

Casi clinici

Fibrillazione atriale:

un' aritmia...tante soluzioni

Elisa Macario Ban
Torino 28 ottobre 2017

CPSI S.C. Cardiologia Ciriè' - Ivrea
Sala di Cardiologia Interventistica – sede di Ciriè
ASL TO4

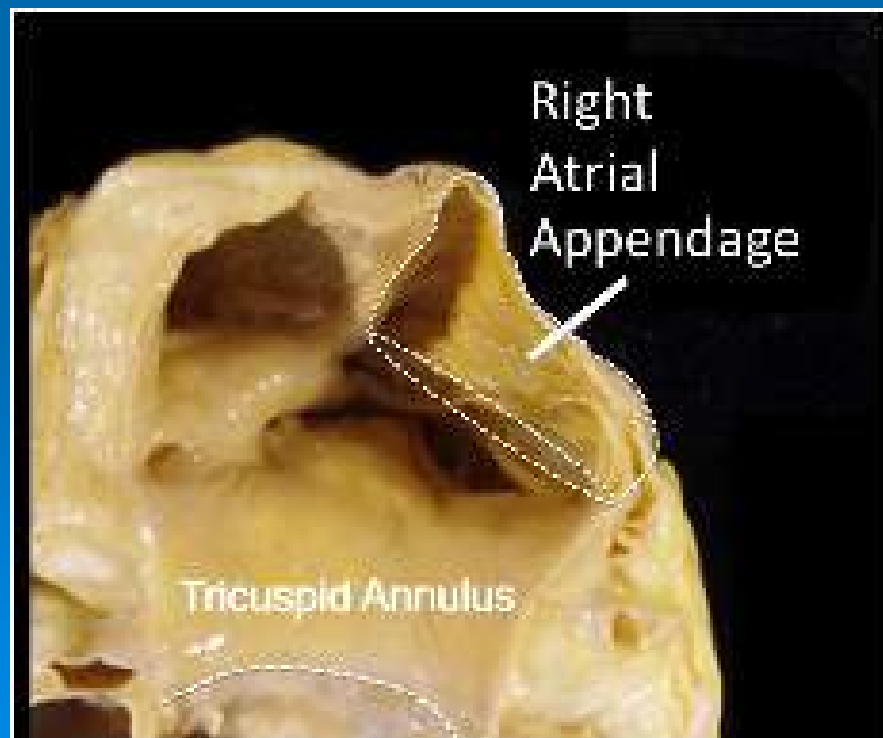
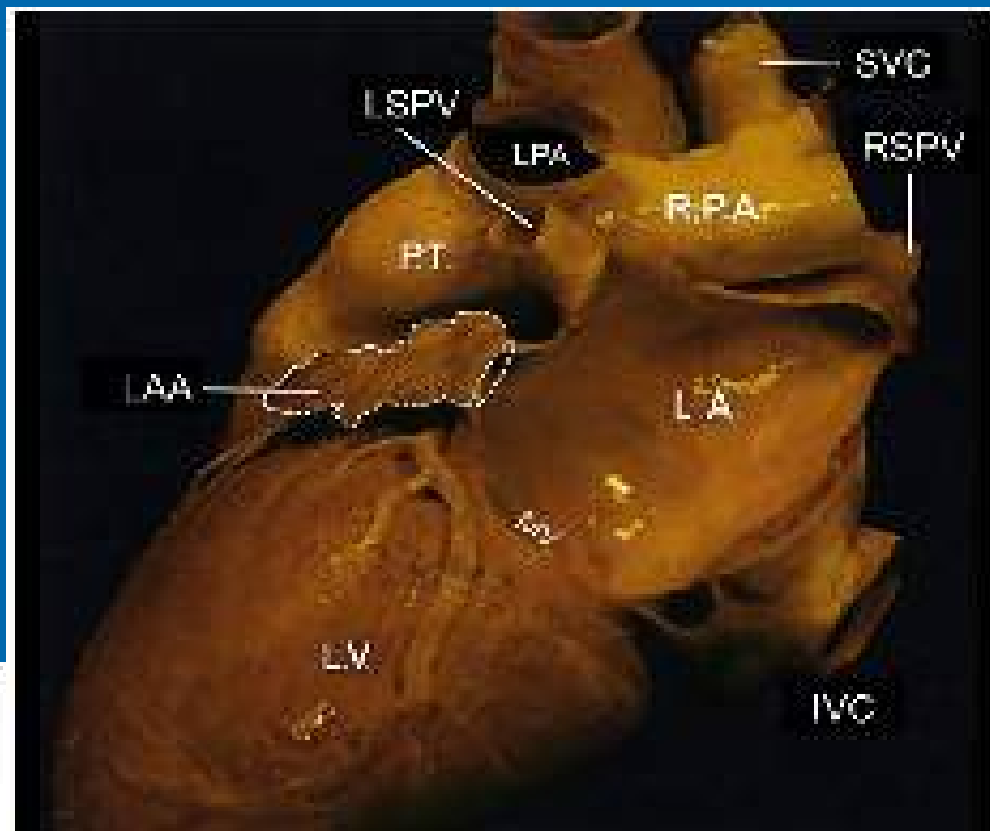


