

ADVANCES IN CARDIAC ARRHYTHMIAS *and* GREAT INNOVATIONS IN CARDIOLOGY

XXIX GIORNATE CARDIOLOGICHE TORINESI

Directors

Fiorenzo Gaita
Sebastiano Marra

Scientific Committee

Malcolm R. Bell, Usa
Martin Borggrefe, Germany
Leonardo Calò, Italy
Jean François Leclercq, France
Amir Lerman, Usa
Dipen Shah, Switzerland

Organization Committee

Matteo Anselmino, Italy
Carlo Budano, Italy
Davide Castagno, Italy

SESSIONE CASI CLINICI:

SCOMPENSO CARDIACO



TURIN
27-28
OCTOBER
2017

Centro Congressi
Unione Industriale
di Torino

Bisci Monica,
Infermiera ASLT05

PREMESSA

Acute care nurses play a fundamental role in the overall care of patients presenting with AHF, and nurses' assessment skills and comprehensive knowledge of both acute and chronic HF disease states are important to optimize patient care and improve outcomes in this population (eg, reduced morbidity, mortality, and rehospitalization).

- Paul S, Hice A. Role of the acute care nurse in managing patients with heart failure using evidence-based care. Crit Care Nurs Q. 2014 Oct-Dec;37(4):357-76.

IL CASO

- Uomo di 79 anni
- Motivo dell'ingresso in PS:
dispnea notturna e da sforzo, ortopnea
- Anamnesi prossima:
Dispnea notturna e da sforzo da due giorni
Da alcuni giorni calo della voce,
Insonnia,
Sensazione di gonfiore e dolore addominale diffuso
- Anamnesi remota:
pregresso TIA, sindrome depressiva, ernioplastica inguinale, IPB, intervento per adenocarcinoma del colon, ernia iatale, ipertensione arteriosa.
- Anamnesi cardiologica:
FA in TAO, ipertensione, cardiomiopatia ipocinetica → Ecocardio 2016: FE 38-40%.
- Terapia domiciliare: Rytmonorm, Sequacor 1,25 mg, Coumadin, lanoxin 0,125mg, zopranol 1 cp, Sereupin 1cp.
- Ingresso in ps: FC: 60 bpm; PAO: 125/85; Spo 97% aa

