

La Cardiologia tra Riorganizzazione e nuove Opportunità

*Giovanni Franco
Percoco*

*U.O. DI CARDIOLOGIA E TERAPIA INTENSIVA
CARDIOLOGICA*

20 Maggio 2014



Ospedale

Ingresso

USL di Ferrara

Diapositiva 1

GFP1

Giovanni Franco Percoco; 13/05/2014



Cosa Cambia per il Cardiologo ?



I Punti Fermi...

Quaderni
del Ministero
della Salute



Ministero della Salute



MALATTIE CARDIOVASCOLARI

1° CAUSA DI MORTE IN ITALIA

250.000 DECESSI / ANNO

♂ **109.000 decessi/anno** *39 % di mortalità totale maschile*

♀ **133.000 decessi/anno** *48 % di mortalità totale femminile*

“... in Italia le *malattie cardiovascolari* rappresentano il *primo problema per la sanità pubblica*...”

“ ... occorre mettere a disposizione di prevenzione, diagnosi e cura una *quota di risorse adeguata al peso epidemiologico* ”



– documento condiviso dalle Società Scientifiche rappresentative di 14.000 cardiologi



I Punti Fermi...

Quaderni
del Ministero
della Salute

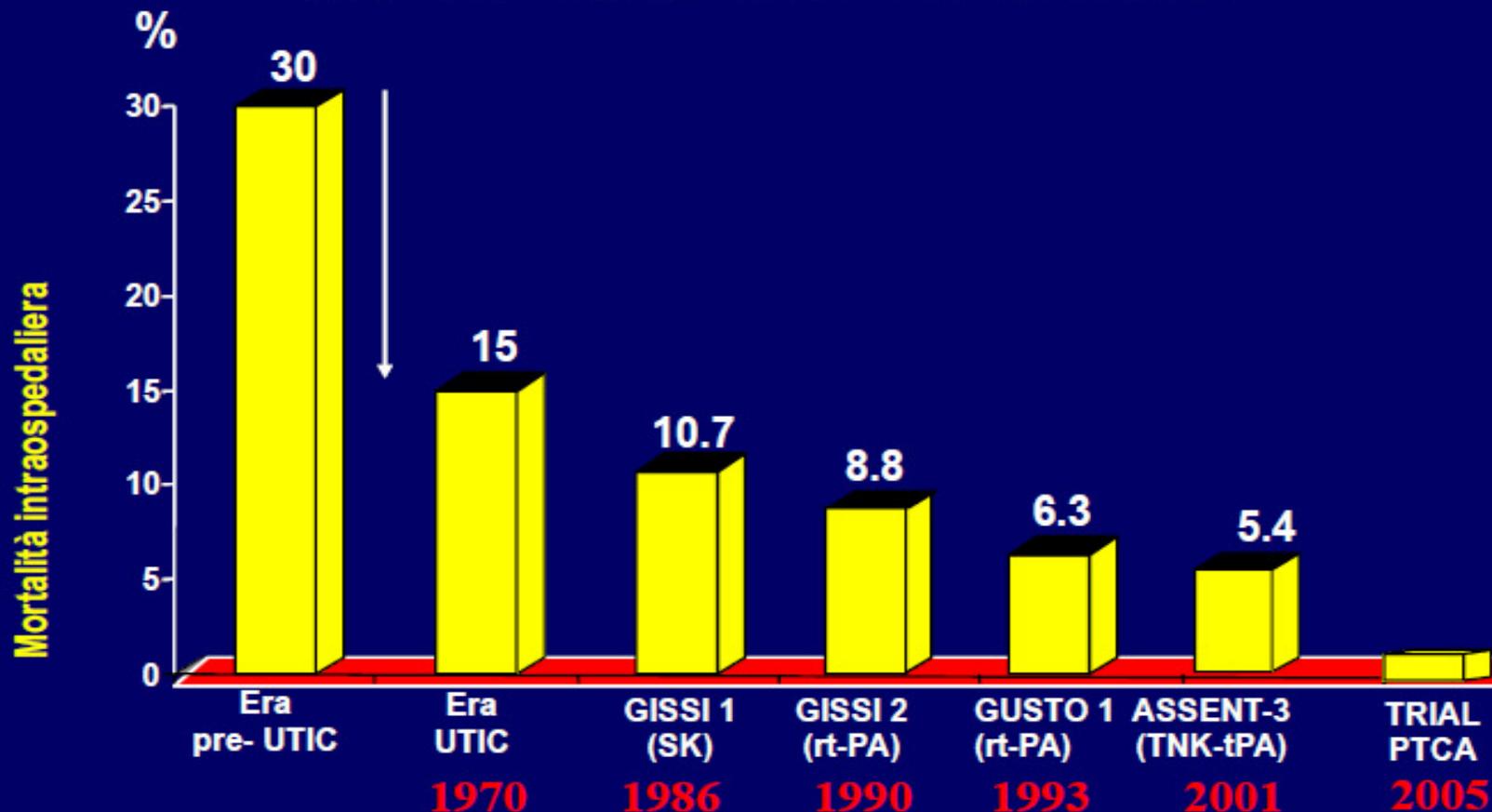


Ministero della Salute



DALLA ISTITUZIONE DELLE UTIC AI GRANDI TRIAL

IMA: MORTALITÀ INTRAOSPEDALIERA





UTIC: i segnali di una crisi

Evolution of the CCU from rhythm, function and protection to reperfusion and beyond: A personal journey and perspective

Canadian Journal of Cardiology October 1996.

The critical care crisis

Chest 2004

Quale ruolo per le utic spoke?

