

Informazioni dalla letteratura scientifica per una buona pratica infermieristica

Paziente con scompenso cardiaco

Lo scompenso cardiaco è una sindrome cronica complessa che può derivare da un danno cardiaco funzionale o strutturale e che danneggia la capacità del cuore di funzionare come una pompa per sostenere la circolazione sanguigna. La sindrome è caratterizzata da sintomi come la dispnea e l'astenia e da segni come la ritenzione idrica. Non esiste un singolo test diagnostico per lo scompenso cardiaco e la diagnosi è affidata a una valutazione clinica basata sulla combinazione di

anamnesi, esame obiettivo e indagini strumentali.

Lo scompenso cardiaco può essere un evento acuto ex novo oppure un aggravamento di uno scompenso cardiaco cronico, è caratterizzato da congestione polmonare e periferica importante (compreso edema polmonare o periferico) ed è spesso contraddistinto da riacutizzazioni.

I termini di scompenso cardiaco lieve, moderato o grave stanno a indicare la sintomatologia clinica, dove lieve definisce i pazienti senza rile-

➔ Epidemiologia e clinica	2
➔ Finalità dell'intervento assistenziale	2
➔ Ansia e depressione.	6
➔ Controllo del paziente con scompenso	6
➔ Piano di cura e follow up	6

vanti limitazioni dovute a dispnea e affaticabilità, grave definisce i pazienti con molti sintomi che richiedono una frequente assistenza medica, mentre nella categoria moderato rientrano i restanti pazienti.

Classi delle raccomandazioni e livelli delle prove

Tutti gli studi sono considerati in base alla forza delle prove classificate secondo i livelli riportati di seguito.

N.B: la presenza di due diverse classificazioni è dovuta alla mancanza di omogeneità tra i sistemi adottati nelle linee guida del National Institute for Clinical Excellence (NICE)² e in quelle della European Society of Cardiology (ESC)³, utilizzate entrambe come documenti di riferimento per la stesura di questo dossier. Di volta in volta è indicato di quale classificazione si tratta.

Classificazione NICE

A	prova ottenuta da almeno uno studio controllato e randomizzato e letteratura di buona qualità e con risultati coerenti (livello di prova Ia e Ib).
B	prova ottenuta da studi ben condotti, ma non randomizzati (livello di prova IIa, IIb, III).
C	prova ottenuta da opinioni o rapporti di commissioni di esperti o esperienza clinica di esperti autorevoli. Questo grado indica che non ci sono studi clinici o di buona qualità (livello di prova IV).
GPP	buona pratica raccomandata in base all'esperienza del Gruppo di consenso della linea guida.

Classificazione della European Society of Cardiology

Classe I	prova o consenso generale che la raccomandazione sia vantaggiosa, utile ed efficace.
Classe II	prove contrastanti o divergenza di opinione circa l'utilità ed efficacia del trattamento.
Classe IIa	il peso della prova od opinione è a favore dell'efficacia e utilità.
Classe IIb	l'efficacia e l'utilità non sono chiaramente stabilite sulla base della prova od opinione.
Classe III	ci sono prove o consenso generale che il trattamento non sia utile né efficace e in alcuni casi possa essere dannoso.
Livello A	prova ottenuta da studi randomizzati multicentrici o da metanalisi.
Livello B	prova ottenuta da un singolo studio randomizzato o da studi non randomizzati.
Livello C	opinione di esperti, serie di casi, o comportamenti accettati nella pratica.

Epidemiologia e clinica

Nelle popolazioni occidentali, la prevalenza dello scompenso cardiaco varia tra il 3 e il 20 per 1.000 abitanti e la percentuale cresce molto nella popolazione anziana, attestandosi a oltre 100 casi per 1.000 soggetti. L'incidenza è pari allo 0,1-0,2%, con una tendenza a raddoppiare per ogni decade di vita dopo i 50-55 anni, sino al 2-3% nelle persone di oltre 85 anni di età.

La mortalità è molto elevata: 50% entro i primi 4 anni dalla diagnosi, soprattutto nelle primissime settimane. Più del 50% dei pazienti con scompenso cardiaco grave muore entro un anno dal primo ricovero.

Nei paesi occidentali la causa più comune di scompenso cardiaco (responsabile del 52% dei nuovi casi di malattia) è la malattia coronarica associata all'ipertensione.

Lo scompenso cardiaco è strettamente correlato ai fattori di rischio cardiovascolare tra cui:

- ▶ l'iperlipidemia;
- ▶ il fumo;
- ▶ l'ipertensione;
- ▶ il diabete;
- ▶ il sovrappeso.

