

n° 101 maggio 2010

Indice

Review e linee guida

- Anaphylaxis: Recent advances in assessment and treatment. F. Estelle R. Simons. *J Allergy Clin Immunol* 2009; 124: 625-36
- Comotio Cordis. Maron BJ, Estes NAM 3rd. *N Engl J Med* 2010; 362: 917-927.
- Rosigitazione, marketing, and medical science. Moynihan R. *BMJ* 2010, 340:785-789

Lavori

- An Evaluation of the Accuracy of Emergency Physician Activation of the Cardiac Catheterization Laboratory for Patients With Suspected ST-Segment Elevation Myocardial Infarction Michael C. Kontos et al *Ann Emerg Med.* 2010; 55: 423-430
- Natriuretic peptides and troponins in pulmonary embolism: a meta-analysis. J-C Lega, *et al.* *Thorax* 2009;64:869-75 {preceduto dall'editoriale Identification of those at risk after acute pulmonary embolism. A J Fisher, P A Corris. *Thorax* 2009;64:832-3}
- Emergency Medicine Services Intervals and Survival in Trauma: Assessment of the "Golden Hour" in a North American Prospective Cohort Craig D. Newgard et al - *Ann Emerg Med* 2010; 55: 235-246
- Comparison of Dopamine and Norepinephrine in the Treatment of Shock De Backer D et al. *N Engl J Med* 2010; 362: 779-789 e l'editoriale associato Treating Shock - Old Drugs, New Ideas. Levy JH. *N Engl J Med* 2010; 362: 841-843
- Statins, antihypertensive treatment, and blood pressure control in clinic over 24 hours: evidence from PHYLLIS randomised double blind trial. Mancina Giuseppe et al. *BMJ* 2010, 340:c1197
- Lenient versus Strict Rate Control in Patients with Atrial Fibrillation. Van Gelder IC et al. *N Engl J Med* 2010; 362: 1363-1373.
- Quality Indicators for Evaluating Trauma Care. A Scoping Review. Henry Thomas Stelfox, MD, et al. *Arch Surg.* 2010;145(3):286-295
- Frequency and follow up of Incidental Findings on Trauma Computed Tomography Scans: Experience at Level I Trauma Center. Marc-David Munk, et al. *The Journal of Emergency Medicine*, Vol. 38, No. 3, pp. 346-350, 2010.

Aggiornamenti

- H1N1. A cura di Luca Iaboli
- Riscaldiamo i nostri pazienti.....il piu' precocemente possibile!!! A cura di Alessandro Carbonaro

Direzione Redazionale: Mauro Fallani¹ maurofallani@yahoo.it Andrea Fabbri² dr.andrea.fabbri@gmail.com
Redazione: Carlo Arrigo³ carrigo@vodafone.it Rodolfo Ferrari⁴ dr.rofer@libero.it Luca Iaboli⁵
liaboli@hotmail.com Rita Previati⁶ preri@libero.it

¹U.O. Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza H Ceccarini di Riccione, ²Dipartimento Emergenza, Presidio Ospedaliero Morgagni-Pierantoni, Azienda USL di Forlì, ³DEA Montichiari (BS), ⁴DEA S.Orsola-Malpighi Bologna, ⁵DEA Carpi, ⁶DEA Ferrara

i numeri già usciti sono disponibili all'indirizzo

<http://www.simeu.it/regioni/EmiliaRomagna/index.html>

• Review e linee guida

Anaphylaxis: Recent advances in assessment and treatment. F. Estelle R. Simons. *J Allergy Clin Immunol* 2009; 124: 625-36

