

**XXVIII Congresso Nazionale Aniarti
25- 26- 27 Novembre 2009 Palazzo dei Congressi,
Bologna**

**SEMPRE L'IMPEGNO
TERAPEUTICO CORRISPONDE
AL BENE DEL PAZIENTE?**

**Paganelli Paola, infermiera, U.O. Rianimazione Cardiochirurgica.
Azienda Ospedaliera Universitaria S.Orsola Malpighi**

Art. 32 della Costituzione.

Nessun trattamento medico può essere effettuato senza il consenso dell'assistito.

Impegno Terapeutico

Il Codice deontologico dell'infermiere ci riporta fortemente a questo tema:

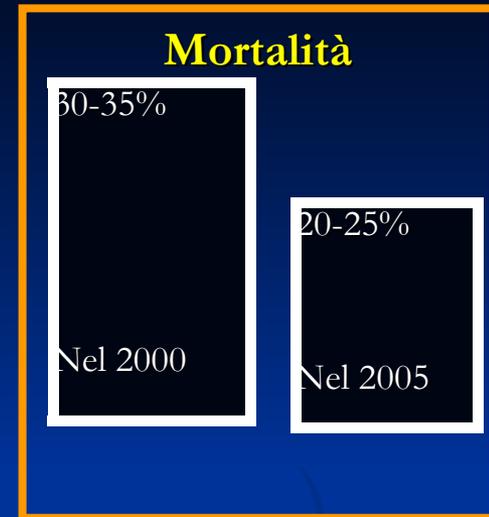
Art. 36: “L'infermiere tutela la volontà dell'assistito di porre dei limiti agli interventi che non siano proporzionati alla sua condizione clinica e coerenti con la concezione da lui espressa della qualità della vita”.

E anche:

Art. 38: “L'infermiere non partecipa a interventi finalizzati a provocare la morte, anche se la richiesta proviene dall'assistito”.

- Cosa accade nelle Terapie Intensive e/o Rianimazioni, quando ci si rende conto che non c'è più nulla da fare?
- Dove si trova il confine che distingue la terapia da accanimento terapeutico?
- Su quali parametri oggettivi ci si può basare per decidere se interrompere o proseguire le cure?

Negli ultimi anni la mortalità nelle Terapie Intensive e Rianimazioni si è ridotta del 10%, a parità di gravità di casi, merito dei progressi delle tecniche di cura e dei farmaci*, che servono a sopperire al mancato funzionamento di uno o più organi vitali.



* Dati: Gruppo Italiano per la valutazione degli interventi in Terapia Intensiva.

**In questo tempo si fanno funzionare
macchinari e/o farmaci.**



Talvolta le condizioni sono molto compromesse, tuttavia non si può escludere la probabilità di recupero: il trattamento intensivo risulta appropriato.



In altri casi con i macchinari prolunghiamo la sopravvivenza di giorni e/o settimane, ma si arriva ad un momento in cui ci rendiamo conto che tutto è inutile.

Impegno Terapeutico

- Il principio di proporzionalità delle cure dovrebbe permettere di distinguere il limite fra una doverosa insistenza terapeutica e una dannosa e inutile ostinazione.
- La decisione di interrompere le cure spetta quasi sempre al medico.
- La collegialità tra medici, infermieri è auspicabile ma incostante e non avviene ovunque (64,6% dei casi*).
- I familiari del malato sono coinvolti non tanto nelle decisioni ma nella valutazione delle prospettive.

* Dati: Gruppo Italiano per la valutazione degli interventi in Terapia Intensiva.

Direttive anticipate: testamento biologico

E' possibile compilare delle direttive anticipate in merito a quanto si vuole o non si vuole che venga fatto nel caso in cui ci si trovasse in terapia intensiva?

- **Desistenza terapeutica: il lasciare andare verso il percorso di morte chi non mostra clinicamente le condizioni di riprendersi.**
- **Non desistenza terapeutica: insistenza terapeutica, il non rinunciare a terapie mediche.**

Possibili scenari.

C'è il rischio di commettere o, sospendere e non compiere, gesti che potrebbero essere contestati.



di non sottoporre i pazienti in condizioni gravissime a atti di sostegno che poco dopo potrebbero dover essere sospesi.



di provocare agonie più lunghe e strazianti del necessario.

- In Italia il 62,2% muoiono per desistenza terapeutica (decisione presa quando la prognosi infausta diventa evidente), nel restante 37,8% il trattamento intensivo senza limitazioni è stato assicurato fino al momento del decesso.
- In Francia il 70%.
- Negli Stati Uniti il 90-93%.

