

Le competenze infermieristiche nell'alto rischio: dal *triage* all'assistenza

Patrizia Restelli

Infermiere di Struttura Complessa, Dipartimento di Emergenza ed Accettazione, Ospedale Niguarda Ca' Granda, Milano

Key words:
Acute coronary syndromes; Chest pain; Diagnosis; Treatment; Triage.

Identification of patients with suspect acute coronary syndrome begins from the evaluation of chest pain by the triage nursing. The nurse, through a diligent triage examination, gathers information so that patients undergo an adequate and correct diagnostic-therapeutic process.

Once the level of risk is defined, it is very important to determine the welfare program and to follow normal practice of monitoring to prevent and early recognize patients with acute coronary syndrome at high risk.

(G Ital Cardiol 2006; 7 (Suppl 1-4): 47S-50S)

© 2006 CEPI Srl

Per la corrispondenza:

Patrizia Restelli

Dipartimento
di Emergenza
ed Accettazione
Ospedale Niguarda
Ca' Granda
Piazza Ospedale
Maggiore, 3
20162 Milano
E-mail:
patrizia.restelli@tin.it

Il paziente in Pronto Soccorso

Il dolore toracico acuto rappresenta uno dei maggiori problemi della medicina moderna sia dal punto di vista clinico, sia da quello organizzativo e sociale; il dolore toracico è una delle cause più frequenti di accesso al Dipartimento di Emergenza (6-10% di tutti gli accessi in Pronto Soccorso). Negli ultimi anni si è registrato un costante aumento del numero di ricoveri di quanti si presentano in Pronto Soccorso con questo sintomo, per una serie di motivi: la maggiore sensibilizzazione e informazione della popolazione ai problemi di salute, la più ampia disponibilità di accesso agli ospedali rispetto al passato e, non ultimo, un approccio più cautelativo che i medici di Pronto Soccorso hanno nei confronti del dolore toracico acuto.

Il dolore toracico acuto può essere espressione di un'emergenza minacciosa per la vita. Il suo precoce inquadramento clinico offre la possibilità di identificare immediatamente i soggetti con sospetta sindrome coronarica acuta ad alto rischio e di attuare una terapia mirata con notevole beneficio sul decorso della malattia.

La prima figura professionale che si incontra in Pronto Soccorso è l'infermiere di *triage*, che non fa diagnosi, né terapia, non decide sulla necessità di ricovero o dimissione, ma esercita alcune funzioni fondamentali:

- dà un giudizio di gravità clinica, basato sul sintomo principale riferito, sulla raccolta anamnestica di base, sulle caratteristiche delle condizioni attuali;

- effettua una valutazione obiettiva dei parametri vitali, del colorito cutaneo, della temperatura corporea, dell'eventuale sudorazione e del livello di coscienza;

La valutazione è alla base di ogni decisione di *triage*. È il processo fondamentale mediante il quale vengono raccolte le informazioni necessarie all'assegnazione del codice di gravità per ogni utente che giunge in Pronto Soccorso.

Gli obiettivi della valutazione di *triage* sono:

- identificare le condizioni potenzialmente pericolose per la vita;
- determinare un codice di gravità per ogni persona che giunge in Pronto Soccorso;
- accelerare il processo diagnostico-terapeutico del soggetto ad alto rischio.

Il *triage* inizia immediatamente all'ingresso in Pronto Soccorso. L'infermiere valuta l'aspetto generale di chi si presenta cercando di individuare eventuali problemi che richiedano interventi immediati. La valutazione rapida riguarda: A) pervietà delle vie aeree; B) respiro; C) circolo; D) deficit neurologici o alterazioni dello stato di coscienza.

Questa scala in letteratura è conosciuta come "l'ABCD della valutazione sulla porta".

Il codice di gravità può essere attribuito immediatamente, se l'infermiere rileva puntualmente già in fase iniziale condizioni pericolose per la vita, oppure può essere assegnato dopo una più accurata raccolta dati, in forma di valutazione soggettiva e valutazione obiettiva.

Valutazione soggettiva

La valutazione soggettiva viene effettuata fondamentalmente con lo strumento dell'intervista. L'infermiere interroga il paziente, gli eventuali familiari e/o accompagnatori o il personale del soccorso extraospedaliero al fine di determinare: l'evento scatenante; i sintomi associati; la storia medica (patologie terapia); le caratteristiche del dolore (insorgenza, durata, risoluzione).

