritar în îngrijirea paliativă a pacienților cu cancer avansat (“Strengthening of Palliative Care as a Component of Integrated Treatment throughout the Life Course,” 2014). MANAGEMENT: • Dozele suplimentare de medicamente cu acțiune scurtă ar trebui luate în considerare înainte de schimbarea pansamentului la pacienții care iau doze constante de opioide cu acțiune lungă în mod continuu. • Administrarea dacă este necesar, a analgezicelor înainte de schimbarea pansamentului (dozele suplimentare de medicamente cu acțiune scurtă ar trebui luate în considerare înainte de schimbarea pansamentului la pacienții care iau doze constante de opioide cu acțiune lungă în mod continuu) (Gomes-Ferraz et al., 2022). Îngrijiri locale: • Deși pot fi utilizate, anestezicele topice sau locale pot avea doar un impact modest. • Alegerea pansamentelor care reduc la minimum trauma și durerea în timpul aplicării și îndepărtării (pansamente atraumatic neaderente, de exemplu, silicon): - tratarea infecției care ar putea cauza durere, dacă este indicat clinic. - utilizarea pansamentelor atraumatice pe bază de silicon, acolo unde este posibil. - reducerea exsudatului pentru a scădea frecvența schimbărilor de pansament. • Îngrijirea locală a plăgii: curățarea rănii pentru a îndepărta țesutul mort, resturile, exsudatul și acumularea de bacterii, folosind metode adecvate în funcție de starea plăgii. • Administrarea dacă este necesar, a analgezicelor înainte de schimbarea pansamentului. • Există diverse tratamente sistemice pentru ameliorarea durerii în îngrijirea paliativă, inclusiv opioide, medicamente antiinflamatoare nesteroidiene (AINS) și medicamente adjuvante. Opioidul este piatra de temelie a gestionării durerii în îngrijirea paliativă și sunt eficiente în tratarea durerii moderate până la severe. AINS sunt utile în tratarea durerii ușoare până la moderate și a inflamației. Medicamentele adjuvante, cum ar fi antidepresivele, anticonvulsivantele și corticosteroizii, sunt utilizate pentru a gestiona durerea neuropatică, anxietatea și depresia (Networks, 2022).

MIROS	CAUZE: ● Colonizarea bacteriană, în special cu anaerobi - aceasta este principala cauză a mirosului caracteristic. Țesutul tumoral oferă un mediu hipoxic (fără oxigen), ideal pentru dezvoltarea bacteriilor anaerobe (Vardhan et al., 2019). ● Dezvoltarea bacteriilor pe țesutul mort (moarte tisulară) - tumorile cresc adesea atât de rapid încât depășesc capacitatea vaselor de sânge de a le hrăni. Lipsa irigației cu sânge duce la moartea țesutului (necroză), devenind un teren de cultură pentru microbi (Vardhan et al., 2019). ● Exudatul abundent - plăgile maligne produc adesea o cantitate mare de exudat. Dacă acesta nu este gestionat corect prin pansamente adecvate și stagnează la nivelul plăgii, devine un mediu propice pentru proliferarea bacteriilor, intensificând mirosul prin descompunerea biologică (O'Brien, 2012).
	EVALUARE: Gradul 0: Miros absent. Gradul 1 (Ușor): Mirosul este sesizabil doar la deschiderea pansamentului, în imediata apropiere a plăgii. Gradul 2 (Moderat): Mirosul este perceptibil la intrarea în cameră, dar devine mai puțin evident pe măsură ce te obișnuiești cu mediul. Gradul 3 (Sever): Mirosul este puternic, persistent și se simte imediat la intrarea în cameră, chiar și cu pansamentul aplicat (O'Brien, 2012).
	TRATAMENT: ● Curățarea plăgii pentru a îndepărta toate reziduurile. ● Debridarea autolitică poate fi o opțiune în unele cazuri, dar depinde de statusul plăgii (risc de sângerare) (Samala & Davis, 2015). ● Schimbarea frecventă a pansamentului pentru a îndepărta excesul de exudat și miros. ● Pansament cu hidrogel sau folie de hidrogel. Unele conțin și proprietăți antimicrobiene. ● Pansamentele pentru controlul mirosurilor trebuie luate în considerare ca adjuvant la produsele de mai sus, dacă este necesar (trebuie utilizat un pansament cu cărbune activ pentru a controla mirosul neplăcut și poate fi utilizat ca pansament secundar peste un pansament primar neaderent). ● Gel cu metronidazol aplicat topic, pansamente cu alginat de calciu sau pansamente cu argint și cărbune. ● Irigare ușoară, acolo unde este necesar, cu soluție salină normală sau agenți de curățare antibacterieni adecvați. ● Începeți tratamentul cu gel antibiotic pentru plăgi cu metronidazol dacă nivelurile de exudat sunt scăzute (O'Brien, 2012).

	Îngrijiri locale: • Debridarea țesutului necrotic poate fi o opțiune în anumite cazuri, însă este necesară o evaluare atentă a stării generale a plăgii, a vascularizației subiacente, a metodei de debridare și a obiectivelor terapeutice. • Schimbarea frecventă a pansamentelor este recomandată pentru îndepărtarea pansamentelor murdărite și pentru prevenirea scurgerii exsudatului și a mirosului neplăcut. • Asigurarea utilizării unor materiale de pansament adecvate și suficiente pentru gestionarea exsudatului, în vederea prevenirii scurgerii acestuia prin pansament. • Aplicarea topică a metronidazolului sub formă de gel sau irigarea plăgii cu metronidazol diluat. Se evită utilizarea comprimatelor de metronidazol zdrobite, deoarece acestea pot irita plaga și pot intensifica durerea. • Aplicarea topică a mierii, fie integrată într-un pansament, fie sub formă de gel. Totuși, în cazul unui exsudat excesiv sau atunci când etiologia plăgii este arterială, mierea poate crește cantitatea de exsudat sau intensitatea durerii și trebuie evitată. • Pansamentele cu argint pot avea un anumit efect în controlul mirosului. Pansamente secundare: • Pansamentele pe bază de cărbune activ sau scorțișoară pot fi utilizate pentru gestionarea mirosului plăgii. • Pansamentele cu cărbune trebuie aplicate ca un sistem etanș, pentru a preveni eliberarea substanțelor volatile în aer. Unele pansamente cu cărbune se inactivează în contact cu umezeala și, prin urmare, pot fi inadecvate în prezența unui exsudat excesiv. Abordări sistemice: • Antibioticele sistemice pot fi utilizate pentru reducerea colonizării bacteriene și, implicit, pentru controlul mirosului neplăcut produs de metaboliții volatili. Limitările acestora includ reacțiile adverse și necesitatea unei perfuzii sanguine adecvate la nivelul plăgii pentru a fi eficiente. • Utilizarea antibioticelor sistemice în îngrijirea plăgilor trebuie să fie judicioasă, pentru a preveni dezvoltarea rezistenței bacteriene și pentru a asigura rezultate optime pentru pacient. Controlul mediului/ tratamente complementare: • Se evită arderea bețișoarelor parfumate, a lumânărilor sau utilizarea uleiurilor esențiale, deoarece acestea nu neutralizează mirosul, ci adaugă un alt miros mediului, ceea ce poate crește disconfortul. Utilizarea pe termen lung poate crea un mediu dificil pentru pacient și familie.

	• Spray-urile neutralizante de miros au fost considerate având un anumit efect. Acestea descompun mirosul și pot îmbunătăți mediul ambiental. Este important ca spray-urile utilizate să fie neutre, fără parfum propriu. • Spuma de ras: există relatări conform cărora spuma de ras pulverizată într-un recipient și lăsată în încăpere poate contribui la eliminarea mirosurilor. Se înlocuiește ori de câte ori este necesar. • Nisipul pentru litieră de pisici: utilizarea acestuia într-un recipient amplasat în cameră poate ajuta la absorbția mirosurilor. Se recomandă acoperirea cu un tifon sau material textil subțire pentru a preveni împrăștierea în timpul curățeniei. Acceptabilitatea acestei metode trebuie discutată în prealabil cu pacientul. O alternativă o reprezintă utilizarea pietrelor pentru controlul mirosului. • Schimbarea lenjeriei de pat sau a draperiilor din încăpere, ca măsură suplimentară de control al mirosului (da Costa Ferreira et al., 2023).
PIELE	SIMPTOME: • Piele peritumorală dureroasă sau macerată (din cauza exsudatului). • Mâncărime intensă (prurit) legată de creșterea tumorii (Sharon Gardener, 2024). Factorii de risc pentru deteriorarea zonei peritumorale: • cantitatea de exudat din plagă, • bacteriile și toxinele asociate, • histamina produsă de bacterii specifice, • enzimele proteolitice, • citokinele inflamatorii din exudatul plăgii, • obstrucția cauzată de pansamente, • îndepărtarea repetată a pansamentelor, • integritatea pielii, • starea generală a pielii, cum ar fi umedă, subțiată/ îngroșată, decolorată, • inspectarea pentru prezența maculelor, papulelor, plăcilor, veziculelor, scuamelor, eroziunilor, escoriațiilor, • dimensiunea zonei peritumorale - legată de marginile plăgii, • temperatură - rece, caldă, fierbinte. Creșterea temperaturii în zona peritumorală poate indica o infecție a rănii, • eritem/ celulită, • macerație/ eroziune/ îndepărtare a pielii. Țesutul palid, alb sau gri poate indica expunere prelungită la umiditate, • limfedem/ edem/ indurație: pot indica prezența unei infecții. Întrebați pacientul despre orice simptome legate de zona peritumorală, cum ar fi prurit, durere și arsură (Voegeli & Hillery, 2021). EVALUARE: Macerare:

	● Protejați pielea din jur cu o peliculă protectoare. Excoriații: ● Identificați cauza - exudat, descumare a pielii, alergie la pansamente (Macgowan, 2025). Prurit: ● Este un simptom subestimat, afectând calitatea vieții pacientului. ● Poate fi cauzat de procesul inflamator, leziunile nervoase, exudatul din plagă și de macerația peritumorală. Pruritul poate apărea din diferiți factori legați de mediul tumorii exulcerate. Deoarece plăgile maligne sunt de obicei cu scurgere abundentă, pruritul poate fi, de asemenea, legat de dermatita asociată cu umezeala din jurul plăgii și de macerație. Atât dermatita de contact iritantă datorată excesului de exudat, cât și dermatita de contact alergică datorată alergenilor din produsele topice și pansamente sunt cauze frecvente ale pruritului plăgilor (Paul, 2015).
	TRATAMENT: Macerare: ● Creare unui „scut” impermeabil între piele și lichidul plăgii: filme barieră fără alcool, paste sau creme pe bază de oxid de zinc. Excoriații: ● Protejați pielea din jur cu film barieră. ● Aplicați un pansament alternativ dacă se suspectează o alergie. ● Aplicați tratament topic cu steroizi. ● Folosiți o soluție (spray) de îndepărtare a adezivului pentru schimbarea pansamentelor. Prurit: ● Aplicați tratamentul topic cu steroizi. ● Folosiți lenjeria de pat și îmbrăcăminte care reduc pruritul. Solicitați sfatul medicului suplimentar, dacă este necesar. Îngrijiri locale: ● Este cunoscut faptul că receptorii de rece inhibă căile pruritului, astfel încât aplicarea de ceva rece poate scădea excitabilitatea nervoasă și conducerea nervoasă, putând fi aplicată peste bandaje și pansamente. ● Loțiunea de calamină conține 0,5% fenol, care poate acționa ca un anestezic -totuși, apa este folosită ca diluant, ceea ce poate duce la un efect de uscare ce poate crește pruritul, iar culoarea loțiunii poate să nu fie estetic acceptabilă pentru pacienți. ● Capsaicina, un alcaloid natural, poate fi benefică în jurul zonei afectate. Modul său de acțiune este reducerea Substanței P, una dintre moleculele care pot irita terminațiile nervoase periferice.

	● Pruritul și iritația pielii pot fi reduse prin menținerea unui echilibru sănătos al umidității, protejarea pielii. ● Agenții topici aplicați pe pielea peritumorală inclusiv emolienți, corticosteroizi topici, mentol, capsaicină și creme cu lidocaină, pot avea beneficiu. ● Antihistaminicele, în general, nu ameliorează pruritul asociat plăgii. ● Medicamentele utilizate pentru durerea neuropatică, inclusiv antidepresivele (amitriptilină, mirtazapină) și antiepilepticele (pregabalin, gabapentin) pot fi încercate. ● Benzodiazepine: Rolul lor este de obicei limitat la pruritul rezistent la alte măsuri. Dacă există o componentă de anxietate asociată cu pruritul, benzodiazepinele pot oferi alinare prin efectele lor anxiolitice asupra căilor centrale (Palkar et al., 2018).
INFECȚIE	CAUZE: Tumorile exulcerate prezintă un risc ridicat de a dezvolta infecții din cauza mediului lipsit de oxigen, ceea ce duce la necrozarea țesutului. Acesta poate acționa ca mediu pentru infecții bacteriene anaerobe și aerobe. Anumiți factori pot crește riscul pacientului de a dezvolta infecție la nivelul tumorii: ● Durata plăgii (>6 luni). ● Dimensiunea plăgii (>10 cm²). ● Localizarea anatomică a plăgii (plăgi în zone foarte contaminate, cum ar fi anusul). ● Exsudat seros cu inflamație. ● Granulație friabilă (formarea de punți unde firele de țesut granulant sângerează ușor). ● Formarea de buzunare în patul plăgii (benzi de țesut granulant care apar la baza plăgii, spre deosebire de răspândirea uniformă a granulației pe întreaga plagă). ● Miros (Nigrelli et al., 2025). TRATAMENT: ● Debridarea țesutului necrotic poate fi o opțiune în unele cazuri, dar trebuie acordată o atenție deosebită stării generale a plăgii, vascularizației, metodei de debridare și obiectivelor tratamentului. ● Aplicarea topică a mierii sub formă de pansament sau gel. Totuși, dacă există un exsudat excesiv sau cauza plăgii este arterială, mierea poate crește nivelul exsudatului sau al durerii și ar trebui evitată. ● Pansamentele cu argint pot avea un anumit efect asupra controlului mirosului.

	• Tampoanele antiseptice topice care includ iod, miere de grad medical, argint pot ajuta la controlul infecției. • Antibioticele sistemice sunt utilizate pentru a reduce colonizarea bacteriană și, astfel, pentru a controla mirosul neplăcut provenit din produșii finali metabolici volatili. Una dintre limitările antibioticelor sistemice sunt efectele secundare și necesitatea unui aport sanguin suficient la nivelul plăgii pentru ca acestea să fie eficiente. • Pentru a sprijini terapia cu antibiotice directă, culturile din plagă ar trebui obținute doar în prezența indicațiilor locale de infecție. Dacă este necesară o cultură, proba ar trebui colectată după ce plaga a fost complet curățată și debridată; colectarea din țesut profund este preferată în locul tampoanelor de bază superficiale ale plăgii. • Metronidazol Topical Gel este un tratament în mod obișnuit acceptat atât pentru bacteriile aerobe, cât și pentru cele anaerobe și se administrează topic, evitând astfel efectele secundare ale metronidazolului oral, se recomandă prescrierea acestuia pentru utilizare pe termen scurt, de obicei zilnic, timp de 5-7 zile. • Aplicarea topică a metronidazolului sub formă de gel sau irigarea plăgii cu metronidazol diluat. De evitat tabletele de metronidazol zdrobite, deoarece acestea pot irita plaga și pot crește durerea (Macgowan, 2025).
EXUDAT	EVALUARE: • Evaluați culoarea, consistența, miros și cantitatea de exudat pentru a stabili dacă nivelurile crescute se datorează unei infecții. • Luați în considerare absorbția pansamentului secundar utilizat. Dacă pansamentele actuale nu sunt suficient de absorbante, treceți la un pansament superabsorbant. Aplicați întotdeauna un strat de contact primar neaderent sub orice pansament absorbant pentru a reduce riscul de traumă/ sângerare la îndepărtare. • În cazul plăgilor cu niveluri ridicate de exudat, este important să protejăm pielea din jur de macerare/ excoriație/ ruperea marginii plăgii prin aplicarea unei pelicule de barieră cutanată. • Luați în considerare o trimitere la un dietetician pentru suport nutrițional în cazul în care exudatul este excesiv din cauza pierderii de proteine, ceea ce poate afecta calitatea vieții pacientului (Romanelli et al., 2010). TRATAMENT: • Pansamente superabsorbante: ideale pentru exudat moderat până la abundent pansamentele superabsorbante absorb și rețin eficient lichidele, reducând la minimum riscul de macerare. • Pansamente din fibre gelifiante: aceste pansamente sunt potrivite pentru absorbția exudatului, asigurând în același timp o interfață umedă

	a plăgii. Alginații formează un gel la contactul cu exudatul, facilitând debridarea autolitică. ● Pansamente din spumă: pansamentele din spumă sunt eficiente pentru plăgile cu niveluri medii de exudat. Acestea oferă și protecție patului plăgii, absorbind în același timp excesul de lichid (Sharon Gardener, 2024).
SÂNGERARE	TRATAMENT: ● Pansamentele trebuie îndepărtate cu grijă, utilizând soluție salină normală acolo unde este necesar pentru a minimiza traumatismul. ● Pentru controlul sângerării se recomandă aplicarea presiunii directe cu un pansament, timp de câteva minute până la 15 minute. Există pansamente cu materiale bioactive care pot fi potrivite pentru oprirea sângerării. Tifonul de bumbac = hemostaza se realizează prin activarea și agregarea trombocitelor datorită hidrofilicității și sarcinii negative a suprafeței. Limitarea utilizării tifonului de bumbac este aderarea acestuia la patul plăgii, ceea ce poate declanșa sângerare suplimentară, posibil severă, la îndepărtare. ● Pentru a opri sângerarea și a reduce disconfortul provocat de schimbarea pansamentului, se poate aplica direct pe plaga fragilă un pansament neaderent. ● Sângerarea poate fi redusă și mai mult prin aplicarea unui al doilea strat de pansamente cu alginat care conțin coagulant (Timmons, 2009). Sângerare ușoară: ● Se recomandă aplicarea unei presiuni locale timp de 10-15 minute (cu un pansament umed, neaderent) în cazul sângerării externe, ceea ce poate ajuta la restricționarea vaselor de sângerare. ● Agenții hemostatici topici pot fi utilizați pentru sângerări intermitente ale unei plăgi, precum cauterizarea cu bețișoare de nitrat de argint. Aplicarea unui pansament compresiv cu coagulante precum alginatul sau prin aplicarea agenților vasoconstrictori, inclusiv adrenalină 1:1000 combinate cu presiune externă timp de cel puțin 10 minute pentru controlul zonei cu sângerare abundentă. ● Poate apărea sângerarea de revenire odată ce efectele vasoconstrictoare dispar. Se poate folosi soluția topică de acid tranexamic (500 mg în 5 ml de soluție salină) (Hospice, 2024). Sângerare abundentă: ● Pacienții cu risc de sângerare majoră trebuie să primească educație privind un plan acasă în cazul apariției unei sângerări majore. Acesta include de obicei să existe prosoape de culoare închisă la îndemână, pregătirea îngrijitorilor și a familiei pentru a putea oferi o prezență calma

	și accesul la o medicație de urgență (midazolam și/ sau un opioid) pentru confort, apelarea la un serviciu de îngrijire paliativă sau 112. • Sângerarea poate fi un risc major dacă plaga se află deasupra structurilor vasculare majore: tumorile exulcerate de la nivelul capului și gâtului adiacente arterelor carotide sau cele din apropierea arterei femurale sunt cu riscul cel mai mare. • Utilizarea pansamentelor neaderente ajută la minimizarea traumatismului local prin reducerea riscului de sângerare în timpul schimbării pansamentului. • Tumorile exulcerate cu risc de sângerare pot beneficia de intervenții, inclusiv radioterapie pe embolizare radiologică, cauterizare chirurgicală sau ligatura vaselor pentru a gestiona sângerarea. • Dacă pacienții iau anticoagulate sau agenți antiagreganți plachetari, trebuie realizată o revizuire a medicației de către medic având în vedere indicația și profilul risc-beneficiu (Hospice, 2024).
ÎNCREDERE ÎN SINE	MĂSURI: În acest context, sprijinul emoțional este la fel de necesar ca tratamentul local. Este esențial să realizăm o evaluare holistică, ascultând activ nevoile exprimate de pacient. Totodată, nu trebuie să uităm că suferința psihologică se extinde adesea asupra familiei și a aparținătorilor, care preiau povara îngrijirii și pot experimenta, la rândul lor, un stres emoțional extrem. O abordare completă a îngrijirii trebuie să includă, așadar, și susținerea acestora. Este important ca pacientul să se simtă susținut. Evaluați continuu nevoile psihologice și sociale ale pacientului în timpul fiecărei vizite/ programare printr-o evaluare holistică amănunțită. Cercetările au arătat că familiile sunt adesea cele care sprijină pacienții și că aceștia la rândul lor pot experimenta o suferință psihologică extremă. Ca parte a evaluării, ar trebui luate în considerare și nevoile familiilor și ale îngrijitorilor (Sharon Gardener, 2024).

Îngrijirea la finalul vieții:

La sfârșitul vieții, de regulă în ultimele săptămâni care preced un deces previzibil, ca evoluție naturală a bolii, prioritățile îngrijirii se modifică. Intervențiile nu mai urmăresc prelungirea supraviețuirii, ci se concentrează pe confort, pe controlul simptomelor și pe o abordare personalizată, adaptată nevoilor și valorilor pacientului, cu scopul menținerii unei calități a vieții cât mai bune până în apropierea morții. În cazul pacientului cu cancer avansat, un indicator de prognostic important al tranziției de la o speranță de viață de ordinul lunilor la una de ordinul săptămânilor sau chiar al zilelor este apariția scăderii apetitului și a dezinteresului progresiv față de alimentație și hidratare. De aceea, obiectivul îngrijirii plăgilor

la finalul vieții este alinarea suferinței și asigurarea confortului pacientului în ultimele sale momente (Hodgkinson et al., 2016).

IV. Studiu de caz



Pacient M.V. cu vârsta de 67 de ani cu diagnosticul de adenocarcinom moderat diferențiat al rectului inferior, metastatic. La doi ani după diagnosticul și tratamentul cancerului său primar, radiochimiotratat, rezecție abdominală și formarea unei colostomii terminale, s-a dezvoltat o formațiune tumorală ulcero-vegetantă la nivelul anusului. Tumora era complexă, cu componente nodulare și ulcerative, asociată cu durere, miros neplăcut, sângerare și secreție purulentă, cauzând un disconfort semnificativ.

A fost preluat de serviciul de îngrijiri paliative pentru managementul simptomelor.

Pacientul prezenta problemele psihosociale deosebite, fiind până de curând singurul îngrijitor al soției care, în urma unui AVC, era imobilizată la pat.

Din cauza degradării fizice pacientul nu mai poate face față îngrijirii soției. S-au mutat la fiica lor, care a devenit îngrijitor pentru ambii părinți. Aceasta la rândul ei prezenta anxietate.

Pacientul nu acceptă ca fiica să examineze plaga și dorea să își gestioneze pansamentele singur, exudatul se infiltra prin pansamente în hainele sale, necesitând să facă duș de mai multe ori pe zi, iar durerea era prost controlată.

Pe parcursul îngrijirii, s-a dezvoltat o relație de încredere între pacient și echipa medicală bazată pe comunicare, empatie și suport constant. Pacientul a devenit mai cooperant, și-a exprimat mai ușor nevoile și nivelul de anxietate s-a redus. A acceptat pansamentele efectuate la început de către asistenta medicală, iar după un timp a fost implicată și fiica sa. Tumora era curățată de două ori pe zi cu ser fiziologic sau în timpul dușului, iar pe tegumentul din jur se aplica un unguent de protecție. Un pansament cu argint era fixat cu un tampon de continență susținut de lenjeria sa intimă și, dacă exista sângerare, se utiliza un pansament absorbant de alginat de calciu cu argint.

Durerea a fost evaluată conform scalei de analgezie (SAV7/10), s-a administrat Oxicononă 20 mg - 2 cp/ zi și pentru durerea neuropatică - Gabapentin.

Un lucru deosebit de important pentru starea sa de bine a fost posibilitatea de a petrece timp de calitate cu fiica și soția sa, oferindu-i un sprijin emoțional esențial.

A fost reinternat în unitatea Hospice patru luni mai târziu pentru îngrijire la sfârșitul vieții.

Acest caz evidențiază importanța îngrijirii paliative care depășește abordarea strict medicală, punând accent pe empatie, confort și păstrarea demnității pacienților până la sfârșitul vieții, indiferent de diagnostic.

V. REZUMAT

Algoritmul propune o îngrijire paliativă a plăgilor oncologice bazată pe două principii majore: control simptomatic riguros și suport holistic. Modelul POSIES structurează intervențiile astfel încât echipa să răspundă sistematic celor mai greu de tolerat probleme (durere, miros, piele, infecție, exudat/ sângerare, sine), reducând traumatismul asociat îngrijirilor și crescând sentimentul de siguranță și control al pacientului. Reușita nu se măsoară prin vindecarea plăgii, ci prin ameliorarea suferinței, păstrarea funcționalității cât se poate, protejarea demnității și menținerea unei relații terapeutice stabile, empatică, care include și familia pacientului. În final, algoritmul transformă o situație clinică dificilă într-un parcurs clar: evaluare completă → intervenții ținute pe simptome → monitorizare și adaptare continuă, cu accent pe calitatea vieții până la sfârșitul vieții.

Bibliografie

1. Alexander, S. J. (2010). An intense and unforgettable experience: The lived experience of malignant wounds from the perspectives of patients, caregivers and nurses. *International Wound Journal*, 7(6). <https://doi.org/10.1111/j.1742-481X.2010.00715.x>
2. da Costa Ferreira, S. A., Serna González, C. V., Thum, M., da Costa Faresin, A. A., Woo, K., & de Gouveia Santos, V. L. C. (2023). Topical therapy for pain management in malignant fungating wounds: A scoping review. In *Journal of Clinical Nursing* (Vol. 32, Issues 13-14). <https://doi.org/10.1111/jocn.16508>
3. Gomes-Ferraz, C. A., Rezende, G., Fagundes, A. A., & De Carlo, M. M. R. do P. (2022). Assessment of total pain in people in oncologic palliative care: integrative literature review. In *Palliative Care and Social Practice* (Vol. 16). <https://doi.org/10.1177/26323524221125244>
4. Hospice, S. G. (2024). Clinical Guideline for the Management of a Major Haemorrhage/Catastrophic Bleed for Palliative Care patients. Specialist Palliative Care. Preluat de pe West Midlands: https://www.westmidspallcare.co.uk/specialist-guidelines/spagg-guide/bleeding/major-haemorrhage/major-haemorrhage-planning/?utm_source=chatgpt.com
5. Karen Triggs, A. L. (2021). Management of Malignant Fungating Wounds [MFW]. NHS Foundation Trust.
6. Macgowan, H. (2025). Guidelines for the Management of Malignant Wounds M:EMPHIS PATHWAY. NHS FORTH VALLEY.
7. National Institute for Health Care and Excellence. (2019). End of life care for adults: service delivery. In NICE guideline (Issue October).
8. Networks, G. M. (2022). PALLIATIVE CARE PAIN & SYMPTOM CONTROL GUIDELINES FOR ADULTS. Manchester: Geater Manchester.
9. Nigrelli, D., Gambalunga, F., Anastasi, G., Peghetti, A., Durante, S., Giusti, M., Biagioli, V., Quirini, S., Iacrossi, L., & Latina, R. (2025). Malignant fungating wounds assessment in palliative care: a scoping review. In *Frontiers in Public Health* (Vol. 13). <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1602493>
10. O'Brien C. (2012). Malignant wounds: managing odour. *Canadian family physician Medecin de famille canadien*, 58(3), 272–e143.
11. Ousey K, P. S. (2024). Malignant wounds: Management in practice. London: Wounds UK
12. Palkar, R., Ongun, S., Catich, E., Li, N., Borad, N., Sarkisian, A., & McKemy, D. D. (2018). Cooling Relief of Acute and Chronic Itch Requires TRPM8 Channels and Neurons. *Journal of Investigative Dermatology*, 138(6). <https://doi.org/10.1016/j.jid.2017.12.025>
13. Paul, J. (2015). Wound pruritus: pathophysiology and management. *Chronic Wound Care Management and Research*. <https://doi.org/10.2147/cwcmr.s70360>

14. Romanelli, M., Vowden, K., & Weir, D. (2010). Exudate management made easy. *Wounds International*, 1(2).
15. Samala, R. V., & Davis, M. P. (2015). Comprehensive wound malodor management: Win the RACE. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 82(8). <https://doi.org/10.3949/CCJM.82A.14077>
16. Sharon Gardener, K. T. (2024). POSIE's Clinical Pathway for Malignant/Fungating Wounds. NHS Foundation Trust.
17. Strengthening of palliative care as a component of integrated treatment throughout the life course. (2014). *Journal of Pain and Palliative Care Pharmacotherapy*, 28(2). <https://doi.org/10.3109/15360288.2014.911801>
18. Timmons, J. (2009). Alginates as haemostatic agents: Worth revisiting? In *Wounds UK* (Vol. 5, Issue 4).
19. Vardhan, M., Flaminio, Z., Sapru, S., Tilley, C. P., Fu, M. R., Comfort, C., Li, X., & Saxena, D. (2019). The Microbiome, Malignant Fungating Wounds, and Palliative Care. In *Frontiers in Cellular and Infection Microbiology* (Vol. 9). <https://doi.org/10.3389/fcimb.2019.00373>
20. Voegeli, D., & Hillery, S. (2021). Prevention and management of moisture-associated skin damage. *British Journal of Nursing*, 30(15). <https://doi.org/10.12968/bjon.2021.30.15.S40>
21. White, D., & Kondasinghe, S. (2022). Managing a malignant wound in palliative care. In *Wound Practice and Research* (Vol. 30, Issue 3). <https://doi.org/10.33235/wpr.30.3.150-157>
22. WHO, W. H. O. (2018). WHO guidelines for the pharmacological and radiotherapeutic management of cancer pain in adults and adolescents. In World Health Organization.

Partea 5.
URGENȚE ÎN
ÎNGRIJIRI PALIATIVE

Capitolul 5.1

Crize epileptice

Autor: Monica Moarcăș
Revizor: Vladimir Porocho

I. ASPECTE TEORETICE

Numeroase afecțiuni oncologice precum tumorile cerebrale primare sau secundare, dar și non-oncologice precum accidentele vasculare cerebrale, bolile neuro-degenerative, insuficiențele de organ în stadii terminale necesită îngrijiri paliative și sunt grevate de riscul de a dezvolta crize epileptice în diferite momente ale evoluției (Gronheit et al, 2018).

• **Definiții**

Criza epileptică este definită de Liga Internațională Împotriva Epilepsiei (ILAE) ca o manifestare tranzitorie de semne și/ sau simptome determinate de activări neuronale anormale excesive sau sincrone la nivelul creierului (Fisher et al, 2014).

Epilepsia este o afecțiune cerebrală caracterizată printr-o predispoziție de a genera crize epileptice și prin consecințele neuro-biologice, cognitive, psihologice și sociale ale acesteia (Fisher et al, 2014).

Statusul epileptic este definit de ILAE astfel: "o stare caracterizată printr-o criză epileptică suficient de prelungită sau repetitivă la suficient de scurte intervale de timp astfel încât să producă o condiție epileptică invariabilă și persistentă" (Trinka et al, 2015).

Statusul epileptic convulsivant se caracterizează prin:

- una dintre următoarele:
 - ≥ 5 minute de activitate epileptică tonico-clonică continuă
 - ≥ 10 minute de criză focală cu alterarea conștienței
 - ≥ 10-15 minute de crize de tip absență
- ≥ 2 crize epileptice fără revenire între crize

SAU

- crize epileptice grupate - ≥ 3 crize epileptice în 24 ore

În statusul epileptic nonconvulsivant, se evidențiază activitate electroencefalografică anormală continuă, fără manifestări motorii evidente. Manifestarea clinică tipică este reprezentată de alterarea stării de conștiență (Leon Ruiz et al, 2019).

• **Clasificarea crizelor epileptice**

În 2025, Liga Internațională Împotriva Epilepsiei a introdus o nouă clasificare a tipurilor de crize epileptice. Se iau în calcul în vederea clasificării crizelor câteva elemente: modul de debut, alterarea stării de conștiență, respectiv comportamentul motor și semiologia manifestărilor asociate.

Crize epileptice:

1. Focale cu conștiență păstrată sau alterată cu manifestări observabile sau nu (dacă sunt prezente se vor descrie semiologic în secvență cronologică)
2. Generalizate: absențe tipice sau atipice, absențe mioclonice, mioclonia pleoapelor cu sau fără absență, crize mioclonice, crize de mioclonus negativ, crize clonice, crize tonice, crize atone, spasme epileptice
3. Cu debut necunoscut (pot fi focale sau generalizate) cu conștiență păstrată sau alterată.

De menționat faptul că orice criză din categoriile de mai sus poate evolua către criză tonico-clonică bilaterală, care este grevată de cea mai mare morbiditate și mortalitate (Beniczky et al, 2025).

- ***Clasificarea și manifestările clinice ale statusului epileptic***

- A. Cu simptome motorii proeminente

1. Status epileptic convulsiv
2. Status epileptic mioclonic
3. Status epileptic focal motor
4. Status epileptic tonic
5. Status epileptic hiperkinetic

- B. Fără simptome motorii proeminente

1. Status epileptic nonconvulsivant cu comă
2. Status epileptic nonconvulsivant fără comă

- generalizat

- focal

- necunoscut (ca focal sau generalizat) (Trinka et al, 2015)

- ***Epidemiologia convulsiilor la pacienții din îngrijiri paliative***

- Aproximativ 13% dintre pacienții din îngrijiri paliative vor dezvolta crize epileptice (Tradounski, 2013).
- Determinările secundare cerebrale sunt cauza crizelor epileptice la 25 - 50% dintre pacienții care dezvoltă crize epileptice (Tradounski, 2013).
- 20% dintre pacienții cu determinări secundare nou depistate dezvoltă crize epileptice și cel mai bun predictor al controlului crizelor este reprezentat de controlul procesului tumoral (Roth et al, 2021).
- Între 20 și 45% dintre pacienții cu tumori cerebrale primare vor prezenta criză epileptică la debut (Tradounski, 2013).
- Tumorile cerebrale primare cu creștere lentă prezintă mai frecvent crize epileptice față de tumorile mai agresive precum glioblastomul (Tradounski, 2013).
- Riscul pacienților cu gliome difuze de a dezvolta de-a lungul vieții crize epileptice este de peste 50%, în special, la cei cu tumori grad II și III, respectiv dacă se asociază mutație izocitrat-dehidrogenaza (IDH).
- O treime din pacienții cu meningioame dezvoltă crize epileptice anterior intervenției chirurgicale (Roth et al, 2021).
- Cele mai frecvente tipuri de crize la pacienții cu tumori cerebrale sunt cele focale sau cele cu debut focal și generalizare secundară. (Roth et al, 2021)
- Sexul feminin se asociază cu un risc dublu de crize epileptice.

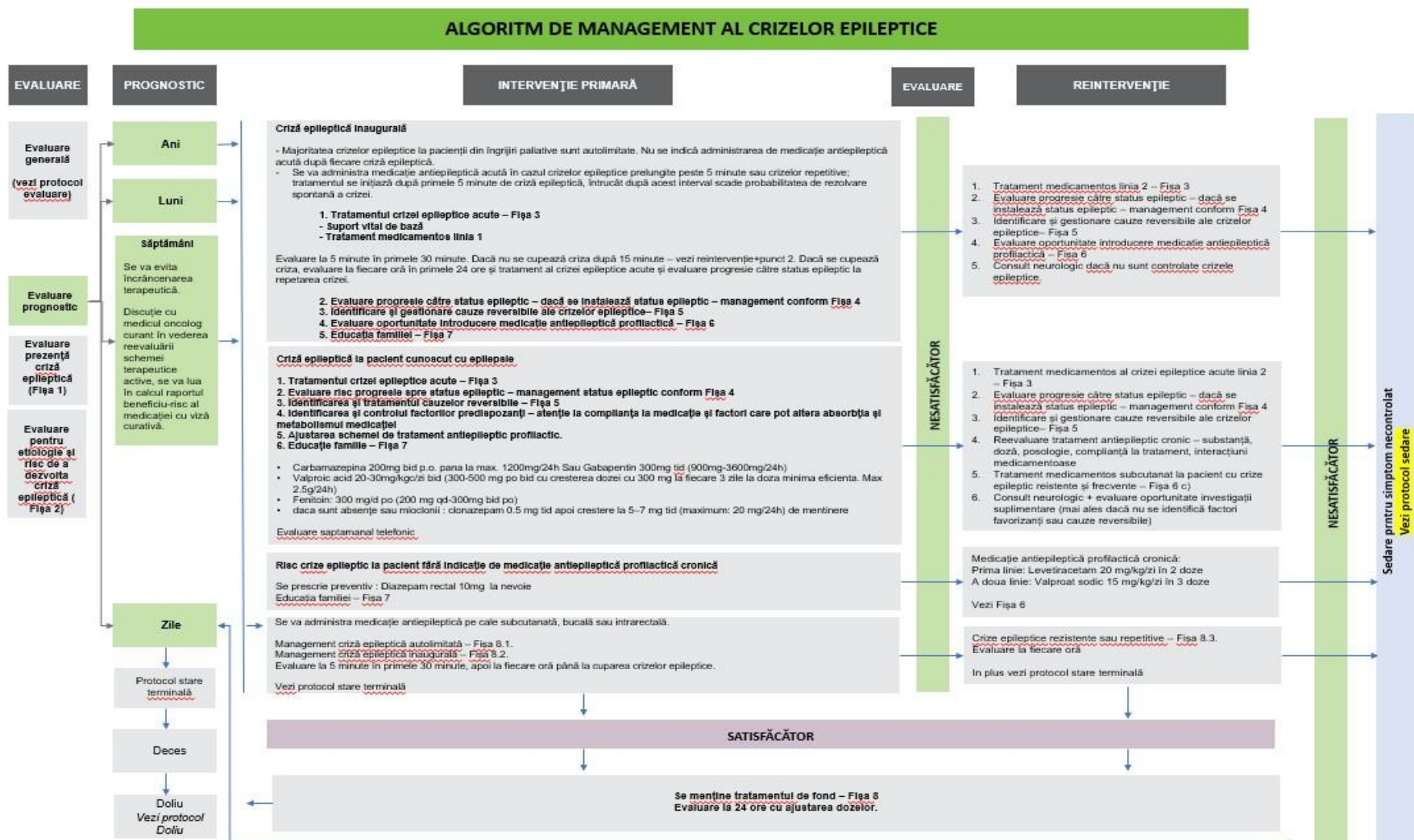
II. RECOMANDĂRI

1. **Se recomandă** ca, la pacientul cu patologie oncologică fără istoric de tumori cerebrale, la apariția primei crize epileptice să se efectueze examen clinic neurologic, alături de investigații paraclinice – Imagistica prin Rezonanță Magnetică (IRM) cerebrală cu substanță de contrast. (EANO: IV, B; ESMO: V, n/a; nivel scăzut de recomandare) (Roth et al, 2021).
2. În cazul agravării crizelor epileptice la pacienții cu tumori cerebrale cu epilepsie secundară cunoscută să se repete examinarea IRM cerebrală cu substanță de contrast și să se aibă în vedere, particularizat la fiecare caz, completarea cu alte investigații precum analize de laborator din sânge sau lichid cefalo-rahidian (LCR). (EANO: IV, B; ESMO: V, n/a; nivel scăzut de recomandare) (Roth et al, 2021).
3. **Nu se recomandă** profilaxie primară cu medicație antiepileptică la pacienții cu tumori cerebrale. (EANO: I, D; ESMO: I, D; nivel înalt de recomandare) (Roth et al, 2021).
4. **Se recomandă** ca prime opțiuni de medicație antiepileptică la pacienții cu patologie oncologică levetiracetamul și lamotrigina datorită eficacității și a faptului că sunt, per ansamblu, bine tolerate (EANO: IV, n/a; ESMO: V, n/a; nivel scăzut de recomandare) (Roth et al, 2021).
5. **Se recomandă** ca pacienții cu tumori cerebrale care au prezentat crize epileptice și nu sunt candidați pentru intervenție chirurgicală să beneficieze de profilaxie secundară până la obținerea controlului local al tumorii (EANO: IV, n/a; ESMO: V, n/a; nivel scăzut de recomandare) (Roth et al, 2021).
6. **Se recomandă** evitarea medicamentelor antiepileptice inductoare enzimatic la pacienții cu tumori cerebrale (EANO: III, D; ESMO: III, D; nivel moderat de recomandare) (Roth et al, 2021).
7. **Nu se recomandă** administrarea de medicamente antiepileptice clasice pacienților cu tumori cerebrale tratați cu chimioterapie, radioterapie sau corticosteroizi din cauza posibilelor interacțiuni medicamentoase și/ sau efectelor adverse idiosincrazice (nivel scăzut de evidență) (Leon Ruiz et al, 2019).
8. **Se recomandă** efectuarea secvenței IRM T2 sau FLAIR pentru diagnosticul edemului cerebral. (EANO: IV, n/a; ESMO: V, n/a; nivel scăzut de evidență) (Roth et al, 2021).
9. **Se recomandă** ca tratamentul edemului cerebral să fie instituit doar la pacienții simptomatici, în vederea corectării deficitelor neurologice (EANO: IV; ESMO: V; nivel scăzut de evidență) (Roth et al, 2021).
10. **Se recomandă** utilizarea dexametazonei pentru tratamentul edemului cerebral tumoral simptomatic (EANO: IV, B; ESMO: V, B; nivel scăzut de evidență) (Roth et al, 2021).
11. **Se recomandă** ca dexametazona să fie inițiată în doze de 4-16 mg/ zi, în doză unică administrată intravenos sau oral. Se recomandă ca dozele să fie scăzute până la cea mai mică doză necesară controlului simptomelor. (EANO: IV, n/a; ESMO: V, n/a; nivel scăzut de evidență) (Roth et al, 2021).
12. **Se sugerează** ca profilaxia pneumoniei cu *Pneumocystis jiroveci* cu trimetoprim-sulfametoxazol să se efectueze la pacienții care necesită corticoterapie peste 4 săptămâni,

la pacienții sub radioterapie sau chimioterapie sau la cei cu sub 1000 limfocite/mcl (EANO: IV; ESMO: V; nivel scăzut de evidență) (Roth et al, 2021).

13. **Se recomandă** evaluarea abilității de a conduce autovehicule pe baza ghidurilor și legislației în vigoare la nivel național pe baza prezenței crizelor epileptice, deficitelor neurologice și funcției neurocognitive (EANO: IV n/a; ESMO: V, n/a; nivel scăzut de recomandare) (Roth et al, 2021).

III. ALGORITM DE MANAGEMENT AL CRIZELOR EPILEPTICE



IV. FIȘE SUPORT

Fișa 1. Evaluare prezență criză epileptică

a) Evaluarea simptomului cu ajutorul formulei mnemotehnice OPQRSTUV

O – Onset / Debutul – Este prima criza sau exista istoric? A existat aură?

P – Provocation/ Palliation/ Factori declanșatori/ amelioratori - Au fost factori care au favorizat apariția crizei? A fost precedată de febra, deshidratare? Au fost modificari recente ale medicației? Ce a oprit criza?

Q – Quality/ Calitatea - Semiologia crizei.

R – Region/ Focalizare - În cazul crizelor epileptice focale are loc generalizare secundară? A avut deviație oculară?

S – Severity/ Severitatea - Care ea fost durata crizei epileptice? A existat status epilepticus?

T – Time/ Evoluție – Câte episoade au fost în ultimele 24-48 ore? Intervalul dintre crize? Exista agravare progresivă?

U – Understanding/ Înțelegere – Obiectivele de îngrijire. Se urmărește control simptomatic exclusiv

V – Values/ Valori și impact - Ce semnificație îi acordă? Crizele produc suferință vizibilă? Familia este foarte anxioasă?

b) Stabilirea diagnosticului de criză epileptică

- Primul pas îl reprezintă recunoașterea semiologică a crizei epileptice și diferențierea acesteia de alte episoade de contracții musculare involuntare (miocloniiile induse de opioide), hiperkinezia secundară neurolepticelor, alterarea stării de conștiență din cauza hipertensiunii intracraniene. Diagnosticul este unul preponderent clinic. Decizia și intervenția terapeutică se efectuează concomitent (Roth, P., et al, 2021; Leon Ruiz, M., et al, 2019).
- Se va efectua diagnosticul diferențial semiologic al statusului epileptic cu: sincopa, accidentul vascular ischemic tranzitor, aritmii cardiace, sindrom Munchausen, delirium, parasomnii (Tradounski, G., 2013).
- Recunoașterea crizei epileptice trebuie făcută acolo unde are aceasta loc, nefiind necesară spitalizarea (Kälviäinen, R., & Reinikainen, M., 2019).
- Diagnosticul se stabilește de către clinician prin relatarea unui martor direct. Se pot utiliza și înregistrări efectuate de către aparținători. Aceștia vor fi instruiți să efectueze și testarea pacientului pe durata crizei epileptice cu probele similare celor efectuate în timpul înregistrărilor video-EEG (testare a stării de conștiență, a reactivității, a prezenței deficitelor neurologice motorii, de vorbire) (Kälviäinen, R., & Reinikainen, M., 2019).
- Se vor evita spitalizările doar cu scopul evaluării unei crize epileptice (Kälviäinen, R., & Reinikainen, M., 2019).

Fișa 2. Stabilirea diagnosticului etiologic și riscului de a dezvolta criză epileptică

Odată ce este stabilit diagnosticul de criză epileptică:

- Se vor identifica factorii declanșatori:
 - ✓ neaderența și/ sau schimbările medicației antiepileptice
 - ✓ modificări ale ritmului somn-veghe
 - ✓ infecții
 - ✓ medicamente
 - ✓ stres
 - ✓ expunere la lumină intermitentă/ stroboscopică
 - ✓ perioadă menstruală (Kälviäinen, R., & Reinikainen, M., 2019)
- Se va identifica etiologia crizei epileptice:

Postictal, se va încerca stabilirea etiologiei crizei epileptice prin:

- anamneză amănunțită
- examen clinic orientat spre excluderea altor manifestări care pot mima o criză epileptică: sincopa, accidentul ischemic tranzitor, amnezia globală tranzitorie, crize psihogene non-epileptice
- investigații specifice adaptate

Cauze ale crizelor epileptice la pacientul cu cancer:

1. Prin implicare a sistemului nervos central:
 - tumori cerebrale primare
 - determinări secundare cerebrale – în special de la neoplasme mamare, pulmonare, melanom malign
 - determinări secundare leptomeningeale
 - boală cerebro-vasculară
 - leuco-encefalopatie posterioară reversibilă
 - infecții ale sistemului nervos central: meningită, meningoencefalită (în special virale); la pacienții cu sindrom de imunodeficiență dobândită – criptococoză, neurotoxoplasmoză, encefalopatie acută fulminantă.
2. Secundare tratamentului:
 - ✓ chimioterapie – citarabină, metotrexat, cisplatin, bevcizumab, etoposid, ciclofosamidă, vincristină, nitrozouree, antracicline
 - ✓ radioterapie – encefalopatie acută indusă de radioterapie, necroză de lob temporal indusă de radioterapie
 - ✓ alte tratamente – bisfosfonați, ondansetron, imipenem, neuroleptice, tramadol.
3. Metabolice – retenție azotată, insuficiență hepatică, sindrom de liză tumorală, purpură trombotică trombocitopenică, dezechilibre hidroelectrolitice (hiposodemie, hipocalcemie, hipercalcemie, hipomagneziemie), hipoglicemie, hiperglicemie, hipoxie.
4. Sindroame paraneoplazice (Leon Ruiz, M., et al, 2019).

Investigații pentru stabilirea diagnosticului etiologic:

Dacă pacientul este internat și prognosticul lui este concordant cu tratamente cu viză curativă sau mai agresive, se vor lua în calcul efectuare EEG, teste de laborator și investigații imagistice (Kälviäinen, R., & Reinikainen, M., 2019).

1) se vor efectua **analize de sânge**: hemogramă completă, glicemie, funcție renală și hepatică, sodiu seric, potasiu seric, calciu seric total, calciu serioc ionic, magneziemie, lactat seric, niveluri serice de antiepileptice, gaze sanguine arteriale, toxicologie urinară (Roth, P., et al, 2021; Leon Ruiz, M., et al, 2019).

2) se efectuează **evaluare electroencefalografică**:

- indicații efectuare EEG de urgență: stare confuzională prelungită, comă de etiologie neprecizată, revenire tardivă a stării de conștiență după status epileptic, scurte episoade de pierdere a conștienței de origine neprecizată, suspiciune de encefalită cu herpes simplex (Leon Ruiz, M., et al 2019).

- examenul EEG poate orienta asupra riscului de recurență a crizelor epileptice și la diagnosticul diferențial cu alte cauze de alterare a stării de conștiență (Roth et al, P., et al 2021).

3) se efectuează **imagistică cerebrală**: examen CT cerebral cu substanță de contrast sau, de preferință, în absența contraindicațiilor, examen IRM cerebral cu substanță de contrast

- la pacienți cu cancer sistemice, se va efectua examen IRM cerebral cu substanță de contrast, în absența contraindicațiilor, la apariția primei crize epileptice (Roth et al, P., et al 2021).

- la pacienții cunoscuți cu tumori cerebrale, apariția crizelor epileptice poate indica progresia bolii, motiv pentru care se va repeta examen IRM cerebral cu substanță de contrast, în absența contraindicațiilor, chiar în absența semnelor neurologice nou apărute (Roth, P., et al, 2021).

- indicații efectuare CT cerebral de urgență: pacienți adulți fără epilepsie cunoscută (întotdeauna se efectuează CT cerebral de urgență, completat apoi de IRM cerebral cu substanță de contrast), respectiv pacienți adulți cu epilepsie cunoscută și traumatism cranio-cerebral sever cu comă cu GCS ≤ 8, istoric de accident vascular cerebral, semne neurologice de focar nou apărute, suspiciune de infecție SNC, cancer, imunodeficiență, tratament anticoagulant sau status epileptic fără cauză evidentă (Roth, P., et al, 2021; Leon Ruiz, M., et al, 2019).

4) se efectuează **puncție lombară** la pacienții la care nu se evidențiază leziuni cerebrale sau nu se identifică etiologie metabolică pentru suspiciune de infecție sau carcinomatoză meningeală.

Testele diagnostice se selectează în funcție de prognosticul pacientului și preferințele acestuia, respectiv ale familiei sale (Leon Ruiz, M., et al, 2019).

- Se va utiliza monitorizare continuă EEG la pacientul cu status epileptic internat în secție ATI (Kälviäinen, R., & Reinikainen, M., 2019).

- Se va evita monitorizarea continuă EEG la pacientul în stare terminală. (Kälviäinen, R., & Reinikainen, M., 2019)

- Diagnosticul statusului epileptic nonconvulsivant se poate efectua și cu probă terapeutică la benzodiazepine (Kälviäinen, R., & Reinikainen, M., 2019).
- Statusul epileptic nonconvulsivant poate ușor fi confundat cu deliriumul, în special datorită revenirii conștienței între episoadele de confuzie sau crizele parțiale complexe, care se aseamănă cu fluctuența simptomatologiei din delirium (Tradounski, G., 2013).

Fișa 3. Tratamentul crizei epileptice acute

1. Măsurile de suport vital se iau de la debutul crizei epileptice, cu scopul de a stabiliza pacientul, a preveni complicații în timpul sau imediat după criză, respectiv posibile leziuni traumatiche. Se va urma protocolul ABCDE:

A – asigurarea libertății căilor respiratorii

B – asigurarea unei respirații/ oxigenări eficiente; se asigură libertatea căilor respiratorii, cu suplimentare de oxigen dacă pacientul se află internat în unitate spitalicească

C – asigurarea unui control hemodinamic eficient: monitorizare semne vitale, abord venos, corectarea cauzelor reversibile (diselectrolitemii, hipoglicemie, infecții) unde acest fapt este posibil

D – evaluarea nivelului de conștiență, examen pupilar (anizocorie > 1 mm poate indica hernierea lobului temporal), examen al funcției motorii

E – controlul expunerii pentru a preveni hipotermia; pacientul se va poziționa de așa manieră încât să nu se poată vătăma (Seizure Guidelines, ND, 2015; NHS Scotland Seizures, ND, 2019; Kälviäinen, R., & Reinikainen, M., 2019; Ziso, B., n.d.).

2. Tratamentul medicamentos: (Seizure Guidelines, ND, 2015; NHS Scotland Seizures, ND, 2019; Kälviäinen, R., & Reinikainen, M., 2019; Ziso, B., n.d.)

La pacienții din îngrijiri paliative, se vor utiliza de preferință căi de administrare a medicației cât mai puțin invazive: subcutanată, sublinguală, intranasală, intrarectală.

Linia 1

- Midazolam 5-10 mg s.c./ 10 mg bucal bolus inițial; se poate repeta în 10 minute
- Lorazepam 2-4 mg i.v. dacă există abord venos în bolus inițial; se poate repeta în 10 minute

Linia 2

- ✓ Dacă persistă crizele în 5 minute după a doua doză de medicație antiepileptică și pacientul are indicație de spitalizare, se va apela 112.
- ✓ Dacă persistă crizele în 5 minute după a doua doză de medicație antiepileptică și pacientul nu are indicație de spitalizare:

La pacient fără cale orală patentă:

Fenobarbital 200-800 mg i.m. doză inițială; se poate repeta după 30 minute

Se începe infuzie subcutanată continuă:

- Midazolam 30-100 mg/ 24 ore
- Fenobarbital 800-1200 mg/ 24 ore
- Levetiracetam 500-2000 mg/24 ore

La pacient cu cale orală patentă:

- Revizuire schemă tratament antiepileptic oral la pacientul cu medicație antiepileptică cronică
- Introducere tratament antiepileptic oral până la cuparea crizelor conform tipului de criză.

Fișa 4. Management-ul statusului epileptic

Prima linie

Prima linie de medicație antiepileptică acută este reprezentată de **benzodiazepine**.

La pacienții aflați la domiciliu: - medicația de elecție - Lorazepam 2 mg s.c. sau s.l. sau intrarectal sau i.v., cu posibilitate de repetare la 10 minute dacă nu se cupează criza epileptică cu prima doză.

Ca alternative se pot folosi

- Midazolam bucal sau intranazal
- Diazepam intrarectal
- Diazepam intramuscular

Medicația antiepileptică de la domiciliu poate fi administrată și de aparținători.

La pacienții din spital, cele mai eficiente antiepileptice pentru cuparea precoce a statusului epileptic sunt:

- Lorazepam intravenos
- Diazepam intravenos

A doua linie

Se va utiliza după primele 10 minute, începând cu stadiul 2 al statusului epileptic.

Dacă nu este disponibil acces venos, se pot utiliza anumite antiepileptice subcutanat sau intrarectal, offlabel.

Medicamente antiepileptice cu administrare subcutanată: benzodiazepine, fenobarbital, levetiracetam și lacosamidă.

Levetiracetam se va administra pentru profilaxia crizelor când nu există cale de administrare alternativă singură, în seringă automată, subcutanat, până la maxim 2000 mg în seringă de 30 ml, cu monitorizarea reacțiilor adverse locale.

Medicația antiepileptică poate fi administrată și sub formă de lichid administrat oral sau prin intermediul unui tub de gastrostomă.

Medicația care se poate administra sub formă lichidă sau orodispersabilă: carbamazepină, valproat sodic, clobazam, lamotrigină, lacosamidă, levetiracetam, fenitoină, topiramat, zonisamidă (Kälviäinen, R., & Reinikainen, M., 2019; Ziso, B., n.d.).

Fișa 5. Tratamentul cauzelor reversibile de criză epileptică

- ✓ Rotația opioidelor în cazul crizelor mioclonice induse de opioide
- ✓ Hipertensiunea intracraniană:
 - Dexametazonă în doză inițială 4-16 mg, cu posibilitate de creștere până la 12-24 mg/ zi pentru perioada cea mai scurtă posibil; dacă se obține controlul hipertensiunii intracraniene, se va scădea cu 4 mg la 48-72 ore
 - Diuretice de ansă sau osmotice pot fi luate în considerare în situații punctuale
 - Poziționarea la 30 grade a capului pacientului
- ✓ Tatamentul hipoglicemiei prin administrare de glucoză i.v.
- ✓ Dacă se suspectează intoxicație alcoolică sau malnutriție – suplimentare tiamină
- ✓ Corectarea diselectrolitemiilor, în special a hiposodemiei
- ✓ Suplimentare de oxigen în caz de hipoxemie
- ✓ Tulburări gastrointestinale sau pierderea deglutiției care interferează cu absorbția medicației antiepileptice orale (Leon Ruiz, 2019; Seizure Guidelines, ND, 2015; Roth et al, 2021).

Stadiul statusului epileptic	Tratament intraspitalicesc	Tratament la domiciliu/ unități tip hospice
Stadiul 1 – primele 5-10 minute Faza precoce, statusul epileptic premonitoriu	Poziție de siguranță Asigurarea libertății căilor respiratorii Suplimentare oxigen Monitorizare cardiopulmonară Lorazepam i.v. 0,05-0,1 mg/ kg (în general bolus de 4 mg) La nevoie – se repetă doza după 10 minute.	Midazolam bucal sau intranazal 0.02 mg/ kg La nevoie – se repetă doza
Stadiul 2 – 10-60 minute Statusul epileptic constituit	Levetiracetam 30 mg/ kg, maxim 3000 mg/ zi i.v. Brivaracetam i.v. Valproat sodic 30 mg/ kg, maxim 60 mg/ kg/ zi i.v. Lacosamidă i.v. Fenitoină 20 mg/ kg i.v. în rata de 50 mg/ min Fosfenitoină 15-20 mg echivalent fenitoină în rata de 50-100 mg echivalent fenitoină/ min i.v. Fenobarbital bolus 10-15 mg/ kg în rată de 100 mg/min. Corectare a nivelului glicemiei Administrare 250 mg tiamină și 50 ml glucoză	Levetiracetam s.c./ i.v. 30 mg/ kg, maxim 3000 mg/ zi Lacosamidă s.c./ i.v. Brivaracetam i.v. Valproat sodic 30 mg/ kg, maxim 60 mg/ kg/ zi s.c./ i.v.

	50% i.v. Corectarea acidozei.	
Stadiul 3 – peste 60 minute Statusul epileptic refractar	Monitorizare a funcțiilor vitale și EEG Tiopental de sodiu: 3–5 mg/ kg bolus, apoi 3–5 mg/ kg/ oră cu titrare până la obținerea efectului; reducere a dozelor după 2-3 zile (saturare a depozitelor de grăsime) Midazolam (0.1–0.2 mg/ kg bolus, apoi 0.05–0.5 mg/ kg/ oră) cu titrare până la obținerea efectului Propofol (1–2 mg/ kg bolus, apoi 2–10 mg/ kg/ oră) cu titrare până la obținerea efectului Anestezia în secție ATI se continuă pentru 12-24 ore după ultimul eveniment epileptic clinic sau electrografic, iar dozele se scad treptat.	Sedarea paliativă se va lua în considerare Vezi protocol Sedare paliativă.
Stadiul 4 – peste 24 ore Statusul epileptic superrefractar	Sedarea paliativă se va lua în considerare. Vezi protocol Sedare paliativă.	Sedarea paliativă se va lua în considerare Vezi protocol Sedare paliativă.

(Kälviäinen, R., & Reinikainen, M., 2019)

Fișa 6. Medicația antiepileptică profilactică cronică

Se inițiază tratament antiepileptic dacă pacientul prezintă ≥ 2 crize epileptice neprovocate sau 1 criză epileptică cu risc crescut de recurență (etiologie structurală depistată neuroimagistic sau EEG).

Tratamentul inițial va fi monoterapie în doze reduse.

Dacă persistă crizele epileptice, doza se va crește până la controlul crizelor sau până se atinge doza maximă tolerată.

La pacienții cu control redus al crizelor epileptice, un nou antiepileptic se va adăuga în schema terapeutică sau ca substitut.

Antiepilepticul se va alege în funcție de tipul de crize epileptice, interacțiunile medicamentoase și efectele adverse.

La pacienții cu tumori cerebrale care urmează radioterapie, chimioterapie sau corticoterapie, se vor alege antiepileptice de generația a doua, cu metabolism extrahepatic.

a) Alegerea medicației antiepileptice profilactice în funcție de tipul de criză epileptică

1. *Crize epileptice focale*

- Prima linie: Valproat sodic (generalizare secundară), Levetiracetam, Lamotrigină, Carbamazepină
 - A doua linie: Gabapentin, Fenobarbital
2. *Crize epileptice generalizate tonico-clonice*
- Prima linie: Valproat sodic, Lamotrigină, Fenitoină, Carbamazepină
 - A doua linie: Fenobarbital, Topiramat
3. *Crize epileptice generalizate tip absență*
- Prima linie: Clonazepam, Valproat sodic
 - A doua linie: Clobazam, Lamotrigină (Tradounski, 2013; Seizure Guideline, ND, 2015).
- b) Atenționări specifice și particularități:
- Se evită antiepilepticele inductoare enzimatic la pacienții oncologici, mai ales care urmează chimioterapie sau corticoterapie
 - Lamotrigina este bine tolerată de vârstnici și are un profil comportamental și cognitiv bun
 - Lamotrigina poate agrava miocloniile și induce insomnie
 - Levetiracetamul poate induce modificări ale dispoziției (tendința la depresie) și comportamentale (Seizure Guideline, ND, 2015).

Medicație	Doza de inițiere	Doza întreținere eficientă	Efecte secundare semnificative
FENITOIN	NA	200-500 mg/ zi în doză unică sau divizată	Interacțiuni medicamentoase cu dexametazona Anemie, creștere enzime hepatice, hirsutism, osteoporoză, tulburări gastrointestinale.
CARBAMAZEPINĂ	200 mg/ zi Creștere de 200 mg/ săptămână	300-1600 mg/ zi în 3-4 doze divizate dacă e formulare cu acțiune rapidă sau 2 doze divizate dacă e formulare cu acțiune prelungită	Interacțiuni medicamentoase cu medicație metabolizată prin sistemul citocromului P450 SIADH, sedare, ataxie, vertij, diplopie, mielotoxicitate.
ACID VALPROIC/ VALPROAT SODIC	15 mg/ kg/ zi 250-500 mg/ zi Creșteri săptămânale	1000-3000 mg/ zi până la maxim 60 mg/ kg/ zi (de verificat nivelurile serice!) în 3 doze divizate sau 2 doze divizate dacă este preparat cu	Interacțiuni medicamentoase cu medicație metabolizată prin sistemul citocromului

	cu 250 mg	eliberare prelungită Se scad dozele în cazul insuficienței hepatice!	P450 Sedare, tremor, ataxie, creștere ponderală, trombocitopenie, toxicitate hepatică.
OXCARBAZEPINA	300-600 mg/ zi	900-2400 mg/ zi <i>Se scad dozele în insuficiența renală!</i>	Somnolență, amețeli, hiponatremie, ataxie, diplopie.
FENOBARBITAL	NA	60-250 mg/ zi, maxim 600 mg/ zi 1-5 mg/ kg la adult în 3-4 doze divizate	Depresie a sistemului nervos central, depresie respiratorie, somnolență, erupție cutanată
GABAPENTIN	NA	300-3600 mg/ zi în monoterapie Maxim 1800 mg/ zi ca terapie adjuvantă în 3-4 doze divizate. Se scad dozele în funcție de clearance-ul la creatinină în insuficiența renală: ClCr ≥ 60 ml/ min 900-3600 mg/ zi divizate în 3 doze ClCr 30-50 ml/ min 400-1400 mg/ zi divizate în 2 doze ClCr 15-29 ml/ min 200-700 mg/ zi în doză unică ClCr ≤15 ml/ min 100-300 mg/ zi în doză unică, ajustată în funcție de scăderea ClCr (de exemplu: pacient cu ClCr 7,5 ml/ min primește jumătate din doza care s-ar administra unui pacient cu ClCr 15 ml/ min) Pacient hemodializat: doza se stabilește în funcție de ClCr	

		estimat conform valorilor de mai sus și se mai administrează doză suplimentară cuprinsă între 125 și 350 mg/ zi la 4 ore după ședința de hemodializă (David McAuley, n.d.).	
LEVETIRACETAM	750-1000 mg/ zi	1000-3000 mg/ zi în 2 doze divizate Se scad dozele în insuficiență renală.	Agresivitate, anxietate, somnolență, astenie, amețeli.
LAMOTRIGINĂ	50 mg/ zi 2 săptămâni Se crește doza cu 25-50 mg/ săptămână	100-500 mg/ zi în 2 doze divizate Se scad dozele în insuficiență renală sau hepatică.	Erupție cutanată, mai ales la creștere prea rapidă a dozelor.
TOPIRAMAT	25 mg/ zi Se crește doza cu 25-50 mg/ săptămână	75-400 mg/ zi în 2 doze divizate Se scad dozele în insuficiență renală.	Somnolență, confuzie, interacțiuni cu medicamente metabolizate prin sistemul citocromului P450.
CLONAZEPAM	NA	1-6 mg/ zi în 2-3 doze divizate	Depresie SNC, depresie respiratorie, somnolență, agitație paradoxală.
CLOBAZAM	10 mg/ zi	10-30 mg/ zi, maxim 60-80 mg/ zi în 2 doze divizate	Depresie SNC, depresie respiratorie, somnolență,

(Tradounsky, G., 2013)

c) La pacient cu crize epileptice frecvente și rezistente la tratament standard

- Se administrează Levetiracetam în infuzie subcutanată continuă, diluat în soluție NaCl 0,9%.
- Rata de conversie oral-s.c. este 1:1.
- Doza maximă în infuzie subcutanată continuă: 2000 mg/ 24 ore.
- Reacții locale eritematoase sau de albire a tegumentelor pot apărea, dar fără afectarea absorbției substanței.
- Levetiracetam este compatibil cu: hioscin butilbromid, levomepromazină, metoclopramid, midazolam, morfină. (Hirst, 2024)

- Dacă persistă crize epileptice sub infuzie subcutanată continuă cu Levetiracetam, se administrează în criză benzodiazepină de primă intenție (Sutherland, A., et al, 2021).

Fișa 7. Educația familiei

- familia va fi instruită despre măsurile pentru siguranța pacientului în timpul unei crize epileptice: va fi amplasat în poziția laterală de siguranță, vor fi înlăturate toate obiectele din jur care pot deveni vătămătoare, nu se va introduce niciun obiect în cavitatea bucală a pacientului, nu va fi lăsat singur pacientul pe durata crizei, se va monitoriza durata crizei
- asigurarea unui kit de medicație pentru administrare la domiciliu în caz de criză epileptică (Diazepam pentru administrare intrarectală, Midazolam cu administrare bucală sau intranazală).

Fișa 8. Management-ul crizei epileptice la pacientul în stare terminală

- medicația antiepileptică prescrisă profilactic poate fi oprită în condiții de siguranță la pacienții cu tumori cerebrale care nu au avut niciodată crize epileptice (Hirst,B., 2024)
 - la pacienții cu tumori cerebrale cu istoric de crize epileptice, în special dacă au prezentat și status epileptic, medicația anticonvulsivantă se va continua pe cât de mult posibil (Hirst,B., 2024)
 - la pacienții la care nu se poate administra pe cale orală medicația, se poate administra medicație antiepileptică pe cale rectală (Hirst,B., 2024)
 - medicație care s-a dovedit eficientă în administrare rectală: carbamazepină, fenobarbital, valproat sodic, lamotrigină
 - nu este necesară ajustarea dozelor pentru administrare rectală; carbamazepina se va administra în mai multe doze mici, de 6-8 ori pe zi, iar lamotrigina se va administra după zdrobire și dizolvare în 10 ml apă a tabletelor masticabile (Hirst,B., 2024)
 - la pacientul cu prognostic foarte scurt, se va evalua dacă nu este futilă continuarea medicației antiepileptice pe baza istoricului și judecății clinice. (Hirst,B., 2024)
1. Criză epileptică unică autolimitată
 - se vor identifica și trata factorii corectabili
 - dacă nu se identifică nicio cauză reversibilă, se poate lua în calcul administrarea de medicație antiepileptică (Hirst,B., 2024).
 2. Criză epileptică inaugurală în starea terminală
 - Midazolam 5-10 mg s.c./ bucal administrat imediat când prezintă criză epileptică.
 - Se administrează Midazolam în infuzie subcutanată continuă în doză de 20-30 mg/ 24 ore
 - Se administrează doze PRN și se titrează până la cuparea crizelor.
 - Dacă persistă crizele, poate fi necesară schimbarea pe Fenobarbital.
 - Fenobarbital se administrează 100 mg i.m. imediat, apoi se începe infuzie subcutanată continuă de la 100 mg/ 24 ore cu titrare până la 400 mg/ 24 ore.

- Fenobarbital se diluează în soluție NaCl 0.9% și nu se amestecă niciodată cu alte substanțe, se administrează pe cateter subcutanat dedicat (Hirst,B., 2024).
3. Crize epileptice frecvente și rezistente la tratament standard, la pacient cunoscut cu epilepsie, în special secundară
- Midazolam 5-10 mg s.c./ bucal administrat imediat când pacientul prezintă criză epileptică
 - Se administrează Midazolam în infuzie subcutanată continuă în doză de 20-30 mg/ 24 ore
 - Se administrează doze PRN și se titrează până la cuparea crizelor (Hirst,B., 2024).

V. SITUAȚII PARTICULARE PRIVIND MEDICAȚIA ANTICONVULSIVANTĂ (Leon Ruiz, M., et al, 2019)

1. Patologie cardiovasculară – insuficiență cardiacă sau aritmii

- contraindicații: fenitoină
- precauțiuni: carbamazepină, lacosamidă
- medicamente recomandate: Valproat sodic, levetiracetam, gabapentin, lamotrigină, topiramat, pregabalin

2. Insuficiență renală

- contraindicații: gabapentin, pregabalin
- precauțiuni: levetiracetam, topiramat, lacosamidă, fenobarbital
- medicamente recomandate: Valproat sodic, lamotrigină, carbamazepină, fenitoină

3. Afecțiuni hepatice

- contraindicații: Valproat sodic, clobazam, clonazepam, lamotrigină
- precauțiuni: carbamazepină, fenitoină, fenobarbital
- medicamente recomandate: lacosamidă, gabapentin, levetiracetam, pregabalin, topiramat

4. Pneumopatii

- contraindicații: benzodiazepine, fenobarbital
- precauțiuni: carbamazepină, fenitoină
- medicamente recomandate: gabapentin, lacosamidă, levetiracetam, topiramat, Valproat sodic

5. Deficite cognitive

- contraindicații: benzodiazepine, carbamazepină, fenobarbital, fenitoină
- precauțiuni: pregabalin, Valproat sodic
- medicamente recomandate: gabapentin, levetiracetam, lamotrigină

6. Sarcină

- contraindicații: toate excepție cele de mai jos
- precauțiuni: levetiracetam, topiramat
- medicamente recomandate: lamotrigină, carbamazepină

7. Persoane vârstnice

- contraindicații: toate excepție cele de mai jos
- medicamente recomandate: levetiracetam, lacosamidă, gabapentin, lamotrigină

VI. MANAGEMENTUL CRIZELOR EPILEPTICE LA COPIL SAU TÂNĂR CU NECESAR DE ÎNGRIJIRI PALIATIVE

1. Evaluare

Se vor avea în vedere:

- sindroame epileptice cunoscute cu istoric de status epileptic
- anomalii structurale SNC (patologie tumorală)
- afecțiuni neuro-degenerative
- vărsături sau dismotilitate intestinală care interferează cu absorbția medicației antiepileptice
- intercurrentă infecțioasă sau tulburări metabolice care scad pragul convulsivant
- medicamente care scad pragul convulsivant

Identificare cauze reversibile:

- Diselectrolitemii
- Boli febrile
- Durere
- Constipație
- Deprivare de somn
- Stimulare excesivă prin factori de mediu (Nohavicka, L., et al, 2026)

2. Tratatamentul în criză epileptică acută

1. Identificare pacienți la risc

- patologie care predispune la crize epileptice
- afecțiuni care interferează cu absorbția medicației

2. Fii pregătit

- educarea familiei
- discuții despre opțiunile de tratament
- kit medicație disponibilă la domiciliu

3. Diagnosticarea crizei epileptice

- semiologia crizei
- diagnostic diferențial cu mioclonii, spasme musculare, tulburări de mișcare, agitație terminală, alte etiologii ale alterării stării de conștiență, reacții motorii la durere, constipație sau retenție urinară

4. Gestionare cauze reversibile
5. Intervenții farmacologice
 - Midazolam bucal sau Diazepam intrarectal
 - se pot repeta la 10-15 minute
 - dacă după 10-15 minute persistă criza – soluție 50% paraldehidă cu ulei măsline intrarectal
 - dacă după 10-15 minute persistă criza – Midazolam în infuzie subcutanată continuă sau i.v.
 - dacă după 10-15 minute persistă criza – se adaugă Fenobarbital jumătate din doza de încărcare 10 mg/ kg, maxim 600 mg/ zi sau Levetiracetam s.c./ i.v.
6. Reevaluare la fiecare oră, apoi la 24 ore după ce se opresc crizele, cu posibilitate de reducere treptată a infuziei subcutanate continue Midazolam (Nohavicka, L., et al, 2026).

3. Managementul statusului epileptic

1. Midazolam bucal sau Diazepam intrarectal
2. Repetare benzodiazepină după 10 minute
3. Paraldehidă intrarectal
4. Încărcare cu Fenobarbital s.c./ i.v. jumătate din doza de încărcare de 10 mg/ kg (poate fi repetat) sau Levetiracetam s.c.
5. Infuzie subcutanată continuă Midazolam
6. Rotație la Clonazepam dacă dozele progresiv crescute de Midazolam nu cupează statusul. Se poate adăuga medicament antiepileptic adjuvant
7. Alternativă: infuzie subcutanată continuă de Levetiracetam sau Fenobarbital (Nohavicka, L., et al, 2026).

4. Doze pediatrice medicație antiepileptică

Levetiracetam

- Copii de la 1 lună:

Inițial 5-10 mg/ kg/ doză p.o./ s.c/ i.v. în 2 doze

Creștere doză cu 5-10 mg/ kg/ doză p.o./ s.c/ i.v. în 2 doze la 3-7 zile

Doza menținere 15-30 mg/ kg/ doză p.o./ s.c./ i.v. în 2 doze

Doza maximă: 50 mg/ kg/ doză p.o./ s.c./ i.v. de 2 ori pe zi sau 1500 mg/ doză

- Adolescenți

Inițial 250 mg/ doză p.o./ s.c/ i.v. în 2 doze

Creștere doză cu 250 mg/ doză p.o./ s.c/ i.v. în 2 doze la 3-7 zile

Doza menținere 500-1500 mg/ doză p.o./ s.c./ i.v. în 2 doze

Doza maximă: 1500 mg/ doză p.o./ s.c./ i.v. de 2 ori pe zi.

- Status epileptic refractar

60 mg/ kg/ doză i.v. o dată

Maxim 4500 mg/ doză

(pedmed, ND)

Midazolam

Status epileptic refractar

Doză încărcare: 0,1 mg/ kg/ doză, maxim 10 mg/ doză i.v. în 2-3 minute urmat de infuzie i.v. continuă de 120 mcg/ kg/ h

Se crește doza cu 120 mcg/ kg/ h la fiecare 5 minute până la controlul crizelor, maxim 900 mcg/ kg/ h

Criză epileptică acută

Bucal: 0,2-0,3 mg/ kg/ doză maxim 10 mg/ doză
(pedmed, ND)

8. Diazepam

Status Epileptic:

0.3 mg/ kg/ doză i.v. sau 0.5 mg/ kg/ doză i.r.

Doza i.v. maximă per doză:

< 5 ani: 5 mg i.v.

>= 5 ani: 10 mg i.v.

Doza i.r. maximă per doză:

20 mg i.r.

(pedmed, ND)

VII. STUDIU DE CAZ

Domnul A.P. în vârstă de 70 ani cunoscut diabetic tip 2 noninsulinonecesitant, hipertensiv, cu carcinom pulmonar fără celule mici chimiotratat, cu determinări secundare cerebrale pentru care a efectuat radioterapie whole-brain în urmă cu 1 lună se prezintă la consult pentru mișcări tonico-clonice ale membrelor drepte, cu durată sub 5 minute, observate de soție în timpul somnului în ultimele 2 nopți. Pacientul se află sub tratament cu 4mg/ zi Dexametazonă p.o., Siofor 1500 mg/ zi, Indapamid 1,5 mg/ zi, Atacand 8 mg/ zi, Pantoprazol 20 mg/ zi.

1. Ce investigații indicați domnului A.P.?
2. Modificați schema de tratament actuală? Explicați.
3. Inițiați tratament antiepileptic profilactic? Motivați răspunsul.
4. Ce medicament alegeți pentru tratamentul crizei epileptice acute?

După ajustarea schemei terapeutice, domnul A.P. nu a prezentat crize epileptice pentru 2 luni, iar investigațiile nu au relevat modificări semnificative. În evoluție, acesta dezvoltă alterarea stării generale, cu slăbiciune generalizată și este internat în Secția Îngrijiri Paliative. Pacientul este tot mai astenic, imobilizat la pat, cu tulburări de deglutiție pentru solide și lichide, este necesară administrarea medicației pe cale parenterală. Examenul clinic relevă un pacient în status de performanță ECOG 4, cașectic, cu tegumente palide, cu respirații spontane, SaO₂ 89-90% cu supliment de O₂ pe mască facială, zgomote cardiace ritmice, slab bătute, TA=90/50 mm Hg, AV 85 bpm, abdomen depresibil, nedureros, tranzit intestinal încetinit, micțiuni spontane, oligurie, fără semne de focar neurologic. Domnul A.P. prezintă într-o dimineață o

criză epileptică tonico-clonică bilaterală, cu alterarea stării generale, cu durată de peste 5 minute. Pacientul este monitorizat cardiovascular și respirator, poziționat în poziție laterală de siguranță; se administrează 10 mg Midazolam s.c., mișcările tonico-clonice și alterarea conștienței persistând la 10 minute de la doza inițială Midazolam, motiv pentru care se repetă administrarea de Midazolam. În 3 minute, criza epileptică este cupată. Domnul A.P. își recapătă conștiența, dar devine în următoarele ore progresiv tot mai somnolent, mai slab responsiv, alternativ prezentând episoade de agitație psihomotorie care conduc la scăderea SaO₂, se evidențiază centralizarea circulației, cu tegumente marmorate în periferie. Nu mai înghite nici cantități mici de lichide.

5. Se mai administrează domnului A.P. medicație antiepileptică? Ce alegeți?

Sub tratament, pacientul nu mai prezintă crize epileptice, este liniștit, cu SaO₂ constantă, fără efort respirator. Peste 36 ore de la criza epileptică, domnul A.P. decedează, înconjurat de familia sa.

Răspunsuri:

1. Se efectuează analize de laborator pentru identificare factori potențial corectabili: glicemie, uree, creatinină, TGO, TGP, sodiu seric, potasiu seric, calciu seric total, calciu ionic, hemogramă, gazometrie sanguină.

Datorită prezenței metastazelor cerebrale și a recente radioterapii whole-brain, se repetă examenul RMN cerebral cu substanță de contrast, incluzând secvențele T2 și FLAIR pentru evaluarea edemului cerebral.

Analizele de laborator ale domnului A.P. au fost în limite normale. Examenul RMN cerebral a evidențiat accentuarea gradului de edem cerebral, respectiv determinări secundare cerebrale staționare numeric și dimensional.

2. Se crește doza de Dexametazonă la 8 mg s.c. în doză unică zilnic, cu reevaluare la 1 zi, apoi la 1 săptămână pentru oportunitatea scăderii progresive a dozelor până la doza minim eficientă. Se reevaluează de către diabetolog tratamentul antidiabetic oral pentru a se evita hipoglicemiile.

