



## Cure palliative in Geriatria: la sedazione terminale?

# La sedazione terminale nello scompenso cardiaco

Lorenzo Boncinelli  
Geriatra

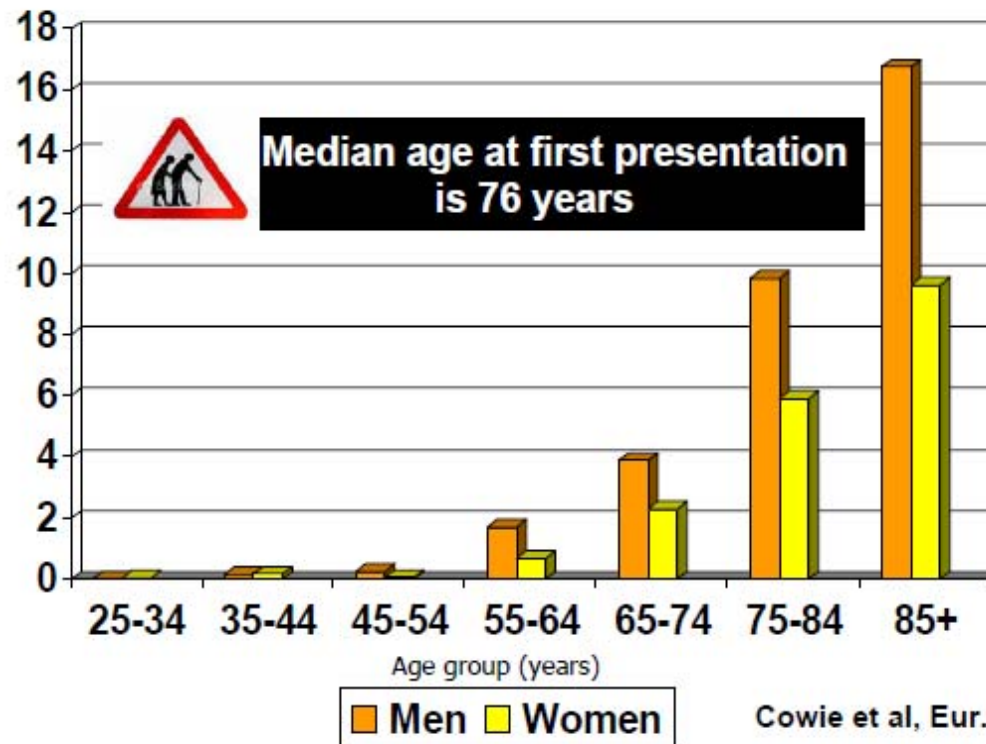


Gruppo di studio SIGG  
“LA CURA NELLA FASE  
TERMINALE DELLA VITA”



# The incidence of heart failure

## The Hillingdon Heart Failure Study



# Scompenso cardiaco (*HF*) (Pandemia del XXI secolo)

Prevalenza { Mondo, 22 milioni  
Stati Uniti, 5 milioni  
Italia, 700.000

**In Europa il tasso di mortalità**  
per scompenso cardiaco cronico  
è **superiore a quello** delle forme  
più comuni **del cancro**

# Scompenso cardiaco

- **Refrattario**: **marcata sintomatologia** a riposo che **rimane invariata** o peggiora nonostante trattamento farmacologico massimale
- **Terminale**: condizione caratterizzata da funzione miocardica estremamente ridotta e da **grave sintomatologia** a riposo, **non risolvibile** con trattamento medico intensivo (farmacologico e non), ad elevata mortalità a breve termine

Di Lenarda A. Ital Heart J 2002;3:804-811

Goodlin SJ. J Am Coll Cardiol 2009;54;386-396

# Trattamento intensivo del paziente con *HF* refrattario

## 1. SUPPORTO VENTILATORIO

- Ossigeno
- CPAP
- Ventilazione meccanica

## 2. SUPPORTO INOTROPO

- Farmaci
- Assistenza meccanica (IABP e/o Device)

## 3. TRATTAMENTO DELLA CONGESTIONE

- Diuretici
- Emofiltrazione

## 4. SUPPORTO NUTRIZIONALE

## 5. SUPPORTO NEURO-PSICOLOGICO

# Opzioni terapeutiche nello *HF* refrattario

## - Chirurgia e/o device -

- Rivascularizzazione coronarica (PCI/CABG)
- Assistenza meccanica ventricolare sinistra (LVAD)
- Terapia di risincronizzazione cardiaca (CRT)
- Defibrillatore cardiaco impiantabile (ICD)
- Trapianto (nei casi indicati)
- Altre terapie invasive (sostituzione/riparazione valvolare, ventricoloplastica)

