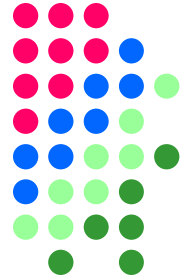




**Le malattie
cerebrovascolari:
assistenza alla
persona con ictus**

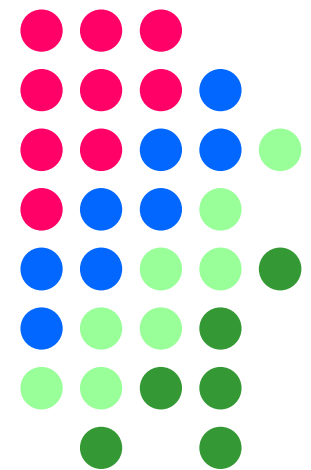
Alcuni concetti di base

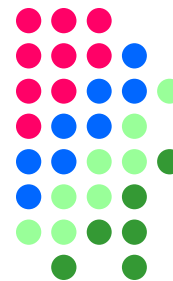


- L'ictus può essere definito una sindrome che si caratterizza per un esordio acuto di deficit neurologici che persistono per almeno 24 ore. Riflette il coinvolgimento del sistema nervoso centrale ed è conseguenza di un disturbo della circolazione cerebrale.
- L'ictus può essere di natura ischemica od emorragica. L'ischemia rappresenta la causa più comune e può essere conseguenza di una trombosi locale o di natura cardiaca.
- L'ictus è un'urgenza medica che richiede una diagnosi ed un trattamento tempestivi.

ICTUS ACUTO

La fase pre-ospedaliera





Ictus acuto: la fase preospedaliera (1)

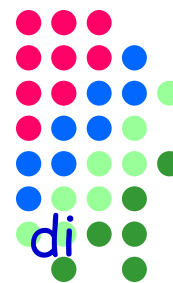
Il giorno 9 maggio 2009 alle 14.55 alla centrale operativa 118 arriva una chiamata di soccorso; ad effettuarla è la signora Amelia Fanti.

La signora riferisce all'operatore che il marito, Antonio Conte di 82 anni, diabetico e portatore di pace maker, da più di un'ora è confuso, parla male e muove male sia la gamba che il braccio sinistro.

L'infermiere rassicura la signora sull'arrivo tempestivo di un mezzo di soccorso. Invia, infatti, un'ambulanza con infermiere, in codice rosso al domicilio del signor Conte.

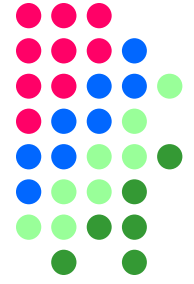
- ⇒ Miglioramento della capacità dei cittadini di riconoscere o sospettare l'ictus
- ⇒ Importanza del triage telefonico
- ⇒ Priorità elevata

Ictus acuto: la fase preospedaliera (2)



Giunto a domicilio, alle ore 15.13, l'infermiere del mezzo di soccorso valuta il sig. Conte verificando:

- La pervietà delle vie respiratorie (airway)
- La presenza delle vie respiratorie (breathing)
- La presenza dell'attività cardiaca (circulation)
- I parametri vitali che risultano essere:
 - P.A.140/80
 - F.C. 70 r
 - Sat. O₂ in a.a. 99%
- La GCS che esprime un punteggio pari a 14 (risposta verbale 4 "conversa, ma è confuso ed agitato"; risposta motoria 6 "esegue semplici comandi"; apertura degli occhi 4 "occhi aperti")
- La Cicinnati Prehospital Stroke Scale (CPSS) evidenzia: sorriso asimmetrico, deficit motorio dell'arto superiore sinistro che cade, anomalie del linguaggio poiché l'eloquio è impacciato e il paziente strascica le parole.



