

n° 79 luglio 2008

indice

Lavori

- Results from Austria's nationwide public access defibrillation (ANPAD) programme collected over 2 years. Fleischhackl R, et al. Resuscitation 2008; May;77(2):195-200. Epub 2008 Jan 31
- Morphine and outcomes in acute decompensated heart failure: an ADHERE analysis. Peacock WF, Hollander JE, Diercks DB, Lopatin M, Fonarow G, Emerman CL. Emerg Med J 2008;25: 205-209.
- Sudden cardiac arrest associated with early repolarization. Haissaguerre M, Derval N, Sacher F, et al. N Engl J Med 2008; 358: 2016-23.
- Flumazenil Revisited. Williams JS, et al. Annals of Emerg Med 2008; 51: 473.
- Predicting outcome after traumatic brain injury: practical prognostic models based on large cohort of international patients. Medical Research Council (MRC) CRASH (corticosteroid randomisation after significant head injury) Trial Collaborators {Pablo A Perel, et al}. BMJ 2008;online first:1-10
- Factors Enhancing Career Satisfaction Among Female Emergency Physicians. Kathleen JC et al. Annals of Emergency Medicine 2008; 51: 723-728.
- Acutely Decompensated Heart Failure in a County Emergency Department: A Double-Blind Randomized Controlled Comparison of Nesiritide Versus Placebo Treatment. AH Miller et al. Ann Emerg Med 2008; 51: 571-578.

Aggiornamenti

- I "rimbalzi" del Pronto Soccorso ... e il valore della documentazione. A cura di Fabio De Iaco, D.E.A. A.S.L. 1 "Imperiese", Pronto Soccorso di Imperia

Indice

Indice per parole chiave dal numero 66

Redattore Capo: Mauro Fallani¹ mauro.fallani@sanita.marche.it **Redazione:** Andrea Fabbri² dr.andrea.fabbri@gmail.com Rodolfo Ferrari³ dr.rofer@libero.it Luca Iaboli⁴ liaboli@hotmail.com Rita Previati⁵ prei@libero.it **Supervisore:** Alberto Vandelli² a.vandelli@ausl.fo.it

¹U.O. Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza ASUR Marche Zona Territoriale 3 Fano, ²DEA AUSL di Forlì, ³DEA S.Orsola-Malpighi Bologna, ⁴DEA Reggio Emilia, ⁵DEA Ferrara

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

- **Lavori**

Results from Austria's nationwide public access defibrillation (ANPAD) programme collected over 2 years. Fleischhackl R, et al. **Resuscitation 2008; May;77(2):195-200. Epub 2008 Jan 31**

Lo studio è un'analisi dell'impiego a livello nazionale austriaco di defibrillatori posizionati sul territorio per un programma di defibrillazione pubblica. Lo studio di tipo osservazionale è un'analisi di attività sul numero di casi di arresto cardiaco trattati da personale laico con defibrillatori acquistati da organizzazioni private.

Misure di outcome considerate: le condizioni neurologiche alla dimissione ospedaliera dei soggetti rianimati. Eseguito inoltre un confronto fra i tempi di arrivo, di intervento e di impiego rispetto ai protocolli del personale del sistema Emergenza secondo i criteri Utstein. I tempi considerati sono quelli di registrazione dei monitor-defibrillatori.

Durante il periodo di studio (nov 2002 - dic 2004) sono stati posizionati in luoghi pubblici 1.865 defibrillatori. Un totale di 73 casi di utilizzo risultano all'analisi. Ben 11 casi non sono stati considerati nell'analisi in quanto l'impiego risulta essere stato da parte di personale del Servizio Emergenza. I soggetti recuperati dopo un arresto cardiaco e dimessi risulterebbero 17 su 62 (27%) dopo impiego del defibrillatore pubblico rispetto a 27 su 623 (4.5%) nel gruppo storico di confronto trattato dal sistema dell'Emergenza pubblica. In particolare dei 26 casi con un ritmo defibrillabile ben 14 (54%) risulterebbe recuperato e dimesso.

