

Dalla letteratura

Remo Melchio, Luca Dutto, Christian Bracco

Dipartimento di Emergenza, Azienda Ospedaliera Santa Croce e Carle. Cuneo

Crisi nel Dipartimento di Emergenza

«Negli ultimi dieci anni le visite nel Dipartimento di Emergenza sono aumentate del 26% mentre il numero dei DEA si è ridotto del 9% e gli ospedali hanno chiuso 198.000 posti letto. Con più pazienti che necessitano di cure e meno risorse per curarli, il sovraffollamento del DEA era inevitabile». Nel giugno 2006 un comitato *ad hoc* sul «Futuro dei Sistemi di Emergenza negli Stati Uniti» dell'*Institute of Medicine* (IOM) ha prodotto tre documenti dai titoli preoccupanti: *Hospital Based Emergency Care: At the Breaking Point*, *Emergency Medical Services: At the Crossroads*, e *Pediatric Emergency Care: Growing Pains*. Sul numero del 28 settembre 2006 del *NEJM*, il professor Kellermann di Atlanta, uno degli Autori, ne sintetizza i punti principali. Ne emerge una realtà complessa, caratterizzata da aree di PS affollate da pazienti con codice di priorità basso, da pazienti destinati al ricovero che stazionano in PS per mancanza di posti letto, da ambulanze in arrivo che sono destinate ad altri ospedali, da carenza cronica di personale infermieristico, da difficoltà a reperire specialisti che siano disponibili a vedere le emergenze a causa degli eventuali risvolti legali.

Non è la mancanza di denaro la causa del problema, afferma Kellermann, analizzando nei dettagli l'incremento dei fondi per l'emergenza e il bioterrorismo avvenuto negli ultimi 5 anni da parte del governo federale. Le proposte di cambiamento sono soprattutto di tipo organizzativo: dalla costituzione di un unico organismo federale che si occupi del sistema delle emergenze, al coordinamento su base regionale dell'assistenza, al trauma e alle emergenze. Un punto particolarmente enfatizzato riguarda il miglioramento del flusso dei pazienti che devono essere ricoverati, per evitare prolungati stazionamenti in PS.

Malgrado le note differenze tra il sistema sanitario italiano e quello statunitense, le analogie nell'ambito del sistema delle emergenze paiono molte.

La lettura del testo originale dei documenti è disponibile sul sito dell'IOM (in buona parte gratuitamente).

Kellermann AL
Crisis in the Emergency Department.
NEJM 2006; 355: 1300-04.
www.iom.edu/emergencycare

La PTCA primaria supera la prova del "mondo reale"

Negli ultimi anni *trials* randomizzati e metanalisi hanno dimostrato che la PTCA primaria è superiore alla trombolisi come strumento di ripercussione nei pazienti con infarto miocardico con sopraslivellamento del tratto ST. Per verificare se i risultati degli studi avevano un riscontro nel "mondo reale" i cardiologi svedesi hanno analizzato i dati raccolti nel Registro nazionale svedese dei pazienti ricoverati in Unità coronaria dal 1999 al 2004 (*Register of Information and Knowledge about Swedish Heart Intensive Care Admission*, RIKS-HIA). Il registro include più del 95% degli svedesi ricoverati in UTIC nel periodo di riferimento. I dati confermano in modo chiaro la superiorità della PTCA sulla trombolisi in ospedale, con una riduzione della mortalità a 30 giorni (4,9% vs 11,4%) e a 1 anno.

Commento: Il registro svedese dei pazienti ricoverati in unità coronarica rappresenta un eccellente strumento di audit clinico, potendo contare su una percentuale di adesione superiore al 95%. Inoltre, i dati clinici sono stati incrociati con i dati di mortalità derivati dal Registro nazionale delle cause di morte, ottenendo così una valutazione, "nel mondo reale", come la definiscono gli Autori stessi, del ruolo dell'angioplastica coronarica primaria nei pazienti con STEMI. Si tratta di una lezione importante di civiltà, che ha richiesto certamente uno sforzo da parte degli operatori che hanno inserito costantemente i dati via Internet nel Registro (come si evince dagli *Acknowledgments*), un modello da seguire anche per altre patologie in Italia.

Stenstrand U *et al.*
Long Term Outcome of Primary Percutaneous Coronary Intervention vs Pre-hospital and In-Hospital Thrombolysis for Patients with ST-Elevation Myocardial Infarction.
JAMA 2006; 296: 1749-56.
<http://www.riks-hia.se>

Effetto dell'uso al bisogno dell'associazione di budesonide e formoterolo usati nelle riacutizzazioni asmatiche

Il lavoro in esame si propone di valutare l'uso di un'associazione tra uno steroide per via inalatoria

con un beta-stimolante *long acting* a rapida azione, al bisogno, nelle riacutizzazioni asmatiche. Le linee guida consigliano al momento delle riacutizzazioni l'uso di beta-stimolanti a rapida azione (salbutamolo, terbutalina o formoterolo), ma ancora non esistono prove sul beneficio di una terapia steroidea inalatoria al bisogno.

