

PCI "ÎNGRIJIRI PALIATIVE ÎN DISPNEE"



Aprobat
șef IMSP CS Ungheni
Belbas Oleg



Instituția Medico-Sanitară Publică CS Ungheni

ÎNGRIJIRI PALIATIVE ÎN DISPNEE

**Protocol clinic instituțional
(ediția II)**

PCI-133

Ungheni, 2024



INSTITUȚIA MEDICO-SANITARĂ PUBLICĂ
CENTRUL DE SĂNĂTATE UNGHENI

ORDIN

Nr. 50

„20” „06” 2024

*Despre îndeplinirea Ordinului MS al RM nr.431 din 15.05.24
cu privire la aprobarea Protocolului Clinic Național
„Îngrijiri paliative în dispnee”, ediția II
în cadrul IMSP CS Ungheni.*

Întru realizarea prevederilor Ordinului Ministerului Sănătății al Republicii Moldova nr. 431 din 15.05.2024 „Cu privire la aprobarea **Protocolului Clinic Național „Îngrijiri paliative în dispnee”, ediția II**”, elaborat în vederea asigurării calității serviciilor medicale, în temeiul prevederilor Hotărârii Guvernului nr.148/2021 „Cu privire la organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății” și în scopul asigurării și îmbunătățirii continue a calității asistenței medicale acordate pacienților în cadrul IMSP CS Ungheni,

ORDON:

1. De implementat în activitatea medicilor de familie IMSP CS Ungheni Protocolul Clinic Național „**Îngrijiri paliative în dispnee**”, **ediția II**”.
2. De monitorizat implementarea, respectarea și eficiența utilizării Protocolului Clinic Național „**Îngrijiri paliative în dispnee**”, **ediția II**, în cadrul IMSP CS Ungheni de către grupul de audit medical intern.
3. De organizat asigurarea cu medicamente necesare, incluse în Protocolul Clinic Național „**Îngrijiri paliative în dispnee**”, **ediția II**”.
4. De organizat participarea personalului medical la seminarele zonale ce vor fi organizate în scopul instruirii implementării PCN.
5. De elaborat Protocolul Clinic Instituțional în baza PCN „**Îngrijiri paliative în dispnee**”, **ediția II**”, în cadrul IMSP CS Ungheni.
6. Controlul executării prezentului ordin se atribuie Șefului Adjunct pe probleme medicale D-nei Natalia Bargan.

Șef IMSP CS Ungheni

Oleg BELBAS



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA

ORDIN
mun. Chișinău

15 mai 2024

Nr. 431

Cu privire la aprobarea Protocolului clinic național „Îngrijiri paliative în dispnee”, ediția II

În vederea asigurării calității serviciilor medicale acordate populației, în temeiul Hotărârii Guvernului nr.148/2021 cu privire la organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății,

ORDON:

1. Se aprobă Protocolul clinic național „Îngrijiri paliative în dispnee”, ediția II, conform anexei.
2. Conducătorii prestatorilor de servicii medicale vor organiza implementarea și monitorizarea aplicării în practică a Protocolului clinic național „Îngrijiri paliative în dispnee”, ediția II.
3. Conducătorul Agenției Medicamentului și Dispozitivelor Medicale va întreprinde măsurile necesare în vederea autorizării și înregistrării medicamentelor și dispozitivelor medicale incluse în Protocolul clinic național „Îngrijiri paliative în dispnee”, ediția II.
4. Conducătorul Companiei Naționale de Asigurări în Medicină va organiza ghidarea angajaților din subordine de Protocolul clinic național „Îngrijiri paliative în dispnee”, ediția II, în procesul de executare a atribuțiilor funcționale, inclusiv în validarea volumului și calității serviciilor acordate de către prestatorii încadrați în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală.
5. Conducătorul Consiliului Național de Evaluare și Acreditare în Sănătate va organiza evaluarea implementării Protocolului clinic național „Îngrijiri paliative în dispnee”, ediția II, în procesul de evaluare și acreditare a prestatorilor de servicii medicale.
6. Conducătorul Agenției Naționale pentru Sănătate Publică va organiza controlul respectării cerințelor Protocolului clinic național „Îngrijiri paliative în dispnee”, ediția II, în contextul controlului activității instituțiilor prestatoare de servicii medicale.
7. Direcția managementul calității serviciilor de sănătate, de comun cu Comisia de specialitate a Ministerului Sănătății în paliative, vor asigura suportul consultativ-metodic în implementarea Protocolului clinic național „Îngrijiri paliative în dispnee”, ediția II, în activitatea prestatorilor de servicii medicale.
8. Rectorul Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, conducătorul Centrului de excelență în medicină și farmacie „Raisa Pacalo” și conducătorii colegiilor de medicină vor organiza implementarea Protocolului clinic național „Îngrijiri paliative în dispnee”, ediția II, în activitatea didactică a catedrelor respective.
9. Se abrogă Ordinul Ministerului Sănătății nr.454 din 02.06.2011 Cu privire la aprobarea Protocolului clinic național „Îngrijiri paliative în dispnee, stare terminală”, cu modificările ulterioare.
10. Controlul executării prezentului ordin se atribuie secretarilor de stat.

Ministru

Ala NEMERENCO

CUPRINS

SUMARUL RECOMANDĂRILOR	4
Abrevierile folosite în document	6
PREFAȚĂ.....	6
A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ.....	7
A.1. Diagnosticul:	7
A.2. Codul bolii (CIM 10)	7
A.3. Utilizatorii:.....	7
A.4. Obiectivele protocolului:	7
A.5. Elaborat: 2011	7
A.6. Revizuit: 2024.....	7
A.8. Definițiile folosite în document	7
A.9. Informație epidemiologică	7
B. PARTEA GENERALĂ.....	8
Nivelul de asistență medicală primară	8
C.1. ALGORITMI DE CONDUITĂ.....	10
C. 1.1. Algoritm de diagnostic în dispnee	10
C.1.2. Particularitățile clinice ale dispneei.....	11
C.2.1. Etiologia dispneei.....	13
C.2.2. Profilaxia, recomandări generale.....	14
C.2.3. Conduita pacientului cu dispnee	14
C.2.3.1. Managementul dispneei	14
C.2.3.2. Scale de evaluare a dispneei	14
C.2.3.3. Anamneza	15
C.2.3.4. Examenul fizic	15
C.2.3.5. Investigațiile paraclinice.....	16
C.2.3.6. Diagnostic diferențial în dispnee	16
C.2.3.7. Criteriile de spitalizare	18
C.2.3.8. Tratamentul pacientului cu dispnee	18
D. RESURSELE UMANE ȘI MATERIALELE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR DIN PROTOCOL	21
Prestatori de servicii medicale la nivel de AMP.....	21
E. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI	22
F, ASPECTE MEDICO - ORGANIZATORICE.....	22
ANEXE.....	24
Anexa 1. GHIDUL PACIENTULUI CU DISPNEE.....	24
ANEXA 2. FIȘA STANDARDIZATĂ DE AUDIT MEDICAL BAZATĂ PE CRITERII PENTRU PCN - ÎNGRIJIRI PALIATIVĂ ÎN DISPNEE.....	25

