



Scheda problema principale: Dolore Toracico

Coordinamento Regionale Triage

Dr. Sergio Timpone

15-16 marzo 2023



SALUTE LAZIO
SISTEMA SANITARIO REGIONALE



**REGIONE
LAZIO**



DEFINIZIONE

Per DT non traumatico si intende *“qualsiasi dolore localizzato anteriormente nella regione compresa tra il naso e l’ombelico e posteriormente tra la nuca e la 12^a vertebra o “sintomo equivalente”, insorto nelle 24 ore precedenti l’osservazione in PS, regredito o ancora in atto, non riferibile a trauma pregresso o ad altra causa immediatamente identificabile”.*

Sintomi equivalenti:

Dispnea, astenia, sincope, nausea/vomito/malessere, dolore addominale.



Il dolore toracico (DT) acuto non traumatico determina una percentuale compresa tra il 5 ed il 10% degli accessi in PS. La gestione errata di tale sintomo e la mancata diagnosi di patologie severe come SCA (sindrome coronarica acuta - Angina Pectoris - IMA), EP (embolia polmonare), DA (dissecazione dell'aorta) comporta gravi conseguenze al paziente ed una elevata mortalità.

Il processo di triage deve essere volto ad una rapida ed accurata valutazione delle caratteristiche del dolore toracico per differenziare problematiche potenzialmente pericolose per la vita.



La descrizione del tipo di dolore è estremamente importante per indirizzare l'orientamento sulle possibili sue cause e apparati interessati:

Tipo di dolore (1)

TABELLA 1 - Tipologie di dolore toracico e possibili cause correlate

TIPO DI DOLORE	PENSA A
Dolore oppressivo/costrittivo con o senza irradiazione*. Segnale d'allarme: dispnea, angoscia, pallore cutaneo sudorazione algida, sincope, cianosi.	Angina/ IMA spasmo esofageo
Dolore tipo "pugnolata", ad insorgenza improvvisa, continuo, violento irradiato al dorso, arti, mandibola e collo, talora migrante.	Dissecazione aorta toracica
Sensazione di dolore toracico, dispnea sospirosa, parestesie in sede periorale ed estremità	Ansia, iperventilazione
Dolore toracico urente, sensibile ad antiacidi esacerbato dal decubito supino	Gastrite, esofagite
Dolore puntorio, localizzato, sensibile agli atti del respiro e movimento (possibile storia di pregresso trauma)	Patologia muscolo-scheletrica
Dolore trafittivo, sensibile agli atti del respiro, colpi di tosse, esacerbato da movimenti, aggravato dal decubito supino, migliorato dalla posizione seduta (dolore pleurítico). <u>sintomi e segni associati</u> : febbre, tosse, dispnea.	Pericardite/pleurite
Dolore a insorgenza improvvisa, di tipo pleurítico. <u>sintomi e segni associati</u> : dispnea, tachipnea, tachicardia, sincope.	Embolia polmonare
Dolore a insorgenza improvvisa, di tipo pleurítico. Spontaneo successivo a colpo di tosse. <u>sintomi e segni associati</u> : dispnea, crepitio sottocutaneo sopraclaveare.	Pneumotorace Pneumomediastino



Dolore oppressivo/costrittivo con o senza irradiazione*.

* Il dolore così descritto si definisce “tipico” per patologia cardiovascolare. La restante tipologia di dolore si definisce, per convenzione, “Atipico”. E’ opportuno sottolineare che la **tipicità** o la **atipicità** del dolore non deve portare a valutazioni di maggiore o minore sospetto di patologia cardiaca ma semplicemente a considerare la molteplicità delle presentazioni sintomatologiche da cui non bisogna farsi trarre in inganno.

Presentazioni atipiche: “mancanza di respiro”, astenia generalizzata, sincope, alterazioni dello stato di coscienza, dolore addominale (soprattutto negli anziani); a volte la dispnea e/o l’astenia possono essere gli unici sintomi di presentazione (equivalenti anginosi). Le donne, i pazienti diabetici e i dializzati colpiti da un IMA hanno sintomi più atipici e presentano dolore più frequentemente alla schiena, al collo e al giugulo.



Cause di dolore toracico

Alto rischio	Basso rischio
IMA	Pericardite
Angina Pectoris Instabile	Costocondrite
Dissezione Aortica	Pleurite
Embolia Polmonare	Polmonite
Rottura Esofagea	Pneumotorace semplice



Definizione Sindrome Coronarica Acuta (SCA)



- **Angina Pectoris (AP):** Dolore precordiale accompagnato da un senso di costrizione al petto, che s'irradia tipicamente alla spalla e al braccio sinistro, ma anche alla regione addominale superiore;
- **Angina Pectoris Instabile:** Dolore simile a quello dell'IMA; la durata è di circa 10-15'; normalmente alleviato dal riposo o dalla nitroglicerina s.l.; presenza di fattori di rischio per malattia coronarica. L'angina è instabile quando il dolore è ricorrente, di nuova insorgenza, si presenta a riposo o con soglia diminuita allo sforzo (10-20% del rischio di evoluzione all'IMA); difficile da discriminare dall'infarto in ambiente extra-ospedaliero;
- **Infarto Acuto del Miocardio (IMA):** Sintomatologia a esordio improvviso con dolore toracico retrosternale o epigastrico con irradiazione alle braccia, al collo e alla mandibola. Tipicamente descritto come sensazione di fastidio o dolore gravativo urente, lacerante, oppressivo, intenso come una coltellata; normalmente non alleviato dalla nitroglicerina s.l.; ansia, nausea, confusione mentale.

Altre cause di dolore diverse dalla SCA



- **Embolia Polmonare (EP):** E' una patologia causata dall'ostruzione di uno o più arterie polmonari, nella maggior parte dei casi è provocata da coaguli di sangue che giungono nei polmoni da altre parti dell'organismo, soprattutto dalle gambe; Dolore a esordio improvviso di tipo pleuritico; normalmente peggiora con l'inspirazione profonda. Fattori di rischio: ipomobilità, TVP, gravidanza recente, fumo, uso di farmaci contenenti estrogeni (spesso si verifica senza fattori di rischio)
- **Dissecazione Aortica (DA):** Dissecazione, o dissezione, dell'aorta si verifica quando si ha uno scollamento longitudinale della tunica media con stravasamento ematico al suo interno. La malattia ha un esordio improvviso e una rapida evoluzione, tanto che a volte non lascia il tempo per diagnosi e terapia; Dolore a esordio improvviso, tipicamente descritto come lacerante, tagliente, più intenso all'esordio; talvolta progredisce verso il basso; s'irradia caratteristicamente al dorso, al fianco, al braccio.



METODOLOGIA TRIAGE (1)

Valutazione immediata

E' necessario, oltre alla valutazione di base come indicato nella metodologia generale (ABCD), valutare anche:

- Stato di sofferenza
- Vomito e facies sofferente
- Deambulazione e posizione antalgica.

METODOLOGIA TRIAGE (2)



Valutazione Soggettiva

Dal colloquio con il paziente è necessario:

- ottenere informazioni dettagliate sulle caratteristiche del dolore (Tabella 1)
- identificare i fattori di rischio che aumentano la priorità al triage (Tabella 2)
- raccogliere notizie sulle patologie precedenti e le terapie in atto.



Fattori di rischio cardiovascolari

Età: > 45 anni per il sesso maschile > 55 anni per il sesso femminile

Fumo

Ipertensione arteriosa

Diabete mellito

Dislipidemia

Familiarità per malattie cardiovascolari (ictus, IMA, aneurismi, ecc)

Pregressa Cardiopatia ischemica (angina, infarto, Rivascolarizzazione coronaria: by pass, angioplastica)

Pregresso Ictus/TIA

Aggiuntivi

Uso di cocaina, stimolanti, sostanze d'abuso

Sincope

Dolore con caratteristiche incerte

Sospetta Trombosi venosa profonda

Etnia





METODOLOGIA TRIAGE (3)

Consigli per l'intervista

Chiedere al paziente:

- Il dolore è stato scatenato dallo sforzo e si attenua con il riposo?
- Ha già avuto un'ischemia cardiaca? il dolore è simile a quello già provato?
- Sono associati altri sintomi (sudorazione algida, difficoltà respiratoria, nausea, tosse)?
- Prima dell'insorgenza del dolore ha fatto uso di cocaina o altre sostanze stimolanti?





METODOLOGIA TRIAGE (4)

Recenti studi hanno validato statisticamente una versione modificata del Chest Pain Score (Tabella 4). Questo punteggio serve a calcolare la probabilità pre-test di ischemia solamente dai sintomi e determina dei valori numerici che indicano la necessità di successivi test non-invasivi.

TABELLA 4 - Chest Pain Score

Dolore toracico	No	Si
1. Tipo di dolore (oppressivo, costrittivo con o senza irradiazione, bruciore)	0	2
2. La durata del dolore toracico è inferiore a 10-15 minuti ma più lunga di un minuto	0	1
3a. Il dolore è retrosternale? (interessa tutto lo sterno? Non localizzato)	0	1
3b. Il dolore è localizzato alla regione ulnare del braccio sinistro o destro? al giugulo? In regione epigastrica? Alle scapole? o si irradia a queste regioni?	0	1
4. Il dolore è accompagnato da dispnea, sudorazione, nausea, affaticamento o sincope?	0	1
5. Il dolore aumenta con lo sforzo o lo stress emotivo? Migliora con il riposo o i nitrati?	0	2
Alla somma va aggiunto 1 punto se il paziente è affetto da diabete mellito ed 1 punto se ha più di 75 anni		
0-2 punti	Basso rischio	
3-4 punti	Rischio moderato	
5-6 punti	Alto rischio	
7-8 punti	Rischio molto alto	



METODOLOGIA TRIAGE (5)

Valutazione Oggettiva

- Rilevare i parametri vitali (PA, FC, FR, TC, SpO2)
- Valutare la simmetria dei polsi arteriosi
- Usare la scala del dolore per valutarne tempo ed intensità
- Stato della cute (cianosi, pallore, sudorazione, marezze, edemi).



METODOLOGIA TRIAGE (6)

Consigli per la valutazione oggettiva

- Chiedere al paziente di indicare con la mano la sede del dolore (se la superficie indicata è ampia “mano aperta sul petto” pensa al dolore tipico; se la superficie indicata è piccola “dito che punta un’area” pensa al dolore atipico);
- Palpare il punto indicato e verificare se la manovra ne modifica l’intensità;
- Controllare se sono presenti edemi declivi. In caso di edema monolaterale pensa alla trombosi venosa profonda che espone al rischio di embolia polmonare (EP).





Elettrocardiogramma (ECG) al triage (1)

A livello internazionale il dolore toracico al triage viene valutato o sulle caratteristiche cliniche del sintomo oppure sul riscontro del tracciato elettrocardiografico.

Il triage basato sulla descrizione del problema si caratterizza per una **alta sensibilità ma per una bassa specificità** che però aumenta del 100% circa con l'esecuzione e la valutazione dell'ECG.

Se il triage su base clinica riduce nettamente il rischio che i pazienti attendano impropriamente la visita, la **maggiore specificità che fornisce l'esecuzione dell'ECG** riduce il rischio delle attese al triage legate al sovraffollamento che si possono verificare quando si accumulano, in attesa, in fase di pre-visita, un numero rilevante di malati, anche per i pazienti con codici di priorità elevati.



Elettrocardiogramma (ECG) al triage (2)

L'esecuzione dell'ECG nel corso della valutazione di triage, **entro 10 minuti** dall'arrivo in Pronto Soccorso, consente il riconoscimento della presenza di un sopraslivellamento del tratto ST o di altre alterazioni del tracciato.

