Pegaso Lavoro Soc. Coop

MEDIGROUP

NURSIND
IL SINDACATO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE

Segreteria di Pordenone

"...E ADESSO CHE FACCIO?"

La gestione del paziente critico in ambito extraospedaliero: principi generali e condotta da parte di personale infermieristico non esperto in area critica

4 giugno 2013

Direttore scientifico: Stefania Bellotto – Lisa Colussi

Emergenze cardiocircolatorie

Infarto acuto del miocardio
Edema polmonare acuto

Barbara Narduzzi

O	Obnubilamento	Offuscamento delle facoltà sensitive
D	Dispnea	Difficoltà respiratoria
D	Dolore toracico	
I	Ipotensione	
O	Other	Sudorazione, pallore, cianosi, temperatura, dolore

le linee guida internazionali
raccomandano la chiamata al 118
da parte della persona con dolore toracico
entro 5 minuti dalla sua insorgenza
e dopo una auto-somministrazione
di nitrato sl

in tale contesto è evidente
il ruolo dell'infermiere preposto
al soccorso territoriale
che mira a favorire

diagnosi precoce dello STEMI
riperfusione precoce
gestione delle complicanze dello STEMI

DISPATCH LIFE SUPPORT

Le fasi del dispatch sono:

Acquisizione di informazioni generali
Attribuzione di un codice di priorità
Invio del mezzo di soccorso adeguato

Ambulanza sul target

Valutazione del paziente e richiesta supporto avanzato

Criteri di chiamata per ALS	
Vie aeree	Possibili alterazioni della pervietà
Respiro	Arresto respiratorio frequenza respiratoria > 8 o < 30
Circolo	Arresto cardiaco frequenza < 40 o > 140 b/m pressione arteriosa sistolica < 90 mmHg
Stato neurologico	Riduzione del livello di coscienza, perdita del GCS di > 2 punti. Convulsioni prolungate
Altro	Altri segni sintomi che preoccupino il personale sanitario presente

Sindrome Coronarica Acuta

ESPRESSIONI CLINICHE DIFFERENTI RISULTANTI DA UN SOTTOSTANTE MECCANISMO FISIOPATOLOGICO COMUNE:

Formazione e rottura di placca aterosclerotica

- IMA
- ANGINA INSTABILE

In Italia/Anno

Incidenza:

Ogni anno

150000

Ogni giorno

410

Ogni ora

17

www.cuorevivo.it

Mortalità:

Ogni anno

33000

Ogni giorno

90

Ogni ora

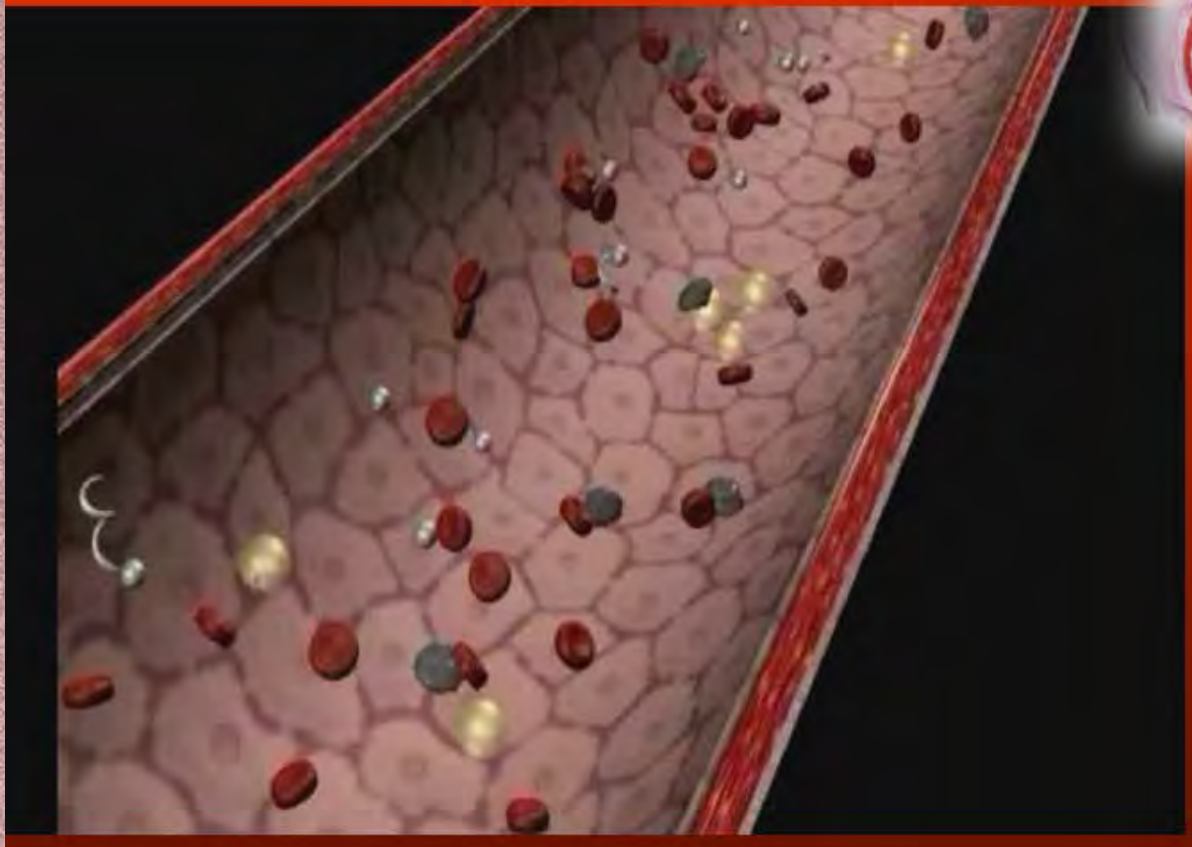
3

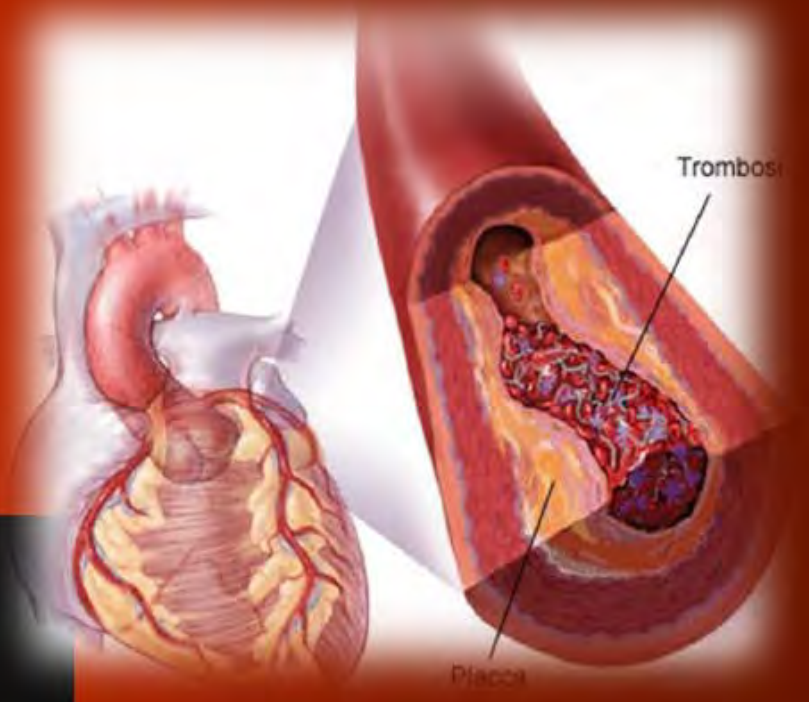
Angina

L'angina pectoris è un dolore toracico dovuto ad un restringimento temporaneo dei vasi coronarici: le coronarie restringendosi provocano una diminuzione dell'apporto di sangue al cuore (ischemia).

Sintomatologia e trattamento come per l'infarto.

