PRINCIPALI PROCEDURE DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE per UTENTI di CURE PALLIATIVE

1. SCOPO

Scopo del presente protocollo è di fornire indicazioni operative su come intervenire nel caso si manifestino complicanze o eventi inattesi.

2. CAMPO DI APPLICAZIONE

Il presente documento è indirizzato agli infermieri e medici che operano a contatto con malati molto complessi ed in fine vita a livello domiciliare.

3. MODALITÀ OPERATIVE

Partiamo dalla definizione di cure palliative dell'Organizzazione Mondiale per la Sanità, per segnare le basi di questo lavoro:

Le Cure Palliative sono ... un approccio che migliora la qualità della vita dei malati e delle loro famiglie che si trovano ad affrontare le problematiche associate a malattie inguaribili, attraverso la prevenzione e il sollievo della sofferenza per mezzo di una identificazione precoce e di un ottimale trattamento del dolore e delle altre problematiche di natura fisica, psicosociale e spirituale. (...) considerano la morte un processo naturale che non intendono affrettare né ritardare. (...)

Il primo principio che si sottolinea è la qualità della vita, un malato "terminale" che sta affrontando la fase di fine vita presenta una molteplicità di problematiche dipendenti dalla patologia/e di cui soffre e non solo. E' soggetto purtroppo ad eventi improvvisi o ingravescenti che se non gestiti correttamente e nel rispetto delle sue volontà e della sua percezione della sofferenza rischiano di alterare negativamente la qualità della vita.

La percezione della qualità delle cure è un concetto soggettivo, non oggettivo; il malato deve essere coinvolto nel processo di cura, quando possibile. Sia il medico che l'infermiere, tanto più a domicilio, hanno l'onere di eseguire una buona valutazione della situazione per poter fare una diagnosi infermieristica e medica il più possibile corretta oltre alla valutazione della gravità del sintomo. Valutazioni che determinano il processo di intervento successivo.
La collaborazione e la condivisione con il malato ed all'interno del team multidisciplinare diviene fondamentale per impostare una terapia adeguata e personalizzata ed evitare inutili ricorsi all'ospedalizzazione.
Per molti interventi diagnostico-terapeutici svolti in ambito ospedaliero è possibile prevedere l'immediato rientro a domicilio o nel servizio residenziale del malato, ambiente a lui familiare e che aiuta la compliance generale.

Si rammenta che quando i sintomi come dolore, dispnea, delirium, ….. divengono refrattari, ossia incontrollabili da terapie specifiche o alternative vi è l'indicazione alla sedazione Terminale/Palliativa.

Eventi inattesi e/o complicanzei

NAUSEA E VOMITO

- Cause: stipsi, squilibri metabolici (specie uremia e ipercalcemia), stato ansioso, aumento della pressione intracranica, ostruzione del canale gastro-enterico, stasi gastrica, tosse, chemioterapia, oppioidi.
- Terapia: Serenase 10-15 gtt tre volte al giorno, Largactil 10-25 mg x 3, oppure Plasil 10 mg x 3, Peridon 1 cp 2- 3 volte al giorno; gli H2 antagonisti sono spesso efficaci nel ridurre la nausea. La terapia deve essere somministrata a orari fissi e non solo al bisogno. I
  In caso di ipertensione endocranica Decadron 8-64 mg/die.
  In caso di ostruzione gastroenterica alta (esofago) Buscopan 20 mg x 3 per limitare il rigurgito di saliva. Se c'è stasi gastrica anti-H2, antiacidi, metoclopramide.

Accorgimenti non farmacologici: mangiare cibi freddi o a temperatura ambiente, evitare cibi troppo dolci o piccanti o con forte aroma.

