

VI Congresso Regionale SIMEU-Lombardia

Proposto e organizzato dalla SIMEU-Lombardia e dall'U.O. Medicina d'Urgenza dell'A.O. Fatebenefratelli di Milano



programma

Presidente del Congresso:

DR. PIETRO MARINO - U.O. Medicina d'Urgenza Pronto Soccorso, A.O. Ospedale Fatebenefratelli, Milano

Presidente SIMEU-Lombardia:

DR. GIOVANNI NERVETTI - U.O. Medicina e Chirurgia d'Accettazione di Urgenza Ospedale Luigi Sacco, Milano

Coordinatore Scientifico:

DR. ANTONIO VILLA - U.O. Medicina d'Urgenza Pronto Soccorso, A.O. Ospedale Fatebenefratelli, Milano

11 Giugno 2009

MILANO - Centro Congressi Palazzo delle Stelline

Patrocinato da:



Università degli Studi di Milano
Scuola di Specializzazione in Medicina Interna I



Regione Lombardia

Saluto dei Presidenti

Gentili colleghe e cari colleghi,

questo evento regionale che l'Azienda Ospedaliera Fatebenefratelli di Milano ha avuto il privilegio di organizzare cade in un momento storico della SIMEU: dopo anni di battaglie e di aspri confronti con altre discipline la scuola di specialità in medicina di emergenza urgenza è diventata una realtà a partire dall'anno accademico 2008/2009. La scuola è stata attivata in numerosi atenei e le nostre strutture faranno certamente parte della rete formativa.

Il consiglio direttivo SIMEU ha voluto quest'anno portare il regionale SIMEU a Milano che coagula esperienze regionali di grandi e di piccole realtà di PS supportate o meno dalle UO di medicina d'urgenza che trovano sempre maggiore collocazione all'interno dei modelli organizzativi delle varie aziende ospedaliere declinate in strutture complesse o dipartimentali.

La rete dell'emergenza territoriale è bene integrata con l'ospedale: un modello organizzativo che andrà sempre di più informatizzato e che dovrà portare ad una centralizzazione del posto letto per ottimizzare al massimo le risorse e limitare il problema dell'overcrowding. In quest'ottica organizzativa questo evento ha previsto una importante tavola rotonda con importanti ospiti stranieri.

Chi lavora in un pronto soccorso e/o in una medicina d'urgenza deve avere maturato conoscenze teoriche, scientifiche e professionali nei campi del primo inquadramento diagnostico e terapeutico delle urgenze mediche nonché della epidemiologia e della gestione dell'emergenza territoriale onde poter operare in piena autonomia nel rispetto dei principi etici nel sistema dell'emergenza urgenza.

I topics di questo evento sono stati scelti pensando a quali problemi affronta un medico quando si trova di fronte ad un malato ignaro e bisognoso di cure. Un malato che nonostante tutte le politiche di deospedalizzazione sente il pronto soccorso come un luogo sicuro dove dei professionisti cercheranno di trovare una soluzione. E parliamo di professionisti per rappresentare il ruolo fondamentale degli infermieri che già nella fase di triage rivestono un ruolo indispensabile tecnico nella gestione del paziente critico. Per questo abbiamo voluto fortemente con la segreteria scientifica inserire tra i relatori personale infermieristico.

E infine i ringraziamenti:

al Direttore Generale dell'AO FBF Dott. Gerolamo Corno;

al consiglio direttivo regionale SIMEU;

alla segreteria scientifica e in particolare al Dott. Villa per la fattiva collaborazione;

alla Sig.ra Dezzutto della segreteria organizzativa e alla Dott.ssa Gianoli dell'ufficio formazione dell'AO FBF

In momenti di contenimento dei costi non possiamo esimerci dal ringraziare le aziende farmaceutiche che hanno creduto in questo evento. Un ringraziamento particolare va infine all'A.D. Massimo Di Marco della Società Autostrade Milano-Serravalle/Milano-Tangenziali che ci ha permesso di evidenziare uno degli aspetti peculiari della nostra attività d'emergenza.



Il Presidente SIMEU Lombardia
Giovanni Nervetti



Il Presidente del Congresso
Pietro Marino



FACULTY

C. BERNASCONI - *Milano*

M.A. BRESSAN - *Pavia*

R. BRIVIO - *Milano*

F. CARDANI - *Milano*

G. CARMINATI - *Milano*

G. CASSANITI MASTROJENI - *Messina*

M. CELANO - *Desio (MI)*

O. CHIARA - *Milano*

G. CICCONE - *Lodi*

D. COEN - *Milano*

C. CONCOREGGI - *Brescia*

A. CORONA - *Milano*

R. COSENTINI - *Milano*

M. COSI - *Pavia*

L. DAMONTE - *Desio (MI)*

F. DAVANZO - *Milano*

B. DIETER DOMRES - *Tuebingen (D)*

M. DI MARCO - *Milano*

A. DI NARDO - *Ponte San Pietro (BG)*

G. DI SALVIO - *Milano*

M.L. FARINA - *Bergamo*

M. FASAN - *Milano*

P. GIULIANI - *Milano*

H. HRABCIK - *Vienna (A)*

C. LOCATELLI - *Pavia*

B. MAYER - *Oenk (A)*

T. MARAFFI - *Milano*

M. MARIANI - *Milano*

P. MARINO - *Milano*

M. MARZEGALLI - *Milano*

D. MONTORI - *Milano*

V. MONZANI - *Milano*

G. NERVETTI - *Milano*

E. OMBONI - *Milano*

F. PORRO - *Milano*

G. SAVARY BORIOLI - *Canton Ticino (CH)*

F. TOSONI - *Brescia*

A. VILLA - *Milano*

GIOVEDÌ 11 GIUGNO

8.00 Registrazione dei partecipanti

9.00 Apertura dei lavori

Saluto delle Autorità

I SESSIONE: Le infezioni nell'ambito dell'urgenza

Moderatori: P. MARINO, M.A. BRESSAN

■ IL PAZIENTE CON TOSSE E FEBBRE

9.20 Caso clinico
D. Montori

9.30 Percorso diagnostico-terapeutico nella polmonite
A. Villa

■ IL PAZIENTE CON CEFALEA E FEBBRE

9.45 Caso clinico
F. Cardani

9.55 Diagnosi precoce di irritazione meningea
M. Fasan

10.10 Discussione

10.20 *Coffee Break*

■ IL PAZIENTE CON ESANTEMA E FEBBRE

10.30 Casi clinici con il dermatologo
G. Carminati

■ LA SEPSI

10.50 Caso clinico
T. Maraffi

11.00 Criteri per riconoscere precocemente la sepsi. La Surviving Sepsis Campaign
R. Cosentini

11.20 Il razionale della terapia antibiotica empirica in PS
A. Corona

11.35 Discussione

GIOVEDÌ 11 GIUGNO

II SESSIONE: aspetti clinici di tossicologia

Moderatori: E. OMBONI, A. DI NARDO

11.45 Inquadramento del paziente intossicato
F. Davanzo

12.00 Utilizzo in PS degli antidoti
M.L. Farina

12.15 Sostanze d'abuso e nuove tipologie di consumo
C. Locatelli

12.30 Discussione

12.45 *Pausa pranzo*

13.00-13.45

AREA POSTER

Moderatori: C. CONCOREGGI, F. TOSONI

13.45 **Presentazione e premiazione dei due migliori abstract**
Moderatore: A. VILLA

III SESSIONE: il politrauma da incidente stradale

Moderatori: P. MARINO, G. NERVETTI

14.05 Il triage ospedaliero nel politrauma
M. Celano, L. Damonte

14.20 Il trauma maggiore legato all'incidente stradale
O. Chiara

14.40 Intervento del generale della polizia stradale
G. Di Salvio

14.55 Intervento AD Milano Serravalle-Milano Tangenziali
M. Di Marco

15.10 Intervento Associazione vittime della strada
G. Cassaniti Mastrojeni

15.25 Discussione e consegna borsa di studio

15.40 *Coffee Break*



IV SESSIONE: il dolore in Pronto Soccorso

Moderatori: M. MARZEGALLI, F. PORRO

- 15.50 Valutazione del dolore al triage e trattamento precoce
M. Così
- 16.10 Trattamento farmacologico in alcune situazioni di emergenza (cefalea, dolore addominale, dolore da trauma)
D. Coen
- 16.30 Discussione

TAVOLA ROTONDA: Il Pronto Soccorso negli anni 2000

Moderatori: G. NERVETTI, V. MONZANI

- 16.40 L'ambulatorio codici bianchi
M. Mariani
- 16.50 L'osservazione breve
C. Bernasconi
- 17.00 Il problema della codifica ("Progetto Mattone")
F. Porro
- 17.10 Ambulatori di continuità assistenziale e Strutture Intermedie
P. Giuliani
- 17.20 Discussione

TAVOLA ROTONDAModeratore: R. BRIVIO
Segretario: A. DI NARDO

- 17.30 Possibile cooperazione scientifica interregionale fra Austria, Germania, Italia e Svizzera
G. Nervetti, G. Ciccone, B. Dieter Domres, H. Hrabcik, B. Mayer, G. Savary Borioli

Conclusione dei lavori

Sede:

Centro Congressi Palazzo delle StellineC.so Magenta, 61 - 20123 Milano - Tel. 02 454621 - www.stelline.it**Come raggiungerci**

Prendete come punto di riferimento la Stazione Cadorna (Ferrovie Nord, Metropolitana Linea 1 e Linea 2) e scegliete l'itinerario che più vi piace. Potete prendere la Via Carducci e svoltare poi in Corso Magenta.

