

Infermieristica applicata alla
persona con patologia
cardiovascolare

SINDROME CORONARICA
ACUTA

CARDIOPATIA ISCHEMICA: CHE COS'È

Spettro di malattie a diversa eziologia, in cui il fattore fisiopatologico unificante è rappresentato da uno **squilibrio tra la richiesta metabolica e l'apporto di ossigeno al miocardio.**

Questo squilibrio causa un **alterazione dell'attività elettrica** e della **capacità contrattile** delle zone colpite.

EPIDEMIOLOGIA

- In Italia le malattie cardiovascolari sono causa del 45-50% della mortalità globale.
- La cardiopatia ischemica da sola è a sua volta responsabile del 35% dei decessi dovuti a malattie cardiovascolari.
- Si stima che la mortalità annuale per le forme tipiche della cardiopatia ischemica (angina, infarto e morte improvvisa) sia tra 70.000 e 80.000 casi.
- In Italia quindi vivono circa un milione di soggetti affetti da cardiopatia ischemica nelle sue forme più tipiche.

EZIOLOGIA

- Aterosclerosi
- Tromboembolia coronarica da trombosi intracardiaca (FA, endocardite, aneurisma cardiaco, ecc..)
- Spasmo coronarico
- Anomalie congenite
- Vasculiti
- Altre

L'**aterosclerosi coronarica** è la causa più frequente di cardiopatia ischemica e può esserne considerata la causa esclusiva.

Numerosi studi epidemiologici, condotti negli ultimi venticinque anni, hanno consentito di individuare alcune variabili individuali che si associano a un maggior rischio di malattia; queste variabili sono state definite **fattori di rischio coronarico**.

Fattori di rischio cardiovascolare, AHA 2007

Maggiori

- Fumo di sigaretta
- Iperensione arteriosa
- ↑ colesterolo-LDL
- ↓ colesterolo-HDL
- Diabete mellito
- Età avanzata

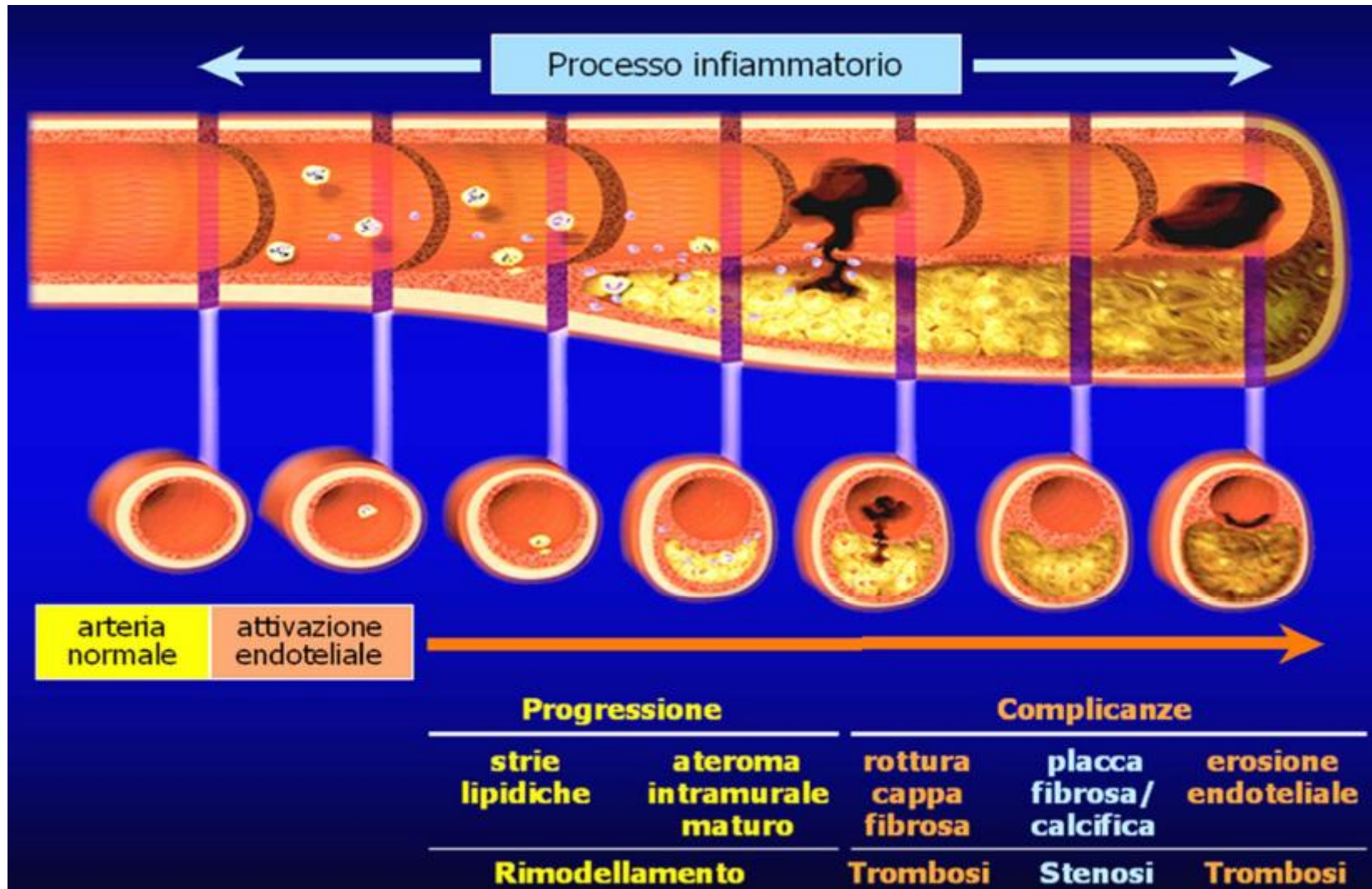
Condizionanti

- ↑ trigliceridi
- ↑ LDL Piccole/dense
- Infiammazione/PCR
- ↑ lipoproteina(a)
- ↑ omocisteina
- Fattori protrombotici

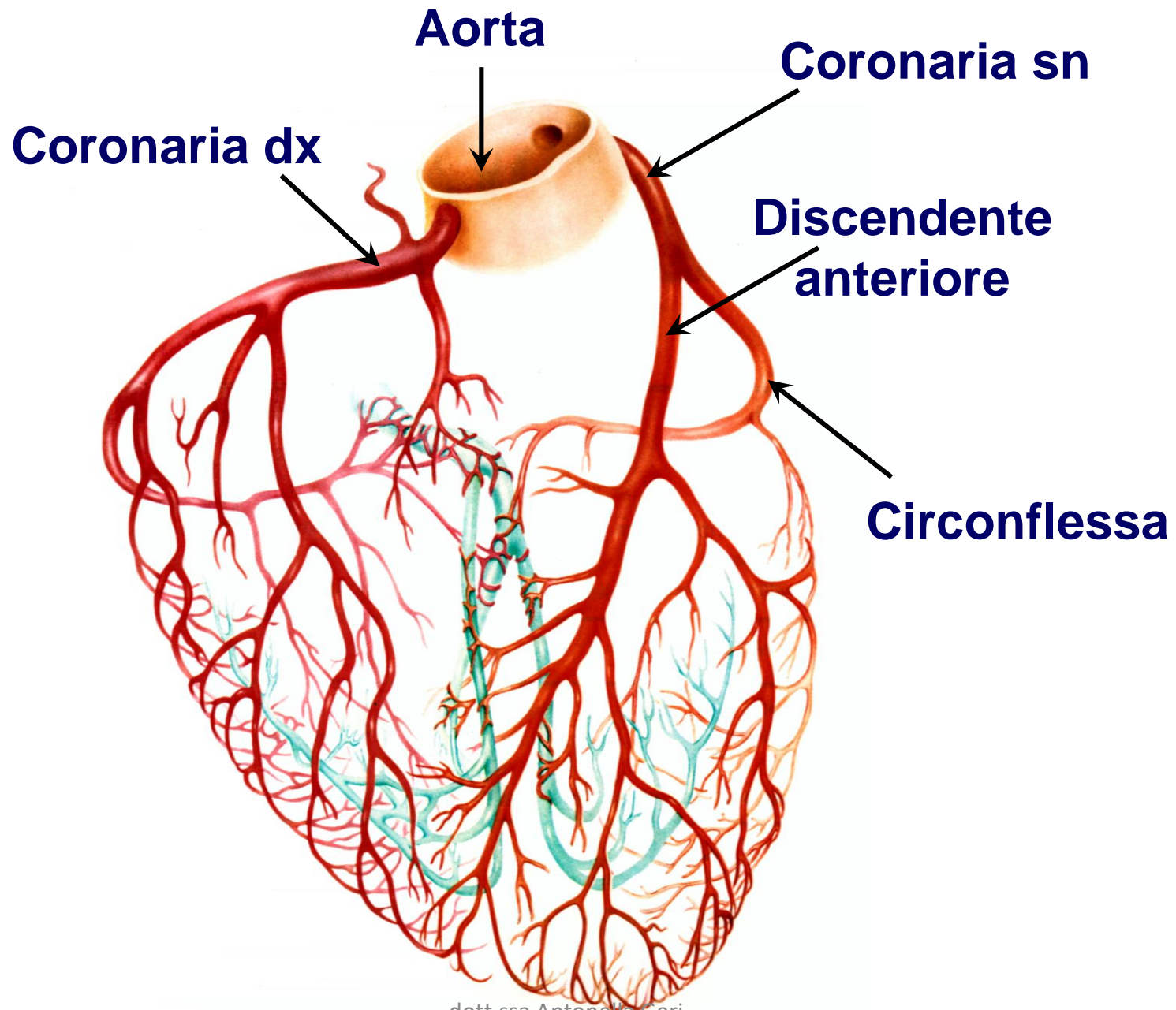
Predisponenti

- Obesità
- Obesità addominale
- Sedentarietà
- Familiarità per MCV
- Caratteristiche etniche
- Fattori psico-sociali

EVOLUZIONE DELLA PLACCA



CENNI DI ANATOMIA E FISIOLOGIA DEL DISTRETTO CORONARICO



METABOLISMO DEL MIOCARDIO

- In condizioni basali il cuore consuma circa 6,5-10 ml di ossigeno/min/100 gr di tessuto.

Tale dispendio serve:

- 3-5% per l'attività elettrica
- 20% per il mantenimento dell'integrità cellulare
- 72-75% per l'attività contrattile

Volume di ossigeno miocardico (MVO₂)

Il volume miocardico di ossigeno (**consumo**) è un valore utilizzato frequentemente per valutare lo stato emodinamico di un paziente. In particolare, questa formula approssima la **quantità di ossigeno utilizzata dal cuore**. Questa formula è anche chiamata prodotto della pressione del polso.

$$\text{MVO}_2 = \text{FC} \times \text{PA sistolica}$$

Il significato deriva dalla comparazione dei valori nel tempo , aumento o riduzione possono dire se il cuore del paziente è più o meno gravato.

A livello miocardico per l'elevata estrazione di O₂ (circa il 70%) l'unico meccanismo di compenso in caso di aumentato fabbisogno di O₂ è rappresentato da un proporzionale aumento del flusso coronarico, determinato da una vasodilatazione del distretto coronarico arteriolare (vasi di resistenza).

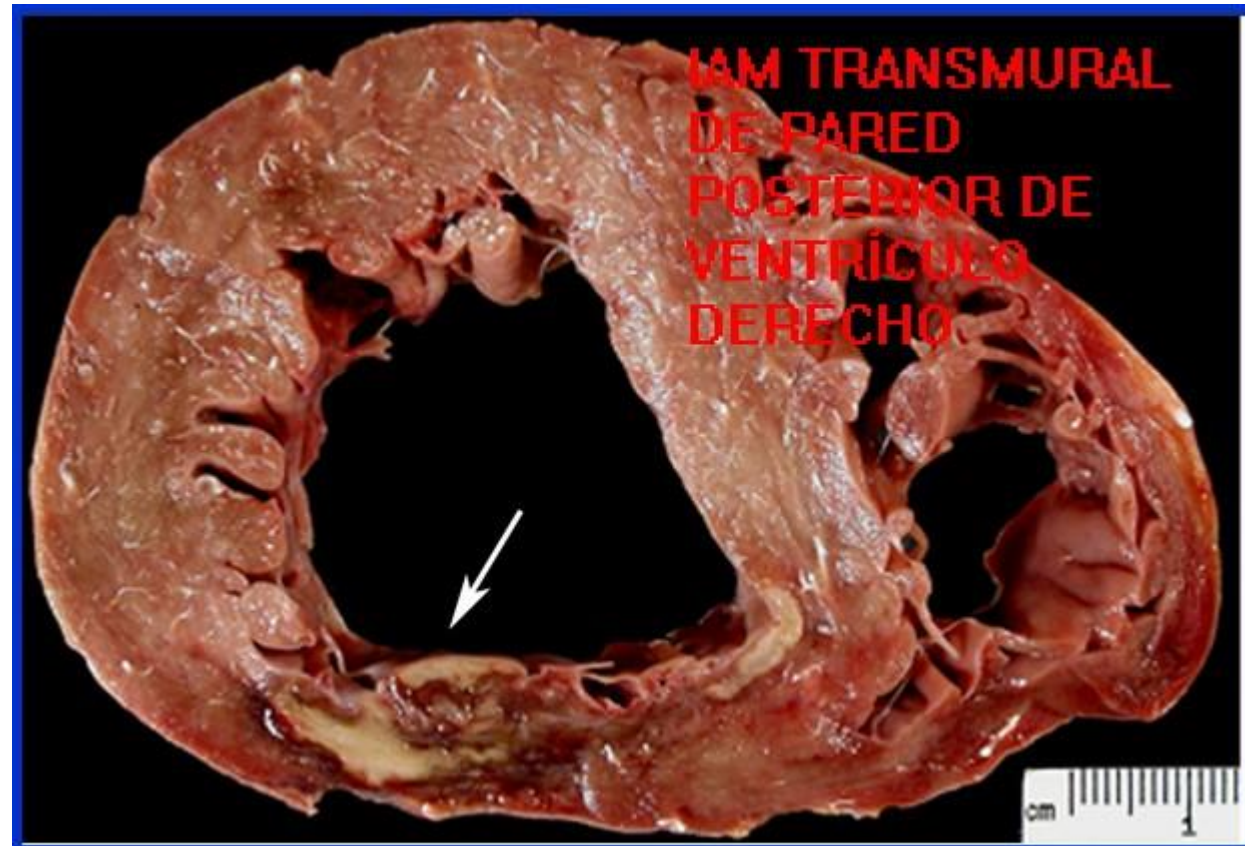
**La capacità massima di vasodilatazione
secondaria a uno stimolo metabolico è definita**

Riserva Coronarica

- In caso di aumento delle richieste metaboliche, il circolo coronarico non è più in grado di far fronte alle richieste con comparsa di ischemia.
- L'ischemia interessa inizialmente gli strati subendocardici
- Una modulazione del tono coronarico legato a fattori neuromorali può modificare temporaneamente la riserva coronarica; questo spiega la variabilità della soglia ischemica che abitualmente si osserva in clinica anche nello stesso soggetto.

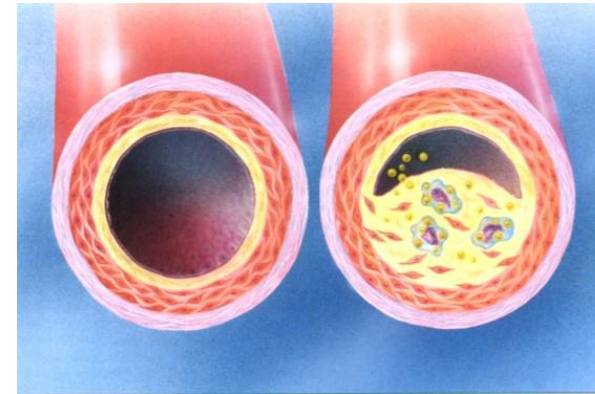
AUMENTO DEL CONSUMO
MIOCARDICO DI OSSIGENO
(MVO₂)

RIDUZIONE DEL FLUSSO
EMATICO



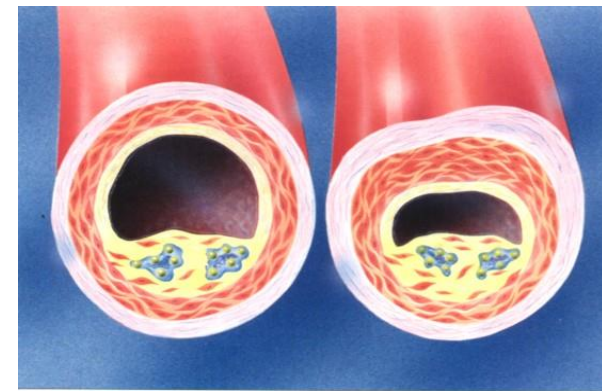
RIDUZIONE DEL FLUSSO CORONARICO

- Una lesione aterosclerotica di un ramo epicardico determina a valle della stenosi una caduta di pressione proporzionale alla riduzione del calibro vasale.
- Il gradiente pressorio che si crea stimola la dilatazione dei vasi di resistenza, allo scopo di mantenere un flusso adeguato in condizioni basali. *(Tale meccanismo è, ad esempio, alla base del quadro clinico dell'Angina Stabile)*
- Se la stenosi riduce la sezione del ramo epicardico di oltre l'80%, si ha una riduzione del flusso anche in condizioni basali; in questa situazione l'albero coronarico impegna gran parte della sua "riserva" per mantenere un apporto metabolico adeguato.



Coronaria normale

Placca ateromasica subocclusiva (>75%)



Placca stenosante (< 50%)

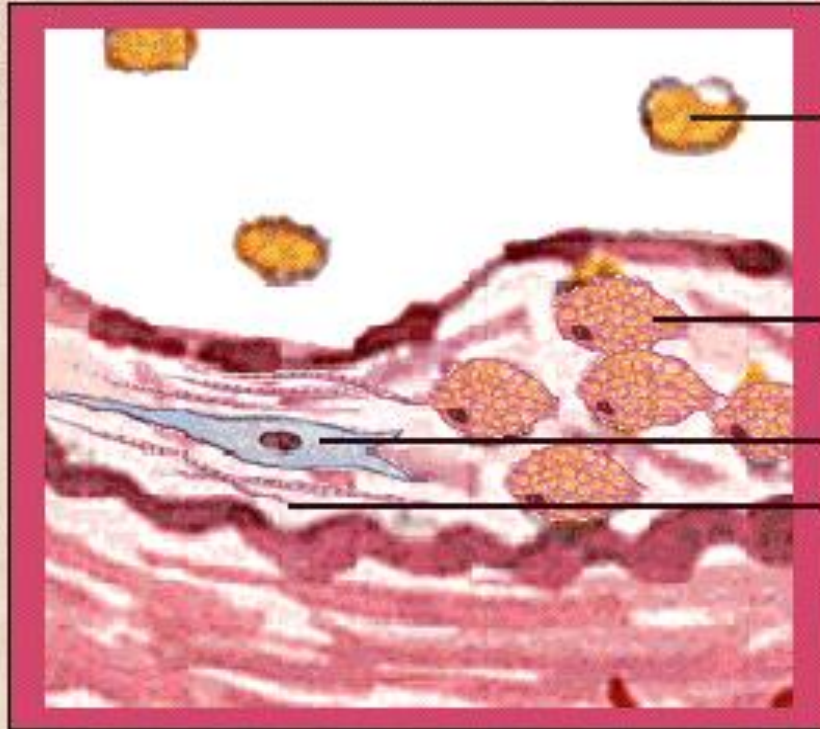
Placca ateromasica associata a vasospasmo

L'aterosclerosi, che rappresenta la principale causa di morte nel mondo occidentale, è un processo patologico **progressivo, multifattoriale**, coinvolgente la parete delle arterie, che generalmente **inizia nell'infanzia**, e ha le sue **manifestazioni cliniche nell'età adulta**.



