



Corso di formazione specifica in Medicina Generale 2012
Reggio Emilia

*Trattamento dei sintomi refrattari in
Cure Palliative:
la Sedazione Palliativa Terminale*

Daniele Govi



da

I BUDDENBROOK



di

Thomas Mann

Ma i medici conoscevano il loro dovere. Bisognava in ogni caso conservare ai parenti il più a lungo possibile quella vita, mentre un calmante avrebbe subito provocato la resa dello spirito senza più opposizione. I medici non sono al mondo per facilitare la morte, ma per conservare la vita a qualunque prezzo. In favore di ciò spingono anche certi principi religiosi e morali, dei quali avevano sentito parlare all'università, anche se in quel momento non se li ricordavano bene...

Raccomandazioni della SICP
sulla
Sedazione Terminale/Sedazione Palliativa



SOCIETA' ITALIANA DI CURE PALLIATIVE SICP ONLUS

*A cura del Gruppo di Studio su Etica e Cultura al termine della vita
Ottobre 2007*

Sedazione **palliativa**
in fase **terminale**

Definizione di Sedazione Palliativa

Riduzione, fino alla totale abolizione, della coscienza del paziente, indotta farmacologicamente, finalizzata al controllo di gravi sintomi refrattari in prossimità della morte (ore o pochi giorni).

Sig. _____ n° c/c _____ data _____

Medico _____ Infermiere _____

PIANO INTEGRATO PER LE CURE DELLA PERSONA MORENTE

La cosiddetta "sindrome da morte imminente" (prognosi di ore/giorni) si realizza con un quadro di significativo peggioramento della persona con malattia a prognosi infausta, in rapida ed irreversibile progressione. Alcuni cambiamenti peggiorativi, contemporaneamente presenti, diventano diagnostici: sonnolenza-sopore (distacco dall'ambiente circostante), allettamento continuo, incapacità di deglutire compresse, possibilità di assumere solo piccoli sorsi d'acqua, accentuazione di alcuni sintomi disturbanti (es.: dolore, dispnea, confusione mentale-agitazione).

Occorre quindi adeguare il piano delle cure, riformulando gli obiettivi di ogni intervento.

VALUTAZIONE INIZIALE			
Incapacità a deglutire	Si ☐ No ☐	Nausea/vomito	Si ☐ No ☐
Sonnolenza/sopore	Si ☐ No ☐	Secrezioni delle vie respiratorie	Si ☐ No ☐
Allettamento continuo	Si ☐ No ☐	Ansia/angoscia	Si ☐ No ☐
Dolore	Si ☐ No ☐	Confusione/agitazione	Si ☐ No ☐
Dispnea	Si ☐ No ☐	Altro _____	



Liverpool Care Pathway

Promoting best practice for care of the dying

Il Team ha condiviso che il paziente sta morendo

Si sono realizzate almeno due delle seguenti situazioni:

☐ Il paziente è allettato

☐ E' semi-comatoso

☐ Può assumere
solamente sorsi di
liquidi

☐ Non è più in grado di
assumere terapia in
compresse





Liverpool Care Pathway

Promoting best practice for care of the dying



- ☐ **Goal 1:** adeguamento della terapia in corso (conversione per via s.c.) e sospensione dei farmaci non più utili
 - ☐ **Goal 2:** terapia continua e **prescrizione anticipata** scritta per i sintomi disturbanti (dolore, agitazione, secrezioni respiratorie, nausea/vomito, dispnea) ...segue schema di controllo ogni 4 ore del risultato...
 - ☐ **Goal 3:** sospensione di interventi inappropriati (esami ematici, antibiotici, terapia/idratazione per via e.v., mobilitazione frequente, etc.)
 - ☐ ...comunicazione, aspetti spirituali, supporto ai familiari...
- 
- 

MISURE PER IL BENESSERE DELLA PERSONA			
Obiettivo 1: valutati i trattamenti in atto e interrotti quelli inappropriati			Si ☐ No ☐
- <i>I trattamenti inappropriati sono stati interrotti.</i> - <i>E' stata adeguata la terapia per il trattamento dei sintomi disturbanti.</i> - <i>I farmaci sono stati convertiti dalla via orale alla via sottocutanea (e/o endovenosa in presenza di accesso centrale).</i> - <i>Se indicata, la pompa-siringa è stata avviata.</i>			
Obiettivo 2: prescritti i trattamenti farmacologici al bisogno per via sottocutanea (e/o endovenosa in presenza di accesso centrale) per le condizioni sotto elencate:			
Dolore	Si ☐ No ☐	Confusione/agitazione	Si ☐ No ☐
Dispnea	Si ☐ No ☐	Ansia/angoscia	Si ☐ No ☐
Nausea/vomito	Si ☐ No ☐	Altro _____	
Secrezioni delle vie respiratorie	Si ☐ No ☐		
Obiettivo 3 a: prese le decisioni per interrompere gli interventi medici non appropriati			
Prelievi ematici (compresa la glicemia capillare standard)	Si ☐ No ☐		
Antibiotici	Si ☐ No ☐		
Terapie endovenose (liquidi/farmaci)	Si ☐ No ☐		
Obiettivo 3 b: prese le decisioni per interrompere gli interventi infermieristici non appropriati			
Si ☐ No ☐			
<i>Tenendo come indicatore il comfort del paziente, riconsiderare la rotazione programmata del decubito, gli interventi per le cure igieniche e l'appropriato monitoraggio dei segni vitali.</i>			
N.B.: Se rispetto ad alcuni trattamenti ed interventi avete risposto NO spiegarne la motivazione in cartella ("attuazione e valutazione")			

