

Il Paziente Fragile in cardiologia

CARDIOLOGI E MEDICI DI MEDICINA GENERALE "IN RETE"

La costruzione di percorsi condivisi

SABATO 9 NOVEMBRE 2019

Aula Carlo Ravetti
Ospedale San Giovanni Bosco

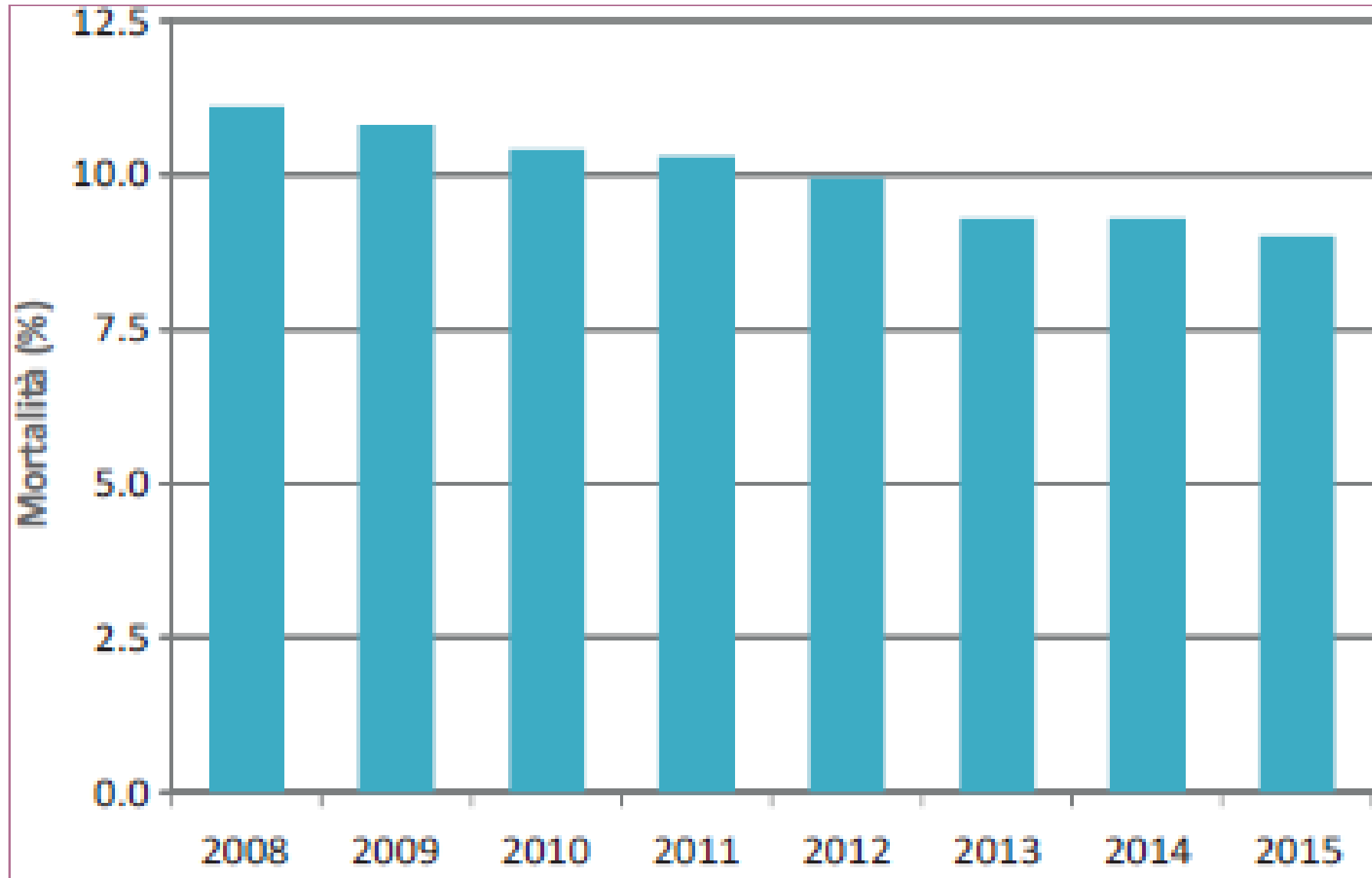
Fattori prognostici di recidiva di eventi a breve e medio termine post-SCA e terapia medica ottimizzata

