

**RISCHIO CORRELATO ALL'INDICAZIONE CARDIOCHIRURGICA  
QUANDO E' CORRETTO FERMARSI E NON INTERVENIRE**

**Introducono:**

**Emanuele Catena, Mantova.** La valutazione anestesiologicala, i rischi della CEC.

**Giuseppe Tarelli, Milano.** La valutazione del cardiocirurgo, quando l'intervento di per sé aumenta il rischio.

**Giuseppe Tarelli**

**UO di Cardiocirurgia  
Rozzano-MI**

**ISTITUTO CLINICO  
HUMANITAS**

Istituto di Ricovero e Cura  
a Carattere Scientifico



# dobbiamo migliorare la ns valutazione del rischio

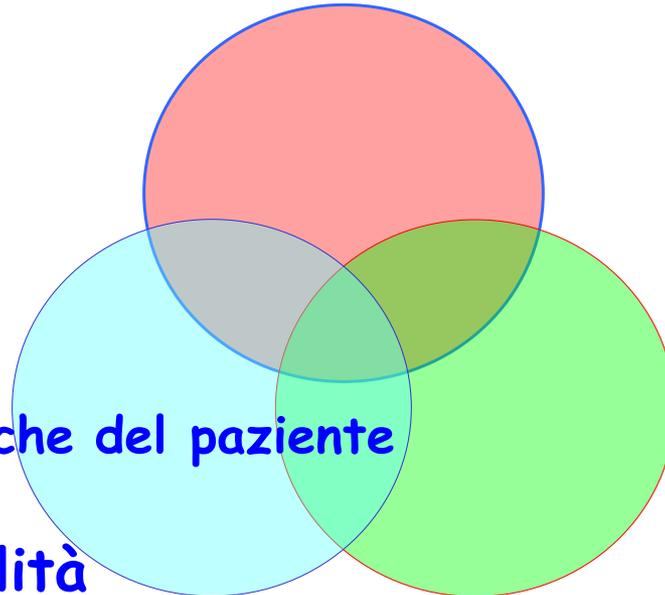


- Cerchiamo di migliorare la nostra capacità di prevedere il destino del singolo paziente prima dell'intervento chirurgico
- e prevedere le conseguenze del nostro intervento sulla sopravvivenza e sulla qualità di vita del singolo paziente...
- .....ma ci rendiamo conto di non esserne capaci

