



**10° Convegno Nazionale
Centri Diurni
Montecatini 1-2 marzo 2019**

***Le cure da fare e quelle da sospendere:
cosa è rilevante nella demenza
in fase avanzata?***

**Claudia Cantini
U.O. Geriatria ASL 3 Pistoia**

Persona con demenza in fase avanzata: dipendente nelle attività di base della vita quotidiana, con incontinenza urinaria e/o fecale (d. grave CDR 3, FAST 6c-6e), progressivo deficit del linguaggio e della deambulazione (d. molto grave CDR 4, FAST 7a-7b) fino a quando è costretto a letto e completamente incapace di comunicare verbalmente (demenza end stage CDR 5, FAST 7c-7f)



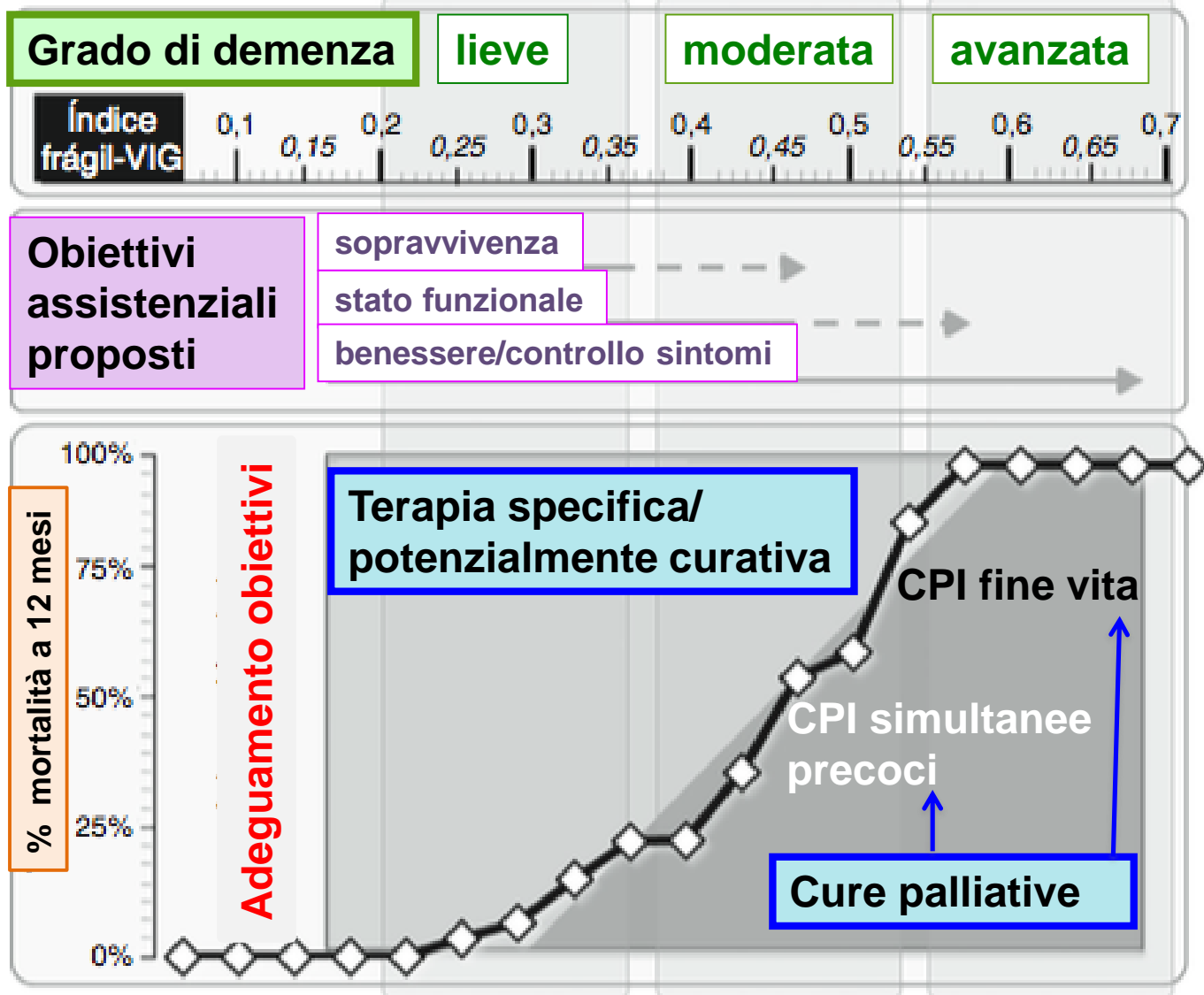
...un percorso di persistente, severa disabilità che può durare molti mesi (talora anni) e all'interno del quale è difficile individuare segni/sintomi predittivi di morte nel breve termine ("fine vita")

La velocità con cui si verifica la progressione è più indicativa della gravità stessa

Indicatori prognostici negativi (Gold Standard Framework)

- ✧ Perdita del 10% del peso corporeo nei 6 mesi precedenti
- ✧ Ripetuti ricoveri ospedalieri
- ✧ Pielonefriti o infezioni delle vie urinarie
- ✧ Albumina serica <25g/l
- ✧ Ulcere da decubito in stadio III o IV
- ✧ Febbre ricorrente
- ✧ Polmonite da aspirazione
- ✧ Eventi sentinella (cadute)

Quando una malattia inguaribile e progressiva come la demenza entra nella fase avanzata è opportuno **rimodulare** trattamenti e interventi assistenziali in rapporto a nuovi obiettivi di cura più appropriati e proporzionati



Doing the Right Thing:

A Geriatrician's Perspective on Medical Care for the Person with Advanced Dementia

Muriel R. Gillick



...cure proporzionate e appropriate...

facili da dichiarare ma non sempre
altrettanto facili da tradurre nella pratica
clinica quotidiana

interventi doverosi o overtreatment?...