L'elettrocardiogramma, quindi, **migliora l'inquadramento del problema dolore toracico rispetto al triage basato esclusivamente sulla presentazione clinica e l'integrazione sintomi-ECG permette di definire un più corretto livello di priorità di accesso.**



DOLORE TORACICO NON TRAUMATICO					
CODICE TRIAGE	1	2	3	4	5
Parametri vitali	Da codice 1	Da codice 2	Da codice 3	Da codice 4	Normali
Caratteristiche del Dolore Toracico e dell'ECG	Tipico/Atipico con S-T ↑ o BBSx o BBDx	Tipico senza alterazioni ECG Tipico/Atipico con ECG alterato non S-T ↑	Atipico, lieve (1-3), dolore puntorio, localizzato, trafittivo. ECG senza alterazioni	Non dolore in atto da almeno 24 h ECG senza alterazioni	
Sintomi/Segni Associati Fattori di Rischio	Dispnea, senso di angoscia, pallore cutaneo sudorazione algida, cianosi, alterazione dei polsi, differenze pressorie tra gli arti superiori.	Fattori di rischio cardiovascolare. Uso di cocaina/stimolanti/sostanze d'abuso. Sincope. Aneurisma dell'aorta toracica. Edema/tumefazione monolaterale degli arti. Recente intervento chirurgico/fratture. Recente trauma toracico. Etnia.	Non fattori di rischio CV, febbre, tosse, neoplasia, allettamento Dolore con caratteristiche incerte/dubbie		
Score Specifici	CPS 7 - 8 punti	CPS 5 - 6 punti	CPS 3 - 4 punti	CPS 0 -2 punti	
PROCEDURE DI TRIAGE	1	2	3	4	5
Attività (Secondo protocollo locale)		Esami biochimici, strumentali (ECG entro 10 minuti dall'arrivo in PS), terapia e procedure infermieristiche			
Attivazione Consulenza (Secondo protocollo locale)		Cardiologo, in assenza di box visita dedicato, superati 30 minuti di attesa			
Rivalutazione		Osservazione diretta o video- mediata con monitoraggio costante delle condizioni	Ripetizione di parte o tutte le fasi di valutazione su decisione del triagista, a richiesta del paziente, una volta trascorso il tempo di attesa massimo raccomandato		
Altro					



ELETTROCARDIOGRAMMA: APPROFONDIMENTI Dr. Sergio Timpone



SALUTE LAZIO
SISTEMA SANITARIO REGIONALE



**REGIONE
LAZIO**

Elettrocardiogramma (ECG) al triage



Tipi di Infarto

- Infarto con sopraslivellamento del tratto ST (STEMI)
- Infarto senza sopraslivellamento del tratto ST (NSTEMI)
- Blocco di branca sinistra (BBSx)
- Blocco di branca destra (BBDx)

Sede dell'Infarto

- Anteriore (derivazioni V1-V6-DI-aVL)
- Inferiore (derivazioni DII-DIII- aVF)
- Posteriore (ST sottoslivellato nelle derivazioni V1-V4 e ST spraslivellato nelle derivazioni DII-DIII-aVF se infarto inferiore)
- Blocco di branca Sx
- Blocco di branca dx



What is new in 2017 Guidelines on AMI-STEMI (continued)

2017 NEW / REVISED CONCEPTS

MINOCA AND QUALITY INDICATORS:

- New chapters dedicated to these topics.

STRATEGY SELECTION AND TIME DELAYS:

- Clear definition of first medical contact (FMC).
- Definition of “time 0” to choose reperfusion strategy (i.e. the strategy clock starts at the time of “STEMI diagnosis”).
- Selection of PCI over fibrinolysis: when anticipated delay from “STEMI diagnosis” to wire crossing is ≤ 120 min.
- Maximum delay time from “STEMI diagnosis” to bolus of fibrinolysis agent is set in 10 min.
- “Door-to-Balloon” term eliminated from guidelines.

TIME LIMITS FOR ROUTINE OPENING OF AN IRA:

- 0-12h (Class I); 12-48h (Class IIa); >48h (Class III).

ELECTROCARDIOGRAM AT PRESENTATION:

- Left and right bundle branch block considered equal for recommending urgent angiography if ischaemic symptoms.

TIME TO ANGIOGRAPHY AFTER FIBRINOLYSIS:

- Timeframe is set in 2-24h after successful fibrinolysis.

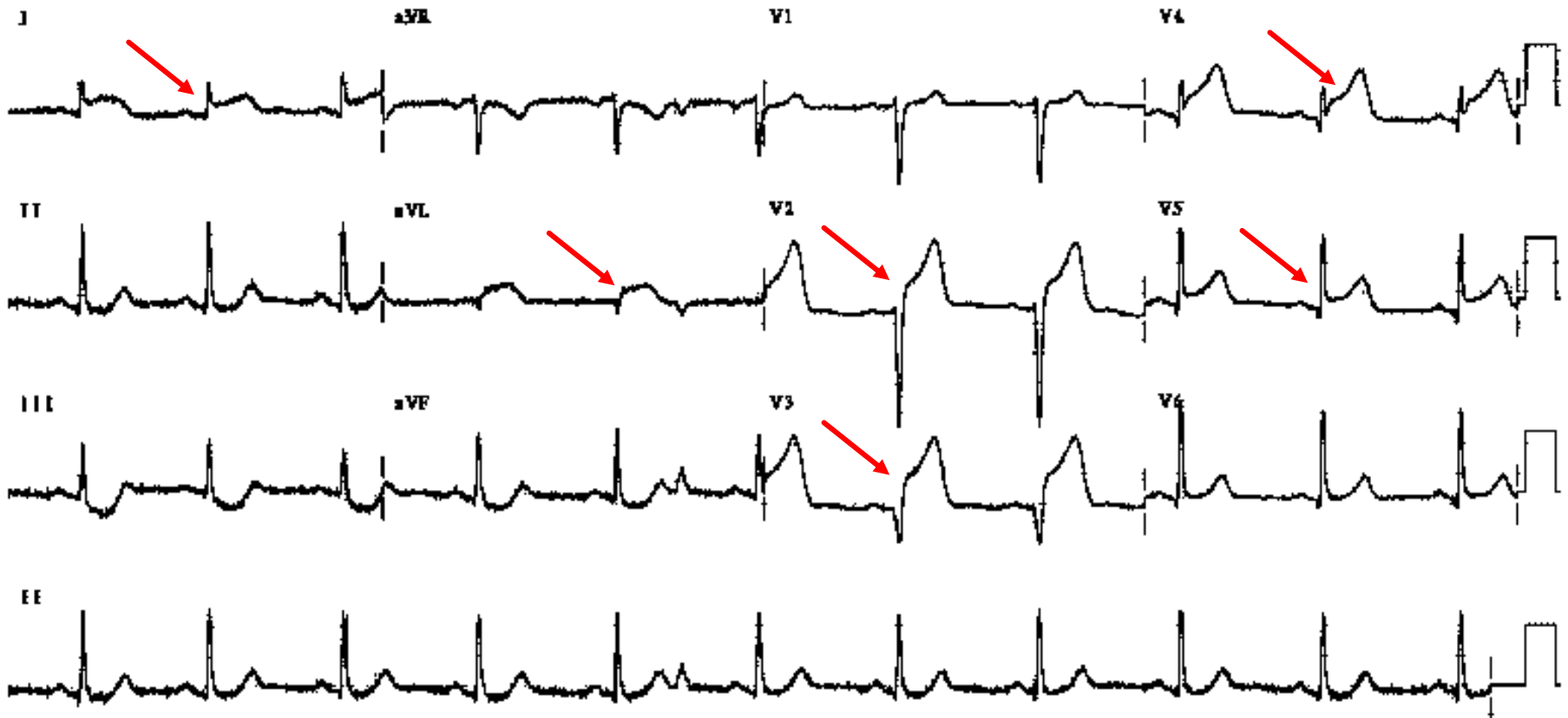
PATIENTS TAKING ANTICOAGULANTS:

- Acute and chronic management presented.

STEMI Anteriore



(deriv. V1-V6-DI-aVL)

