

Cardionews

Numero due
giugno 2015

In questo numero

- Presentazione
- Aritmiocardiche , morte improvvisa, valvulopatie
- Prevenzione cardiovascolare, ipertensione arteriosa
- Alimentazione e malattie cardiovascolari
- Nursing cardiovascolare
- Cardiopatia ischemica cronica
- Cardiochirurgia, rianimazione cardiopolmonare
- Cardiologia dello sport, valutazione funzionale, riabilitazione
- Sindromi coronariche acute, scompenso cardiaco
- Quesiti
- Elettrocardiogramma
- News dalle regioni
- News Nazionali
- Evidencethatmatters

Direttore responsabile
Guido Francesco Guida

Editore
Giovanni Vincenzo Gaudio

Board

- Giuseppe Antista
- Riccardo Asteggiano
- Giorgia Carabelli
- Attilio Castellaneta
- Caterina Camastra
- Calogero Gugliotta
- Alfredo Monteverde
- Giuseppina Gabriella Surace
- Marcello Traina
- Maria Gabriella Vitrano

Web Master
Francesco Paolo Alesi

Cari amici e colleghi,

Siamo così al secondo numero di questo anno particolarmente ricco di eventi e di problemi che si ripercuotono nel mondo della Sanità. L'Intesa che sancisce la riduzione di 2,352 miliardi di euro del fondo sanitario a decorrere dal 2015 e valida anche per il 2016 dal 4



giugno 2015 ha ricevuto il via libera dalla Conferenza Stato Regioni diventando ormai esecutiva. Speriamo che i tagli non siano indiscriminati e colpiscano sprechi ed inefficienze. Vedo bene quelli all'inappropriatezza, una delle principali cause, delle lunghe liste di attesa e sulle nuove norme sulla responsabilità civile e penale dei professionisti della salute che si spera siano volte a dare maggiore tranquillità all'attività professionale ed a limitare gli effetti della medicina difensiva.

Con l'approvazione del nuovo regolamento sugli standard qualitativi, tecnologici e strutturali (pubblicato GU 127 del 4-6-2015) dovrebbero vedere la luce ospedali organizzati sul modello americano ad intensità di cure. Speriamo che la cardiologia possa avere in questo ambito il giusto riconoscimento che merita e che le deriva dai grandi progressi tecnologici e terapeutici che la hanno caratterizzato in questi ultimi anni (pensiamo alle tecniche di rivascularizzazione miocardica, di controllo del ritmo cardiaco, le tecniche endoscopiche di intervento valvolare, quelle di imaging etc..). Le reti per le emergenze e la continuità ospedale-territorio dovrebbero, poi, vederla molto protagonista.

Un ultimo capitolo, visto che nelle nostre fila c'è una corposa sezione infermieristica, dovrebbero essere gli ospedali a bassa intensità di cure gestiti dagli infermieri. Ospedali di comunità, nell'ambito del processo di integrazione ospedale-territorio, atti a garantire la continuità delle cure e dell'assistenza. Essi avranno l'importante compito di "interfacciarsi" con l'ospedale ordinario per la presa in carico di interventi sanitari potenzialmente erogabili a domicilio ma che necessitano del ricovero per impedimenti di varia natura (logistici o familiari) ad essere erogate a casa del paziente. Questi ospedali, che avranno dai 15 ai 20 posti letto, saranno gestiti dagli infermieri. Avranno l'assistenza medica assicurata da medici di medicina generale o pediatri o da altri medici dipendenti o convenzionati con il SSN secondo modalità scelte localmente. A livello gestionale questi ospedali faranno capo ai distretti sanitari. Considerato che circa l'80% delle patologie dei pazienti attuali, prevalentemente anziani e con pluripatologie, sono di natura cardiovascolare il compito dei cardiologi clinici sarà rinnovato e valorizzato. Speriamo che le figure della burocrazia e della gestione territoriale comprendano tali esigenze garantendo mezzi e personale ai medici che, attraverso questo impegno, ridurranno i costi delle degenze ospedaliere e miglioreranno la qualità della vita dei pazienti e dei caregiver. Le società scientifiche come la nostra votate alla clinica cardiovascolare potranno dare il loro contributo culturale, organizzativo e programmatico. Non dimentichiamo inoltre l'impegno della nostra società nella preparazione dei laici e dei sanitari sia nella prevenzione cardiovascolare che nella gestione delle urgenze cardiovascolari nel territorio e nel supporto di base alla rianimazione da arresto cardio-respiratorio.

Infine un tema che mi e penso ci stia molto a cuore: linee guida e medicina. Su cui molto della nostra pratica quotidiana viene impostata. Negli ultimi anni è stata giustamente messa in discussione l'indipendenza degli autori. Non volendo parlare della cardiologia, parliamo della diabetologia. Vi riferisco così di questo recentissimo studio pubblicato giorno 1 luglio 2015 sul BMJ (doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.h2638>) il quale segnala una macroscopica anomalia presente in diabetologia. Lo studio evidenzia come nello scorso ventennio (1993-2013) siano enormemente cresciuti gli studi sugli ipoglicemizzanti. Gli autori degli studi appartengono però soltanto al 2% di tutti gli autori considerati globalmente. Ed, invero, un terzo degli RCT è stato prodotto da meno dell'1% degli autori. Esisterebbero 110 autori "altamente prolifici" che avrebbero significativamente contribuito alla EBM sul trattamento ipoglicemizzante. Ed ancora, di questi, il 44% erano impiegati presso le aziende farmaceutiche ed il 56% erano accademici che lavoravano molto vicino alle aziende stesse. Undici autori, addirittura, sono stati definiti "supertrialist" ed hanno contribuito al 10% di tutta la EBM sugli ipoglicemizzanti orali. La cardiologia, come le altre specialità di grande impatto in medicina, non penso potrebbe differire di molto.

Senza voler criminalizzare nessuno penso che questo debba farci molto riflettere.

Anche in questo ambito una società scientifica indipendente dove esiste libera adesione e discussione ai temi e, soprattutto, molto vicina alla clinica, penso possa dire molto sul tema!

Buona lettura a tutti!

Guido Francesco Guida



ARITMIE CARDIACHE, MORTE IMPROVVISA, VALVULOPATIE

Asteggiano Riccardo

Vice chairman Council for Cardiology Practice – ESC

MALATTIE VALVOLARI CARDIACHE

Controversie in medicina – La gestione ottimale dellaterapia antitrombotica dopo impianto di protesivalvolare Bernard lung et al. - **The optimal management of anti-thrombotic therapy after valve replacement: certainties and uncertainties** DOI: http://dx.doi.org/10.1093/eurheartj/ehu365_2942-2949
First published online: 9 September 2014

La rassegna analizza una serie di condizioni cliniche molto diverse di pazienti con protesi valvolari: dalle protesi meccaniche che richiedono la terapia con inibitori della Vit K, alle biologiche, alle protesi impiantate con TAVI, dove sono indicati in associazione e con tempistica diversa gli anticoagulanti e gli antiaggreganti. In alcuni scenari persiste tuttora un certo grado di incertezza e non definizione.

