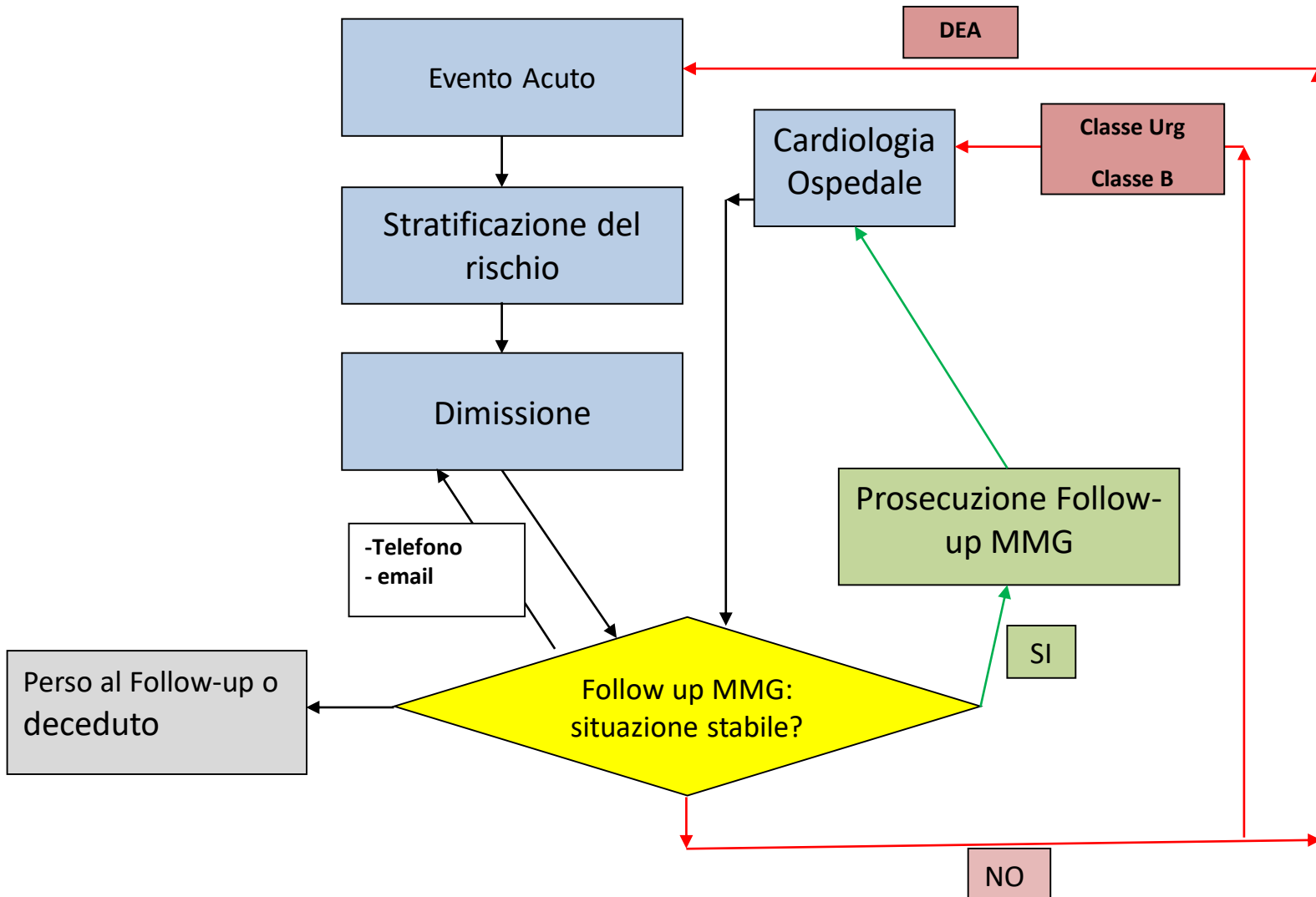


Il percorso del paziente con CAD



A Multidisciplinary Consensus Document on Follow-Up Strategies for Patients Treated With Percutaneous Coronary Intervention

