

***INSTABILIZZAZIONE DEL
COMPENSO EMODINAMICO.
QUANDO DEA, QUANDO
AMBULATORIO.
COME COMUNICARE CON
AMBULATORIO OSPEDALIERO.***

PAOLA ZANINI

CARDIOLOGIA

OSPEDALE SAN GIOVANNI BOSCO

What is new in the 2016 HF ESC guidelines for AHF?

shorten diagnostic and therapeutic decisions

management of a patient with **suspected acute HF**

(follows "time to appropriate therapy" approach well established in ACS)

2. Recommend **acute Coronary syndrome** or **Hypertension emergency** (according to the **CHAMP** **Arrhythmia** **acute Mechanical cause** **Pulmonary embolism**) and introduce **Pulmonary embolism** specific management

3. The **congestion/hypoperfusion** profiles:

4. Structured recommendations with CoR and LoE given to all the main elements of management from diagnosis, monitoring and therapies to post-discharge follow-up

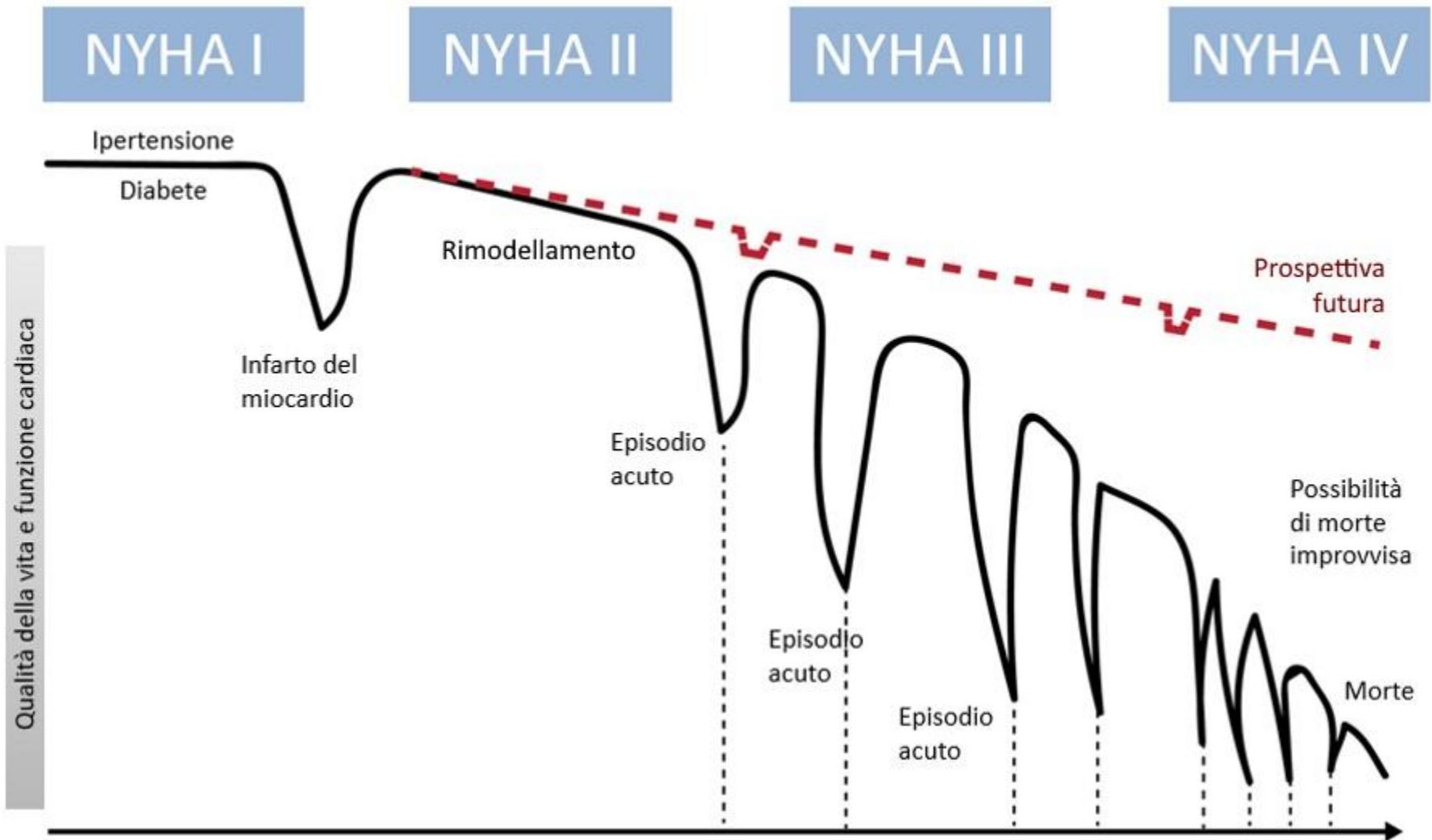
www.escardio.org

Class of recommendation.

