

Insufficienza renale nell'anziano a fine vita

Valdarno 27 ottobre 2017

Le cure palliative

Le cure palliative si occupano in maniera attiva e totale dei pazienti colpiti da una malattia che non risponde più a trattamenti specifici e la cui diretta conseguenza è la morte. Il controllo del dolore, di altri sintomi e degli aspetti psicologici, sociali e spirituali sono di fondamentale importanza. Lo scopo delle cure palliative è il raggiungimento della miglior qualità di vita possibile per i pazienti e le loro famiglie. Rispettano la vita e considerano il morire un processo naturale. Il loro scopo non è quello di accelerare o differire la morte, ma quello di preservare la migliore qualità della vita possibile fino alla fine.

la Legge nazionale

LEGGE 15 marzo 2010, n.38
(G.U. Serie Generale n. 65 del 19 marzo 2010)

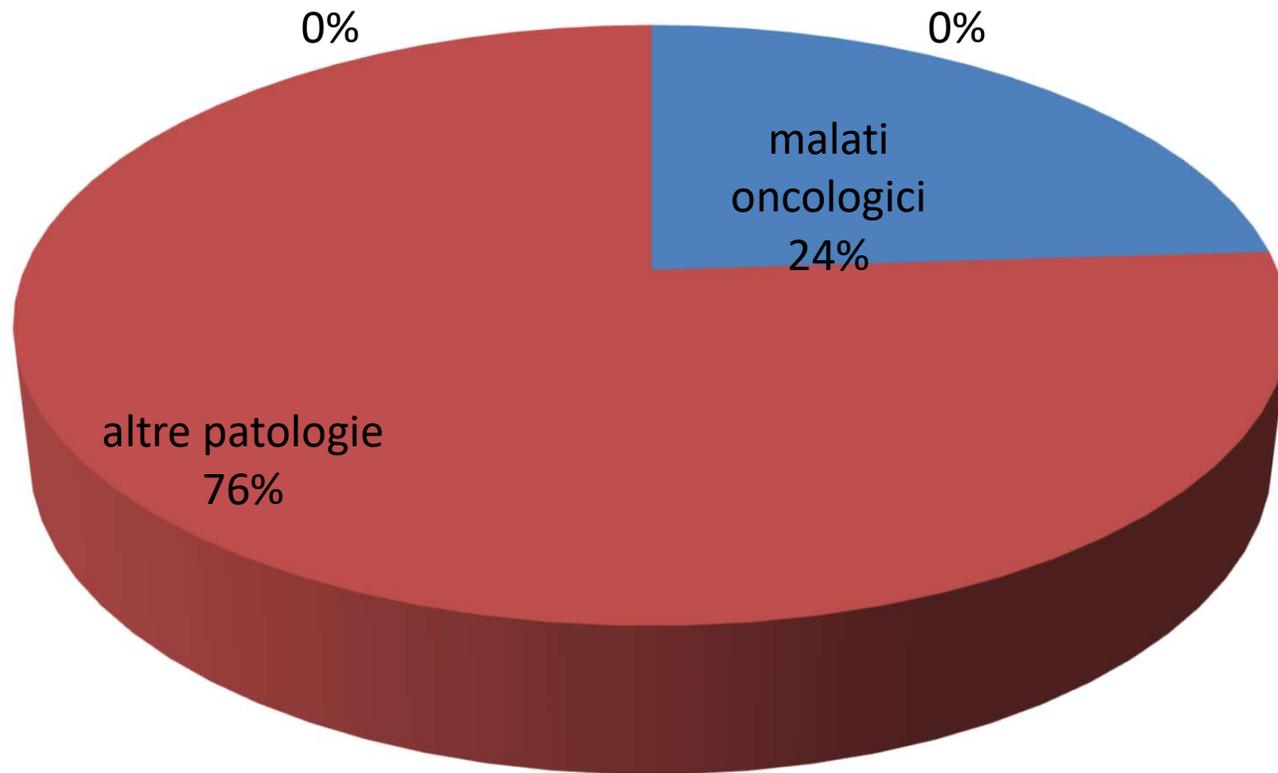
**Disposizioni per garantire l'accesso alle
cure palliative ed alla terapia del dolore**

Cure Palliative e Nefrologia.