Dr.ssa Elisabetta Petitti
S. C. Cardiologia
Ospedale San Giovanni Bosco Torino

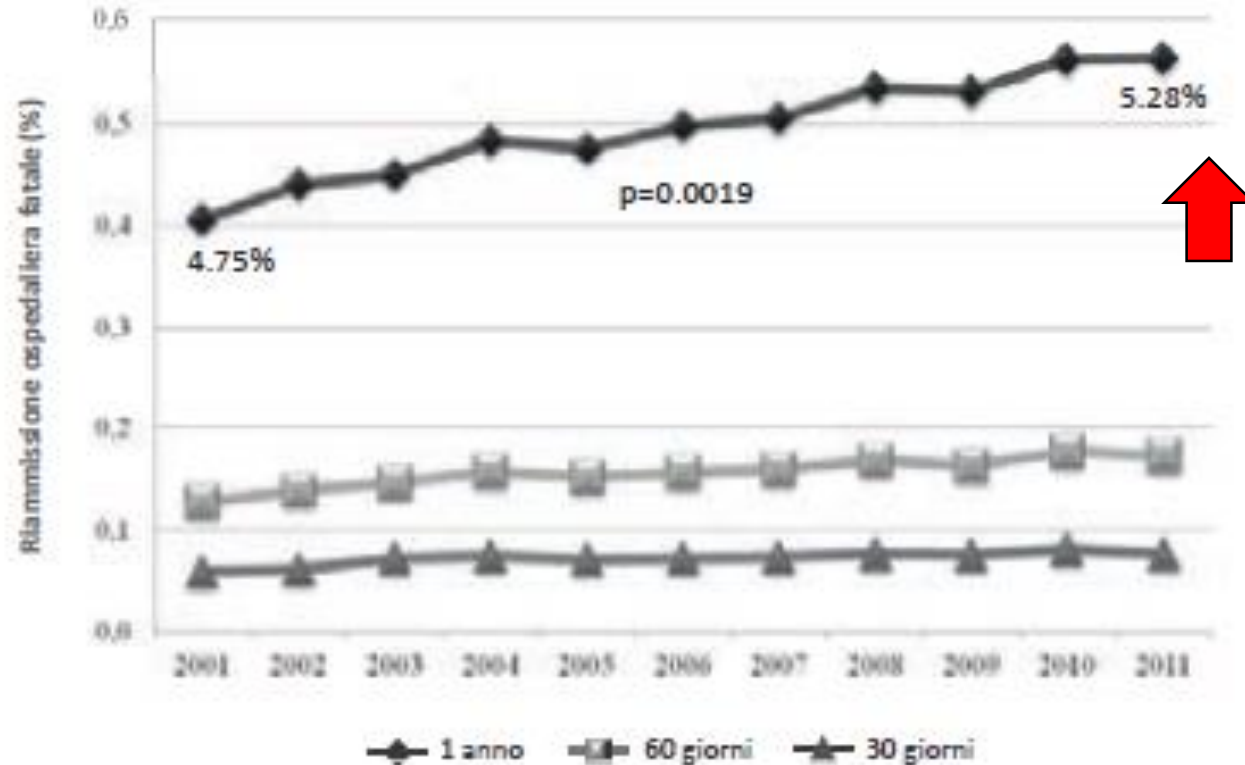
Epidemiologia della malattia coronarica in Italia

- Malattia cardiovascolare responsabile del 44% di tutti i decessi
 - ↳ 28% rappresentata dalla cardiopatia ischemica
- Prevalenza IMA 1.5% uomini e 0.4% donne
- Nel 2016 PNE stimava 132.896/anno di IMA

Infarto miocardico acuto: mortalità a 30 giorni



Tassi di riammissione ospedaliera fatale a 1 anno, 30 giorni e 60 giorni nella popolazione italiana con infarto miocardico acuto



Il rischio di riammissione fatale a 1 anno dunque mostra un lento, ma progressivo aumento nel tempo, a dispetto dei notevoli miglioramenti nella cura e nella prognosi della fase acuta dell'infarto miocardico. È cruciale, quindi, che i pazienti ad alto rischio di recidive vengano identificati ed avviati a strategie di prevenzione secondarie più intensive.

IDENTIFICARE FATTORI PROGNOSTICI E
STRATIFICARE IL RISCHIO DEI PAZIENTI

Predittori di mortalità

Classe Killip alta

Frazione di eiezione $<40\%$

Frazione di eiezione $\geq 40\%$ - $<45\%$ con:

- a) pattern di riempimento diastolico restrittivo
- b) insufficienza mitralica
- c) WMSI elevato e ventricolo non dilatato

Importante variazione del BNP

Uso di diuretici dell'ansa

Predittori di recidive ischemiche

Arteriopatia periferica o pregresso ictus/TIA

Storia di angina o pregresso infarto miocardico

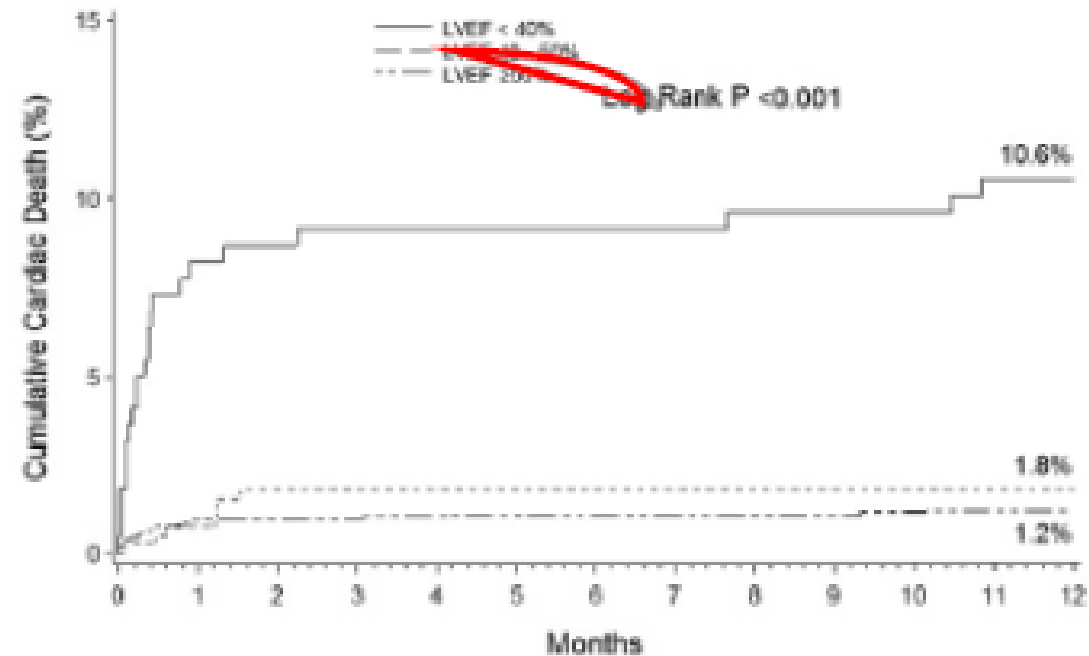
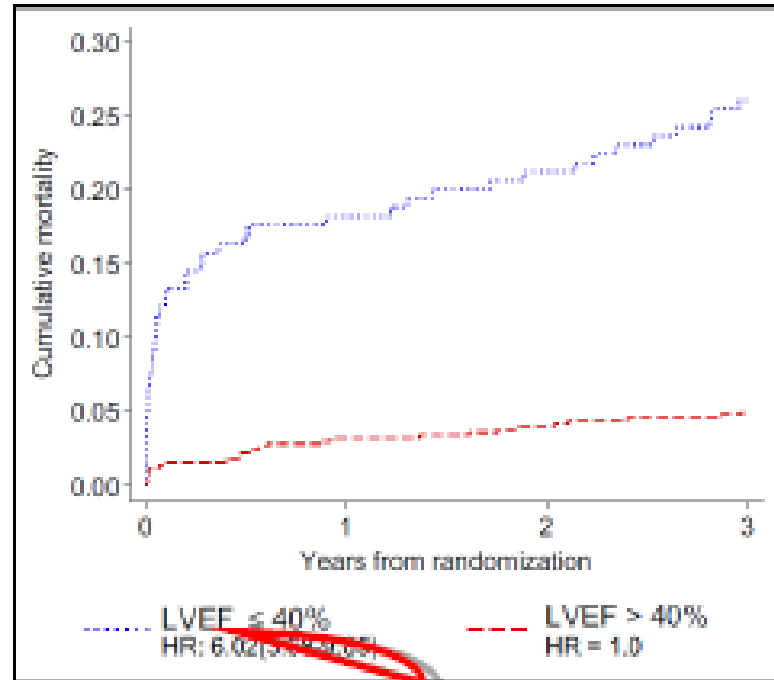
Diabete mellito

