

CORSO DI FORMAZIONE  
PROFESSIONALE


**MALATTIE NEUROLOGICHE SENILI**

Dott.ssa Ornella Sassone


14-22 marzo 2016

# MODALITÀ DI APPROCCIO ALL'ANZIANO CON PATOLOGIE NEUROLOGICHE PIÙ O MENO GRAVI

- **Acquisire quanti più dati possibili** riguardo alle patologie, agli eventuali esiti e al livello di autonomia dell'ospite (anamnesi dai familiari, lettera di dimissione ospedaliera, scheda infermieristica);
- **Conoscere le caratteristiche di personalità premorbose** dell'ospite, i suoi gusti, le sue occupazioni, il suo livello di cultura;
- Essere una presenza **discreta e non impositiva**;

- **Evitare atteggiamenti eccessivamente familiari**, pur dimostrandosi gentili e cordiali;
  - **Assumere un comportamento equilibrato**, evitando atteggiamenti commiserativi o di eccessiva allegria e ottimismo;
  - **Non dire cose che possano ferire o deprimere** l'ospite, pensando che non senta o non capisca;
  - **Ricordare che l'ospite in passato è stato uno come noi e trattarlo come noi vorremmo essere trattati.**
- 

# Depressione nel paziente istituzionalizzato

1. La depressione è di frequente riscontro anche nell'anziano senza particolari patologie, con caratteristiche per lo più di apatia, abulia, ripiegamento su se stesso e sulle sue manifestazioni corporee.
  2. L'inserimento in struttura nella maggior parte dei casi determina o peggiora la depressione (abbandono della casa, cambiamento di abitudini, perdita di libertà, ecc.)
- 

Nel paziente con patologie neurologiche la depressione è ancora più frequente.

Può essere:

- **Depressione reattiva**
- **Depressione in comorbidità**

# Depressione reattiva

È conseguente alla consapevolezza della patologia.

È secondaria all'invalidità e alla perdita di autonomia.

A decorative graphic consisting of several parallel white lines of varying lengths, slanted upwards from left to right, located in the bottom right corner of the slide.

# Depressione in comorbidità

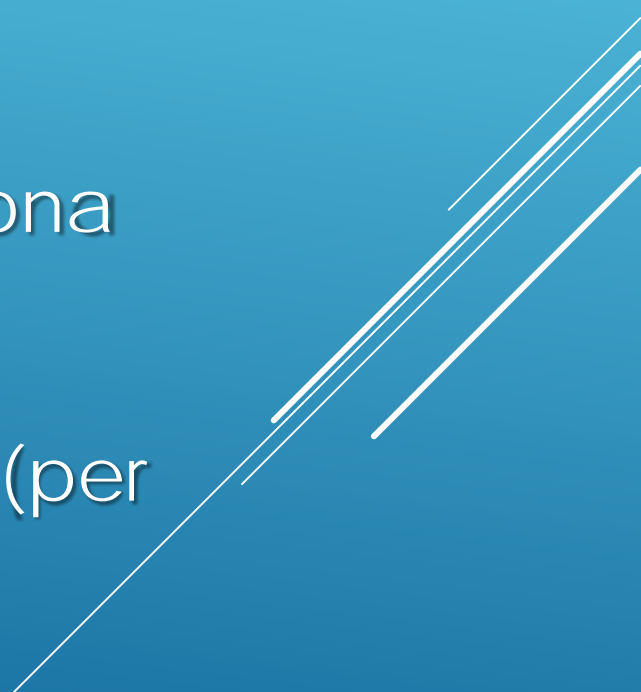
La depressione è parte integrante di alcune patologie e può essere in rapporto diretto con sede e tipo di lesione.

