

La presa in carico infermieristica precoce in stroke unit

A cura di A. Molinaro

Organizzazione mondiale sanità

L'ictus è una sindrome clinica caratterizzata da comparsa improvvisa di un deficit neurologico focale (talora globale), che persiste per più di 24 ore o porta a morte

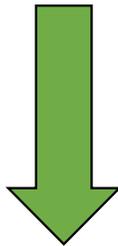
ISCHEMICO

EMORRAGICO

E' IMPORTANTE SAPERE CHE ...

L'ICTUS:

- Seconda causa di **morte** nei paesi industrializzati
- Prima causa di disabilità negli anziani
- Il 35% dei paz colpiti da ictus presenterà una **disabilità grave**



- **MAGGIOR COSTO SANITARIO**

L'ICTUS È UNA PATOLOGIA IMPEGNATIVA

- Il paziente richiede una assidua, logica e attenta assistenza
- **INSTABILITA' CLINICA NELLE PRIME 24-48 ORE**
- Il personale addetto all'assistenza deve possedere una formazione adeguata
- È necessario lavorare in equipe con le varie figure: Medico, Infermiere, Fisioterapista, Dietologo, Assistente sociale
- La gestione generale del paziente secondo protocolli preordinati può modificare significativamente l'evoluzione clinica

Accoglienza del paziente

- Accertamento infermieristico sullo stato di salute del paziente (l'infermiere può avvalersi dell'aiuto dei familiari, laddove il paziente non sia in grado di rispondere)
- Monitoraggio parametri vitali e impostazione monitor
- Valutazione lo stato di coscienza
- Valutazione deficit (preesistenti o di nuova insorgenza)
- Valutazione disfagia
- Eventuale somministrazione di trombolitico

TROMBOLISI

La somministrazione del trombolitico, su prescrizione medica, è di competenza infermieristica e si divide in tre momenti:

- **PRIMA DELL'INIZIO DEL TRATTAMENTO:**
 - Rilevazione dei PV e correzione della PA
 - Rilevazione della glicemia
 - Valutare eventuali deficit motori
 - Calcolo (insieme al medico) della dose di trombolitico da somministrare (0,9 mg/KG)
 - Prelevare EE
 - Inserimento eventuali presidi utili al paziente

- TRATTAMENTO:

- Preparare la giusta dose di trombolitico dividendola in BOLO + SOMMINISTRAZIONE IN CONTINUO
- Somministrare il bolo di farmaco in circa 2 minuti
- Impostare la dose di somministrazione di farmaco in 1 ora
- Monitorare la PA ogni 15 min durante il trattamento

- DOPO IL TRATTAMENTO:

- Monitorare PV e stato di coscienza
- Monitorare eventuali sanguinamenti
- Valutare eventuali deficit motori
- Rilevare PA ogni 30 min per le seguenti 6 ore
- Rilevare PA ogni ora dalla 6^a alla 24^a ora
- Esecuzione TC cranio dopo 24 ore dal trattamento

Limiti allarmi monitor

STROKE ISCHEMICO	PA sis <180 mmHg PA dia <105 mmHg FC 60-100 bt/min SpO ₂ >94%
STROKE EMORRAGICO	PA sis <140 mmHg PA dia <80 mmHg FC 60-100 bt/min SpO ₂ >94%
TROMBOLISI PA prime 2 h ogni 15 min 2-6 h ogni 30 min 6-24 h ogni ora	PA sis <180mmHg PA dia <105 mmHg FC 60-100 bt/min SpO ₂ >94%

Deficit neurologici

Data:

Stato di coscienza **Stato cognitivo**

Deficit sensoriale
Emianopsia dx sx Diplopia dx sx

Mobilità

Comunicazione
Disfasia si no Afasia Disartria si no

Deficit neurologici
Paresi dx aa.sup aa.inf sx aa.sup aa.inf
Plegia dx aa.sup aa.inf sx aa.sup aa.inf
Parestesia dx aa.sup aa.inf sx aa.sup aa.inf
Atassia si no Emineglet si no

Monitoraggio strumentale continuo Monitoraggio Parametri vitali

Alimentazione
Disfagia
Ristagno gastrico si no Quantità
SNG si no

Infermiere **Test deglutizione**

SCALE DI VALUTAZIONE

Strumenti oggettivi, precisi e omogenei. Utilizzate tra i vari operatori sanitari servono a pianificare interventi personalizzati per ogni paziente.