Quali obiettivi della cura di una persona con demenza in fase avanzata da *condividere all'interno del team e con la famiglia*

- ✧ **Innalzare l'attenzione al controllo dei sintomi** (prevenire, rilevare e trattare) **in chi *ha meno capacità di esprimersi***
- ✧ **Ridurre il ricorso a mezzi di contenzione fisici o chimici che riducono la libertà di movimento e la dignità in chi *non ha la forza di opporsi***
- ✧ **Limitare gli interventi diagnostici e terapeutici se i benefici attesi non superano la sofferenza che con questi potremmo arrecare in chi *ha perso la capacità di autodeterminarsi e che non ne comprende il motivo***
- ✧ **Evitare le ospedalizzazioni con le sue complicanze *in chi a queste è particolarmente vulnerabile, evitandone la morte in ospedale medicalizzata e prolungata tecnologicamente***

Il 32% delle persone con demenza viene ricoverato almeno una volta in ospedale negli ultimi tre mesi di vita. Il 27% muore in ospedale

(dati italiani, Yolanda 2017)

Condizioni responsabili della maggior parte delle ospedalizzazioni o di accessi in PS:

- ✧ polmonite, infezioni vie urinarie
- ✧ scompenso cardiaco
- ✧ disidratazione
- ✧ effetti collaterali di farmaci
- ✧ complicanze NA (dislocazione SNG, infezioni PEG, ab ingestis)
- ✧ subocclusioni intestinali da coprostasi
- ✧ cadute

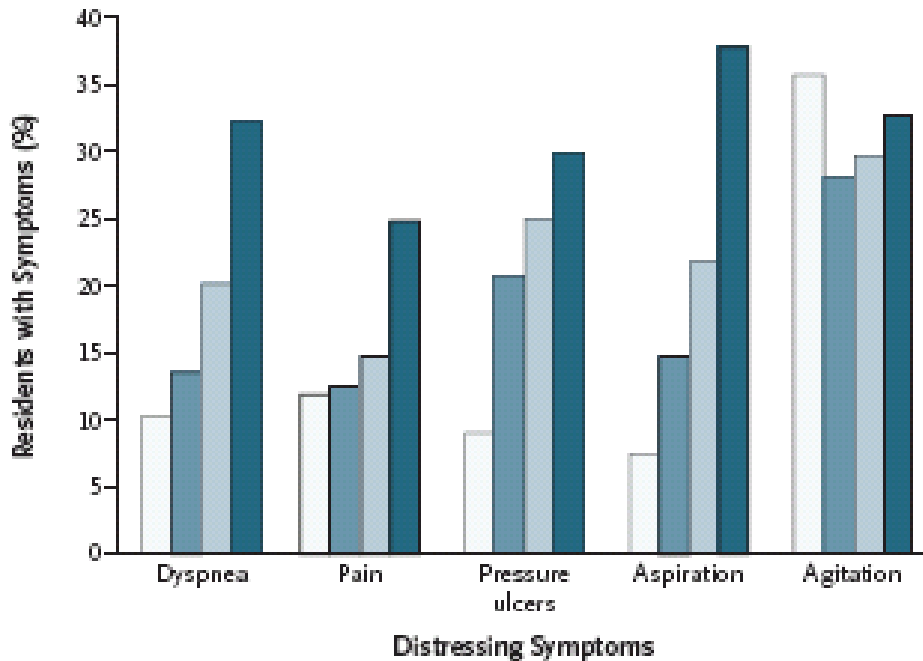


Il 75% delle ospedalizzazioni sarebbero evitabili perchè prevenibili o potenzialmente trattabili con uguale efficacia anche a domicilio o in RSA

In altri casi non evitabili come per es nella frattura di femore in cui l'intervento non solo prolunga la sopravvivenza ma soprattutto riduce il dolore

Months before Death (no. of residents alive during interval)

□ >9-12 (N=67) ■ >6-9 (N=96) ■ >3-6 (N=128) ■ 0-3 (N=177)



Il controllo dei sintomi è ostacolato dalla incapacità del malato di riconoscere ed esprimere i propri disagi fisici o psichici (dolore, dispnea, stipsi, paura etc) che pertanto devono essere ricercati attivamente

Lo studio CASCADE che ha seguito 323 ospiti di 22 RSA affetti da demenza in fase avanzata per 18 mesi (sopravvivenza media 13 mesi) ha evidenziato una elevata frequenza di sintomi quali dolore, dispnea e agitazione che tendono ad accentuarsi nelle fasi finali

(Mitchell S, NEJM 2009)

- **ESPRESSIONI DEL VOLTO** che esprimono disagio, sofferenza, paura
- **VOCALIZZAZIONI** lamenti, pianto, urla
- **POSTURE** a protezione di parti del corpo, assunzione di posizioni antalgiche, irrigidimento, dondolio, riduzione del movimento etc.
- **MODIFICAZIONI DEL COMPORTAMENTO:** agitazione, opposività..
- **MODIFICAZIONI ABITUALI ATTIVITA':** rifiuto del cibo, ritmo giorno/notte..
- **MODIFICAZIONI DELLO STATO MENTALE**

