

Congresso Regionale SIMEU Emilia Romagna 2017

TEAM WORKING IN EMERGENZA-URGENZA:  
DAL TERRITORIO ALLA MEDICINA D'URGENZA IN UN LAVORO DI EQUIPE  
MULTIPROFESSIONALE E MULTIDISCIPLINARE

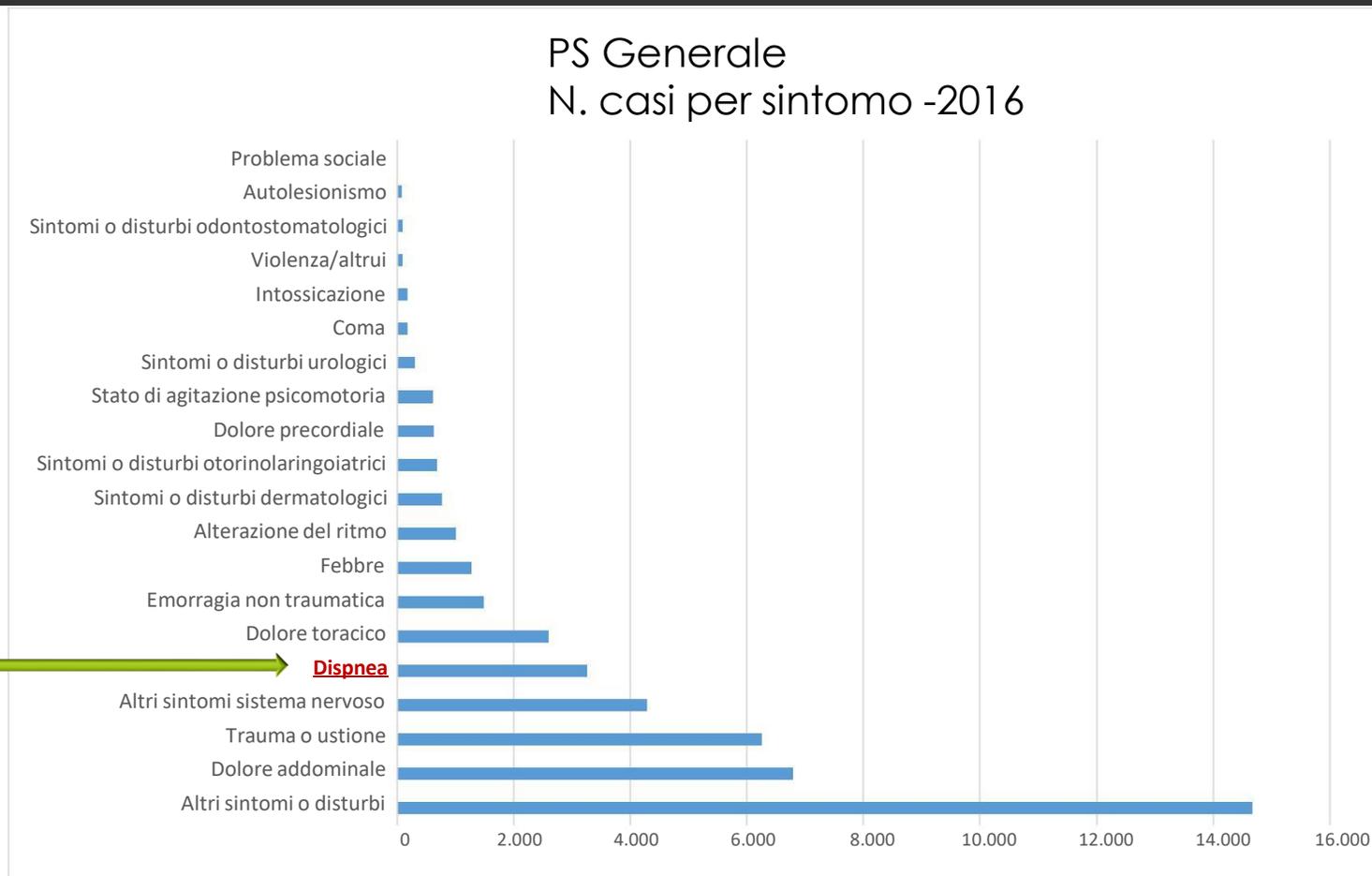
## Competenze infermieristiche nella gestione del paziente con dispnea acuta in PS/Shock Room

