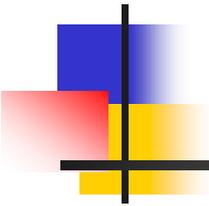
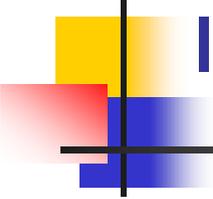


*Il triage nell'anziano al
Pronto Soccorso: punti di
forza e di debolezza*



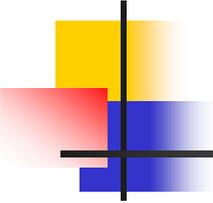
Dott. Giovanni Pinelli

Medicina d'Urgenza NOCSAE di
Baggiovara (AUSL di Modena)



Obiettivi da conseguire con l'attivazione di un sistema di triage

- Ridurre al minimo possibile il ritardo nell'intervento sul paziente urgente e attribuire a tutti i pazienti un codice di priorità che gradui l'accesso alle cure mediche in relazione alla loro potenziale gravità e urgenza
- Regolare il flusso dei pazienti e mantenere l'efficienza complessiva della struttura PS



Triage

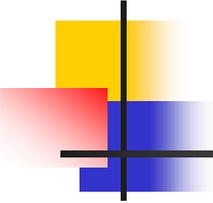
giusto paziente

allocato nel posto giusto

per il giusto motivo,

nel giusto tempo

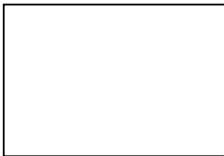
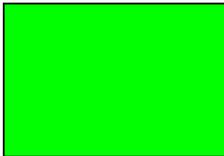
e con la giusta assistenza



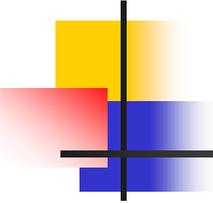
La scheda triage prevede

- dati anagrafici
 - data e ora di inizio triage
 - sintomo/problema principale
 - parametri vitali
 - codice priorità
- Frequenza cardiaca
Pressione arteriosa
Saturazione % O₂
Temperatura corporea
Livello di coscienza
ECG
Valutazione parametro *dolore*

Triage



**Il codice colore può essere
cambiato durante la
sorveglianza in area triage**



Cosa manca?

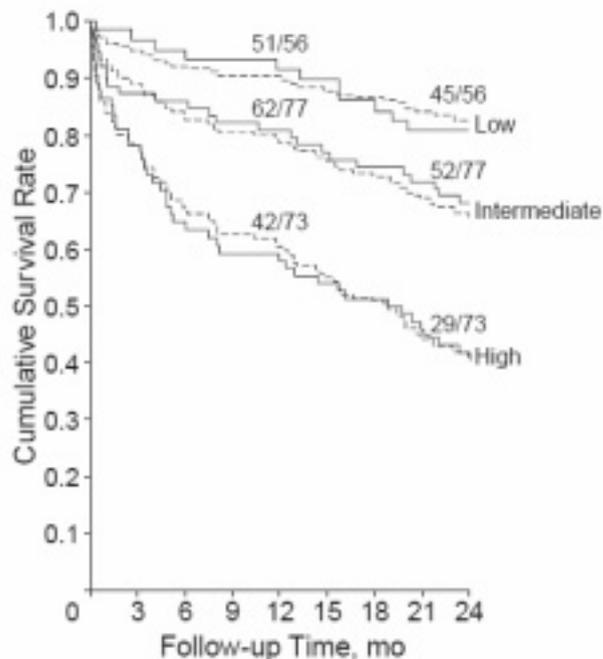
Mancano dati sociali e dati funzionali

Le informazioni sulla disabilità sono fondamentali per:

- prognosi
- uso appropriato delle risorse

Importance of Functional Measures in Predicting Mortality Among Older Hospitalized Patients

Sharon K. Inouye, MD, MPH; Peter N. Peduzzi, PhD; Julie T. Robison, PhD; John S. Hughes, MD; Ralph I. Horwitz, MD; John Concato, MD, MS, MPH



Parametri valutati:

- MMSE < 20,
- ogni fallimento nelle IADL
- geriatric depression scale > 7

Figure 1.—Cumulative survival rates for functional risk groups, created by our risk stratification system in the development cohort. The dashed lines indicate the predicted survival rates, and the solid lines, the observed survival rates. The numbers on the curves represent the actual (observed) number remaining at risk per the original number in the risk group at 12 and 24 months for low-, intermediate-, and high-risk groups (log rank, $P < .001$).

