



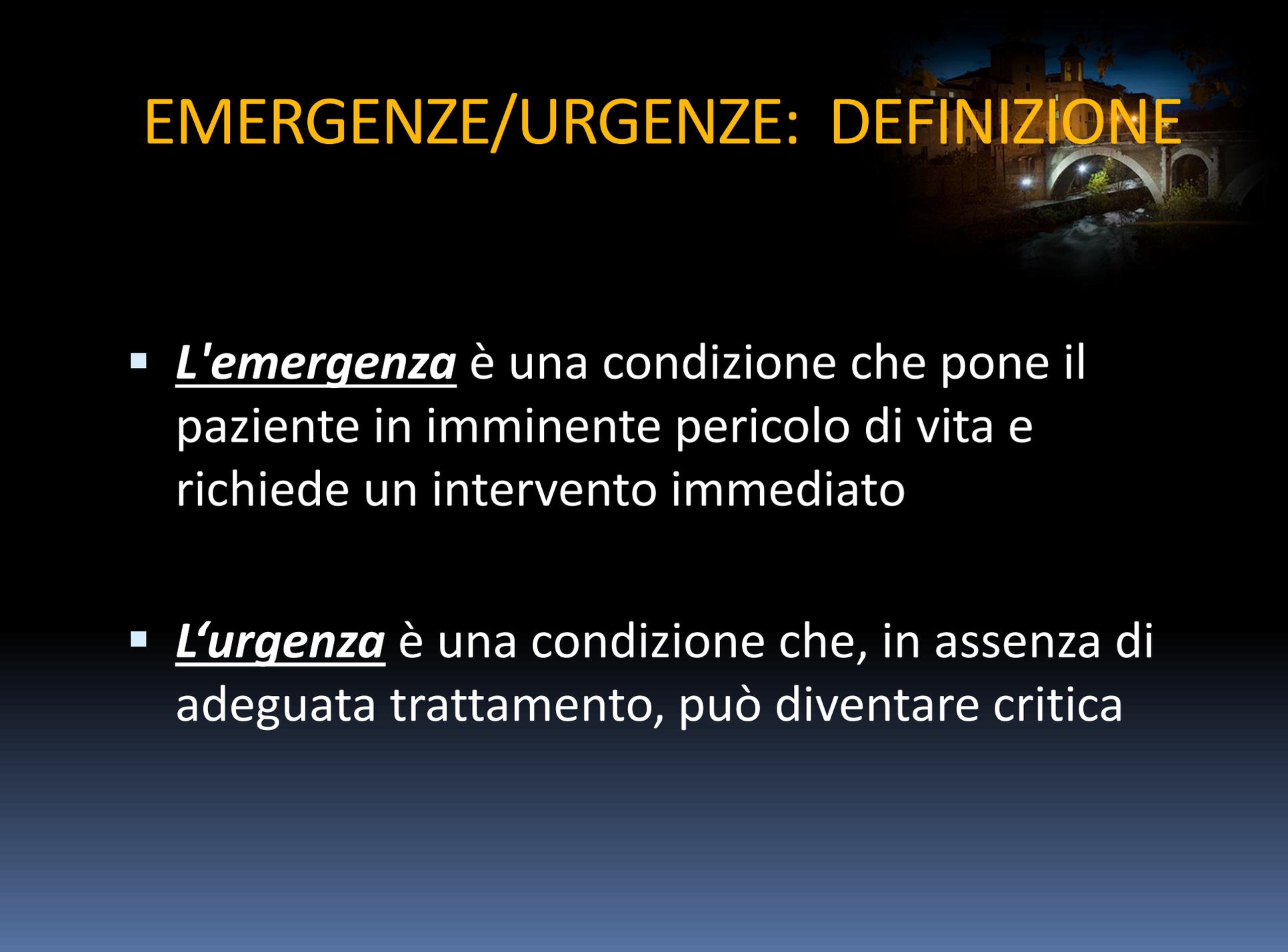
COMUNICARE LA SANITA' : IL PRONTO SOCCORSO