Se asociază profilaxie pentru pneumonia cu *Pneumocystis jiroveci*, deoarece se administrează corticoterapie peste 1 lună.

3. Domnul A.P. a prezentat 2 crize epileptice neprovocate și prezintă leziuni cerebrale structurale, motiv pentru care se inițiază medicație antiepileptică profilactică – Levetiracetam 500 mg de 2 ori pe zi p.o.

4. În caz de criză epileptică cu durată de peste 5 minute, domnul A.P. sau un aparținător al acestuia va administra 10 mg Diazepam intrarectal, având medicația disponibilă la domiciliu. Doza se poate repeta la 10-15 minute dacă nu sunt cupate crizele. Se va apela 112 dacă nici a doua doză nu asigură controlul crizelor epileptice. Se vor asocia măsurile nonfarmacologice de urgență – poziție laterală de siguranță, asigurarea libertății căilor respiratorii, asigurarea unui mediu ambiant care să nu poată induce leziuni.

5. Domnul A.P. se află în stare terminală; pentru controlul simptomelor reprezentate de crize epileptice generalizate, agitație psihomotorie care asociază efort respirator și desaturare arterială în oxigen, se administrează 20 mg/ zi Midazolam în infuzie subcutanată continuă, cu

doze PRN de 5 mg Midazolam, maxim 40 mg/ zi. Dozele se ajustează zilnic pentru controlul simptomelor.

VIII. REZUMAT

Nu este recomandată administrarea de medicație antiepileptică profilactică la pacienții cu tumori cerebrale care nu au prezentat o criză epileptică.

Apariția unei crize epileptice la pacient oncologic fără patologie tumorală cerebrală primară sau secundară cunoscută se va investiga prin examen IRM cerebral cu substanță de contrast, în absența contraindicațiilor.

La pacient cu tumoră cerebrală primară sau secundară cunoscută și crize epileptice secundare, se recomandă repetarea imagisticii cerebrale (IRM cerebral cu substanță de contrast).

La pacientul cu tumoră cerebrală, se va trata edemul cerebral cu dexametazonă doar când este simptomatic.

Se va evita medicația antiepileptică inductoare enzimatic la pacientul cu tratament chimioterapic.

Medicația antiepileptică profilactică se va alege în funcție de tipul de crize, medicația concomitentă, patența căii orale.

Se vor identifica și trata cauzele reversibile ale crizelor epileptice atât la adult, cât și la copil.

Se vor identifica și controla factorii predispozanți pentru crize epileptice.

Bibliografie

1. Beniczky, S., Trinka, E., Wirrell, E., Abdulla, F., Al Baradie, R., Alonso Vanegas, M., Auvin, S., Singh, M. B., Blumenfeld, H., Bogacz Fressola, A., Caraballo, R., Carreno, M., Cendes, F., Charway, A., Cook, M., Craiu, D., Ezeala-Adikaibe, B., Frauscher, B., French, J., Gule, M. V., ... Cross, J. H. (2025). Clasificarea actualizată a crizelor epileptice: Document de poziție al Ligii Internaționale Împotriva Epilepsiei. *Epilepsia*, 66(6), 1804–1823. <https://doi.org/10.1111/epi.18338>
2. Fisher, R. S., Acevedo, C., Arzimanoglou, A., Bogacz, A., Cross, J. H., Elger, C. E., Engel, J., Jr., Forsgren, L., French, J. A., Glynn, M., Hesdorffer, D. C., Lee, B. I., Mathern, G. W., Moshé, S. L., Perucca, E., Scheffer, I. E., Tomson, T., Watanabe, M., & Wiebe, S. (2014). Raport oficial ILAE: o definiție clinică practică a epilepsiei. *Epilepsia*, 55(4), 475–482. <https://doi.org/10.1111/epi.12550>
3. Grönheit, W., Popkirov, S., Wehner, T., Schlegel, U., & Wellmer, J. (2018). Management practic al crizelor epileptice și al statusului epileptic la pacienții adulți din îngrijirea paliativă. *Frontiers in Neurology*, 9, 595. <https://doi.org/10.3389/fneur.2018.00595>
4. GlobalRPH. (n.d.). Gabapentin. Accesat februarie 25, 2026, de la <https://globalrph.com/renal/gabapentin/>
5. Hirst, B. (2021). Ghiduri de îngrijire paliativă: Managementul crizelor/epilepsiei la pacienții care nu pot înghiți medicamente orale. Accesat februarie 25, 2026, de la https://best.barnsleyccg.nhs.uk/media/epeo0imr/palliative_care_guideline_-_management_of_seizures.pdf
6. Kälviäinen, R., & Reinikainen, M. (2019). Managementul crizelor epileptice prelungite și al statusului epileptic la pacienții din îngrijirea paliativă. *Epilepsy & Behavior*, 101(Pt B), 106288. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2019.04.041>

7. León Ruiz, M., Rodríguez Sarasa, M. L., Sanjuán Rodríguez, L., Pérez Nieves, M. T., Ibáñez Estélez, F., Arce Arce, S., García-Albea Ristol, E., & Benito-León, J. (2019). Ghiduri pentru managementul crizelor epileptice în îngrijirea paliativă: propunere pentru un model clinic actualizat bazat pe revizuire sistematică a literaturii. *Neurología*, 34(3), 165–197. <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2016.11.010>
8. Nohavicka, L., Harrop, E., Mellor, C., Vawda, H., & Villanueva, G. (2026). Managementul crizelor epileptice la copii și tineri în contextul îngrijirii paliative. APPM. Accesat februarie 25, 2026, de la <https://www.appm.org.uk/webedit/uploaded-files/All%20Files/Clinical%20guidelines/Seizures Clinical%20guidelines%20APPM.pdf>
9. Palliative Drugs. (n.d.). Politica actualizată pentru crize epileptice. Accesat februarie 25, 2026, de la https://www.palliativedrugs.org/download/181205_updated_seizure_policy_final.pdf
10. PedMed. (n.d.-a). Informații medicament: Gabapentin. Accesat februarie 25, 2026, de la <https://pedmed.org/pedprintdrug.php?drugID=13>
11. PedMed. (n.d.-b). Informații medicament: Levetiracetam. Accesat februarie 25, 2026, de la <https://pedmed.org/pedprintdrug.php?drugID=243>
12. PedMed. (n.d.-c). Informații medicament: Lacosamidă. Accesat februarie 25, 2026, de la <https://pedmed.org/pedshowdrug.php?drugID=117>
13. Right Decisions in Palliative Care. (n.d.). Crize epileptice. Accesat februarie 25, 2026, de la <https://www.rightdecisions.scot.nhs.uk/scottish-palliative-care-guidelines/symptom-management/seizures/>
14. Roth, P., Pace, A., Le Rhun, E., Weller, M., Ay, C., Cohen-Jonathan Moyal, E., Coomans, M., Giusti, R., Jordan, K., Nishikawa, R., Winkler, F., Hong, J. T., Ruda, R., Villà, S., Taphoorn, M. J. B., Wick, W., Preusser, M., EANO Executive Board, & ESMO Guidelines Committee. (2021). Complicații neurologice și vasculare ale tumorilor cerebrale primare și secundare: Ghiduri clinice EANO-ESMO pentru profilaxie, diagnostic, tratament și urmărire. *Annals of Oncology*, 32(2), 171–182. <https://doi.org/10.1016/j.annonc.2020.11.003>
15. Sutherland, A., Meldon, C., Harrison, T., & Miller, M. (2021). Levetiracetam subcutanat pentru managementul crizelor epileptice la sfârșitul vieții: Audit și revizuire a literaturii actualizate. *Journal of Palliative Medicine*, 24(7), 976–981. <https://doi.org/10.1089/jpm.2020.0414>
16. Tradounsky, G. (2013). Crize epileptice în îngrijirea paliativă. *Canadian Family Physician Médecin de Famille Canadien*, 59(9), 951–e405.
17. Trinka, E., Cock, H., Hesdorffer, D., Rossetti, A. O., Scheffer, I. E., Shinnar, S., Shorvon, S., & Lowenstein, D. H. (2015). Definiție și clasificare a statusului epileptic: Raport al ILAE Task Force privind clasificarea statusului epileptic. *Epilepsia*, 56(10), 1515–1523. <https://doi.org/10.1111/epi.13121>
18. Ziso, B. (n.d.). Managementul crizelor epileptice și epilepsiei în îngrijirea paliativă. The Walton Centre NHS Foundation Trust. Accesat februarie 25, 2026, de la <https://nwpgmd.nhs.uk/sites/default/files/Seizures%20and%20epilepsy%20management%20in%20palliative%20care.pdf>

Capitolul 5.2

Hemoragii

Autor: Claudia Cristina Tărniceriu
Revizor: Vladimir Porocho

I. ASPECTE TEORETICE

1. Definiție - hemoragia este definită ca orice pierdere de sânge (internă sau externă) care apare din cauza naturii bolii avansate (oncologice) și/ sau comorbidităților asociate și contribuie semnificativ la povara simptomatică a pacientului ducând la scăderea calității vieții (Shah et al., 2023; Johnstone & Rich, 2018; Pereira et al., 2015).

2. Prevalență și incidență:

- A fost observat un risc crescut de producere a evenimentelor hemoragice la pacienții cu cancer (Shah et al., 2023; Johnstone & Rich, 2018; Pereira et al., 2015).
- Malignitățile hematologice prezintă un risc crescut de sângerare comparativ cu tumorile solide, dat fiind prezența trombocitopeniei severe, a coagulării intravasculare diseminate și a spitalizărilor prelungite (Vigneron et al., 2024; Gergi et al., 2025; Sood et al., 2019).
- Datele din studii observaționale indică o incidență a sângerărilor clinice de aproximativ 6–14% la pacienții cu cancer avansat, în timp ce hemoragiile masive sau terminale sunt mult mai rare, dar aproape întotdeauna fatale și profund traumatizante pentru martori (Englisch et al., 2024; Shah et al., 2023; Sood et al., 2019).

3. Mecanismele implicate în apariția hemoragiei

În practică, riscul de sângerare este mai degrabă rezultatul cumulului de factori (boală de fond, tratamente, comorbidități, infecții, malnutriție) decât al unui singur parametru izolat, cum ar fi numărul de trombocite (Sood et al., 2019; Johnstone & Rich, 2018). Tabelul 1 transpune aceste mecanisme în factori clinici de risc ușor de recunoscut în practica de zi cu zi.

Tabelul 1. Mecanisme și factori implicați în producerea hemoragiei în îngrijirea paliativă

Factor	Exemple
Factori legați de boala de fond	- tumori local avansate (cap și gât, digestive, pulmonare, genito-urinare) - infiltrație vasculară - metastaze hepatice
Tulburări de hemostază	- trombocitopenie - coagulopatii dobândite (CID, deficit de factori de coagulare) - insuficiență hepatică sau renală avansată
Factori terapeutici	- tratament antiagregant/ anticoagulant - corticoterapie - chimioterapie mielosupresoare - radioterapie recentă pe zone foarte vascularizate
Factori generali	- infecții severe - malnutriție - fragilitate vasculară legată de vârstă - comorbidități cardiovasculare

II. RECOMANDĂRI CU PRIVIRE LA MANAGEMENTUL HEMORAGIILOR ÎN ÎNGRIJIREA PALIATIVĂ

Baza de dovezi pentru managementul hemoragiei în context paliativ este limitată, majoritatea recomandărilor provenind din studii observaționale, serii de cazuri și consens al experților (Sood și col., 2019; Johnstone și Rich, 2018; Pereira și col., 2015). În aceste condiții, deciziile trebuie individualizate, iar intervențiile alese în funcție de prognostic, obiectivele de îngrijire, resursele disponibile și preferințele pacientului (Sanders și col., 2024; National Cancer Grid, 2020, 2021). Tabelul 2 rezumă recomandările practice pentru prevenția și managementul hemoragiei la pacienții aflați în îngrijiri paliative, structurate pe etape (prevenție, hemoragii non-catastrofale, hemoragie majoră/ terminală) și pe tipuri de intervenții (măsurile generale, locale, sistemice, procedurale).

1. Prevenție și management general

Prevenția și managementul general al hemoragiei în îngrijirea paliativă se concentrează pe identificarea pacienților cu risc, revizuirea medicației cu potențial hemoragic și adaptarea investigațiilor și intervențiilor la obiectivele de îngrijire (Sood și col., 2019; Sanders și col., 2024; National Cancer Grid, 2020). Recomandările practice pentru prevenție și măsurile generale sunt sintetizate în tabelul 2.

2. Hemoragii non-catastrofale

Hemoragiile non-catastrofale includ episoadele de sângerare mucoasă, digestivă sau cutanată care produc stres important, dar nu pun imediat viața în pericol și permit intervenții locale și sistemice proporționale (Sood și col., 2019; Recka și col., 2012). Principalele măsuri terapeutice pentru controlul acestor episoade sunt prezentate în tabelul 2.

3. Hemoragie majoră/ terminală (catastrofală)

Hemoragia majoră sau terminală reprezintă o urgență paliativă, în care obiectivul central este reducerea rapidă a suferinței pacientului și a impactului traumatic asupra familiei, prin sedare de criză, limitarea intervențiilor agresive și măsuri non-farmacologice adecvate (Akinola și col., 2015; SPAGG, 2024; BC Centre for Palliative Care, 2019). Etapele de pregătire, intervenție și suport post-eveniment sunt sintetizate în tabelul 2 și dezvoltate în fișele 2 și 4.

Tabelul 2. Recomandările practice pentru prevenția și managementul hemoragiei în îngrijirea paliativă

Nr.	Recomandare	Nivel evidență	Forță recomandare
1	Revizuirea și eventual oprirea anticoagulantelor/ antiagregantelor și a altor medicamente cu risc de sângerare dacă nu mai există indicație puternică actuală (Sood și col., 2019).	B–C	1
2	Evitarea investigațiilor extensive și a transferurilor inutile în faza terminală; se limitează explorările la cele care pot	C	1

	schimba efectiv managementul simptomatic (Sanders și col., 2024; National Cancer Grid, 2020).		
3	Transfuzie eritocitară „single unit” cu scop paliativ (ameliorarea oboselii/ dispneei), nu pentru normalizarea hemoglobinei; reevaluare după fiecare unitate (Sanders și col., 2024).	C	2
4	Evitarea transfuziei profilactice de trombocite în fază terminală (ECOG 3–4) în absența sângerării clinice semnificative (Sood și col., 2019; Sanders și col., 2024).	B	2
5	Utilizarea acidului tranexamic (oral / i.v/ topic) pentru sângerări mucoase sau digestive non-catastrofale, cu ajustare la funcția renală și la riscul trombotic (Sood și col., 2019; BC Centre for Palliative Care, 2019).	B–C	2
6	Aplicarea de măsuri locale: presiune, agenți topici (adrenalină, tranexamic, sucralfat), pansamente hemostatice și îngrijire blândă a plăgilor tumorale (Sood și col., 2019; Recka și col., 2012).	C–D	2
7	Considerarea endoscopiei, radiologiei intervenționale sau radioterapiei hemostatice doar dacă sunt compatibile cu obiectivele de îngrijire și nu întârzie controlul simptomelor (Sood și col., 2019).	C	2
8	Identificarea precoce a pacienților la risc de hemoragie catastrofală (tumori de cap și gât, tumori care înconjoară vase mari) și elaborarea unui plan de criză (Akinola și col., 2015; SPAGG, 2024).	C–D	1
9	Pregătirea unui „kit de criză” (medicație anxiolitică/ sedativă, prosoape închise la culoare, materiale pentru îngrijire locală) la pacienții cu risc crescut de apariție a hemoragiei catastrofale (Akinola și col., 2015; SPAGG, 2024; BC Centre for Palliative Care, 2019).	D	1
10	Sedare terminală cu benzodiazepină (de exemplu midazolam) ± opioid în hemoragia catastrofală, cu obiectivul de a reduce anxietatea și amintirea evenimentului (SPAGG, 2024; Camartin și Björkhem-Bergman, 2022; Prommer, 2020).	C	1
11	În hemoragia majoră (catastrofală), se recomandă administrarea promptă, la debutul episodului, a unui opioid cu acțiune rapidă în asociere cu un benzodiazepin cu scopul de a controla durerea acută, dispneea, dozele fiind adaptate la tratamentul analgezic de fond și la	C	2

	statusul pacientului (Akinola și col., 2015; SPAGG, 2024; BC Centre for Palliative Care, 2019).		
12	Implementarea măsurilor non-farmacologice în hemoragia catastrofală: prezență continuă lângă pacient, prosoape închise la culoare, comunicare calmă cu pacientul și familia (SPAGG, 2024; Palliative Care Network of Wisconsin, 2025).	D	1
13	Oferirea de suport de doliu pentru familie și, când este nevoie, debriefing și suport psihologic pentru echipa implicată după un eveniment catastrofal (Akinola și col., 2015; Scottish Palliative Care Network, 2021).	D	1
14	Ajustarea sau evitarea anumitor hemostatice și proceduri invazive în insuficiența hepatică, renală, cardiacă sau insuficiența multiorganică; individualizarea pragurilor transfuzionale (Sood și col., 2019; National Cancer Grid, 2021).	C	2
15	Aplicarea aceluiași principii de confort și proporționalitate la copil, cu adaptarea strictă a dozelor la greutate și la funcția de organ și cu integrarea familiei în luarea deciziilor (Jassal, 2016; Jassal, 2022; Knops și col., 2015)	C	1

Clasificarea nivelului de evidență (A–D) și a forței recomandărilor (1–2) urmează principiile generale ale sistemului GRADE, adaptate contextului îngrijirii paliative și bazei de dovezi disponibile pentru acest ghid, unde A indică dovezi de înaltă calitate (studii clinice randomizate, meta-analize), B dovezi moderate (studii observaționale, ghiduri bine fundamentate), C dovezi limitate sau indirecte (serii de cazuri, studii mici), D opinia experților și consensul de specialitate, iar forța 1 corespunde recomandărilor puternice (standard de bună practică) și forța 2 recomandărilor condiționate, care necesită individualizare în funcție de contextul clinic și preferințele pacientului.

III. ALGORITM DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT – FLUX DECIZIONAL

Algoritmul urmărește decizii rapide și clare, aplicabile la patul bolnavului în îngrijiri paliative (fig. 1). Deciziile ilustrate în algoritm trebuie corelate cu recomandările detaliate din Fișele 1–4. Fișa 1: reprezintă fișa de evaluare clinică pentru a ghida deciziile din algoritm. Fișa 2: protocol de stare terminală în hemoragia catastrofală (Prommer, 2020). Fișa 3: managementul hemoragiilor la pacientul oncologic/ paliativ și utilizarea acidului tranexamic (Sood și col., 2019). Fișa 4: adaptată din ghidul SPAGG/ West Midlands pentru hemoragie majoră (catastrofală), (SPAGG, 2024).

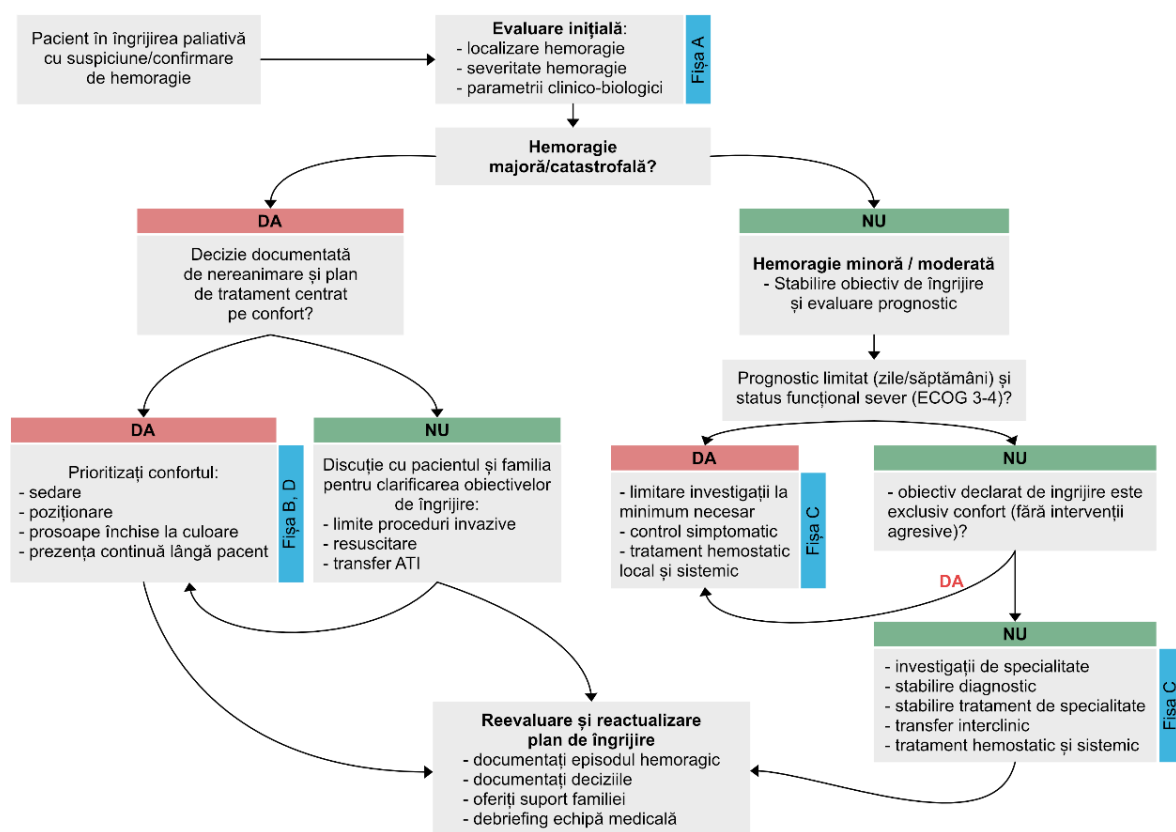


Fig. 1 Fluxul decizional – hemoragie în îngrijirea paliativă

IV. FIȘE SUPORT

Fișa 1. Fișă de evaluare a hemoragiei și parametri

Grad de severitate	Caracteristici clinice	Parametri orientativi
Minoră	Cantitate mică de sânge, ușor de controlat local, fără simptome sistemice. Pacient alert.	TA normală, AV normală, FR normală, SpO ₂ >94%.
Moderată	Sângerare vizibilă, simptomatologie ușoară (slăbiciune, amețeală), fără instabilitate majoră.	TA ușor scăzută, AV 90–110/min, FR 18–22/min, SpO ₂ ≥92%.
Majoră	Sângerare abundentă, simptome marcate (slăbiciune importantă, hipotensiune, dispnee), pacient somnolent.	TA <100 mmHg, AV >110/min, FR >22/min, SpO ₂ <92%.
Catastrofală	Pierdere rapidă masivă de sânge, risc vital imediat, dificil de controlat; pacient obnubilat/comă.	TA foarte scăzută/nedetectabilă, AV >120/min, FR >25/min, SpO ₂ <90%.

De completat la patul bolnavului

- Data/ora episodului: _____
- Context: spital / hospice / domiciliu
- TA: mmHg | AV: ____/min | FR: ____/min | SpO₂: ____%
- Stare conștiență: alert / somnolent / obnubilat / comă
- Localizare probabilă: GI / respirator / uro-genital / tegumentar / ginecologic / altul: _____
- Severitate: minoră / moderată / majoră / catastrofală (încercuiește)

Fișa 2. Protocol de stare terminală în hemoragia cataclismică

Componentă	Intervenții esențiale	Detalii practice
Metode farmacologice	Sedare/anxioliză de criză	Midazolam i.v, alternativ i.m./ intranasal dacă nu există acces i.v. Calea s.c. nu este recomandată în colaps circulator.
	Control dispnee/durere	Tratament opioid dacă există dispnee sau durere importantă.
	Limitarea intervențiilor agresive	Nu se inițiază resuscitare, vasopresoare, ATI dacă există decizie de nerezuscitare/ plan de confort.
Metode non-farmacologice	Reducerea impactului vizual	Prosoape și lenjerie închisă la culoare în jurul pacientului, pentru a masca sângele.
	Poziționare și mediu	Poziționare confortabilă (ex. decubit lateral pe plămânul afectat), lumină discretă, zgomot minim, puține persoane în cameră.
	Prezență continuă	Un membru al echipei rămâne lângă pacient, oferind contact calm și cuvinte liniștitoare.
Suport psiho-emoțional	Informarea familiei	Mesaj scurt și clar: „Are loc o sângerare severă pe care nu o putem opri; am sedat pacientul ca să nu sufere; suntem lângă el.” adaptat la pacient și familie.
	Sprijin imediat	Oferă posibilitatea de a sta lângă pacient, loc pentru ședere, apă, șervețele; recunoaște emoțiile („știm că este un moment foarte greu”).
	Debriefing și follow-up	După episod: scurt debriefing cu echipa; la nevoie, întâlniri ulterioare cu familia pentru clarificări și suport de doliu.

Fișa 3. Managementul hemoragiilor minore/ moderate

Acid tranexamic

Cale	Schema uzuală	Observații
i.v. bolus	1–1,5 g i.v. în 5–10 min	Ajustează doza în IR severă.
i.v. repetat/ perfuzie continuă	0,5–1 g la 6–8 h sau 2–3 g/ 24h perfuzie i.v. continuă	Pentru sângerări recurente/ persistente.
p.o.	1–1,5 g la 6–8 h	Pentru menținere după control inițial.
topic	Soluție 10–20% (gargară, instilații, tampoane)	Hemoragii locale (mucoase, plăgi).

Revizuirea medicației cu risc hemoragic

- Anticoagulante: continuă / reduce / oprește (motivație: _____).
- Antiagregante: continuă / oprește (motivație: _____).
- AINS: oprește; înlocuiește cu paracetamol sau alt analgezic adecvat.

De completat

- Medicamente administrate (tip, doză, cale, oră): _____
- Ajustări pentru IR/IC: _____
- Medicație oprită / modificată: _____

Fișa 4. Kit de criză pentru hemoragie catastrofală

Situație/ context	Medicament/ element	Cale preferată	Doză/ cantitate orientativă	Observații
Hemoragie catastrofală, agitație intensă, panică, risc vital imediat	Midazolam	i.m. deltoid sau i.v.	10 mg i.m. deltoid SAU 5–10 mg i.v. bolus lent; se poate repeta aceeași doză la 10 minute	Medicamentul central în criză; Scop: sedare rapidă, anxiolitic, amnezie. Calea s.c. nu este recomandată în colaps circulator.
Hemoragie catastrofală cu durere/ dispnee	Morfină	i.v. (dacă este posibil)/ s.c	2,5–5 mg i.v. diluată în 5–10 ml ser fiziologic, lent (începe cu	Se administrează doar asociat cu midazolam , pentru durere/dispnee, nu

Situație/ context	Medicament/ element	Cale preferată	Doză/ cantitate orientativă	Observații
– <i>pacient opioid-naiv</i>			2,5 mg la vârstnic/ pacienți fragili), repetabil la 5–10 minute, în funcție de răspuns	pentru oprirea sângerării.
Hemoragie catastrofală cu durere/ dispnee – <i>pacient deja pe morfină</i>	Morfină	i.v. (dacă este posibil)/ s.c	≈ 1/6 din doza totală de 24 h de morfină, i.v. în bolus lent; ajustare în funcție de momentul ultimei doze și status	Folosește doza la nevoie (aprox. 10–15% din doza zilnică), cu prudență dacă doza regulată a fost administrată recent.
Hemoragie terminală la domiciliu, fără acces i.v., familie instruită (unde există)	Midazolam bucal	bucal	10 mg bucal; se poate repeta 5 mg după 5–10 minute, în funcție de agitație, conform prescripției anticipative	Administrat de familie doar după instruire. Injecțiile i.v./ i.m. rămân responsabilitatea personalului medical.
Hemoragie catastrofală – orice context	Măsuri non-farmacologice	–	–	Prosoape închise la culoare, protejarea familiei de impactul vizual, contact rapid cu echipa IP.
Conținut minimal al kitului de criză (nivel serviciu IP/ spital)	Midazolam + morfină	–	Suficiente fiole pentru 2–3 doze de criză: orientativ ≥4–5 fiole midazolam și ≥4–5 fiole morfină per kit	Numărul exact se adaptează politicii locale și numărului de pacienți; unele ghiduri de prescriere anticipativă recomandă ~10 fiole per medicament.

Situație/ context	Medicament/ element	Cale preferată	Doză/ cantitate orientativă	Observații
Cutie de urgență cu medicamente	5 fiole midazolam 10 mg/ mL; 3 seringi; 3 ace verzi; 3 ace albastre; 10 mL acid tranexamic 500 mg/ 5 mL; 10 mL adrenalină 1:1000; 5 tampoane tifon 10×10 cm; 1 pansament hemostatic;			Adaptat după SPAGG / West Midlands Palliative Care „Major haemorrhage” guideline

V. PARTICULARITĂȚI CLINICE PE TIPURI DE HEMORAGIE

Aceste particularități completează recomandările generale și algoritmul, fără a înlocui judecata clinică și dialogul cu pacientul și familia.

1. Investigații proporționale cu scopul îngrijirii

Principalele investigații efectuate în contextul hemoragiilor în funcție de tipul de localizare sunt grupate în tabelul 4.1 și au la bază îndeplinirea criteriului etic de proporționalitate cu scopul îngrijirii și impactul asupra conduitei terapeutice.

Tabel 3. Investigații raportate la localizarea hemoragiei în îngrijiri paliative

Tip hemoragie	Investigații de bază	Investigații suplimentare (dacă schimbă conduita)	Observații
HDS	- hemogramă - coagulogramă - funcție hepatică - funcție renală	- endoscopie digestivă superioară - CT abdomen	Endoscopie doar dacă este posibil un gest hemostatic realist și acceptat de pacient (Sood și col., 2019; National Cancer Grid, 2021).
HDI	- hemogramă - coagulogramă - funcție renală - funcție hepatică	- Recto/ sigmoidoscopie - CT abdomen/ pelvis	Se indică doar dacă rezultatul poate duce la radioterapie, embolizare sau alt gest paliativ (Sood și col., 2019; National Cancer Grid, 2021).
Hemoptizie	- hemogramă - Rx torace	- CT torace - bronhoscopie - angiografie	Bronhoscopie/ embolizare doar la pacienți cu status bun și obiective de tratament care justifică procedura (Sood și col., 2019; National Cancer Grid, 2021).
Hematurie	- hemogramă - sumar urină - urocultură	- ecografie/ CT aparat urinar - cistoscopie	Cistoscopia se rezervă cazurilor în care se are în vedere lavaj, coagulare sau alt gest simptomatic paliativ (Sood și col., 2019; Recka și col., 2012; National Cancer Grid, 2021).
Tumori exulcerate / plăgi maligne	- Evaluare clinică locală	- Imagistică doar dacă se ia în discuție radioterapia în	Accent pe controlul sângerării, mirosului și exsudatului, nu pe diagnostic extensiv (Recka și col., 2012).

		scop paliativ sau chirurgia limitată	
Sângerare ginecologică	- hemogramă - coagulogramă	- Ecografie pelvină - CT/ MRI	Intervențiile invazive (embolizare, radioterapie) doar dacă pot aduce beneficiu simptomatic clar și sunt acceptate (Sood și col., 2019; National Cancer Grid, 2021).

2. Măsurile terapeutice în hemoragii localizate

Tabelul 4. sintetizează principalele măsuri locale și sistemice utilizate în practica curentă pentru controlul hemoragiilor localizate la pacienții aflați în îngrijiri paliative, incluzând doze orientative preluate din ghiduri și articole de referință.

Tabelul 4. Măsurile terapeutice locale și sistemice în funcție de localizarea hemoragiei în îngrijirea paliativă

Locație/ tip hemoragie	Măsurile locale principale	Terapie sistemică
Epistaxis/ sângerare ORL superficială (Sood și col., 2019; Chauncey și Morrison, 2023)	- compresie locală - poziție șezândă ușor aplecat înainte - tampoane îmbibate cu tranexamic acid 500 mg/ 5 ml sau adrenalină 1:1000	- acid tranexamic oral
Hemoptizie ușoară–moderată (Sood și col., 2019)	- poziționare pe partea plămânului afectat - nebulizări sau instilații locale cu vasoconstrictor (ex. adrenalină) în serviciile cu experiență	- acid tranexamic oral/ i.v
Sângerare digestivă (suspect neoplazică, non-catastrofală) (Sood și col., 2019).	- ridicarea capului - antiemetice - reducerea AINS/ antiagregante - endoscopie cu hemostază (clip, adrenalină, termocoagulare) în centre cu resurse și dacă se aliniază cu obiectivele de îngrijire	- acid tranexamic oral/ i.v - octreotid în suspiciune de varice esofagiene: bolus 50 µg i.v urmat de perfuzie 25–50 µg/ h
Hemoragii rectale/ vaginale ușoare– moderate (Sood și col., 2019; Recka și col., 2012)	- tampoane locale (rectale sau vaginale) cu îmbibate în tranexamic acid sau sucralfat - pansamente absorbante, protecția tegumentelor perineale	- acid tranexamic oral

Hematurie/ hemoragie vezicală (Sood și col., 2019).	- lavaj vezical continuu cu ser fiziologic, dacă manevra este disponibilă și acceptată - intravezical: antifibrinolitice conform protocoalelor urologice locale	- acid tranexamic, oral/ i.v - atenție la formarea de cheaguri intravezicale și riscul de obstrucție
Plăgi tumorale sângerânde (Recka și col., 2012; Somerset NHS Foundation Trust, 2023)	- presiune locală blândă - pansamente hemostatice (alginat de calciu, spumă) - aplicarea locală a acidului tranexamic se realizează aplicând conținutul unei fiole de 500 mg/ 5 ml direct pe un tifon steril, care se menține pe zona sângerândă 10–15 minute, cu presiune ușoară; tifonul se îndepărtează apoi, iar peste plagă se aplică pansamentul obișnuit, schema fiind utilizată zilnic ca măsură profilactică și reevaluată după aproximativ 2 săptămâni.	- acid tranexamic, oral în episoade recurente

VI. PARTICULARITĂȚI ÎN INSUFICIENȚELE DE ORGAN

Hemoragia la pacienții cu insuficiență hepatică, renală sau cardiacă are mecanisme și implicații terapeutice specifice, cu impact direct asupra deciziilor de investigație și tratament. În context paliativ, intervențiile trebuie adaptate la prognostic și la riscul cumulativ de sângerare și tromboză (tabel 5).

Tabelul 5. Particularități în managementul hemoragiei în insuficiențele de organ în îngrijirea paliativă

Insuficiență de organ	Mecanisme principale de risc hemoragic	Implicații pentru management
Insuficiență hepatică (Sood și col., 2019)	- scăderea sintezei factorilor de coagulare în special factorul VII - trombocitopenie prin hipersplenism - hipertensiune portală cu varice esofagiene.	- risc crescut de HDS; - indicația de endoscopie/ ligatură se evaluează strict în funcție de prognostic și capacitatea pacientului de a tolera procedura - transfuziile și corectarea coagulopatiei se indică predominant pentru

		beneficii simptomatice, nu pentru normalizarea parametrilor biologici.
Insuficiență renală (Sood și col., 2019).	- disfuncție plachetară - anemie - acumulare de medicamente (anticoagulante, AINS, antifibrinolitice).	- ajustarea sau oprirea anticoagulantelor și AINS - reducerea dozelor de acid tranexamic - evaluarea atentă a raportului risc/ beneficiu al transfuziilor și al procedurilor invazive.
Insuficiență cardiacă avansată (Li și Santana, 2024)	- congestie hepatică - tratament cronic cu anticoagulante/ antiagregante - fragilitate vasculară.	- reevaluarea indicației de anticoagulare (ex. fibrilație atrială) în context de prognostic limitat și risc hemoragic crescut - preferință pentru strategii de control simptomatic, cu limitarea procedurilor agresive.
Insuficiențe multiple de organ (Sood și col., 2019)	- suprapunerea mecanismelor de mai sus - hipotensiune arterială - malnutriție - infecții recurente.	- accent pe confort - clarificarea obiectivelor de îngrijire și documentarea unui plan explicit de limitare a tratamentului în caz de hemoragie majoră.

VII. PARTICULARITĂȚI ÎN PEDIATRIE

În pediatrie principiile sunt aceleași (anticipare, prevenirea distresului, proporționalitatea intervențiilor), dar dozele, comunicarea și rolul familiei au particularități importante (Jassal, 2016; Jassal, 2022). Literatura dedicată este mai limitată, multe recomandări fiind extrapolate din adult și adaptate la greutatea și dezvoltarea copilului (Knops și col., 2015).

1. Elemente generale

- Se recomandă identificarea precoce a copiilor cu risc hemoragic (tumori solide avansate, leucemii, trombocitopenie, coagulopatii) și discutarea anticipativă cu părinții despre posibilitatea unei sângerări severe și despre limitele intervențiilor (Jassal, 2016; Knops și col., 2015).
- Deciziile privind transfuziile (eritrocitare, plachetare) și procedurile invazive se iau individual, în funcție de simptomatologie, prognostic și context familial; în fazele

terminale se preferă intervenții minim invazive și axate pe confort (Jassal, 2016; Knops și col., 2015).

2. Elemente clinice și intervenții

Elementele cheie și intervențiile terapeutice care reflectă managementul hemoragiilor la copil sunt grupate în tabelul 6, iar în tabelul 7 sunt sistematizate dozele pediatrie orientative utilizate în managementul farmacologic (Jassal, 2016; Knops și col., 2015).

Tabel 6. Elemente cheie în hemoragia la copil în îngrijiri paliative

Aspect	Elemente practice
Tipuri de hemoragie frecvente	- sângerări mucoase (epistaxis, gingivoragii) - hemoragii digestive - hemoptizie - hemoragii cutanate la trombocitopenie severă.
Transfuzii	- transfuzia de trombocite și/ sau eritrocite se consideră pentru controlul simptomelor nu pentru normalizarea analizelor.
Tratament medicamentos local/ sistemic	- se pot utiliza acid tranexamic (oral, topic), vitamina K sau desmopresină în anumite coagulopatii, conform ghidurilor pediatrie și funcției de organ.
Hemoragie majoră/ catastrofală	- obiectivul este reducerea distresului copilului și familiei: sedare/ anxioliză de criză (opioid + benzodiazepină, doze/ kg), prosoape închise la culoare, suport continuu pentru părinți.

Tabel 7. Doze orientative în context hemoragic (pediatrie)

Medicament	Situație tipică	Doză orientativă pediatrie
Acid tranexamic per os	- sângerări mucoase recurente - profilaxie la copil cu trombocitopenie/ coagulopatie.	15–25 mg/ kg/ doză la 8–12 ore (max. aprox. 1 g/ doză), dacă funcția renală este adecvată.
Acid tranexamic i.v	- sângerare mai severă - imposibilitate de administrare orală.	10–15 mg/ kg în bolus lent; schema de perfuzie se individualizează conform protocoalelor locale.
Midazolam bucal/ intranasal	- criză de hemoragie cu anxietate marcată/ agitație severă.	0,2–0,3 mg/ kg, repetabil o dată după 5–10 minute; se respectă doza maximă zilnică recomandată local.
Morfină (oral/ s.c)	- durere sau dispnee la copil cu boală avansată.	doza este strict individualizată și titrată, conform ghidurilor locale de paliative pediatrie.

3. Comunicarea și rolul familiei

- comunicarea se adaptează la vârsta și nivelul de înțelegere al copilului, integrând părinții în deciziile privind intervențiile, transfuziile și planul pentru situații de criză
- atunci când riscul de hemoragie majoră este semnificativ, părinții trebuie pregătiți prin informații simple despre cum poate arăta un astfel de episod, ce medicație se va administra pentru a preveni suferința și ce pot face ei concret (să rămână lângă copil, să îl țină în brațe, utilizarea prosoapelor închise la culoare) (Jassal, 2016; Jassal, 2022).

VIII. STUDIU DE CAZ

1. Caz clinic: hemoragie terminală la pacient cu mielom multiplu

Domnul P.I., 78 de ani

Diagnostic:

- mielom multiplu stadiul III B, refractar la ultima linie de tratament, cu prognostic rezervat și internat într-o secție de îngrijire paliativă.

Status funcțional:

- ECOG 3 (dependent parțial de ajutor)
- oboseală severă, dureri osoase (SAV 7/10)
- calitate a vieții scăzută.

Complicații:

- trombocitopenie severă ($<10.000/\mu\text{L}$) prin evoluția bolii și leziuni mucoase gastrointestinale cunoscute, cu risc foarte înalt de sângerare spontană, Hb- 6,9 g/ dl

Tratament de fond:

- morfină retard per os- 30 mg oral la 12 ore, doza la nevoie- 10 mg morfina cu eliberare imediată per os
- acid zoledronic - 4 mg i.v. la 3–4 săptămâni
- acid acetic salicilic - 75 mg/ zi, bisoprolol - 2,5 mg x 2/ zi- per os
- pantoprazol 20 mg/ zi.

Obiectiv de îngrijire:

- stabilit împreună cu pacientul și familia – confort exclusiv, fără intenție curativă.

Evoluție clinică

- În primele trei zile, pacientul prezintă melenă și un episod de hematemeză redusă, asociate cu astenie marcată, dispnee la efort minim și paloare.
- În ziua a 4-a apare brusc o hematemeză masivă, cu vărsături și expectorație de sânge roșu-viu; pacientul devine puternic agitat, dispnee severă, cu teamă intensă de sufocare, iar familia intră în panică.

2. Managementul etapizat al cazului- tabelul 8

Tabelul 8. Managementul etapizat al cazului clinic prezentat

Etapă	Situație clinică	Intervenții principale
Faza subacută (zilele 1–3)	- melenă - astenie - dispnee la efort - trombocitopenie severă - leziuni mucoase GI.	- acid tranexamic oral 1 g/ 8 h - transfuzie „single unit” de concentrat eritrocitar pentru confort - oprire tratament antiagregant plachetar.
Eveniment critic (ziua 4)	- hematemeză masivă bruscă - teroare și agitație - dispnee severă - familie în panică.	- se activează protocolul de criză și se administrează midazolam 5 mg i.v. în bolus lent, urmat la 10 minute de încă 5 mg i.v., până la obținerea unei sedări suficiente - deoarece pacientul era deja pe morfină de fond (60 mg/ zi p.o), se administrează suplimentar morfină 5 mg s.c, pentru controlul dispneei și al durerii, ultima doză de morfină retard fiind în urmă cu 3 ore - utilizarea de prosoape închise la culoare pentru a reduce impactul vizual- acoperirea sângelui proaspăt.
Faza terminală (decesul)	- pacient sedat, respirație liniștită - familia prezentă.	- confort - suport emoțional structurat - ofertă de follow-up de doliu.

3. Puncte de învățare din cazul clinic:

- transfuziile și tratamentul hemostatic (de exemplu acid tranexamic) sunt utilizate cu rol paliativ, orientat pe ameliorarea simptomelor, nu pe „normalizarea” analizelor.
- planificarea anticipativă a unei hemoragii potențial catastrofale (protocol de criză, medicație pregătită, discuții prealabile cu familia) reduce haosul decizional și suferința pacientului.
- sedarea de criză cu benzodiazepine și administrarea de opioide, în context de suferință refractară și risc vital imediat, este etic justificată și recomandată de ghidurile de sedare paliativă (SPAGG, 2024; Carmatin și col., 2022).
- suportul structurat pentru familie înainte, în timpul și după un astfel de eveniment (explicații clare, prezență continuă, follow-up de doliu) este parte integrantă a managementului hemoragiei terminale.

4. Concluzii

Gestionarea hemoragiei la pacientul aflat în îngrijiri paliative trebuie să pornească de la obiectivul central al îngrijirii: maximizarea confortului, nu prelungirea vieții cu orice preț. Intervențiile de tip transfuzie, hemostatice sau proceduri invazive se indică doar în măsura în care aduc beneficii simptomatice clare și sunt proporționale cu prognosticul și valorile pacientului. Planificarea anticipativă (identificarea pacienților la risc, discuții cu pacientul și familia, pregătirea medicației și a „kitului de criză”) reduce semnificativ haosul și stresul în hemoragiile majore sau terminale. La fel de important este suportul structurat pentru familie și pentru echipă după un eveniment catastrofal, inclusiv ofertă de follow up de doliu și oportunități de debriefing.

IX. REZUMAT

Hemoragia în îngrijiri paliative este, în primul rând, o problemă de control al suferinței, nu doar o urgență tehnică izolată.

Transfuziile și tratamentul hemostatic se folosesc cu rol paliativ (ameliorarea simptomelor), nu pentru normalizarea analizelor.

Sedarea de criză în hemoragia terminală, atunci când suferința este refractară, este etic justificată și susținută de ghidurile de sedare paliativă.

Planificarea anticipativă și suportul structurat pentru familie (înainte, în timpul și după eveniment) reduc semnificativ stresul tuturor celor implicați.

Bibliografie

1. Akinola, O., Baru, J., & Wheeler, T. (2015). Planning and preparation for major hemorrhage in hospice settings. *Journal of Palliative Medicine*, 18(11), 950–958.
2. BC Centre for Palliative Care. (2019). Managing severe bleeding: A palliative approach (Guideline V1.2). Victoria: *BC Health Services*. Disponibil la: <https://www.bccancer.bc.ca/health-professionals/professional-resources/palliative-care>
3. Camartin, C., & Björkhem-Bergman, L. (2022). Palliative sedation – The last resort in case of difficult symptom control: A narrative review and experiences from palliative care in Switzerland. *Life*, 12(2), 298.
4. Chauncey, J. D., & Morrison, S. L. (2023). Tranexamic acid in pediatric hemorrhage. *Pediatric Emergency Medicine Morsels*. Disponibil la: <https://www.pedemorsels.com/tranexamic-acid-pediatric>
5. Englisch, C., Singh, J., & Fhutram, W. (2024). Clinical bleeding events in advanced malignancy: Epidemiology and prognostic factors. *Blood*, 143(15), 1585–1599. <https://doi.org/10.1182/blood.2023041567>
6. Gergi, M., Rossignol, F., & Benoni, H. (2025). [Articol privind hemoragia la pacienți oncologici în îngrijire de suport]. *Supportive Care in Cancer*, 33(2), 145.
7. Jassal, S. S. (Ed.). (2016). *Basic symptom control in paediatric palliative care – Rapid reference application* (Version 9.5). Together for Short Lives. Disponibil la: <https://www.togetherforshortlives.org.uk/professionals/care-guidance/>
8. Jassal, S. S. (Ed.). (2022). *Basic symptom control in paediatric palliative care* (10th ed.). Bristol: Together for Short Lives.
9. Johnstone, C., & Rich, S. E. (2018). Bleeding and hemostasis in palliative medicine: Clinical and ethical considerations. *Annals of Palliative Medicine*, 7(3), 380–395.

10. Knops, R. R., Kremer, L. C., & Hudson, M. M. (2015). Dutch paediatric palliative care guideline: Management of hemorrhage. *BMC Palliative Care*, 14, 57.
11. Li, A., & Santana, P. M. (2024). Bleeding and clotting in advanced malignancy: Balancing symptomatic relief and harm. *Blood*, 144(22), 2280–2281.
12. Liao, P. H., Chen, T. L., & Wang, C. C. (2018). Approaching bleeding in the hospice and home care setting: Clinical assessment and first-line interventions. *Journal of Pain and Symptom Management*, 56(3), 378–388.
13. National Cancer Grid. (2020). Palliative care guidelines: *Supportive care in advanced cancer*. Ministry of Health, Government of India. Disponibil la: <https://cancergrid.org/palliative-guidelines>
14. National Cancer Grid. (2021). Approach to managing bleeding in cancer: A palliative perspective. New Delhi: *National Cancer Grid*. Disponibil la: <https://cancergrid.org/downloads/bleeding-management-2021>
15. Palliative Care Network of Wisconsin. (2025). Fast Fact #297: *Hemorrhage in palliative care* (Actualizat ianuarie 2025). Disponibil la: <https://www.pcnw.org/fast-facts>
16. Pereira, J., Bruera, E., & Macmillan, K. (2015). *Hemorrhage*. In N. I. Cherny, M. Fallon, S. Kaasa, R. K. Portenoy, & D. C. Currow (Eds.), *Oxford textbook of palliative medicine* (5th ed.,). Oxford: Oxford University Press.
17. Prommer, E. (2020). Midazolam: An essential palliative care drug. *Palliative Care and Social Practice*, 14, 2632352419895527.
18. Recka, K., Lyons, B., & Parsons, P. (2012). Pressure injury management in palliative care: Bleeding and fungating wounds. *Journal of Palliative Medicine*, 15(6), 644–651.
19. Sanders, J. J., Chow, A. K., Mowad, C. M., et al. (2024). ASCO guidelines on palliative care for patients with cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 42(14), 1621–1640.
20. Scottish Palliative Care Network. (2021). Right decisions, right time – Emergency management in palliative care (Guidelines). *NHS Scotland*. Disponibil la: <https://www.palliativecareguidelines.scot.nhs.uk/>
21. Shah, A., și col. (2023). Hemorrhage in palliative care: Recognition and management principles. *Anaesthesia*, 78(2), 190–202.
22. Somerset NHS Foundation Trust. (2023). Management of malignant fungating wounds (MFW) – Guidelines (Version 2). Taunton: Somerset NHS Foundation Trust. Disponibil la: <https://somerset.eolcare.uk/uploads/documents/Management-of-malignant-fungating-wounds.pdf>
23. Sood, R., Lewis, C. M., & Haroon, B. (2019). Systematic review: Management of bleeding in advanced cancer and palliative settings. *Annals of Medicine and Surgery*, 51, 73–85.
24. Specialist Palliative Care Audit and Guidelines Group (SPAGG). (2024). Severe bleeding guideline – Management protocol (Updated June 2024). *West Midlands Palliative Care Network*. Disponibil la: <http://www.westmidspallcare.co.uk/resources/severe-bleeding>
25. Vigneron, C., Renault, A., & Marques, L. (2024). Bleeding management in palliative care units: A French multicenter audit. *Annals of Intensive Care*, 14, 8.

Capitolul 5.3

Hipercalcemia secundară unei afecțiuni oncologice

Autor: Teodora Alexa-Stratulat
Revizor: Vladimir Porocho

I. RECOMANDĂRI

Recomandări	Nivel de evidență	Puterea recomandării
Pentru diagnosticul de hipercalcemie este recomandată măsurarea calciului seric și a albuminei pentru a obține valoarea calciului corectat conform formulei: Calciu + 0.022 x (40 - albumina serică I).	Scăzut Nu există studii randomizate care să evalueze utilizarea comparativă a celor două măsurători.	Puternică Se estimează că între 40 și 45% din totalul calciului circulă legat de albumina serică (Anastasopoulou & Mewawalla, 2025). Dacă există suspiciunea clinică de hipercalcemie, trebuie determinat calciul liber sau calciul ionizat.
La pacientul oncologic cu prognostic rezervat, decizia de a iniția tratamentul depinde de intensitatea simptomelor. Nu se recomandă terapie simptomatică în toate cazurile, identificarea unei cauze corectabile fiind primordială.	Scăzut-moderat Dovezile disponibile provin din extrapolarea informațiilor referitoare la supraviețuirea pacienților cu neoplazie și hipercalcemie (mediană 2-6 luni) (Kanduri et al., 2025).	Moderată Intensitatea simptomelor la pacienții cu hipercalcemie nu este strâns corelată cu valoarea calciului, ci mai frecvent cu debutul și rapiditatea progresiei hipercalcemiei. Pentru pacientul terminal, este importantă discutarea opțiunilor, inițierea terapiei intravenoase și spitalizarea fiind măsuri agresive și care, în aceste cazuri, nu influențează supraviețuirea.
Hidratearea intravenoasă și administrarea iv. de bisfosfonați reprezintă tratamentul de elecție pentru hipercalcemia simptomatică.	Înalt Asocierea bisfosfonaților la hidratarea iv. se asociază cu o probabilitate de trei ori mai mare de a corecta hipercalcemia (Dickens et al., 2023).	Puternică Minim patru studii randomizate controlate placebo au demonstrat beneficiile adăugării bisfosfonaților pentru corectarea hipercalcemiei.

Acidul zoledronic este mai eficient decât pamidronatul în tratamentul hipercalcemiei.	Moderat Două trialuri randomizate au demonstrat că acidul zoledronic scade mai rapid nivelul calciului, având și o durată mai lungă de răspuns (Major et al., 2001).	Slabă Deși acidul zoledronic pare a fi mai eficient, administrarea unui bisfosfonat specific depinde de disponibilitatea medicamentului. Analiza ce certifică superioritatea acidului zoledronic a fost efectuată pe 287 pacienți.
Denosumab-ul este mai eficient decât bisfosfonații pentru tratarea hipercalcemiei simptomatice.	Scăzut Denosumabul este mai eficient decât bisfosfonații în prevenția hipercalcemiei maligne la pacienții cu mielom multiplu, cancer mamar și alte tumori solide (Diel et al., 2015). Un studiu retrospectiv de cohortă a concluzionat că rata de normalizare a calciului la pacienții cu hipercalcemie tratați cu Denosumab este de 80% (Morgan et al., 2021).	Slabă Nu există studii prospective comparative; este posibil ca eficacitatea agenților să depindă și de tipul de neoplazie.
Recomandați evaluarea tuturor pacienților cu mielom multiplu/ tumori solide cu metastaze osoase de către oncolog/ hematolog pentru initierea bisfosfonaților/ denosumabului cu rol în profilaxia hipercalcemiei.	Înalt Inițierea precoce a bisfosfonaților/inhibitorilor RANK-L se asociază cu o scădere semnificativă a incidenței evenimentelor scheletale adverse (von Moos et al., 2019).	Puternică Evaluarea raportului risc beneficiu trebuie efectuată pentru fiecare caz de un medic oncolog sau hematolog, ținând cont de profilul de reacții adverse, de prognostic și de comorbiditățile pacientului.

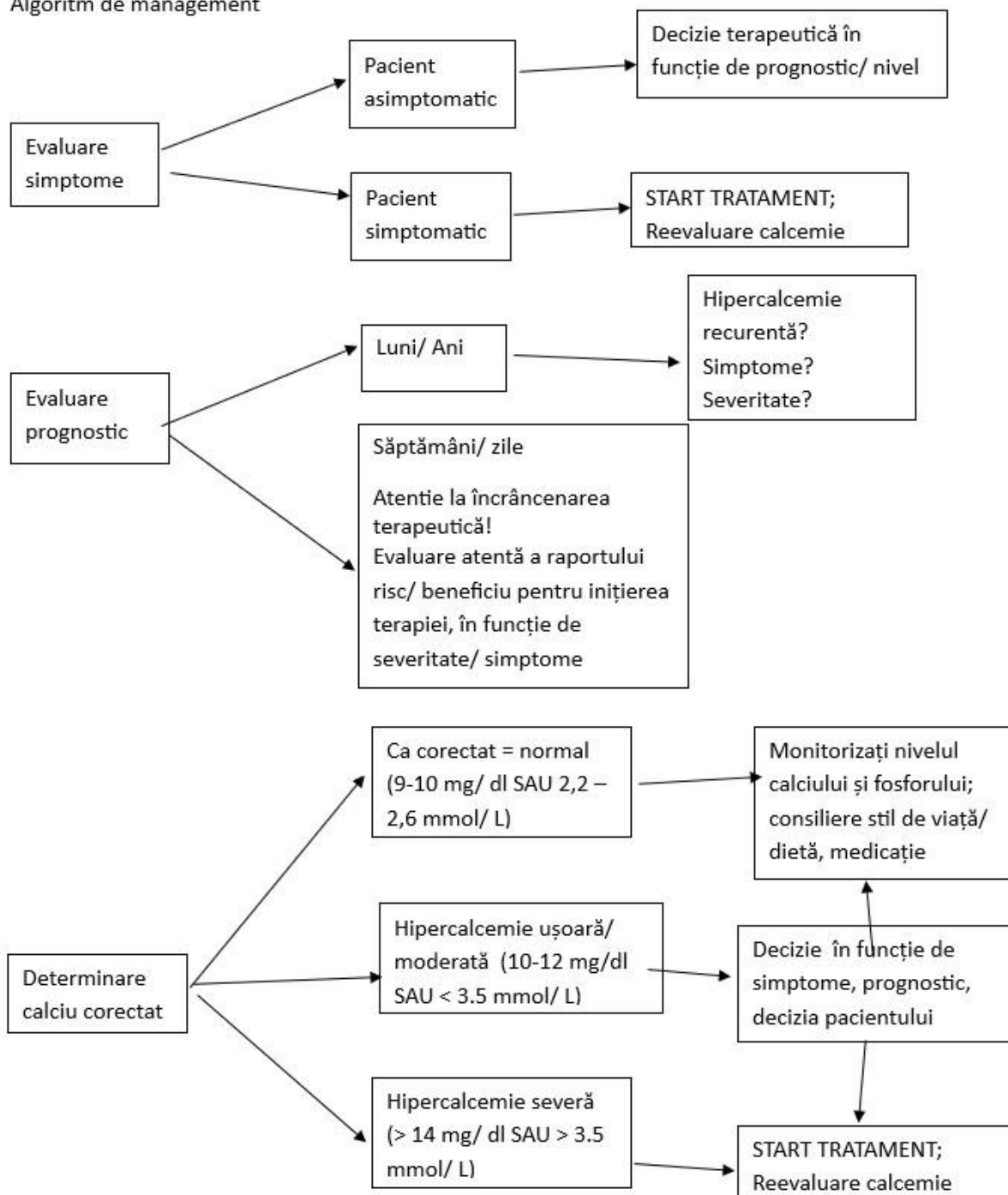
II. ALGORITMUL DE MANAGEMENT AL HIPERCALCEMIEI

Inițierea terapiei pentru normalizarea valorii calciului trebuie individualizată pentru fiecare caz. Decizia depinde de o serie de factori, dintre care cei mai relevanți sunt:

- Prim-episod sau diagnostic al unei recurențe a hipercalcemiei (hipercalcemia are tendința de a recidiva)
- Modificarea calității vieții pacientului o dată cu apariția hipercalcemiei
- Prezența simptomelor și intensitatea acestora
- Prognosticul pacientului
- Estimarea eficacității pe termen mediu/ lung a intervenției
- Nivelul calciului corectat
- Funcția renală și hepatică
- Acordul pacientului pentru terapie intravenoasă.

Scopul tratamentului: normalizarea nivelului calciului seric, ameliorarea simptomelor, tratamentul etiologic.

Algoritm de management



Tratament în urgență

Hidratare i.v. (efect rapid, risc de supraîncărcare volemică) (200-300 ml/ oră) ± bisfosonați/ denosumab ± calcitonină în funcție de severitatea simptomelor și de funcția

Calciu corectat (mmol/ L)	Doza Pamidronat (mg)	Diluant & Rata infuzie
2,6-3 mmol/ L	30 mg	500 ml Na Cl 0,9% >60 min
3,0-3,5 mmol/ L	60 mg	500 ml Na Cl 0,9% >60 min
3,5-4,0 mmol/ L	90 mg	500 ml Na Cl 0,9% >90 min
>4,0 mmol/ L	90 mg	500 ml Na Cl 0,9% >90 min

Tip agent	Doză	Mod administrare
Acid zoledronic	4 mg	i.v.
Denosumab	120 mg	s.c.
Calcitonină	4 IU/kg	i.v.

Precizări:

- ✓ Se recomandă reevaluarea funcției renale, electroliților și nivelului de calciu la 2-3 zile pentru ajustarea tratamentului.
- ✓ Se recomandă evaluarea pacientului pentru medicație potențial hipercalcemiantă și pentru identificarea etiologiei hipercalcemiei.
- ✓ Hidratarea i.v. asigură diureza și eliminarea urinară a calciului în exces.
- ✓ Diureticele de ansă (ex. furosemid) pot fi administrate doar după ce starea de normovolemie este obținută.
- ✓ În prezent, Denosumab este aprobat doar în S.U.A., nu și în Europa pentru tratamentul hipercalcemiei maligne.
- ✓ Bisfosfonații au efect după 2-3 zile de la inițierea tratamentului, efect ce se menține timp de 2-4 săptămâni.
- ✓ Calcitonina are efect rapid, în 4-6 ore de la administrare, este inefficient după 2 zile. Se administrează concomitent cu hidratarea i.v. Calcitonina previne resorbția osoasă și crește excreția urinară de calciu (Anastasopoulou & Mewawalla, 2025).
- ✓ Glucocorticoizi se recomandă în special dacă se suspectează hipercalcemie secundară hipervitaminozei D (limfom? boli granulomatoase?).
- ✓ Agenți calcimimetici (cinacalcet) – pacienți în curs de hemodializă și pacienți diagnosticați cu tumori de paratiroidă.
- ✓ Tratament de rezervă – hemodializa.

III. FIȘE SUPORT

Nivelul seric al calciului este strict reglat în condiții fiziologice. Majoritatea (90%) cazurilor de hipercalcemie se datorează hiperparatiroidismului primar sau malignității. Hipercalcemia reprezintă cea mai frecventă urgență metabolică la pacienții oncologici. În general, hipercalcemia secundară unei malignități survine la pacienții cu tumori mamare, renale, pulmonare, tiroidiene sau la cei cu mielom malign. Se estimează că peste 20% din totalul pacienților oncologici vor prezenta un episod de hipercalcemie pe parcursul evoluției bolii, probabilitatea crescând o dată cu avansarea neoplaziei către stadiul terminal (Asonitis et al., 2019).

Din punct de vedere biologic, hipercalcemia poate fi (Anastasopoulou & Mewawalla, 2025; Walsh et al., 2016):

- Ușoară (10-12 mg/ dl SAU < 3 mmol/ l)
- Moderată (12-14 mg/ dl SAU 3-3.5 mmol/ l)
- Severă (> 14 mg/ dl SAU > 3.5 mmol/ l).

Pentru a aprecia severitatea hipercalcemiei, este necesară și integrarea tabloului biologic deoarece intensitatea simptomelor nu se corelează întotdeauna cu nivelul calciului.

Tabel 1- Etiologia hipercalcemiei la pacienții oncologici (Anastasopoulou & Mewawalla, 2025; Walsh et al., 2016)

Frecvente	Rare
Sindroame paraneoplazice – creșterea calcemiei secundar secreției unei peptide înrudite cu parathormonul (PTHrP - parathyroid hormone-related peptide)	Hiperparatiroidism
Metastaze osoase	Berilioză
Hipervitaminoza D	Boala Crohn
Iatrogen (medicație cu efect de creștere a nivelului seric de calciu)	Hipervitaminoza A
Imobilizare prelungită	Boli granulomatoase cronice
Disfuncție suprarenaliană	Rabdomioliză
Disfuncții hidro-electrolitice (hiperpotasemie, hipermagnezie, hipernatremie)	Feocromocitom
Hipertiroidie	

Tabel 2- Medicamente care pot crește nivelul calciului seric (Walsh et al., 2016; Lecoq et al., 2021)

Medicament	Observații/ Precizări
Suplimente de calciu	În special dacă sunt combinate cu suplimentele de vitamina D.
Suplimentele de vitamina D	Pot determina hipercalcemie frecvent asociată cu hiperfosfatemie.
Parathormon uman recombinat	Utilizat în terapia anabolică a osteoporozei.
Denosumab	Hipercalcemia secundară tratamentului cu Denosumab/ întreruperii tratamentului poate apărea până la 7 luni de la sevrarea medicamentului.
Analogi de vitamina A	În special la pacienții tratați concomitent cu ATRA pentru leucemie.
Tamoxifen	Cel mai frecvent, hipercalcemie tip flair, la inițierea tratamentului.
Diuretice tiazidice	Incidența hipercalcemiei la acești pacienți este de 2%.
Teofilină	Interferă cu sistemele beta-adrenergice de control al nivelului calciului.
Litiu	Incidența hipercalcemiei la acești pacienți este de 8-15%.

EVALUAREA HIPERCALCEMIEI

Din punct de vedere clinic, hipercalcemia are o prezentare **clinică polimorfă**, fără simptome patognomonice (Anastasopoulou & Mewawalla, 2025). Manifestările cele mai frecvente includ:

- Astenie/ letargie
- Slăbiciune musculară
- Incapacitate de concentrare
- Inapetență
- Constipație
- Polidipsie/ senzație excesivă de sete
- Poliurie
- Prurit
- Pacient cu stare generală alterată
- Stigmate ale deshidratării
- Greață, vomă
- Dureri abdominale
- Tulburări de vedere
- Somnolență
- Ataxie, deficit de neuron motor central, convulsii
- Disfagie severă pt fluide și solide

- Delir
- Comă.

Investigații

- Calciu total, Calciu corectat albumină
- EKG (în hipercalcemie se pot întâlni alungirea intervalului PR, scurtarea intervalului QT, lărgirea undei T, aritmii atriale sau ventriculare)
- Uree, creatinină
- Proteine serice
- Electroliți, echilibru acido-bazic
- Nivelul fosforului seric (trebuie monitorizat și în dinamică datorită riscului de hipofosfatemie)
- Nivelul parathormonului (PTH)
- Nivelul vitaminei D.

Anamneză:

- Evaluarea medicației concomitente (suplimente, medicamente care se eliberează fără prescripție medicală, tratamente pentru afecțiuni non-oncologice)!
- Antecedente familiale (ex. hipercalcemia hipocalciurică familială)
- Evaluarea bolii neoplazice (prezența metastazelor osoase, tipul de neoplazie, linia de tratament, prognosticul)
- Antecedente de boli endocrinologice
- Prim episod de hipercalcemie versus recurență.

INTERVENȚII HIPERCALCEMIE

Prevenția hipercalcemiei la pacientul oncologic

- Toți pacienții oncologici cu metastaze osoase și toți pacienții diagnosticați cu mielom multiplu trebuie consultați de către medicul oncolog/hematolog pentru a evalua oportunitatea inițierii agenților
- La pacienții oncologici, în special la cei cu metastaze osoase, nivelul calciului seric trebuie evaluat periodic
- Pacienții și familia trebuie informați referitor la riscul utilizării excesive de suplimente de Calciu și Vitamina D

IV. CONTRAINDICAȚII/ PRECAUȚII ÎN TERAPIA HIPERCALCEMIEI

A. Riscul de osteonecroză. Atât bisfosfonații, cât și Denosumab-ul, pot determina osteonecroză (cel mai frecvent de mandibulă, dar și de cap femural). Probabilitatea de a induce osteonecroză este mai mică pentru pamidronat decât pentru acid zoledronic. Pacienții cu resturi radiculare netratate, focare de osteomielită și alte probleme dentare cronice sunt cei mai expuși la dezvoltarea acestei complicații, este necesară evaluarea raportului risc/beneficiu anterior recomandării bisfosfonaților la această categorie de pacienți (*Hypercalcaemia Guidelines Network Guidance Document*, n.d.).

B. Riscul de hipocalcemie. Atât bisfosfonații, cât și Denosumab-ul, pot determina hipocalcemie secundară. Probabilitatea este mai mică pentru pamidronat decât pentru acid zoledronic.

V. PARTICULARITĂȚI ÎN INSUFICIENȚE DE ORGAN

Administrarea de ser fiziologic i.v. trebuie făcută cu atenție la pacienții cu disfuncție renală sau cardiacă cronică datorită riscului de supraîncărcare volemică (Anastasopoulou & Mewawalla, 2025).

Bisfosfonații pot fi administrați fără precauții adiționale la pacienții cu un clearance al creatininei mai mare de 30 ml/ min. La pacienții cu disfuncție renală severă (clearance al creatininei < 30 ml/ min) nu se recomandă administrarea de pamidronat decât în situații amenințătoare de viață (*Hypercalcaemia Guidelines Network Guidance Document*, n.d.). Acidul zoledronic poate fi administrat la pacienții cu hipercalcemie cu o valoare a creatininei < 4.5 mg/ dl (*Zometa, INN-Zoledronic Acid / Enhanced Reader*, n.d.). Nu este necesară ajustarea de doză la disfuncția renală în cazul administrării de denosumab.

În anumite cazuri (masă musculară scăzută, cașexie, fragilitate, pacienți vârstnici, pacienți în stare terminală), utilizarea formulelor standard pentru calcularea ratei de filtrare glomerulară poate duce la o supraestimare a acesteia. Pornind de la calculul ratei glomerulare cu ajutorul formulei Cockcroft & Gault:

Clearance Creatinină (ml/ min) = $[140 - \text{vârsta (ani)}] \times \text{greutatea (kg)} \times Q / \text{creatinina serică (micromoli/ litru)}$

Q = coeficient dependent de sex (1.23 pentru bărbați și 1.04 pentru femei)

se recomandă următoarele ajustări:

- Pentru valori ale creatininei mai mici de 60 micromol/ litru, se va utiliza valoarea de 60 micromoli/ litru.
- Pentru pacienții cu edeme/ acumulare de lichid în spațiul 3, se poate lua în considerare înlocuirea greutateii reale cu “greutatea maximă” – se va utiliza oricare are valoarea mai mică. Greutatea maximă (în funcție de sex și înălțime) poate fi consultată online (*Enhanced Reader*, n.d.).

Hemodializa poate fi luată în considerare la pacienții cu disfuncție renală sau cardiacă severă ce nu pot tolera hidratarea intravenoasă.

Siguranța și eficacitatea denosumab/ bisfosfonați nu au fost studiate la pacienții cu insuficiență hepatică.

VI. DOZE PEDIATRICE

Hipercalcemia este rar întâlnită în tumorile pediatrice, însă reprezintă un eveniment clinic relevant și trebuie abordat individualizat, în funcție de simptome și de nivelul seric al calciului (calciu corectat).

Terapia inițială este bazată pe hidratare cu soluție izotonă de clorură de natriu.

Datele farmacocinetice limitate la copii și adolescenți cu osteogenesis imperfectă severă sugerează faptul că farmacocinetica acidului zoledronic la copii și adolescenți cu vârsta cuprinsă între 3 și 17 ani este similară cu cea observată la adulții cărora li s-au administrat doze echivalente, exprimate în mg/ kg. Vârsta, masa corporală, sexul și clearance-ul creatininei par să nu aibă niciun efect asupra expunerii sistemice la acid zoledronic (*Zometa, INN-Zoledronic Acid / Enhanced Reader*, n.d.).

Pamidronat-ul poate fi administrat la copii în doza de 1-1.15 mg/ kg (Sng et al., 2015).

Nu există date referitoare la eficacitatea și siguranța denosumab-ului la populația pediatrică. Cinacalcet-ul nu este aprobat pentru populația pediatrică.

VII. STUDIU DE CAZ

Pacient, 71 ani, diagnosticat în urmă cu 2 ani cu cancer bronho-pulmonar microcelular cu metastaze hepatice și pulmonare controlaterale, în curs de tratament cu imunoterapie (Atezolizumab) subcutanată, se adresează în ambulatorul de Oncologie Medicală pentru evaluarea periodică în vederea continuării terapiei cu Atezolizumab subcutan. În cadrul consultației, pacientul relatează că în ultimele 10 zile a început să se simtă astenic, are permanent senzația de sete, tulburări de tranzit și ocazionale dureri abdominale fără ameliorare sub terapia sa antalgică de fond (Fentanyl 25 micrograme/ 24 ore, plasture și Fentanyl s.l. la nevoie).

Biologic – Ca corectat = 14 mg/ dl.

Examen clinic: G = 80 kg, T = 170 cm, ECOG = 2.

1. *Ce investigații adiționale solicitați (și de ce)?*

Răspuns: EKG, uree, creatinină, albumină, electroliți, echilibru-acido-bazic. Se poate solicita și o investigație imagistică pentru evaluarea stadiului bolii (boală progresivă? MTS osoase?).

2. *Considerați că este oportună inițierea terapiei pentru normalizarea calciului la acest pacient?* (explicați alegerea)

DA – prim-episod, pacient simptomatic, deteriorarea calității vieții în ultimele zile, pacient cu prognostic bun

3. *Cu ce ați începe terapia?*

- a. Hidratare i.v.
- b. Chimioterapie
- c. Bisfosfonați
- d. Dexametazonă
- e. Hidratare p.o.

VIII. REZUMAT

Acest algoritm oferă o abordare structurată pentru identificarea precoce, evaluarea și monitorizarea hipercalcemiei, integrând intervenții terapeutice standardizate și soluții adaptabile în dinamică, cu scopul prevenirii complicațiilor și reducerii frecvenței recăderilor pentru episoadele de hipercalcemie.

Bibliografie

1. Anastasopoulou, C., & Mewawalla, P. (2025). Malignancy-Related Hypercalcemia. StatPearls. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482423/>
2. Asonitis, N., Angelousi, A., Zafeiris, C., Lambrou, G. I., Dontas, I., & Kassi, E. (2019). Diagnosis, Pathophysiology and Management of Hypercalcemia in Malignancy: A Review of the Literature. *Hormone and Metabolic Research = Hormon- Und Stoffwechselforschung = Hormones et Metabolisme*, 51(12), 770–778. <https://doi.org/10.1055/A-1049-0647>
3. Dickens, L. T., Derman, B., & Alexander, J. T. (2023). Endocrine Society Hypercalcemia of Malignancy Guidelines. *JAMA Oncology*, 9(3), 430–431. <https://doi.org/10.1001/JAMAONCOL.2022.7941>
4. Diel, I. J., Body, J. J., Stopeck, A. T., Vadhan-Raj, S., Spencer, A., Steger, G., Von Moos, R., Goldwasser, F., Feng, A., & Braun, A. (2015). The role of denosumab in the prevention of hypercalcaemia of malignancy in cancer patients with metastatic bone disease. *European Journal of Cancer (Oxford, England : 1990)*, 51(11), 1467–1475. <https://doi.org/10.1016/J.EJCA.2015.04.017>
5. Hypercalcaemia Guidelines Network Guidance Document. (n.d.).
6. Kanduri, S. R., Amarapurkar, P., Hassanein, M., Karam, S., Velez, J. C. Q., & Jhaveri, K. D. (2025). Malignancy-Associated Hypercalcemia and Kidney Disease: Facts, Controversies, and Management. *Kidney Medicine*, 101218. <https://doi.org/10.1016/J.XKME.2025.101218>
7. Lecoq, A. L., Livrozet, M., Blanchard, A., & Kamenický, P. (2021). Drug-Related Hypercalcemia. *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America*, 50(4), 743–752. <https://doi.org/10.1016/J.ECL.2021.08.001>
8. Major, P., Lortholary, A., Hon, J., Abdi, E., Mills, G., Menssen, H. D., Yunus, F., Bell, R., Body, J., Quebe-Fehling, E., & Seaman, J. (2001). Zoledronic acid is superior to pamidronate in the treatment of hypercalcemia of malignancy: a pooled analysis of two randomized, controlled clinical trials. *Journal of Clinical Oncology : Official Journal of the American Society of Clinical Oncology*, 19(2), 558–567. <https://doi.org/10.1200/JCO.2001.19.2.558>
9. Morgan, K. P., Sun, Y., Deal, A., Weiss, J., & Cipriani, A. (2021). Denosumab for First-Line Treatment of Hypercalcemia Associated with Malignancy: Retrospective Analysis. *Journal of Hematology Oncology Pharmacy*, 11(3), 121. <https://openurl.ebsco.com/contentitem/gcd:150866357?sid=ebsco:plink:crawler&id=ebsco:gcd:150866357>
10. Sng, A., Loke, K. Y., Lim, Y., & Ho, C. (2015). Pamidronate therapy for hypercalcemia of childhood malignancy. *International Journal of Pediatric Endocrinology* 2015 2015:1, 2015(1), P56-. <https://doi.org/10.1186/1687-9856-2015-S1-P56>
11. von Moos, R., Costa, L., Gonzalez-Suarez, E., Terpos, E., Niepel, D., & Body, J. J. (2019). Management of bone health in solid tumours: From bisphosphonates to a monoclonal antibody. *Cancer Treatment Reviews*, 76, 57–67. <https://doi.org/10.1016/J.CTRV.2019.05.003/ASSET/01DDB902-7C45-43C9-97ED-8D9C3DB454E6/MAIN.ASSETS/GR3.JPG>
12. Walsh, J., Gittoes, N., & Selby, P. (2016). SOCIETY FOR ENDOCRINOLOGY ENDOCRINE EMERGENCY GUIDANCE: Emergency management of acute hypercalcaemia in adult patients. *Endocrine Connections*, 5(5), G9–G11. <https://doi.org/10.1530/EC-16-0055>

Capitolul 5.4

Ocluzia intestinală

Autor: Gema Bacoanu

Revizor: Vladimir Poroach

I. RECOMANDĂRI ÎN MANAGEMENTUL OCLUZIEI INTESTINALE ÎN ÎNGRIJIREA PALIATIVĂ

1. Recomandări cu privire la evaluarea pacientului cu ocluzie și investigațiile aferente

Subsecțiune	Recomandare	Certitudine evidență (A–D)	Putere recomandare (1–2)
Evaluare inițială	Evaluare inițială orientată pe status funcțional (ECOG/ KPS), prognostic, preferințe, obiective de îngrijire (Madariaga și col., 2022; NCCN, 2024).	B	1
Clasificare ocluzie	Clasificarea ocluziei (parțială vs. completă; unică vs. multiplă; înaltă vs. joasă) pentru ghidarea tratamentului și a eligibilității intervenționale (Madariaga și col., 2022; NCCN, 2024).	B	1
Investigații imagistice	CT abdomino-pelvin selectiv, doar dacă modifică conduita (Madariaga și col., 2022; NCCN, 2024).	B–C	1
Consult interdisciplinar	Consult chirurgical și/ sau echipă multidisciplinară (Madariaga și col., 2022; Walter și col., 2024; Farooq și col., 2024).	B–C	1

Sistem GRADE simplificat, adaptat: A – studii randomizate/ metaanalize, B – studii observaționale mari, C – studii observaționale cu limitări/ serii de cazuri, D – opinia experților; 1 – recomandare puternică, 2 – recomandare condiționată.

2. Recomandări cu privire la tratamentul farmacologic în ocluzia intestinală

Recomandare	Certitudine evidență (A–D)	Putere recomandare (1–2)
Utilizarea analogilor de somatostatină (în special octreotid, alternativ lanreotid) pentru reducerea vărsăturilor la pacienții cu ocluzie intestinală malignă inoperabilă (Madariaga și col., 2022).	A	1

Recomandare	Certitudine evidență (A–D)	Putere recomandare (1–2)
Utilizarea corticosteroizilor , preferabil dexametazonă, poate ameliora pe termen scurt simptomele (durere, greață, vărsături) în ocluzia intestinală malignă, la doze de aproximativ 4-16 mg/ zi pentru 3-5 zile, iar dacă nu se obține ameliorare clinică în acest interval se recomandă întreruperea tratamentului (Madariaga și col., 2022).	B	2
Anticolinergicele (de exemplu, hioscină butilbromid) pot fi luate în considerare pentru reducerea durerii abdominale colicative în ocluzia intestinală malignă inoperabilă, dar pentru durerea continuă par mai puțin eficiente decât analogii de somatostatină (Madariaga și col., 2022).	D	2
Opiioidele rămân analgezicele de bază pentru durerea moderat-severă la pacienții cu ocluzie intestinală malignă. Se recomandă titrarea atentă a dozelor, având în vedere posibilul impact negativ asupra motilității gastrointestinale (Madariaga și col., 2022).	D	2
În ocluzia intestinală malignă parțială se poate lua în considerare utilizarea prudentă a laxativelor orale osmotice (de tip macrogol) pentru facilitarea tranzitului, în timp ce în ocluzia completă utilizarea laxativelor este contraindicată; laxativele de volum (ex. psyllium) nu sunt recomandate, iar supozitoarele și decompresia manuală se pot folosi doar la impacție rectală selectată, cu prudență (Madariaga și col., 2022).	D	2
Antipsihoticele (de exemplu, olanzapină) pot fi luate în considerare ca opțiune adjuvantă pentru reducerea greței și vărsăturilor la pacienții cu ocluzie intestinală malignă, în special în ocluzia parțială (Madariaga și col., 2022).	D	2

Recomandare	Certitudine evidență (A–D)	Putere recomandare (1–2)
Antagoniștii de serotonină 5-HT₃ (de exemplu, granisetron) pot fi luați în considerare pentru reducerea greței și a frecvenței vărsăturilor la pacienții cu ocluzie intestinală malignă, în asociere cu dexametazonă și antiemetice de rezervă, însă utilizarea lor poate fi limitată de riscul de constipație (Madariaga și col., 2022).	D	2
Antihistaminicele H₁ (de exemplu, dimenhidrinat, ciclizină) pot fi luate în considerare ca antiemetice adjuvante în ocluzia intestinală malignă completă, în special când componenta vestibulară este relevantă pentru producerea greței (Madariaga și col., 2022).	D	2
Antagoniștii dopaminergici cu efect prokinetic (de exemplu, metoclopramid, domperidonă) pot fi utilizați pentru controlul greței, vărsăturilor și pentru facilitarea tranzitului intestinal în ocluzia intestinală malignă parțială (Madariaga și col., 2022).	D	2
Antipsihoticele de tip butirofenonă (în special haloperidolul) pot fi utilizate ca antiemetice în ocluzia intestinală malignă, fiind deosebit de utile în ocluzia completă (Madariaga și col., 2022).	B	2

Sistem GRADE simplificat, adaptat: A – studii randomizate/ metaanalize, B – studii observaționale mari, C – studii observaționale cu limitări/ serii de cazuri, D – opinia experților; 1 – recomandare puternică, 2 – recomandare condiționată. Acest sistem este corelat cu clasificarea MASCC, în sensul că nivelurile de evidență I–II și gradele A–D corespund categoriilor A–D, iar distingerea MASCC între *Recommendation* și *Suggestion* corespunde în mod aproximativ recomandărilor de tip 1 (puternică) și 2 (condiționată).

