



TURIN, 20TH—21ST NOVEMBER 2008

GREAT INNOVATIONS IN CARDIOLOGY

4TH JOINT MEETING WITH MAYO CLINIC

4TH TURIN CARDIOVASCULAR NURSING CONVENTION



SCOMPENSO CARDIACO II

G. Gaschino (Torino), M. Carraro (Torino)

Day hospital scompenso

4TH TURIN CARDIOVASCULAR NURSING CONVENTION PROGRAM
GREAT INNOVATIONS IN CARDIOLOGY, 20TH—21ST NOVEMBER 2008

Day hospital scompenso

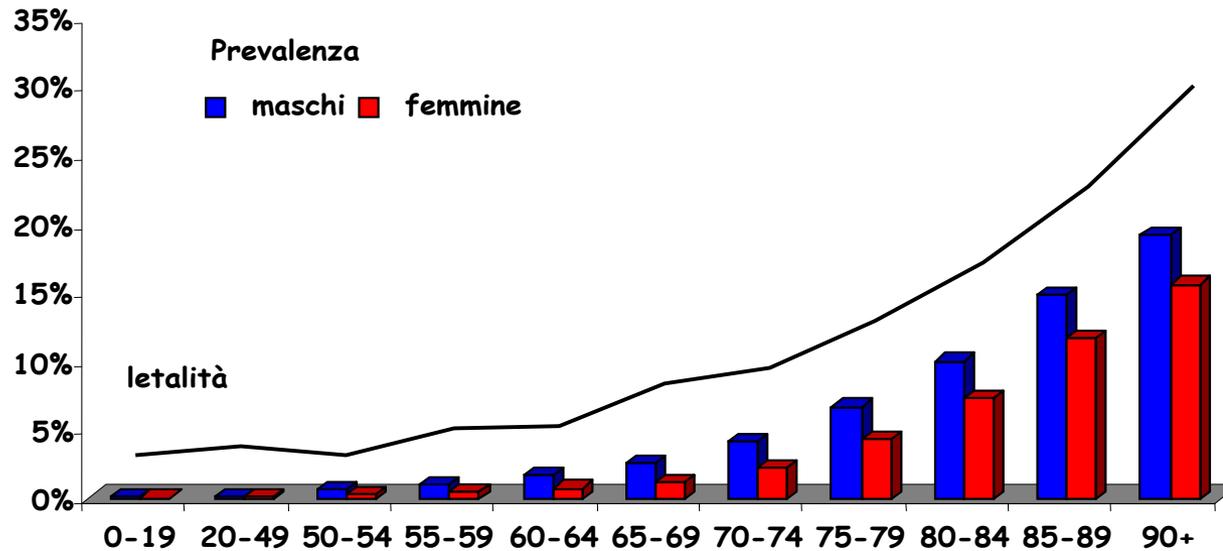
Dott. G. Gaschino
CPSI M. Carraro
ASL TO 2 O.M.V.



DATI EPIDEMIOLOGICI anno 2004

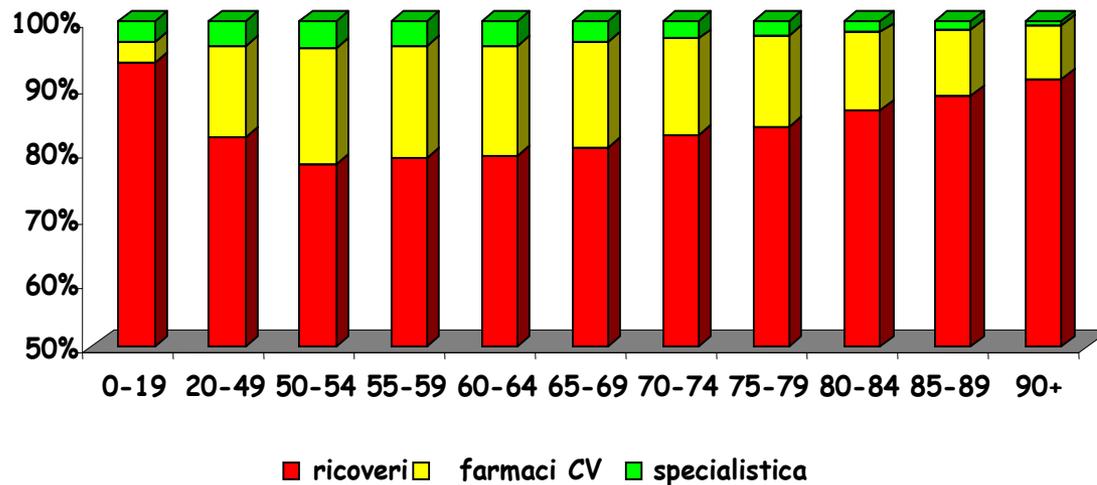
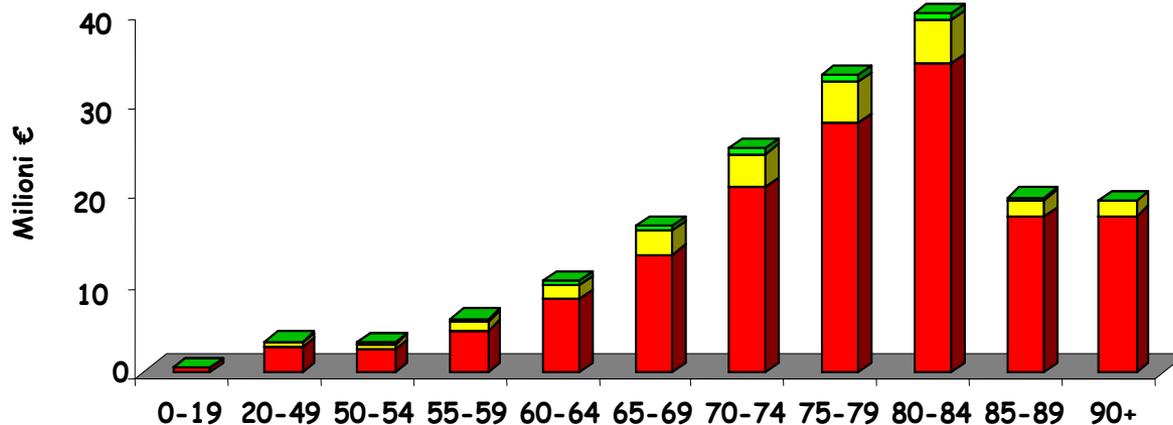
Database amministrativi di Marche, Friuli Venezia Giulia, Sicilia, Basilicata, Provincia Autonoma di Bolzano e di due ASL lombarde, Pavia e Monza

