

n° 39 marzo 2005

indice

Reviews ed Editoriali

- Advances in Stroke 2004 Secondary Prevention of Recurrent Stroke Stroke 2005; 36: 205-206
- Importance of in-hospital initiation of evidence-based medical therapies for heart failure – a review Am J Cardiol 2004; 94: 1155-60
- Hypothermic modulation of anoxic brain injury in adult survivors of cardiac arrest: a review of the literature and an algorithm for emergency physicians Can J Emerg Med 2005;7(1):42-7
- Expert consensus document on β -adrenergic receptor blockers. The task force on beta-blockers of the European Society of Cardiology. European Heart Journal 2004; 25: 1341-1362.
- Clinical assessment and management of patients with implanted cardioverter defibrillators presenting to non-electrophysiologists Circulation 2004; 110: 3866-69
- A Simplified Approach to the Management of Non-ST-Segment Elevation Acute Coronary Syndromes JAMA 2005; 293: 349-357

Lavori

- Quality of Cardiopulmonary Resuscitation During Out-of-Hospital Cardiac Arrest JAMA 2005; 293: 299-304
- Syncope Evaluation in the Emergency Department Study (SEEDS): a multidisciplinary approach to syncope management Circulation 2004; 110: 3636-3645
- Quality of Cardiopulmonary Resuscitation During In-Hospital Cardiac Arrest JAMA 2005; 293: 305-310
- Steering Wheel Deformity and Serious Thoracic or Abdominal Injury Among Drivers and Passengers Involved in Motor Vehicle Crashes Annals of Emergency Medicine 2005; 45: 43-50
- Emergency department discharge instructions comprehension and compliance study Can J Emerg Med 2005; 7(1): 5-11
- Factors influencing emergency medical readmission risk in a UK district general hospital: A prospective study BMC Emergency Medicine 2005, 5:1
- Clopidogrel versus Aspirin and Esomeprazole to Prevent Recurrent Ulcer Bleeding N Engl J Med 2005; 352: 238-244
- Inflammatory Markers and the Risk of Coronary Heart N Engl J Med 2004; 351: 2599-2610

In breve

- Clinical Effectiveness of Influenza Vaccination in Persons Younger Than 65 Years With High-Risk Medical Conditions Arch Intern Med 2005;165: 274-280
- Prognostic significance of admission level of troponin I in patients with acute ischaemic stroke J Neurol Neurosurg Psychiatry 2005; 76: 76-81
- Implantable Defibrillators for the Prevention of Mortality in Patients With Nonischemic Cardiomyopathy JAMA 2004; 292: 2874-2879
- Amiodarone or an Implantable Cardioverter-Defibrillator for Congestive Heart Failure N Engl J Med 2005; 352: 225-237
- Effects of Reviparin, a Low-Molecular-Weight Heparin, on Mortality, Reinfarction, and Strokes in Patients With Acute Myocardial Infarction Presenting With ST-Segment Elevation
- Effect of Glucose-Insulin-Potassium Infusion on Mortality in Patients With Acute ST-Segment Elevation Myocardial Infarction The CREATE-ECLA Randomized Controlled Trial JAMA 2005;293: 437-446
- Relationship of Blood Transfusion and Clinical Outcomes in Patients With Acute Coronary Syndromes JAMA 2004; 292: 1555-1562
- Too Little Aspirin for Secondary Prevention After Acute Myocardial Infarction in Patients at High Risk for Cardiovascular Events: Results From the MITRA Study Am Heart J 2004; 148(2): 306-311

Aggiornamenti

- La biblioteca di un DEA a cura di Luca Iaboli

Redattore Capo: Mauro Fallani¹ ✉ **Redazione:** Andrea Fabbri² ✉ Paolo Groff¹ ✉ Luca Iaboli³ ✉
Paolo Mule¹ ✉ **Supervisore:** Alberto Vandelli² ✉

¹ DEA AO S.Orsola Malpighi di Bologna, ²DEA AUSL di Forlì, ³DEU AUSL Massa Carrara

i numeri già usciti sono disponibili all'indirizzo <http://www.simeu.it/emiliaromagna/index.html>

• **Reviews ed Editoriali**

Advances in Stroke 2004 Secondary Prevention of Recurrent Stroke Stroke 2005; 36: 205-206