Patogenesi dell'Aterosclerosi

Lo stadio più precoce nello sviluppo della placca aterosclerotica è rappresentato dalla stria lipidica. Le strie lipidiche sono aree di ispessimento intimale sostenuto dall'accumulo intinale di macrofagi carichi di lipidi.

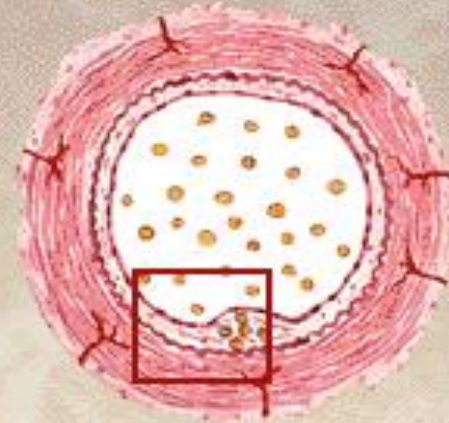


Elevated lipoproteins

Monocyte phagocytizes lipids (macrophage)

Fibrocyte

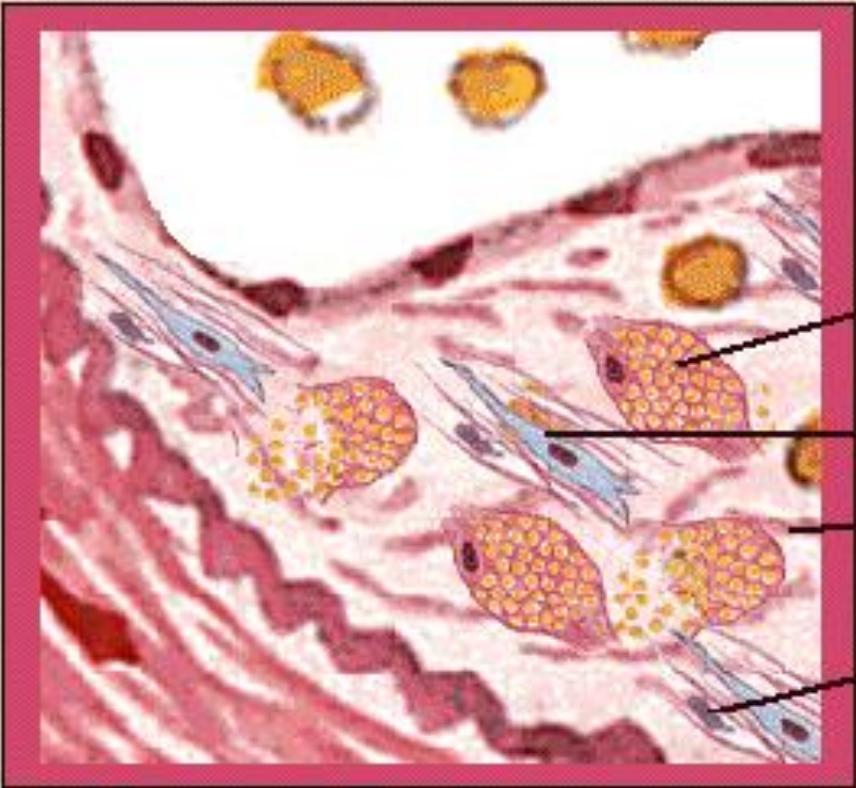
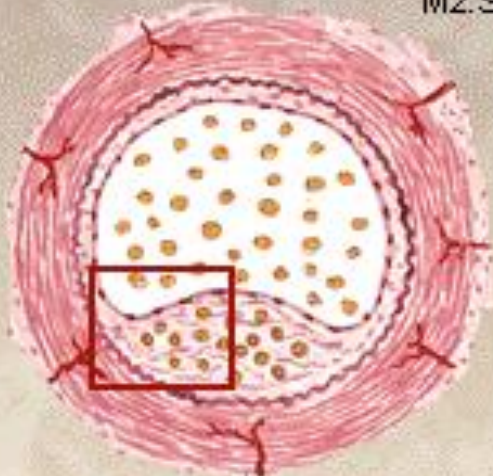
Fibrous tissue



W. F. Natta
©Ciba

Patogenesi dell'Aterosclerosi

L'aggregazione dei monociti continua, e si produce un processo metabolico che porta allo svilupparsi di un elevato livello di macrofagi, lipidi e fattori di crescita.



Lipid-laden monocytes and smooth muscle cells (these cells may become foam cells)

Fibrocyte

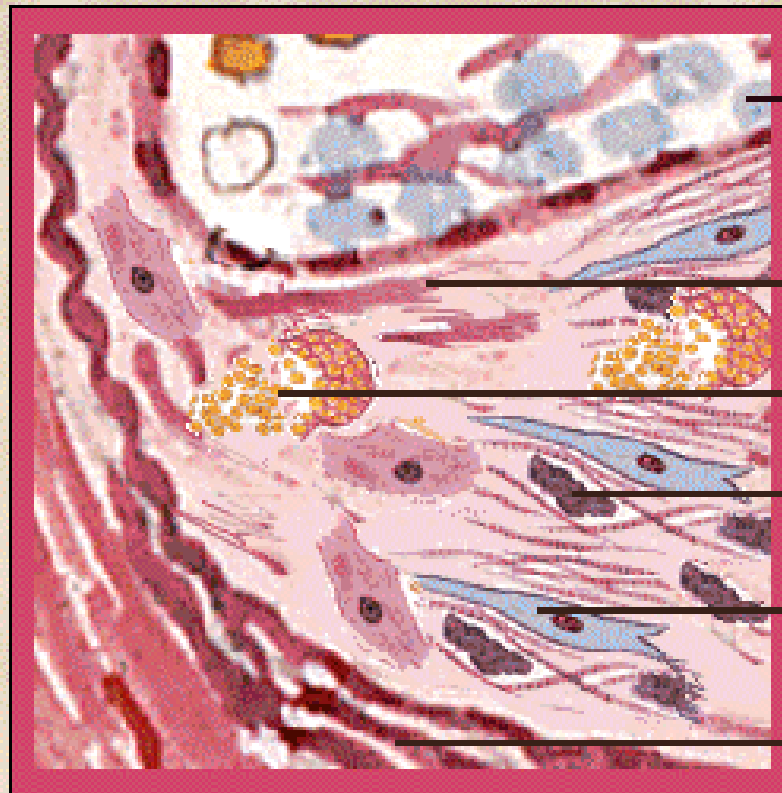
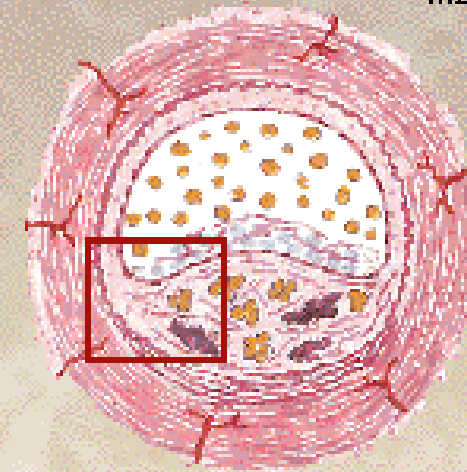
Collagen deposition

More fibrous tissue

Patogenesi dell'Aterosclerosi

M2:S1:C7

Il tessuto connettivo si necrotizza portando alla formazione di un pool ateromatoso alla base della placca.
La perdita del rivestimento endoteliale può portare all'attacco di piastrine alla lesione e quindi all'aumento delle sorgenti di fattori di crescita. La progressione ulteriore della lesione, crescita della placca, e l'inclusione di trombi murali sono gli stadi finali del restringimento del lume arterioso.



Possible platelet attachment

Additional collagen deposition

Extracellular lipid accumulation

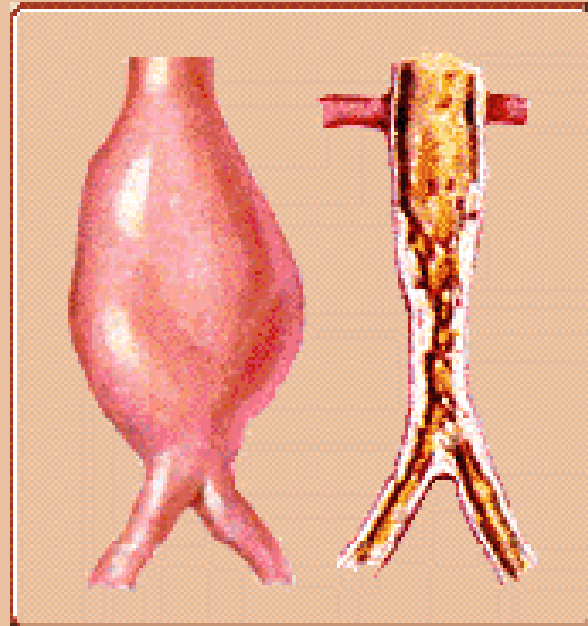
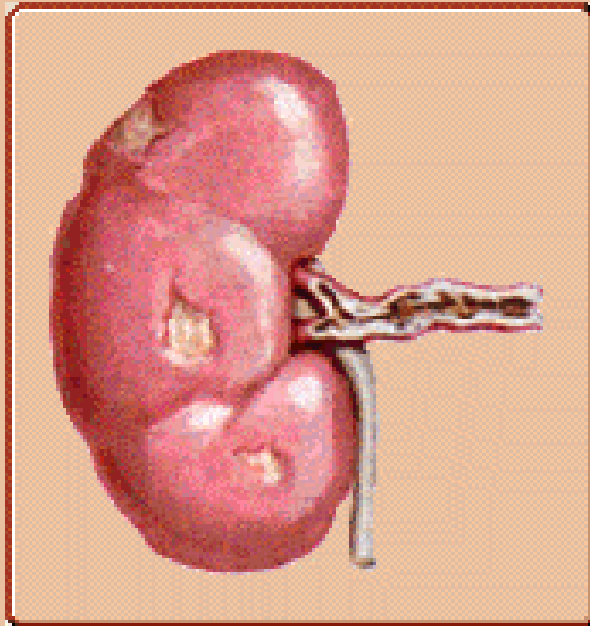
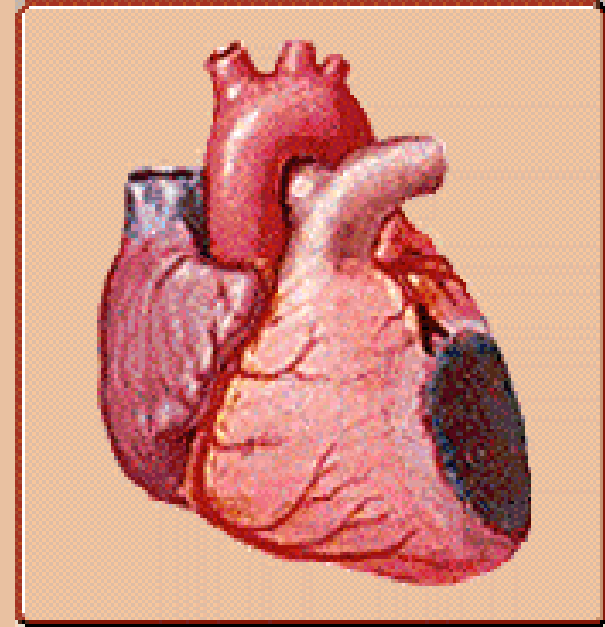
Additional plaque buildup

Fibrocyte

Reduplication and fracture of internal elastic membrane



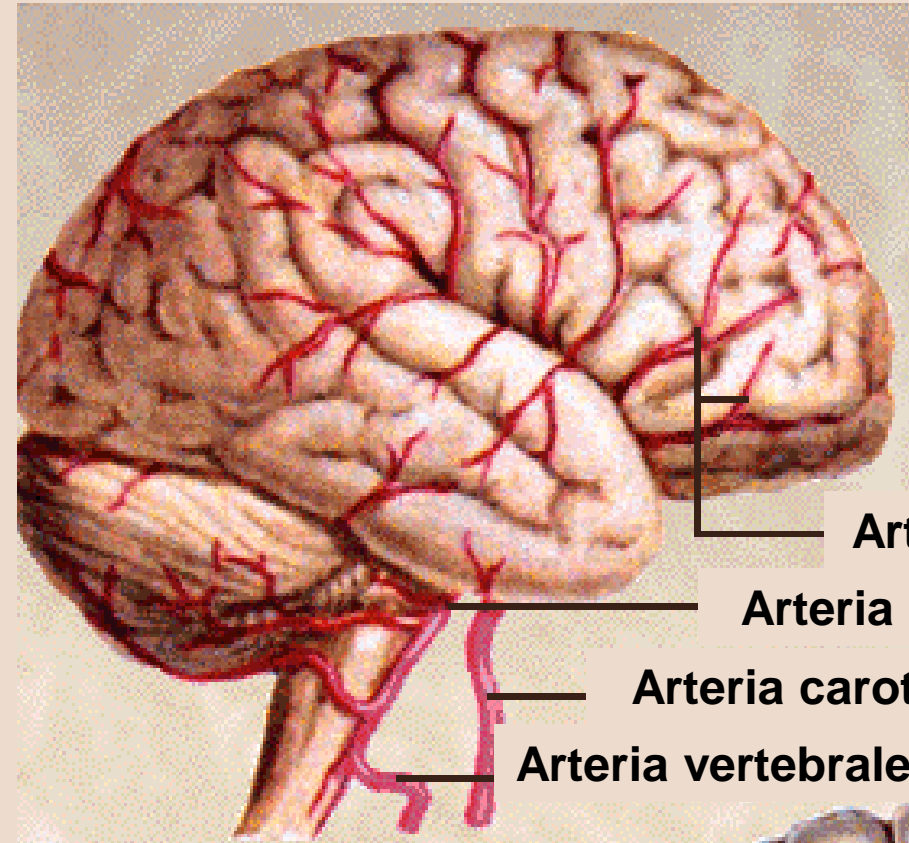
ORGANI BERSAGLIO DELL'ATEROSCLEROSI



Ischemia Cronica



Deterioramento mentale



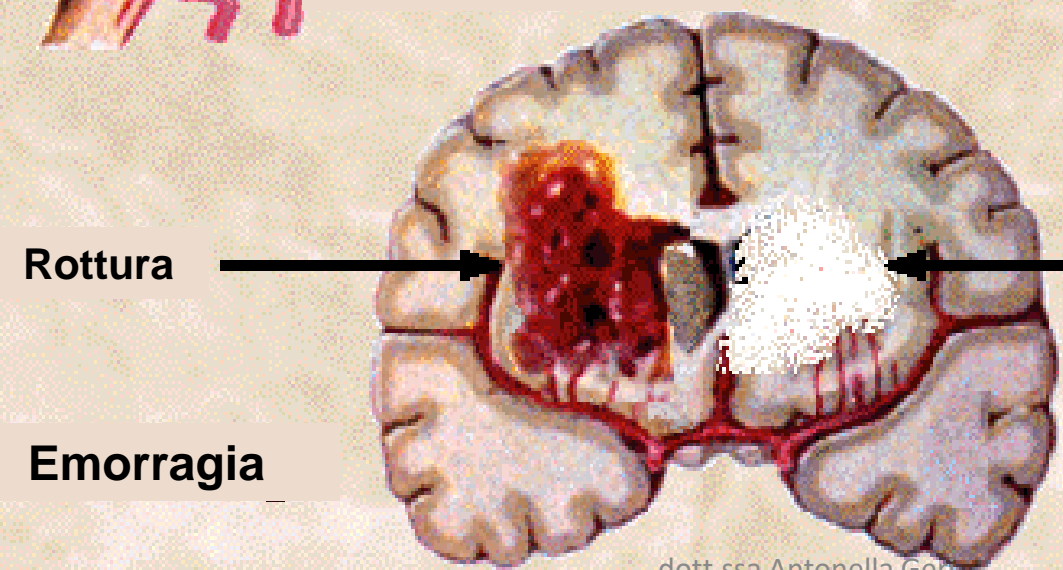
Arterie cerebrali

Arteria basilare

Arteria carotide interna

Arteria vertebrale

La circolazione cerebrale è particolarmente vulnerabile alla vasculopatia ipertensiva. Lo stroke è la maggior causa di morte. Le lesioni arteriose sono conseguenza dell'aterosclerosi. L'infarto cerebrale è più comune dell'emorragia.



