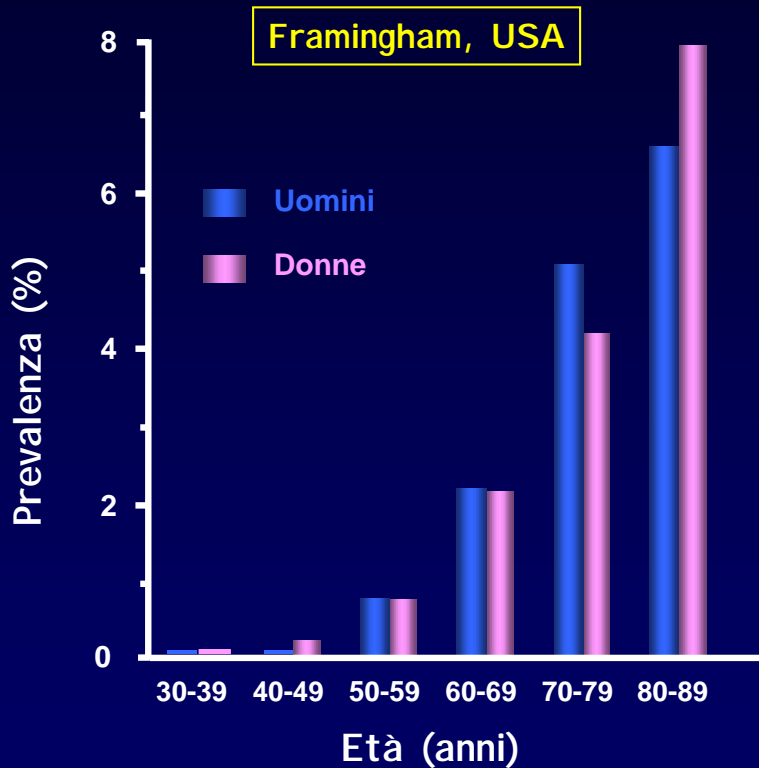


Mortalità ospedaliera e prognosi durante follow-up in 118 pazienti sottoposti a emodiafiltrazione per scompenso cardiaco refrattario e shock

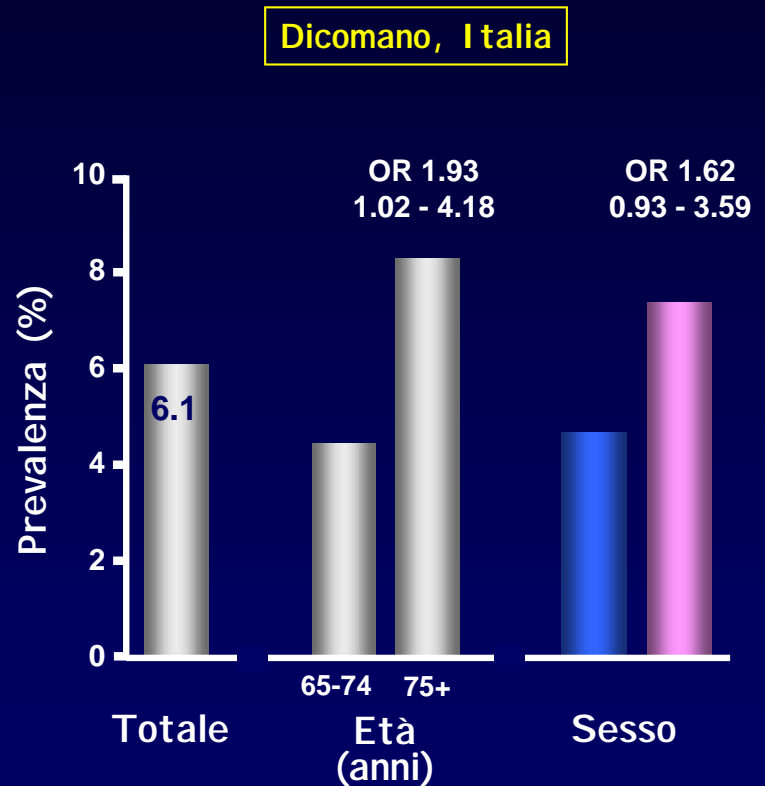
B. Crovetti, L. Boncinelli, S. Fumagalli, G. Sforza, C. Franceschini, I. Mangani, C. Agresti, M. Inzitari, N. Boni, N. Marchionni

