

Langhorne P, Ramachandra S. Organised inpatient (stroke unit) care for stroke: network meta-analysis. Cochrane Database of Systematic Reviews 2020, Issue 4. Art. No.: CD000197. DOI: 10.1002/14651858.CD000197.pub4. Accessed 04 June 2021.

L'assistenza in stroke unit per l'ictus: una meta analisi network. Aprile 2020.

Premesse:

L'assistenza in stroke unit ai pazienti con ictus è prestata da team multidisciplinari. Ciò può avvenire in un reparto dedicato all'ictus (stroke ward), o da parte di un team itinerante (stroke team), o all'interno di un reparto di riabilitazione (mixed stroke ward). I membri del team hanno l'obiettivo di fornire assistenza multidisciplinare coordinata utilizzando approcci standardizzati per gestire i problemi tipici che si verificano dopo un ictus.

Obiettivi:

- Valutare gli effetti dell'assistenza in stroke unit paragonata a quella fornita da servizi alternativi.
- Utilizzare un approccio con meta analisi network per valutare i differenti modelli di assistenza organizzata (stroke unit) per pazienti ricoverati dopo un ictus, avendo come riferimento l'assistenza in un reparto standard.

Originariamente, avevamo condotto questa revisione per chiarire

- Quali fossero gli elementi caratteristici dell'assistenza in stroke unit
- Se l'assistenza in stroke unit determinasse una prognosi migliore rispetto ad altre forme di assistenza
- Se i benefici fossero evidenti in gruppi diversi di pazienti e con metodiche diverse di assistenza

In questa versione della revisione vogliamo stabilire se le conclusioni precedenti siano modificate dall'inclusione di nuovi dati di prognosi da studi recenti, analizzati ulteriormente con la metodica della metaanalisi network.

Metodi della ricerca delle fonti

Abbiamo analizzato il registro dei trials del Cochrane Stroke Group (2-4-2019); il registro centrale Cochrane degli studi controllati (CENTRAL, 2019 n 4), nella Cochrane Library (2-4-2019); Medline OVID (dal 1946 al 1-4-2019); EMASE Ovid (dal 1974 al 1-4-2019); il Cumulative Index to Nursing and Allied health Literature (CINALH, dal 1982 al 2-4-2019). Allo scopo di identificare ulteriori studi, pubblicati, non pubblicati o in corso, abbiamo analizzato 7 registri di trial (2-4-2019). Abbiamo anche eseguito una ricerca delle citazioni degli studi inclusi, controllato la lista delle bibliografie degli articoli rilevanti, e abbiamo contattato gli organizzatori degli studi.

Criteria di selezione

Potevano essere inclusi studi clinici randomizzati controllati che confrontavano l'assistenza in stroke unit con un sistema alternativo (tipicamente l'assistenza convenzionale in un reparto generico), includendo anche diversi tipi di assistenza in stroke unit per pazienti con ictus ricoverati in ospedale.

Raccolta dei dati e analisi

Due autori della revisione hanno valutato l'eligibilità e la qualità degli studi. Abbiamo controllato i dettagli descrittivi e i dati con i coordinatori degli studi originali, valutando il rischio di bias, e applicando il GRADE. L'esito primario è rappresentato dalla prognosi negativa (morte o dipendenza ovvero scala di Rankin da 3 a 5) o la necessità di una istituzionalizzazione, al termine del follow up previsto. Abbiamo usato confronti diretti (pairwise) per confrontare l'assistenza in stroke unit con servizi alternativi. Abbiamo usato la network meta-analisi per confermare gli effetti relativi dei differenti approcci.

Risultati principali

Abbiamo incluso 29 studi (5902 partecipanti), che hanno confrontato l'assistenza in stroke unit con un metodo alternativo: 20 studi (4127 partecipanti) hanno confrontato l'assistenza in stroke unit con quella in un reparto generico; 6 studi (982 partecipanti) hanno confrontato forme differenti di assistenza nella stroke unit; 3 studi (793 partecipanti) presentavano più di un confronto.