Gli strokes ricorrenti (che comprendono anche quelli che si verificano dopo un TIA!) costituiscono circa il 25% di tutti gli strokes. Rappresentano una fetta importante di tale patologia ed è quindi giustificato l'interesse nella loro prevenzione. Il rischio di stroke dopo un TIA o dopo un evento ischemico moderato è circa il 10% entro 1 settimana e di circa il 18% entro 3 mesi in base ai dati di uno studio condotto in UK nel 2003; il rischio risulta più elevato se la patologia interessa i grossi vasi. I principali campi di sviluppo nella prevenzione secondaria dello stroke sono: 1. la rivascolarizzazione chirurgica, 2. il controllo dei fattori di rischio vascolare e 3. la terapia antiaggregante.

rivascolarizzazione chirurgica:

- la endoarterectomia carotidea (TEA) ha dimostrato di essere utile nei Pz con recente stenosi sintomatica in funzione del grado di ostruzione; il beneficio ottenuto è maggiore nei maschi, nei Pz con età > 75 aa e in quelli operati entro 2 settimane dall'ultimo evento ischemico.
- il posizionamento di stent nella carotide è un procedimento meno invasivo sul quale al momento non disponiamo di dati definitivi; pare comunque, se eseguito con un sistema di protezione dal rischio embolico, essere una ragionevole alternativa, meno invasiva, alla TEA.

controllo dei fattori di rischio vascolare:

- la riduzione del colesterolo con sinvastatina ha probabilmente un effetto benefico come prevenzione primaria anche se sembra che induca un aumento degli stroke emorragici e l'analisi dall'Heart Protection Study del sottogruppo dei Pz con precedente evento ischemico cerebrale non abbia documentato una riduzione della recidiva di ischemia cerebrale
- la riduzione dell'omocisteina plasmatica con le vitamine del gruppo B (folina, B12, B6) potrebbe rappresentare un utile presidio ma rimaniamo al momento in attesa dei dati di uno studio in corso (VITamins TO Prevent Stroke – VITATOPS)

terapia antiaggregante:

- i regimi antiaggreganti correntemente in uso nei Pz con pregresso TIA o stroke sono quelli con ASA, clopidogrel o ASA + dipiridamolo (quest'ultimo utilizzato in caso di fallimento con solo ASA). Visti i benefici effetti della associazione ASA + Clopidogrel nei Pz con sindrome coronarica acuta (studio CURE) è emersa la necessità di verificare l'efficacia di tale associazione anche nel campo dell'ischemia cerebrale. Il 2004 ha portato i dati dello studio MATCH nel quale il clopidogrel è stato testato contro l'associazione clopidogrel + ASA. L'associazione non si è dimostrata più efficace perché la riduzione di 10 eventi ischemici per 1000 Pz trattati per 18 mesi veniva controbilanciata da un eccesso di 13 emorragie pericolose per la vita per lo stesso campione.

Commento di Mauro Fallani

Importance of in-hospital initiation of evidence-based medical therapies for heart failure – a review Am J Cardiol 2004; 94: 1155-60

Il successo clinico nella gestione di un paziente con scompenso cardiaco è più facile da ottenere se il trattamento terapeutico adeguato viene iniziato nel corso del ricovero. Le linee guida "evidence based" sul trattamento dello scompenso sono oramai codificate da tempo, con l'inserimento degli ace-inibitori, degli antialdosteronici e dei β -bloccanti nell'armamentario farmacologico. Se per le prime due molecole sono minori le perplessità legate ad un loro precoce utilizzo, per ciò che riguarda i β -bloccanti anche le linee guida accreditate prescrivono il loro utilizzo solo dopo stabilizzazione clinica del paziente. Ciò porta spesso ad uno "hiatus" di 2-4 settimane tra la dimissione e l'inizio del trattamento. Tale periodo, oltre a favorire la diminuzione della compliance (nel 20% dei casi il farmaco non era assunto anche se indicato), pare proprio non

sia utile nel diminuire il rischio del paziente. Anzi, l'inizio del trattamento con β -bloccanti nel corso della degenza pare portare ad una diminuzione degli eventi avversi cardiovascolari, sia fatali sia non fatali. Gli autori sottolineano quindi come sia ancora troppo poco diffusa l'abitudine di iniziare un piano di trattamento completo anti scompenso in regime di ricovero e pongono l'accento sulle ricadute positive in termini di benessere del paziente e di minore sfruttamento di risorse sanitarie.

Commento di Paolo Mulè

Hypothermic modulation of anoxic brain injury in adult survivors of cardiac arrest: a review of the literature and an algorithm for emergency physicians.

