



**Azienda Ospedaliera
Universitaria di Ferrara**
Dipartimento Medico

**ARRESTO CARDIACO:
PER UN PERCORSO
INTEGRATO
DELL'AZIENDA
OSPEDALIERO
UNIVERSITARIA DI
FERRARA**

Il ruolo dell'internista

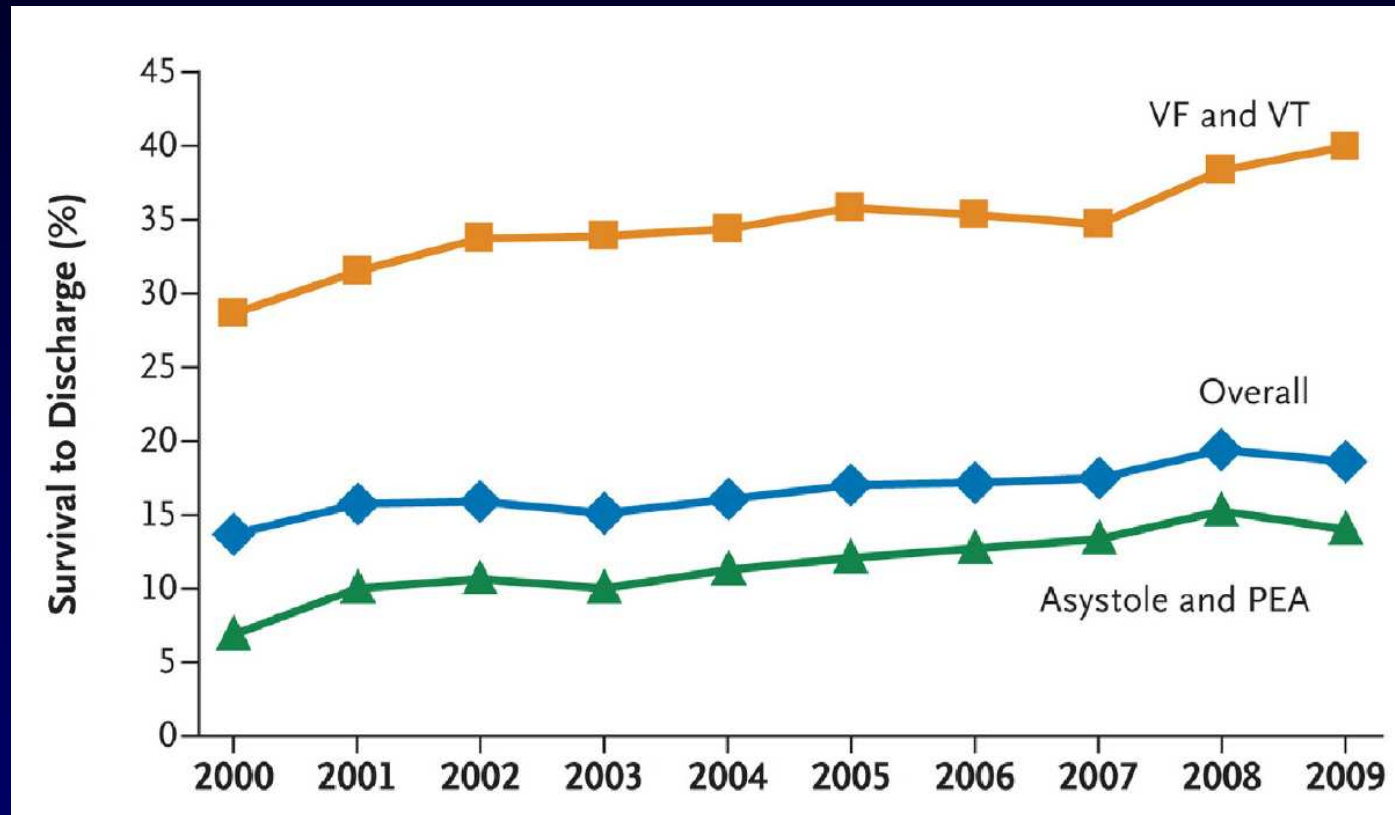
Massimo Gallerani

05 Ottobre 2013

- **Arresto cardiaco intraospedaliero**
- **Collaborazione gestione dei pazienti con esiti di arresto cardiaco post-terapia intensiva**

Trend in survival after in hospital cardiac arrest

Girotra et al. For the Am Heart Association – N Eng J Med 2012; 367:1912-20

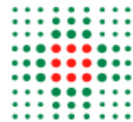


Unadjusted Rates of Survival to Hospital Discharge by Calendar Year.

