

VALUTAZIONE DEL PAZIENTE CON PATOLOGIA MEDICA

Si intendono emergenze *mediche* tutte quelle situazioni non generate da fattori esterni, che vanno dalla generica sensazione di malessere fino alla compromissione delle funzioni vitali (stato di coscienza, attività respiratorie e cardiaca), e che richiedono una corretta valutazione ed una conseguente azione di soccorso più o meno immediata. Si distinguono pertanto dalle emergenze di tipo *traumatico*, che sono lesioni dell'organismo causate dall'azione, dannosa e improvvisa, di agenti esterni (incidenti, violenze, ecc.). Nel corso della vostra attività di soccorritori incontrerete senz'altro un'ampia varietà di pazienti. È possibile che vi sia un unico modo di comportarsi che vada bene per tutti i casi? Gli stessi parametri di valutazione sono adattabili a qualsiasi paziente?

I principi base della valutazione dei pazienti sono applicabili sempre: in effetti, è di importanza fondamentale che seguiate sempre il medesimo approccio sistematico, indipendentemente dal tipo di paziente di cui vi starette occupando. Questo è il solo modo per avere la certezza di non venire distratti o confusi dai dettagli delle diverse situazioni particolari.

È per questo motivo che risulta essere di fondamentale importanza avere uno schema mentale di valutazione-azione da applicare a qualsiasi tipo di paziente colto da patologia medica, che deve essere fissato per essere applicato dai soccorritori a cui è destinato. Seguire sistematicamente i passaggi di base, sempre allo stesso modo e in tutte le situazioni, è il metodo migliore per garantire che qualsiasi problema che possa mettere in pericolo la vita del paziente venga posto in evidenza e trattato, senza trascurare nessun elemento importante.

In ogni intervento, dopo aver garantito le condizioni di sicurezza proprie e dell'infortunato, occorre procedere alla valutazione del paziente. La valutazione è un passo fondamentale e di primaria importanza; è da questa operazione che si sviluppa l'intero intervento di soccorso. La valutazione del paziente non consiste nel formulare diagnosi, bensì nella raccolta delle informazioni necessarie per stabilire che tipo di assistenza debba essere prestata.

Valutazione della Scena, Sicurezza e Situazione - Mentre si raggiunge il luogo dell'evento bisogna valutare lo stato di sicurezza della scena per voi e per le persone coinvolte: un soccorritore non deve mai essere nella condizione di essere soccorso. Una volta assicuratisi che la situazione in cui operiamo è in sicurezza si passa alla valutazione dello stato del paziente.

Valutazione ambientale: è impressione generale, si basa sulla vostra valutazione immediata dell'ambiente, del disturbo principale, e dell'aspetto del paziente. L'ambiente fornisce informazioni sulle condizioni attuali e pregresse del paziente, inoltre a volte permette di scoprire cosa è accaduto. Il sintomo principale rappresenta il motivo per il quale venite chiamati; può trattarsi di un sintomo evidente (es. un dolore addominale) oppure di un sintomo vago (es. "non sentirsi bene") in base al quale vi formerete un'impressione generale. Osservando, ascoltando e odorando, cercherete di stabilire l'età e il sesso: osserverete la posizione assunta dal paziente per stabilire se vi siano segni di dolore o difficoltà respiratoria.

VALUTAZIONE PRIMARIA: qualsiasi condizione patologica che ponga in pericolo la vita del paziente deve essere trattata non appena diagnosticata, ogni azione deve essere preceduta da una valutazione. Una volta risolto il problema dovrete decidere circa il grado di priorità relativo al trasporto immediato, oppure procedere ad ulteriore valutazione. In molti casi non vi è la necessità di trasporto urgente in ospedale (in sirena), o di far intervenire il medico, ma, in alcuni casi, tale necessità sussiste e voi dovete essere in grado di rendervene conto. Se sono compromesse le funzioni vitali del paziente occorre mettere in atto le necessarie manovre urgenti di soccorso, provvedere contemporaneamente a far allertare la Centrale Operativa del 118, comunicare la situazione e attendere indicazioni sull'invio dell'ALS o sulla necessità di trasportare direttamente il paziente presso il Pronto Soccorso più vicino. Ovviamente l'operatore della Centrale si baserà su quanto gli comunicate.