L'anafilassi (AN) è definita come una reazione allergica severa ad esordio rapido e potenzialmente letale; questa review clinica ne delinea gli aspetti di maggiore rilievo, tra i quali molti di interesse per il medico d'urgenza. Epidemiologia: l'incidenza è in aumento dai 21 ai 50 casi / 100mila persone / anno dagli anni '80 agli anni '90; nei bambini e nei giovani il trigger più frequente è alimentare, negli adulti e negli anziani più spesso sono i farmaci o le punture d'insetto, così come si hanno casi idiopatici. Patogenesi: indipendentemente dal trigger, si tratta per lo più di meccanismi IgE mediati coinvolgenti mastcellule e basofili; nonostante l'analisi puntuale degli eventi cellulari e molecolari, non è tuttora chiaro perché l'AN si verifichi solo in alcuni dei soggetti sensibilizzati verso un antigene, né perché possa manifestarsi con uno spettro che va da un evento benigno autolimitantesi sino ad uno catastrofico e fatale; numerosi fattori relativi al paziente possono condizionare il rischio di AN con decorso severo o mortale, per lo più patologie concomitanti quali le broncopneumopatie croniche, le malattie cardio-vascolari, le patologie allergiche severe (rinite, eczema, asma), malattie riguardanti direttamente i mastociti, o anche tutte le altre situazioni che possono condizionare il rapido riconoscimento del trigger o dei sintomi (in particolare le patologie neuropsichiche, il contestuale trattamento con farmaci β -bloccanti, psicoattivi, antistaminici, l'assunzione di etanolo). Diagnosi: l'AN è imprevedibile, può capitare a chiunque, dovunque, in qualunque momento; l'anamnesi deve focalizzarsi sull'esposizione a un potenziale trigger, il tempo trascorso tra l'esposizione e la comparsa dei sintomi, l'evoluzione dei sintomi nel tempo; gli organi bersaglio sono la cute (80-90% dei casi), l'apparato respiratorio (70%), quello gastroenterico (30-45), quello cardio-vascolare (10-45% con possibile insorgenza di infarto miocardico ed aritmie), il sistema nervoso centrale (10-15%); le diagnosi differenziali rispetto all'AN sono innumerevoli e meritano la massima attenzione (in particolare l'asma acuto, la sincope, l'attacco di panico, la flush syndrome da carcinoide, tutte le altre forme di shock, gli eventi le patologie cardiovascolari e neurologici); i test di laboratorio (soprattutto in urgenza ma non solo) forniscono informazioni di scarsa rilevanza. Conferma del trigger: i test cutanei andrebbero eseguiti almeno 3-4 settimane dopo l'episodio acuto; può essere utile misurare il livello sierico di IgE allergene specifiche. Misure preventive: la prevenzione a lungo termine si fonda sul controllo delle patologie concomitanti, un'informazione chiara e completa sui trigger e come evitarli, l'immunomodulazione mediante desensibilizzazione specifica, i farmaci utili ed in particolare regimi di profilassi con steroidi ed antistaminici (ad esempio prednisone e cetirizina). Misure di emergenza: i pazienti, i loro medici di medicina generale, i famigliari e gli amici devono essere preparati a riconoscere e trattare prontamente l'AN, allertando il sistema di emergenza, ed essenzialmente avendo sempre a disposizione uno o più autoiniettori di epinefrina (EP) in grado di prevenire ed alleviare sia l'ostruzione delle alte vie aeree dovuta all'edema della mucosa sia lo shock; la dose raccomandata di EP per l'AN è di 0.01 mg/kg sino ad un massimo di 0.50 mg negli adulti, da iniettare in muscolo nella porzione medio-antero-laterale della coscia; esistono in commercio preparati di EP a dose fissa di 0.15 e 0.30 mg; nel 20% dei casi è necessaria una seconda dose di EP; il ritardo nella somministrazione dell'EP prima che si verifichino insufficienza cardio-respiratoria e shock aumenta il rischio di morte e quello di AN bifasica con recidiva dei sintomi nelle 72 ore successive pur in assenza di altra esposizione al trigger; l'EP può causare lieve pallore, tremore, ansia, cardiopalmo, mal di testa, vertigine, il cui occorrere indica che la dose terapeutica è stata somministrata; gli H₁-antistaminici attenuano il prurito e l'orticaria, i β_2 -adrenergici attenuano il broncospasma, i

glucocorticoidi possono prevenire l'andamento protratto o bifasico dei sintomi, ma nessuno di essi agisce sull'ostruzione delle alte vie aeree né sullo shock; il trattamento acuto si basa anche su ossigeno supplementare, elevati volumi di fluidi endovena, ed il monitoraggio clinico, ECGrafico, pressorio e pulsossimetrico.

Commento di Rodolfo Ferrari

Commotio Cordis. Maron BJ, Estes NAM 3rd. **N Engl J Med 2010; 362: 917-927.**

La morte improvvisa da fibrillazione ventricolare a seguito di trauma chiuso del torace, spesso anche modesto, va sotto il nome di commotio cordis e si distingue da una eventuale morte elettrica a seguito di contusione cardiaca per l'assenza di un danno organico da trauma. L'eventua è raro, ma non eccezionale, spesso secondario a un trauma sportivo e richiede per essere innescato alcune condizioni che sono: 1) la sede del trauma che deve essere centrato sul cuore; 2) la tempistica del trauma che deve corrispondere all'apice della T dell'elettrocardiogramma; 3) la forma e consistenza del mezzo che trasferisce l'energia ove gli oggetti piccoli, duri e di forma sferica risultano i più pericolosi.

La prevenzione primaria si sta sviluppando con dei corpetti atti ad assorbire i colpi al torace specie durante gli sports; la prevenzione secondaria si realizzerà con la diffusione della defibrillazione automatica che si è visto che è capace di interrompere le tachiaritmie che si innescano.