## cardiopatìa e tipo di intervento

caratteristiche del paziente

1. età
2. comorbilità
3. fragilità

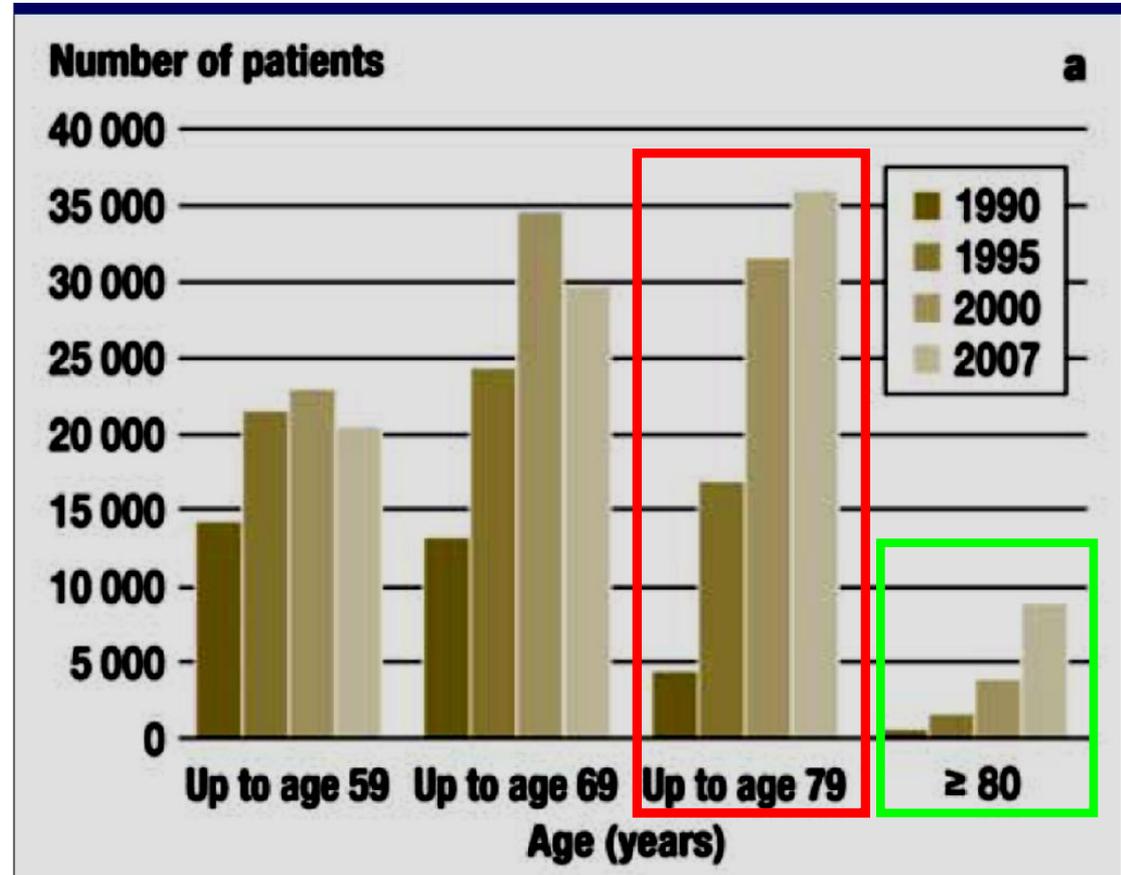


Priorità dell'intervento:

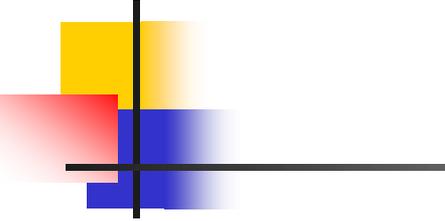
- elettivo
- in urgenza
- in emergenza

# distribuzione degli operati in CCH per età e anno dell'intervento

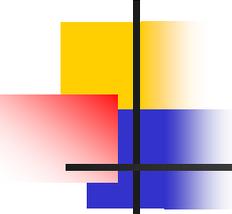
“Until the late 1980s, cardiac surgery was mainly restricted to patients < 65 yrs, but the proportion of older patients has risen in the following years”



# aspettativa media di vita per età



età	maschio	femmina
80	7.856	9.718
81	7.347	9.070
82	6.867	8.453
83	6.414	7.865
84	5.977	7.301
85	5.570	6.771
86	5.186	6.276
87	4.817	5.800
88	4.444	5.330
89	4.080	4.879
90	3.740	4.461

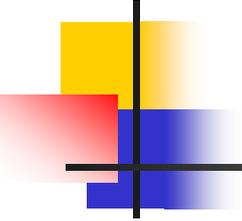


---

paragonata ai pz < 65 a. la "odds ratio" per il rischio di mortalità periop è:

- 1.70      x 65- 74 a.
- 3.18      x 75- 84 a.
- 5.85      x > 85 a.

# BPAC: % complicazioni peri-op viste per fascia di età



<b>età</b>	<b>50-64</b>	<b>65-79</b>	<b>80 e &gt;</b>	<b>p=</b>
ictus	1.2	2.0	2.9	<0.001
dialisi	0.5	1.4	2.2	<0.001
insuff respirat	2.6	5.0	6.9	<0.001

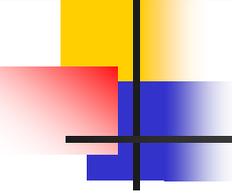
## Val la pena di operare i pz > 80 anni?

- Per i pazienti che sopravvivono all'intervento la sopravvivenza è > alla popolazione generale della stessa età
- E' necessario valutare con attenzione i fattori di rischio per mortalità a 30 gg