TAVI: tutto quello che c'è da sapere **Jeroen J.Bax et al. - Open issues in transcatheter aortic valve implantation. Part 1: patient selection and treatment strategy for transcatheter aortic valve implantation** DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/eurheartj/ehu2562627-2638> First published online: 25 July 2014

Jeroen J.Bax et al - **Open issues in transcatheter aortic valve implantation. Part 2: procedural issues and outcomes after transcatheter aortic valve implantation**

DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/eurheartj/ehu2572639-2654> First published online: 25 July 2014

La rassegna analizza in due parti le maggiori problematiche correlate alla TAVI: la selezione dei pazienti adatti alla procedura, il tipo di procedura più adatta in una specifica condizione, il tipo di devices, e gli attuali risultati della procedura.

ARITMIE E MORTE IMPROVVISA

Defibrillatore e sport - HeinHeidbuchel et al. - **Exercise and competitive sports in patients with an implantable cardioverter-defibrillator** DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/eurheartj/ehu1303097-3102> First published online: 8 April 2014

L'attività fisica intensa può innescare aritmie ventricolari e shock di AICD, per cui gli atleti competitivi non sono ritenuti idonei alle competizioni. La rassegna analizza il razionale di tale restrizione e la possibilità alla luce di nuove evidenze di modificare tale posizione per il prossimo futuro per certe categorie sportive; inoltre sono fornite indicazioni per la scelta del tipo di devices, la loro programmazione, per un'adeguata preparazione sia fisica che psicologica degli atleti con tale problematica.

PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE, IPERTENSIONE ARTERIOSA

*Caterina Camastra, Attilio Castellaneta**

DIRIGENTE MEDICO, OSPEDALE SAN CAMILLO DI ROMA

*DIRIGENTE MEDICO, AZIENDA OSPEDALIERA SAN CAMILLO FORLANINI, ROMA



Quali diuretici tiazidici (TL o TT) sono da preferire nel trattamento dell'ipertensione arteriosa?

I diuretici tiazidici sono tra i farmaci più comunemente usati per l'ipertensione arteriosa. Secondo la loro struttura molecolare possono essere divisi in diuretici tiazidici (TT) e diuretici tiazidici like (TL). Questi ultimi hanno una più lunga emivita rispetto ai diuretici TT. In questa meta-analisi, sono stati inclusi studi randomizzati e controllati in pazienti ipertesi adulti che assumevano diuretici TT o diuretici TL confrontandoli con placebo o con farmaci antiipertensivi e che avevano un follow up pari o di oltre un anno. L'outcome primario erano gli eventi cardiovascolari. Gli outcome secondari includevano eventi coronarici, insufficienza cardiaca, eventi cerebrovascolari e morte per tutte le cause. Gli outcome non erano correlati con l'età, il sesso e l'etnia e la maggior riduzione della pressione arteriosa era significativamente associata alla riduzione del rischio per tutti gli outcome. I diuretici TL hanno dimostrato una maggiore riduzione del rischio di eventi cardiovascolari ed una riduzione del rischio aggiuntivo per l'insufficienza cardiaca se confrontato con diuretici TT. L'incidenza di effetti avversi era simile tra i diuretici TT, i diuretici TL e le altre terapie antiipertensive. I diuretici "tiazidici like", quindi, sono da preferire nel trattamento dell'ipertensione arteriosa perché svolgono effetti cardioprotettivi superiori ai classici tiazidici.

Hypertension2015.pii:Hypertension aha.114.05122

ALIMENTAZIONE E MALATTIE CARDIOVASCOLARI

Carabelli Giorgia

Biologo Nutrizionista Nutrigenetista ACSIAN - Varese



Obesità

L'obesità rappresenta uno dei principali problemi di salute pubblica nel mondo; siamo infatti di fronte a una vera e propria epidemia globale, che si sta diffondendo in molti paesi e che può causare, in assenza di un'azione immediata, problemi sanitari molto gravi nei prossimi anni. L'obesità è una condizione caratterizzata da un eccessivo accumulo di grasso corporeo, in genere a causa di un'alimentazione scorretta e di una vita sedentaria. Si sta inoltre studiando se e quanto l'obesità possa essere anche il risultato di fattori di rischio di natura genetica; esistono infatti fattori genetici in grado di favorire o meno la capacità di perdere peso e di mantenerlo basso. Il gene FTO sarebbe in grado di attivare o disattivare la funzione di numerosi geni implicati nelle regolazioni metaboliche del nostro organismo e nella regolazione stessa della sensazione di appetito. Il gene FTO (Fat Mass- And Obesity-Associated Gene) è un gene che negli ultimi anni ha ricevuto molta attenzione nel campo della ricerca ed è ampiamente dimostrata la sua correlazione diretta con l'obesità. Il gene può presentare un polimorfismo che causa la sostituzione di una timina (T) in adenina (A). È stato dimostrato che il 67 % degli individui con due copie (omozigoti AA) di questa variante genica del FTO ha un'alta probabilità di sviluppare l'obesità rispetto a chi non ha nessun allele della stessa variante. Il polimorfismo correla statisticamente in maniera altamente significativa ($p < 0,001$) con i tre caratteri antropometrici tipici dell'obesità, ovvero "indice di massa corporea" (IMC), "rapporto vita/fianchi" e "circonferenza vita". La terapia dell'obesità non si può limitare alla frettolosa prescrizione di una dieta e ad un generico e poco convinto invito all'esercizio muscolare. Vista la multifattorialità dell'eziologia e la molteplicità degli interventi terapeutici possibili, è auspicabile un trattamento integrato. Il test genetico può aiutare nella somministrazione di una

CARDIOPATIA ISCHEMICA CRONICA, ELETTROCARDIOGRAFIA

Giuseppe Antista

Alfredo Monteverde*

Specialista in geriatria, Monreale

*Dirigente medico UOC Geriatria, AUO Policlinico Palermo



Imaging cardiaco vs test ergometrico nello studio di soggetti con sospetta angina stabile: confronto di efficacia e costi

