

Congregazione Suore Ancelle della Carità
Casa di Cura
"Domus Salutis"

In questo testo troverete una sintetica descrizione del percorso e delle opportunità riabilitative offerte dalla Casa di Cura Domus Salutis

PROTOCOLLO RIABILITATIVO POSTSTROKE

Presa in carico del paziente in regime di ricovero: una volta ricoverato presso l'Unità Operativa di competenza viene effettuata una visita fisiatrica in reparto con compilazione della cartella e valutazione della capacità funzionale residua, della sensibilità e comorbidità. Il colloquio con il medico di reparto che ha in degenza il paziente è funzionale all'acquisizione di informazioni di tipo clinico ed alla migliore coordinazione del team riabilitativo con l'area assistenziale.

Presa in carico del paziente ambulatoriale: il percorso riabilitativo ambulatoriale è dedicato a pazienti affetti da esiti di ictus cerebri nella fase cronica di malattia (superiore ai tre mesi dall'insorgenza dell'ictus cerebri). In questo caso i pazienti accedono al trattamento su indicazione del medico specialista Fisiatra dopo debita compilazione del Progetto Riabilitativo Individuale

Possiamo distinguere tre diversi momenti riabilitativi all'interno del protocollo terapeutico del paziente affetto da esiti di stroke, ischemico o emorragico:

1. Fase acuta (I-III settimane)

In funzione del diverso grado di compromissione motoria, paresi o completa plegia, sensitiva e cognitiva il paziente presenta un diverso livello di disabilità. Gli obiettivi primari sono rappresentati dalla prevenzione delle complicanze cardiovascolari e respiratorie.

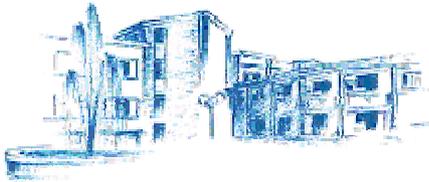
Ingresso in degenza riabilitativa:

Obiettivi riabilitativi:

- prevenire danni terziari legati all'allettamento o derivanti da spasticità focale
- ottenere il controllo del tronco
- verticalizzare precocemente
- enfatizzare le potenzialità residue

Modalità di trattamento:

- Monitoraggio stato di coscienza
- Correzione posturale al letto:
 1. adozione archetto alzacoperte,
 2. cunei per riallineamento del corpo,
 3. cuscini
 4. cambio di posizione ogni 2-3 ore circa
- In carrozzina:



Congregazione Suore Ancelle della Carità

Casa di Cura

“Domus Salutis”

1. posizionamento del tavolino per as plegico
 2. addestramento del pz, o dei famigliare se lo stesso non è in grado, sul posizionamento del braccio e della mano
 3. controllo extrarotazione anca
- Se è presente spalla sublussata è sconsigliabile utilizzare un reggibraccio (o fascia di Albert) in quanto ciò peggiora la posizione della scapola e di conseguenza la sublussazione, tuttavia è preferibile posizionare l'arto superiore su un tavolo affinché venga sostenuto o eventualmente applicare un bendaggio funzionale. Se ciò non è sopportato, ed in assenza di sublussazione franca o dolore loco regionale all'arto superiore plegico, è preferibile lasciare il braccio libero anche durante la deambulazione per non limitare il movimento della parte superiore del tronco e per favorire la coscienza dell'arto superiore da parte del paziente
 - Coinvolgimento dei parenti e addestramento per igiene posturale, per l'esecuzione di ADL e per blande mobilizzazioni
 - Mobilizzazione passiva e passiva assistita per adeguata igiene posturale
 - Monitoraggio del tono muscolare e rinforzo della muscolatura prossimale e del tronco
 - Eventuale trattamento con tossina botulinica (quando la scala di Ashworth da un punteggio maggiore o uguale a 2)
 - Monitoraggio e stimolazione delle capacità funzionali residue in via di evoluzione
 - Stimolazioni propriocettive ed esteroceettive dell'arto superiore e dell'arto inferiore plegico, soprattutto prossimali e distali.
 - Sperimentare la posizione seduta con e senza appoggi non appena i parametri vitali lo consentono
 - Sperimentare la stazione eretta e il carico sull'arto inferiore plegico non appena i parametri vitali lo consentono (è possibile guidare l'estensione del ginocchio manualmente o passivamente utilizzando una valva gessata o una ginocchiera)
 - Eventuale adozione di Splints su misura
 - Insegnare al pz, e/o ai parenti e al personale del reparto, a gestire l'arto superiore plegico con automobilizzazioni e stimolazioni (acqua, crema idratante..).
 - Se è presente edema distale:
 1. confezionamento di splint su misura da utilizzare **solo durante la notte** che permetta il mantenimento del polso in posizione neutra o in leggera estensione di max. 15°)
 2. posizionamento del braccio in postura declive durante il giorno
 3. bendaggio compressivo con bende a lunga estensibilità
 4. eventualmente linfodrenaggio

