



Società Italiana di
Medicina d'Emergenza-Urgenza

sezione Emilia-Romagna

Novità in Urgenza

analisi della letteratura, divulgazione scientifica e
organizzazione

Redattore Capo:

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

Collaboratori di redazione:

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

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

n° 6, giugno 2002

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

Reviews

Acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease (NEJM 2002; 346: 988-994)

Il trattamento delle riacutizzazioni della COPD è materia di ben 5 linee-guida espressione di 5 società largamente accreditate, ed i cui contenuti sono in gran parte concordi.

L'**inquadramento diagnostico** nel dipartimento di emergenza include una radiografia del torace (i cui risultati condizionano un cambiamento della strategia terapeutica nel 16-21% dei casi), mentre la spirometria viene effettuata raramente (anche se un FEV1<40% è fortemente predittivo di riacutizzazione e necessità di ospedalizzazione e un FEV1>35% generalmente non si associa ad ipercapnia). L'Autore raccomanda inoltre una emogasanalisi arteriosa, specie quando si sospetti un'acidosi respiratoria acuta.

Le **strategie terapeutiche** includono:

- ✓ **Ossigeno-terapia** con occhialini o ventimask in presenza di ipossiemia. Il target è una SpO2 di 90-92%, corrispondente ad una PaO2 di 60-65 mmHg.
- ✓ **Broncodilatatori**: sia i β -agonisti che gli anticolinergici incrementano il flusso aereo (il FEV1 aumenta del 15-29% per 60-120 min). Studi recenti hanno dimostrato che i β -agonisti non sono superiori agli anticolinergici in termini di efficacia, agiscono in tempi lievemente più rapidi, ma hanno maggiori effetti collaterali. L'associazione delle due classi di farmaci non è risultata più efficace rispetto all'impiego di una delle due.
- ✓ Le **metilxantine** ev non migliorano i test di funzionalità respiratoria, né la clinica, né riducono il ricorso al DEA nella settimana successiva e non sono prive di effetti collaterali. Alcune linee-guida tuttavia ne propongono l'uso in caso di inefficacia della terapia con broncodilatatori o nelle esacerbazioni severe.

- ✓ **Antibiotici:** dovrebbero essere riservati ai casi in cui vi sia un peggioramento della dispnea e un incremento quantitativo e della purulenza dell'escreato e la loro efficacia è superiore nei pazienti con esacerbazioni di grado severo. E' stato segnalato un maggiore incremento del picco di flusso espiratorio e una maggior percentuale di risoluzione della sintomatologia nei pazienti sottoposti a terapia antibiotica. Generalmente vengono impiegati antibiotici a spettro limitato (trimetoprim-sulfametoxazolo, amoxicillina, doxiciclina) poiché non ci sono studi che dimostrino la maggiore efficacia di antibiotici ad ampio spettro, e la durata del trattamento è di 5-10 giorni. L'esame microscopico e colturale dell'escreato va riservato ai casi refrattari alla terapia antibiotica.
 - ✓ I **corticosteroidi** per via sistemica accelerano il miglioramento del flusso aereo, dello scambio gassoso, dei sintomi e riducono la frequenza di fallimenti terapeutici. La durata della terapia corticosteridea va dai 5 ai 10 gg. Dieci giorni di trattamento sono associati ad un più rapido miglioramento clinico, del FEV1, FVC e PaO2, ma non ad una diversa incidenza di recidive a sei mesi.
 - ✓ La **ventilazione non invasiva a pressione positiva** è di fondamentale importanza in caso di insufficienza respiratoria, in particolare in caso di accentuazione della dispnea, acidosi respiratoria acuta e peggioramento dell'ossigenazione. I benefici associati all'impiego di tale presidio includono, oltre ad un migliore outcome, una minore necessità di intubazione, minore mortalità intra-ospedaliera, più rapido miglioramento, minore durata della degenza.
 - ✓ Non vi sono evidenze che giustificano l'impiego della **fisioterapia o di farmaci mucolitici**.
- E' necessario inoltre cercare di ottenere la cessazione del fumo, indagare e trattare un possibile deficit di α -1-antitripsina, vaccinare il paziente nei confronti dello pneumococco e del virus dell'influenza, e valutarne l'inserimento in un programma di riabilitazione respiratoria. L'avvento di nuovi farmaci rende attualmente difficile delineare un regime di trattamento ottimale con broncodilatatori; analogamente restano da definirsi il ruolo di antibiotici ad ampio spettro e l'impiego della NIMV al di fuori delle unità di terapia intensiva.

