Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi

SST Servizio Sanitario della Toscana

ARE

aniarti Associazione Nazionale Infermieri di Area Critica

Impatto psicologico e comportamentale dopo ricovero in terapia intensiva: il valore di un servizio di follow up post intensivo

31° Congresso Nazionale Aniarti

Riva del Garda, 14-16 novembre 2012

Monica Trevisan

Follow Up Post Intensivo: Obiettivi

- ✓ Garantire la realizzazione di un percorso di continuità assistenziale
- ✓ Approccio multidisciplinare per un più rapido recupero
- ✓ Identificare problemi fisici, psicologici e sociali conseguenti al ricovero in ICU
- ✓ Informazioni circa il percorso di riabilitazione e recupero funzionale che segue l'evento critico
- ✓ Supporto a pazienti e familiari nella comprensione della patologia critica
- ✓ Fornire feedback sulla qualità delle cure al team ICU

Problemi psicologici conseguenti al ricovero in ICU

Ansia

Depressione

Disturbo da Stress Post Traumatico

(PTSD)

PTSD

- Criteri diagnostici DSM-IV -

A. La persona è stata esposta ad un evento traumatico

B. L'evento traumatico viene rivissuto persistentemente

C. Evitamento persistente degli stimoli associati al trauma e attenuazione della reattività generale (non presente prima del trauma)

D. Sintomi persistenti di aumentato arousal (non presenti prima del trauma)

E. La durata del disturbo (sintomi ai criteri B, C e D) è superiore a un mese

F. Il disturbo causa disagio clinicamente significativo o alterazione del funzionamento sociale, lavorativo o di altre aree importanti

Specificare se:
Acuto: se la durata dei sintomi è inferiore a 3 mesi
Cronico: se la durata dei sintomi è 3 mesi o più

Specificare se:
Ad esordio ritardato: se l'esordio dei sintomi avviene almeno 6 mesi dopo l'evento stressante

American Psychiatric Association, 1994

Criteri diagnostici PTSD e sintomatologia associata

Rivivere l'evento

Ricordo angosciante e intrusivo del trauma, sogni spiacevoli, incubi, flashbacks, disagio psicologico intenso davanti a situazioni che assomigliano a qualche aspetto dell'evento

Evitamento e attenuazione reattività generale

Evitamento di attività, luoghi, pensieri e conversazioni riguardanti l'evento, incapacità di ricordare aspetti del trauma, perdita di interessi, isolamento sociale

Aumentato arousal

Difficoltà ad addormentarsi e mantenere il sonno, irritabilità, scatti di ira, difficoltà di concentrazione, esagerata reazione di allerta, iperreattività

Bischoff P. 2011

Cosa ci dice la letteratura sul PTSD post ICU?

Gli studi hanno in generale cercato di individuare:

- **Fattori di rischio per lo sviluppo di PTSD post ICU**
- **Prevalenza del PTSD nei survivors ICU**
- **Impatto del PTSD post ICU sulla qualità di vita**

PROBLEMI DI METODO!

Cosa ci dice la letteratura sul PTSD post ICU?

- Fattori di rischio per lo sviluppo di PTSD post ICU -

- ✓ **Psicopatologia pre ICU**
- ✓ **Somministrazioni di dosi elevate di benzodiazepine durante il ricovero**
- ✓ **Memoria di aver vissuto esperienza angosciante**
- ✓ **Episodi psicotici durante ricovero**
- ✓ **Sesso femminile**
- ✓ **Età giovane**

Davydow D S et al. General Hospital Psychiatry. 30, 2008

Griffiths J et al. Intensive Care Med. 33, 2007

Cosa ci dice la letteratura sul PTSD post ICU?

- Fattori di rischio per lo sviluppo di PTSD post ICU -

Gravità della malattia

Durata della degenza in ICU

Durata della ventilazione meccanica

POCHE EVIDENZE!!!

Davydow D S et al. General Hospital Psychiatry. 30, 2008

Cosa ci dice la letteratura sul PTSD post ICU?

- Prevalenza del PTSD nei survivors ICU -

✓ **Sintomatologia di PTSD varia tra 5-64% a seconda delle casistiche**

✓ **Categorie diagnostiche più colpite:**

- 16% infarto del miocardio

- 17% chirurgia cardiaca

- 28% ALI/ARDS

**** Soggetti affetti da psicopatologia pre ICU spesso esclusi dagli studi***

Davydow D S et al. General Hospital Psychiatry. 30, 2008

Griffiths J et al. Intensive Care Med. 33, 2007

Cosa ci dice la letteratura sul PTSD post ICU?

