



GRUPPO
ITALIANO
INFERMIERI DI AREA
CARDIOVASCOLARE
GITIC

NEWSLETTER ESTIVA 2021

In questo numero trovate in apertura l'editoriale della Presidente. A seguire un approfondimento riguardo il **trattamento chirurgico della FA** e per finire **una riflessione a cura del laboratorio di nursing narrativo**; dal testo "Storie di persone, voci di infermieri" le autrici propongono una riflessione sui dilemmi etici partendo da un'esperienza di vita assistenziale quotidiana. Buona lettura

Carissimi amici e colleghi,

eccoci di nuovo insieme dopo il **congresso nazionale G.It.I.C. "NursinCuore21"** che ha ottenuto davvero un buon successo e ha saputo consegnarci relazioni di grande spessore.

Come molti sanno, durante la assemblea dei soci, svoltasi durante il Congresso, c'è stato un avvicendamento all'interno del **Consiglio Direttivo**, con l'ingresso di due nuovi membri, provenienti entrambi dal Comitato Scientifico. A seguire potete trovare in dettaglio i componenti del gruppo, rimandando al sito associativo per approfondire i CV dei titolari eletti (in aggiornamento).

CONSIGLIO DIRETTIVO G.IT.I.C. (termine mandato: primavera 2023). In grassetto i nuovi inseriti:

- PRESIDENTE >> Claudia Carzaniga (ASST BERGAMO EST);
- VICE PRESIDENTE >> Emanuela Zerbato (ASST MONZA);
- COORD. COMITATO SCIENTIFICO >> Marco Tettamanti (ISTITUTI CLINICI ZUCCHI – MONZA);
- TESORIERE >> Milena Mauri (ASST BERGAMO EST);
- SEGRETARIO >> **Annalisa Capelli (ASST PAPA GIOVANNI XXIII BERGAMO);**
- CONSIGLIERE >> **Maurizio Di Renzo (ASL LANCIANO VASTO CHIETI)**
- CONSIGLIERE Massimo Lucarini (ISTITUTO CARDIOVASCOLARE – CAMOGLI)
- CONSIGLIERE >> Valentina Spedale (UNIVERSITA' MILANO BICOCCA – SEDE DI MONZA);
- CONSIGLIERE >> Enrico Speranza (IRCCS HUMANITAS RESEARCH HOSPITAL – ROZZANO).

Come è consuetudine dopo il Congresso nazionale, è iniziato anche l'analisi delle collaborazioni in essere coi membri del Comitato Scientifico, chiedendo la rinnovata volontà di collaborare fino alla fine naturale del mandato in corso. Anche di questo vi daremo riscontro tramite i consueti canali social associativi.

Vi lascio alla lettura della newsletter estiva, dandovi appuntamento alla prossima pubblicazione che sarà nel mese di settembre-ottobre.

Un saluto. Restate connessi col GITIC!

La presidente G.It.I.C



GRUPPO
ITALIANO
INFERMIERI DI AREA
CARDIOVASCOLARE
GITIC





GRUPPO
ITALIANO
INFERMIERI DI AREA
CARDIOVASCOLARE
GITIC

EVENTO ECM IN PRESENZA

25 Settembre 2021

**CORSO ECG
con simulazioni**

Iscrizioni sul sito internet www.gitic.it

Il trattamento chirurgico della Fibrillazione Atriale

La fibrillazione atriale (FA) è la più frequente aritmia cardiaca che si riscontra nella popolazione adulta. Attualmente si stima che circa il 3% della popolazione mondiale ne sia affetta, percentuale destinata ad aumentare nei prossimi anni, in considerazione del progressivo incremento dell'aspettativa di vita. [1]

Sebbene si tratti di una condizione di interesse prevalentemente cardiologico, il trattamento chirurgico della fibrillazione atriale isolata può rappresentare una valida. Inoltre, tale aritmia può essere associata ad altre patologie cardiache che necessitano di trattamento cardiocirurgico.