Level of evidence.



Progressione dello scompenso cardiaco



SCOMPENSO CARDIACO STABILE



SINTOMI INVARIATI
DA ALMENO 15GG
TERAPIA ORALE



POSOLOGIA
DIURETICO INVARIATA
DA 15GG



ASSENZA DI SEGNI DI
CONGESTIONE



ASSENZA DI
IPOTENSIONE
SINTOMATICA

Indicatori di stabilità clinica nello scompenso cardiaco

1. Criteri clinici

Bilancio idrico stabile,

Incremento della dose di diuretico ≤ 1 volta a settimana

Assenza di segni di congestione (ortopnea, edema, ascite)

Pressione arteriosa stabile con sistolica >80 mmHg (valori più alti negli anziani) Assenza di sintomi riferibili ad ipotensione posturale

Frequenza cardiaca ≥ 50 o ≤ 100 b/min (in generale)

Assenza di angina o angina stabile da sforzo

Assenza di aritmie maggiori sintomatiche (scarica defibrillatore impiantabile ≤ 1 /mese)

Capacità funzionale invariata

2. Criteri di laboratorio

Funzione renale stabile (sodiemia 130 mEq/l), NTproBNP

Consumo massimo di ossigeno senza variazioni < 2 ml/kg/min

Compiti del medico di medicina generale nella gestione del paziente con scompenso cardiaco

- Verifica e rinforzo della compliance non farmacologica: introito di acqua e sale, dieta in rapporto ad eventuali fattori di rischio cardiovascolare
- Educazione del paziente al corretto stile di vita
- Verifica e rinforzo della compliance alla terapia medica
- Controllo dello schema farmacologico in relazione alla politerapia per comorbidità
- Verifica della stabilità clinica attraverso il controllo periodico di sintomi e segni clinici: pressione arteriosa, polso, auscultazione cardiaca e polmonare, peso corporeo. Segni di congestione (edemi declivi, pressione venosa giugulare, reflusso epato-giugulare)

Compiti del medico di medicina generale nella gestione del paziente con scompenso cardiaco

- Monitoraggio esami ematochimici della terapia in corso o per altra patologia
- Coordinamento delle cure familiari
Interazione con i servizi socio-sanitari -
Attivazione delle consulenze specialistiche/ricovero ospedaliero in caso di instabilizzazione o necessità diagnostiche non gestibili con interventi di primo livello
- Assistenza domiciliare
- Prevenzione e riconoscimento precoce delle instabilizzazioni

DESTABILIZZAZIONE COMPENSO



Dispnea



Edema ad arti ed
estremità inferiori



Mancanza cronica
di energia



Difficoltà a dormire
di notte a causa dei
problemi di respirazione



Addome gonfio o
dolente con perdita
di appetito



Tosse con espettorato
schiumoso



Aumento della
minzione notturna



Confusione e/o
deterioramento
della memoria

MMG

Aggiungere
diuretico
se
congestione

Iniziare e titolare
ACE-inibitore
(sartano se non tollerato)