La fibrillazione atriale

La FA è l'aritmia cardiaca più comune.

- ✓ *Interessa l'1%-2% della popolazione generale. Si prevede che la sua incidenza aumenti parallelamente all'invecchiamento della popolazione.*
- ✓ *I pazienti con FA hanno un rischio di ictus 5 volte superiore*
- ✓ *Gli stroke correlati ad FA sono più debilitanti a causa delle dimensioni dei trombi*
- ✓ *Lo stroke è la prima causa di disabilità a lungo termine ed è la terza causa principale di morte nei pazienti con FA*
- ✓ *Più dell'87% degli ictus sono tromboembolici*
- ✓ *Più del 90% dell' accumulo di trombi ha origine nell' auricola atriale sinistra*





G.P.

Uomo di 81 anni

Anamnesi remota:

- Ipertensione arteriosa in terapia con Sartano
- Ipercolesterolemia in terapia con Statina
- IPB

Anamnesi cardiologica:

- Cardiopatia ipertensiva con funzione sistolica biventricolare conservata
- Portatore di PM definitivo bicamerale dal 2009 per malattia del nodo del seno tipo bradi-tachi



Nel 2014 riscontro di
Fibrillazione atriale parossistica
per cui viene posta indicazione a ablazione
transcatetere con radiofrequenze.
In occasione del ricovero primo riscontro di
piastrinopenia:
avviato iter ematologico e sospesa
ablazione.
Dimesso in profilassi antiaritmica con
Flecainide 50 mg x 2 + Metoprololo 25 mg x 2.



FA

GESTIONE DELLA
ARITMIA

~~Ablazione
Con RF~~

Farmaci antiaritmici

GESTIONE DEL
RISCHIO
EMBOLICO

~~Anticoagulanti~~



Nel gennaio 2015:

Terapia con flecainide autogestita dal paziente a dosaggio crescente per crisi sempre più frequenti di fibrillazione atriale sempre interrotte dall'assunzione della flecainide.

Giunge in PS per sincope con evidenza di tachicardia ventricolare iatrogena da flecainide con necessità di 4 DC-shock bifasici a 200J



Ricovero in UTIC

- *Emodinamica stabile*
- *Non recidive di TV ma persistenza di FA*

Esami:

- *Ematochimici* sovrapponibili allo storico del Pz
- *Ecocardiogramma*: FE conservata, normale cinesi segmentaria, assenti vizi valvolari
- *Coronarografia*: coronarie epicardiche indenni.



CHE FARE?



FA

GESTIONE DELLA
ARITMIA

GESTIONE DEL
RISCHIO
EMBOLICO

~~Ablazione
Con RF~~

~~Anticoagulanti~~

~~Farmaci antiaritmici~~

CrioAblazione

**Chiusura dell'
auricola
SX**



Cosa abbiamo fatto per la gestione dell'ARITMIA...

