



Journal Club
16 Dicembre 2016

***Dall'Università alla cura delle
patologie croniche: un
percorso difficile***

Dott.ssa Bianca Faraci

Premessa

Definizione di malattia cronica:

«problemi di salute che richiedono un trattamento continuo durante un periodo di tempo da anni o decenni...gli obiettivi di cura, non potendo essere rivolti alla guarigione, sono finalizzati al miglioramento del quadro clinico e dello stato funzionale, alla minimizzazione della sintomatologia, alla prevenzione della disabilità e al miglioramento della qualità di vita. I pazienti sono prevalentemente anziani, spesso affetti da più patologie croniche incidenti contemporaneamente (comorbidità), le cui esigenze assistenziali sono determinate non solo da fattori legati alle condizioni cliniche ma anche da altre determinanti (status socio-familiare, ambientale, accessibilità alle cure ecc..)»

Premessa

Definizione di malattia cronica:

«La presenza di pluripatologie richiede l'intervento di diverse figure professionali ma c'è il rischio che i singoli professionisti intervengano in modo frammentario, **focalizzando l'intervento più sul trattamento della malattia che sulla gestione del malato nella sua interezza**».

«Prescrizione di trattamenti farmacologici multipli può ridurre la compliance, aumentare rischio di prescrizioni inappropriate, interazioni farmacologiche e reazioni avverse».

«Le patologie croniche si accompagnano a rischio maggiore di outcome negativi (morbidity, ospedalizzazione, disabilità, mortalità) e a maggior impegno di risorse umane, gestionali ed economiche»

Premessa

Malattie acute	Malattie croniche
■ Insorgenza improvvisa	■ Insorgenza graduale nel tempo
■ Episodiche	■ Continue
■ Eziopatogenesi specifica e ben identificabile	■ Eziopatogenesi multipla e non sempre identificabile
■ Cura specifica a intento risolutivo	■ Cura continua, raramente risolutiva
■ Spesso disponibile una specifica terapia o trattamento	■ Terapia causale spesso non disponibile
■ La cura comporta il ripristino dello stato di salute	■ La <i>restitutio ad integrum</i> è impossibile e si persegue come obiettivo il miglioramento della qualità di vita
■ Assistenza sanitaria di breve durata	■ Assistenza sanitaria a lungo termine (presa in carico del malato)

Premessa

Parole chiave:

- *Malattia vissuta con al centro il paziente/persona (illness) e non solo malattia incentrata sul caso clinico (disease);*
- *Analisi integrata dei bisogni globali dei pazienti e non razionalità tecnica e problemi squisitamente clinici;*
- *Analisi delle risorse del contesto ambientale;*
- *Concetto di «accompagnamento» e non solo cura;*
- *Educare il paziente a fronteggiare la malattia e a sviluppare capacità di autogestione;*
- *Approccio multidimensionale e di team e non solo «relazione medico-paziente»;*
- *Costruzione di percorsi integrati, «presa in carico» del malato.*

Reflections of medical students regarding the care of geriatric patients in the continuing care retirement community.

Hsieh C¹, Arenson CA, Eanes K, Sifri RD.

⊕ Author information

Abstract

OBJECTIVE: There is growing recognition that students training to provide care for older adults need to be trained in all settings where older adults receive care, including retirement communities. The purpose of this study was to allow medical students to see older patients living and participating in activities in the long-term care setting and examine the effects that this experience had on the students.

METHODS: Medical students were assigned to write an open-ended reflection paper about a community health experience. Forty-eight students wrote their reflection papers on their experience in a continuing care retirement facility. Three independent reviewers examined these reflective narratives for common themes.

RESULTS: After analyzing the students' narratives, 6 themes emerged: (1) The initial exposure to dementia, (2) confronting death and dying, (3) the diversity of care and services for the elderly, (4) the cost of care for the elderly, (5) seniors can lead active lives if given the opportunity, and (6) the rewards of the health care team-patient relationship.

CONCLUSION: The students' reflective narratives provide valuable insights into how medical students view retirement communities, the physician's role in the care of geriatric patients, the importance of interdisciplinary health care, the cost of care for elderly patients, and their views on dementia and dying. Through this experience, students received valuable lessons about taking care of older adults in the community that their interactions with patients in the hospital and ambulatory medical offices had not provided.

INSEGNAMENTO E FORMAZIONE DELLA GERIATRIA IN ITALIA E IN EUROPA: CONFRONTI E PROPOSTE OPERATIVE SU OBIETTIVI COMUNI DI APPRENDIMENTO NEI CORSI LAUREA DI MEDICINA E CHIRURGIA

Moderatori: G. Salviooli (Modena), U. Senin (Perugia)

INSEGNAMENTO E FORMAZIONE DELLA GERIATRIA IN ITALIA E IN EUROPA: STATUS QUO E OBIETTIVI

S. Maggi¹, M.C. Polidori², G. Salviooli³, U. Senin⁴

¹ Istituto di Neuroscienze, Complesso Biologico Interdipartimentale, Consiglio Nazionale delle Ricerche; ² Gruppo di Ricerca Clinica sull'Invecchiamento, Dipartimento di Medicina Interna II, Università degli Studi di Colonia, Germania; ³ Dipartimento di Scienze Biomediche, Metaboliche e Neuroscienze, Endocrinologia, Metabolismo e Geriatria, Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia; ⁴ Unità di Geriatria, Ospedale S. Maria della Misericordia, Università degli Studi di Perugia

La Geriatria, metadisciplina per natura, non è segregabile 1. in un preciso setting (domicilio, ospedale e cure intermedie o residenze per anziani), 2. in un monoorde approccio preventivo (abitudini di vita, alimentazione, attività fisica, stimoli psicosociali, abuso), né 3. nell'ottica della medicina d'organo; la Geriatria è medicina della persona e come tale pone la persona anziana al centro della valutazione multidimensionale. A questo proposito, i chiari messaggi dell'Unione Europea e dell'Organizzazione Mondiale della Sanità riprendono fortemente le necessità della società ed incoraggiano fortemente le istituzioni di formazione e ricerca ad affacciarsi sulla medicina centrata sul paziente e sugli studi osservazionali su popolazione. Secondo i più recenti indirizzi da parte di queste organizzazioni internazionali, il corso di laurea in Medicina e Chirurgia deve fornire una formazione basata sulle competenze per diplomare medici in grado di soddisfare i bisogni dei cittadini. Va da sé che i bisogni estremamente peculiari e multidimensionali dei cittadini anziani e fragili debbano essere soddisfatti da medici con competenze geriatriche. A questo proposito, in USA è stato proposto l'utilizzo del manuale di Minimum Geriatric Competencies (MGC) per lo studente del Corso di Laurea di Medicina e Chirurgia.

