

STABILIZZAZIONE E TRASFERIMENTO DEL PAZIENTE

M. Minicangeli

Il trasferimento del paziente dal P.S. al reparto di M.d'U., deve essere presa solo dopo avere presentato e discusso il caso con i responsabili del reparto: al fine garantire la continuità assistenziale, ed iniziare tempestivamente l'iter diagnostico-terapeutico con le indicazioni specifiche del caso.

Nella fase operativa del trasferimento
(dal P.S. al reparto di M.d.'U.) si eseguirà
un trasporto protetto garantire la
continuità delle cure, utilizzando tutti i
supporti necessari,
(esempio monitor per elettrocardiogramma ,
ossigeno terapia ecc.)

Nel reparto di Medicina d'Urgenza l'assistenza infermieristica, di tipo semi-intensivo, nelle prime 48/72 h del ricovero garantisce:

- prestazioni assistenziali infermieristiche continue;
- presenza costante di operatori;
- utilizzo di tecnologia non invasiva

Il raggiungimento degli obiettivi specifici del reparto di M.d'U:

- stabilizzazione condizioni cliniche;
- identificazione dell'evento patologico e trasferimento presso l'unità operativa di competenza;
- risoluzione dell'evento patologico e dimissione.

Il modello organizzativo infermieristico dovrà curare altri aspetti per raggiungere la massima efficienza e qualità nelle prestazioni quali:

- approccio metodico al lavoro infermieristico;
- specifica competenza;
- intesa e coesione nel lavoro di gruppo.

Tra gli strumenti attualmente a disposizione del personale infermieristico e di indubbia validità, che favoriscono lo sviluppo dei punti sopra elencati si identificano:

- protocolli operativi;
- procedure;
- linee guida.

I protocolli operativi si possono utilizzare in tutte le fasi dell'assistenza e si consiglia di concordare in collaborazione con l'équipe infermieristica, per favorire l'accettazione da parte di tutti ed una corretta applicazione

Esempio di protocolli operativi:

- Protocollo per accoglienza paziente
- Protocollo operativo per paziente affetto da dolore toracico

Protocollo dolore toracico

- Accettazione paziente, raccolta dati del paziente (anagrafici, malattie principali, terapie in corso)
- paziente a riposo
- monitorizzare ECG
- reperire accesso vascolare (ago 20/18 ch)
- rilevare P.A. (braccio destro e sinistro)
- eseguire ECG e programmare a distanza di 8 h
- P.A. ogni 2/4 h per le prime 12 h in seguito profilo P.A. giornaliero
- Programmare enzimi cardiaci ogni 6-8 ore
- controllo diuresi ogni 8 ore
- rilevare T.C. se febbre programmare profilo termico
- Programmare Rx torace se non eseguito in P.S.
- Se alterazioni ECG accompagnate da rialzo enzimi cardiaci programmare digiuno per il pasto successivo
- seguire ulteriori prescrizioni mediche

Esami di routine in dolore toracico

- Glucosio, creatinina, azoto ureico, CK, LDH, Na⁺, K⁺, Ca⁺⁺, Bilirubina totale, ALT, AST, amilasi, colesterolo tot., HDL, LDL, trigliceridi
- Enzimi per 3 volte (ogni 6/8)
- Emocromo
- VES, Proteina C reattiva
- APTT, PTT, fibrinogeno

obiettivo della stabilizzazione del paziente attraverso attività assistenziali (anche con utilizzo di protocolli) quali:

1. pressione arteriosa;
2. per registrare tutti gli eventi che si possono manifestare anche in situazioni apparentemente a basso rischio (es. la comparsa improvvisa di ematuria in un politrauma minore);
3. utilizzo di strumenti di lavoro concordati dall'equipe medico infermieristica, di facile compilazione e interpretazione;
4. diuresi (rilevazione ogni 4/6h. se necessario anche in tempi minori);
 - somministrazione dei farmaci ad alto rischio (es. farmaci vasoattivi) con l'ausilio di pompe infusionali a ciclo continuo
5. temperatura corporea;
6. frequenza respiratoria;
 - capacità nella gestione ed utilizzo di sistemi di supporto respiratorio di tipo non invasivo (CPAP);
7. saturimetria.
 - bilancio idrico giornaliero

il personale deve essere in grado di garantire oltre all'assistenza specifica un'elevata capacità di gestione dell'emergenza, mediante:

- un programma di formazione
- frequenza a moduli formativi quali:
 1. corsi ALS
 2. formazione sulla elettrocardiografia di base e conoscenza dei ritmi cardiaci
 3. gestione del politrauma

Esperienza personale

sono stati concordati ,tra medici e personale infermieristico, dei protocolli per una gestione degli esami diagnostici strumentali e non.