Documenti condivisi

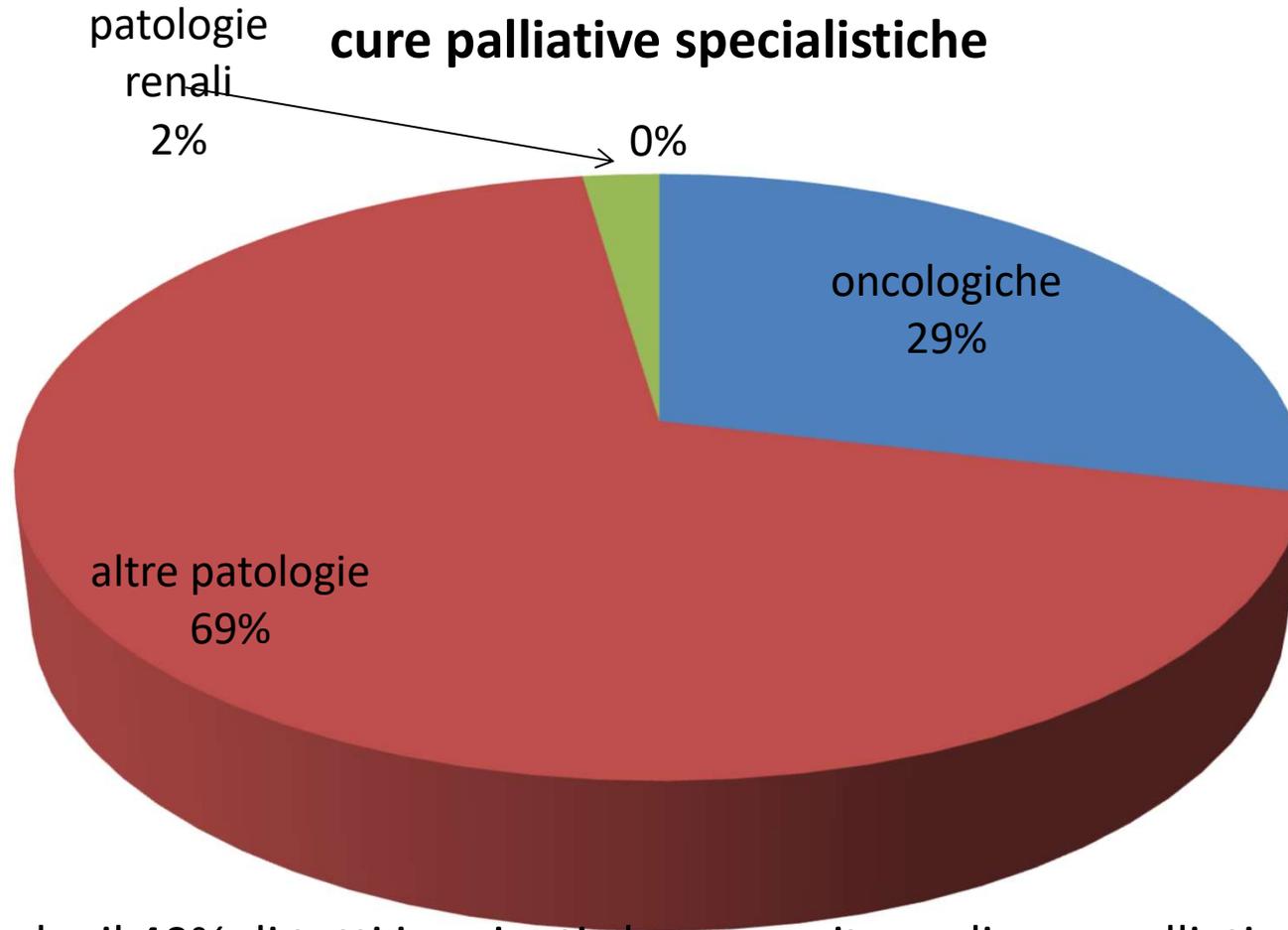
- Le cure palliative nelle persone con malattia renale cronica avanzata
 - Documento condiviso SICP-SIN
- Percorso clinico e assistenziale nelle insufficienze croniche END stage parte 1 e 2
 - Documento condiviso tra le varie associazioni scientifiche AIPO, ANIARTI, ANMCO, IRC, SIAARTI, SICP, SIMEU, SIMG, SIN , SIN-GdB.