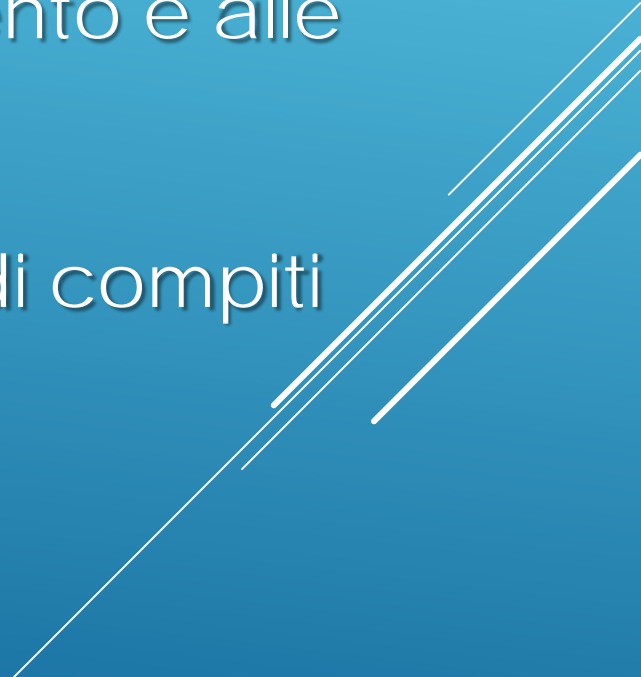
- **Ictus cerebrale** (più frequente per lesioni frontali sinistre);
- **M. di Parkinson**: sintomo precoce e anche sintomo premorbo con caratteristiche particolari (apatia);
- **M. di Alzheimer**: soprattutto in fasi iniziali (diagnosi differenziale con pseudodemenza);
- **Sclerosi multipla**

La depressione può:

- **peggiorare** l'inserimento in struttura del paziente;
- **rallentare** il processo di recupero del paziente con patologie neurologiche

## È indispensabile:

- Favorire la socializzazione con gli operatori e/o con altri ospiti, coinvolgendo il paziente in attività di gruppo;
  - Evitare imposizioni eccessive e inutili regole;
  - Stimolare il paziente alla cura della propria persona come aspetto di normalità;
  - Favorire in ogni modo l'autonomia del paziente (per quel che è possibile);
- 


- Stimolare il paziente a riscoprire il gusto per le piccole cose della vita;
  - Partecipare emotivamente ad ogni miglioramento e alle nuove acquisizioni;
  - Spronare con fermezza l'ospite all'esecuzione di compiti quando tende a rinunciare.
- 

# VASCULOPATIE CEREBRALI

**ICTUS:** evento dovuto a patologia vascolare ischemica o emorragica caratterizzato da improvvisa e rapida perdita di funzioni cerebrali focali o globali persistenti per più di 24 ore.

Nel mondo occidentale l'ictus rappresenta:

- **La seconda causa di morte**
- **La principale causa di disabilità**
- **Importante causa di demenza**


- L'**ictus ischemico** rappresenta la forma più frequente (80% circa)
  - Emorragia intraparenchimale (15-20%)
  - Emorragia subaracnoidea (3%)
- 

La **sopravvivenza** a breve termine (30 giorni) risulta peggiore per le forme emorragiche (nella maggior parte dei casi la morte avviene entro 10 giorni dall'esordio dei sintomi).

Il **recupero** delle disabilità, superata la fase acuta, risulta abitualmente migliore per le forme emorragiche.

Le **recidive** sono decisamente più frequenti per le forme ischemiche.

I **fattori predittivi** più importanti per la disabilità sono:

- La gravità dell'ictus all'esordio
  - L'estensione e la sede della lesione
  - L'età (con conseguente disabilità più grave nei pazienti più anziani)
- 

I **sintomi caratteristici** dell'ictus variano in rapporto all'estensione della lesione e al territorio vascolare coinvolto.

Ictus ischemico e ictus emorragico si presentano clinicamente in modo molto simile (diagnosi di natura possibile solo con TAC e/o RMN).


Ictus emorragico ha spesso esordio più violento.

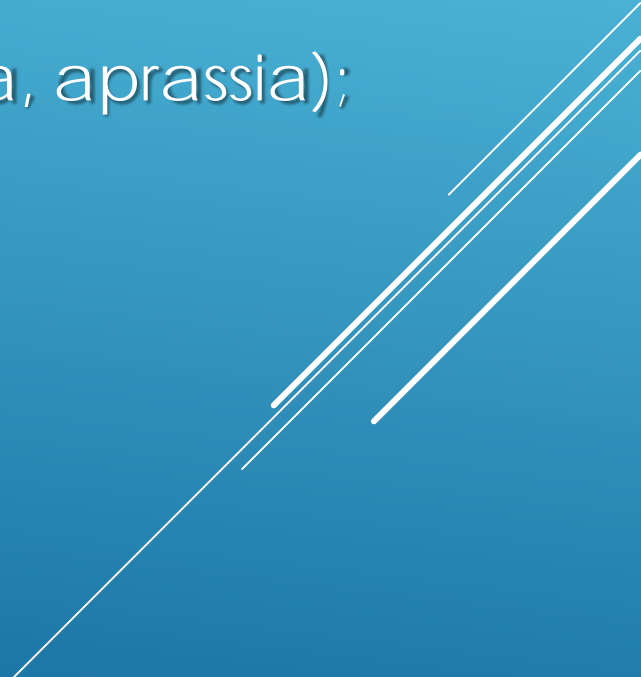
*Cefalea, vomito, coma compaiono più spesso in forme emorragiche.*

Ictus ischemico si manifesta spesso al risveglio, quando il paziente si alza dal letto.

