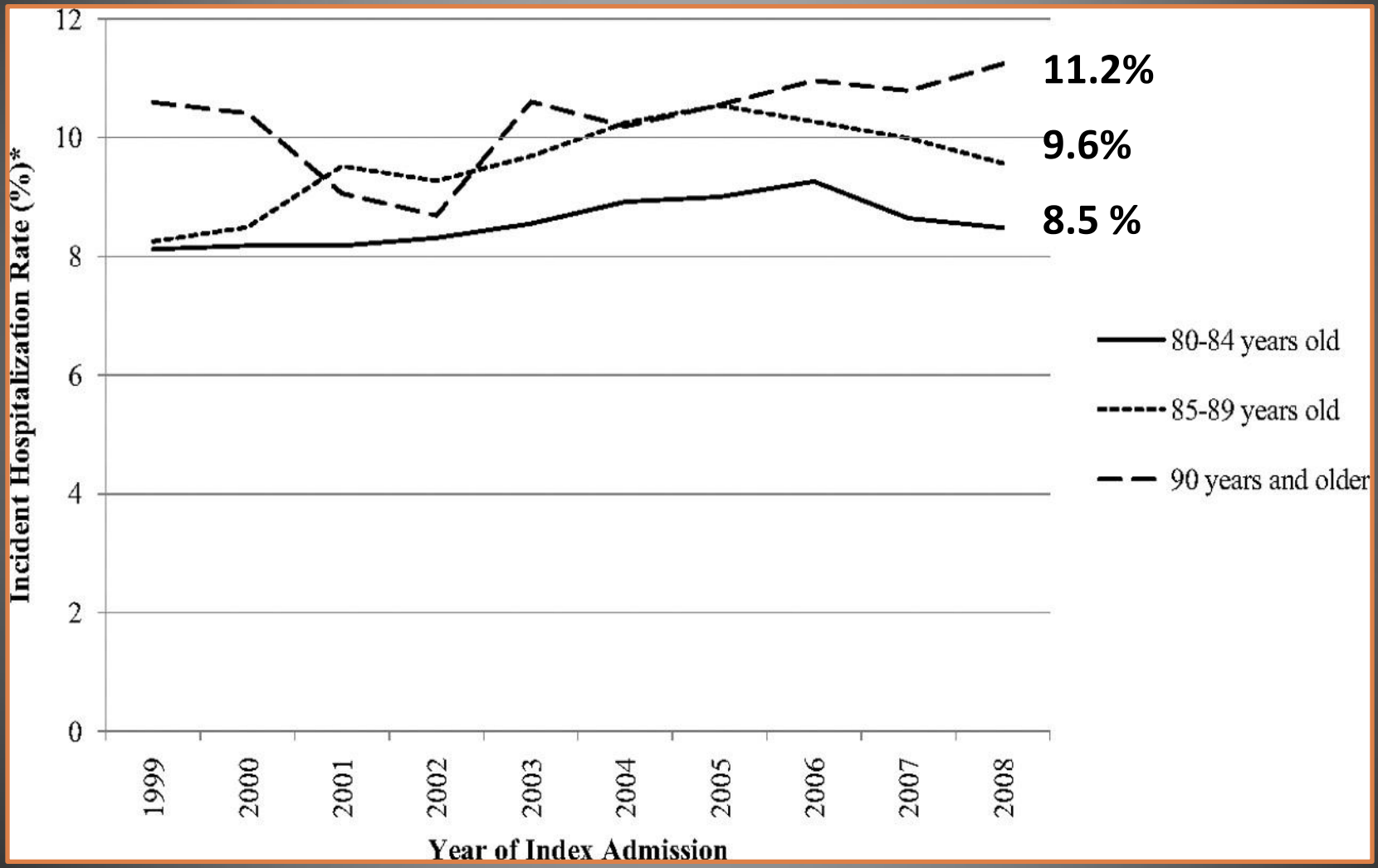
Giornate mediche Di Santa Maria Nuova

Il paziente "Fragile"

Opzioni gestionali nello scompenso cardiaco

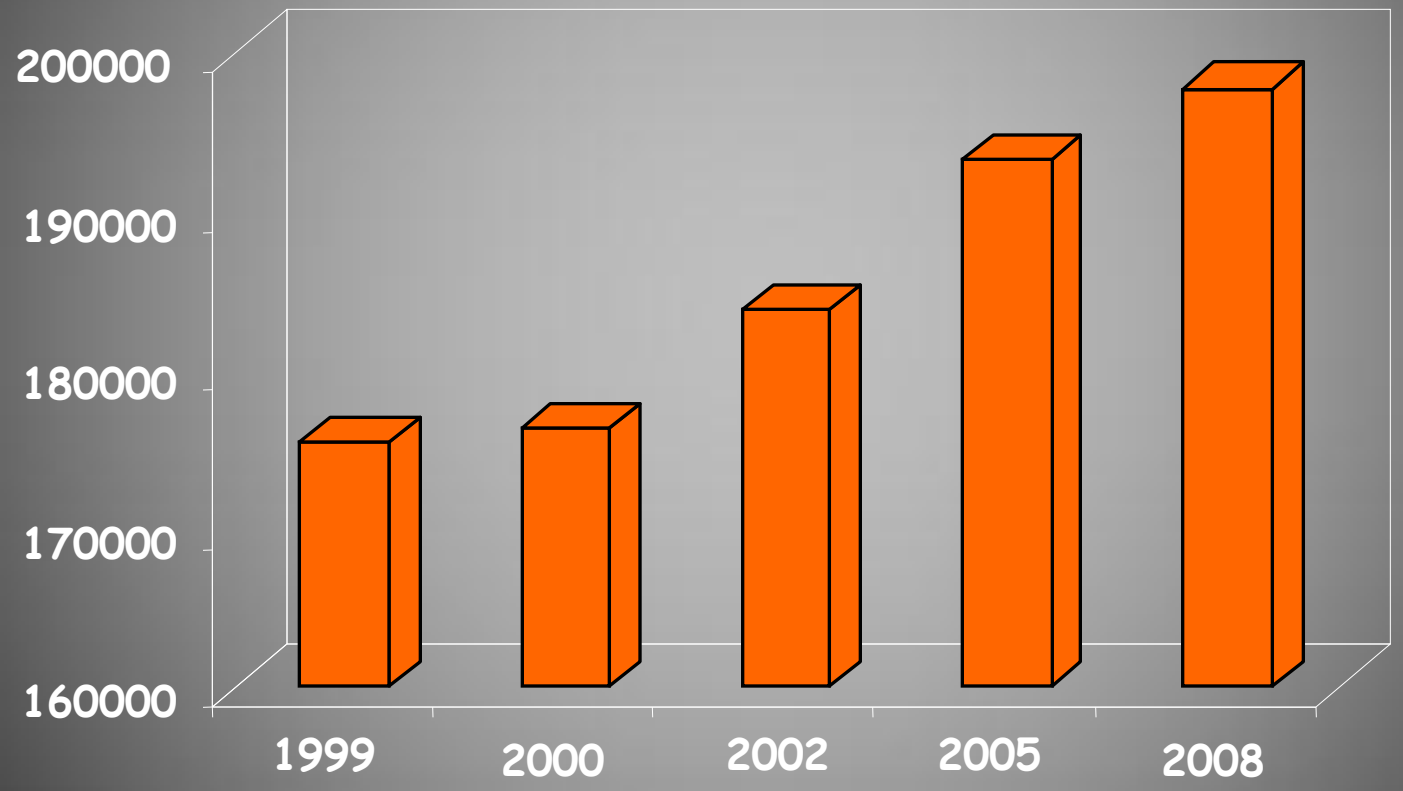
Dr.ssa Lavinia Goedecke
U.O. Cardiologia

