



Società Italiana di
Medicina d'Emergenza-Urgenza

sezione Emilia-Romagna

Novità in Urgenza

analisi della letteratura, divulgazione scientifica e
organizzazione

Redattore Capo:

Mauro Fallani mfallani@orsola-malpighi.med.unibo.it, DEA AO S.Orsola Malpighi di Bologna,
Dirigente F.Miglio

Collaboratori di redazione:

Andrea Fabbri andfabbri@libero.it, DEA AUSL di Forlì, Dirigente A.Vandelli

Paolo Mulè mulepaolo@orsola-malpighi.med.unibo.it, DEA AO S.Orsola Malpighi di Bologna,
Dirigente F.Miglio

Supervisore:

Alberto Vandelli a.vandelli@ausl.fo.it DEA AUSL di Forlì

n° 12 dicembre 2002

tutti i numeri usciti sono reperibili su internet al sito della Simeu al seguente
indirizzo: <http://www.simeu.it/regioni/EmiliaRomagna/index.html>

Invitiamo i lettori a segnalarci tutto quanto riguarda il mondo dell'urgenza/emergenza e che possa essere d'interesse agli altri Colleghi (recensioni di materiale pubblicato, aggiornamenti su specifici argomenti, siti web d'interesse, corsi o convegni ...) inviando il materiale ad una delle e-mail soprariportate

Riviste recensite sistematicamente

Ann of Emerg Med, Arch Intern Med, BMJ, Chest, Circulation, Eur J of Emerg Med, JAMA, Lancet, N England J Med, Thorax

- **Reviews**

ACC/AHA 2002 guidelines update for the management of patients with unstable angina and Non-ST-Segment elevation myocardial infarction – Summary article JACC 2002; 40: 1366-1374

http://www.acc.org/clinical/guidelines/unstable/summary_article.pdf

Sommario, chiaro e sintetico, delle linee-guida sulla terapia della UA/NSTEMI già segnalate da questo notiziario nel n°4 di aprile e disponibili in versione completa sul web al sito

http://www.acc.org/clinical/guidelines/unstable/update/pdf/UA_update.pdf

assolutamente da leggere

- **Lavori**

Heparin plus alteplase compared with heparin alone in patients with submassive pulmonary embolism NEJM 2002; 347; 1143-50 e il commento associato **Perspective: Thrombolysis for Pulmonary Embolism** NEJM 2002; 347; 1131-1132

Se il trattamento trombolitico è mandatorio in caso di embolia polmonare massiva con instabilità emodinamica, l'indicazione è perlomeno controversa in caso di embolia submassiva con emodinamica non compromessa. In questo lavoro vengono randomizzati a ricevere eparina + alteplase (100mg) o placebo 256 pazienti selezionati in base alla presenza di embolia polmonare submassiva associata a disfunzione del ventricolo dx e/o ad ipertensione polmonare. L'incidenza degli end-point primari (morte intraospedaliera, peggioramento delle condizioni cliniche con necessità di trattamento di supporto e/o embolectomia) è risultata significativamente superiore nel gruppo trattato con eparina+placebo, con un rischio di morte intraospedaliera che, per quanto basso nella popolazione studiata in generale, non variava però significativamente nei due gruppi.

Paolo Mulè DEA AO S.Orsola Malpighi di Bologna

Anemia and Blood trasfusion in Critically ill Patients JAMA 2002; 288: 1499-1507

Studio prospettico di tipo analitico con lo scopo di quantificare l'impatto sul decorso clinico di alcune manovre, piuttosto comuni, in terapia intensiva: i prelievi ematici e la pratica di trasfondere in caso di anemizzazione del paziente critico.

Gli autori hanno quantificato che in un periodo di 24 ore il volume medio di sangue prelevato per esami ematochimici è di 41 ml con SD 39,7. Gli autori hanno inoltre riscontrato una importante correlazione tra numero di prelievi eseguiti e l'insorgenza di disfunzione multiorgano (!). Riscontrato, senza troppe sorprese, che l'anemizzazione nel paziente critico è un evento piuttosto comune, in questo studio prospettico i pazienti venivano regolarmente trasfusi a 8.4 g/dl. Il dato piuttosto interessante emerso è una stretta correlazione tra numero di trasfusioni e incremento degli eventi di disfunzione multi-organo (indipendentemente dalla causa fisiopatologica che aveva causato l'anemia). Un altro riscontro correlativo, piuttosto scontato, è tra bassi valori di emoglobina, trasfusioni e mortalità generale del paziente critico.

