



# Îngrijiri paliative în patologia gastrointestinală

Protocol clinic național

**PCN-134**

**Aprobat prin ședința Consiliului de experți al Ministerului Sănătății al Republicii Moldova  
din 31.03.2011, Proces verbal nr. 2**

**Aprobat prin ordinul Ministerului Sănătății al Republicii Moldova nr. 455 din 02.06.2011  
Cu privire la aprobarea Protocolului clinic național „Îngrijiri paliative în patologia gastrointestinală”**

**Elaborat de colectivul de autori:**

*Antoci Lilian*, d. ș. m., catedra Hematologie, Oncologie și Terapie de Campanie, USMF „Nicolae Testemițanu”

*Valerian Isac*, medic, director executiv FFMS *Angelus* Moldova

*Silvia Stratulat*, medic infecționist, CNȘPMP, Centrul SIDA

*Andrei Bradu*, medic rezident USMF „Nicolae Testemițanu”

*Natalia Lisița*, colaborator științific stagiar, medic oncopediatru, IMSP Istitutul Oncologic

**Recenzenți oficiali:**

*Nicolae Ghidirim*, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie “Nicolae Testemițanu”

*Grigore Bivol*, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie “Nicolae Testemițanu”

*Victor Ghicaviț*, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie “Nicolae Testemițanu”

*Valentin Gudumac*, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie “Nicolae Testemițanu”

*Ivan Zatușevski*, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie “Nicolae Testemițanu”

*Iurie Osoianu*, Compania Națională de Asigurări în Medicină

*Anatol Prisacari*, Consiliul Național de Evaluare și Acreditare în Sănătate

*Maria Cojocaru-Toma*, Agenția Medicamentului

**Coordonator:**

*Maria Cumpănă*, Ministerul Sănătății al Republicii Moldova

**Redactor:** Eugenia Mincu, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie “Nicolae Testemițanu”

**Corector:** Tatiana Gamanji, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie “Nicolae Testemițanu”

PREFAȚĂ.....	1
A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ .....	5
A.1. Diagnosticul .....	5
A.2. Codul bolii .....	5
A.3. Utilizatorii.....	5
A.4. Scopurile protocolului.....	5
A.5. Data elaborării protocolului.....	5
A.7. Lista și informațiile de contact ale autorilor și ale persoanelor ce au participat la elaborarea protocolului .....	5
A.8. Definițiile folosite în document .....	5
A.9. Informație epidemiologică .....	6
B. PARTEA GENERALĂ.....	6
B.1. Nivelul instituțiilor de asistență medicală primară .....	6
B.2. Nivelul consultativ specializat .....	7
(internist – <i>niveluri raional și municipal</i> / medic internist sau chirurg) .....	7
B.3. Nivelul de staționar .....	8
C. ALGORITMI DE CONDUIȚĂ.....	9
C.1. Algoritmul diagnostic în simptomatologia gastrointestinală .....	9
C .1.1. Algoritmul de tratament al simptomatologiei gastrointestinale .....	9
<b>C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR.....</b>	<b>10</b>
<b>C.2.1. DIAREEA .....</b>	<b>10</b>
<b>C.2.1.1. CLASIFICAREA .....</b>	<b>10</b>
<b>C.2.1.1.2. CLASIFICAREA DIAREII ÎN FUNCȚIE DE MECANISMUL DE DEZVOLTARE.....</b>	<b>10</b>
<b>C.2.1.2. FACTORII DE RISC.....</b>	<b>10</b>
<b>C.2.1.3. PROFILAXIA.....</b>	<b>11</b>
<b>C.2.1.4. CONDUITA PACIENTULUI CU DIAREE .....</b>	<b>11</b>
<b>C.2.1.4.1. ANAMNEZA.....</b>	<b>11</b>
<b>C.2.1.4.2. EXAMENUL FIZIC (DATELE OBIECTIVE).....</b>	<b>11</b>
<b>C.2.1.4.3. INVESTIGAȚIILE PARACLINICE .....</b>	<b>11</b>
<b>C.2.1.4.4. CRITERIILE DE SPITALIZARE.....</b>	<b>11</b>
<b>C.2.1.4.5. TRATAMENTUL .....</b>	<b>11</b>
<b>C.2.1.4.6. ÎNGRIJIREA PACIENȚILOR.....</b>	<b>13</b>
<b>C.2.1.4. COMPLICAȚIILE .....</b>	<b>13</b>
<b>C.2.2. CONSTIPAȚIA.....</b>	<b>14</b>
<b>C.2.2.1. CLASIFICAREA .....</b>	<b>14</b>
<b>C.2.2.2. FACTORII DE RISC.....</b>	<b>14</b>
<b>C.2.2.3. PROFILAXIA.....</b>	<b>14</b>
<b>C.2.2.4. CONDUITA PACIENTULUI CU CONSTIPAȚIE .....</b>	<b>14</b>
<b>C.2.2.4.1. ANAMNEZA.....</b>	<b>14</b>
<b>C.2.2.4.2. EVALUAREA .....</b>	<b>14</b>
<b>C.2.2.4.3. EXAMENUL CLINIC (DATELE OBIECTIVE).....</b>	<b>15</b>
<b>C.2.2.4.4. INVESTIGAȚII PARACLINICE .....</b>	<b>15</b>
<b>C.2.2.4.5. CRITERII DE SPITALIZARE.....</b>	<b>15</b>
<b>C.2.2.4.6. TRATAMENTUL .....</b>	<b>15</b>
<b>C.2.2.4.7. ÎNGRIJIREA PACIENȚILOR.....</b>	<b>17</b>

C.2.2.5. COMPLICAȚIILE.....	18
C.2.3. DISFAGIA.....	18
C.2.3.1. CLASIFICAREA.....	18
C.2.3.3. CONDUITA PACIENTULUI CU DISFAGIE.....	19
C.2.3.3.1. ANAMNEZA .....	19
C.2.3.3.2. EXAMENUL CLINIC (DATELE OBIECTIVE).....	19
C.2.3.3.3. INVESTIGAȚII PARACLINICE .....	19
C.2.3.3.4. TRATAMENTUL.....	19
C.2.3.3.5. ÎNGRIJIREA PACIENȚILOR .....	21
C.2.4. GREAȚA ȘI VOMA.....	21
C.2.4.1. CLASIFICAREA.....	21
C.2.4.2. FACTORII DE RISC .....	21
C.2.4.3. PROFILAXIA .....	22
C.2.4.4. CONDUITA PACIENTULUI CU GREAȚĂ ȘI VOMĂ.....	22
C.2.4.4.1. ANAMNEZA .....	22
C.2.4.4.2. EXAMENUL FIZIC (DATELE OBIECTIVE).....	22
C.2.4.4.3. EVALUAREA VĂRSĂTURILOR .....	22
C.2.4.4.4. INVESTIGAȚII PARACLINICE .....	22
C.2.4.4.5. CRITERIILE DE SPITALIZARE .....	23
C.2.4.4.6. TRATAMENTUL.....	23
C.2.4.4.7. ÎNGRIJIREA PACIENȚILOR .....	24
C.2.4.5. COMPLICAȚIILE.....	24
<b>D. RESURSE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI... 25</b>	
D.1. Instituțiile de asistență medicală primară .....	25
D.2. Secțiile și instituțiile consultativ-diagnostice .....	25
D.3. Secțiile de profil general ale spitalelor raionale, municipale .....	25
D.4. Centrul sau clinicile specializate .....	26
<b>E. INDICATORI DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI .....</b>	<b>26</b>
<b>ANEXE.....</b>	<b>27</b>
<b>ANEXA 1. MEDICAMENTE ANTIDIAREICE.....</b>	<b>27</b>
<b>ANEXA 2. MEDICAMENTE LAXATIVE.....</b>	<b>27</b>
<b>ANEXA 3. GHIDUL PACIENTULUI CU SIMPTOMATOLOGIE GASTROINTESTINALĂ.....</b>	<b>29</b>
<i>Anexa 4. Recomandări pentru implementare în conduita pacienților cu simptomatologie gastrointestinală.....</i>	<i>29</i>
<b>ANEXA 5. GHID GENERAL PENTRU TERAPIA ANTIEMETICĂ .....</b>	<b>29</b>
<b>BIBLIOGRAFIE .....</b>	<b>30</b>

## ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT

PCN	Protocol clinic național
GI	Sistemul gastrointestinal
SIG	Simptomatologie gastrointestinală
CV	Centrul vomei
CTZ	Zona chimioreceptoare <i>trigger</i>
EP	Reacții adverse extrapiramidale
i.v.	Intravenos
i.m.	Intramuscular
p.o.	Per os

### A. PARTEA INTRODUCATIVĂ

#### A.1. Diagnosticul:

*Exemple de diagnostic clinic:*

*Diareea și gastroenterita.*

#### A.2. Codul bolii (CIM 10): K00-K93

#### A.3. Utilizatorii:

- centrele medicilor de familie (medicii de familie și asistentele medicale)
- centrele de sănătate (medicii de familie și asistentele medicale)
- oficiile de sănătate (asistentele medicale)
- secțiile de asistență specializată de ambulatori ale spitalelor raionale (medici interniști)
- asociațiile medicale teritoriale (medici de familie, medici interniști)
- secțiile de boli interne ale spitalelor raionale, municipale și republicane (medici interniști)
- ONG-uri care prestează servicii de îngrijiri paliative

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

#### A.4. Scopurile protocolului:

1. A spori proporția persoanelor din grupul de risc în dezvoltarea simptomatologiei gastrointestinale, care beneficiază de tratament sau de profilaxie.
2. A spori nivelul de calitate în diagnosticarea pacienților cu simptomatologie gastrointestinală.
3. A spori nivelul de calitate în tratamentul acordat pacienților cu simptomatologie gastrointestinală.
4. A reduce frecvența de apariție a simptomatologiei gastrointestinale.
5. A ameliora calitatea vieții pacienților cu simptomatologie gastrointestinală.

**A.5. Data elaborării protocolului:** 2011

**A.6. Data revizuirii următoare:** 2013

#### A.7. Lista și informațiile de contact ale autorilor și ale persoanelor ce au participat la elaborarea protocolului

Numele	Funcția deținută
Antoci Lilian	Doctor în medicină, catedra Hematologie, Oncologie și Terapie de Campanie, USMF „Nicolae Testemițanu”
Valerian Isac	Director executiv FFMS <i>Angelus</i> Moldova
Silvia Stratulat	Medic infecționist, CNȘPMP, Centrul SIDA
Andrei Bradu	Medic rezident USMF „Nicolae Testemițanu”
Natalia Lișița	Colaborator științific stagiar, medic oncopediatru, IMSP Istitutul Oncologic

**Protocolul a fost discutat, aprobat și contrasemnat:**

Denumirea instituției	Persoana responsabilă – semnătura
Societatea Hospice Îngijiri Paliative	
Comisia Științifico-Metodică de profil „Oncologie, Hematologie și Transfuziologie”	
Catedra Hematologie, Oncologie și Terapie de Campanie	
Asociația Medicilor de Familie din RM	
Agenția Medicamentului	
Consiliul de Experți al Ministerului Sănătății	
Consiliul Național de Evaluare și Acreditare în Sănătate	
Compania Națională de Asigurări în Medicină	

**A.8. Definițiile folosite în document**

**Constipația** reprezintă emisiunea rară de scaune în cantitate mică, dure, uscate cu disconfort sau cu dificultate, asociate cu manifestări generale și abdominale, cu simptome de flatulență, meteorism, durere abdominală.

**Diareea** este eliminarea de scaune frecvente și moi (lichide). Se consideră instalarea diareii atunci când în 24 de ore se elimină cel puțin 3 scaune de consistență moale. Există o deviere considerabilă de la normă a activității intestinale la fiecare pacient în parte.

**Greața** este senzația neplăcută a nevoii de a vomita, adesea însoțită de simptome autonome, ex.: paloare, transpirație rece, salivatie, tahicardie și diaree.

**Eructația** este mișcarea ritmică, dificilă, spastică a diafragmei și a mușchilor abdominali, apărând, în general, în prezența greței și culminând în vomă.

**Voma** este expulzarea forțată a conținutului gastric prin gură.

**Recomandabil** - nu are caracter obligatoriu. Decizia va fi luată de către fiecare medic în parte.

**A.9. Informație epidemiologică**

Simptomatologia gastrointestinală este cea mai frecventă ca simptomatică comună în bolile diareice. În structura generală, simptomatologia gastrointestinală constituie aproximativ 10-15% [1, 2, 6, 7].

Poate să apară la toate grupurile de vârstă, dar cel mai frecvent se întâlnește la copii.

