

PDTA
SCOMPENSO CARDIACO

**RUOLO DEL MEDICO
DI MEDICINA GENERALE**

SCOMPENSO CARDIACO

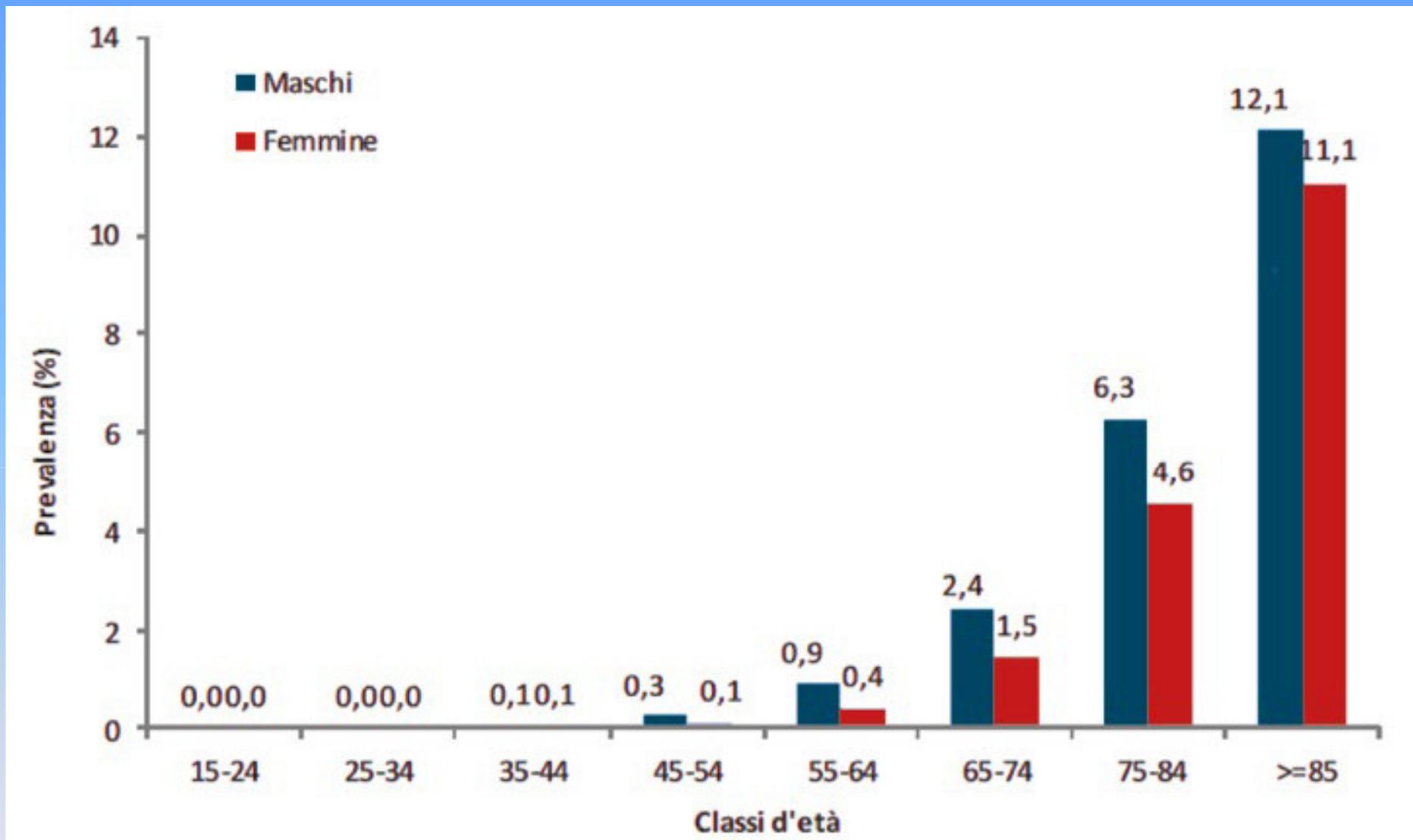
E' una sindrome clinica caratterizzata da **sintomi tipici** (dispnea, fatica) che possono essere accompagnati anche da **segni clinici** (elevazione della pressione venosa centrale, crepitazioni polmonari ed edemi periferici) causata da una alterazione strutturale e/o funzionale cardiaca che comporta una riduzione della portata cardiaca e/o elevazione delle pressioni intracardiache, a riposo o durante sforzo (ESC, 2016)

PERCHE' UN PDTA PER LO SCOMPENSO CARDIACO?

