

IL RICONOSCIMENTO DEI BISOGNI ASSISTENZIALI E LE RISORSE TERAPEUTICHE DELL'OPERATORE

Selenia Greco - Infermiera

file Fondazione
Italiana di
Leniterapia®

Identificazione del paziente in fase avanzata di malattia

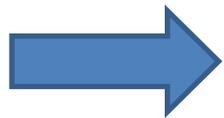
- Paziente oncologico
- Paziente non oncologico

Paziente Oncologico

- Decorso rapido della malattia in una fase avanzata

Paziente Non Oncologico

- Decorso più lento della malattia



Prognosi più difficile da stabilire

Domanda

Mi stupirei se il paziente in cura morisse entro pochi mesi, settimane o giorni?

Se la risposta è no...

Incentivazione di un approccio di tipo palliativo



- Rivalutazione dei bisogni della persona
- Rimodulazione degli interventi assistenziali :
 - Rilevazione PV
 - Mobilizzazione frequente del paziente
 - Medicazioni avanzate UDP
 - Cura del cavo orale
 - Cateterizzazione
 - Alimentazione
 - Idratazione
- Supporto alla famiglia

Valutazione e controllo dei sintomi

- Dolore
- Nausea
- Dispnea
- Rantolo
- Delirium/Agitazione

Dolore

- Il dolore è un'esperienza soggettiva che dipende da componenti sia sensoriali e percettive che emotive e socio-culturali.
- Il dolore quinto parametro vitale

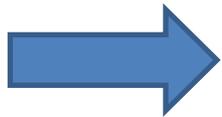
▪

Obbligo di riportare la rilevazione del dolore all'interno della cartella clinica (Art. 7 legge n.38/2010)

- *All'interno della cartella clinica, nelle sezioni medica ed infermieristica, in uso presso tutte le strutture sanitarie, devono essere riportati le caratteristiche del dolore rilevato e della sua evoluzione nel corso del ricovero, nonché la tecnica antalgica e i farmaci utilizzati, i relativi dosaggi e il risultato antalgico conseguito*
- *In ottemperanza alle linee guida del progetto «Ospedale senza dolore», previste dall'accordo tra il Ministro della sanità, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, in data 24 maggio 2001, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 149 del 29 giugno 2001, le strutture sanitarie hanno facoltà di scegliere gli strumenti più adeguati, tra quelli validati, per la valutazione e la rilevazione del dolore da riportare all'interno della cartella clinica*

Scale Unidimensionali

Misurano l'intensità del dolore. Per la facilità di utilizzo sono un ottimo strumento di autovalutazione: è lo stesso paziente a misurare l'intensità del dolore.



Paziente senza deficit cognitivo

Scale Multidimensionali

Valutano, oltre all'intensità del dolore, specifici indici comportamentali e fisiologici in risposta ad uno stimolo doloroso nei pazienti con deficit cognitivo. La valutazione della presenza e delle possibili cause di dolore è affidata all'osservazione degli operatori.

Scale di Valutazione del Dolore

Unidimensionali

1) VAS

2) NRS

3) VRS

4) FPS

Multidimensionali

1) PAINAD

2) NOPPAIN

Scala di valutazione numerica (NRS) (pz senza compromissione cognitiva)

Considerando una scala da 0 a 10 in cui a 0 corrisponde l'assenza di dolore e a 10 il massimo dolore immaginabile, quanto valuta l'intensità del suo dolore?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Nessun dolore Il dolore più forte che si possa immaginare

Scala PAINAD

(Pz con compromissione cognitiva)

	0	1	2
RESPIRO (Indipendente dalla vocalizzazione)	Normale	Respiro a tratti alterato. Brevi periodi di iperventilazione	Respiro alterato Iperventilazione Cheyne-Stokes
VOCALIZZAZIONE	Nessuna	Occasionali lamenti Saltuarie espressioni negative	Ripetuti richiami Lamenti. Pianto
ESPRESSIONE FACCIALE	Sorridente o inespressiva	Triste, ansiosa, contratta	Smorfie.
LINGUAGGIO DEL CORPO	Rilassato	Teso Movimenti nervosi Irrequietezza	Rigidità. Agitazione Ginocchia piegate Movimento afinalistico, a scatti
CONSOLABILITA'	Non necessita di consolazione	Distratto o rassicurato da voce o tocco	Inconsolabile; non si distrae né si rassicura

Punteggio:
 0 = nessun dolore
 10 = massimo dolore

Scala NOPPAIN

Scala Noppain

Nome dell'utente		Data	Ora
Nome del compilatore			

INDICAZIONI: l'operatore dovrebbe effettuare almeno 5 minuti di assistenza quotidiana all'ospite osservando i comportamenti che suggeriscono dolore. La scheda deve essere compilata in ogni sua parte subito dopo il termine delle attività di assistenza.

