Centro Studi e Formazione
Fatebenefratelli

corso di formazione

CADUTE DELL'ANZIANO: valutazione del rischio e interventi preventivi

Dott. Duilio Loi

corso di formazione

CADUTE DELL'ANZIANO:

valutazione del rischio e interventi preventivi

Dott. Duilio Loi

obiettivi

- sensibilizzare e far crescere la consapevolezza sul problema
- attivare modalità assistenziali a carattere preventivo
- ridurre l'incidenza del fenomeno

Contenuti

•epidemiologia del fenomeno

•sequele e carichi di lavoro

•individuazione dei fattori di rischio e possibilità di rimozione

•modalità di raccolta dati e indagine di prevalenza

•ruolo, competenze e responsabilità delle figure professionali coinvolte

oltre la terza età…

quarta età

75-90 anni

terza età

60-75 anni

mutabilità biologica dell'invecchiamento

1981
Una persona di **70** anni poteva sperare ancora in:
•10 ½ di vita se uomo
•17 ½ di vita se donna
(Se ottantenne: + 6 anni se uomo, + 7 ½ se donna)

1996
Una persona di 70 anni poteva sperare ancora in:
•12 ½ di vita se uomo
•19 ½ di vita se donna
(Se ottantenne: + 7 anni se uomo, + 8 ½ se donna)

mutabilità biologica dell'invecchiamento

…nel 2005 c'erano 11,300 milioni di persone over 65

•2010, saranno 12 milioni

•2020, saranno 13,700

•2030, 16 milioni

•2040, 18 milioni

•2050 si saranno raggiunti livelli di crescita pari a + 200.000 persone l'anno…

---

età massima incidenza di fragilità passa da 86 anni a 91

dai **60.000** soggetti del 2010, a **140.000** nel 2040

Perché parlare delle cadute nell'anziano?

- **Non si tratta di una patologia**
- **Che interesse hanno a livello scientifico?**
- **Chi se ne preoccupa, se accadono in reparto?**

Caduta: incapacità a tenere l'equilibrio posturale e della posizione voluta, tipico della immaturità infantile verso la quale l'anziano teme di regredire.

⇩

Cadute in età senile: indicatori di alterazioni, spesso inapparenti, dei meccanismi dell'equilibrio biologico e cinetico o della presenza di condizioni ambientali non confortevoli.

su 8 milioni di ricoveri/anno

Persone che ogni anno restano vittime di errori in ospedale 320 mila

Cause intentate ogni anno dai pazienti 12 mila

Richieste di risarcimenti pendenti 2,5 miliardi di €

Esborsi di ogni ospedale per le polizze (x bacino di utenza) dai 750 mila ai 2 milioni di €

Costi annui per il prolungamento delle degenze per errori 260 milioni di €

Raccolta annua dei premi di assicurazione sanitaria 175 milioni di €

Risarcimenti pagati dalle Assicurazioni (1999-2000) 413 milioni di €

(Gobbi B., *Il risk manager va in corsia*, Il Sole 24 Ore, 19 Aprile 2002)

"primum non nocere"

ippocrate

"il primo requisito di un ospedale è quello di non danneggiare il malato"

florence nigthingale

Le cadute nell'anziano, rappresentano uno dei più gravi problemi, in ambito ospedaliero; nonostante ciò, l'argomento non risulta essere considerato importante ed oggetto di studi o ricerche.

Evento Sentinella

…evento avverso di particolare gravità, potenzialmente indicativo di un serio malfunzionamento del sistema, che può comportare morte o grave danno al paziente e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario.

…quali?

1. Procedura chirurgica in paziente sbagliato
2. Procedura chirurgica in parte del corpo sbagliata (lato, organo o parte)
3. Suicidio in paziente ricoverato
4. Strumento o altro materiale lasciato all'interno del sito chirurgico che richieda un successivo intervento o ulteriori procedure
5. Reazione trasfusionale conseguente ad incompatibilità ABO

1. Decesso, coma o gravi alterazioni funzionali derivati da errori di terapia associati all'uso di farmaci
2. Decesso materno o malattia grave correlata al travaglio e/o parto
3. Violenza o maltrattamento su paziente
4. Mortalità in neonato sano di peso >2500 gr. entro 48 ore dalla nascita
5. Ogni altro evento avverso che causa morte o gravi danni indicativo di malfunzionamento del sistema e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario

Implicazioni psicologiche delle cadute

- danni seri
- impatto psicologico negativo dopo la caduta
- depressione, paura di cadere di nuovo, restringere il proprio campo di azione e di spostamento
- inattività ed isolamento sociale, declino psichico e fisico. Inoltre, un episodio di caduta, anche se isolato e giustificato da fattori straordinari, spesso autorizza familiari o personale di assistenza ad assumere un atteggiamento iperprotettivo, con conseguenze sulla sua autosufficienza.

