

---

# GESTIONE DOMICILIARE DI PAZIENTI CON ESITI DI GRAVI EPISODI ISCHEMICI O TRAUMATICI CEREBRALI

DR. CLEMENTE DATO

UNITÀ OPERATIVA DI NEUROLOGIA E STROKE UNIT

OSPEDALE DIVIZZOLO PREDABISSI

ASST MELEGNANO MARTESANA

PROF. LUCIANO BET

DIPARTIMENTO DI SCIENZE BIOMEDICHE PER LA SALUTE

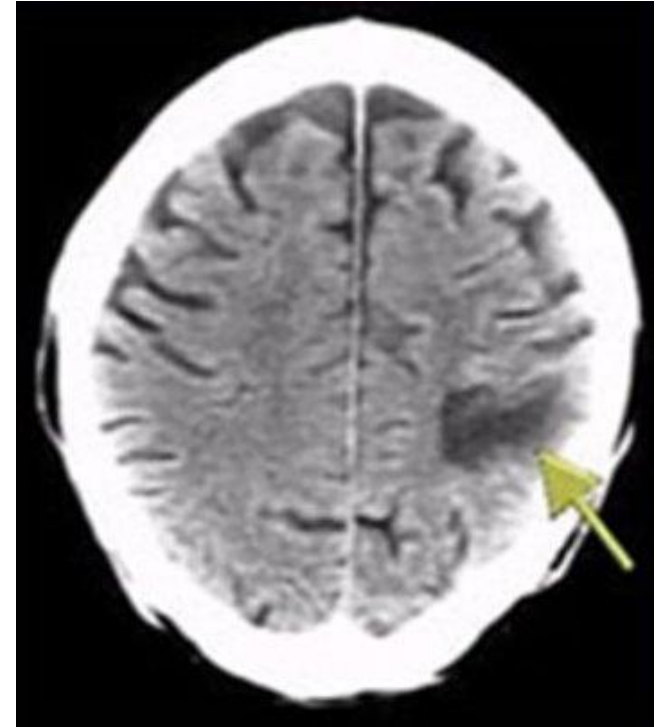
UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MILANO



ICTUS

# STROKE O ICTUS

- Malattia caratterizzata dalla comparsa improvvisa di una sintomatologia neurologica focale dovuta a un insufficiente apporto di sangue al cervello (ictus ischemico o ischemia cerebrale) o alla rottura di un vaso (ictus emorragico o emorragia cerebrale).





## L'IMPATTO DELL'ICTUS

- Seconda causa di morte e terza causa di disabilità a livello mondiale
- Prima causa di disabilità negli anziani
- Nel 35% residua una disabilità grave

# I FATTORI DI RISCHIO

- Iperensione arteriosa
- Diabete mellito
- Ipercolesterolemia
- Fumo di sigaretta
- Fibrillazione atriale
- Obesità
- Inattività fisica
- Eccessivo consumo di alcool
- Alimentazione scorretta

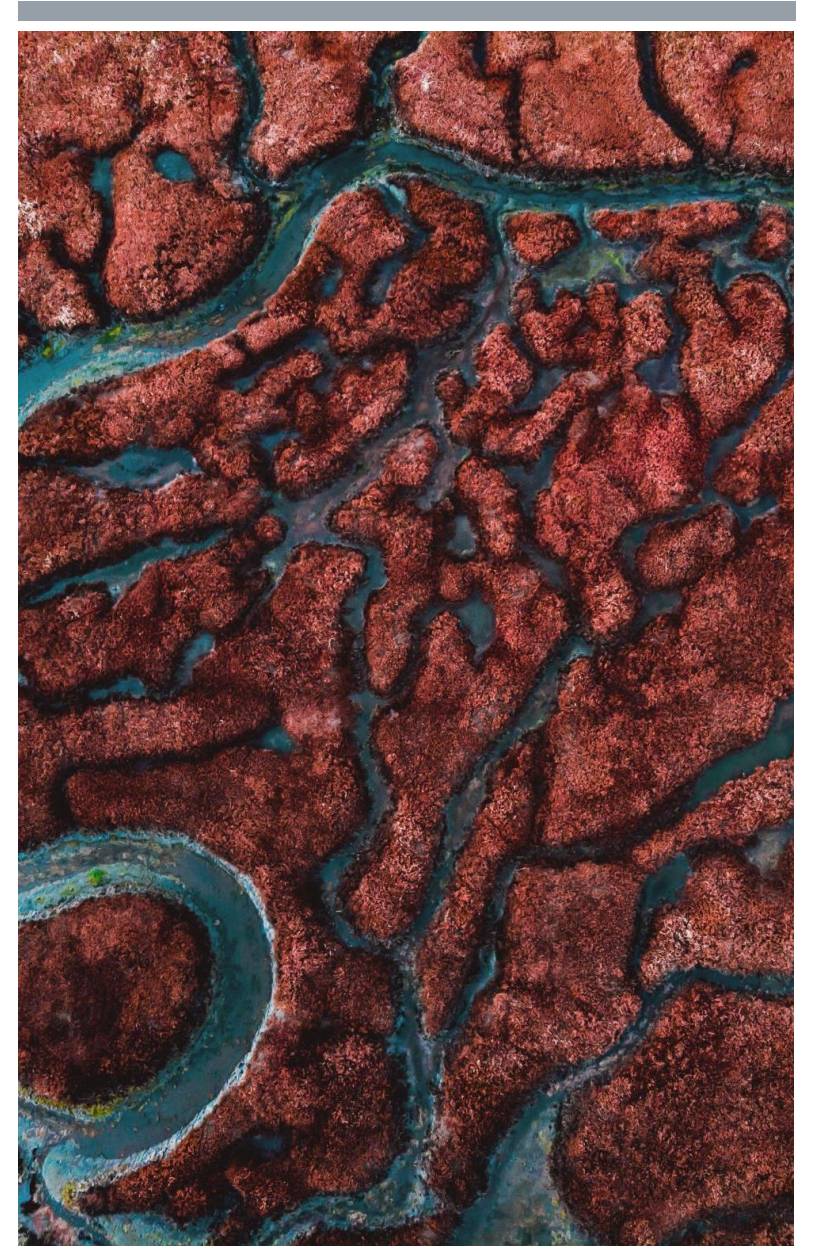




# COME SI PRESENTA

L'ictus può presentarsi **in modo molto diverso** a seconda della zona che viene colpita.

