



SINERGIE INTERDISCIPLINARI NEL PAZIENTE NEUROLOGICO CRITICO

IL RUOLO DELL'INFERMIERE NELLE COMPLICANZE NEUROLOGICHE DA ICTUS

RELATORE:

Lezzi Pierluigi

Infermiere Stroke Unit A.O. Vito Fazzi Lecce

1 dicembre 2017

Sede congresso: Hotel Hilton Garden Inn

ICTUS



La fase acuta dell'ictus rappresenta una delle condizioni neurologiche, e più in generale mediche, che richiedono, e indubbiamente beneficiano, di una gestione assistenziale mirata al pronto riconoscimento e cura di possibili complicanze.



La maggioranza delle complicanze dell'ictus può essere affrontata con successo tramite interventi medici tempestivi e una assistenza continua infermieristica secondo Linee guida.

RISCHIO COMPLICANZE NEUROLOGICHE

- **Circa il 25% dei pazienti con ictus peggiora durante le prime 24-48 ore di ricovero**
- **un rimanente 10% può ancora peggiorare dopo 96 ore**
- **un peggioramento anche dopo una settimana dall'esordio dei sintomi**



ICTUS PROGNOSI



ICTUS

PROGNOSI

Complicanze neurologiche

Infarcimento emorragico

Epilessia post-ictale

Recidiva

Complicanze non neurologiche

Polmoniti

IMA

EP

Infezioni vie urinarie

Sanguinamenti

Mancato controllo PA

alimentazione/nutrizione

Emiplegie emiparesi



**Infarcimento
emorragico**

Esame neurologico e monitoraggio



recidive

LINGUAGGIO

**epilessia post-
ictale**

Mobilizzazione precoce /sicurezza paziente

Assistenza infermieristica globale

Comunicazione familiari

Infarcimento
emorragico

ICTUS



EMORRAGICO



EMORRAGIA CEREBRALE



IL QUADRO CLINICO DIVERSO PER SEDE E ENTITA' DI SANGUINAMENTO



ESITI GRAVI O PERMANENTI

Infarcimento emorragico

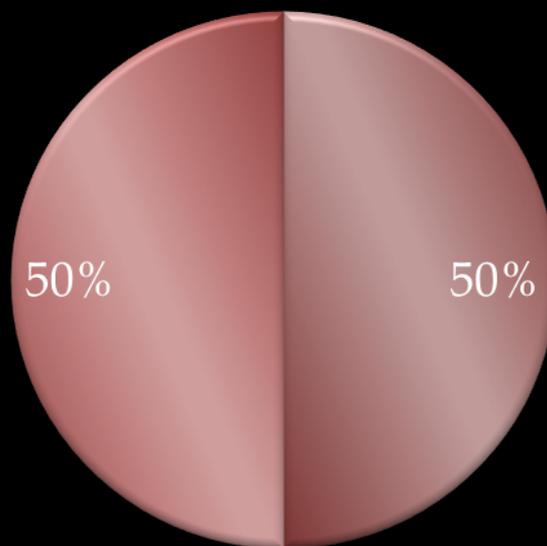
Ictus emorragico: L'ictus emorragico è causato dalla rottura di un'arteria.

20% di tutti gli ictus, e risulta da emorragia intracerebrale o subaracnoidea.

Di tutti gli ictus emorragici, circa la metà sono conseguenti ad emorragia intracerebrale (ICH), compresa l'emorragia intracerebrale emorragica e l'emorragia intracerebrale lobare.

L'altra metà è dovuta ad emorragia subaracnoidea (SAH) o sanguinamento da malformazione arteriosa

ictus emorragici



- emorragia intracerebrale compresa anche la lobare
- emorragia subaracnoidea o malformazione arteriosa

Il punteggio (o score) ABCD2 può predire la probabilità di un successivo ictus servirebbe anche a differenziare il vero TIA da quello che TIA non è, ma che si presenta con sintomi che ci possono trarre in inganno.



recidive



Approssimativamente il 15% di individui affetti da ictus riferiscono una storia di TIA.

Complessivamente l'8.8% di pazienti con ictus avranno una recidiva entro sei mesi ed il 15% entro cinque giorni .