3 Alla fine del curriculum studiorum quest'ultimo è in grado di gestire le complesse aree di Prescrizione dei

farmaci, Disordini cognitivi e comportamentali, Capacità di auto-cura e auto-gestione, Cadute, equilibrio e disturbi dell'andatura, Promozione e pianificazione della salute e delle cure, Presentazione atipica delle malattie, Cure palliative, Cure ospedaliere.

Un gruppo di Docenti di Gerontologia e Geriatria ha ritenuto utile adottare questi 8 domini e i 26 argomenti che li definiscono³ allo scopo di compilare un Manuale di Competenze in Geriatria che è in corso di elaborazione sotto gli auspici della SIGG. La proposta didattica tradizionale cartacea sarà completata da materiale audiovisivo online per l'apprendimento qualificato delle competenze geriatriche (*skills*) fondamentali; sembra irrinunciabile che la formazione del futuro medico sia realizzata non solo in un *elderly-friendly hospital environment*, ma anche nelle residenze per anziani e a domicilio dell'anziano malato: solo così potrà emergere la necessità che le cure siano continue, coordinate, integrate e centrate sul paziente.

Limiti della formazione geriatrica:

- *Attenzione per la malattia acuta e i problemi contingenti; mancata riflessione sulla gestione del paziente a lungo termine;*
- *Scarsa conoscenza delle realtà extraospedaliere e delle strutture che si occupano della post-acuzie (Riabilitazione, Cure Intermedie, Cure Subacute, Lungodegenze, RSA);*
- *Mancanza di approccio multidimensionale e lavoro di equipe (medico, infermiere, fisioterapista, assistente sociale ecc...).*

Difficoltà del giovane medico di fronte alla cura delle patologie croniche:

- 1. Difficoltà di approccio (valutazione multidimensionale, prendersi cura del malato nel tempo, attenzione al contesto sociale ed economico).**
- 2. Difficoltà pratiche di gestione della patologia (comorbidità, polifarmacoterapia, modificazioni legate al processo di invecchiamento, eterogeneità delle manifestazioni cliniche)**

Caso clinico (1)

G.A., sesso M, 94 anni. Coniugato, vive con la moglie. Cinque figli. Autonomo fino all'evento indice. Usciva di casa quotidianamente senza ausili.

Ricoverato per:

- Disturbo della marcia in esiti di recente (2/9/2016) evacuazione di ematoma sottodurale destro secondario a trauma cranico e recidiva di sanguinamento con evacuazione chirurgica (9/10/2016)

Caso clinico (1)

- Paziente proveniente in data 19/09/16 dal reparto di NCH dell'Ospedale di Cremona ove era stato ricoverato in data 2/9/2016 per tendenza all'assopimento, disorientamento s/t ed emiplegia sinistra facio-brachiocrurale. Segnalato circa un mese addietro trauma cranico con accesso in PS.
- Al 2/9/2016 eseguita TC encefalo con rilievo di vasto ematoma temporo-parietale destro con shift dx-sx. Nella stessa data evacuazione mediante foro di trapano retrocoronarico destro.
- TC encefalo di controllo (9/9/2016): ridotta componente ematoma sottodurale emisferico destro; falda igromatosa sinistra.

Caso clinico (1)

- In data 19/9/2016 ricoverato presso il nostro reparto. Eseguite TC encefalo di controllo con incremento progressivo dell'ematoma subdurale.
- In data 8/10/2016 è stato inviato in NCH per valutazione e conseguente ricovero in relazione alla necessità di procedere ad ulteriore intervento chirurgico.
- In data 9/10 veniva sottoposto in anestesia locale a riapertura della pregressa craniectomia ed evacuazione di ematoma sottodurale in fase subacuta pluriconcamerato.
- In data 12/10/2016 era nuovamente trasferito presso il nostro reparto per la prosecuzione dell'iter riabilitativo.

Caso clinico (1)

In anamnesi:

- FAC
- Insufficienza mitralica moderata, insufficienza aortica lieve (2014)
- Ipertrofia prostatica benigna
- Esiti di resezioni multiple di formazioni vescicali
- Esiti di intervento per ulcera gastrica
- Decadimento cognitivo lieve a genesi neurodegenerativa primaria

Terapia domiciliare: warfarin secondo INR, betabloccante.

Terapia ospedaliera: Clexane 4000 1 f sc, betabloccante.

Caso clinico (1)

Valutazione Multidimensionale

			Premorboso	Ingresso
Range Of Motion (ROM)	<i>Articolarità</i>			
Mini Mental State Examination	<i>Stato Cognitivo</i>			25
Geriatric Depression Scale	<i>Tono dell'umore</i>			5
Mini Nutritional Assessment	<i>Stato Nutrizionale</i>	/30		18.5
IADL (n. funzioni perse):	<i>Stato funzionale</i>		5	
Barthel Index	<i>Stato funzionale</i>	/100	100	58
VNS (Verbal Numeric Scale)	<i>Misurazione del dolore</i>	/10		0
PAINAD	<i>Misurazione del dolore</i>	/10		
Tinetti scale	<i>Stato funzionale</i>	/28		19
Functional Independence Measure	<i>Stato funzionale</i>	/126		88
Test del cammino (6 minuti)	<i>Stato funzionale</i>			
Confusion assessment Method	<i>Stato Confusionale</i>	/4		1

Caso clinico (2)

R.A., sesso F, 86 anni. Vive sola con assistenza di badante alcune ore al giorno. Discreta autonomia nelle BADL (necessita di aiuto per il bagno) a domicilio. IADL 6/8 perse.

