

Gestione domiciliare dei sintomi nelle cure di fine vita

Dr.ssa Carloni Federica

Dirigente Medico UO T.A.C.P.-Hospice

Terapia Antalgica e Cure Palliative

Ospedale Infermi Rimini

SEDAZIONE PALLIATIVA

L'utilizzo di farmaci SEDATIVI per alleviare una sofferenza causata da sintomi refrattari (SCOPO) attraverso una riduzione della coscienza (MEZZO).

(De Graeff A, Dean M. Palliative sedation therapy **in** the last weeks of life: a literature review and recommendations for standards. J Palliat Med 2007 Feb;10(1):67-85).

SINTOMO REFRAATTARIO



- È un sintomo **intollerabile** per il paziente, **nonostante siano stati messi in opera i mezzi più adeguati** per il controllo del sintomo stesso, che risulta, quindi, refrattario.
- “Sintomo refrattario” → inteso come «**sensazione soggettiva di sofferenza** del malato a fronte di determinate condizioni cliniche», caratteristiche della fase finale della vita.

COSA NON E' SEDAZIONE PALLIATIVA

LA SEDAZIONE OCCASIONALE
(es. per una manovra invasiva)

LA TERAPIA ANSIOLITICA

LA TERAPIA ANALGESICA CON OPPIOIDI

LA TERAPIA DI MODULAZIONE DEL SONNO

LA SEDAZIONE PUO' ESSERE.....