Il lavoro è stato svolto osservando un importante numero di pazienti in ICU. Gli autori si limitano comunque a fornire una raccolta di dati descrittivi, anche se ben supportati dal punto di vista statistico, fornendo scarse indicazioni per la pratica clinica.

Alessandro Venturi DEA AO S.Orsola Malpighi di Bologna

Mortality at 1 year with combination platelet glycoprotein IIb/IIIa inhibition and reduced-dose fibrinolytic therapy vs conventional fibrinolytic therapy for acute myocardial infarction -GUSTO V randomised trial JAMA 2002; 288: 2130-2135

Lo studio è stato condotto su 8260 pazienti, confrontando la dose standard di reteplase (2 boli da 10 U a distanza di 30 min) vs ½ dose di reteplase (2 boli da 5 U a distanza di 30 min)+la dose standard di abiciximab (0.25 mg/kg in bolo e infusione 0.125µg/kg/min fino ad un massimo di 10 µg/min per 12 ore). Non è stata evidenziata una differente mortalità a 1 anno nei due gruppi nonostante l'incidenza di reinfarto entro 7 gg sia maggiore nel gruppo reteplase (3.5% vs 2.3%) e che la mortalità a 1 aa nei pazienti che avevano avuto un reinfarto entro 7 gg sia statisticamente più elevata (22.6% vs 8%, P<0.01)

Mauro Fallani DEA AO S.Orsola Malpighi di Bologna

Primary angioplasty versus prehospital thrombolysis in acute myocardial infarction: a randomised study Lancet 2002; 360: 825-830 e l'editoriale associato **Primary angioplasty versus earlier thrombolysis – time for a wake-up call** Lancet 2002; 360: 814-815

Sia la fibrinolisi preospedaliera che l'angioplastica primaria sono superiori alla fibrinolisi in ospedale. Finora non erano disponibili lavori di controllo fra queste due modalità di riperfusione coronarica nell'IMA. Il lavoro pubblicato su un campione di 840 casi (dei previsti 1200) non ha documentato una superiorità dell'angioplastica primaria vs la fibrinolisi preospedaliera (con trasferimento in ospedale ove sia possibile una eventuale angioplastica rescue). Ulteriori studi saranno necessari su campioni più ampi; al momento attuale la strategia riperfusiva non deve essere un dogma a favore di una tecnica o l'altra ma un ponderato esercizio di intelligenza a seconda della situazione in cui si opera a favore del Pz da trattare.

Mauro Fallani DEA AO S.Orsola Malpighi di Bologna

The Multicentre Aneurysm Screening Study (MASS) into the effect of abdominal aortic aneurysm screening on mortality in men: a randomised controlled trial Lancet 2002; 360; 1531-1539 e Multicentre aneurysm screening study (MASS): cost effectiveness analysis of screening for abdominal aortic aneurysms based on four year results from randomized controlled trial BMJ 2002; 325: 1135-1138 e l'editoriale associato Screening men for aortic aneurysm BMJ 2002; 325: 1123-1124

In questi due lavori vengono riportati ed analizzati i risultati di un ampio studio, randomizzato, sull'efficacia dello screening ecografico per la diagnosi di aneurisma dell'aorta addominale (AAA) su di una popolazione maschile dell'età di 65-74 anni.

La pubblicazione apparsa su The Lancet tratta gli aspetti clinici mentre quella del BMJ analizza quelli economici. Il complesso lavoro, basato su di una popolazione globale di 67800 maschi randomizzata ad essere o meno sottoposta ad esame ecografico per la diagnosi di AAA, ha considerato quali end-point la mortalità da rottura dell'AAA, la mortalità globale, la frequenza di rottura dell'AAA, l'effetto dello screening sulla qualità di vita e il rapporto costo-beneficio dello screening in relazione alla mortalità da AAA.