Dipartimento di Area Critica Medico-Chirurgica
Unità di Cura Intensiva Geriatrica,
U.O. Universitaria di Geriatria e Riattivazione,
A.O. Careggi - Firenze

Prevalenza di SCC nella popolazione generale per età e sesso



Ho KK, et al., J. Am. Coll. Cardiol. 1993



Marchionni N, et al., Arch. Gerontol. Geriatr. 1996

Scompenso cardiaco

- **Scompenso cardiaco:** sindrome in cui *il cuore*, per una sua propria anormalità funzionale, è *incapace di pompare il sangue in misura adeguata alle esigenze del metabolismo tessutale* o di riuscire a farlo solamente a spese di un anormale aumento del volume diastolico ventricolare
- ➔ **Refrattario:** marcata sintomatologia a riposo che rimane invariata o peggiora nonostante trattamento massimale per via orale (digitale, diuretici e vasodilatatori)
- ➔ **Terminale:** condizione caratterizzata da **funzione miocardica estremamente ridotta** e da grave sintomatologia a riposo non risolvibile con trattamento medico intensivo (farmacologico e non), ad elevata mortalità a breve termine

Trattamento intensivo del paziente con scompenso cardiaco refrattario

1. SUPPORTO VENTILATORIO

- Ossigeno
- CPAP
- Ventilazione meccanica

2. SUPPORTO INOTROPO

- Farmaci
- Assistenza meccanica mediante IABP

3. TRATTAMENTO DELLA CONGESTIONE

- Diuretici
- Emofiltrazione

4. SUPPORTO NUTRIZIONALE

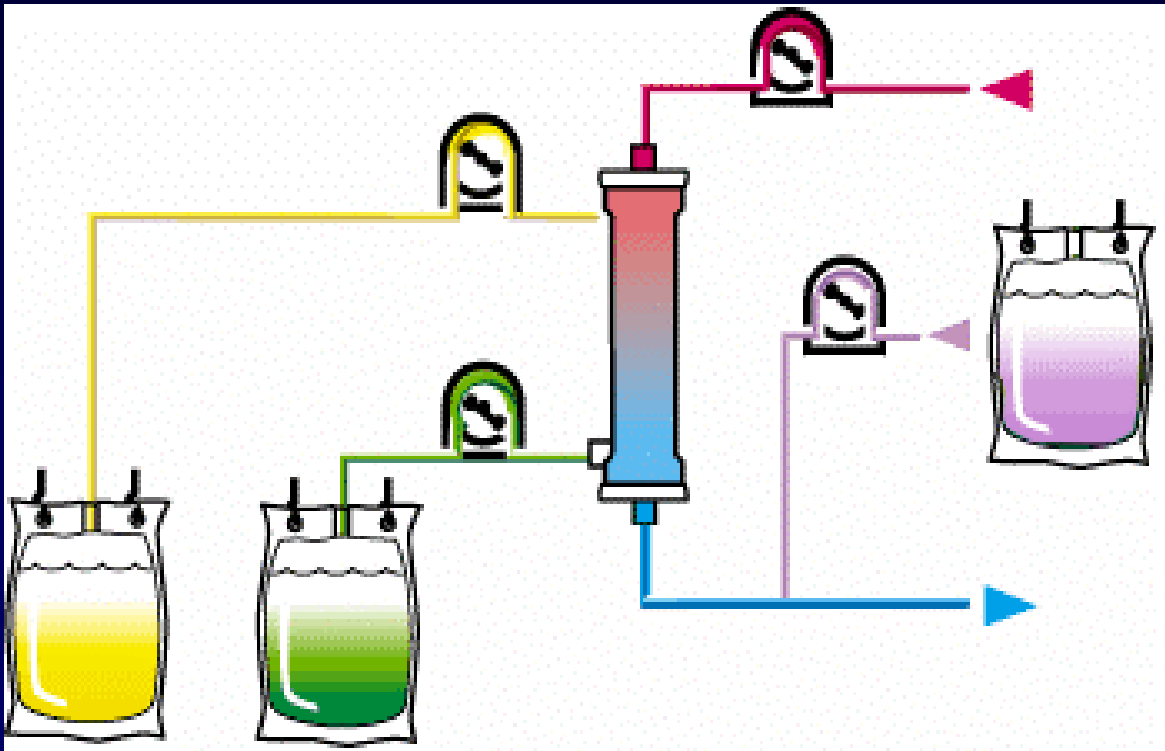
5. SUPPORTO NEURO-PSICOLOGICO

Metodi

- Sono stati arruolati **tutti** i pazienti (N=118) consecutivamente sottoposti a CVVHDF nella nostra Unità di Cura Intensiva per **scompenso cardiaco congestizio refrattario e shock cardiogeno** (1998 - 2003)
- **Non** sono stati adottati **criteri di esclusione** clinici. L'**età avanzata** non ha costituito un criterio di esclusione