SUMARUL RECOMANDĂRILOR

1. Managementul actual al dispneei este axat pe tratamentul bolii de bază și pe intervențiile farmacologice, dacă acestea sunt inadecvat controlate.
2. Serviciile comprehensive pentru controlul dispneei integrează servicii de suport pentru auto-gestiunea simptomelor și îmbunătățirea calității vieții.
3. Medicii trebuie să efectueze o evaluare sistematică a dispneei la fiecare consult/vizită a pacientului cu boală avansată, aflați în îngrijiri paliative (III, B). Rezultatele raportate de pacient sunt standardul de aur pentru evaluarea dispneei. Evaluările fiziologice pot completa, dar nu înlocuiesc datele raportate de pacient (III, B). Pentru pacienții care nu pot efectua auto-evaluarea dispneei, clinicienii ar trebui să utilizeze o scală unidimensională validată.
4. Pacienții identificați cu patologii respiratorii cronice necesită o evaluare completă, care să includă cauzele potențiale, tipul și severitatea disfuncției respiratorii (IV, B). Pacienții cu dificultăți respiratorii episodice trebuie întrebați despre intensitatea, frecvența, durata și impactul acestor episoade, precum și potențialele evenimente declanșatoare (IV, B).
5. Ori de câte ori este posibil, pacienții cu dispnee trebuie să fie supuși unei evaluări comprehensive pentru a determina severitatea, cronicitatea, cauze potențiale, declanșatoare și simptomele asociate, precum și impactul emoțional și funcțional al dispneei. Pacienți cu dispnee din cauze potențial reversibile (de exemplu: revărsatul pleural, pneumonia, sindromul obstructiv asociat bronșiolitelor, anemia, astmul, exacerbarea bronhopneumopatiei cronice obstructive (BPOC), embolia pulmonară sau pneumonitele induse de medicația chimioterapică etc.) ar trebui să primească tratament în concordanță cu dorințele lor, prognosticul și starea generală de sănătate. Pacienții cu dispnee din cauza unei malignități subiacente (de exemplu: carcinomatoză limfangitică, atelectazie din volumul mare al tumorii, revărsat pleural malign) pot beneficia de tratamente contra cancerului dacă sunt în concordanță cu dorințele lor, prognosticul și starea generală de sănătate. Pacienții cu comorbidități subiacente, cum ar fi BPOC sau insuficiență cardiacă, ar trebui să beneficieze de o conduită optimă a acestor condiții patologice.
6. Pacienții cu boală sau cancer avansat și dispnee trebuie îndrumați către o echipă multidisciplinară de îngrijiri paliative.
7. Intervențiile non-farmacologice la pacienții cu dispnee, aflați în îngrijiri paliative, includ următoarele opțiuni:
 - intervenții privind fluxul de aer, cum ar fi direcționarea unui ventilator spre obraz (distribuția nervului trigemen), acest lucru poate fi util la persoanele fără hipoxemie sau ca adjuvant la cele care necesită suplimentare de oxigen pentru hipoxemie (II b);
 - consiliere cu privire la tehnicile relevante de reeducare a respirației și/sau referire ca să consulte servicii de specialitate, cum ar fi kinetoterapeutul (II b);
 - educație și informație cu privire la strategiile de autogestionare a dispneei, inclusiv ritmul activității, ameliorarea pozițiilor și de distragere a atenției (II b);
 - orientare către programele de reabilitare bazate pe exerciții fizice disponibile, inclusiv cele pulmonare sau cardiace, servicii de reabilitare pentru pacienții cu comorbidități cronice pulmonare sau cardiace (I a);
 - oferirea sfaturilor individualizate cu privire la exerciții aerobe și de rezistență, potrivite stării funcționalității pacientului și gradului dispneei (I b).
8. Pot fi oferite și alte măsuri non-farmacologice, cum ar fi tehnici de respirație, postură, relaxare, distragere a atenției, meditație, autogestionare, terapie fizică și terapie prin muzică (calitatea dovezilor: scăzută; puterea de recomandare: slabă). Pot fi recomandate presopunctura sau reflexoterapia, dacă sunt disponibile (II C).
9. Oxigenoterapia trebuie să fie disponibilă tuturor pacienților hipoxemici (cu $\text{SaO}_2 \leq 90\%$ în aerul ambiental) ce prezintă dispnee (II B). Nu se recomandă suplimentarea cu oxigen la

pacienții cu $\text{SaO}_2 > 90\%$ (II D). În caz de disponibilitate, oxigenoterapia cu debit mare pe canulă nazală (high flow oxygen therapy), este o opțiune viabilă pentru pacienții cu dispnee și hipoxemie semnificativă (calitatea dovezilor: scăzută; puterea de recomandare: moderată). Ventilația non-invazivă, dacă este disponibilă, poate fi oferită pacienților care au dispnee semnificativă în ciuda măsurilor standard și nu au contraindicații (II B).

10. Dovezile rămân insuficiente referitor la o recomandare pentru sau împotriva reabilitării pulmonare la pacienții cu cancer avansat și dispnee.

11. Intervențiile farmacologice pot include următoarele opțiuni:

- Opioidelor sistemice trebuie să fie oferite pacienților cu dispnee atunci, când intervențiile non-farmacologice sunt insuficiente pentru a oferi ameliorarea dispneei (II B). La pacienții care nu au primit opioide, poate fi utilizată o doză zilnică inițială de *Morfină* 10-30 mg timp de 24 de ore, cu titrare individuală în funcție de simptomele pacientului (II B). La pacienții toleranți la opioide cu dificultăți episodice de respirație asociate cu factori trigger cunoscuți, care conduc la tulburări funcționale semnificative și/sau stres, în ciuda tratamentelor standard, se va lua în considerare utilizarea profilactică a opioidelor înainte de aceste episoade. Pacienții trebuie să utilizeze doze profilactice (de exemplu: $\leq 2 \times / \text{zi}$) și numai cu o monitorizare atentă, având în vedere că riscul de siguranță pe termen lung nu este cunoscut (II C). Tuturor pacienților care inițiază tratamentul cu opioide trebuie să li se ofere profilaxie pentru constipație cu laxative și, după caz, antiemetice (I A). Pacienții care iau opioide pentru dispnee trebuie să fie școlarizați cu privire la utilizarea sigură a opioidelor și monitorizați cu aplicarea strategiilor de atenuare a riscurilor (III A).
- Din cauza riscului semnificativ de sedare și delir, benzodiazepinele nu trebuie utilizate pentru dificultățile de respirație ca terapie farmacologică de primă linie (III D). Benzodiazepinele cu acțiune scurtă pot fi oferite pacienților care suferă de anxietate legată de dispnee și continuă să prezinte dispnee în ciuda opioidelor și a altor măsuri non-farmacologice (V C). În ultimele zile de viață, benzodiazepinele pot fi luate în considerare pentru sedarea paliativă la pacienții cu dificultăți de respirație în ciuda altor tratamente (IV C).
- *Sertralinum* nu este recomandat pentru dispneea cronică (II D). Utilizarea altor antidepresive pentru dificultăți de respirație ar trebui să se limiteze doar la contextul studiilor clinice.
- Glucocorticoizii sistemici pot fi oferiți pentru pacienții cu obstrucție bronșică (astm, BPOC) sau obstrucție din cauza unei tumori, limfangită carcinomatoasă sau când inflamația este cauza probabilă a dispneei (II C).
- Bronhodilatatoarele trebuie utilizate pentru atenuarea dispneei atunci, când pacienții au obstrucție pulmonară confirmată sau dovezi de bronhospasm (calitate a dovezilor: scăzută; puterea recomandării: slabă).
- Pacienților cu dispnee refractară la toate tratamentele standard trebuie să li se ofere opțiunea de sedare continuă paliativă și toate opțiunile paliative aplicabile la pacienții cu o speranță de viață estimată la zile (calitatea dovezilor: scăzută; puterea de recomandare: moderată).

17. Echipa de îngrijiri paliative trebuie să evalueze în mod obișnuit starea psihologică, nevoile de informare și sprijin pentru îngrijitorii persoanelor cu dispnee aflați în îngrijiri paliative (III B). Se va lua în considerare trimiterea către un specialist în probleme de respirație pentru pacienții aflați în îngrijiri paliative care suferă de dispnee (I A).

Abrevierile folosite în document

BAAR	Bacili alcooloacidorezistenți
BPCO	Bronhopneumopatie cronică obstructivă
CT	Tomografie computerizată
DLCO	Difuziunea prin membrana alveolo-capilară a monoxidului de carbon
ECG	Electrocardiograma
EcoCG	Ecocardiogramă
FBS	Fibrobronhoscopie
HRCT	Tomografie computerizată de înaltă rezoluție
i.v.	Intravenos
OMS	Organizația Mondială a Sănătății
PO	Per os
RMN	Rezonanță magnetică nucleară
SBP	Simptomatologie bronhopulmonară
SC	Subcutanat
USMF	Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”

PREFAȚĂ

Protocolul clinic instituțional (PCI) a fost elaborat în baza: PCN-431, „Îngrijiri paliative în dispnee”, și Ordinul nr. 429 din 21.11.2008 cu privire la modalitatea elaborării, aprobării și implementării protocoalelor clinice instituționale și a protocoalelor locului de lucru” de către grupul de lucru în componență:

Belbas Oleg - șef IMSP CS Ungheni;

Bargan Natalia -șef adjunct pe probleme clinice;

Andrieș Ana – farmacist diriginte;

Mămăligă Maria - medic de familie;

Ușurelu Octavian – medic de familie;

Chirinciuc Iulia - medic de familie;

Marcu Elena – pediatru;

Mămăliga Constantin –audit medical intern

Protocolul a fost discutat și aprobat la ședința medicală instituțională pentru aprobarea PCI.

Data elaborării protocolului: iunie (Aprobat prin Ordinul directorului 50 din 20.06.2024) în baza:

- PCN-431, „Îngrijiri paliative în dispnee”, ediția II, Aprobat prin Ordinul Ministerului Sănătății al Republicii Moldova nr. 431 din 15.05.2024 „Cu privire la aprobarea Protocolului clinic național „Îngrijiri paliative în dispnee”, ediția II

A. PARTEA INTRODUCIVĂ

A.1. Diagnosticul:

Exemple de diagnostic clinic:

Dispnee acută.

A.2. Codul bolii (CIM 10)

R06-R06.8.

