



SIC-CAFÉ

Suivi d'intervention complémentaire
et
capsule de formation écourtée

RÉSUMÉ

Une patiente qui a un changement de comportement. Elle est beaucoup plus anxieuse. La famille est inquiète. Elle appelle le 911 continuellement. Nos patients vont toujours nous impressionner...

Dave Ross

Programme
d'amélioration
continue des
interventions (PACI)



Résumé d'intervention

- Appel 911 et histoire
 - Une patiente de 79 ans appelle une première fois;
 - Pour palpitations et nous retrouvons le déterminant suivant :
 - 19A1 - Problèmes Cardiaques / D.C.A.I. - Rythme cardiaque \geq 50 bpm et $<$ 130 bpm (sans symptôme prioritaire);
 - Une priorité 4;
- Antécédents
 - Hypothyroïdie;
 - Anxiété;
 - Reflux gastro-œsophagien;
- Social
 - Elle habite dans son domicile;
 - Elle a un médecin de famille;
 - Elle a une fille;
- Rx :
 - Dexilant (antiacide inhibiteur de la pompe à proton);
 - Ativan;
 - Mirtazaprine (antidépresseur);
 - Synthroid;
 - Zopiclone (somnifère);
- Histoire (pris à partir de la coévaluation)
 - Appel logé pour signalement de tachycardie;
 - Mme explique que depuis 3 jours, elle ressent DRS / panique / anxiété intense;
 - Dit être traitée depuis 3 semaines avec 3 antibiotiques pour infection intestinale (*Helicobacter pylori*);
 - Aussi, Mme dit que le médecin a découvert une hypothyroïdie en même temps;
 - A débuté Synthroid depuis environ 3 semaines;
 - Fille, qui est médecin aurait prescrit temporairement de l'Ativan à sa mère il y a 2 jours, sans diminution des symptômes d'anxiété, angoisse et DRS;
 - Mme est convaincue qu'il y a sans doute des interactions avec certains médicaments;
 - N'a donc pas pris son Synthroid depuis 2 jours;
 - Mme accepte de voir ce soir un médecin à la clinique;
 - Encourageons Mme à demander le suivi de sa TSH si possible;
 - Note ci-jointe envoyée à la clinique pour suivi avant le rendez-vous médical;
 - Ferons le point sur la prise adéquate de la médication lors de notre visite demain afin de s'assurer que Mme a une gestion médicamenteuse adéquate;



- Mme dit avoir eu les 3 dernières semaines beaucoup d'ajouts de médicaments.;
- Elle semble un peu désorganisée;
- Au niveau cardiaque;
 - Sensation d'oppression dans la poitrine les derniers jours, aujourd'hui épisode 2-3min de palpitation alors qu'elle se sentait anxieuse;
 - ECG
 - Artéfact ++. En monitoring, ligne isoélectrique claire, sans anomalie;
 - ECG non disponible dans le Redcap;
 - La patiente a déjà consulté cardiologie dernièrement pour angine possible, et finalement diagnostique d'infection Helicobacter pylori et reflux gastro-œsophagiens;
 - Au niveau pulmonaire
 - Dyspnée lors des événements d'oppression les derniers jours;
 - Aucune douleur aux jambes pouvant faire suspecter la thrombophlébite et l'examen est sans particularité;
 - Au niveau gastro-intestinal sans particularité sauf une inappétence;
- Examen
 - TA : 143/83 // FC : 84 // FR : 24/min // Sat : 97% // Temp : 37.0 // GCS : 15
 - Glycémie 7,1;
 - Pulmonaire;
 - Sans particularité;
 - Examen tête, cou, abdomen non documenté;
- Ajout de note du PCI
 - Patiente se dit rassurer et beaucoup plus calme depuis mon arrivée et prise d'Ativan;
- Conduite
 - Rendez-vous à la clinique le même jour à 19 h;
 - Suivi SAD demain;
- Suivi < 24 heures :
 - Avisé par PCI lors d'un appel pour autre usager;
 - Mme a fait appel au 911 pour les mêmes symptômes;
 - Sensation DRS et anxiété;
 - Elle ne serait pas restée pour voir le médecin;
 - Pas clair si elle a été à la clinique finalement;
- Appel 911 deux jours plus tard
 - Priorité 3 avec le déterminant suivant :
 - 28C3D - Accident Vasculaire Cérébral (AVC) / Paralysie / Ischémie Cérébrale Transitoire (ICT) - Problème soudain d'élocution (Évidence PARTIELLE (Plus de T heures));
 - Équipe de paramédics appelle pour avoir PCI;
 - Il n'est pas clair si c'est parce qu'elle refuse d'aller à l'urgence;
 - Histoire à ce moment (pris à partir de la coévaluation);



