



Studio retrospettivo sui pazienti con scompenso cardiaco deceduti in ospedale

Zennaro D*, Montagna L, Campagna S***, Pozzi R******

****CPSI Laboratorio di emodinamica SCDO Cardiologia AOU S.Luigi Gonzaga Orbassano (TO)***

*****Dirigente Medico SCDO Cardiologia AOU S.Luigi Gonzaga Orbassano (TO)***

******Tutor Didattico Corso di Laurea in Infermieristica S.Luigi Gonzaga***

******* Direttore SCDO Cardiologia AOU S.Luigi Gonzaga Orbassano (TO)***

INTRODUZIONE

L'ospedalizzazione dei pazienti con scompenso cardiaco è frequentemente causata dal peggioramento dei numerosi sintomi (*Barnes, 2006*) che risentono, a loro volta, delle patologie associate (*Buck, 2013*).

Stabilire una prognosi a breve-medio termine per questi pazienti è molto difficile (*Zambroski 2005*) e di conseguenza anche l'attivazione cure palliative risulta ritardata.

E' noto che l'approccio tradizionale in fase acuta sia insufficiente a controllare e rendere tollerabili i sintomi (*Shah 2013*)

Attualmente poco si conosce su come vengano gestiti i pazienti ricoverati in fase avanzata di malattia

OBIETTIVI

**Nei pazienti deceduti con scompenso cardiaco avanzato
(Classe NYHA III IV):**

- *Documentare la frequenza dei sintomi e gli interventi effettuati*
- *Identificare, a posteriori, la presenza di comorbidità e di indicatori prognostici sfavorevoli.*



MATERIALI E METODI

Studio retrospettivo sui pazienti deceduti nell'anno 2013 per scompenso cardiaco

Sono stati raccolti:

- Dati anagrafici
- Dati clinici
- I Sintomi (Descritti nelle Cartelle Cliniche)
- Gli Interventi (Rilevabili dalle Cartelle Cliniche)

MATERIALI E METODI

Le cartelle cliniche sono state identificate con i Codici ICD-9-CM alla dimissione:

- ✓ 402.11 (Cardiopatía ipertensiva benigna con insufficienza cardiaca).
- ✓ 404.11 (Cardio-nefropatia ipertensiva benigna con insufficienza cardiaca e con patologia renale cronica dallo stadio I allo stadio IV, o non specificata).
- ✓ 404.13 (Cardio-nefropatia ipertensiva benigna con insufficienza cardiaca e con patologia renale cronica di stadio V o di stadio terminale).
- ✓ 428. 21 (Insufficienza cardiaca sistolica acuta).
- ✓ 428.23 (Insufficienza cardiaca sistolica acuta e cronica).
- ✓ 785. 51 (Shock cardiogeno).

MATERIALI E METODI

➤ *Charlson Comorbidity Index**

Indice di comorbidità che stabilisce quattro livelli di gravità per le patologie associate:

Nessuno (0)

Bassa (1-2)

Moderata (3-4)

Alta (≥ 5)

punteggio calcolato sulla presenza/assenza della patologia concomitante

*Rich M.W. Heart Failure in the Oldest Patients: The Impact of Comorbid Conditions. *The American journal of geriatric cardiology* 2005;14:134-141

MATERIALI E METODI

➤ **3C-HF Score***

Indice prognostico che stabilisce un punteggio che indica il rischio di mortalità ad un anno nei pazienti con scompenso cardiaco

Punteggio <6 rischio basso

mortalità ad un anno 4% dei casi

Punteggio 6-11 rischio moderato

mortalità a un anno 32% dei casi

Punteggio 12-16 rischio alto

mortalità ad un anno 63% dei casi

Punteggio ≥17 rischio altissimo

mortalità ad un anno 96% dei casi

Punteggio calcolato in base a:

Età, Parametri clinici (Frazione eiezione, classe NYHA)