A.3. Utilizatorii:

- Prestatorii de servicii medicale la nivel de AMP

Notă: Protocolul, la necesitate, poate fi utilizat și de alți specialiști.

A.4. Obiectivele protocolului:

1. A ameliora calitatea vieții pacienților cu dispnee aflați în îngrijiri paliative.
2. A îmbunătăți procesul de diagnosticare a dispneei la pacienții din îngrijiri paliative.
3. A îmbunătăți tratamentul acordat pacienților cu simptomatologie respiratoare aflați în îngrijiri paliative

A.5. Elaborat: 2011

A.6. Revizuit: 2024

A.7 Următoarea revizuire: 2029

A.8. Definițiile folosite în document

Dispneea – senzație subiectivă de greutate/disconfort în respirație în rezultatul interacțiunii multiplilor factori fiziologici, psihologici, sociali și de mediu. Există o componentă subiectivă (dificultatea de respirație) și o componentă obiectivă (modificări ale modelului fiziologic al respirației). Diagnosticul de dispnee se bazează atât pe severitatea, cât și pe persistența simptomelor, precum și pe nivelul deteriorării de ordin funcțional. Atunci când se încearcă a se diagnostica dispneea, necesită a fi luate în considerație așa aspecte ca: etiologia, durata, etapa bolii și istoricul tratamentului.

Suferința pacientului va indica severitatea simptomului.

A.9. Informație epidemiologică

Dispneea reprezintă un simptom care afectează sever funcția respiratorie. Dispneea este o tulburare destul de frecvent întâlnită în practica medicală, care poate fi determinată de foarte multe boli și care poate fi o provocare în plan de diagnostic și de tratament. În cancerele terminale (indiferent de localizare), incidența dispneei variază între 50-60%. În cancerele bronșice, ea constituie 65%.

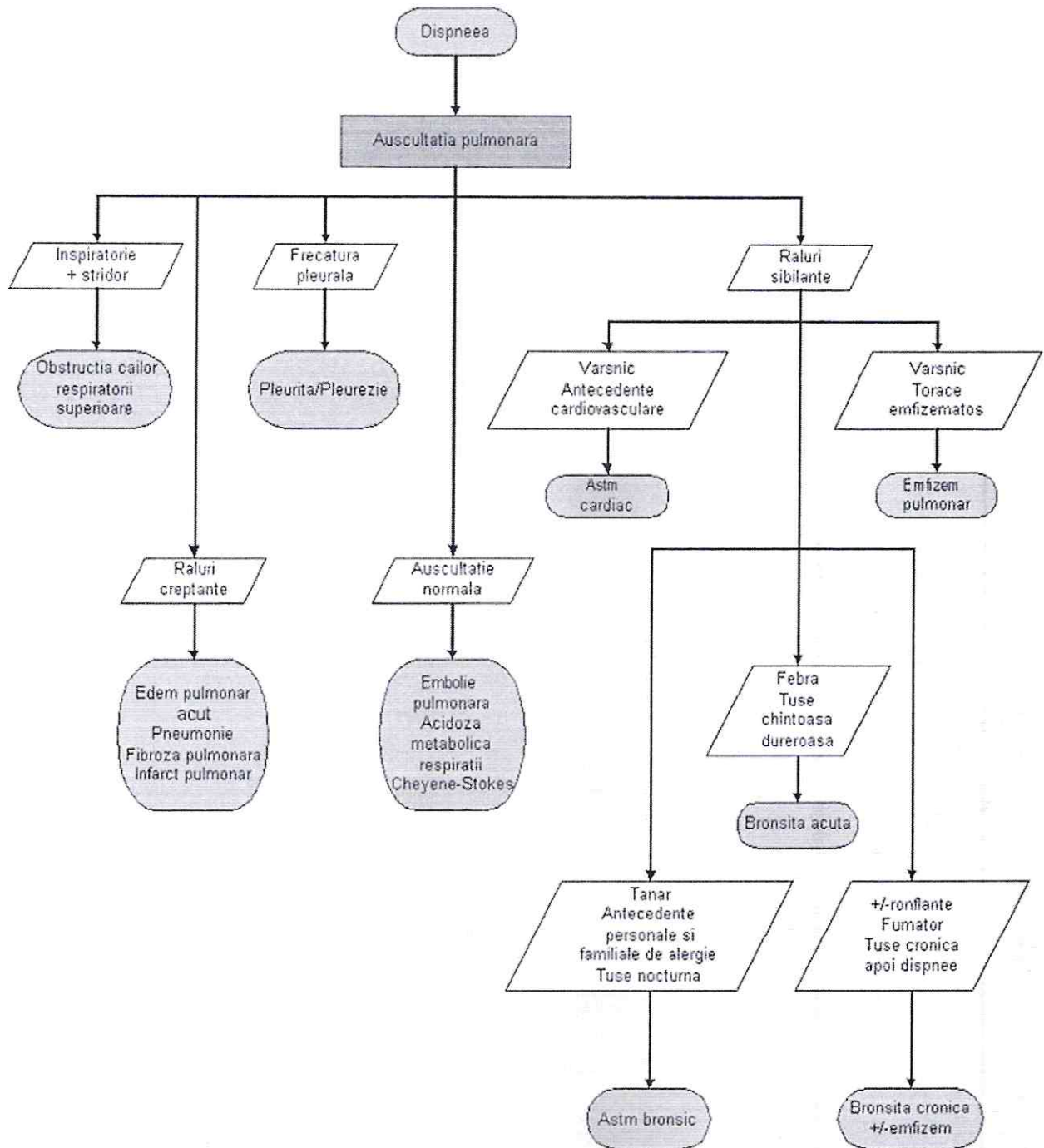
B. PARTEA GENERALĂ

Nivelul de asistență medicală primară		
Descriere	Motive	Pași
1. Profilaxia	Depistarea și evaluarea factorilor de risc endogeni și exogeni, care pot contribui la apariția dispneei la pacienții aflați în îngrijiri paliative, îmbunătățește calitatea vieții	Standard/Obligator: <ul style="list-style-type: none"> • Evaluarea factorilor de risc • Determinarea $IF > 10$ ca factor de risc veridic în BPOC și în cancer pulmonar • Depistarea persoanelor expuse la factori endogeni și exogeni și anamneză agravată pentru patologia sistemului respirator • Consilierea privind schimbarea comportamentului pentru un stil de viață cât mai optim, prin evitarea sau diminuarea factorilor de risc
	Tratamentul și prevenirea acutizărilor infecțiilor cronice respiratorii îmbunătățește calitatea vieții la pacienții aflați în îngrijiri paliative	Standard/Obligator: <ul style="list-style-type: none"> • Evaluarea severității dispneei și instruirea pacientului în autocontrolul bolii Recomandabil: <ul style="list-style-type: none"> • Depistarea și tratamentul cauzelor potențial reversibile a dispneei
2. Diagnosticul		
2.1. Identificarea dispneei	Menajarea dispneei ameliorează calitatea vieții pacientului.	Standard/Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> • Anamneza • Examenul clinic • Evaluarea impactului dispneei asupra pacientului • Cuantificarea gradului de dispnee utilizând scările de dispnee Recomandabil: <ul style="list-style-type: none"> • Radiografia cutiei toracice • Hemoleucograma completă • Coagulograma • Spirografia, inclusiv cu testul bronhodilatator • EcoCG • Tomografia computerizată pulmonară • Consultul specialistului
2.2. Referirea la echipa de îngrijiri paliative	Evaluarea complexă a severității bolii, a stării generale a pacientului și a opțiunilor terapeutice, pentru determinarea nivelului optim de acordare a îngrijirilor medicale	<ul style="list-style-type: none"> • Determinarea nivelului optim de acordare a îngrijirilor medicale • Aprecierea necesității de spitalizare
3. Tratamentul		
3.1. Tratamentul medicamentos	Diminuarea/controlul eficient al dispneei	Standard/Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> • Administrarea tratamentului conform schemelor terapeutice în funcție de simptomatologia prezentă și diagnosticul clinic

		<ul style="list-style-type: none"> • Tratatamentul cauzelor reversibile cu măsuri non-farmacologice și medicamentoase (<i>Caseta 10</i>).
3.2. Referire la echipa multidisciplinară de îngrijiri paliative	Asigurarea îngrijirilor necesare, ca volum și complexitate, în funcție de semnele și simptomele respiratorii, ameliorează prognosticul evoluției acestora.	Standard/Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> • Oferirea tratamentului specializat.
4. Supravegherea	Monitorizarea respectării tuturor indicațiilor în tratament și în îngrijire, îmbunătățește calitatea vieții la pacienții aflați în îngrijiri paliative	Standard/Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> • Orientarea intervenției pe trepte • Intervenții inițiale în caz de dispnee ușoară • Monitorizarea activă a semnelor clinice și a efectelor remediilor medicamentoase • Prescrierea remediilor medicamentoase • Trimiterea pentru evaluare, în caz de necesitate

