

Pacientul cu nevoi paliative în comunitate

ASIST. UNIV. DR. POP RODICA SORINA
UMF "IULIU HAȚIEGANU" CLUJ-NAPOCA

Contractul cadru CAS

1.3. Consultațiile la domiciliu sunt acordate asiguraților de pe lista proprie a medicului de familie, în afara cabinetului, în timpul programului de lucru pentru consultațiile la domiciliu.

Consultațiile la domiciliu se acordă asiguraților nedeplasabili din motiv de invaliditate permanentă sau invaliditate temporară, asiguraților cu boli cronice sau cu un episod acut ce nu permite deplasarea la cabinet, copiilor 0 - 1 an, copiilor cu vârsta 0 - 18 ani cu boli infectocontagioase și lehzurilor.

Este considerată consultație la domiciliu inclusiv consultația/examinarea acordată de medicul de familie în vederea constatării decesului.

1.3.1. Consultațiile la domiciliu se acordă de către medicul de familie pentru un asigurat înscris pe lista proprie, astfel: maximum două consultații pentru fiecare episod acut/subacut/acutizări ale bolilor cronice, maximum 4 consultații/an pentru bolile cronice și o consultație pentru fiecare situație de urgență.

1.3.2. Consultațiile acordate la domiciliul asiguraților - maximum 42 de consultații pe lună pe medic cu listă proprie de persoane asigurate înscrise, dar nu mai mult de 3 consultații pe zi

1.3.3. Condițiile acordării se stabilesc prin norme.

Abordarea paliativă de bază la domiciliu pacientului

CONSULTAȚIA LA DOMICILIU

Pe “teritoriul” bolnavului

Avantajele și dezavantajele

Piedici/dificultăți

Cand ?

Dotare?

La cine?

ABORDAREA PALIATIVĂ

Cunoaștem dg

Comunicarea veștilor proaste

Comunicarea pgn

Controlul simptomelor

Rețeaua socială

Condiția materială

Asistența spirituală



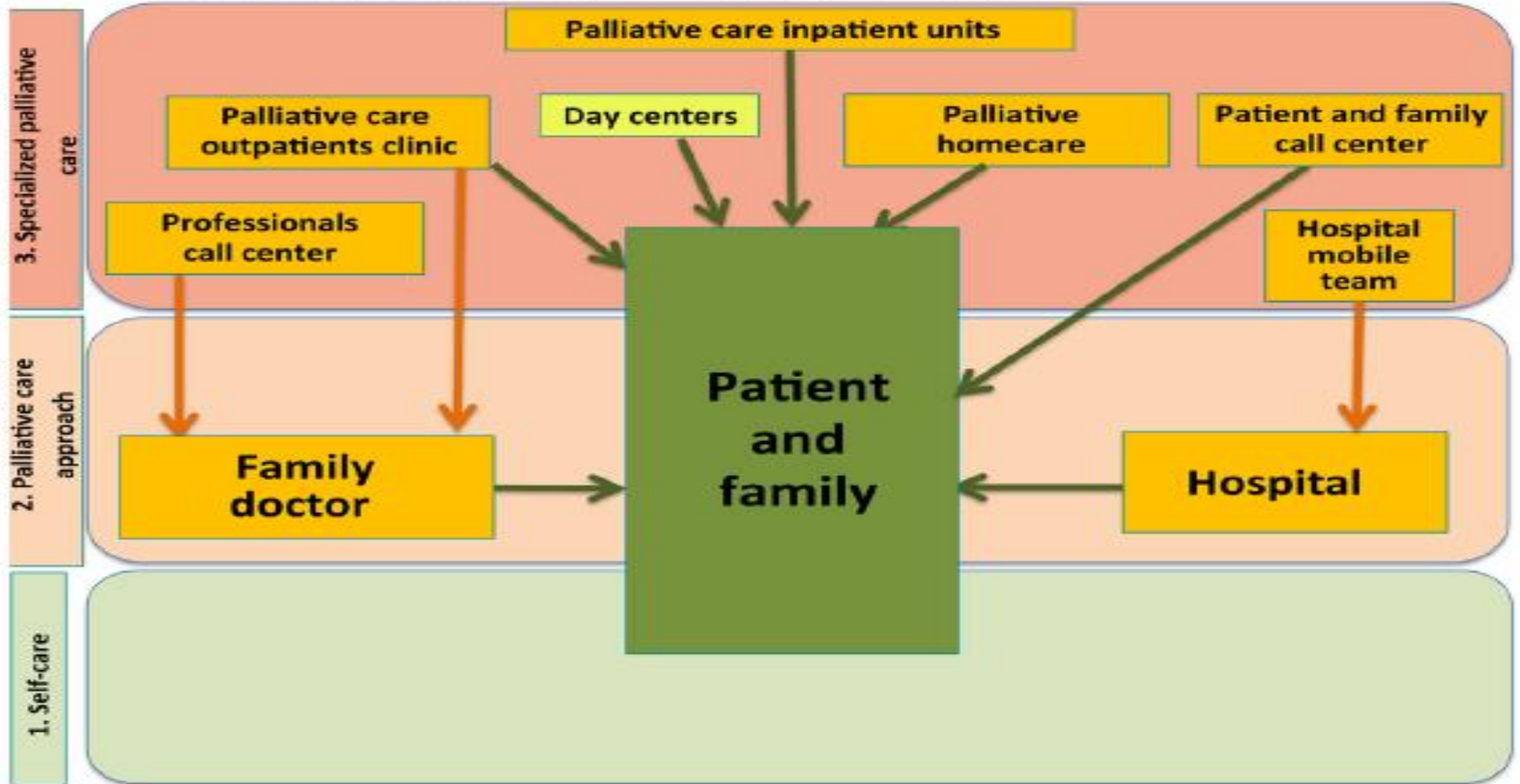
Asistența comunitară:

- Unde?
- Cine?
- Cum?
- Cât?

Ce este îngrijirea paliativă?

“ Îngrijirea paliativă este o abordare menită să amelioreze calitatea vieții pacienților și familiilor acestora, pentru a face față problemelor cauzate de boli incurabile cu prognostic limitat; îngrijirea se concentrează pe prevenirea și înlăturarea suferinței, prin identificarea precoce, evaluarea și tratarea impecabila durerii și a altor probleme fizice, psiho-sociale și spirituale.” (OMS, 2002) <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en>)

National program-levels of palliative care



Caz clinic

PGM , 55 ani , M, fără ocupație, studii liceale, văduv,

În data de **11.06.2015** se prezintă neprogramat la cabinetul medicului de familie, pentru **înscriere**, având o externare dintr-un serviciu de gastroenterologie, cu dg:

**“ Formațiune tumorală proliferativ-exulcerată gastrică.
Determinări secundare hepatice. Carcinomatoză peritoneală.
Sdr. anemic. Ascită. Hipoproteinemie. Hipoalbuminemie. ...”**

Ex HP: Adenocarcinom slab diferențiat(G3)

Intervenție:

- se recomandă examen de specialitate oncologic
- consiliere pentru obținerea calității de asigurat în PN și a certificatului de handicap

