



**Scuola di Specializzazione in Anestesia e Rianimazione
Università degli studi di Ferrara
Direttore: Prof. C.A. VOLTA**

**Azienda Ospedaliero - Universitaria
Dipartimento Emergenza**

**INDICAZIONI AL TRATTAMENTO E SCELTE
TERAPEUTICHE:
L'APPROCCIO AL MALATO END STAGE**

**Anna Romanello
UOARU**



SIARTI

PRO VITA CONTRA DOLOREM SEMPER

SOCIETÀ ITALIANA DI ANESTESIA ANALGESIA
RIANIMAZIONE E TERAPIA INTENSIVA

**GRANDI INSUFFICIENZE D'ORGANO "END STAGE":
CURE INTENSIVE O CURE PALLIATIVE?
"DOCUMENTO CONDIVISO"
PER UNA PIANIFICAZIONE DELLE SCELTE DI CURA**

LINEE GUIDA SIAARTI

MINERVA ANESTESIOLOGIA 2003;69:101-18

SIAARTI guidelines for admission to and discharge from Intensive Care Units and for the limitation of treatment in intensive care

GRUPPO DI STUDIO AD HOC DELLA COMMISSIONE DI BIOETICA DELLA SIAARTI

LINEE GUIDA SIAARTI

MINERVA ANESTESIOLOGIA 2006;72:927-63

End-of-life care and the intensivist: SIAARTI recommendations on the management of the dying patient

SIAARTI - ITALIAN SOCIETY OF ANAESTHESIA ANALGESIA RESUSCITATION
AND INTENSIVE CARE BIOETHICAL BOARD

FEDERAZIONE NAZIONALE DEGLI ORDINI DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI



CODICE DI DEONTOLOGIA MEDICA

18 Maggio 2014

**Guide on the decision-making process
regarding medical treatment
in end-of-life situations**



COUNCIL OF EUROPE



CONSEIL DE L'EUROPE

**Committee on Bioethics of the Council of
Europe May 2014**

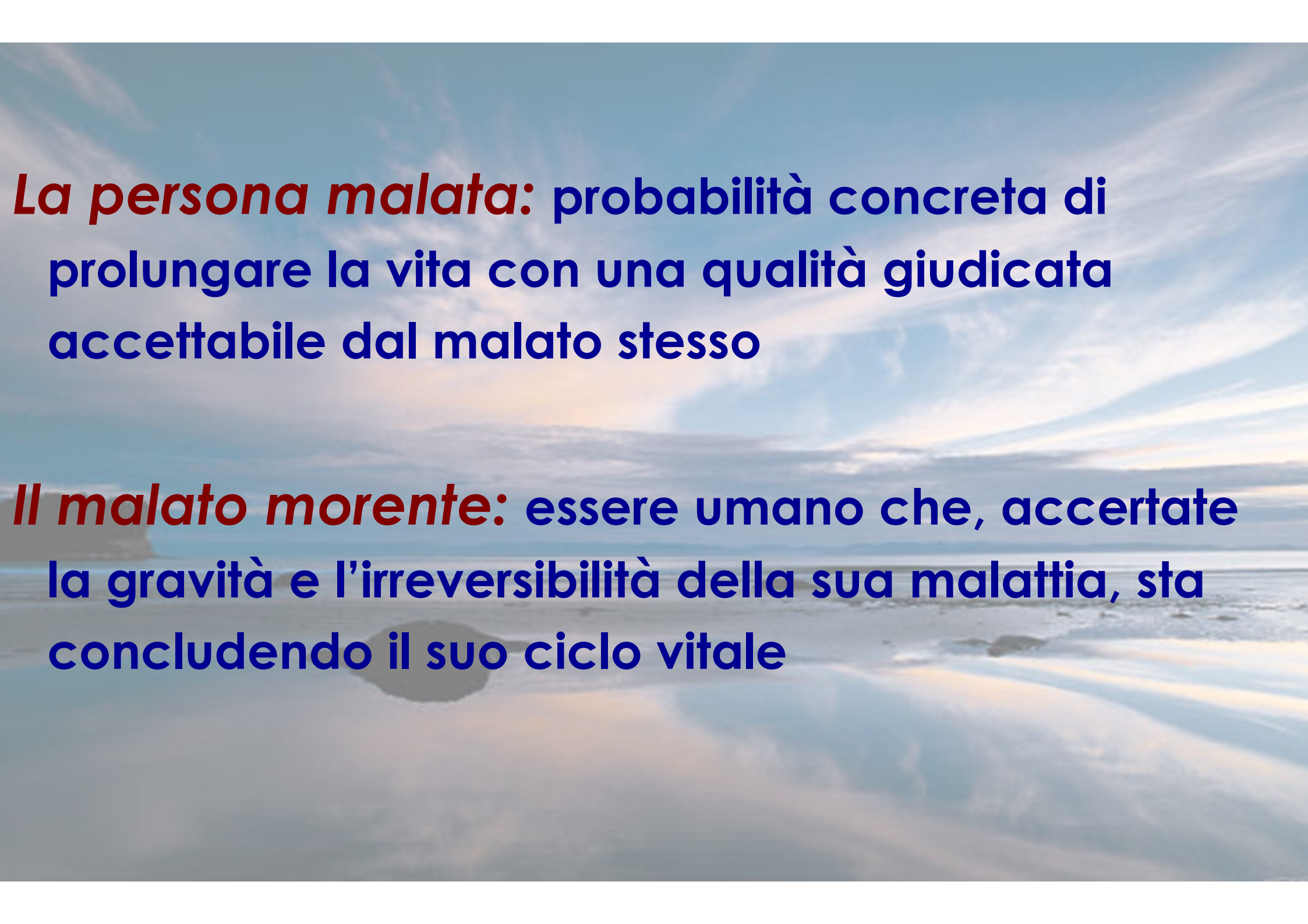
**Convention on Human Rights and
Biomedicine
(Oviedo Convention, ETS No. 164, 1997).**

Il paziente critico

- **Paziente ad alta vulnerabilità**
- **Compromissione di uno o più organi e/o apparati**
- **Dipende da strumenti di supporto delle funzioni vitali**
- **Necessita di monitoraggio e terapia avanzati**
- **Incapace di intendere e volere**

Il paziente end stage

- **Paziente con patologia acuta a prognosi infausta certa**
- **Paziente in fase terminale di patologia d'organo cronico/degenerativa**
 - Cronico:**
 - **Stabilizzazione della cronicità**
 - **Fase di avvicinamento al fine vita**
 - **Fase delle cure palliative di base**
 - **Fase delle cure palliative e specialistiche**



La persona malata: probabilità concreta di prolungare la vita con una qualità giudicata accettabile dal malato stesso

Il malato morente: essere umano che, accertate la gravità e l'irreversibilità della sua malattia, sta concludendo il suo ciclo vitale

Appropriatezza di ammissione al trattamento intensivo

Ragionevole probabilità di risoluzione dello stato critico

Recupero qualità della vita dignitosa

Controllo del dolore e della sofferenza

Morte dignitosa

Appropriatezza di ammissione al trattamento intensivo

- **Pazienti in condizioni critiche in atto, potenzialmente regredibili con il trattamento e il monitoraggio intensivo**
- **Pazienti che richiedono un monitoraggio intensivo per condizioni critiche potenziali**
- **Pazienti in cui dobbiamo definire la risposta al trattamento intensivo (la zona grigia)**

Appropriatezza di dimissione dal trattamento intensivo

- **Miglioramento del quadro clinico**
- **Irreversibilità del quadro clinico**
- **Revoca esplicita del paziente**
- **Volontà dei familiari**

Limitazione/Sospensione del trattamento intensivo

Astensione da o sospensione di:

trattamenti vitali di cui, alla luce della evidenza clinica, risulti futile l'applicazione

