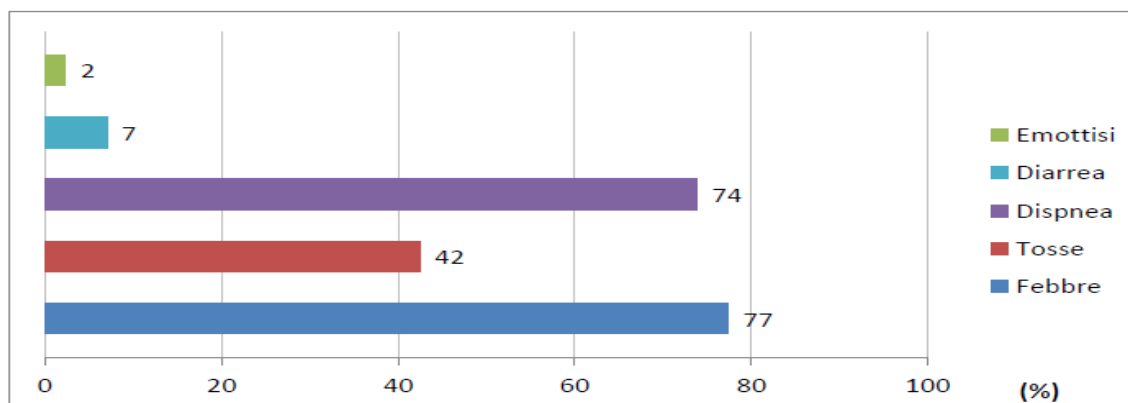


EMERGENZA COVID – CURE PALLIATIVE

Tel 051/6225652
Mail: curepalliative.rete@ausl.bologna.it
24/24 h

Sintomi di più frequente riscontro nei pazienti deceduti COVID-19 +(report ISS del 17 marzo2020)



SINTOMI PRINCIPALI

I pazienti affetti da polmonite COVID-19 2 possono presentare:

1. Febbre
2. Dispnea
3. Tosse
4. Diarrea
5. Emottisi

Nella fase pre-agonica può essere presente:

6. delirium/smania / agitazione psicomotoria

e nella fase agonica:

7. rantolo terminale
- che richiedono sedazione palliativa profonda

FEBBRE

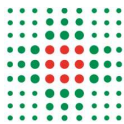
TERAPIA: specifica se indicata

PARACETAMOLO 500 mg ogni 6-8 ore

DISPNEA

TERAPIA:

Se il malato NON ha mai assunto OPPIACEI:



- **MORFINA CLORIDRATO** fiale da 10 mg: somministrare boli di 2,5mg (1/4 di fiala da 10 mg) per via SC non diluita in siringa da insulina da ripetere ogni 4-6 ore per via sottocutanea. Aumentare del 50% il dosaggio dei boli se terapia inefficace.

-terapia in infusione continua (dopo aver trovato il dosaggio quotidiano efficace al controllo del sintomo, comunque almeno 10-15mg/24h diluita in base alla metodica utilizzata per l'infusione (pompa siringa, elastomero oppure flebo a gtt lenta con deflussore dial flow)

Se il malato è già in terapia con **OPPIACEI**: aumentare la dose giornaliera totale del 25-50% e associare

-**DESAMETAZONE** 4 mg 1 fiala per via sottocutanea

E se presente vomito:

-**METOCLOPRAMIDE** 10mg (PLASIL) 1 fiala sottocute o per via intramuscolare ogni 6-8 ore

TOSSE

CODEINA (PARACODINA ®) 20 gocce 4 volte al giorno

Considerare che la MORFINA controlla (riducendola) anche la TOSSE (non somministrare PARACODINA se il paziente è in terapia con MORFINA

DIARREA (poco frequente ma possibile):

LOPERAMIDE 1 compressa dopo ogni scarica di diarrea

Considerare che la morfina controlla (riducendola) anche la diarrea (non somministrare LOPERAMIDE se il paziente è in terapia con MORFINA)