Can J Emerg Med 2005;7(1):42-7 (disponibile full-text)

Il danno cerebrale post-anossico è una complicanza assai frequente dopo un arresto cardiaco. Nonostante grandi sforzi in termini di ricerca per quanto riguarda la patofisiologia ed il trattamento la migliore strategia di gestione di questa complicanza non sembrerebbe ancora definita con certezza. Studi recenti mostrano come una condizione di ipotermia possa essere vantaggiosa in termini di mortalità e recupero della performance neurologica nei soggetti recuperati dopo una fibrillazione ventricolare. In questa rassegna viene fatto il punto della situazione attraverso un'analisi dei 2 principali studi pubblicati. Molto interessante l'algoritmo proposto da una commissione di lavoro della *Canadian Association of Emergency Physicians Critical Care*.

Commento di Andrea Fabbri

Expert consensus document on β -adrenergic receptor blockers. The task force on beta-blockers of the European Society of Cardiology. European Heart Journal 2004; 25: 1341-1362.

Prodotto dalla Task Force dell' ESC, è un documento esaustivo, sin da considerazioni farmacologiche e farmacocinetiche sulle varie molecole ad azione β -antagonista in uso. Indicazioni, efficacia, controindicazioni ed utilizzo clinico nelle varie condizioni patologiche di questa classe di farmaci sempre più in evidenza. Impossibile farne un resoconto, da leggere personalmente e tenere in studio...

Commento di Paolo Mulè

Clinical assessment and management of patients with implanted cardioverter defibrillators presenting to non-electrophysiologists Circulation 2004; 110: 3866-69

Cosa fare nel nostro ambulatorio di PS ad un paziente che si rivolga a noi riferendo di avere sentito delle scariche dal proprio defibrillatore impiantato?Possiamo fare qualcosa di più che guardare il monitor e incrociare le dita pregando che "faccia il bravo"? E' sempre meglio chiamare il cardiologo ?E se non è disponibile ?E' lo strumento che non funziona o il paziente è ad alto rischio ?Possiamo trattare il paziente farmacologicamente ?Quando è consigliabile interrogare il device?Possiamo dimettere il paziente o è necessario trattenerlo, magari monitorato in terapia intensiva ?Abbiamo a disposizione una calamita....??Ci siamo messi i guanti...???

Questa chiara e semplice review che spiega il principio di funzionamento dei vari ICD ci aiuta a rispondere a questi interrogativi fornendo preziose indicazioni pratiche al medico dell'urgenza che si trovi a dover gestire un paziente portatore di tale device che si presenti a lui riferendo di aver avvertito delle scariche.

Commento di Paolo Mulè

A Simplified Approach to the Management of Non-ST-Segment Elevation Acute Coronary Syndromes JAMA 2005; 293: 349-357

Pur disponendo di linee guida pratiche l'approccio del singolo medico alle sindromi coronariche acute senza sopraelevazione dell'ST (NSTEMI) risulta spesso non ottimale. Compito di questa review è stata l'analisi delle prescrizioni evidence-based e la loro organizzazione in un acronimo ABCDE, così come fatto per altre patologie. Il sistema sotto riportato risulta estremamente semplice, molto utile nelle gestioni in cronico compresa l'angina da sforzo, che non è sindrome coronarica acuta, non idoneo all'urgenza e scarsamente esaustivo soprattutto per l'urgenza (mancano per esempio gli inibitori delle glicoproteine IIb/IIIa e le indicazioni all'esecuzione di coronarografia).

Lo schema di approccio proposto risulta essere:

A antiaggreganti e anticoagulanti

B beta-bloccanti e controllo dell'ipertensione (blood pressure control)

C trattamento dell'ipercolesterolemia e stop del fumo (cigarette smoking cessation)

D controllo del diabete e dieta

E esercizio fisico

Commento di Mauro Fallani

• Lavori

Quality of Cardiopulmonary Resuscitation During Out-of-Hospital Cardiac Arrest JAMA 2005; 293: 299-304 e Quality of Cardiopulmonary Resuscitation During In-Hospital Cardiac Arrest JAMA 2005; 293: 305-310

Due interessanti analisi sulla aderenza alle linee guida della rianimazione cardiopolmonare (RCP) in caso di arresto cardiaco che ci forniscono la visione di quella che è la RCP nella realtà.