EPIDEMIOLOGIA DEL FENOMENO

- Incremento dell'incidenza delle cadute con l'età
- Incidenza annuale delle cadute di anziani residenti

a) nella propria abitazione:

70 anni 25%

75 anni 35%

>80 anni 40%

b) in struttura residenziale: 45%

- Le donne cadono più degli uomini (fino a 75 anni)
- Il 5% cade ripetutamente

- Il 40% dei ricoveri in casa di riposo è in parte dovuto a cadute
- Il 2,5-20% degli anziani che cadono viene ricoverato in ospedale
- Il 40% delle cadute in ospedale riguarda persone anziane
- Il 20% dei soggetti anziani cade durante il ricovero in ospedale
- Il 60-70% delle morti accidentali è dovuto alle cadute

Incidenza reale delle cadute fra gli anziani è maggiore

- abitudine di non denunciare le cadute che non comportano lesioni
- timore dell'anziano di essere istituzionalizzato
- interpretazione della caduta come inevitabile evento dell'invecchiamento
- nelle strutture istituzionali il personale è complice di queste omissioni per il timore di ripercussioni legali

SEQUELE

DELLE CADUTE

Diminuzione della quota motoria

⇩

1. decesso
2. frattura, lussazione
3. lesione dei tessuti molli
4. immobilità prolungata ⇨ sindrome da immobilizzazione
5. paura di cadere ⇨ riduzione dell'autonomia e depressione

Non sempre, fortunatamente le cadute, provocano lesioni

Il rischio di subire un danno importante:

⇩

risposte riflesse di protezione dell'individuo

maggiore forza d'impatto durante l'episodio di caduta

Fattori di rischio per subire un danno grave, da caduta

⇩

- Altezza della caduta
- Forza d'impatto d'urto
- Debolezza degli arti inferiori
- Durezza della superficie di atterraggio
- Riflessi rallentati e diminuite risposte protettive
- Riduzione del tessuto adiposo

FRATTURE OSSEE

Frattura ⇨ **interruzione nella continuità di un osso**

- Legata ad una condizione di indebolimento osseo (osteoporosi o processi patologici ossei)
- Legata ad un episodio di caduta

Fratture più comuni nel soggetto anziano

- Vertebre
- Collo del femore
- Radio e ulna
- Omero
- Cingolo pelvico

SINTOMI ACUTI DELLA FRATTURA

- Dolore spontaneo, accentuato alla palpazione o al movimento dell'arto interessato
- Deformità dell'arto interessato, per accorciamento o rotazione del segmento scheletrico in esame
- Mobilità innaturale per discontinuità dei capi ossei
- Tumefazione locale per stravaso ematico
- Impotenza funzionale o grave limitazione della motilità, per il dolore prodotto dal movimento dei frammenti ossei

Orientamento assistenziale dopo l'evento acuto

- Non abbandonare il paziente
- Osservazione dei segni caratteristici, rilevabili all'esame dell'arto interessato
- Rilevazione dei parametri vitali (possono indicare stato di shock, o shock imminente)
- Valutazione dello stato mentale del paziente (se confusionale)

- Accertarsi sulle modalità e le circostanze della caduta
- Avvisare il medico
- Mobilizzazione del paziente, con la collaborazione di più operatori, per mantenere l'arto allineato (a seconda della frattura)
- Posizionamento del paziente a letto, con applicazione di ghiaccio e con ausilii per la prevenzione delle lesioni da decubito

Complicanze più importanti in caso di frattura

⇩

- ✓ Shock traumatico
- ✓ Embolia adiposa
- ✓ Lesioni nervose

Complicanze dell'intervento chirurgico di riduzione della frattura

- Malattia tromboembolica
- Infezioni della ferita
- Lussazione dell'endoprotesi
- Declino dello stato funzionale
- Sindrome da immobilizzazione
- Istituzionalizzazione

FRATTURE

DI FEMORE

Tra le maggiori cause di ospedalizzazione acuta nell'anziano

La lunga degenza predispone al rischio di complicanze

sindrome da immobilizzazione

Frequente nell'anziano, con camminata lenta e a piccoli passi

- Il pz. cade lateralmente o sulla gamba ripiegata
- Spesso le masse adiposa e muscolare che circondano il femore, sono insufficienti ad assorbire l'impatto con il suolo

<u>Sintomo caratteristico</u>

arto extrarotato e più corto rispetto all'altro

il paziente non riesce ad alzarsi

Fratture vertebrali

- Aumento del carico cui le vertebre vengono sottoposte (ad es. sollevamento di un peso)
- Caduta, solitamente in posizione seduta

Circa il 20% delle fratture si verifica in modo silente

Presente solo un'evidenza radiografica di frattura, senza specifica sintomatologia.