I dati recentemente pubblicati dall'STS (Society of Thoracic Surgeons) hanno dimostrato infatti come circa l'11% dei pazienti sottoposti a cardiocirurgia soffra di FA, percentuale che va dal 6% nella popolazione coronarica, fino al 30% nella popolazione affetta da patologia mitralica. [2]

Storicamente i cardiocirurghi sono stati i pionieri del trattamento non farmacologico della FA. Il caposaldo del trattamento chirurgico è l'intervento di Maze proposto da Cox nel 1987. Il razionale di questo intervento è quello di creare multiple incisioni a livello dei due atri al fine di interrompere i circuiti di macro-rientro responsabili del perpetuarsi dell'aritmia, di garantire una corretta trasmissione dell'impulso elettrico dal nodo seno-atriale al nodo atrio-ventricolare e di ristabilire la funzione contrattile degli atri. La versione originale dell'intervento prevedeva la tecnica del "cut and sew" per la creazione delle linee di lesione (fig.1).

Nel corso degli anni sono state descritte numerose modifiche della tecnica originaria fino ad arrivare alla procedura di Cox-Maze IV che prevede la creazione delle linee di lesione attraverso l'utilizzo di dispositivi di ablazione che erogano energia a radiofrequenza mono e bipolare. I risultati di tale procedura sono ottimi con un tasso di libertà da recidiva di FA a 7 anni. [3]

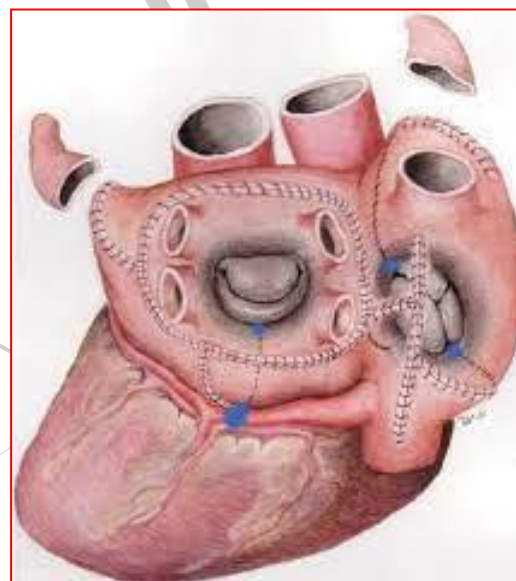


Fig. 1. Linee di lesione Cox-Maze.

Il trattamento chirurgico della fibrillazione atriale è quindi rivolto sia ai pazienti che si sottopongono ad altra chirurgia cardiaca (trattamento concomitante) (II a livello di evidenza A), ma anche ai pazienti affetti esclusivamente da FA non responsivi ad altre terapie (stand-alone) (II a livello di evidenza B). [1]

Quando si parla del trattamento non farmacologico dei pazienti con FA sintomatica, possiamo distinguere due gruppi, i pazienti che rispondono all'ablazione transcateretere e quelli che non rispondono.

Nei pazienti con FA parossistica il tasso di successo della procedura di ablazione transcateretere si attesta intorno al 70%. [4]

Nei pazienti con FA long-standing e FA persistente il tasso di successo è insoddisfacente; solo il 20% dei pazienti si trova in ritmo sinusale stabile dopo una singola procedura e meno del 50% dopo diverse ablazioni. Tali risultati sono dovuti principalmente alla mancata interruzione dei circuiti di macro-rientro e alla multipla e varia localizzazione dei triggers responsabili dell'aritmia. Si tratta quindi di pazienti difficili da trattare, e sono quelli che più si gioverebbero del trattamento chirurgico mediante l'intervento di Cox-Maze IV.



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@expopoint.it

Tuttavia l'intervento cardiocirurgico, nonostante offra buoni risultati in termini di libertà da recidiva di FA, rimane ancora una procedura estremamente invasiva prevedendo circolazione extracorporea e clampaggio aortico, e non può quindi considerarsi il trattamento gold-standard.