DIARREA

- Cause: infezioni, radioterapia, resezione ileale, lassativi, antibiotici, liquefazione di fecalomi e occlusione intestinale parziale (occorre pensarci in caso di diarrea intermittente). La presenza di materiale necrotico o sangue indica un'infezione, una flogosi da FANS o da radioterapia, un tumore vegetante; è indicato l'uso di Metronidazolo per os 500 mg x 2; il sanguinamento può essere ridotto con Tranex per os o per via rettale se origina a tale livello. In caso di melena: ulcera gastroduodenale à anti-H2 o Omeprazolo; tumore gastrico à Sucralfato. Nota: il sanguinamento alto associato a steatorrea produce feci color grigio argento.
- Terapia: idratazione, Loperamide 1-4 cp/die. In caso di steatorrea Pancreatina 2 o 3 cp/die aperte e mescolate al cibo + anti H2; anche nell'ittero ostruttivo e in caso di resezione ampia del tenue sono indicati gli anti-H2. La s. dell'intestino corto da resezione del tenue si giova anche dell'uso di Loperamide (2 cp x 3) e di Colestiramina (4 gr sei volte al giorno). Nella diarrea da radioterapia (inizia dopo 2-3 settimane e si associa a dolori addominali) sono indicati FANS + Colestiramina + Loperamide.
  Se c'è tenesmo rettale per infiltrazione neoplastica del colon-retto Codeina Fosfato (galenico) in dose di 60 mg ogni 4-6 ore.

STIPSI

- Cause: malattia di base, dieta scarsa di fibre, disidratazione, oppiacei, immobilità.
- Terapia: rimozione di eventuali fecalomi, assunzione di liquidi, mobilizzazione; in caso di stipsi da oppiacei vanno sempre associati i lassativi osmotici. (sono controindicati i lassativi a base di fibre); Bisacodile per os o in supposte.

SINGHIOZZO

- Cause: irritazione del diaframma, distensione gastrica, irritazione del nervo frenico, neoplasie cerebrali, infezioni, uremia.
- Terapia: cercare di ridurre la distensione gastrica con metoclopramide, domperidone, simeticone; stimolare il faringe con sorsi d'acqua, zucchero, manovra di Valsalva. In caso di fallimento Largactil 10-25 mg per os ogni 6-8 ore oppure 1-3 fiale da 50 mg i.m./die; cercare di bloccare la contrattura diaframmatica con Baclofene (Lioresal) 1 cp da 10 o 25 mg tre volte al giorno. In caso di genesi centrale o di massa neoplastica che stimola il nervo frenico Decadron a dosi di 16-24 mg/die i.m. In caso di neoplasia cerebrale possono usarsi anche Dintoina o Depakin.

TOSSE

- Cause: infezioni, secrezioni bronchiali, postura, scompenso cardiaco, BPCO, uso di ace-inibitori, iatrogena da fibrosi post-attinica o post-chemioterapia, presenza di tracheotomia o di sondino naso-gastrico, localizzazione della neoplasia a livello delle vie respiratorie o del pericardio.
- Terapia: correzione di ev. scompenso cardiaco o cura di ev. infezione; umidificazione dell'ambiente. Antitussigeni centrali: Paracodina 30 gtt x 3-4 o Morfina 20-60 mg/die per os. Per accessi di tosse secca Marcaina 0,25 % fino a 5 ml nebulizzata per aerosol ogni 4 ore (max. 30 ml/die). Se il paz. non riesce a espettorare Buscopan 1 fiala i.m o sottocute ogni 4 ore per ridurre le secrezioni.

DISPNEA

Il termine dispnea dal greco "dyspnoia", "respiro difficoltosa" è un'esperienza soggettiva di difficoltà respiratoria. Viene definita come un'anormale e disagevole consapevolezza del proprio respiro. Un soggetto sano e a riposo normalmente non percepisce il proprio respiro , ne viene conscio durante un esercizio fisco medio o moderato senza però provocare particolare disagio. Tale esperienza deriva da interazione tra fattori psicologici, fisiologici, sociali e ambientali. La dispnea terminale si può presentare negli ultimi giorni di vita in un paziente con una patologia terminale ed è una sensazione di soffocamento che provoca grande disagio e paura

Cause: stati febbrili, brusche anemizzazioni, pnx, polmonite, versamenti pleurici, embolia polmonare, impegno mediastinico da pneumopatie, broncospasmo, ostruzione delle vie aeree superiori, ostruzione bronchiale, scompenso cardiaco, versamento pericardico, ostruzione della vena cava superiore, ascite.

