

Clinica San Carlo News

Dicembre 2017

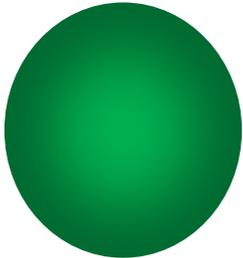
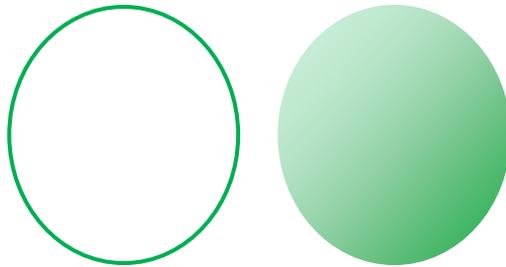
Newsletter

Articoli:

- Pag. 2 e 3 Le polmoniti nosocomiali (HAP e VAP)
- Pag. 4 e 5 Due importanti novità al centro PMA
- Pag. 6 Informazioni Utili:
 - Aspettando Babbo Natale
 - AISA ONLUS



Il Presidente, Dott.ssa Patrizia Bernardelli, augura a tutti un meraviglioso Natale.



Le polmoniti nosocomiali (HAP e VAP)

HAP e VAP rappresentano una causa frequente di infezione correlata all'assistenza (ICA), rispettivamente del 20 e 25% e sono associate ad un'elevata percentuale di mortalità, soprattutto in presenza di patogeni multiresistenti.

La polmonite nosocomiale (HAP) è un'infezione del parenchima polmonare che insorge dopo almeno 48 ore dal ricovero, in pazienti non intubati; la polmonite associata a ventilatore (VAP - Ventilator associated Pneumonia) insorge dopo 48-72 ore dall'intubazione endotracheale.

I pazienti che vengono intubati a causa di una HAP devono essere considerati come affetti da VAP.

La maggior parte dei casi di HAP e VAP è di origine batterica.

Le infezioni polmonari nosocomiali vengono comunemente causate da batteri aerobi GRAM negativi (*Pseudomonas aeruginosa*, *Klebsiella pneumoniae* e *Acinetobacter* spp.) o da GRAM positivi come *Staph. Aureus* (frequenti sono i ceppi meticillino-resistenti-MRSA).

L'incidenza da *Legionella pneumophila* varia notevolmente nelle diverse casistiche.

L'eziologia polimicrobica è frequente nelle VAP.

LINEE GUIDA CONGIUNTE IDSA-ATS 2005-2016

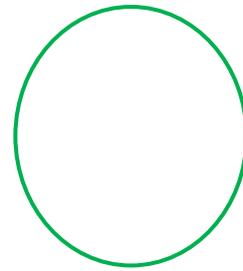
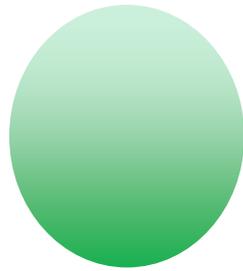
2005: Raccomandano durate differenti dei cicli di antibiotico-terapia in base alla differente eziologia dell'infezione.

2016: Raccomandati cicli di antibiotico-terapia di durata non superiore ad una settimana, indipendentemente dall'agente eziologico, ovviamente nei pazienti che beneficiano di un miglioramento clinico con il trattamento impostato; non ci sono differenze in termini di mortalità, fallimento terapeutico, polmoniti ricorrenti o durata della ventilazione meccanica, tra i regimi di terapia antibiotica di breve durata (7-8 giorni) e di lunga durata (10-15 giorni).

2016: Assicurare una copertura antibiotica efficace in tempi precoci, evitando trattamenti superflui che potrebbero portare all'insorgenza di eventi avversi legati alla terapia, alle infezioni da *Clostridium difficile*, all'emergere del fenomeno dell'antibiotico-resistenza e all'aumento dei costi associati al trattamento.

2016: La Polmonite associata a cure mediche (HCAP-Health-Care-Associated-Pneumoniae) non è stata inclusa in quanto ci sono sempre maggiori evidenze del fatto che i pazienti che rientrano in questa definizione non sono ad alto rischio di sviluppare una infezione da germi multi-resistenti (MDR-Multi Drug Resistance).

2016: Ciascuna struttura ospedaliera dovrebbe fornire un'antibiogramma locale (ovvero che si venga a conoscenza delle resistenze che si sviluppano nei vari nosocomi) e che ci si basi sull'epidemiologia locale delle infezioni.



TERAPIA EMPIRICA: VARIABILI DECISIONALI:

Epidemiologia locale delle infezioni

Presenza o meno di **FATTORI DI RISCHIO** per lo sviluppo di HAP-VAP da MDR

Presenza di shock settico e necessità di supporto ventilatorio per la polmonite, che aumentano a loro volta il rischio di mortalità.

In generale, nei pazienti che non sono ad alto rischio di mortalità o di fattori di rischio per le infezioni MDR dovrebbero essere evitati i carbapenemici e i fluorochinoloni, in modo da ridurre il rischio di multiresistenze e lo sviluppo di colite pseudo-membranosa.

DE-ESCALATION:

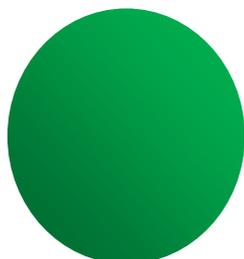
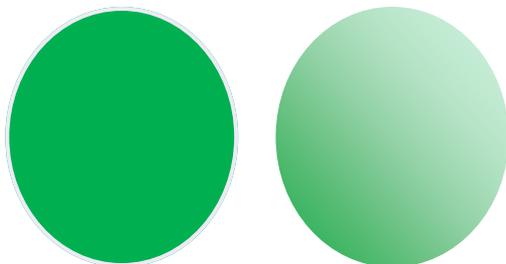
Nei pazienti con HAP-VAP che non sono a rischio di infezione da MDR, con colturale dell'espettorato negativo, e che presentano miglioramenti clinici, la terapia antibiotica dovrebbe essere progressivamente ridotta; in molti casi questo si traduce nel sospendere la terapia con doppia copertura anti-Pseudomonas.