Ricoverata per:

- Sindrome ipocinetica; recente caduta domiciliare con fratture costali multiple emicostato dx (31/07/2016), fratture vertebrali da D12 a L3 e rilievo di FA non databile.

Caso clinico (2)

- Paziente proveniente dal reparto di Medicina Interna del POC ove è stata ricoverata il 10/08/2016 per cadute recidivanti. Durante la degenza riscontro di fibrillazione atriale non databile.
- La figlia riferisce deperimento organico nell'ultimo mese e difficoltà nella deambulazione con astenia marcata.
- Recente caduta al domicilio (31/07/2016) con fratture costali multiple lungo l'emicostato destro e fratture vertebrali da D12 ad L3.

Caso clinico (2)

In anamnesi:

- Intervento di sostituzione della valvola aortica (Settembre 2013)
- Fibrillazione atriale permanente
- Encefalopatia vascolare
- Ipertiroidismo
- Ipertensione arteriosa
- Calcolosi della colecisti
- Appendicectomia in eta' giovanile
- Intervento chirurgico per fibroma seno
- Artrosi polidistrettuale

Terapia domiciliare: ASA 100 mg , bisoprololo.

Terapia ospedaliera: ASA 100 mg , bisoprololo .

Caso clinico (2)

Valutazione Multidimensionale

		Premorboso	Ingresso
Range Of Motion (ROM)	<i>Articolarità</i>		
Mini Mental State Examination	<i>Stato Cognitivo</i>		12
Geriatric Depression Scale	<i>Tono dell'umore</i>		n.v.
Mini Nutritional Assessment	<i>Stato Nutrizionale</i>	/30	13.5
IADL (n. funzioni perse):	<i>Stato funzionale</i>		6
Barthel Index	<i>Stato funzionale</i>	/100	94
VNS (Verbal Numeric Scale)	<i>Misurazione del dolore</i>	/10	3
PAINAD	<i>Misurazione del dolore</i>	/10	
Tinetti scale	<i>Stato funzionale</i>	/28	11
Functional Independence Measure	<i>Stato funzionale</i>	/126	53
Test del cammino (6 minuti)	<i>Stato funzionale</i>		
Confusion assessment Method	<i>Stato Confusionale</i>	/4	3

Questionario rivolto ai medici di struttura

2) G.A., sesso M, 94 anni. Autonomo fino all'evento indice. Ricoverato per:

- Disturbo della marcia in esiti di recente (2/9/2016) evacuazione di ematoma sottodurale destro secondario a trauma cranico e recidiva di sanguinamento con evacuazione chirurgica (9/10/2016)

In anamnesi:

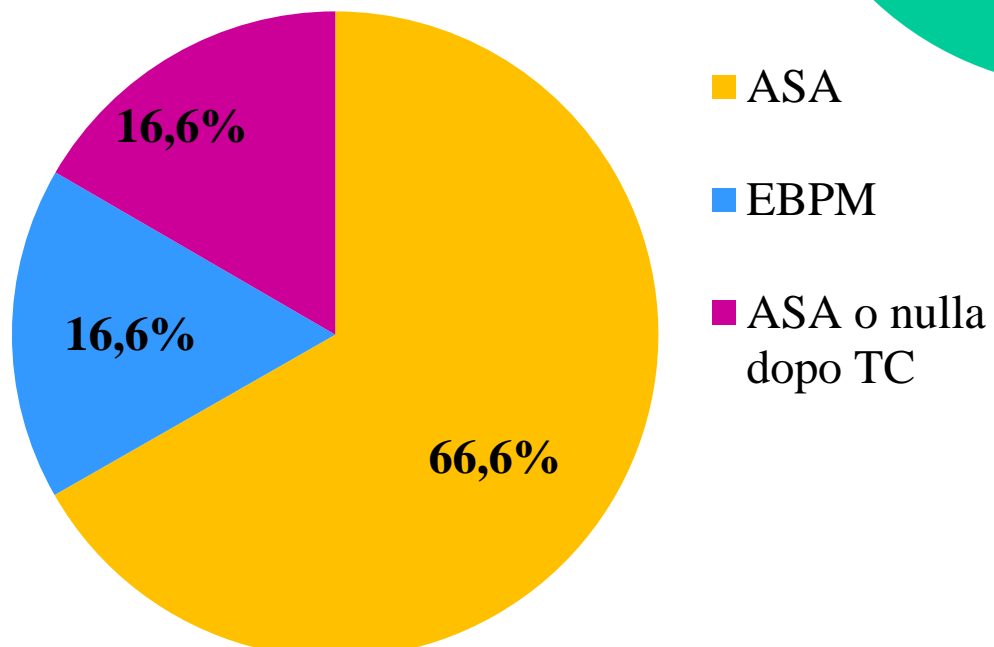
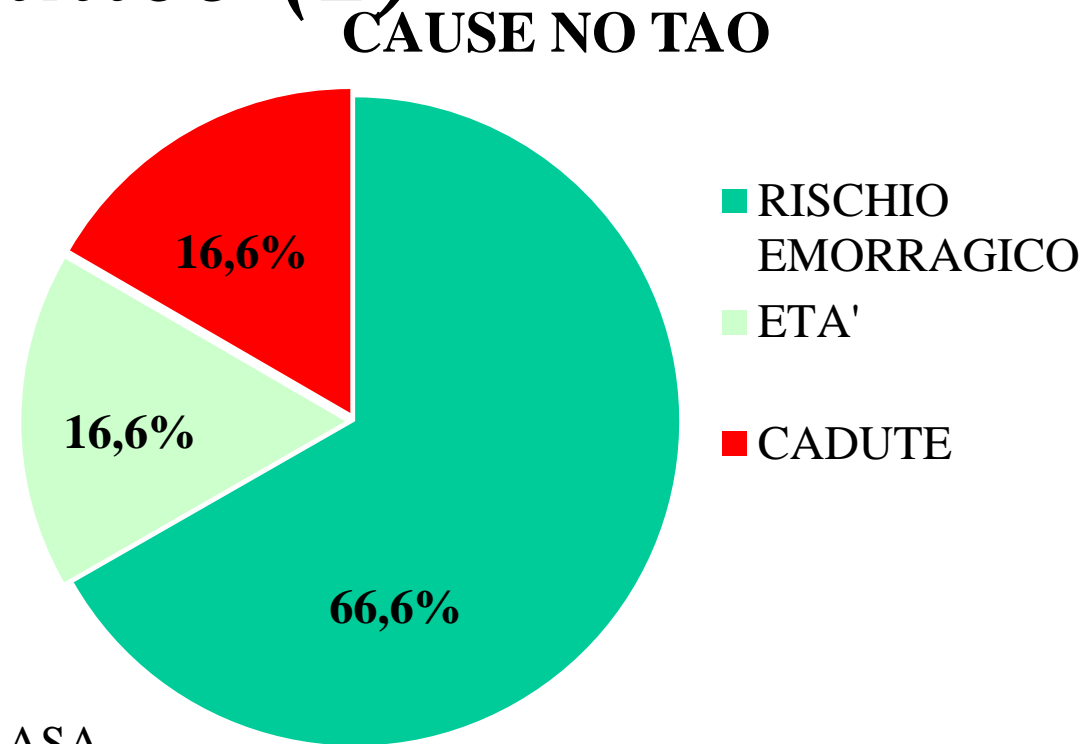
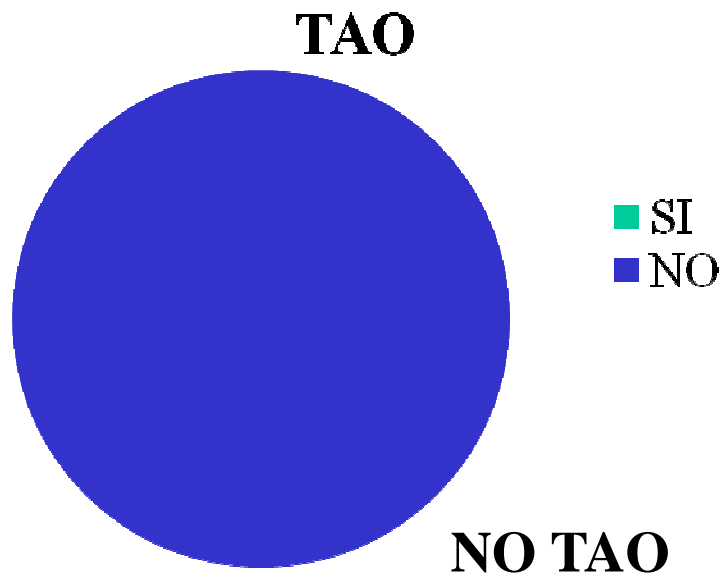
- FA permanente in TAO
- Insufficienza mitralica moderata, insufficienza aortica lieve (2014)
- Ipertrofia prostatica benigna
- Esiti di resezioni multipli di formazioni vescicali
- Esiti di intervento per ulcera gastrica
- Decadimento cognitivo lieve a genesi neurodegenerativa primaria

