

Nuisances intérieures (faim, soif...)

Jean Reignier

Service de Médecine Intensive-Réanimation

CHU de Nantes



Symptoms experienced by intensive care unit patients at high risk of dying*

Puntillo, Int Care Med 2010

Fréquence

Table 1. Prevalence of symptoms across 405 assessments from 171 patients

Symptom	Percent	SE	95% Confidence Interval
Tired	74.7	2.79	69.2–80.2
Thirsty	70.8	3.13	64.6–76.9
Anxious	57.9	3.17	51.7–64.1
Restless	49.0	3.09	42.9–55.0
Hungry	44.8	3.32	38.3–51.3
Short of breath	43.9	3.37	37.3–50.5
Pain	40.4	3.16	34.2–46.6
Sad	33.9	3.00	28.0–39.7
Scared	32.8	3.42	26.1–39.5
Confused	26.6	2.87	21.0–32.3

Symptoms experienced by intensive care unit patients at high risk of dying*

Puntillo, Int Care Med 2010

Table 2. Mean intensity ratings (mild = 1, moderate = 2, severe = 3) for patients who reported symptom to be present

Symptom Intensity	Mean	SE	95% Confidence Intervals
Tired	1.81	.062	1.69–1.93
Thirsty	2.16	.087	1.99–2.33
Anxious	1.92	.076	1.77–2.06
Restless	1.76	.079	1.61–1.91
Hungry	1.89	.091	1.71–2.07
Short of breath	1.89	.083	1.73–2.05
Pain	1.74	.073	1.60–1.88
Sad	1.85	.107	1.64–2.06
Scared	1.80	.118	1.56–2.03
Confused	1.73	.132	1.47–1.96

Intensité

Pierre Kalfon
Olivier Mimoz
Pascal Auquier
Anderson Loundou
Rémy Gauzit
Alain Lepape
Jean Laurens
Bernard Garrigues
Thierry Pottecher
Yannick Mallédant

Development and validation of a questionnaire for quantitative assessment of perceived discomforts in critically ill patients

Kathleen Puntillo
Shoshana R. Arai
Bruce A. Cooper
Nancy A. Stotts
Judith E. Nelson

A randomized clinical trial of an intervention to relieve thirst and dry mouth in intensive care unit patients

Int Care Med 2014

Ecouvillons oraux
+Vaporisateurs d'eau
+un hydratant mentholé appliqué sur les lèvres
du patient.
Pendant environ 15 minutes, 2 à 3 fois par jour



Réduction significative de l'intensité
de la sensation de soif et de
sécheresse de la bouche

**Simplicité,
efficacité,
bien-être du
patient**

La sensation de dyspnée sous respirateur

Matthieu Schmidt
Robert B. Banzett
Mathieu Raux
Capucine Morélot-Panzini
Laurence Dangers
Thomas Similowski
Alexandre Demoule

Unrecognized suffering in the ICU: addressing dyspnea in mechanically ventilated patients

- Fréquente (11 à 100% des patients selon les études).
- Perçue uniquement par le patient, et donc évaluable par lui (échelles, questionnaires)
- Exprimée comme:
 - Une soif d'air (le plus souvent)
 - Un effort trop important
 - Les deux
- Difficile à quantifier

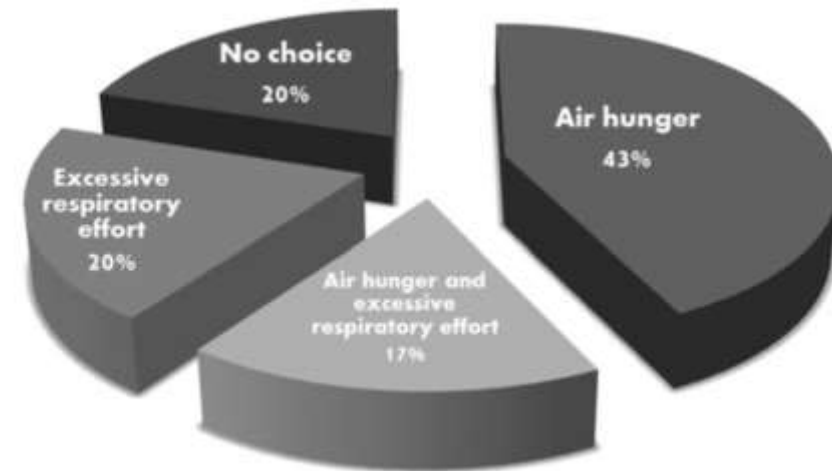


Fig. 2 Modality of dyspnea experienced by ventilated patients (data from Schmidt et al. [27])