I pazienti che non possono fornire una buona qualità dell'espettorato, al fine di ottenere esami colturali adeguati, e i pazienti ad alto rischio di infezione da germi MDR, non dovrebbero essere candidati alla de-escalation della terapia antimicrobica.

Nei pazienti in cui è possibile ottenere un adeguato esame colturale dell'espettorato, la terapia antibiotica dovrebbe essere basata sull'antibiogramma.

Il dosaggio dei valori di procalcitonina, accanto ai criteri clinici, dovrebbero guidare il clinico nella terapia antibiotica.

Dott.ssa G. Pina e Dott.ssa S. Prolo



Due importanti novità al Centro PMA

La transizione dal 2017 al 2018 comporta due importanti novità all'interno dell'U.O. di Ginecologia della Clinica San Carlo di Paderno Dugnano.

Sono onorata di far parte, al fianco di personalità quali quella del Prof. Giovanni Maria Colpi e a professionisti affermati nel campo dell'accoglienza della domanda di fertilità di coppia, di questa emergente realtà.

Si tratta di un importante investimento nell'integrazione tra i vari poliambulatori ginecologici della Clinica e del territorio, nell'attività diagnostica ginecologica e nelle terapie dei disturbi dell'Apparato Riproduttivo, nonché nella crescita della rete tra la nostra realtà e quella degli altri importanti Presidi Ospedalieri di riferimento sul territorio.

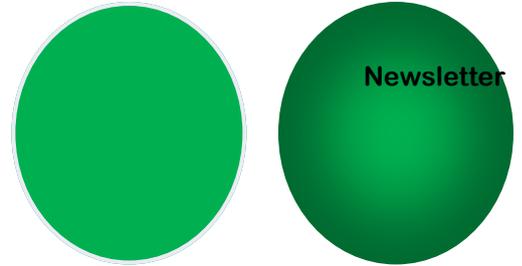
Il nostro obiettivo è di trovare un linguaggio comune per facilitare la nostra vocazione di cura.

La prima novità a cui accennavo all'inizio è quello di **tipo strutturale** (la nuova PMA) che vuole condurre l'attività ginecologica e di PMA agli standard più elevati della tecnologia e delle normative in accordo con quanto prevedono la Comunità Europea e il Centro Nazionale Trapianti.

La seconda intende recuperare il **valore curativo della buona relazione medico-paziente**, formulare e accogliere le varie domande di cura e dare la continuità indispensabile al reale benessere delle donne e delle coppie in difficoltà.

S'intende dare ampio spazio alla diagnostica ecografica, isteroscopica, seminologica e all'inquadramento delle problematiche di genetica umana pre-concezionale e prenatale.

Si prediligerà un'attenta diagnosi clinica, strumentale e di laboratorio: ecografie ostetriche e ginecologiche di I° e II° livello, sono-istero-salpingografia, isteroscopia diagnostica ed operativa, la diagnosi dell'infertilità maschile con test di frammentazione del DNA e dello stress ossidativo MYOXIS e la diagnosi prenatale non invasiva.



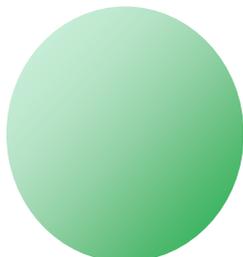
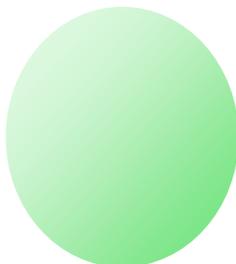
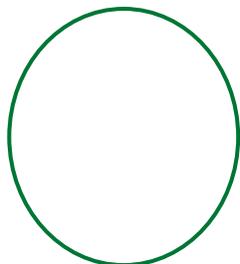
Si prediligerà un approccio non invasivo delle problematiche riscontrate: terapia farmacologica intermittente dei fibromi uterini sintomatici, terapia farmacologica dell'aborto iniziale, terapia farmacologica delle alterazioni quali/quantitative del liquido seminale, terapie farmacologiche dei disturbi dell'ovulazione (endocrini, metabolici, etc).

Con questo spirito, e a nome di tutto il personale medico, biologo, ostetrico e infermieristico che collabora nel Centro PMA, auguriamo a tutti Voi un Felice e Fertile 2018!

Dott.ssa Corina Lepadatu

Resp. U.O. Ginecologia

Clinica San Carlo



INFORMAZIONI UTILI

Aspettando Babbo Natale...

Il giorno 23 Dicembre 2017 alle ore 15.00 i piccoli potranno aspettare Babbo Natale sulla collina dell'elisoccorso e vederlo arrivare accompagnato da un suo aiutante... chissà chi sceglierà quest'anno.....

Accompagneremo poi Babbo Natale presso la Sala Convegni RSA dove i bambini potranno fare merenda e giocare insieme ai suoi aiutanti.

Vi aspettiamo numerosi!!!

AISA ONLUS

Sabato 23 Dicembre 2017, su RAI 3 Regionale, dalle ore 7.30 alle ore 8.00 del mattino durante la trasmissione "30 minuti di Regione" andrà in onda una piccola intervista dal titolo: ATASSIA, PENSIERI E PAROLE, con un filmato dei ragazzi di AISA Sez. Lombarda ONLUS girato all'autodromo di Monza in occasione della Giornata Mondiale dell'Atassia.