Terapia domiciliare: warfarin secondo INR, betabloccante. Terapia ospedaliera: Clexane 4000 1 f sc, betabloccante.

Domande:

1. Riprendereste TAO? SI NO
2. Se NO perché?
3. Se NO con quale terapia gestireste questo paziente?

Caso clinico (1)



Questionario rivolto ai medici di struttura

3) R.A., sesso F, 86 anni. Autonoma nelle BADL ad eccezione dell'aiuto per il bagno a domicilio. IADL perse 6/8.

Ricoverata per:

- Sindrome ipocinetica; recente caduta domiciliare con fratture costali multiple emicostato dx (31/07/2016) e rilievo di Fibrillazione atriale non databile

In anamnesi:

- Encefalopatia vascolare
- Intervento di sostituzione della valvola aortica (settembre 2013)
- Ipertiroidismo
- Ipertensione arteriosa
- Calcolosi della colecisti
- Appendicectomia in eta' giovanile
- Intervento chirurgico per fibroma seno
- Poliartrosi e cedimenti vertebrali multipli

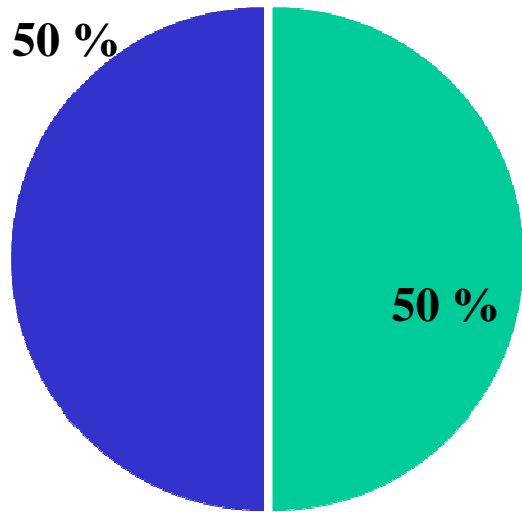
Terapia domiciliare: ASA 100 mg , bisoprololo. Terapia ospedaliera: ASA 100 mg , bisoprololo .

