

Tachicardia ventricolare: preparazione del paziente

VENEZIA 16 OTTOBRE 2015

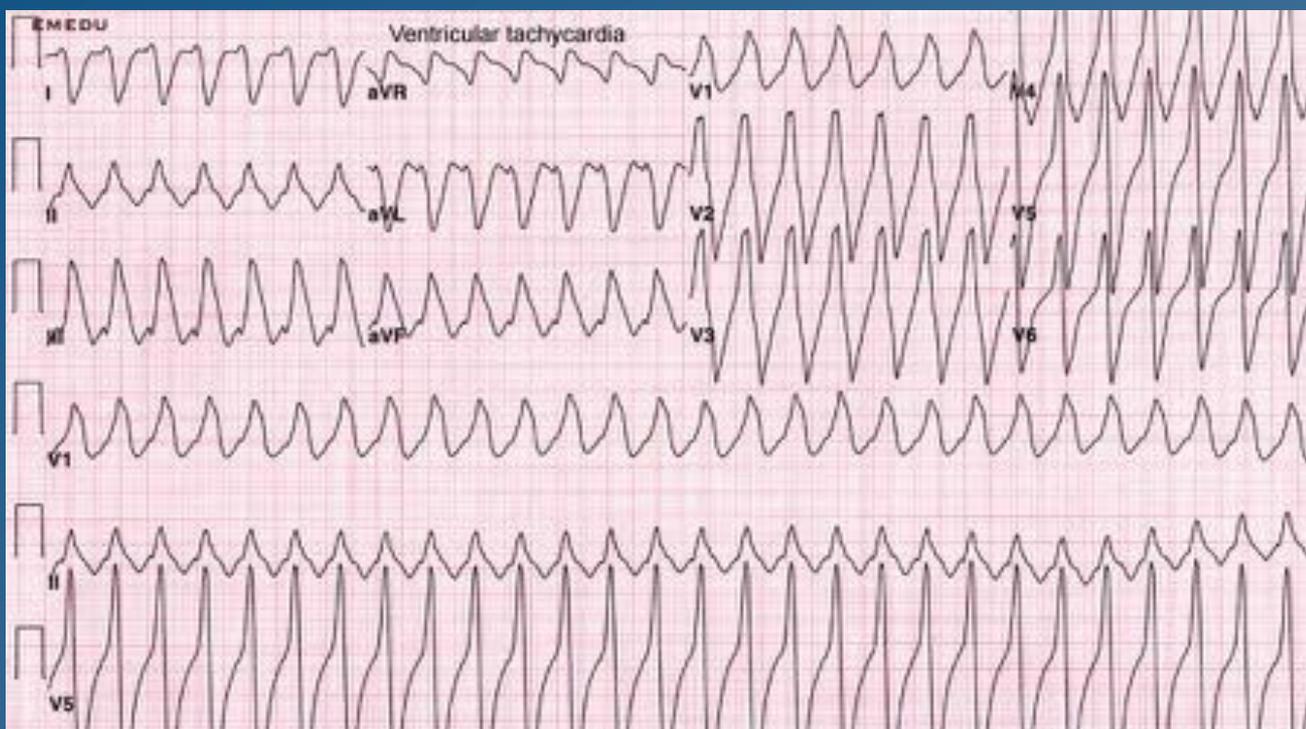
Leonardo Mandile

Aritmologia ed elettrofisiologia cardiaca

Ospedale S Raffaele - Milano

DEFINIZIONE

-La tachicardia ventricolare (VT), è un battito cardiaco accelerato che origina nei ventricoli. E' un' aritmia maligna poichè può degenerare in fibrillazione ventricolare con conseguente arresto cardiocircolatorio



