Ente Ospedaliero Cantonale

The challenge of the sedation in the hospital

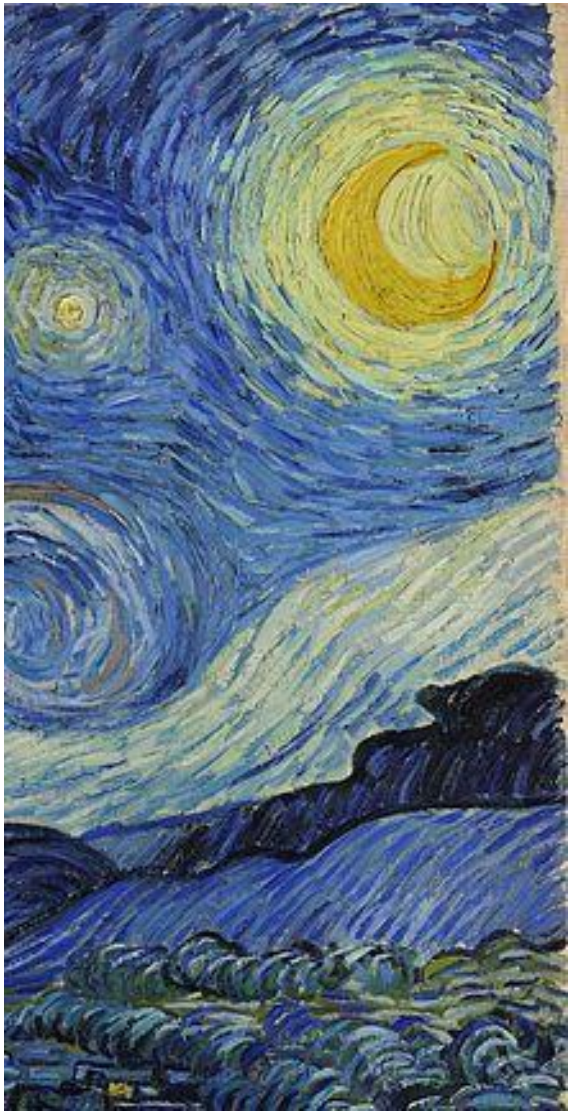
Rita Monotti

Bellinzona, 9.11.2017

Sleep disorders in the hospital

Insomnia

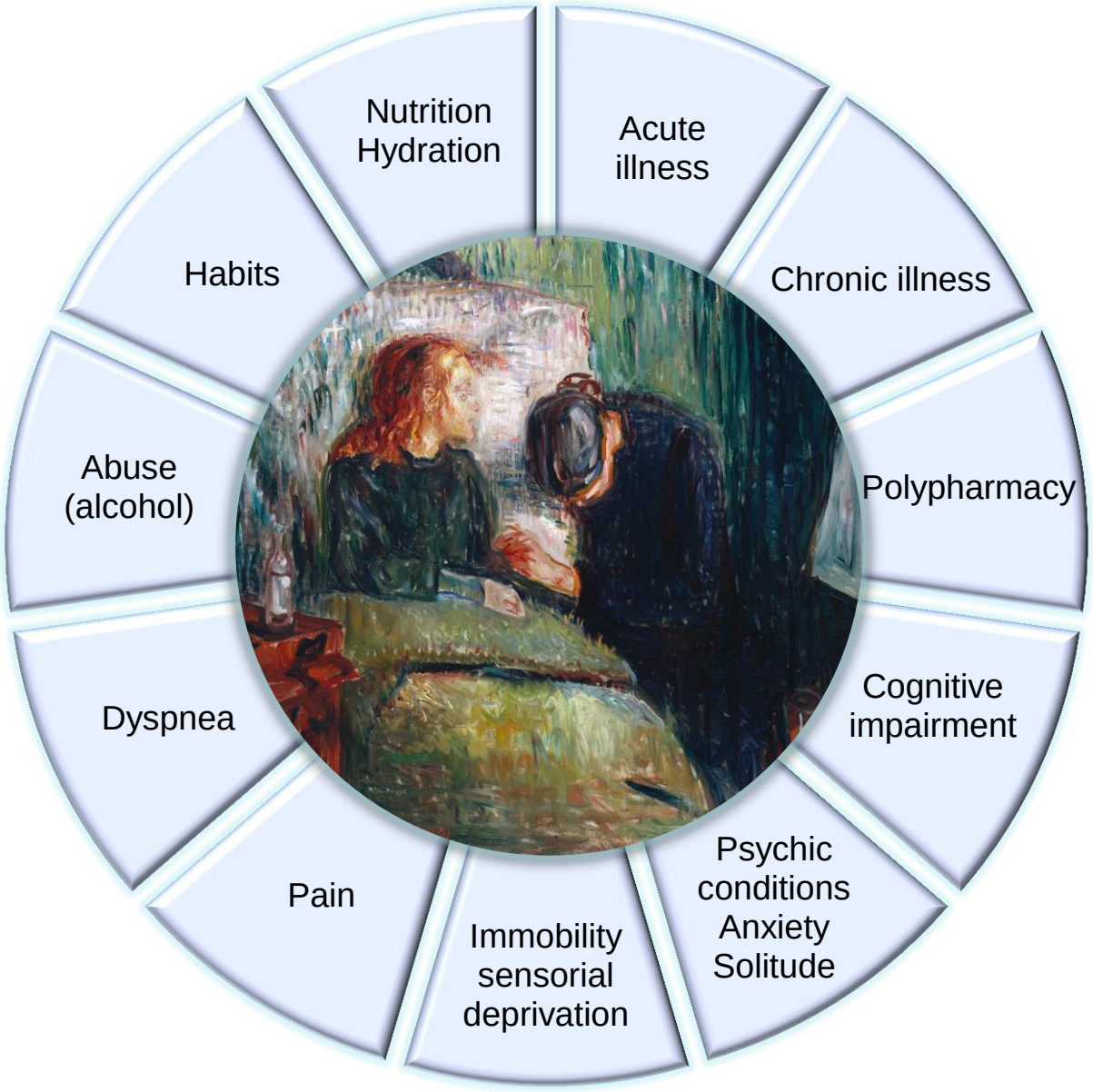
Sleep deprivation



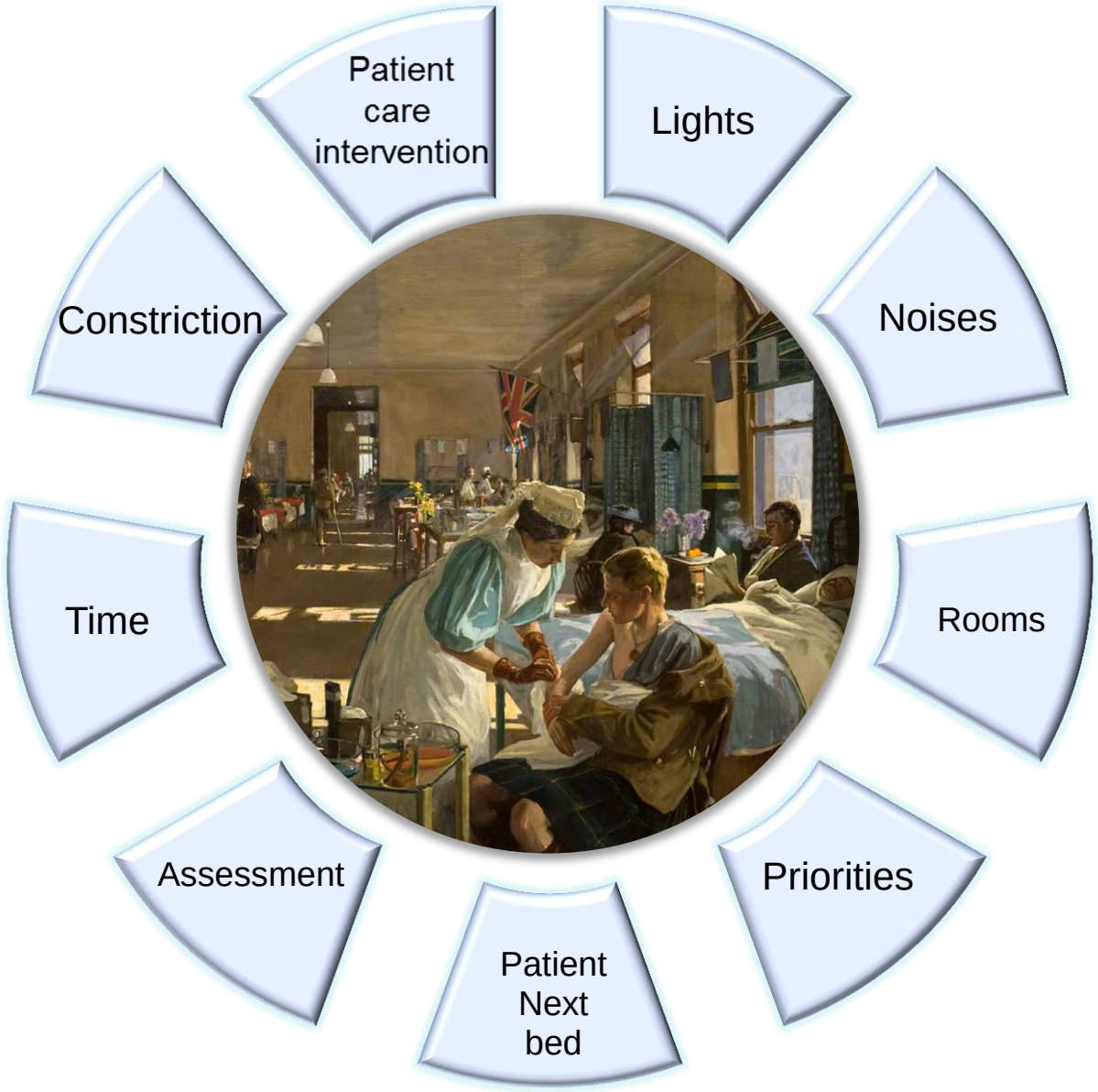
Delirium

Anxiety

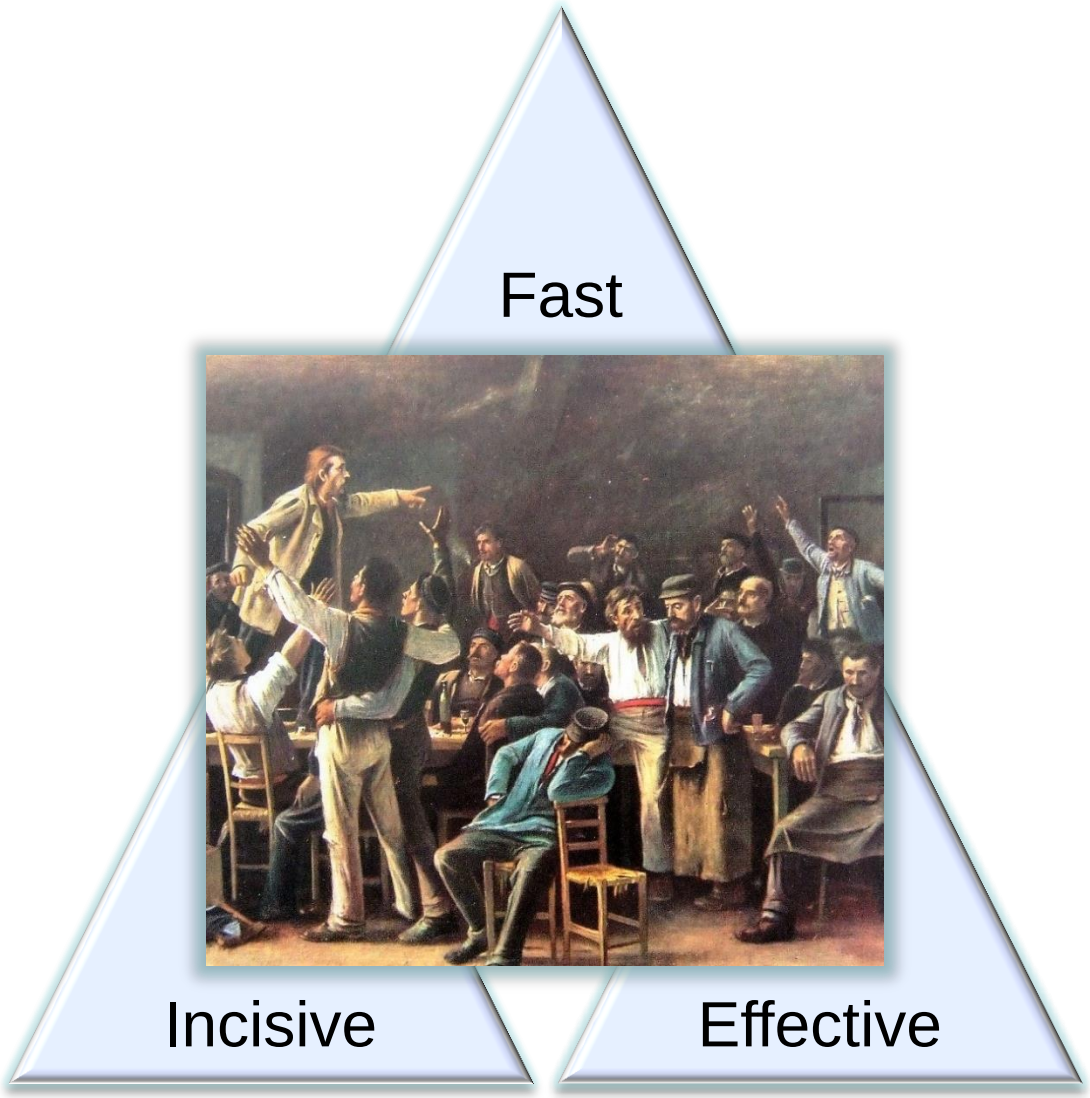
Patient condition: vulnerability



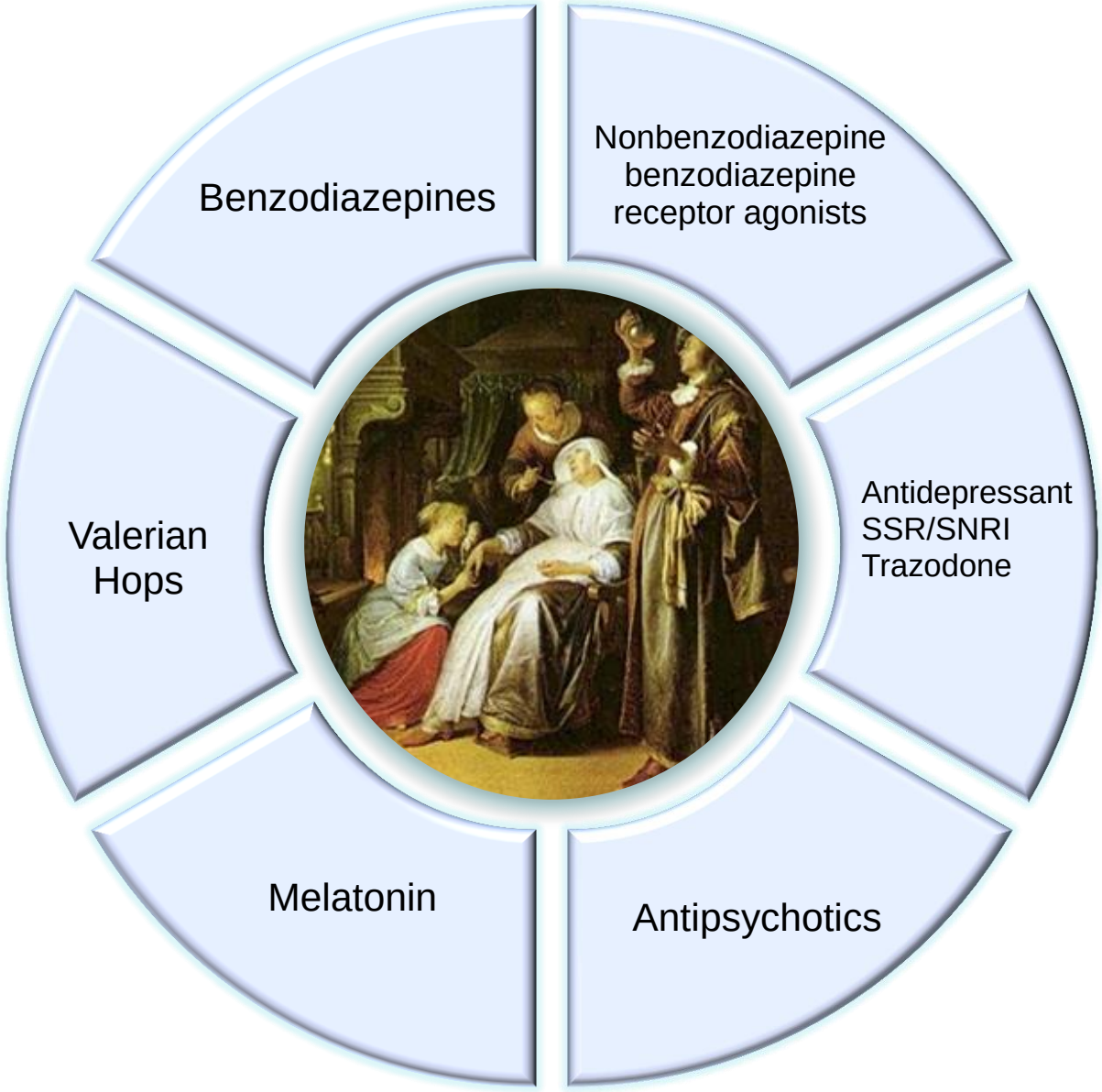
Environmental factors



Demands

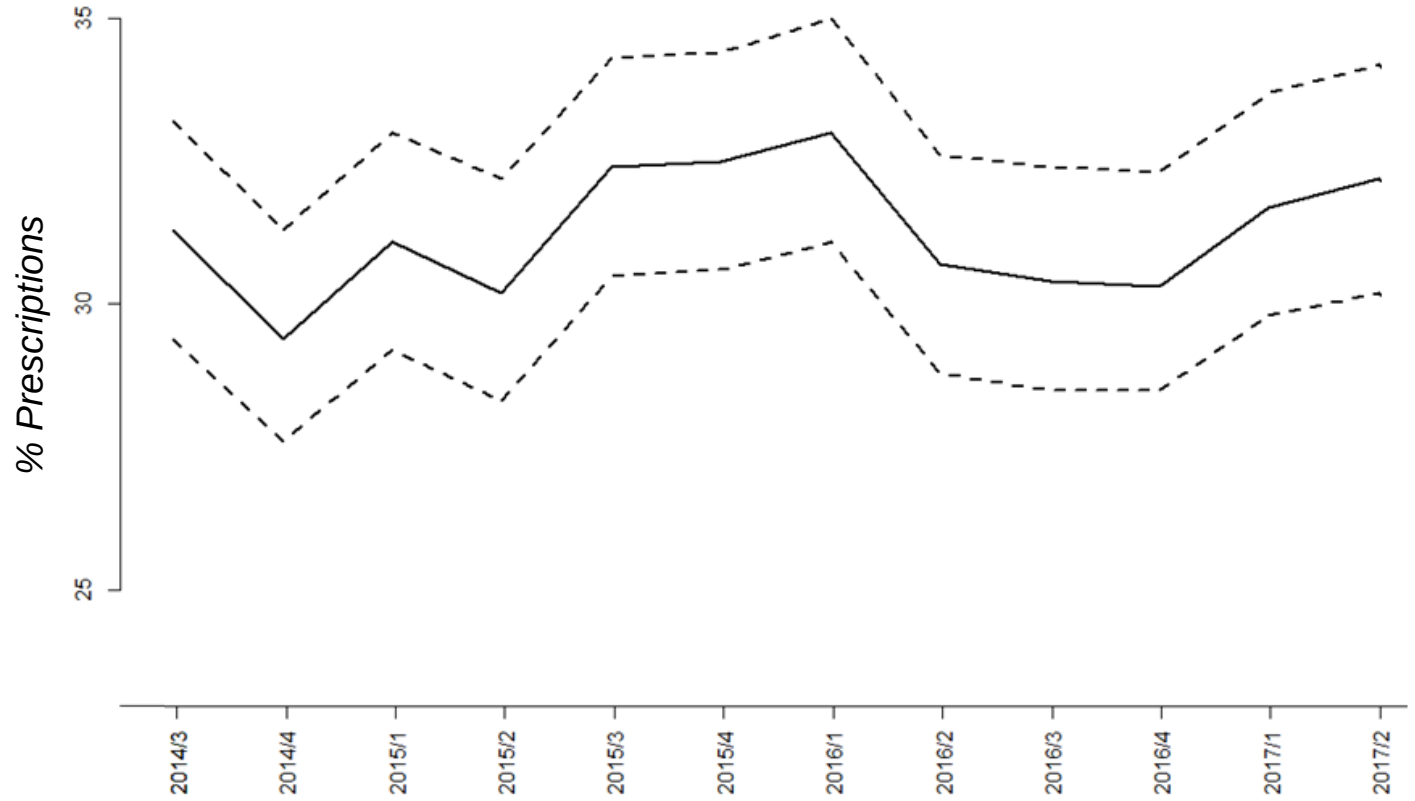


Pharmacotherapy

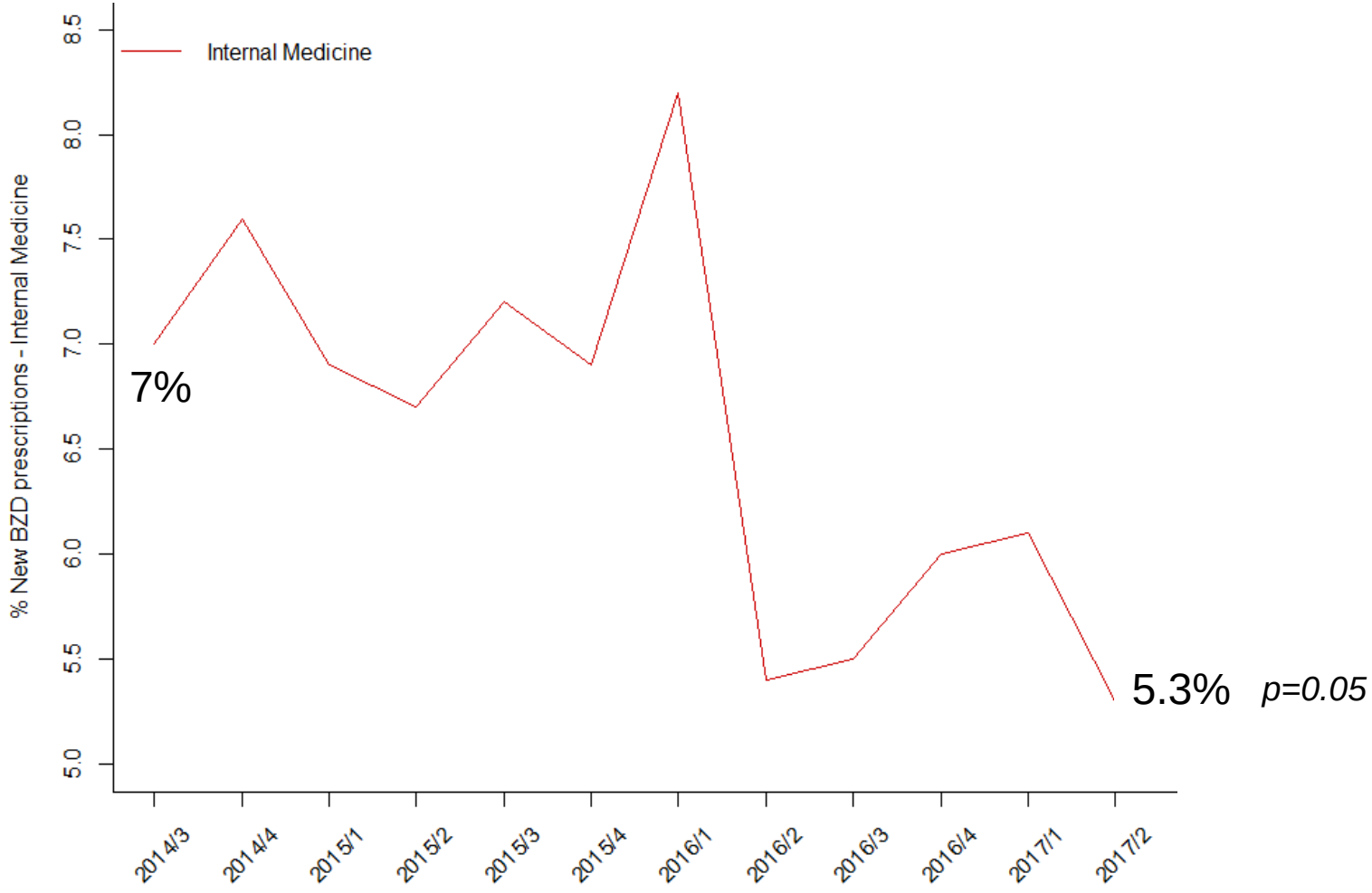


BZD prescription at admission

