

Abstract selezionati dall'11° Congresso GICR-IACPR

Monaldi Arch Chest Dis 2012; 78: 111-118.

RISULTATI A 1 ANNO DELLO STUDIO RANDOMIZZATO STEP IN AMI (SHORT TERM PSYCHOTHERAPY IN ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION)

C. Pristipino*, A. Roncella*, C. Cianfrocca*,
V. Pasceri*, S. Scorza*, D. Irini*, A. Varveri*,
Johan Denollet^{oo}; S.S. Pedersen^{oo},
G. Speciale*

*Dipartimento di Malattie Cardiovascolari,
A.C.O. San Filippo Neri - Roma, Italia

Introduzione: I fattori psicosociali sono un importante fattore di rischio per l'infarto miocardico acuto, la principale causa di morte nei paesi occidentali. Tuttavia non è noto se un intervento psicoterapeutico, dopo terapia ospedaliera ottimale dell'infarto miocardico, possa modificare la prognosi dei pazienti (pz).

Scopo: Valutare gli effetti di una psicoterapia breve dopo infarto miocardico acuto (IMA) trattati con angioplastica d'emergenza.

Metodi: Il protocollo prevede la randomizzazione di 100 pz, dopo una settimana dal loro primo infarto, a terapia medica (gruppo di controllo: GC) o a terapia medica + training di psicoterapia breve (gruppo psicoterapia: GP). La psicoterapia è articolata in incontri individuali e di gruppo nell'arco di 6 mesi. Il follow up prevede controlli clinici a 6 mesi, 1 anno e 5 anni, e tests psicometrici (stress, esaurimento vitale, supporto sociale, depressione e qualità della vita) a 1 anno. Gli end points primari dello studio sono l'incidenza di nuovi eventi cardiologici (ricorrenza di angina, aritmie ventricolari minacciose, reinfarto, stroke, morte) e di nuove patologie mediche clinicamente rilevanti. End points secondari sono l'incidenza di nuovi ricoveri cardiologici e di classe funzionale NYHA² e il punteggio medio di ogni test psicometrico nei due gruppi al follow up.

Risultati: La fase di arruolamento è stata completata con l'inclusione di 101 pz, di cui 6 persi al follow-up in fase iniziale. Il follow up a un anno è stato completato in tutti i rimanenti pazienti (94%). I due gruppi dello studio sono simili per quanto concerne le caratteristiche cliniche e strumentali di base, i fattori di rischio cardiovascolare e le variabili psicometriche.

A 1 anno il GP ha mostrato, rispetto al GC, una minor incidenza di comparsa di nuove patologie mediche (7/54 pz vs. 29/47 pz rispettivamente, $p=0.0001$) e di nuovi eventi cardiologici (16/54 pz vs. 27/47; $p=0.006$). Il GC ha avuto in media più ricoveri cardiologici del GP (54 ricoveri/47 paz nel GC; 34 ricoveri/54 paz nel GP, $p=0.04$). Inoltre solo 1/54 pz nel GP ha avuto una classe NYHA² du-

rante il follow up, mentre 9/47 pz del GC hanno mostrato una classe NYHA² ($p=0.001$). Al follow-up è stata riscontrata una significativa riduzione del livello di depressione nel GP ($BDI=6,2 \pm 4,4$) rispetto al GC, che non ha mostrato un miglioramento ($BDI=10,6 \pm 10,0$) ($p=0,02$).

Conclusioni: I nostri dati indicano che una psicoterapia breve nel post-infarto ha un effetto prognostico additivo a quello della terapia interventistica e medica.

RIABILITAZIONE DI PAZIENTI ANZIANE DOPO INTERVENTO CARDIO CHIRURGICO: COME LA CAPACITÀ DI COMPIERE LE ATTIVITÀ DI VITA QUOTIDIANA VIENE MIGLIORATA DA UN PROGRAMMA DI FISIOTERAPIA PERSONALIZZATA IN BASE ALLA FRAGILITÀ

M. Ceresa, C. Opasich, A. Gualco, A. Maestri,
A. Mazza, C. Quaccini*, G. Bazzini*, S. Priori

Divisione di Cardiologia riabilitativa - Fondazione S. Maugeri
- I.R.C.C.S - Pavia, *Servizio di Terapia Occupazionale ed
Ergonomia - Fondazione S. Maugeri - I.R.C.C.S - Pavia-Italia

Premessa: sono in aumento le donne anziane sottoposte a cardiocirurgia. Lo scopo della fisioterapia in queste malate è quello di migliorare l'indipendenza e la mobilità per favorire un ritorno alle attività di vita quotidiana. Nella ns Divisione di cardiologia riab. vi è programma di fisiokinesi terapia personalizzata in base al grado di fragilità funzionale testata all'ingresso (Eur J Cardiovasc Prev Rehabil 2010 Oct; 17(5): 582-7).

Scopo: valutare come il grado di fragilità all'ingresso in reparto influenzi l'andamento del ricovero e le capacità di compiere le attività di vita quotidiana e come, alla dimissione ed a 3 mesi di FU, i benefici funzionali raggiunti grazie a fisioterapia personalizzata, effettuata durante la degenza e poi proseguita a domicilio, possa influenzare i dati ergonomici dell'attività quotidiana (TAQ), la tolleranza al cammino (WT) e la qualità di vita (EQ).

Metodi: all'ingresso valutato il grado di fragilità funzionale di 35 pz donne di età 76^{±5} anni (24 post CCHvalvolare, 11 post BPAC). Dopo periodo di fisioterapia personalizzata (25+11 giorni) sono sottoposte, sia alla dimissione che dopo FU-3 mesi, a test di valutazione funzionale di attività di vita quotidiana (TAQ), test dove sono riprodotte n.di attività a diverso dispendio energetico (es. vestirsi, apparecchiare, spazzare, fare il letto, salire scale, ecc) che fornisce quantificazione di eventuali deficit di forza, di articolarietà degli arti, di flessibilità del tronco, di resistenza, ecc., a un questionario EQ e ad un WT.

