

COMPETENZE, RESPONSABILITA', CLINICA E GESTIONE ASSISTENZIALE NEI PAZIENTI CON CARDIOPATIA ISCHEMICA



Dott.ssa Paola Sanvito
CPSI Carlo Malcangi

UTIC Ospedale SS. Trinità di
Borgomanero
ASL Novara



Catena della prevenzione

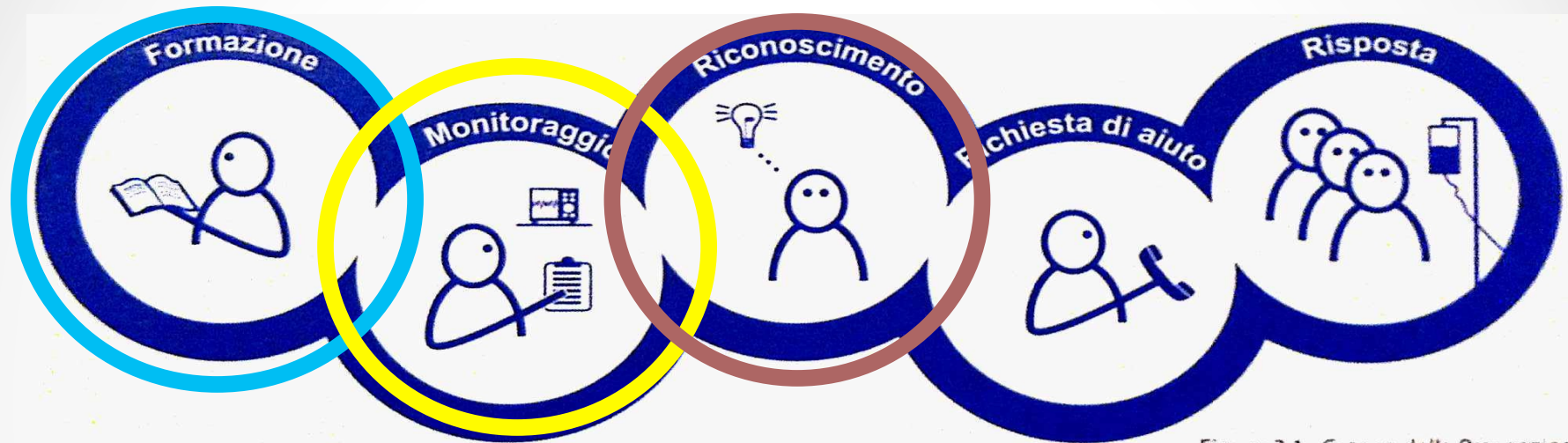


Figura 3.1 Catena della Prevenzione

Durante il ricovero in UTIC ma anche durante l'eventuale trasferimento secondario

Sono indispensabili competenze umane. Consapevolezza della situazione, capacità decisionale, lavoro in team e team leadership e gestione dei compiti

