Impatto prognostico della fragilità sull'autonomia funzionale nell'anziano iperteso
Dati di follow up dello studio Hyper-frail

Dr.ssa LUDOVICA CEOLIN
Scuola di Specializzazione in Geriatria dell'Università degli Studi di Firenze
e Centro di Riferimento Regionale per l'Ipertensione Arteriosa dell'Anziano,
Dipartimento di Geriatria e Terapia Intensiva Geriatrica,
AOU Careggi, Firenze

SOCIETÀ ITALIANA DI GERONTOLOGIA E GERIATRIA

Roma, 30 novembre - 3 dicembre 2022
UNIVERSITÀ CATTOLICA DEL SACRO CUORE

Fragilità e Ipertensione Arteriosa

- L'ipertensione arteriosa è frequente nell'anziano fragile: su 10 anziani fragili 7 sono ipertesi

  [Kang M, et al., 2017; Ricci NA et al.,2014; Aprahamian I, et al., 2018.]

- Pochi studi hanno indagato la fragilità nel paziente iperteso

- Non è noto quale sia il migliore strumento per individuare la fragilità negli anziani con ipertensione.

Scopo

- Analizzare l’impatto prognostico della fragilità sul rischio di declino funzionale ad un anno, in un campione di anziani ipertesi
- Confrontare il potere predittivo di diverse misure di fragilità

Studio Hyper-Frail

Studio osservazionale prospettico longitudinale

Setting
Centro di Riferimento per l'Ipertensione arteriosa nell'Anziano
e Centro per i Disturbi Cognitivi e le Demenze,
SOD di Geriatria e Terapia Intensiva Geriatrica, AOU Careggi, Firenze

Partecipanti Pazienti di età ≥75 anni con diagnosi di ipertensione arteriosa

Arruolamento Dicembre 2019 – Luglio 2021

Follow up Gennaio 2021 – Luglio 2022

Valutazione Geriatrica Multidimensionale

Pressione arteriosa (PA)

- PA Clinica (con prove di ipotensione ortostatica)
- Monitoraggio pressorio 24h (ABPM)
- PA domiciliare (se disponibile)

Definizioni di fragilità

▪Fried Frailty Phenotype (≥3 markers)

Fried L et al, J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2001

▪Frailty Index (> 0.25)

Abete P et al, Aging Clin Exp Res 2017; Basile G et al, Aging Clin Exp Res 2017

▪Clinical Frailty Scale (class ≥ 4)

Rockwood K et al, CMAJ 2005

▪Frailty Postal Score (≥ 6.5)

Mossello E et al, Age and Ageing 2016

▪Gait velocity <0.8 mt/sec

Liang Y et al, Int J Cardiology 2016; Odden MC et al, Arch Intern Med 2012

▪Short Physical Performance Battery score ≤8

Guralnik JM et al, 1994

- FUP condotti mediante colloquio telefonico e consultazione delle cartelle cliniche, a causa della pandemia COVID-19

- L'outcome primario era rappresentato dalla riduzione dell'autonomia funzionale secondo il Barthel Index ("declino funzionale")

- Il potere predittivo delle diverse misure di fragilità è stato valutato mediante l'analisi delle curve ROC e il calcolo della sensibilità, specificità e accuratezza

Caratteristiche basali del campione di studio

N=120, età media 81 anni (range 75-92 anni), 60% sesso femminile

	Campione di studio (n=120)
Charlson Index, mediana (IQR)	5 (4-6)
Coronaropatia, n (%)	19 (15.7)
Ictus/TIA, n (%)	28 (23.1)
Diabete, n (%)	27 (22.3)
Dislipidemia, n (%)	82 (67.8)
Malattia renale cronica, n (%)	75 (62.0)
Fibrillazione atriale, n (%)	11 (9.1)
Scompenso cardiaco, n (%)	6 (5.0)
Malattia di Parkinson, n (%)	5 (4.1)
Depressione, n (%)	35 (28.9)
Decadimento cognitive lieve, n (%)	11 (9.1)
Demenza, n (%)	36 (29.8)
MMSE (n=62), mean (SD)	22.5 (5.5)
Storia di cadute, n (%)	54 (44.6)
Nr. farmaci quotidiani, mediana (IQR)	7 (5-9)
Nr. farmaci antiipertensivi, mediana (IQR)	2 (2-3)

