

Linee guida per la diagnosi e il trattamento dello scompenso cardiaco acuto

Antonino Cartabellotta^{1*}, Primiano Iannone²

¹Medico Chirurgo, Presidente Fondazione GIMBE, ² Medico Chirurgo, Direttore Dipartimento di Emergenza, ASL 4 Chiavarese

Lo scompenso cardiaco (SC) acuto si può presentare ex novo in pazienti senza cardiopatia nota, oppure come aggravamento improvviso di uno SC cronico. Lo SC acuto è una causa frequente di ricovero ospedaliero e negli over 65 è la principale causa di ospedalizzazione nel Regno Unito¹. I dati europei mostrano che circa il 50% dei pazienti ricoverati per SC acuto vengono re-ospedalizzati entro 12 mesi² e un terzo muore entro un anno dal primo ricovero¹.

Considerato che la diagnosi di SC acuto può essere difficile a causa di sintomi e segni non specifici ed esiste una grande variabilità nella gestione dei pazienti con SC acuto¹, questo articolo sintetizza le più recenti raccomandazioni sulla diagnosi e il trattamento dello SC acuto pubblicate dal *National Institute for Health and Care Excellence (NICE)*³. Le raccomandazioni NICE sono basate su revisioni sistematiche delle migliori evidenze disponibili della costo-efficacia degli interventi sanitari. Quando le evidenze sono limitate, le raccomandazioni si basano sull'esperienza e l'opinione del gruppo che ha prodotto la linea guida – *Guidelines Development Group (GDG)* – e sulle norme di buona pratica clinica. I livelli di evidenza delle raccomandazioni cliniche sono indicati in corsivo tra parentesi quadre.

1. Requisiti strutturali-organizzativi

- Tutti gli ospedali che ricoverano pazienti con sospetto SC acuto dovrebbero disporre di un team specialistico dedicato, afferente ad una unità operativa di cardiologia in grado di fornire assistenza domiciliare extra-ospedaliera.
- Tutti i pazienti ricoverati per SC acuto dovrebbero ricevere in maniera precoce e continua il supporto di un team specialistico dedicato.

[Raccomandazioni basate su evidenze di qualità molto bassa da studi osservazionali e da un'analisi di costo-efficacia]

- In accordo con le linee guida per lo SC cronico⁴, nei pazienti ospedalizzati per SC acuto devono essere pianificate le seguenti azioni:
 - dimissione dopo la fase acuta
 - successiva presa in carico a livello di cure primarie, in grado di garantire monitoraggio e assistenza da parte di un team multidisciplinare
 - piano di comunicazione al paziente che deve includere informazioni relative alla malattia, alle opzioni terapeutiche e alla prognosi.

- Uno specialista del team dedicato deve rivalutare il paziente entro due settimane dalla dimissione ospedaliera *[Raccomandazioni basate sull'esperienza e parere del GDG]*

2. Diagnosi e valutazione

La figura in appendice riporta l'algoritmo diagnostico-terapeutico dei pazienti con sospetto clinico di SC acuto.

- Nei pazienti con sospetto SC acuto di nuova insorgenza, dosare in singola determinazione i peptidi natriuretici (BNP o NT-proBNP) per escludere la diagnosi di SC utilizzando i seguenti cut-off:
 - BNP < 100 ng/ml
 - NT-proBNP < 300 ng/ml

[Raccomandazione basata su evidenze di alta qualità da studi osservazionali e da un'analisi di costo-efficacia]

- Nei pazienti che si presentano con sospetto SC acuto di nuova insorgenza ed elevati livelli di peptidi natriuretici, eseguire una ecocardiografia transtoracica per valutare la presenza/assenza di anomalie cardiache. Il test dovrebbe essere eseguito entro 48 ore dal ricovero, ai fini di una gestione specialistica precoce.

[Raccomandazioni basate sull'esperienza e parere del GDG]

3. Terapia farmacologica

- Nei pazienti con SC acuto non prescrivere di routine oppiacei. *[Raccomandazione basata su evidenze di qualità molto bassa da studi osservazionali]*
- Nei pazienti con SC acuto non prescrivere di routine nitrati.
- Se in determinate circostanze cliniche vengono som-

Citazione. Cartabellotta A, Iannone P. Linee guida per la diagnosi e il trattamento dello scompenso cardiaco acuto. Evidence 2015;7(2): e1000103.

