



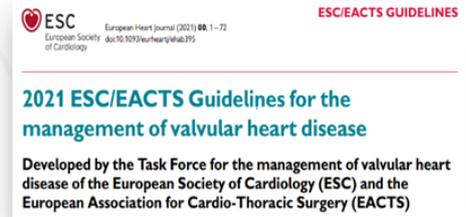
GRUPPO  
ITALIANO  
INFERMIERI DI AREA  
CARDIOVASCOLARE  
**GITIC**

## NEWSLETTER OTTOBRE 2021

In questo numero trovate due articoli di aggiornamento riguardo le nuove linee guida 2021: il primo riguarda le **linee guida ESC sulla gestione delle valvulopatie**, il secondo invece presenta le **linee guida INS, le buone pratiche nel management degli accessi vascolari**. In conclusione trovate il [link](#) ad un questionario: vogliamo coinvolgervi nella programmazione dei prossimi eventi associativi. **Grazie** e buona lettura.

### LINEE GUIDA ESC 2021 : GESTIONE DELLE VALVULOPATIE

Al Congresso 2021 dell'[European Society of Cardiology](#) sono state presentate e pubblicate in simultanea sull'[European Heart Journal](#), le **nuove linee guida sulla gestione delle valvulopatie**, realizzate in collaborazione con l'[European Association for Cardio-Thoracic Surgery \(EACTS\)](#).

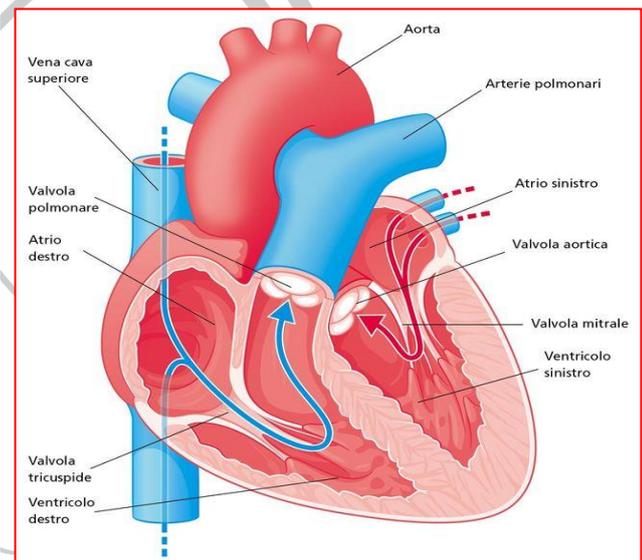


Dopo un breve introduzione su anatomia delle valvole cardiache e relativa patologia, in questo articolo riassumeremo le principali novità rispetto alle raccomandazioni del 2017.

#### Anatomia delle valvole cardiache

Gli elementi mobili (lambi) delle valvole cardiache sono costituite da lamine sottili, flessibili e resistenti di tessuto fibroso rivestito da endotelio, saldamente ancorati agli anelli fibrosi valvolari. I movimenti dei lembi sono passivi: è l'orientamento delle valvole ad assicurare l'unidirezionalità del flusso sanguigno attraverso il cuore.

Nel cuore sono presenti due tipi diversi di valvole: le valvole atrioventricolari (la valvola **tricuspide** e la valvola **mitrale**) e le valvole semilunari (la valvola **aortica** e la valvola **polmonare**). Le valvole cardiache hanno una struttura fibrosa, quindi molto resistente; in particolare la mitrale e la tricuspide hanno dei legami di rinforzo per mezzo di ancoraggi alla parete dei ventricoli tramite le corde tendinee innestate sui muscoli papillari. La dinamica di apertura e chiusura dei sistemi valvolari è regolata dalle variazioni di pressioni a monte e a valle dell'apparato valvolare stesso nei diversi momenti del ciclo cardiaco.