Research article

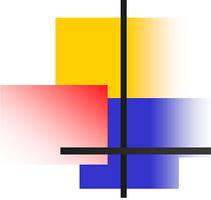
Open Access

Functional assessment of older patients in the emergency department: comparison between standard instruments, medical records and physicians' perceptions

Alejandro Rodríguez-Molinero, María López-Diéguez, Ana I Tabuenca, Juan J de la Cruz and José R Banegas*

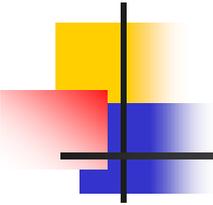
Results: The correlation between information on dependence for basic ADL obtained from medical records and that furnished by respondents, was 0.41 (95% CI 0.27–0.55). Concordance between the respective Katz Indices obtained from physicians and respondents was 0.47 (95% CI 0.38–0.57).

Conclusion: Older subjects' functional status is not properly assessed by emergency department physicians.



Specificità dell'emergenza geriatrica

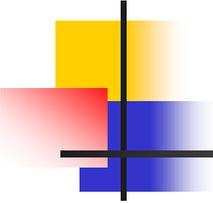
- la presentazione di un determinato quadro clinico è sempre più complessa
- le patologie più comuni si presentano in modo atipico
- la comorbidità ha un peso rilevante
- POLI FARMACOLOGIA



Farmaci... farmaci... farmaci...

Indagine condotta su due mesi di accessi
consecutivi PS NOCSAE
(Gennaio-Febbraio 2007):

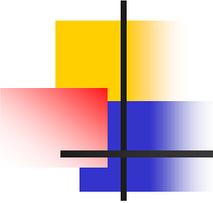
**i pazienti oltre 70 anni assumono in
media 4,2 farmaci (da 2 a 17!!)**



CA, 09.01.1921

Codice verde al triage (adinamia)

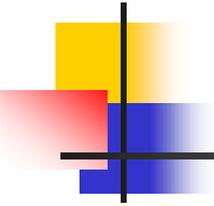
- Il paziente riferisce da una settimana astenia e anoressia;
- Scarsa assunzione sia di cibi solidi che di liquidi;
- Il medico curante, per migliorare la sintomatologia, somministra Lentokalium (2 cp al mattino)



CA, 09.01.1921

Codice verde al triage (adinamia)

- Coumadin sec I NR
- Amiodarone 200 mg, 1 cp al mattino
- Enapren 20 mg, una cp/die
- Aldactone 100 mg, una cp al pomeriggio
- Zoloft 50 mg, una cp al mattino
- Lasix 25 mg, una cp tre vv/die



CA, 09.01.1921

Codice verde al triage (adinamia)

- Pregressa colecistectomia per litiasi;
- Epatopatia cronica esotossica;
- Nel 2004 ictus ischemico con emiparesi destra;
- Cardiopatia ipocinetica decorrente con fibrillazione atriale.

CA, 09.01.1921

Codice verde al triage (adinamia)