Malattia coronarica multivasale

Rivascolarizzazione incompleta

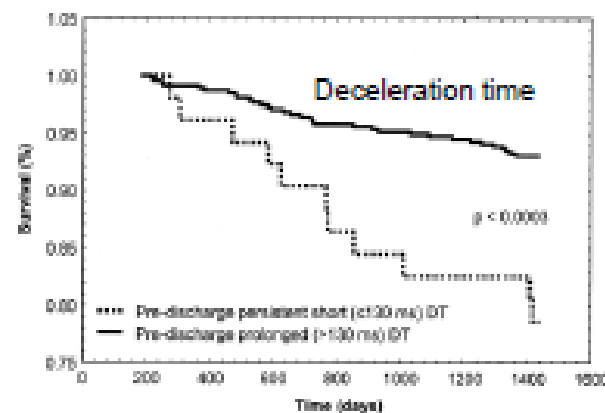
Pazienti non rivascolarizzati

Frazione di eiezione < 40%

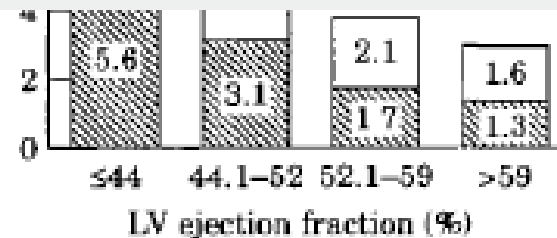


I predittori di rimodellamento ventricolare sinistro

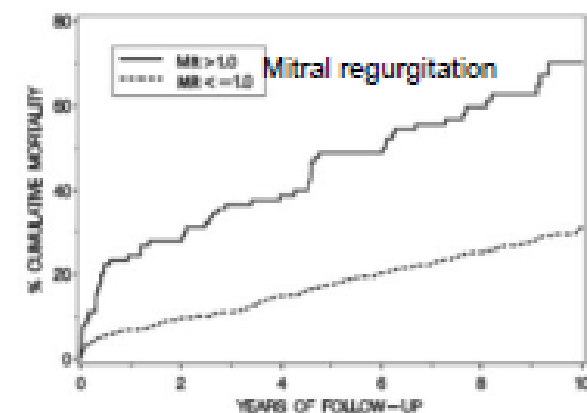
Il Panel ritiene che i pazienti con FE <40% ed i pazienti con FE tra 40% e 45% ma con associato un predittore di rimodellamento (uno tra insufficienza mitralica >1, riempimento diastolico restrittivo, alto score di asinergia e ventricolo non dilatato) rappresentino un sottogruppo a rischio elevato.



Temporelli JACC 2004



GISSI-3 Echo Substudy
Am Heart J 2001



Person BMJ 2011

Predittori di mortalità

Classe Killip alta

Frazione di eiezione $<40\%$

Frazione di eiezione $\geq 40\%$ - $<45\%$ con:

- a) pattern di riempimento diastolico restrittivo
- b) insufficienza mitralica
- c) WMSI elevato e ventricolo non dilatato

