

SIGG

57° CONGRESSO NAZIONALE - MILANO

13° CORSO INFERMIERI - SIMPOSIO

IL PERCORSO CLINICO ASSISTENZIALE DELLO STROKE

L'ASSISTENZA INFERMIERISTICA NELLA FASE DI
RIABILITAZIONE INTENSIVA

Giorgio Carniel
22 novembre 2012

RIABILITAZIONE INTENSIVA

QUANDO?

- È indicato iniziare il trattamento riabilitativo il **più presto possibile**, non appena le condizioni generali del paziente lo consentano **(C)**
- Entro la **prima settimana** di ricovero è indicato attivare il team cui compete l'assistenza riabilitativa **(A)**

(SPREAD, 2012)

ELIMINAZIONE URINARIA E FECALE

| DATI/PROBLEMA | OBIETTIVI BREVE E MEDIO TERMINE |
|---------------------------------|--|
| INCONTINENZA DOPPIA (Barthel 2) | / |
| CATETERE VESCICALE IN SEDE | Svezzamento da CVP e ripristino minzione spontanea |

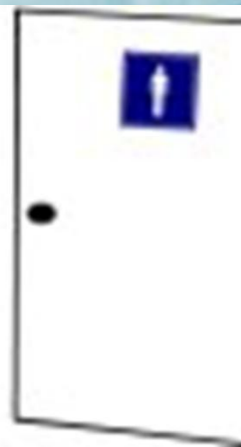
CLASSIFICAZIONE IU sec. ICS

EZIOPATOGENESI

- Neurogena
- Non neurogena

CLINICA

- Sforzo
- Da rigurgito (overflow)
- Funzionale
- Urgenza



(Abrams et al, 2008)

IPERATTIVITA' DEL DETRUSORE

Iperattività detrusoriale

- Attività contrattile del detrusore rilevata all'esame cistomanometrico durante la fase di riempimento;

Clinica

- **Vescica iperattiva**, aumento frequenza minzionale (pollachiuria), nicturia

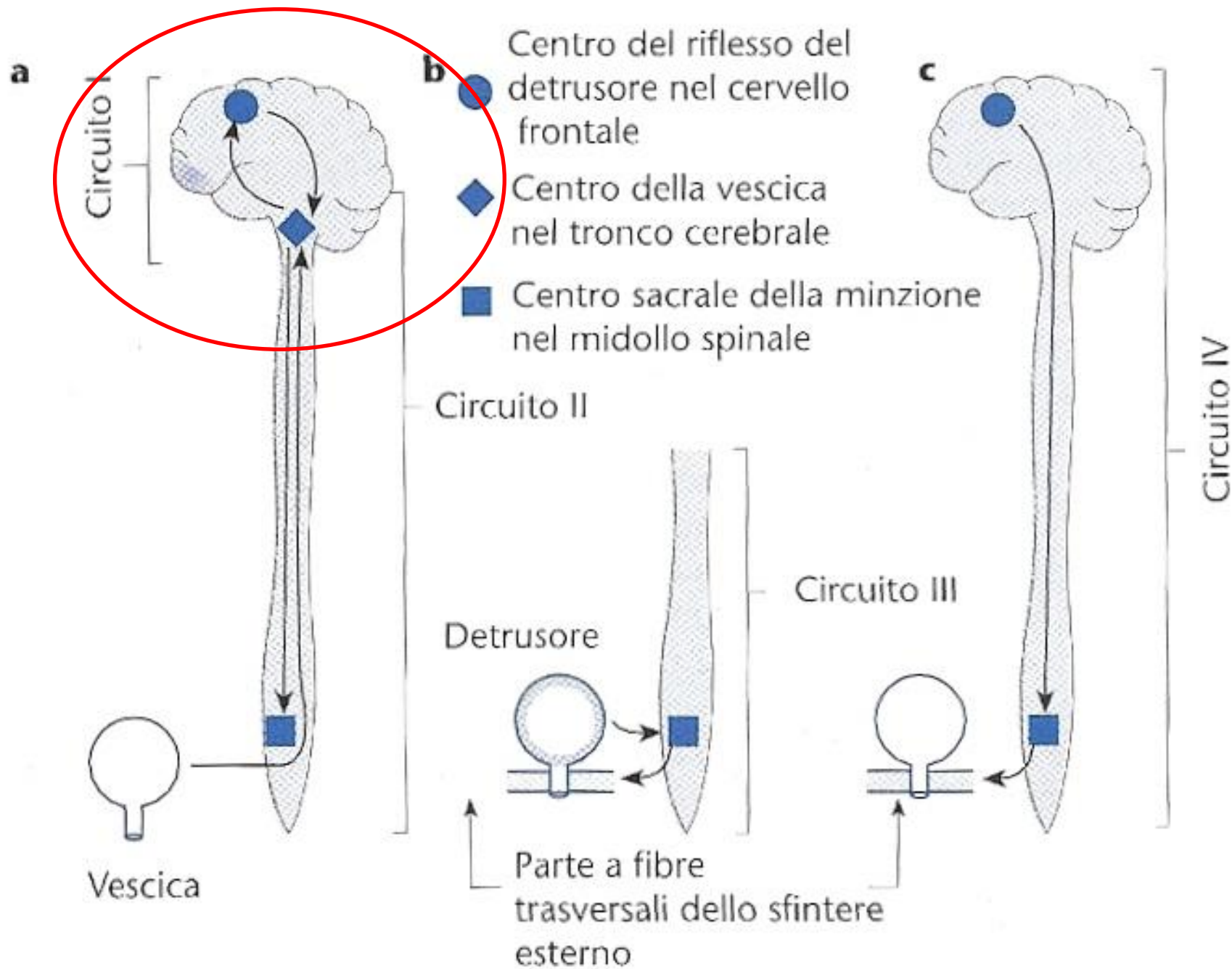
Eziologia **neurogena**:

- Ictus, Parkinson, Sclerosi Multipla, Lesioni Midollari

Eziologia **non neurogena**:

- Invecchiamento, ostruzione, cause idiopatiche

(Abrams et al, 2008)



LESIONI SOVRAPONTINE

- Le aree sovrapontine esercitano **azione inibitoria** tonica sul centro pontino della minzione
- E' dimostrato che lesioni neurologiche sovrapontine (malattie cerebrovascolari, Parkinson) generino **iperattività del detrusore**
- Il paziente con questo tipo di lesione perde **l'inibizione volontaria** della minzione

(Abrams et al, 2008)

IU FUNZIONALE

- Conseguente a deficit funzionali:
 - Motori
 - Cognitivi
- Un terzo degli anziani soffre di IF

(Abrams et al, 2008)

ICTUS ed INCONTINENZA

- Vi è una forte evidenza che professionisti specializzati mediante una valutazione strutturale ed un **intervento specialistico** possano ridurre l'incontinenza urinaria dopo ictus.
- I dati relativi a trials di interventi fisici (biofeedback), comportamentali (orologio vescicale), complementari (agopuntura) e farmacologici (farmaci anticolinergici) **sono insufficienti** a guidare l'assistenza alla continenza negli adulti dopo ictus

(Cochrane, 2008)

SVEZZAMENTO DA CVP

RIMOZIONE CATETERE A BREVE TERMINE (1-14 gg)

- Quando: tarda serata (ore 24.00)
- Il paziente dorme e spesso non si accorge
- Minori ricateterizzazioni
- Validità anche per cateteri lungo termine?

(JBI, 2006)

SVEZZAMENTO DA CVP

GINNASTICA VESCICALE

- Obsoleta e non ha alcun razionale fisiopatologico
- Il muscolo detrusore non risente di nessun beneficio
- Può favorire le infezioni
- Può indurre ritenzione se non seguita attentamente

VALUTAZIONE RESIDUO POST-MINZIONALE

- Transcatetere
- Ecografo portatile

CATERISMO INTERMITTENTE

- Per alcuni giorni

(Panariello et al, 2006)

