

# CADUTE A DOMICILIO E ANALISI CASO X.X.



Formazione ACD 10-12-2013

# Gli anziani e le cadute

- Frequenza: nel mondo nel 2006 una persona su dieci ha più di 60 anni; nel 2050 una persona su cinque avrà più di 60 anni e tra gli anziani le donne sono in maggioranza (55%). Ogni anno circa un terzo dei soggetti che hanno più di 65 anni è vittima di una caduta.
- Le donne cadono più degli uomini
- L'incidenza delle cadute nelle case di cura e negli ospedali è 2-3 volte superiore rispetto a quella delle cadute che avvengono nell'abitazione, e anche le complicazioni sono maggiori.
- Cadute direttamente proporzionali all'età

# Conseguenze e costi in CH

- Cadute che necessitano di cure mediche:
  - 50% frattura
  - 12,5% frattura femore
  - 20% cure temporanee
  - 5% istituzionalizzazione (Casa di cure)
  
- Costo sociale: 2.1 miliardi di Fr./anno  
(Grundler, 2006)

# Rischio e percentuali

- **FATTORI INTRINSECI** : forza ed equilibrio, mobilità, problemi di vista, malattie (cardiache, diabete, demenza, depressione, epilessia, artrite, artrosi...), incontinenza, paura di cadere, antecedenti cadute, polifarmacologia, problemi podologici
- **FATTORI ESTRINSECI** : ambiente, attività ad alto rischio, uso inappropriato di ausilii, scarpe
- Solo interventi sui fattori estrinseci combinati con quelli sui fattori intrinseci riducono il rischio
- **RISCHIO DI CADUTA**
  - 27% con nessuno o un fattore di rischio
  - 78% con quattro o più fattori di rischio(Jasmin Frazen / Cristina Lanfranchi, 22 novembre 2011)

# Fattori estrinseci : alcuni esempi

- **Scarsa illuminazione**
- **Passaggi repentini di cambio intensità luce**
- **Tappeti, scendiletto, pedane**
- **Pavimenti scivolosi**
- **Gradini**
- **Fili elettrici in esposizione**
- **Bagno senza adeguati ausili, doccia senza antiscivolo**
- **Oggetti riposti in alto**
- **Calzature inadeguate**

# Altri fattori di rischio

- Isolamento sociale
- Difficoltà finanziarie
- Scarsa conoscenza
- (Alcolismo)

La letteratura evidenzia un rischio di caduta più elevato in soggetti soli, vedovi, divorziati, che hanno un basso reddito o una situazione sociale/economica svantaggiata, che non svolgono attività sociali.

# Interventi efficaci nella prevenzione

- Allenamento adattato individualmente della forza e della coordinazione
- Adattamento dell'ambiente
- Adeguamento delle terapie
- Programmi di intervento multidisciplinari e multifattoriali
- Salva-anche
- Pacemaker
- Tai Chi

RIDUZIONE DELLE CADUTE E/O DELLE CONSEGUENZE DEL 29%  
(Analisi di 6 Meta-analisi, 3 linee guida e 13 studi randomizzati controllati)

# Pauro di cadere

- Circa un terzo degli anziani che non ha storie precedenti di cadute ha comunque paura di cadere. La percentuale raddoppia nelle persone che sono già cadute almeno una volta.
- FES (Falls Efficacy Scale): la paura di cadere è misurabile
- La paura di cadere è predittiva di cadute

# Esercizio fisico forza ed equilibrio

- Sono raccomandati programmi di intervento personalizzati tesi a migliorare la forza, la deambulazione e l'equilibrio.
- L'attuazione di questi programmi basati sull'attività fisica ha anche altre valenze e si ridurrebbero gli elevati costi di ospedalizzazione (fratture ossee, eventi tromboembolici, infarto, ecc.).

# Valutazione problemi motori

- Raccomandazione 1: tenere sotto controllo l'equilibrio e i problemi di deambulazione negli anziani che riferiscono una precedente caduta o che sono considerati a rischio. Esistono test utilizzati per valutare il rischio di caduta che consentono un *follow-up* a distanza.
- Raccomandazione 2: far camminare il paziente: verificare se ha una andatura instabile o se ha qualche difficoltà nell'alzarsi dalla sedia
- Raccomandazione 3: Controllare la pressione arteriosa: verifica se soffre di ipotensione ortostatica

# Diminuire rischi domestici

- Fornire informazioni e interventi educativi mirati alla consapevolezza dei rischi.
- A seguito di una caduta è raccomandata un'analisi dei rischi domestici, al fine di verificare la presenza di ostacoli o pericoli modificabili
- Offrire alle persone che sono dimesse dall'ospedale o dal Pronto soccorso in seguito a caduta un controllo della situazione ambientale e dei pericoli presenti.
- Consigliare agli anziani l'installazione di dispositivi (spie antincendio, tappeti e strisce antiscivolo, maniglie ecc.) che possano rendere più sicuro l'ambiente domestico.

# Revisione polifarmacologia

- Secondo la linea guida NICE (National Institute for Clinical Excellence) è utile anche rivalutare periodicamente e sospendere (ove possibile) con la dovuta gradualità eventuali terapie psicotrope (e non) per minimizzare il rischio di caduta.
- In sintesi risulta essere un fattore di rischio l'assunzione delle classi di farmaci qui elencati: sedativi e ipnotici, narcotici, anticonvulsivanti, antidepressivi, psicotropi, cardiovascolari, diuretici, antiipertensivi

# Disturbi visivi

- Monitorare quotidianamente le capacità dell'anziano (riferite o percepite dall'operatore) attraverso l'agire dello stesso e in caso di problemi comunicare a medico curante
- I medici responsabili della gestione clinica del paziente devono effettuare o far effettuare un accurato esame della vista, per verificare eventuali problemi o alterazioni.

