

Cardionews

Numero uno
giugno 2014

In questo numero

- Presentazione Cardionews
- Aritmie cardiache , morte improvvisa, valvulopatie
- Prevenzione cardiovascolare, ipertensione arteriosa
- Angiologia
- Farmaco-economia e farmacovigilanza. Farmacologia e farmacognosia
- Nursing cardiovascolare
- Cardiopatia ischemica cronica
- Cardiochirurgia, rianimazione cardio-polmonare
- Cardiologia dello sport, valutazione funzionale, riabilitazione
- Sindromi coronariche acute, scompenso cardiaco
- Quesiti
- Elettrocardiogramma
- News dalle regioni
- News Nazionali
- Evidencethatmatters
- Indagine sito nazionale

Direttore responsabile
Guido Francesco Guida

Editore
Giovanni Vincenzo Gaudio

- Board**
- Giuseppe Antista
 - Riccardo Asteggiano
 - Attilio Castellaneta
 - Caterina Camastra
 - Caterina Genova
 - Nunzia Giglio
 - Calogero Gugliotta
 - Alfredo Monteverde
 - Giuseppina Gabriella Surace
 - Traina Marcello
 - Maria Gabriella Vitrano

Web Master
Francesco Paolo Alesi

Cari amici e colleghi,

dopo il numero zero, pionieristico, inizia quì il numero uno di Cardionews.

Dopo diversi eventi regionali ed interregionali questo è il mese del congresso nazionale che si svolgerà a Varese dal 20 al 21 giugno e che ha visto il presidente nazionale G.V. Gaudio e tutto il consiglio particolarmente impegnati. Il congresso è infatti oltre che un'occasione per aggiornarsi de visu è anche il più alto ed intenso momento associativo del CFC. Tutti siete invitati. Cuore ed oltre... (è il titolo del congresso) vi porterà attraverso le novità della cardiologia, vi farà anche conoscere le nostre Società Federate ed il Council for CardiologyPractice che è la realtà associativa che ci lega all'ESC. È anche in programma un corso di BLS-D per farmacisti ed odontoiatri.



Abbiamo ricevuto diversi consensi positivi di commento al precedente numero ed alcune critiche costruttive. Molti sono stati i feedback da parte dei lettori, delle altre società scientifiche ed all'interno del board di Cardionews che è divenuto esso stesso un nuovo gruppo di lavoro. Esperienza proficua e fattiva che rende vive e parteciate le nostre comunità scientifiche. Il lavoro come sempre è stato arduo, ma con l'impegno di tutti, lo porteremo avanti. Ricordo che Cardionews non contiene soltanto *highlight* della letteratura, ma aspira ad essere il giornale di cardiologia pratica del CFC ed un notiziario per i soci con commenti e comunicazioni dirette dei segretari, delle società federate e del consiglio nazionale.

In questo numero troverete le rubriche elencate nel sommario. Ci saranno le risposte ai quesiti ed il referto dello scorso numero. Ed ancora nuovi quesiti ed un nuovo ecg. Alla fine, a cura del sottoscritto, "Evidencethatmatters" una breve raccolta di recenti evidenze cliniche internazionali.

N.B. Come il numero precedente, questa Newsletter verrà inviata a tutti i vecchi Soci. Dal prossimo numero l'invio sarà effettuato solo ai Soci in regola con la nuova iscrizione.

Buona lettura a tutti!

Guido Francesco Guida

ARITMIE CARDIACHE, MORTE IMPROVVISA, VALVULOPATIE

Asteggiano Riccardo

Segretario Council for Cardiology Practice – ESC



Antihypertensive treatment and risk of atrial fibrillation: a nationwide study

La monoterapia con ACE-Inibitori o ARBS si è dimostrata efficace nel ridurre il rischio di fibrillazione atriale nei soggetti ipertesi a confronto con betabloccanti diuretici e calcioantagonisti (Hazardratios di FA per ACEI e ARB 0.12 e 0.10, 0.51 per β -bloccanti, 0.43 per diuretici, e 0.97 e 0.78 per calcio-antagonisti). Il rischio di stroke invece non differisce tra tutte le classi di farmaci

<http://eurheartj.oxfordjournals.org/content/35/18/1205.short?rss=1>

Correlato a questo articolo l'editoriale:

Of hammers and screws: renin-angiotensin-aldosterone system inhibition to prevent atrial fibrillation in patients with hypertension

<http://eurheartj.oxfordjournals.org/content/35/18/1169.short?rss=1>



Complications after cardiac implantable electronic device implantations: an analysis of a complete, nationwide cohort in Denmark

Su 5918 pazienti impiantati tra il 5/2010 ed il 4/2011 in Danimarca 562 pazienti (9.5%) hanno avuto almeno una complicanza. I fattori di rischio relativi a tale problema sono risultati: sesso femminile, sottopeso, impianto in centro con volume/anno < 750 procedure, impianto di AICD bicamerale o CRT, upgrade o revisione di impianto precedente, operatore con volume/anno < 50 procedure ed impianto in emergenza.

<http://eurheartj.oxfordjournals.org/content/35/18/1186.short?rss=1>

Correlato a questo articolo l'editoriale:

Device Implantation and complications: time to recalibrate our expectations?

<http://eurheartj.oxfordjournals.org/content/35/18/1167.short?rss=1>



Mitral cleft repair by mitraclipping

Descrizione di caso clinico di impianto di Mitraclips in soggetto con IM severa ed EF 15%.

<http://eurheartj.oxfordjournals.org/content/35/16/1021.short?rss=1>

Sudden cardiac death in children (1-18 years): symptoms and causes of death in a nationwide setting

Tra il 2000 ed il 2006 in una popolazione di 1.11 milioni di persone tra gli 1 e i 18 anni d'età in Danimarca si sono osservate 1504 deaths (214/anno) con un totale di 114 (7.5%) morti improvvise (in 18% era nota una

cardiopatía preesistente e in 2/3 dei casi non vi era alcuna storia di patologia preesistente). In 87 casi è stata dimostrata una MI cardiaca (5.8% di tutte le morti). Sono stati registrati prodromi in 26% e sintomi antecedenti in 45% di tali pazienti. Nel 23% di tali soggetti era presente una cardiopatía congenita o organica. Il 49% di tali morti era collegabile ad una malattia ereditaria.

<http://eurheartj.oxfordjournals.org/content/35/13/868.short?rss=1>

Ipertensione Cardiovascolare, Ipertensione arteriosa
Caterina Camastra
Attilio Castellaneta*



Dirigente Medico Ospedale San Camillo di Roma

*Dirigente Medico, Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini, Roma

La terapia con Beta Bloccanti nel Soggetto Giovane

L'utilizzo del Beta Bloccante nella terapia dell'ipertensione arteriosa essenziale di nuova diagnosi nel soggetto giovane pone spesso qualche perplessità da parte del medico a causa dei potenziali effetti collaterali di questa classe di farmaci.

Questo RCT condotto su una popolazione di soggetti ipertesi di giovane età (dai 18 ai 54 anni) ha valutato l'efficacia del trattamento con Nebivololo, noto beta-bloccante cardioselettivo, versus placebo. Al termine dello studio l'end point primario, rappresentato dalla riduzione dei livelli pressori sistole-diastolici, raggiungeva la significatività statistica dopo circa 28 giorni di trattamento. Per contro il numero degli eventi avversi valutati non raggiungeva la significatività statistica.

