

LA GESTIONE INFERMIERISTICA

PDPA DEL PAZIENTE CON ICTUS CEREBRALE
IN FASE ACUTA

dott. Sebastiano Fogolin



ARCS
Azienda Regionale
di Coordinamento
per la Salute



REGIONE AUTONOMA
FRIULI VENEZIA GIULIA



ASSISTENZA EROGATA IN SU VS FORME DI ASSISTENZA ALTERNATIVE:

- Riduzione della mortalità (OR 0.87, 95% CI 0.69 a 0.94; $p=0.005$)
- Riduzione del rischio di istituzionalizzazione (OR 0.78, 95% CI 0.68 a 0.89; $p=0.0003$)
- Riduzione del rischio di dipendenza (OR 0.79, 95% CI 0.68 a 0.90; $p=0.0007$)

TRA LE VARIABILI CORRELATE:

TRATTAMENTO TERAPEUTICO, LA PRESENZA/ASSENZA DI
DETERMINATI PROFILI PROFESSIONALI, LE ORE DI
RIABILITAZIONE FORNITA, MIGLIORE EXPERTISE DA PARTE
DELLO STAFF, MIGLIOR ASSISTENZA INFERMIERISTICA.

(Stroke Unit Trialists' Collaboration, 2013; Langhorne, 1998)

LE STRATEGIE DI COMPROVATA EFFICACIA PER RIDURRE IL DTN:

LA RAPIDA VALUTAZIONE NEUROLOGICA DEL PAZIENTE, IL RAPIDO TRASPORTO DEL PAZIENTE IN SALA TC PER LA ESEGUIRE DIAGNOSTICA, LA RAPIDA INTERPRETAZIONE DELLE IMMAGINI TC, LA PRONTA DISPONIBILITÀ DEL FARMACO (DILUIZIONE IN ANTICIPO), LA SOMMINISTRAZIONE DEL BOLO DI ALTEPLASE DIRETTAMENTE SUL LETTINO TC ED IL RAPIDO TRASPORTO IN STROKE UNIT...

SONO TUTTE REALIZZABILI GRAZIE AD UN APPROCCIO BASATO SULLO STROKE TEAM

(Benjamin et al, 2018; Xian et al, 2017; Kamal et al, 2016; Moran et al, 2016; Sung et al, 2011)

EVIDENCE BASED NURSING (EBN)

forward 20
1997/2017



SPREAD
Stroke Prevention And Educational Awareness Diffusion

VIII Edizione
Ictus cerebrale:
linee guida italiane di prevenzione e trattamento
Raccomandazioni e Sintesi

AHA/ASA Guideline

2018 Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke

A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association

Reviewed for evidence-based integrity and endorsed by the American Association of Neurological Surgeons and Congress of Neurological Surgeons

Endorsed by the Society for Academic Emergency Medicine

William J. Powers, MD, FAHA, Chair; Alejandro A. Rabinstein, MD, FAHA, Vice Chair; Teri Ackerson, BSN, RN; Opeolu M. Adeoye, MD, MS, FAHA; Nicholas C. Bambakidis, MD, FAHA; Kyra Becker, MD, FAHA; José Biller, MD, FAHA; Michael Brown, MD, MSc; Bart M. Demaerschalk, MD, MSc, FAHA; Brian Hoh, MD, FAHA; Edward C. Jauch, MD, MS, FAHA; Chelsea S. Kidwell, MD, FAHA; Thabele M. Leslie-Mazwi, MD; Bruce Ovbiagele, MD, MSc, MAS, MBA, FAHA; Phillip A. Scott, MD, MBA, FAHA; Kevin N. Sheth, MD, FAHA; Andrew M. Southerland, MD, MSc; Deborah V. Summers, MSN, RN, FAHA; David L. Tirschwell, MD, MSc, FAHA; on behalf of the American Heart Association Stroke Council

Consensus Recommendation

ASPEN Safe Practices for Enteral Nutrition Therapy

Joseph I. Boullata, PharmD, RPh, BCNSP, FASPEN, FACN¹; Amy Long Carrera, MS, RD, CNSC, CWCMS²; Lillian Harvey, MD, FACS, CNSC³; Arlene A. Escuro, MS, RD, LD, CNSC⁴; Lauren Hudson, MS, RD, LDN⁵; Andrew Mays, PharmD⁶; Carol McGinnis, DNP, RN, CNS, CNSC⁷; Jacqueline J. Wessel, MEd, RDN, CNSC, CSP, CLE⁸; Sarita Bajpai, PhD, RD, CD, CNSC⁹; Mara Lee Beebe, RD, LD, CNSC¹⁰; Tamara J. Kinn, MS, RD, LDN, CNSC¹¹; Mark G. Klang, MS, RPh, BCNSP, PhD¹²; Linda Lord, NP, ACNP-BC, CNSC¹³; Karen Martin, MA, RDN, LD, FAND¹⁴; Cecelia Pompei-Wolfe, RD, LDN, CNSC¹⁵; Jackie Sullivan, MS, RDN, CD¹⁶; Abby Wood, RD, LD, CNSC¹⁷; Ainsley Malone, MS, RD, CNSC, FASPEN¹⁸; and Pegg Guenter, PhD, RN, FAAN¹⁸; ASPEN Safe Practices for Enteral Nutrition Therapy Task Force, American Society for Parenteral and Enteral Nutrition



