



L'efficacia dell'educazione sanitaria al paziente cardiologico (affetto da scompenso cardiaco) e cardiocirurgico (in previsione di un intervento chirurgico).

Inf. Lancellotti Monica, Inf. Mereu Roberta, Inf. Spessotti Laura

INTRODUZIONE

Lo scompenso cardiaco è una sindrome clinica complessa, che può derivare da diverse patologie cardiache che provocano una incapacità, più o meno importante, nella contrazione ventricolare con conseguente deficit nella fase sistolica o diastolica.

I sintomi principali di tale sindrome sono dispnea e affaticamento, con limiti più o meno importanti alla tolleranza all'esercizio fisico e ritenzione di liquidi, che può portare alla congestione polmonare ed edemi periferici (1).

E' uno dei principali problemi di salute sia negli Stati Uniti, dove ci sono circa cinque milioni di persone affette da scompenso, e dove ogni anno viene fatta diagnosi di scompenso cardiaco per la prima volta a circa 500.000 persone (1), che in Europa, dove viene stimato che il numero delle persone affette da scompenso vada dallo 0,4 % al 2 % con un incremento legato all'avanzamento dell'età (3).

E' una delle principali patologie della popolazione anziana, in cui la prevalenza è variabile approssimativamente dal 6 % al 10 % e, di contro, circa dell'80 % dei pazienti ospedalizzati con diagnosi di scompenso cardiaco ha più di 65 anni (1).

Da diversi anni ormai nella letteratura di tutto il mondo, vengono affrontate le problematiche relative a questa patologia, al suo impatto sulla popolazione, alle possibilità di intervento terapeutico con approcci diversi, sia di tipo farmacologico che interventistico, che educativo. Tutti questi approcci hanno la finalità di prevenire l'insorgenza di tale sindrome, intervenire là dove

possibile con un trapianto cardiaco e ridurre le recidive e le riospedalizzazioni, attraverso una corretta educazione sanitaria, che porti il paziente e la sua famiglia a riconoscere segni e sintomi, prevenire le ricadute ed ottimizzare il livello di vita.

Generalmente i pazienti con una disfunzione ventricolare sinistra o con scompenso cardiaco si presentano con tre sintomi principali, che possono essere tutti presenti o meno:

Classificazione dello scompenso secondo la New York Heart Association

(NYHA). (3)

Classe I Nessuna limitazione:

l'attività fisica abituale non provoca astenia, dispnea, né palpitazioni.

Classe II Lieve limitazione dell'attività fisica:

benessere a riposo, ma l'attività fisica abituale provoca affaticamento, dispnea, palpitazioni o angina.

Classe III Grave limitazione dell'attività fisica:

benessere a riposo, ma attività fisiche di entità inferiore a quelle abituali provocano sintomi.

Classe IV Incapacità a svolgere qualsiasi attività senza disturbi:

sintomi di scompenso sono presenti anche a riposo, con aumento dei disturbi ad ogni minima attività.

Esistono diverse modalità in cui il quadro clinico del paziente con scompenso viene classificato.

1 *RIDOTTA TOLLERANZA ALL'ESERCIZIO FISICO* associata a dispnea o affaticamento;

- 2 *RITENZIONE DI LIQUIDI* che si manifesta con gonfiore alle gambe e all'addome;
 3 *NESSUN SINTOMO O CON SINTOMI DI UN ALTRO DISORDINE CARDIACO O NON CARDIACO.* (1)

Classificazione secondo ACC/AHA: stadi dello scompenso cardiaco (1)		
Stage	Description	Examples
A	Patients at high risk of developing HF because of the presence of conditions that are strongly associated with the development of HF. Such patients have no identified cardiomyopathy. structural or functional abnormalities of the pericardium, myocardium, or cardiac valves and have never shown signs or symptoms of HF.	Systemic hypertension; coronary artery diabetes mellitus; history of cardiotoxic drug therapy or alcohol abuse; personal history of rheumatic fever; family history of
B	Patients who have developed structural heart disease that is strongly associated with the development of HF but who have never shown signs or symptoms of HF.	Left ventricular hypertrophy or fibrosis; left ventricular dilatation or hypocontractility; asymptomatic valvular heart disease; previous myocardial infarction.
C	Patients who have current or prior symptoms of HF associated with underlying structural heart disease.	Dyspnea or fatigue due to left ventricular systolic dysfunction; asymptomatic patients who are undergoing treatment for prior symptoms of HF.
D	Patients with advanced structural heart disease and marked symptoms of HF at rest despite maximal medical therapy and who require specialized interventions.	Patients who are frequently hospitalized for HF and cannot be safely discharged from the hospital; patients in the hospital awaiting heart transplantation; patients at home receiving continuous intravenous support for symptom relief or being supported with a mechanical circulatory assist device; patients in a hospice setting for the management of HF.

Entrambe le classificazioni dello scompenso cardiaco , al di là delle differenze metodologiche e di approccio medico-terapeutico , ci dimostrano come questa patologia sia progressiva ed ingravescente e porti a radicali cambiamenti di vita, soprattutto quando si ha la progressione verso la III e IV classe N.Y.H.A. o la classe C - D della classificazione proposta dall' ACC/AHA.

Per questo motivo, per questi pazienti è necessario quindi definire dei percorsi educativi che prendano in considerazione diversi aspetti legati a questa patologia: riconoscimento precoce dei segni e dei sintomi, corretta assunzione dei farmaci, controllo costante del peso corporeo, alimentazione corretta con dieta iposodica, appropriato esercizio fisico per evitare il decondizionamento muscolare. Gli interventi educativi devono chiaramente essere appropriati e mirati in base alle condizioni del paziente e alla fase in cui si trova la sua patologia.

OBIETTIVO

L'obiettivo di questo studio è verificare in base alle migliori evidenze scientifiche l'importanza dell'educazione sanitaria iniziata precocemente , in particolare :

1. Valutare l'efficacia degli interventi educativi nella percezione della malattia e nel riconoscimento precoce dei sintomi.
2. Ridurre l'ansia legata ad un intervento cardiocirurgico attraverso interventi educativi mirati ad aumentare la compliance del paziente.
3. Verificare la riduzione delle riospedalizzazioni e il miglioramento dello stile di vita legato ad una buona educazione sanitaria.
4. Valutare come la figura professionale dell'infermiere si può / deve inserire all'interno di questi interventi educativi e a quali risultati, in termini di beneficio per il paziente, portino tali interventi.

Quesito:

P: popolazione adulta affetta da scompenso cardiaco congestizio

I: educazione sanitaria durante l'episodio di cura del paziente finalizzata a uno stile di vita adeguato (dieta, esercizio fisico, corretta assunzione dei farmaci, sostegno psicologico ..) .