Rottura

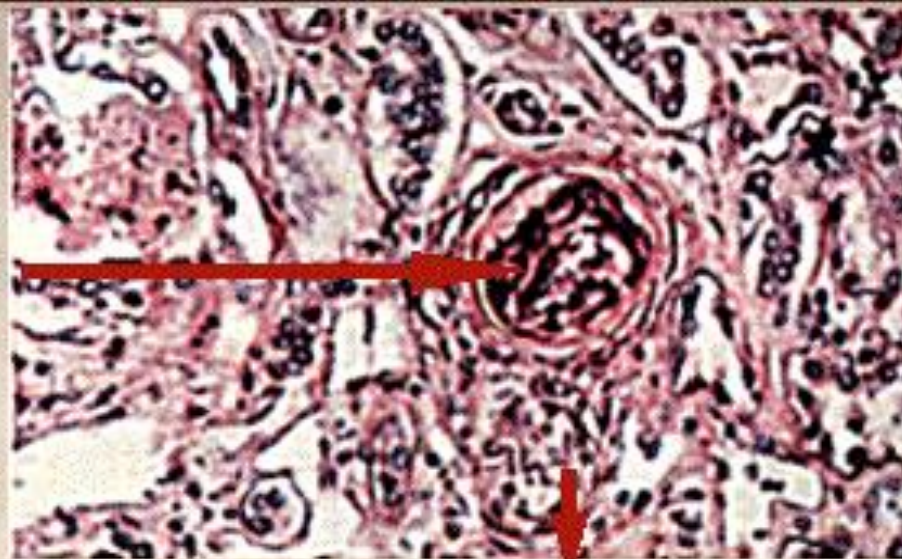
Occlusione acuta

Emorragia

Infarto

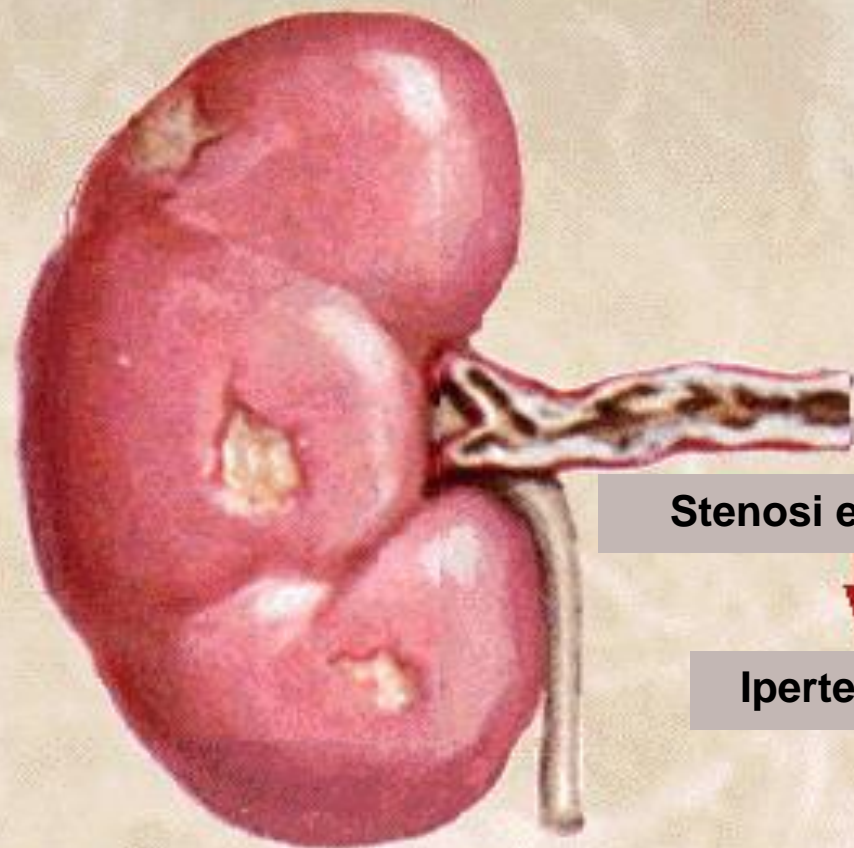


Aterosclerosi intrarenale



Ipertensione, uremia

L'aterosclerosi colpisce sia le arterie renali che intrarenali. Stenosi delle arterie extrarenali possono causare ipertensione, mentre stenosi intrarenali causano ipertensione ed uremia. Aneurismi delle arterie renali sono comuni e possono causare dissezione e rottura dei vasi.



Stenosi extrarenale

Ipertensione

W. F. Netto
© Ciba

Stenosi



Rottura



Occlusione

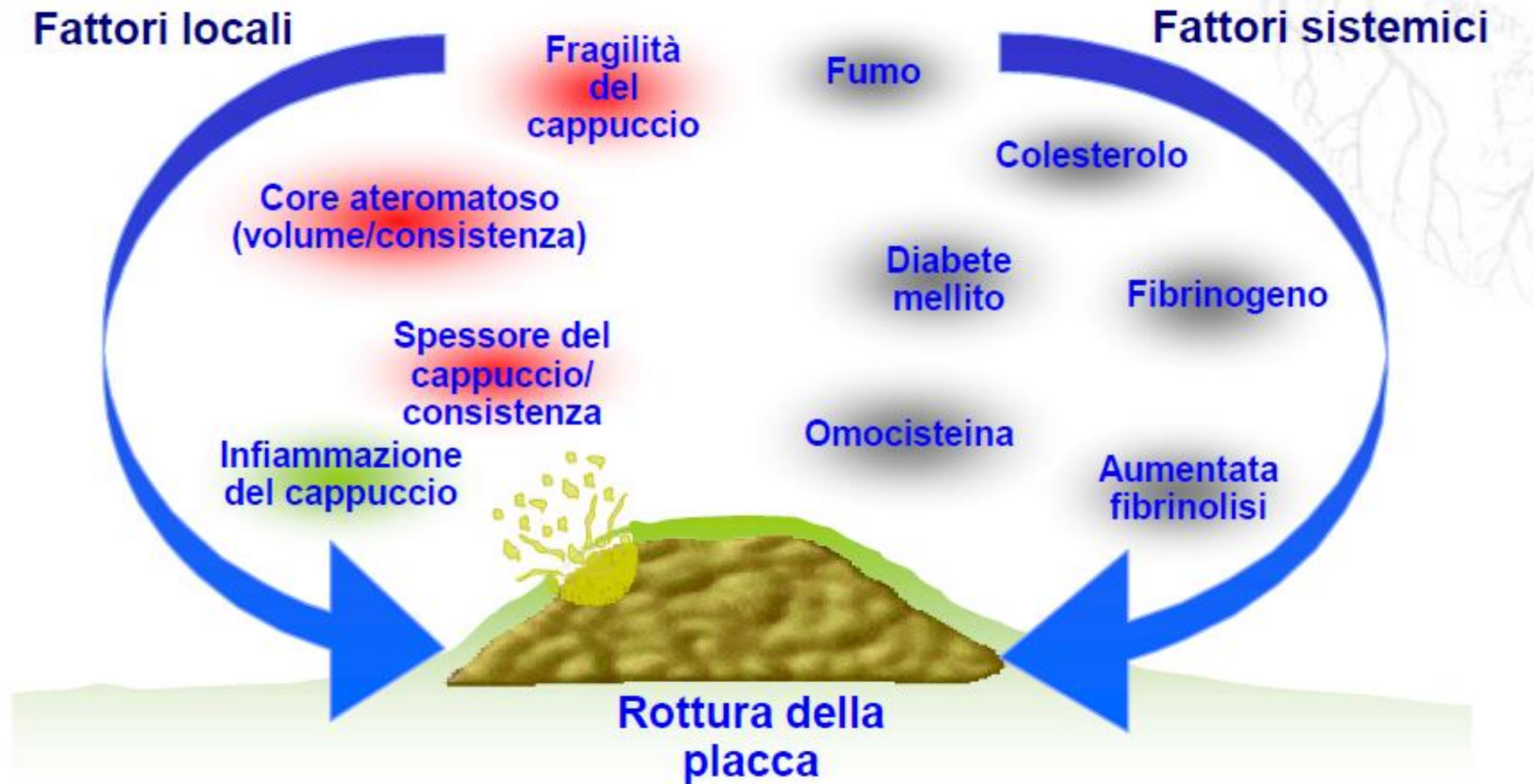


M2: S3: C5

L'aterosclerosi di questi vasi è spesso secondaria ad ipertensione. Gli **aneurismi** possono portare a dissezione e rottura. L'occlusione di un'arteria può portare a gangrena viscerale o periferica.

Gangrena viscerale o periferica

FATTORI DI RISCHIO PER LA ROTTURA DELLA PLACCA

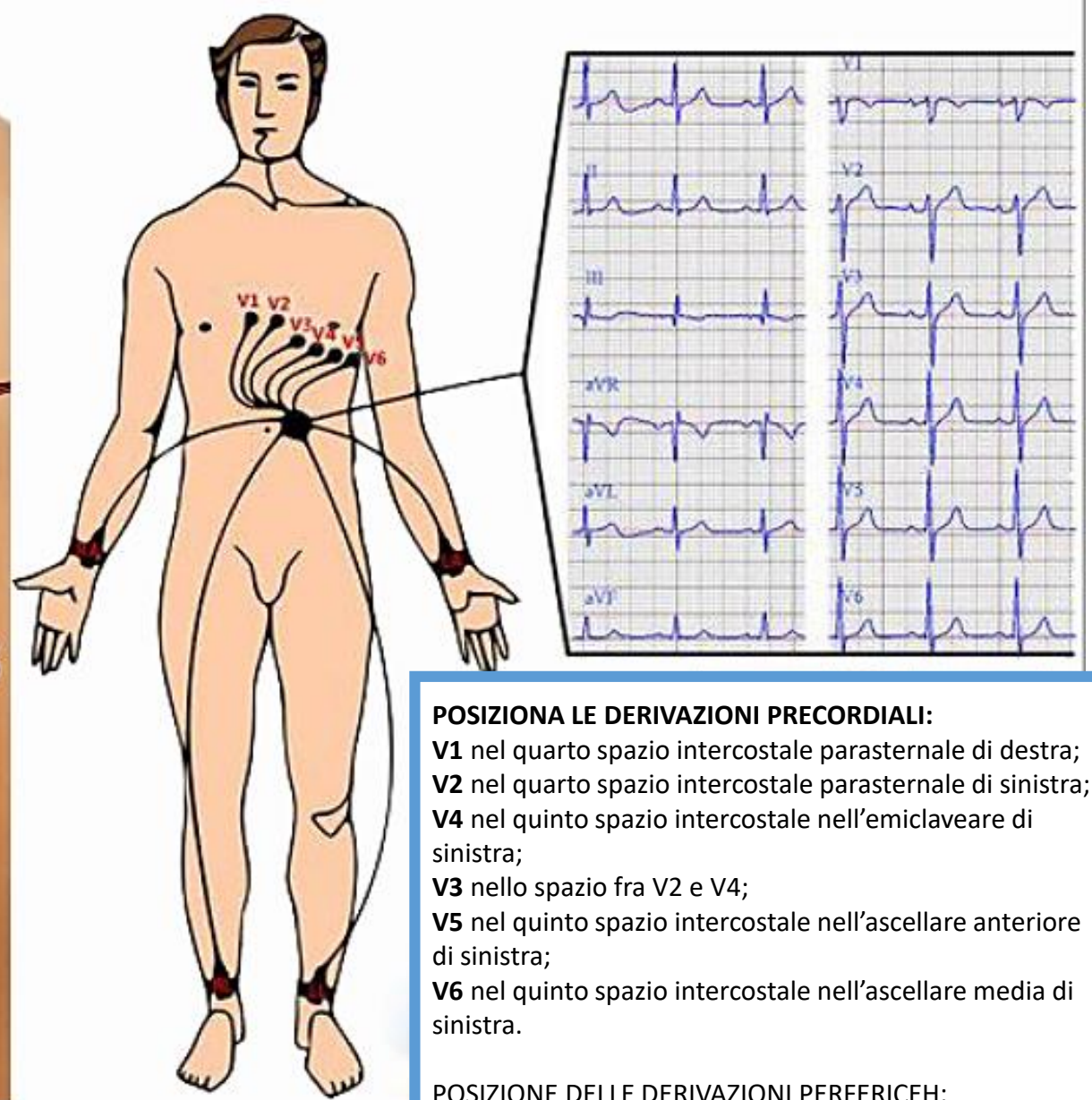
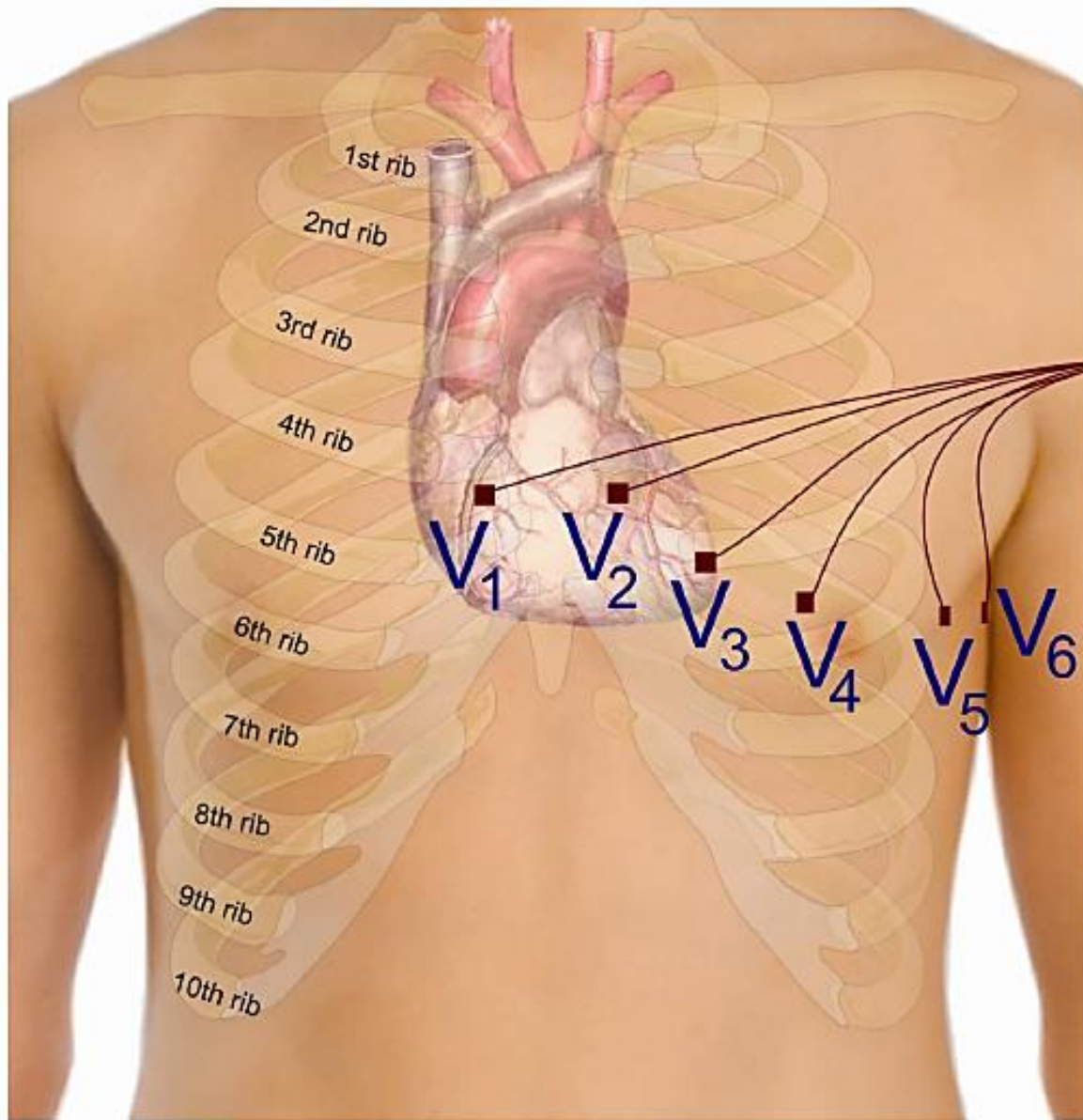


Sono stati identificati molti fattori di rischio per la rottura delle placche: dimensione e consistenza del core ateromatoso, lo spessore e la quantità di collagene nel cappuccio fibroso, l'infiammazione del cappuccio e la sua fragilità.

DIAGNOSI DI CARDIOPATIA ISCHEMICA

- ELETTROCARDIOGRAMMA
- CORONAROGRAFIA
- ECOCARDIOGRAFIA
- TEST DA SFORZO
- SCINTIGRAFIA

NOTA: Viene eseguita la scintigrafia quando si vuole valutare **l'entità** e la **distribuzione** delle zone del cuore che ricevono meno sangue e il **comportamento** del cuore sotto sforzo.



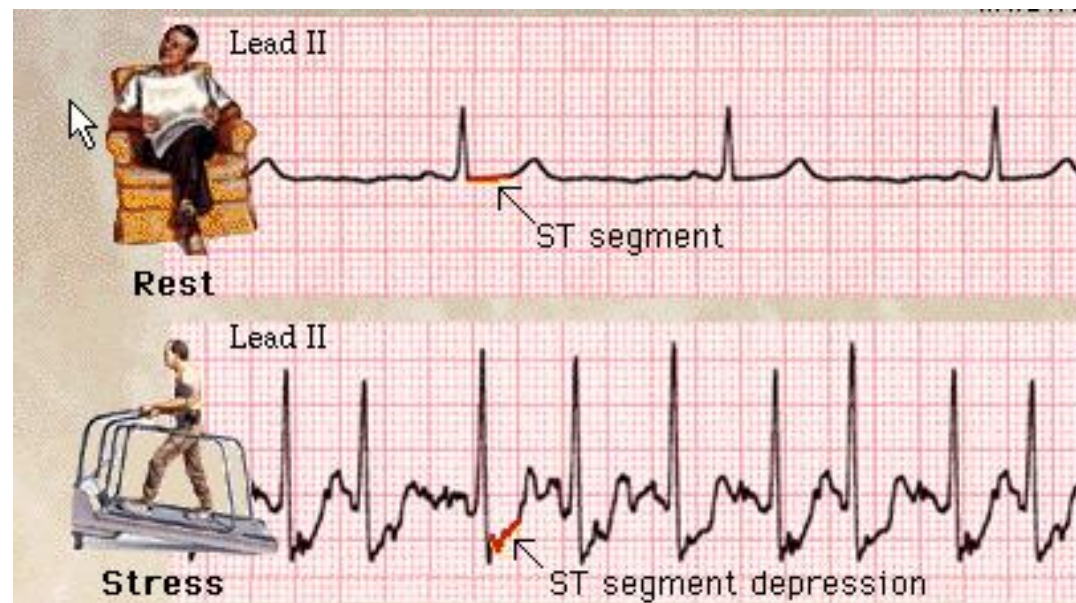
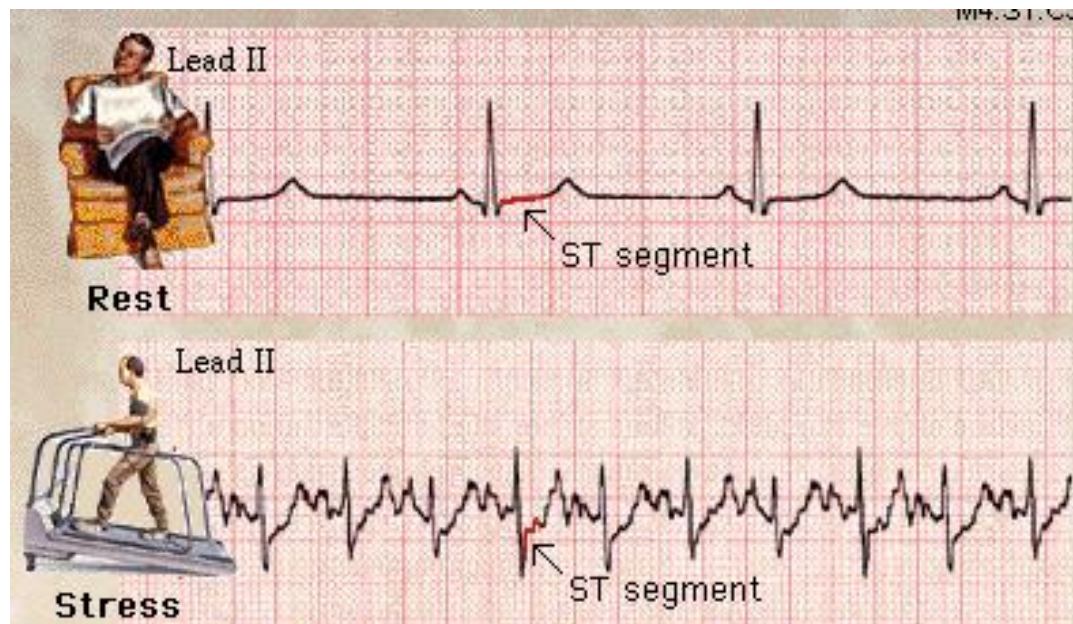
POSIZIONE LE DERIVAZIONI PRECORDIALI:

- V1** nel quarto spazio intercostale parasternale di destra;
- V2** nel quarto spazio intercostale parasternale di sinistra;
- V4** nel quinto spazio intercostale nell'emiclavare di sinistra;
- V3** nello spazio fra V2 e V4;
- V5** nel quinto spazio intercostale nell'ascellare anteriore di sinistra;
- V6** nel quinto spazio intercostale nell'ascellare media di sinistra.

