

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° 8 agosto 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**

Hypocapnia (NEJM 2002; 347: 43-53)

Consentitemi una breve premessa: siamo cresciuti, sin dal tempo degli studi universitari, con il "terrore" dell'ipercapnia; così, ogni qualvolta interpretiamo un'emogasanalisi, se la pressione parziale di CO₂ è bassa ci sentiamo come un naufrago che vede la terra ferma. Quest'articolo ci riporta inesorabilmente in alto mare!

L'ipocapnia può associarsi ad alcune patologie (è il più frequente disturbo acido-base nel paziente critico) o essere iatrogena (in maniera volontaria o, più spesso, involontaria!). Quando essa non è particolarmente severa la sintomatologia è scarsa e riconducibile ai sintomi riferiti dai pazienti in corso di crisi d'ansia. Ma oltre all'entità dell'ipocapnia è estremamente importante la sua durata.

L'ipocapnia può determinare od aggravare un'ischemia cellulare o tissutale sia inducendo un maggior consumo d'ossigeno (aumento dell'eccitabilità e contrazione cellulare), sia riducendone il suo apporto ai tessuti (broncocostrizione, vasocostrizione polmonare ed aumento degli shunts intrapolmonari, spostamento a sinistra della curva di dissociazione d'emoglobina, vasocostrizione arteriosa sistemica).

Il compenso all'ipocapnia consiste in una riduzione dei bicarbonati con riduzione dell'alcalosi (senza che sia raggiunto un pH normale).

A livello cerebrale il pH determina il grado di vasocostrizione con riduzione della pressione intracranica. L'ipocapnia comporta una vasocostrizione che, tuttavia, è solo transitoria a seguito del compenso legato ai bicarbonati. Il ritorno alla normocapnia può determinare una iperperfusion cerebrale con aumento della pressione intracranica, aggravamento del danno da riperfusion ed

emorragia. L'iperventilazione profilattica nel paziente con danno cerebrale post-traumatico sembra perciò associata a peggioramento della prognosi ed un gruppo di esperti, al momento, ne sconsiglia il suo utilizzo.

L'ipocapnia è dannosa per lo stesso apparato respiratorio determinando aumento delle resistenze delle vie aeree per broncospasmo ed aumento di permeabilità capillare e si ritiene che essa possa determinare "acute lung injury".

Infine a livello cardiovascolare può comportare ischemia miocardica per ridotto apporto di ossigeno ed un suo maggior consumo. Può favorire la formazione di trombi aumentando l'aggregabilità piastrinica. Può portare all'insorgenza di aritmie sebbene l'alcalosi sia utilizzata efficacemente a scopo terapeutico nelle aritmie indotte da anestetici locali o da TCA.

In sintesi quest'articolo stigmatizza questi ed altri possibili effetti dannosi dell'ipocapnia e dell'alcalosi ad essa associata (cui troppo spesso non siamo abituati a pensare). Limite di questa trattazione è non indicare quali valori di CO₂ e quale durata dell'ipocapnia potrebbero comportare danni ai vari apparati.

F. Giostra DEA AO S.Orsola Malpighi di Bologna

Reperfusion for ST-Segment Elevation Myocardial Infarction (STEMI). An overview of Current Treatment Option (Circulation 2002; 105: 2813-2816)

Gli autori partono da un caso clinico per analizzare le varie procedure di rivascolarizzazione miocardica e la loro riuscita in termini di riduzione della mortalità, della reincidenza di infarto e di effetti collaterali, nello STEMI.