C:

O: miglioramento dello stile di vita e prevenzione delle ricadute

MATERIALI E METODI

Strategia di ricerca

la ricerca è stata effettuata attraverso Internet, prevalentemente dalle pagine EBN del Centro studi del servizio infermieristico del S. Orsola-Malpighi consultando le seguenti banche dati di linee guida, revisioni sistematiche e banche dati generali.

Criteri di selezione: sono stati selezionati solo articoli forniti di abstract in lingua inglese e dopo esame dei medesimi, rivolti ad una popolazione adulta (superiore a 19 anni), pubblicati nel periodo dal 1997 al 2004; sono stati ricercati solo articoli rilevanti e pertinenti al quesito. Nella ricerca sono state prese in considerazione le banche dati più rilevanti, sono state trovate tre linee guida pertinenti con il quesito di ricerca. Nei numerosi articoli trovati, ma non selezionati, era presente la figura del case manager che non era pertinente al quesito di ricerca.

RISULTATI

Banca dati LINEE GUIDA	Parola chiave e limiti	Documenti trovati e selezionati Criteri di selezione	Titolo, anno, tipo di documento
NGC National Guidelin e Clearing house	Congestive heart failure	23 documenti 3 selezionati	A guideline for the management of heart failure. National Heart Foundation of New Zealand - Disease Specific Society. 1996 (revised 2001 Dec). 30 pages. NGC:00253 Heart failure. American Medical Directors Association - Professional Association. 1996 (revised 2002). 18 pages. NGC:002529 <u>ACC/AHA guidelines for the evaluation and management of chronic heart failure in the</u>

			<u>adult: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee to Revise the 1995 Guidelines for the Evaluation and Management of Heart Failure).</u> revised 2001
RCN Istituto del Royal College of Nursing		0 documenti	
CMA Canadian medical association		0 documenti per accesso impossibile	
Uk health centre		0 documenti	
ICSI	Congestive heart failure	4 documenti 1 selezionato	Heart Failure in Adults 31/03/2004 <i>Released 6/2004</i>
New Zealand Guidelines Group		File not found	
RNAO		0 documenti	
PNLG		0 documenti	
REVISIONI SISTEMATICHE			
Cochrane	((congestive next heart next failure) and (nursing next care)) -	9 hits 0 documenti selezionati	
	((congestive next heart next failure) and (patient next education))	26 hits 0 documenti selezionati	

Joanna Briggs Institute		1 documento	Eckert M. HCR The Effectiveness of Different Approaches to Pre-intervention Education for Adult Cardiac Patients - A Systematic Review 2003 #1 (2)
CRD DATABASE		0 documenti	
BANDOLIER	Congestive heart failure	16 documenti 0 selezionati	
The Oxford Pain Internet Site		0 documenti	
BANCHE DATI GENERALI			
Medline	"Heart Failure, Congestive"[MeSH] AND "Patient Education"[MeSH] AND "nursing"[Subheading] All Adult: 19+ years, Publication Date from 1998 to 2004, English, Clinical Trial, Human	6 Documenti 2 selezionati	Linne AB, Liedholm H, Israelsson B. Effects of systematic education on heart failure patients' knowledge after 6 months. A randomised, controlled trial. Eur J Heart Fail. 1999 Aug;1(3):219-27. Jaarsma T, Halfens R, Huijter Abu-Saad H, Dracup K, Gorgels T, van Ree J, Stappers J. Effects of education and support on self-care and resource utilization in patients with heart failure. Eur Heart J. 1999 May;20(9):673-82. PMID: 10208788 [PubMed - indexed for MEDLINE]
Cinhal	"heart failure" and "patient education" and nursing and (DT:NU = CLINICAL-TRIAL) and (PY:NU = 1998-2004)	6 documenti 0 selezionato	
Anmco			Commissione congiunta ANMCO-SIC; 1997 Linee Guida sullo Scompensamento Cardiaco

			Linee Guida ANMCO-SIC-GIVFRC sulla riabilitazione cardiologica Commissione congiunta ANMCO-SIC- GIVFRC; 1999
--	--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

DISCUSSIONE

Evidenze scientifiche

La revisione sistematica del Joanna Briggs Institute (4) ha considerato il paziente prossimo all'intervento cardiocirurgico.

QUESITI DELLA REVISIONE: le domande che sono state poste in questa revisione sono:

- 1 L'educazione pre-operatoria è efficace nel ridurre il dolore, l'ansia (pre e post-operatoria) e la durata della degenza ?
- 2 Qual è il metodo educativo pre-operatorio più efficace ?
- 3 La scelta del momento di attuazione di questo intervento ha influenzato l'efficacia dei risultati ottenuti ?

PRE-OPERATORIO: per periodo pre-operatorio s'intende il tempo che intercorre dal momento in cui viene informato il paziente sulla necessità di sottoporsi ad una determinata procedura, al momento in cui la procedura vera e propria viene eseguita.

POST-OPERATORIO: per periodo post-operatorio si intende il periodo che inizia dal termine dell'intervento cardiaco, con il trasferimento del paziente dalla sala operatoria.

Questa revisione ha preso in considerazione adulti ospedalizzati o ricoverati in day-hospital, prossimi ad intervento chirurgico, che abbiano ricevuto un'educazione pre-operatoria.

I metodi educativi presi in esame sono stati:

- 1 *Ausili audio-visivi*
- 2 *Opuscoli informativi*
- 3 *Colloqui telefonici*
- 4 *Una seduta d'insegnamento pre-ricovero*
- 5 *Educazione verbale dopo il ricovero*
- 6 *L'insieme di tali metodi*

Il periodo di tempo preso in esame per la valutazione dei risultati è stata la fase pre e post operatoria.

Questa revisione sistematica ha evidenziato che esistono molte ricerche che definiscono l'efficacia di una buona educazione pre e post operatoria, ma poche sono quelle che vanno ad analizzare quali siano gli strumenti educativi migliori e da chi debbano essere illustrati, per aumentare la comprensione da parte del paziente. Molti studi considerati in questa revisione, infatti, si basano su popolazioni campione ristrette e definite, per cui si rendono necessarie ulteriori ricerche per giungere a conclusioni scientificamente valide.

Al momento, non esistono prove inequivocabili in merito ai benefici apportati dalla presenza di un'infermiera educatrice dedicata a tali pazienti per ciò che riguarda la riduzione dell'ansia, il dolore post-operatorio, la riduzione della degenza e la conduzione di uno stile di vita migliore grazie alle informazioni fornite.