# l'età anagrafica è importante ma non è tutto



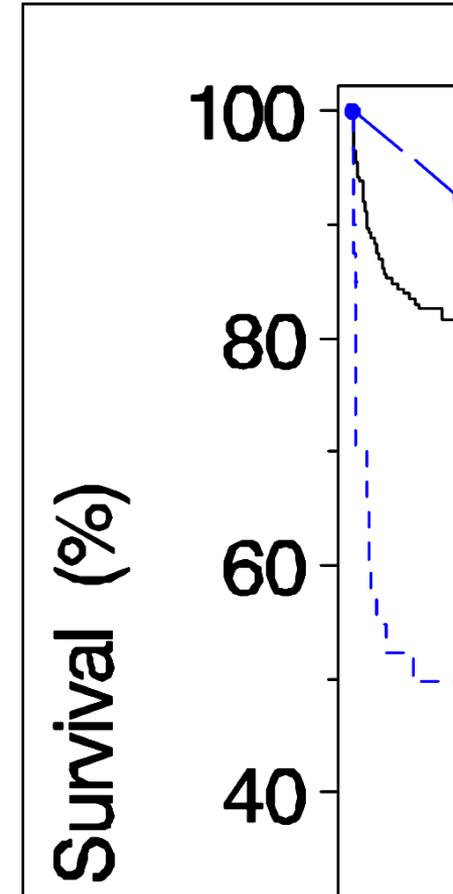
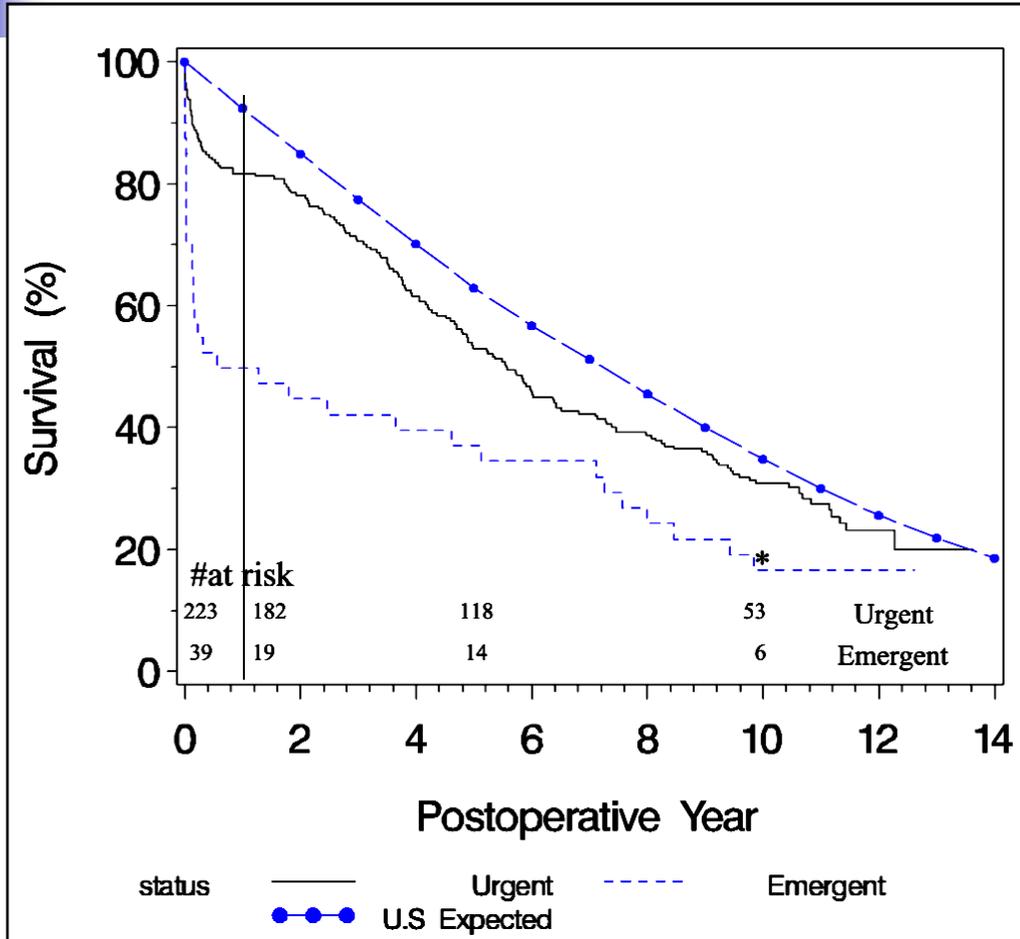
# caratteristiche che modulano il rischio per la CCH dell'anziano

- 
- 
1. l'età biologica può differire dall'età anagrafica:  
la differenza è dovuta alle comorbidità, alla "fragilità", ai comportamenti abituali e a predisposizioni genetiche.
  2. le comorbidità, in genere, aumentano con l'età;  
il rischio op che nell'anziano aumenta con l'età viene aumentato ulteriormente dalle comorbidità.

