



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

DR. CLEMENTE DATO

UNITÀ OPERATIVA DI NEUROLOGIA E STROKE UNIT

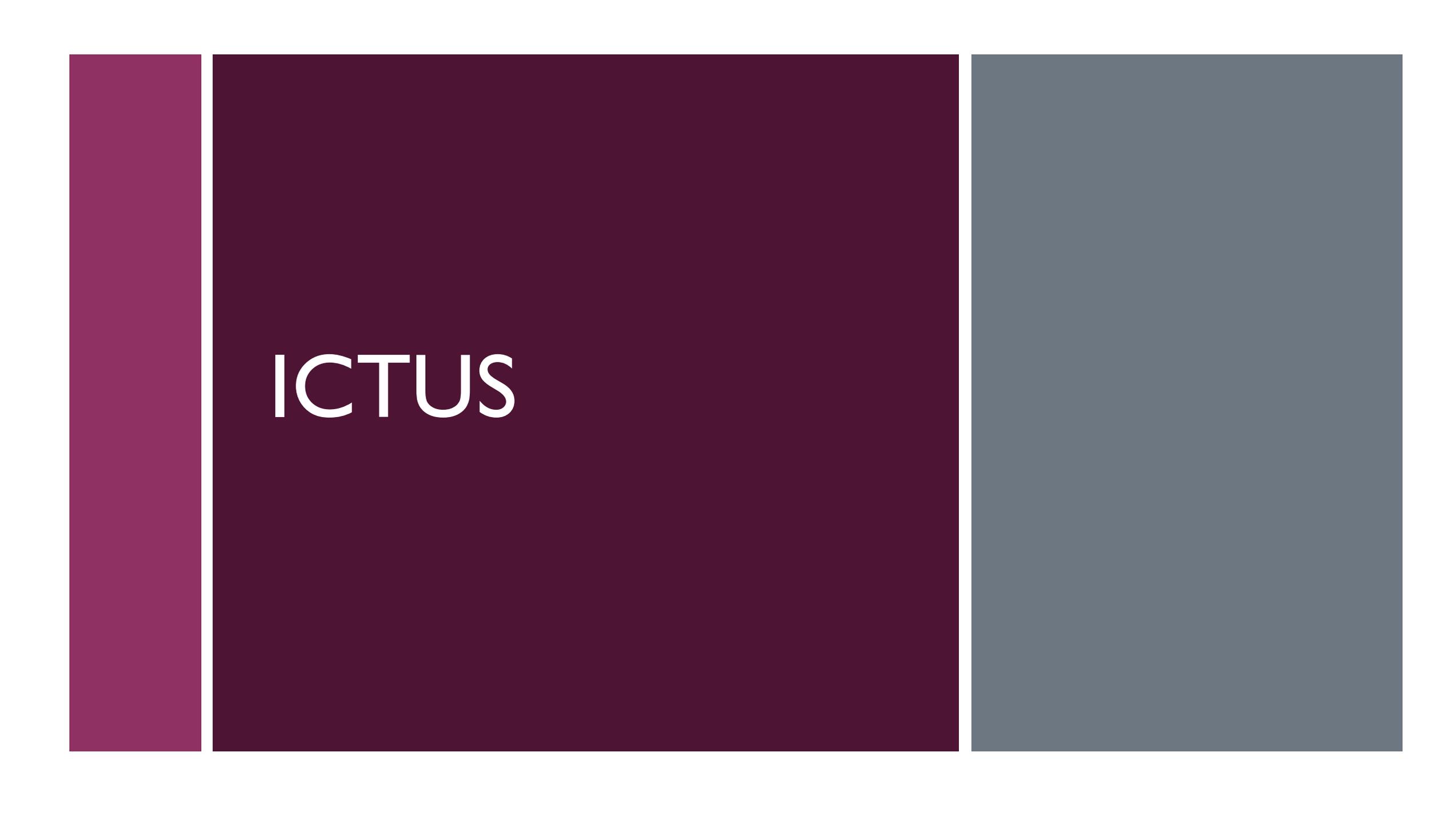
OSPEDALE DIVIZZOLO PREDABISSI

ASST MELEGNANO MARTESANA

PROF. LUCIANO BET

DIPARTIMENTO DI SCIENZE BIOMEDICHE PER LA SALUTE

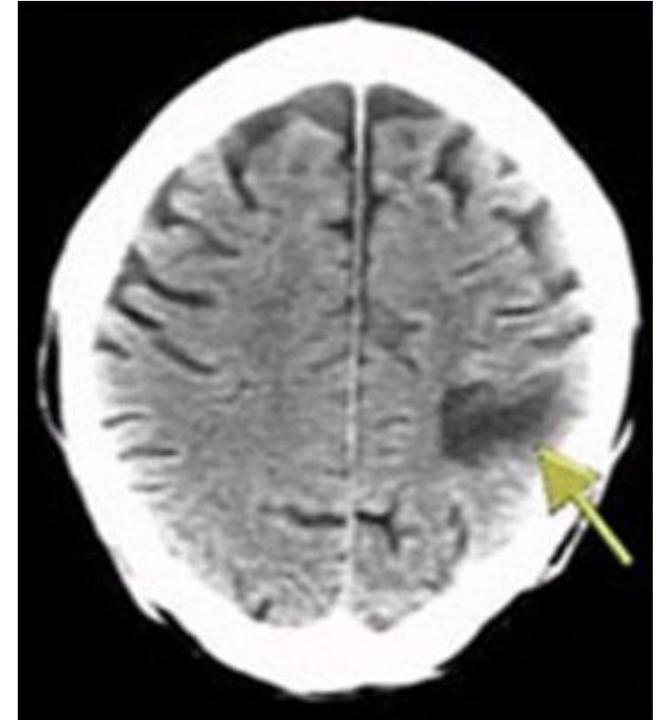
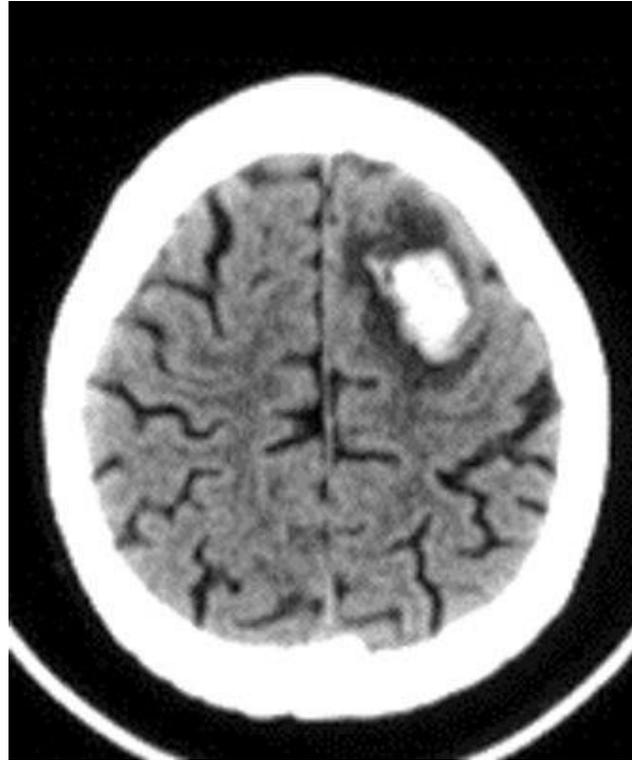
UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MILANO



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

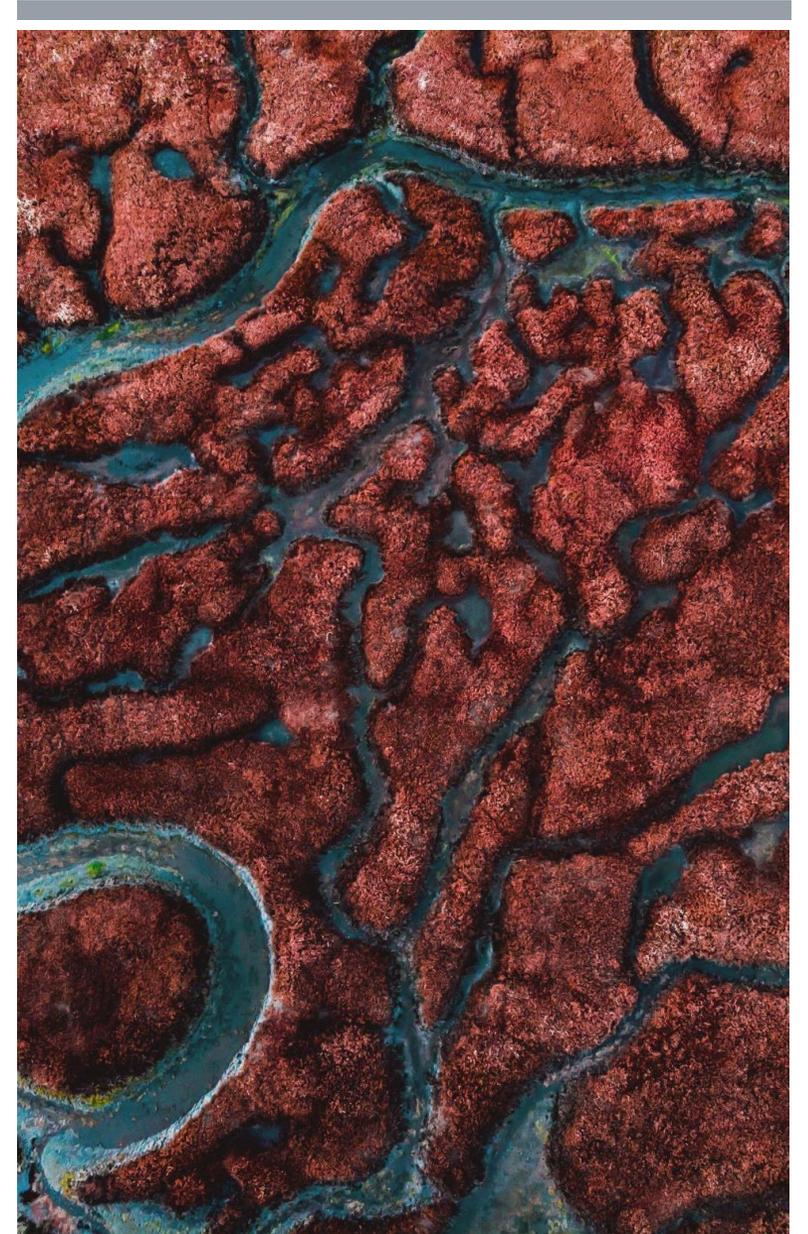
- Ipertensione arteriosa
- Diabete mellito
- Ipercolesterolemia
- Fumo di sigaretta
- Fibrillazione atriale
- Obesità
- Inattività fisica
- Eccessivo consumo di alcool
- Alimentazione scorretta