Aggiungere
digitale
se FA

Iniziare e titolare
beta-bloccante

Aggiungere spironolattone
• nel post-IMA
• se sintomi persistenti

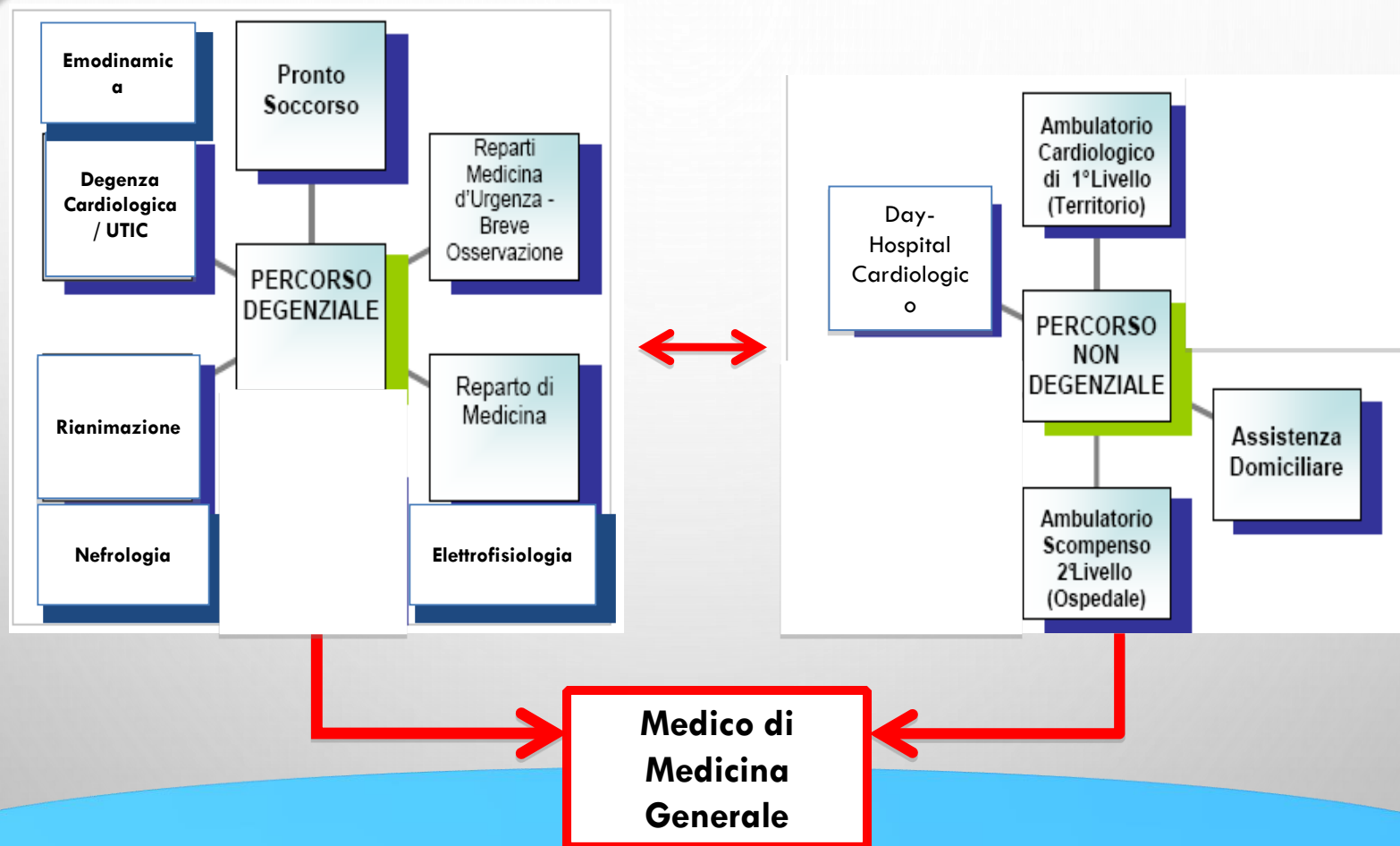
Aggiungere digitale
o sartano se sintomi
persistenti