3. Recomandări cu privire la măsurile intervenționale și suportive

Subsecțiune	Recomandare	Certitudine evidență (A–D)	Putere recomandare (1–2)
Aport oral	În ocluzie (mai ales completă) se recomandă repaus digestiv sau aport oral minim, adaptat la confortul pacientului (Madariaga și col., 2022).	C	1
Drenaj: sondă NG temporară	Sonda nazogastrică de drenaj se utilizează doar temporar pentru controlul vărsăturilor și confort, evitând menținerea pe termen lung (Madariaga și col., 2022, Oxford / Thames Valley 2024).	B	2
Drenaj: gastrostomia	Gastrostomia de decompresie se recomandă ca metodă preferată de decompresie paliativă la pacienții cu ocluzie malignă inoperabilă și simptome persistente, eligibili pentru procedură (Madariaga și col., 2022; Fejleh, 2022).	B–C	2
Stent colonic	Stentul colonic endoscopic se ia în considerare la pacienți cu ocluzie joasă, anatomie favorabilă și status funcțional rezonabil, ca alternativă la chirurgie, în centre cu expertiză (Madariaga și col., 2022; Farooq și col., 2024).	B–C	2
Chirurgie paliativă	Chirurgia paliativă (resecție, derivație, stoma) se ia în considerare doar la cazuri selectate (ocluzie unică, status bun, prognostic rezonabil, pacient informat); se evită în carcinomatoză extinsă, status precar sau multiple nivele de ocluzie (Madariaga și col., 2022; Farooq și col., 2024).	B–C	2
Hidratare parenterală	Se recomandă hidratare parenterală minimă, individualizată, pentru controlul simptomelor și prevenirea deshidratării,	B	2

Subsecțiune	Recomandare	Certitudine evidență (A–D)	Putere recomandare (1–2)
	evitând hiperhidratarea care poate agrava secrețiile și vărsăturile (Madariaga și col., 2022).		
Nutriție parenterală	Nutriția parenterală totală nu se recomandă de rutină în ocluzia intestinală malignă avansată; poate fi luată în considerare doar la pacienți foarte selectați (prognostic > 2-3 luni, status funcțional bun, obiectiv clar de tratament și preferință exprimată) (Madariaga și col., 2022; Farooq și col., 2024).	B-C	2

Sistem GRADE simplificat, adaptat: A – studii randomizate/metaanalize, B – studii observaționale mari, C – studii observaționale cu limitări/serii de cazuri, D – opinia experților; 1 – recomandare puternică, 2 – recomandare condiționată. Acest sistem este corelat cu clasificarea MASCC, în sensul că nivelurile de evidență I–II și gradele A–D corespund categoriilor A–D, iar distingerea MASCC între Recommendation și Suggestion corespunde în mod aproximativ recomandărilor de tip 1 (puternică) și 2 (condiționată).

II. FIȘE SUPORT

Fișa 1. Definiție și cauze posibile de ocluzie

Definiție: Ocluzia intestinală malignă este obstrucție mecanică sau funcțională a intestinului determinată de boală oncologică avansată, în special cancer de colon sau tumori maligne ginecologice, frecvent multifocală și nereversibilă (Davis, M. et al, 2023).

Cauze posibile:

- ✓ Tumora malignă/ benignă
- ✓ Tratament anterior (aderențe, fibroză postradică)
- ✓ Medicamente
- ✓ Fecalom
- ✓ Condiție benignă independentă (hernie strangulată) (Davis, M. et al, 2023).

Fișa 2. Managementul ocluziei în îngrijiri paliative

PASUL 1 - Evaluare inițială

Confirmare clinică:

Simptome:

- ✓ vărsături persistente
- ✓ distensie abdominală
- ✓ durere colicativă

- ✓ absența tranzitului (Tradounsky G. E., 2024).

Evaluare:

- ✓ status funcțional (ECOG/ KPS)
- ✓ prognostic estimat
- ✓ preferințele pacientului (Demarest, K., et al., 2023).

→ Diagnostic de boală avansată/ prognostic limitat → cale paliativă

Investigații (selectiv)

- ✓ CT abdomino-pelvin doar dacă influențează conduita terapeutică
- ✓ Analize minime (Fackche, N. T., & Johnston, F. M., 2021).

PASUL 2 - Clasificarea ocluziei: ea ghidează tratamentul medicamentos și eligibilitatea pentru intervenții

- ✓ Parțială vs. completă
- ✓ Unică vs. Multiplă
- ✓ Localizare înaltă vs. Joasă
- ✓ Evoluție acută/cronică/subacută.

→ Se solicită consult chirurgical pentru evaluarea oportunității intervenției chirurgicale.

(Madariaga și col., 2022; Farooq și col., 2024).

Dacă intervenția chirurgicală este contraindicată și ocluzia este incompletă:

- ✓ se întrerup laxativele stimulante (bisacodilul).
- ✓ se continuă laxativele de înmuiere:
 - Lactuloza 10 - 30 ml x 2/ zi
 - Docusatul de sodiu 100 - 200 mg x 2/ zi.
- ✓ se reduce alimentația și hidratarea per os.
- ✓ se va administra Dexametazona 8 - 12 mg/ zi SC timp de 3 zile:
 - dacă nu este beneficiu se întrerupe brusc dexametazona
 - dacă este beneficiu se menține dexametazona 5-7 zile, apoi se reduce doza treptat cu 2 mg la 3 zile până la oprire.

Dacă intervenția chirurgicală este contraindicată și ocluzia este completă:

- se întrerup laxativele
- pentru durere necolicativă - opioid (doze individualizate, variabile)
- pentru durere colicativă- antispastice.

Scobutil 80 - 120 mg/ zi SC regulat la 6-8 ore și PRN (la interval de minim 1 h).

Dacă intervenția chirurgicală este posibilă:

- ✓ Instituire de sondă nazogastrică de drenaj
- ✓ Reechilibrare preoperatorie
- ✓ Investigații radiologice
- ✓ Discutarea cu pacientul a opțiunilor terapeutice
- ✓ Tratament simptomatic (durere, greață, vărsături, secreții digestive)
- ✓ Asigurare de suport pentru pacient și familia acestuia.

Intervenție chirurgicală- Chirurgie paliativă (excepțional)

Se ia în considerare doar dacă:

- ✓ Ocluzia este unică
- ✓ status funcțional al pacientului este bun și permite intervenția
- ✓ prognosticul este rezonabil
- ✓ pacientul a fost informat și dorește acest lucru.

Este contraindicată în carcinomatoza peritoneală extinsă.

PASUL 3 - Controlul simptomelor

3.1 Controlul durerii:

- ✓ Opioide titrate
- ✓ Antispastic (butilscolamină).

Ghidurile ESMO, NCCN și MASCC evidențiază necesitatea utilizării de opioide conform intensității durerii și antispastice (vezi Tabel 1) (Dans, M. et al, 2021).

Tabel 1. Controlul durerii în ocluzia intestinală malign

	ESMO	NCCN	MASCC
Opioide	✓ standard	✓ standard	✓ standard
Antispastice	✓	✓	✓

3.2 Controlul greții, vărsăturilor și secrețiilor:

- ✓ Octreotid – tratament de bază
- ✓ Haloperidol
- ✓ Anticolinergic (scopolamină)
- ✓ Dexametazonă
- ✓ Metoclopramid:
 - contraindicat în ocluzie completă
 - indicat doar în ocluzie parțială (Crawford, G. B et al., 2021).

Ghidurile ESMO, NCCN și MASCC evidențiază medicația utilă în controlul greții, a vărsăturilor și în reducerea secrețiilor gastrointestinale (vezi Tabel 2).

Tabel 2. Medicația pentru controlul greții, vărsăturilor și secrețiilor

Medicament	ESMO	NCCN	MASCC
Octreotid	✓ central	✓ recomandat	✓ puternic recomandat
Haloperidol	✓	✓	✓
Metoclopramid	✓ doar în ocluzia parțială	✓ doar în ocluzia parțială	✓ doar în ocluzia parțială
Anticolinergice	✓	✓	✓
Dexametazonă	✓	✓	✓

Consens absolut: Metoclopramid contraindicat în ocluzie complete

3.3 Măsurile digestive:

- ✓ Repaus digestiv/ aport oral minim
- ✓ Sondă nazogastrică de drenaj:
 - doar temporar
 - exclusiv pentru confort.

3.4 Hidratare și nutriție:

- ✓ Hidratare parenterală minimă
- ✓ Evitarea hiperhidratării
- ✓ Nutriție parenterală:
 - NU de rutină
 - doar dacă prognostic > 2-3 luni și pacientul dorește (Tenderenda, K. et al., 2024).

Ghidurile ESMO, NCCN și MASCC evidențiază care sunt intervențiile suportive recomandate în controlul simptomelor din ocluzia intestinală în îngrijiri paliative (vezi Tabel 3).

Tabel 3. Intervenții suportive în ocluzia intestinală

Aspect	ESMO	NCCN	MASCC
Sondă NG pe termen lung	✗	✗	✗
Sondă NG temporar	✓	✓	✓
Gastrostomie de decompresie	✓ preferată	✓ preferată	✓ preferată
Hidratare minimă	✓	✓	✓
Evitarea hiperhidratării	✓	✓	✓
Nutriție parenterală (NP) de rutină	✗	✗	✗
NP selectivă (>2–3 luni prognostic)	✓	✓	✓

Toate cele 3 ghiduri subliniază mai bine gastrostomie decât sondă NG permanentă; MASCC subliniază cel mai mult impactul negativ al hiperhidratării asupra vărsăturilor.

PASUL 4 - Reevaluare la 48-72 ore

- ✓ Controlul vărsăturilor
- ✓ Controlul durerii
- ✓ Nivelul de confort.

În caz de simptome controlate → continuă tratamentul.

În caz de simptome necontrolate → pasul următor 5.

PASUL 5 - Decompresie paliativă (selectiv)

- ✓ Gastrostomie de decompresie – metodă preferată
- ✓ Stent colonic – cazuri selectate (ocluzie joasă)
- ✓ Nu se recomandă sondă nazogastrică pe termen lung.

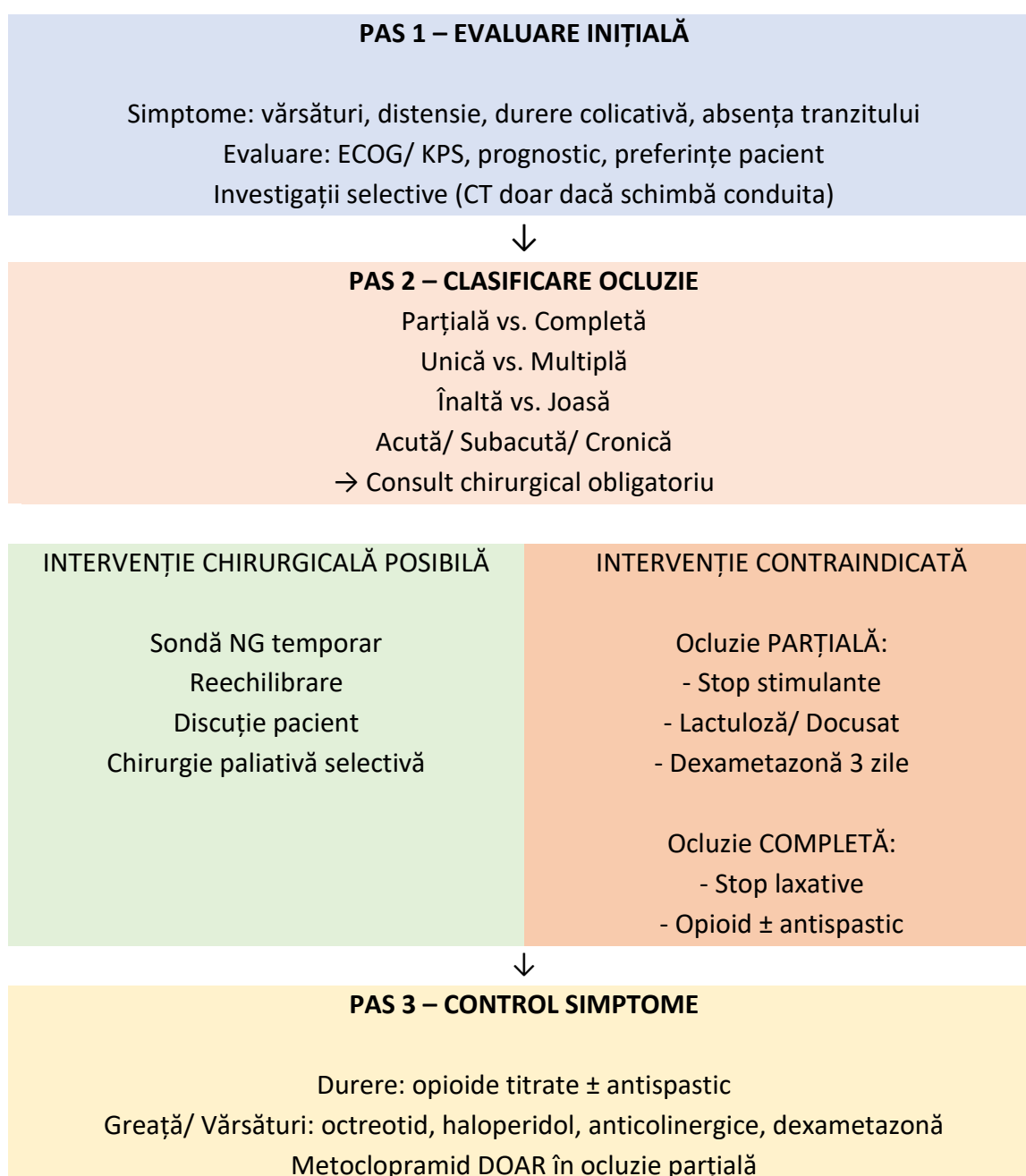
PASUL 6 - Faza terminală

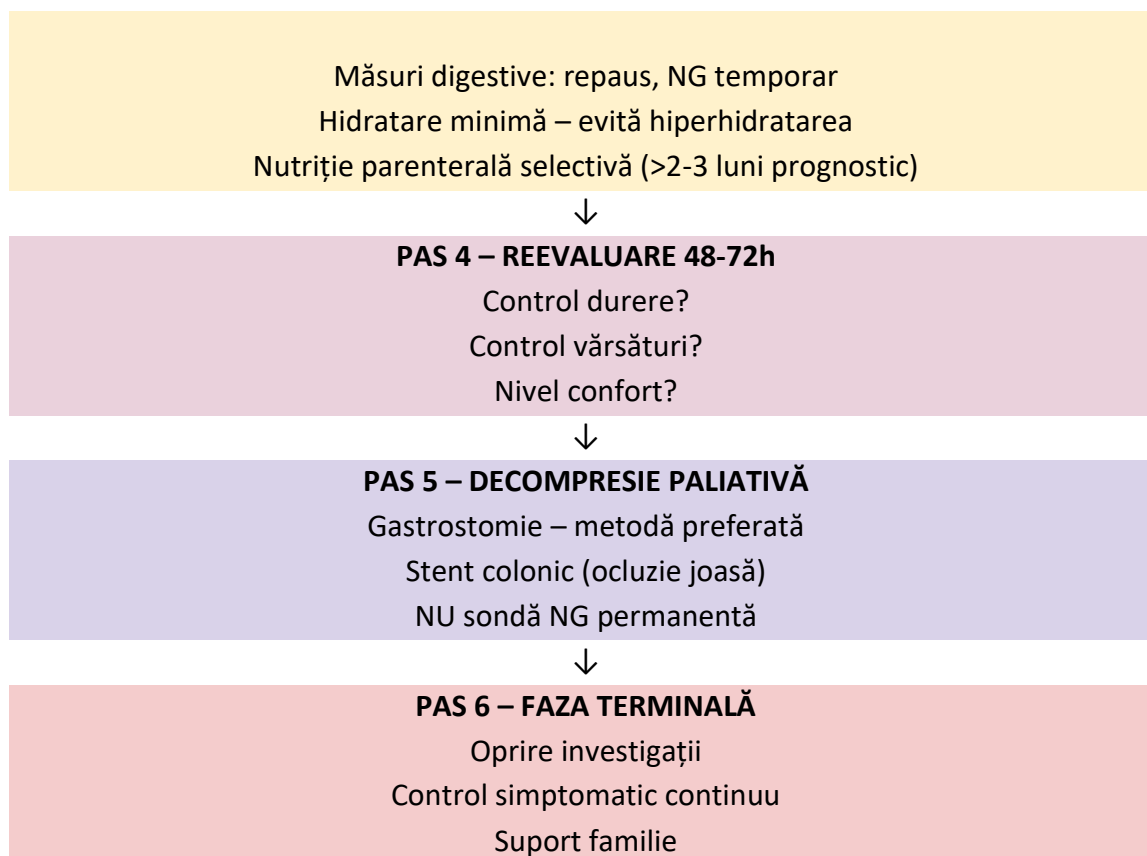
- ✓ Oprirea investigațiilor
- ✓ Continuarea controlului simptomatic
- ✓ Suport pentru familie.

Indicatori de calitate

- ✓ Controlul vărsăturilor în 72 h
- ✓ Reducerea necesarului de sondă NG
- ✓ Documentarea obiectivelor de îngrijire
- ✓ Satisfacția pacientului/ familiei.

III. ALGORITM DE CONTROL AL SIMPTOMELOR ÎN OCLUZIA INTESTINALĂ





IV. STUDIU DE CAZ

Pacientă în vârstă de 68 de ani, cunoscută cu cancer ovarian seros de grad înalt, diagnosticat în urmă cu 4 ani. Istoric oncologic: Chirurgie inițială + chimioterapie, recurență peritoneală, multiple linii de tratament. Ultima chimioterapie oprită în urmă cu 2 luni (boală progresivă). Status actual: ECOG 3, scădere ponderală importantă, prognostic estimat: luni.

Motivul prezentării: vărsături persistente de 48 h (inițial alimentare, apoi bilioase), distensie abdominală progresivă, absența tranzitului pentru gaze și materii fecale de 3 zile, durere abdominală moderată, predominant colicativă.

Examen clinic: abdomen destins de volum, meteorizat, zgomote intestinale diminuate, sensibilitate difuză, fără semne de peritonită, stare generală alterată, deshidratare.

Întrebări:

1. Care sunt elementele clinice care sugerează o ocluzie intestinală?
2. Este aceasta o urgență chirurgicală clasică?
3. Ce informații sunt esențiale înainte de a decide conduita?

Punct didactic: Ocluzia apare într-un context de boală oncologică avansată, deci prima întrebare este *paliativ vs. curativ*.

Investigații:

- Analize: ușoară insuficiență renală prerenală, hiponatremie
- CT abdomino-pelvin:
 - carcinomatoză peritoneală extinsă

- multiple nivele de obstrucție intestinală
- ascită moderată.

Decizie de management

Întrebări:

1. Cum clasificăm ocluzia?
2. Este pacienta candidată la chirurgie?
3. Ce rol are consultul chirurgical în acest caz?

Răspuns așteptat: Ocluzie completă, multiplă:

- Chirurgia este contraindicată
- Consultul chirurgical are rol de confirmare, nu de intervenție

Management inițial (conform protocolului):

- Repaus digestiv
- Sondă nazogastrică temporară (ameliorare inițială)
- Tratament medicamentos:
 - Opioid titrat pentru durere
 - Butilscolamină SC
 - Octreotid
 - Haloperidol
 - Dexametazonă.

– Raționament terapeutic

Întrebări:

1. De ce este octreotidul esențial?
2. De ce evităm metoclopramidul?
3. Ce risc are hiperhidratarea?

Evoluție la 72 de ore: vărsături mult reduse, durerea controlată, sonda NG retrasă, pacienta consumă cantități mici de lichide, confort semnificativ mai bun.

– Pași următori

Întrebări:

1. Continuăm investigațiile?
2. Este indicată nutriția parenterală?
3. Ce opțiuni avem dacă vărsăturile reapar?

Răspuns așteptat:

- NU investigații suplimentare
- NU nutriție parenterală
- Opțiune: gastrostomie de decompresie.

Faza terminală (2 săptămâni mai târziu)

Pacienta dezvoltă din nou vărsături refractare și stare de agitație.

Management:

- Intensificarea tratamentului simptomatic
- Sedare paliativă dacă este cazul
- Suport pentru familie.

Succesul managementului nu a fost „rezolvarea ocluziei”, ci reducerea suferinței și respectarea obiectivelor pacientului.

V. REZUMAT

Definiție: Obstrucție intestinală determinată de boală oncologică avansată, frecvent multifocală și nereversibilă.

Principii:

- Problemă paliativă, nu chirurgicală de rutină
- Obiectiv: controlul simptomelor și confort
- Tratamentul simptomatic nu se amână pentru investigații.

Evaluare:

- Simptome: vărsături, distensie abdominală, durere colicativă, lipsa tranzitului intestinal
- Status funcțional (ECOG/ KPS), prognostic, dorințe pacient
- CT doar dacă schimbă conduita.

Clasificare:

- Parțială vs. completă
- Unică vs. multiplă.

Tratament simptomatic paliativ (inițiere imediată):

- Durere: opioide ± antispastice
- Vărsături/ secreții: octreotid (bază), haloperidol, anticolinergic
- Dexametazonă
- Metoclopramid doar în ocluzie parțială
- Repaus digestiv, sondă NG doar temporar
- Hidratare minimă; fără nutriție parenterală de rutină.

Reevaluare 48-72 h:

- Simptome controlate → continuă
- Simptome necontrolate → decompresie paliativă.

Intervenții (selectiv):

- Gastrostomie de decompresie (preferată)
- Stent colonic (ocluzie joasă)
- Chirurgie paliativă: excepțional.

Faza terminală:

- Stop investigații
- Control simptomatic
- Suport familie.

Bibliografie

1. Crawford, G. B., Dzierżanowski, T., Hauser, K., Larkin, P., Luque-Blanco, A. I., Murphy, I., Puchalski, C. M., Ripamonti, C. I., & ESMO Guidelines Committee. Electronic address: clinicalguidelines@esmo.org (2021).

- Care of the adult cancer patient at the end of life: ESMO Clinical Practice Guidelines. *ESMO open*, 6(4), 100225. <https://doi.org/10.1016/j.esmoop.2021.100225>
2. Dans, M., Kutner, J. S., Agarwal, R., et al. (2021). NCCN Guidelines® Insights: Palliative Care, Version 2.2021. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network: JNCCN*, 19(7), 780–788. <https://doi.org/10.6004/jnccn.2021.0033>
 3. Davis, M., Hui, D., Davies, A., Ripamonti, C., Capela, A., DeFeo, G., Del Fabbro, E., & Bruera, E. (2021). Medical management of malignant bowel obstruction in patients with advanced cancer: 2021 MASCC guideline update. *Supportive care in cancer: official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 29(12), 8089–8096. <https://doi.org/10.1007/s00520-021-06438-9>
 4. Demarest, K., Lavu, H., Collins, E., & Batra, V. (2023). Comprehensive Diagnosis and Management of Malignant Bowel Obstruction: A Review. *Journal of pain & palliative care pharmacotherapy*, 37(1), 91–105. <https://doi.org/10.1080/15360288.2022.2106012>
 5. Fackche, N. T., & Johnston, F. M. (2021). Malignant Bowel Obstruction. *Advances in surgery*, 55, 35–48. <https://doi.org/10.1016/j.yasu.2021.05.003>
 6. Farooq, M. S., Aziz, A., & Tham, T. C. K. (2024). Malignant bowel obstruction: Historical lessons, current standards, and future directions. *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology*, 70, 101950.
 7. Fejleh MP, Chang M, Anand G, Savides TJ. Use of a large-diameter 30-French venting gastrostomy tube is effective and safe for symptom palliation in patients with malignant bowel obstruction. *Ann Gastroenterol*. 2022 Mar-Apr;35(2):177-181.
 8. Madariaga, A., Sobocki, J., Dickman, A., Larkin, P., Ghoshal, A., Furness, K., Fazelzad, R., Crawford, G. B., Lheureux, S., & MASCC Malignant Bowel Obstruction Expert Panel. (2022). MASCC multidisciplinary evidence-based recommendations for the management of malignant bowel obstruction in advanced cancer. *Supportive Care in Cancer*, 30(6), 4711–4728.
 9. National Comprehensive Cancer Network. (2024). NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Palliative care. Management of symptoms – malignant bowel obstruction (Version actualizată).
 10. Oxford University Hospitals NHS Foundation Trust & Thames Valley Cancer Alliance. (2024). Malignant bowel obstruction guidelines (medical management) (April 2024). Oxford University Hospitals NHS Foundation Trust. <https://thamesvalleycanceralliance.nhs.uk/wp-content/uploads/2025/10/Malignant-bowel-obstruction-guidelines-final-April-2024.pdf>
 11. Tenderenda, K., Gierczak, A., Panczyk, M., Sobocki, J., & Zaczek, Z. (2024). Nutritional Status as a Prognostic Factor for Survival in Palliative Care: A Retrospective Observational Analysis of Home Parenteral Nutrition in Cancer Patients with Inoperable Malignant Bowel Obstruction. *Nutrients*, 16(11), 1569. <https://doi.org/10.3390/nu16111569>
 12. Tradounsky G. E. (2024). Gastro-Intestinal Symptoms in Palliative Care Patients. *Current oncology (Toronto, Ont.)*, 31(4), 2341–2352. <https://doi.org/10.3390/curroncol31040174>
 13. Walter, M., Rinaldi, S., Easley, C., Ashai, N., Chan, W., Courneya, J., Ragusa, M., & Bruera, E. (2024). Palliative management of inoperable malignant bowel obstruction: Prospective, open-label, phase 2 study at an NCI comprehensive cancer center. *Journal of Pain and Symptom Management*, 67(2), 271–280.

Capitolul 5.5

Sindromul de venă cavă

Autor: Teodora Alexa-Stratulat

Revizor: Vladimir Porocho

I. RECOMANDĂRI

Recomandări	Nivel de evidență	Puterea recomandării
Pentru diagnosticul sindromului de venă cavă este necesară evaluarea imagistică prin metode de înaltă performanță. Sunt recomandate evaluările prin CT toracic cu contrast, angio-CT + venografie CT, venografie CT, angio RMN + venografie RMN sau venografie RMN.	Scăzut Nu există studii randomizate de mari dimensiuni care să compare direct diferitele metode imagistice. Se estimează că evaluarea CT are o sensibilitate de 96% și o specificitate de 92% pentru diagnosticul sindromului de venă cavă (Sonavane et al., 2015). Procente similare sunt raportate și pentru celelalte investigații recomandate.	Puternică Consensus internațional bazat pe datele disponibile în literatura de specialitate (Bhave et al., 2026).
Primele măsuri în tratamentul sindromului de venă cavă sunt poziționarea pacientului cu capul ridicat față de corp (prin ajustarea patului de spital), repaosul și inițierea oxigenoterapiei	Scăzut Nu există studii randomizate care să evalueze beneficiile acestor măsuri terapeutice.	Puternică Din punct de vedere clinic, simptomatologia se acutizează în momentul în care pacientul este la orizontală sau stă aplecat. Repaosul limitează suprasolicitarea sistemului circulator. Oxigenoterapia este indicată dacă există modificări de saturație. Aceste măsuri sunt recomandate de principalele societăți europene și americane pe bază de consensus (<i>ESMO Handbook of Oncological Emergencies (2nd Edition)</i> / <i>OncologyPRO</i> , n.d.).

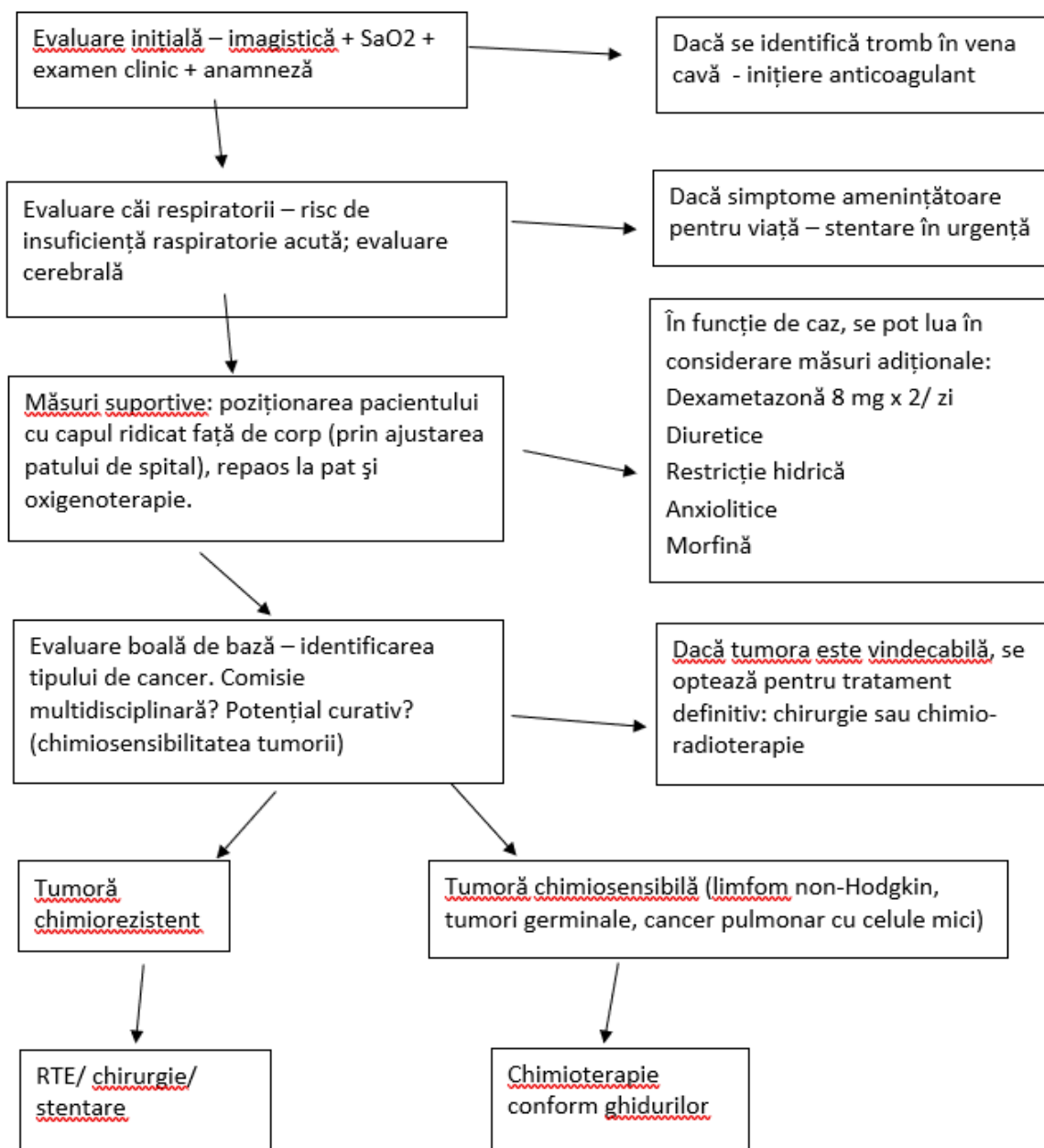
Introducerea unui stent la nivelul obstrucției reprezintă metoda cea mai rapidă pentru ameliorarea simptomelor și este de preferat pentru pacienții cu edem cerebral/ laringean amenințător pentru viață sau cu afectare hemodinamică severă.	Moderat Studiu non-randomizat care a concluzioant că rata de ameliorare a simptomelor la 72 de ore a fost de 100% (Lanciego et al., 2001).	Puternică Stentarea reprezintă opțiunea de elecție pentru sindromul de venă cavă cu simptome severe conform ghidului european de urgențe oncologice (ESMO Handbook of Oncological Emergencies (2nd Edition) OncologyPRO, n.d.).

II. ALGORITMUL DE MANAGEMENT AL SINDROMULUI DE VENĂ CAVĂ

Scopul tratamentului: ameliorarea simptomelor, restabilirea circulației prin vena cavă.

!Deși considerată o urgență, decesul secundar SVC este relativ rar. Cu excepția cazurilor în care simptomele sunt amenințătoare pentru viață, se preferă luarea unei decizii terapeutice (radioterapie versus chimioterapie versus chirurgie versus stentare) după ce etiologia SVC (inclusiv subtipul histologic de cancer) a fost determinată!

Algoritm de management



Precizări:

- ✓ Deși corticoterapia este frecvent utilizată în tratamentul SVC, nu există date care să susțină eficacitatea acestei abordări.
- ✓ Se recomandă biopsierea formațiunii tumorale care determină SVC în cazul în care SVC este primul simptom ce duce la diagnosticul de neoplazie.

III. FIȘE SUPORT

Vena cavă superioară (VCS) este responsabilă de drenajul venos al jumătății superioare a corpului. Asigură aproximativ o treime din returul venos al organismului. Are o lungime de șapte centimetri și un diametru de 20-22 mm. Este caracterizată de pereți subțiri, complianță crescută și sistem de drenaj de presiune joasă. **Sindromul de venă cavă (SVC)** reprezintă totalitatea semnelor și simptomelor rezultate din compresia intrinsecă sau extrinsecă a venei cave superioare sau a venelor mari asociate. Majoritatea cazurilor (85-95%) au etiologie neoplazică (Matos, 2020) (*ESMO Handbook of Oncological Emergencies (2nd Edition) | OncologyPRO, n.d.*) (*ESMO Handbook of Oncological Emergencies (2nd Edition) | OncologyPRO, n.d.*) (*ESMO Handbook of Oncological Emergencies (2nd Edition) | OncologyPRO, n.d.*) (*ESMO Handbook of Oncological Emergencies (2nd Edition) | OncologyPRO, n.d.*).

Majoritatea (80%) cazurilor apar în contextul unei compresii extrinseci. Mai puțin frecvent, SVC este secundară invaziei directe (tumori paratraheale), trombozei sau mecanismul de producere este mixt (Mayer et al., 2020). Cel mai frecvent, sindromul de venă cavă apare în contextul cancerului bronho-pulmonar cu celule mici. SVC poate apărea și secundar cancerului bronho-pulmonar non-microcelular, limfomului, cancerelor cu celule mediastinale, tumorilor mediastinale primare (timom, carcinom timic, sarcom) sau poate fi determinat de boli infecțioase, mediastinită sau insuficiență cardiacă (*ESMO Handbook of Oncological Emergencies (2nd Edition) | OncologyPRO, n.d.*).

Prezentarea clinică poate fi acută sau subacută. Compresia traheală și afectarea căilor respiratorii reprezintă scenariile clinice urgente și intervenția imediată este esențială.

Tabel 1. Sistemul de gradare a sindromului de venă cavă în funcție de severitate (Yu et al., 2008)

Clasa	Categoria	Incidența estimată	Definiție
0	Asimptomatic	10%	Semne radiologice în absența simptomatologiei
1	Ușoară	25%	Edem al capului și gâtului, cianoză
2	Moderată	50%	Edem al capului și gâtului cu tulburări funcționale
3	Severă	10%	Edem cerebral ușor sau moderat sau sincopă după aplecare
4	Amenințătoare de viață	5%	Edem cerebral important sau laringian sau instabilitate hemodinamică
5	Fatală	<1%	Exitus

Tabel 2. Scorul Kishi pentru evaluarea oportunității de stentare în urgență (Kishi et al., 1993; Trivedi et al., 2022)

Tip simptom	Simptom	Scor
Neurologic	Comă	4
	Vedere încețoșată, cefalee, vertij, amețeli	3
	Alterare status mental	2
	Stare generală alterată	1
Respirator	Edem laringeal, ortopnee	3
	Stridor, dispnee, disfagie	2
	Tuse, durere toracică	1
Edem facial	Edem al buzelor, epistaxis	2
	Edem facial	1
Vascular	Turgescența jugularelor, dilatarea venelor de la nivelul feței sau brațelor	1
Un scor mai mare de 4 reprezintă indicație de stentare		

Evaluarea sindromului de venă cavă

Din punct de vedere clinic, SVC are o prezentare clinică relativ uniformă. Manifestările cele mai frecvente includ:

- **dispnee** - 63%
- **tuse**
- **dureri toracice.**

Această triadă este relativ frecvent întâlnită. Simptomele se înrăutățesc în poziție supină.

Severitatea simptomelor depinde de viteza cu care s-a instaurat obstrucția.

Alte semne/ simptome:

- disfagie, disfonie
- circulație colaterală la nivelul peretelui toracic
- edem facial și periorbital, edem al membrelor superioare accentuat dimineața
- cefalee, sindrom confuzional sau comă
- distensia venelor superficiale ale toracelui și gâtului.

Investigații imagistice cu scopul de a identifica masele mediastinale însoțite de obicei de efuziune pleurală sau lărgirea mediastinului.

- Rgf toracică
- CT toracic
- RMN în funcție de zona de interes.

Anamneză:

- centrată pe debutul simptomelor
- evaluare APP neoplazice
- evaluare APP chirurgie toracică.

INTERVENȚII SVC

Prevenția sindromului de venă cavă la pacientul oncologic

- Toți pacienții oncologici cu neoplasm bronho-pulmonar cu celule mici trebuie monitorizați îndeaproape pentru a evalua riscul apariției sindromului de venă cavă
- Tratamentul precoce și adecvat al neoplaziei de fond se asociază cu scăderea incidenței SVC

Tratament în urgență

- poziționarea pacientului cu capul ridicat față de corp (prin ajustarea patului de spital)
- repaos la pat
- oxigenoterapie
- corticoterapie – Dexametazonă 8 mg x 2/zi
- diuretice (cu monitorizarea funcției cardiace, care poate fi ușor compromisă în această situație)
- anxiolitice/morfină

Intervenții ulterioare

- stentarea endovasculară a venei cave – ameliorare simptomatică în 24-48 h în 95% cazuri
- radioterapia în urgență – răspuns după 72 ore
- tromboliză dacă SVC este datorat unui tromb venos
- terapia antineoplazică a cancerului de fond
 - RTE loco-regională FT primară + ADP - raspuns in 72h
 - CHT – de elecție în CBP microcelular, tumori germinale sau LMNH
 - intervenție chirurgicală locală – carcinoame timice
- identificarea cauzei SVC ± biopsie
- evaluare multidisciplinară

CONTRAINDICAȚII/ PRECAUȚII ÎN TERAPIA SVC

(*ESMO Handbook of Oncological Emergencies (2nd Edition)* | *OncologyPRO*, n.d.) Stentarea endovasculară este eficientă inclusiv pentru cazurile în care sindromul de venă cavă apare secundar unei neoplazii, deși riscul de recurență al simptomelor este relativ înalt (11% în cazul pacienților cu cancer bronho-pulmonar). Rata complicațiilor este estimată ca fiind 3-7%. Cele mai frecvente complicații sunt infecția, embolia pulmonară, perforația, tamponada pericardică, sângerarea, migrarea stentului și eșecul stentului. Riscul este crescut la pacienții în curs de terapie anticoagulantă la momentul stentării (*ESMO Handbook of Oncological Emergencies (2nd Edition)* | *OncologyPRO*, n.d.).

La pacienții cu afectare cardio-vasculară secundară SVC, este necesară evaluarea raportului risc/beneficiu anterior recomandării de diuretice/ restricție hidrică.

La pacienții cu neoplazie și tromb în vena cavă cu istoric de sângerări, trebuie evaluat raportul risc/beneficiu anterior inițierii terapiei anticoagulante.

IV. PARTICULARITĂȚI ÎN INSUFICIENȚE DE ORGAN

Diureticele și restricția hidrică trebuie făcute cu atenție la pacienții cu disfuncție cardiacă cronică sau la cei la care sindromul de venă cavă se asociază cu hipotensiune.

Chimioterapia cu Cisplatin poate fi administrată fără precauții adiționale la pacienții cu un clearance al creatininei > 60 ml/ min. La pacienții cu valori între 30 și 60 ml/ min, se recomandă ajustarea dozei și evaluarea raportului risc/ beneficiu. Cisplatin este contraindicat la pacienți cu clearance al creatininei < 30 ml/ min, se recomandă înlocuirea derivatului de platină cu Carboplatin în această situație.

V. DOZE PEDIATRICE

Chimioterapie și radioterapie vor fi administrate în funcție de recomandările ghidurilor de oncologie pediatrică, adaptat tipului de tumoră.

Dacă SVC survine la copii, reprezintă aproape întotdeauna o urgență datorită riscului crescut de disfuncție respiratorie și faptului că simptomele progresează cu rapiditate.

VI. STUDIU DE CAZ

Pacient 59 ani, se adresează serviciului de urgență pentru durere toracică cu debut insidios și accentuare progresivă. Examenul clinic relevă circulație venoasă colaterală la nivelul toracelui și turgescența jugularelor. CT toracic cu contrast – formațiune tumorală 5/6 cm ce comprimă vena cavă. SaO₂ = 88%. Care din următoarele abordări terapeutice sunt potrivite?

- a. Repaos la pat
- b. Poziționarea pacientului cu capul mai sus decât trunchiul
- c. Oxigenoterapie
- d. Radioterapie
- e. Chimioterapie
- f. Intervenție chirurgicală.

Răspuns: A, B. Primele măsuri terapeutice conform recomandărilor din ghid. Se așteaptă confirmarea histologică pentru intervenții de tip chimioterapie, chirurgie sau radioterapie. Pacientul nu prezintă simptome amenințătoare de viață, deci primele măsuri sunt suficiente la acest moment.

După inițierea terapiei, starea pacientului se ameliorează. Care este următoarea etapă în secvența de management?

- a. Chimioterapie
- b. Biopsierea formațiunii
- c. Stentarea
- d. Inițierea terapiei anticoagulante.

Răspuns: B. Se recomandă biopsierea formațiunii.

Pacientul este diagnosticat cu cancer bronho-pulmonar microcelular stadiul III. Care este abordarea terapeutică?

- a. Stentarea
- b. Intervenția chirurgicală
- c. Chimio-radioterapia definitivă
- d. Inițierea terapiei cu opioide
- e. Oxigenoterapie la domiciliu.

Răspuns: C. Se recomandă terapie curativă. Neoplazia este tratată definitiv conform standardului de tratament, indiferent de prezența sau absența sindromului de venă cavă.

VII. REZUMAT

Acest algoritm oferă o abordare structurată pentru diagnosticul și tratamentul sindromului de venă cavă, integrând intervenții terapeutice standardizate și un algoritm de diagnostic al maselor mediastinale ce determină compresie extrinsecă a venei cave.

Bibliografie

1. Bhave, A. D., Franssen, N., Khaja, M. S., Kokabi, N., Browne, W. F., Chamrath, M. R., Contrella, B. N., Kapoor, B. S., Keefe, N. A., Khan Suheb, M. Z., Kim, K. M., Lahiri, J., Obi, A., Scovell, S., Sheeran, D. P., Tierney, S., Udejiofor, N., Wulfeck, M., & Majdalany, B. S. (2026). ACR Appropriateness Criteria® Thoracic Venous Occlusions-Suspected Superior Vena Cava Syndrome. *Journal of the American College of Radiology*, 23(1), 159–169. <https://doi.org/10.1016/J.JACR.2025.10.029>
2. *ESMO Handbook of Oncological Emergencies (2nd Edition) | OncologyPRO*. (n.d.). Retrieved January 16, 2026, from <https://oncologypro.esmo.org/books/handbooks/oncological-emergencies>
3. Kishi, K., Sonomura, T., Mitsuzane, K., Nishida, N., Yang, R. J., Sato, M., Yamada, R., Shirai, S., & Kobayashi, H. (1993). Self-expandable metallic stent therapy for superior vena cava syndrome: clinical observations. *Radiology*, 189(2), 531–535. <https://doi.org/10.1148/RADIOLOGY.189.2.8210386>
4. Lanciego, C., Chacón, J. L., Julián, A., Andrade, J., López, L., Martínez, B., Cruz, M., & García-García, L. (2001). Stenting as first option for endovascular treatment of malignant superior vena cava syndrome. *AJR. American Journal of Roentgenology*, 177(3), 585–593. <https://doi.org/10.2214/AJR.177.3.1770585>
5. Matos, V. J. (2020). Superior Vena Cava Syndrome in Critically Ill Cancer Patients. *Oncologic Critical Care*, 1253–1263. https://doi.org/10.1007/978-3-319-74588-6_114
6. Mayer, S. A., Shapiro, J. M., Gidwani, U. K., & Oropello, J. M. (2020). Oncologic Emergencies. *Mount Sinai Expert Guides: Critical Care*, 586–595. <https://doi.org/10.1002/9781119293255.CH58>
7. Sonavane, S. K., Milner, D. M., Singh, S. P., Abdel Aal, A. K., Shahir, K. S., & Chaturvedi, A. (2015). Comprehensive Imaging Review of the Superior Vena Cava. *Radiographics : A Review Publication of the Radiological Society of North America, Inc*, 35(7), 1873–1892. <https://doi.org/10.1148/RG.2015150056>
8. Trivedi, S. B., Ray, C., Chadavada, S., Makramalla, A., & Kord, A. (2022). Superior Vena Cava Syndrome: An Update and Literature Review of Percutaneous Endovascular Treatments. *Seminars in Interventional Radiology*, 39(4), 446. <https://doi.org/10.1055/S-0042-1757344>
9. Yu, J. B., Wilson, L. D., & Detterbeck, F. C. (2008). Superior vena cava syndrome--a proposed classification system and algorithm for management. *Journal of Thoracic Oncology : Official Publication of the International Association for the Study of Lung Cancer*, 3(8), 811–814. <https://doi.org/10.1097/JTO.0B013E3181804791>

Capitolul 5.6

Sindromul de compresie medulară

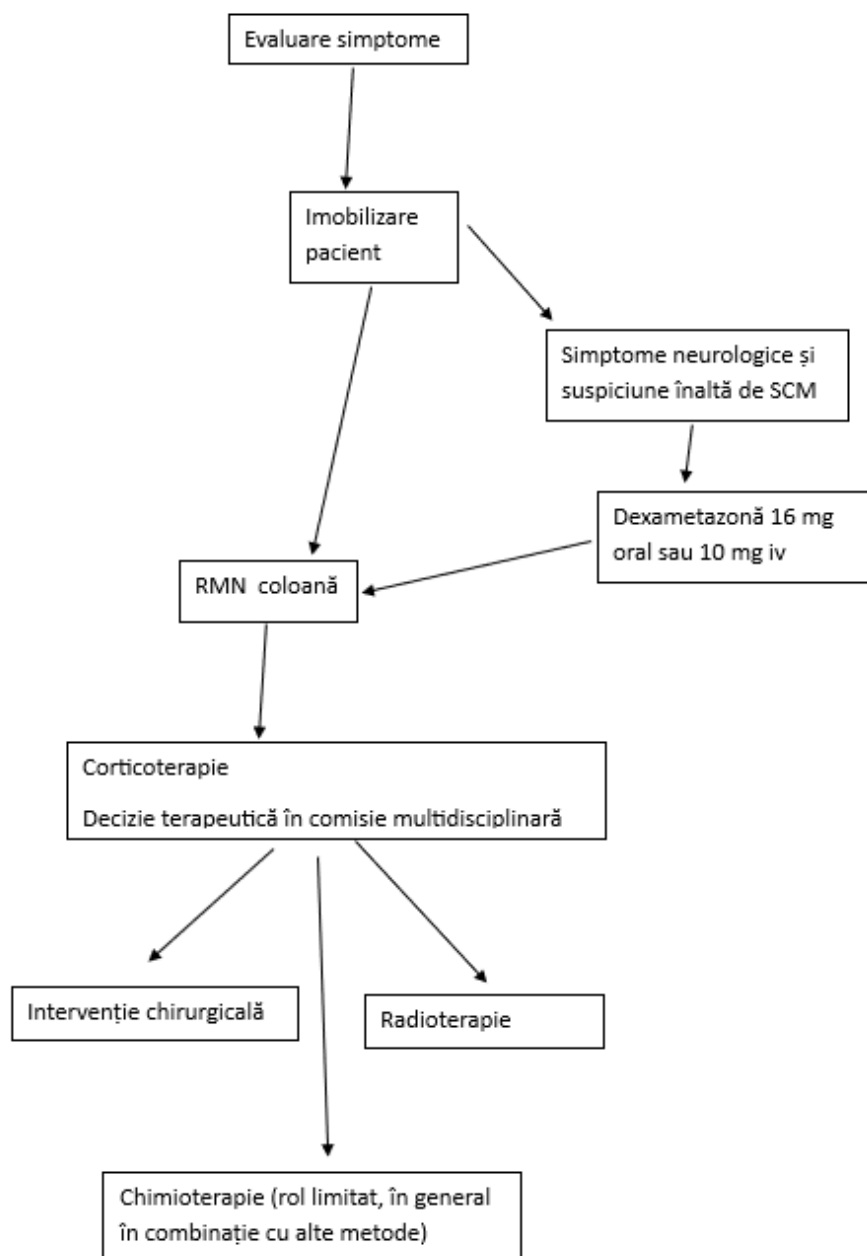
Autor: Teodora Alexa-Stratulat

Revizor: Vladimir Poroach

I. RECOMANDĂRI

Recomandări	Nivel de evidență	Puterea recomandării
Pentru diagnosticul sindromului de compresie medulară (SCM), evaluarea de elecție este reprezentată de evaluarea RMN a întregii coloane.	Scăzut Nu există studii randomizate care să evalueze utilizarea comparativă diferitelor metode imagistice.	Puternică RMN-ul are o sensibilitate de 93% și o specificitate de 97% pentru diagnosticul SCM (Vega Moreno et al., 2026).
Evaluarea RMN la pacienții cu suspiciune clinică de SCM ar trebui realizată în primele 24 de ore de la debutul simptomelor.	Moderat Dovezile disponibile provin din extrapolarea informațiilor referitoare la rezultatele intervenției chirurgicale la pacienții cu sindrom de compresie medulară de cauză non-oncologică (Bin-Alamer et al., 2024).	Moderată Identificarea precoce a SCM permite o intervenție terapeutică rapidă, asociată cu o probabilitate mai mare de recuperare funcțională parțială sau totală.
În cazul suspiciunii de SCM, se recomandă imobilizarea imediată a pacientului (inclusiv în etapa de prespital).	Scăzut Nu există studii randomizate care să evalueze eficacitatea imobilizării precoce (“Evidence Reviews for Immobilisation,” 2023).	Moderată Imobilizarea pacientului cu suspiciune de SCM poate preveni agravarea leziunii vertebrale (<i>Recommendations Spinal Metastases and Metastatic Spinal Cord Compression Guidance NICE, n.d.</i>).
La pacienții cu SCM sau suspiciune înaltă de SCM care asociază semne sau simptome neurologice, se vor administra 16 mg Dexametazonă oral (sau echivalentul intravenos) cât mai repede.	Moderat Deși există studii clinice care compară diferite doze de corticosteroizi și eficacitatea lor în tratamentul SCM, nu există consens referitor la doza recomandată (Skeoch et al., 2017; Sørensen et al., 1994; Vecht et al., 1989).	Slabă Doza de 16 mg este recomandată de mai multe societăți profesionale internaționale. La pacienții cu simptome neurologice, corticoterapia scade edemul și inflamația în zona comprimată, crescând probabilitatea recuperării neurologice (<i>Recommendations Spinal Metastases and Metastatic Spinal Cord Compression Guidance NICE, n.d.</i>) (<i>CLINICAL GUIDANCE FOR METASTATIC SPINAL CORD COMPRESSION Greater Manchester Pathway Procedure Reference: CP233 Version: V01 Accountable Committee (Document Owner): CSSS Quality and Governance Committee, n.d.</i>).

ALGORITMUL DE MANAGEMENT AL SCM



Tratament în urgență

Corticosteroizii reprezintă tratamentul cel mai des utilizat în urgență deoarece scad inflamația și edemul vasogenic, având și potențial efect antitumoral în anumite tipuri de cancer. Nu există consens referitor la doza optimă de corticosteroizi. Se recomandă inițierea radioterapiei sau chirurgia decompresivă în urgență.

Decizia de a recomanda chirurgia versus radioterapia pentru SCM depinde de radiosensibilitatea tumorii, de stabilitatea coloanei vertebrale, de multifocalitatea compresiunii, timpul scurs de la apariția simptomelor și de prognosticul vital al pacientului (Mayer et al., 2020).

II. FIȘE SUPORT

Sindromul de compresie medulară (SCM) reprezintă totalul semnelor și simptomelor secundare prezenței unei formațiuni tumorale maligne compresive la nivel medular. SCM este considerată o urgență oncologică majoră deoarece întârzierea inițierii tratamentului poate duce la afectare neurologică ireversibilă, cu impact semnificativ pe statusul funcțional și calitatea vieții (*Recommendations / Spinal Metastases and Metastatic Spinal Cord Compression / Guidance / NICE, n.d.*) (*Recommendations / Spinal Metastases and Metastatic Spinal Cord Compression / Guidance / NICE, n.d.*). Se estimează că între 3 și 5% din totalul pacienților oncologici vor prezenta SCM pe parcursul evoluției bolii, majoritatea datorită metastazelor vertebrale ce se extind în spațiul epidural. Prognosticul pacienților cu SCM este rezervat, fiind estimat a fi între 3 și 16 luni (Mayer et al., 2020). Cel mai frecvent, se întâlnește ca diseminare secundară de la cancere bronho-pulmonare, mamare, prostatice, renale sau la neoplasmele cu punct de plecare neprecizat. SCM este considerat a doua cea mai frecventă complicație neurologică la pacienții neoplazici (după MTS cerebrale).

Simptome:

- **durere lombară sau radiculară – 83-95%**
- slăbiciune musculară (60-86%)
- ataxie
- disfuncție autonomă, hipoestezie
- retenție sau incontinență urinară - tardiv.

Semne:

- modificări în tonusul rectal
- deficiențe motorii sau senzoriale.

Diagnostic:

- Anamneză + examen fizic
- Standardul de aur - RMN.

Prognostic:

- urgență oncologică cu răspuns bun dacă tratamentul se instituie la timp
- prognostic nefavorabil dacă netratată – sechele neurologice – incontinență, paraplegie
- cel mai important factor prognostic pentru recuperarea motorie este capacitatea ambulatorie la momentul diagnosticului.

III. CONTRAINDICAȚII/ PRECAUȚII ÎN TERAPIA SCM

Utilizarea corticosteroizilor în SCM trebuie individualizată în funcție de severitatea simptomelor, rapiditatea agravării statusului neurologic și etiologia SCM. Ghidurile actuale recomandă utilizarea unor doze mai mici (10-16 mg dexametazona p.o./ i.v.) datorită efectelor secundare asociate cu utilizarea unor doze mari de corticosteroizi și, în special, datorită consecințelor utilizării acestora pe termen lung (Tabel 1).

Tabel 1. Efecte secundare ale utilizării corticosteroizilor pe termen lung (Mayer et al., 2020)

Cardio-vasculare	Hipertensiune arterială Ateroscleroză Aritmii Creșterea lipoproteinelor serice
Gastro-intestinale	Gastrită Ulcer peptic Steatohepatită Pancreatită Perforații ale viscerelor
Endocrinologice	Diabet zaharat Disfuncție hipotalamo-hipofizară Disfuncție suprarenaliană Amenoree Infertilitate
Renale	Hipokalemie Retenție hidrică
Infecțioase	Infecții atipice Infecții oportuniste Creșterea frecvenței infecțiilor sezoniere
Neuropsihiatrice	Euforie Depresie Manie Psihoză
Osteo-musculare	Necroză avasculară Osteoporoză Miopatie
Oculare	Cataractă Exoftalmie Creșterea presiunii intraoculare
Dermatologice	Peteșii/ purpură Alopecie Acnee Hipertrichoză Hirsutism Subțierea epidermului

IV. DOZE PEDIATRICE

SCM este rar la copii. Etiologia non-neoplazică se va trata în funcție de cauza responsabilă (antibiotice, intervenție chirurgicală). Etiologia neoplazică se va trata prin radioterapie sau intervenție chirurgicală, eventual asociate cu chimioterapia.

Administrarea de corticosteroizi se va realiza în funcție de greutatea pacientului conform formulei: Dexametazonă 1-2 mg/ kgc până la 10 mg bolus, apoi 0.25-0.5 mg/ kgc la 6 ore administrate i.v. sau p.o. (Ansari et al., n.d.).

V. STUDIU DE CAZ

Pacientă 65 ani, diagnosticată recent cu cancer mamar se adresează în urgență pentru incontinență urinară, durere lombară marcată, slăbiciune musculară și parestezii la nivelul membrelor inferioare bilateral. Relatează debutul simptomelor cu aproximativ 24 de ore anterior adresării, cu agravare progresivă. Biologic – în limite normale. Care sunt primele măsuri ce trebuie luate?

1. Imobilizarea coloanei
2. Administrarea de corticosteroizi
3. Efectuarea unui RMN de coloană
4. Consult oncologic
5. Inițierea antibioterpiei.

Răspuns: 1,2,3 - pacientă cu suspiciune clinică înaltă de SCM, cu simptome neurologice asociate și cu debut recent al simptomatologiei.

Pacienta este diagnosticată imagistic cu SMC la nivelul L1-L2 la care asociază instabilitate a coloanei vertebrale. Nu a început încă tratamentul oncologic, diagnosticul de cancer mamar fiind relativ recent. Care din următoarele abordări terapeutice este de elecție?

1. Radioterapia convențională
2. Radioterapia stereotactică
3. Intervenția chirurgicală
4. Chimioterapia
5. Continuă exclusiv cu corticosteroizi.

Răspuns: 3 – situs unic, prognostic > 3 luni, instabilitate a coloanei, debut recent.

VI. REZUMAT

Acest algoritm oferă o abordare structurată pentru identificarea precoce, evaluarea și terapia sindromului de compresie medulară, integrând intervenții terapeutice standardizate și măsuri de identificare precoce, cu scopul reducerii complicațiilor pe termen lung al SCM și recuperării parțiale sau totale a funcționalității.

Bibliografie

1. Ansari, S. A., Macdonald, J. M., Qualls, S., & Martin, R. (n.d.). *Spinal Cord Compression Protocol 2 Emergency Neurological Life Support Spinal Cord Compression Protocol Version 5.0*.
2. Bin-Alamer, O., Qedair, J., Abou-Al-Shaar, H., Mallela, A. N., Balasubramanian, K., Alnefaie, N., Al-Shaar, A. R. A., Plute, T., Lu, V. M., McCarthy, D. J., Fields, D. P., Agarwal, N., Gerszten, P. C., & Hamilton, D. K. (2024). Surgical intervention ≤ 24 hours versus > 24 hours after injury for the management of acute traumatic central cord syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Neurosurgery. Spine*, 40(5), 653–661. <https://doi.org/10.3171/2023.11.SPINE23789>

3. *CLINICAL GUIDANCE FOR METASTATIC SPINAL CORD COMPRESSION Greater Manchester Pathway Procedure Reference: CP233 Version: V01 Accountable committee (document owner): CSSS Quality and Governance Committee.* (n.d.).
4. Evidence reviews for immobilisation. (2023). *Evidence Reviews for Immobilisation: Spinal Metastases and Metastatic Spinal Cord Compression: Evidence Review H.* <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK602874/>
5. Mayer, S. A., Shapiro, J. M., Gidwani, U. K., & Oropello, J. M. (2020). Oncologic Emergencies. *Mount Sinai Expert Guides: Critical Care*, 586–595. <https://doi.org/10.1002/9781119293255.CH58>
6. *Recommendations | Spinal metastases and metastatic spinal cord compression | Guidance | NICE.* (n.d.).
7. Skeoch, G. D., Tobin, M. K., Khan, S., Linninger, A. A., & Mehta, A. I. (2017). Corticosteroid Treatment for Metastatic Spinal Cord Compression: A Review. *Global Spine Journal*, 7(3), 272. <https://doi.org/10.1177/2192568217699189>
8. Sørensen, P. S., Helweg-Larsen, S., Mouridsen, H., & Hansen, H. H. (1994). Effect of high-dose dexamethasone in carcinomatous metastatic spinal cord compression treated with radiotherapy: a randomised trial. *European Journal of Cancer (Oxford, England : 1990)*, 30A(1), 22–27. [https://doi.org/10.1016/S0959-8049\(05\)80011-5](https://doi.org/10.1016/S0959-8049(05)80011-5)
9. Vecht, C. J., Haaxma-Reiche, H., van Putten, W., de Visser, M., Vries, E. P., & Twijnstra, A. (1989). Initial bolus of conventional versus high-dose dexamethasone in metastatic spinal cord compression. *Neurology*, 39(9), 1255–1257. <https://doi.org/10.1212/WNL.39.9.1255>
10. Vega Moreno, D. A., Reyes Soto, G., Lopez-Valdes, J. C., Arellano-Mata, A., Galicia Palacios, H., Amador Hernandez, M. A., & de Jesús Encarnación-Ramirez, M. (2026). Comprehensive guide to the diagnosis, management, and treatment of metastatic spinal cord compression syndrome. *Surgical Oncology*, 64, 102341. <https://doi.org/10.1016/J.SURONC.2025.102341>

Partea 6.
ÎNGRIJIREA LA
SFÂRȘITUL VIEȚII

Capitolul 6.1

Planificarea anticipată a îngrijirii

Autor: Camelia Ancuța
Revizor: Daniela Moșoiu

I. ASPECTE TEORETICE

Definiție

Planificarea anticipată a îngrijirii permite persoanelor care au capacitate decizională să își identifice valorile, să reflecteze asupra semnificațiilor și consecințelor scenariilor de boală gravă, să definească obiectivele și preferințele pentru tratamentul și îngrijirea medicală viitoare și să discute aceste aspecte cu familia și cu furnizorii de servicii medicale.

Planificarea anticipată a îngrijirii abordează preocupările persoanelor pentru problemele fizice, psihologice, sociale și spirituale. Aceasta încurajează persoanele în cauză să împuternicească o persoană, să înregistreze și să revizuiască în mod regulat orice preferințe, astfel încât acestea să poată fi luate în considerare în cazul în care nu vor mai putea lua propriile decizii (Rietjens et al., 2017).

O abordare personalizată a îngrijirii se bazează pe un plan de îngrijire adaptat priorităților și valorilor pacientului și este fundamentală pentru furnizarea unei îngrijiri de calitate, centrată pe pacient (Knight, 2021).

Directivele în avans

Planificarea anticipată a îngrijirii este un proces și constă în mai multe conversații care pot duce la completarea directivelor în avans. Cei implicați în discutarea directivelor în avans sunt: pacientul, un membru din familie ales de pacient și medicul sau alți profesioniști din echipa medicală (van der Steen et al., 2024).

Directivele în avans au două componente:

- Desemnarea unei persoane din familie care să ia decizii pentru pacient. Această persoană trebuie să fie cineva:
 - care cunoaște valorile și ce este important pentru pacient
 - cu care pacientul se simte confortabil să discute
 - în care pacientul are încredere că persoana desemnată îi va respecta dorințele
 - care poate fi prezent când pacientul se află în ultimele săptămâni de viață.
- Stabilirea obiectivelor de îngrijire în acord cu dorințele pacientului, în ceea ce privește tratamentele sau intervențiile propuse. (Toledo-Franco et al., 2025) Intervențiile medicale care pot fi abordate pentru realizarea directivelor în avans pot fi: resuscitare cardio-pulmonară, intubare/ventilație artificială, dializă, administrarea antibioticelor în ultimele zile de viață, chimioterapie/radioterapie, intervenții chirurgicale, nutriție/hidratare parenterală, locația îngrijirii la sfârșitul vieții, etc.

Obiectivele planificării anticipate a îngrijirii

1. Respectarea autonomiei individuale
2. Îmbunătățirea înțelegerii reciproce a perspectivelor privind îngrijirea medicală viitoare a pacienților în rândul pacienților, rudelor și profesioniștilor
3. Îmbunătățirea calității îngrijirii
4. Consolidarea relațiilor
5. Pregătirea pentru sfârșitul vieții
6. Reducerea tratamentelor agresive (Brinkman-Stoppelenburg et al., 2014).

II. RECOMANDĂRI CU NIVELE DE EVIDENȚĂ

Recomandare 1: **Se recomandă** planificarea anticipată a îngrijirii cu pacienții cu boli cronice progresive care au risc de a pierde capacitatea de decizie.

Recomandare 2: **Se recomandă** ca planificarea anticipată a îngrijirii să fie un proces continuu, revizuit periodic ori de câte ori apar modificări ale stării de sănătate.

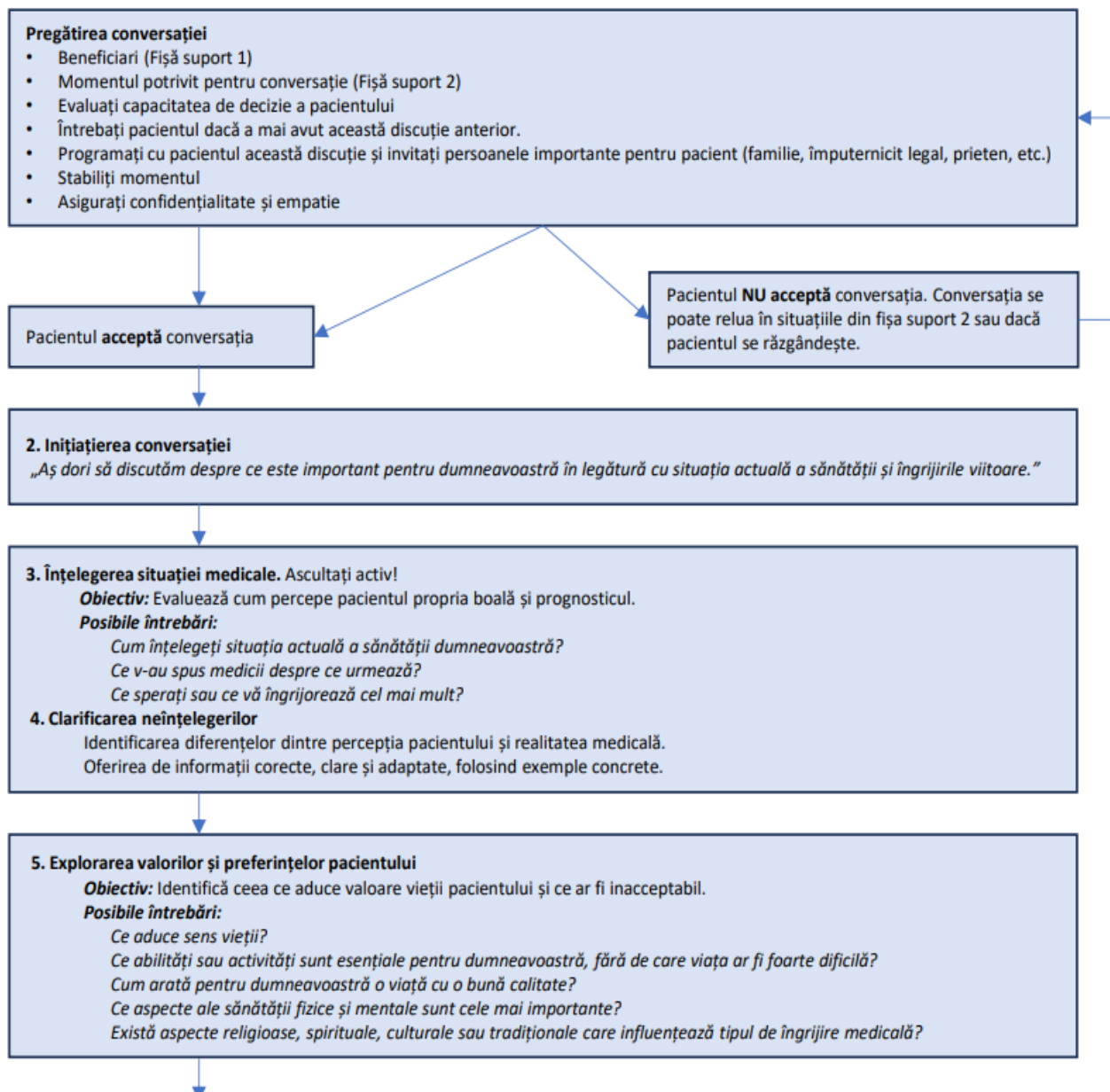
Recomandare 3: **Se recomandă** includerea familiei sau a persoanelor împuternicite în discuțiile de planificare anticipată a îngrijirii, cu consimțământul pacientului.

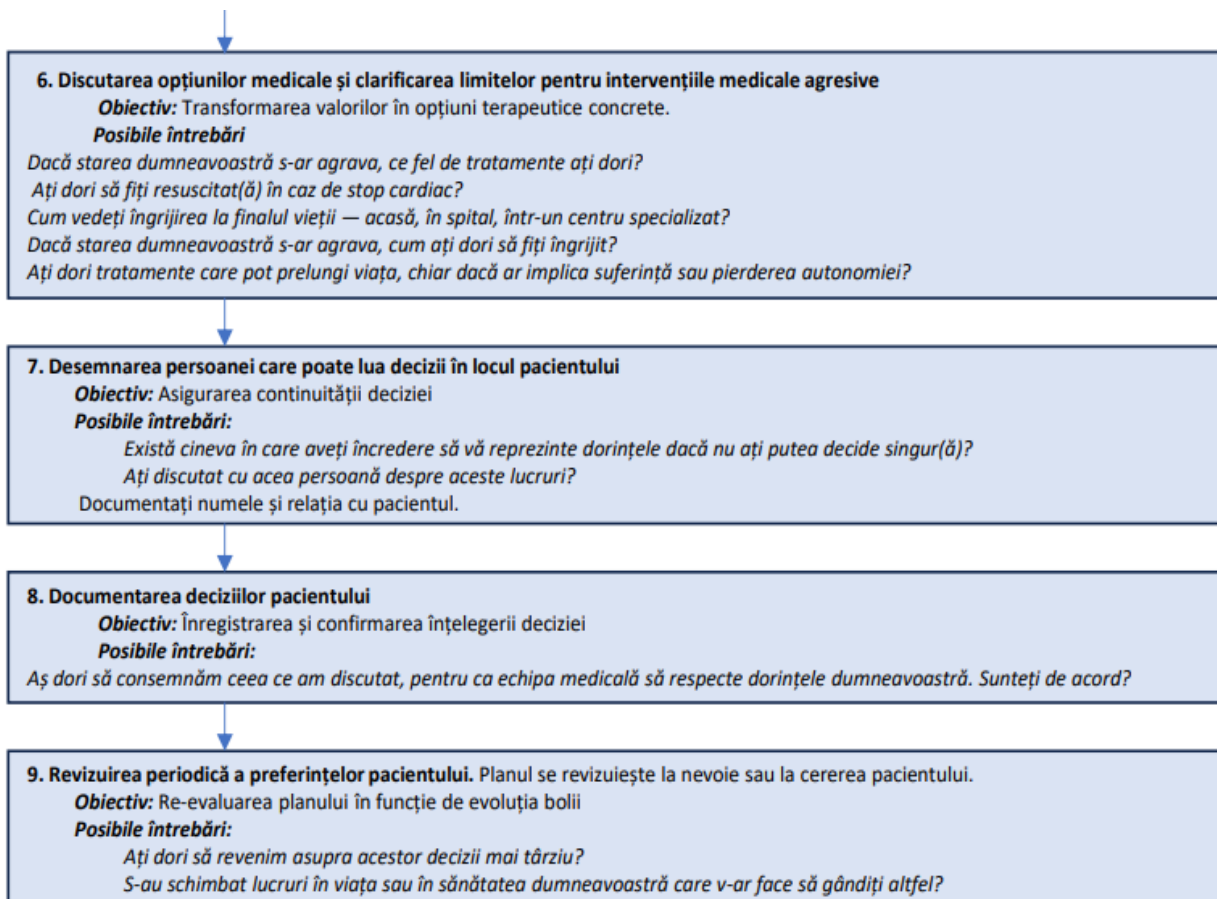
Recomandare 4: **Se recomandă** discutarea intervențiilor agresive la sfârșitul vieții, în cadrul planificării anticipate, ca parte a procesului decizional comun.

Recomandări	Nivel de evidență	Puterea recomandării
1. Se recomandă planificarea anticipată a îngrijirii cu pacienții cu boli cronice progresive care au risc de a pierde capacitatea de decizie	<i>Scăzut spre moderat</i> <i>Studii observaționale, ghiduri clinice</i>	Puternică Deoarece planificarea anticipată a îngrijirii respectă autonomia pacientului, are potențiale beneficii psihosociale și este puțin probabil să provoace daune (https://www.multiplechronicconditions.org/Wp-Content/Uploads/2023/01/2020-Institute-for-Clinical-Improvement-Palliative-Care-Guidelines-6th-Edition.Pdf , n.d.; https://www.nice.org.uk/Guidance/Ng142/Evidence/f-Advance-Care-Planning-Pdf-6955526995 , n.d.; Mentzelopoulos et al., 2021).
2. Se recomandă ca planificarea anticipată a îngrijirii să fie un proces continuu, revizuit periodic ori de câte ori apar modificări ale stării de sănătate.	<i>Scăzut spre moderat</i> <i>Studiile observaționale și ghidurile susțin revizuirea periodică pentru menținerea îngrijirii în concordanță cu obiectivele.</i>	Puternică Revizuirea periodică a obiectivelor de îngrijire face parte din îngrijirea paliativă și se aliniază cu principiile etice (https://www.multiplechronicconditions.org/Wp-Content/Uploads/2023/01/2020-Institute-for-Clinical-Improvement-Palliative-Care-Guidelines-6th-Edition.Pdf , n.d.; https://www.nice.org.uk/Guidance/Ng142/Evidence/f-Advance-Care-Planning-Pdf-6955526995 , n.d.; Zhu et al., 2025).

3. Se recomandă includerea familiei sau a persoanelor împuternicite în discuțiile de planificare anticipată a îngrijirii, cu consimțământul pacientului.	Scăzut spre moderat <i>Studii observaționale și ghiduri</i>	Puternică Raționament etic, relațional și practic; fără efecte negative semnificative (Metzelthin et al., 2018; Toledo-Franco et al., 2025).
4. Se recomandă discutarea intervențiilor agresive la sfârșitul vieții, în cadrul planificării anticipate, ca parte a procesului decizional comun.	Scăzut spre moderat <i>Studii observaționale și ghiduri</i>	Puternică Dovezile arată că luarea deciziilor pentru tratamente agresive împreună cu pacientul duce la o mai bună aliniere cu preferințele și reducere a intervențiilor nedorite (Metzelthin et al., 2018; Schrijvers et al., 2014).

III. ALGORITM PLANIFICAREA ANTICIPATĂ A ÎNGRIJIRII





IV. FIȘE SUPORT

Fișa 1. Beneficiarii

Planificarea anticipată a îngrijirii este relevantă pentru orice persoană care:

- se confruntă cu perspectiva deteriorării stării de sănătate din cauza unei boli progresive care limitează viața
- au statusul de performanță în declin, povară crescută a bolii sau simptome persistente de sănătate fizică sau mentală
- se confruntă cu tranziții importante în ceea ce privește nevoile de îngrijire, de exemplu, multiple internări în spital, schimbări în orientarea tratamentului de la curativ la îngrijire paliativă etc. (<https://www.England.Nhs.Uk/Wp-Content/Uploads/2022/03/Universal-Principles-for-Advance-Care-Planning.Pdf>, n.d.).

Fișa 2. Când discutăm planificarea anticipată a îngrijirii

Cât mai devreme, ideal înainte de o criză medicală.

1. Discuțiile pot fi introduse atunci când starea de sănătate este încă stabilă, ca parte a îngrijirii curente, pentru a evita ca ele să apară doar în situații de urgență sau de criză.

La diagnosticarea unei boli grave sau progresive

2. Un moment frecvent recomandat este la diagnosticarea unei boli care este avansată sau care se poate agrava (de ex. cancer, boală pulmonară, insuficiență cardiacă, etc.), deoarece pacientul este în mod normal mai capabil să își exprime valorile și preferințele.

Când starea pacientului se înrăutățește sau se schimbă semnificativ

3. Deteriorarea funcțională (scăderea capacității de a face activități zilnice), simptome greu de controlat sau necesitatea unor decizii terapeutice importante pot fi momente cheie pentru a iniția sau relua discuția.

Când pacientul sau familia exprimă preocupări privind viitorul

4. Când pacienții sau cei apropiați încep să vorbească despre îngrijirea viitoare, preocupări privind boala sau temeri legate de sfârșitul vieții, acestea pot fi semnale că sunt pregătiți pentru discuție. (https://www.Cfpc.ca/CFPC/Media/Resources/Education/ACP_GIFT_1pager_ENG_FINAL_RevMay18_Web.Pdf, n.d.; Zhu et al., 2025).

V. STUDIU DE CAZ

Simona și-a pierdut soțul în urmă cu câțiva ani. În timpul bolii lui, a trebuit să ia multe decizii în locul lui. Acest aspect a fost dificil și nu a vrut să-și pună copiii în aceeași situație. A luat inițiativa de a-și face directive în avans împreună cu medicul ei de familie. A discutat acest lucru cu copiii ei și le-a dat o copie.

Simona are acum 75 de ani, nu se simte bine de câteva luni, are dureri abdominale persistente, inapetență și a scăzut în greutate. După investigații este diagnosticată cu cancer pancreatic. Simona este șocată și copleșită de această informație. Are multe întrebări despre opțiunile de tratament și este îngrijorată pentru viitorul ei. Tratamentele oncologice provoacă efecte secundare precum oboseală, greață și diaree.

La patru luni după întreruperea chimioterapiei, Simona încă mai are diaree și a slăbit 15 kg. Îi este din ce în ce mai greu să se descurce singură cu activitățile casnice zilnice, se simte obosită și slăbită. Ea se întreabă ce să facă în continuare. La începutul diagnosticului obiectivul ei era „să trăiască cât

mai mult posibil”, acum acest lucru s-a schimbat în „vreau să-mi văd nepoțelul născându-se, iar apoi vom vedea”.

Cu timpul, devine clar că tratamentele nu au avut efectul dorit și au apărut metastazele hepatice. În acest moment, pacienta spune clar că, atunci când va veni momentul, vrea să moară acasă. Prioritățile Simonei s-au schimbat din nou: deși mai există opțiuni (o chimioterapie experimentală), ea spune că nu s-a decisă unde vrea să fie îngrijită. Între timp, nepoata ei s-a născut și pacientei îi pare rău că nu o s-o vadă pe fetiță crescând, dar nu mai dorește alte tratamente.

Cerințe:

- Pe parcursul traiectoriei bolii, când este momentul potrivit pentru a iniția discuția despre planificarea anticipată a îngrijirii și care pot fi repercursiunile?
- Care sunt intervențiile despre care ar trebui să discutați cu pacienta?
- Cine poate fi implicat în aceste discuții?