La raccolta di queste informazioni ha lo scopo di identificare chi, prima di tutti gli altri, deve essere sottoposto all'esecuzione dei primi accertamenti.

Grazie a semplici domande possono essere ricercati segni o sintomi critici che possono accompagnare la sintomatologia dolorosa, alcuni di questi sono evidenziabili con la semplice osservazione, mentre altri meno evidenti devono essere richiesti direttamente. È importante avere un quadro completo del paziente che giunge in Pronto Soccorso per dolore toracico; bisogna quindi indagare su possibili fattori di rischio quali familiarità per cardiopatia ischemica; fumo; ipertensione arteriosa; diabete; ipercolesterolemia.

Valutazione oggettiva

La valutazione oggettiva si compone dell'esame fisico e della documentazione. Consiste in dati osservati (come appare il paziente), dati misurati (parametri vitali) e dati ricercati (esame localizzato).

- Ispezione: bisognerà ricercare segni quali asimmetria degli emitoraci, turgore delle giugulari, edemi, ecc.

- Rilevazione parametri vitali: pressione arteriosa, frequenza cardiaca, frequenza respiratoria, ossimetria.

- Esame localizzato: se i protocolli lo prevedono si potrà procedere all'esecuzione dell'elettrocardiogramma.

La valutazione oggettiva deve partire sempre dal distretto corporeo in cui si presenta il sintomo principale per poi estendersi alle altre parti del corpo.

La decisione di *triage* o attribuzione del codice di priorità va fatta, quindi, analizzando sia i casi sia i sintomi e le situazioni presenti ed è il culmine di un processo molto complesso basato sulla valutazione delle condizioni presenti del paziente, sulla possibilità di complicanze entro breve e medio termine e sulla disponibilità di risorse.

Il *triage* è un processo mediante il quale il paziente viene selezionato e categorizzato secondo il tipo di sintomo e l'urgenza della sua condizione clinica. Non è una valutazione medica, ma determina solamente la priorità di accesso alla visita medica. La priorità all'area di trattamento viene assegnata tramite un codice colore che identifica i livelli di gravità.

• **Codice rosso:** questo codice viene assegnato ai pazienti che, contemporaneamente al dolore toracico acuto, presentano almeno una delle seguenti condizioni: alterazione del sensorio, cianosi, dispnea obiettiva, respirazione rumorosa, sudorazione e pallore. Ossia quando è in atto la compromissione di almeno una delle tre grandi funzioni vitali (respiro, circolo, coscienza).

Per questi pazienti l'accesso alla sala è immediato e non vi è tempo di attesa.

• **Codice giallo:** questo codice viene assegnato ai pazienti in potenziale pericolo di vita, cioè coloro per i quali vi è la minaccia di compromissione di una funzione vitale. È da assegnare a quei pazienti con qualsiasi dolore localizzato nella regione compresa tra il naso e l'ombelico o sintomo equivalente insorto nelle 12 h precedenti l'osservazione in Pronto Soccorso, regredito o in atto, non riferibile a trauma pregresso o ad altra causa immediatamente identificabile e potenzialmente secondario ad una possibile sindrome coronarica acuta. L'accesso agli ambulatori è immediato, compatibile con altre emergenze in atto; il tempo d'attesa non dovrebbe superare i 10 min.

È necessaria la rivalutazione del paziente ogni 5-15 min.

• **Codice verde:** questo codice viene assegnato ai pazienti con anamnesi per cardiopatia, ipertensione, diabete, che necessitano di una prestazione medica differibile, cioè a quelli che non presentano né al momento né riferiti, alcuna alterazione dei parametri vitali, dispnea, o dolore tipico, che non appaiono sofferenti, che risultano avere coscienza integra e per i quali è estremamente improbabile un peggioramento clinico. L'episodio di dolore toracico deve essere compreso nelle 12-36 h precedenti. L'accesso alle sale visita avviene dopo i codici rossi e gialli e il paziente viene rivalutato ogni 30-60 min.