ESAME OBIETTIVO

EOC: toni validi, ritmici con extrasistoli

EOP: respiro aspro e diffuso ridotto alle basi

EOA: trattabile non dolente

OI: succulenza declive bilaterale, maggiore a sinistra presente da diverso tempo

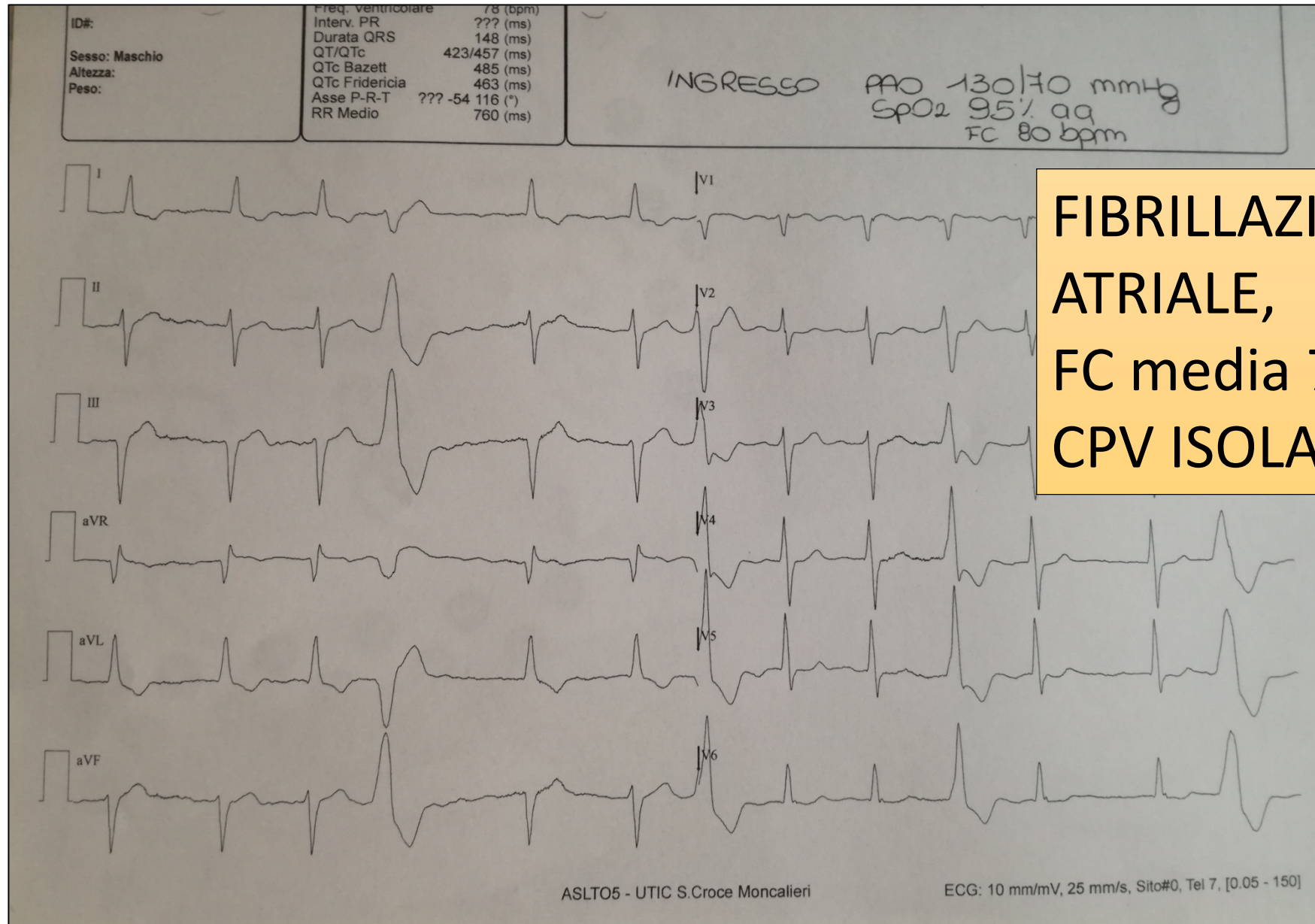
<i>Sintomi</i>	<i>Segni</i>
<i>Tipici</i>	<i>Maggiore specificità</i>
<u>Dispnea</u> , ortopnea, <u>dispnea parossistica notturna</u> <u>Ridotta tolleranza all'esercizio</u> Stanchezza, maggior tempo di recupero dopo esercizio <u>Edemi declivi</u>	Elevata pressione venosa giugulare Reflusso epatogiugulare T3 – ritmo di galoppo Itto cardiaco lateralizzato
<i>Atipici</i>	<i>Minore specificità</i>
Tosse notturna Respiro affannoso <u>Senso di gonfiore</u> Perdita dell'appetito Confusione (soprattutto in anziano) <u>Depressione</u> Palpitazioni Vertigini, sincope Bendopnea	Incremento ponderale (> 2 kg/sett) Calo ponderale (in AHF), cachessia Soffio cardiaco <u>Edemi periferici (caviglie, scroto, sacrali)</u> Crepitii polmonari, versamento pleurico Tachicardia, polso aritmico Tachipnea, respiro di Cheyne-Stokes Epatomegalia, ascite Estremità fredde Oliguria

DIAGNOSI: SCOMPENSO CARDIACO BIVENTRICOLARE IN CMP IPOCINETICA DA NDD E FAC

Sindrome **clinica** caratterizzata da **sintomi tipici** eventualmente accompagnati da **segni clinici** causati da una **anomalia strutturale e/o funzionale** del cuore tale da determinare almeno uno tra

- ✓ Ridotta gittata cardiaca
- ✓ Elevate pressioni di riempimento (a riposo oppure da sforzo)

ECG ALL'INGRESSO



**FIBRILLAZIONE
ATRIALE,
FC media 76 bpm,
CPV ISOLATE.**

Esami ematici raccomandati da linee guida ESC 2016	Valori esami ematici eseguiti	Valori di riferimento
Peptide natriuretico (pro BNP)	7114	<100 pg/ml
Troponina	Non indagata	
ck	44	<190 U/l
Urea	32	10-50 mg/dl
creatinina	1.19	
Sodio	Attenzione! Il controllo del proBNP può essere eseguito in tutti i casi di dispnea ma elevati valori di proBNP non indicano automaticamente diagnosi di scompenso cardiaco: i valori devono essere correlati con la presenza di alterazioni cardiologiche. ESC 2016	
Potas		
AST		
ALT		
gluco		
FT3	2.71	2,39- 4.56 pg/ml
FT4	1.54	ng/ml
TSH	1.100	mIU/l

ECOCARDIOGRAMMA

Ventricolo sx dilatato, FE severamente ridotta, con ipocinesia diffusa, atrio sx dilatato. Ventricolo dx ipocinetico TAPSE 12mm (tricuspid annular plane excursion)

Atrio dx nella norma.

Insufficienza mitralica funzionale moderata/severa

Insufficienza tricuspидale lieve/moderata.

PAPS aumentata.

VCI dilatata e scarsamente collabente.