N.B.: Se rispetto ad alcuni trattamenti ed interventi avete risposto **NO** spiegarne la motivazione in cartella ("attuazione e valutazione")

Sig. _____

c/c N° _____

VALUTAZIONE CONTINUA Obiettivo raggiunto? S = sì N = no P = parzialmente

	data						data						data						data					
	4.00	8.00	12.00	16.00	20.00	0.00	4.00	8.00	12.00	16.00	20.00	0.00	4.00	8.00	12.00	16.00	20.00	0.00	4.00	8.00	12.00	16.00	20.00	0.00
Dolore Obiettivo: <u>è libero dal dolore</u> > lo verbalizza se è cosciente > non mostra segni di sofferenza se incosciente > non è sofferente alla mobilizzazione																								
Dispnea Obiettivo: <u>dispnea tollerabile</u> > lo verbalizza se è cosciente > non mostra segni di agitazione/irrequietezza se incosciente																								
Nausea/vomito Obiettivo: <u>non presenta nausea o vomito</u> > lo verbalizza se è cosciente																								
Ansia/angoscia Obiettivo: <u>non presenta un'angoscia intollerabile</u> > è tranquillo > non presenta sintomi d'ansia / dolore globale > non richiede frequentemente terapia sedativa/ansiolitica																								
Secrezioni delle vie respiratorie Obiettivo: <u>non è disturbato dalle secrezioni/rantolo</u> > non presenta accessi di tosse > ha un'espressione rilassata nonostante la presenza di rantolo																								
Confusione/agitazione Obiettivo: <u>non è agitato</u> > non mostra segni di agitazione/irritabilità/irrequietezza > se stimolato rimane tranquillo > non presenta allucinazioni, confusione, confabulazione																								
Altri sintomi:																								



Sottolineare con biro rossa i sintomi presenti

SEDAZIONE PALLIATIVA TERMINALE iniziata il _____ (utilizzare le schede specifiche)

Non è quindi una SP in fase terminale:

- Una sedazione occasionale (ad es.: per il tempo necessario all'esecuzione di una manovra invasiva dolorosa o per il trattamento di crisi convulsive isolate)
- La terapia ansiolitica e di modulazione del sonno
- L'effetto secondario (collaterale) di un trattamento farmacologico (ad es.: terapia analgesica con oppiacei)

Sintomo refrattario

Cherny, Portenoy, 1994)

Sintomo che non può essere adeguatamente controllato nonostante ogni sforzo volto ad identificare una terapia adeguata che non comprometta lo stato di coscienza.

Cherny & Portenoy 1994

Vi sono altre opzioni per dare sollievo ?

SI'

Le conseguenze di tali interventi sono tollerabili ?

SI'

L'intervento può dare sollievo in un tempo tollerabile ?

SI'

NO

Sintomo **intrattabile**
("refrattario")

Sintomo **difficile**, ma si possono tentare terapie tradizionali

COGNOME.....NOME.....n.c/c.....

SCHEDA DI RACCOLTA DATI
SEDAZIONE TERMINALE / SEDAZIONE PALLIATIVA (ST/SP)
(da compilare prima di iniziare la ST/SP)

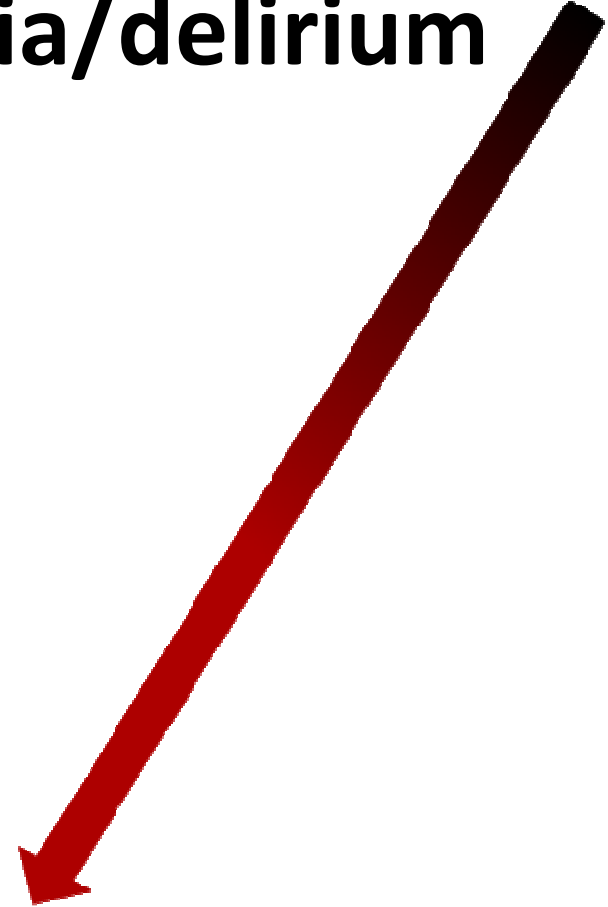
Data di inizio della ST/SP.....