In questo studio retrospettivo, gli autori hanno valutato l'efficacia clinica e i costi di due indagini diverse (imaging cardiaco e test ergometrico) in un gruppo di pazienti consecutivi osservati in due ospedali del Regno Unito per dolore toracico, in un periodo di 12 mesi. L'ospedale A ha studiato 483 pazienti con test da sforzo tradizionale, l'ospedale B ha indagato su 295 pazienti tramite tecniche di imaging cardiaco (calcium score e TC coronarica, ecostress e scintigrafia miocardica). L'ospedale A ha eseguito 127 coronarografie (26,3 % dei soggetti arruolati) e 52 (40,9%) di queste sono risultate positive per stenosi coronarica; l'ospedale B ha eseguito 63 (21,4% della popolazione) coronarografie e 32 (50,8%) sono risultate indicative di stenosi coronarica. Il costo medio per paziente è stato nell'ospedale A di £ 566.6 ± 490.0 e di £ 487.9 ± 469.6 nell'ospedale B ($p < 0.001$). In conclusione, lo studio suggerisce come la strategia di imaging cardiaco determini l'esecuzione di un minor numero di coronarografie da eseguire e a una maggiore efficacia nella diagnosi di coronaropatia e a un costo inferiore. COMMENTO: questo studio dimostra come alcune tecniche di indagine ritenute più costose a priori, se eseguite in maniera corretta e ragionata, possono, invece, risultare più efficaci e determinare una riduzione significativa dei costi.

DemirOM e coll. Comparison of clinical efficacy and cost of a cardiac imaging strategy versus a traditional exercise test strategy for the investigation of patients with suspected stable coronary artery disease. Am J Cardiol. 2015 Jun. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25910528>



Effetto della terapia combinata di ezetimibe e rosuvastatina sulla regressione dell'aterosclerosi coronarica nei pazienti con malattia coronarica.

E' stato acclarato come ezetimibe sia in grado di ridurre significativamente il colesterolo LDL quando associato a una statina; era ancora da valutare, però, il suo effetto sull'aterosclerosi dei vasi coronarici. In questo studio gli autori hanno deciso di verificare l'effetto di ezetimibe addizionato ad una statina nei soggetti con coronaropatia con la tecnica dell'ecografia intravascolare (IVUS). Lo studio, prospettico randomizzato in aperto, ha arruolato 51 soggetti con cardiopatia ischemica cronica candidati a intervento coronarico percutaneo (PCI); 26 pazienti sono stati inseriti nel braccio con terapia combinata (rosuvastatina 5 mg + ezetimibe 10 mg al dì), 25 pazienti hanno ricevuto solo rosuvastatina 5 mg/die. L'esame IVUS, eseguito in un tratto di coronaria da non sottoporre a PCI, è stato effettuato al basale e dopo 6 mesi di terapia. I livelli di LDL-colesterolo sono risultati significativamente più bassi nei soggetti che hanno assunto terapia combinata (-55,8%) rispetto alla riduzione del 36,8% che si è osservata nel gruppo in monoterapia ($p=0.004$). L'endpoint primario (variazione percentuale del volume della placca) si è ridotto più efficacemente nel gruppo con terapia combinata (-13,2 % contro -3,1%; $p=0,050$). Inoltre, la riduzione percentuale del volume della placca aterosclerotica ha mostrato una correlazione positiva con la variazione percentuale di LDL colesterolo ($r=0.384$, $p=0.015$). COMMENTO: lo studio è un'ulteriore conferma di come una terapia ipolipemizzante più aggressiva possa avere maggiore efficacia nella gestione e nel controllo dell'aterosclerosi coronarica; questi risultati coincidono con quelli dello studio IMPROVE-IT presentati nel novembre 2014, in occasione dell'ultimo congresso dell'American Heart Association.

Masuda J e coll. Effect of combination therapy of ezetimibe and rosuvastatin on regression of coronary atherosclerosis in patients with coronary artery disease. Int Heart J. 2015 May. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25902885>

NURSING CARDIOVASCOLARE

Calogero Gugliotta

Coordinatore infermieristico Modulo dipartimentale n.6, ASP Palermo
Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche;



Ricoveri in barella, cosa rischia l'Infermiere?

Dal punto di vista giuridico le maggiori problematiche legate al ricovero in barella sono:

il rispetto della normativa sulla privacy, assente in corridoio; il rispetto della normativa sulla sicurezza, in quanto la barella non può essere considerato un idoneo appoggio per le manovre assistenziali anche elementari; il rispetto degli standard minimi di dotazione dell'unità di ricovero, campanello, luce, presa di corrente; il rispetto della normativa sulle dotazioni di personale, legge Donat-Cattin; il rispetto della normativa antincendio, basata sulle dotazioni standard di unità di ricovero.

La responsabilità della sicurezza degli utenti è dell'infermiere in turno, vediamo alcuni punti del Codice Deontologico dell'Infermiere.

Articolo 3 La responsabilità dell'infermiere consiste nell'assistere, nel curare e nel prendersi cura della persona nel rispetto della vita, della salute, della libertà e della dignità dell'individuo.

Articolo 26 L'infermiere assicura e tutela la riservatezza nel trattamento dei dati relativi all'assistito. Nella raccolta, nella gestione e nel passaggio di dati, si limita a ciò che è attinente all'assistenza.

Articolo 48 L'infermiere, ai diversi livelli di responsabilità, di fronte a carenze o disservizi provvede a darne comunicazione ai responsabili della struttura in cui opera o a cui afferisce il proprio assistito.

Dal punto di vista giuridico, la responsabilità di eventuali cadute è dell'infermiere, ed è certamente una aggravante del reato se la caduta è avvenuta da un mezzo inadeguato e non ritenuto, sempre dalla legge, idoneo a lunghi periodi di degenza.

La sentenza della Cassazione n. 16260 del 6 marzo 2013, dice che laddove il soggetto portatore di responsabilità non abbia la facoltà o possibilità di intervenire direttamente per la risoluzione del problema, ha l'obbligo di darne comunicazione ai superiori o direttamente all'azienda, pena la piena colpevolezza anche per eventi verso i quali non ha responsabilità diretta.

Al di là dei criteri di eccezionalità, l'infermiere deve denunciare al responsabile medico ed alla direzione sanitaria, per iscritto, che si sta lavorando in condizioni critiche e/o con carichi di lavoro non compatibili con i principi ed i criteri della sicurezza e che tale modalità è perpetrata nel tempo.

Solo una denuncia scritta e protocollata che esponga la propria opposizione ad una consuetudine pericolosa pone il personale infermieristico al riparo da eventuali conseguenze giuridiche.