- perché è una patologia ad alto impatto sulla popolazione e rappresenta una rilevante voce di spesa per il sistema sanitario
- perché con azioni coordinate dei vari professionisti coinvolti è possibile modificare/migliorare il decorso e la gestione delle varie fasi della malattia

DIMENSIONI DEL PROBLEMA

- La prevalenza della patologia si attesta attorno al 2%, con circa 80 000 nuovi casi incidenti per anno in Italia (G Ital Cardiol 2014)
- A Ferrara sono circa 1800 i nuovi casi di pazienti ospedalizzati per anno



Prevalenza (%) lifetime di SC: analisi per sesso e fasce d'età (anno 2013)

OBIETTIVI DEL PERCORSO ASSISTENZIALE

- 1) Prevenire/ritardare la comparsa e la progressione della disfunzione ventricolare sinistra e quindi dello SC;
- 2) Garantire una diagnosi adeguata e pronta ai pazienti con sintomi di SC;
- 3) Garantire una terapia basata sulle evidenze ai pazienti con diagnosi di SC;
- 4) Prevenire le riacutizzazioni ed i ricoveri Ospedalieri;
- 5) Garantire assistenza specifica a pazienti con patologie relativamente rare come la cardiomiopatia ipertrofica e l'ipertensione arteriosa polmonare pre-capillare;
- 6) Garantire assistenza specifica al paziente scompensato anziano e fragile;
- 7) Garantire assistenza di tipo palliativo al paziente con SC terminale.

ACC/AHA Guidelines: Stadi dello Scompenso Cardiaco

A rischio di scompenso

Stadio A

A rischio di SC in assenza di alterazioni strutturali cardiache o segni di SC

Stadio B

Alterazioni cardiache strutturali ma in assenza di segni di SC

Stadio C

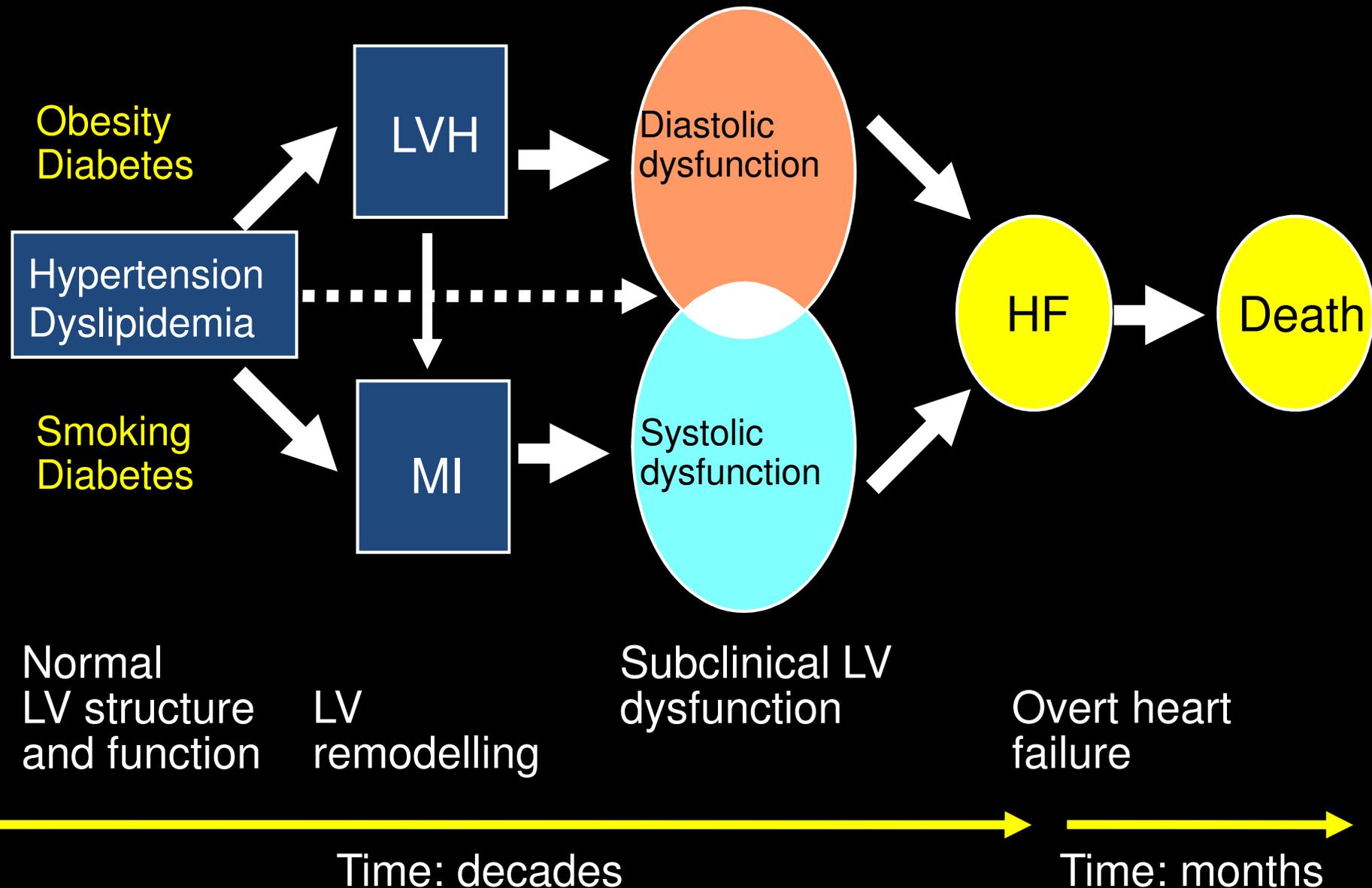
Alterazioni strutturali cardiache con segni presenti o passati di SC