L. Gramantieri Medicina Interna Bolondi S.Orsola Malpighi di Bologna

The Role of Activated Charcoal and Gastric Emptying in Gastrointestinal Decontamination: A State-of-the-Art Review (Annals of Emergency Medicine 2002;39:273-286)

Le procedure di decontaminazione gastrointestinale a seguito di sospetta intossicazione da farmaci e/o tossici vengono impiegate da secoli, tuttavia solo negli ultimi anni sono stati pubblicati studi in cui si evidenzia un vantaggio in termini clinici per alcuni tipi di pazienti. Dal momento che nella maggior parte dei casi tali sostanze di fatto non risultano poi ingerite in quantità tossiche, l'esatta situazione clinica in cui le procedure di decontaminazione gastro-intestinale risultano indicate ed efficaci rimane un'area di grande discussione. Il massimo beneficio per l'uso della decontaminazione si presuppone per i pazienti che si presentano immediatamente dopo l'ingestione del tossico. Sfortunatamente, molti pazienti sopraggiungono in un intervallo di tempo superiore a 2 ore dall'ingestione, quando oramai il tossico è già per la maggior parte stato assorbito oppure ha completato il transito gastrico raggiungendo l'intestino tenue, e quindi riducendo completamente le possibilità di rimozione da parte delle procedure di decontaminazione. Tali procedure peraltro non sono risultate influenzare l'esito di molti pazienti, in particolare quelli non sintomatici al momento della valutazione. Nel caso tuttavia in cui si verificasse un rallentato assorbimento, oppure nei casi in cui lo svuotamento gastrico fosse ridotto, il carbone attivato potrebbe essere efficace riducendo significativamente la quantità tossica assorbibile. In questi casi pertanto, l'utilizzo del carbone attivo risulterebbe vantaggioso e privo di significativi effetti sfavorevoli. La somministrazione di carbone attivo perciò risulta appropriata il più precocemente possibile, nei casi in cui il tipo e la quantità di tossico sospettato risulterebbe ingerito in dosi pericolose per la vita, anche se non assorbibile dal carbone stesso, addirittura anche nei casi in cui l'assorbimento viene giudicato già completato.

L'utilizzo della gastrolusi in combinazione con la somministrazione di carbone attivato ha invece stimolato un intenso dibattito. Alcuni ampi studi di confronto hanno fallito nel dimostrare il beneficio della gastrolusi prima della somministrazione del carbone attivo. Dal momento che le complicazioni di questa procedura, sono risultate un incremento del rischio di intubazione endotracheale, di aspirazione di ingesti, di necessità di ricovero in terapia intensiva, tale procedura non deve essere considerata di routine in questi casi. Esistono infatti alcune circostanze, peraltro non frequenti, in cui le informazioni disponibili sono insufficienti per un bilancio rischio-beneficio sui vantaggi o meno della procedura combinata: in particolare dovrebbe essere applicata solo ai casi sintomatici, in un intervallo di tempo inferiore ad un'ora dalla presunta ingestione, a pazienti sintomatici che hanno ingerito tossici che rallentano la motilità gastrica, a quei casi in cui si sospettano prodotti a cessione prolungata, in casi di ingestione di dosi potenzialmente letali. Per fortuna però tali situazioni rappresentano una fascia selezionata e ristretta di pazienti. In assenza di dati di sufficiente certezza del beneficio della gastrolusi, i singoli casi devono essere valutati sulla base di un giudizio clinico specifico.

