

Attività infermieristiche nel trapianto del paziente anziano



CONTROVERSIE NEL TRAPIANTO DI CELLULE STAMINALI EMOPOIETICHE

6-7 GIUGNO 2017 BARI

INFERMIERE ALESSANDRO GUIDO

AZ. OSP. CARDINALE PANICO TRICASE



ANZIANO

- ▶ Di età avanzata, in senso assoluto o in relazione ad altri.

ANZIANO IN ONCO-EMATOLOGIA

London School of Economics

Secondo un'indagine condotta con un'intervista a 12 mila over 65 in vari paesi del mondo, 2/3 ultrassessantacinquenni italiani rispondono di non sentirsi affatto "ANZIANI"

4/10 che la vecchiaia inizia davvero solo dopo gli ottant'anni.

L'Università svedese di Godeborg

ha dimostrato che i 70enni di oggi sono più "svegli" dei loro coetanei di 30 anni fa. Questo campione è stato sottoposto a test cognitivi e di intelligenza ottenendo risultati migliori, probabilmente perché sono più colti, più attivi, meglio curati e più integrati.

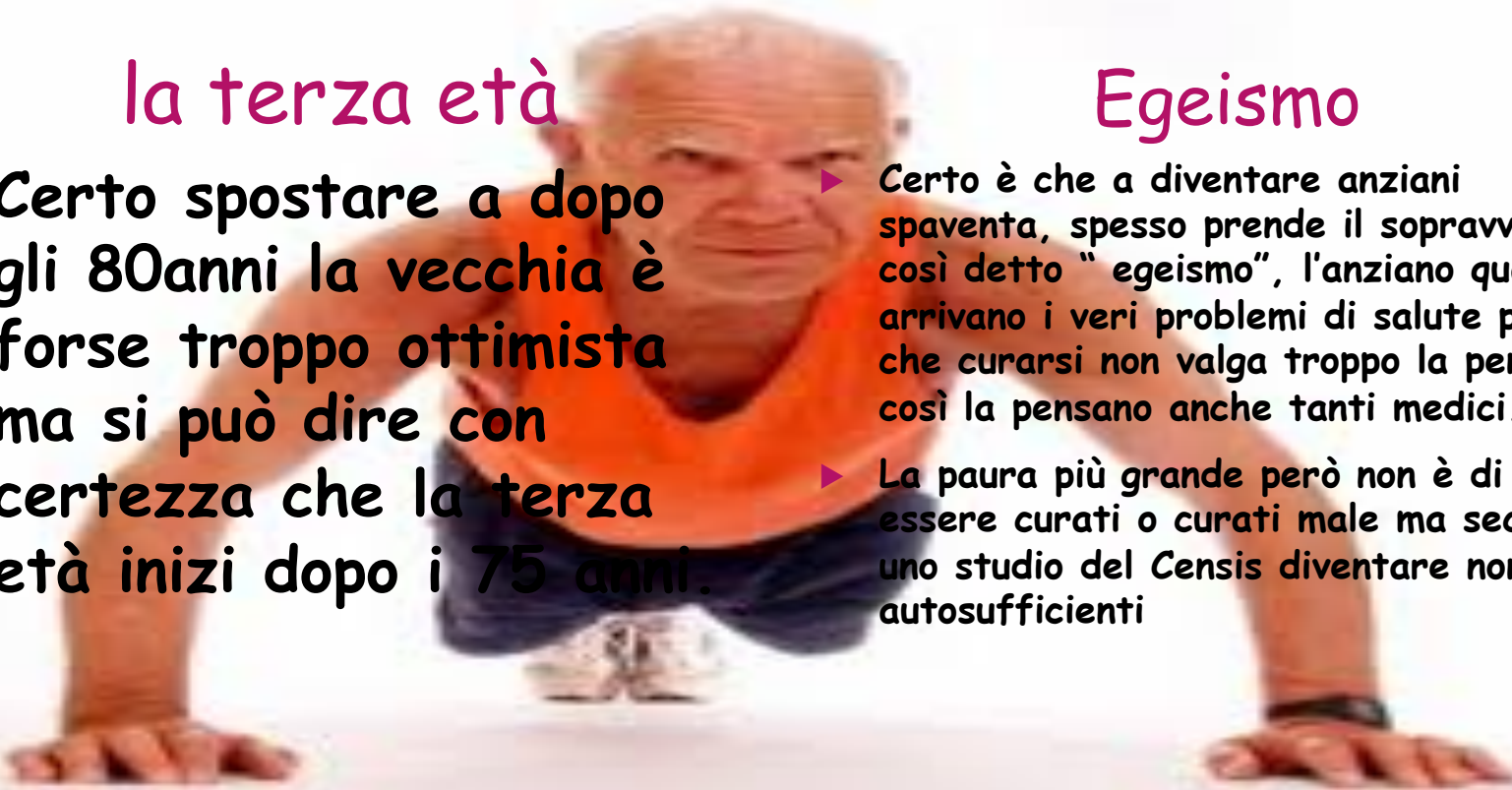
Ma chi sono allora i veri anziani? Gli ultraottantenni?

