



TURIN, 20<sup>TH</sup>—21<sup>ST</sup> NOVEMBER 2008

# GREAT INNOVATIONS IN CARDIOLOGY

4<sup>TH</sup> JOINT MEETING WITH MAYO CLINIC

4<sup>TH</sup> TURIN CARDIOVASCULAR NURSING CONVENTION



**SCOMPENSO CARDIACO I**

**M. Tidu (Torino), V. Lupu (Torino)**

---

Gestione paziente post-acuto



**“Gestione del paziente post-acuto”  
Massimo Tidu e Virginia Lupu**

***Fondazione Salvatore Maugeri, Clinica del Lavoro e della Riabilitazione,  
IRCCS, Istituto Scientifico di Veruno – Casa di Cura Major Torino***



## DIMENSIONE DEL PROBLEMA

- 0.4-2.0% della popolazione generale
- 0.2% della popolazione mondiale viene ricoverata per scompenso
- Degenza media circa 2 settimane
- 30% di reospedalizzazioni entro l'anno





## CAUSA DI RIOSPEDALIZZAZIONI

Follow up inadeguato	35%
Scarsa compliance	15-32%
Terapia inadeguata	17%
Cause iatrogene	10%
Angina	14-33%
Aritmie	8-28%
Infezioni	16-23%



## Gestione ottimale del paziente post acuto puo':

- limitare le riospedalizzazioni
- limitare i costi sociali della malattia
- migliorare la durata e la qualità della vita

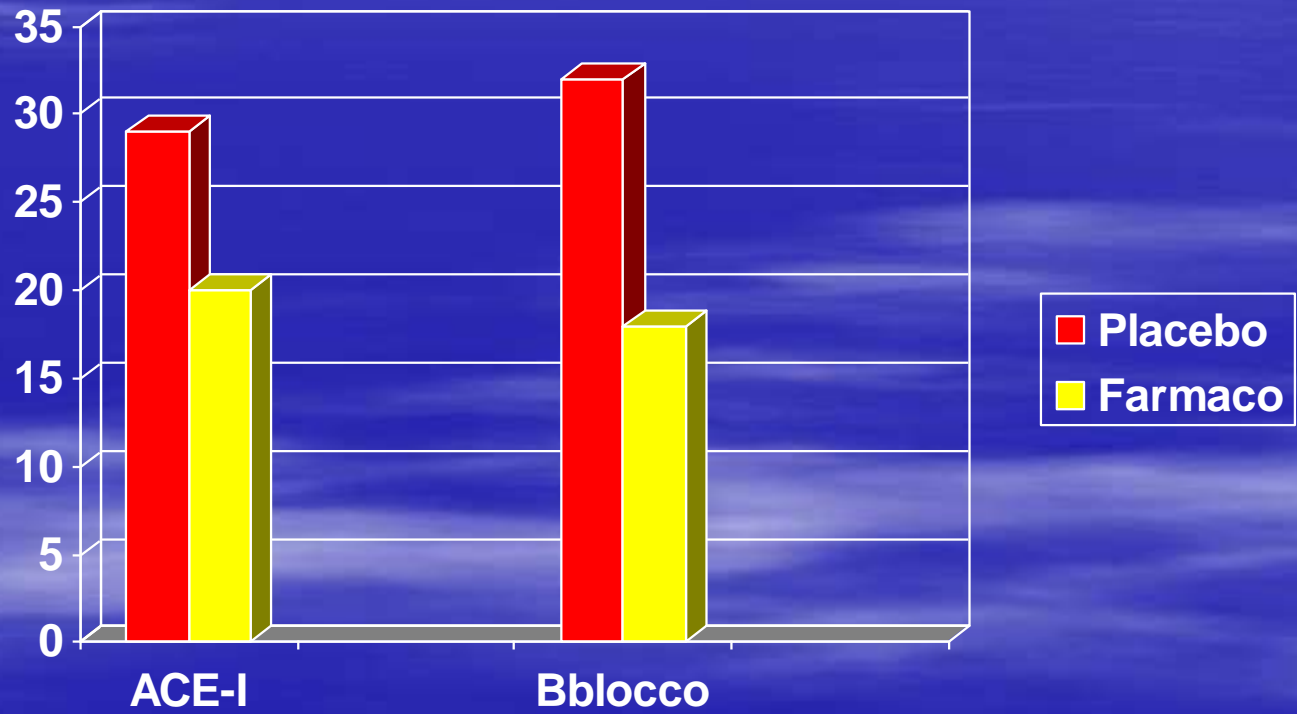


## Deterioramento della qualità della vita

Diabete	-36
Artrite	-50
CAD cronica	-56
Angina	-60
Scompenso	-81
(Ipertensione	+1)