In sintesi tale imponente lavoro ha rilevato che:

- a) lo screening determina una significativa riduzione di mortalità per rottura dell'AAA;
- b) non emerge nessuna differenza statistica considerando tutte le cause di mortalità nei due gruppi (quello sottoposto a screening e quello no)
- c) la rottura dell'AAA è risultata inferiore nel gruppo sottoposto a screening (i paz a cui veniva diagnosticata la presenza di un AAA venivano suddivisi in base al diametro dell'AAA: quelli inviati alla consulenza chirurgica erano coloro con diametro antero-posteriore dell'AAA superiore o uguale a 5.5 cm)
- d) una transitoria riduzione della qualità di vita è emersa nel gruppo di pazienti sottoposti all'intervento chirurgico rispetto ai pazienti sottoposti allo screening, ma tale effetto si era annullato dopo 12 mesi dall'intervento
- e) in considerazione della riduzione dei morti da rottura di AAA nel gruppo esaminato e dei costi dello screening si è calcolato che il rapporto costo-beneficio è ai limiti di accettabilità a 4 anni ma si riduce in maniera significativa a 10 anni.

Gianni Zironi DEA AO S.Orsola Malpighi di Bologna

Transient Ischemic attack – proposal for a new definition N Engl J Med 2002; 21: 1713-1716 e Transient Ischemic Attack N Engl J Med 2002; 21: 1687-1691

Queste due pubblicazioni si confrontano sulla necessità della re-definizione dell'attacco ischemico transitorio (TIA) che sulle modalità di gestione dei pazienti con TIA.

Nel lavoro di Albers e coll., dopo avere indicato le motivazioni che suggeriscono la re-definizione di TIA, viene proposta una nuova definizione basata non sul fattore tempo (deficit neurologico su base ischemica della durata inferiore alle 24 ore), ma sul fattore anatomico-clinico (transitorio deficit neurologico, ischemico, generalmente della durata inferiore ad un'ora, senza evidenza di infarto acuto cerebrale). Ovviamente con la nuova definizione viene stimolato l'impiego delle tecniche di imaging cerebrale (TAC o RMN) in ogni paz con sospetto TIA.

Johnston analizza invece il mal definito problema gestionale: in considerazione del potenziale rischio di stroke dopo TIA (10-20% dei paz dopo un TIA sviluppa uno stroke nei 90 gg seguenti e circa il 50% di questi pazienti lo sviluppa entro le prime 24-48 ore; fattori associati ad un più elevato rischio di stroke: età avanzata, diabete mellito, deficit neurologico >10 minuti, tipo di deficit quale debolezza muscolare e disturbo del linguaggio) viene ribadita la necessità di un'urgente valutazione e trattamento di questi pazienti. La valutazione necessita di indagini laboratoristiche (emogramma, glicemia, elettroliti serici, VES), elettrocardiografiche (possibili fibrillazioni atriali misconosciute o segni di recente infarto miocardico) e di tecniche di immagine (TAC o RMN cerebrale; eco-Doppler tronchi epiaortici). Accanto ad una precoce valutazione è necessario impostare una precoce terapia basata sull'utilizzo dell'aspirina (50-325 mg/die) oppure del clopidogrel o della ticlopidina nel paz allergico all'aspirina. In caso di comparsa di un TIA in paz già in trattamento con aspirina è consigliabile aggiungere il dipiridamolo. L'uso di anticoagulanti orali per lungo termine è da considerare solo nei paz con TIA da cause cardioemboliche. Infine l'endoarteriectomia carotidea è consigliata nei paz con stenosi carotidea del 70-99% anche se il "timing" dell'intervento chirurgico (rispetto al TIA) non è definito.

Al trattamento precoce del TIA viene consigliato il trattamento dei possibili fattori di rischio esistenti (diabete, obesità, ipertensione, iperlipemia, fumo, eccesso di alcoolici e ridotta attività fisica). L'ospedalizzazione del paz con TIA è ritenuta necessaria solo se la fase di valutazione non può essere completata entro le 24 ore.

