

Cardionews

Numero due
settembre 2014

In questo numero

- Presentazione
- Aritmie cardiache , morte improvvisa, valvulopatie
- Prevenzione cardiovascolare, ipertensione arteriosa
- Alimentazione e malattie cardiovascolari
- Angiologia
- Farmaco-economia e farmacovigilanza. Farmacologia e farmacognosia
- 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
 - 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,

spero le vacanze estive vi abbiano ritemprati e resi forti per affrontare le fatiche della nuova stagione. Si è celebrato, come ogni anno dal 29 agosto al 2 settembre il congresso della società europea di cardiologia con la partecipazione, nonostante la crisi, di ben 30330 delegati. Molti di noi hanno partecipato con attenzione e curiosità. La nostra adesione al Council for Cardiology Practice ci ha certamente indirizzati alla sessione del pomeriggio del giorno 29 alla quale potevamo essere presenti con invito riservato ed a quella affollatissima del mattino condotta dal chairman Gonzalo Baron Esquivias

È poi con grande piacere che vi comunico l'elezione di Riccardo Asteggiano, nostro socio fondatore nonché contribuente di Cardionews, a vice-chairmen del Council. Sarà il nuovo chairman dal 2016 al 2018. Auguri Riccardo e buon lavoro! Attuale nuovo chairman è Maxime Guenoun, anche a lui buon lavoro!

È stato presentato a Palermo il progetto "FA Col cuore" (Forze Armate Collegio Federativo di cardiologia) di cui fa parte il board del CFC che vuole, sulla base delle tante evidenze scientifiche, spingere i decisori politici affinché inseriscano l'attività fisica controllata e programmata tra i LEA. Sarebbe una rivoluzione culturale e sociale che ci porrebbe all'avanguardia tra le nazioni più sviluppate per la prevenzione e la terapia delle malattie cardiovascolari. Il progetto ha il patrocinio del Circolo Ufficiali, del Corpo militare della Croce Rossa Italiana e dell'Unione Nazionale Ufficiali in Congedo d'Italia. Altro progetto itinerante del CFC è l'Italian National Prevention Project che ha avuto la sua prima manifestazione a Gubbio dal 26 al 28 settembre.

Nel 2014 sono state licenziate dall'ESC le seguenti linee guida : ESC/EACTS Guidelines in Myocardial Revascularisation (Guidelines for) Acute Coronary Syndromes (ACS), Acute Pulmonary Embolism (Diagnosis and Management of) Thromboembolic Venous Disease, Hypertrophic Cardiomyopathy Myocardial Disease, Aortic Diseases Diseases of the Aorta and Trauma to the Aorta and Heart , ESC/ESA Guidelines on non-cardiac surgery: cardiovascular assessment and management The Cardiac Consult. Tutte sono disponibili al seguente indirizzo: <http://www.escardio.org/GUIDELINES-SURVEYS/ESC-GUIDELINES/Pages/GuidelinesList.aspx>

Da questo numero collaborerà con noi la nostra socia Dott.ssa Giorgia Carabelli Biologo Nutrizionista Nutrigenetista ACSIAN su temi inerenti l'alimentazione e le malattie cardiovascolari.

Buona lettura a tutti!

Guido Francesco Guida

ARITMIE CARDIACHE, MORTE IMPROVVISA, VALVULOPATIE

Asteggiano Riccardo

Vice chairman Council for Cardiology Practice – ESC



Tutto quello che avreste voluto sempre sapere sull’ablazione della FA, dalle indicazioni, alle percentuali di successo, ai rischi nella review “Catheter ablation of atrial fibrillation: an update”

<http://eurheartj.oxfordjournals.org/content/35/36/2454.short?rss=1>

Il pacing mediante DDDR, DDDRP + MVP rispetto ai controlli è stato in grado, come dimostrato nello studio “Atrial antitachycardia pacing and managed ventricular pacing in bradycardia patients with paroxysmal or persistent atrial tachyarrhythmias: the MINERVA randomized multicentre international trial” di ridurre il rischio di FA di durata superiore a 1 giorno, 7 giorni o di FA permanente con rispettivi HR = 0.66, 0.52 e 0.39, con alta significatività statistica.

<http://eurheartj.oxfordjournals.org/content/35/35/2352.short?rss=1>

L’articolo “Perioperative risk of major non-cardiac surgery in patients with severe aortic stenosis: a reappraisal in contemporary practice” ha analizzato i rischi legati a chirurgia generale in pazienti con stenosi aortica severa. Tra 2 gruppi di 256 soggetti di controllo e 256 con SA severa non si è osservata differenza in mortalità a 30 giorni (5.9% vs. 3.1%, P = 0.13), mentre sono aumentati i “MACE” (18.8% vs. 10.5%, P = 0.01), soprattutto scompenso cardiaco, in pazienti operati in emergenza, in FA e con IRC. Il rischio di interventi in pazienti con SA severa risulta quindi minore di quanto ritenuto in precedenza.

<http://eurheartj.oxfordjournals.org/content/35/35/2372.short?rss=1>

A questo articolo è collegato l’editoriale “Non-cardiac surgery in patients with severe aortic stenosis: time to revise the guidelines?”

<http://eurheartj.oxfordjournals.org/content/35/35/2346.short?rss=1>

Il trattamento standard di pazienti con stenosi aortica e coronaropatia consiste nella sostituzione chirurgica della valvola e nell’applicazione di by-pass. Le recenti metodiche transcateretere stanno mettendo in discussione tale approccio. La review “Aortic stenosis and coronary artery disease: What do we know? What don’t we know? A comprehensive review of the literature with proposed treatment algorithms” può servire ad orientarsi meglio nella gestione di tali pazienti.

<http://eurheartj.oxfordjournals.org/content/35/31/2069.short?rss=1>

PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE, IPERTENSIONE ARTERIO

*Caterina Camastra Attilio Castellaneta**

DIRIGENTE MEDICO, OSPEDALE SAN CAMILLO DI ROMA

*DIRIGENTE MEDICO, AZIENDA OSPEDALIERA SAN CAMILLO FORLANINI, RO



La denervazione renale nell'ipertensione resistente: studio EnligHTN I

Lo studio EnligHTN è il primo che ha utilizzato un catetere da ablazione a radiofrequenza con multielettrodi per la denervazione renale in pz con ipertensione arteriosa resistente a farmaci. Nello studio sono stati reclutati 46 pazienti con ipertensione resistente di età media 60 anni. I pz erano trattati con più di 3 farmaci antiipertensivi e presentavano una pressione arteriosa sistolica maggiore di 160 mmHg, (150 mmHg per i diabetici). È stata eseguita un'ablazione bilaterale delle arterie renali attraverso la femorale con metodo percutaneo tradizionale. I pz hanno presentato una riduzione significativa della PA clinica e della PA monitorata nelle 24 h, a distanza di 1,3,6 e 12 mesi dalla procedura. Dopo 12 mesi non è stata osservata alcuna modificazione delle arterie renali né eventi avversi seri. La denervazione renale può essere considerata per il trattamento dei pz con ipertensione arteriosa resistente a farmaci e questo studio dimostra l'efficacia e la sicurezza del sistema di ablazione a radiofrequenza con multielettrodi.