Conclusione: è più utile trattare un caso che potrebbe trarre beneficio dalla procedura seppure al prezzo di un rischio di complicazioni della procedura stessa oppure non trattare un caso con una procedura di non provata efficacia al prezzo di un rischio intrinseco di applicazione della procedura stessa?.

Andrea Fabbri, DEA AUSL Forlì

Aspirin for primary prevention of coronary events (NEJM 2002; 346: 1468-74)

Si può considerare proponibile un trattamento profilattico con ASA al fine di prevenire eventi ischemici acuti? Il razionale teorico è l'evidenza che gli eventi cardiaci ischemici acuti, oltre che essere correlati con i classici fattori di rischio (ipertensione, fumo, ipercolesterolemia, vita sedentaria), paiono essere in relazione anche all'iperattività piastrinica ed alla presenza di stati flogistici. Per tentare una risposta a questa domanda nel lavoro vengono analizzati i dati emersi da due grossi studi osservazionali (87.678 + 6174 paz. rispettivamente) e 5 trial randomizzati nei quali l'ASA è stato testato per la prevenzione primaria di eventi coronarici. Le conclusioni paiono orientate a consigliare l'assunzione di dosi di ASA di 100mg ai soggetti di età maggiore di 50aa. Con tale dose sono descritti cali del rischio relativo per eventi ischemici acuti variabili tra il 4% e il 44%. Una stratificazione del rischio secondo il Framingham risk score fa preferire i soggetti con rischio elevato (>1.5% per anno) rispetto a quelli con rischio intermedio o minore ove prendono più peso gli effetti avversi legati all'ASA nonostante il dosaggio modesto.

P.Mulè DEA AO S.Orsola Malpighi di Bologna

Lavori

Prophylactic implantation of a defibrillator in patients with myocardial infarction and reduced ejection fraction - MADIT II (NEJM 2002; 346: 877-883) Ripreso dal sito acc.org (American College of Cardiology) nella parte dedicata alla loro annuale sessione scientifica.

Nel trial sono stati arruolati in 4 anni 1232 pazienti con pregresso IMA e frazione di eiezione ≤ 0.30 , 742 dei quali sono stati randomizzati all'impianto di un defibrillatore (ICD) e 490 trattati in modo convenzionale. Dopo un follow-up medio di 20 mesi la mortalità è risultata del 19.8% nel II gruppo e del 14.2% nel I gruppo con differenza statisticamente significativa e non condizionata dal differente trattamento farmacologico eventualmente associato. Gli autori, dati i risultati molto lusinghieri, si lasciano andare: " il posizionamento profilattico di defibrillatori in aggiunta alla terapia medica dovrebbe essere considerato un trattamento raccomandato in questi pazienti". Sono emerse subito chiare le conseguenze economiche di un utilizzo pratico di tale approccio: la spesa sarebbe difficilmente sostenibile anche negli Stati Uniti, vista la mole di pazienti cui gioverebbe il posizionamento di ICD. Si conclude con un incitamento alle case

produttrici al ridimensionamento dei prezzi od alla progettazione di apparecchi più semplici ed economici.

P.Mulè DEA AO S.Orsola Malpighi di Bologna

Comparison of angioplasty with stenting, with or without abciximab, in acute myocardial infarction (NEJM 2002; 346: 957-966) e l'editoriale associato Perspective: Reperfusion therapy in acute myocardial infarction (NEJM 2002; 346: 954-955)

Partendo dalla superiore efficacia dell'angioplastica-PTCA nell'infarto miocardico con sopraelevazione dell'ST in questo lavoro 2082 Pz sono stati randomizzati al trattamento con PTCA, PTCA + abciximab, PTCA + stent, PTCA + abciximab + stent. A parità di efficacia nel ristabilire il flusso delle 4 diverse strategie (dal 94.5 al 96.9%) l'uso di stents offre vantaggi rispetto alla PTCA da sola, indipendentemente dall'uso dell'abciximab, riducendo la ristesosi documentata in coronarografia (22.2 vs 40.8%, $P < 0.001$) e la riocclusione del vaso relato all'infarto (5.7 vs 11.3%, $P < 0.01$). Gli Autori concludono che nei Centri con documentata esperienza la strategia ripervasiva in PTCA con l'impianto di stent dovrebbe essere quella di routine.