## Mortalità nello Scompenso



Garg R JAMA 1995





## Obiettivi della gestione dello scompenso post-acuto

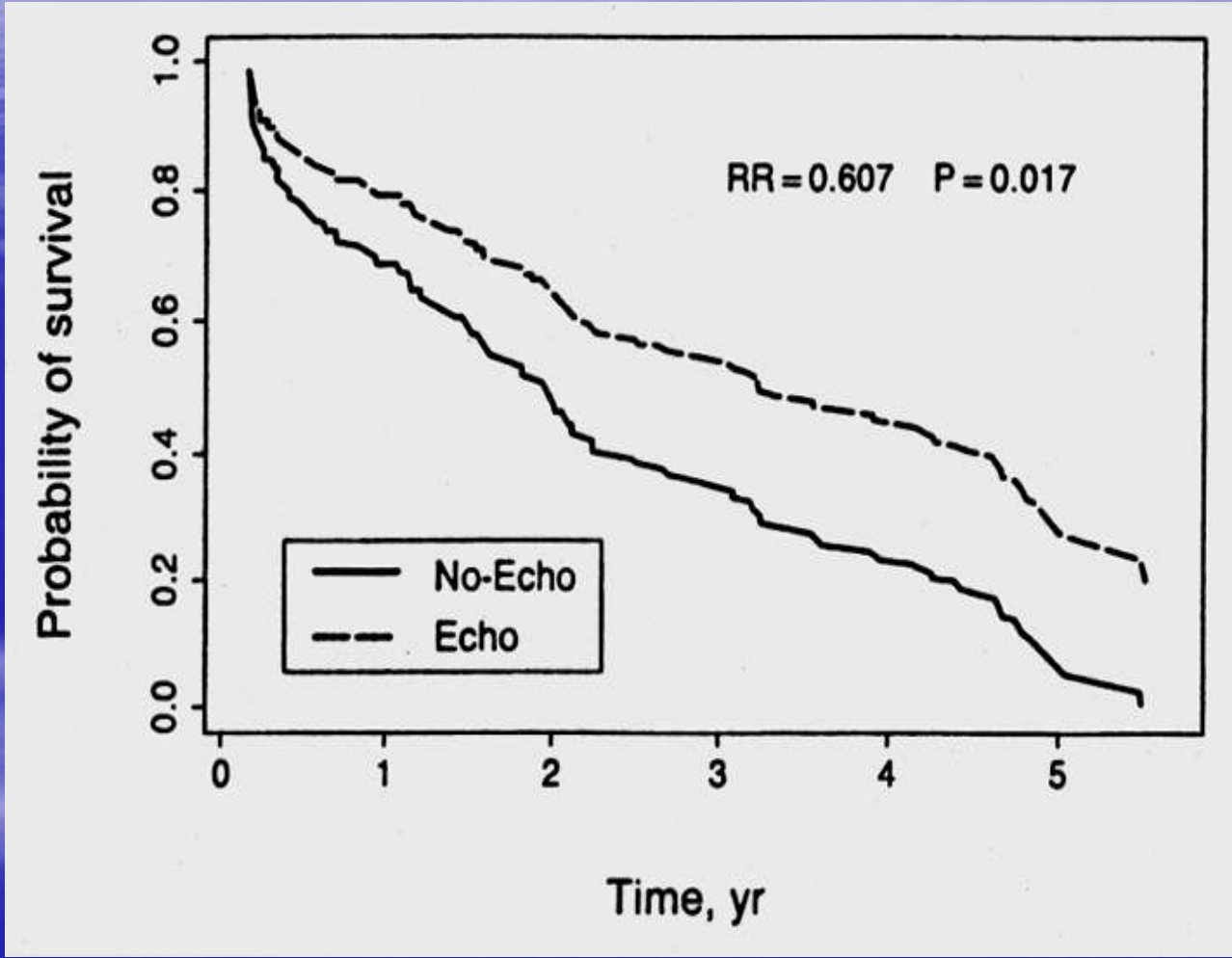
- ✓ Stabilizzazione del quadro clinico
  - ✓ Valutazione strumentale
  - ✓ Ottimizzazione della terapia
  - ✓ Training
- 
- ✓ Miglioramento della compliance terapeutica
  - ✓ Modifica stili di vita