Trattamento di riperfusione farmacologica: molti studi prospettici randomizzati hanno dimostrato una chiara riduzione della mortalità rispetto alla sola terapia di supporto. I regimi farmacologici più utilizzati sono:

- Infusione accelerata di alteplase (fino a 100mg in 90 min)
- Bolo di tenecteplase (da 30 a 50 mg in singola dose in relazione al peso)
- Reteplase (2 boli da 10 U a 30 min di distanza)

Tutti i precedenti possono essere associati alla somministrazione per os di Aspirina 150-325 mg ed eparina non frazionata (60U/Kg in bolo, fino a 4000 U seguiti da per fusione continua di 12U/Kg/h, fino ad un massimo di 1000 U/h). E' riconosciuto l'uso dell'enoxaparina (LMWH) solo se si usa tenecteplase. Un'alternativa agli schemi classici è l'uso di dosi dimezzate di trombolitico associato all'uso degli antagonisti della glicoproteina IIb/IIIa delle piastrine, trattamento valutato sia nel GUSTO-V che nell'ASSENT-3 ed in molti piccoli studi, dai quali emerge un beneficio nella velocità e nella qualità della riperfusione, ma non risulta una riduzione della mortalità, mentre sono aumentati i sanguinamenti spontanei, specialmente nell'età avanzata.

PCI primaria: la PCI primaria, ovvero condotta in emergenza, senza la somministrazione di farmaci trombolitici, ha dimostrato offrire un beneficio superiore rispetto alla sola terapia trombolitica in termini di riuscita della riperfusione, senza elevate incidenze di complicanze emodinamiche o aritmiche e con una rapida dimissione dall'ospedale. Limiti degli studi analizzati: sono stati tutti condotti in centri con operatori ad elevata esperienza, esclusione dagli studi di pazienti ad elevato rischio e utilizzo di palloncini tradizionali e non di stent.

Ospedali locali contro centri "tertiary": quando i pazienti si presentano direttamente presso un tertiary center che offre la possibilità di eseguire la PCI, numerosi dati suggeriscono che una immediata angioplastica coronarica costituisce una ottima terapia per lo STEMI entro 12 ore dall'esordio dei sintomi. I pazienti che invece si presentano agli ospedali locali beneficiano di un immediato trasporto verso i tertiary se paragonati a coloro che ricevono terapia trombolitica, anche se vi è una perdita di tempo (dai 60 ai 90 min) nel trasporto del paziente da un ospedale all'altro (studi analizzati: AIR-PAMI, PRAGUE, DANAMI-2). Più recentemente, alcuni ospedali locali hanno iniziato ad offrire la PCI primaria con operatori specializzati, ottenendo risultati migliori rispetto alla sola terapia trombolitica e paragonabili a quelli ottenuti nei centri tertiary.

Stent o non stent: mentre studi non molto recenti avevano evidenziato una maggiore incidenza di trombosi dello stent, basso flusso ed una mortalità ad un anno del primary stenting rispetto all'uso del palloncino, il recente CADILLAC non ha evidenziato una maggiore incidenza di complicanze nell'uso dello stent, mentre sono evidenti i benefici in termini di precoce reocclusione e tardiva risteno del vaso causa dell'infarto. La pratica corrente suggerisce quindi l'uso dello stent durante gli interventi primari.

Terapia aggiuntiva antiplastrinica, antitrombotica e trombolitica: oltre all'uso di eparina e aspirina come descritto sopra, la somministrazione di antagonisti della glicoproteina IIb/IIIa delle piastrine può attenuare la formazione di nuovi trombi e quindi migliorare la riuscita dell'intervento primario. I dati su questo punto sono tuttora inconcludenti, essendo l'unico dato certo una riduzione della mortalità nell'uso dell'abciximab con la PCI con palloncino. Anche la miglior rivascolarizzazione con l'uso di dosi piene di trombolitici prima dell'esecuzione della PCI non è comprovata, pur essendo minimizzate le elevate complicanze (sanguinamenti) descritte in studi non recenti. Sono in corso numerosi studi sull'argomento.

Ruolo della rimozione del trombo e dell'embolo: L'Angioject rheolytic thrombectomy catheter è attualmente l'unico presidio approvato e comunemente utilizzato nella rimozione del trombo durante le manovre primarie nell'infarto miocardico, anche se i trials sull'argomento sono all'inizio. Un secondo problema è invece la persistenza di anomalie di rivascolarizzazione in almeno il 70% dei pazienti nei quali è ripristinato un normale flusso epicardico: frammenti di trombo o di placche aterosclerotiche possono embolizzare a valle durante la PCI, con conseguente ostruzione del microcircolo, rendendo vani gli effetti dell'intervento. Sono in corso studi per evitare questo problema tramite l'utilizzo di presidi di rimozione del trombo.