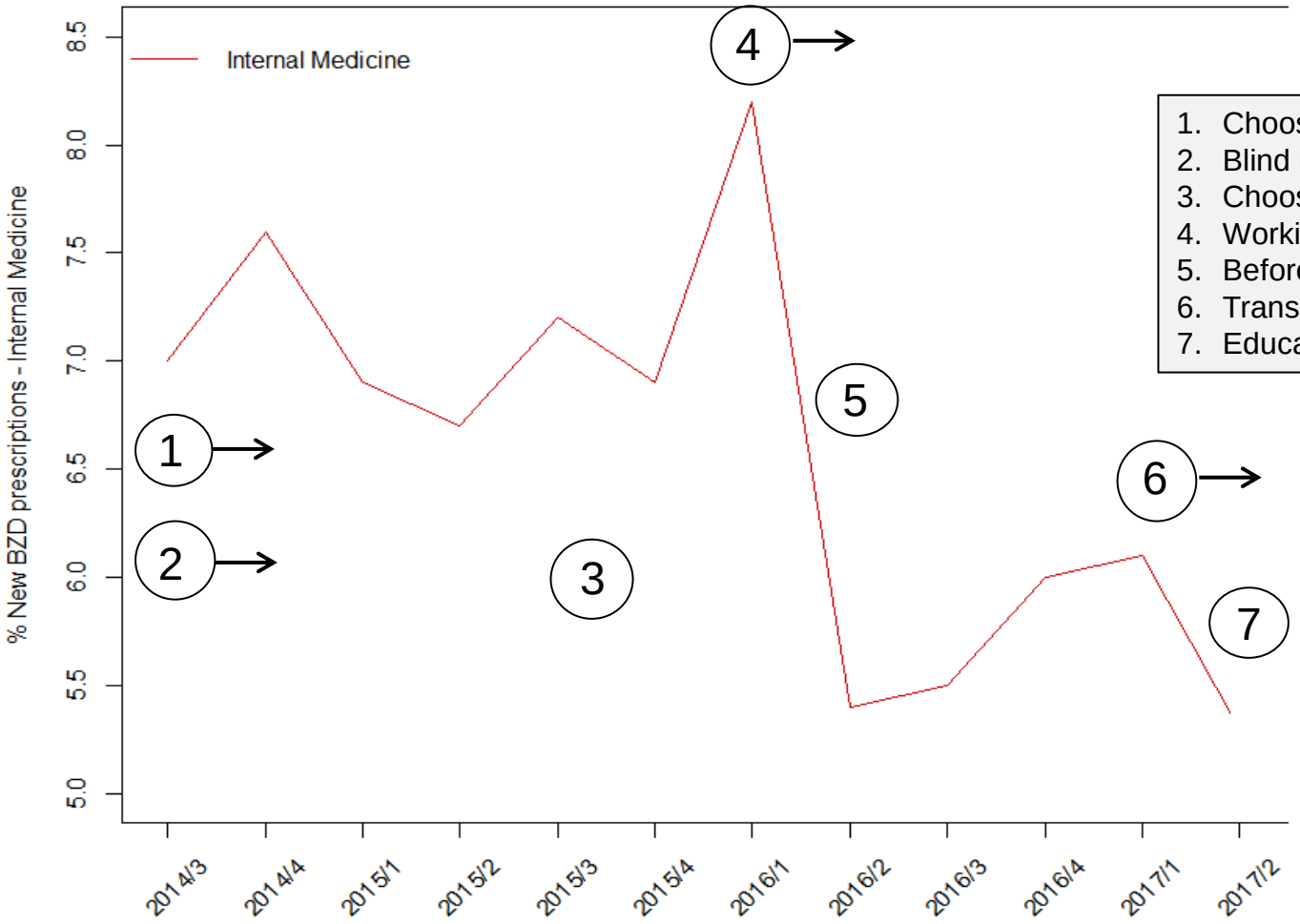
EOC Internal Medicine



New BZD prescriptions in EOC Internal Medicine



Interventions



1. Choosing Wisely reccomandations
2. Blind monitoring
3. Choosing Wisely Simposyum
4. Working groups
5. Before & after studies
6. Transparent monitoring
7. Educational interventions on dashboard

Quarterly Newsletter

BZD Inpatients Clinical Practice Recommendations

Questo documento considera l'uso delle BZD esclusivamente per il trattamento di INSONNIA e ANSIA