(American Geriatric Society)

Epidemiology of Pain in People With Dementia Living in Care Homes: Longitudinal Course, Prevalence, and Treatment Implications

967 anziani affetti da demenza ospiti di RSA (Regno Unito)

Demenza lieve (n= 88)

Demenza moderata (n= 86)

Demenza mod-grave (n= 564)

Demenza grave (n= 229)

DOLORE Abbey Pain Scale	Baseline	Follow up a 9 mesi	Baseline	Follow up a 9 mesi	Baseline	Follow up a 9 mesi	Baseline	Follow up a 9 mesi
lieve	26.1%	7.7%	17.4%	9.4%	27.1%	28.4%	37.1%	29.5%
moderato	2.3%	0%	4.7%	0%	7.1%	4.9%	6.6%	6%
severo	0%	0%	0%	0%	0.5%	0.3%	0.4%	1.5%

Coloro che manifestavano dolore al follow up avevano una maggior prescrizione di antipsicotici ($\chi^2=3.92$; $df=1$; $P=0.048$).

	Dolore persistente N (%)	Dolore risolto N (%)	P value
CMAI score	55.74 (21.05)	46.21 (20.15)	<0.001
QUALID total score	26.44 (8.39)	19.92 (6.09)	<0.001

Rajkumar A.P.,
JAMDA 2017

La persona con demenza grave è particolarmente a rischio di effetti collaterali ai farmaci senza peraltro essere in grado di riferirli

ridotto metabolismo e clearance, effetti cumulativi, drug-drug reaction, prescrizioni a cascata..

RICONSIDERARE L'APPROPRIATEZZA DELLE PRESCRIZIONI

1. per gli obiettivi delle cure in “quel” paziente
2. la sua aspettativa di vita
3. cosa si vuol ottenere con quel farmaco
4. quanto ci vuole perché evidenzi il beneficio



**INSERIRE PIU' FARMACI
FINALIZZATI A
CONTROLLARE I SINTOMI**

**SOSPENDERE FARMACI
NON PIU UTILI
(DEPRESCRIBING)**

- ✧ Il paziente con demenza in fase avanzata assume in media 6.5 farmaci
- ✧ Un anziano che assume oltre cinque farmaci ha il 35% di probabilità di subire come conseguenza una qualche reazione avversa

Alcuni esempi di problemi tipici della persona con demenza grave che possono essere aggravati dai farmaci

perdita di appetito

- ✧ AchEI
- ✧ SSRI
- ✧ FANS
- ✧ Calcio antagonisti
- ✧ Digossina
- ✧ Ciprofloxacina
- ✧ PPI/Ranitidina
- ✧ Risperidone
- ✧ ACE inibitori (che però stimolano il riflesso della tosse e di deglutizione)

disfagia

- ✧ BNZ, neurolettici (vigilanza, ipostenia (m. orofaringe ed esofago))
- ✧ antistaminici (xerostomia)
- ✧ triciclici (xerostomia)
- ✧ antianginosi (nitrati e Ca-antag x reflusso GE)
- ✧ immunosoppressori,
- ✧ corticosteroidi (esofagiti, infezioni fungine)
- ✧ FANS (esofagiti)

insonnia

- ✧ cortisonici
- ✧ AchEI
- ✧ statine
- ✧ ipoglicemizzanti
- ✧ alfa bloccanti
- ✧ beta bloccanti (riducono produzione di melatonina)

RISCHIO DI PRESCRIZIONI A CASCATA....

stress del paziente e del suo caregiver legato alla somministrazione di farmaci per disfagia, rifiuto, **ridotta palatabilità di farmaci tritati** con il riflesso condizionato di **serrare la bocca** - **se farmaci indispensabili valutare altre formulazioni**



Integrating Palliative Medicine into the Care of Persons with Advanced Dementia: Identifying Appropriate Medication Use

Lista di farmaci *sviluppata con il metodo di consenso Delphi* con lo scopo di guidare il deprescribing di farmaci con minimo beneficio o alto rischio di effetti collaterali nella persona con demenza in fase avanzata

Appropriati: antiepilettici; lassativi; antiemetici; broncodilatatori; antidolorifici; ansiolitici

Qualche volta appropriati: beta-bloccanti; diuretici; antispastici; antibiotici; antivirali; elettroliti; supplementi nutrizionali; colliri per glaucoma; mucolitici; allopurinolo; L-tiroxina; tiamazolo; corticosteroidi; antipsicotici; antiipertensivi; PPI; antidepressivi; insulina, ipoglicemizzanti

Raramente appropriati: stimolatori dell'appetito; antispastici; warfarin; eparine; digossina; antiaritmici; clonidina; antiandrogeni; alfa bloccanti; rilassanti vescica; mineralcorticoidi; bifosfonati

Mai appropriati: ipolipemizzanti; chemioterapici; antiaggreganti (eccetto aspirina); ormoni sessuali; antiestrogeni; immunomodulatori; memantina; AchEI