La sensation de dyspnée sous respirateur

- Souvent intense (quantifiée à des niveaux élevés)
- Facteur indépendant:
 - D'anxiété
 - De séquelles psychiques (PTSD)
- Causée par l'état du patient (physique ou psychique), mais aussi des éléments de stress exogène (suractivité du service...)
- Nécessite:
 - Evaluation régulière (demander au patient)
 - Prise en compte et écoute
 - Attitude correctrice éventuelle (réglage du ventilateur, séance de relaxation, ... sédation)
- Sujet encore mal connu (travaux de recherche)

Favoriser le sommeil des patients

- Réglage correct du ventilateur pour limiter toute sensation de dyspnée
- Limiter les facteurs extérieurs: lumière, bruit, alarmes
- Proposer des moyens d'isolement sensoriel (ear-plug, masques)
- Prendre en compte la douleur
- Traiter un état délirant ou d'agitation

Anxiété

- Facteurs de risques:
 - Soins
 - Contention
 - Tout geste douloureux (cathéter..)
 - Asynchronies au ventilateur
- Evaluation: par le patient lui-même (Faces Anxiety Scale (FAS: 0-5))
- Les moyens pour la réduire:
 - distraction
 - Musicothérapie
 - Réassurance, encouragement
 - Sédatifs ou anxiolytiques si nécessaire

Soulager l'anxiété, restaurer la confiance

Julie Sarah Benbenishty
Jordan R. Hannink

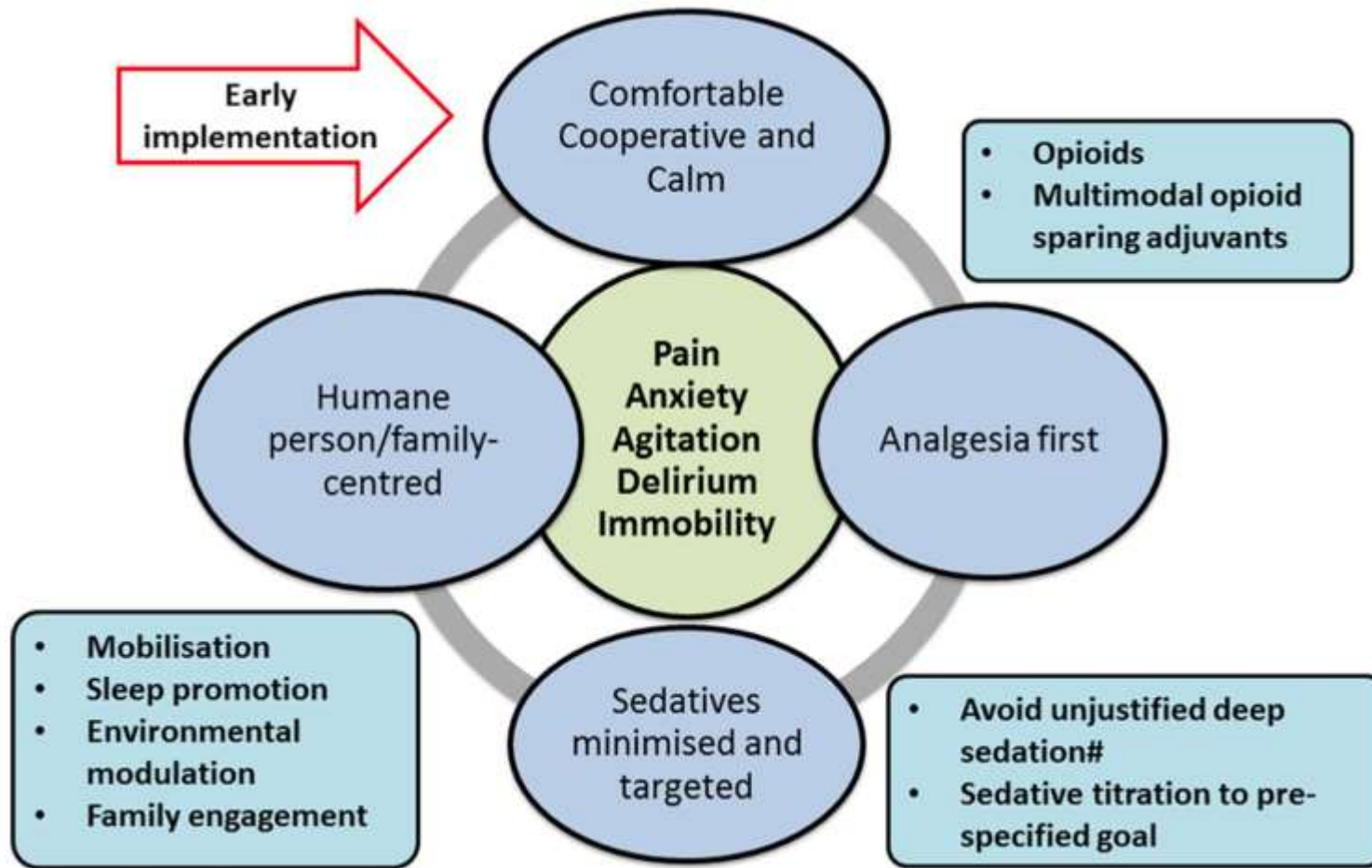
Non-verbal communication to restore patient-provider trust