Fondamentale ai fini di una corretta prescrizione è l'impostazione di una diagnosi corretta del disturbo. Le BZD hanno un effetto ipnotico, miorilassante e proprietà anticonvulsivanti. La prescrizione per l'insonnia e l'ansia è la più frequente. Sono efficaci e ben tollerate nei trattamenti a corto termine (<4 settimane). Il loro **uso prolungato è sconsigliato.**

Corretta prescrizion

1) Se è strettamente r
considera le seguenti alt

- Igiene del sonno
  Es: evitare sonnellini in
  fare movimento di giorn
- Tecniche di rilassa
  Es. respirazione, training
- TCC Terapia cognitivo-c
  Consigliabile soprattutto
- Fitoterapia
  Farmaci a base di valeria

2) Se è indispensabile pr

- Prescrivi la dose m
  il paziente, averlo i
- Rivaluta di frequen
- Riduci la dose/inte
  dipendenza, deteri
- Spiega al paziente

Solo se strettamente necessario (importante effettuare una corretta diagnosi del disturbo, ev. richiedere un consulto specialistico):

- Per insonnia acuta non gestibile → zopiclone, triazolam (farmaci a corta durata d'azione)
- Per ansia acuta non gestibile → $SSRI_s$/$SNRI_s$ [15,16,17,18,19] a prevalente effetto sedativo. Sono il trattamento farmacologico da considerare in prima linea per l'ansia (soprattutto se associata a depressione).

