



Gli esiti di gravi episodi ischemici o traumatici cerebrali

Note di assistenza palliativa

Luciano Bet

Dipartimento di Scienze Biomediche per la Salute

Università degli Studi di Milano

Stroke

Trauma Cranico

Note di assistenza palliativa

Stroke

CONSIDERAZIONI

Impatto prognostico e sulla qualità della vita

Importante incidenza sui costi socio-sanitari

Invalidità medio-grave in circa il 35% dei pazienti

ESITI DA GESTIRE

Emiplegia / emiparesi

Disturbi del tono muscolare (flaccidità / spasticità)

Disturbi della sensibilità

Afasia

Aprassia

Neglect / emisomatoagnosia / anosognosia

ESITI DA GESTIRE

Perdita del visus o di parte del campo visivo

Vertigini, diplopia

Sindrome dolorosa dell'arto plegico

Compromissione di deambulazione e mobilità

Rischio di cadute

Compromissione della deglutizione e rischio di aspirazione

ESITI DA GESTIRE

Nutrizione non adeguata al fabbisogno

Dolore

Deficit nella cura di sé

Incontinenza urinaria e fecale

Rischio di stipsi

Posture irreversibili

ESITI DA GESTIRE

Adduzione ed intrarotazione della spalla

Gomito flesso

Avambraccio pronato

Polso flesso

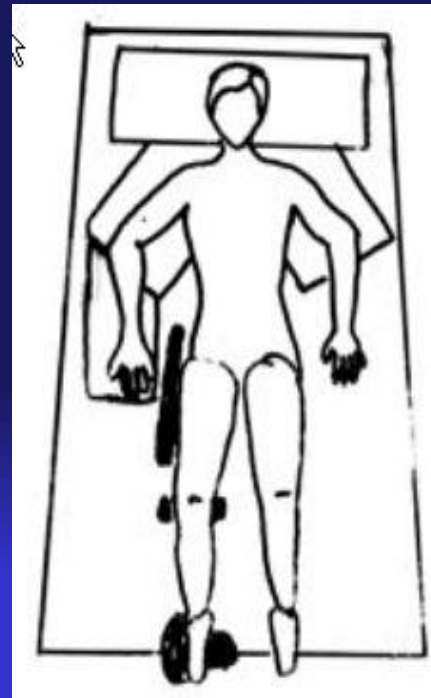
Pugno serrato

Pollice nel palmo

ESITI DA GESTIRE



Corretto posizionamento

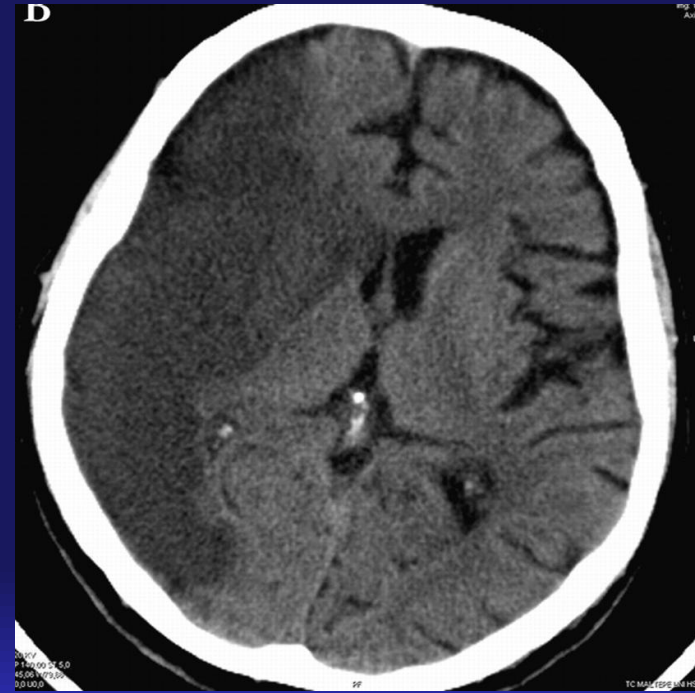


Quali differenze...?

SX



DX



SX

AFASIA

Il paziente non riesce a comunicare:

Non riesce ad esprimersi attraverso il linguaggio verbale, la scrittura, la gestualità

Non comprende attraverso il linguaggio verbale, la scrittura, la gestualità

SX

Fluenza

Comprensione

Ripetizione

Afasia

Fluente

Buona

Buona

Anomica

Scarsa

Di conduzione

Scarsa

Buona

Transcort. Sens.

Scarsa

Di Wernicke

Non fluente

Buona

Buona

Transcort. Mot.

Scarsa

Di Broca

Scarsa

Buona

Transcort. Mista

Scarsa

Globale

SX

Cosa fare...

Incoraggiare e motivare il paziente

Lasciare il tempo di comprendere quanto detto e poter rispondere

Inutile parlare di più o ad alta voce, ma piuttosto:

- parlare lo stretto necessario

- usare frasi semplici

- utilizzare gesti o mimica

- fare ricorso al contesto

SX

Non fingere di avere capito un soggetto che non è in grado di comunicare

E' bene piuttosto interpretare la sua mimica, i gesti, il contesto a cui si riferisce

DX

APRASSIA

Il paziente non riesce ad eseguire la sequenza dei movimenti che costituiscono una azione o un gesto, volontariamente, su comando o imitazione, seppure in assenza di mancanza di forza, di deficit sensitivi o di coordinazione

DX

“NEGLECT” O EMINEGLIGENZA SPAZIALE UNILATERALE

Difficoltà ad esplorare, prestare attenzione, percepire e rilevare stimoli o agire nello spazio personale o extrapersonale del lato opposto alla lesione

DX

“NEGLECT” O EMINEGLIGENZA SPAZIALE UNILATERALE

Il paziente tende a non utilizzare le posate di sinistra ed il cibo nella metà sinistra del piatto

Dimentica di indossare la parte sinistra degli indumenti

Tende ad urtare con la metà sinistra del corpo contro spigoli ed ostacoli

Ha difficoltà di orientamento perché non integra i dati dell'emispazio di sinistra

DX

Cosa fare...

