

## **LE CADUTE in OSPEDALE**



### **L'OMS :**

**Le cadute ed i danni ad esse correlati sono una problematica prioritaria per i sistemi sanitari e sociali in Europa e nel mondo, soprattutto tenendo conto del rapido accrescersi dell'aspettativa di vita.**

**Con l'avanzare dell'età aumenta il rischio caduta ed i danni conseguenti.**

### **PIANO SANITARIO REGIONALE LOMBARDIA 2010-21014 "DALLA CURA al PRENDERSI CURA"**

#### **Le cadute provocano:**

- **aumento della disabilità**
- **allungamento dei ricoveri**
- **aumento dell'ospedalizzazione in strutture di lungadegenza**
- **aumento dei decessi**

### **L'evento cadute viene considerato uno degli indicatori di SICUREZZA delle CURE.**

Il 40-50% dei pazienti anziani che vivono in casa cade almeno una volta all'anno e non è quindi pensabile che in Ospedale sia possibile eliminare completamente il problema.

In Ospedale le cadute possono costituire fino al 70% degli incidenti in ospedale.

L'incidenza media di cadute in ospedale è di circa 4-5 cadute x 1000 pz/giorno

In Lombardia 4,09% su 1000 ricoveri

I tassi delle cadute possono variare nei diversi ospedali per:

- 1) diversa tipologia dei pazienti assistiti
- 2) le differenze tra i trattamenti ed i servizi offerti dai diversi reparti.
- 3) Il sistema impiegato per la segnalazione del fenomeno

## **MODALITA' CADUTE**

**ACCIDENTALI - 14%**

**Attribuibile a fattori ambientali o a fatalità (scivolare, inciampare etc)**

**IMPREVEDIBILI- 8%**

**Se causate da condizioni fisiche non prevedibili fino al momento della caduta  
(x esempio fratture patologiche)**

**PREVEDIBILI - 78%**

**Se avvengono in soggetti esposti a fattori di rischio identificabili (pazienti ad alto rischio cadute)**

## **CLASSIFICAZIONE GRAVITA' delle CADUTE**

### **MINORI**

Necessitano solo di cerotti, ghiaccio, pulizia delle ferite, farmaci topici

### **MODERATE**

Richiedono suture, steri-strips

### **MAGGIORI**

Trattamento chirurgico, gesso, trazione, valutazione neurologica, valutazione internistica, fratture (femore 58%/ polso 17%/ omero 6%).

### **MORTALI**

Le donne cadono più frequentemente degli uomini e più facilmente si fratturano (osteoporosi)

## **CIRCOSTANZE delle CADUTE**

La maggior parte delle cadute si verifica quando il paziente cerca di alzarsi da solo per andare in bagno.

Si verificano:

nel 79,5% nelle camere dei pazienti

nel 11% in bagno

nel 9,5% nelle anticamere

Le cadute hanno una **causa MULTIFATTORIALE** e sono secondarie sia a cause INTRINSECHE del PAZIENTE (compromissione funzionale) sia a CAUSE ESTRINSECHE.

## CAUSE INTRINSECHE

Età maggiore di 65 anni  
Patologie degli ARTI INFERIORI  
ANOMALIE delle ANDATURE  
Capacità cognitive alterate croniche (alzheimer-demenze) e/o acute (delirio)  
Necessità di aiuto per alzarsi dal letto (esiti ictus, esiti artroprotesi etc)  
storia di pregresse cadute  
Alterazioni uditive  
Alterazioni visive  
Alterazioni tattili  
Anomalie del sonno  
Ipossia

## CAUSE ESTRINSECHE

### Farmaci

Se il paziente assume > di 4 farmaci il rischio di cadute aumenta notevolmente  
I farmaci maggiormente implicati sono:

Ipotensivi  
Bradocardizzanti  
Digossina  
Antiarritmici  
Diuretici (più dannosi i diuretici tiazidici rispetto ai diuretici dell'ansa)  
Anticolinergici  
Antidepressivi (amitriptilina, Gabapentin,, triciclici, SSRI, fenitoina possono dare sedazione e confusione)- raddoppiano il rischio cadute in una relazione dose/risposta.  
Neurolettici- sindrome extrapiramidale  
Benzodiazepine  
Antistaminici  
Analgesici (FANS e paracetamolo)  
Levo-dopa  
Ipoglicemizzanti orali  
Preparati x pulizia del colon  
*Anticoagulanti (possono peggiorare le conseguenze delle cadute)*

Alterazioni elettrolitiche  
Iperammoniemia  
Denutrizione  
Disidratazione

## PATOLOGIE

Anemia  
Anomalie del sonno  
Neuropatia diabetica  
Artrite  
BPCO  
Ipotensione ortostatica  
Nicturia  
Infezioni delle vie urinarie

## Procedure

Interventi chirurgici  
Pulizia intestinale  
Interazione con il malato  
Assistenza dei familiari

## **IDENTIFICAZIONE dei PAZIENTI a RISCHIO CADUTA**

Sono state sperimentate diverse scale di valutazione (Morse scale, Schmid scale , Tinetti, Stratify, Cooley), ma nessuna scala è così specifica da identificare i pazienti effettivamente a rischio, oltre il 70%. (insoddisfacente sensibilità e specificità)

Una revisione critica del 2003 sottolinea che nessuna di queste scale è stata sufficientemente studiata in termini di VALIDITA' e AFFIDABILITA'.