Commento di Mauro Fallani

Rosigitazione, marketing, and medical science. Moynihan R. **BMJ 2010, 340: 785-789**

Una lettura assolutamente consigliata, che racconta i retroscena, degni di un thriller Holliwodiano, di un farmaco miliardario. Se non riuscite ad accedere all'articolo del BMJ, o l'inglese non è il vostro pane, nessun problema: ben prima che uscisse l'articolo sulla patinata rivista inglese, Giovanni Peronato aveva redatto una racconto non meno avvincente, che bene illustra i rapporti tra la scienza e il marketing. L'articolo: "la strana vicenda di Avandia che fa ben alla glicemia e male al cuore" è reperibile al sito:

[http://www.nograziepagioio.it/AVANDIA%20 Peronato.pdf](http://www.nograziepagioio.it/AVANDIA%20Peronato.pdf)

Commento di Luca Iaboli

• **Lavori**

An Evaluation of the Accuracy of Emergency Physician Activation of the Cardiac Catheterization Laboratory for Patients With Suspected ST-Segment Elevation Myocardial Infarction Michael C. Kontos et al **Ann Emerg Med. 2010; 55: 423-430**

Essere in grado spesso, nella vita comune, equivale a volere; e nella nostra quotidianità di Medici d'urgenza? Ricordo bene i miei approcci alla Medicina d'urgenza, a rileggerli oggi li definirei senza ombra di dubbio sconcertanti, ma questo perché? È la domanda che mi pongo spesso, la risposta è una sola, perché è cambiato il mio modo di pensare alla Medicina d'urgenza. Un tempo, fatto di attese di aiuti da parte dei "consulenti", oggi, supportato dalla presa di coscienza che il Medico d'urgenza italiano ha l'obbligo professionale di assumere le competenze necessarie per sentirsi realizzato in una realtà che tanti ancora sconoscono. Dagli USA un ulteriore contributo alla causa di "indipendenza" ed "autonomia" del Medico

d'urgenza (EP). Da tempo ormai si sottolinea la necessità specifica di attivare l'emodinamica cardiaca da parte del EP per il paziente con un elettrocardiogramma che mostra infarto miocardico con elevazione del segmento ST (STEMI) o un blocco di branca sinistra di prima evidenza (o presumibile nuova) in corso di sintomi sospetti per ischemia cardiaca. Il lavoro a cui si fa riferimento è stato condotto lungo un periodo di 27 mesi ed ha avuto come obiettivo la stima dell'accuratezza da parte dei EP nell'attivazione del laboratorio di emodinamica cardiaca per pazienti in corso di STEMI, confrontando il numero di attivazioni con l'interpretazione dell'ECG da parte dei Cardiologi, le evidenze angiografiche, l'outcomes dei pazienti. Nel periodo in esame si è visto come il laboratorio sia stato attivato per 249 volte; 188 (76%) pazienti presentavano un vero STEMI, 37 (15%) mostravano i criteri per la diagnosi di STEMI ma in assenza di infarto miocardio (di questi 12 avevano una malattia coronarica e cinque sono stati sottoposti a rivascolarizzazione), 11 (3,8%) pazienti avevano segni ECG-grafici di ischemia in atto ma non incontravano i criteri per la diagnosi di STEMI (pazienti con dolore prolungato refrattario al trattamento). Per soli 13 (5,2%) pazienti il laboratorio di emodinamica è stato attivato in modo non appropriato (non è stata eseguita alcuna angiografia, l'infarto del miocardio è stato escluso). Le conclusioni sono pertanto di dichiarata efficacia ed appropriatezza, supportano le attuali raccomandazioni di attivazione dell'emodinamica da parte dei EP, enfatizza l'obbligo nei confronti del malato di attivare gli emodinamisti secondo criteri clinici ed elettrocardiografici, piuttosto che dalla presenza di lesioni angiografiche. Per chiudere, questo articolo mi sembra rappresentante in pieno quello che deve essere lo spirito di un EP, partendo da competenze professionali solide, bisogna avere il coraggio scientifico di confrontarsi con la realtà dei dati che supportano un sempre maggiore peso del EP in termini decisionali. Dal web una locuzione latina che, variato il soggetto, sembra ideata per noi, *Medici (Grammatici) certant et adhuc sub iudice lis est*, ovvero, *i Medici discutono, e la contesa non è ancor finita* (Orazio, *Ars poetica*, 78).. senza però trascurare la centralità del malato, un saluto a tutti.