Gianni Zironi DEA AO S.Orsola Malpighi di Bologna

Public use of automated external defibrillators e l'editoriale associato Defibrillators in public places – One step closer to home NEJM 2002; 347: 1242-1247

Nel numero di ottobre del Novità in urgenza sono comparsi 3 articoli sul problema dei defibrillatori automatici (DAE); sul n° attuale portiamo all'attenzione dei lettori questo lavoro prospettico di 2 anni in 3 aeroporti di Chicago ove i DAE sono stati messi a disposizione senza aver programmato l'addestramento. I risultati parlano di 18 arresti cardiaci in FV con 11 soggetti resuscitati e vivi a 1 aa di follow-up. Degli 11 tentativi riusciti di rianimazione 6 sono stati condotti da personale non addestrato all'uso del DAE (3 erano comunque medici). Viene perciò confermata l'utilità del DAE ed esaltata la sua semplicità d'uso.

Mauro Fallani DEA AO S.Orsola Malpighi di Bologna

Dexamethasone in adults with bacterial meningitis NEJM 2002; 347: 1549-1556

Il trattamento steroideo nei modelli animali di meningite batterica presenta degli effetti benefici. In questo lavoro 301 Pz sono stati randomizzati, in cieco, a ricevere, prima o in contemporanea al trattamento antibiotico, desametasone (n° 157, 10 mg ev/6h x 4 gg) o placebo (n° 144). Nei Pz trattati con desametasone vi è stata una riduzione degli outcomes sfavorevoli (P=0.03) e della mortalità (P=0.04); in particolare nel gruppo con meningite da pneumococco è stata osservata una riduzione degli outcomes sfavorevoli (P=0.006). Non è stato osservato un aumento dei sanguinamenti gastrointestinali nel gruppo trattato con farmaco. Gli Autori concludono per un effetto favorevole del desametasone, utilizzato precocemente, nella meningite batterica.

Mauro Fallani DEA AO S.Orsola Malpighi di Bologna

The Erlanger Chest Pain Evaluation Protocol: A One-Year Experience With Serial 12-Lead ECG Monitoring, Two-Hour Delta Serum Marker Measurements, and Selective Nuclear Stress Testing to Identify and Exclude Acute Coronary Syndromes Annals of Emergency Medicine 2002; 40: 584-594

La diagnosi precoce di malattia coronaria è una prova difficile per il medico dell'urgenza in quanto complicata da problemi di gestione del paziente, di sfruttamento di risorse disponibili, di esclusione di diagnosi alternative come l'embolia polmonare, la dissezione aortica ed altre condizioni potenzialmente fatali. Questo studio tenta di validare l'utilità di un protocollo accelerato

a 6-step sul paziente con dolore toracico nel DEA allo scopo di escludere una diagnosi di malattia coronaria, e di provare la sensibilità diagnostica di un monitoraggio ECG associato a variazioni significative degli enzimi cardiaci per confermare o escludere la diagnosi di infarto miocardico.

In uno studio prospettico e osservazionale sono stati studiati dal gennaio al dicembre 1999, 2074 pazienti consecutivi presentatisi al DEA dell'Erlanger Medical Center, Univ. of Tennessee, USA, con dolore toracico e inseriti in un protocollo accelerato di valutazione. L'algoritmo prevedeva il monitoraggio in continuo dell'ECG, variazioni del dosaggio degli enzimi cardiaci ogni 2 ore per l'identificazione e l'esclusione di infarto miocardico, test dinamici immediati per la diagnosi o l'esclusione di malattia coronarica. Al termine delle 2 ore di osservazione, nei pazienti non candidati alla riperfusione, era previsto che il medico potesse decidere un ricovero per malattia coronarica, una dimissione definitiva, un ricovero per altro motivo non dipendente da malattia coronarica, oppure l'indicazione all'esecuzione immediata di un test dinamico per possibile malattia coronarica (ECG da sforzo se possibile, infusione di adenosina, dipiridamolo, o dobutamina, oppure scintigrafia a riposo e da sforzo con TC-99). Positività dei soggetti per la presenza di almeno uno dei seguenti: 1) ECG iniziale diagnostico per danno acuto (onda di lesione), 2) CPK-MB ≥ 10 ng/mL con un rapporto $\geq 5\%$ del totale, Troponina I ≥ 2 ng/mL, 3) sviluppo di onda di lesione o segni di ischemia all'ECG o al monitoraggio continuo, 4) incremento del CPK-MB $\geq +1.5$ ng/mL oppure di Troponina $\geq +0.2$ ng/mL nelle 2 ore, 5) diagnosi clinica di malattia coronarica nonostante la negatività della valutazione a 2 ore, 6) difetto di perfusione reversibile durante l'esecuzione dei test dinamici confrontati con quello a riposo. A 30 giorni è stata definita malattia coronarica la diagnosi di: infarto miocardico, necessità di by-pass aorto-coronarico, angioplastica transcatene coronarica, arteriografia coronarica con stenosi $>70\%$ non sottoposta a rivascolarizzazione, complicazioni cardiache con necessità di procedure salva-vita, morte cardiaca a 30 giorni.