Risultati

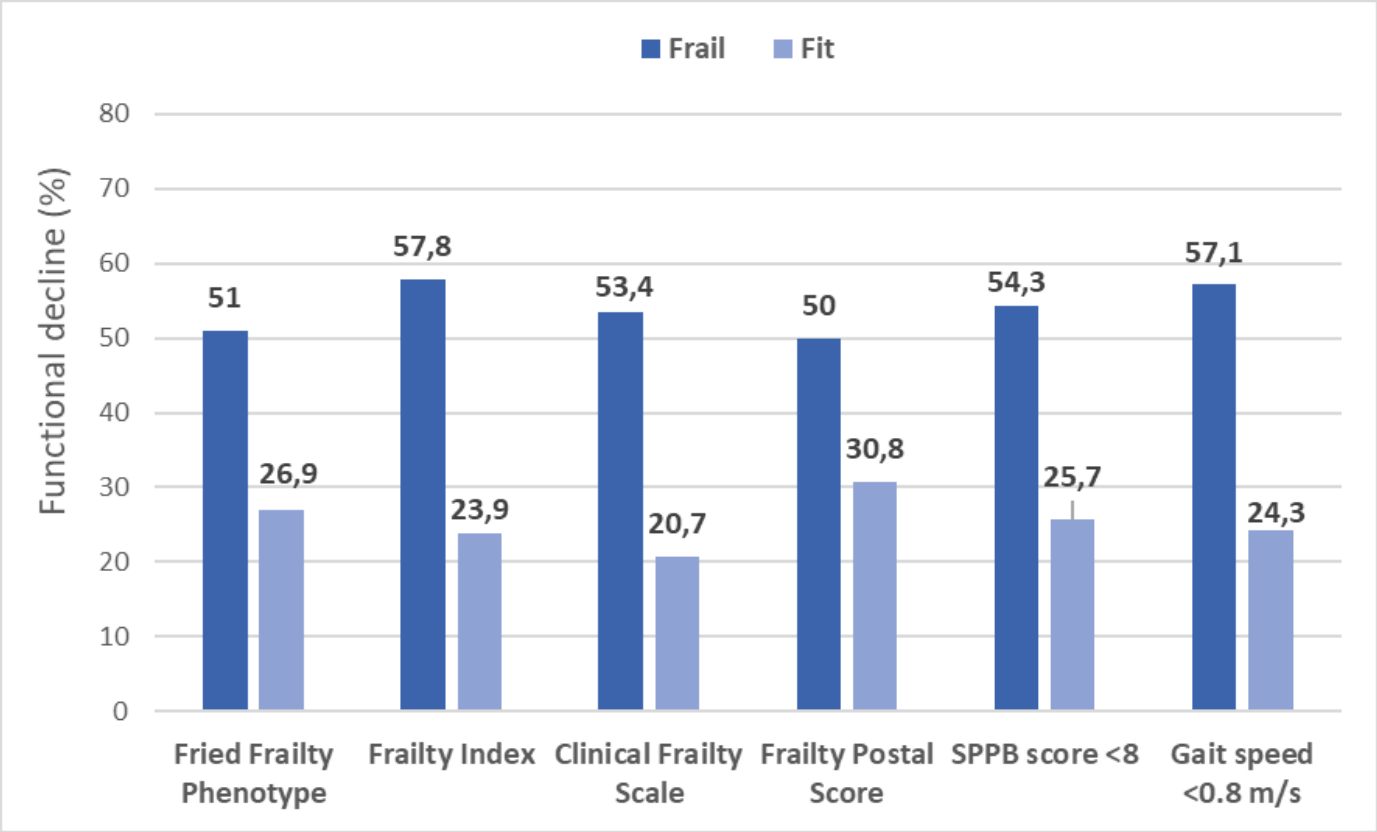
	Declino Funzionale (n=43)	Altri (n=73)	p
Età, media (SD)	82.4 (4.6)	80.5 (4.1)	**0.025**
Sesso femminile, n (%)	28 (65.1)	39 (53.4)	0.218
Storia di cadute, n (%)	22 (51.2)	29 (39.7)	0.231
Ausili demabulazione, n (%)	13 (30.2)	12 (16.4)	0.081
Coronaropatia n (%)	5 (11.6)	12 (16.4)	0.479
Scompenso cardiaco, n (%)	3 (7.0)	3 (4.1)	0.501
Demenza, n (%)	23 (53.5)	12 (16.4)	**<0.001**
MMSE, media punteggio (SD)	20.6 (5.4)	24.2 (5.2)	**0.011**
Ictus/TIA, n (%)	13 (30.2)	13 (17.8)	0.121
Diabete, n (%)	10 (23.3)	16 (21.9)	0.867
IRC, n (%)	23 (53.5)	49 (67.1)	0.144
Depressione, n (%)	16 (37.2)	18 (24.7)	0.151
Charlson Comorbidity Index*, mediana (IQR)	1 (1-3)	1 (0-2)	**0.002**