Quindi, la scelta dei Beta bloccanti, purchè cardioselettivi come il Nebivololo, riduce notevolmente la potenziale insorgenza dei fastidiosi effetti avversi, donando al clinico la possibilità di utilizzare senza difficoltà tali farmaci; da sottolineare inoltre che il Nebivololo è dotato di una potente azione inibitoria sui meccanismi pro-ossidanti e profibrotici che spesso sono alla base della genesi della Ipertensione Arteriosa essenziale. J ClinHypertens 2013 Sep;15(9):687-93. doi: 10.1111/jch.12169 Epub 2013 Jul 16

Variabilità della pressione arteriosa sistolica e outcome cardiovascolari

Nei soggetti ipertesi di età inferiore a 60 anni, la variabilità della PA Sistolica (SBP) è direttamente associata ad eventi cardiovascolari, in particolare l'ictus. Non è chiaro se esiste una tale relazione per le persone anziane. Sono stati raccolti i dati di 49.771 visite su 5.880 pazienti di età superiore a 65 anni in trattamento per l'ipertensione. I pazienti sono stati seguiti per una mediana di 4,1 anni e sono stati sottoposti a otto visite mediche durante lo studio. La variabilità della SBP è stata definita come intra-individuale grazie alle visite di follow-up. Una maggiore variabilità di SBP è risultata essere un forte fattore predittivo per futuri eventi cardiovascolari e per ictus in questa popolazione. Una maggiore variabilità di SBP era anche un fattore predittivo di eventi cardiovascolari fatali.

Journal of Hypertension: M

arch 2014-Volume 32.Issue 3;p=525-533

L'ipertensione e' associata ad un aumento del rischio di fratture nelle donne, indipendente dalla BMD (densità minerale ossea).

Questi risultati sono stati ottenuti dal dott. Yang e dai suoi coll. che hanno esaminato le interrelazioni tra ipertensione arteriosa, BMD e il rischio di fratture. Sono stati inclusi nello studio 1032 uomini e 1701 donne di età >50 anni. A tutti veniva misurata la BMD a livello del collo del femore e a livello lombare e veniva accertata la presenza di ipertensione arteriosa sistemica. Inoltre mediante raggi RX veniva accertata l'incidenza di fratture da fragilità ossea durante il follow-up dal 1989 al 2008. Con i dati ottenuti e' stata condotta una analisi per valutare l'associazione tra ipertensione sistemica e rischio di frattura. Dall'analisi dei dati e' emerso che le donne con ipertensione arteriosa sistemica avevano una minore BMD a livello del collo del femore, rispetto a quelli senza la malattia e dopo aggiustamenti per BMD e covariate l'ipertensione arteriosa sistemica si e' dimostrata un fattore di rischio indipendente per frattura da fragilità, mentre negli uomini l'ipertensione arteriosa e' stata associata con una maggiore BMD del collo del femore, ma l'associazione tra ipertensione arteriosa e rischio di frattura non ha raggiunto significatività statistica. Osteoporos Int. 2014 Jan;25 (1):97-103, S. Yang, N.D. Nguyen, J.R. Center, J.A. Eisman DOI 10.1007/s00198-013-2457-8

ANGIOLOGIA

Caterina Genova

SPECIALISTA ANGIOLOGO, TERMINI IMERESE, ASP PALERMO



Attività fisica elemento essenziale di benessere psico-fisico nell'arco dell'intera vita

L'attività fisica dovrebbe essere per ogni persona "un bisogno essenziale" come l'alimentazione; e così come questa cambia in rapporto allo sviluppo dell'individuo nelle sue varie fasi, allo stesso modo per l'attività fisica. Quindi educare al movimento, sia pur inizialmente come un gioco, già a partire dai primi anni di vita, dovrebbe avere come conseguenza un'attività motoria "permanente" per tutta la vita, fino alle fasi più avanzate di questa; ciò comporterebbe il mantenimento nel tempo di attività-psico-fisiche che senza movimento è stato dimostrato perdersi più rapidamente nel corso degli anni. Così come chi ha disturbi dell'alimentazione necessita di uno specialista, allo stesso modo chi si è "allontanato dal movimento" (per causa di forze maggiori quali patologie varie o per eventi imprevisti) necessita di un medico sportivo che sappia seguirlo in quei periodi particolari di scompenso del suo equilibrio psico-fisico; periodo della vita in cui l'attività fisica deve essere "dosata" con cautela dopo un accurato studio delle capacità dell'individuo stesso. E' in questi casi che l'attività fisica assume la dignità di "terapia medica" vera e propria e come tale dovrebbe essere prescritta e seguita in modo particolare, per riportare il paziente a recuperare, per quanto possibile, in associazione o meno alla terapia medica farmacologica tradizionale, "il suo stato di salute" in accordo con le sue condizioni generali.

Composizione del corpo e attività fisica in studenti universitari italiani

Lo studio ha messo in rapporto le caratteristiche antropometriche di un gruppo di studenti universitari in rapporto con l'intensità e il tipo di attività fisica in base al sesso. Il rapporto vita-altezza è probabilmente nei giovani l'indice antropometrico più sensitivo per lo screening della Sindrome Metabolica nella popolazione Mediterranea, rispetto al BMI e al WC (WaistCircumference).

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4025557/#!po=32.1429>

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4025557/#%21po=32.1429>

Comparazione dell'efficacia tra intervento farmacologico ed esercizio fisico sulla mortalità: studio meta epidemiologico In letteratura vi è una chiara mancanza di studi di confronto fra esercizio fisico e terapia farmacologica nel ridurre la mortalità, questa analisi suggerisce che l'esercizio fisico potenzialmente ha un'efficacia simile a quella farmacologica. Pertanto, particolarmente per le malattie cardiovascolari, prescrizioni di esercizio dovrebbero essere considerate come una valida alternativa alla terapia farmacologica, o essere indicate in associazione.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3788175/http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3788175/>

Effetti dell'esercizio fisico sulla performance cardiovascolare dell'anziano L'invecchiamento induce varie alterazioni strutturali e funzionali del sistema cardiovascolare. Programmi di esercizio fisico per 8-12 settimane negli anziani hanno dimostrato effetti benefici simili a quelli ottenuti negli adulti con aumento del picco di VO₂, dei parametri ventilatori (VE/VCO₂), e con riduzione all'esercizio fisico della pressione arteriosa e della HR, indicatori indiretti di un ridotto consumo di O₂ del miocardio.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3929838/#!po=2.38095http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3929838/#%21po=2.38095>

FARMACOECONOMIA E FARMACOVIGILANZA; FARMACOLOGIA E FARMACOGNOSIA

Giglio Nunzia

Dirigente farmacista, ASP Palermo



Statine: valutazione farmaco economica

PRESSIONE ARTERIOSA: ADERENZA ALLE INDICAZIONI TERAPEUTICHE IN RELAZIONE ALLE CONTINUITA' PRESCRITTIVA

Ai fini di un adeguato controllo della PA, la terapia deve essere mantenuta indefinitamente in quanto la non aderenza esercita una duplice influenza sui costi sanitari sia come conseguenza del costo di una prescrizione non efficace sia in relazione del numero di eventi cardiovascolari. L'AUDIT verifica l'appropriatezza degli atti medici con lo scopo se è il caso di migliorarla.

<http://www.agenziafarmaco.gov.it;>

BritishHypertension Society US National High BP Education Programnel 2002



CALCIOANTAGONISTI E RESISTENZA VASCOLARE PERIFERICA

I calcioantagonisti diidropiridinici agiscono sul letto vascolare periferico e determinano una riduzione delle resistenze periferiche con minor effetto sull'inotropismo cardiaco e sulla conduzione A-V. La Nifedipina pur avendo il vantaggio di una somministrazione sia per via orale che sub linguale determinando vasodilatazione a livello arteriolare, nei pazienti con cardiopatie ischemiche e/o insufficienza cerebrovascolare determina attività simpatica riflessa indesiderata.