Observed (crude) rates for survival to discharge are shown for the overall cohort and separately for shockable cardiac-arrest rhythms (ventricular fibrillation [VF] and pulseless ventricular tachycardia [VT]) and nonshockable cardiac-arrest rhythms (asystole and pulseless electrical activity [PEA]). $P < 0.001$ for trend for each survival curve.

CLINICAL COMPETENCE DEL PERSONALE

- riconoscimento dei pazienti a rischio
- rapidità di intervento
- BLS/ACLS
- Corsi specifici sui defibrillatori in Dip. Med.



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Ferrara



università di ferrara
DA SEICENTO ANNI GUARDIAMO AVANTI.

REGOLAMENTO EMERGENZA MEDICA INTRAOSPEDALIERA

**Collaborazione gestione dei
pazienti con esiti di arresto
cardiaco post-terapia intensiva**

Riammissione a 30 gg e trasferimenti da altri reparto

	Gen-set 2012	Gen-set 2011	2010			
	<p>Da gennaio 2013</p> <p>In Div. Med. Ospedaliera</p> <p>sono stati trasferiti da Rian/T.I. 12</p> <p>pazienti, 5 con esiti di grave</p> <p>lesione/danno cerebrale</p>					
Med I			58			
Clinica			21			
Medic			92			
Medic			32			
Geriatr			23			
✓			15			
Gastro			01			
Malatt			69			
Mal. Infettive Universitaria	1/14 7,1%	29.41	0/24 0%	25.0	0/27 0%	48.48
Dipartimento medico	144/3795 3,8%	14,49	147/4671 3,3%	9,89	3,5%	9,60