2. Fase del compenso (settimane-mesi):

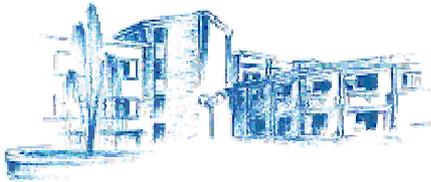
Obiettivi riabilitativi:

Ottimizzare le funzionalità residue

Enfatizzare le potenzialità latenti

Modalità di trattamento:

- Monitoraggio igiene posturale
- Ripresa motilità volontaria
- Rieducazione in reparto per:
 1. ADL



Congregazione Suore Ancelle della Carità
Casa di Cura
“Domus Salutis”

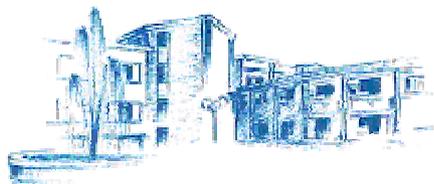
2. passaggi posturali e spostamenti,
 3. ove possibile, deambulazione
- Recupero di autonomia nei passaggi posturali e nel controllo della stazione eretta ove possibile
 - Training della deambulazione con e senza ausili
 - Proseguire o incrementare il lavoro sull'autonomia nelle ADL anche con sedute in Terapia Occupazionale
 - Introduzione del trattamento con protocollo di Terapia Costrittiva, se i parametri di inclusione sono soddisfatti, per migliorare la funzionalità dell'arto superiore parietico
 - Valutazione del cammino con analisi elettromiografica dinamica
 - Se necessario correzione degli schemi patologici del cammino con tutori coscia-gamba-piede
 - Eventuale trattamento con tossina botulinica
 - Idrokinesi terapia se indicata
 - Proseguire con addestramento dei famigliari
 - Esecuzione delle scale, ove possibile, e deambulazione in ambiente esterno

3. Fase degli esiti (mesi ed anni)

Una volta dimesso il paziente viene inserito in follow up di controllo ambulatoriale a periodi variabili fino alla stabilizzazione degli esiti.

Obiettivi riabilitativi:

- Mantenere il massimo livello di indipendenza e di capacità funzionale raggiunto
- Mantenere la mobilità
- Verificare le capacità deambulatorie (analisi del cammino)
- Rivedere e migliorare l'autonomia nelle ADL e esecuzione del protocollo di Terapia Costrittiva ove necessario
- Educare al controllo della spasticità
- Insegnare esercizi di stretching globale
- Se necessario programmare trattamento con tossina botulinica
- Se necessario programmare ulteriori sedute di rieducazione motoria individuale e in ambiente di terapia occupazionale
- Eventuale indicazione a Chirurgia Funzionale per danni terziari dell'arto superiore o inferiore e invio alla Struttura Specialistica di riferimento.



Congregazione Suore Ancelle della Carità

Casa di Cura

“Domus Salutis”

BIBLIOGRAFIA

- ❑ Marchetti-Pillastrini. Neurofisiologia del movimento. Ed. Piccin, 1997
- ❑ Davies P. Steps to follow: guida al trattamento del paziente emiplegico adulto. Ed. Springer-Verlag, 1991
- ❑ Yelnik A et al. A clinical guide to assess the role of lower limb extensor overactivity in hemiplegic gait disorders. *Stroke*, 30: 580:585, 1999
- ❑ Wissel J. Management of spasticity associated pain with botulinum toxin A. *J Pain Symp Management*, 20(1): 44-49, 2000
- ❑ Ward AB. A summary of spasticity management- a treatment algorithm. *Eur J Neurol*, 9 (1): 48-52, 2002
- ❑ Simpson DM et al. Botulinum toxin type A in treatment of upper extremity spasticity: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Neurology*, 46: 1306-1310, 1996.
- ❑ Nugent JA et al. A dose response relationship between the amount of weight bearing exercise and walking outcome following cerebrovascular accident. *Arch Phys Med Rehabil*, 75: 399-402, 1994.
- ❑ Black-Schaffler RM et al. Stroke rehabilitation: comorbidities and complications. *Arch Phys Med Rehabil*, 80: S8-S16, 1999.
- ❑ Bissolotti L. , Calabretto C., Passeri W., Musolino A., Tira D. Valutazione della mobilità e del ricorso alle risorse riabilitative negli esiti stabilizzati di ictus cerebrali. *Medicina riabilitativa*, n°2: 115/124,2006