- Impatto del PTSD post ICU sulla qualità di vita -

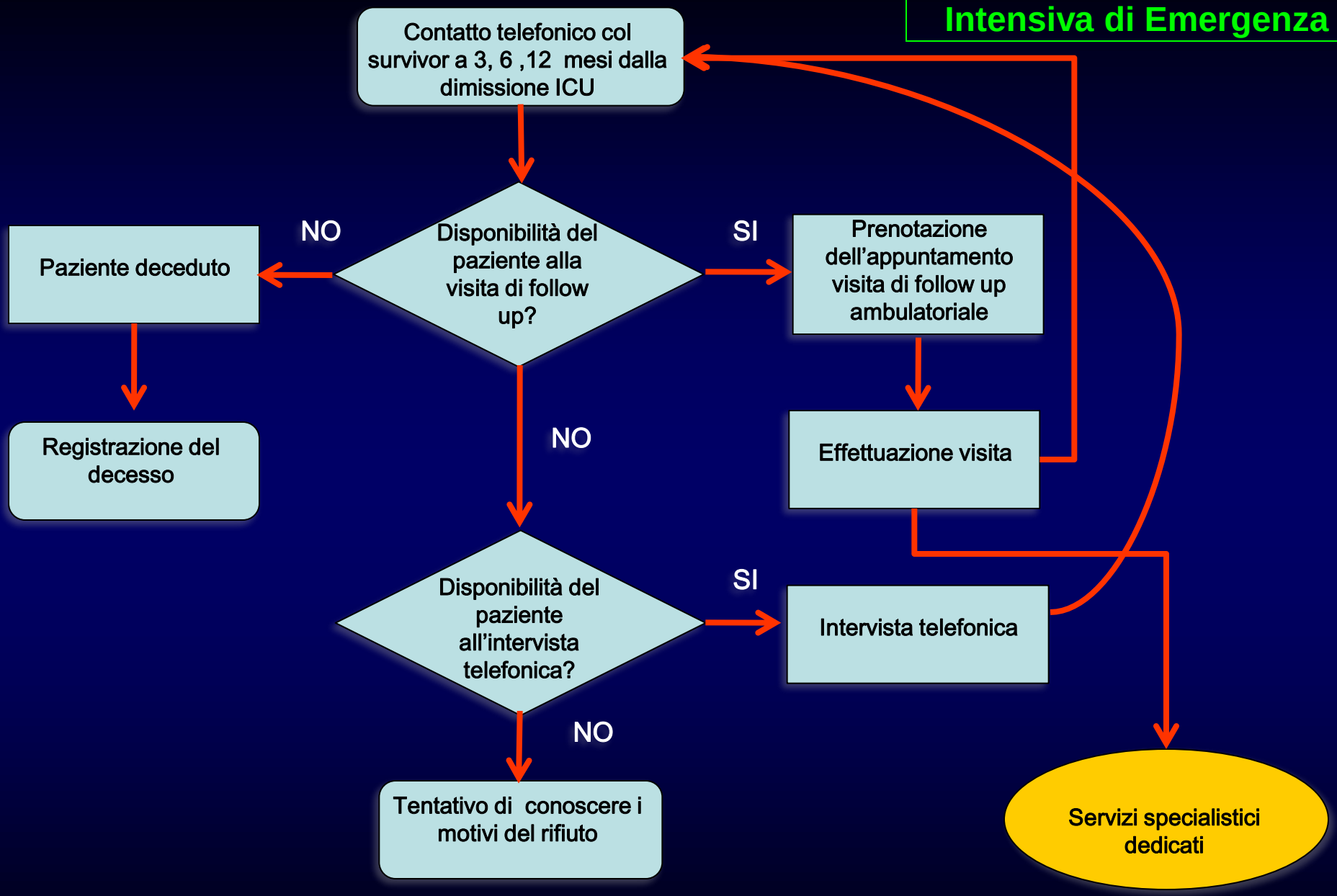
- ✓ **Pochi studi hanno affrontato la questione PTSD post ICU vs qualità di vita**
- ✓ **I risultati sono coerenti con quelli effettuati sui survivors ALI/ARDS e PTSD:**