Creare un ambiente confortevole e stimolante

Stimoli verbali

Stimoli visivi

Stimoli tattili

Mantenere suppellettili:

A livello lato plegico nella fase post-acuta

A livello lato sano nella fase in seguito

Cercare di relazionarsi al paziente ponendosi anche accanto al lato paretico/plegico

DX

ANOSOGNOSIA

Mancanza di consapevolezza dello stato di malattia e/o dei propri limiti:

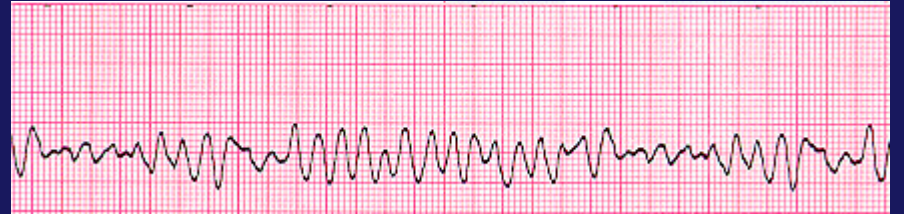
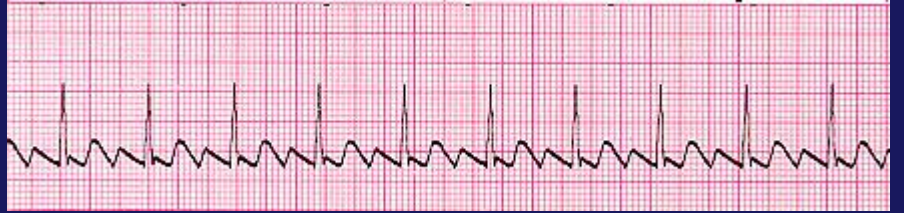
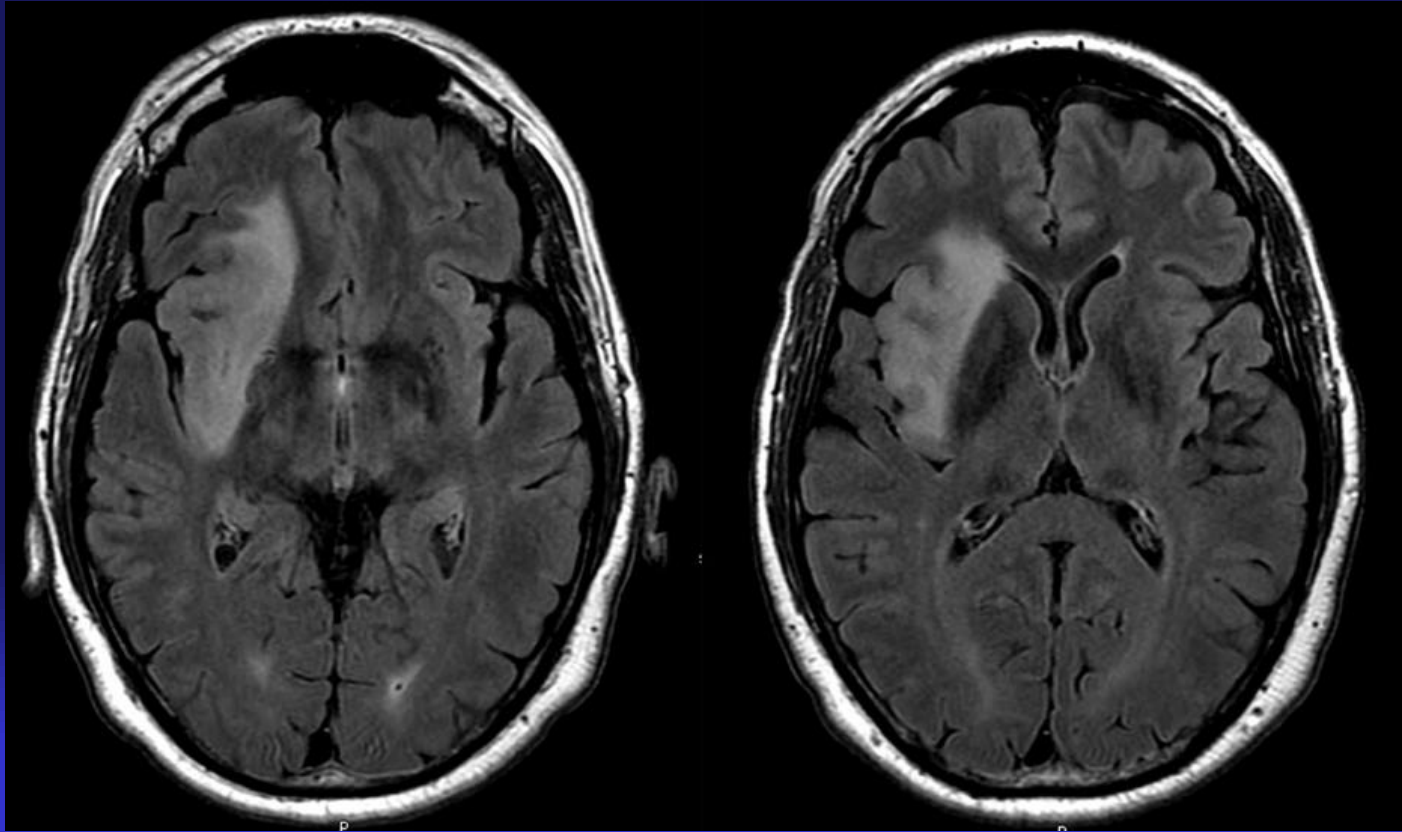
Verbale

