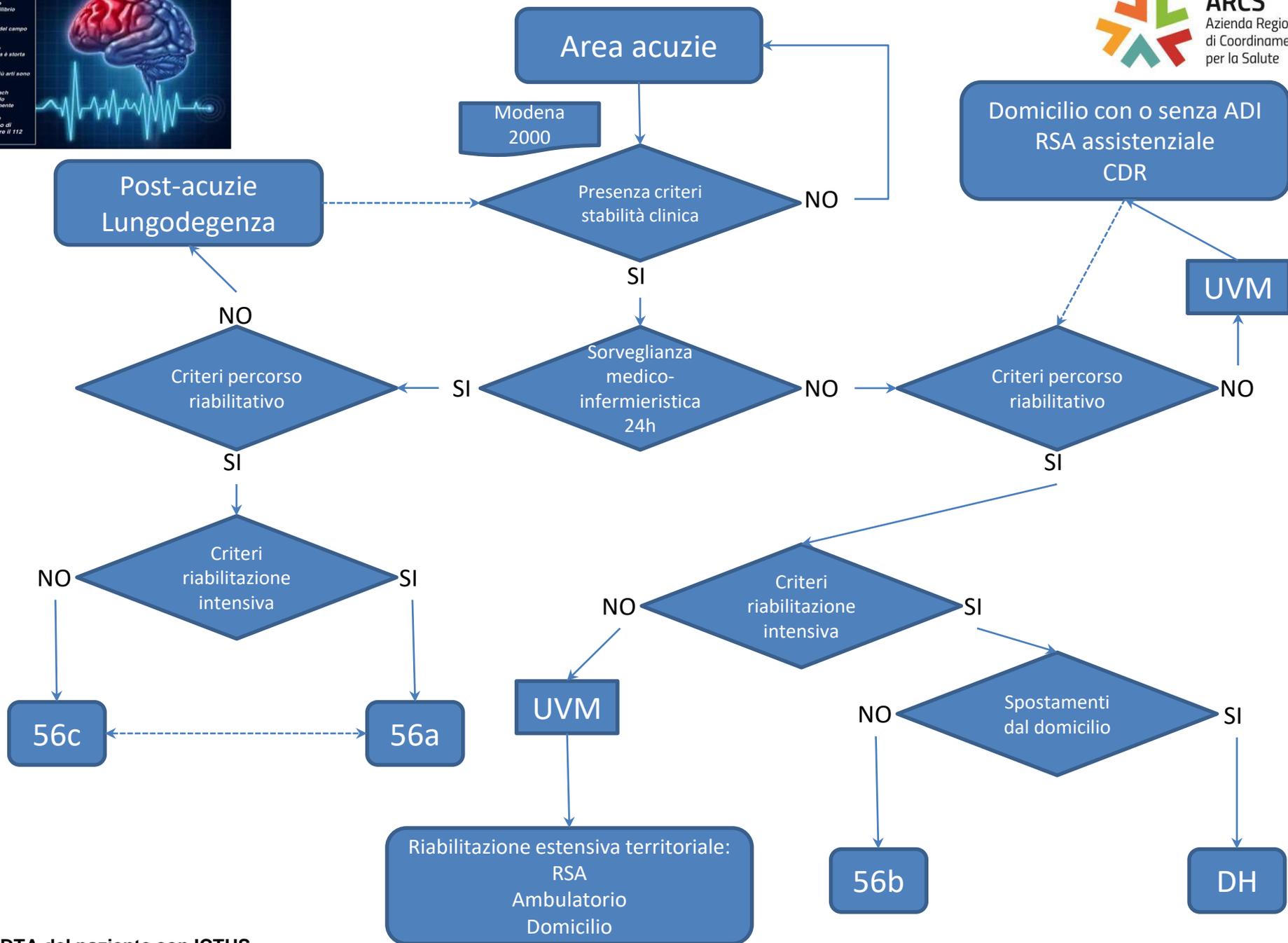




“Attivazione della rete regionale per la gestione del paziente con ictus” - Aggiornamento Rete -

PDTA DEL PAZIENTE CON ICTUS CEREBRALE FASE ACUTA

Udine, 23 Novembre 2021





Percorsi di cura

Percorso Ictus Ischemico in Degenza Ordinaria

Percorso Ictus Emorragico in Degenza Ordinaria

Percorso Emorragia Subaracnoidea in Degenza Internistica



Fase acuta: dalla gestione medico-infermieristica alla diagnosi eziologica.

