

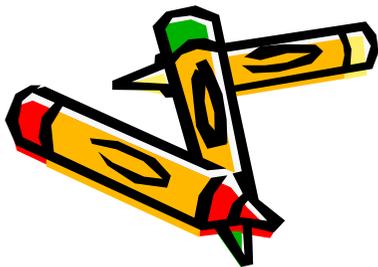
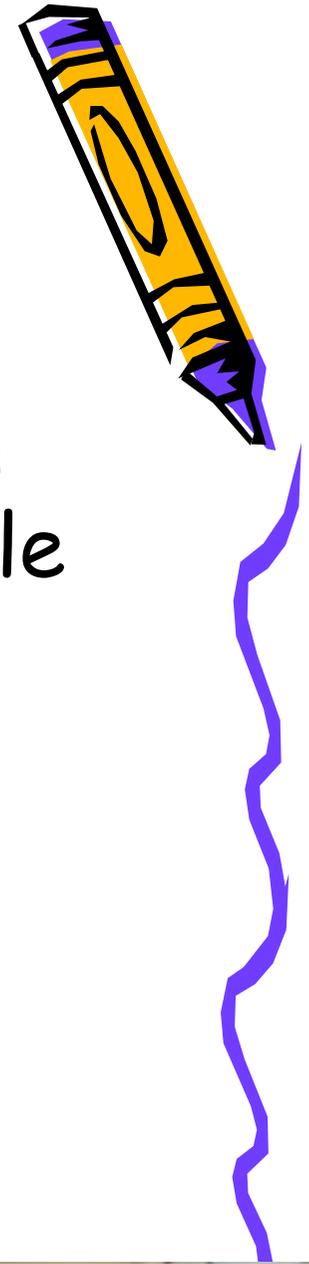


Ictus acuto:  
Monitoraggio  
e Complicanze nella  
Fase di Stato

Ictus Cerebrale:  
Linee Guida Italiane di Prevenzione e  
Trattamento



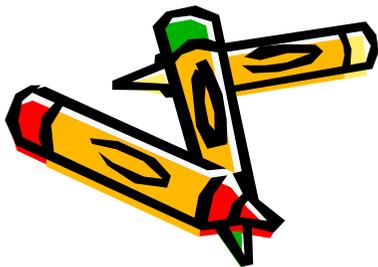
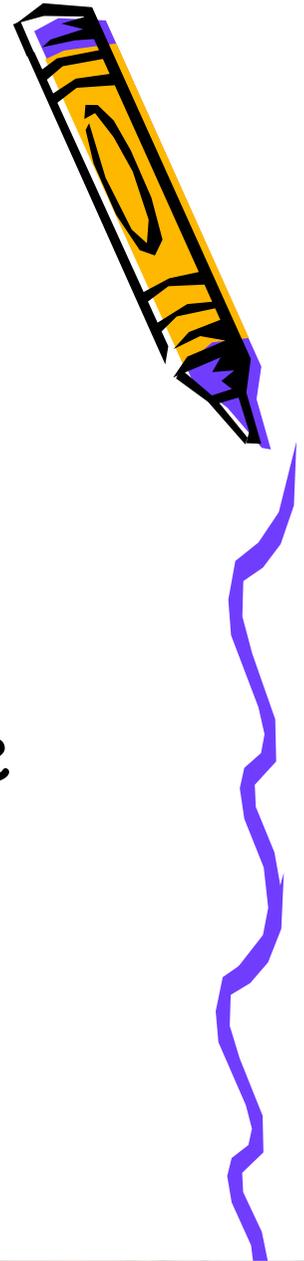
- Nelle prime 48 h dall'esordio di un ictus **è indicato** il monitoraggio delle funzioni vitali e dello stato neurologico.
- Questo va proseguito in caso di instabilità clinica.



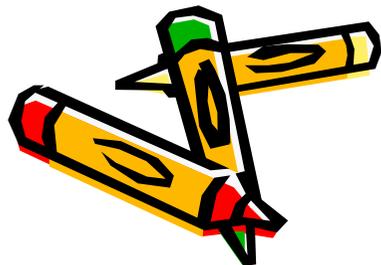
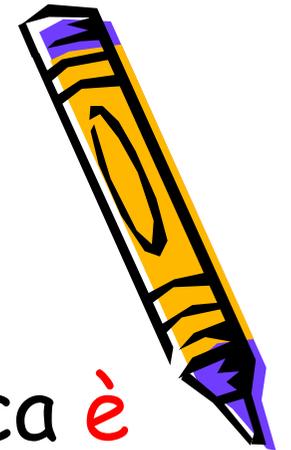
- Laddove sia disponibile, il monitoraggio ECG continuo è indicato nelle prime 48 h dall'esordio di ictus nei pazienti con una delle seguenti condizioni: cardiopatie preesistenti, storia di aritmie, pressione arteriosa instabile, elementi clinici suggestivi di insufficienza cardiaca, alterazioni dell'ECG di base, e nei casi in cui siano coinvolti i territori profondi dell'arteria cerebrale media e in particolare la corteccia insulare. In caso di instabilità clinica il monitoraggio è proseguito oltre le 48 ore.



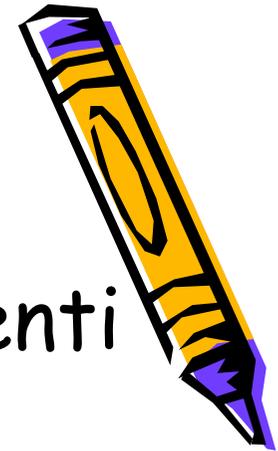
- Qualora non sia disponibile la strumentazione per il monitoraggio continuo **sono indicati** controlli ECG ripetuti nelle prime 24 h.



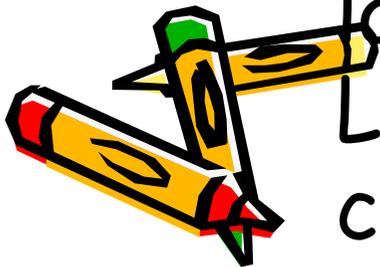
- Il monitoraggio, continuo o discontinuo, dello stato di ossigenazione ematica è **indicato** almeno nelle prime 24 ore dall'esordio di un ictus medio-grave.
- In caso di anomalie va proseguito fino alla stabilizzazione del quadro respiratorio.



- Nella fase di stato la somministrazione routinaria di ossigeno **non è indicata** nei pazienti con ictus acuto.

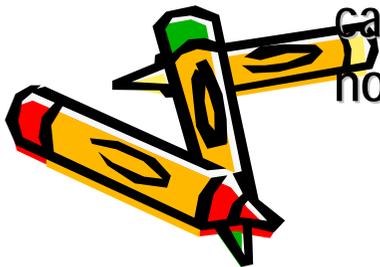


- La somministrazione di ossigeno **è indicata** nei pazienti in stato di ipossiemia ( $SaO_2 < 92\%$ ).
- In caso di ipossiemia moderata, in assenza di alterazioni del respiro, **è indicata** la somministrazione di ossigeno a 2-4 L/min, avviando la somministrazione con elevate concentrazioni di ossigeno.



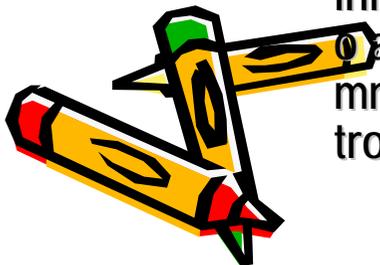
- Per il trattamento d'emergenza dell'ipertensione nei pazienti con ictus acuto **è indicato** il seguente algoritmo (da: *Stroke Coding Guide of the American Academy of Neurology*, <http://www.stroke-site.org>; febbraio 2003, modificato):

1. Lo sfigmomanometro automatico dovrebbe essere verificato contro uno di tipo manuale.
2. Se i valori di pressione diastolica, in due misurazioni successive a distanza di 5 minuti, superano i 140 mm Hg, iniziare l'infusione continua e.v. di un agente antipertensivo come la nitroglicerina o il nitroprussiato di sodio (0,5-1,0 mg/kg/min), di cui però va attentamente monitorizzato il rischio di edema cerebrale, particolarmente nei grandi infarti, data la loro capacità di aumentare la pressione intracranica. Pazienti con tali rilievi non sono candidati al trattamento trombolitico con t-PA.



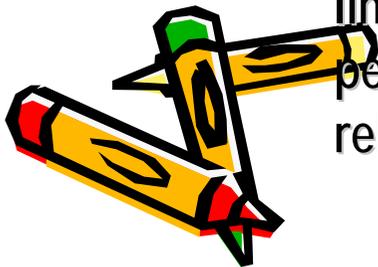
- Per il trattamento d'emergenza dell'ipertensione nei pazienti con ictus acuto **è indicato** il seguente algoritmo (da: *Stroke Coding Guide of the American Academy of Neurology*, <http://www.stroke-site.org>; febbraio 2003, modificato):

3. Se i valori di pressione sistolica sono  $>220$  mm Hg, o la pressione diastolica è tra 121-140 mm Hg, o la pressione arteriosa media è  $>130$  mm Hg in due misurazioni successive a distanza di 20 minuti, somministrare un farmaco antipertensivo facilmente dosabile come il labetalolo, 10 mg e.v. in 1-2 minuti. Tale dose può essere ripetuta o raddoppiata ogni 10-20 minuti fino ad un dosaggio cumulativo di 300 mg. Successivamente a tale approccio iniziale, il labetalolo può essere somministrato ogni 6-8 ore se necessario. Il labetalolo è sconsigliato nei pazienti con asma, scompenso cardiaco o gravi turbe della conduzione. In questi casi può essere usato l'urapidil (10-50 mg in bolo, ovvero infusione 0,15-0,5 mg/min). I pazienti che richiedono più di due dosi di labetalolo o altri farmaci antipertensivi per ridurre la pressione arteriosa sistolica  $<185$  mm Hg o diastolica  $<110$  mm Hg, non sono generalmente candidati alla terapia trombolitica.



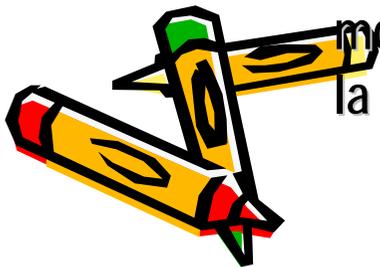
- Per il trattamento d'emergenza dell'ipertensione nei pazienti con ictus acuto **è indicato** il seguente algoritmo (da: *Stroke Coding Guide of the American Academy of Neurology*, <http://www.stroke-site.org>; febbraio 2003, modificato):

4. Se il valore di pressione sistolica è di 185-220 mm Hg o diastolica di 105-120 mm Hg, la terapia d'emergenza dovrebbe essere rimandata, se non coesiste una insufficienza ventricolare sinistra, una dissecazione aortica o un infarto miocardico acuto. Pazienti candidati alla terapia con t-PA, che presentino persistenti valori pressori elevati, sistolici >185 mm Hg o diastolici >110 mm Hg, possono essere trattati con piccole dosi di antipertensivo e.v. per mantenere i valori di PA giusto al di sotto di tali limiti. Tuttavia la somministrazione di più di due dosi di antipertensivo per mantenere sotto controllo la PA rappresenta una controindicazione relativa alla terapia trombolitica.



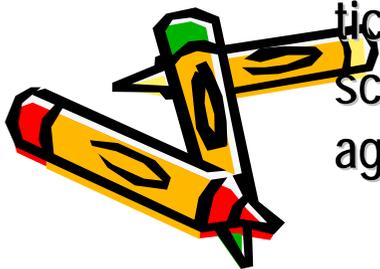
- Per il trattamento d'emergenza dell'ipertensione nei pazienti con ictus acuto **è indicato** il seguente algoritmo (da: *Stroke Coding Guide of the American Academy of Neurology*, <http://www.stroke-site.org>; febbraio 2003, modificato):

5. Non è indicato l'uso di calcio-antagonisti per via sublinguale per la rischiosa rapidità d'azione di questo tipo di somministrazione.
6. In caso di emorragia cerebrale è indicata la terapia antiipertensiva qualora i valori pressori siano: pressione sistolica >180 mm Hg o pressione diastolica >105 mm Hg.
7. La correzione della pressione arteriosa tramite agenti antiipertensivi nella fase acuta dell'ictus dovrebbe essere associata ad un attento monitoraggio dello stato neurologico per rilevare prontamente la comparsa di deterioramento.

