

Laboratorio 3° anno

**“Analizzare il caso di una persona affetta da scompenso cardiaco in fase di instabilità clinica”**

**“... Una questione di ... Cuore”**

*La storia del sig. Homer*

Il Sig. Homer di 65 anni, ex politico in pensione, da qualche giorno presentava dispnea da sforzo ingravescente e per questo motivo, il giorno **15 gennaio**, è stato accompagnato dalla moglie in Pronto Soccorso.

In PS viene diagnosticato *Edema Polmonare Acuto in acidosi respiratoria ipossico-ipercapnica*: assopito, viene intubato per via oro-tracheale e trasferito in **Rianimazione**.

In anamnesi: BPCO, dislipidemia, ipertensione arteriosa, diabete mellito tipo II in trattamento con ipoglicemizzanti orali, non si riscontrano precedenti cardiologici.

Peso all'ingresso 90 kg e altezza 1,80 m.

Il giorno **18 gennaio** il sig. Homer si presenta vigile ed orientato, quadro respiratorio in miglioramento con risoluzione dell'EPA e valori emogasanalisi (EGA) normalizzati, viene estubato e inizia O<sub>2</sub>terapia con Maschera Venturi con FiO<sub>2</sub> 40%.

All'ecocardiogramma si riscontra: ventricolo sinistro lievemente dilatato con cinetica moderatamente ridotta e si decide per il trasferimento in Unità di Terapia Intensiva Cardiologica (UTIC).

Durante la degenza in UTIC (dal 18 al 22 gennaio) Homer è stato sempre lucido e collaborante e viene tenuto aggiornato sulla sua situazione clinica.

Ha mantenuto respiro spontaneo con supporto di O<sub>2</sub> terapia a basso flusso soprattutto dopo sforzi fisici come la mobilizzazione e la cura del corpo.

La pressione arteriosa è stata instabile con picchi ipertensivi (valori di picco: 175/115mmHg) inizialmente trattati con Nitroglicerina endovenosa sostituita in seguito con nitroderivato transdermico e calcio-antagonista per os, mantiene comunque instabilità pressoria.

La diuresi è stata stimolata farmacologicamente per mantenere un bilancio negativo. Si sono presentati episodi di ipokaliemia corretti con potassio-cloruro (KCl) endovenoso.

Inoltre si sono riscontrate iperglicemie pre-prandiali intorno ai 150-200 mg/dl non controllabili con l'ipoglicemizzante orale. Sono state corrette con insulina ultra rapida sottocute in corrispondenza ai 3 pasti (colazione-pranzo-cena) , senza risoluzione del quadro di iperglicemia.

Alle ore **14:30 del 22 gennaio** il sig. Homer viene trasferito nel reparto di **Cardiologia**.

L'infermiere dell'UTIC trasmette all'infermiere della Cardiologia le seguenti consegne:

oggi **22 gennaio** il sig. Homer si presenta collaborante, eupnoico a riposo, ma necessita di aiuto durante le attività/sforzi fisici perché si affatica precocemente con aumento della frequenza cardiaca, respiratoria e della pressione arteriosa. I tempi di recupero sono superiori ai 3/4minuti.

Alle ore 12:00 PA 120/70mmHg, Fc 70 b/min. R, sat.O<sub>2</sub> 98% in AA.

Prosegue con monitoraggio intensivo tramite monitor. Può essere mobilizzato in poltrona.

All'ecocardiogramma di controllo eseguito in data odierna, si riscontra Cardiomiopatia dilatativa (CMPD) con frazione di eiezione (Fe) medio/severamente ridotta 30% con ventricolo sinistro ipocinetico, lieve versamento pericardico.

All'auscultazione del torace presenza di lievi crepitii bibasali su tutto l'ambito polmonare.

La diuresi, dalle ore 7.00 alle ore 13:00, è di 750ml ed è stata stimolata con Lasix 20mg ev alle ore 9:00 come da schema terapeutico.

Ha assunto una tazza di the e 250 ml di acqua, il bilancio della giornata di ieri è in negativo di - 770cc. E' in restrizione idrica e può assumere nelle 24 ore 1650ml di liquidi compresi gli alimenti. Paziente informato e compliant. Peso attuale 88kg. In sede catetere vescicale. Non presenta edemi declivi.

Ore 12.00 stick glicemico 206 mg/dl somministrate 6unità di insulina ultra-rapida sc. Ha pranzato, pasto completo (dieta iposodica e ipoglicidica).

Presenta un catetere venoso centrale a due vie (posizionato il giorno 15 gennaio) con in corso terapia infusione in pompa di fisiologica 250ml 0,9% con 20mEq/KCl a 20 ml/h per riscontro alle ore 8:00 di K 3.4 mmol/L.

La creatinina è di 1,68 mg/dl in aumento. Previsto controllo elettroliti ore 20.00.

Il paziente presenta una lesione da decubito di 1° stadio al sacro, ultima medicazione questa mattina con idrocolloide sottile.

Ritmo sonno-veglia regolare.

Al paziente piace parlare della famiglia: moglie e figli sono figure molto importanti per il paziente e loro sono spesso presenti, tiene le loro foto sul comodino. La moglie è molto preoccupata, pone parecchie domande ed ha bisogno di molte informazioni sulla situazione del marito. Il sig. Homer invece, non pone domande riguardo la sua situazione clinica e risponde solitamente cambiando argomento, è disponibile al dialogo, usa un tono di voce basso. La moglie e i figli sono stati avvisati del trasferimento.

## **MANDATO**

Sono le ore 14.30 del 22 gennaio, sei lo studente affiancato all'infermiere che accoglie il paziente. Dalle consegne ricevute identifica quali sono i problemi reali e/o di rischio che presenta il sig. Homer e quali interventi faresti nel turno del pomeriggio. Motiva le scelte.

L'infermiere, inoltre, ipotizza di rimuovere il catetere vescicale e di mobilitare il sig. Homer, e vi chiede: "Che cosa ne pensi?"

*N:B: Le risposte alle domande guida sono da produrre in modo scritto e da utilizzare insieme al caso durante il laboratorio. Considerato prerequisito per la certificazione*

<b>Problemi Reali e Potenziali</b>	<b>Interventi</b>	<b>Motivazioni</b>

<b>Problemi Reali e Potenziali</b>	<b>Interventi</b>	<b>Motivazioni</b>