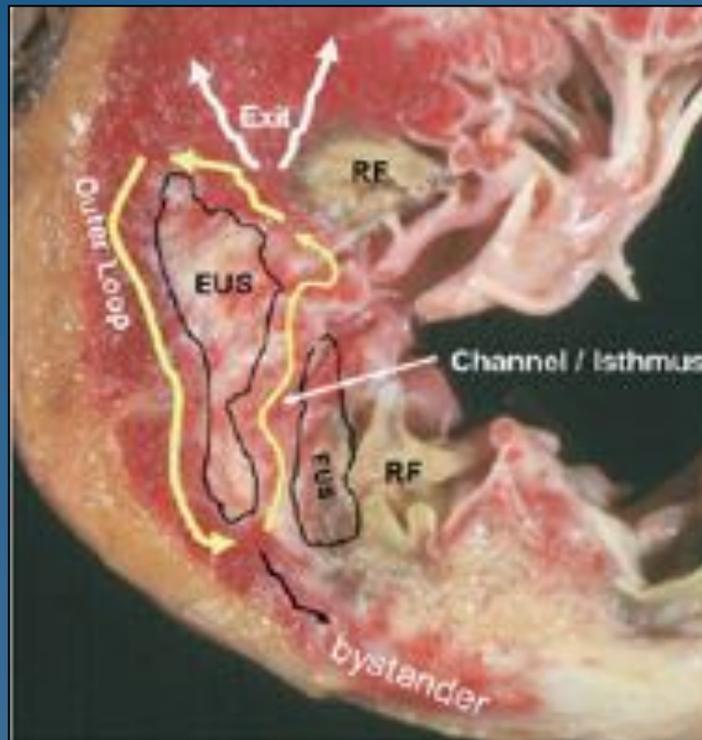
All'elettrocardiogramma si presenta come una rapida successione di complessi QRS slargati.

PRINCIPALI CAUSE DI TV

- Cardiopatia ischemica
- Cardiomiopatia idiopatica;
- Miocardite
- Cardiopatie congenite
- Post-cardiochirurgica
- Valvulopatie

Tachicardie ventricolari post-ischemiche

- l'area cicatriziale post infartuale è la più comune sede dei circuiti causa di TV sostenute monomorfe.



PRINCIPALI SINTOMI

-Se la frequenza cardiaca durante la TV è elevata o dura per qualche secondo, il paziente si può presentare con i seguenti sintomi:

- Palpitazioni
- Dispnea
- Angina
- Lipotimia
- Sincope

I sintomi possono iniziare ed interrompersi in maniera spontanea. In alcuni casi il paziente può essere asintomatico.

TERAPIA

Il tipo di terapia dipende dai sintomi e dal tipo di cardiopatia:

- Se la tachicardia ventricolare diventa un' emergenza:
 - Defibrillazione o cardioversione elettrica (shock elettrico);
 - Farmaci anti-aritmici (quali lidocaina, metoprololo amiodarone) somministrati in vena.
- CPR

TERAPIA

Trattamento a lungo termine:

- Terapia farmacologica (beta-bloccanti, amiodarone) per OS.
- Impianto di defibrillatore (ICD)
- Ablazione transcatetere