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

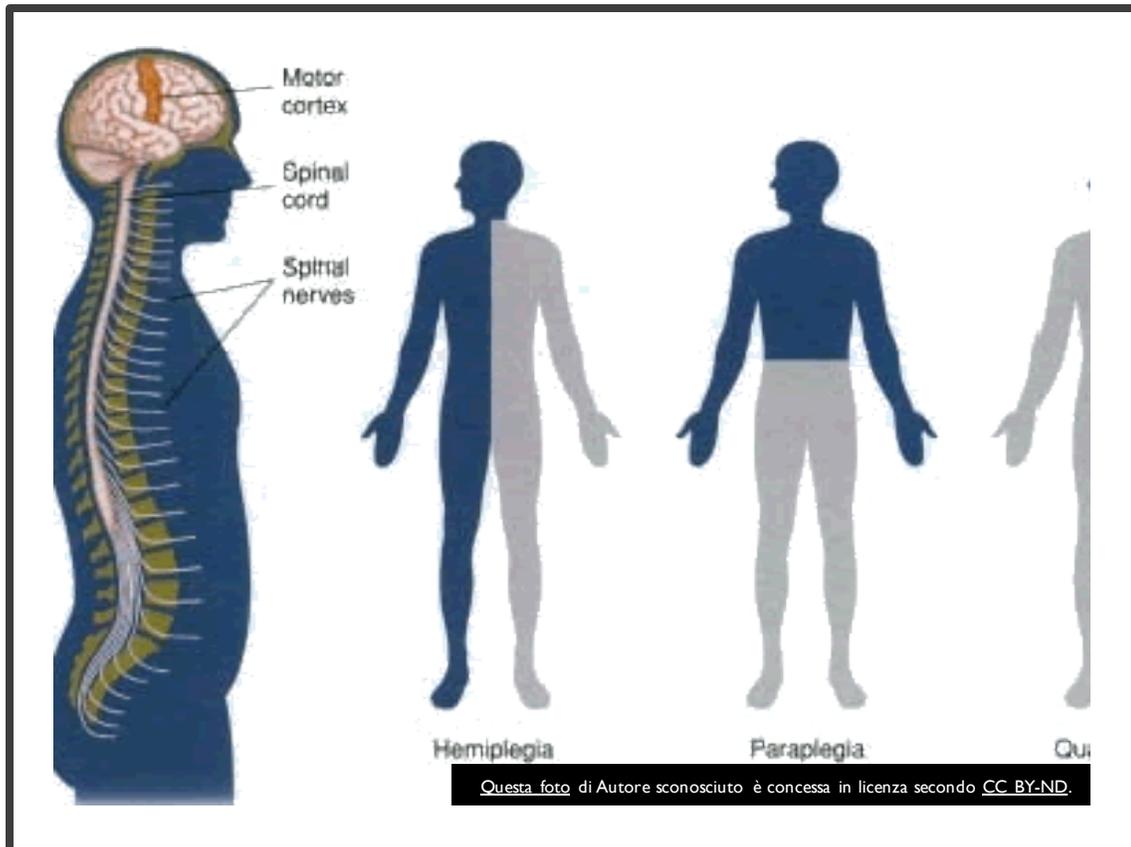
Ulteriori progressi sono possibili, ma sono collegati alla scoperta di nuovi modi di svolgere le attività della vita quotidiana. Servono però:

- 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

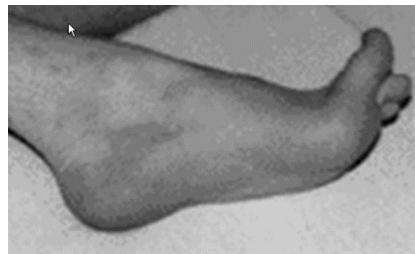
Gomito flesso

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

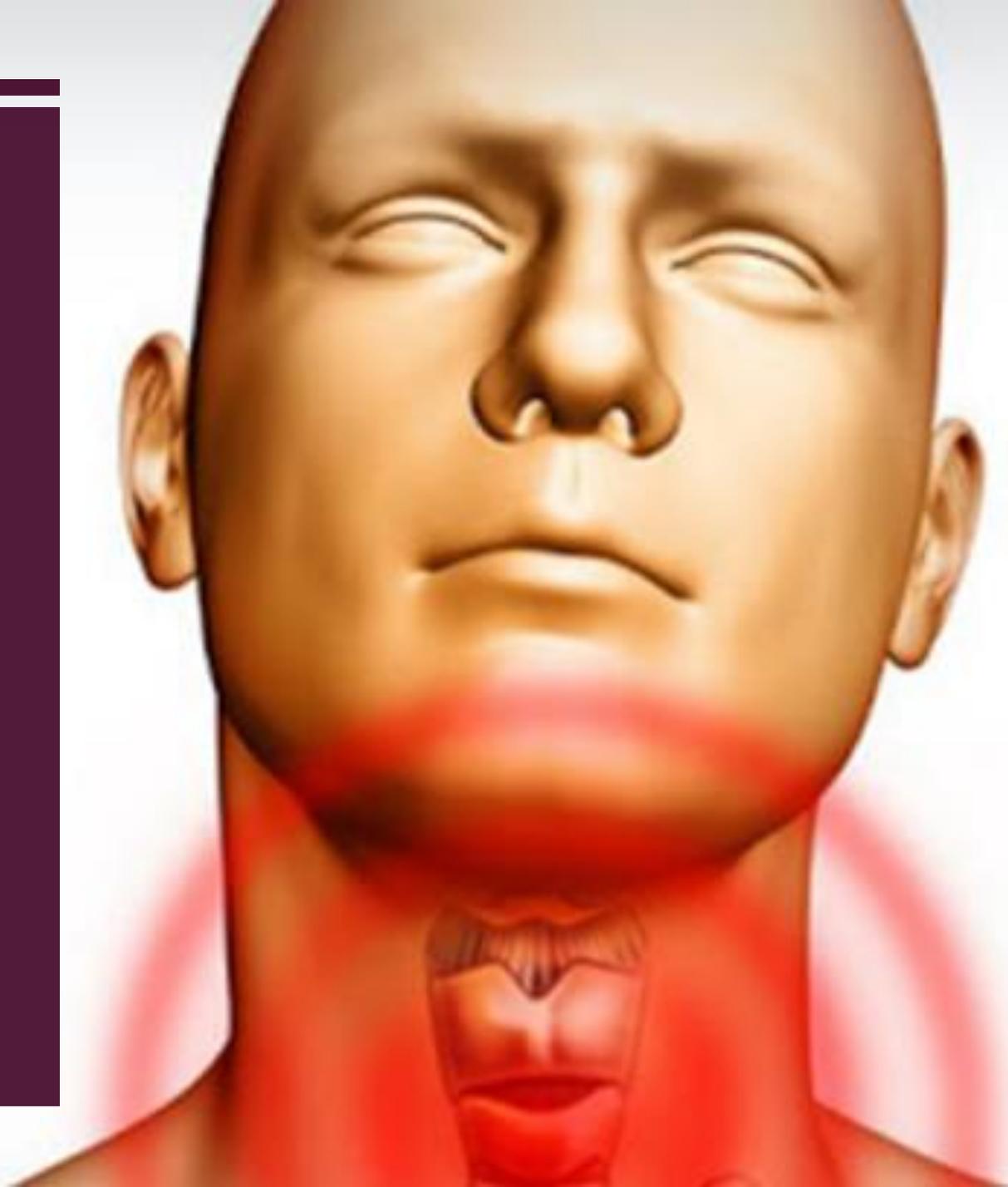
In sedi tipiche sottoposte a pressione:

- 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:

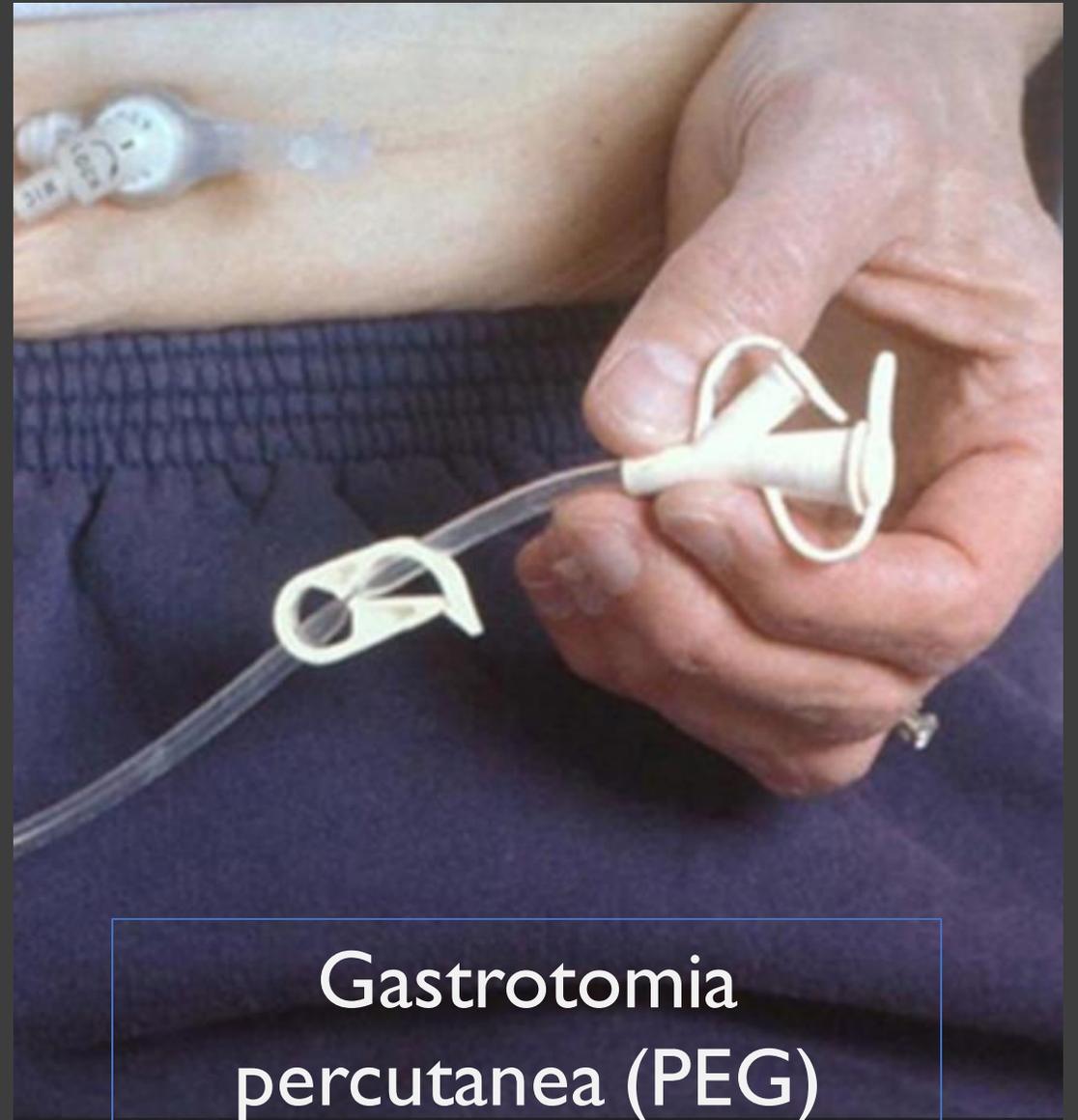
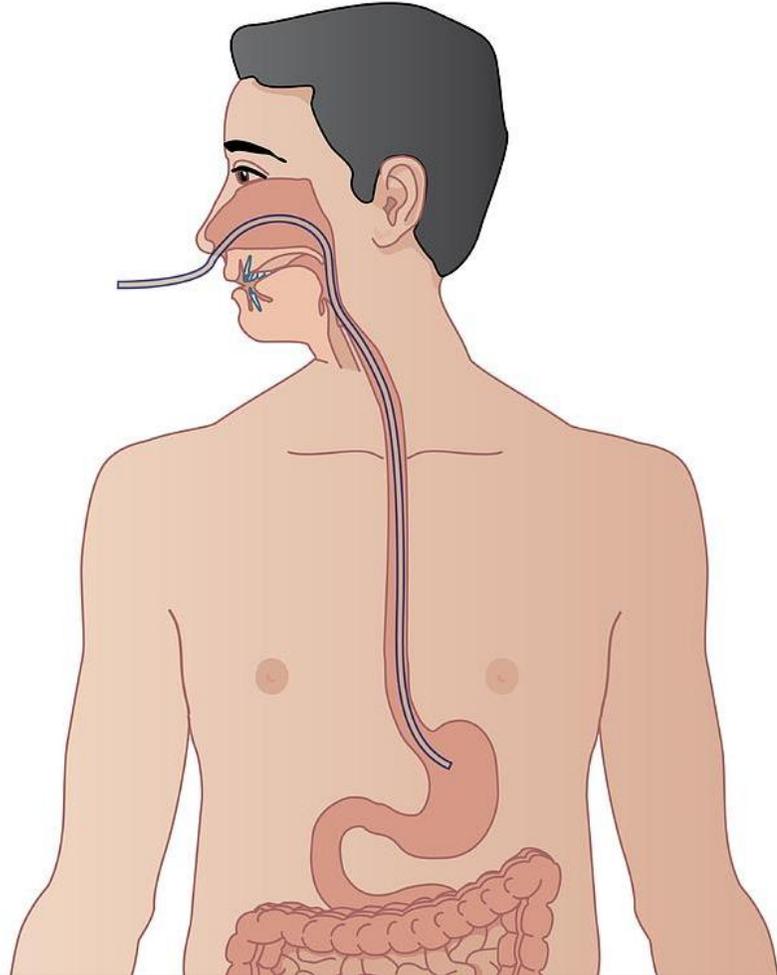
- Cali della pressione arteriosa, e quindi lipotimie o sincopi ("svenimenti");
- Disturbi della funzione renale.

