



OSPEDALE SAN PIETRO - FBF - ROMA



Nutrizione ed idratazione artificiale nelle CP: tra Necessità e Limiti Etici

Giorgio Capuano

UOC Chirurgia Urgenza – Servizio Nutrizione Clinica

Cure Palliative tra Terapie, Risorse e Management

Marinella di Selinunte 15 - 16 Maggio 2009



- **Premessa**

- Definizione di alimentazione, nutrizione, idratazione e nutrizione artificiale

- **Stima dei fabbisogni idroelettrolitici e nutrizionali**

- **Trattamento nutrizionale**

- Algoritmo decisionale

- **Precisazioni in merito alle implicazioni bioetiche della nutrizione artificiale**

- Documento SINPE 2007

- **Differenti posizioni rispetto alla idratazione e nutrizione artificiale**

- Sacralità della vita
- Qualità della vita
- Principio dell'autodeterminazione

- **Pratica clinica**

- **Conclusioni**



L'**ALIMENTAZIONE** identifica un atto naturale, consapevole e spontaneo di scelta ed assunzione di cibo ed acqua grazie al quale ci nutriamo.



La **NUTRIZIONE** è l'insieme dei processi fisiologici che comportano l'assorbimento e l'utilizzo dei nutrienti assunti naturalmente con gli alimenti.



L'**IDRATAZIONE** è la procedura che mira a garantire il bilancio idroelettrolitico dell'individuo. Di norma si ottiene con l'assunzione naturale od artificiale di una quantità adeguata di liquidi e minerali. L'idratazione, in termini strettamente medici, non mira a placare la sete di un individuo, ma a riequilibrare il bilancio idroelettrolitico, e quindi indirettamente la sete.



La **NUTRIZIONE ARTIFICIALE** è un trattamento medico grazie al quale è possibile nutrire pazienti nei casi in cui l'alimentazione sia compromessa in tutto o in parte.



NUTRIZIONE ed **ALIMENTAZIONE** non sono quindi sinonimi.



ALIMENTAZIONE “ARTIFICIALE” o **“FORZATA”** sono quindi paradossali errori semantici.



Stima fabbisogni idroelettrolitici

Il modo più pratico per calcolare il fabbisogno idrico di un paziente adulto in normali condizioni di idratazione e canalizzazione è quello che fa riferimento alla superficie corporea:

1400 ml / mq / die

o in alternativa al peso corporeo

30 ml / Kg / die

25 ml / Kg / die sopra ai 75 anni

Nel paziente cardiopatico o con insufficienza respiratoria non superare i 1500 ml al giorno a meno di non dover bilanciare perdite importanti

I fabbisogni medi giornalieri dei principali Sali minerali per un individuo adulto sono:

Sodio – Cloro	80 – 120 mEq (in caso di ascite 40 – 60 mEq)
Potassio	60 – 80 mEq
Calcio	10 – 20 mEq
Fosforo	40 – 50 mEq
Magnesio	10 – 20 mEq



Stima fabbisogni idroelettrolitici

Bilancio Idrico

Assunzione di acqua

Bevande (calcolo approssimativo)
Alimenti (calcolo approssimativo)
Acqua di ossidazione (circa 400 ml)
Acqua Nutrizione Enterale
Acqua Nutrizione Parenterale
Acqua di lavaggio degli accessi enterali
Supplementi nutrizionali orali
Soluzioni saline
Soluzioni glucosate
Soluzioni antibiotiche
Soluzioni antifungine
Pompa siringa
Elastomeri
Plasma (90 ml ogni 100 ml)
Sangue (60 ml ogni 100 ml)
Albumina (90 ogni 100 ml)

Perdita di acqua

Perspiratio polmonare e cutanea (14,4 ml / Kg / die)
Feci (circa 100 ml)
Urine (800 – 1200 ml)
Febbre (250 ml ogni grado sopra 37 °C)
Sudorazione (1000 ml ogni cambio di lenzuola)
Vomito
Ristagno gastrico
Diarrea
Drenaggi
Fistole
Emorragia
Iperventilazione