După datele Organizației Mondiale a Sănătății, afectează 10% din populația globului [5, 7, 8].

Spre regret, la acest capitol lipsesc date statistice în Republicii Moldova.

**B. PARTEA GENERALĂ****B.1. Nivelul instituțiilor de asistență medicală primară**

Descriere (măsuri)	Motivul (reper)	Pași (modalități și condiții de realizare)
<b>1. Profilaxia</b>		
1.1. Profilaxia primară	Depistarea simptomatologiei gastrointestinale.	<b>Obligatoriu:</b> • Administrarea preparatelor corespunzătoare (casetele 2, 3).
1.2. Profilaxia secundară	Administrarea preparatelor corespunzătoare, care permit prevenirea recidivelor.	<b>Obligatoriu:</b> • Administrarea preparatelor corespunzătoare (casetele 17-50).
1.3. Screening-ul	Depistarea precoce a pacienților cu simptomatologie gastrointestinală.	<b>Obligatoriu:</b> • La populația din grupul de risc: ✓ Analiza generală a sângelui ✓ Examenul materiilor fecale.
<b>2. Diagnosticul</b>		
2.1. Suspectarea și confirmarea diagnosticului de SGI	Anamneza familială la persoanele cu semne de SGI.	<b>Obligatoriu:</b> • Anamneza (casetele 8, 9). • Examenul fizic (casete 10).

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Investigațiile paraclinice (<i>caseta 7</i>).</li> <li>✓ Analiza generală a sângelui.</li> <li>✓ Examenul materiilor fecale.</li> <li>✓ Investigațiile pentru determinarea cauzei (<i>împreună cu medicii specialiști: internist, endoscopist, radiolog, ginecolog etc.</i>)</li> <li>• Diagnosticul diferențial (<i>casetele 12,13</i>).</li> </ul>
2.2. Luarea deciziei versus consultația specialistului și/sau spitalizare		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recomandarea consultației la specialistul gastroenterolog a pacienților cu stabilirea dificilă a diagnosticului.</li> <li>• Aprecierea necesității de spitalizare (<i>caseta 14</i>).</li> </ul>
<b>3. Tratamentul</b>		
3.1. Tratamentul medicamentos	Tratamentul constă în administrarea preparatelor corespunzătoare [1, 5].	<b>Obligatoriu:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Preparatele se administrează conform schemelor terapeutice în funcție de sptomatologia prezentă.</li> </ul>
<b>4. Supravegherea</b>		<b>Obligatoriu:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Analiza generală a sângelui.</li> <li>• Examenul materiilor fecale.</li> <li>• Evaluarea continuă a pacientului.</li> </ul>

## B.2. Nivelul consultativ specializat

(internist – niveluri raional și municipal/medic internist sau chirurg)

Descriere (măsuri)	Motivele (repere)	Pașii (modalități și condiții de realizare)
<b>1. Profilaxia</b>		
1.1. Profilaxia primară	Administrarea preparatelor corespunzătoare.	<b>Recomandabil:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Administrarea preparatelor conform (<i>casetele 2, 3</i>).</li> </ul>
1.2. Profilaxia secundară	Administrarea preparatelor, cu prevenirea recidivelor [1, 5].	<b>Obligatoriu:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Administrarea preparatelor pe cale orală.</li> </ul>
1.3. <i>Screening</i> -ul	Depistarea precoce a pacienților, cu prevenirea dezvoltării de complicații.	<b>Obligatoriu:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La populația din grupul de risc:</li> <li>✓ Analiza generală a sângelui.</li> <li>✓ Examinarea materiilor fecale.</li> <li>✓ Evaluarea continuă.</li> </ul>
<b>2. Diagnosticul</b>		
2.1. Confirmarea diagnosticului de SGI	<p>Anamneza permite suspectarea SGI la persoanele cu simptome specifice.</p> <p>Analiza generală a sângelui permite determinarea unei hemoconcentrații severe.</p>	<b>Obligatoriu:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anamneza (<i>casetele 8, 9</i>).</li> <li>• Examenul fizic (<i>caseta 10</i>).</li> <li>• Investigațiile paraclinice (<i>caseta 11</i>).</li> <li>✓ Analiza generală a sângelui</li> <li>✓ Investigațiile pentru determinarea cauzei SGI.</li> <li>• Diagnosticul diferențial (<i>casetele 12, 13</i>).</li> </ul> <b>Recomandabil:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Investigațiile suplimentare speciale (indicate de medicii interniști/chirurghi).</li> </ul>
2.2. Luarea deciziei versus consultația specialistului și/sau spitalizare		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recomandarea consultației specialistului gastroenterolog a pacienților cu o stabilire dificilă a diagnosticului.</li> <li>• Consultația altor specialiști în funcție de necesitate.</li> <li>• Aprecierea necesității de spitalizare (<i>caseta 14</i>).</li> </ul>
<b>3. Tratamentul</b>		
3.1. Tratamentul medicamentos	Tratamentul SGI constă în normalizarea scaunului, profilaxia greței și a vomei.	<b>Obligatoriu:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Preparate specifice în funcție de sptomatologia prezentată.</li> </ul>

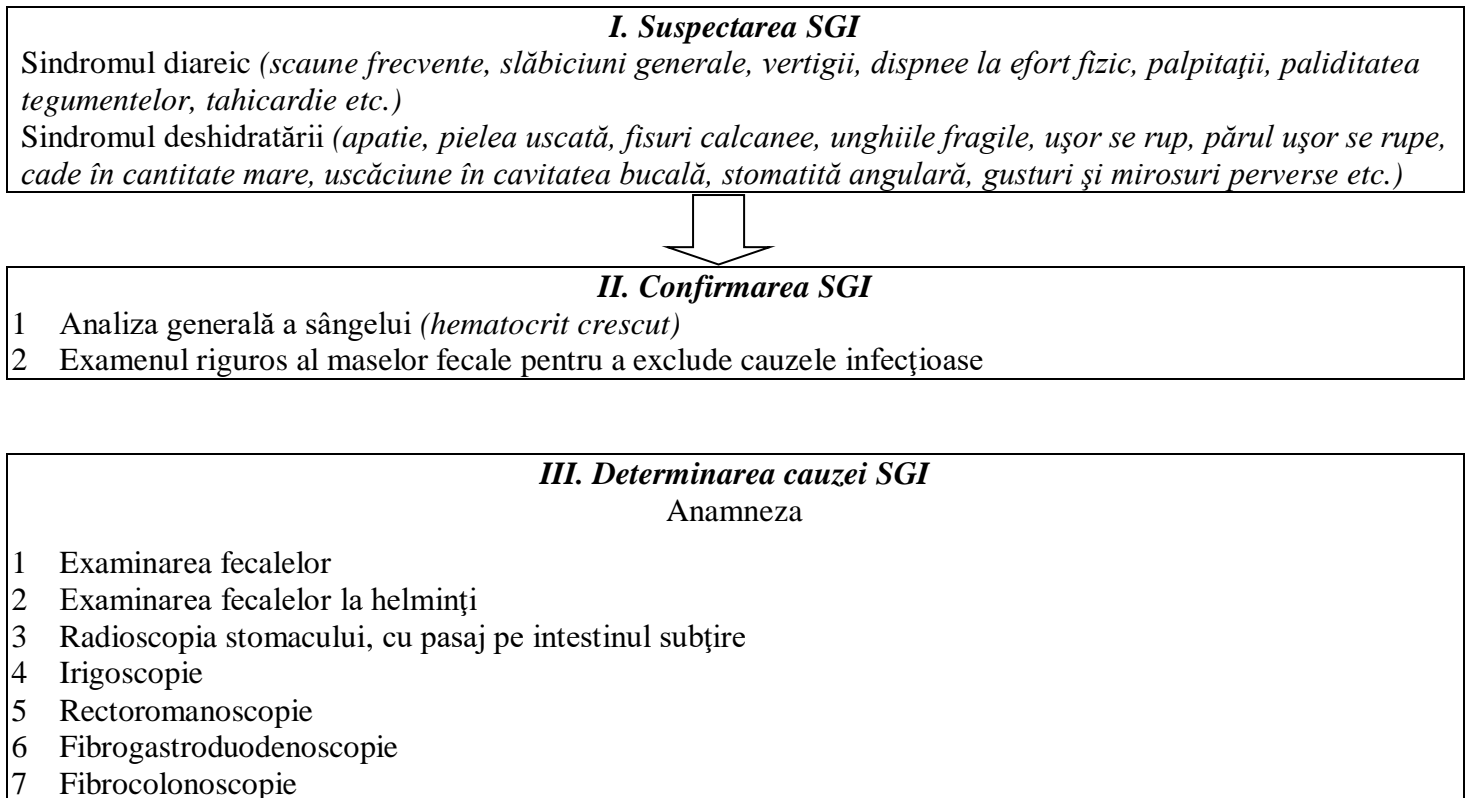
### B.3. Nivelul de staționare

Descriere (măsuri)	Motivale (repere)	Pașii (modalități și condiții de realizare)
1. Spitalizarea	Dificultăți în controlul simptomelor la domiciliu	<p><b>Criterii de spitalizare în secțiile profil terapeutic general (raional, municipal):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pacienții în stare gravă, care necesită investigații în plan de determinare a cauzei SGI, care nu pot fi efectuate în condiții de ambulatoriu</li> <li>• Pacienții în vârstă cu patologii concomitente severe. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pacienții după radioterapie sau după chimioterapie</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Secție gastroenterologie (nivel republican)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cazurile în care nu este posibilă stabilirea diagnosticului SGI la nivel raional sau municipal.</li> </ul>
<b>2. Diagnostic</b>		
2.1. Confirmarea diagnosticului de SGI	Depistarea precoce a pacienților . [3, 4, 6]	<p><b>Obligatoriu:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anamneza (casetele 8, 9).</li> <li>• Examenul fizic (caseta 10).</li> <li>• Investigațiile paraclinice (caseta 11): <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Pentru confirmarea SGI.</li> <li>✓ Pentru determinarea cauzei SGI.</li> </ul> </li> <li>• Diagnosticul diferențial (casetele 12, 13).</li> </ul> <p><b>Recomandabil:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Investigațiile recomandate. Investigațiile suplimentare speciale (indicate de medicii gastroenterologi) (caseta 11).</li> <li>• Consultația altor specialiști, la necesitate.</li> </ul>
<b>3. Tratamentul</b>		
3.1. Tratamentul medicamentos	Tratamentul SGI constă în înlăturarea tuturor simptomelor și în asigurarea calității vieții pacientului.	<p><b>Obligatoriu:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Preparate specifice conform casetelor de mai jos.</li> </ul>
<b>4. Externarea, cu îndreptarea la nivelul primar pentru continuarea tratamentului, și supraveghere</b>	La externare este necesar de elaborat recomandări pentru medicul de familie, tactica ulterioară de management al pacientului.	<p>Extrasul <b>obligatoriu</b> va conține:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ diagnosticul precizat desfășurat;</li> <li>✓ rezultatele investigațiilor;</li> <li>✓ tratamentul efectuat;</li> <li>✓ recomandările explicite pentru pacient;</li> <li>✓ recomandările pentru medicul de familie.</li> </ul>