C.1. ALGORITMI DE CONDUITĂ

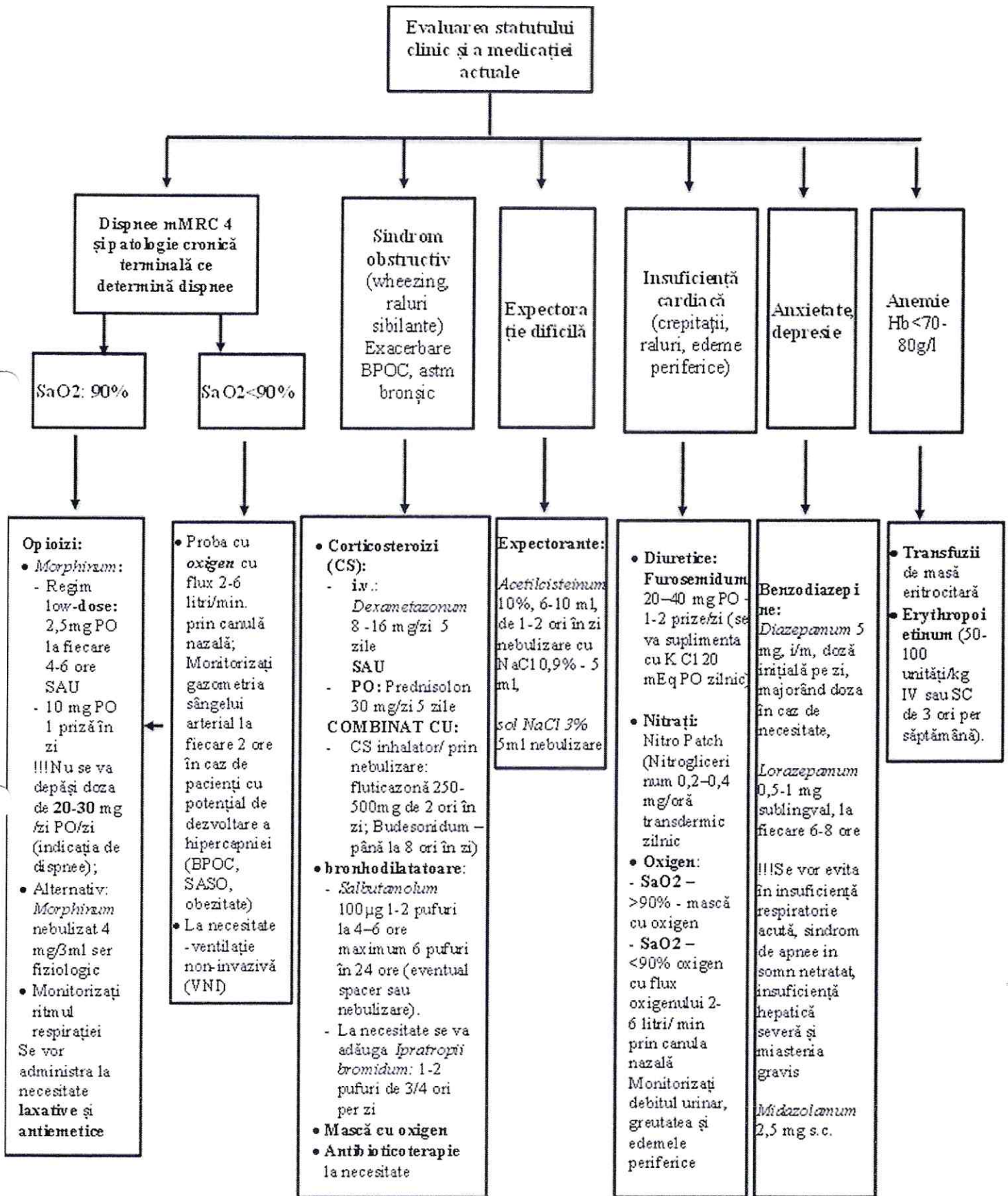
C. 1.1. Algoritm de diagnostic în dispnee



C.1.2. Particularitățile clinice ale dispneei

Particularități		Exemple
<i>Mod de debut</i>	Brusc	Corpi străini, embolie pulmonară, pneumonie, pneumotorax, astm bronșic, traumatisme.
	Progresiv	Pleurezie, emfizem pulmonar, fibroză pulmonară, pneumopatie interstițială fibrozantă, insuficiență cardiacă.
<i>Condiții de apariție</i>	Factori declanșatori	Efort fizic, stres psihic, infecții respiratorii, traumatisme, alergene, substanțe toxice, iritante.
<i>Modificări ale frecvenței respirației</i>	Polipnee	Stres, eforturi fizice, febră, afecțiuni pulmonare fibrozante, afecțiuni ale pleurei, ale cordului, anemii, hipertiroidism, alcaloză, hipoxie.
	Bradipnee	Obstrucția căilor respiratorii, edem glotic, astm bronșic, bronșită cronică, bronhopneumopatie cronică obstructivă.
<i>Modificări ale ritmului respirator</i>	Cheyne-Stokes	Insuficiență circulatorie cerebrală, insuficiență cardiacă, tulburări metabolice, accidente vasculare cerebrale.
	Kussmaul	Comă diabetică uremică, hepatică, intoxicații cu substanțe acidifiante.
	Biot	Traumatisme craniocerebrale, encefalite, tulburări metabolice, intoxicații.
	Respirație de tip invers	Bronhopneumonie.
	Sindromul de apnee în somn	Sindrom de apnee centrală, sindrom de apnee obstructivă.
<i>Poziție a bolnavului</i>	Ortopnee	Insuficiență cardiacă stângă.
	Inspirație forțată	Astm bronșic.
<i>Simptome asociate</i>	În funcție de boală	Tiraj, cornaj, <i>wheezing</i> , tuse, expectorație seroasă, rozată, spumoasă, raluri, modificări ale murmurului vezicular, matitate pulmonară, cardiomegalie, tulburări de ritm cardiac, edeme, febră, stare de șoc, pierderea cunoștinței, cianoză, hipocratism digital.

C1.3 Algoritmul de conduită a cauzelor uzuale de dispnee



C 2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR

C.2.1. Etiologia dispneei

Tabelul 1. Etiologia dispneei în tumori și afecțiunile pulmonare cronice

	Mecanisme	Exemple
Cancer	Bronhopulmonare	<ul style="list-style-type: none"> • Tumori ale laringelui, ale glandei tiroide, ale mediastinului • Fistulă esofagotraheală • Bronșită cronică • Tumoare • Infecția acută (bronșită, pneumonie) • Bronhospasm (bronșită, astm bronșic)
	Reducerea suprafeței țesutului pulmonar funcțional	<ul style="list-style-type: none"> • Tumoare • Rezecție chirurgicală • Fibroză: preexistentă, postactinică • Efuzie pleurală • Embolism pulmonar • Emfizem pulmonar • Infecții • Hemoragie • <i>Deficiența mișcărilor ventilatorii</i> • Dereglări motorii • Fatigabilitate generală • Slăbiciunea mușchilor toracici • Poziție ridicată a diafragmei: ascită, hepatomegalie, paralizia frenică • Distensie gastrică • Durere toracică • Atelectazie • Pneumotorax
Consecință a tratamentului specific oncologic	Cardiovasculare	<ul style="list-style-type: none"> • Cardiomiopatie • Insuficiență cardiacă congestivă • Pericardită exudativă • Obstrucția venei cave superioare • Pericardită constrictivă • Trombemboliile metastatice • Septicemie, șoc, hemoragie
	Anemie	<ul style="list-style-type: none"> • Anemie de diversă etiologie
	Psihogene	<ul style="list-style-type: none"> • Depresie • Anxietate
	Metabolice	<ul style="list-style-type: none"> • Uremie • Febră • Acidoză • Hipocalcemie • Efort fizic
Boli pulmonare obstructive/	Pulmonare	<ul style="list-style-type: none"> • Obstrucție severă/ Restricție severă • Hipersecreție de mucus

pulmonare interstițiale		<ul style="list-style-type: none"> ● Imobilizarea diafragmului (poziție joasă a diafragmului din hiperinflație pulmonară) ● Atelectazie ● Hipoxemie / hipercapnie ● Hemoragie ● Infecție
	Vasculare	<ul style="list-style-type: none"> ● Hipertensiune pulmonară ● Cord pulmonar cronic ● Embolie pulmonară
	Hematologice	<ul style="list-style-type: none"> ● Eritrocitoză secundară
	Psihogene	<ul style="list-style-type: none"> ● Anxietate/ depresie ● Confuzie, obnubilare

C.2.2. Profilaxia, recomandări generale

Caseta 1. *Recomandări generale în profilaxia dispneei*

- Utilizarea vaccinului antigripal
- Vaccinarea antipneumococică
- Evitarea contactului cu alergenii
- Evitarea contactului cu aerul poluat
- Reducerea și abandonarea fumatului
- Poziționare, care atenuază dispneea
- Oxigenoterapie de lungă durată / ventilare mecanică non-invazivă

C.2.3. Conduita pacientului cu dispnee

C.2.3.1. Managementul dispneei

Caseta 2. *Scopul managementului dispneei la pacienții cu boală avansată*

1. A recunoaște și a asista prompt dispneea.
2. A recunoaște influențele psihologice și spirituale în percepția și în managementul dispneei.
3. A controla dispneea nocturnă, în repaus și la mișcare.
4. A păstra la maxim posibil Calitatea Vieții și independența pacientului.
5. A reduce din frica, actuală și ulterioară, legată de dispnee
6. A acorda suport și încurajare aparținătorilor pacienților cu dispnee.

