

SPITALUL ORĂȘENESC BUHUSI

Oras Buhuși, str. Văioagă nr.3, jud. Bacău, A.S.F. nr. 699 din 05. 10. 2015, C.I.F. 4187271. Cod postal 605100.
Certificat I.S.O. 9001/studii clinice N.C. 56336/A/0001/UK/Ro Acreditat A.N.M.C.S.. ORDIN 235/ 30.12.2015
Certificat ISO 22000. N.C. 56336/A/0002/UK/Ro Operator de date Nr-notificare. 17475
Tel: 0234-262220 – centrală; Tel/Fax: 0234-261560 – secretariat;
e-mail: spitalbuhusi@gmail.com; site: www.spitalbuhusi.ro



Nr.....din.....2016
7436 2.07

Avertisment ! Acest document conține informații și date care sunt proprietatea Spitalului Orășenesc Buhuși, reproducerea și difuzarea lor sunt în exclusivitate dreptul spitalului.

Exemplarul nr.....

PROTOCOL DE DIAGNOSTIC SI TRATAMENT IN AVC ISCHEMIC ACUT

Elaborat. Dr. Uruioc Tatiana	Semnatura.
Data. 20.07.2016	
Verificat. Dir. Medical. Rotaru Hilda.	
Data. 21.07.2016	
Verificat pentru conformitate. Birou calitate.	
Data. 21.07.2016	
Aprobat. Manager. Dr. Toron Mouhannad.	
Data. 21.07.2016	
Diseminare. In Compartimentul Neurologie din cadrul Spitalului Orășenesc Buhuși	
Aplicare. De catre personalul medical (medic, asistente medicale) din cadrul Compartimentului Neurologie	



Ediția/ Revizia	Componenta revizuită	Descrierea modificării	Data de la care se aplică prevederile ediției / reviziei
Ediția I	x		26.07.2016
Revizia 1			
Revizia 2			
Revizia 3			

Revizia acestui protocol se face tinand cont de rezultatele implementării, indicatorilor de monitorizare de structura, de proces, rezultatelor obtinute, modificari legislative, modificari de circuite, reorganizari interne, etc.

Revizia nu este obligatorie decat daca se indeplinesc cel puțin unul dintre criteriile sus mentionate.

Scop.

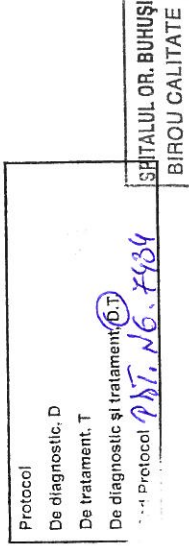
Protocolul are ca scop diagnosticul si tratamentul AVC ischemic

Definiții.

Accidentul vascular cerebral (AVC) este rezultatul întreruperii fluxului circulator cerebral. Se manifestă clinic prin sindroame de suferință focală neurologică care corespund regiunii cerebrale afectate și care se instalează brutal.

Documente de referința.

Ghiduri de diagnostic si tratament EFNS



Spitalul Orășenesc Buhuși.

Biroul de calitate. 1

Descrierea protocolului.

DIAGNOSTIC

Examinarea inițială:

- Examen neurologic
- Observarea respirației și a funcției pulmonare;
- Semne precoce de disfație, preferabil cu ajutorul unor teste de evaluare validate;
- Evaluarea bolii cardiace concomitente;
- Evaluarea tensiunii arteriale și a ritmului cardiac;
- Determinarea saturatiei arteriale a oxigenului utilizând pulsoximetria.

