



Gruppo di Studio SIGG
“La cura nella fase terminale della vita”

Rovereto 16 Ottobre 2009

LE CURE DI FINE VITA NEL PAZIENTE ANZIANO



LE GRANDI SINDROMI GERIATRICHE
NELLE CURE DI FINE VITA
EVELINA BIANCHI



La fine della vita

ovvero quella fase della vita in cui è ipotizzabile che la morte si stia avvicinando e in cui non c'è speranza di recuperare salute e benessere

non la fase agonica, che si definisce per l'imminenza della morte e per la breve durata

un pezzo di vita caratterizzato dalla dipendenza e dalla sofferenza,

definibile facilmente a posteriore, solo ipotizzabile nel momento in cui ce ne prendiamo cura

premessa

L'anziano in fine vita.....
Curare quando non si può più guarire

Sono in campo:
bisogni etici clinici relazionali

Questa relazione si occupa del punto di vista clinico

PARTE PRIMA

come dare concretezza all'ipotesi della fine della vita?

PARTE SECONDA

cosa "fare", non tanto per dilatare la vita, ma a difesa della qualità e della dignità della vita stessa?

PARTE PRIMA

***come dare concretezza all'ipotesi della
terminalità?***

Le sindromi geriatriche

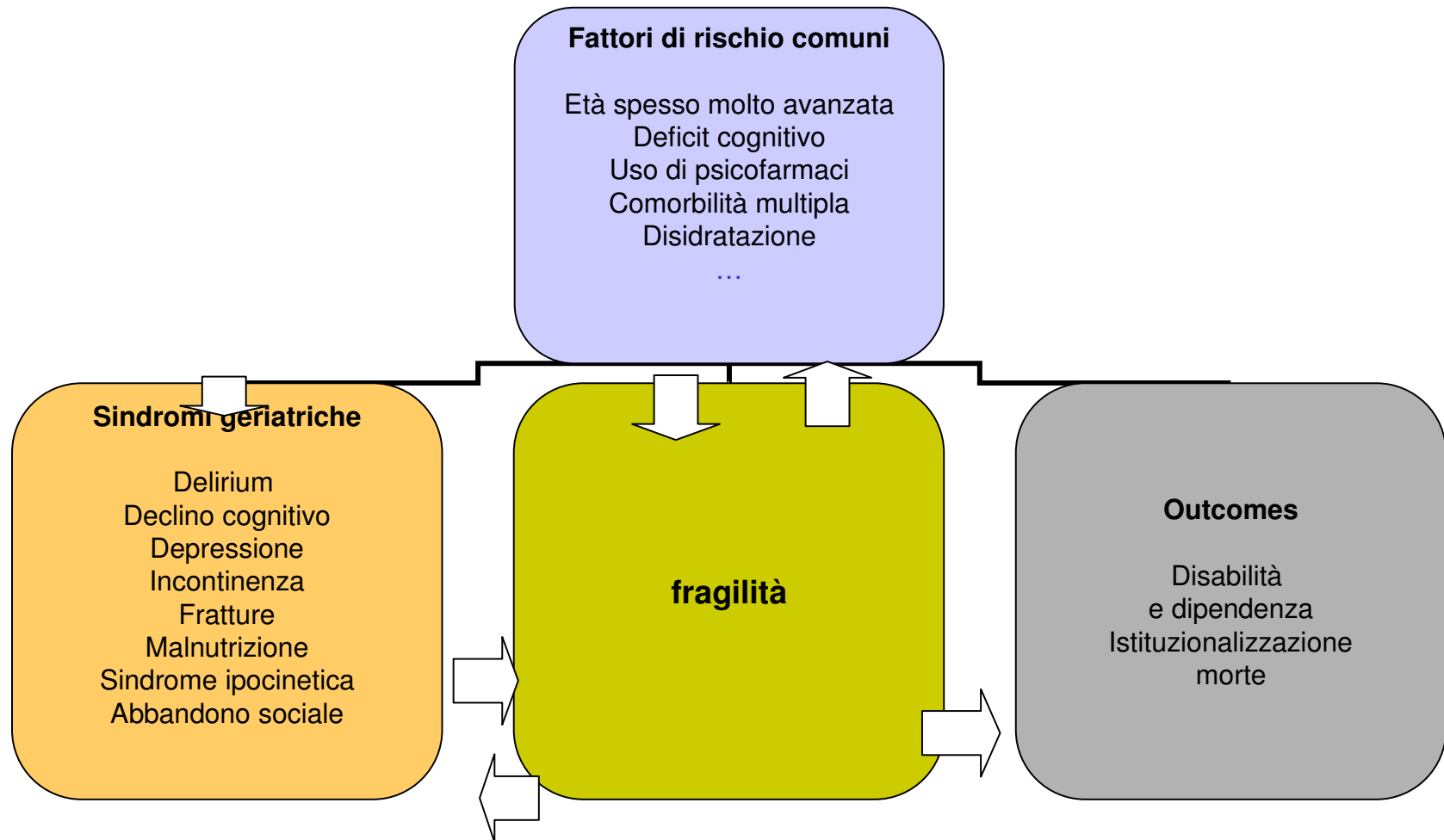
Il termine è impiegato per indicare alcune condizioni cliniche proprie delle persone anziane