**Aula Magna Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara, 12 maggio 2017**

**Francesca Chierici  
Pronto Soccorso**

**Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara**

La dispnea è definita come una sensazione spiacevole legata alla respirazione e rappresenta una delle più frequenti cause di chiamata per il 118 e di visita in Pronto Soccorso.



## VALUTAZIONE SULLA PORTA

Le caratteristiche della dispnea

Colorito di cute e mucose

Decubito

Rumori respiratori udibili



Un quadro clinico di insufficienza respiratoria acuta è da identificare rapidamente!!!!

# VALUTAZIONE SOGGETTIVA

sintomo principale

passaggio di consegne tra l'equipaggio del 118  
e operatore del triage

sintomi associati

patologie pregresse

farmaci assunti

# VALUTAZIONE OGGETTIVA

Pa

Fr

Fc e ritmo

Tc

Spo2

## Interventi:

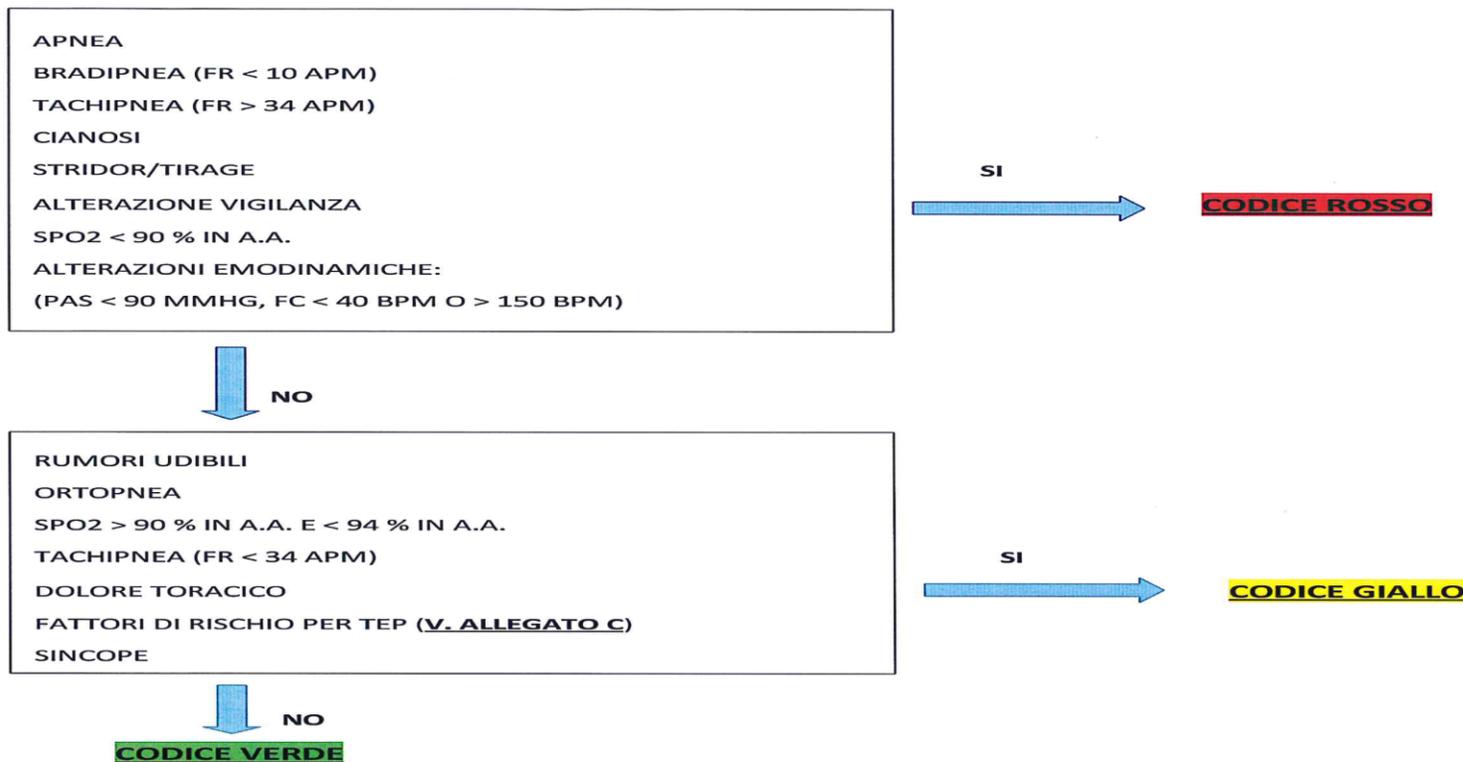
facilitare la postura del pz

erogare o2 a bassi flussi ove necessario



# DECISIONE DI TRIAGE

## DISPNEA



### **FARE ATTENZIONE A:**

- Falsa desaturazione (smalto, tremori);
- Intossicazione da CO;
- Tempo d'insorgenza (improvviso, ore, giorni);
- Patologie pregresse;

Il Coordinatore  
C.P.S.E. A. Lenzi

Il Direttore U.O.  
Dott. R. Melandri

# CODICE COLORE

codice verde → sala d'attesa dei codici minori



rivalutato dopo 30-60 min



ambulatorio verdi

codice giallo → ambulatorio gialli

→ sala d'attesa codici gialli → rivalutato dopo 15 min

codice rosso → immediato accesso shock room



# SHOCK ROOM

2 postazioni

trattamento contemporaneo  
di 2 codici rossi

équipe :1 medico 2 infermieri 1 oss

infermiere con funzioni trasversali dedicato