Stima fabbisogni nutrizionali

Malnutrizione

<i>Parametri</i>	<i>Assente</i>	<i>Lieve</i>	<i>Moderata</i>	<i>Severa</i>
Perdita di peso	< 5%	≥ 5% in 3 mesi	≥ 5% in 2 mesi	≥ 5% in 1 mese
Albumina (g/dL)	> 3,5	3,5 – 3,0	2,9 – 2,5	< 2,5
Prealbumina (mg/dL)	> 22	18 – 22	10 – 17	< 10
Retinol binding protein (mg/dL)	> 3	2,9 – 2,5	2,4 – 2,1	< 2,1
	↓	↓	↓	↓
Energia: kcal/kg*/dì	25 - 30	25 - 30	25 - 30	30 - 35
Proteine: g/kg*/dì	1,0 - 1,2	1,2 - 1,5	1,5 - 1,8	1,8 - 2,5

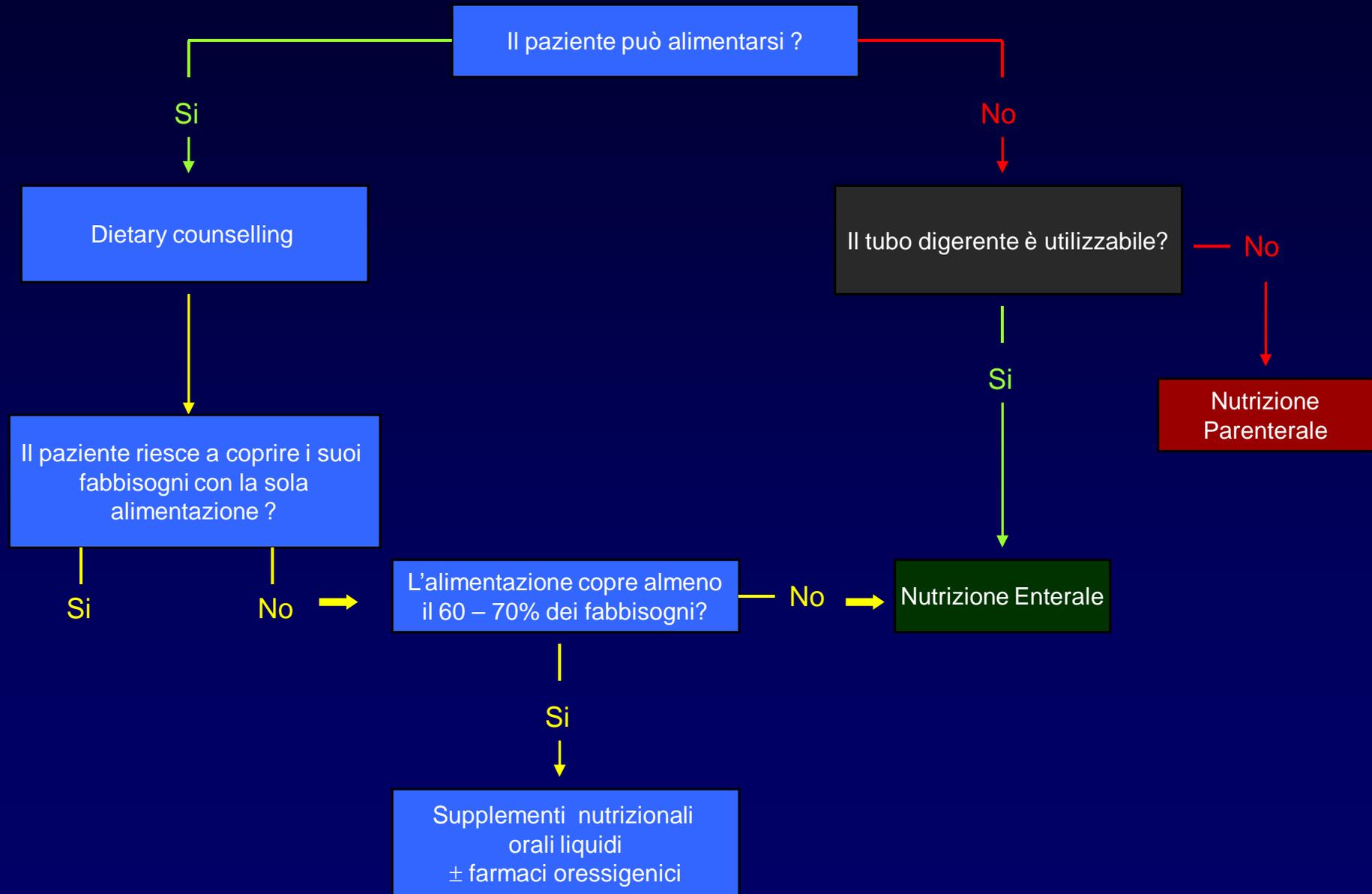
* Peso desiderabile medio nel sovrappeso od obesità, attuale negli altri casi.