Patologie associate, Trattamenti farmacologici

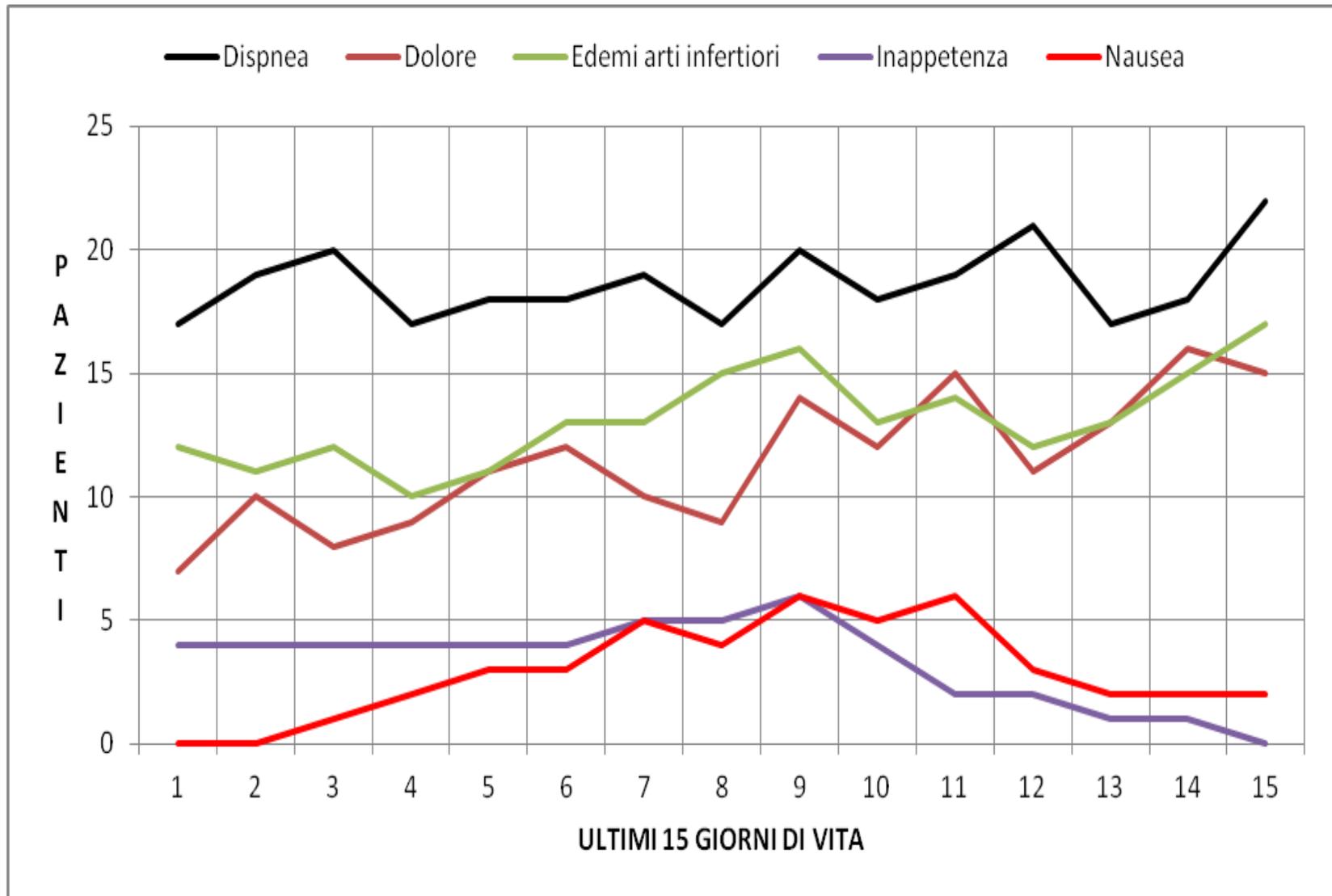
**Senni M, Et al P. Predicting heart failure outcome from cardiac and Comorbid conditions: The 3C-HF score. International Journal of Cardiology 2013;13: 206–211*