Oltre alla malattia coronarica, possono essere causa di scompenso cardiaco anche:

- ▶ le cardiomiopatie;
- ▶ il malfunzionamento delle valvole cardiache;
- ▶ le aritmie;
- ▶ le infezioni.

I sintomi più comuni in fase cronica, che vengono esacerbati in fase acuta, sono la dispnea, gli edemi periferici e l'astenia.

Secondo la capacità funzionale del paziente, lo scompenso viene classificato sulla base di quanto stabilito dalla New York Heart Association (vedi box in questa pagina).

Finalità dell'intervento assistenziale

La gestione di un soggetto con scompenso cardiaco è complessa e prevede diversi tipi di intervento, alcuni non farmacologici – volti soprattutto a prevenire nuovi aggravamenti – e altri farmacologici, per controllare lo

Classificazione NYHA (New York Heart Association) dello scompenso cardiaco

Classe I	nessuna limitazione dell'attività fisica; l'esercizio fisico abituale non provoca affaticabilità, dispnea né palpitazioni.
Classe II	limitazione lieve dell'attività fisica; benessere a riposo, ma l'attività fisica abituale provoca affaticabilità, palpitazioni o dispnea.
Classe III	limitazione grave dell'attività fisica; benessere a riposo, ma l'attività fisica minima provoca sintomi.
Classe IV	incapacità a svolgere qualsiasi attività fisica senza disturbi; i sintomi di scompenso sono presenti anche a riposo e peggiorano con qualsiasi attività fisica.

scompenso in fase cronica e controbatterlo in fase acuta.

L'obiettivo è ovviamente quello di ridurre i sintomi, migliorare la qualità di vita del paziente, aumentare l'aderenza a uno stile di vita adeguato e ai numerosi trattamenti farmacologici, controllare i segni e i sintomi di peggioramento, portando a un aumento della sopravvivenza.

Trattamenti non farmacologici

Come detto, i trattamenti non farmacologici mirano a modificare le abitudini quotidiane del paziente per ridurre il rischio di una nuova riaccutizzazione e per migliorare la qualità di vita.

Attività fisica

I pazienti con scompenso cardiaco dovrebbero essere incoraggiati a fare regolari esercizi aerobici o di resistenza (B, NICE).

L'allenamento può migliorare la tolleranza allo sforzo del paziente attraverso un adattamento della muscolatura periferica, senza effetti avversi sulla funzione cardiaca. Sono consigliati sia esercizi aerobici, come passeggiate veloci, sia esercizi di resistenza che possono migliorare i sintomi e la qualità di vita senza effetti negativi emodinamici in pazienti con scompenso cardiaco stabile in classe NYHA II e III. Gli effetti a lungo termine di tali programmi di allenamento non sono ancora ben definiti (livello Ia, NICE).

Nei pazienti più compromessi si consigliano sessioni di 5-10 minuti, nei pazienti più stabili sessioni di 20-30 minuti 3-5 volte alla settimana.

L'intensità degli esercizi va aumentata gradualmente secondo la comparsa di sintomi. Anche la cyclette può essere utilizzata. E' opportuno alternare fasi di lavoro a fasi di recupero, variando la potenza.

Poiché si è visto che i benefici ottenuti da programmi di attività fisica residenziale si perdono dopo 3 settimane di attività ridotta, è importante la continuità.

I programmi riabilitativi per il paziente scompensato che comprendono la ginnastica, il supporto psicologico, l'educazione possono dare benefici maggiori rispetto ai programmi che considerano uno solo degli aspetti (livello Ia, NICE).

In caso di scompenso acuto il riposo è un punto chiave dell'approccio terapeutico, ma in ogni caso sono raccomandate una mobilizzazione passiva e una ginnastica respiratoria.

Dieta, fumo, alcol

E' importante che i pazienti con scompenso cardiaco acquisiscano corrette abitudini alimentari, riducano il consumo di alcol e smettano di fumare. Per quanto riguarda la dieta (classe I, livello C, ESC) si raccomanda di:

- ▶ controllare la quantità di sale consumata, in particolare nei pazienti con scompenso cardiaco avanzato. Si consiglia di evitare di aggiungere sale ai cibi in tavola, di evitare cibi salati e conservati. Inoltre i sostituti del sale vanno usati con cautela poiché possono favorire l'aumento del potassio e, in combinazione con ACE inibitori, possono portare a una iperpotassiemia;
- ▶ informare il paziente con scompenso avanzato, con o senza ipona-

triemia, riguardo all'importanza del controllo dei liquidi. L'entità della restrizione idrica non è chiara. Generalmente è indicato un apporto di liquidi pari a 1,5-2 litri al giorno, mentre nei pazienti con scompenso cardiaco avanzato la restrizione idrica consigliata è di un litro al giorno;