FONTE: <http://www.aifl.eu/>

See and Treat: ambulatorio per i codici minori come soluzione al sovraffollamento del Pronto Soccorso

Si chiama "See&Treat": vedi e tratta. È un protocollo sanitario, messo a punto nel 1980 nel Regno Unito, in cui degli infermieri formati allo scopo sono in grado di gestire in modo autonomo bisogni clinici di natura

minore. La prima struttura ad adottare questo protocollo operativo è stata il Dipartimento di Emergenza dell'Ospedale di Kettering per contribuire a smaltire il sovraffollamento delle sale visita. In Italia questa metodica è stata adottata, a livello sperimentale, dal Servizio sanitario della Toscana e dell'Emilia Romagna nel 2010

Questo modello assistenziale si fonda su alcuni criteri:

- dal triage derivano due accessi distinti, uno per i casi più gravi trattati tradizionalmente, l'altro per le urgenze minori, trattate secondo la modalità See and Treat;
- è predisposta un'area dedicata See and Treat all'interno del DEA, con personale proprio;
- chi accede al See and Treat viene accolto dal primo operatore disponibile, medico o infermiere che sia, il quale gestisce autonomamente tutte le attività fino al loro termine;
- il personale del See and Treat è costituito dagli operatori esperti, che devono aver ricevuto una formazione specifica per poter gestire una serie di problemi di salute del cittadino ben definiti;
- viene ammessa al See and Treat una casistica di pazienti selezionata per appropriatezza.

Con l'attuazione di questo modello assistenziale si è potuto dimostrare, presso il Dipartimento di Cambridge (Regno Unito), come oltre il 70% dei pazienti che appartenevano alla categoria 4 di triage, corrispondente al codice bianco-verde in Italia, erano candidabili all'ambulatorio See and Treat. È stato inoltre possibile osservare come i tempi di attesa prima della visita medica sia diminuito sensibilmente passando da 56 minuti a 30 minuti. Inoltre il tempo totale trascorso nel dipartimento di emergenza è passato da una media di 99 minuti a 77 minuti (Bambi, 2008).

Per approfondimenti <http://www.ipasvi.it/>

CARDIOCHIRURGIA, RIANIMAZIONE CARDIOPOLMONARE

Giuseppina Gabriella Surace

Cardiochirurgia, AOU Federico II, Napoli

Un aiuto al cuore ad ogni età



INTRODUZIONE. Il trapianto di cuore resta il trattamento gold standard per l'insufficienza cardiaca allo stadio terminale refrattaria alla terapia medica. A causa della carenza di donatori, un'alternativa al trapianto è l'impianto di un dispositivo di assistenza ventricolare (VAD). Questo può essere impiantato per un periodo di tempo variabile in attesa del trapianto (bridge-to-transplantation), oppure in attesa di un miglioramento (bridge to recovery) oppure come destination therapy. A causa dell'aumento dell'età media della popolazione, aumenta anche l'età media dei pazienti con necessità di un trapianto di cuore. L'età è un fattore importante nella selezione dei pazienti in cui impiantare il device. Recenti studi hanno dimostrato ottimi risultati dopo l'impianto di un LVAD (left ventricular assist device) anche in età avanzata.

METODI. Dal gennaio 2008 al giugno 2014 sono stati sottoposti ad impianto di un LVAD 128 pazienti presso il dipartimento di cardiochirurgia dell'Università Wisconsin School of Medicine and Public Health, Madison, WI, USA. La maggior parte dei pazienti hanno avuto un Heart mate II. I pazienti sono stati divisi in 2 gruppi: pazienti di età < di 65 anni e pazienti di età ≥ 65anni.

RISULTATI. Il tempo medio di bridge to transplantation è stato di 235 giorni per il primo gruppo e di 245 giorni per il secondo gruppo. La sopravvivenza globale a 3, 6, 12 mesi è stata rispettivamente del 95, 95, 77% per il gruppo dei più giovani e del 73% per il gruppo dei più anziani (P = 0,35). Nei pazienti che hanno avuto un LVAD come destination therapy, la sopravvivenza globale a 3, 6, 12 e 24 mesi è stata

rispettivamente del 85, 79, 75 e 62% per il gruppo dei più giovani e del 93, 77, 67 e 34% per il gruppo dei più anziani ($P = 0,26$).

CONCLUSIONI. Nonostante i pazienti più anziani avessero spesso maggiori co-morbilità, gli esiti postoperatori dell'impianto del device, tra cui la sopravvivenza e l'insorgenza di complicanze sono paragonabili tra i due gruppi, quindi l'età non dovrebbe essere considerata un fattore di rischio per l'impianto di un LVAD.

Entela B. Lushaj et al. Impact of age on outcomes following continuous-flow left ventricular assist device implantation. *Interact CardioVasc Thorac Surg* (2015) 20 (6): 743-748.

<http://icvts.oxfordjournals.org/content/20/6/743.long>

Il ripristino della circolazione spontanea è solo il primo obiettivo.

Una rianimazione cardiopolmonare (CPR) efficace, attuata inseguito ad un arresto cardiaco con ripristino delle circolazione spontanea (ROSC), non preclude il verificarsi di esiti sfavorevoli. La cosiddetta sindrome post-arresto cardiaco, dovuta alla persistenza di alterazioni fisiopatologiche, ha quattro componenti principali: lesioni cerebrali, disfunzione del miocardio, la sindrome da ischemia-riperfusione e la causa scatenante persistente. Il riconoscimento e il trattamento di queste componenti può ridurre il rischio di complicanze secondarie e migliorare così la sopravvivenza.

Sebbene un'ipotensione dopo una ROSC è comune e si associa ad una prognosi sfavorevole, una pressione arteriosa media (MAP) ideale non è nota. Diversi studi hanno rilevato che bisogna mirare ad avere una $MAP > 65$ mm Hg per gli adulti e una PAS oltre un quinto percentile per età e sesso nei bambini. I pazienti che hanno ottenuto una MAP ottimale senza l'uso di agenti inotropi, hanno mostrato esiti migliori rispetto ai pazienti a cui invece sono stati somministrati. Quindi, un'accurata valutazione della causa di ipotensione, tra cui la funzione miocardica, il tono vascolare e la volemia, dovrebbe indirizzare la scelta terapeutica (supporto inotropo, vasopressorio, reintegrazione di liquidi).

Molto importante è anche la gestione della ventilazione. A causa del danno da ischemia-riperfusione, in seguito al ripristino del flusso ematico cerebrale, alte concentrazioni di ossigeno comportano la produzione di radicali reattivi dell'ossigeno che danneggiano il tessuto cerebrale. Inoltre l'ipocapnia induce vasocostrizione e riduce il flusso ematico cerebrale, aggravando il danno ischemico. Le linee guida dell'International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR) raccomandano una somministrazione di ossigeno per ottenere una saturazione di ossigeno del 94-96% ed una pCO_2 di 35-45mmHg.