% kcal carboidrati : lipidi = 70 : 30 o 60 : 40

In caso di aumento della proteina C-reattiva si arricchisce il regime nutrizionale con 2 g di acidi grassi omega-3 (capsule o supplementi orali liquidi)



Trattamento Nutrizionale





**PRECISAZIONI IN MERITO ALLE
IMPLICAZIONI BIOETICHE DELLA
NUTRIZIONE ARTIFICIALE**

*Documento elaborato dal
Consiglio Direttivo
e dalla Commissione di Bioetica della
Società Italiana di Nutrizione Parenterale ed Enterale
(SINPE)*

GENNAIO 2007



Che cosa è la Nutrizione Artificiale

La Nutrizione Artificiale (NA) è un complesso di procedure mediante le quali è possibile soddisfare i fabbisogni nutrizionali di pazienti non in grado di alimentarsi sufficientemente per la via naturale.

La NA si differenzia in parenterale (NP) ed enterale (NE).

.....
N.B..... La somministrazione per via orale e sotto controllo medico di prodotti nutrizionali, anche di preparazione industriale (es. supplementi nutrizionali orali), è “nutrizione clinica”, ma non è da considerarsi “nutrizione artificiale”. Altresì, la somministrazione di alimenti naturali tramite sonda o stomia (benchè generalmente sconsigliata) è da considerarsi “nutrizione artificiale”.



La NA è un trattamento medico

La NA è da considerarsi, a tutti gli effetti, un trattamento medico fornito a scopo terapeutico o preventivo. La NA non è una misura ordinaria di assistenza (come lavare o imboccare il malato non autosufficiente).

Come in tutti i trattamenti medici, la NA ha indicazioni, controindicazioni ed effetti indesiderati. L'attuazione della NA prevede il consenso informato del malato o del suo delegato, secondo le norme del codice deontologico.



1. *La NA si configura come un trattamento sostitutivo* (come ad esempio la ventilazione meccanica o la emodialisi), in altre parole un trattamento che tende a sostituire in modo temporaneo o permanente il deficit di un organo o di un apparato.....
2. *La NA non è da considerarsi una terapia eziologica.....*
3. *La NA non è da considerarsi una terapia sintomatica, anche se talvolta è in grado di alleviare sintomi quali la fame e la sete.....*
4. *La NA non è definibile come terapia palliativa, tuttavia la NA, in quanto trattamento sostitutivo dell'alimentazione naturale, può trovare indicazione nell'ambito di un programma di cure palliative, accanto ad altri provvedimenti medici (e non) riservati a pazienti in cui non vi sia possibilità di attuare trattamenti eziologici o curativi della patologia di base.....*



Indicazioni alla NA

In generale, come accennato più sopra, la NA rappresenta la terapia di elezione per la Malnutrizione Proteico Energetica secondaria ad uno stato di malattia, e ne costituisce anche un efficace trattamento preventivo.....

Le condizioni cliniche nelle quali è indicato il ricorso alla NA sono riportate nelle linee guida emanate dalla SINPE..... di recente recepite e condivise in un documento del Ministro della Salute del 2004.



Il problema del consenso del malato

La NA, come tutte le terapie mediche, in accordo con la Convenzione di Oviedo (1997), va prescritta ed assicurata in presenza delle riconosciute indicazioni e richiede il consenso informato del malato: essa può pertanto anche essere rifiutata da un malato se capace di intendere e volere: Il medico non può ovviamente forzare la volontà del malato fatte salve le condizioni previste dalla legge.



Problematiche della NA di lunga durata

La NA è un trattamento medico sostitutivo che può consentire la sopravvivenza utilizzando tecnologie a costo relativamente contenuto.....

Esistono poi condizioni cliniche nelle quali il malato è incurabile per la sua patologia di base, in quanto questa non è più suscettibile di interventi terapeutici specifici (es. pazienti con malattia oncologica in fase avanzata): in tali casi, peraltro assai frequenti, la NA può comunque trovare indicazione nell'ambito di un programma di cure palliative, accanto ad altri provvedimenti medici (e non) e va quindi assicurata, analogamente agli altri trattamenti.



