

Registro STROKE FADOI Toscana

Manuale per la corretta compilazione delle schede

Per una corretta compilazione del Registro è necessario che i criteri diagnostici ed i criteri di inclusione/esclusione dei pazienti siano predefiniti e non vengano successivamente modificati. Questo è altrettanto vero per la definizione della comorbidità, delle patologie predisponenti, delle complicanze. Queste righe dovrebbero pertanto aiutarci nel compito. Siamo stati volutamente molto sintetici, conoscendo le competenze cliniche di chi compilerà il registro.

Seguiremo l'ordine delle pagine.

Nella pagina **“Dati di base”** dopo la data di nascita ed il sesso si deve compilare la Scala di Rankin precedente allo stroke del paziente.

La scala di Rankin e la scala NIH sono scale neurologiche che misurano rispettivamente lo stato funzionale ed il deficit neurologico del paziente con ictus. Nel registro un menù a tendina aiuta nella scelta dell'opzione. Nel sito FADOI regionale sarà possibile utilizzare un link per accedere ai siti della Neurosapienza di Roma che permettono la formazione all'uso della scala e il successivo accreditamento (vedi sotto). Il medico responsabile della tenuta del registro dovrebbe essere accreditato all'uso di entrambe le scale.

<http://rankin-neurosapienza.trainingcampus.net/uas/modules/trees/windex.aspx>

<http://nihss-neurosapienza.trainingcampus.net/uas/modules/trees/windex.aspx>

In genere la scala di Rankin di un paziente che ha un primo stroke è uguale a 0, ma in caso di recidiva o in presenza di un'altra malattia neurologica (Parkinson, Demenza, SLA, Distrofia etc) è utile conoscere lo stato funzionale del paziente precedente allo stroke per monitorarlo poi nel tempo.

FASE 118 - si inseriscono la data dello stroke (gg/mm/aaaa) e l'ora di insorgenza (hh:mm) se **certe**. Nel caso di stroke evidenziato al risveglio del paziente si clicca su **“Al risveglio”**; se l'ora non è certa (ad es. il paziente è stato trovato in casa ed era da solo da molte ore) si clicca su **“Non nota”**

FASE DEA – si inserisce la data di arrivo in ospedale (gg/mm/aaaa) e l'ora di arrivo (hh:mm), data e ora della prima TC (o RMN). Questo dato è utile per valutare i ritardi di accesso in ospedale e dei percorsi intraospedalieri.

FATTORI DI RISCHIO, PATOLOGIE ASSOCIATE- ciascun campo può essere riempito con si/no/nd (dato non disponibile). I fattori di rischio sono ANAMNESTICI. Le definizioni che seguono vogliono essere solo un promemoria dei criteri diagnostici di ciascun fattore di rischio e come tali possono risultare troppo

sintetiche e talora fuorvianti. Si raccomanda la lettura di SPREAD Va edizione, Capitolo 6, Fattori di rischio o il corrispondente capitolo su <http://www.spread.it/>.

Definizioni

Per "Ipertensione" si intende una PA > 140/90 o PAS > 140 (1-2-3)

Definizione del grado di ipertensione

Classificazione ¹	sistolica (mm Hg)	diastolica (mm Hg)
Ottimale	<120	<80
Normale	120-129	80-84
Normale-elevato	130-139	85-89
Ipertensione di Grado 1 (lieve)	140-159	90-99
Ipertensione di Grado 2 (moderata)	160-179	100-109
Ipertensione di Grado 3 (grave)	≥180	≥110
Ipertensione sistolica isolata ²	≥140	<90

¹ in caso di discrepanza di classificazione tra pressione sistolica e diastolica, prevale la classificazione più elevata

² anche l'ipertensione sistolica isolata può essere classificata come indicato, sempre a condizione che la pressione diastolica sia <90 mm Hg

Per "Diabete" si intende la positività in due dei punti successivi riscontrata in giorni differenti (4):