Per massimizzare i vantaggi della procedura transcateretere e di quella chirurgica e ridurre al minimo gli svantaggi, è nato un approccio ibrido per il trattamento della FA. Proposto da Pak nel 2007 [5] questo combina l'ablazione epicardica miniinvasiva senza utilizzo della circolazione extracorporea con l'ablazione endocardica in un trattamento patient tailored allo scopo di creare un set di lesioni più complesso ed efficace rispetto a quello che le singole tecniche potrebbero ottenere separatamente.

Esistono tre diversi approcci ibridi:

- approccio simultaneo ("convergent procedure") mediante pericardioscopia subxifoidea
- two-step approach mediante toracoscopia bilaterale
- two-step approach mediante toracoscopia destra

L'approccio "convergent" prevede il trattamento simultaneo epicardico ed endocardico. Il primo step è quello chirurgico. Attraverso un'incisione subxifoidea si accede alla cavità pericardica e una cannula pericardioscopica viene avanzata fino a raggiungere la parete posteriore dell'atrio sinistro. Attraverso il pericardioscopio viene introdotto il device ablatore. Si tratta di un device a radiofrequenza unipolare che necessita di irrigazione con soluzione salinache permette di creare multiple linee di lesione verticali a livello della parete posteriore dell'atrio sinistro (fig.2).



Fig. 2. Convergent procedure: approccio pericardioscopico

L'approccio "convergent" prevede il trattamento simultaneo epicardico ed endocardico. Il primo step è quello chirurgico. Attraverso un'incisione subxifoidea si accede alla cavità pericardica e una cannula pericardioscopica viene avanzata fino a raggiungere la parete posteriore dell'atrio sinistro. Attraverso il pericardioscopio viene introdotto il device ablatore. Si tratta di un device a radiofrequenza unipolare che necessita di irrigazione con soluzione salinache permette di creare multiple linee di lesione verticali a livello della parete posteriore dell'atrio sinistro (fig.2).

La seconda parte della procedura prevede il completamento dell'ablazione endocardica. Viene dapprima analizzata la mappa tridimensionale dell'atrio per identificare le zone di connessione delle vene polmonari (VP) residue alla prima procedura. Si procede quindi al completamento dell'ablazione a livello dell'antra delle vene polmonari di destra e della vena polmonare superiore di sinistra e nei punti di eventuale connessione delle VP.



GRUPPO
ITALIANO
INFERMIERI DI AREA
CARDIOVASCOLARE
GITIC

CORSO ECM

2 Ottobre 2021

IL TRATTAMENTO AVANZATO DELLE LESIONI in ambito cardiovascolare

Istituto Cardiovascolare Camogli (GE)

L'approccio simultaneo permette quindi di ottenere l'immediata conferma dell'isolamento atriale e, qualora questo non si sia ottenuto con la procedura epicardica, permette di completare contestualmente la procedura. Diversi studi hanno riportato tuttavia un'elevata incidenza di complicanze maggiori, quali fistole atrio-esofagee, stroke e sanguinamenti, che si attestano intorno al 10%. Alternativa è l'approccio two-staged. In questo caso viene dapprima effettuata la procedura chirurgica con approccio toracoscopico (uni o bilaterale), seguita, a distanza di giorni o settimane, dalla procedura elettrofisiologica. Il primo step prevede l'ablazione chirurgica con la creazione di una lesione a livello del box delle VP.

Questa può essere ottenuta mediante toracosopia uni o bilaterale. Nell'approccio toracoscopico bilaterale le VP di destra e di sinistra vengono isolate separatamente (encircling delle VP) mediante due accessi toracoscopici separati e il box viene concluso attraverso la creazioni di linee di lesioni che uniscano i due encircling.

Tale approccio ha come vantaggio la possibilità di creare ulteriori linee di lesioni e quello di poter effettuare una concomitante chiusura dell'auricola sinistra (fig.3).