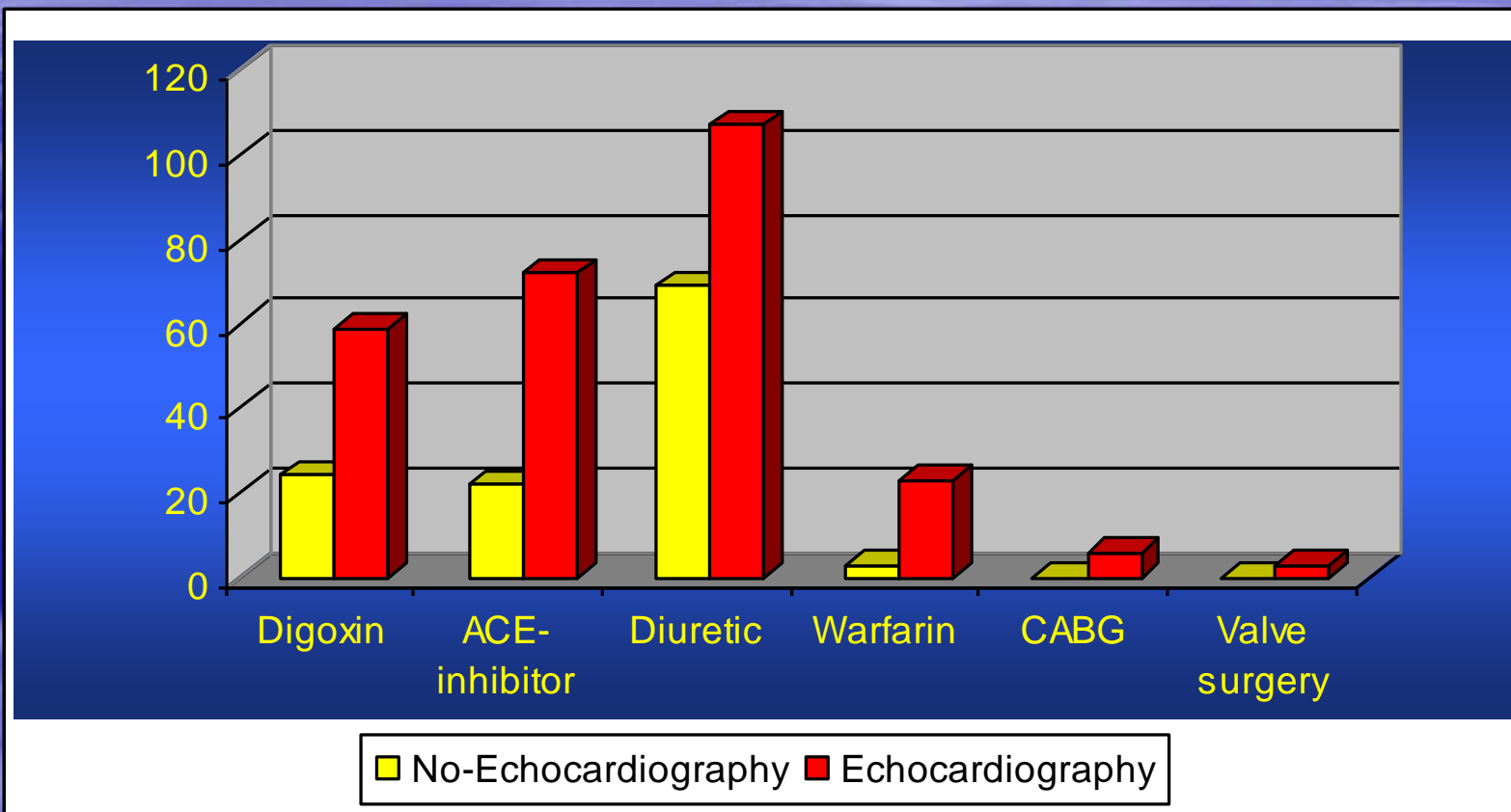




## Valutazione Strumentale

- ✓ Monitoraggio telemetrico
- ✓ Ecocardiografia
- ✓ Valutazione funzionale
- ✓ Disturbi cardiorespiratori del sonno