Ruolo della protezione miocardica: la terapia con β -bloccanti è ormai consolidata nel ridurre la domanda di ossigeno e nel ridurre le complicanze aritmiche nello STEMI. Supporti emodinamici come il contropulsatore aortico possono essere utili negli infarti vasti con compromissione emodinamica, ma non è convalidato l'uso routinario. Dati ottenuti sugli animali suggeriscono che sarebbe utile limitare i danni ischemici durante i primi momenti della riperfusione; a tale scopo sono stati studiati molti farmaci (vasodilatatori, antagonisti delle molecole di adesione, ed inibitori delle frazioni del complemento), senza chiari benefici.

Conclusioni e raccomandazioni evidence-based: Anche se non sono ancora definitivi i dati sui benefici della terapia trombolitica, molti dati suggeriscono l'efficacia dell'angioplastica primaria con impianto di stent, sia negli ospedali locali qualificati che nei tertiary centers. Il supporto emodinamico con il contropulsatore aortico può essere utile ma non è obbligatorio. Il trattamento con gli antagonisti della glicoproteina IIb/IIIa delle piastrine o dosi ridotte di farmaci trombolitici prima dell'intervento primario pare essere efficace, ma sono ancora in corso diversi trials sull'argomento ed i dati non sono definitivi.

L. Masi, DEA AO S.Orsola Malpighi di Bologna

Management of the patient who has been resuscitated from sudden cardiac death. (Circulation 2002;105: 2704-2707)

La morte improvvisa cardiaca è un problema socialmente rilevante che ha portato ad enormi sforzi per prevenirla; attualmente il concetto prevalente è quello di aumentare la diffusione dei defibrillatori semiautomatici e di permettere il loro utilizzo anche al personale non medico e laico. Infatti la morte cardiaca improvvisa è prevalentemente una morte aritmica per TV/FV. Attualmente i risultati non sono brillantissimi, ma a maggior ragione quei pochi pazienti che vengono salvati vanno accuratamente valutati per il ripetersi di eventi potenzialmente, aritmici, fatali. In questo update vengono prese in considerazione quattro categorie di pazienti: 1. con cardiopatia preesistente, specialmente i sogg con preg IMA, 2. con evento aritmico in corso di ischemia acuta, 3. con cardiomiopatia ipertrofica e 4. che non presentano cardiopatia organica. Vi è indicazione certa al posizionamento di un defibrillatore impiantabile-ICD nei soggetti con preesistente cardiopatia sulla scorta di diversi trials (CIDS, CASH, AVID). Pur in assenza di dati pubblicati

anche nella cardiomiopatia ipertrofica vi è indicazione all'uso dell'ICD poiché è nota la scarsa protezione offerta dai farmaci (β -bloccanti e amiodarone) in questa situazione. I pazienti che non presentano una cardiopatia organica vanno studiati per escludere un QT lungo acquisito (farmaci, spesso antiaritmici). Le situazioni con QT lungo congenito, la sd di Brugada o i soggetti in cui non viene evidenziata alcuna causa beneficiano dell'ICD. Più complessa risulta la valutazione dei pazienti che abbiano presentato TV/FV durante IMA. I dati disponibili non sono univoci; a fronte di lavori che non evidenziano un aumentato rischio di morte improvvisa dopo rivascolarizzazione dal registro AVID tale rischio sarebbe aumentato (ma in questo studio vi erano molti pazienti con disfunzione miocardica). E' possibile che questi pazienti necessitino di approfondite valutazioni come ad esempio uno studio elettrofisiologico. Laddove la massa miocardica persa sia rilevante o vi siano alterazioni funzionali sono molti i centri che impiantano l'ICD.