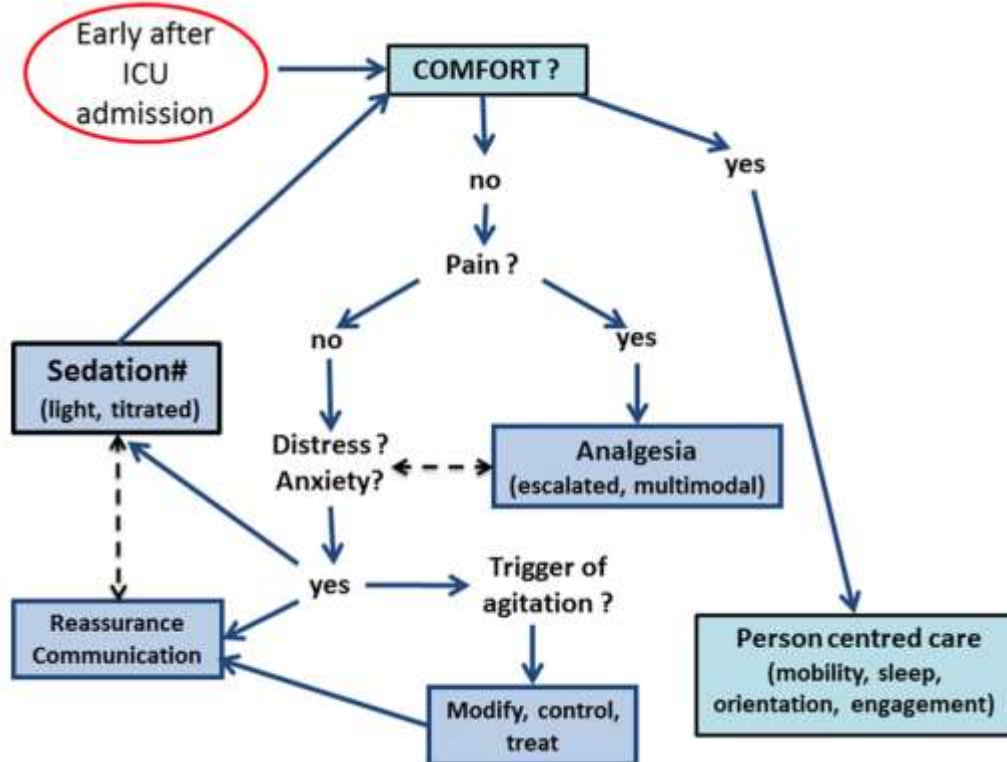
- Essentielle dans une relation avec une personne en situation de vulnérabilité.
- Permet d'instaurer une relation de confiance avec le patient lui permettant de s'apaiser et s'exprimer plus librement.
- Doit être sincère et non robotisée.