Le BZD possono esser

Evit

Si presentano soprat

- Dipendenza psi
- Sedazione diurn
- Aumentato risc
  connesso rischi
- Depressione
- Altri effetti sul S
- Possibile (contr

Gravidanza: pos
anomalie fetali
Malattie epatic
aumentato di ef
Pazienti anziani
Consumo di alc
Malattie polmor

BZD: PUNTI IMPORTANTI

- Su 13 pazienti trattati ad 1 migliora la qualità del sonno e 2 avranno effetti secondari [7,8]
- Le BZD aumentano la quantità di sonno medio di 25.2 min (95%, CI 12.8 – 37.8 min) [7,8] rispetto al placebo [7,8]
- Il numero medio di risvegli diminuisce di 0.63 (95%, CI -0.48 – -0.77) [7,8]
- Il trattamento dell'insonnia con metodi non farmacologici è spesso altrettanto efficace dell'uso di BZD [9,10]
- Informare il paziente sui rischi legati all'uso di BZD in modo strutturato aumenta l'efficacia della deprescrizione
- C'è una forte evidenza di miglioramento di diverse funzioni neuropsichiche dopo l'arresto di terapia con BZD (che il paziente manifesti o meno effetti secondari) [11,12]
- Alcuni pazienti che sospendono o riducono le BZD manifestano sintomi di astinenza ed aggravamento dell'insonnia/ansia: ridurre la dose lentamente (la deprescrizione può richiedere 6-8 settimane) [13,14]

Per la bibliografia di riferimento [1 - 21] e per eventuali domande, rivolgersi a:

CentroFarmaco.ISFSI@eoc.ch

Il Centro di competenza sul farmaco dell'Istituto di Scienze farmacologiche della Svizzera italiana (ISFSI) sarà attivo a partire da ottobre 2017.

BZD Outpatients Clinical Practice Recommendations

BENZODIAZEPINE (BZD): INFORMAZIONI PER LA PRESCRIZIONE E DEPRESCRIZIONE AMBULATORIALE

Questo documento considera l'uso delle BZD esclusivamente per il trattamento di insonnia ed ansia.

FONDAMENTALE AI FINI DI UNA CORRETTA PRESCRIZIONE E DEPRESCRIZIONE È L'IMPOSTAZIONE DI UNA DIAGNOSI CORRETTA DEL DISTURBO.

1. PRESCRIZIONE

EFFICACIA

Le BZD hanno un effetto ipnotico, miorilassante e proprietà anticonvulsivanti. La prescrizione per l'insonnia e l'ansia è la più frequente. Sono efficaci e ben tollerate nei trattamenti **A CORTO TERMINE (<4 settimane)**. Il loro uso prolungato è invece sconsigliato.

EFFETTI SECONDARI

Si presentano soprattutto se l'utilizzo è a **LUNGO TERMINE, ovvero > 4 SETTIMANE** (1,2,3,4,5,6,21):

- Dipendenza psicologica e fisica (aumentata in pazienti anziani, polimorbidi)
- Sedazione diurna, affaticamento, mal di testa, sogni terrifici
- Aumentato rischio di caduta (almeno una caduta nel 35%-60% dei casi di assunzione su un periodo di 6 mesi) con connesso rischio di fratture
- Depressione
- Altri effetti sul SNC (diminuzione delle capacità cognitive, perdita di memoria, atassia)
- Possibile (controverso) aumento del rischio di demenza (soprattutto se assunte per ≥ 6 mesi)

Attenzione a questi SOTTOGRUPPI DI PAZIENTI:

- **GRAVIDANZA:** rischio possibilmente aumentato di aborto spontaneo, parto prematuro, tossicità neonatale/astinenza ed anomalie fetali (20)
- **MALATTIE EPATICHE/RENALI**: compromissione della clearance metabolica delle BZD, con conseguente rischio aumentato di ef secondari e tossicità
- **MALATTIE POLMONARI:** rischio aumentato di depressione respiratoria
- **PAZIENTI ANZIANI (soprattutto >75 anni)**: rischio aumentato di effetti secondari
- **CONSUMO DI ALCOOL**: rischio di eccessiva sedazione e depressione respiratoria

PUNTI IMPORTANTI

- È necessario trattare 13 pazienti per averne uno a cui migliora la qualità del sonno; di questi 2 avranno effetti secondari (7,8)
- Aumenta la quantità di sonno medio di 25.2 min (95%, CI 12.8-37.8 min) (7,8) rispetto al placebo (7,8)
- Il numero medio di risvegli diminuisce di 0.63 (95% CI -0.48--0.77) (7,8)
- Il trattamento dell'insonnia con metodi non farmacologici è spesso altrettanto efficace dell'uso di BZD (9,10)

PRESCRIZIONE

Se è strettamente necessario trattare ansia o insonnia:

1. **COINVOLGERE IL PAZIENTE**, considerare e spiegare le **ALTERNATIVE** (tabella 1).
2. Se è indispensabile prescrivere una BZD (tabella 2):
   - Prescrivere la **DOSE MINIMA EFFICACE, in RISERVA**, per un lasso di tempo breve e solo dopo aver informato il paziente del rapporto rischio/beneficio
   - **DARE UNA DURATA DETERMINATA** alla terapia per facilitarne la rivalutazione
   - **RIVALUTARE** di frequente la necessità della BZD e gli effetti secondari

Tabella 1: Alternative alle BZD

Alternative a BZD	Esempi/spiegazioni
Educare il paziente sull'igiene del sonno	Consigli pratici su: -come modificare la dieta (evitare caffeina e sostanze eccitanti, fare pasti serali leggeri) -agire sul ciclo sonno–veglia (risveglio ed addormentamento ad orari regolari, evitare i sonnellini in giornata, gestire i risvegli notturni, non restare a letto sveglio per più di 20-30 minuti, andare a letto solo se stanchi, stabilire dei rituali prima di coricarsi) -fare movimento durante il giorno ma evitarlo in serata -curare l'ambiente in cui si dorme
Tecniche di rilassamento	Respirazione, training autogeno, meditazione, ipnosi, ecc
Terapia Cognitivo-Comportamentale	Offerta da medici psichiatri e psicologi. Il paziente può accedervi liberamente oppure su prescrizione medica
Medicina complementare	Fitoterapia (valeriana, luppolo, ecc.), agopuntura, ecc