Il primo lavoro considera 176 casi di arresto cardiaco *out of hospital*, documentati in Svezia, Londra e Norvegia (35 casi di ritorno a circolo spontaneo [ROSC], 6 dimessi vivi dall'ospedale di cui 5 con funzione neurologica buona). I dati ottenuti documentano che il massaggio cardiaco esterno (MCE) viene erogato solo nel 48% ad una frequenza di compressione di 121/min. Inoltre solo il 28% delle compressioni ha una profondità aderente a quella raccomandata (38-51 mm) tendendo le compressioni ad essere troppo superficiali. Abbastanza corretta appare essere l'erogazione delle ventilazioni almeno come frequenza (circa 11 al min).

Il secondo studio (prospettico osservazionale) valuta l'efficienza della RCP su 67 casi di arresto cardiaco *in hospital* (27 casi di ROSC e 7 dimessi vivi dall'ospedale) presso gli University of Chicago Hospitals; la valutazione, come per il primo lavoro, avviene mediante la registrazione degli eventi attraverso un monitor-defibrillatore capace di valutare i parametri della RCP. I risultati documentano una frequenza del MCE inferiore a 90/min nel 28% dei casi e più di un terzo (37.4%) delle compressioni troppo superficiali; la frequenza ventilatoria risulta spesso eccessiva (60.9% delle fasi registrate con 20 atti min).

La visione complessiva che emerge sull'applicazione nella realtà delle linee guida sulla RCP è abbastanza sconcertante e dovrebbe portare a importanti modifiche sull'insegnamento della RCP, probabilmente da momento episodico di formazione (un breve corso così come proposto dalle maggiori società scientifiche) alla creazione di strutture di formazione permanente (retraining e rivalutazione dei casi reali).

Commento di Mauro Fallani

Syncope Evaluation in the Emergency Department Study (SEEDS): a multidisciplinary approach to syncope management *Circulation* 2004; 110: 3636-3645

In questo studio sono stati valutati 103 pazienti afferiti in PS per sincope. Lo studio ha coinvolto il personale del DEA, cardiologi ed elettrofisiologi.

Il razionale per ammettere pazienti con sincope è sospettare una causa cardiaca, dato che una valutazione in ospedale può influenzare la prognosi. Ma la difficoltà nello stabilire la causa della sincope nel DEA e la preoccupazione per aritmie ha determinato una politica di ammissione in ospedale per una valutazione estesa. E proprio necessario ricoverare tutti?

Sono stati paragonati due gruppi. Il primo gruppo è stato valutato in una Unità per la Sincope, il secondo gruppo ha ricevuto una normale valutazione di pronto soccorso (anamnesi dettagliata, esame obiettivo ed ecg). Il risultato è che, per pazienti a rischio intermedio (v. tab. 1), la nuova unità diminuisce il numero di ammissioni (22 vs 51) o, in caso di ammissione, i giorni di degenza, senza aumentare il rischio per recidiva di sincope o morte.

Ecco come si presenta la “Syncope Unit” disegnata per questo studio. I pazienti sono monitorati in un'area dedicata per 6 ore; segni vitali e pressione arteriosa ortostatica sono controllati ogni ora. In pazienti con anamnesi positiva per anomalie cardiovascolari o anomalie all'ECG è eseguito uno studio ecocardiografico. Un Tilt Test viene eseguito, se necessario, in un laboratorio di elettrofisiologia situato presso l'unità per la sincope. Un elettrofisiologo interpreta il test.

Se i test non potevano essere eseguiti nella Syncope Unit, veniva prenotata una visita per l'ecocardiografia e/o il Tilt-test entro le successive 72 ore.

La combinazione di queste risorse aumenta la possibilità di diagnosi dal 10% di una normale valutazione nel DEA, al 67% (sovrapponibile ad una valutazione estensiva eseguita una volta che il paziente è stato ricoverato).

Limiti? Sono escluse dallo studio le cause “neurologiche” di sincope: semplici, secondo gli autori, da differenziare per la diversa insorgenza; inoltre sono poco più di 100, in 4 anni, i pazienti arruolati per lo studio. Quando gli veniva spiegato che casualmente sarebbero stati ammessi nella Syncope Unit o nel DEA forse in tanti non si sono voluti affidare al caso.