- Debolezza o paralisi degli arti superiore e inferiore (in particolare, disturbi di entrambi gli arti di uno stesso lato del corpo);
- Difficoltà nel muovere la bocca, che appare deviata ("bocca storta");
- Formicolio o sensazione di addormentamento di metà del viso, di un arto superiore o inferiore;
- Disturbi visivi (con difficoltà a vedere metà del mondo, cioè l'**emianopsia**, oppure una visione doppia, cioè la **diplopia**);
- Vertigini o mancanza di coordinazione (**atassia**);
- Disturbo della parola che riguarda la pronuncia (**disartria**) o una sensazione di "non trovare le parole" o di non capire ciò che dicono le altre persone (**afasia**).





## COSA FARE...

- L'ictus è una emergenza medica. Se c'è il dubbio di un ictus, bisogna intervenire il prima possibile, ad esempio **contattando il 118**.



## ...E COSA SUCCEDE DOPO

- Dopo l'uscita dall'ospedale, il recupero dai sintomi dell'ictus può **richiedere mesi, e non completarsi mai del tutto.**
- Alcune persone continuano a migliorare anche dopo questo periodo, soprattutto per ciò che riguarda il linguaggio.



## GESTIONE DOMICILIARE

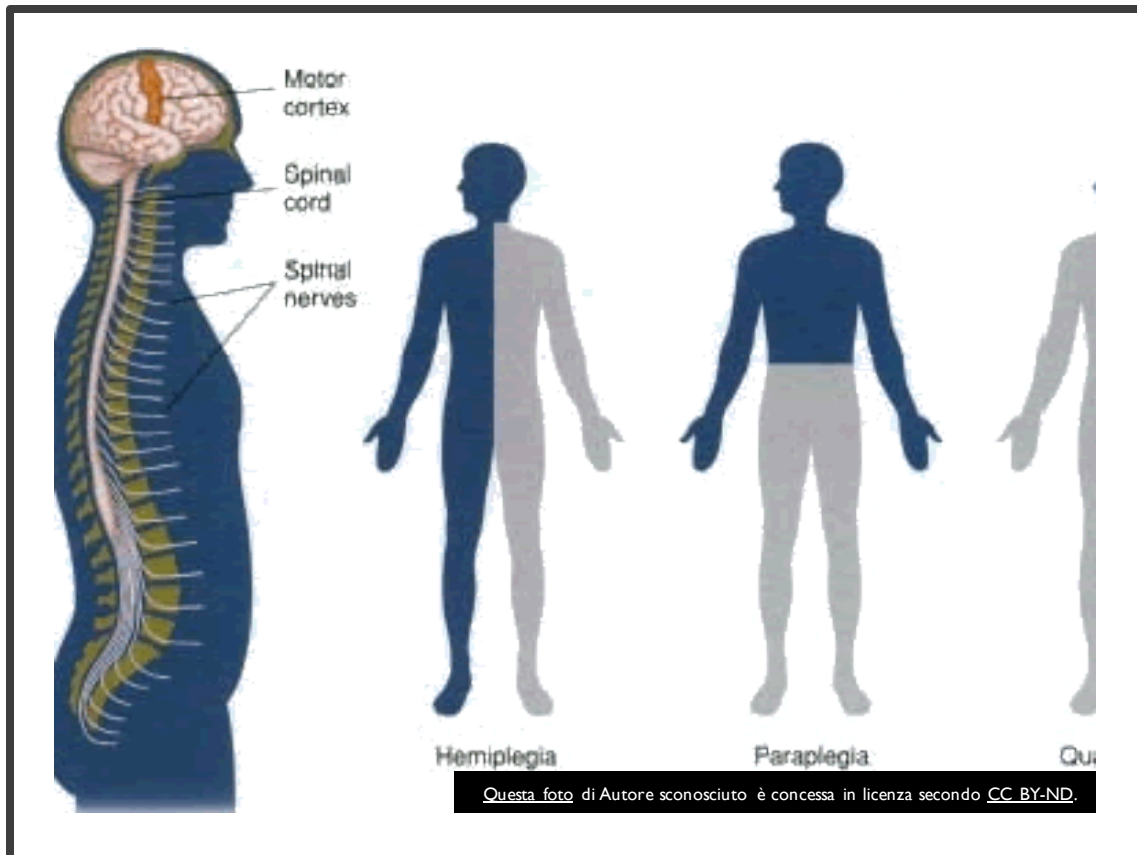
Ulteriori progressi sono possibili, ma sono collegati alla scoperta di nuovi modi di svolgere le attività della vita quotidiana. Servono però:

- Adeguato supporto dei familiari o di chi di prende cura della persona;
- Presa in carico da parte del medico di base.
- Adeguamento delle condizioni abitative.

E più di tutto, serve conoscere le difficoltà di una persona che ha avuto un ictus.



# QUALI DIFFICOLTÀ?



- Abbiamo parlato già di difficoltà nel **movimento**, della **sensibilità**, della **vista** e della **parola**. Ma possiamo avere anche:
- Disturbi del tono muscolare: **flaccidità**, **spasticità**, **posture patologiche**.
- Difficoltà nell'ingoiare: **disfagia**
- Dolore, crampi, sindromi dolorose connesse alla paralisi
- **Incontinenza** urinaria e fecale.
- **Depressione**.

