

PŘECHOD Z AKUTNÍ PÉČE K DLOUHODOBÉMU AMBULANTNÍMU MANAGEMENTU



1. LÉKAŘSKÁ
FAKULTA
Univerzita Karlova



VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ
NEMOCNICE V PRAZE

Doc. MUDr. Vladimír Tuka, Ph.D.

Centrum sportovní kardiologie VFN
2. Interní klinika – klinika kardiologie a angiologie,
VFN a 1. Lékařská fakulta UK, Praha
Komplexní kardiovaskulární centrum



Kontinuita péče o pacienty se srdečním selháním

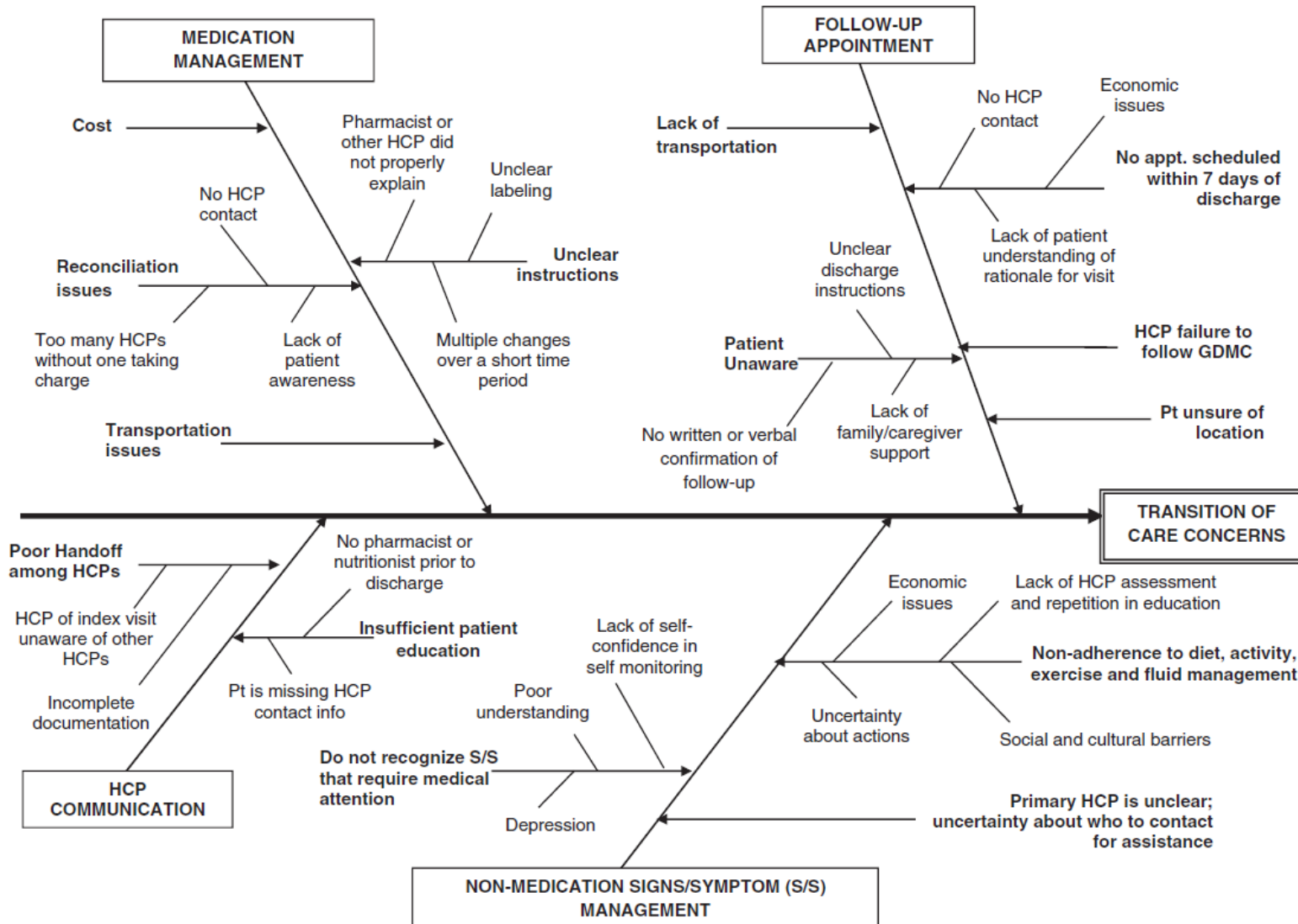


Figure. Prominent factors impeding transition of care in chronic heart failure care. GDMC indicates guideline-directed medical care; HCP, healthcare provider; and Pt, patient.

Akutní vs. chronická péče – různé cíle?

- Akutní péče

- Hodiny - dny
- Kontrola několikrát denně
- Menší zapojení pacienta
- Více zacílená
- Drahá

- Chronická péče

- Měsíce - roky
- Kontroly 1-6x měsíčně (mezičas)
- Více záleží na spolupráci pacienta
- Více „okruhů“ k řešení (vč. sociální, ekonomické, apod.)
- Méně nákladná?