- Bassa qualità di vita per i 5 anni successivi alla dimissione

Davydow D S et al. General Hospital Psychiatry. 30, 2008

La nostra esperienza…

Follow up in Terapia Intensiva di Emergenza



AREE OGGETTO DI INDAGINE

Qualità di vita percepita	SF-36	EQ-5D
Disabilità residue	DRS	BADL
Complicanze connesse alla degenza in ICU	SCHEDA NON STANDARDIZZATA	ICU MEMORY TOOL
Ansia e depressione	IES-r *	HADS *

*Impact Event Scale-revised

*Hospital Anxiety Depression Scale

STRUMENTI DI INDAGINE PSICOLOGICA

- ✓ **IMPACT EVENT SCALE-revised** **(IES-R)** (Horowitz et. Al., 1979): 15 item, valuta la sintomatologia correlata allo stress durante la settimana precedente la valutazione. La scala prende in considerazione l'intrusione e l'evitamento dell'evento traumatico, caratteristici del PTSD, come modalità di risposta ad eventi di vita stressanti

- ✓ **HOSPITAL ANXIETY DEPRESSION SCALE** **(HADS)** (Zigmont, Snaith, 1983): 14 item, valuta la presenza di sintomi di ansia e depressione nella settimana precedente la valutazione

→ **Attivazione counseling psicologico su scoring concordato**

DATI PRELIMINARI

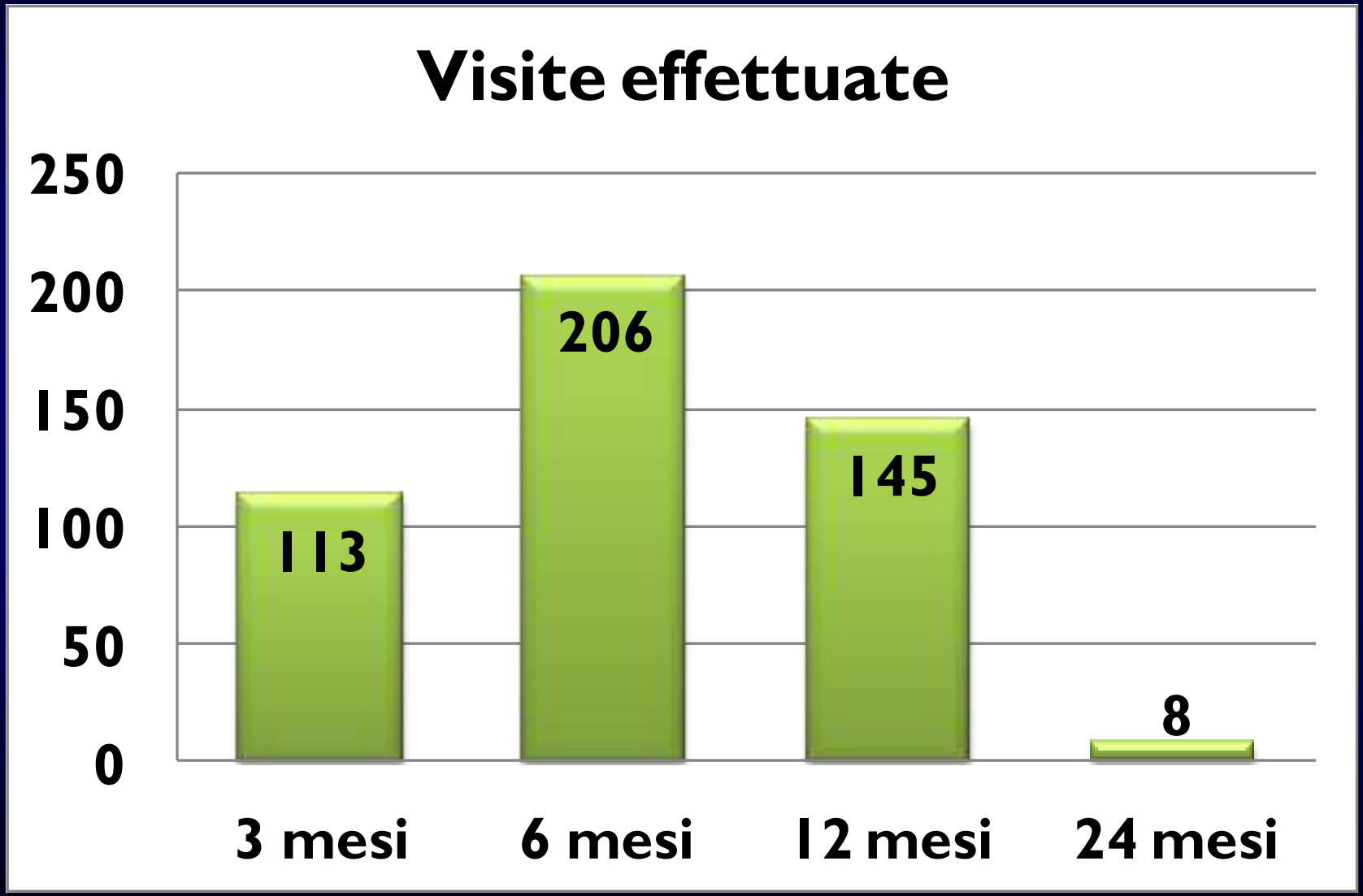
Metodo: studio retrospettivo, statistica descrittiva