Risultati: in 2.074 pazienti la diagnosi alla dimissione è risultata di infarto miocardico in 179 casi (8,6%), infarto miocardico recente (curva CPK-MB in riduzione) in 26 casi (1,3%), malattia coronarica a 30 giorni in 327 casi (15,8%). A 2 ore la sensibilità e la specificità per la diagnosi di infarto miocardico acuto o recente è risultata del 93,2% e 93,9% rispettivamente. Al completamento della valutazione nel DEA il protocollo (risultato positivo di almeno uno dei criteri previsti nei 6 step) ha provato possedere una sensibilità per la diagnosi di malattia coronarica a 30 giorni del 99,1% e dell'87,4% rispettivamente.

Conclusioni: un protocollo accelerato di valutazione del dolore toracico nel DEA comprendente: a) monitoraggio in continuo dell'ECG, b) determinazione seriata degli enzimi cardiaci in un intervallo di 2 ore, c) test dinamici immediati d) giudizio clinico, permettono di provare o escludere con buona sensibilità clinica un infarto miocardico o una malattia coronarica a 30 giorni dall'evento.

Andrea Fabbri, DEA AUSL Forlì

N-terminal pro-B-type natriuretic peptide and long-term mortality in acute coronary syndromes *Circulation online* rapid access publication <http://www.circulationaha.org/>

L'aumento del N-BNP è un indicatore di aumentato rischio di mortalità in tutto lo spettro delle sd coronariche acute (STEMI e UA/NSTEMI) indipendentemente dalla presenza di scompenso cardiaco al momento del prelievo (entro 3 gg dall'esordio clinico). Nello studio sono stati arruolati 609 Pz e registrati 86 decessi. La mediana del follow-up è stata di 51 mesi e la mediana dei livelli di N-BNP è stata 442 pmol/L nei sopravvissuti e 1306 pmol/L nei deceduti ($p < 0.0001$). Il rischio aggiustato per il picco di T-troponina, classe di Killip, età dei Pz e frazione di eiezione ventricolare ha confermato il valore come indicatore indipendente di mortalità a breve – medio e lungo termine del N-BNP

Mauro Fallani DEA AO S.Orsola Malpighi di Bologna

Oral anticoagulants vs aspirin in nonvalvular atrial fibrillation JAMA 2002; 288: 2441-2448

Studio di metanalisi per un totale di 4.052 Pz con fibrillazione atriale cronica o parossistica in assenza di patologia valvolare randomizzati a terapia anticoagulante o ASA. L'analisi evidenzia per la terapia anticoagulante una diminuzione di tutti gli stroke, degli stroke ischemici e di eventi cardiovascolari a fronte di un minimo aumento di sanguinamenti maggiori. In particolare il trattamento anticoagulante per 1 anno di 1.000 PZ previene 23 stroke ischemici e produce un aumento di 9 sanguinamenti maggiori

Mauro Fallani DEA AO S.Orsola Malpighi di Bologna

- **In breve**

Più efficace il DC shock se somministrato antero-posteriormente nella cardioversione della fibrillazione atriale

Documentata nella cardioversione sincronizzata per FA la maggiore efficacia dello shock somministrato antero-posteriormente (96% di successo) vs la somministrazione antero-laterale (78%), differenza 23.7% (95% CI 9.1 – 37.8, p=0,009). Il dato andrebbe considerato nella pratica clinica in attesa di modifiche delle linee guida **Lancet 2002; 360: 1275-1279**

Nessuna “magia” per il magnesio nell'IMA con sopraelevazione dell'ST

I dati dello studio **MAGIC (MAGnesium In Coronaries)** escludono dei possibili benefici dall'uso del MgSO₄ nell'IMA con ST sopraelevato **Lancet 2002; 360: 1189-1196**