Hypertension 2014 Jun 16: Papademetriou V et al.



Il sodio circolante incrementa l'espressione dei canali endoteliali del sodio: Amiloride e Spironolattone ne antagonizzano l'effetto

Da questo interessante studio su animali da laboratorio è stato evidenziato che i canali del sodio sono presenti anche a livello dell'endotelio vascolare ed il loro numero è direttamente proporzionale all'aumentare dell'età. Né deriva che con l'aumentare dell'età viene incrementata la sensibilità al sodio circolante. Per antagonizzare l'effetto del sodio sono stati impiegati lo spironolattone e l'amiloride con sorprendente riduzione della presenza dei canali endoteliali del sodio. Tutto questo suggerisce che l'utilizzo di dette molecole è particolarmente indicato nei soggetti anziani per inibire lo sviluppo e/o l'aggravamento di Patologie Cardiovascolari.

Hypertension published online before print May 27, 2014,

doi:10.1161/HYPERTENSIONAHA.114.03348



Ancora sull'automonitoraggio pressorio

L'automonitoraggio pressorio, in pazienti selezionati, può dare risultati apprezzabili in termini di controllo della pressione arteriosa anche se l'adeguamento terapeutico viene effettuato dal paziente stesso anziché dal medico curante. I risultati dello studio indicano chiaramente che il paziente iperteso anche in presenza di altre patologie, se adeguatamente istruito dal centro di riferimento per l'ipertensione o dal medico curante, può autonomamente gestire in sicurezza la propria patologia. JAMA 2014; 312(8): 799-808.



Perché fare un test genetico in nutrizione a cura di G. Carabelli e Lisa Fiore

In nutrizione, una ridotta attività di specifiche proteine chiave comporta una compromissione del normale metabolismo ed assorbimento dei nutrienti. Questi deficit possono comportare carenze nutrizionali e malassorbimenti che se non vengono riconosciuti per tempo, finiscono per portare ad una riduzione della qualità della vita. Carenze prolungate possono anche condurre a vere e proprie patologie. Grazie ai test genetici si può con certezza determinare la predisposizione individuale, così da proporre adeguate integrazioni alimentari e ridurre in modo decisivo il rischio di patologia.

Principali informazioni sul test: 1. E' un autotest (tampone buccale) 2. E' estremamente semplice il prelievo, anche in età critiche 3. E' estremamente affidabile e ripetibile, poiché trattasi di DNA 4. E' estremamente veloce la refertazione Ad oggi i test più comunemente utilizzati sono quelli volti a determinare la predisposizione genetica a: 1. Intolleranza al lattosio: il test permette di individuare la predisposizione ad un alterato metabolismo del lattosio, zucchero contenuto nel latte e in tutti i suoi derivati 2. Celiachia: il test permette di individuare la predisposizione alla celiachia sia in soggetti sintomatici sia in quelli asintomatici 3. Metabolismo dei folati: il test indica se è necessario integrare con acido folico o meno 4. Metabolismo della Vitamina D: il test indica se si ha difficoltà ad assimilare la vitamina D contenuta negli alimenti, fondamentale per l'utilizzazione del calcio 5. Metabolismo dei lipidi: il test è indicato per chi ha alti valori di colesterolo e trigliceridi con tendenza ad aumento di peso, per chi fatica a perdere peso anche con alimentazione povera di grassi, per chi ha un alterato metabolismo degli zuccheri 6. Obesità: il test permette di individuare la predisposizione genetica al sovrappeso, alla difficoltà nel perdere peso o a mantenere il peso forma 7. Diabete di TIPO II: predisposizione genetica – polimorfismi di 3 geni 8. Mappatura Alimentare Completa: Serie di consigli alimentari derivati dai risultati di test genetici. Vengono eseguiti 9 test (in pratica tutti quelli che vengono già fatti singolarmente) ed associati poi alimenti consigliati e sconsigliati sulla base dei risultati ottenuti. Gli alimenti sono stati ridotti a 60 rispetto a quelli considerati per condensare tutte le informazioni in un grande test unico che sarà sicuramente di aiuto al Nutrizionista che dovrà poi formulare il piano alimentare vero e proprio. Su un unico tampone viene fatto lo screening di Lattosio, Celiachia, Vitamina D (3 polimorfismi), Acido folico, Metabolismo lipidi e Diabete tipo 2 (3polimorfismi) poi si mettono insieme tutti i dati e si referta sia con i singoli risultati che con un elenco di alimenti da preferire.

Nei prossimi numeri di Cardionews approfondiremo i vari temi

ANGIOLOGIA

Caterina Genova

SPECIALISTA ANGIOLOGO, TERMINI IMERESE, ASP PALERMO



Novità in ambito epidemiologico, diagnostico e terapeutico nell'Angiologia

Nell'ultimo trentennio anche in ambito angiologico c'è stato un lento e progressivo miglioramento sia diagnostico che terapeutico, ma la distribuzione e la frequenza delle malattie vascolari, nonostante le varie misure di prevenzione attuate, non si è ridotta specie a causa