Heart failure hospitalization incidence according to year and age group



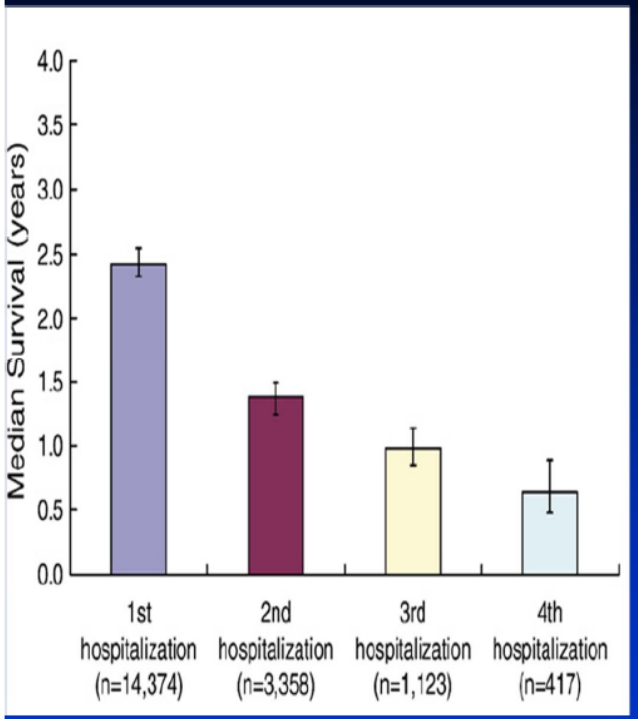
Shah R U et al. Circ Heart Fail 2011

Ricoveri per Scompenso Cardiaco negli Ospedali Italiani 1999-2008

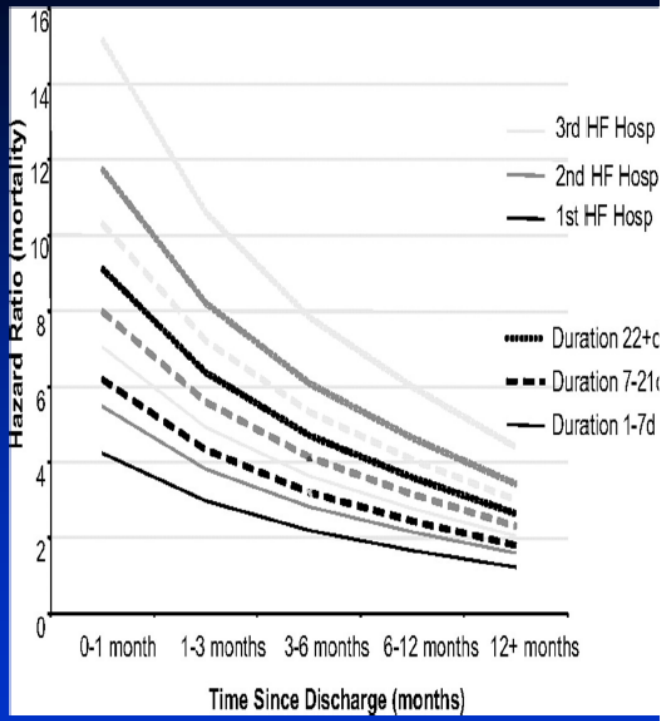


Il rischio di mortalità aumenta ad ogni ospedalizzazione

Hospitalization for HF: why so important ?



Setoguchi S. *et al. Am Heart J 2007.*

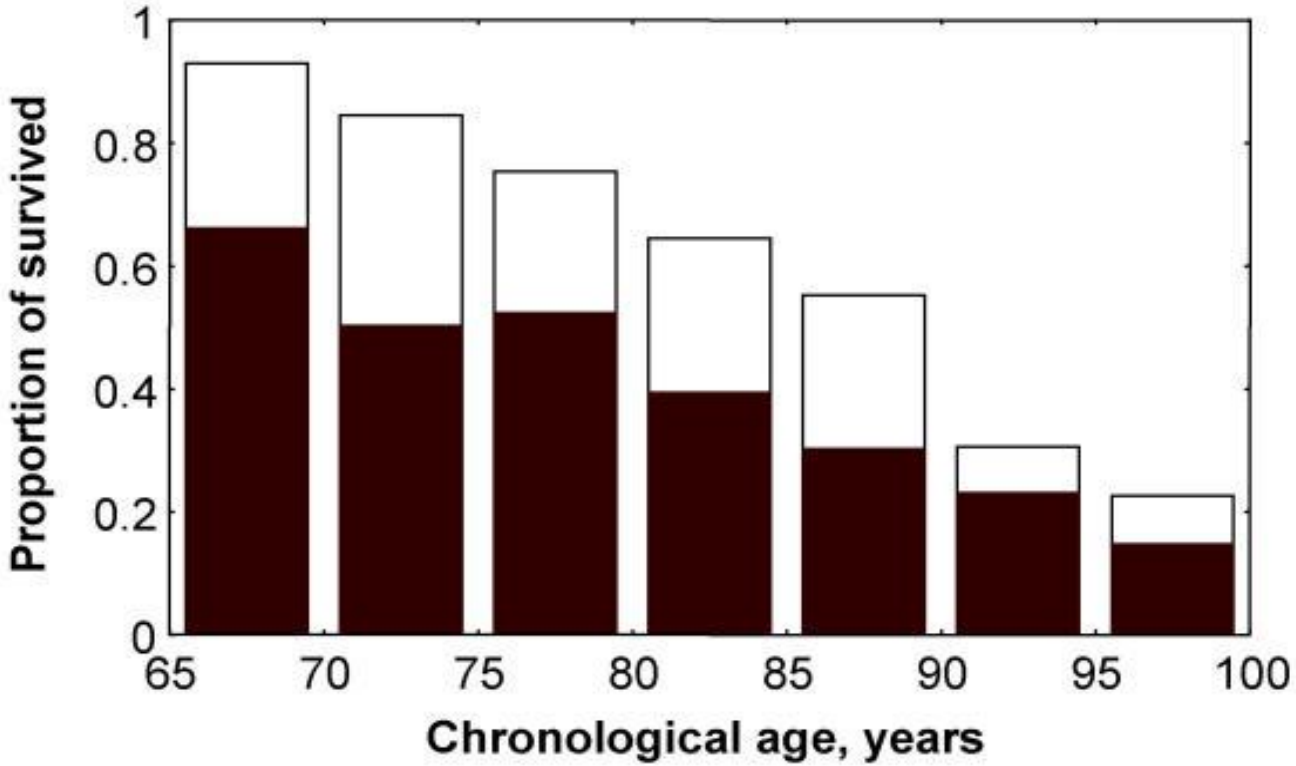


Solomon et al. *Circulation* 2007.

Risk of death increases substantially with each subsequent HF hospitalization

59% degli uomini e 45% delle donne > 65 aa sono morti a 5 anni

The proportion of survivals for frail (solid rectangles) and fit individuals (total rectangles) decreases with the chronological age. However, frail individuals show lower survival at all age groups than do fit individuals



BMC Geriatr. 2002; 2: 1

“Fragilità”

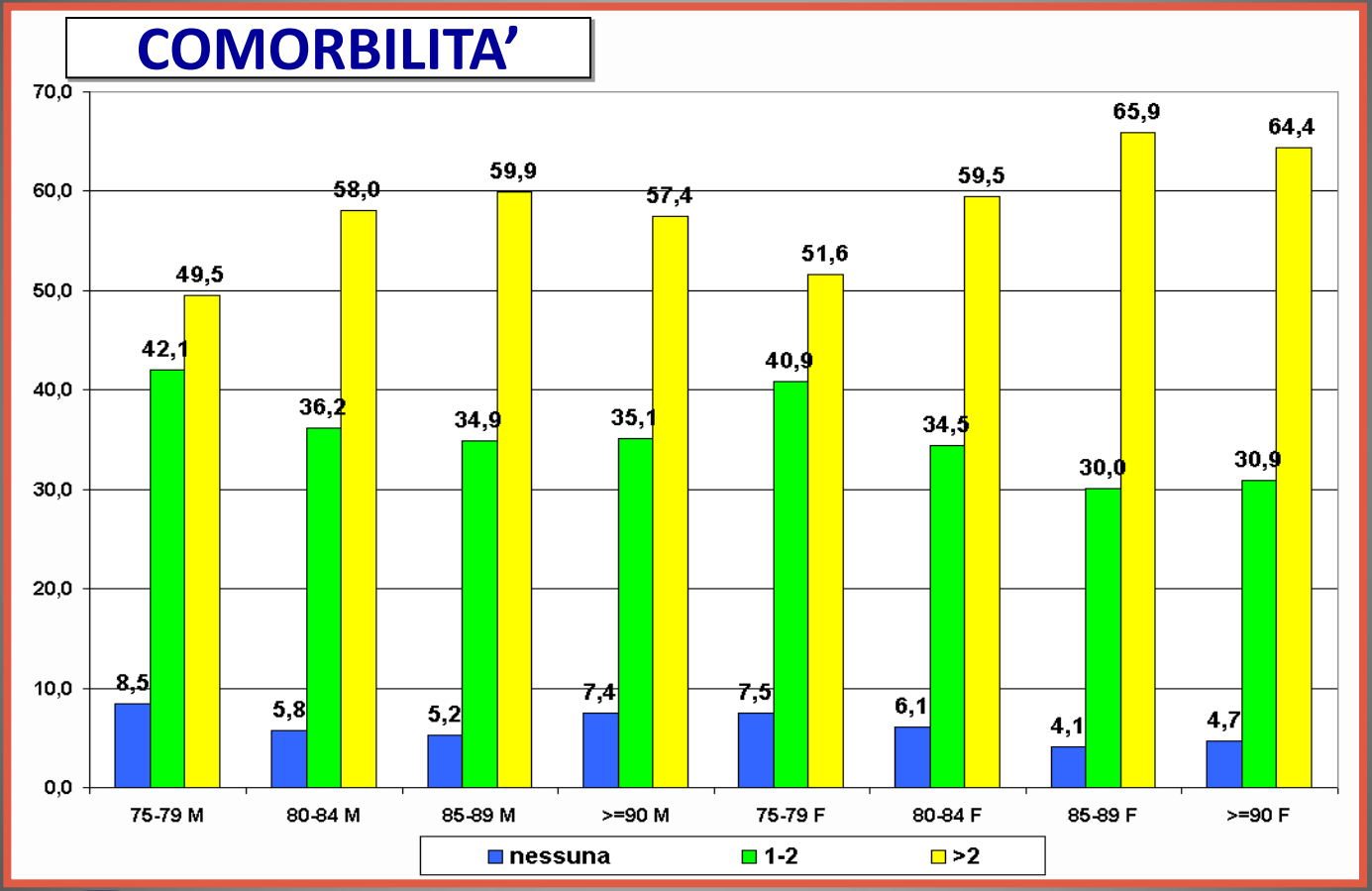
progressivo declino della riserva fisiologica,
con inadeguata resistenza agli stress,
legata all’invecchiamento e spesso,
ma non obbligatoriamente,
associata ad una patologia cronica,
predisponente alla vulnerabilità e ad out-comes avversi