DATI DEL MALATO:

SINTOMO/I REFRATTARIO/I per cui si pone indicazione alla ST/SP:

- ☒ DOLORE ☐ DISPNEA ☐ VOMITO ☐ AGITAZIONE PSICO-MOTORIA/ DELIRIUM ☐ EMORRAGIA
☐ DISTRESS PSICO-ESISTENZIALE ☐ ALTRO (specificare).....

- 
- **Agitazione psico-motoria/delirium**
 - **Dispnea**
 - **Dolore**
 - **Distress psico-esistenziale**
 - **Vomito**
 - **Emorragia**
 - **Altro**



Il concetto di refrattarietà è meglio definibile per i sintomi fisici che per quelli non fisici.

Occorre, in ogni caso, distinguere il “distress psico-esistenziale” refrattario da altre condizioni cliniche potenzialmente trattabili senza ricorrere alla SP (stato depressivo non trattato adeguatamente, delirium, ansia, conflitti familiari...).



Sappiamo indagare gli aspetti spirituali?

- *Quella spirituale è un'area ancora poco considerata e riconosciuta.*
 - *E' necessario sviluppare competenze specifiche da parte dei singoli professionisti e dell'équipe.*
 - *Nella fase avanzata di malattia e, in particolare, in prossimità della morte, i bisogni spirituali possono anche manifestarsi come sofferenza esistenziale (contribuendo a realizzare il «**distress psico-esistenziale**» di cui si parla).*
 - *E' quindi fondamentale che i curanti riconoscano tali aspetti e che consentano al malato di esprimerli.*
- 
- 



Chiediamoci:

- *Sappiamo quali sono i bisogni spirituali del paziente e dei familiari?*
 - *Abbiamo offerto loro delle possibilità per esprimerli?*
 - *Abbiamo fatto il possibile per aiutarli a trovare delle risposte?*
 - *E' stata considerata una necessità di formazione specifica dei curanti?*
- 

E' possibile che affiorino, anche tra gli operatori sanitari, confusioni concettuali e terminologiche che possono contribuire a sostenere incertezze e a rendere critico il processo decisionale e il vissuto degli operatori coinvolti (in particolare, possono affiorare *“fantasmi eutanasici”*).

Definizione di Eutanasia

L'azione di uccidere intenzionalmente una persona, effettuata da un medico, per mezzo della somministrazione di farmaci, assecondando la richiesta volontaria e consapevole della persona stessa.

Materstvedt LJ, Clark D, Ellershaw J, Førde R, Gravgaard A-M, Müller-Busch HC, Porta i Sales J, Rapin C-H. Euthanasia and physician-assisted suicide: a view from an EAPC Task Force. Palliative Medicine 2003

Eutanasia	Sedazione Palliativa
• Obiettivo: morte del paziente • Farmaci e dosaggi: adeguati a provocare la morte del paziente • Risultato: morte del paziente	• Obiettivo: controllo dei sintomi refrattari • Farmaci e dosaggi: adeguati al controllo dei sintomi • Risultato: grado di controllo dei sintomi

Va naturalmente ricordato che la sedazione palliativa, al contrario dell'eutanasia, è una procedura tecnicamente reversibile

Nessuna delle seguenti azioni deve essere considerata eutanasia :

- Astensione da trattamenti futili
- Sospensione di trattamenti futili
- Sedazione terminale (l'uso di farmaci sedativi per dare sollievo a sofferenze insopportabili negli ultimi giorni di vita).

Materstvedt LJ, Clark D, Ellershaw J, Førde R, Gravgaard A-M, Müller-Busch HC, Porta i Sales J, Rapin C-H. Euthanasia and physician-assisted suicide: a view from an EAPC Task Force. Palliative Medicine 2003

La Sedazione Palliativa in fase terminale non accorcia la sopravvivenza

- Dalla letteratura risulta che la durata media degli interventi di sedazione è pari a 2,8 giorni.
- La sopravvivenza dei pazienti sedati in fase terminale non differisce da quella dei pazienti non sedati; in uno studio è risultato che i pazienti che sono stati sedati per un periodo superiore alla settimana prima del decesso sono sopravvissuti più a lungo rispetto a quelli non sedati.



Le sopravvivenze medie delle persone, distinte tra sedate e non, decedute nel nostro Hospice durante due anni (2008 e 2009):

persone sedate = **16,5** giorni,
persone non sedate = **14,3** giorni

“L’uso di analgesici per alleviare le sofferenze del moribondo, anche con il rischio di abbreviare i suoi giorni, può essere moralmente conforme alla dignità umana, se la morte non è voluta né come fine né come mezzo, ma è soltanto prevista e tollerata come inevitabile. Le cure palliative costituiscono una forma privilegiata della carità disinteressata. A questo titolo devono essere incoraggiate”.

