

Il ritardo della chiamata al servizio di urgenza ed emergenza medica da parte degli utenti cardiopatici con dolore toracico.

Delay of call at emergency medical service of heart disease patient with chest pain.

Angela Campanerut, Infermiera, Ospedale riabilitativo di alta specializzazione Motta di Livenza (Treviso)

Andrea Favaretto, Infermiere, C.O. S.U.E.M. 118 Padova Azienda U.L.S.S. 16

Gianni Boscaro, Infermiere Unità Cure Intensive Cardiologiche, Azienda Ospedaliera di Padova.

Riassunto

Introduzione: la letteratura indica che i pazienti colpiti da infarto miocardico acuto e da angina pectoris ritardano di 2 - 6,4 ore la chiamata ai servizi di emergenza preospedaliera dall'esordio della sintomatologia per scarse conoscenze in merito.

Obiettivo: valutare se le conoscenze dei pazienti circa la sintomatologia della sindrome coronarica acuta, risultano determinanti per allertare precocemente il numero di emergenza sanitaria 118.

Materiali e metodi: studio prospettico-osservazionale con finalità descrittive, condotto somministrando a 70 utenti cardiopatici il questionario "Psychometric Evaluation of the Acute Coronary Syndrome (ACS)", che indaga le conoscenze circa segni e sintomi della patologia ma anche le strategie per fronteggiare l'evento e la tempistica di attivazione del Servizio di Emergenza 118.

Risultati: il campione ha dimostrato di non riconoscere importanti segni e sintomi di sindrome coronarica acuta quali: dolore alla mandibola, (77%), dolore alla schiena (60%), il bruciore e pesantezza di stomaco (45%).

Discussione: dall'analisi dei dati emerge che il campione appare fortemente insicuro nell'identificare tempestivamente i segni e sintomi di un infarto a causa di conoscenze appena sufficienti e molto confuse sul quadro sintomatologico.

Conclusioni: lo studio suggerisce l'importanza di avviare specifici interventi educativi per aumentare le conoscenze sulla sintomatologia dell'infarto acuto miocardico, ma anche sulle corrette strategie da attuare all'insorgere dei primi sintomi.

Parole chiave: Infarto miocardico acuto; Infermiere, Educazione paziente.

Abstract

Introduction: the literature show the patients suffering of acute myocardial infarction and angina pectoris delay of 2 to 6.4 hours the call of the emergency medical services (EMS) from the exordium of the symptomatology because of the poor knowledges about it.

Materials and method: observational-descriptive study, lead to supplying to 70 people with heart disease the questionnaire "Psychometric Evaluation of the Acute Coronary Syndrome (ACS)", that investigates knowledge about signs and symptoms of disease but also the strategies to face the event and the time for call the EMS.

Results: the sample showed do not recognize important signs and symptoms of acute coronary syndrome such: pain in the jaw (77%), back pain (60%), heartburn and heaviness in the stomach (45%).

Discussion: the analysis of data shows that the sample is highly uncertain in identifying early signs and symptoms of a heart attack because of poor and confused knowledge on the symptoms.

Conclusions: the study suggests the importance of establishing specific educational interventions, for increasing the knowledges about symptoms of acute myocardial infarction, but also the correct strategies to carry out when the first symptoms arise.

Key words: Acute myocardial infarction, Nurse, Patient education.

Introduzione

Studi condotti in letteratura affermano che gli utenti colpiti da infarto miocardico acuto (IMA) e da angina pectoris, ritardano di 2-6,4 ore prima di chiamare i servizi di emergenza ospedaliera, precludendosi così inevitabilmente la possibilità di essere trattati tempestivamente e con efficacia attraverso l'intervento di fibrinolisi e nello stesso tempo rischiando anche gravi complicanze secondarie alla sindrome coronarica acuta quali arresto cardiaco e fibrillazione ventricolare^{1, 2, 3}.

La mancanza di conoscenze nell'identificare il quadro sintomatologico dei segni e sintomi dell'infarto acuto del miocardio da parte della persona colpita da tale patologia emerge prepotente in letteratura, come il fattore principale di ritardo di chiamata del servizio di pronta emergenza preospedaliera. Secondo Buckley¹ il ritardo di chiamata dei soccorsi preospedalieri può essere suddiviso in 3 fasi; una prima fase di interpretazione e riconoscimento dei sintomi (*appraisal delay*), una seconda fase durante la quale la persona decide di chiamare il pronto soccorso ospedaliero (*illness delay*) ed una terza fase che

ARTICOLO ORIGINALE

PERVENUTO 25/11/2010

ACCETTATO 15/03/2010

L' AUTORE DICHIARA DI NON AVER CONFLITTO DI INTERESSI.

