

Analisi sull'adeguatezza della terapia dello scompenso cardiaco rispetto alle linee guida nel Policlinico di Modena nell'anno 2011 in una casistica selezionata di pazienti

Lucio Brugioni, Francesca Donati, Daniela Vivoli, Cristina Gozzi

Medicina Interna Area Critica, Azienda Ospedaliero - Universitaria Policlinico di Modena

Abstract

According to the latest ESC Guidelines, the treatment of chronic heart failure encompasses the use of: B-blockers, ACE-I or ARB, diuretics, statins, antiaggregants and anticoagulants.

The following study wanted to evaluate the extent of concordance of domiciliary treatment and of treatment at discharge to these indications in a population of patients with CHF visited in a University-affiliated teaching Hospital ED.

We selected a sample of 117 CHF-patients admitted to our hospital in the year 2011.

For the majority of them home treatment was not optimized.

According to other international studies, the medications less frequently prescribed were B-blockers and statins.

The treatment of CHF in our region has yet to be optimized.

Keywords: *chronic heart failure, gold therapy, beta blockers*

Secondo le ultime linee guida ESC del 2008 relative al trattamento dello scompenso cardiaco cronico¹, la terapia dei pazienti cardiopatici prevede l'uso di: beta bloccanti²⁻³, ACE inibitori (ACE I) o sartani⁴, diuretici⁵, diuretici antialdosteronici⁶, statine⁷ e antiaggreganti e/o anticoagulante (anche se l'uso dell'anticoagulante viene preferito rispetto all'antiaggregante⁸⁻⁹).

Il seguente studio vuole valutare l'adeguatezza della terapia dello scompenso cardiaco rispetto queste linee guida. La popolazione presa in esame riguarda pazienti ricoverati nel Policlinico di Modena nell'anno 2011 per scompenso cardiaco.

I pazienti all'ingresso erano 117; per 8 di questi non è stato possibile individuare la terapia domiciliare. Dei restanti 109 pazienti il 35,8% (39 pazienti) assumeva beta bloccanti, il 48,6% (53 pazienti) assumeva ACE inibitori o sartani, il 56% (61 pazienti) assumeva diuretici, il 30,3% (33 pazienti) assumeva diuretico antialdosteronico, il 22,9% (25 pazienti) assumeva statine e il 67,9% (74 pazienti) assumeva antiaggreganti e/o anticoagulanti.

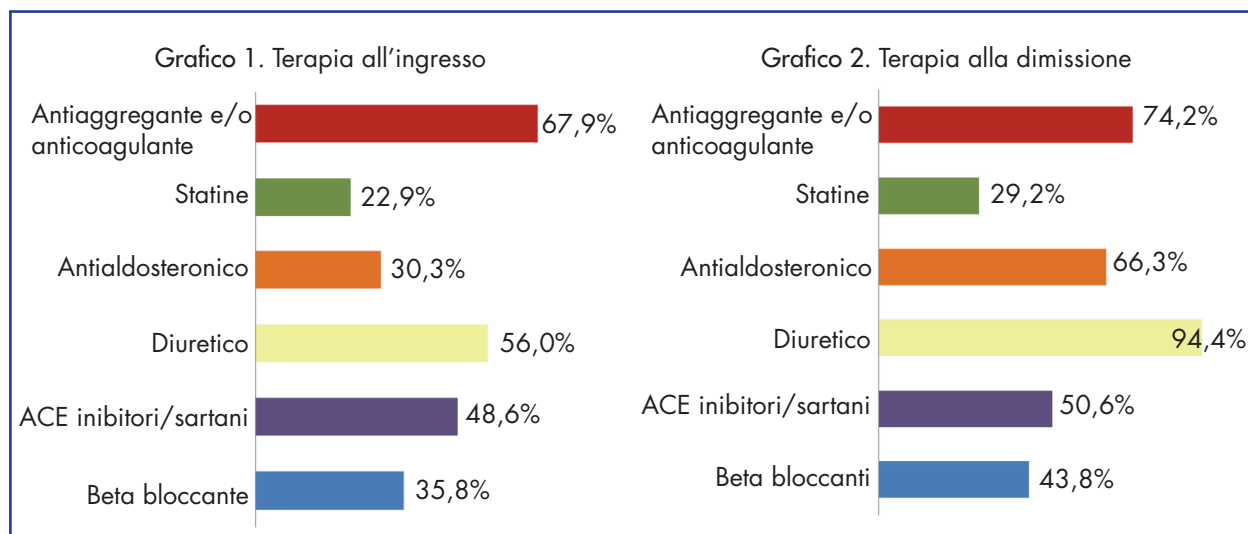
I pazienti dimessi sono stati 89 (28 pazienti sono deceduti); per il 43,8% (39 pazienti) tra i farmaci prescritti nella lettera di dimissione era presente il beta bloccante, per il 50,6% (45 pazienti) era presente l'ACE inibitore o il sartano, per il 94,4% (84 pazienti) il diuretico, per il 66,3% (59 pazienti) era presente l'antialdosteronico, per il 29,2% (26 pazienti) la statina e per il 74,2% (66 pazienti) era presente nella lettera di dimissione l'antiaggregante e/o l'anticoagulante.