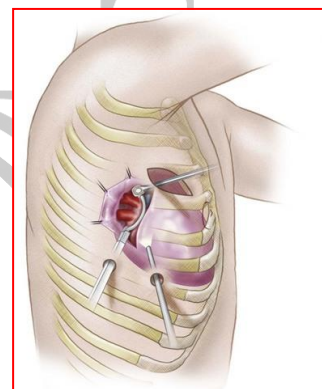


Fig. 3. Approccio toracoscopico.

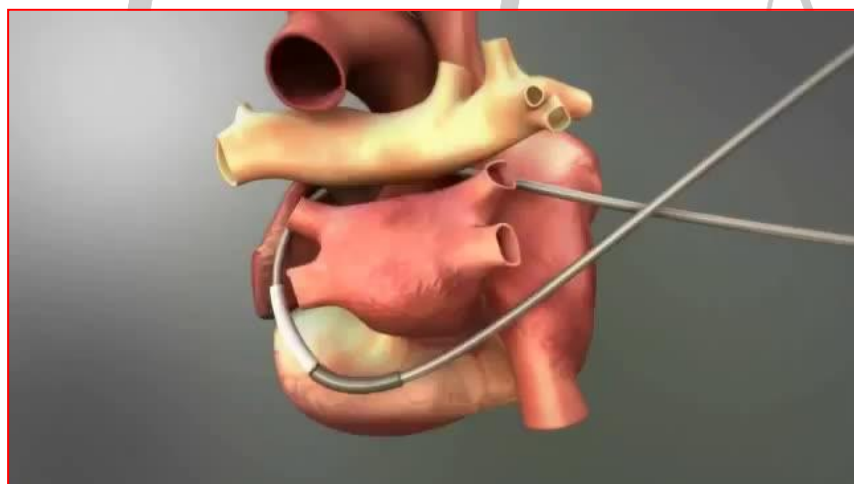


Fig. 4. Dispositivo ablatore per toracosopia destra.

L'approccio unilaterale prevede la creazione della "conventional box lesion" esclusivamente attraverso una toracosopia destra mediante l'utilizzo di un device che circonda le VP. Il catetere ablatore viene spinto in posizione attraverso due fili guida in modo da circondare le VP. Sfruttando un meccanismo di suzione, questo aderisce stabilmente all'epicardio atriale ed eroga energia in maniera uniforme, creando così una linea di lesione che risulta essere transmurale (fig.4).

A distanza di settimane, si procede al second step della procedura. Viene dapprima eseguito il mapping atriale per verificare l'integrità della linea di lesione del box delle VP precedentemente effettuata, e successivamente si procede al completamento dell'ablazione endocardica con lo scopo di trattare eventuali gap residui e di creare ulteriori linee di ablazione, come la linea cavo-istmo tricuspide in pazienti con flutter atriale tipico. Il vantaggio di questo approccio è quello di poter effettuare una procedura ablativa transcateretere mirata, nonché quello di identificare e trattare eventuali riconessioni polmonari precoci, che rappresentano frequentemente la causa del fallimento di una singola procedura ablativa. Una recente review ha analizzato i risultati in termini di recidiva di fibrillazione atriale e di incidenza di complicanze del trattamento ibrido paragonandolo a quello transcateretere isolato. Si è evidenziato come nei pazienti con FA long-standing e FA persistente l'approccio ibrido offra migliori risultati al follow up di 12 mesi, garantendo un maggior tasso di RS con e/o senza terapia antiaritmica, a fronte di un'incidenza di complicanze sovrapponibile. Tale strategia terapeutica rappresenta pertanto l'opzione migliore per questo gruppo di pazienti, tanto da essere suggerita anche dalle più recenti linee guida internazionali. [6]

Dott Valentina Gislao, Dirigente medico

Struttura complessa di Cardiocirurgia, Ospedale San Gerardo – Asst Monza



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@expopoint.it

Bibliografia:

1. 2020 ESC Guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). The Task Force for the diagnosis and management of atrial fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC). Developed with the special contribution of the European Heart Rhythm Association (EHRA) of the ESC. Gerhard Hindricks et al. European Heart Journal (2020) 42, 373-498.
2. Surgical ablations of atrial trends and outcomes in North America. Ad N, Suri RM, Gammie JS, et al. The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery. 2012;144:1051-1060).
3. Long-term Outcomes of Stand-Alone Maze IV for Persistent or Long-standing Persistent Atrial Fibrillation Elisabetta Lapenna, MD, Michele De Bonis, MD, Ilaria Giambuzzi, MD, Benedetto Del Forno, MD, Stefania Ruggeri, Manuela Cireddu, MD, Simone Gulletta, MD, Alessandro Castiglioni, MD, Ottavio Alfieri, MD, Paolo Della Bella, MD, and Stefano Benussi, MD. Ann Thorac Surg 2020;109:124-31.
4. Cryoballoon ablation of pulmonary veins for paroxysmal atrial fibrillation: first results of the North American Arctic Front (STOP AF) pivotal trial. Packer DL, Kowal RC, Wheelan KR, et al. Cryoballoon ablation of pulmonary veins for paroxysmal atrial fibrillation: first results of the North American Arctic Front (STOP AF) pivotal trial. J Am Coll Cardiol 2013;61:1713-23.
5. Hybrid epicardial and endocardial ablation of persistent or permanent atrial fibrillation: a new approach for difficult cases. H. N. Pak, C. Hwang, H. E. Lim, J. S. Kim, and Y. H. Kim, Journal of Cardiovascular Electrophysiology, vol. 18, no. 9, pp. 917-923, 2007.
6. Hybrid versus catheter ablation in patients with persistent and longstanding persistent atrial fibrillation: a systematic review and meta-analysis. Claudia A.J. van der Heijden, Mindy Vroomen, JustinG.Luermans, ReinVos, HarryJ.G.M.Crijns, Sandro Gelsomino, MarkLaMeir, LaurentPison and Bart Maesen. European Journal of Cardio-Thoracic Surgery 56 (2019) 433-443.



CORSO OSS
Autunno 2021

Corso di formazione
per Operatori Socio Sanitari

Evento in presenza

INFORMAZIONE E CONSENSO ALLE CURE INFERMIERISTICHE

una riflessione a cura di Annalisa Colombo e Paola Gobbi, infermiere del Laboratorio di Nursing Narrativo

La quotidianità dell'assistenza nasconde tra le sue pieghe problemi etici che si rivelano ai professionisti quando rispondono ai bisogni delle persone e delle loro famiglie: la bioetica del quotidiano affronta importanti temi quali l'informazione e il consenso, la privacy e la comunicazione.

Informare la persona e ottenere il suo consenso è prerogativa necessaria all'erogazione di qualsiasi prestazione in ambito sanitario. Nessun professionista sanitario è esentato da questo obbligo. Ancora oggi, nonostante in Italia si parli di "consenso informato" sin dalla fine degli anni Ottanta, due sono le idee radicate a riguardo: la prima è che corrisponda a un modulo prestampato, quando in realtà questo è solo un aspetto formale che riguarda gli interventi più importanti; la seconda che coinvolga solo il medico. Invece ogni attività svolta sulla persona assistita può essere attuata solo con il permesso di quest'ultima e riguarda ogni professionista sanitario che interviene sull'assistito, per il proprio ambito di competenza. Il Codice deontologico dell'infermiere, all'art. 15(*), si sofferma sulla componente relazionale del processo di informazione e riconosce l'importanza di un'informazione integrata multiprofessionale, nel rispetto del principio di pertinenza delle informazioni che appartengono al proprio ambito disciplinare.

SOSTITUITA NELLE CURE IGIENICHE

La signora Rossi ha 83 anni ed è ricoverata in medicina con una diagnosi di "scompenso cardiocircolatorio in paziente diabetica"; presenta edemi declivi e un grado di dipendenza elevato da un punto di vista assistenziale. Inoltre è allettata e non è in grado di cambiare posizione autonomamente; non ha parenti o caregiver che siano in grado di aiutarla durante la degenza.