M.Fallani DEA AO S.Orsola Malpighi di Bologna

Platelet glycoprotein IIb/IIIa inhibitors. Recognition of a two-edged sword? Circulation 2002; 106: 379-385

L'inibizione dell'aggregazione piastrinica gioca un ruolo fondamentale nelle sindromi coronariche acute e l'introduzione in terapia di inibitori della via finale comune (inibitori delle glicoproteine piastriniche IIb/IIIa – GP IIb/IIIa) di tale evento ha aperto nuovi orizzonti. L'analisi della letteratura porta all'evidenza che gli inibitori delle GP IIb/IIIa producono i migliori effetti terapeutici in associazione con l'angioplastica coronarica percutanea – PTCA (con una preferenza per l'abiximab) e nelle situazioni ad alto rischio (\uparrow troponine, diabete etc.), utilizzando tirofiban e eptifibatide. Questo probabilmente perché il beneficio si evidenzia nell'affrontare le situazioni a maggior rischio, laddove nelle situazioni meno impegnative gli effetti collaterali prevalgono sul vantaggio ottenibile e producono risultati negativi nei trials pubblicati. Tutte queste considerazioni hanno condotto l'AHA e l'ACC ad una revisione delle linee-guida per l'uso degli inibitori delle GP IIb/IIIa (+ eparina e ASA) nelle sd coronariche acute senza sopralivellamento dell'ST (http://www.acc.org/clinical/guidelines/unstable/update/pdf/UA_update.pdf oppure <http://216.185.112.5/downloadable/heart/1016214837537UANSTEMI2002Web.pdf>)

così riassumibili:

classe IA nei Pz in cui è programmata una PTCA (preferibile l'abiximab)

classe IIA nei Pz con alto rischio, diabete, troponine + (preferire tirofiban, eptifibatide)

Ove non esistano queste condizioni l'uso degli inibitori delle GP IIB/IIIa produce statisticamente peggiori outcomes.

M.Fallani DEA AO S.Orsola Malpighi di Bologna

• **Lavori**

Aspirin and Coumadin after acute coronary syndromes (the ASPECT study): a randomized controlled trial. (Lancet 2002; 360: 109-113)

La terapia anticoagulante orale (TAO) è una adeguata alternativa all'ASA in prevenzione secondaria dopo un episodio di sindrome coronaria acuta (SCA), in una situazione logistica che consenta adeguati controlli di INR. In particolare, è l'unico regime di trattamento antitrombotico a lungo termine ad oggi dimostratosi efficace dopo una SCA con tratto ST persistentemente sopralivellato (STEMI). Infatti l'ASA si è dimostrato efficace nel breve periodo. E' tutt'ora incerta la sua efficacia nel lungo periodo. Nei pazienti con SCA senza tratto ST persistentemente sopralivellato (NSTEMI) solamente il clopidogrel si è dimostrato efficace come trattamento a lungo termine (in associazione o in alternativa all'ASA).

Nello studio ASPECT-2 sono stati randomizzati 999 pazienti dopo un recente episodio di SCA (circa il 45% con STEMI ed il 55% con UA/NSTEMI) ad ASA 100 mg, TAO ad elevato regime di scoagulazione (target 3.0-4.0), terapia combinata con ASA 100 mg + TAO a moderato regime di

scoagulazione (target 2.0-3.0). Importante, sono stati esclusi dallo studio pazienti trattati con angioplastica coronarica e pazienti con indicazione alla rivascolarizzazione al momento della randomizzazione.

L'end-point combinato (ricidiva di IMA non fatale + morte + stroke) si è verificato, dopo un follow-up medio di 12 mesi, nel 9% dei pazienti del primo gruppo, nel 5% del secondo gruppo e nel 5% dei pazienti in trattamento combinato (0.50 [0.27-0.92], $p=0.03$). L'incidenza di sanguinamenti maggiori è stata bassa in tutti e tre i bracci di trattamento ma significativamente maggiore nel gruppo con trattamento combinato (1%, 1%, 2% rispettivamente, (2.35 [0.61-9.10], $p=0.20$). Il valore di INR target è stato raggiunto e mantenuto in circa la metà dei pazienti in regime di scoagulazione elevato (valore medio 3.2) e nel 40% dei pazienti in regime di scoagulazione intermedio (valore medio 2.4).