- Analisi delle variazioni cliniche ed emodinamiche indotte dal trattamento
- Analisi della incidenza di **complicanze**
- **Mortalità a breve** (intra-ospedaliera) e **lungo termine (follow-up a 1 anno)**

Emodiafiltrazione veno-venosa continua (CVVHDF)



Effluente

Dialisato

Accesso venoso

Soluzione reintegrante

Ritorno venoso

Principali variabili cliniche dei 118 pazienti

	Media/ Percentuale	Intervallo
Età (anni)	75 ± 9	39 - 96
Uomini (n, %)	83 (70.3%)	
IDS (score)	13 ± 6	0 - 28
CHF + IR (n, %)	79 (66.9%)	
Shock (n, %)	39 (33.1%)	
IABP (n, %)	23 (19.5%)	
Ventilazione (n, %)	22 (18.6%)	
Swan-Ganz (n, %)	25 (21.1%)	

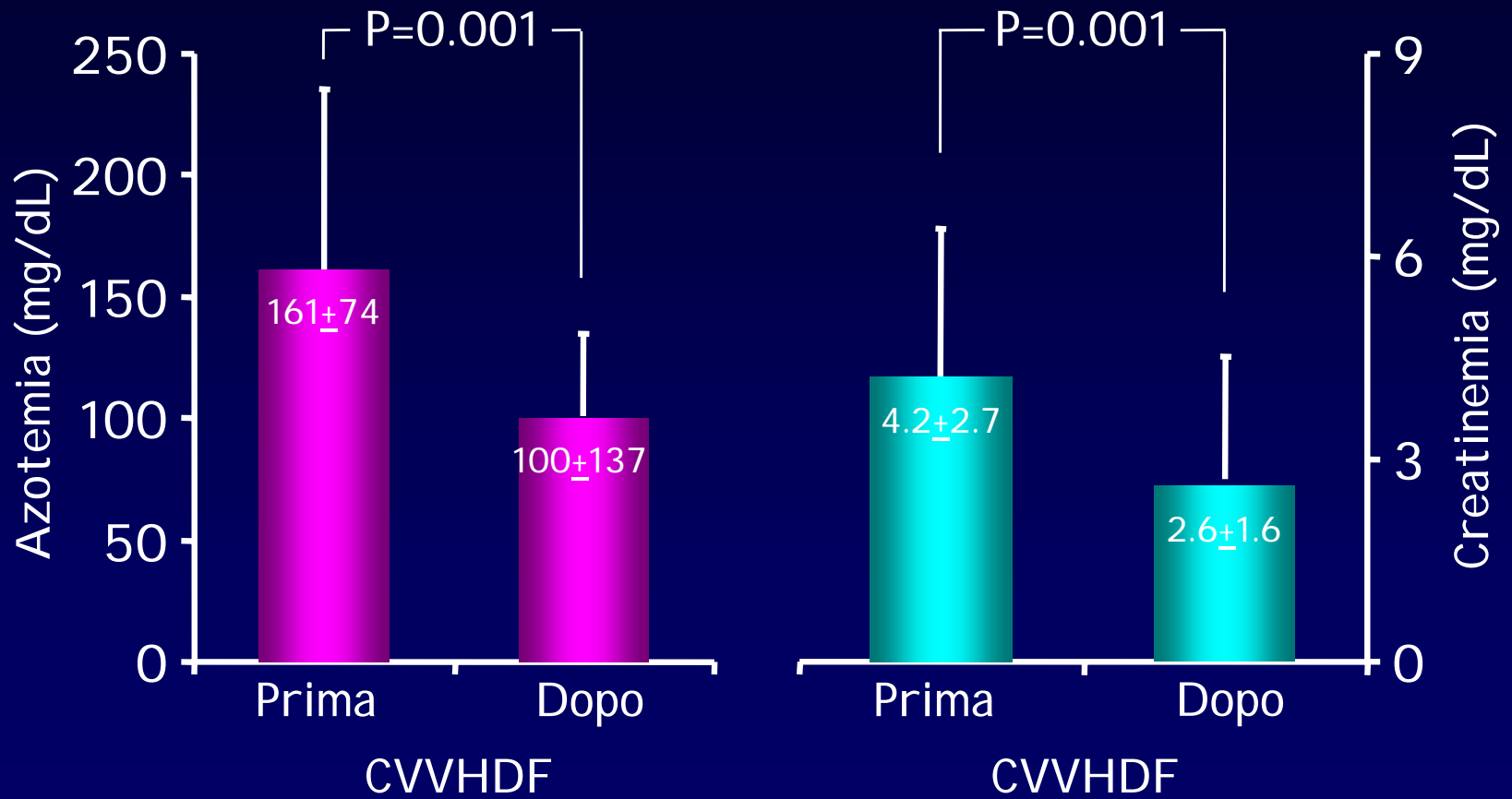
IDS: Index of Disease Severity (intervallo: 0-64); **CHF+IR:** scompenso cardiaco refrattario + insuff. renale; **Shock:** shock cardiogeno; **IABP:** contropulsazione intra-aortica; **Ventilazione:** ventilazione meccanica; **Swan-Ganz:** cateterismo cardiaco destro

