



Fase di Ospedalizzazione: aspetti specifici che non necessitano di terapia riperfusiva Emorragia cerebrale

Dr Luca Zanet
Responsabile Stroke Unit
Azienda Ospedaliera S. Maria degli Angeli (PN)



Premessa

Leggetelo!

https://www.ictuspordenone.it/res/download/pdf/12_it.pdf



PDTA del paziente con ICTUS CEREBRALE FASE ACUTA

Versione n. 01
del 08/04/2021

PDTA DEL PAZIENTE CON ICTUS CEREBRALE FASE ACUTA





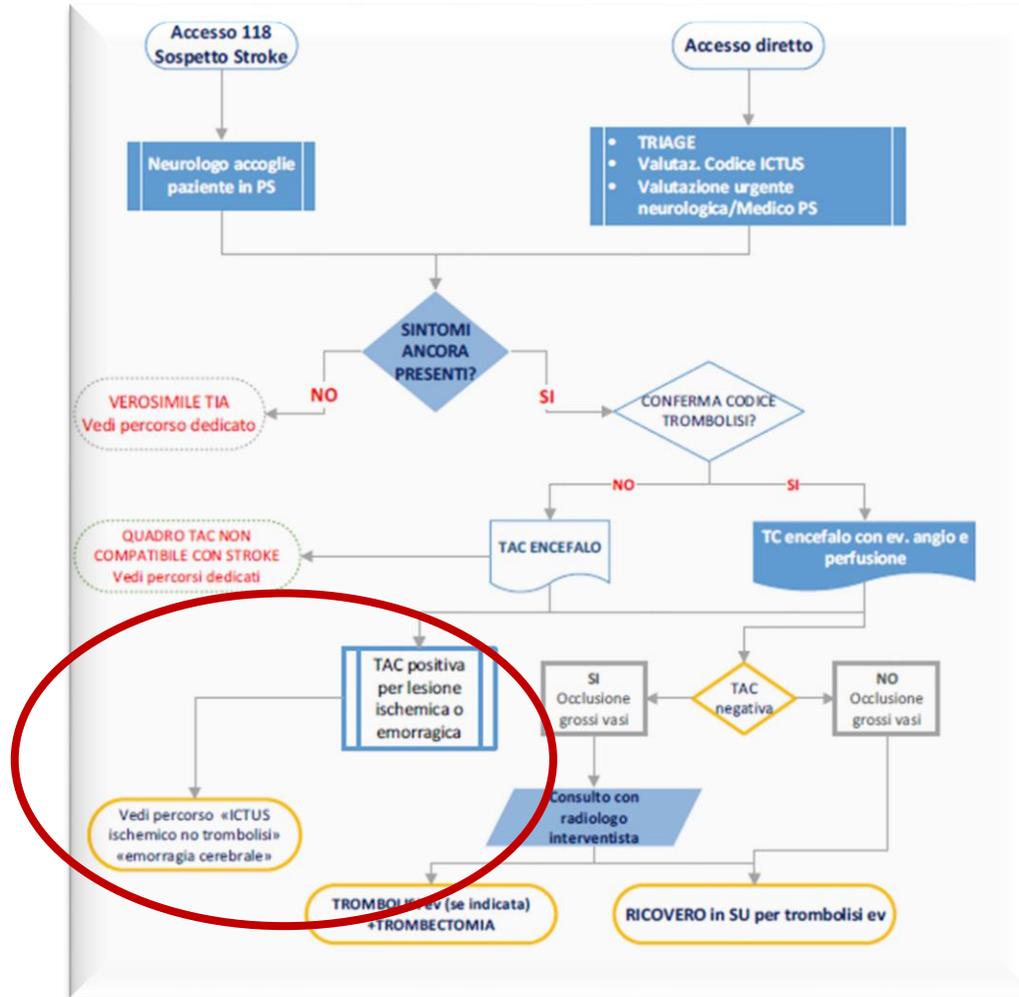
Premessa

Nel PDTA 6 capitoli sono dedicati alla gestione dell'ictus non sottoponibile a trombolisi ev. e trombectomia in ambienti specialistici e non

3. Percorso Ictus ischemico non candidabile a Trombolisi	36
4. La gestione del paziente con Ictus ischemico in <u>Degenza Ordinaria, neurologica e non neurologica</u>	39
5. Percorso ictus emorragico in <u>Stroke Unit</u>	41
6. Percorso Ictus Emorragico in <u>Degenza Ordinaria</u>	44
7. Percorso Emorragia Subaracnoidea in <u>reparto specialistico (Neurochirurgia o Neurologia)</u>	46
8. Percorso Emorragia Subaracnoidea in <u>Degenza Internistica</u>	48



Percorso ictus emorragico in Stroke Unit





Step 1 e 2

Valutazione del paziente

- Val. medica all'ingresso (GCS, NIHSS)
- Val. infermieristica:
 - mRS anamnestica = grado di disabilità pre-evento
 - Barthel Index = stato funzionale all'ingresso
 - Screening disfagia (= test dell'acqua)