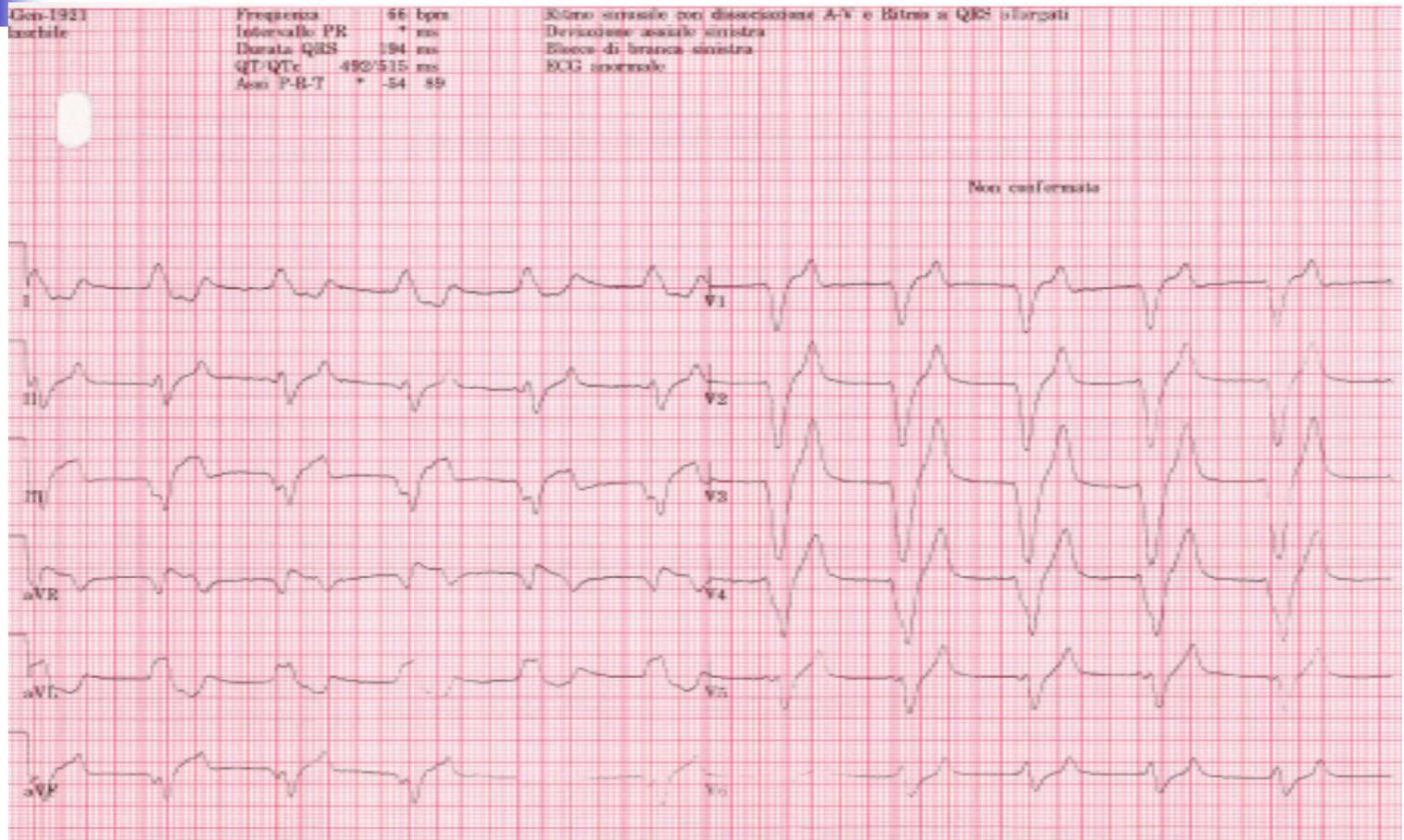
ANALISI	RISULTATO		UNITA' DI MISURA	VALORI DI RIFERIMENTO
Emocromo				
Globuli Bianchi	11.70	*	migl./mmc	(4.00 - 10.90)
Globuli Rossi	5.04		mil./mmc	(4.5 - 5.9)
Emoglobina	14.7		g/dl	(13.5 - 17.5)
MCV	89.4		fl	(80 - 99)
Piastrine	197		migl./mmc	(140 - 440)
Granulociti Neutrofili	74.0		%	
Granulociti Neutrofili	8.68	*	migl./mmc	(1.8 - 7.7)
P.T.				
P.T.	16	*	%	(70 - 110)
I.N.R	3.70	*	INR	(0.80 - 1.20)
a.P.T.T	60	*	secondi	(25 - 36)
RATIO	1.90	*	Ratio	(0.80 - 1.14)
Glucosio				
Glucosio	120	*	mg/dl	(70 - 110)
Urea				
Urea	186	*	mg/dl	(15 - 55)
Creatinina				
Creatinina	5.1	*	mg/dl	(0.5 - 1.4)
GPT - ALT				
GPT - ALT	17		U/L	(1 - 40)
Amilasi				
Amilasi	76		U/L	(36 - 128)
Sodio				
Sodio	133	*	mEq/L	(136 - 146)
Potassio	7.9	*	mEq/L	(3.5 - 5.3)
PCR				
PCR	0.60		mg/dl	(0.01 - 1)

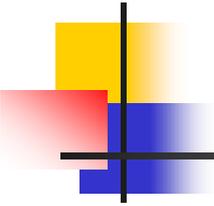
Valore all'emogas:
8,5 mEq/L



CA, 09.01.1921

Codice verde al triage (adinamia)

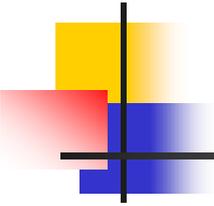




Problematiche dell'emergenza geriatrica

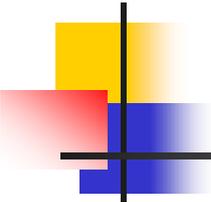
Difficoltà nel raccogliere i dati

- manca documentazione del curante
- spesso mancano i parenti
- atteggiamento rinunciatario del medico d'emergenza



Qual è il destino logico del paziente anziano?

