

Consensus aziendale sull'iter diagnostico-terapeutico del politrauma presso l'ospedale di presidio e modalità di trasferimento al centro di riferimento (DEA II livello) secondo il principio della centralizzazione.

Approvato dal TGS il 6 maggio 2008.

Premessa:

La frequenza, la dispersione sul territorio e la gravità dei traumi nella nostra provincia richiedono uno sforzo organizzativo e clinico coordinato a livello aziendale per garantire qualità e continuità assistenziale. Il presente documento integra il "Progetto provinciale Politrauma" con indicazioni su tempi e percorsi dell'iter diagnostico-terapeutico del politrauma a livello provinciale. Il politrauma che non sia diretto primariamente all'Ospedale di Bolzano viene ricoverato presso uno degli Ospedali provinciali e sottoposto ad iter diagnostico terapeutico secondo le seguenti modalità concordate.

Definizioni:

1. Il politrauma è definito in base alla dinamica dell'incidente, alle ferite evidenti, al quadro clinico ed al suo andamento, mentre i fattori di rischio sono relativi all'età ed alle patologie correlate secondo quanto indicato dalla letteratura internazionale.
2. I pazienti sono suddivisi secondo il quadro clinico e l'evoluzione in: stabili e instabili, quelli instabili sono a loro volta suddivisi in responder e non responder. Il paziente instabile è definito in base all'ipotensione (PAS < 90 mmHg) e/o all'ipossia e/o all'ipercapnia nonostante terapia adeguata o al fatto che pur richiedendolo non è stato sottoposto a terapia adeguata (intubazione, analgosedazione, terapia volemica..).
3. L'ospedale di primo ricovero è definito in base alle capacità diagnostiche (TC spirale multistrato o TC spirale monostrato, angiografia), alla competenza chirurgica del momento ed all'organizzazione del Trauma Team.

In particolare si ipotizzano schematicamente i seguenti casi:

1. Paziente stabile e sveglio

è definito all'ingresso "politrauma" per la dinamica dell'incidente e/o per la clinica e/o per le lesioni esterne e/o per i distretti colpiti (criteri del trauma ad alta energia) e/o per i fattori di rischio. In SR (shockroom) esegue Eco FAST possibilmente extended, Rx torace, bacino e cervicale in proiezione latero-laterale oltre alle procedure previste dall'ATLS. Salvo trauma cranico evolutivo o lesioni mieliche della colonna si tratta di un paziente che almeno inizialmente può essere trattato presso un DEA di I livello (Merano, Bressanone, Brunico).

2. Paziente stabile e intubato

definibile come sopra, ma privo di coscienza, intubato e ventilato o che necessita di essere intubato rapidamente (GCS < 9 punti, distress respiratorio, shock, dolore, agitazione...). In SR esegue Eco FAST possibilmente extended, Rx torace, bacino e cervicale in proiezione latero-laterale. Se si mantiene stabile e non vi sono lesioni vitali evidenti, completa la diagnostica possibilmente con MSCT ed angio-TC in caso di sospette lesioni vascolari (vedi protocollo MSCT per il politrauma in vigore presso l'Ospedale di Bolzano). In base alla clinica, alle immagini assiali ed alle eventuali ricostruzioni su altri piani, il team leader in accordo con i colleghi coinvolti può

porre indicazioni all'eventuale centralizzazione urgente o emergente e prende contatto con l'Ospedale di Bolzano (Neurochirurgia 335 8726000 , Terapia Intensiva 0471 908522, ev. altra chirurgia attraverso il centralino 0471 908111 ed il sistema cercapersone interno o il Pronto Soccorso). Normalmente il Paziente transita per il PS per rivalutazione, presa in carico da parte dell'Anestesista Rianimatore e gli adempimenti amministrativi.

3. Paziente instabile intubato

esegue la diagnostica di base in SR come sopra, indifferibili sono first e second survey secondo i principi dell'ATLS, trattamento di pnx e tamponamento pericardico, emostasi esterna ed infusione di cristalloidi, colloidi e Plasma Fresco Congelato (FFP 30 ml/Kg p.c.in caso di shock emorragico) per mantenere la perfusione d'organo con PAS tra 80 e 90 mmHg o la neuroprotezione con PAS > 100 mmHg se coesiste trauma cranico. Se si identificano una o più lesioni chirurgiche ed il paziente rimane instabile (non responder) viene condotto in sala operatoria per la "damage control surgery" ed esegue poi, in condizioni di migliore stabilità emodinamica, una MSCT total body.