Problematiche della NA di lunga durata

La letteratura internazionale è concorde nel ritenere indicata la NA nel malato oncologico in fase avanzata quando vi è un'attesa di sopravvivenza di almeno tre mesi. La convenzione internazionale che identifica in tre mesi il periodo minimo di sopravvivenza perché possa essere instaurata la NA nasce dall'osservazione empirica che la sopravvivenza in condizioni di digiuno assoluto non supera mai 7 – 8 settimane di vita. Nel malato incurabile preagonico o con attesa di vita di pochi giorni o settimane, la NA non è di norma indicata: in tali pazienti è assente il senso della fame e della sete e l'intervento medico deve mirare prevalentemente ad eliminare o controllare i sintomi.....



Costituzione Italiana.

Articolo 32

La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti.

Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizioni di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.



Convenzione per la protezione dei Diritti dell'Uomo e della dignità dell'essere umano nei confronti dell'applicazioni della biologia e della medicina: Convenzione sui Diritti dell'Uomo e la biomedicina – Oviedo 4 aprile 1997.

Articolo 5 – Regola Generale

Un intervento nel campo della salute non può essere effettuato se non dopo che la persona interessata abbia dato consenso libero ed informato.

La persona interessata può, in qualsiasi momento, liberamente ritirare il proprio consenso.



Codice di Deontologia Medica (16 dicembre 2006).

Articolo 3 – Doveri del medico

Dovere del medico è la tutela della vita, della salute fisica e psichica dell'Uomo e il sollievo dalla sofferenza nel rispetto della libertà e della dignità della persona umana.....



Codice di Deontologia Medica (16 dicembre 2006).

Articolo 16 – Accanimento diagnostico-terapeutico

Il medico, anche tenendo conto delle volontà del paziente laddove espresse, deve astenersi dall'ostinazione in trattamenti diagnostici e terapeutici da cui non si possa fondatamente attendere un beneficio per la salute del malato e/o un miglioramento della qualità della vita



Codice di Deontologia Medica (16 dicembre 2006).

Articolo 39 – Assistenza al malato a prognosi infausta

In caso di malattie a prognosi sicuramente infausta o pervenute alla fase terminale, il medico deve improntare la sua opera ad atti e comportamenti idonei a risparmiare inutili sofferenze psichico-fisiche e fornendo al malato i trattamenti appropriati a tutela , per quanto possibile, della qualità di vita e della dignità della persona.

In caso di compromissione dello stato di coscienza, il medico deve proseguire nella terapia di sostegno vitale finché ritenuta ragionevolmente utile evitando ogni forma di accanimento terapeutico.



Codice di Deontologia Medica (16 dicembre 2006).

Articolo 53 – Rifiuto consapevole di nutrirsi

Quando una persona rifiuta volontariamente di nutrirsi, il medico ha il dovere di informarla sulle gravi conseguenze che un digiuno protratto può comportare sulle sue condizioni di salute. Se la persona è consapevole delle possibili conseguenze della propria decisione, il medico non deve assumere iniziative costrittive né collaborare a manovre coattive di nutrizione artificiale nei confronti della medesima, pur continuando ad assisterla.



Esistono posizioni differenti sulla definizione della idratazione e nutrizione artificiale e sul loro ruolo al termine della vita



Sacralità della vita (*Sanctity-of-Life-Position*):

- La Nutrizione Artificiale è una misura ordinaria di assistenza.
- Deve essere assicurata sempre, indipendentemente dalla presenza o meno degli stimoli della fame e della sete, dall'aspettativa di vita, dall'impatto sulla qualità di vita e dalla volontà presente o precedentemente espressa dal paziente.

“Posizione che considera la vita un bene inviolabile, con una sua dignità intrinseca, indipendente dallo stato di coscienza e dalla capacità di interagire con gli altri”



Qualità della vita (*Quality-of-Life-Position*):

- La Nutrizione Artificiale è un trattamento medico.
- Diventa accanimento terapeutico se mantiene una vita che ha un carico di sofferenza o di passività superiori alla gioia ed alla speranza.

“La vita è degna di essere vissuta se vi è coscienza di sé e capacità di interagire con gli altri”



Rispetto del diritto del paziente all'autodeterminazione *(Etica della Comunicazione)*:

- La Nutrizione Artificiale è un trattamento medico.
- La scelta se iniziare e/o proseguire un trattamento di Nutrizione Artificiale è legittimata dal rapporto medico-paziente.

“Il paziente è al centro del processo decisionale”



Idratazione e Nutrizione Artificiale nella Pratica Clinica:

Non esistono dati certi che possano indicarci quando un trattamento di Idratazione e Nutrizione Artificiale sia veramente benefico in un paziente oncologico terminale.

