

Aanpak symptoomcontrole palliatieve patiënt met vermoeden COVID-19 in WZC

SYMPTOOMCONTROLE

- Dyspnoe

○ **Communicatie**

- Leg uit dat '**stikken**' (een acute afsluiting van de bovenste luchtwegen) haast **nooit voorkomt** bij een infectie, dat dyspnoe meestal berust op problemen van de lager gelegen luchtwegen, en dat er in de terminale fase meestal een bewustzijnsdaling optreedt ten gevolge van CO₂-opstapeling, waardoor het gevoel van dyspnoe afneemt en uiteindelijk helemaal kan verdwijnen.
- Bespreek met patiënt dat er **vele factoren dyspnoe** kunnen **beïnvloeden**, zoals pijn, angst, immobiliteit, oververmoeidheid, houding en irritatie van de luchtwegen. Ga na welke maatregelen reeds zijn genomen, wat hielp en wat niet hielp.

○ **Niet-medicamenteus**

- Zoek een **comfortabele houding** (ondersteuning hulpademhalingspijpen):
 - half rechtop zitten met voorover leunen, armen steunen op tafel, afhangende benen
 - Ondersteuning van nek en armen in bed met kussens
- **Ademhalingstechniek**: Door neus inademen en door mond uitademen
- **Aanpassen lichamelijke activiteit** aan inspanningsmogelijkheden:
 - bv. rustpauzes tijdens lichamelijke verzorging
- **Omgeving**
 - afkoeling (vooral van het gebied van mond en neus) en frisse lucht zijn van groot belang. Eventueel ventilator of airco-apparaat
 - Luchtbevochtiger tegen uitdroging slijmvliezen
- **Zuurstof**
 - Overweeg bij hypoxemie.
 - Proefbehandeling met 1-5L/min. Evalueer na 1u: Ervaart de patiënt dat zijn kortademigheid beter is? Enkel dan te continueren
- **Aspireren**
 - Niet aangeraden. Kortdurend effect, heel belastend voor patiënt

○ **Medicamenteus**

- **Morfine** meest effectief
 - Patiënt neemt nog geen opioïden
 - Startdosis 5 mg SC, te herhalen om de 4 uur OF 30 mg/24u
 - Onvoldoende effect: dosis met 50% verhogen
 - Patiënt neemt wel reeds opioïden
 - Huidige dagdosis in subcutane vorm uitrekenen
 - 50% van totale dagdosis toevoegen
 - Pleister laten hangen, rest van de totale dagdosis in spuit aandrijver steken
 - Bij '**doorbraak dyspnoe**' = een plotselinge toename van dyspnoe

- 1/10de van de totale 24-uurs dosis SC toedienen.
 - ! **Laxeermiddel** voorschrijven.
 - **Corticosteroden en bronchodilatantia**
 - Enkel effectief bij COPD-patiënten
 - **Anxiolytica en sedativa**
 - Lorazepam (Temesta expidet®) 2x 1 of 2,5 mg p.o. of sublinguaal
 - Midazolam 5-30 mg/24 uur s.c. of i.v. (*dit is geen palliatieve sedatie*)
- **Hoest**
- **Niet-medicamenteus** (ev. met begeleiding kine)
 - Speciale techniek: 'huffen'. Tapotage heeft geen zin
 - houdingsadvies: best zittend of staand en niet liggend op de rug
 - **Medicamenteus**
 - Hoestremmende middelen:
 - **Dextromethorfan** 4-6 x 15 mg/ dag p.o.
 - **Dihydrocodeïne** 10-20 mg 3 - 4 x per dag
 - **Morfine** (zie bij dyspnoe)
- **Koorts**
- **Niet-medicamenteus**
 - Patiënt geeft aan of hij te warm of te koud heeft → **gerichte zorg**
 - Indien te warm: zorg voor een stabiele, koele omgevingstemperatuur, eventueel ventilator
 - Indien te koud: dekens, lauwwarme kruiken
 - Katoenen kleding en beddengoed, verschoon regelmatig
 - Voldoende inname vocht
 - **Medicamenteus**
 - ! Medicatie zal patiënt doen zweten → geeft soms meer last dan de koorts zelf
 - Eerste keuze: **Paracetamol** 2-4x 1g per dag (*Dafalgan®, Algotase mono®, ...*)
- **Stervende patiënt**
- Probeer **alle medicatie te stoppen, uitgezonderd symptoomcontrole**
 - Stop onnodige verpleegkundige of medische interventies
 - **Behandel symptomen** zoals hierboven beschreven
 - **Reutel**
 - Patiënt ondervindt geen last van een terminale reutel
 - Leg dit uit aan familie en zorgverleners
 - Medicatie heeft bij een bestaande reutel geen bewezen effect
 - Reutel is soms houdingsgebonden
 - **Terminale onrust**
 - **Oorzakelijke behandeling**
 - Een delirium wordt op het einde van het leven meestal door meerdere factoren uitgelokt, deze zijn soms moeilijk te behandelen