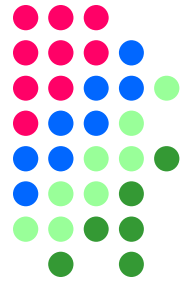
Ictus acuto: la fase preospedaliera (3)

Le pupille sono isocoriche e normoreagenti, lo sguardo deviato verso destra ed è presente anche un deficit all'arto inferiore sinistro. La signora Amelia riferisce che il marito è diabetico, iperteso, portatore di PM e ribadisce che segni e sintomi sono iniziati ormai da quasi 2 ore.

Il glucotest effettuato evidenzia una glicemia pari a 188 mg/dl.

- ABC
- Esame obiettivo
- GCS
- CPSS
- Tempo di esordio dei sintomi

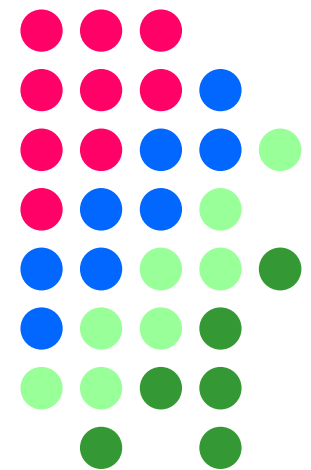
Ictus acuto: la fase preospedaliera (4)



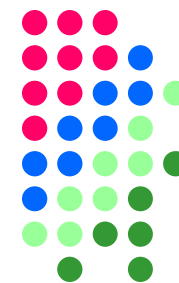
L'infermiere in adesione ai protocolli in uso, ha creato un accesso venoso periferico ed iniziato l'infusione di soluzione fisiologica a goccia lenta per mantenerne la pervietà, ha monitorato il paziente e ha posto particolare attenzione, durante il posizionamento della barella, alla protezione delle estremità colpite dal deficit neurologico. Il trasporto del signor Conte, come risulta dalla scheda di soccorso, è stato effettuato in codice 3 con richiesta di preavviso al PS di riferimento.

ICTUS ACUTO

**La fase ospedaliera –
IN PRONTO SOCCORSO**



Ictus acuto: l'ospedalizzazione – PRONTO SOCCORSO (1)



In PS l'infermiere del mezzo di soccorso affida il signor Conte al medico e all'infermiere che stavano attendendone l'arrivo. Riferisce loro i dati anamnestici raccolti durante il colloquio con la moglie, i parametri vitali rilevati, i valori della GCS e della CPSS e gli interventi effettuati a domicilio nonché il tempo trascorso dall'esordio dei segni e sintomi.

Ictus acuto: l'ospedalizzazione – PRONTO SOCCORSO (2)



In PS il medico e l'infermiere che accolgono Antonio Conte, dopo aver fatto una valutazione globale ed immediata, anche alla luce delle notizie avute dall'infermiere del 118, compilano la scheda Stroke - Pronto Soccorso - come da protocolli in uso dalla struttura. I dati riportati in essa sono:

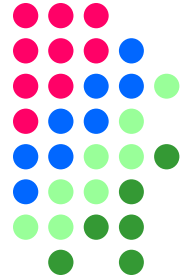
- p. v. : PA 160/75; FC /r; Sat. O₂ in a.a. 98%; TC 36°C
- coscienza: confuso
- linguaggio: afasia/disartria
- forza: ipostenia all'emisoma sx
- facciale: cade a sx
- sensibilità: integra

Vengono prescritti ed eseguiti:

- un ECG
- una TAC cerebrale senza mezzo di contrasto
- esami ematochimici per valutare: emocromo, glicemia, Na, K, Cl, Mg, Ca, creatinina, azoto ureico, proteine totali, bilirubina, transaminasi, PT/INR, PTT, fibrinogeno

Inoltre, viene attivata la consulenza dello specialista neurologo.

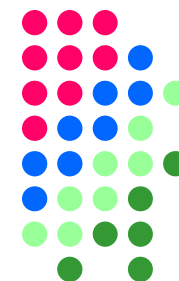
PERCHE'



ECG?