#### Patologie valvolari

Le valvulopatie cardiache originano da alterazioni strutturali e fisiologiche. Questi danni all'integrità anatomica e funzionale possono determinare:

- alterazioni della superficie della valvola
- **stenosi**, cioè apertura ridotta della valvola cardiaca, eventualità che costringe il sangue a passare in un orifizio più piccolo rispetto alle condizioni fisiologiche
- **insufficienza**, consiste in una chiusura imperfetta della valvola che determina una "risalita" controcorrente del sangue (rigurgito) rispetto al percorso naturale
- malattie associate con coesistenza di stenosi e insufficienza della stessa valvola



GRUPPO  
ITALIANO  
INFERMIERI DI AREA  
CARDIOVASCOLARE  
**GITIC**

## EVENTO ECM ON LINE

18 Novembre 2021

CORSO ECG  
con simulazioni

Iscrizioni sul sito internet <https://www.gitic.it/>

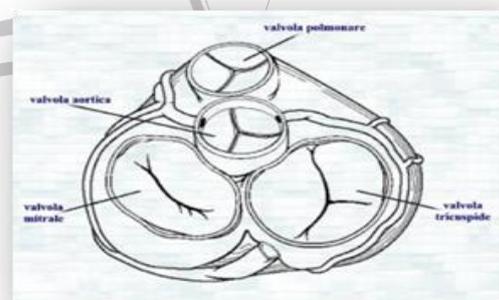
Le cause delle valvulopatie possono essere classificate in **congenite** e **acquisite**. Le prime sono presenti dalla nascita e sono dovute ad alterazioni dello sviluppo embrionale delle strutture cardiache, le seconde invece compaiono nel corso della vita e sono conseguenti a degenerazione del tessuto valvolare.

Le patologie valvolari hanno sintomi che dipendono in larga misura dal decorso della malattia che può essere sia lentamente evolutivo, per cui i sintomi si manifestano dopo una lunga fase asintomatica, sia improvviso dovuto ad esordio acuto causato da traumi, infarto miocardico e lesione infettiva del lembo valvolare o dell'apparato valvolare.

I sintomi variano a seconda del soggetto e della valvola interessata ma in linea di massima sono i seguenti:

- difficoltà respiratoria
- facile affaticamento e riduzione della soglia di tolleranza all'esercizio
- anomalie del ritmo cardiaco
- dolore toracico o angina
- congestione epatica dovuta al coinvolgimento del ventricolo destro
- 

Il decorso di queste malattie è solitamente lento e i pazienti devono essere seguiti regolarmente poiché si ha spesso un lento peggioramento delle condizioni di vita causato dalla disfunzione cardiaca.



### Epidemiologia

L'incidenza dell'eziologia degenerativa è in aumento nei paesi industrializzati mentre, la cardiopatia reumatica è ancora frequente in molte aree in via di sviluppo.

Si stima che nei Paesi ad alto reddito le valvulopatie colpiscano circa il 13% delle persone con un'età pari o superiore ai 75 anni; tuttavia poiché in alcuni casi (soprattutto nell'ambito di disfunzioni lievi o moderate) queste condizioni possono presentarsi in modo asintomatico, è possibile che la reale prevalenza di queste patologie sia sottostimata. In generale, le valvulopatie gravi possono portare a un deterioramento della funzione cardiaca, con sintomi che vanno dalla dispnea al dolore toracico, alle palpitazioni e alla perdita di coscienza. Rispetto al 2017 la valutazione non invasiva mediante ecocardiografia tridimensionale, tomografia computerizzata cardiaca, risonanza magnetica cardiaca e biomarcatori svolge un ruolo sempre più importante e centrale.

### Il trattamento delle valvulopatie

I trattamenti per le disfunzioni valvolari includono sia **terapie mediche** che interventi di riparazione/sostituzione delle valvole per via **chirurgica o percutanea**.

Le linee guida 2021 sottolineano come la scelta dell'opzione più adeguata debba coinvolgere un'equipe – il cosiddetto Heart Team – composta da cardiologi clinici, cardiologi interventistici, cardiocirurghi, specialisti di imaging cardiaco, anestesisti cardiovascolari e **infermieri**, avendo come obiettivo quello di valutare sia i fattori clinici e anatomici che le preferenze dei pazienti. Il documento ha fortemente evidenziato il ruolo centrale del paziente, che viene coinvolto nel processo decisionale attraverso una scelta informata (patient-informed choice).