Cardiologia negli ospedali 2006

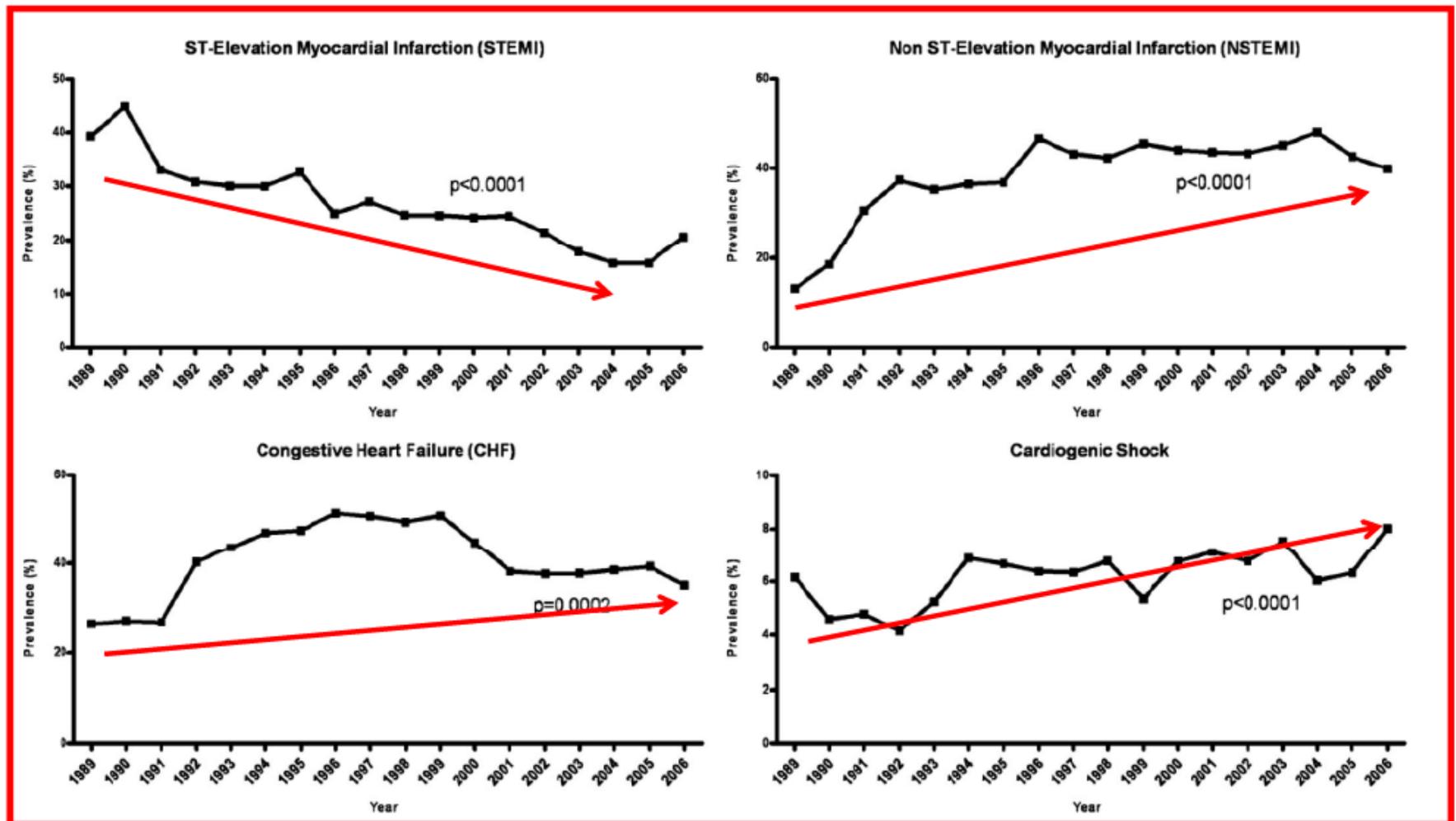
Cardiology and the critical care crisis. *A perspective*

