

## HOT TOPICS 1

**GIOVEDÌ 16 SETTEMBRE 2021**

**AUDITORIUM**

**12.30-13.00**

### MONITORAGGIO REMOTO

**HT.1.01**

#### INTEGRAZIONE TRA HEARTLOGIC™ E TELEVISITA NELLA GESTIONE DELLO SCOMPENSO CARDIACO

A. Bernardini, M. Di Iorio, M. Magnocavallo, M.V. Mariani, M. Straito, A. Piro, P. Severino, G. Giunta, F. Fedele, C. Lavalle  
*Università degli Studi di Roma La Sapienza, Roma, ITALY*

**Introduzione:** Il Monitoraggio Remoto (RM) risulta efficace e sicuro per la gestione dei portatori di dispositivi impiantabili cardiaci (CIED) migliorando gli outcome del paziente scompensato. Nella pandemia da COVID-19, la telemedicina ha permesso di ridurre il rischio di contagio evitando le visite ambulatoriali, senza compromettere la qualità delle cure. La necessità di migliorare lo standard assistenziale dei pazienti con CIED ha portato all'implementazione dei sistemi di monitoraggio dello scompenso cardiaco con la televisita. Questo approccio integrato è stato valutato in termini di efficacia e sicurezza nella gestione dei pazienti con CIED affetti da scompenso cardiaco.

**Metodi:** Sono stati individuati tutti i pazienti in RM presso il nostro centro con sistema HeartLogic™ (HL; Boston Scientific); si configurava l'alert HL ad un valore soglia di 16. Tutti gli alert sono stati analizzati da un tecnico di cardiologia e successivamente rivisti da un medico specializzato nella gestione dello scompenso cardiaco. A partire da Giugno 2020 è stata eseguita una televisita in tutti i pazienti in cui l'indice HL superava il valore soglia. Durante la televisita, si procedeva alla raccolta anamnestica e si valutavano segni e sintomi di scompenso cardiaco. Qualora necessario si proseguiva a modifiche della terapia, prescrizione di esami strumentali o modifiche dello stile di vita. Per ogni paziente è stato revisionato l'indice HL a distanza di 15 giorni dalla televisita; nessuna azione è stata effettuata se il l'indice HL era  $< 6$  mentre in caso contrario si programmava una seconda televisita.

**Risultati:** 1255 pazienti sono routinariamente seguiti in RM presso il nostro centro; di questi 51(4%) con sistema HL. La popolazione aveva un'età media di  $74.6 \pm 8.1$  ed era composta da 36(70.5%) uomini e 15(29.4%) donne; 23(45%) erano portatori di CRT-D, mentre 17(33.3%) ICD bicamerale, 11(21.5%) ICD monocamerale. La cardiopatia ischemica era la causa dello scompenso nel 45% dei casi, mentre la cardiopatia dilatativa non ischemica e la miocardite erano responsabili rispettivamente del 39.2% e del 15.6% dei casi di scompenso. Durante un follow-up di 6 mesi, in 24 (47%) pazienti l'indice HL era al di sopra del valore soglia (HL max  $26.1 \pm 7.2$ ) ed è stata quindi necessaria una televisita. Durante quest'ultima, la pressione media era ( $140/90 \pm 9.6$  mmHg), la frequenza respiratoria ( $21.3 \pm 1.2$  min<sup>-1</sup>), il peso corporeo era aumentato di  $2 \pm 1.8$  kg; inoltre, 20(83.3%) pazienti presentavano dispnea, 16(66.6%) edemi degli arti inferiori, 6(25%) pazienti risultavano asintomatici. Complessivamente, in 17(70.8%) pazienti è stato titolato il diuretico, in 4(16.6%) pazienti il beta-bloccante, in 1(4.1%) è stato necessario il ricovero. Dopo la prima televisita l'indice HL si è ridotto di  $11 \pm 5.3$  e solamente in 3(12.5%) pazienti l'indice HL rimaneva elevato per cui è stata eseguita una seconda televisita. Dopo questa, in 2 pazienti è stato ulteriormente titolato il diuretico e in 1 caso è stata necessaria l'ospedalizzazione per un peggioramento della saturazione.

**Conclusioni:** L'integrazione del RM e della televisita si è dimostrata efficace e sicura nella gestione del paziente scompensato portatore di CIED. Essa ha consentito un intervento tempestivo ed una riduzione delle ospedalizzazioni.