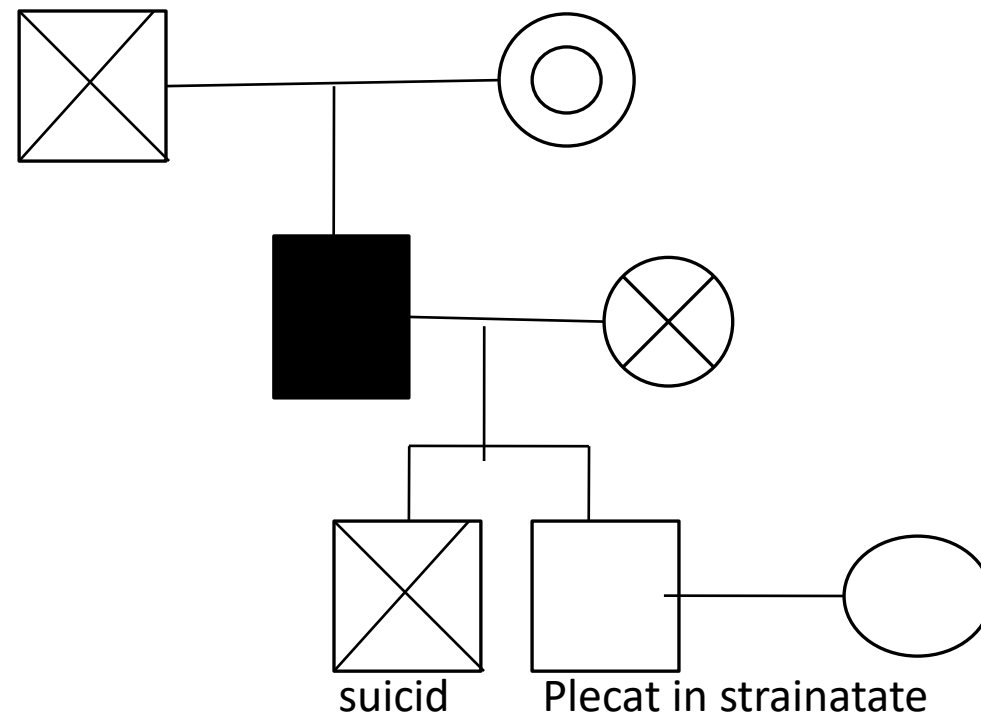
Obs:

- pacient nou, venit
- neprogramat (lipsa timp pt consultatie)
- cu probleme sociale

AHC: tata – deces la 62 ani- infarct, mama HTA

CVM: locuieste cu mama

Consum substante:
potator cr (> 500 ml/zi
tarie de 20ani), fumator
de 25 ani, 10 tigarete/zi



Istoricul bolii:

Boala a debutat insidios de aprox. un an cu epigastralгии, accentuate progresiv, în ultima lună la care se asociază greață, vărsături postalimentare precoce și scădere ponderală (15 kg în ultima lună). A fost internat într-un serviciu de gastroenterologie unde s-a pus dg.

A urmat un ciclu de chimioterapie în data de 16.06 (fără SM de la specialist). De 1 zi acuză greață accentuată, diaree (> 10 scaune apoase/zi), astenie marcată, inapetență.

Simptome – 18.06.2015

- ☐ **Durere cronică**
- ☐ Inapetență severă
- ☐ Greață
- ☐ Sughiț
- ☐ Diaree (scaune apoase > 10/zi), cu colici abdominale
- ☐ Dispnee ușoară
- ☐ Depresie severă
- ☐ Insomnie ,
- ☐ Agitație, tulburări de concentrare și gândire,
- ☐ Sentiment de vinovăție