La prima importante novità presentata nelle nuove linee guida riguarda le tempistiche di trattamento, con una maggiore precocità di **intervento chirurgico** nella stenosi e l'insufficienza aortica e nell'insufficienza mitralica. Se è prevista una rapida progressione dei sintomi, l'intervento può essere giustificato se il rischio procedurale è basso. Nei pazienti anziani, le decisioni dovrebbero considerare l'impatto stimato del trattamento sull'aspettativa di vita e sulla qualità della vita. Relativamente alla valvola tricuspide, pazienti asintomatici o lievemente asintomatici affetti da insufficienza primaria della valvola tricuspide di grado severo, che presentino dilatazione del ventricolo destro, dovrebbero essere candidati a trattamento chirurgico, senza attendere l'evidenza di progressione della dilatazione o di deterioramento della funzione del ventricolo destro, come invece era riportato nelle precedenti linee guida del 2017.



GRUPPO  
ITALIANO  
INFERMIERI DI AREA  
CARDIOVASCOLARE

**GITIC**

## SCRIVICI!

Vuoi condividere esperienze professionali, casi clinici interessanti, progetti e innovazioni clinico-assistenziali o abstract di tesi in ambito cardiovascolare?

Inviaci il tuo elaborato (max 500 parole), potrebbe essere pubblicato nelle nostre prossime newsletter!

[gitic@tocarelab.com](mailto:gitic@tocarelab.com)

Anche in merito alle **procedure percutanee**, le linee guida sulle valvulopatie prevedono, alla luce dei buoni risultati ottenuti nei pazienti con stenosi aortica e rigurgito mitralico ad alto rischio o inoperabili, un ampliamento delle indicazioni.

La raccomandazione introdotta in Classe I indica per i pazienti con meno di 75 anni a basso rischio chirurgico la preferenza per l'opzione chirurgica. Stessa indicazione per i pazienti non idonei ad essere candidati a TAVI. Viceversa, il trattamento percutaneo, in particolare trans-femorale, è raccomandato per i pazienti con età uguale o superiore a 75 anni, o ad alto rischio chirurgico. Per tutti gli altri pazienti che non trovano una chiara definizione nelle linee guida, la scelta del trattamento tra TAVI e chirurgia deve essere discussa in heart team considerando le caratteristiche individuali del paziente dal punto di vista clinico, anatomico, e procedurale, nonché condividendo la decisione con il paziente stesso per una scelta informata.

### Terapia antitrombotica e patologie valvolari

Gli antitrombotici nel periodo postoperatorio ottengono una serie di nuove raccomandazioni nell'aggiornamento 2021 delle linee guida ESC/EACTS, quasi tutti di classe I. Queste includono la preferenza di un anticoagulante orale non antagonista della vitamina K (NOAC) rispetto a un antagonista della vitamina K (warfarin) nella prevenzione dell'ictus nella fibrillazione atriale (FA) che accompagna stenosi aortica, insufficienza aortica o insufficienza mitralica, nell'impiego di una gamma di valvole chirurgiche e nei pazienti trattati con TAVI che hanno altre indicazioni per l'anticoagulazione orale.

I NOAC non sono raccomandati per i pazienti con FA che hanno anche stenosi mitralica reumatica da moderata a grave o per i pazienti con valvola cardiaca meccanica.

L'anticoagulazione deve essere presa in considerazione nei pazienti con bioprotesi valvolare che sviluppano ispessimento e ridotto movimento dei lembi che porta a gradienti elevati, almeno fino alla risoluzione.

Un'altra aggiunta nelle linee guida riguarda l'occlusione dell'auricola atriale sinistra nei pazienti già sottoposti a chirurgia valvolare. L'intervento dovrebbe essere considerato per ridurre il rischio tromboembolico nei pazienti con FA e un rischio di stroke elevato.

Infine, un argomento di grande interesse nella protesica, ovvero il ridotto movimento dei lembi valvolari, ascrivibile a sub-trombosi. In questa eventualità l'anticoagulante è preferibile all'antiaggregante a causa dell'azione sul meccanismo di formazione del trombo. Secondo la nuova raccomandazione, per pazienti con ispessimento e ridotto movimento dei lembi, con conseguente aumento dei gradienti trans-valvolari, l'anticoagulante dovrebbe essere considerato e mantenuto fino alla risoluzione della situazione clinica.