Anche l'efficacia dei diversi strumenti educativi non è stata del tutto verificata poiché dovrebbe tener conto di numerose variabili che non sono emerse da tale revisione: per questo motivo, la conclusione della revisione porta a ritenere che ancora le tematiche relative alla educazione al

paziente prima del trapianto cardiaco, si trovino ancora di fatto nell'ambito dell'area grigia.

Dopo aver considerato la revisione sistematica, sono stati presi in esame due studi randomizzati e controllati .

Il primo di questi (6) ha valutato gli effetti dell'educazione e del supporto da parte degli infermieri sull'autocura in pazienti affetti da scompenso cardiaco.

Sono stati studiati 179 pazienti ricoverati con diagnosi di scompenso con più di 73 anni, in classe N.Y.H.A. III - IV . I pazienti sono stati arruolati per lo studio in maniera casuale e sono stati creati due gruppi, un gruppo d'intervento con 84 pazienti e uno di controllo con 95 pazienti . L'intervento educativo era pianificato e studiato dagli infermieri per rivolgersi a pazienti anziani con scompenso cardiaco ed era finalizzato a promuovere l'autocura, le conoscenze sui centri da contattare in caso di necessità, i segni e sintomi di aggravamento della patologia . L'intervento iniziava durante la fase di ospedalizzazione e continuava a domicilio con una visita concordata telefonicamente con l'infermiere a circa una settimana di distanza dalla dimissione.

Al gruppo di controllo veniva somministrato un'informazione con opuscoli di tipo standard.

Per testare i risultati è stato somministrato un questionario ad entrambe i gruppi dopo circa 1 mese e dopo 8 mesi . Si è evidenziato che dopo un mese le conoscenze in merito alla patologia e l'autogestione della stessa erano aumentate in entrambe i gruppi ma in maniera più significativa nel gruppo di intervento. A distanza di 8 mesi invece in entrambe i gruppi si era verificata una diminuzione nelle capacità di autogestione della patologia , con maggiore rilevanza nel gruppo di controllo.

I risultati dello studio hanno posto in evidenza come un intervento infermieristico studiato e pianificato porta ad una maggior consapevolezza della patologia e dell'autocura, ma ha anche messo in evidenza la necessità di continuare ed integrare tale intervento con ulteriori follow up, che durino più a lungo nel tempo per rafforzare e mantenere le conoscenze acquisite.

Il secondo studio randomizzato e controllato (8) ha preso in esame gli effetti di interventi educativi svolti da infermieri e farmacisti con tecniche innovative, sui pazienti affetti da scompenso cardiaco. In questo studio, sono stati arruolati 130 pazienti durante la fase di ospedalizzazione in maniera casuale, escludendo dal campione le persone con patologie psichiatriche ed handicap. Il gruppo di intervento era composto da 50 pazienti, quello di controllo da 58. In quest'ultimo gruppo di controllo l'intervento educativo era svolto in maniera tradizionale con opuscoli consegnati alla dimissione. Nel gruppo d'intervento, invece, venivano effettuate lezioni frontali da parte degli infermieri e dei farmacisti prima della dimissione ed fu stato consegnato un sistema interattivo (Kodak Photo-CD Portfolio) con tutte le notizie riguardanti la patologia dello scompenso e con dei mini test di verifica, con cui i pazienti potevano verificare le conoscenze acquisite. Entrambe i gruppi furono poi testati mediante due questionari, di cui il primo a circa 10 settimane dalla dimissione ed, il secondo dopo circa 5 mesi dal primo .

I risultati hanno evidenziato una notevole differenza tra le conoscenze acquisite dal gruppo di intervento, rispetto a quelle invece acquisite dal gruppo di controllo . Questo risultato ha portato alla conclusione che due - tre ore di intervento educativo pre-dimissione affiancati dall'utilizzo di metodologie a domicilio più innovative, aumentano considerevolmente la conoscenza del paziente nei riguardi della sua patologia .

Raccomandazioni di pratica clinica

Dopo avere considerato i risultati degli studi selezionati, la ricerca è proseguita mediante la consultazione di 7 linee guida, che prendono in esame lo scompenso cardiaco nell'adulto. Nella tabella seguente riportiamo le raccomandazioni per ciascuna linea guida e la forza delle raccomandazioni là dove indicata.

LINEE GUIDA	RACCOMANDAZIONI LINEE GUIDA
<p>A guideline for the management of heart failure. National Heart Foundation of New Zealand - Disease Specific Society. 1996 (revised 2001 Dec). 30 pages. NGC:002535</p>	<p>Questa linea guida è della Nuova Zelanda e si pone come obiettivo di fornire delle raccomandazioni relative alla gestione del paziente con diagnosi di scompenso cardiaco congestizio ; di ridurre la morbosità e la mortalità dello scompenso cardiaco ; di promuovere la comprensione e la soddisfazione del paziente correlate al suo stato do salute.</p> <p>I metodi usati per selezionare le evidenze sono stati due: Il principale è consistito in una ricerca manuale sulla letteratura ; Il metodo secondario è stato l'utilizzo di database elettronici.</p> <p>Sono stati esaminati i trattamenti non farmacologici (educazione al paziente , cessazione del fumo , riabilitazione fisica ...); trattamenti farmacologici (diuretici , ACE inibitori , betabloccanti ...); altri trattamenti (cardioversione e by pass coronarico).</p> <p>Schema di Grading Sono stati usa 7 livelli di evidenza :</p> <p>I . Evidenza di un ampio e ben condotto R.C.Ts II. Evidenza di un piccolo ma ben condotto R.C.Ts III. Evidenza di un ben condotto studio di coorte IV. Evidenza di un ben condotto studio di caso-controllo V. Evidenza di uno studio non controllato o poco controllato VI. Evidenza conflittuale ma che tende al favore della raccomandazione VII. Opinione degli esperti</p> <p>Non sono stati descritti i metodi utilizzati per analizzare le evidenze e neppure quelli per formulare le raccomandazioni.</p> <p>Lo schema di classificazione per la forza delle raccomandazioni è stato il seguente: A = buona evidenza (livello I-III) B = evidenza abbastanza buona (livello IV-VI) C = opinione degli esperti (livello VII) La forza delle evidenze che vanno dal A al C viene considerata come raccomandazioni maggiori.</p>
	<p>Sintesi delle principali raccomandazioni TRATTAMENTO NON FARMACOLOGICO EDUCAZIONE SANITARIA: comporta interventi educativi di gruppo, colloqui personali con il paziente , verifica della comprensione degli interventi (B) VACCINAZIONI : contro l'influenza e le infezioni da pneumococco. (C) ATTIVITA': esercizi di training riabilitativo in pazienti con scompenso e moderata o severa disfunzione ventricolare aumentano le capacità funzionali e riducono i sintomi. (A) DIETA : restrizione di sodio e di liquidi. (C) ALCOHOL : deve essere scoraggiato l'utilizzo. (C) Vengono poi analizzati l'uso dei farmaci ed eventuali condizioni patologiche concomitanti.</p>

