

## TABEL 1 EVALUARE SIMPTOM

### Întrebă despre:

- momentul apariției (la efort, în repaus, la schimbarea poziției, permanentă)
- factori amelioratori și precipitanți (postură, factori de mediu, emoționali, medicație asociată, citostatice, etc.)
- severitate - scale de evaluare: SAV, scala numerică gradată, scala verbală descriptivă
- durata și frecvența episoadelor, intervalul dintre episoade, continuă/ intermitentă
- semne și simptome asociate: tuse, secreții, wheezing, durere toracică
- calitatea vieții: mobilitate, activitate zilnică, izolare socială

### Semne/ Simptome asociate și cauze posibile:

- Tuse, wheezing, fără durere: astm bronșic, pneumotorax, edem pulmonar
- Durere toracică centrală non-pleuritică: infarct miocardic, embolie pulmonară masivă
- Durere toracică pleuritică: pleurezie, fractură costală, pneumonie, pneumotorax, tumoră pulmonară/ pleurală
- Durere în zonele de distribuție C8, T1, T2: sindrom Pancoast Tobias
- Amețeli, tremurături: sindrom de hiperventilație
- Edeme: SVCS, embolie pulmonară (TVP), IC, BPOC (cord pulmonar)

### Examen clinic general

**Examene paraclinice:** se recomandă în funcție de evaluarea fizică, stadiul bolii și prognostic, raportul risc/ beneficiu, dorința pacientului/ familiei.

Minim:

- radiografie toracică (se evită dacă există RX sau CT torace recent)
- puls-oximetrie
- HLG completă
- EKG

## TABEL 2 ASPECTE PRACTICE

Sfătuieți pacientul și familia:

- Încăperea să fie răcoroasă, aerisită
- Geamul deschis, curentul de aer de la un ventilator, pot fi de ajutor în episoadele de dispnee severe
- Să evite factorii iritanți/ declanșatori

Încurajați activitatea fizică (pentru a crește toleranța la dispnee)

Oferiți explicații legate de prezența simptomelor, sfaturi pentru controlul respirației

Oferiți sprijin pacientului pentru adaptarea la „pierderea” de rol, de abilități, etc.

Oferiți informații, instruire, sprijin familiei.

Recomandați frecventarea unui centru de zi/ grupuri de suport/ internare pentru „respite” (reducerea sentimentului de izolare individuală și socială)

### TABEL 3 OPIOIDE

- **Pacientul nu a mai avut tratament opioid: pentru dispnee moderat – severă**
  - Morfină 2,5-5 mg PO la nevoie; titrați funcție de efect, durată, reacții adverse.
  - Dacă sunt necesare 2 sau mai multe doze/ 24 ore prescrieți morfină regulat.
- **Pacientul are deja tratament opioid și prezintă episoade de dispnee:**
  - O doză suplimentară de **10-30%** din doza recomandată la 4 ore; observați dacă se obține efectul dorit.
  - Pentru dispneea severă poate fi necesară o doză egală sau mai mare decât doza de 4 ore.
  - În funcție de dozele prescrise la nevoie pentru controlul dispneei creșteți corespunzător doza pe 24 ore.
  - **Situație de urgență:** opioid IV sau SC (*vezi PAL durere* pentru echivalența dozelor)
- **Pacientul are déjà tratament opioid, durere controlată și prezintă dispnee continuă/ permanentă:**
  - Creșteți doza de opioid pe 24 ore cu 10-30%. Reevaluați răspunsul; în cazul apariției episoadelor de dispnee recomandați administrare la nevoie.

### TABEL 4 DISPNEEA TERMINALĂ

#### Măsurile generale:

- Plan de management cu pacientul și familia:
  - Discuții despre opțiunea „sedare” în cazul dispneei severe
  - Medicație preventivă, la nevoie, pentru controlul simptomelor
- Trecere pe administrare SC la cei ce nu pot lua morfina PO
- Oxigenoterapie – doar în caz de hipoxie
- Asigurarea unei poziții de maxim confort
- Evitarea supraîncărcării cu fluide: oprirea hidratării IV sau a nutriției parenterale
- Aspirația secrețiilor respiratorii poate fi deranjantă pentru pacientul terminal
- Aplicarea unui plasture cu nicotină pentru marii fumători

#### Dispnee intermitentă:

- Midazolam 2-5 mg SC, la nevoie și/ sau Lorazepam SL 0,5 mg la 4-6 ore sau la nevoie
- Opioid la 2 ore, la nevoie; titrează doza!
- Opioid naiv: morfina 2 mg SC, la nevoie
- Opioid în antecedente: 25% din doza analgetică de 4 ore

#### Dispnee persistentă:

- Midazolam 5-20 mg/ 24 ore + Morfina SC 5-10 mg (începe cu doze mici și titrează!) sau
- convertește doza existentă de morfină, în seringă de infuzie/ 24 ore

#### Secreții bronșice:

- Bromură de N-butil-Scopolamoniu (Scobutil) SC 20 mg/ 4-6 ore

## BIBLIOGRAFIE

1. Derek Doyle, Geoffrey W.C.Hanks & Neil MacDonald, *Oxford Textbook of Palliative Medicine*, 2<sup>nd</sup> edition, pg. 583-616
2. Robert Twycross , Andrew Wilcock, *Controlul simptomelor în cancerul avansat*. 3<sup>rd</sup> Ed., trad Corin Gasdoiu, Dr. Daniela Moşoiu, pg. 105-115
3. Congelton J and Meurs M (1995) The incidence of airflow obstruction în bronchial carcinoma, its relation to breathlessness and response to bronchodilator therapy. *Respiratory Medicine*, 89:291-6
4. Janssens J-P et al (2000) Management of dyspnea în severe chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Pain and Symptom Management*. 19:378-92
5. Derek Doyle, Roger Woodruff, *The IAHPC Manual of Palliative Care*, 2<sup>nd</sup> Ed.
6. Andrew R. Haas, Recent Advances în the Palliative Management of Respiratory Symptoms în Advanced-Stage Oncology Patients; *Am J Hosp Palliat Care* 2007; 24; 144
7. Amy P Abernethy, David C Currow, Peter Frith and Belinda S Fazekas; Prescribing palliative oxygen: a clinician survey of expected benefit and patterns of use, *Palliat Med* 2005; 19; 168
8. Eduardo Bruera, MD; Catherine M. Neumann, MSc, Management of specific symptom complexes in patients receiving palliative care, *CMAJ* 1998;158:1717-26
9. Mary Webb, Linda E. Moody and Linda A. Mason, Dyspnea assessment and management în hospice patients with pulmonary disorders, *Am J Hosp Palliat Care* 2000; 17; pg. 259
10. De Kim K. Kuebler, Debra E. Heidrich, Peg Esper *Palliative & end-of-life care: clinical practice guidelines*, pg. 178