

Qualità della vita
Depressione
Funzione cognitive

QDF news

GRUPPO ITALIA
 NOSTRUSOPRA
 AVVICINAZIONE
 EFFICIENZA
 CARDIACA

GISSI-HF

Numero 2

Anno 2004

Sommario:

Editoriale	1
Reclutamento	1
Letteratura	2
Problemi - iniziative	3
Comunicazioni dalla Segreteria	4

EDITORIALE

Quando questa newsletter arriverà, la curva che segnala il progresso dello studio avrà senz'altro superato il traguardo dei 1000 pazienti: risultato molto bello e importante, raggiunto nonostante le difficoltà, i carichi di lavoro.

Domenica 23 maggio, presso la Fortezza da Basso, in occasione del Congresso dell'ANMCO e del Cardionursing si è tenuta la riunione per lo studio, cui sono intervenuti 26 centri, che hanno partecipato vivamente ad una discussione che ha messo in luce la varietà dei problemi e la grande fantasia nel risolverli. Gli aspetti più importanti e di interesse generale possono essere così riassunti:

a. il carico di lavoro pone problemi seri alla raccolta dati: nella linea di quanto fatto ad esempio, ad Ascoli

Piceno, bisogna camminare verso la possibilità di "dedicare" personale alla gestione di più protocolli di ricerca;

b. è prioritaria l'ottimizzazione del coordinamento con i medici per gli appuntamenti (N.B.: segnalarci se serve un supporto della Segreteria!);

c. l'informazione dei pazienti deve essere più chiara ed efficiente per facilitarla e migliorarla è stato preparato un depliant da consegnare ai pazienti che accettano di partecipare, e che possa essere portato a casa anche come promemoria per i successivi appuntamenti.

d. la mancanza di spazi adeguati è un problema difficilmente risolvibile, se non con molta fantasia nel trovare "locali";

e. due problemi che hanno suscitato una discussione più articolata, riguardando rispettivamente il grado di flessibilità possibile nell'uso dei questionari, e la opportunità di un approfondimento conoscitivo dei contenuti e dei metodi del progetto, si sono trasformati in proposte che sono dettagliate all'interno.

Un'ultima –molto importante!- raccomandazione: il successo di QDF dipende dalla più estesa partecipazione possibile: se ognuno dei Centri che già contribuisce attivamente ne stimolasse almeno un altro sarebbe fantastico (l'elenco dei Centri è nelle vostre mani!)

Descrizione della popolazione

	GISSI-HF= 5430 pz	QDF= 937 pz
sesto		
-femmine	4269(78,62%)	205(21,9%)
-maschi	1161(21,38%)	732(43,8%)
età		
<60	1181(21,75%)	217(23,2%)
≥70	2493(45,91%)	410(43,8%)

Pazienti inclusi nello studio



QDF a confronto con la letteratura cardiologica

Dopo l'attenzione riservata alla depressione, in questo numero sono stati selezionati alcuni studi (tra i pochi disponibili) sulla valutazione delle alterazioni (e non numerosi) sulla presenza e valutazione delle alterazioni cognitive nei pazienti con scompenso

Trojano L et al. Cognitive impairment: a key feature of congestive heart failure in the elderly. J Neurol 2003; 250: 1456-63.

Sono stati studiati 149 anziani ospedalizzati con scompenso NYHA II, 159 NYHA III-IV e 207 pazienti con problemi cardiaci non complicati da scompenso (studio caso-controllo, multicentrico).

Oltre alla valutazione multidimensionale sono stati eseguiti i test neuropsicologici per valutare: attenzione, intelligenza visuo-spaziale, memoria verbale e visuo-spaziale, eloquio. Il 57.9% dei pazienti con scompenso grave ha avuto una performance peggiore rispetto agli altri pazienti con scompenso lieve (43%) e senza scompenso (34.3%) in 4 dei 7 test ed in particolare per i test sull'attenzione e l'apprendimento verbale ($p < 0.0001$). Gravità dello scompenso, depressione ed ipertensione sono fattori indipendenti per le alterazioni cognitive. Le alterazioni cognitive sono comunque abbastanza frequenti anche tra i pazienti con malattie cardiovascolari non complicate dallo scompenso.

Zuccalà G et al. The effects of cognitive impairment on mortality among hospitalized patients with heart failure. Am J Med 2003; 115: 97-103.