TESTE DIAGNOSTICE DE URGENȚĂ LA PACIENȚII CU AVC ACUT

Imagistică cerebrală: CT sau IRM
ECG
Analize de laborator: Hemoleucograma completă, timpul de protrombină sau INR, timpul parțial de trombină (PTT), electroliții serici, glicemia Proteina C reactivă (PCR) sau VSH Biochimia hepatică și renală
Ecografie Doppler/ duplex extracranian și transcranian
ARM sau CTA
IRM de difuzie și perfuzie sau CT de perfuzie
Ecocardiografie (transtoracică și/sau transesofagiană)
Radiografie pulmonară
Pulsoximetrie și analiza gazelor sanguine arteriale
Puncție lombară
EEG
Probe toxicologice

ANALIZE DE LABORATOR ULTERIOARE ÎN FUNCȚIE DE TIPUL DE AVC ȘI ETIOLOGIA SUSPECTATĂ:

Toți pacienții	Hemoleucograma completă, electroliți, glucoză, lipide, creatinină, PCR sau VSH
Tromboză venoasă cerebrală, hipercoagulabilitate	Screening de trombofilie AT3, mutații de factor 2, 5, factor 8, proteina C, proteina S, anticorpi antifosfolipidici, D-dimeri, homocisteină
Tulburare hemoragipară	INR, aPTT, fibrinogen etc.
Vasculită sau boală de sistem	LCR, screening pentru autoanticorpi, anticorpi specifici sau PCR pentru HIV, sifilis, borrelioză, tuberculoză, fungi, droguri Hemoculturi
Suspiciune de boli genetice, de ex. mitocondriopatii (MELAS), CADASIL, siclemie, boala Fabry, cavernoame multiple etc.	Testare genetică

SPITALUL OR. BUHUȘI
BIROU CALITATE



Spitalul Orasenesc Buhusi.

Biroul de calitate.

TRATAMENTUL GENERAL AL AVC

Recomandări:

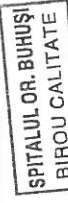
- Monitorizarea intermitentă a stării neurologice, pulsului, tensiunii arteriale, temperaturii și saturației în oxigen este recomandată pentru 72 de ore la pacienții cu deficit neurologic semnificative persistente.
- Se recomandă administrarea de oxigen dacă saturația în oxigen scade sub 95%.
- Monitorizarea regulată a echilibrului hidric și electroliților se recomandă la pacienții cu AVC sever sau tulburări de deglutiție.
- Serul fiziologic (0,9%) se recomandă pentru reechilibrare hidrică în primele 24 de ore dup AVC.
- Scăderea de rutină a tensiunii arteriale nu se recomandă după AVC acut.
- Scăderea cu atenție a tensiunii arteriale se recomandă la pacienții cu valori extrem de mari ale tensiunii arteriale ($>220/120$ mm Hg) la măsuratori repetate, sau cu insuficiență cardiacă severă, disecție de aortă sau encefalopatie hipertensivă
- Se recomandă evitarea scăderii brutale a tensiunii arteriale.
- Se recomandă ca tensiunea arterială scăzută secundar hipovolemiei sau asociate cu deteriorare neurologică în AVC acut să fie tratat cu soluții de creștere a volemiei.
- Se recomandă monitorizarea glicemiei.
- Se recomandă tratamentul cu insulină (prin titrare), a glicemiei >180 mg/dl (>10 mmol/l).
- Se recomandă ca hipoglicemia severă (<50 mg/dl [$<2,8$ mmol/l]) să fie tratată prin administrarea de dextroză intravenos sau perfuzie cu glucoză 10-20%.
- Se recomandă evaluarea pentru infecții concomitente în prezența febrei (temperatură $>37,5^{\circ}\text{C}$).
- Se recomandă tratarea febrei (temperatură $>37,5^{\circ}\text{C}$) cu paracetamol și asigurarea unei temperaturi adecvate a mediului ambiant.
- Profilaxia antibiotică nu este recomandată la pacienții imunocompetenți.
- Termenul „tratament general” se referă la strategiile terapeutice adresate stabilizării pacientului în stare critică pentru controlul problemelor sistemice care pot afecta recuperarea după AVC; managementul acestor probleme este o parte centrală a tratamentului AVC. Tratamentul general include îngrijirea respiratorie și cardiacă, controlul hidric și metabolic, controlul tensiunii arteriale, prevenirea și tratarea afecțiunilor cum sunt crizele convulsive, tromboembolismul venos, disfagia, pneumonia de aspirație, alte infecții, escarele și ocazional tratarea hipertensiunii intracraniene.
- Controlul activ al stării neurologice și funcțiilor fiziologice vitale ca tensiunea arterială, pulsul, saturația în oxigen, glicemia și temperatura reprezintă practica curentă. Starea neurologică poate fi monitorizată folosind scale neurologice validate.