Domande:

1. Iniziereste TAO? SI NO
2. Se SI perché?
3. Se NO perchè?

Caso clinico (2)

TAO



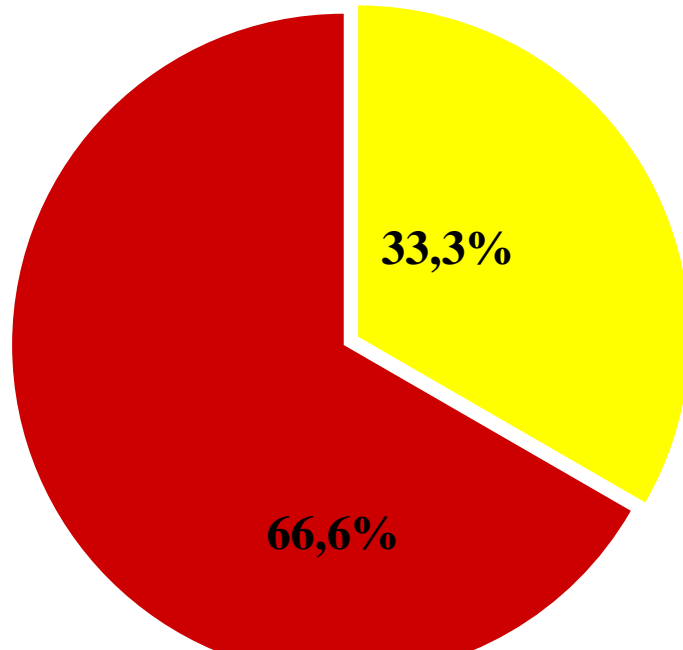
■ SI
■ NO

CAUSE SI TAO



■ RISCHIO TE

NO TAO



■ CADUTE

■ ETA'+RISCHIO EMORRAGICO

Stroke prevention in patients with atrial fibrillation (1)

Recommendations	Class	Level
Oral anticoagulation therapy to prevent thromboembolism is recommended for all male AF patients with a CHA ₂ DS ₂ -VASc score of 2 or more.	I	A
Oral anticoagulation therapy to prevent thromboembolism is recommended in all female AF patients with a CHA ₂ DS ₂ -VASc score of 3 or more.	I	A
Oral anticoagulation therapy to prevent thromboembolism should be considered in male AF patients with a CHA ₂ DS ₂ -VASc score of 1, considering individual characteristics and patient preferences.	IIa	B
Oral anticoagulation therapy to prevent thromboembolism should be considered in female AF patients with a CHA ₂ DS ₂ -VASc score of 2, considering individual characteristics and patient preferences.	IIa	B
Vitamin K antagonist therapy (INR 2.0–3.0 or higher) is recommended for stroke prevention in AF patients with moderate-to-severe mitral stenosis or mechanical heart valves.	I	B
When oral anticoagulation is initiated in a patient with AF who is eligible for a NOAC (apixaban, dabigatran, edoxaban, or rivaroxaban), a NOAC is recommended in preference to a Vitamin K antagonist.	I	A

Clinical risk factors for stroke, transient ischaemic attack, and systemic embolism

CHA₂DS₂-VASc risk factor	Points
Congestive heart failure Signs/symptoms of heart failure or objective evidence of reduced left-ventricular ejection fraction	1
Hypertension Resting blood pressure > 140/90 mmHg on at least two occasions or current antihypertensive treatment	1
Age 75 years or older	2
Diabetes mellitus Fasting glucose >125 mg/dL (7 mmol/L) or treatment with oral hypoglycaemic agent and/or insulin	1
Previous stroke, transient ischaemic attack, or thromboembolism	2
Vascular disease Previous myocardial infarction, peripheral artery disease, or aortic plaque	1
Age 65–74 years	1
Sex category (female)	1

Modifiable and non-modifiable risk factors for bleeding in anticoagulated patients with AF

Modifiable bleeding risk factors:

Hypertension (especially when systolic blood pressure is >160 mmHg)

Labile INR or time in therapeutic range <60% in patients on vitamin K antagonists

Medication predisposing to bleeding, such as antiplatelet drugs and non-steroidal anti-inflammatory drugs

Excess alcohol (≥ 8 drinks/week)

Potentially modifiable bleeding risk factors:

Anaemia

Impaired renal function

Impaired liver function

Reduced platelet count or function

Non-modifiable bleeding risk factors:

Age (>65 years) (≥ 75 years)

History of major bleeding

Previous stroke

Dialysis-dependent kidney disease or renal transplant

Cirrhotic liver disease

Malignancy

Genetic factors

Biomarker-based bleeding risk factors:

High-sensitivity troponin

Growth differentiation factor-15

Serum creatinine/estimated CrCl

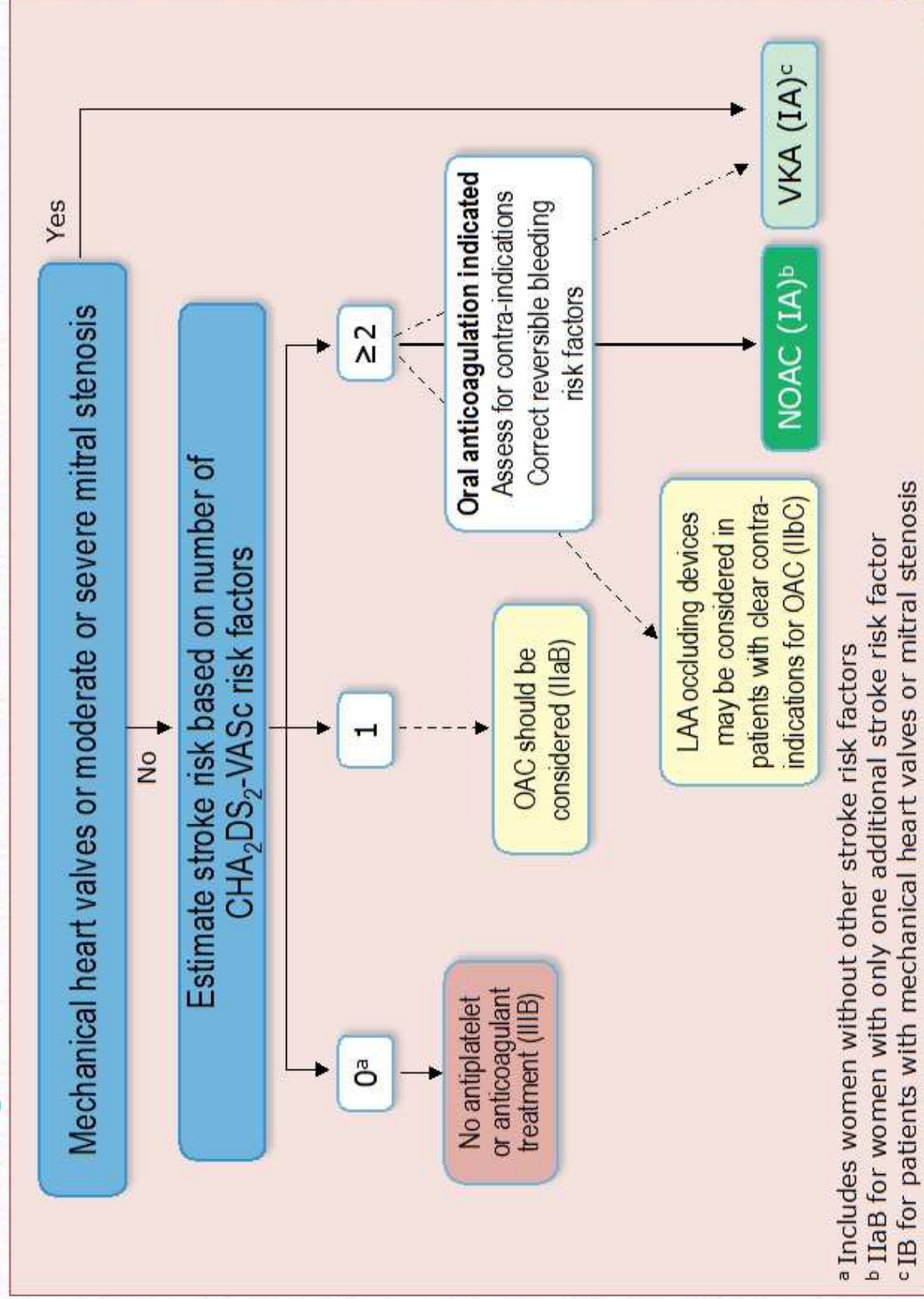
A high bleeding risk score should generally not result in withholding OAC. Rather, bleeding risk factors should be identified and treatable factors corrected