Oppure potete arrivare fino a Piazza Sant'Ambrogio (MM Linea 2) e raggiungere Corso Magenta da Via Carducci, o in Piazza della Conciliazione (MM Linea 1).

Quote di iscrizioni

Soci SIMEU	€ 80,00 (IVA inclusa)
Non Soci SIMEU	€ 100,00 (IVA inclusa)
Infermieri soci SIMEU	€ 30,00 (IVA inclusa)
Infermieri non soci SIMEU	€ 40,00 (IVA inclusa)

La quota comprende:

- Iscrizione al Congresso
- Badge di accesso alle sessioni scientifiche
- Coffee Break
- Light Lunch
- Attestato di partecipazione
- Volume delle Comunicazioni Libere

INFORMAZIONI GENERALI

Cancellazioni:

In caso di rinuncia entro il 6 Aprile 2009, sarà rimborsato il 50% della quota di iscrizione.

Dopo tale data, non verrà effettuato alcun rimborso.

Il Congresso è a numero chiuso e prevede un massimo di 150 partecipanti Medici e 50 partecipanti Infermieri.

Modalità di pagamento:

Il pagamento delle quote di iscrizione potrà essere effettuato tramite:

- Contanti
- Assegno bancario intestato a **START PROMOTION Srl**

ECM:

Per il Congresso sono stati assegnati i seguenti crediti ECM:

- Figura professionale Medici: N. 4 crediti
- Figura professionale Infermieri: N. 5 crediti

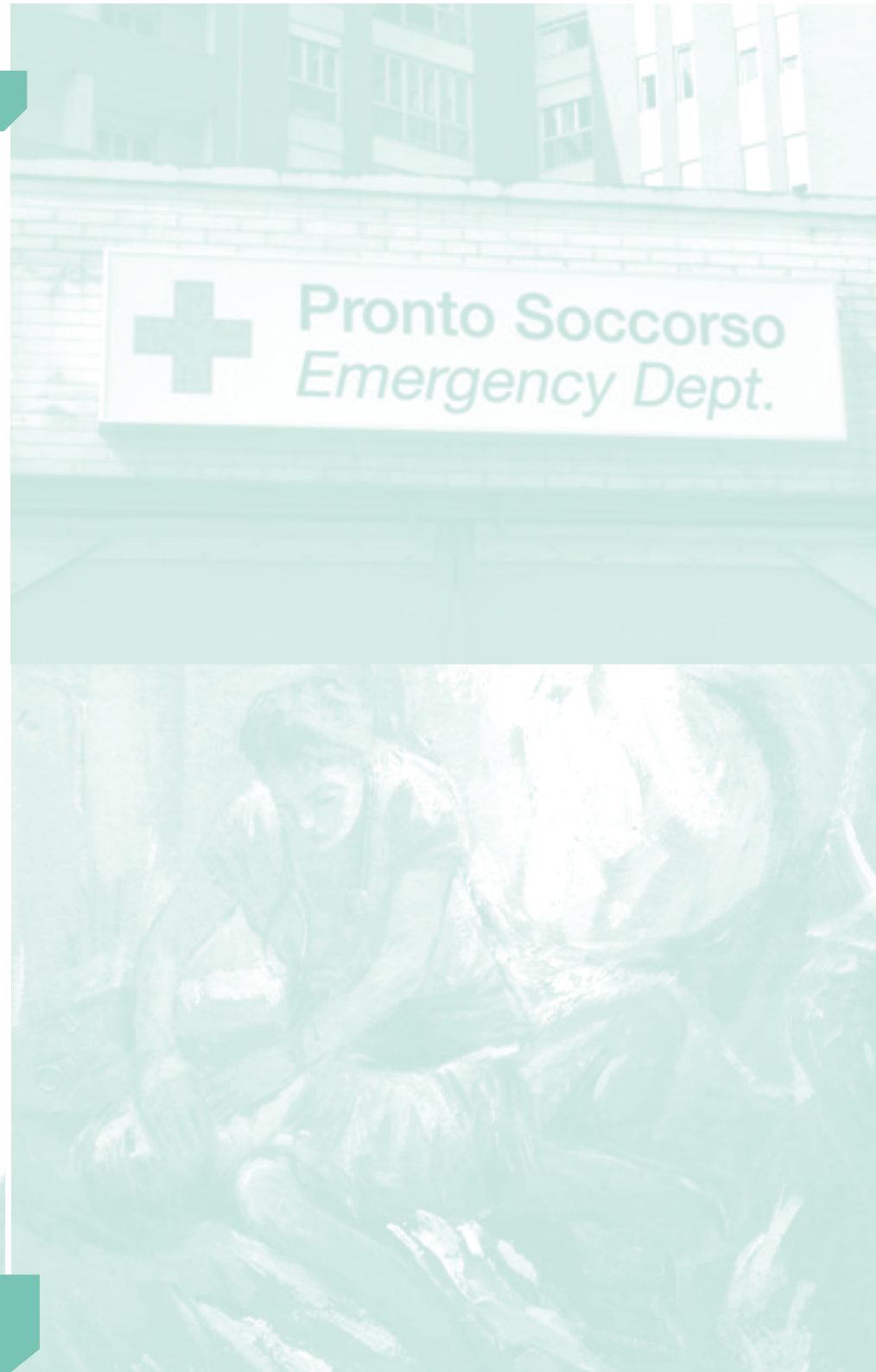
SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

START PROMOTION S.r.l.

Via Mauro Macchi, 50 - 20124 Milano

Tel. 02 67071383 - Fax 02 67072294

www.startpromotion.it • E-mail: info@startpromotion.it



INDICE

EMATEMESI O EMOTTISI ?	P 1
<i>A. Barone, P. Silva</i>	
MANGIAR PESCE FA BENE AL CUORE? ISCHEMIA MIOCARDICA PROVOCATA DA CONSUMO DI TONNO	P 2
<i>M.S. Bassoni, P. Lattarulo, F. Marletta, A.G. Mazzarri, M. Biancardi</i>	
I VANTAGGI DEL TRIAGE BIFASICO: RISULTATI DI UNO STUDIO SPERIMENTALE	P 3
<i>A. Cordovana, A. Villa, S. Chen, C. Ferrero</i>	
PROPOSTA DI UN PROTOCOLLO PER L'ACCOGLIENZA E LA GESTIONE DEL PAZIENTE POLITRAUMATIZZATO IN PRONTO SOCCORSO	P 4
<i>A. Cordovana, A. Villa, C. Ferrero, S. Chen, S. Fanelli</i>	
BLOCCO SENOATRIALE IN AREA DI EMERGENZA, NOSTRA ESPERIENZA	P 5
<i>F. D'Auria, M.C. Zavarese, E. Offreda, M. Magri, E. Parente, F. Calderaro, G. Mittiga, B. Trojaniello</i>	
REGISTRO TRAUMI MAGGIORI: ESPERIENZA DEL DIPARTIMENTO EMERGENZA DI BRESCIA	P 6
<i>M. Fontana, C. Concoreggi, F. Chiappini, P. Marzollo</i>	
GESTIONE DEL TRAUMA MAGGIORE: ANALISI DEI CASI DI DECESSO POTENZIALMENTE EVITABILE	P 7
<i>M. Fontana, C. Concoreggi, M. Alberti, P. Marzollo</i>	
INFEZIONE TUBERCOLARE E PRONTO SOCCORSO: L'IMPORTANZA DEI FATTORI DI RISCHIO	P 8
<i>L. Ferrario, F. Luisi, M.V. Lavorato, S. Mauri, C. Guerra, F. Furlan, M. Spessot</i>	
SEGNI ELETTROCARDIOGRAFICI DI ISCHEMIA MIOCARDICA DA OVERDOSE DI ANTIDEPRESSIVI TRICICLICI	P 9
<i>B. Demarchi, M. Catalano, F. Mariani, A. Borri, F. Furlan, M. Carlucci</i>	
CASO DI ARDS E TRATTAMENTO CON EMCO (EXTRACORPOREAL MEMBRANE OXYGENATION)	P 10
<i>M.V. Taglietti, E. Gatti, F. Furlan, A. Borri, C. Guerra, A.M. Pazzi, M. Carlucci</i>	
PRESENTAZIONE DI UN CASO DI SEPSI MENINGOCOCCICA IN ASSENZA DI MENINGITE	P 11
<i>F. Mariani, A. Marinosci, M.V. Lavorato, F. Furlan, G. Gallotta, M. Spessot</i>	