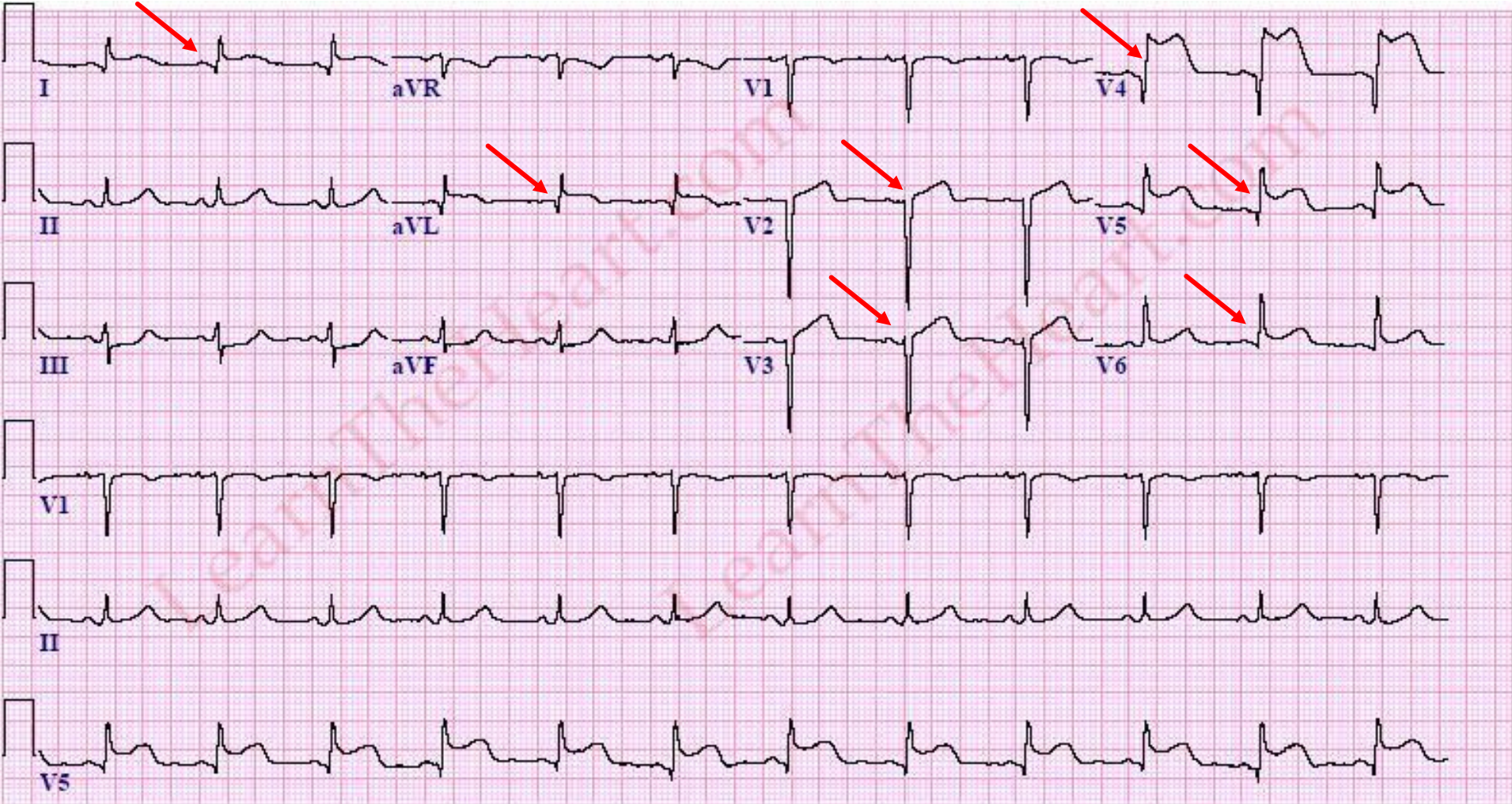


LOC 00000-0000 Speed: 25 mm/sec Limb: 10 mm/mV Chest: 10 mm/mV

50% 0.15-150 Hz

25829

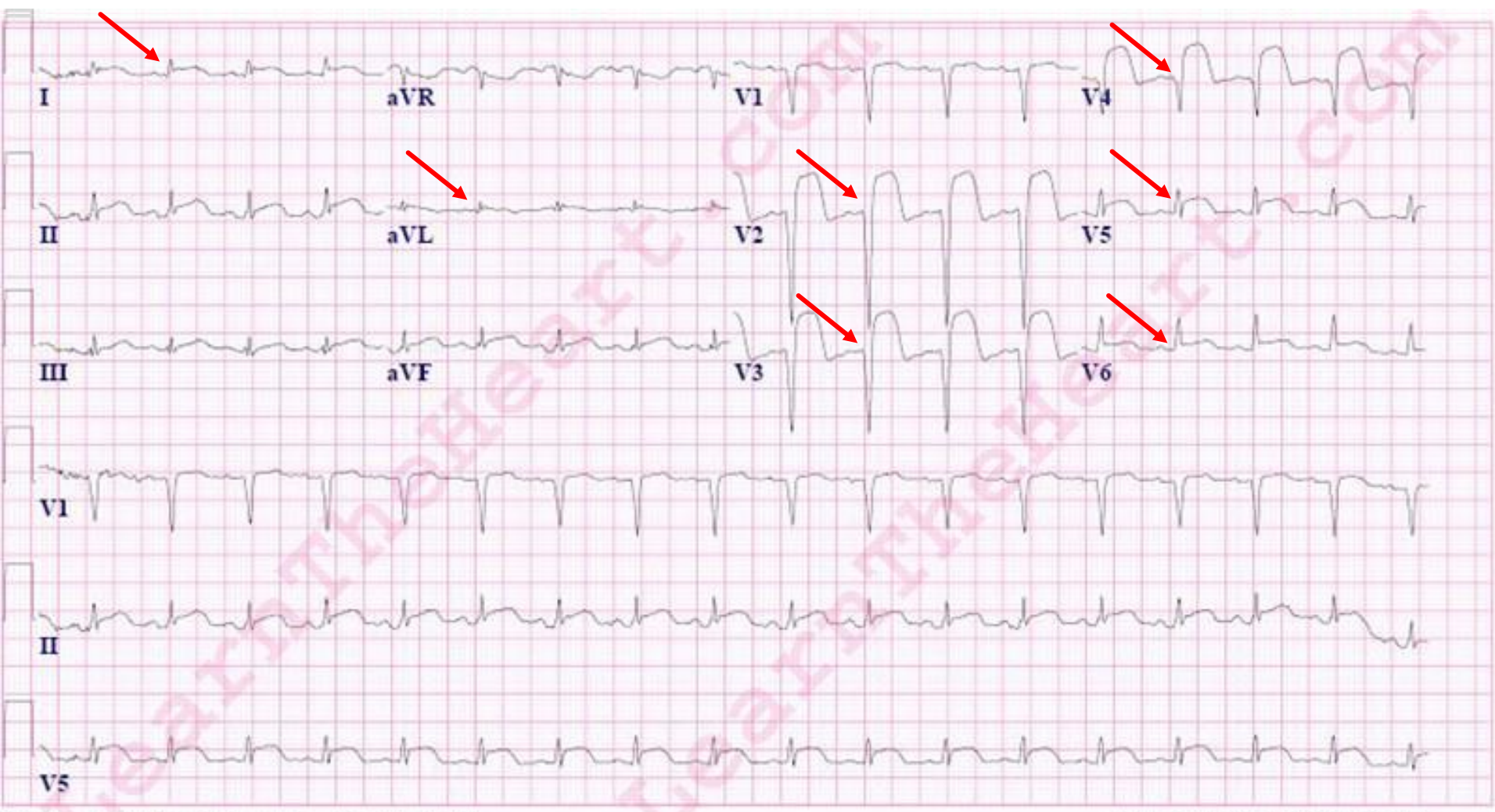
STEMI Anteriore



25mm/s 10mm/mV 150Hz 005C 12SL 250 CID: 1

EID:688 EDT: 10:23 22-AUG-2005 ORDER:

STEMI Anteriore



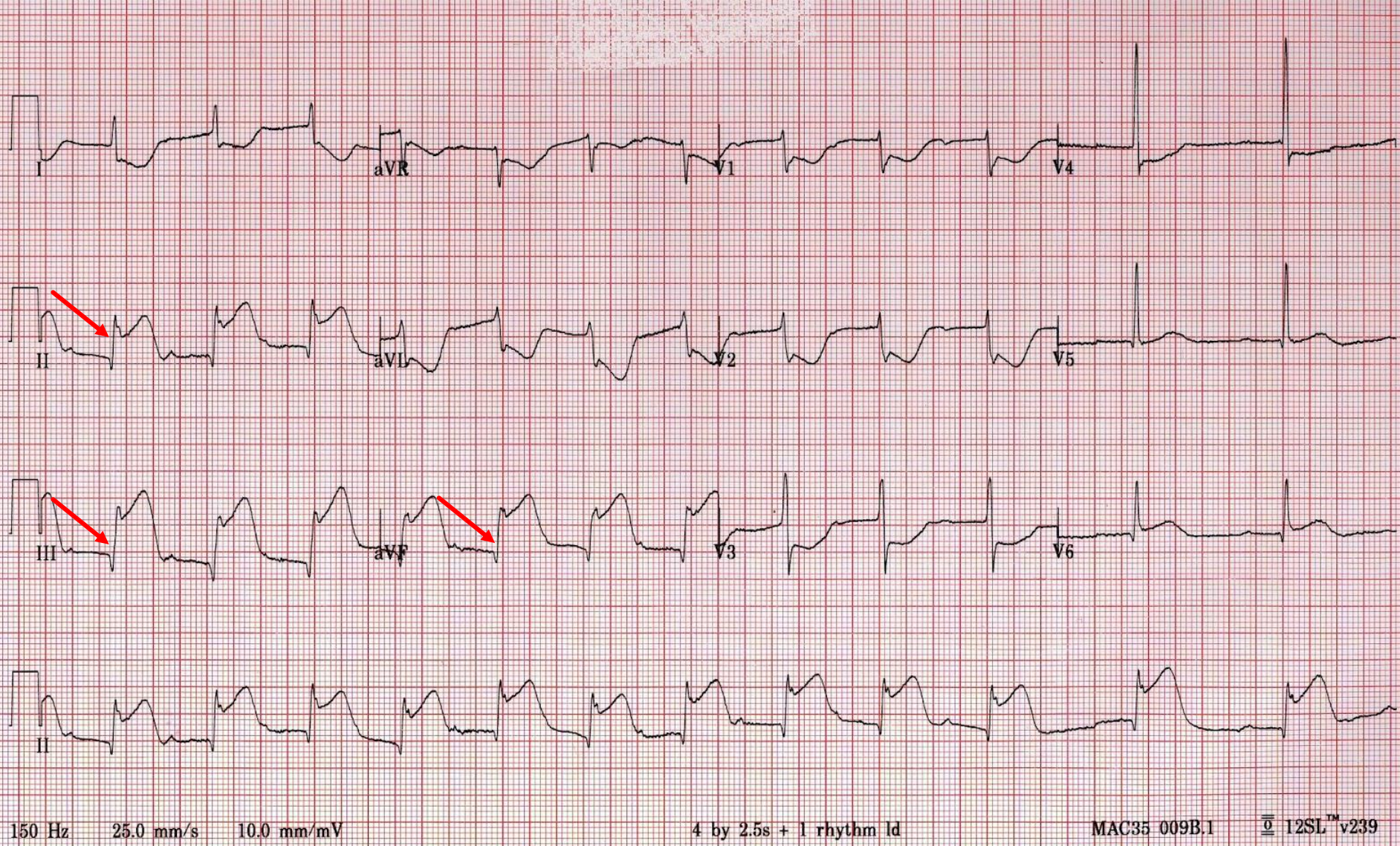
25mm/s 10mm/mV 150Hz 005C 125L 235 CID: 1

EID:766 EDT: 08:00 11-SEP-2007 ORDER:

STEMI Inferiore



(deriv. DII-DIII- aVF)