Quindi, in seguito ad una RCP è molto importante un attento monitoraggio dell'emodinamica del paziente e un adeguato trattamento di eventuali alterazioni emodinamiche e/o ventilatorie, per poter migliorare la prognosi dei pazienti in cui si è riusciti ad ottenere una ROSC dopo arresto cardiaco.

Alexis A. Topjian et al. Haemodynamic and ventilator management in patients following cardiac arrest. *Curr Opin Crit Care*. 2015 Jun; 21(3): 195–201.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4426873/pdf/nihms687466.pdf>

CARDIOLOGIA DELLO SPORT, VALUTAZIONE FUNZIONALE E RIABILITAZIONE

Marcello Traina

Prof. Ordinario Scienze Motorie Università Studi Palermo – Coordinatore lab. di valutazione funzionale "DISMOT"



Un recente studio indica che negli atleti di “endurance” le aritmie ventricolari hanno origine dal ventricolo destro.

Materiale - metodi: i ricercatori hanno utilizzato l'ecocardiografia, la risonanza magnetica cardiaca (CMR) e le determinazioni invasive delle pressioni arteriose polmonare e sistemica sia a riposo che dopo sforzo in 17 atleti di endurance con aritmie ventricolari (EA-VAs), 8 con defibrillatore cardiaco (ICD); lo studio comprendeva anche 10 atleti di endurance sani (EAs) e 7 soggetti non atleti (NAs). I principali parametri ecocardiografici analizzati erano il rapporto telesistolico pressione-area del ventricolo destro (RVESPAR), le modificazioni da sforzo della frazione di accorciamento del RV (RVFAC) e la velocità di movimento sistolico dell'anulus tricuspidalico (RV S'). I parametri ricavati dalla CMR, associati alle misure invasive delle pressioni, erano il rapporto pressione-volume telesistolico (SP/ESV), i volumi bi ventricolari e la frazione di eiezione (EF) del ventricolo sinistro (LV) e del RV a riposo e dopo sforzo di elevata intensità.

Risultati: i parametri di funzione cardiaca a riposo e da sforzo del LV erano simili nei diversi gruppi, mentre gli aumenti causati dall'esercizio dei parametri RVFAC, RV S' e RVESPAR erano di minore entità ($P < 0.0001$) nei soggetti EA-VAs rispetto al gruppo EAs e NAs. Alla CMR da sforzo si evidenziava una riduzione del RVESV e un aumento di minore entità di RVEF e di RV SP/ESV nel gruppo EA-VAs rispetto ai gruppi EAs e NAs ($P < 0.01$). Nello studio esaminato le curve ROC hanno dimostrato che le misure da sforzo del ventricolo destro permettevano di differenziare accuratamente il gruppo EA-VAs dai soggetti senza aritmie [AUC per $\frac{RVESV}{RVESV_{max}}$ 0.90 , SP/ESV 0.90] (0.89).

Commento personale: questo studio dimostra che i cardiologi per evidenziare aritmie potenzialmente fatali negli atleti di “endurance” devono valutare il comportamento cardiaco non a riposo ma sotto sforzo e devono porre attenzione in particolare al comportamento del ventricolo destro utilizzando adeguate tecniche di “imaging”.

Articolo recensito: “Exercise-induced right ventricular dysfunction is associated with ventricular arrhythmias in endurance athletes”. Andre La Gerche e coll. European Heart Journal 2015.

<http://eurheartj.oxfordjournals.org/content/early/2015/05/26/eurheartj.ehv202>

Linee guida per evitare prolungati periodi di lavoro sedentario e ridurre il rischio cardiaco, metabolico e di mortalità precoce

Commento personale: In Inghilterra un gruppo internazionale di esperti è stato invitato ad elaborare linee guida per gli impiegati al fine di evitare prolungati periodi di lavoro sedentario. Le linee guida derivano dall'analisi di studi epidemiologici a lungo termine e di studi di intervento, differenziando le evidenze secondo i 4 livelli dell'ACSM - American College of Sports Medicine, che indicano che il numero di ore giornaliere in attività sedentaria (posizione seduta), indipendentemente dai livelli di esercizio o di attività fisica, è correlato positivamente con il rischio di diabete, malattie cardiovascolari e mortalità precoce.

Le principali raccomandazioni per gli impiegati che svolgono attività lavorative sedentarie e in posizione seduta sono:

- 1) inizialmente, per almeno 2 ore al giorno delle ore lavorative, stare in posizione eretta o praticare un'attività fisica lieve (camminare). Gli impiegati “part-time” potrebbero estendere queste attività fino a raggiungere 4 ore al giorno;
- 2) alternare il lavoro in posizione seduta con il lavoro in posizione eretta e viceversa utilizzando una stazione di lavoro adattabile a queste posizioni o con brevi pause di lavoro in cui viene assunta la posizione eretta;
- 3) una prolungata posizione stazione eretta statica potrebbe essere pericolosa e deve essere evitata. Gli impiegati che, per la prolungata posizione eretta sentono fatica o dolore muscolo-scheletrico, devono modificare la loro posizione o sedersi;

4) gli impiegati devono adottare anche uno stile di vita salutare che comprende una migliore nutrizione, la sospensione del fumo e la riduzione dell'assunzione di alcol e dello stress.

Articolo recensito: "The sedentary office: a growing case for change towards better health and productivity. Expert statement commissioned by Public Health England and the Active Working Community Interest Company". Buckley JP e coll. Br J Sports Med 2015.

<http://bjsm.bmj.com/content/early/2015/04/23/bjsports-2015-094618>

SINDROMI CORONARICHE ACUTE, SCOMPENSO CARDIACO

Maria Gabriella Vitrano

Dirigente medico, responsabile reparto degenza donne, UOC Cardiologia
Ospedale Ingrassia, ASP Palermo



Frequenza e variabilità dell'uso inappropriato della aspirina nella prevenzione primaria cardiovascolare: risultati dal National Cardiovascular Disease Registry e Clinical Excellence Registry - J Am Coll Cardiol 2015;65:111-121.