Ablazione con crioenergia

*necessità di **breve durata** di terapia anticoagulante orale*

*scelto **DOAC** (Dabigatran 110 mg x 2) per ridurre ulteriormente il rischio emorragico*



Cosa abbiamo fatto per la gestione del RISCHIO TROMBOEMBOLICO....

Chiusura percutanea dell' auricola sinistra

➤ con BS Watchman 27 mm

→ Dabigatran per 3 mesi

→ Acido Acetilsalicilico 75 mg /die in seguito



Follow-up di 24 mesi

- - Pz in buona salute,
- - non recidive aritmiche
- - non eventi tromboembolici nè emorragici



Il nostro laboratorio

- **Emodinamica 24h**
- **Elettrofisiologia**
- **8 CPSI**
- **5 medici cardiologi elettrofisiologi**
- **6 medici cardiologi emodinamisti**

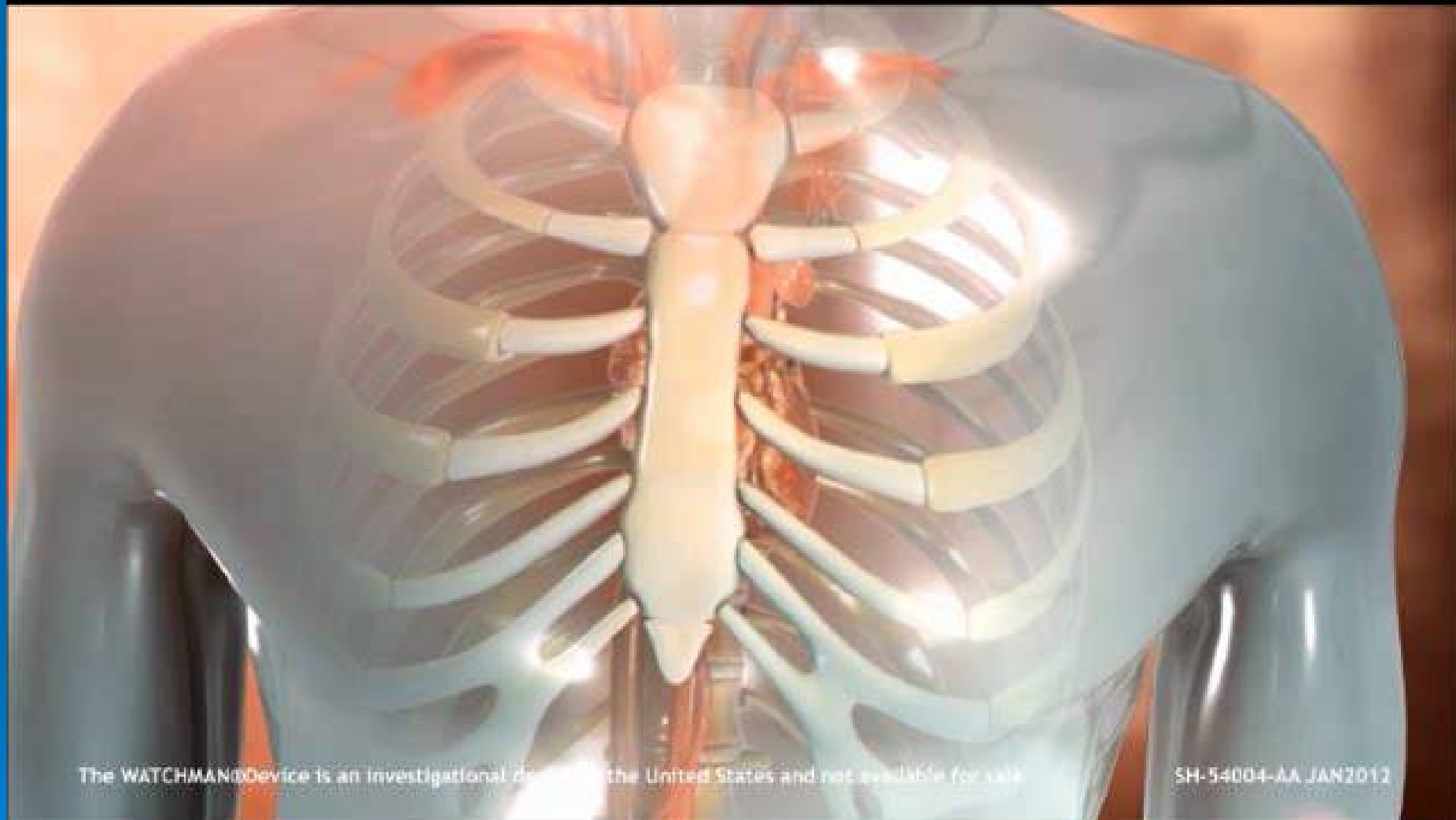
La procedura di chiusura percutanea dell'auricola sx viene effettuata dai cardiologi elettrofisiologi



