



SCOMPENSO CARDIACO

Conoscerlo

Conviverci

Curarlo



Associazione Italiana
Scompensati Cardiaci

CONVIVERE CON LA MALATTIA

Lo scompenso cardiaco cambia la vita, ma non necessariamente la sconvolge: si tratta di una condizione nuova, che richiede attenzione e responsabilità.

In primo luogo bisogna **rispettare rigorosamente il piano di cura indicato**, assumendo i farmaci nel modo e nei tempi giusti.

AISC
Associazione Italiana
Scompensati Cardiaci

› www.associazioneaisc.org ‹



**SCOMPENSO
CARDIACO**

Conoscerlo

Conviverci

Curarlo

AISC
Associazione Italiana
Scompensati Cardiaci

FARMACI INDICATI PER LO SCOMPENSO

Per il trattamento dello scompenso cardiaco si può contare su diverse classi di farmaci, che svolgono funzioni diverse e hanno diversi meccanismi d'azione. Di seguito, una sintetica descrizione dei più diffusi e comuni, con l'ovvia avvertenza che solo **il medico curante** deve deciderne l'utilizzo e stabilirne il dosaggio.



> www.associazioneaisc.org <



SCOMPENSO CARDIACO

Conoscerlo

Conviverci

Curarlo



	BENEFICI
ACE-inibitori ed inibitori del Recettore dell'angiotensina	Dilatando i vasi sanguigni e abbassando la pressione, questi farmaci permettono al sangue di fluire più agevolmente. In questo modo il cuore è in grado di pompare con meno fatica. Contrastano gli effetti del sistema ormonale renina-angiotensinaaldosterone che svolge una funzione negativa nello scompenso cardiaco.
Betabloccanti	Intervengono sugli ormoni dello stress, riducendone gli effetti negativi sulla funzionalità cardiaca (il cuore richiede meno ossigeno e pompa con più facilità).
Nitrati	Anche questi farmaci risultano spesso utili per la loro funzione vasodilatatrice.
Diuretici	La loro funzione è quella di aiutare l'organismo a eliminare i liquidi in eccesso, situazione tipica dello scompenso, e vengono utilizzati per il controllo dei sintomi provocati dalla ritenzione idrica.



2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure

The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC)

Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC

Authors/Task Force Members: Piotr Ponikowski* (Chairperson) (Poland), Adriaan A. Voors* (Co-Chairperson) (The Netherlands), Stefan D. Anker (Germany), Héctor Bueno (Spain), John G. F. Cleland (UK), Andrew J. S. Coats (UK), Volkmar Falk (Germany), José Ramón González-Juanatey (Spain), Veli-Pekka Harjola (Finland), Ewa A. Jankowska (Poland), Mariell Jessup (USA), Cecilia Linde (Sweden), Petros Nihoyannopoulos (UK), John T. Parissis (Greece), Burkert Pieske (Germany), Jillian P. Riley (UK), Giuseppe M. C. Rosano (UK/Italy), Luis M. Ruilope (Spain), Frank Ruschitzka (Switzerland), Frans H. Rutten (The Netherlands), Peter van der Meer (The Netherlands)

Document Reviewers: Gerasimos Filippatos (CPG Review Coordinator) (Greece), John J. V. McMurray (CPG Review Coordinator) (UK), Victor Aboyans (France), Stephan Achenbach (Germany), Stefan Agewall (Norway), Nawwar Al-Attar (UK), John James Atherton (Australia), Johann Bauersachs (Germany), A. John Camm (UK), Scipione Carerj (Italy), Claudio Ceconi (Italy), Antonio Coca (Spain), Perry Elliott (UK), Çetin Erol (Turkey), Justin Ezekowitz (Canada), Covadonga Fernández-Golfín (Spain), Donna Fitzsimons (UK), Marco Guazzi (Italy),

Recommendations to prevent or delay the development of overt heart failure or prevent death before the onset of symptoms

