

Infermieristica applicata alla
persona con patologia neurologica

ICTUS CEREBRI
STROKE

ICTUS

Il termine ictus racchiude un gruppo eterogeneo di patologie caratterizzate da improvvisa interruzione focale del flusso ematico cerebrale, che causa deficit neurologici.

Gli ictus possono essere:

Ischemici (80%), in genere derivanti da trombosi o embolia

Emorragici (20%), risultanti da rottura vascolare (p. es., emorragia subaracnoidea, emorragia intracerebrale)

I sintomi ischemici transitori (in genere della durata di < 1 h) senza evidenza di infarto cerebrale acuto (sulla base di RM) sono definiti come **attacco ischemico transitorio (TIA)**.

Negli Stati Uniti l'ictus rappresenta **la 5a causa di morte** più frequente e la causa più comune di invalidità neurologica negli adulti.

L'ictus può coinvolgere le arterie del cervello (vedi figura Arterie cerebrali), sia il circolo anteriore (rami della carotide interna) che il circolo posteriore (rami delle arterie vertebrali e basilare)

- **Stroke emorragico** è causato da rottura di aneurisma, ipertensione, malformazioni artero-venose (MAV) o disordine emorragico
- **Stroke trombo-embolico**, inizia come ischemia e può evolvere fino all'infarto cerebrale.

L'Ischemia può essere:

- **Transitoria** (TIA) si risolve nell'arco di 24 ore
- **Reversibile**, con risoluzione dei sintomi nell'arco di una settimana (deficit neurologico ischemico reversibile)
- **Progredire** in infarto cerebrale con effetti variabili

DIFFERENZE CLINICHE TRA ICTUS EMORRAGICO E ICTUS ISCHEMICO

ICTUS ISCHEMICO

- Deterioramento a gradini o progressivo
- Segni neurologici focali corrispondenti ad un solo territorio arterioso
- Segni indicativi di una lesione corticale o sottocorticale

ICTUS EMORRAGICO

- Precoce e prolungata perdita di coscienza
- Cefalea, nausea e vomito
- Rigidità nucale
- Emorragia retiniche
- Segni focali che non corrispondono ad un territorio vascolare preciso

FATTORI DI RISCHIO

I fattori modificabili che contribuiscono a un aumentato rischio di ictus sono:

- Ipertensione
- Fumo di sigaretta
- Dislipidemia
- Diabete
- Obesità addominale
- Eccessivo consumo di alcol
- Carenza di attività fisica
- Dieta ad alto rischio (p. es., ad alto contenuto di grassi saturi, grassi trans, e calorie)
- Stress psicosociale (p. es., depressione)
- Disturbi cardiaci (in particolare disturbi che predispongono a emboli, come infarto miocardico acuto, endocardite infettiva e fibrillazione atriale)
- Ipercoagulabilità (solo ictus su base trombotica)
- Aneurismi intracranici (rischio per emorragia subaracnoidea)
- Uso di alcune droghe (p. es., cocaina e anfetamine)
- Vasculite

I fattori di rischio non modificabili comprendono:

- Pregresso ictus
- Età avanzata
- Anamnesi familiare positiva per ictus
- Fattori genetici

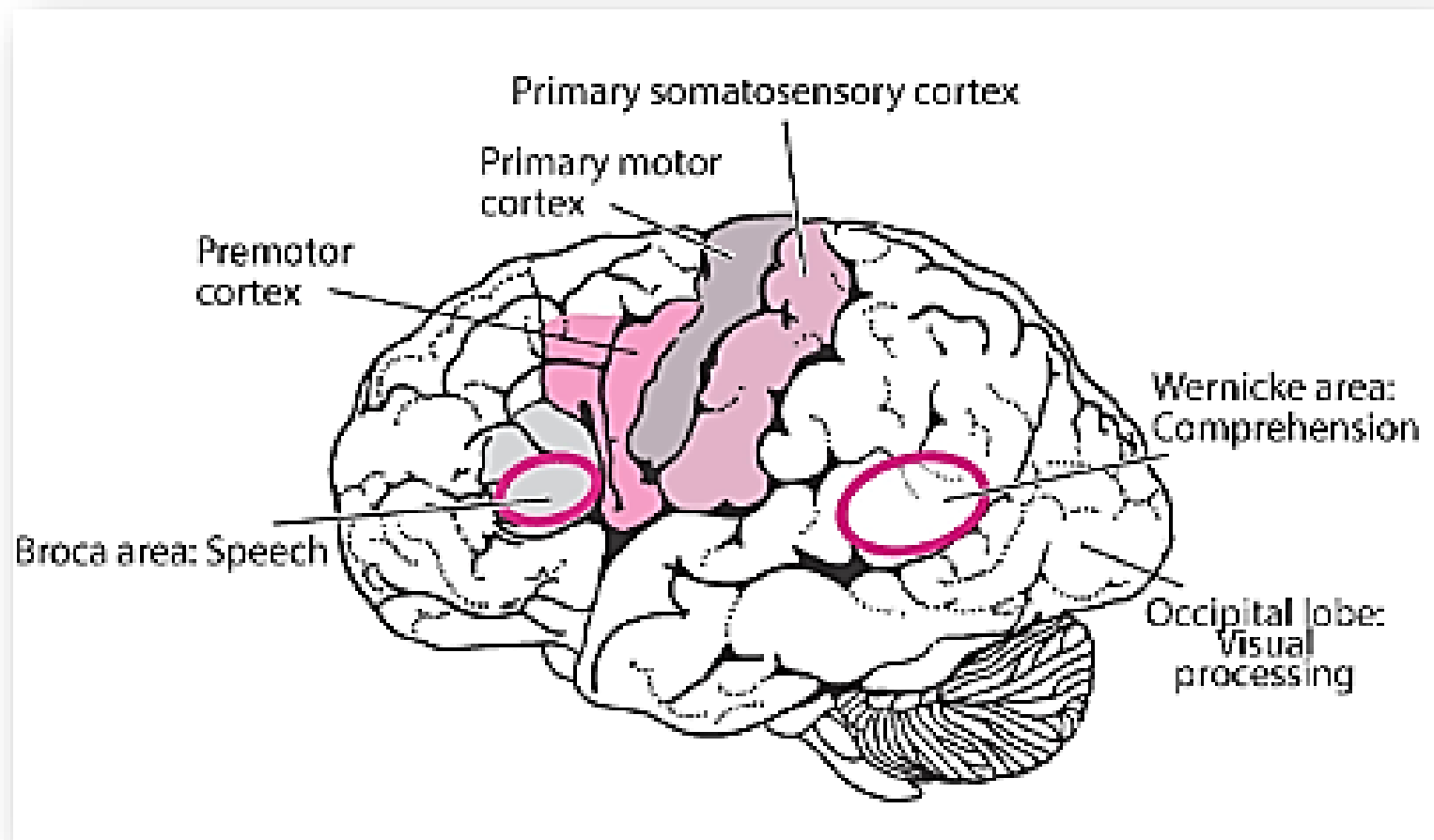
SINTOMI

I sintomi iniziali dell'ictus si verificano all'improvviso.

I sintomi dipendono dalla sede dell'infarto.

Pertanto, i sintomi possono includere:

- debolezza (intorpidimento) degli arti o del viso
- afasia
- confusione mentale
- disturbi visivi in uno o entrambi gli occhi (p. es., perdita transitoria della vista monolaterale)
- vertigini o perdita di equilibrio e coordinazione
- cefalea.



I deficit neurologici sono utilizzati per determinare la sede dell'ictus.

L'ictus legato al **circolo anteriore** causa tipicamente sintomi unilaterali.

L'ictus che dipende dal **circolo posteriore** può causare deficit unilaterali o bilaterali ed è più probabile che possa influenzare lo stato di coscienza, soprattutto quando è coinvolta l'arteria basilare.

Sintomatologia	Sindrome
Emiparesi controlaterale (principalmente alla gamba), incontinenza urinaria, apatia, confusione, scarsa capacità di giudizio, mutismo, riflesso dell'afferramento, andatura aprassica	Arteria cerebrale anteriore
Emiparesi controlaterale (peggiore nel braccio e al volto piuttosto che alla gamba), disartria, emianestesia, emianopsia omonima controlaterale, afasia (se l'emisfero dominante è interessato) o aprassia e neglect sensoriale (se l'emisfero non dominante è influenzato)	Arteria cerebrale media
Emianopsia omonima controlaterale, cecità corticale unilaterale, perdita di memoria, paralisi unilaterale del III nervo cranico, emiballismo	Arteria cerebrale posteriore
Perdita monoculare della vista (amaurosi)	Arteria oftalmica (un ramo dell'arteria carotide interna)
Deficit dei nervi cranici unilaterale o bilaterale (p. es., nistagmo, vertigini, disfagia, disartria, diplopia, cecità), atassia del tronco e degli arti, paresi spastica, deficit* motori e sensoriali, alterazione della coscienza, coma, decesso (se l'occlusione dell'arteria basilare è completa), tachicardia, pressione arteriosa alterata	Sistema vertebrobasilare
Assenza di deficit corticali più uno dei seguenti deficit: <ul style="list-style-type: none">• Emiparesi motoria pura• Emianestesia sensoriale pura• Emiparesi atassica• Sindrome disartria-mano goffa	Infarti lacunari

*L'ipoestesia o ipostenia facciale omolaterale, associata a emianestesia o emiparesi controlaterale del resto del corpo, è indicativa di una lesione a livello del ponte o del bulbo.

Deficit neurologici dell'ictus: manifestazioni e implicazioni.