Prevalenza 1.22 %
Tasso di letalità globale =15.4%



DATI EPIDEMIOLOGICI anno 2004

Database amministrativi di Marche, Friuli Venezia Giulia, Sicilia, Basilicata, Provincia Autonoma di Bolzano e di due ASL lombarde, Pavia e Monza



Attività in regime non di ricovero ordinario

- **Ambulatorio dedicato** > valutazione scompenso de novo e gestione casi complessi
- **Day Service** > Visita di II livello con prestazioni diagnostiche contestuali seguite da relazione clinica
- **Day Hospital** > Procedure terapeutiche non invasive
- **Day Surgery** > Procedure invasive

Consensus Conference
**Il percorso assistenziale del paziente
con scompenso cardiaco**

(G Ital Cardiol 2006; 7 (6): 387-432)

- identificare una figura o un team multidisciplinare di medici e infermieri, responsabile/i della diagnosi e cura del paziente affetto da SC da individuare fra le professionalità con competenze maturate nella gestione dello SC.
- Esso dovrebbe rappresentare un punto di riferimento oltre che per la gestione intraospedaliera del paziente, anche per quella territoriale e, ove non sia presente un ambulatorio dello SC, per la gestione del malato complesso

Consensus Conference
**Il percorso assistenziale del paziente
con scompenso cardiaco**

(G Ital Cardiol 2006; 7 (6): 387-432)

2. istituire un ambulatorio dedicato alla cura dello SC, cui afferisce il team medico-infermieristico con competenze specifiche per lo SC, auspicabilmente aperto al coinvolgimento diretto di internisti e geriatri. L'ambulatorio dello SC rappresenta un punto di riferimento per garantire la continuità assistenziale e fornire supporto e collaborazione alla cura del paziente all'interno e all'esterno della struttura ospedaliera, fino alla presa in carico dei pazienti più complessi

Consensus Conference
**Il percorso assistenziale del paziente
con scompenso cardiaco**

(G Ital Cardiol 2006; 7 (6): 387-432)

- Organizzazione del percorso assistenziale(PDTA)
 - *La gestione del paziente con scompenso cardiaco nell'ospedale e nel territorio:*
 - *Organizzazione in ambito ospedaliero:*
3. istituire, quando possibile, il day-hospital o day-service utili, ad esempio, per l'infusione di farmaci, monitoraggio telemetrico, cardioversioni di fibrillazioni atriali, controllo di eventi subacuti, ecc.,

Multidisciplinary strategies for patients at high risk for admission: a systematic review of randomized trials.

Ospedalizzazioni per scompenso: (NNT 11)

Mortalità per tutte le cause: (NNT 17)

1. Infermiere specializzato è la chiave per ogni programma d'intervento
1. Fondamentale educare i pazienti (self care)
2. Deve essere disponibile un accesso al medico esperto

15 dei 18 trials riportano una riduzione dei costi

Systematic review of multidisciplinary interventions in heart failure

R Holland, J Battersby, I Harvey, E Lenaghan, J Smith, L Hay

Heart 2005;91:899-906. doi: 10.1136/hrt.2004.048389

all cause admission results.

01 Subgroup A (home)

Rich 1993	21/63	16/35	2.50	0.73 (0.44 to 1.20)
Googyer 1995	2/50	2/50	0.22	1.00 (0.15 to 6.82)
Rich 1995	41/142	59/140	4.53	0.69 (0.50 to 0.95)
Stewart 1998	24/49	31/48	4.06	0.76 (0.53 to 1.08)
Jaarsma 1999	31/84	47/95	4.18	0.75 (0.53 to 1.05)
Stewart 1999	42/100	54/100	5.04	0.78 (0.58 to 1.04)
Blue 2001	47/84	49/81	5.70	0.92 (0.71 to 1.20)
Krumholz 2002	16/44	23/44	2.66	0.70 (0.43 to 1.13)
Holland 2005	16/37	14/34	2.20	1.05 (0.61 to 1.81)
Naylor 2004	53/118	67/121	5.75	0.81 (0.63 to 1.05)
Subtotal (95% CI)	771	748	36.83	0.80 (0.71 to 0.89)

Total events: 293 (treatment), 362 (control)
 Test for heterogeneity: $\chi^2 = 3.87$, $df = 9$ ($p = 0.92$), $I^2 = 0\%$
 Test for overall effect: $Z = 4.00$ ($p < 0.0001$)

03 Subgroup C (phone/ mailing)

Weinberger 1996	130/249	106/255	7.29	1.26 (1.04 to 1.52)
Ekman 1998	48/79	45/79	5.65	1.07 (0.82 to 1.38)
Gattis 1999	17/90	30/91	2.38	0.57 (0.34 to 0.96)
Rainville 1999	14/17	17/17	6.53	0.82 (0.66 to 1.03)
Capomolla 2002	9/112	37/122	1.52	0.26 (0.13 to 0.52)
Riegel 2002	56/130	114/228	6.17	0.86 (0.68 to 1.09)
Grancelli 2003	261/760	296/758	8.64	0.88 (0.77 to 1.00)
Laramee 2003	49/131	46/125	4.59	1.02 (0.74 to 1.40)
Stromberg 2003	28/52	37/54	4.75	0.79 (0.58 to 1.07)
Subtotal (95% CI)	1620	1729	47.52	0.86 (0.73 to 1.02)