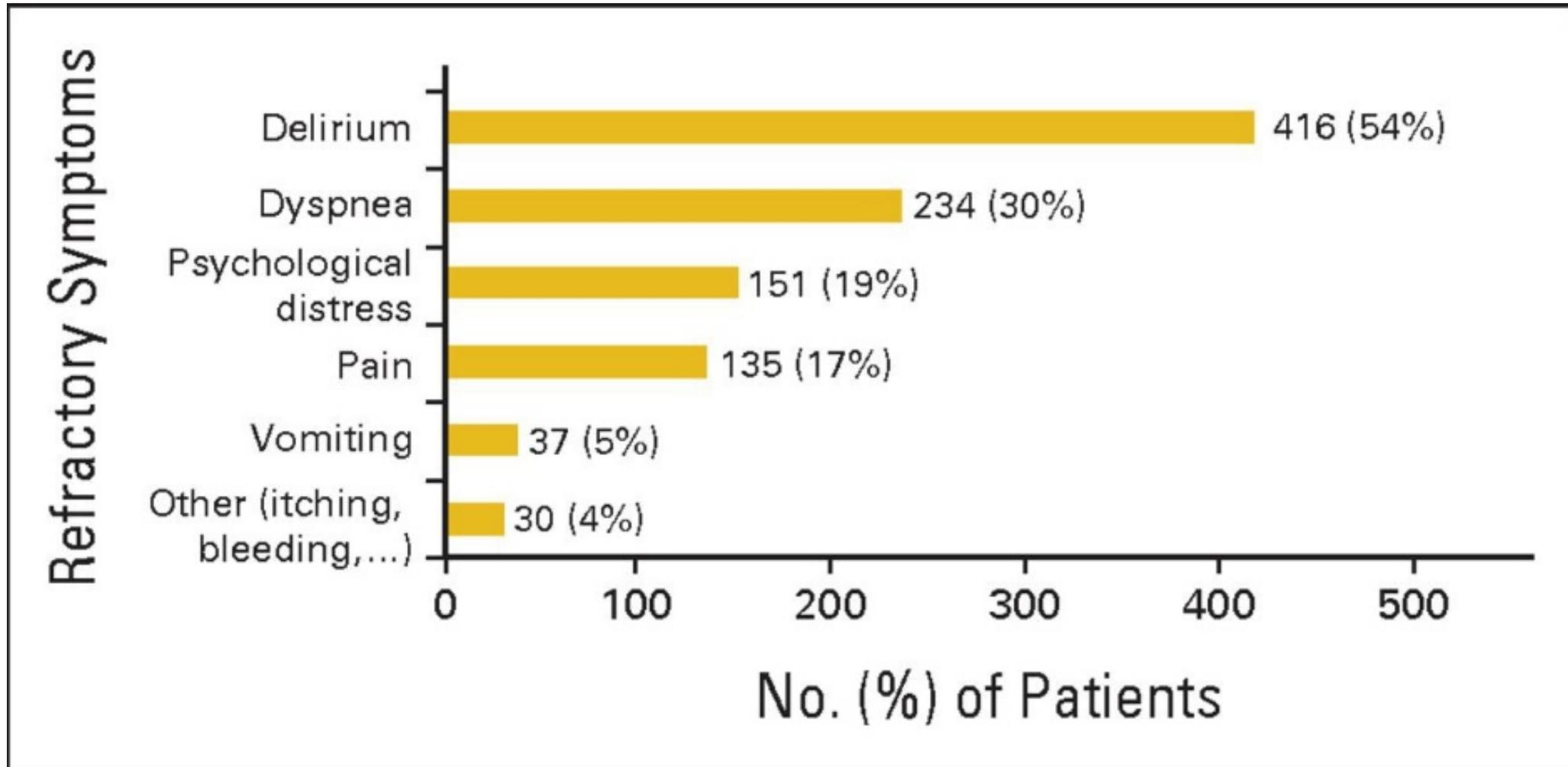
INTERMITTENTE

CONTINUA

SUERFICIALE

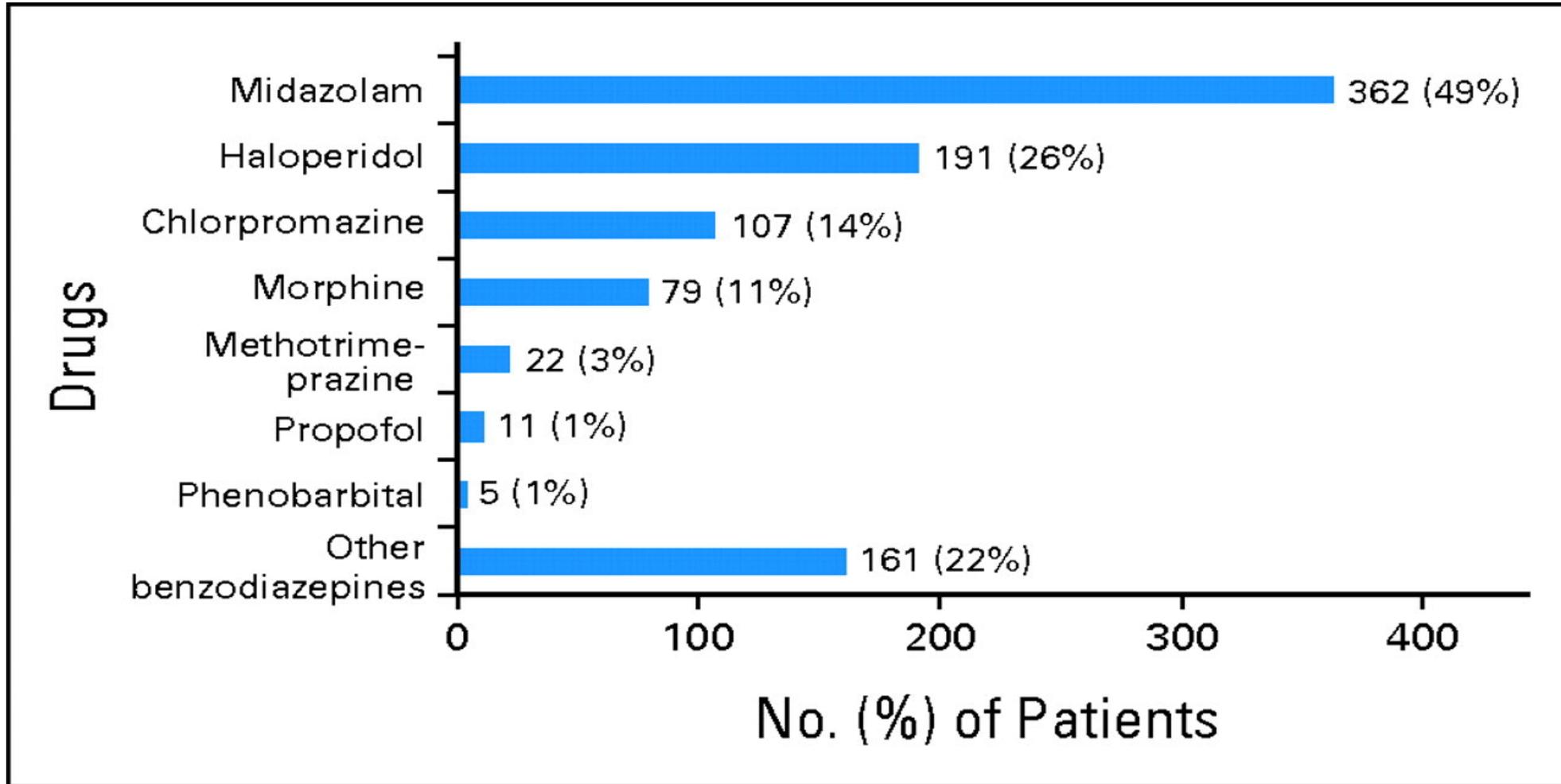
PROFONDA

PERCHE' SI FA SEDAZIONE PALLIATIVA



Palliative sedation in end-of-life care and survival: a systematic review (Maltoni M, J Clin Oncol. 2012 Apr 20;30(12):1378-83)

FARMACI USATI IN SEDAZIONE PALLIATIVA



Palliative sedation in end-of-life care and survival: a systematic review (Maltoni M, J Clin Oncol. 2012 Apr 20;30(12):1378-83)

SINTOMI/FARMACI IN SEDAZIONE PALLIATIVA

Table 3. Clinical indications for receiving palliative sedation

Indications for palliative sedation	Number of patients (%)	Mean duration of PS \pm SD (range), days	Drug used	Mean dose on last day of PS \pm SD (range), mg
Delirium	18 (62)	2.5 \pm 1.8 (1–7)	Midazolam (<i>n</i> = 17) Levomepromazine (<i>n</i> = 1)	58 \pm 28 (30–120) 150
Dyspnea	4 (14)	2.5 \pm 0.6 (2–3)	Midazolam	97.5 \pm 15 (90–120)
Nausea/vomiting/bowel obstruction	2 (7)	1 (1–1)	Midazolam	75 \pm 21 (60–90)
Seizures	2 (7)	3.5 \pm 2.1 (2–5)	Midazolam	60 \pm 42 (30–90)
Anxiety/psychoexistential suffering	2 (7)	5.5 \pm 6.4 (1–10)	Midazolam	75 \pm 21 (60–90)
