

ASSISTENZA INFERMIERISTICA AL PAZIENTE DEMENTE



COMO – Centro Cardinal Ferrari
2 dicembre 2011

Dottor Cosimo PRETE

SUMMARY

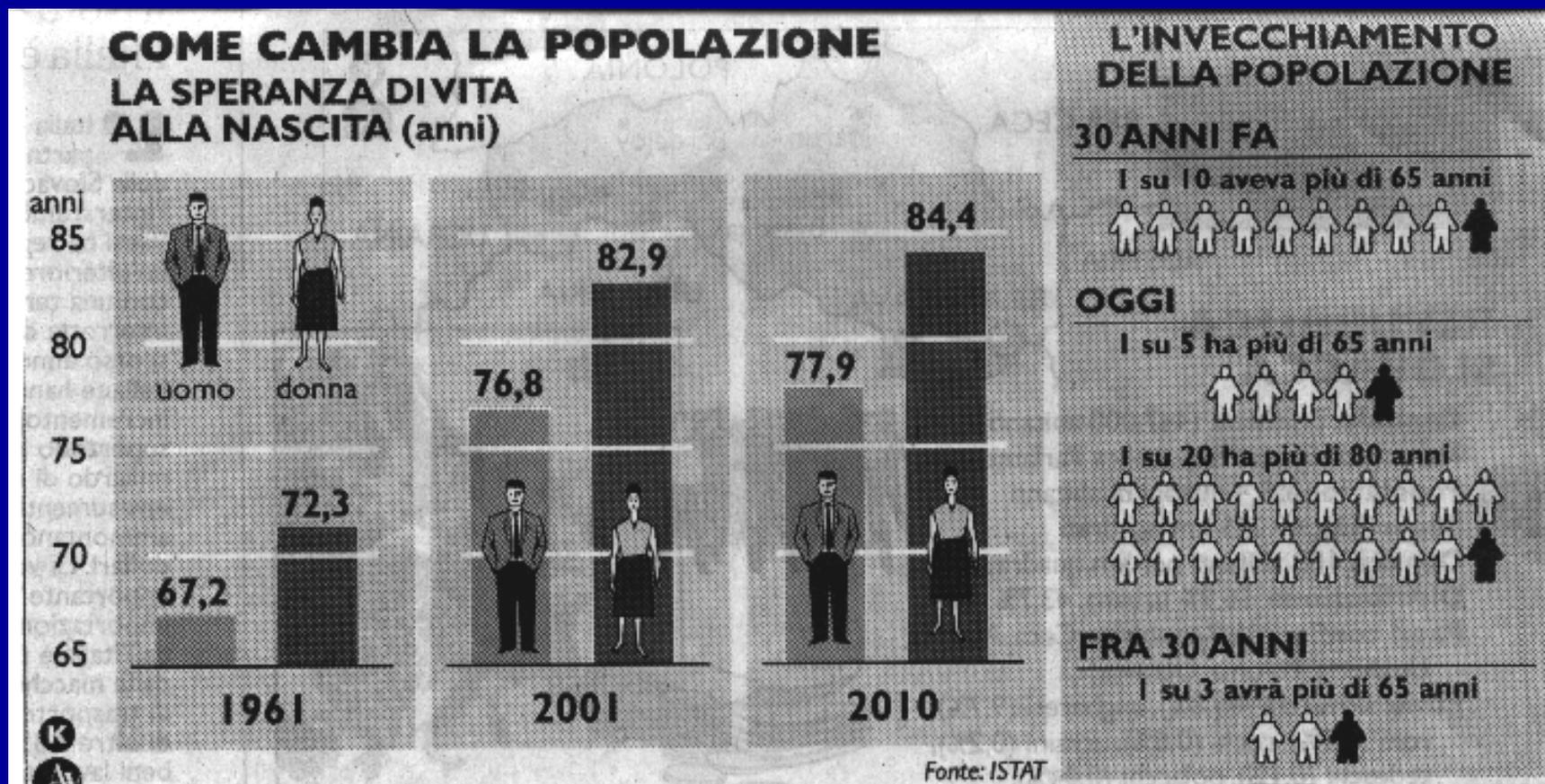
- la dimensione del problema
- definizione di demenza
- le demenze
- le cause delle demenze
- La diagnosi
- i disturbi del comportamento
- la terapia medica
- aspetti sociali correlati alla demenza

SUMMARY

- **la dimensione del problema**
- definizione di demenza
- le demenze
- le cause delle demenze
- La diagnosi
- i disturbi del comportamento
- la terapia medica
- aspetti sociali correlati alla demenza



Invecchiamento della popolazione (proiezione del 2003)



L'invecchiamento dell'Italia

Le stime dell'Istat che anticipano i principali indicatori demografici del 2005

ITALIANI OVER 65



MINORENNI



NUMERO MEDIO DI FIGLI



REGIONI PIÙ LONGEVE

Età media

		Donne	Uomini
1 ^a	Marche	78,6	84,7
2 ^a	Trentino A.A.	78,2	84,1
3 ^a	Toscana	78,4	84
...			
18 ^a	Lazio	77,5	82,7
19 ^a	Sicilia	77,3	82,3
20 ^a	Campania	76,1	81,8
MEDIA ITALIA		77,6	83,2

LA POPOLAZIONE INVECCHIA, I GIOVANI DIMINUISCONO

I Paesi più vecchi dell'Unione Europea

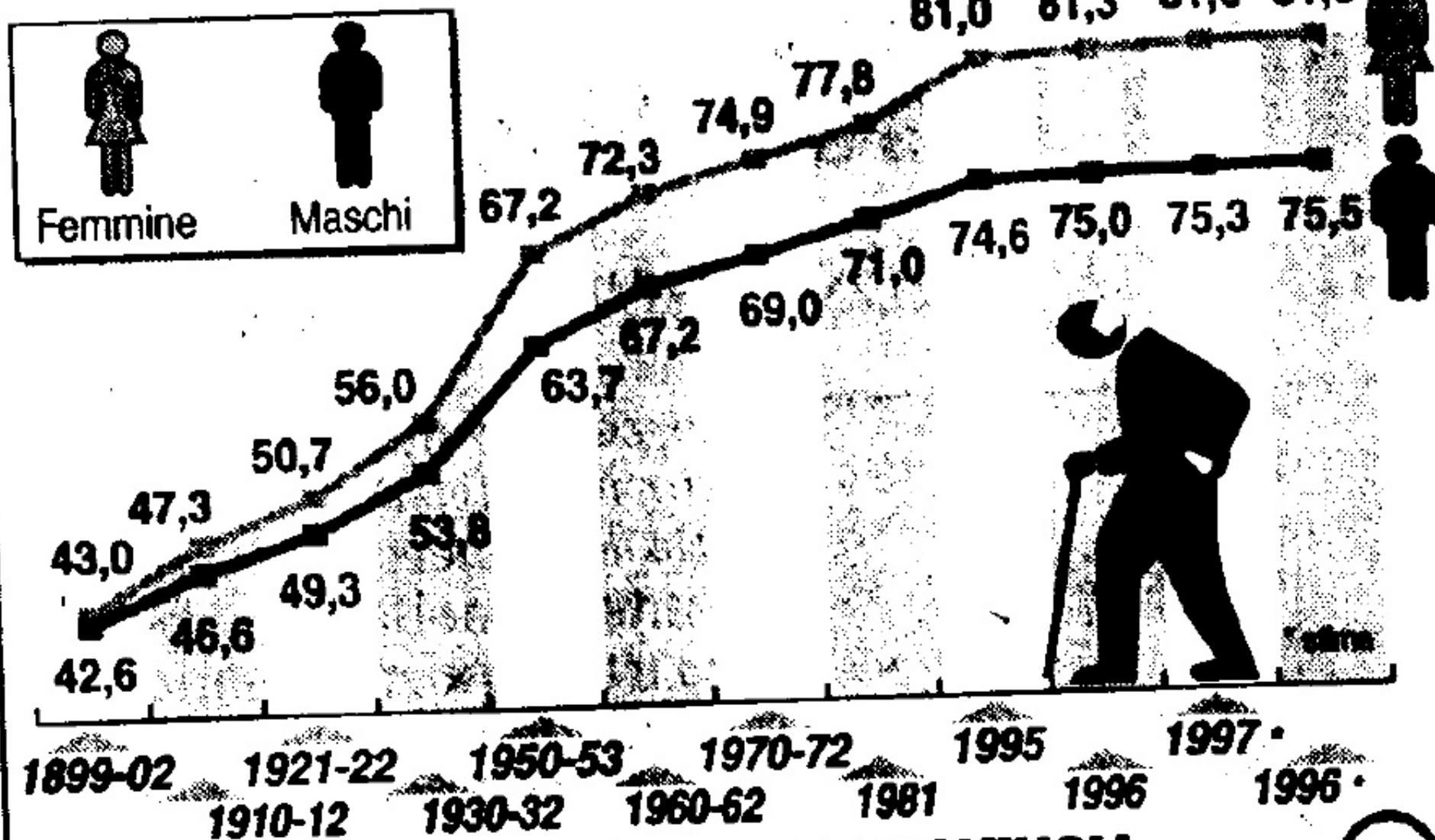
	over 65 % 2006	over 65 % 2015	under 15 % 2006	under 15 % 2015
Italia	19,7	22,1	14,1	13,2
Finlandia	15,7	20,3	17,5	15,8
Svezia	17,1	20,4	17,7	16,4
Germania	18,8	20,9	14,4	12,9
Grecia	18,3	19,9	14,3	13,7