La valutazione del rischio deve inoltre essere "DINAMICA" poiché nel corso della ospedalizzazione il profilo di rischio può variare. Per esempio all'esordio di patologie gravi, dopo procedure o interventi chirurgici e nel caso di insorgenza di delirio.

Le scale non evidenziano fattori di rischio modificabili

***Nessuna scala a punteggio può infatti identificare il rischio PERSONALE di ogni paziente che nasce dall'interrelazione di molteplici fattori.***

Inoltre può generare un falso senso di sicurezza.

## ***COSA FARE?***

Non vi è evidenza che le cadute possano essere ridotte tramite linee guida, perché gli studi sono insufficienti e probabilmente ogni ospedale deve individuare una strategia specifica per il contesto di cura.

Nella migliore delle ipotesi è possibile prevenire il 20% delle cadute ospedaliere.

*H.L. MENCKEN*

*Vi è sempre una soluzione facile per ogni problema umano: semplice, plausibile e....sbagliata.*

## COSTRUIRE UNA STRATEGIA PREVENTIVA?

Non solo ha lo scopo di ridurre le cadute , ma di migliorare la sicurezza del paziente in ospedale promuovendo una mobilitazione più sicura.

Una metanalisi del 2006 ha rilevato che un INTERVENTO MULTIFATTORIALE riduce il rischio relativo a 0,82 (valutazione del rischio, care planning, approcci medico-diagnostici modifiche ambientali, rimozione dei mezzi di contenzione, attività fisica)

Gli INTERVENTI SINGOLI studiati sono stati:

- 1) riduzione dei mezzi di contenzione (RR 0,83)
- 2) dispositivi di allarme (studi inadeguati)
- 3) potenziamento dell'esercizio(non sempre significativo)
- 4) modifiche ambientali (non significativo)
- 5) **Revisione della terapia (RR 0,53)**

I MEZZI di CONTENZIONE possono aumentare le cadute perché inducono:

IMMOBILITA'  
PERDITA FUNZIONALE  
DELIRIO  
AGITAZIONE  
DECUBITI  
ASFISSIA  
MORTE

## PROPOSTE “CULTURALI”

- 1) potenziamento della consapevolezza del personale medico e infermieristico delle dimensioni del problema, delle sue conseguenze , dei fattori di rischio che pongono i pazienti a rischio aumentato di cadute.
- 2) Rivalutazione delle terapie allo scopo di eliminare o ridurre se possibile i farmaci maggiormente coinvolti nel rischio cadute e relativa riduzione al minimo dei dosaggi
- 3) Riduzione al minimo dei dosaggi dei farmaci anticoagulanti (eparine a basso peso molecolare, warfarin, fondaparinux) x attenuare i danni di eventuali cadute , in particolare emorragia cerebrale con ematoma subdurale che nei pz anziani può manifestarsi più facilmente x maggiore spazio tra dura ed encefalo.
- 4) Prevenzione del delirio acuto in ospedale

## APPROFONDIMENTI

- 1) Richiedere informazioni sui sistemi di allarme
- 2) Valutare se disporre di “salva anche” per i pazienti a rischio molto alto cadute

## PROPOSTE ASSISTENZIALI

### *Al momento del ricovero:*

- 1) Valutazione parametri vitali aggiungendo misurazione pressione arteriosa in clino e ortostatismo per ricercare eventuale ipotensione posturale
- 2) Valutazione delle condizioni mentali del paziente e del suo grado di orientamento interagendo con il paziente e parlando con i familiari. ( il VI parametro vitale)
- 3) Animal test (necessità di stress non “stressanti” x i paz cardiopatici)
- 4) Valutazione dell’equilibrio del paziente e della sua capacità funzionale
- 5) Correzione dei deficit sensoriali (apparecchi acustici, occhiali)
- 6) Supporti x la deambulazione abitualmente impiegati dal paziente
- 7) Ridurre al minimo l’inserzione di cateteri vescicali
- 8) Valutazione del rischio cadute con la scala già in uso
- 9) Colloquio con i parenti (per conoscere il tipo di autonomia del pz prima del ricovero, la disponibilità a trascorrere del tempo con il pz, far portare oggetti “riorientanti come foto, coperta etc)
- 10) Come comunicare con il paziente (*tre passi nel delirio?*)
- 11) Valutare eventuale assunzione di alcoolici

### *Durante il ricovero*

Rivalutazione della Scala di Rischio ad ogni cambio di turno

Segnalazione di insorgenza eventuale di delirio

Come interagire con il paziente (prevenzione del delirio , “*orienteeing*”)

Verifica ordine in camera ed eliminazione di arredi o oggetti che possano intralciare i movimenti del paziente.