Diagnostica e monitoraggio

- Emocromo completo, glicemia, azotemia, creatinemia, Na, K, AST, ALT, **aPTT e INR** (se non già eseguiti in PS). Se indicato dosaggio attività anti fattore X attivato o dosaggio DOAC se disponibile
- Dosaggio troponina
- ECG continuo o seriati in presenza di: storia di aritmia clinica rilevante e PA instabile con elementi clinici suggestivi di insufficienza cardiaca
- consulenza Neurochirurgica (anche tramite teleconsulto) →

Criteria per Consulenza Neurochirurgica Urgente

RACCOMANDATA	Paziente con <u>emorragia cerebellare di diametro > 3 cm</u> che presenta deterioramento del quadro neurologico o segni di compressione del tronco <u>encefalico ed idrocefalo da ostruzione del IV ventricolo</u> Paziente con emorragia lobare con dimensione > 30 cm ³ ed entro 1 cm dalla teca cranica che presenta rapido deterioramento per compressione delle strutture vitali intracraniche o erniazione
DIFFERIBILE	Paziente con <u>GCS < 4</u> a causa dell'elevata mortalità e degli esiti neurologici invalidanti



Step 3: trattamento condizioni standard

Trattamento terapeutico

- Effettuare trattamento antipertensivo
 - mantenere PA sistolica <140mmHg nel minor tempo possibile
 - appropriato uso di terapie antiipertensive anche parenterali
- Somministrare O2 (se SPO2 < 94%) R10.5.b SPREAD 2016
- Garantire idratazione ed equilibrio elettrolitico (secondo esiti esami)
- Monitorare glicemia ed evitare iperglicemia o ipoglicemia
- Terapia antipiretica (Paracetamolo)

Trattamento dell'iperglicemia

Valori elevati di glicemia all'ingresso, sia dovuti ad un diabete noto o misconosciuto, che ad un'iperglicemia da stress, correlano con un aumento della mortalità, nei pazienti con ictus. In uno studio australiano su 992 pazienti con emorragia intraparenchimale, di cui 296 con iperglicemia all'ingresso, nei pazienti senza storia di diabete ma con glicemia all'ingresso >9,2 mmol/L è stato osservato un incremento di mortalità pari a 4 volte (P<0,0001) rispetto ai normoglicemici (glucosio <5,7 mmol/L).²⁰⁴

L'efficacia del trattamento intensivo dell'iperglicemia è stata dimostrata nei pazienti critici chirurgici, cardiologici e medici.²⁰⁵ Per i pazienti con emorragia cerebrale non vi sono dati di efficacia del trattamento intensivo dell'iperglicemia, ma nell'ictus è dimostrato che la persistenza di valori glicemici >140 mg/dL durante le prime 24 ore è associata ad esiti negativi. Dai dati esistenti andrebbero trattati con insulina e.v. anche valori glicemici moderatamente elevati (>140 mg/dL), ma solo se vi è la sicurezza di una gestione clinica accurata in grado di evitare ipoglicemie.

Raccomandazione 10.7

Forte a favore (vedi anche Raccomandazione 9.26)

Per il trattamento in acuto dell'ipertensione arteriosa nei pazienti con ictus emorragico è raccomandato il trattamento intensivo della pressione arteriosa al fine di raggiungere rapidamente (possibilmente entro un'ora) e di mantenere (per almeno 24 ore e preferibilmente per i primi 7 giorni) valori di pressione sistolica inferiori a 140 mmHg. I farmaci da utilizzare sono gli stessi indicati per il trattamento acuto dell'ipertensione arteriosa nell'ictus ischemico. La scelta e la modalità di somministrazione dipendono dai valori di pressione arteriosa e dalla disponibilità locale dei farmaci anti-ipertensivi.

- **labetalolo (Trandate®)**, 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.
- **urapidil (Ebrantil®)** 10-50 mg in bolo, ovvero infusione 0,15-0,5 mg/min).
- **nitroglicerina (Perganit®)** (o il **nitroprussiato di sodio** > 0,5-1,0 mg/kg/min), di cui però va attentamente monitorizzato il rischio di edema cerebrale data la loro capacità di aumentare la pressione intracranica.
- **clonidina (Catapresan®)** 150 µgrammi /ml fl i.m (farmaco antipertensivo attivo sui recettori α2-adrenergici del sistema nervoso centrale), potenzialmente somministrabile anche ev
- Non è indicato l'uso di calcio-antagonisti per via sublinguale per la rischiosa rapidità d'azione di questo tipo di somministrazione.



