Gruppo di ricerca geriatrica

Caso clinico: ictus

Venerdi, 4 febbraio 2005

Stefano Boffelli, MD

SPREAD

Stroke Prevention And Educational Awareness Diffusion

Is
SPREAD
a
WIDESPREAD
procedure?

Seequence

Epidemiological introduction

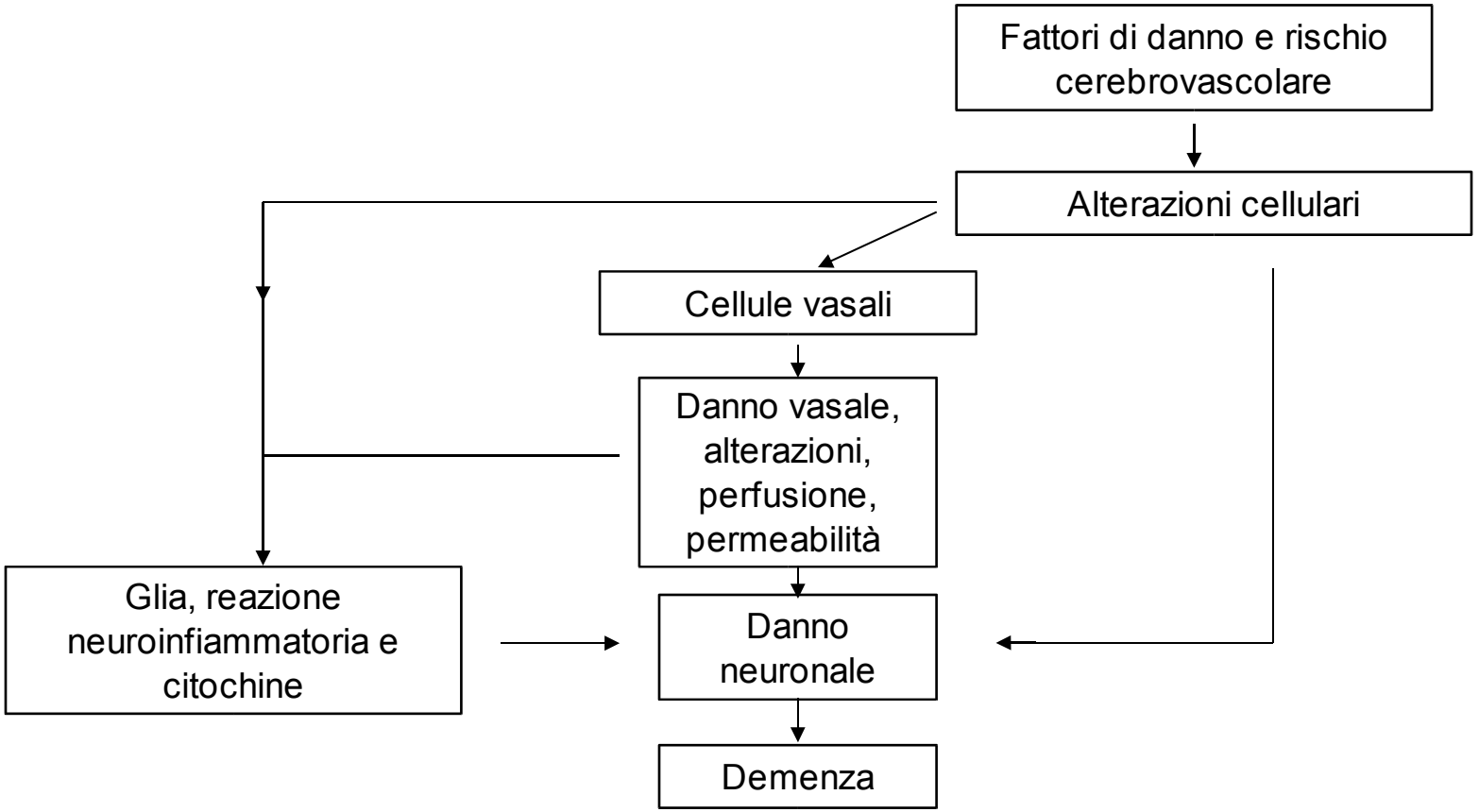
guidelines: efficacy ***overspread*** of spread

The complications of real world: clinical case

clinical case: following guidelines?

Stroke: the undergroung

Alterazioni cellulari e danno neuronale conseguenti a fattori di rischio cerebrovascolare



Stroke: the backgroung

Sintesi 4-1

- In Italia l'ictus è la terza (la seconda, stando ad alcune stime) causa di morte dopo le malattie cardiovascolari e le neoplasie, causando il 10-12% di tutti i decessi per anno, e rappresenta la principale causa d'invalidità.

SPREAD
Stroke Prevention And Educational Awareness Diffusion

Sintesi 4-2

- Il tasso di prevalenza di ictus nella popolazione anziana (età 65-84 anni) italiana è del 6,5%, leggermente più alta negli uomini (7,4%) rispetto alle donne (5,9%)

Sintesi 4-3

- L'incidenza dell'ictus aumenta progressivamente con l'età raggiungendo il valore massimo negli ultra ottantacinquenni.
  Il 75% degli ictus, quindi, colpisce i soggetti di oltre 65 anni.