Impegno terapeutico

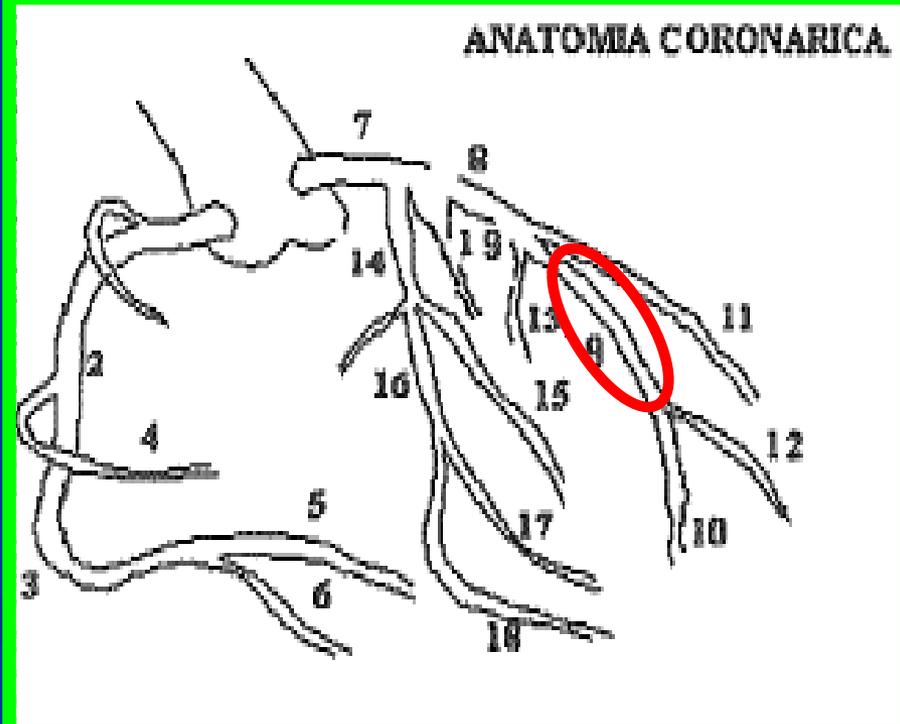
Tuttavia il confine tra accanimento terapeutico con effetti benefici o con conseguenze negative è molto sottile.

Casi clinici

■ Il signor B.P. di anni 55 affetto da miocardiopatia dilatativa viene posto in lista attiva trapianto il 04/11.



■ Il signor T.P.A. di anni 66 presenta diagnosi di coronaropatia monovasale (ostruzione prossimale del ramo interventricolare)



Casi clinici

■ IL 24/12 viene eseguito trapianto cardiaco omologo.

■ Entra in T.I. dove presenta perdite ematiche e sanguinamento notevole.

■ Torna in S.O. per riapertura sternale: non si trovano fonti emorragiche a livello delle suture chirurgiche.

■ Il 18/06 si esegue l'intervento di rivascularizzazione miocardica mediante il confezionamento di un monoby-pass aorto-coronarico con arteria mammaria interna di sinistra.

■ Entra in T.I. e dopo 30' presenta dissociazione elettromeccanica.

■ Si esegue Massaggio Cardiaco esterno non rispondente a farmaci inotropi, perciò si provvede alla riapertura sternale, ed esecuzione del massaggio cardiaco interno, sotto la cui procedura rientra in Sala Operatoria (riallestita in Emergenza).

■ Viene confezionato in Circolazione Extra Corporea, un ulteriore By-Pass con vena safena autologa sul ramo discendente anteriore.

■ Rientra in Rianimazione con la deiezione dello sterno.

Terapia

- Rientra con assistenza femoro-femorale, per un elevato gradiente transpolmonare.
- P.A.70/40, F.C.105 btm, Sat.O₂ 100%, C.O. ECMO 4lt
- Per le ingenti perdite ematiche trasfonde sangue, plasma, albumina, protomplex, concentrati piastrinici, Fattore VII.
- Per il sostegno cardio circolatorio si infonde ad alte dosi: Epoprostenolo associato a NO, Adrenalina, Isuprenalina, Noradrenalina, Fenoldopam, milrinone, terlipressina, eritropoietina e ciclosporina.
- Terapia antibiotica: ceftazidima, vancomicina, ciproxociclina, tobramicina, ganciclovir, sulfametoxazolo e linezolid.
- Sedato con Remifentanil, propofol e fentanil, midazolam.
- Ventilatore: SIMV+12 P.A.+15, 8 lt vol/min, PEEP +10, FiO₂ 100%
- NPT e NE

