



SIC-CAFÉ

Suivi d'intervention complémentaire
et
capsule de formation écourtée

RÉSUMÉ

Une faiblesse chez une femme de plus de 90 ans. Comment éviter les pièges. Regardons ensemble.

Dave Ross

Programme
d'amélioration
continue des
interventions (PACI)





Résumé intervention PCI-SAD



- Appel logé au 911 pour une femme âgée de 92 ans;
- Plainte principale de faiblesse depuis une semaine exacerbée depuis deux jours;
- Demeure avec son fils à domicile;
- Aucune histoire de chute;
- Mobilisation avec marchette sécuritaire;
- La patiente est en mesure de monter/descendre les escaliers;
- Aucune atteinte sur la réalisation des AVD/AVQ (AVD appuyé par le fils);
- Présente un indice de choc augmenté 0.862 (100 bpm, 116/76 TA, SpO2 90% aa, FR 22);
- La patiente est afébrile (36.6°C);
- Elle présentait une glycémie à 14.5 mmol au levé pour laquelle elle a reçu 34 U NPH;
- Elle a un suivi actif pour un glaucome pour lequel elle applique des gouttes oculaires qui n'ont pas d'interaction avec ses autres médicaments;
- Rien de particulier au niveau cardiaque, pas de douleur thoracique, sous monitoring, aucun ECG réalisé;
- À l'auscultation, elle présente des murmures vésiculaires sans particularité;
- Elle ne présente aucune dyspnée ou SAG;
- Aucune particularité non plus au niveau des ingesta excréta, s'alimente 3 repas par jour et bien hydratée;

Comment est sa glycémie habituellement ?

Une glycémie qui est plus augmentée que d'habitude peut-elle être en lien avec un stress pathologique ?

Juste avec l'âge et ces deux infos, on doit mettre nos gants blancs. Autre alerte : Saturation 90% et FR à 22/min

Une faiblesse inexplicée, devrait être suivi d'un ECG afin d'éliminer un syndrome coronarien aigu. Il ne faut pas hésiter au

Plan

- Madame accepte un rendez-vous en clinique qui sera effectué le même jour dans 3 heures;
- Mentionne qu'elle ira accompagnée de son fils;
- Aviser qu'il aura une relance téléphonique demain matin ainsi qu'une visite suite à son rendez-vous médical;



Suivi SAD

Appel téléphonique (le lendemain) :

- 8h15 Constatation sur TDWeb que Mme est à l'observation depuis hier;
- 8h30 Appel téléphonique au fils;
 - Il mentionne qu'il est avec Mme présentement qui a été dirigée à l'urgence par la clinique;
 - Il m'avise que Mme fait une pneumonie;

Triage hospitalier

- Patiente couchée à l'observation en attendant d'être vue par le médecin;
- TA 105/70
- FC 120/min régulière
- FR 24/minute
- Temp : 36,9°
- Sat : 92%
- On mentionne comme plainte : Dyspnée mineure et faiblesse générale

Comme on a déjà discuté, FR 24 et alerte Redcap si plus de 24. Elle était à 22 au début ce qui n'est pas loin de l'alerte. Une FR élevée peut être entre autres en lien avec un choc ou un problème pulmonaire (ex: infection). L'absence de température n'enlève pas la possibilité d'une infection.

Examens médicaux

- La note du médecin;
 - Légère dyspnée depuis 2 à 3 jours;
 - Légère toux sans expecto;
 - Pas de DRS;
 - Pas de douleur pleurétique
- L'examen physique démontre :
 - BEG;
 - Eupnéique;
 - Orienté;
 - Souffle systolique 3/6;
 - Abdomen sans particularité;
 - Membres inférieurs souples (mollets) et pas de douleur;
- Impression :
 - Pneumonie possible
 - Diabète déséquilibré;

On remarque souvent chez nos usagers vulnérables que de gros problèmes se cachent souvent derrière des « légèretés ».