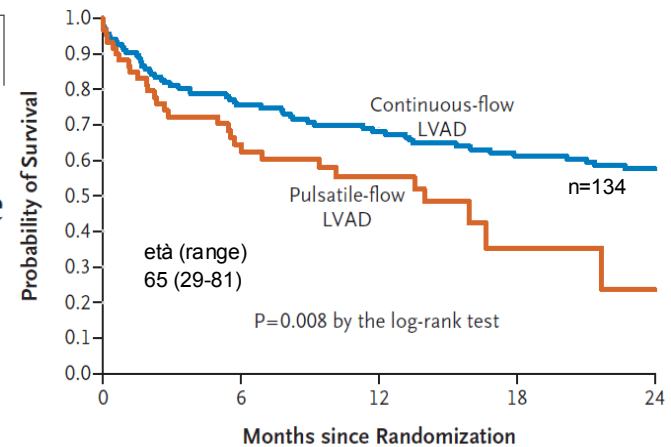


ORIGINAL ARTICLE

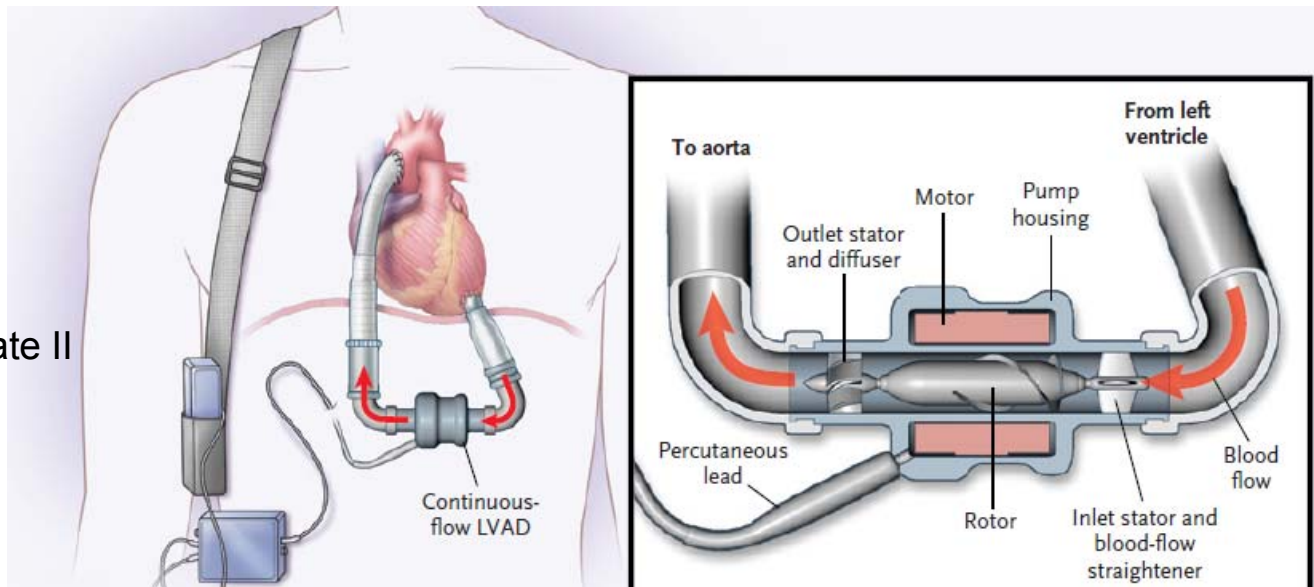
## Advanced Heart Failure Treated with Continuous-Flow Left Ventricular Assist Device

Mark S. Slaughter, M.D., Joseph G. Rogers, M.D., Carmelo A. Milano, M.D., Stuart D. Russell, M.D., John V. Conte, M.D., David Feldman, M.D., Ph.D., Benjamin Sun, M.D., Antone J. Tatroles, M.D., Reynolds M. Delgado, III, M.D., James W. Long, M.D., Ph.D., Thomas C. Wozniak, M.D., Waqas Ghumman, M.D., David J. Farrar, Ph.D., and O. Howard Frazier, M.D., for the HeartMate II Investigators\*

N Engl J Med 2009;361:2241-51

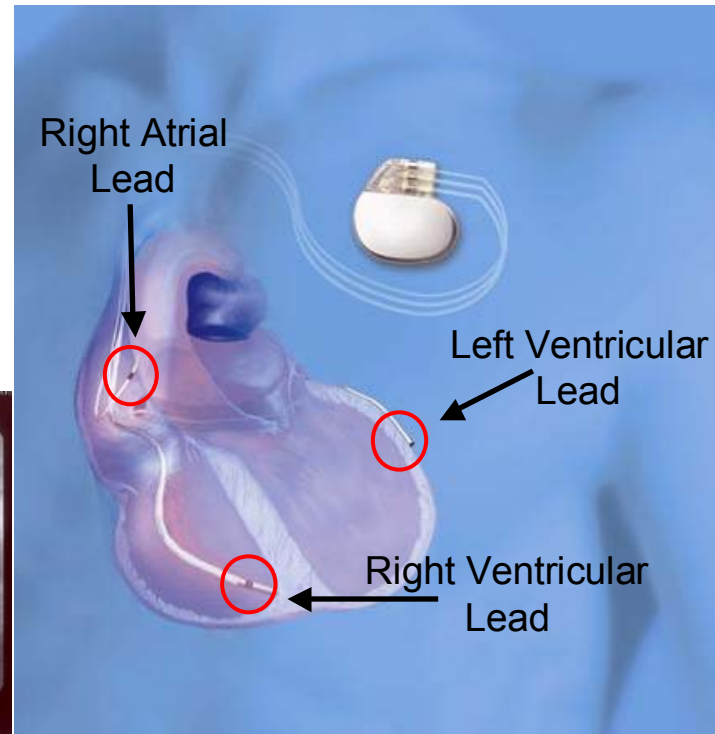
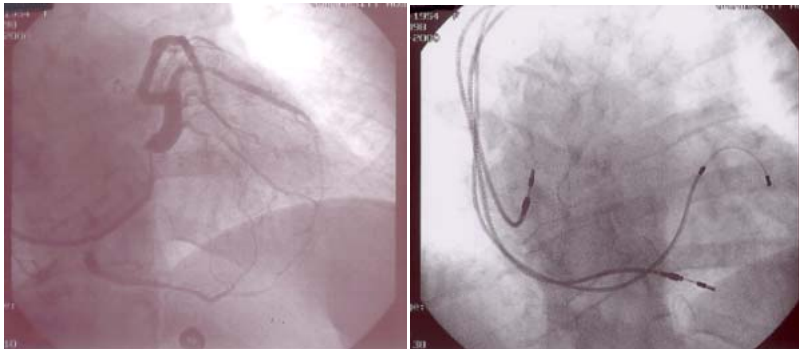