CATETERISMO INTERMITTENTE

- Pulito (non sterile)
- INDICAZIONI
 - Svuotamento vescicale
 - Svuotamento di completamento
 - Monitoraggio del residuo postminzionale
- Frequenza: 4-6 volte/die
- Minore frequenza di infezioni
- Rischio lesioni traumatiche

ECOSONDA PORTATILE

- Riduce il ricorso al cateterismo per quantificare il volume urinario vescicale
- Riduce il rischio infettivo
- Viene usata nel 30% degli ospedali americani

(Byun et al, 2003; Moore et al, 1997; Saint et al, 2008)

MOVIMENTO

| DATI/PROBLEMA | OBIETTIVI BREVE E MEDIO TERMINE |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">▪ COMPROMISSIONE MOBILITA' (EMIPARESI) -Barthel 2-▪ CONTROLLO TRONCO NON VALUTABILE | TENTATIVO RECUPERO MOTRICITA' EMISOMA DESTRO |
| <ul style="list-style-type: none">▪ RISCHIO RIGIDITA' ARTICOLARE▪ RISCHIO SINDROME ALLETTAMENTO▪ RISCHIO INSUCCESSO RECUPERO MOTORIO | <ul style="list-style-type: none">▪ PREVENIRE SINDROME IMMOBILIZZAZIONE▪ FAVORIRE IL RECUPERO MOTORIO |
| FLACCIDITA' PERSISTENTE ARTO SUPERIORE DESTRO | <ul style="list-style-type: none">▪ PREVENZIONE SINDROME SPALLA MANO |

STRATEGIE

- I risultati funzionali significativi possono essere ottenuti sfruttando strategie **riparatrici** (intrinseche) e **compensatorie** (sfruttando altre risorse)

(SPREAD, 2012)

- Tempestiva **mobilizzazione passiva**, raggiungimento della sezione seduta e progressiva verticalizzazione **(B)**
- Stimolare ed incoraggiare il paziente con ictus alla **partecipazione** alle attività quotidiane **(B)**

(SPREAD, 2012)

MODELLI TEORICI

- Negli anni si sono susseguiti per **apposizione**, ma non per **sostituzione**, vari presupposti teorici
- L'utilizzo di **tecniche miste** comporta risultati significativamente migliori in termini di recupero dell'indipendenza funzionale, confrontato con l'assenza di trattamento o verso placebo
- Non esiste evidenza in merito alla **superiorità** di un singolo specifico approccio rispetto ad un altro

(SPREAD, 2012)

TONO MUSCOLARE

FLACCIDITA'

- In genere caratterizza la prima fase dell'ictus
- Non sono presenti limitazioni articolari
- In questa fase il paziente non può muovere gli arti colpiti

(Spairani et al, 2003)

- Una persistente flaccidità od una grave rappresentano condizioni in grado di influenzare negativamente il recupero della motilità

(SPREAD, 2012)

SPASTICITA'

- In genere subentra successivamente alla fase acuta
- Compromette il movimento selettivo
- Si innescano schemi posturali stereotipati e movimenti massivi
- Aumenta con la paura, gli sforzi ed il dolore

(Spairani et al, 2003)

STRATEGIE DI MOVIMENTO

- Equilibrio precario → Paura di cadere → Aumento ipertono
- Lateropulsione: il paziente spinge paradossalmente col lato sano verso il lato plegico
- L'operatore deve posizionarsi dal lato plegico
- Dare il tempo al paziente di apprendere i movimenti

(Spairani et al, 2003)

IGIENE POSTURALE

- Durante tutta la degenza ospedaliera sono indicati (B):
 - Posizionamento
 - Mobilizzazione segmentaria degli arti
- **Obiettivi:** ridurre il rischio individuale delle più frequenti complicanze (B):
 - Contratture
 - Infezioni delle vie respiratorie
 - Spalla dolorosa e decubiti

(SPREAD, 2012)

IGIENE POSTURALE

- Patients should be placed in the **upright** sitting position, if their medical condition allows **(C)**
- **Hypoxia inducing positions** (lying on the left side regardless of affected side or slumped in a chair) should be avoided **(C)**

(SIGN, 2010)