Per valutare in modo corretto il rischio di ictus a seguito di attacchi ischemici transitori può essere utilizzato l'**ABCD2** score:

A – “age” (≥ 60 years, 1 punto); (età)

B – “blood pressure at presentation” ($\geq 140/90$ mmHg, 1 punto); (pressione arteriosa)

C – “clinical features” (ipostenia unilaterale, 2 punti; disturbo dell'eloquio senza ipostenia, 1 punto);

D – “Duration of symptoms” (durata dei sintomi) (≥ 60 minuti, 2 punti; 10-59 minuti, 1 punto);

D – “Diabete” (Diabete) (1 punto)





Un punteggio > 4 raccomanda l'espletamento di un adeguato algoritmo diagnostico-terapeutico in urgenza piuttosto che in elezione. Tuttavia la presenza di stenosi carotidea sintomatica, associata di per sé ad elevato rischio a breve termine, non rientra in tale valutazione e può presentarsi anche con score ABCD non elevato (<4).

Si raccomanda quindi l'effettuazione di ecocolordopler dei vasi cerebroafferenti in tempi brevi per individuare precocemente i pazienti ad alto rischio a breve termine ed avviarli rapidamente verso terapie di rivascolarizzazione da effettuare in urgenza.

**A
B
C
D2**

score

epilessia post- icatale



- L'evento di convulsioni post-ictus ha una variazione del 5-43%, con una media del 10% che normalmente succede durante le prime 1-2 settimane post-stroke .

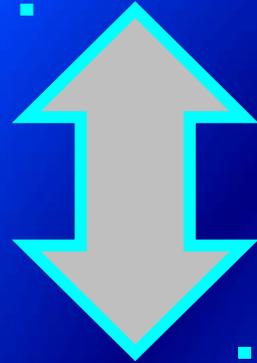


Non c'è un consenso circa il dato se il paziente con ictus emorragico (emorragia intracranica) abbiano una incidenza maggiore di quelli con infarcimento .



Tuttavia l'ictus emorragico nelle regioni corticali sembra essere associato allo sviluppo di convulsioni – quelli più profondi raramente causano convulsioni

epilessia post-
icatale



Se la crisi è insorta durante o dopo il trattamento trombolitico non è indicata una terapia farmacologica specifica, monitorare gli effetti collaterali più probabili nello specifico contesto clinico”.

IL RUOLO DELL'INFERMIERE

Infarcimento
emorragico

recidive

epilessia post-
icatale

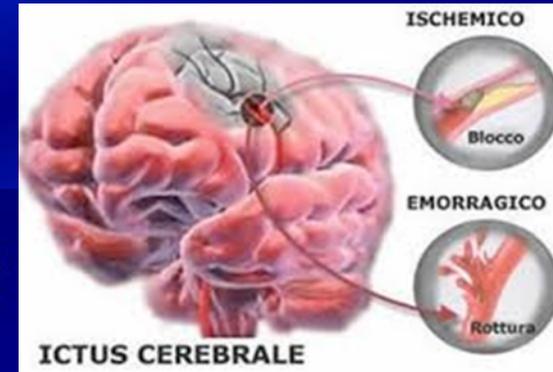
ESAME NEUROLOGICO

SCOPO INFEMIERISTICO

- Valutare coscienza/incoscienza/coma
 - Orientamento difficoltà della percezione dello spazio (neglect)
 - Motricità (forza, “pronator drift”, equilibrio e coordinazione) deficit di forza e/o disturbo sensitivo di un emilato;
 - Pupille deficit visivo (emianopsia parziale o completa);
 - Parola e Linguaggio disturbo dell'eloquio (afasia), difficoltà dell'articolazione della parola (disartria).
 - Segni vitali e Glucosio nel sangue.
-
- Valutare l'evoluzione delle lesioni cerebrali
 - Identificare precocemente complicanze



Differenze Cliniche tra ictus ischemico e emorragico



ICTUS ISCHEMICO

- Deterioramento a gradini o progressivo
- Segni neurologici focali corrispondenti ad un solo territorio arterioso
- Segni indicativi di una lesione corticale o sottocorticale

ICTUS EMORRAGICO

- Precoce e prolungata perdita di coscienza
- Cefalea, nausea e vomito
- Rigidità nucale
- Emorragia retiniche
- Segni focali che non corrispondono ad un territorio vascolare preciso