Comportamentale

Spesso associata ad **emisomatoagnosia** = mancata consapevolezza dell'emisoma colpito

DX

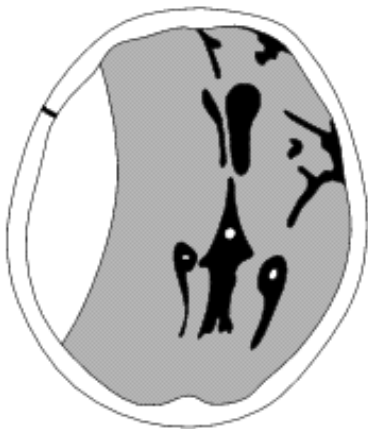
Insula dx



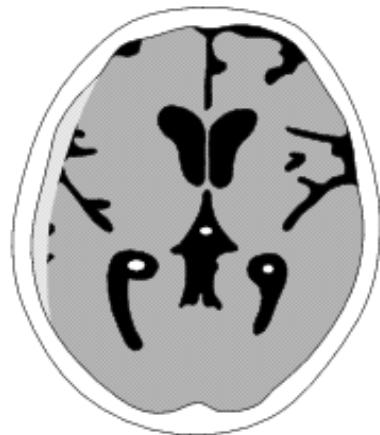
Trauma Cranico

Trauma Cranico e sue complicanze

Ematoma epidurale



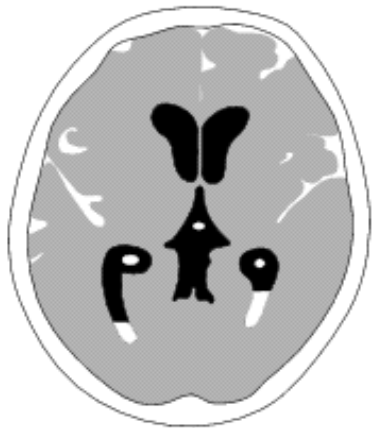
E. subdurale acuto



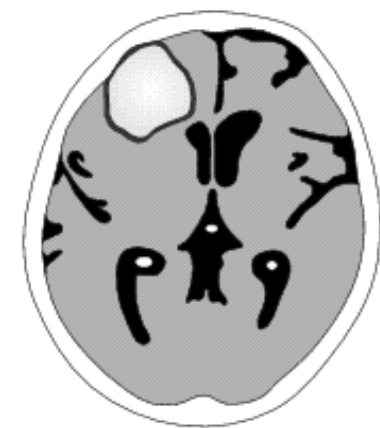
E. subdurale cron.



E. subaracnoidea



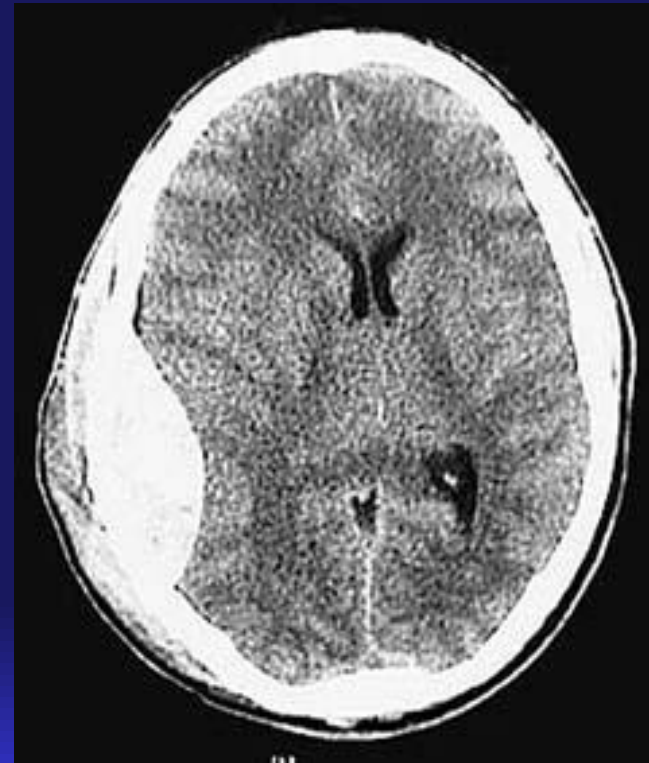
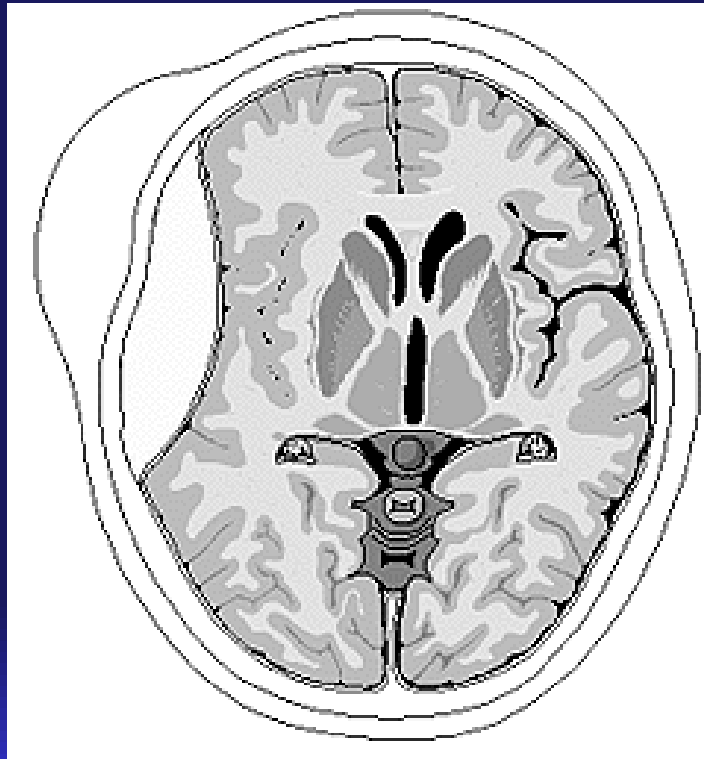
Contusione