Recommendations	Class ^a	Level ^b	Ref ^c
Treatment of hypertension is recommended to prevent or delay the onset of HF and prolong life.	I	A	126, 129, 150, 151
Treatment with statins is recommended in patients with or at high-risk of CAD whether or not they have LV systolic dysfunction, in order to prevent or delay the onset of HF and prolong life.	I	A	137–140, 152
Counselling and treatment for smoking cessation and alcohol intake reduction is recommended for people who smoke or who consume excess alcohol in order to prevent or delay the onset of HF.	I	C	131–134
Treating other risk factors of HF (e.g. obesity, dysglycaemia) should be considered in order to prevent or delay the onset of HF.	IIa	C	130, 141, 153–155
Empagliflozin should be considered in patients with type 2 diabetes in order to prevent or delay the onset of HF and prolong life.	IIa	B	130
ACE-I is recommended in patients with asymptomatic LV systolic dysfunction and a history of myocardial infarction in order to prevent or delay the onset of HF and prolong life.	I	A	5, 144, 145
ACE-I is recommended in patients with asymptomatic LV systolic dysfunction without a history of myocardial infarction, in order to prevent or delay the onset of HF.	I	B	5
ACE-I should be considered in patients with stable CAD even if they do not have LV systolic dysfunction, in order to prevent or delay the onset of HF.	IIa	A	142
Beta-blocker is recommended in patients with asymptomatic LV systolic dysfunction and a history of myocardial infarction, in order to prevent or delay the onset of HF or prolong life.	I	B	146
ICD is recommended in patients: a) with asymptomatic LV systolic dysfunction (LVEF \leq 30%) of ischaemic origin, who are at least 40 days after acute myocardial infarction, b) with asymptomatic non-ischaemic dilated cardiomyopathy (LVEF \leq 30%), who receive OMT therapy, in order to prevent sudden death and prolong life.	I	B	149, 156–158

Other pharmacological treatments recommended in selected patients with symptomatic (NYHA Class II-IV) heart failure with reduced ejection fraction

Recommendations	Class ^a	Level ^b	Ref ^c
Diuretics			
Diuretics are recommended in order to improve symptoms and exercise capacity in patients with signs and/or symptoms of congestion.	I	B	178, 179
Diuretics should be considered to reduce the risk of HF hospitalization in patients with signs and/or symptoms of congestion.	Ila	B	178, 179
Angiotensin receptor neprilysin inhibitor			
Sacubitril/valsartan is recommended as a replacement for an ACE-I to further reduce the risk of HF hospitalization and death in ambulatory patients with HFrEF who remain symptomatic despite optimal treatment with an ACE-I, a beta-blocker and an MRA ^d	I	B	162
Iβ-channel inhibitor			
Ivabradine should be considered to reduce the risk of HF hospitalization and cardiovascular death in symptomatic patients with LVEF \leq 35%, in sinus rhythm and a resting heart rate \geq 70 bpm despite treatment with an evidence-based dose of beta-blocker (or maximum tolerated dose below that), ACE-I (or ARB), and an MRA (or ARB).	Ila	B	180
Ivabradine should be considered to reduce the risk of HF hospitalization and cardiovascular death in symptomatic patients with LVEF \leq 35%, in sinus rhythm and a resting heart rate \geq 70 bpm who are unable to tolerate or have contra-indications for a beta-blocker. Patients should also receive an ACE-I (or ARB) and an MRA (or ARB).	Ila	C	181
ARB			
An ARB is recommended to reduce the risk of HF hospitalization and cardiovascular death in symptomatic patients unable to tolerate an ACE-I (patients should also receive a beta-blocker and an MRA).	I	B	182
An ARB may be considered to reduce the risk of HF hospitalization and death in patients who are symptomatic despite treatment with a beta-blocker who are unable to tolerate an MRA.	Ilb	C	-
Hydralazine and isosorbide dinitrate			
Hydralazine and isosorbide dinitrate should be considered in self-identified black patients with LVEF \leq 35% or with an LVEF $<$ 45% combined with a dilated LV in NYHA Class III-IV despite treatment with an ACE-I a beta-blocker and an MRA to reduce the risk of HF hospitalization and death.	Ila	B	183
Hydralazine and isosorbide dinitrate may be considered in symptomatic patients with HFrEF who can tolerate neither an ACE-I nor an ARB (or they are contra-indicated) to reduce the risk of death.	Ilb	B	184
Other treatments with less-certain benefits			
Digoxin			
Digoxin may be considered in symptomatic patients in sinus rhythm despite treatment with an ACE-I (or ARB), a beta-blocker and an MRA, to reduce the risk of hospitalization (both all-cause and HF-hospitalizations).	Ilb	B	185
N-3 PUFA			
An n-3 PUFA ^e preparation may be considered in symptomatic HF patients to reduce the risk of cardiovascular hospitalization and cardiovascular death.	Ilb	B	186