Le linee guida rilevano che sono necessari volumi sufficienti di procedure per fornire cure di alta qualità, ma i numeri precisi per medico o ospedale rimangono controversi a causa delle disuguaglianze tra paesi ad alto e medio reddito. Sarebbe utile che ogni centro conducesse una valutazione interna della qualità, registrando sistematicamente i dati procedurali e gli esiti dei pazienti.

### Bibliografia:

Vahanian A., Beyersdorf F., Praz F., et al. *2021 ESC/EACTS Guidelines for the management of valvular heart disease: Developed by the Task Force for the management of valvular heart disease of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS)*. Eur Heart J 2021

[www.issalute.it](http://www.issalute.it)

[www.centrolottainfarto.com](http://www.centrolottainfarto.com)

<https://cardioinfo.it>

[www.giornaledicardiologia.it](http://www.giornaledicardiologia.it)



GRUPPO  
ITALIANO  
INFERMIERI DI AREA  
CARDIOVASCOLARE  
**GITIC**

## CORSO ECM IN PRESENZA

25 Novembre 2021  
presso TO CARE LAB – Treviolo (BG)-

[WOUNDE CARE basic](#)

Iscrizioni sul sito <https://www.gitic.it/>

### LINEE GUIDA INS 2021: LE BUONE PRATICHE NEL MANAGEMENT DEGLI ACCESSI VASCOLARI

Le Infusion Therapy Standards of Practice (1), redatte e pubblicate nel Gennaio 2021 dalla americana Infusion Nurses Society (2), sono tra le più importanti linee guida riguardanti gli standard di gestione degli accessi vascolari. Il documento, che viene periodicamente revisionato ogni 5 anni, ha raggiunto la sua 8° edizione; ogni standard è stato rivisto sulla base delle prove di efficacia e delle ricerche più recenti al momento della pubblicazione con l'aggiunta di alcune nuove indicazioni. In virtù di recentissimi studi l'INS ha già pubblicato in Maggio 2021 un aggiornamento (3) con 4 modifiche relative alla pubblicazione di Gennaio.

Le INS si ripropongono di essere a supporto degli operatori sanitari e dei pazienti promuovendo in primis la conservazione del patrimonio venoso, attraverso la corretta gestione dei cateteri vascolari in tutti i contesti assistenziali, riducendone le complicanze.

## Infusion Therapy Standards of Practice

Lisa A. Gorski, MS, RN, HHCNS-BC, CRNI®, FAAN  
Lynn Hadaway, MEd, RN, NPD-BC, CRNI®  
Mary E. Hagle, PhD, RN-BC, FAAN  
Daphne Broadhurst, MN, RN, CVAA(C)  
Simon Clare, MRes, BA, RGH  
Tricia Kleidon, MNSc (Nurs. Prac), BNSc, RN  
Britt M. Meyer, PhD, RN, CRNI®, VA-BC, NE-BC  
Barb Hicckel, APRN-CNS, CCRN, CRNI®  
Stephen Rowley, MSc, BSc (Hons), RGH, RSCN  
Elizabeth Sharpe, DNP, APRN-CNP, NNP-BC, VA-BC, FNAP, FAANP, FAAN  
Mary Alexander, MA, RN, CRNI®, CAE, FAAN

8TH EDITION  
REVISED 2021

**INS**  
INFUSION NURSES SOCIETY  
SETTING THE STANDARD FOR INFUSION CARE®  
One Edgewater Drive, Norwood, MA 02062  
[www.ins1.org](http://www.ins1.org)

Al momento sono disponibili in inglese, ma le principali società italiane che si occupano di accessi vascolari stanno lavorando per presentarne una traduzione.

La struttura è stata mantenuta pressoché invariata rispetto alle linee guida 2016, suddividendo lo scritto in 9 sezioni principali:

1. La pratica della terapia infusionale
2. La sicurezza dei pazienti e degli operatori sanitari
3. La prevenzione ed il controllo delle infezioni
4. Le apparecchiature per l'infusione
5. Scelta e posizionamento dei dispositivi per accesso vascolare
6. La gestione dei dispositivi per accesso vascolare
7. Le complicanze correlate ai dispositivi per accesso vascolare
8. Altri dispositivi per infusione
9. Le terapie infusionali

### Novità delle nuove linee guida ins 2021

Una delle novità presenti al fine di mettere in atto un comportamento pro-attivo nella tutela del patrimonio vascolare, è la proposta dell'applicazione della scala DIVA (Adult Difficult Venous Access Scale - Paragrafo 34, punto I, lettera B, n.1) prima del posizionamento di un catetere vascolare. La scala è rappresentata come un sistema di punteggio additivo per calcolare il rischio previsto per un singolo paziente; i punteggi per il rischio esistente vengono aggiunti per dare una stima approssimativa della difficoltà nel reperire un accesso endovenoso.



