

LA SEDAZIONE PALLIATIVA E TERMINALE

Dr.med. Piero Sanna
FMH Medicina Interna e FMH Oncologia Medica
Servizio e Unità di Cure Palliative





- Referenze:** - Letteratura medica corrente nazionale e internazionale
- Textbooks Palliative Care
 - Consensus Meeting PC Experts, Bigorio 2005 (ancora attuale)
 - Sito Cure Palliative IOSI-EOC: www.pallclick.ch
-

AGENDA



- Introduzione e premesse
 - Sedazione nella fase terminale di malattie cronico-evolutive
 - Interazione e comunicazione tra paziente - famiglia - medici - personale curante
 - Aspetti clinici
 - Principi di sedazione: aspetti farmacologici e non
 - Conclusioni e prospettive
-

INTRODUZIONE E PREMESSE



INTRODUZIONE E PREMESSE

EVIDENZE 2014:

- Solo ca. il **10%** degli Svizzeri muore in modo acuto
 - Il **90%** muore a seguito di malattie +/- lunghe
 - Progressi della medicina → **il decorso** di malattie gravi cambia
 - Le malattie (quasi tutte) diventano «sempre più **croniche**»...
p.es Onco, Neuro, AIDS, Cardio, Nefro, ...
 - I pazienti devono convivere però spesso con **sintomi ostici**,
difficili da controllare se non refrattari ...
- Qualità di vita nella malattia: una priorità! → **Cure Palliative**
-

INTRODUZIONE E PREMESSE

- Fase terminale di una malattia → **momento intenso e complesso** nella storia clinica del paziente
 - Questa fase coinvolge:
 - il paziente stesso
 - la famiglia/i famigliari/i parenti
 - gli amici, i conoscenti, ...
 - i medici e tutto il personale curante
-

INTRODUZIONE E PREMESSE

- La fase terminale di malattia può essere problematica →
solitamente comprende:
 - sofferenza fisica = sintomi
 - sofferenza psichica = ansia, depressione, angoscia
 - sofferenza psicosociale = perdita ruolo, distacco
 - sofferenza spirituale = domande, dubbi, il dopo...
-

INTRODUZIONE E PREMESSE

La fase terminale di malattia evidenzia spesso → **difficoltà di gestione e coping:**

→ ansie, paure: morte, distacco, vuoto, il dopo...

→ dubbi fondamentali:

- si è fatto tutto?
- si poteva fare di più?
- desideri del malato?
- soffrirò? avrò sofferto?

→ sensi di colpa:

- se avessi/avessimo...
- se non avessi/avessimo...

INTRODUZIONE E PREMESSE

Preparare "in anticipo" la fase terminale di malattia non è una cosa semplice, perché ...

- oggi ci sono **aspettative** molto alte verso la medicina
 - non tutti i pazienti e i familiari accettano la **realtà** dei fatti... (realtà vs aspettative: «calman's gap»)
 - ancora pochi pazienti terminali esprimono in maniera chiara le loro **visioni** e le loro **volontà**
 - «**direttive anticipate**» = tema attualissimo!
-

INTRODUZIONE E PREMESSE

Condivisione di scelte terapeutiche "difficili":



→ no rianimazione

→ no trasferimento in cure intense

→ no trattamento attivo di ev. complicazioni

→ no antibiotici

→ no trasfusioni

→ attitudine di «Best Supportive Care» (comfort)



sedazione palliativa vs terminale

INTRODUZIONE E PREMESSE

Preoccupazioni etiche associate alla sedazione nella fase terminale di malattia:

- esiste indicazione alla sedazione del paziente?
- come la vedono/cosa ne pensano «gli altri?»
- formulazione dell'indicazione supportata dall'evidenza
- scelta della modalità di sedazione
- sedazione palliativa vs sedazione terminale

Facit: → la sedazione in fase terminale è e resta un tema complesso e spinoso

SEDAZIONE



COSA È LA SEDAZIONE?

- “Somministrazione deliberata di farmaci specifici con lo scopo di generare una **riduzione irreversibile e sufficientemente profonda dello stato di coscienza** di un paziente sul punto di morire.”
- “Il fine ultimo è quello di **lenire le sofferenze** psicofisiche in assenza di alternative e con il **consenso** esplicito, implicito o delegato **del paziente**”.