Si parla di Fragilità se almeno tre delle seguenti condizioni sono soddisfatte:

- **Perdita di peso involontaria (> 5% negli ultimi 12 mesi)**
- **Facile affaticabilità nelle attività quotidiane**
- **Riduzione della attività fisica**
- **Riduzione della velocità del cammino**
- **Riduzione della forza muscolare**

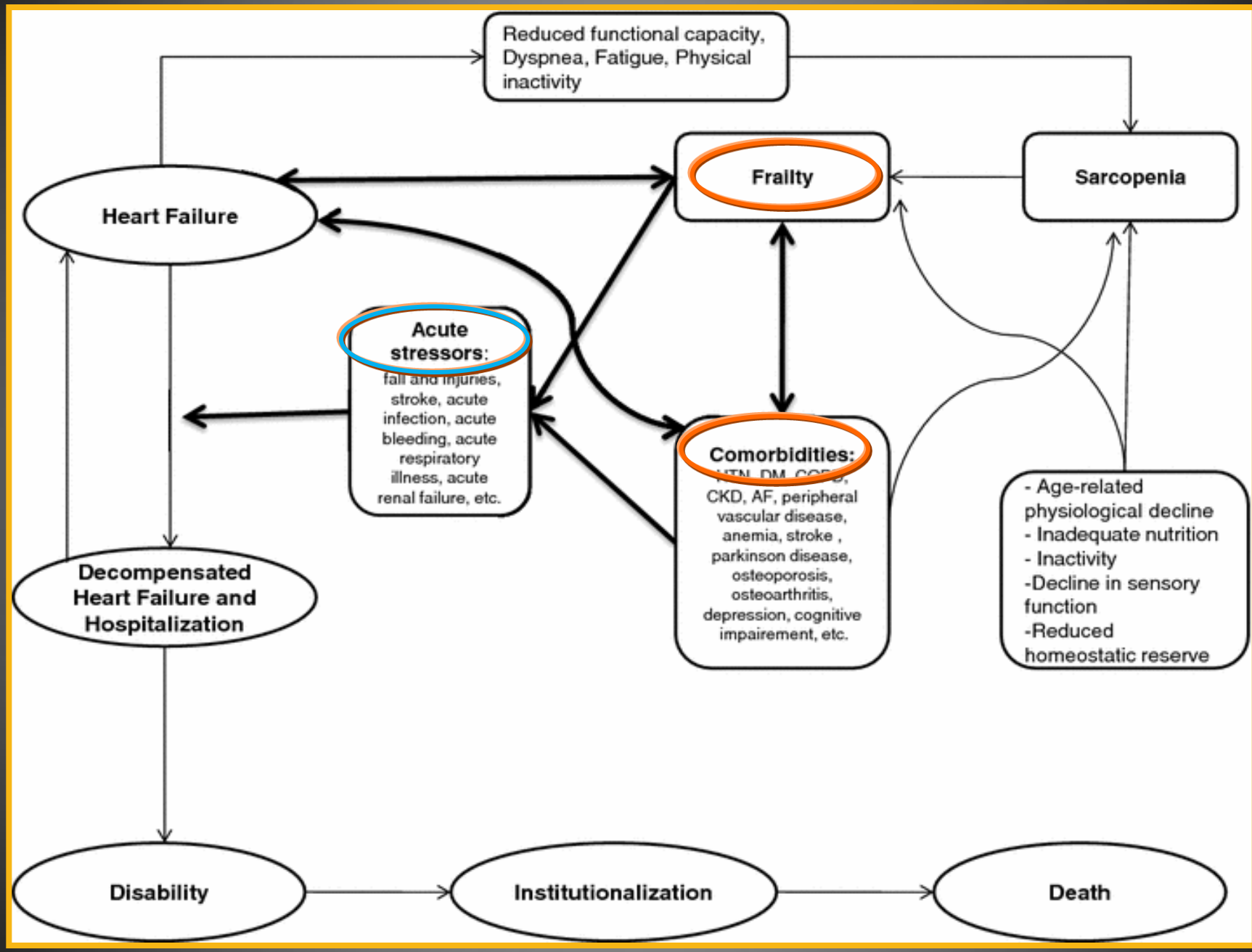
Progressione CHF

Alto rischio!!



FRAGILITA’

ETA’



Heart Fail Rev 2012

Prevalenza Fragilità:

3.2%	tra 65-70 aa
23.1%	> 90 aa

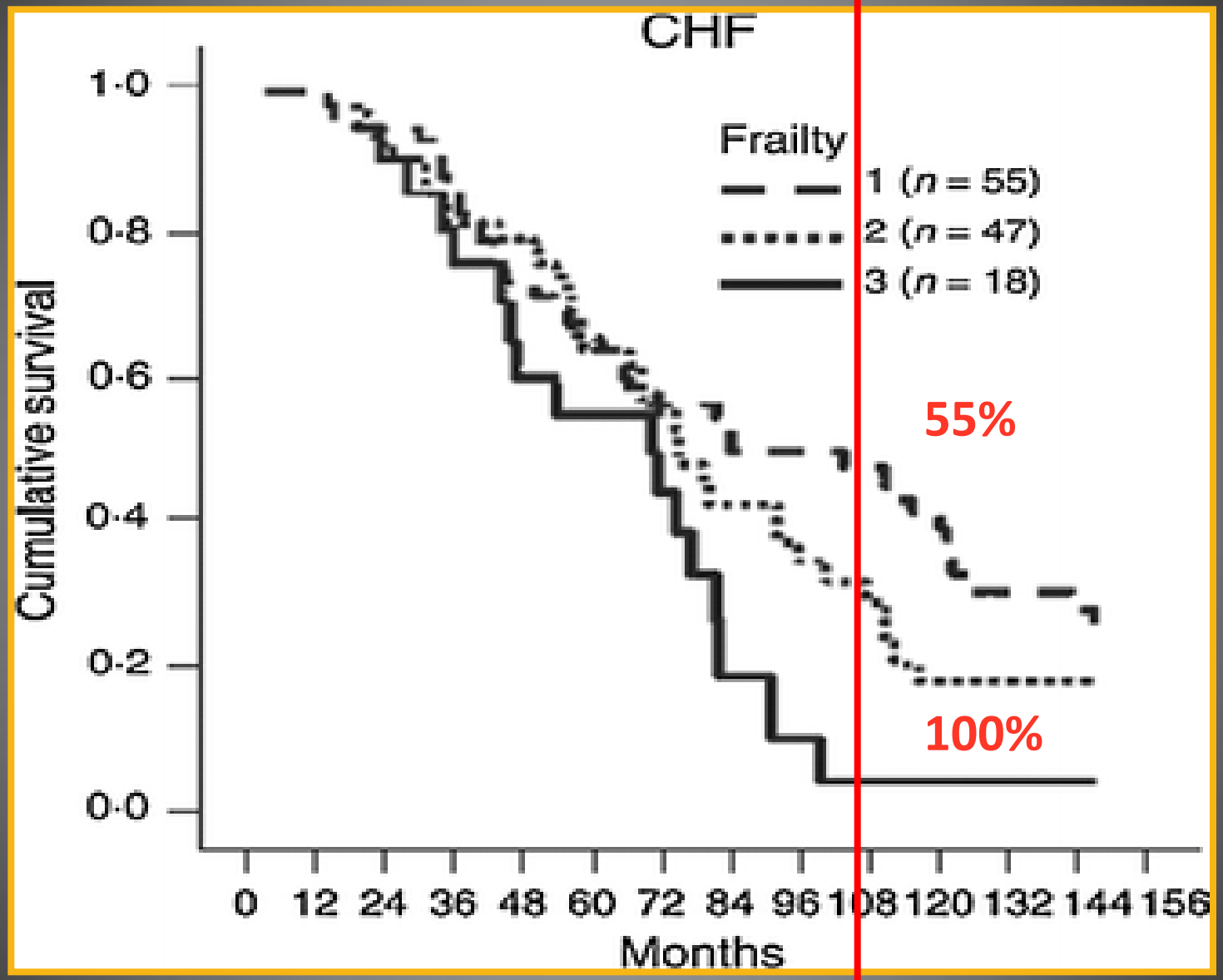
Nuova variabile indipendente di mortalità?