Pain	1 (3)	3 (3–3)	Levomepromazine	100

PHCT: palliative home care team, PS: palliative sedation, SD: standard deviation.

At-home palliative sedation for end-of-life cancer patients. A.A.Babarro,M.V.Cerdeira,E.Bruera Palliative Medicine 2010. 24(5) 486-492

SINTOMI/FARMACI IN SEDAZIONE PALLIATIVA

Table 1
Published Articles on PS at Home

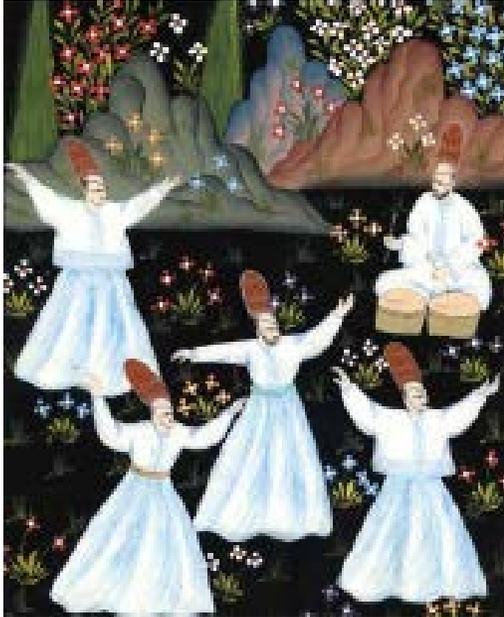
Authors/Year/Country	Design	Sample of Patients at Home, <i>n</i> (% Sedated)	Principal Drugs and Doses (mg/day)	Principal Indications	Mean Duration (days)
Ventafriidda et al./1990/Italy ⁹	Prospective	154 (52)	NA	Dyspnea, pain	2
Peruselli et al./1999/Italy ⁷	Prospective, multicenter	100 (25)	NA	NA	NA
Bulli et al./2007/Italy ⁸	Prospective	1075 (12–14.2)	Neuroleptics Midazolam Opioids	NA	1
Rosengarten et al./2009/Israel ¹⁰	Retrospective	720 (5)	Morphine (12–240) Midazolam (12–144)	Pain, agitation	3
Porzio et al./2010/Italy ¹²	Retrospective	44 (36)	Midazolam (24–48)	Delirium, dyspnea	3.5
Alonso-Babarro et al./2010/Spain ¹¹	Retrospective	245 (12)	Midazolam (58–97)	Delirium, dyspnea	2.5

NA = not available.

