



**Sint-Dimpna**  
Ziekenhuis Geel

# **Medische aanpak COVID-19**

## Woonzorgcentra

# 1. Supportieve zorgen:

- Zuurstoftoediening: streefdoel saturatie  $\geq 93\%$
  
- Antibiotica
  - PO: Amoxi-clav 3x875mg of 4x20cc siroop
  - PO: Moxifloxacin 400mg bij penicilline-allergie
  - IM: Ceftriaxon 2x1g dd
  
- Aanpak van koorts:
  - Niet-medicamenteuze aanpak:
    - 1 Icepacks ter hoogte van de liezen
    - 2 Nat washandje
    - 3 Patiënt regelmatig verfrissen
    - 4 Lakens en kledij veranderen
    - 5 Ventilator plaatsen
  - Medicamenteuze aanpak:
    - 1 Paracetamol PO (max. 4g/d)
      - Dafalgan bruis of tablet (1g)
      - Dafalgan odis (500mg)
      - Dafalgan suppo (600mg)
    - 2 Natriummetamizol: Novalgin 1g/6 à 8u SC
  
- Geef liever geen:
  - Medrol (behalve indien chronische inname of indien echt bronchospastisch bij gekende astma/COPD)
  - Aërosols (indien nodig: Duovent puff (eventueel met Volumatic) 4x2 puffs per dag)
  - NSAID's (behalve indien echt noodzakelijk)
  
- Anticoagulatie:
  - DOAC's/Marcoumar mogen verder gegeven worden
  - Indien geen antico: start Clexane preventief (altijd 1x40mg SC)

## 2. Palliatieve zorgen:

- Aanpak van koorts:
  - Cfr. Niet-medicamenteuze aanpak supra.
  - Cfr. Medicamenteuze aanpak supra. CAVE: zweten na toediening is normaal en kan soms meer discomfort geven dan de koorts onbehandeld te laten.
  
- Aanpak van dyspnoe:
  - Niet-medicamenteuze ondersteuning:
    - 1 Toon de patiënt op welke manier hij moet ademen: door de neus inademen en door de mond uitademen.
    - 2 Open een raam om de luchtcirculatie te bevorderen.
    - 3 Vermijd prikkelende en aërogeen producerende factoren (parfum, cosmetica, luchtverfrissers).
  
  - Zuurstoftoediening:
    - 1 Kan hypoxemie en daardoor comfort verbeteren.
    - 2 Meet in een terminale fase geen saturatie meer, maar baseer je op de klinische toestand van de patiënt. Zuurstof mag niet worden opgedreven op basis van de zuurstofsaturatie: het hoort bij normaal sterven dat een patiënt desatureert.
  
  - Medicamenteuze ondersteuning:
    - 1 Morfine:
      - Morfine-naïve patient: 5mg PO of SC
      - Dosis bij patiënten die opioïden nemen voor de pijn: verhoog de dosis met 30-50%.
    - 2 Sedativa of anxiolytica:
      - Lorazepam (Temesta Expidet®): 1 tot 2.5mg SL bij een angstaanval.
      - Lorazepam (Temesta®) 1 - 2mg/8u PO
      - Alprazolam (Xanax®) 0.25 – 1mg/8u PO
      - Midazolam (Dormicum®) 5 tot 30mg/24u SC (voordeel: korte halfwaardetijd)

