

## Un caso di scompenso cardiaco: gestione condivisa territorio-ospedale

### M. Leporelli

Lo scompenso cardiaco è un'alterazione della struttura e della funzione cardiaca che porta a un'insufficiente funzione di pompa del cuore. Oltre i 65 anni lo scompenso cardiaco rappresenta la prima causa di ricovero in ospedale. La prevalenza di scompenso cardiaco aumenta con l'aumentare dell'età della popolazione<sup>1</sup>. Nello studio del Medico di Medicina Generale (MMG) la popolazione anziana sta aumentando parallelamente all'invecchiamento della popolazione<sup>2</sup>. Questo comporta un aumento della prevalenza dello scompenso cardiaco tra gli Assistiti.

Compiti del MMG:

1. **prevenzione:** identificazione dei soggetti a rischio che devono essere sorvegliati longitudinalmente (ipertesi, diabetici, pazienti con cardiopatia ischemica o valvulopatia, fumatori, obesi, dislipidemici);
2. **sospetto diagnostico "precoce":** impostazione diagnostica (MMG primo referente in caso di comparsa dei sintomi e segni suggestivi di insufficienza cardiaca);
3. **invio del paziente a strutture specialistiche:** conferma o esclusione del sospetto diagnostico, chiarimento etiologia, ottimizzazione terapia;
4. **terapia:** impostazione iniziale del trattamento farmacologico e non farmacologico, che successivamente dovrebbe essere discusso e condiviso con lo specialista;
5. **educazione e informazione del paziente e dei caregivers:** farmaci e loro effetti terapeutici e collaterali, attività fisica, necessità di aderenza terapeutica;
6. **gestione dei follow-up:** controlli periodi programmati dal MMG per il paziente stabile, condivisione con lo specialista in classi funzionali più avanzate o instabilità con quadro clinico complesso;
7. **assistenza domiciliare:** il MMG è responsabile dell'assistenza domiciliare che può essere svolta da solo o con accesso a assistenza domiciliare programmata (ADI-ADP)<sup>3</sup>.

Lo scompenso cardiaco è una patologia che deve essere gestita con un ambulatorio cardiologico di riferimento. Questo è previsto anche nelle linee di indirizzo della Regione Lazio per la gestione a livello territoriale del Paziente cronico<sup>4</sup>.

Illustrerò un caso in cui si è realizzata l'auspicata collaborazione tra il territorio (MMG) e l'ambulatorio cardiologico di riferimento territoriale Ambulatorio dello Scompenso Cardiaco del Policlinico Agostino Gemelli.

#### **Caso Clinico**

- Paziente di anni 83, ex bersagliere, ex maratoneta
- Iperteso dall'età di 40 anni
- Da circa 20 anni cardiopatia ipertensiva con extrasistolia ventricolare trattata con amiodarone che ha dovuto sospendere per insorgenza di ipotiroidismo

