



Terapia dello scompenso cardiaco cronico

Lo scompenso cardiaco è la più importante causa di ricovero e di morte negli anziani (*Arch Intern Med* 2004, 164: 709) e richiede una politerapia che comporta un costante monitoraggio della risposta clinica, della compliance, dei possibili effetti collaterali e delle interazioni tra farmaci usati per patologie coesistenti (*Ann Intern Med* 2005, 142: 132 ; *Eur J Heart Fail* 2005, 7: 710).

Sintomi e stadio di malattia consentono al medico di medicina generale di personalizzare la cura con **interventi non farmacologici e farmacologici** a domicilio del paziente.

Interventi non farmacologici

Sintomi e stadi clinici

Farmaci per la cura extraospedaliera

Interventi non farmacologici

Gli interventi non farmacologici per la cura dello scompenso cardiaco comprendono la riduzione dell'apporto di sodio nella dieta a 5-6 grammi di cloruro di sodio/die (= 2-2,5 gr di Na) limitando il consumo dei cibi salati, la restrizione idrica a meno di 2 litri di acqua/die soprattutto in caso di iponatremia, la restrizione calorica e di grassi nella dieta in caso di sovrappeso, la limitazione del consumo di alcolici, l'astensione dal fumo di tabacco, la pratica regolare di un'attività fisica compatibile con le condizioni del paziente, il monitoraggio della pressione arteriosa e il trattamento di un'eventuale sindrome delle apnee notturne associata.

I fattori di rischio per malattia coronarica devono essere trattati in modo aggressivo poiché gli episodi ischemici e le loro recidive possono determinare un'importante progressione dell'insufficienza cardiaca.

Il paziente e i suoi familiari devono essere educati a riconoscere i sintomi dell'insufficienza cardiaca e delle sue riacutizzazioni, a misurare quotidianamente il peso corporeo, a seguire la terapia ed a sottoporsi ai monitoraggi prescritti.

Sintomi e stadi clinici

I sintomi e segni dell'insufficienza cardiaca si possono suddividere in quelli dipendenti da:

- Insufficienza cardiaca sinistra e stasi polmonare (rattoli polmonari, dispnea da sforzo, spesso aggravata dalla posizione supina, dispnea parossistica notturna e infine dispnea a riposo, tachipnea, ecc)
- Insufficienza cardiaca destra e stasi venosa sistemica (edemi periferici, turgore delle vene giugulari, epatomegalia, ascite, ecc.)
- Ridotta portata cardiaca (astenia, ridotta tolleranza allo sforzo, tachicardia, ipotensione, polso alternante, ridotta pressione differenziale, compromissione del sensorio, ecc). L'evoluzione a shock cardiogeno è di solito causata da un'infarto miocardico e si manifesta con ipotensione arteriosa associata a segni di ipoperfusione tissutale quali estremità fredde e mazzate, obnubilamento del sensorio ed oliguria fino all'anuria.

E' comunque importante rilevare che almeno il 20% dei pazienti con disfunzione ventricolare sinistra (frazione di eiezione inferiore al 40% valutata mediante ecocardiografia) è asintomatico e non presenta segni clinici di insufficienza cardiaca.

Gli stadi clinici dello scompenso cardiaco in base ai sintomi sono riportati in tabella 1, secondo la nuova classificazione dell' American College of Cardiology (ACC) e American Heart Association

(AHA) pubblicata nel 2001, comparata con la precedente classificazione della New York Heart Association (NYHA).

Farmaci per la cura extraospedaliera

Le classi di farmaci utilizzati nella terapia dell'insufficienza cardiaca cronica comprendono:

- inibitori del sistema renina-angiotensina-aldosterone (ACE-inibitori, sartani, antagonisti dell'aldosterone)
- beta-bloccanti (beta1-selettivi, tipo bisoprololo e metoprololo, e non selettivi con attività alfa-bloccante tipo carvedilolo)
- diuretici (diuretici dell'ansa, tiazidici e simil-tiazidici, risparmiatori di potassio)
- glicosidi digitali (digossina)
- vasodilatatori diretti (nitrati inorganici, nesiritide, idralazina, calcioantagonisti)
- inotropi positivi endovenosi (dobutamina, dopamina, inibitori della fosfodiesterasi), di impiego ospedaliero
- terapie accessorie: anticoagulanti, antiaggreganti piastrinici, antiaritmici.

Nei pazienti con scompenso cardiaco gli ACE-inibitori tipo enalapril associati ai beta-bloccanti beta1 selettivi tipo bisoprololo rappresentano la terapia d'elezione capace di garantire una protezione d'organo e di ridurre i ricoveri e la mortalità (*Circulation* 2005, 112: 2426-2435). Tuttavia molti pazienti con scompenso cardiaco cronico non vengono ancora trattati con questa terapia combinata (*Eur Heart J* 2005, 26: 1653-9).

Nei pazienti che non tollerano gli ACE-inibitori a causa di tosse o angioedema, si possono utilizzare i sartani, antagonisti dei recettori dell'angiotensina (*NEJM* 2001, 345: 1667-75).