dell'invecchiamento della popolazione e per il formarsi di nuove tipologie di ammalati, **AMBITO ARTERIOSO:** La malattia arteriosa periferica sta diventando un problema comune, sia perché colpisce più frequentemente gli anziani e la popolazione va invecchiando, sia perché il diabete sta diventando una pandemia e colpisce prevalentemente i distretti tibiali. Circa trent'anni addietro l'amputazione era la sola alternativa ad una terapia medica fallimentare. Oggi le nuove tecnologie ci consentono di scegliere, anche per i tronchi di suddivisione delle a. poplitee, tra l'uso di tecniche di rivascolarizzazione tradizionale, o per via endoscopica, o in alcuni casi ibride. In atto è in fase di studio l'uso a livello delle arterie di gamba di stent biorassorbibili, già utilizzati nella circolazione coronarica. **AMBITO VENOSO :** Il TEV resta la terza fra le malattie cardiovascolari, recentemente sono state pubblicate (31 Agosto 2014) le nuove Linee Guida per l'Embolia Polmonare Acuta, la novità più grande è stata l'introduzione dei NAO. Circa trent'anni addietro la trombosi venosa veniva trattata solo in ambito ospedaliero per via parenterale; come allora gli anticoagulanti orali hanno reso possibile curare tale patologia in modo rivoluzionario a livello ambulatoriale, così adesso con i NAO si apre una nuova era in cui il paziente, pur sempre sotto il dovuto controllo medico, si libera anche dalla schiavitù dei periodici prelievi ematici. Vari Studi hanno dimostrato l'efficacia e la sicurezza dei NAO rispetto al Warfarin, uno degli ultimi studi il RE-COVER II riguarda il Dabigatran, inibitore diretto del fattore II, a riconferma del primo trial RE-COVER <http://circ.ahajournals.org/content/129/7/764.full> **AMBITO LINFATICO:** viviamo in una società contraddittoria in cui pur sapendo come dovrebbe essere un corretto stile di vita, ci lasciamo trascinare a vivere in modo insalubre con tutte le conseguenze correlate, e fra queste l'obesità, che è dilagante e in casi estremi, in concomitanza di deficit immunologici e di alterazioni endocrine, può diventare elefantiasica. In tale manifestazione in cui né attività fisica, né dieta, né liposuzione sono sufficienti a modificare "la conformazione" del paziente, ecco allora un recente studio, in cui il "debulking" ci viene presentato come una terapia che migliora la qualità di vita del paziente. Quante volte nel vedere certa tipologia di pazienti abbiamo pensato: " Qui ci vorrebbe un bisturi che rimodelli il tutto!".

http://www.medpagetoday.com/Cardiology/PeripheralArteryDisease/46835?xid=nl_mpt_DHE_2014-07-19&utm_content=&utm_medium=email&utm_campaign=DailyHeadlines&utm_source=ST&eun=g808581d0r&userid=808581&email=cwojdylo%40webmd.net&mu_id=6095519&utm_term=Daily

Just Say No to Below-the Knee Tx for Mild In questo articolo ci vengono dati dei punti di riferimento per valutare al meglio se, quando e come intervenire nei pazienti che hanno disturbi circolatori a livello delle gambe, in accordo con le prime Linee Guida per il trattamento delle lesioni arteriose sottopoplitee pubblicate dalla Society for Cardiac Angiography and Interventions (SCAI). [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25118790?log\\$=activity](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25118790?log$=activity)
[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25118790?log\\$=activity](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25118790?log$=activity)

Failure of dabigatran and rivaroxaban to prevent thromboembolism in antiphospholipid syndrome: a case series of three patients Sebbene diversi studi abbiano approvato i NAO per il trattamento della trombosi venosa, con questo articolo ci rendiamo conto che questi non possono essere usati come dei semplici sostituti del warfarin per ogni patologia trombotica. Ulteriori studi ci chiariranno il perché siano stati inefficaci nello specifico e allo stesso tempo scopriremo altri lati oscuri della sindrome da aPL e degli stessi NAO. http://www.medscape.com/viewarticle/822871_1
http://www.medscape.com/viewarticle/822871_1

Debulking Surgery for Elephantiasis Nostras With Large Ectatic Podoplanin-negative Lymphatic Vessels in Patients With Lipo-lymphedema Vengono presentati i casi di due pazienti trattati con l'escissione del tessuto sottocutaneo e della fascia muscolare profonda: nel

primo paziente la gamba sinistra è passata da 93 cm a 62 cm di circonferenza, nel secondo paziente da 83 cm a 53 cm.; le gambe hanno riacquisito una conformazione accettabile, diventando senza dolore e con notevole miglioramento della deambulazione.

FARMACOECONOMIA E FARMACOVIGILANZA; FARMACOLOGIA E FARMACOGNOSIA

Giglio Nunzia



Dirigente farmacista, ASP Palermo

SFIDARE L'ICTUS NELLA FIBRILLAZIONE ATRIALE

Apixaban rispetto a warfarin in pazienti con fibrillazione atriale Gli antagonisti della vitamina K sono molto efficaci nella prevenzione dell'ictus in pazienti con fibrillazione atriale, ma presentano diverse limitazioni. Apixaban è un nuovo inibitore orale diretto del fattore Xa che ha dimostrato di ridurre il rischio di ictus in una popolazione simile rispetto all'aspirina. Uno studio randomizzato in doppio cieco, ha messo a confronto apixaban (alla dose di 5 mg due volte al di) con warfarin (rapporto normalizzato internazionale target: 2-3) in 18.201 pazienti con fibrillazione atriale e almeno un altro fattore di rischio di ictus.). Il tasso di ictus emorragico è stato dello 0,24% annuo nel gruppo apixaban, rispetto allo 0,47% annuo nel gruppo warfarin :**Christopher B. Granger, et al.** In pazienti con fibrillazione atriale, l'apixaban si è dimostrato superiore al warfarin nel prevenire l'ictus o l'embolia sistemica, ha causato un numero minore di emorragie e determinato una minore mortalità. (ARISTOTLE ClinicalTrials.gov n. NCT00412984.)



IL DILEMMA DELL'INSUFFICIENZA RENALE: CKD E NAO

Mild renal impairment: (CrCl 50–≥80 mL/min): Dabigatran 150 mg BID; Rivaroxaban 20 mg OD; Apixaban 5 mg BID **Moderate renal impairment :** (CrCL 30-50mL/min) Dabigatran 150 mg BID (110 mg BID should be considered in patients at high bleeding risk); Rivaroxaban 15 mg OD, Apixaban 5 mg BID. Rivaroxaban e Apixaban non sono raccomandati in pazienti con CrCl <15mL/



Valutazione Costo-Efficacia per i NAO nel SSN Italiano

Gli studi di costo efficacia presenti in letteratura sono concordi nell'indicare che il trattamento con i NAO in un SSN come quello Italiano può essere considerato costo-efficace, con valori che oscillano tra i 15.000 e 25.000 per Qaly. Non sono state rilevate significative differenze tra le diverse molecole in termini di costo-efficacia: Associazione Italiana di Economia Sanitaria Proposta di linee guida per la valutazione economica degli interventi sanitari. Pol San 2009; 10: 91-99. BritishHypertension Society, US National High BP Education Program nel 2002

BritishHypertension Society US National High BP Education Program nel 2002

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 vasoconstrictrice. 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;



SPENDING REVIEW IN SANITÀ – IL PUNTO DI VISTA INFERMIERISTICO

Tagli alle risorse e ai servizi, aumento di ticket e tasse, blocco del turn over, mancato rilancio del territorio, blocco del contratto di lavoro. Ad oggi la spending review in sanità si è basata principalmente su questi aspetti. Un gruppo di professionisti sanitari Infermieri ha partecipato ad una indagine sull'impatto che la spending review ha avuto sulla programmazione sanitaria. 1438 Infermieri sono stati intervistati dall'Associazione Cittadinanza attiva, nel periodo maggio/giugno 2014; per oltre l'81% degli intervistati, i tagli apportati hanno contribuito negativamente sul proprio operato quotidiano; essi si augurano che nel prossimo futuro cambi la modalità per la programmazione sanitaria, che modifichi le modalità prettamente economicistiche ad oggi utilizzate, cercando, al contrario, di riqualificare il territorio con i dovuti investimenti.

