

TATA lezione1

La coscienza è la consapevolezza di se stesso e dell'ambiente circostante ossia è la capacità da parte dell'individuo di riconoscere il sé in rapporto ad ambiente persone ed esperienze circostanti.

La coscienza :le strutture della coscienza sono :la sostanza reticolare e la corteccia cerebrale. La SR è una struttura costituita da due parti SR ascendente e SR discendente, sono fibre con il compito di mettere in relazione la corteccia con ciò che accade nel mondo esterno, es. sensazione di aver toccato un oggetto, devono intervenire le fibre della SR affinché questa sensazione divenga cosciente. Le fibre della SR hanno una prima stazione alla periferia, poi talamo, coscienza epicritica e protopatica. La coscienza protopatica: io tocco, la sensazione arriva attraverso la Sr discendente, passano per il midollo e arrivano al talamo, è indifferenziata, il messaggio arriva al talamo ma non è ancora decodificato, deve intervenire la SR ascendente che va dal talamo alla corteccia. Quindi affinché la coscienza diventi epicritica, realtà e comprensione del messaggio iniziale, occorre che intervenga questa altra via della SR.

Coma Vigile: i messaggi sono arrivati al talamo ma dal talamo alla corteccia non c'è nulla, le sensazioni arrivano

SR ascendente o rostrale: periferia-midollo-talamo coscienza protopatica grezza non ancora codificata

SR discendente o caudale

Modificazioni della coscienza:

fisiologica: sonno

patologiche: transitorie sincope
prolungate confusione mentale, coma

è sempre implicata la SR

Coma: condizione in cui esiste una riduzione fino all'abolizione dello stato di coscienza e delle funzioni della vita di relazione somatiche associate ad alterazioni delle funzioni vegetative vitali.

EEG nullo o silente NON PIATTO!!!!

Coma profondo: è una quantificazione del grado di coma

Coma dépassé: è quello in cui si può procedere all'espianto

Dal coma profondo ci si può riprendere da quello dépassé no

La coscienza è formata da un insieme di funzioni (es. memoria). Come si valuta la coscienza? Il primo dato è il disorientamento temporo spaziale e per le persone, disturbi dell'attenzione e percezione, della memoria a breve termine, del pensiero, dell'affettività e del comportamento iperaffettivi o anaffettivi. La memoria fornisce la continuità dell'esperienza. L'esperienza e l'attenzione permettono di(37:46) nel mondo delle cose degli eventi inclusa l'immagine del proprio corpo. La percezione viene elaborata attraverso le attività sensitive e sensoriali.

La vigilanza è la parte della SR che va dal talamo alla corteccia

COMA

Gli stadi valutano la profondità del coma ma non il danno

STADIO 1: intorpidimento, il paziente è cosciente ma risponde in modo rallentato e corretto

STADIO2: il paziente non risponde, non apre gli occhi. Risponde agli stimoli dolorosi apre gli occhi e riprende coscienza dopo stimolazione intensa. Quindi non risponde agli stimoli verbali ma risponde con movimenti automatici a stimoli dolorosi

STADIO3: il paziente non risponde agli stimoli verbali o dolorosi. Può accadere che il paziente abbia una risposta paradossa, decerebrazione o decorticazione (pz con danno mesencefalico), non ci sono più i rapporti fisiologici tra la corteccia e le strutture sottostanti

STADIO4: coma profondo, ipertermia, sudorazione ossia presenza di manifestazioni vegetative

Coma vigile (vedi prima)

Coma Dèpassè: diagnosi clinico strumentale (EEG) di morte cerebrale:

IL paziente non respira da solo, commissione: medico legale, rianimatore, neurologo; osservazione per 6 ore, deve esserci coma profondo (valuta l'integrità della corteccia), la funzionalità degli emisferi e tutte le altre strutture sottocorticali devono essere danneggiate. Assenza di tutti i ROT; midriasi fissa bilaterale (valuta il I e III nc e quindi il mesencefalo) alla luce normalmente l'occhio reagisce con miosi; assenza del riflesso corneale bilaterale (V e VII nc pontini); assenza del fenomeno degli occhi da bambola, l'occhio batte dove gira il lato perché si sono perse le strutture cerebellari corticali e oculomotrici; assenza dei movimenti dei muscoli mimici del volto; assenza del fenomeno della tosse in quanto non espelle il tubo (X e XI nc). Il respiratore va staccato per 2 minuti per valutare se il centro del respiro funziona. Indifferenza del riflesso plantare (né estensione né flessione). Silenzio elettrico all'EEG. Ogni ora deve essere ripetuto l'esame neurologico, all'inizio dopo tre ore e alla fine si esegue l'EEG e ogni 2 ore deve essere staccato il respiratore.

EEG

Registra l'attività elettrica cerebrale della corteccia, quindi non registra ciò che accade nel cervelletto o nella fossa cranica posteriore. È una metodica funzionale, registra quello che avviene nel momento in cui avviene. Va effettuato in riposo neurosensoriale (pz con occhi chiusi senza stimoli sensitivi), altrimenti il pz fa qualcosa la SR entra in funzione e impedisce la scarica neuronale. La registrazione deve durare almeno 20 minuti.

Quali sono le situazioni che permettono il passaggio di corrente dal neurone?

- 1) pompa Na-K genera corrente
- 2) apertura canali del Ca
- 3) neuromodulatori

Nel pz ad occhi chiusi in riposo neurosensoriale un gruppo di neuroni va in cronismo, la SR è una specie di marcatempo. Il segnale α (segnale di base) sinconismo di un gruppo di neuroni con il pacemaker della SR

Nel parkinson l'EEG è inutile (a meno di avere una placca corticale)

Nella CJ è importante, anomalità EEG, attività patologica periodica

Nel corso della registrazione si applicano 2 metodiche:

- 1) iperpnea, il pz iperventila e va in ipercapnia, il cervello risponde con una vasocostrizione, alcune crisi epilettiche possono avere..... (1:45:00)
- 2) stimolazione visiva intermittente, può evidenziare alcune crisi