

CHEST PAIN SCORE			
LOCALIZZAZIONE			
Restrosterneale, Precordiale	+3		
Emitorace sinistro, collo, mandibola,epigastrio	+2		
Apex	-1		
IRRADIAZIONE			
Braccia, spalla, posteriore, collo, mandibola	+1		
CARATTERISTICHE			
oppressivo, strappamento, morsa	+3		
Pesantezza restringimento	+2		
Puntorio, pleurítico, pinzettante	-2		
SINTOMI ASSOCIATI			
Dispnea, nausea, sudorazione	+2		
RISULTATO			
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			
ACC/AHA CRITERI			
CARATTERISTICA	ELEVATA PROBABILITÀ	PROBABILITÀ INTERMEDIA	BASSA PROBABILITÀ
ANAMNESI	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
ESAME OBIETTIVO	Transitorio MR Ipotensione Diafores Edema polmonare Rantoli	Vasculopatie extracardiache	Fastidio toracico causato da palpitazioni
EGG	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
ENZIMI GARDIACI	Elevata TnI o TnT o CPK - MB	Normale	Normale

HUB & SPOKE



Tipografia Bartolozzi



LA RETE "CUORE"



Percorso dai Centri Spoke



www.asp.cl.it
Numero Verde
800061840

le Reti della Salute

"La Rete Cuore"

1 d

AZIONI RACCOMANDATE

A

IL PAZIENTE PUÒ GIUNGERE AD UN CENTRO "SPOKE" CON UTIC (GELA, ENNA)
-SPONTANEAMENTE O
-SU INDICAZIONE/TRASPORTO DEL 118

A) Il Medico del Pronto Soccorso del centro SPOKE con UTIC:

- Pone il sospetto di STEMI
 - * Criteri ACC /AHA
 - * chest - pain score
- prepara accesso venoso per infusioni
- valuta i parametri vitali
- determina la saturazione di Ossigeno
- effettua prelievo di sangue per il dosaggio markes necrosi
- esegue ECG a 12 derivazioni e trasmette al Cardiologo UTIC
- Se conferma di STEMI
 - * valutazione cardiologica immediata in PS per eventuale trasferimento al centro HUB se PCI primaria indicata
 - * ricovero immediato in UTIC se PCI primaria non indicata

B) Il Medico del Pronto Soccorso del centro SPOKE senza UTIC

- conferma la diagnosi
- effettua stratificazione del rischio
- contatta il cardiologo UTIC della rete
 - * trasferisce il paziente, su conferma del cardiologo UTIC, direttamente al centro HUB, se PCI primaria indicata
 - * pratica la fibrinolisi, se indicato dal cardiologo della rete,
 - * concorda con il cardiologo UTIC della rete il trasferimento all'UTIC di riferimento

AZIONI RACCOMANDATE

A

1) Il Cardiologo UTIC Nodo Gela e Nodo Enna

- effettua stratificazione del rischio
- Sceglie la terapia ripervasiva appropriata sulla base dell'algoritmo decisionale
- Pratica la fibrinolisi ove appropriata
- Contatta il cardiologo UTIC P.O."S.Elia" di Caltanissetta (centro HUB) per trasferire:
 - * PCI primaria ove appropriata;
 - * Pazienti ad alto rischio;
 - * PCI di salvataggio (trombolisi fallita)

2) Il Cardiologo UTIC P.O. "S.Elia" di Caltanissetta centro HUB

- attiva il team reperibile per PCI primaria, immediatamente dopo richiesta di trasferimento per PCI
- Accoglie il paziente con STEMI in UTIC

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

GESTIONE DEL DOLORE TORACICO

RACCOMANDAZIONI

- A** Tutti pazienti con dolore toracico non traumatico dovrebbero essere sottoposti ad una accurata anamnesi che comprenda segni e sintomi suggestivi di CAD
- A** Tutti 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. Biomarkes di danno miocardico dovrebbero essere misurati in tutti i pazienti con dolore toracico compatibile con sindrome coronarica acuta: La troponina cardiospecifica 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'ammisione, si dovrebbe effettuare un'altra misurazione alla 6° ed alla 12'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 seriat dei markes 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