Tab. 1: Stratificazione del rischio per sincope di eziologia sconosciuta

Alto rischio	Rischio Intermedio	Basso rischio
Dolore toracico tipico Segni e sintomi si scompensano cardiaco Malattia valvolare moderata/severa Storia di aritmia ventricolare All'ECG segni di ischemia QT lungo (> 500 ms) Blocco trifascicolare o pause fra 2-3 secondi Bradicardia sinusale persistente Fibrillazione striale e tachicardia ventricolare non sostenuta Device cardiaci non funzionanti	Età > 50 Anamnesi Malattia coronartica, IMA, Scompensato cardiaco, Cardiomiopatia All' ecg blocco branca o onda Q senza variazioni acute Storia familiare di morte prematura inspiegata Device cardiaci senza evidenza di disfunzione Ragionevole sospetto di etiologia cardiovascolare	Età < 50 Nessuna storia di patologia cardiovascolare Sintomi consistenti con sincope vasovagale Normale esame cardiovascolare ECG normale

Commento di Luca Iaboli

Steering Wheel Deformity and Serious Thoracic or Abdominal Injury Among Drivers and Passengers Involved in Motor Vehicle Crashes *Annals of Emergency Medicine* 2005; 45: 43-50

La deformazione del volante di un'auto a seguito di un incidente stradale si ritiene un indicatore di rischio per sospetto di trauma toracico indipendentemente dalle caratteristiche di gravità dell'evento.

In questo studio di coorte retrospettivo realizzato dal *National Automotive Sampling System Crashworthiness Data System* negli anni 1995-2002, viene dimostrato come la quantità di deformazione del volante dell'auto si associ al grado di lesione al torace e all'addome nei soggetti alla guida e in quelli seduti a fianco del posto di guida a seguito di un incidente stradale. Il rischio di traumi del torace per il guidatore e i passeggeri ed il rischio di traumi addominali (solo per i passeggeri) aumenta in modo proporzionale alla quantità di deformazione del volante stesso. Nel dettaglio l'attivazione dell' airbag risulta associato a traumi del torace nei soggetti alla guida, ma a traumi addominali per i soggetti seduti a fianco del posto di guida. Il medico dell'Urgenza dovrebbe mantenere un elevato livello di sospetto per queste patologie nei soggetti coinvolti in incidenti d'auto con deformazione del volante, indipendentemente dall'attivazione o meno dell'airbag.

Commento di Andrea Fabbri

Emergency department discharge instructions comprehension and compliance study *Can J Emerg Med* 2005; 7(1): 5-11 (disponibile full-text)

La gestione di un paziente non si esaurisce al momento della consegna del referto o della lettera di dimissione dal DEA. La parte relativa a indicazioni, terapia domiciliare, suggerimenti e follow up rivestono un'importanza fondamentale per l'outcome del paziente. Tale importanza è maggiore se si considera la tendenza crescente da parte del medico d'Urgenza a trattare patologie sempre più complesse con percorsi preferibilmente ambulatoriali. L'elevata frequenza di non-compliance (20%-67%) negli studi pubblicati ad oggi, suggerisce la necessità di approfondire l'argomento. I determinanti di tale situazione includerebbero infatti la mancanza di un medico di riferimento (assistenza di base), la assenza di assicurazione o di un appuntamento per un percorso ambulatoriale successivo alla prestazione in urgenza. Anche il livello culturale del paziente sembrerebbe importante per la comprensione sia in termini di diagnosi che di follow up. Provvedimenti in questa direzione sono stati proposti in passato ma con scarsi risultati.

Lo scopo di questo studio è stato verificare il livello di comprensione alle indicazioni suggerite e di compliance dei soggetti alla dimissione dal DEA dopo una prestazione in urgenza. Obiettivo successivo è stato verificare associazioni fra fattori sociali, livello di comprensione e compliance dei pazienti.

Degli 88 casi studiati la capacità in termini di lettura del referto è risultata più che buona. Il livello di comprensione è risultato positivamente associato con l'abilità alla lettura, e la comprensione della lingua (inglese). La performance alla lettura a sua volta è risultata direttamente correlata alla scolarità, alla lingua, ed inversamente correlata all'età dei soggetti. La compliance alle istruzioni alla dimissione erano fortemente correlate alla comprensione dei contenuti, ma non alle altre variabili (età, lingua, scolarità, tipo di formato di lettera, modalità operative di follow-up, o tipo di medico di riferimento).

Da questo studio emergerebbe evidente che la comprensione del referto da parte del paziente risulta il fattore più importante per una sufficiente compliance alla dimissione dal DEA. Se il medico dell'Urgenza vorrà migliorare la qualità dei suoi interventi dovrà investire in strategie di comunicazione con il paziente per quello che riguarda la diagnosi, il trattamento, ed il follow up proposto.