Roberta Rossini,^{1*} MD, PhD, Luigi Oltrona Visconti,² MD, Giuseppe Musumeci,¹ MD, Alessandro Filippi,³ MD, Roberto Pedretti,⁴ MD, Corrado Lettieri,⁵ MD, Francesca Buffoli,⁵ MD, Marco Campana,⁶ MD, Davide Capodanno,⁷ MD, PhD, Battistina Castiglioni,⁸ MD, Maria Grazia Cattaneo,⁹ MD, Paola Colombo,¹⁰ MD, Leonardo De Luca,¹¹ MD, Stefano De Servi,¹² MD, Marco Ferlini,² MD, Ugo Limbruno,¹³ MD, Daniele Nassiacos,¹⁴ MD, Emanuela Piccaluga,¹⁵ MD, Arturo Raisaro,² MD, PierFranco Ravizza,¹⁶ MD, Michele Senni,¹ MD, Erminio Tabaglio,¹⁷ MD, Giuseppe Tarantini,¹⁸ MD, Daniela Trabattoni,¹⁹ MD, Alessandro Zadra,¹⁷ MD, Carmine Riccio,²⁰ MD, Francesco Bedogni,²¹ MD, Oreste Febo,²² MD, Ovidio Brignoli,¹⁷ MD, Roberto Ceravolo,²³ MD, Gennaro Sardella,²⁴ MD, Sante Bongo,²⁵ MD, Pompilio Faggiano,²⁶ MD, Claudio Cricelli,²⁷ MD, Cesare Greco,²⁸ MD, Michele Massimo Gulizia,²⁹ MD, Sergio Berti,³⁰ MD, and Francesco Bovenzi,³¹ MD,

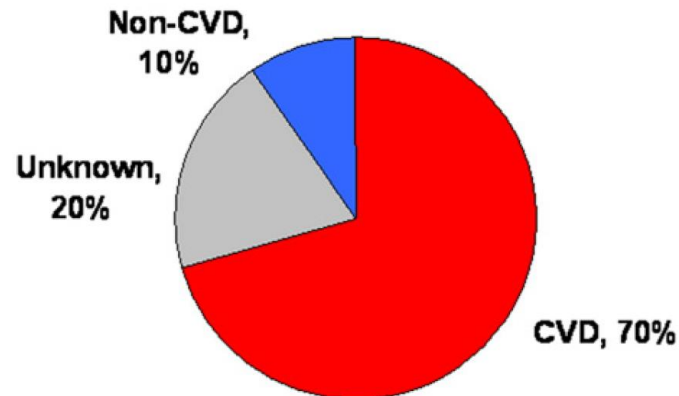
on behalf of the Italian Society of Invasive Cardiology (SICI-GISE), National Association of Hospital Cardiologists (ANMCO), Italian Association for Cardiovascular Prevention and Rehabilitation (GICR-IACPR) and Italian Society of General Practitioner (SIMG)

A Multidisciplinary Consensus Document on Follow-Up Strategies for Patients Treated With Percutaneous Coronary Intervention

RUOLO DEL MEDICO DI FAMIGLIA

- ✓ Nel Paziente post-PCI la causa di morte cardiovascolare è più frequente solo nel primo mese dopo la procedura percutanea di rivascolarizzazione:

Deaths Within 1 Month



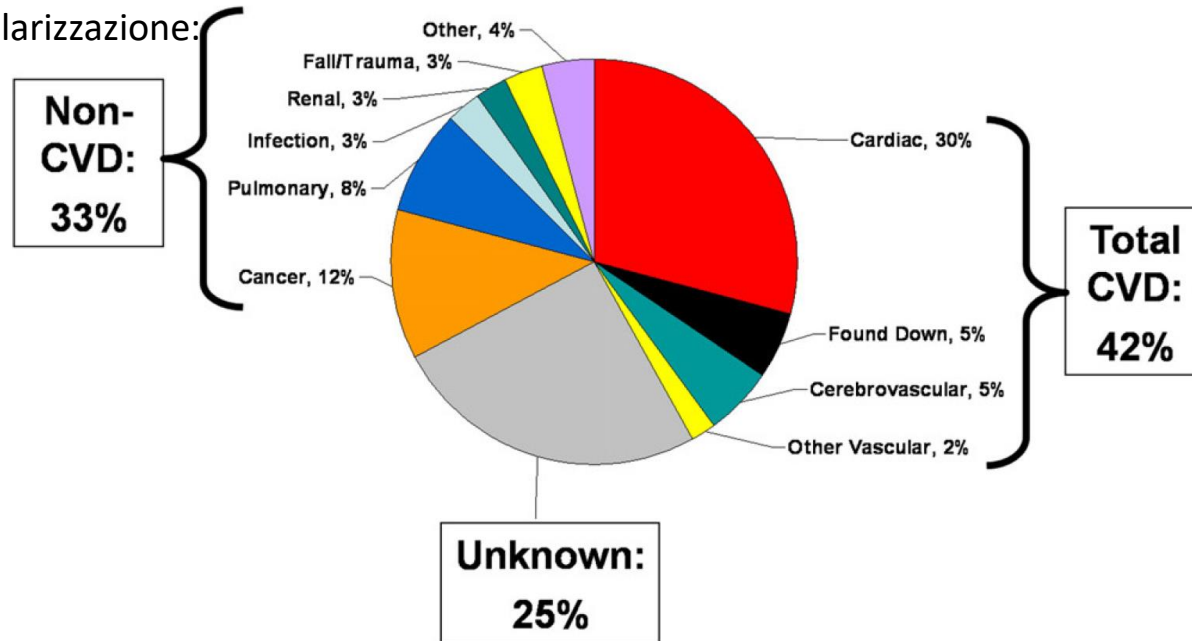
Distribution of mortality subgroups within the first month and between 1 and 12 months after PCI.