- Denk aan:
 - Geneesmiddelen die kunnen uitlokken
 - Morfine (zeker als nierfunctie achteruit gaat)
 - Derving van middelen
 - Benzodiazepines
 - Lithium
 - Nicotine
 - Ethyl
- **Niet-medicamenteus**
 - **Vertel** de patiënt altijd opnieuw **wie je bent en wat je doet**
 - Vertel aan de patiënt waar hij/zij is
 - Spreek rustig, in korte zinnen, stel korte vragen
 - Voldoende licht in de kamer en eventueel nachtverlichting
 - Zorg voor een klok met duidelijke uuraanduiding
 - Bevestig de wanen van de patiënt niet. Spreek ze niet tegen, maar maak waar mogelijk duidelijk dat jouw waarneming verschilt, vermijd discussie
 - Toon begrip voor de emoties en angst die voeding geven aan de wanen en hallucinaties
 - Zorg voor een veilige omgeving
- **Medicamenteus**
 - Eerste keuze: **haloperidol**
 - Startdosis: 0,5 tot 2 mg PO of SC
 - = 5-20 druppels Haldol®
 - = ½ ampoule Haldol®
 - /24u:
 - max. 20 mg PO
 - max. 10 mg SC
 - Ziekte van Parkinson:
 - Haloperidol gecontra-indiceerd (toename parkinsonsymptomen)
 - **Clozapine**: 2x 12,5 mg/dag
 - Heel uitgesproken rusteloosheid: + benzodiazepines
 - *!Benzodiazepines toedienen zonder haloperidol, is tegenaangewezen!*
 - **Lorazepam**
 - Temesta expidet 1 of 2,5 mg/ 6u
 - **Midazolam**
 - *Halfwaardetijd +/- 2u*
 - *5mg midazolam = 2,5 mg lorazepam*
 - Acut: 5 mg SC
 - Continu: 15-30 mg/24u (*symptoomcontrole*)
- **Palliatieve sedatie**
 - *Palliatieve thuiszorgequipe **De Mantel kan u begeleiden** bij de uitvoering van een palliatieve sedatie*
 - **Voorwaarden**
 - Stervende patiënt
 - = levensverwachting max 2 weken
 - Proportioneel

- = bewustzijn zodanig verlagen dat symptomen onder controle zijn
- Refractair symptoom aanwezig
 - = symptoom dat niet onder controle te krijgen is met bovenstaande medicatie
- Geïnformeerde toestemming