Sintomi di diabete mellito* più casuale[†] concentrazione di zucchero nel plasma ≥200 mg per dL (11.1 mmol per L)

o

FPG (glicemia plasmatica a digiuno) ≥126 mg per dL (7.0 mmol per L)

o

2hrPPG (glicemia plasmatica post-prandiale) ≥200 mg per dL (11.1 mmol per L) dopo un carico di 75-g di glucosio

Per "Dislipidemia" si intende Colesterolemia LDL superiore a 160 mg/dl e/o trigliceridemia superiore a 200 mg/dl. Il colesterolo LDL può essere dosato direttamente o calcolato tramite la formula di Friedwald (**Colesterolo LDL = Colesterolo Totale - (Colesterolo HDL + (trigliceridi / 5))**). Valutare attentamente i contenuti della Nuova Nota 13 dell'Agenzia Italiana del Farmaco (<http://www.agenziafarmaco.it/it/content/nota-13>)

Per "Fumatore" si intende chi fuma regolarmente ogni giorno, anche una sola sigaretta, oppure ha smesso da meno di 12 mesi. (Progetto Cuore ISS <http://www.cuore.iss.it/sopra/calc-rischio.asp>)

Per "Ex fumatore" si intende un paziente che ha smesso di fumare da almeno 12 mesi.

La diagnosi di scompenso cardiaco si basa su elementi clinici, laboratoristici, ecocardiografici, angiografici che esulano dai nostri compiti. Alleghiamo il link per scaricare le Linee Guida per la Diagnosi ed il

Trattamento dello Scompenso Cardiaco nell'Adulto dell'AHA del 2009.

<http://circ.ahajournals.org/cgi/content/full/119/14/1977>

Per "Cardiopatia ischemica" si intende ogni condizione nella quale il muscolo cardiaco è danneggiato o lavora in modo inefficace per l'assenza o deficit relativo del supporto ematico; più spesso causata da aterosclerosi coronarica, comprende l'angina pectoris, l'infarto miocardico acuto, la cardiopatia ischemica cronica e la morte improvvisa. Alleghiamo link per scaricare Linee Guida dell'AHA (2007).

<http://circ.ahajournals.org/cgi/reprint/CIRCULATIONAHA.107.181940>

<http://circ.ahajournals.org/cgi/reprint/CIRCULATIONAHA.107.187930>

Per "Stroke" si intende l'improvvisa comparsa di segni e/o sintomi riferibili a deficit focale e/o globale (coma) delle funzioni cerebrali, di durata superiore alle 24 ore o ad esito infausto, non attribuibile ad altra causa apparente se non a vasculopatia cerebrale. (5) "Pregresso stroke" è **qualsiasi** stroke occorso in precedenza all'evento in oggetto.

Per "TIA recente" si intende un'improvvisa comparsa di segni e/o sintomi riferibili a deficit focale cerebrale o visivo attribuibile ad insufficiente apporto di sangue, di durata inferiore alle 24 ore (6), **manifestatasi nei 3 mesi precedenti allo stroke in oggetto (7).**

La "BPCO" (broncopneumopatia cronica ostruttiva) consiste in un'ostruzione irreversibile delle vie aeree (bronchiolite) e una distruzione di aree polmonari (enfisema) causate principalmente dal fumo di sigaretta. Si manifesta clinicamente con progressiva mancanza di respiro, prima da sforzo poi nei casi gravi anche a riposo, tosse e catarro cronici. (8). Di seguito il link per collegarsi alle Linee Guida GOLD

<http://www.goldcopd.it/index.htm>

Per "Arteriopatia periferica" si intende la patologia vascolare ostruttiva a carico degli arti, superiori ed inferiori, causata da aterosclerosi. Può essere acuta o cronica; può essere asintomatica; se sintomatica i sintomi ed i segni possono variare dalla claudicatio intermittens, al dolore a riposo, alle ulcere ed alla gangrena. Se asintomatica la diagnosi è di tipo strumentale: IW inferiore a 0,9 a riposo o dopo esercizio o evidenza con altra tecnica (Ecodoppler, angioTC o angioRMN). Di seguito il Link per scaricare le Linee Guida AHA. <http://circ.ahajournals.org/cgi/reprint/118/25/2826>

La "Demenza" (vascolare) secondo i criteri del DSM-IV, viene definita dal deterioramento di multiple funzioni neuropsicologiche di entità tale da determinare una riduzione dell'autonomia del soggetto e di segni o sintomi di interessamento vascolare.