Total events: 612 (treatment), 728 (control)
 Test for heterogeneity: $\chi^2 = 31.03$, $df = 8$ ($p = 0.0001$), $I^2 = 74.2\%$
 Test for overall effect: $Z = 1.68$ ($p = 0.09$)

04 Subgroup D (hospital/clinic/general practice)

Philbin 2000	363/840	293/664	9.04	0.98 (0.87 to 1.10)
Doughty 2002	64/100	59/97	6.60	1.05 (0.85 to 1.31)
Subtotal (95% CI)	940	761	15.65	0.99 (0.90 to 1.10)

Total events: 427 (treatment), 352 (control)
 Test for heterogeneity: $\chi^2 = 0.33$, $df = 1$ ($p = 0.56$), $I^2 = 0\%$
 Test for overall effect: $Z = 0.10$ ($p = 0.92$)

Total (95% CI)	3331	3238	100.00	0.87 (0.79 to 0.95)
----------------	------	------	--------	---------------------

Total events: 1332 (treatment), 1442 (control)
 Test for heterogeneity: $\chi^2 = 43.74$, $df = 20$ ($p = 0.002$), $I^2 = 54.3\%$
 Test for overall effect: $Z = 3.05$ ($p = 0.002$)

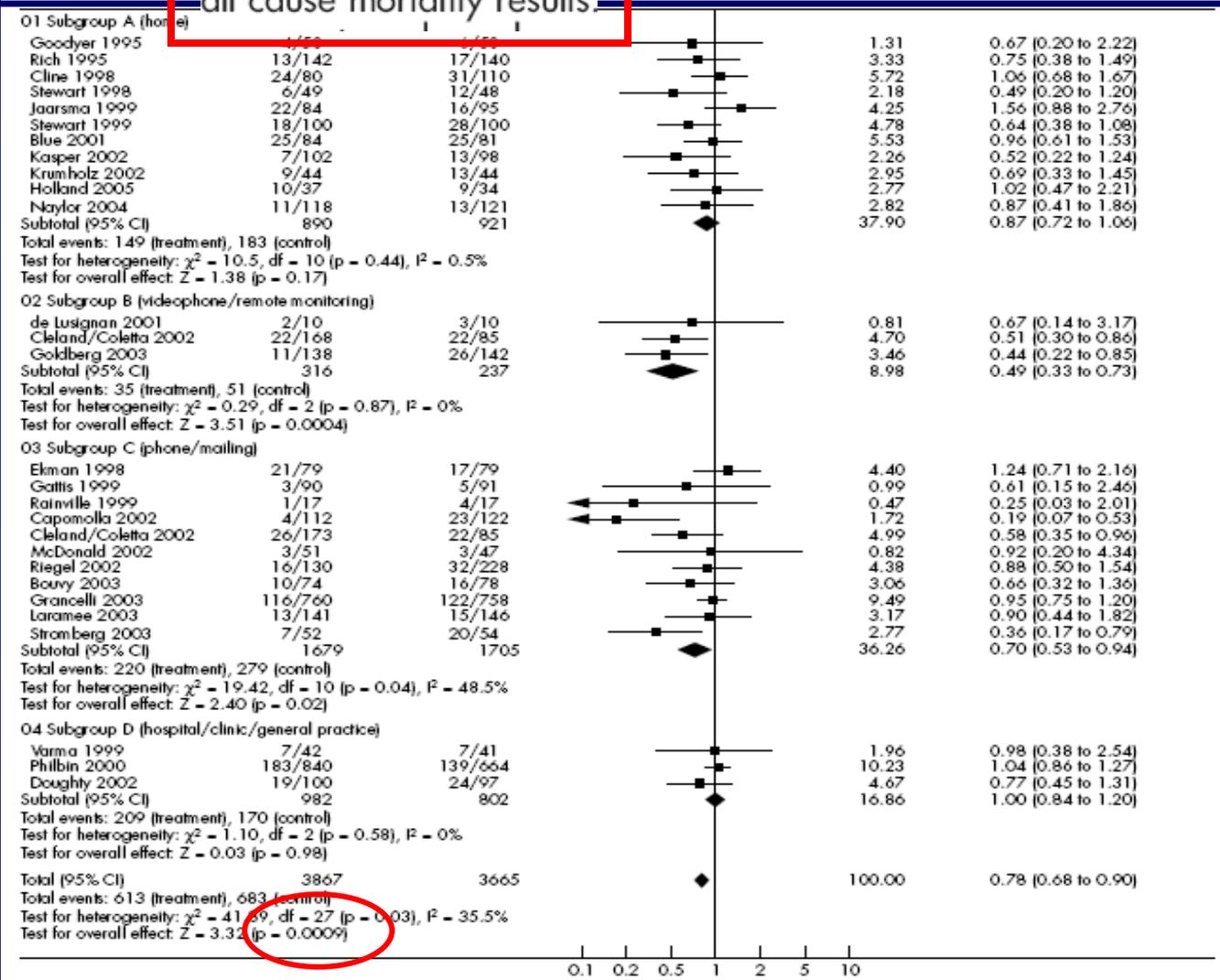
0.1 0.2 0.5 1 2 5 10

Systematic review of multidisciplinary interventions in heart failure

R Holland, J Battersby, I Harvey, E Lenaghan, J Smith, L Hay

all cause mortality results.