URGENZA ED EMERGENZA

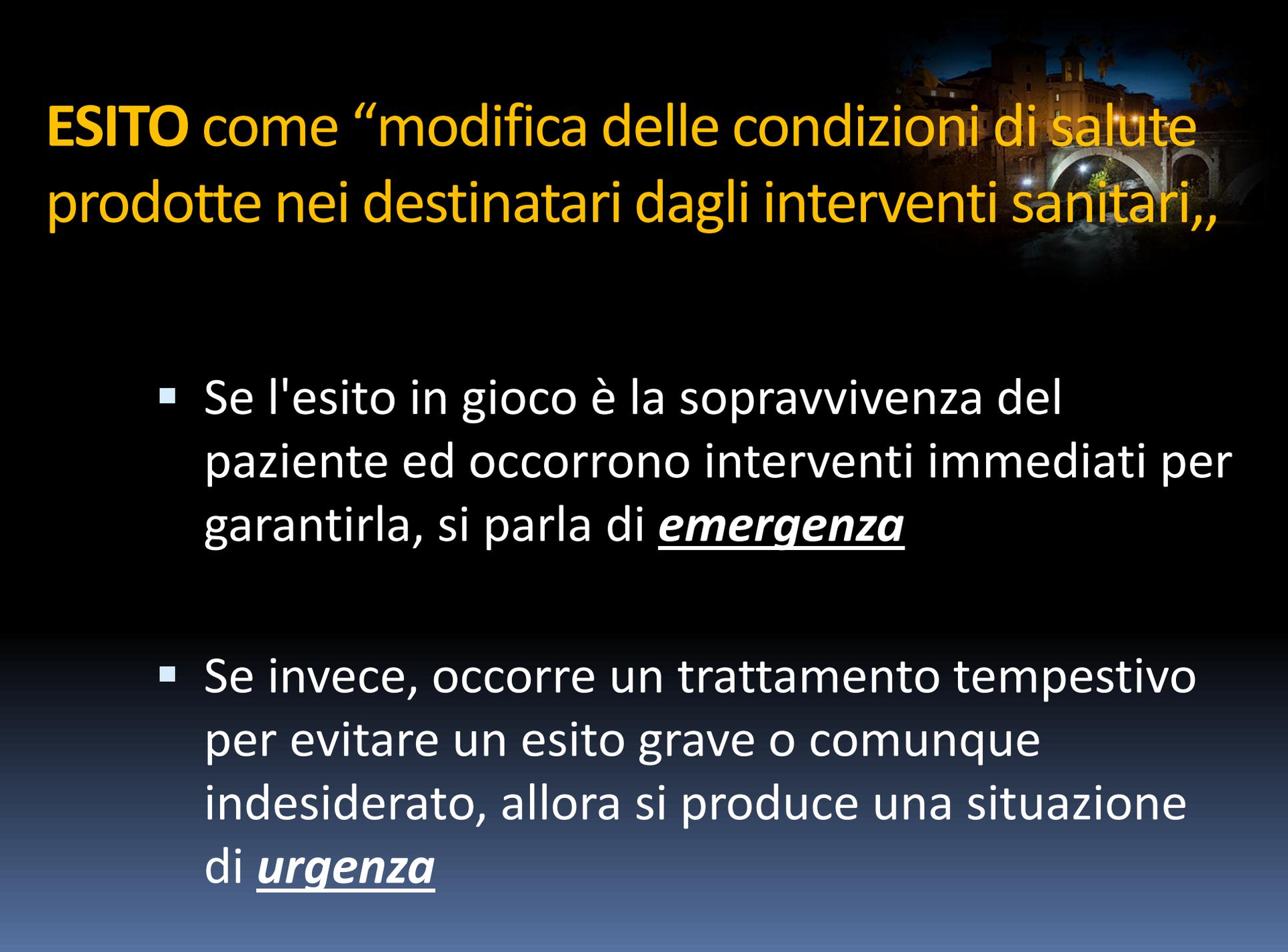
Roma, 15.06.17

Letizia Di Francesco, MD
Ospedale S. Giovanni Calibita Fatebenefratelli
Isola Tiberina

EMERGENZE/URGENZE: DEFINIZIONE



- *L'emergenza* è una condizione che pone il paziente in imminente pericolo di vita e richiede un intervento immediato
- *L'urgenza* è una condizione che, in assenza di adeguata trattamento, può diventare critica