Evaluarea durerii cronice

Scala analog vizuala VAS

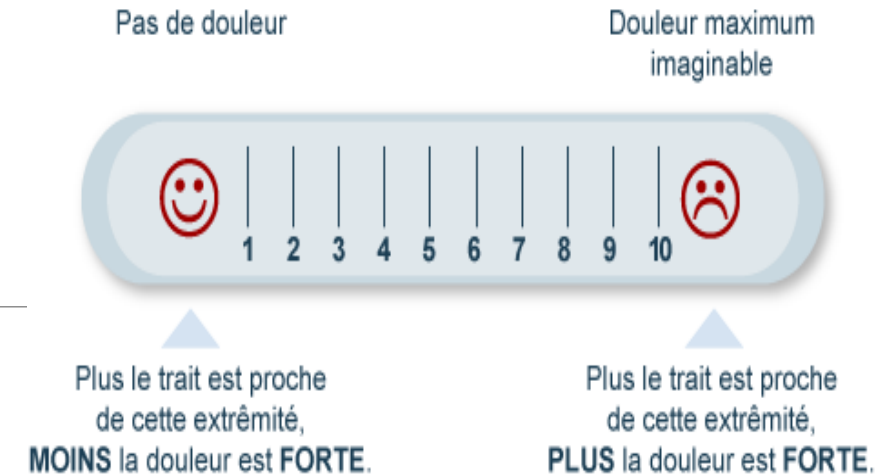
Scala numerica

Scala faciala

Scala Abbey

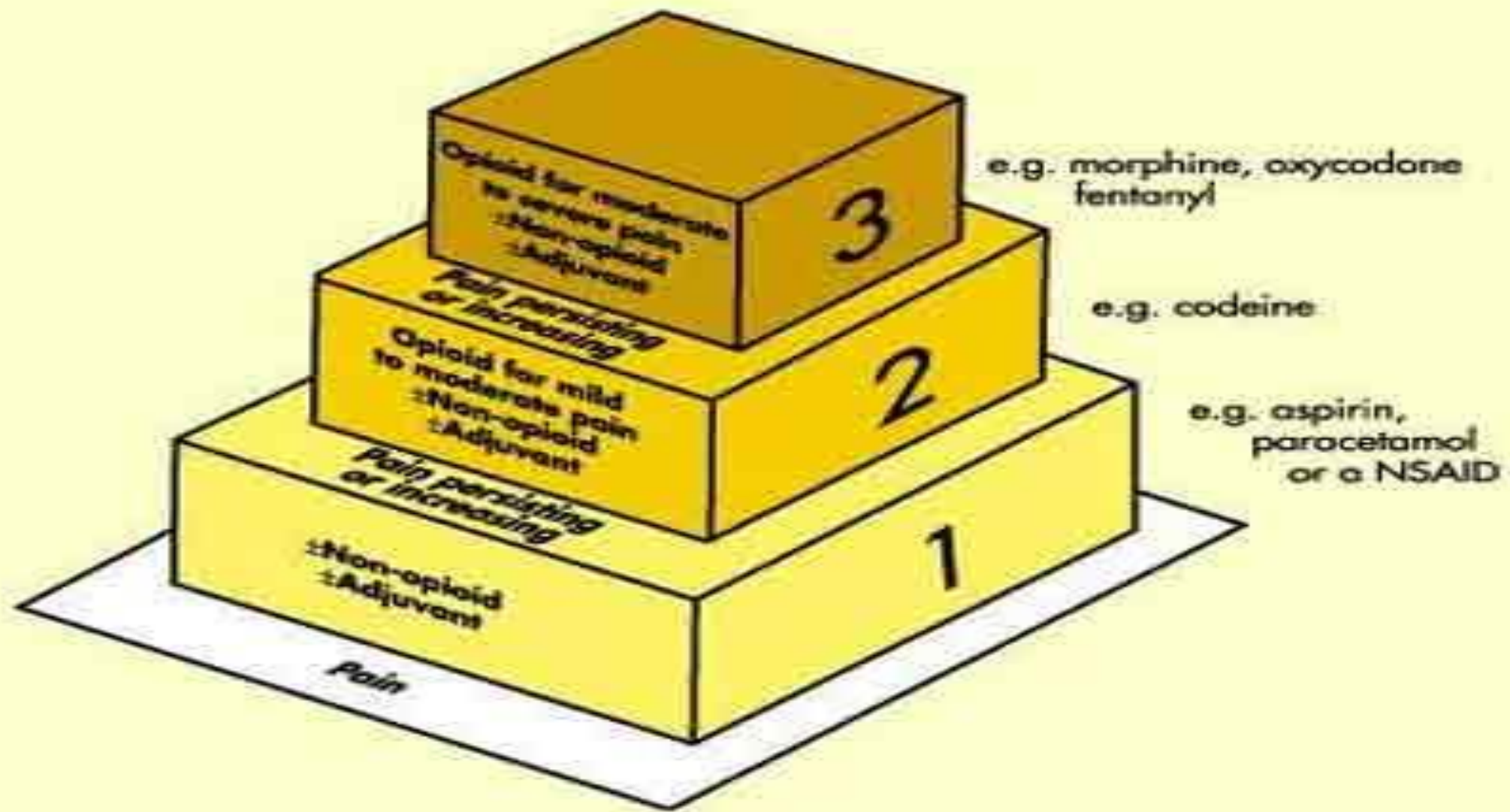
Scala PAINAD

Etc....