Per i dati completi ed eventuali approfondimenti: www.cittadinanzaattiva.it



Lavoratori introvabili. Infermieri e ostetriche tra i più difficili da reperire

Secondo i risultati emersi dall'elaborazione realizzata dall'Ufficio studi della Cgia di Mestre, che ha analizzato i dati emersi dalla periodica indagine effettuata dall'Unioncamere-Ministero del Lavoro su un campione qualificato di imprenditori italiani, le previsioni di assunzione per l'anno in corso delle 10 figure professionali più difficili da reperire sul mercato del lavoro dagli imprenditori italiani daranno luogo a oltre 29.000 nuovi posti di lavoro. Di questi, stando alle risposte rilasciate dagli intervistati, quasi 8.500 rischiano di non essere coperti perché non reperibili sul mercato del lavoro. Gli Infermieri e le ostetriche sono due delle tre figure professionali che negli ultimi sei anni sono rimaste nella medesima top-ten che riporta le professionalità introvabili con il conseguente rischio di non copertura dei posti vacanti. Sicuramente molte aziende utilizzano dei metodi di ricerca del personale del tutto inadeguati, Questo dovrebbe portare ad una radicale modifica delle metodologie utilizzate nella ricerca di tale personale. Privilegiando aspetti come la stabilità del posto di lavoro, la retribuzione e le prospettive di carriera. Queste variabili possono incidere positivamente sulla scelta del luogo di lavoro da parte del professionista Infermiere.

CARDIOPATIA ISCHEMICA CRONICA, ELETTROCARDIOGRAFIA

Giuseppe Antista

Alfredo Monteverde*

Specialista in geriatria, Monreale

*Dirigente medico UOC Geriatria, AUO Policlinico Palermo



IVABRADINA ASSOCIATA A BETA-BLOCCANTI NEI SOGGETTI ANZIANI CON ANGINA STABILE

Lo studio ADDITIONS (Practical Daily efficacy and safety of Procoralan® In combination with betablockers) ha dimostrato l'efficacia clinica dell'associazione di ivabradina con beta-bloccanti nell'angina stabile, riducendo la frequenza cardiaca, il numero degli attacchi di angina, il consumo di nitrati e migliorando anche la qualità della vita. Gli autori hanno voluto condurre un'analisi retrospettiva su un particolare sottogruppo di questi soggetti con età superiore a 75 anni, valutando sia l'efficacia sia la tollerabilità di questa associazione. **Metodi e conclusioni:** i pazienti dello studio ADDITIONS con età maggiore di 75 anni erano 479 (21%). Dopo 4 mesi di trattamento con ivabradina (dose media 11.61 ± 3.18 mg al giorno) si è osservata una riduzione statisticamente significativa del numero medio di attacchi anginosi per settimana (da $1,6 \pm 1,8$ a $0,4 \pm 1,3$), del consumo medio di nitrati (da $2,2 \pm 3,2$ a $0,6 \pm 1,8$) ed un miglioramento della qualità di vita valutato con l'EQ-5D QoL. La tollerabilità di questa associazione è stata buona per la maggior parte dei pazienti studiati. **Commento:** l'analisi proposta da questi autori è interessante in quanto valuta l'efficacia, e soprattutto la tollerabilità, dell'associazione ivabradina e beta-bloccanti negli anziani. Restano, purtroppo, i limiti di un'analisi retrospettiva e la necessità di avere sempre più studi su pazienti anziani, che sono quelli che più frequentemente il medico si trova a trattare nella pratica clinica. **Bibliografia:** Müller-Werdan U. e coll. Ivabradine in combination with beta-blocker reduces symptoms and improves quality of life in elderly patients with stable angina pectoris: Age-related results from the ADDITIONS study. Exp Gerontol. 2014 Sep 3.

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0531556514002526>



CONFRONTO TRA OLMESARTAN E VALSARTAN NELLA RIDUZIONE DEL VOLUME DELLE PLACCHE CORONARICHE VALUTATA CON ULTRASONOGRAFIA INTRAVASCOLARE IN SOGGETTI CON ANGINA STABILE

Le placche coronariche possono essere ridotte con alcuni farmaci. Questo studio ha voluto confrontare gli effetti di due antagonisti dell'angiotensina II (olmesartan 20 mg/die o valsartan 80 mg/die) sul volume della placca coronarica misurato con ecografia coronarica intravascolare. **MATERIALI E METODI:** un centinaio di pazienti ipertesi con angina stabile sottoposti a intervento coronarico percutaneo elettivo sono stati randomizzati per ricevere uno dei due antagonisti dell'angiotensina II dopo l'intervento coronarico. Le lesioni coronariche, responsabili di stenosi lieve o moderata, sono state misurate mediante nel loro volume al momento basale e dopo 6 mesi di terapia. Alla fine del trattamento sia l'olmesartan sia il valsartan hanno mostrato una significativa riduzione del volume delle placche coronariche esaminate ($46,2 \pm 24,1$ mm³ al basale vs $41,6 \pm 21,1$ mm³ a 6 mesi: 4,7% di diminuzione, $p=0,0002$, e $47,2 \pm 32,7$ mm³ al basale vs $42,5 \pm 30,2$ mm³ a 6 mesi: 4,8% di diminuzione, $p=0,002$, rispettivamente). **CONCLUSIONI:** Non si è osservata alcuna differenza statisticamente significativa della regressione della placca tra i due gruppi ($p=0,96$), ma, in effetti, c'è stata una diminuzione significativa rispetto al basale del volume della placca coronarica. **COMMENTO:** questo studio dimostra come anche i sartani (in particolare olmesartan e valsartan) abbiano un impatto positivo sulla cardiopatia ischemica cronica come gli ace-inibitori, al momento più utilizzati. **BIBLIOGRAFIA:** Hideki Ishii e coll. Impact of Angiotensin II Receptor Blocker Therapy (Olmesartan or Valsartan) on Coronary Atherosclerotic Plaque Volume Measured by Intravascular Ultrasound in Patients With Stable Angina Pectoris. American Journal of Cardiology. Volume 112, Issue 3, Pages 363–368, August 1, 2013 <http://www.ajconline.org/article/S0002-9149%2813%2900899-0/fulltext>