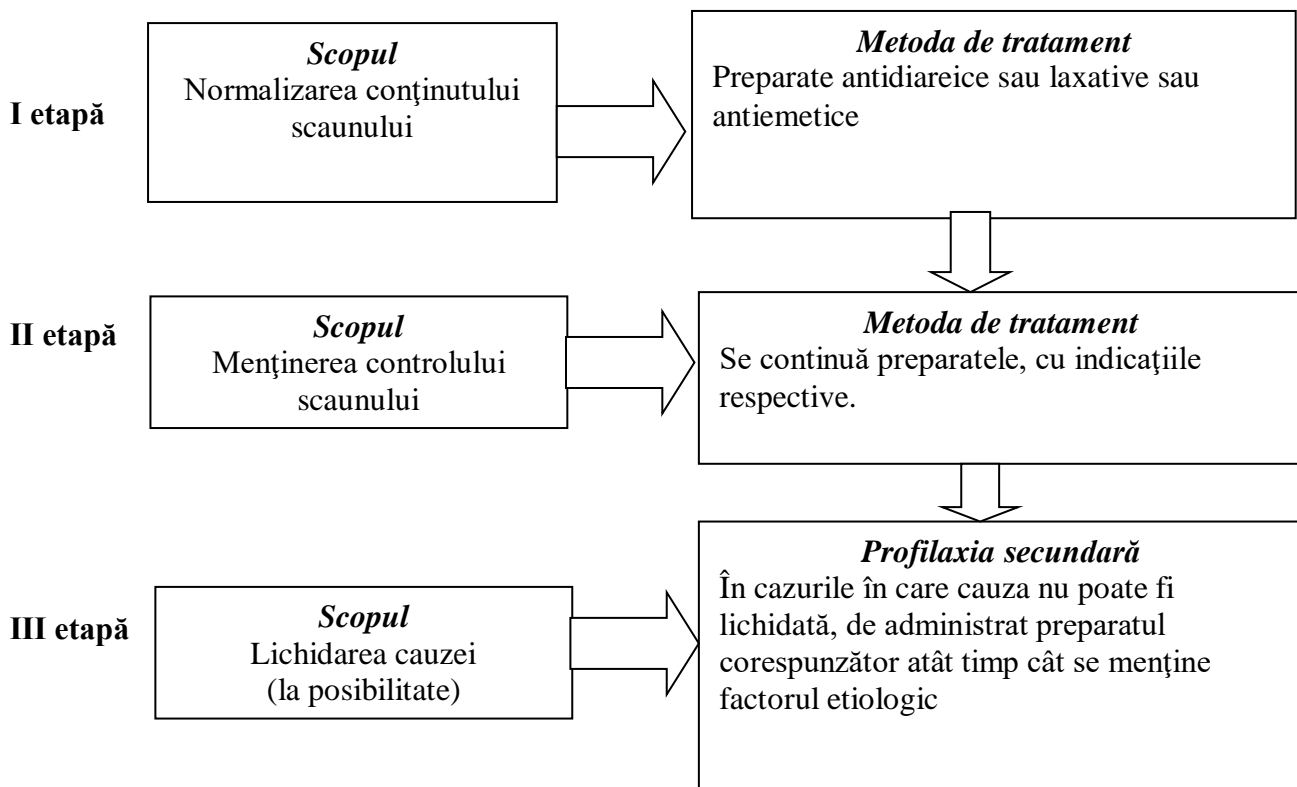


## C. ALGORITMII DE CONDUITĂ

### C.1. Algoritm diagnostic în simptomatologia gastrointestinală



#### C .1.1. Algoritm de tratament al simptomatologiei gastrointestinale



## C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR

### C.2.1. Diareea

#### C.2.1.1. Clasificarea

##### Caseta 1. Clasificarea diareii în funcție de timp (durată)

- Acută – mai puțin de 3 săptămâni
- Cronică – 3 săptămâni și mai mult

##### Caseta 2. Clasificarea diareii în funcție de cauză

- *Alimentare*
  - ✓ exces de alimente greu digerabile,
  - ✓ fibre alimentare deficit sau surplus
  - ✓ alimentare nazogastrică
  - ✓ suplimente enterale
- *Medicamente*
  - ✓ laxative
  - ✓ antacide de magneziu
  - ✓ Misoprostol
  - ✓ antibiotice, citotoxice, altele
- *Chirurgicale*
  - ✓ gastrectomie, vagotomie
  - ✓ anastomoză enterocolică

#### C.2.1.1.2. Clasificarea diareii în funcție de mecanismul de dezvoltare

##### Caseta 3. Clasificarea diareii în funcție de mecanismul de dezvoltare

- Diareea osmotică este provocată prin atragerea apei în lumenul intestinal de către soluțiile sau laxativele osmotice active.
- Diareea secretorie se datorează secreției abundente gastrointestinale și se asociază cu infecția, inflamația și cu sindroamele hormonale.

#### C.2.1.2. Factorii de risc

##### Caseta 4. Factori de risc declanșabili

- Cea mai frecventă cauză în îngrijirea paliativă este abuzul de laxative. Diareea se oprește în mod normal în 24-48 de ore, dacă nu se mai administrează laxative. După aceea tratamentul laxativ trebuie reluat, dar la doze mai mici.
- Ocluzia intestinală și fecaloamele fixate sunt a 2-a cauză în ordinea descrescătoare a frecvenței. Ocluzia incompletă se poate manifesta ca diaree sau alternanță diaree – constipație.
- Radioterapia pe abdomen/pelvis poate produce diaree ca efect secundar imediat sau tardiv. Colica intestinală de genăză postradică imediată apare cu incidența maximă în săptămânile a 2-a, a 3-a de tratament și cu o durată care poate depăși durata iradierii. Mecanismul constă în lezarea mucoasei intestinale, cu eliberare de prostaglandine, serotonină și malabsorbția sărurilor biliare care cresc peristaltismul intestinal. Efectele secundare tardive apar fie în continuarea celor acute, fie după 6-12 luni de la tratament.
- Rezecția ileacă reduce posibilitatea reabsorbției acizilor biliari (care sunt recirculați în mod normal), ceea ce crește secreția de apă și electroliți în colon, ducând la o diaree apoasă și explozivă, numită „cologenică”. La o rezecție de peste 100 cm ileon terminal, apare și malabsorbția grăsimilor (prin deficitul relativ de acizi biliari secundar pierderii) și malabsorbția hidraților de carbon (prin deficit de dizaharidaze proporțional cu lungimea rezecției), care accentuează diareea. Rezecțiile colice totale sau aproape totale se însoțesc și ele de diaree (de multe ori de aceea se practică o ileostomie), iar pacienții trebuie să suplimenteze compensator dieta cu apă și cu sare.
- Tumoare colică/rectală poate produce diaree prin obstrucție incompletă a lumenului colic sau prin secreție excesivă de mucus.
- Tumorile pancreasului endocrin și tumorile carcinoide produc diaree prin secreția unor substanțe ca: serotonină, prostaglandine, bradikinină, gastrină.
- Multe antibiotice pot cauza diaree prin stimularea directă a intestinului și prin modificarea florei intestinale. Cursul tipic al acestui tip de diaree este autolimitat, totuși poate să apară enterocolita pseudomembranoasă, aproape întotdeauna cauzată de tulpini toxice de *Clostridium difficile*, care netratată poate duce la complicații. Cele mai frecvente antibiotice și chimioterapice incriminate sunt: Ampicilina/Amoxicilina, cefalosporinele, Clindamicina, penicilinele, antimetaboliții (Metotrexat, 5-Fluorouracil, Irinotecan), agenții alchilanți (Ciclofosfamida), antibioticele antineoplazice (Doxorubicina).

### C.2.1.3. Profilaxia

#### Caseta 5. Profilaxia diareii

- Alimentarea rațională, cu limitarea produselor alimentare greu digerabile, fibrelor alimentare
- Administrarea preventivă de Acid acetilsalicilic sau sucralfat pentru minimizarea diareii ca efect secundar al radioterapiei
- Regim laxativ echilibrat
- Utilizarea nerațională a antibioticelor

### C.2.1.4. Conduita pacientului cu diaree

#### C.2.1.4.1. Anamneza

#### Caseta 6. Întrebările ce trebuie examinate la simptomul diareii în identificarea cauzei

- Numărul de scaune în 24 ore și durata de timp instalată.
- În anamneză:
  - ✓ Administrarea medicamentelor: laxative, antacide (care conțin magneziu), antibiotice, citostatice (5-Fluorouracil, Irinotecan), AINS, elixirurile ce conțin dizaharide (sorbitol).
  - ✓ Radioterapia efectuată.
  - ✓ Prezintă constipație severă (fecaloame fixate) cu pseudodiareea din obstrucția intestinală incompletă.
  - ✓ În diagnostic – cancer: tumori colorectale, carcinoide, insulinoame.
  - ✓ Malabsorbție: cancer de pancreas, gastrectomie, rezecții ileale, colectomie.
  - ✓ Prezintă boli concomitente: diabet zaharat, hipertiroidie, boli inflamatorii intestinale, sindromul de colon iritabil, infecții gastrointestinale.
  - ✓ Dieta: târîțe, fructe, condimente, alcool.
  - ✓ Psihologic – anxietate.

#### C.2.1.4.2. Examenul fizic (datele obiective)

#### Caseta 7. Datele obiective în diaree

- Creșterea numărului de scaune și scăderea consistenței lor (moi, lichide)
- Modificările sunt apreciate comparativ cu anamneza și examinarea actului de defecație la pacientul respectiv
- Se consideră instalarea diareii atunci când în 24 ore se elimină cel puțin 3 scaune de consistență moale /lichidă

#### C.2.1.4.3. Investigațiile paraclinice

#### Caseta 8. Investigațiile în simptomul de diaree

- Pacienților diareici și febrili trebuie să li se recolteze culturi din scaun și este recomandabilă începerea administrării empirice de antibiotice active pe *Cl. difficile* (Metronidazol), oricare alt antibiotic fiind oprit dacă este posibil.
- La pacienții la care în 2-3 zile diareea nu e controlată, trebuie efectuată analiza scaunului.
- Câteodată (în funcție de simptomatologie) sunt utile și analize serice: ionogramă, biochimie, hemoramă.
- Investigații mai ample (endoscopii, tranzit baritat) sunt utile când se suspectă este un proces inflamator/tumoral care merită investigat în vederea instituirii unui tratament absolut țintit.

#### C.2.1.4.4. Criteriile de spitalizare

#### Caseta 9. Criteriile de spitalizare

- Diareea necontrolată
- Dehidratare severă
- Pacienții cu patologii concomitente
- Sînge în scaun
- Copiii până la un an de viață

#### C.2.1.4.5. Tratamentul

#### Caseta 10. Principiile de tratament general în simptomul de diaree

1. Menținerea echilibrului hidric este importantă la toți pacienții, cu excepția celor care se află în stadiul terminal al bolii. Pot fi utilizate băuturi fără alcool sau soluții rehidratante comerciale. Se evită băuturile care conțin cofeina (stimulează peristaltismul) și cele dietetice care conțin sorbitol (laxativ).
2. Rehidratarea intravenoasă se folosește în diaree severă sau când apare voma. Dacă diareea este severă (hipotensiune ortostatică, pliu cutanat persistent, oligurie), hidratarea se face parenteral, cu soluții saline și soluție Ringer.
3. Sunt importante măsurile alimentare care reduc diareea și asigură o nutriție adecvată. Este utilă asistența dieteticianului. Dieta este importantă mai ales în diareea cronică: săracă în fibre – se indică consumul de fructe bogate în pectină (banane, mere rase), orez fiert, evitarea condimentelor, alcoolului, mâncărurilor grase, deserturilor copioase. Alimentele servite să fie la temperatura camerei, mesele să fie mici și dese.

4. Protecția regiunii perianale cu creme ce conțin zinc.
5. Tratarea durerii, conform scării OMS, chiar cu opioide dacă diareea este însoțită de durere severă.
6. În îngrijirea paliativă este indicată hidratarea subcutanată cu ser fiziologic, mai ales în stările terminale.

#### **Caseta 11. Principiile de tratament cu antidiareice nespecifice în sindromul de diaree**

- **Antidiareicele nespecifice** necesită atenție la utilizarea lor în prezența infecțiilor (*Shigella*, *Cl. difficile*)
- Adsorbante = agenți hidrofilici care absorb apa și formează o masă care dă consistență scaunelor diareice. Sunt mai degrabă „normalizatoare” de consistență a scaunului decât antidiareice. Sunt utile pentru cei cu colostomă. Ex.: Metilceluloză – 1-3 g x 2 ori/zi.
- Adsorbante = agenți chimici inerti care pot absorbe bacteriile și toxinele din intestin. Ex.: Smectită dioctaedrică – 3 x 3,76 g în 24 de ore.
- Inhibitoare ale sintezei de prostaglandine – Acid acetilsalicilic și AINS sunt utile în tratamentul diareii cauzate de inflamație (enterita radică).
- Unele AINS (Acidul mefenamic, Indometacinul și Flurbiprofenul) pot determina diareea paradoxală.
- Mesalazină este utilizată ca tratament specific în colita ulceroasă.
- Opioidele scad peristaltismul și, prin creșterea tonusului sfîcterului anal, pot scădea și incontinența la cei cu diaree: Loperamidă, Codeină, Morfină. Loperamidă este opioidul utilizat de elecțiune ca antidiareic. Totuși și Codeina este utilizată cu succes, pentru că, având în vedere reactivitatea individuală a pacienților, pentru unii ea este mai eficientă și mai bine tolerată. Doza 10-60 mg/6 ore – pentru Codeină; 4 mg, la început, urmată de 2 mg, la fiecare scaun diareic până la 16 mg/zi – pentru Loperamid.
- Anticolinergicele scad secreția și peristaltismul, dar utilizarea lor este limitată de efectele secundare.