Verapamil in Hypertension Atherosclerosis Study, Summers et al., 2004; Iannetti et al., 2005



IPERTENSIONE SISTOLICA E OBIETTIVI TERAPEUTICI

Il quinto rapporto del joint National Committee Direction Evolution an treatment High Blood Pressure (JNAV) ha riconosciuto la pressione sistolica isolata un forte indicatore di rischio di malattie cardiovascolari. Le linee guida suggeriscono di usarla per la stratificazione del rischio – beneficio nel fissare obiettivi terapeutici.

PATS Collaborating Group, 1995; PROGRESS Collaborative Group, 2001; Blood Pressure Lowering Trialists' Collaboration, 2003; Verdecchia et al., 2005; Law et al., 2009).

CARDIOPATIA ISCHEMICA CRONICA, ELETTROCARDIOGRAFIA

Giuseppe Antista

Alfredo Monteverde*

Specialista in geriatria, Monreale

*Dirigente medico UOC Geriatria, AUO Policlinico Palermo



EFFETTI DELLA RIDUZIONE DELLA FREQUENZA CARDIACA CON IVABRADINA SULLA FUNZIONE DI FLUSSO COLLATERALE IN SOGGETTI CON CARDIOPATIA ISCHEMICA CRONICA

Materiali e metodi: Studio prospettico in 46 paz. con angina stabile randomizzati al braccio placebo o al braccio ivabradina. Durata dello studio 6 mesi. Endpoint principale: valutazione dell'indice di flusso collaterale (CFI), partendo dal presupposto che lo "shear stress" (ovvero modificazione di velocità di un fluido viscoso sull'endotelio) è il principale fattore inducente neoangiogenesi. Il CFI è stato rilevato durante un 1 minuto di occlusione coronarica con palloncino al momento dell'arruolamento e al VI mese di follow up. Il CFI è il rapporto tra la pressione coronarica distale media durante l'occlusione divisa per la pressione aortica media, rilevate contemporaneamente, e sottratte alla pressione venosa centrale media.

Risultati: lo studio ha rilevato un aumento del CFI a 6 mesi nel gruppo trattato con ivabradina (dal valore basale 0,107 a 0,152 del follow up) rispetto al gruppo placebo dove il CFI è risultato diminuito (da 0,107 valore basale a 0,152 al follow up). **Commento:** lo studio suggerisce l'efficacia dell'ivabradina nel favorire la formazione di circoli collaterali con conseguente diminuzione dei segni ECGrafici di ischemia. L'angiogenesi è favorita dalla bradicardia come già documentato in letteratura. Lo stesso effetto non si è però osservato con i beta-bloccanti che pur con il loro effetto bradicardizzante hanno anche azione vasocostrittrice. Steffen Gloekler e coll. "The effect of heart rate reduction by ivabradine on collateral function in patients with chronic stable coronary artery disease"

www.heart.bmj.com/content/early/2013/11/01/heartjnl-2013-304880.full.html#ref-list-1



La carenza di Vit. D è associata in modo indipendente con l'estensione della malattia coronarica

Materiali e metodi: gli autori hanno effettuato dosaggio di vit. D in 1484 paziente sottoposti a coronarografia in elezione. **Risultati:** in questo studio si è rilevata condizione di ipovitaminosi di vit. D nel 70,4 % dei pazienti esaminati, e tale dato è apparso correlato con la prevalenza e l'estensione della malattia coronarica. **Commento:** questo studio nasce dall'acquisizione di diversi dati in letteratura che documentano come la vit. D intervenga nella modulazione dei processi infiammatori, nella proliferazione delle cellule endoteliali e muscolari lisce e nella funzione piastrinica, con potenziali ricadute sull'aterotrombosi. Riteniamo, comunque, opportuni ulteriori approfondimenti.

M. Verdoia e coll. - Vitamin D deficiency is independently associated with the extent of coronary artery disease - <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/eci.12281/abstract>

NURSING CARDIOVASCOLARE

Calogero Gugliotta

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



Ospedale per intensità di cura

La modalità organizzativa per intensità di cura, prevede che nell'ospedale le attività non siano suddivise in base al reparto o specialità, ma bensì al bisogno di cura e di assistenza che il paziente richiede.

Potremmo dire che la complessità assistenziale definisce il livello e la quantità di lavoro che sono richieste all'infermiere per soddisfare i bisogni di assistenza infermieristica del singolo paziente. Il paziente sarà assegnato all'interno delle Aree di Degenza a seconda del tipo di intervento quantificato. Vari sono i fattori che possono descrivere la complessità assistenziale come ad esempio: la gravità e l'instabilità della patologia, il livello di dipendenza dalle cure infermieristiche, il tempo necessario a compiere le azioni infermieristiche, il livello delle procedure necessarie, la tecnologia necessaria per erogare l'assistenza, le competenze professionali e il livello di formazione necessario.

Per approfondimenti: <http://www.ausl.mo.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/10636>

<http://www.ipasvi.it/attualita/il-modello-di-assistenza-ospedaliera-per-intensita-di-cura-id441.htm>

<http://www.saluter.it/ssr/aree/assistenza-ospedaliera/intensita-di-cura>



Regione Piemonte ed intensità di cura

Nel paragrafo "5.3.2 L'organizzazione delle aree ospedaliere per intensità di cura ed assistenza" del Piano socio sanitario della Regione Piemonte 2012-2015 leggiamo: L'organizzazione delle attività ospedaliere avviene in aree differenziate secondo le modalità assistenziali, l'intensità delle cure, la durata della degenza e il regime di ricovero, superando gradualmente l'articolazione per reparti differenziati secondo la disciplina specialistica. È un criterio che porta lo specialista al letto del malato e non viceversa. Questo dovrebbe comportare una maggiore assunzione di responsabilità da parte dell'infermiere che risulta essere l'unica costante presente con continuità accanto al letto del ricoverato. Il principio ispiratore dell'organizzazione

della degenza diventa quindi l'omogeneità tra i bisogni e l'intensità di cure richieste, superando, così, il principio della sola contiguità tra patologie afferenti ad una disciplina specialistica. Alle aree differenziate, di norma, corrisponde una responsabilità organizzativa. Ciò configura lo sviluppo dell'ospedale lungo due direttrici di responsabilità gestionale: a) sui processi di cura; b) sull'organizzazione delle risorse.

Per approfondimenti: http://www.regione.piemonte.it/pianosaitario/dwd/piano_socio_sanitario.pdf



Interessante sentenza della Corte di Cassazione - Civile (Infermieri: no all'indennità di rischio)

Un'infermiera che ha svolto l'attività lavorativa presso il Pronto Soccorso dell'Ospedale, in via prioritaria presso la terapia intensiva e sub-intensiva verso i pazienti accettati in codice rosso o giallo, ha chiesto al Tribunale che venisse accertato il diritto alla percezione dell'indennità di rischio e disagio prevista dall'art. 44 del CCNL del Comparto Sanità del 10/9/1995, con condanna dell'Azienda sanitaria alla relativa corresponsione. Il giudice di primo grado ha interpretato la disposizione contrattuale invocata dalla ricorrente dando ragione alla stessa. La Corte di Cassazione ha ritenuto non condivisibile tale orientamento ed ha chiarito che l'emolumento è strettamente correlato allo svolgimento di attività in reparti specifici, destinati alla somministrazione di particolari cure, per cui compete solo agli infermieri addetti ai servizi - intesi quali articolazioni strutturali dell'organizzazione sanitaria - di malattie infettive, di terapia intensiva e di terapia sub intensiva.