Palliative Sedation in Patients with Advanced Cancer Followed at Home: A systemic Review. S. Mercadante J. Of Pain and Symptom Management 2011. Vol. 41 No4 April

RACCOMANDAZIONI SICP

(società italiana di cure palliative)



MIDAZOLAM → BDZ a breve durata d'azione come farmaco di 1° scelta

NEUROLETTICI come TALOFEN (PROMAZINA), LARGACTIL (CLORPOMAZINA), SERENASE (ALOPERIDOLO)

BARBITURICI come FENOBARBITAL

ALTRE BENZODIAZEPINE come VALIUM (DIAZEPAM), LORAZEPAM (TAVOR), SONIREM (ZOLPDEM)...ecc

DOLORE e DISPNEA → farmaco di 1° SCELTA → MORFINA/Midazolam

DELIRIUM → farmaco di 1° SCELTA → ALOPERIDOLO (SERENASE)

BENZODIAZEPINE

EFFETTI

SEDATIVO-
IPNOTICO

MIORILASSANTE

ANSIOLITICO

ANTICONVULSIVANTE

Le BDZ hanno sostituito i barbiturici (es. fenobarbital)
per il miglior profilo di sicurezza e metabolico

Sinergia con oppiacei e antipsicotici nell'effetto sedativo

Metabolismo epatico, più lento nell'anziano.
Alcool e barbiturici accelerano la metabolizzazione.

Uso cronico/i.c. --> rischio di tolleranza e dipendenza;
alla sospensione acuta rischio astinenza

BENZODIAZEPINE

CARATTERISTICHE

Farmaco	Nome comm.le	Vie di somm.ne	Emivita	Escrezione	Note
diazepam	Valium, Ansiolin, Tranquirit	OS, IM, IV, RETTALE	lunga	renale	Ansiolitico, antiepilettico 25 gtt = 5 mg
delorazepam	En	OS, IV, SC	lunga	renale	ansiolitico
lorazepam	Tavor	OS	media	renale	> ansiolitico; metabolizzato unicamente per coniugazione
clonazepam	Rivotril	OS	media	70-90 % rene; 10-30% intestino	> anticonvulsivante
midazolam	Talentum	IV, IM, SC	breve	renale	Assorbimento rapido e completo; amnesia anterograda

BENZODIAZEPINE

MIDAZOLAM (Ipnovel, Talentum)

Via: iv, im, sc. **Posologia:** induzione 2-2,5 mg, mantenimento 10-60 mg/die

Caratteristiche: breve emivita (2-3,5 h), composto lipofilo che penetra rapidamente nel SNC. Metaboliti non attivi

Azione: sedativo/ansiolitico/amnesia anterograda/ipnotico

Avversità: disorientamento/farfugliamento/scarsa coordinazione/andatura malferma (---> la sedazione non è adeguata); agitazione paradossa (per effetto disinibitorio, raro); depressione respiratoria; astinenza. Può potenziare l'azione sedativa centrale di neurolettici, ipnotici, analgesici

Antidoto: flumazenil (Anexate) f 0,1 mg/ml. Raggiunge SNC in 1-2 minuti; durata d'azione 2-5 ore.

NEUROLETTICI

AZIONI

ANTIDELIRANTE

ANTIALLUCINATORIA

ATARASSIA

Farmaco	Nome comm.le	Vie di somm. ne	Emivita	Escrezione	Note
Clorpromazina	Largactil, Prozin	OS, IV, IM	lunga	Renale e biliare	Spiccati effetti sedativi (promazina > ipnoinducente), scarsi effetti antimuscarinici e antipiramidali. Metabolismo epatico
Promazina	Talofen	OS, IV ,IM	breve	Urinaria	
Aloperidolo	Haldol, Serenase	OS, IV, IM, SC	lunga	Renale e biliare	Sedativo, antisecretivo, antiemetico. Metabolismo epatico
Levosulpiride	Levopraid Levobren	OS, IV	breve	Renale	Antiemetico ma a dosi elevate antipsicotico. Metabolismo renale
Clotiapina	Entumin	OS, IV, IM	breve	Fecale e renale	Metabolismo epatico