Pubblicato 10 febbraio 2015

Copyright. © 2015 Cartabellotta. Questo è un articolo open-access, distribuito con licenza *Creative Commons Attribution*, che ne consente l'utilizzo, la distribuzione e la riproduzione su qualsiasi supporto esclusivamente per fini non commerciali, a condizione di riportare sempre autore e citazione originale.

Fonti di finanziamento. Nessuna.

Conflitti d'interesse. Nessuno dichiarato

Provenienza. Non commissionato, non sottoposto a peer-review.

* E-mail: nino.cartabellotta@gimbe.org

ministrati nitrati (es. pazienti con ischemia miocardica, ipertensione severa o rigurgito valvolare mitralico o aortico), effettuare uno stretto monitoraggio della pressione arteriosa in un setting in grado di fornire assistenza almeno di 2° livello, indispensabile per pazienti che necessitano di osservazione clinica o interventi più articolati, inclusi quelli di supporto a singoli scompensi d'organo, le cure postoperatorie o il passaggio da livelli più elevati di assistenza (terapia intensiva)⁵.

[Raccomandazioni basate su evidenze di qualità bassa o molto bassa da trial controllati randomizzati]

- Nei pazienti con SC acuto non prescrivere di routine farmaci inotropi o vasopressori.
- Considerare l'uso di farmaci inotropi o vasopressori nei pazienti con SC acuto con shock cardiogeno potenzialmente reversibile. Somministrare questi farmaci in unità di terapia intensiva cardiologica, di terapia sub-intensiva o in setting assistenziali alternativi dove può essere fornita assistenza di 2° livello.

[Raccomandazioni basate su evidenze moderate o di bassa qualità da trial controllati randomizzati]

3.1. Diuretici

- Nei pazienti con SC acuto prescrivere diuretici per via endovenosa, in boli o per infusione continua.
- Nei pazienti in trattamento diuretico, aumentare il dosaggio solo se si è certi della compliance prima del ricovero.

[Raccomandazioni basate su evidenze da moderate a evidenze di qualità molto bassa da trial controllati randomizzati]

- Durante la terapia con diuretici monitorare strettamente funzionalità renale, peso e diuresi. *[Raccomandazione basata sull'esperienza e l'opinione del GDG]*

3.2. β -bloccanti

- Nei pazienti con SC acuto già in terapia con β bloccanti, continuare il trattamento, tranne se:
 - frequenza cardiaca < 50 battiti/min
 - blocco atrioventricolare di 2° o 3° grado
 - shock

[Raccomandazione basata su evidenze di qualità bassa o molto bassa da un trial controllato randomizzato]

- Nei pazienti con SC acuto da disfunzione sistolica iniziare o riprendere durante il ricovero ospedaliero il trattamento con β -bloccanti non appena stabilizzati (es. quando non sono più necessari diuretici per via endovenosa). *[Raccomandazione basata su evidenze di qualità molto bassa da studi osservazionali]*

- Assicurarsi che la condizione clinica del paziente sia stabile nelle 48 ore successive all'inizio o alla ripresa del trattamento con β -bloccanti e prima della dimissione. *[Raccomandazione basata su evidenze di qualità molto bassa da studi osservazionali]*

3.3. ACE inibitori e antagonisti dell'aldosterone

- Nei pazienti con SC acuto e ridotta frazione di eiezione ventricolare sinistra prescrivere un ACE inibitore (oppure un bloccante del recettore dell'angiotensina in caso di effetti collaterali non tollerati) e un antagonista dell'aldosterone durante il ricovero. Se l'ACE inibitore (o il bloccante del recettore dell'angiotensina) non è tollerato, mantenere comunque la terapia con un antagonista dell'aldosterone. *[Raccomandazione basata su evidenze di qualità molto bassa da studi osservazionali]*

4. Trattamento non farmacologico

- Nei pazienti con SC acuto ed edema polmonare cardiogeno non usare di routine la ventilazione non invasiva.
- Nei pazienti con edema polmonare cardiogeno con dispnea severa e acidosi iniziare la ventilazione non invasiva:

- immediatamente in fase acuta, oppure
- in aggiunta alla terapia farmacologica in caso di mancata risposta

[Raccomandazione basata su evidenze di qualità da alta a molto bassa da trial controllati randomizzati]

- Considerare la ventilazione invasiva nei pazienti con SC acuto che, nonostante la terapia, sta evolvendo verso/è complicato da:

- insufficienza respiratoria
- ridotto livello di coscienza o esaurimento muscolare

[Raccomandazione basata su evidenze di qualità molto bassa da studi osservazionali]

