



Journal Club- 15 Ottobre 2004

Caso clinico: “La Caduta”

Corrado Carabellese



Signora KJ di anni 72, scolarità 5 anni, Vedova con 5 figli
viventi.

Vive in Residenza Sanitaria Assistenziale dal 12.03.04

Storia di vita e anamnesi sociale all'ingresso:

Casalinga, sposata a 27 anni, 5 figli (4F e 1M), Buona la rete familiare con 3 figli che la seguono assiduamente, gradisce partecipare alla S. Messa.

Le indicazioni dietetiche la inducono alla ricerca continua di cibo.

Gradisce partecipare alle attività di animazione, gruppi di ginnastica dolce.

Causa del ricovero: Le figlie non riescono a gestirla al domicilio nemmeno con l'aiuto continuo di una badante.

Signora KJ di anni 72.

Valutazione multidimensionale

All'ingresso risulta affetta da:
Malattia di Parkinson,
Vasculopatia cerebrale cronica,
Poliartrosi,
Leucosi linfatica cronica,
Anemia multifattoriale,
Esiti di frattura omero dx.

Anamnesi Clinica

- 78' Intervento di asportazione polipo cervicale,
- 78' Primo ricovero documentato per Malattia di Parkinson presso divisione di neurologia. La documentazione clinica segnala che l'esordio dei sintomi sono comparsi nel 1975. Viene effettuata una scintigrafia cerebrale che non segnala alcuna anomalia.
- 82' Ricovero in divisione di neurologia con: ipomimia, tremori ritmici a frequenza rapida arti emisoma dx., ipertono extrapiramidale arti dx.

-82' Ricovero in divisione di neurologia con: ipomimia, tremori ritmici a frequenza rapida arti emisoma dx., ipertono extrapiramidale arti dx.

Anamnesi familiare: il padre soffriva di depressione e tremori agli arti.

Anamnesi Patologica remota: comuni esantemi infantili, a 4 anni tracheotomia d'urgenza per ab-ingestis di seme di zucca.

Nel 70' Intervento di plastica per cistocele. 78' curata per depressione con farmaci specifici.

Nel 75' comparsa di tremore a riposo mano destra e arto inferiore dx associato a rigidità ingravescente.

An. Patologica prossima: peggioramento dei tremori ai 4 arti.

-82' ricovero in altra divisione di neurologia con: **Sindrome Parkinsoniana.**

Dalla cartella risulta che il sintomo tremore era comparso nel 1975 alla mano dx ed era andato mano mano aggravandosi.

La terapia dava miglioramenti di breve durata e non costanti.

Es. neurologico: marcia appena paretica dx, ipertono a dx, presenza di “troclea dentata” al gomito e al polso dx, tremori a riposo, tremori accentuati da stato emotivo, modesta amimia, non disturbi cerebellari e sensitivi, andatura a busto semiflesso ed arti semiflessi.

TAC: modica dilatazione delle scissure silviane e dei solchi della convessità.

-83' ricovero in altra divisione di neurologia con: Morbo di Parkinson.

Il ricovero era finalizzato alla correzione chirurgica.

Viene eseguito intervento chirurgico di talamotomia stereotassica laterale sinistra (Nucleo Vop-zona incerta) in anestesia locale.

L'intervento viene ben sopportato con scomparsa immediata del tremore e della rigidità a dx.

-84' Visita ambulatoriale Neurologica: in seguito a caduta riporta frattura omero ed acromion dx con ricomparsa del tremore a dx. Trattata con farmaci antidepressivi.

84'-86' Seguita in ambulatorio neurologico con visite programmate.

87' Ricovero presso divisione neurologica per comparsa di fenomeni on-off

Scala WAIS: Q.I.totale = 70 indice di deterioramento non significativo.