Non raggiunto consenso: aspirina, sedativi e ipnotici, ferro, vitamine

Author/ year	Sample, N	Design	Definition of medication appropriateness	Study findings
Tjia et al. [2010] (USA)	323 residents with advanced dementia (GDS score of 7) in 22 nursing homes	Medication record review of data collected in the CASCADE study [Mitchell et al. 2006]	Prescribing of drugs deemed never appropriate in advanced dementia according to Holmes et al. 2008	37.5% received at least one medication considered never appropriate in advanced dementia: AChEIs (15.8%), lipid-lowering agents (12.1%) and memantine (9.9%)
Colloca et al. [2012] (7 EU)	1449 residents with severe cognitive impairment (CPS score of 4–6) in 57 nursing homes	Medication record review of data collected in the SHELTER study [Onder et al. 2012]	Prevalence of prescribing drugs classified by Holmes et al. 2008 as rarely or never appropriate in advanced dementia	Inappropriate drug use observed in 643 (44.9%) of residents. Most commonly implicated medications were lipid-lowering drugs (9.9%), antiplatelet agents excluding acetylsalicylic acid (9.9%), AChEIs (7.2%) and antispasmodics (6.9%)
Tjia et al. [2014] (USA)	5406 residents with advanced dementia (CPS score of 6) from Minimum Data Set facilities	Medication record review of nationwide long-term care pharmacy database linked to Minimum Data Set	Use of medications of questionable benefit classified by Holmes et al. 2008	2911 (53.9%) residents received at least one medication of questionable benefit. Most commonly implicated inappropriate medications were AChEIs (36.4%), memantine (25.2%) and lipid-lowering agents (22.4%)
Toscani et al. [2014] (Italy)	245 residents in 34 nursing homes and 165 community-dwelling people with advanced dementia	Medication record review of data collected in the EOLO- PSONDEC study	Prescribing of drugs in appropriateness categories classified by Holmes et al. 2008	21.2% of all participants prescribed never or rarely appropriate medications. Prescribing rates did not differ significantly between community-dwelling people with dementia and those resident in NH

Quali farmaci deprescrivere?

❖ Assenza di beneficio

- ❖ Il farmaco non ha determinato l'effetto desiderato
- ❖ il tempo necessario al farmaco per prevenire gli eventi è più lungo della aspettativa di vita del paziente (per es. statine)

❖ Perdita di beneficio

- ❖ il farmaco non è più efficace come era inizialmente (per es. AchEI)
- ❖ non più presente la condizione clinica che ha richiesto l'utilizzo del farmaco (per es. antiipertensivi)
- ❖ gli obiettivi perseguibili con il farmaco non sono più in linea con gli obiettivi di cura

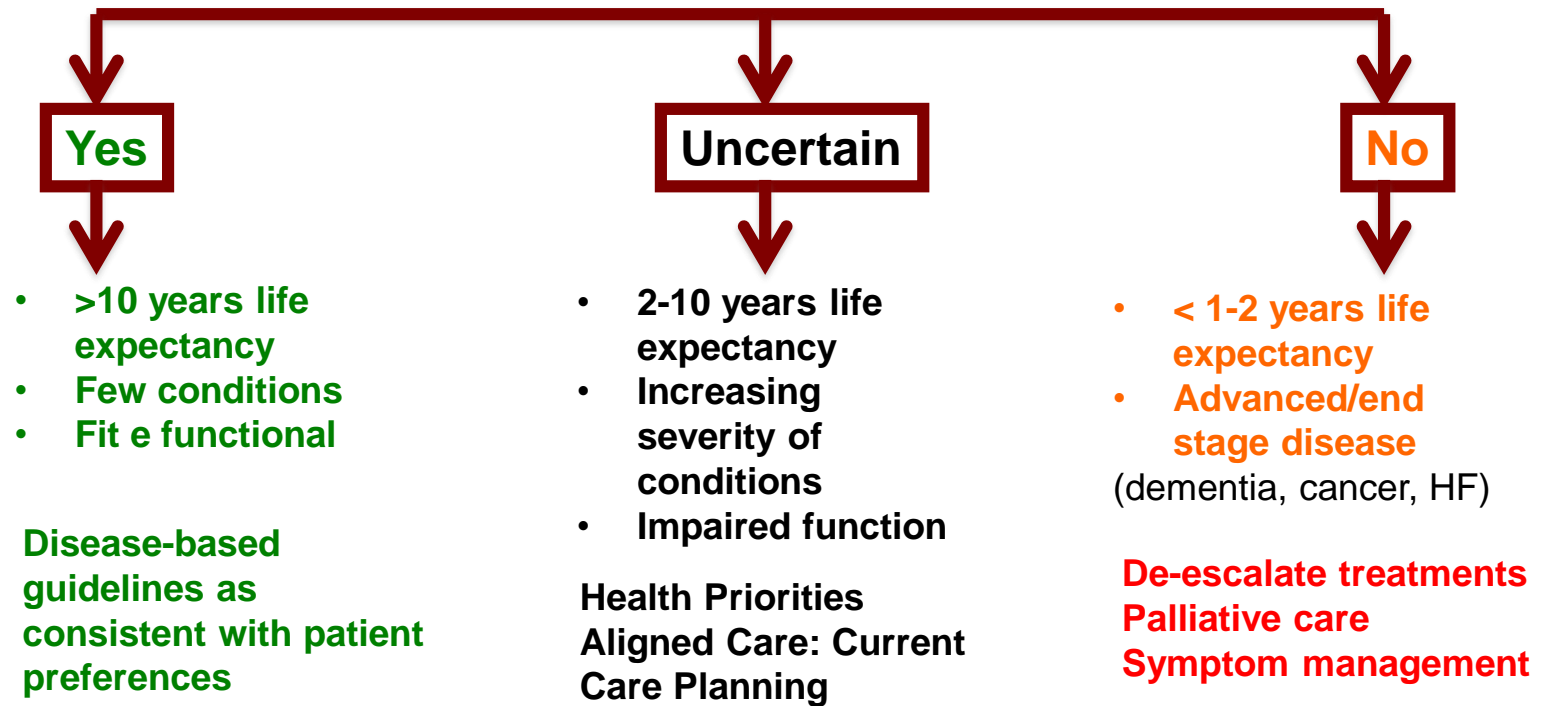
❖ Gli effetti collaterali superano i benefici



Ma perchè non “deprescriviamo”?