C.2.3.2. Scale de evaluare a dispneei

Scala vizuală analogă

Fără dispnee _____ dispnee maximă

Scala verbală descriptivă

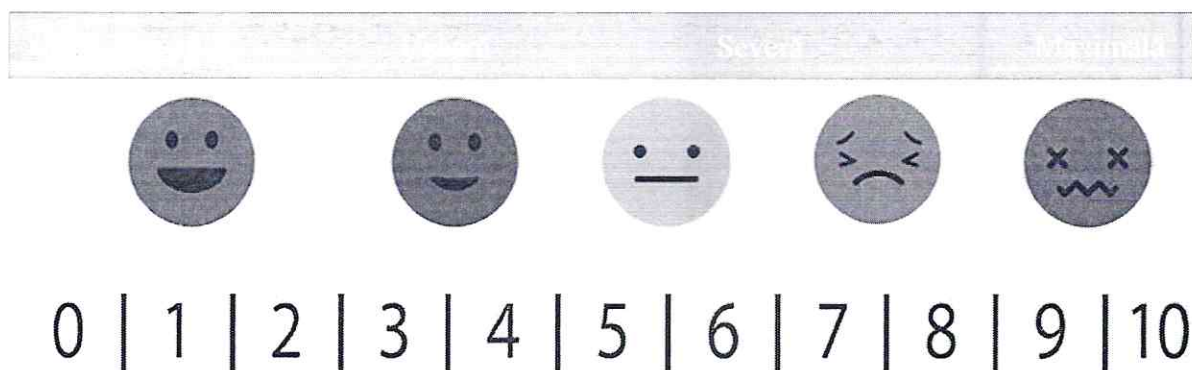
Fără Ușoară Moderată Severă Insuportabilă

Scala Analizatorului vizual (SAV)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Scala Borg

Scala Borg gradează percepția dispneei de către pacienți, în funcție de nivelul efortului fizic tolerat.



Scala de dispnee modificată după Medical Research Council (mMRC)

Gradul 0 – dispnee apărută la eforturi neobișnuite

Gradul I – dispnee apărută la mers rapid pe suprafață plană, sau urcarea în pantă ușoară

Gradul II – merge la mai lent decât persoanele de aceeași vârstă pe suprafață plană din cauza dispneei, sau trebuie să se oprească atunci când merge în ritmul propriu

Gradul III – se oprește după parcurgerea a cca 100 m din cauza dispneei, sau după câteva minute de mers

Gradul IV – dispnee la îmbrăcat și dezbrăcat, nu părăsește locuința din cauza dispneei

Evaluarea Locuinței/ Situației Sociale/ Familiale (condiții de viață, familie, alt sprijin, scări, baie/duș, ferestre, lift).

Frecvența dispneei:

În general / Tot timpul De câteva ori pe zi O dată sau de două ori pe zi

De câteva ori pe săptămână O dată pe săptămână Mai rar decât o dată pe săptămână

Altele (specificați):

Momentul dispneei:

Continuă Intermitentă Dimineata Seara Noaptea

C.2.3.3. Anamneza

Caseta 3. Repere din anamneză ce ar sugera cauza apariției/agravării dispneei

- Modul de apariție a dispneei (debut brusc, indolent, etc).
- Caracterul dispneei: în accese, permanent, la efort, în repaus, etc
- Prezența semnelor clinice: wheezing, junghi toracic, edeme gambiene, hemoptizie, etc
- Ce ușurează dispneea: poziția așezată, decubitul lateral, bronhodilatatoarele, etc

C.2.3.4. Examenul fizic

Caseta 4. Datele obiective în dispnee

- Semnele clinice ale dispneei, cu modificări ale frecvenței respiratorii
- Semnele clinice ale dispneei, cu modificări ale ritmului respirator

Ea este caracterizată prin următoarele semne:

1. Semne fizice

☑ *Principale:*

- Modificarea frecvenței respiratorii (la adult, frecvența normală este între 15-20/min.); ea poate fi crescută (polipnee, tahipnee) sau diminuată – bradipnee. Modificarea raportului timpilor respiratori; respirația Cheyne-Stokes, Biot, Kussmaul.
Modificarea amplitudinii respiratorii: hiperpneea, respirația superficială.

☑ *Secundare:*

- Respiratorii: bătaia aripilor nazale, respirație bucală, utilizarea mușchilor respiratori accesorii.
- Cardiace: tahicardie, tahiaritmie.
- Generale: paloare, cianoză, transpirații.

2. Psihice

Anxietatea, angoasa, frica, atacul de panică, senzația de moarte iminentă însoțesc și amplifică dispneea.

C.2.3.5. Investigațiile paraclinice

Caseta 5. Investigațiile în simptomul de dispnee

- Examenul radiologic
- Spirometria
- Testarea pulmonară funcțională și aprecierea capacității de difuziune a gazelor (DLCO)
- Pulsoximetria
- Gazometria sângelui arterial
- Bronhoscopia
- Tomografia computerizată
- Echocardiografie

C.2.3.6. Diagnostic diferențial în dispnee

Cauza dispneei	Entitatea	Istoric	Semne clinice	Investigații
Pulmonară				
<i>Alveolară</i>	Pneumonie	Febră, tuse cu expectorație, dispnee	Febră, auscultativ crepitații, freamăt vocal accentuat, bronhofonie	Radiografie toracică, CT pulmonară, bronhoscopie, LAB, sputocultura
	Cancer pulmonar	Fumător înveterat, BPOC, fibroză pulmonară, pneumoconioză	Scădere ponderală, hemoptizie, hipersecreție de mucus, auscultativ crepitații, freamăt vocal accentuat, bronhofonie	Radiografie toracică, CT pulmonară cu contrast, bronhoscopie cu bisopsie, LAB
<i>Interstițială</i>	Patologiile pulmonare fibrozante	Dispnee progresivă, cu debut insidios,	Hipoxemie, hipocratism	Radiografie toracică, HRCT pulmonară, bronhoscopie, LAB,

	(fibroza pulmonară idiopatică, pneumopatiile asociate colagenozelor, pneumonitele interstițiale idiopatice, pneumonită de hipersensibilitate etc.), pneumoconiozele	tuse seacă, istoric de malignitate, utilizare de medicamente cu toxicitate pulmonară, expuneri ocupaționale, habituale	digital, crepitații sonore	biopsie, teste serologice la colagenoze, precipitine serice
<i>Obstrucția căilor aeriene</i>	BPOC Tumoare bronșică	Fumat >10 pachet/an/, tuse cronică, hipersecreție de spută, hemoptizie, scădere ponderală asociată malignității	Torace în butoi, wheezing, raluri sibilante și ronflante, utilizare de musculatură accesorie, hipocratism digital, aspect pletoric/cianoză	PEF-metria, spirometria, Radiografia toracică, Bodypletismografia și DLCO CT pulmonar Bronhoscopie
<i>Restricție</i>	Pleurezie Pneumotorax	Durere toracică la debut, dispneea nu se ameliorează la suplimentare cu oxigen	Murmur vezicular diminuat/abolit. Frecătură pleurală, matitate bazală (în pleurezie)/ timpanism la percuție (pneumotorax)	Radiografie toracică (pleurezie, diformitate anatomică), spirometrie
<i>Vasculară</i>	Embolie pulmonară	Fatigabilitate, durere toracică pleuretică, tromboză venoasă profundă, sincopă	Wheezing, edeme la membrele inferioare, frecătură pleurală, accentuarea Zg II la AP, distensia jugularelor	D-dimeri, Angiografie CT, echocardiografie, cateterism cardiac
Cardiacă				
<i>Aritmie</i>	Fibrilație atrială	Palpitații, sincopă	Ritm neregulat, pauze	ECG, Holter ECG, test cu efort
<i>Insuficiență cardiacă</i>	Cardiopatie ischemică	Dispnee la efort, dispnee nocturnă	Edeme gambiene, distensia	ECG, Pro-BNP, Echocardiografie, test

		paroxismală, ortopnee, durere toracică, angină pectorală sau fibrilație atrială	jugularelor, reflux hepatojugular, crepitații la auscultație, wheezing, tahicardie	cu efort, coronaroangiografie
<i>Pericardită restrictivă/constrictivă</i>	Tumori metastatice	Infecție virală, malignități, iradierea toracelui, boli inflamatorii	Zgomote cardiace atenuate	Echocardiografie
<i>Valvulară</i>	Stenoza de aortă	Dispnee la efort	Distensia jugularelor	Echocardiografie
Neuromusculară				
Astenia musculaturii respiratorii	Paralizia nervului frenic	Tulburări neuromusculare cunoscute	atrofie	Presiunea inspiratorie și expiratorie maximală

