

Nowe wytyczne - nowe wyzwania w organizacji opieki nad chorym z niewydolnym sercem



EUROPEAN
SOCIETY OF
CARDIOLOGY



*Przemysław Leszek
Klinika Niewydolności Serca i Transplantologii
Instytut Kardiologii*

**Opieka multidyscyplinarna redukuje ryzyko
hospitalizacji i śmiertelność chorych z niewydolnym
sercem**

Niewydolność serca – co możemy zrobić ???

Metaanaliza badań randomizowanych 29 badań (5039 badanych)

Utworzenie wielospecjalistycznych zespołów leczących (szpitalnych i ambulatoryjnych):

- ↓ śmiertelność o 25%
- ↓ HF hospitalizacje o 26%
- ↓ całkowitą ilość hospitalizacji o 19%

Wdrożenie edukacji i nauka samokontroli objawów przez chorych:

- ↓ HF hospitalizacje o 34%
- ↓ całkowitą ilość hospitalizacji o 27%

Możliwość kontaktu telefonicznego z jednoczesnym skierowaniem do lekarza rodzinnego w celu dalszej opieki:

- ↓ HF hospitalizacji o 25%



Pielęgniarka

Lekarz
Pierwszego
Kontakt



Kardiolog

Psycholog
Rehabilitant
Dietetyk
Pracownik socjalny
.....

Echo
Elektrofizjolog

Characteristics

Should employ a multidisciplinary approach (cardiologists, primary care physicians, nurses, pharmacists, physiotherapists, dieticians, social workers, surgeons, psychologists, etc.).

Should target high-risk symptomatic patients.

Should include competent and professionally educated staff.⁶¹⁷

Współpraca pacjenta

*Panie Doktorze, staram się jeść zdrowo,
nigdy nie posypuję moich lodów solą,
jem tylko bezkofeinową pizzę, a moje piwo
zawiera 0% cholesterolu*

Copyright 2004 by Randy Glasbergen.
www.glasbergen.com



Zalecenia:

- Dalsze leczenie w Poradni Lekarza POZ i Rejonowej Poradni Kardiologicznej.
- Konsultacja w Poradni KNSiT z ECHO i EKG – w dniu wizyty (skierowania wydano).
- Okresowa kontrola CRT-D w Pracowni Kontroli Stymulatorów IK – proszę przynieść wynik kontroli na kolejną wizytę.
- Regularna kontrola glikemii, a także okresowo: lipidogramu, ASPAT, ALAT, CPK, kreatyniny, jonogramu (poziom potasu w granicach 4,5 - 5,0 mmol/l), glukozy w surowicy krwi.
- Systematyczna kontrola wsk. INR (zalecane wartości: 2.0 – 3.0) w trakcie leczenia przeciwkrzepliwego acenokumarolem

Uwaga:

- Przyjmowanie leków przeciwkrzepliwych zwiększa ryzyko krwawienia.
 - Na kilka dni przed ew. planowanym zabiegiem operacyjnym należy odstawić Sintrom / Acenocumarol i podawać podskórnie heparynę drobnocząsteczkową w dawce profilaktycznej
 - Gdy ustanie ryzyko krwawienia po zabiegu, Sintrom / Acenocumarol należy ponownie włączyć, początkowo stosując go łącznie z heparyną sc, a dalej w takiej dawce, aby INR był w granicach: 2,0 – 3,0.
 - Dieta śródziemnomorska z dużą zawartością warzyw i owoców, min. 2 x w tygodniu ryby morskie, niskokaloryczna z ograniczeniem cukru, tłuszczu stałego (zalecane: oliwa z oliwek, olej z pestek winogron lub rzepakowy niskoerukowy) oraz soli kuchennej. Przyjmowanie płynów 2 – 2,5 l/dobę.
 - Systematyczna kontrola ciśnienia tętniczego (poniżej 130/80 mmHg) i tętna oraz wagi.
 - Konieczna kontrola lipidogramu co 6 miesięcy oraz kontrola elektrolitów, transaminaz, CPK podczas przyjmowania statyn
- Docelowe wartości: chol < 190 mg% (4.9 mmol/l), LDL < 70 mg% (1.8 mmol/l), HDL > 45 mg% (1.2 mmol/l), TG < 140 mg% (1.65 mmol/l)

Leki:

Bisopromerck 10 mg (R)

Prestarium 2 x 2.5 mg (R+K) w dniu w zależności od ciśnienia do zwiększenia dawki 2 x 5 mg (R+K)

Spironol 25 mg (R)

Acenokumarol wg INR 2.0-3.0 (O)

Hydrochlorotiazyd 25 mg (R) – dalsze leczenie I intensyfikacja / redukcja leku moczopędnego w zależności od odpowiedzi diuretycznej