Rezolvare:

- Când este momentul potrivit pentru a iniția discuția despre planificarea anticipată a îngrijirii și care pot fi repercursiunile?

Momentul 1 înainte de diagnostic - Când pacienta era sănătoasă, a întocmit o directivă anticipată. Ceea ce a decis pacienta înainte de diagnostic nu va fi niciodată utilizat, deoarece pacienta își păstrează capacitatea de a lua decizii până la moartea sa și își poate schimba oricând opțiunile. Cu toate acestea, este un prim pas important, deoarece arată că pacienta s-a gândit la această problemă. Dacă nu ar mai fi avut capacitatea să ia decizii privind îngrijirea și tratamentul ei ar fi fost luat în considerare ceea ce a decis înainte de diagnostic.

Momentul 2 la aflarea diagnosticului - În cazul acestei paciente este clar că nevoile de îngrijire paliativă apar de la momentul diagnosticului. Este momentul potrivit de a discuta opțiuni viitoare pentru tratament. Ea are nevoie de sprijin psihosocial pentru a o ajuta să facă față diagnosticului.

Momentul 3 și 4 pe traiectoria bolii - Nevoile de îngrijire ale pacientei sunt în schimbare și trebuie luate în considerare, astfel încât îngrijirea și intervențiile să fie întotdeauna adaptate situației actuale. Momentele în care se schimbă obiectivele de îngrijire sunt potrivite și pentru a discuta planificarea anticipată a îngrijirii.

Momentul 5 sfârșitul vieții – dacă pacienta are capacitate de decizie atunci poate fi un ultim moment în care să rediscutăm despre preferințele de îngrijire. Dacă pacienta nu mai are capacitate de decizie se vor lua în considerare preferințele decise la momentul anterior. În acest studiu de caz, procesul de planificare anticipată a îngrijirii are loc așa cum ar trebui să se desfășoare în mod ideal pe parcursul traiectoriei bolii.

- Care sunt intervențiile despre care ar trebui să discutați cu pacienta?

Tratamente agresive

Deși pacienta a declarat că nu mai dorește continuarea tratamentelor oncologice, se impune o discuție structurată privind acceptarea sau refuzul altor intervenții medicale potențial agresive, inclusiv resuscitarea cardio-pulmonară, intubația și ventilația artificială, administrarea de antibiotice, intervențiile chirurgicale, precum și nutriția și hidratarea pe cale parenterală.

Locația îngrijirii

În prezent, pacienta nu a formulat o opțiune referitoare la locul îngrijirii. Stabilirea preferințelor privind locația îngrijirii la sfârșitul vieții reprezintă un aspect esențial ce trebuie abordat în cadrul discuțiilor cu pacienta și familia acesteia.

- Cine poate fi implicat în aceste discuții?

Un element esențial al planificării anticipate a îngrijirii îl reprezintă desemnarea unei persoane care să poată lua decizii în numele pacientei în situația în care aceasta nu mai are capacitate decizională. Este important ca această persoană să fie implicată constant în discuțiile pe parcursul evoluției bolii, pentru a cunoaște și respecta preferințele și valorile pacientei.

VI. PARTICULARITĂȚI

În bolile cronice progresive non-oncologice

Planificarea anticipată a îngrijirii trebuie inițiată precoce și abordată ca un proces flexibil, adaptat unei evoluții clinice adesea imprevizibile, cu accent pe menținerea autonomiei pacientului și pregătirea pentru episoade acute și pierderea capacității decizionale.

Planificarea anticipată în îngrijiri paliative pediatrice

Este un proces centrat pe copil și familie, adaptat vârstei, nivelului de dezvoltare și capacității de înțelegere a copilului. Scopul este de a asigura îngrijiri aliniate cu interesul superior al copilului, valorile familiei și, atunci când este posibil, cu dorințele exprimate de copil. Planificarea anticipată în îngrijiri nu este condiționată de prognostic sau de apropierea de sfârșitul vieții. Copilul trebuie implicat în discuții în funcție de vârstă și maturitate, chiar dacă decizia legală aparține părinților sau tutorilor. Adolescenții pot avea capacitate de înțelegere comparabilă cu cea a adultului și preferințele lor trebuie explorate și documentate. Părinții/ tutorii sunt principalii decidenți legali, dar deciziile trebuie luate în colaborare cu echipa medicală. Este esențială susținerea părinților în procesul decizional, recunoscând povara emoțională asociată (Khan et al., 2025).

Componente cheie ale planificării îngrijirii pediatrice:

- a. Construirea unui parteneriat cu familia
- b. Discutarea prognosticului și a previziunilor pentru viitor
- c. Explorarea valorilor pacientului și ale familiei legate de calitatea vieții
- d. Evaluarea obiectivelor și preocupărilor familiei
- e. Exprimați clar posibilele beneficii și povara tratamentului și evaluați implicațiile acestora împreună cu pacientul și familia
- f. Oferiți recomandări de tratament, inclusiv modul de reacție în cazul în care tratamentele devin prea împovărătoare sau starea pacientului se deteriorează
- g. Explorați preferințele copilului și ale familiei pentru ultimele zile, cum ar fi gestionarea simptomelor, eforturile de resuscitare și locul decesului (Linebarger et al., 2022).

VII. REZUMAT

Planificarea anticipată a îngrijirii este un proces continuu, centrat pe pacient, care are ca scop identificarea, discutarea și documentarea valorilor, preferințelor și obiectivelor de îngrijire ale pacientului pentru situațiile viitoare în care acesta nu își mai poate exprima voința. Aplicarea acestui algoritm asigură respectarea autonomiei, demnității și calității vieții pacientului, printr-o relație terapeutică eficientă între pacient, familie și echipa multidisciplinară.

Bibliografie:

1. Brinkman-Stoppelenburg, A., Rietjens, J. A. C., & van der Heide, A. (2014). The effects of advance care planning on end-of-life care: A systematic review. *Palliative Medicine*, 28(8), 1000–1025. <https://doi.org/10.1177/0269216314526272>
2. College of Family Physicians of Canada. (n.d.). Advance care planning: GIFT resource. https://www.cfpc.ca/CFPC/media/Resources/Education/ACP_GIFT_1pager_ENG_FINAL_RevMay18_Web.pdf
3. NHS England. (2022). Universal principles for advance care planning. <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2022/03/universal-principles-for-advance-care-planning.pdf>
4. Institute for Clinical Systems Improvement. (2020). Palliative care guideline (6th ed.). <https://www.multiplechronicconditions.org/wp-content/uploads/2023/01/2020-Institute-for-Clinical-Improvement-Palliative-Care-Guidelines-6th-edition.pdf>
5. Khan, A., Gupta, A., Liu, A., & Ahmad, A. H. (2025). Advance care planning conversations in pediatric patients with refractory oncologic disease. *Children*, 12(4). <https://doi.org/10.3390/children12040479>
6. Knight, K. (2021). 50 years of advance care planning: What do we call success? *Monash Bioethics Review*, 39(1), 28–50. <https://doi.org/10.1007/s40592-021-00127-3>
7. Linebarger, J. S., Johnson, V., Boss, R. D., et al. (2022). Guidance for pediatric end-of-life care. *Pediatrics*, 149(5), e2022057011. <https://doi.org/10.1542/peds.2022-057011>
8. Mentzelopoulos, S. D., Couper, K., Voorde, P. V. de, Druwé, P., Blom, M., Perkins, G. D., et al. (2021). European Resuscitation Council guidelines 2021: Ethics of resuscitation and end-of-life decisions. *Resuscitation*, 161, 408–432. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.017>
9. Metzelthin, S. F., Rooijackers, T. H., Zijlstra, G. A. R., Van Rossum, E., Veenstra, M. Y., Koster, A., et al. (2018). Effects, costs and feasibility of the “Stay Active at Home” reablement training programme: Study protocol of a cluster randomised controlled trial. *BMC Geriatrics*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0968-z>
10. National Institute for Health and Care Excellence. (2019). Advance care planning (evidence review). <https://www.nice.org.uk/guidance/ng142/evidence/f-advance-care-planning-pdf-6955526995>
11. Schrijvers, D., Cherny, N. I., & ESMO Guidelines Working Group. (2014). ESMO clinical practice guidelines on palliative care: Advance care planning. *Annals of Oncology*, 25(Suppl. 3), iii138–iii142. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdu241>
12. Toledo-Franco, L., Peters, J., Kamal, A. F., & Traber, C. (2025). Advance care planning: What, when, and how? *Missouri Medicine*, 122(2), 129–137.
13. van der Steen, J. T., Nakanishi, M., Van den Block, L., Di Giulio, P., Gonella, S., in der Schmitzen, J., et al. (2024). Consensus definition of advance care planning in dementia: A 33-country Delphi study. *Alzheimer's & Dementia*, 20(2), 1309–1320. <https://doi.org/10.1002/alz.13526>
14. Zhu, T., Rietjens, J. A. C., van Delden, J. J. M., Deliens, L., van der Heide, A., Johnsen, A. T., et al. (2025). Timing of advance care planning in patients with advanced cancer: Analysis of ACTION data. *Patient Education and Counseling*, 136, 108761. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2025.108761>

Capitolul 6.2

Sedarea paliativă

Autori: Dan Malciolu, Dana Nagy

Revizor: Daniela Moşoiu

I. ASPECTE TEORETICE

Sedarea paliativă sau sedarea proporțională reprezintă reducerea monitorizată a stării de conștiență a pacientului pentru a reduce suferința refractară, care nu poate fi controlată prin alte mijloace terapeutice (Cherny, N. I., & ESMO, 2014; Surges et al., 2024).

Sedarea paliativă are următoarele caracteristici (Surges et al., 2024):

- **Obiectiv:** reducerea suferinței refractare, nu grăbirea morții; există o distincție clară între sedarea paliativă și eutanasiu.
- **Proporționalitate:** profunzimea sedării este titrată până la nivelul minim care să asigure confortul pacientului.
- **Indicații:** se aplică doar pentru simptomele refractare, după epuizarea tuturor celorlalte intervenții (Cherny, N. I., & ESMO, 2014).
- **Respectarea principiilor etice:** necesită consimțământ informat, o decizie de grup medical interdisciplinar și monitorizare permanentă (Rietjens, et al., 2008; Carrasco-Zafra et al., 2024).

Un simptom care induce suferință pacientului este considerat **refractor** atunci când modalitățile de tratament acceptate medical se dovedesc ineficiente, nu sunt suficient de rapide sau aduc efecte adverse inacceptabile (Cherny, N. I., & ESMO, 2014). Simptomele fizice cel mai frecvent întâlnite în ultimele zile/ săptămâni de viață includ, în ordine: fatigabilitate, dispnee, durere, confuzie, anxietate, depresie, greață și vărsături, delir. Pe lângă suferința fizică, suferința psiho-emoțională și socială este adesea prezentă și adaugă povara suferinței totale, putând fi exprimată prin criză existențială severă.

Sedarea paliativă reprezintă un act medical; responsabilitatea deciziei asupra întregului proces aparține medicului. Pentru clarificarea deciziei este necesară dezbaterea morală a cazului, implicând membrii echipei interdisciplinare, pacientul, familia și un reprezentant al consiliului de etică (Rietjens, et al., 2008; Pozsgai et al., 2024).

Agenții farmacologici folosiți pentru sedarea paliativă includ benzodiazepinele și neurolepticele. Ideal, substanța ar trebui administrată injectabil, preferabil subcutanat, să aibă o durată scurtă de acțiune, să ofere versatilitate pentru gestionarea ușoară a nivelului de sedare și a duratei acesteia, să aibă puține efecte adverse și să nu interacționeze cu alți agenți farmacologici frecvent folosiți în ultimele zile de viață (Pozsgai et al., 2024; Cherny, N. I., & ESMO, 2014).

Tipuri de sedare în raport cu profunzimea și durata:

- **Superficială:** starea de conștiență a pacientului nu este total suprimată; pacientul poate fi trezit ușor pentru reevaluare, hrănire, hidratare sau interacțiuni cu cei apropiați.
- **Profundă:** pacientul este într-un somn profund din care nu poate fi trezit cu stimuli obișnuiți.

- **Intermitentă:** se administrează pentru perioade stabilite în consens, între care pacientul este conștient.
- **Continuu:** pacientului i se reduce starea de conștiență în mod continuu (Rietjens et al., 2009).

KNMG (Royal Dutch Medical Association) este singurul ghid de practică care impune explicit un prognostic scurt (≤ 2 săptămâni) pentru sedarea continuă profundă (KNMG, 2022).

II. RECOMANDĂRI GRADE

Recomandare 1: **Se recomandă** discutarea opțiunii sedării paliative în prezența suferinței refractare.

RECOMANDARE	TĂRIA RECOMANDĂRII	CERTITUDINE DOVEZI	RAȚIONAMENT	RESURSE
În prezența suferinței refractare se recomandă discutarea opțiunii sedării paliative.	PUTERNICĂ Recomandată de EAPC (2024), NCCN (2024) și consensul experților.	MODERATĂ	În perioada premergătoare morții (ore-zile) pot exista simptome fizice și non-fizice refractare la tratament care induc o suferință intolerabilă. Simptomul este considerat refractar dacă nici o modalitate de tratament nu este eficientă, nu este suficient de rapidă sau aceste aborduri terapeutice sunt însoțite de efecte adverse inacceptabile.	Discuția ar trebui să implice membrii echipei multidisciplinare, pacientul, familia, reprezentantul Comisiei de etică Decizia trebuie documentată corespunzător (intenție, plan, mijloace, durată, proporționalitate, reversibilitate).

Recomandare 2: **Se recomandă** sedarea paliativă de urgență în cazul unui eveniment catastrofal: hemoragie masivă, asfixiere, dispnee severă-terminală.

Recomandare 3: **Se sugerează** sedarea paliativă de urgență pentru simptomele severe, simultan cu escaladarea tratamentului specific (greață, agitație, durere, vomă, delir, dispnee, anxietate paroxistică etc.).

RECOMANDARE	TĂRIA RECOMANDĂRII	CERTITUDINE DOVEZI	RAȚIONAMENT	RESURSE
Sedarea paliativă <u>de urgență</u> se recomandă: 1. În cazul unui eveniment catastrofal: hemoragie masivă, asfixiere, dispnee severă terminală.	PUTERNICĂ ESMO	PUTERNICĂ	Ameliorarea rapidă a suferinței induse de simptomele copleșitoare la pacienții aflați pe moarte.	Decizia se anticipează prin directivă în avans.

2. Pentru simptomele severe, simultan cu escaladarea tratamentului specific (greață, agitație, durere, vomă etc.).			Sedare de durată scurtă cu intenția scăderii rapide a suferinței și asigurării siguranței pacientului.	

Recomandare 4: **Se recomandă** ca sedarea paliativă să fie proporțională ca profunzime și durată.

RECOMANDARE	TĂRIA RECOMANDĂRII	CERTITUDINE DOVEZI	RAȚIONAMENT	RESURSE
Sedarea trebuie să fie proporțională ca profunzime și durată	PUTERNICĂ NICE NG31, NCCN PAL-33, EAPC/ PallSed (2024)	MODERATĂ	Gradul controlului simptomelor refractare trebuie să determine profunzimea și durata sedării, nu gradul scăderii conștienței.	RASS-PAL Proportionalitatea este considerată o cerință etică, respectând autonomia pacientului și reducând riscurile

Recomandare 5: **Se recomandă** ca procesul de sedare paliativă să fie monitorizat permanent.

RECOMANDARE	TĂRIA RECOMANDĂRII	CERTITUDINE DOVEZI	RAȚIONAMENT	RESURSE
Procesul de sedare trebuie monitorizat permanent.	PUTERNICĂ Consens al experților EAPC, NHPCO, PallSed (2024).	MODERAT-SCĂZUTĂ Studii loturi mici, non-randomizate, observaționale, unele dovezi sunt extrapolate din ATI.	Profunzimea și durata sedării trebuie să corespundă scopului acesteia; monitorizarea permite evaluarea frecventă și ajustările de rigoare. Nu există consens asupra frecvenței de monitorizare. Momentul inițierii precum și perioadele de întrerupere trebuie discutate în avans și respectate pe perioada procedurii. Simultan în procesul de monitorizare sunt reevaluate simptomele și medicația necesară pentru controlul acestora.	RASS, RASS-PAL Beneficul monitorizării depășește riscurile și permite ajustarea nivelului/ duratei în raport cu scopul procedurii; monitorizarea reduce riscul de supra sau subsedare. Monitorizarea ar trebui să includă profunzimea sedării, evaluarea gradului de control al simptomului pentru care a fost instituită, semnele vitale și eventualele reacții adverse.

Recomandare 6: Se sugerează suspendarea nutriției și hidratării pe perioada sedării paliative.

RECOMANDARE	TĂRIA RECOMANDĂRII	CERTITUDINE DOVEZI	RAȚIONAMENT	RESURSE
Nutriția și hidratarea nu oferă beneficii pe perioada sedării și ar trebui suspendate.	MEDIE Opiniile și practicile variază, nu există un consens al experților. Există recomandări ESMO, EAPC, NHCPO, ESPEN (2016).	SCĂZUTĂ Hidratarea și nutriția artificială sunt decizii independente față de administrarea sedării paliative.	Nu există consens, ar trebui ghidate de principii etice. Dacă sedarea este intermitentă se pot relua între episoadele de sedare, în limita toleranței/ dorinței pacientului/ prognostic. Nu îmbunătățesc confortul pacientului sau supraviețuirea în ultimele zile de viață, pot induce complicații (metabolice, supraîncărcare cu fluide).	ESMO

Recomandare 7: Se recomandă utilizarea midazolamului ca medicație de prima linie pentru sedarea paliativă.

Recomandare 8: Se recomandă utilizarea lorazepamului ca medicație alternativă pentru sedarea paliativă.

Recomandare 9: Se sugerează sedarea paliativă cu neuroleptice (levomepromazină, clorpromazină) ca medicație alternativă în situații particulare.

RECOMANDARE	TĂRIA RECOMANDĂRII	CERTITUDINE DOVEZI	RAȚIONAMENT	RESURSE
Sedarea paliativă se poate face cu următoarele substanțe, administrate injectabil (sc sau iv): I Prima alegere: 1. MIDAZOLAM	PUTERNICĂ Studii randomizate, ghiduri, consens experți EAPC, KNMG, ESMO PallSed, SECPAL.	PUTERNICĂ	Debut rapid 3-15 min. (în raport cu calea de administrare) și durată scurtă de acțiune (30-80 min.), versatilitate în utilizare, titrare facilă.	Pentru confortul pacientului se preferă administrarea sc cu seringă automată. Utilizare de prima linie

II. Medicația alternativă 1. LORAZEPAM	PUTERNICĂ/ MEDIE Studii randomizate, consens experți, NCCN Pal 33.	PUTERNICĂ-MODERATĂ	Debut mai lent (5-45 min. în raport cu calea de administrare), durata de acțiune 2-6 ore cu risc crescut de acumulare, de preferat în insuficiența hepatică.	
2. LEVOMEPRIMAZINA	CONDIȚIONALĂ Studii puține, de calitate mai puțin robustă.	MODERAT/ SCĂZUTĂ	Debut relativ rapid, titrare dificilă, efecte adverse frecvente, iritarea locală la administrarea sc.	
3. CLORPRIMAZINA	MODERATĂ	SCĂZUTĂ	Irritații locale la administrare sc.	
4. PROPOFOL	MODERATĂ Doar raportări de caz, fără studii randomizate.	SCĂZUTĂ	Siguranță crescută în insuficiența hepatică, util la pacienții care au dezvoltat niveluri extreme de toleranță la alte medicamente. Nu are efect analgezic, opioidele vor fi probabil necesare pentru pacienții cu durere.	

III. FIȘE SUPORT

Fișa 1. Medicația în sedarea paliativă

	MEDICAȚIE	BOLUS/ INIȚIERE	MENTINERE	OBSERVAȚII
PAS 1	MIDAZOLAM	SEDARE SUPERFICIALĂ 2,5 mg sc/ im sau 1,25 mg iv SEDARE PROFUNDĂ 5-10 mg sc/ im sau 2,5-5 mg iv Doza se poate repetă la 20 min. sc sau 5 min. iv	1 mg/ h (sc sau iv). Doza se titrează în raport cu efectul, se reevaluează la 1- 2 ore Doza max./ 24 h 50 mg	Se poate acumula în insuficiența hepatică și renală severă prelungind durata sau accentuând profundimea sedării.
	LORAZEPAM	1-3 mg sc sau iv	1-3 mg sc sau iv la 2-4 ore, doza max. 10 mg/ 24 h	Preferabil în suferință hepatică avansată.
PAS 2	MIDAZOLAM <u>plus</u> LEVOMEPRO- MAZINĂ	12,5-25 mg sc sau iv	12,5-25 mg sc sau iv la 6-8 ore; doza se reduce după 3 zile pentru prevenirea acumulării.	Levomepromazina induce iritație la administrarea sc., poate induce sindrom neuroleptic malign; de evitat în Parkinson.
PAS 3 Alternativa la LEVOMEPRO- MAZINĂ	CLOPRORMAZI- NA	12,5 mg iv lent 30-60 min sau 12,5 mg im la 4- 12 ore sau 25- 100 mg PR la 4- 12 ore	37,5-150 mg inj / zi, 75-300 mg PR/ zi	Produce iritație la administrarea sc, poate induce sindrom neuroleptic malign, de evitat în Parkinson.
PAS 4	PROPOFOL	0,3-1 mg/ kg/ h iv	Sub supraveghere medic ATI	Risc depresie cardiorespiratorie, multiple interacțiuni medicamentoase.

Fișa 2. Scala RASS (RICHMOND AGITATION SEDATION SCALE)

SCALA RASS		
SCOR	MANIFESTARE	INTERPRETARE și scor acordat
+4	COMBATIV pericol combativ, violent și imediat pentru personal	AGITAT 1
+3	FOARTE AGITAT-AGRESIV trage pentru a îndepărta tuburile sau cateterul; agresiv	
+2	AGITAT mișcare frecventă neconvențională, se luptă cu ventilatorul	
+1	NELINIȘTIT anxios, receptiv, mișcări care nu sunt agresive	
0	VIGIL ȘI CALM spontan acordă atenție personalului de îngrijire	TREAZ CALM 0
-1	SOMNOLENT incomplet vigil, rămâne treaz după stimulare verbală, (deschide ochii, menține contactul vizual > 10 sec.)	UȘOR SEDAT 1
-2	UȘOR SEDAT trezire bruscă la stimulare verbală (deschide ochii, menține contactul <10 sec)	
-3	MODERAT SEDAT mișcări sau deschiderea ochilor la stimulare verbală (fără contact vizual)	
-4	PROFUND SEDAT nu există răspuns la voce, doar mișcarea sau deschiderea ochilor la stimularea fizică	NEEVALUABIL
-5	NEEVALUABIL nu răspunde la stimul verbal sau fizic	

IV. DOZAJE PEDIATRICE

Există puține date în literatura de specialitate privind sedarea paliativă la copii (0-18 ani) cu suferință refractară, iar practica clinică nu este încă standardizată la nivel internațional (Anghelescu et al., 2012; Mihalik et al, 2026). Studiile arată că sedarea paliativă în pediatrie necesită rafinarea și standardizarea procedurilor pentru a asigura siguranța și confortul pacientului (Mihalik et al, 2026). Medicația folosită în pediatrie include opioide, benzodiazepine, propofol și dexmedetomidină, cu adaptarea și titrarea dozelor în funcție de nevoile individuale și răspunsul pacientului (Anghelescu et al., 2012; Cuvillo et al, 2023). Totodată, practicile de terapie sedativă pediatrică sunt foarte variate între specialități (medicină paliativă, chirurgie, terapie intensivă) și între centre la nivel internațional (Cuvillo et al, 2023).

Este necesară educația medicală și creșterea conștientizării în rândul profesioniștilor din domeniul sănătății, pentru a sprijini pacienții pediatrici și a minimiza suferința la finalul vieții (Mihalik et al, 2026). Dezvoltarea de protocoale și ghiduri standardizate poate contribui la uniformizarea practicii și la optimizarea siguranței și a confortului pacienților pediatrici (Anghelescu et al., 2012; Cuvillo et al, 2023).

V. STUDIU DE CAZ CLINIC CU REZOLVARE

ID, bărbat în vârstă de 68 de ani, cu diagnostic de neoplasm bronhopulmonar operat, chimiotratat, radiotratat, imunotratat, cu continuare de evoluție cu M1PUL, M1PLE, M1OSS, ECOG 4, internat în clinica de îngrijiri paliative pentru dispnee, durere, tuse, disfonie, disfagie fluctuantă, progresivă, fatigabilitate, anxietate, insomnie, dependență de concentrator de oxigen cu flux progresiv crescând, actual 7 l/ min pe narine alternativ cu mască, în tratament cu morfină inj. sc 20 mg la 4 ore și 20 mg inj prn (fără episoade dureroase în ultimele 48 de ore), lorazepam po 0.5 mg x 3/ zi și 0.5 mg sl prn (dispnee paroxistică).

Acuză dispnee permanentă, SAV 5-6 cu episoade de exacerbare cu SAV 10, parțial controlate cu lorazepam sl, discomfort permanent indus de mască/ narine, imposibilitatea de a rosti mai mult de 1-2 cuvinte fără a "rămâne fără aer", cu anxietate paroxistică legată de senzația de moarte iminentă prin sufocare.

Își dorește să nu mai perceapă dispneea severă și anxietatea, își dorește să fie treaz episodic pentru a-și lua rămas bun de la copiii care urmează să vină în zilele următoare.

Căsătorit, pensionar, îngrijit de soția suportivă, 3 copii în alte țări. Creștin ortodox nepracticant. Cunoaște, înțelege și acceptă diagnosticul și prognosticul (zile).

Pentru un episod de dispnee severă cu anxietate și agitație psihomotorie cu desaturare SO₂ până la 78% sub debit oxigen pe masca 10 l/ min și tahicardie 124 bpm a primit în zilele precedente 2,5 mg Midazolam injectabil subcutanat cu efect rapid (scăderea stării de conștiență, adormire, creșterea gradată a SO₂ până la 89% și normalizarea frecvenței cardiace) care se menține aproximativ 4,5 ore. Trezire progresivă cu dispnee tolerabilă, fără durere, fără anxietate, cu amnezie retrogradă. Își dorește ca să fie repetat abordul terapeutic, cât de des se poate.

Se explică pacientului și soției principiile sedării paliative, scopul acesteia, tipuri disponibile, medicația folosită, îngrijirea, hrănirea și hidratarea pe parcursul sedării. Pacientul își dorește să fie sedat superficial, intermitent, soția acceptă.

Medicul solicită întrunirea echipei de îngrijire (asistent medical, asistent medical șef, coordonator spiritual, preot, infirmier, membru comisie etică) și se dezbate opțiunea sedării în formatul dorit de

pacient și soție. Majoritatea participanților acceptă nevoia de sedare paliativă, se decide ca aceasta să fie inițiată doar dacă și copiii pacientului sunt de acord. Contactați telefonic, aceștia înțeleg și acceptă.

Se decide inițierea sedării paliative, inițial pentru perioada nopții (8 ore), cu monitorizare permanentă, urmând ca să se reevalueze la intervale de timp stabilite (1h) și cu responsabilități clare proporționalitatea, efectul pe dispnee și anxietate, gradul de conștiență al pacientului pe parcursul procedurii, evoluția semnelor vitale (TA, AV, SO₂, ritm respirator) și eventualele efecte adverse indenzirabile.

După masa de seară, hidratare și toaletare se montează cateter subcutanat prin care se administrează pentru **inducție** 2.5 mg Midazolam, urmând ca în funcție de efectul urmărit (adormire superficială) să se suplimenteze la nevoie cu 1 mg, cu reevaluare la fiecare 15 minute.

În raport cu gradul de conștiență al pacientului (și dispneea percepută dacă acesta este treaz) urmează să se readministreze doze de 1 mg dacă acesta se trezește ușor ca răspuns la stimuli verbali, cu monitorizare la fiecare 30 minute pe perioada de **menținere** (ținta 8 ore). Ultima administrare de midazolam se planifică în jurul orei 4.00 am.

Pe parcursul perioadei de sedare se menține administrarea de morfină injectabilă la doza/ frecvența anterior validate pentru obținerea analgeziei, cât și administrarea de oxigen pe narine sau mască dacă SO₂ scade în dinamică.

De dimineață se reevaluează întregul proces, gradul de control al simptomelor, frecvența și dozele medicației de inducție și menținere.

VI. REZUMAT

Sedarea paliativă reprezintă modalitatea farmacologică de reducere a suferinței refractare semnificative ce nu poate fi controlată prin mijloacele terapeutice convenționale. Reprezintă o procedură medicală care presupune un proces decizional premergător ce implică pacientul, familia și personalul medical, preferabil și un specialist în etica medicală.

Profundimea și durata sedării se stabilesc în avans în raport cu obiectivele urmărite. Pe timpul procedurii pacientul este atent monitorizat pentru ajustări necesare a fi implementate.

Pentru obținerea sedării proporționale se folosesc benzodiazepine sau neuroleptice, administrate injectabil, cu doze și frecvențe de administrare strict individualizate pacientului și tipului de sedare urmărit.

Bibliografie

1. Anghelescu, D. L., Hamilton, H., Faughnan, L. G., Johnson, L. M., & Baker, J. N. (2012). Pediatric palliative sedation therapy with propofol: recommendations based on experience in children with terminal cancer. *Journal of palliative medicine*, 15(10), 1082–1090. <https://doi.org/10.1089/jpm.2011.0500>
2. Carrasco-Zafra, M.I., Ocaña-Riola, R., Gómez-García, R. et al. Palliative sedation at the end of life: prevalence, characteristics and possible determinants. *BMC Palliat Care* 23, 278 (2024). <https://doi.org/10.1186/s12904-024-01606-0>
3. Chen, Y., Jiang, J., Peng, W., & Zhang, C. (2022). Palliative sedation for children at end of life: a retrospective cohort study. *BMC palliative care*, 21(1), 57. <https://doi.org/10.1186/s12904-022-00947-y>
4. Cherny, N. I., & ESMO Guidelines Working Group (2014). ESMO Clinical Practice Guidelines for the management of refractory symptoms at the end of life and the use of palliative sedation. *Annals of oncology : official journal of the European Society for Medical Oncology*, 25 Suppl 3, iii143–iii152. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdu238>
5. Crawford, G. B., Dzierżanowski, T., Hauser, K., Larkin, P., Luque-Blanco, A. I., Murphy, I., Puchalski, C. M., & Ripamonti, C. I.; on behalf of the ESMO Guidelines Committee. (2021). Care of the adult cancer patient at the end of life: ESMO Clinical Practice Guideline. *ESMO Open*, 6(4), Article 100225. <https://doi.org/10.1016/j.esmoop.2021.100225>
6. Cuvillo, A., Ang, N., Morgan, K., Baker, J. N., & Anghelescu, D. L. (2023). Palliative Sedation Therapy Practice Comparison - A Survey of Pediatric Palliative Care and Pain Management Specialists. *The American journal of hospice & palliative care*, 40(9), 977–986. <https://doi.org/10.1177/10499091221138298>
7. Cuvillo, A., Pasli, M., Bhatia, S., Johnson, L. M., Anghelescu, D. L., & Baker, J. N. (2023). Dexmedetomidine and Propofol at End of Life in Pediatric Oncology: Trends in Palliative Sedation Therapy. *Journal of palliative medicine*, 26(1), 79–86. <https://doi.org/10.1089/jpm.2021.0650>
8. Druml, C., Ballmer, P. E., Druml, W., Oehmichen, F., Shenkin, A., Singer, P., Soeters, P., Weimann, A., & Bischoff, S. C. (2016). ESPEN guideline on ethical aspects of artificial nutrition and hydration. *Clinical nutrition (Edinburgh, Scotland)*, 35(3), 545–556. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2016.02.006>
9. Horizon 2020 Palliative Care Research Group. (2021). Ethical Frameworks for Palliative Sedation in Europe. European Commission. Retrieved from <https://ec.europa.eu/programmes/horizon2020>
10. Hospice New Zealand. (2025). Aotearoa Specialist Adult Palliative Care Guidelines. Te Kau Pairuri o Aotearoa. [PC14562 PIL Palliative Sedation.pdf](https://www.hospice.co.nz/PC14562_PIL_Palliative_Sedation.pdf)
11. KNMG. Multidisciplinaire richtlijn Palliatieve sedatie – herziene richtlijn 2022 – versie 3.0. Zeist: KNMG, in samenwerking met IKNL; 30 juni 2022. Beschikbaar via: <https://palliaweb.nl/getmedia/f51a5162-169c-497f-9ab6-90089b30ef6c/Multidisciplinaire-Richtlijn-Palliatieve-Sedatie-2022.pdf>
12. Mihalik, A., Gamble, S., Brown, A., Koch, J., Shaw, T., & Cuvillo, A. (2026). Pediatric Palliative Sedation Practices in the Intensive Care Unit. *Journal of palliative medicine*, 29(2), 173–179. <https://doi.org/10.1177/10966218251390199>
13. Moşoiu, D. (ed.) (2014) Protocoale clinice pentru îngrijiri paliative. Ediția a II-a. București: HOSPICE Casa Speranței.
14. National Comprehensive Cancer Network. (2024, February 16). Clinical Practice Guidelines in Oncology: Palliative Care (Version 1.2024). Plymouth Meeting, [NCCN clinical practice guidelines in oncology: palliative care](https://www.nccn.org/clinical_practice_guidelines_in_oncology/palliative_care).
15. Newcomer, K., Merkelz, K., Tatum, P., & Dalton, H. (2023). Palliative Sedation in the Home Setting #451. *Journal of palliative medicine*, 26(2), 299–300. <https://doi.org/10.1089/jpm.2022.0508>
16. Ostgathe, C., Bausewein, C., Schildmann, E., Bazata, J., Handtke, V., Heckel, M., Klein, C., Kremling, A., Kurkowski, S., Meesters, S., Seifert, A., Torres Cavazos, J. L., Ziegler, K., Jäger, C., & Schildmann, J. (2023). Expert-approved best practice recommendations on the use of sedative drugs and intentional sedation in specialist palliative care (SedPall). *BMC palliative care*, 22(1), 126. <https://doi.org/10.1186/s12904-023-01243-z>
17. Palliative Care Victoria. (2023). Palliative Sedation Clinical Information. Retrieved from [Palliative sedation therapy | Safer Care Victoria](https://www.palliativecare.vic.gov.au/palliative-sedation-therapy)
18. Payne, S. A., & Hasselaar, J. (2020). European Palliative Sedation Project. *Journal of palliative medicine*, 23(2), 154–155. <https://doi.org/10.1089/jpm.2019.0606>
19. Pozsgai, É., Garraalda, E., Busa, C. et al. Report on palliative sedation medication usage: a survey of palliative care experts in Eight European countries. *BMC Palliat Care* 23, 154 (2024). <https://doi.org/10.1186/s12904-024-01484-6>
20. Rietjens, J., van Delden, J., Onwuteaka-Philipsen, B., Buiting, H., van der Maas, P., & van der Heide, A. (2008). Continuous deep sedation for patients nearing death in the Netherlands: descriptive study. *BMJ (Clinical research ed.)*, 336(7648), 810–813. <https://doi.org/10.1136/bmj.39504.531505.25>

21. Rijpstra, M., Vissers, K., Belar, A. *et al.* Assessment of the efficacy of palliative sedation in advanced cancer patients by evaluating discomfort levels: a prospective, international, multicenter observational study. *BMC Med* **22**, 608 (2024). <https://doi.org/10.1186/s12916-024-03829-7>
22. Safer Care Victoria. (2020, March). *Palliative Sedation Therapy: Statewide Guidance for Victoria* (ISBN 978-1-76069-382-4). Victorian Government Library Service.
23. Surges, S. M., Brunsch, H., Jaspers, B., Apostolidis, K., Cardone, A., Centeno, C., ... Radbruch, L. (2024). Revised European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework on palliative sedation: An international Delphi study. *Palliative Medicine*, 38(2), 213–228. <https://doi.org/10.1177/02692163231220225>

Capitolul 6.3

Starea terminală

Autori: Camelia Ancuța, Dan Malciolu

Revizor: Daniela Moșoiu

I. ASPECTE TEORETICE

Acest protocol are rolul de a stabili cadrul de îngrijire și conduită medicală, psihologică și etică aplicabilă pacienților aflați în stare terminală. Scopul acestuia este de a asigura respectarea demnității pacientului, controlul simptomelor, alinarea suferinței și suportul și educarea familiei, în conformitate cu legislația în vigoare și bunele practici medicale.

Starea terminală reprezintă deteriorarea fizică și cognitivă severă, asociată cu orele sau zilele care preced moartea iminentă. Aceasta evoluează progresiv pe parcursul zilelor sau săptămânilor, iar uneori se poate instala rapid, în decurs de câteva ore (Cordeiro et al., 2020; Hui, Nooruddin, et al., 2014).

Din punct de vedere clinic, starea terminală este caracterizată printr-o reducere marcată a funcționalității, cu imobilizare la pat și fatigabilitate severă, asociate cu scăderea progresivă a aportului alimentar și hidric, apariția disfagiei, somnolenței, confuziei și dezorientării, iar în unele cazuri cu agitație psihomotorie și delir. Se observă, de asemenea, o deteriorare progresivă a funcțiilor biologice, manifestată prin acrocianoză și răcirea extremităților, cianoză periorală, hipotensiune arterială, respirație de tip Cheyne-Stokes sau respirație agonică, precum și prin alterarea reflexului de deglutiție și apariția respirației stertoroase. Pot fi prezente modificări faciale sugestive, precum coborârea pliului nazolabial. În această etapă pot apărea și tulburări de termoreglare, exprimate prin episoade hipertermice (febră terminală) sau, dimpotrivă, prin scăderea progresivă a temperaturii periferice, cu apariția colorației palid-albăstrui a tegumentelor. Funcția sfincteriană este frecvent afectată, manifestându-se prin incontinență urinară și fecală, iar uneori prin constipație severă, determinată de incapacitatea de evacuare a bolului fecal. În contextul hipotensiunii arteriale severe și al aportului hidric minim sau absent, pacienții dezvoltă frecvent oligurie sau anuria (Hui, dos Santos, et al., 2014).

II. RECOMANDĂRI

Planificarea îngrijirii și decizii

Recomandare 1. **Se sugerează** planificarea anticipată a îngrijirii la pacienții cu boli cronice progresive, pentru a asigura luarea deciziilor clinice în acord cu valorile și preferințele pacientului, în colaborare cu familia și echipa medicală.

Diagnosticarea stării terminale

Recomandare 2. **Se recomandă** ca starea terminală să fie confirmată doar după excluderea sistematică a factorilor potențial reversibili care pot mima sau agrava declinul clinic, această etapă fiind esențială înaintea limitării investigațiilor sau a orientării exclusive a îngrijirii către confort.

Recomadare 3. Se sugerează ca stabilirea faptului că un pacient este în faza terminală să se realizeze prin consens între medicul curant și echipa de îngrijire.

Oprirea intervențiilor agresive

Recomadare 4. Se sugerează oprirea intervențiilor și manevrelor agresive, care nu mai aduc beneficii clinice pacientului și pot prelungi inutil suferința.

Recomadare 5. Se sugerează evitarea nutriției și hidratării parenterale, în absența unui beneficiu clinic demonstrabil, întrucât acestea nu îmbunătățesc prognosticul și pot crește disconfortul pacientului.

Recomadare 6. Se sugerează ca resuscitarea cardio-respiratorie să nu fie inițiată la pacienții în faza terminală a bolii, atunci când aceasta este considerată inefficientă, disproporționată sau contrară preferințelor pacientului.

Controlul simptomelor și intervenții confort

Recomandare 7. Se sugerează ca tratamentul durerii să fie personalizat și monitorizat continuu, inclusiv în ultimele zile de viață.

Recomandare 8. Se sugerează alegerea antiemeticului în funcție de mecanismul fiziopatologic probabil, utilizând calea de administrare subcutanată în faza terminală.

Recomandare 9. Se recomandă tratamentul cu opioide cu eliberare lentă, doze mici și administrate regulat pentru controlul dispneei severe.

Recomandare 10. Se sugerează luarea în considerare a schimbării poziției pacientului, îmbunătățirea mediului și relaxarea psihologică la pacienții terminali cu dispnee.

Recomandare 11. Nu se recomandă ca oxigenoterapia să fie utilizată de rutină pentru controlul dispneei la pacienții terminali și să fie indicată doar selectiv.

Recomandare 12. Nu se recomandă aspirarea de rutină a secrețiilor respiratorii la pacienții terminali și se indică doar după evaluarea atentă a raportului beneficiu–disconfort, ținând cont de cantitatea secrețiilor, starea pacientului și nevoile îngrijitorilor.

Recomandare 13. Se sugerează intensificarea măsurilor de confort la pacienții terminali, adaptate nevoilor și preferințelor acestora.

Administrarea medicației

Recomandare 14. Se recomandă administrarea medicației pentru managementul simptomelor pe cale subcutanată și transdermică.

Recomandare 15. **Se recomandă** raționalizarea medicației non-esențiale, cu reevaluare periodică în funcție de prognostic și de preferințele pacientului.

Prescriere anticipativă

Recomandare 16. **Se sugerează** prescrierea anticipativă pentru controlul simptomelor frecvente (durere, dispnee, agitație, greață/ vărsături), astfel încât acestea să poată fi administrate rapid atunci când apar simptomele, adaptat nevoilor și dorințelor pacientului.

Suport psihoemoțional și spiritual

Recomandare 17. **Se sugerează** raționalizarea medicației non-esențiale, cu reevaluare periodică în funcție de prognostic și de preferințele pacientului.

Recomandare 18. **Se recomandă** oferirea de suport spiritual (religios sau non-religios), prin intervenții adaptate valorilor pacientului și prin asigurarea accesului la consilier spiritual sau cleric, dacă pacientul dorește.

RECOMANDARE	TĂRIA RECOMANDĂRII	CERTITUDINE DOVEZI	RAȚIONAMENT	RESURSE
1. Se sugerează planificarea anticipată a îngrijirii la pacienții cu boli cronice progresive, pentru a asigura luarea deciziilor clinice în acord cu valorile și preferințele pacientului, în colaborare cu familia și echipa medicală.	PUTERNICĂ	SCĂZUTĂ - MODERATĂ Mai multe studii clinice randomizate și revizii sistematice arată o îmbunătățire a comunicării, documentării și îngrijirii în concordanță cu preferințele, dar un impact inconstant asupra calității vieții. (Crawford et al., 2021; https://www.nice.org.uk/guidance/ng31/resources/care-of-dying-adults-in-the-last-days-of-life-pdf-1837387324357 , n.d.).	Deoarece planificarea anticipată a îngrijirii respectă autonomia pacientului, are potențiale beneficii psihosociale și este puțin probabil să provoace daune.	Necesită întâlniri cu pacientul și apaținătorii pentru obținerea consensului. Este nevoie de clarificarea cadrului legal pentru a preîntâmpina intervenții agresive – situația ar trebui evaluată contextual.
2. Se recomandă ca starea terminală să fie confirmată doar după excluderea sistematică a factorilor potențial reversibili care pot mima sau agrava declinul clinic, această etapă fiind esențială înaintea limitării investigațiilor sau a orientării exclusive a îngrijirii către confort.	PUTERNICĂ	MODERATĂ revizii sistematice, consens experți, ghiduri clinic (https://www.nice.org.uk/guidance/ng31/resources/care-of-dying-adults-in-the-last-days-of-life-pdf-1837387324357 , n.d.).	Neidentificarea unui factor reversibil poate conduce la erori de prognostic și la privarea pacientului de intervenții potențial benefice.	Tratamentul cauzelor reversibile reprezintă o urgență.

3. Se sugerează ca stabilirea faptului că un pacient este în faza terminală să se realizeze prin consens între medicul curant și echipa de îngrijire.	PUTERNICĂ	SCĂZUTĂ - MODERATĂ consens de experți, ghiduri clinice și etice, studii observaționale, analize calitative privind calitatea îngrijirilor de sfârșit de viață (Crawford et al., 2021; https://www.nice.org.uk/Guidance/Ng31/Resources/Caring-for-Adults-in-Their-Last-Days-of-Life-Pdf-2903829270469 , n.d.).	Faza terminală nu este definită exclusiv prin criterii biologice, ci printr-un ansamblu de elemente: evoluție clinică, răspuns la tratament, declin funcțional, simptome refractare și context psiho-social. Niciun profesionist nu deține singur toate aceste informații.	Necesită discuții în echipa interdisciplinară.
4. Se sugerează oprirea intervențiilor și manevrelor agresive, care nu mai aduc beneficii clinice pacientului și pot prelungi inutil suferința.	PUTERNICĂ	SCĂZUTĂ - MODERATĂ Consens de experți, ghiduri clinice și etice, studii observaționale (Akdeniz et al., 2021; Crawford et al., 2021; https://www.nice.org.uk/Guidance/Ng31/Resources/Caring-for-Adults-in-Their-Last-Days-of-Life-Pdf-2903829270469 , n.d.).	Intervențiile agresive fără beneficiu clinic demonstrabil, nu modifică prognosticul și pot crește suferința pacientului; oprirea acestora permit respectarea principiilor de non-maleficență și proporționalitate.	Necesită discuție în avans, implică dezbateră etică.
5. Se sugerează evitarea nutriției și hidratării parenterale, în absența unui beneficiu clinic demonstrabil, întrucât acestea nu îmbunătățesc prognosticul și pot crește disconfortul pacientului.	PUTERNICĂ	SCĂZUTĂ - MODERATĂ consens Delphi experți, studii observaționale, ghiduri clinice și etice (Akdeniz et al., 2021; Crawford et al., 2021; https://www.nice.org.uk/Guidance/Ng31/	Nutriția și hidratarea parenterală oferă beneficii incerte și riscuri semnificative (pneumonie de aspirație, creșterea secrețiilor bronșice, dispnee, edem pulmonar).	Necesită discuție în avans, implică dezbateră etică.

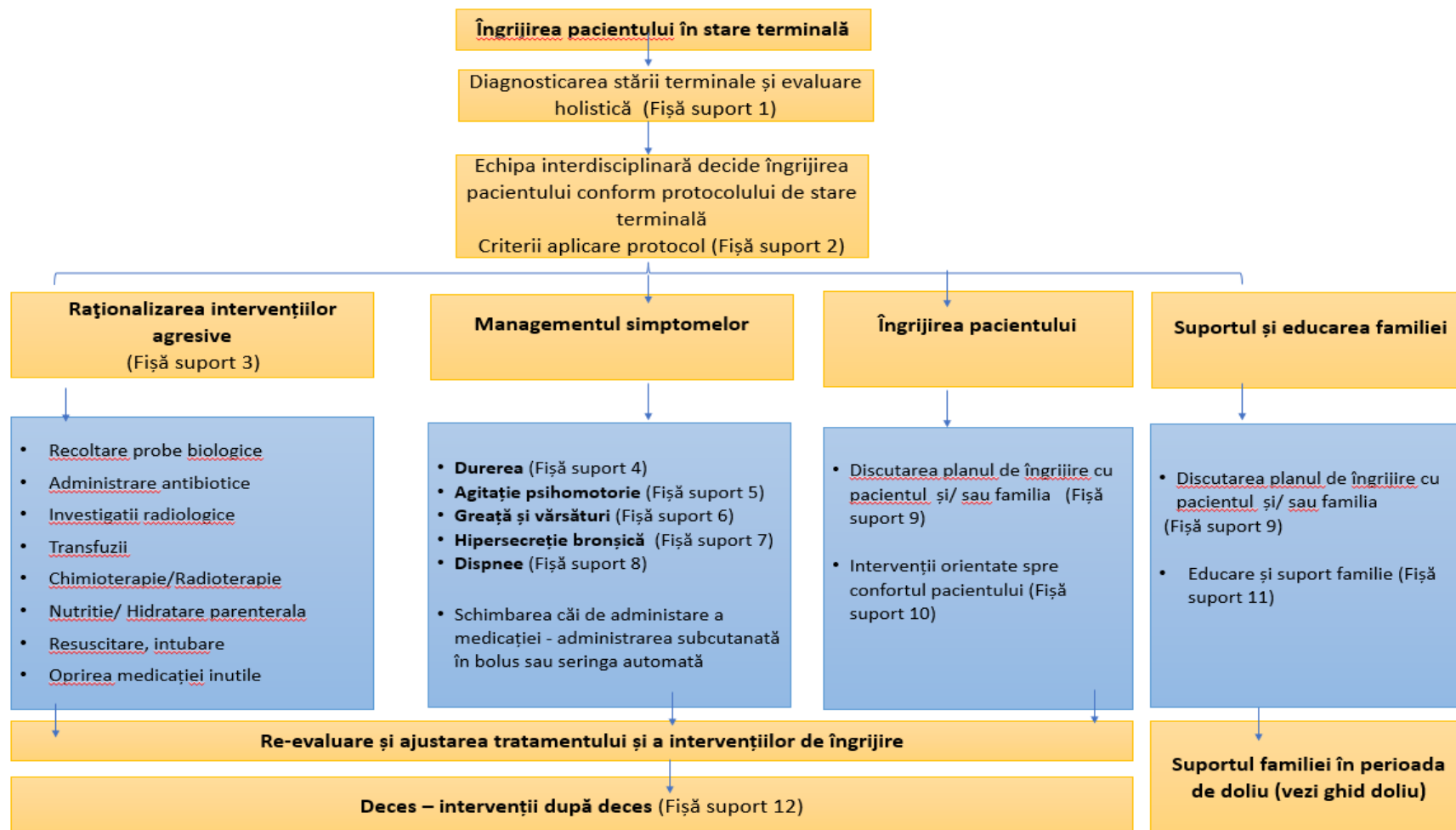
		Resources/Caring-for-Adults-in-Their-Last-Days-of-Life-Pdf-2903829270469, n.d.).		
6. Se sugerează ca resuscitarea cardio-respiratorie (CPR) să nu fie inițiată la pacienții aflați în faza terminală a bolii, atunci când aceasta este considerată ineficientă, disproporționată sau contrară obiectivelor îngrijirilor pacientului.	PUTERNICĂ	SCĂZUTĂ - MODERATĂ Dovezi bazate pe studii observaționale, ghiduri clinice (Mentzelopoulos et al., 2021).	Resuscitarea la pacienții terminali rareori modifică evoluția bolii și poate cauza suferință suplimentară prin traumatisme, durere, agitație sau proceduri invazive.	Decizia trebuie luată în echipă cu pacientul și familia, respectând autonomia pacientului și valorile acestuia. Necesită planificare anticipată și legislație.
7. Se sugerează ca tratamentul durerii să fie personalizat și monitorizat continuu, inclusiv în ultimele zile de viață.	PUTERNICĂ	SCĂZUTĂ-MODERATĂ Dovezi limitate, bazate pe consens de experți și ghiduri clinice (Crawford et al., 2021; Shin et al., 2020).	Intensitatea și caracteristicile durerii variază semnificativ în ultimele zile de viață, necesitând ajustări frecvente ale terapiei.	
8. Se sugerează alegerea antiemeticului în funcție de mecanismul fiziopatologic probabil, utilizând calea de administrare subcutanată în faza terminală.	MODERATĂ	SCĂZUTĂ-MODERATĂ Dovezi bazate pe studii limitate, observaționale sau consens de experți (Crawford et al., 2021; Shin et al., 2020).	Această abordare crește eficiența terapiei și minimizează riscul efectelor adverse inutile, asigurând confort pacientului și îmbunătățind calitatea vieții în ultimele zile.	
9. Se recomandă opioidele pentru ameliorarea dispneei la pacienții terminali. Dacă efectul lor este insuficient și simptomele se agravează din	PUTERNICĂ	MODERATĂ-ÎNALTĂ Revizie, studii clinice randomizate și non-randomizate, consens de experți, ghiduri (Crawford et al.,	Beneficiile acestei abordări depășesc riscurile potențiale în contextul îngrijirii paliative și al obiectivului principal de control al simptomelor.	

cauza anxietății, se pot adăuga benzodiazepine.		2021; Hui et al., 2021; Obarzanek et al., 2023).		
10. Se sugerează luare în considerare a schimbării poziției pacientului, îmbunătățirea mediului și relaxarea psihologică la pacienții terminali cu dispnee.	SLABĂ-MODERATĂ	SCĂZUTĂ-MODERATĂ Studii observaționale limitate și consens de experți (Crawford et al., 2021; Shin et al., 2020).	Aceste intervenții sunt sigure, non-invazive și pot fi complementare tratamentului farmacologic, îmbunătățind confortul pacientului fără efecte adverse semnificative.	
11. Nu se recomandă ca oxigenoterapia să fie utilizată de rutină pentru controlul dispneei la pacienții terminali și să fie indicată doar selectiv.	PUTERNICĂ	ÎNALTĂ Meta-Analiză (Hasegawa et al., 2023) și ghiduri (Hui et al., 2021).	Dispneea în stadiul terminal este adesea de cauză non-hipoxică, iar oxigenoterapia oferă beneficii limitate, putând provoca disconfort, restricționa mobilitatea și medicaliza inutil procesul morții în detrimentul unor intervenții mai eficiente de control al simptomelor.	
12. Nu se recomandă aspirarea de rutină a secrețiilor respiratorii la pacienții terminali și este indicată doar după evaluarea atentă a raportului beneficiu–disconfort, ținând cont de cantitatea secrețiilor, starea pacientului și nevoile îngrijitorilor.	PUTERNICĂ	ÎNALTĂ RCT, revizie sistematică (Kolb et al., 2018; van Esch et al., 2021).	Secrețiile respiratorii terminale sunt frecvente și rareori provoacă suferință pacientului, fiind mai degrabă stresante pentru familie/ îngrijitori. Aspirația poate accentua disconfortul prin iritație, tuse, hipoxie tranzitorie, durere și agitație.	

13. Se sugerează intensificarea măsurilor de confort la pacienții terminali, adaptate nevoilor și preferințelor acestora.	PUTERNICĂ	SCĂZUTĂ- MODERATĂ Consens experți, studii observationale, ghiduri clinice (https://www.nice.org.uk/guidance/ng31/resources/caring-for-adults-in-their-last-days-of-life-pdf-2903829270469 , n.d.).	În faza terminală, obiectivele terapeutice se mută de la prelungirea vieții la ameliorarea suferinței. Intensificarea măsurilor de confort este singura intervenție care răspunde nevoilor imediate ale pacientului.	
14. Se recomandă administrarea medicației pentru managementul simptomelor pe cale subcutanată și transdermică.	MODERATĂ	MODERATĂ Dovezi bazate pe studii observationale, ghiduri clinice (Crawford et al., 2021; Wernli et al., 2022).	Reducerea riscului de aspirație, creșterea confortului pacientului. Asigură calea de administrare. Largă acceptare în practică.	Administrare subcutanată pe seringă automată recomandată; există ghiduri privind compatibilități între substanțe.
15. Se recomandă raționalizarea medicației non-esențiale, cu reevaluare periodică în funcție de prognostic și de preferințele pacientului.	MODERATĂ	MODERATĂ Revizie, consens Delphi, ghiduri (Crawford et al., 2021; Elsten et al., 2024; Langford et al., 2024).	Reducerea riscului de efecte adverse și a interacțiunilor medicamentoase.	Reduceți progresiv medicația ce ar putea induce sevrăj.
16. Se sugerează prescrierea anticipativă pentru controlul simptomelor frecvente (durere, dispnee, agitație, greață/ vărsături), astfel încât acestea să poată fi administrate rapid atunci când apar simptomele,	PUTERNICĂ	SCĂZUTĂ - MODERATĂ Consens experți, ghiduri (https://www.nice.org.uk/guidance/ng31/resources/caring-for-adults-in-their-last-days-of-life-pdf-2903829270469 , n.d.).	Prescrierea anticipativă reduce întârzierea tratamentului simptomatic, previne suferința și face managementul simptomelor mai eficient.	

adaptat nevoilor și dorințelor pacientului.				
17. Se sugerează oferirea de suport psiho-emoțional tuturor pacienților aflați în stare terminală, adaptat capacității cognitive și dorințelor pacientului.	PUTERNICĂ	SCĂZUTĂ - MODERATĂ Ghiduri, consens experți (Crawford et al., 2021; Zheng et al., 2023).	Pacienții în stadiu terminal prezintă frecvent anxietate, depresie, pierderea sensului și frica de moarte. Intervențiile psihologice: reduc anxietatea, cresc sentimentul de control și demnitate, îmbunătățesc comunicarea cu familia.	Echipa interdisciplinară.
18. Se recomandă oferirea de suport spiritual (religios sau non-religios), prin intervenții adaptate valorilor pacientului și prin asigurarea accesului la consilier spiritual sau cleric, dacă pacientul dorește.	PUTERNICĂ	MODERATĂ Bazate pe revizie de literatură, expertiză, observație clinică, ghiduri de bune practici (Crawford et al., 2021; Puchalski et al., 2019).	Suportul spiritual adecvat reduce suferința existențială, crește acceptarea bolii și a morții, îmbunătățește satisfacția pacientului și familiei. Susținerea ritualurilor spirituale, culturale, religioase are beneficiu semnificativ, iar riscurile sunt neglijabile atunci când intervenția nu este impusă și e centrată pe pacient.	Echipa interdisciplinară.

III. ALGORITM STARE TERMINALĂ



IV. FIȘE SUPORT

Fișa 1. Evaluarea holistică și diagnosticarea stării terminale	
EVALUARE STARE FIZICĂ Identificați semnele și simptomele specifice stării terminale.	
Semne precoce apar >1 săptămână înaintea decesului • Reducerea stării de conștiență • Status de performanță PPS < 20% (imobilizat la pat, complet dependent, ingestie de alimente foarte redusă sau deloc) • Disfagie pentru lichide.	Semne târzii - e posibil ca pacientul să decedeze în următoarele 3 zile • Pupile non reactive • Lipsa pulsului la artera radială • Urină < 100 ml în ultimele 12 ore • Mișcarea mandibulei în timpul respirației • Coborârea pliurilor nazolabiale • Cianoza periorală • Imposibilitatea de a închide pleoapele • Respirația Cheyne-Stokes/ Stertoroasă (Ijaopo et al., 2023; Mori et al., 2022; Simões et al., 2025).
EVALUARE PSIHO-SOCIALĂ • Evaluarea gradului de înțelegere a diagnosticului/ prognosticului de către familie/ îngrijitor principal și a conștientizării iminenței decesului. • Evaluarea rețelei sociale care susține pacientul în aceste momente și implicarea fiecăruia în îngrijire (Ann-Yi & Bruera, 2022; Crawford et al., 2021)	
EVALUARE SPIRITUALĂ • Evaluarea nevoilor pacientului, familiei sau altora (oricare dintre ei poate fi anxios pentru el sau ceilalți) • Identificarea tradițiilor religioase specifice • Identificarea gradului de implicare a preotului/ pastorului în viața spirituală a pacientului (Ann-Yi & Bruera, 2022; Crawford et al., 2021).	

Fișa 2. Criterii aplicare protocol	
• Toate cauzele reversibile pentru deteriorarea stării pacientului au fost eliminate (deshidratarea, insuficiența renală, infecții, hipercalcemia, toxicitatea opioidă, delir). • Echipa multidisciplinară consideră că pacientul este în ultimele zile/ ore de viață când două sau mai multe din următoarele situații sunt prezente: ➤ pacientul este imobilizat la pat; ➤ poate ingera doar cantități mici de lichide; ➤ este din ce în ce mai astenic sau în stare semicomatoasă; ➤ dificultăți în administrarea medicației per o.s.	

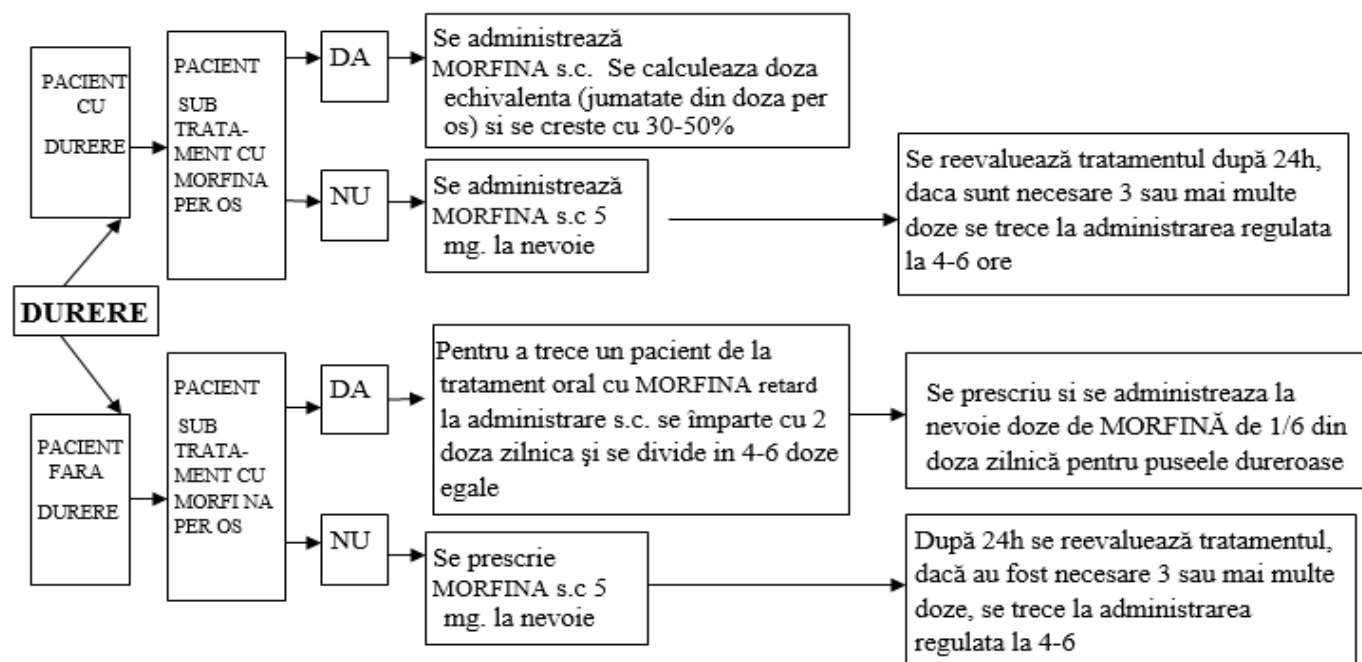
Fișa 3: Raționalizarea intervențiilor agresive	RECOMANDĂRI
Tratamentul oncologic	• Chimioterapie în ultima lună de viață este asociată cu reacții adverse, inclusiv cu o calitate redusă a îngrijirii și calității vieții. • Radioterapie oferă beneficii limitate și nu este recomandată în ultima lună de viață. Excepție face durerea osoasă sau hemoragia provocată de o tumoră, dar trebuie luată în considerare starea pacientului. • Imunoterapie la sfârșitul vieții este asociată cu un risc crescut de deces în spital. (Crawford et al., 2021)
Raționalizarea medicației neesențiale	• Anticoagulante - administrarea trebuie evaluată pe baza analizei risc-beneficiu, poate fi inadecvată la sfârșitul vieții, când riscul de sângerare majoră este crescut (Huisman et al., 2020). • Antibiotice - pot oferi ameliorarea simptomelor, în special pentru infecții urinare, mai puțin pentru infecțiile tractului respirator. Trebuie luat în considerare beneficiul față de posibilele efecte adverse (Baghban & Juthani-Mehta, 2017; Crawford et al., 2021).

	• Medicația anticonvulsivantă - trebuie continuată dacă pacientul are antecedente de convulsii, se folosește calea de administrare confortabilă pentru pacienți (subcutanat, intrarectal) (Crawford et al., 2021). • Medicația antidiabetică: antidiabeticele orale se reduc și se opresc, se poate menține administrarea de insulină lentă, o singură administrare zilnică, dimineața, cu scăderea progresivă a dozei și liberalizarea țintei de glicemie (Alsaratee et al, 2025). • Bifosfonații - nu se recomandă inițierea la sfârșitul vieții, iar administrarea începută anterior trebuie întreruptă dacă speranța de viață este scurtă; Acid zoledronic poate fi luat în considerare pentru ameliorarea delirului cauzat de hipercalcemie. • Medicația pentru dislipidemii, vitaminele, inhibitorii de pompă de protoni au beneficiu limitat la sfârșitul vieții și ar trebui să fie întrerupte (Alwidyan et al., 2024; Elsten et al., 2024; Langford et al., 2024; Shrestha et al., 2023).
Transfuzia	• Anemia care se prezintă sub formă de oboseală sau dispnee, este frecventă în cancerul avansat și este adesea multifactorială. Transfuzia de sânge este asociată cu reacții adverse, are beneficiu de scurtă durată și reduce calitatea vieții (Callaghan et al., 2025; Crawford et al., 2021).
Recomandări nutriție și hidratare	• La pacienții cu un prognostic de câteva zile/ săptămâni este puțin probabil ca nutriția artificială să aducă beneficii. • Fiecare decizie este individualizată și necesită luarea în considerare a aspectelor clinice și etice. • Recomandare → îngrijire orientată spre confort, inclusiv ameliorarea senzației de sete prin administrare de cantități mici de apă per os (Ferrell et al., 2025; Volkert et al., 2024).

Fișa 4. Management durere

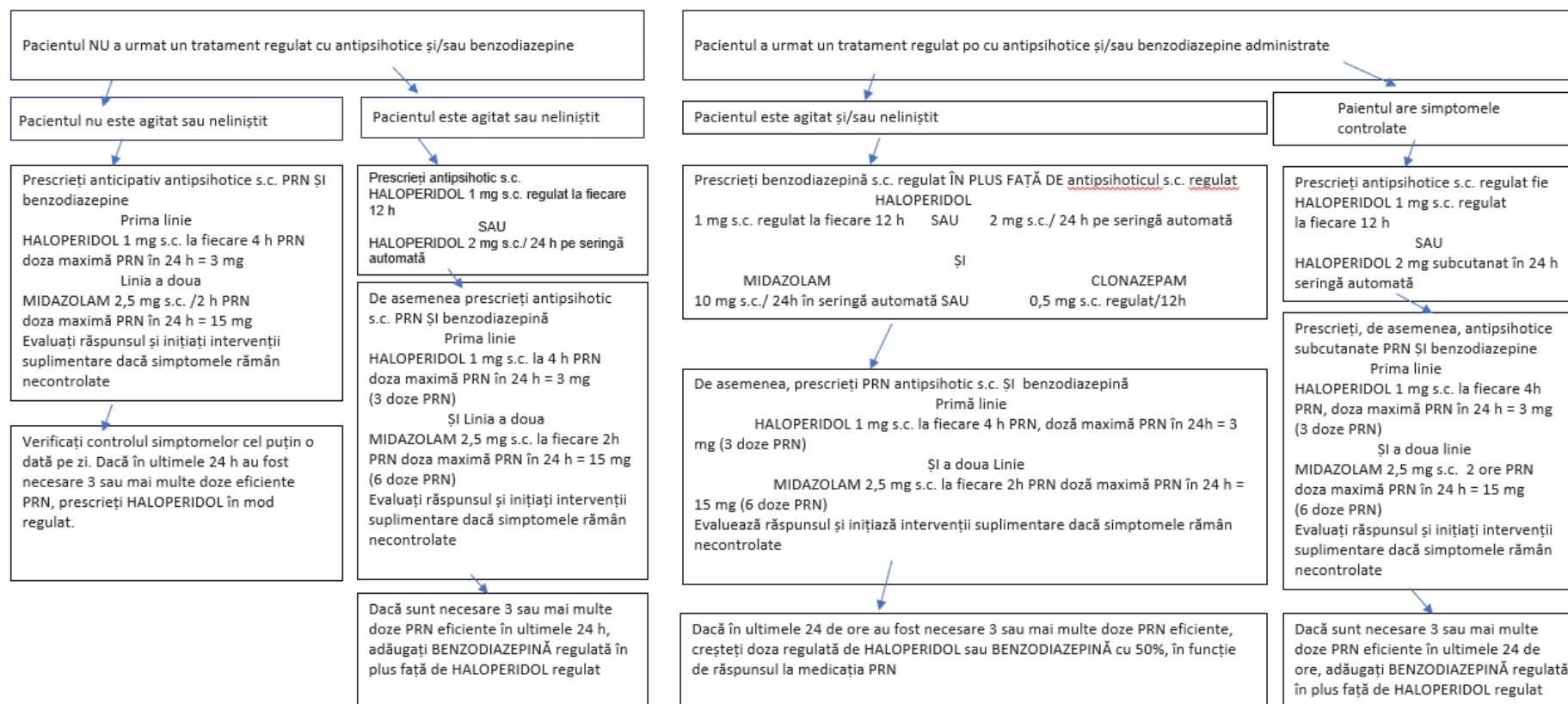
Principii generale:

- pentru conversia dozelor de opioide se vede ghid durere
- ar trebui continuată administrarea plasturilor cu fentanyl și suplimentarea la nevoie cu morfină subcutanată cu o doză de 1/ 12 din doza echivalentă zilnică morfină orală
- în insuficiența renală (oligoanurie/ creatinina peste 3 mg/ dl) se va administra morfină s.c. numai la nevoie
- pentru a trece de la morfină retard la administrare s.c. se împarte cu 2 doza pe 24h



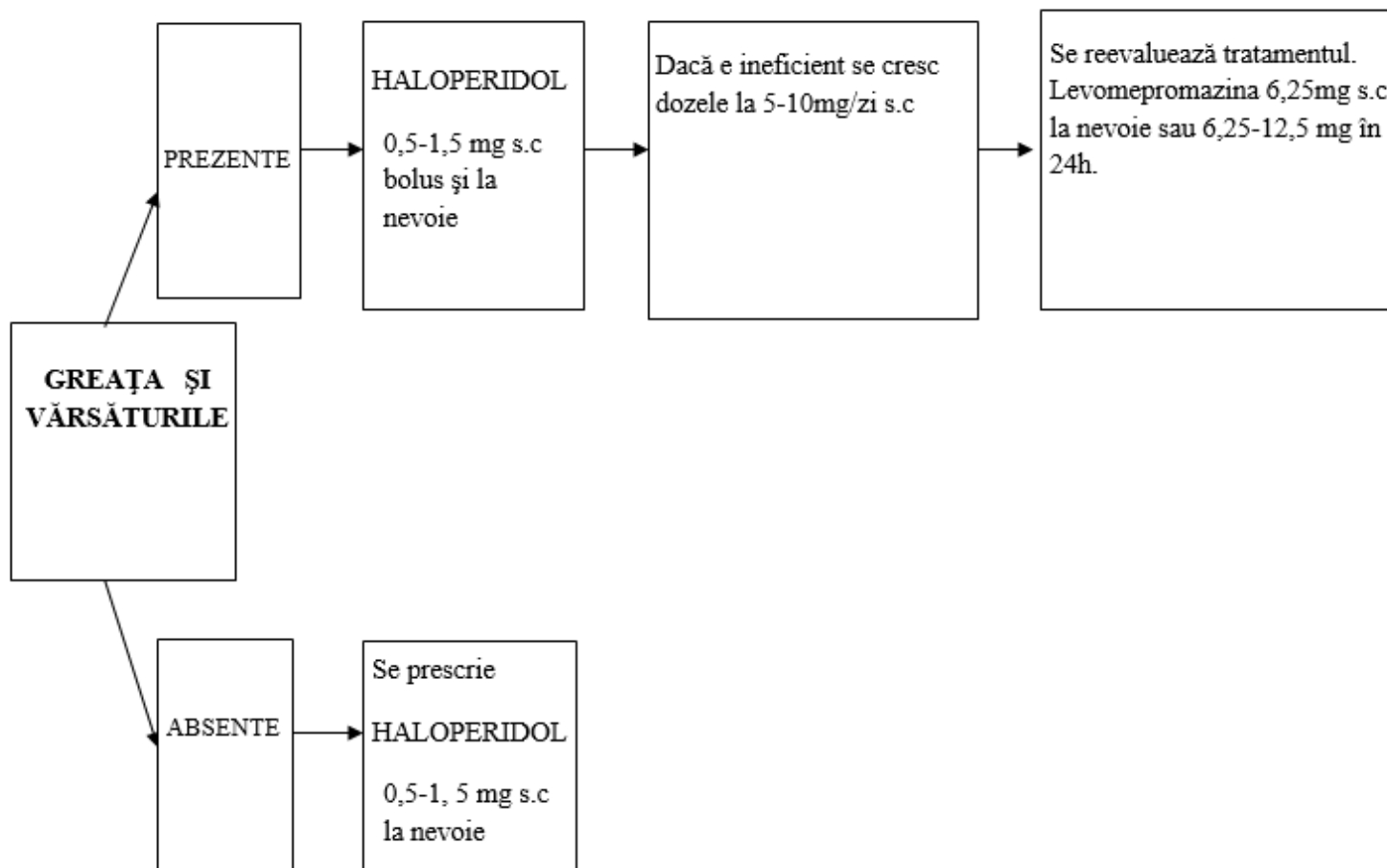
Fișa 5. Management agitație psihomotorie

Evaluati pacientul în ultimele zile de viață cel puțin la fiecare 4 ore, pentru a permite detectarea, evaluarea și tratarea eficientă a simptomelor existente. Luați măsuri non-farmacologice înainte de a administra medicamente și excludeți și/ sau tratați retenția de urină și constipația (Bush et al., 2017; Crawford et al., 2021; https://www.Cec.Health.Nsw.Gov.Au/__data/Assets/Pdf_file/0010/359344/LDOL-Flowchart-RESTLESSNESS-and-AGITATION-2017.Pdf, n.d.; Shin et al., 2020).



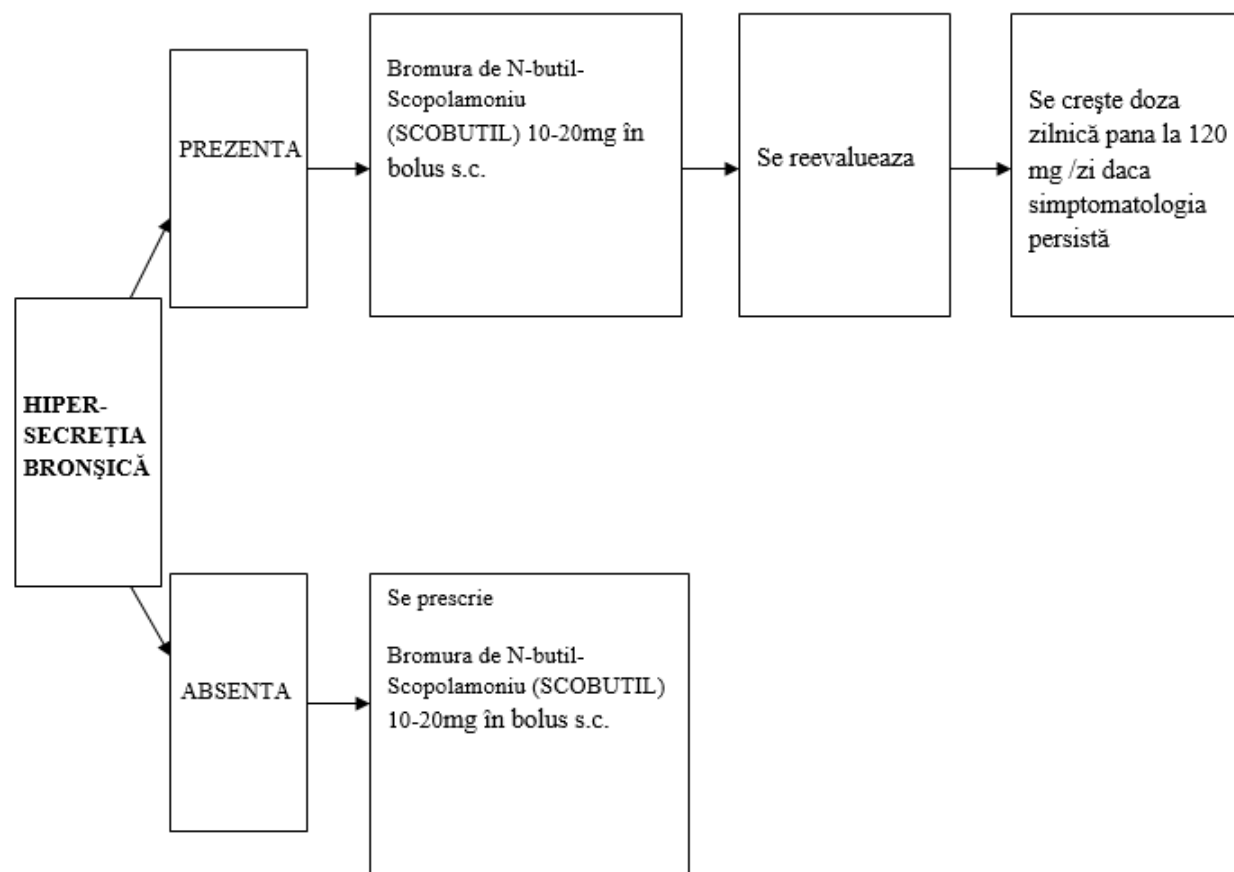
Fișa 6. Management greață și vărsături

Se respectă principiile generale de tratament (vezi ghid greață și vărsături), dar medicația va fi administrată preferențial s.c și/ sau per rectum
Pentru greață/ vomă de novo vor fi utilizate anti-emetice cu durată lungă de acțiune (Crawford et al., 2021; Shin et al., 2020).



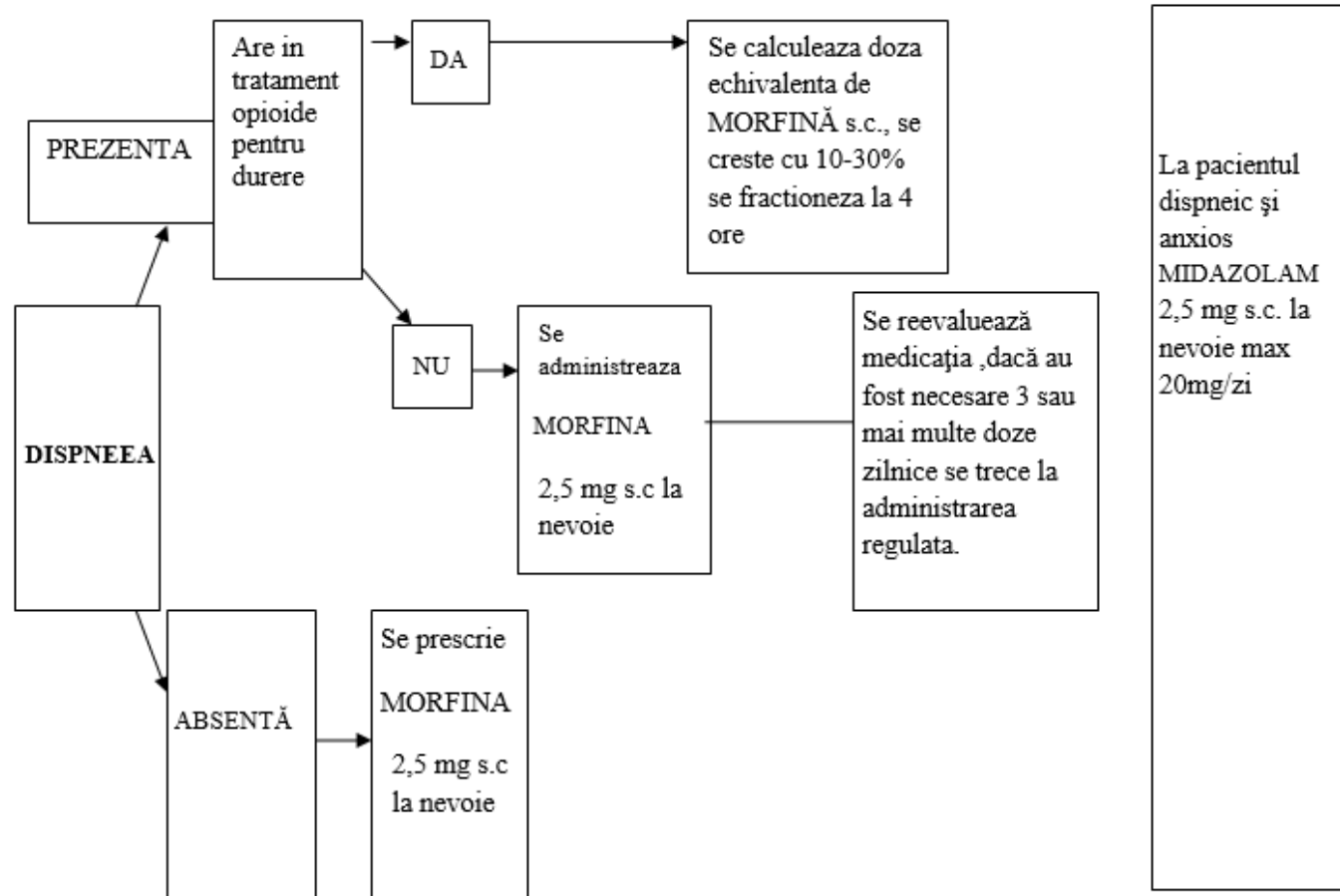
Fișa 7. Management hipersecreția bronșică

- Se ia în considerare modificarea poziției
- Se discută cu familia
- Evitați administrarea de fluide în exces, evaluați echilibrul fluidelor, opriți hidratarea și alimentația parenterală (Crawford et al., 2021; Shin et al., 2020).