Il codice assegnato non è un'etichetta imm modificabile: il modo più sicuro per cogliere le variazioni delle condizioni del paziente è la rivalutazione.

È un momento fondamentale dell'attività del Dipartimento di Emergenza una corretta attività di *triage* che, utilizzando *flow-chart* predefinite basate su dati anamnestici (precedenti cardiologici, presenza di fattori di rischio), caratteristiche del dolore toracico e sintomatologia di accompagnamento (sudorazione, pallore, dispnea, sincope), identifica il paziente con sospetta sindrome coronarica acuta e lo indirizza verso un rapido percorso di accettazione e diagnosi.

Il paziente in Unità Coronarica

All'ingresso del paziente con diagnosi di sindrome coronarica acuta in Unità Coronarica è necessaria una prima valutazione di gravità; questa valutazione precoce ha lo scopo di definire un primo programma assistenziale nonché il tipo di procedura di monitoraggio da mettere in atto: frequenza cardiaca, pressione arteriosa, saturazione dell'ossigeno, frequenza respiratoria e diuresi oraria e totale.

Tra i fattori che ci permettono di identificare il paziente con sindrome coronarica acuta ad alto rischio troviamo l'anamnesi; il quadro clinico; le aritmie ipocinetiche e ipercinetiche; la sintomatologia dolorosa (in atto o ripresa); l'elettrocardiogramma; i marcatori biochimici di infarto; la risposta al trattamento farmacologico.

Anamnesi

Le informazioni non si limitano alla salute fisica e psichica attuale, ma anche alle eventuali patologie pregresse o concomitanti che possono partecipare indirettamente allo scatenarsi di un quadro clinico di sindrome coronarica acuta e alla presenza di fattori di rischio come l'ipercolesterolemia, il diabete, l'insufficienza renale, il sovrappeso, la storia familiare di cardiopatia ischemica e l'abitudine al fumo. Nella raccolta dati non va dimenticata anche la storia cardiologica pregressa: un pregresso infarto miocardico, un pregresso intervento di bypass aortocoronarico o di angioplastica coronarica che identificano il paziente come ad alto rischio.

Quadro clinico

Per effettuare un'immediata valutazione del grado di stabilità emodinamica del paziente in unità coronarica è necessario individuare in modo esatto e oggettivo le alterazioni patologiche; stabilire e registrare continuamente determinati valori misurabili; facilitare la sorveglianza.

La valutazione delle condizioni del paziente è continua e deve tenere conto di parametri che possono cambiare rapidamente, quali lo *stato clinico* e i *parametri vitali*: una prima rilevazione clinica avviene attraverso l'osservazione del paziente e l'attento monitoraggio del suo stato di coscienza, della meccanica respiratoria, dello stato di perfusione periferica e valutando la presenza di sudorazione, vasocostrizione e cianosi cutanea. Anche l'alterazione del suo stato psicologico, l'agitazione, l'ansia possono essere campanelli d'allarme di un'eventuale modificazione della situazione emodinamica.

Questa prima fase di valutazione deve avere un riscontro clinico che è reso possibile dal monitoraggio di semplici parametri come la pressione arteriosa, la frequenza cardiaca, la saturazione dell'ossigeno, la diuresi totale e oraria e la frequenza respiratoria. Questi sono elementi fondamentali da tenere in considerazione nella valutazione iniziale e per tutta la durata della degenza in unità coronarica.

Aritmie ipercinetiche e ipocinetiche

Il monitoraggio dell'attività elettrica del cuore rappresenta uno degli elementi di base nel controllo dei pazienti degenti in unità coronarica. Le metodiche impiegate per la valutazione dell'attività elettrica del cuore sono rappresentate dal monitoraggio elettrocardiografico continuo e dalla registrazione elettrocardiografica su carta. Essi permettono la rilevazione continua della frequenza cardiaca, del ritmo e il monitoraggio del tratto ST-T; un attento monitoraggio di questi valori, soprattutto all'ingresso del paziente in unità coronarica, permette di riconoscere e intervenire tempestivamente sulle eventuali complicanze.

È al termine di queste prime fasi di valutazione che viene deciso l'iter diagnostico-terapeutico al quale il

paziente ad alto rischio verrà sottoposto. Esso può comprendere coronarografia e infusione di inibitori glicoproteici IIb/IIIa.