Quando confrontata con quella offerta da servizi alternativi, l'assistenza in stroke unit era associata ad un miglioramento della prognosi al termine del follow up previsto (mediana di 1 anno): prognosi negativa, odds ratio (OR) 0,77 (intervalli di confidenza al 95% (CI) 0,66-0,85, evidenza di qualità moderata); morte, OR 0,76, (95% CI 0,66-0,88, evidenza di qualità moderata); morte o istituzionalizzazione, OR 0,76 (95% CI 0,67-0,85, evidenza di qualità moderata); morte o dipendenza, OR 0,75 (95% CI 0,66-0,85, evidenza di qualità moderata). L'evidenza era di qualità molto bassa per lo stato soggettivo di salute, e non era disponibile per la soddisfazione del paziente. L'analisi della durata del ricovero era complicata da variazioni nella definizione e nella misurazione, e vi era anche una sostanziale eterogeneità (I² 85%). Non vi era nessuna indicazione circa la possibilità che il ricovero in stroke unit prolungasse la durata della permanenza in ospedale. Una analisi di sensibilità ha indicato che i benefici osservati rimanevano tali anche quando ci si limitava ad analizzare gli studi sicuramente randomizzati che avevano usato una valutazione sicuramente in cieco della prognosi con un periodo fisso di follow up. La prognosi è sembrata essere indipendente rispetto ad età, sesso, gravità iniziale dell'ictus, tipo dell'ictus e durata del follow up. Se si calcola la differenza di rischio assoluta per 100 persone, il risultato del ricovero in stroke unit è di 2 sopravvissuti in più, 6 in più che tornano a domicilio e 6 in più che sono indipendenti nella vita quotidiana.

L'analisi delle differenti modalità di assistenza in stroke unit ha utilizzato sia confronti diretti che una meta-analisi network.

Confronto diretto tra reparto "ictus" e reparto "generico": 15 studi (3523 partecipanti) hanno confrontato l'assistenza in un reparto "ictus" con l'assistenza in un reparto generico. L'assistenza in un reparto ictus ha mostrato una riduzione degli odds di prognosi negativa alla fine del follow up (OR 0,78; 95% CI 0,68-0,91; evidenza di qualità moderata).

Confronto diretto tra l'assistenza offerta da uno stroke team mobile e da un reparto generico: due studi (438 partecipanti) hanno confrontato l'assistenza da parte di uno stroke team mobile con l'assistenza in un

reparto generico. L'assistenza da parte di uno stroke team mobile può determinare una piccola differenza negli odds di prognosi negativa alla fine del follow up (OR 0,80; 95% CI 0,52-1,22; evidenza di qualità bassa).

Confronto diretto tra un reparto misto di riabilitazione e un reparto generico: 6 studi (630 partecipanti) hanno confrontato l'assistenza in un reparto misto di riabilitazione e in un reparto generico. L'assistenza in un reparto misto di riabilitazione ha mostrato una riduzione degli odds di prognosi negativa alla fine del follow up (OR 0,65; 95% CI 0,47-0,90; evidenza di qualità moderata).

In una meta-analisi network che utilizzava l'assistenza in un reparto generico come confronto, gli odds di prognosi negativa erano i seguenti: reparto ictus OR 0,74; 95% CI 0,62-0,89; evidenza di qualità moderata; stroke team mobile OR 0,88; 95% CI 0,58-1,34, evidenza di qualità bassa; reparto misto di riabilitazione OR 0,70; 95% CI 0,52-0,95; evidenza di qualità bassa.

Conclusioni degli Autori

Abbiamo trovato una evidenza di qualità moderata circa il fatto che i pazienti con ictus che ricevono assistenza in una stroke unit hanno maggiori probabilità di sopravvivere, essere indipendenti e vivere a casa un anno dopo l'ictus. Questi apparenti benefici sono risultati indipendenti dall'età, dal sesso, dalla gravità iniziale dell'ictus o dal tipo di ictus, ed erano più evidenti in unità basate su un reparto ictus separato. Non abbiamo osservato un incremento sistematico della durata della degenza, tuttavia questo dato è caratterizzato da una considerevole incertezza.