Fișa 8. Management dispnee

- Oxigenul este util doar în cazul în care bolnavul este hipoxic (canulele nazale sunt mult mai bine tolerate decât o mască)
- Poate fi de ajutor un ventilator sau modificarea poziției (Crawford et al., 2021; Hui et al., 2021; Shin et al., 2020).



Fișa 9. Discutarea planului de îngrijire cu pacientul și/ sau familia

- Dacă este posibil, începeți aceste conversații încă din faza incipientă a bolii, în loc să așteptați până când moartea este iminentă. Reluați aceste discuții atunci când starea pacientului se schimbă.
- Aflați ce înțeleg pacientul/ familia despre situație medicală actuală și despre opțiunile de tratament.
- Evaluați preferințele pacientului/ familiei în ceea ce privește modul de luare a deciziilor terapeutice. Cine ar trebui să fie implicat în discuțiile despre îngrijirea pacientului? Cine decide? (Pacientul, familia, echipa de îngrijiri paliative sau decizia terapeutică e luată în mod colaborativ?).
- După ce pacientul a fost informat despre prognostic (vezi ghid comunicare vești proaste/ prognostic), discutați și clarificați valorile, obiectivele și preferințele pacientului în ceea ce privește îngrijirea.
- Dacă pacientul/ familia doresc tratamente agresive discutați despre povară versus beneficiile acestora.
- Întrebați și abordați îngrijorările pacientului/ familiei.
- Având aceste informații comune despre obiectivele îngrijirii, recomandați un plan pentru îngrijirea la sfârșitul vieții.
- Când deciziile nu trebuie luate urgent, acordați pacientului timp să reflecteze asupra alegerilor, să obțină informații suplimentare sau să discute mai mult despre această chestiune cu familia.

Fișa 10. INTERVENȚII CONFORT PACIENT	INTERVENȚII
Îngrijirea cavității bucale	• Mențineți cavitatea bucală curată cât și umedă • Utilizați bureți de igienă orală sau tampoane speciale pentru a curăța gura, limba și partea interioară a obrazului de cel puțin patru ori pe zi • Evitați să folosiți produse care agravează uscăciunea gurii • Aplicați cremă pe buze, dacă este necesar folosiți saliva artificială pentru a ameliora xerostomia și pentru a preveni problemele asociate (Araujo et al., 2023; https://Txohc.Org/Wp-Content/Uploads/2022/09/Palliative-Care-Overview-of-Mouth-Care-at-the-End-of-Life-UpToDate.Pdf, n.d.)(https://Www.Aafp.Org/Pubs/Afp/Issues/2017/0315/P356.Html, n.d.).
Îngrijirea ochilor	• Pentru a spori confortul pacientului folosiți lumină de intensitate redusă • Igiena regulată a ochilor

	• Aplicarea de "lacrimi artificiale" sau ser fiziologic pentru a ameliora uscăciunea ochilor.
Îngrijirea tegumentului	• Frecvența re poziționării ar trebui să fie determinată de evaluarea tegumentului și de nevoi • Utilizarea dispozitivelor auxiliare de reducere a presiunii • Păstrați pielea persoanei cât mai curată și uscată posibil prin: ➤ gestionarea incontinenței și utilizarea cremelor de barieră ➤ montare cateter urinar ➤ utilizarea unor măsuri de relaxare a pielii, cum ar fi spălarea regulată cu burete cu apă caldă și masaj ușor ➤ aplicare creme pe tegumente de două ori pe zi (Raepsaet et al., 2022).
Hidratare și nutriție	• Îngrijirea trebuie să vizeze în primul rând ameliorarea senzației de foame/ sete (dacă este cazul). • Dacă pacientul este capabil să înghită, acesta trebuie încurajat să consume lichide și alimente preferate pe cale orală, consumând mese cu volum redus și consistența adecvată deglutiției, repartizate pe parcursul zilei sau la cererea pacientului, în loc de cantități mari de alimente la ore fixe (Crawford et al., 2021).
Calea de administrare medicație	• Dacă calea orală nu este fezabilă datorită disfagiei, stărilor de greață/ vărsături sau alterării conștienței se folosește calea subcutanată în bolus sau continuă • Se poate folosi dar cu precauții calea sublinguală, rectală, transdermală (https://www.nice.org.uk/guidance/ng31/resources/caring-for-adults-in-their-last-days-of-life-pdf-2903829270469, n.d.).
Secreții bronșice	• Așezați pacientul pe o parte, cu partea superioară a corpului ridicată, pentru a permite secrețiilor să se scurgă pasiv din gură • Reduceți sau opriți hidratarea sau nutriția parenterală deoarece acestea vor agrava acest simptom • Aspirația nu este de obicei utilă și poate fi dureroasă pentru pacient. Luați în considerare aspirația numai dacă în gură se află mucus gros sau sânge și acestea pot fi îndepărtate cu ușurință cu ajutorul unui cateter moale (Azhar & Hui, 2022).
Hipertermia	• Măsurile non-farmacologice pot fi luate în considerare dacă febra nu provoacă disconfort major sau dacă astfel de măsuri sunt în concordanță cu obiectivele de îngrijire ale pacientului și ale familiei • Comprese reci umede, aerisire, haine confortabile

	Tratamentul farmacologic se decide în funcție de cauză (https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2017/0315/p356.html, n.d.).
Incontinența	- Incontinența urinară și/ sau fecală sunt frecvente. Mențineți pacientul curat și uscat. Un cateter Foley poate fi util, dar nu este întotdeauna necesar, deoarece cantitatea de urină eliminată este minimă și se pot utiliza scutece absorbante. - Poate apărea globul vezical care trebuie suspectat la un pacient cu agitație. În acest caz, trebuie introdus un cateter Foley (Waldman & Glass, 2019).

Fișa 11. Suportul și educarea familiei

1. Permiteți ca pacientul și familia să petreacă cât mai mult timp împreună. Timpul petrecut împreună ajută atât pacientul, cât și familia să își exprime emoțiile, să își ia rămas-bun și să găsească confort emoțional în aceste momente dificile.
2. Explicați semnele și simptomele morții iminente pe parcursul acestui proces. Înțelegerea procesului reduce anxietatea și teama familiei și îi ajută să se simtă mai pregătiți și mai puțin neputincioși.
3. Explicați familiei că pacienții pot încă auzi și încurajați membrii familiei să vorbească cu pacientul, să îi spună lucruri liniștitoare sau să își exprime sentimentele, vocile familiare pot oferi confort și siguranță pacientului, chiar dacă acesta nu mai răspunde.
4. Explicați familiei că slăbiciunea și oboseala apar frecvent la sfârșitul vieții și se vor accentua pe măsură ce pacientul se apropie de moarte. Scăderea energiei este o parte naturală și nu indică lipsa de îngrijire sau suferință suplimentară.
5. Explicați familiei că unii pacienți pot avea scurte perioade de creștere a energiei și a vigilenței mentale înainte de moarte. Această perioadă poate fi scurtă, dar valoroasă pentru pacient și familie, oferind ocazia unor momente semnificative de conexiune.
6. Explicați familiei că forțarea alimentației poate crește riscul de aspirație și disconfort. Respectarea dorinței pacientului de a refuza alimentele sau lichidele e importantă pentru confortul pacientului.
7. Informați familia că pot apărea modificări ale respirației, dar că, în general, acestea nu provoacă suferință pacientului. Asigurarea unui mediu calm și monitorizarea confortului pacientului ajută pacientul.
8. Explicați familiei că acumularea secrețiilor poate provoca respirație zgomotoasă dar nu îi provoacă disconfort pacientului. Poziționați pacientul și administrați tratamentul prescris pentru reducerea secrețiilor.

9. Observați reacțiile emoționale ale familiei și identificați factorii de risc pentru doliu complicat. Oferiți consiliere, informații despre resursele disponibile și suport psihologic. Intervenția timpurie poate preveni apariția unui doliu patologic și poate sprijini familia în procesul de adaptare după pierdere (vezi ghid de doliu).

Fișa 12. Intervenții după deces

Certificarea decesului se face conform legislației în vigoare.

➤ Documentarea decesului în FO:

- ora, data
- persoanele care au fost prezente.

Pentru pacient și familia acestuia

➤ Îngrijirea imediat după moarte:

- Îndepărtați dispozitivele medicale
- Aveți o atitudine respectuoasă față de corpul persoanei decedate
- Exprimați condoleanțe familiei
- Oferiți familiei timp pe care să îl petreacă cu persoana decedată
- Oferiți informații necesare pentru serviciile funerare
- Informați alți furnizori de servicii de sănătate despre decesul pacientului.

Pentru membrii echipei care asistă pacientul

➤ Suport general:

- Discutați despre problemele importante care au impact asupra îngrijirii pacientului
- Creați un climat de siguranță pentru discuțiile privitoare la moartea pacienților
- Oferiți ocazii personalului pentru reflecție și aducere aminte.

➤ Suport după moarte:

- Treceți în revistă probleme medicale întâmpinate și clarificați îngrijorările și întrebările echipei cu privire la îngrijirea pacientului
- Faceți retrospectiva reacțiilor emoționale ale familiei privitoare la moartea pacientului
- Faceți retrospectiva reacțiilor emoționale ale personalului privitoare la moartea pacientului.

V. PARTICULARITĂȚI ÎN PEDIATRIE

Prezicerea duratei de viață a unui copil este foarte dificilă; schimbările în starea copilului pot ajuta la stabilirea prognosticului.

Dacă apar modificări ale semnelor și simptomelor de stare terminală:

- La fiecare oră, decesul este așteptat în câteva ore până la câteva zile
- Zilnic, decesul este așteptat în câteva zile până la câteva săptămâni
- Săptămâni, decesul este așteptat în câteva săptămâni până la câteva luni.

În comparație cu adulții, copiii sunt adesea mai rezistenți și pot supraviețui mai mult în ceea ce pare a fi starea terminală, deoarece deteriorarea organelor vitale este mai redusă. Și în cazul copiilor în stare terminală se recomandă oprirea intervențiilor inutile. Discutați aceste schimbări cu familia, deoarece aceștia pot percepe acest lucru ca „renunțarea” la copil.

Managementul simptomelor

Durere: Evaluarea durerii se poate face prin scala durerii sau prin observarea comportamentului verbal și nonverbal (plâns, grimase și gemete).

Pentru un copil care ia deja opioide: administrați o doză de opioid egală cu 10% din doza totală din ultimele 24 de ore.

Pentru un copil care nu ia încă opioide: administrați o doză subcutanată după cum urmează:

- Morfină – 0,1 mg/ kg, pentru adolescenți >12 ani - 5 mg
- Hidromorfonă – 0,015 mg/ kg
- Fentanil – 1 mcg/ kg.

Dozare ulterioară:

Dozele pot fi administrate la fiecare 10 - minute PRN pentru simptomele la sfârșitul vieții. Creșteți doza după cum urmează: (Notă: 5 mg este utilizat ca exemplu; doza reală poate varia):

- Prima doză: 5 mg, dacă este inefficientă după 10 minute, atunci administrați
- A doua doză: 5 mg, dacă este inefficientă după 10 minute
- A treia doză: 7,5 mg (1,5 x doza inițială), dacă este inefficientă, după 10 minute, atunci administrați
- A patra doză: 7,5 mg (1,5 x doza inițială), dacă este inefficientă, după 10 minute, se administrează
- A cincea doză: 10 mg (2 x doza inițială).

Odată ce se obține o ameliorare a durerii, se administrează doza totală administrată în timpul fazei de titrare s.c. la 4h în mod regulat și cu doză PRN.

Dificultăți respiratorii/ dispnee: Respirația se va modifica pe măsură ce copilul se apropie de sfârșitul vieții – respirația poate fi lentă sau rapidă și superficială. Perioadele de apnee sau efortul respirator crescut sunt frecvente, dar nu indică neapărat dispnee, deci nu trebuie tratate decât dacă provoacă suferință copilului. Dificultățile respiratorii sunt de obicei stresante pentru familie, dar trebuie tratate numai atunci când copilul este afectat de acest simptom. Asigurați circulația aerului pe fața copilului, de exemplu prin deschiderea unei ferestre sau utilizarea unui ventilator.

Medicație:

- Opioide în doze mici – Morfină PO 0,1 mg/ kg sau s.c. 0,05 mg/ kg
- Benzodiazepine – de exemplu, Midazolam 0,05 mg/ kg s.c poate fi eficient în ameliorarea senzației de dificultate respiratorie.

Delir/ confuzie/ agitație: Delirul sau agitația în faza terminală a vieții sunt, în general, multifactoriale și ireversibile. Cauzele includ procesul bolii asociate, dezechilibrele metabolice și electrolitice, insuficiența hepatică și renală, infecțiile, hipoxia, disconfortul legat de poziționare, durerea și simptomele netratate. Retenția urinară este o cauză potențial reversibilă, care poate fi gestionată prin introducerea unui cateter urinar.

Medicație: Benzodiazepinele și antipsihoticele pot fi utile.

Respirația stertoroasă: Copiii au adesea dificultăți de înghițire la sfârșitul vieții, iar secrețiile orale se pot acumula. Așezați copilul pe o parte, cu partea superioară a corpului ridicată, pentru a permite scurgerea pasivă a secrețiilor. Întrerupeți orice perfuzie intravenoasă sau administrarea pe sondă nazogastrică a lichidelor sau alimentelor, deoarece cresc cantitatea secrețiilor. Evitați aspirarea mecanică, deoarece aceasta nu este de obicei utilă și este adesea dureroasă și stresantă pentru copil.

Medicație:

- PO/ IV/ S.C. Bromhidrat de hioscină – 4-10 mcg / kg q4-8 h PRN; sau platură transdermic (1 mg administrat în 72 de ore) – înlocuiți platurile la fiecare 48-72 de ore.
- Picături oftalmice cu atropină 1% – 1-4 picături (fiecare picătură conține aproximativ 0,5 mg atropină) sub limbă q2-4h PRN.

(https://Static1.Squarespace.Com/Static/62da231748a03c783bb62b04/t/679bf43bb8466a6eb9da05b5/1738274013216/GHCPC_2025+Digital+Handbook.Pdf, n.d)

VI. STUDIU DE CAZ

DL. M., 72 de ani, diagnosticat cu adenocarcinom pulmonar cu metastaze osoase și hepatice, se află internat în secția de îngrijiri paliative. A epuizat opțiunile oncologice (chimioterapie, imunoterapie). În ultima perioadă a prezentat: scădere marcată a apetitului și consumă cantitate redusă de lichide, scădere ponderală progresivă, precașexie, disfagie mixtă în progresie, fatigabilitate severă.

În ultimele 24 ore pacientul prezintă: dispnee la repaus, frecvență respiratorie 28 r/ min, respirație stertoroasă, durere abdominală severă, SAV (8/ 10), ameliorată parțial cu opioid treapta II, agitație psihomotorie, oligurie, tegumente palide, marmorate.

Familia întreabă despre administrarea perfuziilor și despre „posibilitatea de a-i prelungi viața” cu alte tratamente. Pacientul este capabil să comunice în puținele momente de luciditate și spune: „Nu vreau să sufăr”.

Cerințe:

- a. Este sau nu acest pacient în fază terminală?
- b. Care sunt nevoile pacientului?
- c. Care sunt obiectivele de îngrijire pentru pacient și familie?
- d. Care sunt intervențiile pentru managementul simptomelor și îngrijire?

Rezolvare caz

- a. Este sau nu acest pacient în fază terminală?

Da, pacientul se află foarte probabil în faza terminală, cu o evoluție estimată de câteva zile. Asocierea mai multor semne clinic predictive precum: disfagie, declin funcțional major, somnolență profundă, care alternează cu agitație psihomotorie, respirație stertoroasă, oligurie și absența unor cauze reversibile clare susțin un grad ridicat de probabilitate a decesului în următoarele zile.

b. Care sunt nevoile acestui pacient?

Fizic - Control simptome: durere severă, dispnee, episoade de delir, respirație stertoroasă

Psihologic - anxietate, teamă de moarte. Pacientul necesită suport psihologic pentru procesarea fricii de procesul morții. Intervenția trebuie să includă tehnici de prezență terapeutică în perioadele de luciditate ale pacientului (asigurarea că nu va fi singur și că suferința îi va fi ameliorată). Reducerea stimulilor externi stresanți și validarea trăirilor emoționale în momentele de luciditate.

Social - Conflictul de decizie: Familia se confruntă cu "povara decizională", manifestând tendințe de a prelungi viața cu orice preț din teama de vinovăție și e nevoie de alinierea obiectivelor de îngrijire. Este necesară o intervenție de mediere pentru a armoniza dorința pacientului (de a nu suferi) cu așteptările familiei. Nevoia familiei este de a fi reasigurată că "a face totul" în faza terminală înseamnă asigurarea confortului, nu prelungirea procesului morții prin tratamente disproporționate.

Spiritual - Nevoia de finalitate și demnitate: Pacientul verbalizează nevoia de a-și încheia parcursul într-un mod congruent cu valorile sale. Aceasta implică respectarea autonomiei sale și asigurarea unui mediu care să îi reflecte identitatea personală, dincolo de statutul de "bolnav".

Pacea interioară: facilitarea accesului la suport spiritual (cler sau consilier) conform credințelor sale.

c. Obiectivele de îngrijire:

- Controlul adecvat al simptomelor
- Asigurarea confortului și demnității pacientului
- Consens în decizii
- Suportul și educarea familiei.

d. Managementul simptomelor și măsuri pentru confortul pacientului

DURERE: În prezent are tratament pentru durere cu Tramadol 100 mg inj la 4 ore. Controlul durerii severe prin titrarea medicației opioide, preferabil pe cale subcutanată. Reevaluare tratament antialgic, se înlocuiește Tramadol cu Morfină 30 mg/ 24 h, 5 mg la 4 h plus 5 mg PRN. Reevaluare periodică cu ajustarea dozelor.

DISPNEE: Dacă administrarea de Morfină nu controlează dispneea se adaugă Lorazepam 0.5 mg sl sau Midazolam 2.5 mg inj. sc la nevoie, max 20 mg.

AGITAȚIE PSIHOMOTORIE: Dacă persistă după obținerea analgeziei se adaugă Haloperidol 1 mg s.c. la 4 h PRN, doza maximă PRN în 24 h = 3 mg (3 doze PRN) și linia a doua Midazolam 2,5 mg s.c. la fiecare 2 h PRN, doza maximă PRN în 24 h = 15 mg (6 doze PRN).

RESPIRAȚIE STERTOROASĂ: Gestionarea respirației stertoroase (ralurile agonice) prin administrarea de anticolinergice și poziționare adecvată, prioritatea fiind reducerea anxietății familiei cauzate de zgomotul respirator.

Alte intervenții:

- **Medicația neesențială** se scoate din tratament și se ia în considerare administrarea medicației pentru controlul simptomelor pe cale subcutanată intermitent sau pe seringă automată (după stabilirea dozelor eficiente pentru controlul simptomelor pacientului).
- Dacă nu se obține controlul adecvat al simptomelor iar povara acestora este considerată insuportabilă de către pacient, se poate lua în considerare sedarea paliativă.

- **Îngrijire pacient:** îngrijire cavitate bucală, ochi, tegumente.
- Aplicare **măsuri nonfarmacologice** pentru durere, dispnee, delir.
- **Decizii terapeutice comune:** confirmarea preferințelor pacientului: fără intervenții invazive. Discuții cu familia despre așteptările nerealiste și povară vs. beneficiu pentru perfuzii și importanța respectării dorințelor pacientului.
- **Suport psihologic și spiritual:** ascultare activă, validarea emoțiilor, implicarea consilierului spiritual/ preotului, asistentului social, a psihologului.
- **Suport și educarea familiei:** educare privind semnele stării terminale, încurajarea prezenței familiei lângă pacient, suport în perioada de doliu.

VII. REZUMAT

Starea terminală este reprezentată de semne și simptome caracteristice care semnaleză epuizarea mecanismelor fiziologice și homeostatice ale organismului uman, premergătoare instalării morții propriu-zise. Procesul este progresiv, ireversibil și durează între ore și săptămâni.

Îngrijirea trebuie orientată către controlul simptomelor și confortul pacientului, prin identificarea nevoilor fizice, sociale, culturale și spirituale, atât ale acestuia cât și ale familiei, prin implicarea unei echipe multidisciplinare (asistent medical, asistent social, psiholog sau psihoterapeut, medic, preot).

Planul de îngrijire ar trebui discutat și stabilit în avans, pe baza preferințelor și scopurilor de îngrijire individuale.

Suferința fizică exprimată adesea prin durere, dispnee, greață, vărsături, agitație psihomotorie și respirație stertoroasă trebuie evaluată și adresată anticipativ cu medicația adecvată ca doze și cale de administrare (cel mai frecvent injectabil subcutanat).

Intervențiile medicale agresive și medicația neesențială se opresc progresiv, lăsând locul îngrijirii bazate pe confort și a intervențiilor spirituale și psiho-emoționale.

Bibliografie

1. Akdeniz, M., Yardımcı, B., & Kavukcu, E. (2021). Ethical considerations at the end-of-life care. *SAGE Open Medicine*, 9, 20503121211000920. <https://doi.org/10.1177/20503121211000918>
2. Alwidyan, T., McCorry, N. K., Black, C., Coulter, R., Forbes, J., & Parsons, C. (2024). Prescribing and deprescribing in older people with life-limiting illnesses receiving hospice care at the end of life: A longitudinal, retrospective cohort study. *Palliative Medicine*, 38(1), 121–130. <https://doi.org/10.1177/02692163231209024>
3. Ann-Yi, S., & Bruera, E. (2022). Psychological Aspects of Care in Cancer Patients in the Last Weeks/Days of Life. *Cancer Res Treat*, 54(3), 651–660. <https://doi.org/10.4143/crt.2022.116>
4. Araujo, M. C. R., da Silva, D. A., & Wilson, A. M. M. M. (2023). Nursing interventions in palliative care in the intensive care unit: A systematic review. *Enfermería Intensiva* (English Edition), 34(3), 156–172. <https://doi.org/10.1016/j.enfie.2023.08.008>
5. Azhar, A., & Hui, D. (2022). Management of Physical Symptoms in Patients with Advanced Cancer during the Last Weeks and Days of Life. *Cancer Research and Treatment*, 54(3), 661–670. <https://doi.org/10.4143/crt.2022.143>
6. Baghban, A., & Juthani-Mehta, M. (2017). Antimicrobial Use at the End of Life. *Infectious Disease Clinics of North America*, 31(4), 639–647. <https://doi.org/10.1016/j.idc.2017.07.009>
7. Bush, S. H., Tierney, S., & Lawlor, P. G. (2017). Clinical assessment and management of delirium in the palliative care setting. *Drugs*, 77, 1623–1643.

8. Callaghan, S., Sadler, K., Abudari, G. A., Almutairi, M., Almusaed, S. M., Alqahtany, B., Alsamh, N. A., Evangelista, R., Ahmad, F., Sroor, M. Y., & Alkhudairi, H. (2025). Blood Transfusions in Patients with Advanced Cancer at the End-of-Life: Are They Really Beneficial? *Indian Journal of Palliative Care*, 31(2), 186–191. https://doi.org/10.25259/IJPC_356_2024
9. Cordeiro, F., Oliveira, S., Giudice, J., Fernandes, V., & Oliveira, A. (2020). Definitions for “palliative care”, “end-of-life” and “terminally ill” in oncology: A scoping review. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 9, 205–228. <https://doi.org/10.22235/ech.v9i2.2317>
10. Crawford, G. B., Dzierzanowski, T., Hauser, K., Larkin, P., Luque-Blanco, A. I., Murphy, I., Puchalski, C. M., & Ripamonti, C. I. (2021). Care of the adult cancer patient at the end of life: ESMO Clinical Practice Guidelines. *ESMO Open*, 6(4), 100225. <https://doi.org/10.1016/j.esmoop.2021.100225>
11. Elsten, E. E. C. M., Pot, I. E., Geijteman, E. C. T., Hedman, C., van der Heide, A., van der Kuy, P. H. M., Fürst, C.-J., Eychmüller, S., van Zuylen, L., & van der Rijt, C. C. D. (2024). Recommendations for Deprescribing of Medication in the Last Phase of Life: An International Delphi Study. *Journal of Pain and Symptom Management*, 68(5), 443-455.e2. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2024.07.029>
12. Ferrell, B., Co, N., & Rosa, W. E. (2025). Nutrition in Advanced Disease and End of Life Cancer Care. *Seminars in Oncology Nursing*, 41(1), 151793. <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2024.151793>
13. Hasegawa, T., Ochi, T., Goya, S., Matsuda, Y., Kako, J., Watanabe, H., Kasahara, Y., Kohara, H., Mori, M., Nakayama, T., & Yamaguchi, T. (2023). Efficacy of supplemental oxygen for dyspnea relief in patients with advanced progressive illness: A systematic review and meta-analysis. *Respiratory Investigation*, 61(4), 418–437. <https://doi.org/10.1016/j.resinv.2023.03.005>
14. <https://txohc.org/wp-content/uploads/2022/09/Palliative-care-Overview-of-mouth-care-at-the-end-of-life-UpToDate.pdf>. (n.d.).
15. <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2017/0315/p356.html>. (n.d.).
16. https://www.cec.health.nsw.gov.au/__data/assets/pdf_file/0010/359344/LDOL-Flowchart-RESTLESSNESS-and-AGITATION-2017.pdf. (n.d.).
17. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng31/resources/care-of-dying-adults-in-the-last-days-of-life-pdf-1837387324357>. (n.d.).
18. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng31/resources/caring-for-adults-in-their-last-days-of-life-pdf-2903829270469>. (n.d.).
19. https://Static1.Squarespace.Com/Static/62da231748a03c783bb62b04/t/679bf43bb8466a6eb9da05b5/1738274013216/GHPCP_2025+Digital+Handbook.Pdf, n.d
20. Hui, D., Bohlke, K., Bao, T., Campbell, T. C., Coyne, P. J., Currow, D. C., Gupta, A., Leiser, A. L., Mori, M., Nava, S., Reinke, L. F., Roeland, E. J., Seigel, C., Walsh, D., & Campbell, M. L. (2021). Management of Dyspnea in Advanced Cancer: ASCO Guideline. *Journal of Clinical Oncology: Official Journal of the American Society of Clinical Oncology*, 39(12), 1389–1411. <https://doi.org/10.1200/JCO.20.03465>
21. Hui, D., dos Santos, R., Chisholm, G., Bansal, S., Silva, T. B., Kilgore, K., Crovador, C. S., Yu, X., Swartz, M. D., Perez-Cruz, P. E., Leite, R. de A., Nascimento, M. S. de A., Reddy, S., Seriacco, F., Yennu, S., Paiva, C. E., Dev, R., Hall, S., Fajardo, J., & Bruera, E. (2014). Clinical signs of impending death in cancer patients. *The Oncologist*, 19(6), 681–687. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.2013-0457>
22. Hui, D., Nooruddin, Z., Didwaniya, N., Dev, R., De La Cruz, M., Kim, S. H., Kwon, J. H., Hutchins, R., Liem, C., & Bruera, E. (2014). Concepts and definitions for “actively dying,” “end of life,” “terminally ill,” “terminal care,” and “transition of care”: A systematic review. *Journal of Pain and Symptom Management*, 47(1), 77–89. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2013.02.021>
23. Huisman, B. A. A., Geijteman, E. C. T., Dees, M. K., Schonewille, N. N., Wieles, M., Van Zuylen, L., Szadek, K. M., & Van Der Heide, A. (2020). Role of nurses in medication management at the end of life: A qualitative interview study. *BMC Palliative Care*, 19(1). Scopus. <https://doi.org/10.1186/s12904-020-00574-5>
24. Ijaopo, E. O., Zaw, K. M., Ijaopo, R. O., & Khawand-Azoulai, M. (2023). A Review of Clinical Signs and Symptoms of Imminent End-of-Life in Individuals With Advanced Illness. *Gerontology and Geriatric Medicine*, 9, 23337214231183244.
25. Kolb, H., Snowden, A., & Stevens, E. (2018). Systematic review and narrative summary: Treatments for and risk factors associated with respiratory tract secretions (death rattle) in the dying adult. *Journal of Advanced Nursing*, 74(7), 1446–1462. <https://doi.org/10.1111/jan.13557>

26. Langford, A. V., Warriach, I., McEvoy, A. M., Karaim, E., Chand, S., Turner, J. P., Thompson, W., Farrell, B. J., Pollock, D., Moriarty, F., Gnjidic, D., Ailabouni, N. J., & Reeve, E. (2024). What do clinical practice guidelines say about deprescribing? A scoping review. *BMJ Quality & Safety*, 34(1), 28–39. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2024-017101>
27. Mentzelopoulos, S. D., Couper, K., Voorde, P. V. de, Druwé, P., Blom, M., Perkins, G. D., Lulic, I., Djakow, J., Raffay, V., Lilja, G., & Bossaert, L. (2021). European Resuscitation Council Guidelines 2021: Ethics of resuscitation and end of life decisions. *Resuscitation*, 161, 408–432. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.017>
28. Mori, M., Morita, T., Bruera, E., & Hui, D. (2022). Prognostication of the last days of life. *Cancer Research and Treatment*, 54(3), 631–643.
29. Obarzanek, L., Wu, W., & Tutag-Lehr, V. (2023). Opioid Management of Dyspnea at End of Life: A Systematic Review. *Journal of Palliative Medicine*, 26(5), 711–726. <https://doi.org/10.1089/jpm.2022.0311>
30. Puchalski, C. M., Sbrana, A., Ferrell, B., Jafari, N., King, S., Balboni, T., Miccinesi, G., Vandenhoeck, A., Silbermann, M., Balducci, L., Yong, J., Antonuzzo, A., Falcone, A., & Ripamonti, C. I. (2019). Interprofessional spiritual care in oncology: A literature review. *ESMO Open*, 4(1), e000465. <https://doi.org/10.1136/esmoopen-2018-000465>
31. Raepsaet, C., Blomberg, K., Falk-Brynhildsen, K., Gethin, G., & Beeckman, D. (2022). Promoting and Maintaining Skin Integrity in End-of-Life Care: A Systematic Review. *Advances in Skin & Wound Care*, 35(11), 617–631. <https://doi.org/10.1097/01.ASW.0000833616.40632.40>
32. Shin, J., Chang, Y. J., Park, S.-J., Choi, J. Y., Kim, S.-H., Choi, Y. S., Kim, N. H., Yum, H.-K., Nam, E. M., Park, M. H., Moon, N., Moon, J. Y., Kang, H.-T., Kang, J. H., Park, J.-M., Lee, C.-W., Kim, S.-Y., Lee, E. J., Koh, S.-J., ... Shim, J. Y. (2020). Clinical Practice Guideline for Care in the Last Days of Life. *Han'guk Hosup'isu Wanhwa Uiryo Hakhoe Chi = The Korean Journal of Hospice and Palliative Care*, 23(3), 103–113. <https://doi.org/10.14475/kjhpc.2020.23.3.103>
33. Shrestha, S., Poudel, A., Forough, A. S., Steadman, K. J., & Nissen, L. M. (2023). A systematic review on methods for developing and validating deprescribing tools for older adults with limited life expectancy. *The International Journal of Pharmacy Practice*, 31(1), 3–14. <https://doi.org/10.1093/ijpp/riac094>
34. Simões, C., Carneiro, R., & CardosoTeixeira, A. (2025). High specificity clinical signs of impending death: A scoping review. *International Journal of Nursing Studies*, 164, 105015. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2025.105015>
35. van Esch, H. J., van Zuylen, L., Geijteman, E. C. T., Oomen-de Hoop, E., Huisman, B. A. A., Noordzij-Nooteboom, H. S., Boogaard, R., van der Heide, A., & van der Rijt, C. C. D. (2021). Effect of Prophylactic Subcutaneous Scopolamine Butylbromide on Death Rattle in Patients at the End of Life: The SILENCE Randomized Clinical Trial. *JAMA*, 326(13), 1268–1276. <https://doi.org/10.1001/jama.2021.14785>
36. Volkert, D., Beck, A. M., Faxén-Irving, G., Frühwald, T., Hooper, L., Keller, H., Porter, J., Rothenberg, E., Suominen, M., Wirth, R., & Chourdakis, M. (2024). ESPEN guideline on nutrition and hydration in dementia—Update 2024. *Clinical Nutrition (Edinburgh, Scotland)*, 43(6), 1599–1626. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2024.04.039>
37. Waldman, E., & Glass, M. (Eds.). (2019). *A Field Manual for Palliative Care in Humanitarian Crises*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med/9780190066529.001.0001>
38. Wernli, U., Dürr, F., Jean-Petit-Matile, S., Kobleder, A., & Meyer-Masseti, C. (2022). Subcutaneous Drugs and Off-label Use in Hospice and Palliative Care: A Scoping Review. *Journal of Pain and Symptom Management*, 64(5), e250–e259. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2022.07.006>
39. Zheng, R., Guo, Q., Chen, Z., & Zeng, Y. (2023). Dignity therapy, psycho-spiritual well-being and quality of life in the terminally ill: Systematic review and meta-analysis. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 13(3), 263–273. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2021-003180>

Partea 7

ASPECTE PSIHO-SOCIALE ȘI SPIRITUALE

Capitolul 7.1

Comunicarea veștilor proaste

Autori: Emőke Theodora Csepán, Doina Găman

Revizor: Daniela Moșoiu

I. ASPECTE TEORETICE

Comunicarea veștilor proaste este o componentă esențială a îngrijirii paliative, influențând direct calitatea vieții pacienților, satisfacția familială și eficiența procesului decizional la finalul vieții (Moura et al., 2024). Bolnavul are dreptul de a cunoaște diagnosticul chiar și atunci când este vorba de o boală incurabilă (de exemplu cancer în stadiu avansat, scleroză multiplă, boala Parkinson) dar nu și obligația de a-l ști. Scopul comunicării diagnosticului este de a permite bolnavului să înțeleagă realitatea cu care se confruntă, să se autodefinească în această etapă a vieții sale și de a favoriza o comunicare bazată pe încredere cu familia, prietenii, persoanele apropiate și personalul medical în vederea îmbunătățirii calității vieții. Împărtășirea informațiilor cu pacientul, colectarea răspunsurilor de la acesta, furnizarea de sprijin esențial permite crearea unui plan pentru a merge mai departe.

Definiție:

Veștile proaste reprezintă orice informație medicală ce schimbă negativ perspectiva pacientului asupra prezentului și viitorului și care poate afecta autonomia, planificarea și deciziile de tratament (Buckman R 1984; Moura et al., 2024).

Exemple de vesti proaste :

- Comunicarea unui diagnostic care schimbă fundamental viața - boală oncologică, neurodegenerativă, recurența unei boli, începutul tratamentului opioid, intervenție chirurgicală mutilantă.
- Pierderea unei slujbe, sterilitatea, boală determinată genetic, boala gravă a cuiva apropiat, pierderea autonomiei, etc;

Principii fundamentale în comunicarea veștilor proaste:

1. Respect pentru autonomie: Clinicienii trebuie să evalueze câtă informație dorește pacientul și să ajusteze comunicarea conform preferințelor acestuia (Royal Wolverhampton NHS Trust, 2023).
2. Context terapeutic: Mediul de comunicare trebuie să fie privat, confortabil și fără întreruperi pentru a facilita deschiderea emoțională și înțelegerea corectă (SPIKES).
3. Empatie și ascultare activă: Răspunsurile trebuie să recunoască emoțiile pacientului/familiei și să integreze ascultarea activă ca parte a procesului (Bumb, 2021).
4. Echilibru între onestitate și speranță: Anumite studii subliniază dificultatea de a echilibra informația onestă cu menținerea speranței într-un mod etic și centrat pe pacient (Schmauch et al., 2023).

Modele și protocoale de comunicare:

Protocolul SPIKES

Cel mai studiat model structurat pentru comunicarea veștilor proaste este SPIKES, un acronim care ghidează clinicianul în șase pași: Setting (contextul), Perception (percepția pacientului), Invitation (invitația pacientului de a primi informația), Knowledge (cunoaștere/claritate), Empathy (empatie) și Strategy/Summary (strategie/rezumat). Acest model a fost adaptat și în practica paliativă pentru a structura interviurile dificile și a reduce anxietatea clinică asociată acestei sarcini (Baile et al., 2000).

Elementele cheie ale SPIKES:

1. *Setting*: Asigură un mediu adecvat (privat, fără zgomot, timp suficient).
2. *Perception*: Evaluează ce știe și ce anticipează pacientul.
3. *Invitation*: Întreabă cât dorește pacientul să afle.
4. *Knowledge*: Transmite informația clar și în limbaj accesibil.
5. *Empathy*: Recunoaște și răspunde emoțiilor pacientului.
6. *Strategy/Summary*: Rezumă și planifică pașii următori (Baile et al., 2000;).

Alte strategii și protocoale:

Deși SPIKES este cel mai cunoscut, alte abordări de exemplu **BREAKS** (Background, Rapport, Explore, Announce, Kindling și Summarize) (Ptacek, J. T., & Eberhardt, T. L., 2006) sau **PEWTER** (Prepare, Evaluate, Warn, Tell, Emotional response și Regroup,) (Nardi, D., & Keefe-Cooperman, K., 2006) pot fi utilizate în funcție de context și preferințe educaționale ale clinicianului. Comparativ, literatura nu recomandă un protocol unic peste toate, dar subliniază utilitatea structurilor formale pentru a reduce variabilitatea practică și presiunea emoțională asupra clinicianului (Bumb, 2021).

Comunicarea eficientă trebuie să fie sensibilă la valorile culturale și religioase ale pacienților și familiilor și să respecte autonomia decizională, inclusiv preferințele privind implicarea familiei în decizie (Moura et al., 2024). În unele culturi, dezvăluirea completă a prognosticului poate fi percepută diferit, ceea ce impune flexibilitate și adaptare comunicativă.

Comunicarea cu bolnavul despre diagnostic este un proces care se desfășoară pe planul verbal și nonverbal, acest proces nu se limitează la o singură ședință. Este necesar să fie alocat un timp suficient, se recomandă minim 30 de minute și chiar ședințe repetitive.

Etapele clinice ale comunicării:

- Pregătirea comunicării
 - I. Selectarea mediului adecvat și planificarea timpului necesar
 - II. Consult interdisciplinar pentru coerență a mesajului
 - III. Reflecție asupra propriilor emoții și prejudecăți (Royal Wolverhampton NHS Trust, 2023).
- Evaluarea percepției pacientului
 - Întrebări deschise pentru a înțelege ce cunoaște pacientul despre boală și așteptările sale
 - Ajustarea nivelului de informație în funcție de dorința pacientului.
- Furnizarea informației
 - Utilizarea unui limbaj simplu și succint.
 - Includerea „semnalelor de avertizare” pentru a pregăti pacientul.
 - Oferirea de informații pe fragmente, cu confirmare repetată a înțelegerii (Moura et al., 2024).
- Managementul emoțional
 - Validarea emoțiilor pacientului și a aparținătorilor
 - Folosirea empatiei cognitive și afective
 - Permitearea unui timp pentru tăcere și procesare a informațiilor (Bumb, 2021).
- Concluzionarea
 - Rezumarea principalelor puncte
 - Stabilirea planului terapeutic partajat
 - Confirmarea disponibilității pentru întâlniri ulterioare.

Formarea formală în comunicare dificilă rămâne insuficientă în multe programe clinice; multiple studii raportează lacune în pregătirea clinicianilor și necesitatea integrării simulărilor și instruirii bazate pe protocoale în curricula medicală și îngrijiri paliative (Schmauch et al., 2023).

II. RECOMANDĂRI CU NIVELE DE EVIDENȚĂ

- **Pregătirea profesională a echipei**

Recomandare 1: **Se recomandă** ca profesioniștii din sănătate să beneficieze de formare continuă în comunicarea veștilor proaste, incluzând abilități de comunicare empatică, ascultare activă și gestionarea emoțiilor pacientului/familiei.

Nivel de evidență: Moderat – recomandat de ghidurile practice și articole clinice care subliniază importanța competențelor de comunicare în contextul paliativ și oncologic.

Justificare: O bună pregătire reduce stresul emoțional al echipei și îmbunătățește capacitatea de a sprijini pacientul/familia în procesul de adaptare la vestea primită.

- **Evaluarea preferințelor pacientului privind informația**

Recomandare 2: **Se recomandă** să se evalueze și să se respecte ce cantitate sau ce tip de informație dorește pacientul să primească despre diagnosticul și prognosticul său.

Nivel de evidență: Moderat – studiile clinice și ghidurile de comunicare subliniază necesitatea adaptării la dorințele pacientului.

Justificare: Respectarea preferințelor pacientului întărește autonomia și reduce riscul de stres inutil psihologic.

- **Locul și modul de comunicare**

Recomandare 3: **Se recomandă** ca veștile proaste să fie comunicate într un spațiu privat, liniștit, fără întreruperi, cu timp suficient pentru dialog și întrebări.

Nivel de evidență: Moderat – recomandat în ghidurile practice de comunicare a veștilor proaste.

Justificare: Un mediu adecvat facilitează exprimarea emoțiilor și dialogul deschis între pacient, familie și clinicieni.

- **Comunicarea graduală și clară**

Recomandare 4: **Se recomandă** furnizarea informațiilor într un mod clar, simplu și gradat, evitând jargonul medical și suprasolicitarea pacientului datorată detaliilor prea complexe.

Nivel de evidență: Moderat – susținut de protocoalele de comunicare și de modele cum este SPIKES.

Justificare: Limbajul clar și treptat permite pacientului să proceseze informația și să participe la discuțiile despre îngrijire.

- **Abordarea reacțiilor emoționale**

Recomandare 5: **Se recomandă** să se recunoască și să se răspundă în mod empatic la reacțiile emoționale ale pacientului și familiei – tristețe, furie, neîncredere – și să se ofere sprijin adecvat.

Nivel de evidență: Moderat – ghidurile de comunicare subliniază importanța răspunsului empatic.

Justificare: Oferirea de validare emoțională și suport sprijină procesul de adaptare și coping.

- **Implicarea familiei**

Recomandare 6: **Se sugerează** implicarea familiei în comunicare în acord cu dorințele pacientului, astfel încât sprijinul social să fie integrat în planul de îngrijire.

Nivel de evidență: Scăzut – multe protocoale practice recomandă acest lucru, deși variațiile individuale pot influența aplicarea.

Justificare: Familia informată și implicată poate sprijini pacientul în procesul de adaptare.

- **Sprijin psihologic ulterior comunicării**

Recomandare 7: **Se sugerează** oferirea de suport psihologic post discuție, fie prin membri ai echipei, fie prin consilieri specializați, pentru pacient și familie.

Nivel de evidență: Scăzut – recomandat de ghidurile de comunicare ca o practică benefică.

Justificare: Sprijinul continuu ajută la consolidarea înțelegerii și adaptării după vestea proastă

III. ALGORITM COMUNICARE VEȘTI PROASTE (Mosoiu, 2013)

Pasul 1: **S**etare cadru de comunicare - un pas foarte important

- Acordăm timp să studiem documentele medicale, să aflăm toate informațiile despre boală, ca apoi, în cunoștință de cauză să comunicăm diagnosticul.
- Asigurăm un mediu adecvat - spațiu intim, prevenim întreruperile (fără telefoane, TV pornit, etc.).
- Aflăm informații de bază despre persoana bolnavului și familia acestuia, nu ne grăbim să aruncăm bomba, încercăm să ne conectăm cu pacientul, urmează să îi schimbăm viața.
- Aflăm pe cine ar dori pacientul să aibă alături și încurajăm prezența acestei persoane la discuție.

Pasul 2 : **P**ercepția : încercăm să aflăm informațiile pe care la cunoaște pacientul despre starea lui de sănătate

- Invităm pacientul să relateze felul în care s-au întâmplat și au evoluat lucrurile pentru a ne permite să aflăm despre nivelul de informație și înțelegerea lui privind propria boala, dar și informații privind persoana lui: care-i sunt speranțele pentru viitor, ce îl îngrijorează cel mai tare pe pacient, convingerile lui, dorește să afle mai multe informații sau dimpotrivă. neagă consecvent realitatea, caută vinovatul pentru situația în care se află.
- Folosim întrebări deschise:
 - Ce vi s-a spus despre boală? Ce înțelegeți din ce ați auzit până acum despre boala Dvs?
 - Ce v-ați gândit că se întâmplă cu Dvs.? - încercăm să ascultăm mai mult decât să vorbim

Pasul 3: **I**nvitație : obținem consimțământul pacientului de a afla sau nu informațiile medicale

Primează ceea ce vrea să afle bolnavul și cât poate suporta la momentul respectiv, față de ceea ce am dori noi să-i spunem.

- Să fim pregătiți că bolnavul poate refuza voluntar primirea de informații.
- Să fim pregătiți că bolnavul poate desemna pe altcineva ca să i se comunice diagnosticul.
- Să fim deschiși la o altă ocazie când bolnavul va dori să aibă mai multă informație despre boala și starea lui.
- Să fim deschiși la a continua discuția, dacă pacientul este pregătit.

Nu vrea
informația

Putem utiliza întrebări de genul: • Este ceva ce nu înțelegeți în legătură cu boala dumneavoastră? Ați dori să vă explic mai în amănunt? • Este ceva ce vă îngrijorează în legătură cu starea dumneavoastră?	
  Oferim posibilitatea de negare	
Putem utiliza întrebări de genul: 1. Doriți să discutăm mai multe despre boală sau preferați să discutăm despre tratament? Prin aceste întrebări oferim posibilitatea de negare. Negarea este o reacție de apărare, dar și o modalitate prin care se poate face față situației. Astfel pacientul are șansa de a controla volumul de informații.	
  Aluzia de avertizare: dacă răspunsul este afirmativ	
Avertizăm bolnavul că suntem pregătiți să discutăm în mod onest despre boala lui incurabilă cu prognostic limitat de viață, printr-o formulare de tipul: “Situația Dvs pare să fie destul de gravă” „Rezultatele investigațiilor nu sunt bune.”, după care este recomandabil să facem o pauză pentru a urmări reacția bolnavului. - Lăsăm loc negării.	
Pasul 4: Knowledge- Cunoașterea - dacă răspunsul este afirmativ	
• Împărtășim informații pacientului în mod delicat dar ferm evitând jargonul medical, eufemismele. • Evităm exprimările dure. • Folosim frecvent pauzele pentru a lăsa loc întrebărilor sau exprimărilor bolnavului. • Verificăm nivelul de înțelegere. • Încurajăm bolnavul să pună întrebări. • Suntem atenți la comportamentul non-verbal al bolnavului, care poate semnifica faptul că a fost depășit nivelul optim de informații pe care le poate asimila, iar atunci explicațiile trebuie să înceteze. Ex: „Rezultatele investigațiilor au arătat că tumoarea Dvs. este de natură canceroasă” - pauză pentru reacție. “Tomografia arată că boala s-a răspândit în corpul Dvs.”	

Clarificarea îngrijorărilor bolnavului

- Ce va îngrijorează cel mai mult în momentul de față?” – este timpul clarificărilor și al organizării.
- Ascultăm, dar să nu încercăm să dăm asigurări premature sau consolări fără substrat. Este bine să exprimăm doar faptul că am auzit ceea ce ni s-a spus la modul: „Trebuie să vă fie greu aici repetăm îngrijorarea bolnavului”

Pasul 5: Emoția- validăm emoțiile pacientului prin demonstrarea empatie

- Aceasta este faza terapeutică a dialogului, deoarece transmite empatie. Acordăm pacientului timp pentru a se gândi la propriile sentimente, lăsăm timp de reacție. Încurajăm exprimarea sentimentelor. Trebuie să fim pregătiți pentru o paletă largă de reacții emoționale. Comunicarea non-verbală este foarte importantă.
- Mesajul transmis pacientului în această fază este:
 - *Îi accept sentimentele, îl accept pe el.*
 - *Nu mi-e frică de sentimentele lui, nu mi-e frică de el.*
- **Formulăm un răspuns empatic care să reflecte sentimentele exprimate.** Ex: *Văd că această veste v-a șocat/ v-a luat prin surprindere...este normal/ firesc să simțiți astfel...nici nu îmi pot imagina cum vă simțiți...probabil este greu să auziți toate acestea...*

Pasul 6 : Sumarizare

- Stabilim procesul de completare a diagnosticului și opțiunile de tratament, plan operațional.
- Oferim informații clare și concise, pe înțelesul pacientului.
- Verificăm ce a înțeles pacientul.
- Îl întrebăm dacă a mai rămas ceva de spus sau de întrebare.
- Acceptăm și așteptările nerealiste ale bolnavului urmând ca pe parcursul procesului așteptările nerealiste să fie discutate și aduse cât mai aproape de realitate.
- Stabilim vizita următoare și care vor fi persoanele care urmează să fie implicate în relația terapeutică (medic, asistent medical, asistent social etc), lăsăm un nr. de telefon de contact.

IV. FIȘE SUPORT

Fișa 1. Abordarea reacțiilor emoționale ale pacientului folosind modelul NURSE

Scopul acestui model este acela de a sprijini personalul medical în identificarea și răspunsul empatic la emoțiile pacientului/ familiei în situații dificile (vești proaste, prognostic, etc).

MODEL NURSE

Litera	Acțiune	Exemple practice	Scop/ Beneficii
N – Name (Denumeste emoția)	Recunoaște și numește emoția observată.	„Văd că sunteți supărat(ă).” / „Se pare că această veste v-a întristat.”	Validarea emoției pacientului; clinicianul demonstrează capacitatea de a observa și recunoaște starea emoțională.
U – Understand (Înțelege)	Arată că înțelege emoția și contextul acesteia.	„Este normal să vă simțiți așa într-o situație dificilă.” / „Înțeleg că vestea aceasta este dificil de primit.”	Creează conexiune și reduce izolarea pacientului; întărește încrederea în echipă.
R – Respect (Respectă)	Arată respect pentru modul în care pacientul simte sau reacționează.	„Respect modul în care vă simțiți și că împărtășiți aceste sentimente.”	Consolidează autonomia și recunoaște unicitatea răspunsului emoțional.
S – Support (Sprijină)	Oferă sprijin concret sau disponibilitate pentru ajutor.	„Sunt aici să vă ajut să trecem împreună prin această perioadă.” / „Putem discuta despre opțiunile de sprijin disponibile.”	Oferă pacientului sentimentul de siguranță și suport continuu.
E – Explore (Explorează)	Invită pacientul să detalieze sentimentele sau preocupările.	„Puteți să-mi spuneți mai multe despre ce vă face să vă simțiți așa?” / „Ce aspecte v-ar ajuta să înțelegeți mai bine situația?”	Încurajează dialogul deschis, facilitează planificarea îngrijirii centrată pe pacient.

Instrucțiuni de utilizare

- Observați semnele emoționale (tristețe, frică, anxietate, furie) verbal și non-verbal
- Folosiți structura NURSE pentru a răspunde empatic pas cu pas
- Adaptați formulările la context și la preferințele pacientului
- Încurajați sprijinul familiei, dacă pacientul dorește
- Documentați reacțiile și intervențiile pentru continuitatea îngrijirii.

Aplicarea modelului NURSE reduce stresul emoțional al pacientului și familiei, crește satisfacția profesională a echipei prin reacții structurate și empatică și îmbunătățește comunicarea și planificarea îngrijirii paliative.

V. STUDIU DE CAZ

Ana este o doamnă de 54 de ani cu:

- Diagnostic: Adenocarcinom metastatic de plămân (metastaze mediastinale și osoase) - mai 2022
- Radioterapie paliativă la nivelul coloanei vertebrale pentru controlul simptomelor
- Chimioterapie/ imunoterapie combinată iunie 2022
- Boală progresivă, mai 2023
- Chimioterapie de linia a doua, iunie 2023
- Invazie pericardică malignă, august 2023
- Lucrează ca asistentă medicală în comunitate
- Locuiește cu soțul și doi copii
- Ea este principala persoană care se ocupă de soțul ei, care are un handicap fizic
- Fiica sa în vârstă de 18 ani urmează să plece de acasă pentru a începe facultatea
- Fiul în vârstă de 16 ani nu vrea să vorbească despre boala mamei
- Ea joacă un rol esențial în gestionarea gospodăriei

Cerințe: Cum comunicați cu Ana, cu compasiune, despre progresia bolii și tranziția ei către îngrijirea paliativă?

Rezolvare: compasiunea (Sinclair et al., 2021) **se evidențiază prin:**

- a simți grijă pentru celălalt
- preocupare sinceră autentică
- comunicare cu sensibilitate
- a asigura confort
- a oferi suport
- a oferi îngrijire
- a vorbi cu bunătate
- a vedea pe celălalt ca pe o persoană
- a te comporta cu grijă
- a înțelege nevoile celui alt
- a avea o bună relație
- a putea vedea din perspectiva celui alt
- a avea o prezență caldă
- sinceritate.

Pasul 1: Pregătirea întâlnirii

Asigurați-vă că aveți intimitate, gestionați constrângerile de timp și întreruperile, setați telefonul pe silențios sau rugați un coleg să răspundă la apelurile dvs. Consultați dosarul pacientei și verificați dacă pacienta dorește să fie însoțită sau singură la această întâlnire.

Pasul 2: Evaluarea percepției pacientului - se aplică axioma „înainte de a spune, întrebați”

Cum percepe Ana situația ei medicală actuală? Cum se simte? Ce gândește Ana despre boala sa, despre întreaga experiență în această situație? Ce simte Ana? Ce îngrijorări are Ana? La ce speră Ana? La ce se așteaptă Ana ?

Clinicianul va afla în urma acestui pas mai multe detalii legate de:

CLINIC

1. Progresia recentă a bolii

2. Simptome:

Înrăutățirea durerii

Respirație îngreunată la efort minim

- Biomarkeri CRP 100mg/ l
- Serum Albumin 24g/ l

FUNCȚIONARE

- Fiica s-a întors de la universitate pentru a ajuta la gătit și curățenie, Ana se simte extrem de vinovată pentru acest lucru
- Are nevoie de ajutor pentru duș
- Nu mănâncă mesele
- Doarme pe canapea dimineața și se întoarce în pat după-amiaza.

GÂNDURILE ANEI

- Știe că se deteriorează, este foarte îngrijorată ce se va petrece cu familia ei când ea nu va mai fi
- Vrea să se concentreze pe petrecerea timpului cu familia, mai degrabă decât să continue să meargă la spital.

Pasul 3: Invitația - Preferințele pacientului privind informațiile – și aici se aplică axioma „înainte de a spune, întrebați”.

„Doriți să discutăm planurile de îngrijire împreună cu vreun membru al familiei? Sau doriți să discutăm întâi doar împreună?”

Pasul 4: Furnizarea de cunoștințe și informații pacientului.

Avertizarea pacientului că urmează vești proaste poate diminua șocul. Furnizați informații în porții mici și verificați periodic dacă pacientul le înțelege.

Pasul 5: Abordarea emoțiilor pacientului cu un răspuns empatic.

Folosiți - Răspunsul empatic NURSE

- **Name the emotion/ feeling/ Numește emoția** – „Îmi dau seama că este un șoc foarte mare. (observă și numește emoția, șocul)”
- **Understand the emotion/ feeling / Înțelegere** - „Îmi imaginez cât de dificil trebuie să fie să auziți această veste...”
- **Respect the patient/ Respect** - “...Ați făcut o treabă extraordinară în gestionarea bolii...”
- **Support the patient/ Sprijin** – „Eu sau cineva din echipa noastră vom fi aici pentru a vă ajuta să treceți prin asta provocare...”
- **Explore the emotion/ Explorare** - “... Am observat că sunteți supărată, îmi puteți spune ce gândiți? ”

Până când emoția nu este clarificată, va fi dificil să se treacă la discutarea altor probleme.

Pasul 6: Strategie și rezumat.

Pacienții care au un plan clar pentru viitor sunt mai puțin predispuși să se simtă anxioși și nesiguri.

Înainte de a discuta un plan de tratament, este important să întrebăm pacienta dacă este pregătită în acel moment pentru o astfel de discuție..

Prezentarea planului și luarea deciziilor, împreună cu pacienta.

Verificați dacă este în acord cu planul propus. Verificați dacă există eventuale neînțelegeri. Rezumați discuția. Verificați dacă pacienta a înțeles planul. Planificați o nouă întâlnire.

Bibliografie

1. Back, A. L., Arnold, R. M., & Tulsky, J. A. (2009). *Mastering communication with seriously ill patients: Balancing honesty with empathy and hope*. Cambridge University Press.
2. Baile, W. F., Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, E. A., & Kudelka, A. P. (2000). SPIKES—A six-step protocol for delivering bad news: Application to the patient with cancer. *The Oncologist*, 5(4), 302–311. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.5-4-302>
3. Batista, G. V., & Araújo, S. A. de. (2023). Communicating bad news in palliative care: An integrative review. *Research, Society and Development*, 12(1), Article 39802. <https://doi.org/10.33448/rsd-v12i1.39802>
4. Bernacki, R. E., & Block, S. D. (2016). Educational interventions to train healthcare professionals in end-of-life communication: A systematic review and meta-analysis. *BMC Medical Education*, 16, 131. <https://doi.org/10.1186/s12909-016-0653-x>
5. Bumb, M. (2021). Breaking bad news: An evidence-based review of communication models. *Clinical Journal*.
6. Fallowfield, L., Jenkins, V., Farewell, V., & Solis-Trapala, I. (2003). Efficacy of communication skills training for giving bad news and discussing transitions to palliative care. *JAMA Internal Medicine*, 163(12), 1699–1706. <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/769642>
7. García-Silva, M., Martínez, L., & Pérez, R. (2023). The communication of bad news in palliative care: The view of professionals in Spain. *Journal of Palliative Medicine*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36943176/>
8. Kurtz, S., Silverman, J., & Draper, J. (2005). *Teaching and learning communication skills in medicine*. CRC Press.
9. Moșoiu, D. (2013). *Protocoale clinice pentru îngrijiri paliative* (ed. a 2-a, rev.). Haco International.
10. Moura, T., Ferreira, L., Lima, R., & Santos, P. (2024). Contributions of communication and management of bad news in nursing to the readaptation process in palliative care: A scoping review. *Applied Sciences*, 14(15), 6806. <https://doi.org/10.3390/app14156806>
11. Mousavi, S. H., Hashemi, S., & Rahimi, A. (2021). The effectiveness of communication skills training on nurses' skills and participation in breaking bad news. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*.
12. Nardi, D., & Keefe-Cooperman, K. (2006). *Communicating bad news: A model for emergency and clinical settings (PEWTER)*. Journal of Clinical Communication.
13. Ptacek, J. T., & Eberhardt, T. L. (2006). *BREAKS: A protocol for breaking bad news*. Journal of Medical Communication
14. Rosenberg, A. R., & Wolfe, J. (2016). *Communication skills in palliative care*. *Pediatric Clinics of North America*, 63(2), 359–371. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2015.12.006>
15. Royal Wolverhampton NHS Trust. (2023). *OP62 Breaking Bad News policy*. https://www.royalwolverhampton.nhs.uk/wp-content/uploads/2024/10/18560_OP_62_PUBLIC_Policy_Printable_Version.pdf
16. Schmauch, B., Martins, F., & Gomes, J. (2023). Communication strategies used by medical physicians when delivering bad news at the Maputo Central Hospital, Mozambique: A cross-sectional study. *BMC Palliative Care*, 22, 98. <https://doi.org/10.1186/s12904-023-01309-y>

Capitolul 7.2

Înlăturarea conspirației tăcerii

Autor: Emőke Theodora Csepán

Revizor: Daniela Moşoiu

I. ASPECTE TEORETICE

Definiție: Potrivit dicționarului de idiomuri Farlex (Farlex International, 2015), o conspirație a tăcerii este „un acord, fie explicit, fie tacit, între membrii unui grup de a păstra secretă anumită informație care, dacă ar fi dezvăluită, ar putea fi dăunătoare grupului, intereselor sale sau asociaților săi.”

Conspirația tăcerii în îngrijirea paliativă și oncologică reprezintă ascunderea intenționată sau reținerea de informații legate de diagnostic sau prognostic față de pacient, de obicei de către membrii familiei și/ sau profesioniștii din sănătate, cu scopul de a proteja pacientul de suferință emoțională (Sutar, Chaudhary & Yadav, 2022). Conspirația tăcerii poate implica triada profesioniști medicali, pacienți și îngrijitori, ducând la ascunderea gravității bolii (Sutar, Chaudhary & Yadav, 2022). De asemenea, poate apărea între membrii familiei sau între clinicieni și îngrijitori pentru a omite sau distorsiona informații critice legate de natura sau prognosticul bolii (stwh.co.uk Clinical Guidelines, 2023; Pallium India, 2023).

Conspirația tăcerii este frecvent întâlnită în contextul paliativ și oncologic, cu prevalență estimată între ~24–38% la nivel global (Sutar, Chaudhary & Yadav, 2022). Ratele raportate în cancer sunt: între medic și pacient (~71%), medic și îngrijitor (~61%) și pacient și îngrijitor (~76%) (Indian Journal of Palliative Care, 2019).

Deși motivată de intenții protectoare, conspirația tăcerii poate afecta autonomia pacientului, luarea deciziilor informate, încrederea terapeutică și bunăstarea psihologică, fiind asociată cu creșterea suferinței și scăderea calității vieții (Sharma et al., 2018). Conspirația apare deseori la începutul îngrijirii paliative ca un fenomen complex mai ales la pacienții vulnerabili, vârstnici, adolescenți și copii. Pentru protejarea lor, familia evită să vorbească despre boală crezând că ei vor suferi și acesta va contribui la moartea lor. Doar că, lipsa comunicării deschise, oneste duce la scăderea calității vieții, influențează negativ luarea deciziilor conducând la eventuale intervenții invazive și exagerate. Lipsa autonomiei, suprasolicitarea, disfuncționalitățile și capacitatea de a face față a familiei, precum și dezumanizarea îngrijirii medicale sunt consecințele conspirației tăcerii în îngrijirea paliativă.

Motivul ezitării comunicării deschise poată să survină din faptul că tratamentul poate avea impact psihologic și dureros, mai ales dacă integritatea fizică este afectată. Cunoașterea diagnosticului prelungește supraviețuirea în îngrijirea terminală, pacienții conștienți pot adapta un stil de viață sănătos care să îi ajute.

Factorii culturali și dinamica familială contribuie frecvent la apariția acesteia (Ayalew et al., 2023). O îngrijire eficientă presupune strategii sensibile de comunicare, explorând preferințele pacientului privind informațiile pe care dorește să le primească (Sutar, Chaudhary & Yadav, 2022).

Personajele implicate sunt triada: pacient, familie, profesionist în sănătate. Personalul medical joacă un rol crucial în acest scenariu: unii reticenți în a vorbi despre problemele legate de sfârșitul vieții ca să nu cauzeze stres pacientului sau familiei sau că nu sunt suficient de antrenați în a vorbi despre moarte, preferând scenarii roz.

Există o conspirație **adaptivă** a tăcerii atunci când pacientul este persoana care neagă, evită, nu vorbește sau nu dorește să-și cunoască diagnosticul sau prognosticul.

Pe de altă parte există o conspirație de tăcere **maladaptativă** atunci când familia și profesioniștii din domeniul sănătății sunt cei care întâmpină dificultăți în a stabili tehnici clare de comunicare. În același timp, atitudinea agenților implicați poate motiva acest proces, întrucât membrii familiei ar

putea fi cei care nu răspund sau rețin informații de la pacienți atunci când aceștia pun întrebări. Totuși, echipa medicală ar putea, de asemenea, să dezvolte acest tipar de comportament atunci când observă o atitudine pasivă din partea pacienților și a familiilor acestora. Trebuie avute în vedere diferențe culturale și religioase existente să putem adapta conversația personalizat. Discuțiile trebuie să atingă valorile culturale și religioase acestea putând fi de real ajutor în suportul pacientului. Deseori pacienții sugerează metode care să ajute familia să accepte condiția lor.

II. RECOMANDĂRI

Recomandare 1. Se recomandă ca profesioniștii din sănătate să evalueze în mod sistematic preferințele pacienților privind dezvăluirea informațiilor și luarea deciziilor, încă din primele faze ale bolii, pentru a respecta autonomia și a preveni efectele negative ale conspirației tăcerii.

Grad de recomandare: puternică.

Calitatea dovezilor: moderată.

Justificare: permite luarea deciziilor informate și planificarea îngrijirii conform valorilor pacientului (Sutar, Chaudhary & Yadav, 2022; Indian Journal of Palliative Care, 2019).

Recomandare 2. Se recomandă evitarea non-dezvăluirii complete a informațiilor atunci când pacientul își exprimă dorința de a fi informat, cu excepția cazului în care acesta refuză explicit.

Grad de recomandare: puternică.

Calitatea dovezilor: moderată.

Justificare: respectă autonomia pacientului și minimizează suferința psihologică asociată ascunderii informațiilor (Sutar, Chaudhary & Yadav, 2022; stwh.co.uk Clinical Guidelines, 2023).

Recomandare 3. Se recomandă ca în situațiile în care conspirația tăcerii este inițiată de familie, echipa medicală să desfășoare dialog structurat și empatic pentru a explora preocupările și a negocia un plan centrat pe pacient.

Grad de recomandare: puternică.

Calitatea dovezilor: scăzută.

Justificare: permite reducerea ascunderii informațiilor și respectarea dorințelor pacientului (Pallium India, 2023).

Recomandare 4. Se sugerează utilizarea unei abordări treptate și sensibile cultural în dezvăluirea informațiilor, conform preferințelor pacientului, pentru a echilibra autonomia și bunăstarea acestuia.

Grad de recomandare: condiționată.

Calitatea dovezilor: scăzută.

Justificare: factorii culturali influențează tiparele de conspirație a tăcerii; abordarea flexibilă respectă autonomia și valorile familiei (Ayalew et al., 2023).

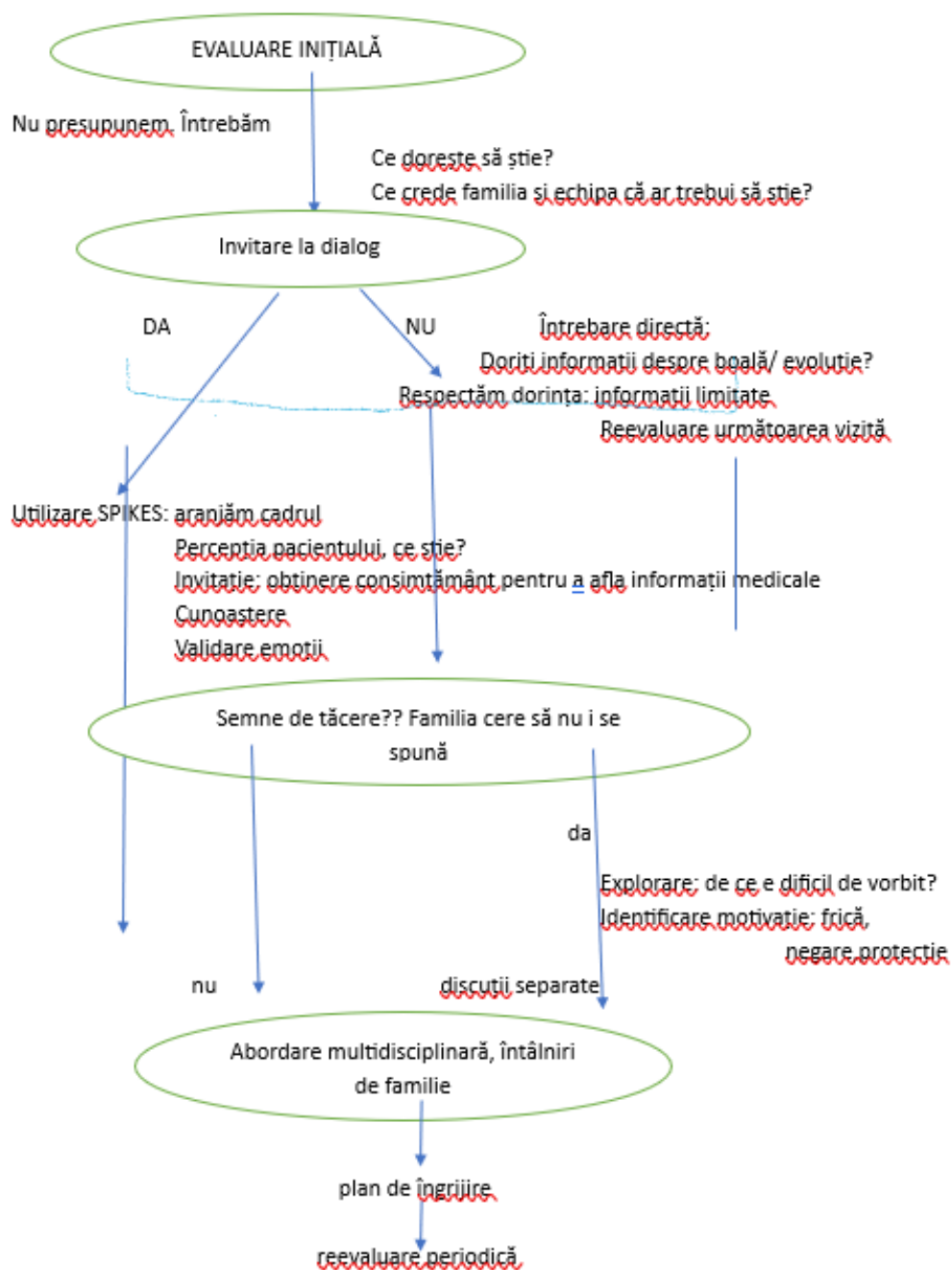
Recomandare 5. Se recomandă ca cazurile complexe sau persistente să fie discutate într-o echipă multidisciplinară, incluzând suport psihosocial și consult de etică, dacă este necesar.

Grad de recomandare: puternică.

Calitatea dovezilor: scăzută.

Justificare: permite soluții etice și echilibrate pentru gestionarea situațiilor de ascundere a informațiilor (Indian Journal of Palliative Care, 2019).

III. ALGORITM PRACTIC PENTRU ÎNLĂTURAREA CONSPIRAȚIEI TĂCERII



IV. FIȘE SUPORT

Fișa 1. Sfaturi practice vizând abordarea conspirației tăcerii rezultate din experiența clinică

1. Vorbim cu pacientul și cu membrii familiei mai ales pentru a pune întrebări pentru a înțelege ce știi despre diagnostic, prognostic sau tratamentul paliativ.
2. Conștientizăm existența conspirației tăcerii, căutăm un mediu cu intimitate și confort pentru a începe o conversație fie cu familia și/ sau cu îngrijitorul.
3. Ascultăm cu atenție, punând întrebări, dacă este necesar, pentru a încerca să înțelegem motivele pentru care membrul familiei reține informații de la pacient.
4. Evităm să folosim expresii faciale dezaprobatoare sau fraze judecătorești cum ar fi „greșiți”, „asta nu e corect”, „sunteți nedrept”.
5. Arătăm membrului familiei situația reală a pacientului și evidențiem cât de evidentă este gravitatea și evoluția bolii, dacă este cazul.
6. Explicăm că este un drept al pacientului, garantat prin lege, să nu i se ascundă adevărul despre starea sa de sănătate de către echipa medicală și că, dacă pacientul întreabă ceva, i se va răspunde cu onestitate și delicatețe.
7. Oferim ajutorul unei echipe multidisciplinare care poate colabora la comunicarea între membrul familiei și pacient, vorbind sincer fără a-i lua speranțele, astfel încât membrul familiei să simtă că nu este singur în dialogul cu pacientul.
8. Oferim suportul pe care îl considerăm necesar: emoțional, spiritual, religios și/ sau social.
9. Dacă persoana insistă să rămână în conspirația tăcerii, nu impunem atitudini. Și nu renunțăm cu doar o singură încercare, deoarece persoana probabil va reflecta asupra a ceea ce am spus.
10. Organizăm o conferință de familie cu echipa multidisciplinară, după ce pacientul și-a dat acordul, astfel încât subiectul să poată fi discutat între toți.
11. Nu omitem niciodată informații și nu mințim pacientul dacă acesta întreabă ceva, deoarece înseamnă că dorește să afle adevărul.

De asemenea, este important să se reducă apariția conspirației tăcerii și să se extindă strategiile de prevenire prin trimiterea precoce a pacientului către echipa de îngrijiri paliative.

Fișa 2. Consecințele conspirației tăcerii asupra pacientului, familiei și echipei medicale

Conspirația tăcerii produce mai mult rău decât bine. Respectarea autonomiei pacientului prin comunicare deschisă și transparentă este esențială pentru îngrijirea paliativă de calitate, fiind benefică pentru bunăstarea fizică și psihologică a pacientului, familiei și echipei medicale.

Grup afectat	Consecințe ale conspirației tăcerii	Referințe
Pacientul	Scăderea autonomiei și capacității de a lua decizii în cunoștință de cauză Izolare, anxietate, frustrare și sentiment de suspiciune Pierderea oportunității de a-și lua rămas bun de la cei dragi sau de a rezolva probleme personale Participare redusă în îngrijirea propriei persoane.	Sutar, Chaudhary & Yadav, 2022; Sharma et al., 2018
Familia/ Îngrijitorii	Confuzie și incertitudine privind evoluția bolii Dificultăți în oferirea suportului emoțional adecvat Pierderea momentelor esențiale emoționale și spirituale Doliu complicat și reacții de șoc la deces.	Sutar, Chaudhary & Yadav, 2022; Ayalew et al., 2023
Echipa medicală	Dificultăți în furnizarea îngrijirii centrate pe pacient Dileme etice privind transparența versus protecția pacientului Creșterea stresului profesional și riscul de burnout Limitarea eficienței intervențiilor paliative.	Sutar, Chaudhary & Yadav, 2022; stwh.co.uk Clinical Guidelines, 2023; Pallium India, 2023

Explicații și observații

Pacientul

Conspirația tăcerii afectează capacitatea pacientului de a înțelege realitatea clinică și de a participa la deciziile privind propria îngrijire. Lipsa de transparență poate genera **anxietate, frustrare și sentimentul că i se ascunde ceva**, afectând bunăstarea psihologică și calitatea vieții (Sutar, Chaudhary & Yadav, 2022; *Indian Journal of Palliative Care*, 2019). Pacientul se poate simți neajutorat, pierde oportunitatea de a-și lua rămas bun de la cei dragi ori să rezolve probleme personale.

Familia/ Îngrijitorii

Membrii familiei care susțin conspirația tăcerii pot trăi confuzie legată de situația reală a pacientului. Totodată pierd momente esențiale emoționale și spirituale, făcând doliul dificil, și pot fi șocați de moartea survenită (Ayalew et al., 2023).

Echipa medicală

Profesioniștii din sănătate se confruntă cu **dileme etice și emoționale** când sunt implicați în conspirația tăcerii, ceea ce poate reduce eficiența comunicării și sprijinului oferit pacientului și familiei (stwh.co.uk Clinical Guidelines, 2023; Pallium India, 2023). Este afectat relația dintre profesionistul din sănătate, pacient și familie, scăzând încrederea părților.

Fișa 3. Strategii pentru a preveni conspirația tăcerii

Identificarea atitudinilor care contribuie la perpetuarea conspirației tăcerii este necesară pentru a înțelege ce trebuie să evite sau să schimbe profesioniștii în comportamentul lor pentru a preveni conspirația tăcerii, printre aceste practici incorecte enumerăm: medicul comunică ceva mai întâi unui membru al familiei, fără autorizarea pacientului; echipa de îngrijiri paliative nu este implicată în îngrijirea pacientului din momentul diagnosticului bolii; utilizarea unui limbaj prea tehnic și abordarea nerealistă pentru a diminua severitatea situației clinice.

Este foarte util ascultarea activă, comunicarea asertivă și cunoașterea tehnicilor de negociere.

Trebuie o educație mai complexă a îngrijitorilor informali ca aceștia să realizeze diferența fină între a proteja emoțional și a îngreuna autonomia pacientului, care are dreptul de a participa la propria îngrijire.

Foarte des se produce conspirația din lipsa cunoștințelor de comunicare empatică, profesioniștii trebuie educați să conducă discuții dificile, respectând emoțiile și timpul familiei și pacientului, să nu fie insensibili și să poată gestiona schimbările emoționale de la sfârșitul vieții, preservând totodată sănătatea mintală proprie.

Nu au fost găsite scale pentru a măsura conceptul de „conspirație a tăcerii” în îngrijirea paliativă. Studiile asupra acestui concept au fost realizate folosind scale care evaluează tangențial „conspirația tăcerii” prin măsurarea abilităților de comunicare. Este necesar să se dezvolte scale care să permită evaluarea acestui concept.

Obiectiv	Strategii/ Intervenții	Recomandări
Transparență și comunicare deschisă	Furnizarea informațiilor pacientului în mod clar, adaptat la capacitatea lui de înțelegere Încurajarea pacientului să pună întrebări și să exprime temeri.	Se recomandă implementarea unui dialog deschis și continuu cu pacientul (Grade: A).
Implicarea familiei	Discuții regulate cu familia despre importanța onestității și transparenței	Se recomandă instruirea familiei pentru a evita ascunderea informațiilor (Grade: B).

	Sprijinirea familiei în modul de comunicare a veștilor clinice către pacient.	
Evaluarea dorințelor pacientului	Întrebarea directă a pacientului despre cât dorește să știe despre diagnosticul și prognosticul său Respectarea preferințelor pacientului privind nivelul de informație.	Se recomandă documentarea preferințelor pacientului și respectarea lor (Grade: A).
Sprijin psihologic și consiliere	Oferirea de suport psihologic pacientului și familiei pentru a gestiona emoțiile asociate informațiilor despre boală Consiliere pentru familie în a gestiona frica și vinovăția.	Se recomandă integrarea consilierii psihologice în planul de îngrijire paliativă (Grade: B).
Formare profesională și ghiduri etice	Instruirea echipei medicale în comunicarea dificilă și în dilemele etice Implementarea ghidurilor și protocoalelor care să limiteze ascunderea informațiilor.	Se recomandă training regulat și ghiduri standardizate (Grade: A).