Funcția pulmonară și protecția căilor respiratorii

Funcția respiratorie normală cu oxigenare normală a sangelui.

Se consideră important identificarea și tratamentul hipoxiei la persoanele cu AVC întins de trunchi cerebral sau emisferic, stare critică sau complicații cum sunt pneumonia, insuficiența cardiacă, embolismul pulmonar sau acutizări ale BPOC. Oxigenarea sangelui este îmbunătățită de obicei prin administrarea de 2-4 litri de oxigen/min pe sonda nazală. Ventilația poate fi necesară la pacienții cu funcție respiratorie sever compromisă. Totuși, înainte de instalarea ventilației mecanice trebuie luate în considerare prognosticul general, afecțiunile medicale coexistente și dorințele pacientului, exprimate anterior.

Funcția cardiacă



Aritmiile cardiace, mai ales fibrilația atrială, sunt destul de frecvente după AVC în insuficiența cardiacă, infarctul miocardic și moartea subită sunt, de asemenea, complicații recunoscute. Un număr mic de pacienți cu AVC au niveluri crescute ale troponinei sanguine indicând o afectare cardiacă.

Fiecare pacient cu AVC trebuie să aibă un ECG inițial. Monitorizarea cardiacă trebuie efectuată pentru depistarea FA. Optimizarea debitului cardiac cu menținerea tensiunii arteriale în gama înaltă a valorilor normale și un ritm cardiac normal este o componentă standard a managementului AVC. Folosirea agenților inotropi pozitivi nu este o practică de rutină, dar umplerea volemică este frecvent folosită pentru corectarea hipovolemiei. Creșterea debitului cardiac poate crește perfuzia cerebrală. Poate fi uneori necesară restabilirea ritmului cardiac normal folosind medicamente, cardioversie sau un pacemaker.

Refacerea volemiei

Mulți pacienți cu AVC sunt deshidratați la internarea în spital și aceasta se asociază cu prognostic prost. Deși dovezile clinice sunt limitate, administrarea de fluide pe cale intravenoasă este de obicei considerată parte a managementului general al AVC acut, mai ales la pacienții cu risc de deshidratare datorat tulburărilor de conștiență sau de deglutiție. Experiența în managementul hiperglicemiei susține evitarea glucozei în faza precoce post-AVC.

Controlul tensiunii arteriale

Pacienții cu nivelurile cele mai ridicate și cele mai scăzute ale tensiunii arteriale în primele 24 de ore după AVC au o probabilitate mai ridicată de deteriorare neurologică precoce și prognostic mai prost. O tensiune arterială normală sau în zona de valori scăzute ale normalului la debutul AVC este neobșnuită și se poate datora unui infarct cerebral întins, insuficienței cardiace, ischemiei coronariene, hipovolemiei sau septicemiei.

Tensiunea arterială poate fi crescută de obicei prin rehidratare corectă cu soluții cristaloide (saline); pacienții cu debit cardiac scăzut pot necesita uneori susținere inotropă; perindopril și losartan nu scad fluxul sanguin cerebral când sunt administrate în 2-7 zile de la debutul AVC; se începe reducerea precăută a tensiunii arteriale atunci când nivelurile TA sistolice depășesc 220 mmHg și TA diastolice 120 mmHg. Nitroprusiatul de sodiu este uneori recomandat.

Controlul glicemiei

Hiperglicemia apare la până la 60% din pacienții cu AVC fără diabet cunoscut. Hiperglicemia după AVC acut este asociată cu volume mai mari ale infarctului și afectare corticală și cu prognostic funcțional prost; reducerea nivelurilor glicemice care depășesc 180 mg/dl (10mmol/l) este o practică obisnuită în AVC. Folosirea serului fiziologic intravenos și evitarea soluțiilor glucozate în primele 24 de ore după AVC este practică curentă și pare a reduce nivelurile glicemice. Hipoglicemia (<50mg/dl [2.8 mmol/l]) poate mima un infarct ischemic acut și trebuie tratat cu injectarea intravenoasă de glucoză în bolus sau perfuzii cu glucoză 10- 20%.