- **TAC CEREBRALE?**
 - **Emocromo?**
 - **Glicemia?**
 - **Elettroliti?**
 - **Creatininemia?**
 - **Azotemia?**
- **PT/INR/PTT/fibrinogeno?**
- **Proteine totali/bilirubina/transaminasi?**

Ictus acuto: l'ospedalizzazione – PRONTO SOCCORSO (3)



I referti delle indagini diagnostiche effettuate sono:

ECG: ritmo indotto da pace maker ventricolare

TAC CEREBRALE: complesso ventricolare in asse modicamente dilatato. Ampliati gli spazi liquorali della base ed i solchi corticali. Non lesioni emorragiche. Accentuata ipodensità della sostanza bianca peri-ventricolare. Non apparenti lesioni focali.

EMOCROMO: valori nella norma

GLICEMIA: 173 mg/dl

ELETTROLITI: Na 134mmol/l; K, Cl, Mg, Ca nella norma

AZOTEMIA: 131 mg/dl

PT/INR/PTT/FIBRINOFENO: nella norma

TRANSAMINASI, PROTEINE: nella norma

Ictus acuto: l'ospedalizzazione – PRONTO SOCCORSO (4)



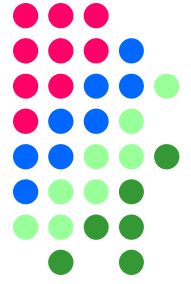
Sulla scheda Stroke compilata dal neurologo si legge "Paziente rallentato. Non percepisce il deficit emineglet. Emiplegia sinistra con Babinski omolaterale. Ipoestesia tattile all'emisoma di sinistra. Eminattenzione, deficit del VII nervo cranico sinistro".

L'analisi dei referti nonché la valutazione da lui effettuata portano alla seguente interpretazione del quadro clinico del signor Conte: ictus ischemico in sede anteriore di probabile origine cardioembolica. Severità NIHSS 15 (deficit neurologici gravi).

Viene predisposto il ricovero nell'u.o. di Neurologia.

- Segno di Babinski
- Neglect
- NIHSS

IL NEGLECT (eminegligenza, eminattenzione)

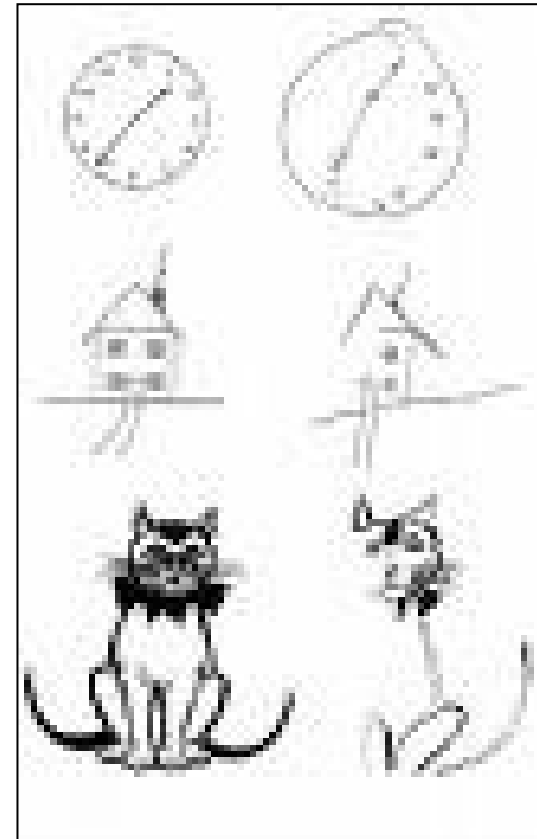


L'errata percezione di una porzione dello spazio dà luogo ad una serie di alterazioni chiamate nel loro complesso NEGLECT.