150 Hz 25.0 mm/s 10.0 mm/mV

4 by 2.5s + 1 rhythm Id

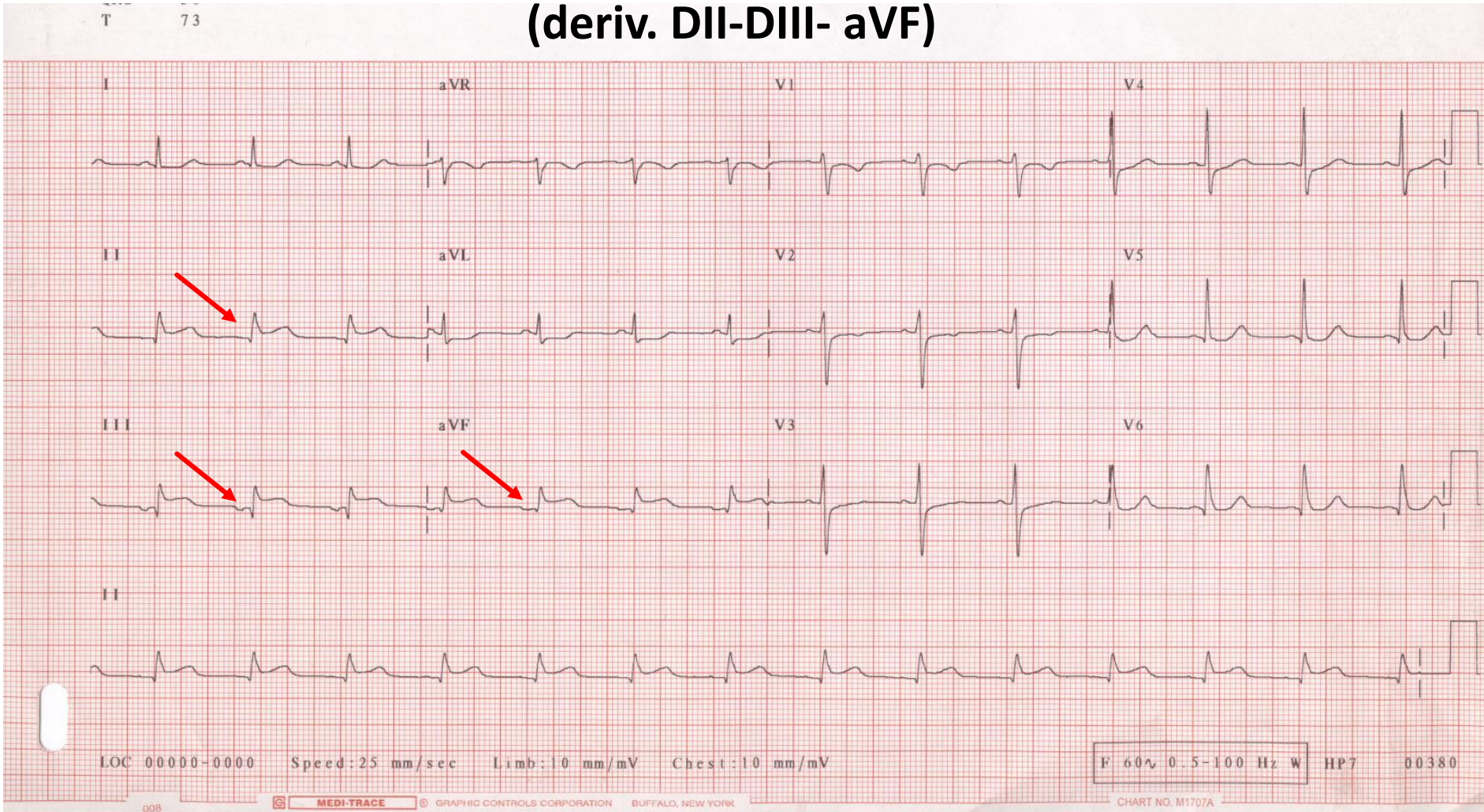
MAC35 009B.1

12SL™ v239

STEMI Inferiore



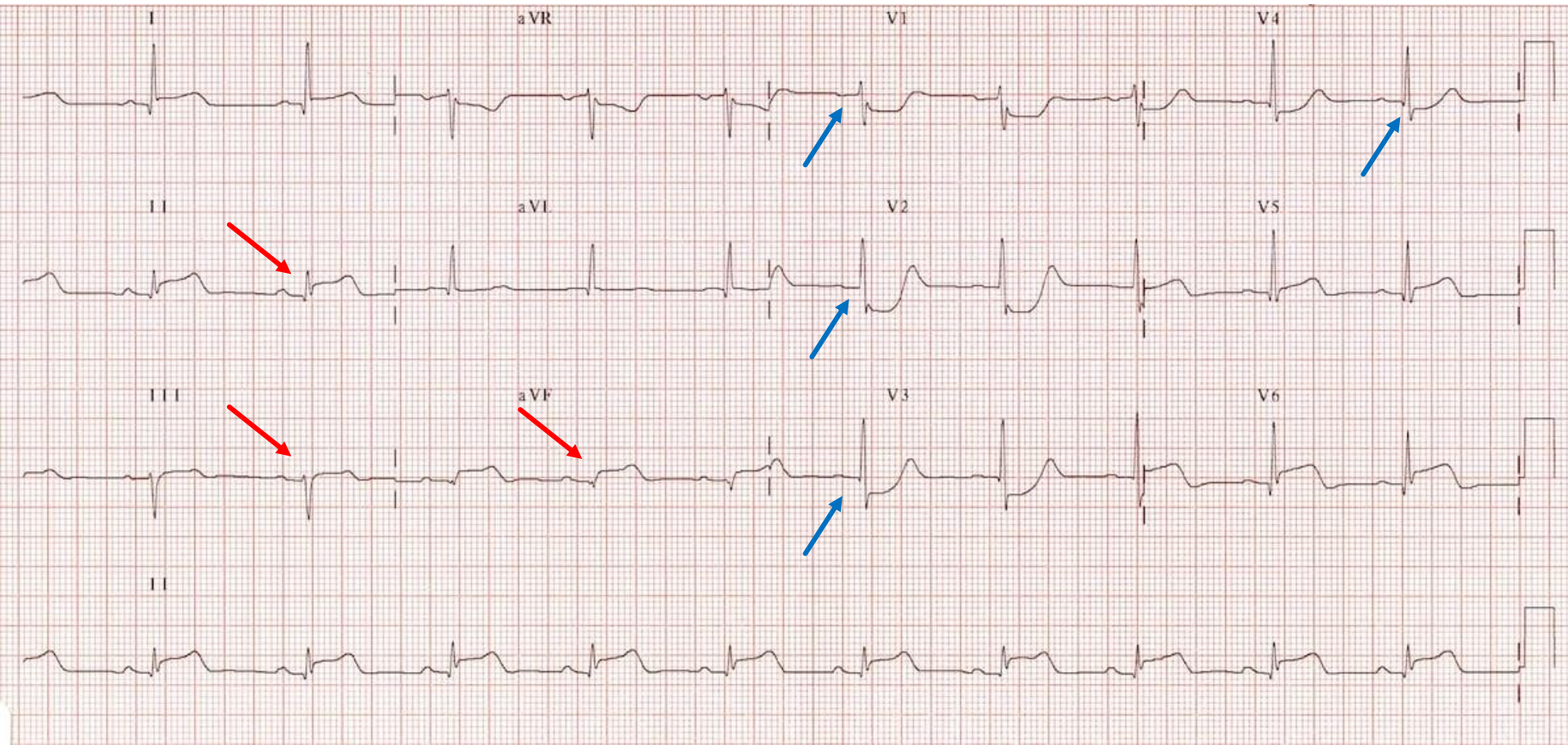
(deriv. DII-DIII- aVF)



Infarto posteriore



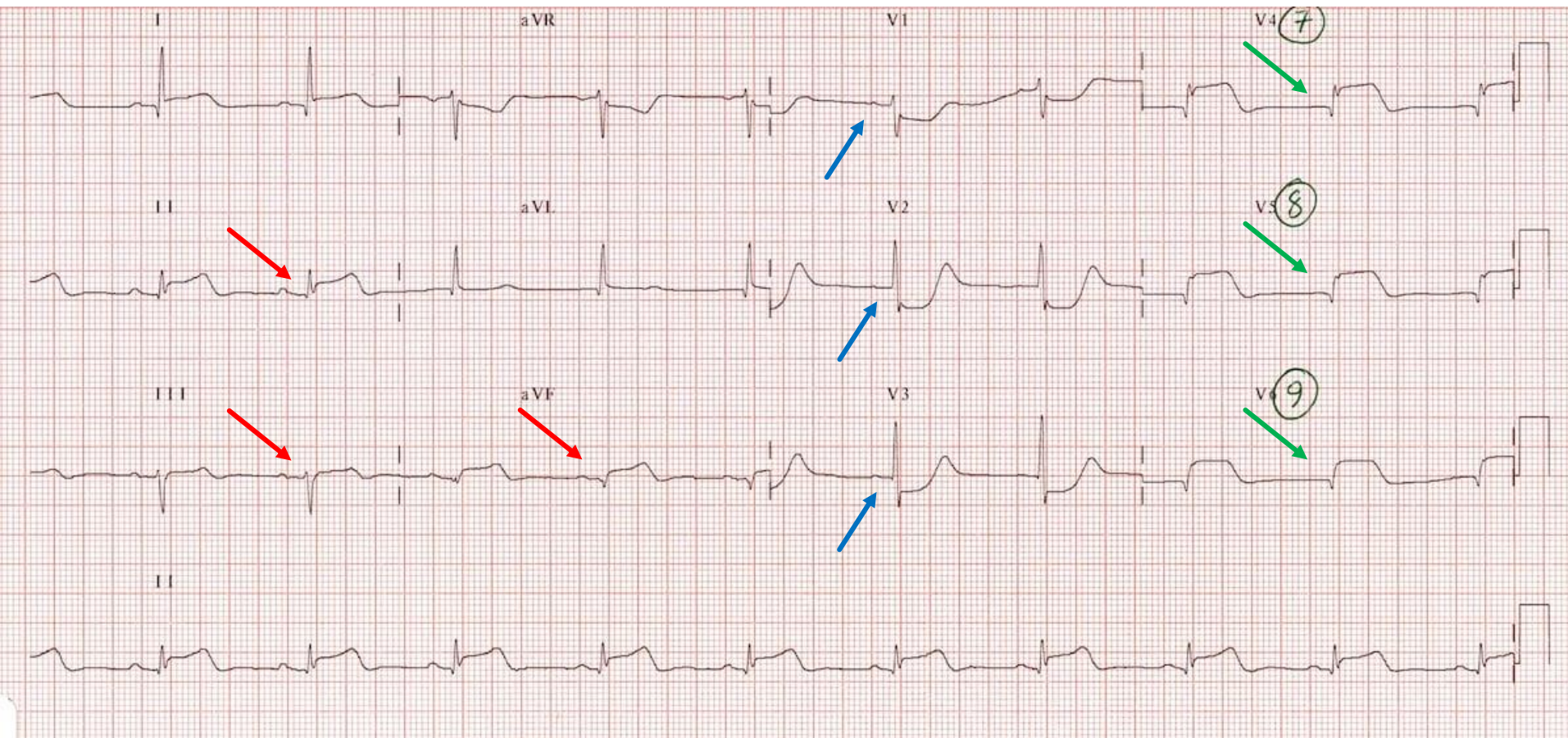
(ST ↓ deriv. V1-V4 e ST ↑ deriv. DII-DIII-aVF se infarto inferiore)