- Gennaio 2018: dopo sindrome influenzale comparsa di dispnea a riposo e riscontro di flutter atriale.
  - Dopo congrua terapia anticoagulante orale viene sottoposto a cardioversione elettrica con successiva recidiva dell'aritmia
  - Luglio 2018: ricovero per peggioramento della dispnea e sintomi di scompenso cardiaco con nuovo tentativo di cardioversione elettrica, senza risoluzione dell'aritmia
  - Eseguito ecocardiogramma trans toracico che evidenzia severa riduzione della frazione di eiezione (26%)
  - Eseguita coronarografia che evidenzia severa coronaropatia trivasale coinvolgente il tronco comune con indicazione a bypass aortocoronarico
  - Le condizioni cliniche non consentono l'intervento cardiocirurgico per cui si esegue angioplastica coronarica (PCI) con impianto di due stent su TC-Discendente anteriore-RI
  - Terapia alla dimissione:
  - Plavix 75, Cardioaspirina, Coumadin, Sotalolo 80 mg: ¼ cpx2 die, Lasix 25
  - Agosto 2018: progressivo aumento dei segni di scompenso resistenti ad aggiustamenti terapeutici domiciliari
  - 08/08/2018 ricovero Policlinico A. Gemelli per scompenso cardiaco acuto con diagnosi di ammissione di "Scompenso cardiaco a frazione d'eiezione ridotta (FE=25%), Insufficienza mitralica di grado lieve (IIIb sec Carpenter), Flutter atriale, Recente angioplastica percutanea su TC-IVA-RI con impianto di 2 stent (luglio 2018), Ipertensione arteriosa sistemica, dislipidemia"
  - All'ingresso:
  - NT-proBNP 15485 pg/ml
  - HB12,2 gr/dL
  - Creatinina 1,6 mg/dL
  - Potassio 3,6 mmol/mol
  - Sodio 141 mmol/mol
  - TnI 0,065, 0,075, 0,038 in tre determinazioni successive
  - Coronarografia: aterosclerosi coronarica diffusa, pervietà degli stent impiantati precedentemente
  - ECG: flutter/tachicardia atriale a conduzione AV variabile con extrasistoli ventricolari, possibile pregressa necrosi antero-settale, QTc allungato
  - Ecocardiogramma: severa dilatazione e disfunzione contrattile VS, ipocinesia globale; dilatazione atrio sn, stenoinficienza aortica lieve, grave insufficienza mitralica (IIIb sec Carpentier), insufficienza tricuspide di grado medio (VC 5) con PAPs stimata di 50 mmhg
- Durante il ricovero la terapia viene ottimizzata con inserimento di:
- Entresto 24/26 mg 1 cp x 2 al dì, Bisoprololo 2,5 mg 1 cp al dì, Plavix 75 1 cp al dì, Cardioaspirina 100 mg 1 cp al dì, Xarelto 15 mg 1 cp al dì, Lasix 25 mg 1 cp x 2 al dì, Inegy 10/10 1 cp al dì

Alla dimissione miglioramento significativo della funzione contrattile e dell'insufficienza mitralica.

Novembre 2018 ricovero per scompenso ingravescente con frazione di eiezione ridotta, in questa occasione è stato necessario impianto di defibrillatore automatico impiantabile (ICD) biventricolare con aggiustamento terapia con incremento della terapia diuretica.

Al primo controllo strumentale dell'ICD si è reso necessario incremento della terapia betabloccante per ridurre l'elevata frequenza cardiaca con riduzione dell'efficacia della stimolazione.

Il MMG ha esercitato controllo stretto sui parametri clinici (dispnea, peso corporeo, edemi declivi, segni di stasi polmonare/epatica, condizioni generali) e sui parametri di laboratorio (anemia, insufficienza renale, BNP) anche con l'utilizzo di un Diario Quotidiano rilasciato al Paziente. Questo tipo di approccio ha permesso di rilevare tempestivamente i segni di aggravamento ricevendo consigli per gli aggiustamenti terapeutici o per programmare tempestivamente controlli cardiologici o ricoveri.

Il Paziente è stato educato a controllare e segnalare al MMG le variazioni delle sue condizioni generali: incremento di peso, edemi declivi, dispnea sotto sforzo, a riposo o notturna, variazioni della frequenza cardiaca e pressione arteriosa e a modulare l'assunzione dei diuretici, in base all'incremento di peso, sotto il controllo del Medico di Medicina Generale.

## BIBLIOGRAFIA

1. [www.salute.gov.it/portale/salute](http://www.salute.gov.it/portale/salute) p1\_5 25 gennaio 2013.scompensocardiaco.
2. World Health Organization. World Health Day 2012 - Ageing and health - Toolkit for event organizers. WHO; 2012.
3. SIMG Scompenso cardiaco. Gestione in Medicina Generale dalla diagnosi al follow up.2016.
4. Regione Lazio 7 ottobre 2015 linee di indirizzo per gestione a livello territoriale della presa in carico del Paziente cronico e relativo percorso attuativo.

Dott.ssa Marina Leporelli, Medico di Medicina Generale, ASL Roma 1

Per la corrispondenza: [marilepor@yahoo.it](mailto:marilepor@yahoo.it)