Per Approfondimenti: Corte di Cassazione, sez. Lavoro, sentenza 19 dicembre 2013 – 11 marzo 2014, n. 5565 Presidente Stile – Relatore Mancino.

CARDIOCHIRURGIA, RIANIMAZIONE CARDIOPOLMONARE

Giuseppina Gabriella Surace

Cardiochirurgia, AOU Federico II, Napoli



Doppia sostituzione valvolare con tecnica mininvasiva a parità di sicurezza ed efficacia

Introduzione L'intervento chirurgico di doppia sostituzione valvolare, mitralica ed aortica, prevede come trattamento gold standard la chirurgia convenzionale mediante sternotomia mediana. Un'alternativa valida ed efficace che consente di ottenere un migliore risultato estetico, ridurre il dolore post-operatorio e l'ospedalizzazione è rappresentata da una minitoracotomia antero-laterale destra video-assistita. Materiali e metodi. Sono state confrontate le due tecniche, escludendo i pazienti con concomitante coronaropatia, pneumopatie e i reinterventi. Risultati. Tutte le procedure sono state eseguite con successo, in assenza di complicanze. L'approccio mini-invasivo ha richiesto un tempo maggiore di circolazione extracorporea e clampaggio aortico, una ridotta degenza post-operatoria, con sovrapponibile necessità di supporto inotropo e miglioramento della funzionalità cardiaca.

Conclusioni. *La chirurgia convenzionale consente una migliore esposizione e manipolazione delle strutture cardiache a discapito di un maggiore impatto fisico, psicologico e sociale che può essere*

ridotto con l'approccio mini-invasivo che, con l'utilizzo di appropriati dispositivi, alcuni accorgimenti e un'adeguata learning curve, sta emergendo come una valida alternativa sicura ed efficace.

Qiao Y et al. Minimally Invasive Video-assisted Double-valve Replacement through Right Anterolateral Minithoracotomy. Heart Lung Circ. 2014 Mar 21

[HTTP://WWW.SCIENCEDIRECT.COM/SCIENCE/ARTICLE/PII/S1443950614001279#](http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1443950614001279#)



Trattamento chirurgico della fibrillazione atriale durante chirurgia valvolare mitralica

La fibrillazione atriale (FA) ha un'incidenza dal 30% all'84% nei pazienti con associata patologia valvolare mitralica. La persistenza della FA nel postoperatorio è associata ad introduzione di una maggiore incidenza di complicanze. Il trattamento medico ha un elevato tasso di fallimento, mentre il trattamento chirurgico (intervento di CoxMaze modificato) associato a chirurgia mitralica ha un elevato tasso di successo. **Materiali e Metodi.** Sono stati inclusi nello studio tutti i pazienti candidati alla chirurgia mitralica in elezione, con FE>35% e FA preoperatoria persistente. L'ablazione con radiofrequenza è stata eseguita in atrio sinistro durante il clampaggio aortico, dopo la riparazione o la sostituzione della valvola mitrale per via transettale, ed è stata effettuata utilizzando un dispositivo di ablazione chirurgico. Tutti i pazienti sono stati sottoposti a terapia anticoagulante e antiaritmica con amiodarone, sospesa dopo 3 mesi di ritmo sinusale. **Risultati.** In tutti i casi è stata chiusa l'auricola di sinistra. Al momento della dimissione 84,6% dei pazienti presentava un ritmo sinusale. In nessun caso si è reso necessario l'impianto di un pacemaker.

Conclusioni. L'ablazione chirurgica della fibrillazione atriale durante un concomitante intervento valvolare mitralico si associa ad un elevato tasso di successo. Il principale fattore prognostico negativo che si associa ad un fallimento della tecnica è la notevole dimensione dell'atrio di sinistra (>6mm). Farouk Oueida et al. Radiofrequency ablation of atrial fibrillation during mitral valve surgery. Asian Cardiovascular and Thoracic Annals. January 21, 2014

[HTTP://AAN.SAGEPUB.COM/CONTENT/EARLY/2014/01/20/0218492313519990.FULL.PDF+HTML](http://aan.sagepub.com/content/early/2014/01/20/0218492313519990.full.pdf+html)



Gestione dell'arresto cardiaco in gravidanza

L'arresto cardiaco in gravidanza è un evento molto raro, causato prevalentemente da patologie cardiache. La gestione è complessa e necessita sia di un team di rianimazione che di un team ostetrico-neonatale. L'utero gravido determina una compressione della vena cava inferiore e dell'aorta (ACC) con riduzione del ritorno venoso e della gittata sistolica. Durante le manovre rianimatorie si può ottenere un incremento della gittata cardiaca inclinando la gestante di almeno 15° ed inoltre, l'ACC può essere ridotto con lo spostamento manuale sinistro dell'utero che consente di effettuare efficaci compressioni toraciche e un facile accesso per la defibrillazione e gestione delle vie aeree. Quando la decompressione aorto-cavale e le manovre rianimatorie non permettono una ripresa cardiocircolatoria spontanea, per le gravidanze pari o superiori a 20 settimane deve essere presa in considerazione un taglio cesareo perimortem. Allo stato attuale non ci sono studi randomizzati a riguardo e le più recenti linee guida AHA in merito sono state pubblicate nel 2010.

Jeejeebhoy F. et al. Management of cardiac arrest in pregnancy. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2014 May [HTTP://WWW.SCIENCEDIRECT.COM/SCIENCE/ARTICLE/PII/S1521693414000509](http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1521693414000509)

CARDIOLOGIA DELLO SPORT, VALUTAZIONE FUNZIONALE E RIABILITAZIONE

Marcello Traina

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



Criteri elettrocardiografici specifici per lo screening dei giovani atleti

Introduzione: L'obiettivo primario dello screening negli atleti è quello di evidenziare condizioni cardiache potenzialmente fatali. L'American Heart Association (AHA) indica per questo scopo l'anamnesi e l'esame fisico, mentre ancora non vi è un'opinione concordante sull'utilizzazione dell'elettrocardiogramma (ECG) nello screening degli atleti. Risultati dell'articolo recensito: Nello studio prospettico eseguito su 4812 atleti competitivi di età compresa tra 13-19 anni (54% uomini, 46% donne; razza: 65% caucasica, 10% asiatica, 6% afro-americana, 19% altre razze) delle "high schools" degli Stati Uniti "Effectiveness of cardiac screening using an ECG in high school athletes", presentato come poster in una delle sessioni scientifiche Heart Rhythm Society 2014, Prutkin e coll. hanno utilizzato un protocollo di screening che prevedeva un questionario anamnestico, l'esame fisico, l'elettrocardiogramma a 12 derivazioni a riposo, valutato secondo i criteri ECG specifici per gli atleti della European Society of Cardiology (ESC), applicati nei primi 2/3 dei casi, ed i criteri di Seattle applicati nell'ultimo gruppo di 1/3 dei casi, ed, in un numero limitato di casi solo se vi era un'indicazione, l'ecocardiogramma. In 23 atleti (0.5%) sono state evidenziate significative anomalie elettrocardiografiche, che hanno richiesto ulteriori valutazioni, con identificazione di 9 casi di aspetti ECG di Wolff-Parkinson-White, 4 casi di anomalie delle arterie coronariche, 3 casi di dilatazione/aneurisma della radice aortica, 3 casi di sindrome del QT lungo, 2 casi di cardiomiopatia ipertrofica, 1 caso di aritmia ventricolare ed 1 caso di sindrome del QT corto. L'anamnesi e l'esame fisico ha permesso la diagnosi nel 61% (14/25) dei casi e un ECG anomalo ha permesso la diagnosi nel 70% (16/25) dei casi. L'aggiunta dell'ECG ha permesso la diagnosi nel 30% (7/25) dei casi non identificati dal protocollo di screening dell'AHA. L'anamnesi, l'esame fisico e l'ECG hanno una frequenza di falsi positivi rispettivamente del 22.3%, 14.9% e 3.6%. Gli autori concludono che, nello screening cardiologico dei giovani atleti, l'anamnesi e l'esame fisico hanno un'elevata frequenza di falsi positivi mentre l'ECG, utilizzando i criteri di interpretazione specifici per gli atleti, si associa ad una bassa frequenza di falsi positivi ed aumenta la probabilità di identificare condizioni associate alla morte cardiaca improvvisa, per cui un protocollo di screening integrato (anamnesi, esame fisico, ECG) dovrebbe essere raccomandato nei giovani atleti.