Forme sintomatiche: dolore acuto che si accentua nella rotazione del tronco e nell'alzarsi.

Fratture di radio e ulna

- Aumento progressivo con l'età
- Avvengono solitamente a seguito di una caduta con la mano tesa in avanti in dorsiflessione
- La più frequente complicanza è rappresentata da una rigidità articolare a livello delle dita e della spalla; per questo motivo il movimento delle attivo delle dita, del gomito e della spalla deve essere incoraggiato

Fratture dell'omero

La situazione più frequente vede la persona scivolare mentre tiene un peso in mano (braccia tese in avanti)

Gran parte della forza dell'impatto della caduta è assorbita dal deltoide

Possono trascorrere diversi mesi prima che il paziente riacquisti la capacità di eseguire movimenti semplici, come il pettinarsi.

Fratture del bacino

Il comune meccanismo di frattura è rappresentato da una caduta a terra in posizione seduta.

Il quadro clinico simula una frattura del femore prossimale e la diagnosi si basa sull'esame radiografico.

Inizialmente il paziente è incapace di stare in piedi o addirittura seduto, per l'intenso dolore.

LUSSAZIONE

Perdita del normale rapporto fra due capi articolari, con dislocazione dei capi ossei dalla propria sede.

SINTOMI

- Scatto articolare
- Dolore spontaneo, accentuato alla palpazione o al movimento dell'arto
- Deformità e accorciamento dell'arto interessato, per rotazione del segmento scheletrico in esame
- Tumefazione locale per stravaso ematico

COMPLICANZE DELLE LUSSAZIONI

1. Lacerazione della capsula articolare
2. Lesione o distacco di legamenti
3. Lesioni nervose
4. Pericolo di recidive

SINDROME DA

IMMOBILIZZAZIONE

SINDROME DA IMMOBILIZZAZIONE

Condizione morbosa multisistemica, interessante diversi organi ed apparati, che insorge in seguito a una lunga e prolungata immobilità a letto.

Negli anziani

- Per età avanzata, che apporta modifiche di ordine fisico e psicologico
- Per maggiore prevalenza di patologie a carattere cronico ed invalidante

Il riposo forzato, con la mancanza di attività fisica e la posizione orizzontale, producono una serie di conseguenze a livello di diversi apparati.

ORGANI INTERESSATI

- Apparato locomotore
- Cute
- Apparato cardiovascolare
- Apparato respiratorio
- Apparato genito-urinario
- Apparato digerente
- Sistema nervoso

FATTORI DI RISCHIO DELLE CADUTE

1. Origine multifattoriale

Risultato dall'interazione di alterazioni della stabilità e situazioni ambientali

2. Patologia

Fattori di rischio di caduta

Intrinseci

…legati all'individuo

Estrinseci

…legati all'ambiente circostante

FATTORI

INTRINSECI

FATTORI INTRINSECI

- Età superiore ai 65 anni
- Ripetitività negli episodi di caduta
- Modificazioni fisiologiche legate all'età: stazione eretta e mantenimento dell'equilibrio, richiedono il coretto funzionamento delle componenti muscolo-scheletriche, sensorie e cognitive: i cambiamenti fisiologici legati all'età, insieme a patologie possono compromettere la funzione di una o più di queste componenti

- I molteplici cambiamenti legati all'invecchiamento, aumentando le disabilità, aumentano proporzionalmente il rischio di cadute
- Particolari stati di alterazione mentale (confusione e disorientamento)
- Terapia farmacologica (sedativi, tranquillanti, antiipertensivi, diuretici e lassativi)

- Cattiva o errata conoscenza ed utilizzo di ausilii per la deambulazione in aggiunta a calzature non adatte
- Particolari problemi di eliminazione (diarrea o incontinenza)
- Sesso: le donne sono maggiormente a rischio, in quanto il loro modo di camminare è caratterizzato di passi più oscillanti e base d'appoggio più stretta

MODIFICAZIONI FISIOLOGICHE LEGATE ALL'ETA'

POSTURA ⇨ Atteggiamento di tutto o di una parte del corpo, in una posizione di riferimento

EQUILIBRIO ⇨ Capacità di mantenere il proprio baricentro all'interno della base d'appoggio

Controllo posturale ed equilibrio, entrano continuamente in gioco nelle attività dell'uomo, sono regolate automaticamente dal sistema nervoso, tramite l'elaborazione di stimoli che provengono dai recettori situati all'interno dell'organismo

⇩

- Sistema nervoso
- Apparato visivo
- Apparato vestibolare
- Apparato muscolo-scheletrico
- Sistema cutaneo

…quando una di queste componenti è danneggiata, le altre possono sostituirla, ma se il danno riguarda più di una componente, l'equilibrio ne risulta compromesso.