- Possibilité d'un léger délirium qui commence;
- Plan :
 - ECG;
 - Glycémie QID;
 - Bilan sanguin;
 - Admission en médecine.
- Résultats :
 - RX poumon, possibilité d'une pneumonie à ses débuts;
 - Insuffisance rénale aiguë secondaire à la diminution des apports;
 - Troponine non disponible à cause d'une hémolyse trop importante;
- Premier ECG à l'arrivée (pas d'ECG pour comparer dans le dossier)



Interprétation informatique

Tachycardie sinusale avec Extrasystoles supraventriculaires
Déviation axiale gauche
Bas voltage de QRS
Infarctus inférieur, date indéterminée
Présence non exclue d'un(e) Infarctus antéroseptal, date indéterminée
ECG anormal
Lors d'une comparaison à l'ECG de : [REDACTED]
IL Y A UNE ECG PRECEDENTE

Remarque

- En V1, V2, V3 et V4, on remarque des ST sus-décalés.
- Nous n'avons pas d'ECG pour comparer, mais selon l'interprétation informatique il y a un changement.
 - Avec la sensibilité de nos ECG effectués avec notre MDSA (beaucoup de faux positifs), est-ce que l'infarctus aigu aurait été inscrit ?
 - Fort probablement



- ECG effectué le lendemain



Interprétation informatique

Fibrillation auriculaire
Déviation axiale gauche
Bloc de branche droit complet (BBD)
Infarctus inférieur, date indéterminée
** ** IM AIGU / STEMI ** ** inféro-latéral
ECG anormal
Lors d'une comparaison à l'ECG de [REDACTED]
IL Y A UNE ECG PRECEDENTE

Remarque

- L'ECG comparé à hier démontre maintenant une élévation plus importante des ST sus-décalés dans le même territoire avec apparition d'un bloc de branche droit.

Traitements et évolution

- Antibiotique pour pneumonie;
- Traitement pour infarctus aigu du myocarde;
- Traitement pour choc cardiogénique;
- L'usagère est encore hospitalisée au moment d'écrire ce café;

À retenir



- Une intervention qui nous montre une autre fois la fragilité de nos usagers et comment la présentation peut être atypique et non révélatrice;
 - C'est ici qu'il est important de mettre en relief certaines « alertes » :
 - Fréquence respiratoire quand même élevée :
 - Début de choc ?



- Infection ?
- Début d'une insuffisance cardiaque ?
- Indice de choc légèrement augmenté :
 - Début de choc ?
 - Début d'une insuffisance cardiaque ?
- Une nouvelle faiblesse = ECG
 - Même si le syndrome coronarien aigu a été vraiment objectivé le lendemain, quelle aurait été l'interprétation de notre ECG lors de la visite ?
 - Nous savons que les interprétations informatiques que nous avons sont très sensibles;



Pour notre clientèle la plus vulnérable, il faut se le répéter ...
« Le diable se cache dans les détails »

Il est possible que la patiente se sente toujours faible à cause de son âge avancé.
Il faut quand même vérifier si cette faiblesse est plus importante que d'habitude.
Si elle l'est le moins, il est mieux d'effectuer un ECG.
Si l'ECG ne parle pas, il faut se souvenir qu'un infarctus sans élévation des segments ST est toujours possible et ce n'est qu'avec les troponines sanguines que nous pourrons le vérifier.

Pour notre clientèle, les signes vitaux sont vraiment « vitaux ».
Il est important de les mettre en relief avec notre situation clinique qui peut ne pas être impressionnante :

La pression artérielle
La fréquence cardiaque
Et surtout
L'index de choc
La fréquence respiratoire
La présence de température de 37,5 ou plus



Nos usagés ont en moyenne 80 ans d'expérience.

Ils sont des



d'eux-mêmes.

Ce qui est habituel ou inhabituel pour eux est important pour que nous puissions prendre une bonne décision sur l'orientation.

Par exemple « d'inhabituel » :

Est-ce que ce mal de tête est inhabituel pour vous?

Est-ce le pire mal de tête que vous avez eu ?

Est-ce que le comportement est inhabituel (demande faite à un proche) ?

Pour suspecter ou non un délirium et effectuer le CAM.

Est-ce que cette douleur est inhabituelle?

Est-ce que c'est la pire douleur que vous avez eue?

Est-ce que l'essoufflement est inhabituel?

Est-ce que c'est le pire essoufflement que vous avez eu?

Si le signe ou symptômes est inhabituel ou le pire que l'utilisateur a eu, il faut effectuer un pas de recul, être inquiet et revoir si nous avons toutes les informations par exemple les signes vitaux, une glycémie qui est plus élevée que d'habitude, ECG, index de choc vérifié, présence d'autres drapeaux rouges...).

Au moindre doute, que cela soit une phase 1 ou 2, il faut transporter vers l'urgence.

Le plus important ?

On garde le focus.



Le travail que vous effectuez est important.

Merci pour tout.

Dave