Sintesi 4-4

- L’ictus ischemico rappresenta la forma più frequente di ictus (80% circa), mentre le emorragie intraparenchimali sono tra il 15% ed il 20% e le emorragie subaracnoidee circa il 3%.

Sintesi 4-5

- L'ictus ischemico colpisce soggetti con età media superiore a 70 anni, più spesso uomini che donne;
- emorragico intraparenchimale colpisce soggetti meno anziani, con lieve prevalenza per il sesso maschile;
- emorragia subaracnoidea colpisce più spesso soggetti di sesso femminile, età media 50 anni circa.

SPREAD
Stroke Prevention And Educational Awareness Diffusion

Sintesi 4-6

- Ogni anno si verificano in Italia (dati sulla popolazione del 2001) circa 194.000 ictus

- 80% nuovi episodi (155.000)
  20% recidive, che colpiscono soggetti già precedentemente affetti (39.000)

SPREAD
Stroke Prevention And Educational Awareness Diffusion

Sintesi 4-7

- Si calcola che l'evoluzione demografica porterà, in Italia, se l'incidenza rimane costante, ad un aumento di casi di ictus, che nel 2008 saranno 207.000 circa, di cui l'80% nuovi episodi e il 20% recidive.

Sintesi 4-8

- Il numero di soggetti che hanno avuto un ictus (dati sulla popolazione del 2001) e ne sono sopravvissuti, con esiti più o meno invalidanti, è calcolabile, in Italia, in circa 907.000.

Sintesi 4-9

- Nel 2008 si può ipotizzare che i soggetti affetti da ictus saliranno in Italia, ad incidenza e mortalità costanti, a circa 955.000.

SPREAD
Stroke Prevention And Educational Awareness Diffusion

Sintesi 4-10

- La mortalità acuta (30 giorni) dopo ictus è pari a circa il 20%
- ad 1 anno ammonta al 30% circa;
- le emorragie (parenchimali e sub-aracnoidee) hanno tassi di mortalità precoce più alta (30% e 40% circa dopo la prima settimana; 50% e 45% ad 1 mese).

SPREAD
Stroke Prevention And Educational Awareness Diffusion

Sintesi 4-11

- Ad 1 anno circa dall'evento acuto, un terzo circa dei soggetti sopravviventi ad un ictus (ischemico o emorragico) presenta un grado di disabilità elevato, tanto da poterli definire totalmente dipendenti.

SPREAD
Stroke Prevention And Educational Awareness Diffusion

SPREAD

Linee guida italiane di prevenzione e trattamento dell'ictus cerebrale

www.spread.it

Linee guida SPREAD

Ictus

principale causa d'invalidità
terza causa di morte dopo le malattie cardiovascolari e le neoplasie.

prevalenza del 6,5% nella popolazione anziana italiana
incidenza che aumenta progressivamente con l'età.
impatto significativo sulla funzione cognitiva.

Per queste ragioni è di fondamentale importanza aumentare la consapevolezza sulla malattia e applicare adeguate strategie di prevenzione e trattamento.

Linee guida SPREAD

Le linee guida SPREAD (*Stroke Prevention and Educational Awareness Diffusion*) sono le prime e uniche linee guida italiane di prevenzione e trattamento dell'ictus cerebrale.

Alla stesura delle linee guida hanno partecipato **più di 20 prestigiose società scientifiche e associazioni di pazienti** del nostro Paese.

Linee guida SPREAD

Nel 2001, grazie a un contributo educazionale di Bayer, la prima stesura (1999) è stata **completamente aggiornata e integrata con una sezione dedicata all'ictus acuto**.

I contenuti

- Epidemiologia e inquadramento diagnostico dell'ictus
- Fattori di rischio
- Prevenzione primaria
- Ictus acuto: ricovero, diagnosi, terapia e fase di stato
- Terapia farmacologica a lungo termine
- Terapia chirurgica
- Continuità dell'assistenza
- Problemi etici

Scopo

- Queste linee guida di pratica clinica sono state sviluppate per fornire al clinico informazioni e raccomandazioni sul modo più corretto di attuare la prevenzione primaria e secondaria e di gestire la fase acuta dell'ictus.

SPREAD
Stroke Prevention And Educational Awareness Diffusion

Scopo

- Queste linee guida non sono solo informative, ma tendenzialmente anche normative, anche se non in maniera vincolante.
- Queste linee guida intendono aiutare, ma non sostituire, il giudizio clinico caso per caso.
- La decisione consapevole di non attenersi alle raccomandazioni non può rappresentare causa specifica di responsabilità nei confronti dell'operatore. Tuttavia, nelle normali circostanze, attenersi alle raccomandazioni di una linea guida costituisce il metodo più efficiente di operare.

SPREAD
Stroke Prevention And Educational Awareness Diffusion

Criteri

- Il quadro etico di riferimento di queste linee guida si è basato su quattro principi fondamentali:
  - principio di beneficenza;
  - principio di non maleficenza;
  - principio di rispetto per l'autonomia,
  - principio di giustizia.

  tenendo però conto con pari dignità delle diverse posizioni etiche derivanti dalle **inevitabili contrapposizioni fra etica, economia e diritto**, che influenzano anche la concezione del rapporto medico-paziente.

