

Valore prognostico dell'HACOR score in una popolazione di pazienti con Insufficienza Respiratoria Acuta

*Chiara Donnini, Laura Giordano, Simona Gualtieri, Arianna Gandini, Lucia Taurino, Monica Nesa, Chiara Gigli, Alessandro Coppa, Francesca Innocenti, Riccardo Pini
AOU Careggi, Florence*



XI congresso nazionale

simeu

ROMA 24-26 MAGGIO 2018



L'utilizzo della NIV nei pazienti critici con insufficienza respiratoria acuta (IRA) è incrementato sempre più negli ultimi anni perchè capace di ridurre il lavoro respiratorio e quindi la necessità di intubazione endotracheale.



Diversi studi hanno tentato di definire fattori predittori clinici del fallimento della NIV
(FR, pH, GCS, P/F)



THE HACOR score

Scala basata su variabili cliniche (FC, pH, GCS, Ossigenazione, e FR), disponibili al letto del paziente, per predire il fallimento della NIV in pazienti con IRA tipo I.

Variables	Category (j)	Assigned points
Heart rate, beats/min	≤ 120	0
	≥ 121	1
pH	≥ 7.35	0
	7.30–7.34	2
	7.25–7.29	3
	< 7.25	4
GCS	15	0
	13–14	2
	11–12	5
PaO ₂ /FiO ₂	≤ 10	10
	≥ 201	0
	176–200	2
	151–175	3
	126–150	4
	101–125	5
Respiratory rate, breaths/min	≤ 100	6
	≤ 30	0
	31–35	1
	36–40	2
	41–45	3
	≥ 46	4



Nei pazienti con IRA tipo I lo score HACOR era in grado di predire efficacemente il fallimento della NIV (definito come necessità di IOT).

HACOR > 5
valore soglia per definire
i pazienti a maggior
rischio di fallimento



IOT precoce?



Il nostro Studio:

Scopo:

Determinare, in pazienti con insufficienza respiratoria acuta (IRA, Tipo I e Tipo II) trattati con NIV, l'efficacia dello score HACOR nell'identificare i pazienti a rischio di outcome avverso

- mortalità intraospedaliera,
- intubazione (IOT) durante il ricovero
- trasferimento in reparti di Terapia Intensiva o Sub-intensiva (ICU/HDU)



Metodo:

Studio retrospettivo condotto su tutti i pazienti con IRA trattati con NIV nell'unità di Inquadramento Clinico Integrato e Percorsi Intraospedalieri delle Urgenze, Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi.

36 mesi (Gennaio 2014-Dicembre 2017).

Lo score HACOR è stato calcolato:

- prima del trattamento (T0)
- a 1 ora dall'inizio (T1)
- a 24 ore dall'inizio (T24)

Per le analisi statistiche i valori dello score HACOR sono stati considerati sia in continuo che dicotomizzati ($HACOR \leq 5$ o >5).



Risultati

Numero di Pazienti	644
Maschi (%)	312 (49%)
Età media (anni)	78 ±11
Ultima Possibilità Terapeutica (%)	223 (35%)
IRA globale	463 (72%)

Mortalità intraospedaliera: 150 pz (23%)
IOT: 48/421 pz (11%)
ICU/HDU: 130/421 pz (31%)

Le cause d'ingresso più frequenti (alle volte concomitanti):

1. Polmonite 372 pz (58%);
2. Riacutizzazione di BPCO 241 pz (38%);
3. Scompenso cardiaco 233 pz (36%).



<i>HACOR score</i>	Survivors (n=150)	Non- survivors (n=494)	p-value
<i>T0</i>	6.06±3.96	7.98±4.92	<0.001
<i>T1</i>	3.73±3.34	6.39±4.80	<0.001
<i>T24</i>	1.93±2.24	5.49±4.49	<0.001

Lo score HACOR

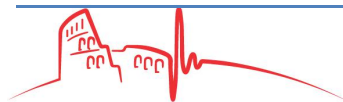
- a 1 h (RR 1.09, 95%CI 1.04-1.14)
- e 24 h (RR 1.2, 95%CI 1.13-1.26),
corretto per età e SOFA score, possiede un
valore prognostico indipendente per esito
infausto.