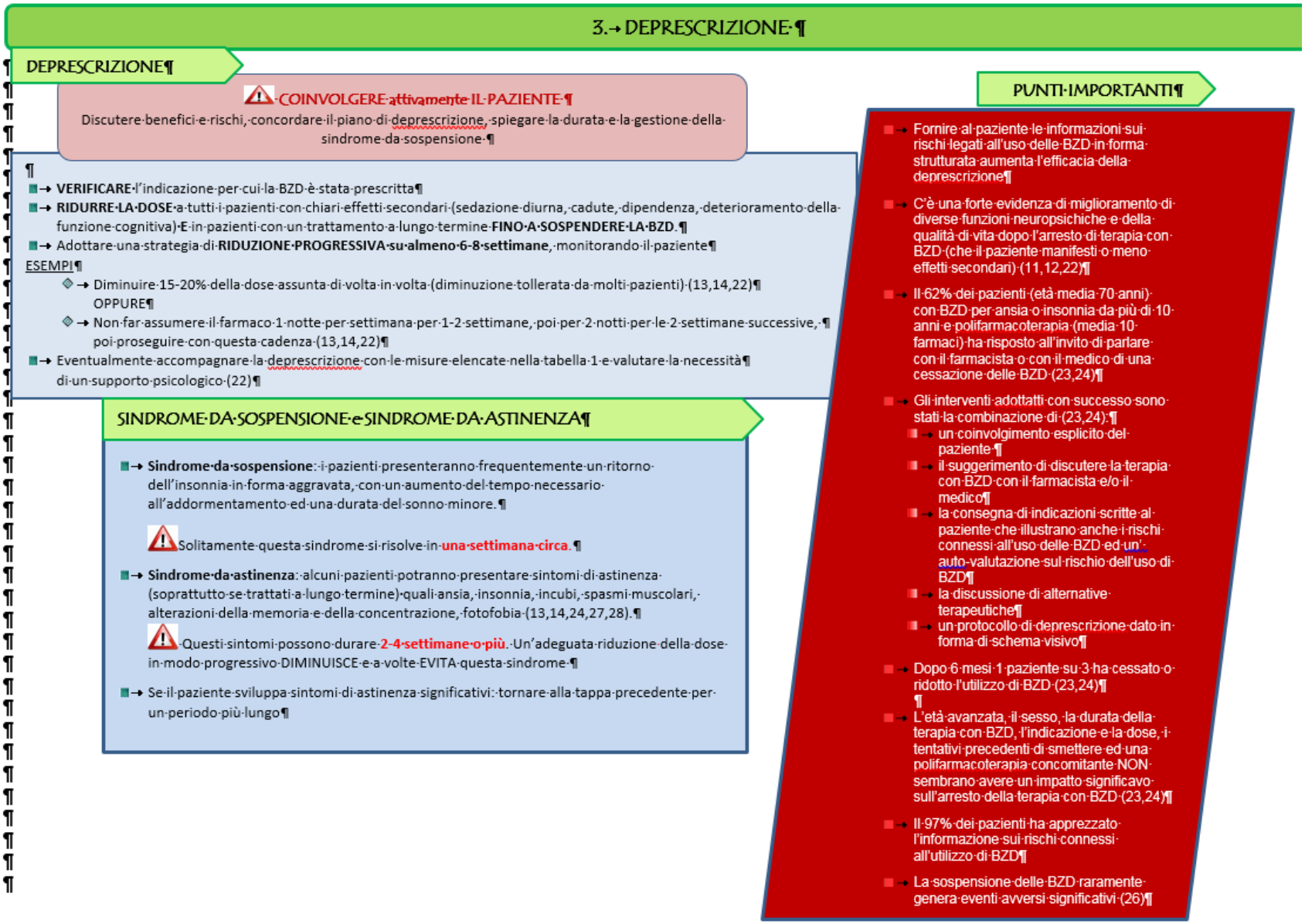
Tabella 2: Approccio farmacologico per casi severi

SOLO SE STRETTAMENTE NECESSARIO:

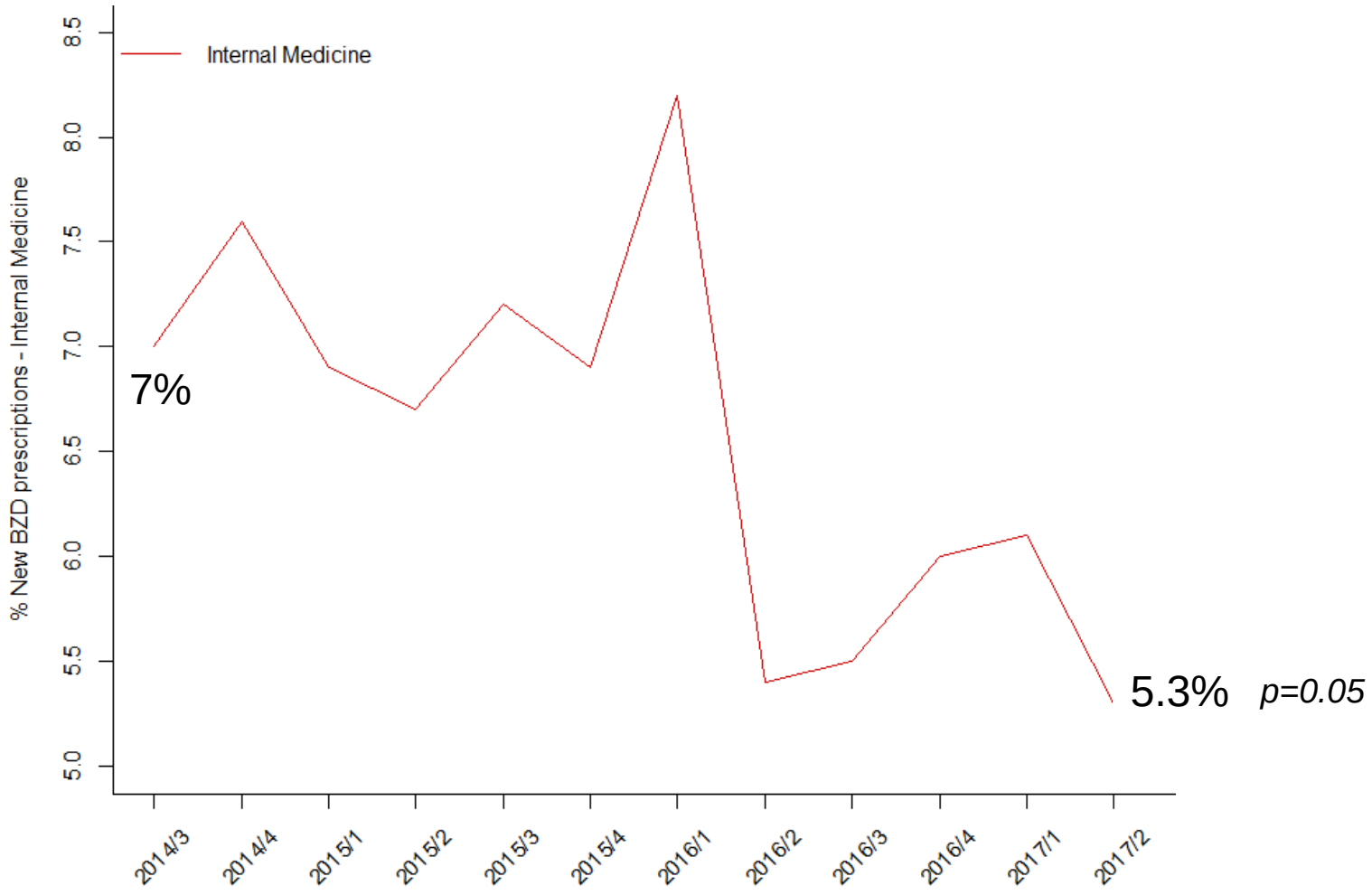
⚠ Importante effettuare una corretta diagnosi del disturbo, ev. richiedere consulto specialistico

Per insonnia acuta non gestibile	Zopiclone, Triazolam (farmaci a corta durata d'azione)
Per ansia acuta non gestibile	SSRI/SNRI a prevalente effetto sedativo: Sono il trattamento farmacologico da considerare in prima linea per l'ansia (specialmente se associata a depressione). Le BZD possono essere aggiunte occasionalmente per un breve periodo all'inizio di una terapia con SSRI/SNRI (15,16,17,18,19)
⚠ Evitare la prescrizione di zolpidem, neurolettici atipici ed antistaminici	