- ▶ includere una dieta ipocalorica nel trattamento per lo scompenso cardiaco dei pazienti obesi;
- ▶ in caso di cachessia cardiaca – la perdita di massa grassa e magra che si accompagna alla perdita di peso nei pazienti con scompenso cardiaco – aumentare il peso, potenziando preferibilmente la massa muscolare attraverso esercizi fisici e piccoli pasti frazionati nella giornata (6-7 piccoli pasti nella giornata).

I pazienti con scompenso cardiaco alcol correlato dovrebbero astenersi dal bere alcolici (C, NICE).

Gli operatori sanitari dovrebbero discutere sul consumo degli alcolici con il paziente e adeguare i consigli alle circostanze cliniche (GPP, NICE).

Non ci sono comunque prove che il consumo di alcol vada vietato a tutti i pazienti con scompenso cardiaco (livello III, NICE). I pazienti con scompenso non alcol correlato possono bere una birra o uno, due bicchieri di vino al giorno.

Ai pazienti deve essere invece fortemente sconsigliato di fumare (GPP, NICE).

Si dovrebbero proporre programmi di counselling e di educazione per aiutare i pazienti a smettere di fumare (livello Ia, NICE), usando anche la terapia sostitutiva con nicotina.

Attività sessuale

Gli operatori sanitari dovrebbero essere preparati ad affrontare temi ad alto impatto emotivo, come l'attività sessuale (GPP, NICE).

Non vi sono prove sugli effetti dell'attività sessuale nel paziente scompensato, ma certamente la mancanza di respiro, lo sforzo e la difficoltà a stare distesi può limitarla. C'è consenso nel sostenere che questo problema vada affrontato con il paziente e il partner (che spesso appare più spaventato del paziente). I pazienti in classe NYHA

III e IV hanno un rischio maggiore di riacutizzare lo scompenso cardiaco con l'attività sessuale.

Viaggi e voli aerei

La maggior parte dei pazienti con scompenso cardiaco può fare viaggi aerei, a seconda delle condizioni cliniche al momento del viaggio (GPP, NICE).

Non ci sono motivi fisiopatologici perché pazienti con uno scompenso cardiaco stabilizzato non possano fare viaggi aerei; certamente nei pazienti con uno scompenso cardiaco grave i voli lunghi possono causare problemi (per esempio disidratazione, edemi agli arti inferiori). Inoltre per molti pazienti la parte più difficile dei voli aerei sono le lunghe camminate dentro l'aeroporto (livello IV, NICE).

In generale i voli aerei brevi sono preferibili a viaggi lunghi con altri mezzi di trasporto.

Vanno evitate località in altitudine e molto calde o umide (classe I, livello C, ESC), inoltre andrebbero discussi con il paziente i potenziali effetti sull'equilibrio gastrointestinale del cambiamento di dieta durante i viaggi.

Terapie complementari naturali

Nel trattamento dello scompenso cardiaco vengono utilizzate molte terapie complementari quali il coenzima Q10, l'estratto di biancospino e la terminalia arjuna. Nessuno studio osservazionale e controllato ne dimostra il beneficio su riospedalizzazioni e mortalità. Gli studi che ne hanno dimostrato l'utilità sono di scarsa qualità e su piccole popolazioni. Anche il meccanismo di azione di tali terapie non è chiaro ed è stato dimostrato un piccolo rischio di effetti avversi e complicazioni dovute all'interazione tra queste terapie e la terapia farmacologica prescritta. Poiché queste terapie possono essere acquistate senza prescrizione del medico, è opportuno informarsi se il paziente ne fa uso (livello IIb, NICE).

Non è stato dimostrato nessun beneficio del coenzima Q10 rispetto al placebo su mortalità e morbilità e il profilo di sicurezza a lungo termine di questo trattamento non è ancora noto (livello Ib, NICE).

Vaccinazione antinfluenzale

Non ci sono studi randomizzati al riguardo, però le vaccinazioni antinfluenzale e antipneumococcica possono ridurre l'incidenza delle infezioni respiratorie che tendono a peggiorare lo scompenso cardiaco.

Per questo motivo la vaccinazione antinfluenzale viene ampiamente utilizzata.