Stroke prevention in patients with atrial fibrillation (2)

Recommendations	Class	Level
When patients are treated with a vitamin K antagonist, time in therapeutic range (TTR) should be kept as high as possible and closely monitored.	I	A
AF patients already on treatment with a vitamin K antagonist may be considered for NOAC treatment if TTR is not well controlled despite good adherence, or if patient preference without contra-indications to NOAC (e.g. prosthetic valve).	IIb	A
Combinations of oral anticoagulants and platelet inhibitors increase bleeding risk and should be avoided in AF patients without another indication for platelet inhibition.	III (harm)	B
In male or female AF patients without additional stroke risk factors, anticoagulant or antiplatelet therapy is not recommended for stroke prevention.	III (harm)	B
Antiplatelet monotherapy is not recommended for stroke prevention in AF patients, regardless of stroke risk.	III (harm)	A
NOACs (apixaban, dabigatran, edoxaban, and rivaroxaban) are not recommended in patients with mechanical heart valves (Level of evidence B) or moderate-to-severe mitral stenosis (Level of evidence C).	III (harm)	B C

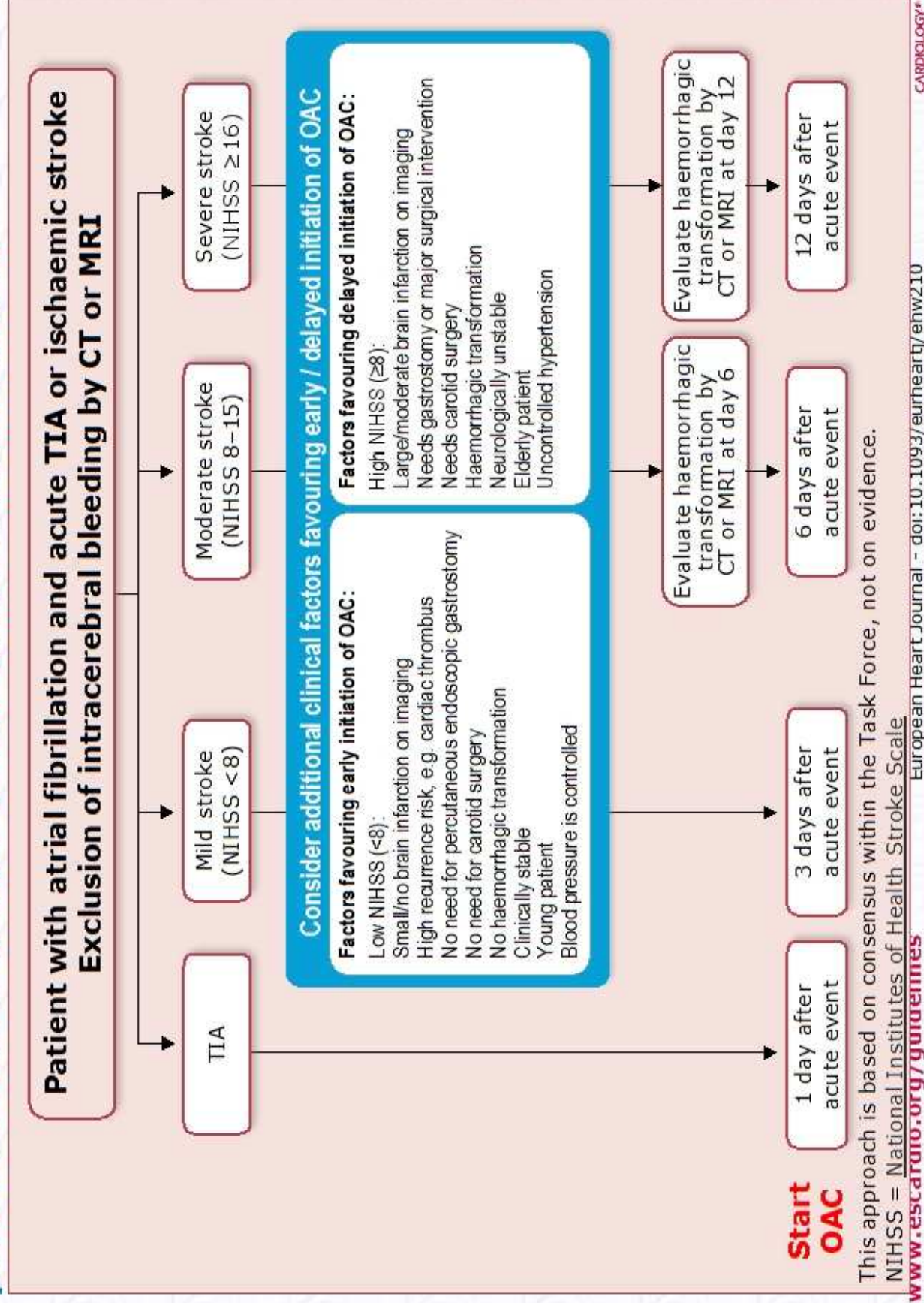
Stroke prevention in atrial fibrillation