<p>Heart failure. American Medical Directors Association - Professional Association. 1996 (revised 2002). 18 pages. NGC:002529</p>	<p>Questa linea guida è della American Medical Directors Association (A.M.D.A). Si pone come obiettivi di migliorare la qualità delle cure destinate a pazienti lungodegenti e di guidare la valutazione e la gestione dei pazienti con scompenso cardiaco, che si appoggiano alle capacità infermieristiche. La popolazione considerata è rappresentata dagli anziani residenti presso strutture residenziali.</p> <p>I metodi usati per l'elaborazione di questa linea guida e per selezionare le evidenze sono: come metodo primario e secondario la ricerca manuale della letteratura pubblicata; in terza battuta la ricerca sui database elettronici. Il numero dei documenti consultati non è stato documentato; i metodi usati per assicurare la qualità e la forza delle evidenze sono stati il consenso degli esperti; il metodo usato per l'analisi delle evidenze è stato la revisione ma non è stato descritto il metodo; i metodi usati per formulare le raccomandazioni sono stati il consenso degli esperti.</p> <p>Non è presente lo schema di grading</p>
	<p>Sintesi delle maggiori raccomandazioni</p> <p>Riconoscimento: ossia identificazione dei pazienti con una storia di scompenso cardiaco ; individuazione da parte dell'infermiere dei pazienti con segni e sintomi di scompenso cardiaco in fase acuta (tachicardia, edema periferico non dovuto ad insufficienza venosa, aumento del peso, ortopnea, dispnea parossistica notturna, affaticamento, inappetenza, delirio notturno...);</p> <p>valutazione dei pazienti che hanno la presenza di fattori di rischio per scompenso cardiaco (pregresso infarto miocardico o angina instabile, ipertensione cronica, disturbi valvolari, cardiomiopatia dilatativa, aritmie, anemie, disturbi tiroidei); (...).</p> <p>1 Accertamento:viene classificata la severità dello scompenso cardiaco in base alla classificazione N.Y.H.A , in base a ciò vengono decise le strategie da adottare e gli eventuali esami ulteriori da effettuare . In base al risultato viene deciso dal gruppo di lavoro se collocare il paziente in unità di cure intensive o se attivare il gruppo per valutare il trattamento appropriato .</p> <p>2 Trattamento : trattare le condizioni fondamentali di una patologia cardiaca cronica attraverso farmaci, vaccinazioni..; trattare l'eccesso di liquidi ,se presente; trattare la disfunzione sistolica (con farmaci come la digossina); trattare la disfunzione diastolica (con farmaci come nitrato,diuretici, betabloccanti..); iniziare tutti gli interventi appropriati verso la famiglia, la qualità di vita dovuta ad una lunga ospedalizzazione...; monitorare le condizioni del paziente e la sua risposta ai trattamenti.</p> <p>Queste linee guida sono state elaborate da un gruppo interdisciplinare che ha utilizzato un processo di evidenze e consenso basati sull'esperienza. Le evidenze scientifiche sono scarse e la maggioranza delle raccomandazioni sono basate sull'opinione degli esperti e sull'esperienza.</p> <p>Queste linee guida sono consigliate come punto di partenza per discussioni e proposte educative ma non dovrebbero essere utilizzate senza la supervisione di persone qualificate e medici che conoscano approfonditamente la condizione del singolo paziente.</p>

<p><u>ACC/AHA guidelines for the evaluation and management of chronic heart failure in the adult: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee to Revise the 1995 Guidelines for the Evaluation and Management of Heart Failure).</u> revised 2001</p>	<p>Questa linea guida ha lo scopo di assistere i medici nel prendere decisioni cliniche per il paziente affetto da scompenso cardiaco per ciò che riguarda la diagnosi, il trattamento o la prevenzione di specifiche condizioni .</p> <p>Schema di grading</p> <p>Tutte le raccomandazioni che si trovano in questo documento trovano il loro fondamento nella classificazione delle precedenti linee guida dell'ACC/AHA:</p> <p><i>Classe I</i> : condizione per la quale esiste l'evidenza e/o il generale consenso per cui effettuare una procedura/terapia è utile ed efficace.</p> <p><i>Classe II</i> : condizione per la quale c'è un conflitto di evidenze e/o una divergenza di opinioni in merito all'utilità/efficacia di effettuare procedure/terapie.</p> <p><i>Classe IIa</i> : il peso dell'evidenza/opinioni è a favore dell'utilità/efficacia</p> <p><i>Classe IIb</i> : l'utilità/efficacia è meno ben stabilita dall'evidenza/opinioni .</p> <p><i>Classe III</i> : condizione per la quale c'è un evidenza e un generale consenso che una procedura /terapia non è utile/efficace ed in alcuni casi può essere dannosa.</p> <p>Le raccomandazioni considerate sono quando possibile basate su evidenze scientifiche, derivanti dalla letteratura in lingua inglese, reperita sui principali motori di ricerca e con ricerche manuali. Le referenze selezionate e pubblicate su questo documento sono rappresentative ma non esaustive.</p> <p>Il livello delle evidenze su cui sono basate le raccomandazioni sono: livello A se i riferimenti sono derivati da numerosi studi randomizzati e controllati ; livello B quando gli studi sono derivati da un singolo trial randomizzato o da uno studio non randomizzato; livello C quando la principale fonte delle raccomandazioni è data dal parere degli esperti.</p> <p>In questa linea guida vengono presi in esame soprattutto i trattamenti di tipo medico/farmacologico e di tipo diagnostico, mentre non vengono fatti particolari riferimenti all'importanza dell'educazione sanitaria. Un unico cenno viene riservato all'attività fisica che viene considerata per i pazienti affetti da disfunzione ventricolare sinistra in Classe IIb (livello evidenza A). E' sicuramente una linea guida ben articolata ma la cui utilità è ristretta al campo della clinica medica .</p>
<p>ICSI Heart Failure in Adults 31/03/2004 Released 6/2004</p>	<p>Queste linee guida si prefiggono come scopo quello di fornire gli strumenti per la valutazione dei pazienti con scompenso cardiaco secondario ad ipertensione, malattie coronariche...; dopo la valutazione fornire le indicazioni terapeutiche per migliorare lo stato di vita e prevenire le ricadute; fornire al paziente principi educativi dietetici e di stili di vita quotidiani (controllo del peso , restrizione salina...); il trattamento farmacologico più appropriato a seconda del paziente e della sua tolleranza ai farmaci; i criteri di inclusione per eventuali trattamenti chirurgici.</p> <p>CLASSI DEI RAPPORTI DI RICERCA:</p> <p><i>Classe A</i> : studi randomizzati e controllati</p> <p><i>Classe B</i> : studi di coorte</p> <p><i>Classe C</i> : studi non randomizzati con una forte valenza storica, studi di caso controllo, studi di sensibilità e specificità dei test diagnostici, studi descrittivi basati sulla popolazione.</p> <p><i>Classe D</i> : studi incrociati, serie di casi , report di casi.</p> <p><i>Classe M</i> : meta analisi , revisioni sistematiche, analisi decisionali.</p>

Classe R : stato dei consensi , report dei consensi , revisioni narrative.