che non possono essere inquadrate come distinte condizioni patologiche.

Le sindromi geriatriche

	<i>eziologia</i>	<i>patogenesi</i>	<i>sintomi</i>
malattia	nota	nota	Noti ma a presentazione variabile
Sindrome 1	nota	nota	Set ben definito di sintomi
Sindrome 2	ignota	nota	Set ben definito di sintomi
Sindrome 3	nota	ignota	Set ben definito di sintomi
Sindrome geriatrica	Molteplici fattori eziologici, noti e non	Interazione patogenetica tra le patologie	Sommatoria di segni clinici

Le sindromi geriatriche



Le sindromi geriatriche

- Talora due distinti processi patologici concorrono a definire una sintomatologia

che chiamiamo sindromica

è questa che ci permette l'individuazione diagnostica delle patologie di base

Caso clinico

Anziano di 85 anni, vive con la moglie di 80 anni, i figli passano a turno tutti i giorni a verificare se ci sono problemi

Una notte la moglie chiama i figli perché il marito è agitato, confuso, non la riconosce, non si reca nemmeno in bagno per urinare.

La figlia si accorge che il padre ha la febbre a 39°C, somministra un antipiretico e decide di aspettare la mattina per chiamare il medico curante, consapevole che il ricorso alla guardia medica o al pronto soccorso avrebbe potuto aggiungere elementi complicanti.

Il medico curante diagnostica una IVU e prescrive un trattamento antibiotico. Nei giorni successivi il nostro paziente si mantiene ancora confuso, incontinente e solo molto lentamente migliora.

Il successivo invio all'UVA permette di formulare una diagnosi di M. di Alzheimer.

Questo è un caso di delirium

I sintomi cognitivi e comportamentali che lo caratterizzano permettono di risalire al deficit cognitivo sottostante, prima di allora misconosciuto, e all'infezione urinaria che ha scatenato i sintomi acuti.

fragilità

FRAGILITA'

una parola più spesso usata che definita

Sharon R.Kauffman
“the social construction of fragility”

fragilità

Chi sono gli anziani fragili?

Quei soggetti di età avanzata o molto avanzata
cronicamente affetti da patologie multiple
con stato di salute instabile
frequentemente disabili
in cui gli effetti dell'invecchiamento e delle malattie
si associano a problematiche socio economiche.

Linee guida per la valutazione multidimensionale dell'anziano fragile
Giornale di gerontologia 2001

fragilità

Fattori di rischio

Età molto avanzata

Deficit cognitivo

Uso di psicofarmaci

Comorbilità multipla

Disidratazione

Fragilità

La **fragilità**, nel contesto in cui ci poniamo oggi

può essere intesa come condizione che controindica l'accessibilità a determinate cure (chirurgia, chemioterapia, anticoagulanti ...)

concettualizza una condizione di rischio elevato di peggioramento della qualità della vita

Per affrontare le scelte terapeutiche in fase terminale è necessario ricorrere alla **valutazione multidimensionale** della fragilità (cioè della persona in oggetto) e dei fattori di rischio che la riguardano

VMD in oncologia

Gli **oncologi** si sono posti il problema se trattare o meno un paziente neoplastico.

Nel 1980 è stato definito l'indice di Karnofsky (KPS, Karnofsky Performance status) validato sul quesito se e come trattare o meno una neoplasia polmonare localizzata e non trattabile chirurgicamente.