Impianto ICD

-Termina le TV

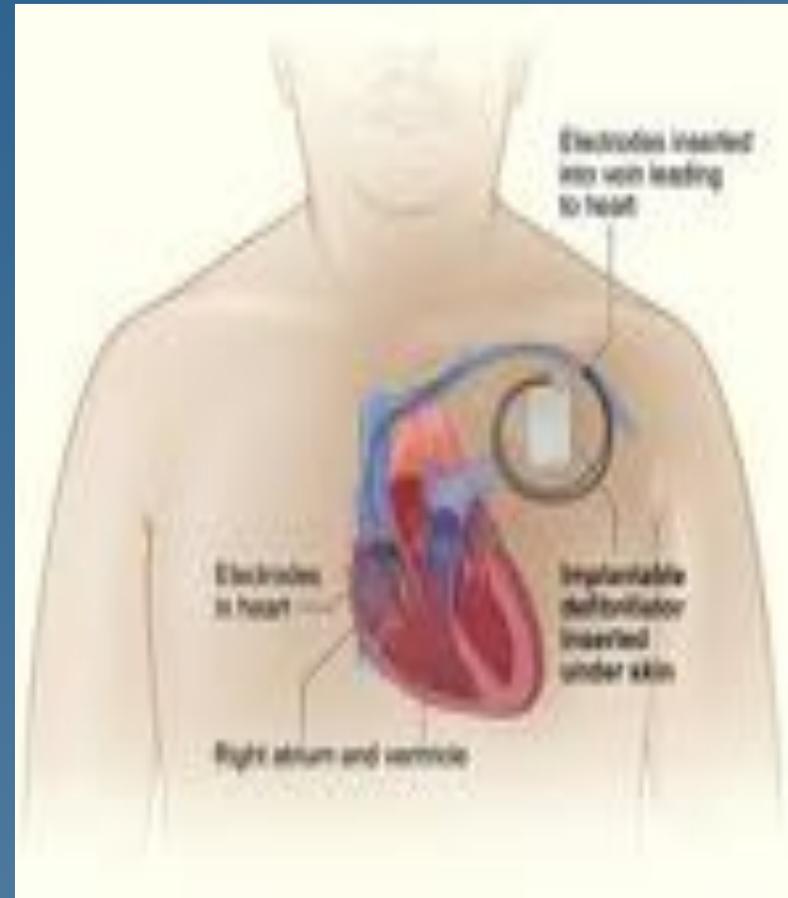
-Previene la morte improvvisa

Ma....

-DC shock doloroso

-Riduce notevolmente la QoL

-39-70% pts avranno nuovo episodio di TV....nuovi episodi importante aumento mortalità



Indicazioni all'ablazione

- **nei pazienti con ICD che hanno ricevuto multipli shock dovuti a TV sostenuta, non gestibile con riprogrammazione dell' ICD o terapia farmacologica**
- **Storm aritmico e TV incessante**