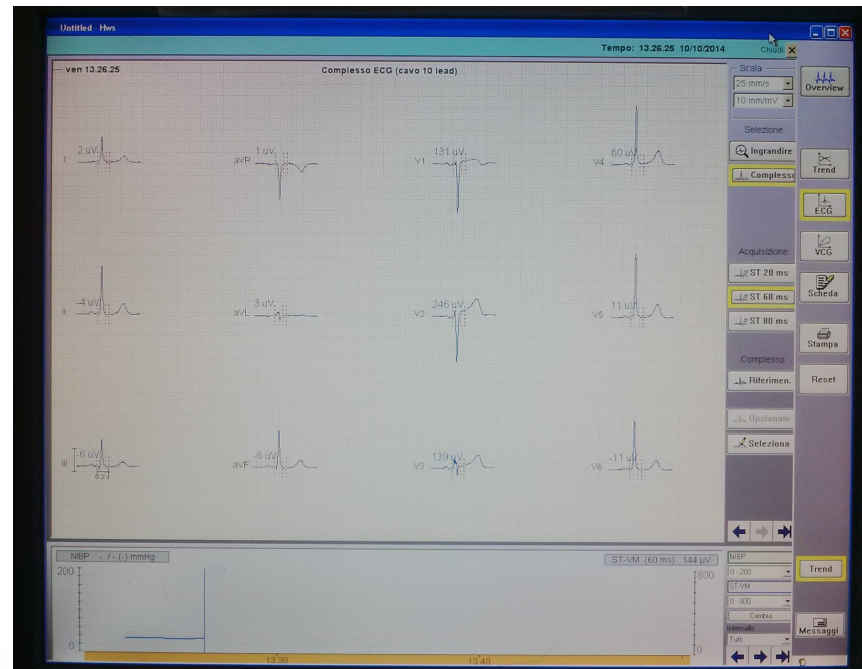


Caso clinico

Uomo di 58 anni con dispnea e dolore toracico da 20 minuti.

MSA sul target con **stimato di arrivo in un'UTIC HUB di 35 minuti e di 4 minuti in un'UTIC spoke.**

Viene inviato tracciato ECG a 12 derivazioni al SEST 118 e successivamente, previa telefonata informativa, all'UTIC competente per zona, cioè quella di Borgomanero.



LG ERC 2015

Resuscitation 95 (2015) 202–222



ELSEVIER

Contents lists available at ScienceDirect

Resuscitation

journal homepage: www.elsevier.com/locate/resuscitation



EUROPEAN
RESUSCITATION
COUNCIL

European Resuscitation Council and European Society of Intensive Care Medicine Guidelines for Post-resuscitation Care 2015 Section 5 of the European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015[☆]



CrossMark

Jerry P. Nolan^{a,b,*}, Jasmeet Soar^c, Alain Cariou^d, Tobias Cronberg^e,
Véronique R.M. Moulaert^f, Charles D. Deakin^g, Bernd W. Bottiger^h, Hans Fribergⁱ,
Kjetil Sunde^j, Claudio Sandroni^k



Caso clinico

- Trasportato in DEA Borgomanero da MSA dopo risposta alla trasmissione ECG
- In anamnesi iperteso, fumatore, familiarità per CAD
- A domicilio praticati 40 mg di Furosemide ev, 1 puff Natispray e O2 terapia ad alti flussi.
- All'arrivo in DEA pz agitato, respiro paradosso, FR 30 min, crepitii basali all'auscultazione polmonare, SpO2 85%, dolore retrosternale, PA 190/110.
- All'ECG tachicardia sinusale, troponina T 50 ng/l



Caso clinico

All'EGA arteriosa:

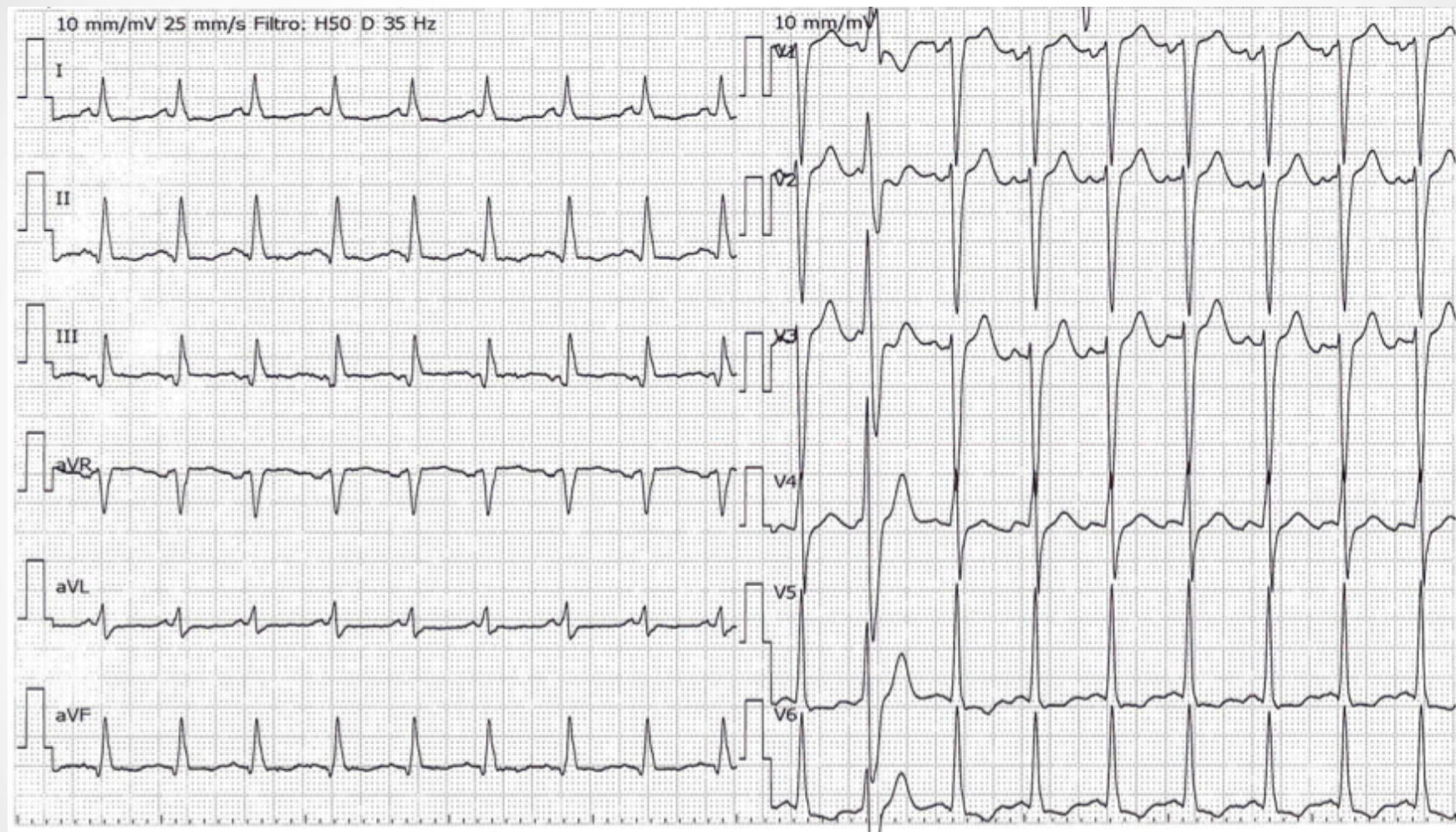
pH 7,22
pO₂ 50 mmHg
pCO₂ 25 mmHg
HCO₃ 15 mmol/L
Na 135 mmol/L
K 3,5 mmol/L
Ca 1,8 mmol/L
Cl 105 mmol/L
SO₂ 85%
Lattati 6 mmol/L