Formazione della placca

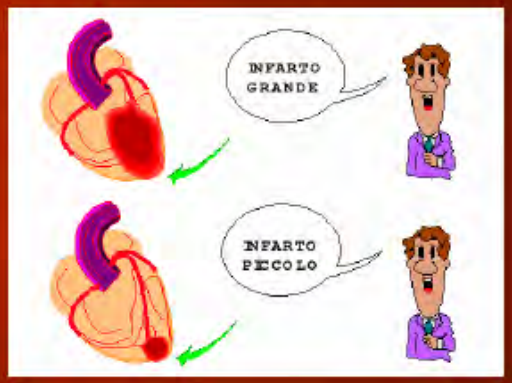




INFARTO DEL MIOCARDIO

- L'infarto miocardico rappresenta la necrosi di un'area più o meno ampia di miocardio dovuto a prolungata ischemia (oltre 4-6 ore)

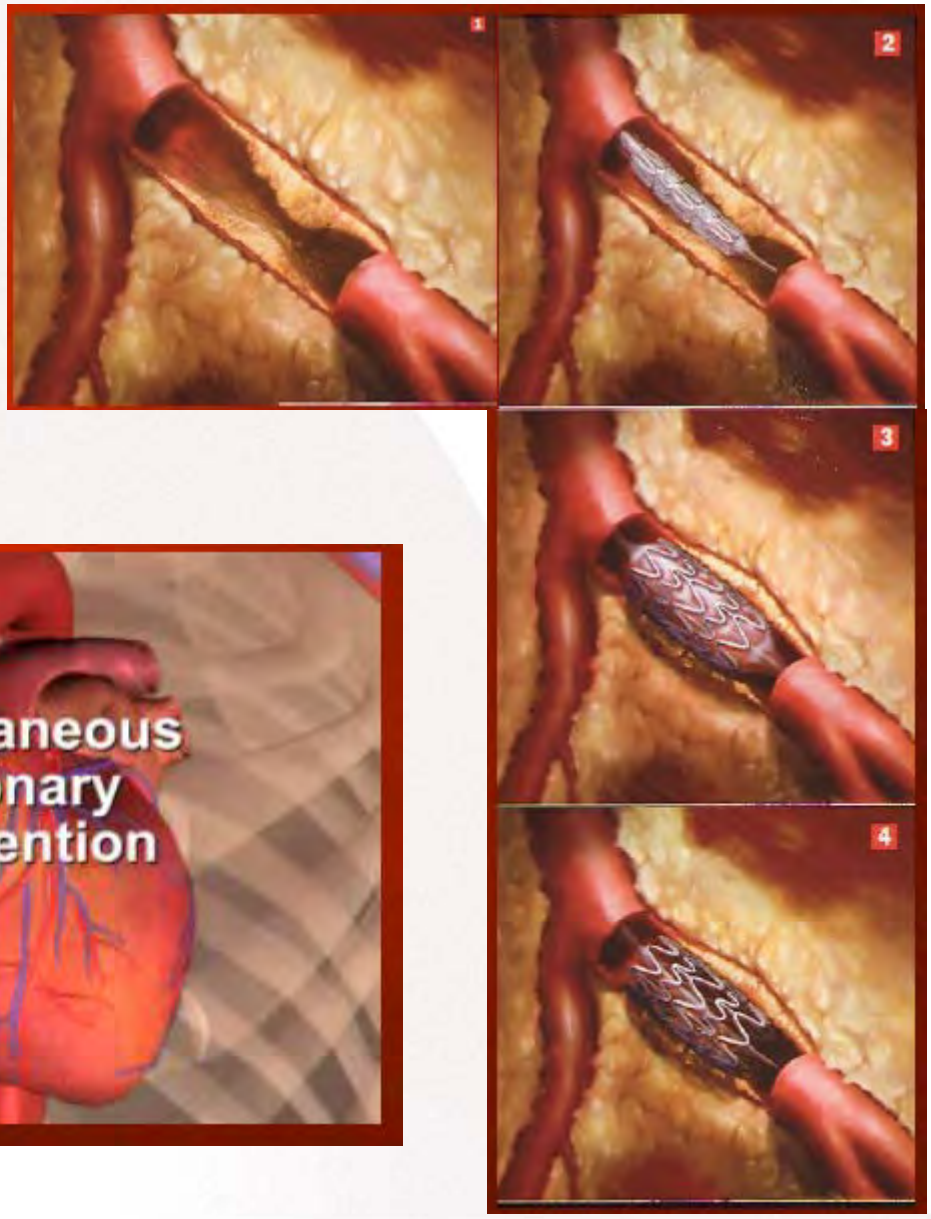
- …la causa è l'improvvisa occlusione di uno o più rami delle arterie coronarie.