SPREAD
Stroke Prevention And Educational Awareness Diffusion

Metodo

- Queste linee guida sono state sviluppate tramite approccio multidisciplinare, avendo come obiettivo di essere:

  applicabili alla realtà italiana;

  basate sull'evidenza quanto meno equivoca possibile;

  aperte alle acquisizioni più recenti;

  propositive e dinamiche.

SPREAD
Stroke Prevention And Educational Awareness Diffusion

Metodo

- Queste linee guida intendono essere uno strumento di pratica applicabilità, quindi sono state considerate per ciascuna raccomandazione:
  - flessibilità;
  - chiarezza;
  - minima intrusione nella pratica clinica.

SPREAD
Stroke Prevention And Educational Awareness Diffusion

Il caso clinico

SPREAD

Stroke Prevention And Educational Awareness Diffusion

Anamnesi sociale

Signora XY, 87 anni
Scolarita' 5a elementare; vedova, casalinga, 4 figli viventi.

<u>Domicilio</u>: vive al proprio domicilio con una figlia nubile ed una badante

<u>Stato funzionale e cognitivo premorboso</u>: Completa dipendenza fisica (allettata da 6 mesi) e riferita severa compromissione cognitiva.

Anamnesi patologia remota - I

La paziente è affetta da:

Demenza vascolare di grado severo

Pregressi TIA

Ipertensione arteriosa sistemica

Episodi di delirium anamnestici (intraH)

Anamnesi patologia remota - II

La paziente è affetta da:

Diabete mellito tipo II (controllo dietetico)

Gastrite cronica; diverticolosi del colon

Artrosi polistazionale

Pregressa polmonite sinistra (10/2002)

Pregressa colecistectomia per litiasi

Anamnesi farmacologica

La paziente è in terapia con i seguenti farmaci:

Nome commerciale	*Posologia*	*Orario*
Enalapril 20 mg	**1 cp**	**Ore 8**
Acetilsalicilato 160	**1 busta**	**Ore 13**
Omeprazolo 20 mg	**1 cp**	**Ore 20**

Motivo del 1° ricovero (epicrisi)

In data 19/02 la paziente afferisce al PS per malessere generale e dispnea:

In PS gravi condizioni cliniche (PA 80/60)

Diagnosi di IMA infero-postero-laterale e del ventricolo destro con ST sopra-slivellato, complicato da BAV totale e shock cardiogeno.

1° ricovero

Ricoverata in Cardiologia, la paziente viene sottoposta ad ANGIOPLASTICA PRIMARIA con impianto di STENT su coronaria destra.

Il giorno successivo alla procedura comparsa di ecchimosi spontanee diffuse, ematemesi (sospesa terapia anticoagulante ed antiaggregante; effettuate 3 emotrasfusioni: Hb 7.6 → 9.3).

1° ricovero: Esami eseguiti

ECG: **Ritmo sinusale, Fc 45 bpm, BAV totale, ischemia infero-postero-laterale.**

ECOCARDIO: **Ipocinesia parete infero-posteriore e della parete laterale del ventricolo sx, disfunzione ventricolare dx. FE 40%. Insufficienza mitralica lieve.**

RX TORACE: **Non lesioni p-p in attivita'.**

ECG (dim):**RS, Fc 80, non segni di necrosi.**

1° ricovero

La paziente viene dimessa, dopo 11 giorni di degenza, con diagnosi di:

Infarto miocardico infero-postero-laterale coinvolgente il ventricolo destro,

complicato da BAV totale e shock cardiogeno (effettuata in urgenza PTCA + stent su CDx)

Valutazione multidimensionale

Premorboso:

- BARTHEL INDEX (ADL): 0/100
- IADL (funzioni perse): 8/8
- Stato cognitivo premorboso: deficit severo

All'ingresso e dimissione:

- BARTHEL INDEX: 0/100
- IADL (funzioni perse): 8/8
- MMSE (non valutato)

1° considerazione

beneficienza verso il paziente

oppure

pedissequa (cieca) applicazione delle LG?

1° considerazione

Procedure diagnostico-operative in cardiologia:

La PTCA primaria e' INDICATA in corso di IMA acuto (< 12 ore) complicato da shock cardiogeno - ACC/AHA Coronary Angiography Guidelines (1999).

Benefici:

shorter lenght of stay, lower hospital costs, **better survival rate** (versus thrombolityc therapy).

1° considerazione

Controindicazioni relative:

-Severe concomitant illness that drastically reduces life expectancy or increases risk of therapeutic interventions

-Severe lack of cooperation by patient due to psychological or severe systemic illness.

ERGO: non sono stati considerati la life expectancy e la gravita' clinica?

Dalla dimissione riferita “stabilita’ clinica” (immobilità?); la paziente rimane costantemente allettata al domicilio, con comparsa di lesioni da decubito

- sacrale (4°, 20x10 cm)
- ai talloni bilateralmente (3°, 3x3 cm).

