

PROTOCOLLO DI TRATTAMENTO E GESTIONE DEL DOLORE TORACICO ACUTO NON TRAUMATICO

Approvato da:

| | | |
|---|---|---|
| Dr. Walter Pitscheider Cardiologia | Dr. Franco De Giorgi Pronto Soccorso | Dr. Luzian Osele Medicina Nucleare |
|---|---|---|

Aggiornato in gennaio 2004, grazie alla collaborazione del dr. Andrea Erlicher (Cardiologia) e del dr. Paolo Sgobino (Pronto Soccorso)

INTRODUZIONE

Il dolore toracico è uno dei più comuni e complessi sintomi per i quali i pazienti afferiscono ai dipartimenti di emergenza; secondo alcuni studi pubblicati esso è causa del 5-7% del totale degli accessi. Il dolore toracico comprende un'ampia varietà di sensazioni, da quelle meno gravi a quelle che sono ad alto rischio per la vita del paziente, ma solamente una bassa percentuale dei pazienti che si presentano con questo sintomo ha una sindrome coronarica acuta. E' quindi evidente l'importanza di definire le procedure cliniche più idonee all'identificazione delle situazioni associate ad elevata morbilità e mortalità. Tali procedure devono essere caratterizzate da efficacia nella stratificazione dei pazienti a rischio e rapidità di esecuzione, per avviare i pazienti con sindrome coronarica acuta in tempi utili (30'-6 ore dall'esordio del dolore) al trattamento di riperfusione più opportuno in UTIC ovvero escludere l'origine coronarica del dolore e avviarli su altri percorsi diagnostici o dimetterli in tempi contenuti (12-24 ore).

ACCESSO AL PRONTO SOCCORSO

Al paziente che presenta dolore toracico acuto non traumatico e giunge accompagnato dal medico d'Urgenza viene attribuito un codice rosso ed ha accesso immediato alla Sala d'Emergenza.

Il paziente che si presenta con mezzi propri viene accolto dall'Infermiere Professionale addetto al triage, che opera secondo protocollo nell'assegnare il codice colore (rosso o giallo per il dolore toracico). In ambiente protetto il triagista ha la possibilità di determinare la PA, la saturimetria ed eseguire un ECG in 12 derivazioni. Il paziente viene successivamente visitato dal medico d'urgenza: se presenta un dolore suggestivo di sindrome coronarica acuta e/o in condizioni di instabilità di almeno uno dei parametri vitali e/o con ECG significativo si applicherà il seguente protocollo:

- monitoraggio del paziente in Sala d'Emergenza,
- somministrazione di Ossigeno a 4 l/min con maschera o cannula nasale,

- posizionamento di una o due linee di infusione endovenosa,
- prelievo di campioni di sangue (emocromo, A8, quick-aPTT, profilo enzimatico cardiaco),
- radiografia del torace,
- trattamento farmacologico più opportuno mirato al controllo del dolore e alla stabilizzazione dei parametri vitali eventualmente compromessi,
- somministrazione di ASA per os (aspirina masticabile).

INQUADRAMENTO CLINICO E DIAGNOSTICO IN PRONTO SOCCORSO E PERCORSO SUCCESSIVO

Il paziente in condizioni critiche viene trattato in Sala d’Emergenza fino alla sua stabilizzazione, in collaborazione con l’Anestesista e/o con il Cardiologo, se necessario. A fronte di dolore toracico e ECG non diagnostico per ischemia e/o infarto, considerare anche altre patologie (dissezione aortica, embolia polmonare, pneumotorace, patologie pleuropolmonari) e quindi altri percorsi diagnostici.

Il paziente in condizioni non critiche viene valutato, trattato e indirizzato come segue.