Gli autori hanno concluso che il trattamento con TAO (in monoterapia ad elevato dosaggio o in associazione a bassi dosaggi di ASA e con valori target di INR intermedi) è più efficace dell'ASA in prevenzione secondaria dopo un recente episodio di SCA.

Questi risultati sono in contrasto con precedenti trial (CHAMP, OASIS-2, CARS) ed in accordo con altri studi più recenti (WARIS-2, APRICOT-2, entrambi in corso di pubblicazione). In particolare lo studio APRICOT-2, già disponibile on-line (<http://www.circulationaha.org>), ed unico trial con follow-up angiografico, ha evidenziato una riduzione relativa del 45% di riuclusione dopo una fibrinolisi efficace.

Tutti gli studi con esito negativo hanno valutato l'efficacia della TAO a bassi regimi di scoagulazione. Pertanto, perché la TAO sia efficace in prevenzione secondaria ed a lungo termine dopo un episodio di SCA devono essere raggiunti e mantenuti nel tempo valori di scoagulazione almeno intermedi (INR ≥ 2.0).

A. Barbieri e L. Reggiani U.O di Cardiologia Policlinico Modena

Impact of a clinical decision rule on hospital triage of patients with suspected acute cardiac ischemia in the emergency department (JAMA 2002; 288: 342-350)

In questo bel lavoro, gli autori hanno cercato di capire se l'utilizzazione di un dettagliato flow-chart decisionale nell'inquadramento clinico e nella successiva stratificazione del rischio dei malati con sospetta sindrome coronarica acuta che si presentino in PS possa aiutare il medico del DEA ad indirizzare il malato nella struttura più appropriata (Unità di Cura Intensiva Coronarica, Unità semi-intensiva con telemetria, unità di osservazione semplice dedicata). Il flow chart utilizzato è quello già pubblicato da Goldman (NEJM 1996; 334: 1498) con lievi modifiche degli autori. Due i principali aspetti valutati nel confronto dei diversi atteggiamenti:

- la sicurezza definita come "la percentuale di pazienti che ha presentato in 72 ore complicanze maggiori ricoverata in Unità Intensive",
- l'efficienza definita come "la percentuale dei pazienti che non hanno avuto complicanze maggiori ricoverata in unità di osservazione non telemetrate".

Il gruppo di pazienti è costituito da 1008 paz ed il gruppo di controllo da 207 pazienti valutati in precedenza, prima dell'adozione delle linee decisionali. L'adozione di questo flow-chart ha modificato il comportamento dei sanitari migliorandone l'efficienza senza alterare la sicurezza. In particolare, percentuale sovrapponibile di pazienti è stata indirizzata a unità intensive, mentre è diminuito il ricorso a strutture intermedie telemetrate ed aumentato quello a unità di osservazione semplice. L'analisi in dettaglio mostra che cambia soprattutto l'inquadramento dei pazienti nei gruppi a rischio "basso" o "molto basso" e la successiva loro gestione.

In sostanza si pone l'accento su come sia possibile, attraverso l'adozione di questa regole, ridurre l'accesso improprio a strutture di cura intensiva o semi-intensiva, senza pregiudicare l'assistenza ai malati. Il tutto mediante una accurata valutazione clinica e precisa valutazione della classe di rischio.

P. Mulè, DEA AO S.Orsola-Malpighi - Bologna

Massive pulmonary embolism during pregnancy successfully treated with rTPA: a case report and review of treatment options (Arch Intern Med 2002; 162: 1221-1227)