Trattamenti farmacologici

Per i trattamenti farmacologici nei pazienti con scompenso cardiaco dovuto a disfunzione del ventricolo sinistro vengono riportati i risultati degli studi clinici randomizzati condotti, nella maggior parte dei casi, su campioni molto numerosi e viene posta l'attenzione sugli effetti collaterali più frequenti e sui consigli utili da dare ai pazienti che iniziano ad assumere questi farmaci.

Diuretici

I diuretici sono essenziali per il trattamento della sintomatologia quando il sovraccarico di liquidi è presente e si manifesta con congestione polmonare ed edemi periferici, tuttavia non ci sono studi controllati e randomizzati che abbiano valutato gli effetti di questi agenti sui sintomi e sulla sopravvivenza.

L'uso del diuretico migliora rapidamente la dispnea e aumenta la tolleranza all'esercizio (classe I, livello A, ESC).

Per il trattamento con diuretici si raccomanda di:

- ▶ prescrivere sempre i diuretici insieme agli ACE inibitori e ai beta-bloccanti, se tollerati;
- ▶ incoraggiare il paziente ad autogestire il dosaggio del diuretico in base ai cambiamenti dei sintomi e del bilancio idrico;
- ▶ ridurre temporaneamente la dose di diuretico in caso di disidratazione (diarrea o sudorazione per climi molto caldi) o di ipotensione sintomatica (classe I, livello C, ESC).

Gli effetti collaterali più comuni sono ipotensione posturale e minzioni frequenti, mentre il più grave è uno squilibrio elettrolitico (come iponatriemia e ipopotassiemia) con successive aritmie.

Il diuretico è più efficace se dopo la

somministrazione il paziente rimane in clinostatismo per un'ora; dovrebbe inoltre essere evitata l'assunzione nello stesso momento di diuretico e ACE inibitore, soprattutto in caso di ipotensione arteriosa.

ACE inibitori

La terapia con ACE inibitori è raccomandata come terapia di prima linea in tutti i pazienti con una ridotta funzione sistolica del ventricolo sinistro per migliorare la sopravvivenza, i sintomi, la capacità funzionale e ridurre le riospedalizzazioni. Inoltre, nei pazienti con segni di scompenso (anche se transitori) dopo una fase acuta post infarto, dovrebbero essere prescritti per ridurre le probabilità di un nuovo infarto (classe I, livello A, ESC).

Questi farmaci dovrebbero essere dati da soli come terapia iniziale se non c'è una ritenzione idrica. Nei pazienti con ritenzione idrica sono invece raccomandati in combinazione con il diuretico (classe I, livello B, ESC).

Per quanto riguarda il dosaggio, è preferibile optare per quello risultato efficace nei grandi studi clinici piuttosto che dosare il farmaco solo in base al miglioramento della sintomatologia.

Gli effetti collaterali più comuni della terapia con ACE inibitori sono la tosse e l'ipotensione, compresa quella posturale. I più gravi sono il peggioramento della funzionalità renale, l'infarto renale da stenosi dell'arteria renale e l'angioedema.

Nei pazienti che sviluppano tosse o angioedema una valida alternativa sono i sartani (classe I, livello A, ESC). E' utile spiegare al paziente i benefici del trattamento, che migliora la sintomatologia, previene un aggravamento dello scompenso e aumenta la sopravvivenza e che i sintomi migliorano solo dopo alcune settimane, ma a volte mesi, dall'inizio del trattamento. Al paziente deve essere suggerito di segnalare eventuali effetti avversi, come tosse, capogiri e ipotensione sintomatica.

La terapia dovrebbe essere data preferibilmente la sera, in posizione supina, per ridurre gli eventuali effetti nocivi sulla pressione arteriosa (classe I, livello C, ESC). Se si inizia la te-

rapia al mattino è consigliabile controllare la pressione arteriosa nelle ore successive.

Sartani

I sartani sembrano avere un'efficacia simile agli ACE inibitori su morbilità e mortalità (classe IIa, livello B, ESC) e possono essere usati, come valida alternativa nei pazienti sintomatici e intolleranti agli ACE inibitori, nell'infarto miocardico acuto associato a segni di scompenso cardiaco o disfunzione del ventricolo sinistro (classe I, livello B, ESC).

I sartani possono essere somministrati in associazione all'ACE inibitore nei pazienti che rimangono sintomatici per ridurre la mortalità (classe IIa, livello B, ESC) e le riospedalizzazioni per scompenso cardiaco (classe I, livello A, ESC).

