



SIAARTI

PRO VITA CONTRA DOLOREM SEMPER

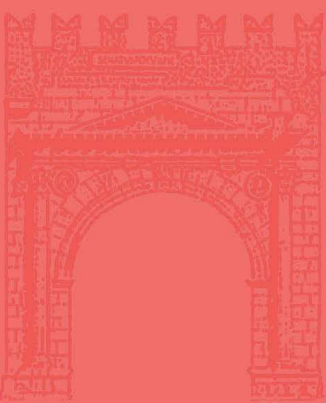
18 21 Ottobre

2017

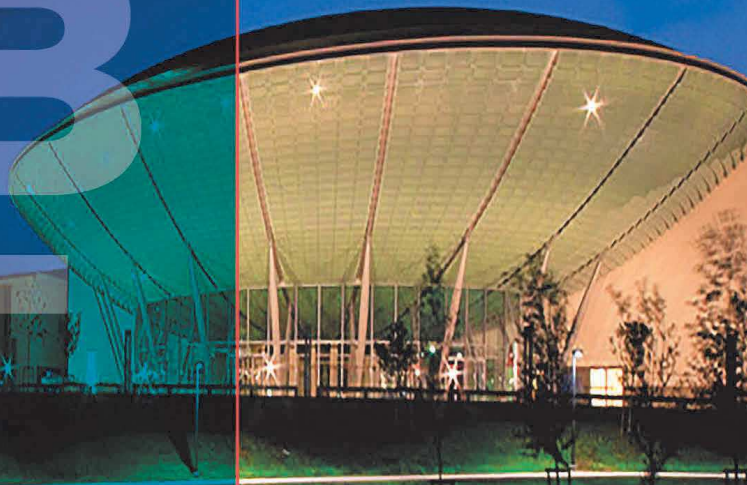
PALACONGRESSI di RIMINI

CONGRESSO NAZIONALE SIAARTI

RIMINI



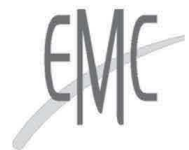
ABSTRACT



© SIAARTI - Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva

BOOK

PUBBLICAZIONE OFFERTA DA
ADI Esclusivista EMC



info@adita.it www.adita.it

A cura di **AIM Italy srl**



ISBN 9788894052930

INDICE

SESSIONE COMUNICAZIONI ORALI		BEST OF	6
		UNDER 35 / Y-FACTOR	19
		ANESTESIA DEGLI ANIMALI	33
SESSIONE POSTER 1	TOTEM 1	ANESTESIA 1	39
	TOTEM 2	OSTETRICIA	58
	TOTEM 3	VIE AEREE E VENTILAZIONE MECCANICA	76
SESSIONE POSTER 2	TOTEM 1	MISCELLANEA	101
	TOTEM 2	DISFUNZIONE D'ORGANO E SEPSI	125
	TOTEM 3	ANESTESIA LOCO-REGIONALE	154
SESSIONE POSTER 3	TOTEM 1	RIANIMAZIONE E T.I. 1	179
	TOTEM 2	TECNICHE DI ANESTESIA	206
	TOTEM 3	DOLORE	232
SESSIONE POSTER 4	TOTEM 1	MEDICINA DELL'EMERGENZA	254
	TOTEM 2	MISCELLANEA DOLORE	268
SESSIONE POSTER 5	TOTEM 1	RIANIMAZIONE E T.I. 2	275
	TOTEM 2	RIANIMAZIONE E T.I. E CASI CLINICI 1	307
	TOTEM 3	RIANIMAZIONE E T.I. E CASI CLINICI 2	331

INFEZIONI IN CARDIOCHIRURGIA: INCIDENZA E FATTORI DI RISCHIO

E. Maglioni, M. Contorni, F. Franchi, L. Marchetti, G. Serinelli, S. Scolletta
Dipartimento di Biotecnologie Mediche, Anestesia e Terapia Intensiva, Siena, Italy