Importante variazione del BNP

Uso di diuretici dell'ansa

Predittori di recidive ischemiche

Arteriopatia periferica o pregresso ictus/TIA

Storia di angina o pregresso infarto miocardico

Diabete mellito

Malattia coronarica multivasale

Rivascolarizzazione incompleta

Pazienti non rivascolarizzati

PRECLUDE II

Coronary artery disease



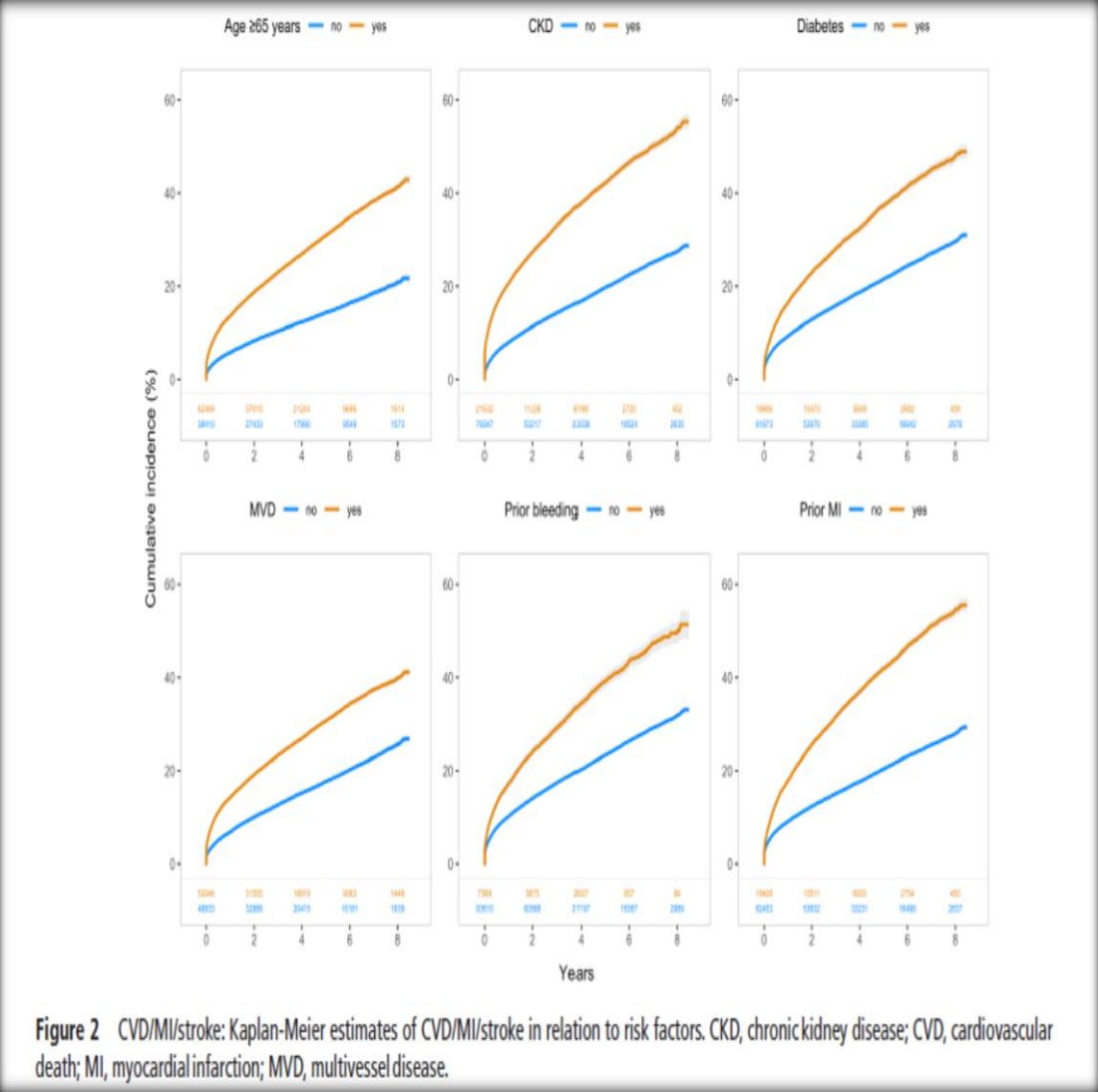
ORIGINAL RESEARCH ARTICLE

Combined association of key risk factors on ischaemic outcomes and bleeding in patients with myocardial infarction

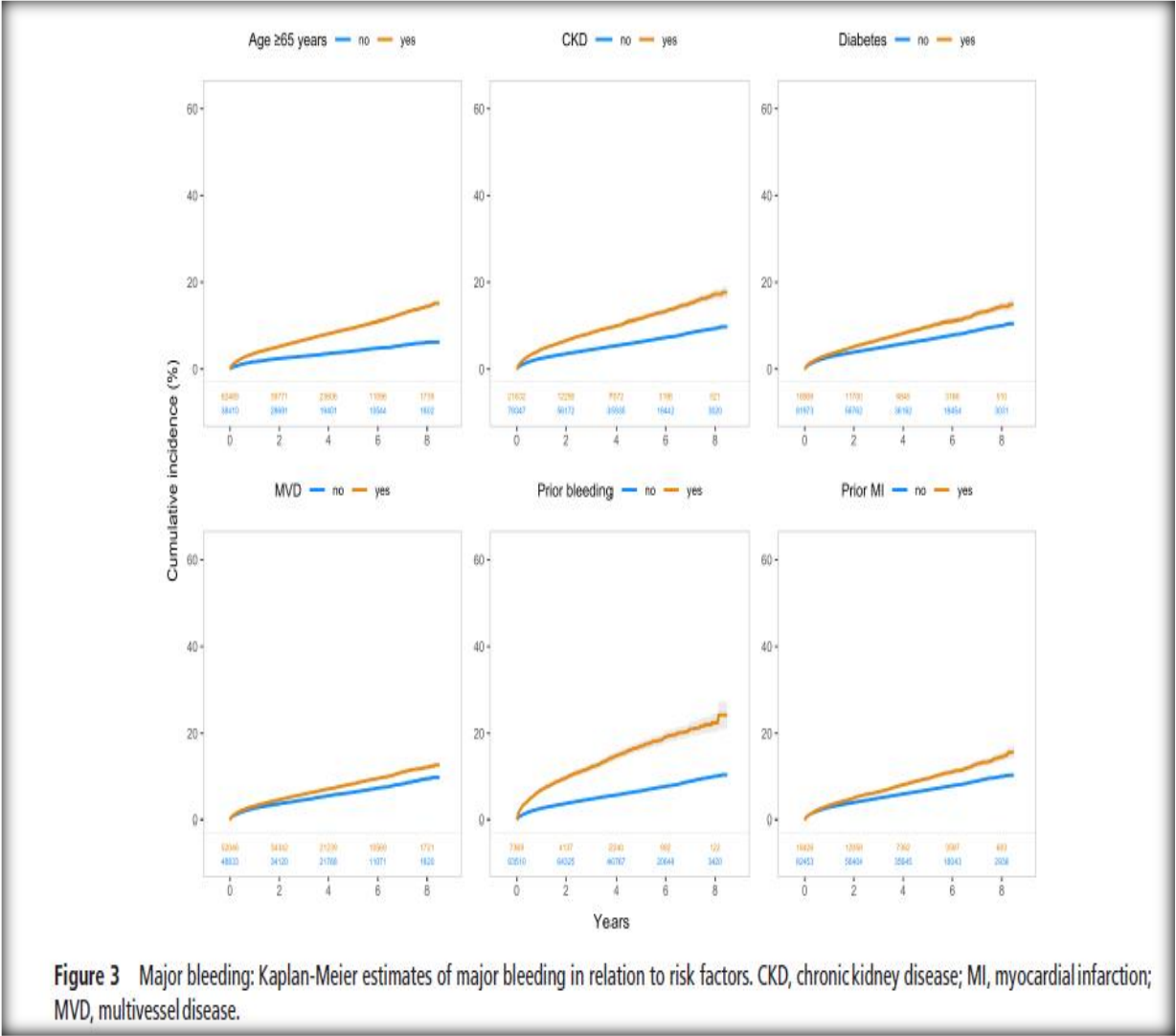
Daniel Lindholm,¹ Giovanna Sarno,² David Erlinge,³ Bodil Svennblad,⁴
Lars Pål Hasvold,⁵ Magnus Janzon,⁶ Tomas Jernberg,⁷ Stefan K James⁴