INDICE

ALGORITMO DI ATTIVAZIONE DEL PERSONALE DI PRONTO SOCCORSO DOPO ALLERTA DA PARTE DELLA CENTRALE 118	P 12
<i>F. Malagnini, N. Gianelle, R. Sannicandro, R. Cunteri</i>	
UTILITÀ DEL DOSAGGIO DEL NT-proBNP NELLA DIAGNOSTICA DIFFERENZIALE DELLA DISPNEA IN PRONTO SOCCORSO	P 13
<i>T. Minora, P. Marino</i>	
EMATOMA SPONTANEO DEL RETROFARINGE CAUSA DI OSTRUZIONE DELLE VIE AEREE: CASE REPORT	P 14
<i>S. Piraneo, A. Milanesi, G. Nervetti</i>	
EMBOLIA POLMONARE MASSIVA CON ECG SUGGERITIVO DI ISCHEMIA ANTEROLATERALE	P 15
<i>L. Tomaello, B. De Marchi, M. Fortunato, A. Rossigni, L. Molteni, M. Spessot</i>	
INTOSSICAZIONE DA SALI DI LITIO A BASSA POSOLOGIA TERAPEUTICA	P 16
<i>M. Catalano, L. Tomaello, S. Mauri, E. Gatti, M.V. Taglietti, M. Carlucci</i>	
ANALISI DI DATI DI TRIAGE COME FATTORI DI PREDITTIVITA' DI OUTCOME SFAVOREVOLE	P 17
<i>M. Sanclemente, G. Venturelli, A. Villa, P. Marino</i>	
CRISI IPOGLICEMICA: DIMISSIONE, OSSERVAZIONE O RICOVERO ?	P 18
<i>A. Villa, A.M. Boschiero, E. Martinoli, P. Marino</i>	
L'INSUFFICIENZA RESPIRATORIA ACUTA (IRA) E LA SEPSI SEVERA NELLA POLMONITE ACQUISITA IN COMUNITÀ (CAP): DIVERSO IMPATTO SULLA MORTALITÀ?	P 19
<i>V. Rosti, A.M. Brambilla, A. Torri, T. Maraffi, F. Piffer, C. Travierso, V. Monzani, R. Cosentini</i>	
STUDIO MULTICENTRICO RANDOMIZZATO CONTROLLATO DI CONFRONTO TRA CONTINUOUS POSITIVE AIRWAY PRESSURE (CPAP) E O2-TERAPIA CONVENZIONALE NEI PAZIENTI CON INSUFFICIENZA RESPIRATORIA ACUTA DOVUTA A POLMONITE	P 20
<i>T. Maraffi, A.M. Brambilla, S. Aliberti, V. Rosti, C. Travierso, V. Monzani, A. Torri, F. Piffer, R. Cosentini</i>	

EMATEMESI O EMOTTISI ?

Angelo Barone, Paolo Silva

Azienda Ospedaliera di Pavia, Pronto Soccorso DEA Lomellina – Presidio Ospedaliero di Vigevano

Caso clinico in Pronto Soccorso.

Paziente di sesso femminile di anni 32, nazionalità Centro-Americana, si presenta con tosse e vomito ematico schiumoso dal giorno precedente. In anamnesi, alcuni mesi prima, episodio di sospetta emoftoe, seguito da rx torace negativo e non ulteriormente indagato.

Esame obiettivo : al torace murmure aspro e ridotto a sx. Addome trattabile, non dolente non dolorabile.

Vomito ematico e schiumoso.

Si eseguono in Pronto Soccorso rx torace, esami ematochimici e ecg.

Al torace presenza di versamento pleurico sx, non evidenti lesioni pleuroparenchimali.

Si procede anche a egds a scopo diagnostico, negativa per sanguinamento del tratto esofagogastrico.

Sospetto diagnostico di patologia polmonare infettiva. Ricovero in Reparto Pneumologico.

Dallo studio di questo caso, si evidenziano le modalità di presentazione dei sintomi :

- ematemesi
- emottisi

e l'iter per la prima diagnosi in Pronto Soccorso.

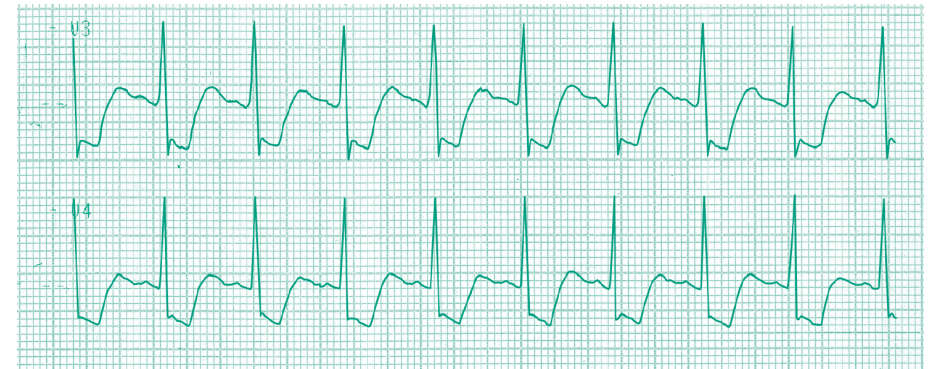
MANGIAR PESCE FA BENE AL CUORE? ISCHEMIA MIOCARDICA PROVOCATA DA CONSUMO DI TONNO.

MS.Bassoni, P. Lattarulo, F. Marletta, AG Mazzarri, M.Biancardi

U.O. Medicina d'Urgenza e Pronto Soccorso A.O. Ospedale San Carlo Borromeo, Milano

Riportiamo un caso in cui in seguito al consumo di tonno una giovane donna ha presentato sintomi compatibili con sindrome sgombroide (intossicazione da istamina derivante dalla decarbossilazione batterica dell'istidina presente in pesci mal conservati) che in prima ipotesi avevano indirizzato verso un fenomeno allergico. Dopo due ore dall'arrivo in Pronto Soccorso la paziente ha presentato stenocardia, ecg con ischemia miocardica estesa, severa ipotensione, e un picco di troponina I a 16 ore di 4,38 ng/ml. La coronarografia è risultata normale. Le ricerche microbiologiche sono risultate negative, le IgE totali normali. La diagnosi di sindrome sgombroide è stata confermata dal riscontro di elevatissimi livelli di istamina in campioni dello stesso pesce ingerito dalla paziente. Sottolineamo l'importanza dell'anamnesi nell'ingenerare il sospetto clinico di s. sgombroide, la possibilità che tale patologia generalmente considerata benigna possa invece accompagnarsi a sintomi severi con rischio *quoad vitam*, l'opportunità di prolungare di almeno 6 ore l'osservazione in Pronto Soccorso, e non ultimo il dovere e l'utilità di una immediata segnalazione di caso sospetto ai competenti organi di Sanità Pubblica, al fine di prevenire nuovi casi.

Farmaci da utilizzare in corso di s. sgombroide: anti-istaminici anti H1 e anti H2, steroidi (controversi), liquidi (ipotensione), simpaticomimetici (estrema cautela), calcio-antagonisti e amiodarone (aritmie). Abbiamo osservato un buon risultato con metoprololo e diltiazem nel vasospasmo coronarico istamino-indotto.



I VANTAGGI DEL TRIAGE BIFASICO: RISULTATI DI UNO STUDIO SPERIMENTALE

A. Cordovana; A. Villa; S. Chen; C. Ferrero
A.O. Fatebenefratelli e Oftalmico

Esistono due diversi livelli di complessità organizzativa del triage ospedaliero:

- primo livello: *triage non infermieristico*, che prevede una valutazione, eseguita da un non-professionista, unicamente del livello di dolore lamentato dal paziente; *triage di bancone*, nel quale un medico o un infermiere ottengono informazioni sui pazienti rispetto all'intensità del dolore e pochi altri dati soggettivi e oggettivi relativi al problema principale. Il fine è quello di assicurarsi che il paziente più grave sia assistito per primo
- secondo livello: *triage globale*, in cui la valutazione e l'assegnazione delle priorità ai pazienti è attuata da un infermiere preparato e con riconosciuta esperienza. Si eseguono precisi standard per la valutazione, la pianificazione e gli interventi. Si utilizzano protocolli per l'inizio di specifici test diagnostici, trattamenti e per la rivalutazione dei pazienti; *triage bifasico*, in cui vi è un primo infermiere che accoglie il paziente, registrando i dati anagrafici ed indagando sul motivo dell'accesso, valutando se può aspettare per aver accesso alle cure mediche, successivamente, il secondo infermiere (flussista), in una zona di trattamento specifica, completa il processo di triage.

L'U.O. Pronto Soccorso dell' A.O. Fatebenefratelli e Oftalmico applica un sistema di triage ibrido che utilizza personale infermieristico e strumenti di registrazione, ma, spesso, come unico strumento di valutazione l'intervista ed il reperto visivo di segni.

