

Caso clinico

Caso clinico

- Paziente di 76 anni, cardiopatia dilatativa post-ischemica, pregresso CABG (4 anni prima), FE 30%, da tempo seguito presso un Ambulatorio dello Scompenso Cardiaco. DM (ipoglicemizzanti orali).
- Cardiopatia ischemica già rivalutata (coronarografia 4 mesi prima), non procedure interventistiche sul distretto coronarico, non ulteriori indicazioni chirurgiche
- Creatininemia abituale 1.8 mg/dL, eGFR 37 ml/min. Peso abituale 80 Kg, h 172 cm
- Ripetuti ricoveri in Cardiologia e Medicina Interna negli ultimi mesi per dispnea ed incremento ponderale
- Terapia a domicilio: ACEI, beta-blocc, aspirina, spironolattone 25 mg,, furosemide 50 mg/die in unica somministrazione per os, incrementato da una settimana a 125 mg per os (giorni pari) in unica somministraz.
- Viene inviato al PS per dispnea e “scompenso cardiaco resistente”

Caso clinico 1 cont.

- Il paziente viene ricoverato; all'ingresso in Reparto dispnea, SaO₂ 93% in AA, edemi agli arti, Rx torace compatibile con edema interstiziale e velatura pleurica bibasale, PA125/80, FC 70 ritmico. Peso 87 Kg (+7 Kg rispetto al peso abituale)
- Creat 2.1 mg/dL, azot 102 mg/dL, Na 133 mmol/L, K 4,7 mmol/L, bicarbonato venoso 32 mmol/L.
- La terapia diuretica viene modificata (furosemide 125 mg/die (ev in 60'), K-canrenoato 100 mg ev
- Dopo tre giorni la creatininemia e' 2.7 mg/dL, l'azotemia e' 193 mg/dL, la sodiemia e' 128 mmol/L, il paziente e' ancora dispnoico ed edematoso, la diuresi e' circa 1500-1700 ml/die.
- Per l'incremento della creatininemia e l'iposodiemia viene sospeso il diuretico. Viene richiesta una consulenza nefrologica per scompenso resistente alla terapia diuretica