*Mode of death after contemporary percutaneous coronary intervention:
A report from the Evaluation of Drug Eluting Stents and Ischemic Events registry.
Am Heart J 2011;162:914-21.*

A Multidisciplinary Consensus Document on Follow-Up Strategies for Patients Treated With Percutaneous Coronary Intervention

RUOLO DEL MEDICO DI FAMIGLIA

✓ Nel Paziente post-PCI la causa di morte cardiovascolare è più frequente solo nel primo mese dopo la procedura percutanea di rivascolarizzazione:



Mode of death after PCI.

*Mode of death after contemporary percutaneous coronary intervention:
A report from the Evaluation of Drug Eluting Stents and Ischemic Events registry.
Am Heart J 2011;162:914-21.*

A Multidisciplinary Consensus Document on Follow-Up Strategies for Patients Treated With Percutaneous Coronary Intervention

RUOLO DEL MEDICO DI FAMIGLIA

✓ Nel Paziente post-PCI la causa di morte cardiovascolare è più frequente solo nel primo mese dopo la procedura percutanea di rivascolarizzazione:

VALUTARE LA COMPLESSITÀ DEL PAZIENTE

VIEWPOINT

ONLINE FIRST

Personalized Medicine vs Guideline-Based Medicine

Jeffrey J. Goldberger, MD, MBA

Alfred E. Buxton, MD

JAMA The Journal of the
American Medical Association

JAMA, Published online May 27, 2013



A Multidisciplinary Consensus Document on Follow-Up Strategies for Patients Treated With Percutaneous Coronary Intervention

RUOLO DEL MEDICO DI FAMIGLIA

- ✓ Nel Paziente post-PCI la causa di morte cardiovascolare è più frequente solo nel primo mese dopo la procedura percutanea di rivascolarizzazione:

VALUTARE LA COMPLESSITÀ DEL PAZIENTE

- ✓ I periodi di ricovero sono sempre più brevi e spesso il Paziente viene dimesso dopo solo pochi giorni di ricovero non percependo quindi quella piena consapevolezza della necessità di aderire al trattamento in cronico:

IMPORTANZA DELLA TERAPIA FARMACOLOGICA E DELLA PREVENZIONE SECONDARIA

ADERENZA ALLA TERAPIA

Percentuale di pazienti con infarto miocardico (con almeno una prescrizione della classe farmacologica) che assumono il farmaco durante i cinque anni successivi all'evento.

	ASA	B-Blockers	Statine	ACE-I	ARBs
Mai prescritto	26,5%	61,5%	27,9%	40,8%	80%
1 anno su 5	8,7%	7%	9,8%	9,5%	5%
2 anni su 5	6,9%	5,4%	26,1%	8,7%	3,2%
3 anni su 5	8,2%	5,4%	17%	7,1%	2,9%
4 anni su 5	8,8%	5,1%	5,9%	7,4%	3%
Tutti 5 gli anni	40,9%	15,6%	13,3%	26,5%	5,8%

(da database Health Search)





Epidemiology and Prevention

Association of Diet, Exercise, and Smoking Modification With Risk of Early Cardiovascular Events After Acute Coronary Syndromes

Clara K. Chow, MBBS, FRACP, PhD; Sanjit Jolly, MD, MSc, FRCPC;

Conclusions—Adherence to behavioral advice (diet, exercise, and smoking cessation) after acute coronary syndrome was associated with a substantially lower risk of recurrent cardiovascular events. These findings suggest that behavioral modification should be given priority similar to other preventive medications immediately after acute coronary syndrome.

A Multidisciplinary Consensus Document on Follow-Up Strategies for Patients Treated With Percutaneous Coronary Intervention

RUOLO DEL MEDICO DI FAMIGLIA

✓ Nel Paziente post-PCI la causa di morte cardiovascolare è più frequente solo nel primo mese dopo la procedura percutanea di rivascularizzazione:

VALUTARE LA COMPLESSITÀ DEL PAZIENTE

✓ I periodi di ricovero sono sempre più brevi e spesso il Paziente viene dimesso dopo solo pochi giorni di ricovero non percependo quindi quella piena consapevolezza della necessità di aderire al trattamento in cronico:

IMPORTANZA DELLA TERAPIA FARMACOLOGICA E DELLA PREVENZIONE SECONDARIA

QUINDI I COMPITI ASSEGNATI AL MMG SONO:

1. VALUTAZIONE COMPLESSIVA DEL PAZIENTE
2. ADERENZA E TOLLERANZA ALLA TERAPIA
3. MODIFICA DEGLI STILI DI VITA
4. MONITORARE LA COMPARSA O IL MODIFICARSI DELL'ANGINA
5. TITOLARIZZAZIONE FARMACI: Statine, Ace-Inibitori, ARB, B-Bloc