Risultati: Il grado di FRA1 correla con n. di giorni di degenza (n°gg deg. severely frail = 33+16 vs n°gg deg. no-frail e moderate-frail: 21+5; p=0.007). La valutazione funzionale alla dimissione (FRA2), dopo riabilitazione, evidenzia riduzione grado di fragilità rispetto all'ingresso (FRA1) (FRA2: 20 pz "no-frail", 16 "moderate frail" e 1 pz "severely frail"; vs FRA1: 3 pz no-frail; 23 pz "moderate frail" e 11 pz "severely frail") che migliora ulteriormente (FRA3) a FU 3 mesi (24 pz no-frail, 13 moderate frail). FRA2 correla con metri a WT2 (WT2 no-frail: 333± 67 m; WT2 frail: 217±111; p<0,001).

Dopo FU-3 mesi, l'effetto di fisioterapia individualizzata si mantiene: nelle capacità funzionali (WT2=291±114 vs WT3=317±113 p=0.16), nella qualità di vita (EQ2= 73±19 vs EQ3=74±21 p=0.8) e nelle capacità di svolgere attività di vita quotidiana (mTAQ2=76±17 vs m-TAQ3=84±22; p=0,06. RES2=78±19 vs RES3=84±22; p=0,06), che vengono però effettuate con maggior velocità (Durata TAQ2: 39 ±10 min; Durata TAQ 3: 32± 6; p<0.001).

TAQ2 effettuato a fine-degenza, è influenzato sia da FRA1 iniziale (no frail 94+5, moderate frail 79+14, severely frail 59+17; p=0.0006) che da FRA2 residua (no frail 81+14, moderate frail 67+19; p=0.02).

FRA3 correla con mTAQ3 (mTAQ3: no-frail 89±12; frail 64±27; p=0,0007), con la resistenza (RES3) espressa al TAQ (RES3: no frail 91± 11; frail 65± 29 p=0,0006) e con durata del TAQ (no frail 30±6; frail 39±4; p= 0,007); non presenta invece diversità significative per età-pz (76±5 vs 75±4; p=0,7) e per FE% (55%±7 vs 54%± 10; p=0,5).

Conclusioni: dopo evento cardiaco acuto in donne anziane, la fragilità funzionale influenza sia l'andamento-degenza che le capacità di effettuare attività di vita quotidiana. Questa fragilità è ridotta impostando programma di FKterapia personalizzato e le riporta al loro livello individuale di autonomia quotidiana (dimostrato dal fatto che non vi è ulteriore incremento d'autonomia dopo FU-3 mesi). La fragilità residua dopo 3 mesi dall'evento cardiaco influenza la capacità di effettuare le attività di vita quotidiana.

BENEFITS OF EXERCISE TRAINING IN TYPE 2 DIABETIC PATIENTS WITH HEART FAILURE WITH PRESERVED EJECTION FRACTION

A. Ascione, E. Attena, M. Aversa, A. Sciarappa, M. Borgia, V.M. Parato, R. Sangiuolo

*Ospedale Buon Consiglio Fatebenefratelli, Napoli;
AORN dei Colli - Monaldi, Napoli;*

Ospedale S. Benedetto del Tronto, S. Benedetto del Tronto, Italia

Objectives: Aim of the study is to determine whether structured exercise training (ET) improves maximal exercise capacity, left ventricular diastolic function, quality of life (QoL) and reduce glycosylated hemoglobin (HbA1c) in diabetic patients with heart failure with preserved ejection fraction (HFpEF).

Methods: A total of 44 patients (age 58 ± 10 years, 58% female) with type 2 diabetes mellitus, no obesity, with HFpEF were prospectively randomized

(2:1) to supervised endurance/resistance training in addition to usual care (ET, n = 28) or to usual care alone (UC, n = 16). The primary endpoint was the change in peak VO₂ after 3 months. Secondary endpoints included effects on cardiac structure, diastolic function, Glycosylated hemoglobin and QoL.

Results: Peak VO₂ increased (16.1 ± 4.9 ml/min/kg to 18.7 ± 5.4 ml/min/kg; p < 0.001) with ET and remained unchanged (16.7 ± 4.7 ml/min/kg to 16.5 ± 6.0 ml/min/kg; p = NS) with UC. The mean benefit of ET was 3.3 ml/min/kg (95% [confidence interval= CI]: 1.8 to 4.8, p < 0.001). E/e' (mean difference of changes: -3.2, 95% CI: -4.3 to -2.1, p < 0.001) and left atrial volume index (milliliters per square meter) decreased with ET and remained unchanged with UC (-4.0, 95% CI: -5.9 to -2.2, p < 0.001). The physical functioning score (36-Item Short-Form Health Survey) improved with ET and remained unchanged with UC (15, 95% CI: 7 to 24, p < 0.001). The ET-induced decrease of E/e' was associated with 38% gain in peak VO₂ and 50% of the improvement in physical functioning score. HbA1c decreased (7,3 ± 1,1% to 5,8 ± 1% - p < 0,001; IFCC 56 mmol/mol to 40 mmol/mol) with ET and unchanged (7,4 ± 1,2% to 7,6% ± 1,2% p= NS; IFCC 58 mmol/mol to 60 mmol/mol).

Conclusions: Exercise training improves exercise capacity, reduced HbA1c and physical dimensions of QoL in diabetic patients with HFpEF. This benefit is associated with atrial reverse remodeling and improved left ventricular diastolic function

Key Words: diastolic dysfunction • exercise training • heart failure with preserved ejection fraction • diabetes mellitus • therapy.

