



Fiche coronarografia/PTCA

Luisa Valleise

SC Cardiologia e UTIC

Ospedale U.Parini di Aosta

SC Cardiologia e Unità Intensiva Cardiologica (UTIC)

- CARDIOLOGIA

20 posti letto

15 infermieri

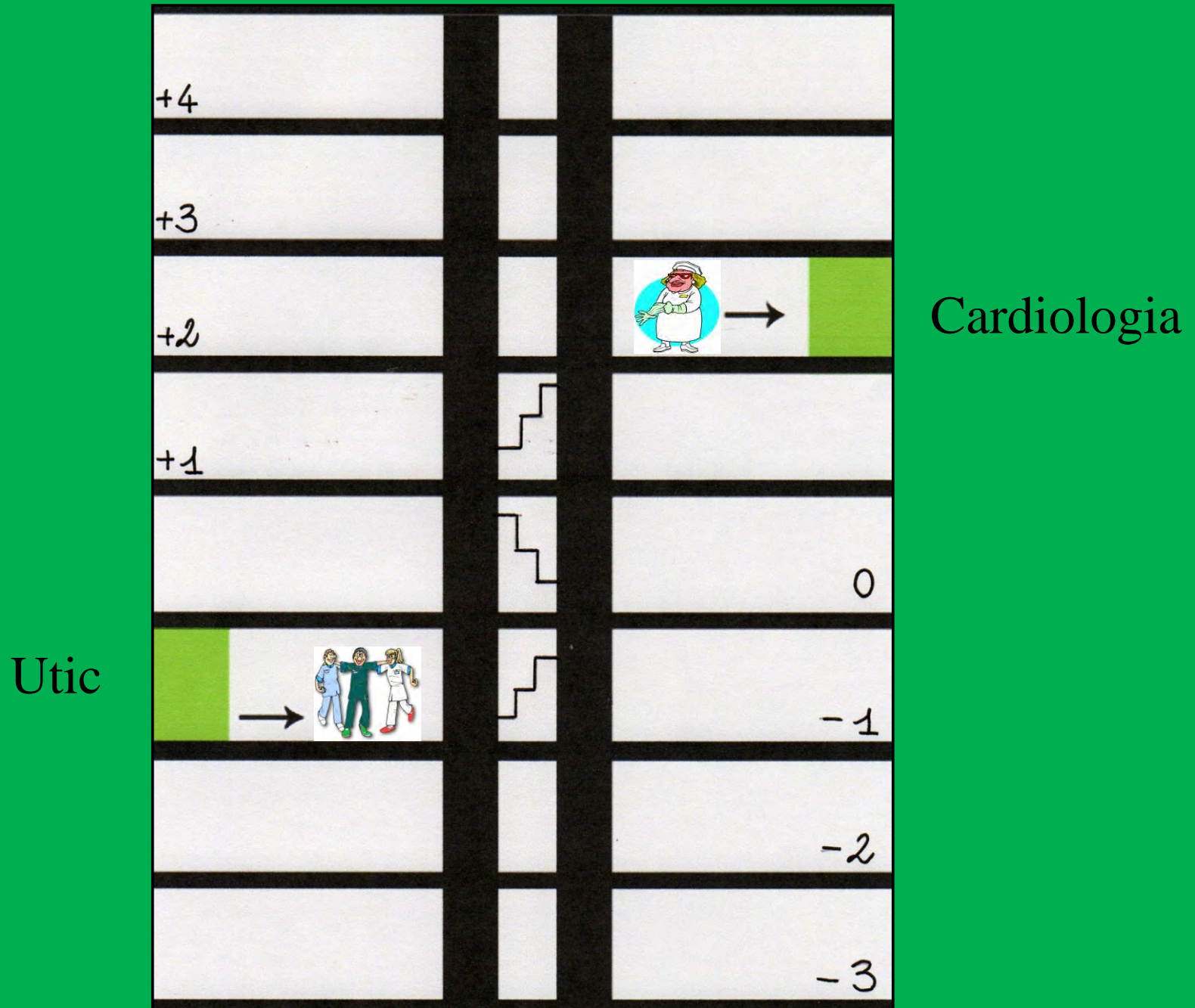
- UTIC

5 posti letto

12 infermieri



All'interno dell'ospedale:



Sala di emodinamica



Servizio diagnostico dal 1985 al 2008: 350 casi l'anno.

Erano frequenti i trasferimenti presso ospedali attrezzati di emodinamica interventistica.