HeartMate II



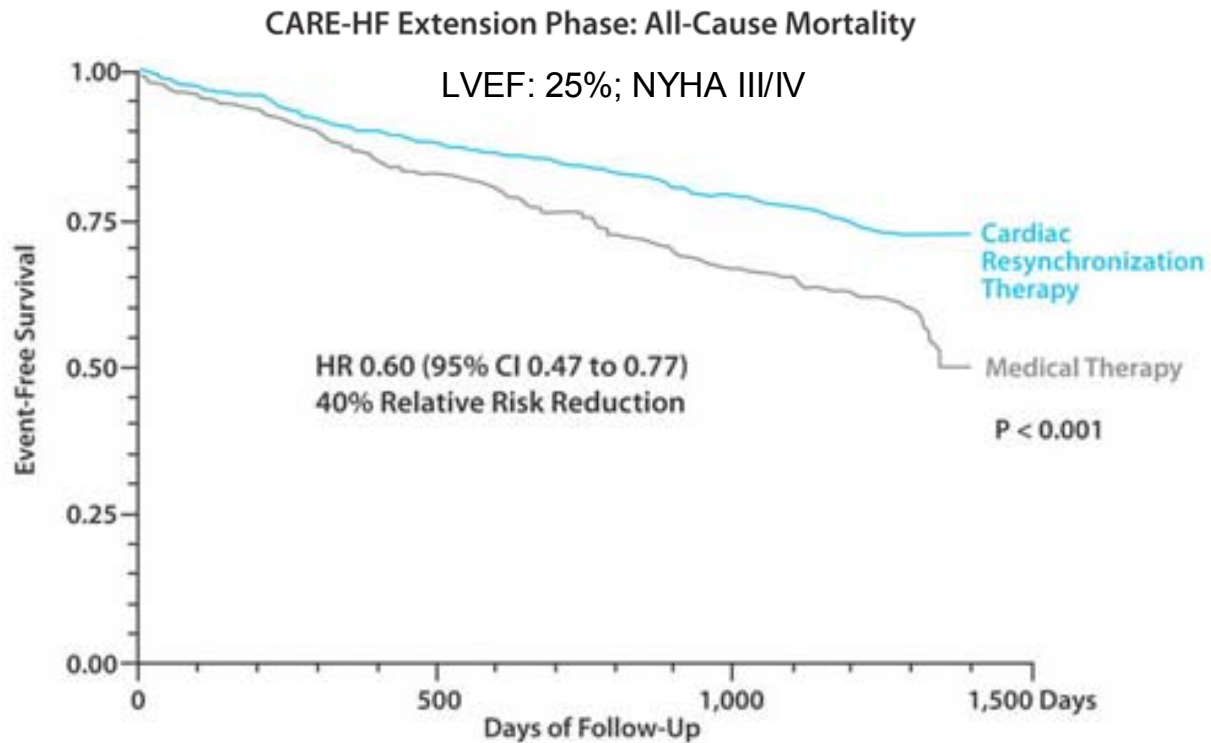
# Cardiac Resynchronization Therapy (CRT)

Transvenous approach  
for left ventricular lead  
via coronary sinus



ORIGINAL ARTICLE

## The Effect of Cardiac Resynchronization on Morbidity and Mortality in Heart Failure



The NEW ENGLAND  
JOURNAL of MEDICINE

Cleland JG, et al. *NEJM* 2005;352:1539-1549.

# Cardiac resynchronization therapy is effective even in elderly patients with comorbidities.

---

## Abstract

RESULTS: The mean age was 62 +/- 11 years, with 36 elderly patients (41%). The baseline QRS duration was 145 +/- 32 ms. After CRT, there were significant and similar improvements of left ventricular (LV) ejection fraction, LVESV, LV dP/dt, and mitral regurgitation jet area (JA) between elderly (> or =65 years) and younger (<65 years) patients. The number of clinical and remodeling responders was comparable, and we found no significant differences in unplanned cardiac hospitalizations at 6 months between groups. Independent predictors of lack of remodeling response to CRT were QRS duration <120 ms, LV diastolic diameter >74 mm, and JA >10 cm(2) before CRT, but not comorbidities.

CONCLUSION: This work suggests that being elderly is not an impediment to CRT success even in the presence of comorbidities.

# Heart Failure “Pacemaker” Devices



## Pacemaker

- Treats a slow heart rate



## Implantable Defibrillator

- Treats a fast or slow heart rate



## Heart Failure Pacemaker

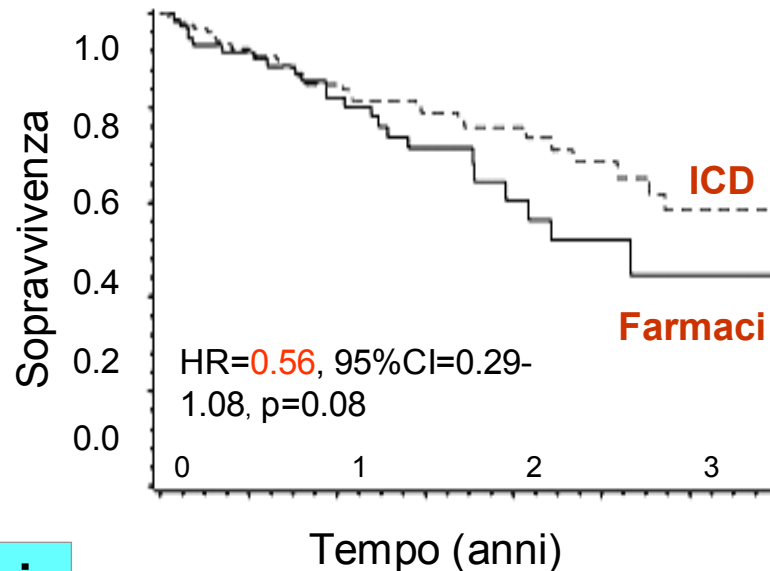
- Treats heart pumping function and slow heart rate