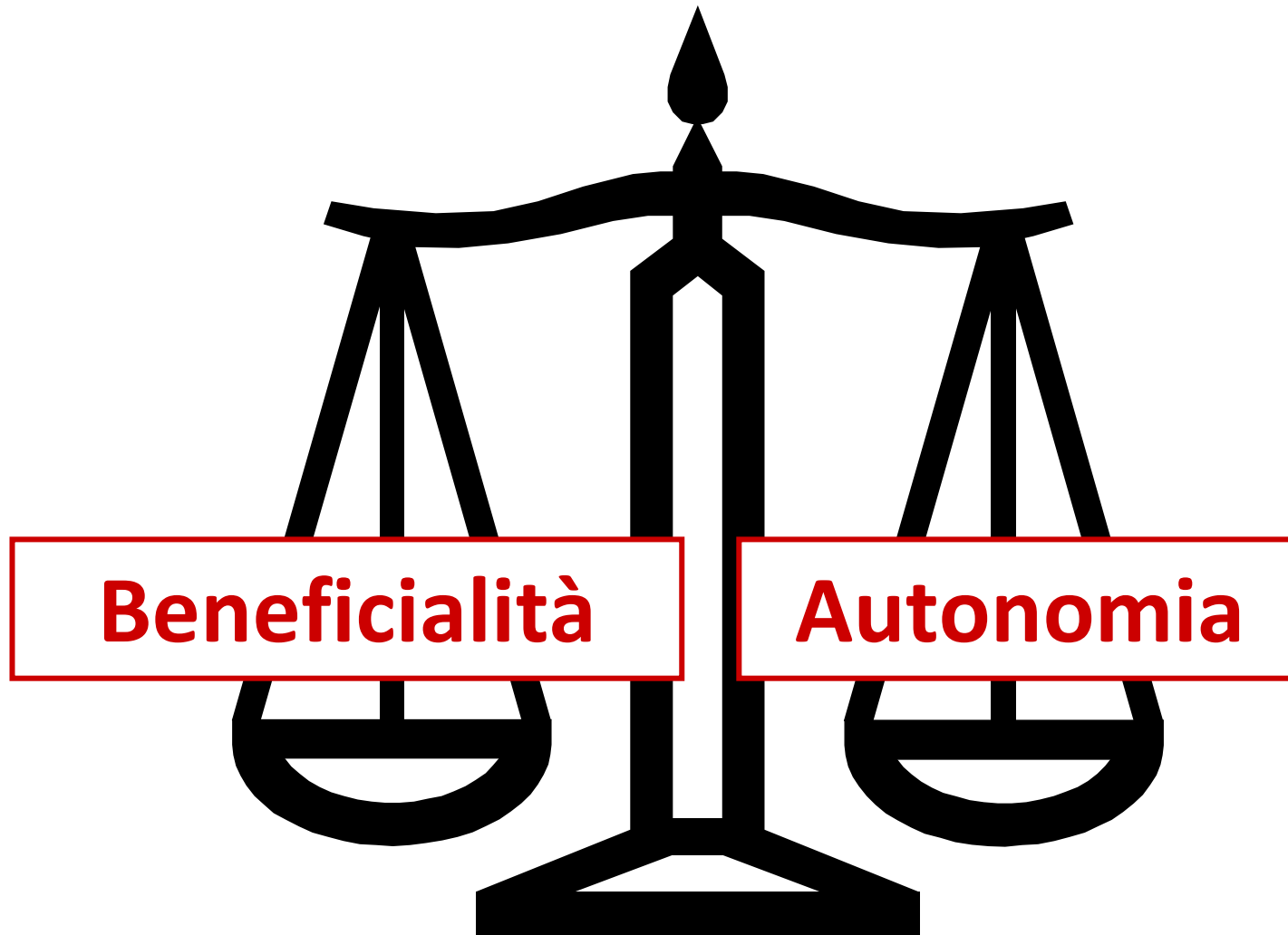
Catechismo della Chiesa Cattolica - 1992

"La morale non richiede alcuna terapia a qualsiasi costo. L'interruzione di procedure mediche onerose, pericolose, straordinarie o sproporzionate rispetto ai risultati attesi può essere legittima...

Non si vuole così procurare la morte: si accetta di non poterla impedire.

Il processo decisionale

...il difficile equilibrio dei principi etici



Chi decide?

- Paziente competente:



**CONSENSO
INFORMATO**

- Paziente non competente o
che non vuole
sapere/decidere



**GIUDIZIO
SOSTITUTIVO**
("best interest")

GRADO DI CONSAPEVOLEZZA del malato e dei familiari prima dell'inizio della ST/SP:

CONSAPEVOLEZZA DELLA DIAGNOSI

MALATO

- ☐ Nessuna
- ☐ Conosce la diagnosi ma non la progressione della malattia
- ☐ Completa anche sulla progressione della malattia

FAMILIARI

- ☐ Nessuna
- ☐ Parziale
- ☐ Completa

CONSAPEVOLEZZA DELLA PROGNOSI

MALATO

- ☐ Nessuna
- ☐ Parziale (non pensa che la morte sia imminente)
- ☐ Completa (sente la morte vicina)

FAMILIARI

- ☐ Nessuna
- ☐ Parziale
- ☐ Completa

Recentemente o in passato il malato aveva in qualche modo espresso un suo parere sulla sedazione di fine vita? ☐ SÌ ☐ NO

Se sì, il suo parere è stato favorevole? ☐ SÌ ☐ NO

Recentemente o in passato il malato aveva in qualche modo espresso un suo parere sulla sedazione transitoria per un sintomo di difficile controllo ? ☐ SÌ ☐ NO

Se sì, il suo parere è stato favorevole? ☐ SÌ ☐ NO

Chi ha formulato per primo la richiesta/proposta di sedazione:

MALATO FAMILIARI EQUIPE CURANTE

CONSENSO DEL MALATO:

NON E' STATO POSSIBILE OTTENERE UN ESPlicito CONSENSO DA PARTE DEL
MALATO

NON E' STATO OPPORTUNO OTTENERE UN ESPlicito CONSENSO DA PARTE DEL
MALATO

SI E' OTTENUTO UN CONSENSO PARZIALE (si è parlato solo di riduzione della coscienza)

SI E' OTTENUTO UN CONSENSO COMPLETO (si è parlato di abolizione della coscienza fino al decesso)

Modalità di registrazione del consenso:

IL CONSENSO E' STATO VERBALIZZATO E REGISTRATO IN CARTELLA

IL CONSENSO E' STATO FIRMATO DAL MALATO

NOTE.....