La valutazione va fatta molto rapidamente tramite lo schema ABC (Airways-Breathing-Circulation) ovvero:

A - IL PAZIENTE È COSCIENTE? se non lo è allerto la CO118 e attivo il soccorso avanzato

B - HA LE VIE AEREE PERVIE? RESPIRA?

C - HA BATTITO CARDIACO? HA EMORRAGIE IMPORTANTI?

Se il paziente è vigile, parla chiaramente o piange, potete dedurre che le vie respiratorie sono pervie; se non sono pervie dovrete effettuare le apposite manovre per il ripristino e il mantenimento della pervietà delle stesse. Successivamente valuterete il respiro: se vi è assenza di respiro procederete con la rianimazione respiratoria; se vi è insufficienza respiratoria agirete di conseguenza (ossigenoterapia). Infine si valuterà la circolazione sanguigna: rileverete il polso e se assente procederete alla RCP, rileverete inoltre lo stato della cute ed entità di eventuali sanguinamenti.

A - Airways (coscienza e pervietà delle vie aeree)

- valutazione della coscienza: il paziente parla è vigile... oppure non risponde anche se stimolato?

se incosciente:

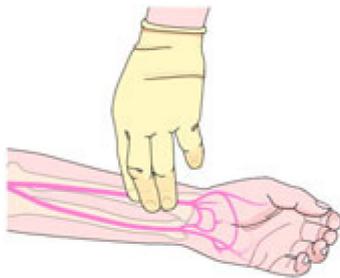
- iperestensione del capo (no nel sospetto trauma alla colonna vertebrale)
- collare cervicale se trauma, no rotazioni e movimenti della testa e della colonna se trauma
- apertura bocca e controllo visivo
- ripristino pervietà delle vie aeree: cannula di Guedel se incosciente

B - Breathing (Respirazione) controllo presenza Respiro:

- frequenza, ritmo, ampiezza, volume (Tachipnea, Bradipnea)
- dispnea (respirazione difficoltosa ed affannosa).
- rumori respiratori, simmetria dell'espansione, tosse
- colore pelle e mucose (pallido? cianotico?)
- manovra G.A.S.
- saturimetro: 100-95 % normale, 95-90% tenere sotto controllo, < 90% ipossia

C - Circulation (circolo, App. Cardiocircolatorio) controllo presenza attività Circolatoria:

- valutazione polsi carotideo e radiale
frequenza nell'adulto: normale 60 – 100 (normocardico) (bradicardico se < 60; tachicardico se >100)
nel bambino (valori normali): neonato: 95 – 145 / 6° mese: 110 – 175
1 anno: 105 – 170 / 3 anni: 80 – 140 / 10 anni: 60 – 110
- ampiezza polso: normale, filiforme, martellante. ritmo...
- valutazione stato di shock: è una situazione che tende sempre ad aggravarsi !!!
- misurazione pressione arteriosa



polso radiale



polso carotideo

VALUTAZIONE SECONDARIA:

D - Valutazione dettagliata dello stato di coscienza: Lo stato di coscienza viene generalmente definito dal grado di consapevolezza che il soggetto ha di sé e dell'ambiente che lo circonda, le alterazioni sono sempre correlate ad eventi che suppongono l'alterazione traumatica o patologica interessanti le funzioni cerebrali, la valutazione si ottiene con l'esame del sensorio, effettuato tramite lo schema AVPU (vedi sotto). Nella maggior parte dei casi troverete i pazienti vigili e in grado di stabilire con voi un rapporto parlando e rispondendo alle domande. In alcuni casi i pazienti potranno non essere vigili, ma saranno capaci di rispondere a stimoli verbali, come un discorso o un grido. Se lo stato di alterazione della coscienza è grave, il paziente potrà conservare soltanto la reattività agli stimoli dolorifici, come un pizzicotto. La condizione maggiore di aggravamento si ha quando il paziente non risponde neanche agli stimoli dolorifici.