Con l'età cresce:

- Incidenza CHF e rischio morte
- Incidenza fragilità e rischio morte

Prevalenza CHF nel paziente non fragile 1.8%

Prevalenza CHF nel paziente fragile 14%



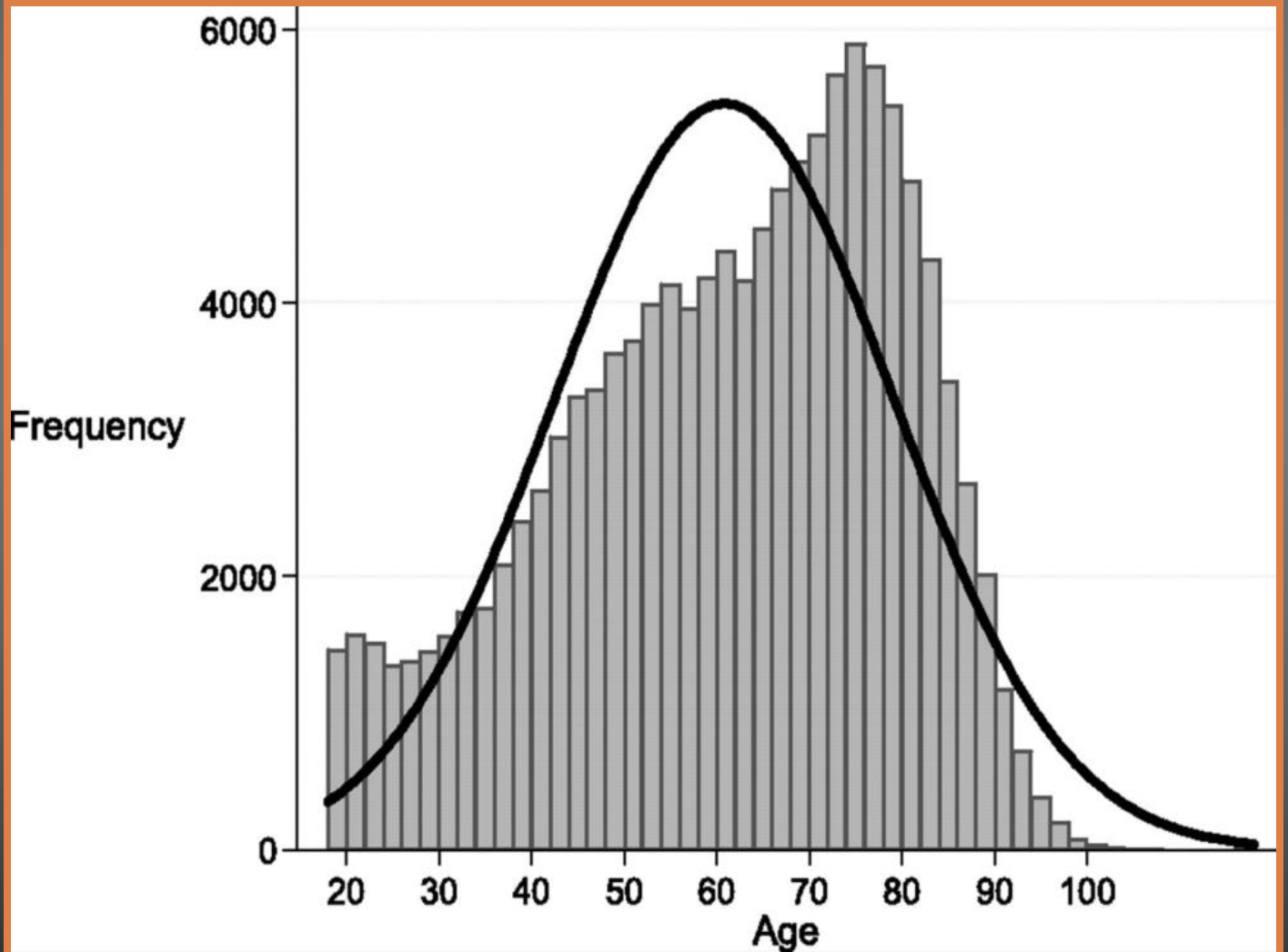
Heart Fail Rev 2012

CHEST

Do Elderly Patients Fare Well in the ICU? CHEST. 2011; 139

Con età, comorbilità e fragilità aumenta rischio mortalità

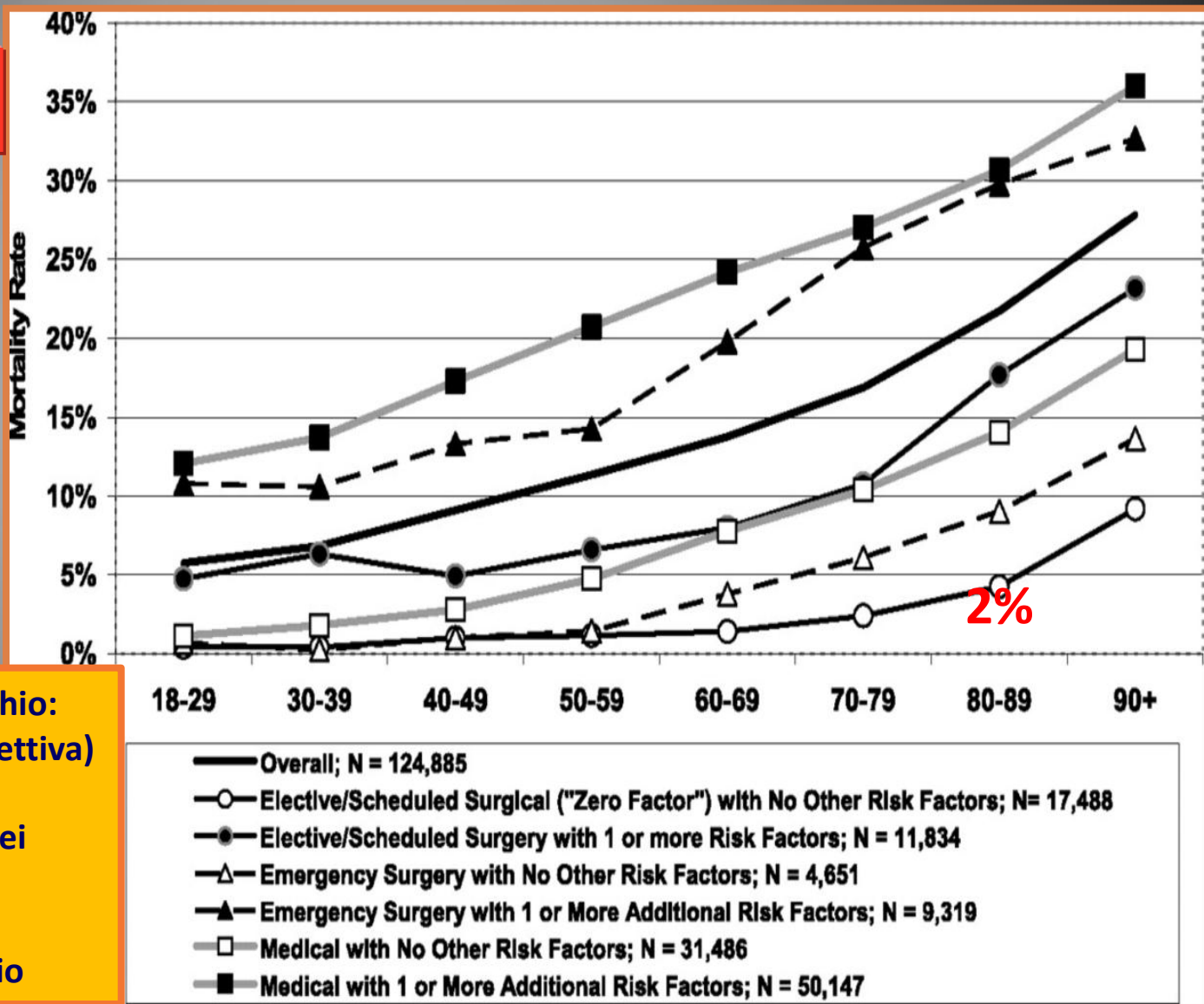
In tempi di spending review tutti in tp intensiva?