PRECLUDE II

Results: Cv death, IM,Stroke vs Major bleeding



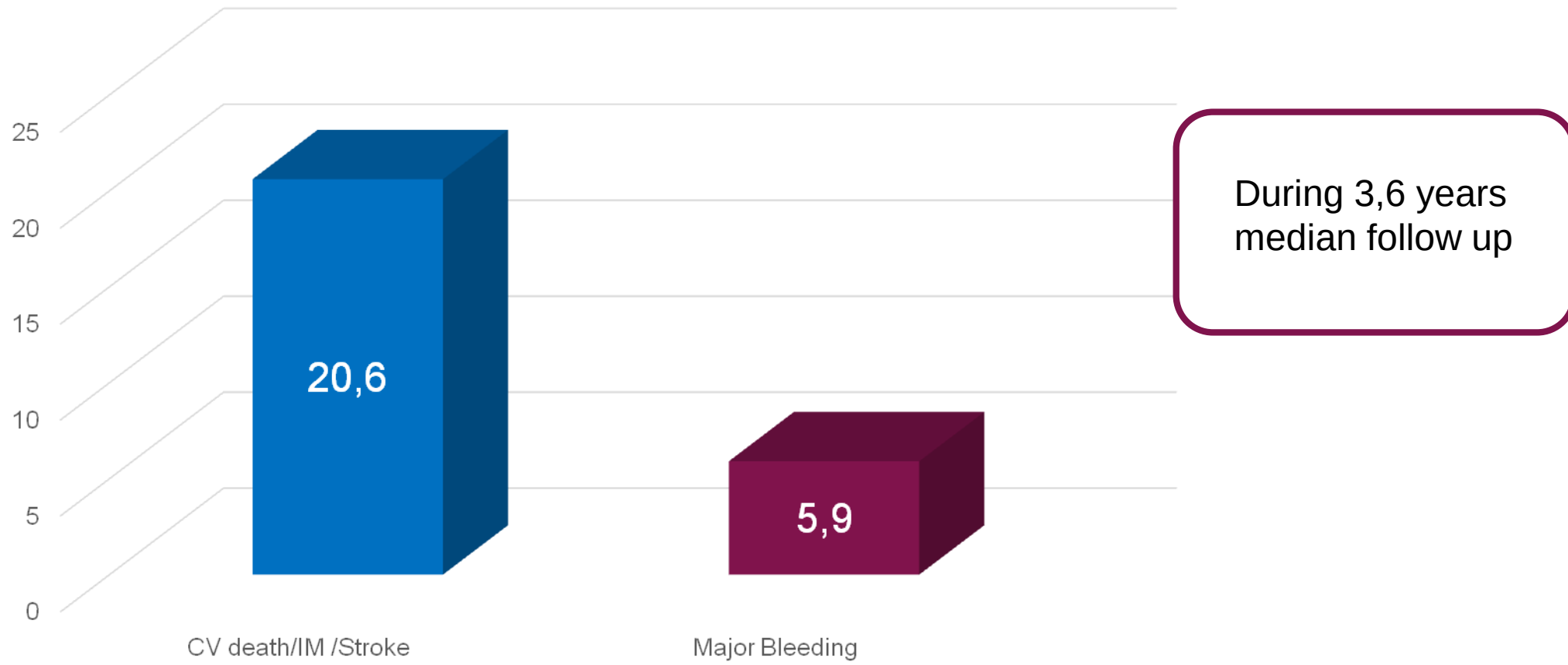
Lindholm D, et al. *Heart* 2019 [Epub ahead of print].