Il paziente può non tener conto delle informazioni provenienti dal lato controlaterale alla lesione (del lato sx per lesioni dell'emisfero dx).

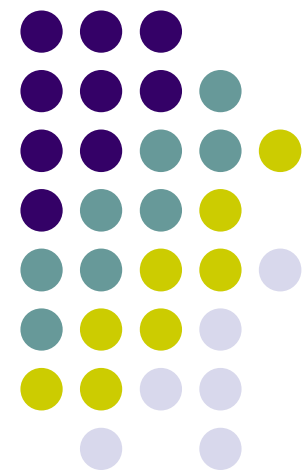
Per es. il paziente può cercare con impazienza il volto dell'esaminatore sulla destra quando la voce che lo chiama proviene da sx o può mangiare solamente il cibo sul lato destro del piatto. Egli può negare l'esistenza del lato sinistro del corpo (anche una grave emiparesi può essere ignorata), non riuscire a riconoscere come proprio il braccio sx tenuto in alto e ben in vista dall'esaminatore o può non riuscire a vestire propriamente e a lavare il lato sx del corpo.

Immagine fiore pg 19



ICTUS ACUTO

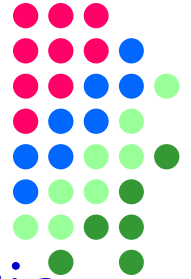
La fase ospedaliera – IN NEUROLOGIA





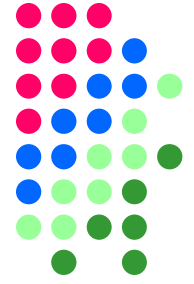
Il signor Conte viene accompagnato nell'u.o. di Neurologia dal personale del PS. L'infermiere che lo accoglie, già precedentemente avvertito del suo arrivo dal neurologo, scorre rapidamente la documentazione stroke del PS soffermandosi particolarmente sulle informazioni riguardanti il deficit di forza agli arti inf. e sup. di sx e al problema della emiparesi.

Sulla base di questi dati l'infermiere decide di assegnare ad Antonio Conte un posto letto che permetta di attuare tutte le attività sul lato plegico ed orientarvi tutte le afferenze sensoriali.



L'infermiere, dopo aver posizionato a letto il sig. Conte, conclusa la consultazione della documentazione medica e raccolta una serie di informazioni dalla moglie del paziente, completa l'accertamento infermieristico e ne riporta i contenuti nella parte dedicata della cartella infermieristica.

Prima di congedarsi dall'infermiere a signora Amelia Fanti sottolinea più volte che il marito oltre ad essere iperteso è da molti anni anche diabetico.

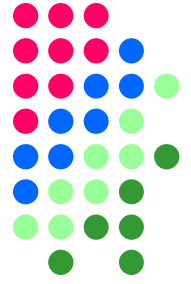


OBIETTIVI ASSISTENZIALI

L'analisi e l'interpretazione dei dati e delle informazioni emerse dall'accertamento inf.co porta all'identificazione dei problemi assistenziali del paziente e alla pianificazione dell'assistenza finalizzata a raggiungere i seguenti **risultati**:

- mantenimento dell'**AUTONOMIA** dell'assistito nella cura di sé (sebbene spesso non sia possibile la *restitutio ad integrum*)
- **prevenzione** delle **possibili complicanze**
- **riconoscimento tempestivo** di eventuali complicanze

Il monitoraggio dei parametri vitali

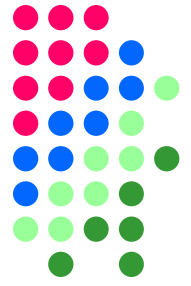


Per il sig. Conte viene pianificato:

- **Per le prime 48 ore**: il controllo ogni 4 ore della PA, della FC, della Sat. O₂ e la misurazione ogni 8 ore della TC
- **Dopo le prima 48 ore** e per i giorni successivi: il controllo 3 volte al giorno della PA, della FC, della Sat. O₂ e la misurazione della TC

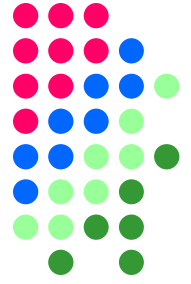
PERCHE' ????