	Middel	Inductie (bolus)	Onderhoudsdosering (spuitaandrijver)
Trap 1 <i>Lichte en diepe palliatieve sedatie</i>	Midazolam (Dormicum®)	<p>Bij start lichte palliatieve sedatie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 2,5 mg SC - 1,25 mg IV <p>Bij start diepe palliatieve sedatie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 5 tot 10mg SC - 2,5 tot 5mg IV <p>Bij onvoldoende effect na ½ u (SC) of 5 min. (IV) de helft van de startdosis toevoegen</p> <p>Niet zelden is het aangewezen om tijdens de eerste uren van de palliatieve sedatie nog 2 à 3 extra bolussen te geven (ook al wordt de onderhoudsdosering nadien niet verhoogd).</p>	<p>Na start palliatieve sedatie (met startbolus), per uur de helft van de totale (!) startdosis als onderhoudsdosering. Deze totale startdosis omvat de dosis gegeven tijdens de eerste twee uur (SC) of het eerste half uur (IV).</p> <p>Onderhoudsdosering lichte palliatieve sedatie doorgaans 30mg/d IV of 60 mg/d SC; onderhoudsdosering diepe palliatieve sedatie 60 tot 240 mg/d.</p> <p><i>Een voorbeeld (lichte palliatieve sedatie): bij een startdosis van 2,5 mg SC waaraan 2 x 1,25 mg werd toegevoegd om voldoende effect te bereiken is de totale startbolus 5 mg. Bij deze totale startbolus hoort een onderhoudsdosering van 2,5 mg per uur of dus 60 mg/d (SC).</i></p>
		Bij aanpassing van de dosering:	
		Verhogingsinductie: bij elke verhoging moet ook een bolus gegeven worden. Deze bedraagt de helft van de totale startdosis.	Onderhoudsdosering met de helft verhogen of verlagen
Trap 2 (steeds in combinatie met Midazolam!)	Clotiapine (Etumine®) Levomopromazine (Nozinan®)	20mg SC of IV 25mg SC of IV	40 tot 160 mg/d 25 tot 200 mg/d
<i>Enkel diepe palliatieve sedatie</i>			
Trap 3	Anesthetica	In overleg met anesthesist	
<i>Enkel diepe palliatieve sedatie</i>			

▪ **Aandachtspunten**

- Voedsel- en vochttoediening wordt best gestopt
- Arts bij inductie tot stabiel (30min tot 2u)
- SC (veiliger) versus IV (sneller, nauwkeuriger)
- Sedativa aparte pomp
- Blaaskatheter (*patiënt kan wakker worden van een volle blaas*)

Bronnen: www.pallialine.be: richtlijnen dyspnoe, delirium, koorts, hoest en palliatieve sedatie

MEDICATIEVOORRAAD

Volgende berekening is niet gebaseerd op onderzoek maar gaat uit van volgende gegevens:

- 1/5 van de 80-plussers met COVID-19 komt te overlijden
- In gemeenschappen worden infecties gemakkelijk overgedragen van de ene naar de andere patiënt

→ Indien COVID-19 binnen geraakt in een WZC kan dit zware gevolgen hebben.

Volgende medicatie kan noodzakelijk zijn:

- Hoeveelheid **morfine**:
 - 20% van aantal bewoners x 5 dagen x 50 mg/dag = Aantal mg Morfine
 - *vb: WZC met 100 bewoners: $20 \times 5 \times 50 = 5000$ mg Morfine*
 - Neem best **Morfine** van
 - **10 mg** (*om 5mg SC te kunnen geven in shot*)
 - **30 mg** (*om gemakkelijk in een spuitaadrijver te krijgen qua hoeveelheid vocht*)
- Hoeveelheid **Haloperidol**:
 - 20% van aantal bewoners x 5 dagen x 10 mg haloperidol/dag = Aantal mg haloperidol
 - *vb: WZC met 100 bewoners: $20 \times 5 \times 10 = 1000$ mg haloperidol*
 - Te verkrijgen: **Haldol® 5 mg/ml**
- Hoeveelheid **Lorazepam**:
 - 20% van aantal bewoners x 5 dagen x (3x Temesta® 1 of 2,5mg) = Aantal Temesta tabletten
 - *vb: WZC met 100 bewoners: $20 \times 5 \times 3 = 300$ tabletten **Temesta® 1 of 2,5 mg***
- Hoeveelheid **midazolam**:
 - 20% van aantal bewoners x 5 dagen x 15 mg/dag = Aantal mg Midazolam
 - *vb: WZC met 100 bewoners: $20 \times 5 \times 15 = 1500$ mg Midazolam*
 - Neem best **Midazolam 15 mg/3 ml**
 - *5 mg/5 ml is voor SC niet zo handig door grote hoeveelheid vocht*

Bij vragen of wens tot begeleiding mag u steeds contact nemen met 'De Mantel': 051 24 83 85