Distribuzione ammalati che necessitano di cure palliative generiche



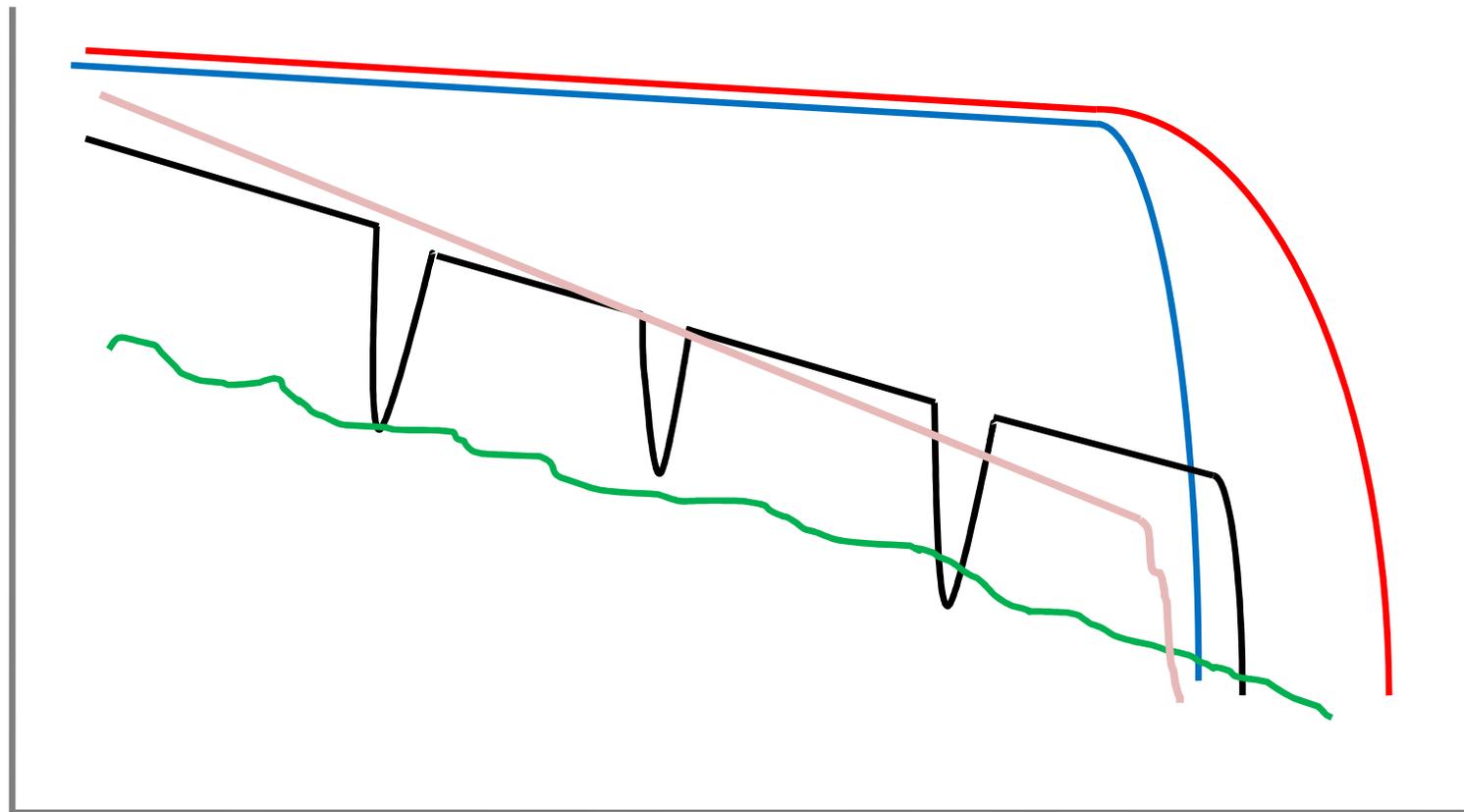
Per la provincia di Vicenza si stima che circa l'1% della popolazione necessita di cure palliative per un totale di circa 5000 pazienti di cui 1200 oncologici il restante con patologia cronica evolutiva