E' stata valutata l'associazione tra alterazioni cognitive e mortalità intraospedaliera in 1113 pazienti (età media 78+9 anni) ricoverati per scompenso in 81 ospedali italiani, e la mortalità ad 1 anno in 968 di questi pazienti. Un punteggio < 7 dell'Hodkinson Abbreviated Mental test indicava la presenza di alterazioni cognitive. Sono morti in ospedale 65 (18%) dei 357 pazienti con alterazioni cognitive e 26 (3%) dei 756 pazienti con funzioni mentali normali ($p < 0.001$). La mortalità ad un anno è risultata del 27% (851/191) tra i pazienti con alterazioni cognitive e del 15% (115/777) tra gli altri ($p < 0.0001$). All'analisi multivariata, alla diminuzione delle funzioni cognitive è risultato associato un aumento di almeno 5 volte della mortalità (RR 4.9, IC95% da 2.9 a 8.3) (dopo aver aggiustato per i potenziali confondimenti).

Callegari S et al. Relationship between cognitive impairment and clinical status in chronic heart failure patients. Monaldi Arch Chest Dis 2002; 58: 19-25.

Sono stati valutati con la scala di WAIS e la batteria di test di Spinnler e Tognoni 64 pazienti con scompenso cardiaco cronico in classe NYHA I-IV. Nel 26% dei pazienti è risultata compromessa una funzione cognitiva, nel 30% 4 o più; solo nel 9% dei pazienti non è risultata compromessa nessuna funzione. Le funzioni più compromesse sono risultate la memoria verbale e visuo-spaziale a breve termine, l'apprendimento e la memoria verbale differiti e l'abilità logica visuo-spaziale. Non sono emerse relazioni statisticamente significative tra i punteggi cognitivi e le variabili cardiologiche.

Riegel B et al. Cognitive impairment in heart failure: issues in measurement and etiology. Am J Crit Care 2002; 11: 520-8.

Sono stati utilizzati 4 diversi strumenti per valutare lo stato cognitivo di 42 pazienti già ospedalizzati per scompenso: il Commands subtest; il Complex Ideational Material subtest del Boston Diagnostic Aphasia Examination, il MMSE ed il Draw-a-Clock Test. E' stata definita alterazione dello stato cognitivo una performance scadente in almeno 1 dei 4 test.

12 pazienti (28.6%) avevano alterazioni dello stato cognitivo ma i singoli test hanno dato risultati diversi: nessun paziente con il Commands subtest; 1 paziente con il MMSE; 10 pazienti con il ; Complex Ideational Material subtest del Boston Diagnostic Aphasia Examination; 6 pazienti con il draw a clock test. Il Draw a clock test ha identificato alterazioni dello stato cognitivo in 6/12 pazienti.

Problemi - Iniziative

1. Ottimizzazione della gestione dei questionari

Sono state prese due decisioni, che si spera possano contribuire (in modo complementare) alla più facile soluzione dei problemi che, per le ragioni più diverse, sorgono nelle diverse fasi di gestione dei questionari.

- 1.1. - il non-perfetto coordinamento con i tempi di visita medica, rende impossibile a volte la consegna e/o la compilazione dei questionari. Per minimizzare la "perdita di casi" si può pensare a:
 - a) far compilare al paziente il KCCQ e la GDS e omettere il MMS piuttosto che omettere la somministrazione di tutti e tre i questionari
 - b) consegnare i questionari ad un appuntamento successivo (anche se non rientra tra quelli del GISSI-HF) non eccessivamente spostato nel tempo
 - c) consegnare al paziente i questionari (GDS e KCCQ), suggerire di compilarli a casa appena possibile e fissare un appuntamento telefonico in modo da raccogliere per telefono le risposte. Quando si ricorre a questa soluzione si prega di segnalarlo sulla scheda.
- 1.2. - Sia i contenuti dei questionari (v. soprattutto MMSE), che le diversità culturali delle persone possono creare situazioni di rapporti un po' particolari con le/i pazienti: a volte tali situazioni sono "difficili", a volte "curiose", a volte "interessanti", perché fanno emergere problemi più generali (sia di vissuto da parte del/la paziente, che da parte dell'infermiere). Si è deciso di trasformare tutto ciò in un "progetto nel progetto":
 - a) ogni infermiere che incrocia/vive una delle situazioni sopra descritte, le registra in un suo "diario" (qualcosa di informale dove sia semplicemente possibile riassumere sinteticamente ciò che sembra più rilevante;
 - b) se lo ritiene di interesse generale, l'infermiere manda il "caso" che sembra più interessante alla Segreteria, che lo può comunicare subito a tutta la rete collaborativa;
 - c) come criterio più comune, i diversi "casi" che si sono incontrati vengono inviati alla Segreteria con l'invio periodico delle schede, così da entrare in un database comune, che viene valutato/elaborato per:
 - una comunicazione periodica a tutti i partecipanti;
 - una pubblicazione collaborativa(=a nome e con i nomi di tutti) su questi aspetti qualitativi della ricerca.