POSIZIONE DELLE DERIVAZIONI PERFERICHEH:

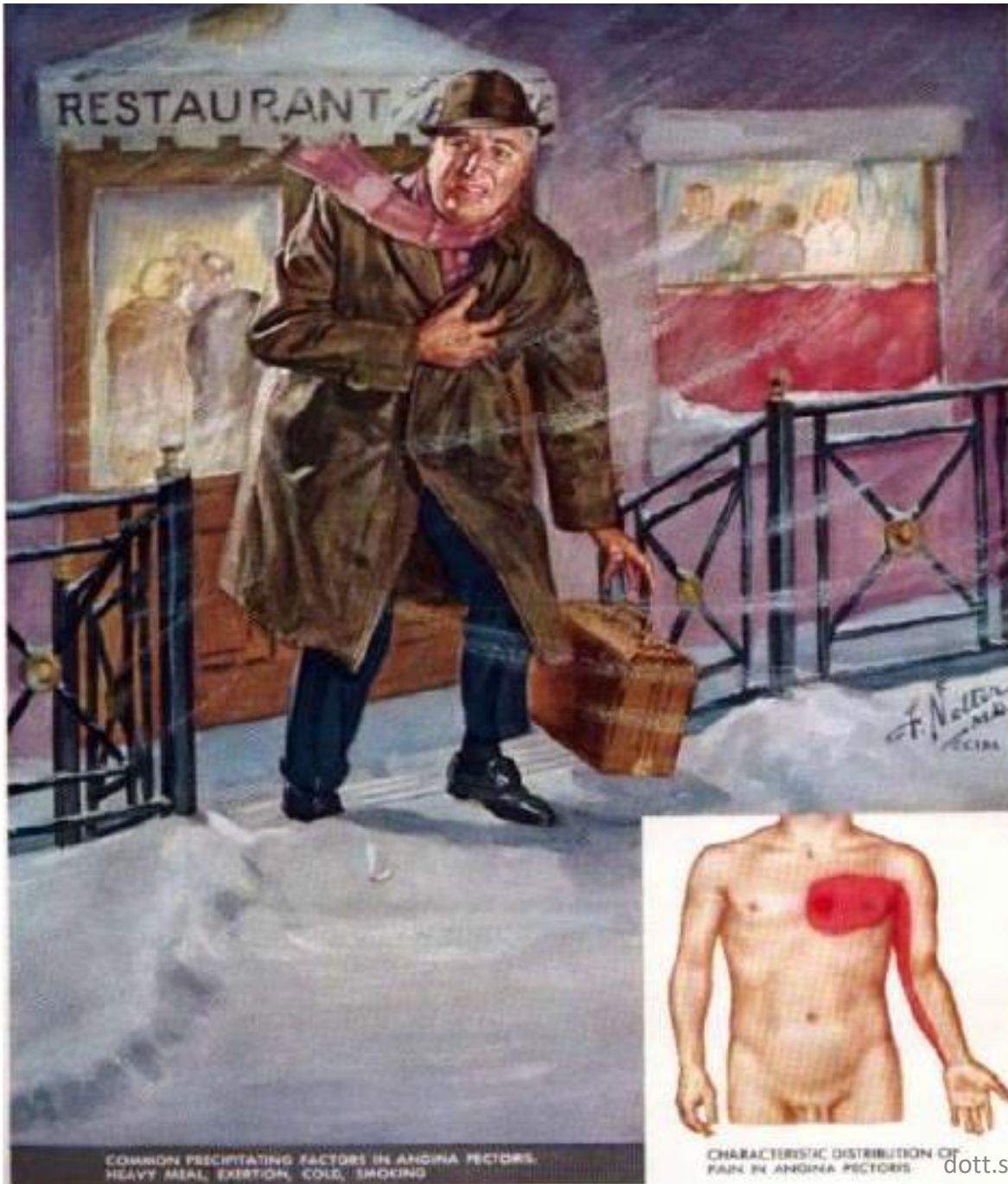
- ROSSO** braccio di destra (lineare)
- GIALLO** braccio di sinistra (lineare)
- NERO** gamba di destra (lineare)
- VERDE** gamba di sinistra (lineare)

Test da sforzo



SINDROME CORONARICA ACUTA

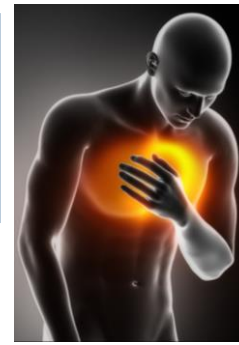
SINTOMI



- DOLORE TIPICO SEGNALATO A MANO APERTA
- RETROSTERNALE
- A MORSA
- COSTRITTIVO
- OPRESSIVO

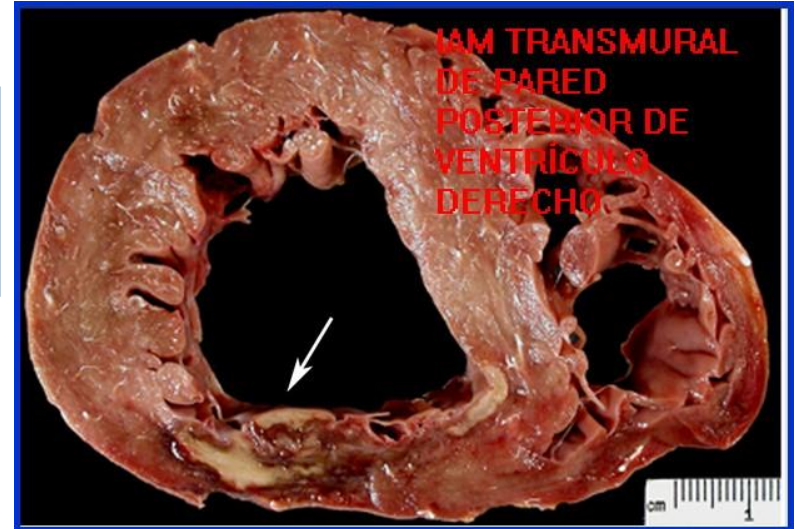
ISCHEMIA INTERMITTENTE

ANGINA PECTORIS



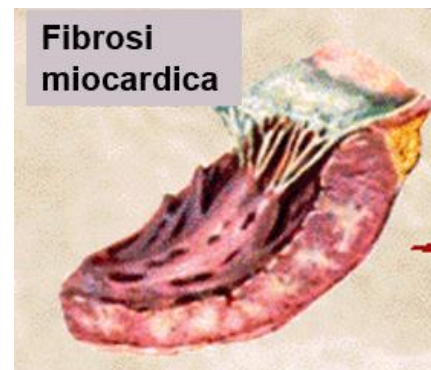
ISCHEMIA ACUTA

INFARTO DEL
MIOCARDIO



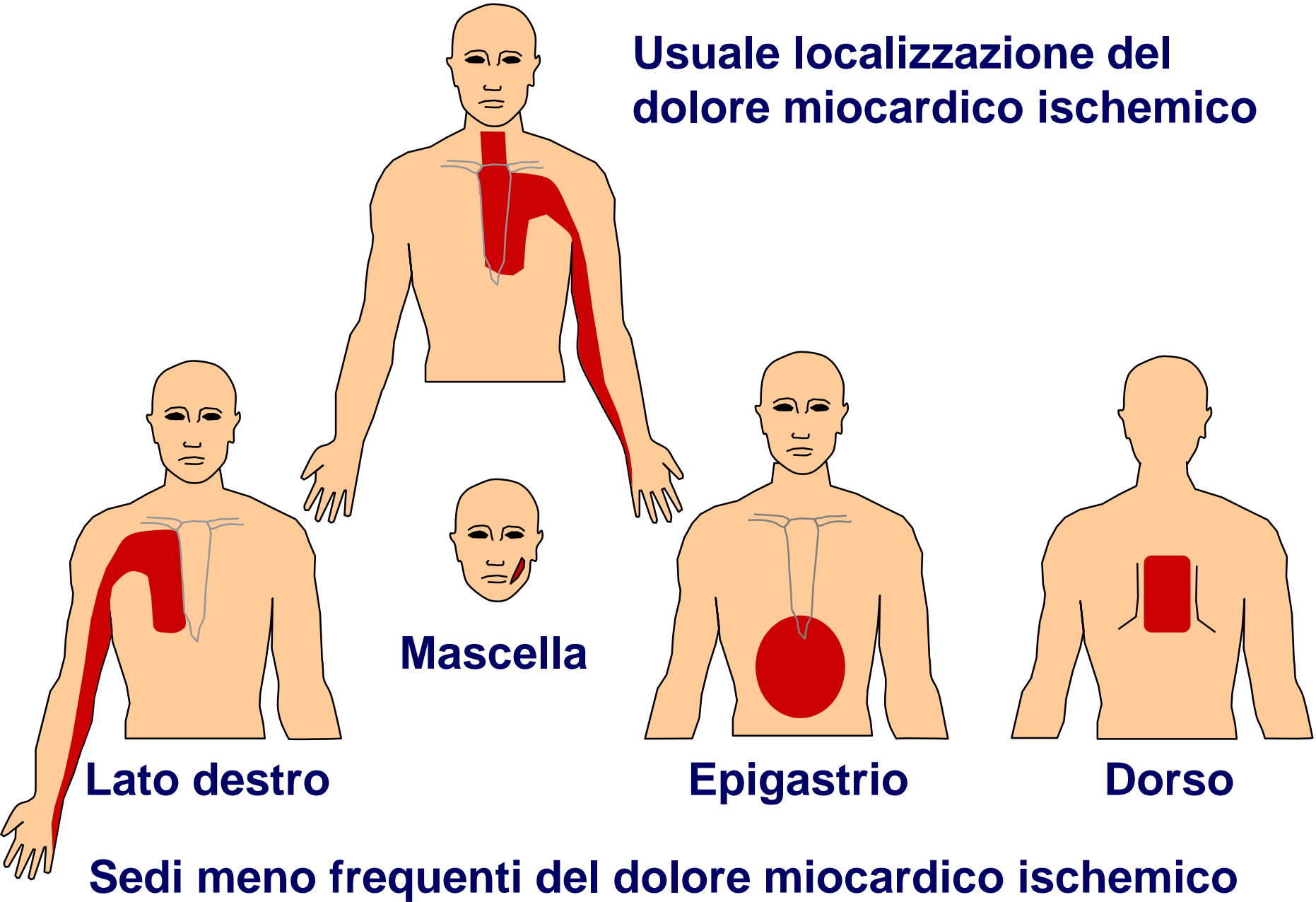
ISCHEMIA CRONICA

FIBROSI MIOCARDICA



La fibrosi miocardica è una caratteristica morfologica della cardiomiopatia **ipertrofica** che, aumentando la **rigidità di camera**, causa **disfunzione diastolica**.

Usuale localizzazione del dolore miocardico ischemico



Lato destro

Mascella

Epigastrio

Dorso

Sedi meno frequenti del dolore miocardico ischemico

Diagnosi differenziale del dolore toracico

Di origine cardiaca

Ischemico

Cause coronariche

aterosclerosi

spasmo

trombosi

cocaina

alterazioni del microcircolo

Cause non coronariche

tachicardia

↑ postcarico

↑ precarico

Non ischemico

Pericardite

Dissezione aortica

Di origine non cardiac

Gastroenterico

spasmo esofageo

reflusso gastroesofageo

ulcera peptica

pancreatite

Psicogeno

ansia, attacchi di panico

depressione

Polmonare-pleurico

embolia polmonare

pneumotorace

Mediastinico

Neuromuscolare

costocondrite

herper zooster

sindrome dello stretto toracico

superiore

Interferenze tra angina pectoris e dolore esofageo

Angina pectoris e esofagite da reflusso possono confondersi:

- Entrambe causano dolore acuto retrosternale
- I nitrati possono risolvere lo spasmo esofageo (inducendo dubbio di spasmo coronarico)

MANIFESTAZIONI CLINICHE DELLA CARDIOPATIA ISCHEMICA

Sindromi coronariche stabili

- Angina da sforzo

Sindromi coronariche acute (instabili)

- Angina instabile
- Angina di nuova insorgenza
- Angina postinfartuale
- Angina in crescendo
- Angina variante (vasospastica) Prinzmetal

ANGINA DI PRINZMETAL o ANGINA VARIANTE

- Sindrome dolorosa fulminante, senza precedente correlazione a stress o sforzo della persona
- Può portare alla morte improvvisa
- Colpisce soggetti più giovani rispetto alle altre forme
- Si riscontra maggiormente in fumatori abituali
- Colpisce maggiormente di notte e nelle prime ore del mattino

Infarto miocardico acuto con sopraslivellamento ST (STEMI)

Infarto Acuto senza sopraslivellamento ST (NSTEMI)

Angina pectoris stabile

I sintomi insorgono sotto sforzo e sempre agli stessi livelli di affaticamento.

Angina pectoris instabile

Il dolore toracico è simile per qualità a quello dell'angina da sforzo, sebbene spesso sia **più intenso**, possa persistere fino a **30 min** e possa insorgere **anche a completo riposo**.

Il riposo e i nitrati per via sub-linguale, che controllano l'angina cronica, spesso danno un sollievo solo temporaneo ed incompleto.

Si distingue dall'IMA perché **mancano il sovra slivellamento del tratto ST e l'alterazione degli enzimi cardiaci**

Infarto miocardico acuto

È dovuto a un'ischemia acuta, che persiste sufficientemente a lungo da provocare la **necrosi cellulare**. È caratterizzato, dunque, dal fatto di provocare una alterazione anatomica, miocardica, irreversibile, a differenza dell'angina instabile.

1. infarto del miocardio con sopralivellamento del tratto ST (o STEMI: ST Elevation Myocardial Infarction)
2. infarto miocardico senza sopralivellamento del tratto ST (o NSTEMI: Non ST Elevation Myocardial Infarction).

INFARTO DEL MIOCARDIO ACUTO CON SOPRASLIVELLAMENTO ST (STEMI)

IMA con sopraslivellamento del tratto ST (**STEMI** ST elevation myocardial infarction).

C'è **occlusione totale** o quasi di un vaso coronarico.

Gli **indici di miocardionecrosi sono altissimi perché è in corso la necrosi** di tessuto miocardico.

L'elettrocardiogramma mostra delle alterazioni caratteristiche (elevazione del tratto ST e a volte la formazione dell'onda Q).

INFARTO DEL MIOCARDIO ACUTO SENZA SOPRASLIVELLAMENTO ST (NSTEMI)

Infarto miocardico acuto con **aumento delle troponine I e T**, ma **senza sopraslivellamento** del tratto ST (**NSTEMI** Non ST elevation myocardial infarction).

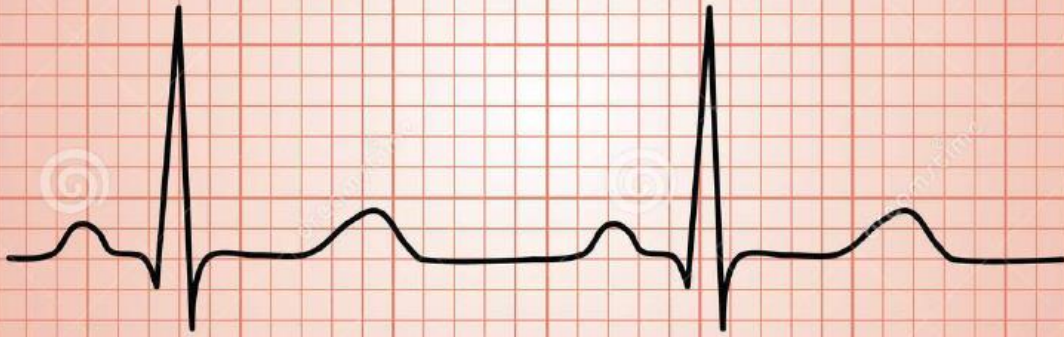
L'ischemia è dovuta di solito a **un'occlusione incompleta o transitoria** del vaso coronarico

I marker sono aumentati, ma l'ECG non presenta il quadro elettrocardiografico più noto e caratteristico dell'infarto (l'elevazione del tratto ST).