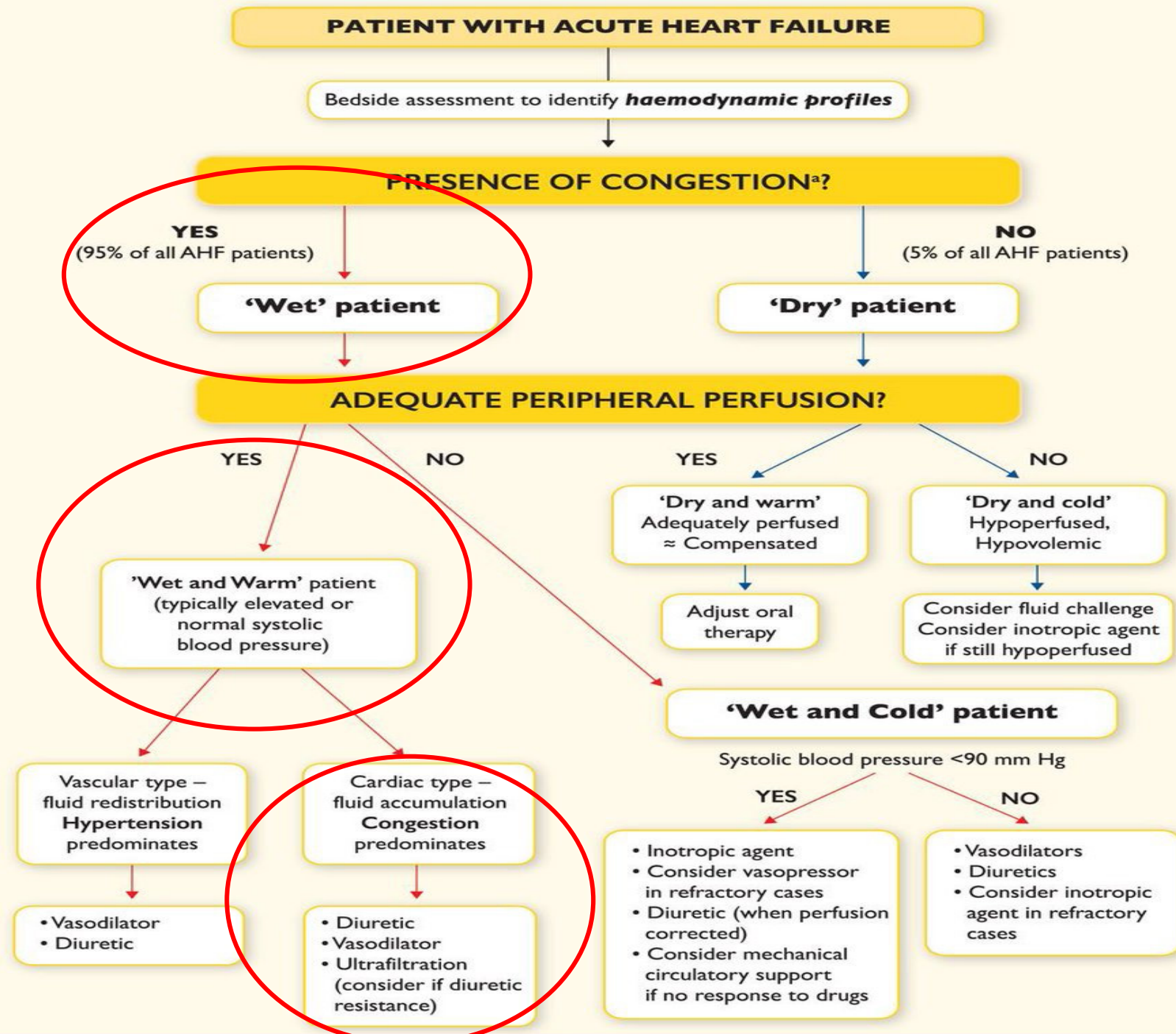
RX TORACE

Accentuazione della trama broncovasale alle basi, senza evidenti addensamenti polmonari a focolaio in atto, né segni di versamento pleurico. Accentuazione vascolare delle ombre ilari.

Ombra cardiaca ingrandita in particolare a sx.

Trachea in asse.