Sono stati:

1. **raggruppati** i pazienti per specifiche patologie
2. **codificati** per ogni gruppo, gli esami ematochimici di routine all'ingresso, ed i controlli da eseguire nelle 48/72 ore successive.

L'applicazione dei protocolli per esami ematochimici hanno permesso:

- riduzione sui tempi di attesa per gli esami(sono direttamente programmati all'ingresso);
- controllo sui costi di gestione del reparto
- specifica programmazione per patologia e dei tempi concordati nella esecuzione

Dopo la stabilizzazione del paziente è necessario, prevedere l'ipotesi del trasferimento, presso altre unità operative.

Si ritiene necessario identificare dei criteri oggettivi, per valutare le condizioni generali ed i progressi del paziente. La valutazione aiuta inoltre a presentare il "peso assistenziale", all'équipe infermieristica che si prenderà cura del paziente.

I sistemi di valutazione sono molteplici

L'indice T.I.S.S. (therapeutic Intervention Scoring System).

Il metodo prevede l'identificazione di 76 interventi terapeutico assistenziali ai quali si assegna un punteggio variabile da 1 a 4 punti

In base al punteggio raggiunto eseguire una classificazione in quattro gruppi:

- 1 TISS inferiore a 10 monitoraggio sistematico
- 2 TISS inferiore a 19 monitoraggio intensivo
- 3 TISS inferiore a 39 terapia intensiva
- 4 TISS superiore a 40 decorso instabile

Il sistema Tiss applicato correttamente identifica la complessità del paziente nelle seguenti fasi del processo assistenziale:

- ❖ al ricovero
- ❖ i progressi effettuati durante la stabilizzazione
- ❖ al trasferimento

Il trasferimento è l'ultimo anello di una catena, determinante per il futuro del paziente, poiché successivamente si definirà

- ❖ risoluzione l'evento patologico
- ❖ l'inserimento del paziente presso strutture specialistiche qualificate (es. ambulatori divisionali, day-hospital, dimissioni protette, assistenza domiciliare ecc).

elemento determinante, **la comunicazione con il personale infermieristico del reparto ricevente**, comunicazione che dovrà essere completa ed esaustiva, per garantire una corretta prosecuzione del processo assistenziale

Per identificare il reparto di destinazione del paziente dopo la fase di stabilizzazione viene attuata la seguente procedura:

- ❖ pazienti con patologia diagnosticata a rischio, presso reparto specialistico(in alcuni casi in situazione di carenza di posto letto specialistico, sono stati eseguiti anche trasferimenti presso altre strutture ospedaliere, per garantire la competenza specialistica al paziente);
- ❖ pazienti con patologia incerta reparti non specialistici
- ❖ completamento esami strumentali complessi, con tempi di attesa lunghi, reparti non specialistici.

la comunicazione della necessità di posto letto con successivo trasferimento richiede le seguenti informazioni:

- ❖ contatto telefonico tra responsabili dell'assistenza infermieristica per disponibilità posto letto
- ❖ presentazione del paziente attraverso le seguenti informazioni:
 - patologia
 - data ricovero
 - terapie in corso
 - età
 - grado di dipendenza
 - esami eseguiti
 - esami richiesti
 - familiari

Nel caso di disponibilità del posto letto, si stabiliscono i tempi e le modalità di trasferimento, per garantire all'arrivo l'effettiva disponibilità dell'unità di degenza

- ❖ comunicazione al paziente e familiari del trasferimento
- ❖ preparazione del paziente
- ❖ preparazione documentazione clinica completa
- ❖ trasporto