Stadio D

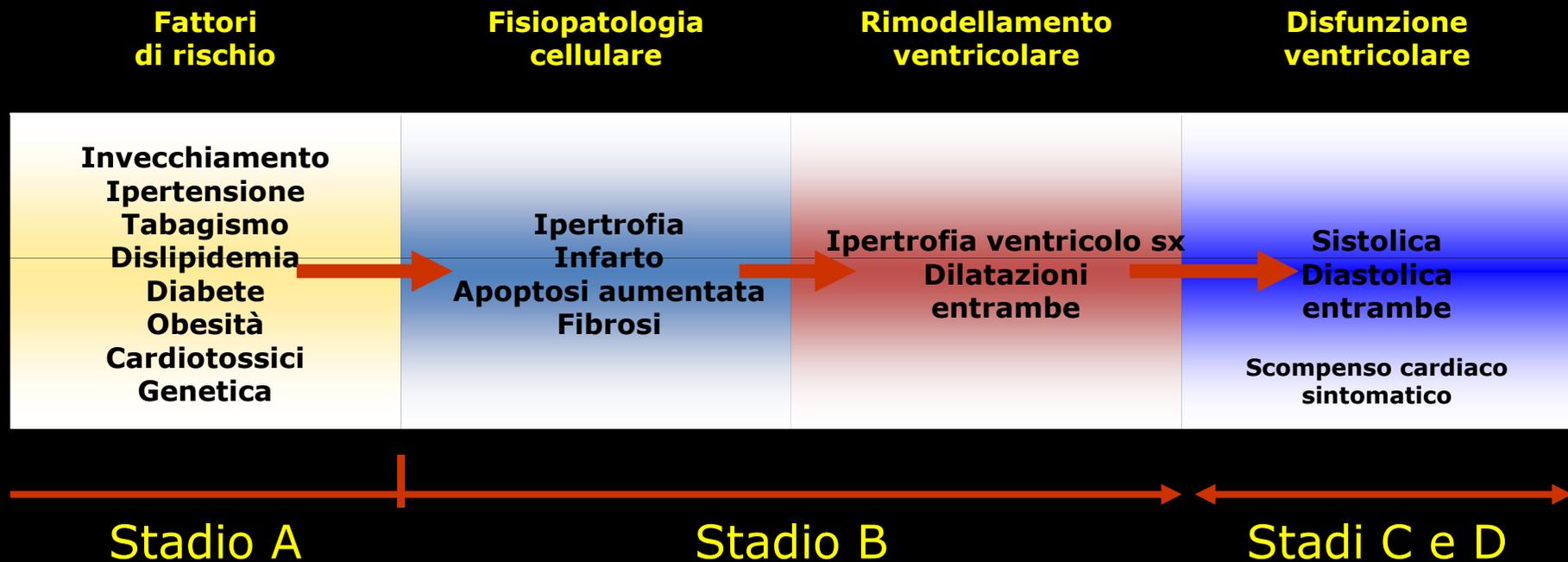
Scompenso cardiaco refrattario o che richiede specifici interventi