EXPIRATORY MUSCLE TRAINING IN PATIENTS RECOVERING OPEN CARDIAC AND THORACIC SURGERY

M. Cerulli¹, E. Crisafulli¹, E. Venturelli^{1,2}, F. Florini¹, N. Kidonias¹, A. De Biase¹, V. Furino¹, E. Clini^{1,2}

¹ Cardio-respiratory Rehabilitation Ospedale Villa Pineta, Gaiato (MO) and ²University of Modena, DAI Oncology, Haematology and Pneumology. Italy

Respiratory muscle training has been so far demonstrated to be effective as a rehabilitation technique in COPD patients. However, it is still not clear whether it may similarly be useful when used in patients recovering open cardiac and thoracic surgery.

We have therefore undertaken a randomised 14-day trial in these patients to evaluate changes in maximal expiratory (MEP, as the primary outcome) and inspiratory (MIP) pressures, lung volumes (FEV1, FVC, CV, CI, VR), oxygenation index (PaO₂/FiO₂), perceived symptoms (VAS), and generic quality of life (SF36) following an early intervention including lung expansion + expiratory muscle training (Active) or lung expansion + sham training (Control). Training over the study period has been set with resistive load.

At present, 39 patients (over the 54 programmed) completed the study, 19 and 20 in Active and Control respectively, with one patient dropped

in each group. Anthropometrics and general characteristics, type of surgery, and functional variables at baseline were similar. Pre-to-post change of MEP showed greater ($p < 0.043$) change in Active ($+17.5 \pm 25.7$ cmH₂O) than in Control ($+14.4 \pm 26.2$ cmH₂O), whereas FVC, VC, TLC, and SF36 (mental and physical components) trended to better improve in the Active population. Daily recording of VAS dyspnea, discomfort and pain scores showed similar decrease in the two groups.

This study confirms that specific and early expiratory muscle training is feasible and effective in patients recovering open cardiac and thoracic surgery.

Key words: muscle training, rehabilitation, lobectomy, cardiac surgery.

A MODERATE PERCEPTUALLY-REGULATED ONE-KM TREADMILL WALK PREDICTS MORTALITY AMONG MEN WITH STABLE CARDIAC DISEASE

G. Chiaranda, J. Myers, G. Mazzoni, E. Bernardi, F. Terranova, G. Grossi, L. Codecà, F. Conconi, G. Grazzi

Centro Studi Biomedici applicati allo Sport, Università di Ferrara Division of Cardiology, VA Palo Alto, Stanford University, Palo Alto, CA, USA; Centro di Medicina dello Sport, Dipartimento Cure Primarie, AUSL Piacenza

Background: Cardiorespiratory fitness is a strong predictor of all-cause mortality in cardiac patients, but its assessment requires maximal exercise testing which is costly and impractical in most settings. We developed a sub-maximal protocol to predict VO₂peak by a moderate perceptually-regulated one-km treadmill walk (1KTWT). The aim of this study is to examine the association of the exercise capacity by 1KTWT with all-cause mortality in a cohort of patients with stable cardiac disease.

Methods: 1016 male outpatients, aged 38-83 years, underwent 1KTWT and were followed up for a median of 73 months. Subjects were stratified according to quartiles of predicted VO₂peak (ml/kg/min) and walking speed (km/h). Cox proportional hazard regression ratio (HR) and the area under the receiver-operating-curve (AUC) were calculated.

Results: There were a total of 103 deaths during the follow-up period resulting in an average annual mortality of 1.6%. Risk of all-cause mortality was inversely related to both predicted VO₂peak and walking speed. Predicted VO₂peak quartiles ranged 9-19 ml/kg/min, 20-22 ml/kg/min, 23-25 ml/kg/min, 25-40 ml/kg/min. Walking speed quartiles ranged 3.0-3.6 km/h, 3.7-4.0 km/h, 4.1-4.7 km/h, 4.8-7.7 km/h. After adjustment for age, medical history, ejection fraction and medication, the HRs for mortality were 0.91, 0.71 and 0.21 for the second, third and fourth VO₂peak quartiles, with the first quartile as the referent (P for trend < 0.0001). Similarly, the HRs for mortality were 0.83, 0.40 and 0.26 for the second, third and fourth walking speed quartiles, with the first quartile as the referent (P for trend < 0.001). The AUC were similar for walking speed for predicted VO₂peak (0.69 vs 0.68).

Conclusion: Estimated VO₂peak and walking speed during 1KTWT are independent predictors of all-cause mortality in stable cardiac patients. The 1KTWT represents a low cost and simple tool for the indirect evaluation of cardiorespiratory fitness in an outpatient setting.

COMBINED RESISTANCE/ENDURANCE TRAINING VERSUS ENDURANCE TRAINING ALONE: EFFECTS ON BLOOD PRESSURE AND GLUCOSE METABOLISM IN MALE HYPERTENSIVE PATIENTS WITH CORONARY ARTERY DISEASE

G. Caminiti, A. Arisi, A. Cerrito, F. Caretta, B. Sposato, A. Franchini, V. Cioffi, R. Di Carlo, G. Cascelli, M. Volterrani

San Raffaele IRCCS, Rome

Purpose: To assess if a combined training including resistance training (RT) and endurance training (ET) is more effective than ET alone in improving blood pressure and glucose metabolism in hypertensive patients with coronary artery disease (CAD).

Methods: Thirty-five male patients with stable CAD, median age 74 ± 4 years, were enrolled. Twenty pts were randomized to group A performing the combined training and 15 patients to group B (ET only). At baseline and after 24 weeks all patients underwent a cardiopulmonary test, fasting insulin and glycemia assessment with HOMA-index calculation and 24-hour ambulatory BP monitoring. RT was performed at 50-60% of pre-training maximal strength. ET consisted on cycling or walking at 60% of VO₂. Both RT and ET were performed 3 times/week.