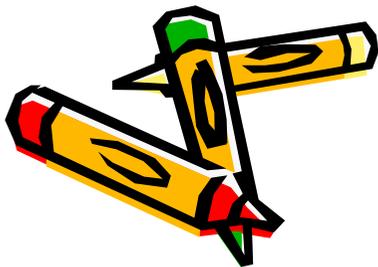
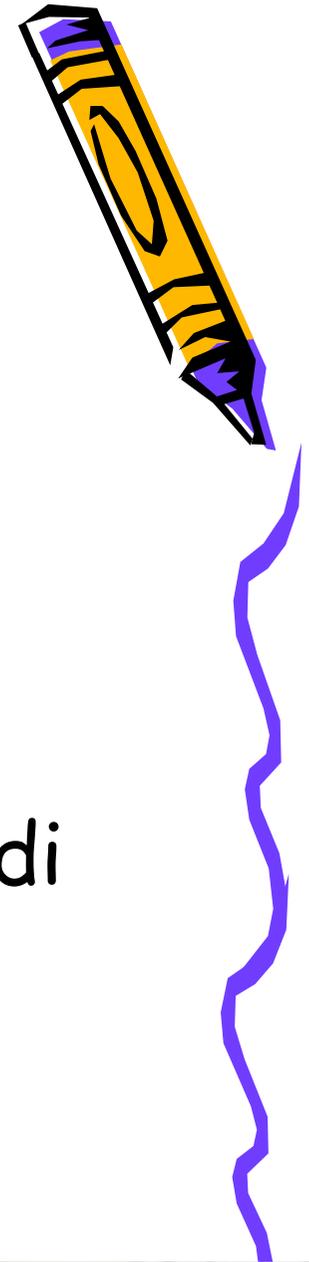


- Per il trattamento d'emergenza dell'ipertensione nei pazienti con ictus acuto **è indicato** il seguente algoritmo (da: *Stroke Coding Guide of the American Academy of Neurology*, <http://www.stroke-site.org>; febbraio 2003, modificato):

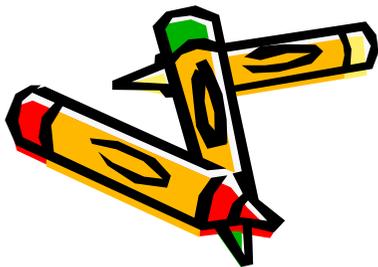
8. Nei pazienti con ictus ischemico acuto e pressione sistolica <185 mm Hg o diastolica <105 mm Hg, la terapia antipertensiva non è usualmente indicata.
9. Sebbene non vi siano dati per definire una soglia per il trattamento dell'ipotensione arteriosa nei pazienti con ictus acuto, questo viene raccomandato in caso di segni di disidratazione e/o di valori pressori significativamente inferiori a quelli usuali per il dato paziente. Le opzioni terapeutiche prevedono la somministrazione di fluidi e.v., il trattamento dello scompenso cardiaco congestizio e della bradicardia, ed eventualmente agenti vasopressori quali la dopamina.



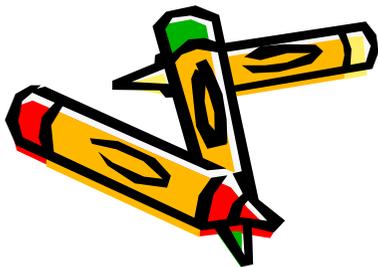
- Nei pazienti con ictus acuto è **indicato** il mantenimento di una adeguata volemia, calcolando la quantità di fluidi da somministrare sulla base di un accurato bilancio idrico.



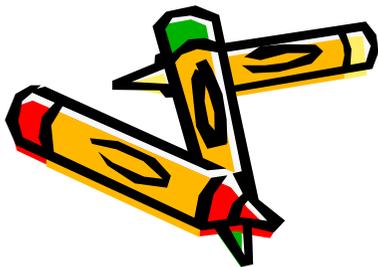
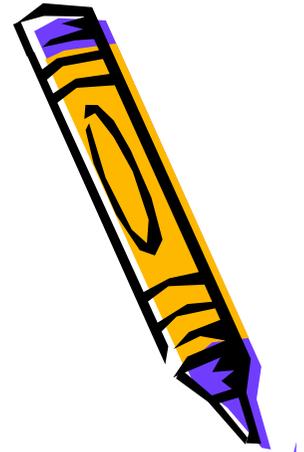
- Nei pazienti con ictus acuto la somministrazione di soluzioni ipotoniche (NaCl 0,45 %, glucosio 5%) **non è indicata** per il rischio di incremento dell'edema cerebrale.



- Le soluzioni contenenti glucosio **non sono indicate** dati gli effetti sfavorevoli dell'iperglicemia sull'esito neurologico.

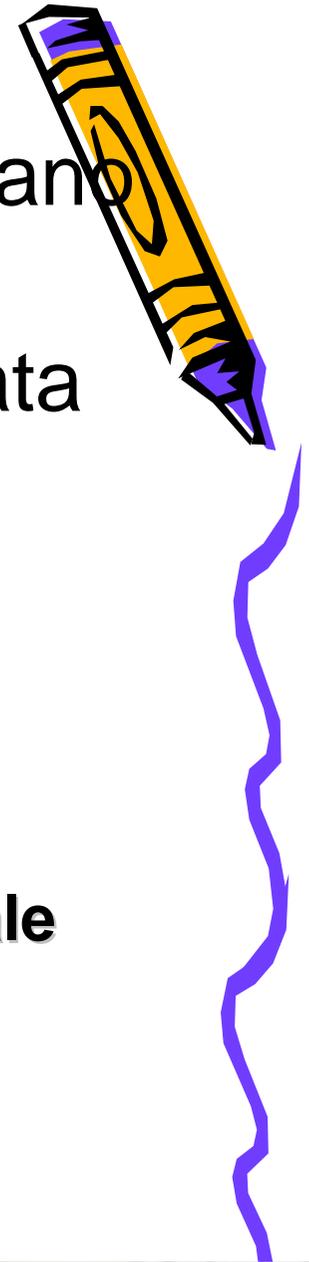
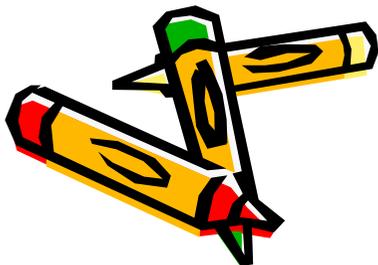


- Nei pazienti con ictus acuto la soluzione fisiologica **è indicata** quale cristalloide di scelta per fluidoterapia.

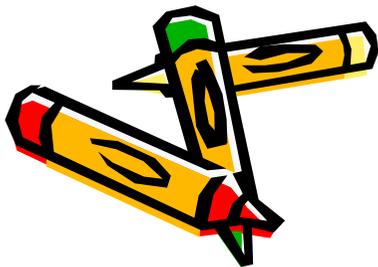
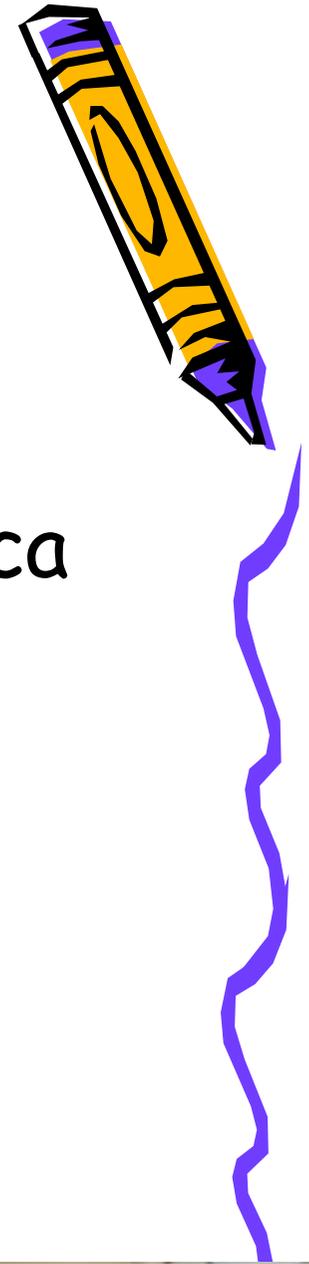


- Dati sia sperimentali che clinici indicano che l'ipertermia è dannosa a livello della lesione ischemica ed è associata sia ad un peggioramento clinico che ad un peggior esito funzionale.

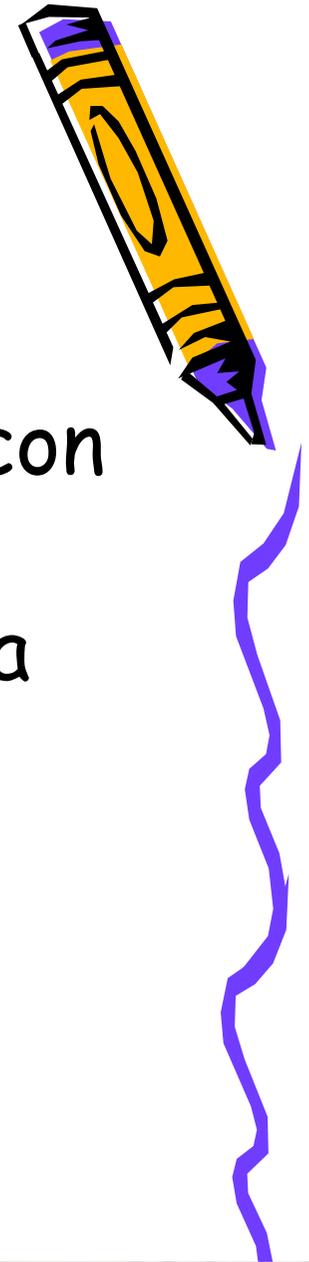
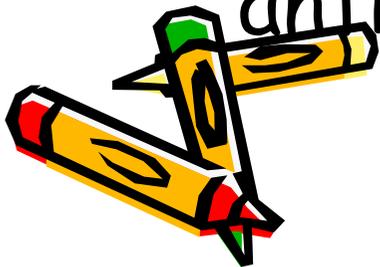
- **L'ipotermia ha un effetto neuroprotettivo.**
- **Circa il 50% dei pazienti con ictus cerebrale presenta ipertermia nell'arco delle 48 ore dall'insorgenza dell'evento.**



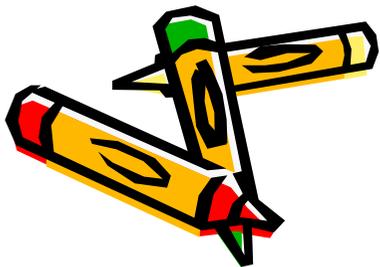
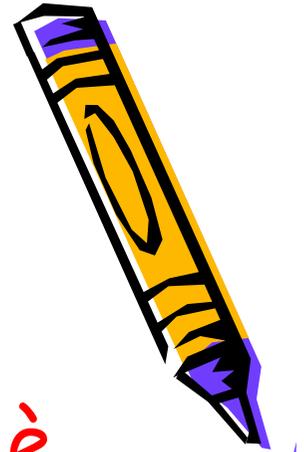
- Nei pazienti con ictus acuto è **indicata** la correzione farmacologica dell'ipertermia, preferibilmente con paracetamolo, mantenendo la temperatura al di sotto di 37°C.



- In presenza di febbre in pazienti con ictus acuto  
**è indicata** l'immediata ricerca della sede  
e della natura di una eventuale  
infezione  
finalizzata ad un trattamento  
antibiotico adeguato.

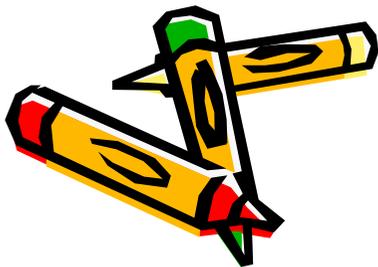


- In pazienti immunocompetenti **non è indicata** l'attuazione di profilassi antibiotica.



- L'infezione delle vie urinarie è la più comune complicanza infettiva nel paziente con ictus acuto, ed il rischio dipende sostanzialmente dalla durata della cateterizzazione.

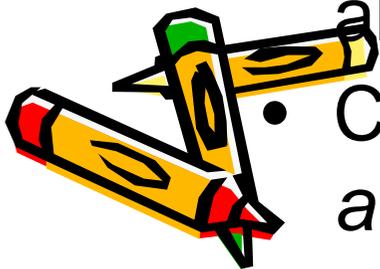
- **La terapia iniziale è empirica e basata sulla prescrizione di una penicillina semisintetica protetta o, in pazienti allergici, di un fluorochinolone (tenendo conto del rischio convulsivo associato); nei casi gravi si potrà associare un aminoglicoside oppure somministrare un carbapenemico in monoterapia.**
- **Il trattamento antibiotico potrà essere modificato sulla base dei risultati dell'urinocoltura e relativo antibiogramma.**



- La polmonite, che include la polmonite da aspirazione, è la seconda più frequente complicanza infettiva nel paziente con ictus acuto.

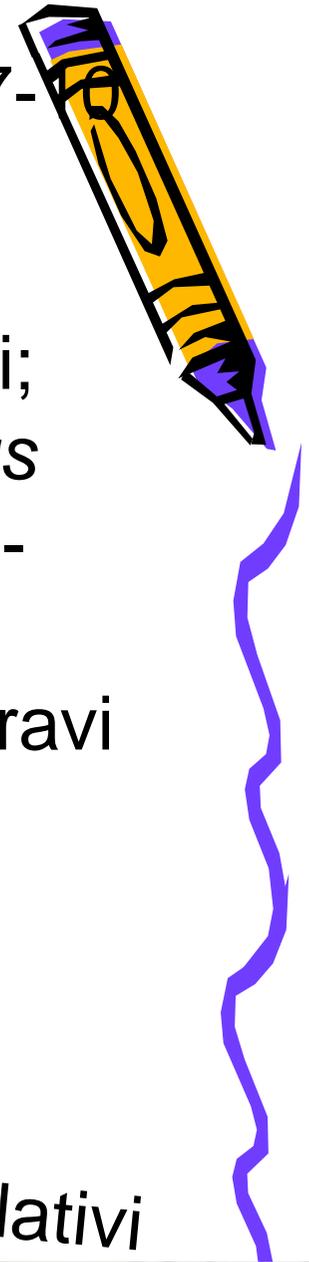
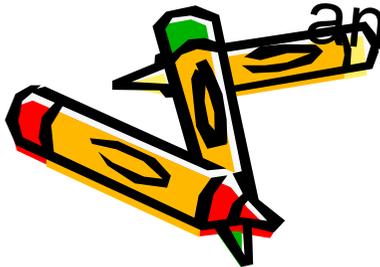
- La terapia sarà almeno inizialmente empirica utilizzando una monoterapia con un carbapenemico o con una cefalosporina ad amplissimo spettro o una penicillina semisintetica ad ampio spettro in associazione al metronidazolo.