Risultati

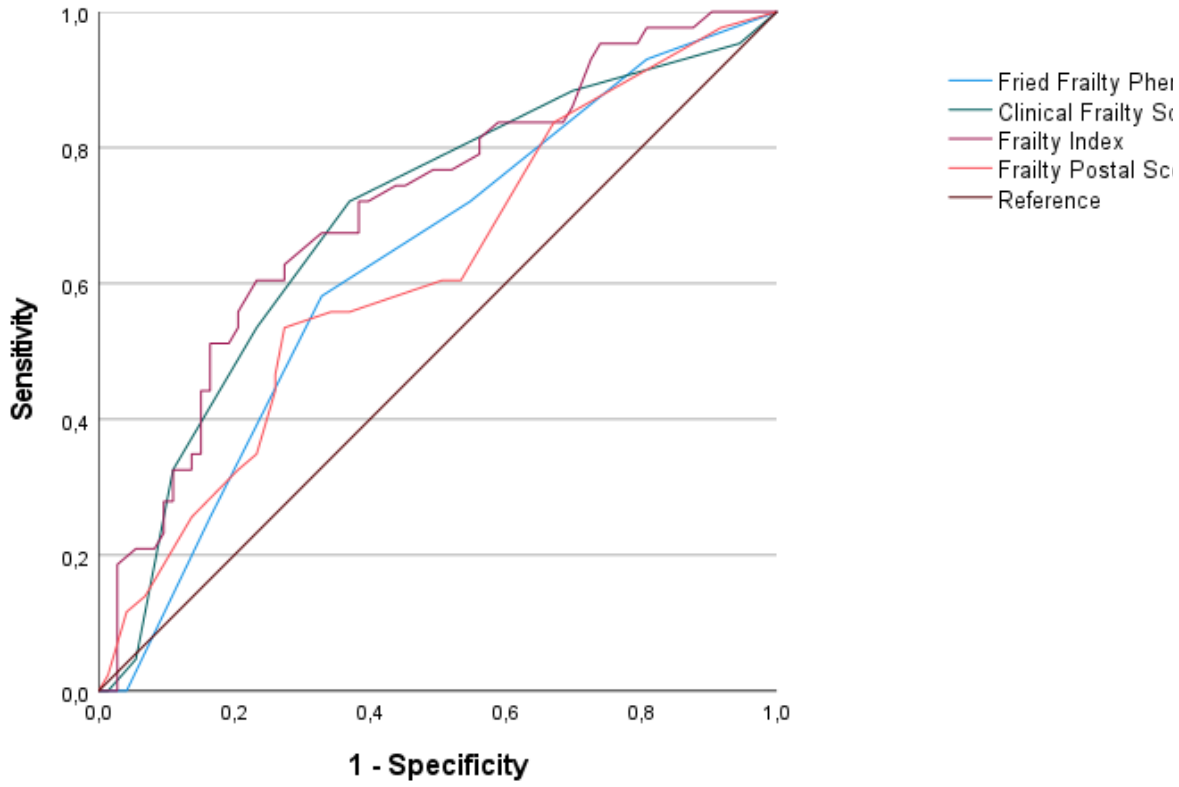
	Declino funzionale (n=43)	Altri (n=73)	P
Fried Frailty Phenotype, n (%)	25 (58.1)	24 (32.9)	0.008
Frailty Index, n (%)	26 (60.5)	19 (26.0)	<0.001
Clinical Frailty Scale, n (%)	31 (72.1)	27 (37.0)	<0.001
Frailty Postal Score, n (%)	19 (44.2)	19 (26.0)	0.044
SPPB score ≤8, n (%)	25 (58.1)	21 (28.8)	0.002
Velocità del cammino < 0.8 m/s, n (%)	24 (58.5)	18 (25.4)	<0.001
Disabilità attività di base ADLs	16 (37.2)	5 (6.8)	<0.001
Disabilità attività strumentali ADLs	34 (79.1)	27 (37.0)	<0.001
No/lieve disabilità (Barthel Index 91-100)	21 (48.8)	61 (83.6)	<0.001
Disabilità Moderata (Barthel Index 50-90)	21 (48.8)	9 (12.3)	
Disabilità Grave (Barthel Index 0-49)	1 (2.3)	3 (4.1)	