Se invece il paziente risponde alla terapia (responder) può essere sottoposto direttamente a MSCT o, in casi particolari, centralizzato direttamente.

I pazienti instabili con trauma cranico significativo e quadro neurologico sospetto andrebbero in via di principio centralizzati già dal luogo dell'incidente (elisoccorso), in alternativa (meteo avverso, oscurità, grave instabilità, situazione di sovraccarico dell'ospedale di Bolzano) devono essere ricoverati primariamente in un DEA di I livello (Merano, Bressanone, Brunico) per la stabilizzazione e la diagnostica, salvo poi successivo trasferimento in base a precise indicazioni.

Deve essere garantita l'assistenza medica avanzata durante il soccorso primario, l'iter diagnostico/terapeutico e l'eventuale trasferimento secondario urgente. Il trasferimento secondario urgente/emergente è a cura del 118 utilizzando il mezzo più rapido ed idoneo.

Modalità di trasferimento di immagini, referti, notizie cliniche e pazienti all'Ospedale di Bolzano:

Le immagini MSCT assiali vengono archiviate dal radiologo di guardia nel sistema PACS appena tecnicamente possibile e solo da quel momento sono consultabili dal radiologo di Bolzano così come le radiografie standard. Le varie ricostruzioni secondo altri piani, come previsto dal protocollo, richiedono più tempo, sono comunque necessarie al referto definitivo e seguono la stessa procedura. Se sussiste l'indicazione, in base alle immagini e/o alla clinica, il team leader pone l'indicazione al trasferimento urgente o emergente del paziente a Bolzano prendendo contatto a seconda dei casi con il neurochirurgo di guardia (335 8726000), con il SAR 2 (0471 908522-675-674) o con gli eventuali specialisti interessati, innescando il procedimento interno di accoglienza del politrauma ed il trasferimento a cura del 118.

In questi casi deve essere compilato da parte del Radiologo di guardia un referto radiologico provvisorio con il sospetto o la diagnosi di lesioni a carattere vitale. Segue, nel tempo più breve possibile sempre a cura del Radiologo di guardia, il referto radiologico definitivo con la diagnosi completa. I referti vengono inviati via Fax al numero 0471908997 della terapia intensiva (SAR 2) fino a quando non sarà realizzata dalla ditta la interconnessione RIS attraverso il sistema RepView che consentirà la visualizzazione diretta di tutti i referti radiologici dei vari Ospedali della Provincia.

Alcune raccomandazioni:

1. Trauma cranico isolato

se è disponibile solo tac monostrato si esegue sempre CT cranio, CT passaggi cranio-cervicale e cervico-dorsale, Rx colonna cervicale in proiezione latero-laterale, se invece è disponibile MSCT è preferibile eseguire cranio e colonna cervicale in toto. La diagnostica cervicale è indicata anche solo in caso di caduta sospetta, soprattutto in anziani, etilisti o quando l'anamnesi e la clinica siano dubbi. Se vi sono dubbi di malformazione o aneurisma cerebrale si esegue angio-CT (ove disponibile MSCT). Ciò evita di dover completare la diagnostica a Bolzano soprattutto in caso di indicazione chirurgica urgente o di ricovero diretto in UTI (unità di terapia intensiva).

2. Politrauma intubato

MSCT total body secondo il protocollo politrauma di Bolzano (cranio in bianco, collo, torace, addome e pelvi con somministrazione ev di mdc), si raccomanda di mantenere una pressione arteriosa adeguata per evitare danni secondari al paziente e garantire la qualità dell'esame.

3. Contatti tra specialisti

per pazienti intubati o instabili e di cui si prevede il ricovero in Terapia Intensiva, il team leader inviante prende contatto con il SAR 2 (0471 908522-675-674) e con gli specialisti del caso lasciando nominativo e recapito telefonico per richiesta di eventuali ulteriori chiarimenti. Sono importanti l'anamnesi (clinica e farmacologica) e la trasmissione dei protocolli del medico d'urgenza e del pronto soccorso, il recapito telefonico di eventuali parenti, i referti anche provvisori (laboratorio, radiologia) del primo ospedale di ricovero e l'archiviazione tempestiva delle immagini da parte del radiologo per la consultazione a distanza con il sistema Pacs.

4. Trasferimento del paziente

il medico che accompagna il paziente deve essere esperto in medicina critica, confermare l'indicazione al trasferimento, riconoscere e mantenere la stabilità del paziente necessaria ad un corretto trasporto, riferire su andamento e risposta alla terapia, essere raggiungibile per chiarimenti.