C.2.3.7. Criteriile de spitalizare

Caseta 6. Criteriile de spitalizare a pacienților cu dispnee

- Creșterea hipoxemiei ce necesită suplimentar oxigen sau semne clinice de insuficiență respiratorie acută
- Dificultăți în diagnosticare
- Lipsa de efect al tratamentului la domiciliu
- Agravarea dispneei
- Forma severă de evoluție
- Apariția simptomelor noi (cianoza, edeme periferice)
- Riscul înalt de patologii concomitente, pulmonare (pneumonie, embolie pulmonară, decompensare cardiacă etc.)
- Tulburările de ritm cardiac apărute (sau reapărute)

C.2.3.8. Tratamentul pacientului cu dispnee

Caseta 7. Principiile de tratament general în simptomul de dispnee

Opțiuni în abordarea dispneei:

Tratamentele specifice utilizate în medicina paliativă, în funcție de categoria clinică:

- pacienți terminali;
- cu dispnee în repaus;
- cu dispnee la activitate.

Tratamentul preventiv:

- *Tratamentul psihosocial:*

Vor fi explicate pacientului toate aspectele pe care le prezintă patologia sa respiratoare. Nu se va ezita să i se ofere și câteva noțiuni de anatomie și de fiziologie. Se va încerca stabilirea unui climat de încredere propice dialogului. Se vor trece în revista diversele posibilități de evoluție ulterioară a afecțiunii, inclusiv atitudinea în fața unei posibile crize de dispnee paroxistică cataclismică.

- *Tratamentul medical:*

Kinetoterapia respiratoare: pacientul va fi învățat să-si dezvolte capacitatea respiratorie, să învețe modalitatea de diminuare a tusei neproductive, precum și eficientizarea tusei productive,

evitându-se oboseala excesivă. Kinetoterapia de mobilizare: masaj, exerciții de gimnastică respiratorie.

Cultivarea atitudinii calme, de încredere:

- poziționare a pacientului cât mai confortabil (ex.: pentru bolnavii cu BPCO sau cu afecțiune unilaterală);
- fizioterapie;
- psihoterapie ;
- aerisire a încăperii;
- terapie de distragere;
- exerciții de relaxare pentru încurajarea respirației profunde, cu buzele strânse;
- tehnici de control al respirației;
- consiliere;
- controlul durerii, conform scării OMS, inclusiv cu opioide, dacă dispneea este asociată cu durere severă.

Abordări non-farmacologice ale dispneei

Crearea sentimentului că dispneea se poate ține sub control:

- Sfaturi pentru controlul respirației – evitați să vă aplecați!
- Tehnici de relaxare, distragerea atenției sau terapie hipnotică.
- Plan de acțiune pentru episoadele acute:
 - instrucțiuni scrise simple – plan pas cu pas;
 - creșterea încrederii în propriile forțe, în a face față episoadelor acute.
- Folosirea ventilatorului, deschiderea ferestrei – umiditate suficientă.
- Terapiile complementare pot fi utile unor pacienți.
- Reducerea temperaturii în cameră (fără a-i fi frig pacientului).
- Eliminarea factorilor ambientali iritanți.

Reducerea sentimentului de izolare socială și în familie:

- Întâlniri cu alte persoane în situații similare.
- Frecventarea unui centru de zi.

Abordarea dispneei la pacienții cu cancer

Se vor lua în considerare următoarele aspecte:

- Dispneea se datorează unei cauze reversibile?
- Dispneea este efect secundar al tratamentului?
- Dispneea se datorează în mod direct cancerului?

Caseta 8. Principiile de tratament medicamentos simptomatice

Bronhodilatatoarele se indică în patologiile pulmonare obstructive. Calea preferată de administrare este inhalatorie:

- Salbutamol 100μg la necesitate (nu mai mult de 6 pufuri în zi)
- Ipratropii bromidum– 1 puf la 6 ore.
- Tiotropii bromidum* 18mcg (capsule), 1,25/2,5 μg - 1 dată în zi
- Glycopyrronium* 300 mg– o dată în zi
- Metilxantinele (Aminofilinum sau Theophyllinum* *per os*) mai puțin preferate din cauza toxicității cardiace înalte.

Glucocorticoizii posedă efecte bronholitice accentuate și, de-aseamenea, pot fi folosiți pentru controlul dispneei, îndeosebi de origine metastatică, carcinomatoasă, limfangită și pneumonite. În îngrijiri paliative, pentru a nu rata efectul terapeutic, se inițiază tratamentul cu doze mari de corticosteroizi pentru ca, ulterior, în decursul câtorva zile, doza să fie micșorată până la doza minimă eficientă. De obicei, se utilizează Dexamethasonum – 8-12 mg s/c pe zi. În cazul

sindromului de obstrucției a venei cava superior se vor administra Dexamethasonum 16 mg / 24 ore s/c, în stridor 8-16 mg/24 ore s/c.

Glucocorticoizii sistemici se utilizează în diverse pneumopatii interstițiale difuze cu doza și schemele de administrare indicate în Protocolul clinic național - Pneumonitele interstițiale idiopatice la adult.

Patologiile pulmonare obstructive beneficiază de tratamentul cu corticosteroizi inhalatori în diferite doze și formule medicamentoase în conformitate cu recomandările prevăzute în Protocolul clinic național BPOC și Astmul bronșic la adult.

Opioidele în doze mici sunt cei mai utili agenți în controlul dispneei. Administrarea de opioide pacienților cu afecțiuni pulmonare cronice severe necesită precauții, însă detresa respiratorie indusă de opioide apare rareori. Doza recomandată de Morphinum este de 5-10 mg *per os* fiecare 4 ore și trebuie titrată în funcție de eficiență și de efectele adverse. Pentru pacienții care au administrat Morphinum în scopul jugulării durerilor, doza se va majora până la 7,5-15 mg. Printre efectele opioizilor, de-asemena, se numără și reducerea anxietății, îmbunătățirea funcției cardiace, controlul durerii asociate și diminuarea sensibilității centrului respirator și a receptorilor periferici.

La pacienții naivi la opioide se va administra Morphinum *per os* cu eliberare imediată 2,5 – 5 mg la patru ore, cu titrarea în funcție de răspuns. Dacă pacientul necesită mai mult de 2 doze în 24 ore, se va lua în considerare utilizarea unui opioid cu acțiune prelungită.

Pacienții care administrează opioizi puternici pentru managementul durerii, vor administra la necesitate doza de 25-100% din doza regulată de la fiecare 4 ore în funcție de severitate dispneei. Se va titra doza necesară, luându-se în considerare creșterea dozei obișnuite cu maxim 25-50% dacă „atunci când este necesar”.

Sedarea pacienților se efectuează cu anxiolitice din grupul benzodiazepinelor și al fenotiazinelor, care prin acest mecanism sunt eficiente în dispneea ce este supusă greu controlului. Sunt administrate în funcție de necesități: sistematic pe parcursul a 24 de ore, doar noaptea sau pentru a contracara crizele de anxietate. Se utilizează:

- Diazepamum 5 mg, *i/m*, doză inițială pe zi, majorând doza în caz de necesitate.
- Lorazepamum 0,5-1 mg sublingval, la fiecare 6-8 ore (eficace în jugularea episodului de panică).
- Benzodiazepinele sunt contraindicate în insuficiență respiratorie acută, sindrom de apnee în somn netratat, insuficiență hepatică severă și miastenia gravis.

Mucoliticele se indică în caz de spută vâscoasă: nebulizare cu NaCl 0,9% - 5 ml, nebulizare cu sol NaCl 3% 5ml, nebulizare cu Acetilcisteinum 10%, 6-10 ml, de 1-2 ori în zi.

În caz de secreție excesivă se utilizează anticolinergicele: Hioscina hidrobromid 0,4-0,8 mg SC la fiecare 4 ore sau 0,8-2,4 mg/24 de ore infuzie subcutanată.