IGIENE POSTURALE

A LETTO

- Usare archetto per letto al fine di prevenire la flessione plantare del piede (piede equino)
- La posizione sul dorso (preferita da operatori e paziente) tende ad aumentare la spasticità
- La posizione sul lato emiplegico è considerata migliore per la ricchezza di afferenze esteroceettive e propriocettive che partono e agiscono sul lato colpito

(Spairani et al, 2003)

IGIENE POSTURALE

POSIZIONE SUPINA A LETTO

- Spalla e braccio appoggiati su cuscino e ben allineati
- Sostenere anche la spalla col cuscino
- Piccolo cuscino sotto l'anca plegica

(Spairani et al, 2003)



IGIENE POSTURALE

POSIZIONE SUL LATO PLEGICO A LETTO

- Letto in posizione verticale
- Spalla lesa portata bene in avanti
- Braccio plegico con gomito esteso e palmo rivolto verso l'alto
- Arto inferiore esteso all'anca e flessio al ginocchio
- Arto inferiore sano sostenuto da cuscino



(Spairani et al, 2003)

IGIENE POSTURALE

POSIZIONE SUL LATO SANO A LETTO

- Spalla plegica protratta in avanti e braccio sostenuto da cuscino
- Arto inferiore plegico flessso all'anca e al ginocchio e sostenuto da grosso cuscino (piede compreso)

(Spairani et al, 2003)



IGIENE POSTURALE

POSIZIONE SEDUTA A LETTO

- Non sostenere eccessivamente la testa con cuscini → allenamento a mantenerla eretta
- Flettere entrambe le anche a 90°
- Posizionare tavolino davanti al paziente

IGIENE POSTURALE

IN CARROZZINA

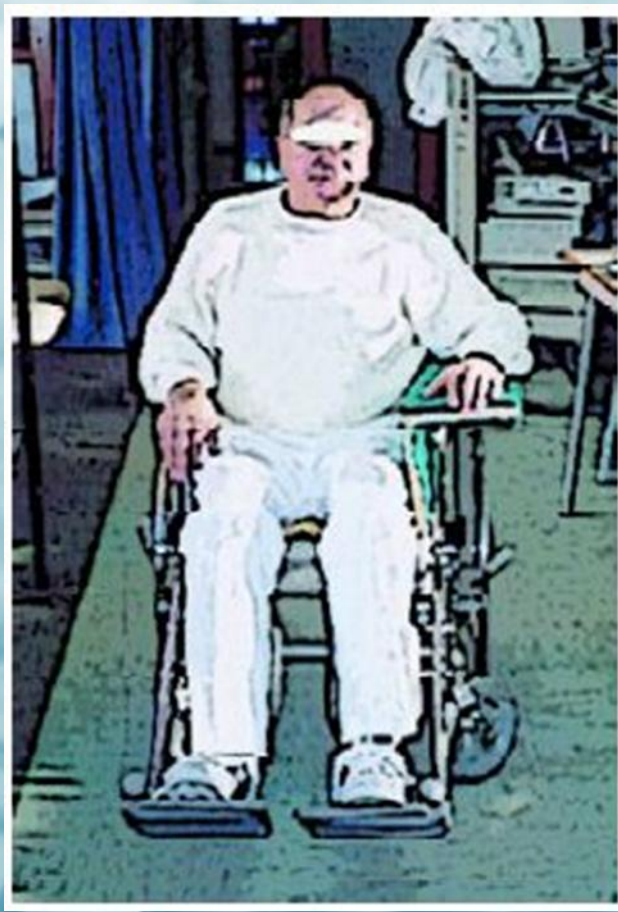
- Dimensioni della carrozzina adeguate alla corporatura del paziente
- Buon raddrizzamento del tronco
- Entrambe le anche flesse (il peso poggia su entrambe le natiche)
- Piedi appoggiati sui predellini
- Posizionare supporto per sostegno della spalla (tavolino o reggibraccio)

(Spairani et al, 2003)