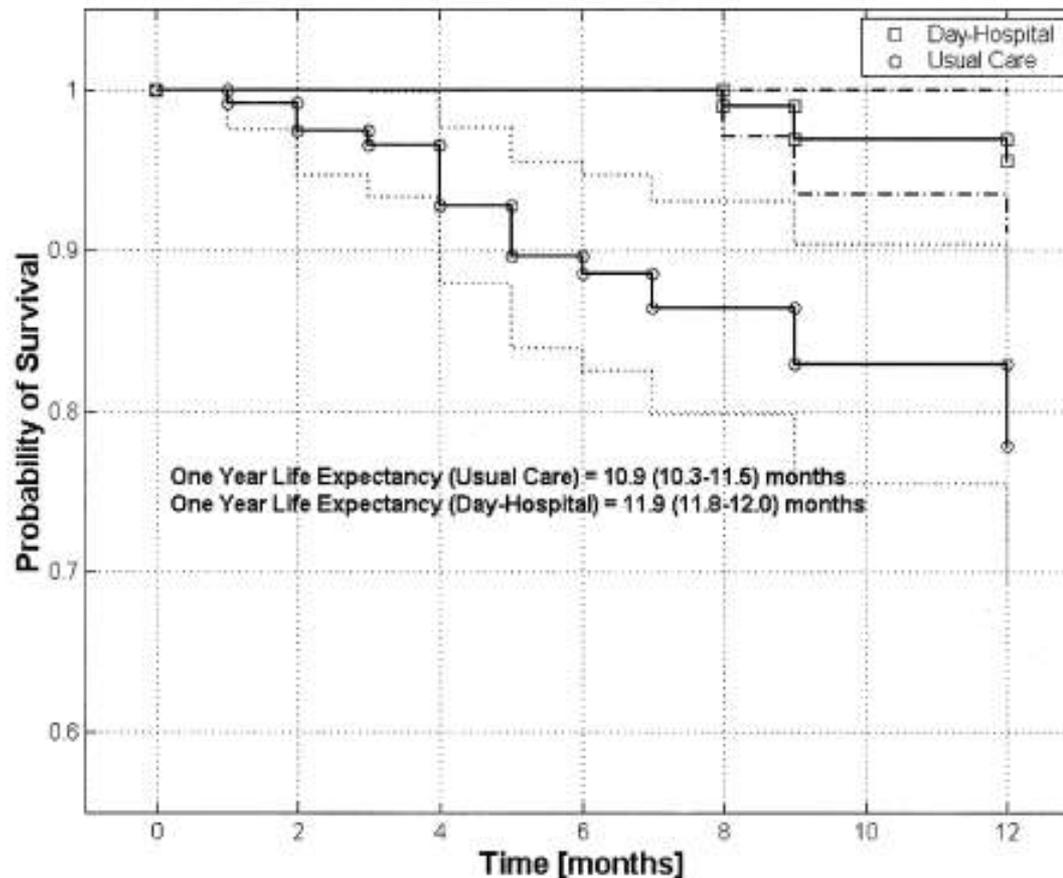
Heart 2005;91:899-906. doi: 10.1136/hrt.2004.048389



Cost/Utility Ratio in Chronic Heart Failure: Comparison Between Heart Failure Management Program Delivered by Day-Hospital and Usual Care

Soccorso Capomolla, MD, Oreste Febo, MD, Monica Ceresa, MD, Angelo Caporotondi, MD, Giampaolo Guazzotti, MD, Maria Teresa La Rovere, MD, Marina Ferrari, NS, Francesca Lenta, NS, Sonia Baldin, NS, Chiara Vaccarini, MD, Marco Gnemmi, MD, GianDomenico Pinna, MS, Roberto Maestri, MS, Paola Abelli, MD, Sandro Verdirosi, MD, Franco Cobelli, MD

- Jan
- me
- 122
- ma
- NY
- Stu
- Inte
- Ma
- mu
- die
- cou
- for



112 (94

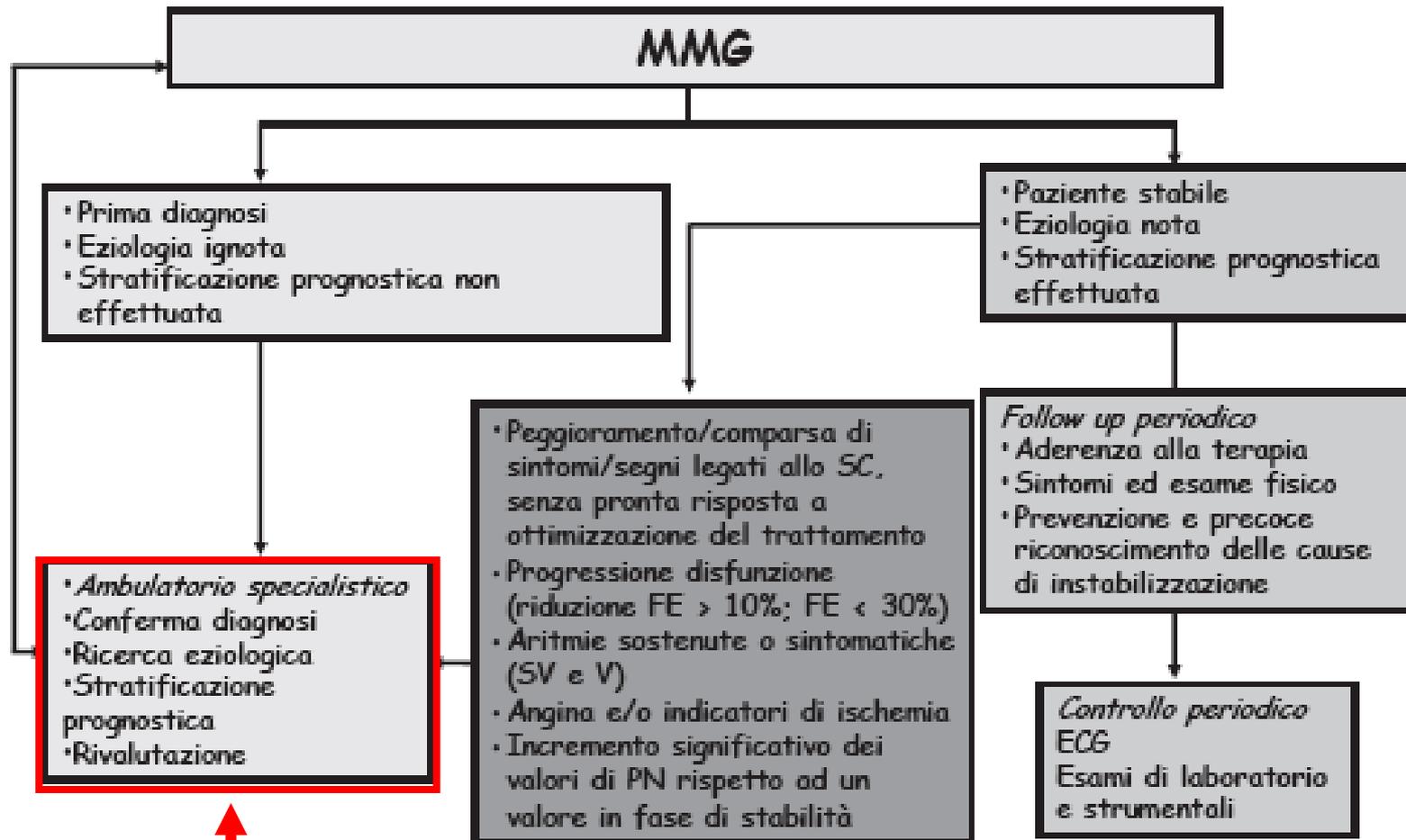
SD 7)