Viene presentato un confronto tra due diversi modelli organizzativi, il *triage di bancone* ed il *triage bifasico*.

Lo studio è stato effettuato nel periodo che decorre dal 07.07.'08 al 20.07.'08 valutando consecutivamente 303 pazienti suddivisi, secondo l'attribuzione del codice-colore in 139 codici bianchi, 156 verdi ed 8 gialli (i codici rossi non sono stati presi in considerazione, in quanto non prevedono alcuna rivalutazione ma un trattamento immediato). A tutti questi pazienti ai quali è stato routinariamente applicato il *triage di bancone*, in modo sperimentale è stato contemporaneamente adottato da un infermiere flussista designato ed adeguatamente specializzato il *triage bifasico*. Sono quindi stati identificati dei parametri di efficacia dei due tipi di triage (tempi di attesa, codice colore attribuito, eventuale riattribuzione del codice, umore del paziente).

Applicando le regole proprie del triage bifasico sono stati rivalutati 121 pazienti (il 39.3% rispetto al totale). Di questi 121 pazienti 24 sono stati sottoposti ad una seconda rivalutazione (7,92%) e 11 ad una terza (3,63%).

La riattribuzione del codice di priorità ha permesso di identificare con maggiore tempestività pazienti che, durante l'attesa avevano visto peggiorare la loro condizione clinica. In aggiunta ai vantaggi di tipo clinico il triage bifasico ne offre altri in termini organizzativi, gestionali e di soddisfazione da parte dell'utenza.

Gli autori presenteranno i risultati dello studio illustrando i dettagli del *triage bifasico*, i compiti dell'infermiere flussista e le risorse necessarie alla sua realizzazione (spazi, logistica, attrezzature, risorse umane, competenze, supporti informatici e costi).

PROPOSTA DI UN PROTOCOLLO PER L'ACCOGLIENZA E LA GESTIONE DEL PAZIENTE POLITRAUMATIZZATO IN PRONTO SOCCORSO

A. Cordovana; A. Villa; C. Ferrero; S. Chen; S. Fanelli
A.O. Fatebenefratelli e Oftalmico – Milano

Il paziente politraumatizzato può presentare una estrema variabilità di condizioni cliniche, conseguenza sia dell'entità del trauma subito che della condizione dinamica che il politrauma determina e la cui evoluzione, entro certi limiti, può essere imprevedibile. Per poter meglio gestire la patologia traumatica è necessario, stabilire dei criteri comuni per l'approccio al soggetto politraumatizzato standardizzando le procedure con l'intento di ottimizzare i risultati.

Con l'intento di valutare la gestione del soggetto politraumatizzato in Pronto Soccorso dell'Ospedale Fatebenefratelli di Milano e con l'obiettivo di stabilire delle regole di comportamento e di gestione che consentano sia di standardizzare le procedure che, se possibile, di migliorarle, è stato condotto uno studio retrospettivo per valutare quale sia il ruolo del personale infermieristico nella gestione di questa complessa patologia, identificando le fasi in cui l'infermiere svolge un ruolo importante sia nell'economia delle procedure necessarie che nella gestione vera e propria dell'utente e dei parenti. Sono state infine stilate delle linee guida la cui pianificazione potrebbe migliorare la gestione di questi utenti standardizzando le procedure e ottimizzando le attività svolte dal personale.

Il Pronto Soccorso dell'Ospedale Fatebenefratelli e Oftalmico di Milano è supportato da un sistema informatizzato che permette la gestione e l'archiviazione di tutti gli utenti che afferiscono al Pronto Soccorso.

Sfruttando i vantaggi offerti da questo supporto informatico è stato possibile analizzare, in ogni dettaglio, tutta la casistica relativa al politrauma dal 30/10/2007 al 29/06/2008.

Tra gli obiettivi dello studio vi è stato innanzitutto quello di identificare correttamente al triage il paziente politraumatizzato, procedura non sempre facile e corretta. Utilizzando le parole chiave "politraumi" e "policontusi", sono stati individuati 750 utenti, dei quali soltanto 52 sono risultati essere realmente dei pazienti politraumatizzati.

Di questi 52 pazienti si sono valutati i principali parametri di identificazione e di gestione infermieristica:

- identificazione del paziente al Triage
- eziologia del trauma
- assegnazione del codice di triage
- tempi di attesa (prima della prima visita medica)
- procedure infermieristiche svolte

I risultati dello studio hanno permesso di identificare alcune lacune nella accoglienza/gestione del paziente al suo arrivo in PS. Tali lacune dipendono più dalla mancanza di una adeguata standardizzazione (volta a uniformare i comportamenti e a ridurre gli errori) piuttosto che da carenze culturali o professionali.

Alla luce dei risultati dello studio è stata quindi redatta una check-list la cui applicazione (in corso) dovrebbe riuscire a migliorare i risultati della gestione del paziente politraumatizzato al suo arrivo in PS. La check-list verrà illustrata dagli Autori nei suoi dettagli assieme alla accurata disamina dei risultati dello studio condotto.

BLOCCO SENOATRIALE IN AREA DI EMERGENZA, NOSTRA ESPERIENZA.

F. D'Auria, M.C. Zavarese, E. Offreda, M. Magrì, E. Parente, F. Calderaro, G. Mittiga*, B. Trojaniello

U.O.S. Accettazione- PS, Presidio Ospedaliero C. Ascalesi, ASL Napoli 1.

*Servizio di Continuità Assistenziale ASL Roma B.

I blocchi senoatriali costituiscono una disfunzione frequente soprattutto nella popolazione anziana per motivi farmacologici e per una disfunzione fibrotica del tessuto specifico di conduzione.

Il grado varia da un semplice ritardo nella conduzione al miocardio atriale sino ad un blocco completo della conduzione stessa.

Nei dipartimenti di emergenza è frequente il rilievo di episodi lipotimici e/o sincopali a volte con manifestazioni di tipo anginoso che vengono etichettati con una diagnosi di semplice lipotimia di ndd e che invece sottendono un importante disturbo della conduzione cardiaca.

Durante l'anno 2008 abbiamo avuto nel nostro dipartimento 20 casi di disturbi della conduzione seno atriale (15 maschi e 5 femmine, età media 75 ± 4) che hanno richiesto l'applicazione di un device definitivo.

In particolare descriviamo un caso clinico tipico dal quale si evince quanto una accurata anamnesi sia importante nella diagnosi in particolare in PS.

Caso clinico: una donna di anni 78 viene portata al PS per episodio anginoso occorso nella giornata precedente.

Le condizioni generali risultavano buone, con una PA di 115/65 mmHg ed una frequenza cardiaca di 70 bpm. Non presentava al momento della visita angor.

Per escludere un'ischemia cardiaca veniva eseguito un tracciato che non evidenziava alterazioni di tipo ischemico in atto con RS a FC di 70 b/m.

Dalla anamnesi raccolta venivano rilevati negli ultimi 15 giorni diversi accessi al PS con stesso iter diagnostico comune: TC cranio ripetute sempre negative, ECG d'ingresso sempre negativo ed esami di routine compreso l'enzimogramma cardiaco nella norma.

La signora assumeva unicamente terapia con sartanico ed aspirina.

Al ripresentarsi della sintomatologia anginosa veniva eseguito un secondo tracciato che mostrava un RS a frequenza di 35 b/m, frequenza dimezzata rispetto al tracciato d'ingresso, caratteristiche tipiche del blocco seno atriale. La signora veniva trasferita presso un centro di elettrostimolazione per l'impianto di un PM.

Discussione: il blocco senoatriale è una forma frequente di disfunzione del nodo senoatriale di cui spesso è affetta la popolazione anziana. Nel caso descritto sarebbe stato difficile differenziare il blocco da una bradicardia sinusale spiccata se non per la presenza di un tracciato di ingresso che mostrava una frequenza esattamente il doppio.

