

A19

IL RUOLO DELLA DECONTAMINAZIONE SELETTIVA – SDD – NELL'INSORGENZA DELLE INFEZIONI POLMONARI IN PAZIENTI CON VENTILAZIONE MECCANICAPROLUNGATA

Di Silvestre A.*, Cusenza A.** , Cocconi R.***, Antares P.** , Lucchese F.* , Raffaelli M.** , Cecotti R.* , Fabro R.*** , Bassetti A.*** , Tignonsini D.***

*Anestesia e Rianimazione 2, **Anestesia e Rianimazione 1, ***Direzione Medica Ospedaliera, Azienda Ospedaliera "Santa Maria della Misericordia" – Udine – Friuli Venezia-Giulia.

Premessa. La decontaminazione selettiva del tratto digestivo (SDD – selective digestive decontamination) è una pratica introdotta nel 1984 con lo scopo di prevenire le polmoniti nei pazienti sottoposti a ventilazione meccanica (VAP – ventilator-associated pneumonia). Vi è ampio dibattito in letteratura sull'efficacia o meno della SDD ad incidere sui tassi delle VAP e sulla mortalità associata.

Obiettivi. Valutare l'efficacia della SDD nella prevenzione delle infezioni delle basse vie aeree nei pazienti sottoposti a ventilazione meccanica prolungata e la sua importanza nell'eziologia delle VAP.

Setting. L'Azienda Ospedaliera "Santa Maria della Misericordia" conta 800 posti letto circa di cui 46 ad assistenza intensiva. Lo studio è stato effettuato nelle terapie intensive generali (20 posti letto) e nella Rianimazione post-chirurgica della Cardiocirurgia (6 posti letto).

Metodi. Sono stati osservati tutti i pazienti ricoverati nei reparti di Terapia Intensiva Generale 1[^] (TIG1) e Terapia Intensiva Generale 2[^] (TIG2) durante l'anno 2003, nella Rianimazione Cardiocirurgica post-operatoria (RCPO) dall'ottobre alla fine del 2003 e sottoposti a ventilazione meccanica prolungata per almeno 96 ore.

I criteri di diagnosi di infezione sono quelli proposti da Santiago. L'analisi dei dati è stata effettuata utilizzando il software Epi-info 2002.

Sono stati addestrati due rilevatori, medici, per ogni reparto. Tutte le schede sono state controllate in merito alla qualità e completezza dei dati dal Gruppo Operativo per il controllo delle infezioni ospedaliere. Ogni caso di infezione è stato discusso e rivalutato.

Risultati. Sono state raccolte 456 schede di osservazione, pari al 30,1% dei pazienti ricoverati nelle Terapie Intensive. L'incidenza cumulativa delle infezioni polmonari è stata 24,8%, pari ad un tasso di 21,6 per mille giornate di ventilazione.

La TIG2 e la RCPO hanno effettuato routinariamente la SDD, mentre la TIG1 non ha adottato tale pratica. Il tasso di infezione per mille giornate di ventilazione è stato di 29,0, 14,5 e 19,6 rispettivamente in TIG1, TIG2 e RCPO. L'analisi bivariata ha dimostrato un'associazione significativa tra le infezioni polmonari e la SDD quale fattore protettivo (O.R. 2,13; C.I. 1.34 – 3,4; p<0.001).

Non vi sono differenze significative nell'eziologia delle VAP nei pazienti trattati con SDD rispetto agli altri.

Conclusioni. I risultati ottenuti sembrano confermare il ruolo protettivo della SDD nell'insorgenza delle infezioni polmonari nei pazienti con ventilazione prolungata per almeno 96 ore (il rischio è più che dimezzato tra i pazienti sottoposti a SDD). Tuttavia rimangono alcuni aspetti da approfondire in merito alla possibilità di bias (due coorti di pazienti con due diversi modelli di gestione delle polmoniti).

A89

PRECAUZIONI DI ISOLAMENTO IN OSPEDALE

Dallapé P., Eccel C., Scartezzini L., Barelli P.

S e rvizio Infermieristico, Ospedale "S. Chiara", Via C. Sartori 6, 38100 Trento

Introduzione e scopo della ricerca. Nell'ambito del progetto di accreditamento professionale volontario su criteri proposti dalla Joint Commission International (JCI), avviato nel giugno 2003 in questo ospedale, si è reso necessario procedere alla revisione delle misure preesistenti su questo tema.

Lo scopo quello di fornire agli operatori sanitari della struttura indicazioni pratiche per la prevenzione del rischio infettivo nei degenti, nel personale, nei visitatori.

Metodologia utilizzata

1. ricerca bibliografica sulle più recenti evidenze scientifiche e sulla normativa vigente
2. analisi delle notifiche di malattie infettive riscontrate sui degenti ed inoltrate dai sanitari dell'ospedale
3. stesura di un documento con relativa tabella riassuntiva
4. approvazione da parte del Comitato Infezioni ospedaliere della struttura
5. trasmissione del documento e sua presentazione in incontri specifici.

Risultati. Il documento comprende: obiettivi e parole chiave; gli ambiti di applicazione; i termini e le definizioni utilizzate; le modalità operative per attuare le precauzioni di isolamento (precauzioni standard e per patologie trasmissibili per via aerea, goccioline o contatto); bibliografia di riferimento; note di approfondimento rispetto alcune microrganismi (multiresistenti, Clostridium difficile, Micobatterio tubercolare), elenco delle patologie infettive e relativo obbligo di notifica.

Conclusioni. L'adozione del documento permette di sviluppare una strategia di prevenzione delle malattie infettive nell'ottica del miglioramento continuo della qualità assistenziale.

A27

METODOLOGIA PER L'IDENTIFICAZIONE DELLA NON ADESIONE ALLE RACCOMANDAZIONI PER LA PREVENZIONE DELLE INFEZIONI DACVC

Demarchi M.L.* , Panella M.**