JACC 2007

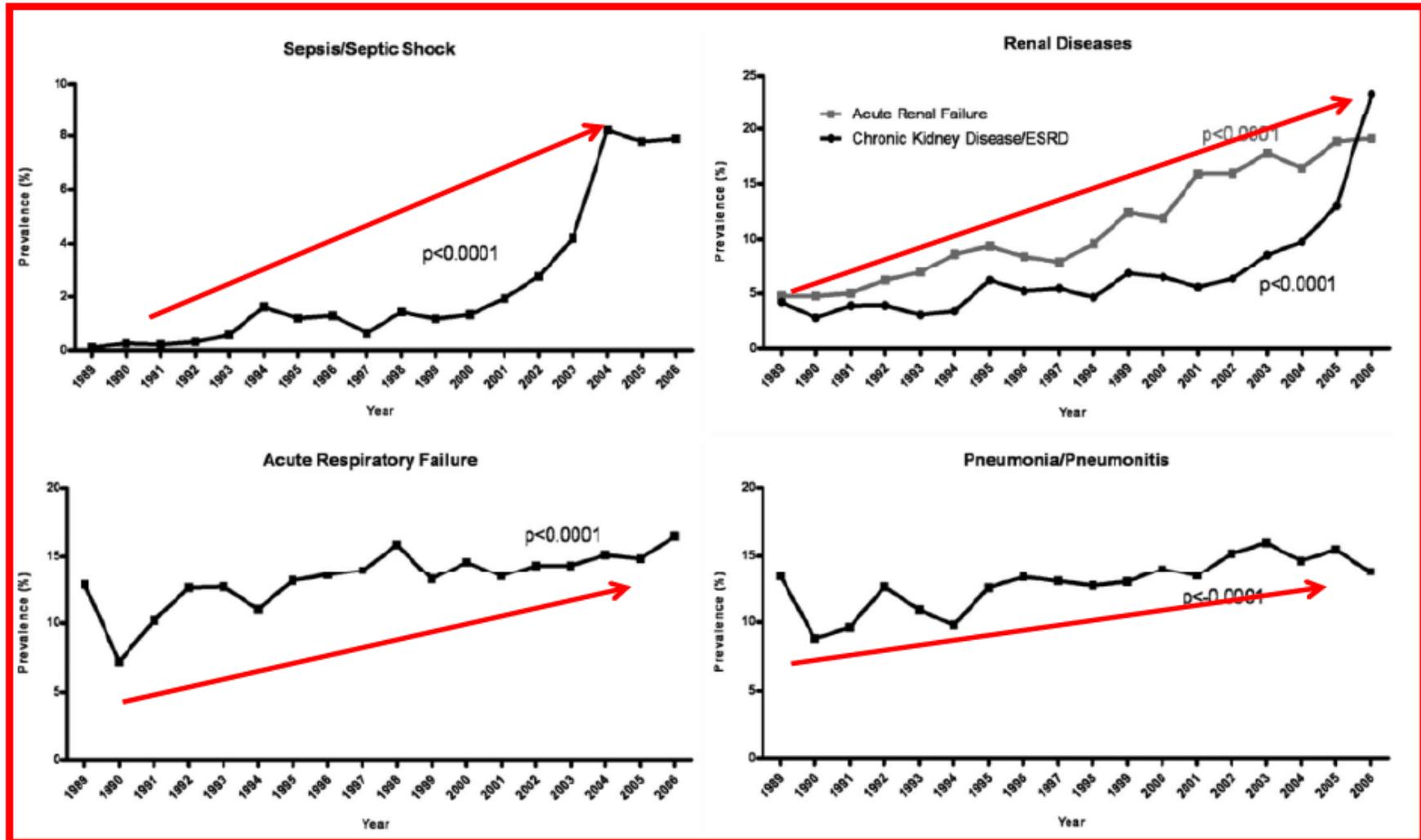
Salvate le UTIC spoke

Cardiologia negli ospedali 2007

.....E NEL CORSO DEGLI ANNI



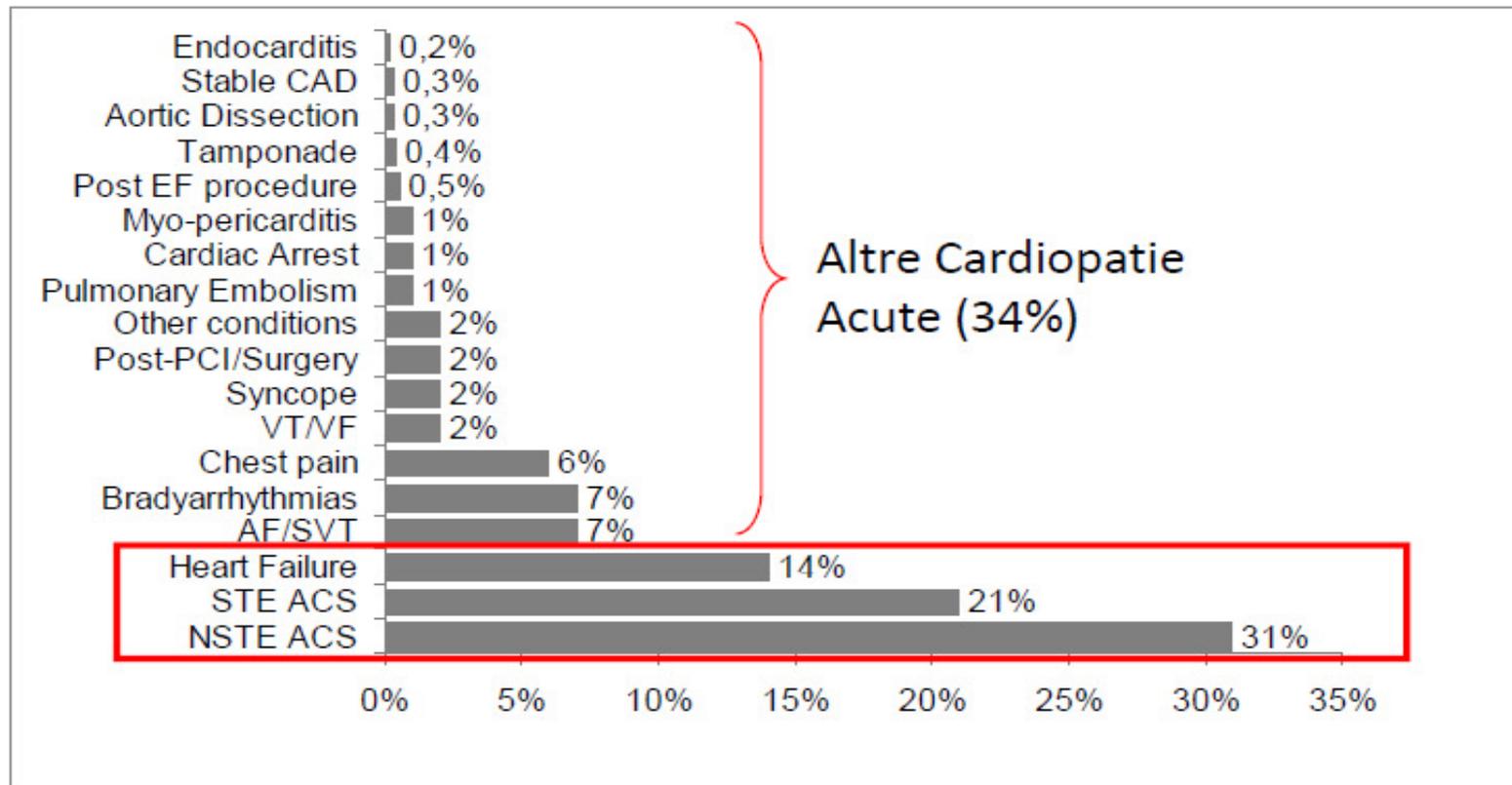
.....E NEL CORSO DEGLI ANNI





La Nuova Popolazione Dell'(U)TIC