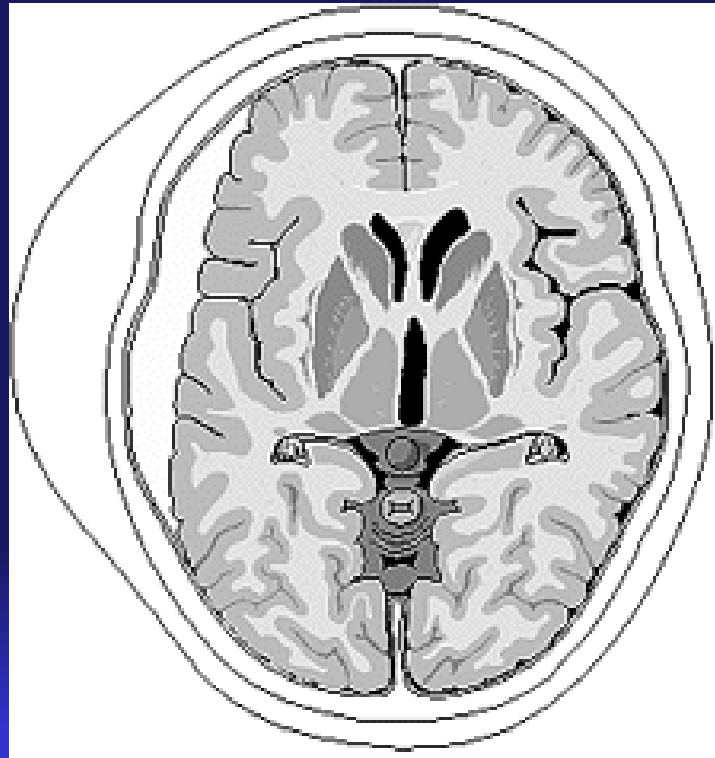
Petecchie emorr.