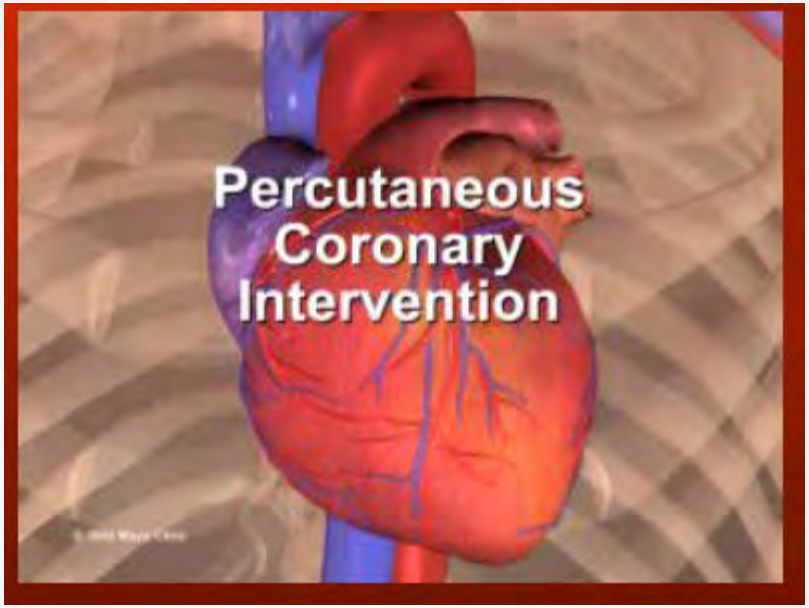


Evoluzione della necrosi: tessuto muscolare si ripara con tessuto fibrotico

Cause

L'occlusione del vaso ha come substrato l'aterosclerosi coronarica e la relativa trombosi.





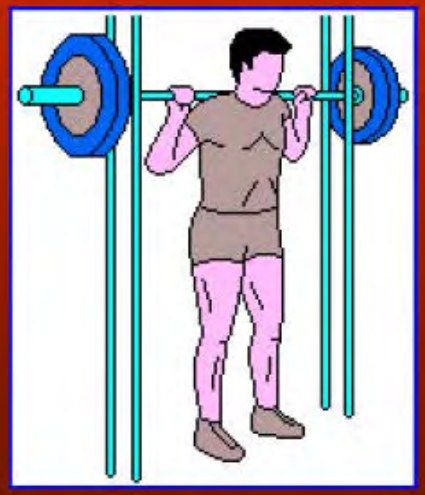
Fattori di rischio

- Ipercolesterolemia
- Obesità
- Diabete
- Ipertensione arteriosa

Tre ore alla settimana di attività fisica associata ad una diminuzione del 27 percento nel rischio di mortalità. (Arch Intern Med. 2007; 167: 2453-60)

Fattori Scatenanti

- Freddo intenso
  - Sforzo fisico
    - Forti emozioni
      - Ingestioni di cibo



SINTOMI

- *Dolore presente nell'85% dei casi*
- *Fame d'aria e astenia senza dolore – 10% dei casi*
- *Assenza di sintomi (anziani e diabetici): 5% dei casi*
- *Sudorazione*
- *Pallore*
- *Senso di morte imminente*
- *Vomito*
- *Vertigine*
- *Aritmie*