Diagnosi di Dimissione





La Nuova Popolazione Dell'(U)TIC

Registro Blitz-3 Caratteristiche basali



***POPOLAZIONE PIU'
ANZIANA***



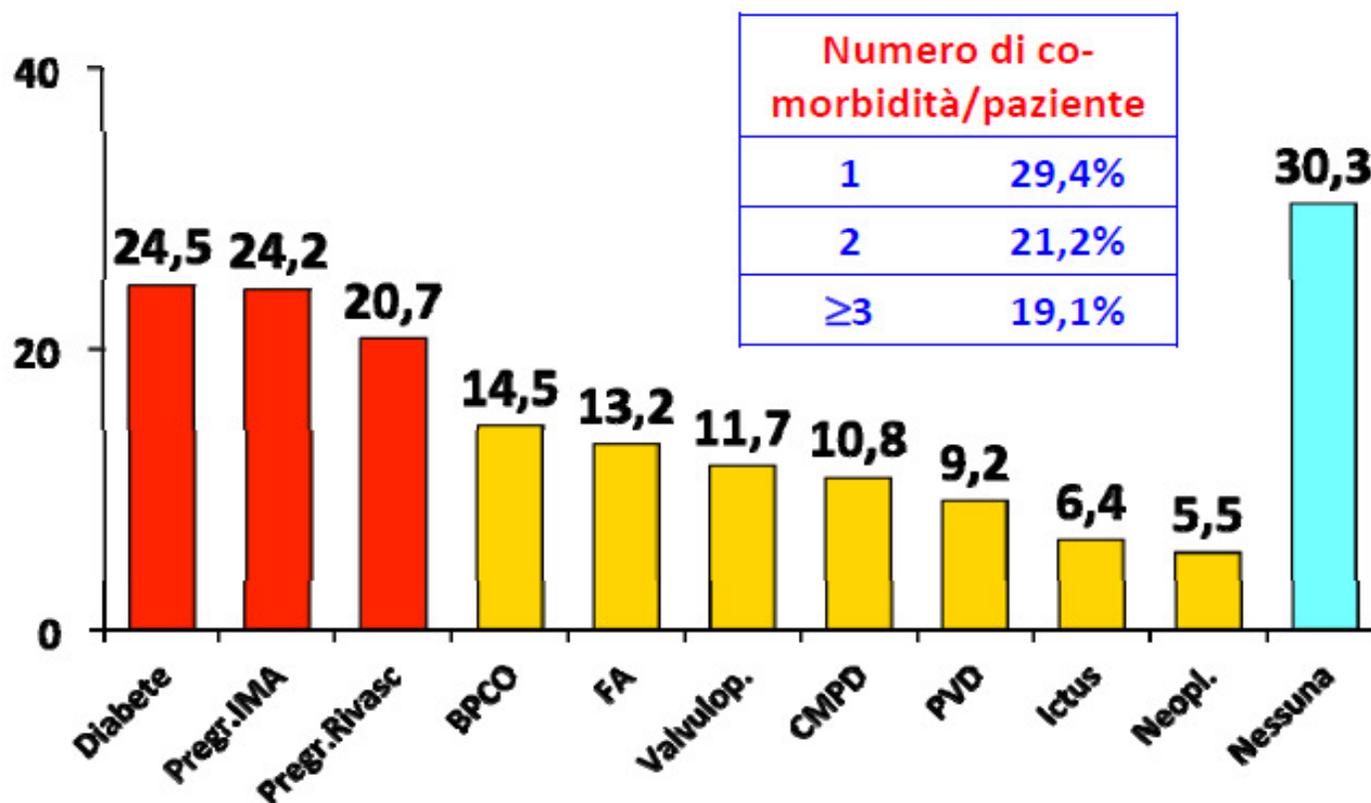
Età > 75 anni: 39% dei pazienti