- ❖ non sappiamo perchè sta facendo quel farmaco
- ❖ mancanza di TEMPO per spiegare ai familiari la sospensione nel contesto della gravità della malattia, e per **monitorare** gli effetti della sospensione
- ❖ mancanza di chiarezza riguardo all'aspettativa di vita e agli obiettivi della terapia
- ❖ linee guida (?)

Are disease-specific evidence-based guidelines applicable?



❖ Recognize the *limitations of the evidence base*, apply the medical literature specifically for this population

❖ Frame *clinical management decisions within the context of harms, burdens, benefits, and prognosis* (e.g., remaining life expectancy, quality-of-life).

“Current guidelines focus on initiation of medications and provide little to no guidance on when or how to withdraw medications” *Reeve E*

Boyd C, 2019

STOPPFrail

(Screening Tool of Older Persons Prescriptions in Frail adults with limited life expectancy)

lista di 27 classi di farmaci potenzialmente inappropriati in anziani (≥65 aa) con TUTTI i seguenti criteri:

1.patologia irreversibile end-stage

2.ridotta aspettativa di vita ad 1 anno

3.grave deficit cognitivo e/o grave disabilità

4.in cui il controllo dei sintomi è la priorità

Section A: General

A1: Any drug that the patient persistently fails to take or tolerate despite adequate education and consideration of all appropriate formulations.

A2: Any drug without clear clinical indication.

Section B: Cardiovascular system

B1. Lipid lowering therapies (statins, ezetimibe, bile acid sequestrants, fibrates, nicotinic acid and acipimox)

These medications need to be prescribed for a long duration to be of benefit. For short-term use, the risk of ADEs outweighs the potential benefits [43–45]

B2. Alpha-blockers for hypertension

Stringent blood pressure control is not required in very frail older people. Alpha blockers in particular can cause marked vasodilatation, which can result in marked postural hypotension, falls and injuries [46]

Section C: Coagulation system

C1: Anti-platelets

Avoid anti-platelet agents for primary (as distinct from secondary) cardiovascular prevention (no evidence of benefit) [47]

Section D: Central Nervous System

D1. Neuroleptic antipsychotics

Aim to reduce dose and gradually discontinue these drugs in patients taking them for longer than 12 weeks if there are no current clinical features of behavioural and psychiatric symptoms of dementia (BPSD) [48–52]

D2: Memantine

Discontinue and monitor in patients with moderate to severe dementia, unless memantine has clearly improved BPSD (specifically in frail patients who meet the criteria above) [53–56]

Section E: Gastrointestinal system

E1. Proton Pump Inhibitors

Proton Pump Inhibitors at full therapeutic dose $\geq 8/52$, unless persistent dyspeptic symptoms at lower maintenance dose [57]

E2: H2 receptor antagonist

H2 receptor antagonist at full therapeutic dose for $\geq 8/52$, unless persistent dyspeptic symptoms at lower maintenance dose [57]

E3. Gastrointestinal antispasmodics

Regular daily prescription of gastrointestinal antispasmodics agents unless the patient has frequent relapse of colic symptoms because of high risk of anti-cholinergic side effects [57]

Section F: Respiratory system

F1. Theophylline.

This drug has a narrow therapeutic index, requires monitoring of serum levels and interacts with other commonly prescribed drugs putting patients at an increased risk of ADEs [58–60]

F2. Leukotriene antagonists (Montelukast, Zafirlukast)

These drugs have no proven role in COPD, they are indicated only in asthma [61]

Section G: Musculoskeletal system

G1: Calcium supplementation

Unlikely to be of any benefit in the short term

G2: Anti-resorptive/bone anabolic drugs FOR OSTEOPOROSIS (bisphosphonates, strontium, teriparatide, denosumab)

Unlikely to be of any benefit in the short term

G3. SORMs for osteoporosis

Benefits unlikely to be achieved within 1 year, increased short–intermediate term risk of associated ADEs particularly venous thromboembolism and stroke [57]

G4. Long-term oral NSAIDs

Increased risk of side effects (peptic ulcer disease, bleeding, worsening heart failure, etc.) when taken regularly for ≥ 2 months [62–64]

G5. Long-term oral steroids

Increased risk of side effects (peptic ulcer disease, etc.) when taken regularly for ≥ 2 months. Consider careful dose reduction and gradual discontinuation [65]

Section H: Urogenital system

H1. 5-Alpha reductase inhibitors

No benefit with long-term urinary bladder catheterisation [66, 67]

H2. Alpha blockers

No benefit with long-term urinary bladder catheterisation [66, 67]

H3. Muscarinic antagonists

No benefit with long-term urinary bladder catheterisation, unless clear history of painful detrusor hyperactivity [66, 67]

Section I: Endocrine system

I1. Diabetic oral agents

Aim for monotherapy. Target of HbA1c $< 8\%/64$ mmol/mol. Stringent glycaemic control is unnecessary [68]

I2. ACE-inhibitors for diabetes

Stop where prescribed only for prevention and treatment of diabetic nephropathy. There is no clear benefit in older people with advanced frailty with poor survival prognosis [69]