#### **Caseta 12. Principiile de tratament cu antidiareice specifice în sindromul de diaree**

- Diareea postradioterapică:
  - ✓ *Colestiramină* – 4-12 g x 3 ori/zi.
- Rectită rădăc, în sindrom carcinoid:
  - ✓ *Ciproheptadină* – inițial, 12 mg/zi.
  - ✓ Glucocorticoizi administrați rectal: microclisme cu 125 mg *Hidrocortizonă*.
- Malabsorbție lipidică:
  - ✓ *Pancreatină*.
- Diaree cologenică :
  - ✓ *Colestiramină* 4-12 g de 3 ori/zi.
- Sindromul Zollinger-Elison:
  - ✓ *Omeprazol* 20-120 mg/zi (sau doză individualizată).
  - ✓ *Ranitidină* 150 mg de 3 ori/zi sau alt H<sub>2</sub>-blocator al receptorilor de histamină.
- Colita pseudomembranoasă:
  - ✓ *Vancomicină* 125 mg de 4 ori/zi sau *Metronidazol* 500 mg de 3 ori/zi.
- Colita ulceroasă: *Mesalazină* 0,25-0,59 g/zi; glucocorticosteroizi.

#### **Caseta 13. Tratamentul specific etiotrop (al cauzelor menționate)**

- Alimentare: modificarea dietei, alimentare enterală mai diluată
- Medicamente: ajustarea dozei sau sistarea medicației
- **Infecție**
  - ✓ colită pseudomembranoasă: *Vancomicină* – 125 mg la 6 ore sau *Metronidazol* – 500 mg la fiecare 8 ore
  - ✓ proliferarea excesivă a bacteriilor: *Tetracilină* – 250 mg la 6 ore sau *Metronidazol* 500 mg la fiecare 8 ore
- **Inflamație**
  - ✓ radiație: regim alimentar hiporezidual, Acid acetilsalicilic sau medicamente antiinflamatoare nesteroidiene, Sucralfat
- **Steatoze**
  - ✓ icter mecanic: terapie adecvată
  - ✓ rezecția, șuntarea ileonului: *Colestiramină* – 12-16 g/zi, regim alimentar hipolipidic
  - ✓ insuficiență pancreatică: fermenți, H<sub>2</sub>-histaminoblocante, consultații dietetice
  - ✓ sindromul Zollinger-Ellison: *Omeprazol*
  - ✓ carcinoid: *Ciproheptadină*, *Octreotid*
  - ✓ VIPomă: *Octreotid*

**Caseta 14. Asistența în stările terminale**

Diareea trebuie oprită prin administrarea per orală a Loperamidei sau, la pacienții la care administrarea per orală prezintă dificultăți, prin introducerea subcutanată a Morfinei.

Investigațiile suplimentare și rehidratarea activă sunt inoportune.

**C.2.1.4.6. Îngrijirea pacienților**

Obiective	Măsuri de realizare
1. Pregătirea condițiilor de îngrijire	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Bolnavul va fi plasat într-un pat comod, pentru a fi îngrijit.</li> <li>◆ Patul se acoperă cu mușama și cu traversă.</li> <li>◆ În caz de incontinență de materii fecale, se va așeza sub bolnav o ploscă pneumatică de cauciuc care se va schimba periodic.</li> <li>◆ Se pregătește un număr suficient de aleze și comprese pentru a le avea la dispoziție.</li> </ul>
2. Supravegherea tranzitului intestinal și a igienei locale	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Dacă numărul de scaune este mic și starea bolnavului este bună, acesta va fi însoțit la toaletă.</li> <li>◆ Numărul de scaune poate ajunge la 10-20 pe zi, însoțite și de dureri, epuizând rapid forțele bolnavului. De aceea bolnavul trebuie asigurat cu plosca la pat (Este bine să se lucreze cu două ploști, pentru a se putea rezerva timp suficient pentru spălarea lor).</li> <li>◆ Se notează numărul și caracterul scaunelor.</li> <li>◆ Pentru analiza de fecale, unele emisii vor fi colectate în bazineț.</li> <li>◆ Se recomandă ca bolnavilor, cu incontinență de fecale sau cu diaree intensă, să li se așeze între picioare comprese uscate care să acopere regiunea anală, pentru ca materiile fecale să nu se împrăștie pe suprafața patului. Schimbarea se face ori de câte ori este necesar.</li> <li>◆ Toaleta anusului se face de mai multe ori per zi; regiunea anală se dezinfectează cu</li> </ul>
3. Corectarea tulburărilor hidroelectrolitice, recoltarea de produse biologice și monitorizarea funcțiilor	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ În diaree, rehidratarea se poate face pe cale orală, completată cu perfuzii intravenoase. Se urmărește înlocuirea pierderilor de ioni. Prin diaree se pierde mai mult sodiu și potasiu.</li> <li>◆ În caz de infecții, se recoltează sânge pentru hemocultură și scaun – pentru coprocultură.</li> </ul>
4. Asigurarea repausului și menținerea temperaturii corporale	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Repausul la pat se impune în cazurile cu stare generală alterată.</li> <li>◆ Diareea intensă conduce la mari pierderi de energie calorică.</li> <li>◆ Bolnavii vor fi încălziți cu termofoare, pături.</li> </ul>

**Atenție!** Îngrijirea acestor bolnavi se va face cu multă înțelegere, bunăvoință și răbdare, având în permanență grijă de a le menaja pudora și a-i liniști din punct de vedere psihic.

**C.2.1.5. Complicațiile****Caseta 15. Complicațiile**

- deshidratare
- dereglări electrolitice
- iritații ale anusului

## C.2.2. Constipația

### C.2.2.1. Clasificarea

**Caseta 16. Clasificarea constipației în funcție de cauze** (în general, multifactoriale)

- *Cauze generale* – imobilitate, inactivitate, slăbiciune musculară, cașexie, stupoare, sedație, teama de ploscă, incapacitatea de a accesa sau a utiliza atributele de toaletă.
- *Cauze alimentare* – alimentare scundă, dieta săracă în substanțe de balast, consum scăzut de lichide.
- *Cauze metabolice* – deshidratare, hipercalcemie, hipokaliemie, uremie.
- *Cauze neurologice* – tumoare cerebrală, afectare medulară, infiltrație a rădăcilor nervoase sacrale.
- *Cauze psihologice* – depresie, teamă de diaree, incontinență.
- *Cauze colorectale* – ocluzie, tumoare pelviană, fibroză/strictură postradică, stări algice anorectale.
- *Cauze medicamentoase* – analgezice opioide, analgezice neopioide, antidiareice, medicamente sau reacții adverse anticolinergice, spasmolitice, antidepresive, fenotiazine, buterofenone (Haloperidol), antacide, antiemetice, antitumorale, diuretice, altele – fier, bariu.

### C.2.2.2. Factorii de risc

**Caseta 17. Factori de risc declanșabili ai constipației**

- Tratamentul cu analgezice opioide

### C.2.2.3. Profilaxia

**Caseta 18. Profilaxia constipației**

*Tratamentul profilactic trebuie inițiat cu mult înainte de apariția problemelor clinice. Aceasta este deosebit de important pentru pacienții care administrează Morfină și alte medicamente opioide.*

- Asigurarea consumului unui volum adecvat de lichide.
- Utilizarea alimentelor sau a lichidelor cu proprietăți laxative, cum ar fi sucul de prune și fructe, legume, cereale integrale, rădăcinoase, nuci, unt de arahide.
- În lipsa ocluziei intestinale, se recomandă administrarea alimentelor ce conțin multă celuloză, cantitatea hranei ce conține celuloză trebuie majorată lent, deoarece regimul alimentar bogat în celuloză este greu tolerat de pacienții în vârstă și de cei cașectizați.
- Lipsa accesului liber la facilitățile de toaletă sau a posibilității de a le utiliza poate cauza sau agrava constipația, în special, la pacienții în vârstă sau slăbiți. Încurajarea pacientului în necesitatea de defecație.
- Administrarea laxativelor la pacienții în tratament cu opioide: Docusat – 240-480 mg, seara, sau Bisacodil – 10-20 mg, seara, +/- Extract de Sennae – 15 mg pe noapte, +/- Lactuloză – 30 mg, pe noapte. Ajustarea dozei se face în funcție de efectul clinic.

### C.2.2.4. Conduita pacientului cu constipație

#### C.2.2.4.1. Anamneza

**Caseta 19. Întrebările ce trebuie examinate în simptomul de constipație:**

- ✓ Când a fost ultimul scaun?
- ✓ Care erau caracteristicile ultimului scaun (legat/nu, apos, format, subțire, liniar sau fecaloame mici și tari)?
- ✓ Defecația a fost dificilă?
- ✓ Durere la defecație?
- ✓ Caracteristica scaunelor din ultima perioadă de timp, ultimul scaun?
- ✓ Care este actuala frecvență a scaunelor?
- ✓ Care a fost frecvența scaunelor după boală.
- ✓ Pacientul are senzația de a avea scaun, dar nu poate (tenesme)? Ceea ce sugerează materii fecale tari sau tumoră/inflamație rectală.
- ✓ Nu are senzația de defecație? Ceea ce sugerează hipomotilitate/plegie colică.
- ✓ Scaunul trece prin zona anală, cu efort mare din partea pacientului? Ceea ce sugerează hemoroizi/prolaps rectal.
- ✓ Prezența sângelui/mucusului în scaun, sugerează obstrucție tumorală, hemoroizi, colită coexistentă
- ✓ Scaunul constă din fecaloame mici și tari, sugerează tranzit redus, scaun liniar sugerează stenoză sau hemoroizi.

#### C.2.2.4.2. Evaluarea

**Caseta 20. Informații utile în evaluarea simptomului de constipație**

- ✓ Experiența anterioară legată de constipație (metode sau laxative care au avut rezultat)
- ✓ Dieta obișnuită sau actuală (ingestie de lichide, ingestia de fibre, modificări de apetit, gust, dentiție)
- ✓ Modificările recente ale stilului de viață (activitate, dispoziție, stres, mobilitate, schimbări fizice care afectează defecația)

- ✓ Simptomele asociate (durere abdominală, plenitudine, anorexie)
- ✓ Medicația curentă (inclusiv, laxative utilizate)
- ✓ Factorii de risc (tratamente cu analgezice opioide, antineoplazice)
- ✓ Cunoștințele și înțelegerea individuală a problemei
- ✓ Investigațiile de laborator (trombocitopenie, leucopenie, hiperkaliemie, hipokaliemie)

#### C.2.2.4.3. Examenul clinic (datele obiective)

##### Caseta 21. Examenul clinic

Pe măsura progresiei constipației este prezentă senzația de plenitudine și distensie abdominală, de obicei, însoțită de colici, apare durerea rectală.

Frecvent sunt asociate constipației severe anorexia, greața și vărsăturile, este posibilă retenția urinară (mai ales, la bărbați) și confuzie.

Tușeul rectal este foarte important (de evitat în trombocitopenie/leucopenie).

Constipația severă cu fecaloame fixate poate avea un tablou clinic foarte asemănător cu ocluzia intestinală. Pacienții cu constipație au, de obicei, rectul plin cu fecaloame, care sunt palpabile și pe cadrul colic. La palparea abdomenului, fecaloamele apar cu contur neregulat și dau senzația de crepitație datorită aerului prins între ele. De asemenea, își modifică poziția în timp (se mișcă).

Rectul gol și sfincterul anal lax pot indica leziunea medulară asociată unei hipotonii colice. Tușeul rectal poate identifica și tumori sau alte afecțiuni rectale (rectocel, ulceratie, hemoroizi, stenoză anală).

Progresia constipației poate conduce la acumularea unei cantități mari de materii fecale uscate în rect, care nu mai poate fi eliminată normal (fecaloame fixate). Materiile fecale aflate mai sus în colon, proximal de obstrucție, sunt transformate sub acțiunea bacteriană locală într-o formă semilichidă, care se scurge printre fecaloame, ca o falsă diaree, la care se adaugă și producția crescută de mucus de la nivelul rectului obstruat.

Examenul clinic (tușeul rectal) va identifica problema rectală, fecaloamele putând să ocupe și colonul pe o porțiune mai mare sau mai mică (radiografia abdominală simplă).

#### C.2.2.4.4. Investigațiile paraclinice

##### Caseta 22. Investigațiile în simptomul de constipație

###### Foarte rar necesare

- Radiografia abdominală de ansamblu se efectuează în scop de excludere a ocluziei intestinale
- Analizele biochimice – în cazul în care examenul clinic sugerează hiperkaliemia și hipertiroidismul
- Frecvența și aspectul scaunului rămân metode de bază în stabilirea diagnosticului

#### C.2.2.4.5. Criteriile de spitalizare

##### Caseta 23. Criteriile de spitalizare

- Ocluzie intestinală, demonstrată clinic și paraclinic.