<i>Deficit neurologico</i>	<i>Manifestazioni</i>	<i>Implicazioni infermieristiche</i> <i>Istruzioni da impartire al paziente</i>
<i>DEFICIT NEL CAMPO VISIVO</i>		
Emianopsia omonima (perdita di metà campo visivo)	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Il paziente è inconsapevole di persone e oggetti posti sul lato della perdita visiva. <input type="checkbox"/> Dimenticanza di un lato del corpo. <input type="checkbox"/> Difficoltà nel giudicare le distanze. 	<p>Sistemare oggetti entro il campo visivo intatto del paziente.</p> <p>Avvicinarsi al paziente dal lato del suo campo visivo intatto.</p> <p>Insegnare e ricordare al paziente di girare la testa nella direzione della perdita visiva per compensare la riduzione del campo visivo.</p> <p>Stimolare l'uso di occhiali, se possibile.</p> <p>Quando si trasmette un insegnamento al paziente, è bene farlo entro il campo visivo intatto del paziente.</p> <p>Piazzare gli oggetti nel centro visivo del paziente.</p> <p>Incoraggiare l'uso di un bastone o di altri oggetti per identificare oggetti posti nel campo visivo periferico.</p> <p>Evitare di guidare nella notte e di svolgere al buio altre attività rischiose.</p> <p>Spiegare al paziente la localizzazione di un oggetto mentre lo si posa vicino a lui.</p> <p>Coerentemente porre gli articoli di cura del paziente nello stesso posto.</p>
Perdita della visione periferica	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Difficoltà nella visione notturna. <input type="checkbox"/> Inconsapevolezza degli oggetti o del contorno degli oggetti. 	
Diplopia	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Visione doppia. 	
<i>DEFICIT MOTORI</i>		
Emiparesi	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Debolezza nel viso, nelle braccia e nelle gambe dello stesso lato (dovuta a una lesione nell'emisfero opposto). 	<p>Porre gli oggetti entro la portata del paziente dal lato non colpito.</p> <p>Insegnare al paziente gli esercizi di recupero e aumentare la forza del lato non colpito.</p>
Emiplegia	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Paralisi della faccia, delle braccia e delle gambe dello stesso lato (dovuta a una lesione nell'emisfero opposto). 	<p>Incoraggiare il paziente a praticare una ginnastica specifica per riacquistare il campo d'azione sul lato colpito.</p> <p>Richiedere l'immobilizzazione, se necessario, del lato colpito.</p> <p>Incoraggiare l'allineamento naturale del corpo.</p> <p>Esercitare gli arti intatti per aumentare la mobilità, la forza e l'uso.</p>
Atassia	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Barcollamento, passo vacillante. <input type="checkbox"/> Il paziente è incapace di unire i piedi, necessita di una base larga per stare in posizione eretta. 	<p>Aiutare il paziente durante la fase iniziale di deambulazione.</p> <p>Procurare dispositivi ausiliari per la deambulazione (girello, stampelle, bastone).</p>

Deficit neurologici dell'ictus: manifestazioni e implicazioni.

<i>Deficit neurologico</i>	<i>Manifestazioni</i>	<i>Implicazioni infermieristiche Istruzioni da impartire al paziente</i>
Disartria	<input type="checkbox"/> Incapacità di strutturare le parole.	Insegnare al paziente a non camminare senza assistenza o dispositivi di supporto. Fornire il paziente di metodi alternativi di comunicazione. Concedere al paziente tempo sufficiente per rispondere alle richieste verbali. Aiutare il paziente e la famiglia ad alleviare la frustrazione connessa alla difficoltà di comunicazione.
Disfagia	<input type="checkbox"/> Difficoltà di deglutizione.	Valutare i riflessi faringei del paziente prima di offrire cibo o liquidi. Assistere il paziente durante i pasti. Mettere il cibo sul lato della bocca non colpito. Concedere ampio tempo per mangiare.
<i>DEFICIT SENSORIALI</i> Parestesia (localizzata nel lato opposto della lesione)	<input type="checkbox"/> Torpore e prurito di alcune zone del corpo. <input type="checkbox"/> Difficoltà nella percezione propriocettiva.	Insegnare al paziente a evitare l'uso di questa parte del corpo come arto dominante. Fornire una serie di esercizi motori per la parte colpita e ricorrere a dispositivi correttivi se necessari. Sistemare gli oggetti di cura del paziente verso il lato non colpito.
<i>DEFICIT VERBALI</i> Afasia espressiva	<input type="checkbox"/> Il paziente è incapace di strutturare parole comprensibili; è in grado di dare risposte con singole parole.	Incoraggiare il paziente a ripetere i suoni dell'alfabeto.
Afasia recettiva	<input type="checkbox"/> Il paziente è incapace di comprendere le parole dette; è capace di parlare ma non di dare un senso alle parole.	Parlare lentamente e in modo chiaro per aiutare il paziente ad articolare i suoni.
Afasia globale	<input type="checkbox"/> Combinazione di entrambi i tipi di afasia, espressiva e recettiva.	Parlare in modo chiaro e con frasi semplici; usare gesti o disegni quando si è in grado.

Deficit neurologici dell'ictus: manifestazioni e implicazioni.

<i>Deficit neurologico</i>	<i>Manifestazioni</i>	<i>Implicazioni infermieristiche</i> <i>Istruzioni da impartire al paziente</i>
<i>DEFICIT COGNITIVI</i>	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Perdita della memoria a breve e a lungo termine.<input type="checkbox"/> Diminuita durata dell'attenzione.<input type="checkbox"/> Indebolita capacità di concentrazione.<input type="checkbox"/> Povertà di ragionamento astratto.<input type="checkbox"/> Giudizi alterati.	<p>Riorientare frequentemente il paziente nel tempo, nello spazio e nella situazione di vita.</p> <p>Usare suggerimenti verbali e uditivi per orientare il paziente.</p> <p>Procurare oggetti familiari (fotografie familiari, oggetti predi letti).</p> <p>Usare un linguaggio semplice con il paziente.</p> <p>Unire il compito visibile con il suggerimento verbale.</p> <p>Tenere uno spazzolino da denti in mano, simulare il gesto di lavarsi i denti mentre si dice: "Vorrei che tu lavassi i denti ora."</p> <p>Quando si istruisce il paziente neutralizzare i rumori e le immagini che possono distrarlo.</p> <p>Ripetere e rinforzare le istruzioni frequentemente.</p> <p>Porre domande che concernono ragionamenti astratti e giudizi appropriati al retroterra culturale ed educativo del paziente, come per esempio: "A che cosa assomigliano una mela e un'arancia? Che cosa faresti se ci fosse un incendio?".</p>
<i>DEFICIT EMOZIONALI</i>	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Perdita di autocontrollo.<input type="checkbox"/> Labilità emotiva.<input type="checkbox"/> Diminuita tolleranza alle situazioni stressanti.<input type="checkbox"/> Depressione.<input type="checkbox"/> Ritiro.<input type="checkbox"/> Timore, ostilità e rabbia.<input type="checkbox"/> Sensazioni di isolamento.	<p>Aiutare il paziente durante gli scoppi emotivi incontrollati.</p> <p>Parlare con il paziente e la famiglia per convincerli che queste manifestazioni sono dovute al processo patologico.</p> <p>Incoraggiare il paziente a partecipare a gruppi di attività.</p> <p>Procurare stimoli al paziente.</p> <p>Controllare le situazioni stressanti, se possibile.</p> <p>Far sì che il paziente viva in un ambiente sano.</p> <p>Incoraggiare il paziente a esprimere i sentimenti e le frustrazioni legate al processo patologico.</p>

COMPLICANZE

Le complicanze dell'ictus possono comprendere:

- **confusione mentale**
- **ipertensione endocranica**
- **convulsioni/crisi epilettiche**
- **depressione**
- **incontinenza**
- **atelettasia**
- **polmonite**
- **insonnia**

- La **disfunzione della deglutizione**, può portare a disidratazione, denutrizione, inalazione, infezioni respiratorie ricorrenti, soffocamento.
- **L'immobilità** può portare a malattia tromboembolica, decondizionamento, sarcopenia, infezioni delle vie urinarie, ulcere da pressione e retrazioni tendinee.

Le normali funzioni giornaliere (tra cui la possibilità di camminare, vedere, sentire, ricordare, pensare e parlare) possono risultare drasticamente compromesse.

PRIMA VALUTAZIONE

La valutazione mira a stabilire quanto segue:

- **Se** si è verificato l'ictus (accertare la diagnosi)
- Se l'ictus è **ischemico** o **emorragico**
- Se è necessario un **trattamento di emergenza**
- Quali sono le migliori strategie per **prevenire l'ictus successivo**
- Quale tipo di **assistenza** pianificare
- Se e come procedere con la **riabilitazione**

L'ictus si sospetta nei pazienti con una qualsiasi delle seguenti caratteristiche:

- Presenza di un **deficit neurologico** a esordio improvviso compatibile con un danno cerebrale in un territorio arterioso
- Una **cefalea particolarmente improvvisa e intensa**
- **Coma** improvviso senza altre spiegazioni
- **Improvvisa compromissione dello stato di coscienza**

E' importante rilevare la glicemia per escludere l'ipoglicemia.

DIAGNOSTICA STRUMENTALE

Se si sospetta un ictus è richiesta immediatamente una tecnica di neuroimaging per differenziare un ictus emorragico da uno ischemico e per rilevare i segni di ipertensione endocranica.

- **TOMOGRAFIA ASSIALE COMPUTERIZZATA (TAC)**

La TC è sensibile alla presenza di sangue a livello endocranico, ma può essere normale o mostrare solo piccoli cambiamenti durante le prime ore dai sintomi dopo un ictus ischemico a livello del circolo anteriore. La TC non rileva alcuni piccoli ictus del circolo posteriore. E' UN ESAME CHE SI EFFETTUA PIÙ VELOCEMENTE.

- **RISONANZA MAGNETICA (RM)**

La RM è sensibile per la presenza di sangue a livello endocranico e può rilevare i segni di ictus ischemico che la TC non vede. Se la TC non conferma un ictus clinicamente sospetto, di solito la RM riscontra l'ictus ischemico.