# POSTURE PATOLOGICHE

Adduzione ed intrarotazione  
della spalla

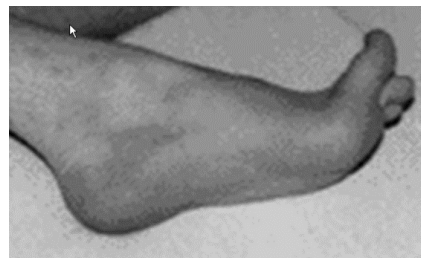
Gomito flesso

Avambraccio pronato

Polso flesso

Pugno serrato

Pollice nel palmo.



# SINDROME DOLOROSA DELLA SPALLA

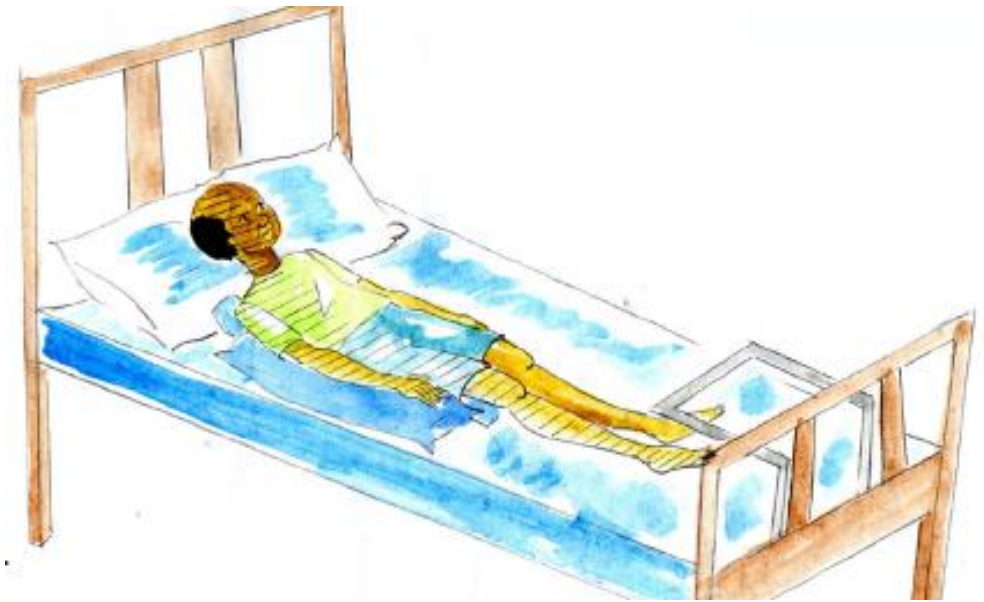
- Come gestirla:
  - Gomito leggermente flesso
  - Mano aperta e in posizione antideclive
  - MAI trazionare il paziente dal lato colpito.
- Reggibraccio: previene sublussazione.





# ALLETTAMENTO

- SUPINO:
- Un cuscino sotto il capo
- Un cuscino sotto il braccio paralizzato che lo tiene in posizione leggermente rialzata
- Un cuscino piccolo sotto il sedere, dal lato paralizzato, per evitare che la gamba ruoti in fuori;
- Un archetto in fondo al letto per tenere sollevate le coperte.



# ALLETTAMENTO

## ■ SUL LATO SANO:

- Un cuscino sotto il capo
- Un cuscino piegato, dietro la schiena, per mantenere la persona sul fianco
- Un cuscino, all'altezza della spalla, sotto il braccio paralizzato
- Un cuscino sotto la gamba paralizzata, che deve essere tenuta piegata.



# ALLETTAMENTO

- La posizione sul lato paralizzato è difficile da mantenere e, in genere, non è consigliata.
- Come spostare un paziente a letto
- Per spostare il paziente verso la testata del letto gli si chiede di flettere prima le gambe. Poi l'assistente lo aiuta ponendo le mani sotto la scapola e sotto il sedere mentre il paziente si spinge verso la testata.



# LESIONI DA DECUBITO

In sedi tipiche sottoposte a pressione:

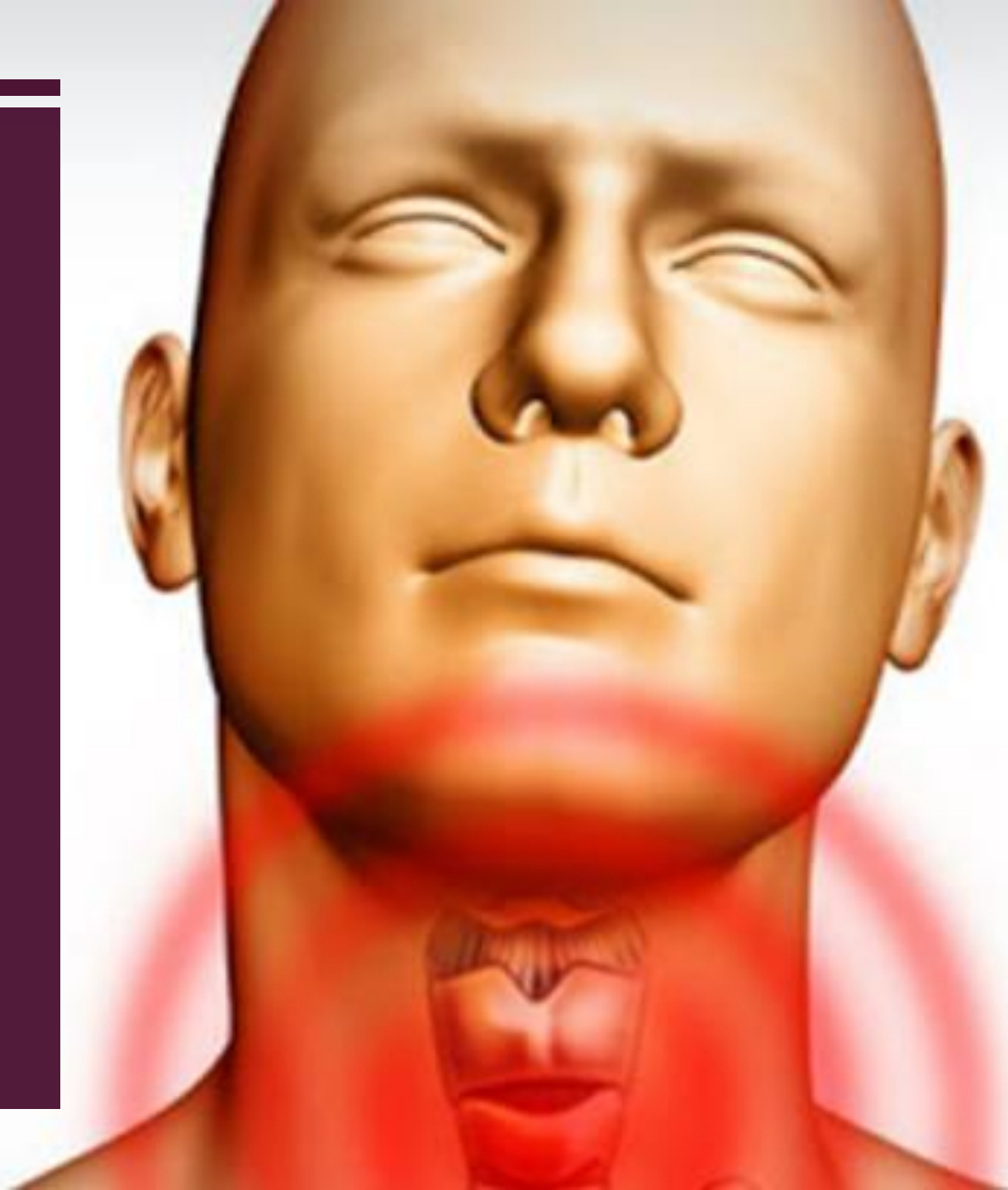
- Sacrali
  - Calcaneari
  - Coxofemorali.
- 
- Cosa fare:
  - Controllare quotidianamente la cute identificando aree a rischio
  - Proteggere la cute dall'umidità (sudore, urina)
  - Utilizzare creme protettive, materassi ad aria
  - Utilizzare precocemente medicazioni avanzate
  - Cambiare posizione ogni 2 ore





# DISFAGIA

- La disfagia può presentarsi in vari modi:
  - Difficoltà a ingoiare segnalata direttamente dalla persona;
  - Sensazione di soffocamento;
  - Difficoltà respiratoria;
  - Tosse dopo aver mangiato/bevuto;
  - Voce alterata.




---

## LE CONSEGUENZE DELLA DISFAGIA

- Aspirazione di cibo e soffocamento
- Polmonite *ab ingestis* ("dalle cose ingerite");
- Alimentazione e idratazione inadeguate







Una alimentazione inadeguata può causare altri problemi:

- Perdita dei muscoli, e quindi della capacità di muoversi.
- Maggiore incidenza di piaghe da decubito
- Maggiore incidenza di infezioni

Una idratazione inadeguata può inoltre causare:

- Cali della pressione arteriosa, e quindi lipotimie o sincopi ("svenimenti");
- Disturbi della funzione renale.



