

5 ottobre 2017

# La Ricerca in Medicina Generale: lo Scompenso CV e il modello dello studio **PREFER**

*Novità delle LLGG  
sullo Scompenso CV*

*Walter Marrocco  
Resp.le Scientifico FIMMG*

**DALLA PRESTAZIONE ALLA PERFORMANCE**

**74°** Congresso Nazionale

2-7 ottobre 2017



# ESC LINEE GUIDA Scompensso Cardiaco

## Obiettivi del trattamento dello Scompensso Cardiaco

- Riduzione della mortalità
- Miglioramento :
  - Condizioni cliniche
  - Capacità funzionali
  - Qualità della vita, prevenzione delle ospedalizzazioni



# Importanza del rilievo precoce

1. **case-finding** in gruppi ad alto rischio (per es.: BPCO, DM2)
2. **diagnosi/riconoscimento** In coloro che presentano sintomi
  - i **pazienti anziani** spesso non consultano i medici per sintomi di Scompensazione Cardiaca considerandoli “*parte dell’invecchiamento*”
  - I **medici** spesso non riconoscono lo Scompensazione CV nei pazienti venuti a vista, per sintomi atipici o comorbidità
  - I pazienti generalmente si presentano ai MMG e non ai cardiologi



# Algoritmo diagnostico: regola MICE

## Ricorso a Ecocardiogramma in sospetto di Scompenso CV

Paziente con sintomi di **Affanno** in cui c'è sospetto di HF , subito Ecocardiogramma in presenza di **uno di questi elementi/sintomi**:

- Storia di IMA
- Crepitii basali
- Maschio con edemi declivi

Diversamente, eseguire il test NT proBNP e poi decidere

**MICE**: Maschio, Infarto, Crepitii, Edema

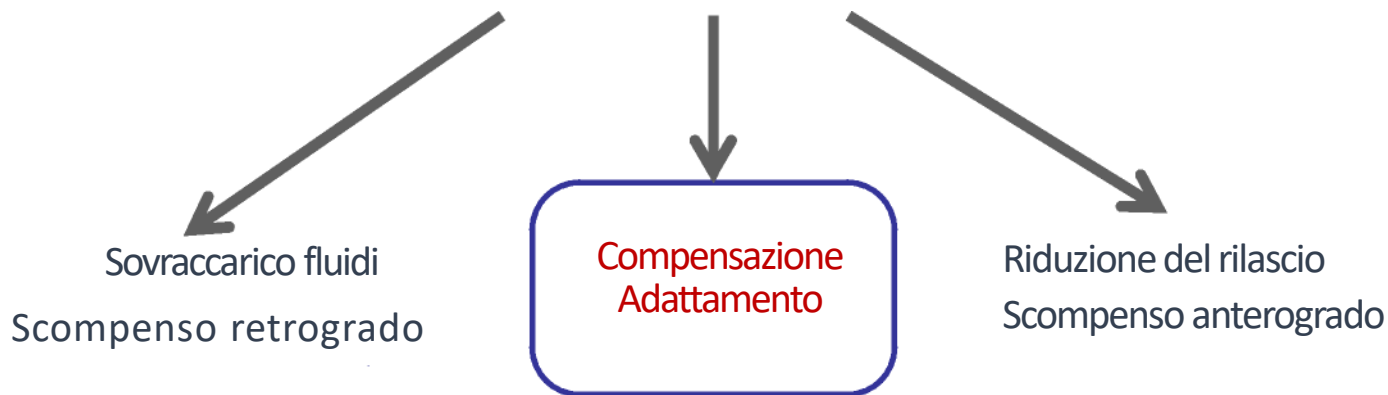
*aRoalfe et al. Eur J Heart Fail 2012;14:1000*

# Definizione di Heart Failure (HFrEF and HFpEF + HFmEF)

**Anormalità cardiache: strutturali o funzionali**



Incapacità del cuore nel rilascio di Ossigeno nella quantità commisurata alle richieste metaboliche tessutali



# Importanti variabili cliniche per la Diagnosi

- Storia: ischemia miocardio, DM2, Ipertensione
- Sintomi: affanno, affaticamento, edema delle caviglie
- Sintomi specifici: ortopnea/dispnea parossistica
- Segni:

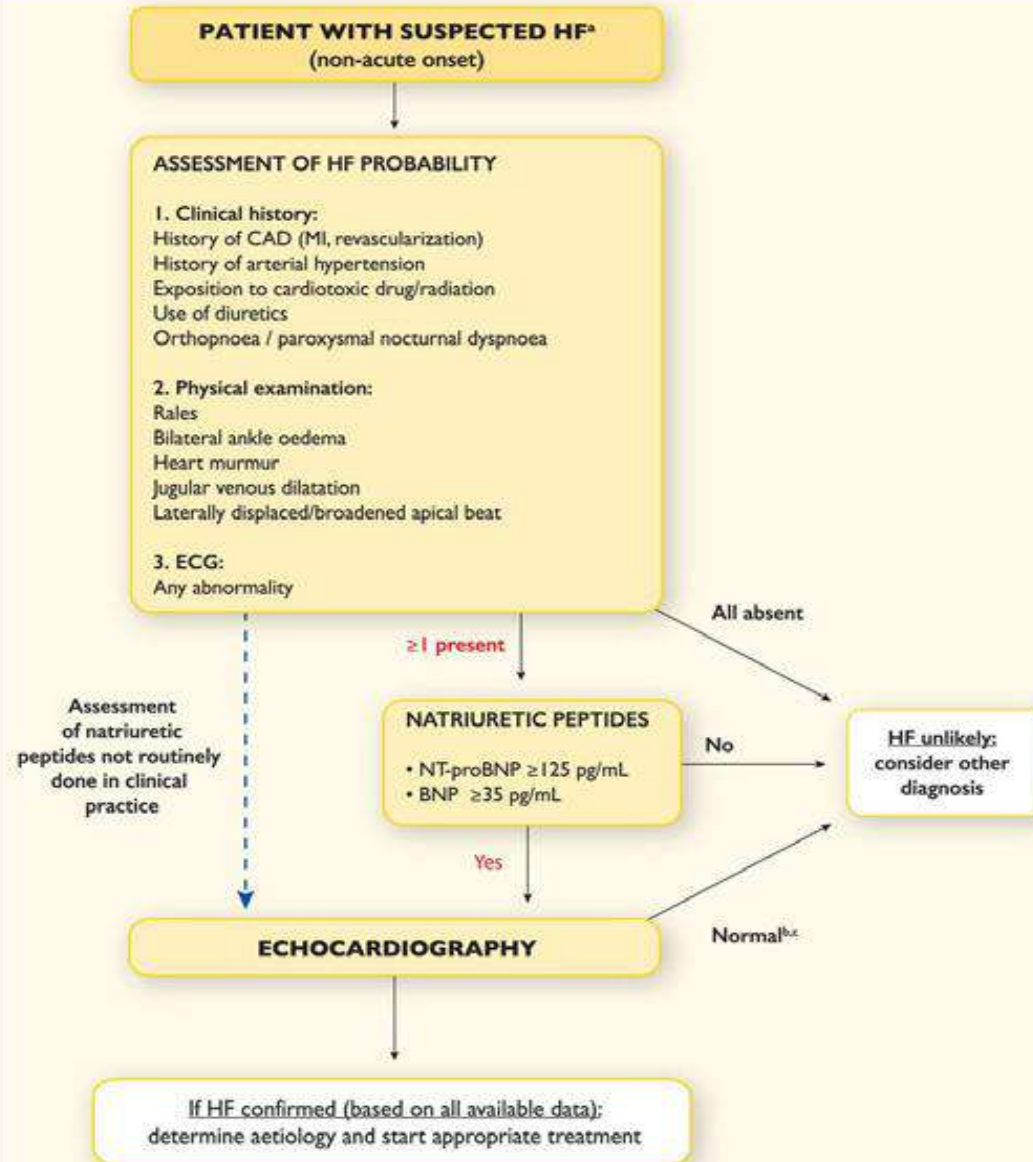
**fluidi:** crepitii polmonari, edema delle caviglie, Pressione venosa giugulare ↑

**adattamento:** dislocazione Apex Cordis, tachicardia, murmure

Frans H. Rutten<sup>1</sup>, Clare J. Taylor<sup>2</sup>, Judith R. Brouwer<sup>3</sup>, FD Richard Hobbs<sup>2,†</sup>, on behalf of the EPCCS Board



# Percorso diagnostico





# Cause di valori elevati di NTproBNP

## Dispnea acuta

- età >75 anni
- FA da embolia polmonare
- Scompenso renale acuto
- Ipertensione Arteria Polmonare – Ipertrofia Ventricolo sin
- Sepsi severa - BPCO