Come illustrato nel Grafico 1, nel territorio di Modena nell'anno 2011 la terapia dei pazienti cardiopatici ricoverati per scompenso cardiaco non risulta ottimizzata all'ingresso in ospedale.

Alla dimissione (Grafico 2), in media tutti i farmaci subiscono un incremento di prescrizione anche se la terapia per molti pazienti non appare ancora ottimale. I farmaci che meno vengono utilizzati risultano essere i beta bloccanti e le statine. Per quanto riguarda i primi, il loro mancato utilizzo un tempo poteva essere giustificato in pazienti asmatici o affetti da BPCO per un aumentato rischio di esacerbazione della loro patologia polmonare; oggi però, con la nuova classe di farmaci beta selettivi, queste remore non dovrebbero più sussistere¹⁰⁻¹¹. Sono stati infatti condotti molti studi sull'utilizzo di questi farmaci ed al momento i beta bloccanti selettivi sono indicati per il trattamento dello scompenso cardiaco con una classe di raccomandazione 1, livello d'evidenza A.

Uno studio svolto in Germania ha evidenziato come, anche sul loro territorio e nonostante le linee guida, i beta bloccanti siano tuttora poco utilizzati (nello studio le statine non venivano prese in considerazione)¹², mentre uno studio olandese¹³ ha mostrato risultati simili a quelli emersi nel Policlinico di Modena.

In conclusione, lo scompenso cardiaco rappresenta oggi una delle patologie croniche di maggiore rilevanza clinica ed economica per un crescente numero di pazienti, elevate morbilità e mortalità, necessità di frequenti riospedalizzazioni.



Come emerso dal nostro studio, nella realtà modenese, in linea con ciò che accade in altri Paesi europei, il trattamento dello scompenso cardiaco non risulta ancora ottimale.

L'approccio multidisciplinare e multiprofessionale alla cura dello scompenso è riconosciuto ormai come altamente raccomandato per il miglioramento della qualità della vita e della prognosi del paziente dalle linee guida internazionali sia europee (ESC 2008) sia nord americane (American College of Cardiology, American Heart Association 2009).

Riteniamo sia necessario definire una rete assistenziale per il trattamento dello scompenso cardiaco cronico che prenda in considerazione differenti percorsi di cura in relazione alla severità di malattia, alla presenza di comorbidità, all'età, ed al tessuto sociale di riferimento.

Fondamentale risulta essere la comunicazione e la condivisione dei percorsi assistenziali tra struttura ospedaliera e territoriale, entrambi decisivi per un'efficace continuità assistenziale. Lo sviluppo di tale percorso si può realizzare attraverso la gestione della patologia da parte di un team di professionisti (MMG, specialista cardiologo, internista, infermiere) con diverse competenze e responsabilità professionali.

Tali percorsi sono stati recentemente formalizzati dalle linee guida ad indirizzo regionale per l'Emilia Romagna relative alla gestione integrata ospedale-territorio del paziente con scompenso cardiaco cronico.