-87' Dopo un carteggio con il Responsabile della Clinica Neurochirurgica di Stoccolma per l'impianto di cellule surrenaliche nel cervello, viene sottoposta a visita specialistica. In seguito a visita fu proposto un intervento di termocoagulazione del nucleo pallido di destra in anestesia locale.

-88' Due Ricoveri presso divisione di neurologia per Malattia di Parkinson e S. Depressiva.

- 92' Ricovero in divisione di medicina "M. di Parkinson e S. depressiva".

- 96' Ricovero in divisione di ortopedia: "Esiti di frattura omero sx con blocco articolare in M. di Parkinson".

-98' TAC ambulatoriale: Minute aree di ipodensità riferibili a lacune ischemiche nel braccio posteriore della capsula interna di sx, in sede capsulo-lenticolare dx e nella sostanza bianca dei centri semiovali bilateralmente.

-99' caduta con frattura polso dx.

-99' Seguita in ambulatorio neurologico con visite programmate.

-00' esegue SPET: Quadro scintigrafico di lieve riduzione della perfusione cerebrale a livello del cingolo anteriore e dei lobi frontali, maggiormente a sinistra.

-00' Ricovero in reparto di riabilitazione: Morbo di parkinson, decadimento muscolare e atrofia da inattivit , esiti frattura omero sx. anemia sideropenica.

Referto FKT: Deambulazione discreta dopo aver eseguito esercizi di coordinazione motoria in carico. Limitazione funzionale delle spalle in vari movimenti.

- 00' Ricovero in divisione di medicina: Anemia di media entità prevalentemente iporigenerativa da infiltrazione midollare secondaria a sindrome linfoproliferativa.

- 00' Ricovero in divisione di neurologia: Comparsa di intensi movimenti involontari di tipo miochimico-discinetico coinvolgenti la muscolatura facciale.

- 00'-04' Visite ambulatoriali neurologiche programmate le cui indicazioni si riassumono in:
 - Fisioterapia quotidiana assistita durante la marcia.**
 - Dieta aproteica a pranzo, libera a cena.**
 - Madopar 250 ½ x 6 al di'**
 - Requip 1,5 mg+2 mg + 2 mg al di'.**
 - Sinemet 100+25 a rilascio modificato alla sera.**
 - Seroquel 25 1 cpr e En 10 gocce serali.**

Terapia all'ingresso:

- Madopar 250 ½ cpr per 6 (6.30, 9.00, 11.20, 15.00, 17.30, 21.00)
 - Requip 1.5 ore 11,20
 - Requip 2 mg 1 cpr ore 11.20 e 17.30
 - Ticlopidina 1 cpr ore 11.20
 - En 10 gocce ore 21.00
 - Seroquel 25 1 cpr ore 21
 - Sinemet 100/25 1 cpr ore 1.00
- Movicol buste

Valutazione clinica all'ingresso:

Visita medica

Ecg

prescrizione terapia

Valutazione FKT e Ciclo di fisioterapia riabilitativa

Acquisizione di esami ematici recenti con anemia microcitica
e linfocitosi.

Indicazioni dietetiche: pranzo aproteico, cena libera.

Valutazione oculistica: nulla da segnalare

Valutazione clinica all'ingresso:

Risultato alla scala Barthel

Igiene = 3

Bagno = 1

Toilette = 5

Continenza intestinale = 10

Continenza urinaria = 5

Abbigliamento = 5

Alimentazione = 8

Trasferimento = 8

Scale = 2

Deambulazione = 8

Totale 55/100

Valutazione clinica all'ingresso:

Valutazione alla scala Crichton

Memoria = 0

orientamento = 0

Comunicazione = 1

Collaborazione = 1

Tono dell'umore = 0

sonno = 2

comportamento = 0

Protezione = 1

Socializzazione = 1

Totale 5

Valutazione clinica all'ingresso:

Scala Norton mod. sec Scott

condizioni cliniche = 2

Stato mentale = 4

Deambulazione = 4

Mobilità = 4

Incontinenza = 4

Totale 18/20

Valutazione clinica all'ingresso:

Scala Tinetti

Punteggio equilibrio 8/16

punteggio andatura 3/12

Punteggio totale 11/28

Valutazione clinica all'ingresso:
Mini Mental Status Examination
Orientamento temporale (3)
Orientamento spaziale (5)
Memoria (3)
Attenzione e calcolo (4)
Richiamo tre oggetti (2)
Linguaggio (9)
Totale 26/30

Valutazione Fisioterapista all'ingresso

Valutazione articolare: Limitazioni articolare diffuse da retrazioni muscolotendinee e da ipertono flessorio. Cifosi a grande arco del rachide. Flessione gomiti. Mobilità scapolo-omerale limitata a 60°.

Valutazione muscolare: Ipertono flessorio con antepulsione capo e cingolo scapolare con iperestensibilità muscoli pettorali. Ipotono muscoli estensori rachide ed ischiocrurali.

Valutazione funzionale: difficoltà nell'esecuzione dei passaggi posturali con alterazioni della stazione eretta per atteggiamento globale di chiusura. Riduzione globale della motricità con difficoltà ad iniziare il movimento e lentezza nell'esecuzione del movimento.

Altro: Deambulazione incerta con elevato rischio di caduta, linguaggio ipofonico ed accelerato, eloquio di difficile comprensione, viso amimico.

Valutazione Fisioterapista all'ingresso

Obiettivi terapeutici:

- Migliorare le abilità funzionali motorie (coordinazione passaggi posturali, stazione eretta, cammino, Adl)
- Prevenire e contenere le limitazioni articolari e retrazioni muscolo tendinee.
- Ricerca ed eventuale affido di ausili per migliorare l'equilibrio e la marcia.

Valutazione Cartella Integrata all'ingresso

Dieta Aprotica a pranzo, cena libera,
deambulazione Autonoma con sorveglianza di 1 Asa,
Passaggi posturali dipendente 2 Asa,
Igiene ed Abbigliamento dipendente,
Tono dell'umore depresso,
Talvolta irrequieta ed irritabile.

Piano di Assistenza Individuale

- 1) Somministrazione della terapia ad orari rigidi e non lasciare la terapia all'ospite.
- 2) qualora l'ospite richiede anticipi, procedere a somministrare la terapia (on-off).
- 3) cercare di far rispettare le indicazioni dietetiche
- 4) Controllare se la notte ha necessità di andare ai servizi.
- 5) Al momento i passaggi posturali vengono effettuati con aiuto e la deambulazione autonoma.
- 6) Si rivaluteranno i risultati degli interventi riabilitativi.
- 7) L'Ospite gradisce la partecipazione agli interventi di animazione ed alla Messa.

Verifica Diario clinico e cartella integrata

In data 16.3.04 Il Fkt, in relazione a più episodi di caduta, scrive che l'ospite deambula con assistenza di 1 Asa od eventualmente si consiglia carrozzina.

Il medico con la figlia concordano che è escluso l'uso di contenzioni e carrozzina. Si insiste nonostante il rischio alla deambulazione assistita con 1 Asa.

Il 7.4.04 inizia addestramento in reparto con roller/girello con due ruote con sorveglianza e anche in autonomia.

Piano di Assistenza Individuale dell'Aprile 04:

Obiettivo Controllo Cadute

1) Si stabiliscono i seguenti interventi assistenziali

Ore 7.30 Aiuto Igiene ed abbigliamento

Ore 8.00 Accompagnamento con roller sala colazione

Ore 9.00 Accompagnamento con roller in palestra

Ore 10.30 Accompagnamento con roller in animazione

Ore 11.30 Accompagnamento con roller sala pranzo

Ore 13.00 Accompagnamento con roller a letto

Ore 15.00 Accompagnamento con roller in sala pranzo

Ore 19.00 Accompagnamento con roller in camera

Ore 20.30 Accompagnamento a letto.