Periodo: luglio 2010 - luglio 2012

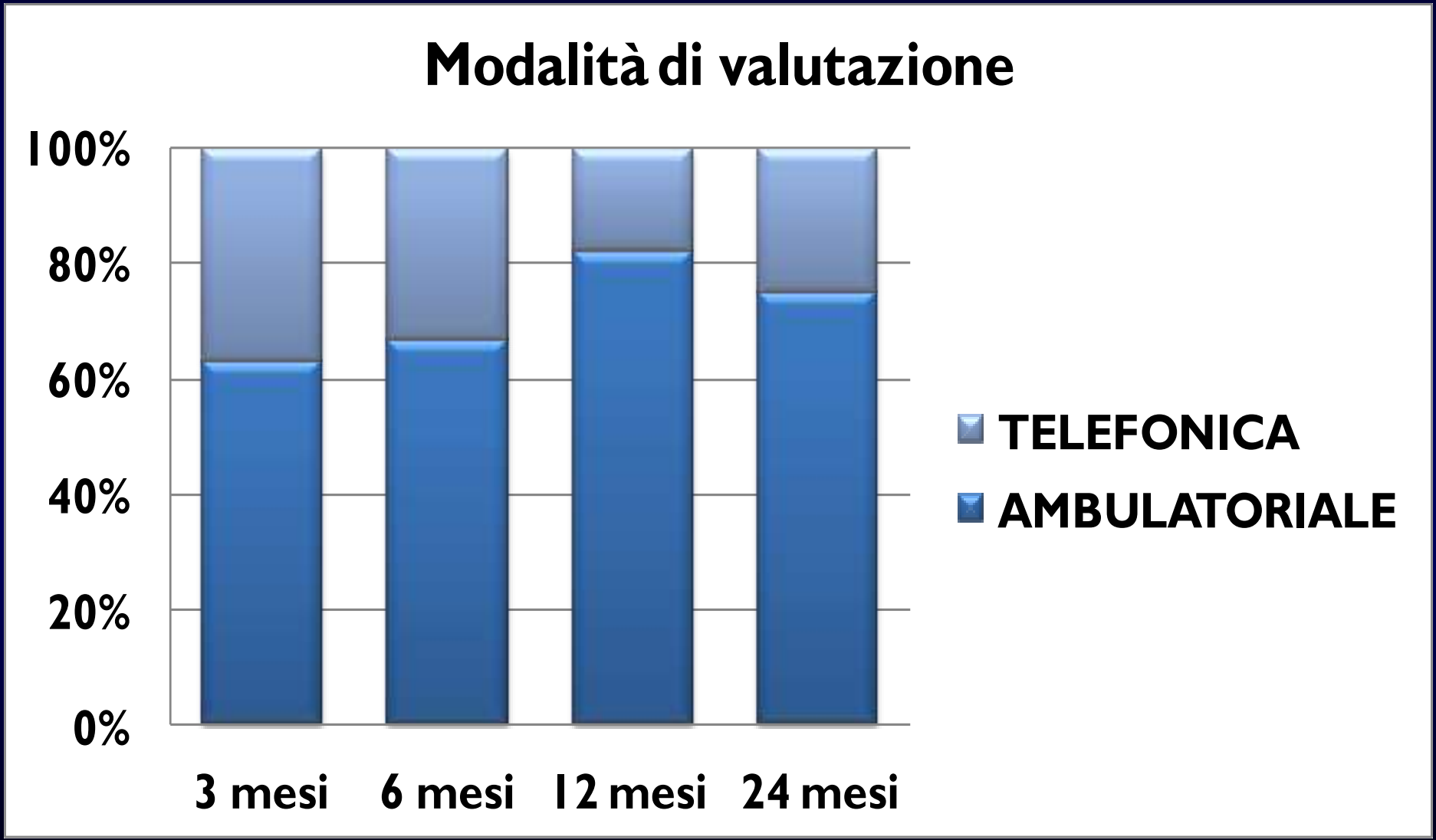
Campione: 314 pazienti

- **maschi 209 (66,56%)**
- **femmine 105 (33,43%)**

Follow up luglio 2010 - luglio 2012



Follow up luglio 2010 - luglio 2012



Quali rilievi?

Test-Scala	n. pz.	Mediana	Range	IQR
IES – R				
3 mesi	34	38	21-78	27-57
6 mesi	63	32	21-82	25-45
12 mesi	50	33	21-93	25-43
24 mesi	1	49	49-49	
HADS Ansia				
3 mesi	60	5	0-16	2,5-75
6 mesi	117	5	0-17	3-8
12 mesi	106	4	0-19	2-8
24 mesi	4	9,5	5-11	7-10,5
HADS Depressione				
3 mesi	60	4	0-18	2,5-8
6 mesi	117	4	0-19	2-7,25
12 mesi	106	4	0-19	2-8
24 mesi	4	7,5	5-13	5,5-11

Su 31 pz, mediane 4-5-4 a 3, 6, 12 m p=0,017

Analisi per sottogruppi

Gruppo diagnostico	n. pz. (%)
acr resuscitato	4 (1,3%)
cardiochirurgico	3 (1,0%)
chirurgico	39 (12,4%)
intossicazione	1 (0,3%)
medico	115 (36,6%)
neurochirurgico	2 (0,6%)
politrauma con trauma cranico	105 (33,4%)
trauma cranico	14 (4,5%)
trauma extracranico	31 (9,9%)
totale	314 (100%)

Diagnosi codificata	n. pz. (%)
altro	1 (0,3%)
arresto cardiocirc. - encefalop. postanossica	6 (1,9%)
arresto cardiocirc. - senza disf. d'organo	1 (0,3%)
chirurgia addominale	8 (2,5%)
chirurgia cardiaca	2 (0,6%)
chirurgia vascolare	5 (1,6%)
emorragia intraparenchimale cerebrale	9 (2,9%)
emorragia subaracnoidea	2 (0,6%)
encefalopatia metabolica	1 (0,3%)
ictus ischemico	1 (0,3%)
infezione s.n.c.	5 (1,6%)
insufficienza respiratoria acuta	52 (16,6%)
insufficienza respiratoria cronica riacutizzata	3 (1,0%)
