

Studi osservazionali

Lo scompenso cardiaco nelle case di riposo: prevalenza, ospedalizzazione, aderenza alle linee guida

Roberto Valle, Maura Chinellato*, Giovanni Gallo**, Loredano Milani

Unità Operativa di Cardiologia, Ospedale Civile, ASL 10 "Veneto Orientale", *DSSB 1, San Donà di Piave (VE), **Casa di Riposo "Don Moschetta", Caorle (VE)

Key words:
Heart failure;
Nursing homes.

Background. The prevalence of heart failure, the hospitalization rates for DRG 127 and the adherence to the recommendations included in the guidelines on pharmacological treatment among very old persons are poorly known.

Methods. We screened 141 very old subjects (75% females, aged 87 ± 4 years), living in 2 nursing homes. Heart failure was defined according to clinical criteria and on the basis of administrative databases and chart reviews. The latter were also used to collect data on hospitalization rates and pharmacological therapy.

Results. We found that: 1) 23% of the subjects were affected by heart failure; 2) with regard to such patients, 26 hospital admissions for DRG 127 occurred in 1999 (18 admissions and 8 readmissions); 3) ACE-inhibitors have been prescribed to 54% of patients with a diagnosis of heart failure.

Conclusions. Heart failure affects a huge number of very old persons living in nursing homes. These patients have high hospitalization rates for DRG 127. The adherence to the recommendations included in the guidelines on the pharmacological therapy for very old persons is poor.

(Ital Heart J Suppl 2001; 2 (7): 772-774)

© 2001 CEPI Srl

Ricevuto il 6 ottobre 2000; nuova stesura il 26 febbraio 2001; accettato il 6 marzo 2001.

Per la corrispondenza:

Dr. Roberto Valle

Unità Operativa
di Cardiologia
Ospedale Civile
ASL 10 "Veneto Orientale"
Via Sauro, 25
30027 San Donà
di Piave (VE)
E-mail: roberto.valle@libero.it

Premesse

Lo scompenso cardiaco rappresenta una delle più comuni cause di ricovero ospedaliero: 139 659 casi, nel 1997, in Italia, per complessive 1 424 522 giornate di degenza (data on file, <http://www.sanita.it>). In particolare i tassi di ospedalizzazione sono particolarmente elevati nella popolazione anziana, che presenta anche elevate percentuali di riammissione in ospedale a breve termine: fino al 50% a 3-6 mesi¹.

È nozione ormai consolidata che la razionalizzazione e la piena applicazione delle misure comportamentali, dietetiche e terapeutiche per il paziente scompensato possono migliorarne significativamente la storia clinica², con risultati particolarmente positivi negli anziani¹.

Per contro, è stato recentemente dimostrato come l'applicazione delle raccomandazioni delle linee guida in materia³ sia carente nei "grandi anziani"⁴.

Le case di riposo ospitano per definizione pazienti molto anziani, tra i quali la prevalenza dello scompenso è certamente elevata, ma non ben definita. Analogamente, nulla è noto riguardo all'ospedalizzazione

per DRG 127 e all'aderenza delle misure terapeutiche alle raccomandazioni delle linee guida³ in queste realtà.

Ciò premesso, gli scopi del nostro lavoro erano i seguenti: 1) determinazione precisa della prevalenza dello scompenso cardiaco tra i soggetti ospiti di 2 case di riposo della nostra ASL; 2) quantificazione dell'ospedalizzazione per DRG 127 tra questi soggetti nel 1999; 3) valutazione della rispondenza delle misure terapeutiche correnti alle linee guida in materia.

Materiali e metodi

Sono stati presi in considerazione 141 soggetti ospiti di 2 case di riposo, di Caorle e San Donà di Piave (VE). Le caratteristiche dei soggetti erano le seguenti: età media 87 ± 4 anni, sesso femminile 75%, pressione arteriosa sistolica/diastolica $152 \pm 20/84 \pm 8$ mmHg, frequenza cardiaca 73 ± 13 b/min, permanenza in casa di riposo 5.1 ± 4.8 anni, prevalenza di fibrillazione atriale 38%, cardiopatia ischemica 38%, diabete mellito 23%, ipertensione arteriosa 46%.

La diagnosi di scompenso è stata posta mediante la consultazione delle cartelle cliniche e delle schede di dimissione ospedaliera e/o in base a criteri clinici (anamnesi ed obiettività), come ampiamente riportato in letteratura^{5,6}. Un analogo processo decisionale è stato utilizzato per la definizione del tasso di ospedalizzazione e della terapia farmacologica.