M.Fallani DEA AO S.Orsola Malpighi di Bologna

Treatment Pattern of Isolated Benign Headache in U.S. Emergency Departments (Annals of Emergency Medicine 2002;29: 215-222)

Lo studio descrive, in modo retrospettivo, il pattern di trattamento di un ampio campione di pazienti afferiti nei Dipartimenti dell'Urgenza degli Stati Uniti con cefalea isolata primaria nel 1998. L'informazione è stata ottenuta attraverso un'analisi delle schede di dimissione (codici ICD9-CM cefalea emicranica e cefalea) da un pool di circa 100 milioni di visite nei DEA, ricercate nel database del National Hospital Ambulatory Medical Care Survey. Le informazioni anagrafiche e cliniche sono state analizzate con metodica descrittiva.

La diagnosi di cefalea emicranica e cefalea non specifica è stata eseguita in 811.419 e 604.977 pazienti rispettivamente. La maggior parte dei soggetti è risultata di giovane età, di razza bianca e di sesso femminile. Il soggetti hanno ricevuto una media di 1.8 tipi di trattamento derivato da un pool di 36 principi farmacologici, 16 di tipo orale e 20 di tipo parenterale. La maggior parte dei soggetti (84.8%) con una diagnosi di cefalea emicranica è stata sottoposta ad una terapia parenterale. I farmaci più frequentemente impiegati sono stati meperidina (30.0%), ketorolac (21.4%), proclorperazina (16.7%). Antiemetici sono stati inoltre affiancati nella maggior parte dei casi (89.8%) soprattutto nei casi dopo terapia con oppiacei (90%). Nei casi non complicati da nausea o vomito l'uso profilattico degli antiemetici non è risultato utile. La prometazina e l'idrossizina, antiemetici senza meccanismo d'azione diretto sulla cefalea, sono stati quelli preferiti, come terapia di associazione, con frequenza 6 volte maggiore rispetto agli antagonisti della dopamina, con dimostrata azione diretta sul dolore, proclorperazina, metoclopramide, droperidolo, (78% vs. 11.8%).

Le raccomandazioni per l'uso di farmaci non oppiacei (antagonisti della dopamina con azione antiemetica, diidro-ergotamina, agonisti della 5-idrossi-triptamina) è stato supportato da una elevato livello di efficacia. I pazienti trattati per emicrania con terapia parenterale sono stati trattati con una monoterapia a base di oppiacei più frequentemente rispetto agli altri trattamenti (45.7% vs. 26.0%). Di tutti i pazienti trattati con oppiacei, la maggior parte (87%) non ha necessitato ulteriori tipi di farmaci. In questi casi, la meperidina è risultata il farmaco più utilizzato (70%).

Debolezze dello studio: non previste informazioni su: terapia eseguita prima del trattamento eseguito nel DEA, allergie e intolleranze, (potrebbero avere condizionato le scelte successive), informazioni su efficacia della terapia, incidenza di rebound, rientri nei DEA, esiti di guarigione del sintomo, indicazioni sull'ordine dei farmaci. Ulteriore debolezza risulta la mancanza di criteri standardizzati a priori per la diagnosi di cefalea emicranica e cefalea non specifica.

Conclusioni: il trattamento con più farmaci e una vasta scelta farmacologica è risultato il trattamento eseguito nella cefalea isolata benigna nei DEA degli USA nel 1998. L'impiego degli

oppiacei, in particolare della meperidina, è risultato molto frequente, considerando il numero di casi con indicazione all'uso di analgesici minori.