Dal 2008: emodinamica interventistica (servizio 24h)

> 50% delle procedure e trend in crescita

| anno | CORONAROGRAFIE | ANGIOPLASTICHE CORONARICHE (PTCA) | CORO+PTCA | Variazioni annuali | Variazioni annuali in % | Variazioni Annuali PTCA | Variazioni annuali PTCA in % |
|--------------------------------|----------------|---|-----------|-----------------------|-------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------|
| 2005 | 319 | / | 319 | / | 0% | / | / |
| 2006 | 389 | / | 389 | + 70 | +22% | / | / |
| 2007 | 335 | / | 335 | - 54 | - 13% | / | / |
| 2008 | 241 | 169 | 410 | + 75 | +22% | / | / |
| 2009 | 250 | 258 | 508 | +98 | +24% | + 89 | + 52% |
| 2010 (primi sei mesi) | 118 | 157 | 275 | + 42 | +8% trend | + 42 trend | + 21% trend |

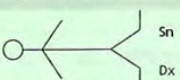
Di conseguenza:

- 1) Aumento carico di lavoro
- 2) Importanza del continuo aggiornamento professionale (infermieristico e medico)
- 3) Necessità di avere a disposizione uno strumento che standardizzasse, secondo linee guida condivise, i protocolli assistenziali inerenti le fasi preliminari e successive all'intervento

Nasce, quindi, l'idea di creare una fiche per coronarografia/PTCA

Questa viene suddivisa in 2 parti:

- 1- medico-prescrittiva/medico-interventistica
- 2- infermieristica

| FICHE CORONAROGRAFIA - ANGIOPLASTICA | | Etichetta con dati anagrafici | |
|---|---|---|--|
| Elettiva <input type="checkbox"/> Urgente <input type="checkbox"/> | | | |
| GIORNO PRECEDENTE LA PROCEDURA | | | |
| DATA _____ | PESO _____ | ALTEZZA _____ | Clearance Creat _____ |
| VALUTAZIONE MEDICA | | Polsi  | |
| Quad prot < 6 m OK <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Ipertroidismo SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Metformina sospesa 24-48 ore prima <input type="checkbox"/> | Glicemia controllata SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| Emacromo 24 h prec OK <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Elettroliti 24 h prec OK <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Consul nefrologica se clear creat < 30 o paziente dializzato <input type="checkbox"/> | Consenso informato firmato <input type="checkbox"/> |
| PARTE INFERMIERISTICA | | | |
| POSIZIONATO CVP (G 18) ARTO SUP. SX <input type="checkbox"/> | | ECG <input type="checkbox"/> | |
| PROFILO CORO/PTCA <input type="checkbox"/> | | Rx torace <input type="checkbox"/> | |
| ALLERGIE SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | | |
| Minori <input type="checkbox"/> (sigla inf per somm.) _____ | | | |
| Xyzal 1 cp 1 co h 20.00 sera prec e h 8.00 mattina dell'esame | | | |
| Zantac 300 mg 1 co h 20.00 sera prec e h 8.00 mattina dell'esame | | | |
| Maggiori <input type="checkbox"/> (avvisare anestesista) (sigla inf per somm.) _____ | | | |
| Deltacortene 25 mg 1 co 13 - 7 - 1 ora prima dell'esame | | | |
| Trimeton 1 fl. EV 1 ora prima dell'esame | | | |
| Zantac 300 mg 1 co h 20.00 sera prec e h 8.00 mattina dell'esame | | | |
| Urgenza <input type="checkbox"/> (avvisare anestesista se allergia a mdc) (sigla inf per somm.) _____ | | | |
| Trimeton 1 fl. EV 1 ora prima dell'esame | | | |
| Flebocortid 500 mg 1 fl ev 1 ora prima dell'esame | | | |
| Altro _____ (sigla inf per somm.) _____ | | | |
| NEFROPROTEZIONE | | | |
| A tutti Sol Fisiol 500 ml dalle ore 20 40 ml/h <input type="checkbox"/> (sigla inf per somm.) _____ | | | |
| Se clearance creatinina ≤ 60 ml/min | | | |
| Solmucal 600 mg x2 per 3 gg dal precedente l'esame <input type="checkbox"/> | (sigla inf per somm.) _____ | ORE | |
| | | 08 | |
| | | 20 | |
| Se clearance creatinina ≤ 30 ml/min | | | |
| Solmucal 600 mg x2 per 3 gg dal precedente l'esame <input type="checkbox"/> | (sigla inf.) _____ | ORE | |
| | | 08 | |
| | | 20 | |
| Bicarbonato di Sodio 1.4% (250 ml) 20ml/h dalle 20 <input type="checkbox"/> sigla inf. _____ | | | |
| FIRMA MEDICO _____ | | FIRMA INFERMIERA/E _____ | |
| SCHEMI DI IDRATAZIONE POST-PROCEDURA Diuretico e supplementi di K' secondo necessità | | | |
| Schema A | FE > 50% o no segni di insuff ventr | 70 ml/h | |
| Schema B | FE 30-50% o lieve insuff ventr | 50 ml/h | |
| Schema C | FE < 30% o insuff ventr ++ | 30 ml/h | |