- **Conley (caduta)**
- **Braden (integrità cutanea)**
- **VAS (dolore)**
- **GCS (stato di coscienza)**

Test deglutizione

- Solo pazienti VIGILI
- Posizionare il paziente seduto e allineato
- Valutare l'igiene orale
- Dare un cucchiaino di acqua per 3 volte (anche se il paziente tossisce al primo cucchiaino)
- Osservare il paziente mentre beve $\frac{1}{3}$ di bicchiere d'acqua
- Posizionare due dita sulla gola del paziente e accertarsi della deglutizione
- Far parlare il paziente (la voce umida è indice di mal deglutizione)
- Osservare se il paziente presenta tosse (istantanea o ritardata)
- MAI TESTARE I PAZIENTI FACENDOLI BERE CON LA CANNUCCIA

Complicanze disfagia

- **POLMONITE AB INGESTIS** (tra le principali cause di morte negli anziani)
- **DISIDRATAZIONE**
- **MALNUTRIZIONE**

MOBILIZZAZIONE PRECOCE

Per i pazienti con ictus è di **FONDAMENTALE IMPORTANZA** e deve avvenire entro 48 h dal ricovero.

- Aiuta a prevenire Trombosi Venose Profonde, Polmonite da stasi, Stipsi, Ulcere da Pressione
- Riattivazione funzionale degli arti colpiti da deficit neurologici
- Effetto psicologico positivo per il paziente e i familiari

MOBILIZZAZIONE PRECOCE

- Nei pazienti in coma, con segni e sintomi di aggravamento progressivo, con emorragia intracerebrale o subaracnoidea, ipotensione ortostatica grave o persistente, l'infermiere informa il medico e continua con la mobilizzazione passiva almeno ogni 2 h.
- Valutazione clinica e dello stato di coscienza
- Posizionamento MAD
- Posizionamento nel letto ogni 2 ore
- **CONTROLLO E MANTENIMENTO INGRITA' CUTANEA**

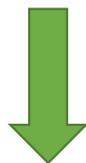
VERTICALIZZAZIONE PRECOCE

L'infermiere insieme al fisioterapista:

- Rileva PV, monitorando la PA (per eventuali ipotensioni ortostatiche)
→ Se il paziente non presenta problemi pressori, dopo 24h dal ricovero si può posizionare seduto, anche in assenza di controllo del tronco
- Misurazione PA in clino e ortostatismo
- Sceglie il presidio più idoneo alla mobilizzazione del paziente specifico
- Mobilizza il paziente in sicurezza
- Fa assumere la corretta postura degli arti colpiti da deficit neurologici tramite cuscini, tavolino, ecc
- Incrementa gradualmente il tempo di permanenza in carrozzina
- Educa il caregiver alla verticalizzazione

DIURESIS

Il posizionamento di un catetere vescicale è indicato solo nei pazienti con grave disfunzione vescicale, molto comune nella fase acuta, ma che può migliorare dopo pochi giorni.



- Evitare il cateterismo vescicale quando non necessario
- Rimuovere il catetere vescicale precocemente (meglio se in corrispondenza della mobilizzazione) e controllare la ripresa della diuresi

RIABILITAZIONE

E' importante adottare un'assistenza personalizzata per ogni paziente e definire il percorso riabilitativo più appropriato:

- ACOT
- Fisiatra e Fisioterapista
- Assistenti Sociali
- Dietista / Logopedista

→ **Dimissione verso la struttura più adeguata**

Bibliografia

- ISO SPREAD VII edizione (luglio 2016) linee guida italiane di prevenzione e trattamento
- Corso di formazione: Valutazione della deglutizione (non dignosi di disfagia) e la gestione dell'alimentazione nel paziente disfagico, a cura di: dott Leopardi, dott G. Conti, dott V. Malgeri. Responsabile del progetto L. Meini.
- Linee Guida sulla Gestione del Paziente Disfagico Adulto in Foniatria e Logopedia
- Brunner Suddarth, Infermieristica Medico-Chirurgica
- Società Italiana Neurologia