CARDIOCHIRURGIA, RIANIMAZIONE CARDIOPOLMONARE

Giuseppina Gabriella Surace

Cardiochirurgia, AOU Federico II, Napoli



La pressione parziale di anidride carbonica di fine espirazione (PETCO₂) come indicatore della causa di arresto cardiaco e dell'efficacia della RCP

La pressione parziale di anidride carbonica di fine espirazione (PETCO₂) permette di valutare la circolazione tissutale e il metabolismo corporeo. Le linee guida 2010 dell'American Heart Association per la Rianimazione Cardiopolmonare (RCP) e le Emergenze Cardiologiche (ECC) consigliano di analizzare la PETCO₂ durante la RCP per valutarne l'efficacia. **Materiali e Metodi.** Gli studi sono stati condotti su ratti sani maschi divisi in 2 gruppi: il primo in cui l'arresto cardiaco è stato indotto per fibrillazione ventricolare (FV) e il secondo per cause respiratorie (asfissia). **Risultati.** I valori della PETCO₂ subito dopo una RCP erano più bassi nel gruppo con FV rispetto a quelli del gruppo dell'arresto respiratorio. Inoltre dopo il ripristino della circolazione spontanea, si assiste ad un improvviso aumento del valore. **Conclusioni.** Il capnogramma permette di segnalare il ritorno alla circolazione spontanea e differenziare la causa che ha portato all'arresto cardiaco.

Changes of end-tidal carbon dioxide during cardiopulmonary resuscitation from ventricular fibrillation versus asphyxial cardiac arrest. Qing-ming Lin et al. 2014 World Journal of Emergency Medicine. <http://www.wjem.org/default/articlef/index/id/294>



Un'insolita angina..

La sindrome da furto succlavio-coronarico è una complicanza rara ma riconosciuta del bypass aorto-coronarico effettuato con l'utilizzo dell'arteria mammaria interna sinistra. La condizione predisponente è una stenosi critica all'origine dell'arteria succlavia di sinistra. La sintomatologia è caratterizzata da dolore toracico in seguito ad uno sforzo dell'arto superiore sinistro. All'esame obiettivo si evidenzia una differenza di pressione arteriosa ai due arti superiori > 20 mmHg a riposo. Tale condizione può essere supportata dalla presenza di un soffio sovraclaveare e sintomi di insufficienza vertebro-basilare (vertigini, sincope, atassia, disturbi visivi, claudicatio e intorpidimento dell'arto superiore di sinistra) in caso di aumento delle richieste funzionali dell'arto suddetto. La diagnosi può essere effettuata con un'ecografia dei tronchi sovra-aortici, TC o RMN, ma la metodica gold standard è l'angiografia. Il trattamento di prima scelta è l'approccio endovascolare mediante PTA e stenting. In caso di lesione lunga (>5 cm), calcifica o occlusione completa è indicata la rivascolarizzazione chirurgica (bypass carotido-succlavio, carotido-ascellare, ascello-ascellare, aorto-succlavio, e la trasposizione dell'arteria mammaria interna) con un tasso di pervietà a 10 anni > 90%.

Coronary Subclavian Steal Syndrome: An Unusual Cause of Angina in a Post-CABG Patient.

Usman Younus et al. Case Reports in Cardiology.

<http://www.hindawi.com/journals/cric/2014/769273>

CARDIOLOGIA DELLO SPORT, VALUTAZIONE FUNZIONALE E RIABILITAZIONE

Marcello Traina

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



News sugli effetti metabolici dell'esercizio fisico “Interval Training” ad alta intensità

Introduzione: Uno degli obiettivi del trattamento dei pazienti con diabete di tipo 2 (DT2) è l'attività fisica. Il difetto principale causa di DT2 è l'insulino resistenza a livello dei muscoli scheletrici. Le cause di insulino resistenza sono numerose e complesse ma l'inattività fisica potrebbe essere uno dei principali fattori che la determina, mentre un'attività fisica regolare è associata ad un miglioramento dell'insulino sensibilità muscolare per cui rappresenta una strategia efficace per la prevenzione del DT2. L'esercizio fisico è essenziale per il “benessere metabolico” e per migliorare la funzione cardiovascolare. Le linee guida raccomandano un esercizio fisico conosciuto con il termine di “Endurance Training” che prevede almeno 150 min alla settimana ad intensità medio-elevata (40-60% della VO₂max), o 90 min ad intensità più elevata distribuiti in almeno tre giorni diversi (20-60 min giornalieri con sedute non inferiori ai 10 min). La mancanza di tempo è spesso riportata come causa dell'impossibilità di essere attivo. Pertanto è stato proposto l'esercizio fisico “Interval Training” ad alta intensità (HIT). L'esercizio fisico HIT è una modalità di esercizio che prevede una serie di sprint “all-out” al cicloergometro di 30 sec. (sprint con il metodo Wingate) con un periodo di riposo/recupero di 4 min. tra gli sprint. L'esercizio HIT causa un miglioramento dell'insulino sensibilità. Tuttavia, l'esercizio HIT viene percepito come strenuo dai soggetti sedentari ed è poco tollerato; inoltre una serie di 4-6 sprint richiede un tempo totale di esercizio comprendente il riscaldamento ed i periodi di recupero > 20 min, per cui si annulla l'obiettivo della riduzione della durata di esercizio. Per tale motivo è stato proposto una modalità di esercizio “Interval Training” ad alta intensità con ridotta durata degli sprint e dei periodi di recupero (REHIT). Quest'ultima modalità di esercizio è stata utilizzata nel lavoro scientifico “Towards the minimal amount of exercise for improving metabolic health: beneficial effects of reduced-exertion high-intensity interval training” Eur J Appl Physiol published online 29 novembre 2011 - www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22124524

