

5ª Conferenza Nazionale GIMBE®
 Dall'Evidence based Praticce
 alla Clinical Governance
 Bologna 5 febbraio 2010

Is small beautiful ?
 Gestione dei pazienti con
 dolore toracico acuto in un
 piccolo ospedale distrettuale

Gian Paolo Gambarati
 Cardiologia Scandiano, AUSL RE

BACKGROUND

1. La diagnosi del dolore toracico acuto (DTA) con ECG normale in PS è una sfida spesso gestita in maniera personale dal medico del PS o dal cardiologo
2. Spesso i ricoveri mancano di una valutazione clinica del rischio globale e sono spesso "troponina-guidati"
3. I ricoveri inappropriati sono numerosi
4. Un certo numero di pazienti dimessi può sviluppare una SCA

OBIETTIVI

1. Definire l'efficacia e la sicurezza di un percorso assistenziale per DTA a basso rischio per sindrome coronarica acuta (SCA), in una Osservazione Breve Intensiva (OBI) di un piccolo Ospedale Distrettuale
2. Monitorarne la sua "performance" in termini di:
 - stratificazione del rischio
 - appropriata dimissione
 - outcome a 6 mesi

METODI

Criteri di inclusione

- Soggetti che si presentavano in PS o ambulatorio cardiologico con dolore sospetto anginoso insorto da < 24 ore
- Assenza di modificazioni ECG significative di ischemia in atto

Criteri di esclusione

- Segni ECG di sovra-sotto slivellamento
- Instabilità emodinamica o elettrica
- Gravi patologie concomitanti con prognosi severa a breve termine

Stratifi

1. Criterio clinico

B	Dolore atipico (
M	Dolore tipico pr
A	Dolore tipico a

2. Criterio elettrocardi

B	ECG normale
M	IMA pregresso
A	ECG ischemic

3. Criterio laboratorist

B	CKMB e tropo
M	CKMB o tropo
A	CKMB e tropo

Chest pain score
 (Golejrose et al - Safety and prognostic value of early dobutamine-atropine stress echocardiography in patient with spontaneous chest pain and non-diagnostic electrocardiogram- Eur Heart J 2000;21:397-406)

Localizzazione	
Retrosternale	+ 3
Precordiale	+ 2
Collo, mammella, epigastrio	+ 1
Apicale	- 1
Irradiazione	
Entrambe le braccia	+ 2
Spalla, schiena, collo, mammella,	+ 1
Caratteristiche	
Schoccamento, insistente, compressione, strisciante	+ 3
Pesantezza, tensione,	+ 2
Penetrante, come una pugnolata, puntorio	- 1
Severità	
Severo	+ 2
Moderato	+ 1
Influenzato da	
Nitroglicerina s.l	- 1
Posizione	- 1
Respiro	- 1
Sintomi associati	
Dispnea	+ 2
Nausea o vomito	+ 2
Sudorazione	+ 2
Storia di angina da sforzo	+ 3

Punteggio 0: dolore toracico tipico per angina
 Punteggio + 0: dolore toracico atipico per angina
 Punteggio + 11: dolore toracico anginoso ad alto rischio

METODI

Stratificazione del rischio

1	2	3		
B	B	B BASSO	Dimissione	Al curante, no stratificazione;FU/7 gg
M	B	INT-B	OBI	TDS entro 3 gg
B	M	B	OBI	TDS predimissione
M	M	INTERM		
A	-	-		
-	-	M		
	A	ELEVATO	UTIC	Linee guida angina instabile
		A	CARDIO	

RISULTATI: popolazione

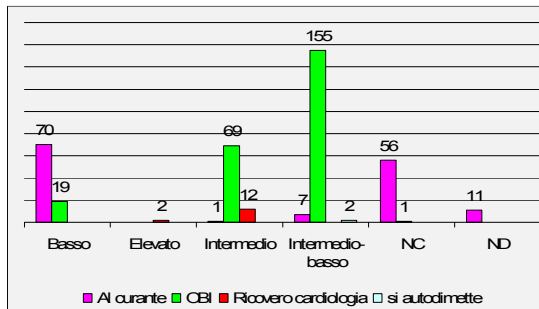
- 405 pazienti: 158 donne, 246 uomini
- 4.1% degli accessi in PS in 12 mesi (febbraio 2006-febbraio 2007)
- Età media 62 anni (range 18-91)
- Ipertesi 50%, dislipidemicici 45%, fumo 30%, familiarità 30%, CAD 25%, diabete 15%
- Provenienza
 - PS 81%
 - Ambulatorio 19%

RISULTATI: popolazione

- **Rischio**
 - Basso 22%
 - Intermedio-basso 40%
 - Intermedio 20%
 - NC 1,3%
 - ND 2,7%
 - Elevato 0,5%
- **Destinazione:**
 - OBI 60.1%
 - Al curante 36,9%
 - Ricovero 3,5%
 - Dimissione volont. 0,5%

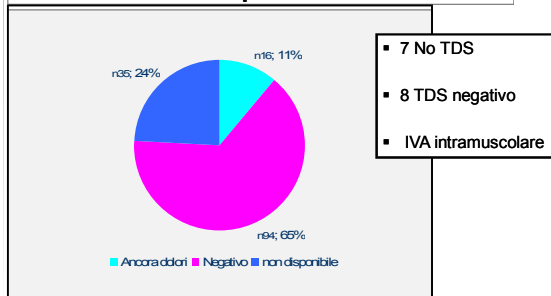
RISULTATI

Stratificazione del rischio e destinazione



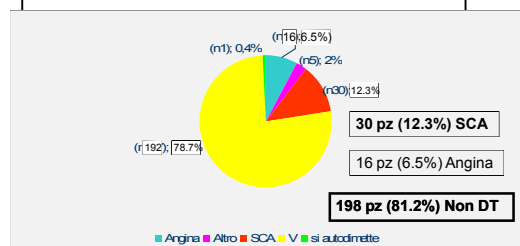
RISULTATI

147 pazienti dimessi al curante (36%) Follow up telefonico



RISULTATI

244 (60%) pazienti ricoverati in OBI



RISULTATI

Eventi	7 gg	1 mese	6 mesi
SCA	0	1	2
Angina	0	2	4
Morte			

Efficacia del Percorso Assistenziale

PPP 86%

PPN 96%

3 pazienti con dolore toracico hanno sviluppato una SCA e non sono stati correttamente individuati

LIMITI

- Lo studio ha incluso un numero relativamente **piccolo** di pazienti afferenti a un **piccolo** PS di un singolo e **piccolo ospedale**
- I risultati non possono essere generalizzati ad altri Ospedali e dovrebbero essere interpretati con cautela, soprattutto per quanto riguarda la sicurezza
- Non è stato possibile un confronto con un gruppo di pazienti/controllo con gestione "standard" del DTA, per mancanza di un database.

CONCLUSIONI

- Il PA ha permesso di "intercettare" 44 pazienti ad alto rischio o che sviluppano una SCA e avviarli tempestivamente ai diversi percorsi di cura
- 144 pazienti a basso rischio sono stati dimessi con sicurezza direttamente dal PS senza riscontro di eventi a 7 gg
- 361 dei pazienti sono stati dimessi entro 24 ore con una buona stratificazione del rischio di eventi coronarici nel breve-medio periodo in una popolazione già a basso rischio (valore predittivo negativo 96%)