In particolare per la diagnosi di scompenso cardiaco sono stati utilizzati i seguenti criteri: 1) pregressa diagnosi di scompenso cardiaco; 2) pregresso ricovero per DRG 127; 3) presenza in terapia di furosemide e/o 4) digossina; 5) evidenza clinica (anamnesi ed obiettività suggestivi). La positività di uno solo dei criteri era sufficiente per la diagnosi di scompenso cardiaco. Lo screening è stato effettuato da un gruppo di lavoro costituito da un cardiologo, dal medico di medicina generale responsabile dell'assistenza della casa di riposo, dalle infermiere professionali della stessa e dal personale medico del distretto sociosanitario di riferimento.

Risultati

La prevalenza di scompenso cardiaco nella popolazione indagata è risultata pari al 23%. In dettaglio, la diagnosi è stata stabilita in base ad una pregressa diagnosi di scompenso cardiaco nel 17% dei casi, ad un pregresso ricovero per DRG 127 nel 25%, alla presenza in terapia di digossina nel 33% o di furosemide nel 17% ed all'evidenza clinica nell'8%.

Non possiamo escludere che l'impiego di criteri clinici possa aver indotto una sovrastima della prevalenza di scompenso cardiaco, tuttavia la letteratura internazionale ha recentemente riportato prevalenze anche maggiori⁴ in coorti di pazienti ultraottantenni e, d'altra parte, il tasso di ospedalizzazione per scompenso cardiaco nel nostro campione supporta la congruità della prevalenza rilevata.

Infatti, l'ospedalizzazione per DRG 127, nel campione studiato, nel 1999, è risultata molto elevata: 26 ricoveri, con una degenza media di 12 ± 10 giorni, per complessivi 314 giorni di degenza. Il tasso di ospedalizzazione annuo è stato quindi pari al 18% sul totale dei soggetti studiati. La massima parte dei ricoveri è stata effettuata in reparti internistici, per l'assenza di geriatrie negli ospedali di afferenza territoriale. In dettaglio, sono state osservate 18 "prime ospedalizzazioni" e 8 riammissioni, pari ad un tasso di riospedalizzazione del 40%, anche in questo caso in linea con la letteratura in materia¹. Ancora, la degenza media è risultata > 20% di quella nazionale (data on file, <http://www.sanita.it>) e > 25% di quella locale (dati non pubblicati), a dimostrazione dell'elevato assorbimento di risorse determinato da questa classe di pazienti. Se consideriamo infatti, che un giorno di degenza nell'Unità Operativa di Medicina del nostro Ospedale è stato valutato in lire 259 000⁷, i 314 giorni osservati corrispondono a lire 81 326 000, pari a lire 4 518 000 per paziente/anno, per la sola spesa ospedaliera.

Infine, l'analisi della rispondenza della terapia dei pazienti alle raccomandazioni delle linee guida³ ha mostrato un sottoutilizzo degli ACE-inibitori, prescritto al 54% dei pazienti con una diagnosi di scompenso, sebbene questa percentuale sia molto più alta di quanto recentemente rilevato in un campione di età simile⁴. Anche le altre classi di farmaci indicate nel paziente scompenso, quali betabloccanti⁸ e spironolattone⁹ risultavano poco utilizzate nel campione studiato: assunti solo dal 15 e dallo 0% dei pazienti rispettivamente.

Discussione

È ben dimostrato in letteratura^{1,2,8-12} che il pieno impiego di queste classi di farmaci, unitamente alla razionalizzazione delle misure diagnostiche e terapeutiche, nell'ambito di un modello organizzativo dedicato, incide favorevolmente sull'ospedalizzazione per scompenso, in particolare nei soggetti anziani¹.

Abbiamo perciò attivato un modello organizzativo a gestione mista cardiologo-medico di medicina generale referente della casa di riposo-personale infermieristico della medesima struttura, finalizzato alla razionalizzazione delle misure diagnostiche e terapeutiche ed alla prevenzione dei ricoveri e delle riammissioni in ospedale per scompenso cardiaco, in un'ottica di efficacia clinica ed efficienza gestionale, secondo protocolli già consolidati¹²⁻¹⁴. In particolare, il modello si strutturava in tre fasi: 1) inquadramento basale (verifica dell'adeguatezza della diagnosi di scompenso e razionalizzazione dello schema dietetico-terapeutico) da parte del cardiologo; 2) follow-up, della durata di 12 mesi (ancora in corso) (monitoraggio dei sintomi e segni clinici e degli indici laboratoristici di instabilizzazione), affidato alla gestione del medico di medicina generale, con l'ausilio del personale infermieristico; 3) la correzione delle recidive (pronta identificazione dei fattori di instabilizzazione), con il ricorso alla consulenza cardiologica, se necessaria. È in corso il monitoraggio dell'efficacia e dell'efficienza del modello, i cui risultati saranno presentati in seguito.