I Paesi più vecchi nel mondo

Giappone	19,7	26,2	13,9	12,5
Italia	19,7	22,1	14,1	13,2
Germania	18,8	20,9	14,4	12,9
Grecia	18,3	19,9	14,3	13,7
Bulgaria	17,2	19,2	13,8	13,5

Fonte: Human Development Report 2007/2008

EVOLUZIONE DELLA VITA MEDIA IN ITALIA DALL'INIZIO DEL SECOLO AD OGGI



La popolazione italiana

I NUMERI

61.073.000
 Residenti
 al 1° gennaio 2009

576.000
 Le nascite
 nel 2008

15,3%
 I nati da
 madri straniere

280.000
 I decessi
 nel 2008

Fonte: Istat

GLI STRANIERI

3.900.000
 Residenti
 al 1° gennaio 2009

Le cittadinanze prevalenti
772.000
 Romeni

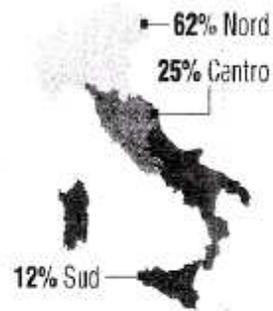
438.000
 Albanesi

401.000
 Marocchini

40% delle presenze

6,5%
 Del totale
 della popolazione

Dove vivono



L'ETÀ

20,1%
 Più di
 65 anni



65,9%
 15-64 anni

LA SPERANZA DI VITA

	Uomini	Donne
2001	77,0	82,8
2008	78,8	84,1

I FIGLI

	Numero medio per donna
1995	1,19
2008	1,41

	Età media del parto
1995	29,8
2008	31,5

ANISA-CENTIMETRI

[I NUMERI]

60

Nel 2008, per la prima volta e soprattutto grazie agli stranieri, la popolazione residente in Italia ha superato i 60 milioni.

50

Sono occorsi 50 anni (dal 1959) per il passaggio della popolazione da 50 a 60 milioni. Soltanto 33, invece, ne occorsero per il passaggio da 40 a 50 milioni, realizzati nel periodo 1926-1959, e appena 30 anni per il passaggio da 30 a 40 milioni, avvenuto tra il 1896 e il 1926.

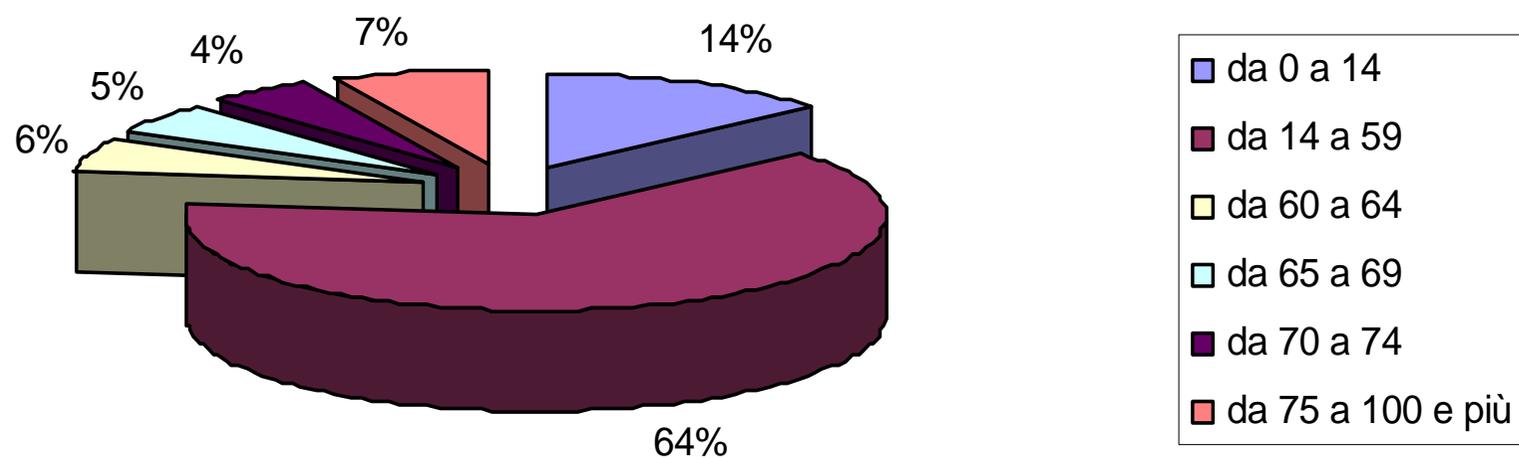
POPOLAZIONE RESIDENTE IN PROVINCIA DI COMO



AL PRIMO GENNAIO **2001:**

539.472

POPOLAZIONE RESIDENTE IN PROVINCIA DI COMO SUDDIVISA PER FASCE DI ETA'



**POPOLAZIONE ANZIANA
(ULTRASESSANTACINQUENNI)
NELLA PROVINCIA DI COMO
AL PRIMO GENNAIO 2001:**

92.716



**PARI AL:
17,186%**

DELL'INTERA POPOLAZIONE

POPOLAZIONE RESIDENTE NELLA PROVINCIA DI COMO PER FASCIA DI ETA' (AL PRIMO GENNAIO 2001)

ETA'	ABITANTI	%
da 0 a 14 anni	73.470	13,618
da 14 a 59 anni	340.071	63,037
da 60 a 64 anni	33.215	6,156
da 65 a 69 anni	29.025	5,380
da 70 a 74 anni	24.038	4,475
da 75 in su	39.653	7,350

Como è una città che invecchia, ..