Principali variabili associate alla CVVHDF

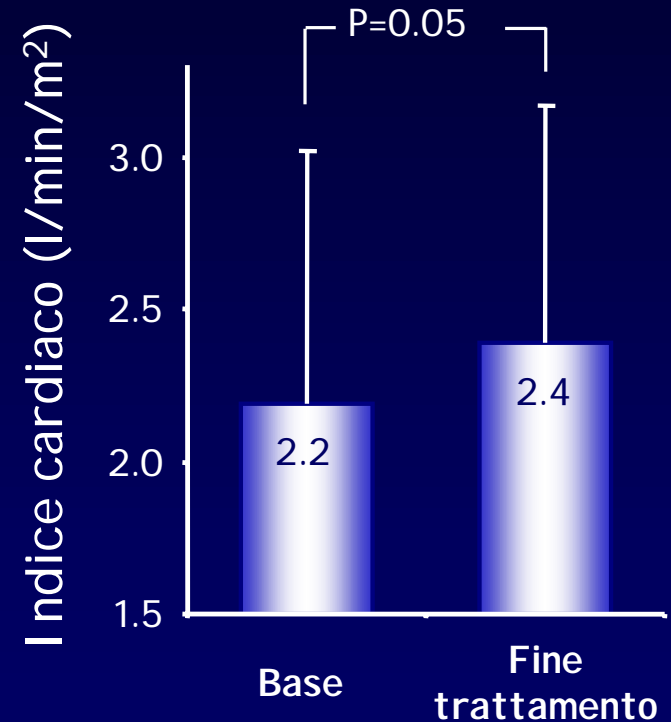
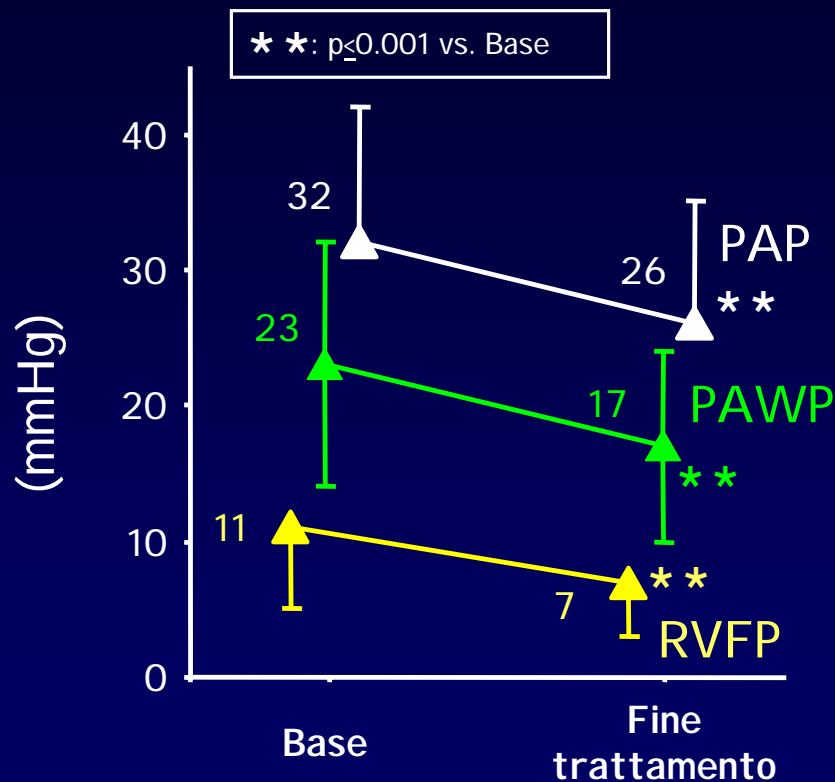
	Media / Percentuale	Intervallo
Accesso: femorale	111 (94.1%)	
succlavia	7 (5.9%)	
Durata (ore)	89 \pm 87	2 – 590
Perdite (l)	8.2 \pm 10.5	
Perdita oraria (ml)	124 \pm 119	
Degenza (giorni)	10 \pm 11	1 – 58