Spesso il paziente entra in Ospedale
perché non è stato valutato per tempo
con attenzione e non ha seguito un
adeguato percorso assistenziale



Complications of Hospitalization

Hospitalization

Precipitating Factors/
Medical Interventions

Complications

Categories of Complications

- Delirium
- Functional decline
- Adverse drug events
- Operative complications
- Diagnostic or therapeutic mishaps
- Nosocomial infections
- Physical injury/falls
- Pressure sores
- Pulmonary embolism

Rates

25-60%

34-50%

54%

52%

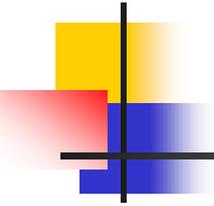
31%

17%

15%

10%

3%



Accessi al Pronto Soccorso del Nuovo Ospedale Civile S. Agostino Estense a Baggiovara

Ricovero in PS anno 2006:

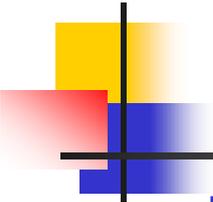
Totale accessi: 37158

Ricoverati: 19,2%

Età > 65 anni: 6930

Ricoverati: 45%

42% di tutti i ricoveri

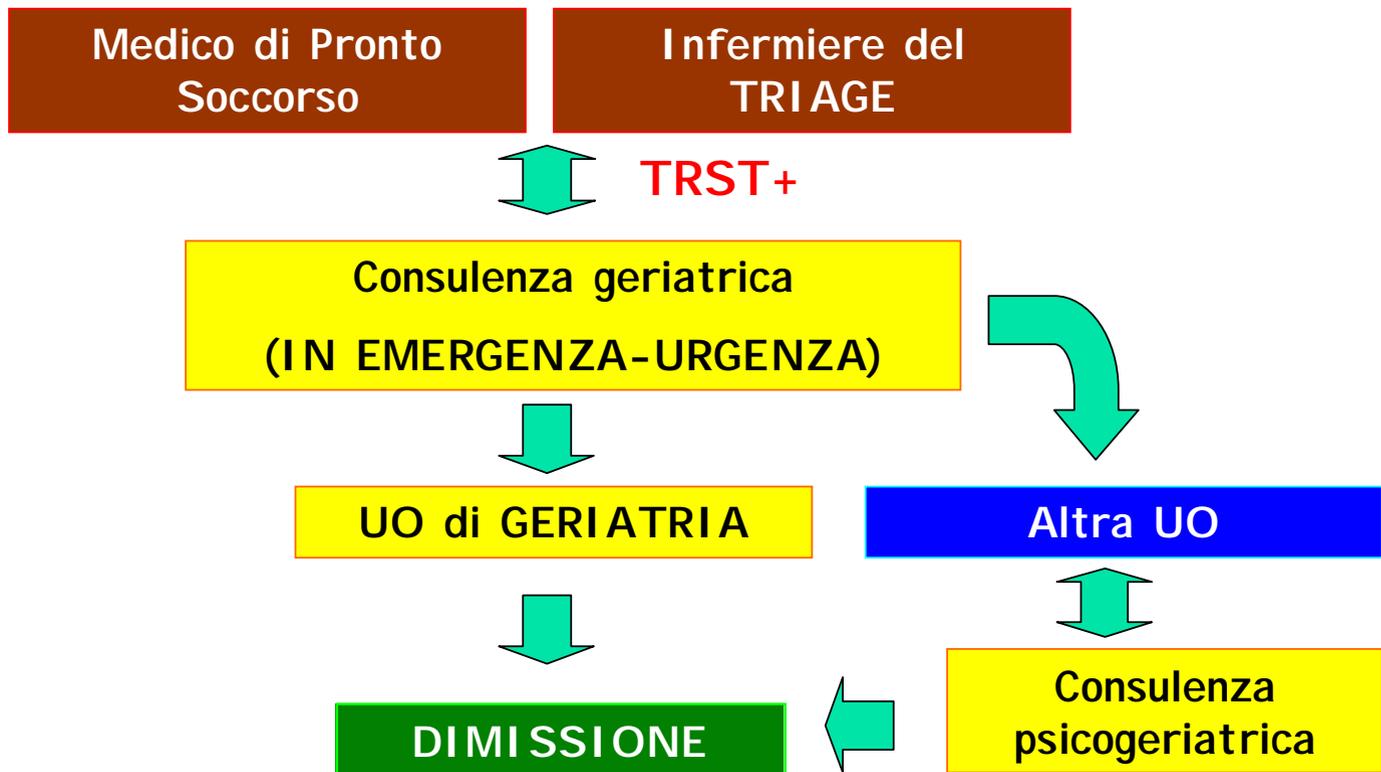


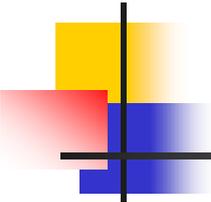
TRIAGE RISK SCREENING TOOL (TRST)

- Presenza di deterioramento cognitivo (es. disorientamento, incapacità di eseguire comandi semplici, diagnosi precedente di demenza o delirium)
- Vive da solo/non si riesce a reperire un caregiver
- Difficoltà nella deambulazione o storia recente di cadute