patient
by a
apist,

sk factors
on.

A quale stadio di malattia A quale punto del PDTA

- Stadio c – classe II-IV NYHA
- diagnosi di scompenso de novo
- diagnosi eziologica
- ottimizzazione betabloccante in classe avanzata
- instabilizzazione clinica – peggioramento classe funzionale
- valutazione pretrapianto



**Team multidisciplinare
in regime di ambulatorio o day service**





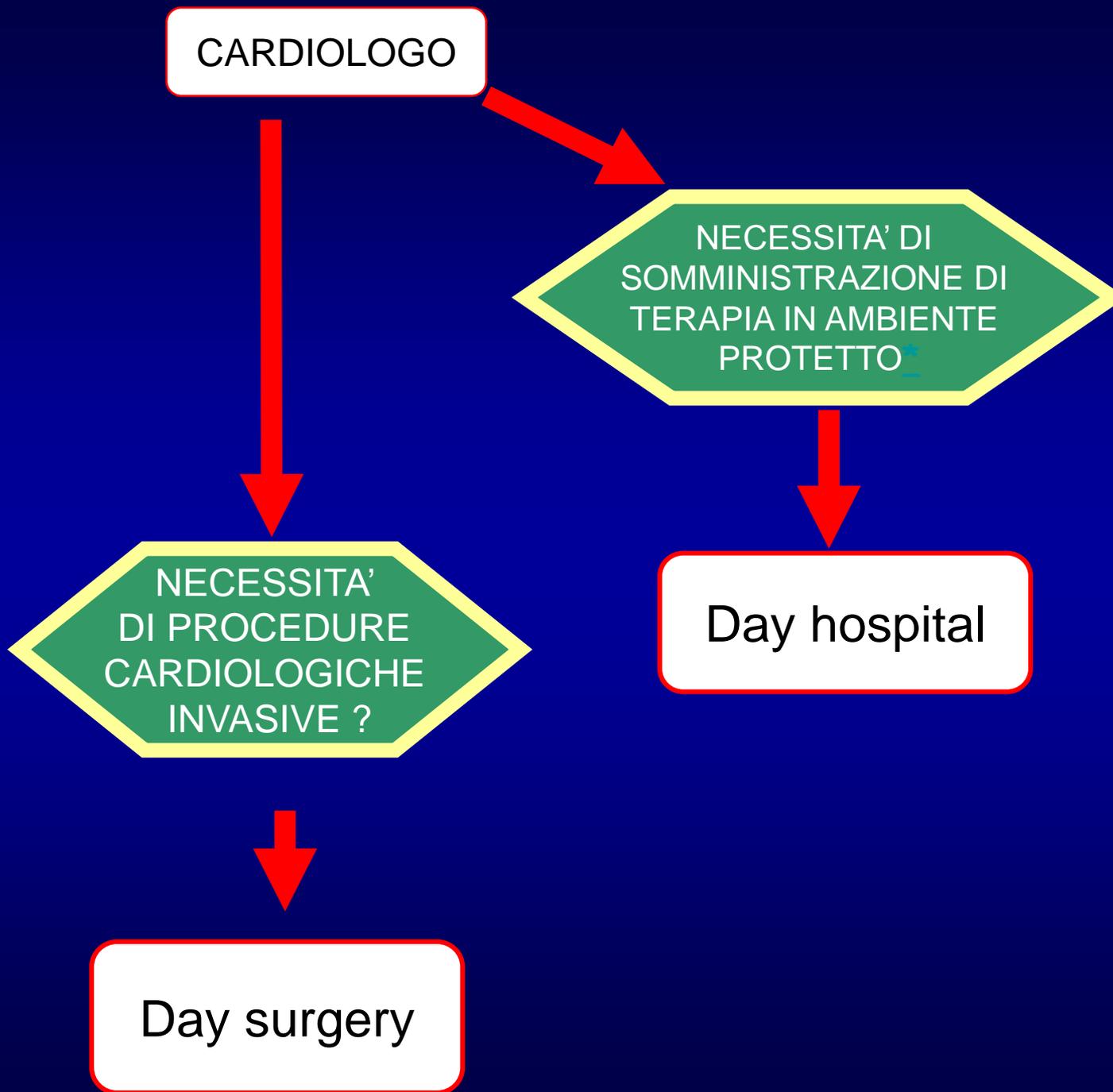
CARDIOLOGO

NECESSITA' DI
SOMMINISTRAZIONE DI
TERAPIA IN AMBIENTE
PROTETTO

NECESSITA'
DI PROCEDURE
CARDIOLOGICHE
INVASIVE ?