Classe X : opinioni dei medici

Il grado delle conclusioni è stato :

Grado I : le evidenze sono il risultato di studi disegnati per rispondere ai quesiti , sono risultati generalizzabili ed affidabili.

Grado II : anche questi studi sono disegnati per rispondere ai quesiti ,ma le loro conclusioni sono attaccabili e poco generalizzabili.

Grado III : questi studi sono il risultato di pochi studi non generalizzabili e scarsamente attinenti il quesito.

RACCOMANDAZIONI

1. Valutazione dei pazienti che si presentano con scompenso cardiaco cronico dovuto a cause secondarie come malattie coronariche,ipertensione e altre cause cardiache e non cardiache.
2. Dopo la valutazione, la diagnosi e l'inizio del trattamento farmacologico dello scompenso cardiaco,il follow up ambulatoriale ha la finalità di ottimizzare la terapia farmacologica e di prevenire la riacutizzazione dello scompenso cardiaco. In questa fase l'educazione al paziente ha un ruolo centrale.
3. I concetti principali dell'educazione al paziente sono la dieta e lo stile di vita che comprendono: controllo quotidiano del peso, controllo dei liquidi, restrizione di sodio, intervento precoce all'apparire dei sintomi, adesione al trattamento pianificato, cambiamenti nell'alimentazione e restrizione alcolica, esercizio e riduzione dello stress.
4. Trattare tutti i pazienti con una disfunzione sistolica ventricolare sinistra con ACE inibitori tranne per specifiche controindicazioni come: intolleranza o reazioni avverse agli ACE inibitori , potassiemia maggiore di 5,5 mEq/L, ipotensione sintomatica, severa stenosi delle arterie renali o gravidanza.
5. Se non controindicato, utilizzare beta bloccanti per tutti i pazienti, incominciando con la dose più bassa possibile.
6. Considerare un referente specializzato per quei pazienti i cui sintomi progrediscono nonostante la terapia medica ottimale.

Priorità e misure consigliate per il mantenimento della salute

1. Ottimizzare l'uso degli ACE inibitori e dei beta bloccanti come regola principale nel trattamento dello scompenso cardiaco.
2. Incrementare l'educazione sanitaria per i pazienti con scompenso includendo : restrizione di sodio e gestione dei liquidi , peso quotidiano a casa e corretta assunzione delle terapie.
3. Incrementare la valutazione sulla funzionalità del ventricolo sinistro nei pazienti con scompenso durante la valutazione iniziale.
4. Incrementare la valutazione del paziente con scompenso per cause secondarie.
5. Diminuire l'ospedalizzazione dei pazienti con scompenso cardiaco per tutte le cause cardiovascolari.

<p>Commissione congiunta ANMCO-SIC; 1997 Linee Guida sullo Scompenso Cardiaco</p>	<p>Sono le uniche linee guida italiane trovate. Non sono molto recenti e le abbiamo considerate perché entrambe trattano in maniera un po' più estesa i concetti dell'educazione sanitaria, considerandola come parte integrante dell'intervento terapeutico sul paziente.</p> <p>La prima del 1997 non risponde a nessun requisito di quelli che dovrebbero avere le linee guida poiché non esprime le raccomandazioni e nemmeno la forza di esse. Lo si può considerare più che altro come un trattato formulato da diversi studiosi in base a riferimenti bibliografici precisi che sono elencati. In questa linea guida viene posta un' enfasi particolare all'educazione sanitaria come fondamento per una buona compliance del paziente e come parte integrante della terapia stessa.</p> <p>Raccomandazioni linea guida scompenso cardiaco del 1997</p> <p>SCOPI DEL TRATTAMENTO DELLO SCOMPENSO CARDIACO</p> <p>Gli scopi del trattamento dello scompenso cardiaco sono quelli del trattamento di ogni malattia in generale e si basano su quattro punti: la prevenzione, la cura, il miglioramento dello stato di benessere e il prolungamento della vita. Per quanto riguarda specificatamente lo scompenso cardiaco il trattamento deve proporsi i seguenti obiettivi in: 1) prevenire l'insorgenza dello scompenso cardiaco e la sua progressione, 2) eliminare la causa dello scompenso cardiaco, 3) alleviare i sintomi e migliorare la qualità di vita, 4) aumentare la sopravvivenza.</p> <p>EDUCAZIONE SANITARIA</p> <p><i>a. Consigli generali</i></p> <p>I pazienti con scompenso cardiaco cronico e i loro stretti familiari dovrebbero essere informati riguardo alla natura della malattia, al riconoscimento dei sintomi di instabilizzazione e al cosa fare in caso di sintomi, alla terapia in generale e all'utilizzo dei farmaci in particolare, alla attività fisica quotidiana, alle restrizioni dietetiche. È molto importante che i pazienti capiscano la loro malattia e siano coinvolti nella cura; inoltre, la conoscenza relativa al significato di ogni preciso intervento aiuta il paziente e la famiglia ad avere aspettative realistiche.</p> <p>I. Educazione sanitaria</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Consigli generali b. Consigli dietologici e abitudini sociali c. Riposo ed esercizio <p>II. Terapia farmacologica</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Diuretici b. ACE inibitori c. Glicosidi cardiaci d. Vasodilatatori e. Betabloccanti f. Agenti dopaminergici g. Agenti beta-agonisti h. Inibitori della fosfodiesterasi
-----------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

- i. Antiaritmici
- l. Anticoagulanti e antiaggreganti
- m. Ossigeno
- n. Farmaci da evitare o usare con cautela

III. Device e chirurgia

- a. Ultrafiltrazione
- b. Pacemaker
- c. Cardiovertitore/defibrillatore impiantabile e procedure antiaritmiche di ablazione elettrica
- d. Rivascolarizzazione miocardica
- e. Trapianto cardiaco

Poichè il numero degli argomenti è elevato e il paziente deve assimilare l'informazione e discuterla, questo aspetto del trattamento del paziente con scompenso cardiaco cronico deve essere gestito in stretta collaborazione tra il medico intra- e extra-ospedaliero, in continuità assistenziale.