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



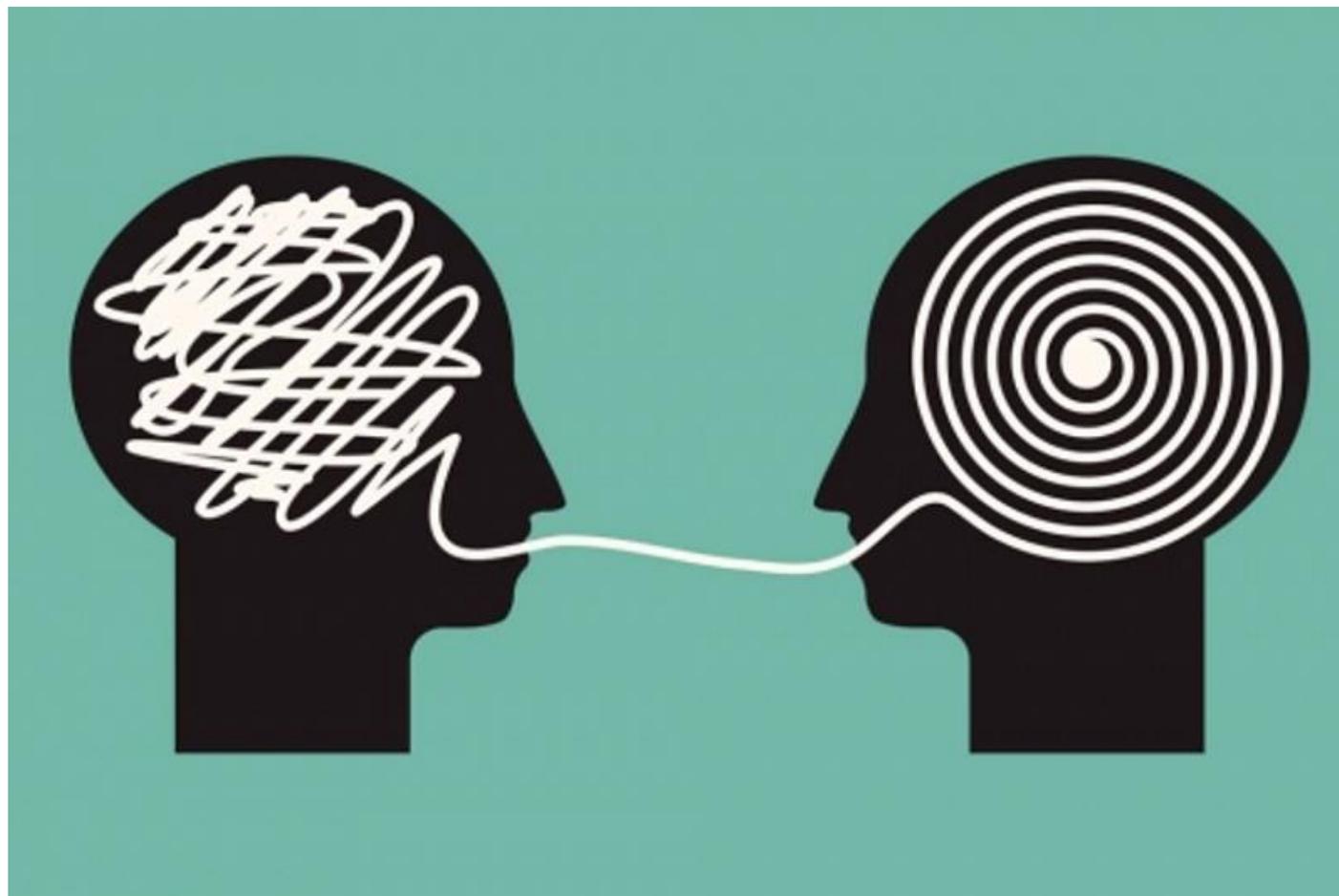
Sondino Nasogastrico



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