.. e che invecchia rapidamente

L'indice di
vecchiaia a Como
è pari a:

17.898 over 65
9.565 under 14

NEL 1999

Ultra 70enni soli

188,07

(228,98 Como centro)

Italia: 124,8

nel 1951 era pari a: **60**



INDICE DI VECCHIAIA:

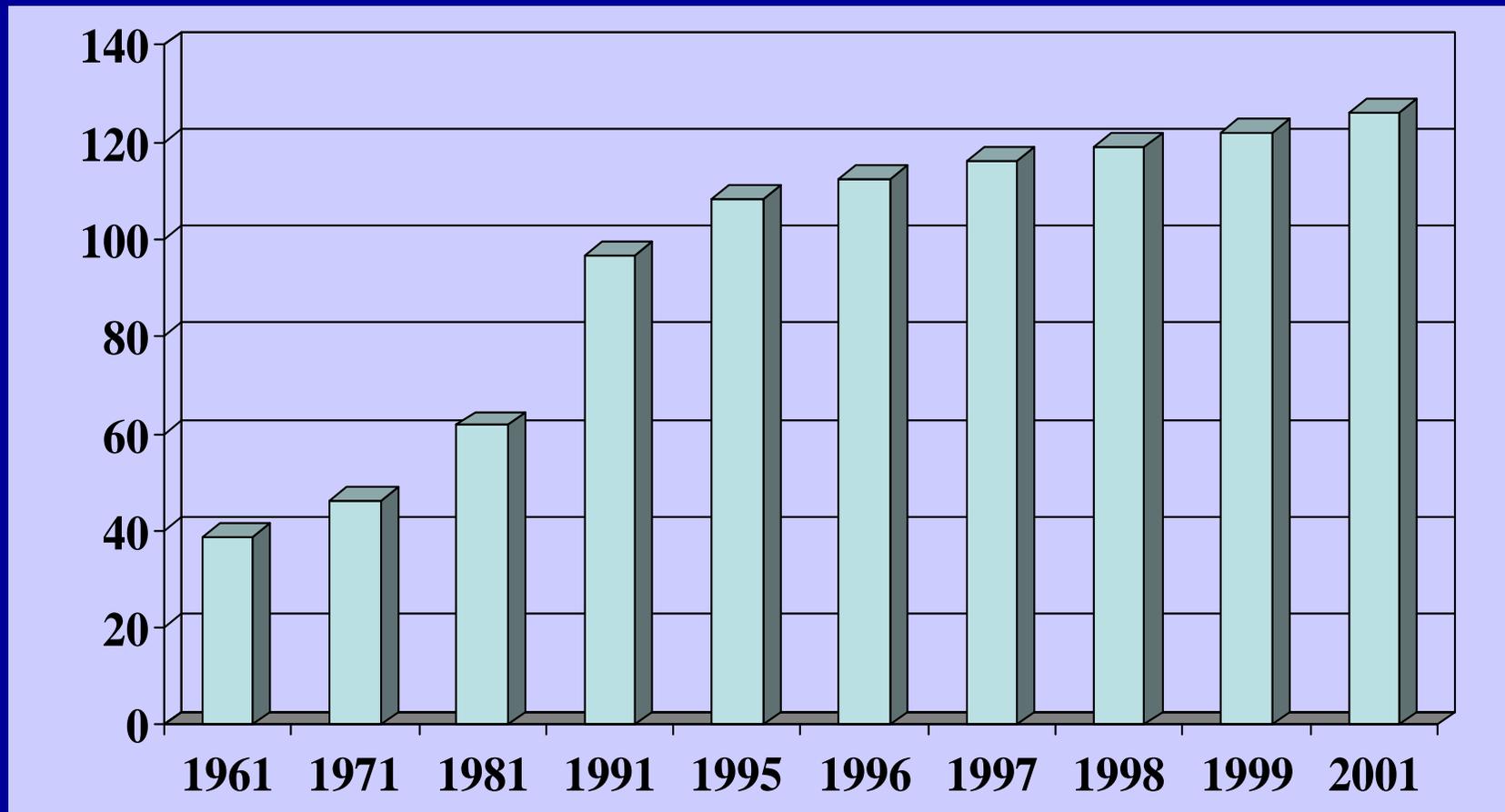
**RAPPORTO TRA ANZIANI
ULTRASESSANTACINQUENNI
E GIOVANI FINO A 14 ANNI**



INDICE DI VECCHIAIA

	IN ITALIA	PROV. DI COMO	CITTA' DI COMO
nel 1999	124,8	122	188
nel 2002	?	?	190
nel 2009	143	?	?

INDICE DI VECCHIAIA provincia di Como



Ferri CP, Prince M, Brayne C, Brodaty H, Fratiglioni L, Ganguli M, Hall K, Hasegawa K, Hendrie H, Huang Y, Jorm A, Mathers C, Menezes PR, Rimmer E, Scazufca M; Alzheimer's Disease International.

Lancet 2005; 366(9503):2112-7.

Section of Epidemiology, Institute of Psychiatry, King's College, London, UK.

Le indagini epidemiologiche ben disegnate e rappresentative sono scarse in molte regioni. Gli Autori stimano che 24,3 milioni di persone siano oggi affette da demenza, con 4,6 milioni di nuovi casi di demenza ogni anno (un nuovo caso ogni 7 secondi). Il numero di persone colpite raddoppierà ogni 20 anni, fino a raggiungere 81,1 milioni nel 2040. La maggior parte dei malati di demenza vive nei paesi in via di sviluppo (60% nel 2001, 71% nel 2040). I tassi di aumento non sono uniformi; la previsione di aumento nei paesi sviluppati è del 100% tra il 2001 e il 2040, ma è di oltre il 300% in India, Cina, regioni dell'Asia del sud e del Pacifico occidentale.

Comunicato n° 91

del 29 marzo 2002

Ministero della Salute

UFFICIO STAMPA

Insediate la Commissione Alzheimer

In Italia sono circa 360 mila i malati di Alzheimer, circa il 53% di tutte le demenze che riguardano 680 mila persone. Secondo un recente studio del CNR, ogni anno in Italia si riscontrano 150.000 nuovi casi di demenza tra la popolazione anziana; tra questi, 80.000 sono malati di Alzheimer. Con l'attuale andamento demografico e il conseguente invecchiamento della popolazione si stima che nel 2020 i nuovi casi di demenza potrebbero essere 213 mila, di cui 113 mila attribuibili dell'Alzheimer.

I dati relativi alla prevalenza della demenza riportati negli studi condotti in diversi paesi industrializzati indicano tassi abbastanza comparabili, che oscillano intorno al 5% nei soggetti di età superiore ai 65 anni con valori che vanno dal 3,4% al 6,7%. La prevalenza raddoppia approssimativamente ogni 5 anni di età, almeno tra i 65 e gli 85 anni. La prevalenza per classi di età è dell'1% nei soggetti di età compresa fra i 65 e i 69 anni e arriva al 40% nel gruppo di età tra gli 85 e gli 89 anni.

2005

Sono circa 600.000 i malati affetti da demenza di Alzheimer in Italia, l'1% dei 65enni e il 30% degli 80enni. Ogni anno sono 60-80.000 i nuovi casi di questa malattia.

Malattia di
Alzheimer

LA SITUAZIONE IN ITALIA



- In Italia si stima che il 5% degli over 65 sia affetto da demenza conclamata
- In pratica circa 500.000 persone
- La demenza di Alzheimer si trova all'origine di circa il 60-75% dei casi di demenza

Malattia di
Alzheimer

ASPETTI EPIDEMIOLOGICI DELLA DEMENZA DI ALZHEIMER

- Tra i 65-70 anni di età i dementi conclamati sono il **2,3% della popolazione**
- Tra i 70-75 anni di età i dementi conclamati sono il **2,8% della popolazione**
- Tra i 75-80 anni di età i dementi conclamati sono il **5,5% della popolazione**
- Dopo gli 80 anni di età costituiscono più del **20% della popolazione**
- **I DEMENTI CONCLAMATI SONO, NELLE VARIE CASISTICHE, IL 5-10% DELLA POPOLAZIONE OVER 65**

SUMMARY

- la dimensione del problema
- **definizione di demenza**
- le demenze
- le cause delle demenze
- La diagnosi
- i disturbi del comportamento
- la terapia medica
- aspetti sociali correlati alla demenza

La demenza

La demenza e' una sindrome clinica caratterizzata da deficit della memoria a breve e lungo termine, da deficit del pensiero astratto e della capacita' di giudizio, da deterioramento delle altre funzioni cognitive e/o da modificazioni della personalita', su base organica.

La demenza

Disturbo delle funzioni cognitive, acquisito e di natura organica, caratterizzato da compromissione della memoria e di almeno un'altra funzione cognitiva, in assenza di alterazioni della coscienza e con significativa interferenza con le attività lavorative o sociali.