#### C.2.2.4.6. Tratamentul

##### Caseta 24. Principiile de tratament general în simptomul de constipație

- Scopul tratamentului este o defecație confortabilă și nu o frecvență anumită a evacuărilor
- Tratamentul laxativ se administrează de preferință pe cale orală, supozitoarele se pot adăuga în constipația rebelă.
- Clismele evacuatoare și supozitoarele de înmuiere se administrează doar după efectuarea unui tușeu rectal care să confirme prezența de materii fecale în ampula rectală.
- În constipația cronică, medicația laxativă se administrează regulat, în doze mici se administrează seara, în doze mari se administrează divizat, dimineața și seara sau mai frecvent
- La apariția diareei, se întrerupe administrarea laxativelor pentru 24-48 de ore și se reia tratamentul cu o doză mai „mică” de laxativ.
- Scaunele „tari” necesită predominant înmuiere, stimularea excesivă (laxative de propulsie) poate cauza colici.
- La pacienții cu colostomă și cu constipație rebelă în tratamentul oral, se pot administra, la necesitate, supozitoare, clisme medicamentoase sau clisme evacuatoare pe colostomă.
- Constipația refractară /severă este tratată cu creșterea agresivă a dozelor de laxativ.
- Clismele, supozitoarele sunt rezervate pentru situațiile în care nu este posibilă administrarea orală a laxativelor.
- Tratamentul constipației instalate constă în utilizarea supozitoarelor și a clismelor pentru curățarea intestinului gros până la normalizarea activității intestinale pentru medicația perorală.
- Pacienții cu obstrucție fecaloidă pot necesita efectuarea manuală a fecaloamelor care este efectuată sub analgezie sau sub sedație adecvată.
- Dacă un pacient constipat are nevoie de ajutor pentru ușurarea evacuării scaunului, sunt de ales supozitoarele sau o clismă mică (cu Fosfat de sodiu sau cu microclismă) succedată de un supozitor. Ambele procedee ajută la înmuierea scaunului și la evacuarea lui. Dacă nu se obține niciun rezultat, se poate face o clismă (lavaj rectal) cu soluție salină,

preferabil caldă sau se poate face evacuarea manuală a fecaloamelor (după ce se introduce intrarectal, pe noapte, ulei de măsline pentru înmuiere).

- Recurgerea la intervențiile locale rectale impune revizuirea tratamentului laxativ oral, cu creșterea dozelor sau asocierea unui alt laxativ, pentru a preveni repetarea situației.
- Pentru fecaloame fixate soluția terapeutică este înmuierea scaunului și lubrifierea colonului astfel, încât să poată fi eliminate: supozitoare cu glicerina (plasate între mucoasa rectală și fecalom) clismele cu fosfat sau cu ulei de măsline.
- Laxativele care măresc peristaltismul pot provoca crampe și nu sunt indicate până la eliminarea fecaloamelor.
- Eliminarea manuală a fecaloamelor din rect se face după înmuierea lor și cu utilizarea unui anesteziec local (unguent cu Lidocaină 5%), fiind utilă chiar administrarea unei doze suplimentare de opioid și/sau de anxiolitic, care să reducă durerea dată de manevră. După eliminarea celei mai mari părți, se face o clismă.

**În linii generale, un ghid pentru tratarea constipației ar fi următorul:**

1. Excluderea ocluziei intestinale. Când există dubii, se administrează numai laxative, predominant de înmuiere (*Lactuloză*, *Docusat*), pentru a nu provoca dureri colicative, nu se administrează laxative de volum.
2. Dacă la tușeul rectal rectul este încărcat cu materii fecale dure, este necesar fie evacuarea manuală (de preferat doar la pacienții incontinenți), fie de înmuierea fecalelor cu ajutorul unui supozitor cu glicerină sau al unei microclisme cu ulei de arahide sau de măsline, sau spălături rectale cu soluție salină.
3. Dacă la tușeul rectal rectul e plin cu materii fecale moi, se utilizează un stimulator al peristaltismului (extract de *Sennae*). Dacă există disconfort rectal, o clismă mică pentru a ajuta inițierea defecației.
4. Dacă la tușeul rectal rectul este gol sau destins – obstrucție de grad mai înalt prin fecalom, trebuie de administrat un laxativ de propulsie (extract de *Sennae*) împreună cu un laxativ de înmuiere (*Lactuloza*), deoarece e foarte probabil ca fecaloamele să fie dure sau, alternativ, se efectuează o clismă înaltă
5. Dacă la tușeul rectal sfincterul este relaxat, fără tonus, pacientul prezintă leziuni ale rădăcinilor nervoase sacrale.
6. Când sunt administrate opioide, obligatoriu se administrează, profilactic, și laxative combinate de înmuiere și de propulsie

**Caseta 25. Tratamentul cu laxative în constipație**

**Laxativele de volum**

- includ* semințe de in, pătlagină  
metilceluloza, suplimente alimentare bogate în fibre alimentare, laminaria, agar
- acțiune* retenția intralumenală a lichidelor înmoaie conținutul intestinal și stimulează peristaltismul
- precauții* pacienții trebuie să consume un volum mare de lichide; sunt nepotrivite pentru pacienții în vârstă și pentru cei cașectizați
- reații adverse* gust neplăcut, colică, meteorism (variații considerabile individuale)

**Laxativele lubrifiante și emoliente**

- includ* parafina lichidă, *Docusat*, *Lactuloză*
- acțiune* efect lubrifiant, înmoaie fecalele
- reații adverse* pneumonie lipoidă, dacă este aspirată
- precauții* pacienții care nu pot ingera lichide

**Laxativele stimulante (de contact)**

- includ* polifenoli: Izafenină, Ulei de ricin, Dantron  
antraglicozide: senna, crușin
- acțiune* favorizează secreția lichidelor – înmoaie fecalele și stimulează peristaltismul
- reații adverse* deshidratare și dereglări electrolitice la pacienții cașectizați sau în faza terminală; se recomandă hidratarea subcutanată cu ser fizilogic 1-1,5 l/24 de ore

**Laxativele osmotice**

- includ* săruri de Magneziu: sulfatul, hidroxidul  
hidrați de carbon neabsorbabili: lactuloză, sorbitol, manitol, polietilen glicol
- acțiune* atrag lichidele în lumenul intestinal prin majorarea presiunii osmotice – înmoaie fecalele și stimulează peristaltismul
- precauții* pacienții trebuie să consume un volum mare de lichide  
sunt nepotrivite pentru pacienții în vârstă și pentru cei cașectizați
- reații adverse* colică, meteorism (variații considerabile individuale), deshidratare și dereglări electrolitice la pacienții cașectizați.



### Caseta 26. *Tratamentul cu supozitoare în constipație*

Administrarea rectală a laxativelor este practică pentru inițierea evacuării intestinului gros până când apare efectul medicației administrate oral. Administrarea regulată nu este necesară decât la pacienții cu intestin neurogen.

Supozitoarele rectale:

- *Includ* Glicerină, Docusat, Bisacodil
- *Acțiune* înmoaie fecalele (Glicerina), efect de contact sau stimulant (Docusat, Bisacodil)
- *Utilizare* Glicerina se inserează în materiile fecale, Docusatul și Bisacodilul acționează pe mucoasă

### Caseta 27. *Tratamentul cu clisme în constipație*

- Clismele sunt folosite pentru ameliorarea constipației, atunci când supozitoarele sunt ineficiente. Clismele cu un volum mic așa ca Microlax\* - 5 ml sunt mai puțin stresante pentru pacienți și mai ușor de efectuat în condiții de domiciliu.
- La pacienții cu constipații mai pronunțate, pot fi utilizate clismele cu fosfat de sodiu, de volum mic, dar acestea pot fi responsabile de dereglări hidroelectrolitice la pacienții cașectizați sau deshidratați.
- Clismele cu săpun și cu apă pot cauza hiperhidratare și nu sunt recomandate.
- În constipații rezistente la tratament, se poate solda cu succes clisma de retenție cu ulei de măsline, aplicată pe noapte.

*Notă:* \*preparat compus.

### Caseta 28. *Managementul intestinului neurogen*

Scopul îngrijirii este evacuarea la fiecare una sau două zile (în funcție de activitatea intestinală precedentă) sau pe noapte sau dimineața (în funcție de dorința pacientului).

#### **Managementul intestinului neurogen:**

**Leziunea măduvei spinării – intestin spastic, sfîncter anal hipertonic, reflexe sacrale intacte**

ingestie adecvată de lichide și alimente bogate în celuloză

laxative orale (sunt evitate laxativele care cauzează înmuierea excesivă)

supozitoarele rectale sau stimularea duce la intensificarea peristaltismului și relaxarea sfîncterului

**Leziunea radiculelor nervilor sacrali – peristaltism redus, sfîncter flasc, reflexe sacrale absente,** ingestie adecvată de lichide și de alimente bogate în celuloză, laxative orale, supozitoarele rectale sau stimularea pot duce la evacuare, sforțări și masaj abdominal, medicamente colinergice (de exemplu, Betanecol 10 mg *per os* la 8 fiecare ore).

### Caseta 29. *Asistența în stările terminale*

În ultimele zile și săptămâni de viață, rareori apar simptome semnificative care se datorează constipațiilor. Frecvent, administrarea orală a alimentelor și a lichidelor este limitată și laxativele, de obicei, pot fi sistate. Supozitoarele sau microclismele pot fi utilizate atunci, când pacientul acuză dureri, simte chemarea la defecație, dar nu se poate defeca sau există o incontinență fecală prelungită datorită obstrucției fecaloide.

#### C.2.2.4.7. **Îngrijirea pacienților**

<b>Obiective</b>	<b>Măsuri de realizare</b>
1. Pregătirea condițiilor de îngrijire	<ul style="list-style-type: none"><li>• Bolnavul va fi plasat într-un pat comod, pentru a fi îngrijit</li><li>• Patul se acoperă cu mușama</li><li>• În caz de incontinență de materii fecale, se va așeza sub bolnav o ploscă pneumatică de cauciuc care se va schimba periodic</li><li>• Se pregătește un număr suficient de comprese pentru a le avea la dispoziție.</li></ul>
2. Supravegherea tranzitului intestinal și a igienii locale	<ul style="list-style-type: none"><li>• Dacă numărul scaunelor este mic și starea bolnavului este bună, acesta va fi însoțit la toaletă</li><li>• bolnavul trebuie asigurat cu plosca la pat. (Este bine să se lucreze cu două ploști pentru a se putea rezerva timp suficient pentru spălarea lor)</li><li>• Se notează numărul și caracterul scaunelor</li><li>• Pentru analiza de fecale, unele emisiunii vor fi colectate în bazinet</li></ul>

3. Corectarea tulburărilor hidroelectrolitice, recoltarea de produse biologice și monitorizarea funcțiilor vitale și vegetative	<ul style="list-style-type: none"> <li>• În diaree, rehidratarea se poate face pe cale orală, completată cu perfuzii intravenoase. Se urmărește înlocuirea pierderilor de ioni. Prin diaree se pierd mai mult sodiu și potasiu</li> <li>• În caz de infecții, se recoltează sânge pentru hemocultură și scaun pentru coprocultură.</li> </ul>
4. Asigurarea repausului și menținerea temperaturii corporale constante	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Repausul la pat se impune în cazurile în care starea generală alterată</li> </ul>
<p><b>Atenție!</b> Îngrijirea acestor bolnavi se va face cu multă înțelegere, bunăvoință și cu răbdare, având în permanență grijă de a le menaja pudoarea și a-i liniști din punct de vedere psihic.</p>	

### C.2.2.5. Complicațiile

#### Caseta 30. *Complicațiile*

Ocluzia intestinală totală sau parțială

### C.2.3. Disfagia

#### C.2.3.1. Clasificarea

#### Caseta 31. *Clasificarea disfagiei în funcție de gradul de deglutiție*

- Completă pentru lichide și pentru solide
- Incompletă:
  - Inițial, pentru solide și, progresiv, pentru lichide în obstrucții esofagiene
  - pentru lichide și solide mai mult sau mai puțin simultan în boli neuromusculare

#### Caseta 32. *Clasificarea disfagiei în funcție de faza de deglutiție afectată (cauze)*

**Faza bucală („disfagia de transfer”)** – *hrana este voluntar împinsă de limbă și de palatul moale*

- tumoare: obstrucție intrinsecă, deficit funcțional
- stomatită: infecție, radiație, chimioterapie
- xerostomie
- dereglări neuromusculare: intervenție chirurgicală, dereglări din partea nervilor cranieni, leziuni cerebrale sau ale trunchiului cerebral, slăbiciune generală sau cașexie

**Faza faringiană („disfagia de transport ”)** – *inițierea reflexului de deglutiție, închiderea glotei*

- tumoare: obstrucție intrinsecă, compresie extrinsecă
- faringită: infecție, radiație
- dereglări neuromusculare: intervenție chirurgicală, dereglări din partea nervilor cranieni, leziuni cerebrale sau ale trunchiului cerebral, slăbiciune generală sau cașexie
- fibroză sau strictură radiațională

**Faza esofagiană („disfagia de livrare”)** – *hrana parcurge esofagul datorită peristaltismului*

- tumoare: obstrucție intrinsecă, compresie extrinsecă
- esofagită: infecție, radiație, reflux
- dereglări neuromusculare: intervenție chirurgicală, infiltrație a plexului intramural
- fibroză sau strictură radiațională, anxietate

#### Caseta 33. *Clasificarea disfagiei în funcție de mecanismul de dezvoltare*

- **Obstrucția mecanică prin:**
  - tumori intrinseci;
  - compresii extrinsecă;
  - fibroze postradioterapie sau chirurgicale.
- **Cauzele neuromusculare:**
  - boală de neuron motor periferic sau central;
  - scleroză multiplă;
  - miopatie severă.
- **Odinofagia:** disfagia este secundară durerii (prin tumoare sau leziuni ale mucoasei bucale, infecțioase, post-chimioterapie sau post-radioterapie).