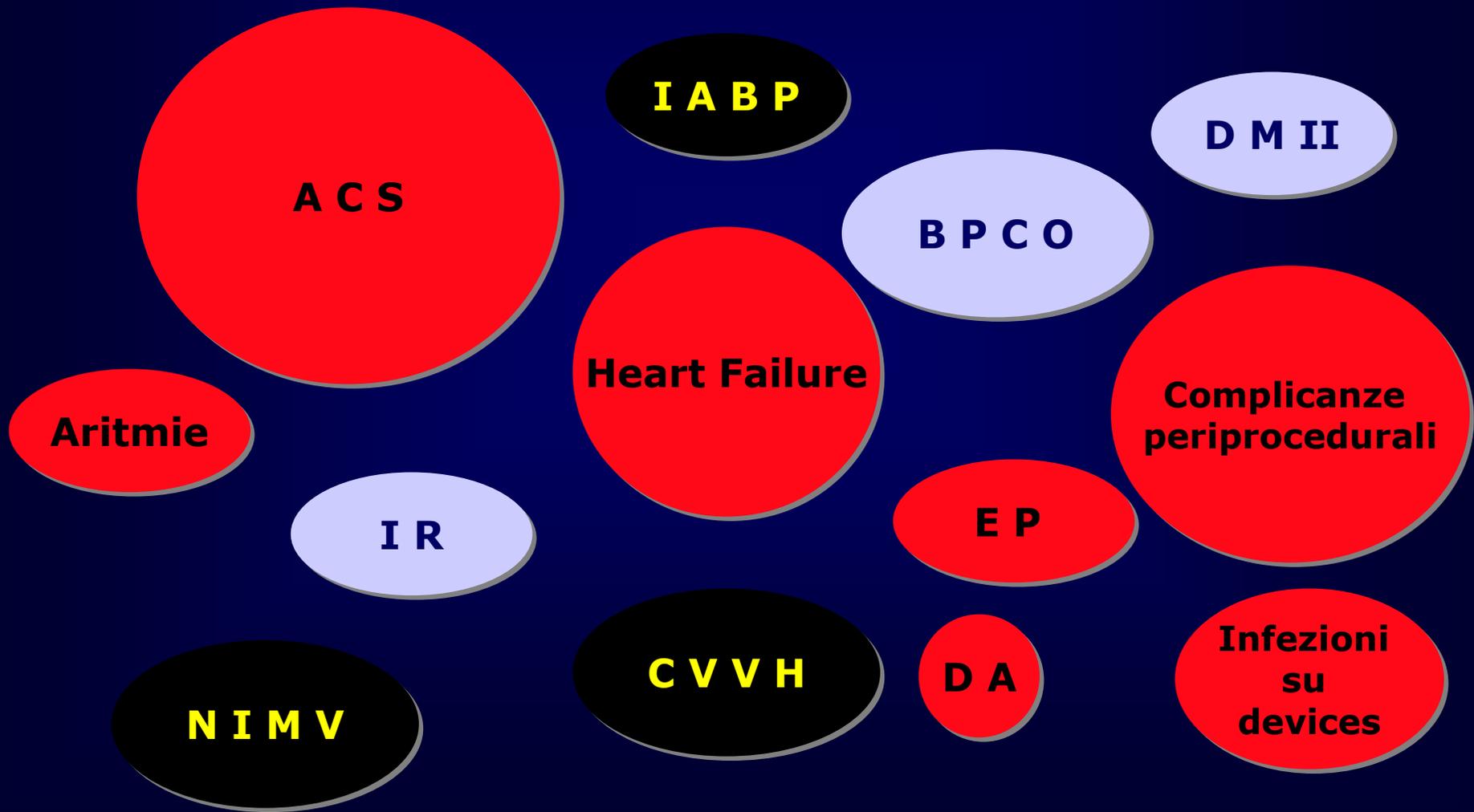
La Nuova Popolazione Dell'(U)TIC

Registro Blitz-3 Caratteristiche basali



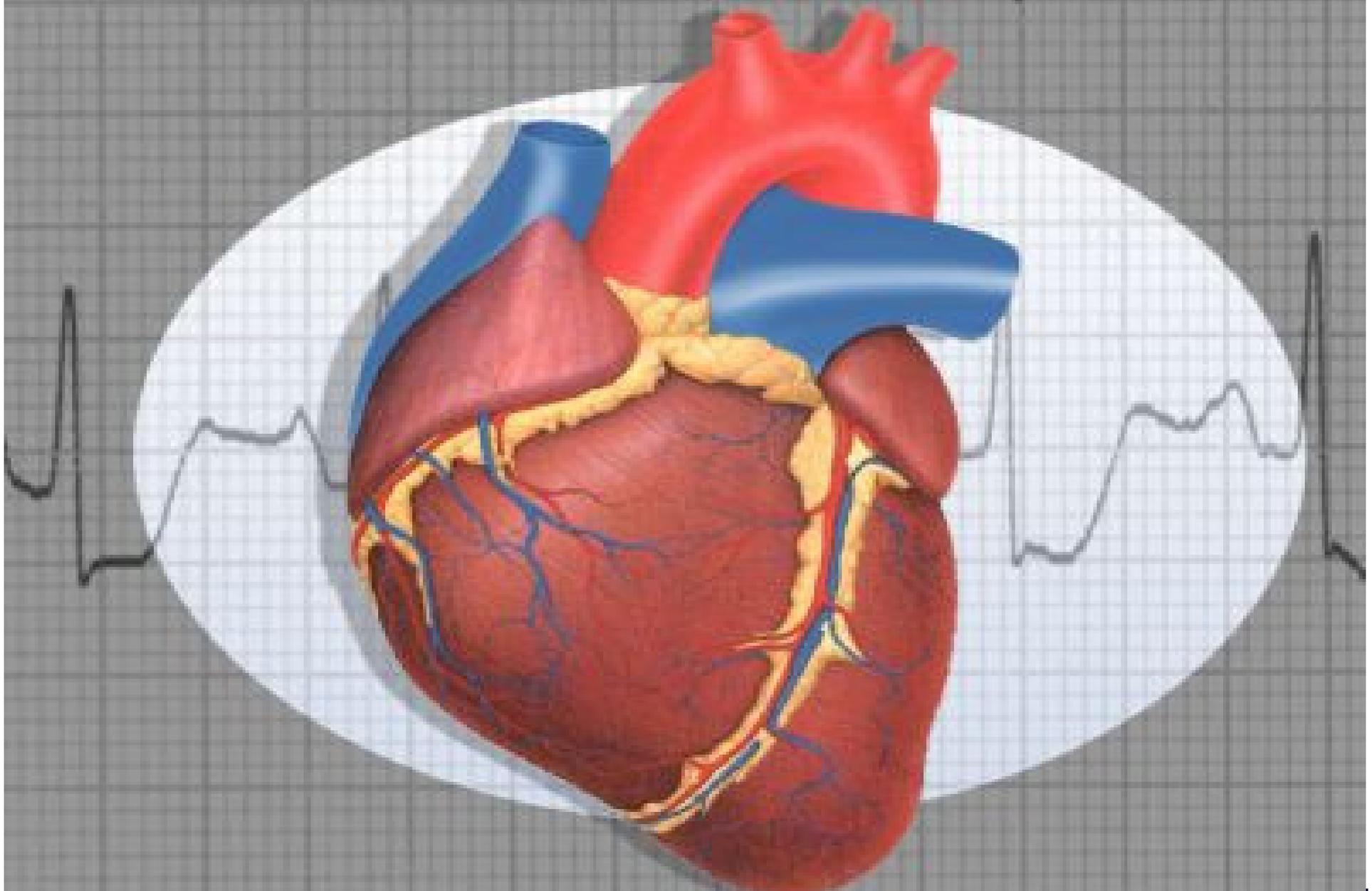


Fenotipo Clinico Complesso





D'ora in poi ci dovremo occupare...?





