

5^a Conferenza Nazionale GIMBE®
Dall'Evidence based Pratiche
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 pe
A	Dolore tipico a

2. Criterio elettrocardi

B	ECG normale
M	IMA pregresso
A	ECG ischemic

3. Criterio laboratorist

B	CKMB e tropono
M	CKMB o tropono
A	CKMB e tropono

Chest pain score

(Geleijnse 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, mascella, epigastrio	+ 1
Apicale	- 1
Irradiazione	
Entrambe le braccia	+ 2
Spalla, schiena, collo, mascella,	+ 1
Caratteristiche	
Schiacciamento, insistente, compressione, stringente	+ 3
Pesantezza, tensione,	+ 2
Penetrante, come una pugnalata, 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

<p>Punteggio ≥ 6: dolore toracico tipico per angina Punteggio < 6: dolore toracico atipico per angina Punteggio ≥ 11: dolore toracico anginoso ad alto rischio</p>
--

METODI

Stratificazione del rischio

1	2	3		
B	B	B BASSO	Dimissione	Al curante, no stratificazione;FU/7 gg
M	B	B INT-B	OBI	TDS entro 3 gg
B	M	B		
M	M	B	OBI	TDS predimissione
A	-	- INTERM		
-	-	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

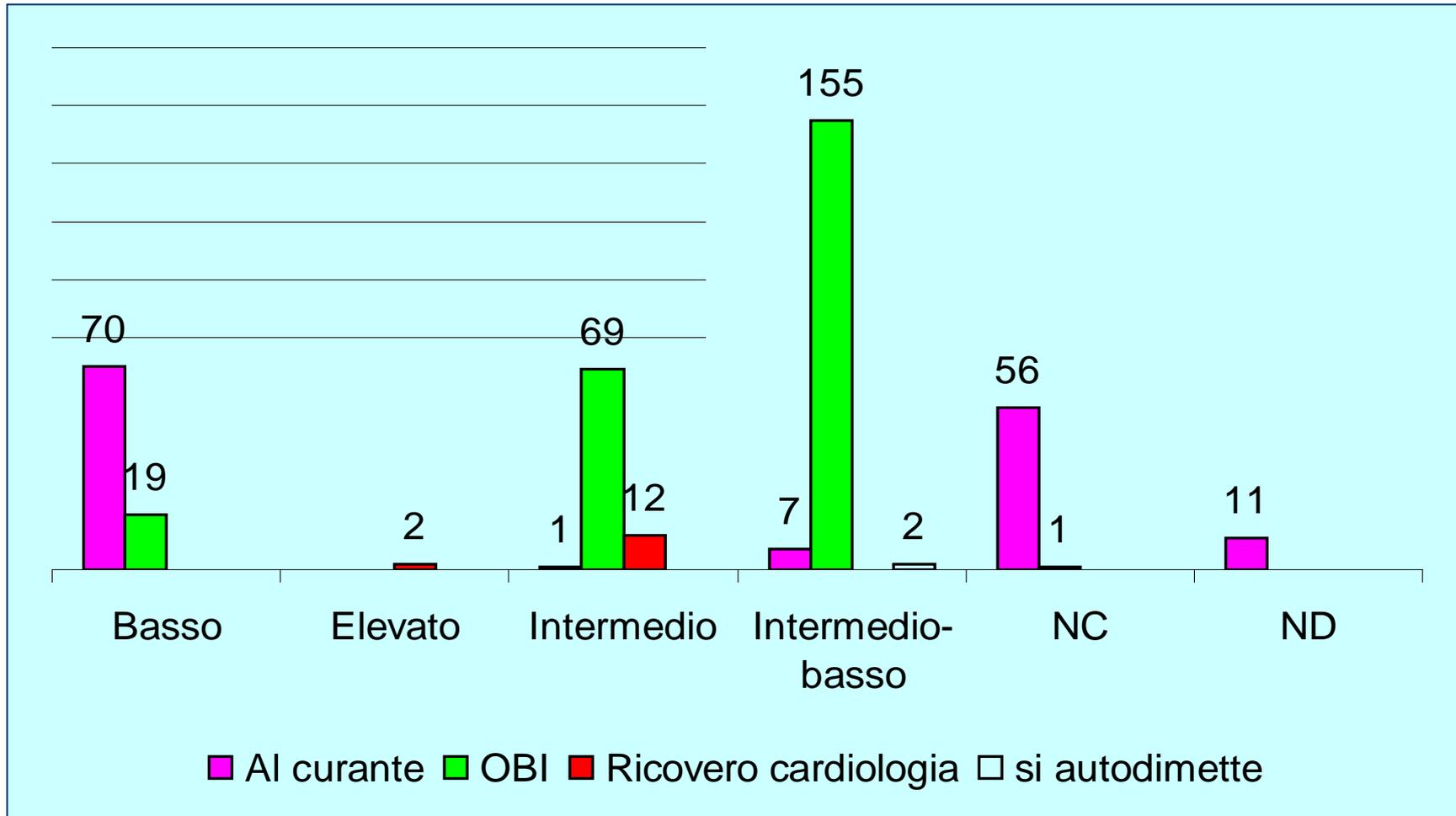
- Basso 22%
- Intermedio-basso 40%
- Intermedio 20%
- NC 1,3%
- ND 2,7%,
- Elevato 0,5%