MODIFICHE

CHE AVVENGONO

FISIOLOGICAMENTE

CON L'ETÀ

SISTEMA NERVOSO

- Diminuzione dl numero dei neuroni, specie cerebellari
- Riduzione della velocità di conduzione nervosa; le cellule sono più lente nell'elaborazione dei comandi
- Riduzione dei riflessi di raddrizzamento
- Aumento del tempo di reazione ad improvvise variazioni della posizione del corpo

APPARATO VISIVO

Ruolo essenziale nel controllo dell'equilibrio, quando esista un deficit in altri apparati, e nel controllo motorio, durante la camminata, per adattarsi alle condizioni esterne

- Riduzione dell'acuità visiva
- Riduzione della capacità di accomodazione/ presbiopia
- Riduzione delle dimensioni della pupilla
- Riduzione della capacità di reagire alla luce
- Riduzione del campo visivo, della visione notturna e periferica
- Riduzione della tolleranza all'abbagliamento
- Aumento del segno di Romberg (tendenza a cadere verso un lato, nella posizione dell'attenti ad occhi chiusi)

APPARATO VESTIBOLARE

Importantissimo per il mantenimento dell'equilibrio

Incremento delle oscillazioni posturali in posizione statica, senza alcuna stimolazione esterna

Conseguenza: riduzione della stabilità

APPARATO MUSCOLO-SCHELETRICO

- Riduzione del trofismo muscolare, per riduzione di tessuto muscolare ed aumento di tessuto adiposo

Riduzione della forza muscolare (soprattutto agli arti inferiori)

- Riduzione dell'escursione articolare per ridotta elasticità tendinea
- Aumentata fragilità ossea per riduzione della componente minerale

SISTEMA CUTANEO

- Diminuzione dei recettori sensibili a pressione, vibrazione e dolore

MODIFICHE POSTURALI NELL'ANZIANO

⇩

- Progressivo ripiegamento in avanti del capo e del corpo
- Pronunciata cifosi toracica
- Protrazione scapolare delle spalle, associata a flessione dei gomiti
- Flessione di anca e ginocchio
- Ampliamento della base di appoggio degli arti inferiori

Tutte queste modifiche contribuiscono allo spostamento del centro di gravità corporeo.

I pazienti devono adattare la propria postura per mantenersi in piedi con un aumentato costo energetico nella deambulazione.

MODIFICHE FISIOLOGICHE NELLA DEAMBULAZIONE

⇩

- Camminata più lenta
- Passi più corti
- Il piede tende ad essere trascinato anziché sollevato da terra
- Aumenta la larghezza tra i piedi, per consentire di mantenere il baricentro all'intero della base d'appoggio
- Tendenza ad osservare i propri piedi, durante la deambulazione, per riduzione della sensibilità plantare
- Diminuzione delle oscillazioni delle braccia

FATTORI INTRINSECI

DELLE CADUTE:

…I FARMACI

1. **FARMACI CARDIOVASCOLARI ED ANTIIPERTENSIVI**

Tra gli effetti terapeutici: riduzione della PA;

se a dosaggi elevati, o all'inizio di una nuova terapia, possono dare ipotensione
Catapresan, Enapren, Acepress, Adalat, Procaptan, Nitrodur, etc.

2. **FARMACI DIURETICI**

Aumentano l'escrezione di urina, riducendo la PA ed eliminando i liquidi trattenuti all'interno dell'organismo (edemi) in pazienti con patologie epatiche o renali.

Se a dosaggi elevati, o all'inizio di una nuova terapia, possono dare ipotensione
Lasix, Acediur, Moduretic, Igroton, etc……

3. FARMACI LASSATIVI

Negli anziani è frequente l'uso e a volte l'abuso di questi farmaci;

ripetute scariche, portano anche l'eliminazione di liquidi ed elettroliti, cui consegue squilibrio idro-elettrolitico, e possibile riduzione della PA

Questi episodi si possono verificare con l'utilizzo di:

lassativi salini (che richiamano liquidi nell'intestino: SALE AMARO), e

lassativi irritanti (che aumentano la motilità intestinale: XPREP, PURSENNID, EUCHESSINA)

4. FARMACI USATI IN AMBITO PSICOGERIATRICO

- NEUROLETTICI

Danno riduzione dell'agitazione e rilassamento fisico, e tra gli <u>effetti collaterali</u>, possono presentare <u>ipotensione</u>
Largactil, Talofen, Nozinan, Serenase, Entumin, etc……

- ANSIOLITICI

Hanno un'azione ansiolitica e di induzione del sonno, e tra gli <u>effetti collaterali</u>, possono presentare <u>ipotensione</u>
Valium, Noan, Ansiolin, Tavor, Darkene, En, etc…….

