

# programma scientifico STAT

Attribuiti 11 crediti ECM

GIOVEDÌ 16 FEBBRAIO - AULA MAGNA

h. 14.30-16.30

Presidente: Leykin Y., Pordenone

Moderatori: Giunta F., Pisa – Berlot G., Trieste

- 14.30 ECOCARDIOGRAFIA, BETA-BLOCCANTI O CONSULENZA CARDIOLOGICA: COSA È CAMBIATO NELLA GESTIONE PERIOPERATORIA DEL PAZIENTE CARDIOPATICO?  
Tritapepe L., Roma  
Le strategie ed i farmaci che riducono il rischio cardiologico perioperatorio sono ampiamente documentati in letteratura. Le nuove linee guida dell'ACC/AHA identificano i percorsi diagnostici ("cardiologici") per la riduzione del rischio in relazione al tipo d'intervento ed al paziente. L'evidenza scientifica che l'uso dei beta-bloccanti (pre- e post-operatorio) riduca gli eventi avversi cardiologici postoperatori, ha sollevato la problematica sulla possibilità di ridurre le valutazioni preoperatorie da parte dello specialista cardiologo. In realtà numerosi sono i quesiti aperti. Chi gestisce questi pazienti? Quale è il ruolo del cardiologo? Quali sono le nuove strategie in caso di IMA/rivascolarizzazione recente?  
DISCUSSANT: Di Marco P., Roma
- 15.00 ANESTESIA BILANCIATA INALATORIA E TIVA: DUE TECNICHE REALMENTE DIVERSE?  
Torri G., Milano  
Negli ultimi anni in numerosi lavori si è dibattuto sulle qualità di una tecnica rispetto all'altra nei diversi campi di applicazione anestesiológica, coniato anche nominativi dedicati: TIVA e VIMA. Ma sono due tecniche realmente differenti o possono essere usate indifferentemente? Pro e contra dell'anestesia bilanciata inalatoria e dell'anestesia totalmente endovenosa verranno analizzate.  
DISCUSSANT: Mastronardi P., Napoli
- 15.30 BLOCCHI CONTINUI: QUALI INDICAZIONI REALI?  
Borghì B., Bologna  
I blocchi periferici continui si dimostrano utili ed efficaci nella terapia del dolore acuto perioperatorio, eliminando così gli effetti indesiderati e le complicanze dell'analgesia peridurale e sistemica. La metodica dà risultati migliori anche nella riabilitazione e nel recupero funzionale, riducendo la mortalità perioperatoria, la durata dell'ospedalizzazione dopo l'intervento chirurgico e della riabilitazione. Esistono delle indicazioni assolute e relative? Esistono complicanze prevedibili e che si possano limitare? Infine i blocchi continui hanno un ruolo nella prevenzione e/o nel trattamento dell'arto fantasma?  
DISCUSSANT: Danelli G., Parma
- 16.00 ANESTESIA, FARMACI ED ALLERGIA  
Mastronardi P., Napoli  
Le reazioni allergiche in corso di anestesia generale sono descritte come presenti in frequenze variabili nei diversi Paesi e risultano, seppure in percentuale bassa, anche "mortalità" o "altamente invalidanti". La frequenza con cui i diversi farmaci utilizzati in anestesia determinano reazioni allergiche varia. Tra i farmaci maggiormente responsabili si trovano i miorellassanti; tutte le molecole, impiegate nel perioperatorio dagli anestesisti, possono determinare queste gravi reazioni, anche se con incidenze completamente diverse. Il riconoscimento del paziente allergico e la prontezza del trattamento sarebbero necessari per ridurre al minimo la mortalità in corso di anafilassi, ma ciò, purtroppo, non è realizzabile se non nei casi con pregresse accertate reazioni. Valutazioni, strumentali e/o laboratoristiche, che possano rilevare la predisposizione a sviluppare queste reazioni in anestesia con sensibilità ed affidabilità non esistono. Dobbiamo iniziare a mettere in atto quelle poche misure profilattiche che possono minimizzare l'entità delle reazioni o, talvolta, prevenirle. Dobbiamo modificare strategie che tutti consideriamo assodate?  
DISCUSSANT: Berti M., Parma

16.30 - 17.00 COFFEE BREAK

h. 17.00-19.00

Presidente: Mercante W, Pordenone

Moderatori: Torri G., Milano – Giordano F., Udine

- 17.00 GITTATA CARDIACA NEL 2006: DI COSA ABBIAMO BISOGNO?  
Della Rocca G., Udine  
Negli ultimi anni si è assistito al fiorire di numerose tecniche per la misurazione della CO. Pur restando il catetere polmonare lo strumento con cui si considera gold standard la misurazione della gittata cardiaca, sono disponibili oggi nuovi sistemi che permettono con metodi mini o non invasivi il raggiungimento del valore della CO. Sono realmente tutte metodiche sovrapponibili? È necessario fare chiarezza e riordinare le idee? Di cosa abbiamo realmente bisogno?  
DISCUSSANT: Dambrosio M., Foggia
- 17.30 A CHE COSA SERVE IL rFVIIa: STATO DELL'ARTE  
Feltracco P., Padova  
Le conoscenze sulla fisiopatologia del processo coagulativo sono andate incontro a profondi mutamenti negli ultimi anni, contribuendo a chiarire molti meccanismi alla base delle alterazioni dell'emostasi che avvengono in anestesia e nel paziente critico. I nuovi farmaci che agiscono sui meccanismi iniziali della coagulazione, come il rFVIIa, stanno dando risultati descritti da un sempre crescente numero di segnalazioni in letteratura. È possibile standardizzare il timing ed il dosaggio del rFVIIa? In quali casi "dovremo" utilizzarlo ed in quali evitarlo?  
DISCUSSANT: D'Angelo A., Milano
- 18.00 INSUFFICIENZA RESPIRATORIA ACUTA NEL PAZIENTE COPD: PRIMA E DOPO LA NIV  
Braschi A., Pavia  
La riacutizzazione della insufficienza respiratoria nel paziente COPD ha conosciuto negli ultimi venti anni un notevole sviluppo nel trattamento soprattutto grazie all'introduzione nella pratica clinica della ventilazione non-invasiva. Ma quale è il corretto approccio come trattamento medico (spesso negletto) prima della NIV? Quale tecnica utilizzare quando fallisce la NIV?  
DISCUSSANT: Gregoretto C., Torino
- 18.30 SEPSI, CVVH E TORAMIXINA  
Brienza N., Bari  
Nella patologia settica vi è la produzione di una enorme quantità di mediatori e citochine, molti dei quali contribuiscono ad aggravare il danno endoteliale e la disfunzione d'organo. La rimozione di questi con metodiche di ultrafiltrazione, associate o meno all'utilizzo di metodiche di adsorbimento, ha dato risultati molto positivi in ambito sperimentale. Quando dobbiamo ricorrere a questi trattamenti? Quali sono i presupposti fisici e fisiopatologici dell'utilizzo di queste tecniche e le principali evidenze sperimentali e cliniche?  
DISCUSSANT: Berlot G., Trieste