



APPROFONDIMENTO INFERMIERISTICO-RIABILITATIVO DEL PROGETTO PRISMA

Terapista della Riabilitazione Montanari Vittoria - Medicina fisica Alianti
Infermiera Mosci Daniela - PARE Semeraro
Infermiera Pelagalli Virginia - Geriatria Bonavita

Attività 1999

Ogni qualvolta è possibile, il paziente con stroke in fase acuta dovrebbe ricevere prestazioni di diagnosi, cura, prevenzione e riabilitazione in modo coordinato (EVIDENZA DI GRADO A)

Temi affrontati:

- Complicanze a maggior coinvolgimento assistenziale e di recupero nell'operatività quotidiana
- Complicanze a maggior rischio di insorgenza:

CADUTE	22%
LESIONI DA DECUBITO	18%
INFEZIONI TRATTO URINARIO	16%
PATOLOGIE RESPIRATORIE	12%
DEPRESSIONE	5%
CONFUSIONE	5%

- Coinvolgimento etico

CADUTE

Le lesioni neurologiche conseguenti allo stroke comportano alterazioni dello stato di vigilanza alterazioni della comprensione e la capacità collaborativa del paziente può essere compromessa. la scelta di quale intervento preventivo delle cadute attuare deve orientarsi al bene del paziente, nel rispetto della sua dignità personale, ma anche nel soddisfacimento del suo bisogno di sicurezza.

- Il paziente deve essere valutato per il rischio di cadute al momento dell'ammissione e durante tutta la degenza.

EVIDENZA DI GRADO C

La scelta dei metodi per prevenire le cadute sono in relazione alla tipologia dei deficit del paziente e della loro gravità.

LESIONI DA DECUBITO

PREVENZIONE

- Riposizionare il paziente ogni 2 ore;
- Non alzare la testata del letto più di 30° (EVIDENZA DI GRADO C) e, se necessario farlo, limitarne la durata nel tempo;
- Nel posturare il paziente in decubito laterale evitare di posizionarlo sul trocantere, ma girarlo sul fianco per non più di 30° (EVIDENZA DI GRADO C);
- Posizionare presidi antidecubito al letto o sulla sedia se il paziente sta seduto più di un'ora (EVIDENZA DI GRADO B);
- Se il paziente riesce a riposizionarsi da solo su sedia incoraggiarlo a spostare il peso del corpo ogni 15 minuti (EVIDENZA DI GRADO B);
- Non utilizzare presidi ad anello (CIAMBELLE) (EVIDENZA DI GRADO C).

VALUTAZIONE DELLA CUTE

- Valutare l'esposizione al rischio di decubiti utilizzando la Braden Scale;
- Effettuare la valutazione della cute del paziente inizialmente riportando: localizzazione, stadiazione (classificazione NPUAP), misura (larghezza, profondità, lunghezza), presenza di tessuti sottominati o fistole, caratteristiche superficiali della piaga (escara, tessuto necrotico, granuleggiante), presenza di essudato (EVIDENZA DI GRADO C); se la presenza di escara o materiale necrotico impedisce la visione del fondo della lesione non è possibile una stadiazione accurata;
- Ripetere la valutazione settimanalmente e tutte le volte che le condizioni del paziente cambiano.

TRATTAMENTO DELLE LESIONI

- La presenza di escara e materiale necrotico impedisce la guarigione della lesione e per questo deve essere rimosso (EVIDENZA DI GRADO C);
- Effettuare la detersione della piaga con SOLUZIONE SALINA utilizzando presidi in grado di generare una pressione idonea alla rimozione del materiale estraneo senza causare traumi (EVIDENZA DI GRADO C); tale pressione varia tra i 4 ed i 15 ppi (EVIDENZA DI GRADO B);
- EVITARE L'USO DI ANTISETTICI (EVIDENZA DI GRADO B);
- Applicare medicazioni che mantengano umido l'ambiente della lesione ed asciutta la cute perilesionale (EVIDENZA DI GRADO C);
- Non utilizzare tamponi colturali per diagnosticare l'infezione della piaga (EVIDENZA DI GRADO C);
- Ridurre la colonizzazione batterica attraverso un'accurata pulizia e rimozione del tessuto necrotico (EVIDENZA DI GRADO A).

INFEZIONI TRATTO URINARIO

- Il catetere vescicale deve essere utilizzato con cautela e devono essere valutati metodi alternativi per la gestione della funzione di eliminazione urinaria

EVIDENZA DI GRADO C

- Quando nella fase acuta dello stroke è stato posizionato il catetere vescicale al paziente, deve essere rimosso il più presto possibile. L'uso del catetere vescicale deve essere limitato ai pazienti con incontinenza o ritenzione urinaria che non possono essere trattati in modo diverso.

EVIDENZA DI GRADO C

COSTIPAZIONE

Si definisce costipata una persona che non evacua almeno tre volte in una settimana e le cui evacuazioni si caratterizzano con feci dure almeno il 25% delle volte.