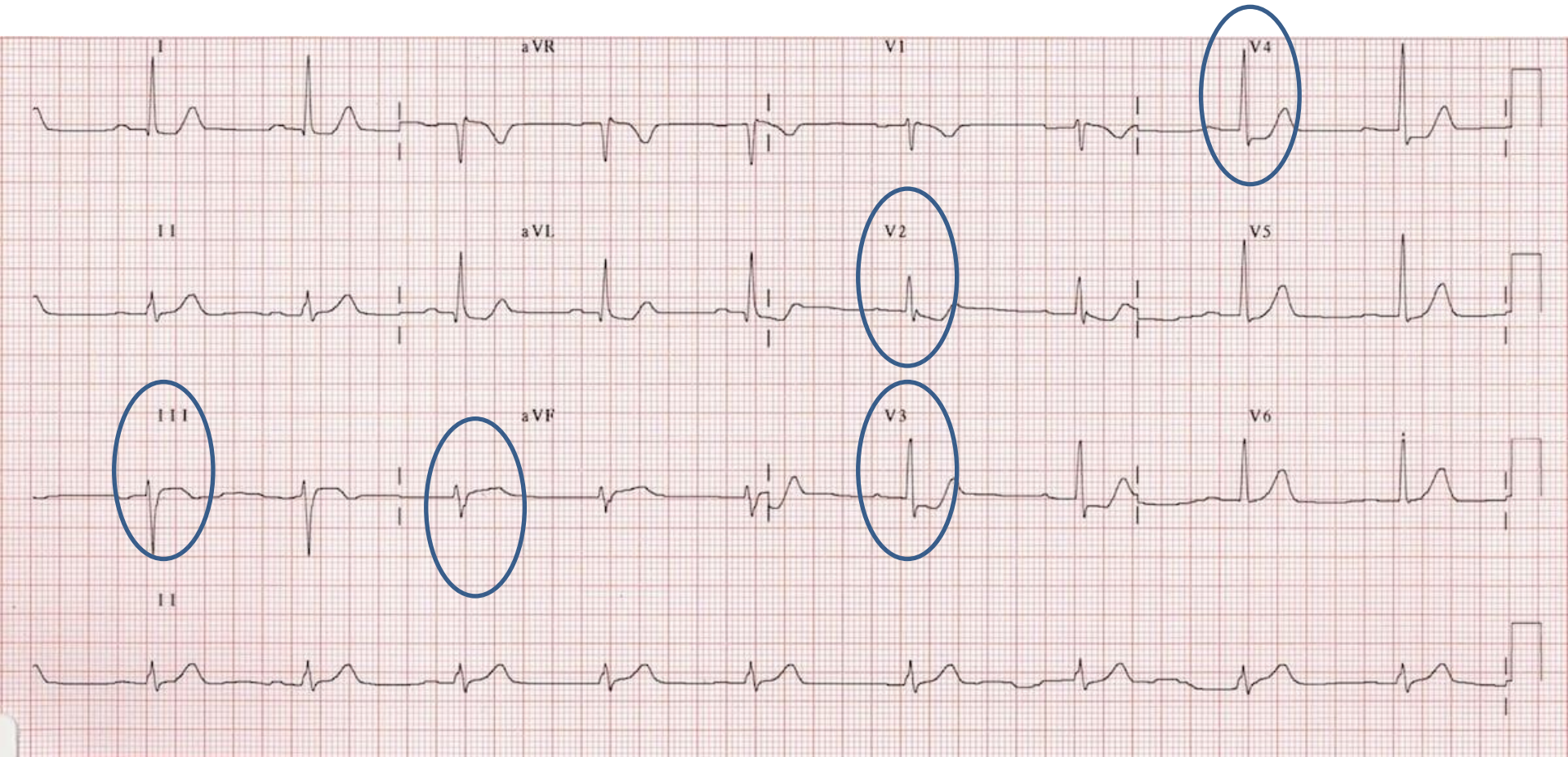
Infarto posteriore



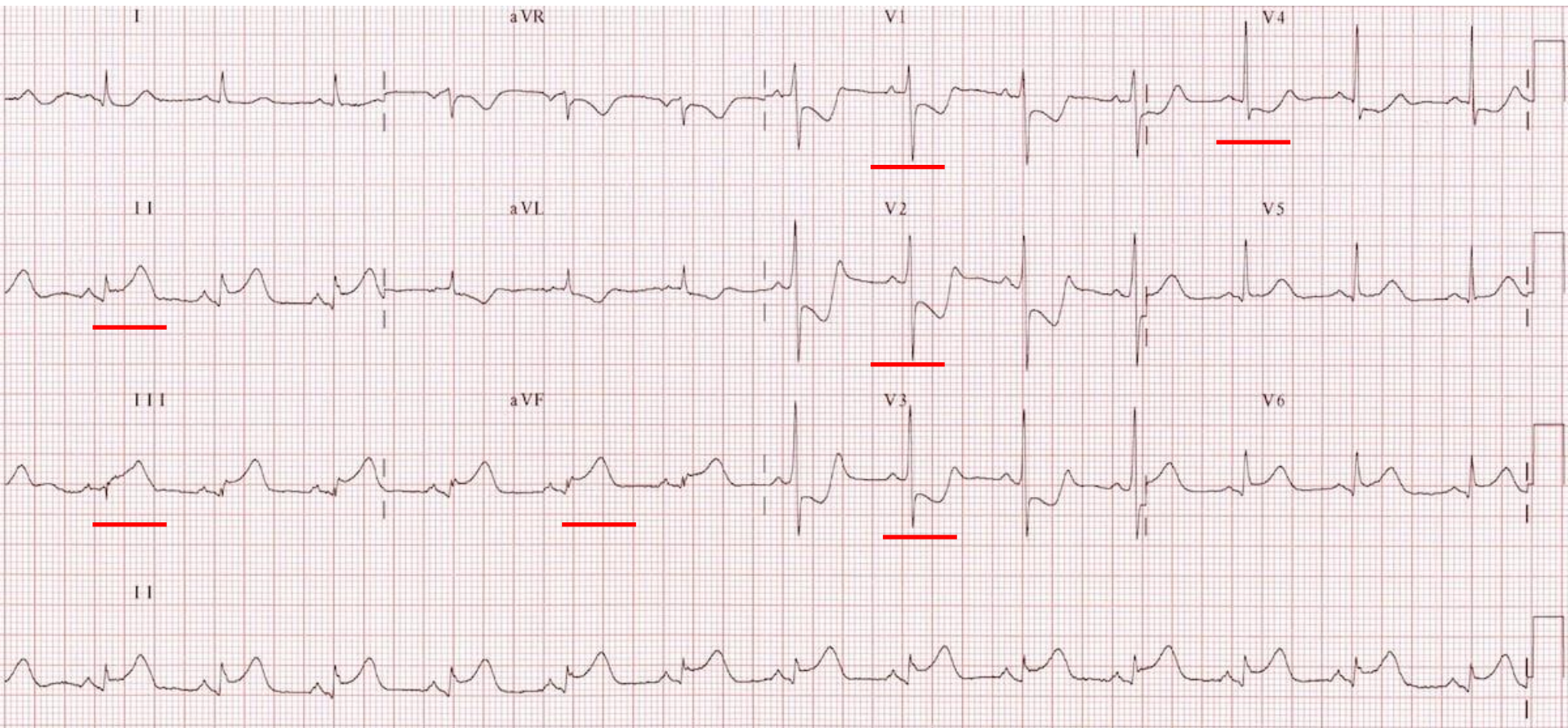
(derivazioni V7-V8-V9)



Infarto posteriore



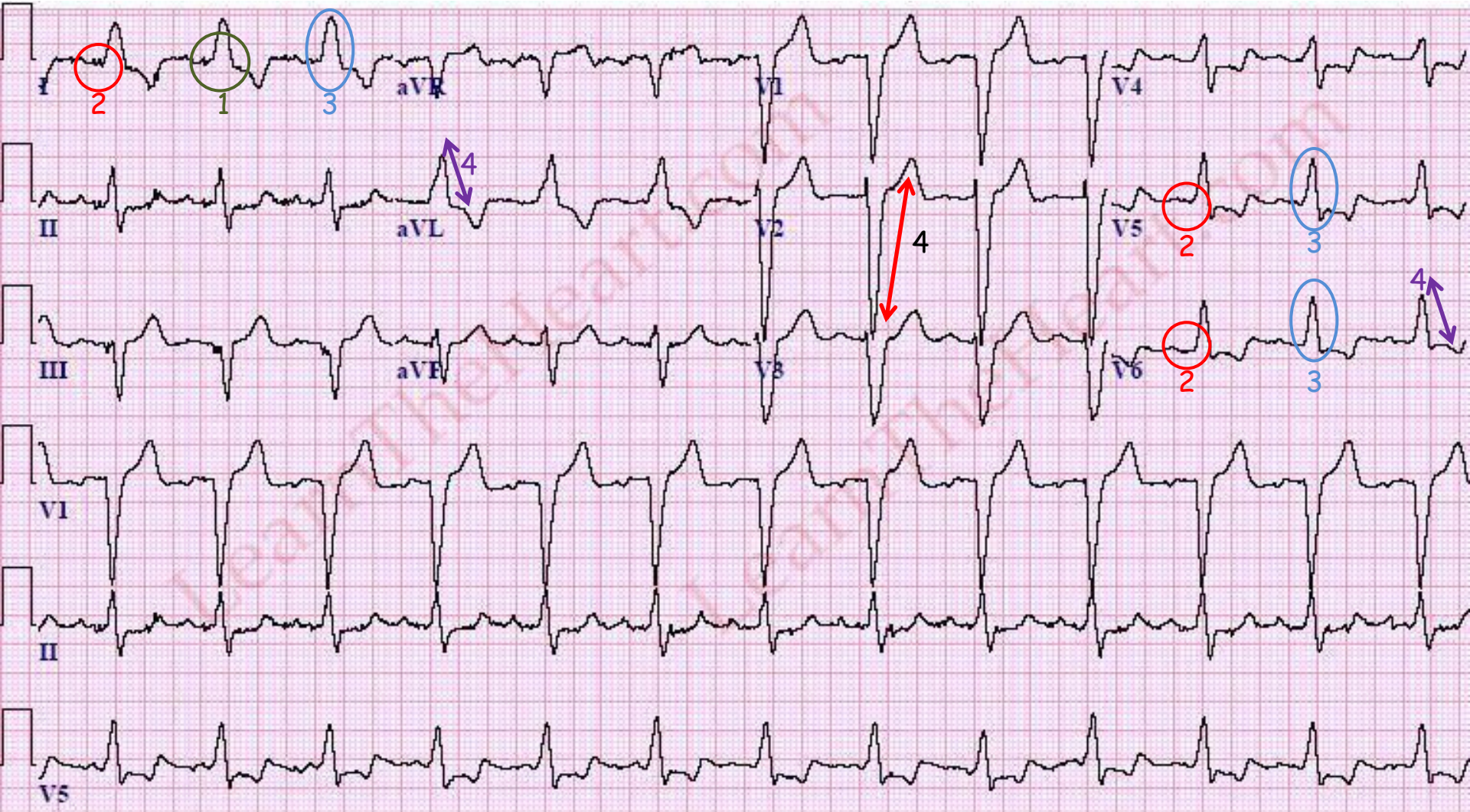
Infarto posteriore





BBSx

1. Durata del QRS superiore a 120 millisecondi
2. Assenza dell'onda Q nelle deriv. D1-V5-V6
3. Onda R monomorfa nelle deriv. D1-V5-V6
4. Spostamento del tratto ST e dell'onda T in senso opposto alla maggiore deflessione del complesso QRS

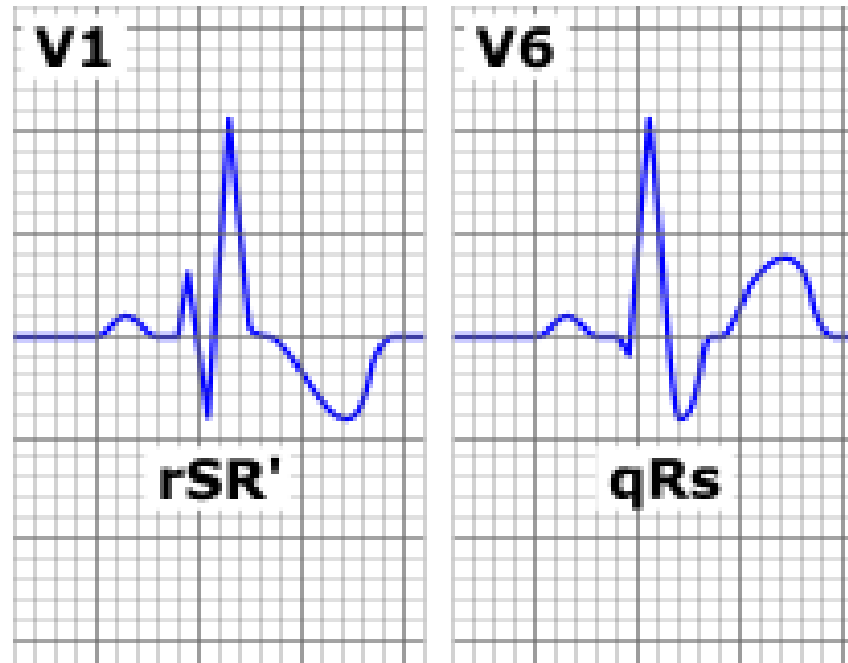




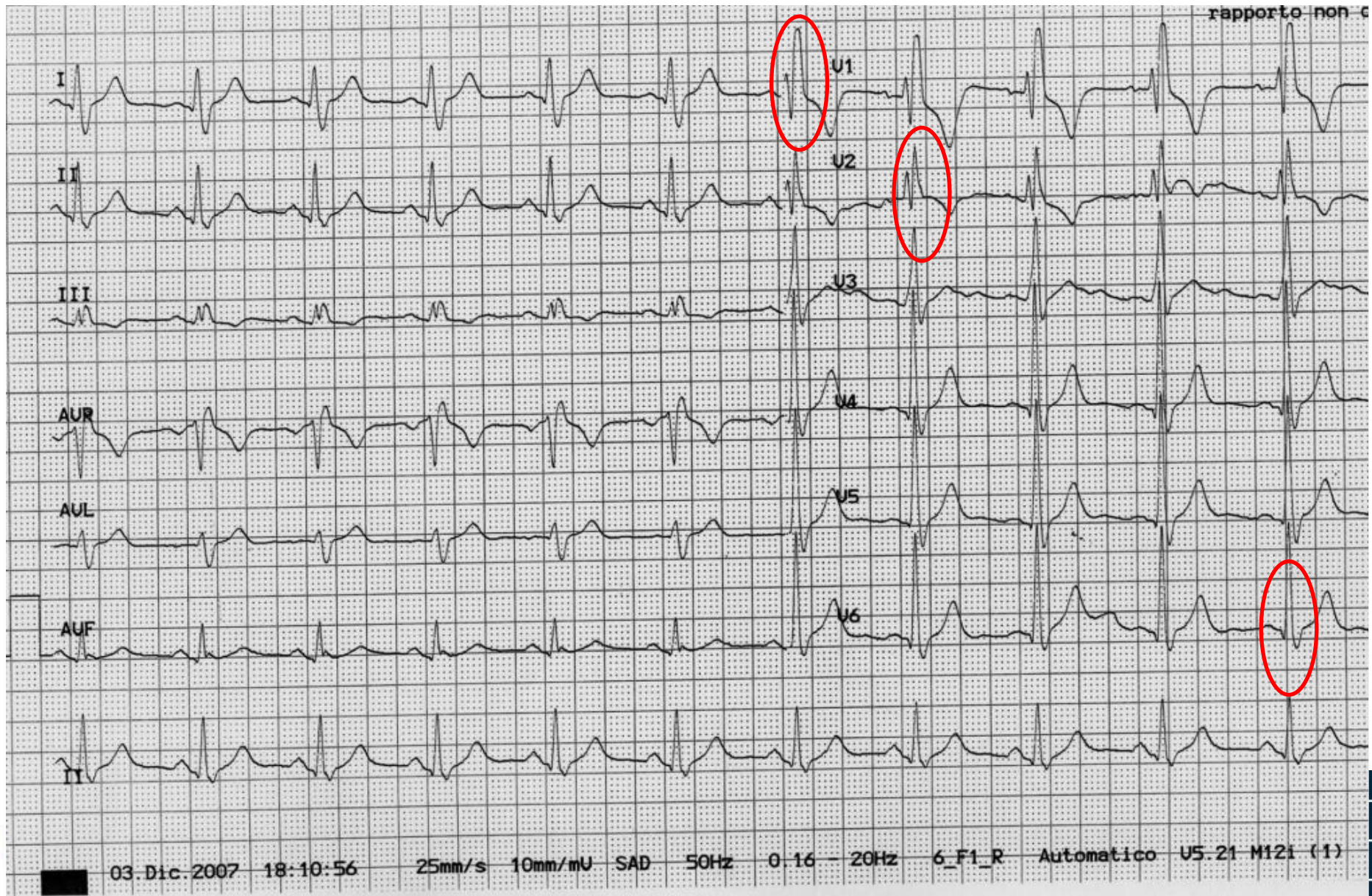
BBDx

1. Durata del QRS superiore a 120 millisecondi
2. Morfologia del QRS rsR' o rSR' in V1 e V2
3. Onda S di durata > 40 ms in V5 e V6