ESITO come “modifica delle condizioni di salute prodotte nei destinatari dagli interventi sanitari,,

- Se l'esito in gioco è la sopravvivenza del paziente ed occorrono interventi immediati per garantirla, si parla di **emergenza**
- Se invece, occorre un trattamento tempestivo per evitare un esito grave o comunque indesiderato, allora si produce una situazione di **urgenza**

Emergenze “laiche”

- Alterazione/perdita di coscienza
- Lesioni o emorragie evidenti
- Impossibilità /difficoltà a respirare
- Crisi comiziale
- Soffocamento per inalazione di un corpo estraneo
- Overdose, reazioni avverse ai farmaci ed intossicazioni
- Forte dolore al torace accompagnato da sudorazione e/o perdita di coscienza



Emergenze



- Arresto cardiorespiratorio
- Pz critico
 - Instabilità emodinamica /shock
 - Insufficienza respiratoria con o senza necessità di ventilazione meccanica
 - Alterazione dello stato di coscienza/perdita di coscienza
 - Insufficienza renale acuta
 - Disordini endocrini e/o metabolici minacciosi per la vita
 - Overdose, reazioni avverse ai farmaci ed intossicazioni
 - Disordini della coagulazione
 - Politrauma

Urgenze mediche

Dispnea

Dolore toracico

Dolore addominale

Sincope

Alterazione dello stato di coscienza

Cefalea

Sepsi

Intossicazioni acute



Urgenze chirurgiche

- Traumi addominali/toracico
- Ferite
- Addome acuto/dolore addominale
- Emorragie gastroenteriche massive
- Patologie urologiche (dolore testicolare, ritenzione acuta di urina)
- Patologie vascolari
- Traumatologia ortopedica



Sig. Giancarlo, anni 69

- **Triage:**

APP: dolore emitorace sn, puntorio, respirofasico, insorto 30 minuti primadopo avere sollevato un peso, della durata di circa 10', che si accentuava con gli atti del respiro, successiva irradiazione regione dorsolombare, regredito spontaneamente

APR: Ipertensione arteriosa , lieve disislipidemia, in terapia domiciliare con Carvedilolo 25 mg 1 cp/die, Lisinopril diidrato 20 mg a gg alterni, lisinopril + idroclorotiazide 25 mg, 1 cp a gg alterni

Non fuma

Familiarità per malattie cardiovascolari dubbia

Stile di vita sedentario



Giancarlo anni 69

Condizioni all'arrivo in P.S.:

- Paziente tranquillo;
- Eupnoico
- Asintomatico per toracoalgia, modesto torpore a carico dell'arti inferiori

Parametri vitali:

- ✓ SpO₂: 95% in aria ambiente
- ✓ PA 120/70 mmHg
- ✓ FC 89 bpm, polso ritmico
- ✓ TC 36

TRIAGE

Dolore toracico con parametri vitali alterati

- RR <10 o >30
- FC <40 bpm o >150 bpm
- SpO₂ <90%
- PA < 90 mmHg

Oppure

+ sintomi associati

- Dispnea
- Sincope
- Sudorazione algida
- Pallore cutaneo

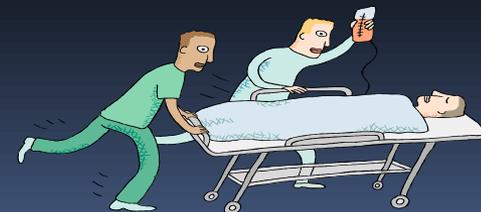
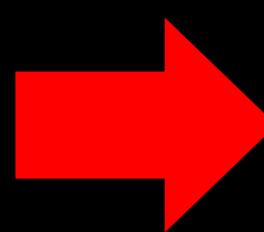
Oppure

ECG con ST sopraelevato

No



Si



OSPEDALE
PATEBENEFRATELLI

TRIAGE

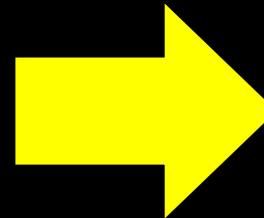
OSPEDALE
PIREBENEFRATELLI

Dolore toracico in atto o di recente insorgenza

+ almeno 1 tra i seguenti :