In 15/62 soggetti si è ottenuto un pieno recupero delle condizioni neurologiche (CPC 1 e 2), in 2 casi ha residuo una disabilità severa (CPC 3 e 4), mentre 45 soggetti sono deceduti.

Il tempo medio di attivazione del defibrillatore (dalla telefonata all'attivazione del defibrillatore pubblico) è risultato 3.5 min (IQR 2—6 min; totale 24 casi) mentre in solo 2 casi risultano false indicazioni alla defibrillazione a causa di interferenze e artefatti del tracciato.

Pur con i limiti del confronto con un database storico, l'impiego in Austria di defibrillatori in luoghi pubblici e da parte di laici ha determinato un frequente impiego delle manovre di rianimazione cardiopolmonare di base, con tempi di defibrillazione molto brevi. Tutto questo si è tradotto in un maggiore numero di soggetti recuperati con esito favorevole alla dimissione e in buono stato neurologico rispetto a quanto ottenuto dal sistema pubblico dell'Emergenza. Considerando l'elevato numero di defibrillatori installati sul territorio, il numero dei soggetti recuperati rimane esiguo. Nonostante le grandi risorse messe a disposizione per questa strategia d'intervento sull'arresto cardiaco, i risultati restano al di sotto delle aspettative anche in Austria.

Commento di Andrea Fabbri.

Morphine and outcomes in acute decompensated heart failure: an ADHERE analysis. Peacock WF, Hollander JE, Diercks DB, Lopatin M, Fonarow G, Emerman CL. **Emerg Med J 2008;25: 205-209.**

La morfina è stata considerata storicamente un farmaco utile nel trattamento dell'edema polmonare, ed è ancora accettata per i pazienti con scompenso cardiaco acuto, anche se tuttavia sono poche le evidenze che ne supportano l'uso. Le Linee Guida della Società Europea di Cardiologia per la diagnosi e il trattamento dello scompenso cardiaco acuto affermano che la morfina "è indicata nella fase iniziale del trattamento dei pazienti con scompenso cardiaco acuto severo, specialmente se associato ad agitazione e dispnea". Al contrario, non vi sono pubblicazioni di società scientifiche americane di cardiologia o di medicina d'urgenza che raccomandino la morfina per lo scompenso cardiaco acuto. Il rationale comune per l'utilizzo della morfina si basa sia sui suoi effetti emodinamici che sulle proprietà sedative. Dal punto di vista emodinamico, la morfina riduce il precarico e, in misura minore, il postcarico, oltre che la frequenza cardiaca. E' però controverso se ciò derivi da una venodilatazione (come ipotizzato da anni) o se non sia solo l'effetto dell'azione di riduzione dell'attività del sistema nervoso simpatico, con conseguente minore richiesta d'ossigeno e attenuazione della dispnea.

Il Registro ADHERE (Acute Decompensated Heart Failure Registry) è una raccolta di oltre 175.000 casi di scompenso cardiaco acuto ricoverati in 250 diversi ospedali del nord America. Questa pubblicazione è una analisi retrospettiva che valuta l'utilizzo della morfina in questi pazienti che nel 14% avevano ricevuto morfina, nell'86% no. Non vi erano differenze cliniche statisticamente significative fra i due gruppi riguardo età, frequenza cardiaca, pressione arteriosa, creatininemia, emoglobina, frazione d'eiezione. Nel gruppo trattato con morfina vi era una lieve prevalenza di congestione alla radiografia del torace e troponina aumentata. Riguardo i farmaci utilizzati, i pazienti che avevano ricevuto morfina erano stati trattati con dosi mediamente più alte di diuretici, inotropi e vasodilatatori, rispetto ai pazienti che non avevano ricevuto morfina. Il gruppo trattato con morfina aveva poi una mortalità globale più alta, una più lunga permanenza in ospedale, una maggiore percentuale di necessità di ventilazione meccanica e di ricovero in ambiente intensivo.