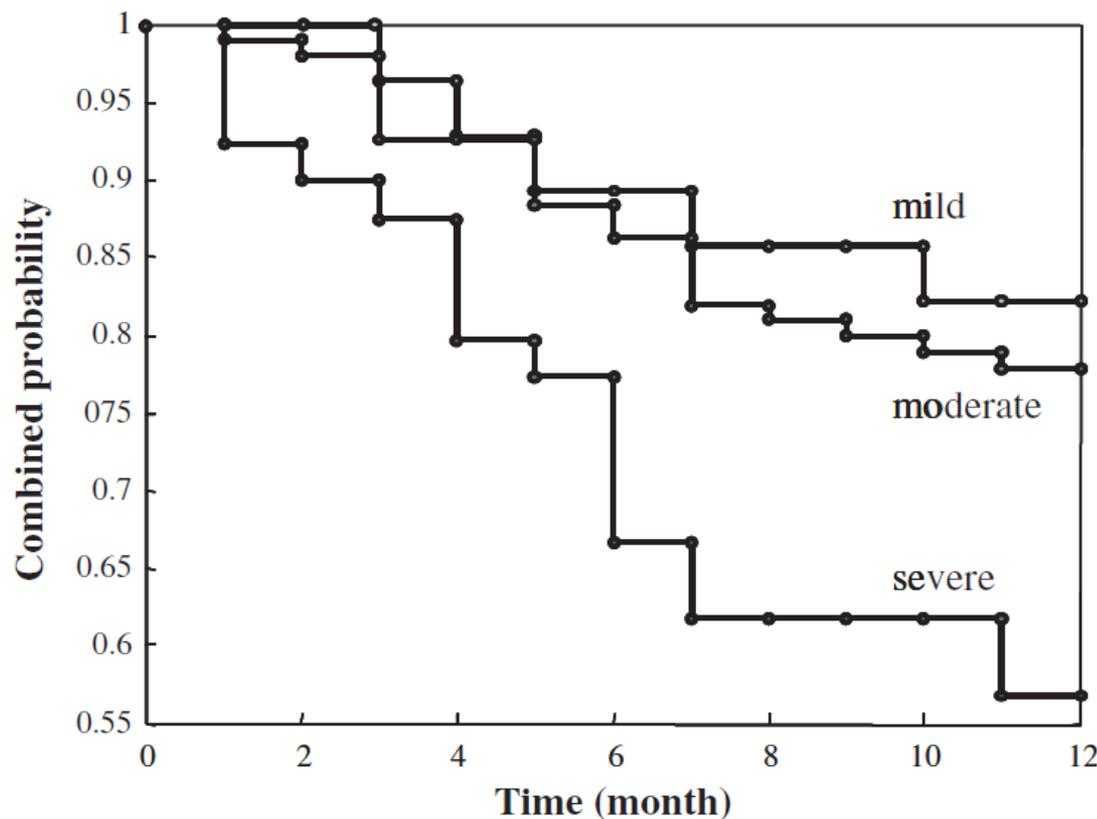
# CCH nell'>80enne: caratteristiche che costituiscono fattori di rischio per mortalità.

- **insufficienza renale (creatininemia >1.3)**
- **ictus preoperatorio**
- **infarto miocardico < 24 ore**
- **BPCO**
- **disfunzione del VS**
- **intervento urgente**

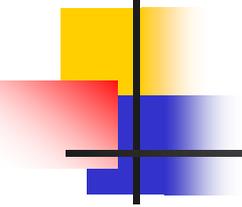
# CCH non-elettiva nell'anziano: sopravvivenza



# “Fragilità” è la combinazione di deterioramento, disabilità e malattia.



Corrispondenza tra  
indice di fragilità  
rilevato a domicilio  
e  
decesso o necessità  
di ricovero in RSA.