CHEST

Do Elderly Patients Fare Well in the ICU? CHEST. 2011; 139

TI solo per alto rischio



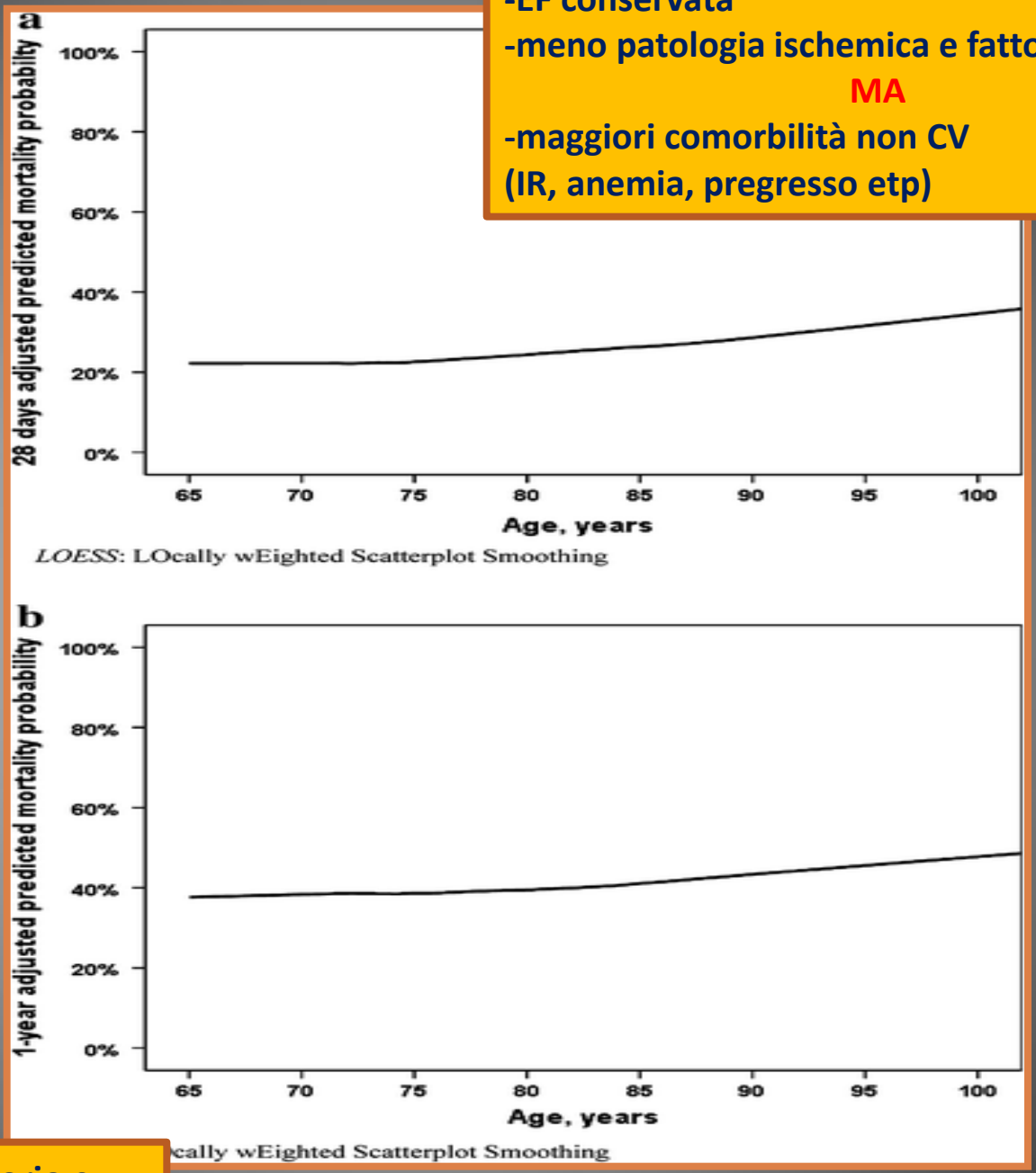
Età come unico fattore di rischio: bassi tassi di mortalità (CH elettiva)

Tassi mortalità aumentano nei ricoveri per cause mediche

Le comorbilità fattori di rischio

Età fattore di rischio indipendente?
No, perché?

-EF conservata
-meno patologia ischemica e fattori di rischio
MA
-maggiori comorbilità non CV
(IR, anemia, pregresso etp)