RISULTATI

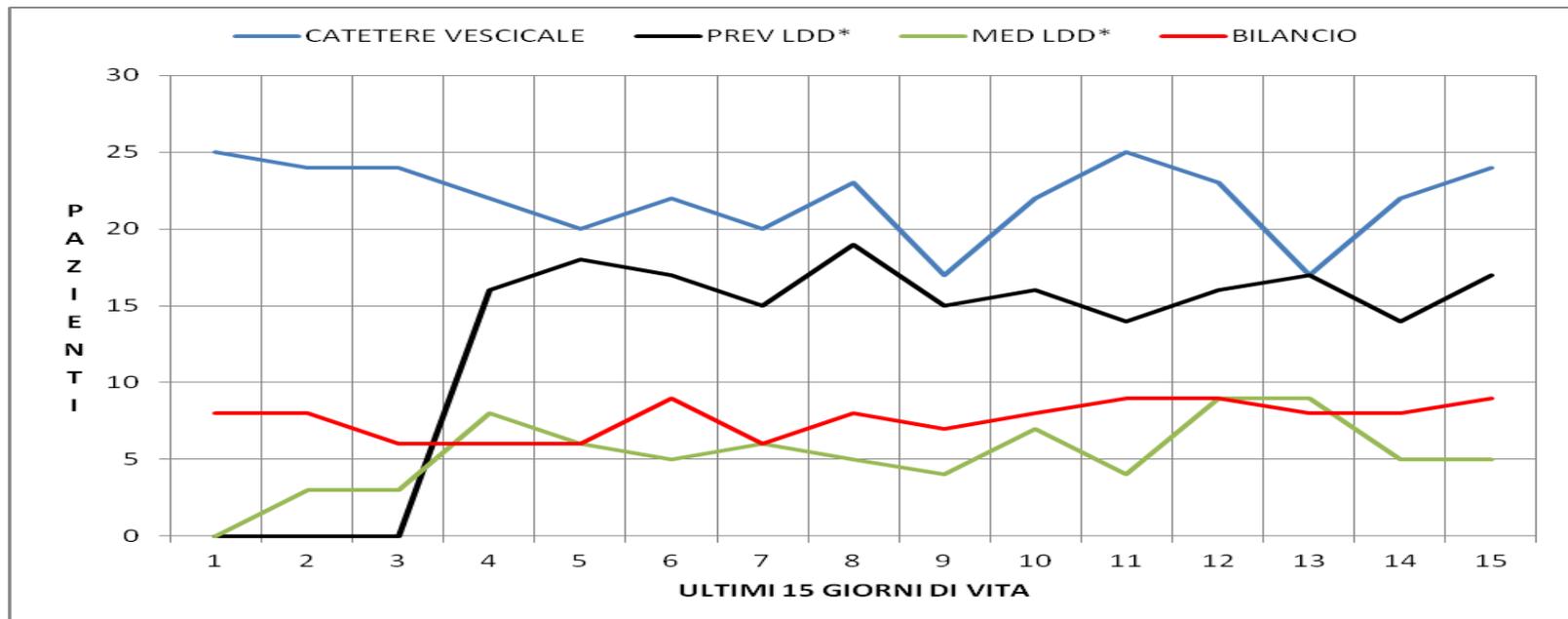
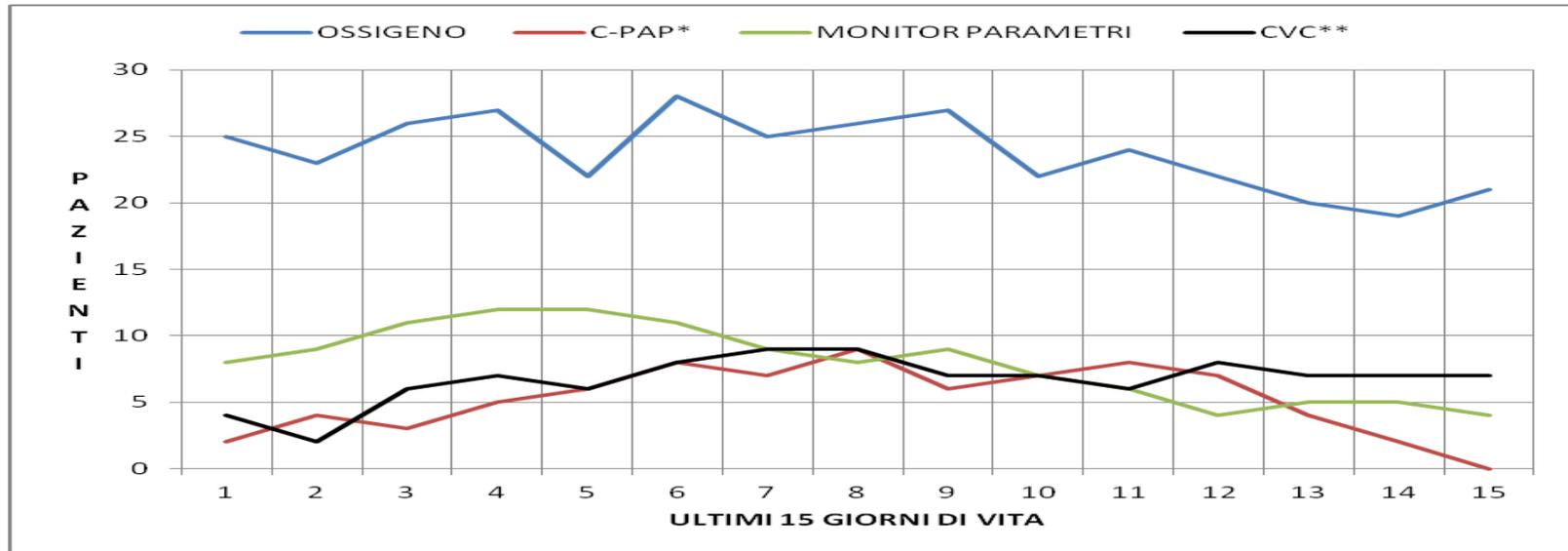
40 Cartelle cliniche di pazienti deceduti