Lo scopo primario è:

- di evitare le complicanze cliniche durante il decorso ospedaliero;
- di favorire il precoce recupero neurologico;
- di massimizzare il corretto inquadramento eziologico del paziente, attraverso la standardizzazione delle indicazioni diagnostiche e terapeutiche, sia in ambiente neurologico, sia extra-neurologico, declinate secondo specifici setting clinico-assistenziali.



Fase acuta:

- Valutazione medica all'ingresso (GCS, NIHSS)
- Valutazione infermieristica (anamnestica, Barthel Index, Test della disfagia)

Valutazione e monitoraggio nelle prime 24 ore:

- Valutare il livello di coscienza attraverso la Glasgow Coma Scale (GCS)
- Monitoraggio dello stato funzionale del paziente attraverso il Barthel Index



Valutazione e monitoraggio dopo le prime 24 ore:

- Monitoraggio dello stato funzionale del paziente attraverso il Barthel Index e Test della disfagia;
- **Consulenza Fisiatrice**, Nutrizionale, Logopedica (se indicato);
- Trattamento riabilitativo (se indicato)



Fase acuta e cronica: dalla riabilitazione alla prevenzione secondaria.

La riabilitazione:

- mira a recuperare, preservare o a migliorare i deficit motori, sensitivi e cognitivi del paziente colpito da ictus.
- coopera inoltre a preservare il paziente dalle complicanze mediche dell'ictus.
- deve essere instaurata precocemente nel decorso acuto del paziente.



Criteri di stabilità clinica

Estratto da Conferenza Nazionale di Consenso “Modalità di trattamento riabilitativo del traumatizzato cranio-encefalico in fase acuta, criteri di trasferibilità in strutture riabilitative e indicazioni a percorsi appropriati” (Modena, giugno 2000).

Criteri di sufficiente stabilizzazione medica per accoglimento in degenza ordinaria:

- non necessità di monitoraggio continuo cardio-respiratorio,
- assenti crisi iper-ipotensive,
- assenti aritmie "minacciose" o che inducano instabilità emodinamica
- respiro autonomo da > 48 ore



Criteri di sufficiente stabilizzazione medica:

- La presenza di cannula tracheostomica non costituisce controindicazione.
- Non insufficienza acuta d'organo (es. insufficienza renale acuta o diabete mellito mal controllato con la terapia insulinica) o multiorgano;
- Assenza di stato settico, definito come risposta infiammatoria acuta sistemica all'infezione,
- Previsione di superamento del bisogno di alimentazione parenterale entro 7-10 giorni ovvero
- Mantenimento di adeguati parametri idroelettrolitici e metabolici con nutrizione enterale (per OS, SNG, PEG);
- Assenza di indicazioni prioritarie ad interventi di chirurgia generale e/o ortopedica.



Non controindica il trasferimento presso una struttura di riabilitazione la presenza di:

- cannula tracheostomica;
- nutrizione parenterale con catetere venoso centrale;
- sondino nasogastrico o gastrostomia (PEG ecc.);
- crisi epilettiche ancora non completamente controllate dalla terapia.



Programmazione della dimissione ed identificazione del percorso adeguato:

- Distretto [RSA,ADI(SID/SRD),ambulatorio;
- Domicilio

Rivalutazione del paziente prima della dimissione/trasferimento con scale GCS e NIHSS; Barthel Index, mRS;

Predisporre Lettera dimissione



Grazie per l'attenzione