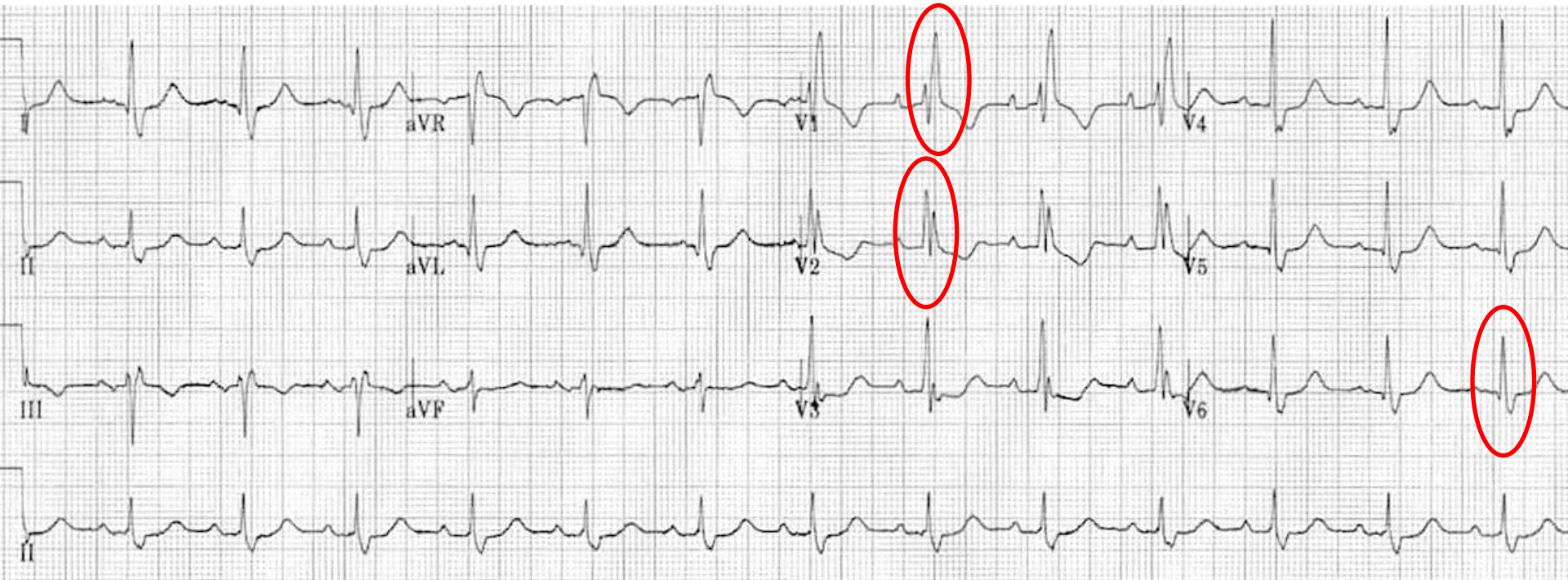
Right bundle branch block characteristics



BBDx



BBDx

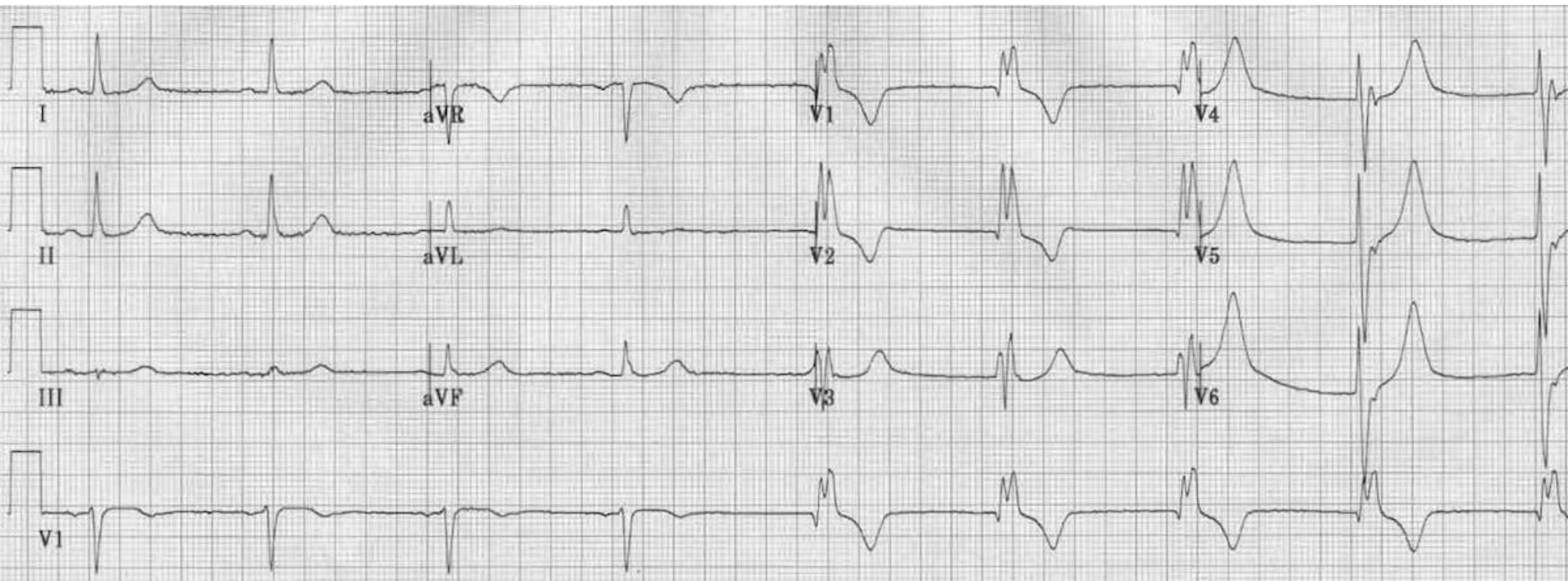


SALUTE LAZIO
SISTEMA SANITARIO REGIONALE



**REGIONE
LAZIO**

BBDx



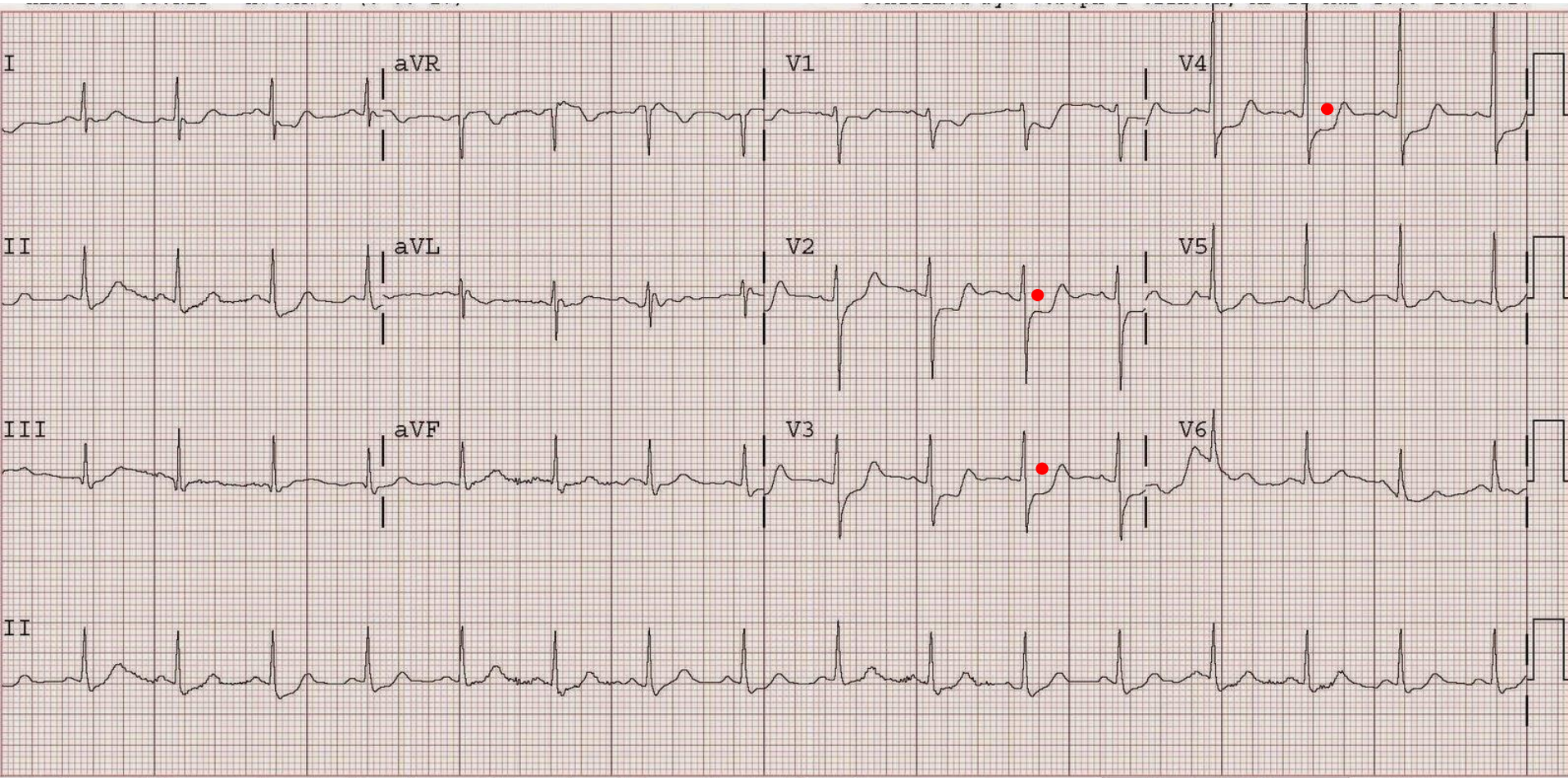
SALUTE LAZIO
SISTEMA SANITARIO REGIONALE



**REGIONE
LAZIO**

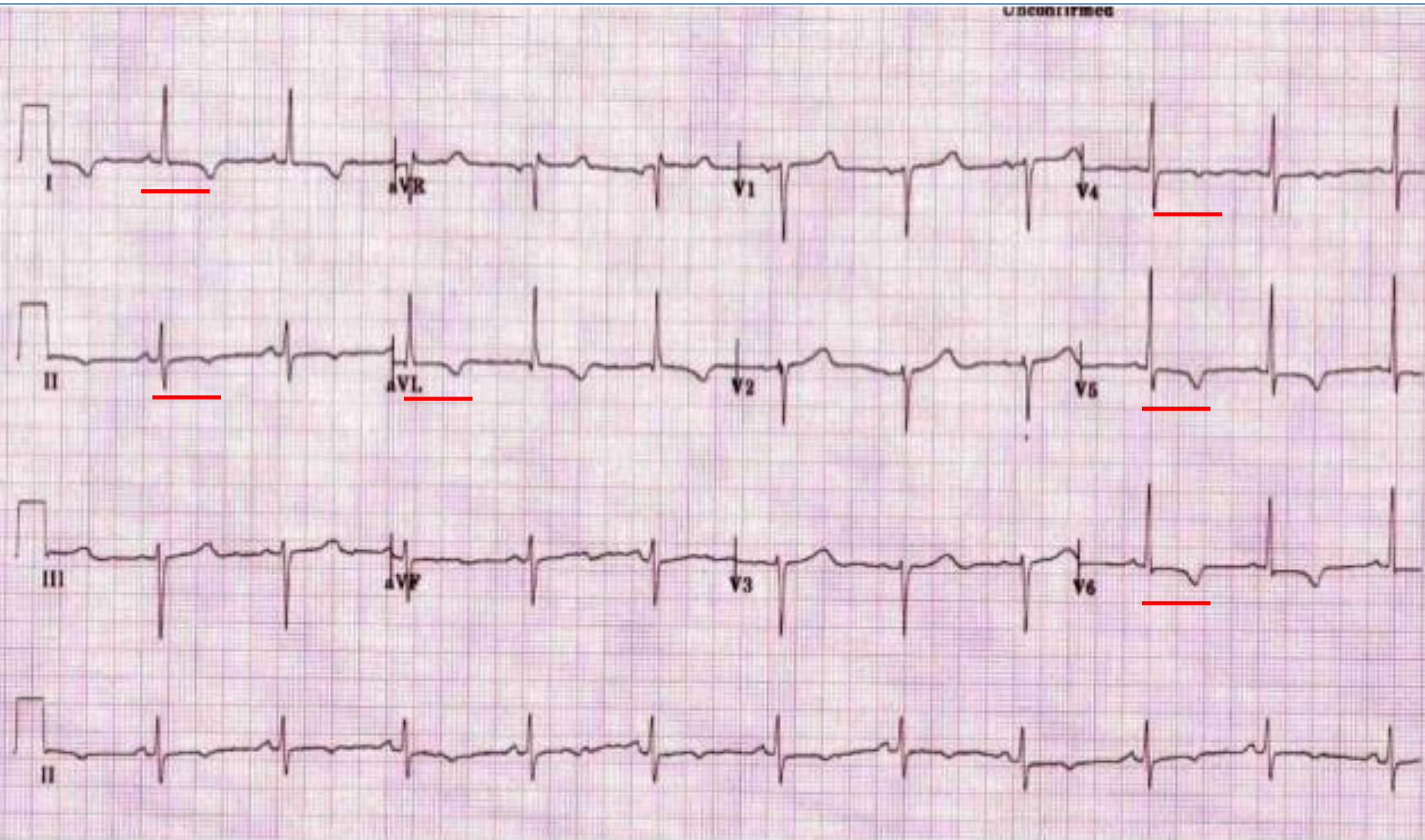


Tratto ST Non sopraslivellato



Tratto ST Non sopraslivellato

UNCONFINED





CASI CLINICI



SALUTE LAZIO
SISTEMA SANITARIO REGIONALE



**REGIONE
LAZIO**

CASO CLINICO 1



Uomo di 66 anni che riferisce:

Dolore retrosternale, oppressivo, accompagnato da sudorazione algida, della durata di circa 30 minuti, verificatosi la mattina presto e che non ha prontamente risposto ai nitrati si

Anamnesi: ipertensione, diabete, angina pectoris

Terapia: ACE-inibitori, ipoglicemizzanti orali, nitrati transdermici, ASA

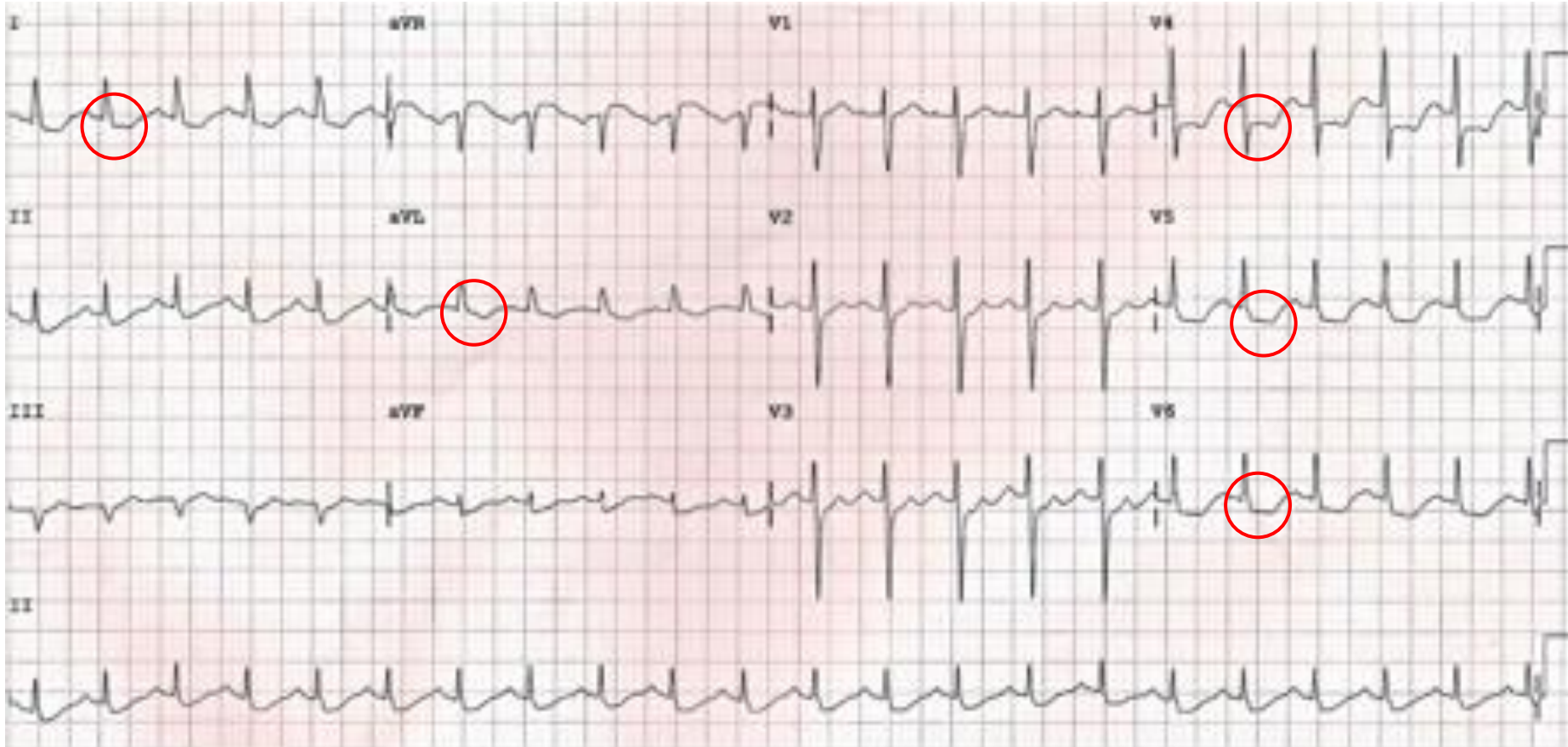
PV: PA 110/70
FC 135r
FR 20
GCS 15
SpO2 94%
TC 36,5
HGT 150
CPS 5



SALUTE LAZIO
SISTEMA SANITARIO REGIONALE



**REGIONE
LAZIO**



CODICE

VALUTAZIONE		1	2	3	4	5
A	vie aeree	ostruite	pervie	pervie	pervie	pervie
B	SpO2	≤ 86%	86-90%	>90-95%	>95%	>95%
	FR	< 10	> 30	22-30	17-21	12-16
C	FC b/m	≤ 40 ≥ 160	> 40 - ≤ 50 ≥110 - < 160 ≥ 90 < 110+aritmia*	> 50 - <60 ≥ 90 < 110 60-90+aritmia*	≥60-<90 non aritmia	≥60-<90 non aritmia
	PAS mmHg	≤ 75 o polsi periferici assenti ≥ 250	≤90 Indice di shock ≥ 1 > 200 - <250	>90 ≤ 105 Indice di shock <1 > 170	≤ 170	< 140
	PAD mmHg	≥ 130	≥ 120 - < 130	≥ 100 - < 120	< 100	< 90
D	GCS	≤11	12-13	14	15	15
E	TC	<35°	35°-35.5° - >39,5°C	38.0° - 39,5° C	<38,0° C	Febbre riferita
Dolore	Scala		8-10	4-7	1-3	Dolore non in atto
Glicemia	HGT mg/dl	< 40	40-60	60-80	>80	>80
			High o >300+sintomi°	>300 no sintomi°	<300	
Età				>75^		



DOLORE TORACICO NON TRAUMATICO

CODICE TRIAGE	1	2	3	4	5
Parametri vitali	Da codice 1	Da codice 2	Da codice 3	Da codice 4	Normali
Caratteristiche del Dolore Toracico e dell'ECG	Tipico/Atipico con S-T ↑ o BBSx o BBDx	Tipico senza alterazioni ECG Tipico/Atipico con ECG alterato non S-T ↑	Atipico, lieve (1-3), dolore puntorio, localizzato, trafittivo. ECG senza alterazioni	Non dolore in atto da almeno 24 h ECG senza alterazioni	
Sintomi/Segni Associati	Dispnea, senso di angoscia, pallore cutaneo sudorazione algida, cianosi, alterazione dei polsi, differenze pressorie tra gli arti superiori.	Fattori di rischio cardiovascolare.	Non fattori di rischio CV, febbre, tosse, neoplasia, allettamento Dolore con caratteristiche incerte/dubbie		
Fattori di Rischio		Uso di cocaina/stimolanti/sostanze d'abuso. Sincope. Aneurisma dell'aorta toracica. Edema/tumefazione monolaterale degli arti. Recente intervento chirurgico/fratture. Recente trauma toracico. Etnia.			
Score Specifici	CPS 7 - 8 punti	CPS 5 - 6 punti	CPS 3 - 4 punti	CPS 0 -2 punti	
PROCEDURE DI TRIAGE	1	2	3	4	5
Attività (Secondo protocollo locale)		Esami biochimici, strumentali (ECG entro 10 minuti dall'arrivo in PS), terapia e procedure infermieristiche			
Attivazione Consulenza (Secondo protocollo locale)	Codice 2				
Rivalutazione		Osservazione diretta o video- mediata con monitoraggio costante delle condizioni	Ripetizione di parte o tutte le fasi di valutazione su decisione del triagista, a richiesta del paziente, una volta trascorso il tempo di attesa massimo raccomandato		
Altro					

CASO CLINICO 2



Uomo di 75 anni che riferisce:

Dolore continuo intenso al centro del torace insorto improvvisamente con irradiazione alla mascella mentre il paziente sollevava una damigiana di vino; viene descritto come insopportabile, come una pugnalata, è accompagnato da sudorazione.

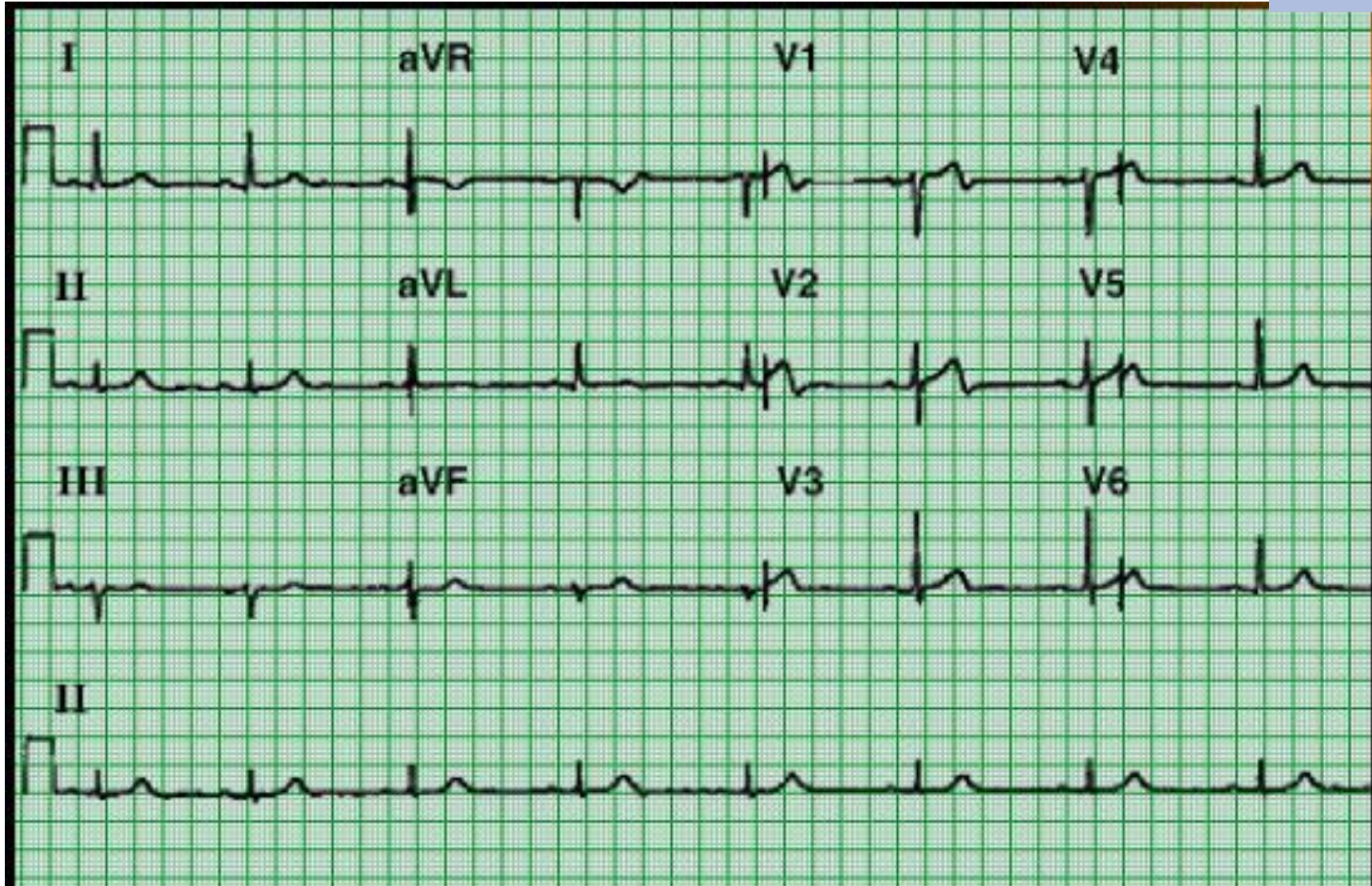
Anamnesi: familiarità per cardiopatia ischemica; ipertensione arteriosa mal controllata, ipercolesterolemia, obesità.