La possibilità di praticare la LS dei trattamenti è un indicatore di qualità delle cure erogate

L'utilizzo della LS dimostra che il paziente è stato inserito in un percorso terapeutico pianificato finalizzato al suo miglior interesse

La rinuncia a mezzi straordinari NON equivale ad eutanasia assistita ma all'accettazione di fronte alla morte

Appropriatezza clinica di limitazione/sospensione del trattamento intensivo

QUANDO?

constatazione del fallimento del trattamento

impossibilità del trattamento a perseguire l'obiettivo di cura prefissato

rifiuto di un malato cosciente di un determinato trattamento o rispetto delle DAT

evidenza che l'approccio intensivo procrastina un processo irreversibile

Il ragionevole dubbio

SI DEVE INIZIARE/CONTINUARE IL TRATTAMENTO INTENSIVO

- **se ci sono dubbi circa l'irreversibilità delle condizioni cliniche**
- **se non abbiamo un quadro clinico chiaro**
- **se esiste disaccordo fra gli operatori stessi**
- **se i familiari non sono preparati**

Limitazione/sospensione del trattamento intensivo

OME?

Limitazione diagnostico-terapeutica precoce (NON intraprendere il trattamento intensivo)

Terapia massimale ma:

- limitata nel tempo (andiamo avanti per 24 h)
- limitata per evento (comparsa di IRA)

SOSPENSIONE del trattamento intensivo

Trattamento massimale in termini di invasività?

La decisione di fine vita **E' UN ATTO MEDICO CONDIVISO**

- **Medico specialista responsabile del paziente**
- **Anestesista/Rianimatore (responsabile in TI, coinvolto in reparto)**
- **Coinvolgimento personale infermieristico**
- **Coinvolgimento del malato**
- **Coinvolgimento dei familiari**

La decisione di fine vita

1) Pianificazione e condivisione del percorso clinico/terapeutico

- trattamento
- sospensione cura
- cure palliative
- Informazione familiari

2) Regime di urgenza/emergenza

- Desideri ultimi del malato (principio di autonomia del malato)
- Desideri dei familiari

La decisione di fine vita

DOVREBBE ESSERE DOCUMENTATA

- **Epicrisi (tappe salienti del percorso clinico del paziente)**
- **Motivazione limitazione terapeutica**
- **L'inizio del trattamento palliativo**
- **Informazione ai familiari**
- **Firma del medico coordinatore e di reparto**