**Scompenso Cardiaco
conclamato**

Progression from risk factors to heart failure

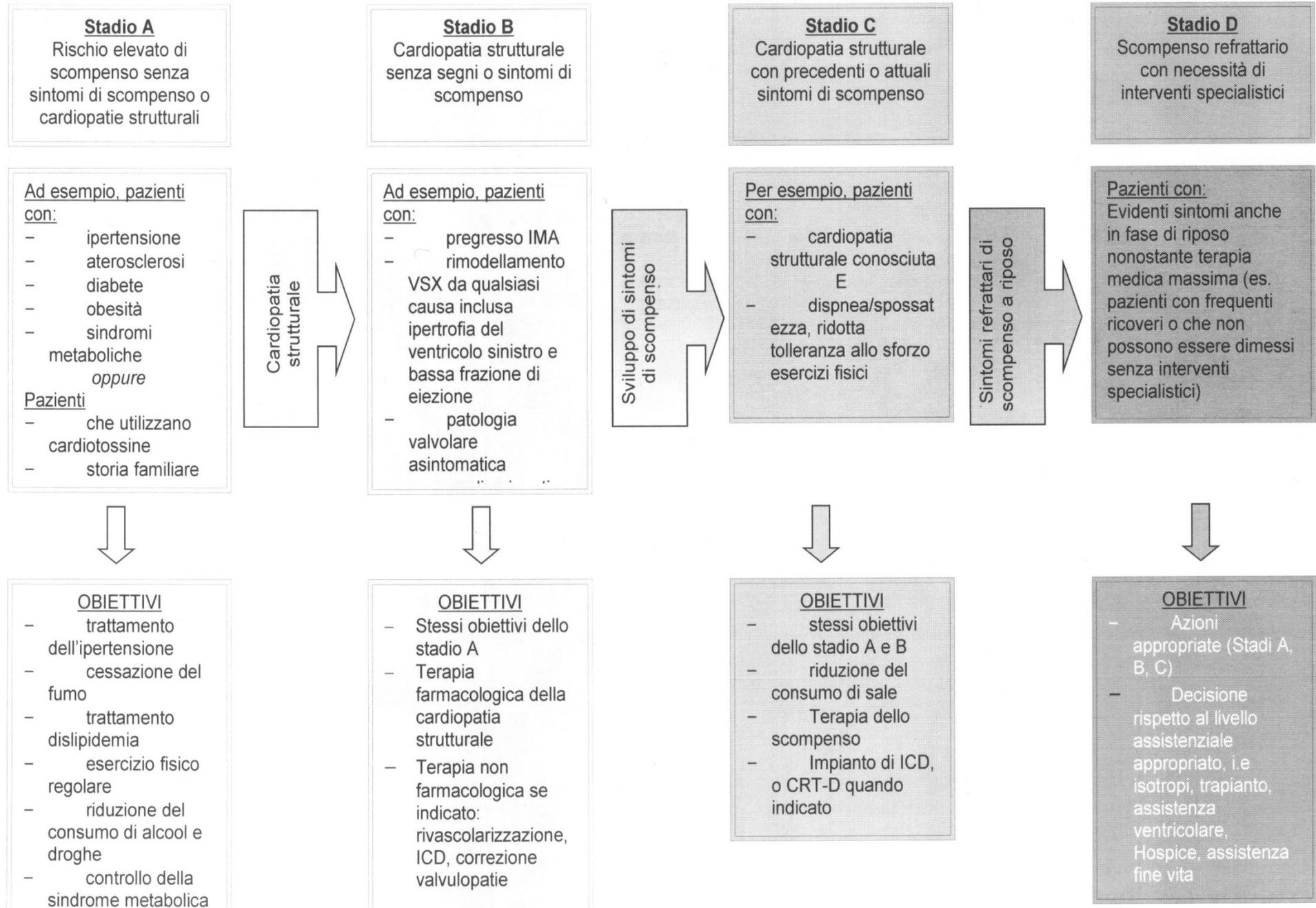


Evoluzione dello scompenso cardiaco



Stadiazione AHA/ACC dello scompenso cardiaco

CLASSIFICAZIONE DEI PAZIENTI CON SCOMPENSO (ACC, 2009)



Fasi del percorso del paziente con Scompenso Cardiaco

I Fase:

- Nuova diagnosi extra-ospedaliera;
- Nuova diagnosi intra-ospedaliera;

II Fase:

Invio al Centro/Ambulatorio per lo Scompenso

III Fase:

Completamento della diagnosi

Titolazione della terapia farmacologica o upgrading terapeutico;

IV Fase:

Follow-up in collaborazione tra Centro per lo Scompenso, Case della Salute e MMG;

V Fase:

Riacutizzazione.