Secondary stroke prevention

Recommendations	Class	Level
Anticoagulation with heparin or LMWH immediately after an ischaemic stroke is not recommended in AF patients.	III (harm)	A
In patients who suffer a TIA or stroke while on anticoagulation, adherence to therapy should be assessed and optimized.	IIa	C
In patients who suffer a moderate-to-severe ischaemic stroke while on anticoagulation, anticoagulation should be interrupted for 3-12 days based on a multidisciplinary assessment of acute stroke and bleeding risk.	IIa	C
In AF patients who suffer a stroke, aspirin should be considered for prevention of secondary stroke until the initiation or resumption of oral anticoagulation.	IIa	B
Systemic thrombolysis with rtPA is not recommended if the INR is above 1.7 (or, for patients on dabigatran, if aPTT is outside normal range).	III (harm)	C
NOACs are recommended in preference to VKAs or aspirin in AF patients with a previous stroke.	I	B
After TIA or stroke, combination therapy of OAC and an antiplatelet is not recommended.	III (harm)	B
After intracranial haemorrhage, oral anticoagulation in patients with AF may be reinitiated after 4-8 weeks provided the cause of bleeding or the relevant risk factor has been treated or controlled.	IIb	B

Initiation or continuation of anticoagulation in atrial fibrillation patients after a stroke or transient ischaemic attack



Management of bleeding

Recommendations	Class	Level
Blood pressure control in anticoagulated patients with hypertension should be considered to reduce the risk of bleeding.	IIa	B
When dabigatran is used, a reduced dose (110 mg twice daily) may be considered in patients >75 years to reduce the risk of bleeding.	IIb	B
In patients at high-risk of gastrointestinal bleeding, a VKA or another NOAC preparation should be preferred over dabigatran 150 mg twice daily, rivaroxaban 20 mg once daily, or edoxaban 60 mg once daily.	IIa	B
Advice and treatment to avoid alcohol excess should be considered in all AF patients considered for OAC.	IIa	C
Genetic testing before the initiation of VKA therapy is not recommended.	III (no benefit)	B
Reinitiation of OAC after a bleeding event should be considered in all eligible patients by a multidisciplinary AF team, considering different anticoagulants and stroke prevention interventions, improved management of factors that contributed to bleeding, and stroke risk.	IIa	B
In AF patients with severe active bleeding events, it is recommended to interrupt OAC therapy until the cause of bleeding is resolved.	I	C

Caso clinico (1)

G.A., sesso M, 94 anni. Coniugato, vive con la moglie. Cinque figli. Autonomo fino all'evento indice. Usciva di casa quotidianamente senza ausili.

- Disturbo della marcia in esiti di recente (2/9/2016) evacuazione di ematoma sottodurale destro secondario a trauma cranico e recidiva di sanguinamento con evacuazione chirurgica (9/10/2016)
- FAC
- Insufficienza mitralica moderata, insufficienza aortica lieve (2014)
- Ipertrofia prostatica benigna
- Esiti di resezioni multiple di formazioni vescicali
- Esiti di intervento per ulcera gastrica
- Decadimento cognitivo lieve a genesi neurodegenerativa primaria

Terapia domiciliare: warfarin secondo INR, betabloccante.

Terapia dimissione: Clexane 4000 1 f sc, betabloccante fino a nuova rivalutazione TC.

Caso clinico (1)

Chadsvasc risk factors [click on present risk factors]

RISK FACTORS	SCORE
Congestive heart failure	1
Hypertension	1
Age ≥ 75	2
Age 65-74	1
Diabetes mellitus	1
Stroke/TIA/thrombo-embolism	2
Vascular disease	1
Sex Female	1
Your score	2



HASBLED clinical characteristic [click on present risk factors]

CLINICAL CHARACTERISTIC	POINTS AWARDED
Hypertension	1
Abnormal liver function	1
Abnormal renal function	1
Stroke	1
Bleeding	1
Labile INRs	1
Elderly (Age >65)	1
Drugs	1
Alcohol	1
Your score	2

CHADSVASC clinical risk estimation. Adapted from Lip et al.

CHA ₂ DS ₂ VASc SCORE	PATIENTS (n=7329)	ADJUSTED STROKE RATE (% year)
0	1	0%
1	422	1,3%
2	1230	2,2%
3	1730	3,2%
4	1718	4,0%
5	1159	6,7%
6	679	9,8%
7	294	9,6%
8	82	6,7%
9	14	15,2%

HASBLED clinical risk estimation. Adapted from Pisters et al.

HAS BLED SCORE	NUMBER OF PATIENTS	NUMBER OF BLEEDING	BLEEDS PER 100 PATIENT YEARS
0	798	9	1,13
1	1286	13	1,02
2	744	14	1,88
3	187	7	3,74
4	46	4	8,70
5	8	1	12,50
6	2	0	0
7	---	---	---
8	---	---	---
9	---	---	---
Total	2828	36	4.029999999999999

Caso clinico (2)

R.A., sesso F, 86 anni. Vive sola con assistenza di badante alcune ore al giorno. Discreta autonomia nelle BADL (necessita di aiuto per il bagno) a domicilio. IADL 6/8 perse.