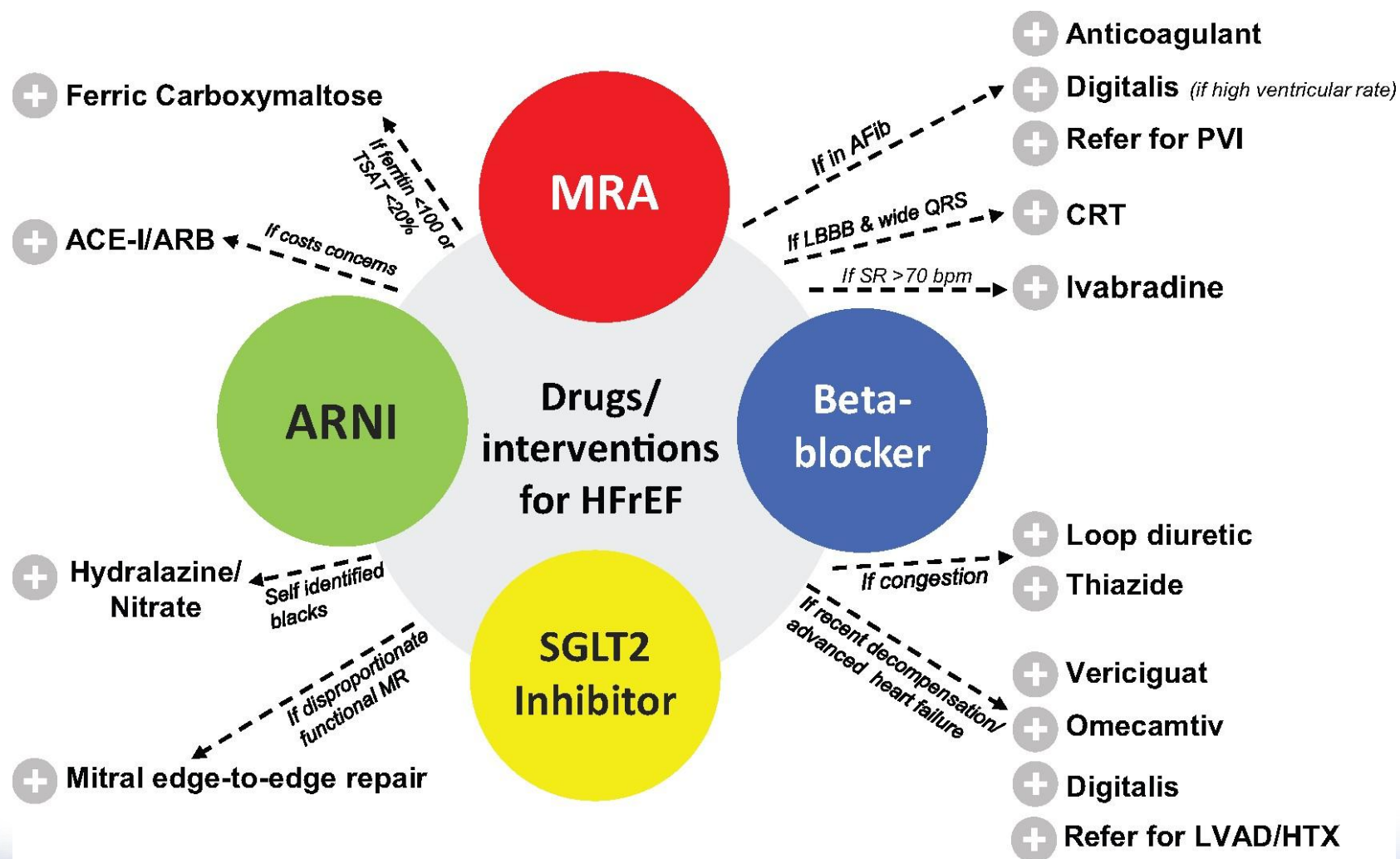


Co vše je potřeba zvládnout?

- Optimální doporučená farmakoterapie
 - Identifikace potenciálně škodlivé farmakoterapie
- Arytmie
- Psychické zdraví / pohoda
- Pohybová aktivita
- Nutriční intervence
 - Bariatrická chirurgie
- Sociální problematika