ASSENSO DEI FAMILIARI:

SI

NO

VI SONO STATE DIVERGENZE DI OPINIONE TRA I FAMILIARI

NON E' STATO POSSIBILE OTTENERE UN ESPlicito CONSENSO DA PARTE DEI
FAMILIARI

NON E' STATO OPPORTUNO OTTENERE UN ESPlicito CONSENSO DA PARTE DEI
FAMILIARI

NOTE.....

DATI SULLA CONDIVISIONE ALL'INTERNO DELL'EQUIPE rispetto alla ST/SP:

La decisione di mettere in atto la ST/SP è stata condivisa all'interno dell'equipe in maniera:

COMPLETA

PARZIALE

NOTE.....

IL MEDICO COMPILATORE

L'INFERMIERE COMPILATORE



Consapevolezza di diagnosi e di prognosi dei pazienti accolti in Hospice

- ...di **diagnosi** in circa il **60%**
- ...di **prognosi** in circa il **27%**

...dei pazienti sottoposti a STP

- ...nel **25%** circa dei pazienti sottoposti a Sedazione Terminale palliativa abbiamo documentato una **non consapevolezza di diagnosi...**
- 
- 



Comunicare con il malato e la sua famiglia

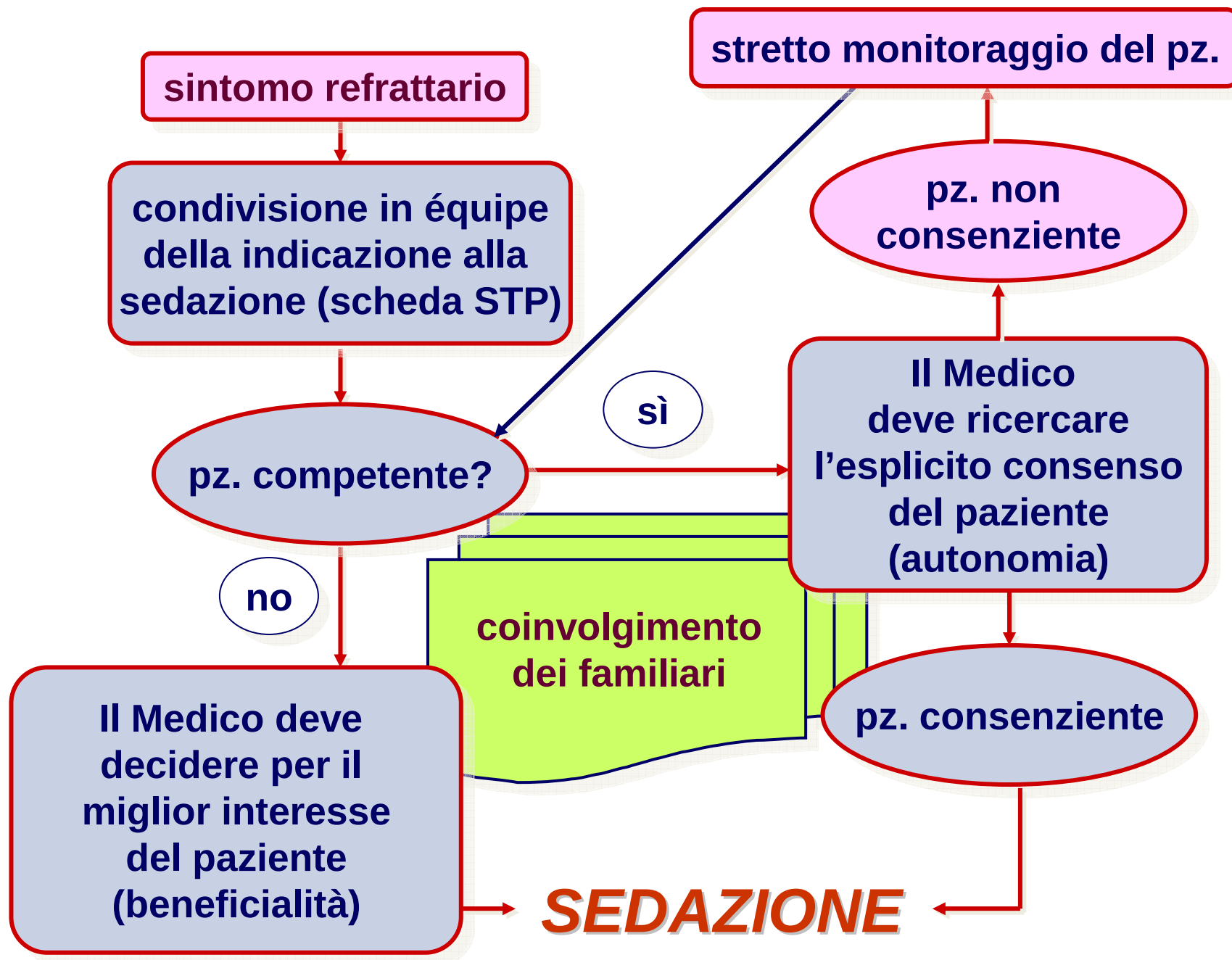
- Si tratta di un **percorso** da costruire insieme, nel **rispetto** della **consapevolezza** possibile, dei **bisogni** e dei **tempi** a disposizione del paziente, dei familiari e...dei curanti.
 - E' quindi necessaria un'elevata **competenza comunicativa**, all'interno di un'alleanza spesso difficile da costruire, soprattutto quando i tempi sono ridotti e la storia di malattia e dei rapporti precedenti con i curanti non è stato favorente.
- 
- 