Particolare enfasi dovrebbe essere posta al problema del *peso corporeo*. È essenziale raccomandare che il controllo del peso corporeo venga effettuato sempre nelle medesime condizioni e con la stessa bilancia. Improvvisi aumenti di peso (es. > 2 kg in 1-3 gg) dovrebbero indurre a potenziare la terapia diuretica in maniera autogestita (se fattibile), o allertare il paziente a chiedere consiglio medico.

Gravidanza/Contracezione

In pazienti con scompenso avanzato, in classe NYHA III-IV, il rischio di mortalità e morbilità materna è alto. In queste pazienti la gravidanza dovrebbe essere evitata. In caso di scompenso lieve-moderato, dovrebbero essere spiegati alla paziente i potenziali effetti negativi della gravidanza sulla evoluzione clinica e sulla prognosi.

Le attuali procedure di contraccezione ormonale sono considerate più sicure che in passato e potrebbero essere consigliate. Estrogeni a bassa dose e progesteronici di terza generazione sono associati con basso rischio di trombogenesi e ipertensione arteriosa. I dispositivi intrauterini rimangono un appropriato mezzo anticoncezionale.

Viaggi

Vanno discussi individualmente i viaggi aerei, le grandi altitudini e le alte temperature ed umidità. Generalmente brevi spostamenti in aereo sono da preferire a più lunghi spostamenti con altri mezzi. In caso di scompenso severo, classe NYHA III e IV, lunghi viaggi in aereo possono causare problemi (ad es. disidratazione ed edema eccessivo agli arti) e dovrebbero essere scoraggiati. Andrebbero anche

discussi i potenziali effetti sull'equilibrio gastrointestinale del cambiamento di dieta durante i viaggi.

b. Consigli dietologici e abitudini sociali

Il controllo della quantità di *sale* nella dieta è un problema rilevante più nello scompenso avanzato che in quello lieve. Non esistono evidenze documentate per

queste misure terapeutiche tradizionali. *L'apporto idrico* dovrebbe essere ridotto a 1-

1.5 l/ die in pazienti con scompenso avanzato, con e senza iponatremia. In caso di

obesità dovrebbe essere fatto ogni tentativo di ridurre il grado.

L'apporto di moderate quantità di *alcool* è concesso, eccetto che quando si sospetti

un'etiologia alcolica della cardiomiopatia, nel qual caso il consumo di alcool va

proibito. Sebbene manchino evidenze di supporto, viene suggerita una restrizione del

consumo alcolico a 20-30 g/die.

Il *fumo* dovrebbe essere sempre scoraggiato e certamente anche nei pazienti con

scompenso.

c. Riposo ed esercizio

Il decondizionamento muscolare costituisce una possibile causa di alterazioni muscolari metaboliche e di sintomi (fatica) e dovrebbe essere evitato. Un'attività muscolare di basso livello dovrebbe essere incoraggiata,

mentre esercizi strenui o isometrici dovrebbero essere evitati. **Un programma**

specifico di training fisico deve essere attentamente individualizzato ed eseguito sotto controllo medico.

In caso di scompenso acuto o di instabilizzazione di scompenso cronico, il riposo

costituisce un punto chiave dell'approccio terapeutico. Una volta che il paziente sia

in classe NYHA II e III stabile, l'esercizio fisico appropriato e il programma di training

fisico possono portare al miglioramento della tolleranza allo sforzo e della qualità di

vita; di questo vi sono evidenze documentate^{1, 2}, mentre incerto rimane l'effetto del

training fisico sulla prognosi.

Le raccomandazioni oggi possibili riguardanti l'esercizio fisico sono raccolte nella

Tabella IV. Esercizio fisico: attuali raccomandazioni.

1 Esercizio aerobico dinamico (cammino)

2 3-5 volte/settimana per 20-30 minuti

3 Evitare di incoraggiare il riposo (eccetto che in pazienti con scompenso acuto o instabilizzazione di scompenso cronico)

Raccomandazioni

La riabilitazione dei pazienti con malattia cardiovascolare è definita come “ somma degli interventi richiesti per garantire le migliori condizioni fisiche, psicologiche e sociali in modo che i pazienti con cardiopatia cronica o post-acuta possano conservare o riprendere il proprio ruolo nella società”.

Questa definizione in primo luogo identifica il soggetto della riabilitazione nel paziente con cardiopatia post-acuta o cronica, ed in secondo luogo definisce l’obiettivo dell’intervento: riassumere e conservare una condizione la più vicina possibile allo “stato di salute”, prevenendo effettivamente la progressione della malattia, promuovendo quindi la riduzione degli eventi cardiovascolari (prevenzione secondaria) e favorendo nel contempo il processo di recupero 1-8.

La riabilitazione cardiovascolare (RCV), combinando la prescrizione dell’attività fisica con la modificazione del profilo di rischio dei pazienti, ha come fine ultimo quello di favorire la stabilità clinica, di ridurre il rischio di successivi eventi cardiovascolari e le disabilità conseguenti alla cardiopatia. Gli obiettivi della RCV sono quindi di ridurre i sintomi legati alla malattia, di migliorare la capacità funzionale, ridurre la disabilità, favorire il reinserimento lavorativo, in altri termini migliorare la qualità di vita, ma anche definire e ridurre il rischio di nuovi eventi cardiovascolari.

I programmi riabilitativi si basano sui seguenti punti:

- stima del rischio cardiovascolare globale mediante valutazione clinica ed indagini strumentali anche complesse;
- identificazione di obiettivi specifici per ciascun fattore che influenza il rischio;
- formulazione di un piano di trattamento individuale che includa:

a) interventi terapeutici finalizzati a realizzare specifici obiettivi di riduzione di rischio;

b) il cambiamento dello stile di vita (abolizione del fumo, dieta appropriata, controllo del peso corporeo, dello stato d’ansia e della depressione) da ottenere soprattutto mediante programmi educazionali strutturati;

c) la prescrizione dell’attività fisica;

• intervento di mantenimento a lungo termine per ciascun paziente allo scopo di consolidare i risultati ottenuti, rivalutando nel tempo l’opportunità di modificare il trattamento.

È necessario che molteplici competenze professionali siano coinvolte nella realizzazione dei programmi riabilitativi: cardiologo, terapeuta della riabilitazione, psicologo, dietologo ed altre figure pertinenti. È documentato che la RCV, intesa in tale senso, ritarda la progressione della malattia, riduce la mortalità, morbilità e frequenza di riospedalizzazioni, previene il deterioramento clinico e la progressione delle disabilità conseguenti alla malattia, migliora allo stesso tempo sensibilmente la qualità di vita dei pazienti cardiopatici ed i costi sociali della malattia .