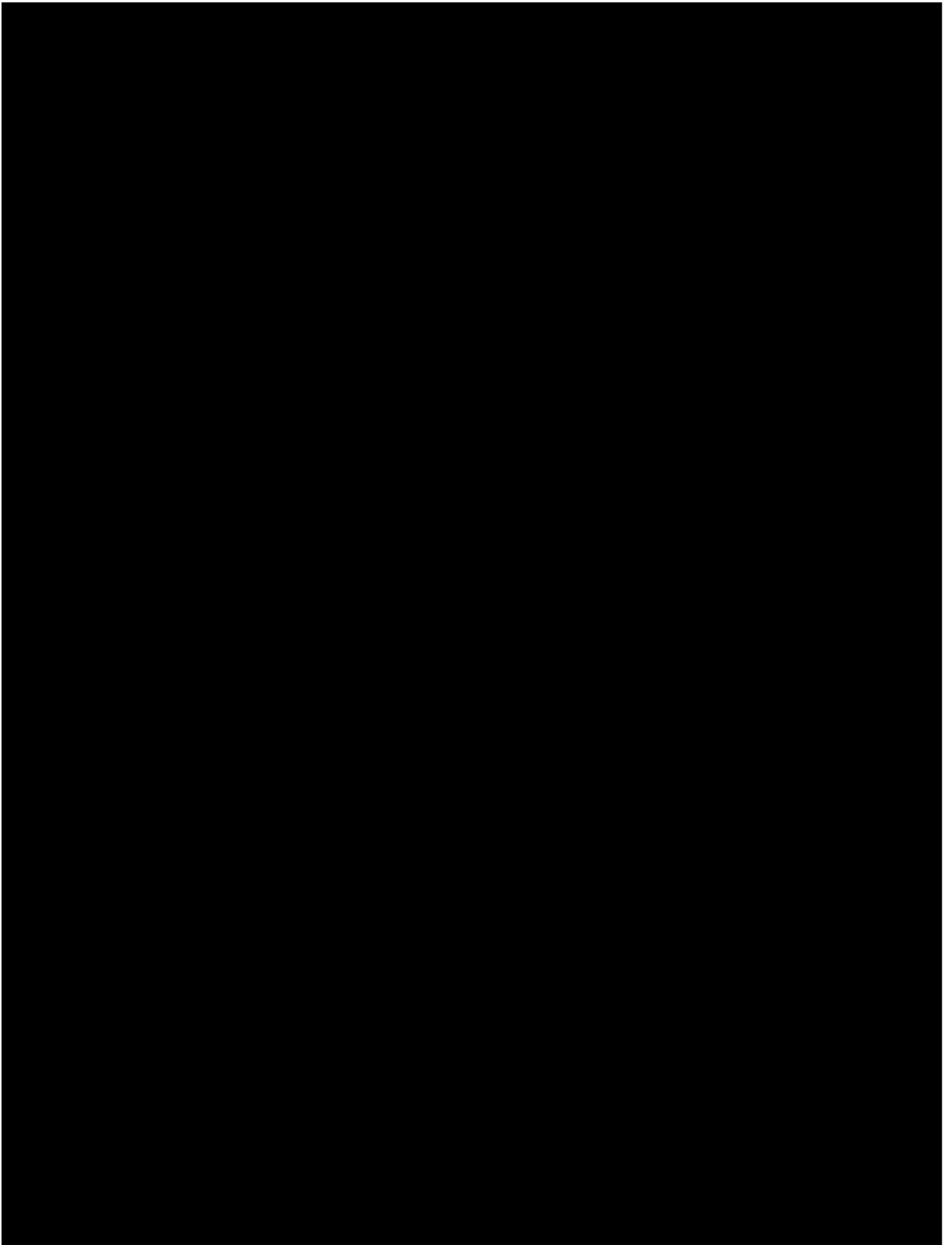
Quattro problemi

- **Persistenza dei sintomi e segni di congestione**
- **Scarsa risposta ai diuretici (?)**
- **Peggioramento della funzione renale**
- **Iposodiemia**

Quattro problemi (+1)

- **Persistenza dei sintomi e segni di congestione**
- **Scarsa risposta ai diuretici (?)**
- **Peggioramento della funzione renale**
- **Iposodiemia**

**Gestione della terapia
diuretica, extra- e
intraospedaliera**



Caso clinico 1 cont.

- Il paziente viene ricoverato; all'ingresso in Reparto dispnea, SaO₂ 93% in AA, edemi agli arti, Rx torace compatibile con edema interstiziale e velatura pleurica bibasale, PA125/80, FC 70 ritmico. Peso 87 Kg (+7 Kg rispetto al peso abituale)
- Creat 2.1 mg/dL, azot 102 mg/dL, Na 133 mmol/L, K 4,7 mmol/L, bicarbonato venoso 32 mmol/L.
- La terapia diuretica viene modificata (furosemide 125 mg/die (ev in 60'), K-canrenoato 100 mg ev
- Dopo tre giorni la creatininemia e' 2.7 mg/dL, l'azotemia e' 193 mg/dL, la sodiemia e' 128 mmol/L, il paziente e' ancora dispnoico ed edematoso, la diuresi e' circa 1500-1700 ml/die.
- Per l'incremento della creatininemia e l'iposodiemia viene sospeso il diuretico. Viene richiesta una consulenza nefrologica per scompenso resistente alla terapia diuretica

Caso clinico 1 cont.

- Il paziente viene ricoverato
- All'ingresso in Reparto dispnea con SaO₂ 92% in AA, subedemi agli arti, Rx torace compatibile con edema interstiziale e velatura pleurica bibasale, PA125/80, FC 70 ritmico. Il peso e' 87 Kg.
- Creat 2.1 mg/dL, azot 102 mg/dL, Na 133 mmol/L, K 4,7 mmol/L, bicarb venoso 32 mmol/L
- La terapia diuretica viene modificata (furosemide 125 mg/die ev in un'ora, K-canrenoato 100 mg ev)
- Dopo tre giorni la creatininemia e' 2.7 mg/dL, l'azotemia e' 193 mg/dL, la sodiemia e' 128 mmol/L, il paziente e' ancora dispnoico ed edematoso, la diuresi e' circa 1700 ml/die
- Viene sospeso il diuretico per l'incremento della creatininemia e l'iposodiemia e viene richiesta l'ultrafiltrazione per scompenso refrattario

Provvedimenti

- Il paziente viene pesato e risulta essere 88 Kg (+1 Kg rispetto all'ingresso); inizia restrizione idrica (< 750 ml/die) e a dieta iposodica
- Ad un controllo delle 24 ore, su 1700 ml di diuresi complessiva 1350 ml sono eliminati nelle prime 12 ore, 350 nelle seconde dodici ore della giornata
- Il diuretico viene somministrato inizialmente in tre dosi refratte da 60 mg ev ciascuna, e successivamente in due dosi da 125 mg per os
- Vengono aggiunti metolazone 5 mg e acetazolamide 250 mg x 2; KCl 16 mEq x 3 die per os
- Dopo circa una settimana il calo ponderale e' complessivamente di circa 10 Kg; la creatininemia e' 2.0 mg/dL, l'azotemia 124 mg/dL; la sodiemia e' normale, l'alcalosi metabolica e' risolta