Controlul temperaturii corporale

În AVC experimental, hipertermia este asociată cu dimensiuni crescute ale infarctului și prognostic prost. Creșterea temperaturii poate fi de origine centrală sau poate fi rezultatul unei infecții concomitente și este asociat cu prognostic clinic mai prost. O temperatură corporală crescută trebuie să determine evaluarea promptă pentru căutarea unei infecții și tratament atunci când este cazul; tratamentul temperaturii crescute (>37,5°C) cu paracetamol este o practică curentă la pacienții cu AVC.

TRATAMENTUL SPECIFIC ÎN AVC

Terapia trombolitică

Activatorul fibrinolitice al plasminogenului administrat intravenos.



Terapia trombolitică cu rtPA (0,9 mg/kg de masă corporală, doză maxim 90 mg) administrată până la 3 ore de la debutul AVC îmbunătățește semnificativ prognosticul la pacienții cu AVC ischemic acut : NNT pentru a atinge un prognostic clinic favorabil după 3 luni este de 7; alte plase administrat intravenos între 3 ore și 4,5 ore (mediana 3h și 59 min) de la debutul simptomatologiei ameliorează prognosticul clinic la pacienții cu AVC ischemic acut. Riscurile și beneficiile rtPA trebuie discutate cu pacientul și familia înaintea inițierii tratamentului. Tensiunea arterială trebuie să fie sub 185/110 mmHg înainte și pentru primele 24 de ore după tromboliză. rtPA intravenos poate fi benefic și în AVC ischemic acut după 3 ore de la debut, dar nu este recomandat în practica de rutină.

Folosirea criteriilor imagistice multimodale poate fi util pentru selecția pacienților.

Pacienții cu crize convulsive la debutul AVC au fost excluși din studiile de tromboliză datorită confuziei potențiale cu fenomenele post-ictale ale lui Todd. Serile de cazuri au sugerat că tromboliza poate fi folosită la astfel de pacienți dacă există probe pentru un AVC ischemic nou. Analizele post-hoc au identificat următorii factori potențial asociați cu riscul crescut de complicații hemoragice intracerebrale după folosirea rtPA:

- Glicemia ridicată
- Istoricul de diabet zaharat
- Severitatea simptomelor de bază
- Vârsta înaintată
- Durata crescută până la tratament
- Folosirea anterioară a aspirinei
- Istoricul de insuficiență cardiacă congestiv
- Activitatea scăzută a inhibitorului activatorului de plasminogen
- Încălcarea protocolului NINDS

Totuși nici unul din acești factori nu a contrabalansat beneficiul total al rtPA.

Terapia antiplachetară

- Aspirina eficientă atunci când tratamentul este început până la 48 de ore după AVC.
- Clopidogrel, dipiridamol, triflusal sau combinație de medicamente antiagregante.

Anticoagularea precoce

Heparina nefractionată (HNF) administrată subcutanat în doze scăzute sau moderate, nadroparina, certoparina, tinzaparina, dalteparina și danaparoidul intravenos la pacienții cu AVC cardioembolic acut a arătat că anticoagulantele administrate în maximum 48 de ore de la debutul clinic au fost asociate cu o reducere nesemnificativă în recurența AVC ischemic dar fără reducerea substanțială a deceselor sau dizabilității. În ciuda lipsei de dovezi unii experți recomandă heparina în doză uzuală la pacienți selecționați, ca de exemplu cei cu surse cardiace de embolie cu risc înalt de reemboalizare, disecție arterială sau stenoză de grad înalt înaintea operației. Contraindicațiile tratamentului cu heparină includ infarctele de mari dimensiuni (de exemplu peste 50% din teritoriul ACM), hipertensiunea arterială necontrolabilă și modificări cerebrale microvasculare avansate.