Journal of Parenteral and Enteral Nutrition
Volume 41 Number 1
January 2017 15-103
© 2016 American Society for Parenteral and Enteral Nutrition
DOI: 10.1177/0148607116673053
jpen.sagepub.com
SAGE

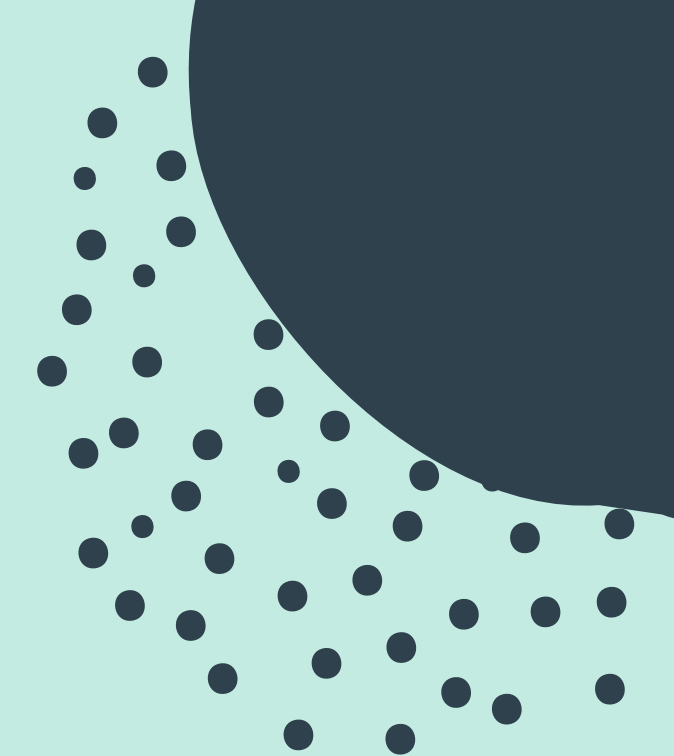


Efficacy and safety of very early mobilisation within 24 h of stroke onset (AVERT): a randomised controlled trial



The AVERT Trial Collaboration group*

CONTRIBUTO DELL'INFERMIERISTICA NEL PDTA



SORVEGLIANZA e
MONITORAGGIO



LINGUAGGIO
COMUNE



FUNDAMENTALS
OF CARE

VALUTAZIONE E PREPARAZIONE DEL PAZIENTE:

- **Valutare il livello di coscienza attraverso la *Glasgow Coma Scale (GCS)***

- **Rilevare la Saturazione Arteriosa periferica**

Una SpO2 <94 % deve essere prontamente comunicata al medico per eventuale avvio di O2 terapia

- **Rilevare Pressione Arteriosa**

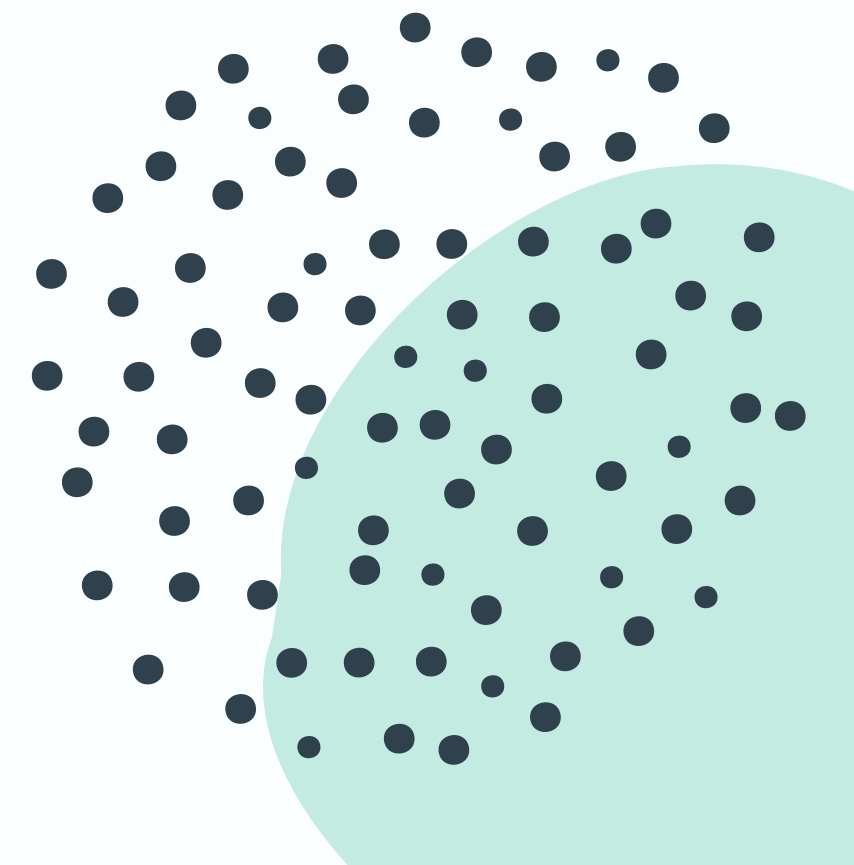
Il range pressorio entro il quale mantenere il paziente prima di avviare il trattamento con r-tPA e per le successive 24 ore è PAS <185 e PAD <110 (Raccomandazione 9.9. SPREAD, 2016). Pertanto l'eventuale allarme del monitor per la PA può essere impostato su tale range pressorio