BARBITURICI

FENOBARBITAL

f 100 mg/ml

Via: iv, im, sc

Posologia: descritto in CP anche > 600 mg/die

Caratteristiche: utilizzato dopo fallimento midazolam

Azione: sedativo generale (antiepilettico)

Avversità: eccitazione paradossa, effetti centrali potenziati da uso concomitante di altri farmaci psicoattivi (analgesici, ipnotici)

DISPNEA-DOLORE → MORFINA

L'efficacia degli oppiacei, e in particolare della morfina per via orale o parenterale, è stata dimostrata nel controllo della dispnea severa, sia in pazienti oncologici che non oncologici (BPCO). Jennings AL et al. A systematic review of the use of opioids in the management of dyspnoea. Thorax 2002; 57: 939-944

Morfina fl si prescrive:.

- su ricettario SSN**
- TDL01 (codice esenzione)**
- scrivere dosaggio fiale e confezione da 5 fl**
- esatta posologia (orari fissi)**
- dati completi del medico prescrittore (telefono...)**

Nei casi di dolore non controllato la sedazione prevede l'incremento dell'oppiaceo in associazione a benzodiazepine (midazolam, lorazepam, diazepam).

LA SCELTA DEL FARMACO

E' in relazione a :

- Disponibilità territorio/ospedale
- Farmaci assunti/in uso
- Vie di somministrazione (SOTTOCUTE/INTRAMUSCOLARE nel domicilio)
- Care-giver/contesto familiare
- Tipologia del sintomo/controllo del sintomo refrattario
- Età del paziente
- Esperienza del Clinico