la terza età

- ▶ Certo spostare a dopo gli 80anni la vecchia è forse troppo ottimista ma si può dire con certezza che la terza età inizi dopo i 75 anni.

Egeismo

- ▶ Certo è che a diventare anziani spaventa, spesso prende il sopravvento il così detto " egeismo", l'anziano quando arrivano i veri problemi di salute pensa che curarsi non valga troppo la pena e così la pensano anche tanti medici.
- ▶ La paura più grande però non è di non essere curati o curati male ma secondo uno studio del Censis diventare non autosufficienti



Prospettive.....

2017

- ▶ Nella nostra società 1/5 ha più di 65 anni
- ▶ Ogni anno si registrano circa 300.000 nuovi casi di tumore che riguarda gli over 65,

2050

- ▶ in prospettiva nel 2050 1/3 avrà più di 65 anni
- ▶ In prospettiva si registreranno circa 600.000 nuovi casi di tumore che riguarderanno gli over 65

Contesto epidemiologico dell'Ematologia

dati Dipartimento Ematologia Rimini 2015

- ▶ In Italia, dei 32mila soggetti con diagnosi di linfomi, mielomi, mielodisplasie, leucemie linfatiche, leucemie mieloidi acute, e altre patologie ematiche, oltre il 66% è >65
- ▶ I progressi della medicina hanno reso croniche molte di quelle patologie un tempo considerate mortali, tanto che oggi il 35-40% di questi malati ha buone speranze di guarigione
- ▶ Dal 100% di mortalità si è passati ad un tasso di sopravvivenza del 90%;



neoplasie nell' over 65 problematiche

- ▶ spesso è già affetto da altre patologie o assume farmaci che possono costituire ostacolo per le cure anticancro
- ▶ talvolta non è in grado di intendere pienamente
- ▶ nella maggior parte dei casi non è autosufficiente e inoltre anche pazienti autosufficienti hanno un equilibrio psico-fisico più debole ciò può facilmente compromettere il percorso delle cure perdendo autonomie residue

appropriatezza delle cure

Tutti gli studi più affidabili effettuati negli ultimi anni dimostrano che le cure funzionano a patto :

- siano opportunamente calibrate
- che nel programma terapeutico vengano tenuti nella giusta considerazione tutti gli elementi che caratterizzano la salute e la malattie della terza età compresi quelli sociali, la condizione e volontà della famiglia l'educazione del malato i suoi sentimenti nei confronti della malattia e della cura.

appropriatezza delle cure

Tutto ciò richiede un enorme impegno da parte dei medici coinvolti, che non possono essere solo onco-ematologi o geriatri specializzati, ma devono essere riuniti in team multidisciplinare

- ▶ fisioterapisti
- ▶ terapisti del dolore
- ▶ Infermieri
- ▶ Farmacisti
- ▶ personale per l'assistenza domiciliare
- ▶ psicologi.

2005..... inizio di una svolta

SIOG - Società
internazionale di
Geriatría Oncologica

NCCN- National
Comprehensive
Cancer Network

Raccomandano
che venga condotto
l'assessment geriatrico per
individuare il miglior
trattamento

Valutazione
Geriatrica
Multidisciplinare
VGM

Comprehensive
Geriatric
Assessment
CGA

Raccomandazioni « VGM - CGA »

- ▶ Lo screening deve essere applicato ai pazienti >70 candidati a trattamenti aggressivi a causa della maggiore incidenza di problemi geriatrici
- ▶ La decisione di intraprendere un trattamento è spesso condizionato dalla presenza di Comorbidity e da fattori funzionali e psico-sociali
- ▶ Una CGA o VGM è raccomandata per individuare i problemi non riconosciuti, migliorare lo stato funzionale e possibilmente la sopravvivenza

CGA o VGM

- ▶ E' un "processo diagnostico interdisciplinare e multidimensionale" che ha l'intento di individuare le condizioni mediche, psicosociali, funzionali e i problemi degli anziani fragili e di sviluppare un programma generale per il trattamento e il follow up del paziente.
- ▶ Identifica la risposta assistenziale più idonea nell'ambito della rete dei servizi.
- ▶ Monitora i risultati del trattamento e valuta l'appropriatezza della scelta assistenziale.