CAMBIAMENTO DI STATO DEL PAZIENTE ESAME NEUROLOGICO



STRUMENTO INFERMIERISTICO AUTONOMO : GLASGOW COMA SCALE



	1	2				
Apertura occhi	occhi chiusi	allo stimolo doloroso				
Risposta verbale	nessuna	emette				

STRUMENTO INFERMIERISTICO AUTONOMO : GLASGOW COMA SCALE

**VALORI : = 15 PAZIENTE COSCIENTE
< 8 STATO DI COMA**

VALORI INTERMEDI COMPROMISSIONE COSCIENZA

L'infermiere, dunque, valuta la presenza di:

- **barriere nella comunicazione** (tenere in considerazione il livello culturale e la lingua del paziente);

- **trattamenti invasivi** (ad es. intubazione endotracheale o tracheostomia) che impediscano fisicamente la risposta verbale;

- **altre lesioni** (ad es. lesioni midollari).

È opportuno, inoltre, che l'infermiere preveda tre tempistiche nella valutazione e **rivalutazione** del paziente a breve/medio/lungo termine

SCALE DI VALUTAZIONE



Diagnostico terapeutici



Prognostici assistenziale

LE LINEE GUIDA ITALIANE RACCOMANDANO ALCUNE SCALE:

- **CPS** (più per extraospedaliero, rileva presenza di paralisi facciale, deficit di forza, alterazioni della parola)

- **NIH Stroke Scale** (fornisce una misura quantitativa, in 11 passaggi, del deficit neurologico da ictus, utile per lo screening e il monitoraggio in fase acuta)

- **HUNT and HESS Scale** (si applica solo per ictus emorragico, classifica con punteggio 0-5 la gravità e probabile sopravvivenza (portatore di aneurisma, cefalea, rigidità nucale, confusione e emiparesi, coma profondo)



Lobo frontale Arteria cerebrale anteriore	Afasia Paralisi/perdita sensibilità del piede e della gamba disturbi cognitivi affettivi
Emisfero laterale Arteria cerebrale media	Afasia emiplegia controlaterale confusione mentale fino al coma incapacità di voltare gli occhi
Lobo occipitale Arteria cerebrale posteriore	Difetti visivi come cecità per i colori, allucinazioni, ripetizione stesse parole e movimenti
Talamo Arteria cerebrale posteriore	Afasia, tremore intenzionale, lieve emiparesi e perdita sensorialità
Peduncolo cerebrale Arteria cerebrale posteriore	Paralisi del nervo oculomotore e emiplegia
Cerveletto e tronco cerebrale Arteria basilare e cerebrale	Diplopia , vertigine, disfagia e disfonia

Mobilizzazione paziente

La **riabilitazione** dovrebbe essere iniziata il più presto possibile in quanto può ridurre il numero dei pazienti dipendenti dopo l'ictus.

L'intensità del programma dipende dalle condizioni del paziente e dal grado di disabilità.

Se la riabilitazione precoce non è possibile (p.e. ridotto stato di coscienza), deve essere eseguita una **mobilizzazione passiva** per ridurre il rischio di contratture, dolori articolari, piaghe da decubito e polmonite



Raccomandazioni e l'infermiere:

- Ogni paziente dovrebbe avere accesso alla valutazione riabilitativa (FKT)
- La riabilitazione deve essere iniziata precocemente dopo l'ictus
- L'intensità e la durata della riabilitazione dovrebbe essere ottimale per ogni paziente.
- Il paziente con un ictus cronico dovrebbe essere supportato dal proprio ambiente familiare. Questo include il supporto del medico di famiglia, valutazione dei servizi di riabilitazione ambulatoriale ed il supporto nella funzione psico-sociale e anche dei servizi territoriali.