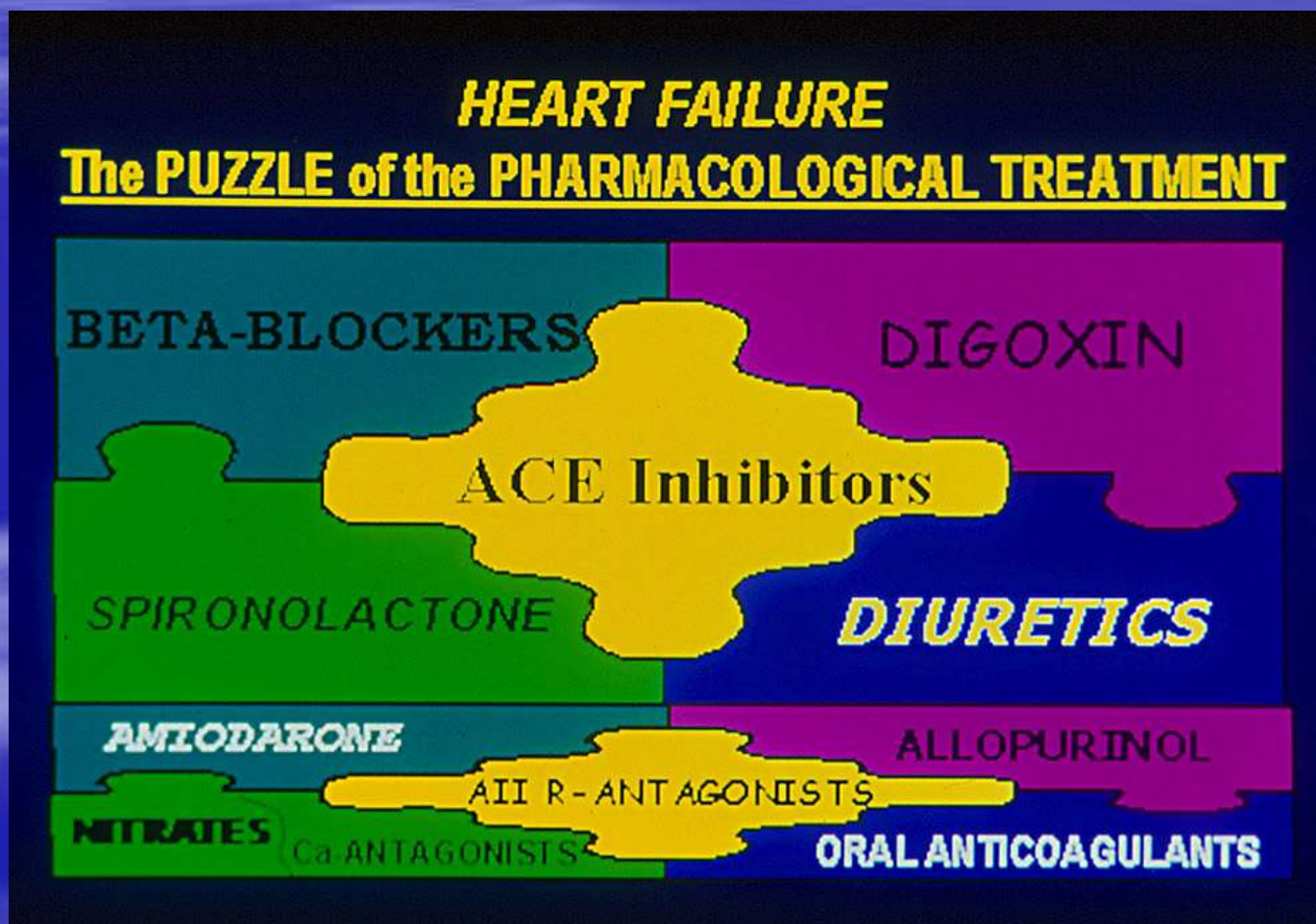




Senni et al., JACC 1999



# Ottimizzazione terapia







## Beta Blocco

- Carvedilolo : 25 mg x 2.
- Metoprololo: 200 mg/die
- Bisoprololo: 10 mg/die.