- CPS > 4
- Storia di cardiopatia ischemica nota
- Età > 30 aa + fattori di rischio

Si



No



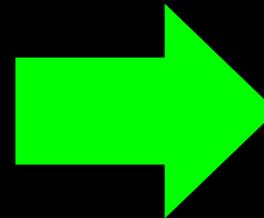
TRIAGE

OSPEDALE
PATEBENEFRATELLI

Dolore toracico atipico

+

- CPS < 4
- durata > 6 ore
- Età < 30 aa



Per questa condizione patologica non è prevista l'attribuzione del codice bianco



CODICE GIALLO

DOLORE TORACICO: dolore localizzato nella regione tra il naso e l'ombelico insorto nelle 24 ore precedenti l'osservazione in PS, regredito o in atto, non riferibile a trauma pregresso o ad altra causa non cardiovascolare immediatamente identificabile



I pazienti con codice giallo devono essere sottoposti ad **ECG entro 10'-20'** dal loro arrivo in P.S.



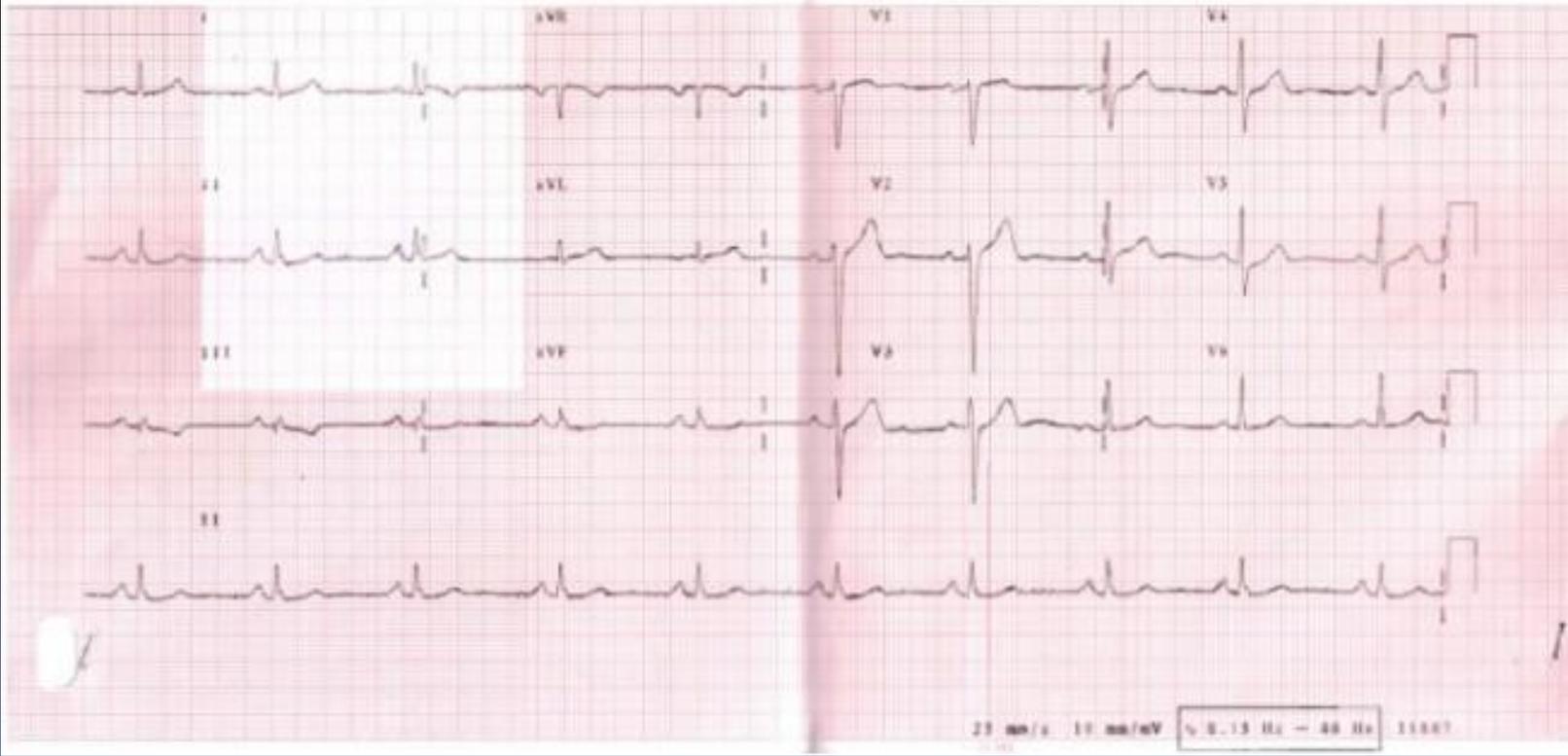
Occorre stabilire **entro 30** minuti la **probabilità di SCA** in atto tramite l'anamnesi, l'esame obiettivo e l'ECG