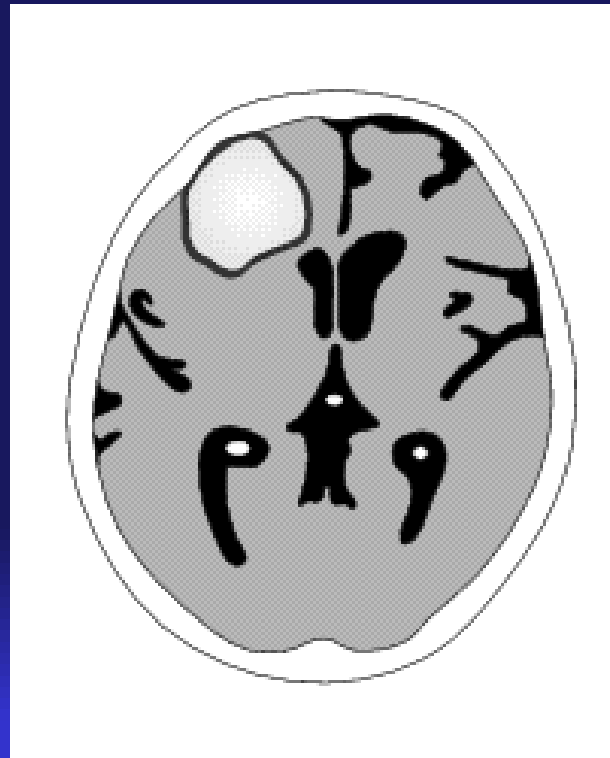
Ematoma Epidurale



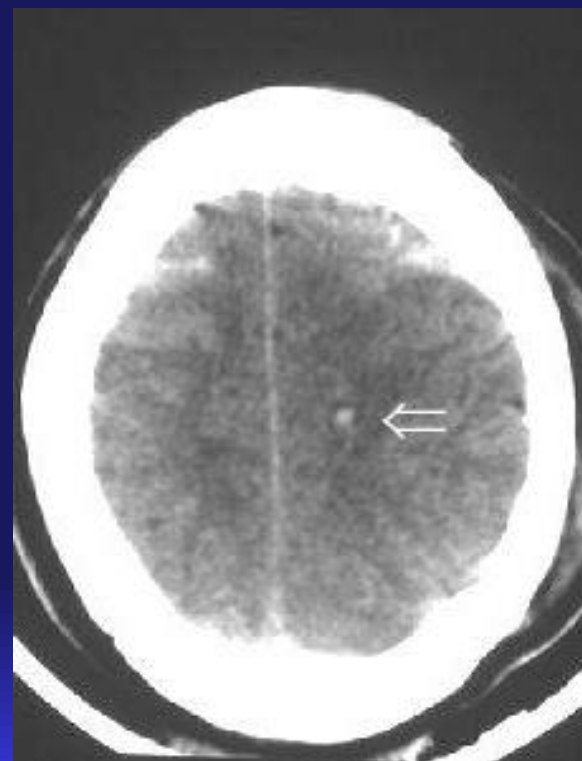
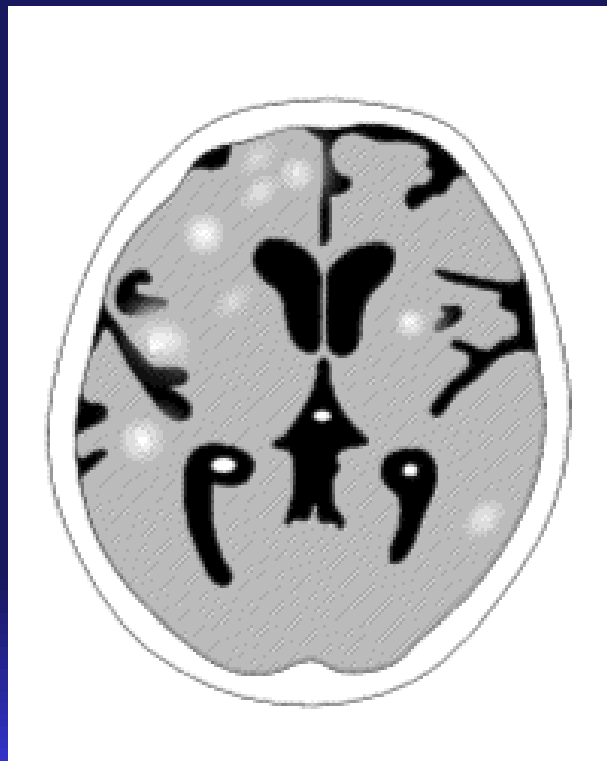
Ematoma Sottodurale



Contusioni emorragiche



Petecchie emorragiche



Trauma Cranico e sue complicanze

Ematoma epidurale

Ematoma subdurale acuto o cronico

Ematoma intracerebrale

Deficit dei nervi encefalici

Fistola liquorale

Idrocefalo

Encefalopatia post-traumatica con sindrome psico-organica

Epilessia post-traumatica

SINDROME DOLOROSA DELLA SPALLA

Condizioni patogenetiche

Sublussazione gleno-omeroale

Diminuzione del range articolare

Algoneurodistrofia o sindrome spalla-mano

Tendinite del capo lungo del bicipite

Lesione tendine cuffia dei rotatori

Sofferenza strutture nervose periferiche

Come posizionare l'arto superiore?

Arto addotto a 45°

Gomito leggermente flesso

Mano aperta e posta in posizione antideclive

MAI trazione il paziente dal lato colpito

A cosa serve il reggibraccio?

Non riduce il dolore

Previene la sublussazione

Nei passaggi posturali e durante il cammino

! Va indossato correttamente !

Gomito flesso e mano completamente coperta nella parte distale



LE CADUTE

Le cadute rappresentano la causa più frequente di lesioni nei pazienti con esiti di ictus.

Una delle complicanze più comuni è la frattura del femore.

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, alterazione della vista ed incapacità di attivare le procedure di comunicazione.

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



Il rischio di cadute è aumentato in:

Pazienti con ictus nell'emisfero destro

Pazienti in età avanzata

Pazienti con anamnesi positiva per cadute

Pazienti che debbano subire numerosi trasferimenti

Pazienti con impulsività comportamentale

Per ridurre il numero di cadute occorre:

Controllare frequentemente ed attentamente i pazienti ad alto rischio

Accompagnarli in bagno a intervalli regolari

Verificare il livello di autonomia nei trasferimenti e la stabilità durante la deambulazione

Fornire un sistema di chiamata facile e comodo

Utilizzare, se possibile, le spondine per il letto

GESTIONE DELLA FUNZIONE VESCICALE

Per evitare infezioni e compromissione della funzionalità renale, è bene che sia mantenuta, se possibile, una buona attività vescicale:

invitando il paziente a mingere a intervalli regolari e prestabiliti

applicando una borsa del ghiaccio sulla zona sopra pubica

facendo scorrere l'acqua dal rubinetto in modo che il suono provocato stimoli l'eliminazione.

Un'incontinenza persistente comporta una prognosi infausta per recupero funzionale a lungo termine.

La scelta del catetere a permanenza è una scelta errata in ogni caso e comunque deve essere privilegiato il circuito chiuso e la breve permanenza.

L'uso cronico di un catetere a permanenza aumenta, infatti, il rischio delle infezioni del tratto urinario e andrebbe pertanto evitato; la ritenzione urinaria può anche essere gestita con la cateterizzazione intermittente.