J.Porta-Sales

COSA È LA SEDAZIONE?

- La sedazione palliativa vs terminale è:
 - la somministrazione intenzionale di farmaci
 - nel dosaggio minimo efficace
 - per **dare sollievo** nella giusta misura a uno o più **sintomi refrattari**
 - ad un paziente con **malattia molto avanzata** la cui aspettativa di vita è limitata (giorni o settimane)
 - **riducendo** il suo **stato di coscienza** per un periodo determinato o indeterminato
 - in collaborazione con un'**équipe interdisciplinare competente**

Consensus Meeting Bigorio 2005

SEDAZIONE

«Patient's
empowerment»

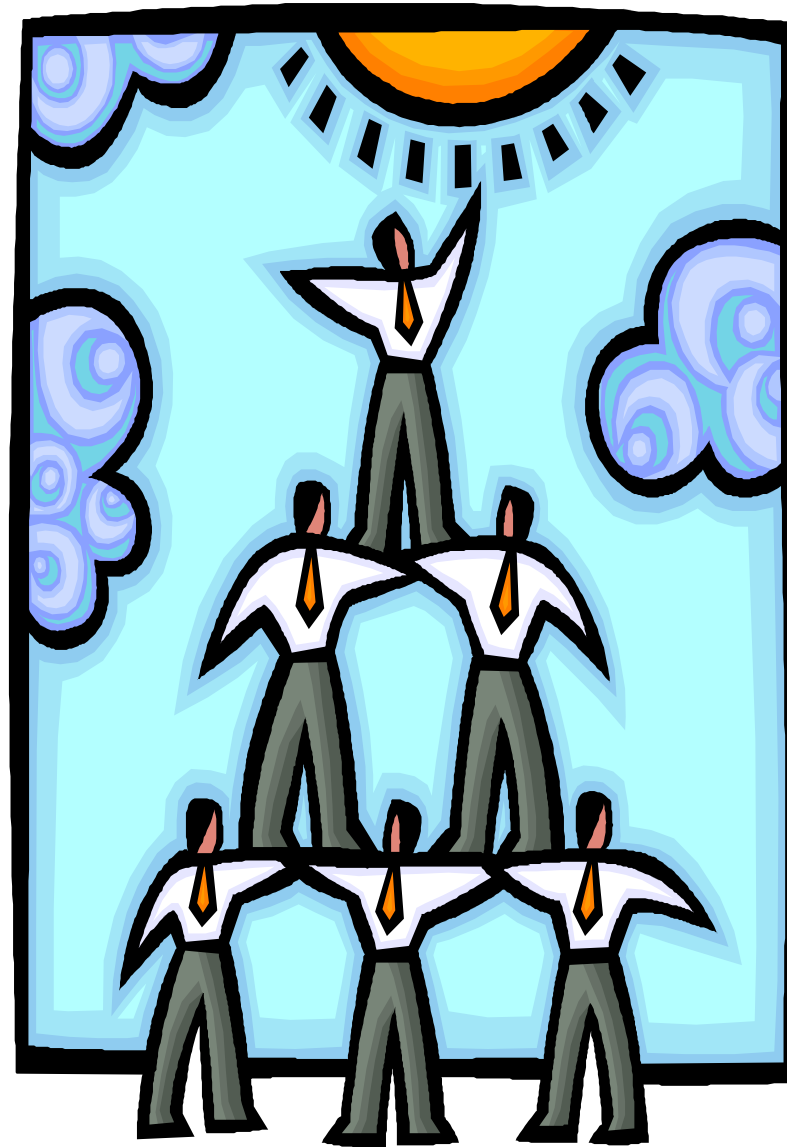
«Shared decision
making»

«Direttive anticipate»

Paziente

Famiglia

Curanti



SEDAZIONE

Perchè può generare ansie, dubbi, tensioni?