- **Rilevare la glicemia a livello capillare**

Una glicemia <50 mg/dl deve essere prontamente comunicata al medico per eventuale ripristino di una glicemia normale (Raccomandazione 9.6. SPREAD, 2016)

Una glicemia >400 mg/dl deve essere prontamente comunicata al medico per eventuale trattamento con insulina rapida s.c. o in infusione e.v. (target < 200 mg/dl).

(Raccomandazione 9.7. SPREAD, 2016)



MONITORAGGIO DEI PARAMETRI VITALI IN STROKE UNIT:

- **Avviare il monitoraggio ECG continuo**
- **Tutti i pazienti ricoverati in SU per ischemia cerebrale sono monitorati in ECG a 12 derivazioni.**
Nei pazienti con emorragia cerebrale o FA già nota possono essere registrati con ECG a 5 derivazioni salvo diversa indicazione medica.
- **La rilevazione della Pressione Arteriosa nei pazienti sottoposti a trombolisi endovenosa prevede il seguente schema: per le prime 2 ore ogni 15 minuti, per le 6 ore successive ogni 30 minuti, per le 16 ore successive ogni 60 minuti, dopo 24 ore ogni 2 ore**
(R. 3.2. ASA/AHA, 2018)
- **Documentare i rimanenti parametri vitali ogni 2 ore**



MONITORAGGIO POST TROMBECTOMIA:

- **Sorvegliare segni di sanguinamento dal punto di inserzione del catetere vascolare a livello femorale**
- **Sorvegliare segni di ipoperfusione periferica**
monitorando i polsi periferici -popliteo e pedideo-, temperatura e colore degli arti inferiori
- **Assicurare un'adeguata idratazione e calcolare un eventuale bilancio idrico**
per evitare complicanze idroelettrolitiche dovute all'impiego di MDC
- **Mantenere un'adeguata volemia**
calcolando la quantità di fluidi da somministrare sulla base di un accurato bilancio idrico



MONITORAGGIO PARAMETRI VITALI

ETICHETTA o


Cognome e Nome


Data di nascita

Struttura

Numero nosologico

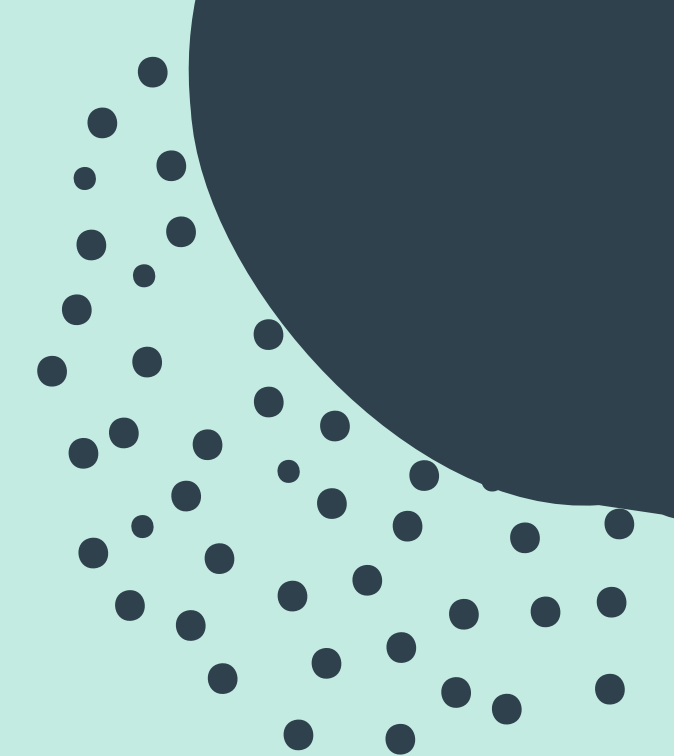
LEGENDA:

PA = 

T° = 

Data:		PA mmHg	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	T°
Note		250																									40
Monitoraggio continuo:																											
<input type="checkbox"/> FC <input type="checkbox"/> SpO2 <input type="checkbox"/> FR																											
Monitoraggio ECG (derivazioni):																											
<input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 5		200																									39
Alvo: _____ (giornata)																											
		150																									38
		100																									37
		50																									36
Gestione dispositivi			0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	
Tipo di device, data di posizionamento, r = rimosso																											
	___ / ___ / ___ R																										
	___ / ___ / ___ R																										
	___ / ___ / ___ R																										
	___ / ___ / ___ R																										
	___ / ___ / ___ R																										
Scale di valutazione																											
Valutazione iniziale																											
Rivalutazioni																											
Barthel (pt)	___																										
Norton (pt)	___																										
Conley (pt)	___																										
Rankin (pt)	___																										

CONTRIBUTO DELL'INFERMIERISTICA NEL PDTA



SORVEGLIANZA e
MONITORAGGIO



LINGUAGGIO
COMUNE



FUNDAMENTALS
OF CARE

STRUMENTI DI VALUTAZIONE DEL PAZIENTE:

- **GLASGOW COMA SCALE (GCS)**

Ogni punteggio intermedio dovrebbe essere documentato separatamente (ex E2V3M4).

- **BARTHEL INDEX (BI)**

Fotografa il grado di indipendenza della persona attraverso la valutazione di cosa fa. Non di quello che potrebbe fare.

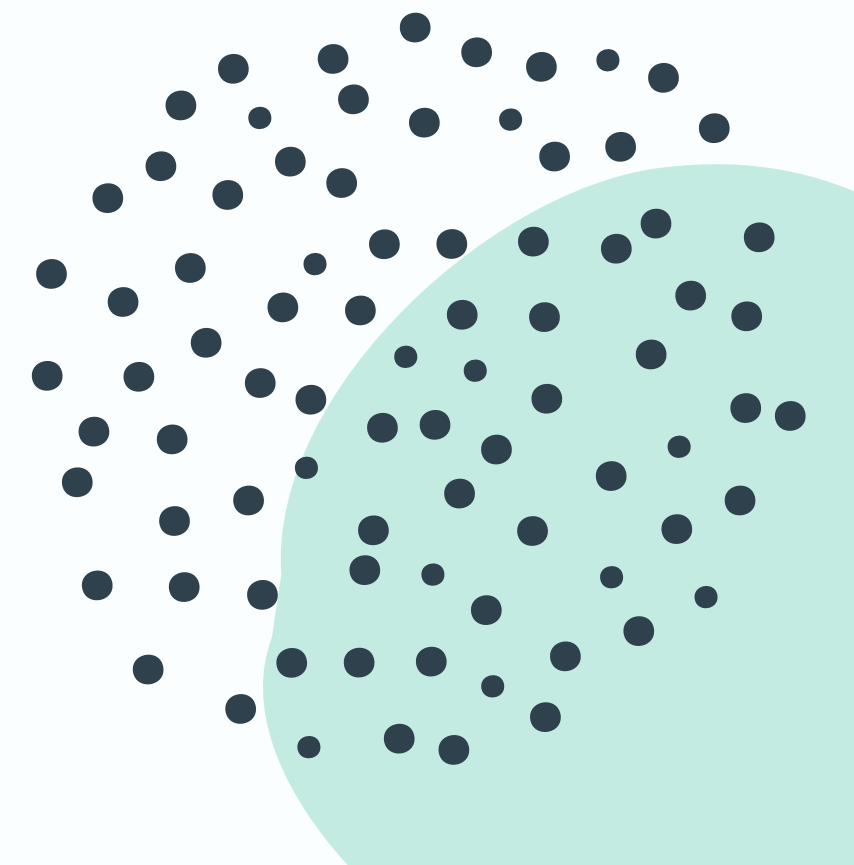
- **MODIFIED RANKIN SCALE (MRS)**

Convenzionalmente la utilizziamo per fotografare il grado di dipendenza PRE evento

- **NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH STROKE SCALE (NIHSS)**

Non sostituisce l'esame obiettivo, non è uno strumento per fare
ma quantifica il deficit neurologico.

Si presta ad essere utilizzata per valutazione seriate.