Per decidere se operare gli oncologi utilizzano l'indice di Karnofsky e/o di Zubrod, che fanno principalmente riferimento al grado di efficienza neuro-muscolare

VMD in oncologia

*Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) or Zubrod performance status score

** Stanley KE: JNCI 65:25 – 32, 1980

(uomo con cancro al polmone, inoperabile)

ECOG Zubrod*	Karnofsky**		Mediana di sopravvivenza, settimane
0	100	asintomatico	34
1	80 - 90	sintomatico deambulante	24 – 27
2	60 – 70	sintomatico a letto<50%	14 - 21
3	40 – 50	sintomatico a letto>50%	7 - 9
4	20 - 30	allettato	3 - 5

VMD in oncologia

Nel '94 il gruppo di lavoro dell'Oncogeriatría ha confrontato l'indice di Karnofsky e di Zubrod con la valutazione multidimensionale geriatrica.

Meglio la VMD geriatrica con test che valutano

l'aspetto biologico

l'aspetto funzionale

le funzioni cognitive

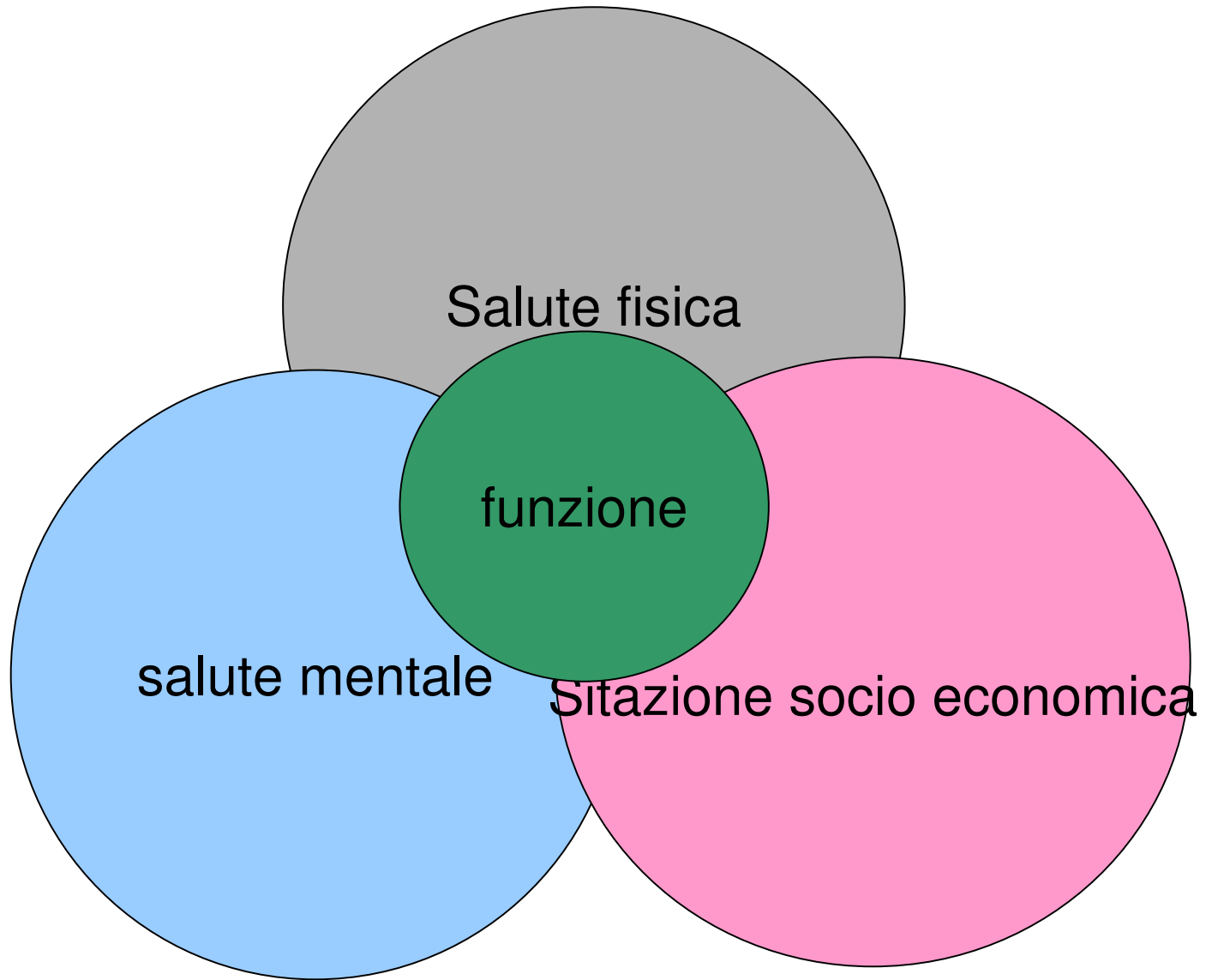
la situazione sociale

valutazione della comorbidità (CIRS- G, 1-4, Charlson score, 0-33)