- Considerato il possibile ruolo eziologico di *S. aureus* e la sua frequente resistenza



- Il trattamento dovrà essere protratto per 7-10 giorni nelle infezioni da *S. aureus* meticillino-sensibile o da patogeni respiratori classici; per 10-14 giorni in quelli dovuti a *S aureus* meticillino-resistente e bacilli aerobi gram-negativi; per 14-21 giorni in caso di coinvolgimento multilobare, cavitazioni, gravi condizioni di fondo.

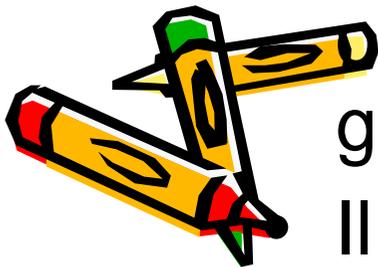
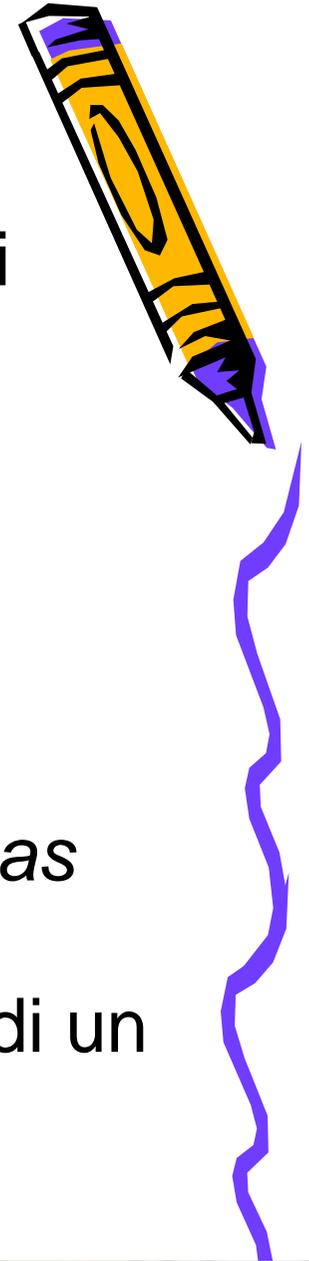
- Il trattamento antibiotico potrà essere modificato sulla base dei risultati delle colture e relativi antibiogrammi.



- Poiché il principale fattore di rischio di batteriemia è rappresentato dalla presenza di cateteri vascolari, è indicata un'adeguata gestione di tali presidi medico-chirurgici.

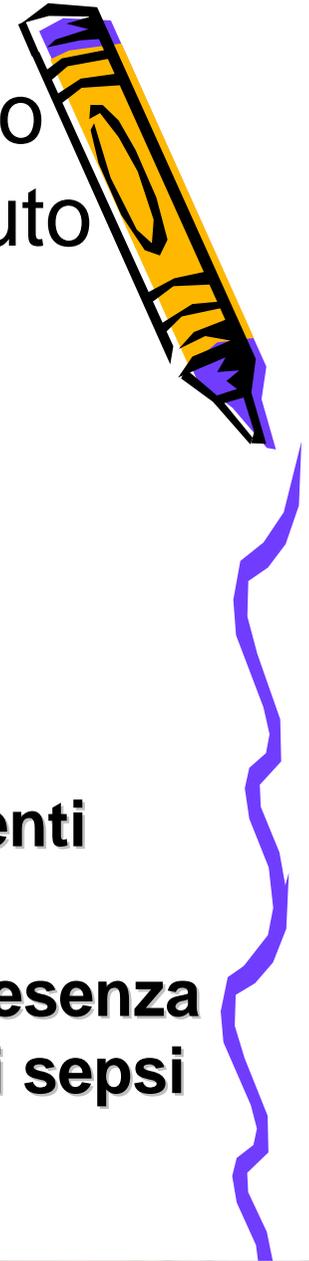
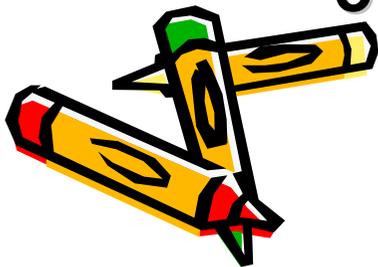
- La terapia iniziale è empirica e basata sull'associazione di una beta-lattamina anti-*Pseudomonas* (piperacillina/tazobactam, ticarcillina/clavulanato, ceftazidime) e di un aminoglicoside (oppure di cefepime meropenem da soli), insieme con un glicopeptide.

Il trattamento antibiotico potrà essere

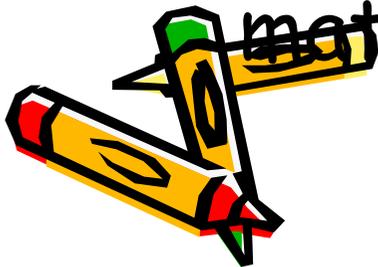
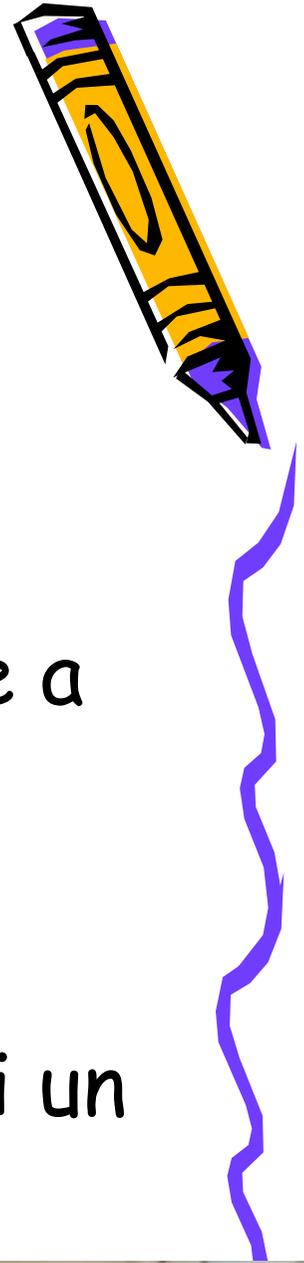


- Le piaghe da decubito rappresentano una grave complicanza dell'ictus acuto associata ad una aumentata mortalità e ad un peggiore andamento clinico e funzionale.

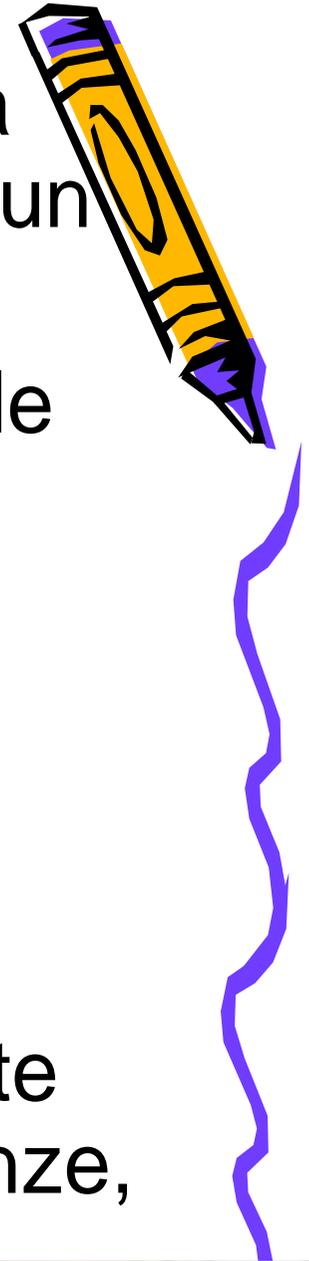
- **Il rischio di piaghe da decubito è più alto nei pazienti obesi, nei diabetici e nei pazienti iponutriti.**
- **La terapia antibiotica è indicata solo in presenza di un'estesa cellulite, di segni e sintomi di sepsi o di positività delle emocolture.**



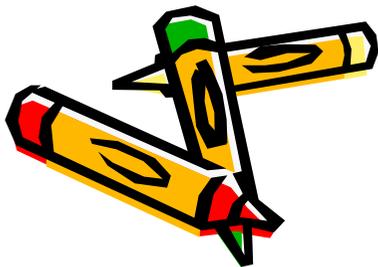
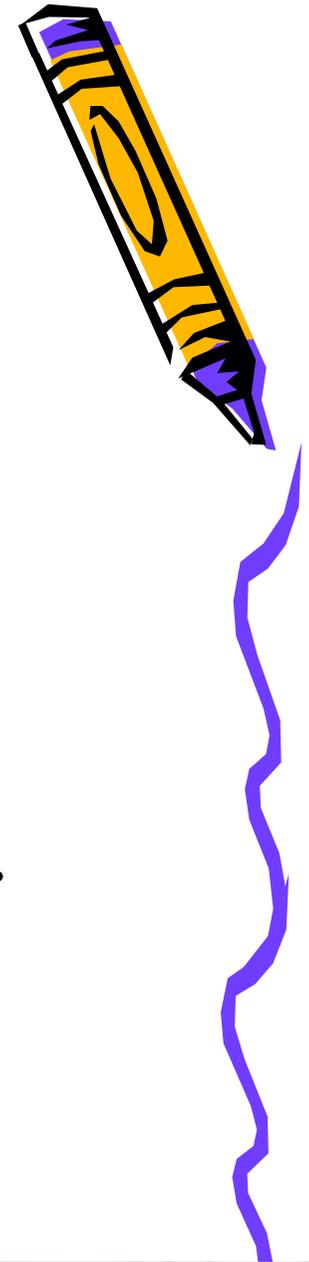
- Nei pazienti con ictus acuto è **indicata** la prevenzione delle piaghe da decubito basata sul cambiamento di posizione del paziente, con intervallo variabile da 1 a 4 ore a seconda dei fattori di rischio per lesioni da decubito, su una minuziosa igiene e sull'uso di un materasso ad aria o ad acqua.



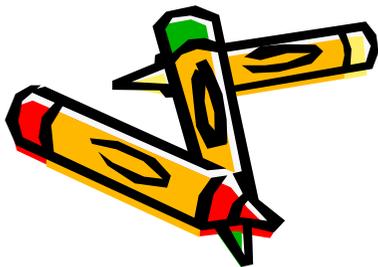
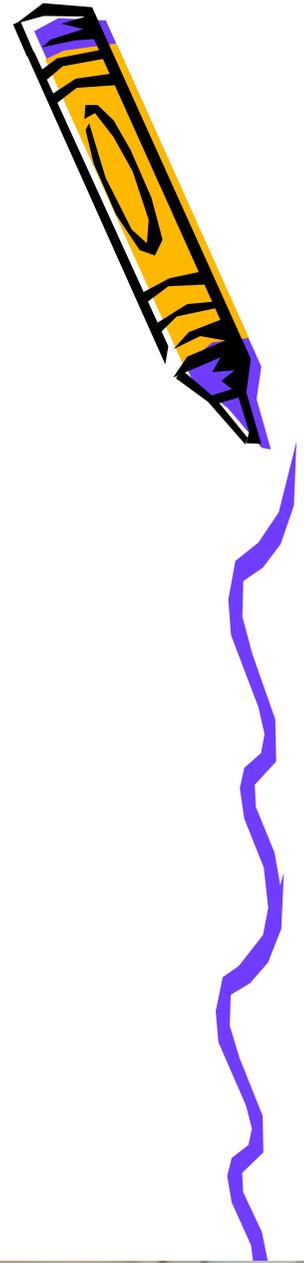
- La malnutrizione proteico-energetica nel paziente affetto da ictus acuto è un evento frequente.
- La valutazione dello stato nutrizionale è fondamentale per evidenziare precocemente situazioni di malnutrizione per eccesso o per difetto e per mantenere o ripristinare uno stato nutrizionale adeguato.
- Una nutrizione adeguata è importante per evitare la comparsa di complicanze, per ridurre i tempi di ospedalizzazione, per migliorare qualità



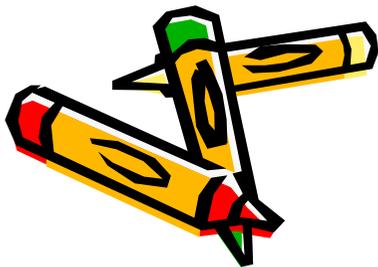
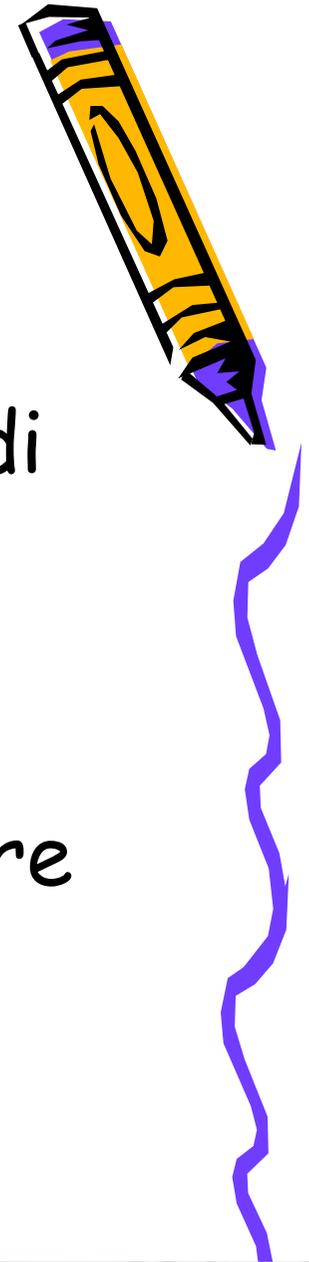
- La valutazione dello stato di nutrizione e l'intervento nutrizionale **sono indicati** come componente essenziale dei protocolli diagnostici-terapeutici dell'ictus, sia in fase acuta che durante il periodo di riabilitazione.