La terapia dovrebbe essere iniziata preferibilmente la sera, in posizione supina, per ridurre gli eventuali effetti negativi sulla pressione arteriosa (classe I, livello C, ESC). Se si inizia la terapia al mattino è consigliabile controllare la pressione nelle ore successive.

Betabloccanti

I betabloccanti sono raccomandati per il trattamento di tutti i pazienti (classe II-IV, NYHA) con scompenso cardiaco stabile, lieve, moderato o grave (su base ischemica e non) e con una ridotta funzionalità del ventricolo sinistro per ridurre le riospedalizzazioni, l'aggravamento dello scompenso e migliorare la classe funzionale. A meno di controindicazioni i betabloccanti vanno prescritti in associazione con il diuretico e l'ACE inibitore (classe I, livello A, ESC).

In particolare, nei pazienti con disfunzione del ventricolo sinistro dopo infarto (con o senza sintomi di scompenso) la terapia a lungo termine combinata con ACE inibitori riduce la mortalità (classe I, livello B, ESC).

Nei pazienti con scompenso cardiaco, gli effetti clinici possono variare da un betabloccante all'altro. Si raccomanda di utilizzare solo: bisoprololo, carvedilolo, metoprololo succinato e nebivololo (classe I, livello A, ESC). Gli effetti collaterali più comuni sono stanchezza, bradicardia e senso di freddo; quelli più gravi sono attacchi

di asma, esacerbazione dello scompenso e blocchi atrio-ventricolari.

E' opportuno spiegare al paziente i benefici del trattamento con betabloccanti, sottolineando che, oltre a prevenire un peggioramento dello scompenso e a migliorarne i sintomi (nell'arco di 3-6 mesi), questi farmaci prolungano la sopravvivenza. Il paziente va informato, inoltre, di un possibile peggioramento della sintomatologia all'inizio della terapia con betabloccanti o in seguito a un aumento del dosaggio. Se compaiono sintomi di peggioramento, come l'aumento di peso, il paziente deve riferirli al medico senza sospendere di sua iniziativa la terapia con il betabloccante.

Le perplessità iniziali sulla potenziale interazione nociva tra i sartani e i betabloccanti non sono state confermate da studi recenti, effettuati in pazienti con infarto miocardico o scompenso cardiaco (classe I, livello A, ESC).

Antagonisti dell'aldosterone

Oltre ad ACE inibitori, betabloccanti e diuretici, nello scompenso cardiaco avanzato sono raccomandati gli antagonisti dell'aldosterone per allungare la sopravvivenza e ridurre le riospedalizzazioni.

Questi farmaci dovrebbero essere prescritti in associazione agli ACE inibitori e ai betabloccanti per ridurre la mortalità e la morbilità nei pazienti con scompenso cardiaco dopo un infarto e in quelli con disfunzione del ventricolo sinistro e segni di scompenso o diabete (classe I, livello B, ESC).

Nei pazienti con scompenso che assumono lo spironolattone occorre controllare i livelli ematici di potassio e la creatinina, i segni di iperpotassemia e di un deterioramento della funzionalità renale. Se c'è iperpotassemia, va ridotta la dose di spironolattone e devono essere ricontrollati gli esami del sangue.

Gli effetti collaterali più frequenti sono l'astenia, la ginecomastia e l'eritema; quelli più gravi l'iperpotassemia e l'iponatriemia.

E' opportuno spiegare al paziente che tali farmaci migliorano la sintomatologia, prevengono peggioramenti dello scompenso e allungano la sopravvivenza. Perché i sintomi migliorino

occorrono da poche settimane ad alcuni mesi dall'inizio del trattamento. Si consiglia di sospendere temporaneamente il farmaco in caso di diarrea o vomito e di contattare il medico.

Digossina

I glucosidi cardiaci (tra i quali il più utilizzato è la digossina) sono indicati nei pazienti con fibrillazione atriale e con sintomatologia per lo scompenso cardiaco di qualunque grado, causato o meno da una disfunzione del ventricolo sinistro. Questi farmaci rallentano la frequenza cardiaca, migliorando i sintomi e la funzione del ventricolo sinistro (classe I, livello B, ESC).

La digossina non ha effetti sulla mortalità, ma può ridurre le riospedalizzazioni e in particolare quelle dovute al peggioramento dello scompenso nei pazienti con disfunzione del ventricolo sinistro e ritmo sinusale già in terapia con ACE inibitore, betabloccante, diuretico o anche antagonisti dell'aldosterone (classe IIa, livello A, ESC).