Acidosi metabolica
AG elevato
Severa ipossiemia
Metabolismo anaerobio

Esame eseguito con O₂ in maschera a 10 lt/min



Caso clinico



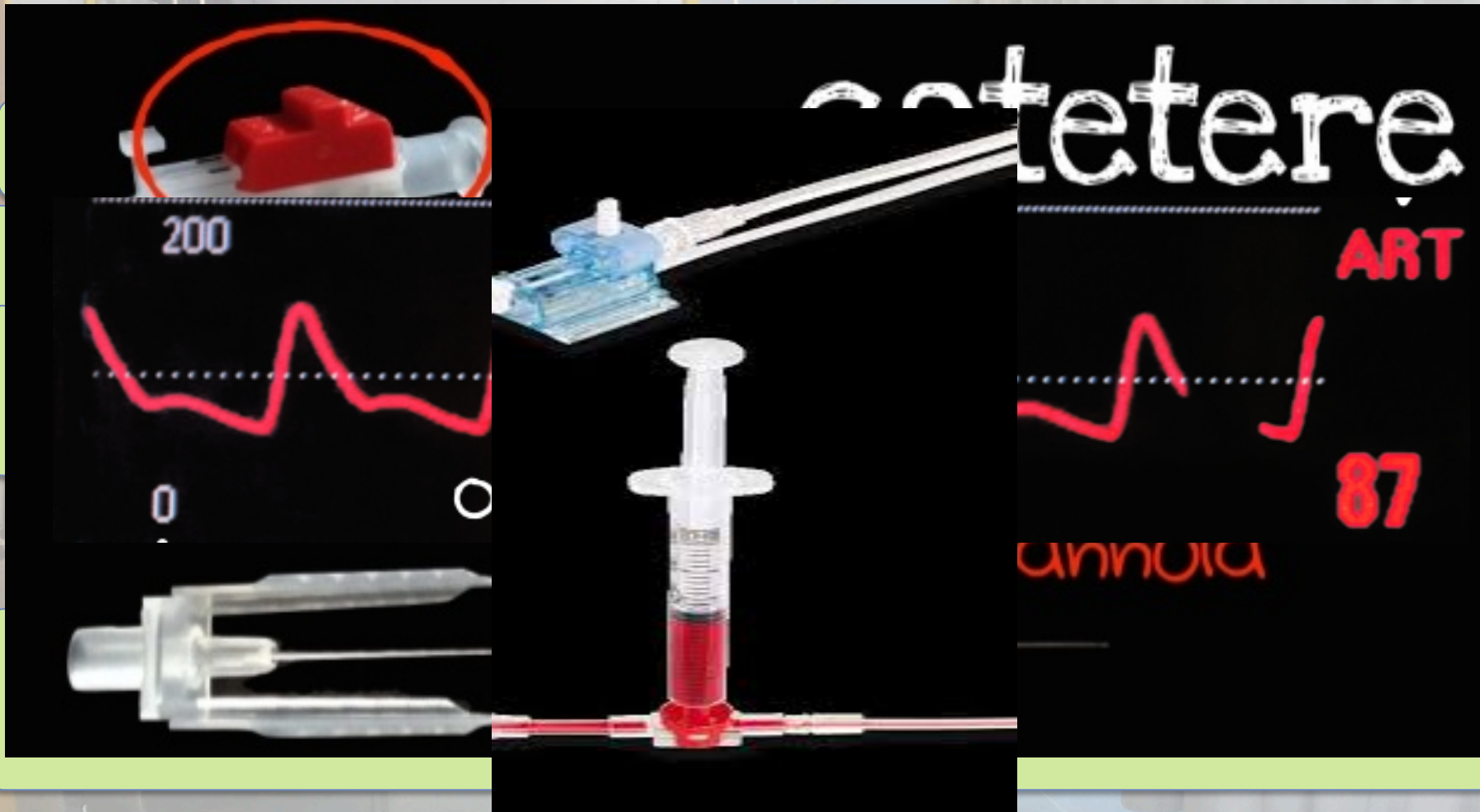
Caso clinico

In UTIC

***Effettuare una valutazione
iniziale completa e
rivalutare regolarmente***



Caso clinico



Caso clinico

Dagli esami ematici seconda troponina T 150 ng/l.

Avvia doppia antiaggregazione piastrinica con ASA e ticagrelor, fondaparinux 2,5 mg previa valutazione degli esami ematochimici urgenti (Hb 14 g/dl, creatinina 1.1 mg/dl)