Il monitoraggio del bilancio idrico



- Quotidianamente: controllo del peso corporeo
- Secondo prescrizione, controllo di alcuni parametri ematochimici
- Secondo prescrizione, revisione della terapia infusiva
- Controllo della diuresi nelle 24 ore

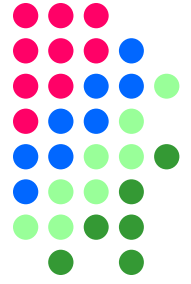
Controllo e cura della cute



... la lettura della Scala di Norton mod. secondo Stotts applicata al sig. Conte fa emergere un rischio elevato di insorgenza di LdD.

A partire da questo dato l'infermiere pianifica:

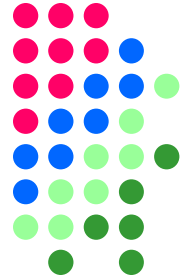
- L'applicazione di un sistema antidecubito a fluttuazione dinamica avanzata
- Cambi posturali ogni 3 ore di giorno e 4 ore di notte secondo la rotazione: fianco destro, supino, fianco sinistro
- Ispezione quotidiana della cute, in particolare delle zone sottoposte a maggior pressione
- Igiene ed idratazione quotidiana della cute
- Controllo dell'apporto nutrizionale



La mobilizzazione precoce

- cambi posturali ogni 3 ore durante il giorno e ogni 4 ore durante la notte con il capo sollevato di **20-30°** **rispetto al piano del letto**
- Mobilizzazione degli arti 3 volte al giorno
- Verticalizzazione attraverso l'assunzione della posizione seduta a partire dalla seconda giornata per 3 volte al giorno, per almeno un'ora e per tutto il tempo ulteriore tollerato dal paziente
- Strategie per stimolare il paziente a partecipare alle attività di vita quotidiana

Controllo dello stato nutrizionale



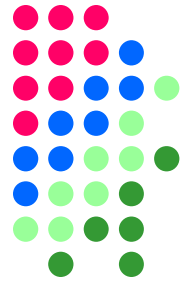
... viene effettuata una valutazione dello stato nutrizionale attraverso la MNSA che evidenzia un basso rischio di malnutrizione.

- Screening iniziale e valutazioni in itinere
- Misure e indici antropometrici
- Indici biochimici
- Valutazione dell'assunzione dietetica
- Valutazione delle patologie associate

*... viene valutata, in collaborazione con il logopedista, la presenza/assenza di **disfagia** attraverso il test della deglutizione di acqua. Il sig. Conte risulta essere disfagico.*

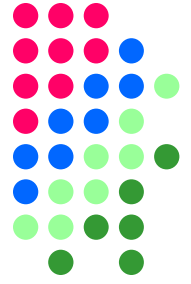
Viene individuata la modalità di somministrazione dell'alimentazione: in seconda giornata viene posizionato un SNG e attivata la consulenza del dietista per la definizione del programma di nutrizione enterale.

Applicazione delle procedure terapeutiche



Al sig. Conte è stata somministrata, quotidianamente corretta in relazione ai parametri ematochimici, la seguente terapia:

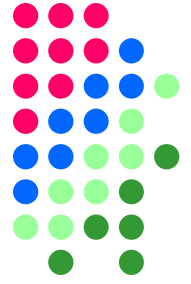
- Seleparina 0,3 1 fl sc
- Fisiologica 500 cc + insulina pronta a 50 ml/ora da avviare un'ora prima della somministrazione della N.E. da mantenere durante la stessa
- Fisiologica 500 cc + 20 mEq di KCl a 60 ml/ora
- Fisiologica 100 cc + 1 gr Rocefin (per il trattamento di una IVU sopravvenuta durante la degenza)
- Bilanciata 500 cc
- Nutrison (1 Kcal/ml) in pompa peristaltica a 100 ml/ora e a seguire acqua 1500 cc