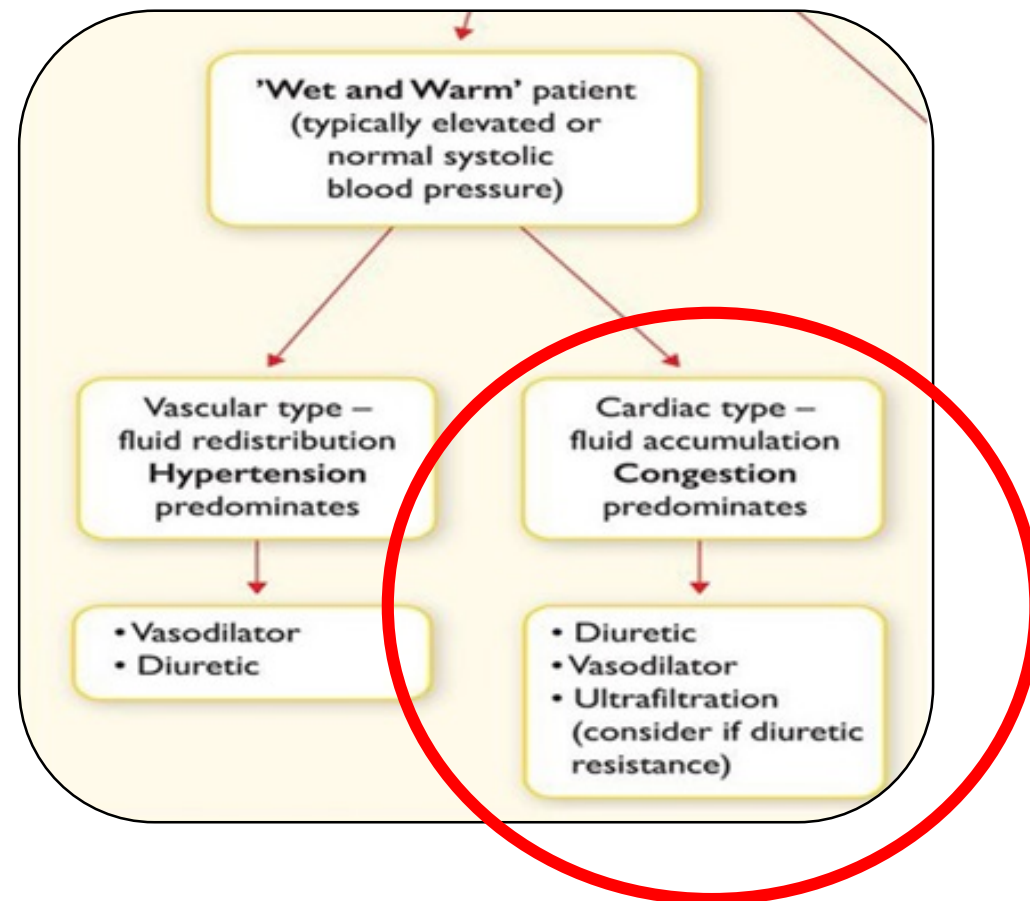
WET AND WARM
PATIENT



TERAPIA

FUROSEMIDE 20mg 2 fl x3
CANRENONE 200 mg 1fl
RAMIPRIL 2,5 mg 1cp
CEROTTO NITRATI 10 mg
BISOPROLOLO 1,25 mg
DIGOSSINA 0,125mg 1cp

LAN SOPRAZOLO 30 mg 1cp
SWITCH DA TAO A EBPN
DOXAZOSIN 4mg 1cp
DUTASTERIDE 1cp
PAROXETINA 1cp





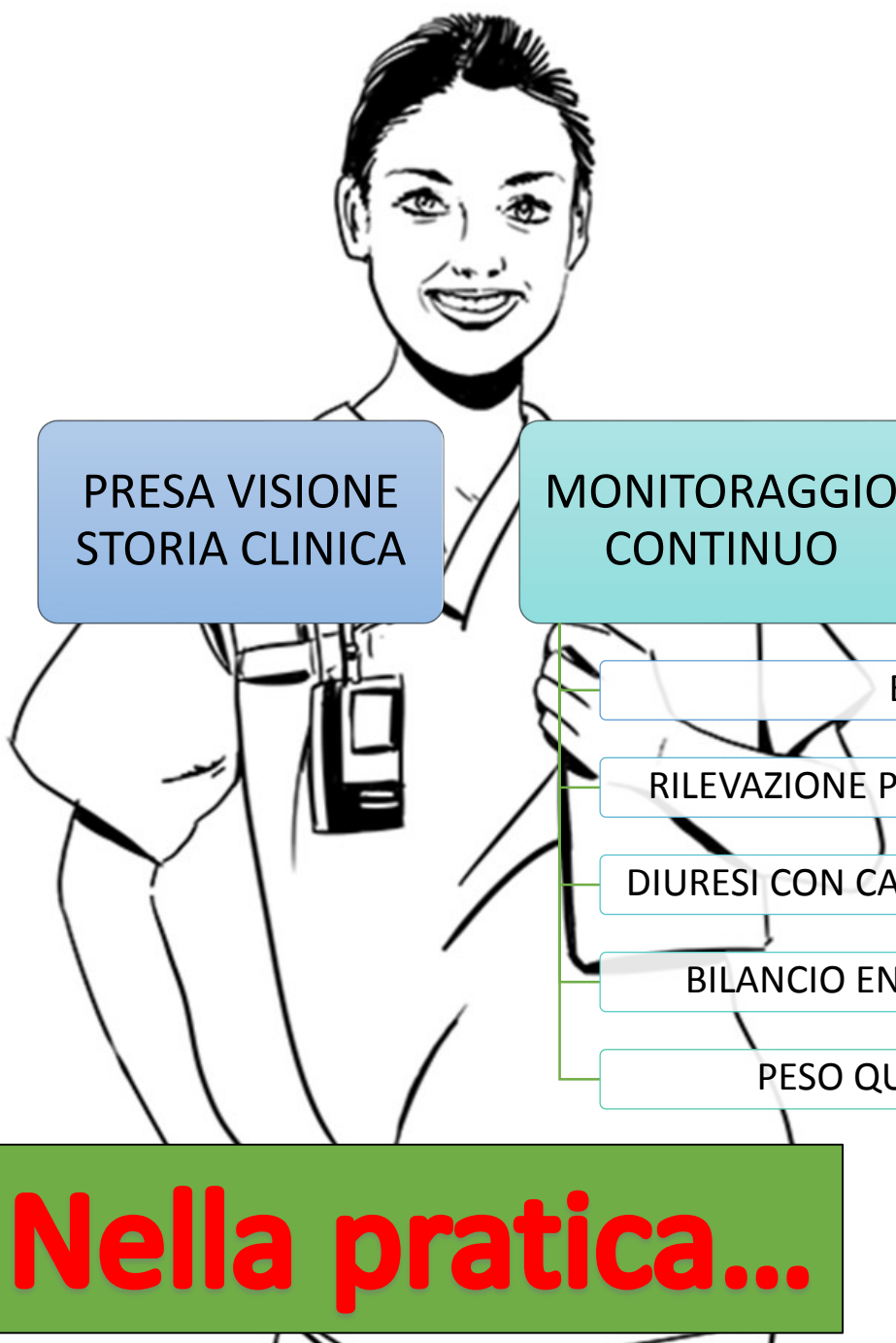
E L'INFERMIERE?!