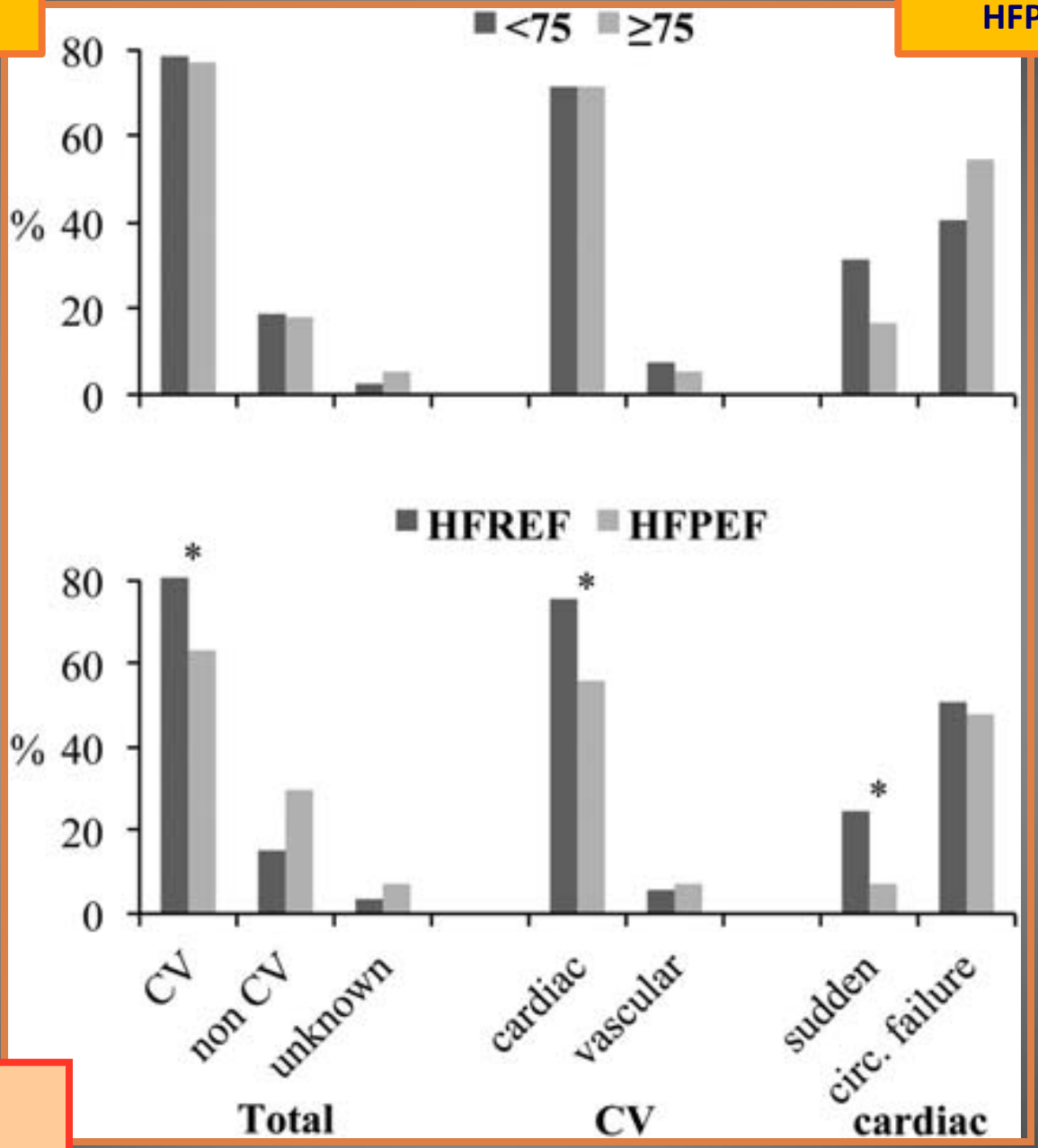


Minor supporto respiratorio e circolatorio e renale

L. Fuchs Intensive Care Med 2012

MODO DI MORTE

HFREF - EF < 45%
HFPEF - EF > 45%

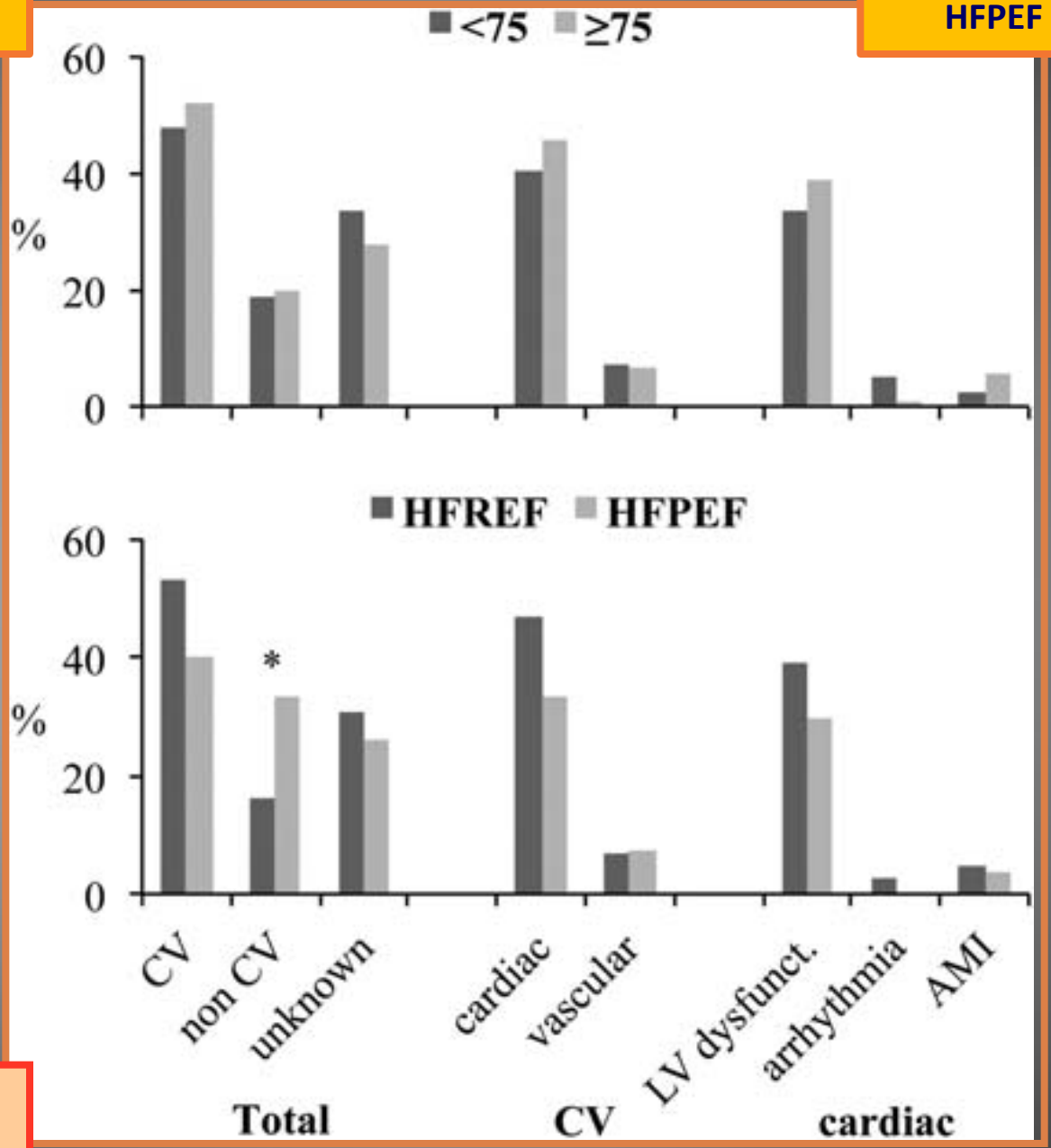


EF CONSERVATA
MORTE NON CV
(INSUFF. CARDIACA)

P. Rickenbacher. European Journal of Heart Fail 2012

CAUSA DI MORTE

HFREF - EF < 45%
HFPEF - EF > 45%



EF CONSERVATA
CAUSA MORTE NON CV
33% vs 16%

P. Rickenbacher. European Journal of Heart Fail 2012

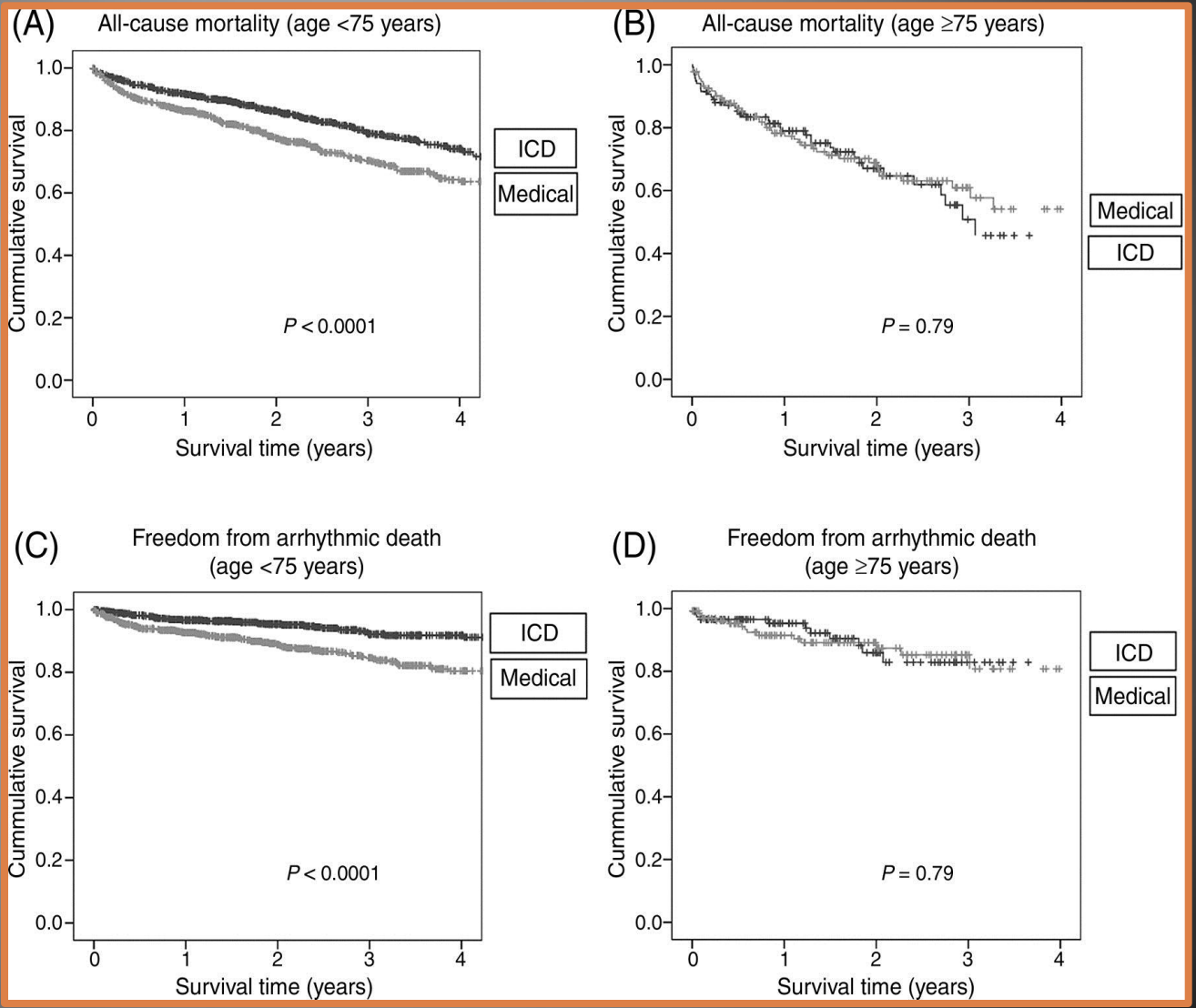
Morte improvvisa:
0.51 < 50 aa
0.26 > 80 aa

Ad 1 anno
Morte 20% pz anziani
¾ per morte NON aritmica

Analisi rischi- benefici
Aspettativa - qualità di vita

Amiodarone vs ICD?