Commento di Carlo Arrigo

Natriuretic peptides and troponins in pulmonary embolism: a meta-analysis. J-C Lega, *et al.* **Thorax 2009;64:869-75** {preceduto dall'editoriale *Identification of those at risk after acute pulmonary embolism.* A J Fisher, P A Corris. **Thorax 2009;64:832-3**}

Sulla stratificazione precoce del rischio si fondano le scelte di gestione, monitoraggio e trattamento da riservare ai casi di tromboembolia polmonare acuta (APE). Tra i casi normotesi, alcuni marcatori di laboratorio quali troponine (Tn) e peptidi natriuretici (NP) misurati all'ammissione correlano con lo stress di parete e la disfunzione del ventricolo destro (con prevalenza 41%). Da 222 pubblicazioni al riguardo sono stati selezionati 23 studi. La mortalità per tutte le cause, la mortalità APE correlata e le complicanze severe (rispettivamente dello 0.2%, 0% e 1.6% nei casi negativi sia per NP che per Tn) risultano significativamente aumentate quando si riscontrino elevati livelli di NP (presenti nel 52% dei casi); il dato si conferma nel sottogruppo dei pazienti emodinamicamente stabili e si rafforza ancor più (ed indipendentemente) nei casi NP-positivi presentino anche elevati livelli di Tn (rilevabili nel 46% dei casi); il significato si mantiene anche nelle condizioni (quali l'insufficienza cronica cardiaca o renale) in grado di condizionale di per sé il valore di NP. Solo il 4% dei soggetti risulta positivo per Tn e negativo per NP. Il BNP parrebbe più accurato rispetto all'NT-proBNP nel correlare con la disfunzione ventricolare destra. I NP, quindi, risultano essere estremamente utili per definire all'ingresso i soggetti affetti da APE sia a rischio particolarmente elevato che ridotto, con un ulteriore contributo prognostico fornito dalla Tn, ed indipendentemente dallo stato emodinamico.

Commento di Rodolfo Ferrari

Emergency Medical Services Intervals and Survival in Trauma: Assessment of the “Golden Hour” in a North American Prospective Cohort
Craig D. Newgard et al - **Ann Emerg Med 2010; 55: 235-246**

I primi 60 minuti dopo un evento traumatico grave sono definiti con il termine “golden hour”. Il concetto che le cure ad un paziente traumatizzato debbano essere iniziate entro 60 minuti è noto ormai da circa trentenni; ad oggi, i dati più significativi in timing di risposta vs sopravvivenza, riguardano l’arresto cardiaco extraospedaliero. Obiettivo di questo studio, prospettico, è stato esaminare l’associazione tra l’intervallo di risposta del servizio medico d’emergenza (EMS) e la mortalità intraospedaliera in una coorte di pazienti traumatizzati ad elevato rischio di outcome sfavorevole in 146 siti di EMS del Nord America. Sono stati arruolati 3656 pazienti che rispondevano ad almeno uno dei criteri d’inclusione: età ≥ 15 anni, pressione sistolica ≤ 90 mmHg, Glasgow Coma Scale ≤ 12 , frequenza respiratoria < 10 oppure > 29 atti/minuto, gestione avanzata delle vie aeree. Del totale dei pazienti presi in esame, il 22%, ovvero, 806 pazienti sono morti; utilizzando un modello di analisi multivariabile, non è stata dimostrata alcuna significativa associazione tra tempo e mortalità per alcuno degli intervalli d’intervento dell’EMS, intesi ed analizzati come tempi di attivazione, risposta alla chiamata, tempo di permanenza sulla scena del trauma, il trasporto verso l’ospedale o il tempo totale speso per l’intervento. L’associazione tra l’aumento della severità del danno subito da un paziente traumatizzato e la diminuzione del tempo totale per il trasferimento al presidio accettante è stato più volte sottolineato in precedenti studi. Viceversa, altri lavori, avevano mostrato un’apparente associazione tra l’aumento del tempo d’intervento extraospedaliero e la diminuzione della mortalità. Questo studio non è stato capace di supportare che la diminuzione del tempo totale d’intervento migliori la sopravvivenza tra i pazienti adulti vittime di traumi gravi. Effettivamente, i risultati ottenuti, sono sovrapponibili ad indagini simili che in precedenza avevano anch’essi fallito in tale obiettivo. A differenza di lavori precedenti, però, questo, ha la “pretesa” di definirsi come unico quanto a rigore scientifico utilizzato per l’analisi. Comunque, nonostante l’impegno profuso, confutare il modello di analisi logistica regressiva di multivariabili ampiamente descritto nel lavoro non è semplice; si è tentato, infine, di mettere a confronto i metodi di analisi di altri lavori considerati in quest’articolo come di riferimento. In conclusione, l’analisi statistica utilizzata ha determinato come risultato finale il dubbio che la “golden hour” possa non essere così golden. Attenderei nuovi studi a supporto di questa tesi.