REGISTRO TRAUMI MAGGIORI: ESPERIENZA DEL DIPARTIMENTO EMERGENZA DI BRESCIA

Dr.ssa M.Fontana, Dr.C.Concoreggi, Dr.F.Chiappini, Dr.P.Marzollo
Spedali Civili di Brescia

OBIETTIVO DELLO STUDIO: revisione critica della gestione del trauma maggiore presso il D.E.A.. Spedali Civili di Brescia dal 1/11/2007 al 1/5/2008. **CRITERI DI INCLUSIONE:** pazienti rispondenti ai criteri del Registro Italiano Traumi Gravi (RITG): ISS>15 e/o ricovero in rianimazione come primo accesso e/o giunti vivi ma deceduti prima del completamento dell'iter diagnostico. **RISULTATI:** sono stati inclusi nel RITG 87 pazienti, 80% maschi, di età media 45,2 anni, vittime nel 61% di incidenti da traffico. Tempo di trasporto al D.E.A: mediana di 49 minuti. Diagnostica radiologica: 70% tac, 55% Ecografia E-Fast, 18% angiografia oltre le indagini routinarie. Tempi di esecuzione indagini diagnostiche e trattamento: Tac 44 minuti, sala operatoria 2.19 ore. Lesioni craniche gravi presenti nel 58,6%, valore medio ISS 28. 16,1% decessi: 1 durante esecuzione TAC, i restanti nei reparti di degenza, di cui il 28.5% considerati morti potenzialmente evitabili. 7 pazienti con TRISS<0.25 sono sopravvissuti, classificabili come risultati eccellenti. **DISCUSSIONE:** Il confronto dei tempi di esecuzione delle indagini diagnostiche e del trattamento con la letteratura è risultato soddisfacente, così come la mortalità (16.1% nel D.E.A versus 20.9% in letteratura). Dato importante il prevalente coinvolgimento del distretto cranico, strettamente correlato alla mortalità, che indica la necessità del potenziamento dei servizi ad esso correlati. I decessi potenzialmente evitabili sono risultati legati a ritardo nel soccorso e soprattutto nella centralizzazione. I casi di risultati eccellenti sono attribuibili a risposte ottimali messe in atto in casi di gravità estrema, definiti come "morti non evitabili", invece sopravvissuti.

GESTIONE DEL TRAUMA MAGGIORE: ANALISI DEI CASI DI DECESSO POTENZIALMENTE EVITABILE

Dr.ssa M. Fontana, Dr. C. Concoreggi, Dr. M. Alberti, Dr. P. Marzollo
Spedali Civili di Brescia

OBIETTIVO DELLO STUDIO: analizzare criticamente i casi di morte potenzialmente evitabile occorsi nel D.E.A. Spedali Civili di Brescia fra il 1/11/2007 e 1/5/2008. **MATERIALI E METODI:** vengono considerati i pazienti deceduti rispondenti ai criteri indicati dal Registro Italiano Traumi Gravi e vengono estratti fra questi i casi di morte potenzialmente evitabile ovvero con una probabilità di sopravvivenza maggiore del 50% (TRISS>0.5). **RISULTATI:** 14 pazienti inseriti nel Registro Traumi (16.1%) sono deceduti, 4 di questi (28.5%) risultano classificabili come morti potenzialmente evitabili. 1°: Maschio 35 anni, precipitazione in montagna in zona impervia, allarme tardivo e difficoltà di recupero. Decesso in sala operatoria per emorragia da grave rottura di milza. 2°: Maschio 37 anni, TRISS 0.68, trasferito da altro presidio a 3 ore dal trauma, lesione intracranica (ematoma sottodurale, Esa, edema diffuso) è andato incontro a morte cerebrale dopo 6 giorni. 3°: Maschio 17 anni, TRISS 0.82, trauma cranico con lesione assonale diffusa coinvolgente il corpo calloso, deceduto a 4 mesi dal trauma in reparto di neurochirurgia per complicanze settiche. 4°: Donna 44 anni, TRISS 0.69, fracasso di bacino, deceduta per shock emorragico durante esame angiografico nonostante tentativo di embolizzazione. **DISCUSSIONE:** Nel 1° caso il decesso risulta connesso con un ritardo nel soccorso primario, nel 2° con un ritardo nella centralizzazione, nei restanti 2 casi non è emersa alcuna causa nell'organizzazione del sistema di emergenza o nel percorso intraospedaliero.

INFEZIONE TUBERCOLARE E PRONTO SOCCORSO: L'IMPORTANZA DEI FATTORI DI RISCHIO

Ferrario L, Luisi F, Lavorato MV, Mauri S, Guerra C, Furlan F, Spessot M
IRCCS San Raffaele – Milano; U.O. Pronto Soccorso

INTRODUZIONE

La tubercolosi è una infezione in crescita nei paesi industrializzati. Molte diagnosi di tubercolosi vengono poste in pazienti che afferiscono al Pronto Soccorso. Presentiamo uno studio retrospettivo sull'importanza della accurata valutazione dei fattori di rischio per tubercolosi.

METODI

Delle 47 notifiche di tubercolosi segnalate dal nostro ospedale nel 2008, 12 riguardavano pazienti provenienti direttamente o indirettamente dal Pronto Soccorso. La diagnosi inizialmente clinica, quindi radiologica, è stata confermata dai dati microbiologici. I pazienti avevano età compresa tra 26 e 57 anni, 9 di sesso maschile e 3 di sesso femminile. Abbiamo osservato 3 casi di linfadenite, 9 infezioni respiratorie. Segnaliamo 4 casi di polmonite radiologicamente atipica, di cui 2 in pazienti immunocompetenti. Sono stati valutati fattori di rischio clinici, epidemiologici, ambientali (immunodepressione, familiarità, provenienza da aree a rischio).

RISULTATI

In tutti i casi accertati di tubercolosi, la diagnosi in Pronto Soccorso è stata supportata, anche in presenza di quadri radiologici atipici o in soggetti immunocompetenti, dalla presenza di fattori di rischio epidemiologici o ambientali

CONCLUSIONI

Considerando la tubercolosi una patologia dei prossimi decenni e il Pronto Soccorso come frequente primo contatto per il paziente, consigliamo quindi, nella valutazione dei casi clinicamente sospetti, l'immediata ed accurata ricerca di fattori predisponenti, per un corretto inquadramento diagnostico e per ridurre il rischio di contagio.

SEGNII ELETTRCARDIOGRAFICI DI ISCHEMIA MIOCARDICA DA OVERDOSE DI ANTIDEPRESSIVI TRICICLICI

B. Demarchi, M. Catalano *, F. Mariani, A. Borri, F. Furlan, M. Carlucci
*IRCCS San Raffaele – Milano; U.O. Pronto Soccorso e * Dip.Neuroscienze Cliniche, Servizio PCC*

Una donna affetta da disturbo bipolare giungeva in PS riferendo l'assunzione a scopo autolesivo di 500 mg di Imipramina e 1500 mg di Litio. Veniva praticata gastrolusi, somministrato carbone attivo via SNG e catarsi salina. La paziente mostrava un GCS di 15 e normali parametri vitali. Venivano monitorati la pressione arteriosa e il ritmo cardiaco. L'ECG era normale. Gli esami ematochimici e l'emogasanalisi erano normali, il dosaggio plasmatico degli antidepressivi triciclici era 881 ng/ml (v.r. 150-300), la litemia era bassa (0.12 mmol/L). Dopo 12 ore, l'ECG mostrava RS, normale P-R, QRS e Q-Tc, onde T negative diffuse. Il dosaggio degli enzimi di necrosi miocardica mostrava lieve incremento dei valori di TnT (0.061 mcg/L; v.n. < 0.038). All'ecocardiogramma color Doppler cinesi segmentaria e frazione di eiezione del ventricolo sinistro erano normali. Nelle 48 ore successive non si evidenziavano aritmie cardiache o alterazioni dei parametri vitali, all'ECG, oltre alle anomalie della ripolarizzazione ventricolare, compariva riduzione del voltaggio delle onde R nelle derivazioni precordiali, persistevano normali la durata del P-R, QRS e Q-Tc. Gli enzimi di necrosi miocardica mostravano valori stabili di TnT (0.068 e 0.045 mcg/L al secondo e terzo controllo rispettivamente). Dopo 60 ore di osservazione in astanteria, si ricoverava la paziente nel reparto di Psichiatria. CONCLUSIONI: nell'intossicazione da antidepressivi triciclici si possono osservare le alterazioni elettrocardiografiche tipiche dell'ischemia miocardica ed incremento dei valori di troponina in assenza di reale insulto ischemico o disfunzione ventricolare sinistra. Tali alterazioni possono comparire indipendentemente dagli effetti anticolinergici e chinidino-simili propri di questi farmaci.

CASO DI ARDS E TRATTAMENTO CON EMCO (EXTRACORPOREAL MEMBRANE OXYGENATION).

Taglietti M.V., Gatti E., Furlan F., Borri A., Guerra C., Pazzi A.M., Carlucci M.
IRCCS San Raffaele, Milano, U.O. Pronto Soccorso

Un uomo egiziano di 30 anni, in Italia da tre anni, con APR silente, presentatosi in Pronto Soccorso per epigastralgia, febbre, calo ponderale, tosse, faringodinia, emofloe da tre settimane, veniva ricoverato nel Reparto di Malattie Infettive per riscontro radiografico di polmonite a focolai multipli con PCR elevata, senza leucocitosi. Per mancata risposta ad antibioticotapia (doxiciclina, ceftriaxone) impostata sulla base di emocolture positive per *Stafilococco Hominis* e sviluppo di ARDS, veniva trasferito in Terapia Intensiva Generale, ove veniva impostata ventilazione meccanica, senza però ripristino di scambi respiratori adeguati. Si iniziava pertanto trattamento extracorporeo con ECMO venovenosa; veniva concomitantemente proseguita terapia antibiotica dapprima con linezolid, levofloxacina e fluconazolo per riscontro di IgM anti-Chlamydia e miceti nelle urine e nel liquido di lavaggio broncoalveolare, successivamente piperacillina/tazobactam e meropenem su base empirica, vista la negatività delle emocolture successivamente eseguite. Nonostante il decorso dell'ECMO venisse complicato da trombocitopenia con positività di anticorpi anti-eparina (sostituita con fondaparinux), il miglioramento degli scambi respiratori consentiva l'estubazione dopo 10 giorni.