Nurses, as the first line of health care, **play an important role** in **identifying problems** and **supporting patients** with heart failure.

By **acquiring knowledge** and **listening to the complaints of patients**, interventions **can be developed** to improve their situation.

Mangolian Shahrababaki, P., Nouhi, E., Kazemi, M. and Ahmadi, F. (2017)

E L'INFERMIERE?!



PRESA VISIONE
STORIA CLINICA

MONITORAGGIO
CONTINUO

ASSICURA
ACCESSI VENOSI

RACCOGLIE
ACERTAMENTO
INFERMIERISTICO

PIANIFICA
ASSISTENZA

ECG

RILEVAZIONE PARAMETRI VITALI

DIURESI CON CATETERE VESCICALE

BILANCIO ENTRATE /USCITE

PESO QUOTIDIANO

ABITUDINI DI VITA,

ESAME DELLA CUTE COLORE

PRESENZA O ASSENZA DI EDEMI O EMATOMI,
VALUTAZIONE DEL RISCHIO LDP,

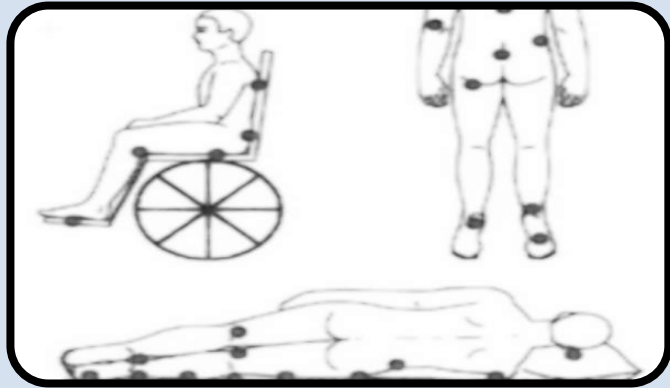
PERSONE DI RIFERIMENTO, CONTESTO
SOCIALE IDENTIFICAZIONE DEL CARE GIVER,

PARTICOLARI INDICAZIONI DURANTE LA
DEGENZA (MOBILIZZAZIONE, ALIMENTAZIONE)

VALUTAZIONE RISCHIO DI CADUTA

Nella pratica...

Pianificazione infermieristica



Braden
20



Conley
negativa



Brass
6

DEFICIT NELLA CURA DI SE
CORRELATO ALLA PRESENZA
DI CV E DISPNEA DA MINIMI
SFORZI

IL PAZIENTE MANTERRÀ UN LIVELLO DI IGENE OTTIMALE CON AIUTO

RISCHIO DI INFEZIONE
CORRELATO A PRESENZA DI CV
E CPV

IL PAZIENTE MANTERRÀ UN LIVELLO DI IGIENE INTIMA OTTIMALE → AIUTO
DEL PERSONALE ED EDUCAZIONE

IL PAZIENTE MANTERRÀ PULITO E ASCIUTTO IL CVP → CONTROLLO

Pianificazione infermieristica

RISCHIO DI SINDROME
D'ALLETAMENTO
AD ALLETAMENTO PER
PATOLOGIA (DISPNEA PER
MINIMI SFORZI)

IL PAZIENTE MANTERRÀ UN LIVELLO DI IGIENE QUOTIDIANA
SECONDO TOLLERANZA ED IN MANIERA CRESCENTE CON L'ANDAMENTO
DELLA PATOLOGIA

RISCHIO DI SOVRACCARICO
DELL'INTROITO DI LIQUIDI

IL PAZIENTE MANTERRÀ IL BILANCIO E/U NEGATIVO → CALCOLO
QUOTIDIANO DEL BILANCIO ED ADEGUAMENTO DELLE INDICAZIONI
ALIMENTARI CON EVENTUALI RESTRIZIONI E CONTROLLO DEL PESO

DIAGNOSI E INTERVENTI NANDA

L'infermiere svolge un ruolo attivo nell'educazione terapeutica. Favorire l'acquisizione di strumenti che migliorino comportamenti di consapevolezza e self-management migliora la riuscita della terapia durante il ricovero, la comprensione e l'aderenza alla terapia e la prevenzione di nuovi scompensi.