CORRISPONDENZA PER RICHIESTE:

ANGELA CAMPANERUT,
angelacampanerut@alice.it

corrisponde al tempo impiegato dai soccorritori per giungere nel posto (*utilization delay*).

La non conoscenza dei segni e sintomi dell'IMA negli utenti cardiopatici porta ad una serie di conseguenze che a loro volta alimentano il fenomeno del ritardo nella chiamata; ad esempio molto spesso il paziente tende a banalizzare la gravità dei suoi sintomi e a chiedere opinioni e consigli ad amici e parenti prima di chiamare l'ambulanza. Solitamente sono poi questi ultimi che, a causa dell'ansia provata per la mancata regressione dei sintomi, nel 25% decidono di chiamare il soccorso preospedaliero, mentre il rimanente 75% preferisce recarsi con auto privata all'ospedale^{4,5}. Innumerevoli studi pongono inoltre in evidenza come il coping, che il paziente adotta nell'affrontare solitamente le situazioni difficili della vita, l'importanza che esso attribuisce alla sua salute, il contesto sociale in cui viene colpito da una sindrome coronaria acuta, l'intensità con la quale si manifestano i sintomi e le variabili comportamentali messe in atto dai familiari presenti, influenzino positivamente o negativamente il ritardo nella chiamata del 118^{2,6,7,8}.

Numerosi studi affermano la necessità di fornire ai pazienti affetti da angina pectoris o IMA, maggiori informazioni circa il quadro sintomatologico con il quale la patologia si manifesta, sradicando la convinzione errata, presente in innumerevoli pazienti, che l'IMA si manifesti esclusivamente con dolore toracico, sottolineando la necessità di educare oltre il paziente anche i suoi familiari sulle corrette azioni da attuare quando si sospetta che la persona abbia sviluppato o stia sviluppando un IMA^{1,3,4,6,9,10}.

L'educazione dovrà essere rivolta anche alle persone che sono state colpite da infarto acuto del miocardio già una volta nella loro vita^{2,4}.

Obiettivo

Obiettivo dello studio è valutare le conoscenze dei pazienti colpiti da angina pectoris e/o da infarto acuto del miocardio, del quadro sintomatologico con il quale si manifesta la sindrome coronarica acuta; si vogliono anche indagare le strategie di coping che questi individui, adotterebbero in caso di ischemia acuta del miocardio.

Materiali e metodi

Lo studio effettuato è di tipo prospettico osservazionale con finalità descrittive.

Il campione dello studio è costituito da tutti gli utenti di Cardiologia Preventiva e Riabilitativa di un Ospedale di Alta Specializzazione situato nel Veneto Orientale in provincia di Treviso. Per il campione oggetto di studio, sono stati definiti i seguenti criteri di inclusione.

- *Diagnosi confermata/certa di ischemia cardiaca.*
- *Essere autonomi e autosufficienti (nella vita di tutti i giorni).*

Sono invece esclusi dal campionamento i pazienti con le seguenti caratteristiche:

- *Difficoltà di comprensione della lingua italiana.*
- *Diagnosi di ipoacusia.*
- *Gravi comorbilità.*
- *Deterioramento cognitivo.*

La tipologia di campionamento adottata è di convenienza.

Il campione era costituito da 70 soggetti.

Del campione oggetto di studio, 50 (71,4%) sono di sesso maschile e i rimanenti 20 di sesso femminile (28,6%). L'età anagrafica media è di 67,04, con una moda di 72 anni, una mediana di 69,5 e una deviazione standard di 9,93. Lo strumento utilizzato per la raccolta dati, è lo Psychometric Evaluation of the Acute Coronary Syndrome (ACS) creato da Riegel, McKinley, Moser, Meischke, Doering, e Dracup¹¹ nel 2007, tradotto in lingua italiana previa autorizzazione degli autori dello stesso.

Si compone di 21 quesiti che indagano le conoscenze sui segni e sintomi dell'IMA da parte del paziente cardiopatico misurati in scala dicotomica, ed 11 quesiti che invece indagano le strategie di coping che il paziente attuerebbe in caso di sindrome coronarica acuta, misurati attraverso una scala di Lykert a 4 punti.

Nello strumento originale i quesiti sono 33, tuttavia è stato ritenuto opportuno togliere la domanda numero 31 perché non compatibile per il Sistema Sanitario Nazionale Italiano.