Overall survival and freedom from arrhythmic death in patients under 75 years of age (A, C), and 75 years or older (B, D)



Healey J S et al. Eur Heart J 2007

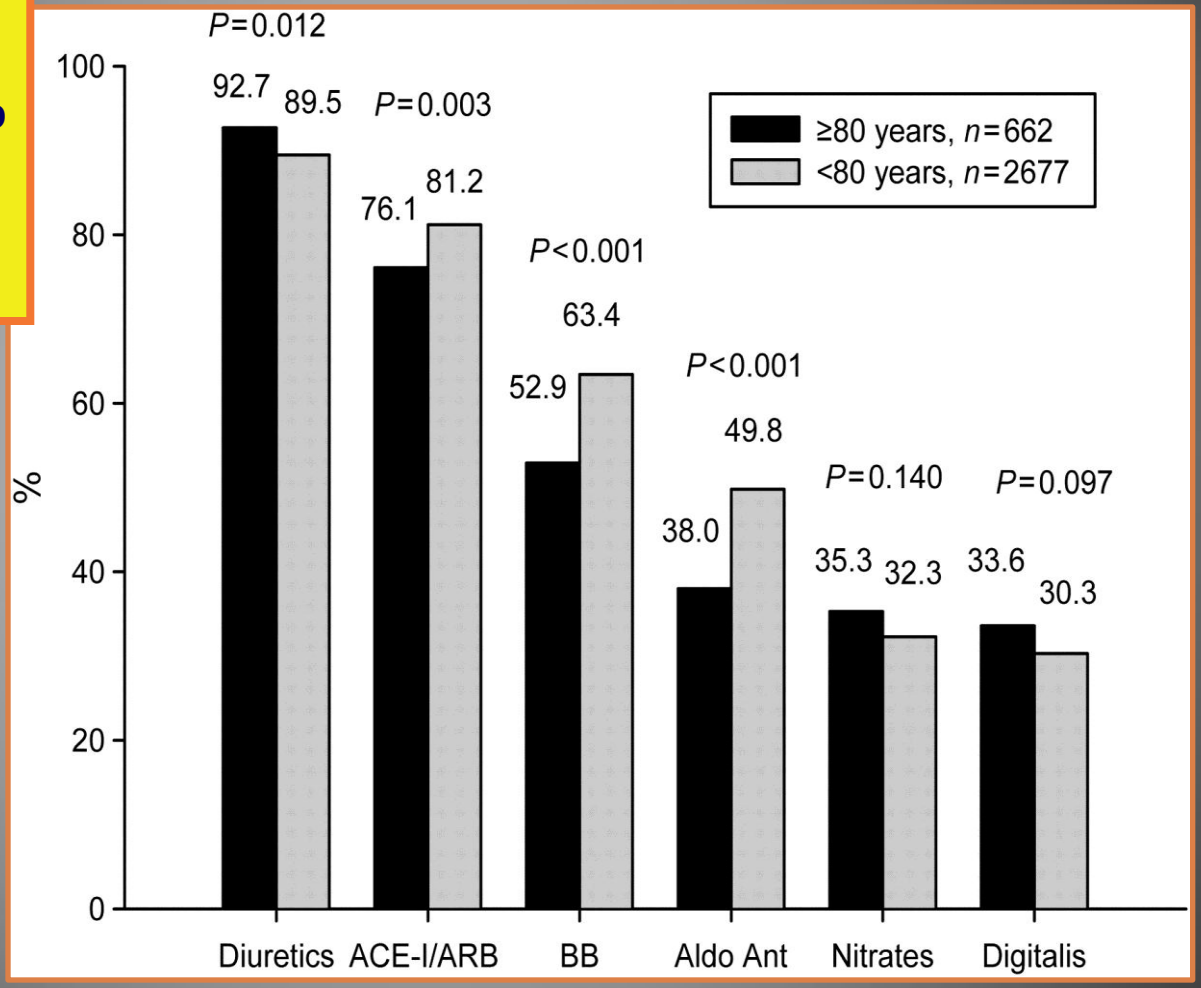
Nel 2006
su 8.900 trials randomizzati: il 3.5% di anziani
su 706 metanalisi: l' 1.2%

O è giusto il contrario?

E' giusto "adattare" questo paziente ai trials?

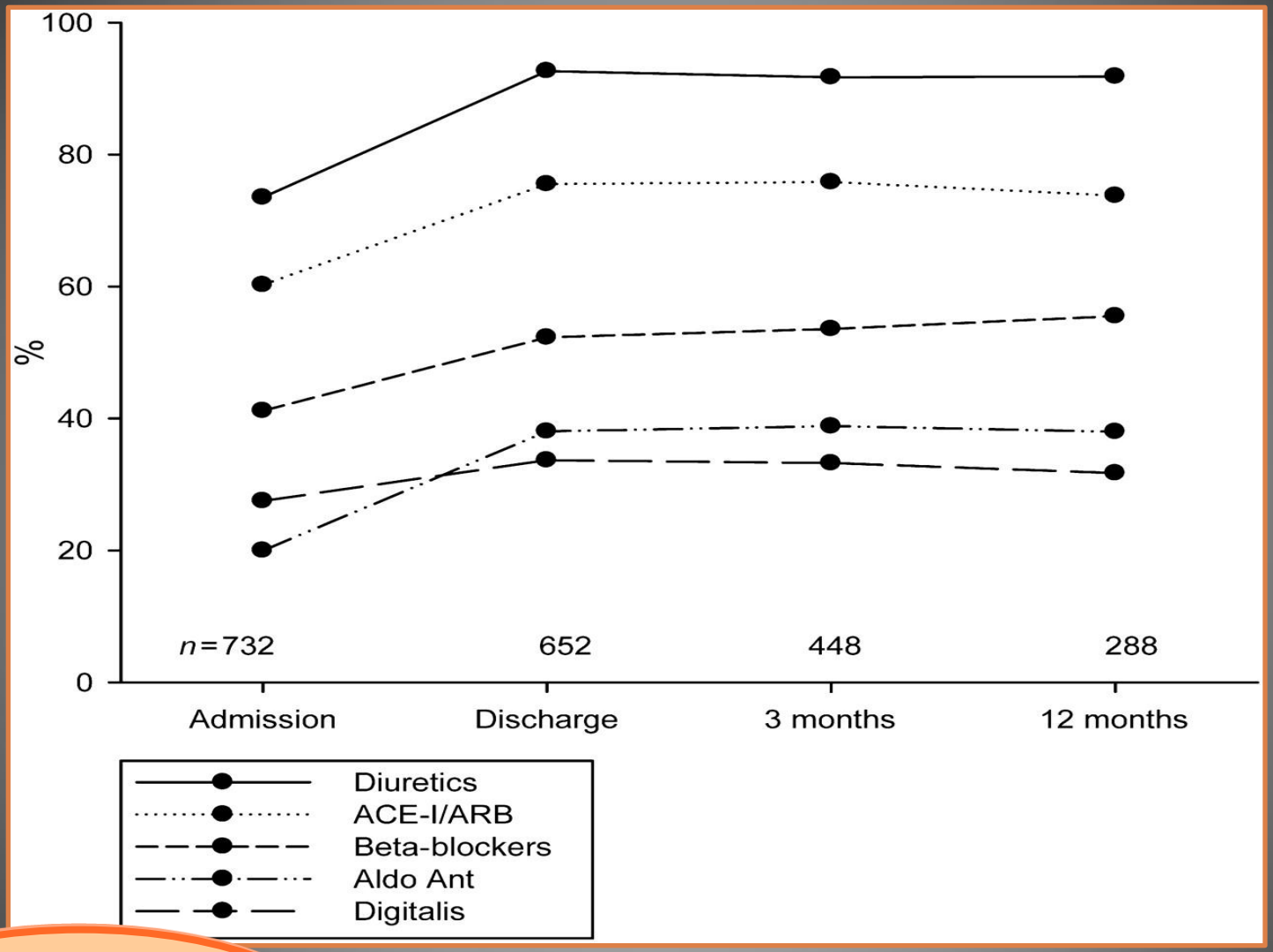
Heart failure medications in Euro Heart Failure Survey II at discharge by age group

- **80 aa**
- **-Arrivano meno al Dipartimento Cardiologico**
- **-Meno studiati**
- **-Meno trattati**