Mehnosh Toback & Nancy Clark (2017) Strategies to improve self-management in heart failure patients, Contemporary Nurse, 53:1, 105-120.

LA RISPOSTA ALLA TERAPIA



- Buona risposta a terapia diuretica, bilancio negativo di 3470ml
- peso 80 kg.
- programma scala diuretico e introduce Beta bloccante
 - attende INR<2 per eseguire coronarografia



- bilancio negativo 1176ml
- peso 78 kg
- Non edemi declivi



- compenso ottimizzato: riduzione di sintomi di dispnea, ripresa dell'attività fisica minima (mobilizzazione in camera) senza sforzo, non edemi declivi, riposo notturno.
- INR in range
- Esegue coronarografia

CORONAROGRAFIA

CORONARIA SINISTRA:

TC: breve, indenne

IVA: vaso del secondo tipo, ateromasico, esente da lesioni significative

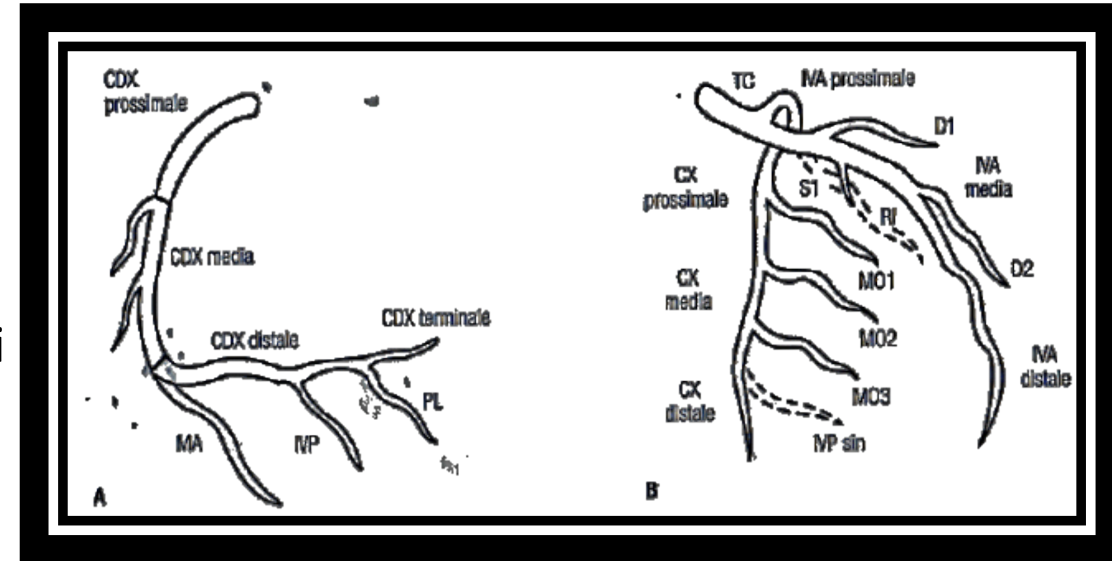
CFx: esente da lesioni significative

CORONARIA DESTRA:

Cdx: dominante, ateromasica, senza evidenti lesioni significative

CONCLUSIONI:

Coronarie angiograficamente normali



INDICAZIONE → TERAPIA MEDICA



E L'INFERMIERE?!

Pianificazione infermieristica

DEFICIT NELLA CURA DI SE
CORRELATO ALLA PRESENZA
DI CV E DISPNEA DA MINIMI
SFORZI

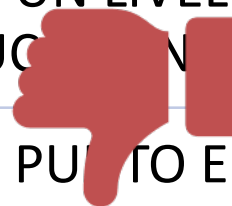
NON PIÙ DISPNEA→

IL PAZIENTE ESEGUIRÀ IN AUTONOMIA L'IGIENE DEL CORPO
RICEVERÀ AIUTO PER LA GESTIONE DEL CV



RISCHIO DI INFEZIONE
CORRELATO A PRESENZA DI CV
E CPV

IL PAZIENTE MANTERRÀ UN LIVELLO DI IGIENE INTIMA OTTIMALE→AIUTO
DEL PERSONALE ED EDUCAZIONE



IL PAZIENTE MANTERRÀ PULITO E ASCIUTTO IL CVP→ CONTROLLO
QUOTIDIANO DEL CVP

RISCHIO DI SINDROME
D'ALLETAMENTO CORRELATA
AD ALLETAMENTO PER
PATOLOGIA (DISPNEA PER
MINIMI SFORZI)

OBIETTIVO RAGGIUNTO→

IL PAZIENTE SI MOBILIZZA IN CAMERA SENZA FATICA.