I dati rilevati tramite la somministrazione dello strumento, sono stati inseriti in una matrice elaborata attraverso il programma Excell di OFFICE 2007®, e conseguentemente elaborati attraverso il programma SPSS 15.0.

Risultati

Emerge che il 92,9% dei soggetti facenti parte del campione identifica il dolore toracico e la sensazione di oppressione, come sintomo dell'infarto acuto del miocardio. In realtà anche il dolore irradiato al braccio e alla spalla sembra essere abbastanza conosciuto dal campione (l'84,3% lo attribuisce a IMA), insieme alla sudorazione (il 75,7% lo attribuisce a IMA), alla mancanza di forze (il 91,4% lo attribuisce a IMA), e alla difficoltà nella respirazione (il 92,9% lo attribuisce a IMA).

Tuttavia il campione ha dimostrato di non riconoscere importanti segni e sintomi di sindrome coronarica acuta quali: dolore alla mandibola, (il 77% dei soggetti non lo reputa sintomo di IMA), il dolore alla schiena (il 60% dei soggetti non lo reputa sintomo di IMA), il bruciore e pesantezza di stomaco (il 45% dei soggetti non lo riconosce come sintomo di infarto acuto del miocardio). All'opposto reputano invece, erroneamente, segni e sintomi di infarto acuto del miocardio la sensazione di torpore, insensibilità e formicolio al braccio e alla mano (81,4% del campione), il parlare in modo confuso (il 70,0%), il dolore al basso ventre (72,9%) e la paralisi del braccio (il 58,6%).

Approfondendo l'analisi sono 37 (52,9%) i soggetti che in caso di dolore al torace che non regredisce spontaneamente dopo 15 minuti andrebbero immediatamente in ospedale, mentre 33 (47,1%) preferirebbero aspettare.

Sono 35 i soggetti (50%) che si sentirebbero imbarazzati all'idea di andare in ospedale per aver pensato di avere avuto un infarto cardiaco quando invece non lo era; il rimanente 50% afferma il contrario.

I soggetti che, nonostante pensino di avere un IMA preferirebbero comunque attendere per valutare il decorso dei sintomi, sono invece 40 (57,1%), mentre 30 individui (42,9%) chiamerebbe immediatamente il 118 anche se l'origine cardiaca dei sintomi fosse incerta.

Sono 25 (35,7%) i pazienti che in caso di sospetto IMA chiamerebbe il 118 mentre i restanti 45 (64,3%) preferiscono chiedere a parenti o conoscenti di accompagnarli in pronto soccorso.

Sono 38 (54,3%) i soggetti che, anche se accusassero un dolore al torace ma non fossero sicuri che sia dovuto ad un IMA, non andrebbero in ospedale, mentre

sono 32 (45,7%) i soggetti che anche se insicuri sull'origine cardiaca del dolore, si recherebbero comunque in pronto soccorso.

Infine sono 69 (98,6%) i soggetti che se fossero certi di avere un infarto del miocardio andrebbero immediatamente in ospedale e solo 1 individuo (1,4%) esprime disaccordo in questo.

Discussione

I risultati ottenuti nello studio sono simili a quelli che emergono nella letteratura internazionale, identificando come principale fattore contribuente al ritardo nella chiamata dei Servizi di Emergenza, la lacuna di conoscenza del quadro sintomatologico dell'IMA^{1,4, 6, 8, 11, 12}.

Altro fattore che la letteratura evidenzia come contribuente, sono le strategie di coping inadeguate^{3, 6}. In particolare emerge che quando un individuo viene colpito da IMA, tende ad adottare un atteggiamento impulsivo rispetto ad un atteggiamento riflessivo; conseguenza di tale comportamento è il tentativo di voler negare l'evento stesso, oppure mettendo in atto tutta una serie di azioni quali riposo e automedicazione, con la convinzione che così facendo il dolore avvertito si attenui fino a scomparire.³ Tuttavia i risultati emersi dallo studio condotto contrastano con quanto appena scritto; in particolare sembra che le 70 persone del campione oggetto di studio, adottino comportamenti sufficientemente corretti all'insorgere di una sindrome coronarica acuta.

Il dato maggiormente preoccupante è che solo il 42,9% del campione chiamerebbe immediatamente il 118 nel timore che i sintomi avvertiti siano di origine cardiaca, mentre il 57,1% dei soggetti dichiara che anche se pensasse di avere un IMA preferirebbe comunque attendere per valutare il decorso dei sintomi. Questo dato suggerisce come la mancanza di un bagaglio di conoscenze adeguato sui segni e sintomi della cardiopatia ischemica, induce il campione indagato a ritardare la chiamata del Servizi, per una mancanza di sicurezza nell'identificare correttamente la sintomatologia dell'IMA. Tale concetto è stato evidenziato nel citato studio di Buckley,¹ nel quale si fa risaltare come la fase di riconoscimento dei sintomi sia un momento critico nell'influenzare successivamente il ritardo di chiamata

Tratto da: National Heart Attack Alert Program Coordinating Committee Working Group on Educational strategies to prevent pre-hospital delay in patient at high risk for an acute myocardial infarction.