Valutazione del livello di sedazione

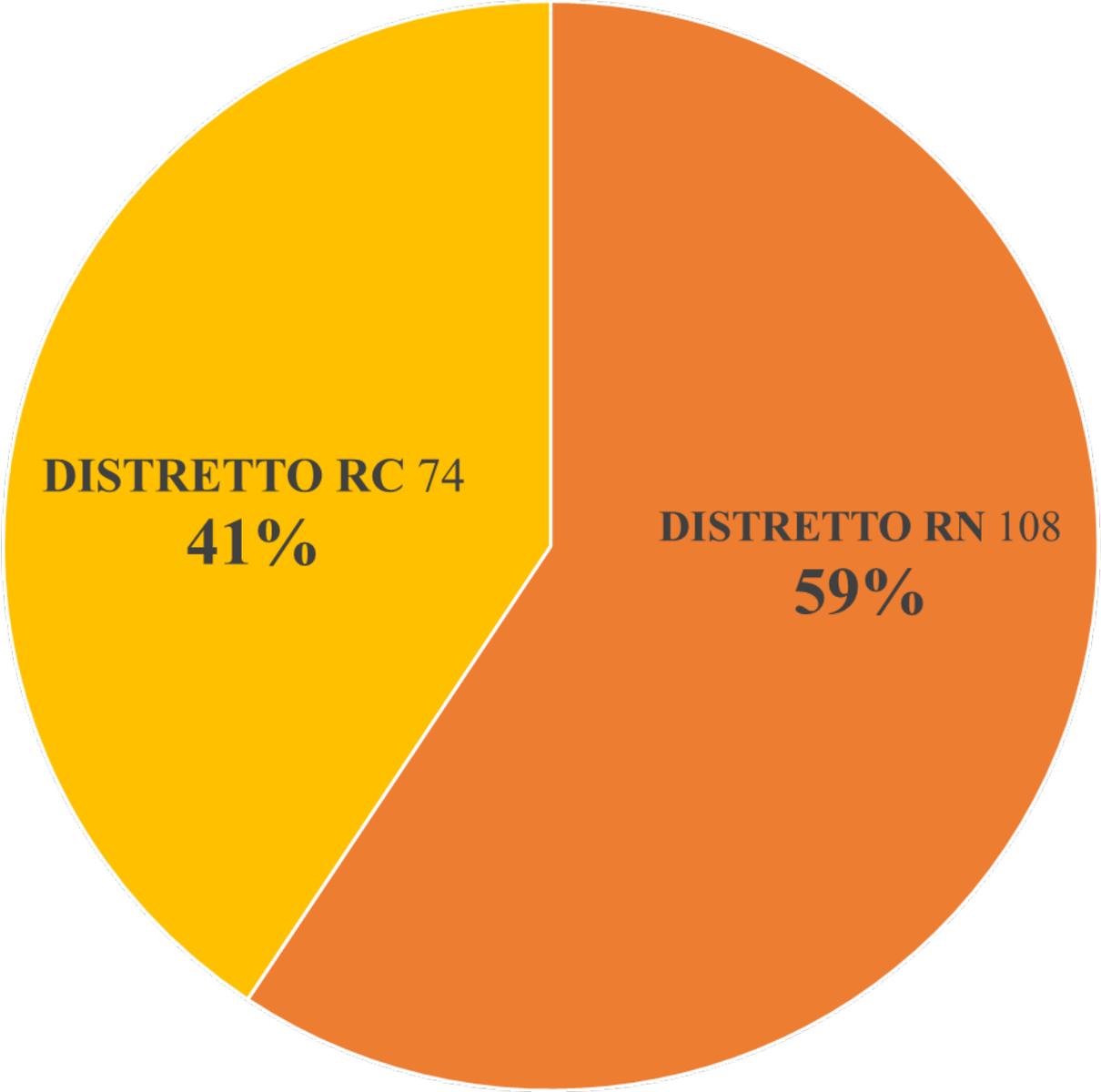
SCALA DI RUDKIN

- ▣ 1 paziente sveglio ed orientato
- ▣ 2 sonnolento ma risvegliabile
- ▣ 3 occhi chiusi ma risvegliabile allo stimolo verbale
- ▣ 4 occhi chiusi ma risvegliabile allo stimolo tattile (non doloroso)
- ▣ 5 occhi chiusi, non responsivo allo stimolo tattile

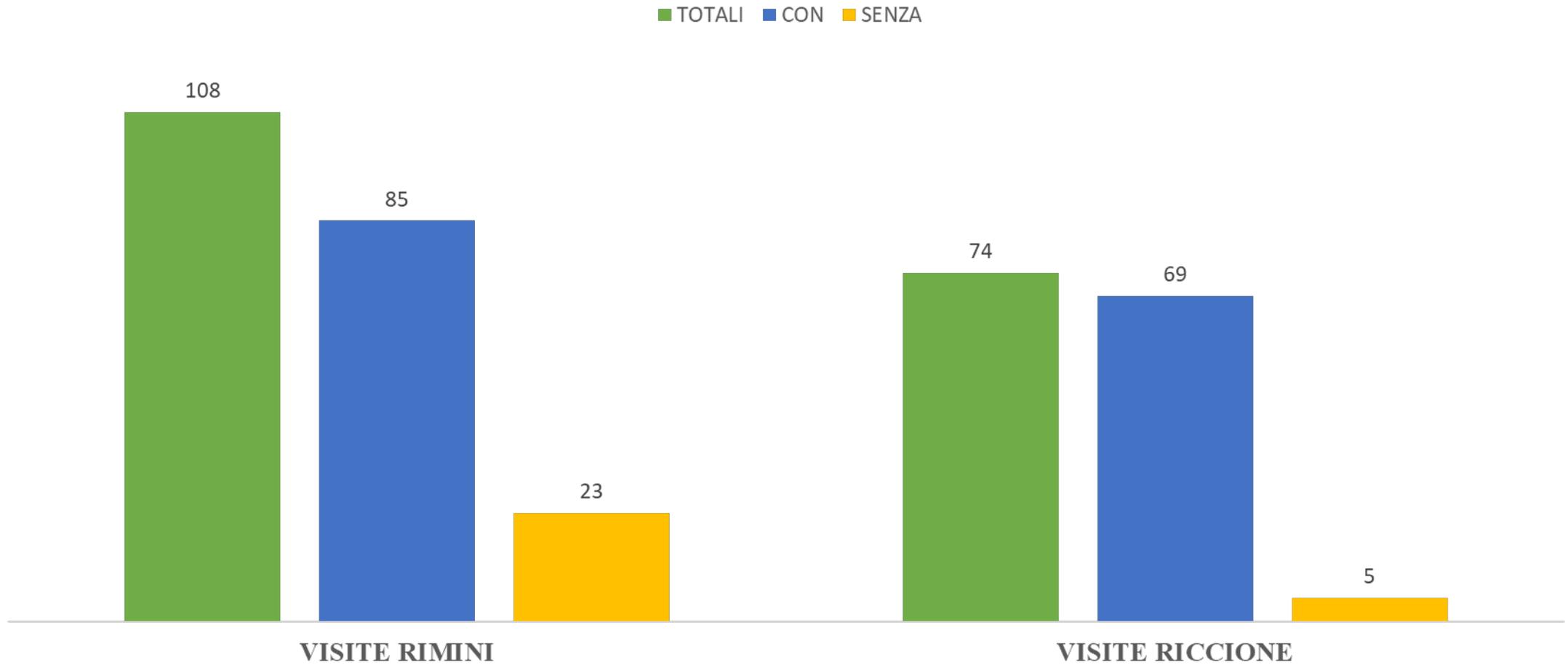
The Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS)