h 20,30

- ✓ ECG;
- ✓ Accesso venoso: emocromo, funzionalità renale, funzionalità epatica, enzimi cardiaci, glicemia, elettroliti, tempi di coagulazione; FDP, PCR
- ✓ EGA
- ✓ Rx torace
- ✓ **E.O. : paziente vigile e collaborante, non deficit neurologici, non segni di scompenso cardiaco, azione cardiaca ritmica**



RS, 60/min
Tracciato mi limito



❖ ***Dolore tipico/Dolore atipico ?***



C.P.S.: CHEST PAIN SCORE

Scala di valutazione del dolore toracico in modo da ottenere dati meno soggettivi rispetto alle caratteristiche dell'episodio.

Il C.P.S. è volto a distinguere nel modo più preciso e ripetibile la tipicità dei sintomi rispetto alla atipicità a cui è legata una alta rispetto ad una bassa probabilità di SCA.

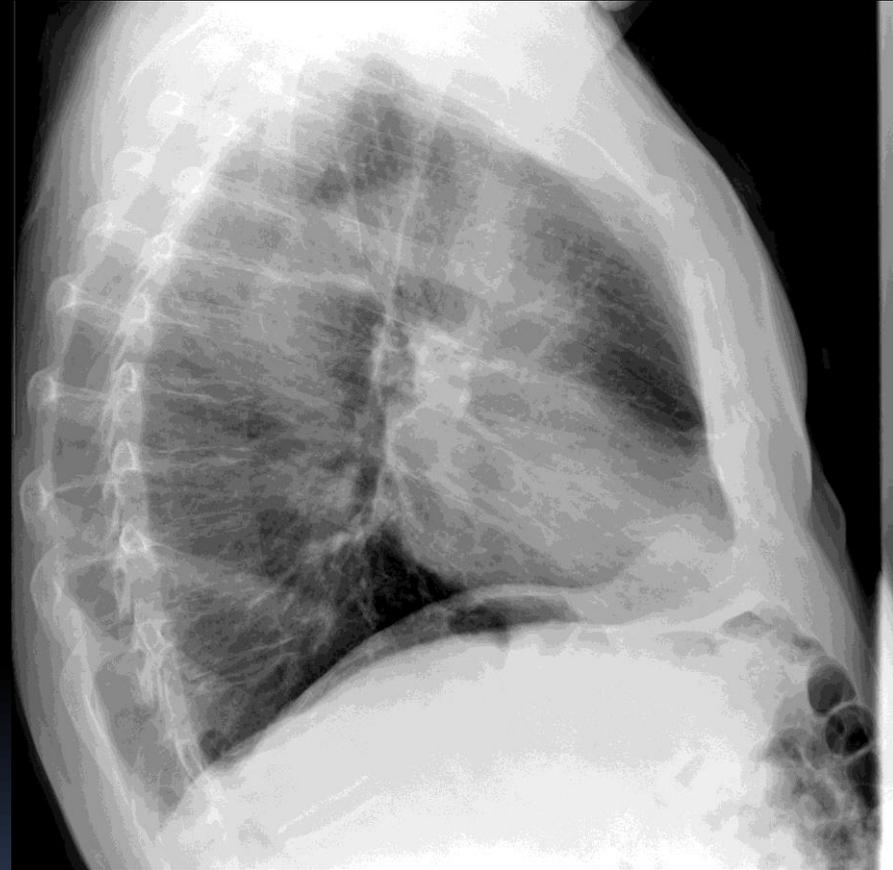
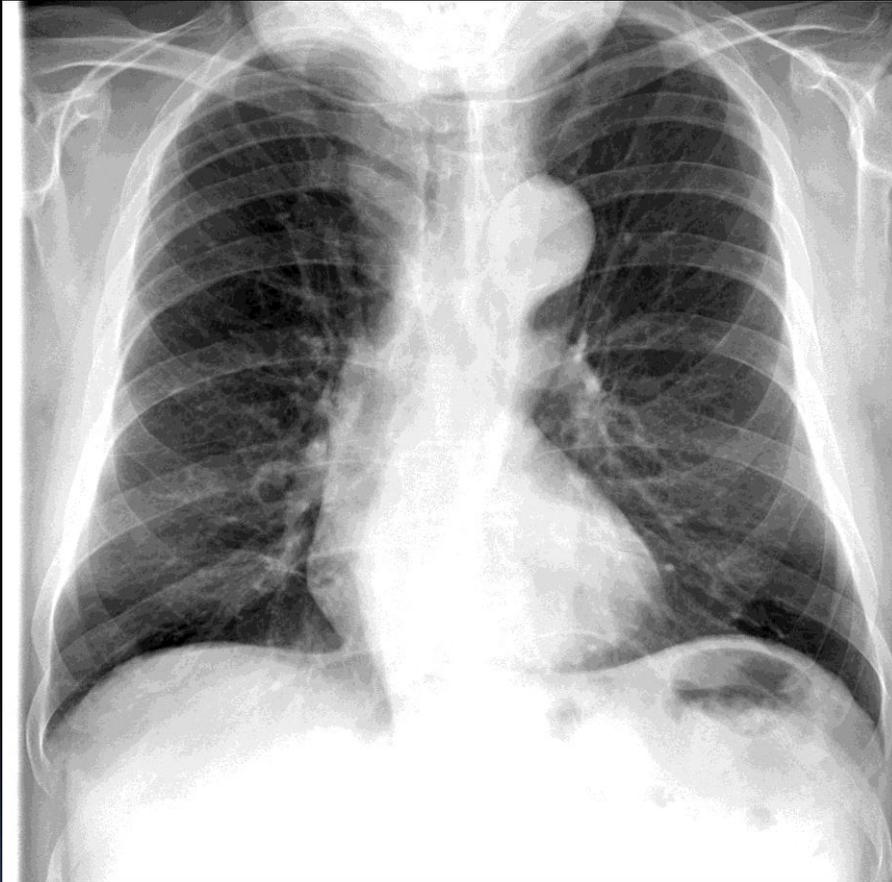
Il C.P.S. è stato validato da studi gestiti con una ampia coorte di pazienti. Viene compilato dal medico che ha accolto il paziente in PS.

Localizzazione	Punti
Retrosternale, precordiale	+3
Emitorace sn, collo mandibola, epigastrio	+2
Apex	-1
Carattere	
Oppressivo, strappamento, morsa	+3
Pesantezza, restringimento	+2
Puntorio, pleuritico, pinzettante	-1
Irradiazione	
Braccia, spalla, posteriore, collo, mandibola	+1
Sintomi associati	
Dispnea, nausea, sudorazione	+2

Risultato: **SCORE <4** = Dolore atipico, bassa probabilità di
angina pectoris

SCORE ≥ 4 = dolore tipico, intermedio-alta probabilità
di angina

RX TORACE



L'esame del torace, eseguito in duplice proiezione, non mostra alterazioni focali parenchimali polmonari in fase attiva. Lieve accentuazione della trama broncovascolare bilateralmente. Liberi i seni costofrenici. Cuore nei limiti; arco dell'aorta allungato e con calcificazioni parietali.

