

Azienda Ospedaliera di Cosenza

**PROCEDURA FINALIZZATA ALLA GESTIONE
CONGIUNTA (UOC MCAE/UOC CARDIOLOGIA) DEI
PAZIENTI CON TACHIARITMIA SOPRAVENTRICOLARE**

DOCUMENTO DI CONSENSO SULLA GESTIONE DELLE TACHIARITMIE SOPRAVENTRICOLARI IN PRONTO SOCCORSO

RESPONSABILI DELLA PROCEDURA

Dr. Francesco De Rosa – Direttore UOC di Cardiologia e UTIC

Dr. Michele Mitaritunno - Direttore UOC MCAE

PREMESSA

La Tachicardia Parossistica Sopraventricolare (TPSV), il Flutter Atriale (FFA) e la Fibrillazione Atriale (FA) costituiscono le aritmie sopraventricolari di più comune riscontro in ambito emergentista.

Nel paziente che giunge in Pronto Soccorso (PS) con una di queste patologie il trattamento è solitamente farmacologico; in determinate circostanze è indicato il trattamento elettrico ovvero la Cardioversione Elettrica (CVE). Considerate alcune peculiarità di queste aritmie la terapia è diversificata sia in acuto che in cronico.

SCOPO/OBIETTIVO

Il presente documento coinvolge in sede operativa il personale medico della UOC di MCAE e della UOC di Cardiologia ed ha lo scopo di uniformare, fatte le dovute eccezioni, il percorso terapeutico di:

- Pazienti affetti da FA di recente insorgenza che necessita di adeguato inquadramento diagnostico-terapeutico
- Pazienti con Flutter Atriale di recente insorgenza che necessita di adeguato inquadramento diagnostico-terapeutico
- Pazienti con TPSV (da rientro nodale o atrioventricolare)

TERAPIA IN ACUTO (PS)

Tachicardia Parossistica Sopraventricolare

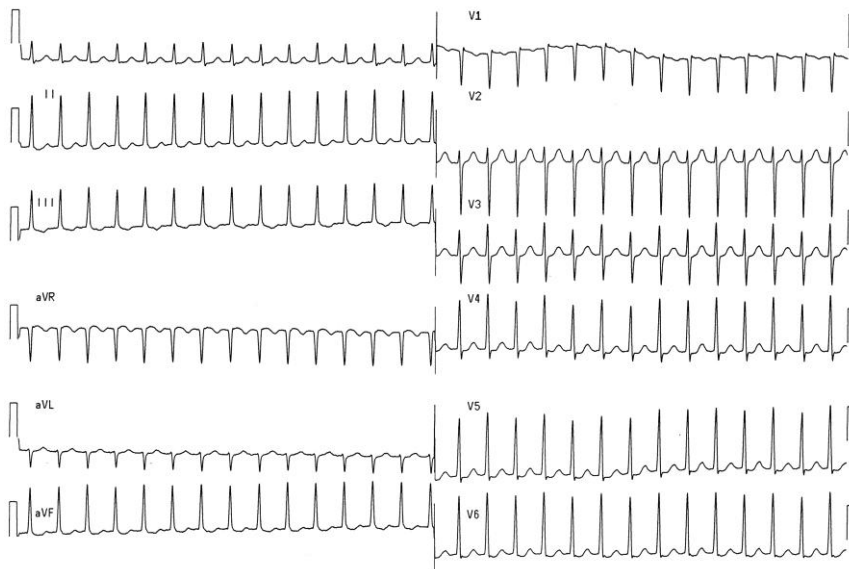
Tachicardia regolare a complessi stretti, con frequenza variabile da 160-240/min ad insorgenza improvvisa. Abitualmente si tratta di giovani-adulti con cuore sano che tollerano l'aritmia.

Il trattamento in acuto prevede infusione di farmaci (Adenosina, Verapamil, Diltiazem ed in seconda battuta Flecainide o Propafenone) se tollerata emodinamicamente. Si ricorre alla CVE nelle forme emodinamicamente instabili (rare).

La TPSV tende a recidivare con una certa frequenza e se la frequenza di recidiva diventa significativa è indicato avviare profilassi farmacologica antiaritmica empirica o, se il paziente preferisce, è indicato uno studio elettrofisiologico (SEF) atto ad individuare la sede del meccanismo di rientro e modificarla mediante procedura di ablazione. Questa è altrettanto indicata in caso di inefficacia della terapia antiaritmica.

L'ablazione delle TPSV è possibile nel nostro ospedale.

Se il paziente ha una pre-eccitazione ventricolare in ritmo sinusale si configura una S. di Wolff-Parkinson-White e la prima opzione è l'ablazione.