In conclusione, il nostro studio dimostra che i soggetti anziani, ospiti delle case di riposo, presentano: 1) un'alta prevalenza di scompenso cardiaco, 2) un'elevata ospedalizzazione per DRG 127, e 3) una scarsa rispondenza della terapia farmacologica alle raccomandazioni delle linee guida internazionali in materia.

Riassunto

Razionale. Determinazione precisa della prevalenza dello scompenso cardiaco tra gli ospiti delle case di riposo; quantificazione dell'ospedalizzazione per DRG 127 tra questi soggetti; valutazione della rispondenza della terapia farmacologica alle raccomandazioni delle linee guida internazionali in materia.

Materiali e metodi. Sono stati presi in considerazione 141 soggetti ospiti di 2 case di riposo (75% femmine), con età media di 87 ± 4 anni. La diagnosi di scompenso è stata posta in base a criteri clinici e/o mediante la consultazione delle cartelle cliniche. Analogo processo è stato utilizzato per la definizione del tasso di ospedalizzazione e della terapia farmacologica.

Risultati. La prevalenza di scompenso cardiaco nell'intero campione è risultata pari al 23%; tra i pazienti con una diagnosi di scompenso cardiaco, nel 1999 sono state osservate 26 ospedalizzazioni (per DRG 127: 18 ricoveri e 8 riammissioni); la prescrizione di ACE-inibitori, tra questi ultimi pazienti, è risultata bassa, essendo pari al 54%.

Conclusioni. I soggetti ospiti delle case di riposo presentano un'alta prevalenza di scompenso cardiaco, un'elevata ospedalizzazione per DRG 127 ed una scarsa rispondenza della terapia farmacologica alle raccomandazioni delle linee guida internazionali in materia.

Parole chiave: Case di riposo; Scompenso cardiaco.

Ringraziamenti

Desideriamo ringraziare per la preziosa collaborazione le infermiere professionali, Sig.ra Daniela Di Vede e Sig.ra Teresa Moretto, della Casa di Riposo "Don Moschetta" di Caorle (VE).

Bibliografia

1. Rich MW, Beckham V, Wittenberg C, Leven CL, Freedland KE, Carney RM. A multidisciplinary intervention to prevent the readmission of elderly patients with congestive heart failure. *N Engl J Med* 1995; 333: 1190-5.
2. Erhardt LR, Cline MJ. Organisation of the care of patients with heart failure. *Lancet* 1998; 352 (Suppl 1): 15-8.
3. ANMCO-SIC. Linee guida cliniche. Padova, Roma: Piccin, CEPI, 1998.
4. Gambassi G, Forman DE, Lapane KL, et al. Management of heart failure among very old persons living in long-term care: has the voice of trials spread? *Am Heart J* 2000; 139: 85-93.
5. McMurray JJ, Stewart S. Epidemiology, aetiology, and prognosis of heart failure. *Heart* 2000; 83: 596-602.
6. Struthers AD. The diagnosis of heart failure. *Heart* 2000; 84: 334-8.
7. Valle R, Canali C, Giovinazzo P, Ronchiato G, Milani L. Il trattamento intermittente con dobutamina nello scompenso cardiaco refrattario. Un'analisi costo/efficacia. (abstr) *Ital Heart J* 2000; 1 (Suppl 1): 80.
8. Packer M, Bristow MR, Cohn JN, et al. The effect of carvedilol on morbidity and mortality in patients with chronic heart failure. *N Engl J Med* 1996; 334: 1349-55.
9. RALES Investigators. Effectiveness of spironolactone added to an angiotensin-converting enzyme inhibitor and a loop diuretic for severe congestive heart failure. The Randomized Aldactone Evaluation Study (RALES). *Am J Cardiol* 1996; 78: 902-7.
10. Opasich C, Tavazzi L. Riflessioni sul problema organizzativo dell'assistenza al paziente con scompenso cardiaco cronico. *G Ital Cardiol* 1998; 28: 913-9.
11. Cline CM, Israelsson BY, Willenheimer RB, Broms K, Erhardt LR. Cost effective management programme for heart failure reduces hospitalisation. *Heart* 1998; 80: 442-6.
12. Valle R, Canali C, Ronchiato G, Giovinazzo P, Milani L. Un modello organizzativo per la gestione post-dimissione dei pazienti ricoverati per scompenso cardiaco ne riduce la riospedalizzazione. (abstr) *G Ital Cardiol* 1999; 29 (Suppl 3): 42.
13. Ronchiato G, Valle R, Giovinazzo P, Milani L. Può l'infermiera professionale migliorare l'aderenza del paziente con scompenso cardiaco? (abstr) *G Ital Cardiol* 1999; 29 (Suppl 3): 136.
14. Chinellato M. Linee guida aziendali per la gestione dello scompenso cardiaco. Portogruaro: ASL 10 San Donà di Piave, 2000.