Non dovremmo chiederci **CHI** la
somministra, ma se chi la somministra è
adeguatamente **ADDESTRATO** a farlo

**È IMPORTANTE DETERMINARE DEI MOMENTI IN CUI
SOMMINISTRARE LO STRUMENTO DI VALUTAZIONE**

GLASGOW COMA SCALE : Valutala in questo modo



Institute of Neurological Sciences NHS Greater Glasgow and Clyde



CONTROLLA

Escludere fattori che possano interferire con la comunicazione, abilità di rispondere e altre lesioni



OSSERVA

Apertura degli occhi, contenuto del linguaggio e movimenti del lato destro e sinistro



STIMOLAZIONE

Sonora: richiesta con voce normale o urlata
Fisica: compressione del polpastrello, muscolo trapezio o forame sovraorbitario



VALUTA

Assegna il valore in accordo con la migliore risposta osservata

Apertura degli Occhi

Criteri	Osservato	Valutazione	Punteggio
Aprire gli occhi prima dello stimolo	✓	Apertura Spontanea	4
Dopo richiesta verbale (anche urlata)	✓	Al suono	3
Dopo stimolo del polpastrello	✓	Alla Pressione	2
Nessuna apertura in assenza di altri fattori	✓	Nessuna	1
Occhi chiusi per fattori locali	✓	Non Valutabile	NV

Risposta Verbale

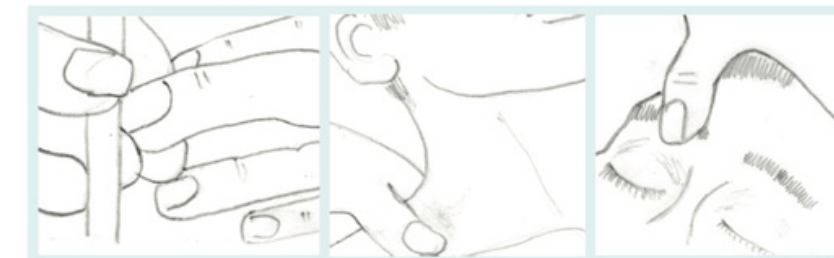
Criteri	Osservato	Valutazione	Punteggio
Dice correttamente il nome, luogo e data	✓	Orientato	5
Disorientato ma comunica in maniera coerente	✓	Disorientato	4
Singole parole comprensibili	✓	Parole	3
Solo versi e grugniti	✓	Suoni	2
Nessuna risposta in assenza di fattori locali	✓	Nessuna	1
Presenza di fattori che inficiano la comunicazione	✓	Non valutabile	NV

Miglior Risposta motoria

Criteri	Osservato	Valutazione	Punteggio
Obbedisce alle 2 parti della richiesta	✓	Obbedisce ai comandi	6
Porta la mano sopra la clavicola allo stimolo doloroso su testa/collo	✓	Localizza	5
Flette rapidamente l'avambraccio con caratteri prevalentemente normali	✓	Flessione normale	4
Flette l'avambraccio con caratteri chiaramente anormali	✓	Flessione anormale	3
Estende	✓	Estensione	2
Nessun movimento di braccia o gambe in assenza di altri fattori	✓	Nessuna risposta	1
Paralisi o presenza di altri fattori limitanti	✓	Non Valutabile	NV

Siti per la stimolazione fisica

Compressione del polpastrello Stretta del trapezio Forame sovraorbitario



Caratteristiche della risposta in flessione

Modificata con il permesso di Van Der Naalt 2004
Ned Tijdschr Geneeskd

Flessione Anormale

Risposta lenta e stereotipata
Avambraccio verso il torace
Pollice serrato
Gambe estese

Flessione Normale

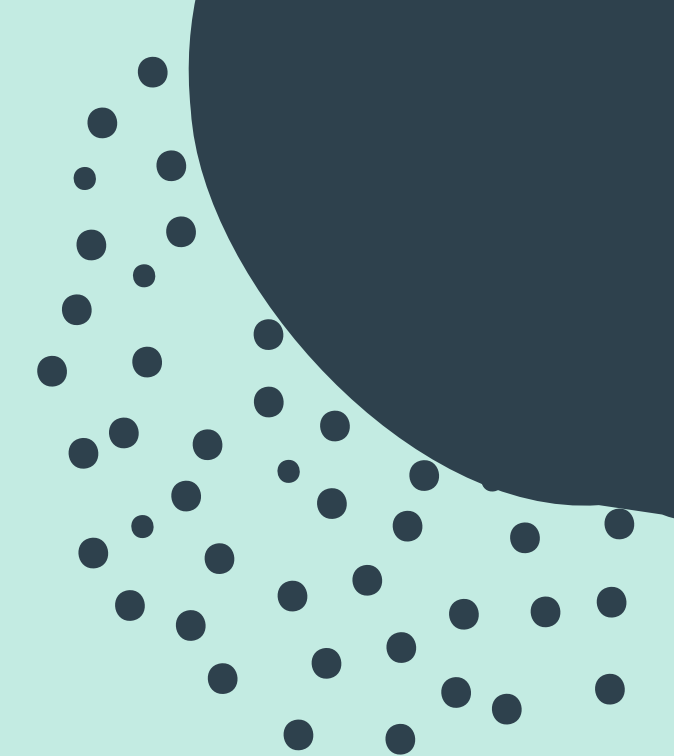
Rapida
Variabile
In allontanamento dal corpo