Una mattina, verso le 10, la signora Rossi dichiara agli operatori di non essere intenzionata a ricevere le cure igieniche quotidiane perché, al proprio domicilio, è abituata a lavarsi alle sei del mattino, e aggiunge di aver già inoltrato, senza successo, la richiesta all'infermiere del turno notturno.

Viene interpellato il coordinatore infermieristico il quale minimizza il problema posto dalla signora Rossi, affermando che l'organizzazione del reparto prevede che le cure igieniche vengano eseguite dalle otto alle undici del mattino. I due operatori socio-sanitari in turno allestiscono il carrello con il materiale occorrente e, nonostante le vivaci proteste della donna, le praticano un bagno al letto. Viste le resistenze della signora viene chiamato in supporto l'infermiere Giorgio che aiuta i due OSS immobilizzando la paziente a letto.

La signora, per tutta la procedura, oppone resistenza dimenandosi con forza. Viene annotato nella documentazione infermieristica: "Paziente sostituita nelle cure igieniche totali al letto in quanto presenta agitazione psicomotoria".



storie di persone, voci di infermieri

un approccio innovativo allo studio
della bioetica e della deontologia


Laboratorio di Nursing Narrativo
Milano


Mc Graw
Hill

L'infermiere protagonista della storia qui presentata, ha sicuramente trascurato l'aspetto relazionale del suo intervento; Giorgio e i due OSS hanno trascurato la presa in carico sia dell'aspetto psichico, sia di quello sociale e culturale del benessere della paziente.

Gli operatori hanno omesso di ascoltare e coinvolgere la signora Rossi nella scelta e nelle decisioni della pratica delle cure igieniche e, dal punto di vista della responsabilità professionale, si può affermare che siano presenti gli elementi del reato di violenza privata per essere intervenuti con la forza contro la volontà dell'assistito, ai sensi dell'art 610 del Codice Penale.



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@expopoint.it

Nell'ambito dell'esercizio professionale, il rispetto del principio etico di non maleficità impone agli operatori di evitare ciò che nuoce al paziente. La signora Rossi non solo ha rischiato di riportare lesioni causate dall'intervento forzoso del personale, ma anche danni a carico della sfera psichica (trauma psichico, ansia, depressione). Il principio di giustizia, il quale prevede che gli operatori si oppongano a discriminazioni o ingiustizie nell'erogazione delle cure sembra, in questo caso, non essere manifestamente violato: l'intervento degli operatori è esente da qualsiasi discriminazione ideologica, razziale, sociale, economica.

E' importante ricordare che l'organizzazione aziendale, nei suoi regolamenti, non impedisce agli operatori di concordare con le persone assistite l'orario più appropriato per le cure igieniche. La promozione del massimo morale spinge gli infermieri a orientare la propria azione verso il bene del paziente. In questo caso l'infermiere, sulla base dell'analisi dei bisogni di assistenza infermieristica, ha sicuramente programmato un intervento assistenziale pertinente dal punto di vista della risposta alla dimensione biofisiologica del bisogno; tuttavia l'intervento programmato non risulta altrettanto valido sul piano della risposta alla dimensione soggettiva del bisogno manifestato. La pratica delle cure igieniche a letto è un intervento diretto al bene della persona, ma non può essere attuata in modo violento contro la volontà.

Il rispetto del principio autonomia, che obbliga gli operatori al rispetto della volontà dell'assistito nelle decisioni che lo riguardano, è stato palesemente violato.

Quindi, quali possibilità si sarebbero potute configurare, per descrivere questo caso come una storia di "buona sanità"?

()"L'infermiere si assicura che l'interessato o la persona da lui indicata come riferimento, riceva informazioni sul suo stato di salute precise, complete e tempestive, condivise con l'equipe di cura, nel rispetto delle sue esigenze e con modalità culturalmente appropriate."*

A cura di:

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

*membro del Comitato Scientifico
°membro del Consiglio Direttivo