Rischio a breve termine di morte o IM non fatale in pazienti con angina instabile

| Caratteristiche | Rischio elevato | Rischio intermedio | Basso rischio |
|----------------------|---|---|--|
| | Almeno una delle seguenti caratteristiche deve essere presente | Nessuna caratteristica di alto rischio ma almeno una delle seguenti | Nessuna caratteristica di rischio elevato o intermedio, ma possono essere presenti una delle seguenti |
| Anamnesi | Sintomi ischemici in progressione nelle ultime 48 ore | Pregresso IM, vasculopatia cerebrale o periferica, bypass AC. Uso precedente di aspirina. | |
| Carattere del dolore | Dolore presente e prolungato (>20 min) a riposo | Angina a riposo prolungata (> 20 min) attualmente risolta, con probabilità moderata o elevata di SCA. Angina a riposo (< 20 min) o risolta con nitroglicerina sublinguale o riposo. | Nuovo esordio o angina in evoluzione di classe III o IV CCS* nelle ultime 2 settimane con probabilità moderata o elevata di SCA. |
| Esame obiettivo | Edema polmonare molto probabilmente correlato all’ischemia. Soffio di rigurgito mitralico di nuova insorgenza o in peggioramento, terzo tono o rantoli di nuova insorgenza o in peggioramento. Ipotensione, bradicardia, tachicardia. Età >75 aa. | Età > 70 aa. | |
| Reperti ECG | Angina a riposo con transitorie modificazioni del tratto ST > 0,05 mV . Blocco di branca di nuova o presunta nuova insorgenza. Tachicardia ventricolare sostenuta. | Inversione onda T > 0,2 mV. Onde Q patologiche. | ECG normale o invariato durante un episodio di dolore toracico. |
| Markers cardiaci | Aumentati (TnT or TnI > 0,1 ng/ml). | Lievemente aumentati (TnT > 0,01 ma < 0,1 ng/ml). | Normali. |

* Classe III CCS: marcata limitazione dell'attività fisica abituale. L'angina si manifesta camminando per meno di

100- 200 metri o salendo uno o due piani di scale ad andatura normale ed in condizioni ambientali normali.

Classe IV CCS: incapacità ad eseguire qualsiasi attività fisica senza angina, l'angina può essere presente a riposo.

Paziente con sopraslivellamento del segmento ST oppure nuovo o presumibilmente nuovo Blocco di Branca Sinistro.

- ECG con sopraslivellamento del ST uguale o maggiore di 0,1 mV, in 2 o più derivazioni contigue;
- marcata depressione del segmento ST confinata alle derivazioni da V1 a V4 (sospetto infarto posteriore);

sono i soggetti che traggono il massimo beneficio dalla terapia di riperfusione precoce;

contattare l'UTIC per il trasferimento immediato del malato.

Paziente con sottoslivellamento del segmento ST o inversione dell'onda T.

1) ad alto rischio.

- episodi ricorrenti di dolore malgrado nitroglicerina e morfina,
 - continua a lamentare dolore persistente nonostante nitroglicerina e morfina,
 - presenta segni di depressione della funzione del VS, shock o congestione polmonare,
 - storia di fattori di rischio per cardiopatia coronarica (Precedenti IMA, PTCA o BPAC),
- contattare l'UTIC per il trasferimento immediato del malato (senza attendere i markers sierici).**

2) Paziente clinicamente stabile.

- non ha più dolore ed è praticamente stabile,
- non manifesta nessuno dei criteri di alto rischio,

resta in Sala d'Emergenza in attesa dei markers sierici.

- positivi (definizione di IMA):

contattare l'UTIC per il trasferimento immediato del malato.

- negativi (angina instabile o stabile):

considerare comunque ricovero in Cardiologia o ricovero in ambiente internistico, considerare eccezionalmente anche la dimissione (es: pazienti affetti da nota CIC e/o assistiti in ambienti protetti).