Non-verbal communication to restore patient-provider trust

- La posture, la gestuelle, la mimique traduisent l'intérêt ou l'absence d'intérêt envers une personne et son état.
- Le toucher:
 - Lors d'un soin
 - Ou simplement pour faire passer quelque chose en lien avec l'émotion, la réassurance.
 - Un contact (toucher..) agressif peut altérer la confiance entre le soigné et son soignant.
- Communication non verbale pour remplacer les mots.
- Parfois la présence seule.

early Comfort using Analgesia, minimal Sedatives and maximal Humane care: the eCASH concept





Une prise en charge centrée sur le patient dès son admission en réanimation

Frequent and appropriate communication

Explanations of the care components

Time and space orientation

Noise reduction

Avoidance of unnecessary restraints

Sleep promotion at night

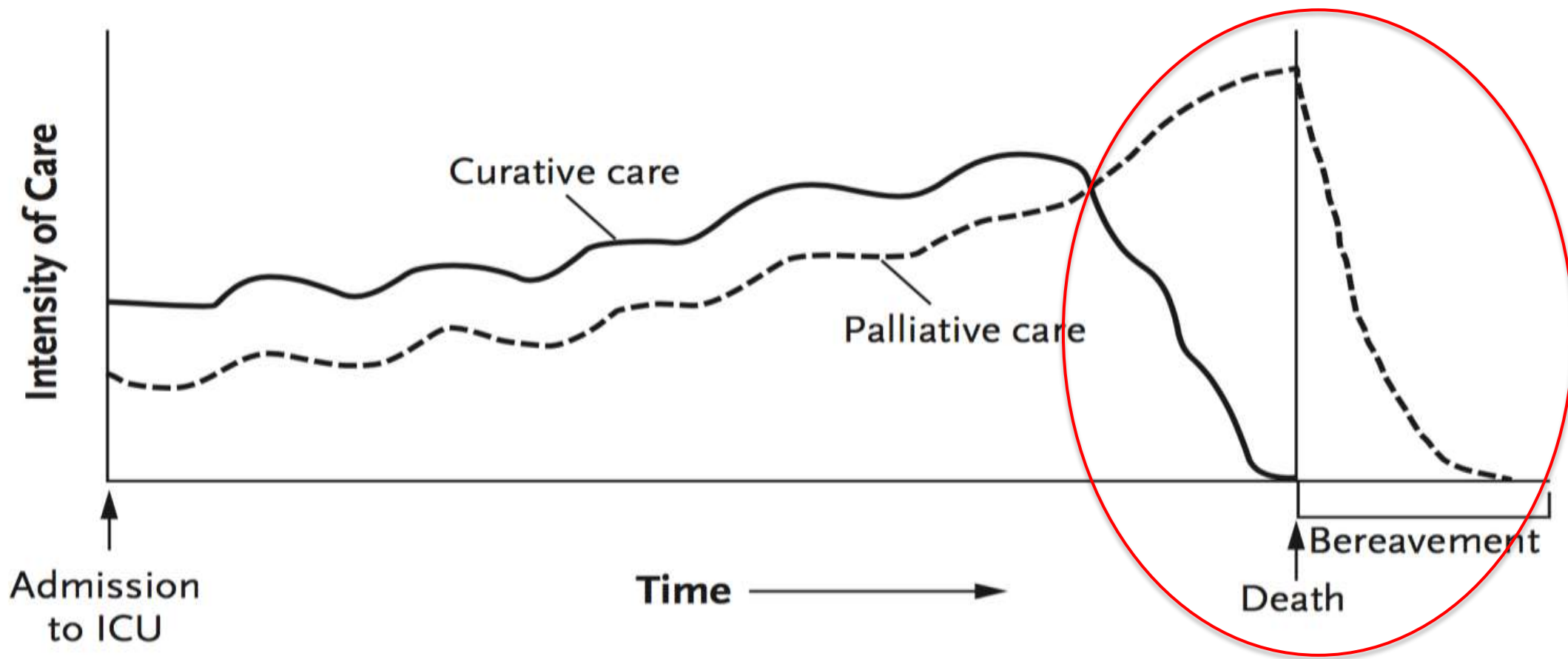
Physical activity/early mobilization

Mental stimulation

Occupational therapy including cognitive training

Family engagement

En situation de fin de vie...



Dying with Dignity in the Intensive Care Unit

Cook, N Engl J Med 2014

Table 3. Practical Preparatory Procedures to Ensure Patient Dignity before Withdrawal of Life Support.

Prepare staff members

- Review the planned procedures in detail with all relevant staff members.
- Ensure that the referring physician is aware of the plans, if not already engaged.
- Ensure that spiritual care services are offered, if not already engaged.
- Remind staff members that all their actions should ensure the dignity of the patient.
- Remind staff members that the patient and family are the unit of care.
- Prepare a staffing schedule to maximize the continuity of care during the dying process, if possible.
- Ensure that the bedside nurse has not been assigned to care for another acutely ill patient, if possible.
- Ensure that the bedside nurse is experienced in palliative care; if not, change the assignment or arrange for supervision to be provided by a nurse experienced in palliative care.
- Ensure that physicians are readily available and do not abandon the patient or family.
- Introduce the relevant housestaff members to the patient and family.
- Introduce the respiratory therapist to the patient and family, when applicable.
- Ensure that staff members minimize unnecessary noise immediately outside the room.

Prepare the patient's room

- Consider the comfort of the patient and family (e.g., lighting, temperature, personal items).
- Liberalize visiting restrictions (e.g., timing, duration, number of visitors).
- Remove unnecessary equipment.
- Bring additional chairs into the room, if necessary.
- Secure a quiet room for the family away from the bedside.

Prepare the patient

- Position the patient as comfortably as possible.

Discontinue unnecessary monitoring (e.g., oximetry), unnecessary devices (e.g., feeding tubes), unnecessary tests (e.g., blood work), and unnecessary treatments (e.g., enteral nutrition).