### 3 Dyspnoe in de terminale fase:

- Patiënt gebruikt geen opioïden:
  - Start morfine continue 10 tot 20 mg/24u IV/SC
  - Voorzie morfine 5mg SC of IV in bolus te herhalen iedere 2u
  - Start geen transdermale opioïden voor dyspnoe
- Patiënt gebruikt opioïden
  - verhoog de dosis morfine met 30%/24u tot aanvaardbaar comfort voor patiënt
  - geef 1/6 tot 1/10 van de dagdosis morfine bij toename van dyspnoe te herhalen om de 2u
- Indien onvoldoende effect van morfine of indien de kortademigheid gepaard gaat met angst: associeer Midazolam: voorzie 5mg Midazolam in bolus bij onrust, te herhalen indien nodig of start continue 10 tot 25mg Midazolam per 24u en 5mg Midazolam in bolus indien nodig
- Start geen O2 indien patiënt niet O2 afhankelijk was
- Indien patiënt O2 afhankelijk verlaag O2 tot max 2 l met neusbril, gebruik geen masker
- Stop O2 als patiënt subcomateus is, stop bronchodilatoren en mucolytica

### 4 Reutel in de terminale fase:

- Scopolamine® SC: 0.25-0.5 mg/4u of 2 mg/24u
- Buscopan® SC: 10-20 mg/4u of 80 mg/24u

## 5 Terminale onrust:

- Behoud pijnstilling
- Behandeling van terminale onrust is geen sedatie
- Midazolam (handigst zijn de ampullen van 15mg/3ml – zie diepe sedatie):
  - Geef bolus 5mg (1ml) en start continue toediening 10mg tot 15mg/24u
  - Voorzie 5mg (1ml) Midazolam in bolus bij onrust, te herhalen indien nodig
  - Verhoog de dosis met 30 tot 50% / afhankelijk van de symptomen
  - Bij blijvende onrust of delier ga over tot diepe sedatie

- Palliatieve sedatie

- subcutane toediening: Geef een bolus van 5mg Midazolam (Ampullen : 15 mg/3ml of bij hoge dosis: 50 mg/10ml – opgelet amp van 5 mg/5ml zijn niet handig voor SC gebruik)
- herhaal tot slaap om de 15 min
- start continu Midazolam 60 mg/24u
- start anticholinergica 80 mg Buscopan® of 2 mg Scopolamine®/24 u (Ampullen Buscopan® 20 mg= 1 ml, Ampullen Scopolamine® 0,5 mg/ ml)
- behoud de pijnstilling (subcutaan en transdermaal) en indien pijnstilling peroraal schakel over naar subcutaan

**Patiënt slaapt diep**

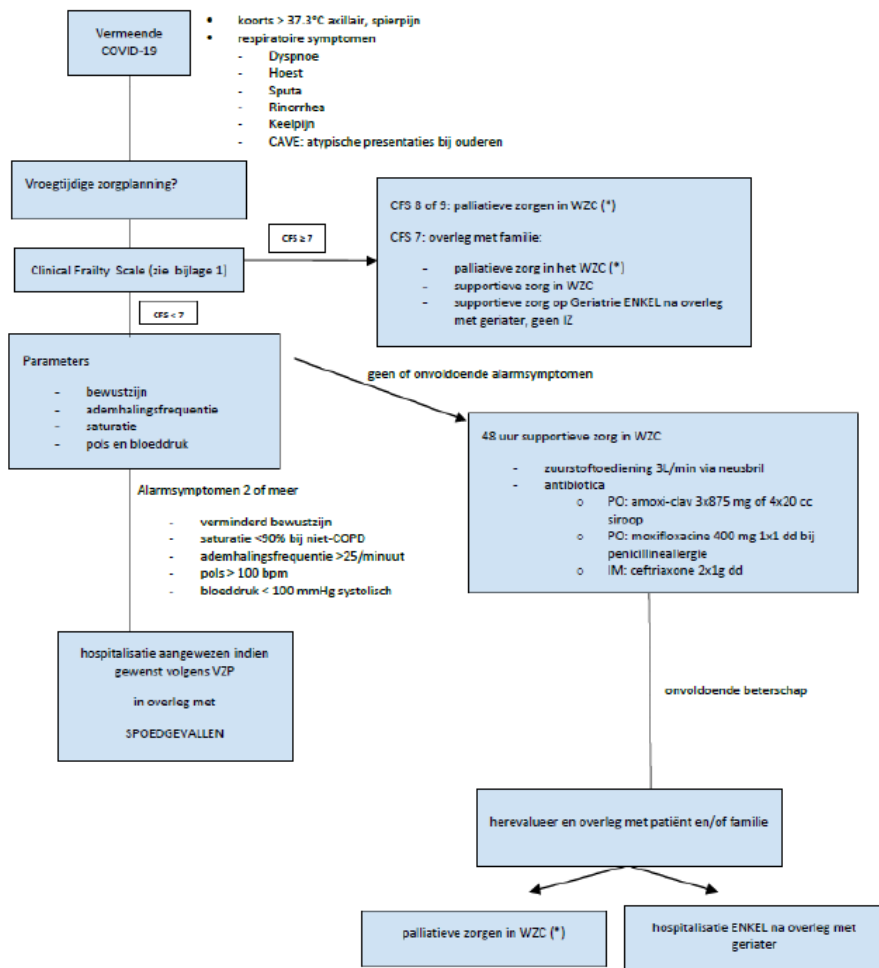
- continueer Midazolam 60 mg/24u via spuitaanrijver of volumetrische pomp
- verhoog de dosis niet
- stop zuurstoftoediening
- herevalueer regelmatig