| GIORNO DELLA PROCEDURA <input type="checkbox"/> DIGIUNO <input type="checkbox"/> TRICOTOMIA <input type="checkbox"/> INGUINALE <input type="checkbox"/> RADIALE <input type="checkbox"/> DX | | | |
|---|---|---|---------------------------------|
| ATTIVITA' DI SALA | | | |
| COROX / PTCA ora inizio..... ora termine..... | | | |
| COMPLICANZE | | | |
| TERAPIA IN SALA | | | |
| TERAPIA AL RIENTRO | | | |
| A. Radiale..... immobilità arto perh. | | | |
| A. Femorale..... immobilità arto perh. | | | |
| DIETA LEGGERA tra | | | |
| IDRATAZIONI SOL. FISIOLGICA 1000cc <input type="checkbox"/> 1500cc <input type="checkbox"/> (suppl di K+ se indicato) | | | |
| Schema..... Altro/Act..... | | | |
| RIENTRO IN REPARTO - PARTE INFERMIERISTICA | | | |
| IDRATAZIONI SOL.Fisiologica (1a)..... SOL.Fisiologica (2a)..... | | | |
| SOL.Fisiologica (3a)..... Altro/Act..... | | | |
| PARAMETRI <input type="checkbox"/> PAO..... FC..... <input type="checkbox"/> SAT. O2..... MINZIONE SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | | |
| DOLORE NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> intensità..... ECG: al rientro <input type="checkbox"/> mattino successivo <input type="checkbox"/> | | | |
| MONITORAGGIO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Altro..... | | | |
| BRACCIALE Radiale Dx sn | CONTROLLO ACCESSO ARTERIOSO: SANGUINAMENTO-EMATOMA: | Presenza dei polsi periferici: | ALTRO Eventuali problemi |
| H..... 3 CC | h..... SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | h..... SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | |
| H..... 3 CC | h..... SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | h..... SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | |
| H..... 3 CC | h..... SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | h..... SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | |
| H..... 3 CC | h..... SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | h..... SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | |
| H..... CC | h..... SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | h..... SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | |
| H..... CC | Altro..... | Altro..... | |
| TAMPONE femor. Dx/sn | CONTROLLO ACCESSO ARTERIOSO: SANGUINAMENTO-EMATOMA: | PRESENZA DEI POLSI PERIFERICI: | ALTRO Eventuali problemi |
| h..... h..... | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | |
| h..... h..... | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | |
| ESAMI POST P.T.C.A. | | | |
| Dopo 6 ore..... | | Se terapia con REOPRO/AGGRATAT- Emacromo (+ APTT se Eparina) 6a ora..... | |
| Mattino successivo..... | | 12a ora..... | |
| Altro..... | | Altro..... | |
| RIENTRO IN REPARTO / MONITORAGGIO A 48 ORE - PARTE MEDICA | | | |
| ECG MODIFICATO NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> | | | |
| DOLORE NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> | | | |
| CONTROLLO EMATOCHIMICI SINO ALLA TERZA GG DOPO LA PROCEDURA | | | |
| Anemizzazione (riduz Hb > 3 g) <input type="checkbox"/> Piastrinopenia < 100.000 <input type="checkbox"/> | | | |
| (vedere fiche anemizzazione /piastrinopenia) | | | |
| Creatinina incremento > 0,5 <input type="checkbox"/> (richiedere consulenza nefrologica) | | | |
| Osservazioni..... | | | |
| FIRMA MEDICO/I _____ | | FIRMA INFERMIERE/I _____ | |

FICHE CORONAROGRAFIA - ANGIOPLASTICA

Elettiva Urgente

Etichetta con dati anagrafici

GIORNO PRECEDENTE LA PROCEDURA

DATA _____ PESO _____ ALTEZZA _____ Clearance Creat _____

VALUTAZIONE MEDICA

Quad prot < 6 m OK NO

Ipertiroidismo SI NO

Metformina sospesa 24-48 ore prima

Glicemia controllata SI NO

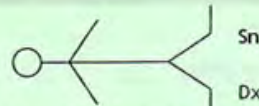
Emocromo 24 h prec OK NO

Elettroliti 24 h prec OK NO

Consul nefrologica se clear creat < 30 o paziente dializzato

Consenso informato firmato

Polsi



Coumadin/Sintrom sospeso da ≥3 gg

Terapia con ASA e Plavix in corso

Eparina sodica mantenere infusione

Eparina a basso peso ultima somministrazione la sera prima della procedura

Fondaparinux ultima somministrazione la mattina prima della procedura

PARTE INFERMIERISTICA

POSIZIONATO CVP (G 18) ARTO SUP. SX ECG

PROFILO CORO/PTCA Rx torace

ALLERGIE SI NO

Minori (sigla inf per somm.) _____

Xyzal 1 cp 1 co h 20.00 sera prec e h 8.00 mattina dell'esame
Zantac 300 mg 1 co h 20.00 sera prec e h 8.00 mattina dell'esame