- **ANGIOGRAFIA CEREBRALE**
- **PUNTURA LOMBARE**
- **ULTRASONOGRAFIA DOPPLER TRANSCRANICA**
- **ELETTROENCEFALOGRAMMA (EEG)**
- **RX (CRANIO)**
- **ESAMI DI LABORATORIO (EMOCROMO COMPLETO, PIASTRINE, COAGULAZIONE, VES, STUDI METABOLICI)**
- **ECG, RX TORACE, ECOCARDIOGRAFIA**

Dopo che l'ictus viene riconosciuto come ischemico o emorragico, vengono effettuati dei test per determinare la **causa**. I pazienti devono anche essere valutati per **alterazioni sistemiche acute coesistenti** (p. es., infezioni, disidratazione, ipossia, iperglicemia, ipertensione).

Ai pazienti viene chiesto se vi è **depressione**, che si verifica comunemente dopo l'ictus.

Un team valuta la **deglutizione** per l'eventuale presenza di disfagia; a volte è necessario eseguire uno studio col bario.

TRATTAMENTO

- Stabilizzazione
- Riperfusione per alcuni tipi di ictus ischemici
- Misure di supporto e trattamento delle complicanze
- Strategie per prevenire futuri ictus

Prima di effettuare una valutazione completa può essere necessaria la **stabilizzazione del paziente**.

I pazienti in **coma** o **soporosi** (p. es., glasgow coma score ≤ 8) possono avere bisogno di **assistenza respiratoria**.

Qualora si sospetti **ipertensione endocranica**, possono essere necessari il monitoraggio della pressione endocranica e provvedimenti per ridurre l'edema cerebrale.

I trattamenti specifici della fase acuta variano in relazione al tipo di ictus. Essi possono includere **riperfusione** (p.es.trombolisi, trombectomia meccanica) per alcuni ictus ischemici.

Viene instaurato un regime terapeutico di supporto in correzione delle alterazioni coesistenti (p. es., febbre, ipossia, disidratazione, iperglicemia, talvolta ipertensione): **prevenire e trattare le complicanze** è di vitale importanza in fase acuta e durante la convalescenza.

Durante la convalescenza, possono essere necessarie misure per prevenire la polmonite ab ingestis, la trombosi venosa profonda, le infezioni delle vie urinarie, le ulcere da pressione e la malnutrizione.

Gli **esercizi passivi**, in particolare degli arti paralizzati, e gli esercizi di respirazione vengono iniziati precocemente per prevenire le retrazioni, l'atelettasia e la polmonite.

SETTING ASSISTENZIALE

Lo stroke (Ictus) all'esordio rappresenta sempre un evento acuto, la cui estensione ed evoluzione candida il paziente ad un'assistenza più o meno intensiva.

In seguito alla stabilizzazione e alla regressione dei sintomi il paziente richiede un'assistenza volta alla rieducazione ed alla dimissione protetta.

I luoghi di cura durante il decorso clinico potranno quindi essere:

- Terapia Intensiva
- Post Intensiva
- Reparti Stroke
- Reparti Medicina
- Lungodegenza
- Riabilitazione
- Assistenza Domiciliare

EQUIPE MULTIDISCIPLINARE



infermiere

logopedista

OSS

fisioterapista

caregiver

foniatra

volontari

neurochirurgo

assistente sociale

fisiatra

terapista occupazionale

neurologo

educatore

PRESA IN CARICO
INFERMIERISTICA

ACCERTAMENTO INFERMIERISTICO

Il paziente colpito da Stroke deve essere attentamente “osservato” soprattutto nelle prime 24 ore, per quanto attiene e alle funzioni vitali ed i segni neurologici allo scopo di definire al meglio la diagnosi. Contestualmente devono essere valutati i bisogni compromessi e stabilire un programma riabilitativo.

In base al quadro clinico, l'accertamento potrà essere:

1. Accertamento durante l'*emergenza* (Pronto Soccorso o Ambulanza)
2. Accertamento *iniziale*, all'ammissione (Reparti di degenza) con particolare attenzione ai seguenti modelli : *cognitivo e percettivo, nutrizionale/metabolico, eliminazione, attività/esercizio fisico, riposo/sonno*
3. Accertamento *orientato al problema* in fase riabilitativa
4. Ri-Accertamento (*follow up*) durante la dimissione protetta o nel cambio di setting assistenziale

Il paziente che presenta sintomi di disturbi neurologici è sottoposto a un esame neurologico completo. L'esame neurologico comprende le **prove di funzionalità delle più importanti aree** (cerebrale, nervi Cranici, sistema motorio, sistema sensoriale) e la **prova dei riflessi**.

Mentre si osservano i movimenti del paziente, gli vengono rivolte domande sui cambiamenti percettivo-sensoriali.

- L'infermiere, allo scopo di accertare la disfunzione neurologica del paziente, valuta il suo **livello di lucidità** e il suo **stato di coscienza**, per mettere in evidenza eventuali modificazioni dello stato mentale ed emotivo.
- Per apprezzare lo stato delle funzioni sensoriali si valuta il **grado di orientamento del paziente rispetto alle dimensioni corporali, spaziali e temporali**.
- Per esplorare il mantenimento delle funzioni intellettive si rivolgono domande di cultura generale, si propongono problemi che richiedano **l'esercizio della logica** e della **memoria del presente e del passato**.
- Si sottopongono a valutazione anche le **abilità di linguaggio** del paziente.
- Perdita o evidenti alterazioni o modifiche delle funzioni neurologiche **nel tempo, durante le prime ore e durante la degenza**, sono sintomi di deterioramento che devono essere riferiti al medico.

Valutazione infermieristica

Esame	Valutazione clinica	Significato clinico
Livello di risposta o coscienza.	Occhi aperti; risposte verbali e motorie; pupille (forma, simmetria e reazione alla luce).	La risposta ai comandi è una reazione favorevole e dimostra un ritorno alla coscienza.
Quadro respiratorio.	Respirazione di Cheyne-Stokes.	Disturbi del centro cerebrale della respirazione possono risultare in molti quadri respiratori.
	Iperventilazione.	È sintomo di profonde lesioni in tutte e due gli emisferi, nell'area dei gangli basali e nel tronco cerebrale superiore.
	Respirazione atassica con irregolarità della frequenza e della profondità della respirazione.	Indica l'insorgenza di problemi metabolici o danni al tronco cerebrale.
Occhi:		Preoccupanti segni di danni bulbari.
<input type="checkbox"/> Pupille (forma, simmetria e reazione alla luce).	Pupille simmetriche e normalmente reattive. Diametro uguale o diverso. Dilatazione progressiva. Pupille fisse dilatate.	Indica che l'origine del coma è tossico o metabolico.
<input type="checkbox"/> Movimenti oculari.	In genere gli occhi devono muoversi da un lato all'altro.	Segno di localizzazione.
<input type="checkbox"/> Riflessi corneali.	Quando si tocca la cornea con un batuffolo di cotone pulito, il riflesso di ammiccamento è normale.	Indica un aumento di pressione endocranica.
Simmetria facciale.	Asimmetria (indebolimento, diminuzione delle rughe).	Indica una lesione a livello cerebrale.
Riflesso di deglutizione.	Sbavare invece di deglutire spontaneamente.	L'integrità funzionale e strutturale del cervello è valutata esaminando i movimenti extraoculari in genere assenti nel coma profondo.
Collo.	Collo rigido. Assenza di movimento spontaneo del collo.	Esami dei nervi cranici V e VII; segno di localizzazione se unilaterale, assente nel coma profondo.
		Segni di paralisi.
		Assente nel coma.
		Paralisi dei nervi del cranio X e XII.
		Emorragia subaracnoidea, meningite.
		Frattura o dislocazione della colonna cervicale.

Valutazione infermieristica

Esame

Risposta delle estremità agli stimoli dolorosi.

Riflessi tendinei profondi.

Riflessi patologici.

Posture anormali.

Tono muscolare.

Valutazione clinica

Intensa pressione su un'articolazione delle estremità superiori e inferiori.
Osservare i movimenti spontanei.

Picchiare leggermente il tendine rotuleo e del bicipite.

Far scorrere con forte pressione un oggetto smussato lungo il lato esterno del piede e attraverso la pianta del piede fino alla base dell'alluce.

Osservazione delle posture (spontanee o in risposta a stimoli dolorosi).

Flaccidità con assenza di risposta motoria.
Risposta da decorticazione (flessione e rotazione verso l'interno di mani e avambracci).

Risposta da decerebrazione (estensione e rotazione verso l'esterno).

Rigidità dei muscoli flessori o estensori.

Significato clinico

Risposte asimmetriche nella paralisi.
Assente nel coma profondo.

Una vivace risposta può essere indizio di localizzazione.
Risposta asimmetrica nella paralisi.
Assente nel coma profondo.

La flessione delle dita specialmente degli alluci è normale eccetto nei neonati.
La dorsoflessione delle dita (specie degli alluci) è indizio di una patologia controllaterale del tratto corticospinale (riflesso di Babinski).
Segni di localizzazione.

Profonde ed estese lesioni cerebrali.
Si osserva nelle patologie dell'emisfero cerebrale e nelle insufficienze metaboliche delle funzioni cerebrali.

La risposta decerebrazione indica disfunzioni molto più profonde e gravi rispetto a quelle della risposta in decorticazione: è indizio di patologie del tronco cerebrale, con prognosi quasi sempre funesta.

Indica paralisi.

All'accoglimento :

Interventi immediati

- Valutazione dello stato di coscienza e la risposta agli stimoli ambientali
- Predisposizione dell'unità di degenza
- Garantire un valido accesso venoso
- Rilevare i parametri vitali (PA, FC, TC, FR caratteri del respiro, diuresi) e segni/sintomi neurologici,
- Mantenere il paziente a letto
- Mantenere il paziente digiuno
- Valutazione del grado di dipendenza

Interventi nelle giornate successive

- Monitorare i parametri vitali ad intervalli ravvicinati (meglio monitor)
- Ripetere l'esame neurologico ad intervalli ravvicinati

Ogni attività deve essere registrata nella documentazione, il medico deve essere immediatamente allertato in caso di modificazioni dei PV e dei segni/sintomi neurologici.