Step 4: trattamento se interferenze con sistema emostatico

Se paziente in terapia anticoagulante (TAO/DOAC) considerare:

- Vit. K e di CCP a 3 fattori per TAO;
- CCP a 4 fattori (Edoxaban);
- Idarucizumab (Praxbind®) per Dabigatran;
- Andexanet α (Ondexxa®) per gli inibitori del fattore X attivato (Rivaroxaban e Apixaban);
- Acido tranexamico IV 10-15 mg/Kg in 20 min. controllando dosaggio fibrinogeno.

Se in trattamento con eparina sodica:

- Solfato di protamina (1mg x ogni 100 UI di eparina infusa)

Se piastrono-penia (<50000)

- trasfusione di piastrine («pappa piastrinica»)

Agenti emostatici non specifici

Complessi protrombinici concentrati

3 fattori II, IX, X (+ eparina + C+ S)

4 fattori II, IX, X, VII (+ eparina + C+ S)

“Bypassanti fattore VIII”

Complessi protrombinici attivati (FEIBA)

“4 fattori” II, IX, X, aVII

Fattore VII ricombinante (Novoseven)

(Plasma Fresco congelato (FFP))

(Vitamina K)

in caso di **emorragia maggiore (o in ogni caso pericolosa per la vita incluso emorragia cerebrale sintomatica in DOAC)** o di intervento chirurgico in emergenza usare:

**Complesso Protrombinico Concentrato a 4 fattori 50 U/Kg
(eventualmente ripetibili 25 U /Kg)**

Ammesso 3 fattori (ma non nel Dabigatran)

Ammesso FEIBA (nel Dabigatran)

Addendum.....

- Non plasma fresco congelato (se non nei casi in cui venga usato anche come expander (rischio scompenso cardiaco)
- non vitamina K (non ha senso),
- A due ore ricordare carbone attivo...
- Possibilità dialisi per Dabigatran



..... antidoti specifici

- Idaucizumab (Praxbind®): Dabigatran
- Andexanet (Ondexxya®): Anti aX (...Fondaparinux)
- Ciraparantag (PER977): Largo spettro