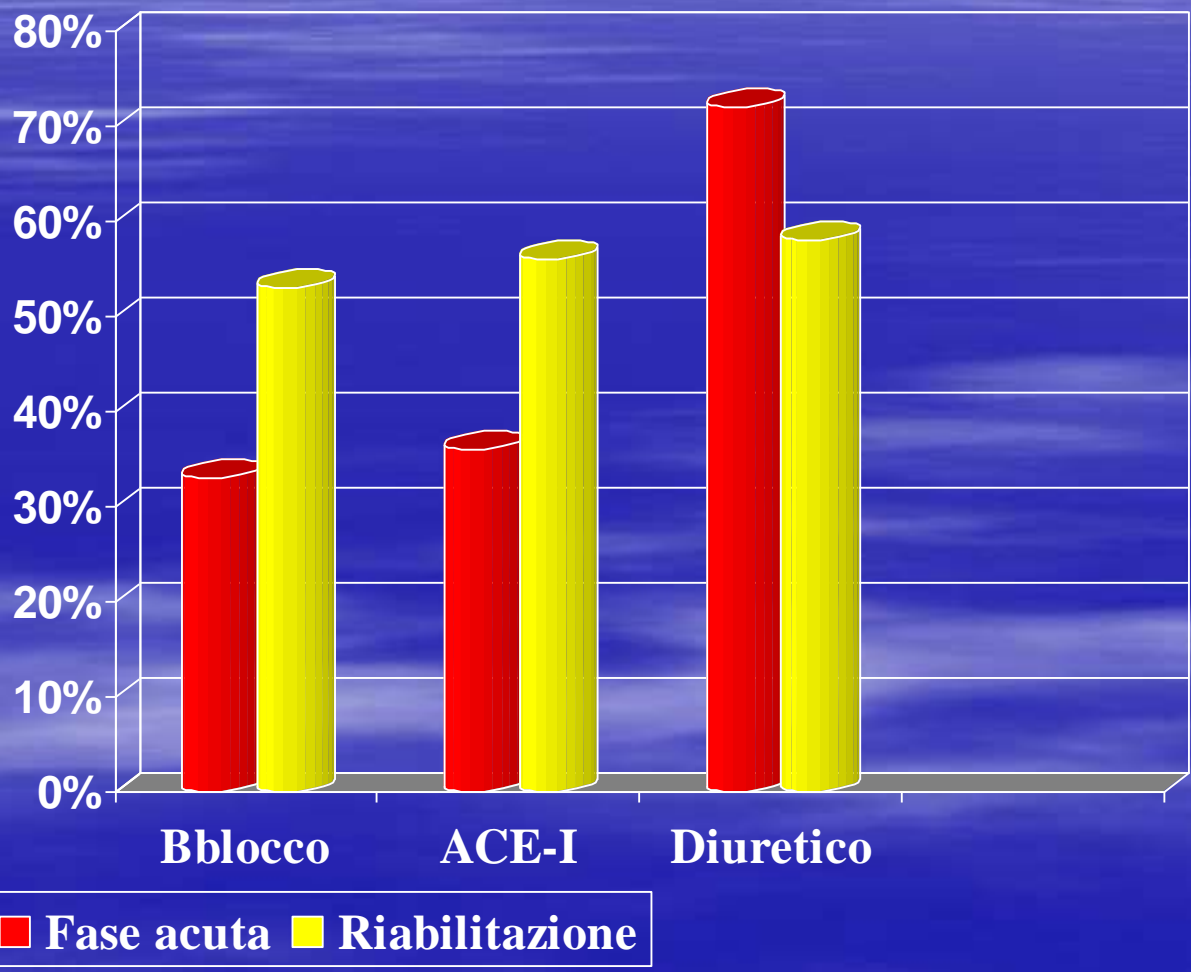
*ACC/AHA 2005 guidelines of CHF in the adult  
Circulation and JACC Sept. 2005*



## ACE Inibitore

- Ramipril: 10 mg/d.
- Enalapril: 40 mg/d

*ACC/AHA 2005 guidelines of CHF in the adult  
Circulation and JACC Sept. 2005*





# TRAINING

## TRAINING in CHF

**COMPOSIZIONE QUALITATIVA E QUANTITATIVA**  
**Una capsula di 0,5 mg contiene:** lisinolozolo 0,5 mg. Eccipienti: amido di mais, lattosio, polivinilpirrolidone, sodio stearato fumarato. **Composizione della capsula:** entrosina (E 127), gelatina, ossido di ferro giallo (E 172), stannio biossido (E 171).