Utilità dell'ASA nella prevenzione secondaria degli eventi cardiovascolari trombotici

Una metanalisi di 6 trials per 6300 Pz ha dimostrato un rapporto favorevole fra benefici e rischi per bassi dosaggi di ASA (< 325 mg) nella prevenzione secondaria degli eventi cardiovascolari trombotici suggerendone l'estensione dell'uso **Arch Intern Med 2002; 162: 2197-2202**

Aumento del rischio di morte nello scompenso cardiaco trattato con digossina nelle donne

Dall'analisi dei dati del Digitalis Investigation Group trial risulta un aumentato rischio di morte nel gruppo femminile trattato con digossina. Il dato deve essere valutato criticamente poiché lo studio non era stato disegnato ad hoc, ma considerato in attesa di altro studio dedicato **NEJM 2002; 347: 1403-1411**

Non evidence-based per gli inibitori delle glicoproteine IIa/IIIb nella UA/NSTEMI senza PTCA

Non vi sono attuali evidenze dalla revisione della letteratura per l'uso degli inibitori delle glicoproteine IIa/IIIb nelle sd coronariche acute senza sopraelevazione dell'ST se il Pz non viene avviato a una PTCA. Il minimo beneficio che si ottiene nella riduzione di morte o IMA a 30 e 180 gg (1 evento risparmiato ogni 77 Pz trattati) viene controbilanciato dal piccolo aumento di sanguinamenti maggiori (1 evento/1000 trattati) **Ann Emerg Med 2002; 40: 518-520**

Non evidence-based per gli steroidi nel trauma cranico

L'analisi dei dati in letteratura documentano una minima riduzione nella mortalità dei soggetti con trauma cranico trattati con steroidi, ma il dato non ha significatività statistica; il piccolo numero di Pz inclusi nella metanalisi non può escludere una minima efficacia dei corticosteroidi nel ridurre mortalità e disabilità nel trauma cranico **Ann Emerg Med 2002; 40: 515-517**

Meno chances e meno farmaci utilizzabili se l'IMA si presenta in scempenso

I dati su 190.518 Pz ricavati dal 2° National Registry of MI database in USA documentano la peggior prognosi (dato attendibile) ma anche un minor uso di farmaci (dato attendibile specie per quelli con controindicazioni) ed una minor aggressività terapeutica in senso riperefusivo (dato non prevedibile) sia come trombolisi che come PTCA. Gli autori ipotizzano comunque che un maggior uso della terapia riperefusiva possa produrre una riduzione della mortalità intra-ospedaliera **J Am Coll Cardiol 2002; 40: 1389-1394**

Vantaggi dall'uso combinato di ASA e clopidogrel nei Pz sottoposti ad angioplastica coronarica

Nei Pz sottoposti a PTCA il contemporaneo uso di ASA e clopidogrel porta ad una riduzione di eventi ischemici sfavorevoli rispetto al solo trattamento con ASA (riduzione relativa del rischio combinato di morte, IMA e stroke del 26.9%) **JAMA 2002; 288: 2411-2420**

• **Aggiornamenti**

Schemi di rapida ricoagulazione

Giuliana Guazzaloca Angiologia, Mauro Fallani e Giorgio Monti Dipartimento Emergenza-Accettazione AO S.Orsola Malpighi di Bologna

1. Emorragie maggiori in Pz in terapia anticoagulante orale

Definizione di emorragia maggiore:

- a sede intracranica, oculare, articolazioni maggiori, retroperitoneali
- necessità di soluzione chirurgica o invasiva
- riduzione Hb ≥ 2 gr/dl o necessità di trasfondere ≥ 2 unità di sangue

Approccio:

- sospensione della terapia anticoagulante
- determinazione INR, APTT, fibrinogeno, piastrine
- vitamina K 5-10 mg infusione ev lenta
- concentrati protrombinici 35-50 U/kg (in funzione dell'INR) + 20 U/kg di fattore VII
- in alternativa 15 ml/kg di plasma fresco congelato (*rischio di reazioni allergiche, sovraccarico del circolo, trasmissione virus, etc...*)

nb: nelle emorragie intracraniche o a rischio per la vita del Pz è preferibile l'utilizzo dei concentrati protrombinici + fattore VII