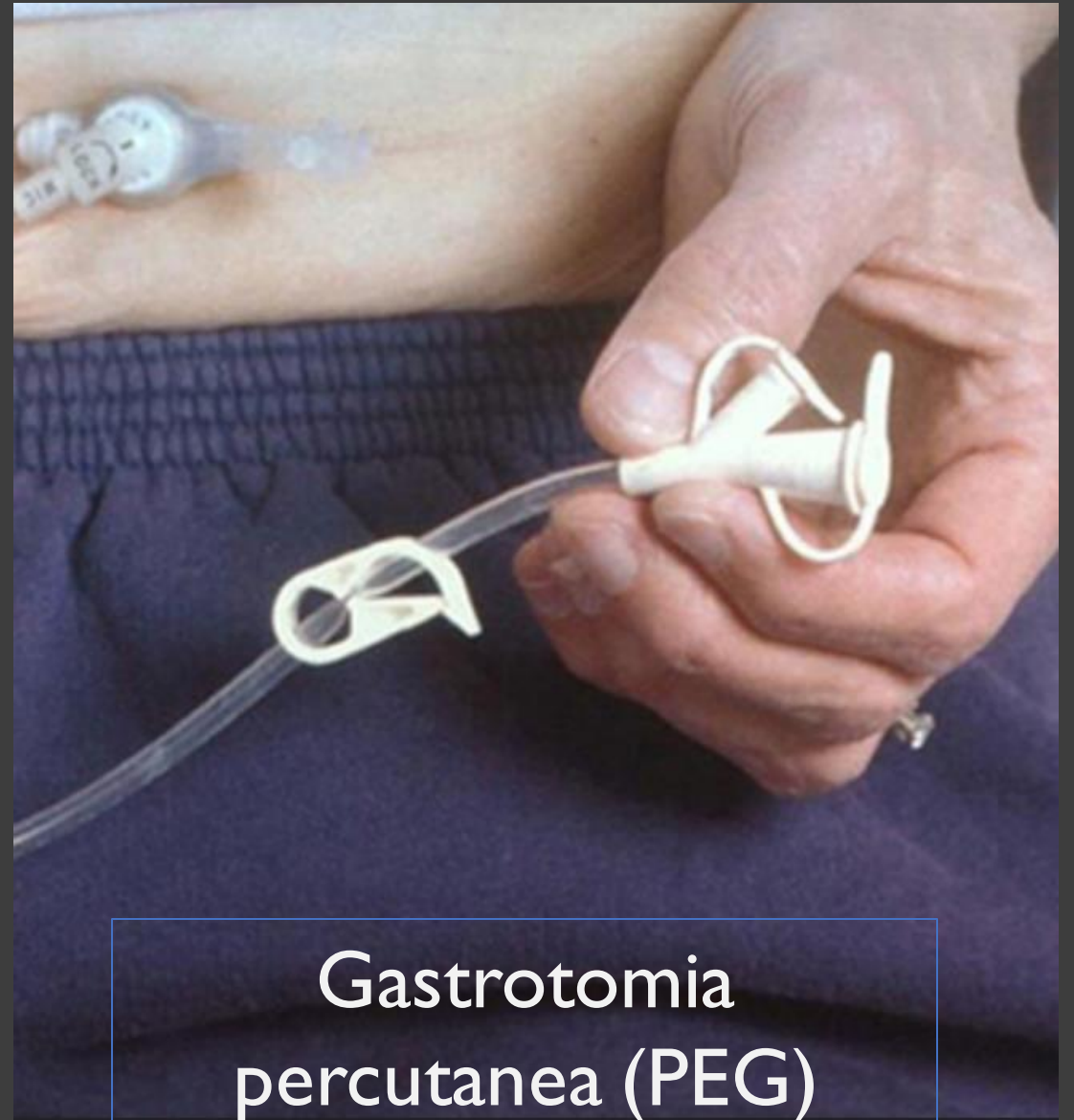
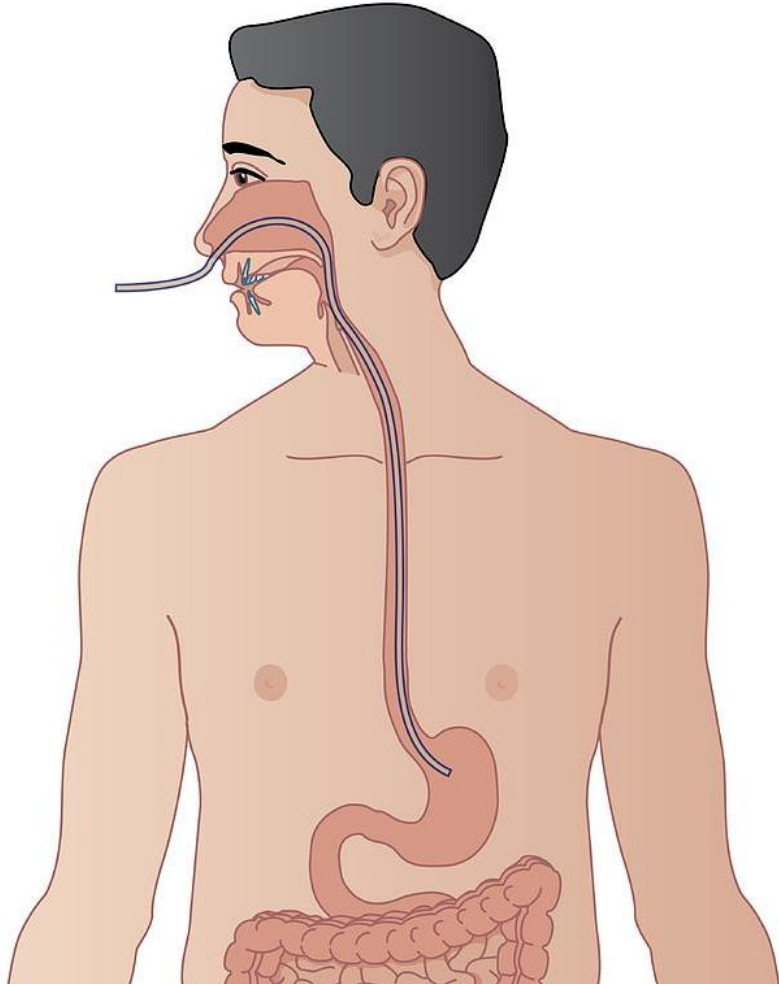
# DISFAGIA

- Cosa può fare la persona:
  - Mangiare seduti, con il capo piegato verso il petto
  - Restare seduti almeno 30 minuti dopo il pasto
  - Fare piccoli bocconi
- Quali cibi scegliere:
  - Cibi di consistenza semisolida (purè, yogurt, frullati, omogenizzati)
  - Evitare doppie consistenze (es. Riso)
  - Liquidi addensati.
  - Triturare compresse (e metterle in acqua addensata) Addensanti per liquidi