Per Maggior informazioni e dimostrazioni video visitare il sito internet www.glasgowcomascale.org

Graphic design di Margaret Frej basato sul layout e sulle illustrazioni tratte da Medical Illustration M1 - 268093
(c) Sir Graham Teasdale 2015

CONTRIBUTO DELL'INFERMIERISTICA NEL PDTA



SORVEGLIANZA e
MONITORAGGIO



LINGUAGGIO
COMUNE



FUNDAMENTALS
OF CARE

MOBILIZZAZIONE DEL PAZIENTE (Allegato 7):

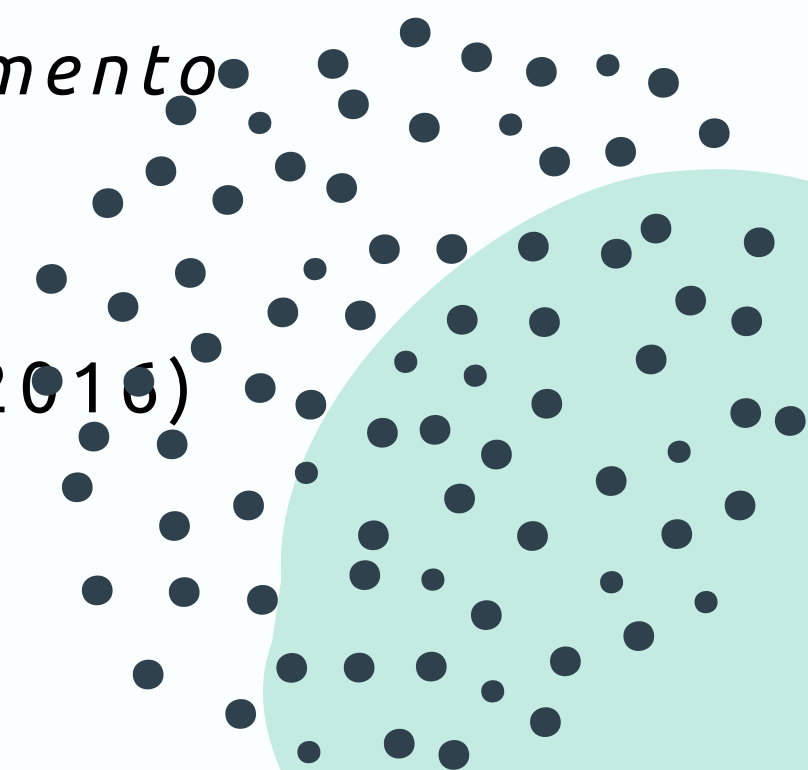
- **In caso di emorragia cerebrale intraparenchimale mantenere la testa del paziente sollevata di almeno 30°**

Questa indicazione deriva dalle evidenze relative all'emorragia cerebrale post-traumatica, in particolare per il trattamento dell'ipertensione endocranica (Sintesi 10.11. SPREAD, 2016)

- **E' raccomandato, già dalle prime 24 ore, attuare interventi di mobilizzazione e attività riabilitative (non ad elevata intensità) se non sussistono controindicazioni al programma (R. 10.40, SPREAD, 2016)**

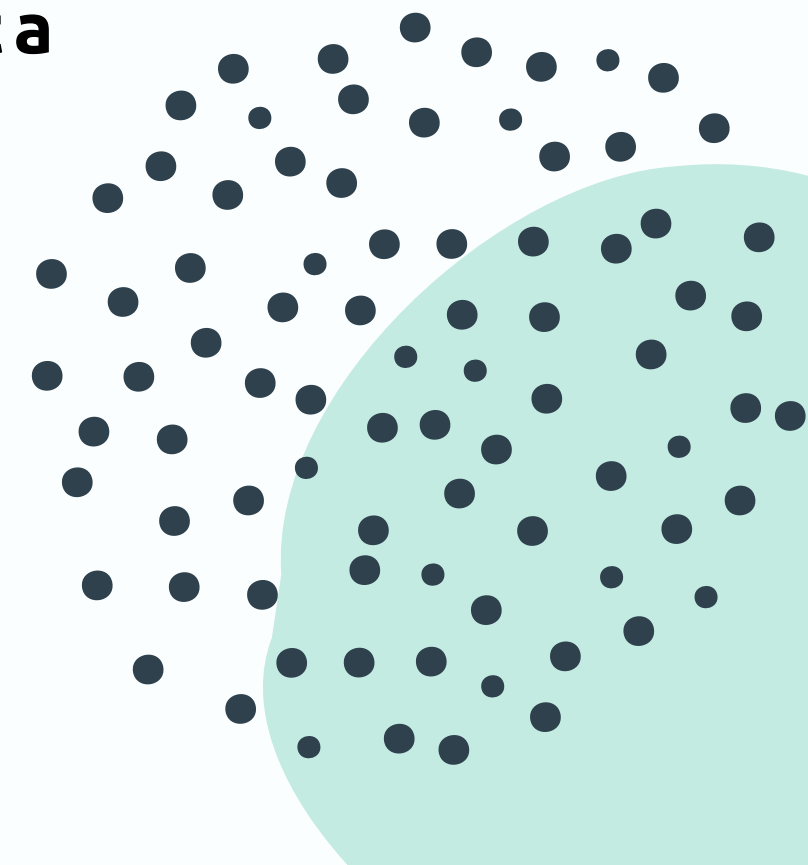
Per mobilizzazione precoce si intende qualsiasi attività fuori-dal-letto (per es. precoce recupero della stazione seduta, corretto allineamento posturale e progressiva verticalizzazione trasferimenti letto poltrona/carrozzina) che dovrebbe avvenire entro 3 giorni dall'evento e in ogni caso il prima possibile (R. 14.2.c, SPREAD, 2016)