Compilazione Verbali Cadute:

Cadute registrate nel mese di Marzo: Numero 9

Cadute registrate nel mese di Aprile: Numero 2

Cadute registrate nel mese di Maggio: Numero 3

Cadute registrate nel mese di Giugno : Numero 1

Cadute registrate nel mese di Luglio: Numero 1

Cadute registrate nel mese di Agosto: Numero 0

Cadute registrate nel mese di Settembre: Numero 0

Signora KJ di anni 72.

- Nel Maggio Routine: GB 10.000/mmc (L 70%/N 25%/M 3%/B 0%/E 1%), GR 3.97/mmc, HB 9.8 gr/dl, Cret. 0.97 mg/dl, Prot Tot 6.47 gr/dl (Alb 71%), Na 140 mmol/l, K 4.38 mmol/l, Cl 108 mmol/l, Colesterolo 137 mg/dl, trigliceridi 97 mg/dl.
- Nel Maggio episodio di Infezione vie urinarie trattato con antibiotico mirato (antibiogramma)
 - Nel Giugno 2004 la signora ha effettuato controllo neurologico ambulatoriale.
 - Nel Luglio inviato in OC per caduta con FLC.
 - Nel Luglio inviata in OC per occlusione intestinale ed sottoposta ad intervento di viscerolisi.
- Nell'Agosto e Settembre esami di routine di laboratorio che confermano l'anemia microcitica secondaria ad infiltrazione midollare.

Stato dell'arte delle cadute in Rsa

(Cadute postoletto/anno Nursing Home: 0.2-3.6)

	1997 Pl. 286	1998 Pl. 286	2001 Pl. 240	2002 Pl. 240
Cadute totali/anno	176	191	175	216
Cadute/postoletto/anno	0.61	0.67	0.73	0.90
Fratture/Cadute totali	17 (9.6%)	7 (3.6%)	1 (0.5%)	4 (1.8%)
Cadute "Sedia"	29%	32%	40%	28%
Cadute "Letto"	31%	32%	20%	17%
Cadute "Deambulazione"	40%	36%	40%	55%
Fascia oraria 7-14	38%	32%	32%	34%
Fascia oraria 14-16	19%	16%	23%	16%
Fascia oraria 16-22	24%	33%	31%	25%
Fascia oraria 22-7	19%	19%	24%	25%

Physician Evaluation and Management of Nursing Home Residents.

(J. Ouslander and D. Osterweil Ann. Inter. Med. 1994)

“Physician evaluation of nursing home residents at admission and regularly thereafter is an important part of caring for this rapidly increasing segment of society.”

“When evaluating and caring for home residents, physicians must address many issues besides treatment of multiple chronic diseases and concerns of family members.”

“The physician should be integrated with an interdisciplinary team composed of nurses, rehabilitation therapists, social workers, and others.”

Physician Evaluation and Management of Nursing Home Residents.

(J. Ouslander and D. Osterweil Ann. Inter. Med. 1994)

The general goals of nursing care are:

- 1) to provide a safe and supportive environment for chronically ill and dependent person,
- 2) to maximize individual autonomy, functional capabilities, and quality of life,
- 3) to stabilize and delay, if possible, the progression of chronic illnesses,
- 4) to prevent subacute and acute illnesses and recognize and manage them rapidly when they do occur.

Physician Evaluation and Management of Nursing Home Residents.

(J. Ouslander and D. Osterweil Ann. Inter. Med. 1994)

Valutazione multidimensionale all'ingresso Prima visita:

Revisione completa della documentazione clinica.

Inquadramento dei problemi clinici e funzionali pregressi ed attivi.

Rilevazione di eventuali problemi trattabili.

Valutazione severità e comorbidità delle malattie.