L'embolia polmonare (EP) durante la gravidanza rimane una causa rara ma significativa di morbilità e mortalità. Gran parte delle pazienti gravide con trombosi venosa profonda (TVP) e/o EP può essere trattata con successo e senza rischi con eparina non frazionata a basso peso molecolare. Sfortunatamente non ci sono dati conclusivi riguardo il trattamento appropriato dell'EP massiva. Il presente lavoro sintetizza i dati a favore di ogni modalità di trattamento. L'EMBOLECTOMIA sembra essere sicura per la madre, ma è associata ad una percentuale elevata di perdite del feto (20-40%). La gravidanza è una controindicazione relativa alla TERAPIA TROMBOLITICA, ma una revisione accurata della letteratura rivela che circa 200 pazienti sono state trattate con successo, con una mortalità materna molto bassa (1%) ed una percentuale bassa di perdite fetali (6%) o di parto prematuro (6%). La terapia trombolitica sembra essere il più facile e sicuro trattamento quando fallisce la terapia medica o quando c'è pervietà del forame ovale. l'uso del FILTRO CAVALE pare essere il metodo più sicuro, a breve termine, per la terapia dell'EP massiva durante la gravidanza, ma può avere complicanze future significative

G. Monti DEA AO S.Orsola Malpighi di Bologna

Troponin T levels in patients with acute coronary syndromes, with or without renal dysfunction (NEJM 2002; 346: 2047-2052) e l'editoriale associato Decision making with cardiac troponin tests (NEJM 2002; 346: 2079-2082)

Le troponine cardiache T e I sono markers specifici di danno miocardico. Inoltre nei Pz con sindrome coronaria acuta-SCA senza ST sopraslivellato la positività delle troponine identifica i soggetti a maggior rischio di morte o infarto, e quelli che maggiormente si giovano della terapia con gli inibitori delle glicoproteine IIb/IIIa. Uno dei possibili limiti di tali marcatori veniva indicato nella insufficienza renale, per la possibilità di falsi positivi (*JAMA 2001; 286: 2461-2462*). Nel presente studio condotto su 7033 soggetti arruolati nel GUSTO IV, il test di 3^a generazione per la troponina T identifica i soggetti a maggior rischio anche in caso di disfunzione renale. Il lavoro conclude che in soggetti selezionati (arruolati nello studio per la presenza di SCA) il test per la troponina T fornisce un'accurata valutazione prognostica.

M.Fallani DEA AO S.Orsola Malpighi di Bologna

- **In breve**

Poche indicazioni per il magnesio in urgenza

Per quanto spesso utilizzato nei dipartimenti di emergenza il magnesio ha una dimostrata efficacia in poche situazioni cliniche; correttamente il suo utilizzo dovrebbe essere limitato all'asma grave, l'eclampsia e la tachicardia polimorfa con torsione delle punte **Emerg Med J 2002; 19: 288-291**

Solo l'ASA per lo stroke ischemico

L'analisi della letteratura di una commissione dell'American Academy of Neurology e American Stroke Association (una affiliatazione dell'American Heart Association) ha evidenziato un sicuro effetto positivo nello stroke ischemico dell'ASA (160-325 mg) somministrato entro 48 ore. Per tutta un'altra serie di farmaci (eparina, eparine a basso peso molecolare, inibitori delle GP IIb/IIIa) esistono dati discordanti che non ne indicano l'uso attualmente ma non escludono che abbiano una efficacia **Neurology 2002; 59: 13-22, Stroke 2002; 33: 1934-1942**

In corso di RCP interrompere il meno possibile il massaggio

L'analisi del ritmo di arresto con i defibrillatori automatici richiede l'interruzione del massaggio cardiaco. In un modello animale è stato valutato l'impatto della durata di tale interruzione sulla efficacia della rianimazione. Interruzioni > ai 15 secondi compromettono il risultato della RCP e peggiorano la disfunzione miocardica in caso di ripresa di circolo **Circulation 2002; 106: 368-372**

Efficacia degli antiaritmici nella fibrillazione atriale-FA

In una metanalisi su 91 lavori per un totale di 8563 pazienti trattati per FA i farmaci delle classi IA, IC e III della classificazione di Vaughan-Williams hanno mostrato una efficacia statisticamente significativa vs placebo. Il confronto tra agenti farmacologici differenti all'interno di queste tre classi non ha messo in evidenza nessuna molecola statisticamente più efficace delle altre nella riconversione a ritmo sinusale. L'efficacia della Digitale è risultata simile al placebo. **Heart 2002; 87: 535-543**