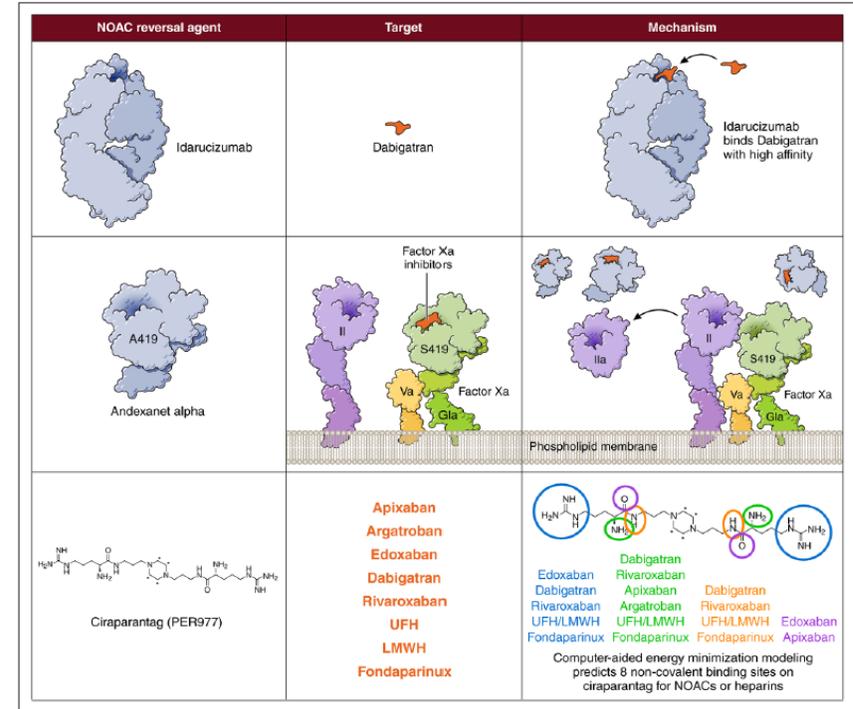


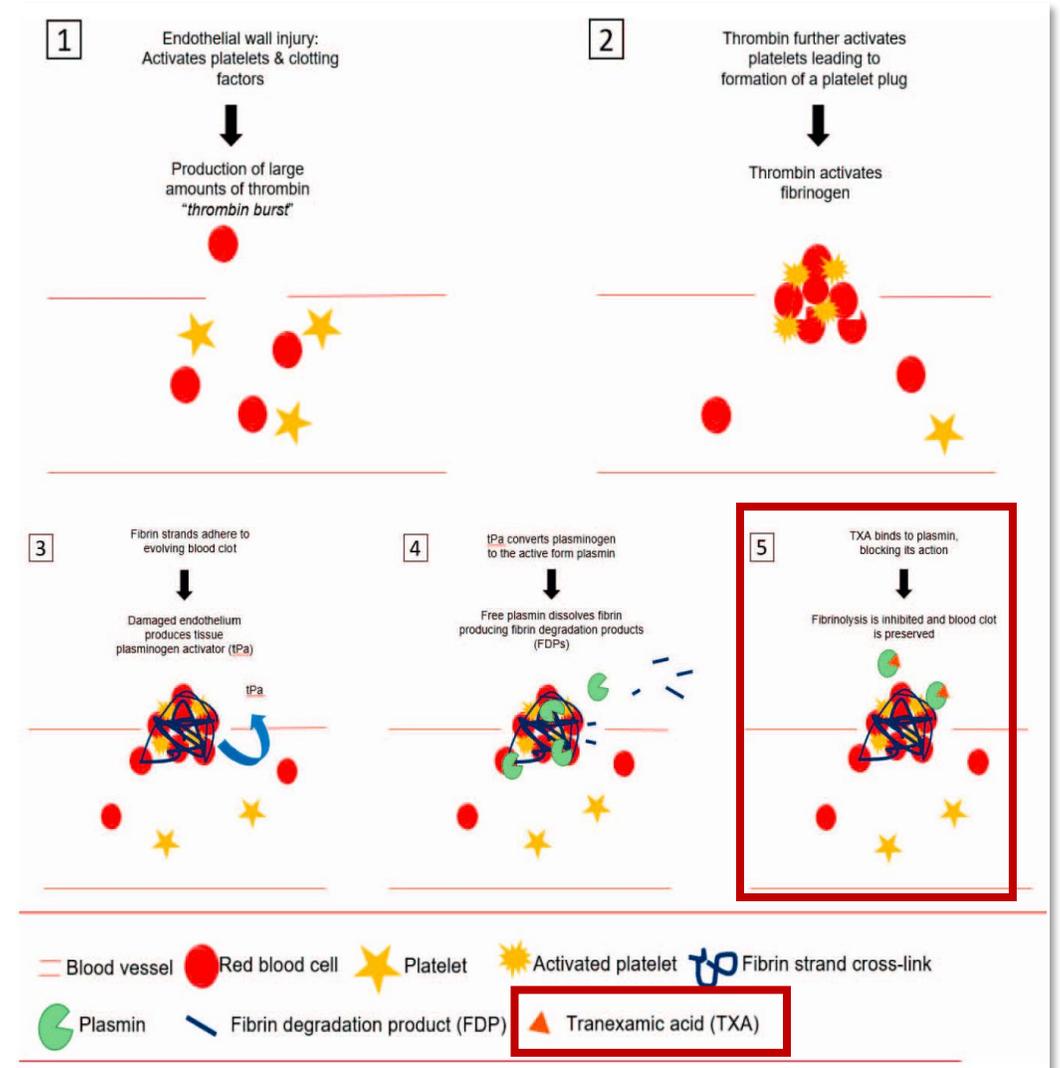
Figure 1. Specific NOAC reversal agents.

Dabigatran binds with high affinity to the fragment antigen-binding (Fab) cavity of idarucizumab which prevents dabigatran from binding to factor IIa (thrombin). Andexanet alpha is a modified human recombinant factor Xa decoy that binds the direct factor Xa inhibitors rivaroxaban, apixaban, and edoxaban. Andexanet alpha is catalytically inactive because of the replacement of active-site serine (S419) with alanine (A419) and the deletion of the γ -carboxyglutamic acid-rich (GLA) membrane-binding domain, which eliminates the ability to assemble the prothrombinase complex comprising factor Xa and factor Va. The factor Xa inhibitors are thereby sequestered within the vascular space allowing the restoration of endogenous factor Xa activity and thrombin generation. Ciraparantag is a small synthetic water-soluble molecule that binds to a wide range of anticoagulants through noncovalent hydrogen bonding and charge-charge interactions preventing the anticoagulants from binding to their endogenous targets. II indicates factor II; IIa, activated factor II (thrombin); Va, activated factor V; antagonist GLA, γ -carboxyglutamic acid-rich; factor Xa, activated factor X; LMWH, low-molecular-weight heparin; NOAC, non-vitamin K antagonist oral anticoagulant; and UFH, unfractionated heparin.



.....: Acido Tranexamico (antifibrinolitico)

- L'inibizione del sistema della fibrinolisi (antifibrinolitico);
- Il meccanismo d'azione si basa su un blocco della formazione di plasmina, attraverso l'inibizione dell'attività proteolitica degli attivatori del plasminogeno, risultandone alla fine un'inibizione della lisi del coagulo di sangue (fibrinolisi).