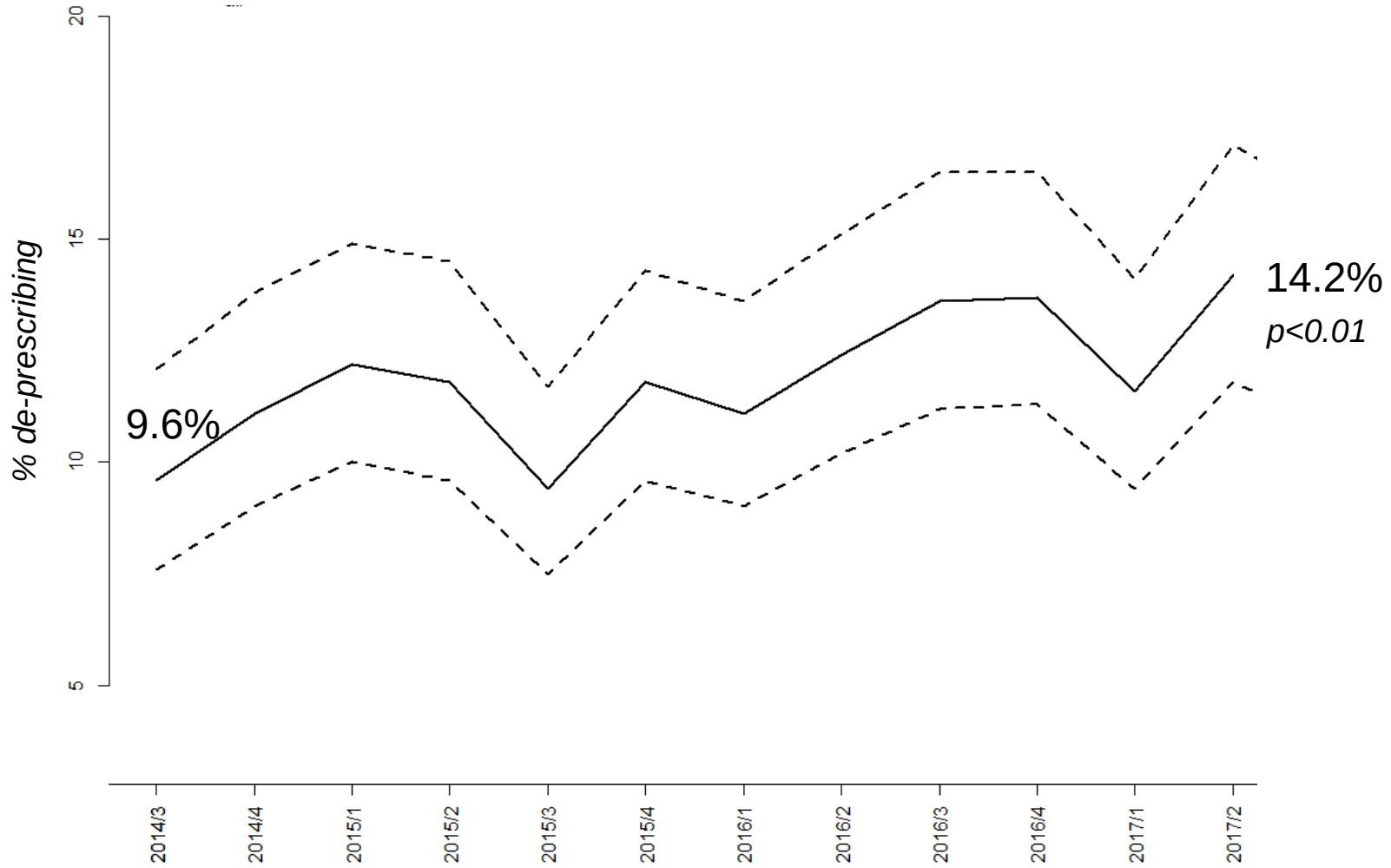
BZD Outpatients Clinical Practice Recommendations