Accesso: accesso vascolare; Degenza: degenza in UTIC

Funzione renale e CVVHDF

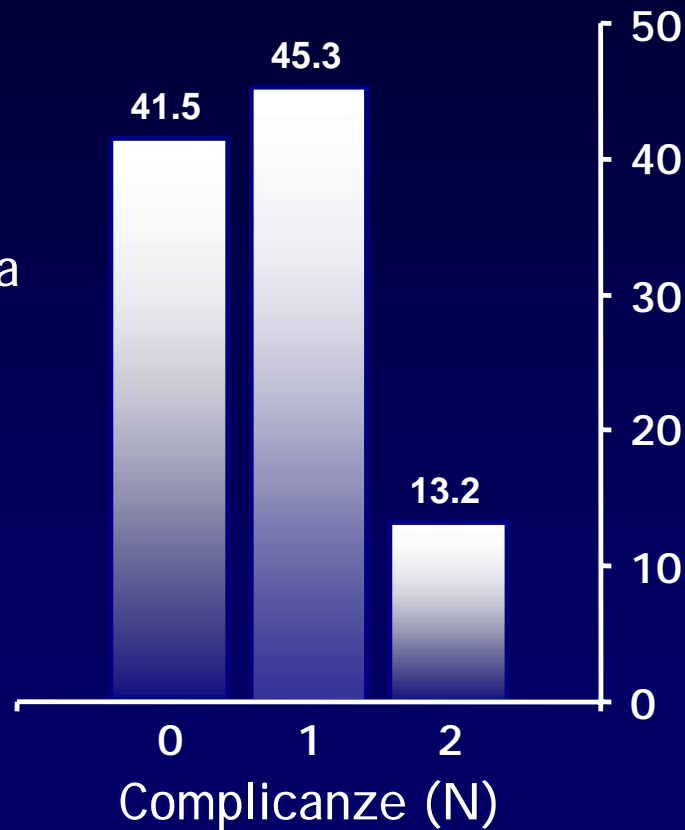
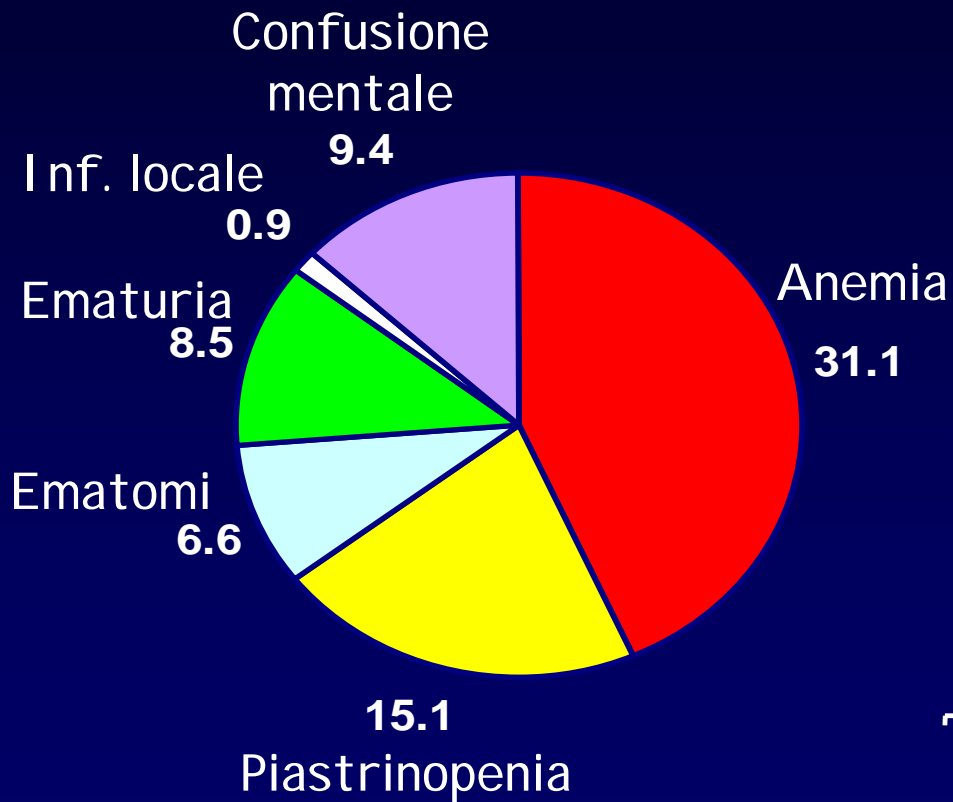