Commento di Carlo Arrigo

Comparison of Dopamine and Norepinephrine in the Treatment of Shock
De Backer D et al. **N Engl J Med 2010; 362: 779-789** e l’editoriale associato
Treating Shock - Old Drugs, New Ideas. Levy JH. **N Engl J Med 2010; 362: 841-843**

Sia la dopamina-D che la noradrenalina-NA sono considerate vasopressori di primo impiego nello shock. In questo studio multicentrico e randomizzato su 1679 Pz (858 assegnati al gruppo dopamina e 821 alla noradrenalina) è stata valutata la mortalità a 28 gg dalla randomizzazione (end point primario) il n° di gg senza necessità di supporto d’organo e gli eventi avversi).

Non è emersa differenza statistica nella mortalità nei 2 gruppi (D 52,5% vs NA 48,5%) anche se nel gruppo D vi sono stati un maggior numero di eventi aritmici (207 – 24,1% vs 102 12,4%). Dall’analisi dei sottogruppi emerge invece una maggiore mortalità per la D vs la NA nei 280 Pz con shock cardiogeno (P=0,03), dato non presente nei Pz con shock settico o ipovolemico.

Gli autori concludono che, nell'uso come vasopressori nello shock, pur in assenza di significativa differenza nella mortalità la D vs la NA è gravata da un maggior numero di eventi avversi.

Commento di Mauro Fallani

Statins, antihypertensive treatment, and blood pressure control in clinic over 24 hours: evidence from PHYLLIS randomised double blind trial.
Mancia Giuseppe et al. **BMJ 2010, 340:c1197**

Articolo tutto italiano pubblicato sul BMJ che dimostra come le statine non riducono la pressione arteriosa. Tra i meccanismi ipotizzati nella protezione che le statine offrono nei confronti delle malattie cardiovascolari, oltre alla riduzione dei lipidi e all'effetto pleiotropico, è stato recentemente proposto un terzo effetto sulla riduzione della pressione arteriosa. Questo studio ben condotto dimostra che così non è.

Commento di Luca Iaboli

Lenient versus Strict Rate Control in Patients with Atrial Fibrillation. Van Gelder IC et al. **N Engl J Med 2010; 362: 1363-1373.**

Il controllo della FC è spesso la terapia di scelta nella FA permanente. Le linee guida indicano come obiettivo uno stretto controllo della FC (<80 bpm a riposo e 110 bpm durante una moderata attività fisica). Questo trial randomizzato su 614 Pz con FA permanente, seguiti per almeno 2 aa, ha dimostrato come una strategia di controllo più lasso della FC (<110 bpm a riposo) è più facile da ottenere e non inferiore allo stretto controllo se valutata con un outcome primario composito per morte cardiovascolare, ricovero per scompenso, stroke, embolismo sistemico, sanguinamento, aritmie a rischio per la vita.

Commento di Mauro Fallani

Quality Indicators for Evaluating Trauma Care. A Scoping Review. Henry Thomas Stelfox, MD, et al. **Arch Surg. 2010;145(3):286-295**

Il problema trauma severo e indicatori di qualità del percorso diagnosi e trattamento è sempre al centro di discussione. Molti studi pubblicati sull'argomento concludono dicendo che il 50% circa dei soggetti con trauma severo non ricevono un adeguato percorso di diagnosi e trattamento e che la causa è attribuibile ad errori degli operatori. Una revisione dei decessi intra-ospedalieri per trauma indica peraltro che il 2.5% - 14% di questi errori sarebbero evitabili. Negli anni sono stati identificati un grande numero di indicatori di qualità allo scopo di capire meglio le varie fasi della gestione, ma non ci sono evidenze precise sulla loro accuratezza.

Lo scopo di questa revisione è quello di identificare il numero in letteratura di indicatori di qualità e di valutarne le relative evidenze a supporto. Sono stati interrogate le banche note banche dati (MEDLINE, EMBASE, CINAHL, Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Database of Abstracts of Reviews of Effects, and Cochrane Central Register of Controlled Trials informazioni disponibili al 14 gen. 09. Per aumentare l'efficacia della ricerca sono stati ricercati anche articoli nella cosiddetta fascia grigia della bibliografia, attraverso una ricerca manuale di riviste, referenze ottenute da esperti del settore. Il criterio di selezione era rappresentato dalla presenza di 1 o più indicatori di qualità nel trattamento del soggetto con trauma severo (identificato come trauma con necessità di ricovero o deceduto in ospedale) attraverso un'analisi del percorso pre-ospedaliero, ospedaliero e riabilitativo.

