



Cochrane Neurological Network

IV Meeting: LE MENINGITI

IL PUNTO DI VISTA DEL MEDICO DI PRONTO SOCCORSO

DR. DANIELE COEN



**S.C. Medicina d'Urgenza e Pronto Soccorso
Azienda Ospedaliera Ospedale Niguarda Ca' Granda - Milano**

Problemi organizzativi

1. In molti PS non è sempre di guardia un radiologo o un medico in grado di leggere accuratamente una TAC
2. In molti PS non è sempre di guardia un medico in grado di praticare una rachicentesi (!)
3. I pazienti acuti non arrivano mai da soli
4. Il tempo è “prezioso” in una quantità crescente di condizioni cliniche

Percentuale accessi per codice colore P.S. “internistico” anno 2007 (circa 80 accessi al giorno)

- | | |
|-----------------|--------|
| • Codice rosso | 2,6 % |
| • Codice giallo | 29,2 % |
| • Codice verde | 60,5 % |
| • Codice bianco | 7,7 % |

Tempi d'attesa medi

P.S. "internistico" anno 2007

(sottrarre 10' circa)

- | | |
|-----------------|------------------|
| • Codice rosso | 14 minuti |
| • Codice giallo | 27 minuti |
| • Codice verde | 80 minuti |

PAZIENTE	TRIAGE	SINTOMO	TRIAGE / VISITA	TRIAGE/AB
CG 72	Rosso	Alt.cosc	1'	46'
CA 79	Giallo	Cefalea + dist. neurol	27'	30'
GB 81	Giallo	Dist.neurol	22'	1h 32'
PS 83	Verde	Febbre + note	13'	57'
MHD 25	Verde	Cefalea + trauma	2h 43'	5h 01'
MD 60	Verde	Trauma + note	14'	1h 12'
CA 67	Verde	Vertigini + vomito	27'	2h 18'
TA 25	Verde	Cefalea + febbre	18'	1h 21'
CR 62	Verde	Sintomi minori+note	29'	4h 2'

Ragioni per assegnare codice rosso o giallo a partire da sintomi di presentazione compatibili con meningite

- ALTERAZIONE DELLO STATO DI COSCIENZA → rosso
- CEFALEA + disturbi neurologici → giallo
- CEFALEA + perdita di coscienza → giallo
- DISTURBI NEUROLOGICI
 - + irrequietezza/agitazione
 - + crisi comiziale risolta da < 30 minuti → giallo
 - + sintomi focali < 2 ore
 - + diabete

PAZIENTE	TRIAGE	SINTOMO	AUDIT
CG 72	Rosso	Alt.cosc	FEBBRILE, SOPOROSO, MENINGITE IN APR, INSTABILITA' CARDIORESPIRATORIA
CA 79	Giallo	Cefalea + dist. neurol	CONFUSA, FEBBRILE, NUCA RIGIDA, INVIATA DAL CURANTE PER SOSPETTA MENINGITE
GB 81	Giallo	Dist.neurol (afasia)	NON CONTATTABILE (ROSSO?), FEBBRE NON RILEVATA A TRIAGE, TAO, RIGOR NUCALE, AB PRECOCE → DIAGNOSI DOPO
PS 83	Verde	Febbre + note	PAZ. SOPOROSO (ROSSO?), RIGIDITA' DIFFUSA, AB PRECOCE → DIAGNOSI DOPO
MHD 25	Verde	Cefalea + trauma	STORIA COMPLESSA, TRAUMA, DOLORE DEL COLLO, NAUSEA, NON FEBBRE, NON ALTERAZIONI DELLA COSCIENZA, RIGOR
MD 60	Verde	Trauma + note	TROVATO A TERRA CONFUSO (ROSSO?), FEBBRE, TRAUMA, COLLARE CERVICALE, OTALGIA DA 48H
CA 67	Verde	Vertigini + vomito	RALL PSICOMOTORIO NON RILEVATO A TRIAGE (ROSSO?), NUCA LIBERA, FEBBRE, AB PRECOCE → DIAGNOSI DOPO
TA 25	Verde	Cefalea + febbre	VIGILE E LUCIDO, RIGOR NUCALE
CR 62	Verde	Sintomi minori+note	SINDROME DI REITER IN TERAPIA STEROIDEA, DOLORI DIFFUSI DA GIORNI, NON FEBBRE, VES ALTA, AB PRECOCE → DIAGNOSI DOPO

PAZIENTE	TRIAGE	VISITA/AB	SEQUENZA	NOTE
CG 72	Rosso	46'	TAC → AB → LCR in RIA	Diagnosi chiara
CA 79	Giallo	30'	AB → TAC → LCR	Diagnosi chiara
GB 81	Giallo	1h 32'	AB → TAC → LCR	Diagnosi chiara, TAO
PS 83	Verde	57'	AB → TAC → LCR	Infezione chiara
MHD 25	Verde	5h 01'	TAC → LCR → AB	Non febbre, trauma
MD 60	Verde	1h 12'	TAC → AB → LCR	Trauma, febbre
CA 67	Verde	2h 18'	TAC → AB → RMN	TAC isch, febbre
TA 25	Verde	1h 21'	TAC → LCR → AB	Sosp alto, già AB
CR 62	Verde	4h 2'	TAC cervicale → AB → LCR	Trauma, non febbre

PAZIENTE	TRIAGE	NOTE	STEROIDE
CG 72	Rosso	Diagnosi chiara	NO MURG, NEURO, RIA
CA 79	Giallo	Diagnosi chiara	SI - MURG
GB 81	Giallo	Diagnosi chiara, TAO	SI - MURG
PS 83	Verde	Infezione chiara	NO
MHD 25	Verde	Non febbre, trauma	SI – NEURO tardi con AB
MD 60	Verde	Trauma, febbre	NO – MURG SI - NEURO
CA 67	Verde	TAC isch, febbre	NO – MURG NO - NEURO
TA 25	Verde	Sosp alto, già AB	SI – MURG + NEURO
CR 62	Verde	Trauma, non febbre	NO – MURG , NEURO

Conclusioni 1

1. La presentazione del paziente non è sempre tipica e la diagnosi non è sempre immediata. In particolare nell'anziano la diagnosi differenziale può essere complessa.
2. La valutazione al triage dei disturbi neurologici/della coscienza non è sufficientemente accurata.
3. L'abitudine di prelevare emocolture e praticare precocemente una terapia AB ad ampio spettro in tutti i pazienti con febbre e qualunque sintomo di criticità può tutelare anche quando la diagnosi è incerta o tardiva. Nel nostro caso tutti i pazienti hanno ricevuto AB in PS e in solo due pazienti su 9 la somministrazione è stata fatta oltre 2 ore dopo la prima valutazione medica

Conclusioni 2

- Solo in un caso (TAO) la rachicentesi è stata effettuata ad una distanza dalla terapia AB tale da compromettere probabilmente il risultato dell'esame microbiologico.
- La somministrazione di steroide è stata fatta con regolarità a fronte di una diagnosi chiara (tranne 1 caso). Nei casi incerti lo steroide non è stato somministrato.