

Regione Piemonte
AZIENDA SANITARIA LOCALE A.S.L. 4
Str. dell'Arrivore, 25/A
10154 TORINO
Tel. 011-24.02.111 fax 011-2420347
C.F./P. IVA 05438230012

Torino, 16 FEB. 2001

Ufficio stampa
U.O. 011 2402683
0368 378 20 31

Prot. n° **PROTOCOLLO**

01/01382

COMUNICATO STAMPA

**SUPERATA UNA NUOVA FRONTIERA DELL'EMERGENZA: CONTINUARE
UNA RIANIMAZIONE DOPO LA MEZZ'ORA LIMITE PUO' SALVARE UNA VITA
E' necessaria un'organizzazione e un lavoro di gruppo in totale sinergia**

In considerazione della fuga di notizie relativa ad un avvenimento non solo umano ma scientifico sanitario, che modifica il comportamento in emergenza dei Rianimatori, la Direzione Generale dell'A.S.L. 4 Torino - Ospedale San Giovanni Bosco- ritiene necessario dare un'informazione ufficiale, corretta e completa in merito, per consentire una precisa riflessione scientifica sull'argomento.

Si sottolinea innanzitutto che il fattore di successo è la metodologia dell'essere gruppo e del lavorare in sinergia del personale medico e infermieristico.

23 gennaio 2001

ore 09.26 - giungeva al Pronto Soccorso del San Giovanni Bosco tramite 118 un paziente di 47 anni, colto da maleore sul posto di lavoro. All'ingresso il paziente lamentava un dolore oppressivo a livello precordiale che durava da circa 25 minuti.

Immediatamente veniva attuato il protocollo standard relativo alle sindromi coronariche acute, con somministrazione di ossigeno supplementare, reperimento di un accesso venoso per la determinazione degli esami ematochimici e la somministrazione di farmaci, contemporaneamente il paziente veniva collegato al monitor/defibrillatore e veniva effettuato un elettrocardiogramma a 12 derivazioni, che evidenziava la presenza di un infarto miocardico acuto, in sede laterale.

ore 09.54 - mentre il cardiologo stava per dare inizio alla terapia trombolitica, secondo protocollo standard, subentrava uno stato di shock con repentino arresto cardiorespiratorio; l'elettrocardiogramma in quel momento evidenziava una drammatica estensione dell'infarto miocardico (anteriore esteso ed inferiore) con contemporanea evoluzione in tachicardia ventricolare senza polso.

L'Equipe del Pronto Soccorso del San Giovanni Bosco, coordinata dal Dr. **Antonio Sechi**, con i Rianimatori (responsabile Dr. **Enrico Visetti**), Medici d'Urgenza (responsabile Dr. **Federico Olliveri**) e Cardiologi (responsabile Dr. **Riccardo Bevilacqua**), ha iniziato la rianimazione cardiopolmonare avanzata, secondo gli schemi indicati dall' American Heart Association e dall'European Resuscitation Council.

Dopo la prima serie di defibrillazioni senza successo, il paziente veniva rapidamente intubato e ventilato meccanicamente e dopo la somministrazione di adrenalina, il paziente veniva nuovamente defibrillato.

Dopo la seconda sequenza di defibrillazioni, il cuore del paziente dapprima andava in asistolia e dopo circa un minuto di massaggio cardiaco associato alla somministrazione di adrenalina e atropina ricompariva una tachicardia ventricolare, trattata con due serie di tre defibrillazioni, accompagnate dalla somministrazione di xilocaina ed amiodarone. Dopo la seconda serie di

defibrillazioni, al monitor del paziente compariva un'attività elettrica cardiaca ma sempre senza polso.

A questo punto la rianimazione cardiopolmonare è proseguita con il massaggio cardiaco e la somministrazione periodica di adrenalina; venivano inoltre trattate tutte le cause che potevano essere responsabili in quel momento dello stato clinico del paziente.

Pertanto veniva iniziata e completata la trombolisi (rtPA 50 mg + Abciximab), corretta la grave acidosi in atto (l'emogas analisi arterioso evidenziava un PH di 6,77), venivano somministrati liquidi, bicarbonato, calcio gluconato e solfato di magnesio.

A questo punto si cateterizzava l'arteria femorale destra per ottenere una monitoraggio invasiva della pressione arteriosa; si proseguiva la rianimazione cardiopolmonare con xilocaina in infusione ed adrenalina ogni tre minuti.

ore 11.10 - dopo 1 ora e 16 minuti di rianimazione cardiopolmonare avanzata in paziente in arresto cardiorespiratorio, si constatava la ricomparsa del polso carotideo, la pressione omerale destra evidenziata al monitor era di 150/90, il paziente era comunque ancora incosciente.

ore 11.30 - è stato eseguito elettroencefalogramma che evidenziava la presenza di attività elettrica cerebrale. L'eeg, anche se non può fornire indicazioni certe in questo tipo di pazienti circa la loro attività cerebrale, è stato effettuato per avere un minimo supporto per la prosecuzione delle cure.

ore 11.45 - il paziente entrava in Emodinamica e in questa sede veniva effettuata un'indagine coronarografica che evidenziava la presenza di una subocclusione trombotica ostiale e prossimale della coronaria discendente anteriore. Alla luce di quanto sopra, i cardiologi, Dr. Vito Paolillo e Dr.ssa Daniela Gastaldo, praticavano un'angioplastica d'urgenza in contropulsazione aortica con il posizionamento di due stent al carbonio.

Il paziente, che presentava anche un quadro di insufficienza respiratoria con edema polmonare, è stato successivamente gestito dai rianimatori e in seguito il tubo orotracheale veniva rimosso e il paziente veniva inviato in Cardiologia per le cure del caso.

14 febbraio 2001 - il paziente è stato dimesso dal nostro reparto di Cardiologia in buone condizioni generali e neurologiche.

Attualmente è in convalescenza presso una clinica di riabilitazione per malattie cardiopolmonari.

Con cortese richiesta di segnalazione

Dr. Silvana Patrio
Responsabile Ufficio stampa

Dr. Giovanni RISSONE
Direttore generale A.S.L. 4 Torino