Flutter atriale

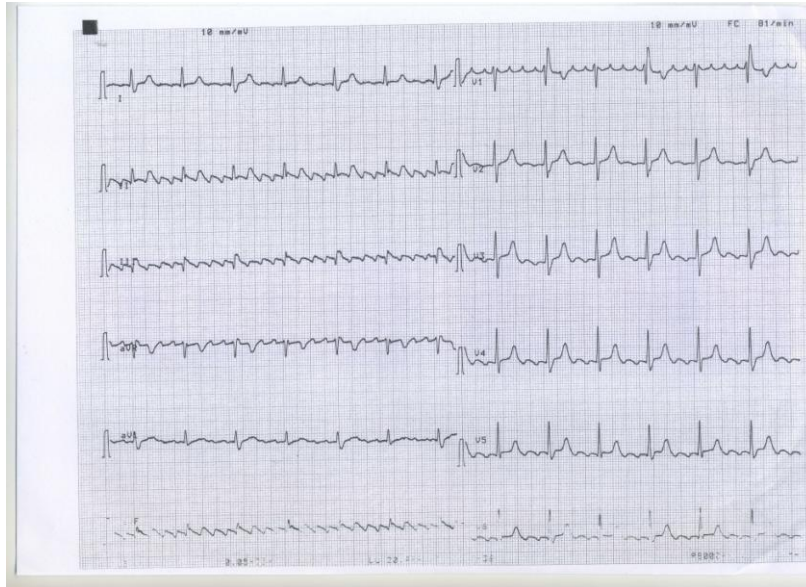
Il flutter atriale è un'aritmia abitualmente tollerata emodinamicamente che, sul piano elettrocardiografico, si caratterizza per le classiche onde f a denti di sega e per una frequenza ventricolare fissa di 150/min.

Il suo riscontro è spesso casuale ed appare difficile stabilirne con esattezza l'epoca di insorgenza.

Pertanto, avendo lo stesso rischio cardioembolico della fibrillazione atriale, il suo trattamento prevede al massimo un rallentamento della frequenza ventricolare con beta-bloccanti o digitale e l'avvio di terapia eparinica "bridge" (temporanea) fino all'avvio di terapia anticoagulante come per la fibrillazione atriale. Dopo 4 settimane di terapia anticoagulante si potrà prendere in considerazione la cardioversione elettrica che ha generalmente un alto tasso di successo ma non esclude recidive, in quanto non modifica il substrato dell'aritmia.

L'ablazione, viceversa, che si può eseguire anche in corso di terapia anticoagulante, ha effetto curativo in quanto elimina il substrato dell'aritmia.

Attualmente questa è l'opzione terapeutica da preferire e può essere effettuata nel nostro ospedale.



Fibrillazione atriale

Il trattamento di questa aritmia prevede l'assoluta certezza dell'epoca di insorgenza.

Se contenuta entro le 48 ore il paziente può essere avviato alla cardioversione. Questa può essere farmacologica (solitamente il primo approccio) o elettrica (CVE).

A questa si ricorre solitamente in caso di instabilità emodinamica, condizione per la quale l'uso di farmaci risulta controindicato.

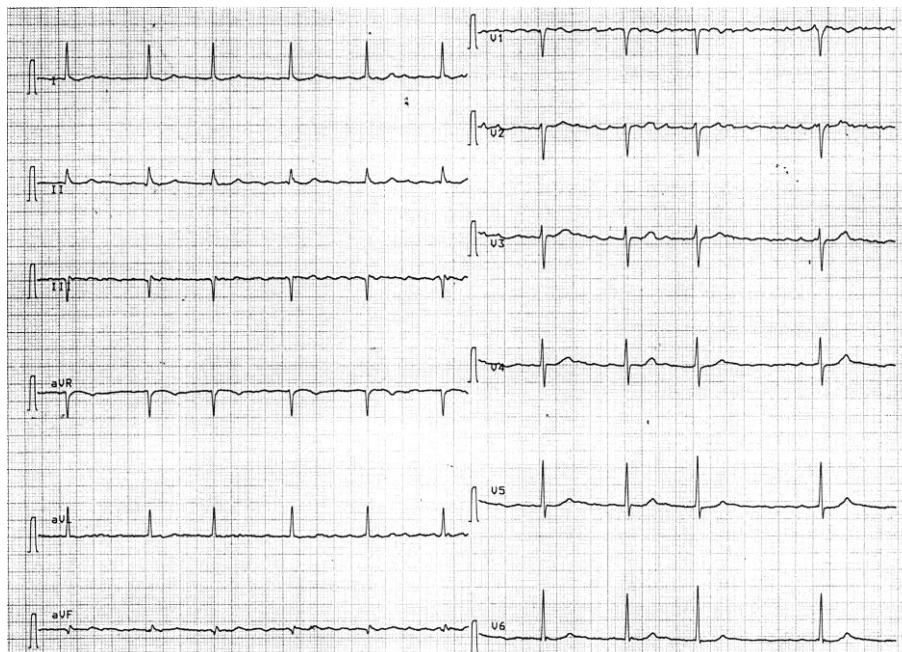
A seconda dell'*expertise* e del livello di organizzazione dell'ospedale in cui si opera, la CVE può essere effettuata già in PS/OBI/Med. d'Urgenza.