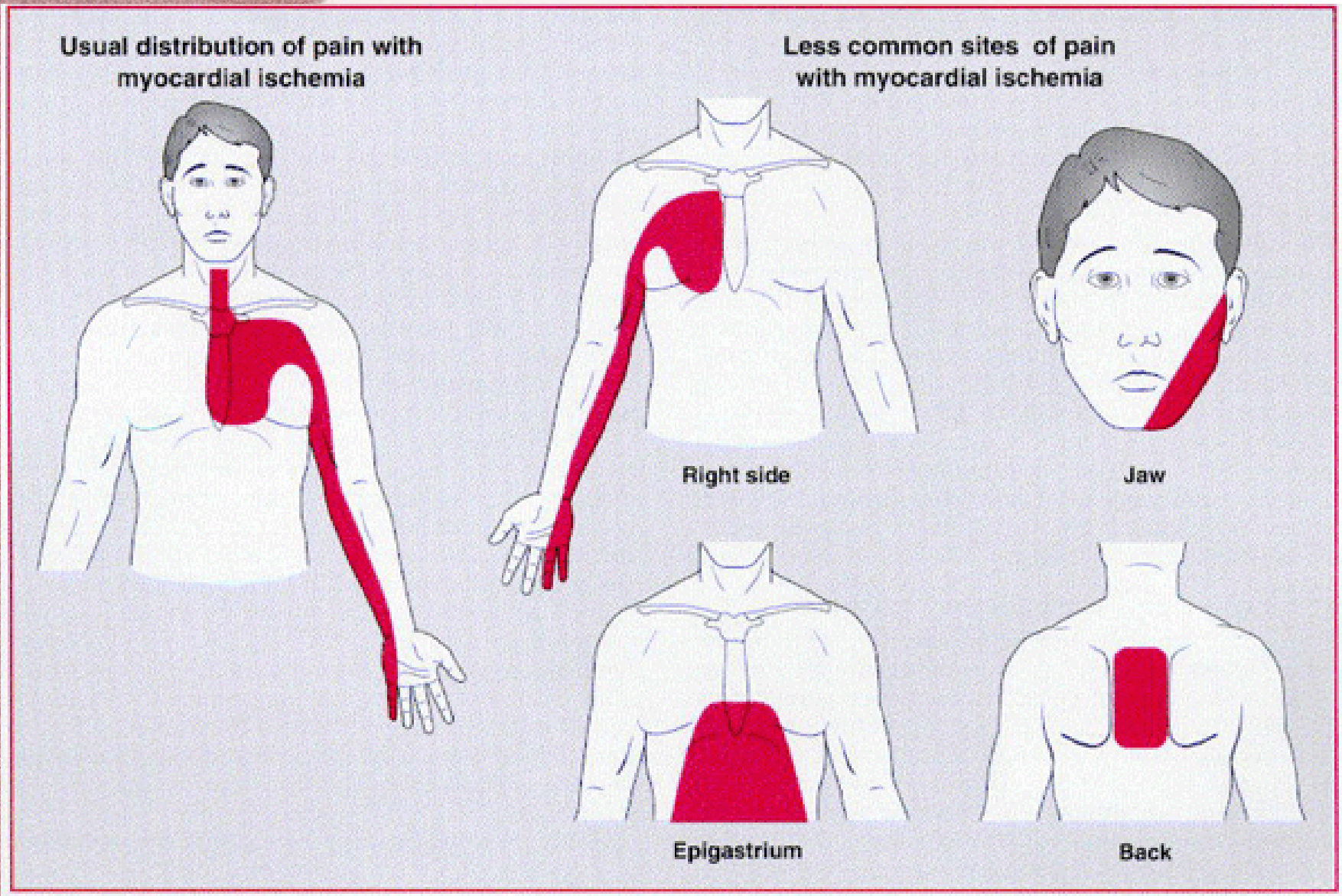
Modalita' di comparsa del dolore

- Retrosternale rif. come una morsa, un peso
- Irradiato al braccio sx
- Irradiato al braccio dx
- Irradiato al collo (senso di costrizione)
- Dolore epigastrico

DOLORE

Sede Tipica

Sedi meno tipiche



DOLORE

***OPQRST**, acronimo per la valutazione del dolore, in particolare toracico*

Onset: origine del sintomo (a riposo, durante sforzo)

Pallation, Provocation: provocato o attenuato da sforzo, riposo, digitopressione, respiro, farmaci

Qualità del sintomo: dolore continuo o intermittente, oppressivo, costrittivo, trafittivo

Radiation: irradiazione del dolore

Severity: intensità del dolore (possono essere utilizzate diverse scale di valutazione)

Tempo di insorgenza del dolore

AMPIA

- *Allergie*, sia ad alimenti che a farmaci
- *Medicinali*, sia presi per il problema del momento (ad esempio analgesici) sia le terapie che il paziente assume regolarmente
- *Patologie pregresse*, anche interventi chirurgici, seppur non apparentemente legate al problema del momento
- Ingestione di alimenti, quantità e caratteristiche dell'*ultimo pasto*
- Altre informazioni *sull'evento* (ad esempio la localizzazione e la tipologia del dolore, se c'è stato un evento scatenante, se si tratta della prima volta che accade un evento simile...)