- Rientra con contropulsatore intra-aortico: ventricolo sinistro con ipocinesia della parete anteriore e del setto interventricolare, FE:40-45%. Ventricolo destro con ipocinesia lieve (40%), Insufficienza mitralica lieve.
- P.A. 65/45, F.C. 115 btm aritmico, sat.O₂ 96%
- Trsfonde sangue, plasma, concentrati piastrinici.
- Infonde come sostegno cardio circolatorio: Adrenalina, Noradrenalina, milrinone, terlipressina, metilprednisolone, bicarbonato, trometamololo e diuretico (per diuresi contratta).
- Terapia antibiotica: ceftazidima, vancomicina, ciprofloxacina, tobramicina, ganciclovir, sulfametoxazolo e linezolid.
- Sedato con Tiopental sodico, remifentanil, midazolam, propofol.
- Ventilatore: IPPV +14, 10 lt vol/min, PEEP+4, FiO₂ 100%
- NPT e NE

Decorso

- Eseguirà 2 riaperture sternali e la rimozione dell'ECMO.
- Consulenza fisiatrica e riabilitativa
- Consulenza otorinolaringoiatrica: tracheotomia
- Consulenza nefrologica: dialisi per IRA
- Elettromiografia: tetraplegia flaccida e areflessica
- Consulenza neurologica: coma vigile non reagente.
- Consulenza infettivologa
- Consulenza psichiatrica
- Consulenza endoscopica per emorragia (melena).
- Presenza lesioni da decubito di II grado: nuca, sacro e arti inferiori.

- Eseguirà 1 revisione sternale e chiusura deiezione.
- Consulenza fisiatrica e riabilitativa.
- Consulenza otorinolaringoiatrica: tracheotomia
- Consulenza nefrologica: dialisi per IRA
- Elettromiografia: condizioni normali delle fibre sensitive
- Consulenza neurologica: stato di torpore risvegliabile solo verbalmente.
- Consulenza psichiatrica
- Consulenza infettivologa: striscio per Plasmodio malaria (TC di 41,3°C)
- Presenza di lesioni da decubito II grado: sacro, glutei e talloni.

Decorso

- Muore per Shock cardiogeno/settico dopo 100 giorni.

- Dimesso dopo 70 giorni.
- Ritornerà in Uganda.

Lettera inviataci da TPA

Carissimi...

alla fine di marzo ero venuto in Italia perché avevo problemi di salute, pensavo, di lieve entità, tanto che avevo il biglietto di ritorno per l'Uganda in tasca.

In realtà fu una lotta, ora dopo ora, con la morte.

Mentre i medici e le infermiere tentavano di tutto per non farmi morire, io lottavo per raggiungere la mia capanna e mi domandavo perché non mi lasciassero raggiungere i miei 360 ragazzi della scuola collegio della Missione.

I dottori sembravano aver perso ogni speranza, tuttavia ora sono tornato nella mia Missione.

Un ringraziamento immenso a tutto il reparto di Rianimazione e Cardiochirurgia dell'Ospedale S.Orsola.

Lettera dell' accompagnatore di T.P.A

Cari colleghi...

Avreste dovuto esserci all'accoglienza trionfale e commovente che TPA ha ricevuto al ritorno tra la sua gente.

All'aeroporto c'erano striscioni di benvenuto, la televisione nazionale ha trasmesso l'evento durante il telegiornale.

Pensavo di aver assistito al massimo, ma ancora non avevo visto le centinaia di persone che per circa un km di strada facevano ala all'auto su cui viaggiava TPA.

In quel momento ho sentito di dovervi trasmettere la gratitudine di questa gente per aver restituito la vita ad un uomo e un padre ai suoi figli.

Tutto questo è stato il vostro lavoro e merito.

C'è veramente da ringraziare il Cielo che ha permesso di fare una professione sì sacrificata e faticosa, ma tanto-tanto bella!

E' per persone come queste, che il mondo,

malgrado tutto va avanti.

Un affettuoso abbraccio a tutti. Padre

Attraverso il dialogo fra professionisti, la crescita formativa, la ridefinizione del ruolo professionale e la trasparente assunzione di responsabilità nei confronti dei cittadini e degli assistiti, si può arrivare alla scelta migliore...

Poiché l'essere umano è unico.



Grazie dell'attenzione.