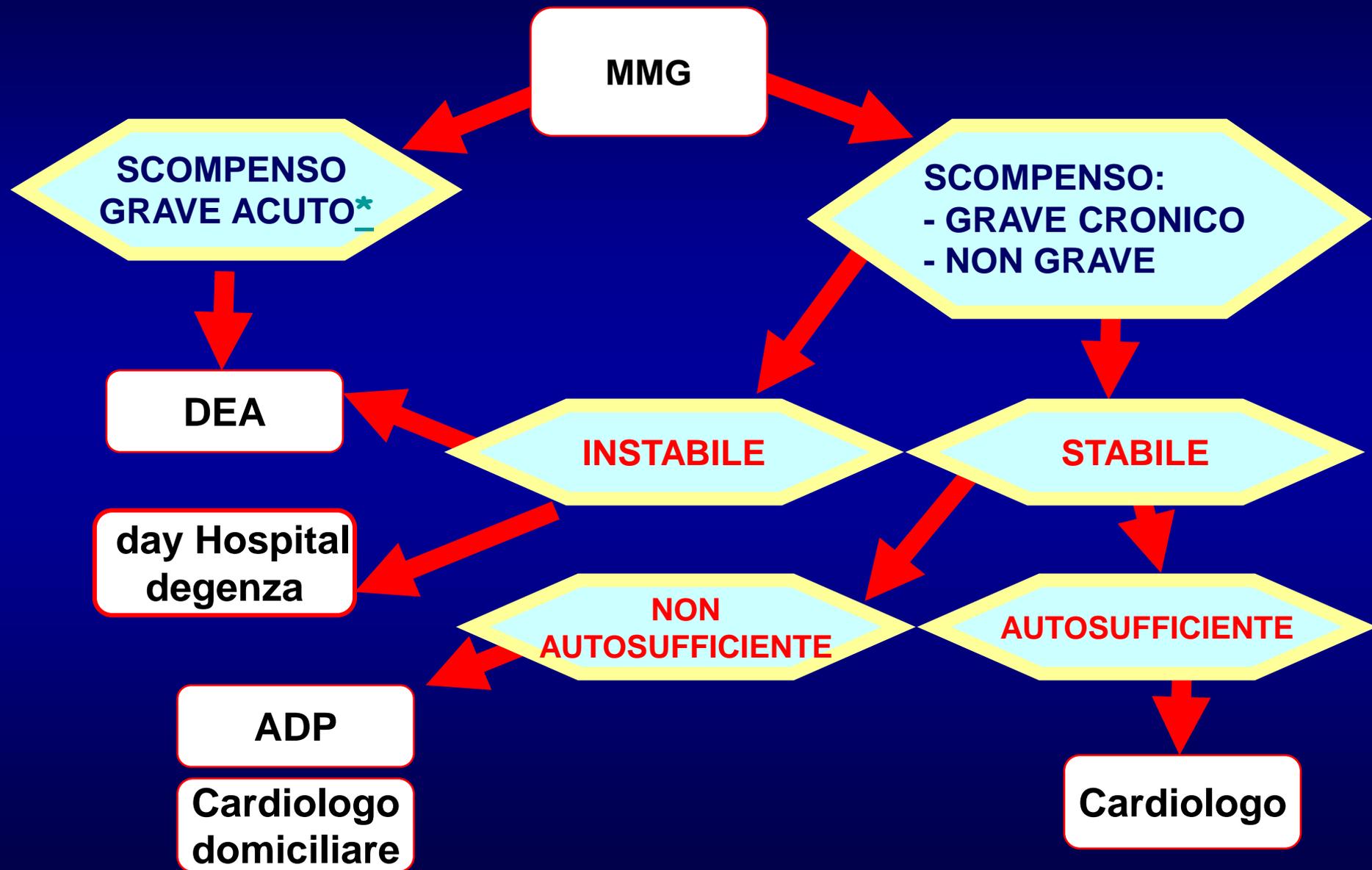
Day hospital

Day surgery





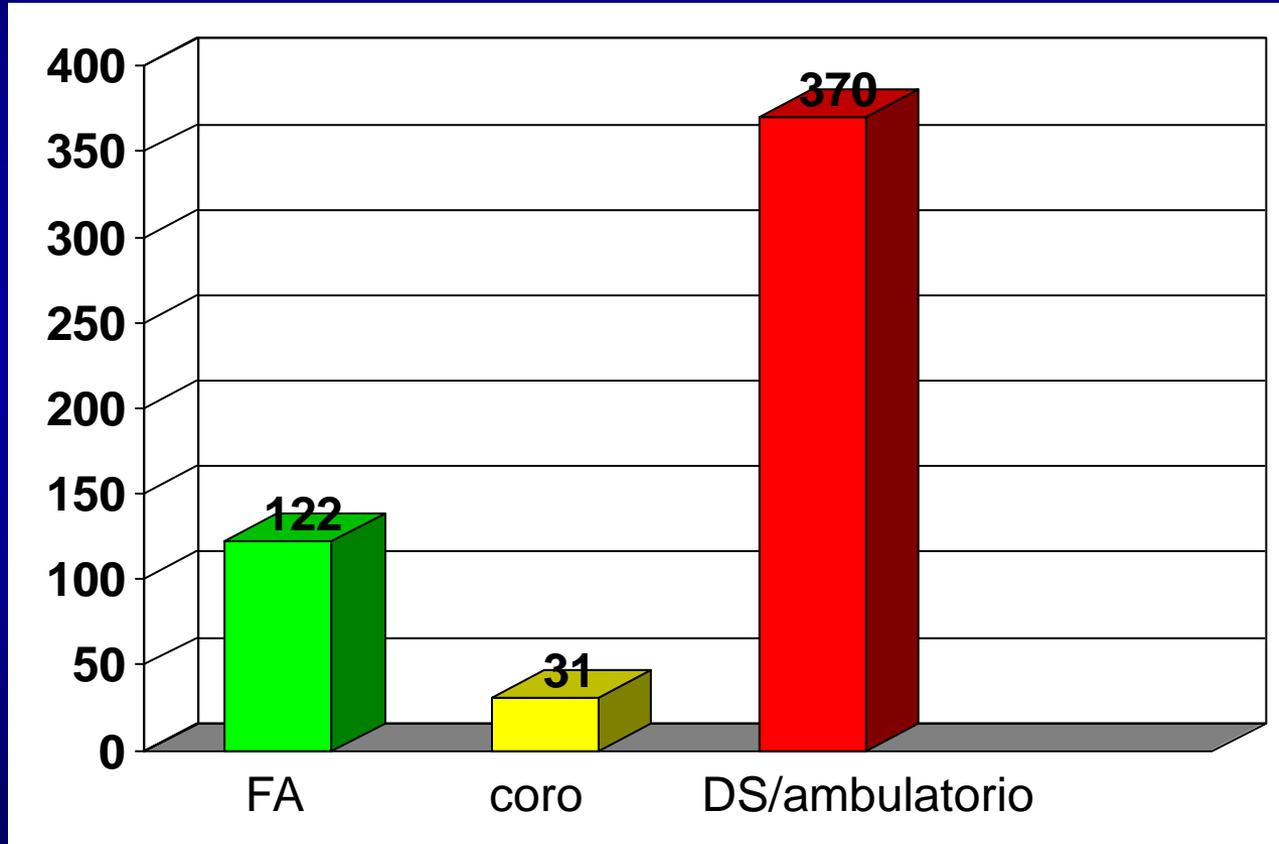
Paziente con scompenso cardiaco noto





Attività day hospital 2007

ASL To 2 OMV



ed ora la parola all'infermiera

Inviante:
Cardiologo territoriale/ospedaliero
Dimesso dalla Cardiologia o Medicina
Dimesso dal DEA

Prenotazione

**Prima visita e
programmazione**

Cardioversione

**diagnostica
non invasiva**

**coronarografia
Studio emod.dx**

Day hospital

Ambulatorio

Day service

Day surgery

Ruolo infermieristico

- Prenotazione visita
- Registrazione
- Esecuzione prelievo ematico
- Programmazione altri esami
- Interventi infermieristici pre e post procedura
- Test della marcia dei 6 minuti
- **Counselling**

Spiegare:

cos'è lo scompenso
riconoscere i sintomi
igiene personale
abolizione del fumo
l'uso dei farmaci
dieta adeguata
attività fisica

Educare:

Controllo parametri
Controllo peso
Controllo diuresi

Monitorizzare:

peso e diuresi
pressione arteriosa
frequenza cardiaca
aderenza alla terapia
sintomi



infermiera



CARDIOLOGO

Progetto nursing telefonico

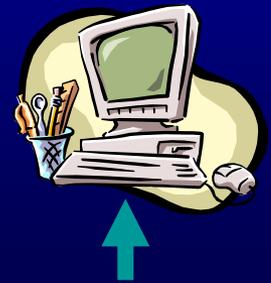
- Numero crescente di pazienti
- Risorse limitate
- Efficacia del nursing telefonico secondo i dati di letteratura

Il telefono come strumento per l'assistenza



Gestione Infermieristica Telefonica

- Prima visita infermieristica con counseling (45 minuti)
- Prima telefonata dopo 15-30 giorni
- Successive telefonate ogni 30 giorni per sei mesi (salvo problemi clinici o richiesta del paziente)