La demenza - definizione (DSM-IV, ICD-10)

La demenza consiste nella compromissione globale delle funzioni cosiddette corticali (o nervose) superiori, compresa la memoria, la capacità di far fronte alle richieste del quotidiano e di svolgere le prestazioni percettive e motorie già acquisite in precedenza, di mantenere un comportamento sociale adeguato alle circostanze e di controllare le proprie reazioni emotive: tutto ciò in assenza di compromissione dello stato di vigilanza. La condizione è spesso irreversibile e progressiva.

La demenza

La demenza è una delle sindromi neurologiche di più frequente osservazione. Sebbene fattori eziologici specifici possano provocare demenza in qualunque età della vita, essa si osserva prevalentemente nell'anziano.

La demenza

L'incidenza della demenza nelle femmine è costantemente più alta rispetto ai maschi in tutte le classi di età.

Malattia di
Alzheimer

CAUSE DI DEMENZA

(Simon et Al., 1989)

1. REVERSIBILI

- Idrocefalo normoteso
- Tumori cerebrali
- Ipotiroidismo
- Deficienza di Vit. B₁₂

2. NON REVERSIBILI MA PARZIALMENTE SUSCETTIBILI DI TRATTAMENTO

- Alcolismo
- Encefalopatia multinfartuale
- Neurolue
- Parkinsonismi
- Malattia di Huntington

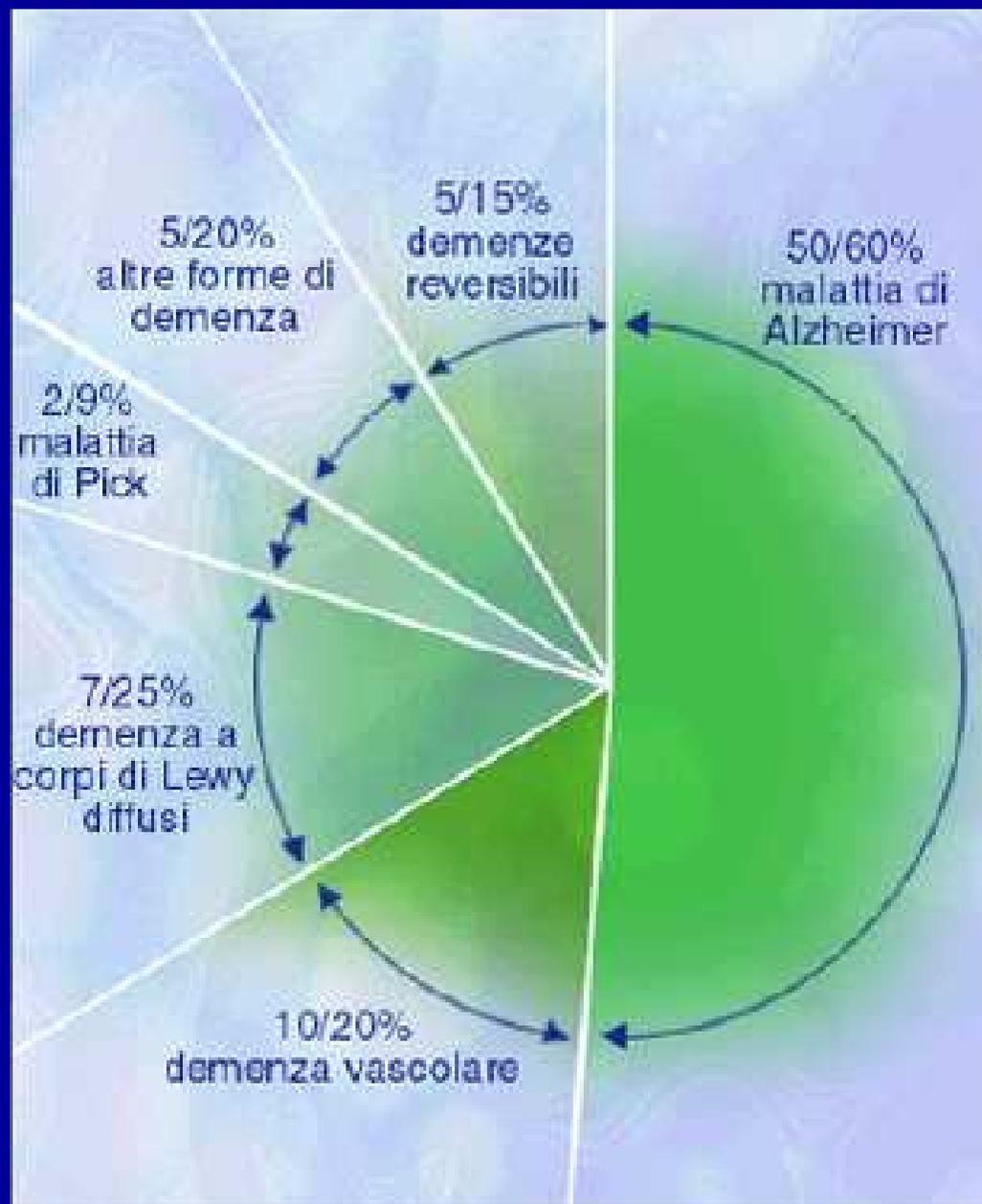
3. NON REVERSIBILI E NON TRATTABILI

- Alzheimer, Pick
- Encefalopatia post-encefalitica, post-traumatica, post-anossica
- Malattia di Creutzfeldt-Jacob
- Associata a S.L.A.

Le demenze

Rispetto alle cause, la malattia di Alzheimer e la demenza vascolare risultano le cause più frequenti.

Le demenze



La malattia di Alzheimer

E' una demenza di origine neurodegenerativa,
a carattere progressivo e irreversibile

Malattia di
Alzheimer

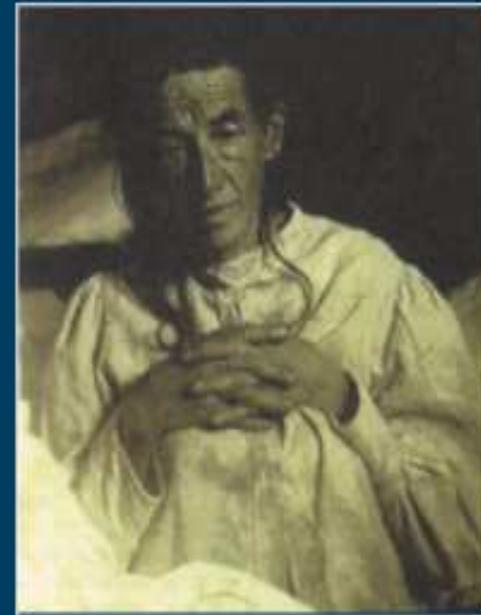
MALATTIA DI ALZHEIMER: TAPPE STORICHE

- | | |
|------------------|---|
| 1907 | Prima descrizione della malattia |
| 1910-1970 | Periodo buio |
| 1974 | Introduzione TAC cerebrale |
| 1984 | Scoperta origine amiloidea delle placche senili |
| 1986 | Apprezzamento del peso epidemiologico |
| 1993 | Scoperta origine genetica a carico APOE |
| Anni '90 | Introduzione inibitori colinesterasi |

Malattia di
Alzheimer

IL 1° CASO DI ALZHEIMER 1907

- Donna di 51 anni
- Accessi inconsueti di gelosia
- Deficit della memoria
- Delirio di persecuzione



Auguste D., 51 anni,
fotografata nel novembre 1902; la prima paziente
cui il neurologo tedesco diagnosticò la demenza
presente che poi prese il suo nome.

In seguito all'ospedalizzazione la donna peggiorò sino alla perdita dell'orientamento spaziale, temporale e della cura di se stessa.