Follow-up strategies

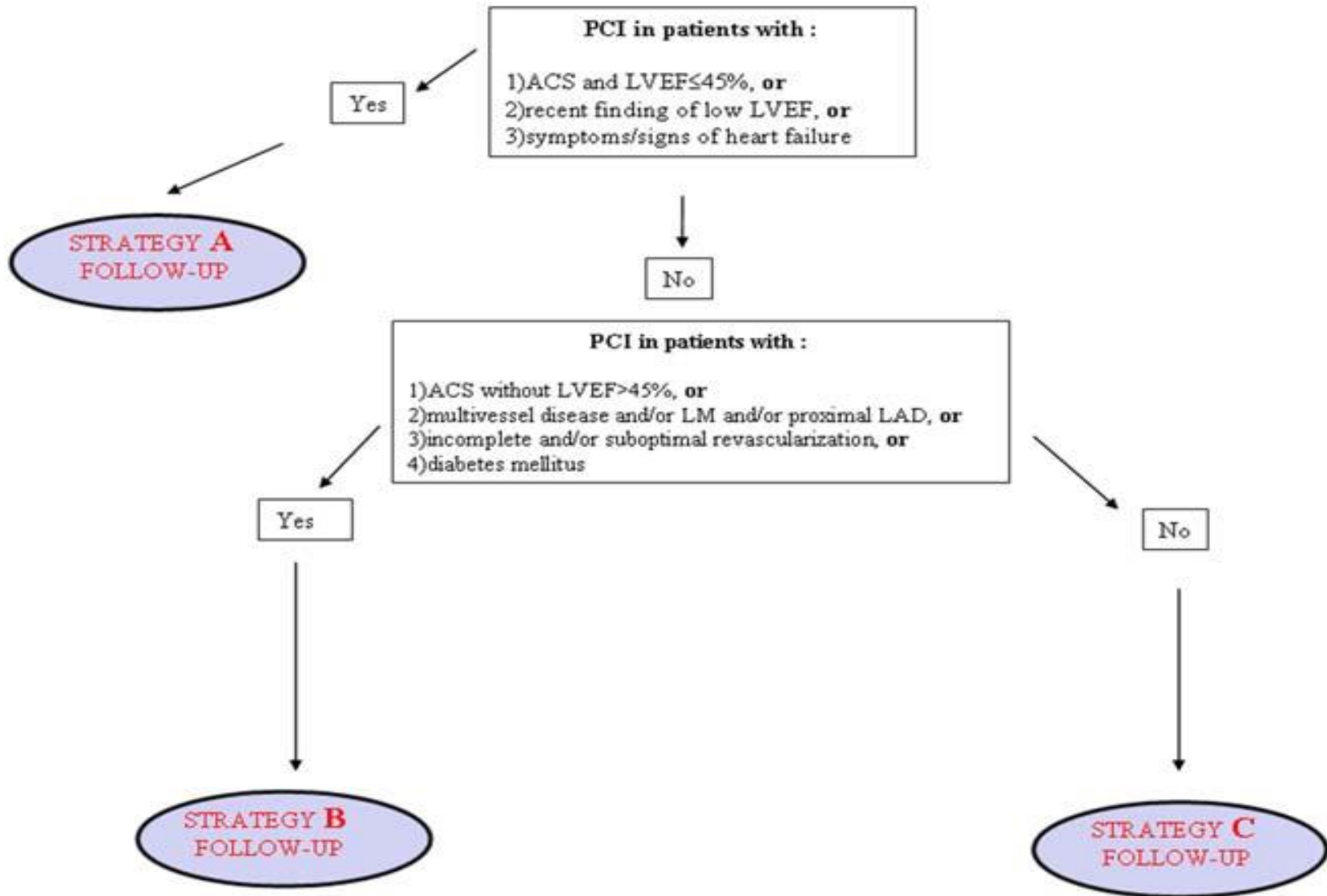


Fig. 1. Flow-chart leading to the identification of the 3 follow-up strategies.