EMOTTISI

Acido tranexamico(*Ugurol®*) fl 500 mg 1-2 fl/os/im x2/die (da valutare sulla base delle condizioni cliniche)

DELIRIUM/"SMANIA"/ AGITAZIONE PSICOMOTORIA

SEDAZIONE PALLIATIVA in CRA:

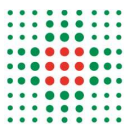
Per sedazione palliativa si intende: *"La riduzione intenzionale della vigilanza con mezzi farmacologici, fino alla perdita di coscienza, allo scopo di ridurre o abolire la percezione di un sintomo refrattario, altrimenti intollerabile per il paziente"*.

Per sintomo refrattario si intende un "sintomo non controllato nonostante sia stato tentato ogni possibile trattamento che non comprometta lo stato di coscienza" o non vi siano metodi di palliazione alternativi disponibili in un arco temporale o con un bilancio costo/beneficio tollerabile da parte del paziente.

Più frequentemente si tratta di delirium, dispnea, agitazione psicomotoria, convulsioni e in minor percentuale dolore e vomito.

TERAPIA:

- se prevale il **DELIRIUM e l'agitazione**
-**Clorpromazina cloridrato (Largactil®)** 1 fl 50 mg iniziando da 1/3 – ½ flim ripetibile ogni 4-12h



Dipartimento Oncologico
UOC Rete delle Cure Palliative
Direttore : dott.ssa Danila Valenti
DATEr
Processi assistenziali in Cure Palliative
Responsabile: dott. Fabrizio Moggia

Oppure

- **Aloperidolo (Serenase®)** fl 2 mg oppure 5mg/2ml. Inizia con 1 fl 2mg per via sc fino a 5-30mg/24h. Non è da considerare come farmaco di prima scelta per il suo debole effetto sedativo, pertanto spesso usato in associazione con una benzodiazepina

- Se prevale la **DISPNEA** e la **FAME d'ARIA**:

- **Delorazepam (EN®)** 5 mg 1-2 fiala per via sottocutanea o intramuscolare ogni 8-12 ore

Oppure

- **Diazepam (VALIUM®)** 10 mg 1-2 fiale per via sottocutanea o intramuscolare ogni 6-8 ore

- valutare il posizionamento di una terapia in infusione continua (pompa siringa, elastomero o flebo a gtt lenta con dial flow)

IN ALTERNATIVA, se non possibile la via sottocutanea e intramuscolare,

DELORAZEPAM (EN®) 1 mg/ml: 20 gocce sublinguali ogni 4-6 ore

RANTOLO TERMINALE

Eliminare liquidi in terapia se presenti

BUSCOPAN 20 mg 1fl per via SC ogni 6 ore per ridurre le secrezioni polmonari e posizionare la persona su un fianco.

FUROSEMIDE (LASIX®) 20 mg 1-2 mg per via o intramuscolare ogni 6-8 ore

ASPETTI ASSISTENZIALI

ASPETTI ASSISTENZIALI in Cure di Fine Vita

La rimodulazione degli interventi infermieristici

Rimodulare gli interventi infermieristici alla luce del modificato obiettivo di cura

- ❖ rilevazione dei parametri vitali
- ❖ prevenzione e gestione LDD
- ❖ cura della persona e cavo orale
- ❖ problemi urinari e intestinali
- ❖ gestione delle terapie

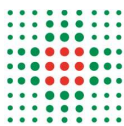
La via sottocutanea

- ❖ Valida alternativa alla via IM/EV
- ❖ Picchi di concentrazione plasmatica del farmaco entro 15-30 minuti
- ❖ Aghi in situ 4-7gg
- ❖ Somministrazione in unica soluzione, più volte al giorno o nella settimana

Fattori coinvolti nell'assorbimento da considerare

- ❖ Entità della perfusione cutanea
- ❖ Diffusione locale del farmaco
- ❖ Sede anatomica e stato dei tessuti
- ❖ Fattori biologici e patologici
- ❖ Caratteristiche della sostanza
- ❖ Fattori infiammatori locali