Commento di Andrea Fabbri

Factors influencing emergency medical readmission risk in a UK district general hospital: A prospective study *BMC Emergency Medicine* 2005, 5:1. Available at: <http://www.biomedcentral.com/1471-227X/5/1>

Negli ultimi anni si sta affermando come indicatore di performance il numero di “rientri” per la stessa patologia, secondo il concetto che i rientri non previsti in urgenza al DEA rappresenterebbero di fatto un evento avverso e potrebbero indicare una scarsa qualità di cura. Tale indicatore seppure standardizzato per sesso ed età, non è di fatto ancora accettato, soprattutto per le difficoltà di standardizzazione in termini di case-mix per gravità di malattia, comorbidità, disabilità dei soggetti trattati. La variabilità degli eventi ad oggi è tale da non permettere ancora standard di riferimento.

Il problema sarebbe complicato dal rischio che l’evento rientro sia condizionato da: 1) organizzazione sanitaria (insufficiente livello di offerta sia a livello territoriale per le cure di base sia per la parte sociale), 2) paziente (scarsa aderenza al trattamento), 3) fattori legati al tipo di patologia, 4) combinazione fra i fattori precedenti. Pertanto c’è insufficiente evidenza che il rientro sia un fenomeno legato a motivi strettamente di tipo sanitario, essendo un fenomeno estremamente variabile (9-48% dei casi).

Nonostante l’Organizzazione Sanitaria Inglese (NHS) utilizzi il rientro per la stessa patologia entro 28 giorni come indicatore di scarsa qualità di cura, non ci sono consensi né sulla scelta dell’intervallo di tempo, né sul tipo di patologie. Intuitivamente più il tempo è breve minore è la probabilità di un rientro, peraltro è altrettanto evidente ed atteso che pazienti con malattie croniche siano a maggior rischio di eventi soprattutto se vengono considerati intervalli di tempo prolungati.

Per analizzare il fenomeno sono stati studiati i rientri al District General Hospital c/o Greater Manchester da un database di 20.209 pazienti afferiti al DEA in un periodo di 4 anni. Attraverso un’analisi multivariata sono stati studiati i predittori di rientro testando le variabili sesso,età, tipo di accesso di PS, diagnosi, co-morbidità, durata di degenza. I risultati riporterebbero che i predittori di rientro a 12 mesi sarebbero: sesso maschile (Hazard Ratio 1.13, CI:1.07–1.2), età (>75: HR 1.57, CI 1.45–1.7), comorbidità (HR >4:1.49 CI: 1.26–1.76), ricovero con richiesta del curante (HR 0.93, CI 0.88–0.99), diagnosi principale di scompenso cardiaco, (HR 1.33, CI: 1.16–1.53), BPCO (HR 1.34, CI: 1.21–1.48). La probabilità di rientro dopo 3 mesi (HR 1.21, CI: 1.08–1.35), 6 mesi (HR 1.21, CI: 1.1–1.33), e 12 mesi (HR 1.25, CI: 1.16–1.36) si assocerebbe a minori livelli socio-economici.

Conclusioni: migliorando la gestione dei pazienti con scompenso cardiaco e BPCO si dovrebbe ridurre significativamente il sovraffollamento al DEA e quindi anche il problema delle attese generali, essendo queste patologie particolarmente onerose dal punto di vista delle risorse. Ogni organizzazione sanitaria dovrebbe prevedere percorsi agevolati per i pazienti a maggior grado di disagio economico-sociale e con patologie croniche come lo scompenso cardiaco e la BPCO.

Commento di Andrea Fabbri

Clopidogrel versus Aspirin and Esomeprazole to Prevent Recurrent Ulcer Bleeding *N Engl J Med* 2005; 352: 238-244

Il clopidogrel è proposto come alternativa all’ASA (cui si associa nella terapia standard un inibitore della pompa protonica) in caso di intolleranza gastrointestinale. In questo studio sono stati randomizzati 320 Pz ad alto rischio cardiovascolare che avevano presentato un sanguinamento gastroduodenale sotto ASA a clopidogrel+placebo o ASA+esomeprazolo. La recidiva di sanguinamento (end point primario) nei 12 mesi di follow-up è stata dell’8,6% nel gruppo clopidogrel e solo lo 0,7% nel gruppo ASA+esomeprazolo, P=0.001. Il dato non conforta l’indicazione delle linee guida ACC/AHA nella prevenzione della recidiva di sanguinamento in Pz che devono assumere una terapia antiaggregante.