<p>Linee Guida ANMCO-SIC-GIVFRC sulla riabilitazione cardiologica Commissione congiunta ANMCO-SIC-GIVFRC; 1999</p>	<p><u><i>A questo proposito il Comitato degli Esperti dell'OMS ha fornito nel 1993 le seguenti raccomandazioni:</i></u></p> <ul style="list-style-type: none"> <u><i>• la RCV deve costituire parte integrante del trattamento a lungo termine di tutti i cardiopatici;</i></u> <u><i>• il programma riabilitativo deve essere elaborato e condotto da personale competente e dedicato, capace non solo di prescrivere esercizi fisici appropriati, ma anche di promuovere educazione sanitaria e garantire supporti sociali ed attitudinali;</i></u> <u><i>• deve essere sollecitato il coinvolgimento anche dei familiari dei pazienti;</i></u> <u><i>• i programmi riabilitativi devono essere inseriti nel contesto del sistema sanitario vigente, attuati all'interno di dipartimenti ospedalieri o in centri di riabilitazione specifici, con la responsabilità di personale medico dedicato;</i></u> <u><i>• l'implementazione del programma di RCV deve essere delegata a figure professionali mediche e parasanitarie esperte;</i></u> <u><i>• i programmi devono prevedere un controllo per la valutazione della loro efficacia.</i></u> <p>Intesa in questo modo la RCV costituisce componente essenziale in un moderno programma assistenziale per tutti i cardiopatici.</p> <p><i>Pazienti con scompenso cardiaco.</i> L'applicazione del training fisico nei pazienti con SCC può essere distinta in tre momenti: la selezione del paziente, l'impostazione di un programma individualizzato e le modalità valutative di efficacia e sicurezza (Tab. XIII).</p> <p>I risultati degli studi di training fisico in pazienti con SCC evidenziano che gli effetti benefici, in termini di tolleranza allo sforzo e di riduzione dei sintomi, possono essere ottenuti con modalità estremamente variabili, e ciò dipende in parte dalle caratteristiche del programma di training, in parte dalle metodiche valutative e dal grado di compromissione funzionale della popolazione in esame .</p> <p>L'approccio graduale all'attività fisica regolare e i suoi benefici, funzionali e psicologici, ne hanno esteso l'indicazione: attualmente si stanno verificando modelli di approccio fisico-riabilitativo, preludio al training fisico convenzionale, anche ai pazienti con scompenso cardiaco avanzato, in esiti di recente instabilizzazione.</p> <p>Operativamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> – nei pazienti meno compromessi (NYHA I-II/Weber AB) il training fisico ha l'obiettivo di prevenire il decondizionamento e di migliorare la capacità funzionale. Una più specifica giustificazione esiste in pazienti con cardiomiopatia ischemica per i noti effetti di prevenzione secondaria. Le modalità del training sono di fatto simili a quelle descritte per la cardiopatia ischemica (pazienti a medio ed alto rischio);
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

– nei pazienti più compromessi, il training fisico ha l'obiettivo di prevenire il decondizionamento muscolare e la cachessia, di raggiungere e mantenere una migliore autosufficienza;

– durante la fase di instabilità clinica, e comunque in pazienti con scompenso grave che necessitano di terapie infusive, è limitata ad esercizi di mobilizzazione attiva o passiva al letto, in poltrona, a brevi percorsi assistiti in camera o corridoio, allo scopo di prevenire o contrastare gli effetti del decondizionamento fisico;

– in pazienti clinicamente stabili è possibile impostare un'attività fisica più impegnativa, comunque sempre aerobica (al 50-60% del VO2 massimo) in funzione della capacità funzionale: sedute alla cyclette e/o al treadmill, ginnastica respiratoria o calistenica a corpo libero, esercizi di singole masse muscolari (programmi personalizzati in termini di modalità, frequenza, durata ed intensità dell'esercizio).

TABELLA XIII – Training fisico nello scompenso cardiaco cronico: tempi e modalità di applicazione

- Fase preliminare
- Selezione dei pazienti
- verifica delle controindicazioni all'esecuzione di attività fisica
- definizione della stabilità clinica,
- grado di compromissione funzionale: classe NYHA, VO2 picco
- Fase di impostazione
- Modalità applicative
- tipo di attività fisica
- durata delle sessioni di allenamento
- frequenza delle sessioni di allenamento
- intensità dell'attività fisica consigliata e le variazioni nel tempo
- Modalità di valutazione
- tempi e modalità di osservazione clinica e strumentale
- tempi e modalità di verifica dell'efficacia dell'intervento e quali obiettivi considerare
- criteri clinico-strumentali di esclusione o riammissione al programma di attività fisica
- Fase di mantenimento
- Modalità applicative
- definizione del tipo e dell'intensità di attività fisica, della durata e della frequenza delle sessioni di allenamento
- verifica di ipotesi di attività fisica a maggior contenuto anaerobico o contro resistenza
- attività fisica controllata in strutture extraospedaliere: palestre, associazioni sportive
- attività fisica domiciliare
- Modalità di valutazione
- tempi e modalità di osservazione clinica e strumentale
- tempi e modalità di verifica dell'efficacia dell'intervento e quali obiettivi considerare

- criteri clinico-strumentali di esclusione o riammissione al programma di attività fisica

Intervento psicocomportamentale e psicosociale

Come già ricordato, problemi psicosociali sono frequenti in pazienti infartuati. Dopo infarto miocardico, la depressione in forma più o meno grave è presente in circa il 10-20% dei pazienti e disordini legati all'ansia sono evidenti in circa il 5-10%. Il 25% dei pazienti non riprende l'attività sessuale precedente e circa la metà riduce la propria attività sessuale o manifesta problemi nell'ambito della sfera sessuale. Inoltre, frequenti sono problemi in ambito familiare, nei rapporti di coppia così pure la tendenza all'isolamento sociale. Se l'approccio al paziente si articola in più livelli sequenziali, ovvero attraverso una valutazione psicometrica ed un colloquio clinico individuale, è possibile fare una pianificazione degli obiettivi terapeutici e delle strategie più funzionali alla riduzione delle problematiche emerse. Programmi di educazione sanitaria, psicoterapia, gestione dello stress hanno mostrato importanti risultati nel migliorare la qualità della vita e nel ridurre il distress psicosociale in pazienti cardiopatici, specialmente immediatamente dopo un evento acuto.(.....)

Ad integrazione dei training specifici che richiedono competenze psicologiche in tecniche di modificazione del comportamento, medicina comportamentale e terapia cognitiva, ogni intervento riabilitativo deve includere anche programmi di educazione sanitaria. Un programma di educazione sanitaria mirato alla conoscenza della malattia e della sua evoluzione ed al controllo dei fattori di rischio dovrebbe avvalersi di tecniche di problem solving perché la sola informazione non è in grado di produrre cambiamenti significativi e persistenti.