2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure

The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC)

Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC

Authors/Task Force Members: Piotr Ponikowski* (Chairperson) (Poland), Adriaan A. Voors* (Co-Chairperson) (The Netherlands), Stefan D. Anker (Germany), Héctor Bueno (Spain), John G. F. Cleland (UK), Andrew J. S. Coats (UK), Volkmar Falk (Germany), José Ramón González-Juanatey (Spain), Veli-Pekka Harjola (Finland), Ewa A. Jankowska (Poland), Mariell Jessup (USA), Cecilia Linde (Sweden), Petros Nihoyannopoulos (UK), John T. Parissis (Greece), Burkert Pieske (Germany), Jillian P. Riley (UK), Giuseppe M. C. Rosano (UK/Italy), Luis M. Ruilope (Spain), Frank Ruschitzka (Switzerland), Frans H. Rutten (The Netherlands), Peter van der Meer (The Netherlands)

Document Reviewers: Gerasimos Filippatos (CPG Review Coordinator) (Greece), John J. V. McMurray (CPG Review Coordinator) (UK), Victor Aboyans (France), Stephan Achenbach (Germany), Stefan Agewall (Norway), Nawwar Al-Attar (UK), John James Atherton (Australia), Johann Bauersachs (Germany), A. John Camm (UK), Scipione Carerj (Italy), Claudio Ceconi (Italy), Antonio Coca (Spain), Perry Elliott (UK), Çetin Erol (Turkey), Justin Ezekowitz (Canada), Covadonga Fernández-Golfín (Spain), Donna Fitzsimons (UK), Marco Guazzi (Italy),



Recommendations for exercise, multidisciplinary management and monitoring of patients with heart failure

Recommendations	Class ^a	Level ^b	Ref ^c
It is recommended that regular aerobic exercise is encouraged in patients with HF to improve functional capacity and symptoms.	I	A	321, 618–621
It is recommended that regular aerobic exercise is encouraged in stable patients with HFrEF to reduce the risk of HF hospitalization.	I	A	618, 619
It is recommended that patients with HF are enrolled in a multidisciplinary care management programme to reduce the risk of HF hospitalization and mortality.	I	A	622–625
Referral to primary care for long-term follow-up may be considered for stable HF patients who are on optimal therapy to monitor for effectiveness of treatment, disease progression and patient adherence.	IIb	B	626, 627
Monitoring of pulmonary artery pressures using a wireless implantable haemodynamic monitoring system (CardioMems) may be considered in symptomatic patients with HF with previous HF hospitalization in order to reduce the risk of recurrent HF hospitalization.	IIb	B	628, 629
Multiparameter monitoring based on ICD (IN-TIME approach) may be considered in symptomatic patients with HFrEF (LVEF ≤35%) in order to improve clinical outcomes.	IIb	B	630

Exercise training in heart failure: from theory to practice. A consensus document of the Heart Failure Association and the European Association for Cardiovascular Prevention and Rehabilitation

Massimo F. Piepoli^{1*}, Viviane Conraads², Ugo Corrà³, Kenneth Dickstein^{4,5},

...Sebbene sia stato fatto molto, abbiamo ancora molto da imparare sull'esercizio fisico nello scompenso cardiaco...

- ✓ Spesso i pazienti visitati tutti i giorni nella pratica clinica, sono diversi da quelli che si offrono volontari per gli studi (le donne, gli anziani, ed i gruppi minoritari sono spesso esclusi dai trials);
- ✓ Abbiamo anche bisogno di misure migliori degli effetti benefici dell'allenamento fisico.

...“Come possiamo persuadere la popolazione a svolgere attività fisica, e quale attività fisica?”

L'esercizio fisico da solo non aiuta a perdere peso!