5. Indicazione al trasferimento

alcuni criteri sono assoluti ed immediati (es. ematoma extradurale, monitoraggio pressione intracranica...) negli altri casi è necessario che il trasferimento sia ragionevole in base alla diagnostica eseguita, alla clinica, alle necessità e possibilità terapeutiche immediate, al rapporto rischio/beneficio di un trasferimento e non ultimo al problema di esaurimento delle capacità ricettive dell'Ospedale di Bolzano. In ogni caso si può prevedere un eventuale scambio con un paziente stabile ricoverato in terapia intensiva a Bolzano.

6. Definizione di urgente/emergente

per urgente si intende una decisione, terapia, procedura che se non eseguita entro breve può causare un danno al paziente mettendo a rischio una funzione o peggiorandone la prognosi,

per emergente si intende una decisione, terapia, procedura che se non eseguita entro breve o immediatamente può causare la morte del paziente o un grave peggioramento della prognosi.

Alcune osservazioni sulla situazione attuale:

1. Controllo di qualità

La realizzazione compiuta del Trauma System prevede l'adesione al Registro Nazionale Traumi che permette valutazioni sia qualitative che quantitative del percorso clinico dei traumi ricoverati presso il centro di riferimento ed in prospettiva presso tutti gli ospedali della provincia. L'ospedale di Bolzano ha aderito al registro dall'inizio 2007 con una fase sperimentale ed è in corso un progetto di aumento delle risorse in ambito DEU per la sua realizzazione definitiva. www.cgs.it

Presso la Terapia Intensiva di Bolzano (Sar2) è implementato dal 2000 il sistema di Benchmark IcDOCpro che permette di valutare e confrontare la gravità dei pazienti intensivi, tra cui i traumi, ed i risultati clinici ottenuti rispetto ai centri di riferimento.

2. Traumi gravi in età pediatrica

Il numero esiguo di traumi gravi in età pediatrica, il loro auspicabile trasferimento diretto presso centri di adeguata esperienza, la mancanza presso l'ospedale di Bolzano di una terapia intensiva pediatrica (con relative attrezzature e personale) e di attività chirurgica pediatrica maggiore, hanno impedito in questi anni di ottenere uno standard elevato nel trattamento di pazienti al di sotto dei 30 kg di peso corporeo.

In attesa di colmare questa lacuna è da valutare caso per caso la possibilità di centralizzare i casi più gravi presso la clinica universitaria di Innsbruck o di Padova.

3. Pazienti ipotermici

con circolo assente o instabile: secondo la letteratura internazionale è indicato il loro trasferimento urgente, primario o secondario in un centro dotato di cardiocirurgia per l'assistenza circolatoria extracorporea. Per questi pazienti esistono accordi con Innsbruck, Trento e Verona.

4. Problematiche legate alla comunicazione

Il TGS ritiene opportuna la creazione presso l’Ospedale di BZ di un Partner centrale di riferimento soprattutto per i casi di politrauma, che sia disponibile 24/365 per tutti i casi di candidati al trasferimento alla Schokraum di BZ. Questa figura è responsabile del Trauma Team, ha conoscenza perfetta della situazione dell’Ospedale di BZ e delle disponibilità di sale operatorie (NCH, Chirurgia, Traumatologia), ricettività in Terapia Intensiva e disponibilità di interventistica radiologica. Date queste premesse il responsabile del Trauma Team deve prendere decisioni immediate.

E’ assolutamente necessario che l’Ospedale di BZ venga dotato di un sistema di chiamata interna efficiente, analogo a quello in funzione presso gli altri ospedali provinciali.

Per il momento la Centrale 118 gestisce tutti i trasporti diretti dal Territorio all’Ospedale di BZ e per le comunicazioni dirette con i diversi reparti dell’Ospedale di BZ sono date le seguenti possibilità:

Discussione di casi (Trauma o altro) con il NCH 24/365	3358726000
Discussione di casi (Trauma o altro) con la Terapia Intensiva (SAR 2) 24/365	0471-908675 0471-908674
Discussione di casi (Trauma o altro) con altri colleghi in guardia 24/365 Centralino dell’ospedale	0471-908111
Discussione di casi (IMA) con il Cardiologo (UTIC) 24/365	0471-909956
Discussione di casi (Stroke) con la Stroke Unit 24/365 Centralino	0471-908111
In ogni caso di politrauma da trasferire, se non si riesce a comunicare con i referenti o se non è necessario, il Medico di Guardia in PS è sempre disponibile 24/365 (postazione infermieristica di Triage)	0471-908989