Ad uso esclusivo del Medical Affair

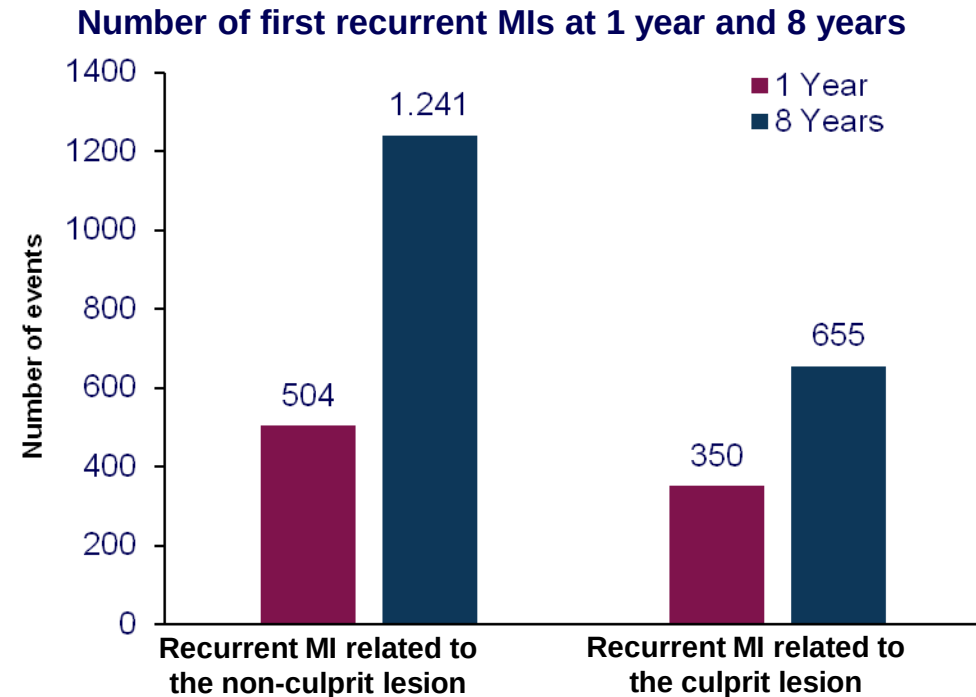
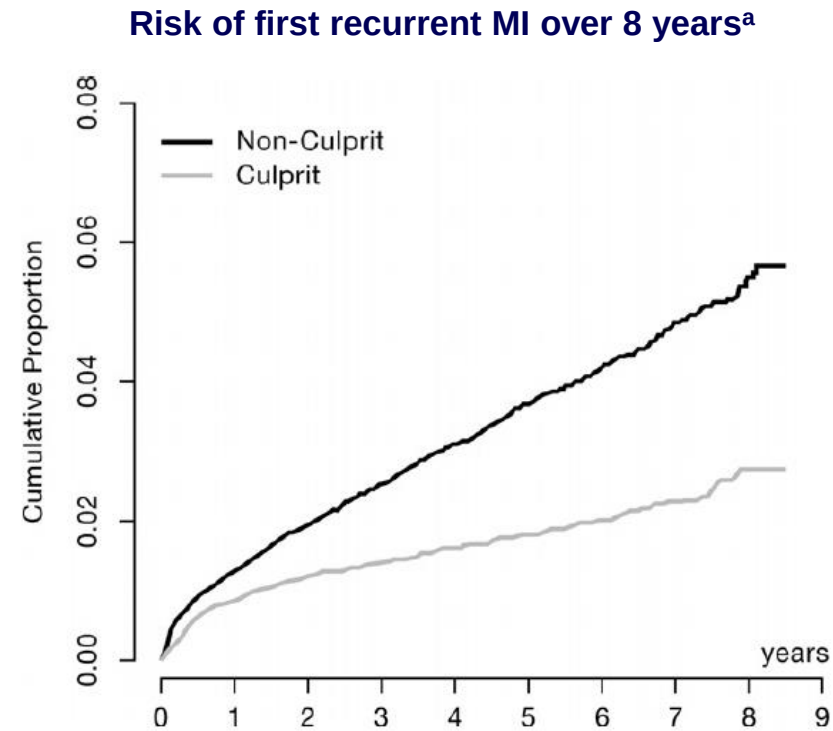
PRECLUDE II

Results: CV Death, IM, Stroke vs Major bleeding



Risk for non-culprit related recurrent MIs was twice that of culprit related recurrent MIs over a long-term follow-up period

SWEDHEART Registry (PRECLUDE)



Real-world, observational cohort study of 108,615 first-time MI patients who underwent PCI and were identified with a defined culprit lesion (N=44,332). In the overall cohort, the median follow-up was 3.2 years. Data was collected from the SWEDHEART and the Swedish National Board of Healthcare Registries.

^aEstimated by Kaplan-Meier censoring for other types of MI or end of follow-up.

MI = myocardial infarction; PCI = percutaneous coronary intervention; SWEDHEART = Swedish Web System for Enhancement and Development of Evidence-Based Care in Heart Disease Evaluated According to Recommended Therapies.

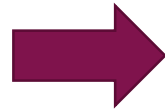
Varenhorst C et al. *J Am Heart Assoc.* 2018;7.<http://dx.doi.org/10.1161/JAHA.117.007174>. Accessed July 25, 2018.

Un follow up strutturato in base al rischio CV del paziente potrebbe ridurre il rischio residuo

Documento ANMCO/GICR-IACPR/GISE L'organizzazione dell'assistenza nella fase post-acuta delle sindromi coronariche

Commissione ANMCO/GICR-IACPR/GISE
Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO)
Società Italiana di Cardiologia Riabilitativa e Preventiva (GICR-IACPR)
Società Italiana di Cardiologia Invasiva (GISE)

ASSENZA DI
PERCORSI
ASSISTENZIALI
ADEGUATI



MANCATO
MIGLIORAMENTO
NELLA PROGNOSI A
LUNGO TERMINE

Il Panel ritiene ragionevole ipotizzare che l'assenza di un miglioramento nel tempo della prognosi post-ospedaliera dell'IMA sia *almeno in parte* attribuibile all'inadeguatezza e alla scarsa applicazione di appropriati percorsi assistenziali cardiologici dopo la dimissione.

FU STRUTTURATO IN BASE AL RISCHIO CV RESIDUO

Il Panel ritiene che l'elevato rischio cardiovascolare residuo, il diabete mellito, l'insufficienza renale, l'arteriopatia periferica, una storia di angina o di pregresso IMA, la presenza di malattia multivasale, specie se sottoposta a rivascolarizzazione incompleta, o la mancata rivascolarizzazione/riperfusione, al di là dell'età avanzata, che è una caratteristica di alto rischio associata ed inclusa nelle suddette comorbidità, siano variabili che identificano pazienti con SCA a rischio trombotico elevato e che devono essere registrate in una check-list pre-dimissione e tenute in considerazione, soprattutto se associate, per definire correttamente il rischio trombotico nella lettera di dimissione ed avviare i pazienti verso un percorso di prevenzione secondaria intensiva, ovviamente in rapporto con le potenzialità del contesto organizzativo locale.