## Combination Heart Failure Pacemaker & Defibrillator

- Combines all three treatments

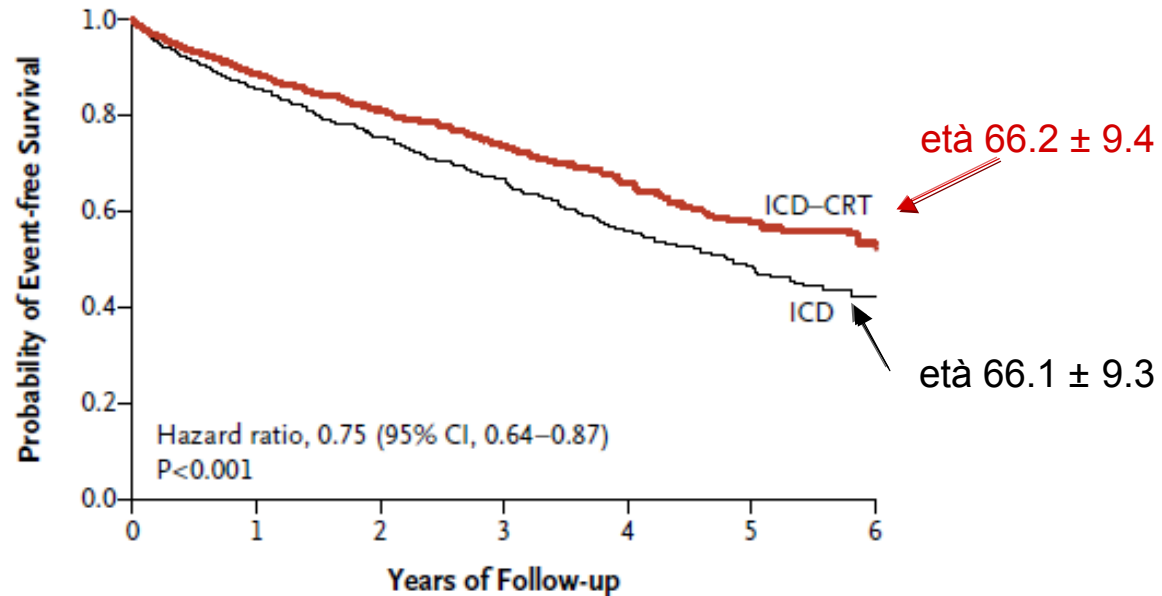
Improved Survival Associated with Prophylactic Implantable Defibrillators in Elderly Patients with Prior Myocardial Infarction and Depressed Ventricular Function: A MADIT-II Substudy



**Età  $\geq$ 75 anni**  
**N=204**



Death or Hospitalization for Heart Failure

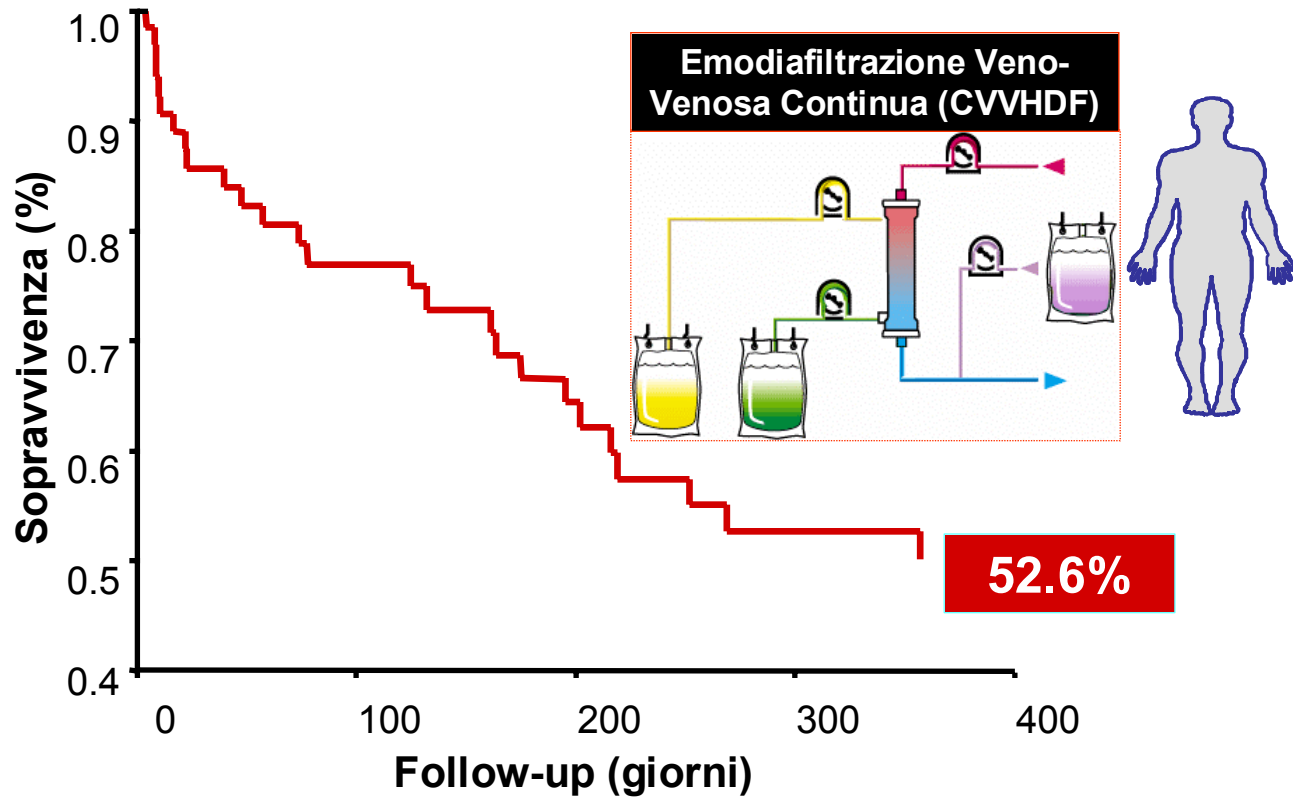


No. at Risk

Years of Follow-up	0	1	2	3	4	5	6
ICD-CRT	894	790	615	429	278	130	41
ICD	904	770	572	384	214	101	19