PATIENT WITH SUSPECTED HF^a
(non-acute onset)

ASSESSMENT OF HF PROBABILITY

- 1. Clinical history:**
History of CAD (MI, revascularization)
History of arterial hypertension
Exposition to cardiotoxic drug/radiation
Use of diuretics
Orthopnoea / paroxysmal nocturnal dyspnoea
- 2. Physical examination:**
Rales
Bilateral ankle oedema
Heart murmur
Jugular venous dilatation
Laterally displaced/broadened apical beat
- 3. ECG:**
Any abnormality

All absent

≥ 1 present

NATRIURETIC PEPTIDES

- NT-proBNP ≥ 125 pg/mL
- BNP ≥ 35 pg/mL

No

Yes

Normal^{b,c}

HF unlikely:
consider other
diagnosis

Assessment
of natriuretic
peptides not routinely
done in clinical
practice

ECHOCARDIOGRAPHY

If HF confirmed (based on all available data):
determine aetiology and start appropriate treatment

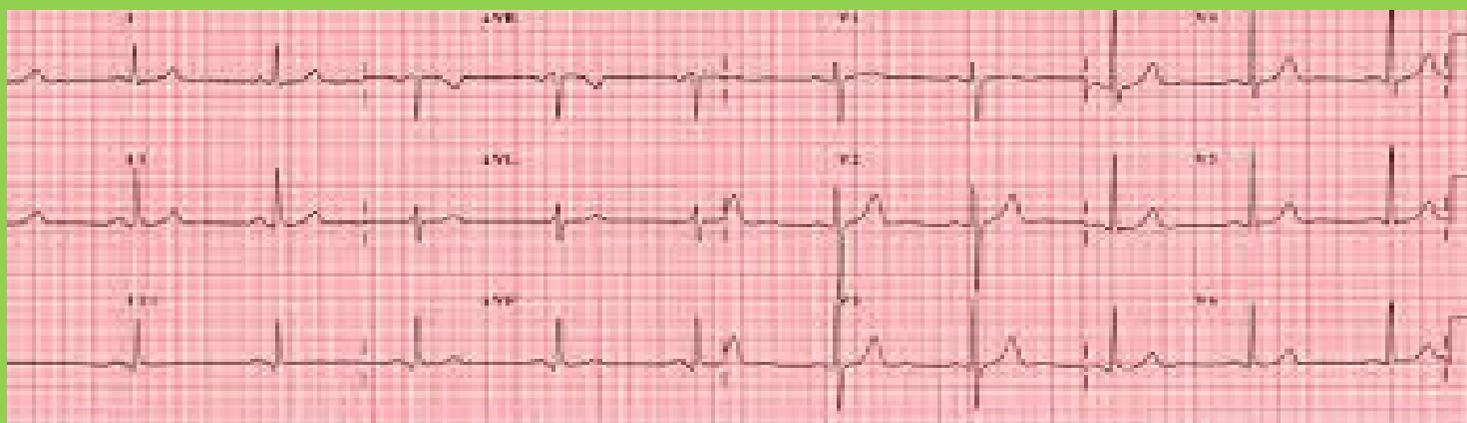
1° FASE

NUOVA DIAGNOSI

EXTRA OSPEDALIERA

Percorso diagnostico

- ***ELETTROCARDIOGRAMMA***



Elettrocardiogramma standard (ECG 12 derivazioni, eseguito con il paziente sdraiato e a riposo)

(elevato potere predittivo negativo: se normale, la probabilità di SC è inferiore al 10%)

RX TORACE

(fornisce informazioni sulla congestione polmonare, cardiomegalia, versamenti e patologie polmonari in diagnosi differenziale per la dispnea);



Esami di laboratorio

emocromo, sodio, potassio, creatinina, stima della GFR, glicemia, GPT, GGT, TSH reflex, colesterolo T e frazionato, trigliceridi, protidemia, esame urine (ulteriori analisi in base al caso specifico);e..... il più importante...

BNP o NT-proBNP

In pz con sintomi di scompenso cardiaco all'esordio della patologia e quindi ancora senza terapia titolata al massimo, i seguenti cut-off **escludono** con ragionevole certezza la diagnosi e consentono quindi di **NON** eseguire ecocolordoppler cardiaco:

BNP < 35 pg/ml

NT-proBNP < 125 pg/ml

ECOCOLOR DOPPLER CARDIACO

rappresenta ***l'esame strumentale principale*** nel percorso diagnostico del paziente e fornisce informazioni riguardanti l'anatomia cardiaca, la contrattilità parietale e la funzione valvolare. Fornisce inoltre il dato di **Frazione di eiezione (FE)** che consente di distinguere la popolazione con **scompenso cardiaco a funzione sistolica depressa (FE<40%)** e a **funzione sistolica conservata (FE> 40%)**.