- È indicato che figure professionali esperte (medico nutrizionista, dietista) facciano parte del gruppo multidisciplinare che gestisce il lavoro della *stroke unit*.



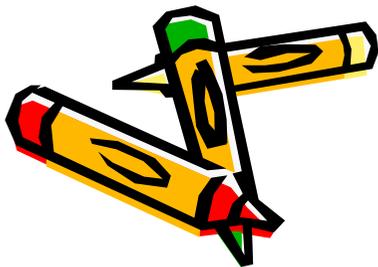
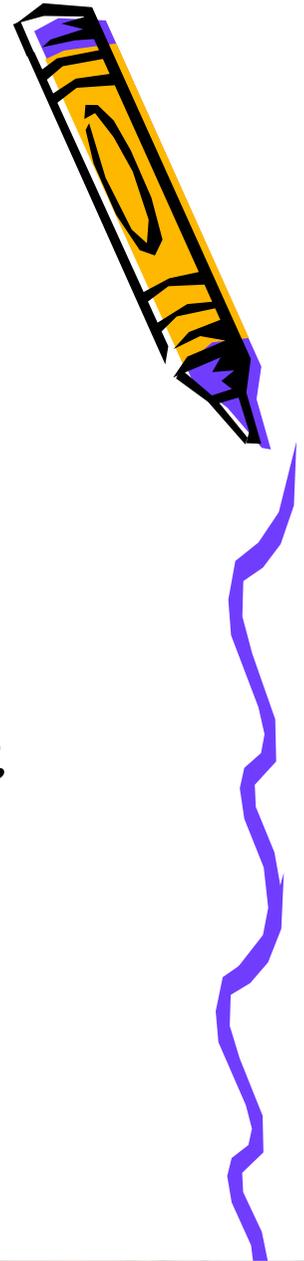
- È indicato includere le procedure di valutazione del rischio nutrizionale fra gli standard per l'accreditamento delle strutture sanitarie.



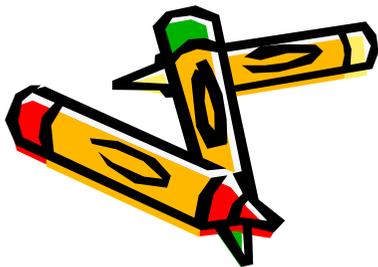
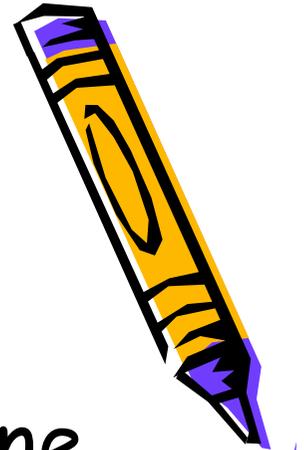
- I protocolli diagnostici essenziali per la valutazione dello stato nutrizionale e del rischio nutrizionale nel paziente affetto da ictus includono:
  - a. gli indici nutrizionali integrati, che vanno effettuati all'ingresso nell'ospedale o nella struttura riabilitativa;
  - b. le misure antropometriche, gli indici biochimici, la rilevazione dell'assunzione dietetica e delle condizioni mediche associate
- da ripetere nel corso del ricovero con periodicità differente, in relazione al rischio nutrizionale individuale.



- È indicato che, all'ingresso nell'ospedale e nella struttura riabilitativa, si proceda alla valutazione del rischio nutrizionale utilizzando il *Nutritional Risk Screening* (NRS) o il *Malnutrition Universal Screening Tool* (MUST).

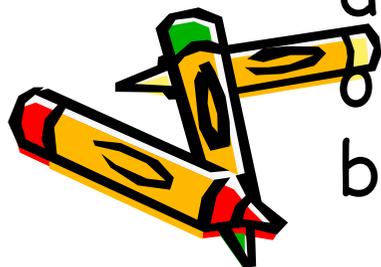
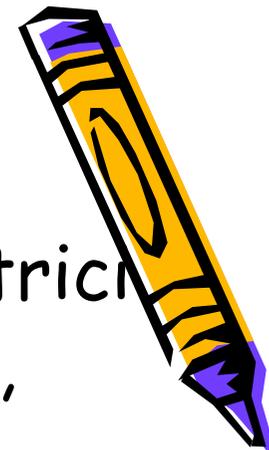


- È indicato procedere alla valutazione del rischio nutrizionale entro 24-48 h dal ricovero.

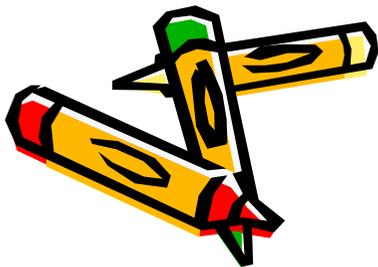
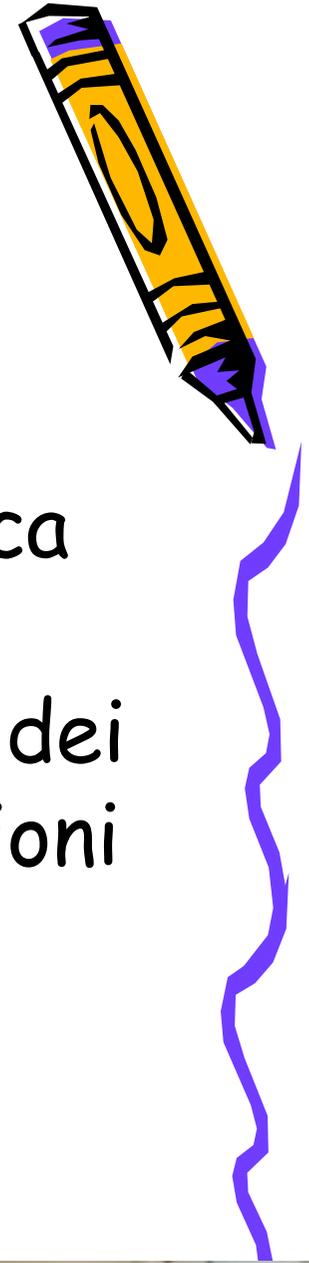


- Nel paziente in grado di mantenere la postura eretta **sono indicati** misure e indici antropometrici essenziali quali circonferenza della vita, calcolo dell'Indice di Massa Corporea (IMC) e stima del decremento ponderale non intenzionale.

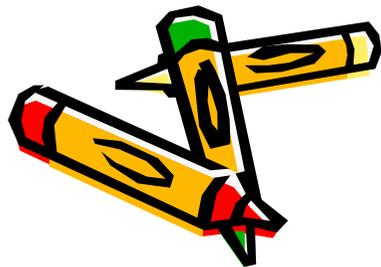
- Nel paziente non deambulante **sono indicati** le misurazioni antropometriche di: peso corporeo, se disponibili attrezzature speciali; semiampiezza delle braccia, in luogo dell'altezza, per il calcolo dell'IMC o, in alternativa, la circonferenza del braccio



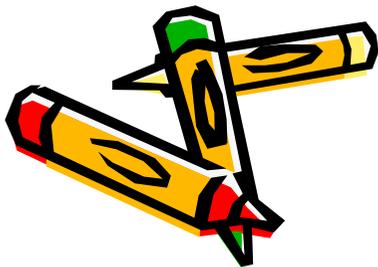
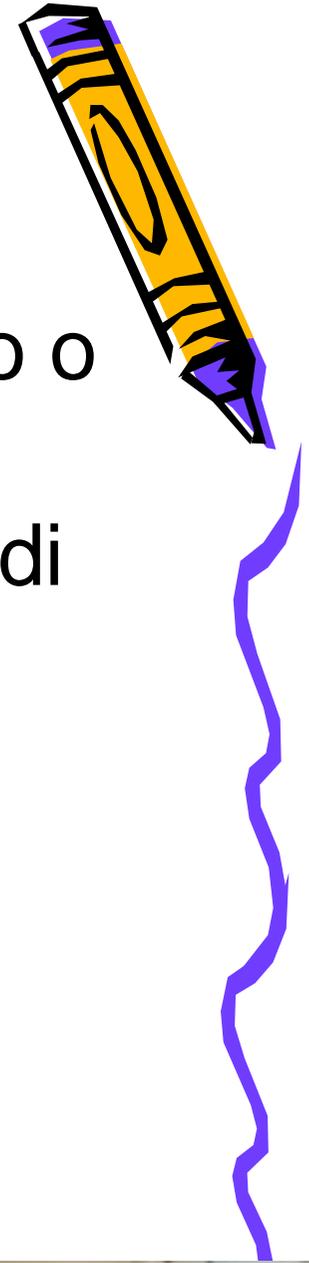
- Nel protocollo di valutazione dello stato di nutrizione **sono indicate** la valutazione dell'assunzione dietetica e la valutazione clinica; il dosaggio dell'albumina e la conta dei linfociti **sono indicati** quali valutazioni biochimiche essenziali.



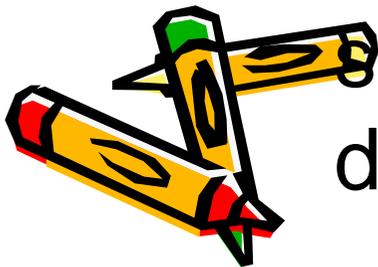
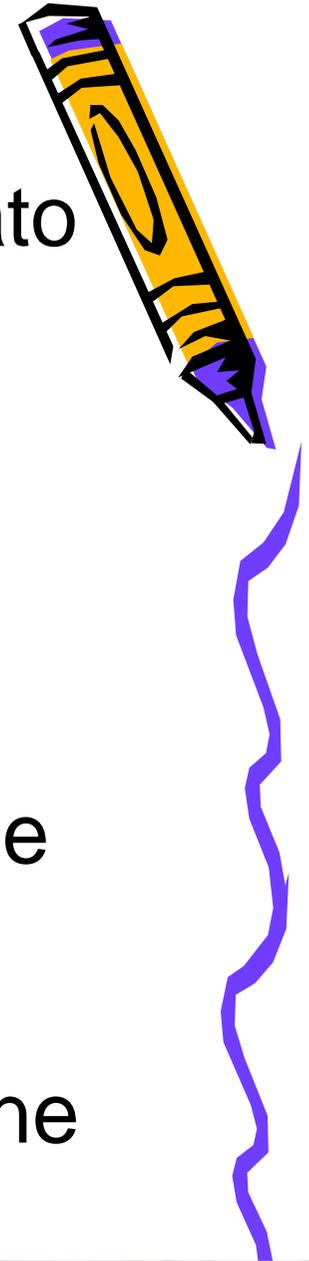
- Obiettivi del supporto nutrizionale in fase acuta sono la prevenzione o il trattamento della malnutrizione proteico-energetica, di squilibri idro-elettrolitici o di carenze selettive (minerali, vitamine, antiossidanti, ecc.)..



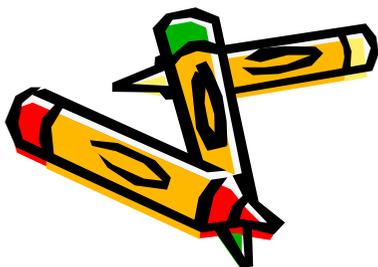
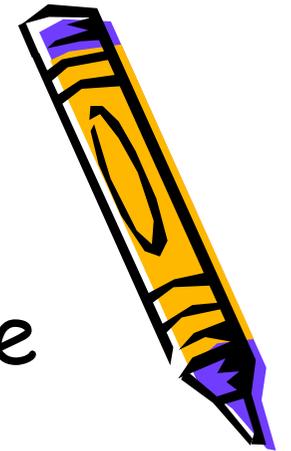
- Il fabbisogno di energia si calcola applicando il metodo fattoriale, e cioè misurando o stimando il metabolismo basale e correggendo tale valore per il livello di attività fisica (LAF) o per i fattori di malattia, espressi in multipli del metabolismo basale: sono in genere indicati valori compresi tra 1,2 e 1,5 volte il metabolismo basale.



- Il fabbisogno minimo di proteine è di circa 1 g/kg di peso corporeo misurato (se normopeso) o desiderabile (in caso di obesità o magrezza) e fino 1,2~1,5 g/kg al giorno in presenza di condizioni ipercataboliche o piaghe da decubito.
  - Il *timing* e la scelta della modalità di somministrazione della nutrizione sono condizionati innanzitutto dalle condizioni cliniche del paziente

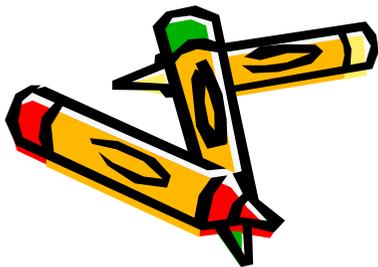
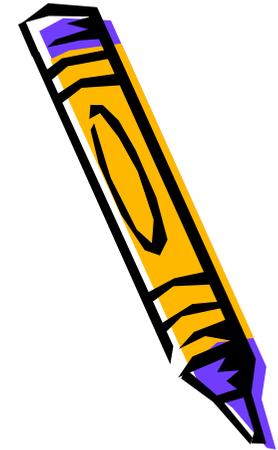


- Nei pazienti in cui è possibile l'alimentazione per os, **non è indicata** l'utilizzazione routinaria di integratori dietetici, in quanto non associata ad un miglioramento della prognosi.
- L'utilizzazione di integratori dietetici deve essere guidata dai risultati della valutazione dello stato nutrizionale.