Il piano assistenziale nelle complicanze da ictus

Mantenere la posizione del capo 30 gradi e spondine laterali alzate

Allineare con cura le estremità posizionando un rotolo trocanterico dalla cresta iliaca a metà della coscia per evitare la rotazione esterna dell'arto

Posizionare cuscino nell'ascella del lato colpito per evitare l'adduzione della spalla

Posizionare l'estremità colpita sopra cuscini per evitare l'edema e la fibrosi

Evitare la pressione eccessiva dell'avampiede spastico togliendo la tavola del fondo del letto evitando la flessione plantare

Evitare di mantenere il paziente seduto a lungo per prevenire contratture in flessione del ginocchio e dell'anca

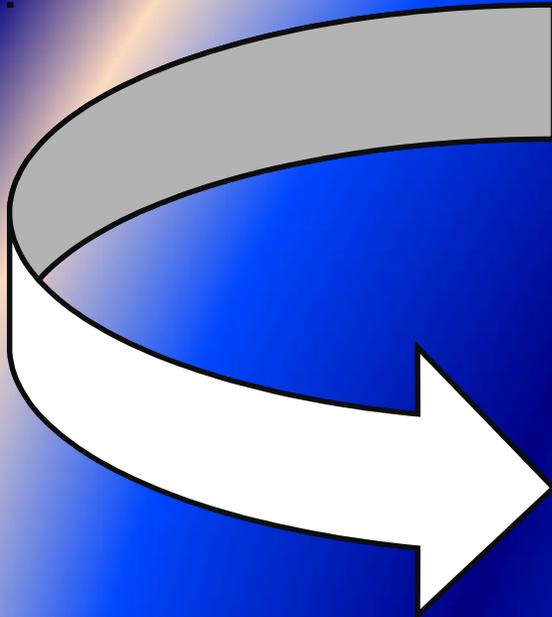
Applicare stecche ed apparecchi di immobilizzazione per sostenere le estremità flaccide evitando la spasticità; eseguire esercizi passivi o incoraggiare il paziente ad un esercizio attivo laddove possibile

Scala di conley e rischio cadute



Precedenti cadute (domande al p		
C1 – È caduto nel corso degli ult		
C2 – Ha mai avuto vertigini o ca		
C3 – Le è mai capitato di perdere		

Scala di conley e rischio cadute



ogni quesito si attribuisce un punteggio:

- **il punteggio 0 indica una risposta negativa;**
- **i punteggi fra 1 e 3 rappresentano una risposta positiva.**

Sommando i punteggi positivi si otterrà il risultato della scala:

- **i valori compresi tra 0 e 1 indicano un rischio minimo di caduta;**
- **i valori compresi tra 2 e 10 indicano, in progressione, un rischio di caduta da basso ad alto.**

Il punteggio uguale o superiore a 2 (punteggio di cut-off) identifica un paziente in condizione di rischio



Il piano assistenziale nelle complicanze da ictus

Mantenere l'ambiente rilassato laddove possibile per facilitare la comunicazione

Parlare al paziente in modo pacato: il paziente non e' sordo!
Lasciare il tempo di rispondere!

Fornire strumenti semplici come carta e penna

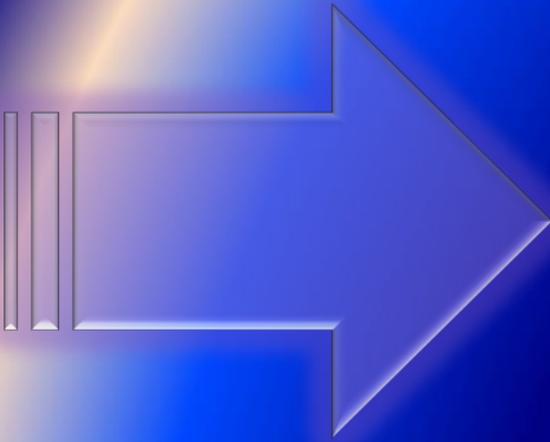
Lasciare che il paziente maneggi oggetti per avere un contributo sensoriale e far placare la rabbia

Usare i gesti insieme al linguaggio e fornire una mimica facciale rilassata e pacata



IL RUOLO DELL'INFERMIERE

ALIMENTAZIONE NUTRIZIONE

- 
- Alterata funzionalità della bocca
 - Difficoltà nel portare il cibo alla bocca
 - Rischio di disidratazione e malnutrizione
 - Valutazione del bilancio E/U e apporto calorico
 - Gestione attenta di presidi quali SNG e PEG

