Nuove linee guida: nello stroke riabilitazione precoce

Data 03 settembre 2005
Categoria neurologia

Nello stroke occorre una riabilitazione precoce da iniziare già durante l'ospedalizzazione.

Riabilitazione precoce nello stroke

L'American Hearth Association (AHA) e l'American Stroke Association (ASA) hanno licenziato le nuove linee guida sullo stroke, focalizzando l'attenzione soprattutto sulla riabilitazione.
Questi i punti salienti:
1) gli interventi di riabilitazione devono iniziare precocemente perchè migliorano il processo di recupero e riducono la disabilità: gli interventi dovrebbero iniziare già durante l'ospedalizzazione non appena le condizioni cliniche si sono stabilizzate e le complicazioni sono sotto controllo
2) è preferibile un approccio che preveda un team ben organizzato di tipo multidisciplinare
3) vanno valutati i disturbi della deglutizione e la disfagia che possono causare polmoniti ab ingestis
4) bisogna mettere in atto le misure idonee alla prevenzione secondaria dello stroke (anticoagulanti o antiaggreganti, controllo della pressione arteriosa) e alla profilassi della trombosi venosa profonda (eparina, mobilizzazione precoce, camminare per 50 passi al giorno se possibile, compressione pneumatica intermittente)
5) va trattata la depressione (preferire gli SSRI) o la labilità emotiva che spesso complicano il decorso dell'ictus
6) un esperto in disturbi del linguaggio e della parola deve procedere ad una valutazione adeguata del paziente, con appropriato trattamento se necessario
7) in ogni fase della riabilitazione vanno coinvolti i caregivers e i familiari
8) bisogna valutare le compromissioni cognitive, quelle fisiche, il livello di disabilità, l'indipendenza funzionale, il supporto familiare, la qualità di vita e l'evoluzione del quadro clinico utilizzando strumenti standardizzati e validati
9) il team multidisciplinare dovrebbe comprendere un medico dedicato, personale infermieristico, fisioterapista, terapista occupazionale, logopedista, psicologo, terapista che si occupa di attività ricreative
10) l'educazione del paziente e della famiglia aumenta le probabilità di mantenere nel tempo i progressi ottenuti con le cure
11) la prevenzione delle piaghe da decubito (frequenti a causa dell'allettamento, della possibile presenza di diabete, arteriopatia periferica, incontinenza urinaria) richiede un costante controllo delle zone a rischio, l'uso di materassi antidecubito e il frequente cambiamento della posizione, l'uso di spray barriera, lubrificanti e abbigliamenti protettivi
12) l'incontinenza urinaria (presente nel 50% dei pazienti acuti e nel 20% dopo 6 mesi) rende necessario all'inizio l'uso di un catetere vescicale che però dovrebbe, se possibile, essere mantenuto in sede per non oltre 48 ore in quanto facilita l'insorgenza di infezioni urinarie che possono essere difficili da debellare e complicano il quadro clinico
13) se è presente disfagia si può ricorrere a manovre particolari che facilitino la deglutizione, a modificazioni della dieta, a programmi di esercizi attivi, all'alimentazione non orale (PEG o sondino naso-gastrico) e al supporto psicologico
14) i disturi del linguaggio possono trarre giovamento dalla riabilitazione logopedica e dall'uso di tecniche comunicative alternative
15) i disturbi motori traggono beneficio da esercizi di training motori attivi e passivi e dalla stimolazione funzionale elettrica mentre per la spasticità si può ricorrere a tecniche non invasive, farmaci (tizanidina e dantrolene, baclofen per il dolore) fino ad arrivare alla chirurgia.

Fonte: <a href="
http://stroke.ahajournals.org/cgi/content/full/36/9/">Stroke.2005;36:100-143

Commento di Renato Rossi
Lo stroke comporta una disabilità più o meno grave in circa il 70% dei pazienti che sopravvivono all'episodio acuto.
Il merito di queste linee guida dell'AHA/ASA è di puntare l'attenzione su aspetti importanti come la riabilitazione precoce, il trattamento fisioterapico e riabilitativo dei disturbi motori, della deglutizione e del linguaggio, la prevenzione delle piaghe da decubito, il coinvolgimento della famiglia, senza limitarsi solo alla terapia farmacologica.
La gestione del paziente colpito da ictus è una sfida difficile perchè sono colpiti vari livelli di autonomia (motilità, linguaggio, deglutizione, funzioni sfinteriali, ecc.) per cui le linee guida giustamente richiamano l'attenzione sulla necessità di un approccio multidisciplinare. Purtroppo, almeno in Italia, questo è un tasto dolente ed è esperienza comune di ogni medico quanto la realtà sia lontana dagli standard ottimali.

© 2004 - 2026 Pillole - Registrazione T. di Roma n. 2/06 | stampato il 14/11/2026 alle ore 23:31 | Pagina 1 di 1