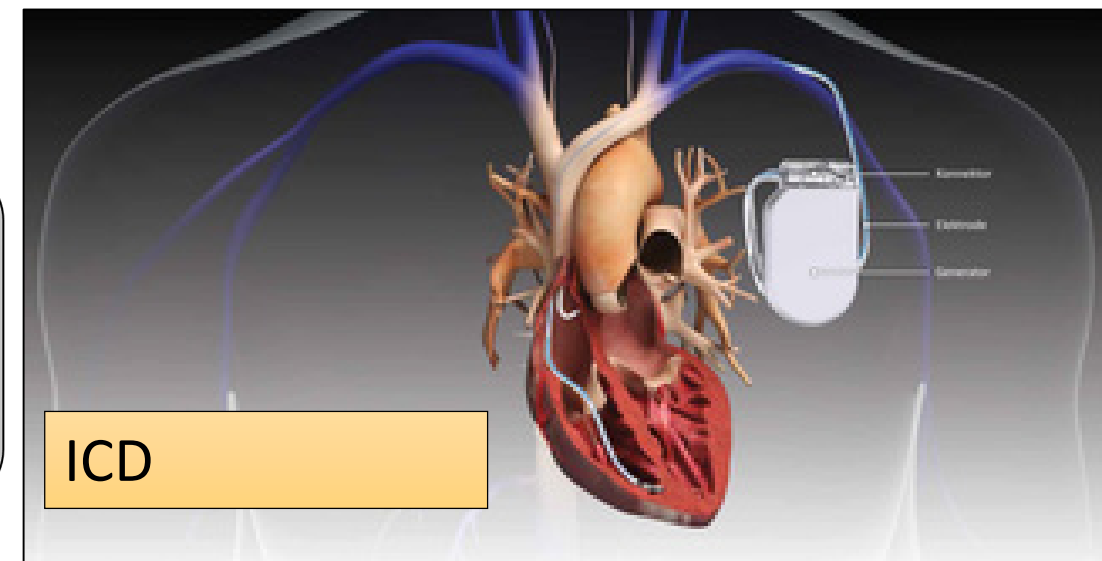
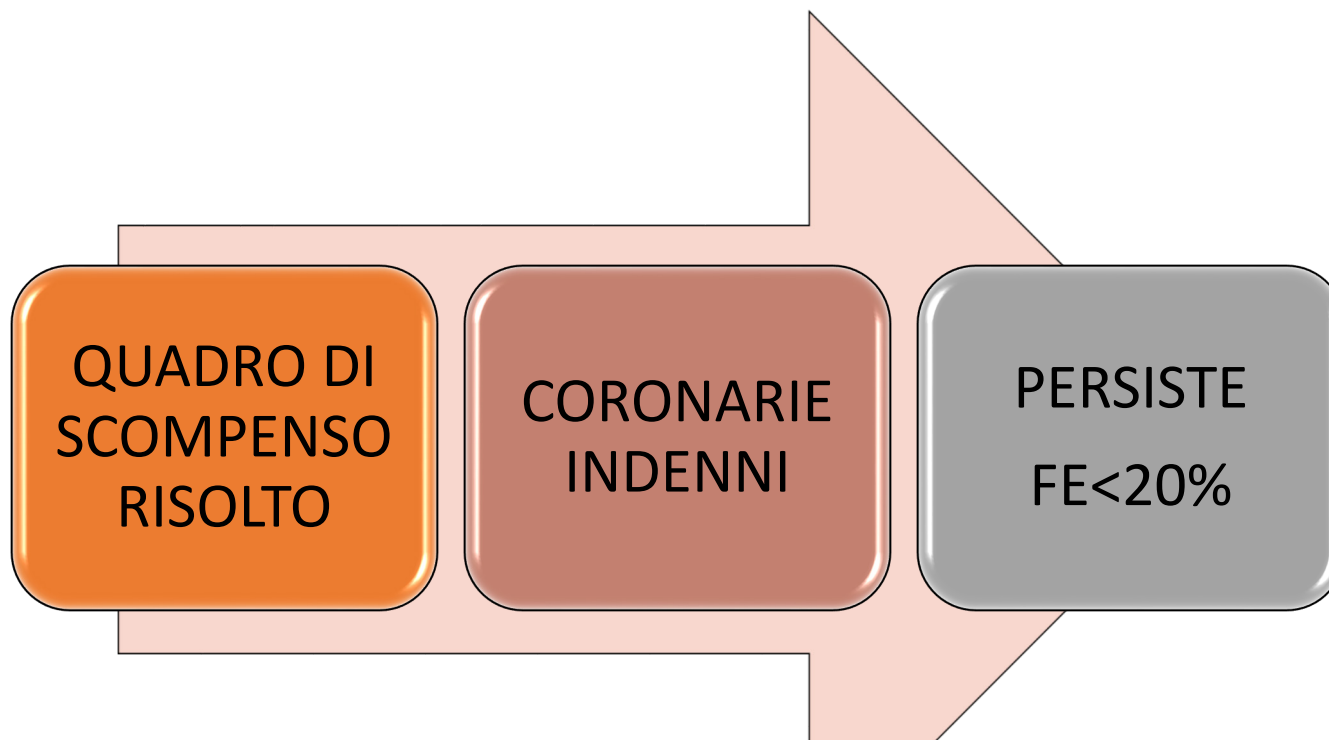


RISCHIO DI SOVRACCARICO
DELL'INTROITO DI LIQUIDI

OBIETTIVO RAGGIUNTO→

COMPENSO CARDIACO OTTENUTO ATTRAVERSO FARMACOTERAPIA, IN
OLTRE, IL PAZIENTE È STATO INFORMATO A MONITORARE L'INTROITO DI
LIQUIDI EVITANDO DI ECCEDERE OLTRE 1500 ml/die.