- **nei pazienti in cui si vuole evitare una terapia farmacologica in cronico.**

Quali approcci possibili?

- Endocardico:
 - vena femorale: VDx, VSx (via transettale)
 - arteria femorale: VSx (transaortico retrogrado)
- Epicardico:
 - subxifoideo percutaneo
 - Finestra cardiocirurgica

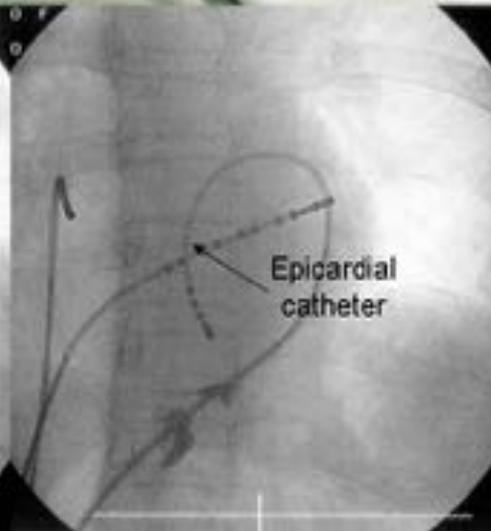
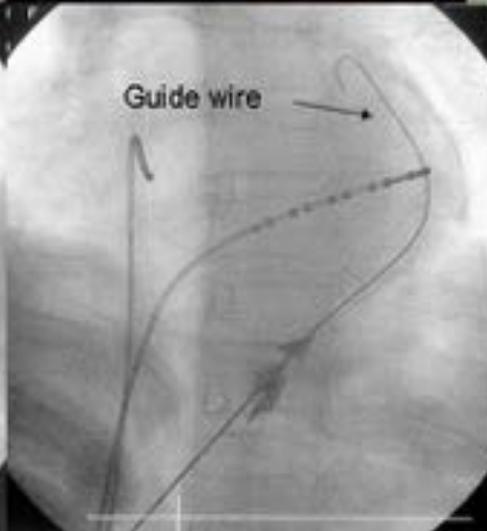
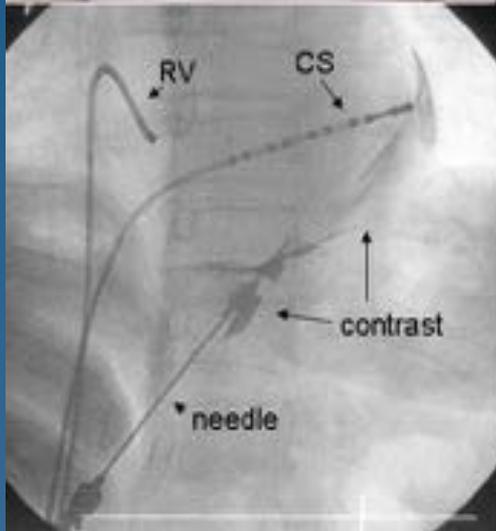
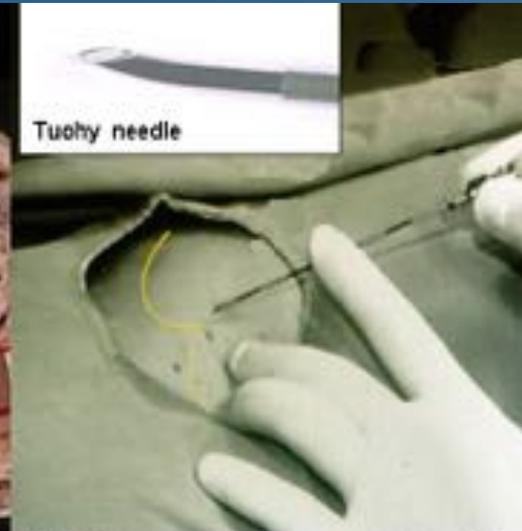
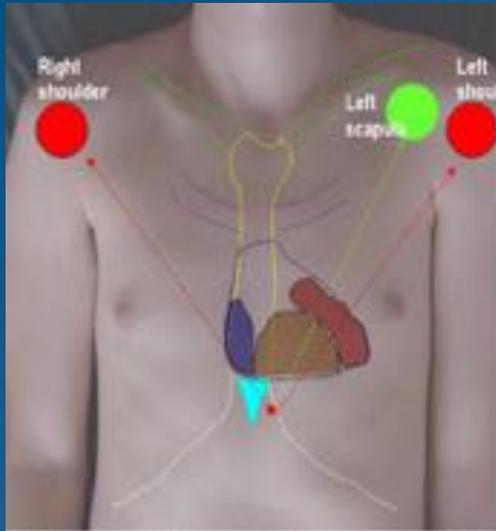
Endocardico/epicardico