In questo studio randomizzato e controllato in doppio cieco sono stati inclusi pazienti asmatici che assumevano una terapia "di fondo" con steroidi inalatori.

Dopo un periodo di due settimane di *run-in* in cui erano trattati con l'associazione di budesonide e formoterolo, erano suddivisi in tre gruppi: a ciascun gruppo era prescritta una diversa terapia "al bisogno": al primo (1138 pazienti) l'uso di un beta-stimolante *short acting* (terbutalina 0,4 mg), al secondo (1137 pazienti) un beta-stimolante *long acting* a rapida azione (formoterolo 4,5 µg), al terzo (1107 pazienti) l'associazione di formoterolo 4,5 µg + budesonide.

I risultati, dopo un anno di osservazione, evidenziano una maggiore riduzione delle esacerbazioni gravi e dei ricoveri nei pazienti che ricevono l'associazione di steroide + beta-stimolante al bisogno rispetto all'uso del broncodilatatore da solo. I risultati sembrano pertanto evidenziare un effetto benefico dall'uso al bisogno della budesonide in aggiunta al broncodilatatore (riduzione dei ricoveri del 33% e delle visite nei Dipartimento di Emergenza del 27% rispetto all'uso del formoterolo da solo).

Commento: Lo studio in esame appare ben condotto su un buon numero di pazienti provenienti da 20 Paesi.

Tale numero però non è sufficiente per valutare eventi rari come la mortalità per asma.

Tali risultati offrono la possibilità di usare la stessa associazione di farmaci sia per la terapia di mantenimento sia per il trattamento della riacutizzazione offrendo la possibilità di un risparmio economico.

Non deve però passare il pericoloso messaggio che le associazioni di broncodilatatori e steroidi possano essere usate durante gli accessi asmatici: lo steroide sembrerebbe offrire un beneficio aggiuntivo solo se associato a un beta-stimolante *short acting* e non a un *long acting* ad azione lenta come il salmeterolo. Inoltre un limite importante dello studio è di non aver confrontato il nuovo approccio terapeutico con le indicazioni che derivano dalle linee guida internazionali, cioè di incrementare il dosaggio giornaliero della terapia di mantenimento con l'associazione dei farmaci antiasmatici. Altra piccola "pecca": due degli Autori hanno interessi nelle ditte produttrici dei farmaci.

Rabe KF et al.

Effect of Budesonide in Combination with Formoterol for Reliever Therapy in Asthma Exacerbations: a Randomised Controlled, Double-blind Study.

Lancet 2006; 368: 744-753.

L'utilizzo del monitoraggio ecografico *real time* nella manovra di cateterismo della vena giugulare interna aumenta la quota di successo e riduce le complicanze

L'inserzione di un catetere venoso centrale è uno strumento di primaria importanza per la gestione del paziente in emergenza, consentendo la possibilità di un rapido reintegro volêmico, offrendo una via preferenziale per la somministrazione di farmaci "salvavita" quali inotropi e antibiotici, rappresentando un indispensabile strumento per il monitoraggio emodinamico e l'inserzione di strumenti di supporto miocardico (*pacing*). Le tre sedi più comunemente utilizzate per le procedure di cateterismo venoso centrale sono rispettivamente quella giugulare interna, quella succlavia e, più raramente, quella femorale. Pur di fronte alla serie di innegabili vantaggi connessi a tale metodica, non va trascurata la possibilità di complicanze, in alcuni casi anche serie; nel caso in particolare, dell'approccio in giugulare interna va considerata la possibile evenienza di puntura carotidea, ematoma, pneumotorace, emotorace e lesione del plesso brachiale. Gli Autori hanno analizzato la possibilità di ottimizzare la percentuale di successo nell'esecuzione della metodica e di contenere la quota di complicanze ricorrendo al posizionamento di una via venosa giugulare sotto guida ecografica. L'analisi condotta su 130 soggetti che presentavano indicazione al posizionamento di una linea venosa centrale in DEA, da parte di personale esperto e di personale "in addestramento", ha dimostrato una maggiore quota di procedure effettuate con successo (93% vs 78%) e una minore quota di complicanze (4,6% vs 16,9%) nei pazienti sottoposti a inserzione sotto guida ecografica rispetto ai pazienti incannulati tramite metodica "alla cieca". Non è peraltro emersa una significativa riduzione dei tempi di effettuazione della metodica ricorrendo al supporto ecografico.

Commento: Si tratta di uno studio dal disegno estremamente lineare, che ripropone la metodica ecografica quale sempre più importante strumento a disposizione del medico d'urgenza nella gestione del paziente critico; in effetti, esso consente al letto del malato l'identificazione di anomalie meno facilmente obiettivabili con il semplice esame clinico (ad esempio, protocollo FAST per la ricerca di lesioni emorragiche nel paziente traumatizzato) e nel contempo supporta efficacemente il medico nell'effettuazione di procedure operative di primaria importanza per il paziente critico quale l'inserzione di linee venose centrali.

Leung J et al.

Real Time Ultrasonographically-Guided Internal Jugular Vein Catheterization in the Emergency Department Increases Success Rates and Reduces Complications. A randomized, Prospective Study.

Ann Emerg Med 2006; 48: 548-550.