**Patiënt wordt wakker spontaan of bij manipulatie**

- geef Midazolam 5 mg SC bolus en verhoog de 24u dosis tot maximum 90 mg/24u
- vraag advies aan de palliatieve thuiszorg indien patiënt tekenen geeft van lijden ondanks opdrijven van midazolam
- evalueer regelmatig

## Beslissing opname bij mogelijk COVIDpos WZC bewoner

### Flowchart COVID-19 voor bewoners van WZC



## Bijlage 1: Clinical Frailty Scale (CFS)

### Clinical Frailty Scale\*



**1 Very Fit** – People who are robust, active, energetic and motivated. These people commonly exercise regularly. They are among the fittest for their age.



**2 Well** – People who have **no active disease symptoms** but are less fit than category 1. Often, they exercise or are very **active occasionally**, e.g. seasonally.



**3 Managing Well** – People whose **medical problems are well controlled**, but are **not regularly active** beyond routine walking.



**4 Vulnerable** – While **not dependent** on others for daily help, often **symptoms limit activities**. A common complaint is being "slowed up", and/or being tired during the day.



**5 Mildly Frail** – These people often have **more evident slowing**, and need help in **high order IADLs** (finances, transportation, heavy housework, medications). Typically, mild frailty progressively impairs shopping and walking outside alone, meal preparation and housework.



**6 Moderately Frail** – People need help with **all outside activities** and with **keeping house**. Inside, they often have problems with stairs and need **help with bathing** and might need minimal assistance (cuing, standby) with dressing.



**7 Severely Frail** – **Completely dependent for personal care**, from whatever cause (physical or cognitive). Even so, they seem stable and not at high risk of dying (within ~ 6 months).



**8 Very Severely Frail** – **Completely dependent**, approaching the end of life. Typically, they could not recover even from a minor illness.



**9 Terminally Ill** – Approaching the end of life. This category applies to people with a **life expectancy <6 months**, who are **not otherwise evidently frail**.

#### Scoring frailty in people with dementia

The degree of frailty corresponds to the degree of dementia. Common **symptoms in mild dementia** include forgetting the details of a recent event, though still remembering the event itself, repeating the same question/story and social withdrawal.

In **moderate dementia**, recent memory is very impaired, even though they seemingly can remember their past life events well. They can do personal care with prompting.

In **severe dementia**, they cannot do personal care without help.

\* 1. Canadian Study on Health & Aging, Revised 2008.  
2. K. Rodwood et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *CMAJ* 2005; 173:489-495.

© 2007-2009 Version 1.2. All rights reserved. Geriatric Medicine Research, Dalhousie University, Halifax, Canada. Permission granted to copy for research and educational purposes only.