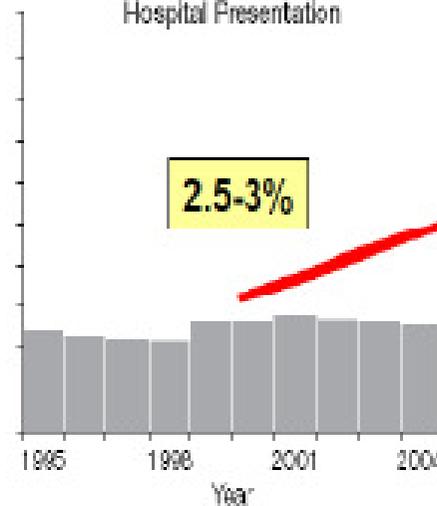
Il Target è il “cardiopatico” critico

Inquadramento clinico-anamnestico.....

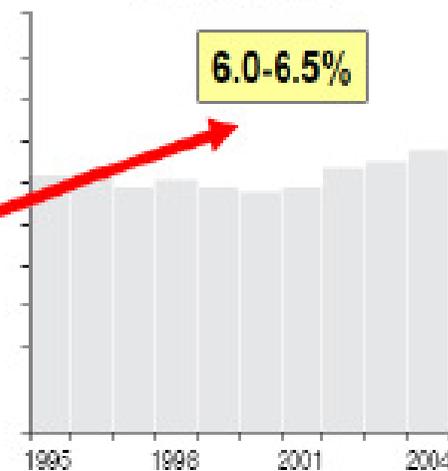
- Cianosi/pallore
- Diaforesi
- Estremità ipotermiche
- Polsi periferici iposfigmici
- Sensorio alterato
- Oliguria ($QU < 0,5 \text{ ml/kg/h}$)



Cardiogenic Shock at Hospital Presentation



Clinical Event Shock



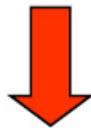


PAZIENTE CRITICO

Monitorando la perfusione tissutale

Guida per interventi correttivi:

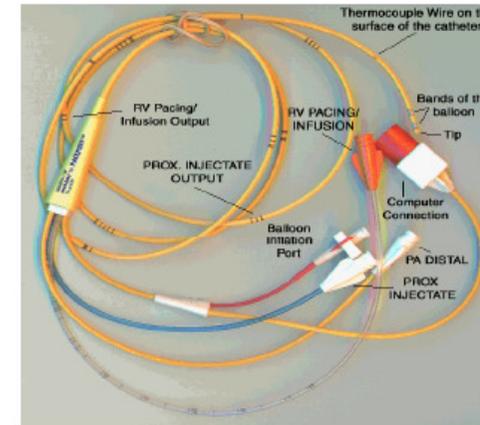
- espansione volêmica
- supporto inotropo
- modulazione dei vasodilatatori



Indice Cardiaco > 2,0
WP < 18mmHg
AD < 10 mmHg

BASTA ?

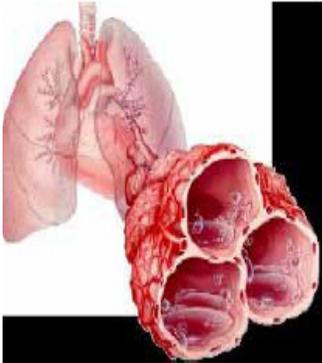
45% dei pz deceduti
per Shock Cardiogeno
avevano un CI > 2,2
l/min/m².