I3. Angiotensin receptor blockers

Stop where prescribed only for prevention and treatment of diabetic nephropathy. There is no clear benefit in older people with advanced frailty with poor survival prognosis [69]

I4. Systemic oestrogens for menopausal symptoms

Increases risk of stroke and VTE disease. Discontinue and only consider recommencing if recurrence of symptoms [57]

Section J: Miscellaneous

J1. Multi-vitamin combination supplements

Discontinue when prescribed for prophylaxis rather than treatment

J2. Nutritional supplements (other than vitamins)

Discontinue when prescribed for prophylaxis rather than treatment [70]

J3: Prophylactic antibiotics

No firm evidence for prophylactic antibiotics to prevent recurrent cellulitis or UTIs [71–73]

B1. Statine: il tempo necessario per evidenziare benefici può essere inferiore alla aspettativa di vita
(4-5 anni per ridurre il rischio di ictus, da valutare nel singolo caso per SCA)

STOPPFrail

(Screening Tool of Older Persons Prescriptions in Frail adults with limited life expectancy)

lista di 27 classi di farmaci potenzialmente inappropriati in anziani (≥65 aa) con TUTTI i seguenti criteri:

1.patologia irreversibile end-stage

2.ridotta aspettativa di vita ad 1 anno

3.grave deficit cognitivo e/o grave disabilità

4.In cui il controllo dei sintomi è la priorità



JACC
JOURNAL OF THE AMERICAN COLLEGE OF CARDIOLOGY

2018 AHA/ACC/AACVPR/AAPA/ABC/ACPM/ADA/AGS/APhA/ASPC/NLA/PCNA Guideline on the Management of Blood Cholesterol

A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines

Scott M. Grundy, Neil J. Stone, Alison L. Bailey, Craig Beam, Kim K. Birtcher, Roger S. Blumenthal, Lynne T. Braun, Sarah de Ferranti, Joseph Faiella-Tommasino, Daniel E. Forman, Ronald Goldberg, Paul A. Heidenreich, Mark A. Hlatky, Daniel W. Jones, Donald Lloyd-Jones, Nuria Lopez-Pajares, Chiadi E. Ndumele, Carl E. Orringer, Carmen A. Peralta, Joseph J. Saseen, Sidney C. Smith Jr., Laurence Sperling, Salim S. Virani and Joseph Yeboah

In adulti > 75 anni può essere ragionevole sospendere le statine quando il declino funzionale (fisico o cognitivo), multimorbilità, fragilità o ridotta aspettativa di vita limita i potenziali benefici

Recommendations for Older Adults		
Referenced studies that support recommendations are summarized in Online Data Supplements 18 and 19.		
COR	LOE	Recommendations
IIb	B-R	1. In adults 75 years of age or older with an LDL-C level of 70 to 189 mg/dL (1.7 to 4.8 mmol/L), initiating a moderate-intensity statin may be reasonable (S4.4.4.1-1–S4.4.4.1-8)
IIb	B-R	2. In adults 75 years of age or older, it may be reasonable to stop statin therapy when functional decline (physical or cognitive), multimorbidity, frailty, or reduced life-expectancy limits the potential benefits of statin therapy (S4.4.4.1-9).
IIb	B-R	3. In adults 76 to 80 years of age with an LDL-C level of 70 to 189 mg/dL (1.7 to 4.8 mmol/L), it may be reasonable to measure CAC to reclassify those with a CAC score of zero to avoid statin therapy (S4.4.4.1-10, S4.4.4.1-11).

STOPPFrail

(Screening Tool of Older Persons Prescriptions in Frail adults with limited life expectancy)

lista di 27 classi di farmaci potenzialmente inappropriati in anziani (≥65 aa) con TUTTI i seguenti criteri:

- 1.patologia irreversibile end-stage
- 2.ridotta aspettativa di vita ad 1 anno
- 3.grave deficit cognitivo e/o grave disabilità
- 4.In cui il controllo dei sintomi è la priorità

B2. Non è richiesto il rigido controllo pressorio per il rischio di ipotensioni che possono favorire cadute. In particolare sconsigliati gli alfa bloccanti.

I1. Non è necessario il rigido controllo glicemico che aumenta il rischio di gravi ipoglicemie. Il tempo necessario per ridurre le complicanze microvascolari (time until benefit) è di 5-10 anni. Target of HbA1c < 8% Può essere indicato sospendere, ridurre il dosaggio, o passare a farmaci a minor rischio di ipoglicemia. L'obiettivo è mantenere la persona asintomatica (evitare polidipsia, poliuria, disidratazione, IRA, astenia, ridotta vigilanza)

People with advanced dementia may have irregular and unpredictable meal consumption, undernutrition, anorexia, and impaired swallowing.

Therapeutic diets may inadvertently lead to decreased food intake and contribute to unintentional weight loss and undernutrition.