Malattia di
Alzheimer

IL 1° CASO DI ALZHEIMER 1907

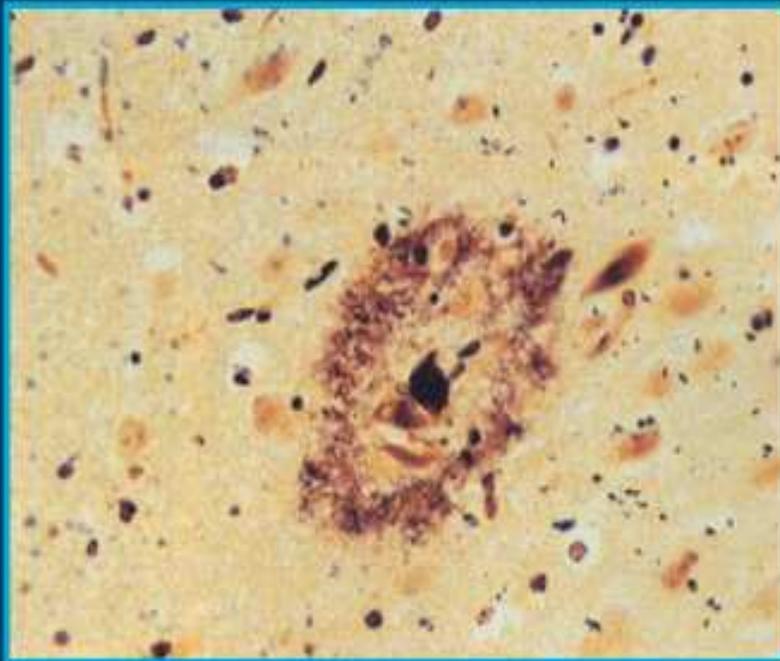
Nel periodo antecedente alla morte
giaceva nel letto in posizione fetale
senza controllo degli sfinteri e con
totale incapacità di relazione.
Il decorso totale durò 4 anni e mezzo.

Malattia di
Alzheimer

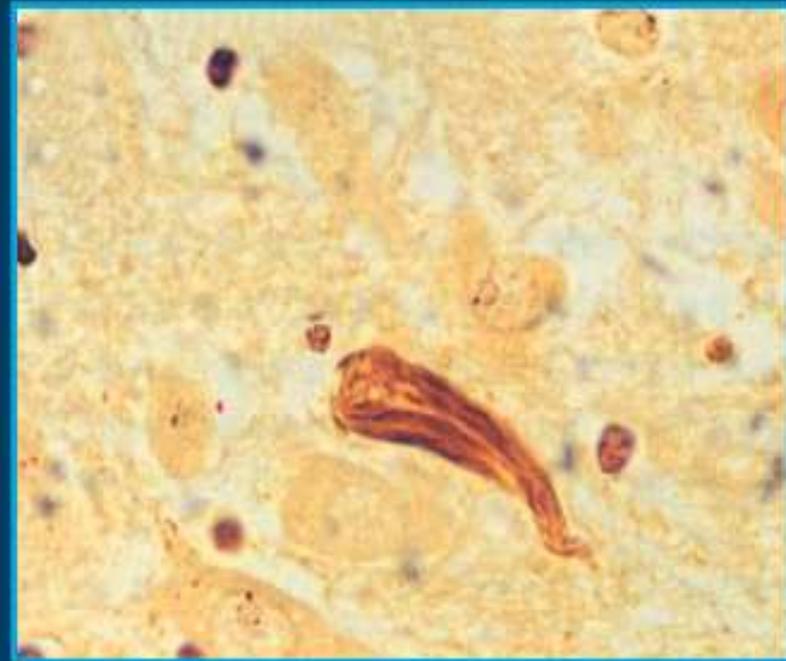
All'indagine microscopica post-autoptica Alois Alzheimer descrisse un quadro peculiare caratterizzato da una **rarefazione neuronale** della corteccia con presenza di placche e gomitoli di neurofibrille.
Attribuì il tutto ad un alterato metabolismo neuronale.

Malattia di
Alzheimer

ASPETTI NEUROPATOLOGICI DELLA MALATTIA DI ALZHEIMER



a) Placche neuritiche con nucleo amiloide



b) Gomitolo neurofibrillare di filamenti elicoidali a coppie

SUMMARY

- la dimensione del problema
- definizione di demenza
- le demenze
- **le cause delle demenze**
- La diagnosi
- i disturbi del comportamento
- la terapia medica
- aspetti sociali correlati alla demenza

Le cause della m. di Alzheimer

le cause della malattia di Alzheimer sono ancora poco note.

Le cause della m. di Alzheimer

IPOTESI GENETICA

Le cause della m. di Alzheimer

IOTESI GENETICA

IOTESI TOSSICOLOGICA

Le cause della m. di Alzheimer

IOTESI GENETICA

IOTESI TOSSICOLOGICA

IOTESI VIRALE

Le cause della m. di Alzheimer

IOTESI GENETICA

IOTESI TOSSICOLOGICA

IOTESI VIRALE

IOTESI IMMUNOLOGICA

La malattia di Alzheimer



demenza vascolare

Nella letteratura medica della prima metà del XX secolo l'arteriosclerosi cerebrale era considerata una delle più comuni cause di demenza. L'inesattezza di tale attribuzione eziologica fu rilevata da una serie di studi che non dimostrarono alcuna differenza significativa nel grado di arteriosclerosi dei vasi cerebrali in anziani dementi e non dementi. In seguito apparve chiaro che la malattia cerebrovascolare poteva essere causa di decadimento mentale non tanto attraverso la stenosi e/o occlusione dei vasi arteriosi cerebrali di per sé, quanto tramite gli infarti che tali modificazioni vascolari possono concorrere a determinare. Sottolineando il ruolo degli infarti nell'associazione fra malattia cerebrovascolare e demenza, venne proposto il termine di demenza multi-infartuale.

demenza vascolare

L'osservazione che quadri di demenza su base vascolare possono, sia pur raramente, realizzarsi al di fuori della arteriosclerosi cerebrale mediante alterazioni patologiche non di tipo multi-infartuale (ad esempio malformazioni arterovenose, avvelenamento da ossido di carbonio), ha portato recentemente all'affermarsi del termine di demenza vascolare, comprensivo di tali varianti.

Nei casi di demenza vascolare il quadro patologico più frequente è costituito da molteplici piccoli infarti profondi, denominati lacune, disseminati nei gangli della base e nella sostanza bianca dei centri semiovali. Tale condizione si riscontra quasi costantemente in soggetti con storia di ipertensione arteriosa ed appare sostenuta principalmente da una caratteristica alterazione delle pareti delle piccole arterie cerebrali denominata sclero-ialinosi. Agli infarti lacunari si associano spesso aree estese di degenerazione della sostanza bianca periventricolare, considerate infarti incompleti.

SUMMARY

- la dimensione del problema
- definizione di demenza
- le demenze
- le cause delle demenze
- **La diagnosi**
- i disturbi del comportamento
- la terapia medica
- aspetti sociali correlati alla demenza

la diagnosi della m. di Alzheimer

what has emerged over the past three decades is the potential to monitor people at high risk for Alzheimer's disease with biomarker profiles and brain imaging.

THE LANCET – Vol 377 April 30, 2011

la diagnosi della m. di Alzheimer

These studies have led to accumulating evidence that the neurodegenerative phase of Alzheimer's disease starts, perhaps, more than a decade before clinical symptoms of mild cognitive impairment emerge.

THE LANCET – Vol 377 April 30, 2011

la diagnosi della m. di Alzheimer

This emerging understanding of Alzheimer's disease as a continuum, from early neurodegenerative changes in symptom-free individuals to manifest clinical symptoms and Alzheimer dementia, has led to a need to redefine the criteria for diagnosis from the version published in 1984 by the Alzheimer's Association and the National Institutes of Health published these new criteria and guidelines on April 19.



Introduction to the recommendations from the National Institute on Aging and the Alzheimer's Association workgroup on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease

Clifford R. Jack, Jr.,^{a,*} Marilyn S. Albert^b, David S. Knopman^a, Guy M. McKhann^b,
Reisa A. Sperling^c, Maria C. Carrillo^d, Bill Thies^d, Creighton H. Phelps^e

^a*Department of Radiology, Mayo Clinic, Rochester, MN, USA*

^b*Department of Neurology, Johns Hopkins University School of Medicine, Baltimore, MD, USA*

^c*Center for Alzheimer Research and Treatment, Brigham and Women's Hospital, Massachusetts General Hospital, Harvard Medical School, Boston, MA, USA*

^d*Alzheimer's Association, Chicago, IL, USA*

^e*Division of Neurosciences, National Institute on Aging, Bethesda, MD, USA*

la diagnosi della m. di Alzheimer

For the first time, these guidelines postulate three stages of the disease with a continuum between and within each stage.

