

Dimettere i pazienti con insufficienza cardiaca dall'ospedale

La dimissione di un paziente che ha avuto un episodio di insufficienza cardiaca acuta rappresenta una fase critica nelle cure che gli vengono prestate. Il rischio di una nuova ospedalizzazione entro 30 giorni dalla prima è elevato.¹ Il rischio di mortalità per i pazienti con insufficienza cardiaca è alto fin dal principio e aumenta ad ogni successiva ospedalizzazione o evento.² Tenendo presente i passi dettagliati di seguito prima delle dimissioni si agevola la transizione dalla dimissione alle cure di follow-up e al monitoraggio proattivo per migliorare gli esiti per il paziente.

Piano generale di gestione dell'insufficienza cardiaca

Visite di follow-up successive

I medici che seguono il paziente regolarmente sono stati informati e sono stati fissati gli appuntamenti post-dimissione necessari? Considerare le seguenti opzioni per i caregiver:

- Clinica cardiologica Medico di medicina primaria Cardiologo/Internista Programma di riabilitazione cardiaca
 Altro.....

Laddove opportuno: Le cure palliative e trattamenti attivi possono coesistere fino al passaggio all'hospice per le cure. La gestione del dolore e le cure palliative sono state discusse/esaminate prendendo nota delle preferenze del paziente?

Interventi sullo stile di vita e relativa gestione

Modificazioni dello stile di vita: discutere

- Aderenza alla terapia Attività fisica regolare
 Alimentazione sana (incl. limitata assunzione di sodio) Cessazione del fumo (cfr. Ulteriori informazioni di seguito)

Informazione dei pazienti

- Le necessarie informazioni e indicazioni sono state comunicate verbalmente e per iscritto e il paziente e il caregiver le hanno comprese e accettate? Il paziente sente di essere sostenuto mentalmente e pensa di essere informato circa la diagnosi e le cure successive? (cfr. Ulteriori informazioni di seguito)

Informazione alla famiglia/al caregiver

Le necessarie informazioni sono state comunicate verbalmente e per iscritto?

Considerazioni sulle cure/assistenza e sulla terapia e relative controindicazioni

Ecocardiografia/altri esami (TC ecc.)

Tutti gli esami registrati nelle cartelle cliniche sono stati esaminati e comunicati ai medici che seguiranno il paziente dopo la dimissione?

Dati del paziente alla dimissione

- FE (se misurata) BNP/NT-proBNP K⁺ (normale: 3,6–5,2 mmol/L)
 Valore di eGFR Creatinina PA
 FC Peso NYHA

Nel prescrivere terapie alla dimissione, valutare quanto segue:

- Le terapie in atto devono essere aggiustate o possono essere interrotte? Lo schema posologico (incl. il dosaggio di emergenza dei diuretici) e lo schema di titolazione sono stati documentati e comunicati?
 Gli elettroliti e la funzionalità renale ed epatica sono a livelli sufficienti prima di iniziare la terapia e nel corso della terapia? Le controindicazioni e le comorbidità sono state prese in considerazione e documentate (cfr. sotto)?

A causa delle interazioni tra la malattia cardiaca e determinate comorbidità, per fornire un trattamento ottimale occorre prestare particolare attenzione a quanto segue:

- Diabete di tipo 2/Livelli di HbA1) Insufficienza renale cronica Cardiopatia ischemica
 Controllo del potassio Fibrillazione/flutter atriale Iperlipidemia
 Pressione arteriosa/Ipertensione Sideropenia Malattia valvolare cardiaca

Nel prescrivere le seguenti classi di medicinali, considerare attentamente le interazioni (ad es. FANS), le controindicazioni e gli schemi di titolazione. Se si seleziona No, è importante assicurarsi dell'esistenza di un piano terapeutico.

- RAASi (ACEi/ARNi o ARB)*** Sì No **Beta-bloccanti*** Sì No **MRA*** Sì No
Inibitori SGLT2 Sì No **Diuretici*** Sì No
 Diuretici dell'ansa Tiazidici Diuretici risparmiatori di potassio

La combinazione di **idralazina e isosorbide dinitrato*** è raccomandata in aggiunta allo standard di cura per i pazienti di etnia nera con ICFEr che presentano sintomatologia avanzata o pazienti intolleranti alla terapia con ACEi, ARB o ARNi.

Dispositivi – ICD / CRT (-D/ -P): Il trattamento mediante dispositivo è indicato? Sì No

Se sì, è in corso di attuazione un piano terapeutico?

Per altre terapie esistenti, assicurarsi di considerare e includere quanto segue:

- Obiettivi generali del trattamento Controindicazioni Schema posologico Schema di titolazione

*Se appropriato, documentare lo schema di titolazione

Ulteriori informazioni

Cessazione del fumo

I servizi locali di supporto per la disassuefazione dal fumo sono gratuiti e accoglienti e possono accrescere le probabilità che il tentativo di smettere di fumare abbia successo.

Più info
www.rauchstopplinie.ch

Salute mentale

Convivere con l'insufficienza cardiaca può avere un impatto negativo sulla salute mentale. Poter parlare con qualcuno e ricevere supporto è importante. «Heart Matters» è un modo per ricevere consigli e supporto. Partecipare a programmi di riabilitazione a livello locale è un ulteriore modo per ritornare alla vita quotidiana..

Più info
www.swissheart.ch

Più info
www.heartfailurematters.org

Per ulteriori informazioni sulla dimissione, cfr. "2019 ACC Expert Consensus Decision Pathway on Risk Assessment, Management, and Clinical Trajectory of Patients Hospitalized with Heart Failure" Hollenberg SM. et al. J Am Coll Cardiol 2019;74:1966–2011

Più info
www.jacc.org

Riferimenti

1. L. G. e. a. Suter, "National patterns of risk-standardized mortality and readmission after hospitalization for acute myocardial infarction, heart failure, and pneumonia: update on publicly reported outcomes measures based on the 2013 release," J Gen Intern Med, pp.1333-1340, 2014.
2. T. Y.-C. e. al., "Worse Prognosis in Heart Failure Patients with 30-Day Readmission," Acta Cardiol Sin, vol. 32, pp. 698-707, 2016.