L'associazione di digossina e betabloccante è superiore a ciascuno dei 2 farmaci usati da soli nei pazienti con fibrillazione atriale (classe IIa, livello B, ESC).

La concentrazione di digitale nel sangue dovrebbe essere interpretata nel contesto clinico, dato che può essere tossica anche entro il range terapeutico.

L'effetto avverso più comune è la nausea, ma il più pericoloso sono le aritmie fatali.

Altri agenti inotropi

La somministrazione endovenosa di farmaci inotropi viene adottata in pazienti con scompenso cardiaco grave, con segni di congestione polmonare e ipoperfusione periferica. Questa terapia può dare complicanze e il suo effetto sulla prognosi è incerto. Il livello di prova e la classe della raccomandazione variano da farmaco a farmaco.

Il trattamento prolungato e ripetuto con farmaci inotropi positivi per bocca aumenta la mortalità, e pertanto non è raccomandato nello scompenso cardiaco cronico (classe III, livello A, ESC).

Amiodarone

L'amiodarone è efficace nel trattamento delle aritmie ventricolari e sopraventricolari (classe I, livello A, ESC). Esso può riportare e mantenere il ritmo sinusale nei pazienti con scompenso cardiaco e fibrillazione atriale anche in presenza di un atrio sinistro ingrandito o migliorare il successo della cardioversione. L'amiodarone è l'unico antiaritmico senza effetti inotropo negativi clinicamente rilevanti.

Gli effetti avversi più comuni sono la fotosensibilità, la nausea, la disfunzione tiroidea, i disturbi del sonno e i microdepositi corneali. I più temibili sono tossicità tiroidea, aritmie e fibrosi polmonare o epatica.

Vasodilatatori

Non c'è una indicazione specifica all'impiego dei vasodilatatori nello scompenso cardiaco (classe III, livello A, ESC), sebbene possano essere usati come terapia aggiuntiva in caso di angina pectoris o concomitante ipertensione (classe I, livello A, ESC).

Si può tentare un'associazione isosorbide-idralazina in caso di intolleranza agli ACE inibitori e ai sartani per ridurre la mortalità e la morbilità e migliorare la qualità della vita (classe IIa, livello B, ESC).

I nitrati possono essere utilizzati come terapia aggiuntiva per l'angina e la dispnea (classe IIa, livello C, ESC). Non c'è alcuna prova che dimostri che la somministrazione di nitrati per bocca migliori i sintomi nello scompenso cronico o durante la fase acuta.

Anticoagulanti e antiaggreganti

Il trattamento anticoagulante è fortemente indicato nello scompenso cardiaco associato a fibrillazione atriale, pregresso evento tromboembolico o presenza di un trombo mobile nel ventricolo sinistro (classe I, livello A, ESC).

Nei pazienti con pregresso infarto miocardico è raccomandato l'uso di acido acetilsalicilico o di anticoagulanti orali come profilassi secondaria (classe IIa, livello C, ESC), mentre dovrebbe essere evitato nei pazienti con riospedalizzazioni ricorrenti per peggioramento dello scompenso cardiaco (classe IIb, livello B, ESC).

Migliorare l'aderenza alla terapia farmacologica

Ci sono prove che la non aderenza al trattamento sia una causa importante di riospedalizzazioni per scompenso cardiaco. Le cause di non aderenza possono essere incidentali o volontarie. Sono utili schemi terapeutici semplificati e l'educazione del paziente e dei suoi familiari alla terapia farmacologica.

I regimi di assunzione dei farmaci dovrebbero essere i più semplici possibili e i professionisti dovrebbero assicurarsi che il paziente e chi lo cura siano pienamente informati sulla terapia farmacologica (A, NICE).

Tre revisioni sistematiche che includono popolazioni di pazienti con malattie croniche in trattamento farmacologico cronico riportano che uno schema semplificato (meno farmaci e meno somministrazioni, dove possibile) migliora l'aderenza alla terapia (livello Ia, NICE).

Gli effetti indesiderati e avversi dei farmaci dovrebbero essere spiegati in modo completo, con particolare riguardo a quelli da evitare o usare con cautela (vedi box).