Commento personale: i dati dello studio confermano il valore dell'ECG dimostrato dalla scuola italiana ed adottato dalla ESC (European Heart Journal 2010 31, 243–259 - doi:10.1093/eurheartj/ehp473 - <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19933514>) e l'ulteriore ridefinizione adottata nei criteri di Seattle (Br J Sports Med 2013 47: 122 – 124 - http://www.cardiology.org/projects_athletic_14_3136203759.pdf) per lo screening dei giovani atleti di età compresa tra 13-19 anni. Le anomalie ECG che, secondo i criteri di Seattle, aumentano il rischio di morte improvvisa sono: 1) inversione dell'onda T (>1 mm in profondità in due o più derivazioni V2-V6, II e aVF, o I e aVL); 2) intervallo QT lungo (QT corretto [QTc] >470 ms negli uomini, >480 ms nelle donne); 3) intervallo QT corto (QTc <320 ms); 4) sottoslivellamento del segmento ST (>0.5 mm in due o più derivazioni); 5) onde Q patologiche (>3 mm in profondità o >40 ms in durata in due o più derivazioni, escluso III e aVR); 6) dilatazione atriale sinistra (durata dell'onda P >120 ms nelle derivazioni I o

Il con la parte negativa dell'onda P >1 mm in profondità e >40 ms in durata nella derivazione V1); 7) Right ventricularhypertrophy (R-V1 + S-V5 >10.5 mm plus right axisdeviation>120°); 8) blocco completo di branca sinistra (BBS) o qualsiasi morfologia del QRS di durata >140ms; 9) blocco AV di 2° Mobitz II tipo o blocco AV completo; 10) preeccitazione ventricolare (intervallo PR <120 ms con presenza di onda delta e durata del QRS >120 ms); 11) bradicardia sinusale estrema <30 battiti/min o pause sinusali >3 s; 12) tachiaritmia atriale (tachicardia sopraventricolare, fibrillazione o flutter atriale); 13) battiti ectopici ventricolari (>2 per 10 secondi di registrazione), aritmie ventricolari (coppie, TV non sostenuta); 13) aspetti ECG tipo 1 Brugada. Si comprende pertanto come sia necessaria un'adeguata competenza per valutare gli ECG, utilizzando i criteri ESC e di Seattle, nello screening dei giovani atleti. Prutkin JM, Toresdahl B, Pelto H, et al. Effectiveness of cardiac screening using an ECG in high school athletes. Heart Rhythm Society 2014 Scientific Sessions; May 7, 2014; San Francisco, CA; Abstract PO01-194 -

<http://www.abstractsonline.com/pp8/#!/3393/presentation/15504>

SINDROMI CORONARICHE ACUTE, SCOMPENSO CARDIACO

Maria Gabriella Vitrano

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



1) NEJM 370;15 nejm.org april10,2014

Dai risultati di questo studio emerge che nei pazienti con scompenso cardiaco e FE ventricolare sx conservata, dopo un follow up medio di 3.3 anni, la terapia con spironolattone non riduce in maniera significativa l'end point primario composito di morte per cause cardiovascolari, arresto cardiaco resuscitato o ospedalizzazione per scompenso cardiaco. Tale trattamento è stato associato ad un incremento di creatinina sierica e a un raddoppio della kaliemia



2) Radiology 2014; doi:10.1148

Scopo di questo studio è stato determinare la relazione tra placche coronariche identificate all'angiografia coronarica TC e alcuni parametri clinici e fattori di rischio cardiovascolare in pazienti asintomatici diabetici. 224 pazienti diabetici (121 uomini, età media 61.8 anni; durata media del diabete 10.4 anni) sono stati sottoposti ad angiografia coronarica TC. L'indice di volume della placca coronarica (PVI) è stato determinato dividendo il volume della parete per la lunghezza della coronaria. La relazione tra PVI e fattori di rischio cardiovascolare è stata determinata con un'analisi multivariata. Il PVI è risultato correlare con l'età (P<0.001), il sesso maschile (P<0.001), l'indice di massa corporea (BMI) (P<0.001) e la durata del diabete (P=0.03). Una maggiore percentuale di placche soffici è risultata presente nei soggetti giovani con una minore durata della patologia (P=0.02). La percentuale di placche soffici è stata direttamente correlata con il BMI (P=0.002). Quindi, nei pazienti diabetici asintomatici, il BMI è il fattore di rischio primario modificabile che è stato associato con il numero totale di placche e di placche soffici riscontrate all'angiografia coronarica TC.

Fonte: Eur J CardiothoracSurg. 2014; 45(3):445-51.



Queste sono le conclusioni a cui sono giunti i ricercatori coordinati da O'Boyle F del Liverpool Heart and Chest Hospital di Liverpool. In questo studio i ricercatori hanno indagato sulla sopravvivenza a lungo termine dei non fumatori sottoposti a bypass aorto-coronarico (CABG). Pertanto è stato analizzato retrospettivamente un database di pazienti e correlato con il UK strategictracking service per valutare la sopravvivenza dopo CABG primaria. Sono stati analizzati 13.337 procedure di CABG primarie. Il follow-up è stato di 7 anni. Le curve di sopravvivenza Kaplan-Meier hanno dimostrato che i non fumatori hanno un significativo miglioramento della sopravvivenza a lungo termine rispetto agli ex fumatori e ai fumatori, $P < 0,0001$. L'analisi di regressione di Cox ha individuato che il fumo, l'età, il diabete, la frazione di eiezione del ventricolo sinistro (FE), l'indice di massa corporea, le malattie cerebrovascolari, la dialisi, il non uso dell'arteria arteria mammaria interna sinistra (LIMA), il rialzo post-operatorio del CPK MB, l'utilizzo dell'arteria radiale, ritmo sinusale nel preoperatorio, la capacità vitale forzata (FVC) e l'EuroSCORE erano significativi fattori di rischio che determinano la sopravvivenza a lungo termine. Sono anche stati confrontati anche 3.575 non fumatori abbinandoli 1:1 ad ex-fumatori: l'analisi univariata ha dimostrato la peggiore sopravvivenza a lungo termine degli ex-fumatori rispetto ai non fumatori, $p < 0,0001$. L'analisi di regressione di Cox ha identificato l'abitudine al fumo, l'età, il rialzo del CKMB nel post-operatorio, le malattie cerebrovascolari, la dialisi, il diabete, la FE, la FVC, il non uso della LIMA, l'uso dell'arteria radiale, il ritmo sinusale e l'EuroSCORE come fattori di rischio che determinano la sopravvivenza a lungo termine. Tuttavia, i non fumatori di età inferiore a 65 anni età presentavano una peggiore sopravvivenza a lungo termine rispetto a ex-fumatori, $p < 0,0001$.