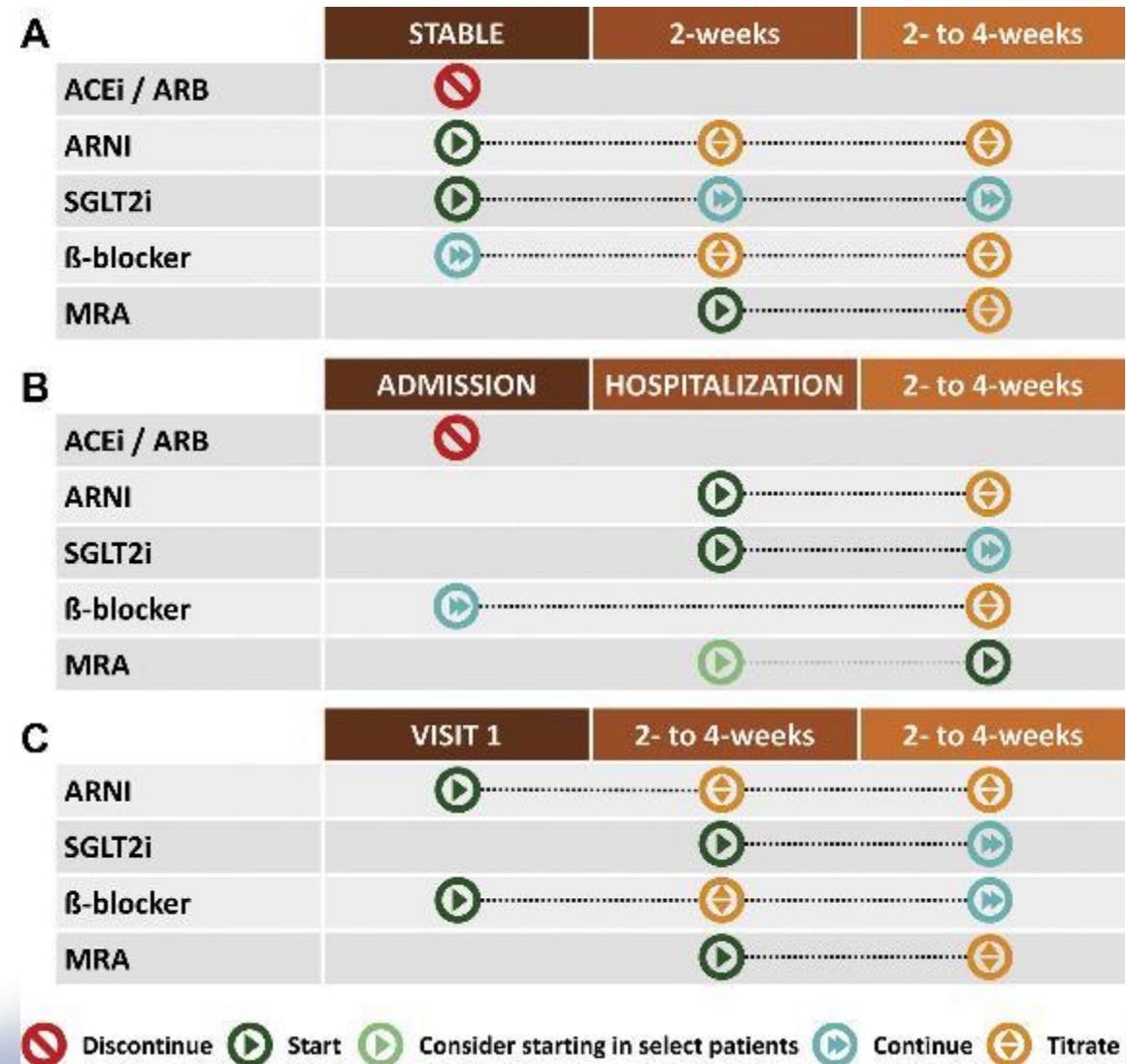


Farmakoterapie srdečního selhání



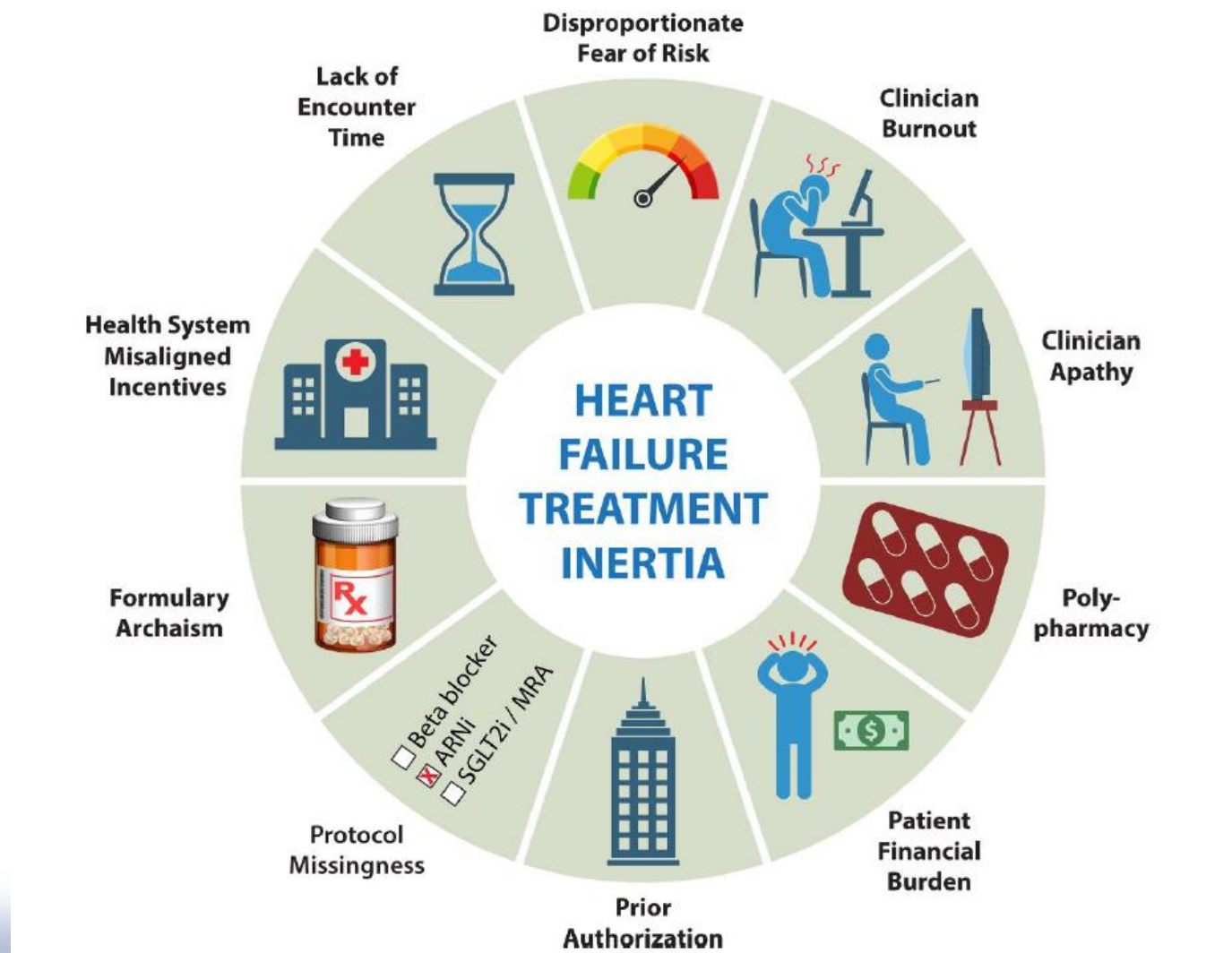
Farmakoterapie srdečního selhání – iniciace, titrace

- Medikace srdečního selhání nedostatečně preskribována
 - Aniž by byly kontraindikace
- Terapeutické váhání a inercie
- Posun od sekvenčního formátu s pomalou titrací k rychlejšímu **paralelnímu zahájení léčby**
- Benefits jsou patrné časně po zahájení



Co nám brání v dosažení cílových dávek?