Neuroprotecția

Nici un program de neuroprotecție nu a demonstrat ameliorarea obiectivului primar predefinit SCR.

PREVENIREA ȘI MANAGEMENTUL COMPLICAȚILOR

- Se recomandă ca infecțiile post-AVC să fie tratate cu antibiotice adecvate. Administrarea profilactică de antibiotice nu este recomandată, iar levofloxacină poate fi nocivă la pacienții cu AVC acut.

- Rehidratarea precoce și terapiile de compresie gradată sunt recomandate pentru scăderea incidenței tromboembolismului venos. Mobilizarea precoce se recomandă pentru prevenirea complicațiilor, cum sunt pneumonia de aspirație, TVP și escarele.



- recomandă luarea în considerare a administrării heparinei subcutanată în doză scăzută sau a heparinelor cu greutate moleculară mică pentru pacienții cu risc înalt de TVP sau embolie pulmonară.
- Administrarea de anticonvulsivante se recomandă pentru prevenirea crizelor convulsive recurente post-AVC. Administrarea profilactică de anticonvulsivante la pacienții cu AVC recent care nu au avut crize convulsive nu este recomandată.
 - Evaluarea riscului de cădere este recomandată la fiecare pacient cu AVC. Suplimentele calciu/vitamina D se recomandă la pacienții cu AVC și risc de căderi. Bifosfonați (alendronat, etidronat și risedronat) se recomandă la femeile cu antecedente de fracturi. La pacienții cu AVC care au incontinență urinară se recomandă evaluarea urologică și tratamentul de specialitate.
 - Evaluarea deglutiției este recomandată, dar nu există suficiente date pentru a recomanda abordări terapeutice specifice.
 - Suplimentele alimentare orale se recomandă numai la pacienții cu AVC fără disfagie și care sunt malnutriți.
 - Debutul precoce (în maximum 48 de ore) al alimentării nazogastrice (NG) se recomandă la pacienții cu AVC cu tulburări de deglutiție. Se recomandă ca alimentarea pe gastrostomă enterală percutanat (GEP) să nu se ia în considerare la pacienții cu AVC în primele 2 săptămâni.

Aspirația și pneumonia

Pneumonia bacteriană este una dintre cele mai importante complicații la pacienții cu AVC și este cauzat în principal de aspirație. Aspirația apare frecvent la pacienții cu tulburări ale stării de conștiență și la cei cu tulburări de deglutiție. Alimentarea orală trebuie să fie amănăată până când pacientul demonstrează deglutiție intactă cu cantități mici de apă și posibilitatea de a tuși la comandă. Alimentarea nazogastrică (NG) sau prin gastrostomă enterală percutană (GEP) pot preveni pneumonia de aspirație deși refluxul hranei lichide, staza gastrică, diminuarea reflexului de tuse și imobilizarea cresc riscul. Schimbarea frecvență a poziției pacientului în pat și terapia fizică pulmonară pot preveni pneumonia de aspirație. O stare imunodepresivă, mediată cerebral, contribuie la infecțiile post-AVC. Administrarea profilactic de levofloxacin (500 mg/100 ml/zi pentru 3 zile) nu este mai bună decât îngrijirea optimă la pacienții cu AVC acut nonseptic și a fost invers asociat cu prognosticul la 90 de zile (OR 0,19; 95% CI 0,04-0,87; P=0,03).

Tromboza venoasă profundă și embolia pulmonară

Riscul de TVP și embolie pulmonară (EP) poate fi scăzut prin hidratarea precoce și mobilizarea precoce. La pacienții cu AVC heparinele cu greutate moleculară mică (HGMM) au redus atât incidenta TVP cât și a emboliei pulmonare, fără un risc crescut de hemoragie intracerebrală sau extracerebrală; profilaxia cu heparina în doză mică administrat subcutanat (5000 UI de două ori/zi) sau HGMM se indică la pacienții cu risc înalt de TVP sau EP (de exemplu datorită imobilizării, obezității, diabetului, AVC în antecedente).