3) Clinical Research | April 2014 J Am CollCardiol. 2014

In questo studio sono stati analizzati i dati ottenuti dalle autopsie per comprendere le caratteristiche istopatologiche delle trombosi intrastent precoci (ST) nei pazienti affetti da sindrome coronarica acuta (ACS). La comparsa di trombosi intrastent precoci dopo angioplastica coronarica percutanea (PCI) per ACS rimane un problema clinico, nonostante i progressi della tecnologia riguardo gli stents sia metallici che medicati. Sono state incluse sessantasette lesioni coronariche da stent da 59 pazienti che presentavano ACS e che sono morti entro 30 giorni dalla procedura. Sono stati sezionati in frammenti di 3-4 mm segmenti di stents, valutati al microscopio ottico, ed è stata eseguita un'analisi morfometrica. In 34 dei 59 pazienti (58 %) si sono osservate precoci ST (< 30 giorni PCI). La trombosi precoce intrastent era dipendente dalla morfologia della placca sottostante e dal sottostante carico trombotico: la presenza di un nucleo necrotico era più frequente nelle lesioni trombotiche rispetto alle lesioni non trombizzate (70% vs 43 %, $p = 0.045$) e lo spessore massimo dei trombi sottostanti era significativamente maggiore nelle trombosi piuttosto che nelle lesioni stabili. L'analisi dettagliata ha rivelato che la percentuale di prolasso del nucleo necrotico, la lacerazione mediale, o l'apposizione incompleta era significativamente maggiore nei casi di precoce ST rispetto al gruppo non interessato da trombosi (28 % vs. 11 %, $p < 0.001$, il 27 % contro il 15 % $p = 0,004$, e il 34 % vs 18% $p = 0.008$, rispettivamente). L'analisi multivariata ha rivelato che la massima profondità di penetrazione dell'estremità dello stent, la percentuale di lacerazione mediale determinata dallo stesso e la percentuale di estremità con apposizione incompleta sono stati i principali indicatori di precoce trombosi intrastent. In conclusione l'attuale studio autoptico evidenzia l'impatto del carico trombotico e l'impianto non ottimale dello stent nelle lesioni instabili come un trigger di anticipo dell' ST, suggerendo che il miglioramento nella tecnica di impianto e la raffinatezza del design dello stent può migliorare gli esiti clinici dei pazienti con ACS.

Quiz cardiologici del n. 0

A cura di Riccardo Asteggiano

Quale di queste affermazioni riguardo il dronedarone NON è corretta?

- 1) E' indicato per la cardioversione farmacologica della Fibrillazione Atriale
- 2) E' indicato per il mantenimento del ritmo in Fibrillazione Atriale Parossistica in pazienti senza cardiopatia strutturale
- 3) E' indicato per il mantenimento del ritmo in Fibrillazione Atriale Parossistica in pazienti con ipertrofia ventricolare sinistra
- 4) Non è indicato nella Fibrillazione Atriale Permanente

Risposta esatta n.1

A cura di Alfredo Monteverde

Il Warfarin inibisce la sintesi dei fattori vitamina K-dipendenti (II, VII, IX e X); I nuovi anticoagulanti orali inibiscono, invece, il legame con il sito del fattore Xa o della trombina.

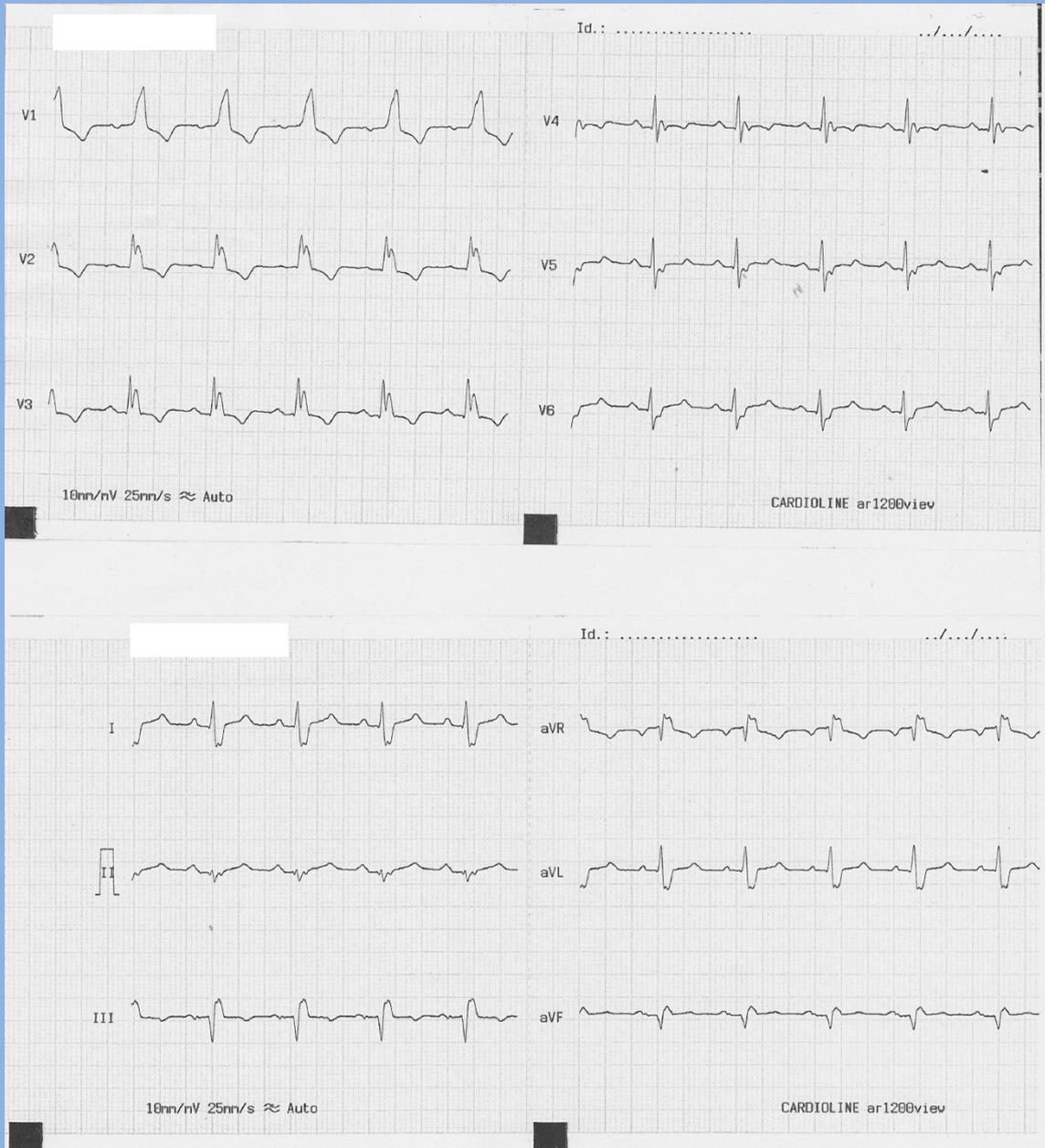
Quale dei nuovi anticoagulanti orali (Nao) agisce legandosi al sito della trombina?