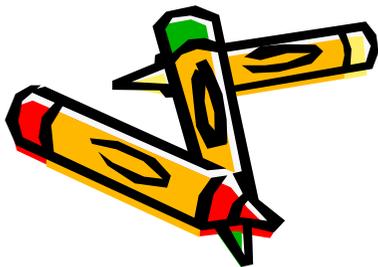


- Il programma nutrizionale del soggetto affetto da ictus in fase acuta prevede le seguenti opzioni:

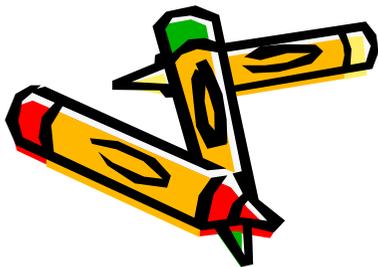
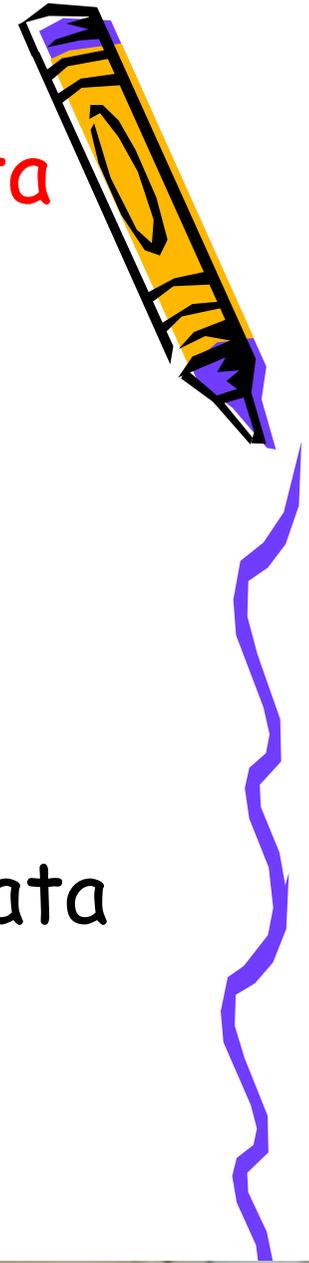
- *soggetti non disfagici normonutriti*: alimentazione per os seguendo il profilo nutrizionale delle Linee Guida per una Sana Alimentazione;
- *soggetti non disfagici con malnutrizione proteico-energetica*: alimentazione per os con l'aggiunta di integratori dietetici per os;
- *soggetti con disfagia*: adattamento



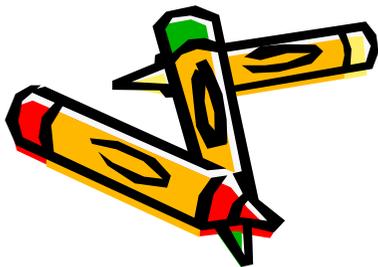
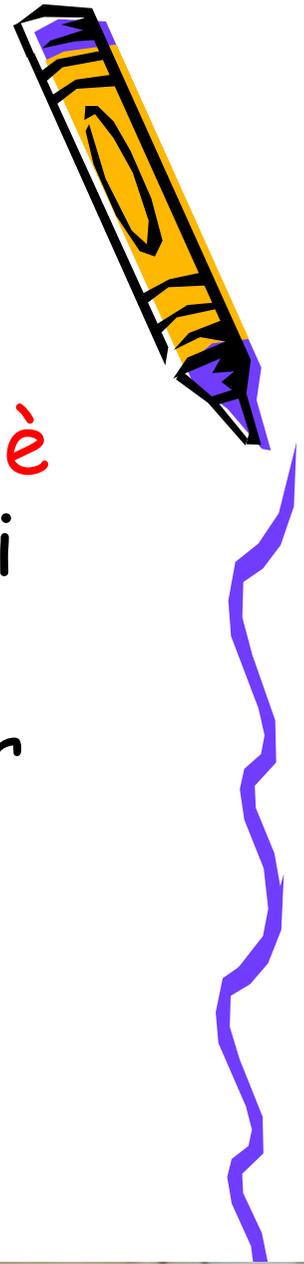
- Nel soggetto affetto da ictus in fase acuta la terapia nutrizionale artificiale di scelta è rappresentata dalla nutrizione enterale.
- **È indicato** iniziare il trattamento di nutrizione enterale precocemente e comunque non oltre 5-7 giorni nei pazienti normonutriti e non oltre le 24-72 ore nei pazienti malnutriti.



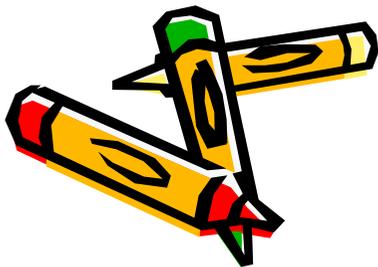
- La nutrizione parenterale è indicata esclusivamente laddove la via enterale non sia realizzabile o sia controindicata o quale supplementazione alla nutrizione enterale qualora quest'ultima non consenta di ottenere un'adeguata somministrazione di nutrienti.



- Nei pazienti che non deglutiscono, è **indicato** attendere uno o due giorni prima di posizionare il sondino, idratando il paziente per via parenterale.

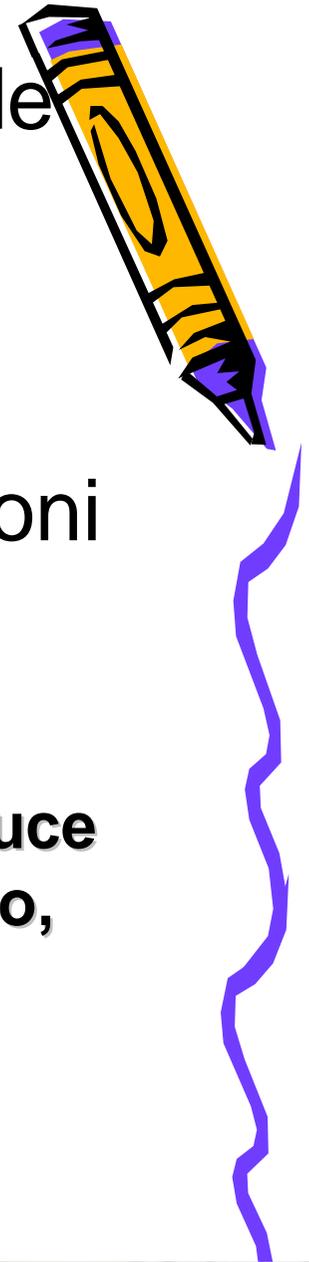
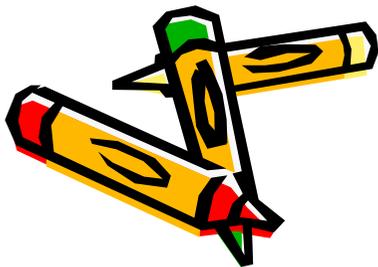


- La nutrizione enterale tramite sondino naso-gastrico e con l'ausilio di pompe peristaltiche è ritenuta più appropriata rispetto alla nutrizione parenterale per il supporto nutrizionale a breve termine in pazienti con grave disfagia da ictus; l'uso del sondino naso-gastrico può essere problematico, specie nei pazienti anziani.

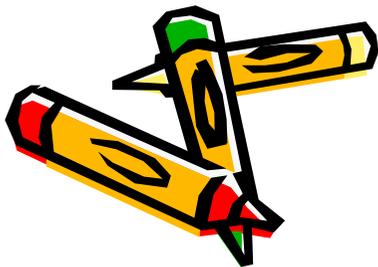
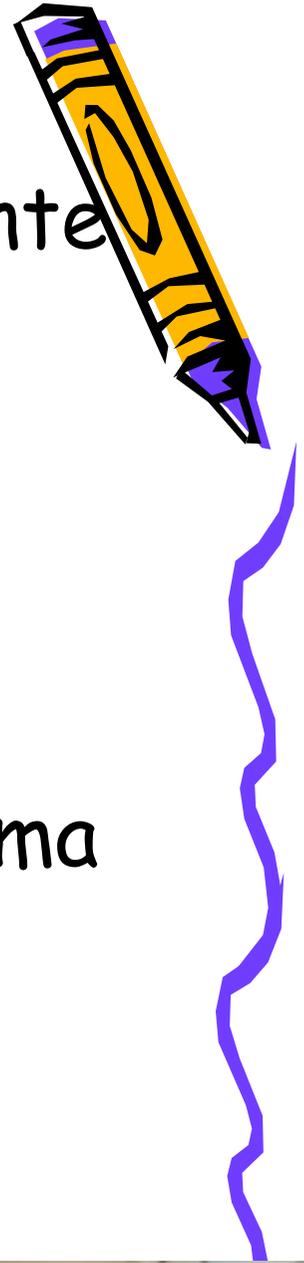


- Il posizionamento del sondino in sede gastrica può non abolire il rischio di inalazione in caso di svuotamento gastrico ritardato, particolarmente nei pazienti con lesioni cerebrali più gravi.

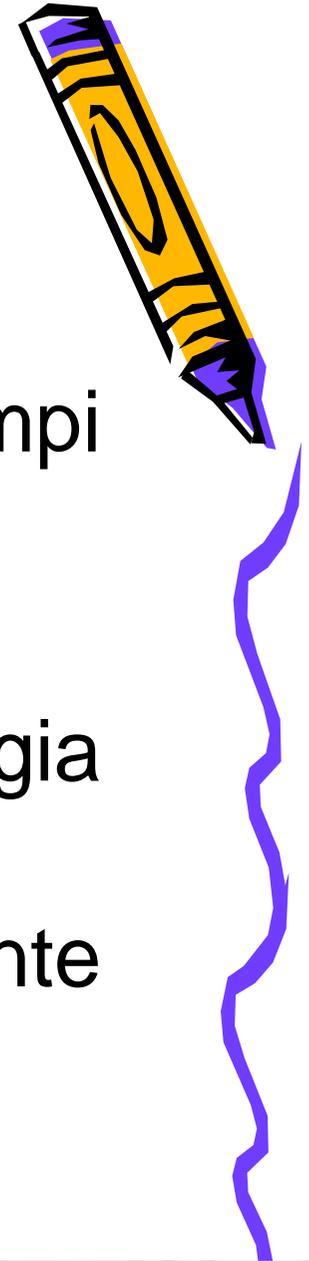
- **In questi casi il rischio di inalazione si riduce se il bolo viene immesso lontano dal piloro, oltre l'angolo di Treitz.**



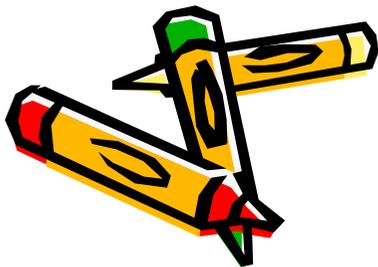
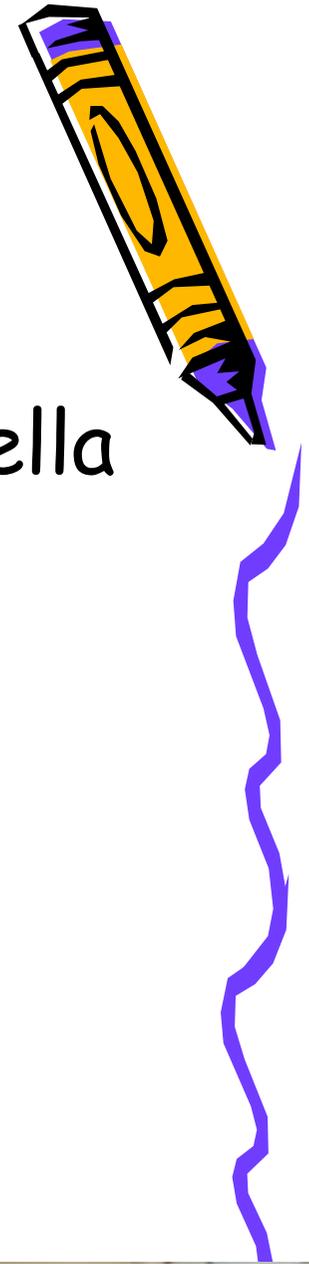
- Nei soggetti con disfagia persistente post ictus e se è ipotizzabile una durata superiore a due mesi, va preso in considerazione il ricorso alla PEG (gastrostomia percutanea endoscopica), da praticarsi non prima di 4 settimane dall'evento.



- La disfagia è una conseguenza frequente dell'ictus con ricadute negative sull'esito clinico e funzionale, sulla mortalità e sui tempi di degenza.
- Oltre alla malnutrizione, possibili complicanze determinate dalla disfagia sono: l'aspirazione di materiale estraneo con conseguente bronco-pneumopatia *ab ingestis*; la disidratazione e l'emoconcentrazione con effetti secondari negativi sulla perfusione

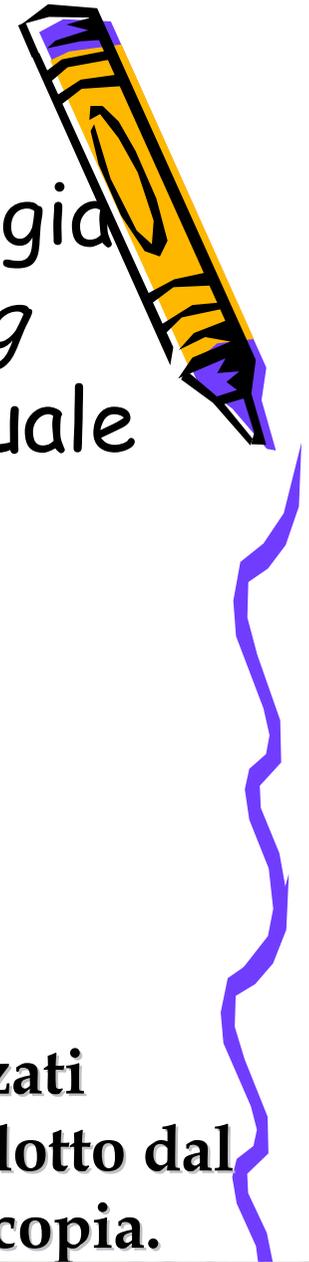
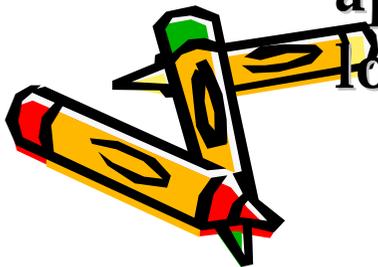


- Un monitoraggio standardizzato della funzione deglutitoria **è indicato** al fine di prevenire le complicanze secondarie alla disfagia.