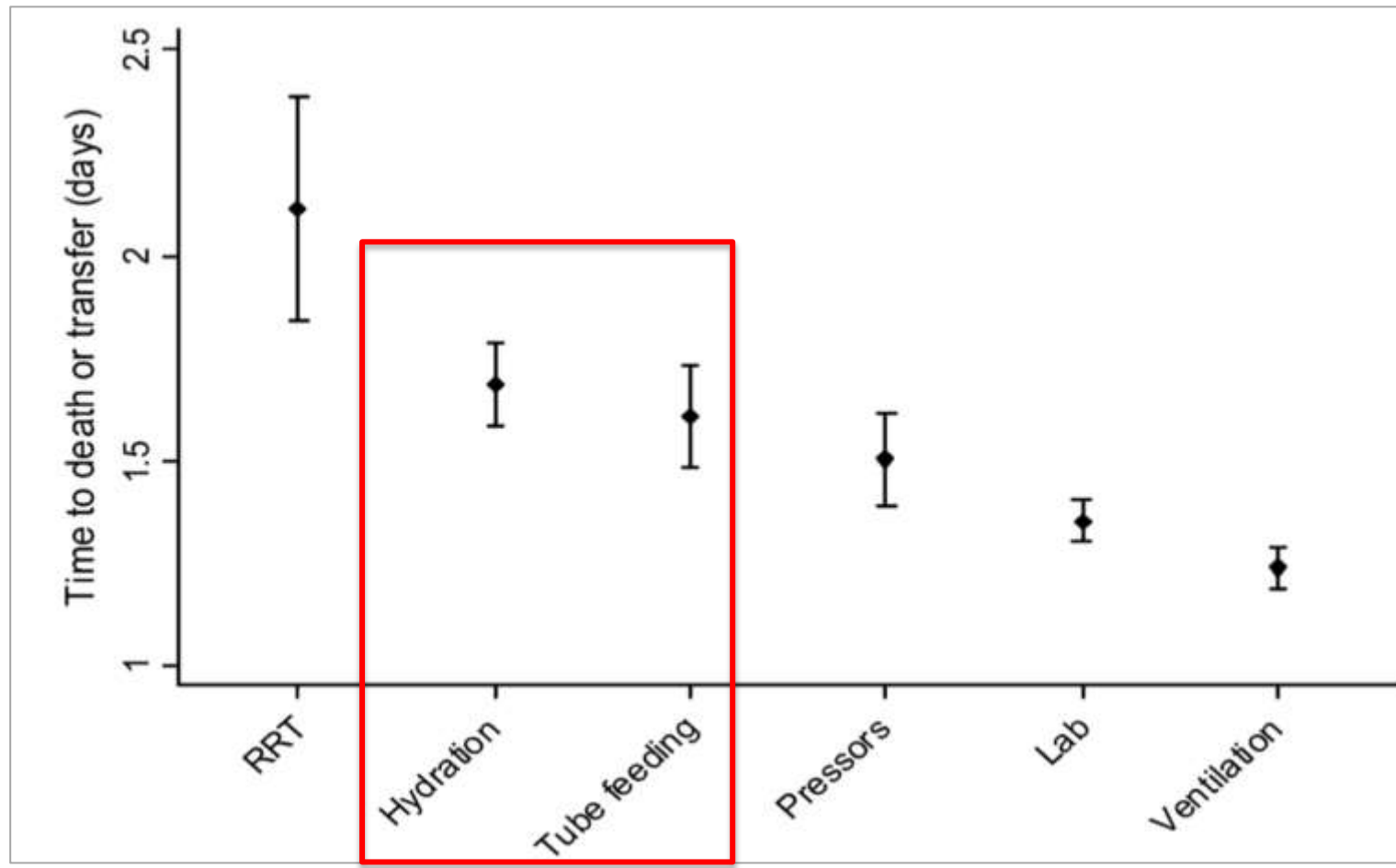
Discontinue medications that do not provide comfort and provide those that do.

Ensure that the patient is as calm and distress-free as possible before proceeding to withdraw life support.

Duration of Withdrawal of Life Support in the Intensive Care Unit and Association with Family Satisfaction

Eric Gerstel¹, Ruth A. Engelberg², Thomas Koepsell³, and J. Randall Curtis²

Am J Respir Crit Care Med 2008



Palliative care in the ICU: relief of pain, dyspnea, and thirst—A report from the IPAL-ICU Advisory Board

Puntillo, Int Care Med 2013

Table 4 Key steps to assess and manage thirst in ICU patients

- 1 Conduct regular thirst assessments in patients able to self-report
- 2 Examine the mouth and tongue for dryness and cracking or infection, as indicators of thirst/dryness
- 3 Recognize the risk profile for patient thirst including NPO status, and administration of anticholinergic medications and opioids
- 4 Assume that the patient is experiencing thirst
- 5 Do frequent mouth care
- 6 Use water-soaked gauzes, water sprays, and ice chips frequently when permissible
- 7 Consider the use of artificial saliva
- 8 Consider the use of heated humidifiers in patients with high-flow oxygen therapy
- 9 Evaluate and document the effectiveness of the thirst interventions