IL PAZIENTE CRITICO

Monitorando il comportamento dei gas respiratori : EGA



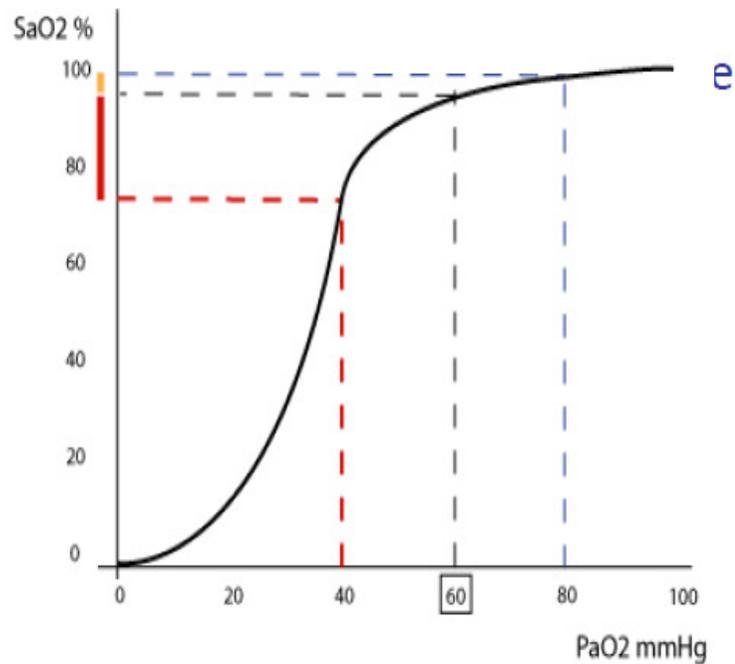
Edema alveolare



Ipossiemia



PaO₂ < 60 mmHg



Lattato all'ingresso > 1,5 mmol/l

SI

NO

Mortalità: 35%

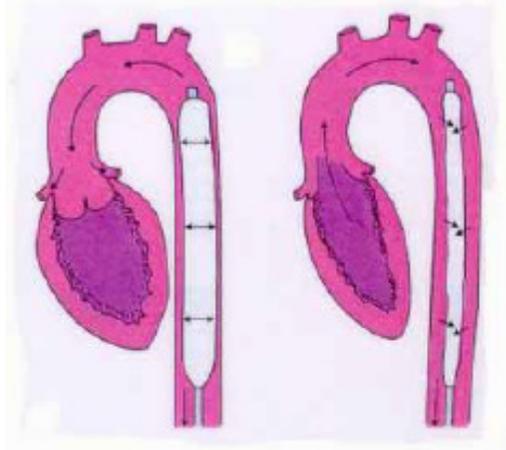
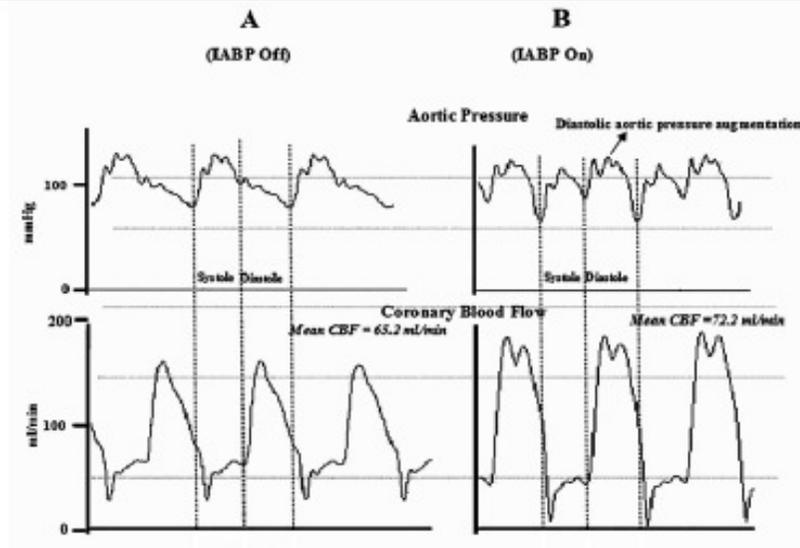
Mortalità 16%



PAZIENTE CRITICO

Supportare il circolo e non solo farmacologicamente...

IABP



- ↓ 7% LV End-Systolic Pressure
- ↓ 18% LV End-Diastolic Pressure
- ↓ 7% LV Stroke Work
- ↑ 11% Coronary Blood Flow
- ↑ Diastolic Aortic Pressure



PAZIENTE CRITICO

Supportare la funzione respiratoria



NIV:
-CPAP
-BIPAP



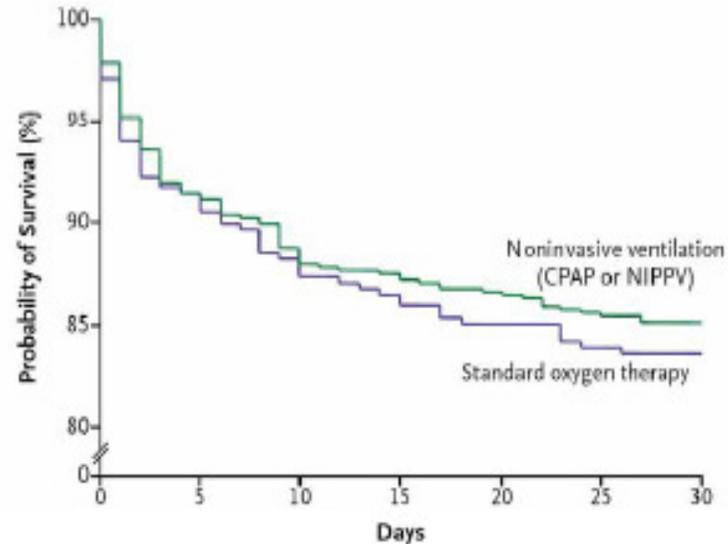
A

THE NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

ORIGINAL ARTICLE

Noninvasive Ventilation in Acute Cardiac Pulmonary Edema

Alasdair Gray, M.D., Steve Goodacre, Ph.D., David E. Newby, M.D.,
Moyra Masson, M.Sc., Fiona Sampson, M.Sc., and Jon Nicholl, M.Sc.,
for the 3CPO Trialists*



No. at Risk	0	5	10	15	20	25	30
CPAP or NIPPV	667	609	591	583	577	570	567
Standard therapy	348	318	307	301	296	292	291