What To Do If You Think You Are Having a Heart Attack

Patient's Name: _____

Physicians now have treatments that can stop heart attacks and lessen damage to the heart. To make sure you can benefit from these treatments, you need to act promptly if you begin to experience symptoms that might signal a heart attack.



- 1. This is what you may feel:**
 - Chest pain, discomfort or pressure
 - Left arm pain or discomfort
 - Pain radiating to your neck or jaw
 - Shortness of breath
 - Sweating
 - Upset stomach
 - Discomfort in the area between your breastbone and navel
 - A sense of dread
 - Other: _____
- 2. Medication instructions:**
 - Chew one 325 mg. tablet of uncoated (nonenteric) aspirin
 - Place one tablet of nitroglycerin under your tongue as soon as you feel discomfort. Take a second tablet if the discomfort does not go away in 5 minutes. Take a third tablet after 5 more minutes if the discomfort does not go away.
 - Other: _____
- 3. If the symptoms stop, call your physician at:** _____
- 4. If symptoms continue for more than 15 minutes, call the emergency medical services phone number below immediately. (Often this is 9-1-1, but you should check to make sure.) Never wait longer than 15 minutes.**

At home, the emergency phone number is: _____

At work, the emergency phone number is: _____

At _____, the emergency phone number is: _____
- 5. Know the location of the nearest 24-hour emergency department.**

At home, the closest emergency department is: _____

At work, the closest emergency department is: _____

At _____, the closest emergency department is: _____

Place this form next to the phone, near your other emergency numbers!

Signed: _____ M.D./R.N.

dei Servizi di Emergenza. Infatti maggiore è il tempo in cui il paziente "sosta" nella fase di riconoscimento dei sintomi, maggiore sarà il ritardo di chiamata. In alcuni studi, si evidenzia come una buona parte dei pazienti colpiti da IMA preferiscano recarsi in pronto soccorso con propri mezzi, o facendosi accompagnare, piuttosto che chiamare l'ambulanza^{4,5}. Tale scelta viene fatta essenzialmente per tre ragioni: il paziente non si reputa così critico da dover attivare un Servizio di Emergenza⁵, oppure vi è la convinzione che il mezzo di soc-

corso impieghi più tempo e quindi si sceglie di utilizzare un proprio veicolo a volte conducendolo personalmente. Infine molto spesso le persone temono di disturbare inutilmente il personale di soccorso⁴.

L'incertezza che il campione oggetto di studio dimostra nel riconoscere la sintomatologia dell'IMA, sembra confermare ciò che emerge anche dalla letteratura internazionale in cui viene fatto notare che l'esitazione nell'identificazione preclude un'efficace terapia fibrinolitica ma fa rischiare anche delle gravi com-

plicanze quali arresto cardiaco e fibrillazione ventricolare^{1, 4, 6, 8, 11, 12}.

Conclusioni

Dallo studio condotto emerge chiaramente ciò che la letteratura evidenzia e cioè l'incertezza del paziente colpito da sindrome coronarica acuta nell'identificare con sicurezza la patologia, a causa delle conoscenze abbastanza dubbie sul quadro sintomatologico ma anche una competenza appena sufficiente sulle corrette azioni da mettere in atto. In particolare la cosa che più colpisce dalla revisione della letteratura è come in quasi tutti gli studi reperiti si sottolinei l'importanza di avviare dei percorsi formativi specifici circa il quadro sintomatologico con il quale l'IMA si manifesta e sulle corrette azioni da attivare.

Henriksson et al., propongono anche la creazione e pubblicazione di manifesti quali "If the delay is short you can salvage cardiac muscle and increase survival (Se sei veloce nel riconoscimento dei sintomi dell'infarto cardiaco tu puoi salvarti la vita ed aumentare la possibilità di sopravvivenza)" oppure "When treatment starts quickly your prognosis improves (Prima si chiede aiuto migliore sarà la prognosi)"⁴.