THE LANCET – Vol 377 April 30, 2011

la diagnosi della m. di Alzheimer

The first stage is a preclinical phase, which might last a decade or more. In this phase there is evidence of abnormal biomarker patterns, such as low amyloid- β 42 in cerebrospinal fluid or increased amyloid tracer retention on PET, or, at a later stage, evidence of neuronal degeneration on injury, but without signs of cognitive impairment.

THE LANCET – Vol 377 April 30, 2011

la diagnosi della m. di Alzheimer

There is currently no value in making a clinical diagnosis at this stage because people in this phase might not progress to dementia in their lifetime.

THE LANCET – Vol 377 April 30, 2011

la diagnosi della m. di Alzheimer

The second stage is characterised by mild cognitive impairment due to Alzheimer's disease, in which additional biomarkers and imaging technology might help to increase the probability of the underlying diagnosis, although the main diagnosis is made clinically and by exclusion of other causes.

THE LANCET – Vol 377 April 30, 2011

la diagnosi della m. di Alzheimer

The third stage is Alzheimer's dementia.

THE LANCET – Vol 377 April 30, 2011

la diagnosi della malattia di Alzheimer

R.A. Sperling et Al. / Alzheimer's & Dementia (2011) 1-13

Stage 1

Asymptomatic amyloidosis

- High PET amyloid tracer retention
- Low CSF $A\beta_{1-42}$

Stage 2

Amyloidosis + Neurodegeneration

- Neuronal dysfunction on FDG-PET/fMRI
- High CSF tau/p-tau
- Cortical thinning/Hippocampal atrophy on sMRI

Stage 3

Amyloidosis + Neurodegeneration + Subtle Cognitive Decline

- Evidence of subtle change from baseline level of cognition
- Poor performance on more challenging cognitive tests
- Does not yet meet criteria for MCI

MCI → AD dementia

la diagnosi della m. di Alzheimer

There is, however, palpable excitement about possible future use to predict stages of pathophysiological progression and the use of biomarkers in clinical trials as potential surrogate endpoints in a disease where clinical symptoms might herald irreversible damage. If Alzheimer's dementia could be prevented by modifying lipid levels with statins, this new conceptual framework might mark an important turning point in Alzheimer's research.

la diagnosi della m. di Alzheimer

The main advance of these guidelines is to focus and accelerate research rather than guide clinical practice

THE LANCET – Vol 377 April 30, 2011

SUMMARY

- la dimensione del problema
- definizione di demenza
- le demenze
- le cause delle demenze
- La diagnosi
- **i disturbi del comportamento**
- la terapia medica
- aspetti sociali correlati alla demenza

COSA INTENDIAMO PER DISTURBI DEL COMPORAMENTO?



POSSIAMO DIFFERENZIARLO IN TRE TIPI:

COMPORAMENTO AGGRESSIVO:

picchiare, dare calci, spingere, graffiare, strappare,
bestemmiare, afferrare mordere, sputare.

COMPORAMENTO FISICO NON ADEGUATO NON AGGRESSIVO:

Battere ritmicamente le spondine del letto, svestirsi e
rivestirsi, manierismi ripetuti (movimenti anancastici),
comportamento di fuga.

COMPORAMENTO VERBALE INADEGUATO AGITATO:

Lamentarsi, costante richiesta di attenzione, negativismo,
urlare.



COME COMPORTARCI?



**COME
COMPORTARCI?**

**QUALI STRUMENTI
ABBIAMO A
DISPOSIZIONE?**



L'approccio comportamentale



L'approccio
comportamentale

L'approccio
farmacologico



L'approccio
comportamentale

L'approccio
farmacologico

I mezzi di contenzione



Prima di considerare questi
tre aspetti è opportuna
qualche riflessione sulle
principali cause di questi
disturbi



Infatti, anche se le manifestazioni delle alterazioni comportamentali sono facilmente identificabili nei pazienti anziani, le loro cause possono non essere chiare.

E' necessaria un'accurata valutazione diagnostica, in particolare per differenziare la demenza e il delirium, prima di iniziare un eventuale trattamento.



L'esordio del delirium, a differenza di quello della demenza, è solitamente rapido e si manifesta con fluttuazioni della coscienza fino a marcata confusione, disorientamento e riduzione della memoria. Spesso è presente un pensiero delirante, frequentemente paranoide, come anche allucinazioni visive, tattili e uditive.



Il comportamento che accompagna il delirium è caratterizzato da estrema irrequietezza o agitazione motoria, irritabilità e aggressività, e non risponde al ragionamento o alla rassicurazione.



Il delirium può essere la conseguenza dell'insorgenza acuta di una nuova affezione medica o del peggioramento di una malattia cronica preesistente, di reazioni o interazioni di farmaci, della febbre o di traumi.



Pertanto, quando un anziano diventa confuso e/o agitato in maniera improvvisa, si devono sempre considerare tutte queste condizioni.



Alcune malattie comuni negli individui anziani, infatti, come lo scompenso cardiaco congestizio o una polmonite possono determinare un delirium.



ANCHE LA DISIDRATAZIONE E'
FREQUENTE CAUSA DI
DELIRIUM.



Alla luce di quanto detto, si può facilmente sottolineare l'importanza di prevenire questa condizione controllando nella maniera più adeguata questi fattori scatenanti.



Dal momento però che spesso non è possibile fare tutto ciò, diventa necessario intraprendere strategie differenti.



L'obiettivo diventa quello di gestire in maniera ottimale la fase acuta della sintomatologia, prevenendo le possibili complicanze del delirium, quali la disidratazione, la malnutrizione e le lesioni che il paziente può provocare a sé o ad altri.



L'intervento in primo luogo è sull'ambiente. La stanza nella quale si trova il paziente deve essere tranquilla, costantemente illuminata, anche durante le ore notturne. Va assolutamente evitata la vicinanza di altri paziente agitati o in gravi condizioni cliniche. Una persona, possibilmente un familiare o un conoscente, dovrebbe essere costantemente presente per rassicurare ed assistere il paziente



Il ricorso a mezzi di contenzione fisica non ha un'efficacia dimostrata e può essere addirittura controproducente e pericoloso. Qualora si opti, di necessità, per questo tipo di intervento seguire molto rigorosamente le procedure in vigore (consenso dei familiari), usando materiali adeguati.



E' necessario sospendere, se non controindicato, tutti i farmaci potenzialmente capaci di interferire con le funzioni cognitive.

Cercare comunque di mantenere un idoneo stato di idratazione e di nutrizione del paziente.



Nonostante questi interventi, sono purtroppo frequenti i casi nei quali lo stato di agitazione psicomotoria è così marcato da rendere necessaria la somministrazione di farmaci in grado di controllare la sintomatologia.



MA ESISTONO DEI FARMACI IN
GRADO DI CONTROLLARE TALE
SINTOMATOLOGIA?



MA ESISTONO DEI FARMACI IN
GRADO DI CONTROLLARE TALE
SINTOMATOLOGIA .

?



MA ESISTONO DEI FARMACI IN
GRADO DI CONTROLLARE TALE
SINTOMATOLOGIA?

NON ESISTE UNA TERAPIA
SPECIFICA PER QUESTA
CONDIZIONE.

VEDIAMO COSA PROVARE AD
UTILIZZARE.



NEUROLETTICI TIPICI



ALOPERIDOLO.

E' il farmaco di scelta, sia per la sua elevata potenza che per la relativa scarsità di effetti anticolinergici, sedativi ed ipotensivi, particolarmente temibili nel soggetto anziano confuso.



ALOPERIDOLO.