Conclusioni. Anche se con i limiti derivanti dall'essere uno studio retrospettivo e osservazionale (non è noto ad esempio sapere i criteri che hanno indotto al trattamento con morfina alcuni pazienti rispetto ad altri...), la maggiore percentuale di complicanze e la mortalità più elevata nel gruppo trattato con morfina devono indurre ad un suo uso ponderato, anche alla luce dei suoi ancora non chiari effetti emodinamici. Da non sottovalutare è poi il riscontro di una maggiore percentuale di intubazione tracheale e ventilazione meccanica associata al suo uso nello scompenso cardiaco acuto.

Commento di Rita Previati

Sudden cardiac arrest associated with early repolarization. Haissaguerre M, Derval N, Sacher F, et al. **N Engl J Med** 2008; 358: 2016-23.

La ripolarizzazione precoce è un riscontro elettrocardiografico comune che si trova in percentuale variabile dall'1 al 5% della popolazione. Sebbene questa condizione sia stata sempre considerata benigna, studi recenti hanno valutato il suo potenziale rischio aritmogenico. In questo lavoro sono stati valutati 206 casi di pazienti rianimati da arresto cardiaco in fibrillazione ventricolare idiopatica, al fine di verificare fra loro l'incidenza della ripolarizzazione precoce rispetto ad un gruppo di controllo. La ripolarizzazione precoce (intesa come una elevazione superiore ad 1 mm che comprendesse le derivazioni inferiori e laterali, per evitare di includere pazienti con sindrome di Brugada o displasia del ventricolo destro, in cui le alterazioni coinvolgono le derivazione anteriori) è stata riscontrata nel 31% dei casi rianimati rispetto al 5% del gruppo di controllo.

Conclusioni. Questi dati, in attesa di ulteriori conferme, sono potenzialmente rilevanti anche per il medico d'urgenza ad esempio nella valutazione prognostica dei pazienti giovani che accedono al Pronto Soccorso per un episodio di sincope e/o con una storia familiare di morte improvvisa o fibrillazione ventricolare idiopatica. Il riscontro di tali alterazioni elettrocardiografiche devono indurre a sospettare per il paziente la necessità di uno studio specialistico ulteriore, nell'ottica di una individuazione precoce di eventuali cardiopatie aritmogene e di una possibile prevenzione della morte improvvisa.

Commento di Rita Previati

Flumazenil Revisited. Williams JS, et al. **Annals of Emerg Med** 2008; 51: 473.

Alcuni di noi sono titubanti nell'impiego del flumazenil (Anexate) per paura di scatenare una crisi epilettica. Sugli Annals of Emergency Medicine è stato pubblicato uno studio retrospettivo su oltre 830 pazienti con sospetta o confermata overdose da benzodiazepine. Secondo i risultati di questa ricerca, solo 4 pazienti (0.5%) hanno avuto una crisi epilettica dopo il farmaco. I casi, in realtà, sono due se consideriamo che in uno di questi vi era una contemporanea intossicazione da triciclici e in un altro la crisi si è verificata 10 ore dopo la somministrazione dell'Anexate (il cui effetto dura solo 30-45 minuti). Questo studio suggerisce, quindi, che nonostante la reputazione dell'Anexate di essere causa di crisi epilettiche, in realtà questa evenienza è assai rara, si risolve spontaneamente o facilmente con i farmaci standard, e non mette il paziente in pericolo di vita.

Commento di Gemma Morabito UOC Medicina d'Urgenza e Pronto Soccorso Azienda Sant'Andrea, Roma

Predicting outcome after traumatic brain injury: practical prognostic models based on large cohort of international patients. Medical Research Council (MRC) CRASH (corticosteroid randomisation after significant head injury) Trial Collaborators {Pablo A Perel, et al}. **BMJ 2008;online first:1-10**