PRIORITA' INFERMIERISTICHE

- Promuovere una adeguata **perfusione** e ossigenazione cerebrale
- **Prevenire/ridurre le complicanze e le disabilità**
- Aiutare il paziente ad ottenere **l'indipendenza** nelle attività di vita quotidiana (ADL)
- Supportare il processo di **coping** e l'integrazione dei cambiamenti nel concetto di sé
- Fornire **informazioni** riguardo al processo di malattia, alla prognosi, ai trattamenti e ai bisogni relativi alla riabilitazione

OBIETTIVI DI DIMISSIONE

- La **funzionalità cerebrale** e i deficit sono migliorati
- Le **complicanze** sono state evitate o ridotte
- I bisogni relativi alle **ADL** vengono soddisfatti dal paziente o dal caregiver
- Il paziente **affronta** il futuro in modo positivo
- Ha **compreso** il processo di malattia, la prognosi e il regime terapeutico
- Il piano di assistenza è programmato per avere **continuità** anche dopo la dimissione

PIANIFICAZIONE ASSISTENZIALE

PERFUSIONE TESSUTALE CEREBRALE INEFFICACE

Consiste nella riduzione del flusso sanguigno che provoca l'incapacità di nutrire i tessuti cerebrali. Nel caso del paziente colpito da ictus è correlata all'interruzione del flusso ematico da occlusione, emorragia, vasospasmo cerebrale o edema cerebrale.

Si evidenzia con:

- **Alterazione del livello di coscienza;**
- **Perdita di memoria;**
- **Modificazioni delle risposte motorie/sensoriali;**
- **Irrequietezza;**
- **Deficit sensoriali, di linguaggio, intellettivi ed emotivi**
- **Modificazione dei parametri vitali**

L'outcome dell'assistenza atteso consiste nel **mantenimento o recupero dello stato di coscienza; parametri vitali stabili e assenza di segni di aumento della pressione endocranica.** Non ulteriore peggioramento e/o il ripresentarsi di deficit.

Interventi :

- Valutare lo stato di coma (GCS)
- Monitorare/documentare frequentemente lo stato neurologico e compararlo con quello di base (scale di valutazione)
- Monitorare i parametri vitali (PA, FC, respiro)
- Valutare le pupille notando misura, forma, uguaglianza, reattività alla luce
- Documentare i cambiamenti della vista, es. riferito offuscamento della vista, alterazioni del campo visivo e della percezione
- Se il paziente è vigile, valutare le funzioni più elevate, compreso il linguaggio
- Valutare tutti i segni di lateralità (rima labiale, anisocoria, mobilità degli arti, deviazione della lingua sporta)
- Valutare modificazione nella capacità di produzione del linguaggio e di comprensione
- Valutare attentamente modifiche della capacità di deglutizione (disfagia)

- Sistemare il paziente in posizione leggermente sollevata, in posizione neutra
- Mantenere il riposo a letto, garantire un ambiente tranquillo, ridurre i visitatori e le attività
- Garantire periodi di riposo tra le attività, limitare la durata delle procedure
- Evitare di sforzarsi per defecare e di trattenere il respiro
- Valutare rigidità nucale, contrazione muscolare, aumento dell'irrequietezza, irritabilità, insorgenza di attività convulsiva
- Somministrare ossigeno e terapia farmacologica secondo prescrizione
- Preparare all'intervento chirurgico se indicato (by-pass microvascolare, angioplastica cerebrale)
- Monitorare gli esami di laboratorio come indicato (es. tempo di protrombina , PT e APTT, per lo stato coagulativo)

COMPROMISSIONE DELLA MOBILITA'

Correlata a:

- Compromissione neuromuscolare: astenia, parestesia; paralisi flaccida/ipotonica (inizialmente); paralisi spastica
- Compromissione percettiva/cognitiva

Che si evidenzia con:

- incapacità a muoversi in modo finalizzato nell'ambiente fisico;
- compromissione della coordinazione;
- limitata escursione articolare,
- diminuzione della forza e del controllo muscolare di diversi distretti somatici

L'outcome che perseguiamo con l'assistenza consiste in:

- Mantenere o migliorare la forza muscolare e la funzionalità della parte del corpo compromessa o di quella compensatoria;
- Mantenere la posizione con assenza di contratture, lussazioni o torsioni del piede
- Illustrare tecniche e comportamenti che permettono una ripresa delle attività
- Mantenere l'integrità della cute

Razionale:

La mobilizzazione precoce aiuta a prevenire la comparsa di **eventi complicanti quali la Trombosi Venosa Profonda, la Polmonite da stasi, Lesioni Cutanee, Stipsi, Contratture**, ha inoltre effetti psicologici positivi rilevanti per il paziente ed i familiari.

E' importante mobilizzare il paziente appena le condizioni cliniche lo consentono.

In ogni modo la mobilizzazione deve avvenire entro le **24 – 48 ore dal ricovero**.

Per i pazienti in coma o fortemente disorientati che manifestano segni e sintomi di aggravamento, va posta una particolare attenzione e cura. Non essendo possibile in tali condizioni avviare un percorso riabilitativo, questi pazienti vanno incontro precocente alla **sindrome di allettamento**. Risulta prioritario, quindi attuare un programma di postura alternata per prevenire arrossamenti cutanei e disturbi respiratori e circolatori.

Gli spostamenti ed i cambi di postura devono essere eseguiti attraverso l'impiego di teli/traverse onde evitare stiramenti della spalla e pericolosi sfregamenti con il lenzuolo.

La posizione deve essere mantenuta per il tempo necessario (max 2 – 3 ore) utilizzando cuscini, archetti alzacoperte, spondine e l'impiego di presidi antidecubito.

Il programma di mobilizzazione viene condiviso con il fisioterapista ed è progressivo, prevede inizialmente il mantenimento della posizione seduta con le gambe fuori dal letto seguito dal trasferimento dal letto alla carrozzina. Seguirà la prova di assunzione della stazione eretta e poi il cammino assistito.

Il problema del dolore alla spalla:

Il dolore alla spalla è stato riscontrato nel **70-84% in pazienti con paralisi degli arti superiori**. La spalla è particolarmente vulnerabile a traumi esterni in quanto la **capsula articolare** può essere stirata per azione gravitazionale, quando viene a mancare, nei pazienti con paresi, il normale tono muscolare della cuffia dei rotatori.

Dolore prolungato, spalla rigida e impotenza funzionale, sono potenziali effetti delle lesioni alla spalla. E' opportuno identificare i soggetti a rischio e adottare comportamenti assistenziali adeguati.

I pazienti a **rischio** sono quelli con **flaccidità dell'emilato colpito** e/o compromissione della **sensibilità e dello stato di coscienza**.

Per sostenere l'arto flaccido ed evitare la lussazione, è indicato l'utilizzo di **cuscini** di varie misure per il posizionamento a letto e nella carrozzina e il **reggibraccio** negli spostamenti.

La prevenzione e cura di questo disturbo si basa su un corretto posizionamento e sostegno evitando vigorosi esercizi di mobilizzazione completa e forzata. Occorre **insegnare** al paziente e ai familiari l'importanza di **sostenere** l'arto offeso e non lasciarlo mai penzolare né quando il paziente è a letto né quando è in piedi o seduto.

Il personale deve conoscere le tecniche di mobilizzazione del paziente emiplegico evitando di afferrarlo per il braccio e trazionarlo onde scongiurare microtraumi a carico dell'articolazione.

Nel 12 – 25% dei pazienti con emiplegia, si è riscontrata una **distrofia simpatico riflessa** o "**sindrome spalla-mano**". Essa è caratterizzata dalla comparsa di **pallore cutaneo, dolore, rigidità e gonfiore dell'arto colpito**.

Quando il paziente lamenta dolore alla spalla è necessario raccogliere ulteriori informazioni per escludere la possibilità di una lussazione, frattura o distrofia simpatico-riflessa. Il dolore deve essere monitorato e trattato sia con la prevenzione e corretta posturazione, l'utilizzo di ausili e farmacologicamente.

Interventi :

- **valutare la capacità funzionale**, l'estensione della disabilità, **sia inizialmente che su base regolare**
- cambiare posizione **almeno ogni 2 ore** (supino, decubito laterale) e, se possibile, più frequentemente se il paziente è posizionato sulla parte compromessa
- posizionare (**sostenendole**) le estremità in una posizione funzionale;
- usare ausili per **sostenere il piede** durante il periodo di paralisi flaccida.
- mantenere una **posizione neutra della testa**
- osservare la parte affetta per **colorito, edema** o altri **segni di compromissione della circolazione**
- Utilizzare **calze antitrombotiche**
- Posturare gli arti paretici in **scarico** per prevenire l'edema
- valutare l'uso e il bisogno di **ausili** per il **posizionamento e/o supporti** durante la paralisi spastica
- per il posizionamento degli **arti superiori (braccia e mano)** utilizzare **cuscini di posturazione**
- sistemare **ginocchio e anca** in posizione di estensione
- mantenere la gamba in posizione neutrale con **rotolo di sostegno** a livello trocanterico
- iniziare **esercizi attivi e passivi** di escursione articolare a tutte le estremità fin dall'ingresso in reparto
- posizionare il paziente **seduto** sulla poltrona o letto non appena le condizioni cliniche lo consentono
- stabilire obiettivi con il paziente/la persona significativa per aumentare la partecipazione alle attività e all'esercizio e per il cambiamento di posizione
- incoraggiare il paziente ad **aiutare l'arto paretico con l'arto sano** per supportare/muovere la parte debole
- pianificare la presa in carico del **fisioterapista** e condividere il piano di mobilizzazione
- Somministrare la **terapia** attinente (miorilassanti e antispastici come prescritto)
- registrare tutte le attività sulla **documentazione**
- **modificare il piano di mobilizzazione** in funzione delle variazioni cliniche durante la degenza

COMPORAMETNI DA EVITARE:

- **NON** fare affaticare il paziente, non fargli fare movimenti rapidi ed improvvisi;
- **NON** massaggiare gli arti plegici;
- **NON** mantenere il piede plegico in posizione non fisiologica;
- **NON** utilizzare palline in gomma per la mano: stimolano riflessi involontari;
- **NON** esercitare trazioni sull'arto plegico per i rischi di lussazione;