Spunti di riflessione

- Tanti pazienti, forse troppi, non risultano «competenti» nel momento in cui si decide...
 - Fondamentale è chiedersi: “Abbiamo fatto tutto ciò che era nelle nostre possibilità per permettere la competenza del paziente?”
 - E' necessario che i curanti si interrogino sulle modalità di approccio al paziente, per svilupparne una che offra delle opportunità di maggiore approfondimento, nel rispetto di tempi e bisogni individuali.
 - Attenzione al coinvolgimento/supporto dei familiari, evitando responsabilizzazioni onerose.
- 
- 

Quando possibile (quando c'è tempo), specialmente in situazioni di malattia a più probabile evoluzione verso sintomatologie difficili da controllare (ad esempio, dispnea grave in Ca polmonare esteso o impegno mediastinico) o verso prevedibili complicanze terminali che possono richiedere interventi urgenti di sedazione (ad esempio, rischio di emorragia grave), prepararsi e preparare, con tutto l'anticipo e la gradualità possibile, il paziente e i familiari.



Sedazione in URGENZA

- Il principio di beneficiabilità è più frequentemente determinante.
- Gestione di prescrizione anticipata per l'induzione urgente della sedazione.
- E' comunque sempre necessaria e urgente una tempestiva valutazione in équipe del caso.

QUADRO CLINICO precedente l'inizio della ST/SP

KPS..... PA..... FC..... FR.....

STATO MENTALE: ☐ INTEGRO ☐ RALLENTATO ☐ CONFUSO ☐ SOPOROSO

STATO FISICO: IN GRADO DI ASSUMERE FARMACI E LIQUIDI PER OS : ☐ SI ☐ NO

☐ VERSAMENTI SIEROSI ☐ EDEMI ☐ DECUBITI ☐ ITTERO ☐ OLIGURIA ☐ ANURIA ☐ CACHESSIA

☐ OCCLUSIONE INTESTINALE ☐ CONFUSIONE ☐ ALTRO

LIVELLO DI COSCIENZA prima dell'inizio della ST/SP (scala di Rudkin):

- 1 malato sveglio e orientato
- 2 malato con sonnolenza ma risvegliabile
- 3 occhi chiusi ma risvegliabile alla chiamata
- 4 occhi chiusi ma risvegliabile con stimolo tattile (non doloroso)
- 5 occhi chiusi, non risponde ad uno stimolo tattile.

Farmaci per la sedazione

- **Benzodiazepine: midazolam**
- **Neurolettici: clorpromazina (e aloperidolo)**
- **Barbiturici: fenobarbital**

FARMACI USATI NELLA SEDAZIONE ST/SP

TIPO DI FARMACO	EV	SC	Boli ripetuti	Infusione continua	DOSAGGIO DIE INIZIALE *	DOSAGGIO DIE FINALE
PROPOFOL						
FENOBARBITAL						
MIDAZOLAM						
LORAZEPAM						
CLORPROMAZINA						
PROMETAZINA						
ALTRO (SPECIFICARE)						

DURATA SEDAZIONE **ORE**

IDratazione **SI NO**

--	--

* Dosaggio die iniziale =
 al raggiungimento grado di sedazione sufficiente per il controllo del sintomo refrattario