ADL, IADL, MMSE, GDS, valutazione sociale

Monfardini S. et al., "validation of a multidimensional evaluation patients", *Cancer* 77: 395-401 (1996)

Balducci L., Yates J., "General guidelines for the management of cancer", *Oncology* 2000



Salute fisica

1- *anamnesi medica*

in particolare vanno indagati i seguenti ambiti

stato nutrizionale

terapia farmacologica in atto

storia di dipendenza

equilibrio, apparato osteoarticolare (e correlato funzionale)

stato sensoriale e cognitivo

2- *indicatori di severità di malattia*

la comorbidità determina la sintomatologia, la risposta al trattamento, le possibilità di recupero, la prognosi

numero di patologie presenti

gravità delle patologie

Classificazione dell'eleggibilità al trattamento
delle neoplasie in base alla valutazione multidimensionale

balducci, oncology 2000

	Valutazione multidimensionale	Mortalità a due anni	Indicazioni terapeutiche
Classe Ia Paziente "fit"	ADL e IADL integre Non comorbidità rilevanti Non sindromi geriatriche	8 – 12%	Stessa terapia dei pazienti più giovani
Classe IIa Paziente intermedio	ADL integre Dipendente in 1 IADL Deficit cognitivo lieve e/o depressione Non sindromi geriatriche	16 – 25%	Trattamenti adattati, per es. riduzione della dose
Classe IIIa Paziente "frail"	Età > 85 anni Dipendenza in 1 o + ADL Presenza di 1 o + sindrome geriatrica 3 o + comorbidità o 1 grave	40%	Solo terapia palliativa

Obiettivi e finalità della valutazione multidimensionale

garantire il massimo di accuratezza diagnostica

personalizzare la scelta del trattamento

migliorare i risultati

migliorare la qualità di vita

ridurre l'utilizzo dei servizi non necessari

organizzare la gestione dell'assistenza sul lungo periodo

PARTE SECONDA

*cosa “fare”, non tanto per dilatare la vita,
ma a difesa della qualità e della dignità
della vita stessa?*

ASSESSMENT CLINICO E SOCIALE

età

sexo

autonomia: ADL, Barthel index

IADL

condizioni cliniche: albumina serica

APACHE s. (0-71)

colesterolemia

emocromo

Charlson comorbidity s. (0-33)

CIRS-G (1-4)

Stato mentale: MMSE (0-30)

GDS (0 -15)

anamnesi socio-famigliare

DELIRIUM- 1

Interessante la riflessione del gruppo di Brescia sul delirium in un reparto per acuti

L'insorgenza di delirium in corso di ospedalizzazione ha avuto come poor outcomes

instabilità clinica

ridotta sopravvivenza

dipendenza funzionale

percorsi di cura non ben identificati

DELIRIUM- 2

Cosa fare per prevenire il delirio e le sue conseguenze?

identificare i pazienti a rischio di delirium

identificare percorsi diagnostici personalizzati e preferenziali

favorire modalità assistenziali che evitino la spirale:
disturbi del comportamento / sedazione/ contenzione

DELIRIUM-3

Fattori di rischio per delirium

età avanzata

deficit cognitivo noto o precedente diagnosi di demenza

terapia con psicofarmaci

infezioni in atto

disturbi del metabolismo

grave patologia in atto e/o multiple comorbidità

disidratazione

dipendenza alcolica

deficit di autonomia

limitazione alla mobilità

INCONTINENZA

In un reparto ospedaliero il posizionamento del catetere vescicale a permanenza si associa a aumento della mortalità

4 volte maggiore durante l'ospedalizzazione,
2 volte superiore a 90 giorni dalla dimissione,
indipendentemente dalla comorbidità.