Posturazione del paziente paretico:

Mantenere la posizione del capo 30 gradi e spondine laterali alzate

Allineare con cura le estremità posizionando un rotolo trocanterico dalla cresta iliaca a metà della coscia per evitare la rotazione esterna dell'arto

Posizionare cuscino nell'ascella del lato colpito per evitare l'adduzione della spalla

Posizionare l'estremità colpita sopra cuscini per evitare l'edema e la fibrosi

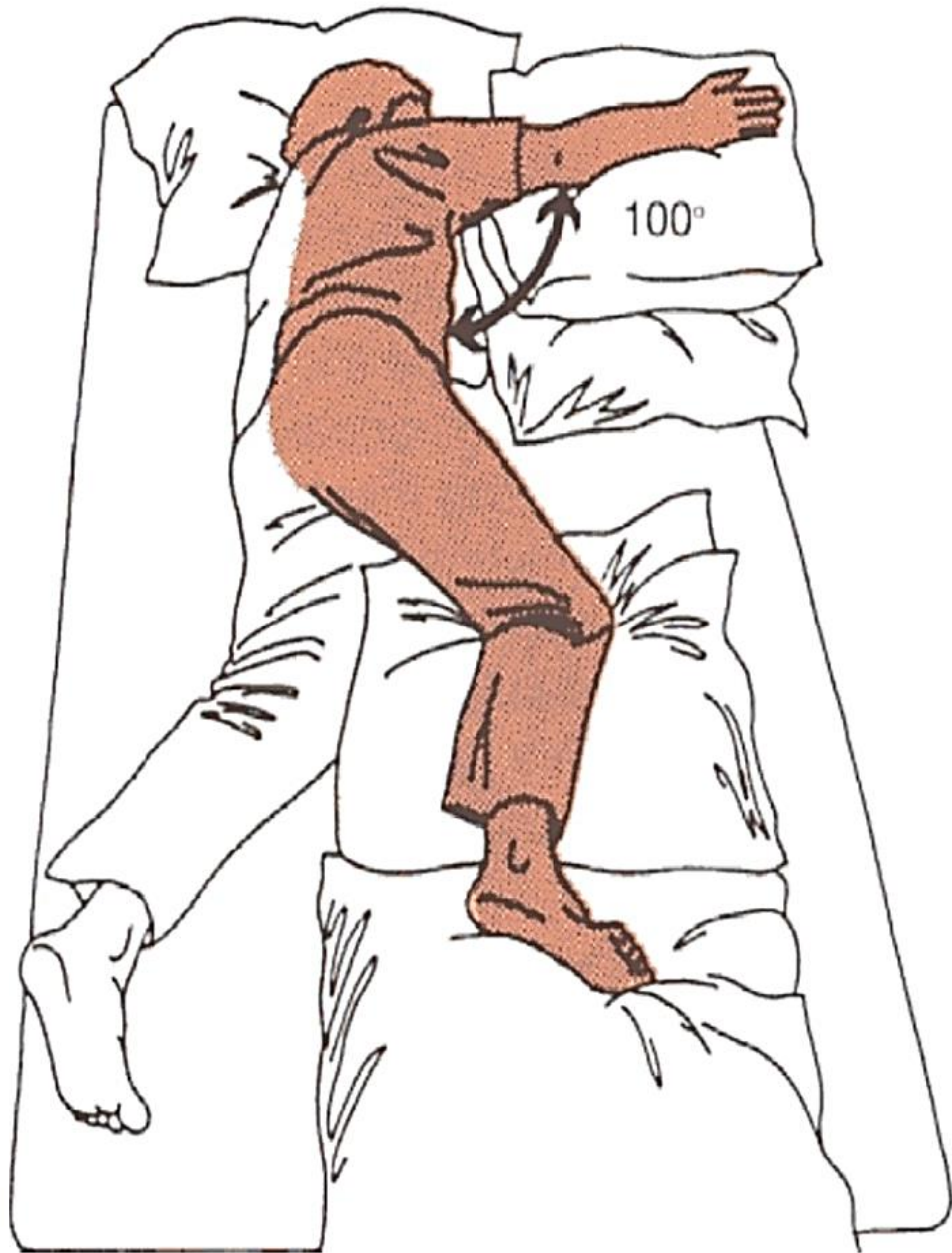
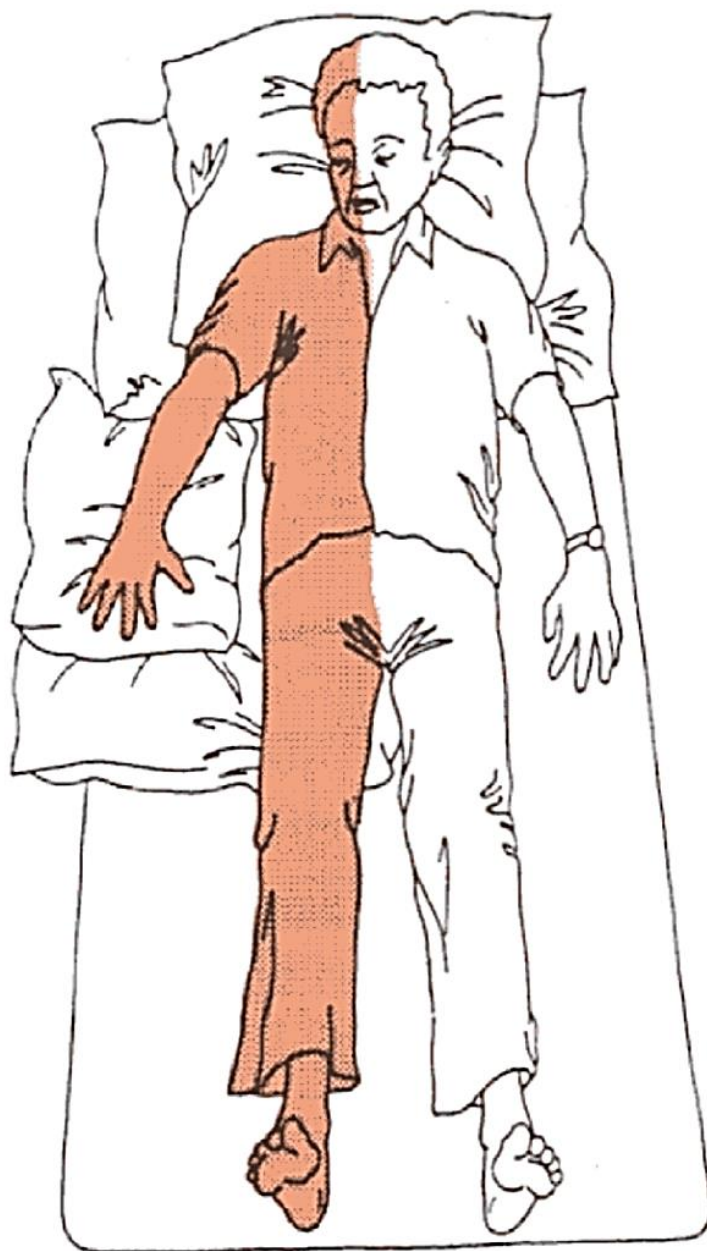
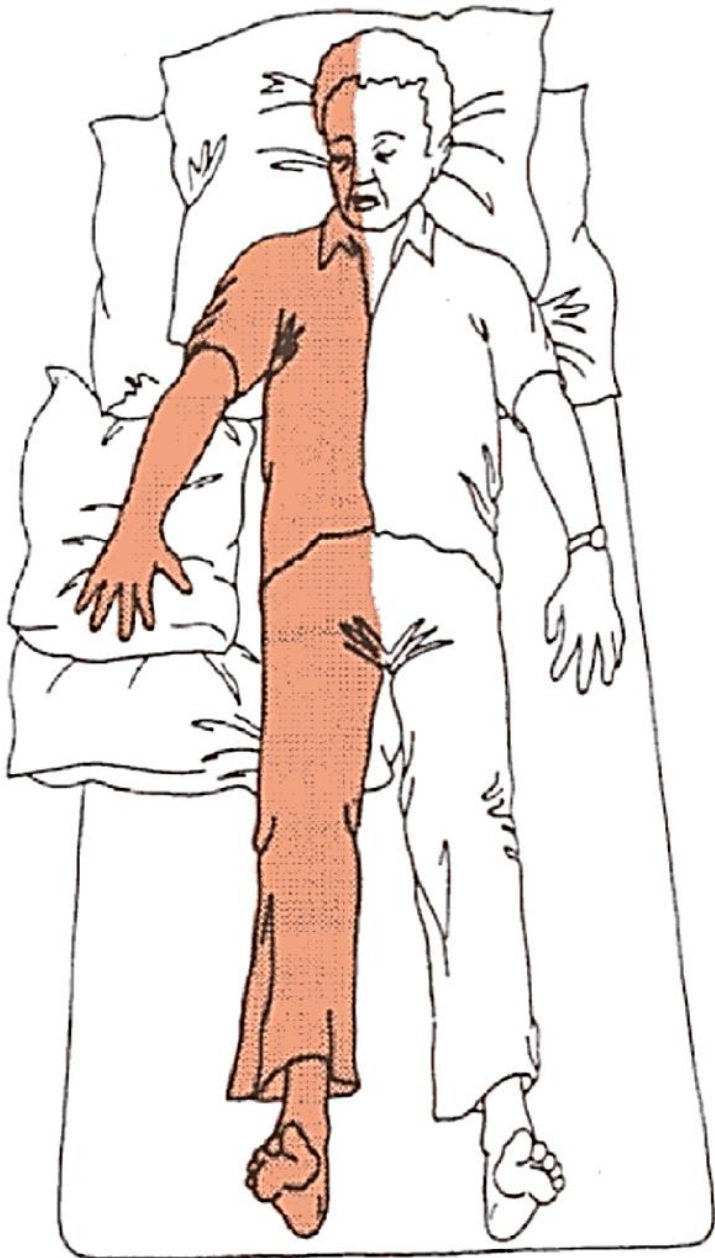
Evitare la pressione eccessiva dell'avampiede spastico togliendo la tavola del fondo del letto evitando la flessione plantare

Evitare di mantenere il paziente seduto a lungo per prevenire contratture in flessione del ginocchio e dell'anca

Applicare stecche ed apparecchi di immobilizzazione per sostenere le estremità flaccide evitando la spasticità; eseguire esercizi passivi o incoraggiare il paziente ad un esercizio attivo laddove possibile



Posturazione paziente emiplegico



Posizionamento :

Per evitare contratture, è di primaria importanza che il paziente assuma una corretta posizione nel letto e adottare accorgimenti atti ad alleggerire la compressione, così da garantire un buon allineamento corporeo e prevenire le neuropatie da compressione, specialmente sui nervi ulnare e peroneale.