Escarele de decubit

La pacienții cu risc înalt de a dezvoltă escare, folosirea suprafețelor speciale de susținere, re poziționarea frecventă, optimizarea statusului nutrițional și hidratarea pielii din regiunea sacrată sunt strategii preventive adecvate. Pielea pacientului inconștient trebuie menținută uscată. Pentru pacienții la risc deosebit de înalt trebuie folosită o saltea cu aer sau fluid.

Convulsiile

Crizele convulsive parțiale sau generalizate pot apărea în faza acută a AVC ischemic.

Medicamentele antiepileptice standard trebuie folosite pe principiile generale de tratament al crizelor. Nu există dovezi că tratamentul antiepileptic profilactic ar fi benefic.

Agitația



Agitația și confuzia pot fi o consecință a AVC acut, dar se pot datora și complicațiilor cum ar fi febra, deshidratarea sau infecțiile. Tratamentul adecvat al cauzei trebuie să precedă orice tip de sedare sau tratament antipsihotic.

Căderile

Căderile sunt frecvente (până la 25%) după AVC în faza acută, în timpul recuperării în spital și pe termen lung. Factori de risc probabili pentru căderi la supraviețuitorii unui AVC includ tulburările cognitive, depresia, polimedicația și tulburările senzoriale. Un pachet de prevenie multidisciplinar care se concentrează pe factori personali și de mediu a fost considerat ca având succes în cadrul departamentelor generale de reabilitare. Incidența leziunilor severe este de 5% inclusiv fracturile de șold (care sunt de patru ori mai frecvente decât la subiecții de control de aceeași vârstă) care sunt asociate cu prognostic prost. Exercițiile fizice, suplimentele de calciu și biofosfonații cresc duritatea oaselor și scad rata fracturilor la pacienții cu AVC.

Infecțiile tractului urinar și incontinența

Majoritatea infecțiilor de tract urinar dobândite în spital sunt asociate cu folosirea cateterelelor în demeur. Nu s-a demonstrat că riscul de infecție este redus prin cateterizarea intermitentă. Odată infecția urinară diagnosticată, trebuie alese antibioticele adecvate; pentru a evita dezvoltarea rezistenței bacteriene este mai bine să se evite administrarea profilactică a antibioticelor.

Disfagia și alimentarea

Disfagia orofaringiană apare la până la 50% dintre pacienții cu AVC cu hemiplegie. Prevalența disfagiei este cea mai ridicată în fazele acute de AVC și scade până la aproximativ 15% la 3 luni. Disfagia se asociază cu o incidență mai mare a complicațiilor medicale și cu o mortalitate general crescută. Interzicerea sau limitarea aportului oral poate agrava starea catabolică asociată unei boli acute cum este AVC.

Pentru pacienții cu disfagie permanentă opțiunile pentru nutriție enterală include alimentarea NG sau GEP.

RECUPERAREA

- Este recomandată recuperarea medicală precoce.
- Se recomandă posibilitatea externării precoce pentru pacienții stabili din punct de vedere medical cu afectări ușoare sau moderate în cazul în care recuperarea medicală este practică în comunitate de o echipă multidisciplinară cu experiență în AVC.
- Momentul optim de debut al recuperării este incert. Multe dintre complicațiile imediate ale AVC (TVP, leziunile cutanate, apariția contracturilor, constipația și pneumonia de stază) sunt legate de imobilizare și deci, mobilizarea este o componentă fundamentală a recuperării precoce.

Elemente ale recuperării

- Fizioterapia este recomandată, dar modul optim de administrare este incert.
- Ergoterapia este recomandată, dar modul optim de administrare este incert. Deși evaluarea deficitelor de comunicare este recomandată, există date insuficiente pentru a recomanda tratamente specifice.
- Se recomandă oferirea de informații pacientului și aparținătorilor, dar dovezile nu susțin folosirea unui serviciu de legătură specializat în AVC pentru toți pacienții.
- Se recomandă ca recuperarea să fie luată în considerare la toți pacienții.
- Deși evaluarea deficitelor cognitive pare de dorit există date insuficiente pentru a recomanda tratamente specifice.
- Se recomandă ca pacienții să fie monitorizați pentru depresie în timpul spitalizării și al perioadei de urmărire.
- Terapia medicamentoasă și rețetele medicamentoase sunt recomandate pentru ameliorarea dispoziției.