- Ospedalizzazione/accesso in PS negli ultimi 30 giorni
- 5 o più farmaci
- Valutazione da parte dell'infermiere per sospetto di:
 - Abuso/negligenza
 - Non compliance farmacologica
 - Sospetto di abuso di sostanze
 - Problemi nelle IADL o ADL (es. assunzione di cibo, problemi nei trasferimenti..)
 - Altro (specificare)

ALTO RISCHIO: deterioramento cognitivo o 2 o più altri criteri

A Geriatric Consultation Team in ED

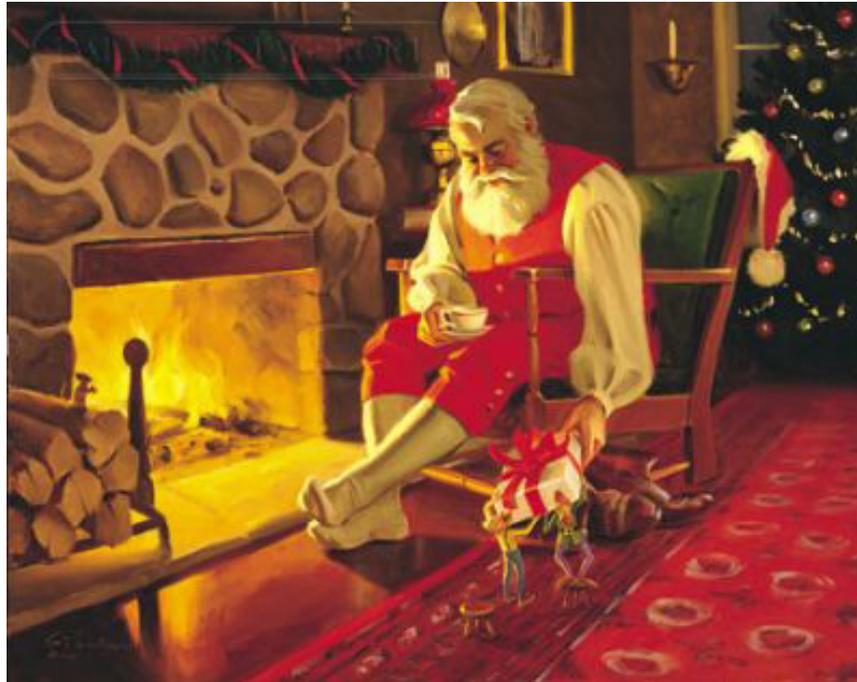




Possibili azioni di miglioramento?

- Formazione specifica del personale alla patologia del paziente anziano
- Analisi sistematica della terapie farmacologiche e formazione specifica sulle interazioni possibili fonti di reazioni avverse
- Identificazione del paziente " a rischio" già dal PS con l'analisi multidimensionale (collaborazione con UO Geriatria? Medicina di Comunità?)
- Utilizzo della Osservazione Breve Intensiva in Pronto Soccorso per rapido inquadramento del problema e inizio della strategia terapeutica da proseguire al domicilio o in RSA quando possibile
- Maggiore coinvolgimento del MMG e dei servizi sociali

Per favore:
NON ricoveratemi...
almeno a Natale!!!



Buon Natale a tutti!!!