Coronarografia

Compito dell'infermiere è la preparazione del paziente all'esecuzione dell'esame. Tale preparazione prevede il controllo della presenza in cartella clinica del consenso informato, degli esami ematici e di un'eventuale allergia al mezzo di contrasto; l'esecuzione della tricotomia inguinale o dell'avambraccio destro e dell'idratazione pre-esame.

L'idratazione pre-coronarografia è prevista nei pazienti con creatininemia elevata, età > 65 anni, diabete.

Compito dell'infermiere è far iniziare tempestivamente l'idratazione nel caso di coronarografia urgente e almeno 12 h prima della procedura nel caso di coronarografia programmata; in entrambi i casi, la diuresi deve essere monitorata.

Risposta al trattamento farmacologico

La terapia nella sindrome coronarica acuta ha l'obiettivo di alleviare i sintomi, ridurre i rischi di complicanze o di progressione della malattia. Compito dell'infermiere è la corretta applicazione delle prescrizioni; ciò implica un'azione di monitoraggio e di verifica costante del processo terapeutico e dell'effetto dei farmaci.

Nel caso delle sindromi coronariche acute l'attenzione deve essere rivolta ai farmaci che agiscono a livello della pressione arteriosa, della frequenza cardiaca, della diuresi. Bisogna fare particolare attenzione, nel caso di utilizzo di farmaci antitrombotici (eparina, inibitori glicoproteici IIb/IIIa, eparina a basso peso molecolare e tienopiridine), al sistema emocoagulativo. Per questo è necessario controllare quotidianamente l'emocromo, la conta piastrinica, i tempi di protrombina e di tromboplastina per monitorare la comparsa eventuale di complicanze (anemizzazione, piastrinopenia) e il corretto dosaggio dei farmaci (eparina non frazionata e.v.).

Ripresa della sintomatologia dolorosa

Il dolore toracico può essere un sintomo che persiste o si ripresenta. Solo una parte dei dolori toracici si accompagna a segni elettrocardiografici di ischemia; è quindi importante valutare le caratteristiche del dolore (localizzazione, correlazione con i movimenti del torace, irradiazione), la presenza di sintomi di accompagnamento, la pressione arteriosa e la frequenza cardiaca.

Controllo della glicemia

Un elemento innovativo e importante da tenere in considerazione nella gestione del paziente con sindrome coronarica acuta è il controllo dei valori glicemici, che deve essere esteso sia ai pazienti diabetici sia a quelli non diabetici, e che prevede l'attento monitoraggio dei livelli di glicemia e la loro eventuale correzione.

Conclusioni

I pazienti con sindrome coronarica acuta si presentano con un ampio spettro di manifestazioni cliniche e strumentali; riconoscere precocemente quelli con alta probabilità di andare incontro a eventi cardiaci gravi è una sfida importante che l'infermiere deve saper affrontare avendo a disposizione già in fase acuta elementi clinici e strumentali adeguati.

Riassunto

L'identificazione del paziente con sospetta sindrome coronarica acuta inizia con la valutazione, da parte dell'infermiere di *triage*, del dolore toracico. L'infermiere, attraverso un'attenta valutazione di *triage*, raccoglie le informazioni necessarie affinché il paziente venga avviato tempestivamente verso un corretto processo diagnostico-terapeutico.

Una volta stabilito il grado di rischio è importante definire il programma assistenziale e il tipo di procedura di monitoraggio da mettere in atto, al fine di prevenire e riconoscere tempestivamente il paziente con sindrome coronarica acuta ad alto rischio.

Parole chiave: Diagnosi, Dolore toracico, Sindromi coronariche acute, Trattamento, Triage.

Bibliografia

- Caturelli G, Valente S. Cura intensiva cardiologica 1997. Roma: Casa Editrice Scientifica Internazionale, 1997: 267-77.
- GFT Gruppo Formazione Triage. Triage infermieristico. Milano: McGraw-Hill, 2000: 157-63.
- Savonitto S. Manuale di terapia cardiovascolare. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 2002: 59-100.
- Vajola SF. Infarto miocardico acuto. Fisiopatologia, clinica e terapia. Roma: Dies Edizioni, 2002: 42-56.