Rilevazione di rischi e/o problemi come: cadute, contenzioni, decubiti, disfagia, disidratazione, stato nutrizionale e cavo orale, incontinenza, problemi comportamentali, ecc.

Elettrocardiogramma

Indagini di laboratorio: esami ematici di routine (no, se recenti)

Valutazione di ulteriori indagini diagnostiche

Valutazione consulenza specialistiche

Patient Safety in Geriatrics: A call for Action

D. Tslimingras, D Berlowitz J of Gerontology Vol. 58A, n. 9,813-819; 2003.

Central to geriatrics is the management of a variety of medical conditions commonly referred to as “geriatric syndromes”, which include falls, delirium, pressure ulcers, and underfeeding. These geriatric syndromes tend to develop when the compensatory ability of elderly people is compromised by the accumulated effects in multiple domains.

It is our contention that these geriatric syndromes often should be viewed as medical error for the following three reasons.

First, these geriatric syndromes are associated with increased mortality,

Second, the literature has shown that these geriatric syndromes in many cases can be prevented,

Third, the prevention of geriatric syndromes often requires a systems approach to care.

Guideline for prevention of falls in Older Persons

L Rubenstein *JAGS* Vol.49: 664-672, 2001.

Result of Univariate Analysis of Most common Risk factors for falls Identified in 16 studies that examination Risk Factors.

Risk Factors	Sign/Tot.	Mean RR-OR	Range
Muscle Weakness	10/11	4.4	1.5-10.3
History of falls	12/13	3.0	1.7-7.0
Gait deficit	10/12	2.9	1.3-5.6
Balance deficit	8/11	2.9	1.6-5.4
Use assistive device	8/8	2.6	1.2-4.6
Visual deficit	6/12	2.5	1.6-3.5
Arthritis	3/7	2.4	1.9-2.9
Impaired ADL	8/9	2.3	1.5-3.1
Depression	3/6	2.2	1.7-2.5
Cognitive impairment	4/11	1.8	1.0-2.3
Age > 80 years	5/8	1.7	1.1-2.5

Guideline for prevention of falls in Older Persons

L Rubenstein JAGS Vol.49: 664-672, 2001.

Specific Recommendations

Assessment: “Should be asked at least once a year about falls”, “Get up and Go test”

Specific Recommendations

Multyifactorial Inetrventions in Long-term care: staff education programs (B), gait training and advice on the appropriate use of assistive devices (B), review and modification of medications, especially psychotropic medications (B).

Two randomized controlled studies in long-tem care showed benefit from multifactorial interventions, although only study documented significant reductions in subsequent falls.(Class 1)

The effective components appeared to be comphehensive assessment, staff education, assistive devices, and reduction of medications.

Guideline for prevention of falls in Older Persons

L Rubenstein JAGS Vol.49: 664-672, 2001.

Specific Recommendations: Single Intervention

Exercise:

“has many proven benefits, the optimal type, duration and intensity of exercise for falls preventions remain unclear” (B);

“older people who have had recurrent falls should be offered long-term exercise and balance training” (B);

“Tai Chi C’uan is a promising type of balance exercise, although it requires further evaluation before it can be recommended as the preferred balance training (C).

Istitutional falls: quality non quantity

M. McMurdo, J. Haper Age and Ageing Vol 33, N. 4 pp. 399-400, 2004.

We Know all falls cannot be prevented.

How should institutional falls be interpreted?

Undoubtedly falls do reflect the quality of care provided.

Falls need to be interpreted at the istitutional level – by examining staffing levels, the environment and circumstances in which residents are falling.

Falls also need to be addressed at the individual level, by examining factors such prescriptions, reversible visual impairment, and use of walking aids.

Institutional falls: quality non quantity

M. McMurdo, J. Haper Age and Ageing Vol 33, N. 4 pp. 399-400, 2004.

In care setting for older people it is time now to developed criteria wich will allow us to move on from recording fall quantity to fall quality.

A risk-free life is no life at all.