

Congresso
SIGG
22/11/2012

*Il percorso clinico
assistenziale nella fase acuta
dell'ictus cerebrale*

*Dott.ssa Silvia Rosa
UO Neurologia
H Sacco
Milano*

GIORGIA

in PS: arrivo in data 17.03 ore 10.00

→ raccolgo anamnesi con i familiari: non nota l'ora di esordio (la mattina, alle 8.00 del 17/03, viene trovata a terra da un vicino di casa)

La pz aveva sentito al telefono la figlia ed un'amica attorno all'ora di pranzo del 16/03. La sera non risponde al telefono. La mattina seguente un vicino -allertato dalla figlia- trova la pz a terra nella stalla → alle 10.00 del 17/03 accede in PS.

In anamnesi remota: cardiopatia ischemica,
ipertensione arteriosa.

Vive sola, completamente autonoma ed autosufficiente nelle AVQ; mRS prestroke: 0

GIORGIA

in PS esegue:

Valutazione neurologica: afasia globale, non risponde e non esegue (2+2), minaccia assente a dx (2), MOE: non limitazione dello sguardo, deficit VII inf dx, (2) plegia aa dx (4+4), stimolo doloroso apparentemente avvertito in modo simmetrico, ROT simmetrici, SCP Babinski a dx. NIHSS: 16

GIORGIA

| Item | Legenda |
|---|---|
| 1a. Vigilanza | 0 = Vigile 1 = soporoso, risponde esegue su stimolo lieve 2 = stupor, esegue su stimoli ripetuti o muove localizzando stimoli intensi/dolorosi 3 = risposte stereotipate o vegetative o nessuna risposta |
| 1b. Orientamento | 0 = risposta corretta a due domande (età, mese) 1 = risposta corretta a una domanda 2 = risposte scorrette |
| 1c. Risposta a ordini semplici | 0 = esegue correttamente due ordini (aprire e chiudere gli occhi, aprire e chiudere la mano non paretica) 1 = esegue correttamente un ordine 2 = non esegue |
| 2. Sguardo | 0 = normale 1 = paralisi parziale orizzontale 2 = deviazione coniugata (non supera la linea mediana), paralisi totale |
| 3. Campo visivo | 0 = normale 1 = quadrantopsia 2 = emianopsia 3 = emianopsia bilaterale |
| 4. Paralisi facciale | 0 = assente 1 = spianamento del solco nasolabiale, asimmetria dinamica 2 = ipostenia totale o subtotale inferiore 3 = paralisi completa mono- o bilaterale (superiore e inferiore) |
| 5a. Motilità dell'arto superior e sinistro | 0 = nessuno slivellamento in 10" 1 = slivellamento senza caduta in 10" 2 = caduta prima di 10" 3 = movimento in eliminazione di gravità 4 = nessun movimento NV = amputazione o anchilosi |

| | |
|--|--|
| 5b. Motilità dell'arto superior e destro | 0 = nessuno slivellamento in 10" 1 = slivellamento senza caduta in 10" 2 = caduta prima di 10" 3 = movimento in eliminazione di gravità 4 = nessun movimento NV = amputazione o anchilosi |
| 6a. Motilità dell'arto inferiore sinistro | 0 = nessuno slivellamento in 5" 1 = slivellamento senza caduta in 5" 2 = caduta prima di 5" 3 = movimento in eliminazione di gravità 4 = nessun movimento NV = amputazione o anchilosi |
| 6b. Motilità dell'arto inferiore destro | 0 = nessuno slivellamento in 5" 1 = slivellamento senza caduta in 5" 2 = caduta prima di 5" 3 = movimento in eliminazione di gravità 4 = nessun movimento NV = amputazione o anchilosi |
| 7. Atassia degli arti | 0 = assente 1 = presente all'arto superiore <u>o</u> inferiore 2 = presente all'arto superiore <u>e</u> inferiore NV = amputazione o anchilosi |
| 8. Sensibilità | 0 = normale 1 = ipoestesia lieve/moderata (mancata discriminazione tattopuntoria) 2 = ipoestesia grave, anestesia |
| 9. Linguaggio | 0 = normale 1 = afasia lieve/moderata 2 = afasia grave 3 = afasia globale |
| 10. Disartria | 0 = assente 1 = lieve o moderata (comprensibile) 2 = grave (eloquio incomprensibile in assenza di afasia); anartria NV = intubato o con altro impedimento fisico |
| 11. Inattenzioni | 0 = assente 1 = inattenzione visiva, tattile, uditiva, spaziale o corporea o estinzione in una modalità sensoriale 2 = grave emiinattenzione /estinzione in più di una mod. |