Bibliografie

1. Abraha, W. A., Andersson, R., Munthe, C., Linderholm, B., & Berbyuk Lindström, N. (2021). Breaking bad news in cancer care: Ethiopian patients want more information than what family and the public want them to have. *JCO Global Oncology*, 7, e2100182. <https://doi.org/10.1200/JGO.21.00182>
2. Alfaya-Góngora, M. M., Sánchez-Ojeda, M. A., Gallardo-Vigil, M. A., & Navarro-Prado, S. (2021). Preliminary study of the end-of-life process through data triangulation in a regional hospital. *Enfermería Global*, 20(2), 440-452.
3. Alsirafy, S. A., Abdel-Aziz, H. I., Abdel-Aal, H. H., El-Sherief, W. A., Farag, D. E. (2022). Not telling patients their cancer diagnosis in Egypt: Is it associated with less anxiety and depression and better quality of life? *JCO Global Oncology*, 8, e2200080. <https://doi.org/10.1200/GO.22.00080>
4. Ayalew, E. A., Mphuthi, D. D., & Matlhaba, K. L. (2023). Patients' preferences for delivering bad news in palliative care in Ethiopia: A qualitative study. *BMC Palliative Care*, 22(1), 170. <https://doi.org/10.1186/s12904-023-01223-6>
5. Ayalew, M., Mphuthi, M., & Matlhaba, K. (2023). Situations in which caregivers and patients are likely to collude: Perspectives from caregivers of advanced cancer patients in Bangladesh. *Palliative and Supportive Care*. <https://www.cambridge.org/core/journals/palliative-and-supportive-care/article/situations-in-which-caregivers-and-patients-are-likely-to-collude-perspectives-from-caregivers-of-advanced-cancer-patients-in-bangladesh/>
6. Carmona-Bayonas, A., Rodríguez-Gonzalez, A., García-García, T., Velasco-Durantez, V., Hernández-San Gil, R., Cruz-Castellanos, P., et al. (2023). Can oncologists prompt patient prognostic awareness to enhance decision-making? Data from the NEOetic study. *Oncologist*, 28(11), 986-995. <https://doi.org/10.1002/onco.27935>
7. Chang, T., Darshani, S., Manikavasagam, P., & Arambepola, C. (2021). Knowledge and attitudes about end-of-life decisions, good death, and principles of medical ethics among doctors in tertiary care hospitals in Sri Lanka: A cross-sectional study. *BMC Medical Ethics*, 22(1), 66. <https://doi.org/10.1186/s12910-021-00648-1>
8. [Conspiracy of Silence in Palliative Care: A Concept Analysis - PMC, https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6388587/](https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6388587/)

9. Farlex International. (2015). *Farlex idioms and slang dictionary*. The Free Dictionary. Retrieved October 10, 2025, from <https://idioms.thefreedictionary.com>
10. Ferreira, A. C. D. S., Alvarenga, M. I. F., & Rego, M. F. M. P. D. S. (2024). Conspiração do silêncio nos cuidados paliativos oncológicos: Perspectivas e estratégias da equipe de saúde. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 70(1), e214543. <https://doi.org/10.5935/1678-1028.20240010>
11. Ferreira, J. C., Pereira, A. P., & Bonamigo, E. L. (2022). Difficulty communicating the patient's death to family members. *Revista Bioética*, 30(1), 36-44. <https://doi.org/10.1590/1983-80422022301214>
12. Fisseha, H., Mulugeta, W., Kassu, R. A., Geleta, T., & Desalegn, H. (2020). Perspectives of protocol-based breaking bad news among medical patients and physicians in a teaching hospital, Ethiopia. *Ethiopian Journal of Health Sciences*, 30, 6-12.
13. García-Navarro, E. B., Garcia Navarro, S., & Cáceres-Titos, M. J. (2023). How to manage the suffering of the patient and the family in the final stage of life: A qualitative study. *Nursing Reports*, 13(4), 1706-1720. <https://doi.org/10.3390/nursrep13040152>
14. Gikaara, N., Ddungu, H., Wang, D., Kizito, S., Namukwaya, E., Bugeza, S., et al. (2020). Barriers to and facilitators of discussing end-of-life issues with patients in advance of terminal illness: A qualitative systematic review and thematic synthesis. *BMC Palliative Care*, 19, 1-14. <https://doi.org/10.1186/s12904-020-00647-1>
15. He, C., Zhu, W. X., Tang, Y., Bai, Y., Luo, Z., Xu, J., et al. (2021). Knowledge of a cancer diagnosis is a protective factor for the survival of patients with breast cancer: A retrospective cohort study. *BMC Cancer*, 21(1), 739. <https://doi.org/10.1186/s12885-021-08585-6>
16. <https://www.cambridge.org/core/journals/palliative-and-supportive-care/article/standardized-lowcost-peer-roleplaying-training-intervention-improves-medical-student-competency-in-communicating-bad-news-to-patients-in-botswana/B7D2155BDB684D8A689365E9F110C1EF>
17. Ibañez-Masero, O., Carmona-Rega, I. M., Ruiz-Fernández, M. D., et al. (2019). Communicating health information at the end of life: The caregivers' perspectives. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(14), 2469. <https://doi.org/10.3390/ijerph16142469>
18. Kebede, B. G., Abraha, A., Andersson, R., Munthe, C., Linderholm, M., Linderholm, B., et al. (2020). Communicative challenges among physicians, patients, and family. *Journal of Clinical Oncology*, 8, e2200170. <https://doi.org/10.1200/GO.20.00170>
19. Lemus-Riscanevo, P., Carreño-Moreno, S., & Arias-Rojas, M. (2019). Conspiracy of silence in palliative care: A concept analysis. *Indian Journal of Palliative Care*, 25(1), 24-29. https://doi.org/10.4103/IJPC.IJPC_189_18
20. Nagelschmidt, K., Leppin, N., Seifart, C., Rief, W., & von Blanckenburg, P. (2021). Systematic mixed-method review of barriers to end-of-life communication in the family context. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 11, 253-263. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2020-00259>
21. Pallium India. (2023). *Palliative care nursing module: Collusion overview*. <https://palliumindia.org/wp-content/uploads/2023/06/Palliative-Care-Nursing-BSc-Nursing-Sem-IV.pdf>
22. Sansom-Daly, U. M., Lobb, E. A., Evans, H. E., Breen, L. J., Ugalde, A., Best, M., et al. (2021). To be mortal is human: Professional consensus around the need for more psychology in palliative care. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 11, 401-403. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2021-003008>
23. Shah, S., Usman, A., Zaki, S., Qureshi, A., Lal, K., Uneeb, S. N., et al. (2023). The role of family and culture in the disclosure of bad news: A multicenter cross-sectional study in Pakistan. *PEC Innovation*, 3, 100200. <https://doi.org/10.1016/j.pecinn.2023.100200>
24. Sharma, et al. (2018). *Benefit or harm? A study on impact of collusion on the quality of life among palliative care patients*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29440809/>
25. Sutar, R., Chandra, P., Seshachar, P., Gowda, L., & Chaturvedi, S. (2019). A qualitative study to assess collusion and psychological distress in cancer patients. *Indian Journal of Palliative Care*, 25(2), 242-249. https://doi.org/10.4103/IJPC.IJPC_21_19
26. Sutar, R., Chaudhary, P., & Yadav, V. (2022). Prevalence of collusion in cancer communications: A meta-analysis. *Psycho-Oncology*, 31(3), 372-387. <https://doi.org/10.1002/pon.5824>
27. Sutar, R., Chaudhary, P., & Yadav, V. (2022). Prognostic disclosure in cancer care: A systematic literature review. *Palliative Care and Social Practice*, 16, Article 26323524221101077. <https://doi.org/10.1177/26323524221101077>
28. stwh.co.uk Clinical Guidelines. (2023). *Collusion in palliative care: Management guidance*. https://stwh.co.uk/wp-content/uploads/2023/07/Clinical_Guidelines.pdf

29. Tarberg, A. S., Kvangarsnes, M., Hole, T., Thronæs, M., Madssen, T. S., & Landstad, B. J. (2019). Voces silenciosas: Narraciones de cuidadores familiares sobre la participación en cuidados paliativos. *Enfermería Abierta*, 6, 1446-1454. <https://doi.org/10.1016/j.enfo.2019.09.002>
30. von Blanckenburg, P., Knorrenschild, J. R., Hofmann, M., Fries, H., Nestoriuc, Y., Seifart, U., et al. (2022). Expectations, end-of-life fears and end-of-life communication among palliative patients with cancer and caregivers: A cross-sectional study. *BMJ Open*, 12, e058531. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-058531>
31. Wang, C., Chen, J., Wang, Y., Xu, W., Xie, M., Wu, Y., et al. (2021). Effects of family participatory dignity therapy on the psychological well-being and family function of patients with haematologic malignancies and their family caregivers: A randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 118, 103922. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103922>

Capitolul 7.3

Suportul familiei în îngrijiri paliative

Autor: Rodica Sorina Pop

Revizor: Daniela Moşoiu

I. ASPECTE TEORETICE

În contextul îngrijirii paliative, **familia** este definită ca totalitatea persoanelor semnificative pentru pacient, așa cum sunt acestea identificate de pacient, indiferent de relația biologică, juridică sau de coabitare. Această abordare recunoaște faptul că pacientul este cel care stabilește cine face parte din familia sa (National Consensus Project for Quality Palliative Care [NCP], 2018).

Îngrijirea paliativă este orientată atât către pacient, cât și către familie, considerată o **unitate de îngrijire**, deoarece membrii familiei sunt profund afectați de evoluția bolii și pot avea nevoi fizice, psihologice, sociale și spirituale proprii (World Health Organization [WHO], 2002). Organizația Mondială a Sănătății subliniază că scopul îngrijirii paliative este îmbunătățirea calității vieții pacienților și a familiilor acestora când se confruntă cu boli amenințătoare de viață (WHO, 2002).

Conform Asociației Europene de Îngrijiri Paliative, familia include orice persoană sau grup de persoane apropiate pacientului, implicate în îngrijire și afectate de boală, indiferent de existența unei relații formale (European Association for Palliative Care [EAPC], 2009). Această definiție evidențiază caracterul dinamic al familiei și rolul său esențial în susținerea pacientului și în procesul decizional de-a lungul bolii (Doyle et al., 2015).

Îngrijitorul principal este acea persoană aflată în apropierea pacientului care este implicată direct și activ în îngrijirea pacientului, fără a fi plătit. (Hudson et al, 2009) ; îngrijitorul principal poate fi un membru din familie sau din afara familiei. El ocupă loc central în îngrijirea pacientului având numeroase responsabilități cu scopul de a îmbunătăți calitatea vieții pacientului.

Îngrijitorul principal al pacientului aflat în îngrijire paliativă își asumă numeroase responsabilități (Reigada et al, 2015):

- gestionarea problemelor legate de nutriție și eliminare
- efectuarea manevrelor de igienă ale pacientului
- asigurarea sarcinilor casnice
- administrarea medicației
- manevre de mobilizare a pacientului
- însoțirea pacientului la diferite consulturi când este nevoie.

Îngrijitorul principal reprezintă un membru al echipei multidisciplinare cu statut de «ucenic». Calitatea colaborării îngrijitorului principal cu profesioniștii depinde de (Vermorgen et al, 2021) :

- respectarea îngrijitorilor de familie atât ca persoane cu nevoi de îngrijire, cât și ca membri al echipei de îngrijire;
- disponibilitatea și accesibilitatea continuă a profesioniștilor din domeniul sănătății;
- furnizarea de informații și comunicare, inclusiv probleme de îngrijire a familiei;
- coordonarea îngrijirii între toate părțile și factorii contextuali.

II. RECOMANDĂRI CU NIVELE DE EVIDENȚĂ

Recomandare 1: **Se recomandă** evaluarea familiei și identificarea îngrijitorului principal al pacientului aflat în îngrijire paliativă cu întocmirea reprezentării grafice (genogramă) (Payne et al 2022; Le Toulec et al,2025). (*Calitatea dovezilor moderată, recomandare fermă*)

Recomandare 2: Se recomandă evaluarea holistică a nevoilor îngrijitorului principal inclusiv a stării de sănătate (Payne et al, 2022). *(calitatea dovezilor moderată, recomandare fermă)*

Recomandare 3: Se recomandă identificarea factorilor de risc asociați cu îngrijitorul principal (Alam et al, 2020). *(Calitatea dovezilor moderată, recomandare fermă)*

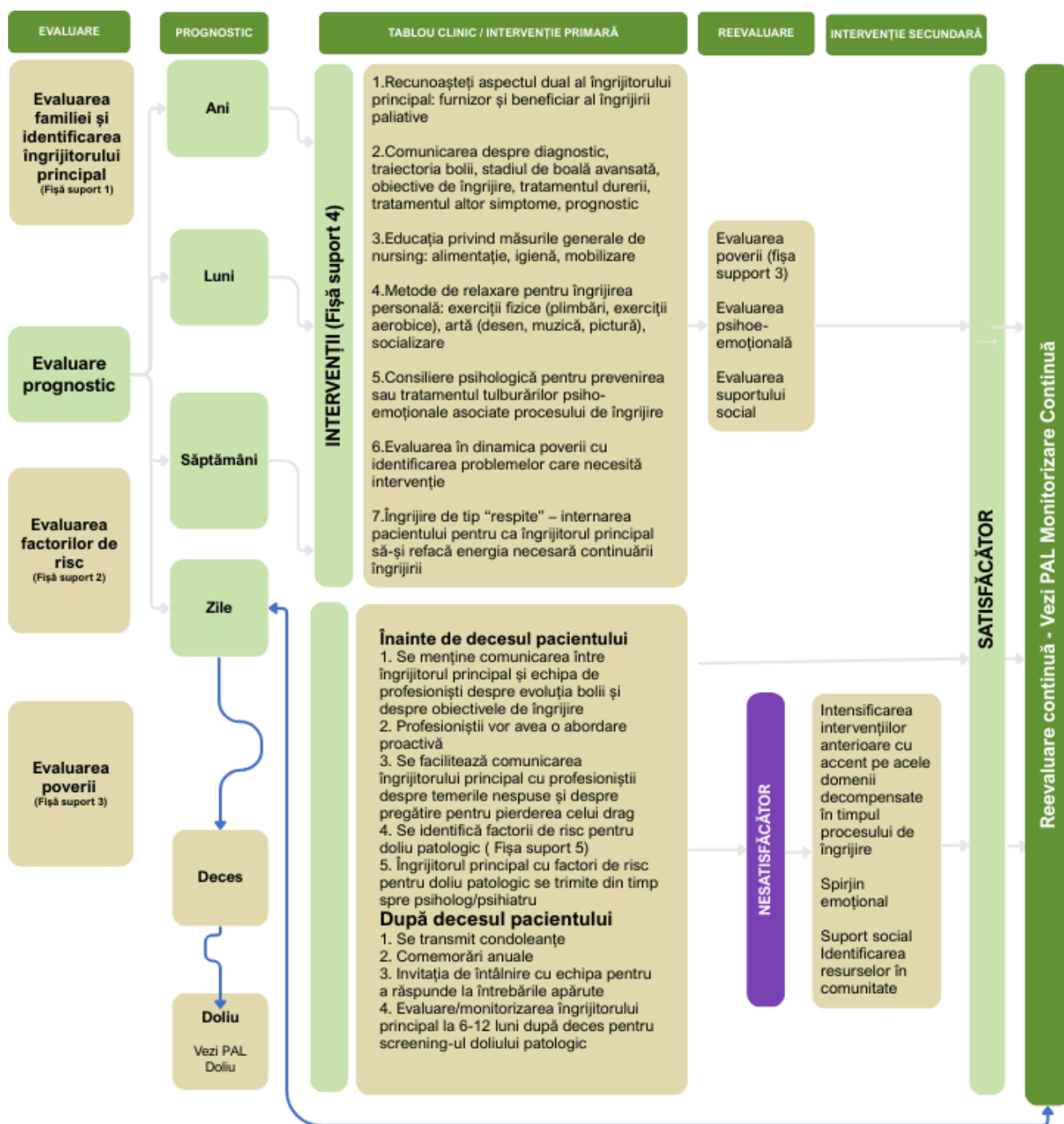
Recomandare 4: Se recomandă măsurarea scorului de povară a îngrijitorului principal la momentul inițierii îngrijirii paliative a pacientului (Morris et al, 2021). *(calitatea dovezilor moderate, recomandare moderată)*

Recomandare 5: Se recomandă menținere comunicării deschise și clare, cu empatie mai ales cu îngrijitorul principal (Alam et al, 2020 ; Coelho et al, 2025). *(Calitatea dovezilor moderată, recomandare fermă)*. Comunicarea cu îngrijitorul principal se referă la diagnostic, traiectoria bolii, stadiul de boală avansată, obiective de îngrijire, tratament, doze, efecte adverse, starea terminală, prognostic.

Recomandare 6: Se recomandă întocmirea planului de intervenții individualizat în funcție de scorul poverii și mai ales de domeniul afectat : fizic, psihoemoțional social, spiritual (Tasseron et al, 2023).

Recomandare 7: Se recomandă evaluarea riscului de doliu patologic prin identificarea factorilor de risc (Coelho et al, 2025). *(Calitatea dovezilor moderată, recomandare moderată)*

III. ALGORITM DE MANAGEMENT AL ÎNGRIJITORULUI PRINCIPAL



IV. FIȘE SUPORT

Fișa 1. Evaluarea ÎNGRIJITORULUI PRINCIPAL

Domeniul	Aspecte ale evaluării	Bifă	Observații
Rețeaua familială	Intocmirea genogramei care se adaugă foi de observație.		Se identifică descendenții și relațiile existente
Identificarea îngrijitorului principal	Persoana implicată activ, direct și fără plată pentru această activitate. Este identificată de către pacient.		Se notează numele și datele de contact
Aspectul dual al îngrijitorului principal	Îngrijitorul principal este beneficiar al îngrijirii paliative făcând parte din unitatea de îngrijire alături de pacient.		
	Îngrijitorul principal este membru al echipei de îngrijire fiind furnizor de îngrijire paliativă.		
	Respectarea dorinței pacientului în ce privește natura și gradul de implicare a îngrijitorului principal în luarea deciziilor.		
Evaluarea îngrijitorului principal: starea generală, percepții, nevoi	Documentarea relației dintre îngrijitorul principal și pacient		
	Situația îngrijitorului principal : unde locuiește, este angajat, are grijă și de alte persoane dependente (copii, etc.).		
	Se evaluează capacitatea și dorința îngrijitorului principal de a asigura îngrijirea.		
	Se înregistrează afecțiuni fizice sau mentale ale îngrijitorului principal.		
	Se evaluează impactul pe care îngrijirea îl are asupra îngrijitorului principal: izolarea socială, existența dificultăților financiare, etc.		
	Se evaluează percepția îngrijitorului principal asupra statusului pacientului și asupra capacității acestuia de autoîngrijire.		
Evaluarea serviciilor și a resurselor disponibile	Existența de servicii de specialitate, echipe mobile de spital, servicii de îngrijire paliativă la domiciliu, servicii hospice, servicii de doliu, servicii de consiliere psihologică și spirituală, grupuri de support, etc.		
Educația îngrijitorului principal	Se evaluează cunoștințele teoretice și abilitățile privind îngrijirea de bază a pacientului.		

Fişa 2. Factorii de risc asociaţi îngrijitorului principal

Variabila/ factor	Creşte stres-ul	Anxietate	Depresie	Probleme fizice	Creşte povara	Scade calitatea vieţii
Factori asociaţi îngrijitorului principal						
Sexul feminin	x	x	x		x	
Vârsta tânără	x		x			
Vârsta înaintată				x		
Educaţie scăzută			x	x		
Dificultăţi financiare			x		x	x
Suport social redus	x		x		x	
Factori asociaţi cu starea pacientului						
Pacient tânăr			x			x
Boala avansată		x	x			
Status de performanţă scăzut		x	x		x	x
Simptome necontrolate	x		x		x	
Starea emoţională înrăutăţită	x					
Starea socială afectată				x	x	
Lipsa de înţelegere a prognosticului rezervat			x			
Factori interrelaţionali						
Relaţia cu partenerul de viaţă	x		x		x	
Conflicte în familie			x			
Anxietatea îngrijitorului sau personalitate evitantă			x			
Factori asociaţi procesului de îngrijire a pacientului						
Povara de îngrijire	x	x	x			x
Gradul scăzut de încredere în îngrijire			x		x	x
Îngrijirea altor persoane dependente						x
Număr de ore alocate procesului de îngrijire	x					x

Fișa 3. Evaluarea poverii de îngrijire (BSFC- Burden Scale for Family Cregivers)

Afirmația	Sunt în totalitate de acord	Sunt de acord	Sunt parțial de acord	Nu sunt de acord
1. Din cauza sprijinului oferit/îngrijirii oferite, nu mai sunt la fel de mulțumit/ă ca înainte				
2. Deseori mă simt epuizat/ă				
3. Din când în când îmi doresc să evadesc din această situație				
4. Uneori parcă nu mai sunt eu însămi/însumi				
5. Standardul meu de viață s-a redus de când îl/o îngrijesc pe bolnav/ă				
6. Din cauza îngrijirii oferite, sănătatea mea are de suferit				
7. Sprijinul/îngrijirea oferit/ă îmi slăbește puterile				
8. Mă simt epuizat/ă de cerințele mediului înconjurător (ex.: familia) și ale îngrijirii bolnavei/bolnavului				
9. Din cauza sprijinului/îngrijirii oferit/e de mine bolnavei/bolnavului îmi fac griji în legătură cu viitorul meu				
10. Relația mea cu rude, prieteni și cunoștințe suferă din cauza sprijinului/îngrijirii oferit/e de mine bolnavei/bolnavului				

Evaluarea se face astfel:

3 puncte = sunt în totalitate de acord

2 puncte = sunt de acord

1 punct = sunt parțial de acord

0 puncte = nu sunt de acord

Valoarea obținută poate fi între 0-30 puncte.

Interpretarea scorului:

- I. **0-4 puncte: Nivel scăzut de suprasolicitare** – îngrijitorul principal nu prezintă un risc crescut de probleme fizice sau psihice.
- II. **5-14 puncte: Nivel moderat de suprasolicitare** – îngrijitorul principal are un risc crescut de a dezvolta probleme fizice/psihosomatice, dar nu neapărat depresie.
- III. **15-30 puncte: Nivel ridicat de suprasolicitare** – îngrijitorul principal prezintă un risc crescut de probleme fizice și un risc ridicat de a dezvolta depresie. Se recomandă intervenții imediate (consiliere, sprijin, odihnă).

Fișa 4. Intervenții

• Rolul de furnizor al îngrijirii paliative pentru pacient

- Îngrijitorul principal face parte din echipa multidisciplinară de acordare a îngrijirii paliative a pacientului
- Este necesară recunoșterea importanței rolului său în îngrijirea paliativă a pacientului menținând continuitatea îngrijirii
- Respectă dorințele pacientului în ceea ce privește natura implicării sau gradul de implicare în luarea deciziilor
- Asigură ajutor pentru îngrijirea parsonală a pacientului: igiena personală și ambientală, exerciții fizice, deplasare
- Asigurarea alimentației de la procurarea, prepararea acesteia până la ajutorul necesar alimentației pacientului

- Asistență pentru deplasarea în vederea consultațiilor sau procurarea de medicamente sau chiar gestionarea unor deplasări necesare propriilor nevoi ale pacientului
 - Îngrijirea generală care cuprinde administrarea planului de tratament, păstrarea legăturii cu alți profesioniști în servicii de sănătate
 - Asigură suportul emoțional pentru pacient
 - Monitorizează starea de sănătate a pacientului: măsurarea funcțiilor vitale, observarea schimbărilor în sănătatea pacientului, apariția anumitor simptome, evoluția simptomelor sub tratament și raportarea diferențelor identificate către furnizorii de asistență medicală
 - Gestionează resursele financiare ale pacientului
- **Rolul de beneficiar al îngrijirii paliative**
 - Comunicarea despre diagnostic, traiectoria bolii, stadiul de boală avansată, obiective de îngrijire, tratamentul durerii, tratamentul altor simptome, prognostic
 - Educația privind măsurile generale de nursing: alimentație, igienă, mobilizare
 - Metode de relaxare pentru îngrijirea personală: exerciții fizice (plimbări, exerciții aerobice), artă (desen, muzică, pictură), socializare
 - Consiliere psihologică pentru prevenirea sau tratamentul tulburărilor psiho-emoționale asociate procesului de îngrijire
 - Evaluarea în dinamică a poverii cu identificarea problemelor care necesită intervenție
 - Îngrijire de tip “respite” – internarea pacientului pentru ca îngrijitorul principal să-și refacă energia necesară continuării îngrijirii

Fișa 5. Factorii de risc pentru doliul patologic

Factorii de risc pentru doliul patologic sunt:

- a. Nivel redus de suport social
- b. Existența unor afecțiuni psihiatrice în antecedentele patologice ale îngrijitorului principal (despresie sau abuz de medicamente)
- c. Factori adiționali – povara economică
- d. Vârsta tânără
- e. Alte pierderi anterioare
- f. Diagnostic neașteptat
- g. Nivel crescut de stres
- h. Moartea copilului
- i. Moarte bruscă
- j. Deces în spital

V. PARTICULARITĂȚILE INTERVENȚIILOR ÎN FAZA TERMINALA

Intervenții necesare înainte de deces

- Este important ca profesioniștii să recunoască și să răspundă emoțiilor pe care îngrijitorii le trăiesc imediat după diagnostic.
- Evaluarea nivelului de stres al îngrijitorului principal.
- Profesioniștii trebuie să adopte o abordare proactivă, nu reactivă.
- Îngrijitorul principal trebuie să primească informații clare despre evoluția bolii și despre așteptările realiste, în ceea ce privește diagnosticul, recidivele și perioada de final al vieții.

- Familia/îngrijitorul principal trebuie încurajat/tă să își îngrijească propria sănătate fizică și mentală, inclusiv prin consultarea unui medic sau terapeut.
- Ar trebui create oportunități individuale pentru ca îngrijitorii principali să discute cu specialiști în suport psihosocial despre temeri nespuse și despre pregătirea pentru pierderea persoanei dragi.
- Pentru îngrijitorii principali cu risc crescut de doliu complicat, se recomandă trimiterea timpurie către servicii de sănătate mintală din comunitate.

Intervenții necesare după decesul pacientului

- Transmiterea condoleanțelor către familie trebuie să fie o practică de rutină (telefon).
- Familia poate fi invitată să revină ulterior la spital pentru a discuta cu echipa medicală și a primi răspunsuri la întrebări.
- Organizarea anuală a unor servicii comemorative poate ajuta personalul și familiile să își amintească pacienții decedați.
- În cadrul monitorizării doliului, se pot stabili momente programate de evaluare (de exemplu, la 6 și 12 luni după deces), inclusiv screening pentru riscul de doliu complicat.

VI. STUDIU DE CAZ

Pacient de 58 ani aflat în evidență cu adenocarcinom bronhopulmonar în stadiul IV cu multiple metastaze, diagnosticat în urmă cu o săptămână, cașectic, cu durere severă se internează în Compartimentul de Îngrijiri Paliative. Singurul fiu în vârstă de 20 de ani, student, află brusc de boala tatălui și nu înțelege de ce nu se mai face tratament pentru salvarea lui. Mama lui a decedat în urmă cu 3 ani datorită unei boli cardiovasculare.

Cerințe:

Arătați pașii necesari pentru un bun management al familiei

Rezolvare:

- Evaluează familia pacientului – efectuează genograma
- Fiul este îngrijitorul principal
- Conform fișei 1 de evaluare a îngrijitorului principal observăm următoarele aspecte : este student, deci nu are venit, are o relați bună cu tatăl său, dorește să se implice în îngrijire, nu are afecțiuni diagnosticate. Se întrevăd dificultăți financiare și probleme legate de absenteism scolar, chiar întreruperea anului universitar datorită activității de îngrijire a tatălui său. Nu știe în ce va consta îngrijirea de bază, dar dorește să se implice, este nesigur pe abilitățile sale. Se identifică un serviciu de îngrijire la domiciliu și un compartiment cu paturi pentru o posibilă internare
- Se identifică factorii de risc asociați cu îngrijitorul principal: vârsta tânără, dificultăți financiare, gradul scăzut de încredere în abilitățile de îngrijire.
- Evaluarea poverii cu ajutorul BSFC-sf se indică a fi efectuată în dinamică cu periodicitate săptămânală
- Îngrijitorul principal este la risc de doliu patologic datorită vârstei tinere, a diagnosticului brusc, a pierderii mamei în antecedente la care se vor adăuga și dificultățile financiare. Dacă el va beneficia de comunicarea cu echipa de îngrijire, de suport social și de monitorizarea poverii vom putea anticipa intervențiile necesare pentru a evita decompensarea lui

- Intervensiile adecvate sunt : comunicarea despre boală, evoluție, tratament, boală avansată, consiliere psihologică, suport social, identificarea resurselor în comunitate și conștientizarea rolului central în îngrijire colaborând cu echipa de profesioniști.

VII. REZUMAT

Îngrijitorul principal are dublu rol: cel de furnizor și cel de beneficiar al îngrijirilor paliative, în același timp.

Evaluarea holistică a familiei și identificarea îngrijitorului principal este importantă și necesară din momentul inițierii îngrijirii paliative pentru pacientul cu boală progresivă în stadiu avansat.

Instrumentul de evaluare al poverii util este BSFC-short form cu 10 itemi.

Identificarea factorilor de risc ajută la întocmirea unui plan de intervenții individualizat.

Intervențiile trebuie intensificate în perioada de stare terminală mai ales dacă îngrijitorul principal are factori de risc pentru doliu patologic.

Bibliografie

1. Alam S, Hannon B, Zimmermann C., *Palliative Care for Family Caregivers*. J Clin Oncol. 2020 Mar 20; 38(9):926-936.
2. Coelho A, Albuquerque S, Neto DD. *Bereavement support guidelines for caregivers in palliative care: a scoping review*. Front Psychol. 2025 Apr 7;16:1541783.
3. Doyle, D., Hanks, G., Cherny, N. I., & Calman, K. (2015), *Oxford textbook of palliative medicine* (5th ed.). Oxford University Press.
4. European Association for Palliative Care (2009), *White paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe*. EAPC.
5. Harding R, List S, Epiphanou E, Jones H., *How can informal caregivers in cancer and palliative care be supported? An updated systematic literature review of interventions and their effectiveness*. Palliative Medicine. 2011;26(1):7-22.
6. Hudson P, Payne S., *Family carers in palliative care-a guide for health and social care professionals* 2009.
7. Le Toullec E, Le Gagne A, Leblong E, Somat A, Piette P., *Assessment of burden and needs of family caregivers for the elderly, a scoping review*, Front Aging. 2025 Jun 13; 6:1578911
8. Morris SE, Sannes TS., *Bereavement care for family caregivers of neuro-oncology patients*. Ann Palliat Med. 2021 Jan;10(1):953-963. doi: 10.21037/apm-20-708. Epub 2020 Jul 3. PMID: 32648450.
9. Musters SCW, Kreca S, van Dieren S, van der Wal-Huisman H, Romijn JA, Chaboyer W, Nieveen van Dijkum EJM, Eskes AM; ARTIS Consortium., *Activating Relatives to Get Involved in Care After Surgery: Protocol for a Prospective Cohort Study*. JMIR Res Protoc. 2023 Jan 6;12:e38028.
10. National Consensus Project for Quality Palliative Care (2018), *Clinical practice guidelines for quality palliative care* (4th ed.). National Coalition for Hospice and Palliative Care.
11. Payne S, Harding A, Williams T, Ling J, Ostgathe C., *Revised recommendations on standards and norms for palliative care in Europe from the European Association for Palliative Care (EAPC): A Delphi study* Palliative Medicine. 2022;36(4):680-697.
12. Reigada C, Pais-Ribeiro JL, Novella A et al., *The caregiver Role in Palliative Care: A systematic Review of the literature* Health Care Current Review, 2015; 3:143
13. Tasserou-Dries PEM, Smaling HJA, Nakanishi M, Achterberg WP, van der Steen JT., *What are best practices for involving family caregivers in interventions aimed at responsive behaviour stemming from unmet needs of people with dementia in nursing homes: a scoping review*. BMJ Open. 2023 Dec 7;13(12):e071804.
14. Vermorgen M, Vandenbogaerde I, Van Audenhove C, Hudson P, Deliens L, Cohen J, et al., *Are family carers part of the care team providing end-of-life care? A qualitative interview study on the collaboration between family and professional carers*, Palliat Med. 2021;35(1):109–19.
15. World Health Organization (2002), *National cancer control programmes: Policies and managerial guidelines* (2nd ed.). World Health Organization.

Capitolul 7.4

Suportul spiritual în îngrijiri paliative

Autor: Nicolae Moșoiu
Revizor: Daniela Moșoiu

I. ASPECTE TEORETICE

Spiritualitate reprezintă dimensiunea vieții umane care se referă la sens, scop, valori, credințe, la relația cu sine, cu ceilalți, cu natura și/sau cu Dumnezeu/transcendentul (EAPC, 2014; Puchalski et al., 2014). Suportul spiritual include intervenții menite să recunoască și să susțină resursele spirituale ale pacientului și familiei, ca parte integrantă a îngrijirii paliative (Ferrell & Coyle, 2015). Din perspectiva creștin-ortodoxă, spiritualitatea este trăirea credinței în Dumnezeu prin viața în Biserică, în comuniune cu Hristos, susținută de Sfintele Taine, rugăciune, post, smerenie și iubire. Spiritualitatea sau viața duhovnicească înseamnă o transformare lăuntrică, o căutare a mântuirii și a unirii cu Dumnezeu (îndumnezeirea), prin lucrarea harului Duhului Sfânt. Scopul final al spiritualității ortodoxe este îndumnezeirea omului (gr. *theosis*). Prin *theosis* se înțelege unirea omului cu Dumnezeu prin har, fără confundarea firilor, fapt posibil prin lucrarea Duhului Sfânt și prin participarea activă a omului la viața eclezială, în libertate și iubire. „Dumnezeu S-a făcut om pentru ca omul să devină dumnezeu prin har”, după învățătura Sfântului Atanasie cel Mare (*De Incarnatione Verbi*, §54, PG 25, 192B).

Scopul acestui protocol este asigurarea unei îngrijiri paliative holistice prin identificarea și abordarea nevoilor spirituale ale pacientului și familiei, în vederea reducerii suferinței existențiale, creșterii calității vieții și susținerii procesului de adaptare la boală și la finalul vieții (World Health Organization [WHO], 2002; Puchalski et al., 2009).

Protocolul se aplică tuturor pacienților incluși în îngrijirea paliativă, indiferent de diagnostic, vârstă, religie sau convingeri spirituale, în concordanță cu principiile îngrijirii centrate pe persoană și cu recomandările internaționale privind accesul echitabil la îngrijiri paliative (WHO, 2002; NCCN, 2022). Îngrijirea spirituală în îngrijirea paliativă se bazează pe respectarea autonomiei și convingerilor pacientului, abordarea centrată pe pacient și familie, absența prozelitismului și colaborarea interdisciplinară între medic, asistent medical, psiholog, preot și consilier spiritual.

În România, conform datelor furnizate la recensământul din 2021, 82,47% din populație se declară creștină, cu o largă majoritate creștin ortodoxă, 73,61% din populația generală ([P06 -Populatia-rezidenta-pe-sexe-dupa-religie-pe-judete.xls](#)). Asistența spirituală în aceste condiții trebuie să includă asistența religioasă și trebuie să țină cont de nevoile specific religioase ale persoanelor respective. **Fișa 1** prezintă trasaturile comparative ale spiritualității creștine vs. seculare.

Evaluarea nevoilor spirituale se realizează la primirea în îngrijirea paliativă, la modificări semnificative ale stării clinice și în faza terminală, având în vedere caracterul dinamic al nevoilor spirituale pe parcursul evoluției bolii (WHO, 2002; NCCN, 2022). Pentru evaluarea nevoilor spirituale se recomandă utilizarea instrumentelor validate, precum FICA, HOPE și SPIRIT (**v. Fișa 2**), care facilitează comunicarea și identificarea preocupărilor spirituale relevante pentru îngrijire (Puchalski & Romer, 2000; Anandarajah & Hight, 2001).

Asistența spirituală la nivel general, de bază, trebuie oferită de fiecare membru al echipei de îngrijiri paliative. Medicul este responsabil de integrarea evaluării spirituale în planul general de îngrijire paliativă. Asistentul medical are rolul de a observa și semnală nevoile spirituale, iar psihologul și asistentul social contribuie la abordarea distresului existențial. Asistența spirituală specializată, oferită de preotul sau consilierul spiritual, presupune intervenții specifice, adaptate credinței și valorilor pacientului (Puchalski et al., 2009; EAPC, 2014).

Familia beneficiază și ea de consiliere spirituală pe parcursul bolii și după deces, de sprijin în perioada de doliu. Acest tip de suport este asociat cu reducerea distresului emoțional și prevenirea doliului complicat (Hudson et al., 2012; Ferrell & Coyle, 2015).

Intervențiile generale de bază includ ascultarea activă și empatică, prezența terapeutică, încurajarea exprimării temerilor legate de moarte și pierderea sensului, precum și facilitarea reconcilierii și iertării. Aceste intervenții sunt asociate cu reducerea distresului spiritual și emoțional (Puchalski et al., 2009; Balboni et al., 2010).

Intervențiile specifice care sunt oferite de preot sau de consilierul spiritual, includ Sfintele Taine: Spovedania (**Fișa 3**), Maslul (**Fișa 4**), Împărtășania (**Fișa 5**), chiar Botezul (**Fișa 6**) și Mirungerea (**Fișa 7**), (în cazul unor convertiri), rugăciuni și diferite rânduieli religioase la cererea pacientului.

Sfintele Taine sunt lucrări văzute, instituite de Mântuitorul Hristos și încredințate Sfintei Sale Biserici, prin care celor ce le primesc li se împărtășește harul nevăzut al Duhului Sfânt, având ca scop mântuirea și sfințirea lor. Din perspectivă eclesiologică, ele constituie mijloacele prin care Hristos îi unește cu Sine și cu Biserica pe toți cei ce cred în El. Prin Taine se revărsă în om viața dumnezeiască – energiile necreate ale Sfintei Treimi – sălășluite în omenitatea Fiului și coborâte la noi prin Duhul Sfânt, cu finalitatea de a preface existența credincioșilor după chipul Omului-Hristos. În Sfintele Taine, Iisus Hristos se dăruiește oamenilor și le comunică, prin Duhul Sfânt, harul mântuitor care inițiază, susține și desăvârșește viața omului în unire cu El. În Sfintele Taine se evidențiază faptul că mântuirea este, în primul rând, un dar gratuit al lui Dumnezeu: „*Căci în har sunteți mântuiți, prin credință, și aceasta nu este de la voi: este darul lui Dumnezeu*” (Efeseni 2, 8). Sfintele Taine, în număr de șapte, se întemeiază în evenimentele istorice care formează istoria mântuirii și în activitatea mântuitoare a lui Iisus Hristos, de aceea ele sunt instituite de El, ca modalități prin care Se dăruiește oamenilor.

Sunt șapte Sfinte Taine:

1. *Botezul* – nașterea din nou în Hristos, ștergerea păcatului strămoșesc, înfierea și integrarea în Trupul eclezial;
2. *Mirungerea* – pecetluirea cu darul Duhului Sfânt, echivalentul personal al Cincizecimii, creșterea duhovnicească
3. *Sfânta Euharistie* – apogeul vieții sacramentale, unirea reală și repetabilă cu Trupul și Sângele lui Hristos, numită adesea „Taina Tainelor” și centrul întregii vieți bisericești.
4. *Spovedania* - restaurează continuu comuniunea cu Dumnezeu prin mărturisirea credinței și a păcatelor de după Botez;
5. *Hirotonia* - asigură perpetuarea harului apostolic și slujirea celorlalte Taine;
6. *Cununia* - sfințește unirea dintre bărbat și femeie ca icoană a unirii lui Hristos cu Biserica;
7. *Maslul* - oferă tămăduire trupească și sufletească, precum și iertarea păcatelor mai greu de conștientizat.

Din punct de vedere al importanței ontologice și soteriologice, Euharistia ocupă locul suprem, fiind scopul și împlinirea tuturor celorlalte taine, întrucât prin aceasta credinciosul se hrănește cu însăși Viața dumnezeiască. Celelalte Taine fie pregătesc (Botezul și Mirungerea), fie mențin (Spovedania), fie slujesc (Hirotonia), fie particularizează (Cununia, Maslul) această unire euharistică cu Hristos în sânul Bisericii. În cadrul îngrijirii paliative vorbim în special de Spovedanie, Maslu și Euharistie, iar, în cazul convertirii, și de Botez și Mirungere.

Ca o concluzie generală se poate afirma că în mod sigur creștinismul a reprezentat factorul determinant al **revoluției caritative și instituționale** în istoria medicinei occidentale și bizantine, transformând îngrijirea bolnavilor dintr-o practică marginală sau elitistă (în lumea greco-romană păgână) într-o expresie centrală a eticii creștine a iubirii aproapelui (*agape*) și a imitației lui Hristos ca Medic al sufletelor și trupurilor (Mt 9,12; Is 53,5). **(Fișa 8)**. Medicina modernă, ca sistem instituționalizat, etic și științific, reprezintă o **extindere a paradigmei creștine a filantropiei medicale** inaugurate în Biserică. Creștinismul a oferit fundamentul antropologic (valoarea inalienabilă a persoanei), motivațional (porunca iubirii), instituțional (spitalele) și epistemologic (sinteza între valorile antice și cele creștine), fără de care dezvoltarea medicinei occidentale ar fi fost profund întârziată sau diferită. **(Fișa 9)**

II. RECOMANDĂRI CU NIVELE DE EVIDENȚĂ

Prin utilizarea sistemul GRADE, s-au pot elabora 10 recomandări privind suportul spiritual oferit beneficiarilor de îngrijiri paliative. Pentru fiecare recomandare au fost identificați indicatori de calitate relevanți, care trebuie monitorizați pentru a evalua modul de implementare a recomandărilor în practica clinică.

Recomandare 1. Se recomandă integrarea îngrijirii spirituale ca parte obligatorie a abordării multidisciplinare în îngrijirile paliative (*forța recomandării - puternică, calitatea evidenței - moderată -GRADE B*) (European Association for Palliative Care EAPC, 2014; Ferrell & Coyle, 2015).
Justificare: Modelele de îngrijire holistică includ spiritualitatea ca dimensiune esențială a îngrijirii paliative.

Recomandare 2. Se recomandă evaluarea sistematică a nevoilor spirituale la toți pacienții incluși în îngrijiri paliative, încă de la momentul admiterii (*forța recomandării - puternică, calitatea evidenței - moderată -GRADE B*) (Puchalski et al., 2009; World Health Organization, 2002).
Justificare: Evaluarea precoce a nevoilor spirituale este asociată cu reducerea distresului existențial și cu o mai bună calitate a vieții.

Recomandare 3. Se sugerează utilizarea unor instrumente validate (FICA, HOPE, SPIRIT) pentru evaluarea nevoilor spirituale (*forța recomandării - condiționată, calitatea evidenței - scăzută -GRADE C*) (Puchalski & Romer, 2000; Anandarajah & Hight, 2001).
Justificare: Instrumentele structurate facilitează comunicarea și identificarea nevoilor spirituale, deși necesită adaptare culturală.

Recomandare 4. Se recomandă reevaluarea periodică a nevoilor spirituale, în special la modificări semnificative ale stării clinic (*forța recomandării - puternică, calitatea evidenței - moderată -GRADE B*) (World Health Organization, 2002; EAPC, 2014).
Justificare: Nevoile spirituale sunt dinamice și se modifică pe parcursul evoluției bolii.

Recomandare 5. Se recomandă respectarea valorilor, credințelor și preferințelor spirituale ale pacientului, fără impunerea convingerilor personale (*forța recomandării - puternică, calitatea evidenței - înaltă -GRADE A*) (Sulmasy, 2002; World Medical Association, 2018).

Justificare: Respectarea autonomiei și demnității pacientului reprezintă un principiu etic fundamental.

Recomandare 6. Se sugerează facilitarea accesului pacientului la preot sau consilier spiritual, la cererea acestuia (*forța recomandării - condiționată, calitatea evidenței - scăzută -GRADE C*) (EAPC, 2014; Balboni et al., 2010).

Justificare: Beneficiile sunt dependente de preferințele individuale și de contextul cultural al pacientului.

Recomandare 7. Se recomandă acordarea de suport spiritual familiei pe parcursul bolii și în perioada de doliu (*forța recomandării - puternică, calitatea evidenței - moderată -GRADE B*) (Hudson et al., 2012; Ferrell & Coyle, 2015).

Justificare: Suportul spiritual al familiei reduce distresul emoțional și riscul de doliu complicat.

Recomandare 8. Se sugerează documentarea sistematică a evaluării și intervențiilor de îngrijire spirituală în dosarul pacientului (*forța recomandării - condiționată, calitatea evidenței - scăzută -GRADE C*) (NCCN, 2022; Puchalski et al., 2009).

Justificare: Documentarea facilitează continuitatea îngrijirii și comunicarea în echipa multidisciplinară.

Recomandare 9. Se recomandă ca personalul medical implicat în îngrijiri paliative să beneficieze de formare specifică în îngrijirea spirituală (*forța recomandării - puternică, calitatea evidenței - moderată -GRADE B*) (Puchalski et al., 2014; NCCN, 2022).

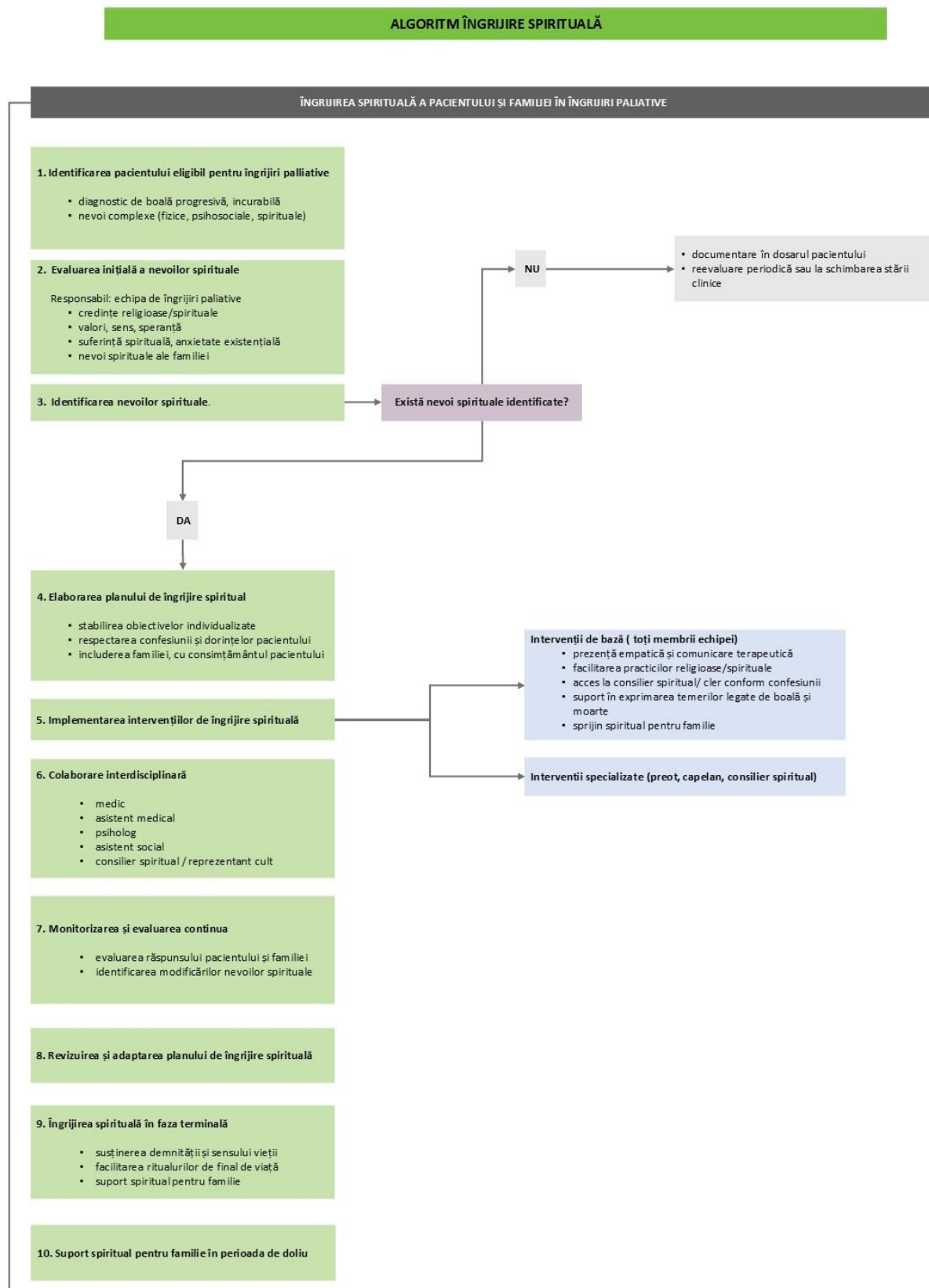
Justificare: Formarea profesională îmbunătățește competența și confortul personalului în abordarea dimensiunii spirituale.

Recomandare 10. Se sugerează promovarea unui climat organizațional care să recunoască importanța îngrijirii spirituale în îngrijirile paliative (*forța recomandării - condiționată, calitatea evidenței - scăzută -GRADE C*) (Puchalski et al., 2014; Ferrell et al., 2018)

Justificare: Politicile instituționale susțin implementarea coerentă a îngrijirii spirituale.

Corelarea recomandărilor GRADE cu indicatorii de calitate pentru asistența spirituală în îngrijiri paliative este prezentată în **Fișa 8**.

III. ALGORITM ÎNGRIJIRE SPIRITUALĂ



IV. FIȘE SUPORT

Fișa 1. Compararea spiritualității creștine și seculare

Tabelul de mai jos diferențiază caracteristicile spiritualității seculare versus creștine (Hill et al., 2000; Zinnbauer & Pargament, 2005; Berger, 1969; Pargament, 1997; Taylor, 2007; de Botton, 2012)

Aspect	Spiritualitate creștină	Spiritualitate seculară
Definiția spiritualității	Înrădăcinată în credința creștină, concentrată pe relația cu Dumnezeu, mântuire și viața spirituală în comunitatea credincioșilor.	Se concentrează pe sensul personal, bunăstarea emoțională și conexiunea cu ceilalți, fără convingeri religioase sau supranaturale.
Credințe de bază	Credința în Dumnezeu, Sfânta Treime (în tradițiile trinitare), mântuire, viața de apoi și rolul credinței creștine în viață și moarte.	Accent pe demnitatea umană, dezvoltarea personală, conexiunea cu ceilalți și crearea unui sens în viață, adesea fără referire la Dumnezeu sau religie.
Rolul credinței	Esențială pentru bunăstarea spirituală. Credința în Hristos și învățăturile creștine modelează modul în care sunt percepute suferința și moartea.	Credința poate sau nu să joace un rol. Spiritualitatea este o sursă de liniște interioară, conexiune și viață etică, fără a se baza pe o ființă divină.
Abordarea față de moarte	Moartea este văzută ca o trecere către viața veșnică cu Dumnezeu. Rugăciunea, sacramentele și ritualurile religioase pot pregăti persoana pentru acest moment.	Moartea este văzută ca o parte naturală a vieții. Confortul vine din reflectarea asupra propriei vieți, a moștenirii și relațiilor, fără o perspectivă religioasă.
Practici spirituale	Rugăciunea, citirea Scripturii, sacramentele (în funcție de confesiune), participarea la viața comunității creștine.	Meditație, mindfulness, reflecție, revizuirea vieții, exprimare creativă, conversații cu cei dragi.
Sisteme de sprijin	Clerul, familia și comunitatea religioasă oferă sprijin spiritual, pastoral și emoțional.	Prietenii, familia, terapeuții, consilierii și grupurile de sprijin oferă ajutor emoțional și existențial.
Sens și scop	Sensul vieții este legat de voința divină, relația cu Dumnezeu, mântuire și creștere spirituală, inclusiv perspectiva vieții veșnice.	Sensul este autodeterminat, axat pe împlinirea personală, relațiile semnificative și lăsarea unei moșteniri.
Considerații etice	Deciziile etice sunt ghidate de valorile și învățăturile creștine (ex. sfințenia vieții, compasiunea, iertarea).	Considerațiile etice se bazează pe drepturile omului, autonomie, bunăstare și valorile individuale.
Furnizori de îngrijire spirituală	Clerul și membrii familiei oferă sprijin spiritual, pastoral și emoțional.	Profesioniștii din sănătate, consilierii, asistenții sociali și capelanii oferă sprijin emoțional și existențial.

Mecanisme de confort și adaptare	Rugăciune, încredere în Dumnezeu, speranța mântuirii și sensul suferinței în lumina credinței.	Acceptare, mindfulness, reflecție și conectare cu valorile și relațiile personale.
Ritualuri și ceremonii	Ritualurile și ceremoniile religioase (rugăciunile, servicii religioase, înmormântarea creștină) au un rol important.	Ritualurile sunt adesea informale sau personalizate: reflecție, rememorare, scriere de mesaje sau împăcarea cu cei apropiați.
Luarea deciziilor la sfârșitul vieții	Influențată de credința creștină, sfințenia vieții și discernământ spiritual, uneori cu implicarea clerului.	Centrată pe autonomie, valorile personale și dorințele pacientului, prin directive anticipate și dialog cu familia.
Nevoi sacramentale	Sacramentele (ex. spovedania, ungerea, împărtășania – în funcție de confesiune) pot avea un rol important pentru confortul spiritual.	Nu există nevoi sacramentale; sprijinul se oferă prin dialog, reflecție și consiliere emoțională.
Întrebări existențiale	Formulate în termeni de credință, mântuire, relația cu Dumnezeu și sensul suferinței și al morții.	Axate pe sensul personal al vieții, moștenire, relații și impactul propriei existențe.

Fișa 2. Instrumente de evaluare spirituală

Evaluarea spirituală se efectuează cu consimțământul pacientului, fără a impune convingeri sau valori personale, și poate fi realizată de orice membru al echipei de îngrijiri paliative care a beneficiat de instruire adecvată (medic, asistent medical, psiholog). În funcție de nevoile identificate și de dorința pacientului, evaluarea poate conduce la implicarea unui consilier spiritual sau a unui reprezentant al cultului religios

1.Întrebările deschise. Au rolul de a facilita exprimarea nevoilor spirituale, existențiale și valorice ale pacientului, contribuind la o mai bună înțelegere a resurselor personale și a așteptărilor acestuia față de îngrijire. Acestea pot fi formulate flexibil, în funcție de starea clinică, nivelul de confort și preferințele pacientului.

„Ce vă ajută să faceți față bolii în acest moment?”

„Ce este important pentru dumneavoastră acum?”

„Vă simțiți împăcat sufletește?”

„Există lucruri care vă aduc pace sau liniște?”

„Este ceva ce ar trebui să știm pentru a vă îngriji mai bine?”

2. Instrumentul FICA – Istoricul spiritual

Este un instrument structurat de tip interviu, utilizat ca metodă de screening spiritual și reevaluare. Domenii evaluate:

F – Faith/Beliefs (Credințe):

„Aveți credințe sau convingeri care vă ajută în această situație?”

I – Importance (Importanță):

„Cât de importante sunt aceste credințe pentru dumneavoastră acum?”

C – Community (Comunitate):

„Faceți parte dintr-o comunitate sau grup care vă susține?”

A – Address in care (Abordare în îngrijire):

„Cum ați dori ca aceste aspecte să fie luate în considerare în îngrijirea dumneavoastră?”

(https://gwish.smhs.gwu.edu/sites/g/files/zaskib1011/files/2025-03/V2%20FICA%20PDF%20%282%29_Final_Updated%203.10.25.pdf)

3. Instrumentul HOPE

Conține un set de întrebări deschise axate pe sens, speranță și resurse personale. Este ușor de integrat în consultația clinică fiind potrivit și pentru pacienți nereligioși; facilitează comunicarea empatică;

Domenii evaluate: <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2001/0101/p81.pdf>

H – Surse de speranță și sens

O – Religie organizată (dacă este relevantă)

P – Spiritualitate personală

E – Impact asupra deciziilor de îngrijire

4. Instrument de Evaluare Distress Spiritual (SDAT)

Instrument pentru identificarea distresului spiritual atunci când pacientul prezintă suferință emoțională sau existențială semnificativă

Domenii evaluate <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3017043/pdf/1471-2318-10-88.pdf>

Pierderea sensului vieții;

Sentiment de abandon;

Vinovăție sau conflict interior;

Anxietate legată de moarte.

Fișa 3. Sfânta Taină a Mărturisirii sau a Spovedaniei

În teologia ortodoxă, **Spovedania** este una dintre cele șapte Taine (μυστήρια) ale Bisericii, fiind numită și **Taina Pocăinței** (μετάνοια – schimbare a minții/ a direcției existențiale) sau **Taina Mărturisirii** (ἐξομολόγησις). Ea este **taina tămăduirii** (ιατρική) sufletului rănit de păcat, nu doar o instituție juridică de iertare (cum a devenit predominant în Occident după scolastică). Este numită și „al doilea Botez”, al pocăinței sau al lacrimilor (Sfântul Simeon Noul Teolog).

Caracteristica ortodoxă esențială:

1. **nu separă iertarea de tămăduire**
2. **nu separă pocăința de Euharistie** (Spovedania este și pregătirea pentru împărtășirea cu Trupul și Sângele lui Hristos)

Baza scripturistică și patristică fundamentală

- **Vechiul Testament** → prefigurări: pocăința lui David (Ps 50), pocăința ninivitenilor, jertfa inimii înfrânte (Os 6:6, Ps 50:19)
- **Noul Testament:**
 - Sfântul Ioan Botezătorul: „Pocăiți-vă, că s-a apropiat Împărăția cerurilor” (Mt 3:2)
 - Mântuitorul Iisus Hristos: „Pocăiți-vă și credeți în Evanghelie” (Mc 1:15); „Căroră veți ierta păcatele, le sunt iertate...” (In 20:23)
 - Sfântul Apostol Petru: „ Pocăiți-vă și să se boteze fiecare...” (Fapte 2:38)
 - Sfântul Iacov 5:16: „Mărturisiți-vă unii altora păcatele și rugați-vă unii pentru alții, ca să vă vindecați”
 - 1 In 1:9: „Dacă mărturisim păcatele noastre, El este credincios și drept ca să ne ierte nouă păcatele...”

Sfinți Părinți :

- Origen – primele mărturii despre mărturisirea individuală
- Sf. Ciprian al Cartaginei – mărturisirea publică/ privată în funcție de gravitate
- Sf. Ioan Scărarul, Sf. Isaac Sirul, Sf. Simeon Noul Teolog – accent pe pocăința continuă (ἀδιάλειπτος μετάνοια)
- Sf. Grigorie Palama – legătura dintre spovedanie, curăție de patimi și luminare dumnezeiască

Evoluția istorică a practicii (sinteză cronologică esențială)

Perioadă	Formă predominantă	Caracteristici principale	Autori/ texte cheie
Sec. I–III	Pocăință publică pentru păcate grave	O singură pocăință post-botez (excluzând apostazia, uciderea, adulterul)	Sfinti Parinti, Tertulian
Sec. IV–VI	Tranziție spre privat	Canonul 11, Sinod I-II Constantinopol (861) permite spovedania privată	Vasile cel Mare, Ioan Gură de Aur

Sec. VII–XIV	Generalizarea spovedaniei auriculare	Molitvelnicul lui Serapion de Thmuis → rânduieii bizantine	Sinod Trulan (692), canon 102
Sec. XIV–XVIII	Sinodizarea și fixarea rânduiei	Influența Sf. Nicodim Aghioritul (Pidalion) și Petru Movilă	Mărturisirea Ortodoxă (1642)
Sec. XIX–XX	Redescoperirea sensului terapeutic	Sf. Ioan de Kronstadt, Sf. Nectarie de Eghina, Al. Schmemmann	„Euharistia” – Schmemmann
Sec. XXI (contemporan)	Reabilitare euharistică și duhovnicească	Accent pe spovedanie frecventă + împărtășire regulată	Mitropolitul Kallistos Ware, Pr. Thomas Hopko, teologi români actuali

Structura teologică a Tainei (cele patru momente esențiale)

1. **Durerea, străpungerea inimii/ pocăința interioară** (συντριβή καρδίας) – condiție prealabilă
2. **Mărturisirea orală** (ἐξομολόγησις) – în fața preotului (martor și mijlocitor, nu „judecător”)
3. **Epitimia/ canonul – terapie** personalizată (nu pedeapsă); în prezent aproape dispărută în practica curentă
4. **Dezlegarea** (ἄφεσις/ λύσις) – formula cheie: „Și eu, nevrednicul preot... prin harul dat mie... te dezleg și te iert...”

Accent ortodox contemporan (după Al.Schmemmann, K.Ware, P.Nellas, Ch.Yannaras): Spovedania **nu este un act juridic** de achitare, ci **act eclesial de restaurare a comuniunii** (*koinonia*) cu Trupul lui Hristos și cu Biserica.

Teologii ortodocși moderni insistă asupra următoarelor distincții față de catolicism:

Aspect	Tradiție ortodoxă predominantă	Influențe catolice medievale/ tridentine (evitate)
Scop principal	Vindecare/ tămăduire de patimi	Satisfacere a dreptății divine
Rolul preotului	Martor al pocăinței + mijlocitor al harului	Judecător sacramental
Epitimiile	Medicament personalizat	Pedeapsă temporală
Legătura cu Euharistia	Pregătire pentru Împărtășanie frecventă	Separare mai mare între spovedanie și Liturghie

Provocări pastorale actuale (2025–2026)

- **Spovedanie formală/ mecanică vs. spovedanie terapeutică autentică**
- **Rarefierea duhovniciei calificate** (lipsa părinților cu vedere duhovnicească – *diakrisis*)
- **Tendința opusă:** spovedanie extrem de frecventă fără pocăință reală („spovedanie de rutină”)
- **Integrarea psihologiei** ortodoxe contemporane (terapie duhovnicească + psihoterapie compatibilă)
- **Tinerii și spovedania:** dificultăți generate de cultură digitală, individualism, rușine patologică.

Concluzii

Sfânta Spovedanie în Ortodoxie nu este doar „iertare de păcate”, ci **taina restaurării persoanei în comuniune euharistică și sinodală**, taină a revenirii la starea de fiu prin lacrimile pocăinței și prin lucrarea sinergică a harului și a libertății umane.

În centru stă **Hristos Cel prezent nevăzut** („Iată, fiule, Hristos stă de față și ascultă mărturisirea ta...”), iar preotul este doar **slujitor al tămăduirii**, nu proprietar al harului.

Aceasta rămâne una dintre cele mai profunde și mai puțin înțelese Taine ale Ortodoxiei contemporane – tocmai pentru că îmbină în mod paradoxal **maxima smerenie** cu **maxima îndrăzneală filială** față de Dumnezeu.

Fișa 4. Sfânta Taină a Maslului

Numită în tradiția bizantină: **Εὐχέλαιον** (Euchelaion) = „rugăciunea cu untdelemn”/ „uleiul rugăciunii”. În română și slavonă: **Maslu**: sl. *maslo* = untdelemn. În teologia contemporană ortodoxă se insistă pe denumirea **Taina vindecării** (θεραπεία/ ἰασις) sau **Taina tămăduirii integrale** (trupești + sufletești), evitându-se reducerea la „ultima ungere” catolică medievală (extrema unctio).

Definiție dogmatică esențială (după sinteza patristico-bizantină și post-bizantină): Taină prin care, prin ungerea cu untdelemn sfințit în numele Treimii și prin rugăciunea sobornicească a preoților, se împărtășește harul Duhului Sfânt spre **vindecare de boli trupești, iertare de păcate uitate/ nemărturisite și întărire duhovnicească** în lupta cu patimile și cu moartea.

Temeiuri scripturistice și patristice

Sfântă Scriptură:

- **Marcu 6:13** – „ungeau cu untdelemn pe mulți bolnavi și-i vindecau” (prima aplicare apostolică explicită)
- **Iacov 5:14-16** – textul canonic normativ: chemarea preoților, ungerea în numele Domnului, rugăciunea credinței, iertarea păcatelor, ridicarea bolnavului - accent pe **dimensiunea eclesială** („preoții Bisericii”) și pe **sinergie** (credință, rugăciune, untdelemn, iertare).

Sfinții Părinți și mărturii timpurii

- Sec. II–III: varianta coptă a Didahiei (rugăciune pentru binecuvântarea uleiului)
- Sec. IV: Papirusul de la Barcelona; referințe la ungerea bolnavilor
- Sf. Ioan Gură de Aur (*Despre preoție*) – leagă ungerea de vindecare de puterea apostolică
- Sf. Vasile cel Mare, Sf. Chiril al Alexandriei – accent pe harul vindecător
- Evagrius Ponticul, Sf. Ioan Scărarul – legătura dintre vindecarea trupească și eliberarea de patimi
- Sec. VIII–IX: primele rânduiele mai elaborate în Euhologioane (ex. Barberini gr. 336)

Evoluția istorică a rânduiei (sinteză cronologică esențială)

Perioadă	Formă predominantă	Caracteristici cheie	Texte/ autori reprezentativi
Sec. I–III	Ungere simplă apostolică	Untdelemn, rugăciune, exorcisme	Mc 6; Iac 5; Didahia coptă
Sec. IV–VII	Rânduială incipientă, uneori în context euharistic	Ungere pentru bolnavi gravi și cei care se pregătesc de moarte	Papirus Barcelona, Serapion de Thmuis
Sec. VIII–X	Formare bizantină clasică	7 pericope evanghelice, 7 pericope apostolice, 7 rugăciuni, sobor de preoți	Euhologhion Barberini, Grottaferrata
Sec. XI–XV	Fixarea rânduiei actuale	Influența Sinodului Trulan, Simeon al Thessalonicului	Molitfelnicul slavonesc, tipic mănăstiresc
Sec. XVI–XVIII	Influențe post-bizantine & contra-reformă	Pidalion (Sf. Nicodim Aghioritul), Mărturisirea lui Petru Movilă	Practica „Maslului de obște” în Postul Mare

Sec. XIX–XXI	Reabilitare terapeutică & eclesială	Accent pe vindecarea integrală, nu doar primirea în iminența morții	Stăniloae, Schmemmann, Ware, Pr. Pruteanu, Kallistos Ware

Structura liturgică actuală (Molitifelnicul românesc) Canonul introductiv

1. **Șapte pericope** evanghelice și șapte apostolice, șapte rugăciuni (fiecare urmată de ungere)
 - o Accent pe teme ca: pocăința, vindecare, iertare, biruință asupra morții
2. **Sfințirea untdelemnului** – repetarea de șapte ori a rugăciunii principale
3. **Ungeri** – de obicei pe frunte, urechi, piept, mâini (simbol al întregii persoane).

Cifra 7 simbolizează plinătatea harului și cele 7 daruri ale Duhului Sfânt.

Aspecte teologice:

În spiritualitatea creștină, vindecarea trupească și cea sufletească sunt inseparabile, fiind înțelese nu într-o logică dualistă, ci în cadrul unei antropologii holistice, așa cum este formulată de teologi precum Dumitru Stăniloae, Christos Yannaras și Panayiotis Nellas.

Dimensiunea eclesială sau sobornicească a rugăciunii este esențială, întrucât rugăciunea preoților este înțeleasă ca rugăciunea întregii Biserici, evitându-se astfel o abordare individualistă a suferinței și vindecării.

Taina Maslului este strâns legată de Euharistie, având rolul de a pregăti și întări credinciosul, mai ales pe cel grav bolnav, pentru primirea Sfintei Împărtășanii.

Iertarea păcatelor uitate care se acordă în cadrul Tainei Maslului nu substituie Taina Spovedaniei, ci o completează, păstrându-se astfel rânduiala sacramentală a Bisericii.

Harul dumnezeiesc lucrător în Taina Maslului nu se află în opoziție cu tratamentul medical, ci îl presupune și îl susține, afirmând complementaritatea dintre îngrijirea spirituală și medicină.

Diferențe față de catolicism (post-Tridentin/ actual)

Aspect	Ortodoxie	Catolicism (după Vatican II)
Scop principal	Vindecare, iertare, întărire	Vindecare, fortificare spirituală (nu doar „ultima ungere”)
Primitori	Orice credincios bolnav (trupește/ sufletește)	Bolnavi gravi și vârstnici
Frecvență	Poate fi repetată în același an	O dată pe boală/ agravare semnificativă
Preoți necesari	Ideal 7, minim 2	Un singur preot
Ungere postmortem	Interzisă	Nu se practică

Provocări pastorale și teologice actuale (2025–2026)

- **Maslu „de obște” în Postul Mare** – practică permisă, dar risc de formalizare
- **Abuzuri populare:** „deschiderea cărții”, Maslu pentru morți, ungere preventivă fără boală reală
- **Integrarea cu medicina modernă** – colaborare cu psihiatria/ oncologia (vindecare integrală)
- **Scăderea conștiinței eclesiale** – tendința de a trata Maslul ca „leac magic” izolat de Spovedanie și Euharistie

- **Tinerii și suferința** – nevoie de re-catehizare asupra sensului suferinței în planul economiei divine

Concluzii

Sfânta Taină a Maslului este expresia cea mai concentrată a lucrării **filantropice a Sfintei Treimii** în starea căzută a omului: Hristos Cel Vindecător (ἰατρός) își extinde lucrarea prin Duhul Sfânt și prin trupul Său eclezial, folosind materia umilă a untdelemnului pentru a restaura chipul **lui Dumnezeu** atât în trup, cât și în suflet. Nu este doar o „ultimă ungere” sau un „sacrament al morții”, ci **taina biruinței vieții** asupra bolii, a păcatului și a morții – anticipare a învierii generale în mijlocul suferinței prezente.

Fișa 5. Sfânta Euharistie (Sfânta Împărtășanie/ Θεία Εὐχαριστία)

În teologia ortodoxă, Sfânta Euharistie este **Taina centrală și culminantă** a vieții eclesiale, taina prin excelență a **unității cu Hristos** și a **unității Bisericii** ca Trup al lui Hristos. Nu este doar o comemorare sau un simbol, ci **prezența reală, substanțială și personală** a lui Hristos cel înviat, oferit ca hrană spre viață veșnică. Este **taina unirii ipostatice continuate** în credincioși, prin care omul devine contrupesc și consangvin cu Mântuitorul Iisus Hristos.

Temeiuri scripturistice și instituirea:

- **Instituire directă de către Mântuitorul Iisus Hristos:** Matei 26:26-28; Marcu 14:22-24; Luca 22:19-20; 1 Corinteni 11:23-26 „Acesta este Trupul Meu... Acesta este Sângele Meu... Faceți aceasta spre pomenirea Mea.”
- **Sensul anamnestic-real.** Anamneza („pomenirea”) nu este simplă amintire, ci **actualizarea prezenței** jertfei de pe cruce în mod real, în mod nesângeros (Sf. Ioan Damaschin, *Expunerea exactă a credinței ortodoxe* IV, 13).
- **Prezența reală confirmată apostolic:** 1 Corinteni 10:16-17; 11:27-29 („Cine mănâncă și bea nevrednic, osândă își mănâncă și bea, nesocotind trupul Domnului”).
- **Patristic timpuriu:** Sf. Ignatie de Antiohia (Ep. către Smirneni 7: „Euharistia este Trupul Mântuitorului nostru Iisus Hristos”); Sf. Iustin Martirul (*Apologia I*, 66); Sf. Irineu de Lyon (*Împotriva ereziilor* IV, 18).

Prezența reală și schimbarea (μεταβολή)

În Ortodoxie se afirmă **prezența reală deplină** a Trupului și Sângelui lui Hristos, dar se **refuză definițiile scolastice** (transsubstanțiere aristotelică – substanță vs. accidenti). Termenul ortodox principal: **μεταβολή** (schimbare, prefăcere, de unde provine și cuvântul metabolism, vb. μεταβάλλω) – este rostit în epicleză.

- Epicleza (invocarea Duhului Sfânt) este esențială: Duhul Sfânt realizează schimbarea/prefacerea (*metabalon*)
- Prezența este **mistică, supra-rațională**.
- În Trupul și Sângele Său, Hristos Domnul este prezent ca Persoană

Aspecte multiple ale Euharistiei

Aspect teologic	Descriere	Temei patristic/ scripturistic	Consecință duhovnicească/ eclesială
Jertfă nesângeroasă	Actualizarea, nu repetarea, jertfei de pe cruce (o singură jertfă, oferită veșnic)	Evrei 7:27; 9:26; 10:10; Sf. Chiril al Alexandriei; Sf. Ioan Damaschin	Ispășire continuă, mijlocire pentru vii și adormiți
Anamneză reală	Nu amintire istorică, ci prezență reală a evenimentului mântuitor	Luca 22:19; 1 Cor. 11:24-25; Sf. Nicolae Cabasila (<i>Viața în Hristos</i>)	Împărtășirea de roadele Cruții și Învierii acum

Comuniune (koinonia)	Unire ipostatică cu Persoana lui Hristos și între membrii Trupului	1 Cor. 10:16-17; Sf. Ioan Gură de Aur (Omiliile la 1 Cor.); Ioan Zizioulas	Biserica se constituie ca Trup în fiecare Euharistie
Îndumnezeire (θεωσις)	Hrana spre nemurire, energie necreată care îndumnezeiește firea umană	Ioan 6:51-58; Sf. Chiril al Alexandriei (Comentariu la Ioan); Sf. Maxim Mărturisitorul	Vindecare de moarte, anticipare a vieții veșnice
Pregustare eshatologică	Împărăția lui Dumnezeu prezentă acum „în taină”	Matei 26:29; Apoc. 19:9; Sf. Nicolae Cabasila	Bucurie eshatologică, „bucuria Împărăției” (Sf. Iustin Popovici)
Taină a unității Bisericii	„Numai unde este Euharistia, acolo este Biserica” (Sf. Ignatie)	Efesenii 4:4-6; Sf. Ciprian; Ioan Zizioulas (<i>Euharistie și episcop</i>)	Sinodalitate, sobornicitate, respingere a individualismului

Materie, formă și condiții de validitate:

- **Materia:** Pâine dospită (*artos*) din grâu și vin roșu natural (amestecat cu apă – simbolul sângelui și apei de pe cruce).
- **Forma esențială:**
 - Cuvintele instituirii („Luați, mâncați...”)
 - Epicleza explicită (chemarea Duhului Sfânt)
- **Slujitor:** Numai preotul hirotonit (sau episcopul), în contextul Liturghiei euharistice complete.
- **Condiții pentru primire:**
 - Spovedanie recentă + post + rugăciune + canon (rugăciunile de dinainte de Împărtășanie)
 - Stare de pocăință și discernământ (1 Cor. 11:28-29)
 - Practica ortodoxă: împărtășire frecventă recomandată (Sf. Ioan Cassian, Sf. Ioan Gură de Aur, Sf. Serafim de Sarov, Părinți contemporani), dar cu pregătire adecvată.

Diferențe majore față de teologiile occidentale

Aspect	Ortodoxie	Catolicism roman (post-Tridentin)	Protestantism (majoritar)
Prezența	Reală, mistică, prin energii necreate	Transsubstanțiere (substanța se schimbă, accidentii rămân)	Simbolică/ memorială/ prezență spirituală
Epicleza	Esențială (invocarea Duhului Sfânt)	Accent pe cuvintele instituirii	Absentă sau secundară
Jertfa	Nesângeroasă, actualizarea unicei jertfe	Jertfă de ispășire (Conciliul Tridentin) și azi accent pe memorial și laudă	Doar memorial/ mulțumire
Împărtășirea	Sub ambele forme (Trup și Sânge) pentru mireni	Până recent doar pâinea pentru mireni	De obicei doar pâine/ simbol

Efect	Unire și premisa pentru îndumnezeire	Har sfințitor	Întărire spirituală/ascultare

Dimensiunea pneumatologică, eclezială și eshatologică

- **Pneumatologic:** Duhul Sfânt este Cel care preface și unește (epicleza). Euharistia este „taina Duhului” în Trupul lui Hristos (Sf. Ioan Damaschin).
- **Eclesial:** Biserica se naște și se manifestă în fiecare Euharistie celebrată sobornicește sub episcop sau preot (Ioan Zizioulas: „Euharistia constituie Biserica”).
- **Eshatologic:** Gustarea din realitățile eshatologice (Matei 26:29). Este anticiparea cinei eschatologice (Sf. Maxim Mărturisitorul; Sf. Nicolae Cabasila).

Fișa 6. Sfânta Taină a Botezului

În teologia ortodoxă, Sfânta Taină a Botezului (τὸ ἅγιον Βάπτισμα) reprezintă taina inițierii creștine fundamentale, actul constitutiv prin care omul este integrat în Trupul tainic al lui Hristos (Biserica) și primește harul îndumnezeirii (θεώσις). Ea nu este doar un simbol sau un rit de trecere, ci o operă reală, eficientă și ontologică a harului dumnezeiesc.

Instituirea și temeiul scriptural-dogmatic:

- Instituire directă de către Hristos: Matei 28,19 – „Mergând, faceți discipoli din toate neamurile, botezându-i în numele Tatălui și al Fiului și al Sfântului Duh”; Marcu 16,16 – „Cine va crede și se va boteza se va mântui”; Ioan 3,5 – „Dacă nu se va naște cineva din apă și din Duh, nu va putea să intre în Împărăția lui Dumnezeu”
- Prefigurări vetero-testamentare interpretate tipologic: Potopul (1 Petru 3,20-21) Trecerea Mării Roșii (1 Corinteni 10,1-2) Circumcizia (Coloseni 2,11-12).

Efectele ontologice și harice ale Botezului:

Dimensiune	Efect principal	Temei principal patristic/scriptural	Consecință eclesiologică/soteriologică
Naștere din nou	Regenerare/ palingeneză	Ioan 3:3-5; Tit 3:5	Sfârșitul vieții „după trup” și începutul vieții „după Duh”
Ștergerea păcatului strămoșesc	Eliberare de consecințele căderii (moarte spirituală, înclinare spre păcat)	Rom. 5:12-19; Efes. 2:1-5	Omul devine „curat” ontologic, capabil de sinergie cu harul
Îmbrăcarea cu Hristos	Unire ipostatică cu Persoana lui Hristos	Galateni 3:27; Rom. 6:3-4	Participare reală la moartea și învierea Lui
Adopție filială	Omul devine „fiu după har” al Tatălui	Galateni 4:4-7; Rom. 8:15	Intrare în relație personală cu Dumnezeu Tatăl
Intrare în Biserică	Membru al Trupului lui Hristos	1 Cor. 12:13; Efes. 4:5	Incorporare eclesială organică
Pecetluire cu darul Duhului	Pregătire pentru Mirungere (sigiliul Duhului Sfânt)	Fapte 2:38; 8:14-17; 19:5-6	Botezul și Mirungerea formează unitatea tainei inițierii

Materie și formă sacramentală

- Materia: apă naturală
- Forma: invocarea explicită a Sfintei Treimi + triplă scufundare (sau turnare în cazuri extreme) „Se botează robul lui Dumnezeu [numele] în numele Tatălui, Amin; și al Fiului, Amin; și al Sfântului Duh, Amin.”

Ortodoxia insistă pe tripla scufundare ca normă apostolică și simbolică (Rom. 6:3-4 – moarte-îngropare-înviere). Stropirea sau turnarea simplă este acceptată doar în extremis (periculum mortis), dar rămâne discutabilă în privința plenitudinii harice.

Unitatea Botez – Mirungere – Euharistie (inițiere completă)

Tradiția răsăriteană păstrează unitatea celor trei taine de inițiere (spre deosebire de separarea catolică occidentală a Confirmării):

- Botezul → naștere
- Mirungerea → pecetluire/ ungerea cu Sfântul Duh (darurile duhovnicești) și creștere
- Euharistia → hrană și desăvârșire a vieții noi

Această unitate este mărturisită deja în Didahia (sf. sec. I), la Sfântul Chiril al Ierusalimului (*Cateheze mistagogice*), Sfântul Ioan Gură de Aur și în practica bizantină până azi (inclusiv botezul pruncilor).