Infine è importante sottolineare l'importanza del coinvolgimento della famiglia nel processo riabilitativo del cardiopatico.

Consigli generali. I pazienti con scompenso cardiaco cronico e i loro stretti familiari dovrebbero essere informati riguardo alla natura della malattia, al riconoscimento dei sintomi di instabilizzazione e al cosa fare in caso di sintomi, alla terapia generale e all'utilizzo dei farmaci in particolare, alla attività fisica quotidiana, alle restrizioni dietetiche.

È molto importante che i pazienti capiscano la loro malattia e siano coinvolti nella cura; inoltre la conoscenza relativa al significato di ogni preciso intervento aiuta il paziente e la famiglia ad avere aspettative realistiche.

La tabella XV riporta una lista degli argomenti che si suggerisce di discutere.

Gli argomenti fondamentali da discutere nel programma

di educazione alla salute sono:

- anatomia, fisiologia e patologia;
- sintomi della malattia;
- farmaci;
- indagini strumentali;
- fattori di rischio coronarico;
- alimentazione, dieta;
- fattori emozionali e sociali legati alla malattia, stress;
- attività sociale e tempo libero;
- ritorno al lavoro;
- attività sessuale;
- linee guida per l'esercizio fisico;
- motivazione, compliance.

Il cardiologo responsabile dell'intervento riabilitativo è anche responsabile del contenuto e delle modalità di conduzione del programma di educazione alla salute generale che potrà essere svolto con l'ausilio di altre figure professionali (psicologo, dietista fisioterapista, infermiere, ecc.).

TABELLA XV – Lista degli argomenti da discutere con il paziente affetto da scompenso cardiaco e con i familiari

CONSIGLI GENERALI

Spiegare cos'è lo scompenso
e la ragione dei sintomi

Cause dello scompenso

Riconoscimento dei sintomi Dispnea, ortopnea, fatica, edema

Cosa fare alla comparsa Chiedere controllo medico

dei sintomi autogestire il diuretico

Autocontrollo quotidiano Rapido aumento (es. > 2 kg in

del peso 1-3 gg), incremento del diuretico

o controllo medico

Spiegare le basi della terapia Farmacologica, non farmacologica

(es. chirurgia conservativa,

pace maker, defibrillatore

impiantabile, ultrafiltrazione,

trapianto cardiaco)

Vaccinazione antinfluenzale Non obbligatoria, ma consigliabile

specie nei pazienti più anziani

Importanza dell'igiene personale Cura dei denti, della pelle, ...

Abolizione del fumo

ATTIVITÀ FISICA Lavoro,

QUOTIDIANA hobby,

esercizio fisico,

attività sessuale

DIETA (eventualmente con Riduzione del peso se necessario;

l'aiuto di un dietologo/dietista) riduzione del sodio a 2.5-3 g/die

(= riduzione del sale a 5 g/die):

evitare di aggiungere sale ai cibi in

tavola, evitare cibi salati e

conservati, evitare latticini,

	evitare eccesso idrico: restrizione idrica (nello scompenso severo 1-1.5 l/die); restrizione alcolica (proibizione in caso di cardiomiopatia alcolica)
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

CONCLUSIONI:

Analizzando i vari documenti si evince che l' educazione sanitaria al paziente affetto da scompenso cardiaco è fondamentale e anzi è parte fondante della terapia stessa. Sono presenti numerose raccomandazioni che mirano a dare spunti chiari e precisi da tradurre nella pratica quotidiana. La conoscenza da parte del paziente della sua patologia , delle strategie terapeutiche percorribili (dalla terapia farmacologia, all'intervento cardiocirurgico, al trapianto cardiaco), dello stile di vita che può condurre, dei segni e sintomi di un eventuale recrudescenza della patologia, del tipo di alimentazione e di attività di vita ecc...risultano essere fondamentali al fine di evitare le riospedalizzazioni e consentire alla persona di vivere una vita migliore.

Molte cose sono state fatte nel nostro paese per attuare in pratica le raccomandazioni che risultano essere comuni a tutte le linee guida internazionali, infatti sono presenti sul territorio ambulatori dedicati al follow up dei pazienti con scompenso cardiaco o post trapianto cardiaco. Molto tuttavia riteniamo possa essere ancora fatto per migliorare la compliance di tali pazienti partendo innanzitutto con l'educazione sanitaria al momento stesso del ricovero con programmi che potrebbero vedere coinvolte diverse figure professionali tra le quali anche quella dell'infermiere che a nostro avviso potrebbe esercitare un ruolo importante in questo ambito.

Dopo la lettura di tali documenti infatti a noi sono sorti numerosi interrogativi che rimangono in sospeso : chi educa e perché proprio lui? Qual è il miglior sistema educativo? Una buona educazione iniziata in ospedale da un'equipe dedicata dovrebbe essere continuata da tale equipe anche quando il paziente viene dimesso? Il potenziamento dei servizi territoriali e un interscambio di informazioni con quelli ospedalieri porterebbe a migliori risultati per il paziente?

BIBLIOGRAFIA

1. ACC/AHA guidelines for the evaluation and management of chronic heart failure in the adult: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee to Revise the 1995 Guidelines for the Evaluation and Management of Heart Failure). revised 2001
2. American Medical Directors Association - Professional Association. Heart failure. 1996 (revised 2002). 18 pages. NGC:002529
3. Commissione congiunta ANMCO-SIC Linee Guida sullo Scompenso Cardiaco ; 1997
4. Eckert M. HCR The Effectiveness of Different Approaches to Pre-intervention Education for Adult Cardiac Patients - A Systematic Review 2003 #1 (2)
5. ICSI Heart Failure in Adults 31/03/2004 Released 6/2003
6. Jaarsma T, Halfens R, Huijjer Abu-Saad H, Dracup K, Gorgels T, van Ree J, Stappers J. Effects of education and support on self-care and resource utilization in patients with heart failure. Eur Heart J. 1999 May;20(9):673-82.
7. Linee Guida ANMCO-SIC-GIVFRC sulla riabilitazione cardiologica Commissione congiunta

ANMCO-SIC- GIVFRC; 1999

8. Linne AB, Liedholm H, Israelsson B. Effects of systematic education on heart failure patients' knowledge after 6 months. A randomised, controlled trial. *Eur J Heart Fail.* 1999 Aug;1(3):219-27. PubMed - indexed for MEDLINE
9. National Heart Foundation of New Zealand - Disease Specific Society. A guideline for the management of heart failure. 1996 (revised 2001 Dec). 30 pages. NGC:002535