Step 5: Iperensione Endocranica

- Mannitolo al 18% (0,25-0,5 g/kg ogni 4 ore)
- Furosemide (10 mg ogni 2-8 h)
- Iperventilazione
- Mantenimento di posizione semiseduta (30-45°)
- Mantenere la testa del paziente sollevata di almeno 30°
- Sedazione (previo parere anestesista)

Mantenere il paziente supino dovrebbe almeno in teoria garantire un miglior afflusso di sangue al cervello, ma potrebbe anche aumentare il rischio di una polmonite. Dal canto suo, la posizione semi-seduta (con la testa sollevata di 30° rispetto al resto del corpo) può ridurre la pressione intracranica nei soggetti con un ampio ictus ischemico emisferico o con un'emorragia cerebrale, ma allo stesso tempo riduce il flusso di sangue al cervello.

THE NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

ORIGINAL ARTICLE

Cluster-Randomized, Crossover Trial of Head Positioning in Acute Stroke

C.S. Anderson, H. Arima, P. Lavados, L. Billot, M.L. Hackett, V.V. Olavarria, P. Muñoz Venturrelli, A. Brunser, B. Peng, L. Cui, L. Song, K. Rogers, S. Middleton, J.Y. Lim, D. Forshaw, C.E. Lightbody, M. Woodward, O. Pontes-Neto, H.A. De Silva, R.-T. Lin, T.-H. Lee, J.D. Pandian, G.E. Mead, T. Robinson, and C. Watkins, for the HeadPoST Investigators and Coordinators*



Step 6: Crisi Recidivanti o di Stato di Male Epilettico

Infusione in bolo EV di (a scelta):

- Lorazepam (Tavor fiale da 4 mg) → 0.05-0.1 mg/kg EV (velocità massima 2 mg/min), ripetibile per una sola volta, dopo non meno di 10 minuti;
- Diazepam (Valium 10 mg fl) 0.15-0,2 mg/kg EV (in 60 sec), ripetibile per una sola volta dopo non meno di 10 minuti;
- Midazolam 10 mg ev se peso > 40 Kg o 5 mg se peso <40 Kg, non ripetibile

Nel caso lo stato di male non si risolva entro 10 minuti (scelta tra):

- Fenitoina 15-18 mg/kg a 50 mg/min sotto monitoraggio elettrocardiografico;
- Valproato di sodio 20-40 mg/kg in infusione EV (dose max 3000 mg, vel di infusione massima 6 mg/kg/min, in 10-20 min), seguito da 1-2 mg/kg/ora in infusione continua;
- Levetiracetam (Keppra®)
 - Filale da 100mg/ml da 5 ml (= 500 mg) da diluire in almeno 100 mL di SF da infondere in 10-20 minuti
 - Dosaggio 40-60 mg/kg (dose massima 4500 mg in 10-20 minuti)
- Lacosamide (Vimpat®)
 - Filale da 10 mg/ml da 20 ml (= 200 mg)
 - Dosaggio 200-400 in 20 minuti (dose massima 600 mg/die)

Conservare in frigorifero (2-8°C) nella confezione originale per proteggere il medicinale dalla luce. Non congelare.

Tabella 1. Preparazione e somministrazione di Levetiracetam SUN concentrato per soluzione per infusione.

Dose	Volume prelevato	Volume di diluente	Tempo di infusione	Frequenza di somministrazione	Dose totale giornaliera
250 mg	2,5 mL (mezzo flaconcino da 5 mL)	100 mL	15 minuti	Due volte al giorno	500 mg/die
500 mg	5 mL (un flaconcino da 5 mL)	100 mL	15 minuti	Due volte al giorno	1000 mg/die
1000 mg	10 mL (due flaconcini da 5 mL)	100 mL	15 minuti	Due volte al giorno	2000 mg/die
1500 mg	15 mL (tre flaconcini da 5 mL)	100 mL	15 minuti	Due volte al giorno	3000 mg/die

La soluzione per infusione viene somministrata in un periodo di tempo compreso fra 15 e 60 minuti, due volte al giorno. Per somministrazioni superiori a 200 mg per infusione (ovvero superiori 400 mg/die) è preferibile una durata dell'infusione di almeno 30 minuti. Vimpat soluzione per infusione può essere somministrata per via endovenosa senza ulteriore diluizione oppure può essere diluita con [sodio cloruro](#) 9 mg/ml (0,9 %) soluzione iniettabile, [glucosio](#) 50 mg/ml (5 %) soluzione iniettabile o Ringer lattato soluzione iniettabile.



Step 7: Prevenzione Trombosi Venosa Profonda

- Utilizzare devices per la compressione venosa graduale intermittente degli arti inferiori;
- Eparina basso peso molecolare (basso dosaggio) se documentata cessazione sanguinamento cerebrale dopo almeno 1-4 giorni dall'evento.
- Uso di calze elastiche non è raccomandato per la profilassi TVP (R10.21 SPREAD,2016)

La **compressione pneumatica intermittente** consiste nell'applicazione di un dispositivo gonfiabile che stringe ritmicamente i muscoli della gamba all'altezza del polpaccio. Questa soluzione viene spesso utilizzata in caso di tromboembolismo venoso, soprattutto in terapia intensiva, in aggiunta o in sostituzione alla terapia farmacologica. La compressione pneumatica intermittente è raccomandata nei pazienti con controindicazione al trattamento antitrombotico, ma non è chiaro se l'aggiunta a pazienti che già ricevono la terapia farmacologica sia efficace. Inoltre, nonostante sia un device non invasivo e facile da utilizzare, il suo utilizzo si associa ad un costo aggiuntivo e può essere associata a dolore, lesioni cutanee e riduzione della mobilità.