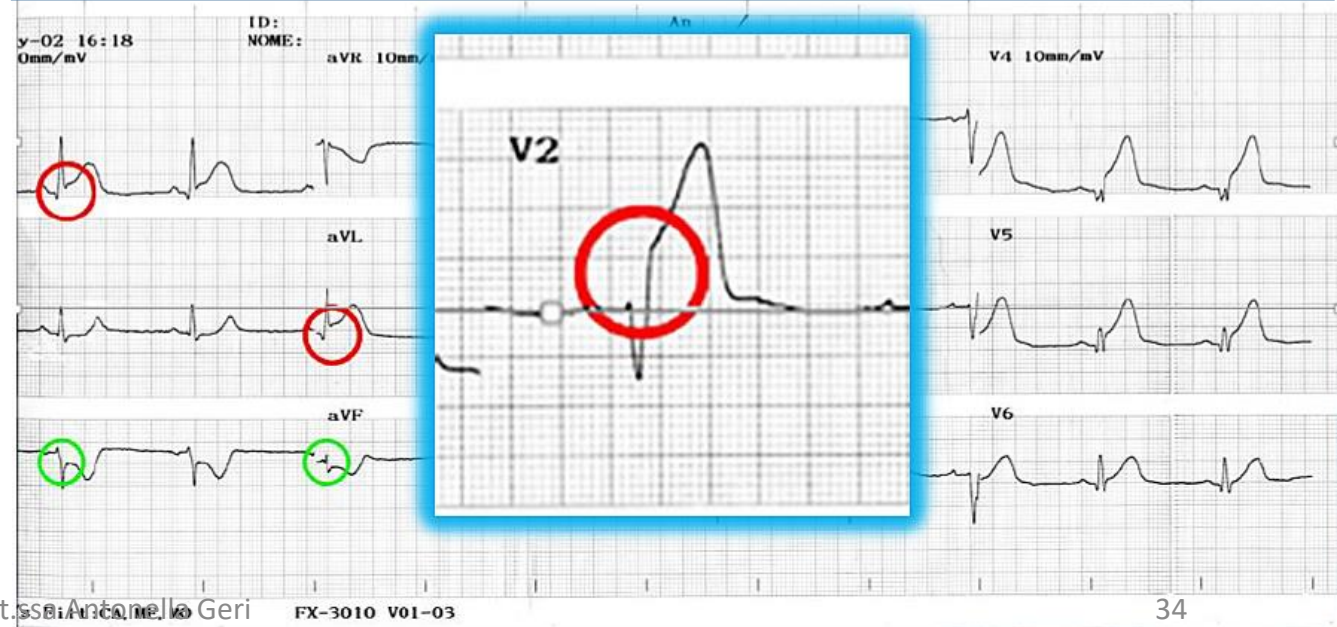
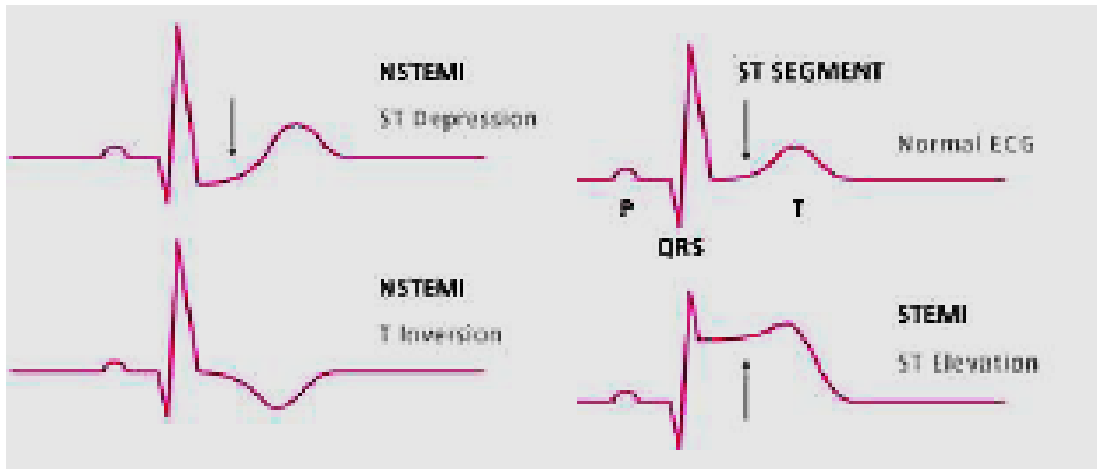
Sindrome coronarica acuta:

- ➔ Dolore.
- ➔ Alterazioni “elettriche” cardiache.
- ➔ Alterazioni “meccaniche” cardiache.
- ➔ Morte di cellule miocardiche (necrosi).

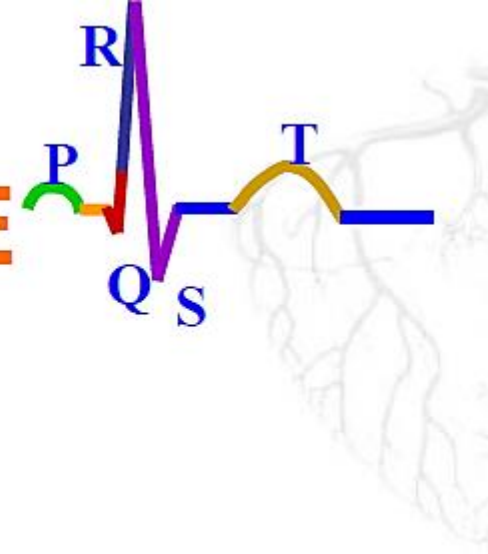
RITMO SINUSALE



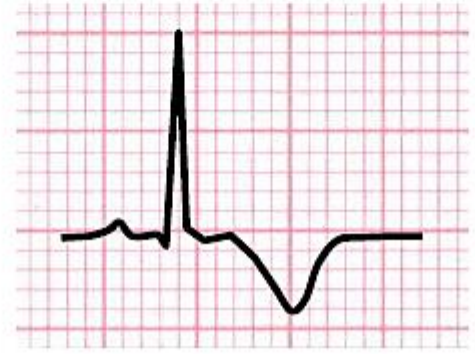
IMA STEMI



ECG NORMALE



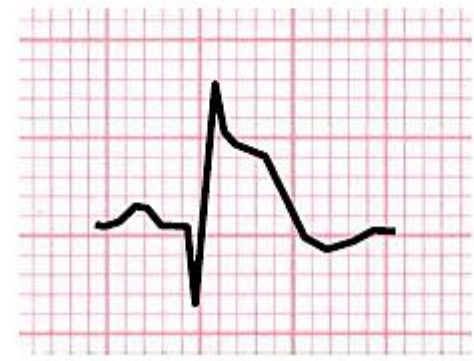
ISCHEMIA



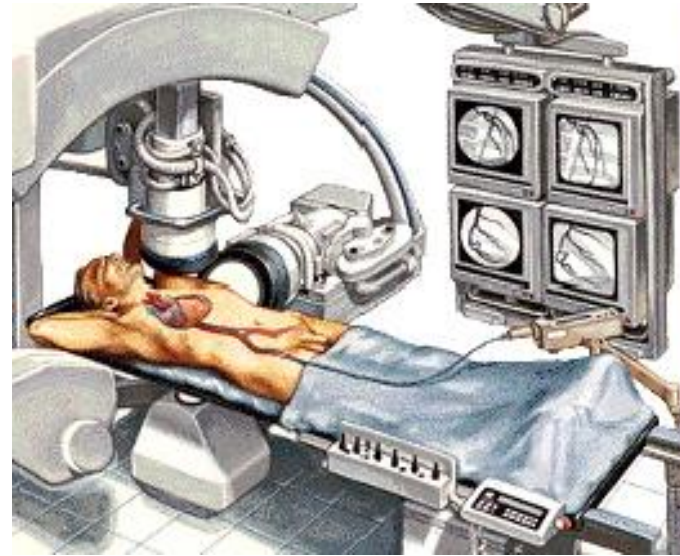
LESIONE



INFARTO (+ lesione)



L'esame diagnostico strumentale gold standard per la diagnosi dell'IMA è la **CORONAROGRAFIA**: Attraverso l'opacizzazione delle arterie con l'iniezione di mezzo di contrasto consente di visualizzare eventuali **punti di restringimento del diametro dell'arteria** e di quantificare l'entità del restringimento stesso.



DIAGNOSI DI SINDROME CORONARICA ACUTA

ESAMI EMATOCHIMICI

CPK

CPK MB

Troponina Ultra Sensibile (I e T)

Mioglobina

Il protocollo prevede almeno **3 controlli consecutivi a distanza di 6 ore l'uno dall'altro**

La **creatinchinasi** (CK), o **creatinfosfochinasi** (CPK), è un enzima sintetizzato in numerosi distretti corporei, ma tipico soprattutto di **cervello** (CK-BB), **cuore** (CK-MB), **muscoli volontari** (CK-MM).

DIAGNOSTICA STRUMENTALE

ELETTROCARDIOGRAMMA

ECOCARDIOGRAMMA

L'ecocardiogramma rappresenta un ulteriore strumento diagnostico per il rilevamento delle alterazioni meccaniche, secondarie all'ischemia coronarica. L'osservazione di un'area di ipocinesi può essere un importante elemento diagnostico.

VALORI ENZIMATICI

Si devono controllare i valori degli enzimi cardiaci in maniera seriata (potrebbero risulteranno nel range fisiologico nelle prime rilevazioni dato il breve periodo trascorso dall'inizio dell'IMA).

Prima di 2 - 3 ore non aumentano, per cui si fanno prelievi in serie (curva enzimatica):

- CPK Mb, inizia a variare 3 -12 ore, picco a 24 ore, normalizza in 48 72 ore
- Tn I (troponina I) inizia a variare in 3 -12 ore, picco a 24 ore, normalizza in 5 - 10 giorni
- Tn T (troponina T) inizia a variare a 3 -12 ore, picco a 12- 48 ore, normalizza in 5 -14 giorni
- Mioglobina inizia a variare in 1- 4 ore, picco a 6-7 ore normalizza in 24 ore

IDENTIFICARE LA CORONARIA DANNEGGIATA

Per confermare una SINDROME CORONARICA ACUTA va eseguito un Elettrocardiogramma

Se l'ECG mostra dei segni di ischemia acuta, a seconda delle derivazioni coinvolte si può identificare quale coronaria è interessata:

IMA settale: V 1- V 2 = IVA (coronaria interventricolare anteriore)

IMA anteriore: V 2- V 4 IVA

IMA laterale: I, aVL, V 5- V 6 = Cx (coronaria circonflessa)

IMA inferiore: II, III, aVF = Dx (coronaria destra)

MARKERS DI DANNO MIOCARDICO troponina, creatin-kinasi, mioglobina.

Le troponine sono importanti molecole proteiche coinvolte nella contrazione muscolare.

La troponina I e la troponina T si usano come marcatori cardiaci.

La **troponina I** si lega ai filamenti di **actina** durante le contrazioni muscolari, la **troponina T** si lega alla **tropomiosina** durante le contrazioni muscolari.

L'aumento di uno o più marcatori di danno miocardico si osserva virtualmente in tutti i soggetti con infarto miocardico acuto.

Tuttavia la sensibilità di questi test è relativamente bassa fino a 4-6 ore dopo l'esordio dei sintomi.

Quindi un test negativo in questo intervallo di tempo non esclude l'infarto miocardico. Inoltre alcuni soggetti non mostrano alcun aumento degli enzimi cardiaci fino a 12 ore dall'evento.

A causa di questo ritardo, la terapia riperfusiva nei soggetti con IMA non deve aspettare la comparsa dell'elevazione enzimatica.

Invece, nei pazienti senza un sopraslivellamento diagnostico del tratto ST, si deve procedere con la misurazione seriata dei markers di danno miocardico.

Markers	Tempo di comparsa dall' insorgenza del dolore	Picco plasmatico	Normalizzazione
Mgb	2 h	4-12 h	24 h
cTnI	3-6 h	24-48 h	5-10 giorni
cTnT	2-8 h	12-96 h	5-14 giorni
CK-MB	4-6 h	18-24 h	36-48 h
CK totale	4-6 h	24-30 h	60 h
GOT (AST)	8 h	24-48 h	3-5 giorni
LDH	24 h	4-5 giorni	8-15 giorni

TERAPIA DELLA SINDROME CORONARICA ACUTA

I farmaci generalmente usati si possono ricordare con l'acronimo **MANO**:

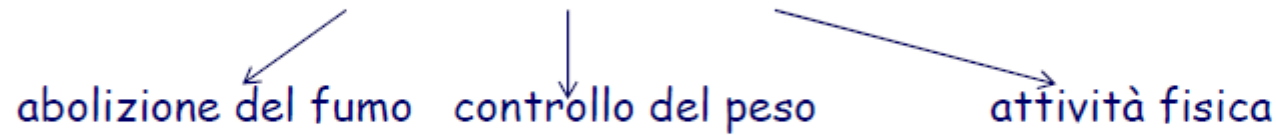
- **Morfina** Cloridrato per i casi di concomitante edema polmonare (solo se la pressione arteriosa regge) ed eventualmente per l'ansia e il dolore del paziente.
- **Aspirina** (e/o altri antiaggreganti come Plavix) come anti aggregante piastrinico
- **Nitroglicerina** inizialmente sublinguale e per le angine semplici, se non efficace o insulto cardiaco è maggiore si passa alla somministrazione endovena.
- **O2** Terapia

Terapia possibile e aggiuntiva: Dopamina, Dobutamina, Digitale, Eparina/Clexane, B-Bloccante, Antiaritmici, ansiolitici ed ipnotici.

Il trattamento d'elezione secondo le ultime linee guida è la coronarografia con eventuale applicazione di stent o angioplastica (preferibile rispetto all'uso dei trombolitici), soprattutto se dall'insorgenza dell'infarto non si siano superati 90 minuti la cosiddetta golden hour.

Principi base di terapia della cardiopatia ischemica cronica

A) Modificazione dello stile di vita:



B) Terapia farmacologica dei fattori di rischio



C) Terapia dell'angina



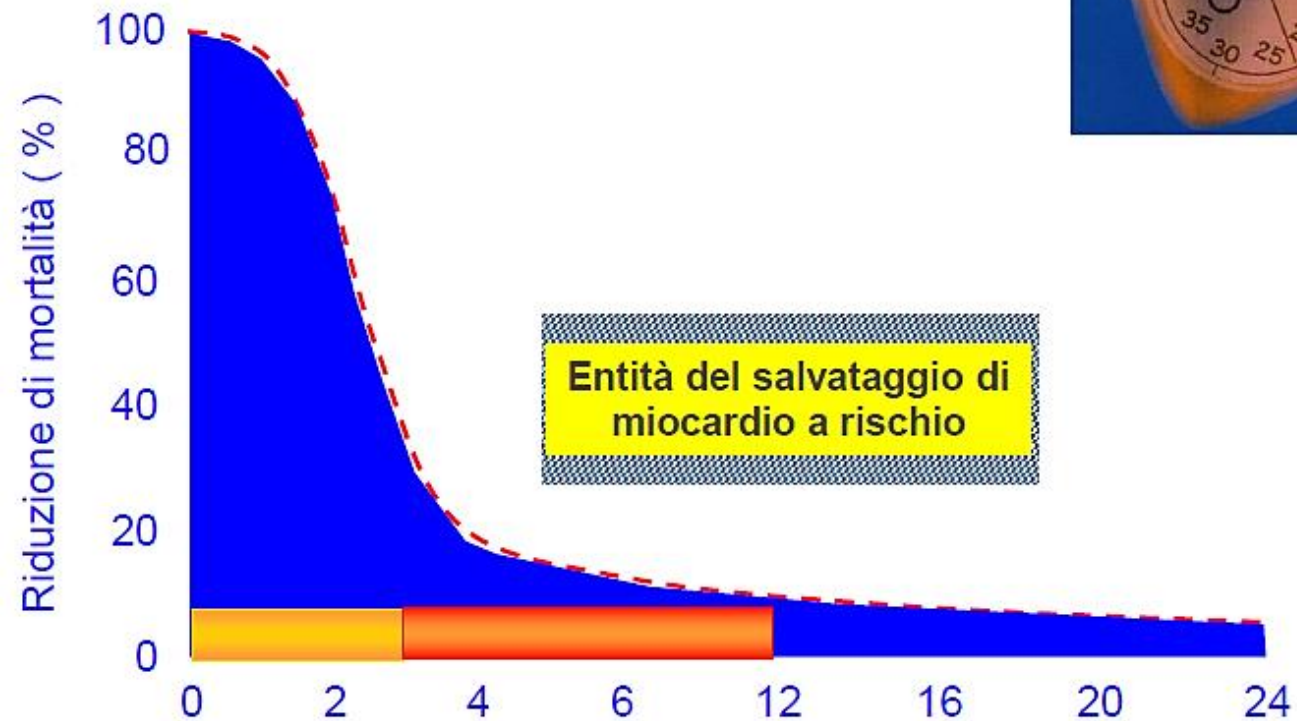
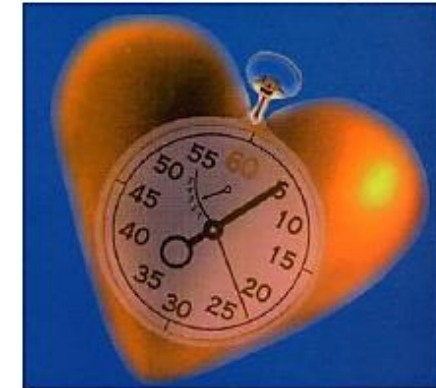
D) Rivascolarizzazione: PTCA/stenting o chirurgica (bypass)

TRATTAMENTO DELLA SINDROME CORONARICA ACUTA

La
rivascolarizzazione
deve essere
veloce, completa e
stabile nel tempo.

Relazione tra tempo di riperfusione
e riduzione di mortalità

Il tempo è miocardio



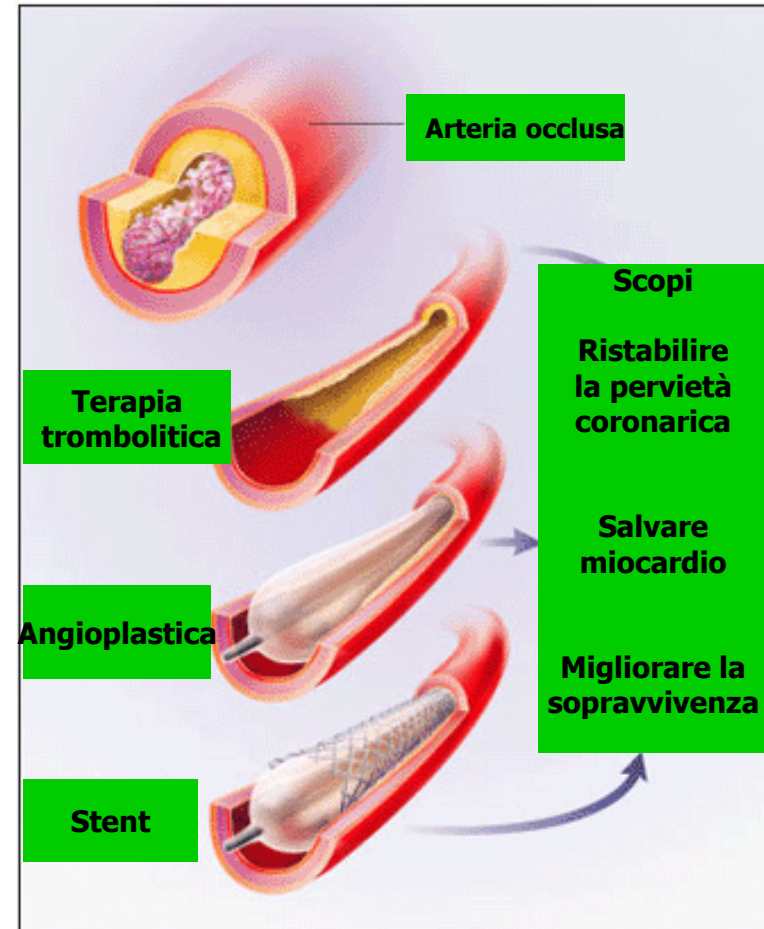
Periodo critico tempo-dipendente
Obiettivo : salvataggio di miocardio

Periodo tempo-indipendente
Obiettivo : riapertura dell'arteria responsabile

LA RICANALIZZAZIONE CORONARICA

Il ruolo eziopatogenetico dell'occlusione coronarica e il miglior esito prognostico della ricanalizzazione coronarica precoce sono stati ampiamente dimostrati e confermati da numerose ricerche.

La ricanalizzazione coronarica può essere conseguita **farmacologicamente o meccanicamente** mediante PTCA (Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty) o bypass aortocoronarico.