Pazienti dimessi dopo SCA-PCI

|

|

Pazienti dimessi dopo SCA-PCI

FE

SI →

<35%

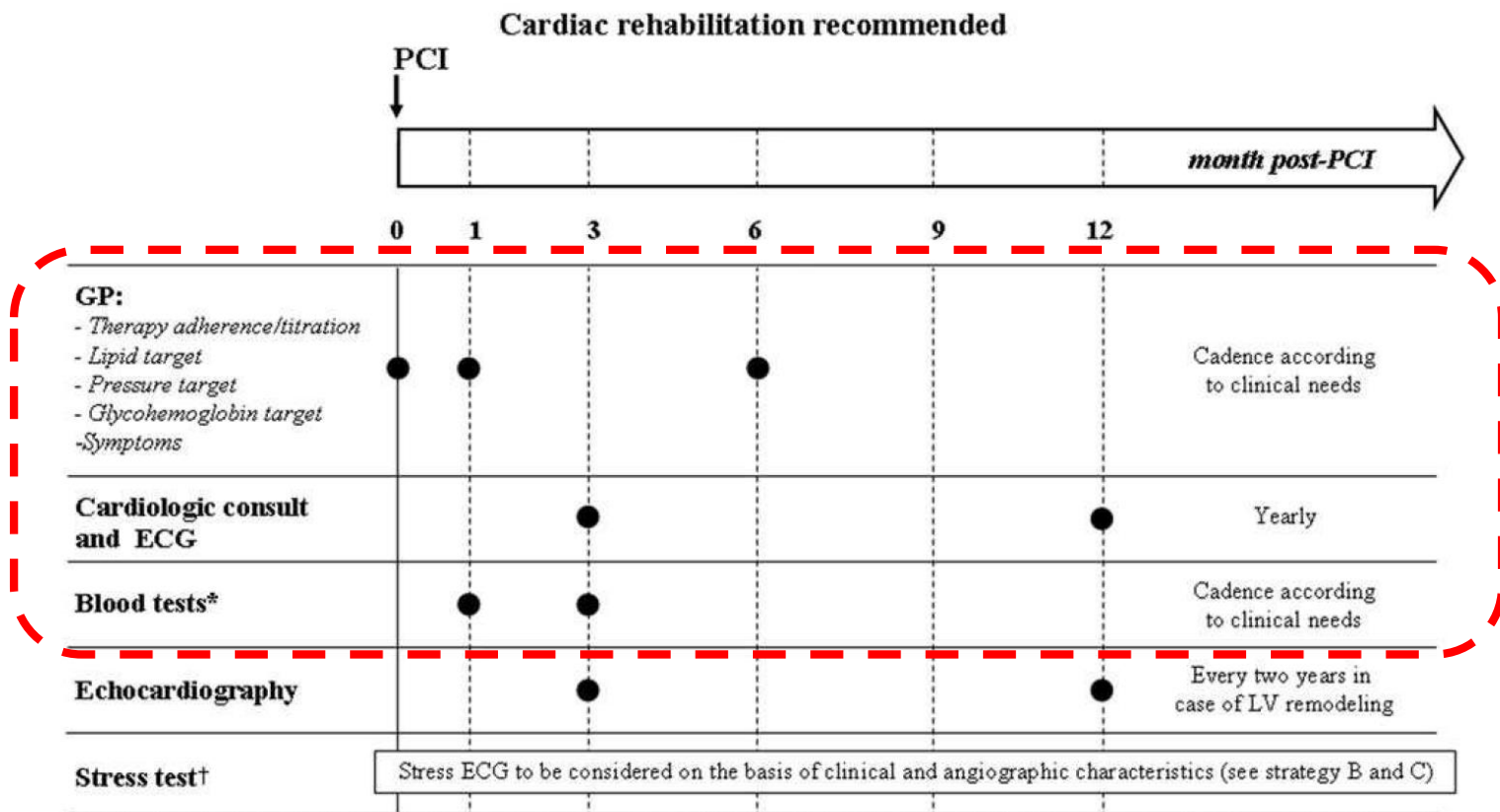
→

AMBULATORIO SCOMPENSO

|

|

Strategy A follow-up



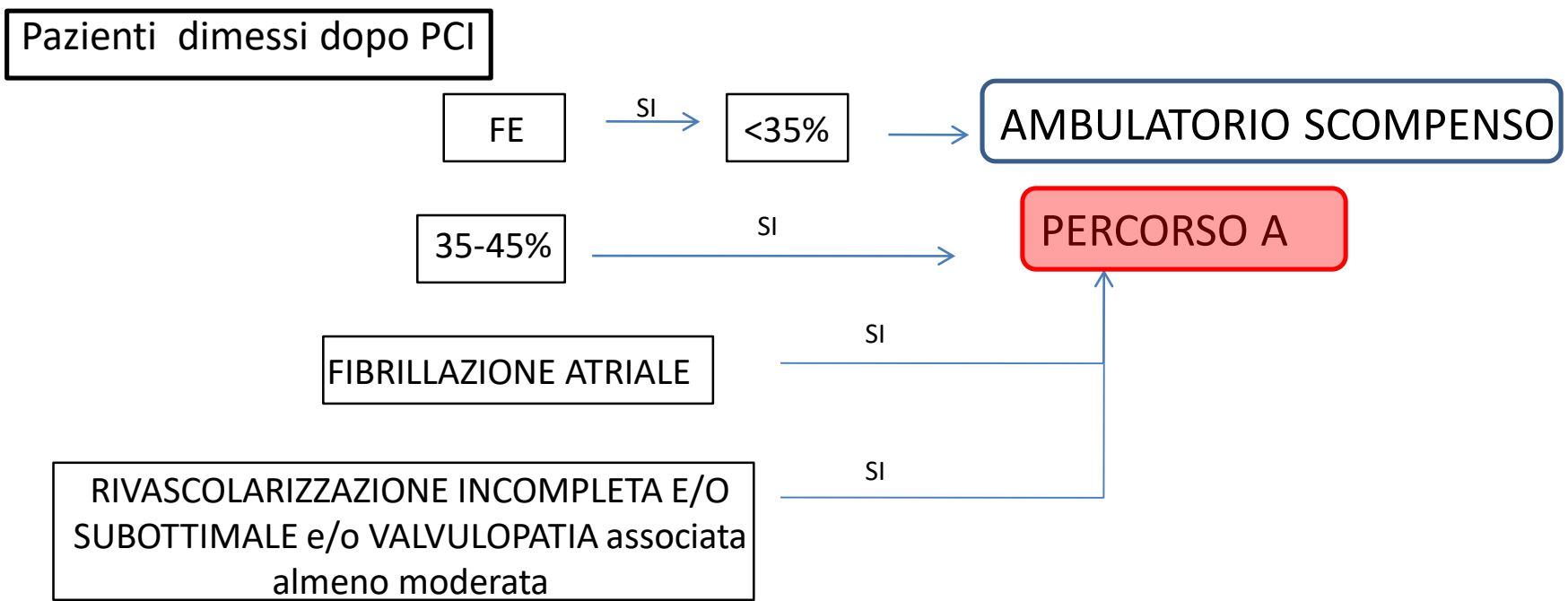
*complete blood count, glycemia, lipid profile, creatinine, estimated glomerular filtration rate, electrolytes, glyco-hemoglobin, exams related to the ongoing therapy (ie creatinine kinase and transaminases in case of statin therapy, etc.). †Stress ECG to be considered on the basis of clinical and angiographic characteristics (see strategy B and C). It should be combined with functional imaging; exercise should be preferred to pharmacologic stressors. Early stress test at 3 month indicated in case of incomplete revascularization or suboptimal PCI result