Punteggio	Definizione	Descrizione	Cosa fare
4	Combattivo	Chiaramente combattivo, violento, imminente pericolo per se stesso o per lo staff	OSSERVAZIONE DEL PAZIENTE
3	Molto agitato	Aggressivo, rischio evidente di rimozione cateteri o tubi	
2	Agitato	Frequenti movimenti afinalistici, disadattamento alla ventilazione meccanica	
1	Irrequieto	Ansioso ma senza movimenti aggressivi e vigorosi	
0	Sveglio e tranquillo	Comprende i periodi di sonno fisiologico	
-1	Soporoso	Non completamente sveglio, apre gli occhi allo stimolo verbale, mantiene il contatto visivo > 10 secondi	STIMOLAZIONE VERBALE
-2	Lievemente sedato	Brevi risvegli allo stimolo verbale, contatto visivo < 10 secondi	
-3	Moderatamente sedato	Movimenti o apertura degli occhi allo stimolo verbale (ma senza contatto visivo)	
-4	Sedazione profonda	Non risposta allo stimolo verbale, movimenti o apertura occhi alla stimolazione fisica	STIMOLAZIONE FISICA (TATTILE e/o DOLORIFICA)
-5	Non risvegliabile	Nessuna risposta alla stimolazione tattile/dolorosa	

182 VISITE SPECIALISTICHE □ MAGGIO-OTTOBRE 2018



VISITE CON/SENZA INFERMIERE ADI



MAGGIO-SETTEMBRE 2018 → SEDAZIONI AL DOMICILIO

NR. PAZIENTI	FARMACI	ACCESSI M. SPECIALISTA	ACCESSI INFERMIERE ADI	ACCESSI M.M. GENERALE
S.D. Distretto RC	<ul style="list-style-type: none"> • SERENASE • EN • MORFINA 	5 condivisi	10	>5
F.F. Distretto RC	<ul style="list-style-type: none"> • TALOFEN • MORFINA 	2	11	0
V.M. Distretto RC	<ul style="list-style-type: none"> • VALIUM • MORFINA 	2	16	1
L.M.G. Distretto RC	<ul style="list-style-type: none"> • FENOBARBITAL • TALOFEN • VALIUM • MORFINA 	4	12	1
D.M Distretto RC	<ul style="list-style-type: none"> • EN • MORFINA 	4	5	4
R.C. Distretto RN	<ul style="list-style-type: none"> • TALOFEN • MORFINA 	3 dei quali 1 condiviso	2 (gestione drenaggi biliari)	>3
S.I. Distretto RN	<ul style="list-style-type: none"> • TALOFEN • MORFINA 	2	7	1

Sedazione al DOMICILIO è possibile se:

- ❖ Condivisione ed accordo (consenso) con il paziente ed i familiari dove vi sono.
- ❖ Alta intensità assistenziale (tempo e risorse dedicate al paziente e al nucleo familiare)
- ❖ Disponibilità dei farmaci raccomandati nelle linee guida
- ❖ Alleanza e Collaborazione tra i vari professionisti che ruotano al domicilio → (medico-infermiere, operatore sanitario-psicologo-assistente sociale)
- ❖ Assenza del dubbio negl'operatori