Indagini diagnostiche

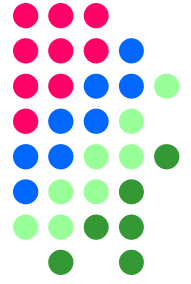
- Indagini ematochimiche (emocromo, glicemia, elettroliti, creatininemia, azotemia, osmolarità plasmatica, esame urine standard e urinocoltura)
- Indagini strumentali
 - TAC CEREBRALE (ripetizione non oltre 7 gg dall'esordio)
 - Rx TORACE (nelle prime ore)
 - ECODOPPLER TS
 - ECOCARDIOGRAMMA
 - ECG

Consulenze specialistiche



- Visita diabetologica: Antonio conte è diabetico e ora ha uno scompenso glicemico
- Visita fisiatrica, effettuata in settima giornata: paziente soporoso, risvegliabile ma scarsamente collaborante. Esplorazione spaziale consentita fino alla linea mediana solo se fortemente richiamato. Ptosì palpebrale sinistra, emianopsia sinistra. Deficit del VII nervo cranico di sinistra. Sensibilità non completamente testabile, parzialmente conservata. Grave emiplegia sinistra senza alcun segno di ripresa, ipostenia flaccida, areflessica. ROT (riflessi osteo-tendinei) assenti, Babinski positivo. Vista l'età ed il quadro clinico neuro-motorio si ritengono assenti segni per una prognosi positiva. Utile periodo di osservazione e minima mobilizzazione. Ipotizzabile periodo in RSA per preparare un eventuale rientro a domicilio con gli ausili necessari.

La valutazione del processo assistenziale realizzato in Neurologia



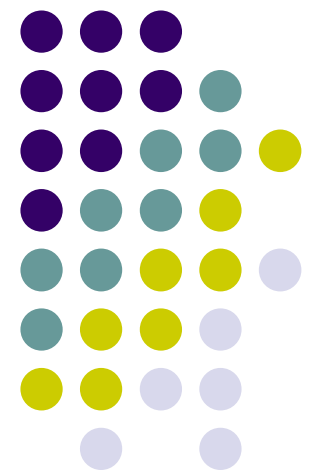
Quanto pianificato dall'infermiere all'ingresso, come documentato nella cartella inf.ca, è stato realizzato. Durante tutto il periodo di degenza non si sono manifestate complicanze, eccetto una IVU. Gli esiti non sono migliorati, l'indice di Barthel in settima giornata evidenzia un punteggio pari a 10 corrispondente all'assenza totale di autonomia del signor Conte nell'esecuzione delle attività di vita quotidiana.

La valutazione ripetuta alla dimissione è sovrapponibile alla precedente, in relazione alle compromesse condizioni neurologiche del paziente, gli interventi di assistenza infermieristica sono sempre stati di natura sostitutiva.

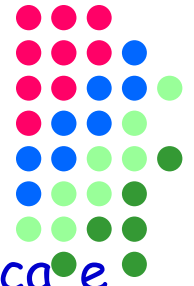
Il 29 maggio, nonostante l'assenza di segni per una prognosi positiva, il sig. Conte viene trasferito, per un breve periodo, nell'u.o. di Recupero e Rieducazione Funzionale per una definizione più precisa della prognosi.