Paziente con ECG non diagnostico, assenza di alterazioni del segmento ST o delle onde T.

a) persiste dolore toracico

- controllo del dolore
- considerare anche altre patologie (dissezione aortica, embolia polmonare, pneumotorace, patologie pleuropolmonari)

b) il paziente che si era presentato con dolore toracico simil-ischemico o che aveva riferito un recente episodio di dolore toracico ora è asintomatico con/o senza nitroglicerina e/o morfina,

- recente insorgenza del dolore (meno di 2 ore)

non attendere i markers sierici, verosimilmente comunque negativi e quindi non diagnostici, ma considerare ricovero in Astanteria per monitoraggio ECG e diagnostica precoce dell'ischemia (scintigrafia miocardica a riposo o test da sforzo al cicloergometro),

- dolore esordito da oltre due ore,

attendere i markers sierici:

- positivi,

contattare l'UTIC per trasferimento immediato del paziente,

- negativi

considerare ricovero in Astanteria per monitoraggio e studio o la dimissione.

Qualora si evidenzi l'opportunità dell'osservazione in Astanteria rispettare le seguenti indicazioni:

- 1) discutere il ricovero con il medico di reparto, che verrà avvisato;**
- 2) disporre il ricovero solo se un letto dotato di monitoraggio è disponibile.**

RICOVERO IN ASTANTERIA (UNITA' DI OSSERVAZIONE BREVE DEL DOLORE TORACICO)

Il Paziente clinicamente stabile, in assenza di dolore toracico, potenzialmente affetto da sindrome coronarica acuta e in assenza di altre evidenti patologie associate (es: crisi ipertensiva, quadri di scompenso metabolico, dispnea, patologie neoplastiche, ecc.), viene trattenuto per un periodo breve di osservazione (12 ore). Il monitoraggio telemetrico permette la documentazione di eventuali modificazioni significative dell'ECG e accordi intercorsi con la Cardiologia e la Medicina Nucleare consentono l'esecuzione in tempi brevi di un esame diagnostico cardiaco per immagini. In tal modo diventa possibile l'identificazione immediata di segni di ischemia o infarto, che dovessero manifestarsi nell'arco di 12 ore, e l'avvio in tempo utile del paziente al trattamento in UTIC, ovvero la sua dimissione dopo breve ma adeguato periodo di osservazione.

Il Paziente giunge in Astanteria essendo già stato sottoposto all'eventuale trattamento (Ossigeno, Nitroglicerina, Morfina, ASA, ecc.), ad esami ematochimici (emocromo, A8, profilo coagulativo ed enzimatico), e ad ECG. Si procede quindi come segue:

- rivalutazione medica immediata al letto del paziente da parte del medico di Astanteria;
- avvio del monitoraggio telemetrico;
- eventuale richiesta, secondo protocollo, di ulteriori indagini diagnostiche cardiache;
- monitoraggio del profilo enzimatico a 4, 8, 12 ore dal primo esame;

trasferimento in UTIC se dimostrazione di sindrome coronarica acuta.

dimissione del paziente dalla unità di osservazione, appena la documentazione consente di escludere sindrome coronarica acuta.

- nel caso di dimissione, considerare eventuale follow-up e/o suggerire altri percorsi diagnostici da proseguire in regime di ricovero in Astanteria, in altri reparti o ambulatorialmente.