TRATTAMENTO

- Introdurre almeno 1,5 litri di liquidi nelle 24 ore preferendo acqua e succhi di frutta; evitare tè, caffè, alcolici per le loro proprietà diuretiche;
- Introdurre fibre con la dieta nella misura di 20-35 grammi al giorno preferendo quelle insolubili;
- Non somministrare diete ricche di fibre se la persona non assume almeno 1,5 litri di liquidi nelle 24 ore;
- Far condurre attività fisica in misura corrispondente alle capacità della persona (persone con mobilità non limitata: camminare 15-20 minuti una o due volte al giorno, o più se tollerato; persone con mobilità leggermente limitata: camminare almeno per 15 metri due volte al giorno; persone con mobilità fortemente limitata o costretti a letto: esercizi di rotazione del busto o del bacino, alzare alternativamente le gambe per almeno 15-20 minuti 2 volte al giorno);
- Stabilire momenti dedicati all'evacuazione accompagnando la persona in bagno o ponendola seduta sul letto o su comoda; nella scelta di tale spazio preferire il periodo collocato tra i 5-15 minuti dopo i pasti principali;
- Uso dei lassativi se la persona non evacua da più di 3 giorni utilizzando le seguenti classi: lassativi che aumentano la massa fecale (mucillagine idrofila di psyllium), che rendono più morbide le feci (docusate di sodio); osmotici (lattulosio, solfato di magnesio, sorbitolo, ecc.), stimolanti (senna). Le diverse categorie citate comportano rischi crescenti: per questo è opportuno ricorrervi seguendo l'ordine in cui sono state citate.
- Ricorso al clistere se l'uso dei lassativi non è stato efficace.

DISFAGIA

La disfagia è potenzialmente una seria conseguenza dello stroke, che può non essere riconosciuta fino a che il paziente non sia stato opportunamente esaminato (aspirazione silente nel 40% di casi).

Il rischio più immediato è l'aspirazione di materiale nell'albero tracheo bronchiale, cui conseguono affezioni polmonari e ostruzioni meccaniche delle vie aeree.

➤ Ogni ospedale dovrebbe avere una linea guida per l'accertamento della disfagia
EVIDENZA DI GRADO B

➤ Tutti i pazienti con stroke dovrebbero essere valutati prima di assumere cibo o bevande

EVIDENZA DI GRADO B

Il paziente deve essere valutato attraverso l'osservazione dei seguenti elementi:

- Linguaggio gorgogliante
- Ridotta elevazione della laringe
- Tosse volontaria irregolare
- Irregolare timbro della voce
- Scarso livello di coscienza
- Età avanzata

➤ Il test indicato per lo screening della disfagia consiste in un semplice test di deglutizione dell'acqua

EVIDENZA DI GRADO B

➤ Le anomalie dovrebbero indurre ad indirizzare il paziente dalla logopedista o ad altra persona convenientemente addestrata per ulteriori esami funzionali della deglutizione

EVIDENZA DI GRADO B

➤ La riabilitazione alla deglutizione deve essere attivata ed attuata precocemente nei pazienti con disfagia

EVIDENZA DI GRADO B

➤ Un piano documentato di riabilitazione o sue modificazioni e un piano di nutrizione dovrebbe essere concordato e comunicato al paziente, ai "carers" e a tutti quelli coinvolti nell'assistenza

EVIDENZA DI GRADO C

➤ Per ogni paziente lo stato nutrizionale e di idratazione dovrebbe essere registrato di routine sia sulla documentazione infermieristica che medica e regolarmente aggiornato

EVIDENZA DI GRADO C

➤ Tutto il personale a contatto con paziente con stroke in fase acuta dovrebbe essere consapevole della possibilità di disfagia quale complicanza dello stroke

EVIDENZA DI GRADO C

➤ Le infermiere e i tirocinanti dovrebbero ricevere appropriato tirocinio per il riconoscimento della disfagia, della prognosi relativa e delle probabili complicanze.

EVIDENZE GRADO B

➤ Il servizio di cucina dovrebbe avere informazioni e istruzioni per abilitarli ad apprezzare l'importanza di specifiche consistenze del cibo e a prepararli con l'integrazione nutrizionale richiesta.

EVIDENZA DI GRADO B

FONTI DI RIFERIMENTO

- Regione Emilia-Romagna USL 28-Bologna Nord Ospedale Policlinico Sant'Orsola-Malpighi
"Proposta di linee guida per l'approccio diagnostico e terapeutico dei pazienti con ictus in fase acuta"
"Progetto Prisma"
Bologna, 1993
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)

“Management of Patient with Stroke”
Pilot Edition ScotlAnd April 1998

- Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR)
Post-Stroke Rehabilitation (Clinical Guide)
Ockville, Maryland U.S.A. 1995
- The University of Iowa Gerontological Nursing Interventions Research Center
Research Disseminatio Core (RDC)
Prevention of Pressure Ulcers-1997;
Treatment of the Pressure Ulcers-1997;
Management of Constipatio-1996;
Iowa City, Iowa
- Barere D.
“The natural history and functional consequences of dysphagia after hemisfere stroke” Journal Neurol
Neurosurg Psychiatry 1989; 52: pag 236-41
- Horner J.-Massey EW.-Riski JE- Lanthrop DL.-Chase KN.
“Aspiration following stroke:clinical correlates and outcome” Neurology 1988; 38: pag 1359-62