INFEZIONE DELLE VIE URINARIE

L'infezione delle vie urinarie (IVU) è la più comune complicanza infettiva nel paziente con ictus.

Il rischio di IVU dipende dalla durata della cateterizzazione: la percentuale d'infezione è bassa nei primi 3/5 giorni ma dopo 10/14 giorni metà dei pazienti presenta batteriuria e dopo 30 giorni la stragrande maggioranza.

Nei pazienti in cui non si ristabilisce la motilità vescicale, si può utilizzare l'autocaterizzazione o comunque il cateterismo estemporaneo.

MANTENIMENTO DELL'INTEGRITA' CUTANEA

Le ulcere da decubito, prevalentemente localizzate sottoposte a pressione quali le zone sacrali, calcaneali e coxofemorali, rappresentano una tipica complicanza in pazienti con esiti di ictus, specie se cronicamente allettati o male gestiti

Al fine di mantenere la integrità della cute è necessario:



controllare quotidianamente la cute identificando le aree a rischio (prominenze ossee)



proteggere la cute dall'esposizione all'umidità (es. sudore, urina)



utilizzare correttamente spray di barriera, creme protettive, materassi ad aria a scopo preventivo e **soprattutto utilizzare precocemente le medicazioni avanzate**



DISFAGIA

E' abbastanza frequente nei pazienti con ictus e può provocare:

Aspirazione: ingresso di cibo nelle vie aeree

Polmonite “da inalazione”, diretta complicanza del precedente

Inadeguato apporto nutrizionale (alimenti e liquidi), quantitativo e/o qualitativo

Segni concomitanti:

Asimmetria della rima orale

Incapacità/difficoltà nell'apertura della bocca

Perdita di saliva

Incapacità/difficoltà nei movimenti della lingua

Voce rauca o presenza di difetto articolatorio nella produzione delle parole (disartria)

Scarsa igiene orale

La presenza di malnutrizione proteico - energetica è correlata a:

maggiore incidenza di infezioni

maggiore incidenza di piaghe da decubito

perdita di massa muscolare, che determina o aggrava l'inabilità motoria

TRATTAMENTI COMPENSATORI

Controllo della postura assunta per deglutire

Variazione della consistenza degli alimenti (liquidi più densi, puree o alimenti semisolidi)

Diminuzione delle dimensioni dei bocconi

Somministrazione dei liquidi con una siringa

I pazienti che non recuperano la capacità di deglutire vanno alimentati via P.E.G.

AGITAZIONE PSICOMOTORIA

Il paziente può andare incontro a momenti di agitazione psicomotoria che possono essere sostenuti dai più svariati meccanismi

Il paziente che presenta uno scadimento delle performance cognitive sia su base vascolare che primariamente degenerativa è ancora più suscettibile a fenomeni di questo tipo (20% dei pazienti a domicilio e 50% di quelli ospedalizzati)

Possibili Cause

Molto diversi tra loro possono essere i meccanismi responsabili di uno stato transitorio di agitazione psicomotoria nel paziente anziano e nel paziente con decadimento cognitivo

Tra i più frequenti è importante ricordare:

- Alterazioni elettrolitiche

- Cambiamenti ambientali

- Episodi infettivi

- Farmaci

- Stress affettivi

- Altre problematiche mediche

Episodi Infettivi

Tali pazienti sono esposti ad un maggiore rischio infettivo principalmente determinato dalla loro maggiore “fragilità” organica

Spesso contribuiscono ad aumentare il rischio infettivo anche eventuali comorbidity presenti. Ad esempio il diabete mellito incrementa il rischio di sviluppare patologia di tipo infettivo.

Farmaci

L'uso di tutte le benzodiazepine dovrebbe essere evitato, spesso infatti producono effetti paradossi

Antibiotici della classe dei chinolonici (levoxacina, ciprofloxacina) possono provocare fenomeni di grave confusione, agitazione psico-motoria, crisi convulsive

Eccesso di farmaci antipertensivi, con una riduzione eccessiva della PAm, possono comportare fenomeni di stato confusionale transitorio legati ad una scarsa perfusione cerebrale.

Altre Problematiche Mediche

Fenomeni di carattere medico-internistico diversi rispetto a quelli già enunciati possono essere responsabili di episodi di agitazione. Il più frequente di questi è generalmente un quadro di Delirium che può essere sostenuto da cause quali:

Epatopatia: oscillazioni ammoniemia

Nefropatia: oscillazioni azotemia

Squilibrio elettrolitico

Problematiche neurologiche: TIA, ictus e Crisi epilettiche

Dolore: un quadro di dolore, specialmente nel paziente che non è in grado di verbalizzare il suo dolore, può simulare un episodio di agitazione.

II PAZIENTE INSONNE

Non è infrequente riscontrare una alterazione del ritmo sonno/veglia

Tale alterazione spesso si caratterizza con risvegli precoci.

Un non adeguato ritmo sonno/veglia e soprattutto lo stare svegli durante la notte può essere responsabile di episodi di agitazione notturna.

Cosa fare

Gli approcci che si possono utilizzare in tali situazioni sono fondamentalmente di due tipi:

Approccio non farmacologico

Approccio farmacologico

Approccio non Farmacologico

E' il primo tentativo che deve essere impostato nella gestione delle problematiche di agitazione psico-motoria o disturbi del sonno nel paziente.

E' rivolto soprattutto ad interventi di tipo ambientale e correzione di stili di vita.