Durerea

- ☐ epigastrică, prin invazie tumorală și prin compresiune datorită ascitei,
- ☐ cu iradiere în zona precordială și în hipogastru,
- ☐ **intensitate moderată = SAV 6/10**
- ☐ cu durere incidentă în clinostatism pe partea stg
- ☐ cu suferință emoțională intensă



PRINCIPII DE TRATAMENT

(Portenoy RK, J Pain Symptom Manage. 1996)

1) Alegerea opioidului se face în funcție de:

severitatea și caracteristicile durerii
vârsta, comorbidități, variații individuale,
experiența anterioară cu opioidele
formele disponibile și costurile acestora

2) Alegerea căii de administrare:

cea mai puțin invazivă
preferința și complianța pacientului

PRINCIPII DE TRATAMENT

(Portenoy RK, J Pain Symptom Manage. 1996)

3). Dozarea:

- se începe cu cea mai mică doză probabil eficace
- doza se crește progresiv (cu 30% - 100%)
- doza se crește pînă se obține analgezie adecvată sau pînă la apariția efectelor secundare limitative
- se face o schemă în funcție de variația temporală a durerii ("la ceas")
- trebuie prevăzute doze "de salvare" pentru puseele dureroase
- se pleacă de la medicația anterioară și dozele echianalgetice

4). Efectele secundare

- Anticiparea acestora și tratarea lor atunci când apar (constipație, grețuri, halucinații)

Monitorizarea
în funcție de
individualitatea
cazului

Inițierea tratamentului cu oipoide-treapta a II

Preparate cu eliberare imediată

Tratamentul de fond:

- Tramadol 50 mg la 6-8 ore sau
- Codeina 30 mg la 4-6 ore

Tratamentul puseului dureros

- Tramadol 50mg
- Codeina 20-30mg

Preparate cu eliberare prelungită

- Tramadol 100 mg la 12 ore și Tramadol 50mg la nevoie
- DHC 60 mg la 12 ore și codeina 1 cpr la nevoie

Inițierea tratamentului cu opioide

PACIENT OPIOID NAIV

	Vârsta sub 65 ani	Vârsta 65 ani sau mai mult
Doza/doza oral	10 mg	5mg
Doza/doza injectabil	5 mg	2,5mg

Intervalul de administrare al dozelor este

- de 4 ore dacă funcția renală e normală
- de 8-12 ore dacă funcția renală este alterată
- La creatinina >2,5 nu se mai administrează decat la nevoie

PACIENT CU OPIOID USOR

Se calculează doza zilnică echivalentă (tabel)

- 100mg tramadol=10mg morfina per os
- 60 mg codeina sau DHC= 10mg morfina per os

Dacă durerea a fost necontrolată se crește doza cu 30-50 %

Doza zilnică se divide la 6 pentru a stabili doza/doza morfina cu elib imediata sau la 2 pentru doza/doza morfina cu eliberare prelungită

Managementul efectelor secundare

- ❖ Greață se prescrie Metoclopramid 10mg x3/zi pentru 5-7 zile
- ❖ **Constipație se prescrie permanent Lactuloza 15 ml x 2/zi +/- Bisacodil 5mg seara**
- ❖ Xerostomie- permanent -hidratare 1,5-2l/zi plus igiena cavității bucale
- ❖ Somnolență, confuzie – hidratare, atenție la riscul de cădere
- ❖ Halucinații dacă apar se prescrie Haloperidol 1-5mg/zi

SEMNE DE SUPRADOZARE: SOMNOLENȚA – MIOCLONIILE - DEPRESIA RESPIRATORIE sau NARCOZA

Puseul dureros

Se utilizează numai opioizi cu eliberare imediata

In cazul morfinei doza de administrat este

- 1/6 din doza pentru administrată pe 24 de ore
- poate fi repetata administrarea daca Cmax a fost atinsă
 - po / pr $\approx$ la 1 h
 - sc, im $\approx$ la 30 min
 - iv $\approx$ la 10–15 min