GIORGIA

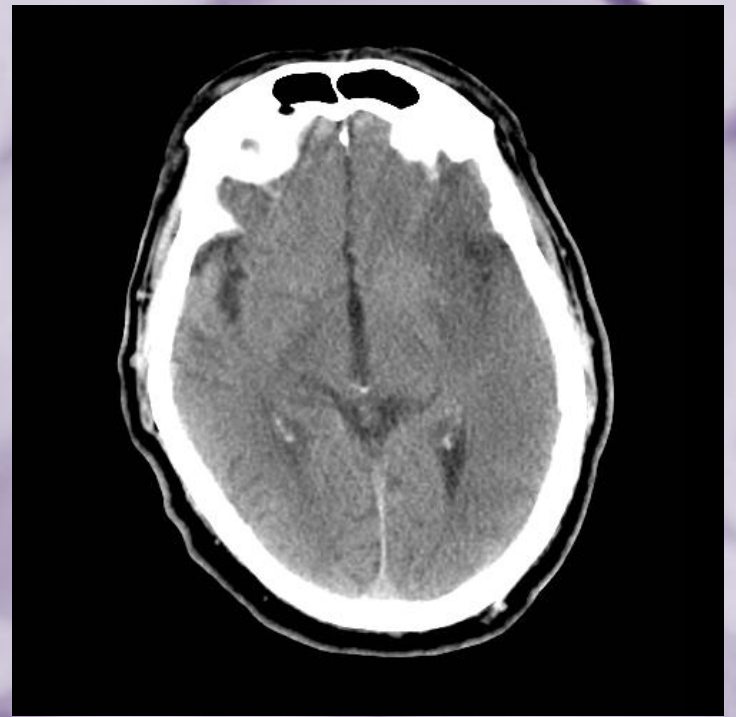
in PS esegue:

EGC: RS, rari BESV

EE:ndp, tranne minimo aumento CPK

TAC encefalo: lesione ipodensa in territorio silviano sx (→ immagine)

Bene parametri



GIORGIA

GIORGIA

Date le condizioni già posizionato CV

Tp: NO INDICAZIONE A TROMBOLISI
(Età >80 aa; manca ora di esordio, lesione alla TC, possibile trauma cranico)

Tp: ASA 300 mg ev + omeprazolo in 100 F ev.

GIORGIA

Ricoverata in SU: all'ingresso

EON: NIHSS: 17, per minima limitazione dello sguardo verso dx. il resto invariato.

mRS all'ingresso in SU: 5

Barthel: 0/100

- Valutazione disfagia: presente → posizionato SNG
- Si predispone monitoraggio (PA, fc, sat O₂) e rilevazione delle PA ogni 30' per le prime 6 ore, quindi ogni ora.
- DTX 3 volte die per i primi 2 giorni, salvo diverse disposizioni in base ai valori e inizialmente insulina sc ab se DTX > 200 mg/dL

GIORGIA

- impostata tp antiaggregante con ASA e poi clopidogrel
- EBPM a dosi profilattiche (plegia)
- terapia antipertensiva al bisogno
se PAS > 220 e/o PAD > 120

GIORGIA

Si richiedono:

- ECO TSA: ndp
- Ecocardiogramma: nei limiti, salvo modera dilatazione bi-atriale
- RX torace: nei limiti

GIORGIA

Il giorno seguente

EON: afasia a maggior componente espressiva, non risponde ma esegue un ordine semplice (2+1), minaccia assente a dx (2), MOE: non limitazione dello sguardo, deficit VII inf dx (2): grave paresi arto superiore dx, con possibilità di movimenti in assenza di gravità (3), plegia arto inferiore dx (4), sensibilità dolorifica indenne, ROT simmetrici, SCP Babinski a dx. NIHSS: 14
(da 17)

- iniziale miglioramento della forza arto sup. dx
- minimo miglioramento comprensione
- non più limitazione della MOE

Viene iniziata FKT al letto ed inizia precocemente la mobilizzazione in sedia

GIORGIA

Dopo 5 gg (22/03) → trasferita in Neurologia.
Sempre buoni i parametri durante il monitoraggio in SU e successivamente; solo episodi di extrasistolia durante il monitoraggio continuo in SU, per cui effettua ECG HOLTER: no aritmie maggiori (né iper né ipocinetiche)

Progressivo ulteriore miglioramento con buona comprensione (esegue entrambi gli ordini).