- 1) Rivaroxaban
- 2) Dabigatran
- 3) Apixaban
- 4) Edoxaban

Risposta esatta n.2

L'elettrocardiogramma del n.0

A cura di Giuseppe Antista ed Alfredo Monteverde



Referto : RS (FC=90), deviazione assiale sinistra con onda "q" in DIII ed aVF, atriogramma sinistro non regolare, PQ ai limiti superiori, blocco di branca destro, alterazioni della fase terminale in sede anteriore.

Commento: la refertazione di questo tracciato non è particolarmente complessa, ma è importante una lettura attenta, dopo avere acquisito le opportune notizie cliniche. L'ECG è relativo ad un sogg. di circa 50 anni con storia di asma bronchiale, diabete mellito, dislipidemia, pregressa necrosi inferiore e cefalea ricorrente. Si vuole, qui, sottolineare l'anomalia atriale sinistra, a volte non sufficientemente attenzionata, riferibile ad ingrandimento dell'atrio sin. con riscontro ecocardiografico di pervietà del forame ovale, confermata anche dall'esame transesofageo

Quiz cardiologici n.1

A cura di Riccardo Asteggiano

Quale di queste affermazioni sulla tachicardia parossistica sopraventricolare da rientro nodale non è corretta:

- 1) Sebbene raramente, ma può anche essere osservata con BAV 2:1
- 2) E' più frequente nella donna
- 3) Si associa frequentemente a malattia cardiaca strutturale
- 4) Spesso all'ECG di superficie non si osservano onde P che sono mascherate all'interno del complesso QRS

A cura di Alfredo Monteverde

Nella tachicardia atriale bloccata è prevalente il blocco A-V:

- 1) 2:1
- 2) 3:1
- 3) 4:1
- 4) 6:1

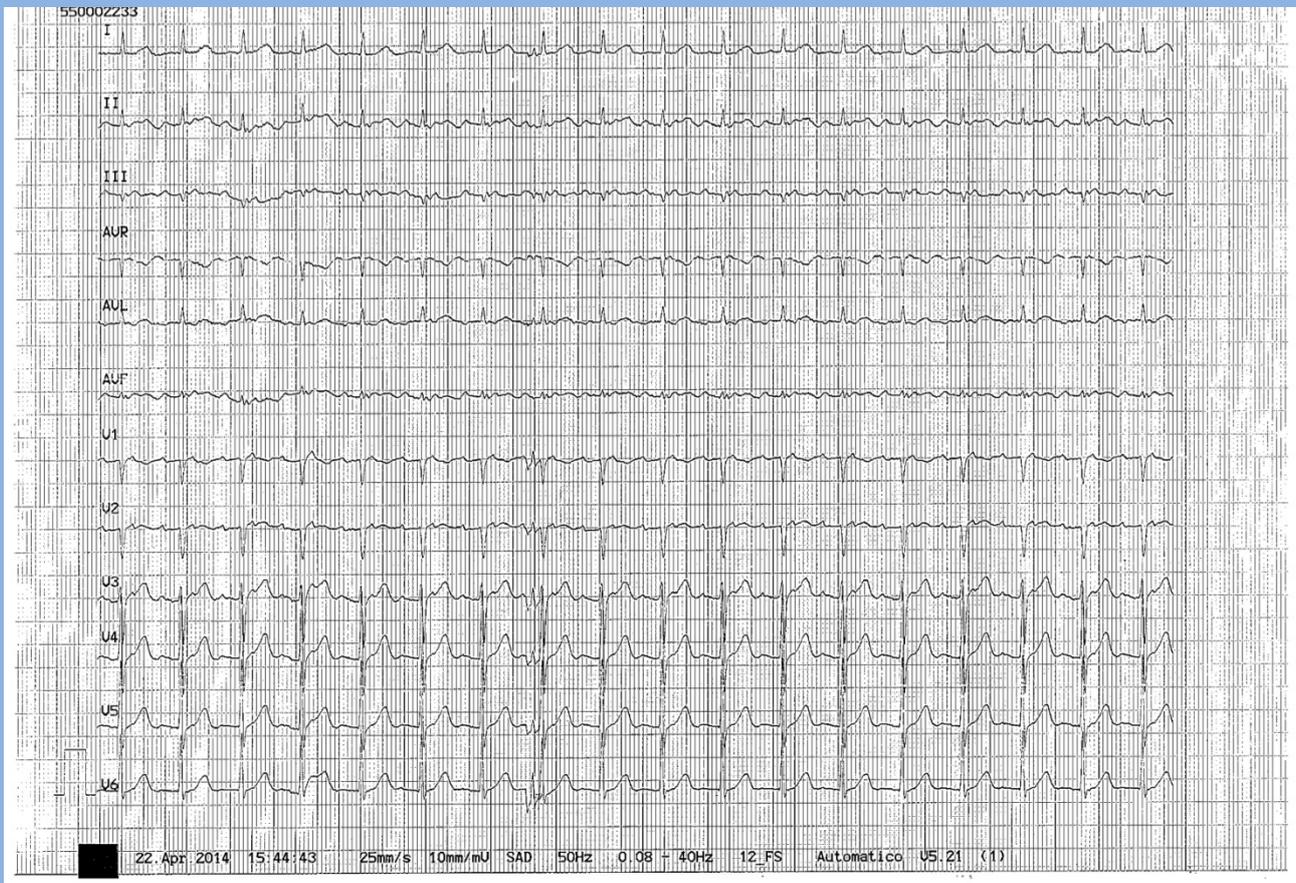
Quale, tra i seguenti effetti indesiderati dell'olmesartan, è da considerare non comune:

- 1) tosse
- 2) dolore alla schiena
- 3) ipersecrezione nasale
- 4) prurito

La risposta ai quiz verrà fornita nel prossimo numero di CARDIONEWS

L'elettrocardiogramma del n.1

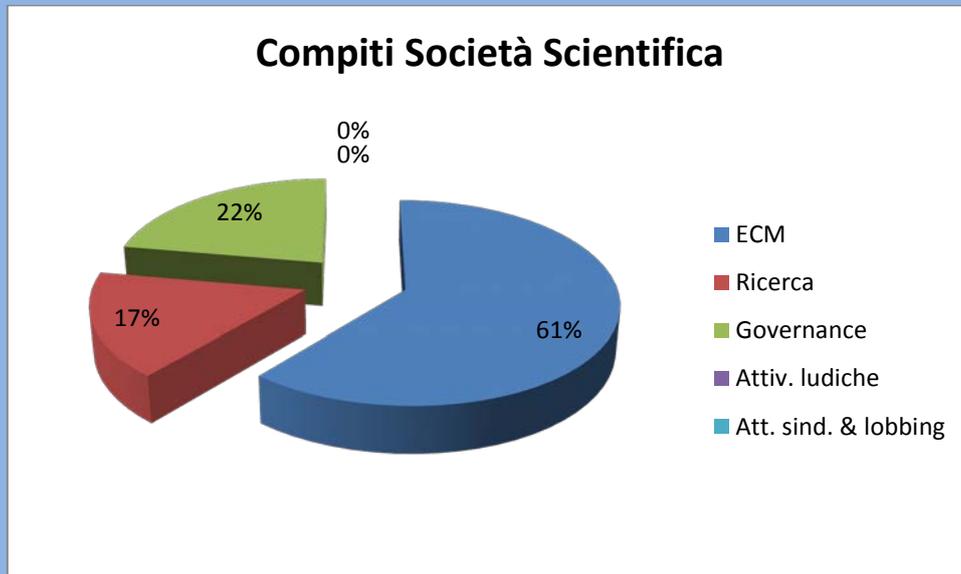
A cura di Giuseppe Antista ed Alfredo Monteverde



Il referto commento verrà dato nel prossimo numero

Risultati del sondaggio pubblicato sul sito cfcardiologia.it II Trim. 2014

Quali sono i compiti di una società medico-scientifica?