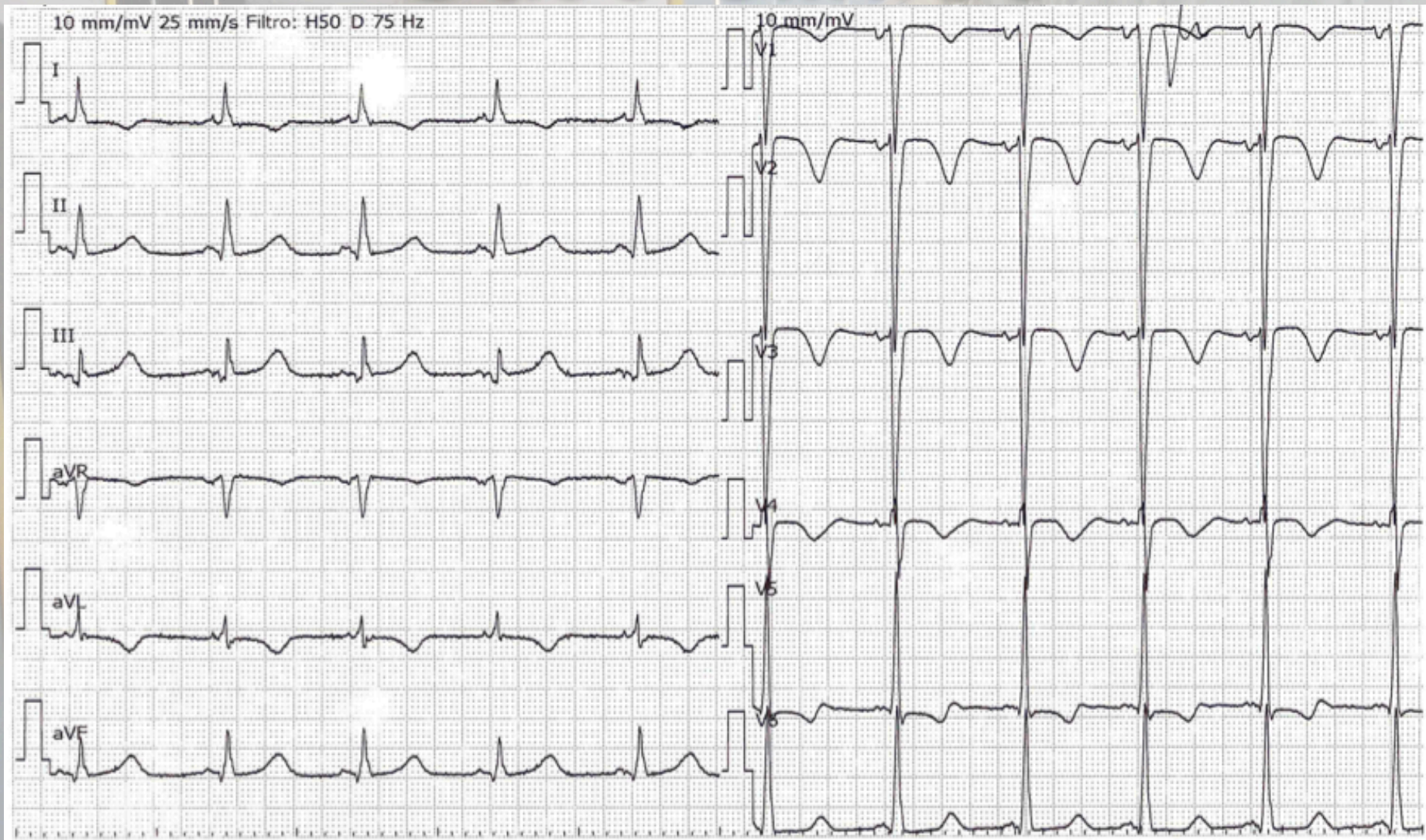
Graduale miglioramento dei parametri vitali, normalizzazione della PA e dei valori emogasanalitici con buona risposta al diuretico ev.

Dopo 8 ore si rimuove il casco da CPAP e si posiziona maschera per O2 terapia a 6 lt/min.

Rivalutazione ABCDE del paziente.



Caso clinico



Caso clinico

GRACE
Global Registry of Acute Coronary Events

ACS Risk Model

At Admission (in-hospital/to 6 months)

At Discharge (to 6 months)

Age

50-59



HR

110-149



SBP

160-199



Creat.