Schema informativo di base per la CGA o VGM Informazioni di carattere bio-medico

"CUMULATIVE ILLNESS RATING SCALE-CIRS"

- Diagnosi mediche riferite a patologie in atto o pregresse
- Stato cognitivo
- Tono dell'umore
- Funzioni percettive (di tipo uditivo, visivo e del linguaggio)
- Informazioni di carattere funzionale
- Capacità motorie

"MNA-MINI NUTRITIONAL ASSESSMENT"

- Stato nutrizionale

"DISTRESS NEI PAZIENTI ONCOLOGICI"

- Distress emotivo ansioso depressivo da malattia

"INSTRUMENTAL ACTIVITY OF DAILY LIVING -IADL"

- Attività basali e strumentali della vita quotidiana
- Informazioni di carattere sociale
- Capacità soggettiva dimostrata nell'ambiente sociale

Definizione di FIT UNFIT e FRAIL

A seguito di questa valutazione e collaborazione con specialisti , applicando dei criteri basati sul punteggio di ogni singola scala ed si identificano tre gruppi di pazienti

FIT

Età 66-79
Criterio clinico funzionale
scale

Obiettivo

Perseguire un intento curativo con
l'utilizzo di strategie
terapeutiche simili a quelle dei
pazienti giovani
Trapianto autologo- allogenico
alte dosi

UNFIT

Età > 80 FIT
Criterio clinico funzionale
scale

Obiettivo

Aumentare i rate di guarigione
con approcci disegnati su misura
Trapianto autologo- allogenico
basse dosi

FRAIL

Età >= 80 UNFIT
Criterio clinico funzionale
scale

Obiettivo

Palliazione e controllo dei
sintomi
Terapia chemioterapica di
supporto cura dei sintomi e
dolore.

Principali problemi clinici dopo il trapianto autologo

- ▶ Le infezioni della fase pancitopenia conseguente al regime di condizionamento, in cui si attende l'attecchimento delle cellule staminali trapiantate;
- ▶ La possibile contaminazione delle cellule staminali con cellule tumorali residue, in particolare nelle leucemie e nei linfomi follicolari e mantellari;
- ▶ La ricaduta della malattia neoplastica;
- ▶ La cardiotossicità da chemio-radioterapia

Principali problematiche cliniche dopo il trapianto allogenico

nei primi 100 giorni

Esse sono principalmente legate alla tossicità d'organo della chemio-radioterapia del regime di condizionamento, alle infezioni durante la pancitopenia e alla insorgenza della GVHD acuta

- ▶ Il rigetto può manifestarsi nei primi 30 giorni come mancato attecchimento, ossia il paziente rimane pancitopenico dopo trapianto (primary graft failure) o può avvenire in un secondo momento come perdita dell'attecchimento, (secondary graft failure).
- ▶ - Infezioni. Sono una delle principali cause di decesso per questi pazienti. Nelle prime 2-3 settimane post-trapianto, durante la fase di pancitopenia grave.

Principali problematiche cliniche dopo il trapianto allogenico

nei primi 100 giorni

- ▶ virus erpetici e il CMV
- ▶ GVHD (Graft Versus Host Disease)
- ▶ Microangiopatia trombotica "Malattia veno-occlusiva del fegato. La malattia veno-occlusiva (veno- occlusive disease, VOD)"

Principali problematiche cliniche dopo il trapianto allogenico

dopo 100 giorni

- ▶ Sono legate a problemi di ricostituzione immunologica (infezioni virali e fungine) o a fenomeni di aggressione immunitaria cronica (GVHD cronica) da parte del sistema immune del donatore verso i tessuti del ricevente.
- ▶ Disordini linfoproliferativi post trapianto. Derivano dalla linea linfocitaria B e sono associate a disfunzione dei linfociti T e a infezione da Epstein Barr Virus.
- ▶ Il rischio di mielodisplasie o leucemie secondarie è molto basso dopo trapianto allogenico ma presente.