Spesso è arduo stabilire la prognosi di ogni singolo paziente, tanto più che un trattamento di Idratazione e Nutrizione Artificiale potrebbe modificarla.

Inoltre la proposta di non iniziare o sospendere un trattamento di Nutrizione Artificiale può essere interpretata dal paziente come la perdita di ogni residuo di speranza.



Idratazione Artificiale nel paziente oncologico terminale

A favore

- Il supporto idroelettrolitico rende più confortevole per il paziente la fase terminale.
- La disidratazione è causa frequente di confusione mentale, agitazione, irritabilità muscolare.
- No esistono evidenze in letteratura che il reintegro idroelettrolitico sia in grado di prolungare la vita e quindi la sofferenza del paziente terminale.
- Se è raccomandato idratare i pazienti per os in risposta allo stimolo della sete, altrettanto lo dovrebbe essere per via parenterale.
- La prognosi infausta del paziente non deve limitare gli interventi a favore di una qualità della vita anche nelle fasi terminalissime.
- Il reintegro idroelettrolitico parenterale rappresenta in ogni caso un minimo impegno assistenziale.
- Sospendere l'idratazione parenterale potrebbe determinare la sospensione di trattamenti palliativi concomitanti.

Contro

- L'iperidratazione nel morente può comportare dispnea fino all'edema polmonare.
- La sintomatologia della fase terminale è attenuata nella fase del coma.
- Il supporto parenterale può prolungare la fase agonica.
- La contrazione della diuresi rende più agevole l'igiene del paziente e la raccolta delle urine.
- La disidratazione, riducendo le secrezioni gastriche ed intestinali, riduce la nausea ed il vomito nella fase terminale.
- La disidratazione, riducendo le secrezioni dell'apparato respiratorio, riduce l'incidenza della tosse e del rantolo.
- E' ridotta l'incidenza degli edemi e della ascite.
- Esistono dati che provano l'effetto antalgico ed ansiolitico della disidratazione attraverso la produzione di endorfine.
- Il supporto parenterale è disagiata per il paziente limitandone ulteriormente la già compromessa autonomia.



Idratazione e Nutrizione Artificiale nella Pratica Clinica :

- Analizzare la situazione
- Fissare l'obiettivo
- Decidere la strategia
- Rivalutare quotidianamente



Idratazione e Nutrizione Artificiale nella Pratica Clinica :

- Analizzare la situazione (medico)

- Età
- Malattie concomitanti
- Tipo di neoplasia
- Velocità di progressione
- Sintomatologia legata alla disidratazione ed alla malnutrizione
- Aspettativa di vita
- Stato nutrizionale
- Ipo o afagia
- Funzionalità del tubo digerente
- Volontà del paziente di intraprendere misure atte a contrastare il deperimento e la disidratazione
- Disponibilità di assistenza sul territorio ed a domicilio



Idratazione e Nutrizione Artificiale nella Pratica Clinica :

- Fissare l'obiettivo (alleanza medico-paziente)
 - Qualità di vita
 - Quantità di vita



Idratazione e Nutrizione Artificiale nella Pratica Clinica :

- Decidere la strategia (alleanza medico-paziente)
 - Stima dei fabbisogni idroelettrolitici e proteico-energetici
 - Algoritmo decisionale sul trattamento idroelettrolitico e nutrizionale



Idratazione e Nutrizione Artificiale nella Pratica Clinica :

- Rivalutare quotidianamente (alleanza medico-paziente)
 - Rivalutazione della strategia in base agli obiettivi fissati chiaramente nella fase decisionale



Conclusioni

- Sia per la idratazione che per la nutrizione artificiale nel paziente terminale non esistono “gold standards”
- Al centro del processo decisionale va comunque posto il paziente
- La nutrizione artificiale non va praticata nel morente
- L'idratazione artificiale deve essere proposta quando i probabili vantaggi superano i possibili svantaggi

.....In conclusion, when clinicians, in their everyday practice, face an aphagic incurable cancer patient, they should not deny HTPN simply because it is not recognized as an evidence-based treatment, neither should they consider aphagia per se as an absolute indication for HTPN, but should tailor any decision to the individual patient.....

(Bozzetti F.)

“L’Idratazione e la Nutrizione Artificiali diventano accanimento quando, senza migliorare la qualità della vita e lenire la sofferenza, prolungano il processo naturale della morte ”

(Capuano G. – Selinunte 2009)

Grazie per la vostra attenzione

giorgio.capuano@fastwebnet.it

www.nutrizioneoncologia.it