DGR medio e Complessità

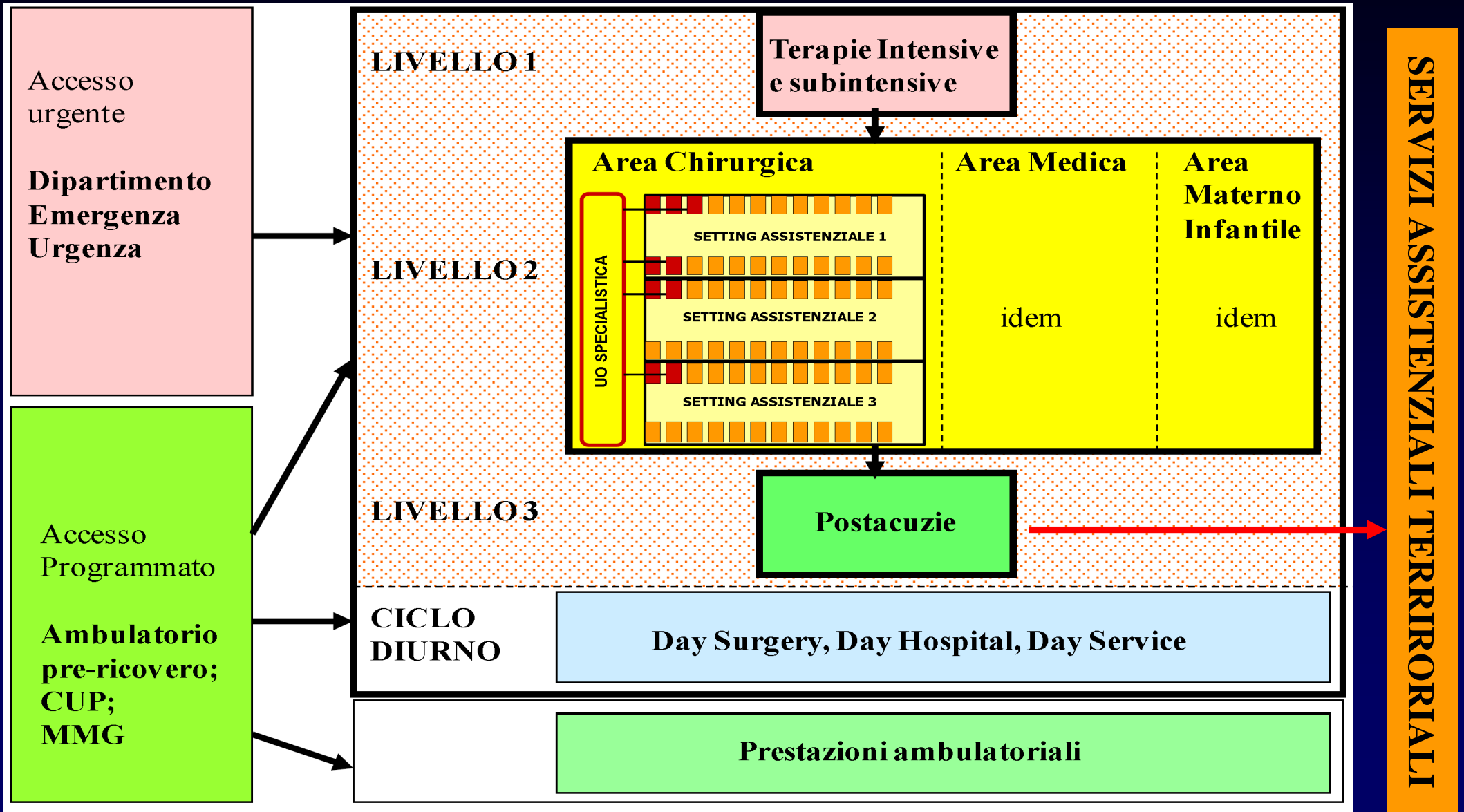
	2013		2012		2011	
	DRG medio	COMP %	DRG medio	COMP %	DRG medio	COMP %
Med Interna Universitaria	1.12	6.43	1.12	4.61	1.04	4.15
Clinica Medica	1.17	7.37	1.11	7.56	1.07	5.22
Medicina Interna Ospedaliera	1.21	6.81	1.19	7,51	1.18	6,66
Medicina Interna Ospedaliera 2	1.20	9.87	1.14	7.31	1.14	8.05
Geriatria	1.17	7.35	1.11	8.98	1.10	8.52
Gastroenterologia	1.20	5.14	1.18	5.01	1.14	3.12
Malattie Infettive	1.35	14.40	1.21	8.04	1.25	11.73
Mal. Infettive Universitaria	1.70	21.28	1.65	16.13	1.27	15.63
Media dipartimentale	1.27	9.83	1.21	8.14	1.15	7.89

STADIAZIONE DEL COMA

- **Stato confusionale / soporoso**
- **Coma di lieve profondità**
- **Coma di media profondità**
- **Coma profondo**
- **Coma irreversibile / morte cerebrale**

**Pazienti con
importante
comorbidità**

SISTEMI ASSISTENZIALI PER INTENSITA' DI CURA



Condizioni per trasferimento in ambito medico

- **Non necessità di ventilazione assistita**
- **Verifica delle possibilità prognostiche**
- **Definizione dei percorsi clinico assistenziali e delle possibilità di recupero**
- **Comunicazione con i familiari**

PROBLEMI ORGANIZZATIVI

- Valutazioni dei bisogni assistenziali del paziente e ridefinizione dei piani organizzativi dell'U.O.
- Pianificazione del percorso clinico assistenziale e riabilitativo
- Formazione del personale
 - Medico
 - Infermieristico
 - OSS

COMPLESSITA' ASSISTENZIALE

- **Necessità di definire concordemente la complessità assistenziale**
- **E' necessaria una valutazione della complessità anche dal punto di vista infermieristico, non solo clinico**