**Una capsula di 2 mg contiene:**trandolapril 2,0 mg. Eccipienti: amido di mais, lattosio, polivinilpirrolidone, sodio stearato fumarato. **Composizione della capsula:** entrosina (E 127), gelatina, ossido di ferro giallo (E 172), stannio biossido (E 171).

**FORMA FARMACEUTICA**  
28 capsule di 0,5 mg  
14 capsule di 2 mg

**CATEGORIA FARMACOTERAPEUTICA**  
ACE-inibitori (inibitori dell'enzima di conversione dell'angiotensina)

**TITOLARE A.I.C. E PRODUTTORE**  
a) **Fondazione A.I.C.**  
Knoll Farmaceutici Spa - Via Europa, 35 - 20053 Muggiò (Milano)  
b) **Officina di Produzione:**  
Knoll AG - Ludwigshafen Rhein (Germania)  
Correlonato e controllato da:  
Knoll Farmaceutici Spa - Liscate (Milano)

### INDICATIONS

Prevenzione secondaria dopo infarto miocardico, in pazienti con disfunzione ventricolare sinistra con o senza segni di insufficienza cardiaca.

### CONTRAINDICATIONS

Precedenti di edema angioneurotico (edema di Quincke) correlati ad un precedente trattamento con un inibitore dell'enzima di conversione dell'angiotensina.

Gravidanza ed allattamento.

### PRECAUZIONI D'IMPIEGO

**Insufficienza renale:** la posologia dovrà essere ridotta nei soggetti con clearance della creatinina uguale o inferiore a 30 ml/min. (vedi "Dose, modo e tempo di somministrazione").

**Insufficienza epatica:** le concentrazioni plasmatiche di farmaco aumentano e, pertanto, si consiglia di iniziare il trattamento con 1 capsula di 0,5 mg al giorno e di adattarlo in funzione della risposta terapeutica.

**Soggetti anziani:** gli studi farmacocinetici sul GÖPTEN nei soggetti ipertesi con età superiore a 65 anni, con funzione renale alterata (vedi "Dose, modo e tempo di somministrazione").

**Chirurgia/Anestesia:** in caso di anestesia eseguita per un intervento chirurgico con agenti che possono causare ipotensione, gli inibitori dell'enzima di conversione possono provocare una ipotensione che può essere corretta mediante espansione della volemia.

**Pediatria:** si raccomanda di non impiegare GÖPTEN nei soggetti in età pediatrica poiché non vi sono finora sufficienti esperienze in merito.

### INTERAZIONI

Nessuna interazione si manifesta con la contemporanea assunzione di cibo.  
Nessuna interazione farmacocinetica è stata evidenziata associando GÖPTEN alla digossina, furosemide e nifedipina a lento rilascio. Non è stata evidenziata alcuna modifica delle proprietà anticoagulanti della warfarina.

Non sono state osservate interazioni cliniche in pazienti post-infartuali con disfunzioni ventricolare sinistra dopo somministrazione di GÖPTEN in associazione a trombolitici, aspirina,  $\beta$ -bloccanti, calcio-antagonisti, eritrali, anticoagulanti, diuretici o digossina.

L'associazione di GÖPTEN con sali di potassio, diuretici risparmiatori di potassio ed antinfiammatori non steroidei, aumenta il rischio di iperpotassiemia, soprattutto nei soggetti con insufficienza renale. Se tali associazioni dovessero rendersi necessarie è indispensabile sorvegliare frequentemente la potassiemia.

Nei soggetti in trattamento con un diuretico, soprattutto quando è recente l'assunzione di sale, potrebbe essere il rischio di ipotensione eccessiva, che può essere evitato sospendendo il diuretico qualche giorno prima dell'inizio del trattamento con GÖPTEN. Se la contemporanea somministrazione di diuretici è indispensabile, occorre sorvegliare il paziente almeno nelle prime 2 ore dopo l'assunzione di GÖPTEN (vedi "Avvertenze" - "Dose, modo e tempo di somministrazione").