L'impiego dei beta-bloccanti di norma deve essere iniziato a basse dosi crescenti e quando i pazienti sono emodinamicamente stabili. Col loro uso nel 10% dei pazienti stabili può manifestarsi un iniziale peggioramento dell'insufficienza cardiaca che può essere gestito aumentando la dose dei diuretici o riducendo la dose del beta-bloccante. Le controindicazioni all'uso dei beta-bloccanti comprendono asma bronchiale, broncopneumopatia cronica ostruttiva con broncospasmo, bradicardia sintomatica, blocco atrio-ventricolare, diabete in insulinoterapia con frequenti episodi ipoglicemici.

I diuretici dell'ansa tipo furosemide e i diuretici tiazidici sono indicati nei pazienti con scompenso cardiaco sintomatici (*Drugs* 1998, 55: 167-72). La resistenza alla terapia diuretica manifestata con oliguria può essere superata mediante la sostituzione con diuretici più biodisponibili (es.: torasemide o acido etacrinico invece di furosemide), le associazioni tra diuretici (es.: metolazone e furosemide) o la somministrazione endovenosa di diuretici dell'ansa (es.: furosemide 75 mg in bolo unico ev oppure in fleboclisi 10-40 mg/h).

L'uso, associato agli altri diuretici, degli antagonisti dell'aldosterone come lo spironolattone ha dimostrato di aumentare la sopravvivenza nei pazienti con insufficienza cardiaca in classe NYHA IV (*NEJM* 1999, 341: 709-17), ma richiede un monitoraggio per il rischio di iperkaliemia.

La digossina aumenta la contrattilità miocardica per la sua azione inotropica positiva e perciò viene indicata nei pazienti con ridotta frazione di eiezione che rimangono sintomatici nonostante una terapia con diuretici e ACE-inibitori e nei pazienti con fibrillazione atriale o con episodi di tachiaritmia sopraventricolare. La digossina può migliorare la sintomatologia e prevenire i ricoveri dei pazienti con scompenso cardiaco ma non migliora la loro sopravvivenza (*NEJM* 1997, 336: 525-33) e necessita di un controllo della digossinemia dopo 7-10 giorni in pazienti con insufficienza renale o politerapie interagenti con la digossina.

I nitrati sono utili in caso di angina e come l'idralazina e la nesiritide sono utili nella terapia dello scompenso cardiaco acuto, ma nello scompenso cronico è maggiore l'efficacia degli ACE-inibitori (*NEJM* 1991, 325: 303-10) e dei sartani (*J Am Coll Cardiol* 2002, 40: 1414-21).

I calcioantagonisti tipo amlodipina sono indicati nella terapia dello scompenso cardiaco cronico ma solo in caso di condizioni associate come l'angina refrattaria ai nitrati o l'ipertensione arteriosa persistente.

La terapia anticoagulante orale (TAO) è indicata nei soggetti con scompenso cardiaco e fibrillazione o flutter atriale o embolia pregressa (*J Am Coll Cardiol* 1998, 31: 749-53). L'antiaggregazione piastrinica con acido acetilsalicilico appare un'utile alternativa alla TAO ma può diminuire l'efficacia degli ACE-inibitori (*Am Heart J* 1999, 138: 193-7) per cui è in studio l'efficacia della sua sostituzione con clopidogrel.

L'ossigenoterapia con lo scopo di aumentare la pressione parziale di ossigeno viene indicata quando la saturazione di ossigeno, misurata mediante ossimetro, risulta inferiore a 90% ed è di solito somministrata mediante un concentratore di ossigeno per via nasale ad un flusso di 2-3 litri/minuto (*NEJM* 2004, 350: 2689).

La morte improvvisa è causa del 40-50% dei decessi nei pazienti con scompenso cardiaco ed è attribuibile ad aritmie ventricolari, bradiaritmie, blocchi atrio-ventricolari ed eventi coronarici acuti. I beta-bloccanti prevengono il 40-50% dei casi di morte improvvisa (*Am J Cardiol* 1999, 84: 94-102) per cui rappresentano una terapia essenziale dello scompenso cardiaco cronico.

Infine, nei pazienti con scompenso cardiaco cronico in politerapia è necessaria cautela nell'uso di antidepressivi triciclici, carbamazepina, clozapina, litio, farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS), corticosteroidi e beta2-agonisti per via sistemica, calcioantagonisti tipo verapamil e diltiazem, antiaritmici di classe I e III, metformina, cilostazolo per evitare effetti collaterali dannosi (*Eur J Heart Fail* 2004, 6: 235).

Tabella 1: Classificazioni della gravità dell'insufficienza cardiaca in base ai sintomi

Tabella 2 : diuretici nell'insufficienza cardiaca cronica

Tabella 3: inibitori del sistema renina-angiotensina nell'insufficienza cardiaca cronica

Tabella 4 : beta-bloccanti nell'insufficienza cardiaca cronica

[Vai all'introduzione - Cardiologia](#)

Questa pubblicazione riflette i punti di vista e le esperienze dell'autore e non necessariamente quelli della Merck Sharp & Dohme Italia S.p.A.