0.8-1.19



CHF

III (pulmonary edema)



☐ Cardiac arrest at admission

☐ ST-segment deviation

☒ Elevated cardiac enzymes/markers

Probability of

Death

Death or MI

In-hospital

136

189

To 6 months

109

151



Trasporto secondario

**Solo un'accurata organizzazione
consente di ridurre al minimo i
rischi!!!**



Trasporto secondario



ASL REGIONE PIEMONTE AZIENDA SANITARIA LOCALE NO
Presidio Ospedaliero Borgomanero Struttura Complessa di Cardiologia
Primario Dr. Umberto Parravicini

Targa mezzo di soccorso _____ Austista _____ Barelliere _____

SCHEDA ACCOMPAGNAMENTO PAZIENTE

DATI PAZIENTE

Cognome _____ Nome _____ ☐ M ☐ F
Data di nascita _____ CF _____

TRASPORTO:	
N° intervento _____	Data _____
Ora inizio trasporto _____	Medico _____ CPSI _____
Trasporto da: _____	(OSPEDALE DI _____)
a: _____	(OSPEDALE DI _____)
Presi accordi con _____	

Diagnosi: ☐ Angina Inst ☐ NSTEMI ☐ STEMI ☐ Altro
Coronarografia: ☐ urgente ☐ elettiva ☐ primaria (STEMI) ☐ Rescue (lisi STEMI)

CHECKLIST TRASPORTO PROTETTO ESCLUSIVAMENTE INFERMIERISTICO

(La mancanza di una sola delle caratteristiche elencate esclude il Paz da questo tipo di trasporto)

- ☐ NSTEMI/Angina Instabile
- ☐ stabilità clinica, assenza di angina nelle 24 ore
- ☐ stabilità emodinamica: Killip < 2; PAs > 100mmHg; FC < 100 bpm
- ☐ stabilità elettrica: assenza di aritmie ventricolari complesse, assenza di BAV (II/III°) nelle 24 ore
- ☐ assenza di terapia infusiva coronaroattiva

Parametri: GRACE RS: ...

partenza: PA mmHg FC .../bpm SatO2 ...% Killip

Il Medico UTIC/Cardiologia

Arrivo : PA mmHg FC .../bpm SatO2 ...% Killip

L' Infermiere preposto

MANOVRA Ora inizio _____ Ora Fine _____	☐ RCP	☐ Defib	☐ Intub	☐ PM est	ALTRO
PRESCRITTORE	FARMACO	DOSE		VIA SOMMINISTRAZIONE	VELOCITA' INFUSIONE
COMPLICANZE					
Note					

RILASCIO - PRESA IN CARICO DELLA STRUTTURA RICEVENTE: ora di arrivo _____
Medico _____ CPSI _____

Ricevente _____ Data e ora di assegnazione alla struttura _____
SEGNALAZIONI E/O COMPLICANZE _____



Trasporto secondario

Il nostro paziente vista la stabilità emodinamica viene trasportato dal solo infermiere dell'UTIC

Trasporti SCA-NSTEMI	2011	2012	2013	2014	2015	TOT
Assistenza medico/infermieristica	120	104	115	100	84	525
Assistenza solo infermieristica	22 (18%)	22 (21%)	32 (27%)	34 (34%)	31 (37%)	141 (27%)

Parametri: GRACE RS: ...

partenza: PA / mmHg FC .../bpm SatO2 ...% Killip

Il Medico UTIC/Cardiologia

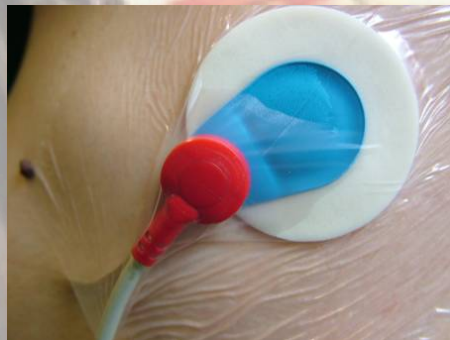
Arrivo : PA / mmHg FC .../bpm SatO2 ...% Killip

L' Infermiere preposto



Trasporto secondario

- Ogni fase del trasporto secondario dev'essere attentamente pianificata!!
- ✓ Copia documentazione
- ✓ Preparazione del paziente
- ✓ Check list zaino trasporti
- ✓ Controllo ambulanza



Torniamo all'inizio....