### C.2.3.3. Conduita pacientului cu disfagie

#### C.2.3.3.1. Anamneza

##### Caseta 34. Aspectele ce trebuie examinate la simptomul de disfagie în evaluarea cauzei

- ✓ Disfagia este intermitentă sau zilnică.
- ✓ Disfagia apare la consumul de alimente solide sau la lichide.
- ✓ Bolnavul se îneacă sau tușește.
- ✓ Disfagia provoacă dureri toracice.

#### C.2.3.3.2. Examenul clinic (datele obiective)

##### Caseta 35. Datele obiective în disfagie

- ✓ Tuburarea deglutiției (dificultate de înghițire)
- ✓ În dereglarea fazei bucale a actului de deglutiție, hrana se reține în cavitatea bucală și frecvent se prelinge în exterior, are loc scurgerea salivei între mese
- ✓ În disfagia faringiană, alimentele se opresc în faringe, iar tentativele de deglutiție provoacă sufocare, vome, tuse și regurgitația alimentelor prin nas.
- ✓ Pacienții cu dereglări esofagiene acuză reținerea retrosternală a alimentelor.
- ✓ În candidoza esofagiană, este caracteristică durerea la înghițirea băuturilor ferbinți (candidoza orală poate fi uneori absentă)
- ✓ Obstrucțiile tumorale provoacă o disfagie care inițial este mult mai accentuată pentru alimentele solide, decât pentru cele lichide; disfagia legată de patologia neuromusculară afectează în aceeași măsură deglutiția alimentelor solide și lichide.

Examenul clinic include:

- ✓ examinarea orofaringelui poate arăta tumoră, infecție;
- ✓ examinarea funcției nervilor cranieni.

#### C.2.3.3.3. Investigațiile paraclinice

##### Caseta 36. Investigațiile în simptomul de disfagie

Actul de deglutiție poate fi evaluat radiologic utilizând soluția diluată de Bariu sau de Lopoidol. Pacienții cu disfagie esofagiană necesită efectuarea radiografiei cutiei toracice sau a tomografiei computerizate pentru determinarea patologiei mediastinale, iar, pentru diferențierea patologiei intrinsece de cea extrinsecă, este utilizată endoscopia.

#### C.2.3.3.4. Tratamentul

##### Caseta 37. Principiile de tratament

- ✓ Menținerea căii orale de deglutiție atâta timp, cât este posibil
- ✓ Menținerea unei nutriții adecvate
- ✓ Reabilitarea fizică și cea socială
- ✓ Menținerea unei căi de administrare pentru fluide și pentru medicație

##### Caseta 38. Măsurile generale

- ✓ Când obstrucția este cauzată de o tumoră, tratamentul este cel antitumoral direct (radioterapie, chimioterapie și, mai puțin probabil, excizie chirurgicală) sau procedee mecanice de restabilire a pasajului (*stent*). Alegerea se face în funcție de sensibilitatea tumorii la chimioterapie, accesibilitatea la tehnicile de radioterapie și chirurgie și de starea bolnavului.
- ✓ Acumularea salivei la pacienții cu obstrucție completă cauzează prelingerea ei din cavitatea bucală și poate duce la aspirație; pentru a reduce salivația se administrează anticolinergicele Scopolamină – 1,5 mg/3 zile, sol. Atropină 0,1% – 0,3-0,5 ml, de 1-2 ori per zi.
- ✓ Corticoterapie cu Dexametazonă – 8-16 mg pe zi sau Prednizolon – 50-100 mg/zi subcutanat este indicat în scopul reducerii edemului peritumoral, în obstrucțiile esofagiene complete, care poate da ameliorări de scurtă durată.
- ✓ Dacă pacientul are simptome datorate deshidratării, perfuzia subcutanată poate fi folosită pentru menținerea unei hidratari adecvate. Se indică ser fiziologic sau sol. Glucoză 5% – 500 ml pentru 8-10 ore, cu un ritm aproximativ de 20 pic. pe min în zona abdominală sau partea anterioară a coapsei.

### **Caseta 38. Disfagia: opțiuni de tratament**

#### **-bucală și faringiană**

- tumoare obstructivă – intervenție chirurgicală, rezecție laser, radioterapie
- compresiune extrinsecă – glucocorticosteroizi, radioterapie
- dereglări neuromusculare – glucocorticosteroizi, radioterapie
- stomatită, faringită, xerostomie – terapie standard
- tratament general – instruire referitoare la alimentație, consultații dietetice, nutriție enterală

#### **- esofagiană**

esofagită – terapie standard

strictură cronică – dilatare în cazul unui prognostic îndelungat adică mai mult de 12 luni.

dereglări neuromusculare – consultații dietetice, glucocorticosteroizi

compresiune extrinsecă – glucocorticosteroizi, radioterapie, terapie sistemică

tumoare intrinsecă – tub endoesofagian, radioterapie, terapie sistemică, rezecție endoscopică laser

### **Caseta 39. Principiile de tratament**

#### **Nutriția enterală**

Pacienții cu disfagie oroesofagiană severă și cu risc mare de aspirație, pentru care nutriția și hidratarea sunt de continuat, pot necesita o alimentare pe căi alternative: tub nazogastric, gastrostomă.

- Tubul nazogastric este indicat pentru cei, cărora le este sete sau foame și au esofagul permeabil. Este indicat pentru o perioadă de timp scurt, pentru că în 2-3 săptămâni intervine deplasarea și apare disconfortul, cât și complicațiile nazale/esofagiene.
- Dat fiind faptul că intubația nazogastrică de lungă durată necesită a fi evitată, e preferabilă aplicarea endoscopică sub anestezie locală a tubului gastrostomic subcutanat. Rata complicațiilor gastrostomei este mică, dar nu este oportună la pacienții cu ascită, ulcere peptice sau cu diateză hemoragică.

### **Caseta 40. Principiile de tratament**

#### **Obstrucția esofagiană**

Obstrucția esofagiană tumorală poate răspunde la terapia cu glucocorticosteroizi.

Dacă este tehnic posibilă, rezecția endoscopică cu laser este tratamentul de elecție pentru tumoarea intrinsecă. Avantajul ei constă în ameliorarea imediată a disfagiei (spre deosebire de una sau de câteva săptămâni după radioterapie) și această procedură poate fi repetată ori de câte ori există necesitatea clinică. Faptul că trebuie repetată la 4-5 săptămâni limitează utilitatea.

Dilatarea este o măsură simplă pentru stricturile benigne. Repetarea ei prezintă risc de perforare. Pentru tumorile maligne, se poate utiliza ca măsură pe termen scurt (efect sub 2 săptămâni) înainte de iradiere-rezecție cu laser sau montarea unui stent.

Brahiterapia endoluminală cu 10Gy plus terapia cu laser crește intervalul liber de disfagie cu 50%.

### **Caseta 41. Principiile de tratament**

#### **Tuburile endoesofagiene**

- Tubul endoesofagian (de exemplu, Celestin, Atkinson) poate fi plasat fie prin endoscopie, fie printr-o mică incizie abdominală superioară; ultima procedură este preferențială, deoarece poate fi introdus un tub mai mare și acest tub poate fi fixat într-o poziție în care se evită dislocarea lui.
- Intubația ameliorează imediat disfagia, dar poziționarea pacientului este foarte importantă deoarece tubul facilitează refluxul gastroesofagian.
- Inițial dieta pacientului constă din alimente lichide, pentru ca apoi, într-un ritm lent, să treacă spre sfârșitul săptămânii la cele semisolide sau solide. Pacienților li se recomandă alimentarea fracționată frecventă în cantități mici, consumând după mese băuturi gazoase.
- Sunt evitate alimentele care pot obtura tubul cum ar fi bucățile mari de hrană de consistență fibroasă sau pâinea proaspătă.
- Dacă tubul se obturează, atunci pacientul poate încerca să-l curețe, consumând apă gazoasă sau prin mișcări fizice, dacă nu se reușește înghițituri mici de Peroxid de hidrogen 3% la fiecare ½ oră, care de obicei curăță tubul în câteva ore. Uneori este necesară o curățare endoscopică.

### **Caseta 42. Asistența în stările terminale**

Pacienții cu disfagie orofaringiană trebuie tratați conservativ, prin manipulări dietetice.

În obstrucția esofagiană completă, trebuie folosită intubarea endoesofagiană, întrucât introducerea tubului nu provoacă vreo suferință majoră și plasarea lui îmbunătățește semnificativ calitatea vieții pacientului, făcând posibilă înghițirea salivei.

### C.2.3.3.5. Îngrijirea pacienților

#### Caseta 43. Îngrijirea pacienților

Poziționarea corectă a pacientului, pentru a face actul de deglutiție cât mai ușor – ridicând căpătâiul patului (60-90), capul puțin felectat, evitând poziția culcată 1-2 ore după masă (pentru evitarea refluxului).

Menținerea igienei bune a cavității bucale și controlul după masă (resturile rămase necesită a fi aspirate).

Selecția alimentelor: semilichidele sunt mai ușor de înghițit decât lichidele, alimentele la temperatura camerei sunt mai ușor de înghițit, este mai ușor de înghițit o cantitate mai mică de mâncare la o masă, dar trebuie de mâncat de mai multe ori per zi, pentru a avea un aport caloric suficient.

Alimentele cu conținut proteic înalt, eventual mixate pentru a ușura înghițitul mâncării.

Lichidele se beau dintr-un recipient plin pentru a evita flexiunea posterioară a capului.