Terapia: ACE-inibitori, calcio-antagonisti (discontinuo), statine (discontinuo).

Obiettività: polsi radiali iposfigmici.

PV: **PA 105/60**
 FC 52r
 FR 20
 GCS 15
 SpO2 95%
 TC 36,7
 HGT 120
 CPS 5





VALUTAZIONE		1	2	3	4	5
A	vie aeree	ostruite	pervie	pervie	pervie	pervie
B	SpO2	≤ 86%	86-90%	>90-95%	>95%	>95%
	FR	< 10	> 30	22-30	17-21	12-16
C	FC b/m	≤ 40 ≥ 160	> 40 - ≤ 50 ≥110 - < 160 ≥ 90 < 110+aritmia*	> 50 - <60 ≥ 90 < 110 60-90+aritmia*	≥60-<90 non aritmia	≥60-<90 non aritmia
	PAS mmHg	≤ 75 o polsi periferici assenti ≥ 250	≤90 Indice di shock ≥ 1 > 200 - <250	>90 ≤ 105 Indice di shock <1 > 170	≤ 170	< 140
	PAD mmHg	≥ 130	≥ 120 - < 130	≥ 100 - < 120	< 100	< 90
D	GCS	≤11	12-13	14	15	15
E	TC	<35°	35°-35.5° - >39,5°C	38.0° - 39,5° C	<38,0° C	Febbre riferita
Dolore	Scala		8-10	4-7	1-3	Dolore non in atto
Glicemia	HGT mg/dl	< 40	40-60	60-80	>80	>80
			High o >300+sintomi°	>300 no sintomi°	<300	
Età				>75^		



DOLORE TORACICO NON TRAUMATICO

CODICE TRIAGE	1	2	3	4	5
Parametri vitali	Da codice 1	Da codice 2	Da codice 3	Da codice 4	Normali
Caratteristiche del Dolore Toracico e dell'ECG	Tipico/Atipico con S-T ↑ o BBSx o BBDx	Tipico senza alterazioni ECG Tipico/Atipico con ECG alterato non S-T ↑	Atipico, lieve (1-3), dolore puntorio, localizzato, trafittivo. ECG senza alterazioni	Non dolore in atto da almeno 24 h ECG senza alterazioni	
Sintomi/Segni Associati Fattori di Rischio	Dispnea, senso di angoscia, pallore cutaneo sudorazione algida, <div style="border: 2px solid red; padding: 2px;">cianosi, alterazione dei polsi, differenze pressorie tra gli arti superiori.</div>	Fattori di rischio cardiovascolare. Uso di cocaina/stimolanti/sostanze d'abuso. Sincope. Aneurisma dell'aorta toracica. Edema/tumefazione monolaterale degli arti. Recente intervento chirurgico/fratture. Recente trauma toracico. Etnia.	Non fattori di rischio CV, febbre, tosse, neoplasia, allettamento Dolore con caratteristiche incerte/dubbie		
Score Specifici	CPS 7 - 8 punti	CPS 5 - 6 punti	CPS 3 - 4 punti	CPS 0 - 2 punti	
PROCEDURE DI TRIAGE	1	2	3	4	5
Attività (Secondo protocollo locale)		Esami biochimici, strumentali (ECG entro 10 minuti dall'arrivo in PS), terapia e procedure infermieristiche			
Attivazione Consulenza (Secondo protocollo locale)	Codice 1				
Rivalutazione		Osservazione diretta o video- mediata con monitoraggio costante delle condizioni	Ripetizione di parte o tutte le fasi di valutazione su decisione del triagista, a richiesta del paziente, una volta trascorso il tempo di attesa massimo raccomandato		
Altro					



CASO CLINICO 3

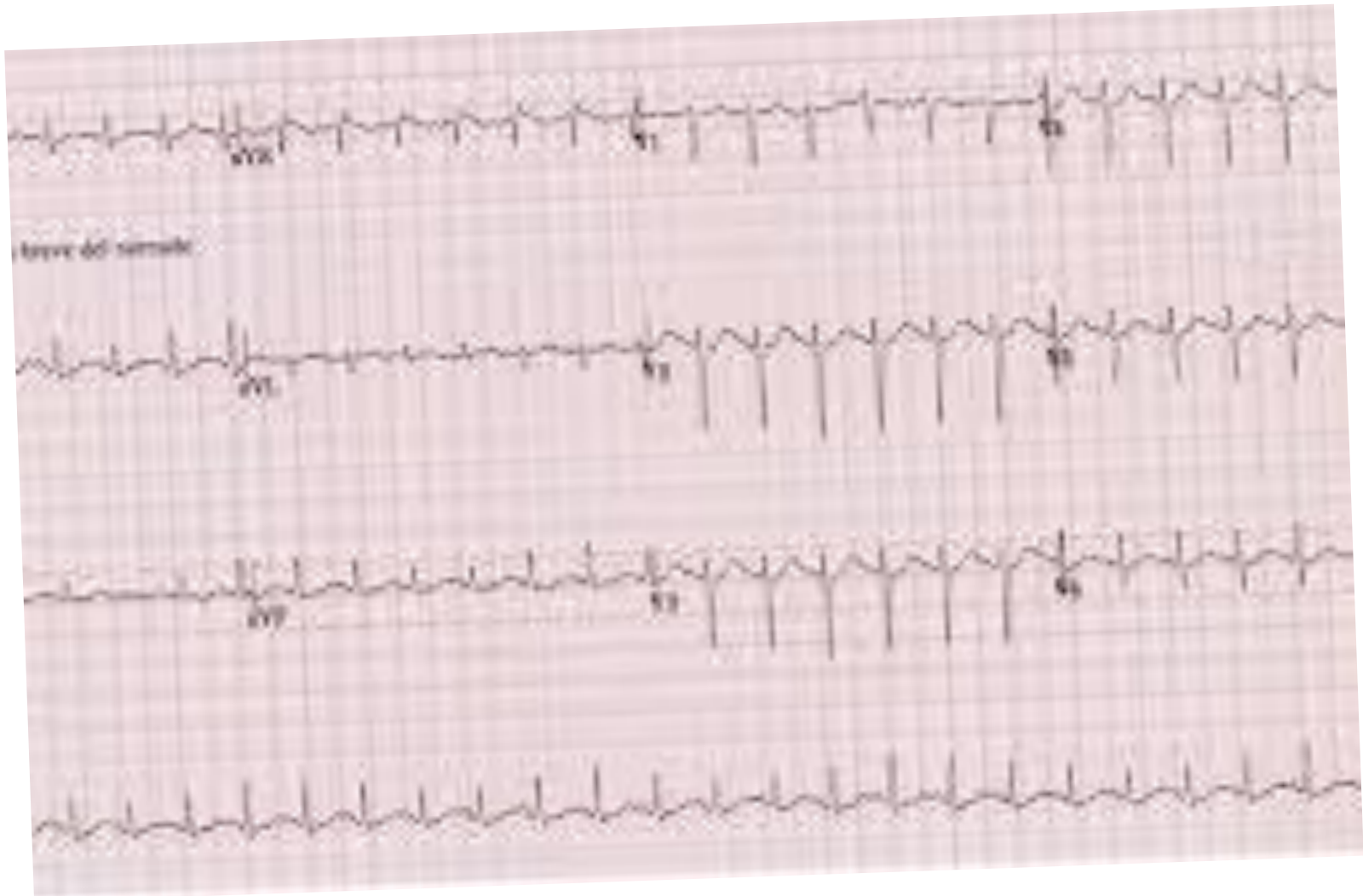
Donna di 37 anni

Dolore di tipo puntorio ad insorgenza improvvisa. Dispnea ingravescente.
Sudorazione. Stato di agitazione

Anamnesi: recente parto

Terapia: anticoncezionale orale

PV: **PA 90/60**
 FC 137r
 FR 34
 GCS 15
 SpO2 90%
 TC 36,2
 HGT 100



CODICE

VALUTAZIONE		1	2	3	4	5
A	vie aeree	ostruite	pervie	pervie	pervie	pervie
B	SpO2	≤ 86%	86-90%	>90-95%	>95%	>95%
	FR	< 10	> 30	22-30	17-21	12-16
C	FC b/m	≤ 40 ≥ 160	> 40 - ≤ 50 ≥110 - < 160 ≥ 90 < 110+aritmia*	> 50 - <60 ≥ 90 < 110 60-90+aritmia*	≥60-<90 non aritmia	≥60-<90 non aritmia
	PAS mmHg	≤ 75 o polsi periferici assenti ≥ 250	≤90 Indice di shock ≥ 1 > 200 - <250	>90 ≤ 105 Indice di shock <1 > 170	≤ 170	< 140
	PAD mmHg	≥ 130	≥ 120 - < 130	≥ 100 - < 120	< 100	< 90
D	GCS	≤11	12-13	14	15	15
E	TC	<35°	35°-35.5° - >39,5°C	38.0° - 39,5° C	<38,0° C	Febbre riferita
Dolore	Scala		8-10	4-7	1-3	Dolore non in atto
Glicemia	HGT mg/dl	< 40	40-60	60-80	>80	
			High o >300+sintomi°	>300 no sintomi°	<300	
Età				>75^		



DOLORE TORACICO NON TRAUMATICO					
CODICE TRIAGE	1	2	3	4	5
Parametri vitali	Da codice 1	Da codice 2	Da codice 3	Da codice 4	Normali
Caratteristiche del Dolore Toracico e dell'ECG	Tipico/Atipico con S-T ↑ o BBSx o BBDx	Tipico senza alterazioni ECG Tipico/Atipico con ECG alterato non S-T ↑	Atipico, lieve (1-3), dolore puntorio, localizzato, trafittivo. ECG senza alterazioni	Non dolore in atto da almeno 24 h ECG senza alterazioni	
Sintomi/Segni Associati Fattori di Rischio	Dispnea, senso di angoscia, pallore cutaneo sudorazione algida, cianosi, alterazione dei polsi, differenze pressorie tra gli arti superiori.	Fattori di rischio cardiovascolare. Uso di cocaina/stimolanti/sostanze d'abuso. Sincope. Aneurisma dell'aorta toracica. Edema/tumefazione monolaterale degli arti. Recente intervento chirurgico/fratture. Recente trauma toracico. Etnia.	Non fattori di rischio CV, febbre, tosse, neoplasia, allettamento Dolore con caratteristiche incerte/dubbie		
Score Specifici	CPS 7 - 8 punti	CPS 5 - 6 punti	CPS 3 - 4 punti	CPS 0 - 2 punti	
PROCEDURE DI TRIAGE	1	2	3	4	5
Attività (Secondo protocollo locale)		Esami biochimici, strumentali (ECG entro 10 minuti dall'arrivo in PS), terapia e procedure infermieristiche			
Attivazione Consulenza (Secondo protocollo locale)	Codice 1				
Rivalutazione		Osservazione diretta o video- mediata con monitoraggio costante delle condizioni	Ripetizione di parte o tutte le fasi di valutazione su decisione del triagista, a richiesta del paziente, una volta trascorso il tempo di attesa massimo raccomandato		
Altro					



GRAZIE PER L'ATTENZIONE



SALUTE LAZIO
SISTEMA SANITARIO REGIONALE



**REGIONE
LAZIO**