Commento di Mauro Fallani

Inflammatory Markers and the Risk of Coronary Heart N Engl J Med 2004; 351: 2599-2610

Il ruolo della infiammazione come fattore di rischio per eventi cardiovascolari (ECV) è noto anche se non abbiamo ancora dati certi sul valore, come predittori di ECV, di alcuni marcatori di flogosi quali proteina C reattiva (PCR), recettori di tipo 1 e 2 per il tumor necrosis factor-sTNF-R1 e sTNF-R2, ed interleuchina 6-IL6. Da 2 studi con lungo follow-up (Nurses' Health Study, 8 aa di follow-up, per i soggetti di sesso femminile e l'Health Professionals Follow-up Study, con 6 aa di follow-up, per i maschi) sono stati identificati 239 donne e 265 uomini, sani al momento dell'arruolamento, che hanno sviluppato IMA o malattia cardiovascolare fatale; il dosaggio dei marcatori di flogosi sovrariportati, analizzata dopo correzione dei fattori di matching, ha dimostrato una significativa relazione con un aumentato rischio di cardiopatia ischemica per IL6 e PCR in ambedue i sessi e per sTNF-R1 e sTNF-R2 per le donne. Se l'analisi viene corretta per assetto lipidico e metabolico la relazione rimane significativa solo per la PCR con un rischio relativo di 1.79 per PCR > 3.0 mg/l versus PCR < 1.0 mg/l (95 percent confidence interval, 1.27 to 2.51; P for trend <0.001). Una ulteriore correzione per la presenza/assenza di diabete e ipertensione riduce il rischio relativo a 1.68 (95 percent confidence interval, 1.18 to 2.38; P for trend = 0.008).

commento di Mauro Fallani

• In breve a cura di Mauro Fallani e Paolo Mulè

Clinical Effectiveness of Influenza Vaccination in Persons Younger Than 65 Years With High-Risk Medical Conditions Arch Intern Med 2005;165: 274-280

I soggetti ad alto rischio anche con età < 65 aa si giovano della vaccinazione antiinfluenzale (probabilmente anche i medici di PS che sono esposti continuamente per motivi professionali, nota personale).

Prognostic significance of admission levels of troponin I in patients with acute ischaemic stroke J Neurol Neurosurg Psychiatry 2005; 76: 76-81

Il dosaggio della troponina I permette di identificare fra i Pz con stroke acuto quelli ad alto rischio per complicanze cardiache o morte entro i sei mesi dall'evento acuto.

Implantable Defibrillators for the Prevention of Mortality in Patients With Nonischemic Cardiomyopathy JAMA 2004; 292: 2874-2879

Se era chiara l'efficacia dei defibrillatori impiantabili sulla prevenzione primaria e secondaria della morte improvvisa nei Pz con pregresso IMA e depressione della frazione di eiezione la metanalisi di 5 trials randomizzati documenta l'efficacia degli ICD nel ridurre la mortalità in Pz con cardiomiopatia non ischemica.

Amiodarone or an Implantable Cardioverter-Defibrillator for Congestive Heart Failure N Engl J Med 2005; 352: 225-237

Studio su 2.521 patients with New York Heart Association (NYHA) classe II o III CHF e frazione di eiezione ventricolare $\sin \leq 35\%$ che non documenta un beneficio sulla sopravvivenza con la terapia con amiodarone versus una riduzione globale del 23 % della mortalità in questo tipo di popolazione con un defibrillatore impiantabile.

Effects of Reviparin, a Low-Molecular-Weight Heparin, on Mortality, Reinfarction, and Strokes in Patients With Acute Myocardial Infarction Presenting With ST-Segment Elevation
The CREATE Trial Group Investigators* **JAMA 2005;293: 427-435**

Nei Pz con STEMI la reviparina riduce mortalità e reinfarto senza un aumento dei casi di stroke di ogni tipo. Il lieve aumento di emorragie pericolose per la vita è ampiamente controbilanciato dai benefici offerti.

Effect of Glucose-Insulin-Potassium Infusion on Mortality in Patients With Acute ST-Segment Elevation Myocardial Infarction The CREATE-ECLA Randomized Controlled Trial
JAMA 2005;293: 437-446

La soluzione ripolarizzante è una terapia a basso costo più volte proposta nei Pz con IMA; peccato che in questo studio internazionale randomizzato in Pz con STEMI non abbia mostrato benefici su mortalità, arresto cardiaco e shock cardiogeno.

Relationship of Blood Transfusion and Clinical Outcomes in Patients With Acute Coronary Syndromes **JAMA 2004; 292: 1555-1562**

La terapia trasfusionale in corso di syndrome coronarica acuta si associa in questo lavoro con una aumentata mortalità. Gli Autori ritengono indispensabile uno studio randomizzato sul problema e per il momento precauzione nel trasfondere i Pz con SCA.