L'importanza del ruolo dell'infermiere

Il processo di assistenza infermieristica

A causa della malattia stessa o di varie modalità di trattamento, la persona può trovarsi ad affrontare molti problemi secondari, come infezioni, leucopenia, sanguinamenti, problemi cutanei, problemi nutrizionali, dolore fatigue e stress psicosociale.

Il processo di assistenza infermieristica

Accertamento:

- ▶ INFEZIONI. L'infermiere ispeziona siti comuni di infezione, quali, faringe, cute, zona perianale, apparato urinario e respiratorio
- ▶ SANGUINAMENTI :siti associati spesso a emorragie sono la cute e le membrane mucose, il cervello e gli apparati intestinale, urinario e respiratorio. Devono essere controllati e riferiti eventuali abbondanti sanguinamenti in feci, urine, escreato o vomito (melena, ematuria, emottisi, ematemesi), nonché nei siti di iniezione, contusioni (ecchimosi), petecchie e alterazioni dello stato mentale
- ▶ PROBLEMI CUTANEI. Il mantenimento dell'integrità cutanea e tissutale è un problema a causa degli effetti della chemioterapia, l'infermiere identifica l'eventuale presenza di fattori di rischio, quali deficit nutrizionali, incontinenza fecale e urinaria, immobilità, piaghe cutanee.

Il processo di assistenza infermieristica

Accertamento:

- ▶ **PROBLEMI NUTRIZIONALI.** Un'alterazione dello stato nutrizionale può contribuire alla progressione della malattia, alla diminuzione della sopravvivenza, all'aumentata incidenza di infezioni, al ritardo della guarigione tissutale, alla diminuita abilità funzionale, all'aumentata degenza ospedaliera, e all'alterata funzione psicosociale.
- ▶ **DOLORE.** L'infermiere accerta anche i fattori che possono aumentare la percezione di dolore dalla persona, come paura e apprensione, senso di spossatezza, rabbia e isolamento sociale. Le scale di valutazione del dolore sono utili sia per identificare il livello di sofferenza della persona prima di intraprendere terapie antalgiche, sia per valutare la loro efficacia.

Il processo di assistenza infermieristica

Accertamento:

- ▶ **FATIGUE.** E' il più comune effetto collaterale riferito dai soggetti sottoposti a chemioterapia. L'accertamento si basa sull'individuazione della presenza di stanchezza, debolezza, mancanza di energia, incapacità di assolvere alle necessità quotidiane, diminuzione di interesse, di motivazione e di capacità di concentrazione. La persona può diventare meno reattiva alla conversazione o apparire pallida con un rilassamento della muscolatura facciale. **L'infermiere esamina gli agenti di stress fisiologici e psicologici che contribuiscono alla fatigue, che può essere preceduta, accompagnata o seguita da dolore, nausea, dispnea, stipsi, paura e ansia.**

Il processo di assistenza infermieristica

Accertamento:

- ▶ **STATO PSICOSOCIALE** :L'infermiere accerta l'umore e le reazioni emotive della persona, il suo passaggio attraverso i vari stadi del lutto e il rapporto con i familiari nel comunicare con loro
- ▶ **IMMAGINE CORPOREA**. L'infermiere identifica potenziali minacce all'immagine corporea della persona e accerta l'abilità della persona di affrontare le molte alterazioni della propria immagine corporea che sperimenta nel corso della malattia e del trattamento. Vi sono enormi minacce all'autostima allorché la persona prende coscienza della malattia, di possibili infermità e della morte. Le priorità e i valori cambiano quando l'immagine corporea è minacciata. Il compito dell'infermiere è quello di raccogliere le difficoltà del paziente e attraverso la relazione e la compliance che si è creata, interagire con la persona in modo di attenuare la sofferenza e spostare l'attenzione su obiettivi più importanti, alla sua accettazione.