Indicazioni all'utilizzo della via sottocutanea



- ❖ Nausea/vomito
- ❖ Impossibilità alla somministrazione per via orale
- ❖ Dubbio di compliance
- ❖ Limitato assorbimento intestinale (cachessia, occlusione)

Controindicazioni

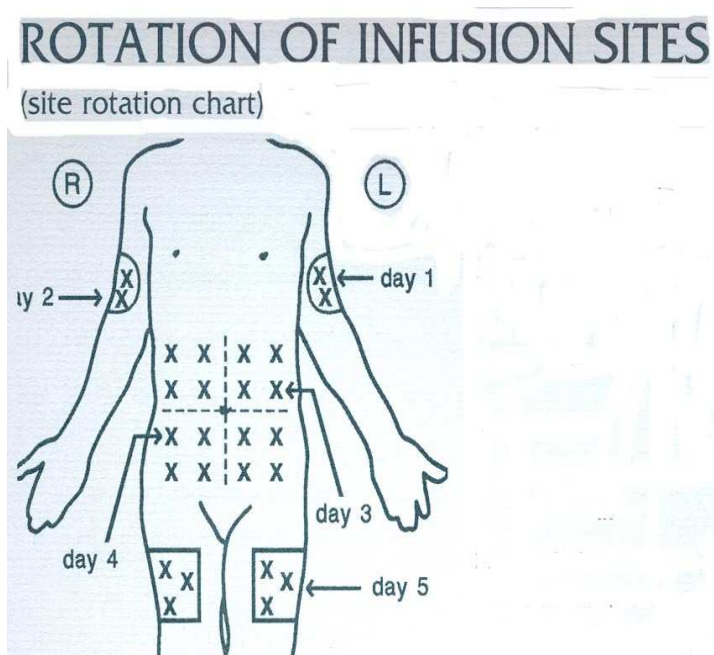
- ❖ Infiammazione/edema nel punto di inserzione
- ❖ Disturbi emocoagulativi
- ❖ Estrema riduzione tessuto sottocutaneo
- ❖ Intolleranza ai presidi usati

Modalità di realizzazione

- ❖ Inserire ago cannula/intima set con angolo a 45°
- ❖ Raccordare con tappino diaframmato
- ❖ Posizionare sotto i dispositivi placca idrocolloidale
- ❖ Fissare con film trasparente di poliuretano

Tipi di infusione

- ❖ Infusione sottocutanea a bolo
- ❖ Infusione continua con sistemi a siringa o elastomero

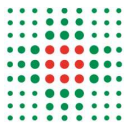


Trattamenti, procedure per la cura del cavo orale

Obiettivo: Il cavo orale è umido e pulito

- Vedere le indicazioni sulla cura del cavo orale
- Valutare le condizioni del cavo orale almeno ogni 4 ore
- La frequenza della cura del cavo orale dipende dai bisogni individuali

Difficoltà nella minzione



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

Dipartimento Oncologico

UOC Rete delle Cure Palliative

Direttore : dott.ssa Danila Valenti

DATeR

Processi assistenziali in Cure Palliative

Responsabile: dott. Fabrizio Moggia

Istituto delle Scienze Neurologiche
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

Obiettivo: Il paziente è a proprio agio

- Catetere vescicale se ritenzione urinaria
- Se le condizioni critiche generano incontinenza o dolore alla mobilizzazione, prendere in considerazione le priorità del Paziente (catetere vescicale, pannoloni).

Prevenzione e trattamenti antidecubito

Obiettivo: Il paziente è a proprio agio e in ambiente sicuro

Valutazione clinica di:

- Integrità della cute
- Bisogno di un cambio di posizione se finalizzato al confort e non per la prevenzione delle lesioni
- Bisogno di un materasso antidecubito controllando la pressione che sia la più confortevole
- Igiene personale, lavaggio del paziente a letto, igiene degli occhi sulle necessità ed ad orari concordati con l'ospite anche se non coerente con le necessità organizzative della struttura