Variazioni dei principali parametri emodinamici nei pazienti sottoposti a cateterismo cardiaco con Swan-Ganz (N=25)

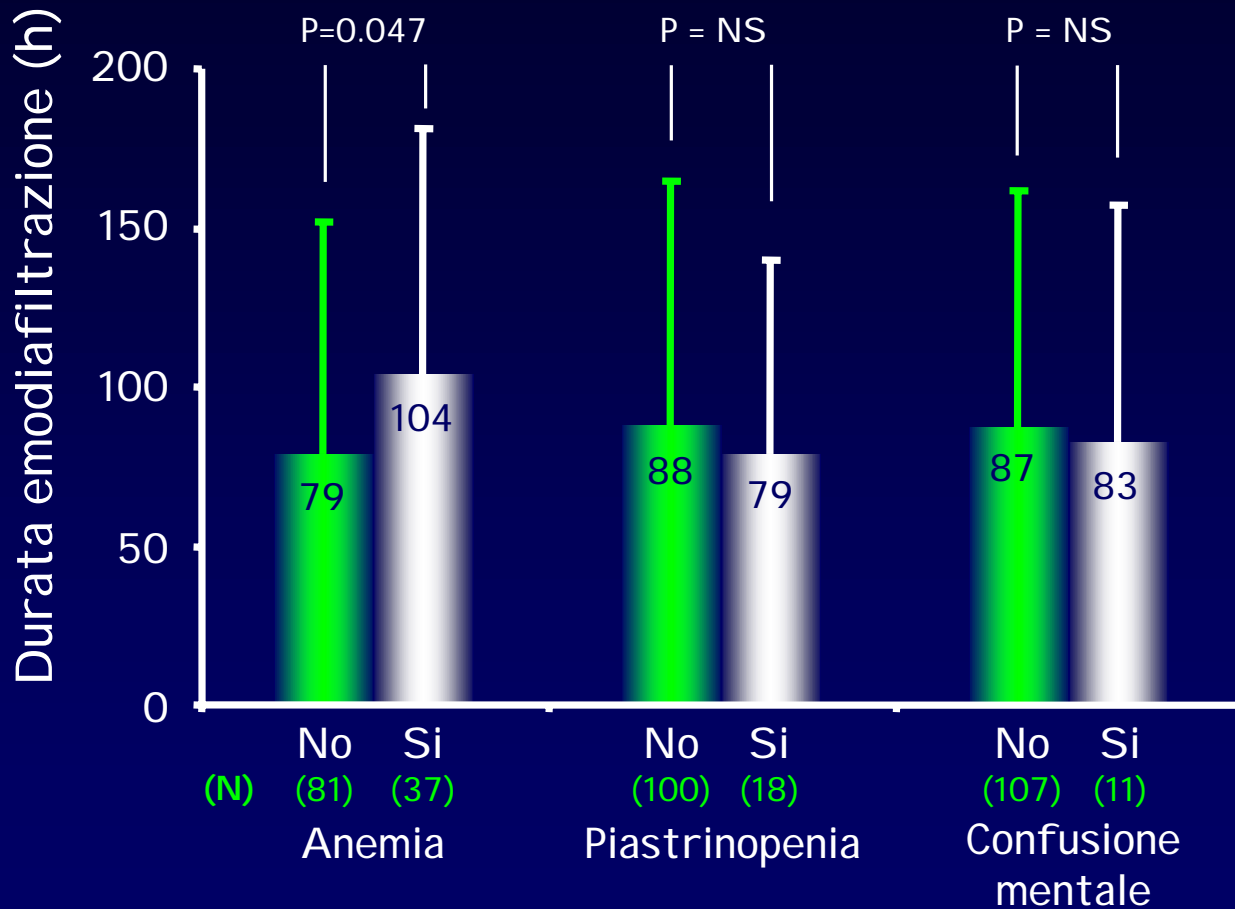


PAP/PAWP: press. art. polmonare media/cat. incuneato
RVFP: press. atriale destra media