Si raccomanda, inoltre, di spiegare al paziente che:

- ▶ il miglioramento prodotto dal trattamento sarà graduale e completo dopo parecchie settimane e per alcuni farmaci anche dopo mesi di trattamento;
- ▶ l'aumento graduale degli ACE inibitori, dei sartani e dei betabloccanti fino alla dose desiderata non migliorerà direttamente i sintomi;
- ▶ in caso di ipotensione marcata, se necessario occorre ridurre tempo-

Farmaci da evitare o da impiegare con cautela

I seguenti farmaci sono da impiegare con cautela o da evitare in associazione a terapie per lo scompenso cardiaco:

- antinfiammatori non steroidei;
- antiaritmici di classe I;
- calcioantagonisti;
- antidepressivi triciclici;
- corticosteroidi.

raneamente la dose di ACE inibitori o betabloccanti o sartani;

- ▶ all'inizio del trattamento con ACE inibitori può comparire tosse stizzosa;
- ▶ i farmaci antinfiammatori non steroidei vanno evitati durante la terapia con ACE inibitori (classe I, livello C, ESC).

Ossigenoterapia

L'ossigenoterapia viene usata per il trattamento dello scompenso acuto, mentre in generale non ha applicazioni nello scompenso cronico (classe III, livello C, ESC). Un supplemento di ossigeno può portare a un deterioramento emodinamico nei pazienti con scompenso che non abbiano una congestione polmonare.

Nei pazienti con scompenso cardiaco acuto la finalità del trattamento con ossigeno è quella di mantenere un'ossigenazione cellulare adeguata per prevenire l'insufficienza funzionale di uno o più organi. Un'ossigenazione compresa in un intervallo del 95-98% garantisce ai tessuti l'apporto di ossigeno ottimale.

Ansia e depressione

La presenza di depressione va valutata in tutti i pazienti con scompenso cardiaco. Se l'aggravarsi dei sintomi dello scompenso causa un peggioramento della depressione è opportuna (una volta che le condizioni fisiche siano migliorate con il trattamento) una rivalutazione dello stato psicologico; se i sintomi psicologici sono migliorati, non è necessario alcun trattamento (C, NICE).

La depressione tende a essere più frequente nei pazienti con scompenso cardiaco che nella popolazione in generale (livello IV, NICE).

Vanno attentamente valutati i potenziali rischi e benefici dei farmaci per la depressione. I pazienti con scompenso cardiaco dovrebbero consultare un medico prima di usare terapie da banco per la depressione. Medici e infermieri dovrebbero conoscere le potenziali interazioni con i farmaci prescritti e dovrebbero sempre raccogliere informazioni su tutti i trattamenti utilizzati (prescritti, da banco, di erboristeria eccetera, GPP, NICE). Gli antidepressivi sono accettati dai

pazienti e dovrebbero essere considerati nel trattamento di pazienti con malattie fisiche e depressione (livello Ia, NICE). Va comunque posta attenzione poiché la terapia con antidepressivi (triciclici) può provocare complicanze quali ritenzione di liquidi, ipotensione e aritmie.

Controllo del paziente con scompenso

La condizione clinica di una persona con scompenso cardiaco può essere molto varia, ma in generale si hanno ripetuti ricoveri, particolarmente nei pazienti con uno scompenso cardiaco grave. I pazienti e chi si occupa di loro hanno un ruolo importante nel controllo dello stato di salute, ma ciò richiede un'educazione appropriata e un adeguato supporto.

Nei pazienti con scompenso cardiaco acuto o riacutizzatosi il controllo deve essere effettuato il più precocemente possibile, unitamente alla messa in atto di tutte le procedure diagnostiche atte a stabilire la causa dello scompenso.

Nei pazienti in condizioni critiche è importante controllare:

- ▶ la frequenza cardiaca e l'elettrocardiogramma (consente di valutare la presenza di aritmie o di ischemia responsabili dello scompenso);
- ▶ la pressione arteriosa (importante soprattutto all'inizio della terapia, fino a quando il dosaggio di diuretici, vasodilatatori o farmaci inotropi positivi non raggiunge la soglia terapeutica e viene stabilizzato);
- ▶ gli elettroliti (soprattutto le variazioni della potassiemia), della creatinina e della glicemia;
- ▶ la saturazione di ossigeno dell'emoglobina arteriosa attraverso la saturimetria.

Anche i pazienti con scompenso cronico richiedono controlli che devono includere:

- ▶ una valutazione clinica della capacità funzionale, della ritenzione idrica, del ritmo cardiaco, dello stato cognitivo e nutrizionale;
- ▶ un esame della terapia farmacologica, compresa la necessità di modifiche e la valutazione dei possibili effetti indesiderati;

- ▶ gli esami ematochimici: urea, elettroliti e creatinina.

I pazienti con comorbilità e quindi con terapie farmacologiche complesse richiedono ulteriori indagini. La potassiemia è particolarmente importante nei pazienti che assumono la digitale e lo spironolattone.

