



## Un calcolatore nella sindrome coronarica acuta

**Data** 25 agosto 2007  
**Categoria** cardiovascolare

In base ad alcune variabili è possibile predire il rischio di morte e di reinfarto a sei mesi nelle sindromi coronariche acute.

L'obiettivo dello studio è stato quello di sviluppare un calcolatore di rischio di morte e di reinfarto a 6 mesi dopo un primo infarto miocardico per facilitare il triage e la stratificazione del rischio di un paziente con sindrome coronarica acuta.

Si è utilizzato uno studio osservazionale prospettico che ha coinvolto 94 ospedali in Europa, Nord e Sud America, Australia e Nuova Zelanda. E' stata utilizzata una analisi di regressione logistica multivariata per sviluppare un modello predittivo che ha avuto successivamente sia una validazione prospettica che una validazione esterna.

Lo studio ha arruolato 43.810 pazienti ( di cui 21.688 per lo studio di derivazione del modello predittivo e 22.122 per la validazione del modello stesso) che presentavano all'ingresso in PS sindrome coronarica acuta con o senza elevazione del tratto ST fra l'aprile 1999 e settembre 2005.

L'analisi multivariata dei dati ha permesso di identificare nove fattori indipendenti predittori di mortalità e mortalità+reinfarto nel periodo fra l'ammissione ospedaliera e 6 mesi dopo la dimissione: età, sviluppo (o anamnesi positiva) di insufficienza cardiaca, arteriopatia periferica, pressione arteriosa sistolica, classe Killip, valore della creatininemia all'esordio, marker cardiaci elevati, arresto cardiaco all'ingresso, elevazione del tratto ST.

Il modello ricavato, applicato sia prospettivamente che su un diverso dataset di pazienti ( i pazienti dello studio GUSTO IIb global use of strategies to open occluded coronary arteries), ha mostrato una buona correlazione ( C-statistic di 0.81) con il reale andamento della mortalità e morbilità dei pazienti coinvolti nello studio.

### Fonte:

Fox K: et al. Prediction of risk of death and myocardial infarction in the six months after presentation with acute coronary syndrome: prospective multinational observational study (GRACE) BMJ:2006;333;1091-7

### Commento di Marco Grassi

Il modello di predizione del rischio di morte a 6 mesi dopo infarto miocardico acuto è basato su 9 variabili facilmente e rapidamente identificabili al momento del ricovero per sindrome coronarica acuta e si è dimostrato robusto nell'individuare correttamente il rischio prospettico.

Nella pratica clinica attuale, l'iniziale stratificazione dei pazienti con sindrome coronarica acuta è indirizzata prevalentemente a identificare i soggetti con indicazione a terapia di riperfusione ed è basata, di fatto, solo sulle manifestazioni elettrocardiografiche del tratto ST. Tutti gli STEMI ( ST elevation myocardial infarction) vanno infatti riperfusi mentre i non STEMI ( not ST elevation myocardial infarction) vanno ulteriormente stratificati ed eventualmente riperfusi. Questo approccio semplificato non è tuttavia in grado di stratificare correttamente i pazienti ad alto rischio, quelli che beneficiano maggiormente di strategie terapeutiche molto aggressive, appunto perchè nelle Unità di Terapia Intensiva Cardiologica il triage è basato essenzialmente sui criteri per la terapia riperfusiva piuttosto che su quelli del rischio globale. Fra i pazienti con infarto non STEMI una quota di pazienti ad apparente basso rischio e non riperfusi secondo le attuali linee guida, con questo nuovo modello prognostico mostrerebbero un alto rischio di mortalità o reinfarto a 6 mesi, tale da essere eleggibili per una terapia più aggressiva. Peraltro, applicando lo stesso modello predittivo a tutte le sindromi coronariche acute, una certa quota di soggetti con infarto STEMI risulterebbe a basso rischio come alcuni infarti non STEMI che non sono abitualmente riperfusi e verosimilmente hanno un ridotto beneficio da terapie aggressive come la riperfusione miocardica.

### Referenze

1. 2004 ACC/AHA Guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction  
<http://www.acc.org/clinical/guidelines/stemi/index.pdf>
2. 2002 ACC/AHA Guideline Update for the Management of Patients With Unstable Angina and Non-ST-Segment Elevation Myocardial Infarction  
<http://www.acc.org/clinical/guidelines/unstable/unstable.pdf>.