

Scompenso cardiaco, i dati di una inchiesta

Alessandro Filippi, Andrea Stimamiglio*,

Medico generale, Responsabile Area Cardiovascolare SIMG, *Medico generale, SIMG, Genova

I dati disponibili sull'approccio alla diagnosi e terapia dello scompenso cardiaco non riflettono realtà nazionali ma sono desunti in massima parte dalla letteratura straniera, soprattutto nordamericana e nordeuropea.

Riteniamo che un migliore approccio al problema debba necessariamente passare attraverso una più approfondita conoscenza della realtà in cui viviamo.

Presentiamo i risultati di un'indagine preliminare sull'insufficienza cardiaca in Italia; i dati esposti non hanno la pretesa di essere rappresentativi della realtà nazionale, ma possono essere la premessa a futuri studi più approfonditi basati su un più ampio numero di casi.

Materiali e metodi

Nel settembre 2000 è stata inviata una lettera a tutti i Presidenti delle Sezioni Provinciali SIMG con l'invito a far compilare da quattro soci della Sezione, a loro scelta, un questionario per i primi tre pazienti noti scompensati che si presentavano in ambulatorio.

Il questionario si componeva di 16 domande su vari aspetti riguardanti la storia clinica del paziente.

Risultati

Le risposte pervenute al 31 dicembre 2000 sono state 137. I pazienti a cui si riferiscono sono seguiti in buona parte (103 casi in totale) da MG nati fra il 1950 e il 1959. I casi studiati sono abbastanza uniformi come distribuzione geografica e numero di abitanti delle città di provenienza.

In considerazione dello scarso numero di risposte pervenute e quindi dell'impossibilità a generalizzarne i risultati, abbiamo pensato di riportare solo alcuni dati che riteniamo utili come momento di riflessione e per sviluppare successive iniziative.

Uso di materiale informativo per i pazienti

Solo una minoranza dei pazienti (31 su 137) trova nello studio del proprio medico materiale informativo sullo scompenso cardiaco.

Classi NYHA

La maggioranza dei casi presi in considerazione (76%) e che capitano all'osservazione del MG si trova in classi NYHA II e III, (vedi figura 1). Bisogna ricordare ancora che si tratta di pazienti che accedono allo studio e non rappresentano, quindi, necessariamente tutti gli assistiti con scompenso; è probabile che i pazienti con differente gravità di scompenso si rechino in studio con frequenza differente.

Durata malattia

Al 31 dicembre 2000, i casi presi in considerazione hanno una storia di scompenso che dura da circa sei anni; i pazienti in classe IV hanno una storia di scompenso più lunga (anno medio di diagnosi: 1990), mentre nelle altre classi questa si accorcia proporzionalmente alla gravità: classe I e II anno medio di diagnosi 1995 e classe III anno medio di diagnosi 1993.

Farmaci utilizzati

Un'alta percentuale di scompensati assume terapia con diuretici e ACE inibitori; anche i MG che seguono senza l'aiuto dello specialista i loro pazienti prediligono tali farmaci, mentre non usano i beta bloccanti (vedi tabelle 1 e 2).

FA, trattamento anticoagulante o antiaggregante

Dei 49 pazienti con FA, 39 sono seguiti dal cardiologo da solo o con il MG, 5 dal MG da solo, 5 da altri specialisti; dei 39 seguiti dal cardiologo, 14 sono trattati con anticoagulanti, 14 con antiaggreganti, 11 non seguono né trattamento anticoagulante né antiaggregante. Dei 5 pazienti seguiti dal solo MG 2 sono scoagulati, 1 usa antiaggreganti, 2 non assumono né l'una né l'altra terapia.

Uso di betabloccanti

Nessun paziente che utilizza beta bloccanti è seguito esclusivamente dal MG.

Dei 114 pazienti non trattati con beta bloccanti, 45 (39% del totale) hanno controindicazioni asseverate dalla letteratura e fra di esse spicca l'asma/BPCO (25% dei casi) (tab. 3). Per 19 pazienti viene riferita da parte del MG curante la presenza di controindicazioni che in realtà non sono ritenute tali in letteratura (BAV di primo grado, età, diabete, BBS, dislipidemia, vasculopatia cerebrale, angina). Tra i 57 pazienti in classe NYHA II e III seguiti dal cardiologo e privi di controindicazioni reali, solo 18 assumono beta bloccanti.