Qualora l'epoca d'insorgenza dell'aritmia dovesse eccedere le 48 ore o si dovesse superare il *cut-off* temporale delle 48 ore dopo tentativo di cardioversione farmacologica infruttuoso, o laddove l'organizzazione della struttura sanitaria non consenta l'esecuzione della CVE in Pronto Soccorso/OBI/Med. d'Urgenza, il paziente potrà al massimo ricevere terapia ad effetto bradicardizzante (beta-bloccanti, calcio-antagonisti, digitale).

E' controindicato l'impiego di antiaritmici (es.: amiodarone, propafenone, flecainide) considerato che si potrebbe ottenere un ripristino indesiderato del ritmo sinusale esponendo così il paziente al rischio cardioembolico connesso ad una FA che abbia superato le 48 ore di durata.

In tutti i casi va comunque avviata terapia anticoagulante con LMWH (Low Molecular Weight Heparin) o Fondaparinux fino alla definizione del piano operativo definitivo.

L'esecuzione di un ecocardiogramma durante la fase iniziale è indicata.



PERCORSO POST-PS

Nel caso in cui il Medico di PS si trova a gestire pazienti affetti da una delle sopradescritte tachiaritmie sopraventricolari, dopo la fase acuta questi dovrà:

TPSV

Fornire al paziente copia dell'elettrocardiogramma (ECG) all'ingresso e all'uscita dal PS e copia del verbale di PS da cui si evinca la terapia effettuata

FLUTTER ATRIALE

1. avviare già in PS la scoagulazione per via parenterale del Paziente mediante la somministrazione sottocutanea di LMWH o Fondaparinux
2. garantire la prosecuzione della terapia anticoagulante domiciliare per via parenterale mediante la prescrizione di LMWH o Fondaparinux
3. programmare **accesso diretto** presso l'Ambulatorio Fibrillazione Atriale (attivo tutti i mercoledì dalle 15.00 alle 17.00) mediante invio del Paziente al CUP con ricetta dematerializzata con la dicitura "**VISITA CARDIOLOGICA ED ECG PER AVVIO PIANO**"

TERAPEUTICO “. Il Paziente dovrà esibire esami recenti (es.: emocromo, creatinina, elettroliti, INR, transaminasi) e copia del verbale di PS

FIBRILLAZIONE ATRIALE (solo quelle di recente insorgenza o persistente non ancora inquadrata e non ancora in terapia anticoagulante)

1. avviare già in PS la scoagulazione per via parenterale del Paziente mediante la somministrazione sottocutanea di LMWH o Fondaparinux
2. garantire la prosecuzione della terapia anticoagulante domiciliare per via parenterale mediante la prescrizione di LMWH o Fondaparinux
3. programmare **accesso diretto** presso l’Ambulatorio Fibrillazione Atriale (attivo tutti i mercoledì dalle 15.00 alle 17.00) mediante invio del Paziente al CUP con ricetta dematerializzata con la dicitura “**VISITA CARDIOLOGICA ED ECG PER AVVIO PIANO TERAPEUTICO** “. Il Paziente dovrà esibire esami recenti (es.: emocromo, creatinina, elettroliti, INR, transaminasi) e copia del verbale di PS

Bibliografia

- 1) 2015 ACC/AHA/HRS Guideline for the Management of Adult Patients With Supraventricular Tachycardia: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines and the Heart Rhythm Society

Responsabilità attività	Medico PS	Medico Cardiologia	Infermiere PS	Infermiere Cardiologia
Inquadramento diagnostico	R			
Esecuzione prelievi			R	
Esecuzione ECG (ElettroCardioGramma)			R	
Prescrizione della terapia previa interpretazione dell'ECG	R			
Esecuzione della terapia			R	
Dimissione e creazione link per follow-up ambulatoriale	R/CUP			
Definizione timing follow-up				R
Definizione piano diagnostico-terapeutico ambulatoriale		R		

Indicatori:

1. Numero di pazienti che afferiscono all'Ambulatorio Fibrillazione Atriale rispetto al numero di pazienti con Fibrillazione Atriale di nuovo riscontro viste in PS

ESITO ATTESO: 60%

2. Numero di pazienti con TPSV che ottengono un appuntamento presso l'Ambulatorio Cardiologico entro 7 giorni dalla dimissione

ESITO ATTESO: 75%