- **Terapeutická inercie**
 - Pacient
 - Lékař
 - Systém (úhrady, schvalování)
- **VZP PLUS – srdeční selhání**



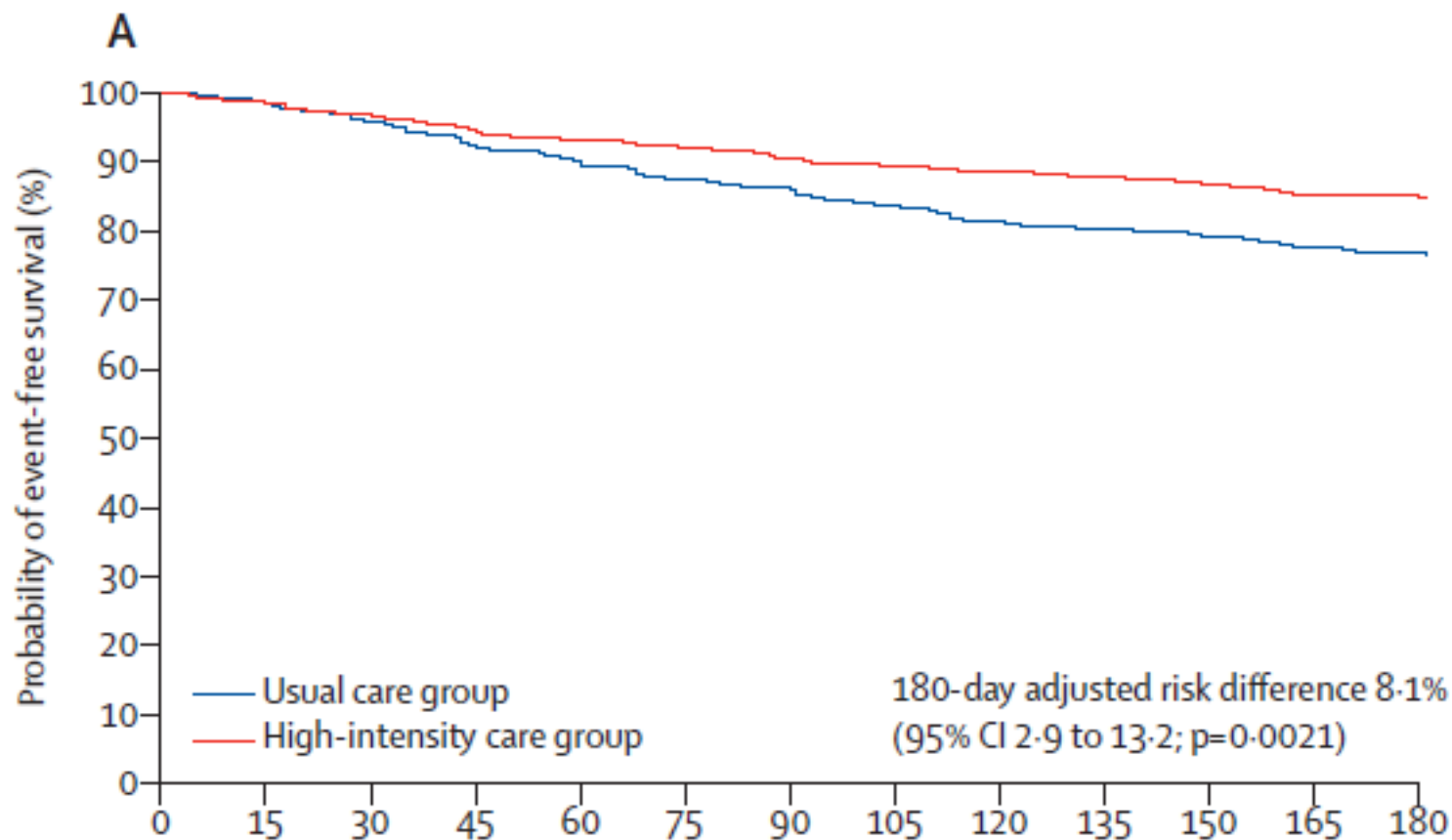
STRONG-HF

High-intensity care group

- None
- Less than half of a full optimal dose
- Half to less than a full optimal dose
- Full optimal dose or more