Risultati dell'articolo recensito: il protocollo REHIT prevede tre sessioni per settimana per 6 settimane. Ogni sessione ha una durata di 10 min comprensiva del riscaldamento e del defaticamento, per cui la durata dell'allenamento è di 30 min per settimana. Ogni sessione prevede un'attività al cicloergometro a bassa intensità (60 watt) ed uno (prima sessione) o due (tutte le altre sessione) sprint “all-out”. Lo sprint “all-out” viene eseguito al cicloergometro a freno meccanico con una forza frenante pari al 7,5% del peso corporeo ed ha una durata di 10 sec. nella prima settimana (periodo di recupero tra i due sprint di 3:40 min), 15 sec. nella 2° e 3° settimana (periodo di recupero tra i due sprint di 3:30 min) e 20 sec. nelle 3 settimane finali (periodo di recupero tra i due sprint di 3:20 min). Nello studio veniva analizzata la capacità aerobica (VO₂max), il test da carico di glucosio, i livelli di insulinemia e veniva calcolata l'insulino sensibilità utilizzando la

formula ISICederholm. L'insulino sensibilità aumentava dopo il periodo di allenamento del 28% ($P < 0,05$) nel gruppo dei soggetti maschi mentre nelle donne non si osservava lo stesso comportamento, verosimilmente per i livelli basali di insulino sensibilità più elevati. Un altro aspetto interessante dello studio era quello che, dopo le 6 settimane di allenamento REHIT, il $VO_2\max$ ($ml\ kg^{-1}\ min^{-1}$) aumentava significativamente mentre non variava nel gruppo controllo (soggetti che non eseguivano l'allenamento) sia nei maschi (REHIT da $36,3 + 2,2$ a $41,6 + 1,5$ - $P < 0,01$; controllo da $38,0 + 2,7$ a $38,0 + 2,3$) che nelle femmine (REHIT da $32,5 + 1,5$ a $36,4 + 1,3$ - $P < 0,05$; controllo da $32,9 + 2,1$ a $31,6 + 2,1$). **Commento personale:** il risultato dello studio "Towards the minimal amount of exercise for improving metabolic health: beneficial effects of reduced-exertion high-intensity interval training" indicano che l'esercizio "Interval Training" ad alta intensità con ridotta durata degli sprint costituisce una nuova modalità di allenamento che può superare il principale limite della modalità "Endurance Training" rappresentato dalla mancanza di tempo per attenersi alle sessioni di allenamento. Inoltre il protocollo di esercizio REHIT determina in sei settimane e con sessioni di allenamento di breve durata un miglioramento metabolico ed un aumento delle capacità aerobiche e pertanto rappresenta un metodo di allenamento alternativo per i soggetti con sindrome metabolica e diabete di tipo 2.



SINDROMI CORONARICHE ACUTE, SCOMPENSO CARDIACO

Maria Gabriella Vitrano

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

Pazienti con STEMI e malattia coronarica multivasale: man forte alla PCI preventiva dallo studio PRAMI!

Nell'infarto miocardico acuto con sopraslivellamento del tratto ST (STEMI), il trattamento dell'arteria correlata all'infarto (o vaso culprit) mediante angioplastica coronarica (PCI) è associato ad un miglioramento della prognosi, mentre resta da definire quale sia il valore della PCI nel trattamento delle lesioni non colpevoli (PCI preventiva). Dal 2008 al 2013, presso cinque centri inglesi, sono stati arruolati 465 pazienti con STEMI (compresi 3 pazienti con blocco di branca sinistro) candidati a PCI dell'arteria correlata all'infarto e sono stati randomizzati a PCI preventiva con trattamento esteso alle lesioni non colpevoli ($n=234$) o a PCI del solo vaso colpevole ($n=231$). Successive procedure di rivascularizzazione erano consentite solo nel caso di angina refrattaria con evidenza oggettiva di ischemia. L'outcome primario era rappresentato da un composito di morte cardiovascolare, infarto miocardico non fatale o angina refrattaria. L'analisi statistica è stata effettuata secondo il principio intention-to-treat. Durante un follow-up medio di 23 mesi, l'outcome primario si è verificato in 21 pazienti del gruppo sottoposto a PCI preventiva e in 53 pazienti del gruppo sottoposto a PCI del solo vaso colpevole, con un'incidenza rispettivamente di 9 eventi avversi per 100 pazienti e di 23 eventi avversi per 100 pazienti (hazard ratio nel gruppo randomizzato a PCI preventiva 0.35; intervallo di confidenza [IC] 95% 0.21-0.58; $p < 0.001$). L'hazard ratio per ciascuna delle tre componenti dell'outcome primario è stato pari a 0.34 (IC 95% 0.11-1.08) per la morte cardiovascolare, 0.32 (IC 0.13-0.75) per l'infarto miocardico non fatale e 0.35 (IC 95% 0.18-0.69) per l'angina refrattaria. In conclusione, nei pazienti con STEMI e malattia

multivasale candidati a PCI dell'arteria correlata all'infarto, la PCI preventiva delle lesioni non colpevoli con stenosi significativa è risultata associata ad una riduzione significativa del rischio di eventi cardiovascolari avversi rispetto alla PCI del solo vaso colpevole N Engl J Med 2013;369:1115-23

http://www.cardiolink.it/index.php?option=com_content&view=article&id=10779&catid=919:archivio-today-news&Itemid=17

Scompenso cardiaco con funzione sistolica ventricolare sinistra conservata: antialdosteronici sì o no?

I risultati di questo studio mostrano che nei pazienti con scompenso cardiaco e frazione di eiezione (FE) ventricolare sinistra (VS) conservata la terapia con spironolattone non riduce in maniera significativa l'endpoint primario composito di morte per cause cardiovascolari, arresto cardiaco resuscitato o ospedalizzazione per scompenso cardiaco. In questo studio randomizzato, condotto in doppio cieco, un totale di 3.445 pazienti con scompenso cardiaco sintomatico e con una FE VS del > o uguale al 45% sono stati casualmente assegnati a terapia con spironolattone (15-45 mg al giorno) o placebo. L'outcome primario era un composito di morte per cause cardiovascolari, arresto cardiaco resuscitato o ospedalizzazione per la gestione dello scompenso cardiaco. Dopo un follow-up medio di 3,3 anni, l'outcome primario si è verificato in 320 su 1.722 pazienti nel gruppo spironolattone (18,6%) e 351 su 1.723 pazienti nel gruppo placebo (20,4%) (hazard ratio, 0.89, 95% intervallo di confidenza [CI], 0,77-1,04 , p= 0.14). Solo l'ospedalizzazione per scompenso cardiaco ha presentato un'incidenza significativamente più bassa nel gruppo spironolattone rispetto al gruppo placebo (206 pazienti [12,0%] vs 245 pazienti [14,2%]; hazard ratio, 0.83; 95% CI, 0,69-,99 , p = 0.04). Il trattamento con spironolattone è stato associato ad un aumento dei livelli di creatinina sierica ed ad un tasso doppio di iperkaliemia (18,7%, contro il 9,1% nel gruppo placebo) ma ridotto ipopotassiemia. In conclusione, nei pazienti con scompenso cardiaco e FE preservata, il trattamento con spironolattone non ha ridotto significativamente l'incidenza dell'outcome primario composito NEJM 370;15 april 10, 2014

http://www.cardiolink.it/index.php?option=com_content&view=article&id=10780&catid=919:archivio-today-news&Itemid=17