Dai dati raccolti nel trial MRC CRASH su 10.008 pazienti con trauma cranico e GCS \leq 14 reclutati entro 8 ore dal trauma è stato sviluppato un modello prognostico poi validato su una coorte esterna (dati del dataset IMPACT – international mission for prognosis and clinical trial – 8.509 individui con trauma cranico moderato-severo). I soggetti studiati erano per lo più di sesso maschile (81%), di paesi a reddito basso-medio (75%), valutati entro 3 ore dal trauma (58%), vittime di traumi della strada (65%), sottoposti a TC (79%); sono stati registrati 1.948 decessi (19%) a 2 settimane, 2.323 (24%) a 6 mesi, e 3.556 (37%) tra pazienti deceduti o con disabilità severa e dipendenza a 6 mesi. Sono stati elaborati 2 modelli predittivi, uno di base fondato su 4 variabili (età, GCS, reattività pupillare, presenza di danno extracranico maggiore) ed uno basato sul quadro TC (presenza di emorragie petecchiali, oblitterazione del terzo ventricolo o delle cisterne della base, sanguinamento subaracnoideo, shift della linea mediana, ematoma non evacuato). Tra i dati va sottolineato come il GCS presenti correlazione lineare con la mortalità (eccetto che per il GCS 3, così definito anche per gli individui in stato di sedazione); l'aumentare dell'età è associato alla mortalità solo dopo i 40 anni; particolarmente significativa in senso prognostico è la presenza o assenza di oblitterazione del terzo ventricolo o delle cisterne della base; i pazienti provenienti da paesi a reddito medio-basso hanno prognosi a breve termine nettamente peggiori.

Commento di Rodolfo Ferrari

Factors Enhancing Career Satisfaction Among Female Emergency Physicians. Kathleen JC et al. **Annals of Emergency Medicine 2008; 51: 723-728.**

Da un'indagine dell'ACEP risulterebbe che il numero dei medici donna specializzandi nell'area dell'emergenza è in progressivo aumento e che il numero dei medici impiegati nell'area dell'emergenza raggiunge il 30% del totale. L'ACEP ha proposto un questionario per ricercare eventuali fattori di soddisfazione di carriera nei medici donna impiegati nell'area dell'emergenza.

Sono stati interrogati 3 gruppi di medici donna: 1) membri ACEP dell'American Association of Women Emergency Physicians, (2) membri della Society for Academic Emergency Medicine Mentoring Women Interest Group, e infine (3) medici non iscritte a nessuna organizzazione.

Il questionario includeva domande in 6 aree: orario di lavoro, rapporti con i colleghi, sostegno amministrativo e formazione, rapporti con i pazienti, opportunità di carriera, stipendio.

L'analisi dei dati è stata eseguita su 2.502 questionari che corrispondeva al 56% delle domande inviate. La maggior parte dei questionari hanno indicato una soddisfazione relativamente alla carriera di medico dell'emergenza: 492 molto soddisfatti (35.5%), 610 (44.0%) soddisfatti, 154 (11.1%) neutri, 99 (7.1%) non soddisfatti, e infine 31 casi (2.3%) molto insoddisfatti. I fattori associati all'insoddisfazione di carriera sono risultati lo scarso riconoscimento della qualità del lavoro eseguito, l'insufficiente avanzamento di carriera, l'insufficiente flessibilità dell'orario di lavoro e lo stipendio.

Gli elementi associati ad un'elevata soddisfazione invece la ampia possibilità di pratica clinica, l'assenza di discriminazione per avanzamenti di carriera e per lo stipendio.

Commento di Andrea Fabbri

Acutely Decompensated Heart Failure in a County Emergency Department: A Double-Blind Randomized Controlled Comparison of Nesiritide Versus Placebo Treatment. AH Miller et al. **Ann Emerg Med 2008; 51: 571-578.**

Studio prospettico, randomizzato in doppio cieco, placebo-controllo per dimostrare l'efficacia della infusione di Nesiritide (per 8 ore) nello scompenso cardiaco acuto nel ridurre i riaccessi in ED e le ospedalizzazioni a 30 gg. Nonostante sia descritta l'efficacia del farmaco nel ridurre la

sintomatologia, nei 101 Pz randomizzati la Nesiritide non si è dimostrata superiore alla terapia standard per l'outcome studiato.

