

Les soins continus en Cardiologie

CNCHG
Paris, 27 novembre 2009

Soins Continus / Soins Intensifs

- ❖ Justification médicale
- ❖ Autorisation
- ❖ Financement

Soins Intensifs Cardiologiques

Recommandations de la SFC du 3 mars 1999 :

« La spécificité de prise en charge des problèmes cardiologiques, comme leur fréquence, confèrent un rôle particulier aux structures cardiologiques chargées de leur accueil, de leur diagnostic et de leur traitement ».

Cadre réglementaire

Lever la confusion des textes portant sur :

- ☞ La notion d'USIC par rapport à la notion de Réa générale
- ☞ Donner aux ARH le cadre médical nécessaire aux autorisations :
 - Service de cardio si associé à SAU et/ou USIC
 - 3 niveaux de prise en charge : Réa, USI, SC

L'activité Cardiologique d'Urgence

Les USIC doivent être dimensionnées en nombre suffisant pour regrouper des patients, sans exclusive d'âge, souffrant de :

- Insuffisance coronaire aiguë et IDM,
- Insuffisance cardiaque sévère,
- Troubles graves du rythme et de la conduction,
- Arrêt cardiaque, collapsus, choc cardiogénique,
- Embolie pulmonaire, pathologie aiguë des gros vaisseaux,
- Accidents cardiaques des intoxications.

Les sorties d'USIC se font habituellement vers le service.

La surveillance continue

« Prend en charge des cardiaques dont l'état précaire nécessite l'observation de paramètres dont le dérèglement peut constituer autant d'alarmes ».

- Soit en suite de soins en aval d'une USIC
- Soit dans un service cardiovasculaire à distance excessive d'une USIC
- Soit dans des services cardiovasculaires de réadaptation liés en convention avec des services à USIC

Fonctionnement d'une unité de surveillance continue

- ❖ Surveillance continue de l'ECG
- ❖ Moyens de ressuscitations (DSA, ventilation)
- ❖ Équipe paramédicale entraînée
- ❖ Astreinte cardiologique avec intervention sur le site en 20 min.

Soins Continus / Soins Intensifs

- ❖ Justification médicale
- ❖ **Autorisation**
- ❖ Financement

Décret du 5 avril 2002 relatif aux conditions techniques de fonctionnement pour les activités de réanimation, soins intensifs, surveillance continue.

Il reprend les définitions des recommandations pour lesUSIC :

« *Défaillance aiguë d'organe mettant en jeu à court terme le pronostic vital... techniques spécifiques* »

Et des SC :

« *L'USIC doit pouvoir assurer le transfert des patients vers une unité de SC....* »

USIC

- ❖ Permanence H24 d'un membre de l'équipe médicale ou d'un interne (selon condition) avec astreinte OP
- ❖ IDE 1/4 jour 1/8 nuit
- ❖ Équipement radio conventionnelle, écho TM, ETO
- ❖ +/- sur place : scinti, scan, IRM, angiovasculaire, labo, coro-ACT, réanimation polyvalente.

Soins Continus

Sous Section 7 du décret

- ❖ Prendre en charge des malades qui nécessitent une observation clinique et biologique particulière
- ❖ Ayant sur place ou en convention :USIC ou réa polyvalente

Les limites de ces textes

- ❖ Évolution des techniques : ACT. Électrophysiologie
- ❖ La définition précises des personnels de SC : IDE et AS 1/6 ? (pas de précision dans le décret)
- ❖ La variabilité forte d'une ARH à l'autre (décret du 24 avril 1996)

PACA : Évolution de la carte

- ❖ Cardiologie interventionnelle : ACT → USIC
Le SROSS 3 pour 2010 crée plusieurs niveaux (et cite les SC), tenant compte de la prise en charge d'urgence, d'ACT et d'électrophysiologie.
- ❖ Autorisations accordées en 2008, selon les projets et équipements, en SC
Cardio, néphro, pédiatrie, chir, hémat, post-réa

Soins Continus / Soins Intensifs

- ❖ Justification médicale
- ❖ Autorisation
- ❖ Financement

Arrêté du 19 février 2009 relatif à la classification et prise en charge des prestations d'hospitalisation.