- Sindrome ipocinetica; recente caduta domiciliare con fratture costali multiple emicostato dx (31/07/2016), fratture vertebrali da D12 a L3 e rilievo di FA non databile.
- Intervento di sostituzione della valvola aortica (Settembre 2013)
- Fibrillazione atriale permanente
- Encefalopatia vascolare
- Iperteroidismo
- Ipertensione arteriosa
- Calcolosi della colecisti
- Appendicectomia in eta' giovanile
- Intervento chirurgico per fibroma seno
- Artrosi polidistrettuale

Terapia domiciliare: ASA 100 mg, bisoprololo.

Terapia dimissione: Warfarin, bisoprololo .

Caso clinico (2)

Chadsvasc risk factors [click on present risk factors]

RISK FACTORS	SCORE
Congestive heart failure	1
Hypertension	1
Age ≥ 75	2
Age 65-74	1
Diabetes mellitus	1
Stroke/TIA/thrombo-embolism	2
Vascular disease	1
Sex Female	1
Your score	4

CHADSVASC clinical risk estimation. Adapted from Lip et al.

CHA ₂ DS ₂ VASc SCORE	PATIENTS (n=7329)	ADJUSTED STROKE RATE (% year)
0	1	0%
1	422	1,3%
2	1230	2,2%
3	1730	3,2%
4	1718	4,0%
5	1159	6,7%
6	679	9,8%
7	294	9,6%
8	82	6,7%
9	14	15,2%

view results

HASBLED clinical characteristic [click on present risk factors]

CLINICAL CHARACTERISTIC	POINTS AWARDED
Hypertension	1
Abnormal liver function	1
Abnormal renal function	1
Stroke	1
Bleeding	1
Labile INRs	1
Elderly (Age >65)	1
Drugs	1
Alcohol	1
Your score	2

HASBLED clinical risk estimation. Adapted from Pisters et al.

HAS BLED SCORE	NUMBER OF PATIENTS	NUMBER OF BLEEDING	BLEEDS PER 100 PATIENT YEARS
0	798	9	1,13
1	1286	13	1,02
2	744	14	1,88
3	187	7	3,74
4	46	4	8,70
5	8	1	12,50
6	2	0	0
7	---	---	---
8	---	---	---
9	---	---	---
Total	2828	36	4.029999999999999

Lancet. 2007 Aug 11;370(9586):493-503.

Warfarin versus aspirin for stroke prevention in an elderly community population with atrial fibrillation (the Birmingham Atrial Fibrillation Treatment of the Aged Study, BAFITA): a randomised controlled trial.

Mant J¹, Hobbs FD, Fletcher K, Roalife A, Fitzmaurice D, Lip GY, Murray E; BAFITA investigators; Midland Research Practices Network (MidReC).

FINDINGS: There were 24 primary events (21 strokes, two other intracranial haemorrhages, and one systemic embolus) in people assigned to warfarin and 48 primary events (44 strokes, one other intracranial haemorrhage, and three systemic emboli) in people assigned to aspirin (yearly risk 1.8% vs 3.8%, relative risk 0.48, 95% CI 0.28-0.80, $p=0.003$; absolute yearly risk reduction 2%, 95% CI 0.7-3.2). Yearly risk of extracranial haemorrhage was 1.4% (warfarin) versus 1.6% (aspirin) (relative risk 0.87, 0.43-1.73; absolute risk reduction 0.2%, -0.7 to 1.2).

Anticoagulation for stroke prevention in elderly patients with atrial fibrillation, including those with falls and/or early-stage dementia: A single-center, retrospective, observational study

Laurie G. Jacobs, MD ¹, , Henry H. Billett, MD ², Katherine Freeman, DrPH ³, Cheryl Dinglas, BA ⁴, Lynette Jumaquio, MD ⁵

Conclusions: In this well-monitored geriatric population with chronic AF, including patients with falls and/or dementia, a high percentage were prescribed warfarin (85%), with low rates of stroke, hemorrhage, and death at 12 months despite a low TTR. Patients with falls and/or dementia had a high mortality rate (~45%).

9.5.5 Falls and dementia

Falls and dementia are associated with increased mortality in AF patients, ⁴⁹⁵ without evidence that these conditions markedly increase the risk of intracranial haemorrhage. ^{495,496} Hence, anticoagulation should only be withheld from patients with severe uncontrolled falls (e.g. epilepsy or advanced multisystem atrophy with backwards falls), or in selected patients with dementia where compliance and adherence cannot be ensured by a caregiver.

Conclusioni

*Dall'Università alla cura delle patologie
croniche: un percorso difficile.*

Quale il modo migliore per affrontarlo?

Conclusioni (1)

- **Esperienza sul campo (vari setting assistenziali: gestione ambulatoriale, ospedale per acuti, gestione della riacutizzazione, post-acuzie e riabilitazione).**
- **Utilità del confronto (approccio multidimensionale: lavoro d'equipe con infermiere, fisioterapista, terapeuta occupazionale, logopedista, assistente sociale; approccio multidisciplinare per adeguare terapia alle caratteristiche cliniche del malato).**
- **Importanza della comunicazione con il paziente e/o i familiari (tenere conto delle esigenze del malato e condividere le scelte terapeutiche e gestionali).**

Conclusioni (2)

- **Considerare i bisogni del malato e l'eventuale dipendenza nelle B/IADL per l'attivazione di servizi (igiene domiciliare, medicazioni, FKT domiciliare...) e l'adattamento dell'ambiente (barriere architettoniche)**
- **“Umanizzazione” della malattia (attenzione al malato e non alla patologia)**
- **Ponderare rischi e benefici terapeutici tenendo conto delle caratteristiche del paziente anziano, della comorbidità, della polifarmacoterapia, delle modificazioni fisiologiche del processo di invecchiamento in termini soprattutto di farmacocinetica e farmacodinamica.**



“Che un nonno, una nonna, che forse non può più parlare, che è paralizzato, e il nipote o il figlio arriva e gli prende la mano, e in silenzio la accarezza, niente di più. Questa è la cura della vita.”

PAPA FRANCESCO

“Non dimentichiamo mai che il vero potere è il servizio. Bisogna custodire la gente, aver cura di ogni persona, con amore, specialmente dei bambini, dei vecchi, di coloro che sono più fragili e che spesso sono nella periferia del nostro cuore.”

PAPA FRANCESCO



Grazie per l'attenzione