Ictus ischemico colpisce più spesso pazienti con patologie vascolari in altri distretti (es. infarto miocardico acuto).

# Sintomi di ictus

- Alterazioni dello stato di coscienza (obnubilamento, confusione, sopore, coma);
  - Cefalea, vomito;
  - Deficit motorio a un arto o a un emisoma di gravità variabile;
  - Ipoestesia ad un arto o a un emisoma;
  - Disturbi del linguaggio;
- 
- A decorative graphic consisting of several parallel white lines of varying lengths, slanted upwards from left to right, located in the bottom right corner of the slide.

- Disturbi visivi (diplopia, emianopsia, quadrantopsia);
  - Deficit di nervi cranici (es. paralisi faciale centrale, disfagia, ecc.);
  - Deficit di coordinazione motoria (es. atassia della marcia, aprassia);
  - Alterazioni delle funzioni cognitive superiori (confusione, disorientamento, somatoagnosia).
- 

N.B.: paralisi emilato destro + disturbo del linguaggio = lesione emisfero cerebrale sinistro nei destrimani.

Paralisi emilato sinistro + emisomatoagnosia (neglect) = lesione emisfero destro.


Emianopsia laterale omonima è sempre dallo stesso lato del deficit motorio e/o sensitivo.

La **disabilità** a distanza può riguardare tutti i sintomi citati, variamente associati.

Il **maggior recupero** dei sintomi deficitari, nettamente favorito da riabilitazione, avviene nei primi 6 mesi dall'esordio. Nei seguenti 6 mesi ci può ancora essere parziale miglioramento. A un anno dall'esordio i sintomi sono stabili (*disabilità residua*) e la fisioterapia può solo evitare peggioramenti clinici.

# Ictus ischemico

Può essere:

- **Aterosclerotico**
  - **Embolico** (embolia vasovasale, cardioembolia)
  - **Lacunare**
  - **Criptogenico** (da causa ignota)
- 
- A decorative graphic consisting of several parallel white lines of varying lengths and orientations, located in the bottom right corner of the slide.

# Ictus aterosclerotico

È dovuto alla presenza di una **placca aterosclerotica** in un grosso vaso (es. arteria carotide, grossi vasi intracerebrali) che determina stenosi progressiva fino ad occlusione trombotica.

Stenosi carotidea >70-80% è ad alto rischio di ischemia cerebrale (importanza di ecodoppler TSA).

Per ictus ischemico da stenosi dei grossi vasi è importante il **fattore emodinamico**.

**ATTENZIONE:** evitare brusche ipotensioni arteriose soprattutto in pazienti anziani.

Decorative white lines consisting of several parallel diagonal strokes in the bottom right corner of the slide.


# Ictus embolico

**Embolia vaso-vasale:** un frammento embolico si stacca dalla placca aterosclerotica e va ad occludere distalmente un vaso più piccolo.

**Cardioembolia:** un embolo di origine cardiaca va ad occludere un vaso cerebrale. Le cause più frequenti sono: fibrillazione atriale, cardiopatie valvolari, aneurismi o trombi cardiaci secondari ad infarto miocardico.


# Ictus lacunare

È dovuto ad occlusione (lipoialinosi stenosante) di piccoli vasi intracerebrali profondi in pazienti con lunga storia di ipertensione arteriosa o diabete.

Decorative white lines consisting of several parallel diagonal strokes in the bottom right corner of the slide.

# Ictus emorragico

**Emorragia intracerebrale:** versamento di sangue nel parenchima cerebrale dovuto a ipertensione arteriosa, malformazioni artero-venose, malattie emorragiche, terapia anticoagulante.

A decorative graphic consisting of several parallel white lines of varying lengths, slanted diagonally from the bottom right towards the top right, set against a blue background.

**Emorragia subaracnoidea:** versamento di sangue tra le membrane meningeae che rivestono la massa cerebrale spesso dovuta a rottura di aneurisma.