Ovviamente è insufficiente laddove sussista una problematica organica alla base (infezioni, sindromi dolorose, squilibri elettrolitici, disfunzioni epatiche e/o renali).

Approccio non Farmacologico

Tra gli interventi di carattere ambientale ricordiamo:

Creare un ambiente che sia il più familiare possibile al paziente in modo tale che possa mantenere una sua autonomia all'interno della casa.

Cercare di evitare ricoveri ospedalieri, limitandoli solo a quelle situazioni che realmente lo richiedono.

I ricoveri di “solievo” possono essere utili per i famigliari, ma frequentemente si associano ad un incrementato rischio di sviluppare fenomeni di agitazione.

Approccio non Farmacologico

Se il paziente non è più in grado di restare al domicilio da solo, l'operazione più sicura sarebbe quella di affiancare una figura professionale che lo assista 24 ore al giorno.

Approccio non Farmacologico

Come ultima opzione si può prendere in considerazione il ricovero presso una RSA. In tali strutture non è semplice ricreare un ambiente familiare per il paziente. Pertanto fenomeni di agitazione potrebbero perdurare anche per più tempo. Bisogna attendere che il paziente riconosca come familiare il nuovo ambiente, se in grado di farlo.

Approccio non Farmacologico

Per quanto riguarda il disturbo del sonno è importante una accurata raccolta anamnestica dalla quale si possono ricavare informazioni interessanti quali:

Il paziente si corica ad un orario molto precoce la sera (ad esempio alle 20) e per tale motivo si sveglia alle 4 di mattina. Comunque ha dormito 8 ore

E' utile intervenire modificando l'abitudine del paziente a coricarsi presto, ritardando ogni settimana di circa $\frac{1}{4}$ di ora fino a raggiungere un orario più congruo

Approccio non Farmacologico

Per quanto riguarda il disturbo del sonno è importante una accurata raccolta anamnestica dalla quale si possono ricavare informazioni interessanti quali:

Il paziente si corica ad un'ora congrua (>22:00) ma nonostante questo si risveglia precocemente

E' utile provare a tenere più attivo il paziente durante la giornata così da stancarlo per cercare di ottenere una maggiore durata del sonno durante la notte

Approccio non Farmacologico

Tali strade devono essere sempre tentate prima di una eventuale introduzione farmacologica, anche perché tali pazienti sono facilmente suscettibili ad effetti collaterali e paradossi ai farmaci.

Solo quando un tentativo non farmacologico ben condotto ha dato esito negativo è lecito pensare di introdurre dei farmaci.

L'introduzione del farmaco non deve essere vista come una completa sostituzione dell'approccio non farmacologico che comunque deve essere proseguito.

Approccio Farmacologico

Nel momento in cui l'approccio non farmacologico/comportamentale non sia riuscito ad ottenere un miglioramento del disturbo diventa necessario introdurre anche una terapia farmacologica

A volte l'aiuto dei farmaci è indispensabile, basti pensare a tutte le cause primitivamente mediche che possono provocare agitazione e che richiedono un trattamento farmacologico specifico.

Approccio Farmacologico

Per qualunque motivo si sia costretti ad introdurre un nuovo farmaco è bene ricordare alcune nozioni generali:

E' buona norma iniziare con dosi di farmaco molto basse ed incrementarle molto lentamente

Ridurre la posologia alla minima dose efficace e quando possibile sospendere il farmaco

Fare un'ampia revisione della terapia del paziente e quando possibile cercare di ridurre al minimo i farmaci assunti

Approccio Farmacologico

Agitazione: i farmaci più utilizzati per cercare di controllare e limitare i fenomeni di agitazione sono i neurolettici.

Tale categoria di farmaci si divide in due sottoclassi:

Neurolettici Tipici (aloperidolo, sulpiride, clorpromazina)

Neurolettici Atipici (olanzapina, clozapina, quetiapina, et al.)

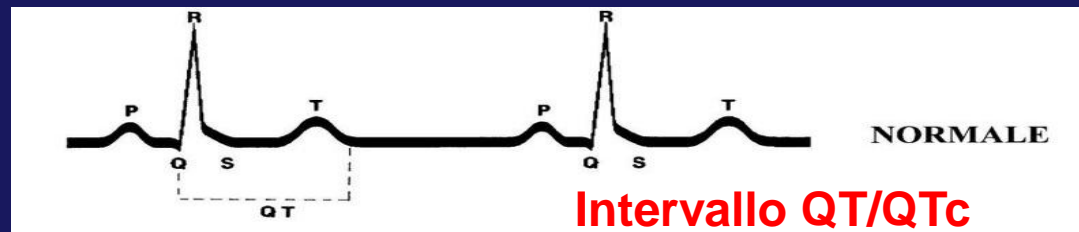
La prima sottoclasse non viene più utilizzata nella gestione di problematiche di agitazione psicomotoria perché gravata da un eccessivo numero di effetti indesiderati nel paziente anziano, primo fra tutti il disturbo del movimento di tipo extrapiramidale. Possono creare inoltre squilibri metabolici, galattorea ed altre manifestazioni della loro azione antidopaminergica.

Approccio Farmacologico

I NA sono quelli più comunemente utilizzati nella gestione dell'agitazione.

Tali farmaci non sono del tutto privi di effetti severi, tra i quali quelli sicuramente più importanti sono:

- Torsione di punta > F.V.