- approccio combinato

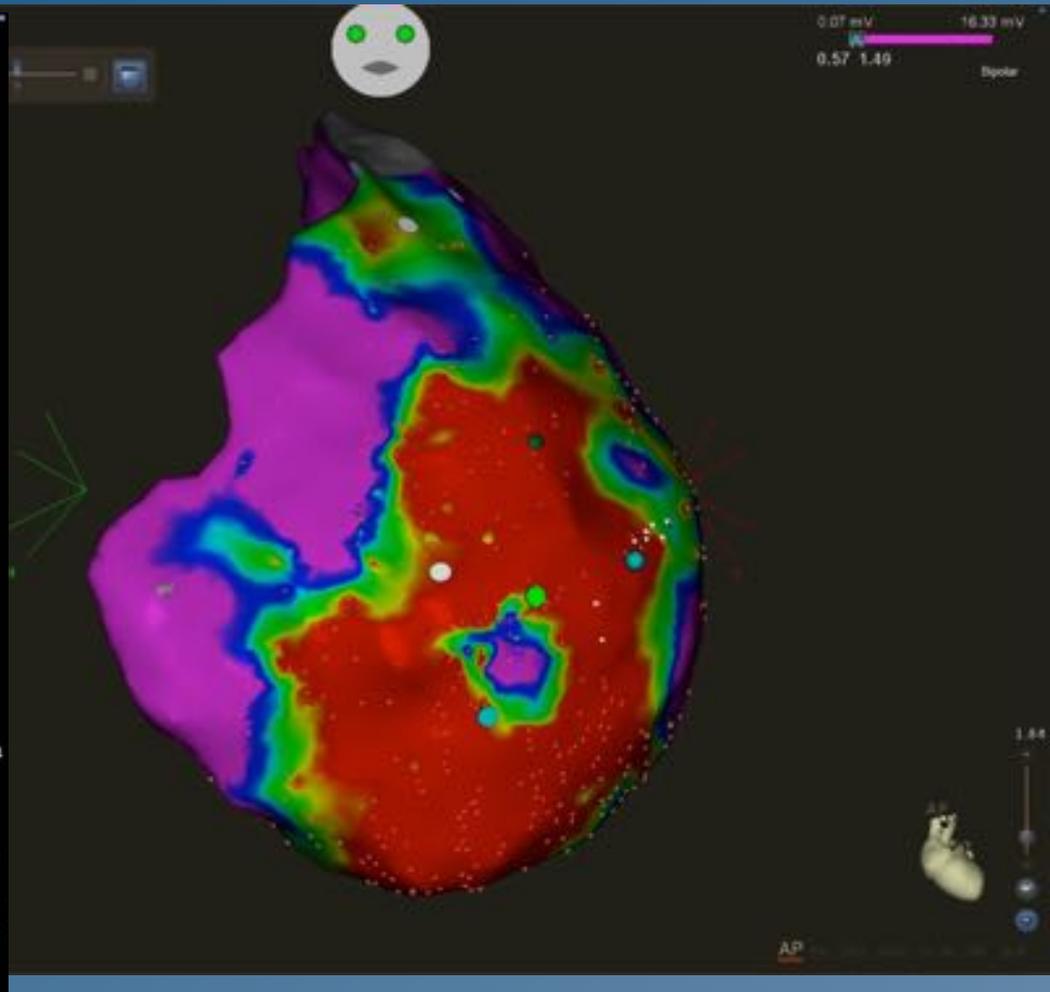
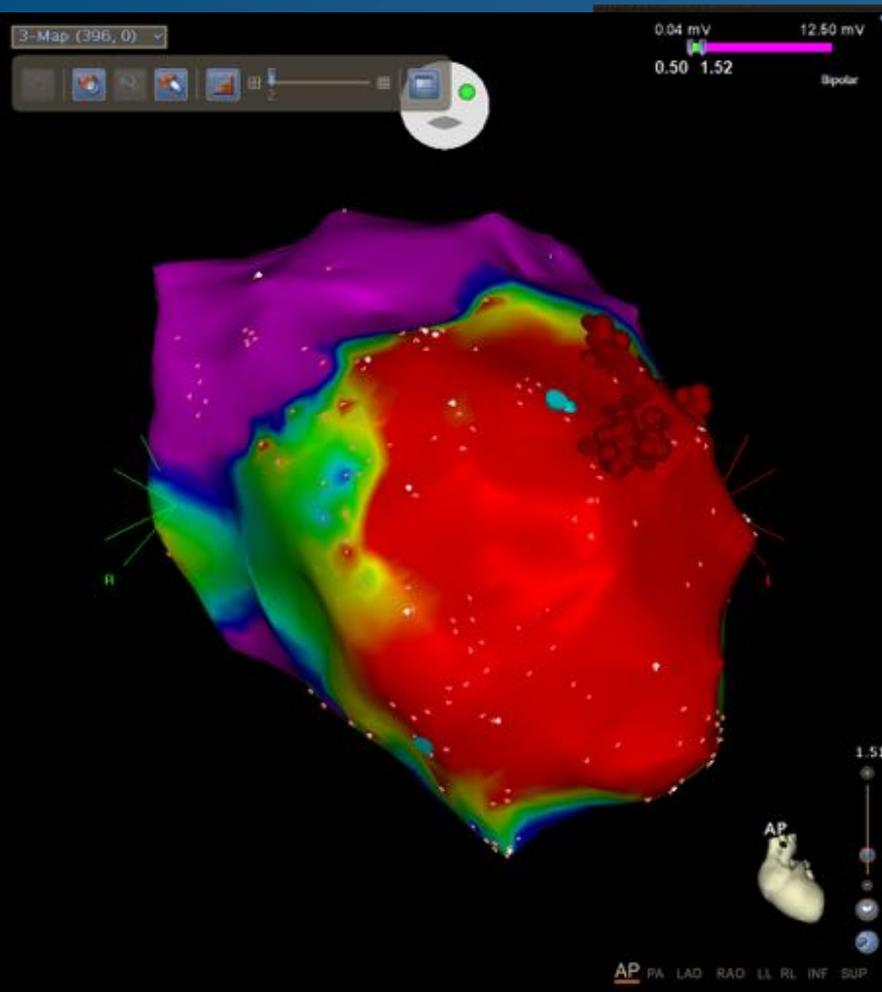
Quando fare l'ablazione per via epicardica?