OBIETTIVI DELLA TERAPIA FARMACOLOGICA POST-SCA

- Controllo della frequenza cardiaca
- Prevenzione del rimodellamento ventricolare sinistro
- Controllo dei valori pressori
- Trattamento antiischemico
- Antiaggregazione piastrinica
- Stabilizzazione della placca/controllo dell'assetto lipidico

- Controllo della frequenza cardiaca
- Prevenzione del rimodellamento ventricolare sinistro
- Controllo dei valori pressori
- Trattamento antiischemico
- Antiaggregazione piastrinica
- Stabilizzazione della placca/controllo dell'assetto lipidico

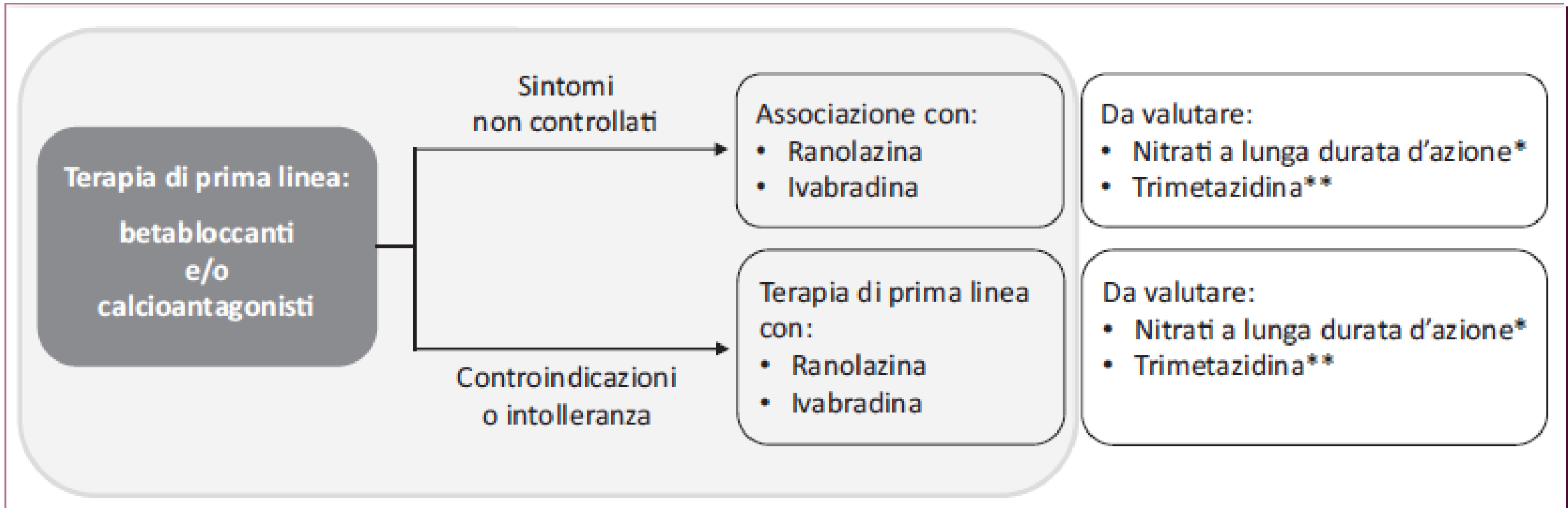
OBIETTIVI DELLA TERAPIA FARMACOLOGICA POST-SCA

Beta-blockers		
Oral treatment with beta-blockers is indicated in patients with heart failure and/or LVEF $\leq 40\%$ unless contraindicated. ³⁵⁷⁻³⁶¹	I	A
Intravenous beta-blockers should be considered at the time of presentation in patients undergoing primary PCI without contraindications, with no signs of acute heart failure, and with an SBP >120 mmHg. ^{346-348,350,403}	IIa	A
Routine oral treatment with beta-blockers should be considered during hospital stay and continued thereafter in all patients without contraindications. ^{344,354-356,404,405}	IIa	B
Intravenous beta-blockers must be avoided in patients with hypotension, acute heart failure or AV block, or severe bradycardia. ³⁴⁴	III	B
ACE inhibitors/ARBs		
ACE inhibitors are recommended, starting within the first 24 h of STEMI in patients with evidence of heart failure, LV systolic dysfunction, diabetes, or an anterior infarct. ³⁸³	I	A
An ARB, preferably valsartan, is an alternative to ACE inhibitors in patients with heart failure and/or LV systolic dysfunction, particularly those who are intolerant of ACE inhibitors. ^{396,407}	I	B
ACE inhibitors should be considered in all patients in the absence of contraindications. ^{394,395}	IIa	A
MRAs		
MRAs are recommended in patients with an LVEF $\leq 40\%$ and heart failure or diabetes, who are already receiving an ACE inhibitor and a beta-blocker, provided there is no renal failure or hyperkalaemia. ³⁹⁷	I	B

OBIETTIVI DELLA TERAPIA FARMACOLOGICA POST-SCA

- Controllo della frequenza cardiaca
- Prevenzione del rimodellamento ventricolare sinistro
- Controllo dei valori pressori
- **Trattamento antiischemico**
- Antiaggregazione piastrinica
- Stabilizzazione della placca/controllo dell'assetto lipidico

Trattamento antiischemico



OBIETTIVI DELLA TERAPIA FARMACOLOGICA POST-SCA

- Controllo della frequenza cardiaca
- Prevenzione del rimodellamento ventricolare sinistro
- Controllo dei valori pressori
- Trattamento antiischemico
- **Antiaggregazione piastrinica**
- Stabilizzazione della placca/controllo dell'assetto lipidico