Edema polmonare da altitudine e salmeterolo

Emerge sempre più chiaramente che nella genesi dell'edema polmonare ha un ruolo determinante il gradiente osmotico legato al trasporto transepiteliale del sodio indipendentemente dall'equilibrio di Starling. Gli agenti β -adrenergici incrementano il trasporto del sodio e promuovono la clearance alveolare. In un trial a doppio cieco vs placebo, la somministrazione profilattica per via inalatoria di β -adrenergici (salmeterolo) in soggetti suscettibili di sviluppare un quadro di edema polmonare da esposizione ad alte quote, ha permesso di ridurre il rischio. **NEJM 2002; 346: 1631-1636**

Nuovi farmaci per lo scompenso cardiaco

Si affacciano nella pratica terapeutica della insufficienza ventricolare sinistra nuovi farmaci come gli analoghi del peptide natriuretico (JAMA 2002; 287: 1531-1540) e nuovi inotropi come il **levosimendan** che non aumentano la richiesta di O₂ come le amine; nella pratica comparato alla dobutamina nelle situazioni di scompenso cardiaco con bassa gittata migliora la performance cardiaca e riduce la mortalità fino a 180 gg **Lancet 2002; 360: 196-202**

- **dal WEB**

Medscape today

Giornale online di medicina, a libero accesso previa registrazione che offre aggiornamenti e database su patologie e farmaci o articoli come quello riportato sotto.

<http://www.medscape.com/homeindex>

Risk stratification in patients with unstable angina and non-ST segment elevation myocardial infarction: evidence-based review (J Invasive Cardiol 2002; 14(4): 215-220

<http://www.medscape.com/viewarticle/436061>

• Sintesi Direttivo del 27/6

Presenti: Braglia, Di Battista, Fanciulli, Ferrari, Giovanardi, Miglio, Sarti, Vandelli, Zanotti
Assenti giustificati: Cavazza, Marzalonì, Orlando.

Il presidente coordina la lettura dello statuto e prende nota delle modifiche proposte a maggioranza dai presenti che danno mandato allo stesso presidente di apportare le necessarie e congruenti modifiche al regolamento (copia del file inviato ai coordinatori per l'esame delle proposte è disponibile a richiesta).

Il Collegio, in relazione alla mancata partecipazione del dr Lucio Brugioni di Modena a tutti i Collegi convocati, dispone di comunicare per lettera (in data 29/6/2002) un sollecito di conferma o rinuncia all'incarico di consigliere regionale; a tutt'oggi non è pervenuta risposta alcuna.

Viene stabilito di proporre una commissione regionale sul tema Osservazione Breve Intensiva di PS (disponibili Pazzaglia Ravenna, Giovanardi Modena, Lenzi Imola, Cavazza Parma, Petrapoulacos Regione, Pieroni Modena) e distribuita la bozza del progetto. Gli interessati comunichino al dr Giovanardi il nominativo.

Altri temi da portare in discussione a settembre sono:

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

Miglio informa sull'inizio dei lavori del comitato tecnico-scientifico "Ecografia d'Urgenza" e chiede collaborazione.

In data 28/6 Zanotti (Ferrara) mi ha inviato: "Ho avuto informazione di contatti fra Cor.Met e Assessorato (dott.sa Petrapoulacos) per il ripristino dei corsi di abilitazione all'emergenza territoriale con successiva titolarità di Guardia Medica.

Si tratta di una marcia indietro clamorosa rispetto alla decisione di inserire l'emergenza nell'ambito della dipendenza; inoltre ritengo che questa iniziativa allontani l'attivazione della scuola di specializzazione.

Si potrebbe sostenere invece, per superare la crisi occupazionale nella quale ci troviamo, l'idea di convenzioni con scuole di specializzazione per l'inserimento di specializzandi in formazione nelle attività di PS ed emergenza territoriale con tutoraggio.

Perchè non parlarne nella prossima riunione del Consiglio e prendere una posizione nei confronti di questa iniziativa dell'Assessorato".