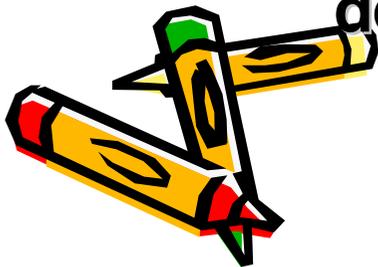
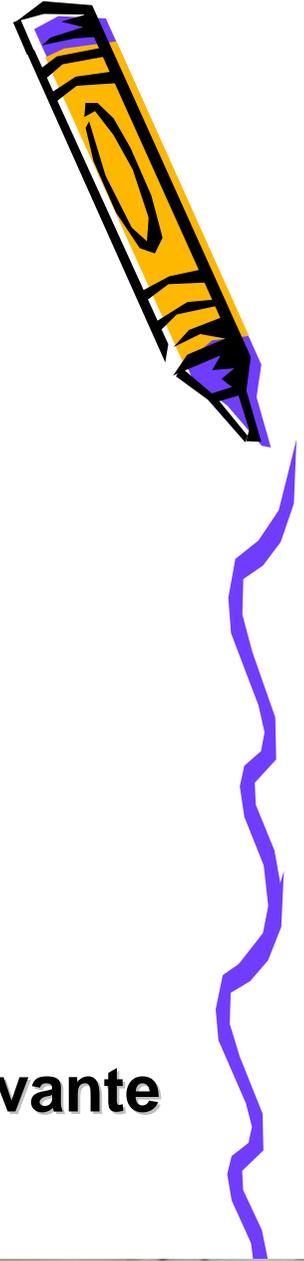


- Una valutazione clinica standardizzata del rischio di disfagia (usando il BSA: *Bedside Swallowing Assessment*) e un test semplice, quale il test della deglutizione di acqua, **sono indicati** in tutti i pazienti con ictus acuto.

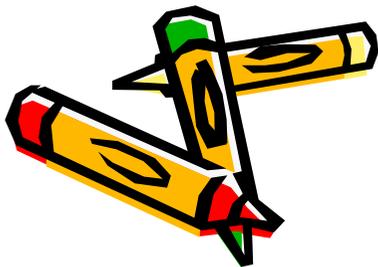
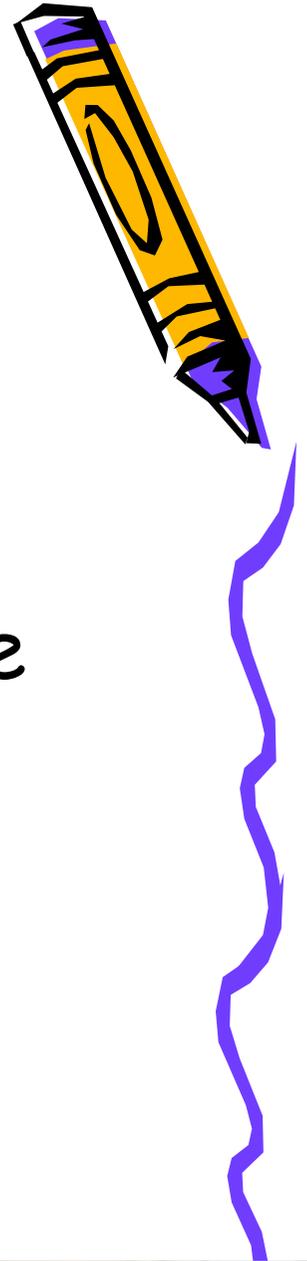
- **In centri specializzati possono essere utilizzati approcci più sofisticati quali un esame condotto dal logopedista o dal foniatra o la videofluoroscopia.**



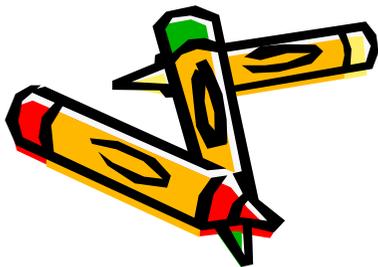
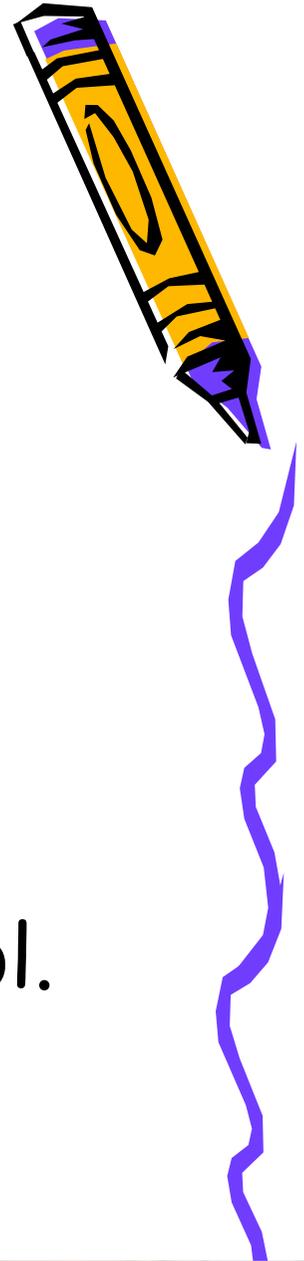
- L'iperglicemia è associata ad una maggiore gravità della lesione ischemica cerebrale e ad una aumentata morbosità e mortalità sia in condizioni sperimentali che nell'uomo.
  - **Nel paziente diabetico lo scompenso del metabolismo glucidico rappresenta una grave complicanza.**
  - **L'ipoglicemia può essere un fattore aggravante del danno ischemico cerebrale.**



- In pazienti con ictus acuto e iperglicemia >200 mg/dl **è indicata** la correzione con terapia insulinica.

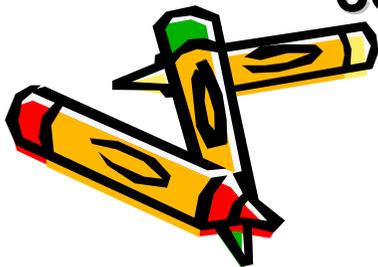


- In pazienti con ictus acuto e ipoglicemia **è indicata** la pronta correzione tramite infusione di destrosio in bolo e.v., associando tiamina 100 mg in caso di malnutrizione o di abuso di alcool.

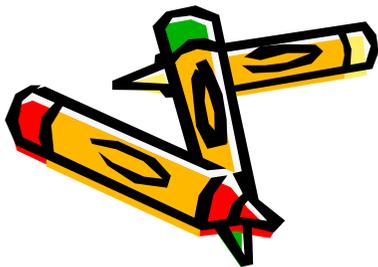
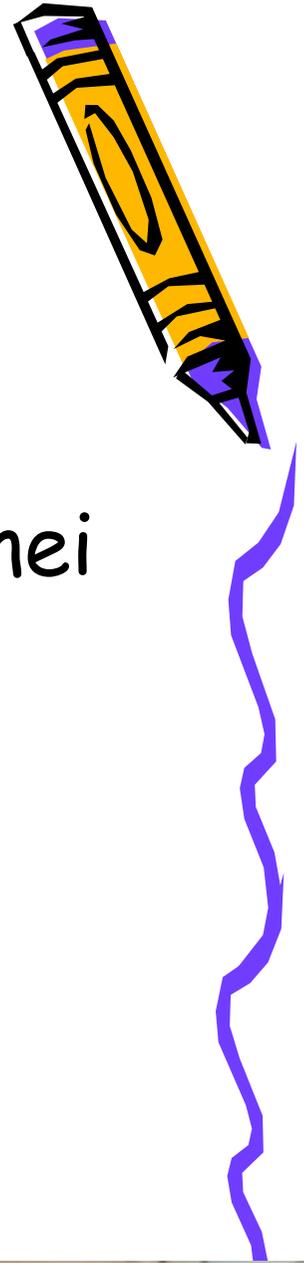


- L'ictus cerebrale si accompagna frequentemente a disfunzioni vescicali la cui entità e natura sono correlate alla sede ed entità del danno cerebrale.

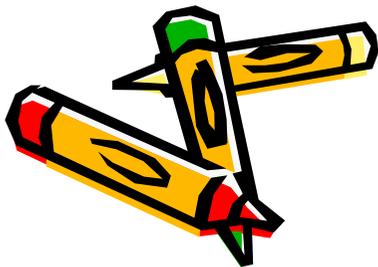
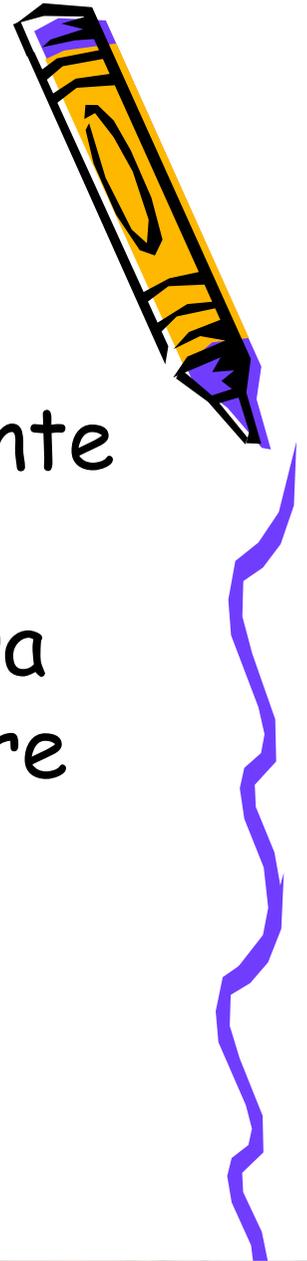
- **La presenza di un'incontinenza urinaria nella fase acuta dell'ictus è un fattore prognostico indipendente di morte e disabilità residua grave.**
- **La ritenzione e il residuo post-minzionale si associano frequentemente a infezioni del tratto urinario a loro volta causa di ulteriori complicazioni del quadro clinico.**



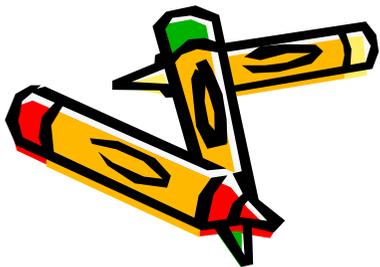
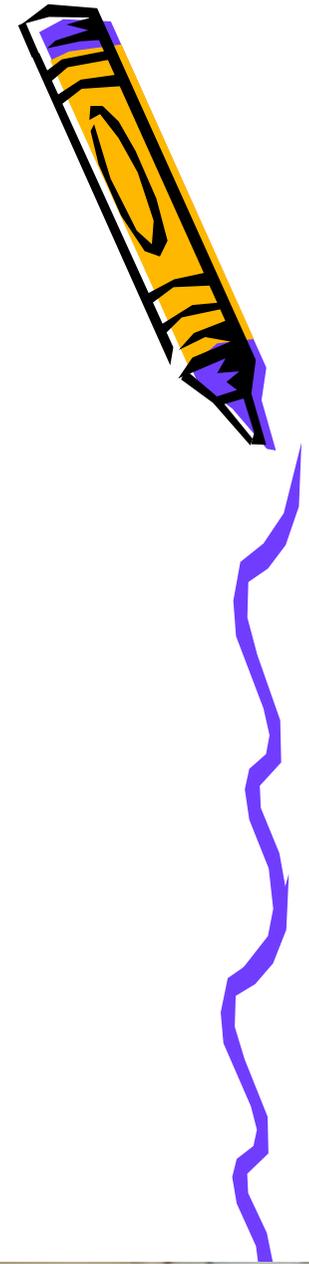
- Il posizionamento a dimora di un catetere vescicale **è indicato solo** nei pazienti con grave disfunzione vescicale.



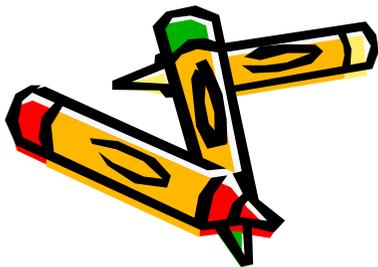
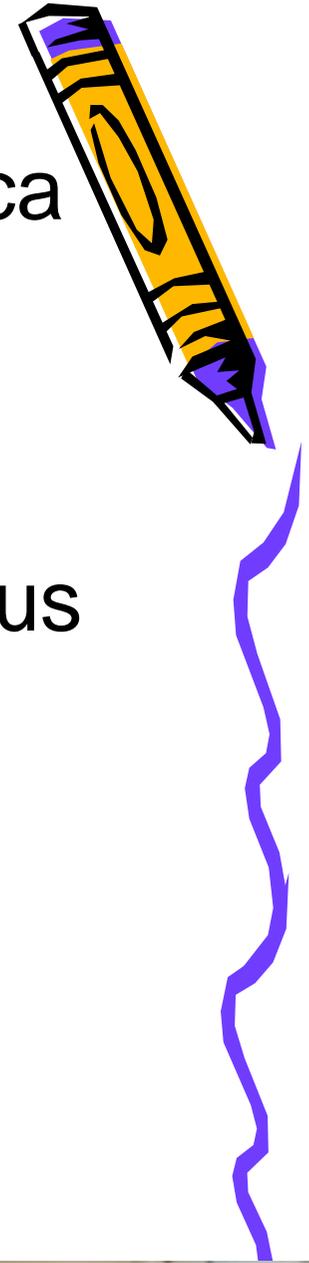
- Nei pazienti senza apparenti disfunzioni vescicali **è indicato** controllare periodicamente l'esistenza di residuo post-minzionale e qualora se ne verifici la presenza praticare la cateterizzazione sterile intermittente.