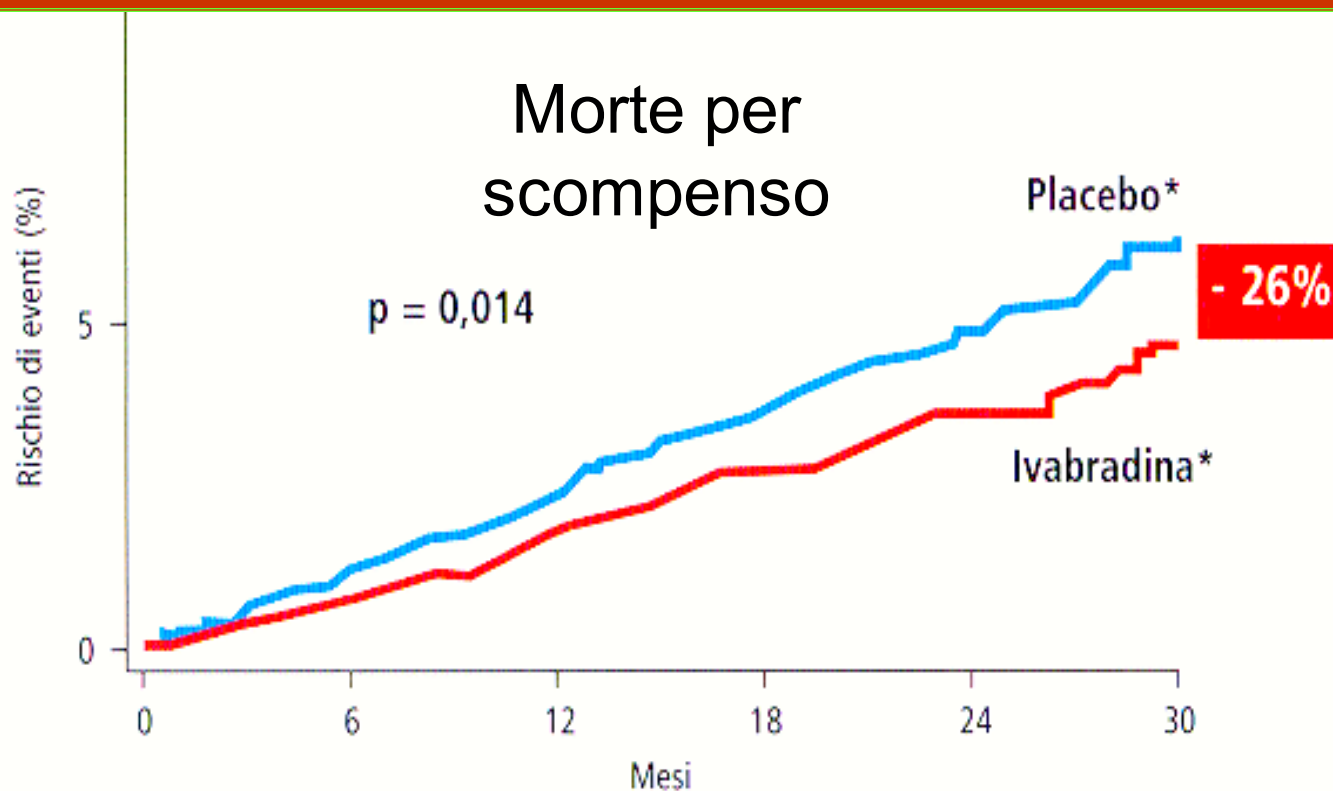
# Mortalità dei pazienti trattati con CVVHDF per HF (follow-up a 1 anno)

N=158; età 75±8



Boncinelli L, et al. Ital Heart J 2005;6:80

# Studio SHIFT (Systolic Heart Failure Treatment with the If inhibitor Ivabradine Trial)



\*In aggiunta a Beta-bloccanti (89%), ACE-I (91%), Diuretici (90)%

N° pt. 6500 in 37 Paesi

Swedberg K, et al. Lancet 2010;379:875-85.



## ACCF/AHA/ACP/HFSA/ISHLT Clinical Competence Statement

### ACCF/AHA/ACP/HFSA/ISHLT 2010 Clinical Competence Statement on Management of Patients With Advanced Heart Failure and Cardiac Transplant A Report of the ACCF/AHA/ACP Task Force on Clinical Competence and Training

#### 8. End-of-Life Issues





##### 8.1. Referring Patients With Advanced HF for Palliative Care

Despite advances in pharmacology and devices, advanced HF remains a disorder with substantial morbidity and mortality.

At the end stage of HF, therapies such as CRT, ICD, LVAD, and cardiac transplantation may not be appropriate or desired because of disability, comorbidity, or the patient's preferences.

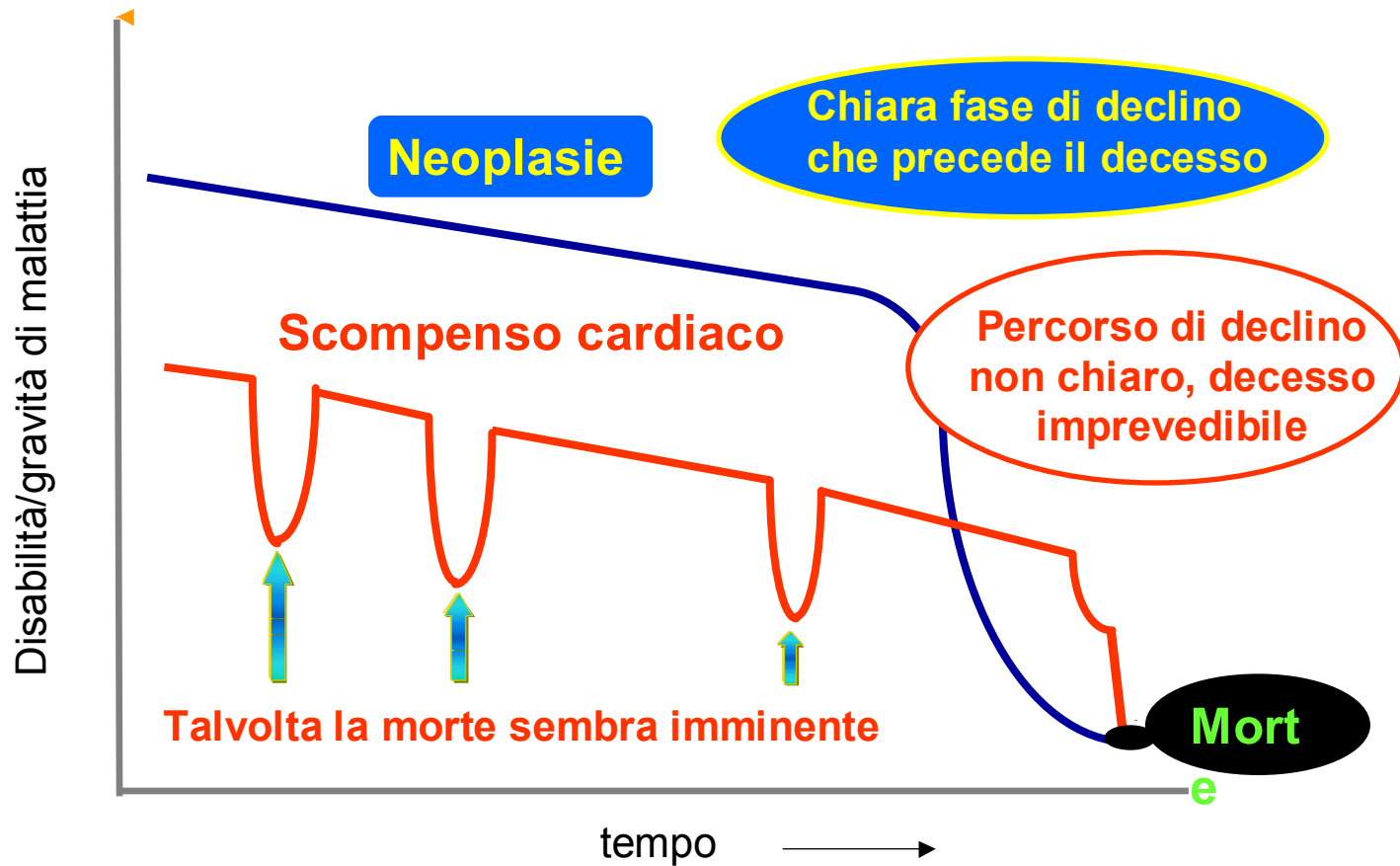
Gary S. Francis, Barry H. Greenberg, Daphne T. Hsu, Brian E. Jaski, Mariell Jessup, Martin M. LeWinter, Francis D. Pagani, Ileana L. Piña, Marc J. Semigran, Mary Norine Walsh, David H. Wiener and Clyde W. Yancy, Jr. **J Am Coll Cardiol 2010;56:424-53. - Circulation 2010;122:644-672.**