Il passaggio alle cure palliative

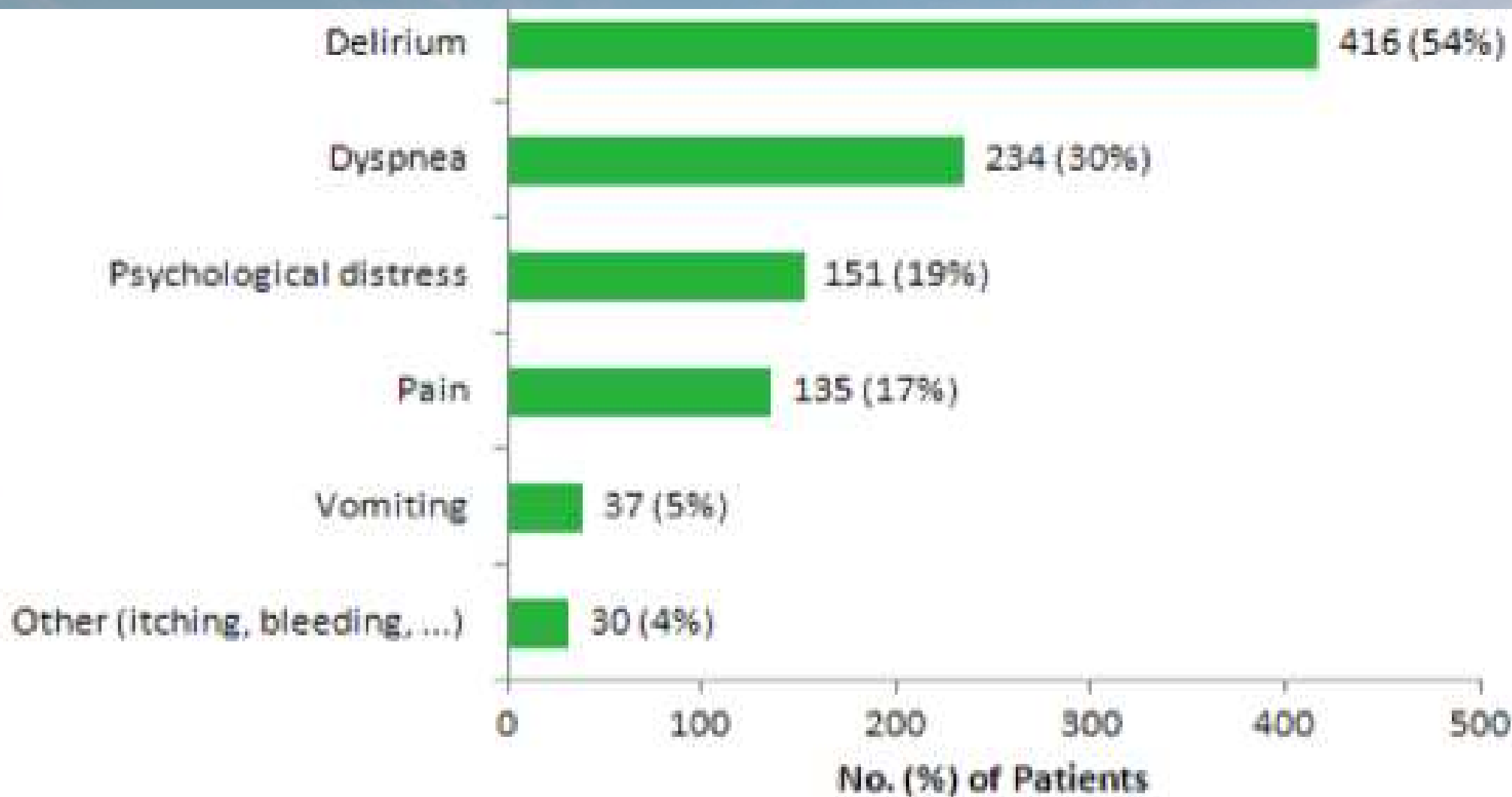
E' UN CAMBIAMENTO DI STRATEGIA TERAPEUTICA

- Paziente end stage cronico
 - Paziente end stage acuto
-
- Comfort del malato
 - Controllo dei sintomi
 - Comfort dei familiari

Comfort del malato

- **Ridurre/interrompere i trattamenti farmacologici non necessari**
- **Valutare la rimozione di presidi futili o causa di disagi**
sng, foley vescicale, vie venose inutili (CVC)
- **Terapie palliative**
- **Non richiedere esami ematochimici e strumentali**
- **Assicurare la presenza dei familiari**
- **Assicurare ambiente tranquillo**
- **Evitare l'eccessiva medicalizzazione**

Refractory Symptoms



Dispnea

- **Presente nel 30-60% dei pazienti end stage**
- **Difficile gestione**
- **Agire per steps successivi:**
 - **O2 terapia (modesti risultati)**
 - **Analgo/sedazione: senza limiti di dosaggio da adeguare sulla base della sintomatologia**
 - **NIV: riduce la dispnea migliorando la qualità della vita nella fase terminale**
 - **Tecniche di ultrafiltrazione: (slow continuous ultrafiltration) in caso di EPA**