Problematiche clinico assistenziali

- Stato di coscienza
- Gestione delle vie respiratorie (*cura di una tracheostomia, aspirazione delle secrezioni*)
- Gestione delle infezioni (*polmonari ed urinarie*)
- Nutrizione artificiale (parenterale, enterale sondino/PEG)
- Posizione nel letto per evitare piaghe da decubito
- Medicazioni speciali per prevenire lesioni da decubito
- Assistenza alle funzioni vescicali ed intestinali
- Gestione del tono muscolare
- Gestione di altri sintomi (*febbre, convulsioni*)

- Attrezzature particolari (*letti speciali, carrozzine, ...*)

- Pianificazione dei programmi riabilitativi

OBIETTIVI PRIMARI

- **Stabilità clinica**
 - non necessità di monitoraggio continuo cardio-respiratorio
 - stabilità cardio-vascolare
 - respiro autonomo (anche se con ossigeno-terapia) senza necessità di supporto
 - assenza di stato settico
 - mantenimento di adeguati parametri idroelettrolitici e metabolici con nutrizione enterale
- **Percorso specifico e concordato con i servizi assistenziali territoriali**
 - **trasferimento presso strutture con livelli di intensità di cura più bassi / domicilio**

COMUNICAZIONE CON I FAMILIARI

- Condizioni cliniche
- Piano terapeutico
 - Continuità con i programma precedenti
 - Non diminuzione del livello di assistenza
- Programmi riabilitativi
 - Verifica delle possibilità riabilitative
 - Proposta/programmazione dei percorsi possibili
- Percorso di prosecuzione assistenziale
 - Definizione di sede e delle finalità

Problemi psicosociali dei familiari

Ansia	70 %
• Depressione	35 %
• Ansia + Depressione	32 %
• Post-traumatic stress disorders	33%
• Stress	
• Disorganizzazione	
• Mancanza di aiuto	
• Incertezza sugli esiti	

Consenso informato

procedure diagnostiche	procedure terapeutiche
Biopsia di qualsiasi tipo	Intervento chirurgico
Tracheobroncoscopia	Trasfusioni di sangue ed emoderivati
Gastroscopie e/o Colonscopia	Applicazione di Pace Maker
Applicazioni di C	
Prelievo ematico	li F.A. e/o Flutter
Coronarografia	
Esami con mezzo di contrasto	Drenaggio pneumotorace
Rachicentesi in urgenza	Toracentesi e/o paracentesi
Protocolli di sperimentazione	Chemioterapia antitumorale

Tutore legale
Amministratore di sostegno

ACCANIMENTO TERAPEUTICO

- Caso per caso il medico deve valutare se un intervento sanitario sia futile, inefficace o eccessivamente oneroso.
- L'art 16 del CDM cita “il medico, anche tenendo conto delle volontà del paziente laddove espresse, deve astenersi dall'ostinazione in trattamenti diagnostici e terapeutici da cui non si possa fondatamente attendere un beneficio per la salute del malato e/o un miglioramento della qualità di vita”.
- L'idratazione e la nutrizione assistite non sono riconducibili alla categoria dell'accanimento terapeutico.

Coordinamento

- **Sarebbe auspicabile la definizione di un “Centro di Coordinamento” per gli Stati Vegetativi, Stati di Minima Coscienza e Stato di Locked-in Syndrome con il compito di:**
 - **raccolta delle richieste di valutazione dei pazienti (in particolare se ineligibili per riabilitazione)**
 - **supporto alla corretta applicazione del percorso diagnostico**
 - **gestione dell’inserimento del paziente in percorsi appropriati e specifici:**
 - **contatto con il Distretto di residenza**
 - **gestione dell’eventuale lista di attesa degli inserimenti in Unità Stati Vegetativi (U.S.V.),**

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

- I reparti internistici possono essere essenziali nei percorsi clinici dei pazienti con esiti di arresto cardiaco
- Sono necessari specifici percorsi di collaborazione tra reparti di Rianimazione/Ter. Intensiva e reparti internistici
- Valutazione dei carichi assistenziali che tali percorsi possano comportare per il reparto medico
- Pianificare clinical competence per la gestione di malati con esiti di AC
- Pianificazione dei percorsi riabilitativi
- Specifici percorsi per continuità assistenziale in reparti/servizi postacuti e, se possibile, domiciliare



**Grazie
dell'attenzione**