- Si tratta di una decisione importante con risvolti clinici evidenti
 - Implica un grosso lavoro di riflessione e preparazione, essendo espressione di una **medicina di punta**
 - Coinvolge ambiti sensibili e il tema si presta a discussioni etiche complesse
 - Deve soddisfare un **iter specifico**, trasparente che **richiede tempo** e che comprende **passi essenziali**:
 - ➔ **obiettivi condivisi** prima e durante la procedura
 - ➔ **messa in pratica** secondo protocollo (cioè sedare)
 - ➔ **monitoraggio** del decorso della procedura (qualità)
 - ➔ **rivalutazione** regolare della procedura
-

SEDAZIONE

Informare → comunicare → intendersi (!):

- **Preparare** adeguatamente la fase terminale con il paziente e le persone di riferimento :
 - comunicazione aperta, continua, ogni volta che è richiesta
 - Cogliere con tatto il **momento giusto per comunicare** proposte terapeutiche emozionalmente dolorose
 - **Evitare «sbilanciamenti prognostici»** troppo vincolanti
-

SEDAZIONE

Informare → comunicare → intendersi (!):

- Tranquillizzare paziente e famigliari sul **controllo dei sintomi** nella fase terminale
 - Combattere attivamente la **paura dell'abbandono**, comune ed ansiogena
 - Istruire in particolare i famigliari stretti e presenti su possibili **indicatori della morte imminente** (p.es pause respiratorie)
 - Incoraggiare i famigliari spaventati alla **vicinanza** al morente
-

SEDAZIONE

Informare → comunicare → intendersi (!):

- **Punto importante:** «la procedura di sedazione non intende anticipare né posticipare la morte ma alleviare la sofferenza»
 - Informare che i farmaci usati per la sedazione possono **ridurre e sopprimere la possibilità di comunicare**
 - Accettare di **ridiscutere in qualsiasi momento** con paziente e familiari l'attitudine scelta
 - **Incontrarsi regolarmente con i familiari**, in particolare se l'agonia si prolunga o subentrano nuovi aspetti
-

SEDAZIONE

Informazioni utili a terzi nella fase terminale:

- Aspettarsi un progressivo declino psicofisico
 - Presenza (costante) di sintomi destabilizzanti, ev. refrattari
 - Situazioni eccezionali a parte in genere non sono necessarie:
 - ➔ **idratazione (➔ *tema controverso...*)**
 - ➔ **nutrizione artificiale (➔ *persino dannosa!*)**
 - La presenza di sintomi non controllati (dispnea, dolore, ...) espone all'esacerbazione di altri sintomi:
 - ➔ **agitazione, ansia, angoscia,...**
-



Come muoversi «adeguatamente» dentro questo terreno instabile, ostico e arido?

Sedazione palliativa

VS

Sedazione terminale

SEDAZIONE: PREPARAZIONE ALL'ATTO



PREPARAZIONE ALL'ATTO:

- Regolare se possibile tutte le «**pendenze**» che possono destabilizzare l'ambiente familiare e di cura
 - **Ambiente:** adattare la camera del paziente per ev. presenze esterne prolungate (famigliari 24h su 24h)
 - Gestire le **presenze** in camera («quantità-qualità»)
 - **Posizione** di decubito ideale (rivalutare spesso)
 - **Disponibilità:** incontrare regolarmente i famigliari, se possibile secondo i loro bisogni
-



PREPARAZIONE ALL'ATTO:

- **Privacy:** rispetto delle esigenze famigliari
 - Incoraggiare **contatti fisici e verbali** anche se il paziente sembra non poterli recepire
 - Cura regolare attiva della **cavo orale**
 - Ev. introduzione **umidificatore**
 - Aspirazione attiva delle secrezioni con tubo in pazienti terminali ➔ **non indicata**, sconsigliata
-

SEDAZIONE: PRINCIPI FARMACOLOGICI



PRINCIPI DI SEDAZIONE FARMACOLOGICA

- **Sospendere i farmaci** che non sono indicati strettamente a fini di palliazione
- **Identificare farmaci utili/ideali** per l'obiettivo prefissato (pochi e ben documentati)
- Assicurarsi un accesso per l'applicazione dei farmaci a fine di sedazione → **via parenterale** = sc o iv

Perché?