L'ECMO, oltre a garantire il superamento della fase acuta della problematica respiratoria, garantiva la disponibilità di un intervallo temporale per la rivalutazione critica del caso: la mancata risposta agli antibiotici, la successiva comparsa di miocardite, insufficienza renale acuta, lesioni cutanee al volto e plurime formazioni ipodermiche epatiche e spleniche rilevate all'esame TAC, portavano all'esecuzione di ulteriori accertamenti, con diagnosi finale di granulomatosi di Wegener.

PRESENTAZIONE DI UN CASO DI SEPSI MENINGOCOCCICA IN ASSENZA DI MENINGITE

Mariani F, Marinosci A, Lavorato MV, Furlan E, Gallotta G, Spessot M
IRCCS San Raffaele Milano

Uomo di 44 anni sano, giungeva in PS per febbre fino a 40 °C da circa 8 ore e faringodinia. All'ingresso il paziente era vigile, orientato ma compromesso, tachipnoico, tachicardico, inizialmente normoteso. Obiettività neurologica nella norma, non cefalea, nuca libera; torace, addome nella norma, non soffi cardiaci. Durante la visita comparso progressiva di petecchie cutanee a tutto il corpo ed emorragia congiuntivale con importante sanguinamento nelle sedi di introduzione degli aghi.

Posta diagnosi clinica di sepsi, nell'ipotesi di infezione sistemica da meningococco, pur in assenza di segni di meningite si iniziava terapia antibiotica con ceftriaxone previa esecuzione di emocolture (che nelle ore successive confermavano la crescita di *N. Meningitidis*) associata a paracetamolo, riempimento volêmico e ossigeno-terapia.

Sulla base dei valori degli esami di laboratorio che evidenziavano iniziale coagulopatia da consumo si trasfondeva plasma fresco.

A distanza di 2 ore dall'arrivo il paziente veniva affidato ai colleghi rianimatori anche per comparsa di peggioramento del quadro emodinamico. Veniva sottoposto a terapie intensive (amine vasoattive, terapia antibiotica, ventilazione non invasiva, proteina C attivata), con esito favorevole.

Presentando questo caso richiamiamo l'attenzione sulle modalità di presentazione di una infezione meningococcica sistemica in assenza di coinvolgimento meningeo e sulla necessità di iniziare tempestivamente oltre ad un trattamento di supporto (come ormai codificato dalla letteratura internazionale) una terapia antibiotica mirata sulla base di dati clinici tenendo presente che il completamento delle indagini strumentali e di laboratorio avviene nell'arco di alcune ore.

ALGORITMO DI ATTIVAZIONE DEL PERSONALE DI PRONTO SOCCORSO DOPO ALLERTA DA PARTE DELLA CENTRALE 118

Autore referente

Cognome Nome **Malagnini Fausto**

Altri autori:

Gianelle Nicola, Sannicandro Riccardo, Cunteri Raffaella

*Fondazione Centro S. Raffaele Del Monte Tabor
Istituto Di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico.
Via Olgettina 60 , Milano.*

Il servizio di pronto soccorso dell'Ospedale San Raffaele è parte integrante del Dipartimento Emergenza Urgenza e Accettazione di Alta Specialità (E.A.S.) della Regione Lombardia.

È dotato di un servizio di elisoccorso e di un trauma center.

Ogni anno accedono a tale servizio più di 60.000 utenti (61809 nel 2008), di questi circa il 20% sono accompagnati dai mazzi del 118 (12.224 nel 2008).

Circa 1000 accessi /anno necessitano di trattamento immediato (utenti che vengono gestiti in shock room) , analizzato l'alto numero di richieste di trattamento immediato si è reso necessario formulare un processo che permetta di attivare nel minor tempo possibile tutte le risorse adeguate (in termini di persone e presidi) per rispondere con efficacia ed efficienza all'urgenza.

Con questa finalità, sulla base delle informazioni ricevute dalla centrale 118 in fase di allertamento, si è studiato un percorso di attivazione telefonica e cercapersone delle figure operanti in Ospedale.

In questo modo è possibile rendere immediatamente disponibili le risorse che si prevedono necessarie per l'iter diagnostico-terapeutico velocizzando così la risposta che la struttura è in grado di offrire.

L'algoritmo di allerta, applicato durante tutto l'anno 2008 è tuttora in fase di valutazione al fine di identificare criticità sensibili di modifiche tali da migliorarne l'efficienza.

UTILITÀ DEL DOSAGGIO DEL NT-PROBNP NELLA DIAGNOSTICA DIFFERENZIALE DELLA DISPNEA IN PRONTO SOCCORSO.

T. Minora*, P. Marino *

Struttura Complessa di Medicina d'Urgenza

Azienda Ospedale Fatebenefratelli e Oftalmico Milano

CASISTICA E METODICA

La scoperta dei peptidi natriuretici e la possibilità di essere dosati hanno permesso di identificare un loro ruolo diagnostico. È in corso presso il nostro pronto soccorso uno studio che ha lo scopo di valutare l'utilità del dosaggio del NT-proBNP nella diagnostica differenziale della dispnea ad eziologia critica e complessa.

RISULTATI:

Nel periodo compreso dicembre '06-dicembre '07 sono stati selezionati 782 pazienti (F: 483 e M: 299) di età compresa fra 22-101 (media: 75,2aa). L'outcome in Pronto Soccorso ha rilevato la prevalenza di pazienti ricoverati 76% rispetto ai dimessi 23%, mentre solo 1% sono deceduti in pronto soccorso. Sono stati verificati tre valori limite del NT-proBNP: GRUPPO A (< 125pg/ml): composto da pazienti (103-13%) con prevalenti patologie a basso rischio (82%); e con basso indice di ricovero 7%. GRUPPO B (125-450pg/ml): composto da pazienti (117-15%) con patologie più severe (43%) e con una incidenza di ricovero del 73%. GRUPPO C(>450pg/ml): pazienti (562- 72%) con età prevalente oltre 60 anni, ricoverati nel 87% ed affetti da malattie severe e rilevanti che hanno provocato il decesso 10,6%.

CONCLUSIONI:

Si conferma la predittività sia negativa che positiva del NT pro-BNP come indicatore di assenza (F.N.:2,5%) o di presenza (90%) di scompenso cardiaco con però una bassa specificità, essendo presenti valori elevati anche (24%) in altre patologie (TEP, BPCO, shock settico, ecc). Nei pazienti con valori di NT-proBNP intermedi poche indicazioni sono offerte dal biomarcatore, ruolo primario riveste la valutazione clinica. Deve inoltre essere sottolineata l'utilità di questo biomarcatore anche come guida nella scelta dell'outcome in pronto soccorso e nella valutazione prognostica (98% dei pazienti deceduti preventavano elevati livelli).

EMATOMA SPONTANEO DEL RETROFARINGE CAUSA DI OSTRUZIONE DELLE VIE AEREE: CASE REPORT.

S.Piraneo, A. Milanese, G.Nervetti

UO Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza

Ospedale Luigi Sacco Azienda Ospedaliera – Polo Universitario - Milano

In letteratura sono stati descritti poco meno di 40 casi di emorragia spontanea nello spazio retrofaringeo. L'ematoma del retrofaringe è un evento potenzialmente pericoloso per la vita in quanto causa di compromissione delle vie aeree per dislocazione e compressione della trachea.

Queste rare evenienze possono essere il risultato di diatesi emorragica, anomalie vascolari, terapia anticoagulante, infezioni, cisti/adenomi della tiroide e paratiroidi, tosse, vomito, sforzo muscolare, manovre di Valsalva.

Viene riportato il caso di un uomo di 69 anni, con anamnesi silente, che accede al Pronto Soccorso per improvvisa comparsa di tumefazione laterale destra del collo e di dispnea dopo intenso sforzo muscolare. Viene documentata alla TC del collo una voluminosa raccolta emorragica, in corrispondenza dello spazio retrofaringeo, con estensione cranio caudale dalla limitante inferiore di C2 fino ad una sezione assiale passante per il V metamero dorsale, condizionante dislocazione, riduzione di calibro e di pneumatizzazione della trachea. L'estensione dell'ematoma e la compromissione delle vie aeree indicano l'intervento di tracheostomia e di cervicotomia ed evacuazione di ematoma latero-cervicale dx.

L'evidenza alla TC del collo di ipodensità endoluminale (possibile trombo) della vena giugulare suggerisce un possibile sanguinamento a partire da questo vaso, verosimilmente in relazione all'aumento della pressione intratoracica secondaria allo sforzo muscolare sostenuto dal paziente.