DISFAGIA



Gli infermieri in ogni situazione professionale, se hanno avuto un addestramento idoneo, dovrebbero somministrare ed interpretare uno screening per la disfagia entro le 24 ore in cui il paziente con stroke ha recuperato consapevolezza ed allerta. Questa indagine dovrebbe inoltre essere completata ad ogni cambiamento delle condizioni neurologiche o cliniche, o della deglutizione. Lo screening dovrebbe comprendere:



DISFAGIA



- .. Valutazione della vigilanza e capacità di partecipazione;
- .. Osservazione diretta dei segni di difficoltà della deglutizione orofaringea (soffocamento, tosse, voce bagnata).
 - .. Valutazione della protrusione della lingua;
 - .. Valutazione della sensibilità faringea;
 - .. Somministrazione del test dell'acqua .;
 - .. Valutazione della qualità della voce.

Nei casi in cui s'identificasse la difficoltà deglutitoria, il paziente dovrebbe essere inviato ad uno specialista per un'ulteriore valutazione e gestione o un'interpretazione esatta da personale infermieristico formato

RIVALUTAZIONE CONTINUA DEL PAZIENTE!

Assistenza domiciliare e complicanze neurologiche da ictus

IL RECUPERO DEL SELF CARE ED
EDUCAZIONE DEI FAMILIARI

➤ **Attività di self care** (mangiare, vestirsi, andare in toilette) andrebbero riprese appena possibile;

➤ **Partecipazione attiva del paziente** dovrebbero aiutarlo a riconquistare il controllo ed aumentarne la forza, resistenza e consapevolezza dell'ambiente circostante.

➤ **L'attività mentale** ha la stessa rilevanza di quella fisica e i tentativi di stimolare la capacità di risolvere i problemi, la comunicazione e le attività sociali, fanno parte integrante dell'assistenza in fase acuta.



GLI OBIETTIVI DELLA RIABILITAZIONE FASE POST ACUZIE

- la limitazione delle comorbidità, cioè delle malattie dirette conseguenza dell'ictus
- la prevenzione delle recidive
- Il recupero dell'autonomia, la definizione dei bisogni e l'organizzazione globale dell'assistenza

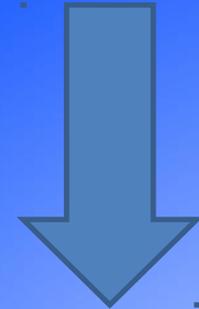


Lo scopo di questo studio era di esaminare i cambiamenti nella sopravvivenza della persona colpita da ictus e qualità della vita del caregiver.



**STRUMENTO
QOL**

Se i cambiamenti nel funzionamento fisico del sopravvissuto e il carico del caregiver (cioè l'impatto delle esigenze fisiche, psicologiche e sociali di caregiving) influenzano i cambiamenti nella QOL



**STUDIO EFFETUTATO IN 12 MESI
In strutture riabilitative e a domicilio**



**studio
Caregiver**

**STRUMENTO
QOL**

RISULTATI



226 pazienti
arruolati

Stretta correlazione dei dati tra carico dei caregivers e complicanze correlate all'ictus

Studio conformità delle terapie e prevenzione di complicanze dopo dimissione paziente

Studio su 100 paziente dimessi

METODI:

Le indagini telefoniche sono state condotte a intervalli prescritti dopo la dimissione ospedaliera . Indagini incentrate sulla conformità dei farmaci, sulla conformità degli appuntamenti medici di follow-up e sulle visite / riammissioni del dipartimento di emergenza neurovascolare (DE).

RISULTATI:

un aumento della compliance del farmaco (> 98%), un aumento degli appuntamenti di follow-up (100%), una diminuzione del tasso di visite / ricoveri neurovascolari (3%) e un miglioramento delle attività della vita quotidiana e della qualità della vita dopo 12 mesi dopo la dimissione