I nostri dati confermano il fatto che l'adesione a queste linee guida potrebbe permettere una significativa diminuzione dell'ospedalizzazione dei pazienti con scompenso cardiaco. Ciò porterebbe a un miglioramento nella gestione e nella qualità della vita oltre che a un significativo risparmio economico.

Terapia dello scompenso cardiaco nei pazienti ricoverati.

AMMISSIONE				DIMISSIONE			
Pazienti	117	109		Pazienti	117	89	
di cui senza terapia	8			di cui deceduti	28		
Beta bloccanti		39	35,8%	Beta bloccanti		39	43,8%
ACE inibitori/sartano		53	48,6%	ACE inibitori/sartano		45	50,6%
Diuretico		61	56,0%	Diuretico		84	94,4%
Antialdosteronici		33	30,3%	Antialdosteronici		59	66,3%
Statine		25	22,9%	Statine		26	29,2%
Antiaggregante e/o anticoagulante		74	37,9%	Antiaggregante e/o anticoagulante		66	74,2%

Bibliografia

1. Dickstein K, Cohen-Solal A, Filippatos G *et al.*; ESC Committee for Practice Guidelines (CPG). ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008: the Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2008 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association of the ESC (HFA) and endorsed by the European Society of Intensive Care Medicine (ESICM). *Eur Heart J* 2008; 29, 2388-2442.
2. Effect of metoprolol CR/XL in chronic heart failure: Metoprolol CR/XL Randomised Intervention Trial in Congestive Heart Failure (MERIT-HF). *Lancet* 1999; 353, 2001-2007.
3. Packer M, Fowler MB, Roecker EB *et al.* Effect of carvedilol on the morbidity of patients with severe chronic heart failure: results of the carvedilol prospective randomized cumulative survival (COPERNICUS) study. *Circulation* 2002; 106, 2194-2199.
4. Cohn JN, Tognoni. A randomized trial of the angiotensin-receptor blocker valsartan in chronic heart failure. *N Engl J Med* 2001; 345, 1667-1675.
5. Faris R, Flather M, Purcell H *et al.* Current evidence supporting the role of diuretics in heart failure: a meta analysis of randomized controlled trials. *Int J Cardiol* 2002; 82, 149-158.
6. Pitt B, Zannad F, Remme WJ *et al.* The effect of spironolactone on morbidity and mortality in patients with severe heart failure. Randomized Aldactone Evaluation Study Investigators. *N Engl J Med* 1999; 341, 709-717.
7. Kjekshus J, Apetrei E, Barrios *et al.* Rosuvastatin in older patients with systolic heart failure. *N Engl J Med* 2007; 357, 2248-2261.
8. Cleland JG, Findlay I, Jafri S *et al.* The Warfarin/Aspirin Study in Heart failure (WASH): a randomized trial comparing antithrombotic strategies for patients with heart failure. *Am Heart J* 2004; 148, 157-164.
9. Cleland JG, Ghosh J, Freemantle N *et al.* Clinical trials update and cumulative meta-analyses from the American College of Cardiology: WATCH, SCD-HeFT, DINAMIT, CASINO, INSPIRE, STRATUS-US, RIO-lipids and cardiac resynchronisation therapy in heart failure. *Eur J Heart Fail* 2004; 6, 501-508.
10. Eged M, Shaw S, Mohammad B *et al.* Under-use of betablockers in patients with ischaemic heart disease and concomitant chronic obstructive pulmonary disease. *Q J Med* 2005; 98, 493-497.
11. Shelton RJ, Rigby AS, Cleland JG, Clark AL. Effect of a community heart failure clinic on uptake of beta blockers by patients with obstructive airways disease and heart failure. *Heart* 2006; 92, 331-336.
12. Peters-Klimm F, Müller-Tasch T, Schellberg D *et al.* Guideline adherence for pharmacotherapy of chronic systolic heart failure in general practice: a closer look on evidence-based therapy. *Clin Res Cardiol* 2008; 97, 244-252.
13. Bosch M, Wensing M, Bakx JC *et al.* Current treatment of chronic heart failure in primary care; still room for improvement. *J Eval Clin Pract* 2010; 16, 644-650.