**SCIENZE MAGAZINE**

**Rivista Scientifica Aziendale**

**Azienda Ospedaliera Bianchi-Melacrino-Morelli**

**Reggio Calabria**

Azienda Ospedaliera “Bianchi-Melacrino-Morelli” Reggio Calabria

U.O.S. Osservazione Breve Intensiva

**Dirigente Responsabile Dott. Francesco Moschella**

F. Moschella-F.Caccamo-D.Giustra-G.Lavilla-M.G.Pensabene-L.Africa

**IL RUOLO DELL’OBI NELLA DIAGNOSTICA**

**DEL DOLORE TORACICO**

**Dott. Francesco Moschella Via S. Caterina Dir. I n. 14 Reggio Calabria.email:f.moschella@alice.it**

Dott. Filippo Caccamo

Dott. Diego Giustra

Dott. Giuseppe Lavilla

Dott. Maria Grazia Pensabene

Dott.Liana Africa

**Parole chiave**: Dolore toracico, Osservazione Breve Intensiva, Pronto Soccorso

**Key words**: Chest Pain, Short Intensive Observation, First Aid

**Riassunto**: Gli autori descrivono l’importanza ed il ruolo dell’OBI nella diagnostica del dolore toracico.

**Summary**: The authors describe the importance and role Short Intensive Observation in diagnostic chest pain.

**Introduzione**

La patologia che più frequentemente determina l’accesso dei pazienti in P.S. è rappresentata dal dolore toracico,tale patologia incide per circa il 4-5% sugli accessi totali.

Di tali pazienti almeno 1 su 3 è a rischio di SCA e non sempre l’ECG o il primo dosaggio dei markers cardiaci eseguiti in P.S.,consente una diagnosi di certezza,per cui la maggior parte dei pazienti vengono ricoverati in OBI per osservazione ed esecuzione di ECG e markers cardiaci seriati.

Il 2%degli accessi per dolore toracico è rappresentato da pazienti che presentano segni di possibile embolia polmonare, mentre lo 0.5% riguarda pazienti con sospetta dissecazione aortica o aneurisma aortico e che necessitano dell’esecuzione di angio-tc toracica con m.d.c.

Il 20% dei pazienti con dolore toracico ha una patologia organica ed il 30% presenta patologie psichiatriche.

La gestione del paziente con dolore toracico in PS, oscilla tra “**una strategia conservativa”** con il ricovero di pazienti a bassa probabilità di IMA e **“una strategia aggressiva”** con il rischio di dimettere pazienti con IMA.

In caso di diagnosi mancata e dimissione impropria, la mortalità a breve termine è elevata (2-5%), d’altra parte il ricovero di un paziente a bassa probabilità per IMA o la collocazione in strutture non appropriate determina un inutile aumento dei costi.

L’OBI, è il luogo ideale per l’osservazione dei pazienti con dolore toracico che presentano all’arrivo in P.S., ECG non diagnostico e primo dosaggio dei markers cardiaci negativo e rappresenta, ormai, in tutta Italia una certezza nel campo dell’Emergenza-Urgenza, garantendo con un minore consumo di risorse una notevole rapidità diagnostica e quindi, in caso di SCA, un immediato trattamento emodinamico, oltre a rappresentare un strumento che garantisce l’appropriatezza sia della dimissione che del ricovero da P.S.

Dalla collaborazione tra ANMCO (Associazione Nazionale Cardiologi Ospedalieri) e SIMEU (Società Italiana Medicina Emergenza-Urgenza) è stato redatto nel 2007 **“Il percorso di valutazione del dolore toracico”,** che costituisce un modello generale di percorso di valutazione con precise finalità:

1. Identificare l’intero spettro della SCA (Sindrome Coronarica Acuta), STEMI e NSTEMI, con l’obiettivo della riperfusione in tempo utile per lo STEMI e dell’attivazione del percorso più idoneo per il NSTEMI.
2. Identificare le emergenze cardiovascolari non coronariche, in particolare la dissezione aortica e l’embolia polmonare.

**SCOPO DELL’OSSERVAZIONE BREVE INTENSIVA NEL DOLORE TORACICO**

1. **Ecg seriati**
2. **Monitoraggio seriale degli enzimi cardiaci a 3-6-12 ore**
3. **RX del torace**
4. **Test ergometrico in urgenza o programmato**
5. **Ecocardiografia se necessario.**

|  |
| --- |
| **CAUSE DI DOLORE TORACICO** |
| SCA-IMA | 10-15% |
| SCA-Angina instabile | 20-25% |
| Patologie gastroesofagee | 30-35% |
| Patologie parietali | 25-30% |
| Miocardite-Pericardite | 3% |
| Patologie pleuro-polmonari | 3% |
| Embolia polmonare | 2% |
| Dissezione e aneurisma aorta toracica | 0.5% |
| Valvulopatie | 0.5% |
| Nessuna sindrome organica | 10% |
| Sindromi psichiatriche | 20-30% |

**ALGORITMO DOLORE TORACICO DI ORIGINE CARDIACA**



**ALGORITMO DI VALUTAZIONE DELLA TROMBOEMBOLIA POLMONARE**

Un modello rapido per valutare la **Probabilità clinica a priori** (PCP) è il modello di Wicki. Tale modello include valutazione clinica ed esiti degli **esami strumentali di prima linea** quali emogasanalisi, elettrocardiogramma e radiografia del torace.