ALIMENTAZIONE & NUTRIZIONE SALUTE & PREVENZIONE 20 agosto, 2015 [nessun commento](#)

+ Condividi

Nutri&Preveni



L'attività fisica ha molti effetti benefici per la salute, che vanno dalla riduzione del rischio di malattie cardiache, diabete e cancro, al miglioramento della salute mentale e dell'umore. Ma contrariamente alla credenza comune, l'esercizio fisico da solo non aiuta a perdere peso.

Questa è la conclusione cui sono giunti gli studiosi Richard S. Cooper e Amy Luca, della Loyola University Chicago Stritch School of


Medicine.

“L'attività fisica è di fondamentale importanza per migliorare i livelli di salute e il benessere generale, ma ci sono prove limitate che suggeriscono possa smorzare l'ondata di obesità”, hanno scritto Luca e Cooper sull'*International Journal of Epidemiology*.

Cooper e Luca hanno studiato il legame tra attività fisica e l'obesità per anni. Quando hanno iniziato la loro ricerca, sono partiti da presupposto che l'attività fisica potrebbe rivelarsi la chiave per perdere peso. Ma le prove hanno dimostrato che il presupposto era sbagliato.

- ✓ Se si aumenta l'attività fisica, aumenta l'appetito e si compensa mangiando più cibo;
- ✓ Quindi, con o senza aumentare l'attività fisica, il controllo delle calorie resta la chiave per perdere o mantenere il peso:

“La prescrizione deve essere precisa: **c'è solo un modo efficace per perdere peso : mangiare meno calorie.**”



Mentre l'attività fisica dà molti vantaggi, un aumento dell'attività fisica è compensato da un aumento dell'apporto calorico, a meno che si faccia uno sforzo cosciente per limitare tale risposta compensatoria

Mai mangiare davanti alla TV. Il cervello si distrae ed è più facile prendere chili di troppo

Lo stesso se si sta al computer. Peggio ancora, mangiare andando su e giù per la stanza. Tutte attività che distraggono il nostro cervello che non 'si accorge' così di aver mangiato. Una ricetta sicura per mettere su 'cuscinetti' e chili indesiderati

..Sebbene camminare mentre si mangia rappresenti evidentemente la forma di distrazione peggiore per il cervello, qualunque forma di distrazione, compresa quella di consumare un rapido pasto alla scrivania di lavoro, può far ingrassare...

Il segreto per non ingrassare insomma sta anche nel **concentrarsi in quello che mangiamo, evitando qualunque distrazione durante i pasti**, fosse anche un telegiornale o una schermata di e-mail da scorrere. Meglio concedersi dunque una vera pausa pranzo e rimandare qualunque altra attività.

CONTATTI

AISC Associazione Italiana Scompensati Cardiaci

Tel. +39.338.7473575

Email: info@associazioneaisc.org

segreteria@associazioneaisc.org



L'ESPERTO RISPONDE

Domande frequenti

Devo eliminare il sale?

Non è necessario eliminare completamente il sale, anche perché alterazioni troppo drastiche delle proprie abitudini possono avere effetti controproducenti. Tuttavia, poiché il sodio favorisce la ritenzione dei liquidi, è necessario limitarne al massimo il consumo: non più di 2 grammi al giorno, ovvero 5 grammi circa di sale da cucina, l'equivalente di un cucchiaino da caffè. Per farlo, si possono scegliere alimenti a basso contenuto di sodio (verificabile al momento dell'acquisto), non eccessivamente lavorati, e non aggiungere ulteriore sale in fase di preparazione.

Posso bere il caffè?

In quantità limitate, il caffè non ha necessariamente effetti nocivi per una persona con scompenso cardiaco. Si raccomanda però di non superare le due tazzine al giorno.

Posso fare passeggiate all'aperto?

Per i pazienti con scompenso cardiaco, movimento ed esercizio fisico sono auspicabili e consigliabili. Si tratta di attività che devono essere effettuate con regolarità, responsabilmente, moderandone l'intensità ed evitando eccessi, sforzi e stress. Camminare, anche a ritmo sostenuto (e, avendone la possibilità, all'aria aperta), è una delle forme di attività migliori e meno rischiose.

Il grado di intensità consentito dell'attività è comunque in relazione al tipo di scompenso e alla sua gravità, pertanto, per capire con certezza cosa sia più indicato, si consiglia di chiedere un parere al proprio medico.