New BZD prescriptions in EOC Internal Medicine

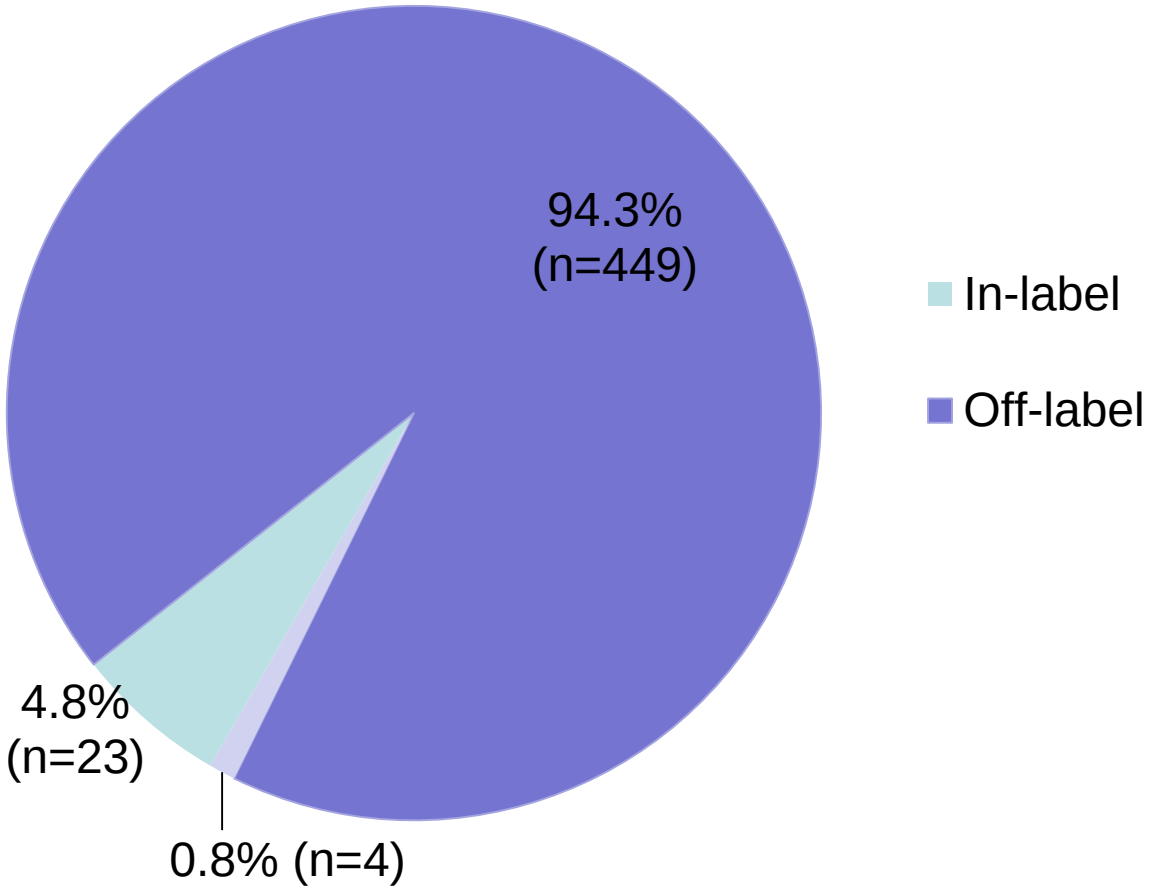


BZD de-prescribing in EOC Internal Medicine

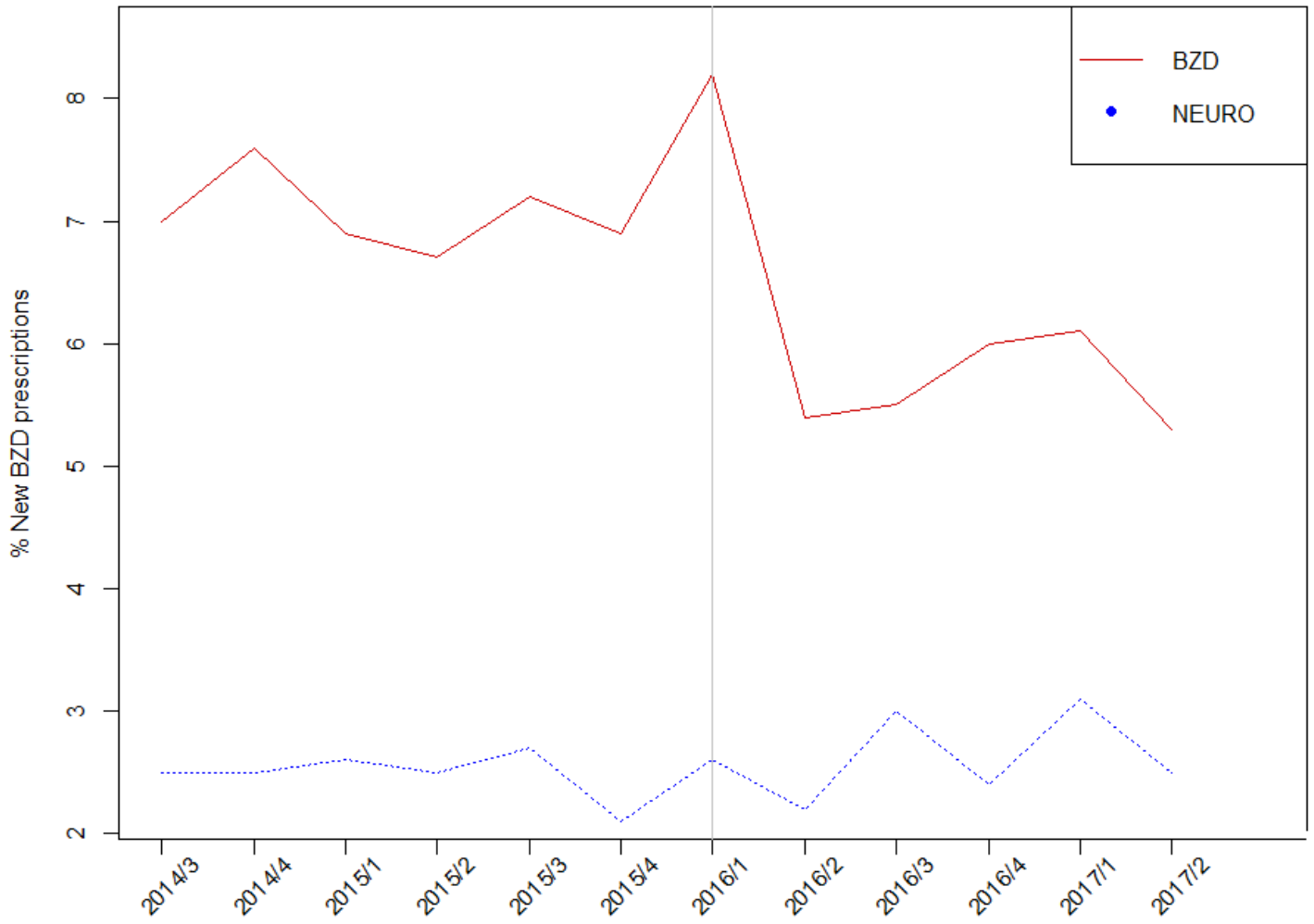
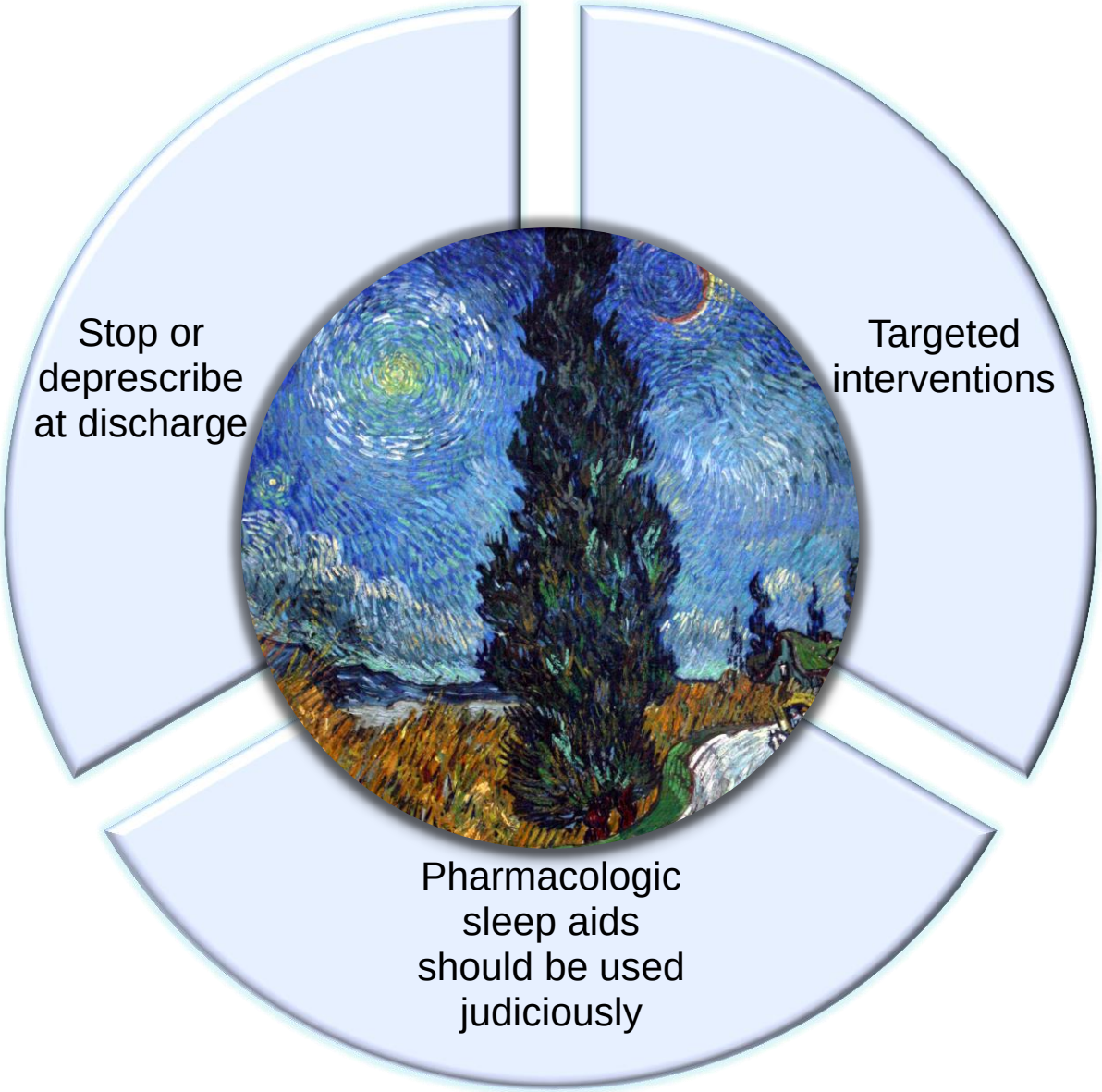


Prescription of Quetiapin

15 Rest Homs 1200 Residents: 32%



BZD versus Neuroleptics in EOC Internal Medicine



Conclusions