**ModellodiWicki**

chirurgia recente\* 3 pregressa TVP o TEP 2 eta’ avanzata(60-79 aa) 1 eta’ avanzata(oltre80 aa) 2 ipossiemia (sec.valori) 1-4 ipocapnia (sec.valori) 1-2 tachicardia (>100/min) 1 atelettasia 1 sopraelevam.emidiafr. 1

 Totale 0-17

La PCP si calcola nel seguente modo:

|  |  |
| --- | --- |
| ***PROBABILITA’*** | ***PUNTEGGIO*** |
| BASSA | **0-4** |
| INTERMEDIA | **5-8** |
| ALTA | **9-17** |

Esistono degli scores o punteggi ormai internazionalmente standardizzati che possono essere utili per aiutare nella diagnosi. L'uso del punteggio di Wells può facilitare il lavoro diagnostico e migliorare l'interpretazione dei vari test.

**Score o punteggio predittivo per una sospetta embolia polmonare-Score di Wells**

|  |  |
| --- | --- |
| **VARIABILE** | **PUNTEGGIO** |
| Segni e sintomi di TVP | 3 |
| Embolia polmonare probabile | 3 |
| Frequenza cardiaca > 100 b/m | 1.5 |
| Immobilizzazione o chirurgia nelle precedenti 4 settimane | 1.5 |
| Precedenti di EP o TVP | 1.5 |
| Emottisi | 1 |
| Neoplasia | 1 |
| **PUNTEGGIO TOTALE** |  |
| Probabilità bassa | < 2 |
| Probabilità intermedia | Da 2 a 6 |
| Probabilità elevata | >6 |

**Materiali e metodi**

Nel periodo 1 Luglio 2011-31 Dicembre 2011,sono stati ricoverati presso l’OBI dell’Azienda Ospedaliera di Reggio Calabria 1556 pazienti,di questi 194 per dolore toracico.

Tali pazienti in P.S. avevano eseguito ECG,risultato non diagnostico ed il primo prelievo per markers cardiaci.

Secondo le linee guida adottate in OBI, che sono sovrapponibili al Protocollo ANMCO-SIMEU per il dolore toracico, tali pazienti sono stati sottoposti ad ECG e dosaggio markers cardiaci a 6 e 12 ore dal primo prelievo eseguito in PS, Rx torace, eventuale Consulenza Cardiologica, ecocardiogramma e ove necessario test ergometrico.

I pazienti a rischio di aneurisma dell’aorta toracica o embolia polmonare, oltre ad essere sottoposti agli accertamenti previsti per il dolore toracico, sono stati sottoposti routinariamente a: ecocardiogramma, assetto coagulativo, angio-tc torace, riuscendo a porre diagnosi di certezza nell’arco di circa 4 ore.

Nella stratificazione del dolore toracico di sospetta natura cardiaca, è stato utilizzato il ChestPain Score:

|  |
| --- |
| **CHEST PAIN SCORE** |
| **Localizzazione** | **PUNTI** |
| Restrosternale,precordiale | +3 |
|  Emitorace sx, collo,mandibola,epigastrio | +2 |
| Apex | -1 |
| **Carattere** |  |
|  Oppressivo,strappamento,morsa | +3 |
|  Pesantezza,restringimento | +2 |
| Puntorio,pleuritico,pinzettante | -1 |
| **Irradiazione** |  |
|  Braccia,spalla,posteriore,collo,mandibola | +1 |
| **Sintomiassociati** |  |
|  Dispnea,nausea,sudorazione | +2 |
| **Risultato:** *SCORE<4*=dolore “**atipico**”,bassa probabilità diangina pectoris*SCORE*≥*4*= dolore“***tipico****”,***intermedio-alta probabilità di angina** |  |

Su 194 pazienti osservati per dolore toracico, 38 sono stati trasferiti in UTIC per SCA entro un periodo variabile tra le 6 e le 12 ore dal ricovero in OBI, 3 pazienti sono stati trasferiti c/o Centro Cardiochirurgico di riferimento per aneurisma dell’aorta toracica, 6 pazienti trasferiti in UTIC per embolia polmonare,9 sono stati trasferiti presso le UOC di Pneumotisiologia o Chirurgia Toracica per patologie pleuropolmonari, i rimanenti 138 sono stati dimessi, alla fine del ciclo di accertamenti, direttamente dall’OBI entro 24 ore dall’accesso e per 13 di questi è stato effettuato un test ergometrico pre-dimissione, mentre per 32 pazienti , di concerto con il cardiologo, è stata prescritta l’esecuzione di un test ergometrico ambulatoriale.

**Conclusioni**

Il modello dell’OBI nel dolore toracico è ormai una realtà consolidata e i dati in nostro possesso dimostrano l’efficacia e la sicurezza del modello organizzativo, che si pone come una piattaforma ideale per lo sviluppo e la cooperazione tra diverse competenze nella gestione del dolore toracico.

L’OBI rappresenta inoltre, un utile strumento a disposizione del sanitario dell’Emergenza-Urgenza in quanto:

1. Riduce il numero dei ricoveri inappropriati.
2. Consente una migliore definizione del paziente con dolore toracico.
3. Riduce il rischio di malpractice.

**Bibliografia**

* Archivio cartelle cliniche UOS OBI A.O. Reggio Cal.
* Percorso di valutazione dolore toracico. ANMCO-SIMEU 2007
* Fruergaard P. e altri EurHeart J. 1996;17:1028-34 Wulsin L. e altri- Ann. Emerg. Medic.2002-39:139-43
* Solinas L. e altri ItalHeart J.2003 May ;4-5 :318-24
* Conti A. et altri American Heart Journal 2002; 144:630-5