Terapia: in pronto intervento, ignorando la causa, somministrare cortisonici, teofillinici, diuretici, BDZ, oppioidi, O2.

a) scompenso cardiaco di recente insorgenza: diuretici, ace-inibitori (desametazone 24 mg e.v.)

b) versamento pleurico: in alternativa al drenaggio usare Lasix con Aldactone come per l'ascite
c) cause emotive (dispnea da panico): Valium i.m. o Tavor in cp orosolubili.
d) ostruzione delle alte vie respiratorie con stridor: steroidi ad alte dosi e inviare allo spec ORL o pneumologo
e) emorragia acuta intratracheale: Valium per via rettale o e.v. + Morfina per dare una marcata sedazione ed evitare una morte per soffocamento in condizioni di lucidità.

Gli Oppioidi riducono la dispnea diminuendo il consumo di ossigeno e la frequenza degli atti respiratori senza creare una depressione respiratoria rilevante; se il paz. non ha mai assunto morfina si parte con una dose di 20-40 mg, se invece è già in trattamento la dose deve essere aumentata del 50 %.

Anche la tachipnea terminale può migliorare con morfina, la cui dose va raddoppiata in caso di pregressa assunzione.

Il rantolo è dovuto alle secrezioni tracheobronchiali in ipofaringe che il paz. non riesce a espettorare e che possono essere ridotte dalla somministrazione di Buscopan alla dose di 20 mg i.m ogni 4 ore. Il sanitario dovrà cercare di comprenderne l'origine, facendo diagnosi differenziata.

Gli strumenti sono l'esame obiettivo, rilevazione della saturazione, parametri vitali, frequenza respiratoria e caratteristiche del respiro, agitazione, e con l'osservazione globale del malato.

PRURITO

Evitare bagni troppo caldi e saponi utilizzando invece latti emollienti o aggiungendo 1-2 cucchiai di bicarbonato di Sodio all'acqua del bagno; in caso di prurito incoercibile, oltre a pomate al cortisone, antistaminici ad alte dosi (Prometazina= Farganesse 25 mg tre volte al giorno) o steroidi per os o/e ansiolitici.

LABBRA E BOCCA

Le labbra possono essere ammorbidite con vaselina; è buona norma pulire il cavo orale con soluzioni antisettiche (Clorexidina) usando, se il malato è incosciente, delle garze imbevute. La lingua può essere detersa con uno spazzolino morbido. Utile, se il paz. può deglutire, offrire pezzetti di ananas non zuccherato. I cibi devono essere tritati o passati, freddi e non dolci; una piccola quantità di alcolici prima dei pasti può ridurre la sete; i cibi non devono essere molto elaborati e vanno evitati gli aromi forti, che possono aumentare la nausea.

Per la Candida sciacqui con Nistatina (2 ml tenuti in bocca per due minuti ogni 4 ore per 5 giorni), Miconazolo gel orale, bicarbonato (1 cucchiaino in 2 tazze d'acqua) oppure Fluconazolo (150 mg in dose singola), Itraconazolo (100-200 mg/die per 10 giorni); l'eventuale protesi va messa a bagno con Nistatina. L'Herpes può essere controllato con Aciclovyr per via orale e Aftab locale; in caso l'ulcera orale emani odore nauseabondo può essere in causa una infezione da anaerobi e allora è necessario il Metronidazolo (500 mg x 2). Le ulcere post-attiniche possono essere trattate con Sucralfato in sospensione. La Xerostomia può essere trattata con Saliva Artificiale a base di cellulosa o si può stimolare la salivazione con cubetti di ghiaccio o limone. Per il dolore del cavo orale si possono fare sciacqui con una soluzione composta da 20 ml di acqua con 1/2 cucchiaino di bicarbonato + 7 ml di Lidocaina al 2 % venti minuti prima dei pasti.

4. DOCUMENTI RICHIAMATI / BIBLIOGRAFIA

http://www.promedgalileo.org/memo/CPMT.htm Cure palliative nel malato terminale (Aggiornamento 2023)