A nu se folosi opioizi cu eliberare lenta

Prescrierea opioidelor

Legea nr. 339/2005 privind regimul juridic al plantelor, substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope (MO 5 dec 2005)- legea a intrat în vigoare la 7 luni de la publicare adică din iunie 2006

Norma metodologică de aplicare a prevederilor *Legii* nr. 339/2005 privind regimul juridic al plantelor, substanțelor și preparatelor *stupefiante* și psihotrope din ...

Cine are dreptul să prescrie conform noii legi?

Art.38

Medicii titulari ai autorizatiei de liberă practică , în conformitate cu normele metodologice de aplicare a prezentei legi

Cine prescrie pentru pacientul externat?

Art.48.

În cazul în care este necesară continuarea tratamentului în ambulatoriu, după externare, pacientul ridică preparatele cu substanțe stupefiante și psihotrope în baza prescripției, în regim compensat, gratuit sau contracost, eliberată de medicul de familie.

MF poate avea în trusa de prim-ajutor opioide majore?

Art.33.

(1) Trusele de prim ajutor care conțin preparate stupefiante și psihotrope pot fi deținute de cabinetele medicale umane și veterinare, alte unități sanitare umane, aeronave, nave și ambulanțe.

Ce opioide poate avea medicul în trusa de urgență?

Anexa 8

Doar forme injectabile:

Morfină

Hidromorfon

Fentanyl

Alfentanyl

Pentazocină

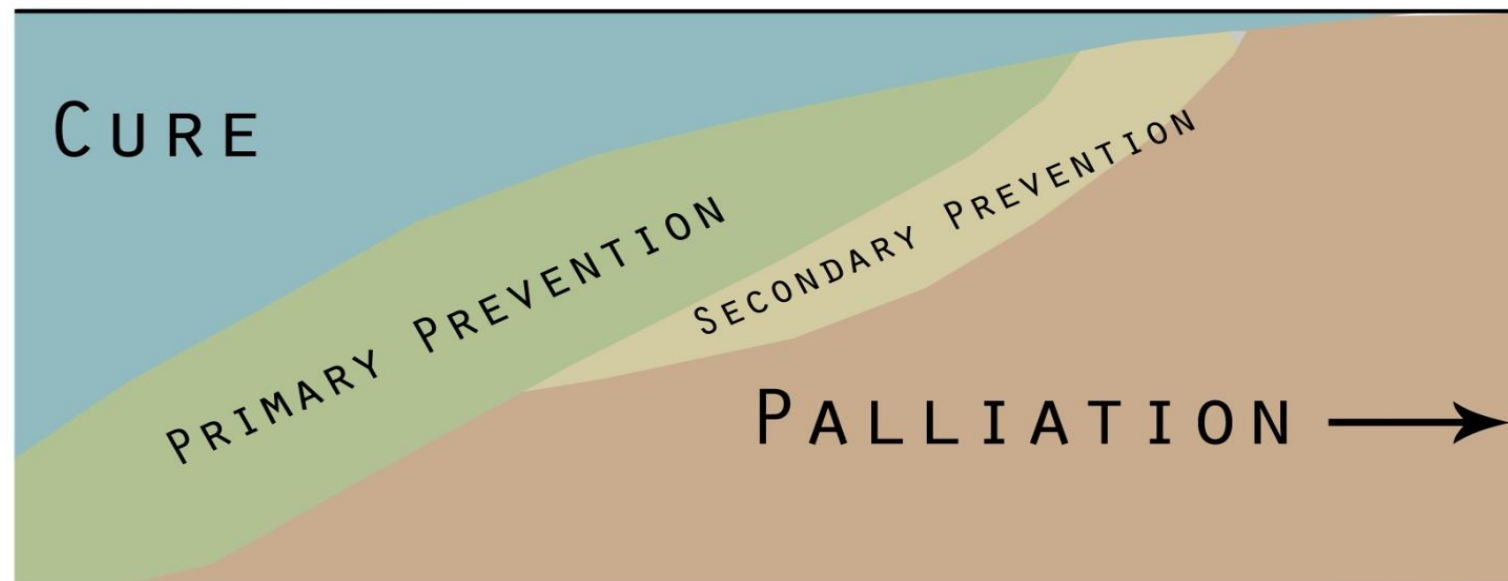
Tipul si ponderea consultatiilor in activitatea medicului de familie