La capacità funzionale si evince soprattutto dalla classe NYHA.

La valutazione della ritenzione di liquidi si ha con l'esame clinico, con la registrazione del peso corporeo, con la valutazione delle vene giugulari, degli edemi periferici, con la rilevazione della pressione arteriosa (un'ipotensione in ortostatismo può indicare un'ipovolemia).

La valutazione del ritmo cardiaco può richiedere l'esecuzione di un elettrocardiogramma e, nel sospetto di aritmia, di un Holter.

Viene raccomandato al paziente di controllare il proprio peso (è essenziale raccomandare che il controllo del peso corporeo venga effettuato sempre nelle medesime condizioni e con la stessa bilancia) e in caso di aumento di peso (>2 kg in 3 giorni) avvisare il medico o aumentare il diuretico secondo la quantità concordata con il cardiologo (classe I, livello C, ESC).

Sono necessari controlli più dettagliati per i pazienti con comorbilità rilevanti o in peggioramento rispetto al precedente controllo.

I pazienti e i loro familiari dovrebbero essere informati riguardo alla natura della malattia e al riconoscimento dei sintomi di scompenso.

Piano di cura e follow up

La modalità di follow up dovrà sempre tenere conto della continuità assistenziale.

Un sistema organizzato di cure specialistiche per lo scompenso cardiaco migliora i sintomi e riduce le riospedalizzazioni (classe I, livello A, ESC) e la mortalità (classe IIa, livello B, ESC).

Alcuni studi randomizzati hanno dimostrato che un sistema di cura strutturato migliora la qualità della vita e la sopravvivenza dei pazienti, ma i risultati non sono univoci. Sono stati valutati vari modelli ma non è

ancora chiaro quale sia il migliore. Quelli di maggior successo prevedono il lavoro di infermieri specializzati nella cura del paziente con scompenso cardiaco.

Una riospedalizzazione può essere dovuta a una complicità clinica, a fattori ambientali, comportamentali, come la non aderenza alla terapia farmacologica, alla dieta o a fattori legati alla dimissione (una dimissione prematura o un programma di educazione inadeguato).

Nei programmi di cura e follow up dei pazienti con scompenso cardiaco si raccomanda (classe I, livello C, ESC) di utilizzare un approccio mul-

tiprofessionale, di effettuare il primo follow up entro 10 giorni dalla dimissione, di pianificare la dimissione, di aumentare i controlli, di facilitare l'accesso all'assistenza, di incoraggiare l'identificazione precoce di segni e sintomi di peggioramento (per esempio la telesorveglianza), di ricorrere a regimi diuretici flessibili, di attuare programmi di counselling ed educazione intensivi a paziente e familiari, di valutare gli ostacoli all'aderenza alla terapia.

Bibliografia

1. Commissione congiunta ANMCO (Associazione nazionale medici cardiologi osped-

alieri)-SIC (Società italiana di cardiologia). Linea guida sullo scompenso cardiaco, 1997. <http://www.anmco.it/pubblicazioni/lineeguida.html>.

2. National collaborating for chronic conditions, National Institute for Clinical Excellence (NICE). Chronic heart failure: national clinical guideline for diagnosis and management in primary and secondary care, 2003. <http://www.nice.org.uk/page.aspx?o=CG005NICEguideline>.
3. The Task Force for the diagnosis and treatment of CHF of the European Society of Cardiology. Guidelines for diagnosis and treatment of chronic heart failure: full text (update 2005). <http://www.escardio.org/NR/rdonlyres/CBA6844E-56D7-43B4-B0FB-6A4FAF0C0E98/0/AHFFullTextFVFWehi117170205.pdf>.

Raccomandazioni

L'ampio numero di raccomandazioni presenti in letteratura per il trattamento dello scompenso cardiaco cronico non consente di estrapolare un breve elenco di indicazioni finali. Per la stesura di questo dossier si è dunque scelto di indicare direttamente nel testo, al quale si rimanda, il livello di prova e la classe della raccomandazione.

Dossier **infad** – n. 3, 2006

© **ZADIG**

via Calzecchi 10, 20133 Milano

www.zadig.it

e-mail: segreteria@zadig.it

tel.: 02 7526131 – fax: 02 76113040

Direttore editoriale: Pietro Dri

Autore: Mariagrazia Gambato, infermiera,
Ospedale Niguarda di Milano, Cardiologia

Redazione: Simona Calmi, Roberto Manfrini, Nicoletta Scarpa

Grafica: Luigi Bona