

Dimissione precoce e probabilità di morte improvvisa

Rosanna Pes

Divisione di Cardiologia, Ospedale Civile SS. Annunziata, Sassari

(G Ital Cardiol 2008; 9 (Suppl 1-7): 58S)

© 2008 AIM Publishing Srl

Per la corrispondenza:

Dr.ssa Rosanna Pes

*Divisione di Cardiologia
Ospedale Civile
SS. Annunziata
Via Enrico De Nicola, 14
07100 Sassari
E-mail:
rosanna.pes@tiscali.it*

La dimissione precoce (<5 giorni) è stata proposta essenzialmente per gli infarti acuti non complicati. Nel GUSTO I¹ circa il 60% dei pazienti rientrava nella diagnosi di infarto miocardico acuto non complicato definito come assenza di reinfarto, ischemia, ictus, shock, insufficienza cardiaca, bypass aortocoronarico, coronarografia d'emergenza, cardioversione o defibrillazione nei primi 4 giorni. La giustificazione di questo atteggiamento sta nel fatto che l'incidenza della morte improvvisa in questa categoria di pazienti è effettivamente molto bassa, così come il rischio di complicanze a 30 giorni. Questi dati si riferiscono agli anni '90, ma possono essere rivisitati alla luce dei nuovi progressi:

- il VALIANT² ha dimostrato che l'incidenza della morte improvvisa anche in era trombolitica ha un picco di frequenza nel primo mese, a differenza di quanto segnalato in precedenza³;
- l'incidenza è decisamente superiore nei casi con trattamento subottimale rispetto alla terapia ottimizzata;
- in particolare, la rivascolarizzazione (angioplastica coronarica e bypass aortocoronarico) sostanzialmente dimezza l'incidenza della morte improvvisa rispetto ai non rivascolarizzati⁴;
- la terapia con betabloccante riduce l'incidenza e vanifica il potere predittivo degli indici aritmici;
- la frazione di eiezione depressa ha lo stesso potere predittivo dell'insufficienza cardiaca con frazione di eiezione conservata (>40%), a riprova del fatto che la clinica e l'attivazione neurormonale sono variabili di grande rilevanza.

Su questa base si può ragionevolmente confermare che l'indirizzo di dimettere

precocemente i pazienti con infarto miocardico acuto non complicato è corretto anche ai tempi attuali, tuttavia il rischio della morte improvvisa aumenta nei casi non rivascolarizzati, in coloro che non ricevono terapia ottimale con betabloccanti, inibitori dell'enzima di conversione dell'angiotensina, statine e antiaggreganti.

I nuovi paradigmi dell'infarto miocardico acuto a basso rischio suggeriscono che la rivascolarizzazione e/o la terapia medica ottimale siano variabili aggiuntive indispensabili per la dimissione precoce. In ogni caso una frazione di eiezione depressa, pur con decorso clinico non complicato, è un elemento preciso di rischio che richiede un'osservazione attenta e una degenza prolungata.

Bibliografia

1. Newby LK, Califf RM, Guerci A, et al. Early discharge in the thrombolytic era: an analysis of criteria for uncomplicated infarction from the Global Utilization of Streptokinase and t-PA for Occluded Coronary Arteries (GUSTO) trial. *J Am Coll Cardiol* 1996; 27: 625-32.
2. Solomon SD, Zelenkofske S, McMurray JJ, et al, for the lasartan in Acute Myocardial Infarction Trial (VALIANT) Investigators. Sudden death in patients with myocardial infarction and left ventricular dysfunction, heart failure, or both. *N Engl J Med* 2005; 352: 2581-8.
3. Huikuri HV, Tapanainen JM, Lindgren K, et al. Prediction of sudden cardiac death after myocardial infarction in the beta-blocking era. *J Am Coll Cardiol* 2003; 42: 652-8.
4. Makikallio TH, Barthel P, Schneider R, et al. Frequency of sudden cardiac death among acute myocardial infarction survivors with optimized medical and revascularization therapy. *Am J Cardiol* 2006; 97: 480-4.