- ANTIDEPRESSIVI

Combattono la depressione, e tra gli <u>effetti collaterali</u>, possono presentare <u>ipotensione</u>

Quanto esposto dimostra come la somministrazione della terapia non sia una "distribuzione meccanica" di compresse, ma implichi la valutazione di aspetti strettamente correlati, quali gli effetti terapeutici e collaterali

FATTORI DI RISCHIO AMBIENTALI

PAVIMENTAZIONE

⇩

- Aree scivolose (lucidate o ancora bagnate)
- Tappeti, scendiletto sdrucciolevoli, non fissati al pavimento
- Presenza di irregolarità e sconnessioni
- Disegni geometrici o bruschi cambi di colorazione delle piastrelle

ILLUMINAZIONE

⇩

- Scarsa illuminazione o illuminazione irregolare
- Eccessiva illuminazione = abbagliamento
- Assenza di luci notturne
- Assenza di interruttori all'entrata delle camere

SCALE

- Mancanza di corrimano
- Gradini troppo alti, troppo stretti o diseguali
- Scale scarsamente illuminate

BAGNI

- Assenza di maniglie d'appoggio
- Sedile del wc eccessivamente basso
- Pavimentazione scivolosa
- Piatto doccia con gradino d'accesso
- Assenza di tappetini antisdrucciolo nella doccia/vasca

CAMERA DA LETTO

⇩

- Letto ad altezza non idonea
- Materasso troppo soffice
- Eccessiva distanza tra il letto e il bagno
- Interruttori della luce troppo distanti dal letto

SOGGIORNO/SALA DA PRANZO

⇩

- Mobilio ingombrante
- Poltrone troppo alte o basse o troppo imbottite
- Sedie senza braccioli
- Scaffali di comune utilizzo troppo alti
- Televisore raggiungibile con difficoltà

Studi ed esperienze in Italia

SEDE		INCIDENZA
Ussl 22 Regione Veneto		0,86% su tutti i ricoveri
Osp. S.Orsola Malpighi - Bologna		5% su reparti selezionati 1% sul totale
A.O.Careggi - Firenze		1,2% tra gli anziani ricove
ASL 11 Empoli		4% su tutti i ricoveri

...possibilità di intercettare il fenomeno con strumenti specificamente strtturati:
LE SCALE

- Alcuni fattori di rischio sono comuni a diverse scale

- Identificato un set di fattori di rischio predittivi

Anamnesi di cadute
Problemi di equilibrio o di andatura
Alterazioni della vista e della mobilità
Ipotensione ortostatica
Polifarmacia

STRUMENTI DI RILEVAZIONE DEL RISCHIO

Tinetti
Conley
Stratify

Il Test di Tinetti

… utilizzato per valutare l'equilibrio e l'andatura delle persone anziane.
punteggio inferiore a 19 indica un elevato rischio di caduta.

Istruzioni
Il paziente è seduto su una sedia dura senza braccioli.
Vengono testate diverse manovre.
Il paziente non può aiutarsi con le braccia.
Durante la valutazione dell'andatura il paziente può utilizzare gli usuali sussidi (bastone, girello ecc.).
Al paziente viene richiesto di camminare da un lato all'altro della stanza.

SCALA DI TINETTI

A) Equilibrio: il soggetto è seduto su di una sedia rigida senza braccioli se il soggetto non sta in equilibrio il punteggio è 0.

1) Equilibrio da seduto
2) Alzarsi dalla sedia
3) Tentativo di alzarsi
4) Equilibrio instazione eretta (primi 5 sec.)
5) Equilibrio nella stazione eretta prolungata
6) Romberg
7) Romberg sensibilizzato
8) Girarsi di 360˚
9) sedersi

Totale (1/16)

EQUILIBRIO			
1	**Equilibrio da seduto**	si inclina o scivola dalla sedia è stabile, sicuro	0 1
2	**Alzarsi dalla sedia**	è incapace senza aiuto deve aiutarsi con le braccia si alza senza aiutarsi con le braccia	0 1 2
3	**Tentativo di alzarsi**	è incapace senza aiuto capace ma richiede più di un tentativo capace al primo tentativo	0 1 2
4	**Equilibrio stazione eretta**	instabile (vacilla, muove i piedi, oscilla il tronco) stabile grazie all'ausilio di un bastone o altri ausili stabile senza ausili per il cammino	0 1 2
5	**Equilibrio stazione eretta prolungata**	instabile (vacilla, muove i piedi, oscilla il tronco) stabile ma a base larga (malleoli mediali dist. >10 cm) stabile a base stretta senza supporti	0 1 2
6	**Romberg**	instabile stabile	0 1
7	**Romberg sensibilizzato**	incomincia a cadere oscilla ma si riprende da solo stabile	0 1 2
8	**Girarsi di 360°**	a passi discontinui a passi continui instabile (si aggrappa, oscilla) stabile	0 1 2 3
9	**Sedersi**	insicuro (sbaglia la distanza, cade sulla sedia) usa le braccia o ha un movimento discontinuo sicuro, movimenti continui	0 1 2
		TOTALE	__/ 16