L'analisi ha portato al recupero di 6,869 riferimenti. L'identificazione di abstract ha permesso poi il recupero di 538 studi full-text di cui 192 utili per la revisione. Di questi studi ben 128 (66.7%) risultavano articoli originali in extenso, soprattutto serie di casi (57 [29.7%]) e studi di coorte (55 [28.6%]), mentre 37 (19.3%) erano revisioni descrittive, e 8 (4.2%) linee guida. Gli indicatori di qualità riportati nei vari studi in totale risultano 1572 e sono stati raggruppati in 8 categorie. Trauma (ACS-COT) audit filters (42.0%), ACS-COT audit filters (19.1%), indicatori sulla sicurezza dei pazienti (13.2%), criteri di riferimento per trauma center/system (10.2%), indicatori di benchmarking tra centri diversi (7.4%), peer review (5.5%), misure di audit (1.8%), dati sull'applicazione di linee guida (0.8%). Gli indicatori sul pre-hospital e sul percorso ospedaliero i più rappresentati (60.4%) e le misure di outcome il 22.8%. Indicatori sulla fase post dimissione, la fase riabilitativa o la prevenzione: < 5% dei casi.

Conclusioni: gli indicatori proposti per valutare la qualità del trattamento e della gestione del paziente con trauma severo sono moltissimi, mentre le evidenze a sostegno della loro accuratezza predittiva pochissime. In futuro quando si proporranno ulteriori nuovi indicatori sarà necessario tenere conto di questo.

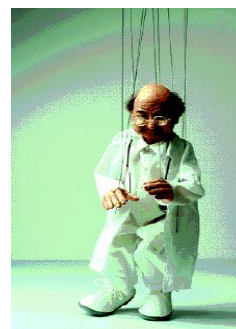
Commento di Andrea Fabbri

Frequency and follow up of Incidental Findings on Trauma Computed Tomography Scans: Experience at Level I Trauma Center. Marc-David Munk, et al. **The Journal of Emergency Medicine**, Vol. 38, No. 3, pp. 346–350, 2010.

La TC è ad oggi la metodica per immagini più accurata nella definizione diagnostica del paziente con trauma severo. La diffusione in urgenza ha portato come conseguenza ad un inaspettato numero di riscontri casuali. Tali riscontri sono molto problematici perché innescano ulteriori verifiche che possono a loro volta condizionare il percorso diagnostico principale. Allo stesso tempo è anche possibile che l'indagine TC porti inaspettatamente a diagnosi di malattie gravi non prevedibili. Il fallimento della gestione di questi riscontri casuali possono costituire infine un grosso problema dal punto di vista medico-legale e fino a costituire un vero e proprio rischio per il paziente. In questo studio sono stati revisionati una serie di casi per verificare: 1) la frequenza di questi casi, 2) la rilevanza sul piano clinico di questi riscontri casuali 3) quante volte viene riportato nei referti alla dimissione o ai controlli successivi. Lo studio ha previsto l'analisi di 500 casi di pazienti traumatizzati. Tutti i soggetti erano stati sottoposti a TC cranica, toracica e addominale/pelvica. I riscontri casuali sono stati suddivisi in tre categorie diverse in rapporto all'importanza clinica secondo criteri predefiniti. Dei 500 casi sottoposti a re-analisi, 480 in totale (corrispondenti al 96% dei casi) per un totale di 1930 esami TC, sono stati oggetto di analisi. In 211 casi (43%) corrispondenti a 285 casi (15%) delle 1930 TC eseguite su 480 pazienti. Dei casi analizzati, solo nel 27% dei casi era menzionata la presenza di riscontri accidentali nella cartella di ricovero o nei documenti alla dimissione. Il 15% delle lesioni casuali erano sospetti tumori, o aneurismi aortici. Solamente nel 49% dei casi venivano segnalati alla dimissione.

Commento di Andrea Fabbri

• Aggiornamenti



H1N1. A cura di Luca Iaboli

Della pandemia influenzale non si parla più... in Italia.

Peccato, dato che a qualcuno potrebbe interessare sapere che si sono verificati 241 decessi su circa 5 milioni di casi, l'80% dei soggetti deceduti era affetto da gravi patologie concomitanti, delle 24 milioni di dosi di vaccino acquistate a un costo di 184.800.000 € ne sono state somministrate 850.000, e appena il 15% dei sanitari si è vaccinato (1).

L'aumentato numero di accessi in pronto soccorso non si è tradotto in un aumento del numero dei ricoveri. Anche per il carico di lavoro extra che l'allarme pandemico ha creato, interesserà quindi sapere al personale dei dipartimenti d'emergenza-urgenza che in Europa qualcosa sta succedendo.

Tra le notizie neglette dai media il fatto che recentemente il ministro della salute Bulgara ha rassegnato le dimissioni, accusato di aver firmato contratti impropri per l'acquisto dell'antivirale Tamiflu (2), oppure l'inchiesta in corso in Francia sin da febbraio (2), o, più importante, il fatto che il 26 gennaio, a Strasburgo, è stata tenuta una pubblica audizione, in sede di Assemblea del Consiglio d'Europa (3), sulla trasparenza nella gestione della pandemia. Nessun media italiano si è occupato nemmeno della seconda audizione che si è tenuta il 29 marzo a Parigi, di cui sono disponibili online alcuni interessanti interventi (4).