Perché la via orale di solito non è più adeguatamente utilizzabile nelle ultime giornate di vita del paziente

PRINCIPI DI SEDAZIONE FARMACOLOGICA

- Scegliere **combinazioni efficaci** (p.es oppioidi+benzos)
 - Non dimenticare che anche i farmaci utilizzati a fini di palliazione possono generare **tossicità!**
 - **Protocollare** comunicazione e **documentare** ogni cosa (farmaci, indicazione, dosi, tempi, effetti, decorso, ...)
 - Come altre terapie mediche, anche la procedura di sedazione richiede **rivalutazioni cliniche costanti** ed ev. «aggiustamenti» (p.es modifica scala di Ramsey)
-

SEDAZIONE: FARMACI



**Via endovena
oppure sottocute?**

→ Entrambe valide e
ben documentate

→ Sottocute è OK!

SEDAZIONE: FARMACI DI SCELTA 2014

- **MIDAZOLAM** (*Dormicum*) → resta il farmaco di **1.scelta**
 - Via di somministrazione: sc o iv
 - Posizione catetere per via sc: zona torace superiore
-

- **Farmaci in alternativa:**

- ▶ **CLORAZEPAM** (*Tranxilium*)
 - ▶ **CLORPROMAZINA** (*Chlorazin*) → mai sc !
 - ▶ **LEVOMEPRIMAZINA** (*Nozinan*) → mai iv !
 - ▶ **PROPOFOLO** (*Propofol*) → cave !
-

MIDAZOLAM (DORMICUM)

- VANTAGGI:**
- ➔ «maneggevole», ben modulabile
 - ➔ effetto rapido, breve durata d'azione
 - ➔ molto incisivo (rapid onset)
 - ➔ può essere usato in combinazione
 - ➔ ridotto pericolo di tossicità e basso rischio di accumulo
 - ➔ diversi possibili schemi d'uso
-

MIDAZOLAM (Dormicum)

Sedazione con procedura in infusione continua:

(→ vedi «Protocollo di Sedazione IOSI» in DocQ-EOC)

- 1.** Bolus/boli del farmaco come **induzione** seguito/seguiti da
- 2.** Infusione continua del farmaco con **titolazione** della dose sino ad ottenimento del grado di sedazione desiderato
(Scala di Ramsay 1-6)

Dosi usuali/raccomandate:

- Induzione: **2-5** mg sc o iv (0.05-0.1 mg/Kg)
- Infusione cont: start con **0.5-1** mg/h

(Possibile anche procedura alternativa con tecnica a «boli continui»:

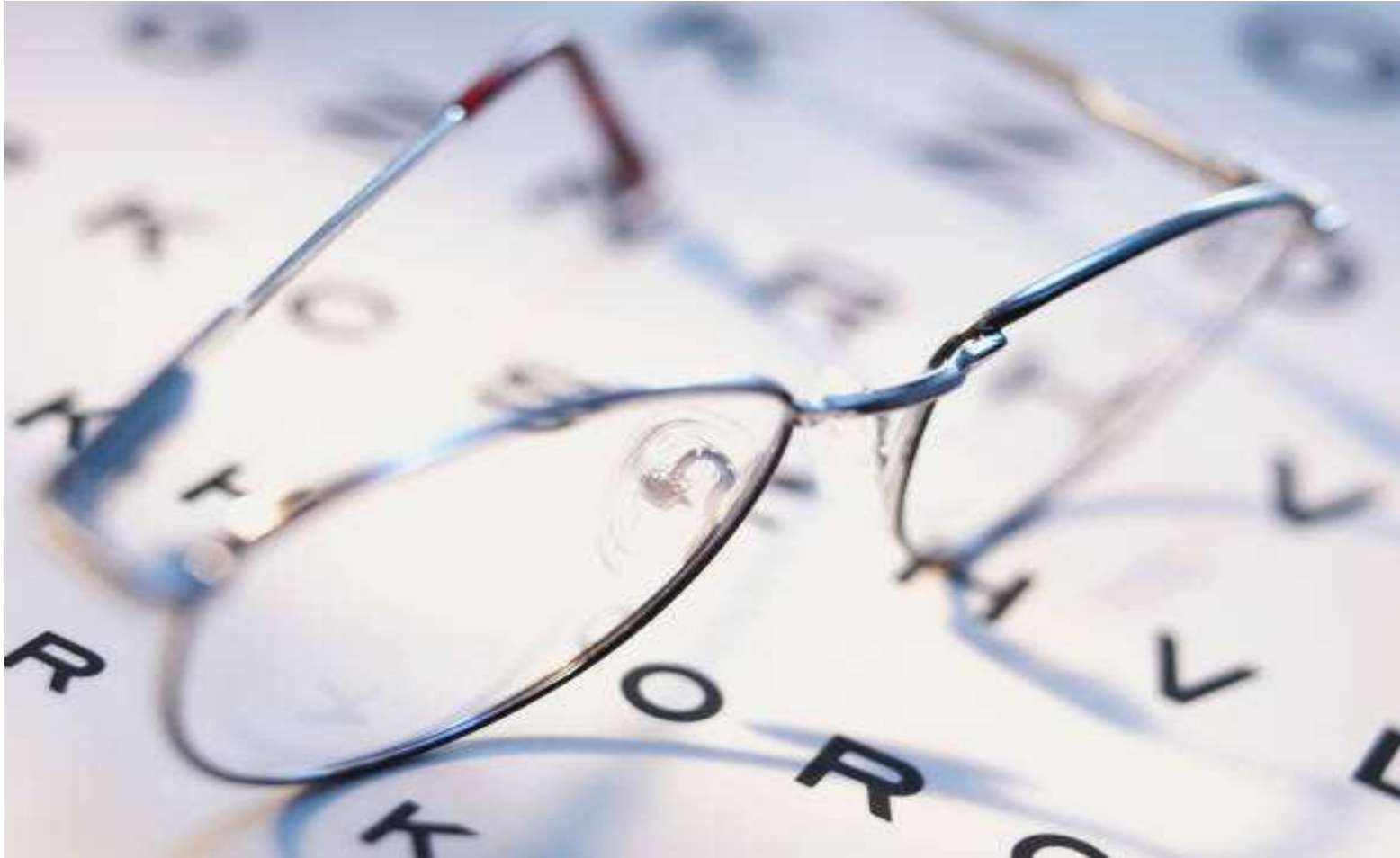
→ sc: 1-2.5 mg dose fissa ogni 10-15 min

→ iv: 0.5-1 mg dose fissa ogni 5-10 min)

SEDAZIONE: SORVEGLIANZA/CONTROLLI

- La sedazione è una «**procedura dinamica**» → controllo costante della qualità/profondità
 - Assicurare presenza di **professionisti sanitari**, ovvio in ospedale, ma non p.es per sedazione al domicilio del paziente
 - Controlli usuali (+ ev. altri secondo indicazione medica):
Profondità di sedazione e **frequenza respiratoria**
 - **Non** necessaria sorveglianza particolare di Polso, PA e SatO₂ (ev. da concordare per singolo paziente se desiderata)
 - **Documentare** bene tutte le fasi di induzione e **protocollare** decorso, eventi, decisioni intermedie e i nomi dei curanti coinvolti nelle varie fasi
-

SEDAZIONE: Conclusioni



SEDAZIONE: Conclusioni

- **Preparare in anticipo** sempre (se possibile) la fase avanzata e terminale di malattia
 - In questo contesto la **sedazione** può diventare un tema!
Sedazione palliativa vs terminale → decisione condivisa!
 - Fissare bene **obiettivi, procedure**, modalità e controlli
 - Discutere a fondo **misure farmacologiche** e non
 - **Midazolam** (*Dormicum*): farmaco ottimale = 1.scelta nel 2014
 - Considera che...
La sedazione è espressione di una medicina di punta e deve essere gestita di conseguenza
-

SEDAZIONE: APPENDICE

ELEMENTI IMPORTANTI PER UNA «BUONA MORTE»:

1. Controllo del dolore e degli altri sintomi scoperti
2. Decisioni terapeutiche chiare, precise e condivise (sino alla fine)
3. Percorso di "preparazione" alla morte (parlarne!)
4. Sistemazione delle «cose» in sospeso (pendenze)
5. Percezione di un senso di utilità per il prossimo, per i malati che seguiranno
6. Affermazione e riconoscimento della «persona-paziente» nel suo insieme

Steinhauser K.E et al., Ann Intern Med, 2000; 132: 825-832

THE END

«Parlarsi è il miglior modo di comunicare»

A.Smith