Botezul pruncilor – argumente teologice

- Harul precede credința personală
- Biserica este mama spirituală care naște înainte ca pruncul să poată conștientiza
- Analogie cu circumcizia la 8 zile (Col. 2:11-12)
- Unitatea familiei eclesiale: credința părinților și a nașilor acoperă condiția pruncului (analogie cu învierea fiicei lui Iair – Marcu 5)
- Sf. Grigorie Teologul, Sf. Augustin (influență limitată), Sinodul I de la Cartagina (418), practica universală a Bisericii primare

Dimensiunea eshatologică și sinergică

Botezul nu are consecințe impuse, ci sinergice:

- Șterge păcatul, dar nu suprimă libertatea
- Dă harul inițial și puțința de a lucra sinergic cu Dumnezeu
- Necesită o întreagă viață de confirmare a Botezului prin pocăință, asceză și primirea Sfintei Împărtășanii pentru a păstra hainele Botezului albe și curate. Sfântul Simeon Noul Teolog și tradiția isihastă accentuează „Botezul în Duhul Sfânt”, care înseamnă conștientizarea și actualizarea harului baptismal prin întregul efort etic-ascetic în ambianța eclesială.

Sfânta Taină a Botezului este actul ontologic fundamental al renașterii duhovnicești (Ioan 3,5), prin care omul participă real la moartea și Învierea lui Hristos (Rom. 6,3-11), murind păcatului strămoșesc și înviind la viață nouă în har.

Aspecte esențiale:

1. Curățire ontologică – ștergerea păcatului original și restaurarea chipului lui Dumnezeu (Sf. Grigorie de Nyssa, Sf. Maxim).
2. Înfierea divină (υιοθεσία) – punctul culminant: omul devine fiu adoptiv al Tatălui (Rom. 8,15; Gal. 4,5-7), primind Duhul înfierii și fiind introdus în comuniunea treimică
3. Incorporare eclesială – integrarea în Trupul lui Hristos - Biserica
4. Inițiere eschatologic-sinergică – începe procesul îndumnezeirii, care cere cooperare liberă pentru rodire.

Fișa 7. Sfânta Taină a Mirungerii (Χρίσμα/ Confirmatio)

În teologia ortodoxă, Sfânta Taină a Mirungerii (sau Ungerea cu Sfântul și Marele Mir) este taina pecetluirii cu darul Sfântului Duh, cea de-a doua componentă inseparabilă a inițierii creștine integrale. Aceasta completează și desăvârșește harul primit la Botez, conferind celui botezat puterea duhovnicească necesară pentru a trăi activ și conștient ca membru al Trupului lui Hristos. Sfânta Mirungere este taina venirii Duhului Sfânt în persoana umană, actul prin care harul botezului devine putere activă, conștientă și mărturisitoare. Fără Mirungere, inițierea creștină ar rămâne incompletă; împreună cu Botezul și Euharistia, formează triada sacramentală indivizibilă a nașterii, pecetluirii/ creșterii și hrănirii în Hristos.

Temeiuri scripturistice și instituirea apostolică:

- Evenimentul Cincizecimii: Fapte 2:1-4, 38 „Pocăiți-vă și să se boteze fiecare dintre voi... și veți primi darul Sfântului Duh.”
- Separarea istorică timpurie între Botez și primirea Duhului Sfânt prin punerea mâinilor/ ungere: Fapte Ap.8:14-17 (Samaria) – „au primit Duhul Sfânt” prin punerea mâinilor apostolilor; Fapte Ap.19:5-6 (Efes) – Botez și punere a mâinilor, vorbire în limbi și profeție; Evrei 6:2, 4 – „învățătura despre botezuri, despre punerea mâinilor...”; „părtași s-au făcut Duhului Sfânt”
- Ungerea cu Sfântul Mir devine forma liturgică predominantă în Orient încă din sec. II-III (Didahia, Tertulian, Sfântul Hippolit; Sfântul Chiril al Ierusalimului – *Cateheze mistagogice* V).

Efectele harice fundamentale

Efect principal	Descriere teologică principală	Temei principal patristic/ scriptural	Consecință practică/ duhovnicească
Pecetea darului Sfântului Duh	Sigiliu ontologic indelebil (σφραγίς δωρεᾶς Πνεύματος Ἁγίου)	Efeseni 1:13; 4:30; 2 Cor. 1:21-22	Caracter indelebil; nu se repetă
Pogorârea plenară a Duhului Sfânt	Darurile Sfântului Duh în integralitatea lor (nu doar „întărire”, ci energie / lucrare necreată	Isaia 11:2-3; 1 Cor. 12:4-11	Capacitate de a lucra sinergic cu harul în toate dimensiunile vieții
Înarmare pentru luptă duhovnicească	„Îmbrăcăminte de putere” împotriva diavolului și a lumii (analogie cu armura lui Dumnezeu – Efes. 6)	Sfântul Chiril al Ierusalimului, Sfântul Ioan Gură de Aur	Putere de mărturisire, rezistență la ispite, discernământ
Participare activă la preoție în general	Uns ca „preot, rege și profet” după modelul lui Hristos (1 Petru 2:9; Apoc. 1:6)	Exod 29 (preoția lui Aaron); 1 Ioan 2:20,27	Toți credincioșii sunt „unși cu mir” → preoție generală
Întărire eclesială	Confirmare organică în Trupul lui Hristos și în unitatea sobornicească a Bisericii	2 Cor. 1:21-22	Intrare deplină în comuniunea euharistică

Materie și formă sacramentală (strict necesare validității)

- **Materia:** Sfântul și Marele Mir, sfințit de toți arhierii unei Biserici Ortodoxe Autocefale în Joia Mare), este un amestec complex de ulei de măsline și numeroase mirodenii (în total 38) care simbolizează multiplele daruri ale Duhului Sfânt.
- **Forma:**
 1. Ungerea părților corpului (frunte, ochi, nări, gură, urechi, piept, mâini, picioare)
 2. Formula: „Pecetea darului Sfântului Duh, amin”
- **Slujitor:** preotul (spre deosebire de catolicism, unde Confirmarea este rezervată episcopului).

Tradiția răsăriteană păstrează unitatea celor trei taine de inițiere (spre deosebire de separarea occidentală post-sec. V-VIII): Botezul → naștere din apă și Duh și înfiere; Mirungerea → pecetluire/înzestrare cu puterea Duhului, creștere duhovnicească; Euharistia → desăvârșire/ hrănire cu Trupul și Sângele lui Hristos.

Această unitate este atestată atât în practica Bisericii primare, unde botezul pruncilor era urmat de mirungerea imediată, cât și în scrierile patristice, precum *Catehezele mistagogice* (III–V) ale Sfântului Chiril al Ierusalimului, în omiliile Sfântului Ioan Gură de Aur și în teologia Sfântului Ambrozie, inclusiv în contextul creștinismului occidental timpuriu, precum și în rânduiala bizantină actuală, în care pruncul primește toate cele trei Taine în aceeași zi.

Diferențe majore față de Confirmarea catolică occidentală

Aspect	Ortodoxie (Mirungere)	Catolicism roman (Confirmare)
Momentul administrării	Imediat după Botez (inclusiv prunci)	De obicei la 7–16 ani („vârsta rațiunii”)
Slujitor obișnuit	Preot	Episcop (sau preot delegat)
Scop principal	Pecetluire cu darurile Duhului; desăvârșire Botez	Întărire; confirmare personală a credinței
Caracter indelebil	Da	Da
Materie	Sfântul Mir sfințit de episcopi	Chrisma (mir) sfințit de episcop
Accent teologic	Energiile necreate ale Duhului; sinergie de la început	Har sfințitor și har actual pentru mărturisire

Dimensiunea pneumatologică și eshatologică

După Sfântul Grigorie Palama și tradiția isihastă:

- Mirungerea imprimă energii necreate ale Duhului în ființa umană
- Aceste energii sunt simțite și actualizate prin rugăciunea inimii, priveghere, curăție
- Pecetea Mirungerii este anticipare a îndumnezeirii (θεώσις) în Împărăția eshatologică

Concluzie

Mirungerea este actul **pneumatologic al pecetluirii definitive** cu Duhul Sfânt, care desăvârșește inițierea baptismală, confirmă înfierea divină, imprimă frumusețea lui Hristos și deschide calea sinergică spre îndumnezeire în Biserică.

Fișa 8. Dimensiuni esențiale ale influenței creștinismului asupra apariției și dezvoltării instituțiilor caritative și medicale în Occident și Bizanț

Revalorizarea antropologică și teologică a trupului: Spre deosebire de dualismul platonico-gnostic sau stoic, creștinismul afirmă valoarea ontologică a trupului făcut de Dumnezeu, și care este templu al Duhului Sfânt (1 Cor 6,19), respingând disprețul față de trup și suferință, și promovând vindecarea holistică (trup-suflet).

Instituționalizarea filantropiei medicale: De la sec. IV (Sfântul Vasile cel Mare – Vasiliada de la Cezareea, primul complex spitalicesc propriu-zis cu secții specializate, medici și îngrijire gratuită), xenodochia și nosocomia bizantine, mănăstirile medievale și spitalele medievale occidentale (ex. Hôtel-Dieu) reprezintă realizări creștine fără precedent, făcând posibilă nașterea **spitalului modern** ca instituție permanentă, universală.

Transmiterea și dezvoltarea cunoașterii medicale: Monahismul creștin (mai ales bizantin și occidental) a păstrat, copiat și comentat textele hipocratice și galenice, integrându-le într-o viziune teocentrică; medicii creștini (ex. în Imperiul Bizantin) au combinat știința antică cu etica evanghelică, iar în Evul Mediu târziu și Renaștere, universitățile creștine (Bologna, Padova, Paris) au pus bazele medicinei universitare.

Etica medicală creștină: Principii precum grija necondiționată pentru săraci și marginalizați, interzicerea avortului și eutanasiei, accentul pe compasiune și consimțământ au modelat codurile deontologice pre-moderne și au influențat bioetica de astăzi.

Fișa 9. Corelarea recomandărilor GRADE cu indicatorii de calitate pentru îngrijirea spirituală în îngrijiri paliative

Nr. crt.	Recomandare GRADE	Tip indicator	Indicator de calitate	Țintă	Sursă de date	Frecvența evaluării
1	Evaluarea sistematică a nevoilor spirituale la admiterea în îngrijiri paliative	Proces	% pacienților cu evaluare spirituală documentată în ≤ 48 h de la admitere	$\geq 90\%$	Dosar medical	Trimestrial
2	Integrarea îngrijirii spirituale în abordarea multidisciplinară	Structură/ Proces	Existența protocolului instituțional; % ședințelor multidisciplinare cu discutarea nevoilor spirituale	$\geq 75\%$	Procese verbale MDT	Trimestrial
3	Utilizarea instrumentelor validate (FICA, HOPE, SPIRIT)	Proces	% evaluărilor spirituale realizate cu instrumente standardizate	$\geq 80\%$	Fișe de evaluare	Trimestrial
4	Formarea personalului medical în îngrijirea spirituală	Structură	% personalului paliativ instruit anual în îngrijire spirituală	$\geq 70\%$	Registru formare	Anual
5	Respectarea valorilor și credințelor pacientului	Rezultat	% pacienților care declară că valorile spirituale le-au fost respectate	$\geq 90\%$	Chestionar satisfacție	Anual
6	Facilitarea accesului la consilier spiritual/ preot capelan	Proces	% solicitărilor onorate în $\leq 24-48$ h	$\geq 85\%$	Registru solicitări	Trimestrial
7	Suport spiritual pentru familie și în perioada de doliu	Proces/ Rezultat	% familiilor cu cel puțin o intervenție; reducerea stresului familial	$\geq 75\%$	Fișe familie	Semestrial
8	Documentarea evaluării și intervențiilor spirituale	Proces	% pacienților cu intervenții spirituale documentate complet	$\geq 90\%$	Dosar medical	Trimestrial
9	Reevaluarea periodică a nevoilor spirituale	Proces	% pacienților cu reevaluare la	$\geq 85\%$	Dosar medical	Trimestrial

			modificări clinice majore			
10	Promovarea unui climat organizațional favorabil îngrijirii spirituale	Structură	Existența politicii instituționale; nr. activități educaționale/an	≥2/an	Documente interne	Anual

Bibliografie

1. Anandarajah, G., & Hight, E. (2001). Spirituality and medical practice: Using the HOPE questions as a practical tool for spiritual assessment. *American Family Physician*, 63(1), 81–89.
2. Anandarajah, G., & Hight, E. (2001). Spirituality and medical practice: Using the HOPE questions as a practical tool for spiritual assessment. *American Family Physician*, 63(1), 81–89.
3. Balboni, T. A., et al. (2010). Provision of spiritual care to patients with advanced cancer: Associations with medical care and quality of life near death. *Journal of Clinical Oncology*, 28(3), 445–452. <https://doi.org/10.1200/JCO.2009.24.8005>
4. Berger, P. L. (1969). *A rumor of angels: Modern society and the rediscovery of the supernatural*. Anchor Books.
5. Cook, C. C. H. (2004). Addiction and spirituality. *Addiction*, 99(5), 539–551. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2004.00715>.
6. De Botton, A. (2012). *Religion for atheists: A non-believer's guide to the uses of religion*. Pantheon Books.
7. European Association for Palliative Care (EAPC). (2014). Spiritual care in palliative care: A consensus-based definition. *Palliative Medicine*, 28(6), 646–650.
8. Ferrell, B. R., & Coyle, N. (2015). *Oxford textbook of palliative nursing* (4th ed.). Oxford University Press.
9. Ferrell, B. R., et al. (2018). Integration of palliative care into standard oncology care. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 67(2), 96–120.
10. Hill, P. C., Pargament, K. I., Hood, R. W., McCullough, M. E., Swyers, J. P., Larson, D. B., & Zinnbauer, B. J. (2000). Conceptualizing religion and spirituality: Points of commonality, points of departure. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 30(1), 51–77. <https://doi.org/10.1111/1468-5914.00119>
11. Hudson, P., et al. (2012). Family meetings in palliative care: Multidisciplinary clinical practice guidelines. *BMC Palliative Care*, 11(1), 1–12.
12. Koenig, H. G. (2012). *Spirituality and health research: Methods, measurement, statistics, and resources*. Templeton Press.
13. National Comprehensive Cancer Network (NCCN). (2022). *NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Palliative Care*. NCCN.
14. Pargament, K. I. (1997). *The psychology of religion and coping: Theory, research, practice*. Guilford Press.
15. Puchalski, C. M., & Romer, A. L. (2000). Taking a spiritual history allows clinicians to understand patients more fully. *Journal of Palliative Medicine*, 3(1), 129–137.
16. Puchalski, C. M., et al. (2009). Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care. *Journal of Palliative Medicine*, 12(10), 885–904.
17. Puchalski, C. M., et al. (2014). Spiritual care in palliative care: Ethical and practical considerations. *Journal of Pain and Symptom Management*, 48(6), 1240–1251.
18. Puchalski, C. M., Vitillo, R., Hull, S. K., & Reller, N. (2014). Improving the spiritual dimension of whole person care: Reaching national and international consensus. *Journal of Palliative Medicine*, 17(6), 642–656. <https://doi.org/10.1089/jpm.2014.9427>
19. Sulmasy, D. P. (2002). A biopsychosocial-spiritual model for the care of patients at the end of life. *The Gerontologist*, 42(3), 24–33.
20. Taylor, C. (2007). *A secular age*. Harvard University Press.
21. World Health Organization. (2002). *National cancer control programmes: Policies and managerial guidelines* (2nd ed.). WHO.
22. World Medical Association. (2018). *Declaration of Geneva*. WMA.
23. Zinnbauer, B. J., & Pargament, K. I. (2005). Religiousness and spirituality. In R. F. Paloutzian & C. L. Park (Eds.), *Handbook of the psychology of religion and spirituality* (pp. 21–42). Guilford Press.

Capitolul 7.5

Doliul

Autor: Doina Găman
Revizor: Daniela Moșoiu

I. ASPECTE TEORETICE

Îngrijirea paliativă include, conform definiției OMS, sprijinul în caz de doliu ca parte integrantă. Doliul este o reacție naturală la pierdere, un proces dinamic și contextual, trăit în cadrul familiei, al contextului social și cultural. O mică parte dintre membrii familiilor se confruntă cu dificultăți severe și dezvoltă probleme de sănătate. Pentru a identifica acest grup, în ICD -11, respectiv DSM-5TR a fost inclus un sindrom numit „Tulburare de doliu prelungit”. Cercetările privind doliul, efectuate în SUA, Europa și Australia au condus la un model de abordare cu trei niveluri în funcție de nevoile îngrijitorilor și ale familiilor. Modelul susține că toate persoanele îndoliate ar trebui să aibă acces la informații despre doliu și la sprijinul relevant disponibil (Nivel1). Informațiile ar fi furnizate de serviciul de îngrijiri paliative implicat în îngrijirea pacientului și a familiei, o mare parte din sprijin provenind din rețelele sociale ale persoanei îndoliate, inclusiv din partea familiei și a prietenilor. Puțin peste o treime ar avea nevoie, în plus, de oportunități mai formale pentru a reflecta asupra pierderii lor (Nivelul 2). Acesta ar fi asigurat de sprijin social și terapeutic nespecializat, cum ar fi voluntarii care lucrează în domeniul doliului, grupurile de ajutor reciproc pentru persoanele îndoliate, grupurile religioase și alte grupuri comunitare. O proporție mai mică, de 10-12%, ar avea nevoie de intervenții specializate, cum ar fi consiliere, servicii de sănătate mintală, servicii de doliu sau psihoterapie (Nivel 3) (Aoun et al., 2012).

Aceste modele oferă o structură în cadrul căreia sprijinul în caz de doliu poate fi luat în considerare, conceput și pus în practică în cadrul îngrijirii paliative. Ele subliniază importanța sprijinului specific și apreciază în mod explicit sprijinul rețelelor sociale și al comunităților.

Doliul normal

Doliul trebuie înțeles ca o reacție normală care apare în urma unei pierderi majore, a unui deces. Doliul este un proces individual care permite persoanei să se adapteze la pierdere și la noua realitate. Doliul se manifestă în mai multe moduri: cognitiv, afectiv, fiziologic, social, economic și comportamental. Doliul este trăit într-un context relațional, social, spiritual și cultural. El este influențat de obiceiuri și credințe.

Doliul anticipativ

Doliul anticipativ este un răspuns la pierderi anticipate. Este foarte similar cu doliul care apare după moartea propriu-zisă. Doliul anticipativ permite persoanei să se pregătească și să dezvolte abilități de adaptare la schimbările de viață care vor avea loc după pierderea unei persoane importante. În ciuda experienței doliului anticipativ, este puțin probabil ca doliul după moarte să fie mai puțin intens.

Tulburarea de doliu prelungit

Tulburarea de doliu prelungit (doliu complicat): apare atunci când intensitatea sau durata reacțiilor „normale” de doliu sunt debilitante și afectează negativ capacitatea de a face față evenimentelor normale din viață. Tulburarea de doliu prelungit este o durere emoțională intensă, dor persistent după persoana decedată, preocupare obsesivă, dificultăți de acceptare și pierderea sensului (Prigerson et al., 2009).

Cele mai bune practici în domeniul sănătății ar trebui să se bazeze pe rezultatele cercetărilor privind siguranța și eficacitatea diferitelor proceduri clinice. Aceste dovezi trebuie adunate, justificate și prezentate sub forma unor recomandări de sănătate destinate mai multor părți interesate, inclusiv profesioniștilor din domeniul sănătății, factorilor de decizie și consumatorilor de servicii medicale. Ghidurile de practică clinică sunt recunoscute ca fiind una dintre cele mai bune modalități de a

prezenta procedurile recomandate pe baza dovezilor științifice, deși recomandările sunt adesea prezentate în mod inconsecvent.

II. RECOMANDĂRI (CU NIVELE DE EVIDENȚĂ)

Comunicare eficientă

Recomandare 1: Se sugerează ca personalul medical să ia în considerare oferirea de sprijin psihologic și spiritual pacienților aflați în procesul de moarte și membrilor familiilor acestora, prin metode de comunicare adecvate și eficiente. *(Calitatea dovezilor foarte scăzută, recomandare condiționată)*

Motivație: Răspunde nevoilor familiei: Familiile au nevoie de informații, sprijin emoțional și implicare și adesea se simt neglijate; profesioniștii din domeniul sănătății joacă un rol esențial în furnizarea acestor lucruri (Soikkeli-Jalonen et al., 2023). Totodată, este benefică pentru a reduce suferința pacienților și a familiilor, a ușura procesul de doliu (Bielecka, 2025).

Luarea deciziilor (comunicarea între pacienți, membri ai familiei și personalul medical)

Recomandare 2: Se recomandă, pentru a oferi îngrijiri de înaltă calitate la sfârșitul vieții, luarea deciziilor în comun cu pacientul, membrii familiei și personalul medical. *(Calitatea dovezilor scăzută, recomandare puternică)*

Motivație: Decizia împreună cu pacientul a redefinit îngrijirea paliativă, transformând deciziile medicale în parteneriate colaborative bazate pe valori. Totodată, reprezintă atât un efort științific, cât și moral, asigurând că îngrijirea este informată, plină de compasiune și cu adevărat în concordanță cu valorile și demnitatea pacientului (Huang, 2025).

Recomandare 3: Se recomandă să explicați îngrijitorului (îngrijitorilor) familiei ce servicii și resurse pot fi furnizate de serviciul de îngrijire paliativă, astfel încât să se stabilească așteptări realiste. *(Calitatea dovezilor ridicată, recomandare puternică)*

Motivație: Echipele de îngrijire paliativă ajută îngrijitorii să își identifice propriile nevoi, reducând epuizarea și oferind instrumente pentru gestionarea simptomelor pacientului. O comunicare clară pregătește îngrijitorii pentru evoluția bolii, asigurându-se că aceștia știu la ce să se aștepte în etapele finale, ceea ce reduce anxietatea. Aliniază obiectivele de îngrijire cu valorile pacientului și ale familiei, favorizând un sentiment de control și reducând conflictele (Lee et al., 2025).

Luarea deciziilor în avans

Recomandare 4: Recomandăm ca personalul medical să ia decizii în avans împreună cu pacienții aflați în procesul de moarte și cu membrii familiilor acestora, cât mai curând posibil. *(Calitatea dovezilor foarte scăzută, recomandare puternică)*

Motivație: Avantajele discuțiilor privind planificarea în avans a îngrijirii, includ creșterea autonomiei pacientului, reducerea tratamentelor nedorite și inutile, precum și reducerea duratei și numărului de spitalizări (Klingler et al., 2016). De asemenea, există mai puține conflicte decizionale între persoanele care iau decizii în numele pacientului (Chiarchiaro et al., 2015), iar locul decesului poate fi ales în funcție de preferințele pacientului către sfârșitul vieții (Khan et al., 2014).

Comunicarea și confirmarea deciziilor

Recomandare 5: *Recomandăm* ca personalul medical să verifice periodic dacă pacienții și membrii familiei au solicitări și să le documenteze pentru a le comunica personalului medical. (*Calitatea dovezilor foarte scăzută, recomandare puternică*)

Motivație: Documentația nu se limitează la directivele anticipate. Dorințele pacientului cu privire la îngrijirea la sfârșitul vieții (de exemplu, locul decesului) ar trebui să fie aplicabile indiferent de tipul instituției medicale; prin urmare, rezultatele procesului de luare a deciziilor ar trebui documentate și comunicate personalului medical (Shin et al., 2020).

Evaluarea îngrijirii familiale

Recomandare 6: *Se sugerează* pentru a oferi îngrijire membrilor familiei pacienților aflați în procesul de moarte, trebuie efectuată o evaluare cuprinzătoare și holistică. (*Calitatea dovezilor foarte scăzută, recomandare condiționată*)

Motivație: Sunt mai puține studii cantitative în direcția asta, predominând cele calitative. Practica clinică evidențiază beneficiile înțelegerii punctelor forte și limitărilor familiei, cum ar fi reziliența, sistemul de sprijin sociocultural, efectele bolilor, experiențele anterioare legate de boală și pierdere, abuzul de droguri, neglijarea și riscul de abuz. Prin intermediul unei evaluări cuprinzătoare și holistice, personalul medical trebuie să se străduiască să înțeleagă structura și funcțiile familiei pentru a planifica procesele de luare a deciziilor (Shin et al., 2020).

Ghidurile naționale clinice în doliu (NSWACI (2024). *Clinical Principles for Specialist Bereavement Care in NSW*. Available Online at:

https://Aci.Health.Nsw.Gov.Au/___data/Assets/Pdf_file/0005/946004/ACI-Clinical-Principles-for-Specialist-Bereavement-Care-in-NSW.Pdf, n.d.) care sunt apreciate pentru recomandări și

seriozitate (Hudson et al., 2012a) recomandă o evaluare a nevoilor împreună cu îngrijitorul (îngrijitorii), incluzând aspecte psihologice, fizice, sociale, spirituale, religioase, culturale, financiare și elemente practice.

Furnizarea de îngrijire individualizată familiei

Recomandare 7: *Se recomandă* ca personalul medical să evalueze factorii de risc pentru doliul complicat la membrii familiei și să ia în considerare furnizarea de servicii pentru membrii familiei (inclusiv îngrijitori). (*Calitatea dovezilor foarte scăzută, recomandare puternică*)

Motivație: Îngrijitorii familiali au fost identificați ca grup de risc pentru dezvoltarea TDP. De-a lungul evoluției tulburării, îngrijitorii familiali se confruntă cu diferite tipuri de pierderi legate de declinul funcțional și degradarea imaginii pacientului (Coelho et al., 2020). Cercetările sugerează că multe persoane care sunt cele mai vulnerabile la doliu prelungit nu primesc ajutorul necesar (Lichtenthal et al., 2019), indicând deficiențe în metodele actuale de screening utilizate pentru identificarea persoanelor cu risc maxim (Morris & Block, 2015). Sunt revizuiți sistematic care subliniază necesitatea de a dezvolta și adapta serviciile de screening și urmărire în caz de doliu pentru membrii familiei îndoliați (Sanderson et al., 2022), totodată subliniază importanța îmbunătățirii procedurilor de screening și a personalizării sprijinului pentru a se asigura că persoanele cu risc mai mare de a dezvolta TDP beneficiază de îngrijiri adecvate și eficiente (Coelho et al., 2025).

Educația pacienților și a membrilor familiilor acestora

Recomandare 8: *Se sugerează* ca personalul medical trebuie să furnizeze informații despre îngrijirea la sfârșitul vieții pacienților aflați în procesul de moarte și membrilor familiilor acestora

și trebuie să verifice dacă aceștia înțeleg informațiile respective. *(Calitatea dovezilor foarte scăzută, recomandare condiționată)*

Motivație: Studiile arată că dacă echipa interdisciplinară de îngrijire paliativă dezvoltă relații de încredere cu pacienții și familiile acestora și oferă informații și explicații regulate în funcție de schimbările simptomelor pacienților și de gradul lor de acceptare a acestora, face posibilă ameliorarea anxietății (Lee et al., 2021). Personalul medical trebuie să furnizeze informații despre posibilele schimbări în procesul de moarte, inclusiv simptomele fizice, pentru a îmbunătăți capacitatea de adaptare a membrilor familiei. Este deosebit de important să se informeze pacienții și membrii familiilor lor despre delir, schimbări în starea de conștiență și schimbări în respirație (Shin et al., 2020).

Recomandare 9: Se sugerează să ajutați îngrijitorul (îngrijitorii) să recunoască semnele care indică faptul că moartea poate fi iminentă și implicațiile potențiale pentru nevoile de îngrijire ale pacientului. *(Calitatea dovezilor foarte scăzută, recomandare condiționată)*

Motivație: Acest lucru ajută îngrijitorilor să recunoască semnele morții iminente (de exemplu, modificări ale respirației, scăderea vigilenței, reducerea aportului alimentar, pete pe piele) este esențială pentru reducerea anxietății, gestionarea eficientă a durerii și concentrarea atenției asupra îngrijirii în direcția confortului pacientului, mai degrabă decât asupra îngrijirii restaurative (Hudson et al., 2012; De Swardt et al., 2024).

Continuitatea contactului cu familia după deces

Recomandare 10: Se sugerează contactarea familiei după deces (scrisoare de condoleanțe, apel telefonic sau vizită), adaptată contextului cultural și preferințelor familiei. *(Calitatea dovezilor scăzută, recomandare condiționată)*

Motivație: Dovezile sunt heterogene, dar familiile percep acest contact ca fiind valoros și parte a unei îngrijiri continue, fără riscuri semnificative raportate (EAPC, 2009; Hudson et al., 2012).

Recomandare 11: Se recomandă elaborarea un plan preliminar de îngrijire în caz de deces, pe baza nevoilor îngrijitorului (îngrijitorilor) din familie, a evaluării riscurilor înainte de deces și a circumstanțelor decesului (de exemplu, neașteptat sau traumatic). *(Calitatea dovezilor moderată, recomandare puternică)*

Motivație: Atenuează durerea și complicațiilor cu risc ridicat (Applebaum et al., 2024), răspunde nevoilor diverse ale îngrijitorilor (Hudson et al., 2012b), gestionează suferința specifică circumstanțelor. Circumstanțele decesului (de exemplu, neașteptat sau traumatic) au un impact semnificativ asupra doliului. Un plan adaptat acestor specificități ajută la gestionarea simptomelor legate de traume și oferă o comunicare personalizată. Planul facilitează intervenția timpurie, permițând evaluarea continuă și sistematică și intervenția timpurie pentru persoanele vulnerabile, chiar înainte de producerea decesului (Prigerson et al., 2024).

Recomandare 12: Se recomandă contactarea îngrijitorului familiei și altor membri ai familiei (după caz) pentru a evalua nevoile la trei (mai devreme, dacă este cazul) până la șase săptămâni după deces și adaptarea planului de îngrijire în caz de deces în consecință. *(Calitatea dovezilor moderată, recomandare puternică)*

Motivație: Promptitudinea și consecvența relației sunt esențiale pentru a construi o relație și încredere în capacitatea serviciului de a ajuta în perioada de după pierderea unei persoane dragi,

precum și pentru a se concentra pe nevoile specifice, mai degrabă decât pe cele generice ale persoanelor îndoliate (Aoun et al., 2017). Având în vedere aceste limitări, serviciile de îngrijire paliativă ar putea să-și concentreze eforturile în principal pe evaluarea și sprijinirea îngrijitorilor familiari în perioada premergătoare pierderii unei persoane dragi și pe dezvoltarea capacității comunității și a căilor de referire pentru îngrijirea persoanelor îndoliate.

Recomandare 13: Se recomandă efectuarea unei evaluări ulterioare a îngrijitorului familial și a altor membri ai familiei, la șase luni după deces, mai specific, a persoanelor identificate anterior ca prezentând un risc de doliu complicat. Ele ar trebui să fie supuse unei evaluări formale utilizând un instrument standardizat de diagnosticare a tulburării de doliu prelungit (TDP) (Marziliano et al., 2018). *(Calitatea dovezilor înaltă, recomandare puternică)*

Motivație: Atunci când se evaluează TDP, nu numai numărul simptomelor prezente poate fi decisiv, ci și aplicarea criteriului de timp sau durată. DSM-5-TR specifică faptul că pierderea unei persoane dragi trebuie să fi avut loc cu cel puțin 12 luni în urmă înainte de a se putea pune diagnosticul. În ICD-11, însă, reacția de doliu trebuie să persiste pentru o perioadă de timp atipic de lungă după pierdere, cu un minim de 6 luni (Stroebe et al., 2024; Trembl et al., 2024).

Recomandare 14: Se recomandă intervenții psihologice structurate (de ex. terapie cognitiv-comportamentală, terapie focalizată pe doliu) pentru persoanele diagnosticate cu doliu complicat/persistent. *(Calitatea dovezilor înaltă, recomandare puternică)*

Motivație: Meta-analizele și studiile randomizate controlate demonstrează eficiența intervențiilor specializate în reducerea simptomelor de doliu persistent, depresie și anxietate (Shear et al., 2016; Wittouck et al., 2011). Diagnosticul este recunoscut în DSM-5-TR ca „Prolonged Grief Disorder”.

Evitarea intervențiilor psihologice intensive universale

Recomandare 15: Nu se recomandă oferirea universală a intervențiilor psihologice intensive tuturor persoanelor îndoliate. *(Calitatea dovezilor moderată, recomandare puternică)*

Motivație: Studiile arată că intervențiile intensive aplicate persoanelor fără risc crescut pot perturba procesul natural de adaptare și pot crește distresul emoțional (Currier et al., 2008; Wittouck et al., 2011).

Rolurile membrilor echipei (comunicarea între membrii echipei medicale)

Recomandare 16: Se recomandă, pentru a oferi îngrijiri centrate pe pacient la sfârșitul vieții, formarea unei echipe interdisciplinare disciplinate compuse din medici, asistenți medicali, asistenți sociali și alți membri, precum și comunicarea clară și cooperantă între aceștia. *(Calitatea dovezilor scăzută, recomandare puternică)*

Motivație: Studiile (Baek et al., 2023; Bendowska & Baum, 2023) arată că experiența de a lucra într-o echipă interdisciplinară permite perceperea pacientului ca persoana în complexitatea ei, mai degrabă decât părți individuale ale corpului sau sisteme afectate. Cooperarea unei echipe formate din medic, asistent medical, furnizor de servicii medicale, capelan, asistent social și membri ai familiei permite satisfacerea mai eficientă a nevoilor pacientului și contribuie la o mai bună calitate a vieții acestuia (Silbermann et al., 2013).

Formarea personalului medical

Recomandare 17: Se recomandă formarea profesională a personalului medical care îngrijește pacienții aflați în procesul de moarte. *(Calitatea dovezilor foarte scăzută, recomandare puternică)*

Motivație: Sunt mai puține studii cantitative, cele mai multe fiind calitative dar ele evidențiază beneficiile formărilor profesionale pentru profesioniști atât din perspectiva calității îngrijirii, pentru a oferi îngrijiri la cele mai înalte standarde. Prin participarea la cursuri de formare în domeniul îngrijirii la sfârșitul vieții, profesioniștii din domeniul sănătății pot dezvolta abilitățile și empatia necesare pentru a oferi îngrijiri de înaltă calitate și pline de compasiune. (<https://www.leicestershiretrainingteam.co.uk/our-blog/empathy-in-action-how-end-of-life-care-training-fosters-compassionate-care/>, n.d.). Totodată îmbunătățește regularitatea comunicării cu rudele pacienților, informează periodic personalul cu privire la practicile moderne de îngrijire paliativă și stabilește mecanisme de sprijin reciproc în cadrul departamentului (Edwardson et al., 2024).

Îngrijirea medicală în echipă

Recomandare 18: Se sugerează ca instituțiile medicale, pentru a oferi îngrijiri de înaltă calitate la sfârșitul vieții, ar trebui să gestioneze în mod proactiv sănătatea și satisfacția profesională a personalului medical. *(Calitatea dovezilor scăzută, recomandare condiționată)*

Motivație: Personalul spitalului întâmpină dificultăți în satisfacerea nevoilor pacienților dacă propriile nevoi nu sunt satisfăcute; prin urmare, managerii spitalelor au responsabilități atât față de personal, cât și față de pacienți. Prezentul studiu, (Linn et al., 1985) arată că unitățile medicale cu pacienți mai satisfăcuți aveau, de asemenea, o probabilitate mai mare de a avea personal medical și medici universitari mai satisfăcuți. Îmbunătățirea satisfacției medicilor și a pacienților poate avea beneficii economice, precum și psihologice și sociale, mai multe activități inovatoare și îmbunătățiri continue ale calității, mai multe posibilități de participare la luarea deciziilor, o comunicare mai eficientă în cadrul secției și între alte unități (Kivimäki et al., 1994).

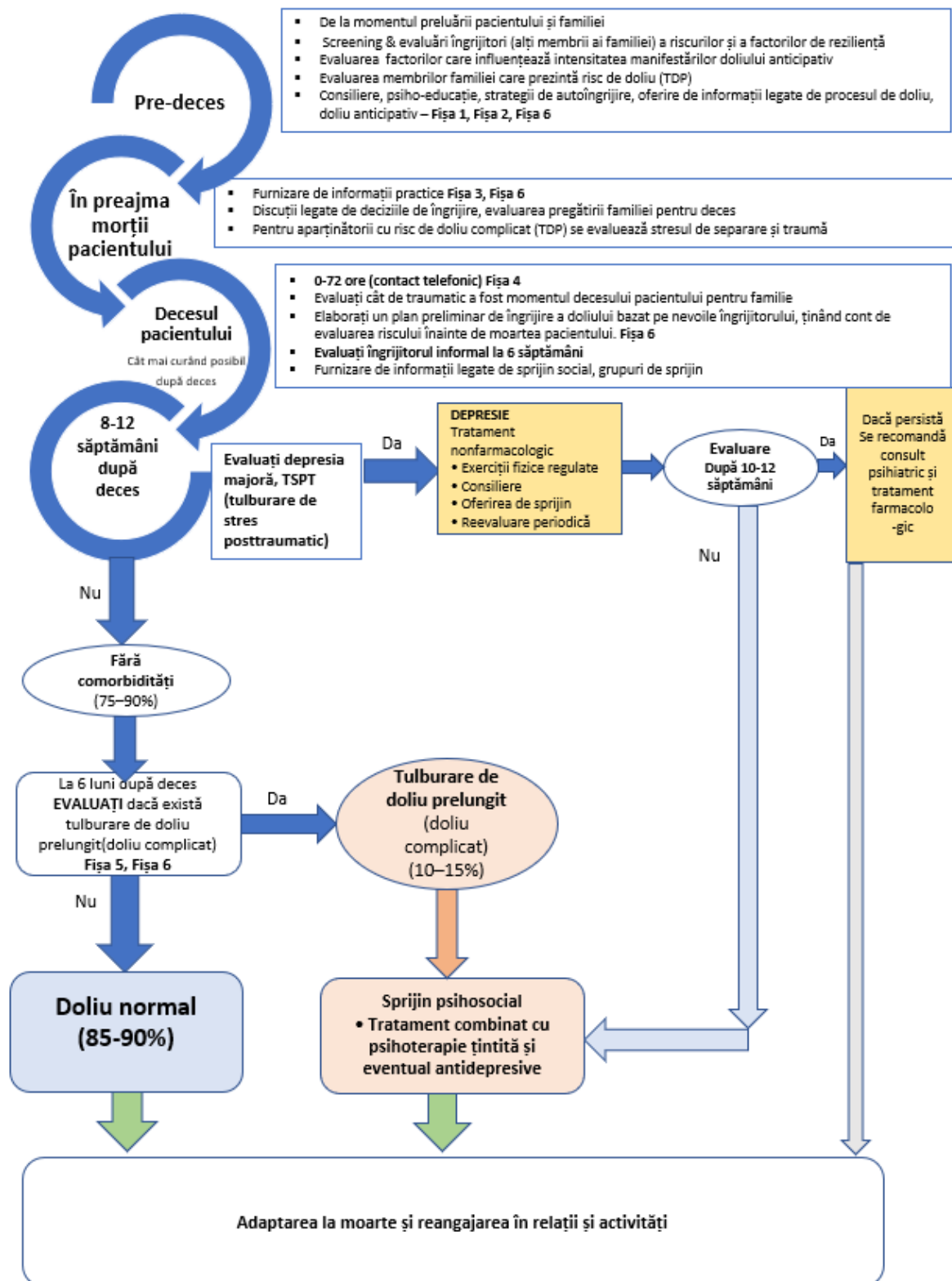
Suport pentru personalul din îngrijiri paliative

Recomandare 19: Se recomandă implementarea programelor de suport emoțional, supervizare și reflecție pentru personalul implicat în îngrijirea pacienților terminali și a familiilor acestora. *(Calitatea dovezilor moderată, recomandare puternică)*

Motivație: Studiile indică reducerea burnout-ului, scăderea apariției traumei vicariante și îmbunătățirea calității îngrijirii oferite familiilor (Hudson et al., 2018; Sinclair et al., 2017).

III. ALGORITM DOLIU

Algoritmul doliului



IV. FIȘE SUPORT

Fișa 1. Fișă de evaluare și monitorizare a îngrijitorului informal

A. După momentul preluării pacientului în îngrijire paliativă

(Rugați pacientul să identifice îngrijitorul principal din familie. Întrebați dacă mai există și alt posibil îngrijitor. Țineți cont de faptul că pacientul își poate schimba îngrijitorul)

(Confirmați cu îngrijitorul principal dacă știe că pacientul l-a desemnat pentru acest rol.)

- ☐ Nume îngrijitor informal _____
- ☐ Relația cu pacientul (sot, soție, copil, prieten, altele) _____
- ☐ Acceptul îngrijitorului: DA [] NU [] *(s-au explicat responsabilitățile și rolul de sprijin)*
- ☐ Preferința de comunicare: telefon [], comunicare față-în-față [], mail [], Zoom []

A 1. Evaluare inițială - Organizarea sprijinului pentru îngrijitorul familial

- ☐ Ocupație _____ Loc de muncă _____
- ☐ Adresă _____ Nr. telefon _____
- ☐ Adresă email _____ Data nașterii _____
- ☐ Relații cu pacientul și alți membrii ai familiei *(realizați genograma, dacă este membru al familiei pacientului și evidențiați relațiile)*

Dacă nu este membru al familiei pacientului:

- ☐ Stare civilă _____ Are copii _____
- ☐ Experiență ca persoană de sprijin _____

Istoric de pierderi - A mai pierdut pe cineva apropiat recent? DA [] NU []

- ☐ Cum a gestionat pierderile? _____

(Explicați îngrijitorului (îngrijitorilor) serviciile și resursele pe care serviciul de îngrijire paliativă le poate oferi pentru a stabili așteptări realiste).

(Discutați orice preocupări pe care îngrijitorul le-ar putea avea cu privire la sarcina de îngrijitor informal).

- ☐ Grijă exprimate de îngrijitorul formal legate de rolul acceptat _____

(Capacitatea și disponibilitatea îngrijitorului informal de a oferi îngrijire ar trebui reevaluată periodic, astfel încât să se poată aduce modificări planului de intervenție, dacă este necesar.)

B. După momentul preluării pacientului în serviciul de îngrijire paliativă

(în funcție și de evoluția pacientului pe traiectoria bolii)

B.1.Evaluarea nevoilor și stabilirea unui plan de îngrijire

(Evaluarea riscului de doliu ar trebui să fie un proces continuu, care începe în momentul preluării pacientului în îngrijirea paliativă și continuă timp de câteva luni după decesul pacientului.)

B1.a Evaluarea nevoilor și a riscului de doliu prin explorare conversațională a factorilor de risc și de protecție/ reziliență

Nevoi	Indicatori de observat	Nivel de urgență (1-3) 1 - scăzut, 2 - moderat, 3- ridicat
Fizice	tulburări de somn, tulburări ale apetitului, oboseală accentuată, dureri musculare sau tensiune corporală, dureri de cap, greață	
Emoționale	anxietate, negare, vinovăție, furie, intens sentimente de tristețe, teamă de moarte, neputință, neîncredere	
Sociale	Izolare, iritabilitate, hiperactivitate compensatorie sau retragere afectivă, lipsa familiei extinse, a prietenilor, conflicte în familie	
Spirituale	Criză de sens, nevoi religioase	
Practice	Probleme financiare, lipsa cunoștințelor de îngrijire	

- ☐ Risc scăzut: rețea socială bună, mecanisme de coping _____
(Se reia evaluarea conversațională ulterior)

Reevaluare _____

- ☐ Risc moderat: stres ridicat, resurse financiare limitate, oboseală _____
- ☐ Risc ridicat: istoric de depresie, izolare total, relație conflictuală cu pacientul/ dependență _____

B1.b Evaluarea se completează prin aplicarea instrumentelor de autoevaluare – pentru îngrijitorii informal, la care prin evaluare conversațională reiese un risc moderat, ridicat.

- Kingston Caregiver Stress Scale (KCSS)
- Instrument de evaluare a riscului de doliu (C-BRAT) -Bereavement Risk Assessment Tool
- Chestionar de evaluare al doliului anticipativ -Anticipatory Grief Scale (AGS)

Se realizează plan de intervenție / reevaluare:

(Atunci când riscul este evaluat ca moderat sau ridicat sunt recomandate intervenții (pot fi toate)) :

- ☐ Consiliere psihologică individuală _____

- ☐ Consiliere și suport social _____
- ☐ Consiliere spirituală de suport _____
- ☐ Consult psihiatric _____

(Dacă este refuzată consilierea, trebuie informat îngrijitorul că poate solicita acest sprijin ulterior)

- ☐ Reevaluare _____

B.2. Asigurarea informațiilor și a sprijinului pentru îngrijitorul familial

	Intervenții

C.În preajma decesului pacientului - pregătirea pentru moarte

	Intervenții

Observații _____

D.Monitorizarea post – deces (pentru toti îngrijitorii informal))

Etapa 1: contact imediat (0-72 ore)

- ☐ Data contactului _____ Persoana care a sunat _____
- ☐ Reacția îngrijitorului _____ (plâns, tăcere, uimire, etc.)

Nevoie urgentă identificată: ajutor pentru înmormântare, suport spiritual, medicație, altele _____

Etapa 2: evaluare la 6 săptămâni (Nivelul 1- suport informativ)

- ☐ Indicatori de adaptare: Reușește să mănânce [], să doarmă [], a reluat legătura cu prietenii/vecinii [] a reluat activitățile obișnuite []
- ☐ Intervenție: oferirea de broșura doliu [], informații administrative [], ascultare
- ☐ activă [], altele _____

(Normalizați reacțiile la pierdere și discutați despre ce se poate aștepta persoana în timpul doliului . Atunci când este cazul, furnizați informații concise despre procesul de doliu (de exemplu, emoțiile și sentimentele care pot fi experimentate în faza acută a doliului). Informațiile trebuie să se concentreze pe sprijinul practic și emoțional pentru doliu, să fie ușor de înțeles și să fie adaptate vârstei, sexului și culturii persoanei).

Evaluăm suferința produsă de pierdere conversațional:

(puteți folosi Termometrul distresului și Termometrele emoționale)

- ☐ Se manifestă reacții intense în doliu: fizic, social, psiho-emoțional, spiritual Da [] Nu []

- ☐ Nevoi neacoperite și prezența unor factori de risc Da [] Nu []

- ☐ Intervenție risc scăzut Nivel 1: *(Oferirea ocaziei de a-și exprima durerea, ascultare, discuții despre experiența doliului, vizitarea mormântului, încurajarea menținerii contactului cu rețelele sociale, implicare voluntari)*_____

Plan de intervenție_____

Dacă se identifică un risc moderat sau ridicat de doliu complicat, în special în cazurile în care se detectează o anxietate ridicată de separare și aspecte traumatice legate de circumstanțele decesului,

Evaluăm suferința produsă de pierdere prin intermediul instrumentelor de autoevaluare

- PG-13 r, Inventarul doliului complicat -Inventory of Complicated Grief (ICG)

(Atenție - Pentru persoanele identificate anterior cu risc de doliu complicat (TDP)

- ☐ Intervenții risc moderat Nivel 2:

- Consiliere de doliu_____
- Grup de suport_____
- Plan de intervenție_____

- ☐ Intervenție risc crescut Nivel 3:

- Trimitere către un serviciu specializat Nivel 3 psihoterapie și consult psihiatric

Etapa 3. Evaluare 8-12 săptămâni:

Pentru persoanele identificate cu anhedonie, pierdere interes, tristețe marcantă, sentimente de inutilitate

☐ Depresie _____

Intervenție: _____

Plan de intervenție: (ex. Tratament nonfarmacologic, exerciții fizice regulate, consiliere, oferirea de sprijin)

• Reevaluare 10 – 12 săptămâni

Intervenție, dacă depresia se manifestă : trimitere către serviciu specializat Nivel 3 (psihoterapie, psihiatrie) _____

Pentru persoanele care au experimentat un eveniment traumatic, o moarte traumatică a pacientului

☐ Tulburare post-traumatică _____

Intervenție: trimitere către serviciu specializat Nivel 3

Etapa 4: Evaluare la 6 luni (Nivelul 2/3- suport terapeutic)

- ☐ Suferință de separare: dor intens, preocupare constantă pentru cel decedat
DA [], NU []
- ☐ Dificultăți de funcționare: evitarea locurilor, sentimentul ca viața e goală, altele _____
DA [], NU []
- ☐ Simptome acute: idei suicidare, furie extremă, amorțeală emoțională DA [], NU []

Evaluăm suferința produsă de pierdere prin intermediul instrumentelor de autoevaluare

- PG-13 r, Inventarul doliului complicat -Inventory of Complicated Grief (ICG)

Intervenție: trimitere către serviciu specializat Nivel 3

Plan de intervenție _____

Concluzii _____

- ☐ Nivelul de suport acordat: nivelul1 [], nivelul 2 [], trimitere nivelul 3 []
- ☐ Observații echipă: _____
- ☐ Data închiderii dosarului de doliu: _____

Fișa 2. Anexă la fișa de evaluare și monitorizare a îngrijitorului informal

B.2. Asigurarea informațiilor și a sprijinului pentru îngrijitorul familial – exemple de intervenții

<i>Realizarea conferinței cu familia pentru a împărtăși informații, de a planifica îngrijirea pacientului, de a asigura o comunicare clară cu privire la rolurile și deciziile de îngrijire și de a înțelege și observa funcționarea familiei și dinamica.</i>	
<i>Furnizarea de informații despre evoluția bolii și despre ce se poate aștepta, ceea ce este deosebit de relevant în diferite momente ale evoluției bolii, după o recidivă și în perioada de sfârșit de viață, inclusiv în procesul de moarte.</i>	
<i>Furnizarea de strategii practice pentru a facilita acordarea de îngrijiri în gestionarea simptomelor și sprijinul emoțional pentru pacient.</i>	
<i>Încurajarea îngrijirii de sine și gestionarea resurselor personale și sociale.</i>	
<i>Facilitarea procesului de prelucrare a diverselor pierderi inerente pe care le suferă îngrijitorul fiind martor la procesului avansat al bolii pacientului.</i>	
<i>Intervenția în conșpirația tăcerii, deoarece aceasta poate genera disconfort și conflicte în cadrul familiei și cu profesioniștii din domeniul sănătății.</i>	
<i>Soluționarea problemele practice sau emoționale în apărute pe parcurs</i>	
<i>Oferirea de grup de sprijin pentru îngrijitori informali</i>	
<i>Altele</i>	

C.În preajma decesului pacientului - pregătirea pentru moarte – exemple de intervenții

<i>Facilitarea procesului de luare a deciziilor cu privire la locul decesului și rezolvarea problemelor apărute pe parcurs.</i>	
<i>Când moartea pare iminentă, evaluați în ce măsură îngrijitorul informal (îngrijitorii)</i>	

<i>înțelege (înțeleg) procesul morții și gradul lor de pregătire pentru moarte.</i>	
<i>Încurajarea planificarea serviciilor funerare/comemorative în conformitate cu preferințele personale, obiceiurile și credințele culturale și facilitați ritualurile care pot ajuta familia să-și ia rămas bun de la pacient.</i>	
<i>Confirmarea cu îngrijitorul informal (îngrijitorii) a tipul de sprijin pe care și-l doresc în perioada premergătoare decesului (de exemplu, ultimele ore, zile) sau imediat după.</i>	
<i>Echipa interdisciplinară alege un mijloc de comunicare cu îngrijitorul (îngrijitorii) pentru a identifica răspunsurile pe termen scurt și mai lung după deces.</i>	
<i>Abordarea aspectelor practice legate de testament și aranjamentele funerare, certificarea decesului și persoanele care trebuie notificate.</i>	
<i>Altele</i>	

Fișa 3. Instrument de evaluare a riscului de doliu (C-BRAT) - Bereavement Risk Assessment Tool

Data _____ Evaluator _____

Nume pacient decedat _____ Nume

apartinător _____

Indicatori de risc și factori de protecție

I. Grad de rudenie

- a) soț (soție)/ partener al persoanei decedate
- b) părinte al persoanei decedate

II Aparținător

membru al familiei sau prieten care și-a asumat responsabilitatea principală pentru îngrijire

III. Sănătate mintală

- a) boli mintale grave (de exemplu, depresie majoră, schizofrenie, tulburări de anxietate)
- b) dizabilitate mintală semnificativă (de exemplu, tulburări de dezvoltare, demență, accident vascular cerebral, traumatism cranian)

IV. Mecanisme de coping

- a) abuz de substanțe/ adicție (specificați)
- b) gânduri suicidale (fără plan, fără tentative anterioară)
- c) are un plan de sinucidere și mijloacele necesare pentru a-l pune în aplicare SAU a mai încercat să se sinucidă în trecut
- d) preocupări exprimate în mod direct cu privire la propria capacitate de a face față situației, în prezent sau în viitor
- e) stări emoționale intensificate (furie, vinovăție, anxietate) ca răspuns tipic la factorii de stres
- f) jelire/tânjire după persoana decedată SAU gânduri/ imagini tulburătoare persistente > 3 luni*
- g) refuză resursele sau sprijinul disponibile
- h) incapacitatea de a simți sentimente de doliu sau de a accepta realitatea morții > 3 luni *

V. Spiritualitate/ Religie

provocare semnificativă pentru convingerile fundamentale/ pierderea sensului sau a credinței/ suferință spirituală

VI. Factori de stres concurenți

- a) două sau mai multe responsabilități concurente (de exemplu, creșterea copiilor de către un singur părinte, munca, alte sarcini de îngrijire)
- b) resurse financiare, practice sau fizice insuficiente (de exemplu, venituri mici, lipsa îngrijirii copiilor, boală)
- c) pierderi recente fără legătură cu decesul (de exemplu, divorț, șomaj, mutare, pensionare)
- d) persoană apropiată cu boală amenințătoare de viață (alta decât pacientul/ decedatul))

VII. Perioade de doliu anterior/ dolii anterioare

- a) doliu anterior/ dolii anterioare nerezolvate

- b) decesul unei alte persoane importante în decursul unui an (de la data decesului pacientului)
- c) doliu cumulat din cauza a > 2 ALTE decese în ultimii 3 ani
- d) decesul sau pierderea unui părinte/figură părintească în timpul copilăriei (înainte de vârsta de 19 ani)

VIII. Sprijin/ relații

- a) lipsa sprijinului social/ izolare socială (percepută sau reală - de exemplu, izolare la domiciliu)
- b) bariere culturale sau lingvistice care afectează primirea unui sprijin
- c) relații discordante de lungă durată sau actuale în cadrul familiei
- d) relația cu pacientul/persoana decedată (de exemplu, abuz, dependență)

IX. Copii/ tineri

- a) moartea unui părinte/ a figurii parentale sau a unui frate*
- b) manifestarea unor comportamente/ simptome extreme și continue (de exemplu, anxietate de separare+, coșmaruri)
- c) părintele își exprimă îngrijorarea cu privire la capacitatea să de a-l sprijini pe copil în procesul de doliu
- d) părinte/figură parentală copleșit(ă) de propria suferință

X. Circumstanțe care implică pacientul, îngrijirea sau decesul

- a) pacient/ persoană decedată cu vârsta mai mică de 35 de ani
- b) lipsa de pregătire pentru moarte (așa cum este percepută sau manifestată de către cei îndoliați)*
- c) suferință provocată de asistarea la moarte SAU moartea percepută ca fiind evitabilă*
- d) moarte violentă, traumatică SAU inexplicabilă (de exemplu, accident, sinucidere, cauză necunoscută)*
- e) furie semnificativă față de ALȚI furnizori de servicii medicale (de exemplu, „medicul meu de familie a ratat diagnosticul”)
- f) furie semnificativă față de programul nostru de îngrijire paliativă (de exemplu, „mi-ați ucis soția”)

XI. Factori de protecție care susțin un rezultat pozitiv în cazul procesului de doliu

- a) convingerea interioară în propria capacitate de a face față în mod eficient
- b) percepe și este dispus(ă) să acceseze o rețea puternică de sprijin social
- c) predispus(ă) la un nivel ridicat de optimism/ stare de spirit pozitivă
- d) convingeri spirituale/ religioase care ajută la acceptarea morții

*** acest indicator poate fi identificat doar după decesul persoanei**

Tabelul de mai jos prezintă cei 40 de indicatori ai BRAT și ponderea de risc a fiecărui indicator. Odată ce indicatorii de risc au fost identificați pentru o persoană îndoliată, ponderile de risc pentru toți indicatorii sunt adăugate pentru a obține un scor de risc. În cazul în care sunt prezenți unul sau mai mulți factori de protecție, valorile acestora sunt apoi scăzute din scorul de risc. Scorul cumulativ final corespunde unui nivel de risc, așa cum se arată în Tabelul II. Trebuie remarcat faptul că doi dintre indicatori nu pot fi modificați de factorii de protecție (scor 640). Scorurile pot fi determinate manual.

Tabelul I: Ponderile de risc ale indicatorului BRAT

Indicatori de risc și factori de protecție	
I. Grad de rudenie	
a) soț (soție)/ partener al persoanei decedate	1
b) părinte al persoanei decedate	16
II. Aparținător	
membru al familiei sau prieten care și-a asumat responsabilitatea principală pentru îngrijire	1
III. Sănătate mintală	
a) boli mintale grave (de exemplu, depresie majoră, schizofrenie, tulburări de anxietate)	16
b) dizabilitate mintală semnificativă (de exemplu, tulburări de dezvoltare, demență, accident vascular cerebral, traumatism cranian)	16
IV. Mecanisme de coping	
a) abuz de substanțe/ adicție (specificați)	16
b) gânduri suicidale (fără plan, fără tentative anterioară)	4
c) are un plan de sinucidere și mijloacele necesare pentru a-l pune în aplicare SAU a mai încercat să se sinucidă în trecut	640**
d) preocupări exprimate în mod direct cu privire la propria capacitate de a face față situației, în prezent sau în viitor	1
e) stări emoționale intensificate (furie, vinovăție, anxietate) ca răspuns tipic la factorii de stres	16
f) jelire/tânjire după persoana decedată SAU gânduri/imagini tulburătoare persistente > 3 luni *	4
g) refuză resursele sau sprijinul disponibile	1
h) incapacitatea de a simți sentimente de doliu sau de a accepta realitatea morții > 3 luni *	4
V. Spiritualitate/ Religie	
provocare semnificativă pentru convingerile fundamentale / pierderea sensului sau a credinței / suferință spirituală	4
VI. Factori de stres concurenți	
a) două sau mai multe responsabilități concurente (de exemplu, creșterea copiilor de către un singur părinte, munca, alte sarcini de îngrijire)	4
b) resurse financiare, practice sau fizice insuficiente (de exemplu, venituri mici, lipsa îngrijirii copiilor, boală)	4
c) pierderi recente fără legătură cu decesul (de exemplu, divorț, șomaj, mutare, pensionare)	4
d) persoană apropiată cu boală amenințătoare de viață (alta decât pacientul/decedatul))	4
VII. Perioade de doliu anterior/ dolii anterioare	
a) doliu anterior/dolii anterioare nerezolvate	16
b) decesul unei alte persoane importante în decursul unui an (de la data decesului pacientului)	4
c) doliu cumulat din cauza a > 2 ALTE decese în ultimii 3 ani	4

d) decesul sau pierderea unui părinte/figură părintească în timpul copilăriei (înainte de vârsta de 19 ani)	4
VIII. Sprijin/ relații	
a) lipsa sprijinului social/izolare socială (percepută sau reală - de exemplu, izolare la domiciliu)	4
b) bariere culturale sau lingvistice care afectează primirea unui sprijin	4
c) relații discordante de lungă durată sau actuale în cadrul familiei	4
d) relația cu pacientul/persoana decedată (de exemplu, abuz, dependență)	16
IX. Copii/ tineri sub 19 ani	
a) moartea unui părinte / a figurii parentale sau a unui frate*	16
b) manifestarea unor comportamente/simptome extreme și continue (de exemplu, anxietate de separare+, coșmaruri)	16
c) părintele își exprimă îngrijorarea cu privire la capacitatea să de a-l sprijini pe copil în procesul de doliu	16
d) părinte/figură parentală copleșit(ă) de propria suferință	16
X. Circumstanțe care implică pacientul, îngrijirea sau decesul	
a) pacient / persoană decedată cu vârsta mai mică de 35 de ani	4-
b) lipsa de pregătire pentru moarte (așa cum este percepută sau manifestată de către cei îndoliați)*	4
c) suferință provocată de asistarea la moarte SAU moartea percepută ca fiind evitabilă *	16
d) moarte violentă, traumatică SAU inexplicabilă (de exemplu, accident, sinucidere, cauză necunoscută)*	16
e) furie semnificativă față de ALȚI furnizori de servicii medicale (de exemplu, „medicul meu de familie a ratat diagnosticul”)	16
f) furie semnificativă față de programul nostru de îngrijire paliativă (de exemplu, „mi-ați ucis soția”)	640**
XI. Factori de protecție care susțin un rezultat pozitiv în cazul procesului de doliu	
a) convingerea interioară în propria capacitate de a face față în mod eficient	- 16
b) percepe și este dispus(ă) să acceseze o rețea puternică de sprijin social	- 16
c) predispus(ă) la un nivel ridicat de optimism/stare de spirit pozitivă	- 4
d) convingeri spirituale/religioase care ajută la acceptarea morții	- 8

**** Acest indicator poate fi identificat numai după deces.**

****Ponderile factorilor de protecție NU pot modifica nivelul de risc ridicat.**

Tabelul II – ce reprezintă

Nivelului de risc	Intervalul scorului (puncte)
Niciun risc	0
Risc scăzut	1-15
Risc ridicat	16 – 64+

Mai multe informații despre acest instrument: www.victoriahospice.org/health-professionals/clinical-tools. Utilizat cu permisiunea Victoria Hospice Society, www.victoriahospice.org.

BCGuidelines.ca: Palliative Care for the Patient with Incurable Cancer or Advanced Disease

Fișa 4. Îndrumător de comunicare pentru echipa de sprijin în doliu- în primele 48-72 ore de la deces

Stabilirea în echipă: Cine sună persoana îndoliată?

De regulă, va suna persoana din echipă care a avut cea mai apropiată legătură cu familia (asistentul medical, asistentul social, psihologul).

Etapa 1 - Deschidere și condoleanțe

„Bună ziua, [Numele Îngrijitorului]. Sunt [Numele tău] de la echipa de îngrijiri paliative [Hospice/Spital]. Vă sun în numele întregii echipe pentru a vă transmite cele mai sincere condoleanțe pentru pierderea domnului/doamnei [Numele Pacientului]. Ne gândim la dumneavoastră în aceste momente.”

(Pauză: Lăsați persoana să răspundă. Ascultarea este mai importantă decât vorbitul în acest pas.)

Etapa 2- Validare și conexiune

„Știm cât de dedicat ați fost în toată această perioadă de îngrijire. Cum vă simțiți astăzi? Aveți pe cineva alături în aceste prime zile?”

Etapa 3 - Oferirea suportului de Nivel 1 (informatii/ sfaturi practice)

”Vă sunăm și pentru a vă reaminti că nu sunteți singur. Dacă aveți întrebări legate de procedurile din această perioadă sau dacă simțiți nevoia să vorbiți despre ce s-a întâmplat, noi suntem aici”.

Etapa 4 - Evaluarea nevoilor (colectare date pentru fișă)

„Pentru a ne asigura că vă oferim sprijinul cel mai potrivit, aș vrea să vă întreb: este ceva anume ce vă îngrijorează cel mai mult în acest moment? Fie că este vorba de partea administrativă, de sănătatea dumneavoastră sau pur și simplu de cum să gestionați durerea?”

Etapa 5 - Închiderea și stabilirea pasului următor

„Nu dorim să vă reținem mult acum. Dacă sunteți de acord, am dori să vă mai dăm un semn peste aproximativ 6 săptămâni, doar pentru a vedea cum vă mai simțiți și dacă vă putem fi de folos cu ceva. Între timp, ne puteți contacta oricând la acest număr.”

❖ Note pentru echipa de pilotare, implementare:

- **Tonalitatea:** Voce calmă, ritm lent. Dacă persoana plânge, nu încercați să o opriți imediat; oferiți „tăcere empatică”.
- **Observația clinică:** Imediat după apel, profesionistul notează în fișă:
 - *Starea emoțională:* (Șoc, apatie, furie, descărcare).
 - *Nivelul de sprijin:* (Are familie/ prieteni sau este singur?).
- **Auto-reflecție:** După apel, membrul echipei trebuie să își ia 2 minute de respirație înainte de următoarea activitate.

Fișa 5. Inventarul doliului complicat (Inventory of Complicated Grief -ICG)

Nume: _____ Data: _____

Bifați căsuțele care descriu cel mai bine starea dumneavoastră, unde „niciodată” înseamnă mai puțin de o dată pe lună, „rar” înseamnă mai mult de o dată pe lună, dar mai puțin de o dată pe săptămână, „uneori” înseamnă mai mult de o dată pe săptămână, dar mai puțin de o dată pe zi, „adesea” înseamnă aproximativ o dată pe zi, iar „mereu/ tot timpul” înseamnă mai mult de o dată pe zi:

Scală de răspuns:

0 = Niciodată 1 = Rareori 2 = Uneori 3 = Deseori 4 = Mereu/ Tot timpul

	Nicio- dată	Rare- ori	Une- ori	Deseori	Mereu
	0	1	2	3	4

1. Mă simt tulburat(ă) de gânduri legate de persoana care a murit.
2. Îmi este greu să accept moartea persoanei respective
3. Simt că nu pot să cred că persoana a murit
4. Mă simt amorțit(ă) emoțional de la pierdere.
5. Mă simt gol/ goală pe dinăuntru.
6. Simt că viața mea este fără sens fără persoana respectivă.
7. Am dificultăți să mă gândesc la altceva decât la pierdere.
8. Evit locuri, activități sau persoane care îmi amintesc de pierdere.
9. Simt că am pierdut o parte din mine odată cu moartea persoanei.
10. Simt amărăciune sau furie legată de moarte.
11. Simt că este greu să am încredere în alte persoane.
12. Mă simt singur(ă) sau izolat(ă) de ceilalți de la pierdere.
13. Simt că nu pot merge mai departe cu viața mea
14. Simt că aș fi putut face ceva pentru a preveni moartea
15. Simt durere intensă sau suferință când îmi amintesc de pierdere.
16. Mă deranjează când alții nu își amintesc de persoana decedată.
17. Simt că este prea dificil să reiau activitățile zilnice. Simt o dorință intensă de a fi din nou cu persoana pierdută.
18. Simt o dorință intensă de a fi din nou cu persoana pierdută.

19. Am dificultăți în a face planuri pentru viitor.

SCOR total

Adunați punctajele tuturor celor 19 itemi.

Interval posibil: 0–76 puncte

Interpretare orientativă (versiune educațională):

- **0–24:** reacții normale de doliu
- **25–30:** posibile dificultăți de adaptare
- **≥ 30:** indică probabil doliu complicat (necesită evaluare psihologică detaliată)

Domeniile evaluate

ICG măsoară **cinci dimensiuni majore** ale doliului complicat:

Domeniu	Descriere	Exemple de itemi
1. Dorință intensă/ tânjire (Yearning)	Dor puternic, persistent pentru persoana decedată	„Îmi este foarte dor de persoana care a murit.”
2. Neacceptare/ negare	Dificultate de a accepta moartea, sentiment că pierderea nu este reală	„Încă nu pot să cred că persoana a murit.”
3. Amărăciune/ furie/ neputință	Emoții de revoltă, vinovăție, amărăciune legate de pierdere	„Simt că viața este nedreaptă din cauza morții persoanei dragi.”
4. Evitare și detașare	Evitarea locurilor, activităților sau amintirilor legate de persoana decedată	„Evit locurile care îmi amintesc de persoana decedată.”
5. Disfuncție/ perturbarea vieții	Dificultatea de a funcționa normal, pierderea interesului pentru viață	„Simt că nu mai am energie sau scop în viață.”

Referință bibliografică:

Prigerson, H. G., Maciejewski, P. K., Reynolds, C. F., Bierhals, A. J., Newsom, J. T., Fasiczka, A., Frank, E., Doman, J., & Miller, M. (1995). *Inventory of Complicated Grief: A scale to measure maladaptive symptoms of loss*. *Psychiatry Research*, 59(1–2), 65–79. [https://doi.org/10.1016/0165-1781\(95\)02757-2](https://doi.org/10.1016/0165-1781(95)02757-2)

Fișa 6. Pași în gestionarea unui caz clinic

Punctul pe traiectoria doliului	Acțiuni	Factori de luat în considerare
După momentul preluării pacientului în ÎP și decesul pacientului	Ca parte a unei evaluări holistice: fizice, sociale, psiho-emoționale, spirituale, echipa evaluează riscul îngrijitorului de a avea un doliu complicat (tulburare de doliu prelungit)	Proces interdisciplinar Examinarea conversațională continuă a riscurilor și a factorilor de reziliență
	Dacă există un risc crescut de autovătămare sau niveluri ridicate actuale de suferință psihosocială, îndrumați îngrijitorul spre specialiști externi	Trimiterea urgentă poate fi necesară dacă riscul evaluat apare ca fiind ridicat Poate fi necesar să se adreseze unor servicii externe dacă expertiza nu se află în cadrul serviciului de îngrijire paliativă
	Dacă îngrijitorul îndeplinește criteriile (pe baza evaluării echipei interdisciplinare) pentru riscul de doliu, echipa identifică persoana ca fiind potențial vulnerabilă și monitorizează în consecință	Cu consimțământul persoanei, dacă sunt identificate riscuri, un membru adecvat al echipei este notificat pentru a oferi sprijin sau mai mult, îngrijitorul/membrul familiei identificat primește sprijin conform nevoilor evaluate
	Furnizarea de informații și materiale psiho-educative	Psihoeducația ar trebui să fie oferită printr-o varietate de mijloace, cum ar fi sesiuni de informare, cărți și DVD-uri și să se concentreze pe: • pregătirea îngrijitorului principal pentru rolul său • prezentarea serviciilor de îngrijire paliativă și • asistarea îngrijitorului principal pentru a-și sprijini ruda bolnavă (cum ar fi gestionarea simptomelor și sprijinul psihosocial, spiritual) • Strategii de autoîngrijire pentru îngrijitorul principal (inclusiv servicii de respite, dacă este cazul) Informații despre deces și doliu
Moarte iminentă	Furnizați informații	Asigurați-vă că familia este conștientă de faptul că moartea este iminentă

Punctul pe traiectoria doliului	Acțiuni	Factori de luat în considerare
		(acolo unde este posibil) Pregătiți familia pentru această situație Evaluați pregătirea familiei pentru deces Oferiți informații practice, cum ar fi semnele morții iminente, cum să organizeze o înmormântare și informații despre pompe funebre Furnizați informații la nivel social de care familia are nevoie legat de înmormântare (ajutor de înmormântare etc).
	Discuții privind deciziile legate de îngrijire	Unde ar dori pacientul și familia să aibă loc moartea? Cine trebuie notificat? Aranjamente funerare
	Pentru cei cu risc de doliu complicat (TDP), oferiți sprijin mai cuprinzător	Evaluarea suferinței de separare și a suferinței traumatice
La decesul pacientului (cât mai curând posibil în urma decesului)	Evaluați cât de traumatic a fost experimentat momentul decesului pentru familie	Evaluați dacă sunt pierderi multiple pentru îngrijitor Conținut traumatic al decesului pentru persoana îndoliate - experiența bruscă (neașteptat), - locul decesului, cum ar fi spitalul sau acasă, - cine a fost prezent în momentul decesului. Orice aspecte dificile ale decesului pentru familie și îngrijitori. Nemulțumirea față de modul cum a fost comunicat decesul. Incongruență între dorințele exprimate înainte de moarte ale pacientului/familiei și experiența reală a morții. Este important să se facă diferența între percepția familiei și cea profesioniștilor din domeniul sănătății cu privire la deces,

Punctul pe traiectoria doliului	Acțiuni	Factori de luat în considerare
		deoarece acestea pot diferi semnificativ. Percepția membrilor familiei este importantă legat de evaluarea factorilor de risc apăruiți la deces
	Furnizați informații	Informațiile includ sprijin disponibil, cum ar fi grupurile sociale/ de sprijin
	Intervenții specializate în doliu	Pentru persoanele cu niveluri ridicate de suferință psihosocială, spirituală sau care manifestă simptome semnificative de stres de separare și traumă
	Efectuați o revizuire a deceselor (membri ai echipei interdisciplinare)	Fiecare membru al echipei de îngrijire paliativă are ocazia de a reflecta asupra experienței morții pacientului și a impactului acestuia asupra acestuia membrilor familiei Încurajați utilizarea supravegherii și sprijinului profesional
	Dacă există un risc crescut de autovătămare sau niveluri ridicate actuale de suferință psihosocială, consultați servicii de specialitate	Trimiterea urgentă la serviciile de sănătate mintală de criză poate fi necesară dacă riscul este evaluat ca fiind ridicat
La 12 săptămâni după deces	Furnizați informații	Informațiile includ sprijin disponibil, cum ar fi grupurile sociale/ de sprijin
	Apel telefonic de urmărire (pentru toți îngrijitorii principali)	Explorați probleme precum insomnia, sprijinul social, revenirea la locul de muncă, contactul cu medicul de familie și exacerbaria existenței anterioare afecțiuni psihologice sau fizice. Cum s-au schimbat lucrurile pentru persoană în ultimele trei luni? Dacă simptomele legate de doliu sunt neîncetate, acesta poate fi un semn că este necesară o evaluare sau sprijin suplimentar
La 12 săptămâni după deces	Intervenții specializate în doliu	Poate necesita trimitere, îndrumare pentru intervenții specializate de doliu pe baza constatărilor apelului telefonic de urmărire/ vizitei la

Punctul pe traiectoria doliului	Acțiuni	Factori de luat în considerare
		domiciliu
La aproximativ șase luni de la deces	Efectuați o evaluare formală a celor care au fost identificați anterior ca având un risc ridicat de tulburare de doliu prelungit sau doliu complicat	Simptomele au fost prezente timp de cel puțin șase luni după decesul clientului Luați în considerare o serie de intervenții, inclusiv opțiuni clinice, consiliere sau trimitere la medicul de familie
	Pentru cei care îndeplinesc criteriile pentru tulburare de doliu prelungit, consultați serviciile specializate de doliu	Trimiterea, recomandarea către un specialist cu experiență în caz de doliu din cadrul organizației sau către o organizație externă
	Pentru persoanele îndoliate evaluate ca având suferință psihosocială moderată sau un risc moderat de doliu complicat	Poate implica trimiterea către grupuri de sprijin sau sociale Sprijinul poate fi oferit de voluntari instruiți în sprijinul procesului de doliu Sprijinul familiei și al prietenilor rămâne important pe întreaga traiectorie a doliului
La aproximativ 12 luni de la deces	Trimiteți o felicitare aniversară sau o invitație la slujba de comemorare la aproximativ 12 luni de la deces, care include informații privind autoevaluarea și recomandări de sprijin dacă este necesar	Nu există o „oră limită” pentru furnizarea de sprijin în caz de doliu – un îngrijitor poate solicita suport în orice moment pentru sprijin în caz de doliu. Informațiile furnizate pot include contacte utile și modalități de a face față durerii pierderii, doliului Asigurați-vă că, la nevoie, un serviciu specializat își asumă responsabilitatea pentru urmărirea persoanei îndoliate în proces.