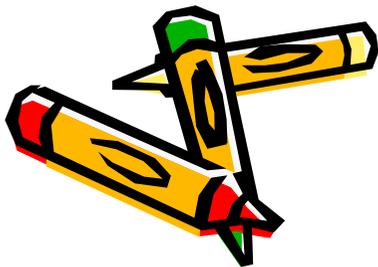
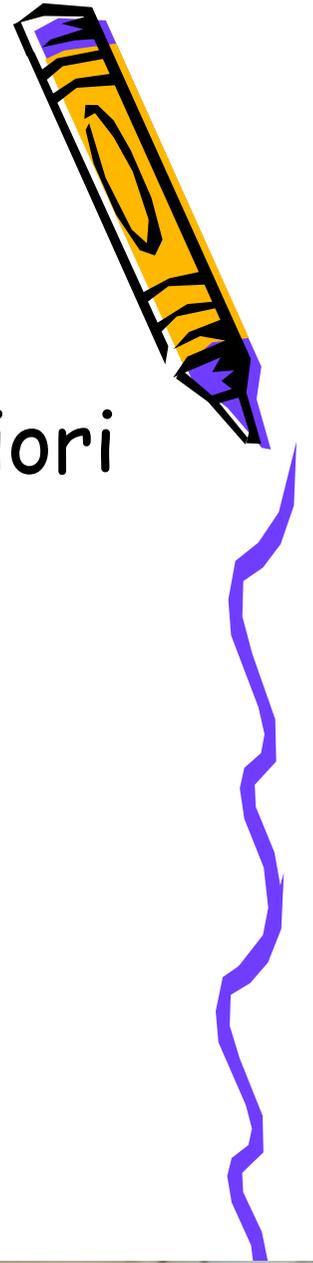
- È indicato evitare il cateterismo vescicale quando non è necessario.



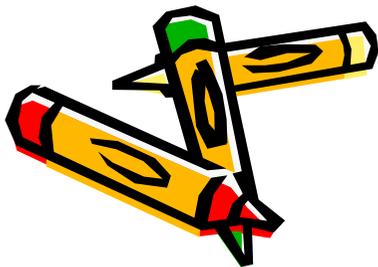
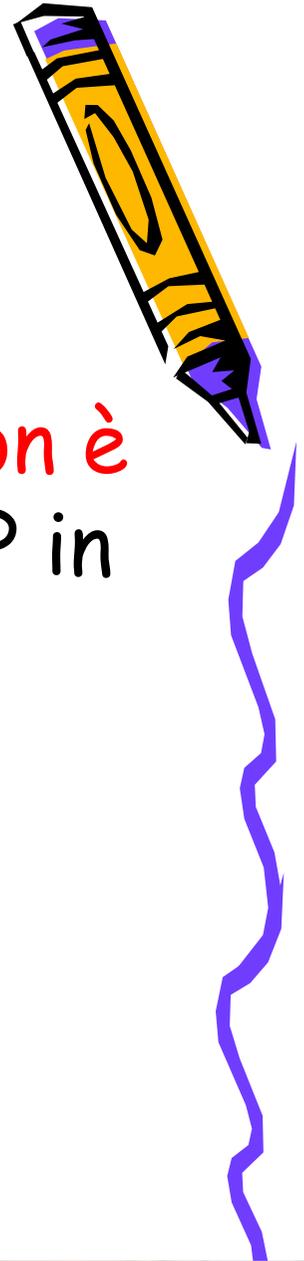
- La valutazione della probabilità clinica di trombosi venosa profonda (TVP) secondo criteri standardizzati (vedi testp) può essere utile nella valutazione dei pazienti con ictus in cui si sospetti una TVP, al fine di programmare il successivo iter diagnostico.



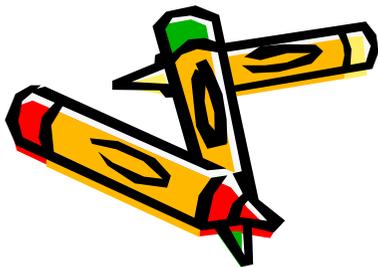
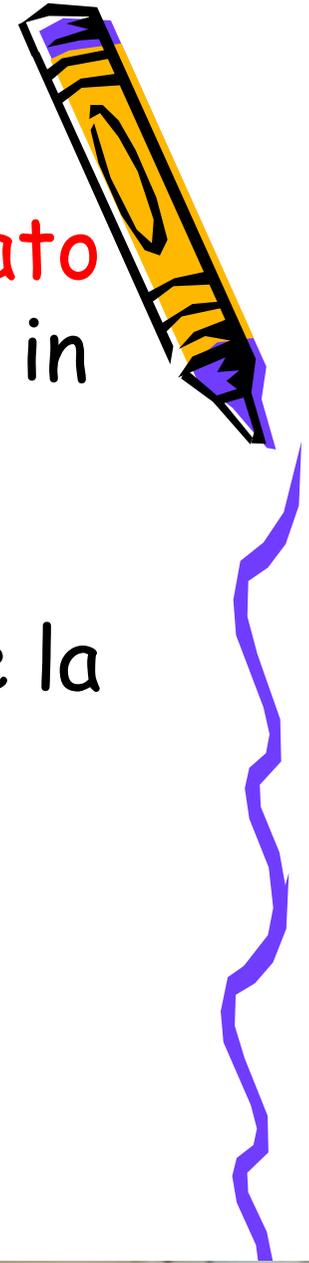
- Nel sospetto di TVP agli arti inferiori in un paziente con ictus **è indicata** l'ecografia venosa.



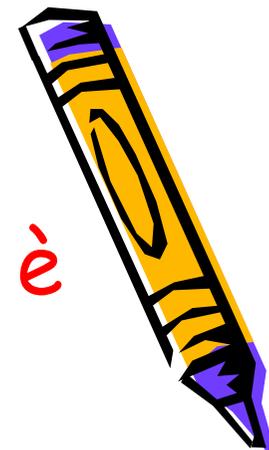
- La determinazione del D-dimero **non è indicata** nella diagnostica della TVP in pazienti con ictus cerebrale ospedalizzati, in quanto poco specifica.



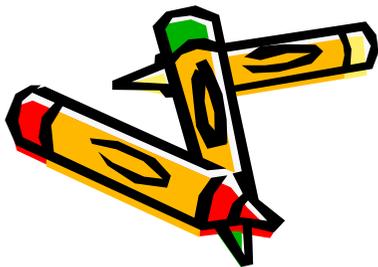
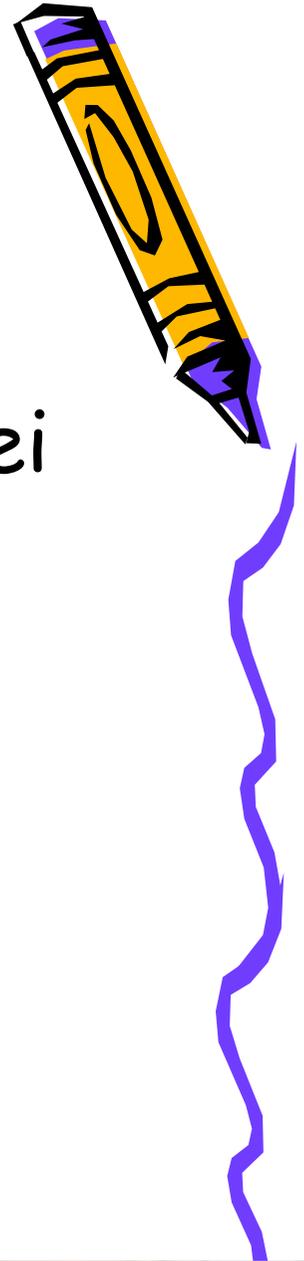
- In pazienti con ictus acuto **è indicato** controllare attentamente i fattori in grado di aumentare la pressione intracranica, quali l'ipossia, l'ipercapnia, l'ipertermia e la posizione del capo, che andrebbe mantenuta elevata di 30° rispetto al piano del letto.



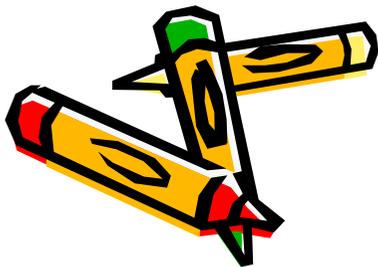
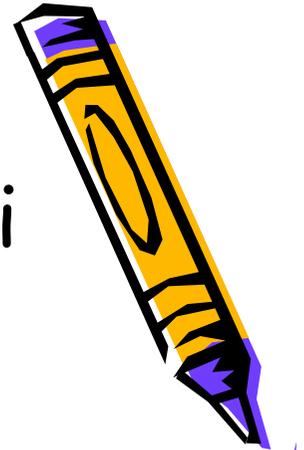
- In pazienti con ictus acuto il trattamento dell'edema cerebrale è **indicato** in caso di rapido deterioramento dello stato di coscienza, segni clinici di erniazione cerebrale o evidenze neuroradiologiche di edema con dislocazione delle strutture della linea mediana od oblitterazione delle cisterne perimesencefaliche.



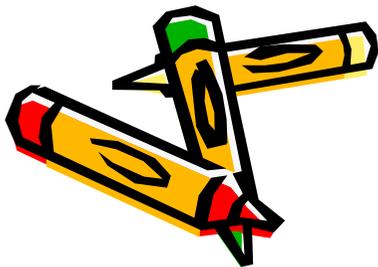
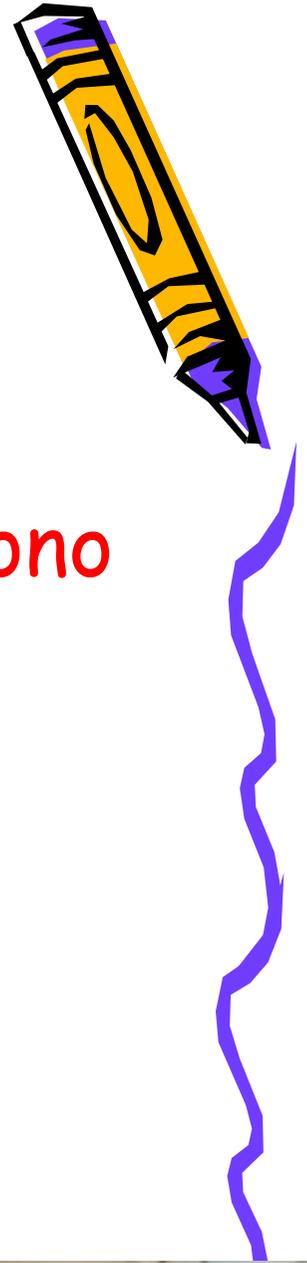
- Malgrado la potenziale efficacia dei corticosteroidi nel contrastare la componente vasogenica dell'edema cerebrale, attualmente il loro uso nell'ictus acuto **non è indicato**.



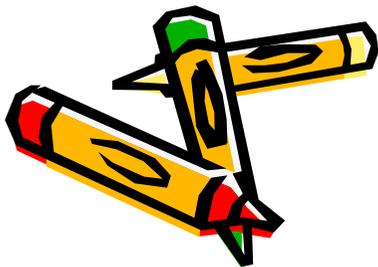
- La somministrazione parenterale di furosemide (40 mg e.v.)
- **è indicata** in emergenza in caso di rapido deterioramento clinico,
- ma **non è indicata** nel trattamento a lungo termine.



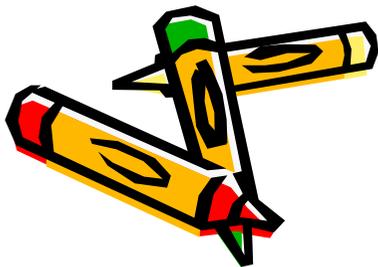
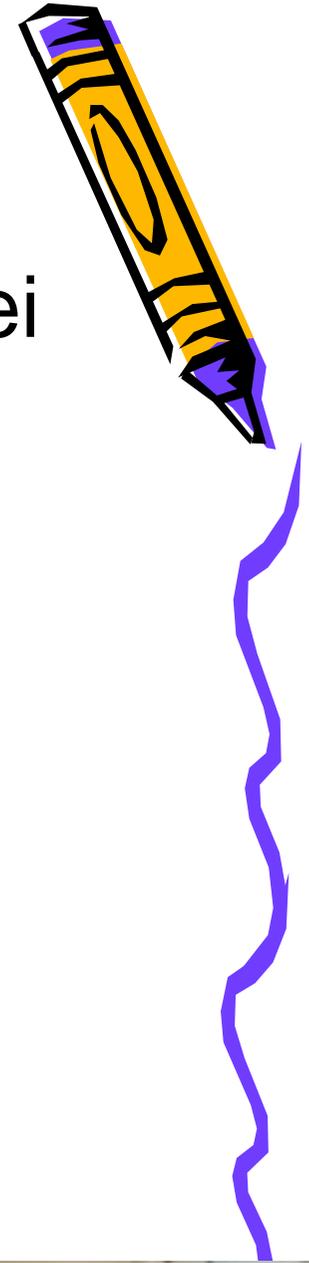
- Nel trattamento farmacologico prolungato dell'edema cerebrale **sono indicati** i diuretici osmotici quali il mannitolo o il glicerolo.