Durante il tempo in cui è impegnato nelle attività giornaliere, il paziente deve rimanere disteso nel letto. Il tenersi in posizione seduta nel letto per periodi prolungati è uno dei fattori che maggiormente contribuiscono alla deformazione per flessione dell'anca.

A intervalli, durante il periodo di flaccidità che segue l'ictus, si può usare un supporto (es. molla di Codivilla) per mantenere i piedi nella giusta angolatura rispetto alle gambe quando il paziente è in posizione supina. Questo impedisce l'accorciamento dei legamenti del tallone e la caduta del piede come conseguenza della contrattura dei muscoli gastrocnemi.

Un'attenzione particolare deve essere usata per evitare zone di compressione sulla caviglia e sul tallone. Non appena si manifesta la spasticità generalmente non si usa più il supporto perché potrebbe peggiorare la spasticità e la deformazione plantare per flessione. Per evitare l'equinazione del piede si usa un alzacoperte per tenere sollevate le lenzuola dalle punte dei piedi.

I muscoli flessori sono più forti di quelli estensori, questo fattore, in caso di lesione cerebrale, implica l'assunzione dello schema corporeo tipico nella spasticità.

Per impedire la rotazione verso l'esterno dell'articolazione dell'anca, si usa un rotolo trocanterico che si estende dalla cresta iliaca a metà coscia. Il rotolo trocanterico agisce come un cuneo meccanico sotto la proiezione del trocantere e impedisce la rotazione del femore sul proprio asse.

Per impedire l'adduzione della spalla colpita, si posiziona un cuscino sotto l'ascella in posizione di limitata rotazione verso l'esterno, così da mantenere il braccio scostato dal torace. Si mette sotto il braccio un cuscino e il braccio è posto in una posizione neutra (leggermente flessa), con ogni articolazione collocata più in alto rispetto alla precedente: il gomito risulta così più in alto rispetto alla spalla e il polso più in alto rispetto al gomito (posizione di scarico). L'elevazione del braccio aiuta a prevenire l'edema e la conseguente fibrosi che potrebbe impedire una normale ampiezza di movimento quando il paziente riacquista il controllo del braccio.

Le dita sono posizionate in modo da essere appena flesse. La mano è posta in posizione neutra. Si deve fare ogni sforzo per impedire l'edema della mano.

Cambiare posizione

La posizione del paziente deve essere cambiata ogni 2 ore, per sistemare un paziente in posizione laterale (a giacere su un fianco), si posiziona un cuscino tra le gambe prima di girare il paziente. I movimenti non devono mai essere bruschi. Il paziente deve essere girato da una parte all'altra, ma deve giacere per periodi di tempo più brevi sul lato colpito dalla paralisi.

Se possibile, sarebbe consigliabile che il paziente giacesse prono sul ventre per intervalli di 15÷30 minuti parecchie volte al giorno. La posizione prona aiuta anche il drenaggio delle secrezioni bronchiali e l'espansione dei campi polmonari.

COMPROMISSIONE DELLA COMUNICAZIONE VERBALE (E/O SCRITTA)

Correlata a:

- Alterazione della circolazione cerebrale; compromissione neurologica e muscolare, perdita del tono e del controllo della muscolatura facciale e/o orale; astenia/affaticamento generalizzato

Che si evidenzia con:

- Compromissione dell'articolazione del linguaggio; parlare in modo sommesso o non parlare/non poter parlare (disartria);
- Incapacità a modulare il linguaggio, trovare e dare un nome a oggetti/persona/concetti, identificare oggetti; incapacità a comprendere il linguaggio scritto/orale, afasia globale;
- Incapacità a produrre comunicazione scritta, afasia espressiva.

L'outcome che perseguiamo con l'assistenza consiste nello stabilire un modo di comunicare in cui i bisogni possano venire esplicitati.

Razionale :

Afasia

È un disturbo del linguaggio causato da una lesione o patologia dei centri cerebrali. Può coinvolgere la capacità di scrivere e leggere così come di parlare, ascoltare, calcolare, comprendere e capire i gesti. L'afasia cronica disabilitante colpisce un numero molto elevato di adulti. Le cause più importanti sono gli incidenti vascolari, i traumi e i tumori cerebrali. Circa il 20% dei pazienti colpiti da attacchi vascolari manifestano afasia: il numero dei pazienti afasici è in crescita perché sempre più numerosi sono i sopravvissuti all'apoplezia cerebrale.

L'area corticale responsabile dell'integrazione di miriadi di percorsi associativi richiesti per la comprensione e la formulazione del linguaggio misura poco più di sei centimetri quadrati. Il centro principale del linguaggio, chiamato **area di Broca**, è posizionato in una circonvoluzione che confina con l'arteria cerebrale media. Qui sono memorizzati i codici delle combinazioni dei movimenti muscolari occorrenti per articolare ogni parola. Non sono queste le cellule che comandano i muscoli della parola: esse si trovano nell'area motoria stessa. Per esprimere ogni singola parola esiste una sequenza specifica di combinazioni di contrazioni muscolari. Non solo devono contrarsi i muscoli delle corde vocali, ma anche quelli della gola, della lingua, il palato molle, le labbra e il torace. Queste combinazioni, immagazzinate nelle cellule della circonvoluzione di Broca, dirigono le cellule dell'area motoria, che fanno contrarre i muscoli al tempo giusto e con la giusta forza.

L'area di Broca è così vicino all'area motoria di sinistra che un disturbo in quell'area spesso coinvolge anche l'area del linguaggio. È questa la ragione per cui molti pazienti paralizzati sul lato destro, a causa di un trauma o danno alla parte sinistra del cervello, sono incapaci di parlare, mentre in quelli paralizzati sul lato sinistro i disturbi del linguaggio si manifestano meno. Alcuni pazienti non ne sono colpiti, ma questi sono in genere i mancini, che hanno l'area del linguaggio localizzata nell'emisfero destro.

Acalculia; discalculia: difficoltà nel trattare con i termini matematici o i simboli numerici in genere.

Agnosia: difficoltà nel riconoscere gli oggetti familiari con gli organi di senso.

Agnosia uditiva: incapacità di riconoscere i significati dei suoni.

Agnosia dei colori: incapacità di riconoscere le differenze nei colori.

Agnosia tattile: incapacità di riconoscere gli oggetti familiari attraverso il tatto.

Agnosia visiva: incapacità di riconoscere gli oggetti; l'acutezza visiva può essere o non essere intaccata.

Agrafia; disgrafia: disturbi nello scrivere parole comprensibili.

Alessia; dislessia: difficoltà nella lettura.

Anomia; disnomia: difficoltà nel selezionare parole appropriate, termini particolari.

Aprassia: incapacità di ripetere gesti motori finalizzati appresi precedentemente.

Aprassia verbale: difficoltà nell'elaborare e nell'organizzare parole comprensibili nonostante la muscolatura sia intatta.

Disartria: difetto di articolare le parole dovuto a cause neurologiche.

Emianopsia: difetto della vista caratterizzato dalla perdita di metà del campo visivo

Parafasia: è una caratteristica osservata frequentemente in molti pazienti afasici; fa utilizzare parole sbagliate, sostituzioni verbali, errori grammaticali nell'uso verbale, può manifestarsi sia nel linguaggio scritto che orale.

Perseverazione: ripetizione continuata e automatica di un'attività, di una parola o di una frase che non è più appropriata.

* Il prefisso «a» significa «privo di» o «assenza di», il prefisso «dis» indica «difficoltà» o «disturbo». Questi prefissi sono frequentemente usati in queste patologie.

I problemi di comunicazione della persona colpita da danno cerebrale possono produrre conseguenze che si ripercuotono su molte dimensioni della sua vita futura:

- Svalutazione personale dovuta alla perdita di capacità nel comunicare.
- Comunicazione carente dovuta al danno cerebrale.
- Scarsa capacità del nucleo familiare di affrontare il problema, dovuta all'improvvisa rottura dell'equilibrio familiare e riluttanza a comprendere il danno cerebrale e il modo in cui aiutare il paziente. (Coping inefficace del nucleo familiare)

Interventi :

- Valutare il deficit (es. afasia o disartria)
 - Afasia ricettiva: il paziente sembra non comprendere le parole.
 - Afasia espressiva: il paziente non riesce a parlare o farsi comprendere.
- Promuovere la presa in carico da parte del **LOGOPEDISTA**.
- Ascoltare gli errori di comunicazione e fornire feedback.
- Chiedere al paziente di eseguire semplici comandi (es. chiuda gli occhi, indichi la porta) per verificare la comprensione.
- Fornire un sistema di chiamata (campanello).
- Fornire una modalità alternativa di comunicazione, es. scrivere lavagna o carta, liste di gesti/figure tra cui scegliere per indicare bisogni/situazioni.
- Prevedere e garantire i bisogni del paziente.
- Rivolgersi direttamente al paziente parlando lentamente ed in modo distinto.
- Utilizzare frasi semplici, domande chiuse (si/no), progredendo nella complessità quando il paziente risponde.
- Coinvolgere i caregivers nel processo, fornendo informazioni e mediazione, es. leggere lettere, discutere degli eventi della famiglia anche se il paziente non è in grado di rispondere appropriatamente
- Parlare a volume normale ed evitare di parlare troppo velocemente.
- Dare al paziente un lungo tempo per rispondere.
- Porre attenzione alla comunicazione non verbale.
- Mantenere con la persona un rapporto di collaborazione e fiducia.
- Il paziente è attivo e protagonista nella stesura del suo piano di assistenza e riabilitazione.