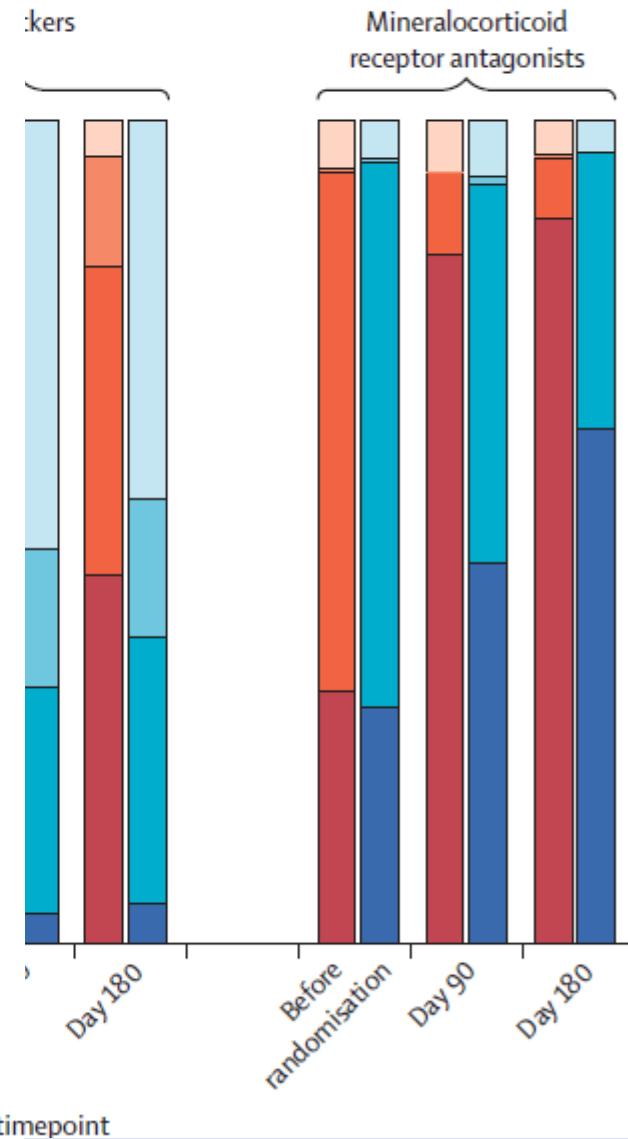
Usual care group

- None
- Less than half of a full optimal dose
- Half to less than a full optimal dose
- Full optimal dose or more



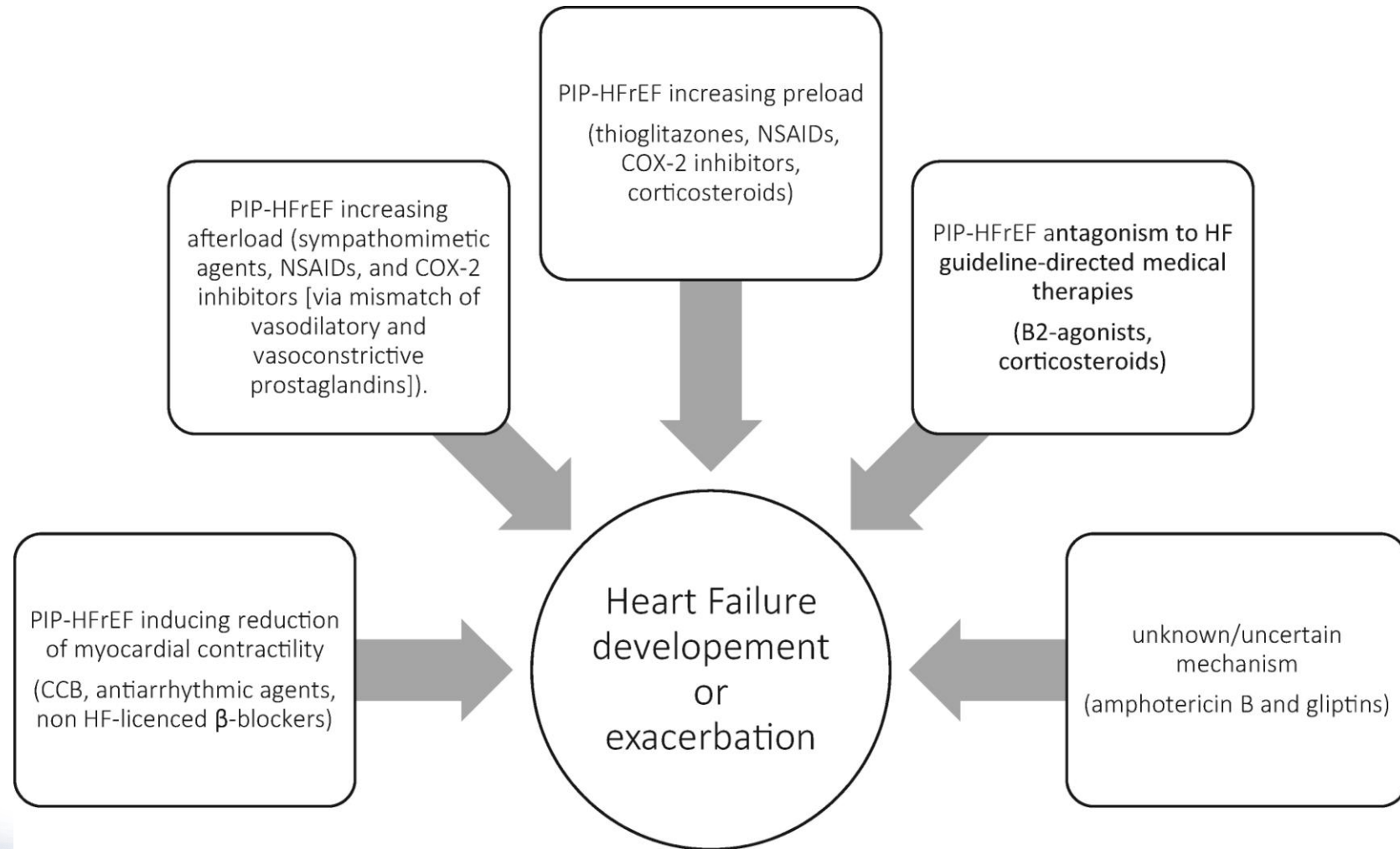
Number at risk

Usual care group	502	494	474	454	439	423	410	394	381	373	366	353	329
High-intensity care group	506	497	484	466	449	440	430	419	415	408	397	384	345