Non cliccare se si presuppone una diagnosi alternativa (m. di Alzheimer, demenza con corpi di Lewi o demenza frontotemporale). (9)

La **TERAPIA PRE-STROKE** è quella **in atto** al momento dello stroke (il paziente la stava assumendo sino al giorno stesso).

Tra gli **ESAMI EMATOCHIMICI** si richiede la **prima** glicemia plasmatica dopo il ricovero (in genere al PS-DEA; non il glucostick); l'Hb glicata se prelevata nella prima settimana di ricovero; il colesterolo totale, la PCR e l'INR entro 24 ore dal ricovero.

Nella pagina **TRATTAMENTI** si segnala se un paziente ha fatto la trombolisi sistemica, un trattamento endovascolare e se sono insorti eventi avversi da attribuire ragionevolmente al trattamento (ADR=adverse drug reactions).

Nella pagina **NIHSS** devono essere compilati gli item della scala NIH all'ingresso (in genere al PS o al momento dell'ingresso in Reparto) ed al momento della dimissione. Il dato di default è 0 (zero); se un paziente ha un esame neurologico negativo il punteggio totale è 0. A destra di ciascun campo un menù a tendina aiuta nella scelta dell'opzione, che viene selezionata con un click. Al termine della compilazione si deve cliccare su "Aggiorna" e comparirà il punteggio totale.

Nella pagina **PARAMETRI VITALI** si inseriscono la Pressione Arteriosa Sistolica (PAS), la Pressione Arteriosa Diastolica (PAD) e la temperatura all'ingresso e alla dimissione.

Nella pagina **TAC-RMN** si inseriscono i dati riguardanti il primo esame radiologico (TC/RMN) ed il primo controllo. Di seguito il link per scaricare le Linee Guida dell'AHA

<http://stroke.ahajournals.org/cgi/content/full/28/7/1480>

Per infarto congruo si intende quello che si presume abbia dato i sintomi dello stroke in atto. Se il primo esame è effettuato a breve distanza dall'insorgenza dei sintomi è possibile che non si possa rilevare un infarto congruo.

Per infarto lacunare si intende un infarto che deriva dall'occlusione delle arterie penetranti, che riforniscono di sangue le strutture cerebrali profonde, sottocorticali. L'infarto lacunare è di dimensioni inferiori a 15 mm di diametro, localizzato nella sostanza bianca periventricolare, nei n. della base, talamo, capsula interna, nel tronco dell'encefalo, nel cervelletto.

Per infarto non lacunare si intende un infarto cortico-sottocorticale (corteccia cerebrale o cerebellare) o infarto profondo di dimensioni maggiori a 15 mm di diametro.

Per trasformazione emorragica si intende la presenza di petecchie e/o di un franco ematoma nel contesto di un infarto.

Se l'evento è una emorragia si clicca "no" ad infarto congruo (senza riempire i campi successivi) e "si" ad Emorragia intraparenchimale, indicando sede ed emisfero dell'emorragia.

Nella pagina **INDAGINE CARDIOVASCOLARE** si inseriscono i dati riguardanti l'Ecodoppler dei tronchi sopra aortici (TSA), del doppler transcranico e degli studi angiografici eventualmente effettuati.

ICA = arteria carotide interna

MCA = arteria cerebrale media, tratti M1-M2-M3

ACA = arteria cerebrale anteriore

PCA = arteria cerebrale posteriore

Dello studio ecocardiografico si inserisce se è stato effettuato e il tipo di esame (TT = trans toracico; TE = trans esofageo).

Nella pagina **FASE DI DEGENZA** si inseriscono le terapie farmacologiche effettuate durante il ricovero, i provvedimenti effettuati, le complicanze sopravvenute e le possibili nuove diagnosi scoperte durante la degenza.