POSIZIONE IN CARROZZINA



POSIZIONE IN CARROZZINA



LESIONI PRESSIONE

FREQUENZA

- La frequenza dei riposizionamenti sarà determinata da:
 - tolleranza dei tessuti del paziente
 - livello di mobilità/attività
 - condizioni generali
 - obiettivi di cura
 - valutazioni della condizione della cute (C)
- La frequenza dei riposizionamenti sarà influenzata dalla superficie di supporto/contatto utilizzata (A)

(Npuap-Epuap, 2009)

RIPOSIZIONAMENTI

[Ogni **2 ore** + Materasso standard]

VS

[Ogni **4 ore** + Materasso schiuma]

- Più efficace 4 ore, ma studi non statisticamente significativi

(JBI, 2008)

- Con materasso a pressione alternata: **Ogni 2 ore**

(Saiani-Santullo, 2010)

TRASFERIMENTI

- Spostamenti dal letto alla sedia o dalla sedia al water
- Entità dell'aiuto in base alla situazione
- Non farsi abbracciare al collo:
 - Pericoloso per l'operatore
 - Stimolazione di spinta verso il basso ed aumento della spasticità
 - E' l'opposto di quello che gli viene chiesto (raddrizzamento del tronco e delle anche)
 - Può provocare danni alla spalla plegica

(Spairani et al, 2003)

TRASFERIMENTI

SOLLEVATORE



VERTICALIZZATORE



ARTO SUPERIORE

- La perdita di destrezza nell'uso dell'arto superiore rappresenta uno dei principali fattori di **disabilità persistente post-ictus**
- Fattore predittivo indipendente di **scarsa qualità di vita**
- Nessun recupero funzionale: **20%** dei pazienti
- Recupero parziale: **85%** dei pazienti
- Obiettivo riabilitativo di **breve e medio termine**
- È sempre indicato attivare un programma di riabilitazione precoce dell'arto superiore paretico **entro i primi tre mesi** dall'esordio dell'ictus **(B)**
- L'impiego routinario di protocolli di addestramento ripetitivo e/o intensivo dell'arto superiore ai fini del recupero funzionale non è indicato **(B)**

(SPREAD, 2012)

SPALLA

- **PROBLEMI PRINCIPALI**
 1. Sublussazione
 2. Dolore
 3. Sindrome spalla-mano

(Spairani et al, 2003)

SPALLA: **SUBLUSSAZIONE**

- Nel 70% delle emiplegie
- Non sempre accompagnata da dolore

Cause:

- Ipotono (soprattutto nella fase iniziale)
- Scorretta mobilizzazione del braccio
- Scorretto posizionamento del braccio
- Penzolare del braccio quando seduto in sedi

(Spairani et al, 2003)

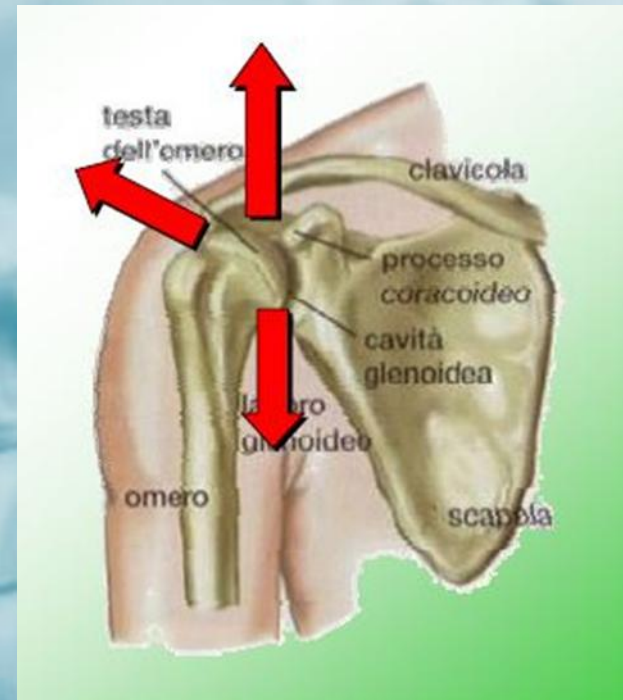
- Rotazione del tronco verso il lato plegico

(Cisari e Molteni, 2005)