Commento di Mauro Fallani

- **Aggiornamenti**

I “rimbalzi” del Pronto Soccorso ... e il valore della documentazione.

A cura di Fabio De Iaco, D.E.A. A.S.L. 1 "Imperiese", Pronto Soccorso di Imperia

Riesaminare a posteriori verbali o cartelle di Pronto Soccorso è probabilmente una delle maniere più immediate per individuare errori, dimenticanze, elementi di vulnerabilità del processo decisionale messo in atto. Quando poi le cartelle compongono un libro in cui vengono presentati 30 casi molto diversi tra loro, ma tutti accomunati dal precoce rientro dei pazienti in Pronto Soccorso, ecco che il libro diviene un vero e proprio manuale di “decision making” in Medicina d’ Urgenza. E’ questo il principale elemento di valore di “Bouncebacks! Emergency Department cases: ED returns”, scritto da M.B. Weinstock e R. Longstreth, entrambi medici dell’ urgenza presso il Dipartimento di Emergenza del Mt. Carmel St. Ann’s Hospital di Westerville, Ohio, e da G.L. Henry, past-president dell’ ACEP. Ogni singolo caso/capitolo è composto dalla cronistoria del caso, con la fedele trascrizione delle cartelle e dei referti, da un commento specifico sulla condotta dei medici coinvolti nel caso e da una discussione più approfondita sulla patologia in oggetto (una volta svelata) con elementi di diagnosi, trattamento, prognosi e quanto altro. Un vero e proprio manuale, si diceva, non già fondato su una classificazione sistematica per patologia, ma piuttosto su una collezione di casi esemplari, in cui il ritorno del paziente in Pronto Soccorso sovente svela l’errore diagnostico commesso all’inizio. Un manuale che si legge come un romanzo, la cui struttura aneddotica coinvolge il medico-lettore in continui raffronti tra quel che accade nel libro e quel che tutti noi (armati del formidabile “senno-di-poi” proprio dei medici) avremmo fatto in quell’ occasione. Una raccolta di errori che potrebbero essere commessi (e spesso accade) in ognuno dei nostri Dipartimenti di Emergenza, alcuni certamente evitabili (dolori toracici, aneurismi, gravidanze ectopiche, sepsi, ecc.), altri francamente disarmanti (nessuno di noi negherebbe solidarietà al medico che, valutando un 24enne con dolore addominale diffuso che risponde alla terapia, in assenza di alcun segno ematochimico e radiologico, non sospetta l’infarto intestinale con disseminazione embolica che lo uccide 36 ore dopo!).

Ma al di là dell’ indubbia funzione educativa dal punto di vista clinico, “Bouncebacks!” (che, ricordiamo, significa letteralmente “rimbalzi”) stimola anche un’altra chiave di lettura, egualmente utile ed istruttiva: siamo nella patria delle azioni legali contro medici ed ospedali e la spada di Damocle della possibile citazione in giudizio condiziona tutto quanto contenuto nel libro, dalla stesura delle cartelle cliniche al commento degli esperti sull’operato dei medici. Un condizionamento continuo ed assillante, che si svela chiaramente nella compilazione di lunghissimi elenchi (talora incongrui) di sintomi negati dal paziente e di segni clinici negativi, ma si nasconde anche dietro annotazioni per noi assolutamente inusuali, come la registrazione in cartella dei colloqui con i parenti di pazienti critici ed il frequente riportare impressioni soggettive del medico, che determinano l’ assunzione di alcune decisioni procedurali. Il lettore “nostrano” guarda a questi aspetti con una certa sufficienza ma poi, ad una più approfondita riflessione, si accorge di trovarsi dinanzi per lo più a documentazioni minuziose, esaurienti, e scarsamente attaccabili dal punto di vista legale.

Eccessivo? Probabilmente no: certo la cosiddetta “medicina difensivistica” spesso emerge tra le righe delle cartelle, ma la lettura complessiva del manuale evidenzia anche altri aspetti, quali la sensibilità rispetto ai diritti di informazione e consenso del paziente e dei parenti, la verifica continua del processo cognitivo che conduce alla diagnosi ed alla decisione terapeutica, l’ estrema attenzione alla completezza della documentazione.