Secondo alcune linee guida sulla prevenzione primaria delle patologie cardiovascolari, l'uso di aspirina è considerato adeguato solo in pazienti con rischio di eventi cardiovascolari (CVD) $\geq$ al 6% a 10 anni e inappropriato se tale rischio risulta inferiore. Infatti, nei pazienti a basso rischio cardiovascolare, il rischio di emorragie digestive e cerebrali associato all'uso della aspirina può essere addirittura superiore al suo potenziale beneficio antitrombotico. Questo studio condotto in USA ha selezionato 70.000 pazienti che erano stati messi in terapia con ASA per una prevenzione primaria del rischio di CVD. In quasi 8.000 l'utilizzo dell'ASA era del tutto inadeguato, essendo il rischio per CVD a 10 anni $<$ al 6%. I risultati sono rimasti invariati dopo aver escluso le 21.052 donne di età ≥ 65 anni e i pazienti con il diabete, con il risultato definitivo di una inappropriata utilizzazione dell'ASA nel 12,4% dei pazienti. Tali dati dovrebbero sensibilizzare i clinici al momento di decisione di instaurare una terapia preventiva primaria con ASA, al fine di ottimizzare il bilancio tra la protezione antitrombotica e il rischio emorragico.

Il trial ISAR-TRIPLE- J Am Coll Cardiol 2015;65:1619-1629.

I pazienti in terapia anticoagulante orale (TAO) cronica che vengono sottoposti all'impianto di uno stent medicato devono assumere, in aggiunta alla TAO, aspirina e clopidogrel, il che comporta un elevato rischio emorragico. Scopo dello studio ISAR-TRIPLE (Triple Therapy in Patients on Oral Anticoagulation After Drug Eluting Stent Implantation) è di mettere a confronto una durata di 6 mesi con una durata di 6 settimane del trattamento con clopidogrel in pazienti che assumevano anche aspirina e TAO. Gli autori hanno arruolato 614 pazienti che assumevano aspirina e TAO e che sono stati sottoposti a impianto di uno stent medicato, e li hanno randomizzati a un periodo di 6 settimane di terapia con clopidogrel ($n = 307$), rispetto a un periodo di 6 mesi di terapia con clopidogrel ($n = 307$). L'end point primario consisteva di morte, infarto miocardico (IM), trombosi certa dello stent, ictus ed emorragie maggiori secondo la definizione TIMI (Thrombolysis In Myocardial Infarction) a 9 mesi. L'end point primario si è verificato in 30 pazienti (9,8%) nel gruppo assegnato a 6 settimane di terapia, rispetto a 27 pazienti (8,8%) del gruppo assegnato a 6 mesi di terapia (HR: 1,14; IC al 95%: da 0,68 a 1,91; $p = 0,63$). Gli autori concludono che una durata di 6 settimane della terapia tripla non è superiore rispetto a una durata di 6 mesi, dopo impianto di uno stent medicato in pazienti in TAO;

Estensione della durata della doppia antiaggregazione dopo una PCI in pazienti con e senza infarto miocardico acuto: benefici e rischi, dove pende l'ago della bilancia?

J Am Coll Cardiol 2015;65:2211-21

.Yeh e colleghi hanno presentato i dati del trial randomizzato, in doppio cieco e controllato con placebo, DAPT "Dual Antiplatelet Therapy Study" per valutare benefici e rischi di una durata prolungata della doppia antiaggregazione (30 mesi rispetto a 12 mesi) in pazienti sottoposti a impianto di uno stent coronarico. Gli eventi considerati erano essenzialmente quelli ischemici (cardiaci e cerebrovascolari) e quelli emorragici (emorragie moderate o gravi) secondo classificazione GUSTO. Degli 11.648 pazienti randomizzati (9.961 trattati con stent medicati, 1.687 trattati con stent metallici), il 30,7% si è presentato con un infarto miocardico. Fra i 12 e i 30 mesi, la prosecuzione della tienopiridina con l'aspirina ha ridotto la trombosi dello stent rispetto al placebo sia nei pazienti con un IMA sia in quelli senza IMA alla presentazione clinica. La riduzione degli eventi avversi maggiori cardiaci e cerebrovascolari era superiore nei pz. che proseguivano la tienopiridina e avevano presentato un IMA all'esordio, rispetto a coloro che proseguivano la tienopiridina ma non avevano presentato un IMA all'esordio. In entrambi i gruppi, la tienopiridina ha ridotto il tasso di IMA ma ha aumentato il tasso di emorragie. In sintesi, emerge che la prosecuzione a 30 mesi della doppia antiaggregazione, rispetto a 12 mesi, riduce il rischio di trombosi dello stent e di IMA, sia nei pazienti con IMA all'esordio, sia nei pazienti stabili clinicamente al momento della presentazione clinica, però con un aumento degli eventi emorragici.

Evidence that matters

A cura di G. F. Guida

- L'Agenzia Europea dei Medicinali (EMA) ha raccomandato diverse misure, inclusa l'introduzione di materiale didattico più efficace, per garantire che gli autoiniettori di adrenalina vengano usati correttamente. Gli autoiniettori di adrenalina sono trattamenti potenzialmente salvavita nel caso di anafilassi mentre il paziente è in attesa dell'assistenza medica di emergenza. L'anafilassi è una reazione allergica severa, che può mettere a rischio la vita e causare un calo della pressione e difficoltà respiratorie. Un'iniezione di adrenalina aiuta ad alleviare rapidamente i sintomi di anafilassi, restringendo i vasi sanguigni (quindi aumentando la pressione arteriosa) e dilatando le vie aeree per facilitare la respirazione.
- La statunitense Food and Drug Administration (FDA) ha approvato cangrelor, un farmaco antiaggregante per via endovenosa. Il farmaco è indicato per pazienti adulti sottoposti ad angioplastica coronarica. In uno studio clinico che ha messo a confronto cangrelor con l'antiaggregante clopidogrel in oltre 10.000 partecipanti, cangrelor ha ridotto significativamente l'insorgenza di infarto miocardico e trombosi dello stent. Il numero di eventi emorragici gravi è stato complessivamente basso, più comuni con cangrelor che con clopidogrel (circa uno ogni 170 nei pazienti trattati con cangrelor rispetto a circa uno ogni 275 nei pazienti trattati con clopidogrel).
- Left Atrial Appendage Occlusion Device Societal Overview - Masoudi FA, Calkins H, Kavinsky C, et al. - J Am Coll Cardiol 2015;Jun 29:[Epub ahead of print]. The American College of Cardiology (ACC), Heart Rhythm Society (HRS), and Society for Cardiovascular Angiography and Interventions (SCAI) have collaborated in writing this overview on the left atrial appendage (LAA) occlusion device as the first of a series of documents to address issues critical to the appropriate integration of new technologies into the care of patients with atrial fibrillation (AF).
- Cardiac Arrest Treatment Algorithm - Rab T et al., on behalf of the Interventional Council, American College of Cardiology. J Am Coll Cardiol 2015;66:62-73 Perspective: The following are five points to remember from the American College of Cardiology's Interventional Council regarding a treatment algorithm for emergent invasive cardiac procedures in the resuscitated comatose patient
- Prevalence of Overweight and Obesity - Yang L, Colditz GA. JAMA Intern Med 2015;Jun 22: [Epub ahead of print]. Perspective: The following are five points to remember about the prevalence of overweight and obesity in the United States