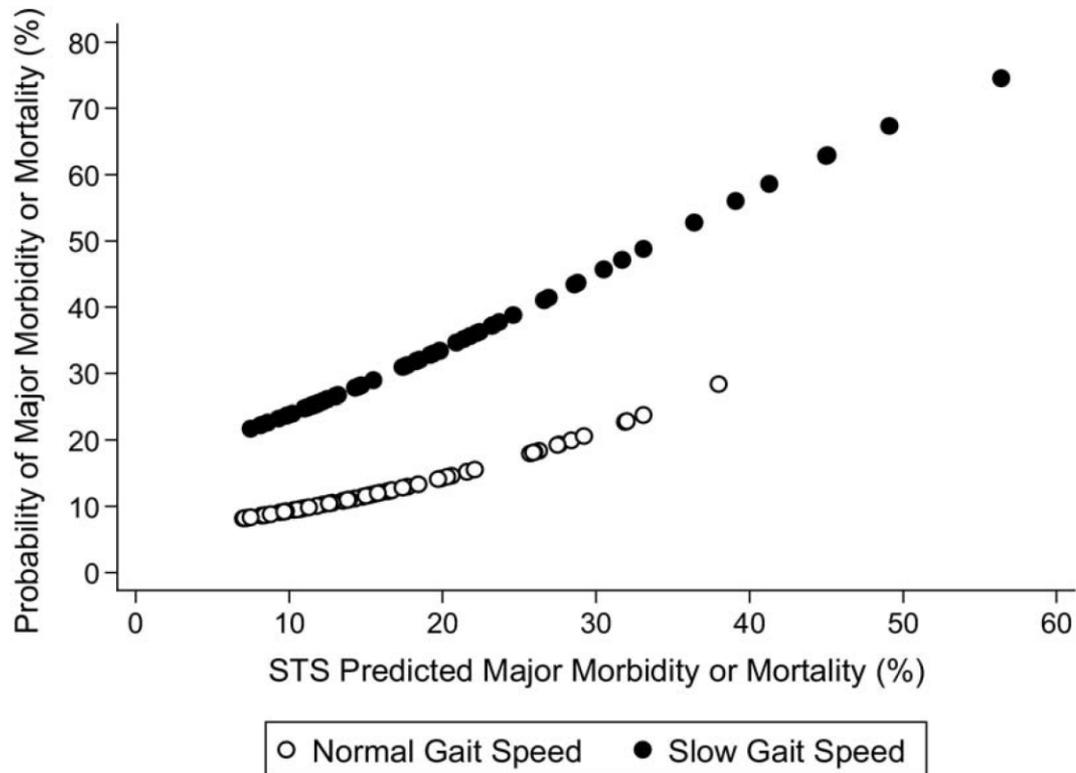
---

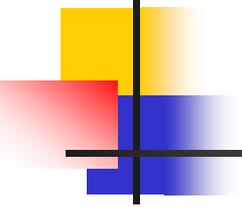
**indice di Katz (autonomia nell'alimentarsi,  
lavarsi, vestirsi, spostarsi, andare in  
bagno + continenza urinaria)**

**+**

**autonomia nel deambulare (senza aiuto)**

# Velocità dell'andatura (<math>\lt; o > 5\text{ m. in }6\text{ sec}</math>) - STS score e % mortalità e morbidità in CCH





---

**La valutazione preop della fragilità  
migliora la nostra capacità di individuare  
i pz con maggior rischio di mortalità,  
ricovero prolungato e sopravvivenza  
limitata.**

# Pazienti ad alto rischio e CCH:

## - conclusioni e commenti -1-

- I risultati a distanza ( sopravvivenza e QdV) della CCH sono soddisfacenti anche nell'anziano...
- ...ma il rischio dell'intervento chirurgico > 80 anni aumenta in modo significativo soprattutto nei pz con fragilità e comorbilità.
- per scegliere il trattamento più adeguato:  
**valutare pz x pz il rischio/ beneficio dell'intervento chirurgico e confrontarlo con quello della OMT e Cardiologia Interventistica.**

# Pazienti ad alto rischio e CCH: - conclusioni e commenti -2-

- evitare gli interventi chirurgici in urgenza
- nei pz da operare è fondamentale prevenire le complicazioni postop:
  - preparare adeguatamente il pz  
(IRC, antiaggreganti, fisioterapia resp)
  - fare scelte strategiche (condotti, no-touch aorta)
  - evitare trasfusioni
  - mobilizzare precocemente il pz