Mantenere una minima illuminazione nel caso il paz debba recarsi in bagno.

Invitare il paziente ad andare in bagno prima di dormire

Controllare che il campanello sia facilmente raggiungibile e ripetere spesso al paziente di chiamare se deve alzarsi.

La sera se possibile togliere le infusioni lasciando catetere venoso con tappo

Abbassare i letti

Programmare gli interventi assistenziali cercando di sovvertire il meno possibile il ritmo sonno-veglia.

Prevenire gli episodi di ipoglicemia

Segnalare diuresi abbondante ( > 100 ml/h?)

Segnalare e trattare ipossiemia (sat O<sub>2</sub> = o < 95%)

Integrazione vitamine gruppo B e vitamina D

Melatonina

**Ma vale la pena impegnarsi così tanto sapendo già in partenza che le cadute sono prevenibili solo nel 20%?**

Probabilmente SI perché il problema delle cadute è strettamente collegato ad un'altra importante patologia e cioè il DELIRIO ACUTO in OSPEDALE.

Le cadute ed il delirio in ospedale condividono le stesse cause e le stesse strategie preventive.

**E perché è importante comprendere e prevenire il DELIRIO?**

**Il delirio complica i ricoveri almeno nel 20% dei pazienti ricoverati di età > di 65 anni.**

**Lo sviluppo del delirio può innescare una sequenza di eventi:**

- **perdita dell'indipendenza**
- **aumentato rischio di morbilità e mortalità**
- **aumentati costi sanitari**
- **il delirio può essere il sintomo d'esordio di gravi patologie (sepsi, infarto miocardio, insufficienza respiratoria) nel 10-30% dei paz che si presentano in PS**
- **l'incidenza del delirio nei paz ospedalizzati varia dal 6 al 56%**
- **la totalità dei paz ospedalizzati che sviluppano delirio va dal 22 al 76%**
- **mortalità a un anno dei paz che hanno presentato un delirio è tra il 35 e 40%**
- 

Il DELIRIO è spesso misconosciuto da medici ed infermieri in parte per il suo andamento fluttuante, per il suo sovrapporsi con la demenza, la mancata valutazione cognitiva, la sottovalutazione delle sue conseguenze cliniche, ed il considerare la diagnosi non importante.

IL DELIRIO può manifestarsi in diverse forme:

Forma IPOATTIVA

Forma IPERATTIVA

Forma MISTA

| <b>CARATTERISTICHE CLINICHE del DELIRIO</b>   |
|---|
| <b>INSORGENZA ACUTA</b><br>Compare all'improvviso, solitamente nel corso di ore o giorni<br>Importante interrogare i parenti sulle funzioni cognitive usuali del paziente |
| <b>DECORSO FLUTTUANTE</b><br>I sintomi tendono ad andare e venire alternandosi con momenti lucidi   |
| <b>DISATTENZIONE</b><br>Difficoltà a concentrare, mantenere, spostare l'attenzione<br>Difficoltà a sostenere una conversazione o ad eseguire comandi                      |
| <b>PENSIERO DISORGANIZZATO</b><br>Eloquio incoerente  |
| <b>ALTERATO LIVELLO di COSCIENZA</b><br>Ridotta consapevolezza dell'ambiente  |
| <b>DEFICIT COGNITIVO</b><br>Disorientamento, deficit della memoria, linguaggio alterato   |
| <b>DISTURBI della PERCEZIONE</b><br>Illusioni e allucinazioni in circa il 30% dei pazienti  |
| <b>DISTURBI PSICO MOTORI</b><br>Iperattività (agitazione e vigilanza)<br>Ipoattività (letargia e marcata riduzione del movimento)<br>Forma mista                          |
| Ritmo SONNO-VEGLIA alterato con inversione  |

## DISTURBI EMOZIONALI

Sintomi labili e intermittenti di paura, paranoia, ansietà, depressione, irritabilità, apatia, irritazione, euforia

## RAPPORTI DELIRIO/DEMENZA

Sono stretti, ma non ancora del tutto chiari.

La demenza è il principale fattore di rischio per l'insorgenza di delirio in ospedale: due terzi dei casi di delirio si verificano nei pazienti affetti da demenza. Una maggiore vulnerabilità dell'encefalo dei paz con dementi li predispone a sviluppare un delirio in seguito a insulti conseguenti a malattie acute quali terapie, procedure, ambienti estranei, chirurgia etc.

L'insorgenza di delirio può accelerare il peggioramento della demenza.