

Il paziente con scompenso cardiaco si può anche dimettere dal PS.

Lee DS, Straus SE, Farkouh ME, et al. Trial of an intervention to improve acute heart failure outcomes. N Engl J Med 2023;388 (1):22-32.

Parole chiave: scompenso cardiaco; score di rischio; dimissione rapida.

Questo studio multicentrico confronta l'outcome di pazienti che giungono in PS con scompenso cardiaco acuto a seconda che siano valutati o meno con uno score (EHMRG) che li stratifica come a rischio basso, intermedio o alto di mortalità a breve termine (7 e 30 giorni). Dieci ospedali canadesi sono stati randomizzati ad utilizzare (fase di intervento) o a non utilizzare (fase di controllo) lo score EHMRG in modo alternato per periodi di 4 mesi. Il protocollo utilizzato durante la fase di intervento suggeriva il rinvio a breve termine (da PS o dopo osservazione < 3 giorni) dei pazienti con rischio basso-moderato e il ricovero ospedaliero di quelli a rischio moderato-alto. In dimissione tutti i pazienti venivano appoggiati ad un ambulatorio cardiologico per rapida presa in carico e follow up fino a 30 giorni. L'endpoint primario valutava in modo composito mortalità per qualsiasi causa o riospedalizzazione per cause cardiovascolari a 30 giorni e a 20 mesi dall'accesso in PS.

I pazienti avevano età media 78 anni, sesso femminile 45%, scompenso cardiaco cronico 65 FE < 40% nel 30% dei casi, troponina aumentata nel 40%. Il tempo medio post-dimissione per la prima valutazione infermieristica è stato di 5 giorni e di 12 giorni per quella del medico.

Nei due gruppi di intervento e di controllo, la percentuale di pazienti a basso rischio dimessi entro 3 giorni è stata rispettivamente del 57 e del 58%; quella dei pazienti a rischio intermedio del 51 e del 44%; quella dei pazienti a rischio elevato del 19 e del 27%. L'utilizzo dello sembra dunque aver spinto verso una maggiore dimissione precoce dei pazienti a rischio intermedio e una maggiore tendenza a ricoverare quelli a rischio elevato.

Il numero di eventi complessivi a 30 giorni dopo la dimissione è stato: 12,2% (301 paz.) nel braccio di intervento e 14,5% (420 paz.) in quello di controllo ($p = 0.04$). Lo studio conclude quindi che l'associazione di uno score di rischio con un controllo clinico a breve termine può ridurre gli eventi avversi e facilitare una dimissione precoce in sicurezza.

Lo studio ha alcuni limiti:

- lo score EHMRG è stato validato finora solo in una popolazione canadese, non considera classe NYHA e FE tra le variabili, non è applicabile ai pazienti in dialisi od allettati e valuta l'uso di metolazone che non è molto utilizzato in altri paesi;

-non è chiaro quale tra l'utilizzo delle strutture in post dimissione o l'uso dello score sia più efficace nel ridurre gli end point;

Sono invece elementi di interesse:

-l'importanza dell'argomento che coinvolge tutti i PS, visto che lo scompenso cardiaco è una delle principali cause di accesso e di ricovero;

- l'uso di score prognostici per la stratificazione del rischio di eventi a breve termine per decidere il percorso del paziente;

-la presenza di strutture simili alle nostre Casa di Comunità, dove inviare pazienti selezionati alla dimissione per veloce presa in carico medico-infermieristica.

(Livio Colombo)