Komajda M et al. Eur Heart J 2009

Heart failure prescription rates over time in the octogenarian group



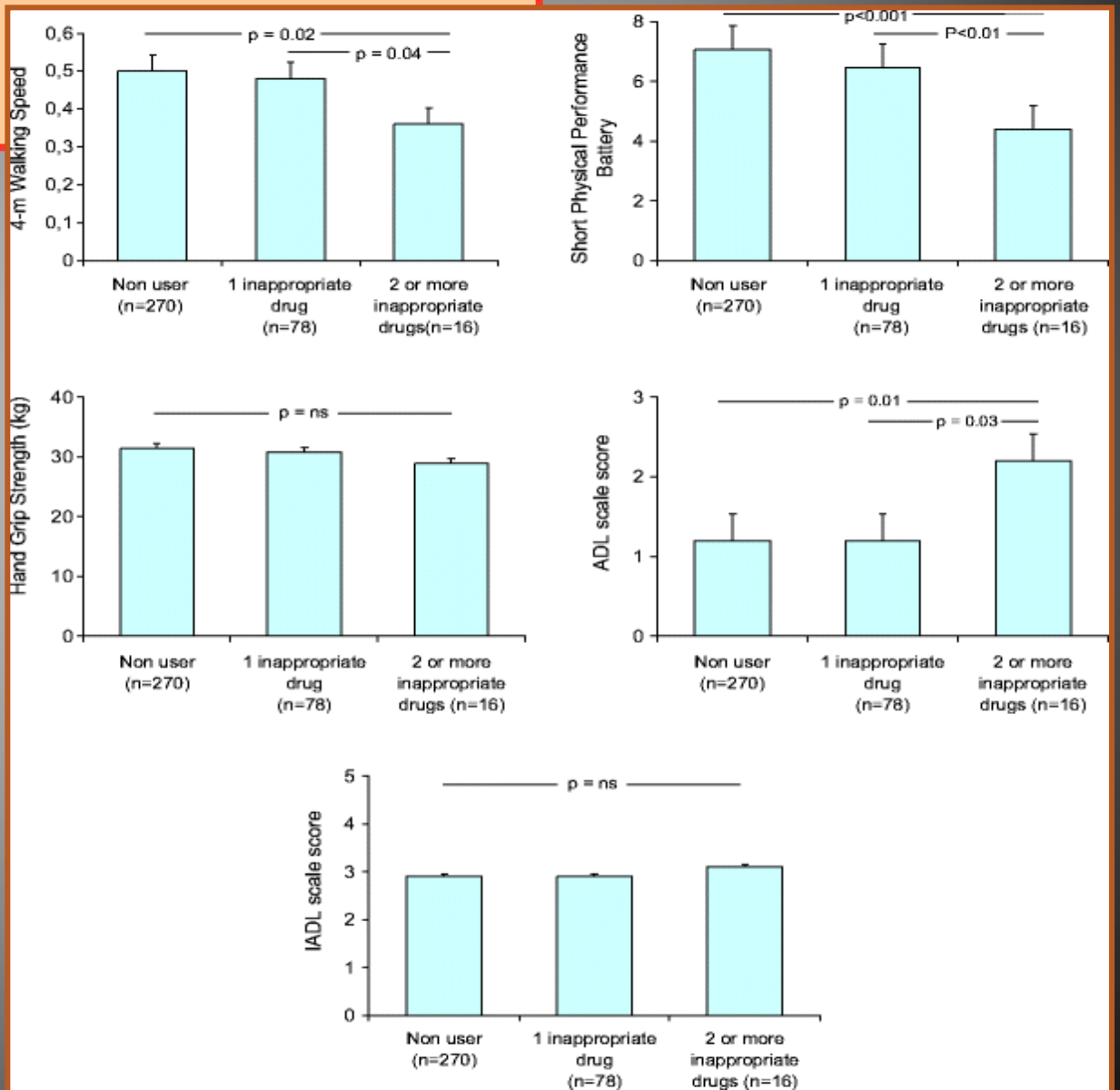
Sempre più anziani in TI ma sottotrattati e "MAL-trattati"!

Komajda M et al. Eur Heart J 2009

PRESCRIZIONE INAPPROPRIATA

Media Europea 19.1 % (2.9 - 38.5%) – Rapporto 1:5

- **Sottoprescrizione**
- **Sovraprescrizione**
- **Prescrizione scorretta**



Landi Eur J Clin Pharmacol 2007

POLITERAPIA (> 4 FARMACI): nel 20-50% dei pazienti anziani

1. Rischio di interazioni:

Tra farmaco e farmaco, farmaco e patologia, farmaco e cibo, farmaco ed alcool e farmaco e prodotti erboristici.

La probabilità di una interazione tra farmaci passa dal 7.9% nei pz giovani al 18.4% nei pz anziani.

2. Compliance e prescrizione inappropriata:

Circa il 20% dei pz risulta non compliante (intenzionale o non intenzionale se legato a barriere socio-culturali o fisiche).

Prescrizione inappropriata (studio Sirente, inappropriato uso di farmaci nel 26% dei pz anziani).

3. Variazioni farmacodinamica e farmacocinetica:

Incrementano il rischio di reazioni avverse.

4. Efficacia e sicurezza:

Circa il 5-10% delle ammissioni ospedaliere è dovuto ad una reazione avversa a farmaci.

Tra i farmaci maggiormente imputati vi sono i FANS, gli anticoagulanti, i calcio antagonisti, i diuretici, la digitale, gli immunosoppressori.

Troppo o poco trattati?
Problema qualitativo…

CONCLUDENDO…

- Con l’età aumenta incidenza CHF e rischio morte
- Con l’età aumenta incidenza fragilità e rischio morte
- Con l’età aumentano comorbilità
- Con l’età aumenta incidenza e rischio politerapie
- L’anziano è vulnerabile

MA

l’anziano sano è diverso dall’anziano fragile

CONCLUSIONI

1. Stratificazione prognostica
2. Approccio multidisciplinare e multiparametrico con pianificazione di un programma assistenziale “personalizzato” sulle caratteristiche cliniche, sociali e cognitive del paziente
3. Gestione delle comorbilità e degli eventi “stressanti”
4. Gestione terapia

1. STRATIFICAZIONE PROGNOSTICA

Distinguere tra anziano ed anziano fragile per decidere come e quanto trattare

- **Stratificazione prognostica precoce al DEA per identificare il corretto livello di tutoraggio del paziente (chi in TI…)**

- **Gestione della fase acuta di malattia e messa in atto di tutte le strategie terapeutiche necessarie alla migliore stabilizzazione del paziente (chi IOT, PTCA, CVVH…)**

-**Stratificazione prognostica intraospedaliera e predimissione (chi ICD…)**

- **Pianificazione di un programma assistenziale "personalizzato" sulle caratteristiche cliniche, sociali e cognitive del paziente (domicilio, riabilitazione, RSA…)**

SISTEMA "PERSONA"
Pz al centro del percorso

MEDICINA 4 P:
Predizione
Prevenzione
Personalizzazione
Partecipazione

Preferenze individuali

Stato cognitivo
Stato sociale
Rete familiare
Fragilità
Clinica
Biologia

2. APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE E MULTIPARAMETRICO

- Setting differenti (dall'ingresso in ospedale alla dimissione)
- Medicina narrativa
- Approccio integrato con altre discipline
- Valutazione del grado di fragilità
- Programmi di self-management
- Follow-up infermieristico
- Programmi di assistenza domiciliare

Necessità assistenziali pz con scompenso

- Prevenzione delle instabilizzazioni
- Controlli clinici periodici
- Valutazione e cura delle comorbilità
- Educazione sanitaria
- Educazione alla autogestione
- Sostegno psicologico
- Sostegno sociale

Approfondimento diagnostico

- Monitoraggio esami ematici (BNP)
- Ecocardiogramma
- Test di capacità funzionale

(6 MWT – Test cardiopolmonare)

- Polisonnografia
- Bioimpedenzometria (BIVA)

AMBULATORIO SCOMPENSO CARDIACO

"Centro Servizi" di coordinamento

- Emodinamista - Elettrofisiologo
- Internista
- Diabetologo
- Nefrologo
- Dietista
- Cardiochirurgo

Collegamento con il territorio

- MMG
- Assistente Sociale
- Follow-up telefonico
- Monitoraggio infermieristico domiciliare
- Monitoraggio di parametri in Telemedicina

3. GESTIONE COMORBILITA' E STRESS

- Rapida diagnosi e correzione eventi acuti
- Considerazione stato psico-emotivo
- Considerazioni variabili sociali
- Considerazione vulnerabilità implicita

4. TERAPIA

1. "Start slow - go slow":

- sapere quando essere "aggressivi"
- meno farmaci, ma tp di qualità

2. Schemi terapeutici

- monosomministrazioni
- utilizzare i nomi dei farmaci generici
- reminder e schemi…

3. Cercare e risolvere le ragioni della scarsa aderenza

4. Allertare in modo semplice, sui farmaci pericolosi (FANS)

Grazie per l'attenzione