 ACS=acute coronary syndrome; LVEF=left ventricular ejection fraction; GP: general practitioner, PCI=percutaneous coronary intervention

PERCORSO A

- A 3 mesi:
 - visita cardiologica + ECG
 - ecocardiogramma se FE <45%
 - stress test se rivascolarizzazione incompleta/indicata
 - ematochimici (a discrezione del MMG): emocromo, elettroliti, creatinina, glicemia
- A 12 mesi:
 - visita cardiologica + ECG + ematochimici (long DAPT e FRC)
 - ecocardiogramma se persiste disfunzione VS_n
 - test di ischemia se indicato (clinica e caratteristiche angiografiche)

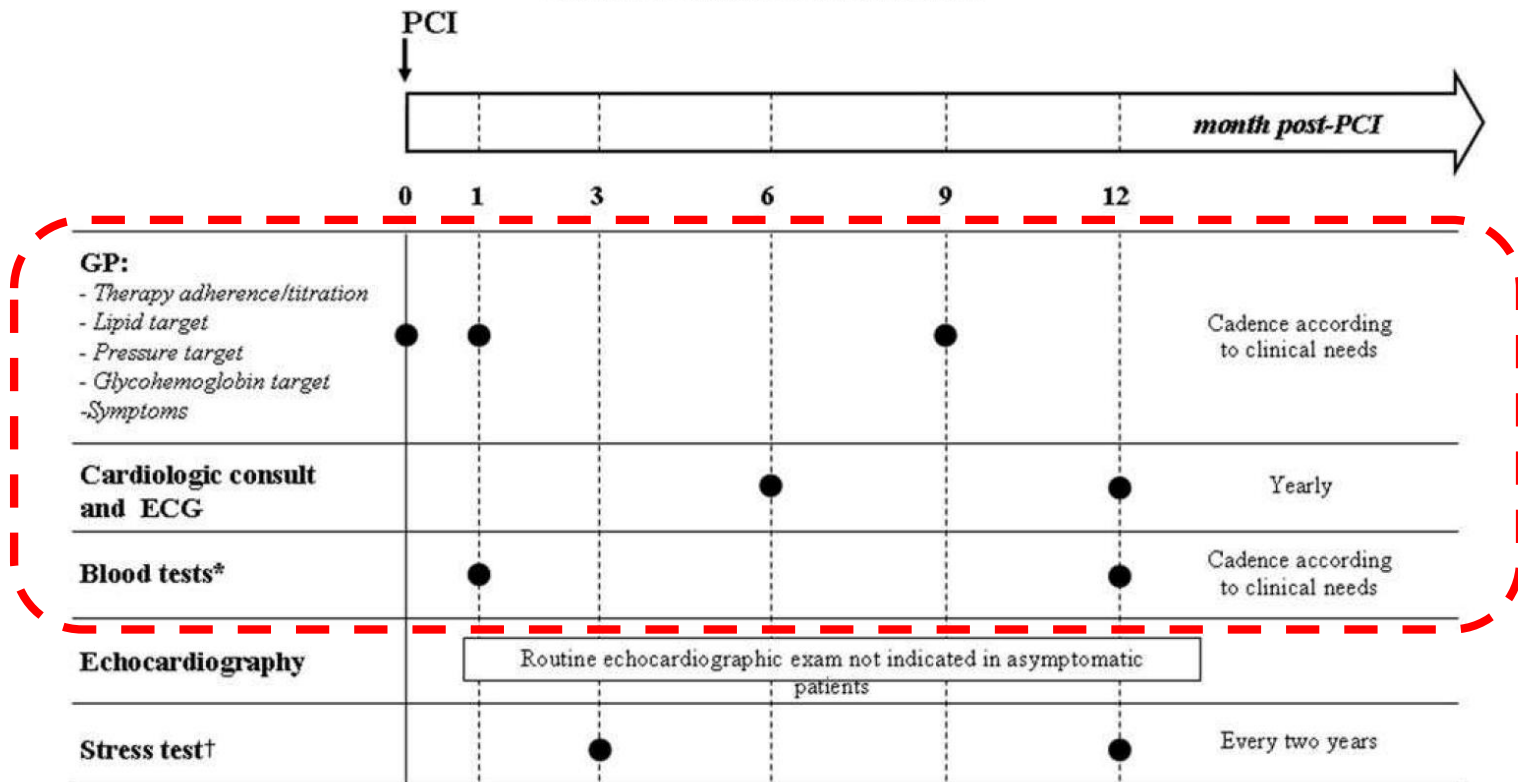
Successivamente:

- Ogni anno visita cardiologia + ECG
- Ogni due anni ecocardiogramma
- Test di ischemia se indicato



Strategy B follow-up

Consider cardiac rehabilitation



*complete blood count, glycemia, lipid profile, creatinine, estimated glomerular filtration rate, electrolytes, glyco-hemoglobin, exams related to the ongoing therapy (ie creatinine kinase and transaminases in case of statin therapy, etc.). †Stress ECG should be combined with functional imaging; exercise should be preferred to pharmacologic stressors. Early stress test at 3 month indicated in case of incomplete revascularization or suboptimal PCI result

ACS=acute coronary syndrome; LVEF=left ventricular ejection fraction; GP: general practitioner; PCI=percutaneous coronary intervention

PERCORSO B

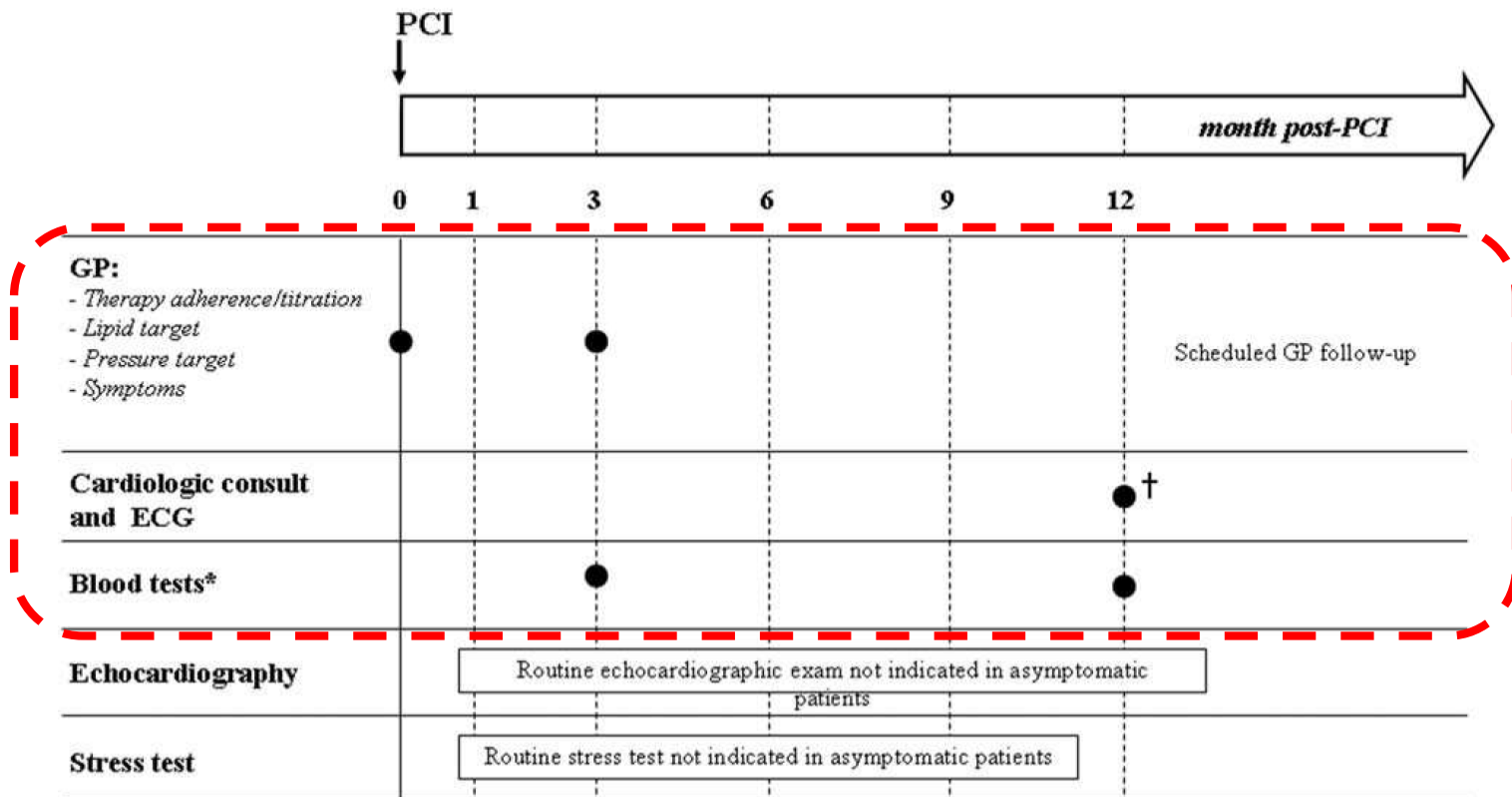
- A 6 mesi:
 - visita cardiologica + ECG
 - ematochimici : emocromo, assetto lipidico, creatinina, glicemia
HbA1c se diabetico
- A 12 mesi:
 - visita cardiologica + ECG + ematochimici (Long DAPT – FRC)
 - test di ischemia se indicato (clinica / caratteristiche angiografiche)