American Heart Journal AHJ

Hassan Kassem-Moussa, Kenneth W. Mahaffey

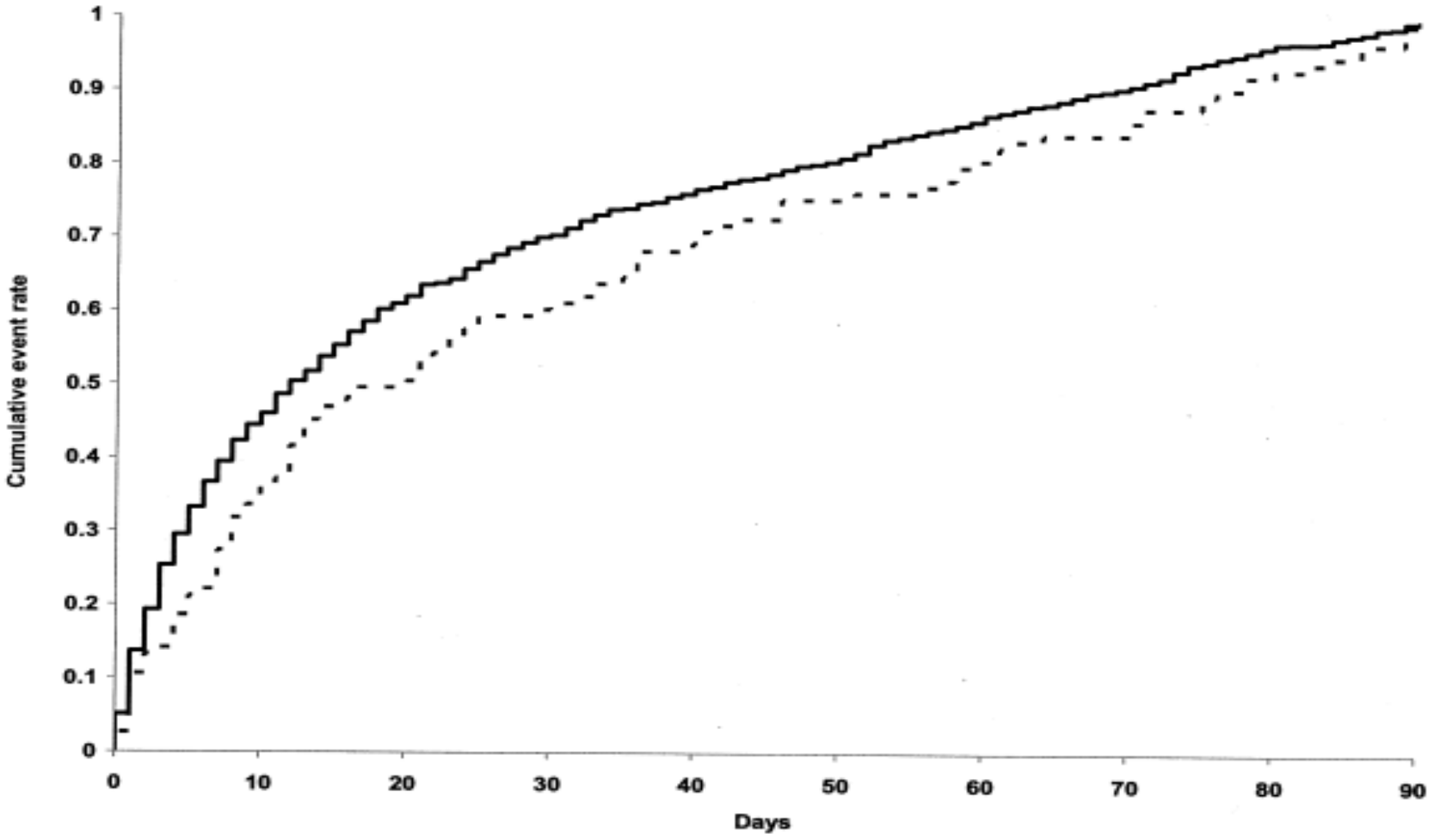
Clinical Investigation

Incidence and characteristics of stroke during 90-day follow-up in patients stabilized after an acute coronary syndrome

for the SYMPHONY and 2nd SYMPHONY Investigators

September 2004 • Volume 148 • Number 3

Cumulative distribution of time to stroke *(dotted line)* and time to myocardial (re)infarction *(solid line)*.



Independent predictors of stroke in stabilized post-acute coronary syndrome patients

	X^2	Hazard ratio (95% CI)	P value
Age (per 10 years)	25.2133	1.56 (1.31–1.85)	<.0001
Prior stroke	11.1891	2.92 (1.56–5.48)	.0008
Left bundle branch block between qualifying event and randomization	10.8976	2.90 (1.54–5.46)	.001
Prerandomization coronary stenting	9.6294	0.30 (0.14–0.64)	.002
Eastern Europe	5.6804	0.45 (0.24–0.87)	.017
Heart failure between qualifying event and randomization	4.8410	2.37 (1.10–5.12)	.028

Motivo del 2° ricovero (epicrisi)

Dopo 14 giorni dalla dimissione ospedaliera, la paziente afferisce in PS per crisi convulsiva generalizzata ed emiplegia sx:

dopo valutazione neurologica viene praticata terapia con diazepam (2 fl ev) senza beneficio.

TC encefalo: Estesa lesione infartuale sul territorio di distribuzione della cerebrale media di destra. Dilatazione atrofica delle cavità ventricolari laterali. Non lesioni emorragiche.