È evento acutissimo caratterizzato da forte cefalea nucale, spesso vomito e alterazioni dello stato di coscienza con pochi o nulli deficit focali.

È una patologia tipica dell'età giovanile o media, spesso favorita da sforzi fisici.

# TIA (attacco ischemico transitorio)

Comparsa improvvisa di segni neurologici focali di natura ischemica di **durata inferiore a 24 ore**.


TIA può essere di origine emodinamica in pazienti con stenosi di grossi vasi o microembolica di tipo vasovasale o cardioembolica.

È una patologia benigna ma tende a recidivare e costituisce un importante **fattore di rischio per ictus** (soprattutto TIA carotideo).

# Valutazione di un paziente affetto da ictus in fase subacuta o in fase di esiti

## Valutazione dello stato di coscienza:

Il paziente può essere:

- Vigile e collaborativo
  - Soporoso ma facilmente risvegliabile
  - Soporoso
  - Comatoso
- 

## Valutazione del linguaggio:

Il paziente parla correttamente e risponde a domande semplici.

Pronuncia male le parole ma comprende bene ed esegue ordini semplici (disartria).

Parla in modo incomprensibile ma comprende ed esegue ordini semplici (afasia espressiva).

Parla in modo incomprensibile e non comprende (afasia sensoriale).

Non parla e non comprende (afasia totale).

## Per valutare il linguaggio è importante:

- Porsi di fronte al paziente
- Parlare lentamente scandendo le parole
- Pronunciare frasi brevi
- Ricordare che i disturbi del linguaggio sono dovuti a lesioni dell'emisfero sinistro, spesso associati ad emiparesi destra
- Ricordare che il paziente afasico non è demente

## Valutazione motoria al letto:

Il paziente muove normalmente i quattro arti spontaneamente e su comando.

Presenta paresi più o meno grave di uno o più arti.

Presenta plegia di uno o più arti (spesso emiplegia).

Presenta movimenti scoordinati e involontari, afinalistici, ripetitivi.

Presenta asimmetrie al volto (paresi faciale, paresi oculare, ecc.)

Non presenta alcuna attività motoria.

# Valutazione passaggi posturali, stazione eretta, cammino:

**Passaggi posturali:** nel passaggio alla posizione seduta il paziente può:

- Controllare il tronco e tenersi in equilibrio
- Controllare il tronco ma presentare retropulsione o lateropulsione
- Non controllare il tronco e riversarsi sul letto
- Irrigidirsi con arti inferiori in estensione e non stare seduto

# Valutazione passaggi posturali, stazione eretta, cammino:

## Stazione eretta:

- Il paziente si regge in piedi senza appoggio.
- Si regge in piedi solo con appoggio.
- Si regge in piedi solo con appoggio bilaterale e in modo incerto.
- Il paziente, messo in piedi, barcolla in ogni direzione.
- Il paziente non riesce a reggersi in piedi nemmeno con appoggio bilaterale.

# Valutazione passaggi posturali, stazione eretta, cammino:

## Cammino:

- Il paziente cammina senza appoggio in modo normale.
- Il paziente cammina senza appoggio con postura patologica (retropulsione, lateropulsione, paresi arto inferiore, barcollamenti).
- Il paziente fa qualche passo con appoggio e con postura patologica.
- Il paziente non cammina nemmeno con appoggio bilaterale.


## **N.B.**

Il paziente emiparetico o emiplegico può avere anche **emianopsia laterale omonima**, cioè deficit del campo visivo ai quadranti esterni dello sguardo dallo stesso lato del deficit motorio.



Disporsi sempre di fronte al paziente o dal lato senza il deficit motorio per comunicare con lui.

# Valutazione alimentazione (disfagia):

- Il paziente si alimenta autonomamente con cibi normali.
  - Si alimenta con cibi normali se imboccato.
  - Si alimenta solo con cibi passati.
  - Non riesce a deglutire liquidi o li deglutisce solo con accorgimenti (es. cannuccia, sostanze gelificanti).
  - Necessita di assumere posizioni particolari per deglutire.
  - Non deglutisce nulla.
- 

# Valutazione alimentazione (disfagia):

## **N.B. Importante per pazienti disfagici**

- Accertarsi sempre che il paziente sia ben sveglio
- Fare attenzione a corretta postura.
- Invogliare il paziente ad alimentarsi senza eccessiva insistenza.
- Fare attenzione a colpi di tosse o a movimenti anomali di masticazione.

**Alto rischio di polmoniti da ingestione**