Necessità

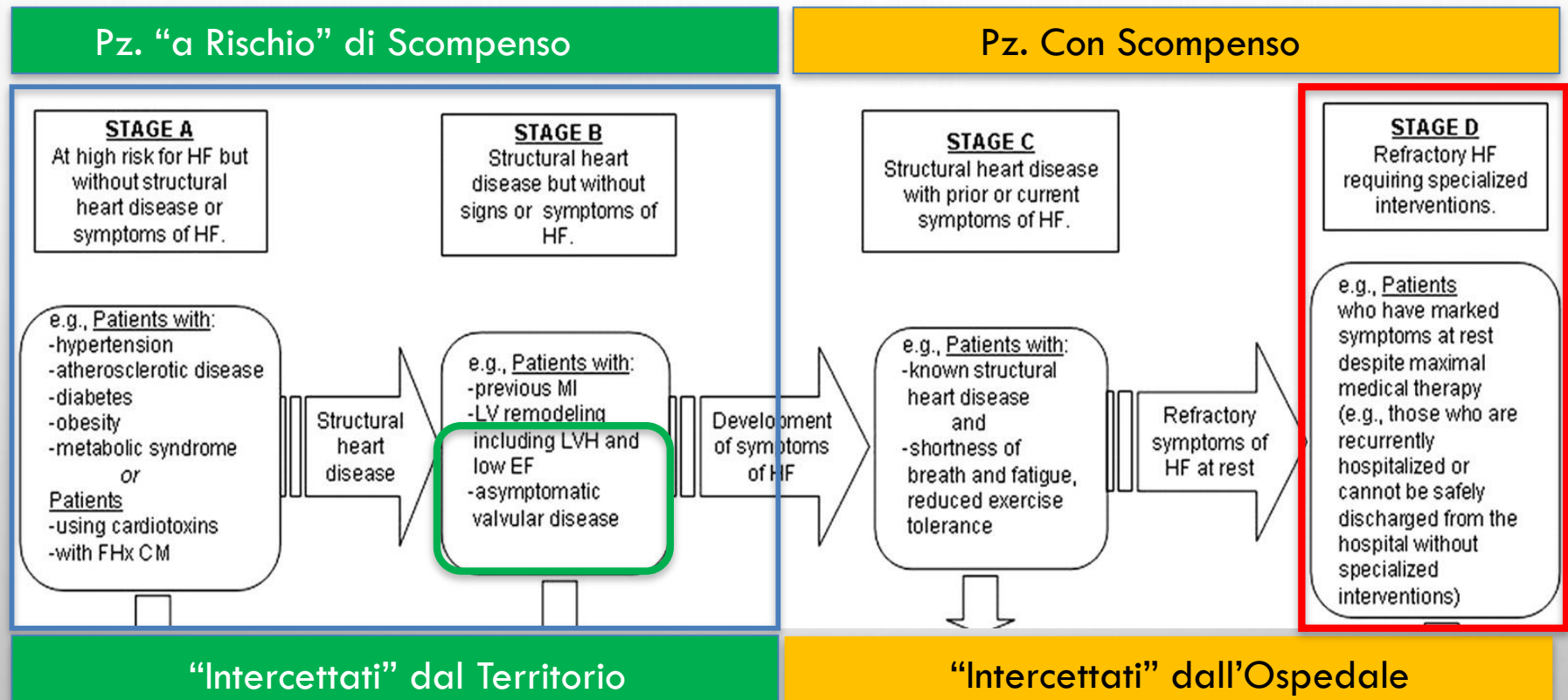
di cure

specialistiche

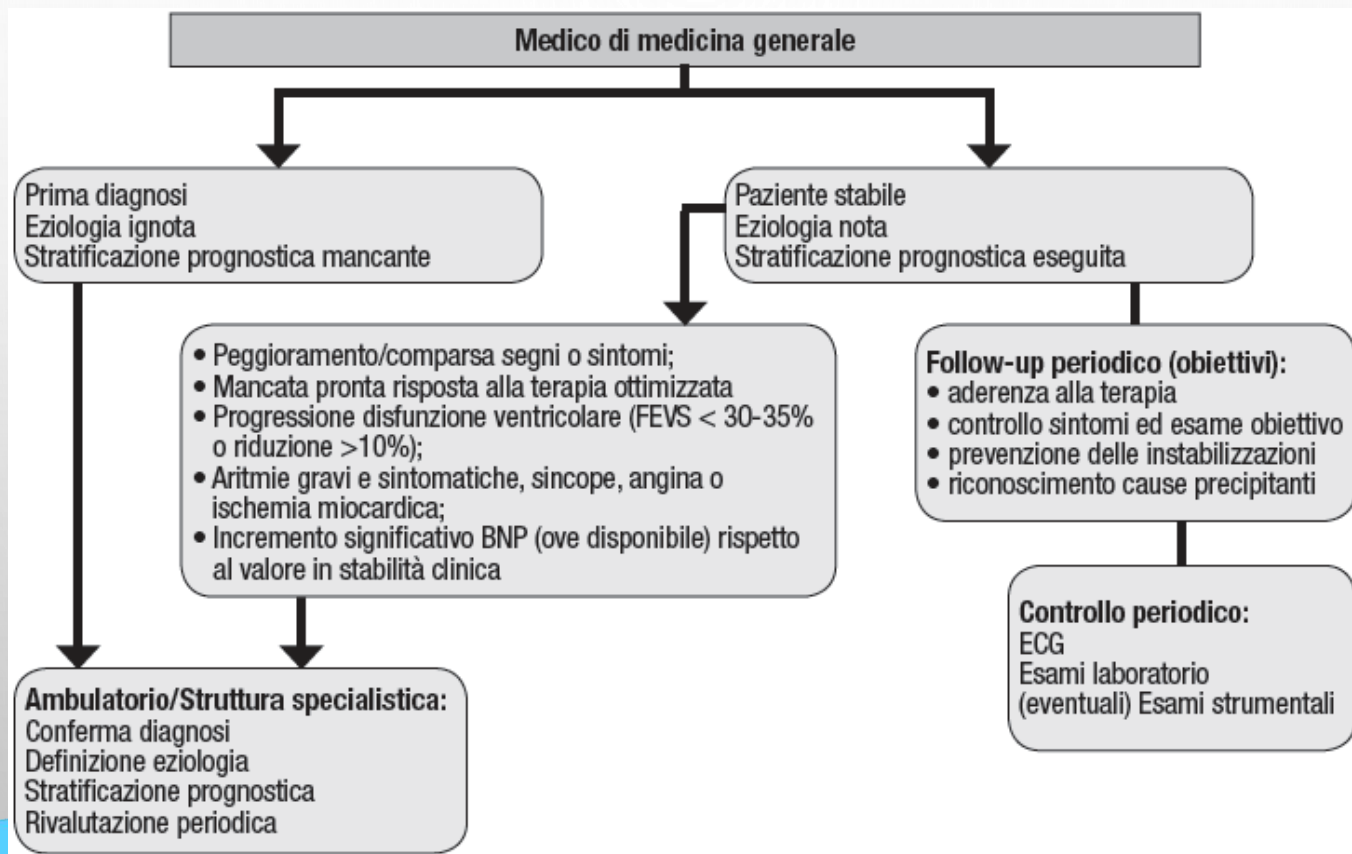
Come Disegnare un Modello di Assistenza che risponda a queste esigenze?