Scheda controllo delle attività

(barrare SI/NO)

		A Hai svolto questa attività?	B Hai osservato dolore mentre la svolgevi?
a) mettere a letto l'utente OPPURE osservare l'ospite che si sdraia		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
b) girare l'ospite nel letto		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
c) passaggi posturali (letto-sedia, sedia-wc, sedia- in piedi)		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
d) mettere seduto l'utente OPPURE osservare l'utente che si siede		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
e) vestire l'ospite		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
f) alimentare l'ospite		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
g) aiutare l'ospite a stare in piedi OPPURE osservare l'ospite mentre è in piedi		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
h) aiutare l'ospite a camminare OPPURE osservare l'ospite che cammina		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
i) fare il bagno all'ospite OPPURE fare una spugnatura a letto		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

PUNTEGGIO
Sommare il numero delle caselle "SI" segnate nella colonna B

TOTALE 1

Risposta al dolore

Cosa hai osservato o ascoltato durante l'assistenza?

<p>Parole di dolore? Che male, Ah!, imprecazioni, Basta <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Quanto intensamente? 0 1 2 3 4 5 La più bassa intensità possibile La più alta intensità possibile</p>	<p>Espressioni di dolore? Smorfie, sussulti, Sopracciglia aggrottate <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Quanto intensamente? 0 1 2 3 4 5 La più bassa intensità possibile La più alta intensità possibile</p>
<p>Stringere una parte dolente? Irrigidire, proteggersi, tenere fermo <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Quanto intensamente? 0 1 2 3 4 5 La più bassa intensità possibile La più alta intensità possibile</p>	<p>Versi che esprimono dolore? Gemiti, lamenti, pianti, singhiozzi, barbottii, <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Quanto intensamente? 0 1 2 3 4 5 La più bassa intensità possibile La più alta intensità possibile</p>
<p>Sfregare una parte dolente? Massaggiare un'area dolente <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Quanto intensamente? 0 1 2 3 4 5 La più bassa intensità possibile La più alta intensità possibile</p>	<p>Irrequietezza? Cambi di posizione, impossibilità a stare fermo, rifiuto delle cure <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Quanto intensamente? 0 1 2 3 4 5 La più bassa intensità possibile La più alta intensità possibile</p>

Sommare il numero di caselle "SI"

TOTALE 2A

Sommare i numeri segnati nella casella di intensità

TOTALE 2B

Intensità del dolore
Valutare il dolore dell'utente al massimo livello notato oggi

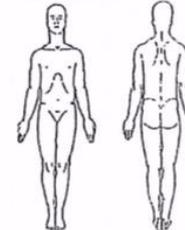
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Assenza Lieve Moderato Intenso Severo

TOTALE 3

PUNTEGGIO NOPPAIN

TOTALE 1 + TOTALE 2A + TOTALE 2B + TOTALE 3 = PUNTEGGIO NOPPAIN

ATTENZIONE!
Se l'utente ha segnalato di aver dolore, o il suo punteggio NOPPAIN è maggiore o uguale a 3, segnalare l'utente all'infermiere per un esame globale.



Per una "X" sulla sede del dolore
Per una "O" sulla sede delle lesioni cutanee

La rilevazione del dolore deve essere effettuata sia in situazione di riposo sia durante lo svolgimento delle attività di vita quotidiana

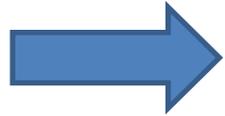
Riepilogando...

- Effettuare una valutazione del sintomo
- Rimuovere eventuali cause scatenanti reversibili
- Intervenire con le terapie appropriate
- Rivalutare regolarmente i sintomi per verificare l'efficacia del trattamento

Sintomo refrattario

Sintomo non adeguatamente controllato malgrado gli sforzi tesi a identificare un trattamento che sia tollerabile, efficace, rapido e che non comprometta lo stato di coscienza del paziente.