Valutazione clinica (PS)

Paziente non contattabile, emiplegica sx, con clonie all'emisoma sx e sguardo deviato a dx. Mucose ipoidratate. **GCS 4+1+1**

Parametri vitali

PA 200/100, Tc 36° C, FR 40 atti/m, Fc 105 bpm

ECG: Tachicardia sinusale, Fc 105 bpm, pregressa necrosi inferiore

EGA (aa?): PH 7.44 PO2 80.9 PCO2 31.3

Esami ematochimici urgenti

Esami di laboratorio

Emocromo

WBC (5-10) **18.2**	10^3/mm	
RBC (4.2-5.4)	10^3/mm	
HCT (37-47) **34.2**	%	
HGB (12-16)	g/dl	
MCV (82-97)	Fl	
plt (130-450)	10^3/mm	
Na (136-150) 140	mmol/l	
K (3.5-5.0) **3.1**	mmol/l	
Glicemia **168**	mg/dl	

Formula leucocitaria

Neutrofili 56	%
Linfociti 33.4	%
Monociti 6.5	%
Eosinofili 4.1	%
Basofili 0.0	%
PT (70-120) 81	%
PTT (26-36) 38	Sec
INR 1.1	
Troponina 0.1	ng/ml

3.9

11.2

87.7

751

6

Motivo del 2° ricovero (epicrisi)

Data l'inefficacia della terapia con diazepam, dopo due ore dall'arrivo in PS la paziente viene trasferita in UTIP con diagnosi di **stato di male epilettico**, al fine di:

- monitorare le funzioni vitali ed effettuare terapia:
- ventilazione invasiva per 7 ore (con miglioramento clinico ed emodinamico)
- farmacologica (fenobarbitale 100 mg im)

Fattori di rischio (SPREAD)

I fattori di rischio modificabili ben documentati sono:

ipertensione arteriosa

alcune cardiopatie (in particolare, fibrillazione atriale)

diabete mellito

iperomocisteinemia

ipertrofia ventricolare sinistra

stenosi carotidea

fumo di sigaretta

Fattori di rischio (SPREAD)

Gli attacchi ischemici transitori costituiscono un fattore di rischio ben documentato per evenienza di ictus.

L'età è il maggiore fattore di rischio per l'ictus. L'incidenza di ictus aumenta con l'età e, a partire dai 55 anni, raddoppia per ogni decade. La maggior parte degli ictus si verifica dopo i 65 anni.

Fattori di rischio (SPREAD)

I fattori di rischio interagiscono in modo fattoriale e non semplicemente additivo e il rischio di morte per ictus aumenta all'aumentare del numero dei fattori, anche quando il rischio attribuibile a ciascuno di essi sia limitato.

Procedure in fase acuta (SPREAD)

Nel sospetto clinico di ictus è indicato l'invio immediato in Pronto Soccorso, ove necessario con un mezzo di soccorso (118) .

Effettuare le seguenti valutazioni:

ABC *(airway, breathing, circulation)*;

parametri vitali (respiro, polso, PA, saturazione O_2);

***Glasgow Coma Scale* (GCS);**

È indicato evitare i seguenti interventi terapeutici

–somministrare ipotensivi, specie rapidi

–somministrare sol glucosate (eccetto ipoglicemia)

–somministrazione sedativi se non necessario

–infondere eccessive quantità di liquidi

Procedure in fase acuta (SPREAD)

L'ospedale che riceve pazienti con ictus deve assicurare:

TC disponibile 24 ore su 24;

laboratorio sempre funzionante per esami ematici, compresi quelli della coagulazione; ECG

consulenze cardiologiche e neurologiche immediate.

È auspicabile che in un ospedale di secondo livello gli esami di laboratorio e lo studio radiologico con TC e/o RM siano effettuati entro il tempo massimo di 60 minuti dal ricovero e siano possibili gli interventi terapeutici con trombolitici per via generale o locoregionale entro 3 ore dall'esordio dei sintomi.

La consulenza del neurochirurgo deve essere disponibile nel tempo massimo di due ore.

Indicazioni per il trattamento dello stato di male epilettico

- In corso di stato di male (non risposta alla terapia BDZ ev, immediato pericolo di vita) vi e' INDICAZIONE all' anestesia generale d'urgenza, seguita da intubazione al fine di inibire l'attivita' epilettogena corticale e preservare le funzioni vitali.

MA:

- I pazienti che richiedono un coma farmacologico per fare cessare lo stato di male hanno un elevato tasso di mortalita'.

Rosenberg RN, Neurologia Clinica, 2000.

Procedure in fase acuta (SPREAD)

Tutte le procedure sono state correttamente seguite:

ma la paziente (della quale nessuno ha finora considerato un orientamento prognostico) viene trattata in 15 giorni, per due volte in acuzie in PS, per una volta in UCC, per una volta in UTI.

Quali considerazioni?

Difficoltà nel giudicare la prognosi in urgenza, necessità di salvare il malato (anche per legal implications) o volontà di applicare le linee guida?

Terapia farmacologica

Nome commerciale	*Posologia*	*Orario*
Eparina bpm	**2500 u x 2**	**Ore 8-20**
Fenobarbitale 100	**1 fiala im**	**Ore 20**
Omeprazolo 20 mg	**1 cp**	**Ore 20**
Sol. Fisiologica	**500 ml x 2**	**Ore 8-20**

Terapia in fase acuta (SPREAD)

Nei pazienti con ictus acuto è indicato il mantenimento di una adeguata volemia (sol fisiologica), calcolando la quantità di fluidi da somministrare sulla base di un accurato bilancio idrico.