- I contatti telefonici sostituiscono a tutti gli effetti una visita ambulatoriale infermieristica
- Visita cardiologica a 6 mesi



S.S.N. - Regione Piemonte
A.S.L. 3 Torino
Dipartimento di Cardiologia

O - U.O.a. Cardiologia - Osp. Maria Vittoria - Via Cibrario, 72 - tel. 0114393397

O - Ambulatorio Nursing - Distretto 1 - Via Pacchiotti, 4 - tel. 0114395713

O - Ambulatorio Nursing - Distretto 2 - Via del Ridotto, 3/9 - tel. 0114395678

VISITA INFERMIERISTICA

Cognome:

Nome:

Data di nascita:

Sesso:

DATI ANAMNESTICI:

(dal precedente controllo)

- 1) Ricoveri per sintomi legati allo scompenso: no
- 2) Passaggi DEA per sintomi legati allo scompenso: no
- 3) N° visite dal Medico Curante: no
- 4) N° visite cardiologo: no
- 5) Esami cardiologici: no
- 6) Esami ematici: no
- 7) Altri problemi di salute rilevanti dal precedente contatto: nessuno

SINTOMI E DATI OBIETTIVI:

- 1) Dispnea: 2
- 2) Astenia: 3
- 3) Benessere: 2
- 4) PA: 130 / 75
- 5) FC: 70 / min.
- 6) Edemi: no
- 7) Peso corporeo: 67 Kg
- 8) Diuresi: ok ml

Aderenza alla terapia: si
(Problemi di terapia): nessuno

Data prossimo appuntamento: 29/05/2005 Ore: 12:00

TORINO, 29/04/2005

L'Infermiere Professionale: M. Carraro

Sche

zzata

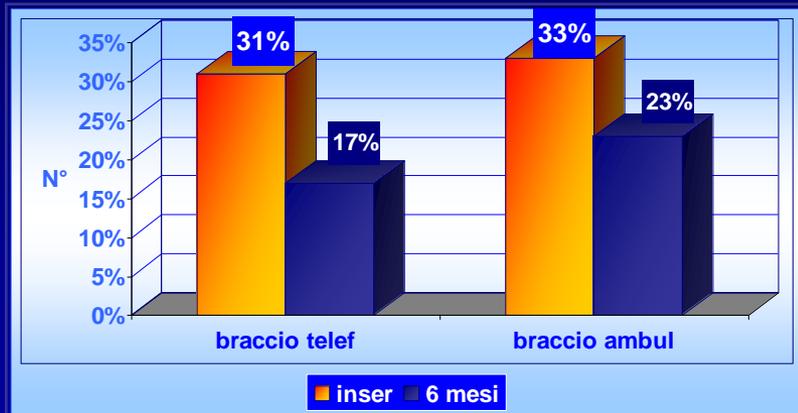
RICHIESTA DI CONSULENZA CARDIOLOGICA

- Per aggiustamenti terapeutici sulla base di: esami ematochimici alterati, per ipo o ipertensione, per bradi/tachicardia, per polso aritmico.
- Per valutazione di esami strumentali.
- Per segnalare instabilità clinica.