Diets tailored to a patient's preferences and personal goals might increase quality of life, satisfaction with meals, and nutrition status

American Diabetes Association 2018



STOPPFrail

(Screening Tool of Older Persons Prescriptions in Frail adults with limited life expectancy)

lista di 27 classi di farmaci potenzialmente inappropriati in anziani (≥65 aa) con TUTTI i seguenti criteri:

1.patologia irreversibile end-stage

2.ridotta aspettativa di vita ad 1 anno

3.grave deficit cognitivo e/o grave disabilità

4.In cui il controllo dei sintomi è la priorità

D1. Antipsicotici

Quando le strategie comportamentali hanno fallito ed è stata intrapresa una terapia con antipsicotici da più di 12 settimane se presente buon compenso comportamentale devono essere effettuati regolari tentativi di scalaggio e sospensione

Withdrawal versus continuation of long-term antipsychotic drug use for behavioural and psychological symptoms in older people with dementia (Review)



Cochrane
Library

Cochrane Database of Systematic Reviews

Van Leeuwen E et al 2018

10 studies (1 in a community setting, 8 in NH, 1 in both settings) 632 participants
RCT comparing an antipsychotic withdrawal strategy to continuation of antipsychotics in people with dementia who had been treated with an antipsychotic drug for at least three months:

- ✓ antipsychotics may be successfully discontinued with little or no important effect on behavioural and psychological symptoms (low-quality evidence)
- ✓ people with psychosis, aggression or agitation who responded well to long-term antipsychotic drug use, or those with more severe NPS at baseline, may benefit behaviourally from continuation of antipsychotics.

Lavan A.H. Age and Ageing 2017

- ❖ Poche evidenze **sulla efficacia a lungo termine e su quando sospendere la terapia con AchEI e memantina** per la mancanza di studi RCT di alta qualità
- ❖ Dati limitati fanno descrivere come **“piccoli” e “ di incerta importanza clinica”** gli effetti degli AchEI nella demenza grave
- ❖ Gli **effetti avversi**, in particolare quelli gastrointestinali (nausea, iporessia), l'agitazione, l'insonnia, la cefalea, **umentano in modo dose-dipendente**

Birks, Cochrane Reviews 2018



Evidence-based Clinical Practice Guideline for Deprescribing Cholinesterase Inhibitors and Memantine

Consider trial deprescribing if:

- duration of use >12 months **AND** one or more of the following
- **cognition and/or function has significantly worsened over the past six months after exclusion of other causes**
- **no benefit** (improvement, stabilisation or decreased rate of decline) was seen at any time during treatment.
- **severe/end-stage dementia**

Reeve E, 2018

Level of evidence: *Low (ChEIs), Very Low (memantine)*

Deprescribing is a process: monitor and take action if appropriate

L'utilizzo di ANTIBIOTICI è molto frequente per febbre e infezioni ricorrenti prevalentemente polmonari e delle vie urinarie

In una popolazione (n=323) di ospiti di RSA con demenza in fase avanzata con sospetta polmonite l'uso di antibiotici ha dimostrato di aumentare la sopravvivenza indipendentemente dalla via di somministrazione anche se appariva necessaria una maggior attenzione al controllo dei sintomi

	Episodi di polmonite N° (%)	% soprav. a tre mesi	SM-EOLD Score § Mean (DS)	Segni vitali instabili * N° (%)
No ATB	20/225 (8.9%)	32.8	39.4 (4.4)	8 (40)
ATB per os	124/225 (55.1%)	64.5	34.0 (8.1)	33 (26.6)
ATB i.m.	35/225 (15.6%)	56.7	33.7 (7.2)	18 (51.4)
ATB e.v. o ospedaliz.	46/225 (20.4%)	60.6	30.5 (9.3)	26 (56.5)

§ Symptom Management at End-of-Life in Dementia

* FR > 30/min, f.c. > 125 b/min, PAS < 90 mmHg

Givens J.L 2010

Infection Management and Multidrug-Resistant Organisms in Nursing Home Residents With Advanced Dementia

496 sospette infezioni; il 72.4% trattate con ATB

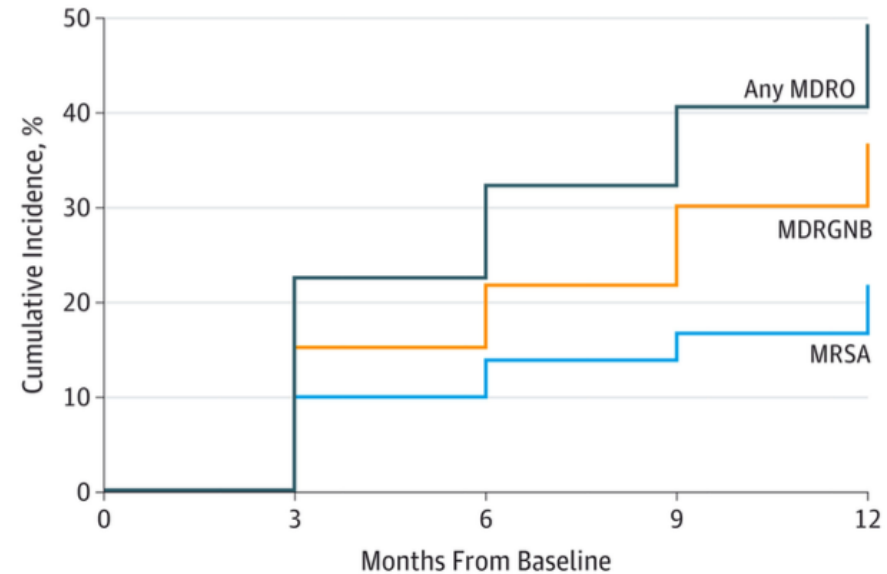
(chinolonici 39.8%, cefalosporine di 3° o 4° generazione 20.6%).