Bisogno di cure palliative specialistiche



Si stima che il 40% di tutti i pazienti che necessitano di cure palliative abbiano bisogno di cure palliative specialistiche. Di questi circa 500 sono pazienti oncologici 1200 sono non oncologici e di questi si stima che circa 40-50 siano pazienti con patologia renale

Traiettorie di malattia



■ Ins. renale ■ tumori ■ Ins. cardiaca ■ fragilità ■ sla

Strumenti per individuare i pazienti in stato finale di malattia cioè quelli a maggior rischio di morte entro
6-12 mesi

- Stadio 4-5 CKD (Chronic Kidney Disease)
- Risposta alla “domanda sorprendente”: la probabilità di morte entro un anno è 3,5 volte superiore alla risposta “no” (Cjansn 2008)
- Valutazione delle comorbidità associate alla IRC: un CCL (Charlson Comorbidity Index) ≥ 8 è predittivo di morte entro un anno (Cjansn 2008)
- Valutazione di altri modelli prognostici associati o meno alla domanda sorprendente.

Altri fattori prognostici

- Età avanzata
- Karnofsky < 40
- Numero e severità delle comorbidità associate
- Malnutrizione severa con albuminemia < 2,5 g/dl
- Grave compromissione cognitiva
- Ridotta autonomia funzionale
- Comparsa di eventi sentinella (ripetute ospedalizzazioni)
- Altri

Indice di comorbidità di Charlson

Peso assegnato	Condizione morbosa
1	Cardiopatía ischemica, scompenso cardiaco cronico, malattia vascolare periferica, malattia cerebro-vascolare, demenza, malattia polmonare cronica, connettiviti, ulcera peptica, malattia epatica di grado lieve, diabete mellito
2	Emiplegia, malattia renale cronica moderata o severa, diabete mellito con danno d'organo, neoplasia, leucemia
3	Malattia epatica moderata o severa
6	Tumore solido metastatico, AIDS conclamato

Età: 1 punto per ogni decade oltre quella dei 40 anni

Quali pazienti potrebbero entrare in un percorso di cure palliative

- Malati che dopo valutazione clinica del nefrologo o per scelta personale vengono avviati alla terapia conservativa dell'IRC
- Malati che decidono di sospendere il trattamento dialitico
- Malati che dopo il fallimento di un trapianto di rene, decidono di non intraprendere nuovamente un trattamento dialitico
- Malati che pur mantenendo un trattamento dialitico sostitutivo, giungono al fine vita
- Malati in trattamento dialitico che necessitano di un ottimale controllo dei sintomi legati alle complicanze della patologia di base o alle comorbidità.

La scelta è comunque presa esclusivamente dal nefrologo insieme al paziente

Le cure palliative e di fine vita

controllo dei sintomi

- I sintomi più comuni sono
 - Stato soporoso
 - Coma
 - Dispnea e rantolo terminale
 - Agitazione psicomotoria
 - Nausea
 - Prurito di difficile trattamento
 - Dolore
 - Mioclono

Questi sintomi non sono differenti dalla fase terminale della patologia oncologica e spesso divengono sintomi refrattari tali da imporre il ricorso alla sedazione palliativa

Le cure palliative e di fine vita aspetti comunicativo relazionale psicologici e spirituali

