**SCIENCE MAGAZINE**

**Rivista Scientifica Aziendale**

**Azienda Ospedaliera Bianchi-Melacrino-Morelli**

**Reggio Calabria**

Azienda Ospedaliera “Bianchi-Melacrino-Morelli” Reggio Calabria

U.O.S. Osservazione Breve Intensiva

**Dirigente Responsabile Dott. Francesco Moschella**

F. Moschella-F.Caccamo-D.Giustra-G.Lavilla-M.G.Pensabene-L.Africa

**Dott. Francesco Moschella Via S. Caterina Dir. I n. 14, Reggio Calabria. Email:** [**f.moschella@alice.it**](mailto:f.moschella@alice.it)

**Dott. Filippo Caccamo**

**Dott. Diego Giustra**

**Dott. Giuseppe Lavilla**

**Dott. Maria Grazia Pensabene**

**Dott. Liana Africa**

**PERCORSO CLINICO ASSISTENZIALE DEL PAZIENTE CON TIA IN OSSERVAZIONE BREVE INTENSIVA**

**Parole chiave**: Attacco ischemico transitorio, Osservazione Breve Intensiva

**Key Words:** Transient Ischemic Attack, Short Intensive Observation.

**Riassunto**: Gli autori descrivono la loro esperienza nel trattamento del TIA e l’importanza di una diagnosi precoce nella prevenzione dell’ictus cerebrale.

**Summary:**The authors describe their experience in the treatment of TIA and the importance o fearly detection in the prevention of stroke.

**Introduzione:**Il TIA viene identificato come una disfunzione neurologica da ischemia cerebrale o retinica con durata in genere inferiore ad un’ora, senza un danno cerebrale permanente.

Da taluni Autori il TIA viene considerato un’emergenza medica, assimilabile ad una **“angina**

**instabile cerebrale”:** il rischio assoluto di ictus nei pazienti con TIA varia tra il 7% ed il 14% nel corso del primo anno, e tra il 4 e 7% nei successivi 5 anni. Il 10% dei pazienti con TIA sviluppa un ictus nella prima settimana. La mortalità generale dei pazienti con ictus è aumentata, anche se la causa principale è la cardiopatia ischemica. Il TIA è associato ad un rischio annuale del 15% per eventi anche in altri distretti vascolari ( sindromi coronariche, arteriopatie, morte improvvisa) trattandosi di pazienti portatori di numerosi fattori di rischio per aterosclerosi o con vasculopatie multi distrettuali.

Considerando questi dati epidemiologici risulta importante costituire un percorso di diagnosi e terapia sia per individuare quelle forme cliniche di TIA ad alto rischio evolutivo sia per dimettere in sicurezza quelle forme a basso rischio.

Trova inoltre giustificazione la collocazione del TIA nell’Osservazione Breve Intensiva(OBI).

**Materiali e metodi**

L’OBI dell’Azienda Ospedaliera di Reggio Calabria, ha osservato nel periodo 1.1.2012-30.6.2012 n.1883 pazienti, di questi 113 (6 %) sono stati posti in osservazione per TIA (Grafico 1). Si trattava di 75 uomini di età compresa tra 55 e 79 anni e 38 donne di età compresa tra 58 e 86 anni (Grafico 2).

Su 113 pazienti, 91 avevano già eseguito in Pronto Soccorso, prima dell’osservazione, Tc encefalo, ECG, Cons. Neurologica.

All’ingresso in OBI tutti i pazienti sono stati sottoposti a ABCD2 Score, che è un punteggio validato predittivo del rischio precoce di ictus in pazienti con TIA.

E’ costituito dalla somma di punti assegnati a 5 fattori di rischio

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ETA’ | ≥60anni | 1punto |
| PRESSIONEARTERIOSA | sistolica ≥ 140 OPPURE  diastolica≥a90 | 1punto |
| CARATTERISTICHETIA |  |  |
|  | Ipostenia monolaterale | 2punti |
|  | Afasia senza ipostenia | 1 |
| DURATA | ≥60 minuti | 2punti |
|  | 10-59minuti | 1punto |
| DIABETE |  | 1punto |

Punteggio

|  |  |
| --- | --- |
| Basso rischio | <4 |
| Moderato rischio | 4-5 |
| Alto rischio | >5 |

Il punteggio così ottenuto determina,la necessità di procedere a valutazione strumentale in breve tempo, ove questa non sia già stata eseguita in P.S.

Se il punteggio ottenuto è >4 occorre avvisare il neurologo in turno attivo della presenza del paziente in OBI.

Durante l’osservazione i pazienti sono stati sottoposti a:

* ECG
* Monitoraggio P.A.
* Esame emocromocitometrico
* Glicemia
* Elettroliti
* Funzionalità renale
* Transaminasi
* Coagulazione
* EcoDoppler TSA
* Tc encefalo di controllo all’ingresso e dopo 24 ore
* Cons. Neurologica.

Tutti i pazienti sono stati sottoposti a terapia con ASA 300 mg/die, in caso di allergie Clopidrogel (Plavix) 1 cp, protezione gastrica con omeprazolo 40 mg:1f./die in Sol. Fis. 100 ml, oltre alle terapie croniche che il paziente praticava prima del ricovero.

Tutti i pazienti, sono stati dimessi direttamente dall’OBI ed agli stessi è stata prescritta opportuna terapia antiaggregante (ASA 100 mg/die o Clopidrogel 1 cp/die) e successivi controlli presso il medico curante o ambulatorio neurologico.

**Conclusioni**

La collocazione dei pazienti con TIA in OBI è determinata da precise motivazioni, sia di ordine clinico-assistenziale che di ordine economico.

L’OBI rappresenta il livello assistenziale appropriato in quanto determina:

* Riduzione dei ricoveri.
* Esecuzione di un iter diagnostico appropriato
* Rapidità degli interventi terapeutici e della diagnostica con esiti clinici comparabili ad un ricovero tradizionale.
* Notevole risparmio economico per il SSN, in quanto un ricovero tradizionale per TIA costa mediamente intorno a euro 2.400, mentre una prestazione di OBI viene remunerata euro 220.
* Vantaggi per il paziente con minore tempo di permanenza in Ospedale.

**Bibliografia**

1. Archivio cartelle cliniche U.O.S. OBI Azienda Ospedaliera Reggio Calabria.
2. SPREAD 2012
3. Stroke 2009
4. “Transient Ischemic Attack-Proposal for a new definition”. TIA Working Group.The New England Journal of Medicine. Aprile 2003.
5. Van Wijk et al. “Long-term survival and vascular event risk after transient ischemic attack or minor ischemic stroke: a cohort study”.Lancet 2005.
6. Ay H.,Koroshetz WJ: “Transient ischemic attack with infarction: a unique syndrome?”.AnnNeurol 2005 May.

Van

t

**Grafico 1**

Pazienti osservati in OBI 1.1.2012-30.6.2012

**Grafico 2**

Suddivisione per sesso dei pazienti affetti da TIA