Article 6 : « *lorsque le patient est pris en charge dans une unité de réa, SI, SC, un des suppléments suivants est facturé :* »

- a) Supplément dénommé : Réanimation
- b) Réanimation pédiatrique
- c) Soins Intensifs
- d) Soins Continus

Supplément « Soins Continus » pour chaque journée dans une unité reconnue par contrat avec l'ARH et répondant à une des conditions suivantes :

279,39 €/j en 2008 et 326,12 €/j en 2009

- ❖ Patient immédiatement transféré d'une unité de Réa et ayant justifié du supplément à
- ❖ IGS ≥ 7 (sans l'âge) si diagnostic de la liste 1
- ❖ IGS ≥ 15 (sans l'âge)
- ❖ Acte de la liste 2

Keske

IGS - Liste 1 - Liste 2

IGS

Arrêtés du 20.09.1994 et 18.06.1996

Indicateurs de gravité permettant un pronostic dans les services de réanimation générale, afin de mieux planifier l'offre de soins dans cette spécialité.

Edition Affichage Favoris Outils ?

Précédente → Recherche Favoris Média

http://reaannecy.free.fr/igs2.htm

Calcul de l'IGS II

[Remonter vers documentation médicale](#) [Remonter vers les scores](#)

Mode d'admission <input type="text" value="0"/>	Maladies chroniques <input type="text" value="0"/>	Score de Glasgow <input type="text" value="0"/>
Âge <input type="text" value="0"/>	P. Art. Syst. <input type="text" value="0"/>	Fréq. Cardiaque <input type="text" value="0"/>
Température <input type="text" value="0"/>	PaO2/FIO2(mmHg) Si VM ou CPAP <input type="text" value="0"/>	Diurèse (L/24 H) <input type="text" value="0"/>
Jrée sanguine <input type="text" value="0"/>	Leucocytes <input type="text" value="0"/>	Kaliémie <input type="text" value="0"/>
Créatinémie <input type="text" value="0"/>	HCO3- <input type="text" value="0"/>	Bilirubine (si ictere) <input type="text" value="0"/>

(les paramètres sont colligés dans les 24 H suivant l'admission en U.S.I.)

IGS II

Mortalité Prédite La probabilité de mortalité est donnée par la formule:
 $\text{Logit} = -7,7631 + 0,0737 * \text{IGS} + 0,9971 * \log(\text{IGS} + 1)$
 $\text{Probabilité} = \frac{e^{\text{Logit}}}{1 + e^{\text{Logit}}}$

: Le Gall JR et coll. A new simplified acute physiology score (SAPS II) based on a European/North American multicenter study. JAMA. 1993; 270: 2957-2963

En cardiologie, le score IGS II (sans l'âge)

- ❖ Médecine : 6
- ❖ FC : 2 (40 - 69) ; 7 (> 160) ; 11 (< 40)
- ❖ PAS : 2 (> 200) ; 13 (< 70)
- ❖ Diurèse : 4 (500 à 999) ; 11 (< 500)
- ❖ Urée : 6 (10 à 30) ; 10 (> 30)
- ❖ Glasgow : 5 (11 à 13) ; 13 (6 à 8)

Liste 1 : IGS ≥ 7

- ❖ Infarctus < 24 heures, prise en charge initiale
- ❖ Choc cardiogénique sous Dopa ou Dobu
- ❖ CIA. CIV. Endocardite. Embolie
- ❖ IVG sous oxygène
- ❖ Choc hypovolémique
- ❖ Thrombose coronaire n'entraînant pas d'infarctus

Liste 1 (suite...)

- ❖ Aplasie médullaire, acido-cétose
- ❖ Méningite, encéphalite
- ❖ Épanchement pleural *, insuffisance respiratoire
- ❖ Pancréatite, Crohn ou colites sous alimentation parentérale
- ❖ Varices oesophagiennes

Liste 2 = forfait SC par code CCAM

Tout acte chirurgical lourd, en neuro chir,
digestif, orthopédie, ophtalmo, ORL.

En cardio vasculaire

- ❖ Angioplasties par thoracotomie
 - ❖ Sutures de plaie cardiaque, aortique, iliaque
 - ❖ Pontages, endartériectomies
 - ❖ Dilatation par voie artérielle transcutanée : Ao, carotide, vertébrale
 - ❖ Pose d'endoprothèse par voie artérielle transcutanée : Ao, artère digestive
 - ❖ Embolisation de vaisseaux afférents à une tumeur
- Et... **Kt droit** : EQQF 1 - 3 et 6, EQQH 1, EQQP 12 et 14

Et rien sur

- ❖ Angioplastie coronaire
- ❖ Implantation de stimulateur ou défibrillateur
- ❖ Radiofréquence
- ❖ Bilan de malaise suspect de cardiopathie