SAMPLE

- *Symptoms*/signs, segni e sintomi
- *Allergy*, allergie note
- *Medications*, medicinali
- *Past illness*, patologie pregresse
- *Last meal*, ultima assunzione di cibo
- *Events*, eventi che hanno preceduto la chiamata

Infarto : primo soccorso

- Chiamare immediatamente il 118
- Tranquillizzare il paziente
- Aiutare il paziente ad assumere carvasin se il paziente ha il farmaco con sé
- Non abbandonare la persona
- Impedire sforzi o movimenti
- Ossigeno se saturazione < 92 – 93%
- Aspirina: somministrazione anche da parte degli astanti (AHA 2010)
- ABC se perdita di coscienza

ATTENZIONE

Pericolo di ACC

(Arresto Cardio Circolatorio)

TERAPIA

Il trattamento generale, iniziale per pazienti con una sindrome coronaria acuta viene riassunto dall'acronimo MANO:

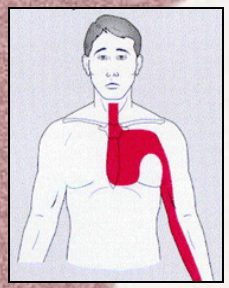
- **M**ORFINA: dosata in modo da evitare sia la sedazione che la depressione respiratoria
- **A**SPIRINA: 160 – 325 mg masticabile o solubile
- **N**ITRODERIVATI: fino a 3 dosi di nitrato sublinguale
- **O**SSIGENO: se $Sp0_2 < 94\%$

In caso di dolore toracico cardiaco il tempo di presentazione in Pronto Soccorso e’ fondamentale

Farmaci e procedure messi in atto tempestivamente possono ridurre di molto le conseguenze di un infarto cardiaco

Management of patients with STEMI – Executive Summary
ACC-AHA 2004

Fibrinolisi Ospedaliera
Door to needle entro 30 minuti



Inizio sintomi

Dispatch 118

118 sulla scena
- Promuovere ECG 12 D
- Considerare fibrinoliisi preosp. in situazioni particolari

OSPEDALE SENZA EMODINAMICA

Trasferimento

OSPEDALE CON EMODINAMICA

OBIETTIVI

Paziente — Dispatch — 118 sulla scena — Trasporto 118

Entro 5 minuti dall'insorgenza del dolore

1 minuto

Entro 8 minuti

Emodinamica:
Door to Balloon < 90'

Golden hour: primi 60 minuti

Entro 120 minuti

Centralizzazione perché?

La centralizzazione del paziente con dolore toracico riduce la mortalità e la morbilità del paziente affetto da SCA.

È quindi fondamentale una collaborazione tra la CO e l'equipe per una scelta strategica più opportuna.

È fondamentale l'invio precoce di equipe ALS al fine di iniziare il trattamento e stabilizzazione del paziente, con l'obiettivo di indirizzarlo ad un ospedale di 2° livello