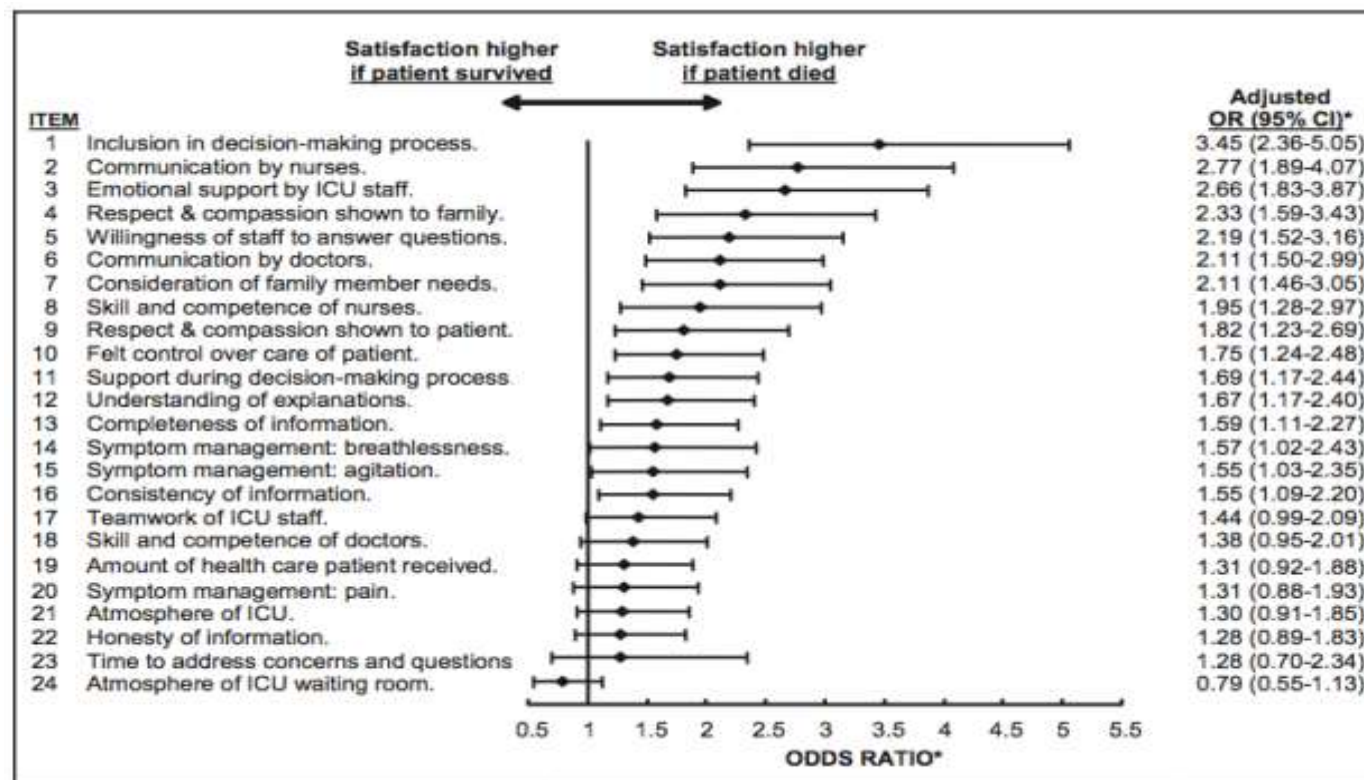
Family Satisfaction in the ICU*

Differences Between Families of Survivors and Nonsurvivors

Richard J. Wall, MD, MPH; J. Randall Curtis, MD, MPH, FCCP;
Colin R. Cooke, MD, MSc; and Ruth A. Engelberg, PhD

Les proches de mourants requièrent (attendent...) plus que des “procédures”.

- Communication
- Participation aux décisions
- Support émotionnel
- Respect, compassion



Conclusion

- Les « nuisances intérieures » sont sources d'inconfort, et de séquelles psychologiques.
- Leur évaluation, leur prise en charge doivent une priorité d'une équipe soignante de réanimation.
- Elles nécessitent la mise en place d'échelles de quantification, de procédures (souvent simples) et une culture du bien-être du patient incluant une communication optimale (entre les soignants, entre les soignants et les patients, avec les proches).