

médecine interne générale

Cours de Revue

novembre 2020

Dr Tiffany Priester

Cardiologue du personnel, VA Loma Linda Healthcare System

Professeur adjoint de médecine, Université de Loma Linda

Professeur agrégé de médecine, Université de Californie à Riverside

Principes de base pour UFD / USI

Admissions HSB UFD/USI

AVC, infarctus du myocarde, urgence HT, ACD / hyperosmolaire non cétotique, méningite, hémorragie gastro-intestinale, choc / septicémie / paludisme compliqué

Indications

Soins infirmiers (intervention horaire)

Surveillance cardiaque

Incapacité à protéger les voies respiratoires

Surveillance après des procédures à haut risque ou un traumatisme majeur

Insuffisance d'organe ou défaillance d'organe imminente

Instabilité ou choc

Chance raisonnable d'amélioration (? Mieux servi par les soins palliatifs)

Principes de base pour UFD / USI

- Soyez prêt — parfois 5 minutes signifient VIE au lieu de la MORT
- Savoir reconnaître et stabiliser / temporiser un patient gravement malade
 - Voies respiratoires / respiration / oxygénation
 - Circulation / PA / perfusion cérébrale
- Combien d'heures en moyenne pour stabiliser un patient en choc septique ?
 - Pack de septicémie de 1 h et 6 h
 - La gestion initiale des fluides nécessite une réévaluation fréquente
- Soyez gentiment honnête avec les patients / familles
 - Mortalité en USI dans le monde 15-30 %
 - Évaluer la capacité du patient et de sa famille à discuter du pronostic
 - Le transfert vers un niveau de soins plus élevé peut causer plus de tort que de bien
 - Futilité médicale

Principes de base pour l'UFD / USI — Attentes

- Ronde au moins deux fois par jour
- Mettez à jour la famille à chaque visite
- Donner à chaque patient autant de temps que requis par sa maladie
- Tous les patients complexes doivent être évalués selon l'approche par système organes
- Documentez les dates de tous les médicaments clés (jour n° 3/7 de la ceftriaxone)
- Passez en revue TOUTES les données ; revoir les données SOURCE lorsque cela est possible
- Traitez l'ensemble du patient, pas seulement les résultats des analyses
- « Faites confiance, mais vérifiez »
- Se rendre au chevet pour tout changement majeur du statut clinique
- Écrire les titrages de médicament en mg / h, concentration et ml / h

Principes de base pour l'UFD / USI – stabilité hémodynamique

Étape 1 — ÉVALUATION RAPIDE

- Tension artérielle (palpable, manuelle, automatique, ligne artérielle)
- Perfusion (cerveau, reins, périphériques, pouls, Hgb, acide lactique, rythme cardiaque)
- Oxygénation (TR, travail respiratoire, O2 saturé, besoin en oxygène)

ÉTAPE 2 — PREMIÈRE INTERVENTION RAPIDE

- Bolus de liquide IV rapide, presseurs (bolus versus goutte à goutte)
- Oxygène : CN, NRC, TPPC, intubation et ventilation mécanique
- Accès IV pour les traitements : 3 lignes minimum ; préfère aussi la ligne centrale

Principes de base pour l'UFD / USI – pathologie sous-jacente

Étape 3 — DEUXIÈME INTERVENTION RAPIDE

Identifier et corriger la pathologie de conduite sous-jacente

Hypovolémie -> remplacer la perte de liquide

Hémorragie -> transfusion sanguine

Sepsis -> antibiotique approprié

Urgence hypertensive -> corriger la PA de 20 % à des niveaux sûrs

Infarctus du myocarde -> rétablir le flux sanguin coronarien

Arythmie -> contrôle de la fréquence ou cardiovertteur ou rythme

Hypoxie -> oxygéner, ouvrir les voies respiratoires, traiter l'œdème pulmonaire

Principes de base pour l'UFD / USI – pathologie sous-jacente

Étape 4 — RÉÉVALUER LA RÉPONSE AU TRAITEMENT INITIAL (avant 6 heures)

Examiner les données source

Examiner les signes vitaux, y compris le débit urinaire

Répéter l'examen physique ciblé

Répéter la commande d'analyses clés (temps opportun...

Commander 2 séries de laboratoires ?)

Note de mise à jour rapide dans le fichier

Diagnostic de travail, pronostic, réponse au traitement initial, plan

Soins UFD / USI

Diagnostic de travail : IM aigu

Mise à jour de l'histoire : désormais sans douleur thoracique après thrombolytique, l'ECG montre une amélioration de l'élévation de la ST, pas de choc cardiogénique, un œdème pulmonaire léger, aucune arythmie significative

Analyses : troponine 13 -> 23, Créatinine 1,3, CGB 11

Examen : inchangé ; saturations > 95 % sur CN 2L

Plan :

- 1) tendance à la troponine toutes les 8 heures jusqu'à ce qu'elle atteigne son maximum
- 2) Glycémie aléatoire toutes les 4 heures, lipogramme et U & E et HgbA1c le matin
- 3) Régime liquide pour aujourd'hui puis progresser selon tolération
- 4) Continuer le niveau de soins du moniteur cardiaque / de l'USI
- 5) Continuez l'énoxaparine, le clopidogrel, l'aspirine, la rosuvastatine, le carvedilol

Principes de base pour l'UFD / USI – pathologie sous-jacente

Étape 5 — RÉÉVALUER LA RÉPONSE AU TRAITEMENT (12 heures)

- Examiner les données source
- Examiner les signes vitaux, y compris le débit urinaire
- Répéter l'examen physique complet
- Y A-T-IL UNE AMÉLIORATION ? MÊME DIAGNOSTIC DE TRAVAIL ?
- Note basée sur le système organique pour les patients complexes
- Remarque : diagnostic de travail, réponse au traitement, pronostic
- Mettre à jour la famille sur les progrès / pronostics / attentes

Principes de base pour l'UFD / USI – parler aux patients / à la famille

- Diagnostic de travail versus diagnostic final
- Traitements empiriques
- Modifier en même temps que les résultats arrivent
- Modifier en fonction de la réponse observée au traitement
- Réponse au traitement initial comparée au pronostic global
- Traitements et tests en cours
- Signes pronostiques médicaux et espoir de guérison
- Tenir compte des inconnues dans un contexte de traitement
- Prévoyez du temps pour déterminer le pronostic et la réponse

Principes de base pour l'UFD / USI

- Mortalité — 20 % à 30 % acceptable pour les USI
- Mortalité — Moins de 20 % pour les HDU
- Faire face à des conditions médicales hautement morbides ou très mortelles
- Coordination du niveau de soins « supérieur »
- Les transferts sont dangereux — même pour les tomодensitogrammes
- Le transport aérien peut ne pas modifier le pronostic à long terme
- Important s'il s'agit d'un test ou d'un traitement clé qui devrait améliorer considérablement la morbidité ou la mortalité (stent, dialyse, radiothérapie, biopsie pulmonaire, réadaptation)

Principes de base du UFD / USI — conseil

- Faites de votre mieux
- Obtenez de l'aide... 2 cerveaux valent mieux qu'un
- Vérifiez fréquemment jusqu'à ce que le patient soit stable
- Si cela ne s'améliore pas -> retournez au début, évaluez à nouveau chaque organe, utilisez la pleine conscience et la prise de décision rationnelle, recherchez les comorbidités que vous avez peut-être manquées, recherchez les objets étrangers, les traitements commandés, mais non effectués
- CONNAÎTRE la chronologie de l'amélioration attendue pour chaque diagnostic
- Remise écrite