EMINEGLIGENZA

Consiste nella compromissione della risposta sensoriale e motoria, della rappresentazione mentale e dell'attenzione spaziale corporea e dell'ambiente caratterizzata da inattenzione verso una parte e iperattenzione per l'altra.

L'eminegligenza è **correlata** alla lesione cerebrale provocata dall'ictus.

Si manifesta con:

Mancata adozione di precauzioni di sicurezza dal lato interessato, incapacità di vestire/curare l'aspetto dalla parte interessata, tendenza a non mangiare il cibo nel lato del piatto interessato, non accorgersi che qualcuno si avvicina dal lato, incapacità di leggere/scrivere/tracciare segni dal lato, trasferire la sensazione di dolore all'emisoma controlaterale, segni di lateralità come emiparesi, emianopsia.

L'outcome che perseguiamo con il piano di assistenza consiste nel riacquistare la capacità di percezione, monitorare e riconoscere i miglioramenti, istruire sui comportamenti di compensazione atti a superare i deficit.

Interventi :

- Accertare la percezione della persona e riorientarla frequentemente
- Valutare la consapevolezza sensoriale (es. distinguere caldo/freddo, appuntito/non appuntito), posizione di una parte del corpo/muscolare
- Offrire un ambiente tranquillo, ben illuminato e lontano da stimoli eccessivi di rumore, affollamento... per favorire la possibilità di concentrazione
- Valutare i deficit laterali motori/visivi/ dell'attenzione/ della sensibilità
- Stimolare il senso del tatto
- Favorire la consapevolezza della persona e del caregiver
- Monitorare i disturbi e i progressi, restituire alla persona feedback sui progressi
- Creare un piano per i deficit di eminegligenza presenti, es:
 - Posizionare cibo ed utensili sul vassoio in base al lato non malato del paziente
 - Posizionare il letto in modo che il lato sano del paziente guardi verso la stanza e la parte affetta verso il muro
- Stendere/attuare e registrare sulla documantazione il piano di assistenza e riabilitazione assieme al collega riabilitatore
- Alla dimissione il programma di riabilitazione si estenderà al contesto domiciliare

DEFICIT DELLA CURA DI SE'

Correlato alla compromissione neuro muscolare, alla compromissione neuro/percettiva, al dolore e alla condizione di malessere, alla depressione.

Si **evidenzia** con la compromissione della capacità di eseguire le ADL.

L'outcome che perseguiamo con il piano di assistenza consiste nel recuperare/migliorare la cura di sé e le attività di vita quotidiana, istruire la persona sulle tecniche compensative, sul cambiamento dello stile di vita per soddisfare i bisogni di cura di sé, aumentare la capacità di eseguire le ADL in autonomia o con risposte da parte di caregivers.

Interventi :

- Valutare le capacità ed il livello di deficit attraverso scale di valutazione (es. Barthel, Katz)
- Evitare di sostituirsi al paziente nelle attività che può fare da solo, fornire assistenza se necessario (assistenza compensativa)
- Valutare la capacità di giudizio del paziente
- Dare al paziente il tempo sufficiente per completare i compiti
- Fornire feedback positivo per gli sforzi e i risultati raggiunti, monitorare i risultati, evidenziare con l'assistito i progressi
- Incoraggiare la persona significativa a permettere al paziente di fare il più possibile da solo
- Fornire dispositivi di aiuto, es. dispositivo per la chiusura facilitata di bottoni/cerniere lampo, posate adattate, spazzole dal manico lungo, prolunghe per raccogliere gli oggetti da terra, sedia per la doccia...
- Valutare la capacità del paziente di comunicare il bisogno di eliminare e/o la capacità di usare il pappagallo/la padella
- Identificare le precedenti abitudini intestinali e ristabilire il regime normale
- Adattare la dieta al ripristino delle abitudini di eliminazione
- Somministrare eventuale terapia per regolare l'eliminazione fecale secondo prescrizione
- Collaborare al programma riabilitativo con il team di fisioterapisti, terapeuti occupazionali
- Coinvolgere il caregiver in tutte le attività previste dal piano, istruirlo sull'attuazione
- Il programma assistenziale/riabilitativo troverà continuità dopo la dimissione in regime domiciliare

COPING INEFFICACE

Consiste nella incapacità di effettuare una idonea valutazione degli agenti stressanti, inadeguatezza nella scelta di risposte pratiche e/o nell'incapacità di utilizzare le risorse disponibili.

Nel caso della persona colpita da ictus è **correlato** ai cambiamenti percettivi cognitivi, alla condizione di vulnerabilità, alla crisi situazionale, alla insufficiente fiducia nella propria capacità di affrontare la situazione, alla depressione.

Si evidenzia con:

- l'uso inappropriato di meccanismi di difesa
- l'incapacità di affrontare le situazioni e difficoltà a chiedere aiuto
- la modificazione degli abituali modelli di comunicazione
- l'incapacità di soddisfare i bisogni di base e le aspettative di ruolo
- Comportamenti distruttivi
- La difficoltà a risolvere i problemi

L'outcome dell'assistenza sarà:

- L'accettazione di sé
- La consapevolezza della propria capacità di reagire
- Affrontare con i caregivers la nuova situazione

Razionale :

A seguito di attacco ictale, la comparsa di comportamenti depressivi è frequente. Questi sono dovuti sia al **danno biologico cerebrale**, che alla reazione **all'inabilità**.

La depressione post ictus è stata riscontrata con incidenza che varia dal **11% al 68% dei pazienti e tende all'aumento**.

E' pertanto **più facilmente diagnosticabile nella fase di riabilitazione piuttosto che nella fase acuta**.

Si deve considerare tale diagnosi di fronte alla persistenza dei seguenti segni:

- Malinconia del paziente,
- Perdita di interesse ad ogni attività,
- Astenia,
- Inappetenza,
- Disturbi del sonno,
- Incapacità di concentrarsi.

Se persistenti, questi sintomi sono tutti campanelli di allarme per il personale di assistenza ed i familiari.

La depressione può influire negativamente sul programma di riabilitazione per riduzione della compliance e rallentare i risultati. Va trattata quindi correttamente e precocemente.

I sintomi tendono ad attenuarsi in presenza di un buon piano riabilitativo e di un supporto psicologico positivo tendente a sottolineare i piccoli risultati e le conquiste sul piano delle attività.

Interventi :

- Identificare il significato per la persona della perdita/disfunzione/modificazione avvenuta di conseguenza dell'ictus
- Determinare la presenza di fattori di stress esterni, es. famiglia, lavoro, sociale, bisogni futuri di salute
- Monitorare disturbi del sonno, aumento della difficoltà a concentrarsi, dichiarazioni di incapacità di coping, letargia, isolamento
- Rilevare se la persona si riferisce alla parte malata come “essa” o se la nega e dice che è “morta”
- Usare parole che identificano il lato colpito come parte dell'intero corpo (es. debole, destra-sinistra)
- Monitorare i progressi e fornire rinforzi positivi sia per i piccoli risultati che per il recupero della funzionalità o dell'indipendenza
- Indirizzare ad una valutazione e/o consulenza neuropsicologica, se indicato

DEGLUTIZIONE COMPROMESSA

Consiste nel funzionamento anomalo del meccanismo della deglutizione associato a deficit funzionali orali, faringei o esofagei. Nel caso della persona colpita da ictus è **correlato alle lesioni cerebrali e alla compromissione neuromuscolare**.

Si evidenzia con

anomalie della deglutizione nella fase orale: tosse, fuoriuscita di saliva dalla bocca, incapacità di liberare il cavo orale, tempi lunghi nell'assunzione del pasto, incapacità a formare il bolo alimentare;

anomalie della deglutizione nella fase faringea: tosse, soffocamento, ritardo nella deglutizione, conati, voce gorgogliante dopo la deglutizione, reflusso nasale, infezioni polmonari ricorrenti;

anomalie della deglutizione nella fase esofagea: dolore epigastrico o riferito al torace, tosse soprattutto notturna, vomito...

L'outcome che ricerchiamo è di mantenere lo stato nutrizionale e di evitare episodi di polmonite ab ingestis, soffocamento, infezioni. Ci proponiamo inoltre di informare la persona e i caregivers sui metodi di assunzione dell'alimentazione e sulle strategie di approccio alla disfagia.

Interventi :

- Valutare la patologia individuale e la capacità di deglutire considerando l'estensione della paralisi: chiarezza del linguaggio, coinvolgimento del viso e della lingua, capacità di proteggere le vie aeree , episodi di tosse e soffocamento, quantità/caratteristiche delle secrezioni orali, capacità del paziente di gestire le sue secrezioni.
- Aspirare se necessario
- Pesare il paziente all'ingresso e periodicamente
- Tenere il materiale per l'aspirazione disponibile vicino al letto, specialmente durante gli approcci iniziali per alimentarsi
- Per promuovere una deglutizione efficace:
- Programmare le attività per garantire il riposo prima del pasto
- Garantire un ambiente tranquillo, piacevole e senza distrazioni
- Posizionare la persona in posizione seduta durante e dopo l'assunzione dei cibi
- Vietato l'uso di cannucce
- Eseguire cura della bocca prima del pasto sulla base dei bisogni individuali
- Servire i cibi alla temperatura abituale e l'acqua sempre fredda (non isoterma)
- Scegliere se necessario cibi semisolidi, frullati, omogenei e acqua gelificata, eventualmente usare l'addensante
- Imboccare lentamente, concedendo lunghi tempi per il pasto
- Offrire cibi solidi e cibi liquidi in momenti differenti (MAI DOPPIA CONSISTENZA)
- Mantenere la posizione sollevata dopo aver mangiato
- Tenere un accurato diario alimentare
- Coordinare l'approccio multidisciplinare (nutrizionista/dietista, logopedista) per sviluppare un piano di trattamento che soddisfi i bisogni individuali
- Somministrare liquidi per via endovenosa e/o alimentazione tramite sondino o PEG a seconda delle necessità individuali

CONOSCENZA INSUFFICIENTE

Può essere correlata alle limitazioni cognitive, alla scarsa esperienza. E' riferita alla persona colpita dall'ictus e anche al caregiver.