Come per tutti i trattamenti con antipertensivi, l'associazione con un neurolettico o con un antidepressivo imipraminico aumenta il rischio di ipotensione ortostatica.

Nei soggetti diabetici si raccomanda un controllo della glicemia.

### AVVERTENZE

**Ipotensione arteriosa e/o insufficienza renale funzionale:** una stimolazione del sistema renina-angiotensina-







## Training scompenso lieve moderato

- ✓ Attività mirata al rinforzo muscolare a medio-basso impegno cardiovascolare con:
  - 2 sedute di cyclette/die
  - Attività per gruppi muscolari con elastici, pesi e a carico naturale a catena cinetica chiusa



## Training scompenso avanzato

- ✓ Attività mirata al rinforzo muscolare a bassissimo impegno cardiovascolare con:
  - 2 sedute di elettrostimolazione (arti inferiori e cingolo scapolare)
  - Attività per gruppi muscolari (1-2 al giorno) con elastici, pesi e a carico naturale a catena cinetica chiusa
  - Rieducazione al cammino





# Obiettivi dell'attività infermieristica

- ✓ Coadiuvare il medico nella gestione ospedaliera del paziente
- ✓ Favorire l'indipendenza e l'autogestione del paziente
- ✓ Prevenire il declino della persona
- ✓ Migliorare la qualità della vita
- ✓ Ridurre le Ospedalizzazioni





## Fattori da valutare

- ✓ Età
- ✓ Presenza di limitazioni cognitive
- ✓ Ambiente familiare
- ✓ Presenza di problematiche sociali



# Principi di disease management e di self care

DISEASE MANAGEMENT = Approccio globale ai problemi della patologia e della persona correlati alla malattia

SELF CARE = Gestione autonoma delle problematiche determinate dalla malattia



## Insegna e verifica i comportamenti

- ✓ Peso giornaliero (da riportare su calendario)
- ✓ Apporto idrico (1-2 l/die)
- ✓ Dieta (Consumo di frutta e verdura, diabete, obesità)
- ✓ Controllo del consumo di alcool
- ✓ Astensione dal fumo
- ✓ Vaccinazioni
- ✓ Attività fisica quotidiana.





## Counseling farmacologico

- ✓ Verificare l'orario di somministrazione
- ✓ Spiegare gli effetti terapeutici
- ✓ Segni di tossicità dei farmaci
- ✓ Cosa fare in caso di dimenticanza
- ✓ (Autogestione del diuretico)





## Come evitare la non aderenza non intenzionale

- ✓ Migliorare la conoscenza della malattia e della terapia (si interrompe un farmaco perché non lo si ritiene importante)
- ✓ Superare i deficit cognitivi e organizzativi (dimenticanze, mancato approvvigionamento del farmaco)



## Come evitare la non aderenza intenzionale

- ✓ Chiarire gli effetti collaterali
- ✓ Pianificazione degli orari in base ai bisogni dei pazienti (diuretico)
- ✓ Rassicurare riguardo l'ipotensione
- ✓ Limitare e se possibile risolvere i dubbi del paziente (anche con l'aiuto del medico)



## Segnali di instabilizzazione (1)

- ✓ Aumento ingiustificato del peso corporeo (rilevato alla stessa ora e superiore a 3-4 settimanali)
- ✓ Frequenza cardiaca ( $< 50$  e  $> 100$  bpm)
- ✓ Pressione arteriosa sistolica inferiore a 90 mmHg
- ✓ Peggioramento della dispnea
- ✓ Comparsa di edemi





## Segnali di instabilizzazione (2)

- ✓ Nausea, inappetenza, tensione addominale, inappetenza.
- ✓ Comparsa di tosse in clinostatismo, disturbi del sonno
- ✓ Comparsa di palpitazioni, angor episodi lipotimici, sincopi, sanguinamenti, febbre, disturbi neurologici



## Piano personalizzato alla dimissione

- ✓ Stabilire l'obiettivo del peso corporeo
- ✓ Spiegazione orale della terapia farmacologica
- ✓ Consulto dietologico per apporto calorico, di sodio o di consigli dietologici particolari (diabete, insufficienza renale, disfagia)
- ✓ Ricerca di familiare "care-givers"
- ✓ Counseling per errate abitudini di vita.