- Mme a logé multiples appels au 911 pris en charge par projet paramédecine ;
- Lundi Mme vu en clinique, pas de prescription pour anxiété;
- Mme rappel 911 a 3 h AM, finalement Mme est transportée au CH mardi, mais n'attend pas de voir un médecin;
- Mme présente anxiété, hypothyroïdie diagnostiquée dernièrement;
- Synthroid diminué de moitié par pharmacie, car famille pense qu'il est la cause des divers troubles de Mme;
- La famille de Mme dit ne pas la reconnaître, ne se comporte pas comme à son habitude;
- Diminution de l'alimentation, ne prend qu'un Ensure par jour;
- Famille de Mme insiste pour que Mme passe un scan cérébral;
- On discute avec l'infirmier de la clinique
 - rendez-vous le même jour à 14h (il est 13h30)
- Ajout du PCI
 - Situation complexe dans son ensemble
 - Patiente appelle le 911 à de multiples reprises dans les derniers jours avec consultation médicale aussi;
 - Discussion avec famille;
- L'autre suivi < 24 h
 - Sommes avisée par collègue qu'elle n'est pas capable de joindre Mme;
 - Tentons d'appeler à l'hôpital et confirmation que Mme est en observation à l'urgence;
 - Envoi au PPCC des notes multiples reliées aux nombreux appels au 911 depuis les 3 derniers jours pour les faire mettre à son dossier;
 - PPCC nous informe qu'une demande d'hospitalisation a été faite en médecine interne;
- Urgence
 - Niveau de priorité 2;
 - Note du triage;
 - Patiente référée par la clinique pour diminution de l'état général, perte d'autonomie et troubles de l'équilibre;
 - Faiblesse générale;
 - Déshydratation légère;
 - Incapacité aiguë à se mobiliser;
 - Pas de dyspnée et pas de douleur rétrosternale;
 - Pas d'étourdissements;
 - Extrémité froide;
 - Pas de nausées ni de vomissements;
 - Les signes vitaux sont sans particularité;
 - Rencontre du médecin et histoire;
 - Il y a 6 jours elle a mis un produit qui « sent bon » et elle a allumé une allumette ce qui a provoqué une explosion ce qui lui a fait très peur; Depuis ce temps, elle fait de l'anxiété de façon importante et selon sa fille qui l'accompagne elle a des périodes de confusion;



- À l'examen physique, la patiente est alerte et orientée, mais elle est très anxieuse et un peu désorganisée avec anomalie de la pensée;
- L'examen physique est sans particularité sauf un équilibre précaire
- Comme hypothèse diagnostique une possibilité de delirium sur anxiété situationnelle ou pour une autre cause organique;
- Un bilan sanguin est demandé ainsi qu'un scan cérébral et la patiente est couchée en observation;
- La patiente est évaluée en médecine interne et on retrouve:
 - Après multiples examens de laboratoire et radiologiques, la problématique la plus importante retrouvée est une hyponatrémie sévère;
 - 105 mmol/L (normal : 135-145);
- Conclusion et discussion
 - Décidément, lorsqu'on mentionne que nos usagers sont des textbooks ambulants on ne se trompe pas vraiment;



- En fait ils nous forcent à devenir des détectives;
- Le changement dans le comportement et la diminution de l'état général étaient causés par cette hyponatrémie très importante qui aurait pu causer par exemple un statut convulsivant morbide;
 - Probablement que cette hyponatrémie s'est organisée lentement.
 - Cette diminution lente du sodium a empêché la patiente d'avoir des conséquences graves;
- La cause de cette hyponatrémie est mixte soit une combinaison de diminution des apports, mais surtout, une augmentation significative de la prise d'eau par la patiente;
 - Depuis qu'elle était traitée avec la triple antibiothérapie pour son estomac (*Helicobacter pylori*) la patiente s'est mise à boire de façon plus importante (potomanie). Cette augmentation de la prise de liquide a diminué la concentration de sodium (dilution du sodium);
- Le traitement de restriction liquidienne entre autres a permis une augmentation progressive et lente de son sodium qui est revenu à la normale;
- Son Synthroid a été cessé et sa TSH contrôlée;
- Suivi en externe.



Est-ce qu'il y avait une alarme quand on regarde l'intervention de façon rétrospective, assis tranquille, en prenant un café ?



- Comme ici, lorsque la famille ou des proches mentionnent qu'il y a un changement de comportement récent, la plupart du temps, ceci ne ment pas. Il se passe quelque chose comme on dit;
 - À ce moment, on peut suspecter n'importe quelle condition notamment et de façon non exhaustive :
 - Une pathologie intracérébrale telle qu'une hémorragie ou une tumeur;
 - Une infection;
 - Ou un trouble métabolique comme nous retrouvons actuellement avec son sodium qui est rendu au sous-sol;
 - Aussi, comme on le sait, un changement de comportement peut être relié à un delirium et il est donc important de trouver la cause de ce changement;
 - Le changement de comportement ne fait que nous mettre sur une piste pour nous donner le temps de trouver la cause sous-jacente;
 - La nature fait bien les choses;
- Est-ce que nous avons d'autres points à souligner ?
 - Pour une diminution de l'état ou un changement de comportement ou pour tout ce qui n'est pas localisé comme une entorse de cheville sans chute, il est important de documenter l'examen de la tête, du cou, du torse, de l'abdomen et des téguments;
 - Cette appréciation est celle qui est la base de la majorité des interventions, car elle pourrait nous permettre de trouver une raison pour le changement de comportement ou la diminution de l'état;
 - Les autres examens sont effectués selon la clinique (appréciation complémentaire)
 - L'ECG, même si pas de qualité, fait partie du rapport et doit être inséré dans le Redcap.





Une question que je me suis posée et que je vous partage :



Si lors de la première visite, nous apprenons par hasard comme ici qu'un patient réorienté, s'est retrouvé à l'urgence, mais que ce dernier n'a pas attendu de voir le médecin et a quitté, est-ce que nous devons effectuer un suivi en l'appelant et en le visitant au besoin (PCI ou infirmière)?

Nous n'avons pas toujours cette information, mais lorsque nous l'avons, cette histoire nous montre que cela peut valoir la peine, car il est possible que ce patient ne puisse pas rappeler le 911 comme la patiente qu'on vient de voir;

Merci collègues PCI-SAD pour tout ce que vous effectuez pour nos aînés.



Il est toujours plus facile pour moi de regarder en rétrospective les interventions en prenant un café.



Les informations que je partage se font en toute humilité et en toute unité.



À votre santé...