Le soluzioni contenenti glucosio non sono indicate dati gli effetti sfavorevoli dell'iperglicemia sull'esito neurologico.

In pazienti con ictus acuto e iperglicemia >200 mg/dl è indicata la correzione con terapia insulinica.

Le attuali evidenze suggeriscono che i cortisonici non devono essere usati sistematicamente nel trattamento dell'ictus cerebrale.

Terapia in fase acuta (SPREAD)

La terapia antiepilettica non è indicata in caso di crisi epilettiche isolate, mentre è indicata in caso di crisi ripetute, evitando il fenobarbital per un possibile effetto negativo sul recupero.

Nello stato di male epilettico associato ad ictus cerebrale acuto non vi sono evidenze a favore di un trattamento specifico per cui è indicato il trattamento usuale dello stato di male epilettico, monitorandone attentamente gli effetti collaterali più probabili nello specifico contesto clinico.

Orientamento diagnostico all'ingresso (UTI → Neurologia)

- Vasculopatia cerebrale acuta (emiplegia sx da estesa lesione infartuale sul territorio di distribuzione della cerebrale media di destra)
- Stato di male epilettico
- (effettuata terapia urgenza e ventilazione invasiva in UTI)

(paziente trasferita dall'UTI dopo 2 gg)

Esami di laboratorio:	*ingr.*	*Dim.*			*ingr.*	*Dim.*	
Emocromo							
WBC (5-10)	9.30	**11.30**	10^3/mmc	***Proteine totali***(6.3-8.2)	5.4	**4.3**	g/dl
RBC (4.2-5.4)	3.56	3.20	10^6/mmc	***Albumina*** (55-68)	49.7	**45.5**	%
HCT (37.0-47.0)	30.40	27.40	%	α***1*** (1.5-5)	6.6	8.1	%
HGB (12.0-16.0)	**10.20**	**9.30**	g / dl	α***2*** (6-12)	14.3	14.4	%
MCV (82.0-97.0)	85.20	85.50	Fl	β (7-14)	12.7	14.7	%
MCH (27.0-33.0)	28.50	29	Pg	γ (11-21)	16.7	17.3	%
PLT (130-450)	442	417	10^3/mmc	***AST*** (5-48)	18		UI/l
Formula leucocitaria				***ALT*** (7-56)	9		UI/l
Neutrofili(40-70)	65.9	64.8	%	***ALP*** (100-240)	150		UI/l
Linfociti (19-44)	20.7	22.3	%	γ***-GT*** (5-30)	27		UI/l
Monociti (2-8)	8.4	7.6	%	***PT*** (70-120)	94.2		%
Eosinofili(0-4)	4.3	4.7	%	***PTT*** (26-36)	38.7		Sec
Basofili (0-1)	0.7	0.6	%	***Glicemia*** (65-105)	92		mg/dl
Urea (19-45)	30		mg/dl	***Colesterolo***(120-220)	203		mg/dl
Creatininemia(0.8-1.5)	0.7		mg/dl	***VES*** (fino a 14)	**35**		Mm
Na (136-150)	140		mmol/l	***K*** (3.5-5.0)	**3.2**		mmol/l
Esame urine							
PS (1010-1030)	1010			***Leucociti*** (assenti)	10-20		
pH(5.0-7.0)	7			***batteri*** (assenti)	+++		

Esami strumentali (Neurologia)

- ***ECG:*** Tachicardia sinusale, Fc 104 bpm, pregressa necrosi inferiore.
- ***RX TORACE:*** Polmoni discretamente espansi con verosimile modico **versamento pleurico sinistro associato ad addensamento del parenchima contiguo**.
- ***EEG:***Anomalie lente emisferiche destre talora tendenti a diffondere controlateralmente.

Evoluzione (Neurologia 6° giorno)

- Dall'ingresso in Reparto non piu' rilevati episodi epilettici. Paziente cosciente ed eupnoica a riposo. **Problemi attivi**:
  - Nonostante la terapia antibiotica instaurata dall'ingresso (Rocefin 2 gr/die ev) si rileva incremento del versamento pleurico sx e comparsa di nuovo addensamento parenchimale dx. Tosse produttiva.
  - Contrazione della diuresi, comparsa di cospicui edemi agli arti inferiori e superiori (idratazione ev 1000 cc/die; furosemide 40 mg ev/die).
- Richiesto trasferimento in Geriatria.

Esami strumentali (Neurologia)

- ***RX TORACE:*** rispetto all'indagine precedente, si rileva **opacamento sub-totale dell'emitorace di sinistra**. Il reperto appare interpretabile, in prima istanza, quale **espressione di versamento pleurico** con verosimile componente atelectasica associata. Sfumato **addensamento parenchimale in sede parailare destra**.

Valutazione clinica (ingresso UCSI)

Il 25/03 la paziente viene trasferita presso la nostra U.O per stato anasarcatico e polmonite.

All'ingresso in reparto paziente cosciente, poco collaborante, tachipnoica, tachicardica.

Si rilevano: edema generalizzato e piaghe da decubito sacrale (4°, 20x10 cm) ed ai talloni bilateralmente (3°, 3x3 cm). All'obiettivita' toracica MV assente a sx, rantoli a medie bolle alla base dx.