Procedura di chiusura dell'auricola

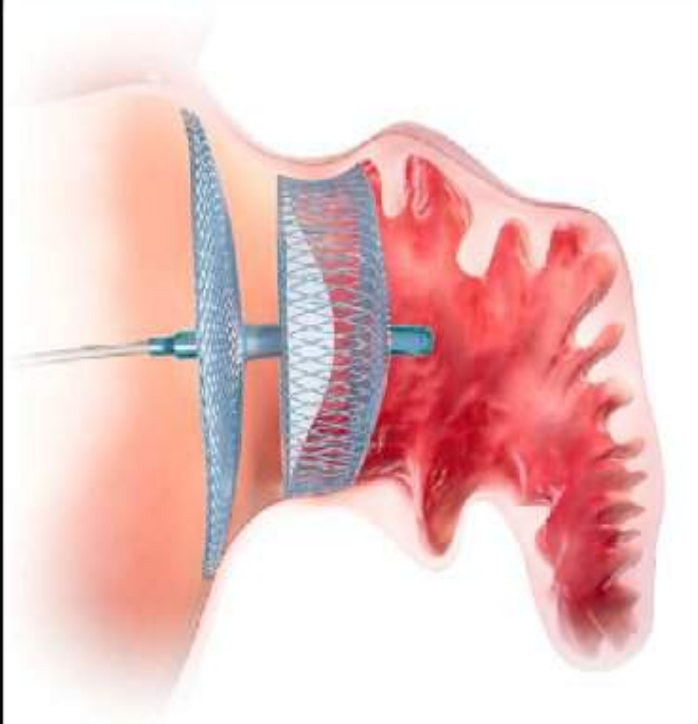
- ✓ ***Anestesia generale o sedazione profonda***
- ✓ ***Controllo ecotransesofageo***
- ✓ ***Puntura venosa inguinale***
- ✓ ***Puntura transettale***
- ✓ ***Posizionamento introduttore in auricola sx***
- ✓ ***Iniezione di mdc***
- ✓ ***Misure ecocardiografiche per scelta dimensioni device***
- ✓ ***Posizionamento del device in auricola sinistra***
- ✓ ***Misure di corretto posizionamento e stabilità per rilascio device***





The WATCHMAN[®] device is an investigational device in the United States and not available for sale.