La disamina critica dell’ operato del medico è affidata ad un esperto (inteso proprio come clinico di grande esperienza) ed applica costantemente uno schema in cui la completezza della documentazione è al primo punto, seguita dalla completezza della valutazione clinica, dal rischio di

mancata identificazione di patologie gravi, dalla possibilità di subire azioni legali. Naturalmente viene analizzato tutto l'iter diagnostico-terapeutico, ma gli elementi per noi più interessanti stanno nella critica alle modalità di dimissione, che non è mai corretta se non contiene delle indicazioni precise: per quanti giorni la terapia, a quanti giorni il controllo presso il medico curante, in quali specifici casi ritornare in Pronto Soccorso?

Per concludere: un' opera accattivante ed istruttiva, fondata sulla convinzione per cui, come gli stessi autori dicono nella prefazione, "il medico abile impara dagli errori degli altri", dalla quale emerge il concetto fondamentale per cui un' esauriente documentazione costituisce la miglior arma di difesa rispetto al possibile contenzioso legale (viene da chiedersi quanto questo aspetto sia curato nei nostri Dipartimenti d'Emergenza...). Al termine, in una gustosa appendice, è riportato un decalogo, ironico ma sacrosanto, sul comportamento ideale del medico rispetto al rischio di contenzioso, che riportiamo telegraficamente:

I DIECI MIGLIORI MODI PER MASSIMIZZARE IL TUO RISCHIO DI ESSERE CITATO PER MALPRACTICE	
10° posto	In cartella includi sempre commenti non necessari che possano stimolare la controparte
9° posto	Minimizza sempre quel che il paziente lamenta
8° posto	Vai avanti da solo: non richiedere mai consulenze
7° posto	Parti dal presupposto per cui i frequentatori più assidui non hanno mai patologie acute
6° posto	Non documentare mai di aver preso visione dei dati e di aver agito di conseguenza
5° posto	Non indicare un appropriato follow-up
4° posto	Alla dimissione, non registrare che il paziente è stabile
3° posto	Accertati sempre di incolpare qualcun altro per un esito sfavorevole
2° posto	Se avviene il fattaccio, altera liberamente la cartella clinica
1° posto	Tratta male i pazienti: stanno sprecando il tuo tempo!!!

Un decalogo che merita di essere appeso nelle nostre sale visita!.

M.B. Weinstock, R. Longstreth, G. L. Henry: "Bouncebacks! Emergency Department Cases: ED Returns". Anadem Publishing Inc., 2006.

• **Indice parole chiave**

Keyword	N°	N°	N°	N°	N°	N°	N°	N°	N°	N°	N°
adrenalina	68	74									
alcol isopropilico	68										
ALI	69	71	72								
allergia a farmaci	73										
Alteplase	69										
amiodarone	76										
analgesia	76										
aneurisma aorta addominale	69	73									
angioplastica	67	69	71	72	75	76	77				
anziano	75										
appendicite	73	74	75	76							
ARDS	69	71	72								
arresto cardiaco	66	67	69	70	71	76					
arresto cardiaco extraospedaliero	66	72	74	75	77	79					
ASA	69	71	72	74							
asma	72	74									

torsione annessiale	73																		
trasmissione interumana	67																		
trattamenti palliativi	66																		
trattamento anticoagulante orale	66	77																	
trattamento chirurgico	67	73																	
trattamento conservativo	67																		
trauma aorta toracica	68																		
trauma cranico	70	71	79																
trauma maggiore	66	76	78																
triage	72																		
trombocitopenia	75																		
tromboembolismo venoso	74																		
trombolisi	68	69	72	75	76	77													
US	67	69	73	75															
ustioni	71																		
varici esofagee	70																		
vasopressina	68	69																	
ventilazione non invasiva	71	73	74	76	77	78													
violenza domestica	75																		
vomito	73																		
warfarin	69	70	72																
zanzara tigre	70																		