Andrea Fabbri, DEA Forlì

Thrombolytic therapy vs primary percutaneous intervention for myocardial infarction in patients presenting to hospitals without on-site cardiac surgery. (JAMA 2002;287: 1943-1951)

Questo lavoro multicentrico su 451 Pz documenta la superiorità della PTCA primaria vs la terapia trombolitica anche in centri non dotati di Cardiocirurgia (che sarebbe uno dei requisiti richiesti dalle attuali linee guida per organizzare un percorso con la PTCA).

M.Fallani DEA AO S.Orsola Malpighi di Bologna

First experience with direct factor Xa inhibition in patients with stable coronary disease: a pharmacokinetic and pharmacodynamic evaluation (Circulation 2002;105: 2382-2388)

La terapia antitrombotica delle sindromi coronariche è in perenne evoluzione (vedi anche le recensioni uscite nei n° precedenti). Sulla base dei migliori risultati delle eparine a basso peso molecolare, che agiscono sia sul fattore X che sul II, rispetto alla eparina non frazionata che agisce sul fattore II, è stato ipotizzato che l'inibizione del fattore X potesse portare ad un maggiore controllo della coagulazione nelle sd coronariche. Questo lavoro viene utile per segnalare come sono cominciate le sperimentazioni degli inibitori diretti del fattore Xa con incoraggiati risultati. Il tempo ed i futuri trials ci diranno se vi sarà spazio nella pratica clinica anche per gli inibitori del fattore Xa.

M.Fallani DEA AO S.Orsola Malpighi di Bologna

Positive blood alcohol concentration and road accidents. A prospective study in an Italian emergency department. (Emergency Medicine Journal 2002; 19:210-214)

E' dimostrato che l'alcool riducendo la percezione del pericolo durante la guida di un veicolo stradale, peggiora l'efficienza della coordinazione motoria, influenzando così tipologia e dinamica di un incidente stradale. L'alcol, inoltre, altera le capacità somato-percettive dell'individuo, spesso minimizzando l'espressione clinica della patologia traumatica. In questo studio prospettico gli Autori hanno studiato tutti i soggetti di età ≥ 14 anni, afferiti ad un DEA di I livello entro 4 ore da un trauma, e verificato se la presenza di valori di alcolemia stimata al momento dell'incidente stradale ≥ 50 mg/dL correlasse con tipologia dell'incidente e caratteristiche della patologia traumatica. Sono stati studiati 2354 soggetti (81% dei candidati inclusi) dal gennaio al dicembre 98. 35 soggetti deceduti direttamente sulla scena sono stati esclusi, mentre 27 casi (2.9%) sono deceduti nel corso della degenza ospedaliera. In 425 (18.1%) soggetti l'alcolemia stimata è risultata significativa (media [SD] 115 [68] mg/dL), con evidenze cliniche di intossicazione in 85 casi (25%). La distribuzione dei soggetti con alcolemia positiva è risultata significativamente maggiore nei gruppi di età fra 20-29 anni, nei maschi 24% vs 9%, nei giorni di sabato 21.8% e domenica 25.8%. La distribuzione degli eventi con alcolemia ≥ 50 mg/dL risultava significativamente aumentato nelle ore notturne dalle 20 alle 8 (26.4%), soprattutto dalle ore 0 alle 4 (64.8%), in incidenti d'auto e autocarri. Sono stati osservati un incremento significativo del rischio di: eventi extraurbani con dinamiche ad alto rischio, maggior gravità di impatto, maggior numero di soggetti gravi in rapporto ai traumatizzati, minor utilizzo di protezioni attive. L'analisi della patologia traumatica documenta un incremento del rischio di gravità in rapporto alla presenza dell'alcolemia. La presenza dell'alcol è risultata correlata anche con il rischio di complicazioni nel corso della degenza, con la necessità di interventi chirurgici, di trasfusioni per emorragie, durata della degenza, necessità di terapia intensiva. L'analisi dei dati dimostra che anche la presenza di livelli stimati di alcolemia al momento dell'incidente di 50 mg/dL correla con: 1) condizioni dinamiche e tipologia di incidente a maggior rischio, 2) patologia traumatica più grave, 3) maggior rischio di complicazioni successive al ricovero.