MIDAZOLAM

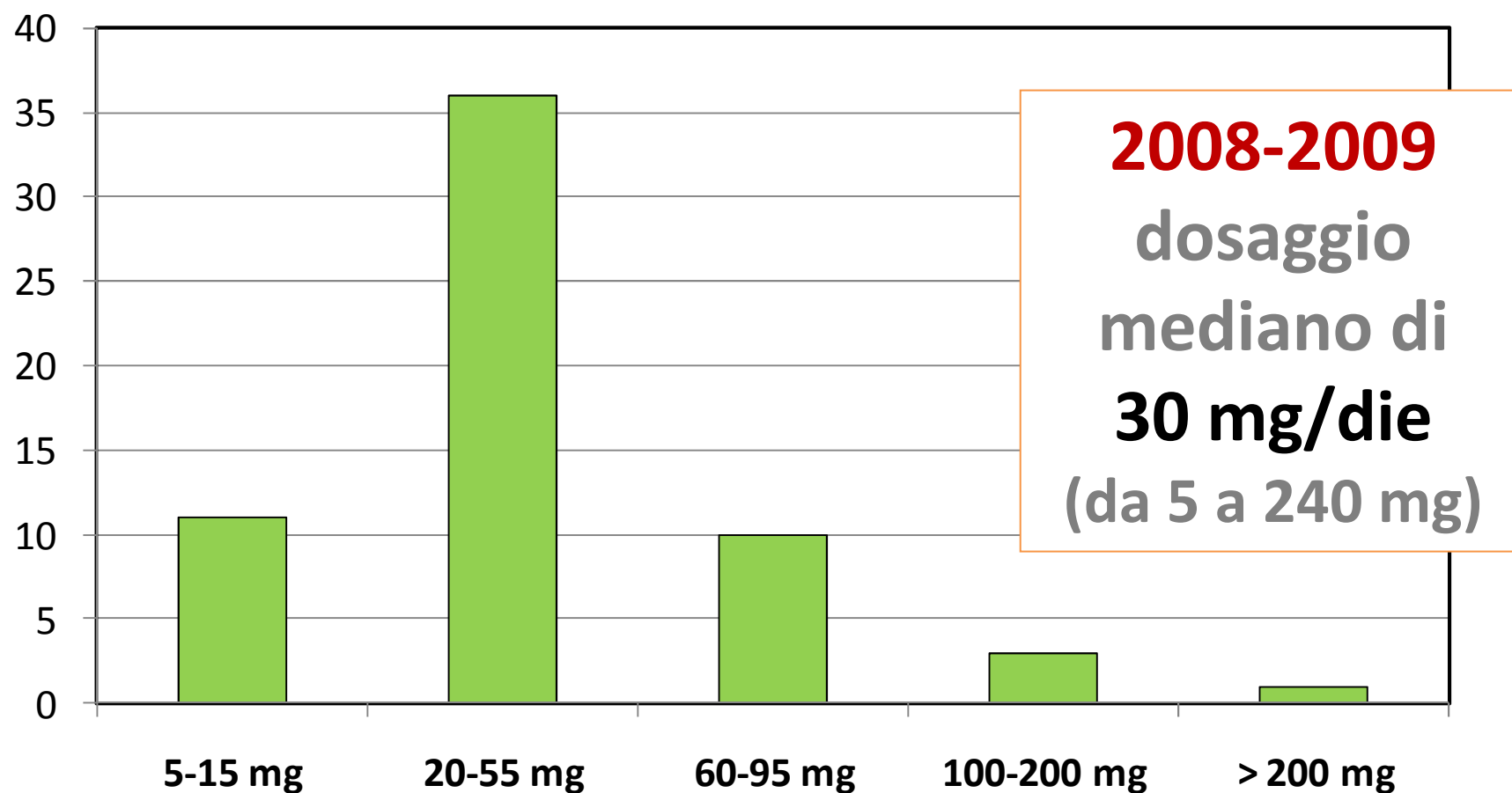
- **Nome commerciale:** IPNOVEL (fiale da 5 mg/1ml e 15 ml/3 ml)
- **Meccanismo d'azione:** depressore dell'SNC con attività sedativa, antiansiogeno, antiepilettica, miorilassante.
Azione GABA-potenziante nel SNC.
- **Farmacologia:** benzodiazepina a breve durata d'azione (5 mg possono indurre una sedazione di durata variabile, a seconda dei casi, fino ad un massimo di circa 240 minuti).

SC: inizio attività entro circa 15 minuti (picco dopo 30 ÷ 60)
EV: effetto immediato-rapido.
- **Emivita plasmatica d'eliminazione:** 2 ÷ 5 ore.

Sedazione con MIDAZOLAM

- E' normalmente il farmaco di 1^a scelta da somministrare per via sottocutanea (a meno che il paziente non abbia un accesso venoso centrale).
- **Induzione:** se il paziente non è pretrattato o trattato con basse dosi di BDZ, si può normalmente iniziare con 2,5 mg in bolo s.c., ripetibile ogni 10 minuti, fino al raggiungimento della sedazione sufficiente (titolazione).
- **Mantenimento** (somministrazione continua): la dose oraria corrisponde a circa il 25% del dosaggio efficace utilizzato per l'induzione (dosaggio di induzione : 4 x 24 ore = dosaggio di induzione x 6). Es.: Midazolam 5 mg per induzione, Midazolam 30 mg in infusione continua in 24 ore.
- **Dosi di "soccorso"** in caso di necessità: circa il doppio della dose oraria = metà della dose di induzione in bolo s.c.

Midazolam in 61 casi su 64 (2009)



ALOPERIDOLO

- **Nome commerciale:**
HALDOL (fiale da 5 mg / 1 ml), SERENASE (fiale da 2 e 5 mg / 2 ml)
- **Meccanismo d'azione:** butirrofenone (attività antidopaminergica).
- **Farmacologia:** l'effetto sedativo (e antiemetico) si osserva entro 1 ÷ 2 ore dalla somministrazione orale e 10 ÷ 30 minuti da quella s.c. Effetto massimo dopo 2 ÷ 4 ore dalla somministrazione orale e 30 ÷ 45 min. da quella s.c.
- **Emivita plasmatica:** 12 ÷ 38 ore; durata d'azione variabile, fino a 24 ore.
- *L'aloperidolo è solitamente utilizzato, **in associazione con benzodiazepine**, per la sedazione di pazienti con **delirium terminale** (5 ÷ 30 mg / 24 ore).*

CLORPROMAZINA

- **Nome commerciale:** LARGACTIL (fiale 50 mg/2 ml)
- **Meccanismo d'azione:** fenotiazina (attività antidopaminergica, anticolinergica, antiserotoninergica e adrenolitica).
- **Emivita plasmatica:** 15 ÷ 30 ore
- **Dosaggio per la sedazione palliativa terminale:** range da 100 a 800 mg/24 ore (“Sedation for intractable distress in the dying: a survey of experts” Chatters S., Palliat Med. 1998).
Può essere utilizzata (oltre che per via e.v. e i.m.) anche la via rettale.

