

Validazione di uno score multiparametrico per stratificare il rischio clinico dei pazienti con scompenso cardiaco che afferiscono al Dipartimento di Emergenza in modo da identificare il corretto livello di intensità di cura ed il tutoraggio a cui assegnare il paziente

M.Milli*, S.Spini°, L.Goedecke*, F.Zeraushek*, M.Ciaccheri°, L.Simonetti°, A.Rossi°, G.Bandinelli°, S.Cencetti°, V.Casini-Raggi°, A. Zuppiroli*, A. Lagi°

*Dipartimento Cardiologico - S.C. Cardiologia

°Dipartimento Emergenza Accettazione – S.C. Medicina di Urgenza

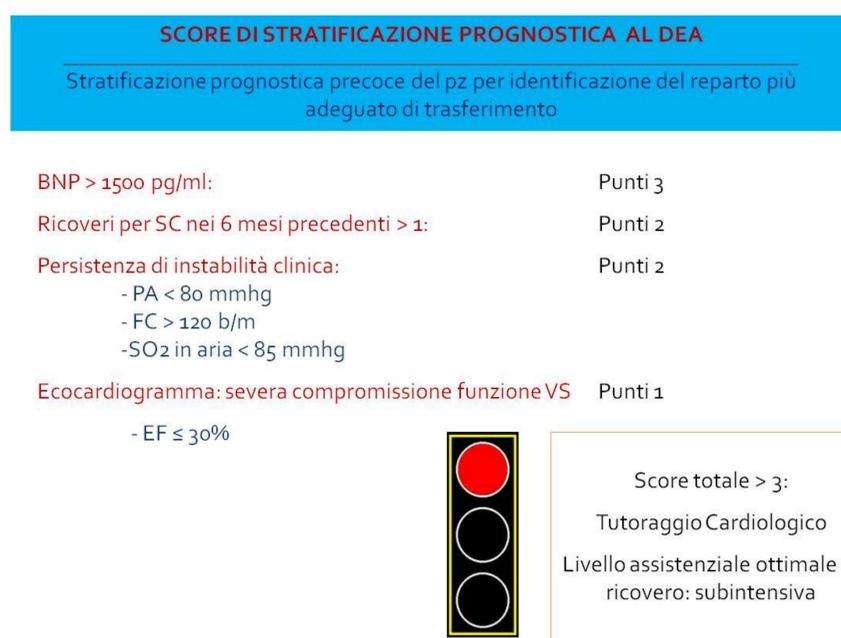
Ospedale Santa Maria Nuova , ASF

Razionale: Lo scompenso cardiaco è la principale causa di ospedalizzazione nei pazienti di età superiore a 65 aa ed una delle più comuni diagnosi di dimissione dai nostri reparti ospedalieri. La stratificazione prognostica precoce dei pz con scompenso cardiaco presso il DEA è fondamentale per identificare i paziente a più alto profilo di rischio che necessitano di un livello di cura più intensivo e/o di un tutoraggio cardiologico. A tal fine abbiamo messo a punto uno score multiparametrico con alcuni item in grado di esprimere il grado di compromissione della funzione cardiaca ma anche di identificare la complessità assistenziale che, come è noto, in questo tipo di pazienti spesso anziani, con comorbidità e problematiche sociali, è spesso alla base di ricoveri reiterati

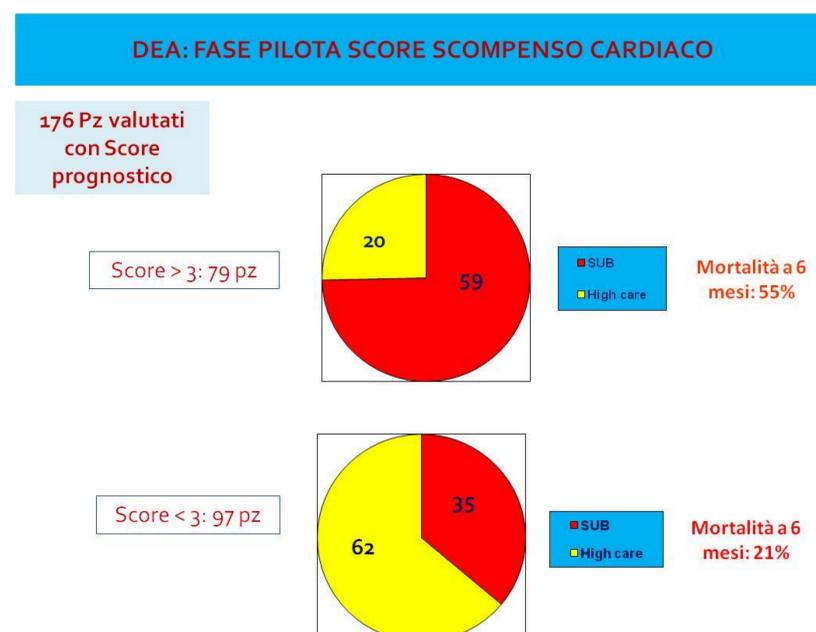
Materiale e metodi: Lo score è stato testato su 176 pazienti ricoverati consecutivamente nel nostro DEA con diagnosi di scompenso cardiaco acuto. Lo score è basato su 3 gruppi di indicatori: 1) parametri clinici (pressione arteriosa sistolica, Frequenza cardiaca, Saturazione O₂, numero di ricoveri per scompenso cardiaco nei 6 mesi precedenti. 2) Parametri Ecocardiografici (Frazione d'eiezione e diametro del ventricolo sinistro, insufficienza mitralica, disfunzione diastolica).

3) Markers biochimici: (dosaggio BNP).

La valutazione dello score veniva sempre effettuata al momento della stabilizzazione del paziente, prima del trasferimento al livello di cura designato, ma non rappresentava in questa fase uno strumento decisionale.



Risultati: I pazienti sono stati divisi in 2 gruppi: Gruppo A: 79 pz con Score > 3 (di cui 59 inviati in subintensiva e 20 in High Care) e Gruppo B: 97 pz con Score < 3 (di cui 62 inviati in High Care e 35 in subintensiva). I due gruppi sono risultati sovrapponibili per età media e numero del campione. Sono state rilevate alcune differenze statisticamente significative tra i 2 gruppi. In particolare nel Gruppo A sono risultati prevalenti in modo statisticamente significativo i seguenti parametri: sesso maschile (56.4% vs 37.7% , P < 0.001); valori medi più elevati del BNP (2119 pg/ml vs 732 pg/ml, P < 0.001), trasferimento in terapia subintensiva (71% vs 36%, P < 0.001), ricoveri ripetuti per scompenso alla dimissione ospedaliera (20% vs 8%, P < 0.05). mortalità a 6 mesi 55% vs 21% (P < 0.001)..



Da segnalare che dei 20 pz con punteggio > 3 inviati in High Care, 7 sono stati, nel corso della successiva degenza, spostati in Subintensiva per aggravamento delle loro condizioni generali, mentre in 6 dei 35 pz con punteggio < 3 inviati in subintensiva erano presenti numerose comorbidità, parametro non compreso nello score, che giustificavano la necessità di un monitoraggio più intensivo

Conclusioni: Modelli di stratificazione del rischio possono essere utili per facilitare le decisioni cliniche e il triage dei pz con scompenso cardiaco acuto. Lo score multiparametrico messo a punto in questa nostra esperienza preliminare sembra essere di semplice applicazione ed in grado di identificare i pazienti che necessitano di un livello di cura più intensivo durante il ricovero e con maggiore probabilità, dopo la dimissione ospedaliera, di morte e reingresso per riacutizzazione di scompenso