## Dispnea a lenta insorgenza





# Conclusioni diagnostiche e case-finding

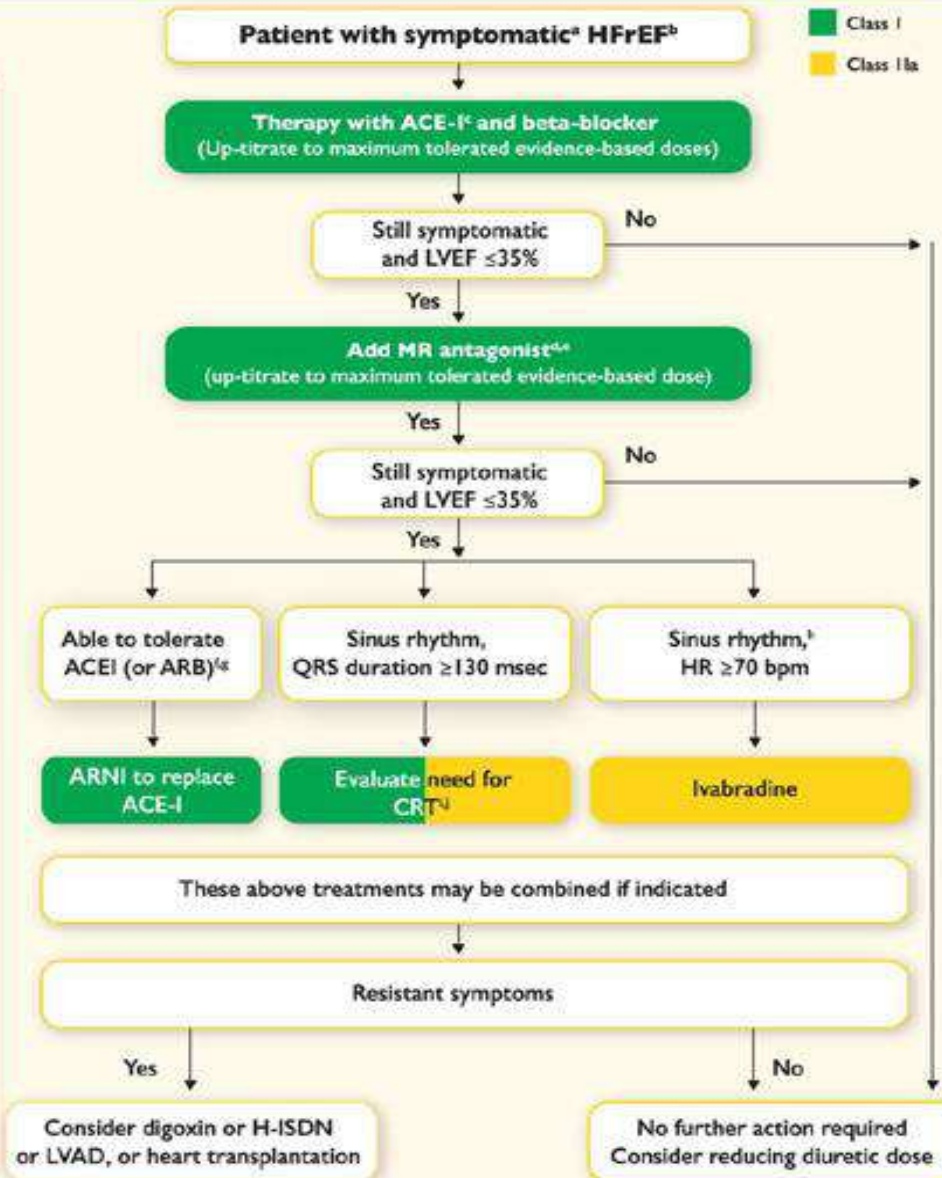
- segni & sintomi & storia: più accuratamente possibile
- Così...usare occhi, orecchie, mani e Stetoscopio
- Ansimare non significa solo Asma o BPCO
- Test aggiuntivi: importanza del test del Peptide Natriuretico
- Strumenti: score diagnostici/algoritmo utilizzabile nella pratica quotidiana
- Barriere per ecocardiografia in primary care
- Spirometria solo in condizioni di stabilità e di euvoemia
- Pazienti ad alto rischio (p.es. DM2, BPCO), profitto dal case-finding



# Terapia

Diuretics to relieve symptoms and signs of congestion

If LVEF  $\leq 35\%$  despite OMT  
or a history of symptomatic VT/VF, implant ICD



# Possiamo sostituire ACE-I or ARB con ARNI?

ARNI (LCZ696) = Sacubitril/Valsartan

- In caso di tolleranza a ACE-I o ARB
- Attesa di pochi effetti avversi
- Enalapril 10 mg b.d non è equipotente verso Valsartan 160 mg in LCZ696
- Sospensione ACE-I 36 ore prima inizio ARNI; passaggio diretto da ARB a ARNI



# Conclusioni trattamento/cura palliativa

- Inizio **precoce** del trattamento
- HFrEF: (diuretici), ACE-i/ARB, beta-blockers, MRA
- ARNI's: imminenza di HFrEF
- Pazienti con HFpEF “ringrazieranno” se vengono trattati adeguatamente con diuretici
- Considerare Spironolattone, se la pressione sanguigna è elevata
- Promozione di **Sani Stili di Vita**
- Promozione dell’**Aderenza** terapeutica
- La Gestione Integrata del Paziente è una buona opzione
- Il MMG è riferimento nell’ultimo anno di vita e per le “cure palliative”