insufficienza respiratoria postchirurgica	4 (1,3%)
ischemia intestinale	1 (0,3%)
mods (multy organ disfunction syndrome)	8 (2,5%)
mof (multy organ failure)	3 (1,0%)
politrauma	142 (45,2%)
polineuropatia/miopatia	1 (0,3%)
sepsi grave	18 (5,7%)
shock emorragico	4 (1,3%)
shock settico	24 (7,6%)
stato di male epilettico	4 (1,3%)
trauma cranico	6 (1,9%)
trauma craniofaciale	2 (0,6%)
ustione	1 (0,3%)
totale	314

Differenze nei trend dei punteggi di IES-R e HADS?

Conclusioni I

- Il numero limitato del campione “finale” può costituire il fattore determinante la significatività statistica dei risultati
- La casistica del follow up è in divenire, e richiede molto tempo per mettere in evidenza risultati macroscopici
- Lo studio dei pazienti nel follow up è molto complesso perché prevede la necessità di considerare molte variabili
- In particolare, studiare il PTSD è maggiormente complicato per la sintomatologia che lo caratterizza

Conclusioni II

- La fiducia incondizionata dei soli test psicodiagnostici può portare a sottostimare l'entità del PTSD

- L'aspetto della relazione diventa fondamentale sia per il processo terapeutico che per l'individuazione precoce di pazienti potenzialmente a rischio di PTSD

- Quindi il follow up mantiene non solo la sua funzione di monitoraggio degli esiti nel tempo, ma anche quella di porta di ingresso a percorsi specialistici di cura per gli esiti psicofisici invalidanti

C’è ancora
tanta strada da
fare…
Grazie!