Successivamente:

- Ogni anno visita cardiologica + ECG + ematochimici
- Test di ischemia con cadenza biennale
- Ecocardiogramma se sintomi di scompenso

Strategy C follow-up

Routine cardiac rehabilitation not recommended



*complete blood count, glycemia, lipid profile, creatinine, estimated glomerular filtration rate, electrolytes, glyco-hemoglobin, exams related to the ongoing therapy (ie creatinine kinase and transaminases in case of statin therapy, etc.). †within 12 months.

GP: general practitioner; PCI=percutaneous coronary intervention.

PERCORSO C

- A 12 mesi:
 - visita cardiologica + ECG
 - ematochimici : emocromo, assetto lipidico, creatinina, glicemia
HbA1c se diabetico

Successivamente:

- Visita cardiologica + ECG ed ematochimici a 24 mesi poi da ripetere con cadenza biennale
- Ecocardiogramma e stress test non sono indicati di routine ma solo se sintomi

PER TUTTI (PERCORSO A, B E C)

- Evitare sforzi fisici intensi, in particolare di tipo isometrico (sollevamento di pesi gravosi)
- A 1 mese:
 - controllo ematochimici : emocromo, glicemia, assetto lipidico, funzione renale
 - HbA1c se diabetico
 - CPK e transaminasi se in terapia con statine

Eventuale ulteriore controllo degli ematochimici a giudizio del MMG

Mesi	Percorso A	Percorso B	Percorso C
1 mese	-Ematochimici (emocromo , assetto lipidico, creatinina , glicemia, AST, ALT, CPK)	-Ematochimici (emocromo , assetto lipidico , glicemia creatinina, AST, ALT, CPK)	-Ematochimic -(emocromo , assetto lipidico , creatinina , glicemia, AST, ALT, CPK)
3 mesi	-Visita cardiologica + ECG - Ematochimici (a discrezione del MMG) - EcoTT se FE <45% - Stress test se rivasculariz. incompleta/subottimale		
6 mesi	Ematochimici	-Visita cardiologica + ECG - Ematochimici	Ematochimici
12 mesi	-Visita cardiologica + ECG + Ematochimici Valutazione LONG DAPT e raggiungimento obiettivi FRC - EcoTT se disfunzione VS _n - Test di ischemia (sintomi/ caratt.angiografiche)	-Visita cardiologica + ECG + Ematochimici Valutazione LONG DAPT e raggiungimento obiettivi FRC - Test di ischemia (sintomi/ caratt.angiografiche)	-Visita cardiologica + ECG + Ematochimici Valutazione Long DAPT e raggiungimento obiettivi FRC
24 mesi	-Visita cardiologica + ECG - Ematochimici - Test di ischemia (sintomi/ caratt. angiografiche)	-Visita cardiologica + ECG + Ematochimici Stress test a 24 mesi	-Visita cardiologica + ECG + Ematochimici Poi dopo 24 mesi