Dolore

FARMACO	DOSE (mg)		Rapporto IM/SC:PO	EMIVITA (ore)	DURATA DI AZIONE (ore)
	EQUIANALGESICA a 10 IM/SC di MORFINA				
	IM/SC	PO			
Morfina	10	20-30 60 ¹	2/3:1 6:1 ¹	2-3.5	3-6
Codeina	130	200	1.5:1	2-3	2-4
Ossicodone	15	30	2:1	3-4	2-4
Propossifene	-	100	-		2-4
Idromorfone	1.5	7.5	5:1 ¹	2-3	2-4
Metadone	-	5-10 ²	2:1	15-120	4-8
Ossimorfone	1	10	10:1	2-3	3-4
Fentanyl	0.1 ⁴	-	-	1-2 ³	1-3 ³
Tramadolo	100	120	1.2:1	?	4-6
Buprenorfina	0.4	0.8	-	2-3	6-9

ADIUVANTI

FARMACO	INDICAZIONI	DOSAGGIO	NOTE
ANTICONVULSIVANTI*			
Carbamazepina	Dolore neuropatico, specialmente se lancinante, "a flash"	100 mg alla sera da aumentare ogni settimana se necessario fino a 400 mg ogni 12 ore	La risposta può evidenziarsi dopo alcuni giorni; spesso è necessario raggiungere dosi anticonvulsivanti; rischio di mielotossicità; si consiglia di controllare i livelli ematici della carbamazepina
Gabapentina	Dolore neuropatico, specialmente se continuo, bruciante, associato a disestesie	300 mg alla sera da aumentare ogni 3 giorni di 300 mg/die raggiungendo almeno 400 mg ogni 8 ore (incrementabili fino a 3600 mg/die)	Spesso è necessario raggiungere elevati dosaggi per avere una buona risposta
ANTI-DEPRESSIVI			
Amitriptilina Anche gli antidepressivi di più recente introduzione (bicipilici e SSRI) sono efficaci nel dolore neuropatico	Dolore neuropatico, specialmente se continuo, associato a disestesie	Iniziare con 10 mg (1 gg=2 mg) alla sera da aumentare di 10 mg ogni 3 giorni, se necessario, fino a 75 mg/die	La risposta può evidenziarsi dopo alcuni giorni (4-7 giorni). Può essere associata agli anticonvulsivanti
CORTICOSTEROIDI			
Desametasone	Dolore causato da edema peritumorale: - compressione di nervi, di plessi o del midollo spinale - infiltrazione d'organo con compressione di strutture vascolari, capsulari e/o duttali Cefalea da ipertensione endocranica	16-24 mg/die per os, IM o EV per almeno 5-7 giorni; successivamente diminuire il dosaggio di 2mg al giorno fino al dosaggio minimo efficace nel controllo dei sintomi	Sono antinfiammatori e antiemetici, migliorano il tono dell'umore e stimolano l'appetito. Si consiglia la somministrazione al mattino (minore interferenza con il sistema ACTH-cortisolo) o in 2 somministrazioni giornaliere, di cui l'ultima non oltre le ore 18 (per evitare insonnia). Numerose interazioni ed effetti indesiderati (iperlicemia, ritenzione idrica, patologie gastriche, candidosi del cavo orale). Possibili reazioni psicotiche ed insonnia
DIFOSFONATI			
Clodronato (1° generazione)	Dolore osseo da metastasi litiche (inibiscono l'attività osteoclastica)	EV 300 mg/die per 3-5 giorni	Il pamidronato e lo zoledronato hanno dimostrato buona efficacia antalgica; non ci sono risultati sul dolore incidente; gli effetti indesiderati più frequenti sono una diminuzione della calcemia in pazienti con malattia metastatica ed una sindrome simil-influenzale che scompare con la prosecuzione del trattamento
Pamidronato (2° generazione)		EV 60-90 mg ogni 3-4 settimane	
Zoledronato (3° generazione)		EV 4 mg ogni 3-4 settimane	
NEUROLETICI			
Levomepromazina	Possibile efficacia per - tenesmo - sensazione fantasma dopo amputazione del retto o cistectomia	Iniziare con 12,5 mg ogni 8 ore da aumentare gradualmente, se necessario, fino a 100 mg ogni 8 ore	L'effetto analgesico è anche da attribuire a fenomeni indiretti quali miglioramento del sonno, diminuzione dell'ansia e della nausea
Aloperidolo		Iniziare con 2 mg ogni 8 ore da aumentare gradualmente, se necessario, fino a 6-8 mg ogni 8 ore	