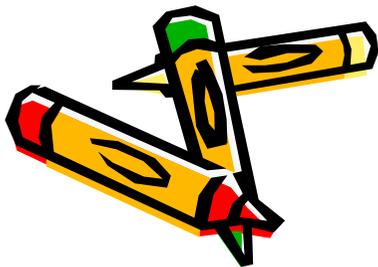
- L'uso continuativo dei barbiturici a breve durata d'azione **non è indicato** per la mancanza di efficacia a fronte di effetti negativi a lungo termine.



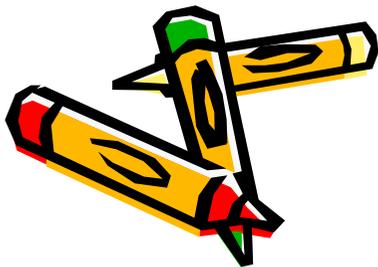
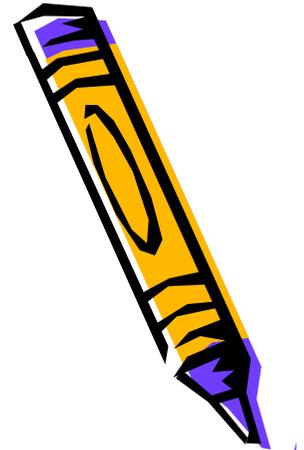
- Nei casi di infarto esteso con grave effetto massa e mancata efficacia dei trattamenti antiedema, può essere considerata la chirurgia decompressiva, specialmente in pazienti giovani senza patologie associate e con lesione situata nell'emisfero non dominante.



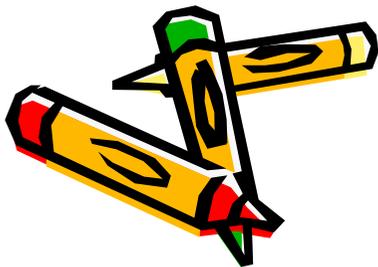
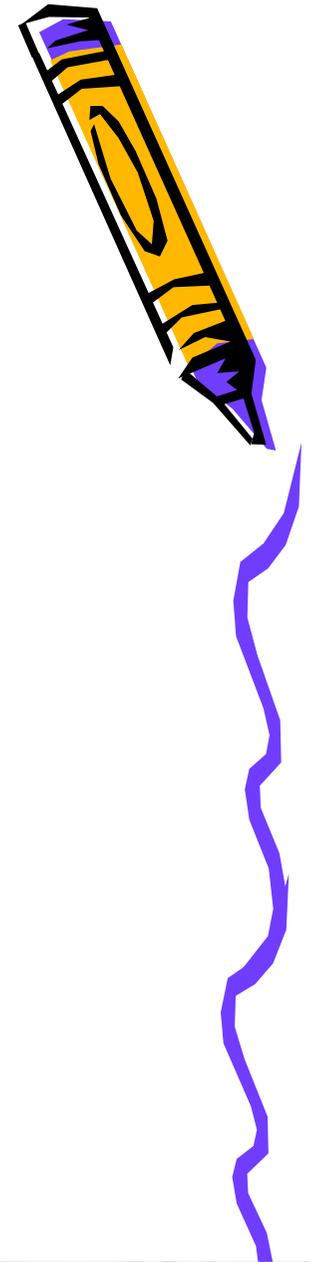
- L'esame EEG ha poco valore diagnostico, e per la prognosi gli studi sono insufficienti.
  - È invece utile per la diagnosi differenziale tra eventi focali non vascolari ed eventi critici.



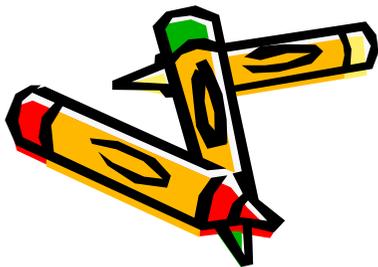
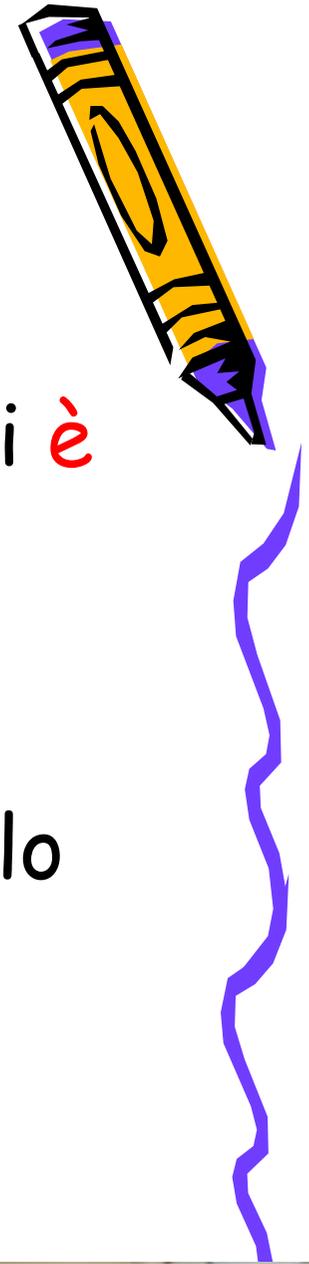
- La terapia antiepilettica a scopo profilattico **non è indicata** nei pazienti con ictus in assenza di crisi epilettiche.



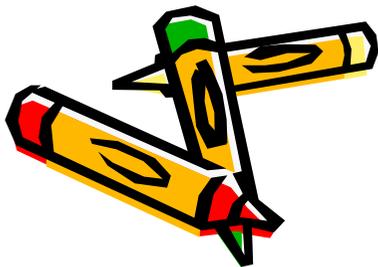
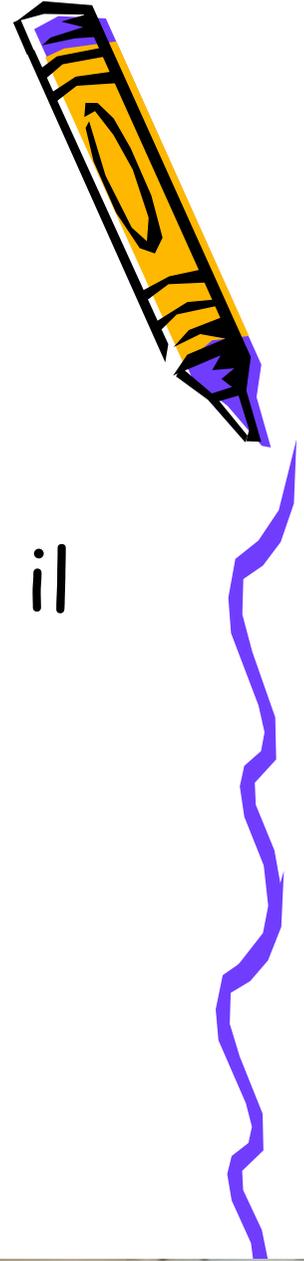
- La terapia antiepilettica **non è indicata** in caso di crisi epilettiche isolate,
- mentre **è indicata** in caso di crisi ripetute,
- evitando il fenobarbital per un possibile effetto negativo sul recupero.



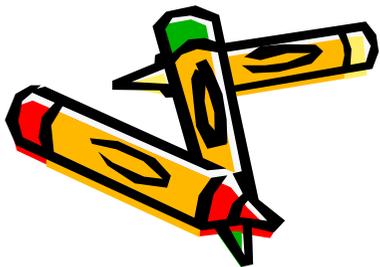
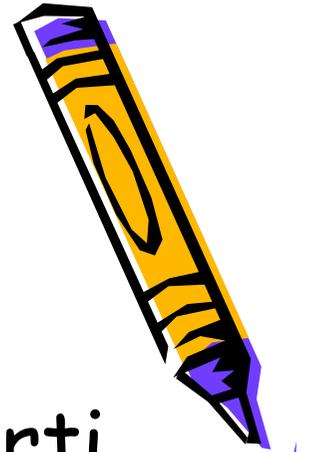
- Nello stato di male epilettico associato ad ictus cerebrale acuto non vi sono evidenze a favore di un trattamento specifico per cui è **indicato** il trattamento standard, monitorandone attentamente gli effetti collaterali più probabili nello specifico contesto clinico.



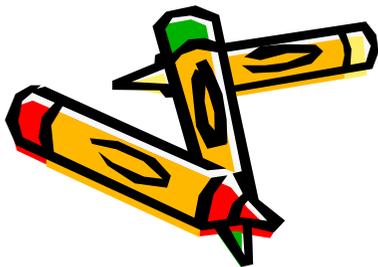
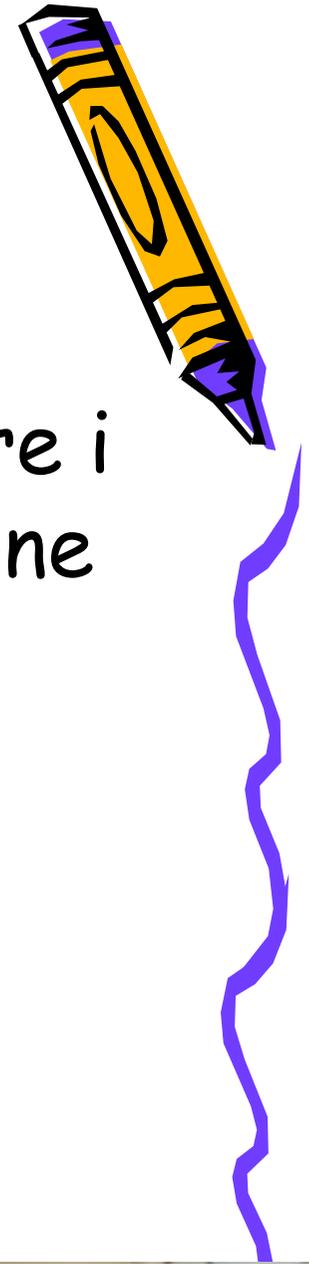
- Nei pazienti con ictus **è indicato** integrare fin dalla fase acuta l'attività di prevenzione della disabilità (mobilizzazione ed interventi riabilitativi precoci) con il programma diagnostico ed il trattamento di emergenza.



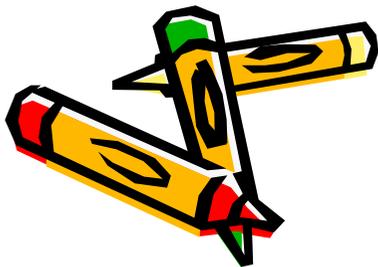
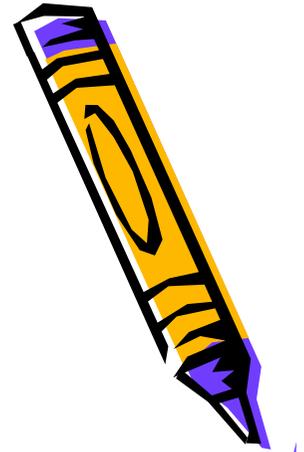
- È indicata la mobilizzazione degli arti del paziente con ictus per almeno 3-4 volte al giorno.



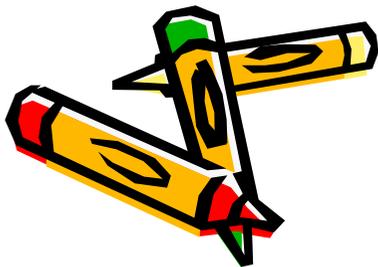
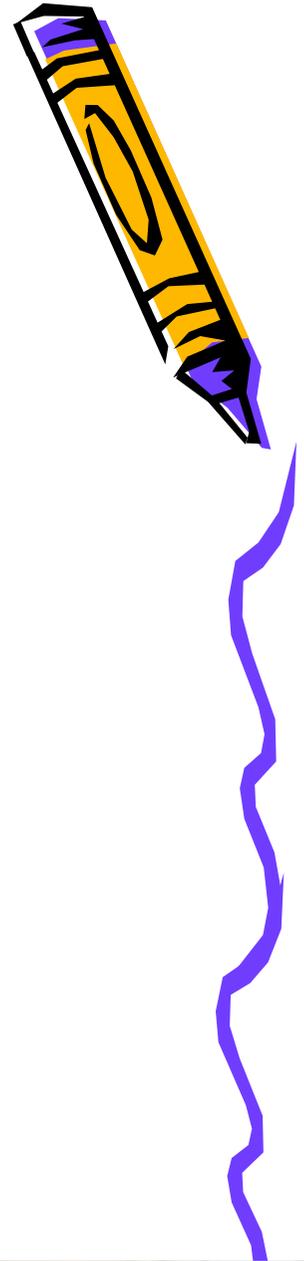
- È indicato stimolare ed incoraggiare i pazienti con ictus alla partecipazione alle attività quotidiane.



- Nei pazienti con ictus **è indicato** selezionare i farmaci utilizzati per evitare interferenze negative con il recupero.



- Nei pazienti con ictus **è indicato** promuovere la verticalizzazione precoce attraverso l'acquisizione della posizione seduta entro il terzo giorno, se non sussistono controindicazioni al programma.



- Nei pazienti con ictus **è indicato** favorire la comunicazione con il paziente ed i familiari anche al fine di indicare e far apprendere le modalità di partecipazione al processo assistenziale.