## Sintomi più frequenti nello *HF* refrattario

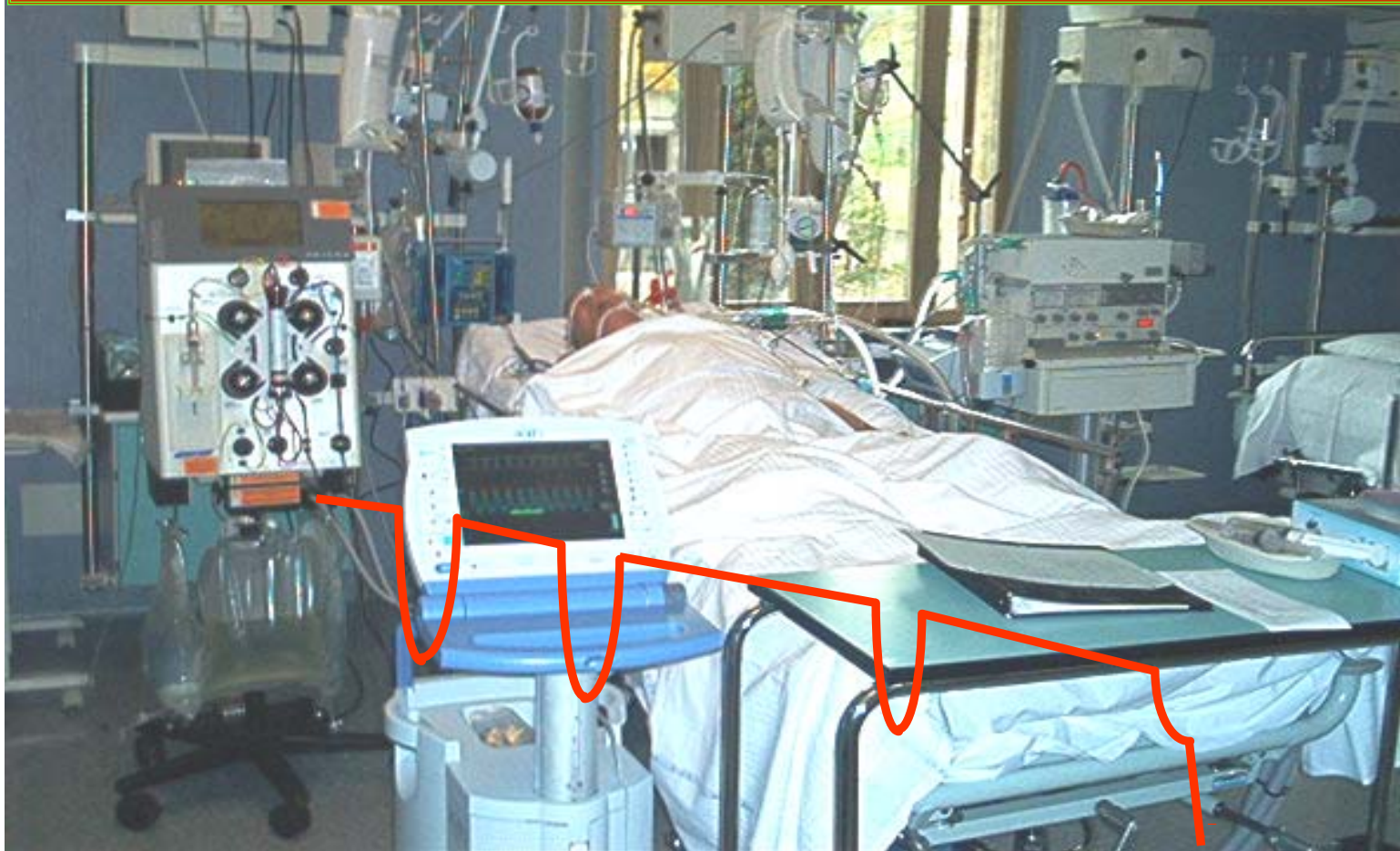
 Dispnea	60-88%
 Astenia	69-82%
 Dolore	63-80%
 Ansietà	49-55%
 Nausea	17-48%
 Depressione	12-36%
 Confusione mentale	18-32%

# Traiettorie verso il decesso

Susan E et al., *Hastings Center Report Special Report* 35, no. 6 (2005): S26-S30.