# SHOCK ROOM

posturare il pz

PV

monitoraggio continuo

EGA

accesso venoso

prelievi ematici

ECG 12 derivazioni

catetere vescicale

somministrare la tp

visita medica

esami strumentali

O2 tp

c-pap/niv

intubazione

sorveglianza

trasporto del paziente

# Diamo i numeri

Nei primi 6 mesi del 2016:  
112 codici rossi per dispnea

63 trattati con c-pap

3 trattati con niv

46 no ventilazione

Tempi di permanenza in  
Shock Room

20 casi trattamento  $\leq 1$  ora

46 casi trattamento  $> 1$  ora

20 casi trattamento  $> 2$  ore

35 casi trattamento  $\leq 1$  ora

11 casi  $> 1$  ora

Cosa migliorare?

## Sala d'attesa dedicata

Riduzione tempo di permanenza in Shock Room

Visita parenti

Monitoraggio

PV

EGA arteriosi seriati

gestire un accesso venoso

trattamento con c-pap/niv

riconoscere la comparsa di segni di distress respiratorio

# Cosa migliorare? rapporto paziente/infermiere

Il paziente:

---

disagio causato dall'interfaccia c-pap

marcata riduzione del grado di  
collaborazione causato dallo squilibrio  
dei gas nel sangue

pz critico

stato d'animo: ansia, paura, agitazione

L'infermiere:

---

contesto operativo difficile

capacità tecniche-assistenziali

lavoro in équipe

**capacità relazionali**

# CONCLUSIONI

La complessità clinica del paziente con dispnea acuta trattato con Niv o C-pap in Ps, si intreccia con la complessità di un ambiente che non è completamente dedicato alla patologia respiratoria.

Il personale infermieristico svolge un ruolo determinante nell'agevolare la compliance del paziente e nel coordinare le diverse figure sanitarie coinvolte

# Grazie dell'attenzione!