### C.2.4. Greța și voma

#### C.2.4.1. Clasificarea

#### Caseta 44. Clasificarea greței și vomei în funcție de mecanismele vomei

##### *Prin activarea aferențialei periferice*

- iritație
- obstrucție gastrointestinală (inclusiv, faringele și sistemul hepatobiliar)
- cancer
- tuse cronică
- esofagită
- gastrită
- ulcer peptic
- distensiune gastrică
- compresiune gastrică
- evacuare gastrică întârziată
- ocluzie intestinală
- constipație
- hepatită
- obstrucție biliară
- chimioterapie
- radioterapie

##### *Prin activarea zonei chemoreceptoare trigger*

- anomalii biochimice
- hipercalcemie
- hiponatriemie
- insuficiență hepatică, insuficiența renală
- sepsis
- medicamente: chimioterapie, opioide, Digoxină antibiotice alte cauze

##### *Prin dereglări vestibulare*

- infiltrație malignă vestibulară
- medicamente: Acid acetilsalicilic, săruri de platină

##### *Prin activarea centrelor corticale*

- factorii psihologici
- anxietatea
- senzații vizuale
- mirosuri
- gusturi
- tensiune intracraniană

### C.2.4.2. Factorii de risc

#### Caseta 45. Factori de risc declașanbili (cauze)

##### • Factori Chimici

Stimularea directă a chemoreceptorilor *trigger* de către medicamente: opioide, chimioterapie, anestezice

Disfuncții metabolice: hipercalcemie, uremie

Stări toxice

Radioterapie – în funcție de zona iradiată

##### • Factori Viscerali

Inflamații – apendicită, peritonită, colecistită

Obstrucții și disfuncții mecanice-constipație, tumori, ascită

##### • Factori Centrali

Stimuli fizici și psihici: teamă, stres

Modificări fizice ce au loc la nivel central: meningită, tumori

Stimuli olfactivi

Vomă anticipativă (înaintea chimioterapiei)

##### • Factori Vestibulari

Migrene

Infecții

Creșterea tensiunii intracraniene

### C.2.4.3. Profilaxia

#### Caseta 46. Profilaxia

- Igiena cavitatii bucale
- Igiena generală
- Aerisirea camerei
- Îndepărtarea tuturor stimulilor olfactivi sau vizuali ce influențează
- Nu forțați pacientul să mănânce
- Regim alimentar adecvat
- Medicamente antiemetice corespunzătoare

### C.2.4.4. Conduita pacientului cu greață și cu vomă

#### C.2.4.4.1. Anamneza

##### Caseta 47. Anamneza modului de manifestare a vomelor

##### *Evaluarea implică o anamneză detaliată a modului de manifestare a vomelor*

- Bruschețea debutului
- Modul în care se manifestă
- Factorii declanșatori
- Antiemeticele folosite

##### *Este necesar de precizat:*

- Care este cauza?
- Poate fi îndepărtată aceasta?
- Dacă nu atunci trebuie aleasă o terapie rațională, care să fie bazată pe locul de acțiune a medicamentului

##### *Se examinează alte aspecte la:*

- Intervențiile chirurgicale în regiunea abdominală
- Medicamentele utilizate
- Refluxul gastric și sughitul
- Dispepsie
- Constipație
- Sete sau somnolență (hipercalemie)
- Dizurie

#### C.2.4.4.2. Examenul fizic (datele obiective)

##### Caseta 48. Examenul fizic

- Senzația neplăcută ce poate preceda apariția vomelor, care se asociază cu salivatie, transpirație sau cu tahicardie, uneori mai neplăcută decât voma, pacientul o consideră la fel de greu de suportat ca și durerile.
- Mișcărilor ritmice, dificile, de natură spastică ale diafragmei și ale mușchilor abdominali, care apar, de obicei, în prezența unei senzații de greață.
- Expulzia puternică a conținutului gastric prin gură.

#### C.2.4.4.3. Evaluarea vomelor

##### Caseta 49. Evaluarea vomelor

##### *Datele obiective în evaluarea vomelor, însoțite de o senzație redusă de greață sugerează:*

- Staza gastrică (volum crescut și reflux gastric)
- Sindromul de compresiune gastrică (volum redus și reflux gastric)
- Obstrucția gastrică (volum crescut, vărsături puternice)
- Creșterea tensiunii intracraniene

#### C.2.4.4.4. Investigațiile paraclinice

##### Caseta 50. Investigațiile paraclinice

- Analiza generală a sângelui
- Biochimia sângelui
- Ionograma
- Examenul ultrasonografic al abdomenului
- Examenul radiologic

#### C.2.4.4.5. Criteriile de spitalizare

##### Caseta 51. Criteriile de spitalizare a pacienților cu senzație de greață și cu vomă

- Simptome greu de controlat
- Stare generală foarte gravă
- Vârsta înaintată, cu patologie cronică concomitentă
- Copii până la vârsta de un an.

#### C.2.4.4.6. Tratamentul

##### Caseta 51. Principiile de tratament în senzație de greață și de vomă

Evaluarea și tratarea cauzelor menționate

###### Utilizarea antiemeticelelor

- remediul se selectează în baza mecanismului presupus de apariție a vomei
- administrarea înainte de începutul vomei, atunci când este posibil
- în doze adecvate
- în combinații medicamentoase, dacă este necesar/indicat
- la necesitate administrare pe cale parenterală sau rectală

###### În vome rezistente (incoercibile)

- evaluarea factorilor psihologici
- reevaluare pentru depistarea cauzelor somatice neobservate
- tentative de administrare a altor antiemetice și /sau a combinațiilor lor

##### Caseta 52. Antiemeticele

- Antiemeticele sunt selectate în baza mecanismului presupus de apariție a senzației de greață și a vomei
- Greața și voma apărute din cauza excitării zonei chimioreceptoare *trigger* (CTZ) sunt bine controlate prin administrarea antiemeticelelor cu acțiune antidopaminergică.
- Staza și compresiunea gastrică sunt susceptibile la acțiunea gastrochinetică a Metoclopramidului, Domperidonului și a Cisapridului.
- La pacienții care sunt supuși chimioterapiei sau radioterapiei, este utilizat antagoistul receptorilor 5-HT<sub>3</sub>.
- Cauzele corticale ale greței și ale vomei pot fi contracarate prin administrarea anxioliticelor.
- Dacă tratamentul este inefficient, atunci pot fi încercate alte antiemetice și combinații ale lor.

##### Caseta 53. Antiemeticele

<b>Fenotiazine</b>	Proclorperazina, Clorpromazina
<i>Acțiune</i>	Efect antidopaminergic asupra CTZ
<i>Reacții adverse</i>	Acțiune sedativă (Proclorperazina), acțiune sedativă și hipotensivă (Clorpromazina)
<b>Butirofenone</b>	Haloperidol
<i>Acțiune</i>	Efect antidopaminergic asupra CTZ
<i>Reacții adverse</i>	Acțiune sedativă și hipotensivă
<b>topromide</b>	Metoclopramid, Domperidon
<i>Acțiune</i>	Efect antidopaminergic asupra CTZ și acțiune gastrochinetică directă
<i>Precauții</i>	Poate agrava ocluzia intestinală înaltă
<i>Reacții adverse</i>	Acțiune sedativă (Metoclopramid)
<b>Anticolinerge</b>	Hioscina
<i>Acțiune</i>	Efect anticolinergic asupra sau în apropierea CV, reduce secreția GI și motilitatea
<i>Reacții adverse</i>	Tot spectrul reacțiilor adverse anticolinerge
<b>Antihistamine</b>	Difenhidramina
<i>Acțiune</i>	Efect asupra CV printr-un mecanism necunoscut
<i>Utilizare</i>	Potențiază efectul antiemetic al antagoniștilor dopaminei și previne EP
<i>Reacții adverse</i>	Includ acțiune sedativă și uscăciunea mucoasei bucale
<b>Glucocorticosteroizi</b>	Prednisolon, Dexametazonă, Hidrocortizonă
<i>Acțiune</i>	Mecanism necunoscut
<i>Utilizare</i>	Sunt de o valoare deosebită în vomela asociate cu tensiunea intracraniană mărită
<b>Benzodiazepine</b>	Diazepam, Lorazepam
<i>Acțiune</i>	La nivel cortical
<i>Utilizare</i>	Sunt utilizate în asociere cu alte antiemetice la pacienții supuși chimioterapiei

<b>Antagoniștii 5HT 3</b>	Ondansetron, Granisetron, Tropisetron
<i>Acțiune</i>	Previn stimularea vagală în tractul GI, este posibil și un efect central
<i>Utilizare</i>	Voma legată de chimio- sau radioterapie
<i>Reacții adverse</i>	Constipații, cefalee
<b>Agenti prokinetici</b>	Cisaprid, Metoclopramidă
<i>Acțiune</i>	Eliberarea acetilcolinei în plexul intramural intestinal majorează peristaltismul intestinal
<i>Reacții adverse</i>	Colică intestinală, diaree

#### **Caseta 54. Asistența în stările terminale**

- Pe parcursul ultimei zile sau săptămâni de viață, tratamentul etiotrop poate fi inoportun.
- Se continuă tratamentul simptomatic cu antiemetice și este rațională administrarea medicamentelor cu efecte adverse sedative.
- Unele medicamente antiemetice pot fi administrate *per rectum*, iar Metoclopramida și Haloperidolul pot fi adăugate în seringă utilizată pentru injectarea subcutanată a Morfinei.
- Intuabrea nazogastrică trebuie evitată.

#### **C.2.4.4.7. Îngrijirea pacienților**

##### **Caseta 56. Îngrijirea pacienților**

- Bolnavii cu grețuri și cu vărsături vor fi amplasați în camere bine aerisite.
- Poziția bolnavului (dacă-i permite starea) va fi semișezândă sau șezândă.
- Dacă bolnavul nu poate fi ridicat în pat, va fi așezat în poziție de decubit dorsal, cu capul într-o parte, aproape de marginea patului.
- Se protejează lenjeria cu o aleză (mușama) și traversă. În funcție de poziția bolnavului aleza și traversa se fixează de gâtul bolnavului aflat în poziție șezândă sau se fixează sub cap și sau gât, în cazul poziției de decubit.
- Când apar vărsăturile se ține cu o mână tăvița renală sub gură și sub bărbie, iar cu cealaltă parte se susține fruntea bolnavului. Pentru a atenua greața bolnavul este îndemnat să inspire profund.
- La bolnavii inconștienți vărsăturile devin periculoase prin posibilitatea de aspirație a conținutului gastric. Pentru a preveni acest lucru, capul bolnavului se întoarce în partea stângă.
- În caz de necesitate, se va aspira conținutul stomacal prin sonda gastrică sau se va face aspirație gastrică continuă.
- Dacă conținutul stomacal a pătruns în căile respiratorii, se procedează imediat la aspirația acestuia și se așează bolnavul în poziție de drenaj postural.
- Dacă voma este cauzată de ingestia unor substanțe toxice sau de stenoza pilorică, se va face o spălătură gastrică.
- Se vor evita mirosurile neplăcute și alte condiții care provoacă greața și voma.

##### **Îngrijirea pacientului după oprirea vărsăturilor:**

- Se îndepărtează tăvița renală.
- Se șterge gura pacientului cu un șervet.
- Pacientului i se dă un pahar cu apă pentru a-și clăti gura.
- Se așează pacientul în repaus.
- Se calmează pacientul.
- Dacă pacientul este inconștient, i se vor îndepărta toate resturile din gură și din faringe cu ajutorul tamponelor curate.

#### **C.2.4.5. Complicațiile**

##### **Caseta 55. Complicațiile**

##### **Reacții adverse extrapiramidale întâlnite în tratamentul cu antiemetice**

<b>Reacții distonice acute</b>	
<i>Debut</i>	În câteva zile după începutul terapiei per orale, în câteva minute după administrarea i.v.
<i>Manifestări clinice</i>	Trismus, torticolis, spasm facial, criză oculomotorie, opistotonus, anxietate
<i>Tratament</i>	Benzotropină – 1-2 mg i.v. sau i.m. sau Difenhidramină – 25-50 mg i.v. sau i.m.
<b>Acatizie</b>	
<i>Debut</i>	În câteva săptămâni după începutul terapiei per orale, în câteva minute după administrarea i.v.



<i>Manifestări clinice</i>	excitație motorie, mișcări convulsive, anxietate
<i>Tratament</i>	Identic cu cel din reacțiile distonice acute
<b>Parkinsonism</b>	
<i>Debut</i>	De obicei, după câteva săptămâni de tratament
<i>Manifestări clinice</i>	Tremor intenționat, rigiditate musculară, bradikinezie
<i>Tratament</i>	Sistarea agentului cauzal Benzotropină – 1-2 mg i.v. sau i.m., apoi 2 mg la 12 ore p.o. sau Prociclidină – 5-10 mg i.v. sau i.m. , apoi 2,5-5 mg la 8 fiecare ore.
<b>Dischinezia tardivă</b>	
<i>Debut</i>	De obicei, după luni de tratament
<i>Manifestări clinice</i>	Mișcări masticatoare involuntare, mișcări vermiculare ale limbii
<i>Tratament</i>	Sistarea agentului cauzal Anticolinergic, anti-Parkinsoniene pot exacerba simptomele

#### D. RESURSELE UMANE ȘI MATERIALELE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI

<b>D.1. Instituțiile de asistență medicală primară</b>	<b>Personal:</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• medic de familie;</li> <li>• asistentă a medicului de familie;</li> <li>• medic de laborator și laborant cu studii medii.</li> </ul>
	<b>Dispozitive medicale și consumabile:</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• fonendoscop;</li> <li>• tonometru;</li> <li>• dispozitive medicale și consumabile pentru laborator.</li> </ul>
	<b>Medicamente:</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• antidiareice;</li> <li>• laxative;</li> <li>• antiemetice.</li> </ul>
<b>D.2. Secțiile și instituțiile consultativ-diagnostice</b>	<b>Personal:</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• medic internist;</li> <li>• medic endoscopist;</li> <li>• medic imagist;</li> <li>• medic ginecolog;</li> <li>• asistente medicale.</li> </ul>
	<b>Dispozitive medicale și consumabile:</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• fonendoscop;</li> <li>• tonometru;</li> <li>• aparat radiologic;</li> <li>• dispozitive medicale și consumabile pentru laborator;</li> <li>• aparat endoscopic (fibrogastrosco, fibrocolonoscop, rectoromanoscop).</li> </ul>
	<b>Medicamente:</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• antidiareice;</li> <li>• laxative;</li> <li>• antiemetice.</li> </ul>
<b>D.3. Secțiile de profil general ale spitalelor raionale, municipale</b>	<b>Personal:</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• medic internist;</li> <li>• medic de laborator;</li> <li>• medic imagist;</li> <li>• medic endoscopist;</li> <li>• medic ginecolog;</li> <li>• asistente medicale.</li> </ul>
	<b>Dispozitive medicale și consumabile:</b> aparate sau acces pentru efectuarea examinărilor și procedurilor:

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• fonendoscop;</li> <li>• tonometru;</li> <li>• aparataj radiologic;</li> <li>• dispozitive medicale și consumabile pentru laborator;</li> <li>• aparataj endoscopic (fibrogastroscoop, fibrocolonoscop, rectoromanoscop).</li> </ul>
	<b>Medicamente:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• antidiareice;</li> <li>• laxative;</li> <li>• antiemetice.</li> </ul>
<b>D.4. Centrul sau clinicile specializate</b>	<b>Personal:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• medici gastroenterologi;</li> <li>• medici de laborator;</li> <li>• medici de laborator;</li> <li>• medici imagiști;</li> <li>• medici endoscopiști;</li> <li>• medici ginecologi;</li> <li>• laboranți cu studii medii;</li> <li>• medici specialiști în diagnostic funcțional.</li> </ul>
	<b>Dispozitive medicale și consumabile:</b> aparate sau acces pentru efectuarea examinărilor și procedurilor: <ul style="list-style-type: none"> <li>• tonometru;</li> <li>• fonendoscop;</li> <li>• electrocardiograf;</li> <li>• ultrasonograf;</li> <li>• rectoromanoscop;</li> <li>• aparataj radiologic;</li> <li>• aparataj endoscopic.</li> </ul>
	<b>Medicamente:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• antidiareice;</li> <li>• laxative;</li> <li>• antiemetice.</li> </ul>

#### E. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI

No	Scopul	Indicatorul	Metoda de calcul a indicatorului	
			Numărător	Numitor
1.	A spori proporția persoanelor din grupul de risc în dezvoltarea simptomatologiei gastrointestinale, care beneficiază de tratament sau de profilaxie	1.1. Proporția persoanelor/pacienților din grupul de risc pentru dezvoltarea simptomatologiei gastrointestinale, cărora li s-a administrat tratament	Numărul de persoane/pacienți din grupul de risc pentru dezvoltarea simptomatologiei gastrointestinale, cărora li s-a administrat tratament	Numărul total de persoane/pacienți din grupul de risc în dezvoltarea simptomatologiei gastrointestinale, care se află sub supravegherea medicului de familie, pe parcursul ultimului an
2.	A spori nivelul de calitate în diagnosticarea pacienților cu simptomatologie gastrointestinală	2.1. Proporția persoanelor/pacienților din grupul de risc în dezvoltarea simptomatologiei gastrointestinale conform recomandărilor din PCN <i>Simptomatologia gastrointestinală la adult</i> , pe parcursul unui an	Numărul de persoane/pacienți din grupul de risc în dezvoltarea simptomatologiei gastrointestinale, cărora li s-a efectuat <i>screening</i> -ul conform recomandărilor din PCN <i>Simptomatologia gastrointestinală la adult</i> , pe parcursul ultimului an	Numărul total de persoane/pacienți din grupul de risc în dezvoltarea simptomatologiei gastrointestinale, care se află sub supravegherea medicului de familie, pe parcursul ultimului an

No	Scopul	Indicatorul	Metoda de calcul a indicatorului	
			Numărător	Numitor
3.	A spori nivelul de calitate în tratamentul acordat pacienților cu simptomatologie gastrointestinală	3.1. Proporția pacienților cu simptomatologie gastrointestinală, la care s-a efectuat tratamentul cu preparate specifice	Numărul de pacienți cu simptomatologie gastrointestinală, la care s-a efectuat tratamentul cu preparate specifice	Numărul total de pacienți cu simptomatologie gastrointestinală, supuși tratamentului de către medicul de familie, pe parcursul ultimului an
4	A reduce frecvența de apariție a simptomatologiei gastrointestinale	4.1 . Proporția pacienților cu simptomatologie gastrointestinală, la care persistă factorul cauzal și cărora li s-a administrat tratament	Numărul de pacienți cu simptomatologie gastrointestinală , la care persistă factorul cauzal și cărora li s-a administrat tratament	Numărul total de pacienți cu simptomatologie gastrointestinală, la care persistă factorul cauzal și au fost supravegheați de către medicul de familie, pe parcursul ultimului an

## ANEXE

### Anexa 1. Medicamente antidiareice

<b>medicamente absorbante</b>	
<i>includ</i>	agenții hidrofilici de volum; de exemplu, Metilceluloza, Ispaghula
<i>acțiune</i>	absorb excesul de lichid
<b>medicamente adsorbante</b>	
<i>includ</i>	preparatele de caolină
<i>acțiune</i>	adsorb bacteriile, toxinele și excesul de lichid
<b>inhibitorii de ciclooxigenază</b>	
<i>includ</i>	Acid acetilsalicilic, medicamentele antiinflamatoare nesteroidiene (cu excepția Acidului mefenamic, Indometacinei)
<i>acțiune</i>	reduc secreția gastrointestinală prin inhibiția sintezei prostaglandinelor
<i>utilizare</i>	enterită radiațională
<b>opioide</b>	
<i>includ</i>	Loperamida, Difenoxilatul, Codeină
<i>acțiune</i>	inhibă peristaltismul
<i>utilizare</i>	Loperamidă: 4 mg, inițial, 2-4 mg la 8-12 ore sau după scaun neofomat până la 16 mg/zi, Difenoxilat (2,5 mg cu Atropină 25 mg): 5-10 mg inițial, 2,5-5,0 mg la 4-8 ore sau după scaun neofomat până la 20 mg/zi, Codeină: 15-60 mg la 4 ore
<i>reații adverse</i>	Loperamidă: provoacă puține reacții adverse semnificative, nu inhibă sistemul nervos central (SNC) Difenoxilat: inhibă SNC fiind administrat în doze > 20 mg/zi Codeină: greață, posedă efect sedativ și, fiind administrată în doze mari, inhibă SNC

### Anexa 2. Medicamente laxative

Modalitate de acțiune	Exemple	Doză inițială	Latență	Comentarii
Agenți osmotici: Rețin apa în colon.	Lactoluză	15 ml x 2 /zi	1-2 zile 1-3 ore	Acționează în special la nivelul intestinului subțire
	Sulfat de magneziu	2-4 g/zi. dimineața		
	Hidroxid de magneziu	25-50 ml/zi (3g./zi)		
Surfactanți: acționează ca agenți tensioactivi mărirind pătrunderea apei în materiile fecale.	Docusat sodic Poloxamer	300 mg/zi	1-3 zile	Se folosesc cu predilecție, sub formă de combinații

Lubrifianti: Pătrunde în bolul fecal și ușurează progresiul lui.	Ulei de parafină Ulei de arahide Ulei de măsline	10 ml/zi, seara Pe cale rectală Pe cale rectală	1-3 zile	Parafina se poate folosi în suspensie apoasă 25% cu MgOH6%
Laxative de volum: cresc volumul materiilor fecale.	Tărâțe Semințe de pătlagină Metilceluloză Sterculia	8 g/zi, dimineața 4-16 g/zi 1-1,5 g/zi	1-3 zile	Sunt "normalizatoare" ale tranzitului intestinal, eficiente în constipații ușoare necesită cantități mari de apă (200-300 ml.)
Stimulante ale motilității intestinale: prin acțiune directă pe plexul mienteri; reduce reabsorbția apei din colon.	Sena Dantron Bisacodil Picosulfat Ulei de ricin	7,5 mg x 2 /zi 50 mg x 2 /zi 10 mg/zi 5-20 mg/zi seara 15-30 ml dimineața	6-12 ore 2-6 ore	În funcție de doză, pot cauza purgație și colici abdominale. Dozele eficiente variază în funcție de individ.
Combinatii: stimulant/agent de înmuiere	<i>Codantramer standard</i> (5 ml, suspensie): Dantron 25 mg Poloxamer 200 mg <i>Codantramer forte</i> (5 ml, suspensie): Dantron 75 mg, Poloxamer 1 g <i>Codantrusat</i> (capsule): Dantron 50 mg	5-10ml/zi, seara  5 ml/zi, seara  1-3 caps./zi, seara		Au eficiență certă versus fiecare componentă luată în parte.
Laxative rectale: stimularea reflexului anocolic – acțiunea specifică.	<i>De lubrifiere:</i> Ulei de măsline Ulei de parafină Ulei de arahide Docusat <i>Osmotice:</i> Glicerina <i>Saline:</i> Citrat de sodiu, Fosfat de sodiu, Tartrat de sodiu și potasiu <i>Polifenoli:</i> Bisacodil		1 5-60 min	Indicate ca laxative de rezervă în fecaloame. Efecte secundare: gangrene rectale la pacienții cu hemoroizi.

### **Anexa 3. Ghidul pacientului cu simptomatologie gastrointestinală**

#### **Cuprins**

Asistența medicală de care trebuie să beneficiați  
Simptomatologia gastrointestinală  
Diagnosticul simptomatologiei gastrointestinale  
Tratamentul simptomelor gastrointestinale

#### **Introducere**

Acest ghid descrie asistența medicală și tratamentul persoanelor cu simptomatologie gastrointestinală în cadrul Sistemului de Sănătate din Republica Moldova. Aici se explică indicațiile, adresate persoanelor cu simptomatologie gastrointestinală. 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 pacientului acoperă:**

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

#### **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.

### **Anexa 4. Recomandări pentru implementare în conduita pacienților cu simptomatologie gastrointestinală**

1. Considerăm necesară implementarea obligatorie, la nivelul medicului de familie, al medicilor interniști și al specialistului (gastroenterolog), investigația pacienților, diagnosticul și tratamentul adecvat.
2. Considerăm necesară aprovizionarea pacienților cu medicamente corespunzătoare pentru tratamentul simptomelor gastrointestinale.

### **Anexa 5. Ghid general în terapia antiemetică**

- Determinarea cauzei, dacă e posibil
- Determinarea factorilor favorizanți și reducerea sau înlăturarea lor
- Alegerea medicamentului adecvat
- Reevaluarea regulată pentru optimizarea tratamentului
- Terapiile complementare
- Terapiile ocupaționale
- Scopul – distragerea atenției de la starea de boală, concentrarea asupra unei alte activități (de ex.: aromoterapie, meloterapie, socializare în centrele de zi).

## BIBLIOGRAFIE

1. Angelescu N. Tratat de patologie chirurgicală. București, 2001, p.1899-1970., p.867-2009.
2. Buligescu, L. Tratat de Hepato-Gastroenterologie. București: Amaltea, 1999. vol.II, p.456-890,p.798-982
3. Chiotan M. Boli infecțioase. București, 2002.
4. Constantinoiu S. și alții. Icterul litiazic. București, 1998, p.200-241.
5. Augustin C. Boli infecțioase transmisibile, Craiova, 2007 p. 10.84-10.86.
6. L. Buligescu. Tratat de hepatogastroenterologie, București, 1999, p. 278-297.
7. L. Gherasim. Medicina internă Boli digestive hepatice și pancreatice, Editura medicală, 2000, p. 725-763.
8. American Gastroenterological Association medical position statement on the management of hepatitis C. National Guideline Clearinghouse, 2007, [www.guideline.gov](http://www.guideline.gov).
9. American Gastroenterological Association medical position statement: nonalcoholic fatty liver disease. National Guideline Clearinghouse, 2007, [www.guideline.gov](http://www.guideline.gov)
10. American Gastroenterological Association medical position statement: evaluation of liver chemistry tests. National Guideline Clearinghouse, 2007, [www.guideline.gov](http://www.guideline.gov)
11. Twycross R.Attention to detail.Progress Palliative Care 1994; 2;222-7.
12. Twycross R, Harcourt J, Bergl S.A survey of pain in patients with advanced cancer.J Pain Symptom Manage 1996; 12:273-82.
13. Medicina internă. Volumul II. Gastroenterologie, hepatologie, reumatologie sub. red. C Babiuc., V. Dumbrava. Chișinău, 2007.
14. Гастроэнтерология 2006-2007. Клинические рекомендации. Ред. Ивашкин В.Т., Москва, 2006, стр. 123-147.
15. Планы ведения больных. Москва, 2007, с. 238-272.