Antitusivele centrale (Codeinum*15-30 mg de 3-4 ori pe zi) sau periferice (Dextrometorfan 60-120 mg pe zi divizat 2-3 prize) se utilizează dacă dispneea este exacerbată de tuse chinuitoare. Anestezicele locale prin inhalare se indică pacienților care au dispnee asociată cu tuse: Bupivacainum* 0,25%-5 ml, prin pulverizator, pentru 15-20 minute, la fiecare 4 ore.

NOTĂ: (*) Produse neînregistrate în Nomenclatorul de Stat al medicamentelor.

Caseta 9. Asistența în stările terminale

Medicația în dispneea terminală

<i>Medicamentul</i>	<i>Doza inițială</i>	<i>Doza maximă</i>	<i>Calea de administrare</i>
Morphinum	10 mg / 24 h	Titrare în funcție de eficiență și toleranță	subcutanat
Midazolamum pentru sedare	10-30 mg / 24 h	200-260 mg / 24 h (doza maximă pentru agitație)	subcutanat
Chlorpromazinum	12,5 mg i.v. la fiecare 4 ore 25 mg per rectum la fiecare 8-12 ore	300-900 mg / 24 h	Intravenos sau rectal

D. RESURSELE UMANE ȘI MATERIALELE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR DIN PROTOCOL

Prestatori de servicii medicale la nivel de AMP	
Personal:	<ul style="list-style-type: none"> ● medic de familie ● medic cu competență în îngrijiri paliative ● asistenta medicului de familie ● medic de laborator și laborant cu studii medii
Dispozitive medicale și consumabile:	<ul style="list-style-type: none"> ● fonendoscop ● tonometru ● peakflowmetru ● pulsoximetru ● laborator clinic standard pentru determinarea: hemoleucogramei complete, coagulograma
Medicamente:	<ul style="list-style-type: none"> ● Care sunt disponibile dotării instituției din următoarele grupe: <ul style="list-style-type: none"> - Opioide (Morphinum) - Benzodiazepine (Diazepamum) - AINS (Acidum acetylsalicylicum, Ibuprofenum) - Mucolitice (Acetilcisteinum) - Antitusive (Codeinum*. Dextromerorfanum) - Glucorticoizi (Dexametazonum, Beclometazonum) - Bronhodilatatori (Salbutamolom, Ipratropii bromidum) - Metilxantine (Aminofilinum, Theophyllinum*) - Diuretice (Furosemidum, Torasemidum, Spironolactonum) - Nitrați (Nitroglicerinum) - Anticoagulante (Fraxiparinum)

E. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI

Nr.	Obiectivele	Indicatorul	Metoda de calcul a indicatorului	
			Numărător	Numitor
1.	A ameliora calitatea vieții pacienților cu dispnee aflați în îngrijiri paliative	1.1. Proporția persoanelor/pacienților din grupul de risc în dezvoltarea simptomatologiei respiratoare aflați în îngrijiri paliative, cărora li s-a administrat tratament	Numărul de persoane/pacienți din grupul de risc în dezvoltarea simptomatologiei respiratoare cărora li s-a administrat tratament	Numărul total de persoane/pacienți din grupul de risc pentru dezvoltarea simptomatologiei respiratoare, care se află sub supravegherea la îngrijiri paliative, pe parcursul ultimului an
2.	A îmbunătăți procesul de diagnosticare a dispneei la pacienții din îngrijiri paliative	2.1. Proporția persoanelor/pacienților din grupul de risc în dezvoltarea simptomatologiei respiratoare aflați în îngrijiri paliative, pe parcursul unui an	Numărul de persoane/pacienți din grupul de risc în dezvoltarea simptomatologiei respiratoare, aflați în îngrijiri paliative cărora li s-au aplicat măsuri de evaluare/diagnosticare a simptomatologiei respiratoare pe parcursul ultimului an	Numărul total de persoane/pacienți din grupul de risc în dezvoltarea simptomatologiei respiratoare, care se află la îngrijiri paliative, pe parcursul ultimului an
3.	A îmbunătăți tratamentul acordat pacienților cu simptomatologie respiratoare aflați în îngrijiri paliative	3.1. Proporția pacienților cu simptomatologie respiratoare aflați la îngrijiri paliative, la care s-a efectuat tratamentul cu preparate specifice	Numărul de pacienți cu simptomatologie respiratoare aflați la îngrijiri paliative, la care s-a efectuat tratamentul cu preparate specifice	Numărul total de pacienți cu simptomatologie respiratoare aflați în îngrijiri paliative

F. ASPECTE MEDICO-ORGANIZATORICE

Cerințele privind necesitatea intervențiilor diagnostico-curativă a pacientului în alte subdiviziuni medicale (centre/instituții) și modalitatea pregătirii către investigațiile respective.

Investigația	Instituția unde se efectuează	Persoanele de contact
Consultația ftiziopulmonolog	IMSP SR Ungheni	
Investigații de laborator	IMSP CS Ungheni	cab 319, 320, 112
ECG	IMSP CS Ungheni	Cab 318, 320, 324
Radiografia pulmonară	IMSP CS Ungheni	Cab 119
Consultația oncolog	IMSP SR Ungheni	Cab 412
EchoCord	IMSP SR Ungheni	
TC Pulmonar	EuroClinic	

Procedura de pregătire diagnostic-curativă a pacientului:

1. Necesitatea efectuării investigațiilor vor fi argumentate în cartela medicală (formular 025e).
2. Pacientul se trimite cu îndreptare (formular 027e), care obligatoriu include diagnosticul, argumentarea investigației respective. Îndreptarea se completează de către medicul de familie.

Cerințele față de conținutul, perfectarea și transmiterea documentației medicale pentru trimeterea pacientului.

1. Pentru efectuarea investigațiilor, consultației la medicul specialist în altă instituție (care necesită prezența pacientului), se eliberează, de către medicul de familie, îndreptare, care va include obligatoriu diagnosticul clinic complet, rezultatele investigațiilor realizate la nivel de AMP și argumentarea necesității procedurii, consultației medicului specialist (formular 027e). Pacientul va prezenta formular 027e în instituția medicală vizată.

Ordinea de asigurare a circulației documentației medicale, inclusive întoarcerea în instituție la locul de observare.

1. Programarea pacienților pentru investigații și consultații suplimentare, se efectuează în baza contractelor încheiate cu centrele de profil. Pacienții vor fi direcționați la persoana responsabilă, care asigură programarea acestora, prin contactarea telefonică a registraturii instituției medicale solicitate sau SIRSM. Biletul de trimitere formular 027e va fi înregistrat în registrul de evidență.
2. La întoarcerea în instituție, la locul de observare, pacientul va prezenta medicului de familie rezultatele investigațiilor efectuate și concluzia medicală în formularul 027e.

Cerințele față de organizarea circulației (trimiterii) pacientului.

1. Pacientul este obligat să respecte rîndul de programare, cu excepția cazurilor de urgențe medicale.

Ordinea instruirii pacientului cu privire la scopul investigațiilor.

1. Medicul de familie va explica pacientului necesitatea și scopul realizării investigației, consultației, tehnica de pregătire, precum și modalitatea efectuării acestora.

Ordinea instruirii pacientului cu privire la acțiunile necesare la întoarcere, pentru evidența ulterioară.

1. Pacientul este informat despre necesitatea prezentării obligatorii la medicul de familie cu rezultatele investigației, pentru conduita în dinamică.

Anexa 1. GHIDUL PACIENTULUI CU DISPNEE**Cuprins**

Asistența medicală de care trebuie să beneficiați

Diagnosticul simptomatologiei respiratoare

Tratamentul dispneei

Introducere

Acest ghid descrie asistența medicală și tratamentul persoanelor cu simptomatologie respiratoare în cadrul Sistemului de Sănătate din Republica Moldova. Aici se explică indicațiile, adresate persoanelor cu simptomatologie respiratoare. Ghidul poate fi util și pentru familiile acestora și pentru cei care doresc să afle mai multe despre această afecțiune.

Ghidul vă va ajuta să înțelegeți mai bine opțiunile de conduită și de tratament care trebuie să fie disponibile în Sistemul de Sănătate.

Indicațiile din ghidul pentru pacient acoperă:

- ✓ modul în care medicii trebuie să stabilească dacă o persoană are simptome respiratoare;
- ✓ modul în care cauzele simptomelor respiratoare pot influența ulterior evoluția bolii;
- ✓ prescrierea medicamentelor pentru tratarea simptomelor respiratoare;
- ✓ modul în care trebuie să fie supravegheat un pacient cu simptomatologie respiratorie.

Asistența medicală de care trebuie să beneficiați

Tratamentul și asistența medicală de care beneficiați trebuie să fie în deplin volum. Aveți dreptul să fiți informat și să luați decizii împreună cu cadrele medicale care vă tratează. În acest scop, cadrele medicale trebuie să vă ofere informații pe care să le înțelegeți și care să fie relevante pentru starea dvs. Toate cadrele medicale trebuie să vă trateze cu respect, sensibilitate, înțelegere și să vă explice simplu și clar care este tratamentul cel mai potrivit pentru dvs.