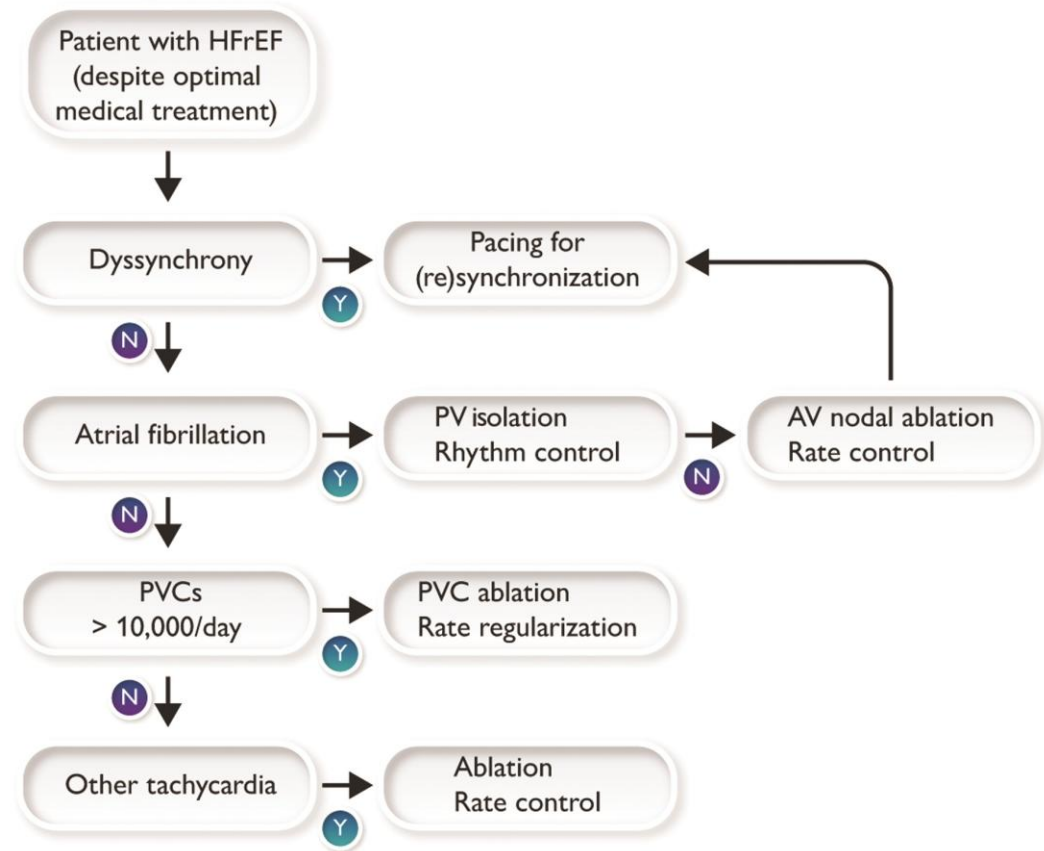
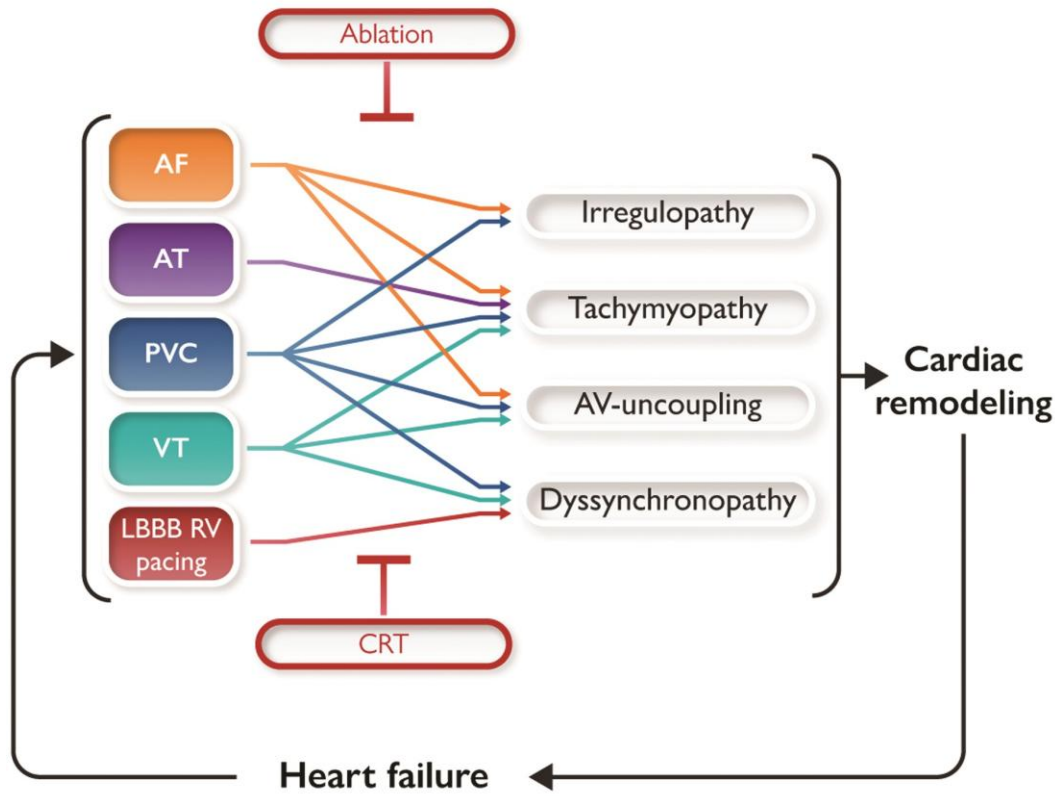


Potenciálně nevhodná preskripce u pacientů se srdečním selháním

- Způsobuje srdeční selhání
- Škodí pacientům se srdečním selháním
- Zátěž komorbiditami
- Polypragmazie
- Volně prodejné léky