- Terapia medicamentoasă trebuie luată în considerare pentru tratamentul labilității emoționale post-AVC.
- Terapia cu antidepressiv triciclic și anticonvulsivante este recomandată pentru tratamentul durerii neuropate post-AVC la pacienți selecționați.
- Se recomandă evaluarea toxinei botulinice în tratamentul spasticității post-AVC, dar beneficiile funcționale sunt incerte.

Fizioterapie

Stimularea funcțional electrică poate crește forța, dar efectul asupra prognosticului clinic este incert. Antrenamentul electromecanic al mersului în combinație cu terapia fizică poate fi mai eficientă decât fizioterapia singură. Statusul cardiovascular se poate deteriora în timpul fazei de recuperare post-AVC.

Această decondiționare fizică afectează negativ recuperarea activă și este marker de risc pentru evenimente ulterioare.

Ergoterapie

Cele mai mari efecte au fost observate la pacienții mai în vârstă și pentru folosirea intervențiilor focalizate.

Logopedia

Logopedia poate optimiza degluțiția în condiții de siguranță și poate asista comunicarea. Afazia și dizartria sunt simptome frecvente după AVC și influențează calitatea vieții.

Serviciile de legătură pentru AVC și informarea

Informarea neadecvată duce la scăderea calității vieții pacienților cu AVC și a familiilor lor. Există anumite dovezi că informarea combinată cu sesiunile educaționale ameliorează cunoștințele și este mai eficientă decât informarea singură. Pe măsură ce pacientul progresează de la recuperarea în cadrul spitalului către comunitate, implicarea aparținătorilor în recuperare devine din ce în ce mai important. Educarea formală a aparținătorilor în administrarea de îngrijiri scade costurile de personal și crește calitatea vieții.

Alte grupuri

În funcție de scopurile specifice ale fiecărui pacient aportul altor terapii poate fi indicat. Astfel de grupuri includ dieteticieni, opticieni și asistenți sociali.

Deficitele cognitive

Deficitele cognitive sunt frecvente după AVC și influențează calitatea vieții. Antrenamentul cognitiv pentru deficitul de atenție.

Sexualitatea

Sexualitatea poate fi afectată după un AVC. Limitările fizice subiacente și bolile vasculare concomitente se pot asocia cu efectele secundare ale medicamentelor. Este de dorit să se discute problemele de sexualitate și viață intimă cu pacienții. Oferirea de sprijin și informații este importantă; mulți pacienți se tem pe nedrept că reluarea unei vieți sexuale active poate duce la un nou AVC.

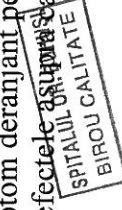
Complicațiile care afectează recuperarea

Recuperarea poate fi compromisă de complicații care pot fi puternici predictorii de prognostic funcțional prost și mortalitate. Complicații frecvente în timpul recuperării intraspitalicești includ depresia, durerile de umăr, căderile, tulburările micționale și pneumonia de aspirație.

Depresia post-AVC

Depresia post-AVC este asociată cu rezultate slabe ale recuperării și în final cu un prognostic prost. Medicamentele antidepressiv cum sunt inhibitorii selectivi ai receptării serotoninice (ISRS) și antidepressivetele heterociclice pot ameliora dispoziția după AVC. ISRS sunt mai bine tolerate decât heterociclicele. Labilitatea emoțională este un simptom deranjant pentru pacienți și aparținători. ISRS pot scădea accesele de emotivitate, dar efectele asupra calității vieții sunt neclare.