Dosaggio BNP: pazienti NSTEMI e rischio di mortalità

Pochi studi hanno affrontato il valore aggiunto del peptide natriuretico di tipo B (BNP) sulla stratificazione del rischio nella sindrome coronarica acuta tipo NSTEMI-ACS. Gli Autori hanno qui voluto valutare se i livelli di BNP forniscono un ulteriore miglioramento sulla discriminazione e la riclassificazione dei pazienti a rischio di mortalità durante il ricovero e follow-up dopo un NSTEMI-ACS. I livelli di BNP sono stati misurati all'ammissione e dopo 24-96 ore in 600 pazienti con NSTEMI-ACS. In totale 19 pazienti (3,2%) sono deceduti durante il ricovero e il 29 (4,1%) durante il follow-up (mediana 13,4 mesi). Il BNP era indipendentemente associato con la mortalità durante il ricovero (OR 3.56, 95% CI 1,75-7,23) e ha migliorato la discriminazione (AUC 0.95 vs 0.92, p = 0.01) e la riclassificazione (NRI 72% e IDI 8%, p <0.05 per entrambi). Allo stesso modo il BNP è risultato essere un predittore indipendente di mortalità durante il follow-up (HR 2,46, 95% CI 1,94-3,12). Allo stesso modo, BNP ha dimostrato un valore aggiunto superiore agli score TIMI e GRACE. Gli Autori hanno infine concluso che la determinazione del BNP 24-96 ore dopo una NSTEMI-ACS migliora la discriminazione del rischio di mortalità dei pazienti durante il ricovero e follow-up.suggerendo che il miglioramento nella tecnica di impianto e la raffinatezza del design dello stent può migliorare gli esiti clinici dei pazienti con ACS. Acute Cardiovascular Care June

Evidence that matters

Il prodotto BMI x 6MWT predice il rischio di mortalità a lungo termine in pazienti con HF Il prodotto BMI x 6MWT è affidabile nel predire rischio di mortalità a lungo termine in pazienti con HF sistolica in quanto l'obesità paradossa è presente in pazienti con insufficienza cardiaca sistolica ma viene modificata dal grado di capacità fisica. Queste sono le conclusioni a cui sono giunti i ricercatori coordinati da Zafrir B del Lin Medical Center di Haifa (Israele) che hanno osservato una relazione inversa progressiva tra i quartili di prodotto di BMI x 6MWT e rischio di mortalità. Fonte: Am J Cardiol. 2014; 113(7):1217-21.

Benefici dell'attività fisica Una regolare attività fisica porta ad un miglioramento dello stato di benessere generale e aiuta a prevenire molteplici patologie: dalla demenza al cancro alle malattie cardiovascolari. Nel nostro Paese il 30% delle persone con età compresa fra 18 e 69 anni si dedica poco allo svolgimento di attività fisica, a tal punto da avere uno stile di vita che si può definire sedentario.(Fonte: Ministero della Salute). Secondo **l'Organizzazione Mondiale della Sanità l'attività fisica è definita come qualsiasi movimento corporeo prodotto dai muscoli scheletrici che richiede dispendio energetico**. L'inattività fisica è stata identificata come il quarto fattore di rischio per la mortalità globale causando una stima di 3,2 milioni di decessi nel mondo. Un'attività fisica regolare e di moderata intensità - come camminare, andare in bicicletta, o praticare sport - ha benefici significativi per la salute. Per esempio, può ridurre il rischio di malattie cardiovascolari, diabete, cancro del colon e al seno, e la depressione. Inoltre adeguati livelli di attività fisica diminuiscono il rischio di future fratture vertebrali o all'anca e aiutano a controllare il peso. Le nuove linee guida sulla frequenza, intensità e quantità di attività fisica da svolgere si possono trovare sul sito dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.

What hospitals are doing to help doctors live healthily and how doctors' health can affect the health of their patients? Rimmer A. Hospitals should provide gyms and healthier food to staff, says NHS England chief. BMJ Careers 30 Jul 2014. <http://careers.bmj.com/careers/advice/view-article.html?id=20018662>

Donne medico e guadagni. Despite accounting for almost half of the medical profession, female doctors still earn less than their male counterparts. Fewer women choose careers in academic medicine, researchers find. BMJ Careers 18 Aug 2014.

<http://careers.bmj.com/careers/advice/view-article.html?id=20018883>

Novità sull'embolia polmonare Le nuove linee guida dell'ESC (29 agosto 2014), specificano che, dal punto di vista nosologico, il tromboembolismo venoso (TEV) comprende sia la trombosi venosa profonda (TVP) che l'embolia polmonare (EP). Tra le più importanti novità ricordiamo che oggi, in alternativa all'associazione anticoagulanti parenterali + antagonisti della vitamina K, possono essere utilizzati anche i NAO a meno che il paziente non soffra di insufficienza renale di grado severo secondo la seguente posologia: Rivaroxaban 15 mg x 2/die per 3 settimane, seguito da 20 mg/die (classe I, livello di evidenza B). Oppure Apixaban 10 mg x 2/die per 7 giorni, seguito da 5

mg x 2/die (classe I, livello di evidenza B). Questi due farmaci debbono essere iniziati immediatamente, senza associarli agli anticoagulanti parenterali; oppure dopo 1-2 giorni dall'inizio di LMWH o fondaparinux, che dovranno essere sospesi. Inoltre, in sostituzione dell'anticoagulazione orale con antagonisti della vitamina K, dopo aver già somministrato LMWH o fondaparinux, oggi, in pazienti con EP acuta possiamo anche utilizzare: -Dabigatran 150 mg x 2/die, da ridurre a 110 mg x 2/die nei pz di età > 80 o in trattamento con verapamil (classe I, livello di evidenza B). Oppure Edoxaban (non ancora disponibile in Europa) (classe I, livello di evidenza B).