GRUPPO  
ITALIANO  
INFERMIERI DI AREA  
CARDIOVASCOLARE

**GITIC**

## SCRIVICI!

Vuoi condividere esperienze professionali, casi clinici interessanti, progetti e innovazioni clinico-assistenziali o abstract di tesi in ambito cardiovascolare?

Inviaci il tuo elaborato (max 500 parole), potrebbe essere pubblicato nelle nostre prossime newsletter!

[gitic@tocarelab.com](mailto:gitic@tocarelab.com)

### Scala A-DIVA

Palpabilità	È impossibile identificare la vena bersaglio palpando l'estremità superiore?	No (0) Si (1)
Storia di difficile accesso venoso	È stato difficile inserire un catetere endovenoso periferico in passato?	No (0) Si (1)
Aspetto visivo	È impossibile identificare la vena bersaglio visualizzando l'estremità superiore?	No (0) Si (1)
Indicazione chirurgica non pianificata	Il paziente ha un'indicazione di emergenza per la chirurgia?	No (0) Si (1)
Diametro della vena < 2 millimetri	La vena bersaglio ha un diametro massimo di 2 millimetri?	No (0) Si (1)

Viene definito un paziente a basso rischio quando il punteggio è compreso tra 0-1, a medio rischio con un punteggio compreso tra 2-3, ad alto rischio con punteggio maggiore o uguale a 4. A seconda del rischio ottenuto, associato al tipo ed alla durata della terapia, si deciderà la tipologia di catetere vascolare più adeguata al percorso della persona assistita.

Al fine di ridurre le complicanze meccaniche e infettive riguardanti l'impianto dei cateteri venosi viene ribadita e rafforzata l'importanza dell'utilizzo dell'ecografia, introducendo l'indicazione di utilizzo anche per i cateteri arteriosi (Paragrafo 26, punto VI).

Nella classificazione delle tipologie di cateteri venosi periferici (Paragrafo 26, sezione standard), viene aggiunto rispetto alle precedenti linee guida il dispositivo cannula periferica lunga. Questa tipologia di cannula viene inserita in vene periferiche superficiali o profonde e offre un'opzione quando il comune catetere venoso periferico corto non è abbastanza lungo per incannulare adeguatamente la vena disponibile. E' anche indicata in quei pazienti in cui è prevista una terapia endovenosa con una durata compresa tra i 4 e 15 giorni, al fine di prevenire il riposizionamento frequente di CVP, tutelando il patrimonio venoso degli assistiti.

Per quanto riguarda la localizzazione della punta dei cateteri venosi centrali, che deve essere generalmente posizionata tra la porzione caudale della vena cava superiore e la giunzione atrio - cavale, già nel 2016 c'era un ruolo importante per l'ECG intracavitario pur definendo l'RX torace come metodo di scelta. Ora invece si parla di RX torace post impianto solo nei casi in cui non ci sia nessun altro metodo alternativo per la localizzazione della punta. Inoltre c'è un'apertura all'utilizzo dell'ECG intracavitario anche nei pazienti con fibrillazione atriale (Paragrafo 23, lettera E, n.2).



GRUPPO  
ITALIANO  
INFERMIERI DI AREA  
CARDIOVASCOLARE  
**GITIC**

## CORSO OSS

In programma nel 2022

Corso di formazione  
per Operatori Socio Sanitari

Evento in presenza

Uno degli obiettivi principali rimane quello del raggiungimento del targetin zero riguardante le infezioni; viene dato ampio spazio all'implementazione dell'Aseptic Non Touch Technic (ANTT – Paragrafo 18). La tecnica viene suddivisa in Standard e Chirurgica.