ICTUS ACUTO

La fase ospedaliera – LA RIABILITAZIONE



Ictus acuto: la riabilitazione – RECUPERO E RIEDUCAZIONE FUNZIONALE (1)

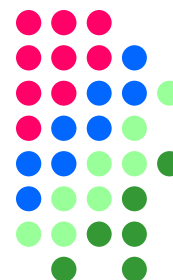


Dopo la valutazione del paziente (e della documentazione inf.ca e medica dell'u.o. di provenienza) da parte dell'infermiere ed il medico che hanno preso in carico il sig. Conte vengono concertati i seguenti obiettivi (a lungo termine):

- definire la prognosi in relazione al quadro clinico e ai bisogni ass.li del paziente per poter pianificare l'iter ass.le
- pianificare le strategie da attuare per:
 - contenere la comorbidità correlata al danno neurologico rimasto, alla immobilità, alle condizioni cardiocircolatorie (spasticità, depressione, disturbi dell'umore, ansia, apatia, labilità emotiva, malnutrizione, patologie articolari dolorose, cadute)
 - prevenire le recidive di ictus e la morte per cause cardiovascolari
 - recuperare un livello di **autonomia** accettabile per l'assistito

... fin dai primi giorni di degenza le condizioni di Antonio Conte subiscono un peggioramento. Vi è un deterioramento dello stato di vigilanza, la collaborazione è molto scarsa e ciò orienta il medico, anche in considerazione della rivalutazione del neurologo, a definire negativa la prognosi riabilitativa.

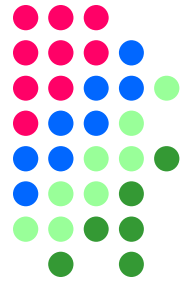
Ictus acuto: la riabilitazione – RECUPERO E RIEDUCAZIONE FUNZIONALE (2)



Dal punto di vista ass.le viene data continuità a quanto pianificato dagli infermieri della Neurologia. In particolare viene posta attenzione a:

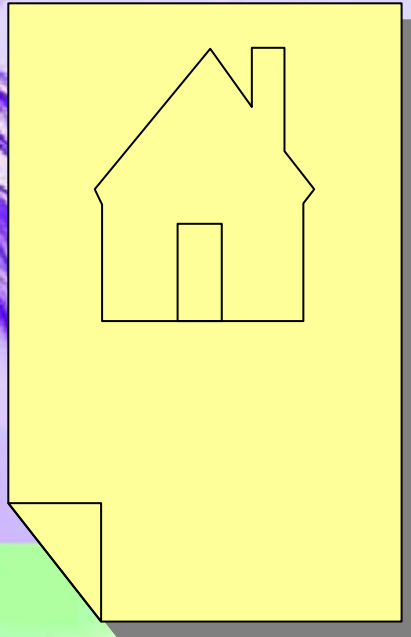
- mobilizzazione: posture e trasferimenti per la prevenzione dei disturbi funzionali quali la spalla dolorosa dell'arto plegico
- nutrizione: la persistente presenza di disfagia e le condizioni cliniche del sig. Conte non consentono la rimozione del SNG e la ripresa dell'alimentazione per os. In considerazione, quindi, della necessità di una N.E. prolungata viene programmato il confezionamento di una PEG, eseguito il 14 giugno.
- coinvolgimento dei familiari: vengono organizzati degli incontri settimanali per preparare il rientro a domicilio del paziente durante i quali vengono affrontate le seguenti tematiche:
 - i possibili problemi riscontrabili nella assistenza domiciliare al paziente e le strategie risolutive
 - la rete dei servizi territoriali e le modalità di attivazione
 - le associazioni presenti sul territorio nazionale (es: Associazione per la Lotta all'Ictus Cerebrale - www.alice.it)
 - le modalità per meglio rispondere ai bisogni di assistenza del sig. Conte nell'esecuzione delle ADL

Ictus acuto: la DIMISSIONE



Il 17 luglio Antonio Conte viene dimesso dall'ospedale e trasferito in una RSA in attesa del completamento della preparazione del rientro a domicilio. La sua condizione clinico-assistenziale non si è modificata: necessita di interventi inf.ci sostitutivi per l'esecuzione delle ADL, è soporoso, risvegliabile ma scarsamente collaborante. Non vi è stata nessuna ripresa del movimento e non c'è alcun controllo del tronco. Mantiene la posizione seduta solo se posto su una carrozzina con schienale reclinabile.