Bibliografie:

1. Aoun, S. M., Breen, L. J., O'Connor, M., Rumbold, B., & Nordstrom, C. (2012). A public health approach to bereavement support services in palliative care. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 36(1), 14–16. <https://doi.org/10.1111/j.1753-6405.2012.00825.x>
2. Aoun, S. M., Rumbold, B., Howting, D., Bolleter, A., & Breen, L. J. (2017). Bereavement support for family caregivers: The gap between guidelines and practice in palliative care. *PLOS ONE*, 12(10), e0184750. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0184750>
3. Applebaum, A. J., Schofield, E., Kastrinos, A., Gebert, R., Behrens, M., Loschiavo, M., Shaffer, K. M., Levine, M., Dannaoui, A., Bellantoni, C., Miller, M. F., & Zaleta, A. K. (2024). A randomized controlled trial of a distress screening, consultation, and targeted referral system for family caregivers in oncologic care. *Psycho-Oncology*, 33(2), e6301. <https://doi.org/10.1002/pon.6301>
4. Baek, H., Han, K., Cho, H., & Ju, J. (2023). Nursing teamwork is essential in promoting patient-centered care: A cross-sectional study. *BMC Nursing*, 22(1), 433. <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01592-3>
5. Bendowska, A., & Baum, E. (2023). The Significance of Cooperation in Interdisciplinary Health Care Teams as Perceived by Polish Medical Students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(2), 954. <https://doi.org/10.3390/ijerph20020954>
6. Bielecka, L. (2025). The role of family support in palliative care: Challenges and best practices. *Palliative Medicine in Practice*, 19(4), 323–329. <https://doi.org/10.5603/pmp.103624>
7. Chiarchiaro, J., Buddadhumaruk, P., Arnold, R. M., & White, D. B. (2015). Prior Advance Care Planning Is Associated with Less Decisional Conflict among Surrogates for Critically Ill Patients. *Annals of the American Thoracic Society*, 12(10), 1528–1533. <https://doi.org/10.1513/AnnalsATS.201504-253OC>
8. Coelho, A., Albuquerque, S., & Neto, D. D. (2025). Bereavement support guidelines for caregivers in palliative care: A scoping review. *Frontiers in Psychology*, 16, 1541783. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2025.1541783>
9. Coelho, A., De Brito, M., Teixeira, P., Frade, P., Barros, L., & Barbosa, A. (2020). Family Caregivers' Anticipatory Grief: A Conceptual Framework for Understanding Its Multiple Challenges. *Qualitative Health Research*, 30(5), 693–703. <https://doi.org/10.1177/1049732319873330>
10. Currier, J. M., Neimeyer, R. A., & Berman, J. S. (2008). The effectiveness of psychotherapeutic interventions for bereaved persons: A comprehensive quantitative review. *Psychological Bulletin*, 134(5), 648–661. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.134.5.648>
11. De Swardt, M., Krause, R., & Jenkins, L. S. (2024). How to approach patients and families at the end of life. *South African Family Practice: Official Journal of the South African Academy of Family Practice/Primary Care*, 66(1), e1–e4. <https://doi.org/10.4102/safp.v66i1.5916>
12. Edwardson, S., Henderson, S., Corr, C., Clark, C., & Beatty, M. (2024). Dying to be better: Outlining the growing benefits of palliative care training in intensive care medicine. *Journal of the Intensive Care Society*, 25(2), 231–236. <https://doi.org/10.1177/17511437231207478>
13. <https://www.leicestershiretrainingteam.co.uk/our-blog/empathy-in-action-how-end-of-life-care-training-fosters-compassionate-care/>. (n.d.).
14. Huang, H.-L. (2025). Shared Decision-Making with Palliative Care Specialist. *Journal of Hospice and Palliative Care*, 28(4), 131–137. <https://doi.org/10.14475/jhpc.2025.28.4.131>
15. Hudson, P., Hall, C., Boughey, A., & Roulston, A. (2018). Bereavement support standards and bereavement care pathway for quality palliative care. *Palliative and Supportive Care*, 16(4), 375–387. <https://doi.org/10.1017/S1478951517000451>
16. Hudson, P., Remedios, C., Zordan, R., Thomas, K., Clifton, D., Crewdson, M., Hall, C., Trauer, T., Bolleter, A., Clarke, D. M., & Bauld, C. (2012a). Guidelines for the Psychosocial and Bereavement Support of Family Caregivers of Palliative Care Patients. *Journal of Palliative Medicine*, 15(6), 696–702. <https://doi.org/10.1089/jpm.2011.0466>
17. Hudson, P., Remedios, C., Zordan, R., Thomas, K., Clifton, D., Crewdson, M., Hall, C., Trauer, T., Bolleter, A., Clarke, D. M., & Bauld, C. (2012b). Guidelines for the Psychosocial and Bereavement Support of Family Caregivers of Palliative Care Patients. *Journal of Palliative Medicine*, 15(6), 696–702. <https://doi.org/10.1089/jpm.2011.0466>
18. Khan, S. A., Gomes, B., & Higginson, I. J. (2014). End-of-life care—What do cancer patients want? *Nature Reviews Clinical Oncology*, 11(2), 100–108. <https://doi.org/10.1038/nrclinonc.2013.217>
19. Kivimäki, M., Kalimo, R., & Lindstrom, K. (1994). Contributors to satisfaction with management in hospital wards. *Journal of Nursing Management*, 2(5), 229–234. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.1994.tb00161.x>

20. Klingler, C., In Der Schmitt, J., & Marckmann, G. (2016). Does facilitated Advance Care Planning reduce the costs of care near the end of life? Systematic review and ethical considerations. *Palliative Medicine*, 30(5), 423–433. <https://doi.org/10.1177/0269216315601346>
21. Lee, E. K., Jeong, H. Y., & Kim, K. W. (2021). End-of-Life Assessments and Communication for Dying Patients and Their Families. *Journal of Hospice and Palliative Care*, 24(3), 194–197. <https://doi.org/10.14475/jhpc.2021.24.3.194>
22. Lee, S. H., Larsson, M., Grov, E. K., Hov, R., Olsson, C., Bjuresäter, K., Wilde-Larsson, B., & Kennedy, C. (2025). Family Carers' Preferences for Support When Caring for a Family Member at the End of Life at Home: An Integrative Literature Review. *Health & Social Care in the Community*, 2025(1), 5087712. <https://doi.org/10.1155/hsc/5087712>
23. Lichtenthal, W. G., Catarozoli, C., Masterson, M., Slivjak, E., Schofield, E., Roberts, K. E., Neimeyer, R. A., Wiener, L., Prigerson, H. G., Kissane, D. W., Li, Y., & Breitbart, W. (2019). An open trial of meaning-centered grief therapy: Rationale and preliminary evaluation. *Palliative and Supportive Care*, 17(1), 2–12. <https://doi.org/10.1017/S1478951518000925>
24. Linn, L. S., Brook, R. H., Clark, V. A., Davies, A. R., Fink, A., & Kosecoff, J. (1985). Physician and Patient Satisfaction as Factors Related to the Organization of Internal Medicine Group Practices: *Medical Care*, 23(10), 1171–1178. <https://doi.org/10.1097/00005650-198510000-00006>
25. Marziliano, A. M., Lichtenthal, W. G., & Prigerson, H. G. (2018). *Diagnosis of prolonged grief disorder (PGD)* (Vol. 1). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oso/9780198806677.003.0012>
26. Morris, S. E., & Block, S. D. (2015). Adding Value to Palliative Care Services: The Development of an Institutional Bereavement Program. *Journal of Palliative Medicine*, 18(11), 915–922. <https://doi.org/10.1089/jpm.2015.0080>
27. NSWACI (2024). *Clinical principles for specialist bereavement care in NSW*. Available online at: https://aci.health.nsw.gov.au/__data/assets/pdf_file/0005/946004/ACI-Clinical-principles-for-specialist-bereavement-care-in-NSW.pdf. (n.d.).
28. Prigerson, H. G., Horowitz, M. J., Jacobs, S. C., Parkes, C. M., Aslan, M., Goodkin, K., Raphael, B., Marwit, S. J., Wortman, C., Neimeyer, R. A., Bonanno, G., Block, S. D., Kissane, D., Boelen, P., Maercker, A., Litz, B. T., Johnson, J. G., First, M. B., & Maciejewski, P. K. (2009). Prolonged Grief Disorder: Psychometric Validation of Criteria Proposed for DSM-V and ICD-11. *PLoS Medicine*, 6(8), e1000121. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000121>
29. Prigerson, H. G., Singer, J., & Killikelly, C. (2024). Prolonged Grief Disorder: Addressing Misconceptions With Evidence. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 32(5), 527–534. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2023.10.020>
30. Sanderson, E. A. M., Humphreys, S., Walker, F., Harris, D., Carduff, E., McPeake, J., Boyd, K., Pattison, N., & Lone, N. I. (2022). Risk factors for complicated grief among family members bereaved in intensive care unit settings: A systematic review. *PLOS ONE*, 17(3), e0264971. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0264971>
31. Shin, J., Chang, Y. J., Park, S.-J., Choi, J. Y., Kim, S.-H., Choi, Y. S., Kim, N. H., Yum, H.-K., Nam, E. M., Park, M. H., Moon, N., Moon, J. Y., Kang, H.-T., Kang, J. H., Park, J.-M., Lee, C.-W., Kim, S.-Y., Lee, E. J., Koh, S.-J., ... Shim, J. Y. (2020). Clinical Practice Guideline for Care in the Last Days of Life. *The Korean Journal of Hospice and Palliative Care*, 23(3), 103–113. <https://doi.org/10.14475/kjhpc.2020.23.3.103>
32. Silbermann, M., Pitsillides, B., Al-Alfi, N., Omran, S., Al-Jabri, K., Elshamy, K., Ghayeb, I., Livneh, J., Daher, M., Charalambous, H., Jafferri, A., Fink, R., & El-Shamy, M. (2013). Multidisciplinary care team for cancer patients and its implementation in several Middle Eastern countries. *Annals of Oncology*, 24, vii41–vii47. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdt265>
33. Sinclair, S., Raffin-Bouchal, S., Venturato, L., Mijovic-Kondejewski, J., & Smith-MacDonald, L. (2017). Compassion fatigue: A meta-narrative review of the healthcare literature. *International Journal of Nursing Studies*, 69, 9–24. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.01.003>
34. Soikkeli-Jalonen, A., Mishina, K., Virtanen, H., Charalambous, A., & Haavisto, E. (2023). Healthcare professionals' perceptions of psychosocial support for family members in palliative care inpatient units-A qualitative descriptive study. *Nursing Open*, 10(5), 3018–3027. <https://doi.org/10.1002/nop2.1548>
35. Stroebe, M. S., Schut, H. A. W., & Eisma, M. C. (2024). On the Classification and Reporting of Prolonged Grief: Assessment and Research Guidelines. *Harvard Review of Psychiatry*, 32(1), 15–32. <https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000389>
36. Trembl, J., Linde, K., Brähler, E., & Kersting, A. (2024). Prolonged grief disorder in ICD-11 and DSM-5-TR: Differences in prevalence and diagnostic criteria. *Frontiers in Psychiatry*, 15, 1266132. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1266132>
37. Wittouck, C., Van Autreve, S., De Jaegere, E., Portzky, G., & Van Heeringen, K. (2011). The prevention and treatment of complicated grief: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 31(1), 69–78. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.09.005>

Partea 8.
ÎNGRIJIRE PALIATIVĂ
PEDIATRICĂ

Capitolul 8.1

Îngrijirea paliativă pediatrică în România

Autor: Mihaela Dumitrache

Revizor: Daniela Moșoiu

I. INTRODUCERE ȘI CONTEXT NAȚIONAL

Îngrijirea paliativă pediatrică reprezintă o componentă esențială a sistemelor moderne de sănătate, vizând nevoile complexe ale copiilor cu boli amenințătoare sau limitatoare de viață și ale familiilor acestora. Aceasta se bazează pe recunoașterea faptului că suferința copilului nu este exclusiv de natură fizică, ci include dimensiuni psiho-emoționale, sociale și spirituale, care trebuie abordate într-un mod integrat și continuu.

Conform definiției Organizației Mondiale a Sănătății, îngrijirea paliativă pediatrică este o abordare activă și totală care vizează ameliorarea suferinței și îmbunătățirea calității vieții copilului și familiei, și care trebuie inițiată din momentul diagnosticului, independent de prognostic, în paralel cu tratamentele curative sau de susținere a vieții (World Health Organization, 1998; World Health Organization, 2020).

Un element definitoriu al îngrijirii paliative pediatrică îl constituie orientarea sa către copil și familie ca unitate de îngrijire, precum și caracterul său longitudinal, care se extinde adesea pe perioade îndelungate de timp. Spre deosebire de îngrijirea paliativă a adultului, care este frecvent asociată cu fazele terminale ale bolii, îngrijirea paliativă pediatrică este necesară în contexte clinice caracterizate prin evoluții imprevizibile, perioade de stabilitate alternate cu agravări acute și un grad ridicat de dependență funcțională. Aceste particularități impun modele de îngrijire flexibile, multidisciplinare și adaptate dezvoltării copilului, precum și o coordonare strânsă între serviciile medicale, sociale și educaționale (World Health Organization, 1998; World Health Organization, 2020).

În România, îngrijirea paliativă pediatrică rămâne insuficient dezvoltată și inegal distribuită, fiind caracterizată printr-o acoperire limitată, o integrare incompletă în sistemul public de sănătate și o dependență semnificativă de inițiativele organizațiilor non-guvernamentale (van den Heuvel & Olăroiu, 2008; Mosoiu et al., 2018). Deși îngrijirea paliativă este recunoscută la nivel declarativ ca parte a sistemului de sănătate, dezvoltarea componentelor pediatrică a fost lentă și fragmentată, fără o strategie națională dedicată care să reflecte specificul nevoilor copiilor cu boli limitatoare de viață.

Această situație generează dificultăți majore de acces pentru copiii eligibili și familiile lor, în special în afara marilor centre urbane, unde serviciile specializate sunt absente sau dificil de accesat. În lipsa unor structuri integrate de îngrijire paliativă pediatrică la nivel comunitar și a unor trasee clare de referire, mulți copii ajung să beneficieze tardiv de îngrijire paliativă sau rămân complet în afara serviciilor specializate. Consecințele includ internări repetate în secții nespecializate, suprasolicitarea serviciilor de urgență și transferarea unei părți semnificative a poverii îngrijirii asupra familiei care devine principalul furnizor de suport medical și psiho-social (van den Heuvel & Olăroiu, 2008; Mosoiu et al., 2018).

În acest context, dezvoltarea îngrijirii paliative pediatrică nu reprezintă doar o necesitate clinică, ci și o prioritate de sănătate publică, cu implicații directe asupra echității în accesul la servicii, calității îngrijirii și protecției sociale a copiilor cu boli amenințătoare sau limitatoare de viață și a familiilor acestora.

II. DIMENSIUNEA POPULAȚIEI PEDIATRICE ȘI NEVOIA DE ÎNGRIJIRE PALIATIVĂ

Conform datelor Institutului Național de Statistică, în anul 2019 populația pediatrică din România (0–19 ani) era de **4.068.659 copii**, reprezentând aproximativ **21% din populația rezidentă**. Distribuția

pe grupe de vârstă indică o structură relativ echilibrată, cu cea mai mare pondere înregistrată în grupa de vârstă **10–14 ani (5,74%)**, urmată de grupa **15–19 ani (5,32%)** (Institutul Național de Statistică, 2019). Această structură demografică reflectă existența unui segment semnificativ de copii și adolescenți aflați în etape diferite de dezvoltare, cu nevoi medicale, psihosociale și educaționale distincte, ceea ce impune adaptarea serviciilor de sănătate, inclusiv a celor de îngrijire paliativă pediatrică, la particularitățile fiecărei grupe de vârstă.

Distribuția relativ uniformă a populației pediatrice are implicații directe asupra planificării serviciilor de sănătate și asupra organizării rețelelor de îngrijire paliativă pediatrică. În mod particular, ponderea ridicată a adolescenților subliniază necesitatea asigurării continuității îngrijirii și a unor mecanisme funcționale de tranziție către serviciile pentru adulți, în contextul unor boli cronice sau limitatoare de viață care se extind dincolo de vârsta pediatrică. Lipsa unor trasee clar definite de tranziție contribuie frecvent la fragmentarea îngrijirii și la pierderea continuității serviciilor pentru această categorie de pacienți vulnerabili.

În ceea ce privește patologii oncologice pediatrice, datele naționale indică faptul că, în anul 2020, medicii de familie au raportat **443 cazuri noi de tumori maligne** la copiii și tinerii cu vârste între 0 și 19 ani, corespunzând unei **rate de incidență de 10,9 la 100.000**.

Aceste cazuri au reprezentat aproximativ **1,03% din totalul cazurilor de cancer raportate la nivel național**, cea mai mare incidență fiind observată în grupa de vârstă **15–19 ani (6)**. Deși numeric limitate în raport cu alte patologii pediatrice, afecțiunile oncologice sunt asociate cu un nivel ridicat de suferință fizică și psiho-emoțională, cu tratamente agresive și cu un impact semnificativ asupra calității vieții copilului și familiei, ceea ce justifică integrarea timpurie și continuă a îngrijirii paliative pe parcursul întregului proces terapeutic.

Analiza mortalității la copiii și tinerii cu vârste între 0 și 19 ani evidențiază faptul că **principalele cauze de deces** sunt reprezentate de afecțiunile din perioada perinatală, malformațiile congenitale și anomaliile cromozomiale, bolile aparatului respirator și afecțiunile neurologice severe. Tumorile maligne ocupă **poziția a cincea** în ierarhia cauzelor de deces, însă sunt caracterizate printr-un parcurs clinic complex, adesea prelungit, și printr-un necesar ridicat de intervenții paliative specializate, atât în fazele active ale tratamentului, cât și în situațiile de progresie sau recurență a bolii (Institutul Național de Sănătate Publică, 2020).

Aceste date subliniază faptul că **majoritatea copiilor eligibili pentru îngrijire paliativă pediatrică provin din rândul patologiilor non-oncologice** caracterizate prin evoluții îndelungate, imprevizibile și un grad ridicat de dependență funcțională. Afecțiunile neurologice progresive, malformațiile congenitale severe și bolile genetice rare determină adesea dizabilități complexe, nevoi de îngrijire pe termen lung și o dependență semnificativă de familie ca principal furnizor de suport medical și social. În aceste situații, îngrijirea paliativă pediatrică joacă un rol central în managementul simptomelor, coordonarea îngrijirii și susținerea familiei pe termen lung.

Estimările bazate pe analiza datelor secundare provensite de la Direcțiile Generale de Asistență Socială și Protecția Copilului din România precum și a statisticilor naționale indică existența a aproximativ **14.499 copii eligibili pentru îngrijire paliativă pediatrică în România**. Distribuția acestora este **neuniformă teritorial**, cu un ușor excedent al cazurilor în **mediul rural**, unde accesul la servicii medicale specializate este limitat de factori geografici, economici și organizaționali (Hizanu Dumitrache et al., 2025). Această distribuție accentuează inechitățile în accesul la îngrijire paliativă pediatrică și evidențiază vulnerabilitatea suplimentară a familiilor din afara zonelor urbane.

Discrepanța dintre această nevoie estimată și capacitatea actuală de răspuns a serviciilor existente evidențiază un **decalaj semnificativ între cerere și ofertă**, cu impact direct asupra calității îngrijirii,

continuității serviciilor și poverii transferate asupra familiei. În lipsa unei rețele integrate și a unei planificări bazate pe date consolidate, o parte semnificativă a copiilor cu boli amenințătoare sau limitatoare de viață rămâne fără acces la servicii paliative adecvate sau beneficiază de acestea tardiv, în condiții inadecvate.

III. DEZVOLTAREA SERVICIILOR DE ÎNGRIJIRE PALIATIVĂ PEDIATRICĂ ÎN ROMÂNIA

Dezvoltarea serviciilor de îngrijire paliativă pediatrică în România a fost marcată, în mod constant, de un caracter fragmentat, neuniform și dependent de inițiative locale, în absența unei strategii naționale dedicate. Primele inițiative de îngrijire paliativă pediatrică au apărut în anii '90, fiind inițiate predominant de organizații non-guvernamentale, în orașe precum Brașov și Oradea. Aceste servicii au fost dezvoltate ca răspuns direct la absența aproape completă a structurilor specializate în cadrul sistemului public de sănătate și au avut un rol esențial în introducerea conceptului de îngrijire paliativă pediatrică în România, precum și în formarea primelor nuclee de expertiză clinică și organizațională (van den Heuvel & Olăroiu, 2008).

În perioada ulterioară, pe fondul unei recunoașteri progresive a importanței îngrijirii paliative, au fost înființate compartimente cu spitalizare continuă pentru îngrijire paliativă pediatrică în câteva centre universitare majore, inclusiv București, Timișoara și Iași. În paralel, unele organizații non-guvernamentale au continuat să dezvolte servicii dedicate copiilor cu boli limitatoare de viață în județe precum Bacău și Sibiu, contribuind la extinderea limitată a capacității de răspuns la nivel regional.

Cu toate acestea, aceste inițiative au rămas, în mare parte, izolate, fiind caracterizate printr-o integrare insuficientă în sistemul public de sănătate și prin lipsa unor mecanisme funcționale de coordonare între spital, comunitate și îngrijirea la domiciliu (Mosoiu et al., 2018).

Datele disponibile indică faptul că, în anul 2022, la nivel național erau raportate **aproximativ 50 de paturi dedicate îngrijirii paliative pediatrică**, distribuite preponderent în mediul urban și concentrate în câteva centre regionale. Raportată la estimarea de **aproximativ 14.499 copii eligibili pentru îngrijire paliativă pediatrică**, această capacitate este extrem de redusă și reflectă un dezechilibru major între nevoia reală și infrastructura disponibilă (Mosoiu et al., 2018; Hizanu Dumitrache et al., 2025). Această disproporție este cu atât mai relevantă cu cât majoritatea copiilor eligibili provin din rândul patologiilor non-oncologice, caracterizate prin evoluții îndelungate și nevoi complexe de îngrijire, care nu pot fi satisfăcute exclusiv prin spitalizare continuă.

Distribuția geografică a serviciilor existente evidențiază inechități semnificative în accesul la îngrijire paliativă pediatrică. Copiii din mediul rural și din județele fără centre specializate se confruntă cu dificultăți majore de acces generate de distanțe mari față de servicii, costuri indirecte ridicate și lipsa transportului medical adaptat. În lipsa unor servicii comunitare și a echipelor mobile de îngrijire paliativă pediatrică, familiile sunt nevoite să gestioneze îngrijirea copilului la domiciliu fără suport specializat adecvat, ceea ce amplifică povara fizică, emoțională și financiară (Hizanu Dumitrache et al., 2025).

Un aspect important este faptul că dezvoltarea infrastructurii de îngrijire paliativă pediatrică s-a concentrat preponderent pe spitalizarea continuă, în timp ce serviciile de îngrijire la domiciliu și cele comunitare au rămas insuficient dezvoltate. Această orientare limitează capacitatea sistemului de a răspunde adecvat nevoilor reale ale copiilor și familiilor, în condițiile în care majoritatea îngrijirii zilnice are loc în mediul familial, pe perioade îndelungate de timp.

În plus, dezvoltarea serviciilor este constrânsă de deficitul de personal medical și multidisciplinar cu formare specifică în îngrijire paliativă pediatrică. Echipele existente sunt adesea incomplete, iar accesul la psihologi, asistenți sociali și specialiști în suport spiritual este inegal, în special în afara centrelor universitare. Lipsa formării standardizate și a unor trasee clare de carieră în îngrijirea paliativă pediatrică contribuie la menținerea unui nivel scăzut de capacitate la nivel național (Mosoiu et al., 2018).

Un alt obstacol major în dezvoltarea serviciilor îl reprezintă absența unui **registru național al copiilor cu boli amenințătoare sau limitatoare de viață**. Lipsa unor date epidemiologice consolidate și actualizate limitează planificarea strategică, evaluarea nevoii reale și alocarea eficientă a resurselor. În consecință, dezvoltarea serviciilor rămâne preponderent reactivă, dependentă de inițiative locale și de proiecte punctuale, fără o coordonare sistemică la nivel național (Hizanu Dumitrache et al., 2025).

În ansamblu, evoluția serviciilor de îngrijire paliativă pediatrică în România reflectă un proces de dezvoltare incipientă, cu progrese punctuale, dar insuficiente pentru a răspunde nevoii reale identificate la nivel național. Datele disponibile susțin necesitatea unei abordări strategice integrate, care să vizeze simultan extinderea infrastructurii, dezvoltarea serviciilor comunitare și la domiciliu, formarea profesională specializată și integrarea îngrijirii paliative pediatrice ca parte standard a parcursului de îngrijire pentru copiii cu boli amenințătoare sau limitatoare de viață.

IV. ACCESIBILITATE ȘI BARIERE SISTEMICE

Evaluările europene și globale privind dezvoltarea îngrijirii paliative pediatrice plasează România în categoria țărilor cu **servicii izolate**, caracterizate printr-un număr limitat de structuri specializate, o acoperire populațională redusă și o integrare incompletă în sistemele naționale de sănătate (Arias-Casais et al., 2020a; Arias-Casais et al., 2020b; Fraser et al., 2020a; Fraser et al., 2020b). Conform clasificărilor utilizate în Atlasul European al Îngrijirii Paliative și în evaluările Organizației Mondiale a Sănătății, această categorie include state în care îngrijirea paliativă pediatrică este furnizată prin inițiative punctuale, frecvent susținute de organizații non-guvernamentale, fără a fi integrată sistematic în politicile de sănătate publică sau în traseele standard de îngrijire pediatrică (Arias-Casais et al., 2020a; Arias-Casais et al., 2020b).

În acest context, România se distinge printr-un **decalaj semnificativ între nevoia estimată și capacitatea de furnizare a serviciilor**, evidențiat de raportul disproporționat dintre numărul de copii eligibili pentru îngrijire paliativă pediatrică și infrastructura existentă. Comparativ cu țările europene cu sisteme mature de îngrijire paliativă pediatrică, unde serviciile sunt organizate în rețele integrate spital–comunitate–domiciliu și sunt susținute de politici publice dedicate, România prezintă un nivel scăzut de standardizare a serviciilor și o lipsă a mecanismelor de coordonare intersectorială (Arias-Casais et al., 2020a; Arias-Casais et al., 2020b; Fraser et al., 2020a; Fraser et al., 2020b).

Distribuția geografică inegală a serviciilor reprezintă o altă barieră majoră, cu o concentrare accentuată a structurilor de îngrijire paliativă pediatrică în centre urbane și universitare, în timp ce zonele rurale și județele fără centre specializate rămân insuficient deservite. Această inegalitate teritorială este asociată cu întârzieri în inițierea îngrijirii paliative, dificultăți de acces pentru familii și o utilizare crescută a serviciilor de urgență și a spitalizărilor repetate în secții nespecializate (Hizanu Dumitrache et al., 2025; Arias-Casais et al., 2020b).

Deficitul de personal medical și multidisciplinar cu formare specifică în îngrijire paliativă pediatrică reprezintă o constrângere suplimentară semnificativă. Lipsa echipelor complete, care să includă

medici, asistenți medicali, psihologi și asistenți sociali, limitează capacitatea serviciilor existente de a furniza îngrijire holistică, centrată pe copil și familie. În absența unor programe standardizate de formare și a recunoașterii formale a competențelor în îngrijire paliativă pediatrică, accesul la expertiză specializată rămâne limitat și inegal (Arias-Casais et al., 2020b; Fraser et al., 2020b).

Accesul insuficient la servicii de îngrijire paliativă pediatrică la domiciliu și la nivel comunitar contribuie la **dependența majoră de îngrijitorii informali**, în special de membrii familiei. Această situație transferă o parte semnificativă a poverii îngrijirii asupra părinților și aparținătorilor, cu impact negativ asupra sănătății fizice și psiho-emoționale a acestora și asupra funcționării familiale. În lipsa unor servicii integrate și a unor trasee clare de îngrijire, parcursul copilului rămâne fragmentat, cu episoade frecvente de internare și cu o coordonare deficitară între diferitele niveluri de îngrijire (Hizanu Dumitrache et al., 2025; Arias-Casais et al., 2020b).

În ansamblu, aceste bariere sistemice conduc la **inițierea tardivă a îngrijirii paliative pediatrică**, la utilizarea ineficientă a resurselor disponibile și la perpetuarea inegalităților în accesul la servicii. Datele susțin necesitatea unei abordări strategice integrate, aliniate la recomandările europene și globale, care să vizeze dezvoltarea infrastructurii, formarea profesională, consolidarea datelor epidemiologice și integrarea îngrijirii paliative pediatrică în sistemul național de sănătate ca parte standard a îngrijirii copilului cu boli amenințătoare sau limitatoare de viață.

V. PERSPECTIVELE PĂRINȚILOR ȘI EVALUAREA NEVOILOR FAMILIILOR

Perspectivile părinților și ale îngrijitorilor copiilor cu boli limitatoare de viață evidențiază o experiență profund complexă, marcată de nevoi medicale, emoționale, sociale, informaționale și spirituale, care se suprapun și se amplifică pe parcursul îngrijirii copilului (12). Dincolo de actul medical propriu-zis, părinții se confruntă frecvent cu dificultăți în orientarea prin sistemul de sănătate, cu lipsa coordonării între servicii și cu absența unor trasee clare de suport, ceea ce generează sentimentul de abandon, mai ales în perioadele dintre episoadele acute.

Controlul simptomelor rămâne o preocupare constantă, în special în cazul afecțiunilor non-oncologice cu evoluție imprevizibilă, iar lipsa continuității îngrijirii și a echipelor multidisciplinare sporește atât suferința copilului, cât și povara asupra familiei. Experiența îngrijirii este însoțită de stres cronic, epuizare fizică și emoțională și izolare socială, cu efecte care se extind asupra întregii familii, inclusiv asupra fraților copilului bolnav. În plan social și administrativ, familiile se confruntă cu proceduri birocratice dificile, presiuni financiare semnificative și acces limitat la servicii de tip *respite*, ceea ce accentuează vulnerabilitatea socio-economică.

Totodată, lipsa unor informații clare și accesibile, alături de nevoia de sens și de suport emoțional în fața suferinței și a pierderii, subliniază necesitatea unor modele de îngrijire paliativă pediatrică centrate pe copil și familie, capabile să ofere suport coordonat și continuu pe întreg parcursul bolii (Hizanu Dumitrache et al., 2026).

Implicații pentru politici publice

Datele epidemiologice, clinice și sociale susțin recunoașterea îngrijirii paliative pediatrică ca standard de bună practică în îngrijirea copiilor cu boli amenințătoare sau limitatoare de viață, cu inițiere precoce din momentul diagnosticului, în paralel cu terapiile curative sau de susținere a vieții. Integrarea formală a îngrijirii paliative pediatrică în politicile naționale de sănătate, strategiile de sănătate a copilului și pachetele de servicii finanțate public este esențială pentru reducerea fragmentării serviciilor, a inițierii tardive și a inegalităților teritoriale în accesul la îngrijire.

Dezvoltarea unei rețele naționale integrate, care să includă servicii spitalicești, comunitare și de îngrijire la domiciliu, este necesară pentru asigurarea continuității îngrijirii și pentru adaptarea intervențiilor la nevoile reale ale copiilor și familiilor, în condițiile în care majoritatea îngrijirii are loc la domiciliu. Asigurarea calității și sustenabilității serviciilor depinde de formarea profesională standardizată în îngrijire paliativă pediatrică și de funcționarea echipelor multidisciplinare cu competențe specifice.

Fundamentarea deciziilor de politică publică pe date epidemiologice consolidate, inclusiv prin dezvoltarea unui registru național al copiilor cu boli amenințătoare sau limitatoare de viață, este necesară pentru planificare strategică, alocare eficientă a resurselor și evaluarea impactului serviciilor. Abordarea explicită a inegalităților geografice și socio-economice, prin extinderea serviciilor comunitare, a echipelor mobile și a parteneriatelor cu organizațiile non-guvernamentale, este esențială pentru creșterea echității și eficienței sistemului de îngrijire paliativă pediatrică.

Bibliografie

1. Arias-Casais, N., et al. (2020). *European atlas of palliative care*. European Association for Palliative Care.
2. Arias-Casais, N., et al. (2020). Mapping pediatric palliative care development in Europe. *Journal of Pain and Symptom Management*, 59(2), 362–371. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2019.09.007>
3. Fraser, L. K., Bluebond-Langner, M., & Ling, J. (2020). Advances and challenges in paediatric palliative care. *Medical Sciences*, 8(2), 20. <https://doi.org/10.3390/medsci8020020>
4. Fraser, L. K., et al. (2020). European disparities in paediatric palliative care. *Medical Sciences*, 8(3), 31. <https://doi.org/10.3390/medsci8030031>
5. Hizanu Dumitrache, M., et al. (2025). The need for pediatric palliative care in Romania. *Medicina*, 61(8), 1282. <https://doi.org/10.3390/medicina61081282>
6. Hizanu Dumitrache, M., et al. (2026). Types of challenges and barriers in accessing paediatric palliative care in Romania. *Medicina*, 62(1), 57. <https://doi.org/10.3390/medicina62010057>
7. Institutul Național de Sănătate Publică. (2020). *Raport național privind starea de sănătate a copiilor și tinerilor*. Institutul Național de Sănătate Publică.
8. Institutul Național de Statistică. (2019). *Populația rezidentă pe grupe de vârstă*. Institutul Național de Statistică.
9. Mosoiu, D., Mitrea, N., & Dumitrescu, M. (2018). Palliative care in Romania. *Journal of Pain and Symptom Management*, 55(2 Suppl), S67–S76. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.03.008>
10. van den Heuvel, W. J. A., & Olăroiu, M. (2008). Palliative care in Romania: Needs and rights. *Romanian Journal of Bioethics*, 6(2), 63–68.
11. World Health Organization. (1998). *Cancer pain relief and palliative care in children*. World Health Organization.
12. World Health Organization. (2020). *Global atlas of palliative care*. World Health Organization.

Capitolul 8.2

Comunicarea cu copilul

Autor: Estera Boeriu
Revizor: Daniela Moşoiu

I. ASPECTE TEORETICE

Comunicarea este un proces dinamic, în general definită ca schimb de informații cu sens (folosind limbajul verbal, nonverbal și paraverbal), influențată de mediu, disponibilitatea interlocutorilor, răspunsurile emoționale și diferențele culturale (Graetz, 2020, Benedetti 2025). Ea reprezintă o abilitate esențială pentru practica medicală zilnică (Mathe, 2025). Comunicarea în îngrijirea paliativă pediatrică (IPP) reprezintă un element esențial al îngrijirii centrate pe copil și familie în contextul unei boli amenințătoare de viață (DeCoursey 2024, Kaye 2021). În IPP abordarea este una holistică, bazată pe respect, empatie și are drept scop îmbunătățirea calității vieții pacientului și a familiei lui, stabilind un parteneriat între familie, copil și echipa medicală și aceasta nu se poate realiza fără o bună comunicare.

Comunicarea face parte din planul de îngrijire a pacienților din IPP pe tot parcursul traiectoriei bolii de la diagnostic până în perioada de doliu (Stanek 2022) (Fișa 6). În comunicarea cu copilul, mesajele trebuie adaptate la nivelul de dezvoltare cognitivă al copilului, la contextul familiei, și la capacitatea și nivelul de înțelegere a acestora. Astfel, ele contribuie la reducerea anxietății, la creșterea complianței și la menținerea demnității copilului pe parcursul bolii. (Hrdlickova, 2021). Teoria dezvoltării cognitive a lui Jean Piaget oferă un cadru conceptual util pentru ajustarea strategiilor de comunicare în funcție de capacitatea de înțelegere a copilului. (Pakpahan 2022) (Fișa1,2).

Scopul. Comunicarea în îngrijirea paliativă pediatrică, are drept scop principal construirea unei relații pozitive cu familia, înțelegere din partea acesteia și împărtășirea unei realități, înțelegerea nevoilor copilului și familiei, adaptarea la unicitatea fiecărei familii și facilitarea unei înțelegeri corecte a informațiilor medicale ale copilului (Brouwer 2021, Hrdlickova 2021). Comunicarea eficientă servește drept fundament pentru luarea deciziilor informate în actul medical, iar părinții trebuie să înțeleagă opțiunile terapeutice și implicațiile lor. Pentru aceasta au nevoie de sprijin emoțional care să reducă stresul situației (Schaefer 2025, Kaye C 2021). Includerea copilului în comunicare se face în funcție de vârsta și dezvoltarea sa, în acord cu stadiile de dezvoltare descrise de J. Piaget (vezi Fișa 1, 2) (Pakpahan 2022). Copilul poate fi implicat parțial sau total în discuții în acord cu familia (Mathe 2025). Se va acorda atenție situațiilor în care copilul nu exprimă îngrijorări sau le neagă explicit, fără a le considera pe acestea ca o absență a suferinței, ci ca un stil individual de coping. Comunicarea va utiliza întrebări deschise, adaptate vârstei și nivelului de dezvoltare, și va fi reluată la intervale regulate și la schimbări clinice importante, de exemplu “Ce te îngrijorează cel mai mult acum?” „Te îngrijorează cât va dura boala sau ce se va întâmpla în viitor?” „Ce simptome te sperie cel mai tare?” „Ce te îngrijorează în legătură cu familia ta?” „Există lucruri de care preferi să nu vorbim acum?” (Schaefer, 2025; Sisk,2020).

Factori care influențează comunicarea cu copilul și familia sunt:

- nivelul de dezvoltare și înțelegere al copilului (Fișa1, 2) privind boala și tratamentele, - înțelegerea conceptului de moarte la copil și calitatea vieții copilului (Pakpahan 2022, Hrdlickova 2021).

- procesul parcurs în comunicare de-a lungul traiectoriei bolii, (la diagnostic, comunicarea veștilor rele, prognostic, progresie, fază terminală) (Tabel 1, figura 1 Fișa 3, 4, 6).
- modul în care se comunică cu copiii, adolescenții, cu copii cu nevoi speciale și dizabilități și familiile lor etc. (vezi Fișa 7, 8) (Benedetti 2025; Rosa, 2023; DeCoursey, 2024).
- evaluarea capacității familiei de a lua decizii informate și adaptarea emoțională a membrilor familiei la stresul emoțional (Kaye 2021).

Bariere în comunicarea în IPP pot fi: pe de-o parte legate de familie și trăirile emoționale, iar pe de altă parte de aspecte profesionale, organizaționale, culturale și spirituale (Fișa 5) (Sisk, 2021; Sisk, 2022; Zhang 2024).

Beneficiile comunicării: familiile care beneficiază de comunicare structurată și empatică raportează un nivel mai ridicat de satisfacție și o mai bună acceptare a deciziilor dificile (Davis, 2023; Hrdlickova, 2021; Koch, 2020). Există dovezi că, copiii înțeleg mai mult decât li se acordă credit și doresc să participe la discuții adecvate vârstei lor. Implicarea lor poate reduce povara emoțională asupra părinților și poate îmbunătăți calitatea generală a îngrijirii (Porter, 2023; Boeriu 2023; Kentor 2025). De aici rezultă necesitatea dezvoltării unor **practici de comunicare timpurie, clară și empatică, bazate pe participarea activă a părinților și pe sprijin continuu, în vederea scăderii stresului emoțional și a facilitării procesului decizional** în boli pediatrice cu prognostic nefavorabil (Brouwer, 2021; Kentor, 2025; Childers, 2022).

Recomandări practice în comunicarea profesioniștilor din sectorul pediatric (health.wa.gov.au 2021; PaPCANZ 2023; van Teunenbroek 2024; Zanon, 2020; von Blanckenburg 2020; Silva 2025, Levin 2023).

Profesioniștii ar trebui:

- să planifice comunicarea într-un moment potrivit, alocând timp într-un spațiu privat fără întreruperi
- să ofere spațiu copilului și familiei pentru a-și exprima perspectivele, temerile, emoțiile și să evite răspunsurile care blochează comunicarea („vei fi bine”, „toată lumea simte asta”) și jargoul medical
- să observe emoțiile, ceea ce nu este spus și să acorde atenție limbajului non-verbal
- să practice ascultarea activă și reflexivă – comunicare asertivă
- să clarifice sensul real al afirmațiilor, să permită exprimarea îngrijorărilor autentice și să crească sentimentul de respect
- **să verifice înțelegerea** este crucial, iar aceasta trebuie realizată prin întrebări deschise („Ce ați înțeles din ce am discutat?”), câștigă încrederea pacientului (dar pune și limite)
- să facă uz de elementele facilitatoare ale comunicării, incluzând intervențiile echipei de îngrijire, sprijinul pentru reziliență și comunicarea pozitivă, care ajută la formarea mecanismelor de coping cu rol terapeutic.
- să ofere acces la consiliere și suport pentru familie, iar în ultimă instanță la serviciul de doliu.

II. RECOMANDĂRI

Recomandare 1: Oferiți regulat copiilor și familiei informații oneste despre diagnostic, prognostic, tratament și incertitudini legate de situația copilului pe tot parcursul bolii. (van Teunenbroek 2024) - nivel [de recomandare moderat](#)

Recomandare 2: Folosiți un limbaj adaptat nevoilor și abilităților cognitive ale copilului (van Teunenbroek 2024) - nivel [de recomandare moderat](#).

Recomandare 3: Utilizați abilități specifice de comunicare ca de exemplu: ascultare activă, recunoașterea emoțiilor, întrebarea unui limbaj adecvat și clar, formularea de țeluri valorice în timpul conversațiilor și luarea de decizii în comun (van Teunenbroek 2024) - nivel [de recomandare moderat](#)

Recomandare 4: În timpul conversațiilor despre îngrijire și luarea de decizii comune, luați în considerare preferințele de comunicare, cele culturale, religioase sau de filozofie de viață a copilului și a familiei (van Teunenbroek 2024) – nivel de [recomandare moderat](#).

Recomandare 5: Luați în considerare că discuțiile despre îngrijire în avans și de luarea de decizii comune pot fi percepute ca foarte dificile de către copil și familia acestuia. Explorați atitudinile pacientului și ale familiei răspunzând empatic la emoțiile lor fără a pune accent pe acestea (van Teunenbroek 2024) – nivel de [recomandare moderat](#).

Recomandare 6: În comunicare tratați copilul, pacientul și părinții, aparținători lor ca indivizi [recomandare de evidenta moderata](#) <https://www.nice.org.uk/guidance/ng61>

Recomandare 7: În comunicare este important să se acorde timp, spațiu privat la diferite momente în comunicarea din cursul tratamentului (<https://www.nice.org.uk/guidance/ng61>)- nivel de [recomandare moderata](#)

Recomandare 8: Luați în considerare acomodarea la nevoile copilului, părinților și aparținătorilor (van Teunenbroek 2024, <https://www.nice.org.uk/guidance/ng61>) nivel de [recomandare moderata](#), Experiențele anterioare ale părinților și aparținătorilor precum și a copilului/pacientului trebuie luate în considerare (van Teunenbroek 2024) [recomandare de evidenta moderata](#) (www.nice.org.uk/guidance/ng61)

Recomandare 9: În comunicare tineți cont de: diferențele culturale, religioase și de limbă maternă (www.nice.org.uk/guidance/ng61) [recomandare de evidenta moderata](#)

Recomandare 10: Dezvoltați în comunicare o relație de încredere între doctor, copil/ pacient și părinții sau aparținătorii acestora, fiind foarte importantă în situații limită - [recomandare de evidenta moderata](#) (www.nice.org.uk/guidance/ng61)

Recomandare 11: Medicul curant trebuie să fie empatic și sensibil la nevoile emoționale ale copilului a părinților și aparținătorilor [recomandare de evidenta moderata](#) (www.nice.org.uk/guidance/ng61)

Recomandare 12: Medicul curant trebuie să gestioneze speranțele copilului, a părinților și a aparținătorilor [recomandare de evidenta moderata](#) (www.nice.org.uk/guidance/ng61)

Recomandare 13: Se recomandă o pregătire comprehensivă înaintea discuției atât a medicului curant cât și a copilului, a părinților și a aparținătorilor [recomandare de evidenta moderata](#) (www.nice.org.uk/guidance/ng61)

Recomandare 14: Reflectați asupra modalităților de furnizare a informațiilor pentru copiii și tinerii cu afecțiuni care limitează durata vieții, ținând cont de vârsta acestora și de nivelul lor de înțelegere. Atunci când este adecvat, utilizați formate precum: discuții individuale (față în față), activități de joc, artă și muzică, materiale scrise și imagini, mijloace digitale, de exemplu rețelele sociale [recomandare de evidenta moderata \(www.nice.org.uk/guidance/ng61\)](http://www.nice.org.uk/guidance/ng61)

Recomandare 15: Analizați cea mai potrivită modalitate de comunicare cu copilul sau tânărul și cu părinții ori îngrijitorii acestuia, concentrați-vă asupra opiniilor lor și luați în considerare: situația personală și familială; convingerile și valorile (religioase, spirituale și culturale); orice nevoi speciale, precum utilizarea unor mijloace de sprijin pentru comunicare sau necesitatea unui interpret [recomandare de evidenta moderata \(www.nice.org.uk/guidance/ng61\)](http://www.nice.org.uk/guidance/ng61)

Recomandare 16: Adresați următoarele întrebări copiilor și tinerilor cu afecțiuni limitatoare de viață și părinților lor ori îngrijitorilor acestora: dacă există și alte persoane importante pentru ei (precum prieteni, parteneri, profesori sau părinți adoptivi) pe care ar dori să-i implice și, în caz afirmativ, în ce mod ar dori ca aceste persoane să ofere sprijin [recomandare de evidenta moderata \(www.nice.org.uk/guidance/ng61\)](http://www.nice.org.uk/guidance/ng61)

Recomandare 17: Fiți conștienți că unii copii și tineri, precum și unii părinți sau îngrijitori, pot manifesta anxietate în legătură cu primirea informațiilor despre afecțiune și întrebării cum ar dori să discute despre afecțiunea care limitează durata vieții [recomandare de evidenta moderata www.nice.org.uk/guidance/ng61](http://www.nice.org.uk/guidance/ng61)

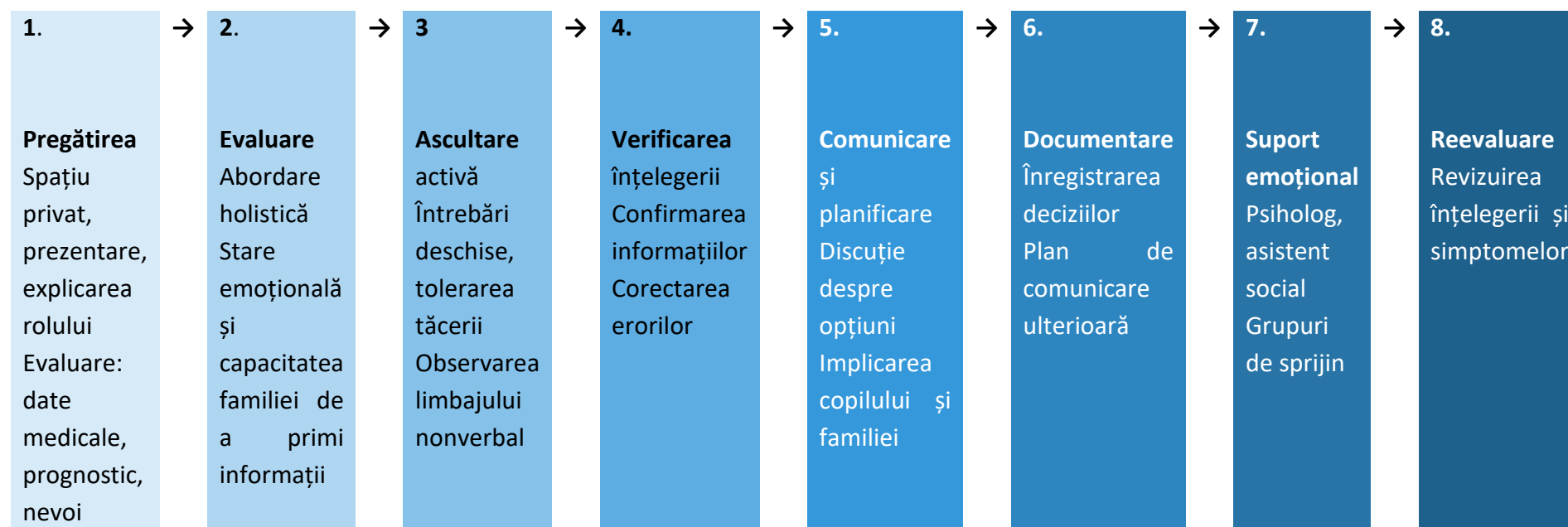
Recomandare 18: Discutați cu copilul sau tânărul și cu părinții ori îngrijitorii acestuia dreptul la confidențialitate și modul în care informațiile despre afecțiune vor fi partajate, [recomandare de evidenta moderata www.nice.org.uk/guidance/ng61](http://www.nice.org.uk/guidance/ng61)

Recomandare 19: Revizuiți datele de comunicare în mod regulat împreună cu ei, deoarece sentimentele și circumstanțele lor se pot modifica în timp, iar nevoile de informare pot varia: starea copilului sau tânărului se deteriorează, orice incertitudini legate de afecțiune și tratament, sau este necesară o modificare semnificativă a planului de tratament, [recomandare de evidenta moderata www.nice.org.uk/guidance/ng61](http://www.nice.org.uk/guidance/ng61)

Recomandare 20: Comunicați și înregistrați un plan de îngrijire anticipată la momentul diagnosticului pentru fiecare copil sau tânăr cu o afecțiune care limitează durata vieții [recomandare de evidenta moderata www.nice.org.uk/guidance/ng61](http://www.nice.org.uk/guidance/ng61)

Recomandare 21: Începeți discuțiile privind planul de îngrijire anticipată cu părinții încă din perioada sarcinii, dacă există un diagnostic prenatal al unei afecțiuni care limitează durata vieții. Pentru fiecare caz în parte, analizați cine ar trebui să participe la discuție, de exemplu: medicii obstetricieni, neonatologii, membru al echipei specializate de îngrijire paliativă pediatrică, [recomandare de evidenta moderata www.nice.org.uk/guidance/ng61](http://www.nice.org.uk/guidance/ng61)

III. ALGORITM – COMUNICAREA ÎN ÎNGRIJIREA PALIATIVĂ PEDIATRICĂ



Tabel 1. Comunicarea în îngrijirea paliativă pediatrică

Etape în protocolul de Comunicare IPP	Metodă	Evaluare	Reevaluare	Observații
1. Pregătirea spațiului și loc privat	prezentare, explicarea rolului	-Datelor medicale -Etapei de evoluție și prognosticului -Nevoilor fizice psihoemoționale, sociale și spirituale	periodică	Stabilirea unei relații de încredere
2. Evaluare	Abordare holistică	-stării emoționale -capacității familiei de a primi informații (ce și cât cunoaște despre boală); -verificarea preferințelor	periodică	
3. Ascultare activă	-Întrebări deschise, -tolerarea tăcerii, -observarea limbajului nonverbal	-ascultării reflexive pentru clarificare -Determinarea nivelului de înțelegere,	Întrebări despre ce știu și ce cred copilul/părinții despre boală și prognostic.	
4. Verificarea înțelegerii	Întrebări deschise pentru a confirma ce a fost reținut	-Ascultare activă -Ascultare reflexivă -Corectarea erorilor de înțelegere.	periodică	
5. Comunicare și planificare comună	Discuție deschisă despre opțiuni de îngrijire	-implicarea familiei, copilului/adolescentului conform capacității sale.	periodică	Adolescent Copil cu dizabilități/nevoi speciale
6. Documentare și follow-up	Înregistrarea discuțiilor și a deciziilor	-stabilirea unui plan de comunicare ulterioară, - a persoanei de contact	periodică	

7. Suport emoțional	Oferirea de resurse -psihologie, -asistență socială, -grupuri de sprijin	Prezența unui psiholog și/sau asistent social în echipa multidisciplinară	periodică
8. Reevaluare periodică	Ori de câte ori este necesară	Revizuirea înțelegerii, a simptomelor	pe măsură ce situația evoluează

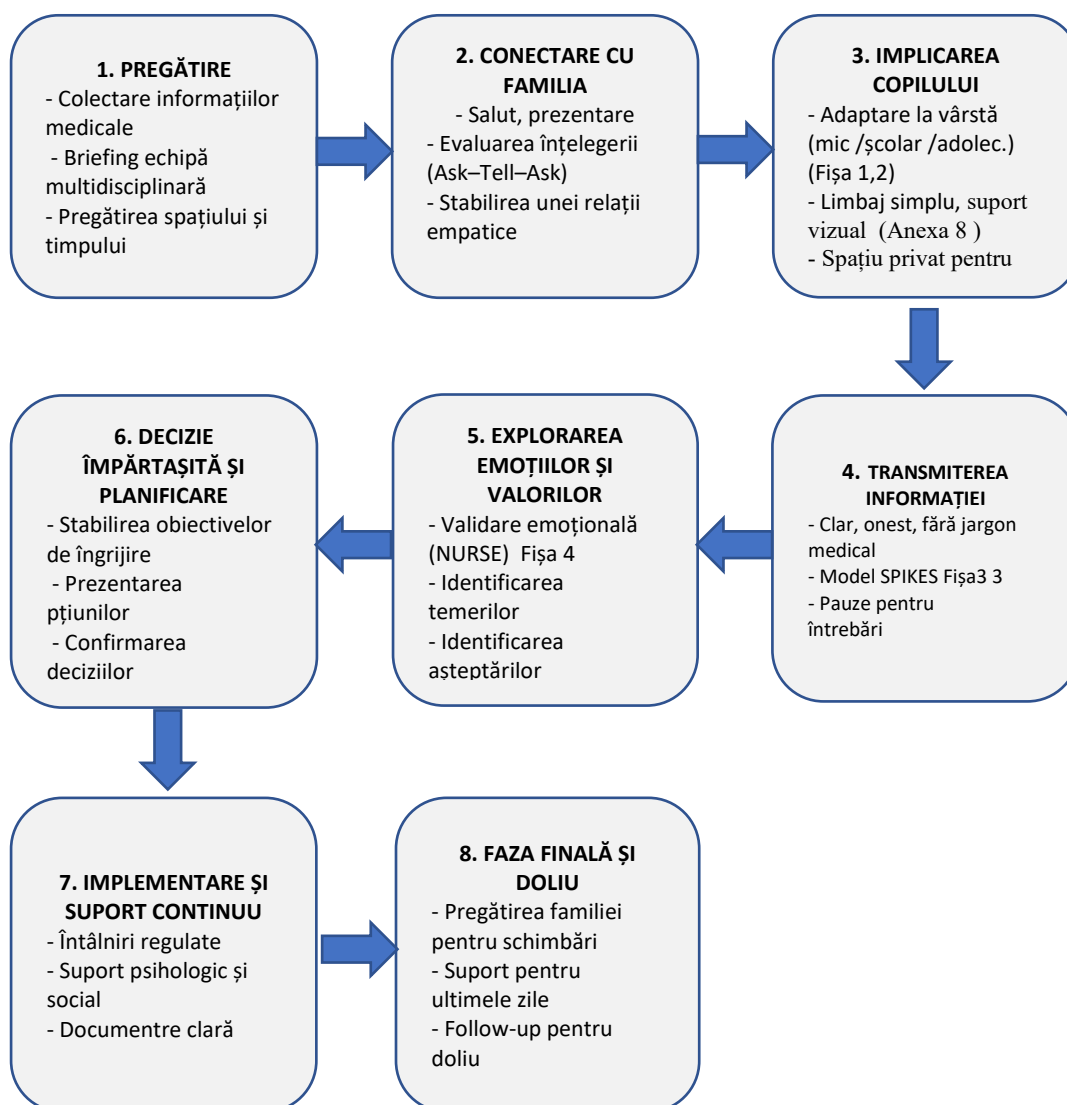


Figura 1. Pașii în comunicare în IPP

IV. FIȘE SUPORT

Fișa 1. Considerații practice pentru comunicarea cu copilul în îngrijirea paliativă pediatrică, conform stadiilor Piaget (5)

Stadiul de dezvoltare (Piaget)	Vârsta	Particularități cognitive	Înțelegerea bolii și a morții	Implicații pentru comunicarea paliativă
Senzorio-motor I	0–2 ani	Cunoaștere bazată pe experiențe senzoriale; atașament primar	Absentă; copilul NU poate conceptualiza boala sau moartea	Comunicarea este predominant nonverbală ; se recomandă menținerea rutinei, reducerea stimulilor nocivi și asigurarea prezenței constante a figurilor de atașament
Preoperațional II	2–7 ani	Gândire egocentrică și magică; limbaj concret	Boala este percepută ca pedeapsă ; moartea este reversibilă	Utilizarea unui limbaj simplu și concret ; evitarea metaforelor; reasigurarea copilului că boala nu este rezultatul comportamentului său
Operațional concret III	7–11 ani	Gândire logică aplicată situațiilor concrete; relații cauză–efect	Înțelegere parțială a ireversibilității morții	Oferirea de informații clare și oneste ; încurajarea întrebărilor; implicarea copilului în decizii adecvate vârstei
Operațional formal IV	≥11–12 ani	Gândire abstractă; reflecție asupra sensului și viitorului	Înțelegere completă a morții și implicațiilor acesteia	Comunicare deschisă și directă ; respectarea autonomiei; includerea adolescentului în procesul decizional și în planificarea îngrijirii

Fișa 2. Comunicarea cu copilul bazat pe stadiile de dezvoltare J Piaget (5, 26)

Comunicarea pe etape de vârstă	Obiective în comunicarea cu pacientul pediatric	Moduri/ Căi de comunicare/ Modalități
Copilul mic (stadiile I-II al inteligenței senzorio-motorie și preoperațională)	Consolare și ameliorarea suferinței Demonstrarea dorinței de îngrijire prin atingere blândă Aflarea simptomelor deranjante Validarea experienței emoționale	Comunicare într-un ton duios și un limbaj simplu ; Adaptare la gradul de atenție a copilului; repetarea informației, folosirea ritmului și a cântecului; Povestirea întâmplărilor comune: povești cu alți copii, familii, animale, activități și rutine uzuale - zilnice; Încurajarea activităților: cântat, bătut din palme, dans, mișcare; Introducerea interacțiunilor de tip „întrebări și răspunsuri” și încurajarea vorbirii; Prezentarea de exemple cu copii făcând alegeri simple și exprimându-și opiniile ; Folosirea cuvintelor care exprimă experiențe senzoriale, cântecul, precum și personaje animale și umane.
Școlarul (stadiul III al operațiilor concrete)	1 + 2 – Încurajarea cooperării și complianței Obținerea de informații necesare pentru diagnosticare și tratare Educație privitoare la afecțiunea de care suferă Demonstrarea respectului pentru alegerea individuală	Utilizarea strategiilor, precum umorul vizual și auditiv și provocările cognitive (de exemplu: jocuri de inteligență, ghicitori, exerciții de dicție etc.); Rezolvarea interactivă a problemelor și gândirea critică ; Introducerea subiectelor sensibile, demonstrații cu alți copii care se confruntă cu justiția socială sau probleme dificile , cum ar fi boală, moarte, furie, abuz, dizabilitate etc., în moduri creative și sănătoase; folosirea rimelor, ghicitorilor și glumelor simple pentru a face conținutul cât mai atrăgător posibil.
Adolescentul (stadiul IV al operațiilor formale)	1+2+3 – Inițierea discuțiilor privitoare la obiectivele îngrijirii și luarea deciziilor medicale Aflarea speranțelor, îngrijorărilor și temerilor	Exprimare respectoasă și nu didactică: A nu se vorbi „de sus” ; Folosirea de mult umor și creativitate ; Includerea modelelor pozitive cu standarde morale înalte, povestiri despre echilibrarea influenței familiei/prietenilor/mass-media prin formate non-pedagogice și îndrumări pentru a ajuta la canalizarea nevoii de experimentare și independență în alegeri.

Modele și strategii de comunicare

Fișa 3. Protocol - SPIKES - protocol de comunicare a veștilor rele (31,32)

Protocol- S.P.I.K.E.S.	S	P	I	K	E	S
Etape	Strategie	Percepție	Invitație	Cunoaștere	Empatie	Sumarizare & Strategie
Măsuri practice	-pregătirea întâlnirii -documentare/informarea medicală - spațiu adecvat	-aflați ce știe pacientul* ? -nivelul de înțelegere a copilului * și a familiei	-dorește aflarea de informații? - -cât dorește? -care este volumul de informații pe care îl poate controla în acel moment	-moment de transmitere a informațiilor precedat de împărtășirea efectivă a diagnosticului/prognosticului	-ascultăm -acordăm timp de reacție	-rezumați și planificați următoarea întâlnire -rezumăm discuția -facem un plan pentru viitor ptr: - Problemele ridicate - Ordinea priorităților - Stabilirea de relații - Persoana de contact
Recomandări	-timp suficient dar limitat -minimum 30 de minute		-pregătiți-vă pentru alternative/ refuz /să comunica altele persoane / cu altă ocazie	-să se facă o pauză pentru a urmări reacțiile (verbale și non verbale), -evaluarea nivelului de înțelegere și a îngrijorărilor -încurajați să pună întrebări	-încurajăm și validăm emoțiile -formulăm un răspuns empatic la emoțiile exprimate ale pacientului	

*la copil/ la adolescent -cu acordul părintelui în funcție de capacitatea de înțelegere a copilului

Fișa 4. Protocolul NURSE - răspuns la emoțiile copilului/ familiei și articularea empatiei-(30)

Protocolul NURSE	N	U	R	S	E
Etape	Name	Understanding	Respect	Support	Explore
Măsurile practice	Numiți emoția	Acordați timp pentru înțelegere	Respectați emoția copilului și a familiei	Fiți suportivi	Explorați ce temeri/ valori există? Folosiți întrebări deschise!
Cum facem asta?	„Pare că sunteți îngrijorat de aceste rezultate.” „Văd că sunteți frustrat de această situație.”	„Pot să înțeleg de ce acest diagnostic vă sperie.” „Este de înțeles că vă simțiți copleșit după o asemenea veste.”	„Vă admir curajul de a discuta despre aceste probleme dificile.” „Ați făcut o treabă excelentă gestionând simptomele până acum.”	„Vom trece prin acest plan de tratament împreună.” „Sunt aici să vă ajut cu orice întrebare aveți pe parcurs.”	„Puteți să-mi spuneți mai multe despre ce vă îngrijorează cel mai tare?” „Ce altceva vă mai trece prin minte acum?”

Fișa 5. Bariere în comunicarea în IPP (Zang 2024; Levin 2023; Benedetti 2025)

Familiale și emoționale	Profesionale	Organizaționale	Culturale și spirituale
Frica de a provoca suferință copilului	Lipsa instruirii în comunicarea veștilor dificile	Spații inadecvate pentru întâlniri private	Diferențe culturale privind discuțiile despre moarte
Negarea prognosticului	Timp insuficient pentru discuții aprofundate	Coordonare insuficientă între echipe	Diferențe religioase privind deciziile medicale
Dificultatea de a procesa informațiile	Dificultăți în evaluarea nivelului de înțelegere al copilului	Proceduri incomplete sau absente	Reticență a familiei în a accepta IPP
Diferențele între părinți în privința deciziilor	Dificultati în exprimarea empatiei	Lipsa de implementare a procedurilor de comunicare	Lipsa de suport în discuțiile spirituale

Fișa 6. Diagrama comunicării cu copilul/ familia în traiectoria bolii

Evaluarea nevoilor copilului și familiei	• evaluarea nivelului de înțelegere (Ask–Tell–Ask) • evaluarea stării emoționale și a anxietății • identificarea stilului de coping • preferințelor privind informațiile • evaluarea statusului de dezvoltare cognitivă • evaluarea resurselor sociale și spirituale • identificarea barierelor	• evaluarea înțelegerii despre evoluția bolii • identificarea temerilor principale • evaluarea speranțelor și așteptărilor • evaluarea capacității decizionale • evaluarea dorinței de participare a copilului • la discuții • evaluarea calității vieții și a simptomelor	• evaluarea durerii și simptomelor • evaluarea fricii copilului (durere, separare, siguranță) • evaluarea nevoilor spirituale • evaluarea resurselor de suport ale familiei • identificarea dorințelor copilului • evaluarea nevoilor legate de doliu anticipat
Pașii de urmat în comunicare	• pregătire: echipă, spațiu privat, timp • stabilirea relației empatice cu părinții • implicarea echipei • transmiterea diagnosticului folosind modelul SPIKES • limbaj simplu, fără jargon, adaptat vârstei • oferirea de timp pentru reacții și întrebări • validarea emoțiilor (NURSE)	• comunicare onestă a prognosticului • discutarea opțiunilor de tratament • decizie partajată copil–familie–echipă • adaptarea comunicării la vârstă • includerea copilului/adolescentului • stabilirea obiectivelor • formularea planului de îngrijire paliativă	• comunicare clară privind apropierea sfârșitului • menținerea demnității copilului • pregătirea familiei pentru modificările finale • discuția despre locul morții • discutarea despre măsuri de confort • sprijin psihologic și spiritual • evitarea mesajelor false
Reevaluare	• reevaluarea înțelegerii informațiilor • corectarea erorilor de înțelegere • reevaluarea emoțională • reevaluarea dorințelor privind volumul informațiilor • documentarea	• reevaluarea simptomelor și a calității vieții • reevaluarea obiectivelor de îngrijire • reevaluarea prognosticului • discuții repetate • monitorizarea impactului emoțional	• reevaluarea clinică a simptomelor • reevaluarea nevoilor emoționale • reevaluarea intervențiilor • follow-up după deces: suport în doliu

Diagnostic

Prognostic

Faza terminală

Faza de doliu

V. PARTICULARITĂȚI ÎN COMUNICARE

Fișa 7. Comunicarea cu adolescentul (26)

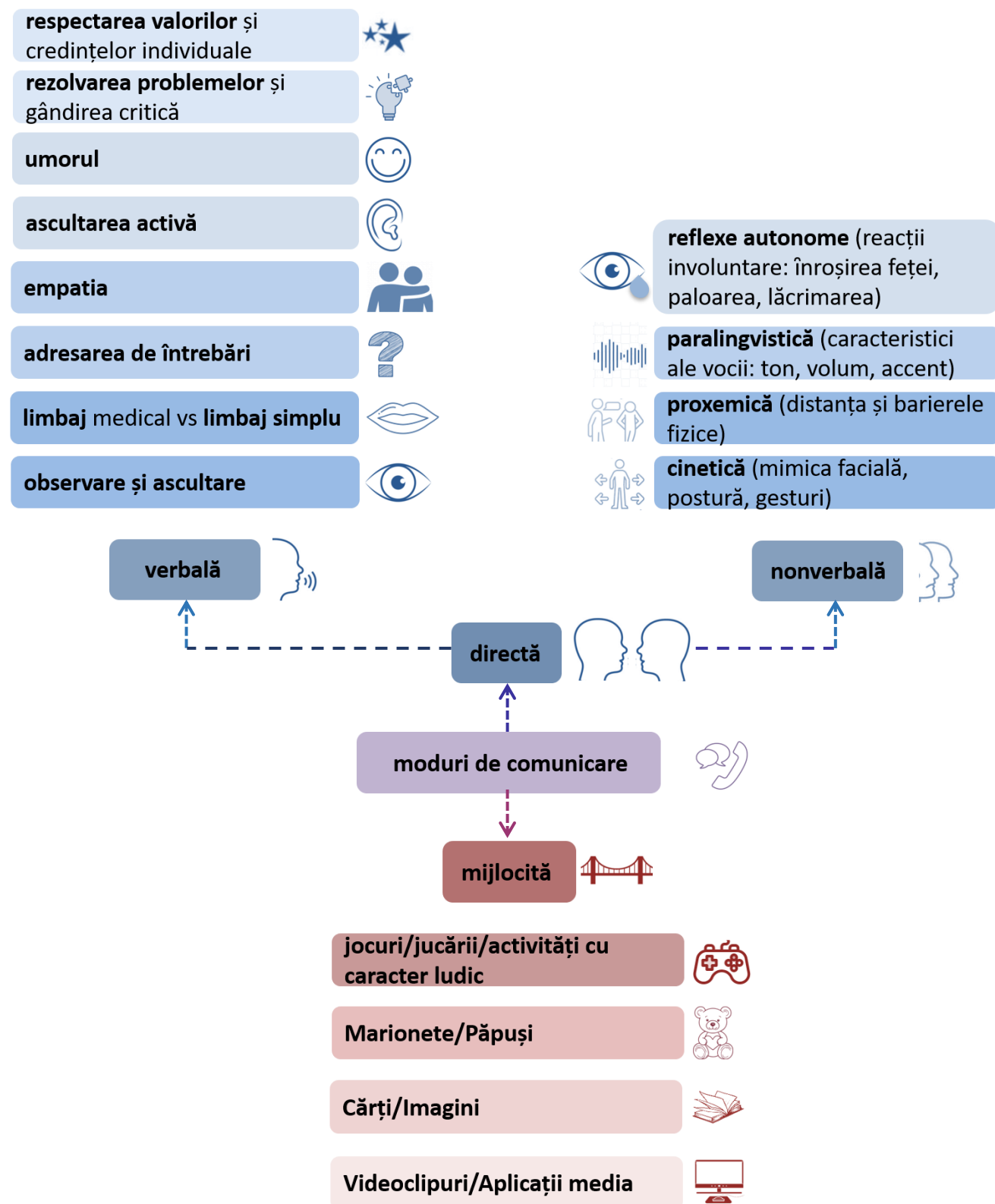
Comunicarea cu adolescentul	Respectați	Fiți Atenți			
Explorați	Dorința de independență	La nevoile psihologice	Preocupări legate de frați/ părinți/ prieteni	Nevoia de oportunități/ dorințe	Ce este important?
Măsuri de intervenție	- acordă timp și spațiu privat; - evaluează nevoile și îngrijorările (vezi protocol de evaluare inițială); - implicați adolescentul în luarea deciziilor (i).	- sunt specifice și pot fi complexe, - să nu poată fi conștient de prognostic, - să nu poată face față incertitudinii bolii.	- facilitează întâlniri de familie; - explorează temerile.	- a face lucruri pe care le fac și alți tineri;	- încercați să îndepliniți dorințe (școala, facultatea, pasiuni, dorințe etc);

(i) Aceasta poate fi o sursă de conflict atunci când părinții doresc să nu împărtășească anumite informații cu copilul.

Fișa 8. Comunicarea la copilul cu nevoi speciale (26)

Moduri practice de comunicare la copii cu deficite	Cum?	Instrumente de comunicare indirectă	Atenția la limbajul non-verbal!
Cognitive	cu răbdare; un ritm mai rar; limbaj simplu; ton duos; adaptare la gradul de atenție și înțelegere;	joc; imagini; cântec; analogii;	Comunicare cu atenție în timpul oricărei proceduri de îngrijire;
Fizice/ senzoriale	adoptarea unui limbaj inteligibil pacientului cu dizabilitate; scădem anxietatea și neînțelegerile crescând calitatea vieții pacientului; Atenție la ceea ce transmite pacientul!	Toate uneltele de comunicare accesibile	Atenție sporită la comunicarea non-verbală!

VI. MODURI DE COMUNICARE PEDIATRICE



VII. STUDIU DE CAZ

Cum comunicăm diagnosticul și prognosticul la adolescent?

Adolescenta P.L., 14, sex feminin, din mediu rural, la care simptomele au debutat în ianuarie 2019, prin tulburări de vedere la nivelul OD și în 24 de ore apare diplopie, pentru care efectuează de urgență RMN cerebral care evidențiază o tumoră fronto-temporală dreaptă.

În data de 18.02.2019 se practică ablația macroscopică totală a formațiunii tumorale. Examenul histopatologic și imunohistochimic efectuat de către Departamentul de Neuropatologie a confirmat diagnosticul de Glioblastom IDH wild type (WHO grade IV)

Tatăl pacientei a fost îndrumat spre clinica de oncologie, dar refuză, fiind convins că copila va deceda repede (nu se adresează serviciului de oncologie și nici nu comunică diagnosticul copilei), care după 1 an prezintă recidivă exprimată prin cecitate brusc instalată, confirmată imagistic și pentru care se reintervine neurochirurgical cu ablație subtotală, dar vederea este compromisă definitiv.

Postoperator pacienta a fost: hemiplegică, nevăzătoare, iar mama s-a infectat cu Covid, pacienta având nevoi speciale de îngrijire (tegumentare, cecitate, de recuperare neuromotorie) cu o familie suportivă.

Cum ați comunica diagnosticul și prognosticul în această situație și care sunt obiectivele în comunicare?

Abordare

În acest caz comunicarea a fost în etape pentru că pacienta era extrem de suferindă și depresivă.

S-a stabilit prima întâlnire cu tatăl în care s-a parcurs pasul 1 și 2 al algoritmului. În această primă întâlnire el a realizat decizia greșită și ne-a întrebat "Care este diagnosticul? Ce fel de cancer are fetița mea? "Cât de extinsă este boala? Și da, am greșit nevenind de acum un an?" Și-a exprimat îngrijorarea pentru decizia luată anterior, neînțelegând gravitatea situației: „Dacă se mai poate face ceva să schimbăm traiectoria vieții ei, vrem să facem totul.”

- S-a comunicat diagnosticul –verificând nivelul de înțelegere și lăsând timp pentru întrebări
- „Cine va spune copilului meu adevărul că eu nu pot!” „Ce pot să mai fac acum?”
- A urmat un moment de exprimare a emoțiilor și de clarificare a îngrijorărilor
- Apoi s-a formulat un răspuns empatic: "vestea pe care tocmai ați primit-o v-a surprins... și este firesc să fie așa..." Am încercat să rezumăm discuția și să includem și îngrijorările lui.
- Până la întorcerea mamei în spital, ea a fost îngrijită de tată, dar acesta nu a dorit să fie inclus și copilul în discuțiile de comunicare.

Întâlnirea cu adolescenta a fost stabilită când starea ei s-a mai ameliorat și am parcurs pașii 1, 2, 3 ai algoritmului. Ea ne-a adresat multe întrebări: "De ce m-am îmbolnăvit? "Și cât va dura până mă voi face bine?" "Am să mai văd? Am să mai pot merge?" Ce înseamnă această tumoră? "Voi urma tratament și cum va fi el?" "Cum mă voi simți în timpul tratamentului?" A dorit să înțeleagă fiecare etapă de tratament și ce implicații are. S-a ținut cont de deciziile și dorințele ei. Adolescenta a fost încurajată să își exprime frământările, a pus întrebări, iar o parte din echipă a fost pentru ea un suport. A învățat folosind telefonul și a dorit să continue școala la distanță. A recuperat fizic hemipareza și emoțional, chiar dacă a rămas cu cecitate, a învățat să practice jocuri pentru nevăzători. A fost de acord să înregistreze un interviu despre cum a trecut prin pandemie și boală.

Întâlnirea cu mama și cu adolescenta a fost marcată de progrese în înțelegere și acceptare a situației. Mama a fost suportivă și înțeleaptă, facilitând discuțiile și exprimarea temerilor. Adolescenta ne aștepta la vizită cu surprize (glume, cântece sau bancuri), ne-a învățat lecții de viață.

La sfârșit am rezumat informațiile prezentate și s-a verificat înțelegerea lor și s-au oferit terapii de suport psihoemoțional atât mamei, cât și adolescentei.

La recădere însă, adolescenta și mama au înțeles prognosticul limitat, au refuzat tratamentul chimioterapic și au dorit îngrijire paliativă la domiciliu, fiind acasă cu simptome controlate cea mai mare parte a timpului, s-a stabilit în avans cu mama care sunt lucrurile pe care le-a mai dorit să le facă.

La sfârșitul vieții a dorit să fie în spital, să nu fie văzută de fratele mai mic cu care a avut o relație specială. Din relatările mamei de la sfârșitul vieții: „D spunea: și când nu mai pot, mai pot un pic. Cred din tot sufletul că numai bunul Dumnezeu o ajutat-o în toți acești ani. D. ne-a învățat ce înseamnă iubirea, iertarea și cum să mergem mai departe, chiar dacă corpul și boala au afectat-o foarte tare, ea nu și-a pierdut speranța și zâmbetul! “Mulțumim!”

Recomandări practice în comunicarea cu adolescenți în 5 pași:

- Evaluează perspectiva adolescentului și a familiei
- Comunică, fă schimbul de informații în acord cu nevoile lui și explorează temerile lui
- Participă emoțional –fii prezent
- Gestionează incertitudinile –clarifică
- Angajează adolescentul în procesul decizional.

Comunicarea superficială și incorectă va duce la o decizie medicală greșită (Streuli et al., 2019).

Comunicarea diagnosticului și a prognosticului va facilita înțelegerea și conectarea medicală, va clarifica obiectivele de îngrijire și înțelegerea realității.

Comunicarea corectă va întâmpina dorința familiei “de a face ce se mai poate face” chiar dacă nu se mai poate vindeca (Keeley, 2017).

Comunicarea cu adolescentul și familia este pentru stafful medical o abilitate care se învață ca parte a bune practici medicale (Lisakowski A. 2025; Graetz, D.E 2020).

VIII. REZUMAT

Comunicarea în IPP este un proces dinamic, complex, multidimensional, influențat de variabile clinice, psihologice, sociale și culturale prin abordări **individualizate și centrate pe familie**, care să includă activ copilul în procesul de comunicare, în funcție de vârstă și capacitatea de înțelegere.

Comunicarea eficientă nu se reduce la simpla transmitere de informații medicale, ci implică construirea unei relații terapeutice în care sunt integrate empatia, respectul și onestitatea. De asemenea, trebuie să se respecte preferințele familiei/ copilului și să se țină cont de contextul cultural, în vederea optimizării îngrijirii copilului bolnav.

Bibliografie

1. Benedetti, F., Giacomelli, L., Papa, S., Verzeletti, V., & Agosto, C. (2025). Cultural, religious, and spiritual influences on communication in pediatric palliative care: A narrative review. *Children*, 12(8), 1033. <https://doi.org/10.3390/children12081033>
2. Boeriu, E., Borda, A., Miclea, E., Oprea, A., & Arghirescu, S. (2023). Prognosis communication in pediatric oncology: A systematic review. *Children*, 10(6), 972. <https://doi.org/10.3390/children10060972>
3. Brouwer, M. A., & Maeckelberghe, E. L. M. (2021). Breaking bad news: What parents would like you to know. *Archives of Disease in Childhood*, 106(3), 276–281. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2019-318398>
4. Childers, J. W., Bulls, H., & Arnold, R. (2022). Beyond the NURSE acronym: The functions of empathy in serious illness conversations. *Journal of Pain and Symptom Management*, 65(4), e375–e379. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2022.11.029>
5. Davis, S., & Nunn, M. (2023). Palliative communication in the pediatric intensive care unit. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 35(3), 287–294. <https://doi.org/10.1016/j.cnc.2023.04.004>
6. DeCoursey, D. D., Bernacki, R. E., Nava-Coulter, B., Lach, S., Xiong, N., & Wolfe, J. (2024). Feasibility of a serious illness communication program for pediatric advance care planning. *JAMA Network Open*, 7, e2424626. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.24626>
7. Dumitrache, M., Moșoiu, D., & Boeriu, E. (2023). Ghiduri/protocoale clinice pentru îngrijirea paliativă pediatrică (Protocoalele VII–VIII, pp. 75–91). <https://www.sivoceameacontenza.ro>
8. Graetz, D. E., Garza, M., Rodriguez-Galindo, C., & Mack, J. W. (2020). Pediatric cancer communication in low- and middle-income countries: A scoping review. *Cancer*, 126, 5030–5039. <https://doi.org/10.1002/cncr.33222>
9. Hrdlickova, L., Polakova, K., & Loucka, M. (2021). Important aspects influencing delivery of serious news in pediatric oncology: A scoping review. *Children*, 8, 166. <https://doi.org/10.3390/children8020166>
10. Hrdlickova, L., Polakova, K., & Loucka, M. (2023). Innovative communication approaches for initializing pediatric palliative care: Family caregiver and specialist perspectives. *BMC Palliative Care*, 22, 152. <https://doi.org/10.1186/s12904-023-01269-3>
11. Kaye, E. C., Woods, C., Kennedy, K., Velrajan, S., Gattas, M., Bilbeisi, T., Huber, R., Lemmon, M. E., Baker, J. N., & Mack, J. W. (2021). Communication around palliative care principles and advance care planning between oncologists, children with advancing cancer and families. *British Journal of Cancer*, 125, 1089–1099. <https://doi.org/10.1038/s41416-021-01512-9>
12. Keeley, M. P. (2017). Family communication at the end of life. *Behavioral Sciences*, 7(3), 45. <https://doi.org/10.3390/bs7030045>
13. Kentor, R. A., Mehler, S., Christianson, C., & Farner, H. (2025). Differences in patient and parent preferences for prognostic communication across disease milestones in advanced childhood cancer. *Pediatric Blood & Cancer*, 72(11), e31964. <https://doi.org/10.1002/pbc.31964>
14. Koch, A., & Grier, K. (2020). Communication and cultural sensitivity for families and children with life-limiting diseases. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 22, 270–275. <https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000654>

15. Lisakowski, A., Frenkert, J., Hartenstein-Pinter, A., Kubek, L., Zernikow, B., & Wager, J. (2025). Effective communication in pediatric palliative care: Evaluation of two educational videos. *Patient Education and Counseling*. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2025.108790>
16. Mathe, T., Mitrea, N., Ancuța, C., Cormack, C., & Rogoza, L. (2025). Communication preferences in pediatric palliative care: Insights from caregivers and specialists—A Central-Eastern European perspective. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*.
17. National Institute for Health and Care Excellence. (2016). *End of life care for infants, children and young people with life-limiting conditions: Planning and management*. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng61>
18. Pakpahan, F. H., & Saragih, M. (2022). Theory of cognitive development by Jean Piaget. *Journal of Applied Linguistics*, 2(2), 55–60. <https://doi.org/10.52622/joal.v2i2.79>
19. Paediatric Palliative Care Australia and New Zealand. (2023). *A practical guide to palliative care in paediatrics* (4th ed., pp. 27–39). <https://paediatricpalliativecare.org.au>
20. Porter, A. S., Chow, E., Woods, C., Lemmon, M. E., Baker, J. N., Mack, J. W., & Kaye, E. C. (2023). Navigating prognostic communication when children with poor-prognosis cancer experience prolonged disease stability. *Pediatric Blood & Cancer*, 70, e29920. <https://doi.org/10.1002/pbc.29920>
21. Rosa, W. E., McDarby, M., Buller, H., & Ferrell, B. R. (2023). Palliative care clinician perspectives on person-centered end-of-life communication. *Cancers*, 15, 4076. <https://doi.org/10.3390/cancers15164076>
22. Schaefer, M. R., Wojtowicz, A., Gardner, M., Patel, P., Sutherland-Foggio, M., & Kenney, A. E. (2025). “If we don't beat it, how long will it take?” *Journal of Palliative Medicine*, 28(2), 207–216. <https://doi.org/10.1089/jpm.2024.0307>
23. Sisk, B. A., Fasciano, K., Block, S. D., & Mack, J. W. (2020). Longitudinal prognostic communication needs of adolescents and young adults with cancer. *Cancer*, 126, 400–407. <https://doi.org/10.1002/cncr.32505>
24. Sisk, B. A., Friedrich, A. B., Kaye, E. C., Baker, J. N., Mack, J. W., & DuBois, J. M. (2021). Multilevel barriers to communication in pediatric oncology. *Cancer*, 127, 2130–2138. <https://doi.org/10.1002/cncr.33449>
25. Sisk, B. A., Harvey, K., & Friedrich, A. B. (2022). Multilevel barriers and facilitators of communication in pediatric oncology. *Pediatric Blood & Cancer*, 69, e29405. <https://doi.org/10.1002/pbc.29405>
26. Silva, M. S. D., Moura, M. V., Andrade, A. M. M., & Araújo, K. Q. M. (2025). SPIKES clinical protocol for delivering bad news: An experience report. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 78(6), e20240638. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2024-0638>
27. Stanek, C., Garcia, D., & Olsavsky, A. L. (2022). Communication within families about advanced pediatric cancer. *Palliative and Supportive Care*. <https://doi.org/10.1017/S1478951522000647>
28. Streuli, J. C., Widger, K., Medeiros, C., Zuniga-Villanueva, G., & Trenholm, M. (2019). Impact of specialized pediatric palliative care programs on communication and decision-making. *Patient Education and Counseling*, 102(8), 1404–1412. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2019.02.011>
29. van Teunenbroek, A., et al. (2024). A Dutch paediatric palliative care guideline. *BMC Palliative Care*, 23, 270. <https://doi.org/10.1186/s12904-024-01568-3>
30. Western Australian Department of Health. (2021). *Western Australian paediatric strategy for end-of-life and palliative care 2021–2028*.
31. Zanon, B. P., Cremonese, L., Ribeiro, A. C., Padoin, S. M. D. M., & De Paula, C. C. (2020). Communication of bad news in pediatrics: Integrative review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(Suppl. 4), e20190059. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0059>
32. Zhang, M., Li, H., Li, F., & Zhang, Y. (2024). Facilitators and barriers to parent-child communication in pediatric palliative care. *International Journal of Nursing Sciences*, 11(4), 495–503. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2024.08.001>