B) Andatura: il paziente sta in piedi di fronte al valutatore; cammina lungo il corridoio o attraversa la stanza all'inizio con il suo passo usuale, poi con un passo rapido, ma sicuro.

Può utilizzare gli abituali ausili per il cammino.
Se il soggetto non deambula il punteggio è 0

10) Inizio della deambulazione
11) Lunghezza e altezza del passo
12) Simmetria del passo
13) Continuità del passo
14) traiettoria
15) tronco
16) cammino

tot. (1/12)
Punteggio tot: totale equilibrio + totale andatura

Valutazione del Test
Considerare il profilo dell’andatura: differenziare tra alterazione dell’andatura e alterazione dell’equilibrio.

Il punteggio viene calcolato con l’addizione dei singoli punti dei test di equilibrio e dell’andatura.

Scala di Conley

La scala di Conley è composta da 6 fattori
Che classificano il rischio di cadere ed individuano un valore soglia di 2 punti su 10 per indicare la presenza di rischio.

SCALA CONLEY di valutazione del rischio di caduta del paziente

Istruzioni: le prime tre domande devono essere rivolte solo al paziente: possono essere rivolte ad un familiare od al caregiver o all'infermiere, solo se il paziente ha severi deficit cognitivi o fisici che gli impediscono di rispondere. ***Barrare il valore corrispondente alla risposta fornita. Sommare i valori positivi. La risposta "Non so" è da considerare come risposta negativa.***

	SI'	NO
Precedenti cadute (*domande al paziente/caregiver/infermiere*)		
C1 - E' caduto nel corso degli ultimi tre mesi?	2	0
C2 - Ha mai avuto vertigini o capogiri? (negli ultimi 3 mesi)	1	0
C3 - Le è mai capitato di perdere urine o feci mentre si recava in bagno? (negli ultimi 3 mesi)	1	0
Deterioramento cognitivo (osservazione infermieristica)		
C4 - Compromissione della marcia, passo strisciante, ampia base d'appoggio, marcia instabile.	1	0
C5 - Agitato (Definizione: eccessiva attività motoria, solitamente non finalizzata ed associato ad agitazione interiore. Es: incapacità a stare seduto fermo, si muove con irrequietezza, si tira i vestiti, ecc.).	2	0
C6 - Deterioramento della capacità di giudizio / mancanza del senso del pericolo.	3	0
TOTALE	_____	

SCALA DI STRATIFY

Costituita da 5 fattori che concorrono ad esprimere il rischio di cadere del paziente.
Gli autori indicano un valore soglia “2” oltre il quale il rischio è presente

Istruzioni
•tutte le domande, ad eccezione della prima, devono essere rivolte all'infermiere responsabile.
•Barrare il valore corrispondente alla risposta fornita.
•Sommare i valori positivi.

SCALA DI STRATIFY

VARIABILI	SI	NO
S1) Il paziente è stato ricoverato in seguito ad una caduta, oppure è caduto durante la degenza? (esame della documentazione)	1	0
Ritieni che il paziente: S2) Sia agitato? (Definizione: eccessiva attività motoria, solitamente non finalizzata ed associato ad agitazione interiore. Es: incapacità a stare seduto fermo,si muove con irrequietezza, si tira i vestiti, ecc.)	1	0
S3) Abbia un calo della vista tale da compromettere tutte le altre funzioni quotidiane?	1	0
S4) Necessiti di andare in bagno con particolare frequenza? (< 3 ore)	1	0
S5) Il paziente ha un punteggio di mobilità corrispondente a 3 o a 4 ?	1	0

Schema per la determinazione del punteggio "mobilità"

...il paziente è in grado di:	no	con aiuto	con + aiuto	autonomo	score
1) Spostarsi dalla sedia e ritornare (incluso il sedersi sul letto)	0	1	2	3	
2) Camminare sul piano (spingere la sedia a rotelle se non deambula)	0	1	2	3	
				totale	

Quesiti, Indagini, Deduzioni…

…modalità di raccolta dati e indagine di prevalenza (aziendale)

Scopo della prevenzione

ridurre al minimo il rischio e le conseguenze delle cadute, senza limitare le capacità di movimento e l'indipendenza funzionale dell'anziano.