Maggiori (avvisare anestesista) (sigla inf per somm.) _____

Deltacortene 25 mg 1 co 13 - 7 - 1 ora prima dell'esame
Trimeton 1 fl. EV 1 ora prima dell'esame
Zantac300 mg 1 co h 20.00 sera prec e h 8.00 mattina dell'esame

Urgenza (avvisare anestesista se allergia a mdc) (sigla inf per somm.) _____

Trimeton 1 fl. EV 1 ora prima dell'esame
Flebocortid 500 mg 1 fl ev 1 ora prima dell'esame
Altro _____ (sigla inf per somm.) _____

NEFROPROTEZIONE

A tutti Sol Fisiol 500 ml dalle ore 20 40 ml/h (sigla inf per somm.) _____

Se clearance creatinina ≤ 60 ml/min

Solmulcol 600 mg x2 per 3 gg dal precedente l'esame (sigla inf per somm.)

Se clearance creatinina ≤ 30 ml/min

Solmulcol 600 mg x2 per 3 gg dal precedente l'esame (sigla inf.)

Bicarbonato di Sodio 1.4% (250 ml) 20ml/h dalle 20 sigla inf. _____

FIRMA MEDICO _____

FIRMA INFERMIERA/E _____

SCHEMI DI IDRATAZIONE POST-PROCEDURA Diuretico e supplementi di K' secondo necessità

| | | |
|----------|-------------------------------------|---------|
| Schema A | FE > 50% o no segni di insuff ventr | 70 ml/h |
| Schema B | FE 30-50% o lieve insuff ventr | 50 ml/h |
| Schema C | FE < 30% o insuff ventr ++ | 30 ml/h |

GIORNO DELLA PROCEDURA DIGIUNO TRICOTOMIA INGUINALE RADIALE DX

ATTIVITA' DI SALA

COROX / PTCA ora inizio.....ora termine.....

COMPLICANZE

TERAPIA IN SALA

TERAPIA AL RIENTRO

A. Radialeimmobilità arto perh.

A. Femorale.....immobilità arto perh.

DIETA LEGGERA tra

IDRATAZIONI SOL. FIOLOGICA 1000cc 1500cc (suppl di K+ se indicato)

Schema Altro/Act.....

RIENTRO IN REPARTO - PARTE INFERMIERISTICA

IDRATAZIONI SOL.Fisiologica (1a) SOL.Fisiologica (2a)
SOL.Fisiologica (3a) Altro/Act

PARAMETRI PAO FC SAT. O2 MINZIONE SI NO

DOLORE NO SI intensità ECG: al rientro mattino successivo

MONITORAGGIO SI NO Altro

| BRACCIALE Radiale Dx sn | CONTROLLO ACCESSO ARTERIOSO: SANGUINAMENTO-EMATOMA: | Presenza dei polsi periferici: | ALTRO Eventuali problemi |
|-------------------------|--|--|--------------------------|
| H..... 3 CC | hSI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | hSI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | |
| H..... 3 CC | hSI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | hSI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | |
| H..... 3 CC | hSI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | hSI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | |
| H..... 3 CC | hSI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | hSI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | |
| H..... CC | hSI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | hSI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | |
| H..... CC | Altro | Altro | |

| TAMPONE femor. Dx/sn | CONTROLLO ACCESSO ARTERIOSO: SANGUINAMENTO-EMATOMA: | PRESENZA DEI POLSI PERIFERICI: | ALTRO Eventuali problemi |
|----------------------|---|---|--------------------------|
| h..... h..... | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | |
| h..... h..... | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | |

| | |
|-------------------------|---|
| ESAMI POST P.T.C.A. | Se terapia con REOPRO/AGGRASTAT- Emocromo (+ APTT se Eparina) |
| Dopo 6 ore | 6a ora |
| Mattino successivo..... | 12a ora |
| Altro..... | Altro |

RIENTRO IN REPARTO / MONITORAGGIO A 48 ORE - PARTE MEDICA

ECG MODIFICATO NO SI

DOLORE NO SI

CONTROLLO EMATOCHIMICI SINO ALLA TERZA GG DOPO LA PROCEDURA

Anemizzazione (riduz Hb > 3 g) Piastrinopenia < 100.000

(vedere fiche anemia/ piastrinopenia)

Creatinina incremento > 0.5 (richiedere consulenza nefrologica)

Osservazioni

FIRMA MEDICO/I _____

FIRMA INFERMIERE/I _____

Grazie!