# Il paziente con *HF* in Terapia Intensiva



UCI, Cardiologia e Medicina Geriatrica, Firenze

# La prognosi nello *HF* refrattario

**è spesso molto difficile**



di conseguenza per decidere quando è il momento di **approntare le cure palliative** il medico deve avere grande esperienza e professionalità



anche per questo motivo **pochi pazienti** vengono avviati alle cure palliative e ancor meno in Hospice

# Prognosi nello *HF* refrattario

Markers of poor prognosis (< 6 months)

- Sodium (< 135 Meq/L)
- Liver failure, renal failure, delirium
- Unable to tolerate ACE-I
- NYHA Class 4
- EF < 20%
- Frequent hospitalizations ( $\geq 3$  per year)
- Cachexia

Taylor 2003, Hauptman 2005, Adams 2006, Reisfield 2007, Goodlin 2009.

## Quando iniziare le cure di fine vita nello *HF* refrattario/terminale?

- ✱ nulla solleva più il paziente dai suoi sintomi
- ✱ compare o peggiora insufficienza multiorgano
- ✱ vi è la necessità di diuretici ad alte dosi e/o di inotropi in infusione prolungata
- ✱ cattiva qualità della vita e impossibilità nelle ADL
- ✱ si hanno frequenti e ravvicinate ospedalizzazioni

L'assistenza al paziente ormai terminale è ancora compito del cardiologo?

Opasich C, et al. *Ital Heart J* 2004;5:87-92

Adams KF, et al. *Comprehensive Heart Failure Guidelines J Card Fail* 2006;12

Lorenz KA, et al. *Ann Intern Med* 2008;148:147-59

Anche il Cardiologo deve prendersi cura del paziente nella fase avanzata della malattia

**Il cardiologo**, che segue il paziente nelle varie fasi della malattia, in ambulatorio, in ospedale e, a volte, anche a casa (almeno telefonicamente) per alcuni anni, è **inevitabilmente coinvolto nella storia personale del paziente e finisce con l'essere coinvolto anche nella sua morte.**



---

## Possiamo occuparci di **Cardiologia Geriatrica?**

WILLIAM W. PARMLEY, MD, FACC

Editor-in-Chief

Journal of the American College of Cardiology

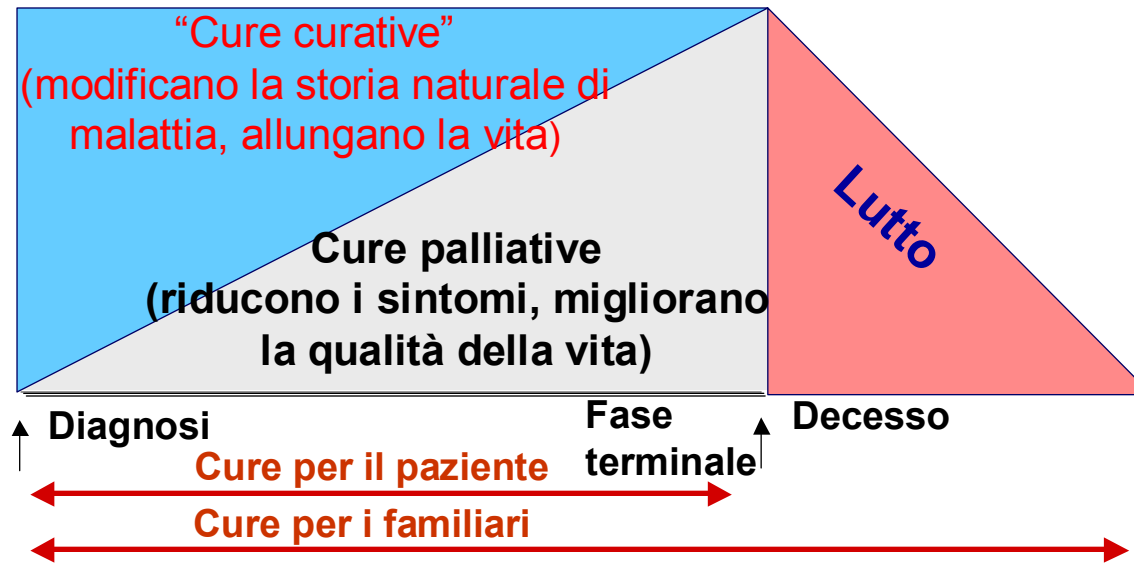
---

... **Sì**, perché ci prendiamo cura di questa  
classe di età;

**No**, perché **siamo impreparati** a  
coordinare il programma di cura degli  
anziani **fragili...** che richiedono un  
approccio **multidisciplinare** per la  
**complessità** dei loro problemi medici ...