Va utilizzato al minor dosaggio efficace e per il minor tempo possibile, dal momento che può determinare importanti sintomi extrapiramidali.

(discinesie – disturbi del tono muscolare – disturbi psichici)



ALOPERIDOLO.

L'uso per via parenterale è di solito preferito, in particolare quello intramuscolare, con una dose iniziale di 1mg, da ripetere eventualmente raddoppiata, dopo non meno di 20-30 minuti, fino ad un massimo di 6mg nel corso della giornata, monitorando i valori della pressione arteriosa.

Una volta che il quadro di agitazione è sotto controllo è possibile dimezzare la dose giornaliera, fino a sospendere il farmaco.



CLORPROMAZINA (Largactil).

E' una alternativa, abbastanza equivalente all'alooperidolo anche se potenzialmente più tossica poiché presenta un metabolismo più complesso con attività meno prevedibile a livello epatico ed intestinale.



CLORPROMAZINA.

Induce marcata sedazione, ipotensione ortostatica e sintomi anticolinergici. Ittero colestatico, disturbi della termoregolazione e crisi convulsive.

L'uso routinario non è molto consigliato.



PROMAZINA (Talofen).

Come clorpromazina induce marcata sedazione, ipotensione ortostatica e sintomi anticolinergici. Ittero colestatico, disturbi della termoregolazione e crisi convulsive.

L'uso routinario non è molto consigliato. Forse però più maneggevole di clorpromazina



PROMAZINA (Talofen).

POSOLOGIA.

NELL'ANZIANO: 10-30 gocce al giorno, fino ad un massimo di 25 gocce (50mg) X 4 volte al dì. Per via intramuscolare 1 (25mg), o meglio ½, fiala al dì (max tre fiale al dì)



NEUROLETTICI ATIPICI



RISPERIDONE.

Antipsicotico di più recente sintesi,
dotato di meno effetti collaterali di
tipo extrapiramidale.

Iniziare con 0,25mg- 0,5mg al dì.

Dose di riferimento: 1mg/die
(sospensione o compresse)



OLANZAPINA.

Antipsicotico di più recente sintesi,
dotato di meno effetti collaterali di
tipo extrapiramidale.

Iniziare con 2,5mg- 5mg al dì.

Dose di riferimento: 5-10mg/die
(compresse, anche orodispersibili)



QUETIAPINA.

Antipsicotico di più recente sintesi,
dotato di meno effetti collaterali di
tipo extrapiramidale.

Iniziare con 25mg- 50mg al dì.

Dose di riferimento: 50mg/die
(compresse)



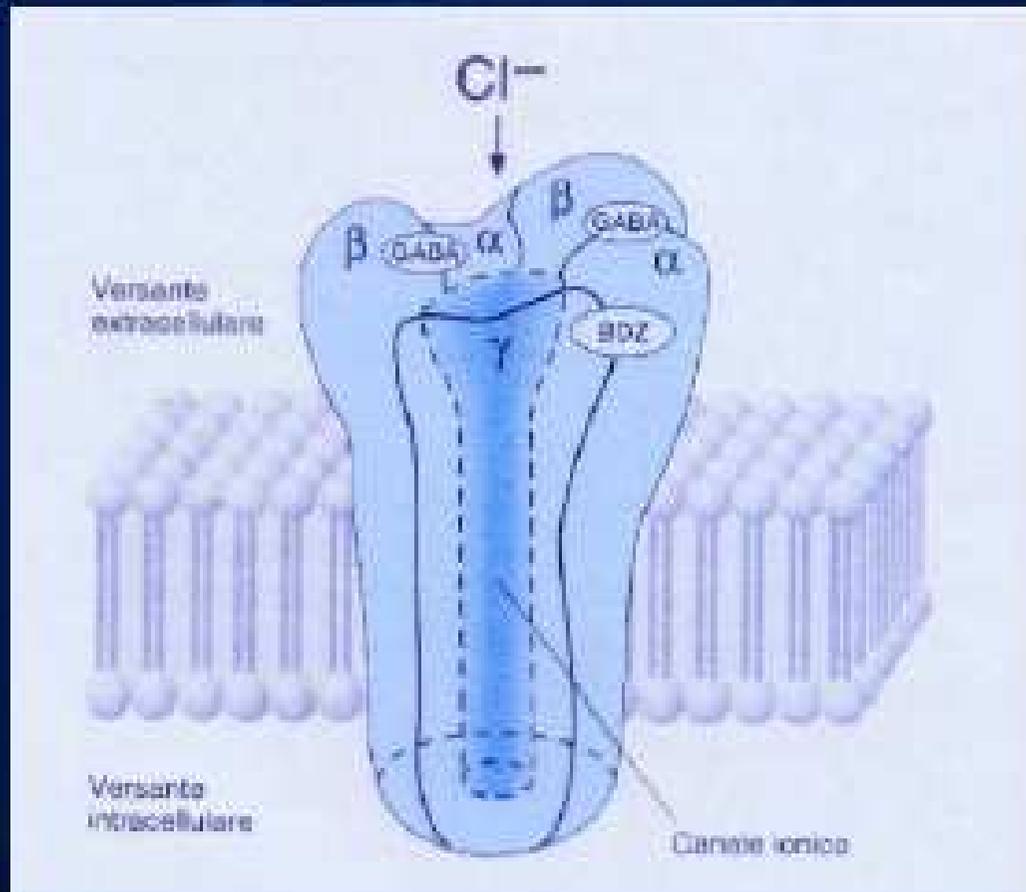
GABAPENTIN



MECCANISMO D'AZIONE

- blocco dei canali Ca^{++} di tipo L
- effetto neuroprotettivo nei confronti della tossicità indotta da NMDA
- riduce il glutammato aumentandone la degradazione da parte della decarbossilasi specifica
- aumento dei livelli cerebrali di GABA, per aumento della sintesi e del rilascio
- inibizione del rilascio delle monoamine

Recettori GABA



GABAPENTIN



METABOLISMO

- non subisce metabolismo epatico;
eliminazione renale

INTERAZIONI FARMACOLOGICHE

- nessuna

EFFETTI COLLATERALI

- sonnolenza, affaticamento, vertigini

GABAPENTIN



PROFILO FARMACOLOGICO

- Efficacia
- Sicurezza
- Tollerabilità
- Assenza di gravi eventi avversi
- Farmacocinetica ideale

PROFILO CLINICO

- Sicurezza
- Tollerabilità
- Assenza di gravi effetti collaterali
- Efficacia

BENZODIAZEPINE



LORAZEPAM.

Può essere utilizzato in associazione a più basse dosi di neurolettici per diminuire gli effetti extrapiramidali.

Fino a 2mg e.v. o i.m. ogni 4 ore



EFFICACIA COMPARATIVA DEGLI ANTIPSIKOTICI ATIPICI PER USO OFF-LABEL IN ADULTI: REVIEW SISTEMATICA E METANALISI

EFFICACY AND COMPARATIVE EFFECTIVENESS OF ATYPICAL ANTIPSYCHOTIC MEDICATIONS FOR OFF-LABEL USES IN ADULTS: A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS

Maher AR, Maglione M, Bagley S, et al.

JAMA 2011; 306:1359-69

Questa revisione sistematica fornisce l'evidenza dell'efficacia dei farmaci antipsicotici atipici solo per alcune delle condizioni off-label che sono attualmente trattate con questi agenti.

RIASSUNTO

CONTESTO I farmaci antipsicotici atipici sono comunemente utilizzati *off-label* per condizioni come l'agitazione nella demenza, l'ansia e il disturbo ossessivo-compulsivo.

OGGETTIVO Eseguire una revisione sistematica sull'efficacia e la sicurezza de farmaci antipsicotici atipici per l'uso in condizioni di mancanza di approvazione da parte della FDA americana.

**EFFICACIA COMPARATIVA DEGLI ANTIPSIKOTICI
ATIPICI PER USO OFF-LABEL IN ADULTI: REVIEW
SISTEMATICA E METANALISI**

**EFFICACY AND COMPARATIVE EFFECTIVENESS OF ATYPICAL
ANTIPSYCHOTIC MEDICATIONS FOR OFF-LABEL USES IN ADULTS: A
SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS**

Maher AR, Maglione M, Bagley S, et al.