Conclusioni



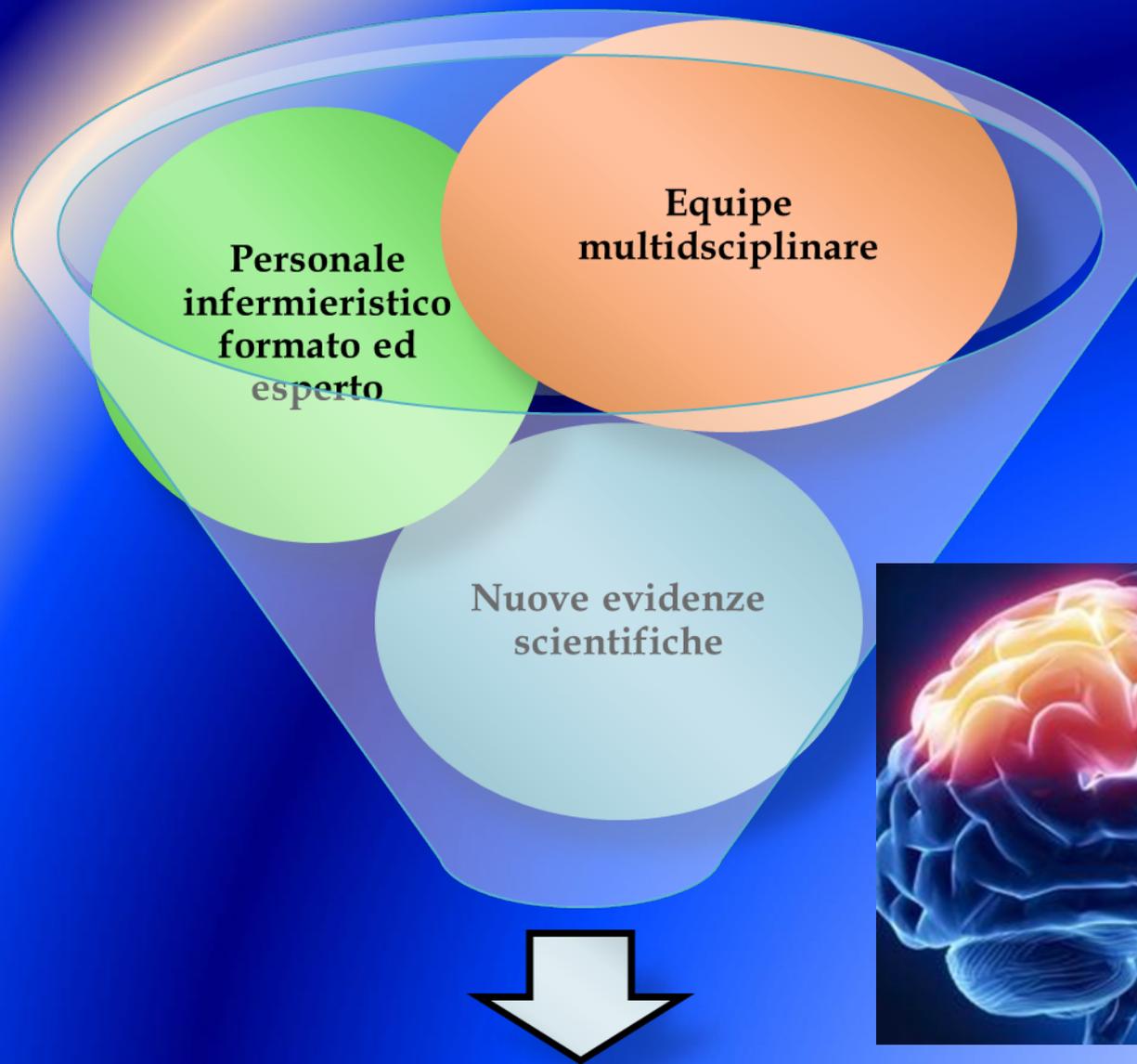
1) Gli operatori sanitari si devono orientare sull'effettivo esercizio di competenza coerente con il bisogno dell'assistito individuando responsabilmente gli obiettivi di salute



2) L'infermiere seguendo le linee guida e' in grado di prevenire le complicanze neurologiche da ictus avvalendosi di studi scientifici e di ricerca scientifica su banche date validate.



3) Individuare con l'equipe di lavoro gli obiettivi guidando i collaboratori e il personale di supporto nella pianificazione assistenziale valutandone i risultati permette di migliorare gli obiettivi di assistenza infermieristica



Possono ridurre/migliorare le complicanze neurologiche da ictus

Grazie per l'attenzione

Grazie per l'attenzione