Durerea și spasticitatea



Durerile de umăr post-AVC sunt frecvente mai ales la pacienții cu afectarea funcționalității brațului și status funcțional precar, asociindu-se și cu un prognostic mai prost. Mișcarea pasivă a membrului paretic poate fi o metodă preventivă. Lamotrigina și gabapentina pot fi luate în considerare pentru durerea neuropată.

Par a fi bine tolerate, dar trebuie luate în considerare efectele secundare cognitive.

Spasticitatea în faza cronică poate afecta negativ ADL și calitatea vieții. Terapia posturală și dinamică, terapia de relaxare, atelele și suporturile sunt toate frecvent folosite. Farmacoterapia cu toxină botulinică s-a dovedit eficientă asupra tonusului muscular al membrilor, dar beneficiile funcționale sunt mai puțin studiate. Medicamentele administrate pe cale orală au o utilitate limitată de efectele secundare.

Eligibilitatea pentru recuperare

Un predictor important al prognosticului recuperării este severitatea inițială a AVC. Dizabilitatea pre-AVC este de asemenea un predictor puternic al prognosticului. Alți factori cum ar fi sexul, etiologia AVC, vârsta și topografia leziunii au fost toți studiați ca predictor ai prognosticului recuperării. Internarea într-o unitate specializată neurovascular ameliorează prognosticul pentru toate accidentele vasculare indiferent de vârstă, sex sau severitate.

Responsabilitati.

Responsabil de proces – Medicul curant

Echipa de proces – Medicul curant + asistentele medicale

Anexe Inscrisuri.

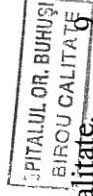
Foia de observatie clinica generala

Motivarea elaborarii.

Stabilirea criteriilor de diagnosticare si a tratamentului in AVC ischemic acut



Spitalul Orasenesc Buhuși.



Biroul de calitate.

Distribuire documentatie Protocol de diagnostic si tratament in AVC ischemic acut
Data. 21.07.2016

Exemplarul 0 se gaseste la.	Data difuzarii	Numarul ex, difuzat	Sectia/ compartimentul unde a fost difuzat	Cine a primit exemplarul.	Cod/ nr inregistrare .
1	S.M.C. 21.07.2016	1.	Comp.Neurologie	Dr.Uruioc T.	

Tabel luare la cunostinta/ instruire de catre/ a personalului pentru Protocol de diagnostic si
tratament in AVC ischemic acut

Data. 22.07.2016

Cine a efectuat instruirea Dr. Uruioc Tatiana

	Nume / prenume	Funcția.	Semnatura.
1	Fermus Delia	Asist. medical	<i>[Signature]</i>
2	Scurtu Mirela	Asist. medical	<i>[Signature]</i>
3	Iacob Alina	Asist. medical	<i>[Signature]</i>
4	Chelariu Catalin	Asist. medical	<i>[Signature]</i>

Data la care urmeaza sa fie efectuata testarea.personalului 25.07.2016

Tabel testare personal

Data testarii. 25.07.2016

Cine a efectuat testarea Dr.Uruioc Tatiana

	Nume / prenume	B.	S.	Ns.	Semnatura
1	Fermus Delia	<i>[Signature]</i>			<i>[Signature]</i>
2	Scurtu Mirela	<i>[Signature]</i>			<i>[Signature]</i>
3	Iacob Alina	<i>[Signature]</i>			<i>[Signature]</i>
4	Chelariu Catalin	<i>[Signature]</i>			<i>[Signature]</i>



Centralizator pentru indicatorii de monitorizare/ analiza periodica a indicatorilor la protocolul de diagnostic si tratament in AVC ischemic acut

Denumirea indicatorului		Analiza 1 data	Analiza 2 data	Analiza 3 data	Analiza 4 data
Indicatori de structura. Personal (medici asistente medicale infirmiere alte categorii de personal)					
Indicatori de proces. Echipamente Materiale					
Indicatori de rezultat . Diagnostic Tratament DMS ICM					

Masuri de imbunatatire a protocolului.

Masura 1.	
Masura 2	
Masura 3	



Biroul de calitate
SPITALUL OR. BUHUSI
CALITATE