Le recenti ***LineeGuida ESC*** hanno introdotto di fatto 3 diverse classi di Frazione di Eiezione che identificano altrettanti gruppi di pazienti:

FE < 40% HFrEF (scompenso cardiaco con FE ridotta)

FE compresa tra 40 e 50% HFmrEF (scompenso cardiaco con FE lievemente ridotta)

FE > 50% HFpEF (scompenso cardiaco con FE preservata)

Per **comodita'** potremmo semplicemente distinguere in **due** gruppi la popolazione:

1- Scompenso cardiaco con **funzione sistolica depressa** (modello fisiopatologico dilatativo ipocinetico) con **FE<40%** e **Vtdi>80ml/m² : HFrEF**

2- Scompenso cardiaco con **funzione sistolica preservata** (modello fisiopatologico non dilatato e lieve o assente riduzione della FE) con **FE>40%** e **VtDi< 80 ml/m² : HFpEF**

Priorità di invio del paziente:

Con quale priorità?

- Richieste per ECG-RX TORACE-esami ematochimici che comprendano BNP: impegnativa con priorità **Breve:** barrare **B**

- SE IL SOSPETTO VIENE CONFORTATO
RICHIEDERE ECOCOLORDOPPLER CARDIACO:
INVIO A PDA con indicazione nella impegnativa **PDTA**
SCOMPENSO

Saranno previsti percorsi dedicati, per ottenere l'esecuzione di ECOCG entro 3 settimane .