Lo studio **PREVENT** aveva l'obiettivo di valutare se l'utilizzo aggiuntivo della compressione pneumatica intermittente in pazienti ricoverati in terapia intensiva, già in terapia farmacologica, potesse portare a una ridotta incidenza di trombosi venose profonde. Sono stati coinvolti 2300 pazienti con un'età media di 58 anni. I risultati non hanno dimostrato differenza significativa tra chi ha ricevuto la compressione pneumatica intermittente con la terapia farmacologica e chi solo quest'ultima.

Un altro studio, il **CLOT 3**, condotto su pazienti più anziani (età media 77 anni) aveva invece dimostrato che nei pazienti con ictus la compressione pneumatica intermittente aveva ridotto l'incidenza di trombosi venose degli arti inferiori, causando però un'aumentata incidenza di lesioni cutanee.

Purtroppo il disegno dello studio ha escluso i pazienti con controindicazione all'uso di eparina e non ha dato quindi informazioni sulla efficacia dei mezzi meccanici in questo gruppo di pazienti. Infatti ad oggi l'uso di compressione pneumatica intermittente è indicata nel paziente ad alto rischio emorragico o con sanguinamenti in atto, che presenta la controindicazione all'uso di un farmaco antitrombotico. In attesa di avere evidenze più solide, l'uso di mezzi meccanici nei pazienti critici con controindicazione alla profilassi farmacologica resta l'unico presidio per la prevenzione del tromboembolismo venoso.

<https://anticoagulazione.it/index.php/news/ultime-notizie/1294-compressione-pneumatica-intermittente-nel-tromboembolismo-venoso-una-partita-aperta>



Step 8: Valutazione e monitoraggio nelle prime 24 ore

- Effettuare compressione venosa intermittente arti inferiori;
- Valutare il livello di coscienza attraverso la Glasgow Coma Scale (GCS);
- In setting semintensivo documentare i parametri vitali ogni 2 ore ;
- Una SpO2 <94 % deve essere prontamente comunicata al medico per eventuale avvio di O2 terapia;
- Una PAS >140 mmHg deve essere comunicata al medico per eventuale correzione;
- In setting di degenza ordinaria rilevare i parametri vitali ogni 4h;
- Rilevare all'ingresso la glicemia a livello capillare;
- Comunicare prontamente al medico valori <60 mg/dl o >180 mg/dl per eventuale correzione;
- Monitoraggio dello stato funzionale del paziente attraverso il Barthel Index.



Step 9: Valutazione e monitoraggio dopo le prime 24 ore

- Monitoraggio dello livello di coscienza con la GCS
- In setting semintensivo documentare i parametri vitali (non rilevati in continuo) ogni 2 ore
- In setting di degenza ordinaria rilevare i parametri vitali secondo la prassi in uso, salvo diverse indicazioni mediche
- Monitoraggio dello stato funzionale del paziente attraverso il Barthel Index

In ogni caso monitorare secondo necessità (quindi a ciclo continuo secondo necessità):

- Temperatura (<37.2°C);
- FC, PA, FR;
- Saturazione O2;
- Glicemia;
- Bilancio idrico;
- Disfagia.

Tenendo presente che (se possibile) entro 24-48 ore:

- consulenza Fisiatrica / Logopedica (in acuto = se dubbio di disfagia) successivamente per timing di riabilitazione
 - Neuromotoria;
 - Respiratoria;
 - logopedica (= disturbi deglutizione, disatria/afasia), gestione tacheostomie ecc..)
- Consulenza nutrizionale



Step 9: Valutazione e monitoraggio dopo le prime 24 ore

- Monitoraggio del livello di coscienza con la GCS
- In setting semintensivo documentare i parametri vitali (non rilevati in continuo) ogni 2 ore
- In setting di degenza ordinaria rilevare i parametri vitali secondo la prassi in uso, salvo diverse indicazioni mediche
- Monitoraggio dello stato funzionale del paziente attraverso il Barthel Index

In ogni caso monitorare secondo necessità (quindi a ciclo continuo secondo necessità):

- Temperatura (<37.2°C);
- FC, PA, FR;
- Saturazione O2;
- Glicemia;
- Bilancio idrico;
- Disfagia.