Sostanzialmente la commissione Sanità del Consiglio d'Europa ha accusato l'OMS di avere creato una "falsa pandemia", e l'industria farmaceutica, che tra farmaci e vaccini ha registrato incassi record, di averne influenzato le scelte. Tra le questioni che si dovranno chiarire, 3 sono centrali:

- I. perché la definizione di pandemia è stata modificata nel maggio 2009 (modifica che, eliminando improvvisamente il criterio di gravità, ha permesso di trasformare una modesta influenza in pandemia mondiale)? (5)
- II. perché sono stati usati adiuvanti poco sperimentati nella preparazione dei vaccini antipandemici, eliminando il principio della precauzione?
- III. perché non sono stati resi pubblici i contratti milionari tra le aziende farmaceutiche e i governi?

Se alla prima domanda non è stata data risposta, la sicurezza dei vaccini, secondo un rappresentante delle industrie produttrici, sarebbe dimostrata (*ndr: a posteriori*) dalla somministrazione sicura in 38 milioni di cittadini europei (6). Ma nessun farmaco è perfetto e il curioso troverà online i dettagli delle oltre 14.000 sospette reazioni avverse imputate alla vaccinazione (7).

Se queste poche righe vi hanno stuzzicato, vi rimando a chi da tempo si occupa in modo autorevole e dettagliato della pandemia: <http://attentialebufale.it>. Il buon maestro Sun-Tzu saprà illuminarvi, e nel sito troverete varie cose. Tra le altre, un link ad un'inchiesta della televisione Svizzera sulle "verità nascoste", commenti a recenti articoli pubblicati sul BMJ che dimostrano l'alterazione dell'OMS della definizione di pandemia, la curiosa vicenda della Polonia, l'unico Paese Europeo che non ha acquistato neanche una dose di vaccino. Anche per capire il disastro che ha colpito questa nazione, la classe dirigente decapitata e probabilmente insostituibile, è interessante ascoltare un'intervista alla ministra della salute polacca, sopravvissuta all'incidente aereo, "eletta per fare i comodi dei polacchi, non quelli delle industrie farmaceutiche...".

Tornando alla gestione dell'influenza, i punti da chiarire sono ancora molti, ma necessari, se si vogliono evitare pandemie troppo frequenti (l'Aviaria era del 2005-2006) che impegnano

ingenti risorse in modo inappropriato. Secondo una stima recente sono stati spesi globalmente nella pandemia 18 miliardi di dollari (2).

Bibliografia

- (1) Perria C. “Pandemia ultimo atto” reperibile su: <http://saluteinternazionale.info>
- (2) “Handling of the influenza A/H1N1 “pandemic”: european citizen want to know more” Press release April 19 2010, ISDB and MiEF. Reperibile su: http://www.nograziepaggio.it/En_PressReleaseFlu_Final.pdf
- (3) Il Consiglio d'Europa, fondato nel 1949, è un'organizzazione internazionale il cui scopo è promuovere la democrazia, i diritti dell'uomo, l'identità culturale europea e la ricerca di soluzioni ai problemi sociali. Il Consiglio d'Europa è un'organizzazione a sé, distinta dall'Unione Europea, e non va confuso con organi di quest'ultima. Le iniziative del Consiglio d'Europa non sono vincolanti e vanno ratificate dagli Stati membri.
Fonte: http://it.wikipedia.org/wiki/Consiglio_d'Europa
- (4) Disponibili online le dichiarazioni dei relatori: <http://attentialebufale.it/sun-tzu/gestione-della-pandemia-di-h1n1-piu-trasparenza-necessaria-parte-iii/>
- (5) Vedi Novità in urgenza n°95: <http://www.simeu.it/emiliaromagna/novita/Novita95.PDF>
- (6) Redazione di Quaderni ACP “H1N1:nell'UE la politica ne parla; in Italia si tace” 2010;17(2):50
- (7) Update n°16 22/04/2010. <http://www.ema.europa.eu/influenza/updates>

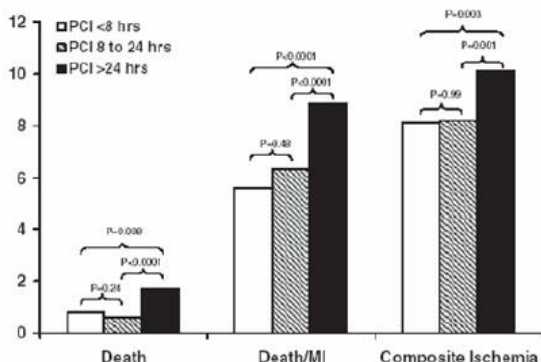
Riscaldiamo i nostri pazienti.....il piu' precocemente possibile!!! A cura di Alessandro Carbonaro, Ospedale Ferrarotto Catania

Analizziamo due lavori, in qualche modo collegati tra loro: il primo si riferisce ad una analisi dello studio ACUITY (Acute Catheterization and Urgent Intervention Triage strategY) , mentre il secondo riporta i dati di un registro, il Krakow Registry of Acute Coronary Syndromes.