Tissue plasminogen activator in cardiac arrest with pulseless electrical activity (NEJM 2002;346: 1522-15288)

Il 20% degli arresti cardiaci-AC (250.000 morti/anno in USA e Canada) si presenta con una attività elettrica senza polso-PEA cui può sottostare un IMA massivo o una embolia polmonare. Questo studio (febbraio 1998-settembre 1999), randomizzato in doppio cieco contro placebo, ha studiato l'efficacia della terapia trombolitica (alteplase 100 mg in 15 min) negli arresti cardiaci con ritmo di presentazione PEA, non responders a 3 minuti di rianimazione cardiopolmonare avanzata. Il razionale dello studio si basa sulla stima che almeno il 30% dei pazienti che vanno in AC in PEA presentano una trombosi coronarica o polmonare sottostante. Erano considerati criteri di esclusione fra l'altro alcune altre cause di PEA quali l'ipotermia, l'emorragia il PNX ed il tamponamento cardiaco. Dei 1583 arresti registrati nello studio 756 (47.8%!) si presentavano in PEA, 289 soddisfacevano i criteri richiesti e 233 venivano arruolati (117 trattati con r-TPA e 116 con placebo). I dati ottenuti (1 solo dimesso vivo dall'ospedale nel gruppo r-TPA) non evidenziano un beneficio della terapia trombolitica negli arresti in PEA. Resta comunque spazio per ulteriori studi in considerazione della esiguità della casistica. L'analisi dei riscontri autoptici eseguiti (solo 42 casi) evidenzia la difficoltà ad arrivare ad una diagnosi in corso di arresto cardiaco da PEA. Infatti la scelta di eseguire terapia trombolitica in questa situazione sarebbe giustificata dalla alta probabilità, dopo aver escluso PNX, ipotermia, tamponamento cardiaco e emorragia, di aggredire un IMA o una embolia polmonare. Emerge invece che solo il 2.4% (1 caso su 42) ha una embolia polmonare e solo il 21.4% (9/42) ha un IMA. I limiti sono coraggiosamente ma correttamente segnalati dagli Autori stessi:

- solo l'1% dei pazienti sottoposti a fibrinolisi presentava un riscontro autoptico di embolia polmonare;
- sono stati arruolati nello studio tutti i pazienti che hanno presentato la PEA non solo come ritmo di esordio dell'AC ma in qualsiasi fase della CPR;
- la somministrazione di r-TPA è stata effettuata in media dopo 35' dall'evento.

Sarebbe molto interessante disporre di altri studi con lo stesso solido disegno statistico nei pazienti in AC ma con altri ritmi di presentazione, per validare l'insegnamento che si effettua nei corsi di ALS.

M.Dente DEA AUSL di Forlì e M.Fallani DEA AO S.Orsola Malpighi di Bologna

Increasing Use of the Emergency Department in a Swiss Hospital: Observational Study Based on Measures of the Severity of Cases (BMJ 2002; 324: 1186-1187)

In molti paesi il numero degli accessi e delle richieste di prestazioni nel DEA è aumentate in modo costante negli ultimi dieci anni. Le spiegazioni del fenomeno pare siano da riferirsi all'invecchiamento della popolazione, alla politica di contenimento delle prestazioni sociali, alle aumentate aspettative da parte delle fasce di popolazione urbanizzata, oppure a possibili bias di valutazione delle prestazioni stesse.