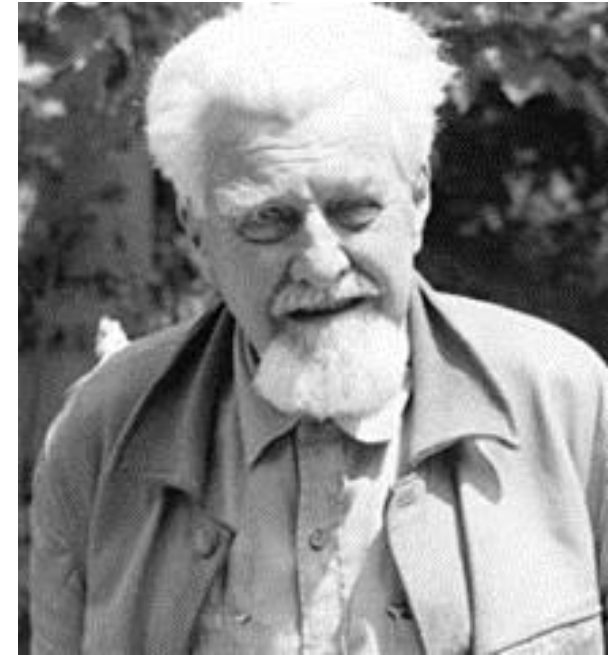
❖ Gdy lekarz coś powiedział,
nie znaczy to, że pacjent usłyszał

❖ Jeżeli pacjent to usłyszał,
nie znaczy jeszcze, że zrozumiał

❖ Jeżeli zrozumiał, nie znaczy, że się z tym zgadza

❖ Jeżeli się zgadza, nie znaczy, że się do tego zastosuje

❖ Jeżeli się zastosuje, nie znaczy to jeszcze, że będzie
się stosował do tego co dzień



Konrad Lorenz

Aspekt finansowy

- Porada 35 PLN
- Porada z EKG 50 PLN
- Porada z ECHO 100 PLN

- **OPTYMALNA FARMAKOTERAPIA**

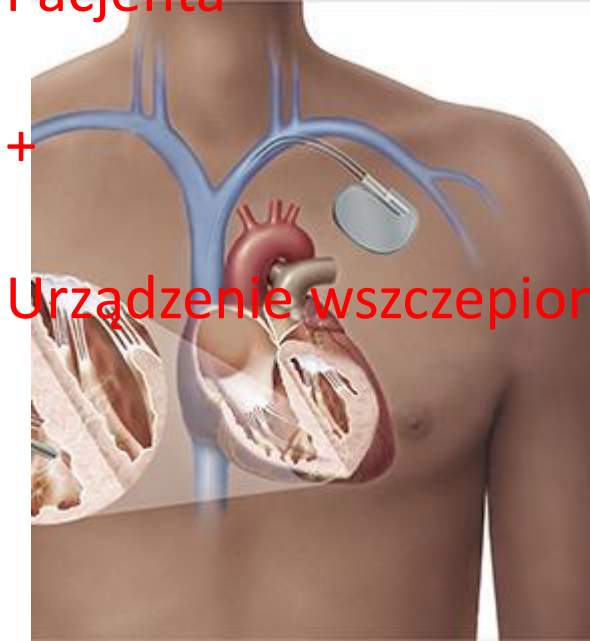
Aspekt finansowy - elektroterapii

- Wszczepienie ICD 26 624 (8 500 koszt urządzenia)
- Wszczepienie CRTD 39 988 (16 000 koszt urządzenia)

Elektroterapia

Regularne kontrole ambulatoryjne

Pacjenta



Niewydolność serca – hospitalizacje

W 2012 roku wg Narodowego Funduszu Zdrowia:

- **94%** wszystkich środków przeznaczonych na diagnostykę i leczenie niewydolności serca pochłonęły **hospitalizacje**
- co **4 pacjent jest re-hospitalizowany** w czasie krótszym niż 30 dni
- 2% ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne
- 4% rehabilitacja lecznicza

W ostrej niewydolności serca (AHF) obowiązuje przyspieszone postępowanie diagnostyczne i terapeutyczne

Ostra niewydolność serca – szybka ocena i postępowanie

bo czas to mięsień i narządy



HOSPITALIZACJA niewydolności serca

(ceny w PLN)

- Niewydolność serca – bez powikłań 1 612
- Niewydolność serca – z powikłaniami 2 444
- Niewydolność serca zaawansowana 3 120

Niewydolność serca – śmiertelność

380 000 liczba zgonów w Polsce

171 000 liczba zgonów sercowo- naczyniowych

60 000 liczba zgonów z powodu niewydolności serca

Dziennie:
1041 zgonów
469 zgonów
sercowo - naczyniowych
164 zgony
niewydolność serca

Znamy problem – czas na rozwiązanie

Opieka multidyscyplinarna

Dostęp do lekarza specjalisty

Możliwość hospitalizacji w ośrodku sprofilowanym na leczenie niewydolności serca

Aspekt finansowy