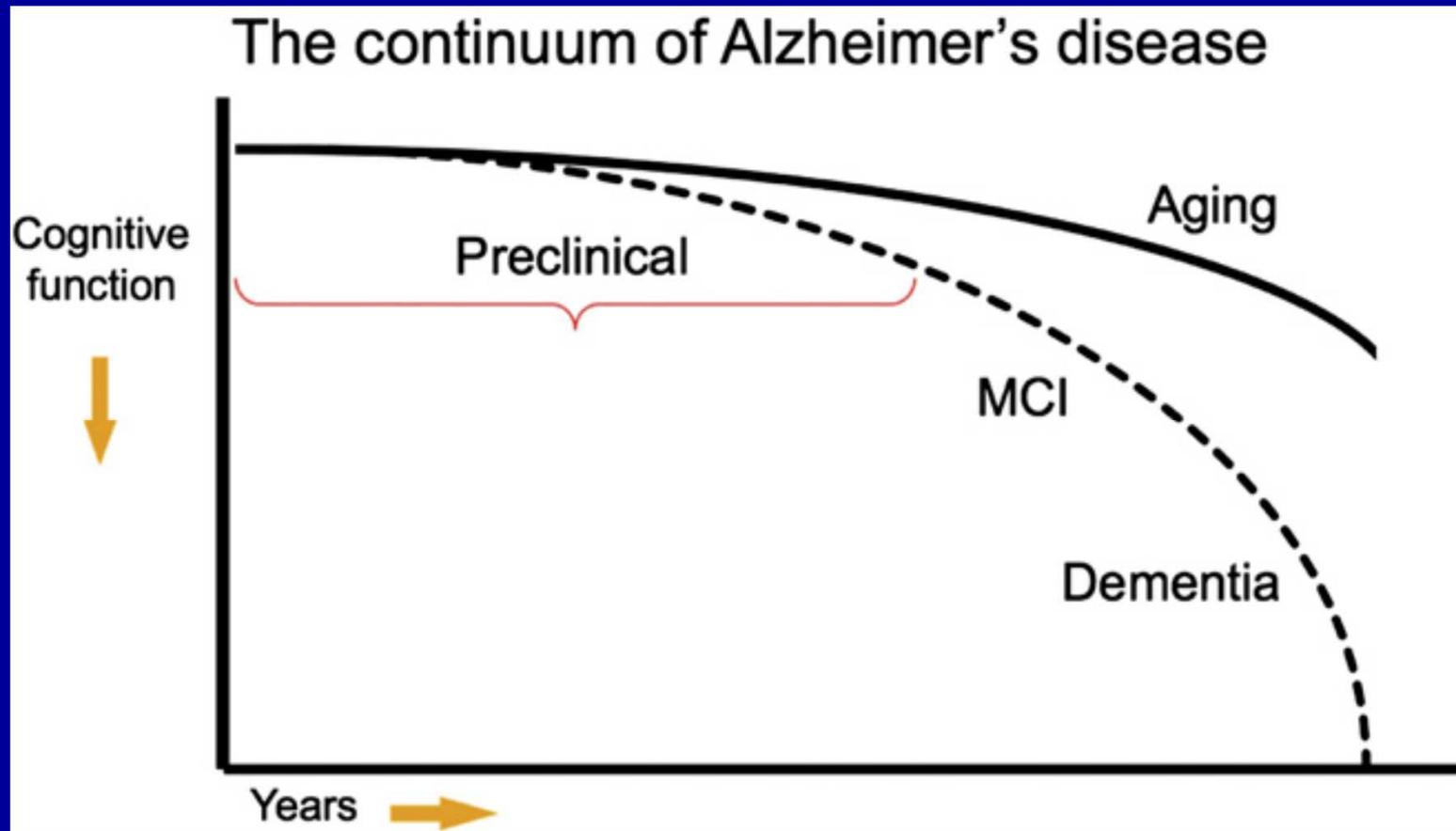
JAMA 2011; 306:1359-69

CONCLUSIONI I vantaggi e gli effetti avversi variano tra i farmaci antipsicotici atipici nell'uso *off-label*. Per i punteggi globali dei sintomi comportamentali associati a demenza nei pazienti anziani, sono osservati benefici piccoli ma statisticamente significativi per aripiprazolo, olanzapina e risperidone. Quetiapina è risultata associata a benefici nel trattamento del disturbo d'ansia generalizzato, e risperidone è stato associato a benefici nel trattamento del disturbo ossessivo-compulsivo; tuttavia, gli eventi avversi erano frequenti.

SUMMARY

- la dimensione del problema
- definizione di demenza
- le demenze
- le cause delle demenze
- La diagnosi
- i disturbi del comportamento
- **la terapia medica**
- aspetti sociali correlati alla demenza

La terapia medica della malattia di Alzheimer



La terapia medica della malattia di Alzheimer

GLI INIBITORI DELLA COLINESTERASI (IACH)

DONEPEZIL (MEMAC – ARICEPT)

RIVASTIGMINA (EXELON – PROMETAX)

GALANTAMINA (REMINYL)



La terapia medica della malattia di Alzheimer

IN FUTURO:

ANTICORPI MONOCLONALI

ANTI β -AMILOIDE

VACCINAZIONE ANTI β -AMILOIDE



SUMMARY

- la dimensione del problema
- definizione di demenza
- le demenze
- le cause delle demenze
- La diagnosi
- i disturbi del comportamento
- la terapia medica
- **aspetti sociali correlati alla demenza**



aspetti sociali collegati alle demenze

Le demenze rappresentano la quarta causa di morte negli ultrasessantacinquenni dei paesi occidentali, nonché una delle cause di disabilità più importanti nella popolazione anziana, essendo responsabili di oltre la metà dei ricoveri nelle case di riposo.

In Italia oltre l'80% delle persone colpite da demenza vive nel proprio domicilio ed è assistita dai familiari; la restante quota risiede in case di riposo o Istituzioni per lungodegenti.

Il progressivo invecchiamento della popolazione e la comparsa di una nuova categoria di anziani, i cosiddetti "grandi vecchi", di età superiore ai 75 anni, rendono particolarmente drammatiche le previsioni per il futuro, circa il peso economico e sociale delle malattie degenerative del SNC: nel 1990 la popolazione mondiale contava 488 milioni di ultrasessantenni e nel 2030 il numero di anziani supererà la quota di un miliardo e trecento milioni,

aspetti sociali collegati alle demenze

Più dell'80% delle persone affette da demenza di Alzheimer vive a casa, accudito prevalentemente dai familiari. Il costo annuo (diretto) per malato assistito in famiglia si aggira sui 40.000 euro.

Anche in questo si registrano forti disomogeneità tra regione e regione nelle risposte ai cittadini.

TAKE AWAY MESSAGES

- l'invecchiamento della popolazione ha determinato un progressivo aumento dei casi di demenza, prevalentemente appunto nelle persone anziane
- La demenza di Alzheimer rappresenta circa la metà delle diagnosi di demenza
- Sebbene le cause di demenza siano ancora poco conosciute, negli ultimi trent'anni la ricerca in questo senso è notevolmente progredita e proprio in questi mesi sono state pubblicate nuove linee guida per la diagnosi della demenza di Alzheimer



TAKE AWAY MESSAGES

- Una migliore conoscenza della demenza di Alzheimer e la possibilità di arrivare ad una diagnosi più precoce migliorerà sicuramente l'attuale situazione
- Considerati gli elevati costi della gestione dei pazienti dementi, è auspicabile che le istituzioni sanitarie investano sempre di più per la prevenzione e per migliorare la qualità di vita di questi pazienti.



ASSISTENZA INFERMIERISTICA AL PAZIENTE DEMENTE

e-mail: cosimoprete@alice.it

COMO – Centro Cardinal Ferrari
2 dicembre 2011

Dottor Cosimo PRETE