I familiari, in relazione alle informazioni ricevute e ai servizi socio-ass.li attivati ritengono di essere adeguatamente preparati ad affrontare il rientro a casa del loro caro.



I familiari si raccontano





Il momento del ricovero è stato tragico, così come i primi giorni di degenza. I medici che mi avevano parlato delle condizioni cliniche di mio marito mi avevano prospettato una probabile evoluzione negativa. Finché non si è conclusa la fase acuta, per me è stato un incubo anche perché le condizioni di mio marito si erano complicate per una broncopolmonite; pensavo, anche condizionata da ciò che mi dicevano i medici ... che sarebbe morto. È stata un'interminabile attesa degli eventi durata quasi 4 settimane.



Secondo me, però, i medici sono stati troppo duri, "crudi", nella comunicazione della diagnosi e dell'evoluzione della malattia. Pur sentendomi "appoggiata" devo dire che piangevo ogni volta dopo aver parlato con il medico e che prima di farlo quasi quasi volevo evitarlo. La mia sensazione era quella di bere dal calice della passione, era un po' come dover per forza mangiare un cibo non buono o prendere una medicina cattiva. Mi sentivo un po' abbandonata.



Finita la fase acuta, siamo stati trasferiti in riabilitazione e, in questo passaggio, mi sono sentita ancora abbandonata, ho dovuto fare tutto da sola. Dopo un periodo in riabilitazione siamo tornati a casa e di nuovo ho provato la sensazione di grande abbandono.

Ancora tutto da sola. I servizi di cui ho potuto godere, logopedia, fisioterapia .. ho dovuto autonomamente e pagarli di tasca mia. Ho avuto poche informazioni, solo su alcune cose come, per esempio, la domanda per ottenere l'invalidità e la pensione di accompagnamento, non altro.



L'assistenza è pesante sia dal punto di vista fisico che emotivo, ho una figlia ma fa quello che può perché anche lei ha problemi di salute che, per fortuna, si stanno risolvendo. Ho dovuto farmi aiutare da una persona, sempre pagata da me, che, appena tornati a casa, stava con me tutto il giorno e ora, invece, solo mezza giornata.

Ma chi non ha un po' di disponibilità economica come fa? E già così non vivo più, se esco, lo faccio con ansia e, quindi, faccio tutto in fretta per rientrare velocemente.



Per "respirare" un pochino avrei bisogno di una persona tutto il giorno.

È davvero pesante. Alla mattina mi alzo sempre alle sei, lo lavo, lo vesto gli faccio la barba, gli preparo la colazione e lo aiuto a mangiare e avanti così tutto il giorno; per fortuna di notte dorme.

Cosa devo fare, mi è capitata così! Ho dovuto però cominciare e continuo anche ora, a prendere farmaci antidepressivi. Ho momenti di crisi e mi sfogo alzando la voce ed arrabbiandomi con lui.



Mi sembra di essere davanti ad un muro di gomma, vivo alla giornata, non cambia nulla. All'inizio era peggio, però; non riuscivo a concentrarmi su nulla, non guardavo più la televisione, non leggevo più un giornale, ora questo lo faccio.

Bisogna farsi aiutare, non si può pensare di fare tutto da soli ma bisogna essere sicuri di volersi assumere un carico così e una persona non dovrebbe pagarsi tutto.



È dura in tutti i sensi, cambiano i rapporti anche se con mio marito il rapporto non è cambiato più di tanto.

Penso spesso al futuro. Quale sarà il mio futuro? Non sapevo che la vita mi avrebbe dato questa prova ... mi è capitata così, cosa posso fare?