CONSULTATION COMPONENTS WITH INCREASING AGE

YOUTH

MIDDLE AGE

OLD AGE



Îngrijirea paliativă în asistența primară

În 2014, OMS a decis că toate statele membre trebuie să integreze îngrijirile paliative în serviciile de asistență medicală în special în asistența primară și comunitară ¹

EAPC (the European Association for Palliative Care) a publicat un document care conține un set de instrumente utile pentru a îmbunătăți și pentru a dezvolta îngrijirea paliativă în diferite țări²

1. World Health Assembly. Strengthening of palliative care as a component of integrated treatment within the continuum of care. 134th Session of the World Health Assembly. EB134.R7; 2014.

2. Murray SA, Firth A, Schneider N, et al. Promoting palliative care in the community: production of the primary palliative care toolkit by the European Association of Palliative Care Taskforce in primary palliative care. Palliat Med. 2015;29:101–111.

Asistența medicală primară

- ❑ Medicul de familie va putea oferi îngrijire efectivă tuturor pacienților cu” boală amenințătoare de viață”, va ajunge la pacienții cu toate bolile care pun în pericol viața [1]
- ❑ Va putea începe îngrijirea din momentul diagnosticului [2]
- ❑ Medicul de familie va fi capabil să acopere prin îngrijirea sa holistică toate dimensiunile - fizice, sociale, psihologice și spirituale [3]
- ❑ Va putea oferi îngrijire în unități cu paturi, cămine rezidențiale sau la domiciliu pacientului [4]
- ❑ Va preveni internarea inutilă în spital [4]
- ❑ Va asigura suport pentru familia pacientului
- ❑ Va oferi asistență pentru “end-of-life” și în perioada de deces
- ❑ Va asigura asistență de bereavment

1. Murray SA, Boyd K, Kendall M, et al. Dying of lung cancer or cardiac failure: prospective qualitative interview study of patients and their carers in the community. *BMJ* 2002;325:929.
2. Murray SA, Kendall M, Boyd K, et al. Illness trajectories and palliative care. *BMJ* 2005;330:1007–1011.
3. Murray SA, Kendall M, Grant E, et al. Patterns of social, psychological, and spiritual decline toward the end of life in lung cancer and heart failure. *J Pain Symptom Manage*. 2007;34:393–402.
4. Hockley J, Watson J, Oxenham D, et al. The integrated implementation of two end-of-life care tools in nursing care homes in the UK: An in-depth evaluation. *Palliat Med*. 2010;24:828–838.

Este posibil ca pacienții cu nevoi de îngrijire paliativă să fie îngrijiți la domiciliu ?

Un medic de familie trebuie să aibă cunoștințe, abilități de îngrijire paliativă și să fie pregătit să acorde vizite la domiciliu chiar și înafara orelor de program.

Să existe o colaborare bună între echipele specializate în îngrijiri paliative și medicul de familie.

Să existe posibilitatea de internare în cazul pacienților cu simptome necontrolate sau pentru perioade de respite

Palliative care at home: general practitioners working with palliative care teams

Kevin J Yuen, Margaret M Behrndt, Christopher Jacklyn and Geoffrey K Mitchell Med J Aust 2003; 179 (6 Suppl): S38.

Va multumesc

“Îngrijirile paliative dovedesc dacă suntem sau nu o societate în care omul este sau nu respectat. ,,

prof. dr. Vasile Astărăstoe, președintele Colegiului Medicilor din România.