2. Seminario di formazione su contenuti e metodi della ricerca quali-quantitativa

La partecipazione a QDF è punto di partenza ed occasione per acquisire competenze più generali su tutto il percorso di ricerca che dalla stesura del protocollo va fino all'analisi dei risultati.

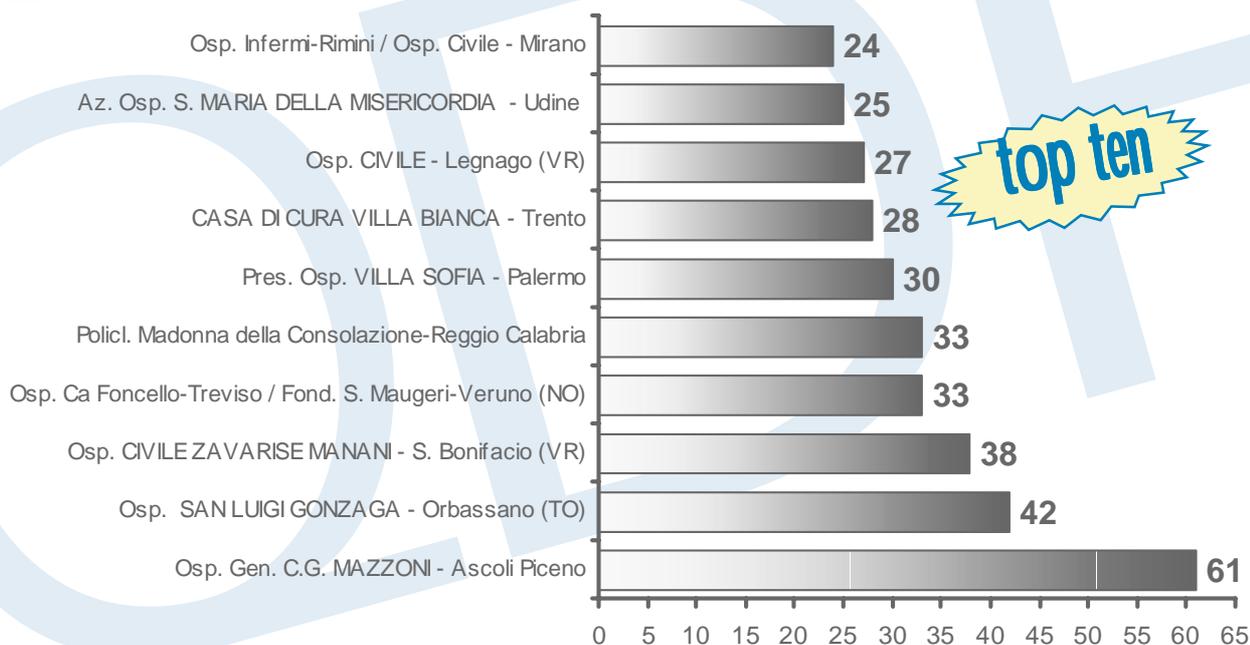
La possibilità di una formazione specifica in questa direzione è offerta a coloro che partecipano attivamente al QDF.

La prima iniziativa è prevista per il 12-13 novembre (a Milano, o Firenze), con un Seminario intensivo per un massimo di 60 persone (per favorire una larga partecipazione, non più di una persona per centro).

Chi è interessato/a può già segnalare il proprio interesse a partecipare alla Segreteria dello Studio.

Un programma dettagliato sarà fatto circolare per luglio 2004.

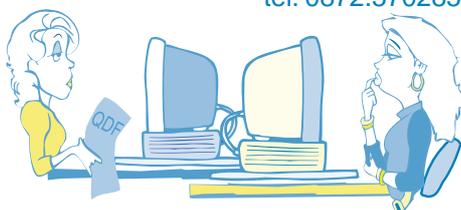
I centri più attivi



CHI CONTATTARE?

Carla Pera
tel. 0872.570204

Barbara Ferri
tel. 0872.570285



qualità della vita
depressione
funzioni cognitive

Segreteria scientifica ed
organizzativa
Consorzio Mario Negri Sud
Via Nazionale Santa Maria Imbaro (CH)
tel. 0872/570204 fax 0872/570206
numero verde 800.184.344
e-mail: pera@negrisud.it