Bibliografia

1. Neck hematoma caused by spontaneous common carotid artery rupture. Pazardzhikliev DD, Yovchev IP, Zhelev DD. Laryngoscope 2008 Apr; 118(4): 684-6
2. Spontaneous retropharyngeal hemorrhage causing airway obstruction: a case report with a review of the literature
Miller R, Collison P, Gouda HE. SD Med. 2006 Jul; 59(7): 295-7, 2009
3. Retropharyngeal haemorrhage from a vertebral artery branch treated with distal flow arrest and particle embolisation
Sheah K, Hui F, Wansaicheong G, Khoo M. Singapore Med J. 2006 Aug; 47(8): 719-23
4. Airway management in a patient with a vascular injury and rapidly expanding neck haematoma
Kotsev S. Eur J Anaesthesiol. 2006 Jul; 22(7):556-8

EMBOLIA POLMONARE MASSIVA CON ECG SUGGESTIVO DI ISCHEMIA ANTEROLATERALE

L. Tomaello, B. De Marchi, M. Fortunato, A. Rossigni, L. Molteni, M. Spessot

Donna, 77 anni, nota per asma bronchiale, condotta in PS per episodio di dispnea parossistica associato a diaforesi. Valutazione cardiologica il giorno precedente in merito a episodi di diaforesi e toracalgia da sforzo: riscontro ECG di inversione dell'onda T nelle derivazioni precordiali, instaurata terapia con ASA, beta-bloccante e nitrati transdermici, programmato Ecostress per il giorno successivo. All'arrivo in PS paziente tachipnoica, PA 150/80 mmHg, SpO2 99% in O2 10 L/min; EGA: normocapnia, ipossiemia compensata da ossigenoterapia; obiettività cardiopolmonare e addominale essenzialmente nei limiti; ECG: RS a 120 bpm, onde T invertite simmetriche anterolaterali. Richiesto EcocardiocolorDoppler: ventricolo destro ipocinetico con rapporto diametro telediastolico ventricolo destro/ ventricolo sx > 0,9, sezioni sinistre nei limiti con EF>50%. Eseguita TC torace cmc che evidenzia trombosi occludente del ramo principale dell'arteria polmonare di destra e trombosi suboccludente del ramo principale sinistro, marcata dilatazione del tronco comune dell'arteria polmonare con inversione della fisiologica curvatura del setto interventricolare.

Paziente trasferita in UTIC, episodio di ipotensione durante il trasporto, si opta per trombolisi con rTPA. In seconda giornata normalizzazione dell' ECG e riduzione dei diametri ventricolari con rapporto pari a 0,6, troponina I < 0,04 ng/ml.

Conclusioni: in presenza di pattern ECG pseudo-infartuale l'ecocardiocolorDoppler in DEA può essere utile per una rapida diagnosi di embolia polmonare (EP) massiva malgrado l'assenza di ipotensione o toracalgia all'ingresso e di bassa probabilità clinica di EP (Wells Score < 2 pts).

INTOSSICAZIONE DA SALI DI LITIO A BASSA POSOLOGIA TERAPEUTICA.

M Catalano*, L. Tomaello, S.Mauri, E Gatti, MV Taglietti, M Carlucci
*IRCCS San Raffaele, U. O. Pronto Soccorso e * Dip. Neuroscienze Cliniche, Servizio PCC*

Donna di 78 aa nota per disturbo bipolare, condotta in PS per sospetto nuovo episodio di malattia. Tuttavia, lo psichiatra di guardia già ad una prima valutazione riteneva il quadro clinico incompatibile con l'ipotesi psicopatologica: la pz presentava infatti vigilanza incostante, disorientamento, disartria, rallentamento psicomotorio, turbe della deambulazione e dell'equilibrio con tendenza alla caduta in anteropulsione e normotimia. Terapia/di: Li2CO3 450mg, amisulpride 25mg, fluvoxamina 200mg, flurazepam 30mg. Riscontro di influenza con alvo diarroico nei giorni precedenti. Veniva quindi posto il sospetto di intossicazione da litio da disidratazione e richiesta litiemia urgente. In attesa della medesima ECG ed EEG corroboravano l'ipotesi: FC 65, QTc 439, inversioni diffuse delle onde T, alterazione dell'organizzazione generale, rispettivamente. I dati di laboratorio apparivano sintoni (lieve leucocitosi ed innalzamento della creatinina sierica). Si disponeva per infusione continua ev di NaCl isotonico allo scopo di ripristinare il tasso di filtrazione glomerulare, normalizzare idratazione e diuresi, favorire la "clearance" del litio. La litiemia confermava definitivamente la diagnosi: 1,90mmol/L. Considerata un'emivita del litio di approssimativamente 36 ore (per età e litiemia) la pz veniva trattenuta in osservazione proseguendo la terapia infusoriale e si contattava inoltre il CAV di Niguarda per il monitoraggio delle litiemie. In 3° giornata veniva dimessa in condizioni stabili e riaffidata allo psichiatra curante.

Conclusioni: l'ipotesi di tossicità da litio non deve mai essere esclusa in presenza di fattori condizionanti un possibile accumulo dello ione, persino a livelli terapeutici bassi. In attesa della litiemia il sospetto diagnostico può essere corroborato da esami strumentali e di laboratorio.

ANALISI DI DATI DI TRIAGE COME FATTORI DI PREDITTIVITA' DI OUTCOME SFAVOREVOLE

Sanclemente M §, Venturelli G §, Villa A #, Marino P #

§ Corso di Laurea in Infermieristica, Sezione A.O. Fatebenefratelli - Milano

U.O. Medicina d'Urgenza, A.O. Fatebenefratelli - Milano

Introduzione. I criteri di attribuzione del codice di gravità assegnato all'arrivo in Pronto Soccorso (PS) sono uno strumento di pratica clinica che pur avendo una buona accuratezza nel predire alcuni *outcome*, come il ricovero ospedaliero o il decesso nei gruppi di elevata gravità come i codici R/G, risulta impreciso quando applicato alle categorie di minor severità come il codice V che è abitualmente il più rappresentato. Scopo di questo studio è individuare nel nostro PS variabili responsabili di *outcome* sfavorevole nei pazienti (pz) codificati con codice V.

Materiali e metodi. Tra febr-giugno 2008, settimanalmente in un giorno campione sono state estratte e analizzate retrospettivamente le schede di tutti i pz giunti in PS (> 18 anni). Sono stati registrati: dati anagrafici e di triage, diagnosi e modalità di dimissione dal PS, diagnosi finale nel pz ricoverato.

Risultati. Sono state analizzate 22 giornate e registrati 1369 pz. L'84% dei pz era codificato con il V e il 19% è stato ricoverato. L'indice di ricovero è stato del 57% nei R/G, 16% nei V e 5% nei B ($p < 0.0001$). 19/264 pz ricoverati (7%) sono deceduti durante la degenza. La mortalità intraospedaliera era del 16% nei R/G e del 4% nei V; nessun codice B è deceduto. I pz V ricoverati e deceduti avevano un'età media più alta rispetto ai V sopravvissuti (84 ± 5 vs 64 ± 20 anni; $p < 0.005$); nel 100% dei casi età ≥ 65 anni (56% nei sopravvissuti; $p < 0.04$). Nei 189 pz con codice V e ricoverati, una revisione del processo di triage ha evidenziato che in 18 casi (10%) vi è stata una sottostima.

Discussione e conclusioni. In questo studio si è cercato di individuare predittori di esito sfavorevole nei codici V; le variabili responsabili sarebbero l'età ≥ 65 anni e sintomi di presentazione quali la dispnea, il dolore addominale e toracico, l'alterazione della coscienza. Nel caso di presentazione con tali sintomi è necessaria una particolare attenzione per evitare di sottostimare la codificazione. Un codice V assegnato all'arrivo in PS non sempre è un indice di bassa-media gravità, ma può interessare pz che successivamente potranno mostrare sfavorevole *outcome*. E' necessario pertanto già al triage porre particolare attenzione nell'attribuzione del codice V (soprattutto nei pz anziani) in quanto potenzialmente a rischio di evoluzione sfavorevole.

CRISI IPOGLICEMICA: DIMISSIONE, OSSERVAZIONE O RICOVERO ?

Villa A, Boschiero AM, Martinoli E, Marino P

U.O. Medicina d'Urgenza, A.O. Fatebenefratelli, Milano

Introduzione. Precedenti studi hanno mostrato che pazienti con ipoglicemia non complicate spesso possono essere trattati con successo da tecnici-paramedici sul territorio senza trasporto in Pronto Soccorso (1). In Italia, l'organizzazione del Servizio di Emergenza non consente questo approccio, ma abbiamo voluto osservare la casistica afferente al nostro PS per contribuire alla discussione del problema.