Criteri minimi clinici per iniziare terapia ATB (Loeb 2001) presenti nel 44% dei casi

L'incidenza cumulativa di acquisizione di organismi multiresistenti (MDRO) a un anno era del 48%

Acquisition was associated with exposure to quinolones (adjusted hazard ratio 1.89; 95% CI, 1.28–2.81) and third- or fourth-generation cephalosporins (AHR 1.57; 95% CI, 1.04–2.40)

Un più giudizioso approccio alla gestione delle infezioni può ridurre il ricorso a terapie non necessarie



Participants at risk, No.	0	3	6	9	12
Any MDRO	175	116	93	71	61
MDRGNB	200	145	124	93	85
MRSA	278	218	184	160	151

Figure. Cumulative Incidence Rates of Resident Acquisition of Drug-Resistant Organisms During the Study Period

MDRGNB indicates multidrug-resistant gram-negative bacteria; MDRO indicates multidrug-resistant organism; MRSA, methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*; VRE, vancomycin-resistant enterococci. "Any MDRO" includes MDGRN, MRSA, or VRE. All residents were free of all 3 types of MDROs at baseline. Only 2 residents acquired VRE over the 12 months of the study.

A Systematic Review of the Preventive Effect of Oral Hygiene on Pneumonia and Respiratory Tract Infection in Elderly People in Hospitals and Nursing Homes: Effect Estimates and Methodological Quality of Randomized Controlled Trials



Effect Estimates in Parallel Group Randomized Controlled Trials (n=4) About the Preventive Effect of Oral Hygiene Interventions on Pneumonia and Respiratory Tract Infection

Reference (Intervention)	Experiment Group Event Rate %*	n	Control Group Event Rate %*	n	Absolute Risk Reduction % (95% CI)	Number Needed to Treat (95% CI)	Outcome Measure	Follow-Up Period
¹⁴ (Preoperative and postoperatively chlorhexidine 0.12% oral rinse versus saline solution rinse)	2.9	173	9.4	180	6.6 (1.6–11.5)	15.3 (8.7–62.3)	Respiratory tract infection	Until discharge
^{19†} (Toothbrushing every 2 weeks versus no toothbrushing)	1.0	100	1.0	100	0.0 (0.0–0.0)	0.0 (0.0–0.0)	Respiratory tract infection	2 years
^{23†} (Toothbrushing every 2 weeks versus no toothbrushing)	1.0	100	1.0	100	0.0 (0.0–0.0)	0.0 (0.0–0.0)	Respiratory tract infection	2 years
²⁴ (Professional mechanical oral health care weekly)	5.0	40	16.7	48	11.7 (–0.9–24.2)	8.6 (4.1 to – 117.0)	Death from pneumonia	2 years

The RCTs revealed positive preventive effects of oral hygiene on pneumonia and respiratory tract infection in hospitalized elderly people and elderly nursing home residents, with absolute risk reductions (ARRs) from 6.6% to 11.7% and numbers needed to treat (NNTs) from 8.6 to 15.3 individuals.

* Frequency of pneumonia or respiratory tract infection.

† Duplicate publications, analyzed here from different endpoints.

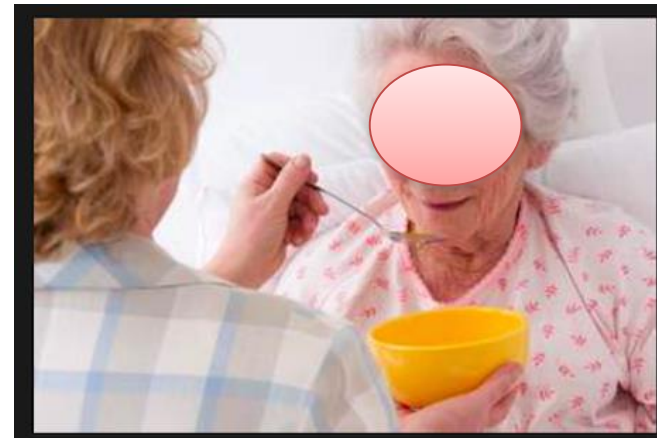
CI = confidence interval.

NON ci sono evidenze che la nutrizione artificiale nella demenza in fase avanzata determini

- riduzione delle polmoniti ab ingestis (connessa al transito nelle vie aeree di secrezioni prevalentemente orali o al reflusso gastrico peraltro aumentato dal SNG)
- riduzione incidenza di ulcere da pressione
- aumento della sopravvivenza (range mortalità a 1 anno dal 39 al 90%)

Le indicazioni delle varie società scientifiche e i seppur LIMITATI DATI DI LETTERATURA concordano nell'astenersi dall'iniziare la NA

Il tipo di intervento deve essere valutato caso per caso



Nella maggior parte dei casi una attenta alimentazione manuale secondo i gusti, i tempi (spesso lunghi) e le capacità (comfort feeding**) rappresenta l'alternativa migliore**

mentre la nutrizione artificiale nella demenza grave

- ❖ priva del piacere del cibo
- ❖ aumenta il rischio di accessi in PS (dislocazioni, infezioni)
- ❖ aumenta il rischio di utilizzo di mezzi di contenzione



Solo il 4% dei medici vorrebbe essere nutrito artificialmente in caso di demenza grave (Gieniusz M, JAGS 2017)



Nessuno vorrebbe essere limitato nella libertà di movimento

Ci sono cose che si ritengono importanti quando si fa assistenza ma alle quali ci opporremmo con forza se riguardassero noi stessi



relazione

contatto

tranquillità

piacere del cibo

controllo dei sintomi

Namaste care Program

Decidere di sospendere o non intraprendere alcuni interventi spesso richiede un **maggior impegno, alleanza e condivisione tra operatori e caregiver**: ***non è abbandono terapeutico*** è spostare l'attenzione verso quello che può essere più importante per il malato in questa fase della sua vita



Grazie per il vostro tempo...