- Eventi cerebrovascolari acuti.
- Parkinsonismo (anche se decisamente ridotto rispetto ai NT)



Approccio Farmacologico



Approccio Farmacologico

Farmaci appartenenti ad altre categorie come antidepressivi si tipo SSRI e l'acido valproico possono essere utilizzati come terapia aggiuntiva in quei pazienti nei quali i neurolettici atipici non controllano la sintomatologia.

L'eccessiva sedazione e l'aumentato rischio di cadute con l'utilizzo di questi farmaci limitano il loro impiego come farmaci di prima linea.

Approccio Farmacologico

Depressione: La depressione è un fenomeno rilevante tra i pazienti affetti da decadimento cognitivo così come nella popolazione anziana per altro sana.

E' necessario trattare sempre eventuali fenomeni depressivi associati.

I farmaci più utilizzati sono gli inibitori selettivi del re-uptake della serotonina (SSRI) a dosaggi dimezzati rispetto agli abituali schemi terapeutici.

Approccio Farmacologico

In caso di agitazione rivalutare sempre la terapia del paziente ed eventuali modifiche della stessa avvenute nei giorni precedenti l'insorgenza dell'agitazione.

Sospendere tutti i farmaci con azione anticolinergica, se possibile.

Se sono stati introdotti nuovi farmaci precedenti la comparsa della modificazione del quadro clinico, valutare il loro eventuale ruolo nella genesi dell'agitazione ed eventualmente sospenderli.

Approccio Farmacologico

L'approccio farmacologico ai disturbi del sonno deve essere il più cauto possibile in quanto questi pazienti hanno maggiore tendenza a sviluppare effetti collaterali quali allucinazioni, eccitazione paradossa e confusione.

Da evitare assolutamente le benzodiazepine per il trattamento dei disturbi del sonno.

Possono risultare utili basse dosi di antistaminici sedativi quali clorfenamina (2-8 mg/die) oppure prometazina (25 mg/die).

Approccio Farmacologico

L'approccio farmacologico deve essere visto come uno strumento di aiuto al paziente e non al care-giver.

L'introduzione di farmaci deve essere eseguita nell'intento di migliorare la qualità di vita del paziente.

Note di assistenza palliativa

Palliative and End-of-Life Care in Stroke

A Statement for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association

Endorsed by the American Association of Neurological Surgeons and Congress of Neurological Surgeons, The American Academy of Hospice and Palliative Medicine, American Geriatrics Society, Neurocritical Care Society, American Academy of Physical Medicine and Rehabilitation, and American Association of Neuroscience Nurses

Robert G. Holloway, MD, MPH, Chair;
Robert M. Arnold, MD; Claire J. Creutzfeldt, MD; Eldrin F. Lewis, MD, MPH;
Barbara J. Lutz, PhD, RN, CRRN, FAHA, FAAN; Robert M. McCann, MD;
Alejandro A. Rabinstein, MD, FAHA; Gustavo Saposnik, MD, MSc, FAHA, FRCPC;
Kevin N. Sheth, MD, FAHA; Darin B. Zahuranec, MD, MS, FAHA; Gregory J. Zipfel, MD;
Richard D. Zorowitz, MD, FAHA; on behalf of the American Heart Association Stroke Council,
Council on Cardiovascular and Stroke Nursing, and Council on Clinical Cardiology

(Stroke. 2014;45:00-00.)

Ambiti di assistenza palliativa nel paziente con stroke

Dolore e sintomi psico-comportamentali

Capacità di comunicazione

Supporto psico-sociale e spirituale

Obiettivi della cura

Attenzioni per il fine vita

Ambiti di assistenza palliativa nel paziente con stroke

Dolore e sintomi psico-comportamentali

Riconoscere tempestivamente i primi segni di dolore, ansia, depressione, delirio

Capacità di gestire i sintomi principali

Ambiti di assistenza palliativa nel paziente con stroke

Capacità di comunicazione

Relazionarsi in modo empatico e compassionevole

Essere capaci di un ascolto reale ed attivo

Apertura al dialogo per ricostruire la storia del paziente

Capacità di dedurre gli effettivi obiettivi della terapia

Capacità di condividere informazioni in modo comprensibile

Comunicare la prognosi “quoad vitam” e “quoad valitudinem”

Fornire un disegno prospettico circa la malattia ed i percorsi terapeutici

Trovare un accordo col paziente ed i suoi familiari circa le decisioni critiche

Identificare e gestire i disagi di natura etica all'interno dell'equipe multidisciplinare

Ambiti di assistenza palliativa nel paziente con stroke

Supporto psico-sociale e spirituale

Identificare le necessità di supporto psicosociale ed emotivo del paziente e dei familiari

Identificare le esigenze di supporto spirituale e religioso ed indicare un referente

Attivare le risorse che possono contribuire al raggiungimento dei bisogni psicosociali

Dimostrare umiltà culturale

Ambiti di assistenza palliativa nel paziente con stroke

Obiettivi della cura

Aiutare i membri della famiglia a stabilire degli obiettivi di cura in linea con le loro inclinazioni

Disponibilità e capacità a condividere il processo decisionale e ad adattarlo alle preferenze del paziente e dei suoi familiari

Ambiti di assistenza palliativa nel paziente con stroke

Attenzioni per il fine vita

Antagonizzare il senso di abbandono e fornire un supporto emotivo continuo nelle fasi terminali

Fornire in anticipo suggerimenti di condotta circa i momenti della fine

Facilitare gli interventi di supporto al lutto



Grazie per l'attenzione...