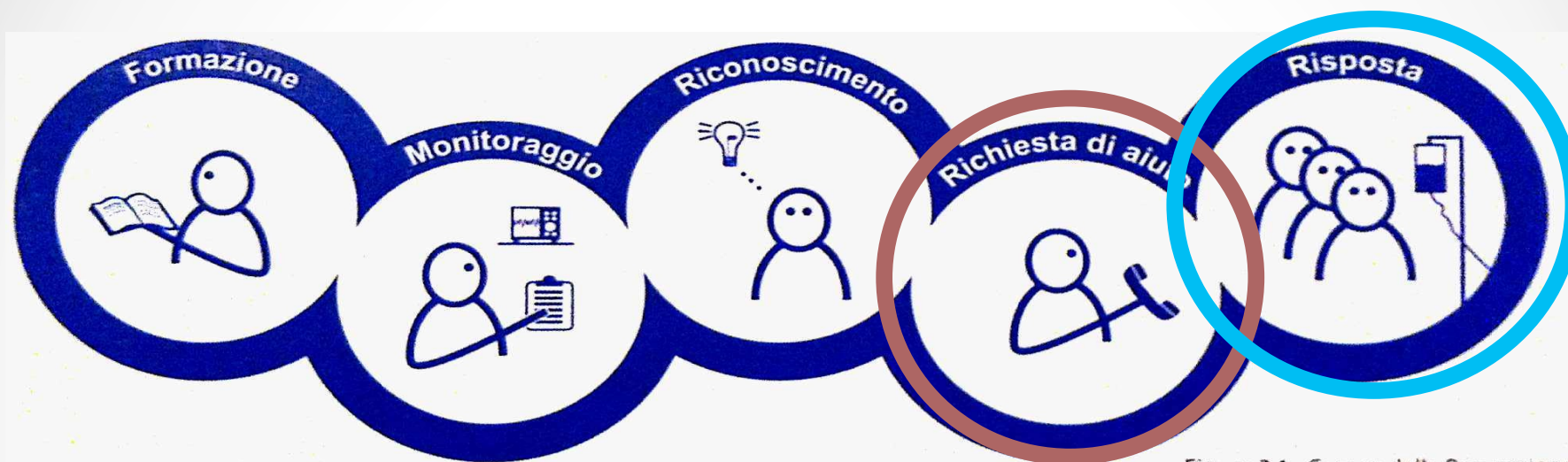


Figura 3.1 Catena della Prevenzione

Gli ospedali e il sistema 118 dovranno avere un protocollo condiviso e formalizzato per il trasporto secondario.



Riflessioni:

Un'adeguata formazione del personale e un approccio strutturato nella valutazione del paziente, possono ridurre sensibilmente i rischi e le complicanze, migliorando la qualità dell'assistenza, sia durante la degenza che durante il trasporto secondario.

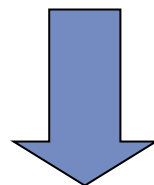


Il quesito :

“Che cosa un professionista dovrebbe essere in grado di fare per essere utile in questo servizio?”

“Quali attività caratteristiche nel contesto delle Utic, l'esercizio professionale, e coerenti con le indicazioni sancite dal Profilo Ministeriale?”

Le innovazioni organizzative si realizzano quando i professionisti concorrono nel costruire l'agire quotidiano



Concettualizzare la pratica



La proposta è

E' possibile costruire un Profilo di posto per le Utic HUB/SPOKE condiviso tra le strutture che afferiscono al quadrante?

Il **Profilo di posto** è uno strumento specifico per una realtà lavorativa non trasferibile ad altre

Rappresenta lo standard di competenza di un professionista espresso in attività professionali



Cosa è necessario:

- conoscere la propria realtà lavorativa
- possedere conoscenze teorico-pratiche
- avere molta voglia di lavorare sull' argomento

Se abbiamo voglia di condividere la sfida per costruirlo e dividerlo:

cardiologia.bor@asl.novara.it

Bibliografia: Marmo G. Gavetti D. Russo R., "profilo di posto dalla concettualità al metodo e all' operatività" CG Edizioni Medico Scientifiche 2011



