

[Area CARDIOVASCOLARE] La gestione dello Scompenso Cardiaco in Medicina Generale

Dimensioni del problema e ruolo del MMG

In tutto il mondo occidentale la prevalenza di scompenso cardiaco è in aumento; alla base di questo fenomeno vi è probabilmente sia l'incremento della durata media della vita sia l'aumentata sopravvivenza dopo un evento coronario acuto. Sappiamo infatti che la prevalenza di scompenso è correlata all'età e che l'incidenza si raddoppia per ogni decade a partire dai 45 anni e che l'età media di diagnosi di scompenso è di 74 anni. La sopravvivenza dopo eventi cardiaci acuti è sicuramente molto migliorata, questo comporta la possibilità, nel corso del tempo, di comparsa di scompenso in soggetti che in passato non sarebbero sopravvissuti.

Nonostante i progressi della terapia, la prognosi dello scompenso è ancora grave: metà dei pazienti con questa diagnosi morirà entro 4 anni e, in caso di scompenso grave, la mortalità sarà del 50% entro un solo anno.

Questa patologia richiede, come facilmente intuibile, un notevole sforzo da parte delle strutture sanitarie. I costi per lo scompenso sono stimati intorno a 1,4% dell'intera spesa sanitaria pubblica, con il 70% rappresentato dalle spese per ricoveri ospedalieri. Proprio sui ricoveri è necessaria una particolare riflessione: oltre il 44% dei pazienti ospedalizzati viene nuovamente ricoverato entro sei mesi e di questi quasi il 30% più di una volta. Si stima inoltre che circa la metà delle ospedalizzazioni interessi soggetti a basso rischio e sia pertanto potenzialmente evitabile.

(riferimento: Mangia R, Senni M., Cacciatore G, Del Sindaco G, Pozzi R, DiLenarda A, Oliva F, Clernenza F, Porcu M E' tempo di organizzare una "nuova" lotta allo scompenso cardiaco? Italian Heart Journal Suppl 2003; 4: 232-236)

Il ruolo del MMG

Non vi è luogo o circostanza in cui il ruolo del MMG non venga definito centrale, ma se si tratta di entrare nel dettaglio dei compiti affidati alla MG le cose si complicano. L'attuale convenzione, unico documento ufficiale che definisca l'attività del medico convenzionato, contempla attività estremamente vaste, ma poco definite. Può quindi accadere che un MMG gestisca autonomamente il problema scompenso nella quasi totalità degli assistiti, mentre altri deleghino interamente gli stessi compiti agli specialisti (questa situazione potrebbe per altro invertirsi considerando un'altra patologia non cardiologia). E' evidente l'importanza di definire in termini concreti ciò che normalmente deve essere svolto nell'ambito delle cure primarie. La definizione operativa del ruolo del MMG è infatti fondamentale per

- a) consentire cure adeguate e uniformi nell'ambito della medicina generale
- b) permettere una collaborazione strutturata tra ospedale e territorio
- c) poter effettuare una programmazione sanitaria a livello nazionale, regionale e locale
- d) individuare le necessità di miglioramento professionale

L'identificazione dei compiti del MMG non può essere un'operazione basata solo sulla teoria, ma deve tener conto della pratica attuale in MG, delle opportunità e degli ostacoli al miglioramento nella realtà italiana, dell'applicabilità reale della "medicina basata sulle evidenze" ai pazienti della MG. Quanto segue è pertanto riferito esclusivamente ai compiti "minimi" affidati ogni MMG italiano. Ovviamente chi possiede conoscenze specifiche maggiori o interesse particolare all'argomento potrà anche fare molto di più, ma nessuno è "professionalmente" autorizzato a fare di meno.

A questo punto è necessaria un'importante precisazione: al momento attuale le evidenze scientifiche riguardano in modo pressoché esclusivo lo scompenso con disfunzione sistolica del ventricolo sinistro (caratterizzato da ridotta frazione di eiezione) e, di conseguenza le linee guida internazionali e quanto segue si riferisce a questo problema. La prevalenza di scompenso cardiaco diastolico non è però irrilevante, soprattutto in medicina generale. Le informazioni essenziali sullo scompenso cardiaco diastolico sono riportate nel box... (in alternativa paragrafo a parte)

Sintesi sullo scompenso diastolico

- Lo scompenso cardiaco diastolico è frequente nella pratica clinica (30-50% di tutti gli scompensi)
- Lo scompenso diastolico è più frequente in anziani e donne

- La diagnosi di scompenso diastolico deve essere considerata in presenza di segni e sintomi di scompenso se l'esame ecocardiografico mostra una frazione di eiezione >50%.
- La valutazione ecocardiografica mirata allo studio della funzionalità diastolica può fornire ulteriori elementi utili per la diagnosi; per questo motivo il sospetto diagnostico di scompenso deve essere chiaramente indicato nelle richieste e deve indurre un'adeguata refertazione da parte dello specialista.
- La mortalità è 4 volte superiore a quella di soggetti privi di questa patologia.
- I principi generali della terapia sono: ridurre il sovraccarico di volume, rallentare la frequenza cardiaca, controllare la pressione arteriosa, intervenire sull'ischemia cardiaca.
- L'attuale terapia dello scompenso diastolico è empirica e basata essenzialmente sugli stessi farmaci utilizzati per lo scompenso sistolico, con in più la possibilità di utilizzare calcio antagonisti non diidropiridinici (Verapamil e diltiazem) per il controllo della FC.
- La consulenza specialistica può risultare particolarmente utile in caso di dubbi in merito alla diagnosi e in caso di difficile controllo dei sintomi.
- La sintomatologia può essere notevolmente peggiorata da un incremento spiccato della pressione arteriosa (soprattutto sistolica) durante sforzo e dall'elevata frequenza cardiaca (aritmie, ecc)
- La prevenzione si basa sul controllo dell'ipertensione arteriosa e sulle altre usuali misure preventive nei confronti della patologia aterosclerotica

(riferimento Vasan RS Diastolic heart failure BMJ 2003; 237: 1181-2; Garcia MG Diagnostico y guia terapeutica de la insuficiencia cardiaca diastolica Rev Esp Cardiol 2003; 56: 396-406; Angeja BG, Grossman W Evaluation and management of diastolic heart failure Circulation 2003; 107: 659-663)