Recommendations for implantable cardioverter-defibrillator in patients with heart failure	Class ^a	Level ^b
Secondary prevention An ICD is recommended to reduce the risk of sudden death and all-cause mortality in patients who have recovered from a ventricular arrhythmia causing haemodynamic instability, and who are expected to survive for >1 year with good functional status.	I	A
Primary prevention An ICD is recommended to reduce the risk of sudden death and all-cause mortality in patients with symptomatic HF (NYHA Class II–III), and an LVEF ≤35% despite ≥3 months of OMT, provided they are expected to survive substantially longer than 1 year with good functional status, and they have: • IHD (unless they have had an MI in the prior 40 days) • DCM	I	A
ICD implantation is not recommended within 40 days of an MI as implantation at this time does not improve prognosis.	III	A



E L'INFERMIERE?!

ATTENZIONE!

Queste indicazioni fanno riferimento all'attuale protocollo per la gestione dell'impianto di PM o ICD utilizzato presso la Cardiologia dell' Ospedale Santa Croce.

Il protocollo potrebbe essere rivalutato a fronte di nuove evidenze: sono infatti presenti studi che mettono in evidenza la dubbia utilità dell'allettamento prolungato e del posizionamento di ghiaccio sulla ferita.

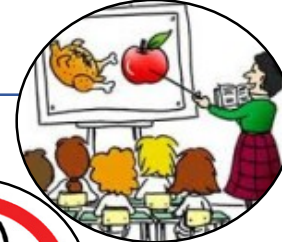
PAZIENTE ALLETTATO PER 24h.

Controllo della tasca PM.
Applicazione del ghiaccio su ferita
posizionamento di tutore per limitare gli spostamenti del braccio/spalla

24h per controllo posizionamento elettrocateri.

1. Viene rinvio presso il domicilio, si individua il figlio infermiere come care giver.
2. Indicazione a controllo a 7 giorni per rimozione punti ferita.
3. Indicazione a visita di controllo elettronico dell'ICD ad 1 mese dall'impianto.
4. Visita medica di controllo con esami ematici a 6 mesi per adeguamento terapia.
5. Educazione terapeutica alla vita con ICD effettuata presso l'ambulatorio di elettrofisiologia da personale infermieristico esperto e dedicato.
6. Educazione terapeutica alla prevenzione di nuovo scompenso

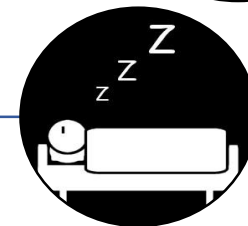




Ridurre sale e grassi e controllare introito di liquidi



Stop alcool



Riconoscere i problemi con il sonno



Esercizio fisico



Stop fumo



Riconoscere i sintomi

Educazione terapeutica

Bibliografia

- Paul S, Hice A. *Role of the acute care nurse in managing patients with heart failure using evidence-based care*. Critical care nursing quarterly. 2014 Oct-Dec;37(4):357-76.
- Mangolian Shahrababaki, P., Nouhi, E., Kazemi, M. and Ahmadi, F. *The sliding context of health: the challenges faced by patients with heart failure from the perspective of patients, healthcare providers and family members*. Journal of Clinical Nursing, 2017; 26: 3597–3609.
- Coen J. & Curry K. *Improving Heart Failure Outcomes*. Critical care nursing quarterly, 2016; 39(4), 335-344
- Mehnosh Toback & Nancy Clark *Strategies to improve self-management in heart failure patients*, Contemporary Nurse, 2017; 53:1, 105-120.
- Lucas, R., Riley, J. P., Mehta, P. A., Goodman, H., Banya, W., Mulligan, K., Newman, S. and Cowie, M. R. *The effect of heart failure nurse consultations on heart failure patients' illness beliefs, mood and quality of life over a six-month period*. J Clin Nurs, 2015; 24: 256–265.
- Baptiste DL, Davidson P, Groff Paris L, Becker K, Magloire T, Taylor LA. *Feasibility study of a nurse-led heart failure education program*. Contemp Nurse. 2016 Aug; 52(4):499-510. Epub 2016 Sep 20.
- Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, Bueno H, Cleland JG, Coats AJ, Falk V, González-Juanatey JR, Harjola VP, Jankowska EA, et al. *ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC*. Eur Heart J. 2016 Jul 14;37(27):2129-200.



Grazie per l'attenzione!