Results: No patients had adverse events during the follow up period. No patients withdrawn during the study period. After 24 weeks exercise time improved in both groups with significant intergroups differences. After 12 weeks A group had a greater reduction of daytime (-16% vs -7%; p 0.02) and nighttime (-19% vs -8%; p 0.006) diastolic blood pressure, and lower daytime (-12% vs -9%; p 0.07) and nighttime (-13% vs -6%; p 0.002) heart rate than B group. Heart rate recovery at 1 min and HOMA index had a greater significant decrease in the A group (-18 ± 5 ; 1.1 ± 0.4 respectively) compared to B (-11 ± 5 ; 0.61 ± 0.2 respectively).

Conclusions: The combined training seems to determine greater effects on diastolic BP, exercise tolerance and insulin resistance compared to ET alone in hypertensive patients with CAD.

COGNITIVE IMPAIRMENT AFFECTS PHYSICAL RECOVERY OF PATIENTS WITH HEART FAILURE UNDERGOING EXERCISE TRAINING

F. Ranghi, S. De Benedetti, G. Caminiti, P. Baratta, V. D'Antoni, D. Battaglia, A. Franchini, A. Arisi, M. Volterrani

San Raffaele IRCCS, Rome

Purpose: To determine whether the presence of cognitive impairment (CI) affects physical recovery of patients with chronic heart failure (CHF) undergoing a physical training program (PTP) after a recent episode of acute decompensation.

Methods: The study enrolled 80 patents with CHF (M/F=52/26) and ejection fraction (EF) <40% consecutively admitted to our cardiac rehabilitation centre after an episode of acute decompensation. CI was evaluated by means of the Mini-Mental State Examination (MMSE), with a score of <24 indicating impairment; Exercise tolerance was evaluated by six minute walking test (6mwt) performed at admission and at the end of PTP. All patients underwent an intensive 8-week program of aerobic PTP at 70% VO₂. At admission patients were divided into two group according to their MMSE (group A > 24; group B<24).

Results: Overall 43 patients (54%) had MMSE <24. The score obtained at MMSE resulted directly related to EF (r 0.42; p 0.03), and it was inversely related to creatinine levels (r -0.36 p 0.04) and atrial fibrillation rate (r 0.34; p 0.07). At the end of PTP patients of group B had a lower increase of distance walked at 6MWT than group A (98±16 m and 131±28 m respectively, p 0.008). Moreover patients of B group had a longer in-hospital stay and needed more pharmacological interventions than group A. 2/80 patients (2.5%) died during the hospitalization all of which were in the B group. In a multivariate logistic regression model, including age, gender, renal failure, EF and diabetes, MMSE<24 predicted a reduced performance at 6MWT in the overall population (OR 1.4, 95% CI 1.7 to 2.4) and in women (OR 1.31; 95% CI 1.20-1.62), while it was not predictive in males.

Conclusions: CI is a marker of advanced CHF and is an independent predictor of low exercise recovery in female gender

SELF-EFFICACY AND PATIENT'S KNOWLEDGE OF DISEASE IN A POPULATION WITH CHRONIC HEART FAILURE: THE EXPERIENCE OF OUR MEDICAL CENTRE

M. Palvarini, A. Frisinghelli, C. Bizzi, M.L. Pugolotti, M. Lorusso, M.D. Veniani

Cardiac Rehabilitation Unit, Passirana Hospital, AO G. Salvini, Garbagnate M.se (MI), Italy

Aim: This study evaluated whether self-efficacy should be implemented in our CHF population, and the correlation between self-efficacy and the NYHA class (as index of functional impairment. Self-efficacy can be defined as the belief that one can carry out a behaviour necessary to achieve a certain desired outcome; it consists of actions aimed at maintaining physical stability, including prevention of behaviour that could worsen the condition, and early detection of signs and symptoms of deterioration. Self-efficacy has been indicated as one of the strongest predictor of health-promoting behaviour in chronically ill patients, independently of disease severity. To be effective, it needs a strong relationship between healthcare professionals and patients and an active counselling; it is recommended that caregivers should be invited to participate in educational programmes.

Methods: The sample included 101 consecutive patients (pts) (80% men), mean age 72±16 years

(range 47-87) with a diagnosis of chronic HF of any aetiology, recruited from our Heart Failure Centre outpatients; eligible pts were at least 18 years of age and monitored for more than 12 months. Pts were given a questionnaire (Q, 10 multiple choice questions); clinical evaluation and detection of the NYHA class is performed at the same time of the completion of the Q (with the exception of only one patient).

Results: 78% of pts were in NYHA 2[^]; 22% in NYHA 3[^]/4[^]; after 1 year of completion of the Q, 5 pts (5%) had died (all of which were in NYHA 3[^] or 4[^], 23% of pts of this subgroup). 78/101 (77%) of Q were fully completed, and the statistical analysis was recorded from these. We noticed that: 94% of pts were feeling the effects of a chronic condition and potentially life threatening risk such as HF; 83% of pts are able to recognize globally (55%) or partially (28%) the signs and/or symptoms of clinical deterioration. 73% of pts managed to self-control the parameters of clinical deterioration. 59 pts (76%) had declared interest in improve their self-efficacy through educational meetings, by means of group meetings (32%); individual contact (29%); written publications (36%); other (3%).

Discussion: Our investigation provides a step toward a more comprehensive understanding of our pts' knowledge of disease and their capacity of self-efficacy. In details, we found that: 1) pts in the "high risk" (NYHA class 3/4) had the same awareness of those in "low risk" group (NYHA class 1 / 2); 2) NYHA class 2[^] pts (75% of those that had completed the Q) were those that showed most interest in self-efficacy and self-management programs; 3) the general awareness of CHF disease is high; 4) self-efficacy is to be improved in the large majority of CHF pts; 5) the counselling program have emerged as the most favourite and easiest approach to improve self-efficacy.

VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ DI VITA E STATO DI SALUTE DI PAZIENTI CARDIOPATICI A 6 MESI DALL'INTERVENTO CARDIOCHIRURGICO

O. Bettinardi¹, M. Maini², A. Rosi³

¹ U.O.C. Emergenza-Urgenza Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche ASL Piacenza, ² Direzione Sanitaria, ³ U.F. di Riabilitazione Cardiologica, San Giacomo Ospedale Privato Accreditato di Medicina Riabilitativa, Ponte dell'Olio (PC)

Introduzione: Come noto è sempre più riconosciuto il ruolo della Qualità della Vita (QDV), intesa come costruito multidimensionale che la persona ha della possibilità non solo di sentirsi in salute, ma di avere una vita di relazione, interessi e benessere emotivo, quale ulteriore outcome della Cardiologia Riabilitativa.

Scopo è stato quello di indagare la Qualità di Vita e lo Stato di Salute Fisico e Mentale di pazienti cardioperati in relazione all'età ed al tipo di intervento cardiocirurgico effettuato.

Materiali e Metodi: 1506 pazienti cardioperati recenti, 34% chirurgia valvolare (CV), 66% rivascolarizzazione attraverso bypass aorto-coronarici (CABG), di età media 65±10anni, 75% Maschi, 25% femmine, ricoverati per un ciclo di cardiologia

riabilitativa costituiscono la casistica, oggetto del presente studio. Tutti i pazienti a 6 mesi dalla dimissione hanno compilato il Questionario SF-36 (1) per la valutazione della Qualità di Vita e dello Stato di Salute.

Risultati: Il pazienti operati di CABG presentano rispetto ai pazienti sottoposti a CV punteggi più elevati alla Scala di Attività fisica ($p=0,038$). I Pazienti con età inferiore a 75 anni presentano punteggi più elevati ($p=0,001$) all'Indice Sintetico di salute Fisica ($p=0,0001$) ed alle scale di Attività Fisica (AF), Ruolo e Salute Fisica (RF), Dolore Fisico (DF), Salute in Generale (SG), Vitalità(VT), Ruolo e Stato Emotivo (RE) mentre non si rilevano differenze nella scale di Attività Sociali (AS) e Salute Mentale(SM).

Conclusioni: I dati evidenziano come, a sei mesi, i punteggi inerenti l'area del benessere emotivo e della vita sociale siano simili anche dopo differente intervento cardiocirurgico ed in pazienti appartenenti a differenti fasce d'età. I pazienti più anziani sono invece coloro con una più bassa QDV nelle aree inerenti lo stato di salute fisico e le limitazioni ad esso associate.

Bibliografia: (1) Questionario sullo Stato di Salute SF-36. G. Apolone, P. Mosconi, J.E. Ware. Ed. Guerini Associati, Milano 1997.

UTILIZZO DEL WHOQOL-BREVE, PER LA VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ DI VITA CONNESSA ALLA SALUTE DI PAZIENTI AFFETTI DA SCOMPENSO CARDIACO CRONICO

S. Rocchi¹, C. Ghidelli², A. Giordano³, O. Bettinardi⁴

¹ Servizio di Psicologia Istituto Scientifico di Lumezzane (BS) Fondazione Salvatore Maugeri, ² Università Cattolica Sacro Cuore Brescia, ³ U.O. di Cardiologia Istituto Scientifico di Lumezzane (BS) Fondazione Salvatore Maugeri, ⁴ U.O.C. Emergenza-Urgenza Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche ASL Piacenza

Introduzione: Il concetto di qualità di vita (QOL), sempre più utilizzato nella pratica e nella ricerca clinica, tiene conto della complessità delle variabili in gioco e permette di valutarle partendo dal punto di vista del paziente stesso. Più specificatamente la QOL è definita dall' Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) come "la percezione degli individui della loro posizione nella vita nel contesto della cultura e del sistema di valori in cui vivono e in rapporto ai propri scopi, aspettative, criteri e interessi".

Scopo di questo studio è stato di indagare l'evoluzione della QOL, in riferimento alle sue componenti fisiche, psicologiche, sociali e ambientali, di pazienti affetti scompenso cardiaco e sottoposti ad intervento riabilitativo.

Materiali e Metodi: Sono stati valutati 102 pazienti (89 M e 13 F) con diagnosi di scompenso cardiaco (età 59+ 9 anni, range 32-81), consecutivamente ricoverati in cardiologia riabilitativa hanno compilare il questionario WHOQOL-Breve (1) entro quindici giorni dalla data di ingresso

Risultati: il funzionamento della qualità di vita risulta influenzato dal sesso per quanto concerne l'a-

rea psicologica ($p=0,048$) ovvero le femmine durante il ricovero hanno avuto punteggi indicativi di un miglior funzionamento inerente lo stato di benessere emotivo quotidiano mentre i pazienti più anziani presentano un miglior funzionamento nell'area ambientale ($p=0,044$) ad indicare una maggior adattamento alla propria quotidianità così come i pazienti che vivono con un caregiver ($p=0,03$).

Conclusioni: Lo studio conferma che il WHOQOL-Breve può costituire un'utile strumento per lo screening psicologico e per l'individuazione di fattori socio-ambientali protettivi per lo stato di salute psicofisico.

Bibliografia: (1) Organizzazione Mondiale della Sanità (1998), WHOQOL Test per la Valutazione della Qualità della Vita. Manuale per l'uso degli strumenti WHOQOL. Centro Scientifico Editore 2001.