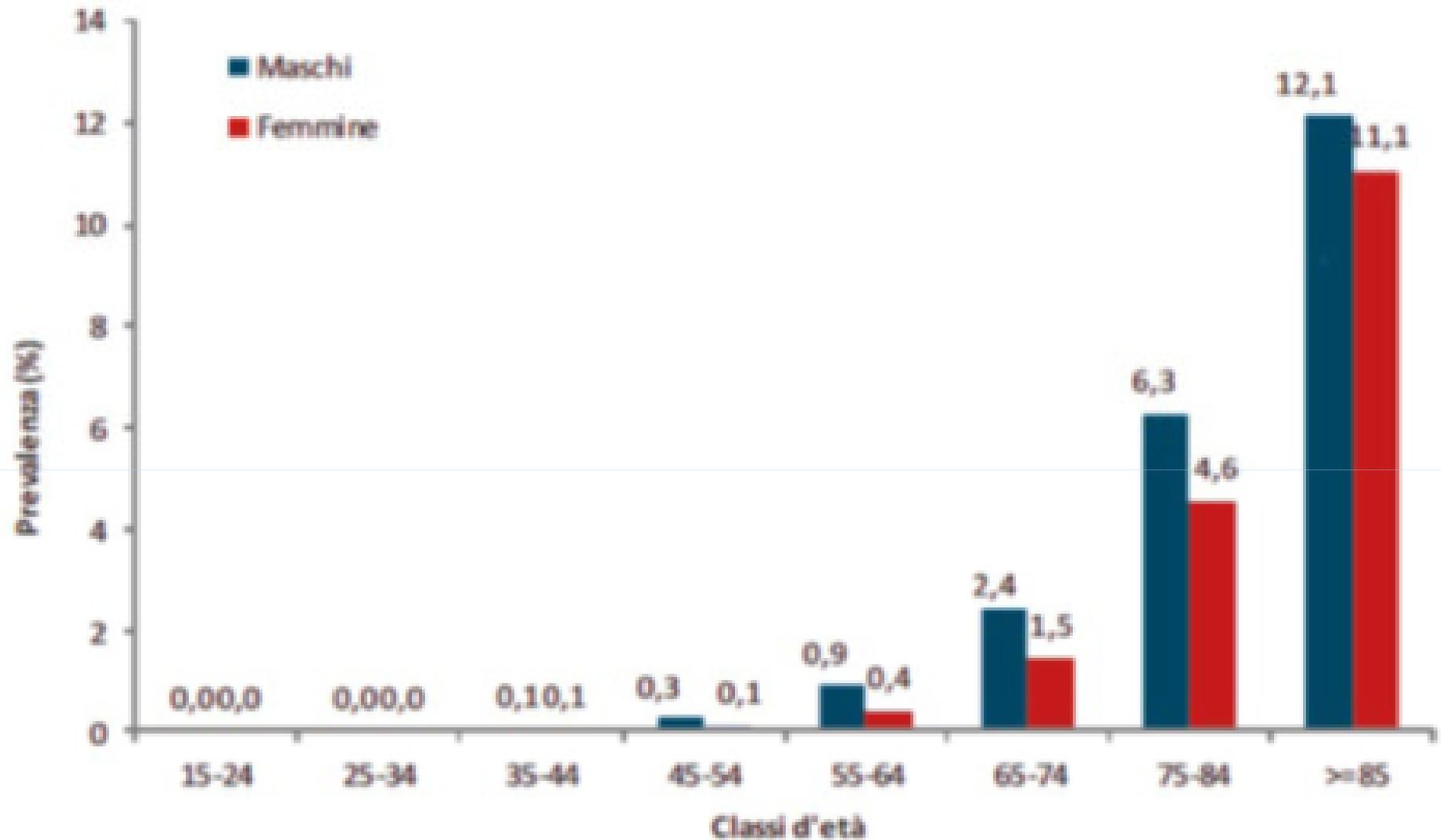


Criteri di inclusione per il programma di assistenza

Centro/Ambulatorio per lo Scompenso:

- 1- Diagnosi di **SC**: quando il BNP/NT-proBNP risulti sopra il limite per escludere la diagnosi e l'ecocardiogramma risulti compatibile con la diagnosi di scompenso cardiaco (a prescindere dal valore di frazione di eiezione);
- 2- **Diagnosi di disfunzione ventricolare sinistra FE<40%** sintomatica o meno, indipendentemente dall'esito del dosaggio del BNP o NT-proBNP;
- 3- **Cardiomiopatia Ipertrofica** (solo c/o Centro Scompenso di FE)

Nel primo anno di inclusione dei pazienti ,soprattutto per motivi di tipo organizzativo e monitoraggio del progetto, eta' < 75 aa (o 65 aa?)



Prevalenza (%) lifetime di SC: analisi per sesso e fasce d'età (anno 2013)

2° FASE

INVIO ALL'

AMBULATORIO DELLO SCOMPENSO

PER (3° FASE) :

- COMPLETAMENTO DIAGNOSTICO**
- TITOLAZIONE TERAPIA**

**OGNI NCP AVRA' PUNTI DI RIFERIMENTO (PDA) E
N° DI TELEFONO DEDICATI**

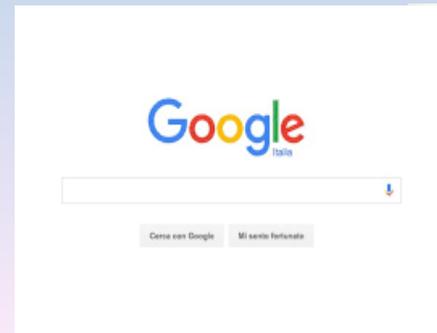
Fase IV

Follow-up in collaborazione tra Centro/Ambulatorio Scompenso e MMG

Comunicazione tra i referenti: MMG e Specialista del
Centro/Ambulatorio Scompenso

Modulo di continuità assistenziale

Disponibilita' di uno
specialista del
Centro/Ambulatorio
Scompenso
Tramite : telefono o
mail



Percorso Diagnostico Terapeutico Scompenso Cardiaco (Modulo di Continuità Assistenziale)

Cognome _____ Nome _____ Data di nascita _____ Codice Fiscale _____
 Diagnosi:----- _____

Data esordio sintomatologia: _____

Data inizio PDT _____

Data invio presso il Centro per lo Scompenso: _____

Prestazioni eseguite presso il Centro per lo Scompenso

Ecocardio

non eseguito €

eseguito € in data

Titolazione terapia farmacologica

eseguito € in data

non eseguito €

Counseling

eseguito € in data

non

eseguito €

Riabilitazione motoria

eseguito € in data

non eseguito €

Arruolamento in studi clinici

eseguito € in data

non

eseguito €

Valutazione funzionale mediante test ergospirometrico

eseguito € in data

non eseguito €

Condizioni favorenti/aggravanti lo scompenso cardiaco da monitorare :

1) _____ 2) _____

_____ 3) _____

_____ 4) _____

_____ 5) _____ 6) _____

_____ 7) _____

_____ 8) _____

Appuntamenti presso Centro per lo Scompenso a cadenza: annuale € semestrale € mensile €

Valutazioni presso il MMG consigliate: **CONCEDERE LA ESENZIONE**

Compito del medico di medicina generale



Monitoraggio della stabilità clinica

Assenza di sintomi di scompenso a riposo

Assenza di peggioramento di tolleranza fisica in base alla classe NYHA

Assenza di angina

Assenza di aritmie sintomatiche

Esame obiettivo invariato

Peso corporeo stabile (variazioni <3 Kg durante le 2 ultime settimane)