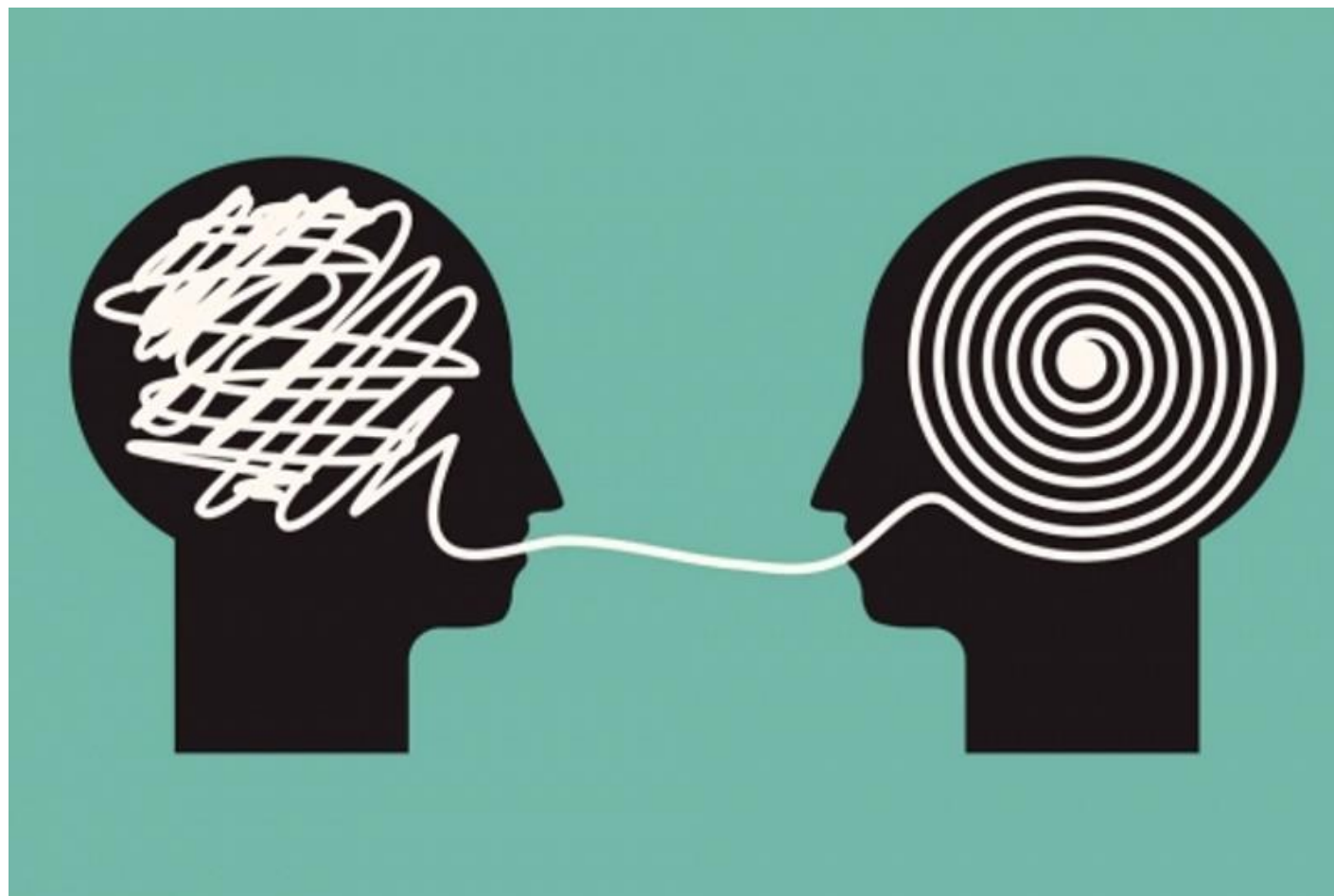
## Sondino Nasogastrico



Gastrotomia  
percutanea (PEG)

# AFASIA

- Come si presenta:
  - Difficoltà ad esprimersi
  - Difficoltà a comprendere
  - Difficoltà a leggere
  - Difficoltà a scrivere
- Come gestirla:
  - Porre domande semplici con risposta sì-no
  - Usare frasi brevi
  - Lasciare il tempo di comprendere
  - Se parla troppo, frenarlo; se parla poco, incoraggiarlo
  - Utilizzare la mimica, il disegno, il gesto e gli oggetti
  - Interpretare i gesti e la mimica
  - Evitare i rumori di sottofondo.



# APRASSIA

## Come si presenta:

- Incapacità di eseguire, su richiesta o imitazione, alcuni gesti della vita quotidiana (gli stessi gesti possono comparire in modo automatico), in assenza di deficit di forza/sensitivi/di coordinazione.
- Difficoltà nell'utilizzo di oggetti comuni (pettine, sapone, spazzolino, le posate, gli abiti)

## Come gestirla:

- procedere gradualmente, iniziando con i gesti più semplici, ridotti alle componenti elementari, spiegando a voce e mostrando ogni passaggio.

# EMINEGLIGENZA

- Eminattenzione
- Emisomatoagnosia
- Anosognosia
  
- Come si presenta:
  - Il paziente urta contro ostacoli con l'emisoma sinistro
  - Ha difficoltà di orientamento per mancata attenzione all'emispazio di sinistra
  - Tende a non utilizzare le posate di sinistra ed il cibo della metà sinistra del piatto
  
- Come gestirla:
  - Invitare il paziente a esplorare la metà sinistra del corpo e dello spazio.





# DEPRESSIONE

- Come si presenta:
  - Abbassamento tono umore
  - Isolamento
  - Calo appetito
- Come gestirla:
  - Parlarne al medico di base



## FUNZIONE VESCICALE

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

invitare il paziente a urinare a intervalli regolari e prestabiliti

verificare che il paziente urini

accurata igiene

il catetere a permanenza aumenta il rischio delle infezioni del tratto urinario e andrebbe pertanto evitato.

# ASSUNZIONE DELLA TERAPIA

- Importante fare attenzione ai dosaggi e agli orari.
- Non saltare/raddoppiare dosaggi.
  
- Terapia anticoagulante :
  - Con alcuni farmaci attenzione alla dieta (evitare prezzemolo, verze ecc...)
  - Assumere la terapia ad orari precisi
  - Per alcuni farmaci regolari prelievi del sangue
  - Avvertire il medico in caso di episodi febbrili, nausea, vomito, diarrea
  
- Terapia antitrombotica:
  - Attenzione a emorragie (gengivali, nasali, emorroidarie...)
  - Attenzione nell'associazione di FANS → utilizzare paracetamolo.



# TRAUMA CRANICO

# CADUTE

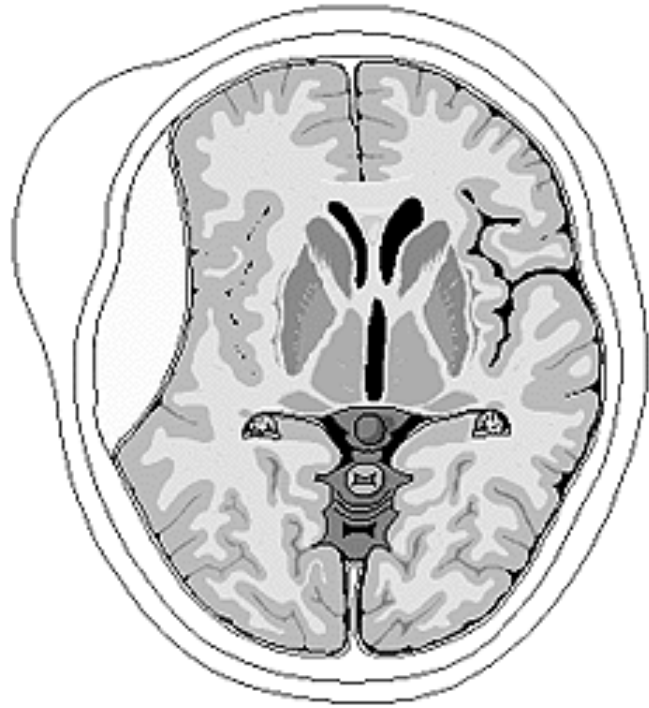
- Il trauma è la 5° causa di morte negli anziani.