SPALLA: SUBLUSSAZIONE

TIPI DI SUBLUSSAZIONE

- Inferiore
- Anteriore
- Superiore



SPALLA: SUBLUSSAZIONE

PRESIDI

- Nella fase precoce post-ictale è indicato attuare il corretto posizionamento della spalla, impiegando **supporti morbidi ed astenendosi da manovre di trazione della spalla plegica (GPP)**
(SPREAD, 2012)
- Sono disponibili molti presidi per la lussazione dell'articolazione scapolo-omerale post ictus
- Razionale spesso non chiaro, legato a:
 - opinioni e scelte personali
 - disponibilità di mercato
 - abitudini

(Cisari e Molteni, 2005)

SPALLA: **SUBLUSSAZIONE**

PRESIDI

- Fasce reggibraccio:
 - Aperte
 - Chiuse
- Indicate per la prima fase di ipotonia o quando l'ipotonia è prolungata o con prognosi funzionale scadente

(Cisari e Molteni, 2005)



SINDROME SPALLA-MANO

- Chiamata anche algodistrofia
- Colpisce il 20% degli emiplegici
- Mano edematosa, soprattutto al dorso
- Mano di colore dal rosa al violaceo
- Pelle lucida
- Dolore alla spalla e al polso
- Causa:
 - Compromissione circolo venoso in braccio ipototonico correlato a:
 - Scorretto posizionamento
 - Eventi traumatici (mano nella ruota della carrozzina)
 - Stravasi di fleboclisi

(Spairani et al, 2003)

COMUNICAZIONE

DATI/PROBLEMA

AFASIA PREVALENTEMENTE ESPRESSIVA
DEPRESSIONE

OBIETTIVI BREVE E MEDIO TERMINE

RECUPERO EFFICACIA COMUNICATIVA
STABILIRE ALLEANZA TERAPEUTICA AI FINI
COLLABORATIVI

PRINCIPALI COMPLICANZE PSICO-COGNITIVE

- Depressione
- Afasia
- Demenza vascolare
- Neglect
- Esperienza psicosociale

DEPRESSIONE

DIAGNOSI

- Elevato rischio di sovrastima e di sottostima diagnostica
- In parte attribuibile alla presenza di sintomi somatici
- In parte alle differenti modalità di approccio degli esaminatori
- Influenza sulla comunicazione e sull'attendibilità delle risposte dei disturbi neuropsicologici quali:
 - Afasia
 - Anosognosia
 - Emidisattenzione
 - Deterioramento cognitivo

(SPREAD, 2012)

DEPRESSIONE

DIAGNOSI

- Strumenti di diagnosi clinica:
 - DSM-IV-TR
 - Approccio clinico multidimensionale:
 - colloquio con il paziente
 - con i familiari
 - Con personale non medico
 - test e scale specifici (C)
- Le comuni scale di derivazione psichiatrica si sono dimostrate equivalenti nel valutare la presenza di depressione post-ictus.
- È indicato utilizzare le **scale di valutazione di derivazione psichiatrica** essenzialmente per la quantificazione ed il monitoraggio dei sintomi della depressione post-ictus (C)
- Recentemente è stata validata una scala specifica per la valutazione della depressione post-ictus:
 - Post-Stroke Depression Rating Scale (PSDRS)

(SPREAD, 2012)