COME RICHIEDERE UNA CONSULENZA

Ricetta del Medico con dicitura:

- VISITA SPECIALISTICA DI CURE PALLIATIVE **DOMICILIARE**
- VISITA PER CURE PALLIATIVE **DOMICILIARE**

→DOMICILIARE →SE PZ NON DEAMBULA

→QUESITO CLINICO

1. da programmare,
2. quando possibile da condividere

FAX. 0541/705814
TEL. 0541/705780

Quando richiedere una Consulenza → Esempio

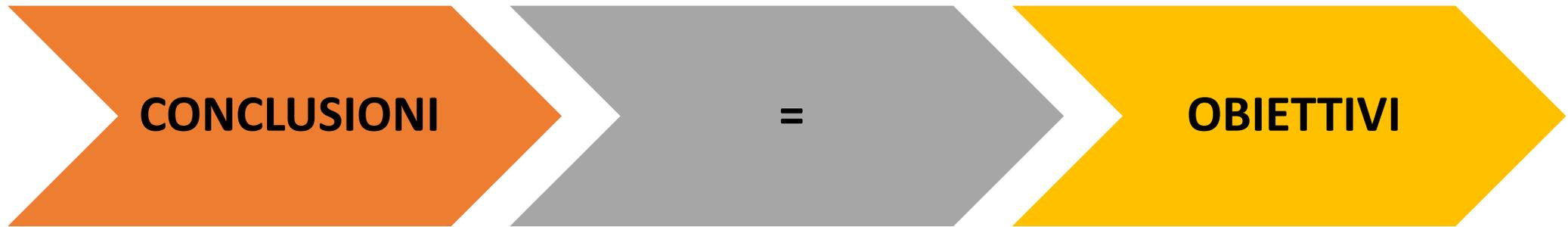
Predictive Scale of complexity			
PALCOM 1		Yes	no
>=5 symptoms/patients with NRS>=4		1	0
Pain Stage II of ESSCP		1	0
Performance Status: Karnofsky index <=50% → Requires considerable assistance and frequent medical care.		1	0
At least one socio-familial risk factors		1	0
At least one existential or ethical dilemmas		1	0
Complexity Level			
High Complexity		5-4	
Medium Complexity		3-2	
Low Complexity		1-0	

Predictive model of complexity in early palliative care: a cohort of advanced cancer patients (PALCOM study) A. Tuca et Al. Support Care Cancer. January 2018, Vol.26, Issue 1, pp241-249.

Table 1 Social and family, existential and/ethical dilemma risk factors included in the multidimensional evaluation

Factors of social and family risk	<ul style="list-style-type: none"> ■ Absence of an effective caregiver. ■ Limitation of the caregiver to provide patient care due to advanced age or health problems. ■ Limitation of the caregiver to provide patient care due to occupational obligations. ■ Presence of more than one person requiring help within the same family circle. ■ Intense caregiver overload or risk of family breakdown. ■ Conflicts or complex experiences within the family circle (addictions, domestic violence, etc..)
Existential problems or ethical dilemmas	<ul style="list-style-type: none"> ■ Consolidated conflicts of information to the patient (information protection, silence conspiracy, etc.). ■ Discrepancies regarding the proportionality of the cancer treatments, life support, admission to intensive care or in the limitation of therapeutic effort between patient-family and health care team, among members of the team itself, or among the different members of the family. ■ Loss of desire to remain alive and/or rational choice to advance death. ■ Express wish for euthanasia or medically-assisted suicide.

Predictive model of complexity in early palliative care: a cohort of advanced cancer patients (PALCOM study) A. Tuca et Al. Support Care Cancer. January 2018, Vol.26, Issue 1, pp241-249.



- **IN AMBITO TERRITORIALE è fondamentale avere una visione d'insieme del paziente e del suo contesto familiare (CARE-GIVER DI RIFERIMENTO).**
- **Avviare un percorso assistenziale in termini di presenza-riferimento nel tempo, fiducia, compliance, operatività, affidabilità.**
- **Supportare la relazione tra il Medico di Medicina Generale ed il Paziente (compreso il nucleo familiare).**
- **Potenziare la collaborazione tra i vari professionisti che ruotano nell'ambito delle cure palliative territorio-ospedale**



IL TEMPO DI RELAZIONE E' TEMPO DI CURA

Legge 219- 2017

Grazie