Possibile la dimissione in Riabilitazione Specialistica, prevista per il 24/03

MA....

GIORGIA

.....MA

La mattina del 24-03 pz molto sofferente.

alla valutazione clinica:

iperpiressia (38.8°C),

ittero lieve,

dolore addominale,

alla palpazione importante dolore ipocondrio-fianco dx

accertamenti (EE, ecoaddome, TAC) → colangite

→ non indicazione chirurgica

→ tp antibiotica ad ampio spettro

GIORGIA

Dopo qualche giorno netto miglioramento internistico.

Riprende la FKT

(nei primi giorni, solo minima riabilitazione passiva)

effettuiamo nuova val. logopedica + fibroscopia

→ possibile svezzamento da SNG

GIORGIA

in data 18/04 viene trasferita in Riabilitazione.

Alla dimissione:

EON: afasia a maggior componente espressiva (2), non risponde (2), esegue due ordini (0), minaccia presente bilat. (0), MOE: libera, deficit VII inf dx (2): grave paresi arti dx, con possibilità di movimenti in assenza di gravità (3+3), sensibilità indenne. NIHSS: 12

mRS: 4

Barthel: 0/100

Consiglio regolari controlli HOLTER ECG



GIORGIA

...continua...


Il percorso clinico assistenziale nella fase acuta dell'ictus cerebrale

Assistenza sub-intensiva e monitoraggio

Milano 22 Novembre 2012
Patrizia Franza
Coordinatore Infermiristico
UO Neurologia/Stroke Unit
AO Luigi Sacco (Mi)

Riferimenti:

- Ictus cerebrale: linee guida italiane di prevenzione e trattamento. SPREAD 2012.
- Criteri di appropriatezza strutturale, tecnologica e clinica nella prevenzione, diagnosi e cura della patologia cerebrovascolare. I quaderni del Ministero della Salute n. 14, 2012.
- Linee guida SINPE 2002



**E' indicato che i pazienti con ictus
acuto siano ricoverati in una
struttura dedicata (Stroke Unit)**

(Grado A
SPREAD, 2012)

Ingresso:

- Valutazione rischio lesioni da pressione: Scala Braden = 12
- Valutazione rischio cadute: Scala Conley= 2
- Valutazione disabilità : Scala Barthel = 0
- Valutazione rischio malnutrizione: MUST = basso rischio
- Valutazione rischio disfagia: Test deglutizione = positivo per rischio disfagia

SCREENING NUTRIZIONALE

MUST (Malnutrition Universal Screening Tool)



Diario alimentare per
degenti



Misure alternative per
ottenere altezza, peso,
BMI



Calcolo
Altezza/Peso
per pazienti
allettati

| | | | | |
|--|--|----|--|---|
| Data del TEST | <input type="text" value="17/03/2011"/> | | | |
| Unità Operativa | <input type="text" value="stroke unit"/> | | | |
| Nominativo del Paziente | <input type="text" value="Nella"/> | | | |
| Peso attuale | <input type="text" value="63"/> | kg | | |
| Altezza | <input type="text" value="163"/> | cm | BMI: <input type="text" value="23.7"/> | |
| Calo di peso negli ultimi 3-6 mesi | <input type="text"/> | kg | <input type="text" value="0"/> | % |
| Malattia grave acuta con digiuno di almeno 5 giorni (attuale o previsto) | <input type="checkbox"/> | | | |
| Punteggio totale | <input type="text" value="0"/> | | | |
| Rischio di malnutrizione per difetto | <input type="text" value="BASSO"/> | | | |
| Azione suggerita | Ripetere lo screening settimanalmente | | | |

Stampa

Invia

Ingresso:

Ingresso: bisogni rilevati

- *Respirazione*: monitoraggio continuo FR e saturazione O_2
- *Alimentazione e idratazione*: incapacità di alimentarsi autonomamente, disfagia
→ SNG_(Grado B)
- *Eliminazione urinaria e intestinale*: incontinenza urinaria e intestinale
→ catetere vescicale e presidio assorbente

Ingresso: bisogni rilevati

- *Igiene*: deficit di cura della propria persona → igiene a letto
- *Movimento*: compromissione della mobilità per emiplegia dx
→ igiene posturale a letto (Grado B) e successiva in poltrona (Grado B)
- *Funzione cardiocircolatoria*: anamnesi per ipertensione arteriosa e cardiopatia ischemica
→ monitoraggio continuo PA, FC e TC 1 die
→ *posizionamento MAD* (Grado D)

Ingresso: bisogni rilevati

- *Ambiente sicuro*: rischio infezioni per CV e CVP → monitoraggio dei presidi ; rischio aspirazione → posizione semiseduta e controllo ristagno gastrico (SINPE 2002); rischio cadute → mobilitazione in poltrona in presenza di familiari
- *Interazione nella comunicazione*: afasia espressiva → valutazione logopedica

Ingresso: bisogni rilevati

- *Procedure terapeutiche:* assunzione terapie tramite SNG, mantenimento funzionalità sonde e cateteri, terapia sc
- *Procedure diagnostiche:* monitoraggio continuo ECG, controllo DTX 3 die

(SPREAD, 2012)

- Dimissione dalla Stroke Unit dopo 5 giorni (22/03) e trasferimento presso la UO Neurologia in regime di degenza ordinaria in attesa di posto letto in Riabilitazione specialistica (24/03)

Dimissione: Barthel

| | |
|------------------|----------|
| Igiene personale | 0 |
| Fare il bagno | 0 |
| Mangiare | 0 |
| Usare il WC | 0 |
| Fare le scale | 0 |
| Vestirsi | 0 |
| Controllo urine | 0 |
| Controllo alvo | 0 |
| Camminare | 0 |
| Trasferimenti | 0 |
| Carrozzina | 0 |
| Totale | 0 |

Dimissione: bisogni aperti


| | |
|-------------------------------------|--------------|
| BAI | |
| Alimentazione e idratazione | Sostituzione |
| Eliminazione urinaria e intestinale | Sostituzione |
| Igiene | Sostituzione |
| Movimento | Sostituzione |
| Funzione cardiocircolatoria | Sostituzione |
| Ambiente sicuro | Sostituzione |
| Interazione nella comunicazione | Sostituzione |
| Procedure terapeutiche | Sostituzione |
| Procedure diagnostiche | Sostituzione |

Dopo due giorni (24/03) rialzo
temperatura corporea → colangite

- Sospensione trasferimento presso struttura riabilitativa
- Sospensione nutrizione SNG, solo liquidi
- Terapia antibiotica EV
- Terapia antipiretica

Dopo qualche giorno netto miglioramento della sintomatologia clinica:

- ripresa della FKT
- nuova valutazione logopedica ed esame fibroscopico
- Disfagia orofaringea per solidi, liquidi e doppie consistenze
- Inizia svezzamento dal sondino eseguendo dei pasti assistiti
- Rimozione SNG → dieta semisolida omogenea



Dimissione in data 18/04 in Riabilitazione
Specialistica dopo conclusione terapia
antibiotica

Dimissione: Barthel

| | |
|------------------|----------|
| Igiene personale | 0 |
| Fare il bagno | 0 |
| Mangiare | 0 |
| Usare il WC | 0 |
| Fare le scale | 0 |
| Vestirsi | 0 |
| Controllo urine | 0 |
| Controllo alvo | 0 |
| Camminare | 0 |
| Trasferimenti | 0 |
| Carrozzina | 0 |
| Totale | 0 |

Dimissione: bisogni aperti

| | |
|-------------------------------------|---------------|
| BAI | |
| Alimentazione e idratazione | Compensazione |
| Eliminazione urinaria e intestinale | Sostituzione |
| Igiene | Sostituzione |
| Movimento | Sostituzione |
| Funzione cardiocircolatoria | Sostituzione |
| Ambiente sicuro | Sostituzione |
| Interazione nella comunicazione | Sostituzione |
| Procedure terapeutiche | Sostituzione |
| Procedure diagnostiche | Sostituzione |