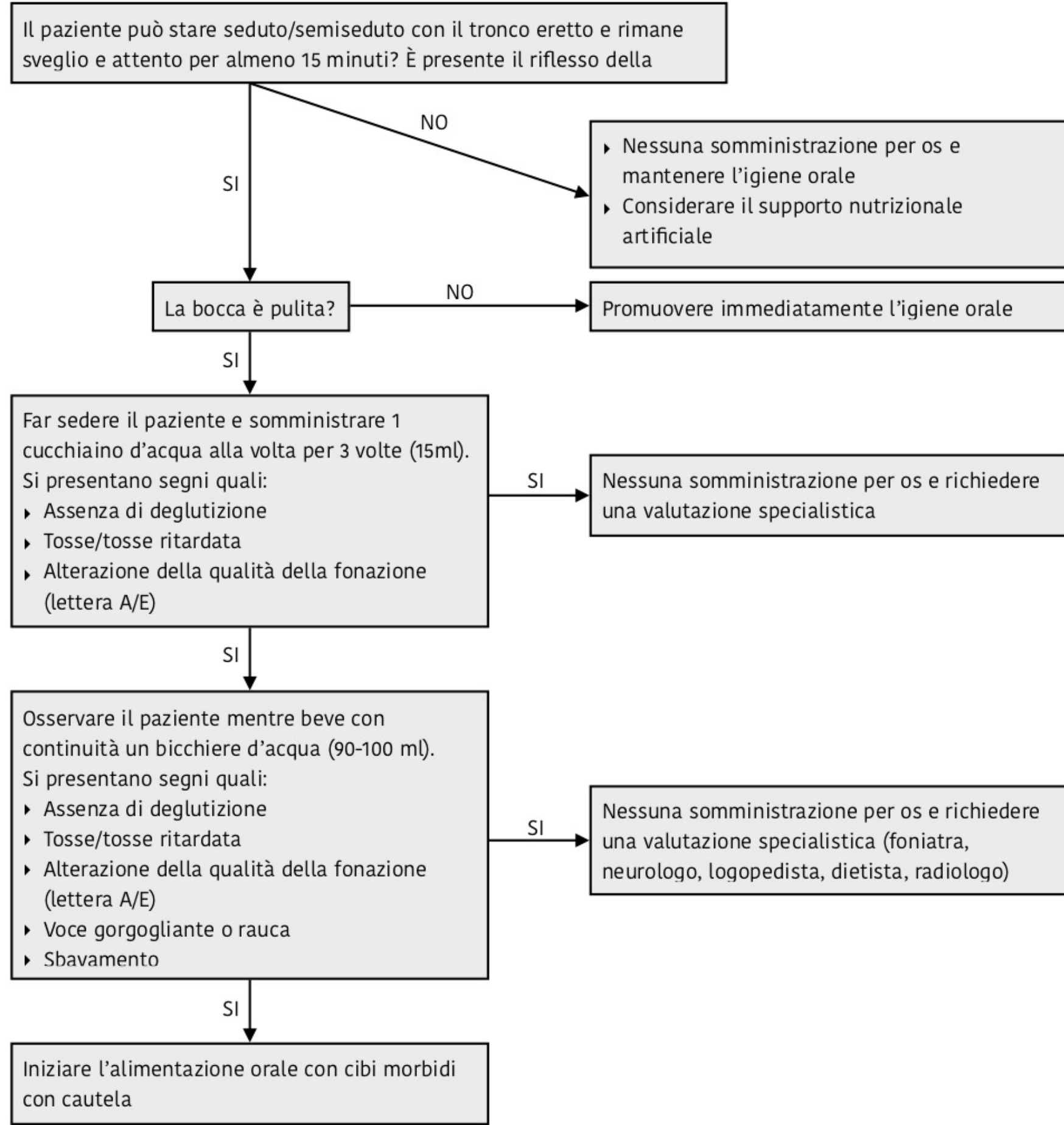
- **Stimolare i pazienti alla partecipazione delle attività di vita quotidiane (R. 10.42, SPREAD, 2016)**