Introduzione: La diffusione di microrganismi resistenti all'azione dei comuni antibiotici ha portato allo sviluppo nelle terapie intensive (TI) di programmi di monitoraggio e intervento chiamati "antimicrobial stewardship" con l'obiettivo di impostare un trattamento antibiotico empirico appropriato e tempestivo riducendo la selezione e la diffusione di ceppi resistenti. La chirurgia cardiaca è per definizione "pulita" ma la complessità delle procedure chirurgiche e le comorbidità dei pazienti aumentano il rischio infettivo. L'obiettivo del presente studio è valutare: a) fattori di rischio e incidenza delle infezioni nei pazienti sottoposti a interventi di cardiocirurgia durante l'intero periodo di degenza ospedaliera e nel primo mese post-dimissione, b) l'impatto delle infezioni sulla durata della degenza e la mortalità, c) l'appropriatezza delle terapie antibiotiche nel nostro dipartimento. **Materiali e Metodi:** Sono stati arruolati 151 pazienti (93 maschi, età media 70 anni) sottoposti a intervento cardiocirurgico nel periodo Settembre 2016 - Febbraio 2017 e ammessi presso la TI Cardiotoracica dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Senese. Sono stati esclusi i pazienti sottoposti a trapianto cardiaco e con diagnosi di endocardite. La diagnosi d'infezione è stata eseguita secondo i criteri ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control). Il protocollo prevedeva la raccolta dei fattori di rischio per infezione nel periodo pre, intra e postoperatorio, tipo di profilassi antibiotica, caratteristiche dell'intervento, esami colturali, esami laboratoristico-strumentali durante tutto il ricovero ospedaliero, follow-up telefonico a 30 giorni dalla dimissione.

Risultati: L'incidenza delle infezioni nell'intera popolazione è stata del 11% (infezione vie urinarie 56%, vie respiratorie 28%, sito chirurgico 12%, sepsi 6%). Il 56% dei pazienti è stato sottoposto a terapia antibiotica oltre che alla profilassi antibiotica di routine; in questo sottogruppo è stata effettuata diagnosi di infezione nel 19%. Abbiamo quindi riscontrato nella fase post-intensiva un elevato numero di pazienti sottoposti a terapia antibiotica senza evidenti segni o dati laboratoristici di infezione. Nel primo mese post-dimissione ci sono stati 8 episodi di infezioni (5% della popolazione). Dall'analisi dei dati è emerso che i pazienti infetti avevano età più avanzata ($74,8 \pm 5,3$ vs $69,0 \pm 11,0$, $p < 0,01$), sono stati più spesso sottoposti a reintervento nel post-operatorio (33% vs 7% $p < 0,05$), hanno necessitato più frequentemente di reintubazione (33% vs 2%, $p < 0,01$), di farmaci inotropi per più di 48 ore (33% vs 10%, $p < 0,05$), di trattamento renale sostitutivo (33% vs 5%, $p < 0,01$). I pazienti con infezione mostravano maggior numero di giorni di degenza ospedaliera e più elevata mortalità intraospedaliera (43 ± 28 giorni vs 21 ± 15 giorni, $p < 0,05$, 42% vs 10%, $p < 0,01$ rispettivamente). Le variabili indipendentemente associate allo sviluppo di infezioni sono risultate: infarto miocardico acuto (IMA) in atto (OR 152,20, CI 95%, $p = 0,04$), trasfusioni intraoperatorie (OR 22,33, CI 95%, $p = 0,01$), numero di giorni di permanenza in sede di catetere venoso centrale (CVC) (OR 1,46, CI 95%, $p < 0,001$), tracheotomia (OR 0,01, CI 95%, $p = 0,05$).

Conclusioni: Le infezioni rappresentano un fattore prognostico di mortalità intraospedaliera. L'IMA in atto, le trasfusioni intraoperatorie, il numero di giorni con presenza di CVC sono indipendentemente associati a maggior rischio infettivo nei pazienti sottoposti a cardiocirurgia. Nell'ambito dell'"antimicrobial stewardship" il monitoraggio dell'appropriatezza dell'antibioticoterapia ha permesso l'individuazione dell'uso talvolta non corretto degli antibiotici.