ANTIAGGREGAZIONE PIASTRINICA

2017 ESC focused update on dual antiplatelet therapy in coronary artery disease developed in collaboration with EACTS

Recommendations	Class ^a	Level ^b
In patients with ACS who are managed with medical therapy alone and treated with DAPT, it is recommended to continue P2Y ₁₂ inhibitor therapy (either ticagrelor or clopidogrel) for 12 months. ^{20,40}	I	A
Ticagrelor is recommended over clopidogrel, unless the bleeding risk outweighs the potential ischaemic benefit. ²⁰	I	B
In patients with medically managed ACS who are at high risk of bleeding (e.g. PRECISE-DAPT ≥ 25), DAPT for at least 1 month should be considered.	IIa	C
In patients with prior MI at high ischaemic risk ^c who are managed with medical therapy alone and have tolerated DAPT without a bleeding complication, treatment with DAPT in the form of ticagrelor 60 mg <i>b.i.d.</i> on top of aspirin for longer than 12 months and up to 36 months may be considered. ¹³⁹	IIb	B
In patients with prior MI not treated with coronary stent implantation, who have tolerated DAPT without a bleeding complication and who are not eligible for treatment with ticagrelor, continuation of clopidogrel on top of aspirin for longer than 12 months may be considered.	IIb	C
Prasugrel is not recommended in medically managed ACS patients. ²⁴	III	B

OBIETTIVI DELLA TERAPIA FARMACOLOGICA POST-SCA

- Controllo della frequenza cardiaca
- Prevenzione del rimodellamento ventricolare sinistro
- Controllo dei valori pressori
- Trattamento antiischemico
- Antiaggregazione piastrinica
- Stabilizzazione della placca/controllo dell'assetto lipidico

CONTROLLO DELL'ASSETTO LIPIDICO

Recommendations	Class ^a	Level ^b			
In all ACS patients without any contraindication or definite history of intolerance, it is recommended that high-dose statin therapy is initiated or continued as early as possible, regardless of initial LDL-C values. ^{43,8,440,442}	I	A	If the LDL-C goal is not achieved after 4–6 weeks with the maximally tolerated statin dose, combination with ezetimibe is recommended. ³³	I	B
Lipid levels should be re-evaluated 4–6 weeks after ACS to determine whether a reduction of $\geq 50\%$ from baseline and goal levels of LDL-C < 1.4 mmol/L (< 55 mg/dL) have been achieved. Safety issues need to be assessed at this time and statin treatment doses adapted accordingly.	IIa	C	If the LDL-C goal is not achieved after 4–6 weeks despite maximal tolerated statin therapy and ezetimibe, the addition of a PCSK9 inhibitor is recommended. ^{119,120}	I	B
If the LDL-C goal is not achieved after 4–6 weeks with the maximally tolerated statin dose, combination with ezetimibe is recommended. ³³	I	B	In patients with confirmed statin intolerance or in patients in whom a statin is contraindicated, ezetimibe should be considered.	IIa	C
			For patients who present with an ACS and whose LDL-C levels are not at goal, despite already taking a maximally tolerated statin dose and ezetimibe, the addition of a PCSK9 inhibitor early after the event (during hospitalization for the ACS event if possible) should be considered.	IIa	C

OBIETTIVI DEL FOLLOW UP C/O MMG E TARGET TERAPEUTICI

- Assicurarsi che i seguenti trattamenti raccomandati siano stati iniziati alla dimissione e mantenuti in terapia:
 - Doppia antiaggregazione per 12 mesi
 - Statina ad alta efficacia
 - Betabloccante (o ivabradina, se controindicato)
 - ACE-inibitore (o ARB se non tollerato)
 - Omega-3
 - Antialdosteronico (se disfunzione ventricolare sinistra o scompenso cardiaco)

- Verificare l'aderenza alla terapia, alla doppia antiaggregazione in particolare, per il periodo di tempo necessario
- Indicare l'introduzione di nuovi farmaci per la comparsa di sintomi (es. ranolazina per angina, diuretici per dispnea, ecc.)

- Verificare che la titolazione dei farmaci fino al dosaggio raccomandato (o se necessario, l'associazione di più farmaci) consenta di raggiungere e mantenere i seguenti target:
 - Frequenza cardiaca a riposo ≤ 60 /min
 - Pressione arteriosa $\leq 140/90$ mmHg (eventualmente $\leq 130/80$ mmHg)
 - Colesterolo LDL < 55 mg/dl (colesterolo non HDL < 100 mg/dl)
 - HbA_{1c} $< 7\%$

Tabella 4. Fattori associati a mancata aderenza alle prescrizioni terapeutiche negli studi osservazionali.

Correlati al paziente	Correlati alla condizione clinica	Correlati alla terapia	Correlati al sistema sanitario	Correlati al sistema socio-economico
- Età avanzata - Sesso femminile - Deficit cognitivi, visivi, acustici - Depressione	- Patologia cronica - Comorbilità multiple	- Elevata frequenza delle somministrazioni - Elevato numero di farmaci - Efficacia non valutabile - Effetti collaterali	- Ridotta autorevolezza del medico prescrittore - Inadeguatezza dell'informazione sulla patologia e sui farmaci - Incertezza circa la durata del trattamento - Tempo limitato dedicato al paziente - Cadenza dei follow-up	- Bassa scolarità - Assenza di coniuge - Reddito ridotto - Necessità di partecipazione alla spesa sanitaria

Tabella 6. Interventi finalizzati ad incrementare l'aderenza alle prescrizioni terapeutiche.

Modificazioni della prescrizione terapeutica	Interventi formativi	Interventi sul comportamento	Interventi "complessi"
- Riduzione del numero delle dosi - Somministrazione transdermica - Adattare il regime terapeutico allo stile di vita - Facilitare la scorta di farmaci	- Audiovisivi - Fogli informativi - Contatti telefonici - Invio di posta	- Counseling motivazionale breve - Controlli a breve termine dopo l'inizio della terapia - Uso di promemoria (calendari, diari, porta-pillole, sveglie) - Conteggi programmati delle pillole residue - Visite domiciliari	- Combinazione di due o più interventi tra quelli delle altre categorie