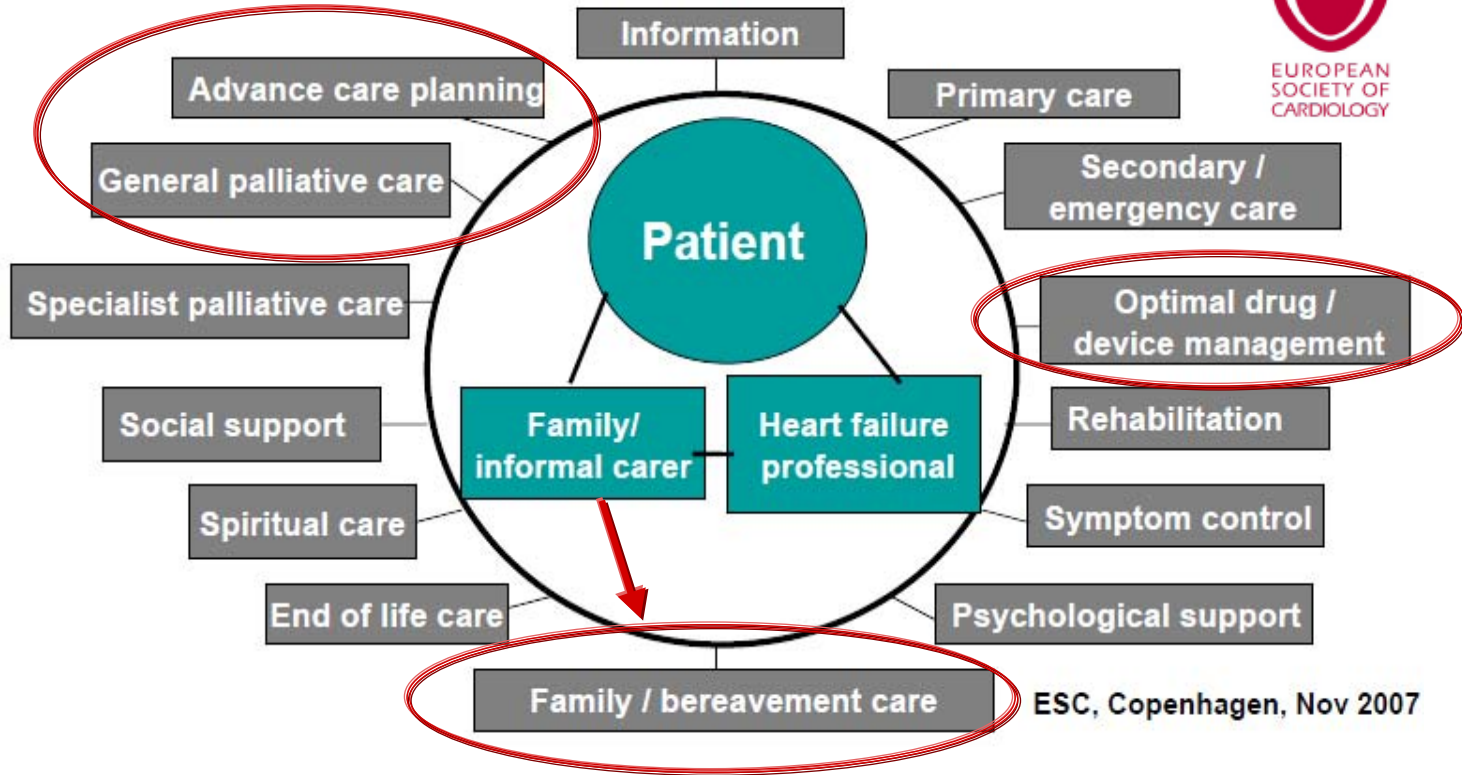
# Le CURE nelle malattie croniche progressive: curative, palliative, di supporto alla famiglia

Lynn J, Adamson DM. Living well at the end of life. Arlington, VA, Rand Health, 2003.



È opportuno perciò affrontare il **“percorso del morire come un percorso di cura”** che si prolunga con un’azione di **sostegno alla famiglia fino al periodo del lutto**

# Elements of palliative care for heart failure



Goodlim SJ. J Am Coll Cardiol 2009;54:386-396

La principale funzione della comunicazione è di tipo terapeutico

Anche nei confronti di una malattia inguaribile la medicina offre sempre le sue competenze

Le sue limitazioni non si devono configurare come sconfitte, ma come riconoscimento dei suoi limiti costitutivi

## Cure di conforto nello *HF* terminale

La filosofia di cura per i pz. alla fine della vita deve essere focalizzata solo a dare conforto. Questi pz. non sono candidati alla RCP.

### **LE CURE DI CONFORTO INCLUDONO:**

- alimentazione e idratazione per os
- ridurre la dispnea
- pulire la bocca
- curare la cute
- curare l'aspetto psicosociale/spirituale
- **la gestione medica dei sintomi deve essere finalizzata al solo conforto (dolore, ansietà, febbre, depressione, insonnia, prurito, nausea).**



# Sedazione terminale o palliativa

“Somministrazione intenzionale di farmaci sedativi con lo scopo di controllare le sofferenze”

## Editorial

### A Time to be Born and a Time to Die

Lee R. Goldberg, MD, MPH; Mariell Jessup, MD

Nausea/vomito

Deve soddisfare i desideri del paziente e deve essere discussa, se possibile, con il paziente stesso, e con la sua famiglia

De Graeff A. et al., *J of Palliative Medicine* 2007

# SEDAZIONE PALLIATIVA $\neq$ EUTANASIA



## INTENZIONE

Dare sollievo a sofferenze insopportabili  $\longleftrightarrow$  Provocare la morte

## PROCEDURA

Farmaci sedativi per il controllo dei sintomi  $\longleftrightarrow$  Uso di farmaci letali

## RISULTATO

Sollievo della sofferenza  $\longleftrightarrow$  Morte immediata

EUROPEAN ASSOCIATION OF PALLIATIVE CARE Ethics Task Force, 2003

**Benzodiazepine**

- **Midazolam** 1- 5 mg in bolo + 0.03 - 0.1 mg/Kg/h
- **Lorazepam** 2 mg in bolo + 0.25 - 1 mg/h

**Ipnnotici**

- **Propofol** 20-100 mg in bolo + 0.2 – 2 mg/Kg/h

**Antistaminici**



- **Prometazina** 50 mg in bolo + 50 mg ogni 6-8 ore

**Oppioidi**

- **Morfina** 5-10 mg in bolo + 0.01 – 0.02 mg/Kg/h

# NCPC survey of heart failure nurses

## 152 interviste

-  il 66% ha partecipato ad un corso di formazione sulle cure palliative
-  **l'80% sente la necessità di una formazione professionale in cure palliative**

## Conclusioni (1)

- Valutare la fase terminale dello *HF* è problematico: la prognosi è spesso difficile
- Ottimizzare la terapia farmacologica e meccanica
- Migliorare l'accesso e la qualità delle cure palliative
- Stabilire un **piano anticipato di cure** concordato con il paziente e/o con i familiari

## Conclusioni (2)

- Tener conto della volontà del paziente
- Utilizzare la sedazione palliativa per alleviare i sintomi
- Formulare un piano terapeutico di induzione e mantenimento della sedazione a livello adeguato

**Per realizzare tutto ciò  
è indispensabile la presenza di  
un team multidisciplinare**



collaboration  
is everything  
Thankyou