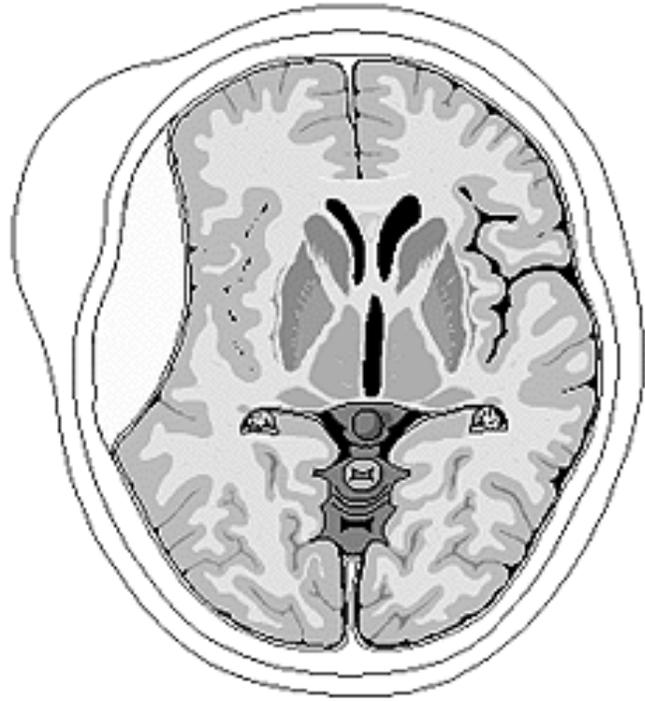
CADUTE

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

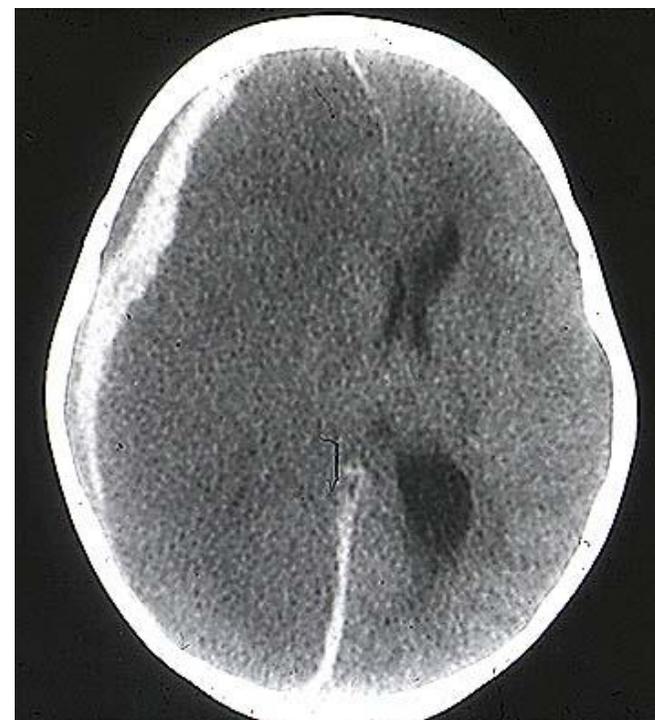
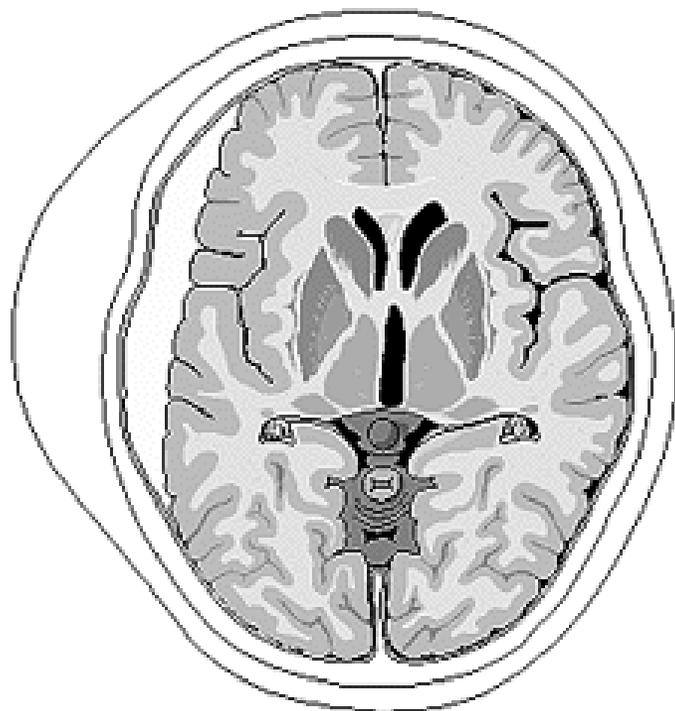
■ Fattori di rischio:

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

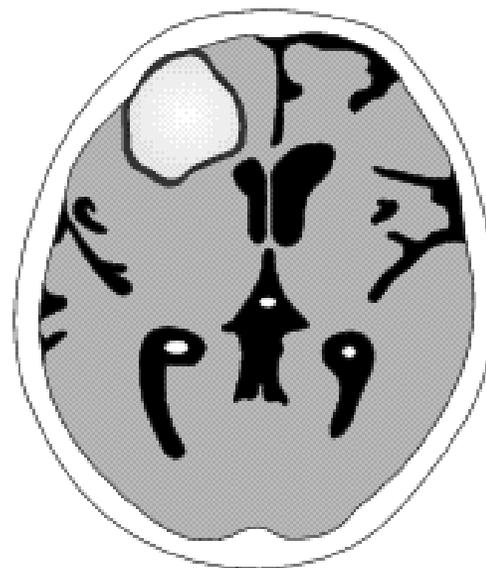
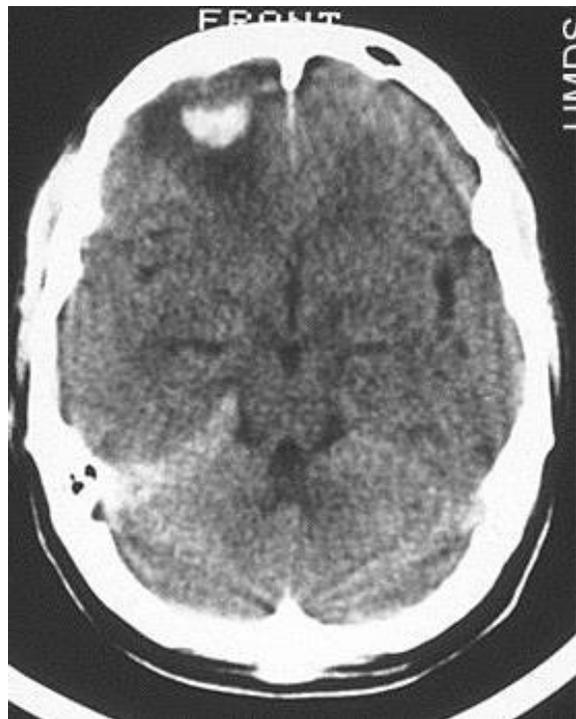




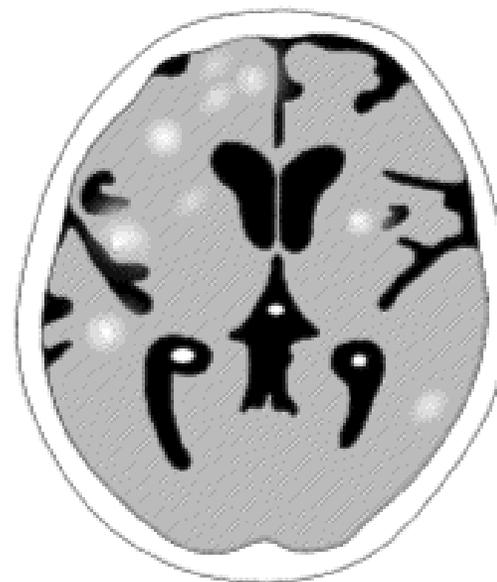
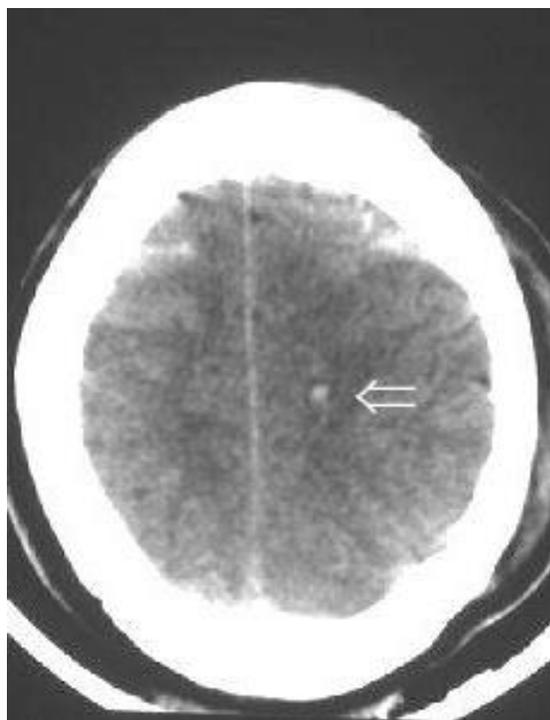
EMATOMA EPIDURALE



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