Il posizionamento del catetere vescicale non si associa a nessun evento favorevole, quale la riduzione dei giorni di degenza o un minor declino nelle ADL

DEMENZA- 1

in ospedale richiede l'attuazione di protocolli operativi e organizzativi

rapida esecuzione di procedure diagnostiche

assessment delle condizioni cliniche:

autonomia

deficit cognitivo

comorbidità

attenzione a : idratazione, alvo, rischio di decubiti,

utilizzo di psicofarmaci

valutazione delle potenzialità familiari di cura

valutare l'indicazione a particolari condizioni di assistenza per il post ricovero (ADI, RSA)

DEMENZA- 2

Obiettivi del protocollo:
minore comparsa di effetti indesiderati, quali:

sedazione

confusione

infezioni intercorrenti

cadute

peggioramento dell'autonomia

curare quando non si può guarire

LE TERAPIE

E

LA TERAPIA PALLIATIVA

la terapia tradizionale non è tutto, ma non è detto che tutto sia terapia palliativa

FRATTURE DI FEMORE

le fratture vanno trattate tempestivamente e chirurgicamente allo scopo di
permettere la precoce mobilizzazione
rendere possibile una ripresa funzionale
contrastare le sindromi dolorose

L'atto chirurgico va scelto secondo il criterio della semplicità e del minor rischio operatorio e anestesiologicalo.

ANEMIA

l'anemia cronica va trattata per contrastare l'astenia, l'irrequietezza, la sofferenza (dolore globale) soprattutto nel cardiopatico

Dieta

Integratori

i. p. Eritropoietina: 4000 U (insuff renale) o 10.000 U
a dì alterni aumentano di 1 g al mese l'Hb

unica controindicazione: ipertensione non controllata

DISPNEA

La NIV, ventilazione non invasiva, può trovare applicazione nell'anziano dispnoico, per BPCO o scompenso cardiaco, perché una applicazione di 15 minuti permette di migliorare rapidamente l'ossigenazione e di ridurre l'ipercapnia.

Antonelli Incalzi R. 2004

Nella terapia dello **scompenso cardiaco** aumenta l'offerta di farmaci e migliora la precisione diagnostica. Si inquadra in questo caso il dosaggio del peptide natriuretico tipo B, che permette la diagnosi, il trattamento precoce, il monitoraggio della cura dello scompenso cardiaco.

De tommaso 2006

DOLORE

sottostimato

necessità di ricercare il sintomo dolore ricorrendo a scale di valutazione, distinte sulla base della presenza o meno di disturbi della comunicazione / cognitivà
PAINAD, NOPPAIN / NAS, VAS

sottotrattato

l'Italia rimane, con la Grecia e il Portogallo, il paese in Europa che utilizza meno oppioidi

Alla base di questo fatto ci sono due dati:

una legislazione che a lungo “ha punito” e disincentivato, complicandola, la prescrizione di oppioidi e la cultura correlata: faticosa evoluzione di questi due dati

IMPORTANZA DELLA FORMAZIONE DEGLI OPERATORI SANITARI

Cause di dolore nell'anziano

Stein et Al.: Clinics in geriatric Medecine, 1998

Lombalgie	40%
Artrosi	37%
Esiti di fratture	14%
Neuropatie	11%
Mialgie	9%
Claudicatio	8%
Cefalea	6%
Dolore generalizzato	3%
neoplasia	3%

Conseguenza del non trattamento del dolore

depressione

disturbi del sonno e comportamentali

anoressia

sindrome ipocinetica

aumento del rischio di cadute

INFEZIONI E TERAPIA ANTIBIOTICA

necessità di essere tempestivi e aggressivi, ricorrendo a protocolli di corretta individuazione degli agenti infettivi

PROTOCOLLI DI PREVENZIONE O TERAPIA DELLE LESIONI DA DECUBITO

la prevenzione e il trattamento delle lesioni da decubito rappresentano una parte importante delle attività di cura delle RSA, oltre che dei reparti ospedalieri. L'adozione di protocolli operativi favorisce la corretta presa in carico del problema

MALNUTRIZIONE E DISFAGIA

CHEMIOTERAPIA ONCOLOGICA

sono disponibili (e probabilmente l'offerta è destinata ad aumentare), chemioterapici con buoni profili di tollerabilità e modalità semplici di somministrazione (per os)

è accettabile un progetto di terapia che **riduce i sintomi** della neoplasia anche se non la contrasta

conclusioni

Non è nelle mie intenzioni suggerire che è sempre possibile una scelta farmacologica positiva, cioè che c'è sempre un farmaco da prescrivere

*Ogni caso è unico,
la valutazione della scelta terapeutica / assistenziale è affidata all'esperienza e alla sensibilità dell'équipe, in costante dialogo con il malato e i suoi familiari.*

La tecnologia e la scienza medica vanno conosciute ed usate tutte le volte che possono migliorare la qualità e la dignità della vita .



Grazie per l'attenzione

**Rovereto 16 Ottobre 2009
LE CURE DI FINE VITA NEL PAZIENTE ANZIANO**