- Endovascular Cooling for OOH Arrest: Little Clinical Gain Seen- Heartwire from Medscape, July 2, 2015 - "Despite better hypothermia induction and maintenance," endovascular wasn't superior to external cooling in survival without major neurological damages, say researchers. But they also saw room for optimism.
- EHRA Smartphones, Power Lines May Cause (Small) Interference With CIEDs- Heartwire from Medscape, July 1, 2015 - Although the risk of electromagnetic interference "is out there," researchers note that patients with pacemakers and ICDs shouldn't live in fear. In fact, the study findings "should reassure people."
- EHRA Appropriate ICD Shocks Again Linked to Increased CV Mortality- Heartwire from Medscape, June 30, 2015 Although such shocks may be a significant risk factor for CV mortality, they appear to be "a risk marker of a more advanced heart pathology" when it comes to total mortality, say researchers.
- Edoxaban (Lixiana) Approved for AF, DVT/PE in Europe The novel oral anticoagulant joins other factor Xa inhibitors and a direct thrombin inhibitor there to compete with the older vitamin-K antagonists; it's already sold in North America as Savaysa.
- Out-of-Hospital Cardiac-Arrest Care, Survival Better at Dedicated Center
In a study of patients in Copenhagen who had a non-STEMI out-of-hospital cardiac arrest, those who were admitted to a tertiary-care heart center received a higher level of care and were twice as likely to survive until hospital discharge (Søholm H, et al. Circ Cardiovasc Qual Outcomes 2015; 8:268-276. Abstract). In a separate study from California, patients with out-of-hospital cardiac arrest were more likely to be discharged to home if they had been treated at a STEMI center (Mumma BE, et al. Am Heart J 2015; DOI:10.1016/J.AHJ.2015.05.020. Abstract).

Quiz cardiologici

A cura di Riccardo Asteggiano

QUESTIONARIO n.1

Qual è la tachicardia sopraventricolare organizzata più frequente:

- a) rientro AV
- b) rientro NAV
- c) rientro sinusale
- d) giunzionale a focolaio

A cura di Giuseppe Antista e Alfredo Monteverde

1) Nello studio SIGNIFY, quale dosaggio di ivabradina è stato, inizialmente, utilizzato nei soggetti di età > 55 anni e in quelli di età > 75 anni, rispettivamente?

- a) 5 mg bid; 7,5 mg bid
- b) 7,5 mg bid; 7,5 mg bid
- c) 7,5 mg bid; 5 mg bid
- d) 10 mg bid; 5 mg bid

2) Nello studio SIGNIFY, 1.135 pazienti (dei 19.102 complessivi) assumevano pure diltiazem o verapamil; in questi soggetti si è osservato un significativo incremento dell'endpoint primario e di infarto miocardico.

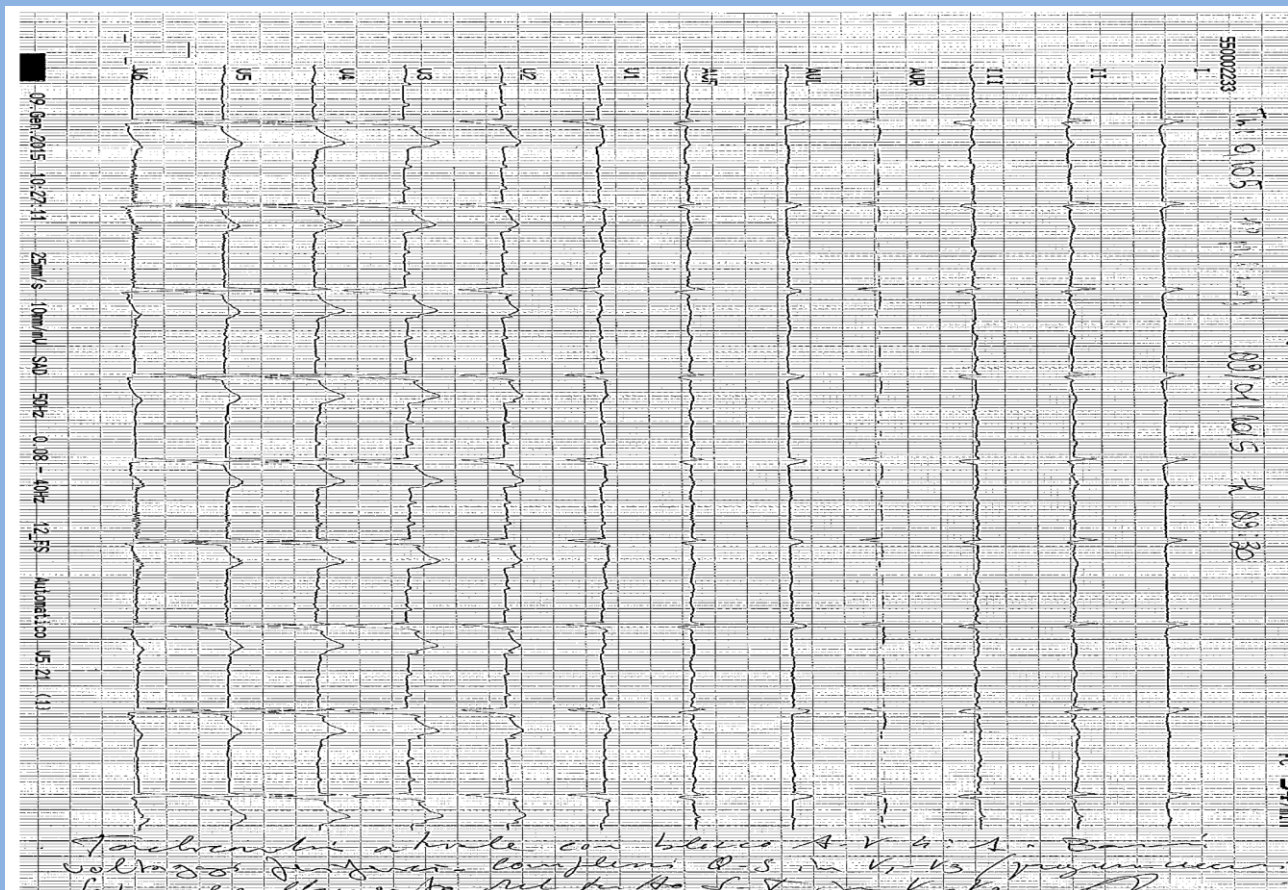
Quanto è stato, rispettivamente, l'incremento percentuale?