- Fallimento di un'ablazione endocardica
- La morfologia della TV è suggestiva per un'origine epicardica
- Trombo nel VS
- Il risultato della mappa di attivazione è suggestivo per rientro epicardico (“pseudo-focal” TV)

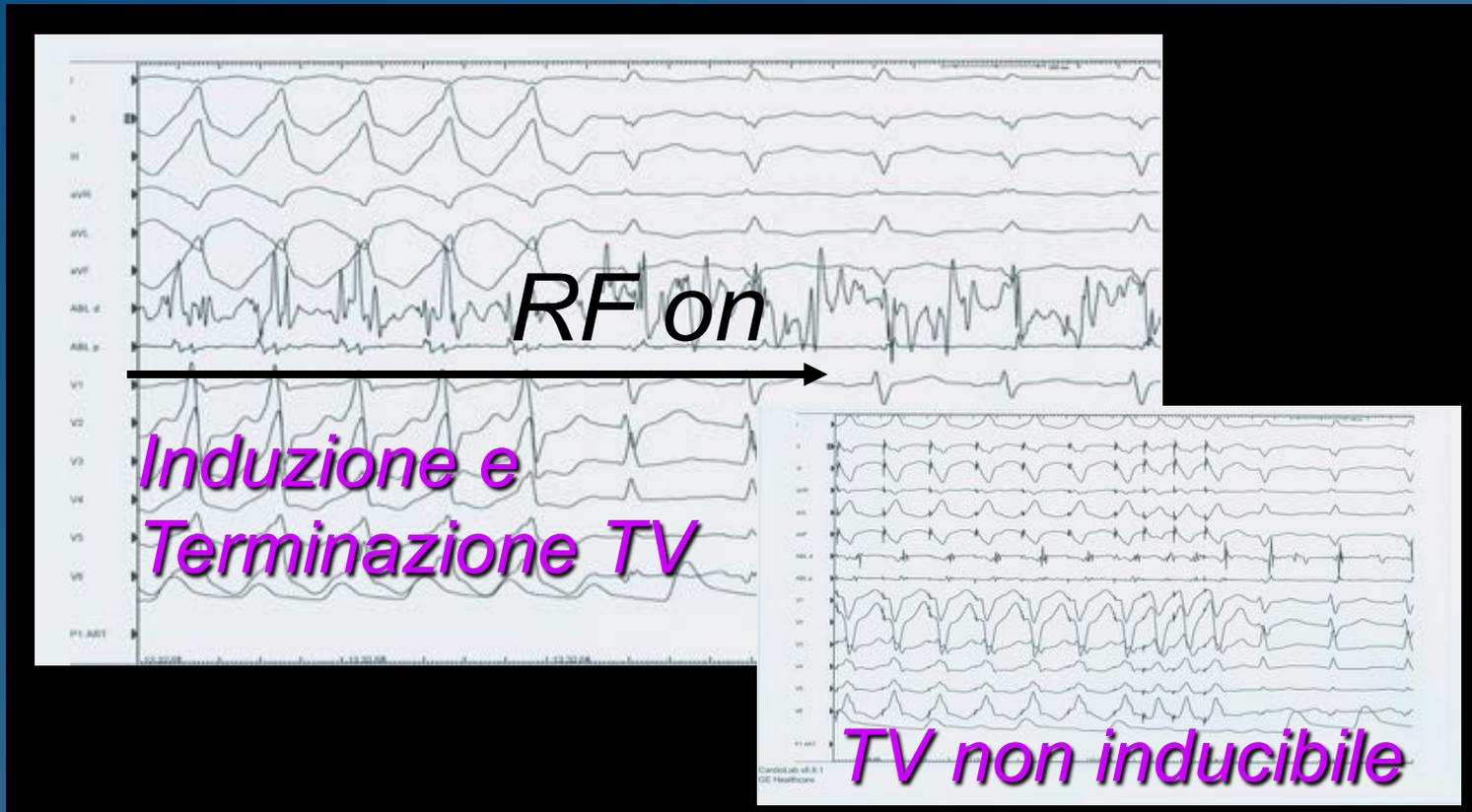
Approccio epicardico



MAPPA ELETTROANATOMICA ENDOCARDICA ED EPICARDICA



OBIETTIVI



GESTIONE INFERMIERISTICA PER L' ABLAZIONE TRANSCATETERE DI TACHICARDIA VENTRICOLARE

PREPARAZIONE SALA

AREA LETTO

Materassino riscaldato
Urinometro
Reggi braccio
Placche defibrillatore
Lenzuola e traversa



AREA POLIGRAFO

Poligrafo
Monitor ripetitori sala
Disco ottico
Cartella paziente

PREPARAZIONE SALA

AREA MONITOR

Monitor multifunzionale

Modulo PA + trasduttore (CVP)

Elettrodi per connessione poligrafo

Pompe infusione, Sacca pressione

Contropulsatore

Aspiratore



AREA VENTILATORE

Ventilatore meccanico completo di set e filtro

Pallone di prova

Reggi trasduttori

Capnometro, Prolunga capnometro

Sevorane

Defibrillatore



PREPARAZIONE SALA

AREA CARRELLO ANESTESIA

CHECK LIST CARRELLO

- Farmaci per induzione e mantenimento
 - Ipnovel
 - Fentanest
 - Sevorane
 - Diprivan
 - Esmeron
- Farmaci urgenza
 - Atropina
 - Adrenalina
 - Lidocaina
 - Calcio Cloruro
 - Effortil
- Farmaci in infusione
 - Ultiva
 - Inotropi



FARMACI SEMPRE PRONTI IN SIRINGA	
ATROPINA	2 FL (1 MG)
CALCIO CLORURO	1 FL (1GR)
EFFORTIL	1 FL (10 MG) + 9 ML DI SF
ESMERON	1 FL (50 MG)
IPNOVEL	1 FL (5 MG) + 4 ML SF
LIDOCAINA	1 FL (200MG)
PROPOFOL 1 %	1 FL (200 MG)
FENTANEST	BLISTER DI 5 FL SUL CARRELLO

PREPARAZIONE PAZIENTE