- Considerare l'ultrafiltrazione nei pazienti con resistenza ai diuretici confermata, definita come un incremento della dose oltre il tetto già noto per quel paziente, oppure una dose di farmaco prossima a quella massima giornaliera raccomandata senza un incremento proporzionale della diuresi⁶. *[Raccomandazione basata su evidenze di qualità da moderata a molto bassa da trial controllati randomizzati]*

5. Assistenza circolatoria meccanica

In alcuni pazienti con SC acuto severo associato a grave compromissione emodinamica, per i quali il trattamento farmacologico non è sufficiente a supportare le funzioni vitali, si può prendere in considerazione l'assistenza circolatoria meccanica. A tal fine sono disponibili vari dispositivi classificati in relazione al periodo di uso previsto (breve, intermedio o lungo termine) e delle loro modalità di inserzione (percutanea o chirurgica).

- In una prima fase lo specialista dovrebbe confrontarsi con il centro dotato dei dispositivi per l'assistenza circolatoria meccanica relativamente ai pazienti con SC acuto severo potenzialmente reversibile e ai potenziali candidati al trapianto. *[Raccomandazione basata su evidenze di qualità da moderata a molto bassa, da trial controllati randomizzati]*

6. Potenziali ostacoli all'implementazione

Alcune delle raccomandazioni di questa linea guida sono difficili da implementare perchè richiedono requisiti tecnologici e organizzativi non disponibili in tutti gli ospedali, quali team specialistici per lo SC, dosaggio in urgenza del peptide natriuretico, possibilità di effettuare un ecocardiogramma entro 48 ore. Se questi requisiti da un lato comporteranno un aumento dei costi, dall'altro potranno garantire risparmi a cascata: pertanto i decisori devono favorire l'implementazione delle linee guida anche in un clima di contenimento della spesa sanitaria.

Dal canto loro i medici devono evitare di utilizzare di routine oppiacei, nitrati o ventilazione non invasiva per il distress respiratorio e assicurarsi che il trattamento con ACE inibitori, β -bloccanti e antagonisti dell'aldosterone venga iniziato durante la degenza ospedaliera.

Le unità operative di cardiologia e i team multidisciplinari sullo SC devono giocare un ruolo chiave nel favorire l'implementazione di questa linea guida, i cui contenuti dovrebbero essere utilizzati anche da società scientifiche e associazioni di pazienti per la formazione/educazione dei loro associati.

7. Quali raccomandazioni per la ricerca futura?

Il GDG ha identificato alcune aree prioritarie per la ricerca:

- Nei pazienti con SC acuto, congestione e funzionalità renale in peggioramento, aggiungere alla terapia standard la dopamina a basse dosi incrementa la diuresi e migliora la protezione renale rispetto al placebo?
- Nei pazienti con SC acuto e segni di congestione persistente, aggiungere alla terapia standard un diuretico tiazidico aumenta la diuresi rispetto al placebo?
- Nei pazienti con SC acuto e sindrome da ipoperfusione, la contropulsazione aortica è più efficace e sicura degli inotropi per via endovenosa?
- Nei pazienti con SC, congestione e resistenza ai diuretici, l'ultrafiltrazione è più efficace del trattamento continuo con diuretici al fine di ottenere una decongestione più rapida ed efficace?

BIBLIOGRAFIA

1. Cleland J, Dargie H, Hardman S, McDonagh T, Mitchell P. National heart failure audit. April 2012-March 2013. National Institute for Cardiovascular Outcomes Research (NICOR), 2013. Disponibile a: www.ucl.ac.uk/nicor/audits/heartfailure/documents/annualreports/hfannual12-13.pdf. Ultimo accesso 10 febbraio 2015.
2. Cleland JG, Swedberg K, Follath F, Komajda M, Cohen-Solal A, Aguilar JC, et al. The EuroHeart failure survey programme—a survey on the quality of care among patients with heart failure in Europe. Part 1: patient characteristics and diagnosis. *Eur Heart J* 2003;24:442-63.
3. National Institute for Health and Care Excellence. Acute heart failure: diagnosing and managing acute heart failure in adults. (Clinical Guideline CG187). October 2014. www.nice.org.uk/guidance/cg187. Ultimo accesso 10 febbraio 2015.

org.uk/guidance/cg187. Ultimo accesso 10 febbraio 2015.

4. National Institute for Health and Care Excellence. Chronic heart failure: the management of chronic heart failure in adults in primary and secondary care. (Clinical Guideline 108). August 2010. www.nice.org.uk/guidance/cg108. Ultimo accesso 10 febbraio 2015.