Presenza di catetere vescicale a permanenza. Per la mancanza di accessi venosi periferici si richiede visita chirurgica per posizionamento CVC

Valutazione clinica (ingresso UCSI)

Peso corporeo: NV

TC: 36° C

FR: 38 atti/m

PA: 150/80 mmHg FC 110 bpm

EAB (aa): pH 7.47 Po2 76.4 pCO2 31.7

***ECG:* Tachicardia sinusale, Fc 110 bpm.**

Accertamenti programmati:

Esami di routine

Esami strumentali (RX torace)

Valutazione multidimensionale all'ingresso

Premorboso:

- BARTHEL INDEX (ADL): 0/100
- IADL (funzioni perse): 8/8
- Stato cognitivo premorboso: deficit severo

All'ingresso:

- BARTHEL INDEX: 0/100
- IADL (funzioni perse): 8/8
- MMSE (non valutabile)
- Apache II: 23 (0-77) APS: 17
- Charlson: 8

Orientamento diagnostico all'ingresso (UCSI-Geriatria)

- Sepsi (FR > 20 atti/minuto; FC > 100 bpm; pCO2 < 32) da polmonite a focolai multipli acquisita in ospedale, versamento pleurico sx
- Stato anasarcatico
- Vasculopatia cerebrale acuta con emiplegia sx (estesa lesione infartuale sul territorio di distribuzione della cerebrale media di destra)
- Epilessia secondaria (recente stato di male epilettico)
- Demenza vascolare
- Recente IMA infero-postero-laterale (trattato con PTCA + stent su CDx)
- PDD multiple da allettamento cronico (sacro, talloni)

È indicato il ricovero di questa paziente in UCSI?

No: indicazioni per stato di male epilettico

Si: patologia respiratoria (polmonite)

Si: patologia neurologica (recente ictus)

Si: patologia cardiaca (recente IMA)

Terapia farmacologica instaurata

Nome commerciale	*Posologia*	*Orario*
Cardirene 160	1 busta	Ore 13
Gardenale 100	1 cp	Ore 20
Antra 20	1 cp	Ore 20
Fragmin 2500	1 fiala sc	Ore 20
K flebo 30 mEq	1 f ev x 2	Ore 8-16
Lasix 20	3 f ev	Ore 10
Tenacid 500	1 f ev	x 4/die
Kanrenol 200	1 f ev x 2	Ore 14-20
O2	2 l/m	24 ore

Esami ematochimici

Emocromo					
WBC (5-10)	**12.0**	10/mmc	***Proteine totali*** (6.3-8.2)	4.7	g/dl
RBC (4.2-5.4)	3.24	10/mmc	***albumina*** (55-68)	**44.1**	%
HCT (37.0-47.0)	27.8	%	α***1*** (1.5-5)	7.5	%
HGB (12.0-16.0)	**9.3**	g / dl	α***2*** (6-12)	16.5	%
MCV (82.0-97.0)	85.7	Fl	β (7-14)	13.6	%
MCH (27.0-33.0)	28.8	Pg	γ (11-21)	18.3	%
PLT (130-450)	444	10/mmc	***AST*** (5-48)	14	Ul/l
Formula leucocitaria			***ALT*** (7-56)	10	Ul/l
Neutrofili (40-70)	72.1	%	***ALP*** (100-240)	161	Ul/l
Linfociti (19-44)	18.3	%	γ***-GT*** (5-30)	26	Ul/l
Monociti (2-8)	7.7	%	***Bilirubina totale*** (0.2-1.3)	0.42	Mg/dl
Eosinofili (0-4)	1.3	%	***PT*** (70-120)	79.4	%
Basofili (0-1)	0.6	%	***PTT*** (26-36)	42	Sec
VES (fino a 14)	**50**	Mm	***LDH*** (240-480)	463	Ul/l
PCR (0-0.5)	**16.57**	Mg/dl	***Na*** (136-150)	143	mmol/l
Urea (19-45)	29	Mg/dl	***K*** (3.5-5.0)	**2.6**	mmol/l
Creatininemia (0.8-1.5)	0.88	Mg/dl	***Glicemia*** (65-105)	**106**	mg/dl
			Colesterolo (120-220)	184	mg/dl

Diario clinico

26/3 Paziente stazionaria, apirettica. Ridotti gli edemi con terapia diuretica (furosemide 60 mg ev), instaurata terapia antibiotica per sepsi (Imipenem 2 gr/die). Ipoalbuminemia severa (2.0 gr/dl versus 2.6 del 17/3).

RX TORACE (27/03) Ridotto il versamento pleurico destro. Posizionato c.v.c. succlavio destro con estremo in vena giugulare omolaterale. Invariati i restanti rilievi rispetto al precedente del 21.3.

ECG (27/03) Aritmia totale da FA, fvm 90 bpm.

D) Fibrillazione atriale di recente insorgenza, a media risposta ventricolare (prosegue terapia antiaggregante orale).

Diario clinico

28/3 Paziente vigile, collaborante. Mobilizzata in poltrona, viene alimentata per os. Parametri vitali nella norma.

29/3 Progressivo miglioramento clinico. Netta riduzione dello stato anasarcatico.

Al torace regressione dei rumori umidi alla base dx.

Prosegue mobilizzazione in poltrona con iniziale miglioramento delle PDD.

Non crisi epilettiche

(terapia con Gardenale 100 mg/die dal 17/3).

