

I predittori di mortalità a breve termine nell'insufficienza cardiaca

Lee DS, Stitt A, Austin PC, Stukel TA et al

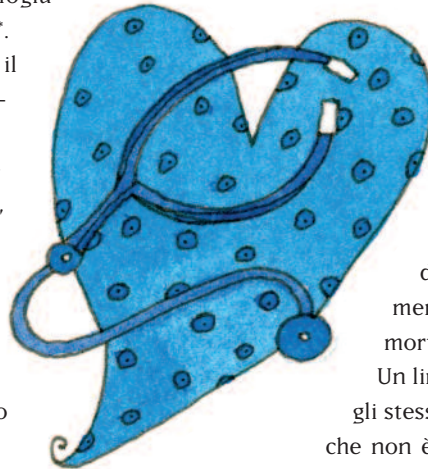
Prediction of heart failure mortality in Emergent Care: a cohort study

Ann Intern Med 2012; 156 (11): 767-775

L'insufficienza cardiaca è uno dei motivi più frequenti di accesso nei Dipartimenti di Emergenza (DE) dei Paesi sviluppati. Il percorso diagnostico e i principi di trattamento, anche per le situazioni di emergenza, sono ben noti, codificati e raccolti in accurate raccomandazioni, recentemente aggiornate nelle linee guida internazionali della Società Europea di Cardiologia sullo scompenso cardiaco acuto e cronico*. Una delle criticità maggiori nei DE, dopo il trattamento della fase acuta, è la valutazione dell'iter successivo a cui indirizzare il paziente: se è necessario il ricovero oppure se è possibile dimettere il paziente, facendogli proseguire il trattamento, il percorso diagnostico e il follow-up in regime ambulatoriale, con margini accettabili di sicurezza.

La mancanza di *score* di rischio codificati e con un riconosciuto peso prognostico all'ammissione in DE per insufficienza cardiaca, in grado soprattutto di predire una mortalità a breve termine, non permette ai medici dell'urgenza di scegliere il percorso migliore e più sicuro a cui avviare i propri pazienti dopo la terapia della fase acuta.

Alcuni ricercatori nordamericani hanno tentato di dare una risposta a questa problematica nell'ambito dei Canadian Institutes of Health Research, con un grande studio di popolazione condotto in 86 strutture di ricovero della Regione dell'Ontario su un campione randomizza-



to di 12.591 pazienti presentatisi in DE tra il 2004 e il 2007. Si è cercato soprattutto di individuare i predittori di mortalità a breve termine (7 giorni dall'accesso in DE), basati non su indagini specialistiche avanzate, ma su semplici e immediati rilievi clinici e laboratoristici rapidamente ottenibili in una valutazione basale di DE. Dall'analisi è emerso che i principali fattori di aumentato rischio di mortalità sono stati un'elevata frequenza cardiaca (OR 1,15 per ogni 10 batt/min di incremento), una creatinemia aumentata (OR 1,35 per ogni mg/dl di concentrazione ematica), presenza di ipotensione arteriosa sistolica (OR 1,52 per ogni 20 mmHg di riduzione), una ridotta saturazione di ossigeno nel sangue (OR 1,16 per ogni 5% di diminuzione), un elevato livello di troponina sierica

(OR 2,75 tra troponina normale e patologica).

Sulla base di questi indicatori sono stati stratificati i pazienti in diverse classi di rischio ottenendo una forbice significativa, variabile tra un minimo di 0,3% e un massimo, nei due gruppi più elevati, rispettivamente di 3,5% e di 8,2% di rischio di mortalità a breve termine.

Un limite dello studio, riconosciuto dagli stessi autori, è rappresentato dal fatto che non è stata presa in considerazione la frazione di eiezione del ventricolo sinistro, elemento oggi riconosciuto fondamentale nella valutazione prognostica del paziente con scompenso cardiaco, rilevabile comunque solo con una più approfondita valutazione diagnostica strumentale, acquisibile con un semplice esame ecocardiografico, che non viene però eseguito routinariamente su tutti i pazienti nei DE. La possibilità di una stratificazione prognostica dei pazienti che giungono al DE con un quadro di scompenso cardiaco sulla base di questi semplici e immediati indicatori potrebbe rappresentare un valido elemento di valutazione, utile per indirizzare il paziente, dopo la necessaria terapia medica dell'urgenza, verso un successivo percorso di controllo intensivo in regime di ricovero o verso una rapida dimissione e un attento follow-up ambulatoriale con un corretto risparmio di risorse sanitarie senza elevati rischi. ■ CA

*ESC guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012: The task force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. Eur Heart J 2012; 33: 1787-1847.