Si propone inoltre la creazione di opuscoli informativi nei quali, passo per passo, si guidi la persona sulle corrette azioni da intraprendere se presuppone di esser colpita da infarto cardiaco; dovranno essere integrati con il numero telefonico del medico di base e del sistema di emergenza territoriale nazionale. È chiaro che dovendo essere utilizzati in una situazione in cui è pensabile che il soggetto sia allarmato, ansioso e preoccupato, gli opuscoli dovranno essere composti di un massimo di due fogli visibili entrambi non appena si apre il libretto e ovviamente i caratteri dovranno essere maiuscoli, le frasi chiare e brevi, meglio se integrate da immagini esemplificative. Un opuscolo interessante è stato creato dal *National Heart Attack Alert Program Coordinating Committee Working Group on Educational strategies to prevent pre-hospital delay in patient at high risk for an acute myocardial infarction* nel 1998¹³.

Infine, nell'erogare l'intervento educativo si dovrà tener conto anche delle caratteristiche delle persone che si

hanno di fronte (sesso di appartenenza, locus of control interno od esterno, condizioni sociali e abitative, il significato e l'importanza che la persona attribuisce alla propria salute, rappresentano tutti punti di partenza) e quindi personalizzare l'intervento così da renderlo ancor più efficace¹⁴.

Bibliografia

1. BUCKLEY T, MCKINLEY S, GALLAGHER R, DRACUP K, MOSER DK, AITKEN LM. *The effect of education and counseling on knowledge, attitudes and beliefs about responses to acute myocardial infarction symptoms*. European Journal of Cardiovascular nursing 2007;6:105-111.
2. JOHANSSON I, SWAHN E, STROMBERG A. *Manageability, vulnerability and interaction: A qualitative analysis of acute myocardial infarction patients' conceptions of the event*. European Journal of Cardiovascular nursing 2007;6:184-191.
3. WALSH JC, LYNCH M, MURPHY AW, DALY K. *Factors influencing the decision to seek treatment for symptoms of acute myocardial infarction. An evaluation of the Self Regulatory Model of illness behaviour*. Journal of Psychosomatic Research 2004;56:67-73.
4. HENRIKSSON C, LINDHAL B, LARSSON M. *Patients' and relatives' thoughts and actions during and after an acute myocardial infarction*. European Journal of Cardiovascular Nursing 2007;6:280-286.
5. LOZZI L, CARSTENSEN S, RASMUSSEN H, NELSON G. *Why do acute myocardial infarction patients not call an ambulance? An interview with patients presenting to hospital with acute myocardial infarction symptoms*. International Medicine Journal 2005;35:668-671.
6. PERKINS-PORRAS L, WHITEHEAD DL, STRIKE PC, STEPTOE A. *Pre-hospital delay in patients with acute coronary syndrome: factors associated with patient decision time and home-to-hospital delay*. European Journal of Cardiovascular nursing 2009;8:26-33.
7. MCKINLEY S, DRACUP K, MOSER DK, BALL C, YAMASAKY K, KIM CJ. *International comparison of factors associated with delay in presentation for AMI treatment*. European Journal of Cardiovascular nursing 2004;3:225-230.
8. CARNEY R, FITZSIMONS D, DEMPSTER M. *Why people experiencing acute myocardial infarction delay seeking medical assistance*. European Journal of Cardiovascular nursing 2002;1:237-242.
9. GOFF JR DC, MITCHELL P, FINNEGAN J, PANDEY D, BITTNER V, FELDMAN H. *Knowledge of heart attack symptoms in 20 US communities. Results from the rapid early action for coronary treatment community trial*. Preventive Medicine 2004;38:85-93.
10. TIMMINS F, KALISZER M. *Information needs of myocardial infarction patients*. European Journal of Cardiovascular Nursing 2003;2:57-65.
11. RIEGEL B, MCKINLEY S, MOSER DK, MEISCHKE H, DOERING L, DRACUP K. *Psychometric Evaluation of the Acute Coronary Syndrome (ACS) Response Index*. Research in Nursing and Health 2007;30:584-594.
12. LOVLIE M, SCHEI B, HOLE T. *Myocardial infarction: psychosocial aspects, gender differences and impact on pre-hospital delay*. Journal of Advanced Nursing 2008;63(2):148-154.
13. National Heart Attack Alert Program Coordinating Committee Working Group on Educational strategies to prevent pre-hospital delay in patient at high risk for an acute myocardial infarction. A report by the National Heart Attack Alert Program. Journal of Thrombosis and Thrombolysis 1998;6:47-61.
14. National Heart Attack Alert Program Coordinating Committee. Access to timely and optimal care of patients with acute coronary syndrome – Community planning considerations: A report by the National Heart Attack Alert Program. Journal of Thrombosis and Thrombolysis 1998;6:19-46