**Pazienti candidabili ad IOT
(421 pz)**

<i>HACOR score</i>	Non-IOT (n=373)	IOT (n=48)	p-value
<i>T0</i>	5.80±3.77	7.33±3.79	0.019
<i>T1</i>	3.40±3.12	5.13±2.91	<0.001
<i>T24</i>	1.87±2.36	5.17±2.74	<0.001

<i>HACOR score</i>	Degenza ordinaria (n=291)	ICU/HDU (n=130)	p-value
<i>T1</i>	3.22±2.96	4.33±3.34	0.002
<i>T24</i>	1.55±2.23	3.66±2.72	<0.001

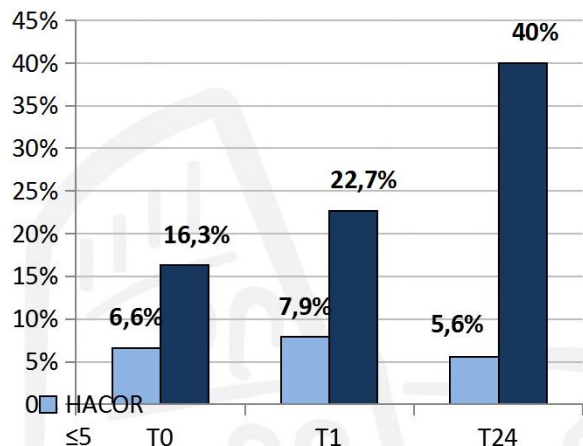


HACOR score >5: valore prognostico

	<i>SOPRAVVISSUTI</i> (<i>n=396</i>)	<i>DECEDUTI</i> (<i>n=150</i>)	p-value
<i>T0</i>	15%	30%	<0.001
<i>T1</i>	18%	36%	<0.001
<i>T24</i>	15%	56%	<0.001

**I pazienti con prognosi infausta
presentavano più frequentemente un
HACOR score >5.**

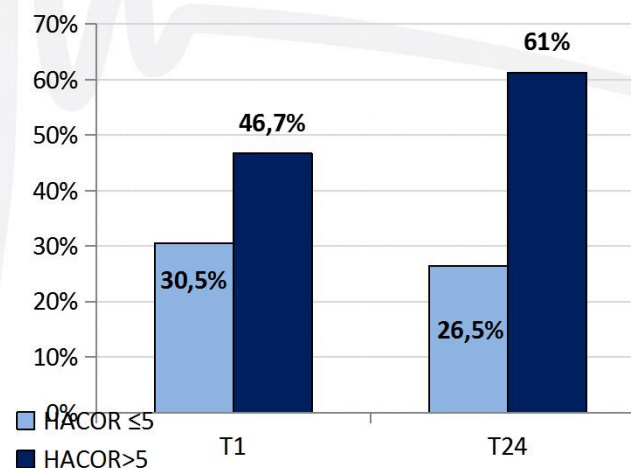
HACOR score >5: Pazienti candidabili ad IOT



	Non IOT (n=373)	IOT (n=48)	p-value
T0	7%	16%	0.009
T1	8%	23%	<0.001
T24	6%	40%	<0.001



	Ammessi in deg. Ord. (n=291)	Ammessi in HDU/TI (n=130)	p
T1	40 (31 %)	61 (47 %)	<0.001
T24	34 (27 %)	80 (61 %)	0.007



Conclusioni:

In una popolazione di pazienti con IRA, l'HACOR score ha mostrato una buona capacità di predire il rischio di mortalità intraospedaliera, di successiva intubazione e di ricovero in reparti intensivi o sub-intensivi.



XI congresso nazionale

simeu

ROMA 24-26 MAGGIO 2018