Regione Calabria, Roberto Fava

Nessuna comunicazione

Regione Campania, Giuseppina Gabriella Surace

Nessun evento

Regione Lazio, Maria Teresa Leporini

Roma cuore: ottobre 2014 – Interregionale Siculo-Laziale: primo semestre 2015

Regione Lombardia, Claudio Pini

Congresso Regionale Lombardia 20 giugno 2014 ATAhotel Via Albani 73 Varese

Regione Sicilia, Maria Gabriella Vitrano

Convegno sulla presentazione dei dati dell'Heart Net Study in ottobre

Caltanissetta gennaio 2015 – Convegno provinciale organizzato CFC Caltanissetta

Convegno Interregionale Siculo Laziale primo semestre 2015

Nel congresso interregionale svoltosi il 9-10 maggio 2014 nella splendida cornice del refettorio dell'Antico monastero dell'abbazia dei benedettini di Monreale sono stati approfonditi i seguenti temi: nuovi trattamenti invasivi e farmacologici nella terapia antitrombotica upstream dello stemi e non stemi, nuove indicazioni e dalle nuove prospettive della Tavi, terapia percutanea con mitraclip, bvs e nuovi device in elettrostimolazione. Un focus è stato dedicato alla medicina legale con particolare attenzione alla medicina "difensiva" ed alla responsabilità professionale

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

Regione Umbria, Isabella Tritto

Nessun evento segnalato

- **ATA Hotel Via Albani 73 Varese venerdì 20 giugno 2014 riunioni:**
 - Ore 15.30 alle ore 16.30 Coordinamento CARDIONEWS
 - Ore 16.30 alle ore 17.30 Coordinamento Gruppi di Studio Nazionali
- **ATA Hotel Via Albani 73 Varese 22 GIUGNO 2014**
 - *E' INDETTA IN PRIMA CONVOCAZIONE ALLE ORE 14:00 E IN SECONDA CONVOCAZIONE ALLE ORE 14:30 IL CONSIGLIO DIRETTIVO del CFC. A SEGUIRE L' ASSEMBLEA DEI SOCI CFC*
- **Gubbio (PG) 26/28 settembre 2014**
 - *CFC National Prevention Project"*

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

Da parte del presidente del GIEC Maurizio Santomauro

a completamento del suo articolo nel precedente numero

Caso di Sindrome di Brugada tipo 1 dovuta ad una mutazione del genotipo SCN5A, diagnosticata in un giovane maschio di 19 anni presso il Centro di aritmologia della Università Federico II



Sensibilità diagnostica dell'ECG basale nelle cardiopatie giovanili potenziali causa di morte improvvisa aritmica CMI= Cardiomiopatia ipertrofica CMAVD= Cardiomiopatia aritmogena del ventricolo destro

Sindrome del QT lungo congenito	100%			
Sindrome del QT corto congenito	100%			
Sindrome di Brugada	50-100%			
Anomalie coronariche congenite	25%			
CMAVD	50-100%			
CMI	100%			
Sindrome da preeccitazione ventricolare(W.P.W.)	80%			

AIMAR - Associazione Scientifica Interdisciplinare per lo Studio delle Malattie Respiratorie

Sede operativa: Via Martiri della Libertà 5 - Arona, NO 28041 - IT

Progetto Survey M.O.N.D. (Modify Outcome of Nighttime-Symptoms & Device)

Il Progetto Survey M.O.N.D. (Modify Outcome of Nighttime-Symptoms & Device), attivato da AIMAR – Associazione Scientifica Interdisciplinare per lo Studio delle Malattie Respiratorie - con il supporto incondizionato di ALMIRALL, prosegue sull'onda dell' ampio consenso e dell' ottimo livello di partecipazione suscitato nella comunità medico-scientifica italiana: il Board Scientifico del Progetto ringrazia tutti gli Specialisti Pneumologi, i Medici Specialisti e i Medici di Medicina Generale che hanno già aderito con entusiasmo all'iniziativa e invita tutti i Colleghi che ancora non hanno compilato il questionario a partecipare alla Survey.

Per partecipare al Progetto AIMAR Survey M.O.N.D. (Modify Outcome of Nighttime-Symptoms & Device) e compilare il relativo questionario cliccare sul questo link: <http://www.aimarnet.it/mond.html>

Per il completamento di tutte le domande sono necessari solo pochi minuti: con questi rapidi e semplici passi potremo scoprire i comportamenti più frequentemente adottati, nella pratica quotidiana di ciascun medico, in fase di indagine della sintomatologia della BPCO e nella spiegazione al Paziente circa l' utilizzo dei device inalatori.

I risultati di questa importante indagine andranno a costruire una fotografia aggiornata e approfondita , sui temi della sintomatologia della BPCO nell'arco della giornata, della "semplicità" nell'uso dei device e le relative ricadute di questo aspetto nel miglioramento dell'aderenza alla terapeutica . L'analisi dei dati dei questionari aiuteranno a comprendere i tempi e i modi adottati nella formazione al Paziente nell'uso dei device nonché il livello di utilità percepita relativamente a tale "formazione".

Qualora non l'abbiate già fatto, Vi invitiamo a partecipare al Progetto Survey M.O.N.D.! Vi chiediamo inoltre di condividere questo messaggio con tutti i Colleghi potenzialmente interessati all'iniziativa: maggiore sarà la partecipazione all'iniziativa migliore sarà il livello di percezione risultante sui temi oggetto d'indagine.

Nella compilazione del questionario M.O.N.D, Vi preghiamo di rispondere alle domande facendo sempre riferimento al comportamento più frequentemente adottato nella propria pratica clinica e attendendosi alle indicazioni operative riportate nella pagina del questionario.

RingraziandoVi per l'attenzione, i più cordiali saluti. Il Board Scientifico del Progetto AIMAR - Survey M.O.N.D.

Per conoscere la nostra Associazione e restare sempre in contatto con noi, consultate il nostro sito web: www.aimarnet.it

IV Congresso Nazionale AIMAR Pescara, 6-9 maggio 2015

Evidence that matters

HEART FAILURE 2014 17-20 May 2014

- RELAX-AHF and PROTECT studies find targeting WHF may reduce readmissions and save lives
- Biomarker test for Peripartum Cardiomyopathy could help reduce death after giving birth
- RELAX-AHF: Poor diuretic response associated with worse clinical outcomes
- Serelaxin has neutral effect on diuretic response
- Negative iron balance predicts acute heart failure survival
- Sleeping pills increase CV events in heart failure patients
- PARADIGM-HF trial stopped early for benefit

<http://media.necision.com/l/sfowtdnk/www.escardio.org/communities/HFA/Pages/welcome.aspx>

The full text of the White Paper: Heart failure: preventing disease and death worldwide is now available online here: <http://www.escardio.org/communities/HFA/Documents/whfa-whitepaper.pdf>

Best Research paper in UK (cardiological selection)

- Salty medicine and cardiovascular risk - George J, and coll. – BMJ 2013;347:f6954
- Identifying atherosclerotic coronary plaques – Joshi NV, and coll. – Lancet 2014;383:705-13

B-blockers after myocardial infarction in COPD – Quint JK, and coll. – BMJ 2013;347:f6650

Cardionews è disponibile per 734 Soci.