- In questo scenario tra cure palliative e simultanee grande rilevanza deve essere data agli aspetti comunicativi per consentire all'ammalato di condividere le varie scelte terapeutiche e la formulazione di direttive
- Grande può essere la sinergia tra specialista e palliativista per l'aiuto che quest'ultimo può fornire nella comunicazione della cattiva notizia nella gestione delle emozioni e di eventuali contrasti intra-familiari sulle scelte di trattamento

Le cure palliative e di fine vita

aspetti comunicativo relazionale psicologici e spirituali

- Sapere riconoscere le caratteristiche psico-emotive-relazionali delle fasi del morire supportando paziente e famiglia
- Coinvolgere la persona e la famiglia nelle decisioni durante il percorso di cura
- Fornire adeguato supporto psicologico
- Esplorare e gestire le paure della morte
- Dare tempo e possibilità del recupero dei sentimenti
- Garantire la presenza accanto al morente e famiglia dell'èquipe
- Supporto al lutto

I sentimenti del morente

- Inizia la grande riflessione
- Può essere l'occasione in cui si dà senso all'intera vita
- Si fanno i bilanci
- Si sistemano le cose
- Si dà l'addio

Desiderio di una buona comunicazione e veritiera

- In Canada l'85-90% dei pazienti ritiene molto importante ricevere informazioni regolari su prognosi e sulle cure di fine vita e vorrebbe riceverle dal nefrologo (Cjansn 2010)
- In realtà soltanto il 10% dei pazienti ha avuto nell'ultimo anno una discussione riguardante le cure di fine vita con il proprio nefrologo

Questo fenomeno non è dissimile da quello in ambito oncologico

Modelli di integrazione

Modello sequenziale

Nefrologia

Cure palliative

IRC

morte

Non inizio o sospensione supporto dialitico

Interruzione della presenza del nefrologo

Minima sovrapposizione

Dipende da un appropriato e tempestivo invio del paziente

Modelli di integrazione

Modello simultaneo

Nefrologia

Cure palliative

Cure domiciliari , hospice, consulenze
lungodegenze, OC, case riposo

IRC

morte

Non inizio o sospensione supporto dialitico

Continuità delle cure

Cure flessibili definite in base alla fase della malattia ed alla
organizzazione della rete locale

Creazione della rete e di un percorso condiviso

- Formazione di un team multidisciplinare che opera in modo integrato
- Costante interazione tra nefrologia e cure palliative
- Semplicità di accesso ai servizi della rete di cure palliative (attività di consulenza, facile presa in carico da parte dell'assistenza domiciliare ,accessibilità in hospice, riunioni condivise)
- Identificazione di personale con funzione di care management in grado di avviare i percorsi condivisi
- Offerta formativa di base bilaterale tra competenze palliativista  nefrologo  MMG
- Creazione di percorsi agili e snelli

Creazione della rete e di un percorso condiviso

- La condivisione di un percorso tra nefrologo palliativista e MMG richiede una collaborazione capace di garantire appropriatezza delle cure e continuità sulla base delle opportunità offerte dalla rete locale
- Una integrazione precoce tra unità nefrologica e rete locale di cure palliative potrà contribuire a ottimizzare il controllo dei sintomi migliorare la qualità di vita e permetterà il passaggio verso la palliazione e le cure di fine vita
- Le cure palliative nefrologiche sono un percorso multidisciplinare dove le complicanze dell'uremia vengono affiancate ad un approccio centrato sulla persona malata e la sua famiglia garantendo l'accompagnamento nelle diverse fasi di malattia fino alla morte

Conclusioni

- Creare un percorso condiviso
- Individuazione dei malati
- Valutazione della prognosi
- Valutazione multidimensionale dei bisogni
- Colloquio con malato e famiglia per discutere le opzioni terapeutiche
- Concordare un percorso strutturato tra nefrologo medico palliativista MMG
- Controllo dei sintomi e soddisfacimento di bisogni spirituali sociali e psicologici
- Luogo di cura e gestione delle fasi finali di vita

Gli occhi di chi muore

Gli occhi di un malato che sta morendo sono
gli specchi più tersi che abbia mai incontrato.
Davanti a quello sguardo non ci si può
nascondere

F . Ostaseski