■ Destinazione:

- OBI 60.1%
- Al curante 36,9%
- Ricovero 3,5%
- Dimissione volont. 0,5%

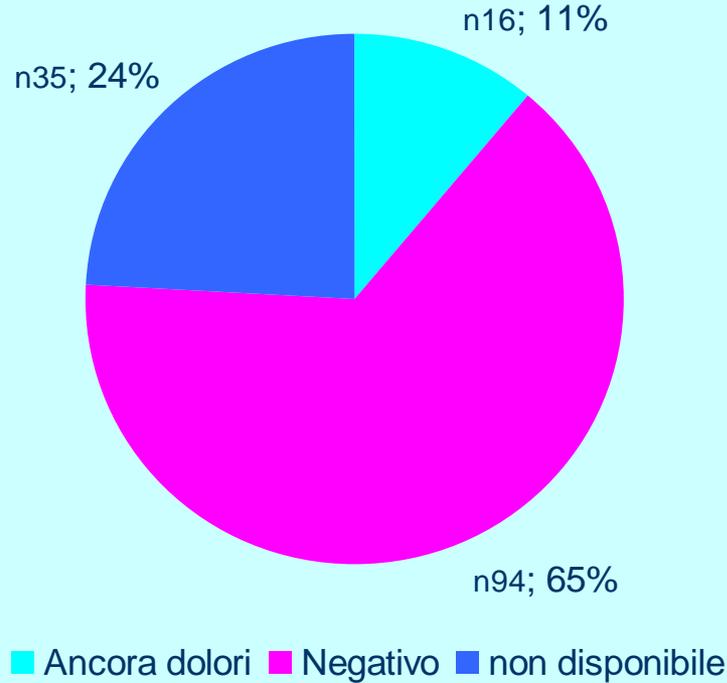
RISULTATI

Stratificazione del rischio e destinazione



RISULTATI

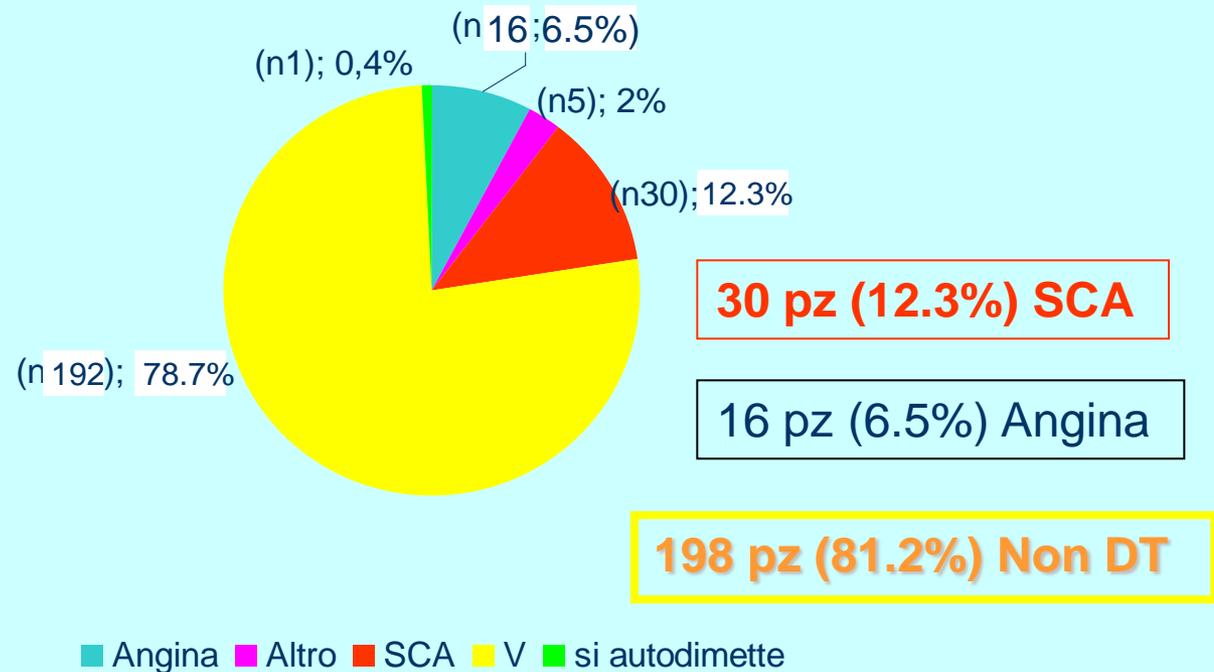
147 pazienti dimessi al curante (36%)
Follow up telefonico



- 7 No TDS
- 8 TDS negativo
- IVA intramuscolare

RISULTATI

244 (60%) pazienti ricoverati in OBI



RISULTATI

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

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%)