SH-54004-AA JAN2012



Amplatzer

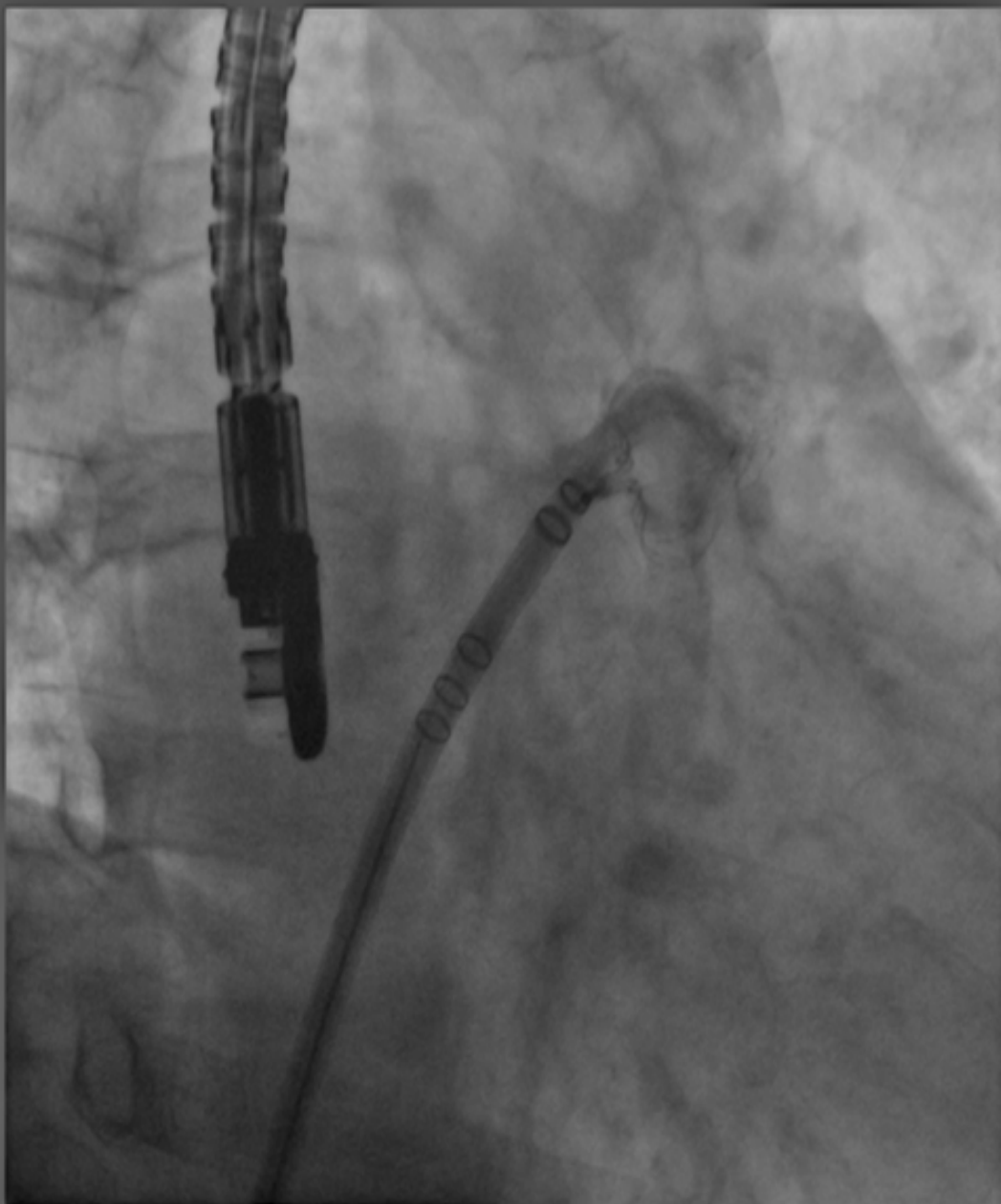


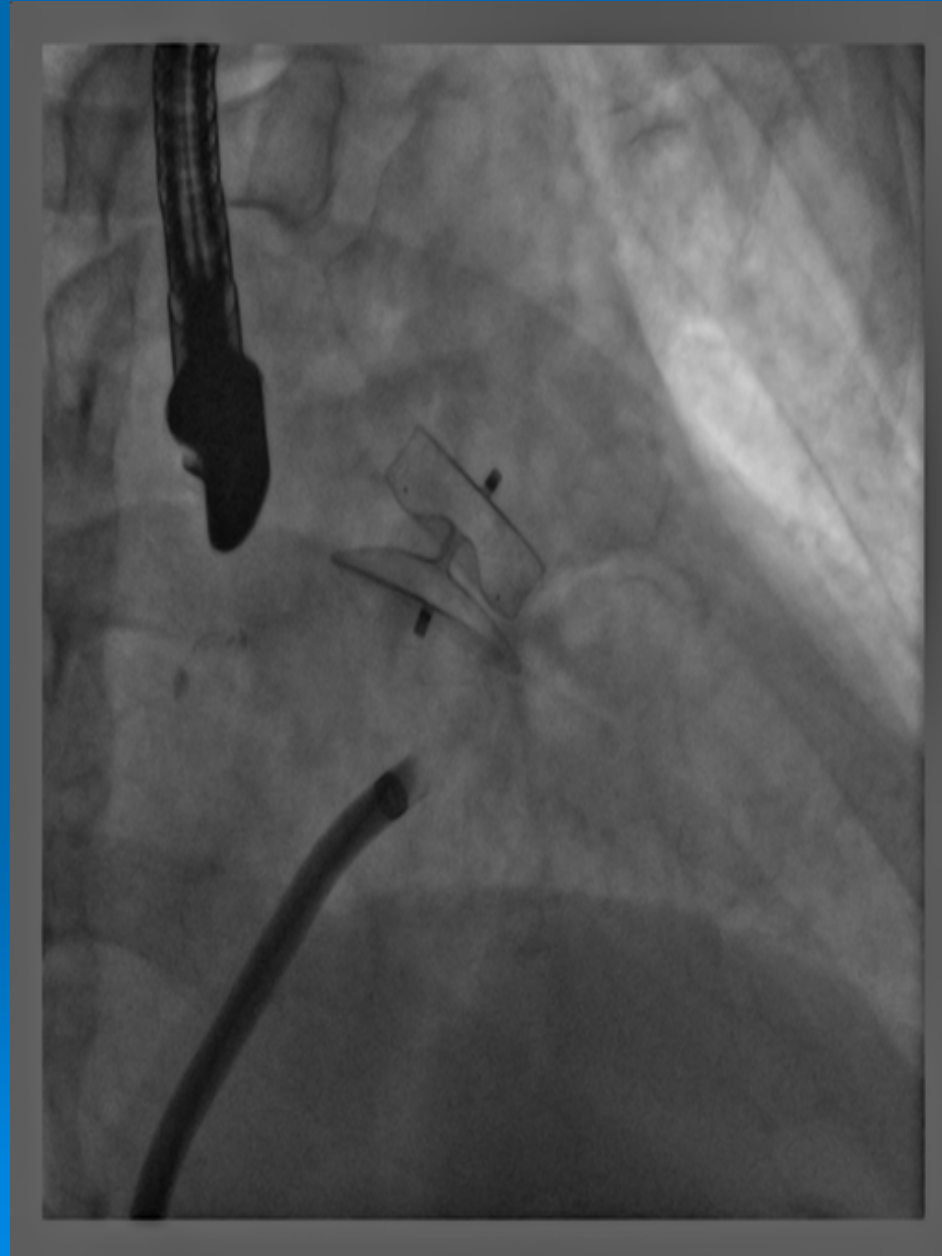
Watchman



Device







Coinvolgimento del personale infermieristico

- Preparazione del paziente
- Preparazione materiale e campo sterile
- Rilevamento e controllo parametri (pressione cruenta, pressione non cruenta, saturazione, E.C.G.)
- Assistenza al paziente durante eco transesofageo
- Assistenza al paziente durante sedazione
- Compilazione registro di sala
- Carico e scarico materiale