L'UTILIZZO DEL QUESTIONARIO DI MOYNIHAN PER LA VALUTAZIONE DELLE CONOSCENZE E DELLE ABITUDINI ALIMENTARI NEI PAZIENTI SOTTOPOSTI A RIABILITAZIONE DOPO INTERVENTO CARDIOCHIRURGICO

C. Rosi, M. Passalacqua, M. Gavioli, S. Pennella, P. Pedrazzi, M. Migaldi, A. Farinetti, A.V. Mattioli

Istituto Nazionale per le Ricerche Cardiovascolari (I.N.R.C.); Dipartimento di Scienze Biomediche - Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia; Dipartimento di Anatomia Patologica e Medicina Legale - Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia; Dipartimento di Chirurgia Generale e Specialità Chirurgiche - Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia

Background: La Cardiologia Riabilitativa è un processo multifattoriale, attivo e dinamico, che ha come fine quello di favorire la stabilità clinica, di ridurre le disabilità inseguito a malattia cardiovascolare e migliorare la qualità della vita cercando di ridurre i fattori di rischio cardiovascolare (CV). Scopo del presente studio è stato valutare mediante la somministrazione del questionario di Moynihan le conoscenze e le abitudini alimentari nei pazienti afferenti alla Cardiologia Riabilitativa. Si tratta di un questionario rielaborato dall'ANDID impiegato nella pratica clinica per valutare le conoscenze alimentari di pazienti affetti da patologie diverse.

Metodi: Sono stati arruolati 51 pazienti (paz), 41 uomini e 10 donne di età media 67.9 + 11.2 anni. La casistica comprendeva 21 paz sottoposti a bypass coronarico, 16 paz a sostituzione/plastica valvolare, 8 paz a bypass più sostituzione/plastica valvolare e 6 paz a chirurgia per altre cause. Tutti i soggetti sono stati sottoposti ad indagine alimentare accurata da parte di una dietista e sono stati rilevati i parametri antropometrici e bioumorali, inoltre è stato somministrato il questionario di Moynihan. I paz sono stati sottoposti ad una serie di incontri collettivi di educazione alimentare. Questionario e valutazione dietetica sono stati ricontrollati dopo 3 mesi.

Risultati: Alla prima visita, il punteggio medio del Questionario era di 22.4 + 3.2 punti, mentre, dopo 3 mesi era sceso a 20.6 + 3.1 punti ($p<0.05$) indicando un aumento delle risposte corrette, e di conseguenza un miglioramento delle conoscenze alimentari dei pazienti. Esaminando le singole risposte

alle domande si è notato un aumento generale delle risposte corrette ad indicare che l'intervento educativo era stato produttivo. Un'analisi particolareggiata delle domande ha evidenziato che le maggiori carenze informative riguardavano i problemi correlati ad un basso consumo di frutta e verdura, (in questo caso si è passati da 29 risposte "non lo so" a 19 al controllo a 3 mesi); i problemi correlati ad un eccessivo consumo di grassi (in questo caso si è passati da 25 a 30 risposte esatte); e i problemi correlati ad eccessivo consumo di sale. Inoltre al richiamo i paz hanno dimostrato di avere acquisito una maggiore conoscenza generale riguardo alle caratteristiche degli alimenti. I problemi maggiori osservati alla somministrazione del Questionario sono stati per lo più relativi alla difficoltà di linguaggio delle domande che rende difficile l'auto somministrazione ma deve prevedere l'illustrazione del testo da parte della dietista.

Conclusioni: Il questionario di Moynihan si è rivelato utile strumento di valutazione delle conoscenze alimentari. Le difficoltà incontrate nella somministrazione possono essere attribuite sia all'elevata età media dei paz, al livello culturale dei paz che in parte alla condizione di stress post-intervento. Tuttavia un aumento delle risposte corrette così come della conoscenza sulle caratteristiche degli alimenti rilevato dopo l'intervento educativo effettuato dalla dietista è evidente. Il counseling post-intervento deve prevedere un ruolo dell'educazione alimentare.

LA RIABILITAZIONE FISICA DEL PAZIENTE PORTATORE DI ASSISTENZA VENTRICOLARE SINISTRA: L'ESPERIENZA DEL CENTRO MEDICO DI VERUNO (NO)

G. Paracchini, D. Temporelli, C. Acquati, S. Nicolazzi, D. Sardano, B. Temporelli, S. Colombo, A. Mezzani, M. Pistono, P. Giannuzzi

IRCCS Fondazione S. Maugeri, Istituto Scientifico di Veruno (NO) Divisione di Cardiologia Riabilitativa

Introduzione: Scopo di questo lavoro è illustrare l'esperienza del nostro Centro nel trattamento riabilitativo di pazienti portatori di L-VAD. Sono stati arruolati 36 pazienti (33 M, 3 F) di 60,9±9,6 anni, ricoverati per riabilitazione a n. 38,7±19,9 gg. dall'intervento di impianto di LVAD. Nel 64% dei pazienti l'impianto è stato proposto come DESTINATION THERAPY, nel 28% come BRIDGE TO TRAPLANTATION e nel restante 8% come BRIDGE TO DECISION. La degenza media è stata di 40,1±29,8 gg.; tutti i pazienti hanno svolto un programma fisioterapico quotidiano personalizzato.

Materiali e Metodi: I pazienti sono stati sottoposti ad una valutazione iniziale tramite "Barthel Index" e, appena eseguibile, "6 minute walking test". Questo ci ha permesso di diversificare il programma riabilitativo in base al grado di autonomia: 27 pazienti (75%) sono stati avviati al trattamento in corsia, 9 pazienti (25%) hanno da subito iniziato l'attività in palestra.

Le attività proposte in corsia sono state: ginnastica segmentaria e rinforzo muscolare, deambula-

zione assistita, rieducazione alla salita e discesa delle scale, cyclette da camera, ginnastica respiratoria e disostruzione bronchiale. In palestra: ergometro a manovella, cyclette, treadmill.

Per quanto riguarda l'attività aerobica in palestra è stato proposto inizialmente un esercizio in cyclette di intensità ridotta (0-20 W) in modo da prevenire le possibili complicanze (aritmie, lipotimie, eventi di suzione). Solo per 4 pazienti (11%) è stato possibile incrementare il carico passando a 30-40 W. Nei pazienti che non tolleravano un aumento di carico è stata incrementata la durata delle sedute (da 10,20 a 30 minuti).