Diario clinico

Appropriatezza delle cure in UCSI

Spread

terapia dell'infezione polmonare

cura delle patologie somatiche

mobilizzazione

idratazione

monitoraggio parametri

Esami di laboratorio:	*ingr.*	*Dim.*			*ingr.*	*dim.*	
Emocromo							
WBC (5-10)	**12.0**	**9.10**	10/mm	***Proteine tot*** (6.3-8.2)	4.7		g/dl
RBC (4.2-5.4)	3.24	3.09	10/mm	***albumina*** (55-68)	44.1		%
HCT (37.0-47.0)	27.8	26.5	%	α***1*** (1.5-5)	7.5		%
HGB (12.0-16.0)	**9.3**	**9.0**	g / dl	α***2*** (6-12)	16.5		%
MCV (82.0-97.0)	85.7	85.6	Fl	β (7-14)	13.6		%
MCH (27.0-33.0)	28.8	28.7	Pg	γ (11-21)	18.3		%
PLT (130-450)	444	413	10/mm	***AST*** (5-48)	14		Ul/l
Formula leucocitaria				***ALT*** (7-56)	10		Ul/l
Neutrofili (40-70)	72.1	79.7	%	***ALP*** (100-240)	161		Ul/l
Linfociti (19-44)	18.3	12.4	%	γ***-GT*** (5-30)	26		Ul/l
Monociti (2-8)	7.7	6.6	%	***Bilirubina tot*** (0.2-1.3)	0.42		Mg/dl
Eosinofili (0-4)	1.3	1	%	***PT*** (70-120)	79.4		%
Basofili (0-1)	0.6	0.3	%	***PTT*** (26-36)	42		Sec
VES (fino a 14)	**50**	**56**	Mm	***LDH*** (240-480)	463		Ul/l
PCR (0-0.5)	**16.57**	**13.89**	Mg/dl	***Na*** (136-150)	143	143	Mmol
Urea (19-45)	29	30	Mg/dl	***K*** (3.5-5.0)	**2.6**	3.6	Mmol
Creatinin (0.8-1.5)	0.88	0.95	Mg/dl	***Glicemia*** (65-105)	106	96	mg/dl
				Colesterolo (120-220)	184		mg/dl

Diagnosi di dimissione (31/3)

- Sepsi secondaria a pleuro-polmonite bilaterale acquisita in ospedale
- Stato di male epilettico (ventilazione invasiva in UTIP) in demenza vascolare di grado severo (CDR 5)
- Recente vasculopatia cerebrale acuta
- Sindrome da allettamento prolungato (ulcera sacrale di IV grado e talloni bilaterali di III grado)
- Recente IMA infero-postero-laterale + ventricolo destro (trattato con PTCA+stent su coronaria destra) complicato da BAV totale e shock cardiogeno (ricovero dal 19/02 al 03/03)
- Fibrillazione atriale di recente riscontro a media risposta ventricolare

Diagnosi di dimissione (31/3)

- Ipertensione arteriosa sistemica (grado 2 rischio aggiuntivo elevato)
- Diabete mellito tipo II in attuale controllo dietetico
- Pregressa polmonite retrocardiaca sx (10/'02)
- Gastrite erosiva e diverticolosi del colon anamnestiche
- Anemia moderata a genesi multifattoriale
- Artrosi polistazionale
- Pregressa colecistectomia per litiasi

Terapia alla dimissione

Nome commerciale	*Posologia*	*Orario*
Levoxacin 500	**1 c**	**Ore 8 (10 giorni)**
Lasix 25	**2 c**	**Ore 8**
Aldactone 100	**2 c**	**Ore 10**
Cardirene 160	**1 busta**	**Ore 13**
Gardenale 100	**1 c**	**Ore 20**
Antra 20	**1 c**	**Ore 20**

Medicazione sacrale ed ai talloni

Outcome

Dopo 6 mesi:--

Dopo 1 anno:--

La paziente decede al domicilio dopo 9 giorni dalla dimissione ospedaliera.

Discussione

Gestione del paziente dopo UTIP

(geriatria subito? Oppure sono adeguati i passaggi precedenti?)

Epilepsy and atrial fibrillation: a conceptual model of frailty?

- La paziente sviluppa, in condizioni acute, uno stato epilettico ma anche una fibrillazione atriale: spia di una fragilita' sottostante (predisposizione, fattore scatenante)?

L'epilessia si puo' manifestare tra tre mesi ed un anno dopo un evento vascolare acuto. Van Cott. Epilepsy and EEG in the elderly. Epilepsia, 43(3): 94-98, 2002.

Una focalita' epilettiforme puo' essere scatenata da un'alterazione metabolica acuta - Harrison , Principles of Internal Medicine, pp 2361

Discussione

Cosa stride in questo caso?

Che tutte le procedure sono APPARENTEMENTE adeguate alla condizione clinica, MA che lo stato premorboso della paziente, la sua età e la sua comorbilità ne rendono scarsamente efficace a lungo termine gli sforzi effettuati

Prognosis - guided interventions are solutions?

TAKE HOME MESSAGES

SPREAD guidelines are effective

Real World patients are complicated

The best way to accomplish guidelines with real world is making a judgement on prognosis-based consideration

Who decides?
Gensini, 1/2005

“Vivere da malati per morire da sani”

Enzo Biagi,
Corriere della Sera, 30-12-2004