| | SI | No |
|--|----|----|
| 1. È soddisfatto della sua vita? | 0 | 1 |
| 2. Ha abbandonato molte delle sue attività e dei suoi interessi? | 1 | 0 |
| 3. Ritieni che la sua vita sia vuota? | 1 | 0 |
| 4. Si annoia spesso? | 1 | 0 |
| 5. Ha speranza nel futuro? | 0 | 1 |
| 6. È tormentato da pensieri che non riesce a togliersi dalla testa? | 1 | 0 |
| 7. È di buon umore per la maggior parte del tempo? | 0 | 1 |
| 8. Teme che le stia per capitare qualcosa di brutto? | 1 | 0 |
| 9. Si sente felice per la maggior parte del tempo? | 0 | 1 |
| 10. Si sente spesso indifeso? | 1 | 0 |
| 11. Le capita spesso di essere irrequieto e nervoso? | 1 | 0 |
| 12. Preferisce stare a casa, piuttosto che uscire a fare cose nuove? | 1 | 0 |
| 13. Si preoccupa frequentemente per il futuro? | 1 | 0 |
| 14. Pensa di avere più problemi di memoria della maggior parte delle persone? | 1 | 0 |
| 15. Pensa che sia bello stare al mondo, adesso? | 0 | 1 |
| 16. Si sente spesso abbattuto e triste, adesso? | 1 | 0 |
| 17. Trova che la sua condizione attuale sia indegna di essere vissuta? | 1 | 0 |
| 18. Si tormenta molto pensando al passato? | 1 | 0 |
| 19. Trova che la vita sia molto eccitante? | 0 | 1 |
| 20. Le risulta difficile iniziare a occuparsi di nuovi progetti? | 1 | 0 |
| 21. Si sente pieno di energia? | 0 | 1 |
| 22. Pensa di essere in una situazione priva di speranza? | 1 | 0 |
| 23. Pensa che la maggior parte delle persone sia in una condizione migliore della sua? | 1 | 0 |
| 24. Le capita spesso di turbarsi per cose poco importanti? | 1 | 0 |
| 25. Ha frequentemente voglia di piangere? | 1 | 0 |
| 26. Ha difficoltà a concentrarsi? | 1 | 0 |
| 27. Si alza con piacere la mattina? | 0 | 1 |
| 28. Preferisce evitare gli incontri sociali? | 1 | 0 |
| 29. Le riesce facile prendere delle decisioni? | 0 | 1 |
| 30. Ha la mente lucida come prima? | 0 | 1 |

Punteggio totale

/30

GERIATRIC DEPRESSION SCALE (GDS)

- Scala di screening 30 items
- Una tra le più diffuse per valutazione sintomi depressivi nell'anziano
- Applicabilità anche in demente di grado lieve-moderato
- Sconsigliata se MMSE<15
- Versione 15 item

DEPRESSIONE

SINTOMATOLOGIA

- Alterazioni della sfera cognitiva
 - Riduzione prestazioni
 - Autodevalutazione
 - Sensi di colpa
 - Ideazione suicidaria
- Sintomi a carattere reattivo
 - Ansietà
 - Reazione catastrofica
 - Labilità emotiva

SINTOMATOLOGIA

- Alterazioni del tono dell'umore e somatici
 - Disturbi del sonno
 - Dell'appetito
 - Di concentrazione
 - Astenia
 - Umore depresso
 - Ridotta volitività
- Alterazioni della psicomotricità
 - Astenia
 - Irrequietezza
 - Rallentamento

DEPRESSIONE

- I pazienti con depressione post-ictus presentano, rispetto ai pazienti con depressione funzionale, una **minore melanconia** ma **più segni fisici** di depressione (**astenia, disturbi del sonno, di concentrazione, dell'appetito, etc**).
- Inoltre essi lamentano generalmente **molti più sintomi somatici** rispetto ai pazienti con postumi di ictus ma non depressi.

(SPREAD, 2012)

DEPRESSIONE

IMPATTO QUOAD VITAM (Prognosi di vita)

- L'ideazione suicidaria aumenta con il passare del tempo, passando dal **9,8%** a 3 mesi al **14,0%** a 15 mesi
- Il rischio di mortalità aumenta sia a breve che a lungo termine: a 10 anni **3,4 volte maggiore** rispetto ai non depressi

(SPREAD, 2012)

DEPRESSIONE

IMPATTO QUOAD VALETUDINEM (Prognosi funzionale)

- Fattore prognostico sfavorevole sullo stato funzionale del paziente sia a breve che a lungo termine
- Aumenta da **2 a 3 volte** il rischio di dipendenza nelle ADL
- Aumenta il rischio di cadute del paziente e ne peggiora la qualità di vita.