Tenendo presente che (se possibile) entro 24-48 ore:

- consulenza Fisiatrice / Logopedica (in acuto = se dubbio di disfagia) successivamente per timing di riabilitazione
 - Neuromotoria;
 - Respiratoria;
 - logopedica (= disturbi deglutizione, disatria/afasia), gestione tacheostomie ecc..)
- Consulenza nutrizionale



Step 10: Dimissione

Programmazione del trasferimento/dimissione

- Identificare il percorso adeguato: Distretto [RSA,ADI (SID/SRD),ambulatorio], domicilio
- Riabilitazione Ospedaliera

Rivalutazione del paziente prima della dimissione

- Rivalutare il paziente con scale GCS e NIHSS /Barthel, mRS al trasferimento o alla dimissione

Predisporre Lettera dimissione



Lettera di dimissione secondo PDTA

- motivo del ricovero e condizioni cliniche all'ingresso
- diagnosi di dimissione
- patologie concomitanti
- decorso clinico/post-operatorio
- consulenze e accertamenti strumentali/laboratoristici significativi eseguiti
- terapia farmacologica e altre terapie eseguite
- riconciliazione terapeutica
- schema di EV TAO e del valore di INR degli ultimi gg
- condizioni del paziente alla dimissione con particolare riferimento a : quadro neurologico, modalità di nutrizione, presenza di incontinenza sfinterica
- schema contenente scale di valutazione alla dimissione (NIHSS, Barthel, mRS)
- accertamenti in post/ricovero
- programma cure/follow up
- educazione terapeutica paziente e famiglia
- servizi territoriali coinvolti

Sono raccomandabili eventuali documenti utili per la continuità assistenziale e fisioterapica.

La lettera di dimissione dalla RSA riporta in allegato la relazione finale infermieristica e riabilitativa

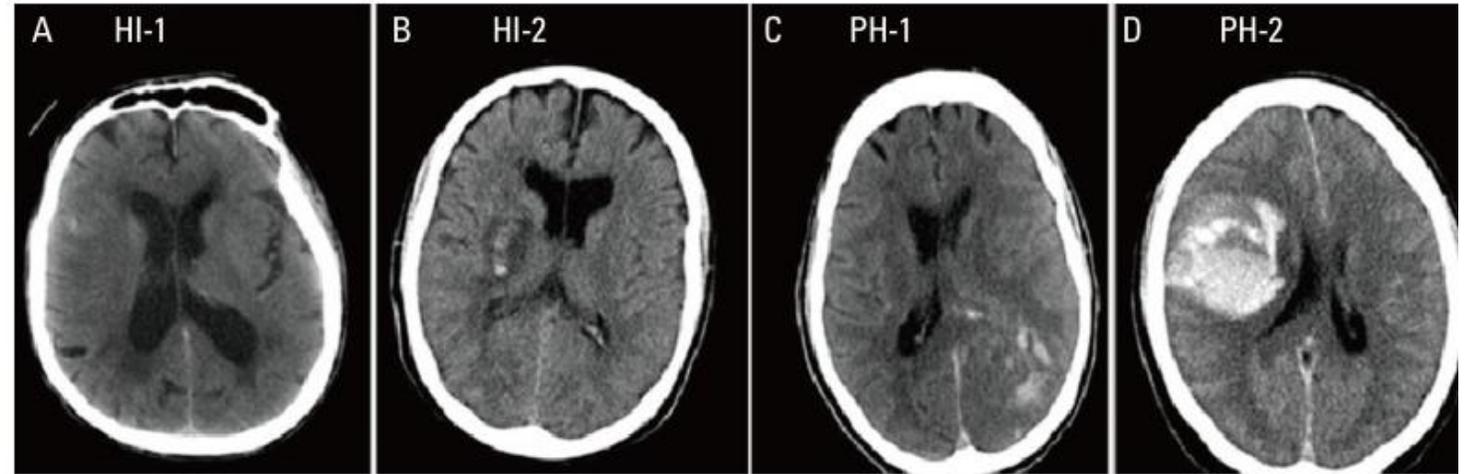


Trasformazione emorragica

Sistema di classificazione comunemente usato è stato sviluppato per la Stroke cooperativa europea Acute Study (ECASS II), che divide la trasformazione emorragica in quattro sottotipi:

- infarto emorragico di tipo 1 (HI1)
 - emorragie petecchiali ai margini dell'infarto
- infarto emorragico di tipo 2 (HI2)
 - emorragie petecchiali in tutto l'infarto
 - nessun effetto massa attribuibile alle emorragie
- ematoma parenchimale di tipo 1 (PH1)
 - $\leq 30\%$ dell'area infartuata
 - minor effetto massa attribuibile all'ematoma
- ematoma parenchimale di tipo 2 (PH2)
 - $>30\%$ della zona di infarto
 - sostanziale effetto massa attribuibile all'ematoma

Nota: In caso di emorragia petecchiale, di solito né la prognosi né il trattamento sono influenzati. Lo stesso non si può dire per gli ematomi secondari, che quando sono di grandi dimensioni possono avere un drammatico impatto negativo sulla sopravvivenza e sulla morbilità