• A quale target viene indirizzato il percorso “Scompenso”?

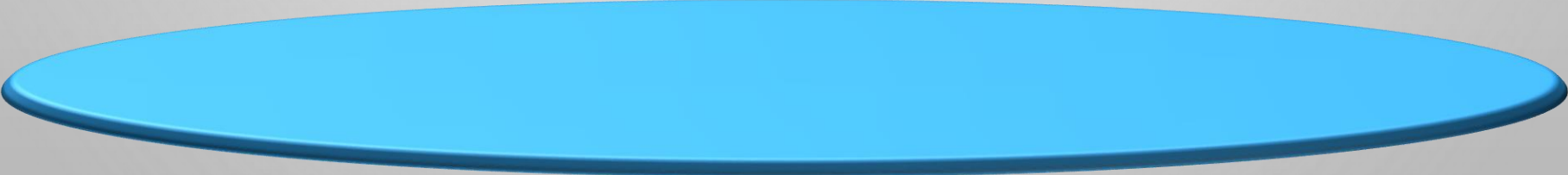


• Paziente oligosintomatico (classe NYHA I-II) bidirezionale



- 
- **La riduzione della riospedalizzazione.....come ?**

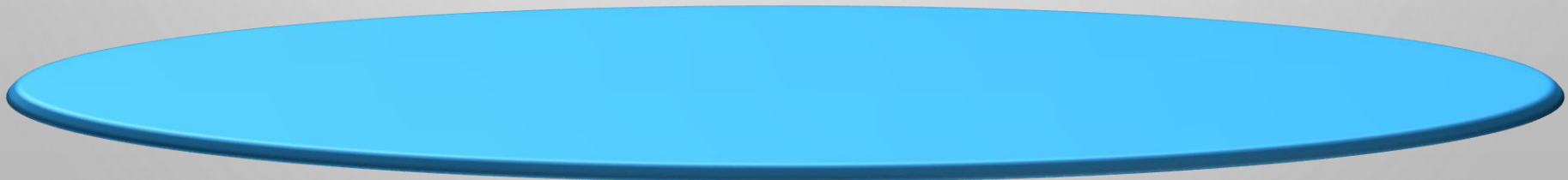
Il crescente numero di pazienti affetti da S.C. e l'aumento della spesa sanitaria per questa patologia, impongono di ridisegnare i percorsi sanitari di cura, con l'obiettivo di decentrare le attività nell'ambito del possibile





Necessità operative (Tecnologia)

1. Per muoversi in un sistema a rete i professionisti devono **comunicare**
2. Lo **scambio in tempo reale** delle informazioni cliniche diventa la normale modalità operativa
3. **Responsabilità condivise** in un modello di continuità di cure
4. Indispensabile una **pluralità di soggetti** con ruolo definito





• Ruolo del MMG

1. individuare pz con/ a rischio di SC
 2. concordare con il Cardiologo Ambulatoriale il percorso DT più opportuno
 3. gestire la cadenza del follow up
 4. concordare con il Cardiologo Ambulatoriale la titolazione dei farmaci
- 