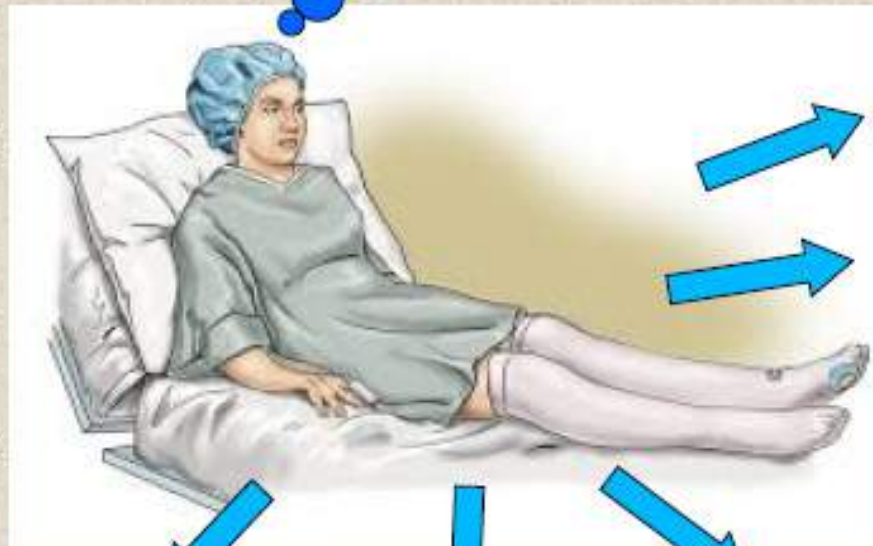


Preparazione del paziente

- *Accoglienza del paziente il giorno del ricovero*
- *Esecuzione degli ematici di routine*
- *Infusione di eparina e sospensione della stessa prima della procedura*
- *Rx torace*
- *Tricotomia torace e inguine*
- *Colloquio informativo con il paziente il pomeriggio prima dell'intervento per ridurre l'ansia*



DUBBI-ANSIE-PAURE
PAURA delle COMPLICANZE
PAURA dell' ANESTESIA
PAURA del DOLORE
ATTESA PROLUNGATA
"AMBIENTE OSTILE"
strumentario, freddo, pudore



DICHIARAZIONE della PAURA

PIANTO

AGGRESSIVITA'

OSTILITA'

RINUNCIA

Coinvolgimento personale infermieristico

- Preparazione del paziente
- Preparazione materiale e campo sterile
- Rilevamento e controllo parametri (pressione cruenta, pressione non cruenta, saturazione, E.C.G.)
- Assistenza al paziente durante eco transesofageo
- Assistenza al paziente durante sedazione
- Compilazione registro di sala
- Carico e scarico materiale



Preparazione accesso femorale



Preparazione puntura transettale



Preparazione device



Preparazione paziente



Coinvolgimento personale infermieristico durante la procedura

- *Rilevamento e controllo parametri(pressione non cruenta, saturazione, E.C.G.) del dolore e dello stati di ansia del paziente*
- *Assistenza al paziente durante eco transesofagea*
- *Assistenza al paziente durante sedazione*
- *Gestione urgenze*
- *Compilazione registro di sala e check list*
- *Carico e scarico materiale*





Coinvolgimento personale infermieristico al termine della procedura

- *Assistenza al risveglio del paziente dopo la sedazione*
- *Assistenza durante la rimozione degli accessi venosi centrali*
- *Rilevamento e controllo del dolore, dello stato di ansia e agitazione e dei parametri vitali di fine procedura*
- *Chiusura della check list*
- *Smaltimento corretto del materiale utilizzato*
- *Consegna del paziente ai colleghi del reparto*



Conclusioni

- *La procedura di chiusura percutanea dell'auricola sx è una procedura alternativa in pazienti che non possono assumere terapia anticoagulante*
- *La presa in carico del paziente comporta un coinvolgimento a 360 ° del professionista infermiere.*
- *L'infermiere si deve occupare non solo dell'aspetto tecnico della procedura ma la sua azione deve essere orientata al **BENE** dell'assistito attraverso interventi specifici, tecnici e gestionali sia in autonomia che in sinergia all'interno dell'equipe*





Grazie per l'attenzione