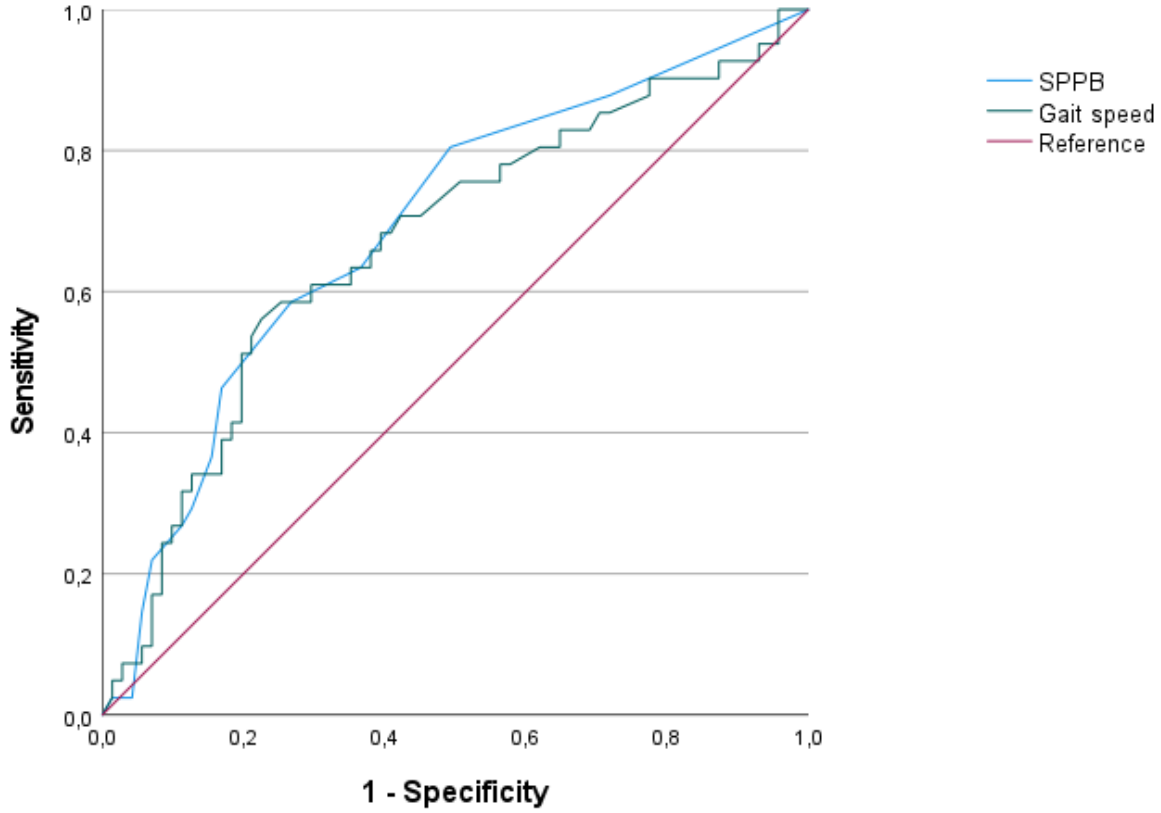
Risultati

Tasso di declino funzionale in base alle diverse definizioni di fragilità



Risultati


Sensitivity
1 - Specificity
0,0
0,2
0,4
0,6
0,8
1,0
Fried Frailty Phe
Clinical Frailty S
Frailty Index
Frailty Postal Sc
Reference


Sensitivity
1 - Specificity
0,0
0,2
0,4
0,6
0,8
1,0
SPPB
Gait speed
Reference

Risultati

Performance predittiva delle misure di fragilità per declino funzionale

	Fried Frailty Phenotype	Frailty Index	Clinical Frailty Scale	Frailty Postal Score	Velocità del cammino	SPPB
FFP	AUC 0.627 (0.523-0.731)	p=0.009	p=0.110	p=0.589	p=0.002	p=0.001
Frailty Index	-	AUC 0.714 (0.617-0.811)	p=0.518	p=0.004	p<0.001	p<0.001
CFS	-	-	AUC 0.694 (0.593-0.795)	p=0.051	p<0.001	p<0.001
FPS	-	-	-	AUC 0.619 (0.513-0.724)	p=0.003	p=0.002
Gait speed	-	-	-	-	AUC 0.670 (0.563-0.776)	p=0.619
SPPB	-	-	-	-		AUC 0.691 (0.589-0.794)

Risultati

Caratteristiche di sensibilità, specificità, capacita predittiva e accuratezza delle misure di fragilità

%	Fried Frailty Phenotype	Frailty Index	Clinical Frailty Scale	Frailty Postal score	Velocità del cammino <0.8 m/s	SPPB score ≤8
Sensibilità	58.1	60.5	72.1	44.2	58.5	58.1
Specificità	67.1	74.0	63.0	74.0	74.6	71.2
VPP	56.4	59.6	66.1	45.3	58.1	57.1
VNP	68.7	74.7	69.3	73.1	75.0	72.1
Accuratezza	63.3	68.7	67.6	64.2	68.6	66.0

Conclusioni

- Tra i diversi strumenti utilizzati per indagare la fragilità, il ***Frailty Index*** e la ***Clinical Frailty Scale*** hanno mostrato la migliore performance predittiva nell'identificare i pazienti con declino funzionale ad un anno

- La velocità del cammino rappresenta una valida alternativa, con una performance predittiva non inferiore alla SPPB

- Strumenti come la ***Clinical Frailty Scale*** e la ***Velocità del cammino*** - di facile applicazione anche in un setting non geriatrico – possono essere utili per la valutazione della fragilità e l'inquadramento prognostico dell'anziano iperteso

Grazie per l’attenzione !