un **approccio sistematico** di valutazione e gestione

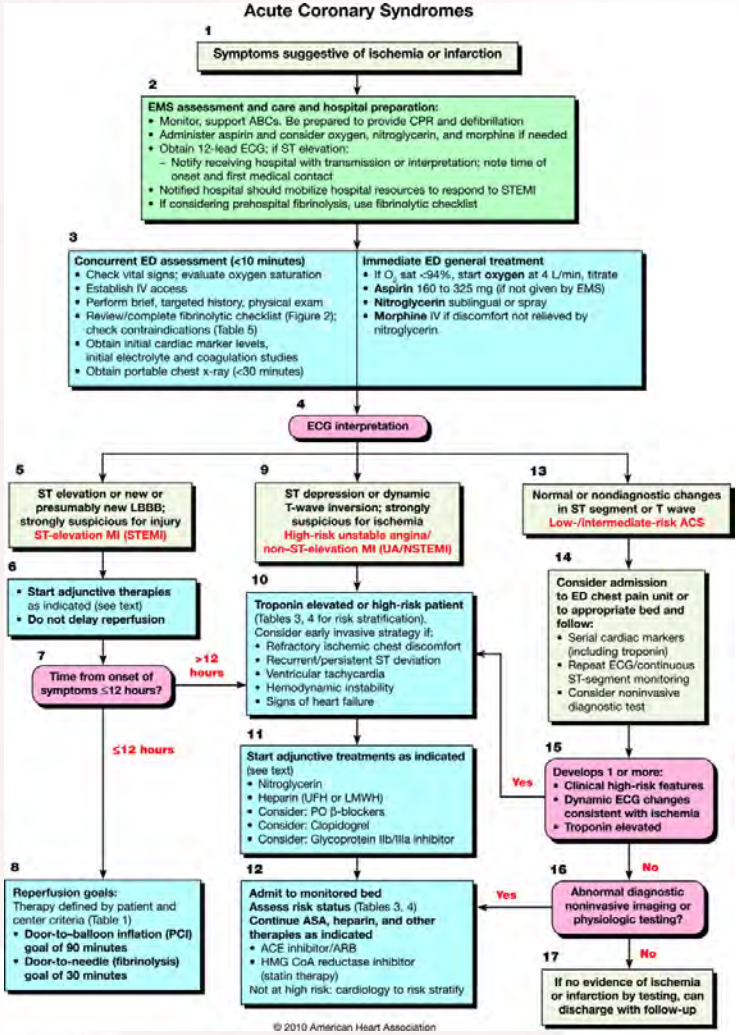
- evita di sottovalutare la situazione
- riduce il ritardo evitabile
- diminuisce lo stress nelle situazioni critiche
- definisce una scala di priorità

soprattutto in caso di equipaggi composti da infermiere e personale non sanitario

- identifica il ruolo di ogni membro del team quando

l'infermiere è parte di un'equipe intra-ospedaliera

Acute Coronary Syndromes Algorithm



American Heart Association

Learn and Live

la valutazione immediata

- ✓ **l'impressione iniziale** della situazione è competenza dell'infermiere esperto assieme alla rapida indagine del motivo della chiamata al 118 o accesso in PS
- ✓ è definita **"five second round"**
- ✓ è il colpo d'occhio con il quale definiamo se la situazione è **stabile o instabile**
- ✓ alterazione del LOC
- ✓ dispnea ingravescente
- ✓ pallore e sudorazione algida, assenza del polso radiale
- ✓ indirizza la **richiesta di supporto** e la scelta di un **trasporto rapido** dell'utente

l'approccio ABCDE

A airways

AVPU: il rilievo di un LOC alterato iniziale è un indice di elevata criticità perchè può essere spia di una situazione in rapida evoluzione

la priorità deve essere data alla gestione di una via aerea non pervia rispetto ad altri interventi

B breathing

l’**ossigenoterapia** è stata sempre
un cardine del trattamento dello STEMI
fin dalle fasi iniziali di valutazione
(MANO)

le linee guida AHA 2010
ne ridimensionano la necessità e
ne limitano l’utilizzo in casi specifici,
anche in considerazione di diversi studi che dimostrano
come l’iperossiemia possa determinare vasocostrizione
coronarica in caso di infarto non complicato,
soprattutto se associata all’uso di nitrati

l’ossigenoterapia dovrebbe essere somministrata in caso di paziente con dispnea, congestione polmonare o ipossia (SpO2< 94%)

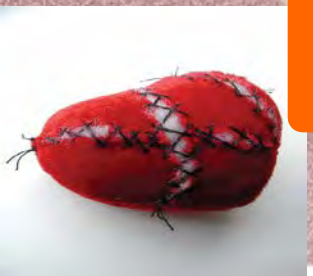
titolare la somministrazione di ossigeno con cannule o maschera Venturi per ottenere una SpO2 tra 94-98% e

88-92% nel pz con BPCO

l’uso della mask reservoire dovrebbe essere limitata alla grave desaturazione <85% o alle situazioni di peri-arresto

(BTS guidelines – Thorax 2008; 63/Suppl VI)

C circulation

- la rilevazione dei **parametri vitali**
  è parte integrante
  della valutazione del paziente
  e guiderà la somministrazione di farmaci

- il **monitoraggio cardiaco** è fondamentale per identificare e documentare le complicanze aritmiche dello STEMI ma <u>non ha valore nella valutazione del sopraslivellamento del tratto ST</u>