Diagnosi Infermieristica TMO

- ▶ Rischio elevato di gestione inefficace del regime terapeutico;
- ▶ Rischio di ansia e paura;
- ▶ Rischio di coping inefficace;
- ▶ Rischio di deficit cura di sé;
- ▶ Rischio elevato di infezione;
- ▶ Rischio di compromissione della mucosa;
- ▶ Dolore acuto;
- ▶ Rischio di alterazione ritmo sonno;
- ▶ Rischio di tensione nel ruolo del caregiver;
- ▶ Rischio di sofferenza spirituale



Pianificazione e obiettivi

mantenimento dell'integrità tissutale
mantenimento dello stato nutrizionale
sollievo dal dolore e dalla fatigue
miglioramento dell'immagine corporea

Interventi infermieristici di psico-oncologia

L'intervento psicologico si propone di aiutare il paziente e i suoi familiari nella gestione dello stress che necessariamente è associato ai vari momenti dell'iter terapeutico

OBBIETTIVO

mantenere e ristabilire la qualità di vita antecedente la diagnosi,
attenuare l'ansia e la depressione,

aiutare il paziente a trovare un senso a ciò che sta vivendo e soprattutto di aiutarlo ad attivare tutte le risorse psichiche per far fronte alla malattia e ai trattamenti,

integrare la malattia nella propria organizzazione quotidiana, di sviluppare modalità più funzionali e positive per affrontare la malattia. In alcuni casi l'approccio psicologico può richiedere un intervento integrato con l'ausilio della psico-farmacologia.

I processi di valutazione cognitiva sono influenzati da vari fattori

la struttura di personalità del malato,
l'insieme di convinzioni su di sé e sulla propria situazione,
le aspettative e i progetti personali.

Distress

È definito come una multifattoriale spiacevole esperienza di natura psicologica (cognitiva, comportamentale, affettiva), sociale, e/o spirituale che può interferire con la capacità di efficace adattamento al cancro, ai suoi sintomi fisici e ai suoi trattamenti.

È possibile descrivere il distress come un continuum, che va da un comune normale sentimento di vulnerabilità, tristezza e paura da un lato, a problemi che possono diventare invalidanti, come la depressione, l'ansia, il panico, l'isolamento sociale.

La diagnosi di cancro e il trattamento sono spesso associati ad elevati livelli di distress psicosociale, tuttavia molti malati di cancro che necessitano di un aiuto psicosociale, non ricevono l'adeguato supporto a causa delle difficoltà nel riconoscimento dei bisogni psicologici dei pazienti.



Distress

National Comprehensive Cancer Network (NCCN)

Per tale motivo ha elaborato delle linee guida per il riconoscimento, la valutazione e il trattamento del disagio psicosociale, detto anche Distress, per evitare termini stigmatizzanti quali psichiatrico o psicosociale.

Distress test di screening

Distress Thermometer

Uno strumento specifico, il termometro del distress (DT Distress Thermometer), è stato elaborato dal gruppo del NCCN che lo ha posto come test di screening breve che può essere utilizzato nella comune pratica clinica e con rapidità per valutare il distress in ambito oncologico. Il DT è uno strumento a carattere di analogo visivo (come la scala Visual Analogue Scale per il dolore),

composito di due parti:

una prima parte chiede al soggetto di indicare il suo livello di distress sperimentato nell'ultima settimana, compreso il giorno stesso della rilevazione, ponendo un cerchio attorno al numero corrispondente al termometro su una scala che va da 0 a 10 (da 0= Assenza di Distress, a 10= Distress Estremo)

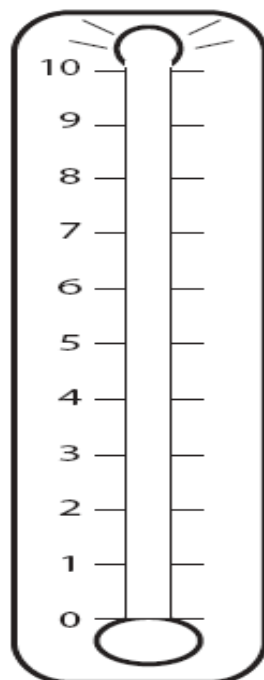
una seconda parte che indaga possibili problematiche in differenti campi, incluso quello fisico, emotivo, spirituale, familiare e pratico; quest'ultima parte è di fondamentale importanza per indagare anche l'origine del disagio e pone le condizioni per l'attuazione di interventi specifici.

NCCN Distress Thermometer for Patients

SCREENING TOOLS FOR MEASURING DISTRESS

Instructions: First please circle the number (0-10) that best describes how much distress you have been experiencing in the past week including today.

Extreme distress



No distress

Second, please indicate if any of the following has been a problem for you in the past week including today. Be sure to check YES or NO for each.