Si evidenzia con:

- Richiesta di informazioni
- Considerazioni che riflettono errata comprensione
- Comportamenti non conformi al piano di assistenza/riabilitazione
- Imprecisione nel seguire le istruzioni
- Sviluppo di complicanze prevenibili

Il nostro obiettivo sarà:

- Che la persona e il caregiver abbiano compreso le condizioni, la prognosi e le complicanze
- Che la persona e il caregiver comprendano i trattamenti ed il rationale per le azioni

Interventi :

- L'intervento educativo deve riguardare la persona e il nucleo familiare/caregivers,
- Pianificazione delle modifiche nello stile di vita (dieta, fumo, alcool, sostanze, moto, lavoro, studio...)
- Ribadire l'importanza del follow-up da parte del team di riabilitazione, fisioterapista, terapeuta occupazionale, del linguaggio
- Ribadire il regime terapeutico prescritto, compreso l'uso dei farmaci per controllare l'ipertensione, l'ipercolesterolemia, il diabete, l'aspirina ed i farmaci ad azione simile, es. ticlopidina, warfarin
- Attingere a tutte le autonomie/abilità residue della persona,
- Discutere della patologia specifica e delle potenzialità individuali
- Rivedere le attuali restrizioni e limitazioni e discutere della riassunzione pianificata e/o potenziale delle attività (incluse le relazioni sessuali)
- Insegnare le strategie di compensazione delle attività (ausili, strumenti, es. posate adattate, metodi di comunicazione aumentativa, utilizzo di ausili)
- Identificare le risorse della comunità, (es. Associazione nazionale pazienti con stroke, servizi per anziani, pasti a domicilio, assistenza diurna, programmi di appoggio temporaneo)
- Informare l'assistito delle tutele di cui ha diritto (riconoscimento invalidità civile, legge 104, ...)
- Informare l'assistito della spesa in carico infermieristica domiciliare
- Fornire materiale illustrativo
- Condividere il programma educativo/informativo con fisioterapisti, logopedisti, terapisti occupazionali

RISCHIO ELEVATO DI COMPROMISSIONE DELL'INTEGRITÀ CUTANEA

Nella persona colpita da ictus cerebri può essere **correlata** al fattore meccanico (immobilità fisica), all'umidità, alla pressione sulle prominenze ossee, al problema nutrizionale, alla compromissione circolatoria, alla postura anomala causata dalla spasticità.

Si manifesta con alterazioni dell'integrità cutanea.

L'outcome che dobbiamo conseguire è il mantenimento/ripristino dell'integrità cutanea.

E' stato calcolato che il 14.5% dei pazienti con Ictus Cerebri sono presenti Lesioni cutanee da pressione (fonte: National Survey of Stroke). Maggiore rischio corrono i pazienti in coma, quelli con grave paresi, gli obesi con incontinenza urinaria e/o intestinale.

Interventi :

Durante la fase acuta e per la durata della riabilitazione, si devono attivare interventi per mantenere l'integrità della cute.

Al fine di mantenere la integrità della cute è necessario:

- Controllare quotidianamente la cute identificando le aree a rischio (prominenze ossee)
- Lavare ed asciugare la cute con delicatezza (tamponare)
- Proteggere la cute dall'esposizione all'umidità (es. sudore, urina)
- Evitare traumi da strofinamento o scivolamento durante la postura e il cambio di essa
- Utilizzare correttamente medicazioni avanzate appropriate protettive/preventive, superfici antidecubito;
- Somministrare una alimentazione ed idratazione che tengano conto del reale bisogno (energetico e calorico proteico);
- Stimolare la mobilità del paziente e la mobilizzazione passiva.

Per i casi in cui non si riesce a controllare l'incontinenza urinaria si deve ricorrere a presidi per l'incontinenza.

Se il livello di coscienza del paziente è basso ed il rischio di lesioni elevato, è indicato l'utilizzo del catetere vescicale per il tempo strettamente necessario.

Prima della dimissione educare il paziente e i familiari su come ridurre il rischio di insorgenza di lesioni da decubito (mobilizzazione, posture, igiene, nutrizione/idratazione, segni di riconoscimento, servizi di riferimento).

RISCHIO DI CADUTE

Nel caso del paziente colpito da ictus può essere correlato all'alterazione delle funzioni cognitive, alla compromissione della mobilità, al deficit propriocettivo, alla diminuzione della forza fisica, all'utilizzo di ausili di cui non sono esperti...

L'outcome che vogliamo perseguire è che il paziente non cada durante la degenza,
Che lui e i suoi caregivers siano consapevoli del rischio di caduta,
Che apprendano i comportamenti e le strategie di prevenzione da assumere durante la degenza e anche al domicilio.

Razionale :

Il paziente a rischio di cadute va valutato sia al ricovero che per tutta la durata delle degenza. I metodi di prevenzione dipendono dal tipo e della gravità della disabilità.

Il Rischio

Le cadute rappresentano la causa più frequente di lesioni nei pazienti ospedalizzati per ictus.

Il rischio è maggiore se deficit sensoriali accompagnano il deficit di mobilità, l'equilibrio ed il coordinamento di movimenti.

Le cadute possono aumentare anche in caso di confusione mentale (nell'anziano la ospedalizzazione in sé genera disorientamento), in caso di alterazione della vista e di incapacità di attivare le procedure di comunicazione, quando viene meno la capacità di chiedere aiuto e di esprimere i propri bisogni.

L'utilizzo di alcuni farmaci può indurre stanchezza e scarsa lucidità.

I rischi di caduta aumentano nei casi seguenti:

- Pazienti con ictus dell'emisfero destro,
- Pazienti in età avanzata,
- Pazienti soggetti a frequenti trasferimenti,
- Pazienti con impulsività comportamentale.

La prevenzione delle caduta deve tenere conto dei rischi potenziali dell'ambiente (illuminazione, superficie del pavimento, accesso ai servizi igienici etc..)

La responsabilità di valutare ed attuare misure preventive in genere è riferibile al personale infermieristico (deficit strutturali devono essere tempestivamente comunicati agli organi competenti) anche se dovrebbe essere obiettivo comune di tutto il personale sanitario.

Interventi :

- Valutare attentamente i pazienti a rischio (scala di Conley, Stratify, Schmid) all'accoglimento e periodicamente
- Aumentare la sorveglianza
- Accompagnare il paziente in bagno ad intervalli regolari e sempre prima di coricarsi alla sera
- Verificare il livello di autonomia nei trasferimenti e la stabilità durante la deambulazione
- Fornire il sistema di chiamata facile e comodo
- Offrire sorveglianza ravvicinata (rapporto 1:1) nei casi di disturbi del comportamento
- Allestire l'ambiente in modo appropriato (ordinato, sgombro, illuminato, maniglioni, pavimento asciutto e antisdrucciolo)
- Adottare calzature basse e chiuse, vestiario comodo della giusta taglia
- Tenere colloqui di educazione sanitaria sul rischio di caduta
- Fornire materiale informativo
- Coinvolgere i caregivers nel programma di prevenzione ed educazione
- Il fisioterapista concorre al piano di prevenzione ed educazione dell'assistito e del caregiver
- Estendere la raccomandazione nella continuità assistenziale

SCALA DI GLASGOW

Per potere documentare obiettivamente e sistematicamente le modificazioni dei deficit neurologici e motori, del linguaggio e del livello di coscienza è “raccomandato” l’utilizzo della scala del coma secondo Glasgow.

La Glasgow indirizza gli operatori all’osservazione dei seguenti parametri:

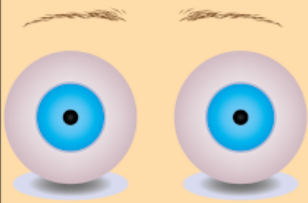


- **Apertura degli occhi allo stimolo.** Partendo dall’apertura spontanea, al richiamo verbale, allo stimolo nocicettivo. Per stimolo nocicettivo o doloroso si intende l’applicazione di uno stimolo ottenuto comprimendo il letto ungueale con una penna o eseguendo la compressione con il pollice a livello della fossetta sovraorbitale.
- **Risposta motoria** Si chiede al paziente di sollevare due dita: Se non si ottiene risposta si applica uno stimolo doloroso e si osserva la risposta in Flessione: flessione delle estremità superiori verso lo stimolo . Per esempio, applicando lo stimolo alla rima sovraorbitaria la persona tende ad allontanare lo stimolo. La risposta va considerata positiva (finalizzata) anche se effettivamente non riesce a sollevare le mani oltre l’altezza del mento. Bisogna documentare la migliore risposta ottenuta.
- **Risposta Verbale** Il paziente è orientato quando risponde correttamente a domande su nome, mese anno e luogo. Riportare nella scheda il punteggio ottenuto.

Tabella. Parametri della scala Glasgow e punteggi relativi per calcolarla

	1	2	3	4	5	6
Apertura occhi	Assente	dopo stimolo doloroso	in risposta a stimoli vocali	spontanea	-	-
Risposta verbale	Nessuna risposta	Suoni incomprensibili	Parole incoerenti	Frase confuse	Il paziente è orientato e riesce a conversare	-
Risposta motoria	Assenza totale di movimento	Estensione	Flessione anomala	Flessione e ritrazione	Localizzazione dello stimolo doloroso	Obbedienza ai comandi

Total Score

Best score - 15
Comatose - ≤8
Unresponsive - 3

Behaviour	Response
 Eye Opening Response	4. Spontaneously 3. To speech 2. To pain 1. No response
 Verbal Response	5. Oriented to time, person and place 4. Confused 3. Inappropriate words 2. Incomprehensible sounds 1. No response
 Motor Response	6. Obeys command 5. Moves to localised pain 4. Flex to withdraw from pain 3. Abnormal flexion 2. Abnormal extension 1. No response