I pazienti sono stati rivalutati al termine del trattamento utilizzando "6 minute walking test" e "Barthel Index".

Risultati: Durante il trattamento riabilitativo 22 dei 27 pazienti (81,5%) trattati inizialmente in corsia hanno raggiunto un'autonomia funzionale tale da permettere il passaggio all'attività in palestra. Non sono stati registrati eventi avversi. Al termine del programma si è osservato un incremento di 36 mt nel "6 minute walking test": iniziale 286 mt. - finale 322 mt. ($p < 0.01$) e un incremento nella scala "Barthel Index" 59,6±30,3 punti iniziali a 83,3±23,9 punti finali ($p < 0.001$).

Conclusioni: il programma personalizzato di riabilitazione fisica adattata per pazienti con assistenza ventricolare sinistra è risultato sicuro ed efficace sull'indurre un significativo recupero dell'autonomia funzionale.

KINESIO TAPE: UN TRATTAMENTO ALTERNATIVO E/O COMPLEMENTARE PER IL DOLORE DA STERNOTOMIA POST CARDIO CHIRURGIA

N. Scalabrino, S. Frassine, E. Lazzarini, M. Bosco, E. Troisi, G. Vezzaro, L. Crespi, B. Zanuzzi, A. Picozzi, M. Romano, M.C. Rossi, S. Scarantino, S. Borghi, C. Anzà.

U.O. di Riabilitazione Cardiologica Specialistica del Presidio Multimedicale di Castellanza

Scopo: valutare applicabilità ed efficacia di Kinesio Tape (KT) nel trattamento del dolore della sternotomia dopo cardio-chirurgia (CCH).

Nel periodo post CCH si evidenzia un'algia marcata in sede toracica anteriore, posteriore e del cingolo scapolare, che spesso implica l'ampio utilizzo di antidolorifici.

Materiali e Metodi: 38 pz con sternotomia post CCH, giunti all'U.O di Riabilitazione Cardiologica Specialistica del presidio Multimedicale di Castellanza da maggio a settembre 2011.

Criteri di inclusione: 30aa <età> 75aa, autonomia nelle AVQ, compenso di circolo.

Criteri di esclusione: età > 75 aa o <30 aa, instabilità emodinamica, instabilità sternale, deiscenza della ferita, stato settico, comorbilità tumorali, ernie discali, demenza senile.

I pz sono stati divisi in 2 gruppi; trattamento A (n=19), controllo B (n=19). Per ogni pz venivano effettuate 3 misurazioni (inizio T0, metà T1, dimissione T2) del dolore e della percezione soggettiva di benessere con le scale visive VAS ed EuroQuol, ri-

spettivamente. A e B svolgevano un training a carattere incrementale come da protocollo, in A venivano inoltre realizzati 2 tipi di applicazione di KT: nei primi 10gg una correzione linfatica (anteriore e posteriore); dal 11° al 20°gg facilitazione diaframmatica e la correzione fasciale (anteriore, posteriore e in relazione ai sintomi).

Risultati: omogeneità di A e B per età media (A=66,2aa;B=64aa), per VAS media in T0 (A=7.3; B=7.4) e per valori medi di EuroQuol (A=40; B=40.1); riduzione di VAS in T1 (A=2.4; B=5.8) con $p<0.05$. Si rileva un miglioramento comune della sintomatologia in T2; tuttavia in A solo il 37% ha necessitato di terapia antalgica per un tempo medio di 2gg, mentre in B il 95% con una media di 6.5gg. Infine, si riscontra un valore medio di EuroQuol in T2 di 72 in A e di 55.4 in B.

Conclusioni: KT è applicabile e statisticamente efficace, sia per la riduzione del dolore da sternotomia, sia per il miglioramento della percezione soggettiva di benessere nei pz post CCH.

È FATTIBILE E SICURO SOTTOPORRE I PAZIENTI CON SCOMPENSO CARDIACO CRONICO (SCC) IN FASE DI INSTABILITÀ CLINICA AD UN PROCESSO RIABILITATIVO?

F. Rainoldi, A. Civardi, G. Salvaneschi, M.T. La Rovere, O. Febo

Fondazione S. Maugeri - I.R.C.C.S. - Pavia.
UO Cardiologia Riabilitativa, Istituto Scientifico di Montescano (Pavia)

Premessa: È noto che un programma di training fisico strutturato in pz con SCC in fase di stabilità clinica è sicuro e riduce le ospedalizzazioni. Sebbene nei pz con SCC in fase d'instabilità non sia ancora stata dimostrata l'efficacia clinica, le linee guida nazionali (ANMCO-GICR) suggeriscono trattamenti fisioterapici individuali personalizzati allo scopo di ridurre i sintomi di decondizionamento muscolare (fatica e dispnea) migliorando la qualità di vita e l'eventuale recupero dell'autonomia funzionale.

Scopo: Valutare l'effetto di un ciclo riabilitativo intensivo in pazienti allettati e/o con elevata dipendenza fisica, verificandone la sicurezza.

Metodo: Sono stati analizzati i dati clinico-strumentali di 94 pz (24 mesi), (71 M 23 F, età media 64±11 aa, FE 33±14%, NYHA 3.4±0.4, degenza media 30 gg) clinicamente instabili, che all'ingresso nella nostra Unità Scoppio non erano in grado di eseguire un test dei 6 minuti (WT 6). I pazienti sono stati divisi in 2 gruppi: 35 pz, Gruppo 1 (28 M 7 F, età media 63±11, NYHA 3.5±0.4, FE 31±13%), che all'ingresso erano in terapia infusiva e 59 pz, Gruppo 2 (43 M 16 F, età media 63±11, NYHA 3.3±0.4, FE 34±14%) con instabilità clinica, ma non in terapia infusiva. Tutti i pazienti sono stati sottoposti a sedute giornaliere di riabilitazione fisioterapica della durata di circa 30'. Il ciclo riabilitativo consisteva in ginnastica respiratoria singola in camera, con mobilizzazione (passiva ed attiva di tipo isotonic) al letto degli arti inferiori e superiori, esercizi di equilibrio, pas-

saggi posturali e deambulazione assistita in reparto con ausili nei pz con maggiore disabilità funzionale. Il protocollo di trattamento variava di intensità e di durata a seconda della NYHA e della disabilità funzionale prevedendo anche più di una seduta al giorno.