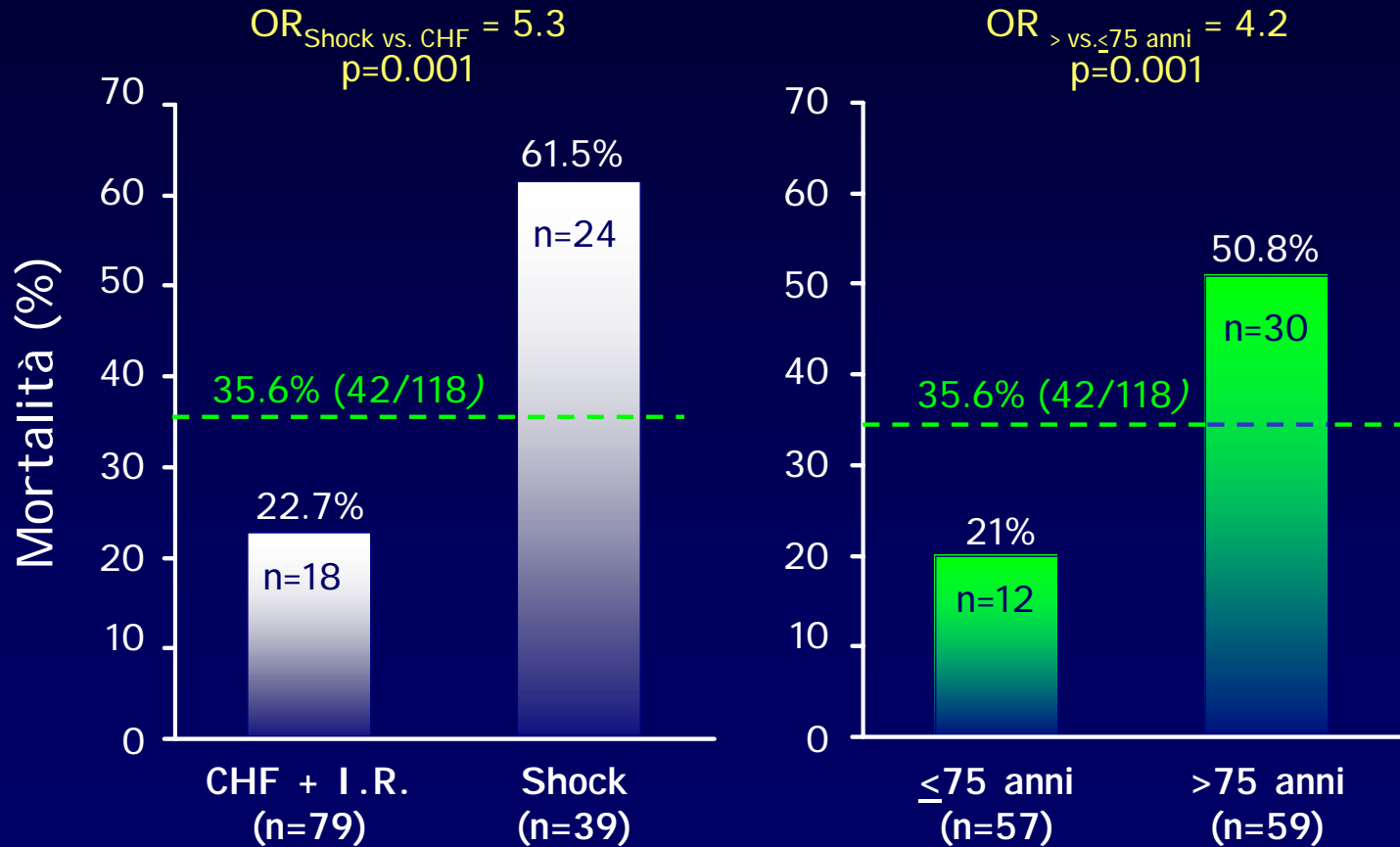
Complicanze della CVVHF - Incidenza (% , a sinistra) e distribuzione di frequenza (% , a destra)