DEGLUTIZIONE (Allegato 7):

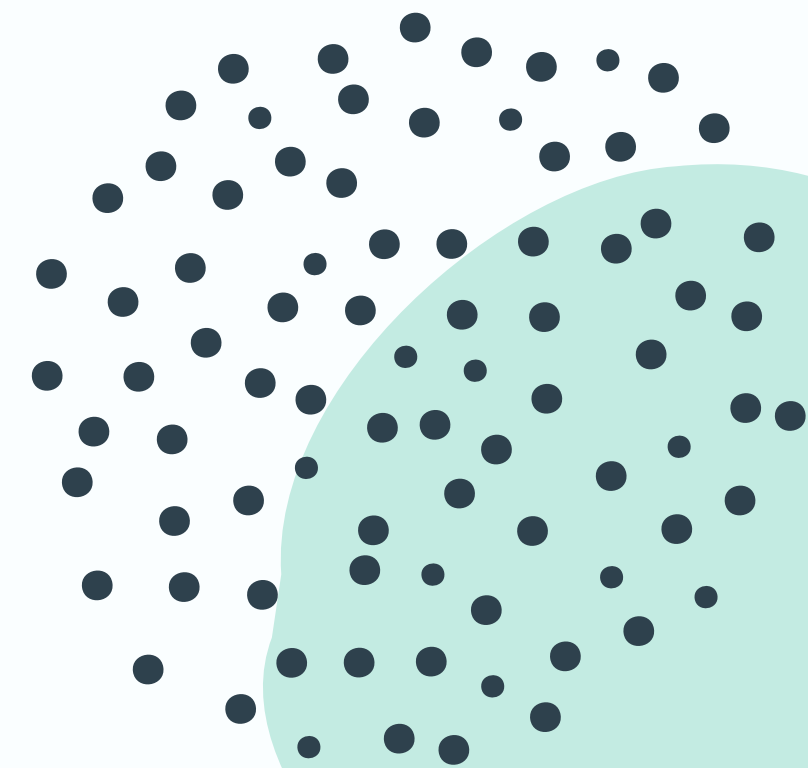
- **Eseguire il test per l'accertamento della deglutizione (SIGN, 2010)**
Tra i metodi di screening considerati dei gold standard per l'accertamento della disfagia c'è la valutazione globale della logopedista (ASA/AHA, 2018)
- **Nel soggetto disfagico in cui è appropriata l'alimentazione per via orale le consistenze degli alimenti devono essere adeguate al grado di disfagia del paziente (R. 13.g, SPREAD, 2016)**
- **La dieta progressiva prevede quattro livelli: dieta omogeneizzata, dieta semi-solida, dieta solida morbida e dieta regolare (R. 14.31, SPREAD, 2016)**





ALIMENTAZIONE (Allegato 7):

- **Valutare il rischio nutrizionale entro le 24-48 dall'ingresso (MUST)**
(R. 10.a, SPREAD, 2016)
- **Nei pazienti a rischio di malnutrizione il supporto nutrizionale deve prevedere l'aggiunta alla dieta di integratori dietetici o di alimenti arricchiti** (R. 13.c, SPREAD, 2016)
- **La terapia nutrizionale assistita di scelta è rappresentata dalla nutrizione enterale** (R. 10.5.2.4, SPREAD, 2016)
iniziata precocemente e comunque non oltre i 5-7 giorni nei pazienti normonutriti, e non oltre le 24-72h nei pazienti malnutriti
(R.10.1, SPREAD,2016). *È indicata fin dall'inizio nei pazienti con grave stato di malnutrizione e/o con alterato livello di coscienza e/o a rischio di disfagia protratta* (R. 10.h, SPREAD, 2016)
- **La nutrizione parenterale è indicata esclusivamente laddove la via enterale non sia realizzabile o controindicata**
(R. 10.n, SPREAD, 2016)



INFORMARE ed **EDUCARE** la persona e
il caregiver a...

QUALI SONO LE **3/4** INFORMAZIONI IMPORTANTI PER IL
PAZIENTE IN VISTA DELLA DIMISSIONE?
QUAL È IL MOMENTO GIUSTO PER FARE EDUCAZIONE?

LA GESTIONE INFERMIERISTICA

PDPA DEL PAZIENTE CON ICTUS CEREBRALE
IN FASE ACUTA

dott. Sebastiano Fogolin

GRAZIE.



ARCS
Azienda Regionale
di Coordinamento
per la Salute



REGIONE AUTONOMA
FRIULI VENEZIA GIULIA