Materiale e metodi. Abbiamo registrato retrospettivamente 225 casi giunti in PS a causa di un evento diagnosticato come ipoglicemia iatrogena, cioè glicemia < 70 mg/dl in pazienti in trattamento con insulina e/o antidiabetico orale (AO). Abbiamo registrato dati anagrafici, terapia antidiabetica, ora di arrivo e di dimissione dal PS, valori di glicemia (destrostick o glicemia) all'arrivo e durante il tempo di permanenza in PS, modalità di dimissione dal PS (ricovero, rifiuto ricovero, dimissione). Una glicemia > 95 mg/dl era considerata criterio sicuro per la dimissione del paziente (2).

Risultati. 167 pazienti (74.2%) erano in terapia con insulina, 51 (22.7%) AO e 7 (3.1%) con terapia combinata. Dopo appropriata terapia e un tempo mediano di permanenza in PS di circa 4 ore, 155 pazienti (68.9%) erano dimessi, 35 (15.6%) erano ricoverati e 35 (15.6%) hanno rifiutato la proposta di ricovero. Fra il pazienti ricoverati il 43.1% era in terapia con AO e il 6.6% con insulina. In 180 pazienti l'osservazione in PS è proseguita per più di due ore e la glicemia è stata più volte ricontrollata. Malgrado un trattamento appropriato, nelle ore successive, in 30 di questi pazienti (16.7%) sono stati osservati 3 tipi di eventi:

1 - una transitoria risalita della glicemia (senza raggiungere un valore di 95 mg/dl) con una ricaduta a bassi valori

2 - una lenta costante salita della glicemia senza raggiungere nelle ore di osservazione valori superiori a 95 mg/dl

3 - una soddisfacente risalita della glicemia (> 95 mg/dl) con una ricaduta nelle ore successive a valori di ipoglicemia.

Solo 7 di questi pazienti erano in trattamento con AO.

Conclusioni.

L'osservazione di eventi quali persistente ipoglicemia o ricaduta dei livelli di glicemia durante l'osservazione in PS (malgrado appropriata terapia) giustifica un atteggiamento prudenziale nei confronti di pazienti che arrivano in PS con ipoglicemia. Riteniamo rischioso trattare e lasciare sul territorio il paziente con crisi ipoglicemia e consideriamo più razionale trasportarlo in PS e proseguire per alcune ore l'osservazione.

(1) Strote J et al. Emergency medical technician treatment of hypoglycaemia without transport. Am J Emerg Med 2008; 26:291-295

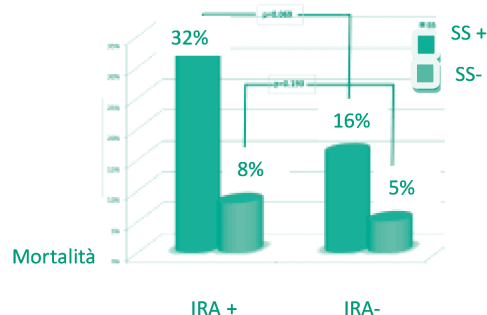
(2) Lerner EB et al. Can paramedics safely treat and discharge hypoglycemic patients in the field? Am J Emerg Med 2003; 21:115-120

L'INSUFFICIENZA RESPIRATORIA ACUTA (IRA) E LA SEPSI SEVERA NELLA POLMONITE ACQUISITA IN COMUNITÀ (CAP): DIVERSO IMPATTO SULLA MORTALITÀ?

V. Rosti, AM Brambilla, A. Torri, T. Maraffi, F. Piffer*, C. Travierso, V. Monzani, R. Cosentini.

U.O. Medicina d'Urgenza, U.O. *Broncopneumologia, IRCCS Fondazione Ospedale Maggiore Policlinico Ma. R.E., Milano

Sia l'insufficienza respiratoria acuta (IRA) che la sepsi severa sono complicanze ben note in pazienti ospedalizzati affetti da CAP. In questa classe di pazienti se la sepsi severa può essere considerata come un chiaro fattore predittivo di mortalità, il ruolo dell'IRA ancora non è ancora stato chiarito. A questo proposito abbiamo disegnato uno studio retrospettivo di casi consecutivi in cui sono stati arruolati pazienti ricoverati nel nostro reparto di Medicina d'Urgenza dal gennaio 2005 al dicembre 2007. Nella nostra casistica l'IRA è stata definita da un rapporto $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 200$ o da una $\text{PaO}_2 < 60$ mmHg all'ammissione, mentre la sepsi severa è stata definita dalla presenza di CAP più almeno una disfunzione d'organo al momento del ricovero. Dei 647 pazienti analizzati (età media 76, e di cui femmine 46%), l'IRA all'ingresso era presente in 328 pazienti (51%). La sepsi severa era significativamente più frequente in pazienti con IRA che in pazienti senza (32% vs 8%, $p < 0.001$). La mortalità è risultata più alta in pazienti con IRA rispetto a quelli senza (17% vs 6.3% $p < 0.001$). L'impatto dell'IRA e della sepsi severa sulla mortalità è indicato in figura. La diffusione sistemica di un'infezione localizzata sembra influenzare la mortalità in maniera maggiore rispetto ad una polmonite grave ma localizzata, anche nel caso in cui sia presente insufficienza respiratoria acuta.



In pazienti ospedalizzati con CAP, quindi, come fattore predittivo di mortalità è importante tenere conto non solo della presenza di insufficienza respiratoria acuta all'ingresso, ma soprattutto della presenza di sepsi severa

STUDIO MULTICENTRICO RANDOMIZZATO CONTROLLATO DI CONFRONTO TRA CONTINUOUS POSITIVE AIRWAY PRESSURE (CPAP) E O2-TERAPIA CONVENZIONALE NEI PAZIENTI CON INSUFFICIENZA RESPIRATORIA ACUTA DOVUTA A POLMONITE.

Tommaso Maraffi(1), Anna Maria Brambilla(1), Stefano Aliberti(2), Valentina Rosti (1), Chiara Travierso (1), Valter Monzani (1), Anna Torri (1), Federico Piffer (2), Roberto Cosentini (1).

1. U.O. Medicina d'Urgenza, IRCCS Fondazione Ospedale Maggiore Policlinico MA. R.E., Milano. 2 U.O. Broncopneumologia, IRCCS Fondazione Ospedale Maggiore Policlinico MA. R.E., Milano.

Introduzione. Durante un'insufficienza respiratoria acuta (IRA) severa in corso di polmonite l'applicazione precoce della CPAP potrebbe essere una metodica semplice ed efficace nel prevenire l'intubazione endotracheale e le complicanze ad essa legate. **Obiettivo.** Comparare l'efficacia del trattamento con CPAP rispetto alla somministrazione di ossigenoterapia mediante maschera di Venturi in termini di raggiungimento dei criteri di intubazione endotracheale in corso di insufficienza respiratoria acuta grave dovuta a polmonite.

Materiali e Metodi. I pazienti affetti da polmonite presentatisi presso il nostro Pronto Soccorso con una IRA severa definita da: $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 250$ e Frequenza Respiratoria (FR) > 25 uri (gruppo 2). L'*end-point* primario era il raggiungimento dei criteri di intubazione endotracheale (un criterio maggiore o 2 minori mantenuti per almeno 1 ora consecutiva). I criteri maggiori erano: arresto respiratorio; pause respiratorie con perdita di coscienza; grave instabilità emodinamica; necessità di sedazione. I criteri minori: FR > 35 bpm; riduzione $\geq 30\%$ del valore del $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ rispetto al basale; aumento 20% PaCO_2 se PaCO_2 precedente ≥ 40 mmHg; peggioramento della vigilanza; persistenza o comparsa di utilizzo muscolatura accessoria. Gli *end-point* secondari erano: mortalità intraospedaliera; miglioramento degli scambi gassosi a 1, 12, 24, 48 ore; durata della degenza.

Risultati. Sono stati ad oggi randomizzati 4 pazienti nel Gruppo 1 e 6 nel Gruppo 2. Nessuno dei pazienti nel Gruppo 1 (CPAP) e il 50% (3/6) di quelli nel Gruppo 2 (Venturi) hanno raggiunto l'*end-point* primario. Il $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ medio nei 2 gruppi a tempo 0 a 1 e 12 ore è riportato in tabella 1. Non si sono osservati eventi avversi gravi in entrambi i gruppi.

Tabella 1. Valori di $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ medi a tempo 0, 1 ora e 12 ore.

	tempo 0	1 ora	12 ore
CPAP	154 ± 23	243 ± 20	259 ± 64
Venturi	161 ± 42	159 ± 34	166 ± 38

Conclusione. I nostri dati, sebbene preliminari, sembrano suggerire che l'utilizzo della CPAP nei pazienti con insufficienza respiratoria acuta ipossiémica severa dovuta a polmonite, permetta di guadagnare tempo per l'azione antibiotica in modo da evitare il ricorso alla ventilazione invasiva, grazie ad un miglioramento dello scambio gassoso verosimilmente dovuto ad un reclutamento alveolare.

*Si ringraziano
per il contributo dato alla realizzazione dell'evento:*