Recomandări pentru îngrijitori:

- Ajutați persoana bolnavă să stea în cea mai bună poziție.
- Folosiți perne suplimentare sau un sprijin pentru spate.
- Deschideți ferestrele pentru a lăsa aer curat în cameră.
- Ventilați cu un ziar sau o cârpă curată.
- Educați cu privire la utilizarea cea mai eficientă a funcției pulmonare rămase:
 - Cum să planificați activitățile pentru a face față lipsei de aer.
- Evitați aglomerația, gătitul și fumatul în camera pacientului.
- Oferiți suport respirator
- Evaluați și monitorizați căile respiratorii, respirația și circulația; mențineți o supraveghere atentă pentru a identifica precoce deteriorarea.
- Mențineți căile respiratorii deschise cu utilizarea poziționării, adjuvanților căilor respiratorii și clearance-ul secreției. Selectați poziția corpului pentru a minimiza riscul de aspirație, nepotrivire ventilație-perfuzie și lipsă de aer.
- Minimizați consumul și cererea de oxigen; limitați activitatea, reduceți febra și utilizați tehnici de respirație.
- Asigurați oxigenoterapie în mod judicios; titrate pentru a preveni hiperoxemia.
- Luați în considerare agonistul beta-1 sau beta-2 inhalat, mai ales în prezența stridorului sau a respirației șuierătoare.
- Implementați ventilația neinvazivă sau invazivă cu presiune pozitivă pentru a sprijini oxigenarea și ventilația, precum și pentru a ameliora detresa respiratorie.

ANEXA 2. FIȘA STANDARDIZATĂ DE AUDIT MEDICAL BAZATĂ PE CRITERII PENTRU PCN - ÎNGRIJIRI PALIATIVĂ ÎN DISPNEE

Nr.	Domeniul prompt	Definiții și note
1.	Denumirea IMSP evaluată prin audit	
2.	Persoana responsabilă de completarea fișei	Numele prenumele, telefon de contact
3.	Perioada de audit	DD.LL.AAAA
4.	№ FM a bolnavului	
5.	Mediul de reședință a pacientului	1 – urban; 2- rural
6.	Data de naștere a pacientului	DD.LL.AAAA sau 9 –nu-i cunoscută
7.	Sexul pacientului	1 – masculin; 2- feminin, 9 – nu este specificat
8.	Numele medicului curant	
9.	Patologia	Dispnee, stare terminală
Asistența medicală de tip ambulatoriu <i>(pentru instituțiile care contactează servicii de îngrijiri paliative)</i>		
10.	Data adresării primare după ajutor	DD.LL.AAAA, necunoscut=9
11.	Data debutului dispneei	DD.LL.AAAA; 0- până la 2 săptămâni (3 luni în durerea necanceroasă); 1- mai mult de 2 săptămâni (3 luni în durerea necanceroasă) sau 9 –necunoscută
12.	Dispneea evaluată conform recomandărilor PCN	0 – nu; 1- da, 9 – nu se cunoaște
13.	Rezultatele evaluării documentate	0 – nu; 1 – da; 9 - nu se cunoaște
14.	Dispneea reevaluată	0 – nu; 1 – da; 9 - nu se cunoaște
15.	Starea pacientului la adresare pentru consultație	Satisfăcătoare=2; grav-medic=3; gravă=4; foarte gravă=5; extrem de gravă=6
16.	Maladii concomitente	Nu=0; da=1; necunoscut=9
17.	Aprecierea criteriilor de inițiere a tratamentului în condiții de ambulatoriu	Aplicate: 0 – da; 1- nu, 9 – nu se cunoaște
18.	Tratamentul pentru dispneea instituită	După inițierea tratamentului în condiții de ambulatoriu: 0 – nu; 1- da, 9 – nu se cunoaște
19.	Controlul dispneei realizat	După inițierea tratamentului în condiții de ambulatoriu: 0 – nu; 1- da, 9 – nu se cunoaște
20.	Efectele adverse ale tratamentului dispneei controlate	După inițierea tratamentului în condiții de ambulatoriu: 0 – nu; 1- da, 9 – nu se cunoaște
Internarea		
21.	Instituția medicală unde a fost solicitat ajutor medical primar	AMP=1, AMU=2, secția consultativă=3, spital=4, instituția medicală privată=6, alte instituții =7, necunoscut=9
22.	Data adresării primare după ajutor	DD.LL.AAAA, necunoscut=9
23.	Data internării în spital/preluării în serviciu	DD.LL.AAAA sau 9 –necunoscută
24.	Ora internării la spital/preluării în serviciu	OO:MM sau 9 –necunoscută
25.	Secția de internare/Serviciul de îngrijiri paliative	DMU – 1; secția de îngrijiri paliative – 1; secția de profil terapeutic – 2; secția reanimare -3
26.	Timpul până la transfer în secția specializată	≤ 30 minut – 0; 30minute-1 oră -1; ≥1 oră -2; nu se cunoaște -9
27.	Data și ora internării în reanimare, TI	DD.LL.AAAA, ora(00:00); nu a fost necesar=5; 9 – necunoscută
28.	Durata aflării în reanimare, TI (zile)	Număr de ore/zile Nu a fost necesar=5; necunoscut=9
29.	Durata internării în spital/ Serviciul de îngrijiri paliative (zile)	Număr de zile; necunoscut=9
30.	Transfer în alte spitale/servicii	Nu=0; da=1(denumirea instituției); nu a fost necesar=5; necunoscut=9
31.	Aprecierea criteriilor de spitalizare	Aplicate: 0 – da; 1- nu, 9 – nu se cunoaște
DIAGNOSTICUL		
32.	Data debutului dispneei	DD.LL.AAAA; 0- până la 2 săptămâni (3 luni în durerea necanceroasă); 1- mai mult de 2 săptămâni (3 luni în durerea necanceroasă) sau 9 –necunoscută

Nr.	Domeniul prompt	Definiții și note
33.	Dispneea evaluată conform recomandărilor PCN	0 – nu; 1- da, 9 – nu se cunoaște
34.	Rezultatele evaluării documentate	0 – nu; 1 – da; 9 - nu se cunoaște
35.	Dispneea reevaluată	0 – nu; 1 – da; 9 - nu se cunoaște
	<i>În cazul răspunsului afirmativ indicați rezultatul</i>	
	Istoricul medical al pacientului	
36.	Internat în mod programat	Nu=0; da=1; necunoscut=9
37.	Internat în mod urgent	Nu=0; da=1; necunoscut=9
38.	Starea pacientului la internare	Satisfăcătoare=2; grav-medică=3; gravă=4; foarte gravă=5; extrem de gravă=6
39.	Complicații înregistrate la internare	Nu=0; da=1; necunoscut=9
40.	Maladii concomitente	Nu=0; da=1; necunoscut=9
	TRATAMENTUL	
41.	Tratamentul pentru dispneea instituită	După internare: 0 – nu; 1- da, 9 – nu se cunoaște
42.	Controlul dispneei realizat	După internare: 0 – nu; 1- da, 9 – nu se cunoaște
43.	Efectele adverse ale tratamentului dispneei controlate	După internare: 0 – nu; 1- da, 9 – nu se cunoaște
44.	Tratamentul pentru dispneea instituită	După internare: 0 – nu; 1- da, 9 – nu se cunoaște
45.	Controlul dispneei realizat	După internare: 0 – nu; 1- da, 9 – nu se cunoaște

ANEXA 3. Indicatorii de performanță stabiliți de Grupul Cooperativ Estic de Oncologie (Eastern Cooperative Oncology Group, ECOG)

ECOG Indicator de performanță

Aceste criterii sunt folosite de medici pentru a evalua modul în care progresează o anumită boală, modul în care aceasta afectează abilitățile vitale de zi cu zi a pacientului și de a stabili anumite prognoze și iun tratament adecvat.

Gradul	Criteriile de stabilire
0	Complet activ, capabil să desfășoare toate activitățile pre-boală fără restricție.
1	Restricționat în activități fizice solicitante, dar care nu necesită spitalizare, capabil să desfășoare activități de intensitate ușoară sau sedentară, de exemplu, activități casnice sau muncă de birou.
2	Pacientul este capabil de auto-îngrijire, dar nu poate desfășura activități de muncă în mai mult de jumătatea de orele de veghe.
3	Pacientul are capacitatea limitată de autoîngrijire; imobilizat la pat sau în scaun mai mult de 50% din orele de veghe.
4	Pacientul incapabil de autoîngrijire, total imobilizat la pat sau scaun.
5	Pacientul este decedat.