La levomepromazina (Nozinan, non disponibile in Italia in fiale) è altrove utilizzata, per la sedazione palliativa, per via sottocutanea continua.

FENOBARBITALE

- **Nome commerciale:**
LUMINALE (in glicole propilenico) fiale da 200 mg/1ml
FENOBARBITAL fiale da 100 mg
- **Emivita plasmatica:** $72 \div 144$ ore
- **Dosaggio per la sedazione palliativa terminale:**
E' preferibile la via IM (100 - 200 mg) o EV per l'induzione e quella SC continua per il mantenimento (non è miscelabile con altri farmaci nello stesso sistema di infusione e deve essere diluito con acqua per preparazioni iniettabili nel rapporto di 1:10)
- **Range terapeutico sedativo:** tra 600 e 1600 mg nelle 24 ore

La terapia con **morfina**, molto spesso già in corso per il controllo del dolore e/o della dispnea, non deve essere sospesa o ridotta perché in atto la sedazione.

Il suo eventuale aumento di dosaggio deve essere guidato dalla ricerca del miglior controllo possibile del dolore e/o della dispnea e non dell'effetto collaterale sedativo (sedazione secondaria), che non ne limita comunque, in tale situazione, l'utilizzo.

La sedazione farmacologica va indotta e mantenuta con l'utilizzo di farmaci direttamente sedativi (sedazione primaria).

Miscele di farmaci normalmente utilizzate

- **Midazolam + Morfina**
- **Midazolam + Aloperidolo**
- **Midazolam + Aloperidolo + Morfina**

*...è inoltre associabile il **Buscopan** (rantolo), anche se conviene non miscelare più di 3 farmaci nella stessa siringa (l'aloperidolo ha una lunga emivita, il Buscopan può essere ripetuto in boli s.c., etc.)*

pH farmaci per infusione s.c.

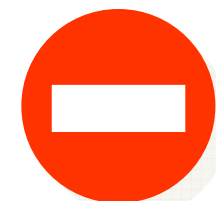
- | | |
|--------------------------------------|----------------------------|
| • Desametasone...7 – 8,5 | • Octreotide.....3,9 – 4,5 |
| • Metoclopram. ..4,5 – 6,5 | • Ondansetron.....3 – 3,4 |
| • Morfina2,5 - 6 | • Tramadolo.....? |
| • loscina butil. ...3,7 – 5,5 | • Ketorolac.....6,9 – 7,9 |
| • Midazolam3 | • Diclofenac.....7,8 - 9 |
| • Aloperidolo3 – 3,8 | |

Come regola generale:

- farmaci con pH simile sono più compatibili
- farmaci alcalini come ketorolac e desametasone causano spesso problemi dato che la maggior parte dei farmaci utilizzati in miscele hanno pH acido

Compatibilità delle miscele di farmaci somministrabili per via s.c.

	Morfina	Plasil	Buscopan	Aloperidolo	Soldesam	Ketorolac	Midazolam	Tramadolo
Morfina		+	+	+	+	+	+	
Plasil	+		+	+	+	+	+	?
Buscopan	+	+		+	+	+	+	?
Aloperidolo	+	+	+		-	+	+	?
Soldesam	+	+	+	-		?	-	?
Ketorolac	?	?	?	-	?		-	+
Midazolam	+	+	+	+	-	-		?
Tramadolo		?	?	?	?	+	?	



**Ricorda di
non associare:**

**Aloperidolo
e
Soldesam** }

**Midazolam
e
Soldesam** }



ELASTOMERO





**La pompa-siringa è inserita in un involucro di protezione.
La siringa è collegata all' "Intima" (agocannula).**



COGNOME _____ NOME _____ N° CC _____

COGNOME**NOME**

Nº C/C

ORARIO

- ① Paziente sveglio e orientato
- ② Paziente sonnolento ma risvegliabile
- ③ Paziente con occhi chiusi ma risvegliabile alla chiamata
- ④ Paziente con occhi chiusi ma risvegliabile a stimolo tattile (non doloroso)
- ⑤ Paziente con occhi chiusi non rispondente ad uno stimolo tattile



Nella stanza del paziente

La nostra presenza deve essere frequente, al fine di:

- **Monitorare le condizioni del paziente sedato:** controllo dei sintomi, del grado di sedazione...
 - **Assistere il paziente:** “contatto”, posizionamento, igiene, medicazioni, terapia...
 - **Supportare i familiari:** dare informazioni, condividere e chiarire dubbi, ascoltare, consolare, coinvolgere nell'assistenza, sostenere nel momento della morte...
- 
- 