Valutazione stato di coscienza (**AVPU**):

A	Alert	vigile e cosciente (può anche essere confuso)
V	Vocal	risposta agli stimoli vocali
P	Painful	risposta solo agli stimoli dolorosi
U	Unresponsive	non c'è risposta

- chiamare e scuotere dolcemente il paziente.
- osservare le risposte agli stimoli diretti, verbali, tattili e dolorifici.
- se incosciente chiamare o far chiamare sempre il 118

Rilevazione dei parametri vitali: Dopo aver effettuato la valutazione iniziale, inizierà una valutazione più approfondita. Questa consiste nella rilevazione di:

- 1) segni vitali: parametri misurabili quali *polso*, *pressione arteriosa*, *frequenza respiratoria*, *cute e pupille*,
- 2) raccolta delle informazioni (anamnesi) correlate al problema medico e quelli riferiti al periodo precedente al manifestarsi della condizione che ha condotto alla richiesta di soccorso quali segni, sintomi, allergie, assunzione di farmaci, anamnesi patologica remota, ultima assunzione di cibi o bevande, eventi che hanno

condotto al disturbo. Essi spesso interesseranno coloro che si occuperanno del trattamento ospedaliero. Se il paziente dovesse entrare in stato di incoscienza prima dell'arrivo in ospedale non sarebbe più in grado di riferire alcun dato. Questa è una delle ragioni più importanti per cui tali informazioni devono essere raccolte dal soccorritore.

SAMPLE (valutazione secondaria, domande da porre al paziente):

- S** Segni e sintomi (Quali disturbi lamenta?)
A Allergie allergie a farmaci e/o altre sostanze (È allergico a farmaci, cibi o fattori ambientali?)
M Medicine terapie in atto, farmaci che assume (Quali farmaci sta prendendo attualmente?)
P Patologie patologie pregresse o in atto (Soffre di qualche malattia?)
L Last lunch tempo dall'ultimo pasto (quando e cosa ha mangiato o bevuto l'ultima volta?)
E Eventi circostanze in cui si è verificato il malessere

Valutazione del dolore – Spesso il paziente riferisce di sentire del dolore. Lo schema **OPQRST** è un buon sistema per memorizzare le informazioni importanti da raccogliere:

- **Onset = ESORDIO** - Modalità di insorgenza - Improvviso? Graduale?
Cosa stava facendo quando è cominciato?
Questo dolore lo ha già avuto prima?
- **Palliation/Provocation = ALLEVIAMENTO/PEGGIORAMENTO**
Cosa la fa stare meglio?
Cosa la fa stare peggio?
- **Quality = QUALITA'** - Descrizione del dolore
- **Radiation = IRRADIAZIONE** - Spostamento del dolore o altre sedi verso cui si irradia (si "sposta")
- **Severity = INTENSITA'** - Quantificare il dolore in una scala da 1 a 10 (anche per valutarne l'eventuale variazione di intensità col passare del tempo)
- **Time = TEMPO** - Da quanto tempo è cominciato? Quanto dura l'attacco?

Altri sintomi associati - Vomito/Nausea
 Diarrea
 Mancanza di appetito
 Alvo
 Febbre
 Sudorazione
 Alterazioni del ciclo mestruale (per le donne in età fertile)

L'esame obiettivo: vi è una grande differenza fra il processo di valutazione di un paziente cosciente e quello di un paziente incosciente. Nel caso di paziente cosciente con problemi di natura medica l'esame obiettivo effettuato dal soccorritore sarà di solito breve; questo viene detto "esame obiettivo orientato al caso"; orienterete quindi l'esame alla parte del corpo sede della manifestazione morbosa. Per esempio, se il paziente lamenta un dolore addominale procederete all'ispezione e alla palpazione dell'addome. Nel caso di paziente incosciente l'esame obiettivo sarà di tipo rapido: valuterete rapidamente la testa, il collo, il torace, l'addome, le pelvi, gli arti e la superficie posteriore del corpo cercando segni di lesioni quali deformazioni, contusioni, abrasioni, ferite, ustioni, dolorabilità, tumefazioni.

Valutazione continuativa: è importante ricordare sempre che le condizioni del paziente possono cambiare: possono migliorare ma possono anche peggiorare. Pertanto lo dovrete sorvegliare di continuo, rilevandone frequentemente i dati anche durante il trasporto verso l'ospedale tramite la valutazione continuativa:

- ripetere la valutazione iniziale relativa a eventuali pericoli di vita
- rivalutare i segni vitali
- ripetere la valutazione orientata, in rapporto a specifici disturbi
- controllare gli interventi intrapresi