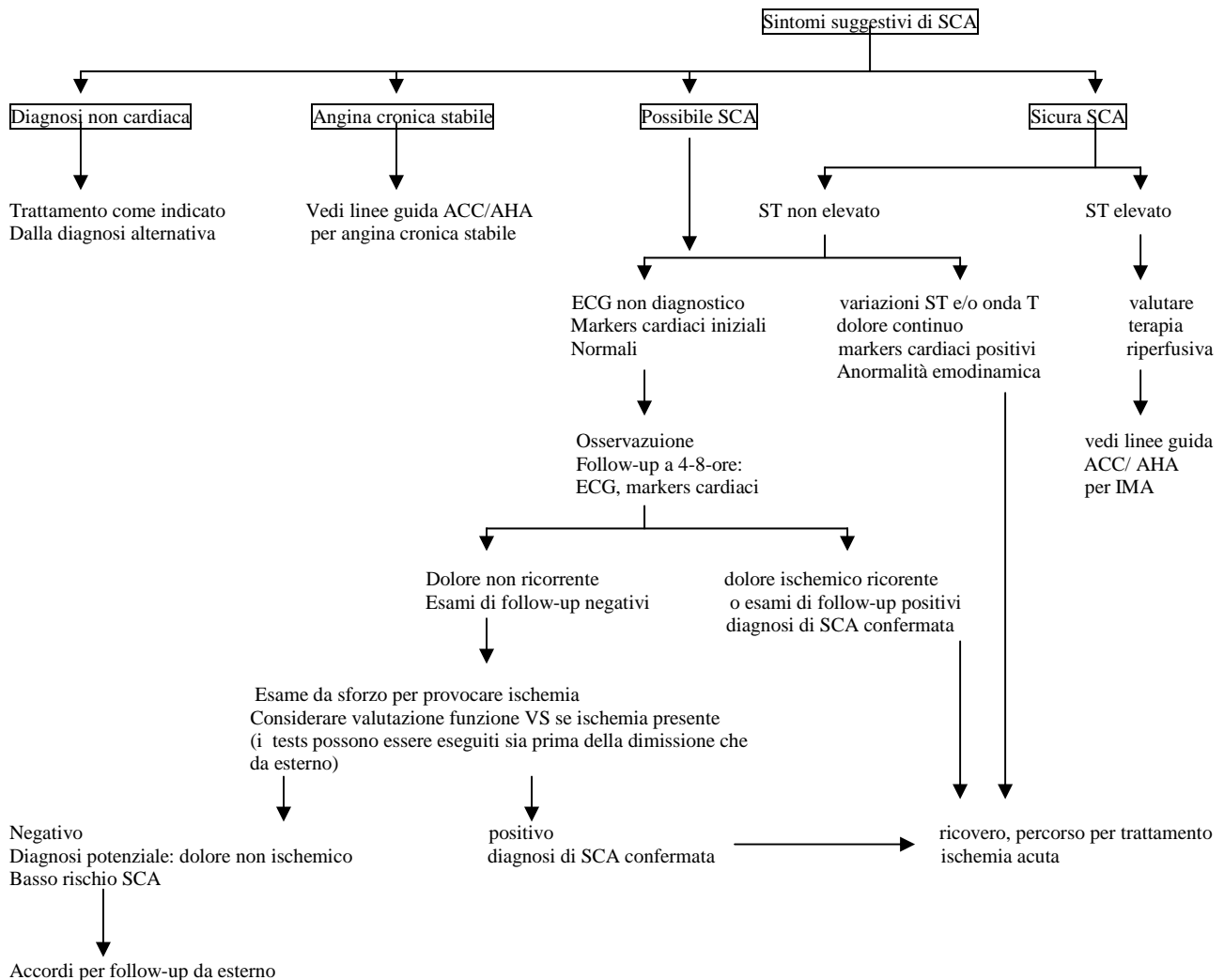
SCINTIGRAFIA MIOCARDICA A RIPOSO

- La gravidanza è un criterio assoluto di esclusione;
- viene eseguita su pazienti in corso di valutazione in PS o ricoverati in Astanteria, che abbiano presentato o presentino dolore toracico di presunta origine cardiaca;
- la durata del dolore deve essere stata di almeno 30 minuti e non devono essere trascorse più di 6 ore dalla sua remissione;
- viene eseguita dalla Medicina Nucleare dalle 8 alle 20 dei giorni feriali e, con chiamata del reperibile, nelle altre fasce temporali;
- al paziente viene iniettato il radionuclide al letto, in Astanteria;
- la scintigrafia miocardica viene eseguita in Medicina Nucleare un'ora dopo;
- i tempi massimi di realizzazione dalla chiamata alla emissione della diagnosi sono di circa 6 ore.