PAZIENTE CRITICO

Supportare la funzione respiratoria

NON AVERE PAURA DEL TUBO



SAPER GESTIRE IL PAZIENTE
INTUBATO

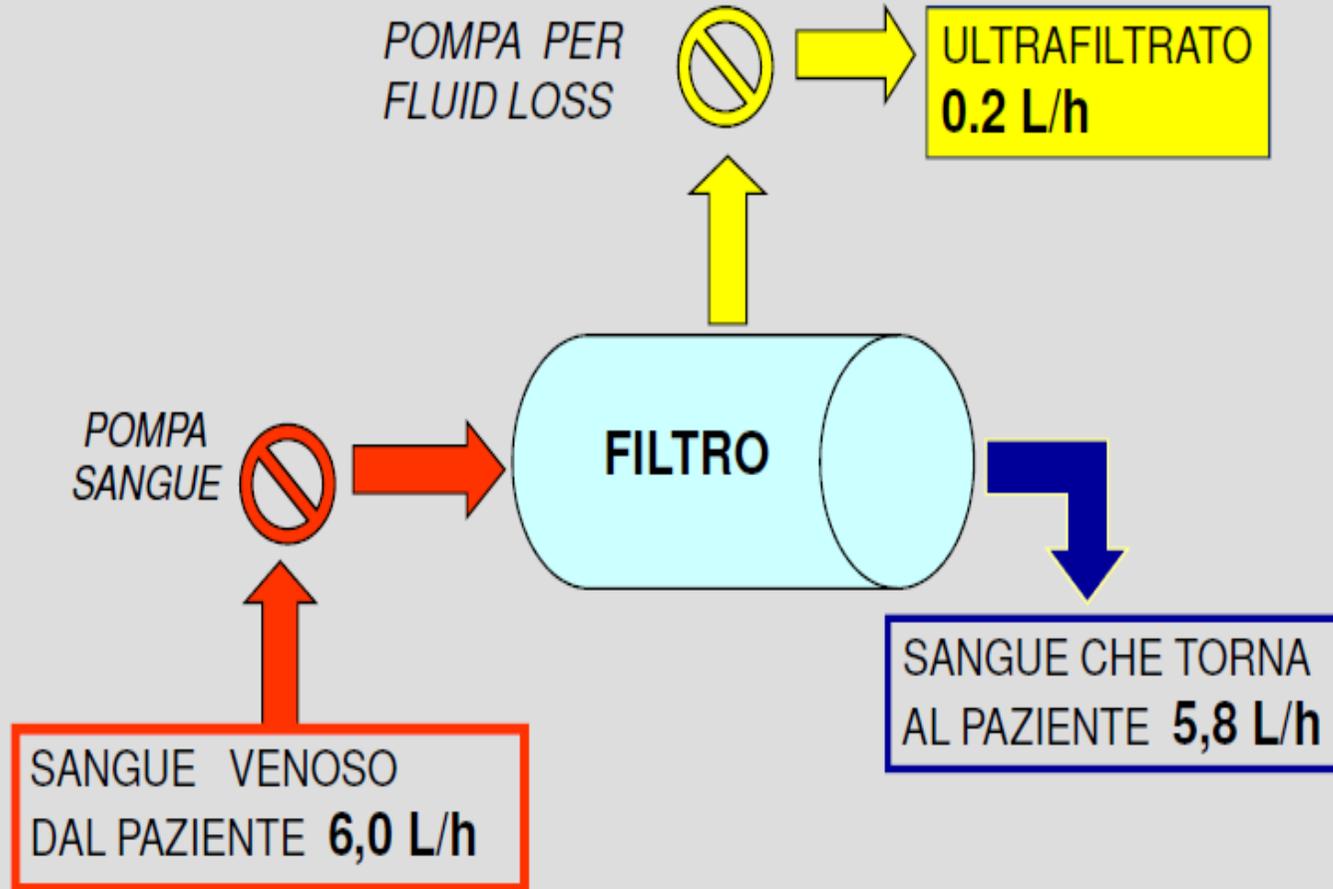




PAZIENTE CRITICO

Supportare la Funzione Renale

Ultrafiltrazione: Come sottrarre 0,2 L/h?



Famigliarizzare..

Ventilatore meccanico



Contropulsatore



Apparecchio per emofiltrazione





Verso la » Nuova « UTIC

L'UTIC di oggi deve essere una struttura assistenziale di riferimento per i pazienti cardiopatici acuti, inserita nel contesto dell'emergenza/urgenza cardiologica e in una rete di strutture che devono necessariamente essere interconnesse fra di loro e la dotazione strumentale e la competenza del personale che vi opera deve essere il più possibile al massimo livello ed equiparabile in tutti gli snodi della Rete

Diversamente,

i pazienti ad alto rischio potrebbero essere adeguatamente assistiti solo nelle strutture inserite in Centri Hub, che non potrebbero ritrasferire i pazienti alla struttura di provenienza, qualora permanessero necessità assistenziali di livello elevato



L'avanzamento tecnologico da un lato e la modificazione della casistica richiede una riorganizzazione strutturale e medico-

infermieristica sempre più complessa che stanno

trasformando le UTIC

« da **U**nità di **T**erapia **I**ntensiva **C**oronarica versus
Unità di **T**erapia **I**ntensiva **C**ardiologica «

inserite

in Terapie Intensive Multifunzionali

I Cardiologi a loro volta devono operare

rapidamente una trasformazione importante per essere in grado di occuparsi adeguatamente del “ Nuovo Cardiopatico Acuto” che per le

nostre realtà non sarà più rappresentato dallo STEMI, ma da un paziente sempre più anziano, più compromesso e con più comorbidità,



Cosa Cambia per il Cardiologo ?

- Nuova epidemiologia dei pazienti cardiovascolari acuti
 - Nuove tecniche (ultrafiltrazione, infusione insulina, etc.)
 - Interazione con diverse figure specialistiche dell'Ospedale o della Rete
- Competenza clinica di base multi-disciplinare (pneumologia, nefrologia, diabetologia, rianimazione, etc.)



CONCLUSIONE -1

La nuova (U)TIC, deve essere interconnessa con altre strutture della Rete agli altri presidi della rete, perché solo garantendo a tutti i pazienti la stessa disponibilità di mezzi e lo stesso standard di competenza è possibile realizzare l'obiettivo di rete integrata fra le strutture cardiologiche

Secondo il concetto Hub e Spoke.

Diversamente,

i pazienti ad alto rischio potrebbero essere adeguatamente assistiti solo nelle strutture inserite in Centri Hub, che non potrebbero ritrasferire i pazienti alla struttura di provenienza, qualora permanessero necessità assistenziali di livello elevato