Too Little Aspirin for Secondary Prevention After Acute Myocardial Infarction in Patients at High Risk for Cardiovascular Events: Results From the MITRA Study **Am Heart J 2004; 148(2): 306-311**

Lavoro che evidenzia il sottoutilizzo dell'ASA in Pz dimessi con diagnosi di IMA, nonostante spesso ad alto rischio di eventi cardiovascolari e con documentato aumento della mortalità durante il follow-up.

• **Aggiornamento**

La biblioteca di un DEA a cura di Luca Iaboli

Mettiamoci avanti e ammettiamo che in Italia ci sia una specialità in medicina d'urgenza.

Una delle domande dei medici che intraprenderanno i 4 o 5 anni di specialità, e che si affacceranno alla gran mole della letteratura dell'emergenza, potrà essere la seguente: quali sono le riviste e quali i libri di testo su cui leggere, studiare, approfondire?

Mi sembra giusto dare un'occhiata a come si sono organizzati negli Stati Uniti, riferimento quasi obbligato per la medicina d'urgenza. Come si potrebbero selezionare questi testi?

Ecco alcuni consigli di Edward J. Otten, book review editor del Journal of Emergency Medicine, che indica criteri per scegliere quali libri acquistare per l'emergenza.

Il criterio certo più importante è che il lavoro sia pertinente alla medicina d'emergenza (ci sono libri di testo eccellenti che trovano però un ruolo secondario nel paziente di pronto soccorso).

Secondo, la biblioteca di un dipartimento di emergenza deve essere aggiornata ogni 5-6 anni circa.

Fondamentale: il materiale deve essere autorevole ed accurato (come regola generale, maggiore è il numero di edizioni, migliore il lavoro), e, con le dovute eccezioni, i lavori di più autori sono da considerare superiori a quelli di un singolo autore.

I libri devono essere facili da leggere, avere un buon indice, ed essere organizzati logicamente, altrimenti il materiale diviene difficilmente accessibile in un DEA affollato.

Non da ultimo il libro deve essere ben fatto per resistere all'uso e non deve essere troppo costoso.

Di seguito una lista ideale, secondo l'autore, dei libri che dovrebbero essere quelli presenti in ogni dipartimento di emergenza.

- Marx JA, Hockberger RS, Walls R. Rosen's emergency medicine: concepts and clinical practice, 5th ed., 2002, 299 \$
- Roberts JR, Hedges JR, Clinical procedures in emergency medicine, 4th ed., 2003, 157 \$
- Fleisher GR, Ludwig S, Textbook of pediatric emergency medicine, 4th ed., 2000, 199 \$
- Braunwald E, Fauci AS, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, Kasper KL, Harrison's principles of internal medicine, 16th ed., 2004, 108 \$
- Goldfrank LR, Flomenbaum NE, Howland MA, Nelson LS, Hoffman RS, Lewin NA. Goldfrank's toxicologic emergencies, 7th ed., 2002, 199 \$
- Auerbach PS, Wilderness medicine, 4th ed., 2001, 149 \$
- Habif TP, Clinical dermatology: a color guide to diagnosis and therapy, 4th ed., 2003, 149 \$
- Ferrera PC, Gibbs M, Verdile V, Coluciello SA, Marx J, Trauma management: an emergency medicine approach, 2001, 95 \$
- Netter FH, Atlas of human anatomy, 3rd ed., 2003, 61 \$
- Harris JH, Hattis WH, The radiology of emergency medicine, 4th ed., 2000, 199 \$
- Rhee DJ, Pyfer MF, The Will's eye manual, 4th ed., 2004, 60 \$
- Trott AT, Wounds and lacerations: emergency care and closure, 2nd ed., 1997, 63 \$
- Knopp KJ, Stack LB, Storrow, AB, Atlas of emergency medicine, 2nd ed., 2002, 180 \$
- McEvoy GK, AHFS Drug information 2004, 46th ed., 175 \$

Il costo totale di questa biblioteca ideale è di poco superiore a 1600 €. Il consiglio dell'autore è che i testi siano conservati in un luogo sicuro del DEA, così da non essere "smarriti" (magari usando un sistema di prestito come quello delle biblioteche).

Con l'augurio che questa lista stimoli altri a creare un elenco di lavori favoriti che non sono qui inclusi... o che si crei una simile lista di testi in italiano... presente in ogni DEA.