TROMBOLISI

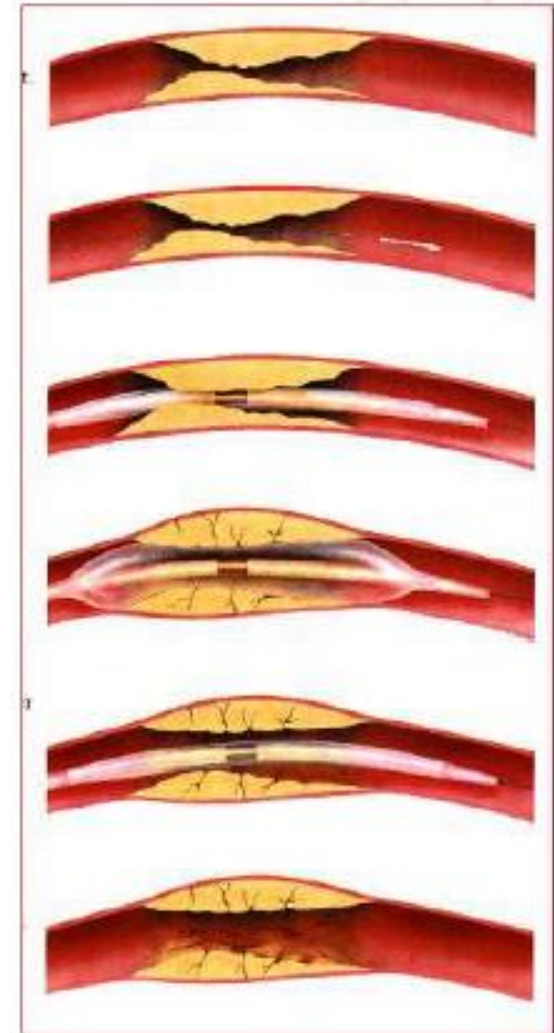
I pazienti colpiti da infarto miocardico acuto con sovraslivellamento del tratto ST (STEMI) che non possono essere sottoposti ad angioplastica coronarica percutanea primaria (PCI primaria) entro 60 minuti, possono ottenere risultati comparabili se sottoposti a **strategia farmaco-invasiva**, ovvero la terapia con **trombolisi precoce, seguita da angioplastica**.

INDICAZIONI:

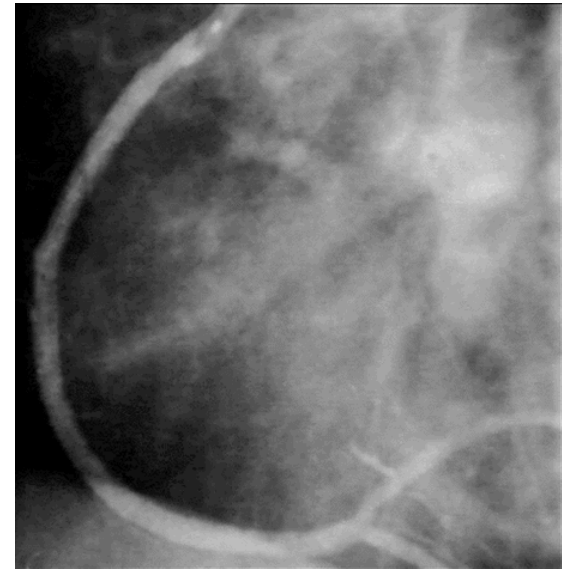
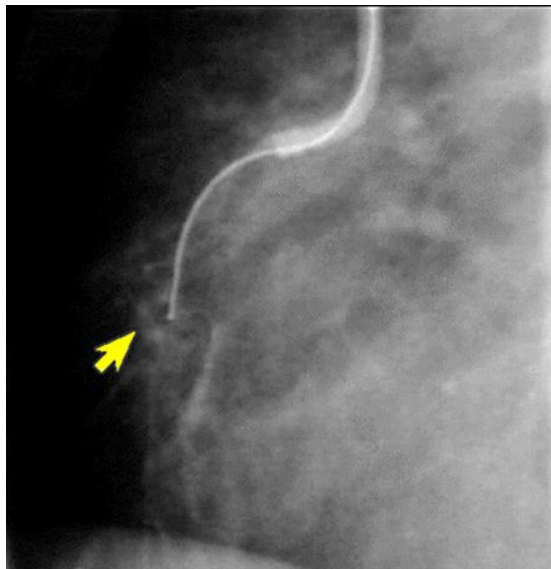
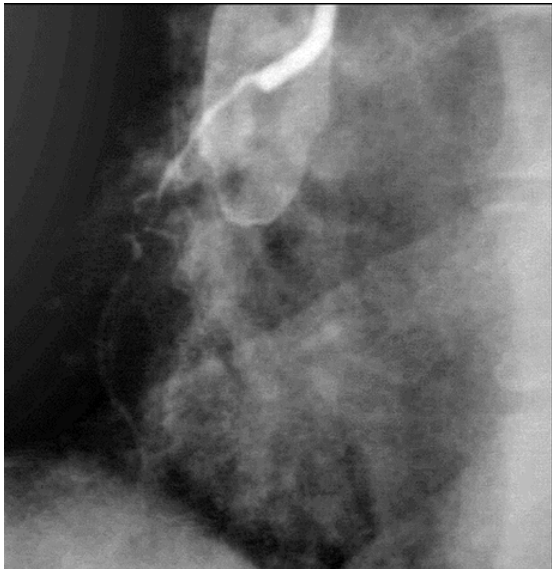
- Entro 3 ore dall'IMA
- Se sala emodinamica non immediatamente disponibile
- Se il tempo di trasporto è > 60 minuti
- Se ci sono accessi vascolari difficoltosi

ANGIOPLASTICA CORONARICA

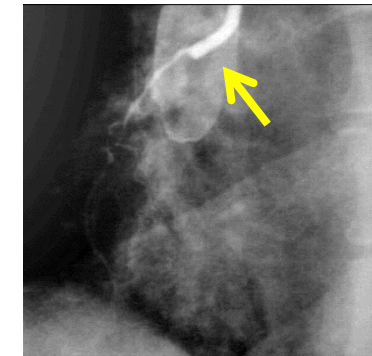
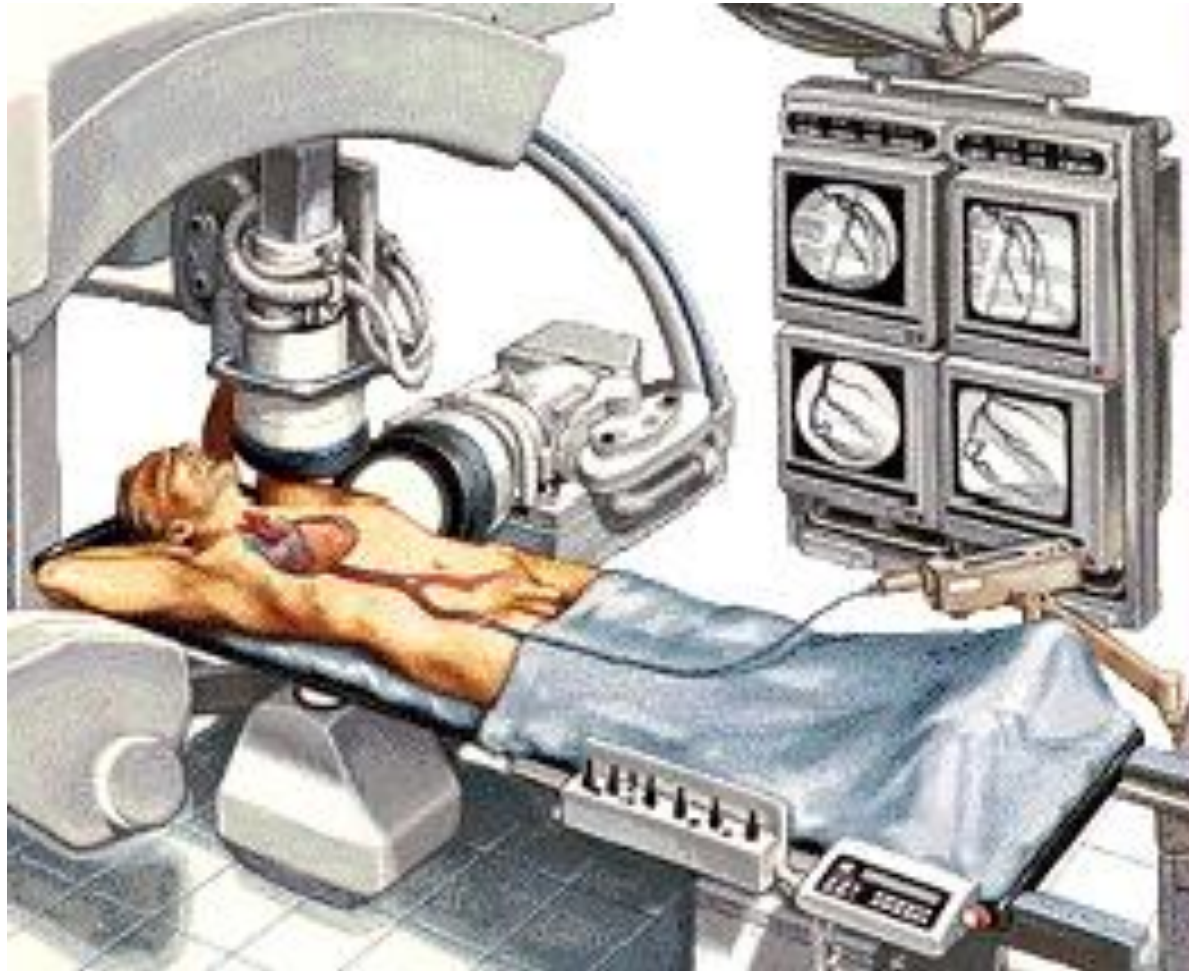
Durante coronarografia con mezzo di contrasto si esegue **angioplastica percutanea (PTCA) con impianto di STENT medicato o tradizionale.**



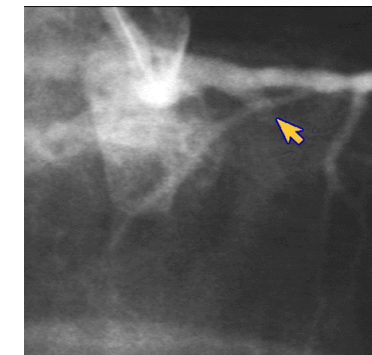
In centri con notevole esperienza di PTCA e con la possibilità di poterla attuare velocemente perché vi è uno staff addestrato disponibile 24 ore su 24, la proceura, come prima scelta, offre vantaggi non trascurabili soprattutto in particolari situazioni: controindicazioni alla fibrinolisi, infarto miocardio con segni di insufficienza del ventricolo sinistro o esteso. Il ricorso all'impianto di stent coronarico rende più stabile il risultato conseguito con l'angioplastica semplice. La PTCA primaria consegue una percentuale di successi, in termini di ricanalizzazione e di miglior flusso coronarico (TIMI 3), superiore alla fibrinolisi e in tempi più brevi di circa 30 minuti. La PTCA può essere effettuata con efficacia anche in seconda battuta, qualora la fibrinolisi non abbia avuto successo (PTCA di soccorso).



STUDIO EMODINAMICO E CORONAROGRAFICO

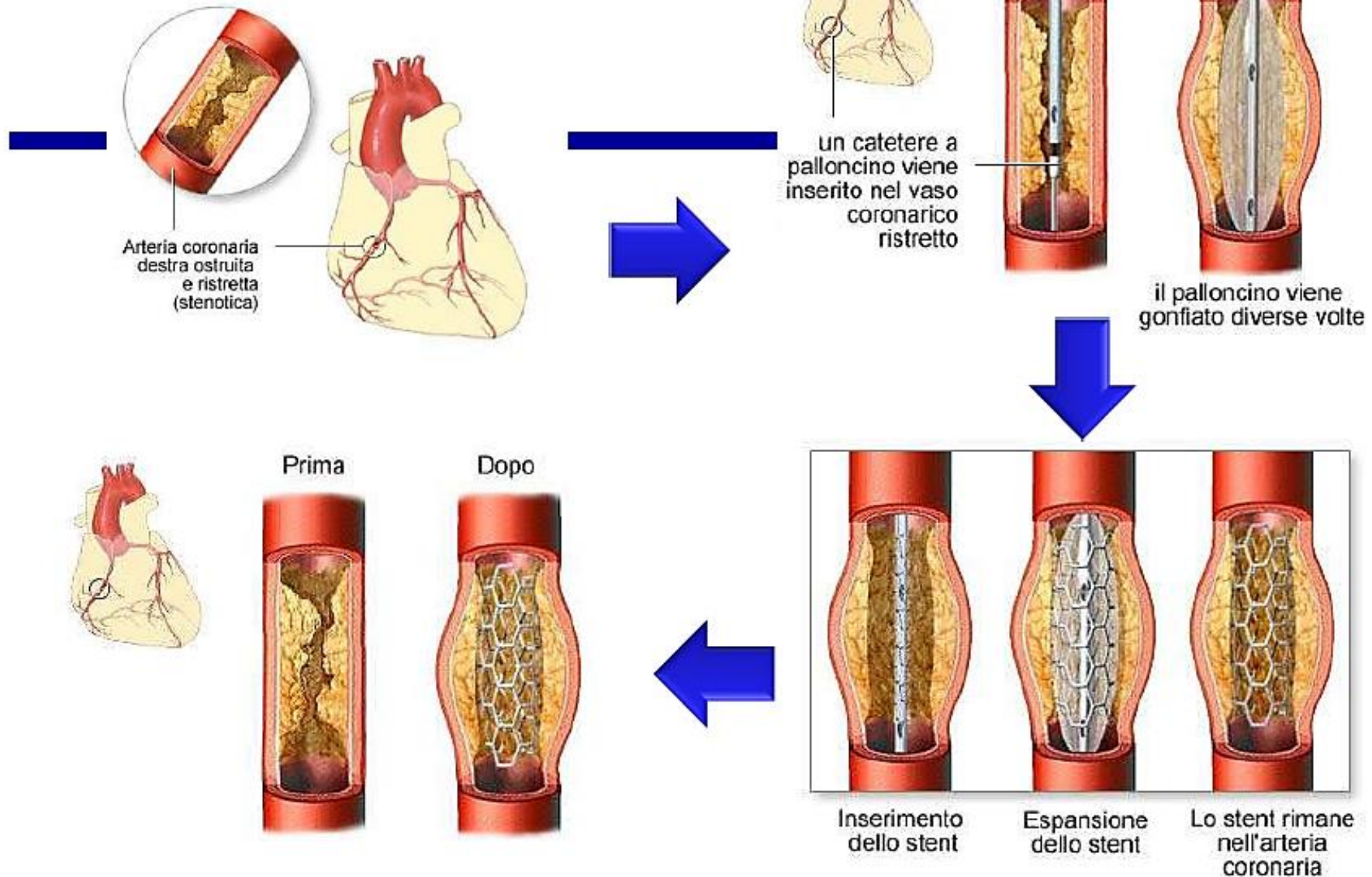


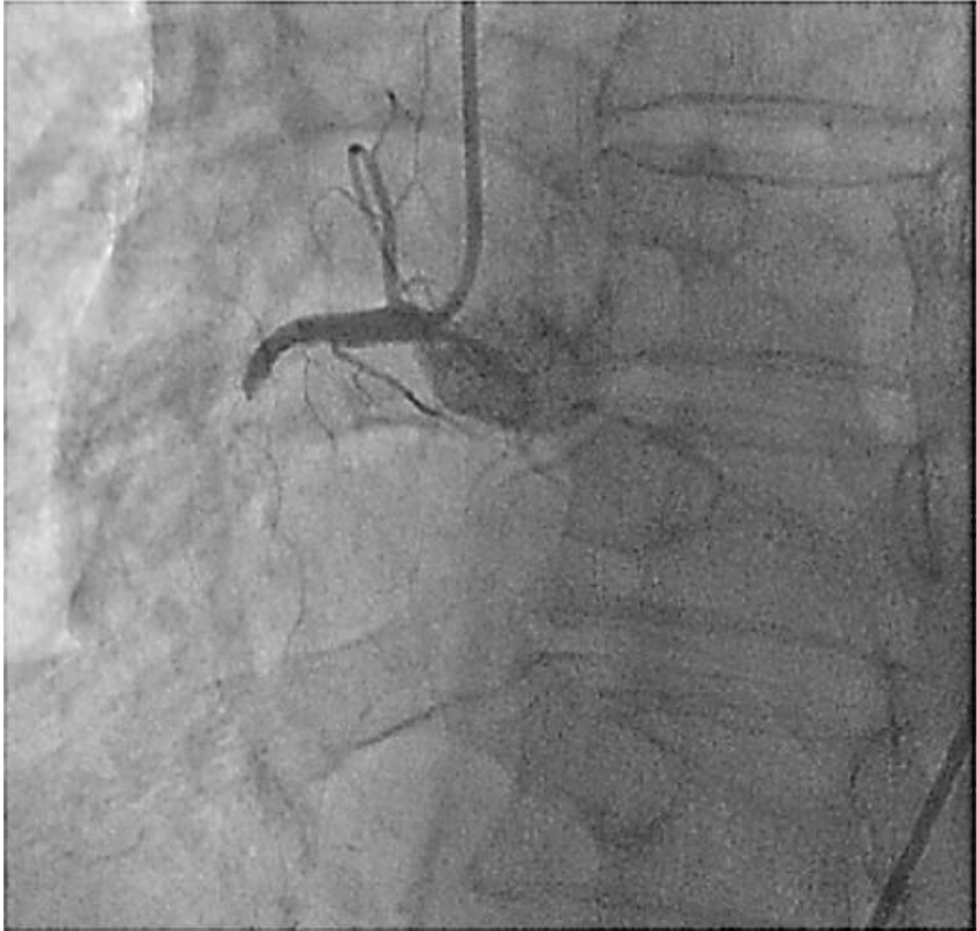
**Occlusione
coronaria destra**



**Occlusione
coronaria circonflessa**

L'impianto di stent

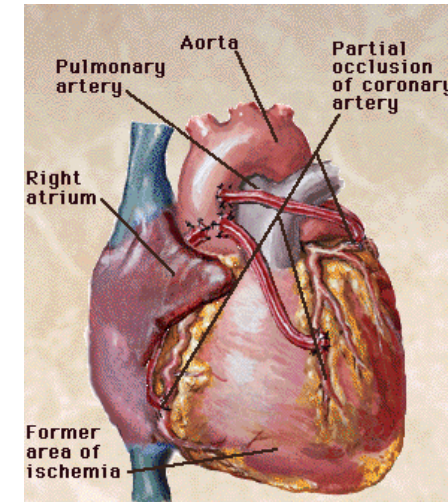
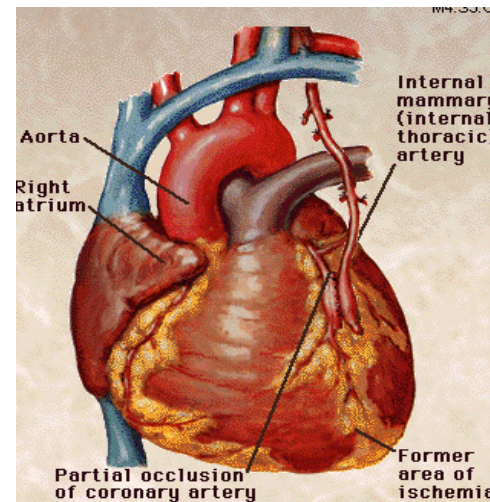
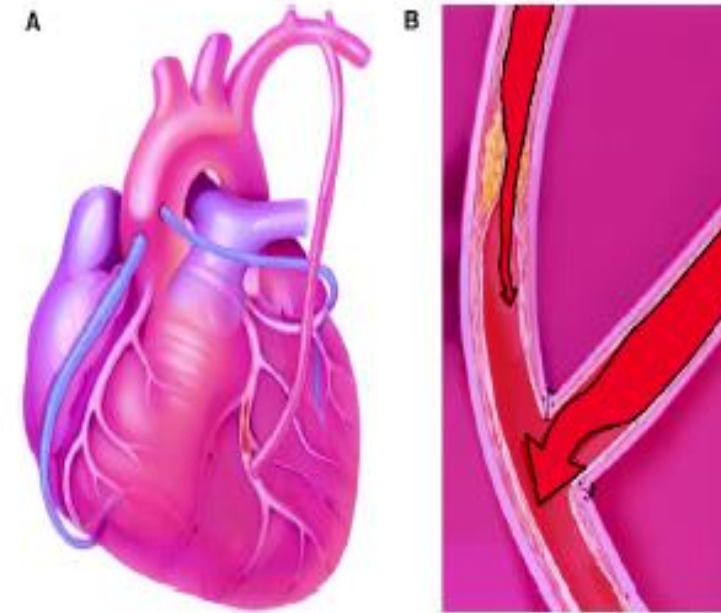




IMA inferiore da occlusione della coronaria dx trattata con PTCA con impianto di stent

BYPASS AORTOCORONARICO

L'intervento chirurgico di rivascularizzazione coronarica deve essere praticato in **presenza di complicanze cliniche che inficiano la sopravvivenza del paziente** (shock cardiogeno, severa disfunzione della valvola mitrale, rottura del setto interventricolare, persistenza o recidiva di angina nonostante appropriata terapia medica).