Arytmologická problematika u pacientů se srdečním selháním

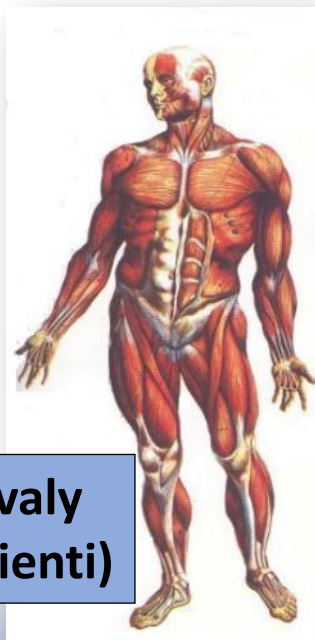
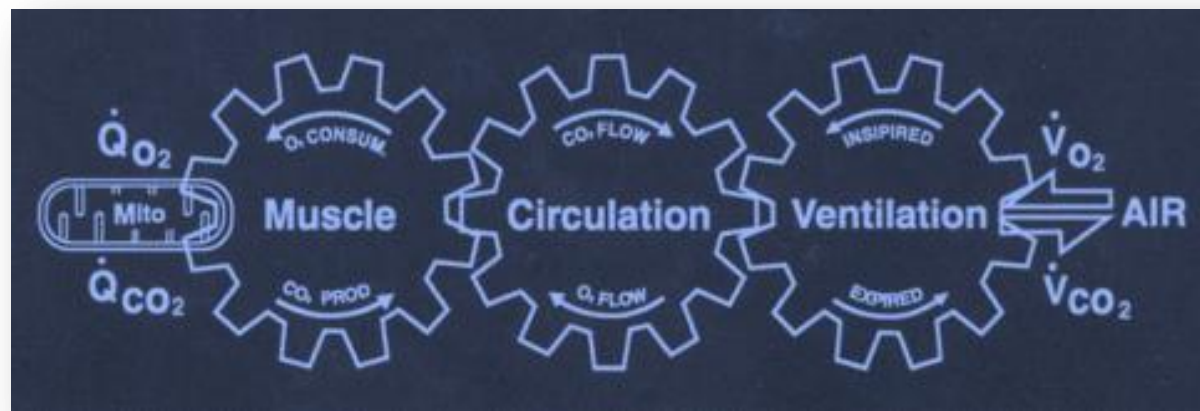


Rizikové faktory spojené s duševním zdravím a intervence u pacientů se srdečním selháním

- Deprese je spojena se ↑ rizikem progresu srdečního selhání
- Nedostatečná sebepéče (non-adherence) postihuje > 50% pacientů se srdečním selháním
- Víceero možností intervence (kognitivně-behaviorální terapie, cvičení, psychofarmaka, „patientské skupinky“)
- Cíle péče o sebe pacientů se srdečním selháním
 - Symptomy a kontrola hmotnosti k časně detekci retence tekutin
 - Zdravá dieta s nízkým obsahem soli a restrikce příjmu tekutin
 - Propagace zdravého životního stylu
 - Podpora adherence k užívání medikacen
 - Vhodné sledovat psychosociální bariéry v péči o sebe



Pohybová aktivita pacientů se srdečním selháním



**Periferní svaly
(všichni pacienti)**



**CRT-D
(Vybraní pac.)**

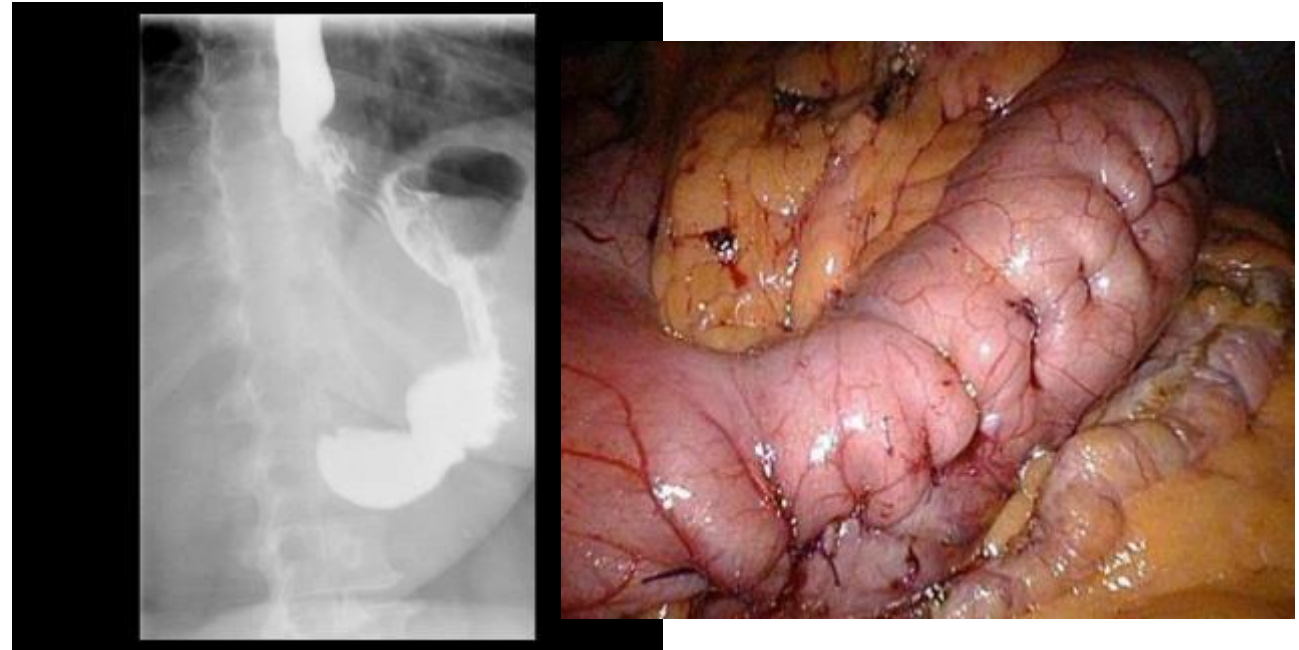


**Trénink inspiračních
svalů
(Vybraní pacienti)**



Kontrola hmotnosti – Bariatrická chirurgie

- Strava, pohybová aktivita, farmacoterapie
- Bariatrická chirurgie
 - Zlepšuje funkci LK (až o 10 %)
 - Zlepšuje třídu NYHA (o 0.5)
 - Bridge-to transplant