Pressione sistolica invariata (anche ipotensione se è ben tollerata)

Funzionalità renale invariata (creatinina, azotemia, eventuale filtrato glomerulare)

Sodiemia > 134 mEq/l

Risoluzione e/o stabilizzazione di causa reversibile di co-morbidità

Assenza di effetti collaterali da farmaci

Hb maschi >11 g%, femmine >10 g%

Criteri clinici di instabilizzazione

1- **Incremento ponderale > 3 Kg in tre giorni;**

2 - Evidenza elettrocardiografica e/o
sospetto clinico di ischemia miocardica
acuta

**3 - Comparsa di classe
funzionale NYHA IV non
preesistente**

4 - Comparsa di dispnea, astenia,
palpitazioni per attività fisiche di
entità inferiore a quelle abituali
(NYHA III) o a riposo (NYHA IV),



5- Dati bio-umorali indicativi di danno d'organo correlato con lo scompenso

creatininemia > 2,5 mg/dl,
transaminasi > 80 U/L

6-Aritmie sintomatiche con elevata frequenza cardiaca a riposo (> 130 bpm) o con bassa frequenza cardiaca (< 50 bpm);



7- Comparsa/aggravamento di malattie extracardiache concomitanti

processi flogistico/infettivi, anemia, BPCO riacutizzata ecc

8-Mancata aderenza alla terapia farmacologia e non farmacologia

Criteri di indicazione al **ricovero** ospedaliero

1- **Edema polmonare acuto**

2- Dispnea a riposo con ortopnea

3- Anasarca o severi edemi declivi

4- Aritmie minacciose e/o sintomatiche

5- Ipotensione (PAS < 80 mmHg) e/o shock in paziente noto per insufficienza cardiaca

6- Ischemia miocardica acuta

7- Segni e sintomi di bassa portata

8- Refrattarietà alla terapia farmacologia orale non gestibile ambulatoriamente



LA GESTIONE DEL PAZIENTE TERMINALE: CURE PALLIATIVE

Le cure palliative sono la cura attiva e globale prestata al paziente quando la malattia non risponde più alle terapie specifiche aventi come scopo la guarigione.

1990 O.M.S.

LA GESTIONE DEL PAZIENTE TERMINALE: CURE PALLIATIVE

Il controllo del dolore e degli altri sintomi, dei problemi psicologici, sociali e spirituali assume importanza primaria. Il loro scopo è ottenere la migliore qualità di vita possibile per i malati e le loro famiglie. Molti aspetti delle cure palliative sono applicabili anche più precocemente nel corso della malattia, assieme al trattamento specifico (principio di «cure simultanee»)

CURE PALLIATIVE: QUANDO PROPORLE E A CHI?

- progressivo decadimento funzionale (fisico e mentale) e dipendenza nella maggior parte delle ADL
- severi sintomi di scompenso con scarsa qualità di vita nonostante terapia farmacologica e non farmacologica ottimizzata
- frequenti ricoveri ospedalieri o altri importanti episodi di instabilizzazione nonostante un trattamento ottimale
- trapianto cardiaco o supporto circolatorio meccanico non più proponibile
- cachessia cardiaca
- se si giudica clinicamente che si è giunti in fase terminale

NOTA BENE!!

Prendere in carico globalmente il paziente significa che non è possibile affidare ad una sola persona o ad un solo servizio tutte le risposte alle richieste assistenziali, ma che ci si deve rivolgere ad un sistema organizzativo che nella nostra realtà ferrarese è rappresentato dalla **«rete delle cure palliative»**

RICORDA CHE, IN LINEA GENERALE

- È raccomandato discutere con il paziente e la famiglia della prognosi, delle modificazioni dello stato funzionale e della sopravvivenza
- È raccomandato educare il paziente e i familiari sulla possibilità di formulare scelte di fine vita
- È utile descrivere la possibilità di usufruire dei servizi di Cure Palliative e dell'Hospice, assicurando sempre una rivalutazione della situazione clinica

- È importante garantire la continuità delle cure tra i vari setting assistenziali (Ospedale, Territorio, Hospice ...)
- È ovviamente raccomandato che i professionisti che prendono in carico questi pazienti conoscano i principi delle cure palliative e delle cure di fine vita, così come le equipe di cure palliative conoscano i principi di trattamento dello scompenso cardiaco nelle varie fasi

PDTA SCOMPENSO CARDIACO CRONICO