TEST DA SFORZO AL CICLOERGOMETRO

- viene eseguito su pazienti ricoverati in Astanteria, che abbiano presentato dolore toracico di presunta origine cardiaca e successivamente asintomatici;
- viene eseguita nel Poliambulatorio della Cardiologia (Pad W) dalle 8.30 alle 15.30 dei giorni feriali contattando la Segretaria (9997).
- Per le controindicazioni valgono le linee guida internazionali

Algoritmo per la valutazione ed il trattamento di pazienti con sospetta SCA



da ACC/AHA 2002 Guideline Update for the Management of Patients With Chronic Stable Angina—Summary Article: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee on the Management of Patients With Chronic Stable Angina) *the Journal of American College of Cardiology*, 2 October 2002

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Manuale di ACLS (Advanced Cardiac Life Support), Subcommittee on Advanced Cardiac Life Support 1991-1994, dell'American Heart Association. Centro Scientifico Editore. 1999.
- ACC/AHA 2002 guideline update for the patients management of patients with unstable angina and non-ST-segment elevation myocardial infarction—summary article [Consensus document] Eugene Braunwald,, Elliott M. Antman, John W. Beasley, Robert M. Califf, Melvin D. Cheitlin, Judith S. Hochman, Robert H. Jones, Dean Kereiakes, Joel Kupersmith, Thomas N. Levin, Carl J. Pepine, John W. Schaeffer, Earl E. Smith, David E. Steward, Pierre Theroux, Raymond J. Gibbons, Elliott M. Antman, Joseph S. Alpert, David P. Faxon, Valentin Fuster, Gabriel Gregoratos, Loren F. Hiratzka, Alice K. Jacobs, Sidney C. Smith (Vol. 40, Issue7)
- **ACC/AHA 2002 Guideline Update for the Management of Patients With Chronic Stable Angina—Summary Article: A Report of the American College of Cardiology/American Heart**

Association Task Force on Practice Guidelines (Committee on the Management of Patients With Chronic Stable Angina)

Raymond J. Gibbons, Jonathan Abrams, Kanu Chatterjee, Jennifer Daley, Prakash C. Deedwania, John S. Douglas, T. Bruce Ferguson, Jr, Stephan D. Fihn, Theodore D. Fraker, Jr, Julius M. Gardin, Robert A. O'Rourke, Richard C. Pasternak, Sankey V. Williams, Raymond J. Gibbons, Joseph S. Alpert, Elliott M. Antman, Loren F. Hiratzka, Valentin Fuster, David P. Faxon, Gabriel Gregoratos, Alice K. Jacobs, Sidney C. Smith, Jr, Committee Members, and Task Force Members
Circulation 2003; 107: 149-158

- **ACC/AHA 2002 Guideline Update for Exercise Testing: Summary Article: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee to Update the 1997 Exercise Testing Guidelines)**

Raymond J. Gibbons, Gary J. Balady, J. Timothy Bricker, Bernard R. Chaitman, Gerald F. Fletcher, Victor F. Froelicher, Daniel B. Mark, Ben D. McCallister, Aryan N. Mooss, Michael G. O'Reilly, William L. Winters, Jr, Raymond J. Gibbons, Elliott M. Antman, Joseph S. Alpert, David P. Faxon, Valentin Fuster, Gabriel Gregoratos, Loren F. Hiratzka, Alice K. Jacobs, Richard O. Russell, Sidney C. Smith, Jr, Committee Members, and Task Force Members
Circulation 2002; 106: 1883-1892

- **ACC/AHA/ASNC Guidelines for the Clinical Use of Cardiac Radionuclide Imaging-Executive Summary: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (ACC/AHA/ASNC Committee to Revise the 1995 Guidelines for the Clinical Use of Cardiac Radionuclide Imaging)**

Circulation 2003; 108: 1404-1418