Filo conduttore di questi due lavori è il tema del cosiddetto “raffreddamento del paziente”, ovvero la lunga preparazione farmacologica volta a spegnere i bollori della sindrome coronarica acuta senza sopralivellamento del tratto ST.

L'analisi dell'ACUITY suggerisce di non aspettare a trattare con l'angioplastica i pazienti con NSTEMI.

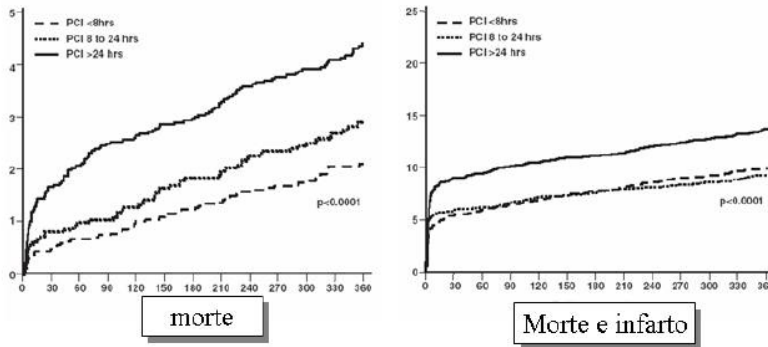
ACUITY trial: tempo alla PCI ed eventi a 30 giorni



Sorajja P et al. JACC 2010;55:1416-24

Tradotto in parole povere : il messaggio che ne esce è chiaro, se possibile non conviene ritardare l'angioplastica oltre le 24 h, perché comporterebbe un significativo peggioramento della prognosi sia a breve (1 mese) che a lungo termine (1 anno), peggioramento tanto maggiore quanto più alto sarà il grado del rischio del paziente stesso.

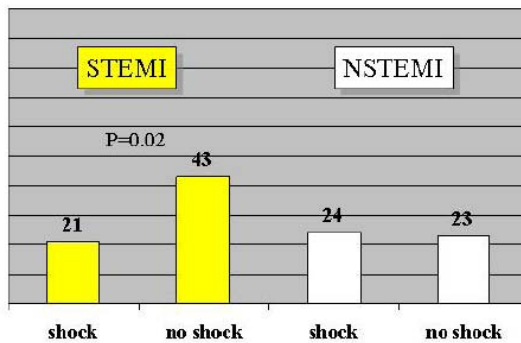
ACUTY trial: tempo alla PCI ed eventi a 1 anno



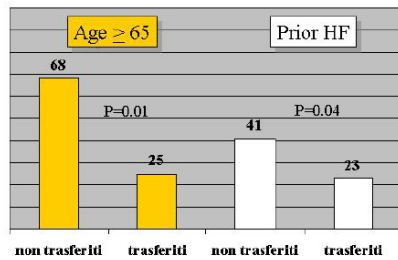
Inoltre, nel confronto tra le strategie farmacologiche di accompagnamento alla PCI, quella basata sulla sola bivalirudina sembra la più efficace nel ridurre le complicanze emorragiche, e ciò indipendentemente dal tempo dell'esecuzione della procedura interventistica.

Leggendo il registro di Cracovia si rimane perplessi di fronte ai dati relativi ai pazienti che si presentano in un ospedale 'spoke' con STEMI e con shock.

Rete di Cracovia: trasferiti da Spoke a Hub



Rete di Cracovia: caratteristiche dei pz. in shock e loro % tra i non trasferiti e i trasferiti



Dziewierz A. et al. Acute Cardiac Care 2010;12:3-9

Stupisce soprattutto osservare come il paziente critico non riceva l'attenzione dovuta, sia per quanto riguarda il tempestivo trasporto verso un ospedale 'hub', sia per il ricorso ai farmaci raccomandati dalle linee guida di trattamento. Come sempre succede, tanto più complesso sarà il paziente, tanto meno verrà trasferito.

La conclusione è che non possiamo non offrire al nostro povero una buona coronarografia che serva riscaldare il suo cuore nelle nostre emodinamiche: perché negarglielo.....

Bibliografia:

- Soraja P. et al. Impact of delay to angioplasty in patients with acute coronary syndromes undergoing invasive management. J Am Coll Cardiol 2010;55:1416-24.
- Dziewierz A. et al. Predictors and in-hospital outcomes of cardiogenic shock on admission in patients with acute coronary syndromes admitted to hospitals without on-site invasive facilities. Acute Cardiac Care 2010;12:3-9.