Sedativi/Ipnotici

- Delirium e agitazione psicomotoria (30 - 45%)
- Distress psicologico (65%)
 - farmaci meglio conosciuti
 - senza limiti di dosaggio
 - adeguare sulla base della sintomatologia
 - Come?: superficiale, profonda, continua, intermittente, rapido

Sedativi e oppiacei possono accelerare il decesso!

BENZODIAZEPINE

1° scelta: MIDAZOLAM concentrazione: 1 mg in 1 ml di sol glucosata (o salina)	Oppioidi, soluzione fisiologica, glucosata	BOLO: 1 – 5 mg (0,01-0,07 mg/Kg) Oppure IN CONTINUO: 0,2-1 mg/h (più dosi supplementari di 1-2,5 mg)	10-120 mg/die (0,03-0,1 mg/Kg/h oppure 0,5-5 mg/h)
1° scelta: CLORAZEPAM	Oppioidi, soluzione fisiologica, glucosata	2 mg in bolo	0.25-1 mg/h
FLUNITRAZEPAM	soluzione fisiologica, glucosata		0,5-2 mg/h
DIAZEPAM	Non utilizzabile per infusione negli abituali contenitori e sistemi di infusione Maggior rischio di depressione respiratoria	5-10 mg e.v. (0,1-0,2 mg/Kg)	10-20 mg/6-8 ore rettale
CLONAZEPAM		0,5 mg s.c.	0,5-1 mg/h s.c.
BARBITURICI			
FENOBARBITAL concentrazione 1 mg/ml di acqua per (preparazione iniettabile)		BOLO: 100-200 mg	10-25 mg/h (600-1200 mg/die)
PROTINOTICI			
PROPOFOL	Farmaco per uso ospedaliero solo da parte di specialista in anestesia e rianimazione	BOLO 20-100 mg	0,2-2 mg/Kg/h (mediamente 50-70 mg/die)

PAZIENTE	FARMACO	DOSE INDUZIONE	DOSE MANTENIMENTO	VIA DI SOMM
FENOTIAZINE				
ADULTO	1° scelta CLORPROMAZINA	25-50 mg e.v./ i.m.	1-12,5 mg/h	e.v.-i.m.
BUTIRROFENONI				
	1° scelta: ALOPERIDOLO (vedi testo)	2-5 mg bolo s.c.	5-100 mg/die	e.v.;s.c.

Raccomandazioni SIC

TECNICHE CHIRURGICHE

- **Blocchi neuroolitici**
- **Cateteri spinali**
- **Stimolatore midollare**
- **Tecniche neurolesive**

Intubazione trachale

Dopo verifica di attività respiratoria spontanea

- **Sedazione**

- **Sospensione del supporto respiratorio:**

mantenimento del tubo OT (rimozione secrezioni)

rimozione tubo OT

Il punto di vista del Rianimatore

La decisione di fine vita in TI è meglio codificata

La decisione pre-ricovero in TI può essere difficoltosa:

- **Scarsa comunicazione con medico di reparto/medico di guardia**
- **Manca percorso decisionale terapeutico**
- **Rapporti con i familiari (eccessivo coinvolgimento)**
- **Informazioni dai familiari**
- **Carenza posti letto**
- **Costo della degenza intensiva**

Che cosa ci piacerebbe...

- **Avere rapidamente le informazioni fondamentali**
- **Conoscere gli obiettivi assistenziali/terapeutici programmati per il paziente**
- **Essere chiamati “in anticipo” quando possibile**

La vita è piacevole.

La morte è pacifica.

È la transizione che crea dei problemi



Isaac Asimov