TERAPIA ANTIAGGREGANTE

Nei pazienti «portatori» di stent è indicata a vita l'assunzione di una terapia antiaggregante (rischio elevato restenosi intrastent). Inoltre, a seconda del tipo di stent impiantato e della fase clinica, i pazienti devono assumere una «duplice terapia antiaggregante» per un tempo variabile.

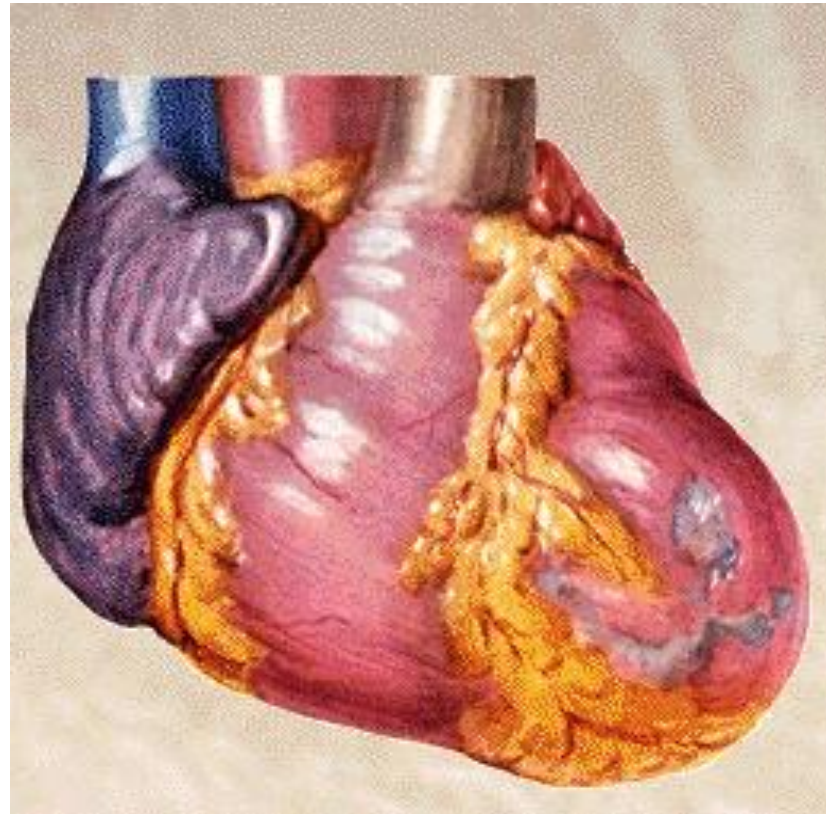
- Sindromi coronariche acute: 12 mesi duplice terapia antiaggregante (ad eccezione dei pazienti in TAO).

COMPLICANZE DELL'IMA

- Edema polmonare acuto
- Angina post-infartuale e ischemia
- Scompenso cardiaco
- Shock cardiogeno
- Aneurisma post-infartuale
- Trombosi endoventricolare ed embolia sistemica
- Aritmie della fase acuta (fibrillazione ventricolare ed fibrillazione atriale)
- Arresto cardiaco
- Aritmie della fase subacuta e cronica (tachicardia ventricolare sostenuta)
- Disturbi della conduzione ventricolare (BAV)
- Pericardite
- Complicanze meccaniche (insufficienza mitralica acuta)
- Versamento pericardico e tamponamento cardiaco
- Rottura di cuore (parete libera, setto interventricolare, m. papillare)

ANEURISMA POST-INFARTUALE

L'aneurisma è una regione infartuata che ha un movimento discinetico, si estroflette (bulge) sia in sistole che in diastole. Di solito consegue ad un ampio infarto della regione anteriore.



ROTTURA DI CUORE

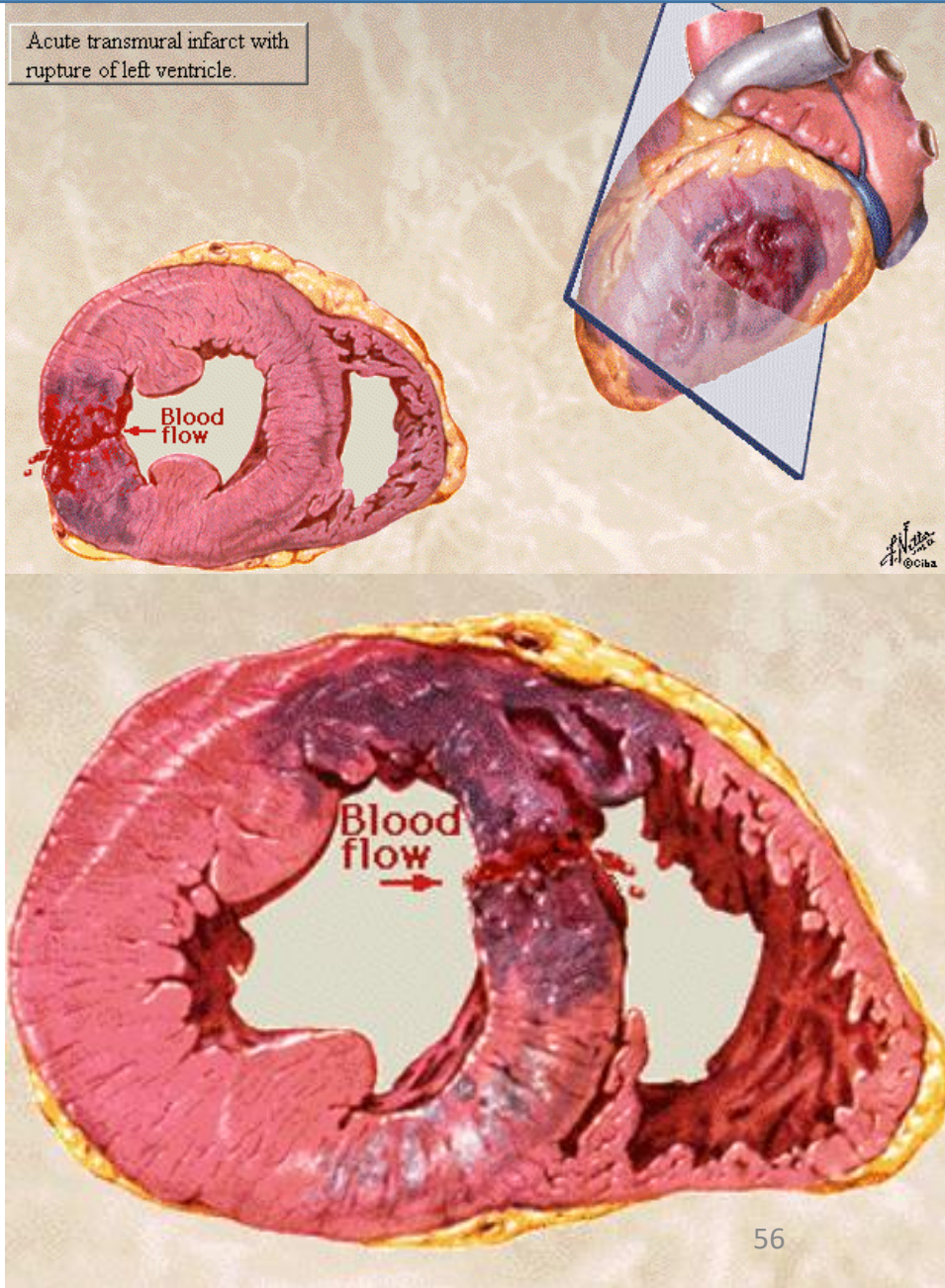
È complicanza relativamente rara.

I fattori che più spesso si associano alla rottura di cuore sono:

- età avanzata;
- sesso femminile;
- sede anteriore dell'IMA;
- Ipertensione;
- persistenza del sopraslivellamento dell'ST;
- ospedalizzazione tardiva (> 24 ore);
- attività fisica eccessiva nella fase acuta dell'IMA.

Si distinguono due forme di rottura di cuore:

rottura della parete libera e **rottura del setto interventricolare**.



PRESA IN CARICO INFERMIERISTICA DELLA PERSONA CON SINDROME CORONARICA ACUTA

INTERVENTI EMERGENTI E SUCCESSIVI

Per SCA si intende il quadro patologico dell'angina instabile, l'infarto NSTEMI e l'infarto STEMI.

Uno dei sintomi classici della SCA è un'oppressione o dolore toracico a insorgenza improvvisa localizzata al centro del torace, dietro lo sterno. Questo dolore o oppressione si irradia al collo, alla mandibola e al braccio sinistro. In genere è costante e della durata maggiore di 15 minuti e talvolta riferisce dispnea.

RICONOSCERE IL QUADRO CLINICO

A caratterizzare un **episodio di SCA**, ad esempio, sono segni e sintomi quali:

- **dolore acuto**: retrosternale, al centro del petto, che spesso si irradia al braccio sinistro, al collo, alla mandibola e talvolta alla schiena; percepito come senso di oppressione, pienezza o compressione al centro del petto; può durare anche ore, **oppure può essere addirittura assente**;
- tachipnea, **dispnea** e respiro superficiale;
- negli IMA estesi si possono apprezzare **ronchi** e **rantoli**, con o senza distensione delle vene giugulari;
- riferito **senso di morte** imminente;
- **pressione arteriosa** insolitamente elevata o ridotta;
- **cute** pallida, fredda, diaforesi algida, marezzeria;
- **nausea, vomito**;
- **astenia** profonda;
- alterazioni del **tracciato** elettrocardiografico;
- grave instabilità o assenza di **polso arterioso**.

Tenere in considerazione che questi segni e sintomi non sempre si presentano tutti e/o tutti insieme; alcuni possono scomparire per tornare poi in un secondo momento, altri possono addirittura essere ignorati o confusi con disturbi gastrico-digestivi.

L'infermiere **di fronte a sintomatologie che facciano sospettare un infarto miocardico in corso** dovrà velocemente effettuare una valutazione dello stato di salute e di coscienza del paziente e:

- **Avvertire** il medico;
- **Monitorare** il paziente (Monitor attività cardiocircolatoria, monitoraggio completo dei parametri vitali quali FC, ritmo cardiaco, PA, FR, caratteristiche del respiro, Sat O2, dolore);
- **Posizionare** in SemiSeduta o Fowler alta (per aumentare i volumi respiratori e mantenere in sicurezza il paziente);
- Posizionare **Ossigenoterapia**;
- Reperire un **Accesso Venoso**;
- **ECG** a 12 derivazioni;
- **EGA**;
- **Avvicinare il carrello delle emergenze**;
- **Tranquillizzare** il paziente;
- **Prelievo venoso** per diagnostica di laboratorio;
- Se necessario applicare **catetere vescicale+urometro**;
- Somministrare tempestivamente la **terapia** non appena prescritta.



Una persona è nella posizione di semi Fowler se giace in posizione supina sul letto che è inclinato di un angolo da 30 a 45 gradi.

In una fase successiva, non appena espletati gli interventi in emergenza, l'infermiere si pone le seguenti priorità:

- **Alleviare dolore e ansia**
- **Ridurre il carico** di lavoro cardiaco
- Prevenire, identificare ed assistere nel **trattamento di aritmie o complicanze** che mettono in pericolo la vita
- **Promuovere la salute cardiaca e la cura di sé (nel medio termine)**

ACCERTAMENTO INFERMIERISTICO SPECIFICO

Si procede ad **approfondire** l'accertamento infermieristico consuetamente attuato adattandolo alla condizione clinica del paziente.

L'accertamento infermieristico, mira ad indagare lo stile di vita del paziente al fine di conoscere le sue abitudini alimentari e di eliminazione, la sua occupazione e le caratteristiche del nucleo socio-familiare in cui è calato.

Tutto questo per effettuare un'attenta analisi incrociata dei dati raccolti attraverso l'accertamento, con la collaborazione del paziente e, se presente, con quella di un caregiver, analisi dei dati che porta alla formulazione di un piano assistenziale tarato sulla singola persona.

L'infermiere attuerà i seguenti interventi, modulandoli ed adattandoli alla fase del decorso clinico dell'assistito:

- **Accertamento** approfondito specifico
- Somministrazione della **terapia** farmacologica e valutazione degli effetti
- Mantenere il **monitoraggio** cardiocircolatorio, della comparsa di altri segni e sintomi e della risposta funzionale della persona
- Mantenere la **postura semifowler** fino alla risoluzione del quadro emodinamico
- Gestione del **dolore**
- Assicurare un **ambiente** appropriato
- Assicurare il **riposo** a letto, provvedere alla **cura di sé** con criteri sostitutivi e/o compensativi
- Supporto nella gestione **dell'energia**
- Somministrazione della **dieta** appropriata
- Garantire la **presenza** rassicurante e competente per contenere l'ansia e fornire all'assistito le conoscenze di cui necessita e sente il bisogno
- **Sostegno emozionale**
- Assicurare la **sicurezza**
- Assicurare il **riposo/sonno**
- Facilitazione delle **visite**
- **Riabilitazione** cardiaca quando il quadro cardiocircolatorio lo richiede
- **Counseling/ educazione** sugli stili di vita nelle diverse fasi (acuta, post infartuale, riabilitativa)
- Se opportuno, gestione del **peso** corpo
- Coinvolgimento del **caregiver/famiglia**
- **Sostegno** al caregiver/ famiglia, counseling, tutela/promozione dell'integrità degli equilibri famigliari

Il nostro accertamento a un pz con malessere toracico deve essere sistematico, si propone un metodo che si basa sugli acronimi OPQRST e SAMPLER:

O – **Onset** (esordio): cosa stava facendo il pz quando è iniziato? à la maggior parte avviene a riposo, se compare improvvisamente durante uno sforzo o situazione di stress indagare pregressa storia di angina; un esordio graduale può far ipotizzare pericardite; l'esordio il giorno dopo uno sforzo intenso o accesso di tosse potrebbe implicare coinvolgimento muscolare

P – **Provocation** (alleviamento/peggioramento): cosa migliora o peggiora il sintomo? à il dolore dell'IMA è spesso costante e peggiorato dallo sforzo, non cambia alla palpazione o inspirio profondo, così come non migliora con determinate posture.

Q – **Quality** (qualità) à il dolore cardiaco è spesso accompagnato da sensazione di oppressione o costrizione.

R – **Radiation** (irradiazione) à in genere il dolore della SCA si irradia al collo, alla mandibola o all'addome o arti inferiori.

S – **Severity** (intensità) gravità del dolore (Raccogliere e monitorare l'NRS)

T – **Time** (durata) à da quanto tempo? Se la causa è un trombo, si può effettuare terapia fibrinolitica o un'angioplastica: la decisione dipende da quanto tempo occorre per raggiungere un laboratorio di emodinamica, considerando la finestra temporale stretta.

S – **Sign and symptoms** (segni e sintomi): improvvisa astenia, capogiri, cute pallida, fredda e umida o la sensazione di morte imminente.

A – **Allergies** (allergie): fondamentale appurare eventuali allergie, poiché al pz potrebbe essere somministrato acido acetilsalicilico o altri farmaci per l'IMA.

M – **Medication** (farmaci): nitroglicerina, acido acetilsalicilico, colesterolo, ACE-inibitori, b-bloccanti, calcio-antagonisti, ipoglicemizzanti orali sono tutti farmaci pertinenti con una probabile sindrome coronarica.

P – **Pertinent past medical history** (anamnesi patologica remota): il pz ha una cardiopatia? C'è familiarità per le malattie cardiache? Ha avuto un IMA? È mai stato sottoposto a bypass aorto-coronarico o ad angioplastica coronarica percutanea?

L – **Last oral intake** (ultimo pasto assunto): può indicare stomaco pieno con aumento rischio di vomito, diagnosi differenziale con esofagite

E – **Events** (eventi precedenti): ha svolto attività fisica? Situazione stressante? Ha fatto uso di cocaina o metanfetamine? C'è stata un'immobilizzazione prolungata (come durante un lungo viaggio o volo internazionale che potrebbe suggerire una TEP?

R – **Risk factors** (fattori di rischio): possono essere modificabili o meno.

IL TRASFERIMENTO

Se ci troviamo in ambiente internistico a media/alta intensità di cura, una volta accertata la diagnosi di IMA, viene pianificato il trasferimento in area critica (Sala Emodinamica, UTIC, ...).

L'infermiere:

- **In collaborazione con il medico programma il trasferimento** con raccordo con Struttura di area critica;
- programma e attua il **trasporto protetto** in modo da garantire il supporto cardiocircolatorio e il monitoraggio durante tutta la fase del trasporto;
- prepara la **documentazione** aggiornata in cui ha registrato tutti gli interventi attuati e trasmette i dati di trasferimento completi alla struttura che accoglie;
- **informa il paziente;**
- **avverte la famiglia;**
- provvede agli **effetti personali** della persona trasferita.