Complicanze principali della CVVHDF e durata del trattamento

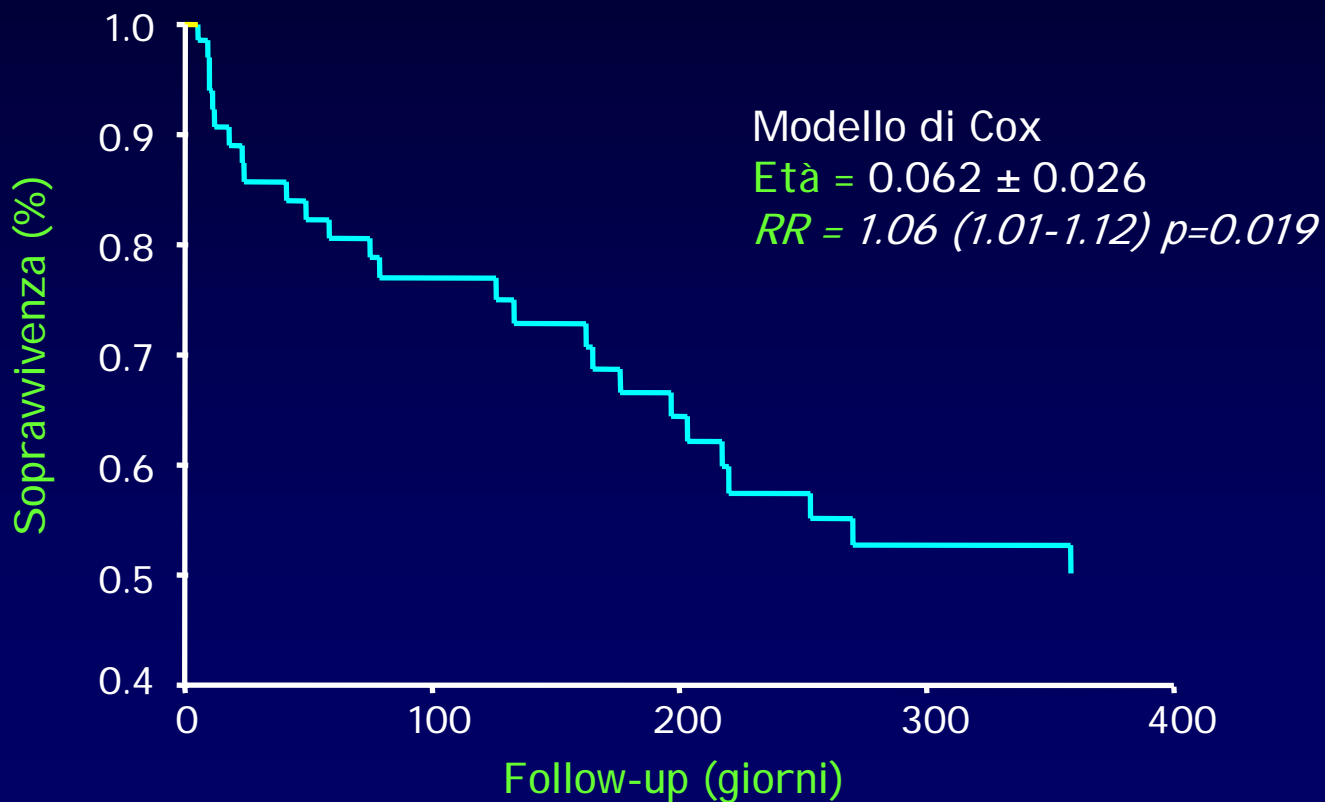


Mortalità a breve termine nei pazienti sottoposti a CVVHDF, per patologia e per gruppo di età



Mortalità dei pazienti trattati con CVVHDF dopo dimissione

Modello multivariato di Cox, significatività globale - $p = 0.023$



Conclusioni (1)

- ➔ L' anemia, la piastrinopenia e la confusione mentale sono le complicanze più frequenti nella nostra casistica
- ➔ La mortalità a breve termine è stata del 35.6%, in condizioni di gravità tale da non permettere la sopravvivenza senza emofiltrazione, mentre quella a lungo termine (dopo 1 anno di follow-up) è stata del 48.1%, con ben 40 pazienti sopravvissuti

Conclusioni (2)

- ➔ Anche i **pazienti anziani**, caratterizzati da una minore omeostasi, si sono giovati del trattamento, anche se la mortalità era maggiore
- ➔ L'**emodiafiltrazione** è una terapia efficace per la sostituzione della funzione renale, che permette in molti casi di **mantenere il paziente in vita fino alla ripresa di una adeguata funzione di quegli organi che hanno portato alla insufficienza renale stessa**