Sono stati analizzati i dati amministrativi delle prestazioni raccolte in un DEA di Losanna (286.000 abitanti) dal 1993 al 1999. Nel periodo di osservazione si è verificato un incremento delle prestazioni da 30822 a 38243 (+7421), con un incremento medio del 1.5% negli anni 93-96 e del 5.9% nel periodo 97-99 nonostante la popolazione residente sia risultata invariata (+ 0.5%).

Il numero delle prestazioni in urgenza sono state considerate secondo i seguenti criteri: numero di casi trasportati in ambulanza o elicottero, permanenza nel DEA > 6 ore, deceduti oppure trasferiti in un altro ospedale per acuti). Da 1998 è stata poi introdotta una metodologia di triage a codici di gravità. La frequenza di almeno un parametro di gravità alterato aumentava in modo lineare con l'età (dal 17% nei bambini di età <17 anni fino all'86% nei pazienti di età >80 anni). Anche se il

numero delle prestazioni in toto è risultato aumentato, il numero delle prestazioni in urgenza è risultato invariato (dal 44.6% al 46.1%). Il numero di prestazioni ai pazienti di età >80 anni è risultato però più che raddoppiato (da 1603 nell'anno fino a 3510 nel 1999). Si è verificato inoltre un incremento di 3471 (+55%) prestazioni nei confronti di pazienti di "altre nazionalità", cioè nazionalità diverse da quella svizzera, francese, tedesca, italiana e spagnola.

Commento: L'aumentato numero di prestazioni nel DEA non è risultato associato ad un incremento delle prestazioni in urgenza. Più del 70% dell'incremento sono prestazioni a pazienti anziani e immigrati. L'interpretazione data è legata all'invecchiamento della popolazione che comporta un incremento delle necessità di prestazioni in questa fascia di utenti, così come le variazioni della società attuale incrementano il fenomeno dell'immigrazioni soprattutto da paesi sottosviluppati e quindi il numero di prestazioni. Si constata perciò una difficoltà di indirizzare questo tipo di pazienti con necessità di prestazioni di tipo ordinario a forme di organizzazione diverse da quella dell'urgenza. I DEA devono perciò organizzarsi per dare una risposta anche a queste necessità.

Andrea Fabbri, DEA AUSL Forlì

Early revascularisation and 1-year survival in 14-day survivors of acute myocardial infarction: a prospective cohort study (Lancet 2002; 359: 1805-1811)

Questo studio prospettico (1995-1998) ottenuto dal registro svedese sulle cause di morte ha confrontato la mortalità ad 1 anno di pazienti sottoposti ad approccio invasivo di rivascolarizzazione entro 14 gg dall'evento rispetto a quelli comunque sopravvissuti allo stesso tempo. I dati supportano una associazione fra rivascolarizzazione e riduzione della mortalità ad 1 anno, tali da portare gli Autori a consigliare un precoce approccio invasivo nei Pz che abbiano presentato un IMA.

M.Fallani DEA AO S.Orsola Malpighi di Bologna

In breve

- ♥ I risultati a 1 anno del trial GUSTO V non ha documentato una differente mortalità nei 2 gruppi di trattamento (reteplase vs ½ dose reteplase + abiciximab). Sembrerebbe esserci un trend positivo per la terapia combinata nell'IMA anteriore e nei Pz con età < 75 aa.

- ♥ Sono stati presentati i dati intermedi (follow-up da 6 a 48 mesi) dello studio DANAMI-2. Viene documentata una superiorità dell'angioplastica primaria nelle sindromi coronariche acute con sopraelevazione dell'ST nella riduzione dell' end-point combinato di morte, reinfarto e stroke invalidante. La conclusione da trarre da questo studio è che nella possibilità di portare il Paziente in emodinamica entro 3 ore, eseguendo un trasporto protetto, questa strategia sarebbe da preferire.