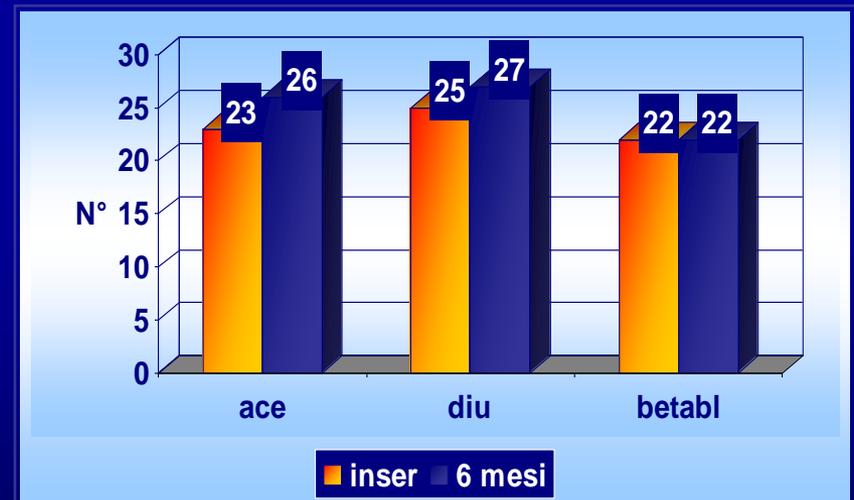
VALUTAZIONE DEL GRADO DI SODDISFAZIONE

- La maggior parte di essi ritiene utile sia la gestione ambulatoriale che quella telefonica perché:
 - dà sicurezza,
 - è un punto di riferimento
 - si sentono più controllati
 - la maggior conoscenza sulla malattia li rende meno ansiosi

Risultati Gestione Infermieristica Telefonica

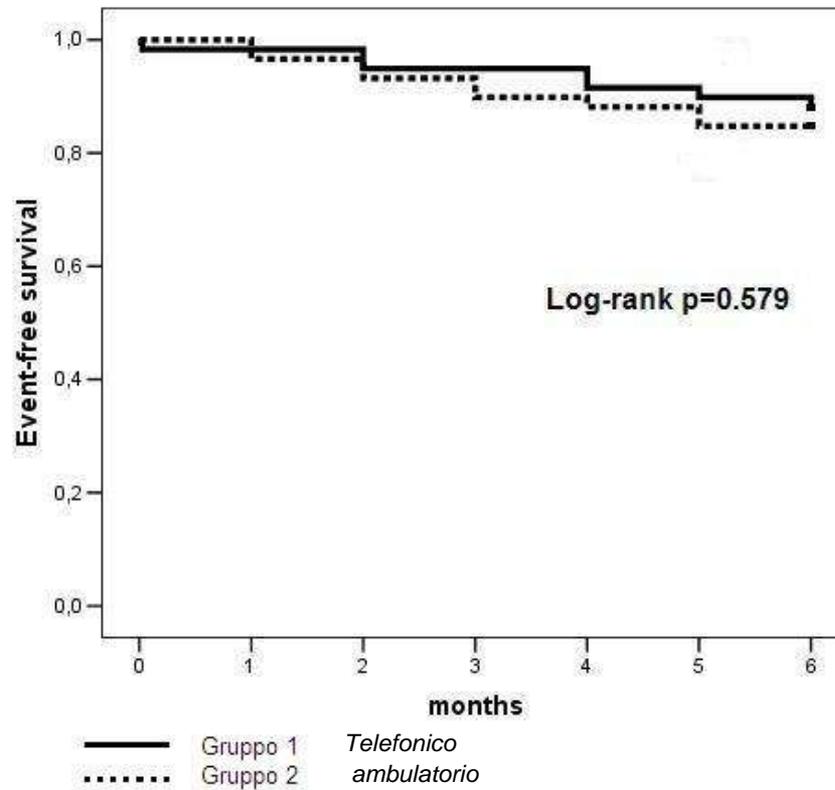


Risultati Classe NYHA III-IV



Risultati aderenza terapia
Braccio telefonico 29 pazienti

Sopravvivenza a 6 mesi (confronto braccio telefonico/ ambulatorio)



Gestione telefonica

Il risultato dipende da:

- modello della telefonata (guida semiautomatica)
- durata della telefonata
- numero di telefonate
- severità della malattia e possibilità di buona comunicazione nurse/paziente
- uso di software per gestione dati, guida all'intervento infermieristico e report paziente

Paziente ideale

- Classi II- III
- Pazienti dimessi da recente ospedalizzazione
- Disfunzione sistolica

Elementi limitanti

- Difficoltà al “self management”
- Soggetti socialmente deboli

Conclusioni

- Infermiere specializzato è la chiave per ogni programma d'intervento
- Fondamentale educare i pazienti (self care)
- L'educazione e la comunicazione sono da considerarsi terapie non farmacologiche, il cui beneficio è complementare a quello delle altre terapie.
- Diventando la prima figura di riferimento per il paziente, il suo intervento permette di verificare precocemente segni e sintomi di instabilità clinica. Deve essere disponibile un accesso al medico esperto in scompenso e al medico di famiglia (equipe multidisciplinare)

Grazie per l'attenzione!