- Fattori di rischio:

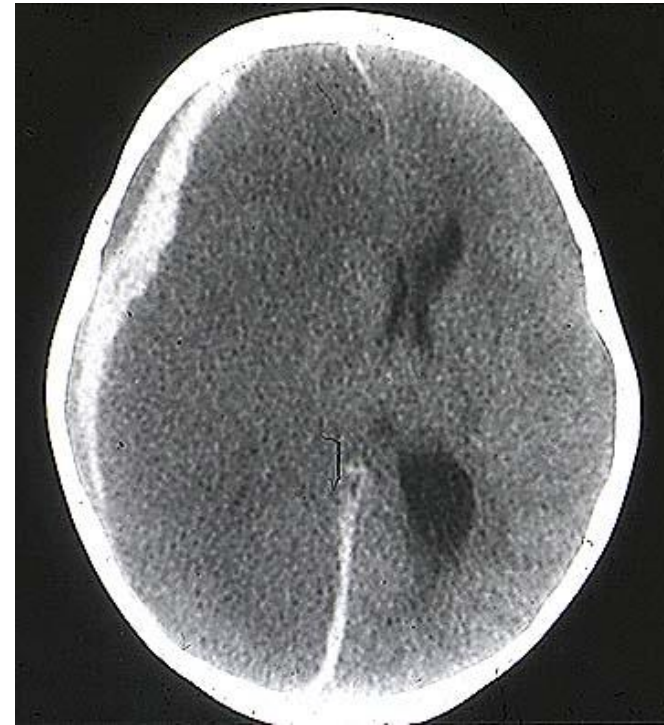
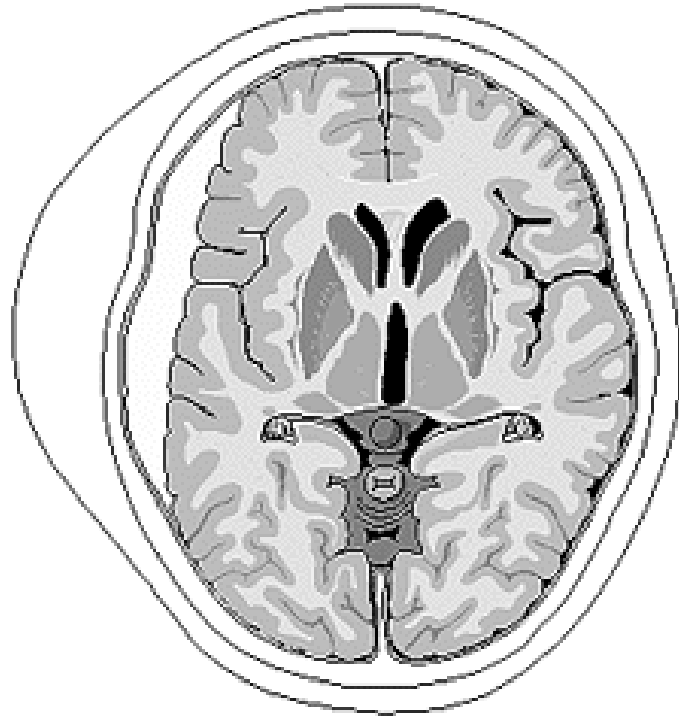
- Disturbi del movimento (debolezza, instabilità, vertigini, dolore articolare...)
- Confusione mentale
- Disturbi della vista
- Alcuni farmaci sedativi
- Età avanzata
- Impulsività comportamentale.



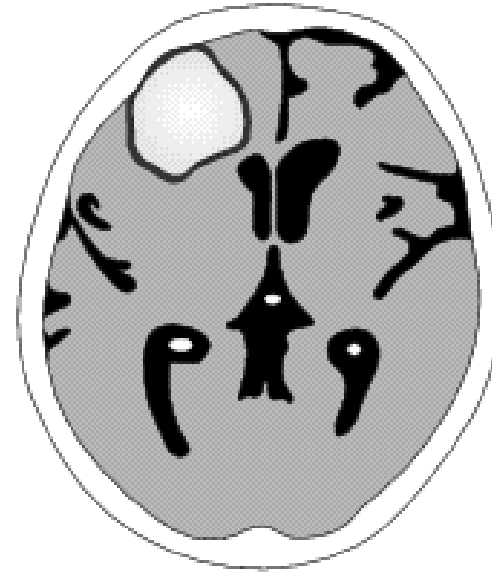
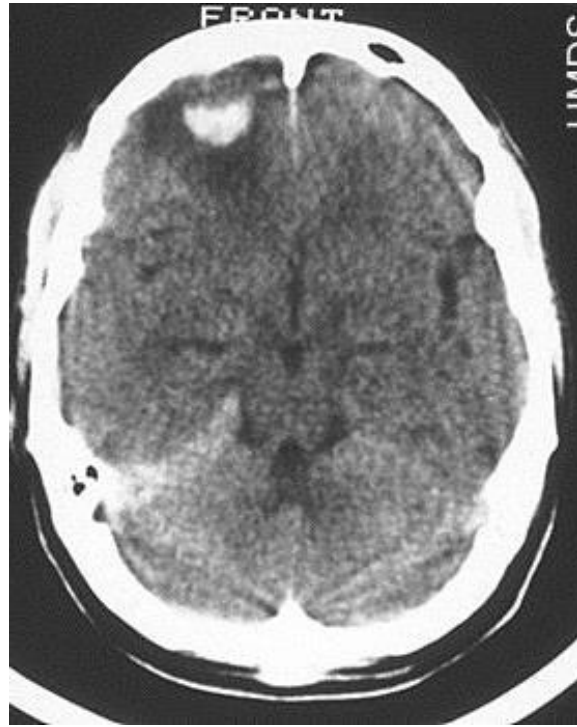