Risultati: I due gruppi differivano per classe NYHA ($p=0.003$), ma non per età ($p=0.82$) e FE ($p=0.32$). Al termine del ciclo riabilitativo, 10 pz nel Gruppo 1 (29%) e 32 pazienti nel Gruppo 2 (54%) risultavano in grado di eseguire un WT 6 pre dimissione ($p=0.016$). I metri percorsi non differivano fra i 2 gruppi ($p=0.16$).

Durante il trattamento riabilitativo non si sono verificati eventi avversi.

	N	ETÀ (anni)	FE (%)	NYHA	WT 6 dim (N)	WT 6 dim (mt) %	pazienti WT dimissione
POPOLAZIONE							
GLOBALE	94	64±11	33±14	3.4±0.4	42	192±106	45%
GRUPPO 1	35	63±11	31±12	3.5±0.4	10	211±98	29%
GRUPPO 2	59	63±11	34±14	3.3±0.4*	32	192±106	54%**

* $p<0.003$ per il confronto Gruppo 1 vs Gruppo 2

** $p<0.0016$ per il confronto percentuale Gruppo 1 Gruppo 2 pazienti che eseguono WT dimissione (chi square test)

Conclusioni: 1) Il trattamento riabilitativo fisico personalizzato è pertanto un intervento fattibile e sicuro anche nei pz con scompenso cardiaco avanzato in fase di instabilità clinica, anche in corso di terapia infusiva.

2) Il trattamento riabilitativo per pazienti con SCC in fase di instabilizzazione consente un miglioramento delle capacità funzionali in termini di aumento dell'autonomia fisica, anche in una discreta percentuale di pazienti in terapia infusiva.

LE SCALE INFERMIERISTICHE A CONFRONTO CON LE DIVERSE MODALITÀ DI VALUTAZIONE DELLA COMPLESSITÀ CLINICA ED ASSISTENZIALE IN CARDIOLOGIA RIABILITATIVA

M. Ferrari, O. Febo

P. Infermieristico Cardio 2
Fondazione Salvatore Maugeri, Clinica del Lavoro e della Riabilitazione - IRCCS - PAVIA, Istituto scientifico di Montescano - UO di Cardiologia Riabilita

Premessa: per complessità clinico assistenziale in cardiologia riabilitativa si intende quella condizione generale del paziente che considera la patologia cardiovascolare, il grado di disabilità, le patologie extra cardiache associate e i bisogni assistenziali, sociali e psicologici.

Scopo: confrontare differenti modalità di valutazione della complessità assistenziale all'ingresso del paziente, ed identificare quanto le scale infermieristiche consentano di individuare i pazienti più complessi per disabilità e comorbidità.

Metodi: valutazione infermieristica all'ingresso del paziente attraverso compilazione della scala di Barthel e della scala dei bisogni assistenziali (N.A.N.D.A.); valutazione medica delle comorbidità con compilazione della scala CIRS; valutazione del terapeuta della riabilitazione della disa-

bilità mediante esecuzione del test 6 minuti (6mWT). La scala dei bisogni assistenziali si articolava in: bisogni 0= pazienti con nessun bisogno; bisogni 1 = pazienti con 1 o 2 bisogni; bisogni 2 = pazienti con 3 o più bisogni. Sono stati considerati i seguenti criteri: comorbidità CIRS ?3 (complessità clinica); punteggio Barthel <80; disabilità 6mWT: <350 m.

Risultati: I dati raccolti sono riferiti al periodo ottobre 2008 - giugno 2010 per un totale di 1870 pazienti (pz.) con le seguenti caratteristiche: età media 62 11, 80% uomini, affetti dalle seguenti patologie: post chirurgici 281 (15%), controlli trapianto cardiaco 226 (13%), post infarto 156 (8%), cardiopatia ischemica cronica 163 (8%), trapianto cardiaco recente 16 (1%), SCC 1028 (55%).

Comparazione bisogni verso Barthel

BISOGNO 0	BISOGNO 1	BISOGNO 2
Barthel	Barthel	Barthel
98.2±4.9	94.1±6.9	79±19
(n=589)	(n=475)	(n=783)

comparazione bisogni-Barthel sempre significativa in tutte le 3 classi 0-1-2 p< 0.001)

Comparazione bisogni verso test 6 minuti

BISOGNO 0	BISOGNO 1	BISOGNO 2
6mWT	6mWT	6mWT
374 m.±110	356 m.±113	269 m.±143
(n=374)	(n=475)	(n=784)

comparazione bisogni-test 6 minuti sempre significativa classi 1-2 p<0.001, classe 0 p< 0.0212)

Comparazione bisogni verso CIRS

BISOGNO 0	BISOGNO 1	BISOGNO 2
CIRS	CIRS	CIRS
3.3 + 1.5	3.01 + 1.8	3.05 + 1.7
(n=592)	(n=475)	(n=784)

NS nelle tre classi

Conclusioni: La scala di valutazione dei bisogni infermieristici (NANDA) ben identifica i pazienti definiti maggiormente disabili con la scala di Barthel ed il test dei 6 minuti (che forniscono una valutazione oggettiva del grado di disabilità) e consente una buona programmazione dell'attività assistenziale. Le comorbidità rilevate all'ingresso del paziente non condizionano in modo significativo l'entità dei bisogni infermieristici.