# Caso clinico

- Anno di nascita 1931
- Vive con moglie seguita da servizi formali
- Depressione (pregresso tentamen anni '90)
- Parkinsonismo su encefalopatia vascolare
- Diabete mellito n.i.d.
- Cadute recidivanti

# Risorse

- Sostegno informale: moglie con problemi mnemonici e sospetti problemi a livello cognitivo; figlia che porta cane al mattino e torna a prenderlo alla sera (lavora); a volte si occupa di spesa; figlio si occupa di giardino; passa domenica a pranzo. Figli abitano in paesi limitrofi.
- Cugina vicina di casa disponibile all'occorrenza
- Privata per ED mediamente ogni settimana
- Interventi formali: 3 docce settimana, c/s lu me ve, prep th settimanale
- Supervisione psichiatra (solitamente) ogni due mesi

# Terapia farmacologica in uso

● Paronex	20mg	1-0-0-0
● Seroquel	25mg	0-0-1-0
● Dalmadorm mite	15mg	0-0-0-1
● Amaryl	4mg	1-0-0-0
● Janumet	50/500mg	1-0-0-0
● Acido folico	5mg lu me ve	1-0-0-0
● Calperos D3	500mg	2-0-0-0
● Triatec	5mg	1-0-0-0
● Truxal	15mg	0-0-0-1
● Vitarubin	1000mcg	ogni 3 mesi
● Motilium	10mg	se nausea

# Breve quadro situazione attuale

- Utente presenta cadute recidivanti (non sempre rilevabili e non sempre di dinamica chiara) in contesti diversi
- Stato da inattività marcato (di giorno sdraiato su divano)
- Apatia (verbalizza di aver piacere a stare da solo e si relaziona solo se stimolato)
- Compliance terapeutica coppia scarsa su degrado cognitivo
- Coppia unita; forte attaccamento moglie, caregiver stanca
- Figli non sembrano essere risorsa (figlia chiede accudimento cane durante il giorno e figlio spesso bucato e stiro).
- Valutazione geriatrica in atto (2/12/13)
- Frustrazione operatori equipe

# Limitazioni presenti

- Quadro psichiatrico e cognitivo
- Livello di collaborazione coniugi/entourage familiare non ottimale (resistenza ad accettare nuove proposte: CD, fisioterapista, ausili)
- Utente refrattario ausili (rifiuta bastone e deambulatore) e non osservante indicazioni basilari (es: calzature adeguate)
- Ambiente domestico non protesico (casa su due piani, livello di disordine importante, assenza corrimano, persistenza tappeti, illuminazione non omogenea, mobilia bassa, giardino con pavimentazione irregolare)
- Abitudini "a rischio" consolidate (uscite in auto con moglie)
- Mancanza motivazioni e investimento utente
- Idratazione insufficiente, alimentazione poco variata, peso (kg 90)

# Strategie messe in atto

- Condivisione presa a carico in equipe
- Aumento consapevolezza coniugi (sottolineatura fattori di rischio)
- Aggiornamento costante Medico curante
- Eliminazione alcuni tappeti, calze antiscivolo, calzature (che non sempre indossa)
- Aumento interventi servizi formali
- Coinvolgimento/condivisione problematica con figlia e opportunità di valutazione geriatrica ed evt frequentazione Centro Diurno
- Relazione di supporto utente e moglie (cercando di stimolare utente ad attivare risorse residue)
- Invito ad uno stile di vita più consono (quota attività, alimentazione, idratazione...)

# Piano di cura

- Corto termine. Migliorare. L'utente ed il caregiver conosceranno i fattori che aumentano il rischio di caduta e le possibili conseguenze ed assumeranno un atteggiamento preventivo.  
L'utente si mobilizzerà con scarpe adeguate, chiuse e con suola antiscivolo, in alternativa l'utente indosserà calze antiscivolo.  
L'illuminazione sarà adeguata e non ci saranno oggetti che possono essere di ostacolo. L'utente ed il caregiver comprenderanno l'importanza della rimozione dei tappeti. L'utente non subirà nel prossimo mese ulteriori cadute.  
L'utente ed il caregiver comprenderanno l'importanza di una regolare ed adeguata idratazione ed alimentazione. L'utente seguirà un'alimentazione più adeguata alla patologia ed assumerà almeno un litro di liquidi al giorno.

# Spunti di riflessione

- Family conference: incontro attori formali ed informali per convenire strategie ed obiettivi comuni: definizione interventi multidisciplinari, figli come risorsa e non limite (accompagnamento in uscite, esercizio fisico, alleggerimento carico caregiver)
- Revisione terapia farmacologica (neurolettico da più di tre mesi?)
- Alleggerimento carico caregiver (potenziamento ED, pasti a domicilio (involuzione ponderale ?), volontari per passeggiate, CD)
- Modifiche per ambiente più protesico ed accettazione ausili (deambulatore, pappagallo...cane ?) fattibili dopo incontro multidisciplinare ? (coniugi, figli, Mc, geriatra, infermiere)