Trattamento dei Sintomi Refrattari



Sedazione Palliativa

Riduzione intenzionale della vigilanza, con mezzi farmacologici, fino alla perdita di coscienza, allo scopo di diminuire o abolire la percezione di un sintomo altrimenti intollerabile per un paziente con limitata aspettativa di vita, nonostante siano stati messi in atto i mezzi più adeguati per il suo controllo, sintomo che risulta, quindi, refrattario.

La sedazione palliativa viene intrapresa a seguito di un processo decisionale che coinvolge

- L'equipe curante (medici e infermieri)
- Il malato (se possibile)
- I familiari

Grado di sedazione: Scala di Rudkin

1° livello - Paziente sveglio e orientato

2° livello - Paziente sonnolento, ma risvegliabile

3° livello - Paziente ad occhi chiusi, ma risvegliabile alla chiamata

4° livello - Paziente con occhi chiusi, ma risvegliabile con stimolo tattile

5° livello - Paziente ad occhi chiusi non rispondente a stimolo tattile

Somministrazione Farmaci

In cure palliative la via sottocutanea è la via di prima scelta. Essa è utilizzabile:

- Per la somministrazione di farmaci
- Per l'idratazione

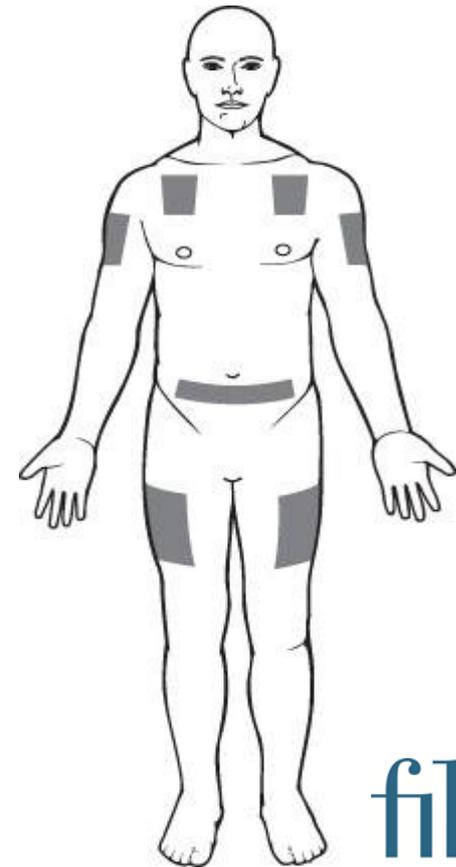
Somministrazione sia a bolo che in infusione continua

Vantaggi di una somministrazione sc

- Poco invasiva
- Nessun rischio di flebite
- Disponibilità di diversi posti d'iniezione
- Tecnica economica

Zone per il posizionamento di una via sottocutanea

- Regione sottoclavicolare evitando il tessuto mammario
- Regione addominale lontano dalla zona periombelicale
- Regione dei deltoidi
- Regione antero-laterale esterna della coscia



Prima del posizionamento controllare...

- Sufficiente tessuto adiposo
- Area non infiammata , non edematosa
- Postura del paziente
- Facilità di accesso

Infusione continua di farmaci

Il dispositivo maggiormente utilizzato è la pompa elastomerica

La velocità di infusione è costante e preimpostata



Materiale Occorrente

- Siringa con cono Luer Lock da 60ml
- Ago ipodermico 18G
- Diluente (solitamente Soluzione Fisiologica)
- Etichetta

Modalità di Riempimento

- Radunare tutti i farmaci (per evitare errori, si raccomanda di verificare la corrispondenza tra quanto prelevato e quanto prescritto)
- Riempire il sistema elastomerico con metà del volume del solo diluente
- Aggiungere la soluzione del farmaco prescritto
- Completare il riempimento con il restante diluente
- Aprire (meglio ancora: rimuovere!) il morsetto dell'elastomero
- Attendere la fuoriuscita della goccia
- Apporre l'etichetta

Verificare giornalmente...

- Che l'elastomero si svuoti regolarmente
- Che la soluzione si mantenga limpida
- Che il punto di infusione non presenti problemi

*«Come la gente muore
rimane nella memoria di
quelli che restano» (Cicely
Saunders)*