ES. EMATOCHIMICI

- ❖ EGA: pH 7,4, PaCo₂ 40 mmHg, Sat 96%, HCO₃ 24 mEq/L
- ❖ GB 9,850, Hb 15,5 g/dl, PLT 216.000
- ❖ Glicemia: 101 mg/dl, Azotemia 50,00 , Creatinina 0,90 mg/dl Sodio 150 mEq/L, Potassio 4,0 mEq/L
- ❖ ASAT 20 U/L, ALAT 34 U/L
- ❖ Mioglobina 80,7 ng/ml, CK 140 U/L, CK-MB 5,7 ng/mL, troponina T-HS 0,007 ng/ml, LDH 435 U/L
- ❖ Lipasi 32 U/L, Amilasi 68 UI/L
- ❖ PCR 0,140 mg/dl
- ❖ D-Dimero 1231 ng/ml

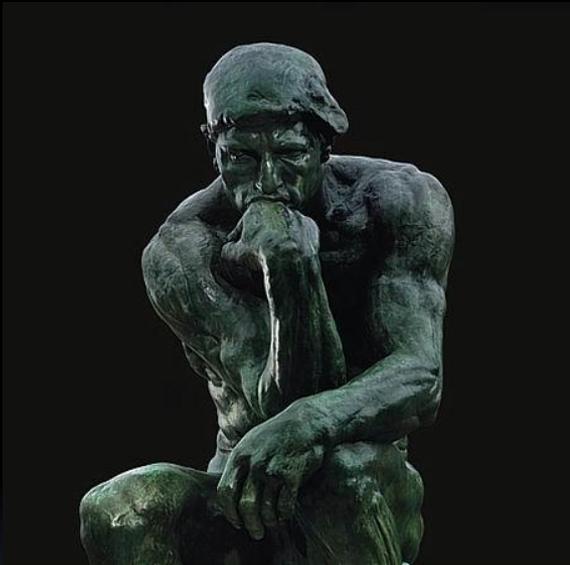
OSPEDALE
PATEBENEFRATELLI

❖ *Dolore tipico/Dolore atipico ?*

❖ *Quali sono i fattori di rischio del nostro paziente?*

❖ *Altra ipotesi diagnostica?*

PENSIAMO



Rivalutazione del paziente

- Paziente tranquillo, eupnoico, ^{h 21 15}asintomatico per angor
- obiettività toracoaddominale nelle norma
- Attività cardiaca ritmica
- PA 80/55 mmHg

PA arto sup dx 120/55 mmHg PA arto sup sn 80/55 mmHg

OSPEDALE
PIRELLA GÖTTSCHEWITZ

CAUSE CARDIACHE E NON CARDIACHE DI DOLORE TORACICO

ISCHEMIA MIOCARDICA CON CORONAROPATIA ATEROTROMBOTICA

Angina stabile

Sindromi coronariche acute (SCA)

- Infarto con ST ↑ (SCA-STEMI)
- Infarto senza ST ↑ (SCA-NSTEMI)
- Angina instabile (SCA-STEMI)

ISCHEMIA MIOCARDICA IN ASSENZA DI CORONAROPATIA

Stenosi aortica

Cardiomiopatia ipertrofica

Insufficienza aortica grave

Ischemia da discrepanza (ipossia, anemia, tachicardia, crisi ipertensiva)

ALTRE PATOLOGIE CARDIOVASCOLARI

Pericardite acuta

Prolasso della mitrale

Dissezione aortica

Embolia polmonare

PATOLOGIE NON CARDIACHE

Gastroesofagee

Mediastiniche

Pleuropolmonari (PNX, pleurite)

Psicogene (ansia, depressione, psicosi cardiaca)

Parietali (nevriti intercostali, radicoliti posteriori, affezioni muscolari, osteoalgie, herpes zoster, etc.)

TAC



Ore 21,15 si invia il paz.
ad eseguire
TC addome e torace
con assistenza
rianimatoria





Esame eseguito in regime di urgenza prima e dopo somministrazione ev di mdc iodato. Lo studio della aorta documenta dissezione di tipo A secondo Stanford che si estende sino all'a.iliaca sn, coinvolgendo anche l'origine dell'a. renale sn e la mesenterica superiore. Si osserva inoltre aspetto trombizzato della succlavia sn a circa 1 cm dall'origine. Non si osservano segni di rottura dell'aorta. Non versamento libero.