A	Hemorrhagic infarction 1	emorragie petecchiali nel contesto (spesso ai margini) dell'infarto senza effetto massa
B	Hemorrhagic infarction 1	emorragie petecchiali in tutto l'infarto nessun effetto massa attribuibile alle emorragie
C	Parenchymal Hemorrhage-1	Lesione omeogena ad alta attenuazione con effetto massa occupa meno del 30% dell'infarto (= minor effetto massa attribuibile all'ematoma)
D	Parenchymal Hemorrhage-2	$>30\%$ della zona di infarto sostanziale effetto massa attribuibile all'ematoma Possibile estensione dell'emorragia nello spazio ventricolare (inondamento ventricolare)

* <https://radiopaedia.org/articles/haemorrhagic-transformation-of-ischaemic-infarct-1>

* Randomised double-blind placebo-controlled trial of thrombolytic therapy with intravenous alteplase in acute ischaemic stroke (ECASS II). Lancet. 1998 Oct 17;352(9136):1245-51. doi: 10.1016/s0140-6736(98)08020-9



Lettera di dimissione: creare un «epicrisi» sensata

- Diagnosi di dimissione;
- Età, peso , BMI, VAS
- allergie/intolleranze
- Farmaci assunti pre ricovero
- dati anamnestici pregressi: incluso condizione del paziente e familiare pre-ricovero; **patologie concomitanti (= anamnesi familiare e patologica remota)**
- motivo del ricovero: condizioni cliniche all'ingresso ; decorso clinico (post operatorio);
- condizioni del paziente alla dimissione con particolare riferimento a : quadro neurologico/obiettivo generale, modalità di nutrizione, presenza di incontinenza sfinterica; devices presenti, terapia farmacologica e altre terapie eseguite
- consulenze e accertamenti strumentali/laboratoristici significativi eseguiti
- **Terapia consigliata = riconciliazione terapeutica** (= La Riconciliazione della terapia farmacologica è il processo nell'ambito del quale si confrontano i farmaci fino allora assunti dal paziente con quelli indicati per l'attuale condizione clinica, in funzione di una decisione prescrittiva corretta e sicura)
- schema di EV TAO e del valore di INR degli ultimi gg
- schema contenente scale di valutazione alla dimissione (NIHSS, Barthel, mRS)
- accertamenti in post/ricovero (**esami e valutazioni in regime di post-ricovero , possibile entro 21 die da dimissione**)
- programma cure/follow up
- educazione terapeutica paziente e famiglia
- servizi territoriali coinvolti

Sono raccomandabili eventuali documenti utili per la continuità assistenziale e fisioterapica.

La lettera di dimissione dalla RSA riporta in allegato la relazione finale infermieristica e riabilitativa)



Due problemi non esplicitati

- Ricerca dell'eziologia (emorragia in sede tipica e atipica)
- Reinsediamento terapia antiaggregante o anticoagulante (In primis se soggiace vasculopatia congofila)



Ripresa TAO/DOAC

- Dopo ICH il trattamento anticoagulante orale è stato ripreso nel 32,4% dei pazienti (warfarin in 74 casi, NAO in 5 casi), 1-3 mesi dopo l'evento emorragico acuto; il 21,3% dei pazienti ha ricevuto terapia antiaggregante mentre il 46,3% dei pazienti ha definitivamente interrotto la terapia
- Secondo i risultati di questo studio, pur con i limiti di uno studio osservazionale non standardizzato, la ripresa del trattamento anticoagulante orale con warfarin o NAO riduce il rischio di tromboembolismo e di stroke ischemico a lungo termine, così come di tutte le cause di mortalità, senza un significativo incremento del rischio di sanguinamento maggiore

Anticoagulants Resumption after Warfarin-Related Intracerebral Haemorrhage: The Multicenter Study on Cerebral Hemorrhage in Italy (MUCH-Italy)

Loris Poli, Mario Grassi, Marialuisa Zedde, Simona Marcheselli, Giorgio Silvestrelli, Maria Sessa, Andrea Zini, Maurizio Paciaroni, Cristiano Azzini, Massimo Gamba, Antonella Toriello, Rossana Tassi, Elisa Giorli, Rocco Salvatore Calabrò, Marco Ritelli, Alessandro De Vito, Nicola Pugliese, Giuseppe Martini, Alessia Lanari, Corrado Lodigiani, Marina Padroni, Valeria De Giuli, Filomena Caria, Andrea Morotti, Paolo Costa, Davide Strambo, Manuel Corato, Rosario Pascarella, Massimo Del Sette, Giovanni Malferrari, Marina Colombi, Alessandro Padovani, Alessandro Pezzini, on behalf of the Multicenter Study on Cerebral Hemorrhage in Italy (MUCH-Italy) Investigators