COMPLETAMENTO DIAGNOSTICO

- ECG
- RX torace o ECOGRAFIA toracica per conferma
- EGA
- Ecocardiogramma in urgenza

MONITORAGGIO

- Monitoraggio elettrocardiografico continuo o seriato
- Monitoraggio NRS
- SpO2 e EGA (specie nel pz con pCO2 aumentata)
- PA
- FR e pattern respiratorio
- Esami ematochimici: **emocromo, funzione renale, elettroliti e troponina**
- Controllo diuresi

DOLORE ACUTO

Correlato all'ischemia, che si manifesta con comportamento di allerta, espressivo, diaforesi, espressione di dolore e che viene riferito se il paziente è cosciente. In questo caso l'alterazione dei PV tipica del dolore può essere confusa o aggravare l'alterazione dei parametri del quadro clinico (alterazione della FC, PA, FR, dispnea, Sat O2...)

L'obiettivo che il piano di assistenza persegue è il seguente:

- Controllo del dolore
- La persona riferisce che il dolore si riduce.
- Si riducono i segni di dolore, manifesta riduzione della tensione muscolare, modi rilassati e facilità di movimento
- Ripristino/miglioramento dello stato di benessere

Gli **interventi** da prevedere nel piano assistenziale sono:

- Somministrazione tempestiva della **terapia** e **monitoraggio** dell'effetto
- Monitoraggio seriato del dolore mediante **scala** appropriata, rilevando e documentando le caratteristiche del dolore e invitando la persona a valutare in maniera comparativa il sintomo
- **Istruire la persona a segnalare tempestivamente** il sintomo
- **Postura** antalgica appropriata al quadro clinico
- **Comfort** ambientale
- **Presenza** per sorveglianza e rassicurazione

PERFUSIONE (o RISCHIO DI) TISSUTALE CARDIACA RIDOTTA

Possibili fattori di rischio: Riduzione/interruzione del flusso ematico (es. ipovolemia)

Correlata alla riduzione del flusso ematico coronarico.

L'obiettivo da ottenere è l'efficacia della pompa cardiaca

- Dimostra adeguata perfusione , es. cute calda e asciutta, polsi periferici presenti/forti, segni vitali nei range normali, assistito vigile/orientato, equilibrio tra entrate e uscite, assenza di edema, assenza di dolore/discomfort

Gli interventi:

- Monitoraggio:
 - del dolore (NRS, caratteristica, diffusione, durata, fattori che influenzano il sintomo),
 - comparsa di altri segni/sintomi quali nausea, sudorazione, dispnea, astenia, alterazioni dei PV, alterazione dello stato di coscienza, oliguria, variazione del colore e della temperatura della cute
 - ECG a 12 derivazioni o monitor
- Somministrazione della **terapia farmacologica** e valutazione degli effetti
- Mantenere la postura **fowler**
- Applicare e istruire il paziente all'uso della **calza antiembolica**
- Assicurare il **riposo** a letto, provvedere alla cura di sé con criteri sostitutivi e/o compensativi
- **Preparare per le procedure, es. PTCA con o senza stent coronarico**
- **Trasferire** in terapia intensiva o semi-intensiva
- **Monitorare gli esami di laboratorio**

RISCHIO DI RIDUZIONE DELLA GITTATA CARDIACA

Possibili fattori di rischio:

- Alterazione FC, ritmo, conduzione elettrica
- Variazione del precarico/aumento della resistenza vascolare sistemica

L'**obiettivo** che il piano di assistenza persegue è il seguente:

- **Garantire l'efficacia della pompa cardiaca**
- Mantiene **stabilità emodinamica**, es. PA, gittata cardiaca entro i limiti di norma, adeguata eliminazione urinaria, diminuzione della FC/ assenza di aritmia
- Diminuzione degli episodi di **dispnea, angina**
- Aumento della **tolleranza all'attività fisica**

Gli **interventi** dell'infermiere saranno:

- Rilevare **PA**, effettuare la misura della pressione da **entrambe le braccia** e acquisire le pressioni da disteso, seduto ed in piedi (se è in grado di farlo)
- Valutare **qualità ed uguaglianza** dei polsi
- Monitorare **FC e ritmo**
- Accertare la risposta all'attività e promuovere il **riposo** in modo appropriato
- Fornire **pasti piccoli** e facilmente digeribili. Limitare l'assunzione di caffeina, es. caffè, cioccolato, cola
- **Tenere a disposizione il materiale ed i farmaci per le emergenze**
- Somministrare **ossigenoterapia**, se appropriato
- Mantenere un **accesso venoso**
- Monitorare gli **esami di laboratorio**
- Somministrare eventuali **farmaci** antiaritmici prescritti
- Assistere **all'inserzione o nel mantenimento del pace-maker o del defibrillatore automatico cardiaco interno**, quando utilizzato
- Registrare gli **ECG** seriali

PERFUSIONE (o RISCHIO DI) TISSUTALE PERIFERICA INEFFICACE

E' la vulnerabilità a una riduzione dell'afflusso di sangue ai tessuti periferici, al **rene**, al **SNC**, ... che può compromettere l'integrità e la funzione dei tessuti e organi, correlata alla riduzione della gittata cardiaca e compromissione cardiocircolatoria derivante dalla disfunzione ventricolare sinistra e all'ipossia.

L'obiettivo che l'infermiere si pone è:

- Garantire il sufficiente apporto ematico e di **ossigeno tissutale periferico**
- Identificare precocemente **segni/sintomi di ipoperfusione**

Gli interventi del nostro piano di assistenza:

- **Monitoraggio continuo dei parametri vitali e dello stato di coscienza**
- Monitoraggio di segni/sintomi quali **pelle umida, dolore o intorpidimento, letargia, confusione mentale**, irrequietezza, **convulsioni e diminuzione del riflesso fotomotore, ematuria, nausea, dolore addominale**
- Somministrazione tempestiva della **terapia**
- Garantire l'espletamento tempestivo delle eventuali **indagini diagnostiche prescritte**

ANSIA

Correlata al cambiamento dello stato di salute e possibile decesso, si manifesta con apprensione, aumento della tensione, irrequietezza, tensione facciale, incertezza, senso di inadeguatezza, somatizzazione, essere concentrati su se stessi, espressioni di preoccupazione per gli eventi attuali o futuri.

L'intervento infermieristico verte a perseguire i seguenti **obiettivi**:

- Ridurre il livello di ansia e ripristinare l'autocontrollo dell'ansia
- Ripristinare lo stato di benessere fisico e psicospirituale
- Ridurre il livello di stress
- Coping (aumentare la capacità di fronteggiare, reagire, resistere, gestire)
- Adattamento/accettazione dello stato di salute e della disabilità fisica neoinsorta

Gli **interventi** che l'infermiere metterà in atto a tale scopo sono:

- Osservare e rilevare manifestazioni verbali e non verbali di ansia. Intervenire se la persona mostra comportamenti distruttivi
- Counseling/ educazione
- Promuovere la partecipazione attiva al piano di cura quando possibile
- Incoraggiare l'indipendenza, la cura di sé e l'autonomia decisionale nell'ambito del regime terapeutico
- Presenza rassicurante e **competente**
- Sostegno emozionale
- Assicurare la sicurezza
- Facilitazione delle visite, Garantire la privacy per l'assistito e la persona significativa
- Somministrare ansiolitici e ipnotici come prescritto

INTOLLERANZA ALL'ATTIVITA'

E' la condizione di insufficiente energia fisica o psichica per portare a termine le attività quotidiane necessarie o desiderate, è correlata allo squilibrio tra richiesta e apporto di ossigeno secondari all'ischemia, alla dispnea, ad effetti depressivi di alcuni farmaci (es. betabloccanti). Si manifesta con alterazione della FC e della PA in risposta all'attività, malessere dopo uno sforzo, modificazioni di colore/umidità della cute, dispnea da sforzo, debolezza generalizzata.

Il piano di assistenza infermieristico avrà l'**obiettivo** di:

- Conservare l'energia
- Ripristinare gradualmente la tolleranza all'attività
- Monitorare e ridurre il livello di fatigue

Gli **interventi** programmati nel piano assistenziale saranno:

- La gestione dell'energia
- Inizialmente consigliare il riposo (al letto o in posizione seduta), successivamente limitare l'attività in base al dolore o alla modificazione dei parametri vitali, suggerire attività occupazionali non stressanti
- Valutare e documentare modificazioni di FC, ritmo e PA prima, durante e dopo l'attività, correlarle con le dichiarazioni di dolore toracico e respiro corto
- Istruire l'assistito a non aumentare la pressione addominale (es. **non sforzarsi durante la defecazione**)
- Counseling/ educazione
- Assistenza nella cura di sé
- Fare riferimento al piano di riabilitazione cardiaca
- Se opportuno, gestione del peso corporeo

FATIGUE

Consiste in un **grande e opprimente senso di esaurimento e diminuzione della capacità di svolgere un lavoro fisico o mentale consueto**, è correlato alla condizione clinica di **discrepanza tra il livello di ossigeno disponibile rispetto al fabbisogno** secondaria all'ischemia, ma anche all'ansia e alla depressione, si manifesta con la disponibilità insufficiente di energia.

Il piano di assistenza infermieristico avrà **l'obiettivo** di:

- Conservare l'energia
- ridurre il livello di fatigue
- Ripristinare il benessere personale

Gli **interventi** programmati nel piano assistenziale saranno:

- La **gestione dell'energia**
- **Assistenza con approccio sostitutivo**
- Gestione **dell'umore**
- Restituzione della **speranza**
- **Presenza**

MODELLO DI SONNO DISTURBATO

Correlato all'ansia, al dolore e alla paura.

Il piano di assistenza infermieristico avrà **l'obiettivo** di favorire e ripristinare il riposo.

Gli **interventi** programmati nel piano assistenziale saranno:

- Assicurare un **ambiente** appropriato, tranquillo, adattare l'illuminazione, ridurre al minimo rumore ed attività disturbanti
- Gestione del **dolore**
- **Rassicurare** la persona
- Garantire la **sicurezza**
- Somministrare la **terapia** se prescritta
- **Monitorare** l'efficacia del riposo

CONOSCENZA INSUFFICIENTE DEI VARI ASPETTI DELLA CURA DI SE' DOPO SCA

1

Consiste nella assenza o nell'inadeguatezza di informazioni cognitive sulla nuova condizione clinica, correlata ad informazioni insufficienti sul cambiamento dello stato di salute subentrato, sulle risorse disponibili o anche su errate informazioni acquisite da fonti inaffidabili, potrebbe avere origine anche dalle alterate funzioni cognitive o dall'indisponibilità/incapacità della persona ad imparare. Si palesa con comportamenti incongrui (apatia, agitazione, ostilità) o con paura o con incapacità di autogestione.

Di fronte ad un paziente con Sindrome Coronarica Acuta l'infermiere ha anche la responsabilità di educare l'utente alla gestione della propria situazione clinica durante la degenza nelle varie fasi, all'insorgenza, nella fase acuta, durante tutto il decorso clinico, riabilitativo e alla dimissione, fornendogli gli strumenti per garantirsi una condizione di sicurezza a domicilio.

La natura educativa dell'assistenza infermieristica prevede che l'infermiere accerti il livello di comprensione dell'utente e lo educi ad effettuare le attività di gestione quotidiana della patologia in maniera autonoma.

CONOSCENZA INSUFFICIENTE DEI VARI ASPETTI DELLA CURA DI SE' DOPO SCA

2

L'obiettivo che l'infermiere si pone è di:

- Aumentare le conoscenze disponibili
- Aumentare l'adesione al piano terapeutico/riabilitativo/assistenziale

Gli interventi che l'infermiere pianifica e attua sono:

- **Valutare il livello di conoscenze** dell'assistito o del caregiver
- Presentare le informazioni in **varie forme di apprendimento**, es. libri, filmati, sessioni di domanda-risposta
- Informare sui **sintomi che richiedono l'immediata attenzione** da parte del medico, dolore toracico, pleurico, pericardico...
- Educazione/informazione sulla condizione clinica e sul **decorso** clinico /riabilitativo/assistenziale
- Educazione alla **gestione dei farmaci** e dei **controlli**
- Incoraggiare il **riconoscimento dei fattori di rischio individuali** e, dove possibile, pianificare la riduzione di essi (es. fumo, consumo di alcool, obesità)
- Educazione alla **dieta**
- Indirizzare ai **centri** di supporto e presa in carico post dimissione
- Educare alla **riassunzione graduale delle attività**, es. camminare, lavoro, attività ricreativa e sessuale.

BENESSERE COMPROMESSO

La compromissione del benessere dell'assistito consiste nella mancanza di comfort della dimensione fisica, psicologica, spirituale, ambientale, culturale e/o sociale. I fattori correlati possono dipendere dall'insorgenza del nuovo quadro patologico, dall'insufficiente controllo della situazione, le insufficienti conoscenze della malattia e del decorso, oltre che dai sintomi stessi (dolore, dispnea, sensazione di morte imminente, ...).

Il piano di assistenza infermieristico avrà **l'obiettivo** di migliorare lo stato di benessere, ridurre il livello di ansia, di paura, di stress e di assicurare il comfort possibile.

Gli **interventi** che programmeremo nel piano assistenziale saranno:

- Garantire la sicurezza
- Garantire il controllo del dolore
- Garantire la soddisfazione dei bisogni primari
- Fornire le informazioni necessarie
- Rassicurare il paziente
- Garantire la presenza e la sorveglianza
- Garantire un ambiente appropriato (microclima, illuminazione, allestimento della stanza)
- Garantire la Privacy
- Coinvolgere i famigliari e la rete di sostegno personale

TENSIONE (o RISCHIO DI ...) NEL RUOLO DEL CAREGIVER

Correlata all'insorgenza/aggravamento del nuovo quadro patologico, paura, scarsa conoscenza, modificazione dell'organizzazione familiare...

L'obiettivo degli interventi infermieristici in questo caso sarà:

- Contenere il livello di ansia del caregiver
- Favorire il benessere del caregiver
- Favorire la partecipazione della famiglia all'assistenza erogata dai professionisti
- Salvaguardare la salute e la salute emotiva del caregiver
- Attivare/aumentare la resilienza personale e la resilienza nel ruolo del caregiver
- Aumentare la capacità del caregiver di offrire assistenza diretta e indiretta
- Miglioramento del coping
- Sostegno sociale

Gli **interventi** che programmeremo comprendono:

- Coinvolgimento del caregiver/famiglia
- Sostegno al caregiver/ famiglia
- Counseling
- Tutela/promozione dell'integrità degli equilibri familiari

MANTENIMENTO DELLA SALUTE INEFFICACE

E' l'incapacità della persona ad identificare ed assumere comportamenti adatti a mantenere lo stato di salute. Si evidenzia con la storia di insufficienti comportamenti di ricerca della salute, correlata a fattori come la possibile alterazione della funzione cognitiva, a processi decisionali compromessi, a inefficaci strategie di coping, a risorse insufficienti (economiche, conoscenze, sociali...).

L'obiettivo del nostro piano di assistenza sarà:

Attivare un **comportamento** di promozione della salute

Garantire la conoscenza di uno **stile** di vita sano

Garantire la conoscenza di una **dieta** salutare.

Gli **interventi** che programmeremo comprendono:

- **Educazione** alla salute
- Assistenza alla cessazione dell'abitudine al **fumo** (es. riferimento a centri specializzati...)
- Gestione del **peso** corporeo
- Promozione del coinvolgimento della **famiglia** o del nucleo di supporto della persona
- Potenziamento dei **sistemi di sostegno**

GESTIONE DELLA SALUTE INEFFICACE

E' l'incapacità della persona ad **adeguarsi a uno stile di vita o a un regime terapeutico per il trattamento di una malattia diagnosticata e delle sue conseguenze**, è correlato alla complessità del regime terapeutico, all'inaccessibilità dei servizi di cura, eccessive limitazioni effettive o percepite, insufficiente conoscenza o insufficiente sostegno, ad un'alterata percezione della gravità delle proprie condizioni. Si manifesta con l'incapacità di attuare le azioni finalizzate al mantenimento della salute e al mantenimento dei regimi prescritti.

L'obiettivo del nostro piano di assistenza sarà:

Rinforzare la capacità di autogestione e di adesione ai piani di cura

Aumentare le conoscenze.

Gli **interventi** che programmeremo comprendono:

- **Educazione** alla salute
- **Counseling**
- Assistenza alla cessazione dell'abitudine al **fumo**
- Attivazione **risorse di rete di supporto**
- Coinvolgimento del **nucleo familiare** se possibile

LA RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA

Obiettivo: prolungamento e miglioramento della qualità della vita

Prima fase: inizia durante la fase acuta della malattia, solitamente nell'Unità Coronarica

Spiegare la natura della patologia

Rispondere sinceramente alle domande

Rassicurare circa il ritorno ad una vita attiva

Seconda fase (di degenza): viene attuata nello stadio successivo dell'ospedalizzazione

Prospettare al paziente le situazioni che si presenteranno quando sarà nuovamente attivo

Incoraggiare i cambiamenti necessari (fattori predisponenti e scatenanti da eliminare o contenere)

Non costringere a cambiamenti radicali

Non soffermarsi troppo sulle cose da non fare (atteggiamento positivo)

Terza fase (di convalescenza): comincia con la dimissione del paziente dall'ospedale e continua durante tutto il periodo di convalescenza

Ricondurre gradualmente il paziente al lavoro e alle precedenti attività

Aumentare gradualmente l'attività fisica come da programma

Supervisionare attentamente l'evoluzione

Quarta fase (di mantenimento): si basa sul consolidamento di determinate abitudini e sul mantenimento della stabilità cardiovascolare

Il paziente è ormai autonomo e non necessita di controllo

È gestita autonomamente dagli stessi pazienti

Deve essere proseguita per tutta la vita

I «Club coronarici» costituiscono un punto d'incontro e di stimolo

PIANO DI DIMISSIONE

Al termine del percorso di cura ospedaliero , ripristinato l'equilibrio emodinamico, si procede alla dimissione del paziente dopo accurata pianificazione della continuità assistenziale.

Gli obiettivi che ci poniamo alla dimissione sono:

- **Dolore toracico** assente, controllato
- **Funzionalità cardiaca** efficace a sostenere una adeguata gittata cardiaca e garantire una buona perfusione tissutale
- Raggiungimento di un livello di **attività sufficiente** per garantire la soddisfazione della cura di sé, o pianificazione di assistenza sostitutiva/compensativa
- **Ansia** ridotta o gestita
- Il paziente ha **compreso** il processo di malattia, piano di trattamento e prognosi
- Piano di **continuità assistenziale** adatto a soddisfare i bisogni dopo la dimissione
- **Attivazione delle Strutture territoriali** appropriate per la presa in carico dopo la dimissione, controlli successivi, verifica dell'adesione al piano terapeutico assistenziale, stile di vita, aderenza al programma terapeutico, aderenza al piano riabilitativo.