- Il 60 % erano maschi
- L'età media era di 78 anni (+-dev std 14,6)
- La Classe funzionale era NYHA III (52,5%) o IV (47,5%)
- Il 47,5 % dei pazienti aveva una Frazione eiezione <35%
- Il 35 % dei pazienti assumeva a domicilio oltre 10 farmaci
- La degenza media è stata di 18 giorni (+- dev std 12)
- Il 72,5 % dei pazienti aveva un'alto carico di patologie associate (CCI \geq 5)
- Il 50% dei pazienti aveva un rischio alto o altissimo di mortalità ad un anno (3C-HF score >12)

RISULTATI



RISULTATI



RISULTATI

Negli ultimi 15 giorni di vita i **sintomi** più frequenti sono stati:
Dispnea (42%-55%), Dolore (20%-40%), Edemi declivi (25%-42%)

Negli ultimi 15 giorni di vita **gli interventi** più frequenti sono stati:
Morfina endovena (con una frequenza in aumento dal 10% al 70%),
Diuretici endovena (50%-70%), Ossigeno terapia (50%-70%)

Nelle ultime 24 ore di vita i **sintomi** più frequenti erano:
la Dispnea (55%) ed il Dolore (37,5%)

Nelle ultime 24 ore di vita la morfina per via endovenosa veniva usata per contrastare la dispnea nel 45% dei pazienti

DISCUSSIONE

- Vengono confermati i sintomi principali eccetto Ansia ed Affaticabilità, che risultano molto inferiori rispetto ai risultati ottenuti in alcuni studi simili:

Ansia 12% vs 50%-70%

Affaticabilità 25% vs 70%-87%

(Nordgren 2002, Zambrosky 2005, Opasich 2008)

- Il Charlson Comorbidity index è risultato alto (CCI > 5) per il 75% dei pazienti, mentre altri autori (*Kato 2012-Evangelista 2012*) su popolazioni simili, hanno rilevato un impatto moderato (CCI = 3-4).
- Il 50% circa dei pazienti aveva un rischio alto o altissimo di mortalità ad un anno (3C-HF score > 12), il restante 50% ha ottenuto uno score che indicava un rischio moderato (3C-HF score 10/11), per i pazienti con rischio alto/altissimo di mortalità si sarebbero potuti sospendere i trattamenti invasivi ed iniziare le terapie palliative
- Nelle ultime 24 ore la dispnea ha frequenze ancora elevate (55%); solamente nella metà di questi pazienti viene somministrata morfina endovena per rendere tollerabile la sintomatologia, come raccomandato da alcuni studi
(Abertnethy 2003, Le Mond 2011)

CONCLUSIONI

- ❑ Rilevare i sintomi del paziente e le patologie associate, in maniera strutturata potrebbe consentire di riconoscere ed intervenire su tutti i sintomi evitando di sottovalutarne alcuni
- ❑ Formulare una prognosi attraverso l'utilizzo di score validati potrebbe consentire di identificare i pazienti su cui iniziare precocemente le terapie palliative, sospendendo gli interventi invasivi
- ❑ Incrementare l'utilizzo di Morfina endovena nelle ultime 24 ore di vita dei pazienti, consentirebbe di tollerare meglio i gravi sintomi che precedono il decesso



GRAZIE

PER

L'ATTENZIONE