

Dipartimento Interaziendale Cure Palliative di Brescia

PROTOCOLLO DI GESTIONE DEI BISOGNI DI CURE PALLIATIVE PER PAZIENTI SARS COVID-19 in RSA

Redatto a cura di Michele Fortis, Luisa Sangalli e Elena Sosta
- Aprile 2020 -

Questo protocollo vuole essere un supporto ai colleghi nella gestione in RSA dei pazienti affetti da SARS COVID-19 non ospedalizzabili.

I pazienti con polmonite COVID-19 presentano principalmente 4 sintomi che possono richiedere un intervento di medicina palliativa:

1. dispnea
2. delirium
3. rantolo terminale
4. sedazione palliativa in agitazione psicomotoria e/o angoscia pre-morte

VIE DI SOMMINISTRAZIONE

Tutte le terapie proposte possono essere somministrate sia per via endovenosa che per via sottocutanea o intramuscolare tranne l'aloperidolo, che può essere somministrato **solo** sottocute o intramuscolo.

La gestione sottocute può essere attuata in due modi: tramite iniezioni utilizzando ago da insulina o posizionando un'agocannula (azzurra o gialla) che può essere lasciata in sede per 7 giorni ed essere utilizzata sia per infusione continuativa sia per boli.

Le sedi adeguate per il posizionamento degli accessi sottocutanei sono i seguenti:

DOVE??



Addome e cosce sono siti in grado di ricevere un'idratazione lenta (500 ml di sol fisiologica/die per sito)

DISPNEA INCOERCIBILE

Il paziente la può manifestare con agitazione psicomotoria, attivazione muscoli accessori, tachipnea, tirage.
Parametri: SO₂ < 90%, valutazione soggettiva on scala numerica verbale da 0 a 10.

TERAPIA con BOLI

- boli sottocute con **Morfina 5 mg** (1/2 fiala da 10 mg di morfina cloridrato) aumentabile a 10 mg ogni 3-4 ore se ricompare il sintomo
- copertura antiemetica con **metoclopramide (Plasil) 1 fiala sottocute o intramuscolo** ogni 6-8 ore
- se inefficace e permane agitazione e dispnea: **Delorazepam (EN) fiale 5 mg: 1 fiala sottocute o intramuscolo ogni 6-8 ore**

TERAPIA con INFUSIONE CONTINUA

Dopo induzione con boli impostare terapia in infusione continua sottocutanea o endovenosa con:

- SOLUZIONE FISIOLÓGICA 250 ml con MORFINA 10 mg 5 fiale a VELOCITA' 10-15 ml/h
- SOLUZIONE FISIOLÓGICA 250 ML CON EN 5 MG 4 fiale a VELOCITA 10-15 ml/h

DELIRIUM

Valutare stato di idratazione ed eventuale tossicità da farmaci (in caso ridurre del 50 % i dosaggi di oppiacei se in corso ma NON SOSPENDERLI).

TERAPIA con BOLI

- ALOPERIDOLO (HALDOL) 5 mg/2 ml fiale 1 fiala sottocute op intramuscolo ogni 6-8 ore (NO ENDOVENA)
- PROMAZINA (TALOFEN) 25 mg/2 ml 1 fiala intramuscolo ogni 8 ore

TERAPIA con INFUSIONE CONTINUA

- SOLUZIONE FISIOLÓGICA 250 ML con ALOPERIDOLO 5 mg 3 fiale a VELOCITA' 10-15 ml/h sc
- SOLUZIONE FISIOLÓGICA 250 ML con TALOFEN 25 mg 3 fiale a VELOCITA' 10-15 ml/h sc/ev

RANTOLO TERMINALE

Educazione del care giver a posizionare su un fianco il paziente.

TERAPIA:

- BUSCOPAN 20 mg/ml: 1 fiala sottocute o intramuscolo ogni 4 ore
- SCOPODERM cerotti 1.5 mg: un cerotto applicato sotto il lobo dell'orecchio bilateralmente da cambiare ogni 24 ore
- DESAMETASONE (SOLDESAM) 8 mg/2 ml 1 fiala ogni 4-6 ore
- FUROSEMIDE (LASIX) 20 mg 1 fiala ogni 4-6 ore

SEDAZIONE PALLIATIVA

Da iniziare se sintomi (dispnea, angoscia, delirium) sono refrattari e insopportabili

TERAPIA con BOLI

- DELORAZEPAM (EN) fiale 5 mg: 1 fiala sottocute o intramuscolo ogni 8 -12 ore
- DIAZEPAM 10 mg 1-2 fiale intramuscolo o sottocute ogni 8 ore
- CLORPROMAZINA (LARGACTIL) 25 mg/2 ml: 1 fiala intramuscolo ogni 8 ore

TERAPIA con INFUSIONE CONTINUA

- SOLUZIONE FISIOLÓGICA 250 ML con DELORAZEPAM 5 mg 10 fiale a VELOCITA' 7-10 ml/h sc/ev
- SOLUZIONE FISIOLÓGICA 250 ML con DIAZEPAM 10 mg 6 fiale a VELOCITA' 10-15 ml/h sc/ev

Il grado di sedazione può essere misurato secondo la scala di Rudkin:

1. Sveglío orientato
2. Sonnoiente ma risvegliabile
3. Occhi chiusi ma risvegliabile alla chiamata
4. Occhi chiusi ma risvegliabile a stimolo tattile
5. Occhi chiusi non risvegliabile a stimolo tattile