- La gravità delle complicanze, sia come morbilità che mortalità, avvalora il tentativo di prevenzione delle cadute nella popolazione anziana.

- La valutazione clinica di un paziente, caduto o a rischio, risulta insufficiente in quanto attribuisce importanza solo alle malattie croniche.

- L'**eterogeneità** dei fattori di rischio e delle cause di caduta nell'anziano e la loro **complessa interazione** rendono difficile un inquadramento clinico preciso.

- La valutazione è particolarmente consigliata nelle prime settimane dopo il ricovero in casa di riposo, che corrisponde al periodo di maggior rischio.

Piani di prevenzione

Costruzione di uno schema di valutazione del paziente **personalizzato**

Individuare gli aspetti di maggiore rischio

Modulare ed adattare l'intensità dell'assistenza e degli **interventi preventivi**

rendendoli **mirati e specifici**

Il piano operativo richiede l'intervento di **più figure**…

Prima fase: elaborazione di una strategia di prevenzione

valutazione del paziente

Seconda fase del piano di prevenzione delle cadute

adozione di **interventi specifici** mirati a ridurre i fattori di rischio intrinseci (prevenzione medico-chirurgico-riabilitativa, diretti alla persona) ed estrinseci (ambientali, prevenzione architettonica), evidenziati con la valutazione.

Valutazione del paziente:

- Anamnesi
- Esame obiettivo
- Diagnosi del grado di rischio di cadute

⇩

Consente di accertare quali pazienti sono a rischio di cadute (basandosi sulla conoscenza dei fattori di rischio)

La valutazione, attraverso la raccolta dati, consente di mettere in luce tutte quelle situazioni di rischio che andranno poi analizzate ed affrontate nella successiva fase del piano di prevenzione.

Situazioni ambientali e condizioni del soggetto

⇩

In continua mutazione

La valutazione necessita di essere periodicamente ripetuta per monitorare i cambiamenti che inevitabili nel tempo adeguando di conseguenza gli interventi preventivi da adottare.

MONITORAGGIO INFERMIERISTICO

- Dopo l'assunzione di psicofarmaci, il paziente presenta delle variazioni dello stato di coscienza, della sicurezza del cammino?
- Il paziente è monitorato sufficientemente nelle ore successive all'assunzione della terapia?
- Se ha ipotensione ortostatica, il paziente ha capito di passare gradualmente dalla posizione clinostatica a quella ortostatica?
- In caso di nicturia, è sufficiente il monitoraggio notturno?

Diagnosi del grado di rischio di cadute

⇩

Mediante metodi standardizzati di valutazione (scale)

Possono essere utilizzate scale esistenti, oppure scale costruite appositamente nella struttura in cui si lavora, sulla base dei bisogni che caratterizzano la tipologia del paziente ospitato

Il rischio di cadute aumenta con il numero delle disabilità di un individuo, pertanto può essere ridotto migliorando o eliminando i fattori di rischio correlati.

⇩

Gli interventi di tipo riabilitativo, non saranno solo di pertinenza medica o fisioterapica, ma anche inerenti l'ambiente e l'educazione sanitaria sull'utilizzo degli ausilii e sulla cura della propria persona.

Interventi preventivi

⇩

- Interventi sull'ambiente
- Interventi sulla persona

RECUPERO DI FUNZIONI NELL'AMBITO DELLE ATTIVITA' QUOTIDIANE

- La gran parte degli interventi preventivi, si traduce in **consigli** all'anziano e ai familiari

- Necessitano di tempi piuttosto lunghi per essere acquisite dal paziente, pertanto vanno costantemente ricordati

- Molto frequentemente manca, da parte del personale, la continuità dell'intervento, che finisce per inficiare quanto impostato finora

- Il personale deve **rinforzare l'autostima** e la sicurezza nel paziente. che tende a ridurre il movimento e diventa eccessivamente cauto, per paura di ricadute.

- Al contrario, il personale deve **invitare alla cautela** il paziente che tende a sovrastimare le proprie capacità funzionali, ed addestrarlo all'utilizzo degli ausilii, qualora necessari, o invitarlo a svolgere le attività della vita quotidiana, in condizioni più sicure, ad esempio utilizzando le apposite maniglie di appoggio.