La valutazione della disfagia si esegue mediante swallow test (9) ; il test prevede la somministrazione di 50ml di acqua e l'osservazione della comparsa di eventuali sintomi di soffocamento, di tosse o di cambiamento della qualità della voce; è ritenuto un potenziale predittore di aspirazione con una sensibilità dell'80% ed una specificità dell'86%.

La profilassi della TVP è sia farmacologica che meccanica (mobilizzazione precoce, compressione pneumatica intermittente).

La NIV è la ventilazione non invasiva (tramite C-PaP o B-PaP).

Nella pagina **DIMISSIONE** si inseriscono la data di dimissione, i farmaci prescritti alla dimissione, l'eventuale indicazione a trattamento di tromboendarteriectomia chirurgica (TEA) o di stenting carotideo (CAS). Nell'ESITO si inserisce la diagnosi di ictus ischemico, emorragico, ESA o infarto venoso; la diagnosi patogenetica dell'ictus ischemico secondo i criteri TOAST (vedi <http://www.spread.it/node/239>), la scala di Rankin attuale. Deve essere indicata inoltre la destinazione alla dimissione, attraverso un menù a tendina: a domicilio da soli o con caregiver che assiste, riabilitazione ambulatoriale, in struttura ospedaliera (DH o ciclo continuo), lungodegenza (supporto medico interno) o RSA (supporto medico fornito dal medico di base). Una volta completata la diagnosi e la destinazione la scheda salvata è in stato definitivo e i dati sono utilizzabili dal punto di vista statistico.

Nella pagina **DECESSO** si inserisce l'eventuale data di morte e quella che si ritiene la principale causa di morte tra quelle elencate nel menù a tendina.

La pagina **3 mesi** si riferisce al follow up che dovrebbe essere effettuato a distanza di **3 mesi (± 14 giorni)**. Il follow up può essere anche telefonico e prevede la compilazione **obbligatoria** della scala di Rankin e gli eventuali eventi cardiovascolari occorsi.

Bibliografia

1. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL Jr, Jones DW, Materson BJ, Oparil S, Wright JT Jr, Roccella EJ; National Heart, Lung, and Blood Institute Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure; National High Blood Pressure Education Program Coordinating Committee. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 report. *JAMA* 2003; **289**: 2560-2572.
2. World Health Organization-International Society of Hypertension guidelines for the management of hypertension. *J Hypertens* 1999; **17**: 151-183.
3. Mancia G, De Backer G, Dominiczak A, Cifkova R, Fagard R, Germano G, Grassi G, Heagerty AM, Kjeldsen SE, Laurent S, Narkiewicz K, Ruilope L, Rynkiewicz A, Schmieder RE, Boudier HA, Zanchetti A; 2007 Guidelines for the Management of Arterial Hypertension: The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *J Hypertens* 2007; **25**: 1105-1187. Available at: <http://www.eshonline.org/education/index.php>
4. Comitato degli Esperti sulla Diagnosi e Classificazione del Diabete Mellito. *Diabetes Care* 1997; **20**: 1183-97.
5. Hatano S. Experience from a multicentre stroke register: a preliminary report. *Bull WHO* 1976; **54**: 541-553.
6. WHO (World Health Organisation). Cerebrovascular disorders: a clinical and research classification. Geneva: World Health Organisation, Offset Publication 1978; No. 43. Guidelines Subcommittee. 1999
7. Rothwell PM, Giles MF, Chandrateva A, Marquardt L, Geraghty O, Redgrave JNE, Lovelock CE, Binney LE, Bull LM, Cuthbertson FC, Welch SJV, Bossch S, Carasco-Alexander F, Silver LE, Gutnikov SA, Mehta Z. Effect of urgent treatment of transient ischaemic attack and minor stroke on early recurrent stroke (EXPRESS study): a prospective population-based sequential comparison. *Lancet*. 2007; **370**: 1432–1442
8. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders 4th Ed. Washington DC; 1994.
9. Martin R, Silver F, Teasell R, Bayley M, Nicholson G, Streiner DL, Diamant NE. The Toronto Bedside Swallowing Screening Test (TOR-BSST). Development and Validation of a Dysphagia Screening Tool for Patients With Stroke. *Stroke*. 2009; **40**: 555.