Laskavost Dr. Hvižd' (Všeobecná fakultní nemocnice v Praze)



Potřeba case manager and koordinátora týmu

TABLE 25 Important Components of a Transitional Care Plan

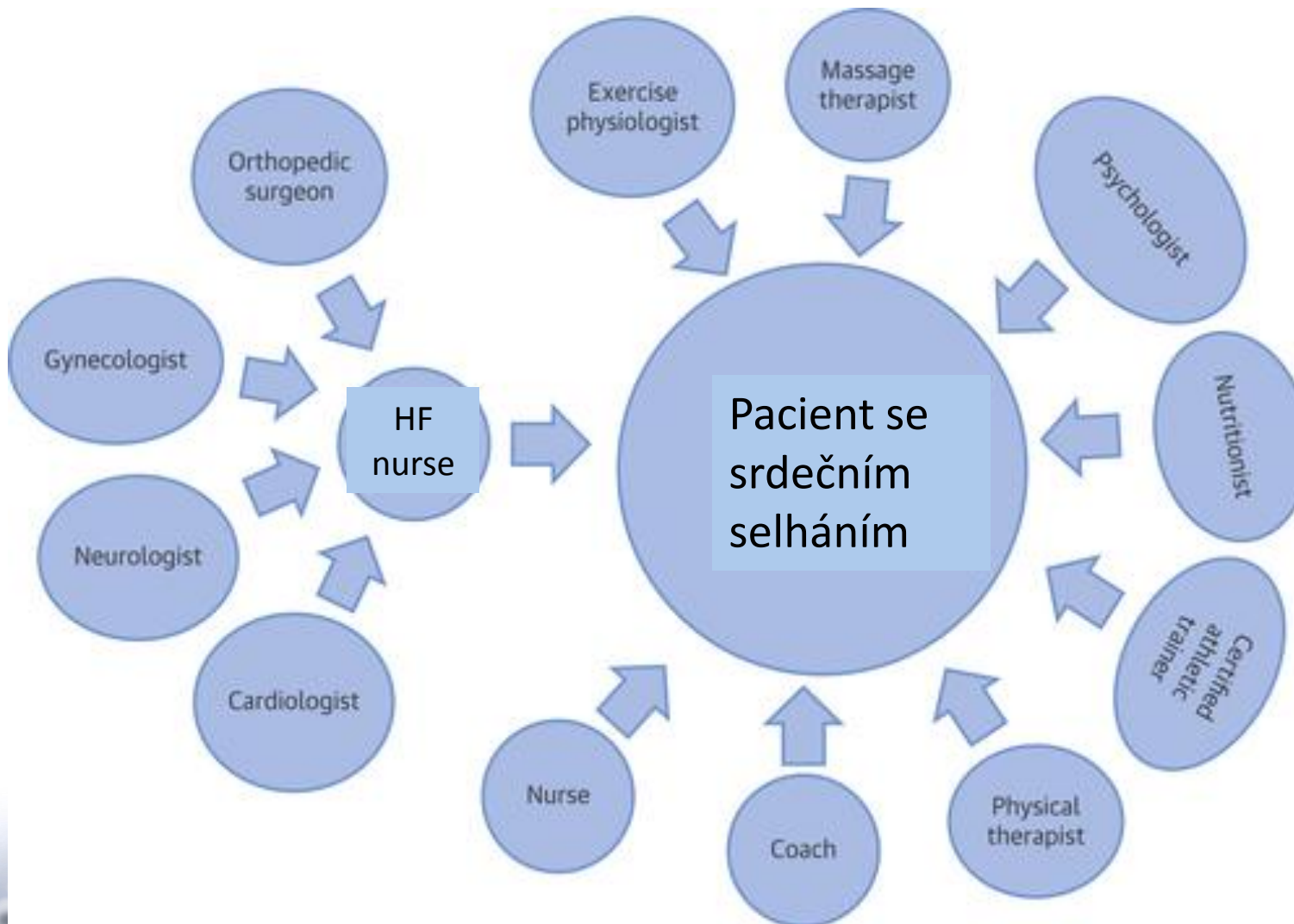
A transitional care plan, communicated with the patient and their outpatient clinicians before hospital discharge, should clearly outline plans for:

- Addressing any precipitating causes of worsening HF identified in the hospital;
- Adjusting diuretics based on volume status (including weight) and electrolytes;
- Coordination of safety laboratory checks (e.g., electrolytes after initiation or intensification of GDMT);
- Further changes to optimize GDMT, including:
 - Plans for resuming medications held in the hospital;
 - Plans for initiating new medications;
 - Plans for titration of GDMT to goal doses as tolerated;
- Reinforcing HF education and assessing compliance with medical therapy and lifestyle modifications, including dietary restrictions and physical activity;
- Addressing high-risk characteristics that may be associated with poor postdischarge clinical outcomes, such as:
 - Comorbid conditions (e.g., renal dysfunction, pulmonary disease, diabetes, mental health, and substance use disorders);
 - Limitations in psychosocial support;
 - Impaired health literacy, cognitive impairment;
- Additional surgical or device therapy, referral to cardiac rehabilitation in the future, where appropriate;
- Referral to palliative care specialists and/or enrollment in hospice in selected patients.

GDMT indicates guideline-directed medical therapy; and HF, heart failure.



Péče o vrcholového sportovce jako model péče i pro pacienty se srdečním selháním?



Děkuji za pozornost