(SPREAD, 2012)

DEPRESSIONE

TRATTAMENTO

- Un trattamento antidepressivo può:
 - influenzare positivamente il recupero funzionale
 - ma non annullare l'impatto sfavorevole della depressione post-ictus sullo stesso
- I pazienti non trattati con antidepressivi presentano una prognosi riabilitativa peggiore rispetto a quelli trattati

(SPREAD, 2012)

DEPRESSIONE

TRATTAMENTO

- Indicato iniziare **precocemente** un trattamento antidepressivo, anche per ridurre l'impatto sfavorevole sull'attività riabilitativa (C)
- Molecole:
 - Inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI) per il loro miglior profilo di tollerabilità (C)
 - Nortriptilina
 - Citalopram
 - Fluoxetina
 - Reboxetina

(SPREAD, 2012)

AFASIA

DEFINIZIONE

- Disturbo del linguaggio. Perdita totale o parziale di comunicare attraverso la parola, il gesto e la scrittura
- Prevalenza:
 - Totale 27%
 - Sopravvissuti 18%
- In genere lesione emisfero sinistro

(Spairani et al, 2003)

AFASIA

CLASSIFICAZIONE

1. Non fluente (Broca)
2. Fluente (Wernike)
3. Globale

AFASIA

AFASIA NON FLUENTE (DI BROCA)

- Lesioni anteriori, rolandiche e prerolandiche
- Eloquio lento, scandito, faticoso, impacciato
- Pause, omissioni
- Dal mutismo a brevi frasi

(Spairani et al, 2003)

- Agrammatismo
- Parafasie fonemiche (*pane vs cane*)
- Comprensione sufficientemente conservata
- Consapevolezza degli errori commessi
- Tono dell'umore deflesso

(Dolce et al, 2005)

AFASIA

AFASIA FLUENTE (DI VERNIKE)

- Lesioni posteriori, temporali e parietali
- Eloquio abbondante, logorroico
- Contenuto incoerente e incomprensibili
- Discorso vuoto di significato
- Parole senza senso e neologismi (*perata vs matita*)
- Capacità comprensive più o meno compromesse

(Spairani et al, 2003)

- Il paziente non è consapevole del disturbo e non cerca di autocorreggersi

(Cisari-Molteni, 2005)

- Parafasie semantiche (*cane vs gatto*)
- Tono dell'umore non congruo alla situazione, fino all'indifferenza, euforia, irritazione

(Dolce et al, 2005)

AFASIA

AFASIA GLOBALE

- Compromissione di tutti gli aspetti del linguaggio:
 - Comprensione
 - Produzione
 - Pianificazione
- Capacità di produrre solo qualche suono o esclamazione o frase ricorrente (stereotipia)
- Non comprensione di ciò che viene loro detto
- Uso della mimica e dei gesti (a volte pure compromessi)

(Spairani et al, 2003)

AFASIA

COSA VIVE IL PAZIENTE AFASICO

- Non identificazione degli operatori (infermieri, medici, logopedista)
- Crede che l'operatore gli parli in una lingua straniera:
 - Sfiducia
 - Isolamento
 - Progressiva chiusura in se stesso
 - Depressione
 - Aggravamento della deprivazione sensoriale

(Spairani et al, 2003)

AFASIA

COMUNICAZIONE ELEMENTARE

- Contatto corporeo
- Contatto visivo
- Vicinanza
- Tono della voce
- Mimica

(Spairani et al, 2003)

AFASIA

TRATTAMENTO

- Rivolgersi prima al paziente e poi agli altri (familiari)
- Chiarire la propria figura professionale (più volte se serve)
- Concedere tempo per la risposta
- Incoraggiare nelle ADL
- Frasi brevi
- Ripetere il messaggio più volte
- Evitare forti rumori di sottofondo

(Spairani et al, 2003)

AFASIA

TRATTAMENTO

- Non cambiare argomento all'improvviso
- Pause fra le frasi
- Trattare temi legati al contesto immediatamente percepibili dal paziente

(Spairani et al, 2003)

- Domande chiuse che richiedano risposte SI-NO
- Accompagnare la richiesta con gesti esemplificativi (del paziente o del terapeuta)
- Evitare situazioni frustranti (facendo domande cui non può rispondere)

(Dolce et al, 2005)