Una lieve ipertensione in soggetti a basso rischio è spesso fonte d'incertezza. Cosa fare? Lack of randomised trials that use hard outcomes and compare drugs with lifestyle interventions and placebo in patients with mild hypertension **Mild hypertension in people at low risk** BMJ 2014; 349 doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.g5432>

Il giorno tre settembre all'ESC sono stati anche discussi i **primi risultati dell'EUROSPIRE IV**. La Dott.ssa Kornelia Kotseva (Londra, GB) ha spiegato che, rispetto al precedente studio, sono stati esaminati nuovi parametri come la valutazione dello stato cardio-metabolico (in particolare la disglucemia). Il dott. Guy De Backer (Sint-Martens-Latem, Belgio), ha detto che i risultati disponibili ad oggi su 13.856 soggetti mostrano che relativamente pochi pazienti raggiungono i target (ad esempio solo la metà ha smesso di fumare, **non si osserva un aumento dell'attività fisica**); inoltre, nella pratica clinica **viene posta scarsa attenzione al BMI e alla circonferenza addominale**, valori raramente valutati e registrati. Infine attraverso un modello statistico denominato INPACT è emerso che la diminuzione della pressione arteriosa, dell'abitudine al fumo, del colesterolo e l'aumento dell'attività fisica hanno concorso alla riduzione della mortalità legata a CHD per il 61% negli Stati Uniti ed il 66% in Europa, mentre il trattamento farmacologico ha contribuito a tale riduzione rispettivamente per il 47% ed il 36%. Nuove riduzioni potrebbero certamente venire da un più attento intervento sui fattori di rischio sopradetti.

Nei quattro giorni congressuali dell'ESC di Barcellona sono stati presentati 27 Hot Line, 15 Clinical Trial tra cui il PARADIGM-HF, l'ODYSSEY, il SIGNIFY, il CONFIRM, l'EUROECO ed il FOCUS, 19 Registry studies, 4 nuove linee guida e 4597 abstract.

Quiz cardiologici n. 2

A cura di Riccardo Asteggiano

QUALE DI QUESTE COMPLICANZE NON E' STATA DESCRITTA IN CORSO DI ABLAZIONE CON RADIOFREQUENZA DELLA FIBRILLAZIONE ATRIALE

- 1) Tamponamento pericardio
- 2) Stroke
- 3) Infarto miocardio
- 4) Stenosi arterie polmonari

Precedenti quesiti:

Nella tachicardia atriale bloccata è prevalente il blocco A-V: 1) 2:1 2) 3:13) 4:1 4) 6:1 risposta esatta n. 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 risposta esatta n. 4

A cura di Giuseppe Antista e Alfredo Monteverde

I geni che attualmente risultano essere correlati con la sindrome del Q-T corto sono:

- A) KCNH2
- B) KCNQ1
- C) KCNJ2
- D) Nessuno di quelli indicati
- E) Tutti quelli indicati

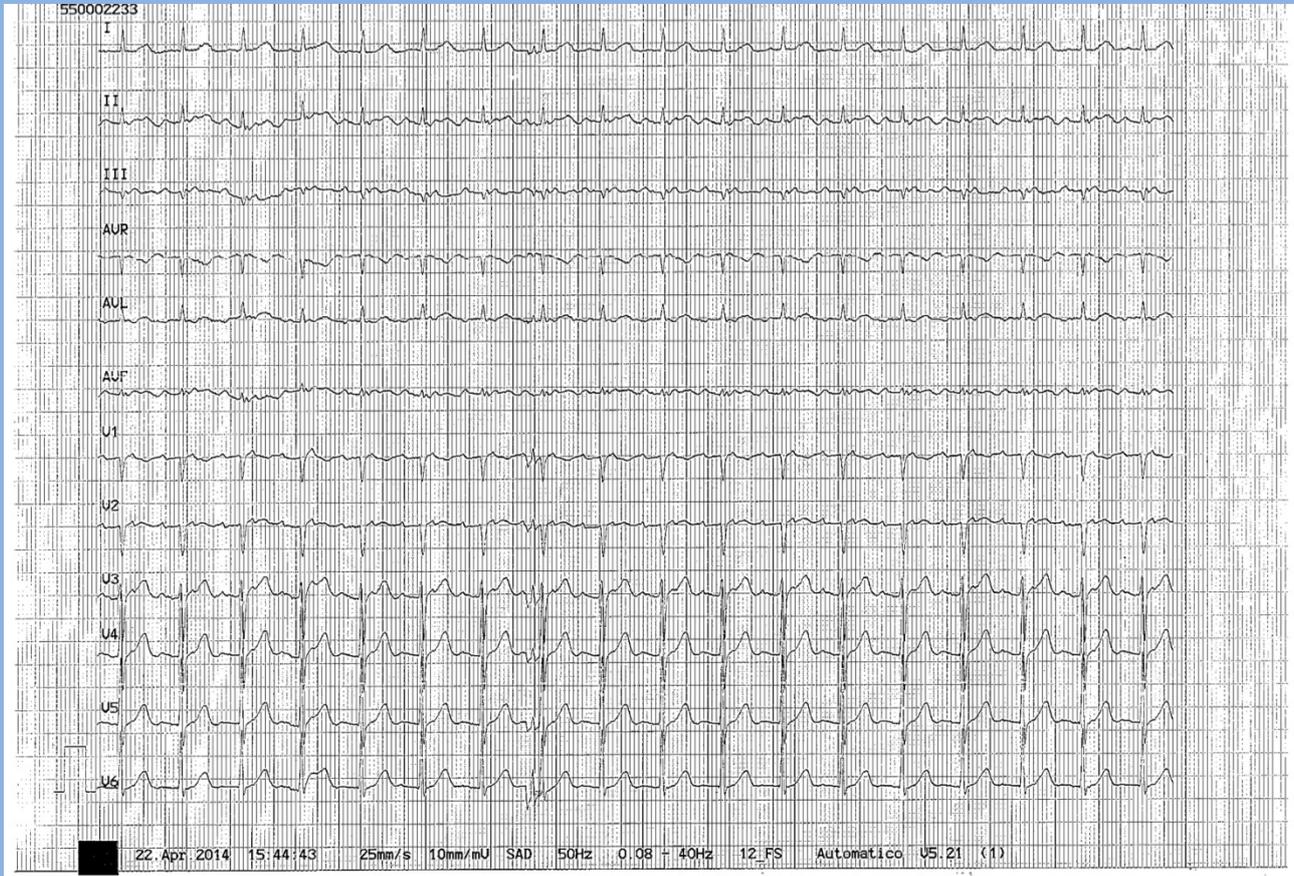
In presenza di marcata ipokaliemia l'intervallo Q-T corretto:

- A) Rimane invariato
- B) Si accorcia
- C) Ha un comportamento variabile in funzione della frequenza cardiaca
- D) Si allunga
- E) Ha un comportamento variabile in funzione dell'età del paziente

La risposta ai quiz verrà fornita nel prossimo numero di CARDIONEWS

L'elettrocardiogramma del n.1

A cura di Giuseppe Antista ed Alfredo Monteverde



ECG: 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.

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

*dal Consiglio
Nazionale ...*

- **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

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 nonchè 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

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



Cardionews è disponibile per 734 Soci.