2. Uso dei concentrati protrombinici nel Pz critico

Indicazioni:

INR > 2 o PT $< 50\%$ in corso di insufficienza epatica o insufficienza multiorgano +

- emorragia maggiore in atto
- intervento chirurgico
- procedura invasiva ad alto rischio emorragico

Approccio:

- determinazione INR, APTT, fibrinogeno, piastrine, AT III
- determina obiettivo (PT > 50% per manovre invasive e chirurgia, 100% per emorragie maggiori)
- escludi CID o altre controindicazioni
- infondi lentamente AT III UI = peso kg x (100-valore attuale AT III)
- concentrati protrombinici 50 U/kg (1 U/kg aumenta il PT di circa 1%)
- eventualmente 20 U/kg di fattore VII
- ripetere eventualmente dopo 6 ore dopo controllo coagulazione

3. Ricoagulazione nel sovradosaggio di anticoagulante orale +/- emorragie minori

Approccio:

- se INR < 5 senza emorragie o altri problemi ridurre la dose
- se INR > 5 ma < 8 senza emorragie sospendere terapia per poi ridurla + vit K 2 mg per os ripetibili dopo 1 gg
- se INR > 8 senza emorragie sospendere terapia per 2 gg + vit K 3-5 mg per os ripetibili dopo 1 gg
- emorragia minore senza sovradosaggio: ricercare e trattare le cause locali del sanguinamenti, mantenendo l'INR in range (ridurre INR con sospensione + vitamina K se indicato dalla situazione clinica)
- emorragia minore con sovradosaggio: riportare INR in range o ridurlo con sospensione + vitamina K)

Bibliografia: Chest 1998; 114: 1505-1508, Chest 2001; 119: 108S-121S

• **Sintesi del direttivo del 24/10/02**

Presenti: Braglia, Cavazza, (DeRosa), Di Battista, (Fallani per bollettino), Ferrari, Giovanardi, Marzaloni, Orlando, Sarti, Vandelli, Zanotti

Assenti giustificati: Miglio, Fanciulli (sost. DeRosa), Bigoni.

Il presidente illustra la situazione in relazione al problema Specialità (in data odierna il dr Mengozzi ha comunicato il parere favorevole alla istituzione della Specialità dedicata espresso dal Consiglio Universitario presieduto dal Prof. Pinchera), alle ipotesi di modifiche dello statuto, ai corsi per Medici dell'Emergenza e alla posizione della dr.ssa Ricciardelli in rappresentanza sindacale di tale componente del sistema. Si cerca un contatto con la Regione per un progetto unico condiviso.

Il dr Giovanardi sottolinea la necessità di riprendere il discorso sulla Osservazione Breve, sulla Medicina d'Urgenza e sulla "Degenza Semintensiva", da ricondurre ad un disegno globale pur nel rispetto delle singole realtà locali.

Vandelli richiede di definire il tema da trattare da parte della Regione E-R al Congresso Nazionale di Catania: si propongono 2 argomenti, il primo "Il trattamento dei codici bianchi" da sviluppare sulla base delle esperienze di Parma, Ravenna, Modena, Rimini e Reggio Emilia ed il secondo sul "Trauma cranico lieve: protocolli ed utilizzo della TC" sostenuto da Cesena.

Il Collegio, in relazione alla mancata partecipazione del dr Lucio Brugioni di Modena a tutti i Collegi convocati, e alla assenza di risposta alla lettera di sollecito inviata dal presidente, dispone di

invitare con lettera il dr Tassi di Carpi (primo dei non eletti) ad entrare nel Consiglio Direttivo regionale.

Vengono riconfermati i temi da ripresentare per la discussione in Regione:

- documento sul 118
- continuità assistenziale
- ticket di PS (proposta di “incentivazione” ai medici di PS mediante quanto ricavato dai codici bianchi)

Vengono infine presi in considerazione i sistemi informatici di gestione delle attività di PS, sottolineando la necessità di ricondurre a standard minimi i data-base (campi codificati obbligatori) anche nell’ottica di studi epidemiologici; in particolare si esprime la necessità di codificare in qualche modo la diagnosi.

Il presidente sollecita l’invio del questionario sul censimento per i ritardatari.