- a) + 31%; + 53%
- b) + 41%; + 64%
- c) + 51%; + 84%
- d) + 61%; + 93%

Risposta corretta domanda 1 = B, domanda 2 = C, domanda 3 = d

L'elettrocardiogramma del n.1

A cura di Giuseppe Antista ed Alfredo Monteverde



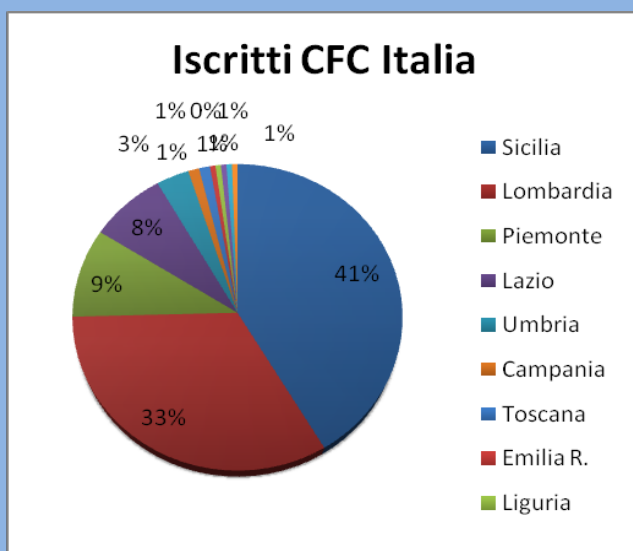
Per commenti e spiegazioni sul tracciato contattare Alfredo Monteverde al seguente indirizzo

alfredo.monteverde14@gmail.com

Comunicazione del Coordinatore delle REGIONI M. G. Vitrano

Cari amici,

con piacere vi comunico che abbiamo raggiunto un discreto numero di iscritti a livello nazionale (vedi grafico allegato) ma è comunque una base da cui partire con entusiasmo per incrementare il numero dei nostri iscritti, per creare nuovi segretari regionali nelle tante regioni non ancora coinvolte nella nostra associazione e coinvolgere le varie province nelle regioni in cui abbiamo solo segretari di regione e pochi altri colleghi iscritti. La valutazione che possiamo avere dagli iscritti nelle varie regioni è di una immagine a macchia di leopardo e il nostro compito arduo è dare un input concreto affinché si abbia una maggiore omogeneità a livello nazionale. E' compito di noi responsabili regionali trovare colleghi che possano ricoprire le cariche direttive nelle regioni limitrofe ; nelle nostre province ovviamente dovrebbero essere coinvolti professionisti motivati e con capacità organizzative e sono sicura che da uno sforzo comune otterremo risultati significativi



Si ricorda che fanno parte del CFC oltre che i soci singoli afferenti dalle regioni anche le seguenti associazioni scientifiche: AIMAR, Centro studi cuore, GIEC, SPELS, International, Society of Cardiovascular Society (nota del direttore di Cardionews)

Regione Calabria, Roberto Fava

Nessuna comunicazione

Regione Campania, Giuseppina Gabriella Surace

Nessun evento

Regione Lazio, Attilio Castellaneta

Convegno Interregionale Siculo Laziale ultimo trimestre 2015 / primo trimestre 2016

Regione Lombardia, Claudio Pini

Regione Sicilia, Maria Gabriella Vitrano

Corso di elettrocardiografia O.M. Provincia Palermo 30-31 ottobre, 13-14 novembre 2015

Convegno provincia Trapani CFC, ultimo trimestre 2015

Sicilia Cuore 2016 –uptade in cardiologia - Erice – Centro Ettore Majorana 1 trimestre 2016

Convegno Interregionale Siculo Laziale ultimo trimestre 2015 / primo trimestre 2016

Convegno Siculo –Israeliano primo trimestre 2016

La nostra e-mail è cfc.sicilia@gmail.com

Regione Umbria, Isabella Tritto

Nessun evento segnalato

Comunicazione a tutti gli iscritti CFC

DAL 1 GENNAIO 2014 PER RISULTARE SOCI ATTIVI CFC E' NECESSARIO

1. LA COMPILAZIONE DEL MODULO PRESENTE SUL NS SITO

www.cfcardiologia.it

2. IL VERSAMENTO DELLA QUOTA ASSOCIATIVA

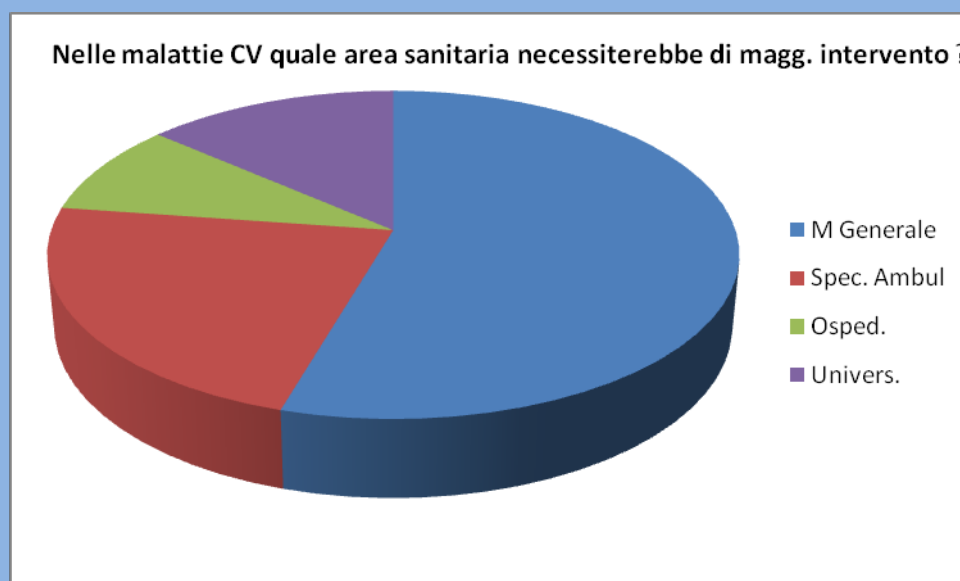
La quota associativa è biennale. Il suo importo viene deciso dal CD in base al numero di iscritti ed alle spese previste per la realizzazione delle iniziative che l'Assemblea dei Soci approverà per l'anno di attività. Attualmente la quota è stata fissata in € 30.00 ed è valida per due anni.

Coordinate Bancarie:

C/C N. 632110.32 INTESTATO A CFC IBAN: IT72L0103016301000063211032

Causale: quota associativa Collegio Federativo di Cardiologia

Risultato inchiesta sull'attività fisica condotta su www.cfcardiologia.it



Questo numero è stato inviato ad 840 lettori