5. Intensive Care Society. Levels of critical care for adult patients. ICS, 2009. Disponibile a: www.ics.ac.uk/EasysiteWeb/getresource.axd?AssetID=468&type=full&servicetype=Attachment. Ultimo accesso 10 febbraio 2015.

6. Felker GM, Mentz RJ. Diuretics and ultrafiltration in acute decompensated heart failure. *J Am Coll Cardiol* 2012;59:2145-53.

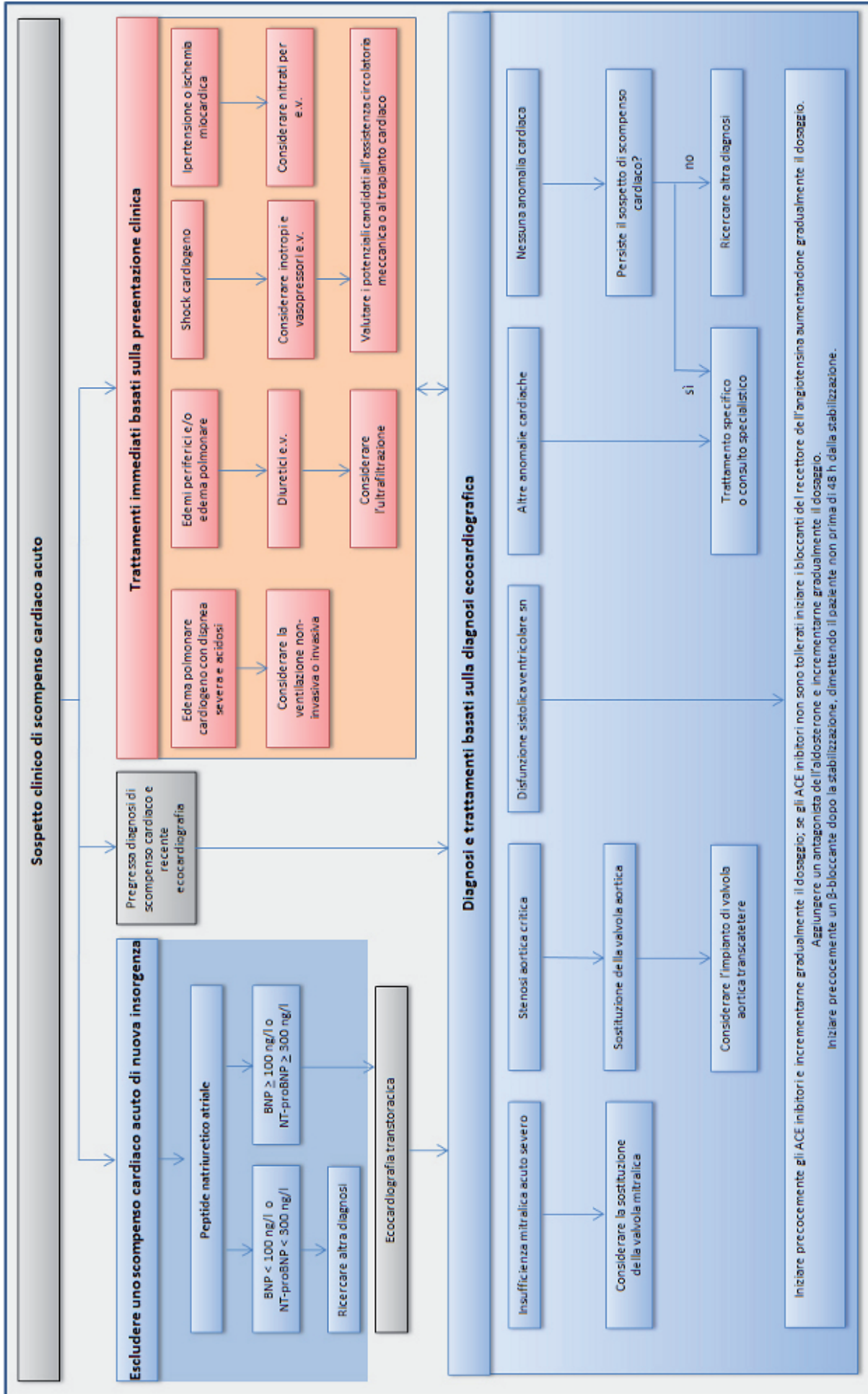


Figura. Algoritmo diagnostico-terapeutico nei pazienti con sospetto di scompenso cardiaco acuto