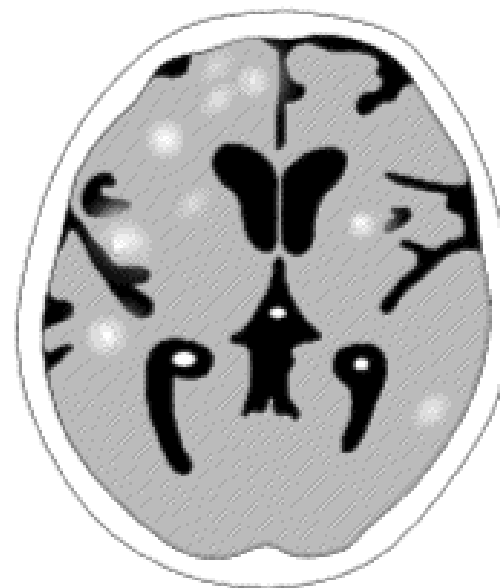
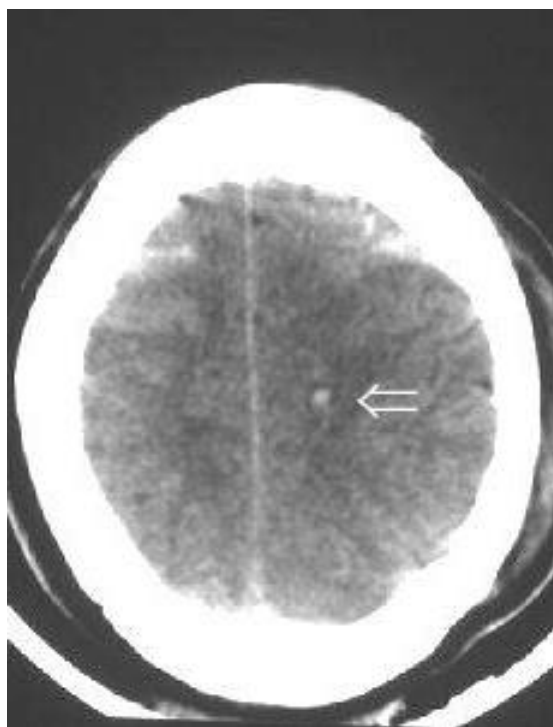
EMATOMA EPIDURALE



EMATOMA SOTTODURALE



CONTUSIONI EMORRAGICHE



PETECCHIE EMORRAGICHE

# LE CONSEGUENZE DI UN TRAUMA CRANICO

- Possibili complicanze:
  - Perdita di coscienza
  - Alterazione di coscienza, coma
  - Cefalea
  - Confusione mentale
  - Vomito
  - Crisi epilettiche
  - Segni neurologici focali (come se fosse un ictus)
- **I danni provocati dal trauma cranico possono manifestarsi anche a distanza di ore.**



## COME PREVENIRE LE CADUTE

- Eliminare tappeti, scendiletto
- Non lasciare oggetti a terra
- Illuminare adeguatamente tutti gli ambienti.
- Installare corrimano
- Controllare attentamente i pazienti a rischio
- Utilizzare le spondine del letto
- Fornire un sistema di chiamata facile e comodo
- Accompagnare i pazienti in bagno ad intervalli regolari.



## TRAUMA CRANICO

### Particolare attenzione in:

- Età avanzata
- Pazienti in terapia antiaggregante/anticoagulante
- Patologie che favoriscano il sanguinamento
- Storia di epilessia.

Valutare altre sedi di trauma (es. femore).

## AGITAZIONE PSICO-MOTORIA

Frequente nei pazienti anziani e con decadimento cognitivo.

Può essere causata da molti meccanismi:

- Alterazioni elettrolitiche
- Cambiamenti ambientali
- Episodi infettivi
- Farmaci (es. benzodiazepine, chinolonici, antipertensivi)
- Stress affettivi
- Altre problematiche mediche (epatopatia, nefropatia, problematiche neurologiche, dolore).

# AGITAZIONE PSICO-MOTORIA

- Approccio terapeutico:
- Neurolettici Tipici (aloperidolo, sulpiride, clorpromazina...)
  - Poco utilizzati per gli importanti effetti collaterali (disturbi del movimento, squilibri metabolici...)
- Neurolettici Atipici (olanzapina, clozapina, quetiapina...)
  - Più utilizzati
  - Non sono privi di effetti collaterali (disturbi del movimento, aritmie cardiache...)



56 Schmelztabletten

TA 4454

**ZYPREXA** *Velofab*  
10 mg

Schmelztabletten, Olanzapin

*Lilly*

# DISTURBI DEL SONNO

- Come si presentano:
  - Risvegli precoci
  - Alterazione ritmo sonno/veglia
  - Agitazione notturna
- Cause molto varie.
- Cosa fare:
  - Approccio non farmacologico
  - Approccio farmacologico





# INSONNIA

## Approccio non farmacologico:

- Creare un ambiente familiare al paziente
- Evitare ricoveri ospedalieri non necessari
- Coricarsi ad un orario congruo
- Tenere attivo il paziente durante il giorno.

## DISTURBI DEL SONNO

### Approccio farmacologico:

- Solo in seconda battuta, anche perché gli anziani sono facilmente suscettibili ad effetti collaterali e paradossi ai farmaci
- Iniziare con la dose più bassa e aumentare gradualmente
- Mantenere il farmaco per il minor tempo possibile
- Ridurre al minimo i farmaci del paziente
- Evitare le benzodiazepine
- Possono risultare utili basse dosi di antistaminici sedativi
- L'approccio farmacologico deve essere visto come uno strumento di aiuto al paziente e non al caregiver.

■ Grazie per l'attenzione