Autore della prescrizione farmacologica

La terapia farmacologica dello scompensato viene prescritta soprattutto dal MG in collaborazione con lo specialista cardiologo (39%), (vedi tab. 4).

Ecocardiogrammi eseguiti e tempi medi di attesa

Dei 137 pazienti considerati, 128 (93%) hanno fatto almeno un ecocardiogramma nella vita, mentre 9 non ne hanno mai fatti. In una buona percentuale di casi (118 su 137) il MG ha la possibilità di richiedere direttamente l'esame. Il 75% dei pazienti deve aspettare da 1 a 3 mesi per eseguire un ecocardiogramma e il 3% deve attendere più di tre mesi, mentre solo il 22% meno di trenta giorni.

Discussione

Dai dati sopra esposti si possono trarre alcune interessanti osservazioni, che vanno per il momento considerate preliminari viste le caratteristiche del campione esaminato.

Molti pazienti scompensati vengono seguiti direttamente dal MG che agisce da solo (14% dei casi) o con la consulenza dello specialista cardiologo (39%). Il MG segue l'evoluzione della malattia dall'inizio (anno medio di diagnosi in classe I o II: 1995) alla fine (anno medio di diagnosi in classe IV: 1990) in un arco relativamente breve di anni.

Per quanto riguarda la terapia farmacologica, sorprende positivamente il dato dell'ottima percentuale di uso degli ACE e dei sartanici (82%), ben superiore ai dati che ci giungono dalla Gran Bretagna (54% di uso degli ACE; Br. J. General Practice, 50: 559-563).

Vi sono però anche zone d'ombra, sia per i MG sia per gli specialisti: alcuni colleghi riferiscono controindicazioni all'uso dei beta bloccanti non asseverate dalla letteratura; solo una minoranza dei

pazienti seguiti dal cardiologo e meritevoli di beta bloccanti utilizza questa terapia. Emerge ancora la proporzione insoddisfacente dei pazienti con FA che eseguono profilassi delle tromboembolie, anche quando siano seguiti dallo specialista.

Ottima e decisamente superiore ai dati riportati dalla letteratura è la percentuale di pazienti che ha eseguito un ecocardiogramma anche se emerge che l'attività dei MG e degli specialisti è intralciata da una cattiva organizzazione del lavoro (tempi lunghi di attesa).

Poco diffusa l'informazione scritta ai pazienti, che solo in una piccola percentuale riceve materiale scritto da parte del proprio medico.

Conclusioni

I dati ottenuti dalla ricerca dimostrano che in Italia esistono MG che seguono in prima persona e in maniera qualificata il paziente scompensato. In questi casi, ottime e difficilmente superabili sono le percentuali di pazienti che hanno eseguito un ecocardiogramma o che assumono ACE inibitori. Ancora troppo pochi sono invece i pazienti con FA trattati con anticoagulanti e i malati in classe NYHA II-III che assumono un beta bloccante; questi ultimi dati, se confermati da ricerche più estese, suggeriscono un preciso impegno formativo.

Tabelle

Tab. 3 - Controindicazioni ai beta bloccanti

Patologia	numero	% pz non trattati
ASMA, bpc	29	25,4
blocco AV>1	2	1,7
ipotensione	4	3,5
arteriopatia	3	2,6
bradicardia	4	3,5
antiaritmici concomitanti	3	2,6
Totale	45	39,4
Altro non asseverato	19	16,6

Tab. 4

Figura professionale	n°	%
mg	20	14,50

internista	4	2,90	
cardiologo	48	35	
mg/cardiologo	54	39,40	
mg/internista	4	2,90	
internista/cardiologo	4	2,90	
altro	3	2,10	
Totale	137	100	

casi	mg	cardiologo	altri	
classe I	18	38,80%	72,20%	11,10%
classe II	61	67,20%	83,60%	4,90%
classe III	43	55,80%	72%	13,90%
classe IV	13	53,80%	84,60%	23%



top