

CHEST PAIN SCORE			
<b>LOCALIZZAZIONE</b>			
Restrosternale, Precordiale	+3		
Emitorace sinistro, collo, mandibola, epigastrio	+2		
Apex	-1		
<b>IRRADIAZIONE</b>			
Braccia, spalla, posteriore, collo, mandibola	+1		
<b>CARATTERISTICHE</b>			
oppressivo, strappamento, morsa	+3		
Pesantezza restringimento	+2		
Puntorio, pleuritico, pinzettante	-2		
<b>SINTOMI ASSOCIATI</b>			
Dispnea, nausea, sudorazione	+2		
<b>RISULTATO</b>			
SCORE < 4 = dolore "atipico", probabilità di angina pectoris			
SCORE > 4 = dolore "tipico", intermedio - alta probabilità di angina			
probabilità che segni e sintomi indichino una SCA econdaria a CAD			
<b>ACC/AHA CRITERI</b>			
CARATTERISTICA	ELEVATA PROBABILITÀ	PROBABILITÀ INTERMEDIA	BASSA PROBABILITÀ
<b>ANAMNESI</b>	Dolore o fastidio al torace o all'arto superiore sinistro come sintomo principale che riproduce una antecedente angina documentata Storia nota di CAD, Comprendente IMA	Dolore o fastidio al torace o all'arto superiore sinistro come sintomo principale Età > 70 anni sesso maschile Diabete mellito	Probabili sintomi ischemici in assenza di qualcuno delle caratteristiche del gruppo a possibilità intermedia
<b>ESAME OBIETTIVO</b>	Transitorio MR Ipotensione Diafores Edema polmonare Rantoli	Vasculopatie extracardiache	Fastidio toracico causato da palpitazioni
<b>EGG</b>	Nuove, o presumibilmente nuove, modificazione del tratto ST ( $\geq 0.05mV$ ) o inversione dell'onda T ( $\geq 0.2mV$ ) con sintomi	Onde Q fisse Tratto ST anormale o onde T non di nuova insorgenza	Onda T isodifasica o invertita nelle derivazioni con onde R dominanti o Normale
<b>ENZIMI CARDIACI</b>	Elevata TnI o TnT o CPK - MB	Normale	Normale

## Postazioni 118 e PTE ASP CL - EN



### LEGENDA

- CENTRALE OPERATIVA
- AMBULANZA CON MEDICO
- AMBULANZA CON INFERMIERE
- AMBULANZA CON SOCCORITORE
- P.T.E.



Tipografia Bartolozzi



# LA RETE "CUORE"



Percorso dal 118 e dal PTE



[www.asp.cl.it](http://www.asp.cl.it)  
Numero Verde  
800061840

**Le Reti della Salute**

**"La Rete Cuore"**

1 b

**PTE/AMBULANZA 118 CON MEDICO e/o  
INFERMIERE A BORDO****1) Il Personale dei Servizi di Emergenza**

- a) Pone il sospetto di IMA
- b) prepara accesso venoso per infusione
- c) Valuta i sintomi:
  - \* Criteri ACC /AHA
  - \* chest - pain score
- d) valuta i parametri vitali
- e) determina la saturazione di Ossigeno
- f) esegue ECG a 12 derivazioni
- g) comunica i dati ECG e i parametri vitali al cardiologo della rete UTIC (Centro ascolto di riferimento), che lo indirizza al centro SPOKE più vicino o all'UTIC di riferimento

**2) Medico Centro SPOKE più vicino**

- a) conferma la diagnosi
- b) effettuata stratificazione del rischio
- c) contatta il cardiologo UTIC della rete
- d) trasferisce il paziente, su conferma del cardiologo UTIC, direttamente al centro HUB, se PCI primaria fattibile
- e) pratica la fibrinolisi, se indicato dal cardiologo della rete
- f) concorda con il cardiologo UTIC della rete il trasferimento all'UTIC di riferimento

**3) Il Cardiologo UTIC centro HUB CL**

- a) attiva il team reperibile per PCI primaria (se fattibile), immediatamente dopo la richiesta di trasferimento per PCI
- b) accoglie il paziente con STEMI in UTIC

**AMBULANZA senza MEDICO  
e/o INFERMIERE A BORDO****1) Il Personale dei Servizi di Emergenza**

- a) trasporta immediatamente il paziente al centro SPOKE più vicino
- b) Medico del centro SPOKE più vicino segue le indicazioni del punto 2

**Forza delle Raccomandazioni**

A	l'esecuzione di quella particolare procedura o test diagnostico è fortemente raccomandata (indica una particolare raccomandazione sostenuta da prove scientifiche di buona qualità, anche se non necessariamente di tipo I o II)
B	si nutrono dei dubbi sul fatto che quella particolare procedura / intervento debba sempre essere raccomandata, ma si ritiene che la sua esecuzione debba essere attentamente considerata
C	esiste una sostanziale incertezza a favore o contro la raccomandazione da eseguire la procedura o l'intervento
D	l'esecuzione della procedura non è raccomandata
E	si sconsiglia fortemente l'esecuzione della procedura
✓	punti della migliore pratica clinica identificata sulla base dell'esperienza del gruppo di lavoro

**Raccomandazioni**

- A** Tutti i pazienti con dolore toracico non traumatico dovrebbero essere sottoposti ad una accurata anamnesi che comprenda segni e sintomi suggestivi di CAD
- A** Tutti i pazienti con anamnesi suggestiva di CAD devono essere sottoposti ad ECG
- A** Per tutti i pazienti con sopraslivellamento del tratto ST maggiore di 1 mm in due derivazioni contigue dovrebbe considerare la possibilità di un infarto acuto del miocardio. Analogamente i pazienti con BBSx, di nuova o presumibilmente nuova insorgenza, dovrebbero essere trattati allo stesso modo.
- A** Biomarkers di danno miocardico dovrebbero essere misurati in tutti i pazienti con dolore toracico compatibile con sindrome coronarica acuta: La troponina cardiocpecifica è il marker di riferimento e, se disponibile, dovrebbe essere misurata in tutti i pazienti come 1° livello di screening in un dipartimento di emergenza. Nei pazienti con marker negativo all'ammissione, si dovrebbe effettuare un'altra misurazione alla 6<sup>a</sup> ed alla 12<sup>a</sup> h dall'inizio dei sintomi.
- A** Per quei pazienti che si presentano entro 6 ore dall'inizio dei sintomi, un precoce marker di danno miocardico come la mioglobina dovrebbe essere misurato in aggiunta alla determinazione della troponina
- B** E' importante usare i criteri di valutazione del rischio per classificare i pazienti ad alto, medio o basso rischio di morte o IMA
- A** Durante il periodo di osservazione, oltre alla esecuzione seriata dei markers cardiaci, dell'ecocardiogramma l'ECG dovrebbe essere ripetuto per almeno due volte (all'inizio ed alla fine dell'osservazione)
- ✓** Nel corso del periodo di osservazione dovrebbero essere prese in considerazione anche affezioni cardiovascolari non CAD e affezioni non cardio - vascolari