DEAMBULAZIONE

INTERVENTI GENERALI

Indirizzati prevalentemente alla forza muscolare e alla coordinazione neuro-motoria, che col tempo diminuiscono le capacità funzionali dell'individuo

⇩

attività motoria di gruppo

stimola capacità quali abilità e coordinazione

Per mantenere allenate quelle capacità che permettono, in caso di caduta, di rispondere più prontamente alla perdita di equilibrio, tramite riflessi più pronti, o attutire l'impatto con il terreno, prevenendo l'insorgenza di gravi sequele

INTERVENTI SPECIFICI

- Esercizi di controllo posturale e di riassetto dello schema corporeo

Consentono al paziente di riappropriarsi del modo corretto di mantenere una posizione corretta, soprattutto quella seduta (nel caso di pazienti affetti da emiparesi o Morbo di parkinson)

Può accadere che il soggetto cada dalla sedia in quanto non più in grado di controllare il tronco e la posizione seduta; in questi casi, spesso si ricorre alla decisione di utilizzare i mezzi di contenzione, che finiscono per ridurre ulteriormente la funzionalità motoria dell'individuo

- Educazione agli ausilii

Favorisce l'autonomia della persona,

La sua scelta non deve essere standardizzata, ma specifica per ogni soggetto, in base alla rilevazione delle disabilità che presenta, e dell'ambiente in cui vive

Tramite gli ausilii

- Si ottiene un appoggio supplementare del corpo al suolo, durante la deambulazione
- Si allarga la base d'appoggio
- Si riduce il carico agli arti inferiori
- Aumenta la funzione degli arti superiori durante la deambulazione
(non devono essere doloranti o poco mobili)

Indicazioni all'utilizzo degli ausilii

- Migliorare l'equilibrio
- Aiutare lo spostamento del corpo
- Deambulare con minor dispendio economico
- Collaborare alla realizzazione di una deambulazione corretta

affinché la deambulazione si svolga correttamente, c'è bisogno di...

...ausilio adatto in base alla patologia del paziente

...calzature adatte, possibilmente alte fino alla caviglia, o da tennis

...ambienti adatti, con corrimano e privi di ostacoli

...assistenza dell'operatore

TIPI DI AUSILII

- Bastoni
- Stampelle
- Tripodi, quadripodi
- Girelli o deambulatori
- Sedie a rotelle

BASTONI

- Nella paralisi della muscolatura di un arto (emiplegia)
- Quando si vuole scaricare parzialmente certe articolazioni, in seguito a traumi, artrosi, condizioni post-operatorie

STAMPELLE

- Accettate con difficoltà dalle persone anziane

TRIPODI, QUADRIPODI

- Costituiscono un passo intermedio tra la deambulazione alle parallele e quella con il bastone
- Nei malati geriatrici che hanno subito fratture agli arti inferiori, specie al femore
- In pazienti amputati, emiplegici, portatori di protesi

GIRELLI O DEAMBULATORI

- Permettono una deambulazione simile a quella che avviene alle parallele
- Danno grande sicurezza al paziente per l'ottimo equilibrio e per una maggiore sicurezza psicologica

INTERVENTO DI NURSING

IN CASO DI CADUTA

- Non sottovalutare mai l'episodio
- Non alzare mai il paziente da terra prima di aver riscontrato eventuali lesioni traumatiche
- Mobilizzare con cautela
- Verificare lo stato di coscienza e i parametri vitali
- Accertare le modalità di caduta, individuando i fattori scatenanti
- Avvisare il medico

DESCRIZIONE DELL' EPISODIO DI CADUTA

- Orario
- Motivo: accidentale, per malore, per scivolamento,..
- Posizione assunta durante la caduta: avanti, indietro, laterale
- Attività svolte prima della caduta
- Luogo della caduta
- Eventuali ostacoli ambientali riscontrati al momento della caduta

Bibliografia

•AA.VV., *Le cadute: una prevenzione difficile*, materiale didattico, GRG, Gruppo di Ricerca Geriatrica - Sezione Nursing, Brescia, 2001.

•Ablondi N, *Prevenzione delle cadute dal letto dei degenti. Aspetti Infermieristici e incidenza*, in NEU n°4/2001, Pavia, 2001.

•Evans D., Hodgkinson B., Lambert., Wood J, Kowanko I., *Falls in Acute Hospitals*, The Joanna Briggs Institute for Evidence Based Nursing and Midwifery, Adelaide,1998.

•Izumi Saito, *New regulation prohibiting physical restraints: what do the neurological nurses think and how should they face it?*, presentated at the 8° congress of neurosciences nurses, Sydney, 2001.

•Lau A., *Possible factors of falls in elderly patients...* presented at the First South-East Asian International Nursing Research Conference, Nursing Journal; 69: 33-35, Hong Kong,1995.

•Norton R, Butler M., *Prevention of falls and fall-related injuries among institutionalised older people*, National Health Committee, New Zealand, 1997.

•Zanetti E., M. Trabucchi, *Aspetti cruciali nel nursing geriatrico*, Guido Gnocchi Editore, Napoli, 1995, pagg.98-108.

corso di formazione

CADUTE DELL'ANZIANO:

valutazione del rischio e interventi preventivi

Dott. Duilio Loi