- Monitoraggio ECG
- Saturazione
- Pressione invasiva (a.radiale)
- Posizionamento placche defibrillatore esterno
- Posizionamento placche per sistema di mappaggio 3D (CARTO, NAVX)



- Posizionamento catetere vescicale
- Monitoraggio diuresi
- Preparazione per CVC
- Disattivazione ICD

RESPONSABILITA' INFERMIERE PROCEDURA

- Allestisce l' area letto
- Imposta l' area poligrafo
- Prepara l' area materiale
- Effettua i controlli di efficienza degli altri dispositivi
- Effettua il controllo degli stupefacenti
- Collabora alla preparazione del paziente
- Collabora alla preparazione del campo sterile
- Assicura il materiale necessario per l' ablazione
- Collabora con l' anestesista per intubazione/estubazione
- Collabora all' eventuale trasferimento del paziente in TICCH
- Reintegra il materiale utilizzato



Post-procedura

Astanteria (monitoraggio continuo) 3h:

Controllo ACT e rimozione degli introdotto arteriosi e venosi

Controllo ECOTT: assenza di versamento pericardico

Monitoraggio ecg e pressorio

Controllo drenaggio pericardico

Controllo diuresi

Post-procedura

Direttamente reparto di degenza:

Controllo ecoTT e drenaggio pericardico.

Rimozione dello stesso il giorno post procedura (assenza di versamento e drenaggio negativo).

Monitoraggio continuo in telemetria a 12 derivazioni (assenza di episodi di TV in wash out farmacologico).

Somministrazione terapia farmacologica

Follow-up

Regolari controlli ambulatoriali:

- Visita cardiologica
- ECOTT
- Controllo ICD
- ECG Holter 24 ore
- Ottimizzazione terapia medica

GRAZIE PER L'ATTENZIONE