Nella standard si racchiudono una serie di precauzioni e approcci asettici protettivi di parti e siti chiave e di azioni di breve durata, come ad esempio il lavaggio e la chiusura di dispositivi per accessi vascolari, la preparazione e il cambio di set di somministrazione, la somministrazione endovenosa e la semplice cura delle ferite.

Nella chirurgica invece si racchiudono tutte quelle indicazioni dove vengono utilizzati teli sterili come precauzioni di barriera nell'approccio di protezione di parti e siti chiave, o tutte quelle procedure di lunga durata con necessità di asepsi completa, come gli interventi chirurgici o l'inserimento di dispositivi di accesso vascolare centrale.

(Paragrafo 33, standard) – Nelle indicazioni alla disinfezione cutanea, nell'edizione di quest'anno sono poste differenze tra i pazienti adulti e pazienti pediatrici in particolare per i neonati pretermine, per quelli a basso peso e comunque per tutti quelli con meno di 14 giorni di vita.

Per l'adulto lo standard su cute integra rimane la Clorexidina al 2% in soluzione alcoolica; in presenza di precedenti reazioni cutanee o allergie si consiglia l'utilizzo della Clorexidina in soluzione acquosa, o l'utilizzo di Iodopovidone, o l'utilizzo di Alcool Isopropilico al 70%.

Per quanti riguarda i neonati non viene indicato un antisettico predefinito; si indica di utilizzare con cautela la Clorexidina per il rischio di ustioni cutanee e con cautela l'utilizzo dello Iodopovidone per il potenziale effetto deleterio a livello della tiroide. Viene invece indicato, al termine della disinfezione, di rimuovere qualsiasi antisettico detergendo con acqua sterile o soluzione salina sterile al fine di ridurre i rischi descritti.

### BIBLIOGRAFIA

1. Gorski LA, Hadaway L, Hagle ME, Broadhurst D, Clare S, Kleidon T, Meyer BM, Nickel B, Rowley S, Sharpe E, Alexander M. Infusion Therapy Standards of Practice, 8th Edition. J Infus Nurs. 2021 Jan-Feb 01;44(1S Suppl 1):S1-S224. doi: 10.1097/NAN.0000000000000396. PMID: 33394637.
2. <https://www.ins1.org/about-us/>
3. 2021 Infusion Therapy Standards of Practice Updates. J Infus Nurs. 2021 Jul-Aug 01;44(4):189-190. doi: 10.1097/NAN.0000000000000436. PMID: 34197345.



GRUPPO  
ITALIANO  
INFERMIERI DI AREA  
CARDIOVASCOLARE

**GITIC**

## SCRIVICI!

Vuoi condividere esperienze professionali, casi clinici interessanti, progetti e innovazioni clinico-assistenziali o abstract di tesi in ambito cardiovascolare?

Inviaci il tuo elaborato (max 500 parole), potrebbe essere pubblicato nelle nostre prossime newsletter!

[gitic@tocarelab.com](mailto:gitic@tocarelab.com)

Ti chiediamo di aiutarci .

Questo questionario nasce per programmare e organizzare i prossimi eventi formativi del Gruppo Italiano Infermieri di area Cardiovascolare.

Basta qualche minuto per aiutarci a presentare un'offerta formativa plasmata partendo dalle vostre esigenze e dalle vostre disponibilità.

Grazie per il tempo che ci avete donato, buona giornata!

## [LINK QUESTIONARIO GITIC](#)

Se il link non funziona copia il seguente indirizzo nella barra di navigazione del tuo browser

<https://forms.gle/YaiRVCN7Lhv2S6k56>

Vogliamo salutarvi informandovi che tutti coloro che si sono iscritti e si iscriveranno ai corsi monotematici [ECG -corso base-](#) & [WOUNDE CARE -basic-](#) come non soci GITIC riceveranno GRATUITAMENTE l'iscrizione alla nostra associazione per l'anno 2022.

Chiediamo a tutti i nostri lettori di dare massima visibilità a questa iniziativa per far crescere e conoscere il Gruppo Italiano Infermieri di area Cardiovascolare.

GRAZIE

<https://www.gitic.it/>

**A cura di:**

*Alberio G. \*, Capelli A. \*, Carzaniga C. ° \*,  
Monolo D. \*, Tettamanti M. °\**

\*membro del Comitato Scientifico  
°membro del Consiglio Direttivo