YES NO Practical Problems

- Child care
- Housing
- Insurance/financial
- Transportation
- Work/school
- Treatment decisions

Family Problems

- Dealing with children
- Dealing with partner
- Ability to have children
- Family health issues

Emotional Problems

- Depression
- Fears
- Nervousness
- Sadness
- Worry
- Loss of interest in usual activities

- Spiritual/religious concerns**

YES NO Physical Problems

- Appearance
- Bathing/dressing
- Breathing
- Changes in urination
- Constipation
- Diarrhea
- Eating
- Fatigue
- Feeling Swollen
- Fevers
- Getting around
- Indigestion
- Memory/concentration
- Mouth sores
- Nausea
- Nose dry/congested
- Pain
- Sexual
- Skin dry/itchy
- Sleep
- Substance abuse
- Tingling in hands/feet

Other Problems: _____



Distress thermometer

La diffusione di questo modello «strumento» ha contribuito alla formulazione del concetto di distress emozionale.

Sesto Parametro Vitale

con la stessa rilevanza di pressione sanguigna, temperatura, frequenza cardiaca, respirazione e dolore e alla proposta di integrazione della metodologia di screening in oncologia all'interno del sistema di assistenza sanitaria dei diversi paesi.

SCORE del DT

Il valore numerico attribuito dal paziente sulla scala analogica del termometro del distress (da 0 a 10), esprime il livello di disagio, di ansia e preoccupazione del paziente.

Secondo le linee guida si possono individuare tre zone all'interno delle quali è possibile identificare il range del distress del paziente

- ▶ **0-3** : Il suo punteggio indica i livelli di difficoltà sono ben controllati al momento. Il personale comunque sarà sempre a disposizione per ogni ulteriore fonte di aiuto.
- ▶ **4-6** : Il punteggio indica che vi sono delle difficoltà/ preoccupazioni significativi. In tal caso è opportuno accertarsi delle cause del distress, relative alla seconda parte dello screening e favorire il colloquio tra team curante e paziente.
- ▶ **7-10**: Il punteggio indica un alto livello di difficoltà, in questo caso è bene parlarne e confrontarsi assolutamente con l'equipe sanitaria.

Interventi relativi a livelli di ansia

Livello di ansia	Descrizione	Metodi di intervento	Piano assistenziale	Servizio interessato
Lieve 0-3	Disturbante ma può essere controllata con supervisione o rassicurazione	Assistenza di base Informazioni Condivisione obiettivi terapeutici Educazione e sostegno emozionale/sociale Supporto terapeutico	Presenza in stanza Ripetizioni e rafforzamento per sostegno Conversazione distrattiva e sulle problematiche Suggerimento ad attività di relax coping Ascolto attivo Sostegno alle relazioni esterne	Equipe interna
Moderata 4-6	Disturbante e i sintomi ansiosi sono espressi spontaneamente dal soggetto e sono difficili da alleviare	Focalizzato, individuale e/o familiare Sostegno Consulenza Terapia adeguata	Informazioni mirate Interesse e supporto Tecnica di un passo per volta Meccanismi per trattare momenti di crisi	Equipe interna Assistente sociale Psicologo Psichiatra

Interventi relativi a livelli di ansia

Livello di ansia	Descrizione	Metodi di intervento	Piano assistenziale	Servizio interessato
Grave severo 7-10	Molto disturbante rappresenta una delle principali cause di sofferenza per il soggetto	Psicoterapia Sostegno autocura Terapia	Controllo disturbi sonno veglia Consigli attività basate alle proprie forze psicofisiche Riduzione stimoli sensoriali	Equipe interna Assistente sociale Psicologo Psichiatra
Panico	Crisi d'ansia estrema, sconvolgente che comporta sintomi fisici psichiatrici intensi paura di morire, senso di impazzimento, depersonalizzazione, distacco da sé ecc	Professionista psicoterapeutadi salute mentale Protezione rischi di autolesionismo Farmacoterapia Trasferimento ad altra struttura	Presenza obbligatoria in stanza Presenza di un familiare	Equipe interna Assistente sociale Psicologo Psichiatra



conclusioni

Se in oncoematologia nella definizione di anziano l'età passa in secondo piano «Fit, Unfit, Frail» , quindi maggiore candidabilità al trapianto

La stessa importanza va data al Distress nella sua valutazione e nella sua gestione.

SESTO PARAMETRO VITALE

Grazie.