- ♥ Nel n° del 27 maggio 2002 su Archives of Internal Medicine compaiono 3 lavori ed un editoriale sull'uso dei FANS, ASA ed inibitori selettivi delle COX-2 (COX-2i). L'interesse sul tema era stato stimolato dai dati dello studio VIGOR (NEJM 2000; 343: 1520-1528) che avevano segnalato una maggiore incidenza di eventi cerebro-vascolari nei Pz in terapia con COX-2i. Tali dati avevano poi trovato conferma in altri studi (JAMA 2001; 286: 954-959). Alla luce dei dati pubblicati il Dr JE Dalen conclude nell'editoriale di accompagnamento che i dati precedentemente riportati vanno ascritti ad una efficace, benefica, attività antiaggregante del naprossene, piuttosto che ad un negativo effetto dei COX-2i.

Dal WEB

European Society of Cardiology segnalato da M.Fallani

Nel sito internet della ESC è possibile trovare programmi educativi, ed articoli di varie riviste (*The european heart journal, Cardiovascular research, Europace, European journal on heart failure, European journal on echocardiography*). E' presente anche una pagina, Scientific and clinical information, di linee guida e scientific statement della società.

www.escardio.org/

Aggiornamenti

Profilassi antitetanica (modificata da ATLS®)

M.Fallani, S.Millettì, DEA AO S.Orsola Malpighi di Bologna

- pulizia chirurgica di tutte la ferite, specie se contaminate
- valuta le caratteristiche della ferita

caratteristiche ferita	basso rischio	alto rischio
osservazione	prima di 6 h	dopo le 6 h
aspetto	lineare o abrasione	lacero-contusa
profondità	< 1 cm	> 1 cm
meccanismo lesivo	taglio, punta	strappo, lesione termica
tessuto necrotico	assente	presente
contaminazione	assente	presente

- valuta immunizzazione del Pz

immunizzazione completa	immunizzazione di base + dose vaccino < 10 aa
immunizzazione parziale	2 o più dosi di cui l'ultima entro 10 aa
non immunizzazione	non precedenti dosi o anamnesi sconosciuta

- tratta secondo lo schema

immunizzazione	ferita a basso rischio	ferita ad alto rischio
completa	vaccino se ultima dose > 5 aa	vaccino se ultima dose > 5 aa
parziale	vaccino	vaccino
non immunizzazione	vaccino	vaccino + Ig antitetaniche 250U

Nb: potrebbe risultare utile utilizzare il vaccino anti difto-tetanico per mantenere anche l'immunizzazione contro la difterite.

Prossimi convegni, corsi

Corsi SIMEU giugno-dicembre 2002 accreditati ECM

Per i corsi SIMEU inviare il modulo d'iscrizione al fax 0382-24605. Sono in programmazione corsi in date e sedi non indicati in tabella per i quali si prega di contattare la segreteria nazionale al tel. 0382 592793

	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre
Monitoraggio del paziente in medicina d'urgenza e pronto soccorso				Udine 20		Chiavari (GE), 15	Catania, 4
Disordini elettrolitici e dell'equilibrio acido-base nel paziente critico	Pavia, 28				Napoli, 25	Chiavari (GE), 15	Catania, 4
Sindrome coronarica acuta	Bologna, 3				Imola 28		Catania, 4
L'ECG nelle emergenze cardiologiche	Bologna, 4						
Elettrofisiologia e terapia delle aritmie	Bologna, 5				Imola 29		
L'insufficienza respiratoria acuta e il suo trattamento precoce mediante CPAP in emergenza	Bologna, 8 Bologna, 15						Catania, 4
Utilizzo della ventilazione meccanica non invasiva nel trattamento dell'insufficienza respiratoria acuta in emergenza					Bologna 21-22-23		
Tossicologia Clinica: corso di base (B-TOX)		Sassari, 19	Pavia, 6		Pavia, 25	Roma, 8	Catania, 4
Tossicologia Clinica: corso avanzato (A-TOX)				Pavia, 26-27		Pavia, 21-22	
Il management delle unità operative di medicina d'urgenza e pronto soccorso					Genova, 3-5		
Ultrasonologia in medicina d'urgenza e pronto soccorso							Bologna, 16-17-18